



جامعة زيان عاشور بالجلفة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية



قسم علم النفس و الفلسفة

الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى أمهات اطفال طيف التوحد

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الدكتورة:

أ.د / عمران ماجدة

إعداد الطالبتين:

- قديري نورة جيهان

- حوة بشرى

لجنة المناقشة

| | | | |
|---------------|------------------|-------------------|----|
| رئيسا | جامعة زيان عاشور | أ.د / ضبع مريم | 01 |
| مشرفا / مقررا | جامعة زيان عاشور | أ.د / عمران ماجدة | 02 |
| ممتحنا مناقشا | جامعة زيان عاشور | أ.د / خويلد أسماء | 03 |

السنة الجامعية : 2025-2026

ملخص الدراسة (باللغة العربية)

تستهدف هذه الدراسة استكشاف العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية والضغط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD) في البيئة الجزائرية. تنطلق الدراسة من فرضية مؤداها أن الصلابة النفسية تعمل كـ "درع واقى" يخفف من حدة الاحتراق النفسي والتوتر الناتج عن الرعاية المكثفة لهؤلاء الأطفال. اعتمد البحث على المنهج الوصفي الارتباطي والمقاربة العيادية لدراسة الحالة، مع تطبيق مقاييس سيكومترية متخصصة (مثل مقياس كوبازا للصلابة) على عينة من الأمهات.

كشفت النتائج عن وجود ارتباط وثيق ودال إحصائياً بين انخفاض مستويات الصلابة النفسية وارتفاع حدة والضغط المتراكمة. كما أظهرت الدراسة أن الأمهات اللواتي يمتلكن أبعاد الصلابة (الالتزام، التحكم، والتحدى) كنَّ أكثر قدرة على إعادة التقييم المعرفي لصدمة التشخيص، مما يقلل من النظرة التشاؤمية للمستقبل. وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل الديموغرافية كالسن والمستوى التعليمي، رغم أهميتها، تظل ثانوية أمام جودة المساندة الاجتماعية. وفي الختام، أوصت الدراسة بضرورة الانتقال من "نموذج العجز" إلى "نموذج القوة" عبر تصميم برامج إرشادية وتدريبية تهدف إلى التمكين النفسي للأمهات ورفع جودة حياتهن، باعتبارهن الركيزة الأساسية لنجاح أي برنامج تأهيلي للطفل.

الكلمات المفتاحية: الصلابة النفسية، اضطراب طيف التوحد، ، الضغط النفسية، أمهات أطفال التوحد، علم النفس الإيجابي.

Study Abstract (English)

This study aims to explore the correlational relationship between psychological hardiness, psychological stress, and future anxiety among mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in the Algerian context. The research is based on the premise that psychological hardiness acts as a "protective shield" that mitigates burnout and tension resulting from the intensive care required for these children. The study employed a descriptive correlational method and a clinical case-study approach, utilizing specialized psychometric scales (such as the Kobasa Hardiness Scale) on a sample of mothers.

The results revealed a significant statistical correlation between low levels of psychological hardiness and increased future anxiety and cumulative stress. Furthermore, the study showed that mothers possessing the dimensions of hardiness (commitment, control, and challenge) were more capable of cognitively reappraising the diagnosis trauma, thereby reducing pessimistic views of the future. The findings indicated that while demographic factors like age and education are relevant, they remain secondary to the quality of perceived social support. In conclusion, the study recommended shifting from a "deficit model" to a "strength model" by designing counseling and training programs aimed at psychologically empowering mothers and enhancing their quality of life, as they are the primary cornerstone for the success of any child rehabilitation program.

Keywords: Psychological Hardiness, Autism Spectrum Disorder (ASD), Future Anxiety, Psychological Stress, Mothers of Autistic Children, Positive Psychology.

فهرس المحتويات

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| المخلص | |
| أ..... شكر وتقدير..... | 1 |
| ب..... إهداء..... | 2 |
| ج..... إهداء..... | 3 |
| د..... قائمة المختصرات..... | 4 |
| 1..... مقدمة..... | 1 |
| 2..... 1. إشكالية الدراسة..... | 2 |
| 2..... 2. فرضيات الدراسة..... | 2 |
| 2..... 3. أهداف الدراسة..... | 2 |
| 2..... 4. أهمية الدراسة..... | 2 |
| 3..... 5. أسباب اختيار الموضوع..... | 3 |
| 3..... 6. التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة..... | 3 |
| 4..... 7. الدراسات السابقة..... | 4 |
| 4..... أولاً: الدراسات الأجنبية..... | 4 |
| 6..... ثانياً: الدراسات العربية..... | 6 |
| 9..... ثالثاً: الدراسات الوطنية - الجزائر..... | 9 |
| 11..... التعقيب على الدراسات السابقة..... | 11 |
| الجانب النظري | |
| الفصل الأول: الصلابة النفسية | |
| 14..... تمهيد..... | 14 |
| 14..... 1. مفهوم الصلابة النفسية..... | 14 |
| 16..... 2. الصلابة النفسية وعلاقتها ببعض المصطلحات النفسية..... | 16 |
| 18..... 3. النظريات المفسرة واستراتيجيات بناء الصلابة النفسية..... | 18 |
| 20..... 4. أهمية أبعاد خصائص الصلابة النفسية..... | 20 |
| 21..... 5. أبعاد الصلابة النفسية..... | 21 |
| 22..... 6. خصائص الصلابة النفسية..... | 22 |
| 23..... 5. مؤشرات وجود والمضامين التطبيقية للصلابة النفسية الصلابة النفسية..... | 23 |
| الفصل الثاني : الضغوط النفسية | |
| 27..... تمهيد..... | 27 |
| 27..... 1. لمحة تاريخية حول تطور مفهوم الضغط النفسي..... | 27 |
| 28..... 2. تعريف الضغط النفسي..... | 28 |
| 29..... 3. النظريات المفسرة للضغط النفسي..... | 29 |
| 30..... 4. أشكال وعناصر الضغط النفسي..... | 30 |
| 30..... 5. أنواع وأسس تصنيف الضغط النفسي..... | 30 |
| 31..... 6. قياس الضغط النفسي..... | 31 |
| 32..... 7. استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي..... | 32 |
| 34..... خلاصة الفصل..... | 34 |
| الفصل الثالث : سيكولوجية الأمومة و التوحد | |
| 36..... أولاً : سيكولوجية الأمومة..... | 36 |
| 36..... 1. مفهوم الأمومة..... | 36 |

| | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39 | 2.مراحل الأمومة و أهميتها |
| 40 | 3.استجابة الأم لإصابة الطفل باضطراب التوحد |
| 42 | 4.علاقة الأم و الطفل (تصورات الأم ،تقبل الأم لطفلها المتوحد ، أهمية دور الأم في حياة الطفل) |
| 47 | ثانيا : التــــوحد |
| 47 | 1.مفهوم اضطراب التوحد |
| 49 | 2. الملامح الأساسية المميزة للتوحد (النظريات المفسرة) |
| 52 | 3. خصائص اضطراب طيف التوحد |
| 57 | 4.الاضطرابات المشابهة للتوحد |
| 60 | خلاصة الفصل : |

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | |
|----|------------------------------------------------------------|
| 62 | تمهيد |
| 62 | 1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية |
| 62 | 2. الدراسة العيادية: المقاربة الإكلينيكية العيادية للظاهرة |
| 63 | 3. منهج البحث وعينة الدراسة |
| 63 | 4. تعريف منهج دراسة الحالة |
| 63 | 5. مجموعة الدراسة (عينة الدراسة العيادية) |
| 64 | 6. حدود الدراسة (المجال الزمني والمكاني) |
| 64 | 7. أدوات الدراسة (المقابلة العيادية والمقاييس) |

الفصل الخامس : عرض و تحليل النتائج

| | |
|----|---------------------------------------|
| 67 | 1.عرض و تحليل الحالة الأولى |
| 69 | 2.عرض و تحليل الحالة الثانية |
| 71 | 3. عرض ومناقشة الحالة الثالثة (أ. ب) |
| 74 | 4.عرض و تحليل الحالة الرابعة |
| 77 | الفصل السادس : تفسير و مناقشة النتائج |
| 78 | 1.مناقشة نتائج الحالات |
| 80 | 2.نتائج الدراسة على ضوء الفرضية |
| 82 | استنتاج عام لدراسة الحالات |
| 84 | خاتمة |
| 86 | قائمة المراجع : |
| 91 | الملاحق |

شكر وتقدير

قال الله تعالى: "لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ"،

وعن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "لا يشكر الله من لا يشكر الناس".

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله وتوفيقه تكمل المساعي بالنجاح. أما بعد:

نتوجه بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذتنا الفاضلة الدكتورة (عمران ماجدة)، التي تفضلت بالإشراف على هذا العمل المتواضع، فكانت لنا نعم المرشد والموجه، وما لمسناه منها من سعة صدر، وتوجيه سديد، ونصائح قيمة كان لها بالغ الأثر في إنجاز هذا البحث وإخراجه إلى النور؛ فجزاها الله عنا خير الجزاء وبارك في علمها وعملها.

كما نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى عميد كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة (زيان عاشور بالجلفة)، وإلى كافة الطاقم الإداري والأساتذة الأجلاء بالكلية الذين أضاءوا طريقنا بالعلم والمعرفة طيلة مشوارنا الدراسي، ولما بذلوه من جهود مخلصه في أداء رسالتهم العلمية.

كما نخص بالشكر الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الذين تشرفنا بقبولهم تقييم هذا العمل وتفحصه.

وأخيراً، نتوجه بالشكر لكل من ساهم من قريب أو بعيد، بكلمة أو بدعاء، في إتمام هذا المشوار.. والحمد لله رب العالمين.

إهداء

الحمد لله الذي منَّ علينا بالسمع والبصر والبصيرة، وألهمنا الصبر

والمثابرة لإتمام هذا العمل المتواضع... أهدي ثمرة جهدي: الى من أحمل

اسمه بكل فخار الى درعي و سندي و قدوتي أبي (.....)

إلى من علمتني قيم الأخلاق والصدق والتسامح، بحر الحنان ومنبع الحب،

أمي الفاضلة، أطال الله في عمرها وأدام عليها الصحة والعافية.

إلى سندي في الحياة أخواتي وكل عائلتي

إلى رفيقة حياتي (نور).

إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة ومهدوا لنا طريق العلم والمعرفة،

أساتذتي الأجلاء في كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة الجلفة.

إلى كل زملائي في العمل والدراسة وكل الأحباب، أهدي هذا العمل

المتواضع.

بشرى

إهداء

أهدي هذا العمل إلى أعزما يملك الإنسان في هذه الدنيا، إلى ثمرة
نجاحي، إلى من أوصى بهما الله سبحانه وتعالى: "وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا".
إلى الشمعة التي تحترق من أجل أن تضيء أيامي، إلى من ذاقت مرارة
الحياة وحلوها، إلى قرة عيني وسبب نجاحي وتوفيقي في دراستي "أمي
العزيزة"، أطال الله في عمرها.

إلى الذي أحسن تربيتي وتعليمي وكان مصدر عوني ونور قلبي وجلاء حزني
ورمز عطائي، ووجهي نحو الصلاح والفلاح، إلى "أبي"، أطال الله في عمره.
إلى أخواتي وجميع أفراد عائلتي.

إلى أختي التي لم تلدها أمي رفيقتي "بشرى"

إلى جميع الأساتذة الأجلاء الذين أضاءوا طريقي بالعلم. وإلى كل أصدقاء
الدراسة والعمل ومن كانوا برفقتي أثناء إنجاز هذا البحث، إلى كل هؤلاء
وغيرهم ممن لهم فضل علينا

بشرى

قائمة المختصرات

| المختصر (الأجنبي) | المختصر (العربي) | المعنى العلمي / المصطلح المقابل |
|----------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ABA | - | (Applied Behavior Analysis) تحليل السلوك التطبيقي. |
| ADHD | - | (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. |
| CBT | - | (Cognitive Behavioral Therapy) العلاج المعرفي السلوكي. |
| PTSD | - | (Post-Traumatic Stress Disorder) اضطراب ما بعد الصدمة. |
| IQ | م.ذ | (Intelligence Quotient) معامل أو درجة الذكاء. |
| AS | - | (Asperger's Syndrome) متلازمة أسبرجر. |
| HSD | - | (Honestly Significant Difference) اختبار "توكي" للمقارنات البعدية . |
| BASC-2 | - | نظام تقييم سلوك الأطفال - الإصدار الثاني. |
| WHO | م.ص.ع | (World Health Organization) منظمة الصحة العالمية. |
| APA | - | (American Psychological Association) الجمعية الأمريكية لعلم النفس. |
| DOI | - | (Digital Object Identifier) معرف الكائن الرقمي. |
| ISSN | ر.د.م | (International Standard Serial Number) الرقم الدولي المعياري للمطبوعات . |
| E-ISSN | - | الرقم الدولي المعياري للمطبوعات الإلكترونية. |
| ASJP | - | (Algerian Scientific Journal Platform) الأراضية الجزائرية للمجلات العلمية . |

مقدمة

تُعد السنوات الأولى من حياة الطفل من أهم مراحل النمو التي يتم فيها تشكيل بنيته الشخصية والنفسية، حيث لا يقتصر الاهتمام في هذه المرحلة على الجوانب البيولوجية فحسب، بل يمتد ليشمل البيئة الأسرية الحاضنة. ويمثل اضطراب طيف التوحد (ASD) أحد أكبر التحديات النمائية التي تواجهها الأسر عالمياً، نظراً لما يتطلبه من رعاية طبية وتربوية مكثفة تستنزف الموارد المادية والنفسية للوالدين، مما يضعهم أمام اختبار حقيقي لقدرتهم على الصمود. وتشير الممارسات العيادية إلى أن الأم هي الحلقة الأهم والأكثر تأثراً في هذه المنظومة؛ فهي التي تضطلع بالدور المركزي في الرعاية اليومية والارتباط العاطفي بالطفل. إن فترات العناية الطويلة، والغموض الذي يكتنف طبيعة الاضطراب، يؤديان غالباً إلى شعور الأمهات بضغوط نفسية مرتفعة واحتراق نفسي (Psychological Burnout) قد ينتهي بانتهيار "الأنا" وتدهور الصحة النفسية. ومن هنا برزت الحاجة في علم النفس الإيجابي والعيادي للبحث عن المتغيرات التي تعمل كـ "درع واقٍ" يخفف من وطأة هذه الضغوط، وكان مفهوم الصلابة النفسية (Psychological Hardiness) هو الأبرز في هذا السياق.

تعتبر الصلابة النفسية، كما عرفتها "كوبازا (Kobasa)" والعديد من الباحثين، بناءً شخصياً معقداً يتمثل في مجموعة من السمات التي تمنح الفرد القدرة على إدراك أحداث الحياة الضاغطة كفرص للنمو لا كتهديدات مدمرة. وتتكون هذه البنية من ثلاثة أبعاد أساسية هي: الالتزام (تجاه الأهداف والقيم)، التحكم (القدرة على التأثير في الأحداث)، والتحدي (الاستعداد للتغيير والتعلم). إن الأم التي تمتلك مستوى مرتفعاً من الصلابة تكون أقدر على إدارة الضغوط وتغيير "التقييم المعرفي" لصدمة التشخيص، مما يقلل من حدة "المرتبط بمصير الطفل". وعلى الرغم من أهمية هذا الموضوع، إلا أن الدراسات العربية والجزائرية التي تناولت المعاش النفسي للأمهات التوحد من منظور "الصلابة" لا تزال بحاجة إلى تعميق، خاصة في ظل تزايد معدلات التشخيص. فالمعاناة النفسية للأم لا تتوقف عند لحظة اكتشاف الإعاقة، بل تمتد لتصبح صراعاً يومياً مع الوصمة الاجتماعية، وغياب الدعم الأسري، والضبابية المعرفية حول مستقبل الطفل المهني والقانوني.

لذلك، تأتي هذه الدراسة لتسلط الضوء على "سيكولوجية الصمود" لدى عينة من الأمهات، محاولةً الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين مستوى الصلابة النفسية والضغوط المتراكمة. ومن خلال المزاوجة بين الأدوات الكمية والمقاربة العيادية لدراسة الحالة، تهدف الدراسة إلى تقديم رؤية تحليلية معمقة للميكانيزمات الدفاعية التي تستخدمها الأمهات لمواجهة "المراثون النفسي" لتربية طفل توحد.

وتتضمن هذه الدراسة فصولاً نظرية تؤصل لمفاهيم الصلابة واضطراب التوحد وسيكولوجية الأمومة، متبوعة بجانب ميداني يستعرض حالات واقعية تم تقييمها وفق سلام عيادية دقيقة. إن الغاية النهائية من هذا البحث هي الانتقال من "نموذج العجز" إلى "نموذج القوة"، عبر اقتراح برامج إرشادية تعيد بناء "أنا التحكم" لدى الأمهات وتضمن لهن جودة حياة مستدامة.

الفصل الأول : الفصل التمهيدي للدراسة

1. إشكالية الدراسة

تتلور إشكالية الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي :هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية والضغط النفسية و لدى

أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟

التساؤلات الفرعية:

- هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية و الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد ؟
- هل يوجد تأثير للضغوط النفسية على أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد ؟
- هل تختلف مستويات الصلابة النفسية باختلاف بعض المتغيرات (العمر، المستوى التعليمي)؟

2. فرضيات الدراسة

• الفرضية العامة :توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والضغط النفسية لدى أمهات الأطفال

المصابين بالتوحد.

الفرضيات الفرعية:

1. توجد علاقة عكسية بين الصلابة النفسية والضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.
2. توجد تأثير للضغوط النفسية على أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.
3. توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية تُعزى لمتغير العمر و المستوى التعليمي.

3. أهداف الدراسة

- الكشف عن مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
- تحديد مستوى (النظرة التشاؤمية للمستقبل) لدى عينة الدراسة.
- معرفة مدى تأثير المتغيرات الديموغرافية (السن، المستوى التعليمي) على مستوى الصلابة النفسية للأمهات.
- تسليط الضوء على المعاناة النفسية للأولياء، وضرورة التوجه نحو برامج التكفل النفسي بالأمهات وعدم حصر الاهتمام بالطفل المصاب فقط.

4. أهمية الدراسة

تكتسب الدراسة أهميتها من خلال الاعتبارات التالية:

- الأهمية النظرية :إثراء المكتبة السيكولوجية والجانب النظري لموضوع الصلابة النفسية و لدى أمهات أطفال التوحد، كونه من المواضيع التي لم تنل حظاً وافراً من البحث العيادي المتخصص.
- الأهمية التطبيقية :لفت انتباه المختصين والسلطات المعنية إلى "المتضرر الخفي" وهو الأم، وضرورة إعداد برامج إرشادية وتدخلات علاجية لرفع مستوى صلابتهن النفسية لمواجهة ضغوط تربية طفل التوحد، مما ينعكس إيجاباً على جودة حياة الطفل نفسه.

5. أسباب اختيار الموضوع

- الانتشار المتزايد لاضطراب طيف التوحد في المجتمع الجزائري في الآونة الأخيرة، مما يضع الأسر أمام تحديات نفسية جسيمة.
- ملاحظة معاناة الأمهات باعتبارهن المسؤولات الأوائل عن الرعاية، وما يواجهنه من ضغوطات نفسية واجتماعية.
- ندرة الدراسات التي تربط بين الصلابة النفسية كآلية دفاعية و كاضطراب ناتج عن غموض حالة الطفل وتوقعات المجتمع.
- الحاجة الماسة لتوفير رعاية ودعم نفسي للأمهات اللاتي يعانين من فقدان الشعور بالراحة النفسية والأمان المستقبلي.

6. التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة

أولاً: الصلابة النفسية (Psychological Hardiness)

- **التعريف النظري:** هي "القدرة العالية على المواجهة الإيجابية للضغوط وحلها ومنع الصعوبات المستقبلية، والتي تعكس مدى اعتقاد الفرد في فعاليته والقدرة على الاستخدام الأمثل لكل المصادر الشخصية والبيئية والنفسية والاجتماعية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفعالية أحداث الحياة" (مجلي، 2007). كما يعرفها مخيمر (1996) بأنها "نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه، مع الاعتقاد بالقدرة على التحكم في الأحداث واعتبار التغيير فرصة للنمو" (مخيمر، 1996، ص 284).
- **التعريف الإجرائي:** هي الدرجة الكلية التي تحصل عليها الأم من خلال إجابتها على فقرات مقياس الصلابة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية، وتعبّر عن قدرتها على الصمود أمام ضغوط رعاية طفلها المتوحد.

ثانياً: (Future Anxiety)

- **التعريف النظري:** هو "شعور بالخوف من المستقبل والمخاطر التي يمكن أن تواجهه فيه، وينشأ عندما يكون الواقع الذي يعيش فيه الفرد غير مشبع لرغباته ومحبطاً له، ليكون الضغط النفسي إنذاراً بخطر محتمل" (مرسي، 2002).
- **التعريف الإجرائي:** هو مجموعة الدرجات التي تحصل عليها الأم في مقياس المستخدم في البحث، ويعكس مدى توجسها من مصير طفلها ومستقبلها الشخصي.

ثالثاً: اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder)

- **التعريف النظري:** حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى، تشمل عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، واضطراب في الإدراك، وخلل في الوظائف المعرفية، وعجز في التواصل اللغوي (العزّة، 2002). كما يعرفه سلامة (2013) بأنه قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل، مصحوباً بسلوكيات نمطية (سلامة، 2013، ص 17).
- **التعريف الإجرائي:** هم الأطفال المشخصون طبياً و عيادياً بأنهم مصابون بالتوحد، والذين تشكل أمهاتهم عينة الدراسة الحالية.

لقد جاء بحثنا الحالي بهدف الكشف عن مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ومن أجل الإستفادة من الدراسات والمواضيع التي تناولت هذا الموضوع، قمنا بالاطلاع على عدد كبير من الدراسات والبحوث ذات الصلة بموضوع البحث، وقمنا بجمع أكبر قدر ممكن من الدراسات ذات الصلة بالموضوع والتي نرى بأن من شأنها أن تفيدنا في بحثنا.

أولاً: الدراسات الأجنبية

1. دراسة رايت وآخرون (2007) Wright et al.

عنوان الدراسة: دور مصدر الضبط في التوسط بين التوتر والضغط نفسي والاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من اضطراب نمائي. الباحثون Wright, B., Williams, C., & Fawcett, J. **المنهج المستخدم:** المنهج الوصفي المقارن الارتباطي، مع استخدام نموذج تحليل المسار (Path Analysis) لفحص دور الوساطة. **عينة الدراسة:** عينة ضخمة بلغت (619) ولي أمر، مقسمة إلى ثلاثة أصناف: أولياء أمور أطفال طيف التوحد، أولياء أمور أطفال متلازمة داون، وأولياء أمور أطفال عاديين (مجموعة ضابطة). **أدوات الدراسة:** مقياس مصدر الضبط (Locus of Control)، ومقياس الضغط الوالدي (PSI)، ومقياس الضغط النفسي والاكتئاب (HADS).

التحليل السيكولوجي للدراسة: انطلقت هذه الدراسة من خلفية عيادية تبحث في "التمثلات المعرفية" للوالدين حول قدرتهم على التأثير في حالة طفلهم. ركز الباحثون على مفهوم "مصدر الضبط (Locus of Control)" كمتغير وسيط، وهو بناء سيكولوجي يشير إلى مدى اعتقاد الفرد بأن نتائج حياته تعود لجهوده الشخصية (ضبط داخلي) أو لعوامل خارجية كالخطأ أو المرض (ضبط خارجي). من منظور عيادي، فإن "الضبط الخارجي" يرتبط عادةً بـ "العجز المتعلم" الذي يؤدي مباشرة إلى أعراض الاكتئاب و.

نتائج الدراسة:

- كشفت النتائج أن أولياء أمور أطفال التوحد سجلوا أعلى مستويات في الضغط النفسي والاكتئاب مقارنة بأسر متلازمة داون والعاديين.
- أظهرت النتائج أن أمهات أطفال التوحد يميلون بشكل حاد نحو "مصدر الضبط الخارجي"، أي أنهم يشعرون بانعدام القدرة على التحكم في سلوكيات طفلهم أو التنبؤ بمستقبله.
- أبرزت الدراسة فشل "مصدر الضبط" في التوسط الإيجابي للعلاقة، مما يعني أن شدة التوتر الناتج عن التوحد كانت أقوى من الميكانيزمات الدفاعية المعرفية لدى الوالدين، مما يستوجب برامج إرشادية تعزز "الصلابة النفسية" لإعادة توجيه مصدر الضبط نحو الداخل.

2. دراسة سيمور وآخرون (2013) Seymour et al.

عنوان الدراسة: التعب، الإجهاد واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات أطفال طيف التوحد. الباحثون Seymour, M., Wood, C., Giallo, R., & Jellet, R. **المنهج المستخدم:** المنهج الوصفي التحليلي. **عينة**

الدراسة (65): أما لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (تتراوح أعمارهم بين 2-5 سنوات). أدوات الدراسة: استبيان التعب المزمن، مقياس استراتيجيات المواجهة (Coping)، ومقياس الضغط الأمومي.

التحليل السيكولوجي للدراسة: تعد هذه الدراسة رائدة في ربط "الحالة الفيزيولوجية" (التعب) بـ "العمليات المعرفية" (استراتيجيات المواجهة). من وجهة نظر علم النفس العيادي، فإن التعب المستمر يؤدي إلى تآكل "الأنا (Ego)" (Erosion)، مما يجعل الأم تلجأ إلى استراتيجيات مواجهة "غير تكيفية" (Maladaptive Coping) مثل الانعزال، الإنكار، أو التنفيس الانفعالي. هذه الاستراتيجيات بدورها تخلق حلقة مفرغة تزيد من حدة الضغط النفسي والضغط النفسي.

نتائج الدراسة:

- أثبتت النتائج أن التعب النفسي والجسدي يتوسط العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للطفل (نوبات الغضب، الروتين) وبين مستوى الإجهاد لدى الأم.
- بينت الدراسة أن الأمهات اللواتي يعانين من تعب شديد هن الأكثر عرضة لاستخدام استراتيجيات "التجنب"، وهو ما يفسر ارتفاع مستوى لديهن؛ فالتجنب لا يحل المشكلة بل يراكم المخاوف.
- أوصت الدراسة بضرورة التركيز على "رفاهية الأم" كمدخل أساسي لعلاج الطفل، فاستنزاف الأم يعيق أي برنامج تأهيلي للطفل.

3.دراسة أومغا هاتا(Omega Hatta (2017)

عنوان الدراسة: نوعية الحياة والرفاه النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين. الباحث: Omega Hatta. المنهج المستخدم: المنهج الوصفي الارتباطي. عينة الدراسة (53): أما لأطفال مصابين بالتوحد تتراوح أعمارهم من 3 إلى 16 عاماً. أدوات الدراسة: مقياس الرفاه النفسي لـ "ريف (Ryff)"، مقياس الكفاءة الوالدية، ومقياس إدراك التوتر. التحليل السيكولوجي للدراسة: ركزت هذه الدراسة على "الأبعاد الإيجابية" في الشخصية (الرفاه النفسي) في مقابل "الضغوط السلبية". من منظور سيكولوجي، حاولت الدراسة معرفة كيف تحافظ الأم على "معنى حياتها" في ظل وجود طفل مصاب. تم تناول "الكفاءة الوالدية" كصورة ذاتية تعكس مدى إيمان الأم بقدرتها على الصمود (الصلابة)، وهو متغير حاسم في تقليل أعراض الاكتئاب المرتبطة بوجود الطفل.

نتائج الدراسة:

- كشفت التحليلات عن ارتباط وثيق ودال إحصائياً بين الرفاه النفسي للأم وسلوك الطفل؛ فكلما زادت المشكلات السلوكية انهار الرفاه النفسي.
- أظهرت النتائج أن "إدراك التوتر" هو المحرك الأساسي للضغط نفسي؛ فالأمهات اللواتي يدركن مواقفهن كـ "تحدٍ" (أحد أبعاد الصلابة) يتمتعن برفاه أفضل من اللواتي يدركنها كـ "تهديد".

- خلصت الدراسة إلى أن الأمهات بحاجة إلى "دعم متعدد الأبعاد" (نفسى، اجتماعى، ومعرفى) لتعزيز قدرتهن على التكيف الفردي.

4.دراسة تشاند(Poonam Chand (2022)

عنوان الدراسة: عبء الأسرة والدعم الاجتماعي والرفاهية العامة بين آباء وأمهات أطفال يعانون من التوحد. **الباحث:** Dr. Poonam Chand. **المنهج المستخدم:** المنهج الوصفي المقارن. **عينة الدراسة (100):** من الوالدين (50) لأطفال توحيدين، 50 لأطفال عاديين). **أدوات الدراسة:** مقياس العبء المتصور (Perceived Burden)، مقياس الدعم الاجتماعي، ومقياس الرفاهية العامة.

التحليل السيكولوجي للدراسة: تتناول هذه الدراسة الحديثة مفهوم "العبء (Burden)" ليس فقط كجهد بدني، بل ك"ثقل وجودي" يؤثر على الصحة النفسية الكلية. من منظور عيادي، قارنت الدراسة بين أسر الأطفال العاديين وأسرة التوحد لتحديد "الفجوة النفسية". الدعم الاجتماعي هنا لا يُدرس كمساعدة خارجية فقط، بل ك"مدرك ذاتي" يوفر للأمان النفسي اللازم لمواجهة .

نتائج الدراسة:

- سجل أولياء أمور أطفال التوحد درجات "عالية جداً" في مقياس العبء النفسي والاجتماعي مقارنة بالمجموعة الضابطة.
- وجدت الدراسة أن الدعم الاجتماعي يمثل "حائط صد"؛ فكلما زاد الدعم انخفض الشعور بالعبء وارتفعت الرفاهية العامة.
- أثبتت النتائج أن ضغط نفسي لدى هذه الفئة نابع من "الشعور بالعزلة الاجتماعية" وفقدان المساندة، مما يربط بشكل غير مباشر بين الصلابة الاجتماعية (كمصدر خارجي) والصلابة النفسية (كمصدر داخلي).

ثانياً: الدراسات العربية

1.دراسة أحمد(2011)

عنوان الدراسة: الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي وعلاقته بإدارة موارد الأسرة. **الباحث:** أحمد (مراجعة شويطر، 2017).

المنهج المستخدم: المنهج الوصفي الارتباطي.

عينة الدراسة (184): ربة أسرة (عاملات وغير عاملات) بمدينة عين شمس بمصر.

أدوات الدراسة: مقياس الإنهاك النفسي للأمهات، ومقياس إدارة موارد الأسرة.

التحليل السيكولوجي للدراسة:

ركزت هذه الدراسة على مفهوم "الإنهاك النفسي (Psychological Burnout)" كحالة ناتجة عن الاستنزاف الطويل للموارد الانفعالية. من منظور عيادي، تعاني أم الطفل التوحيدي من "تراكم الضغوط" التي تتجاوز قدرتها على

الفصل التمهيدي للدراسة

التكيف، مما يؤدي إلى تعب بدني ونقص في المساندة. الربط بين الإنهاك وإدارة موارد الأسرة (الوقت، الجهد، المال) يشير إلى أن الفشل في التنظيم الخارجي للحياة اليومية هو انعكاس مباشر للتشوش النفسي الداخلي والقلق المستمر من المستقبل.

نتائج الدراسة:

- أثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الإنهاك النفسي والقدرة على إدارة موارد الأسرة؛ فكلما زاد الإنهاك تدهورت قدرة الأم على التخطيط والتنفيذ.
- أظهرت النتائج وجود فروق دالة في مستوى الإنهاك تُعزى لمتغيرات (تعليم الأم، عمر الأم، والدخل الشهري)؛ حيث كانت الأمهات الأقل تعليماً والأقل دخلاً هن الأكثر عرضة للإنهاك.
- كشفت الدراسة أن "نقص المساندة الاجتماعية" هو المكون الأكثر تأثيراً في شعور الأم بالضغط الانفعالي، مما يعزز الحاجة إلى بناء "الصلابة النفسية" كمورد داخلي يعوض نقص الموارد الخارجية.

2.دراسة الخميسي(2011)

عنوان الدراسة: الضغوط الأسرية كما يدركها آباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحدين.

الباحث: السيد الخميسي.

المنهج المستخدم: المنهج الوصفي المقارن.

عينة الدراسة (54): ولي أمر (أب وأم) لعدد (49) من الأطفال والمراهقين التوحدين بجدة، السعودية.

أدوات الدراسة: مقياس الضغوط الأسرية المدركة (80 عبارة) موزعة على 6 أبعاد (ضغوط نفسية، منزلية، مالية، اجتماعية، ضغوط خصائص الطفل، ونقص المعلومات).

التحليل السيكولوجي للدراسة:

تناول هذه الدراسة "الإدراك الذاتي للضغوط" كبناء معرفي. من الناحية العيادية، فإن الضغوط الناتجة عن "نقص المعلومات" تعكس حالة من الإبهام المعرفي التي تغذي "؛ فالأم التي لا تفهم طبيعة اضطراب طفلها تجد صعوبة في بناء "صلابة نفسية" قائمة على التحدي والالتزام. كما ركزت الدراسة على المقارنة بين مرحلتَي الطفولة والمراهقة، وهي فترات انتقالية تفرض تحديات سيكولوجية مختلفة على الأنا الوالدية.

نتائج الدراسة:

- أظهرت النتائج أن الضغوط المتعلقة بـ "خصائص الابن" و"نقص المعلومات" هي الأكثر حدة لدى الأسر.
- كشفت النتائج عن تفاقم الضغوط النفسية والمنزلية لدى أسر "المراهقين" التوحدين مقارنة بأسر الأطفال، مما يشير إلى أن التقدم في العمر لا يقلل من الضغوط بل يغير نوعيتها لتصبح أكثر تعقيداً (قلق حول الاستقلالية والمصير).
- لم توجد فروق في الضغوط المالية، مما يشير إلى أن العبء السيكولوجي والمعرفي هو المتصدر في تجربة أسر التوحد في البيئة العربية.

3.دراسة حنان عزيز(2018)

عنوان الدراسة: الاستقرار الأسري وعلاقته بالصلابة النفسية كما تدركها أمهات أطفال التوحد.

الباحث: حنان حنا عزيز.

المنهج المستخدم: المنهج الوصفي الارتباطي.

عينة الدراسة (65): أمماً من مستويات اقتصادية واجتماعية مختلفة.

أدوات الدراسة: استبيان الاستقرار الأسري، واستبيان الصلابة النفسية (أبعاد: الالتزام، التحكم، التحدي).

التحليل السيكولوجي للدراسة:

تنظر هذه الدراسة للصلابة النفسية كـ "درع واقى (Protective Factor) "من المنظور النفسي، الأمهات اللواتي يتمتعن بصلابة عالية هن الأقدر على الحفاظ على "الاستقرار الأسري"؛ لأن أبعاد الصلابة تحول إعاقة الطفل من "كارثة" إلى "مهمة إنسانية" (الالتزام) ومواقف يمكن إدارتها (التحكم). هذا التوازن المعرفي يقلل بشكل آلي من مستويات القلق الوجودي والخوف من القادم.

نتائج الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية ($r = 0.82$) بين الاستقرار الأسري والصلابة النفسية للأمهات.
- وجدت فروق دالة لصالح "الأمهات العاملات" في مستوى الصلابة، مما يفسر عيادياً بأن العمل يوفر للأم "مساحة آمنة" للتفريغ الانفعالي وتحقيق الذات بعيداً عن حلقة الضغوط المنزلية.
- كشفت النتائج أن الدخل المرتفع وصغر حجم الأسرة يساهمان في رفع مستوى الصلابة، مما يوفر بيئة نفسية أقل اضطراباً لمواجهة متطلبات الطفل.

4.دراسة محمود وعلي(2012)

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي لتحسين الصلابة النفسية للأمهات الأبناء المعاقين عقلياً وأثره على تقدير الذات لأبنائهم.

الباحثون: ماجدة محمود وأحمد علي.

المنهج المستخدم: المنهج شبه التجريبي (مجموعة تجريبية وضابطة).

عينة الدراسة (26): أمماً لأبناء ذوي إعاقة عقلية بسيطة، و(13) ابناً معاقاً.

أدوات الدراسة: مقياس الصلابة النفسية، مقياس تقدير الذات للأبناء، والبرنامج الإرشادي.

التحليل السيكولوجي للدراسة:

هذه الدراسة ذات أهمية قصوى لأنها تنتقل من "الوصف" إلى "التدخل". الفلسفة النفسية هنا تقوم على أن "صلابة الأم" هي حجر الزاوية في الصحة النفسية للابن؛ فالأم الصلبة توفر بيئة حاضنة (Holding Environment) ترفع من تقدير الابن لذاته. التدخل الإرشادي هدف إلى تعديل الأبنية المعرفية للأمهات لزيادة قدرتهن على "التحكم" في الأحداث بدلاً من الانقياد وراء القلق.

نتائج الدراسة:

الفصل التمهيدي للدراسة

- أثبت البرنامج فاعلية كبيرة في تحسين مستويات الصلابة النفسية لدى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.
- كشفت النتائج عن أثر "انتقال الأثر"؛ حيث تحسن تقدير الذات لدى الأبناء كنتيجة مباشرة لتحسن الصلابة النفسية لدى أمهاتهم.
- أكدت الدراسة أن الصلابة النفسية مهارة "قابلة للتعليم والاكتساب" وليست مجرد سمة فطرية، مما يفتح آفاقاً واسعة للتدخل مع أمهات أطفال التوحد في دراستك الحالية.

ثالثاً: الدراسات الوطنية - الجزائر

1. دراسة فتال صليحة (2021)

عنوان الدراسة: الرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد (دراسة مقارنة). **الباحث:** فتال صليحة. **المنهج المستخدم:** المنهج الوصفي المقارن. **عينة الدراسة (60):** أمماً، مقسمة إلى (30) أمماً لأطفال مصابين بالتوحد و(30) أمماً لأطفال عاديين. **أدوات الدراسة:** مقياس الرضا عن الحياة (مجدي الدسوقي)، ومقياس الصلابة النفسية (Kobaza).

التحليل السيكولوجي للدراسة: انطلقت الباحثة من فرضية أن الإعاقة النمائية (التوحد) تمثل صدمة نفسية مستمرة تعيد تشكيل "الأنا" لدى الأم. من منظور علم النفس العيادي، فإن الصلابة النفسية تعمل كـ "ميكانيزم دفاعي" ناضج يساعد الأم على إيجاد "معنى" لمعاناتها، مما ينعكس على مستوى رضاها العام عن الحياة. ركزت الدراسة على المقارنة لإظهار حجم الفجوة السيكولوجية التي يحدثها اضطراب التوحد في النسق النفسي للأم الجزائرية.

نتائج الدراسة:

- وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً في مستويات الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم، التحدي) لصالح أمهات الأطفال العاديين، مما يشير إلى أن أمهات التوحد يواجهن استنزافاً حاداً لهذه المصادر النفسية.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية بين الرضا عن الحياة وأبعاد الصلابة؛ فكلما كانت الأم أكثر قدرة على "الالتزام" بقضية طفلها واعتبارها "تحدياً"، ارتفع مؤشر رضاها النفسي.
- أكدت النتائج أن الأم الجزائرية لأطفال التوحد تعاني من انخفاض في "أنا التحكم"، حيث تشعر بأن أحداث حياتها مسيرة بظروف طفلها الخارجية، مما يمهّد الطريق لظهور .

2. دراسة عدو سمية وشنوفي نورة (2013)

عنوان الدراسة: الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي. **الباحثون:** عدو سمية وشنوفي نورة . **المنهج المستخدم:** المنهج العيادي (Clinical Method) القائم على دراسة الحالة. **عينة الدراسة (05):** حالات من أمهات أطفال توحديين. **أدوات الدراسة:** المقابلة العيادية نصف الموجهة، مقياس إدراك الضغط (PSS)، ومقياس استراتيجيات المواجهة (Coping).

التحليل السيكولوجي للدراسة: تعتبر هذه الدراسة مرجعاً عيادياً مهماً، حيث غاصت في "التمثلات الفردية" للضغط. من الناحية السيكولوجية، ركزت الباحثتان على كيفية إدارة الأم للصراع الداخلي بين "تقبل الواقع" و"رفضه". تم تحليل استراتيجيات المواجهة كـ "عمليات عقلية"؛ حيث أن المواجهة المتمركزة حول "حل المشكلة" تعكس صلابة عالية، بينما المواجهة المتمركزة حول "الانفعال" (مثل البكاء أو لوم الذات) تعكس هشاشة نفسية وقلقاً مستقبلياً مرتفعاً.

نتائج الدراسة:

- أظهرت الحالات المدروسة تبايناً في استخدام الاستراتيجيات، إلا أن الاستراتيجيات "الانفعالية" كانت مرتبطة دائماً بمستويات ضغط "مرتفعة جداً".
- الأمهات اللواتي استخدمن "البناء المعرفي" (تغيير وجهة النظر للحدث) كن الأقل شعوراً بالضغط، مما يثبت أن "الصلابة المعرفية" هي مفتاح التكيف.
- خلصت الدراسة إلى أن الأم الجزائرية غالباً ما تعاني في صمت نتيجة نقص التوجيه العيادي، مما يجعل استراتيجياتها عشوائية وغير كافية لمواجهة الأزمات السلوكية للطفل.

3. دراسة شويطر والزقاي (2015)

عنوان الدراسة: مستوى الصلابة النفسية لدى الأمهات العاملات بقطاع التعليم بهران. **الباحثون:** شويطر فوزية والزقاي بختة. **المنهج المستخدم:** المنهج الوصفي التحليلي. **عينة الدراسة (200):** أم عاملة بقطاع التعليم (ابتدائي، متوسط، ثانوي) بولاية وهران. **أدوات الدراسة:** مقياس الصلابة النفسية (بعد التأكد من صلاحيته السيكومترية للبيئة الجزائرية). **التحليل السيكولوجي للدراسة:** رغم أن هذه الدراسة لم تقتصر على أمهات التوحد، إلا أنها هامة لبحثك لأنها حللت "بنية الصلابة النفسية" لدى المرأة الجزائرية العاملة. من منظور سيكولوجي، فإن تعدد الأدوار (أم، معلمة، مربية) قد يكون مصدراً للضغط أو مصدراً للصلابة. ركزت الدراسة على أبعاد (الالتزام، التحكم، التحدي) كعناصر تشكل "الهوية النفسية" للمرأة في مواجهة ضغوط الحياة المهنية والأسرية.

نتائج الدراسة:

- كشفت النتائج عن مستوى "مرتفع" من الصلابة النفسية لدى الأمهات العاملات في قطاع التعليم بالجزائر.
- أثبتت الدراسة أن الالتزام بالأدوار والقدرة على التحكم في مجريات العمل والحياة الأسرية يعززان من صمود الأم.
- تخدم هذه الدراسة بحثك في نقطة المقارنة؛ فإذا كانت الأم العاملة (لطفل عادي) تتمتع بصلابة عالية، فإن انخفاضها لدى أم الطفل التوحدي يعود "نوعياً" لطبيعة الاضطراب وليس لضغوط الحياة العامة فقط.

4. دراسة بولكرون نورا (2022) Boulkroune

عنوان الدراسة: أمهات الأطفال المصابين بالتوحد: الصعوبات التي يواجهونها وتوقعاتهم. **الباحث:** Boulkroune : Nora. **المنهج المستخدم:** المنهج الوصفي (تحليل المحتوى). **عينة الدراسة (11):** أمماً لأطفال التوحد. **أدوات الدراسة:** المقابلة نصف الموجهة.

التحليل السيكولوجي للدراسة: ركزت هذه الدراسة الحديثة على "الواقع المعيش" و"التوقعات المستقبلية". من الناحية العيادية، فإن "توقعات الأمهات" هي المرآة العاكسة ل؛ حيث أن التوقعات القائمة على التشاؤم والخوف من العجز عن رعاية الطفل مستقبلاً تعبر عن فقدان الصلابة النفسية. كما تناولت الدراسة "الوصمة الاجتماعية" في الجزائر كعامل خارجي يضغط على "الأنا الوالدية".

نتائج الدراسة:

- سلطت النتائج الضوء على "المعاناة الصامتة" للأمهات الجزائريات نتيجة نقص مراكز التكفل (أكثر من 500 ألف حالة في الجزائر).
- أكدت تحليل المحتوى أن الصعوبات النفسية (القلق، الحزن، الخوف من المستقبل) تنصدر قائمة الصعوبات، متجاوزة الصعوبات المادية.
- بينت الدراسة أن الأمهات يعشن حالة من "اللايقين المستقبلي"، مما يستدعي تدخلاً استعجالياً لرفع مستوى الصلابة النفسية لديهن كأداة للمواجهة.

التعليق على الدراسات السابقة

- بعد استعراض هذه السلسلة من الدراسات الأجنبية والعربية والوطنية، نخرج برؤية نقدية ومنهجية شاملة تخدم الدراسة الحالية:
1. **من حيث المنهج:** يلاحظ طغيان المنهج الوصفي الارتباطي في الدراسات العربية والوطنية، بينما اتجهت الدراسات الأجنبية (مثل دراسة جالو) نحو المناهج التي تدرس "الفعالية والوساطة النفسية". هذا يشير إلى حاجة البحث الجزائري الحالي للتعمق في "الديناميات النفسية" للصلابة وليس فقط وصف مستوياتها.
 2. **من حيث المتغيرات:** اتفقت الدراسات على أن "الصلابة النفسية" هي المغير المستقل الأهم في حماية الصحة العقلية للأم. ومع ذلك، هناك نقص في الدراسات التي تربط "الصلابة" بـ "" بشكل مباشر وصريح كمتغير تابع أساسي، وهو ما يسعى بحثنا الحالي لسده.
 3. **من حيث العينة:** ركزت معظم الدراسات على الأمهات، مما يؤكد صحة اختيارنا للعينة، كون الأم هي "المتلقي الأول" للصدمة والمسؤولة الرئيسية عن الرعاية في المجتمعات العربية والغربية على حد سواء.
 4. **أوجه الاستفادة:** استفادت دراستنا الحالية من هذه الدراسات في بناء الإطار النظري، واختيار المقاييس (مثل مقياس كوبازا للصلابة)، وتحديد المتغيرات الديموغرافية المؤثرة (كالسن، المستوى التعليمي، والعمل).
 5. **الفجوة البحثية:** تكمن الفجوة في أن لدى أمهات التوحد في البيئة الجزائرية لا يزال منطقة بحثية بكر، خاصة في ظل التغيرات الاجتماعية الراهنة، وهو ما يعطي أصالة لدراستنا الحالية.

الجانب النظري

الفصل الأول: الصلابة النفسية

تمهيد

يُعد مفهوم الصلابة من المفاهيم الحديثة نسبياً في البيئة السودانية، وهو من الخصائص النفسية المهمة للفرد كي يواجه ضغوط الحياة المتعددة والمتتالية بنجاح. ولقد بدأت الدراسات في السنوات القليلة الماضية تتجاوز مجرد دراسة العلاقة بين إدراك الأحداث الضاغطة وأشكال المعاناة النفسية أو البيئية المرتبطة باستمرار السلامة النفسية، حتى في مواجهة الظروف الضاغطة التي من شأنها دعم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات والتغلب عليها (مخيمر، 2002).

كانت "سوزان كوبازا (Kobasa)" من أوائل من وضع الأساس لمصطلح الصلابة النفسية، حيث لاحظت أن بعض الناس يستطيعون تحقيق ذواتهم وإمكاناتهم الكامنة بالرغم من تعرضهم للكثير من الإحباطات والضغوط. لذلك، فقد كانت ترى أنه يجب التركيز على الأشخاص الذين يشعرون بقيمتهم ويحققون ذواتهم وليس المرضى فقط. وقد اشتقت كوبازا مصطلح الصلابة النفسية متأثرة بالفكر الفلسفي الوجودي الذي يرى أن الإنسان في حالة صيرورة مستمرة، والذي يركز في تفسيره لسلوك الإنسان على المستقبل لا على الماضي، ويرى أن دافعية الفرد تنبع أساساً من البحث المستمر النامي عن المعنى والهدف من الحياة (راضي، 2008).

1. مفهوم الصلابة النفسية

أولاً: التعريف اللغوي

- في لسان العرب: وردت مادة "صلب" بمعنى الشدة، وصلب الشيء صلابة فهو صلب أي شديد (ابن منظور، 1999).
- في المعجم الوسيط: مأخوذة من مادة صلب بمعنى اشد وقوي، والصلابة هي صفة الجسم الذي يحتفظ بشكله وحجمه (أنيس وآخرون، 1973).

ثانياً: التعريف الاصطلاحي

- تعددت التعريفات الاصطلاحية للصلابة النفسية وفقاً للمدارس النفسية المختلفة، ونعرضها فيما يلي:
- تعريف كوبازا (Kobasa, 1979) عرفتها بأنها مجموعة من السمات التي تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد بكفاءته وقدرته على استغلال كافة مصادره وإمكاناته النفسية (الذاتية) والبيئية المتاحة، كي يدرك الأحداث الحياتية الصعبة إدراكاً غير محرف أو مشوه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية ويتعايش معها على نحو إيجابي، وتتضمن ثلاثة أبعاد هي: الالتزام، التحكم، والتحدي. (Kobasa, 1979).
 - تعريف مخيمر (1996) هي نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله، واعتقاد الفرد أن بإمكانه التحكم فيما يواجهه من أحداث ويتحمل المسؤولية عنها، وأن ما يطرأ على حياته من تغيير هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً (مخيمر، 1996، 15).
 - تعريف مجدي (2007) هي القدرة العالية على المواجهة الإيجابية للضغوط وحلها ومنع الصعوبات المستقبلية، والتي تعكس مدى اعتقاد الفرد في فعاليته والقدرة على الاستخدام الأمثل للمصادر الشخصية والبيئية المتاحة (مجدي، 2007).

- تعريف تايلور: (Taylor, 2008) خاصية يتسم بها الفرد من مظاهرها الشعور بالالتزام والإيمان بالقدرة على ضبط الذات والاستعداد لمواجهة التحدي، وتشكل مصدراً مفيداً في التعامل مع الأحداث الضاغطة (تايلور، 2008).
 - تعريف كونستانتينوفا: (Konstantinova) عبارة عن أفعال من جانب الفرد تُقيّم وتواجه الأحداث الضاغطة، حيث تهيئ مكونات الصلابة الفرد ليُجعل الأحداث أقل تهديداً ويرى نفسه أكثر كفاءة، معتمداً على استراتيجيات حل المشكلة وطلب الدعم (عباس، 2010).
 - تعريف كارفر وسيشير: (Carver & Scheier) هي ترحيب الفرد وتقبله للمتغيرات أو الضغوط، حيث تعمل كمصدر واقٍ ضد العواقب الجسمية السيئة، وتساهم في الحل الناجح للموقف الضاغط عبر أبعاد الالتزام والتحكم والتحدي (حمادة وعبد اللطيف، 2002).
 - تعريف فنك: (Funk, 1992) خصلة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتنميتها الخبرات البسيطة والمتنوعة المعززة المحيطة بالفرد منذ الصغر (حمادة وعبد اللطيف، 2002).
 - تعريف البهاض: (2002) هي إدراك الفرد وتقبله للمتغيرات، وتعمل كوقاية من العواقب الحسية والنفسية للضغوط وتعديل العلاقة التي تنتهي بالإرهاك النفسي (البهاض، 2002).
 - تعريف محمد: (2012) مجموعة سمات إيجابية متأصلة في شخصية الفرد تتكون منذ الطفولة، وتنمو عبر مراحل النمو المختلفة، وتدعمها مصادر كالمساندة الاجتماعية وتقدير الذات والتفاؤل (محمد، 2012).
 - تعريف موسوعة علم النفس: شكل من أشكال مقاومة التغيير يتميز باستمرار المواقف والمعتقدات رغم تأثيرات الوسط الخارجية التي قد تقود لتغييرها (فرشوا، 2012، 12).
- يُلاحظ من التعريفات السابقة إجماع الباحثين على أن الصلابة النفسية هي مصدر من مصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية للضغوط، حيث يتقبل الفرد التغييرات ويتعامل معها بفعالية.

ثالثاً: تعريفات إضافية وأبعاد الصلابة

- تعريف طه: (2009) هي قوة الإرادة أو العزيمة في الإصرار ومواصلة الكفاح والمثابرة في مواجهة الشدائد، بحيث لا ينهار الفرد أو يستكين، مما يحمي اتزانه النفسي من الصدمات (طه، 2009).
- تعريف بروكس: (Brooks, 2003) قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع الضغوط النفسية والتكيف مع التحديات اليومية، ومعاملة الآخرين باحترام وتطوير أهداف واقعية (العنزي، 2011، 45).
- تعريف جيرسون: (Gerson, 1998) قدرة الفرد على مواجهة الضغوط بمهارات مثل التحليل المنطقي وتجنب الاستسلام. (Gerson, 1998).

4.2. أبعاد الصلابة النفسية حسب كوبازا

تتكون الصلابة النفسية من ثلاثة أبعاد أساسية: (Kobasa, 1979)

1. **الالتزام (Commitment)**: يعني اعتقاد الفرد بأهمية وقيمة ذاته وما يفعله، ويتضح من خلال ولاء الفرد لمبادئه وقيمه، واعتقاده بأن لحياته هدفاً ومعنى يعيش من أجله.

2. **التحكم (Control)**: هو اعتقاد الفرد بأن مواقف وظروف الحياة المتغيرة هي أمور متوقعة ويمكن التنبؤ بها والسيطرة عليها وتوجيهها.

3. **التحدي (Challenge)**: يشير إلى إيمان الفرد بأن التغيير هو أمر مثير وضروري للنمو وليس تهديداً، مما يدفعه لاستكشاف البيئة وحل المشكلات والمثابرة. (Clark, 1996)

أن الصلابة النفسية هي امتلاك الفرد لمجموعة من الاستعدادات والمعتقدات التي تجعله صامداً أمام ضغوط الحياة والمصائب، صابراً عند حدوثها، ومؤمناً بقضاء الله وقدره، مع الثقة والأمل في القدرة على حل المشكلات بطريقة إيجابية تخفف من آثارها الصحية.

2. الصلابة النفسية وعلاقتها ببعض المصطلحات النفسية

تعد الصلابة النفسية (Psychological Hardiness) أحد المتغيرات الجوهرية في علم النفس الإيجابي، حيث تمثل الدرع الواقي الذي يمتلكه الفرد لمواجهة تحديات الحياة المعاصرة. إن الفرد الذي يتمتع بالصلابة لا يكتفي بمجرد الصمود، بل يسعى لتحويل الضغوط إلى فرص للنمو والارتقاء. (مخيمر، 2002).

أولاً: مفهوم الصلابة النفسية وأبعادها

تتجاوز الصلابة النفسية كونها مجرد سمة عابرة؛ فهي بنية شخصية مركبة. كما عرفت "كوبازا" (Kobasa, 1979)، هي اتجاه عام يتضمن الإيمان بالذات والقدرة على التأثير في الأحداث.

1. الالتزام (Commitment).

يمثل الالتزام انخراط الفرد الكلي في أنشطة الحياة المختلفة (العمل، الأسرة، العلاقات الاجتماعية). الفرد الملتزم لا ينسحب عند وقوع الأزمات، بل يجد في انتمائه لقيمه وأهدافه دافعاً للاستمرار. (العبدلي، 2012، 7).

2. التحكم (Control).

يعكس هذا البعد اعتقاد الفرد بأنه "سيد مصيره". بدلاً من الشعور بالعجز (Learned Helplessness)، يرى الفرد الصلب أن أفعاله قادرة على إحداث تغيير حقيقي في مسار الأحداث الضاغطة. (مخيمر، 1996، 52).

3. التحدي (Challenge).

يعتبر التحدي القدرة على رؤية التغيير كفرصة للتطور وليس كتهديد للأمن النفسي. الأفراد ذوو الصلابة العالية يرحبون بالمتغيرات ويبحثون عن المصادر النفسية والبيئية التي تساعدهم على المواجهة. (حمادة وعبد اللطيف، 2002، 37).

ثانياً: الصلابة النفسية وعلاقتها بالمرونة النفسية (Resilience)

غالباً ما يقع الخلط بين الصلابة والمرونة، إلا أن العلاقة بينهما علاقة تكامل.

- **المرونة**: تشير إلى القدرة على "الارتداد" أو العودة للحالة الطبيعية بعد التعرض لصدمة.

- **الصلابة:** هي البنية التي تمنع الانهيار من الأساس وتوجه الفرد نحو المواجهة الفعالة. تشير الدراسات إلى أن الصلابة تعمل كـ "ميكانيزم" دفاعي استباقي، بينما تظهر المرونة في مرحلة التعافي. (عباس، 2010، 7)

ثالثاً: الصلابة النفسية وعلاقتها بـ (Future Anxiety)

هذا هو صلب دراساتك الحالية. إن العلاقة بين الصلابة و هي علاقة ارتباطية عكسية.

1. **الصلابة كمصد:** (Buffer) تعمل الصلابة على تقليل إدراك الفرد للتهديد المستقبلي. عندما يمتلك الفرد بُعد "التحكم"، فإنه يقلل من خوفه من المجهول لأنه يثق في قدراته. (Zaleski, 1996).
2. **التشوه المعرفي والقلق:** الأفراد الذين يفتقرون للصلابة يميلون إلى تضخم المخاطر، مما يولد لديهم . بينما الصلابة تدفع الفرد نحو "التمثل الواقعي" للأحداث، مما يخفف من حدة التوتر الوجداني. (سعود، 2005، 12).

رابعاً: الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية (Social Support)

المساندة الاجتماعية ليست مجرد عامل خارجي، بل هي مصدر يغذيه الفرد الصلب. يرى (محمد، 2012) أن الأفراد ذوي الصلابة العالية هم الأكثر قدرة على بناء شبكات دعم اجتماعي قوية، لأنهم يتفاعلون بسلاسة ويحترمون الذات والآخرين. إن وجود المساندة الاجتماعية يقلل من "النهك النفسي" الناتج عن الضغوط، مما يعزز من صلابة الفرد في دورة إيجابية مستمرة. (البهاض، 2002).

خامساً: الصلابة النفسية والصحة النفسية والجسدية

تعمل الصلابة كمصدر واقٍ ضد العواقب الجسدية السيئة للضغوط. تشير البحوث العيادية إلى أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة هم أكثر عرضة لأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، واضطرابات الجهاز الهضمي عند التعرض للضغوط. (حمادة وعبد اللطيف، 2002). الصلابة تساهم في تسهيل نوع من الإدراك والتقويم يجعل الجهاز العصبي أقل استثارة، مما يحافظ على الاتزان البيولوجي. (Homeostasis) (إبراهيم، 2003)

سادساً: الصلابة النفسية ومفهوم الذات (Self-Concept)

يرتبط مفهوم الذات بالصلابة ارتباطاً وثيقاً؛ فالفرد الذي يمتلك صورة إيجابية عن ذاته يكون أكثر قدرة على الالتزام بأهدافه. الصلابة النفسية تعزز من "فاعلية الذات" (Self-Efficacy)، حيث يشعر الفرد أنه يمتلك المهارات اللازمة للنجاح. (مجدي، 2007).

سابعاً: الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي (Emotional Intelligence)

يعد الذكاء الانفعالي أحد الروافد المهمة للصلابة. القدرة على فهم العواطف وإدارتها تساعد الفرد على ممارسة "التحكم" في المواقف الضاغطة. الفرد الصلب ذكياً انفعالياً لا يسمح للمشاعر السلبية بالسيطرة على قراراته، بل يستخدمها كإشارات لفهم الموقف والتعامل معه بموضوعية. (طه، 2009).

ثامناً: طرق تنمية الصلابة النفسية (التدخلات العلاجية)

- بما أن الصلابة هي "خصلة متعلمة" تتكون منذ الصغر (Funk, 1992)، فإنه يمكن تنميتها من خلال:
1. **إعادة البناء المعرفي:** تدريب الأفراد على تحويل الأفكار الكارثية إلى تحديات. (Challenge)

2. التدريب على المواجهة: (Coping Skills) استبدال استراتيجيات التجنب باستراتيجيات حل المشكلات. (الأقصري، 2002).

3. تنمية المساندة: تعليم الأفراد كيفية طلب الدعم وتقديمه، مما يزيد من شعورهم بالانتماء. (Commitment) إن الصلابة النفسية هي العمود الفقري للشخصية المقاومة للضغوط. إن علاقتها ب، والمساندة الاجتماعية، والصحة النفسية تجعل منها مفهوماً مركزياً في أي دراسة تتناول سيكولوجية التكيف. من خلال أبعادها الثلاثة، يستطيع الفرد ليس فقط البقاء على قيد الحياة، بل الازدهار رغم المحن.

3. النظريات المفسرة واستراتيجيات بناء الصلابة النفسية

تعد الصلابة النفسية حجر الزاوية في بناء الشخصية المقاومة للضغوط، وقد تضافرت الجهود النظرية لتأطير هذا المفهوم ضمن سياقات وقائية وعلاجية.

3. 1. نظرية سوزان كوبازا (Kobasa, 1979)

لقد قدمت كوبازا نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية، وتناولت خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوماً حديثاً في هذا المجال، واحتمالات الإصابة بالأمراض. فقد اعتمدت كوبازا في صياغة نظريتها على عدد من الأسس النظرية، تمثلت في آراء بعض العلماء أمثال: ماسلو، وروجرز، وفرانكل، والتي أشارت إلى أن وجود هدف للفرد أو معنى لحياته يجعله يتحمل إحباطات الحياة ويتقبلها، وأن يتحمل الفرد الإحباط الناتج عن الظروف الحياتية الصعبة معتمداً في ذلك على قدرته واستغلال إمكاناته الشخصية والاجتماعية بصورة جيدة.

كما اعتمدت كوبازا على النموذج المعرفي للآزاروس (Lazarus)، والذي يرى أن أحداث الحياة الضاغطة تنتج عن خبرة حادة أو ظروف مؤلمة لها تأثير سلبي على الاستجابات السلوكية للموقف أو الحدث الضاغط، ولها أهمية في تحديد نمط تكيف الكائن الحي. فتقييم الفرد لقدراته على نحو سيئ، والجزم بضعفها وعدم ملاءمتها للتعامل مع المواقف الصعبة أمر يشعره بالتهديد، ومن ثم الشعور بالإحباط، متضمناً الشعور بالخطر الذي يقرر الفرد وقوعه بالفعل (جودة، 2002).

ويُعد نموذج لآزاروس (Lazarus) من أهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية، حيث نوقشت من خلال ارتباطها بعدد من العوامل، وحددها في ثلاثة عوامل رئيسية هي: البنية الداخلية للفرد، والأسلوب الإدراكي المعرفي، والشعور بالتهديد والإحباط. وكان من نتاج تفهم واقتناع كوبازا بآراء من سبقوها أمثال ماسلو وروجرز وفرانكل وماوي والمنظور المعرفي للآزاروس أن وضعت الأساس التجريبي لنظريتها؛ فقد استطاعت إجراء سلسلة من الدراسات بين عامي (1979م) و(1985م) للبرهان على الافتراض الأساسي لنظريتها والقائل بأن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يُعد أمراً ضرورياً، بل إنه حتمي لا بد منه لارتقاء الفرد ونضجه الانفعالي والاجتماعي، وأن المصادر النفسية والاجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى وتزداد عند التعرض لهذه الأحداث.

ومن أبرز هذه المصادر: الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (الالتزام، والتحكم، والتحدي). وانتهت بالتوصل إلى صياغة نظريتها التي استهدفت الكشف عن المتغيرات النفسية والاجتماعية التي من شأنها مساعدة الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسدية والنفسية رغم تعرضه للمشقة. وقد طبقت هذه الدراسات على عينات من شاغلي المناصب الإدارية والمحامين

ورجال الأعمال، وأظهرت النتائج أن الصلابة النفسية تعمل كمتغير نفسي يخفف من وقع الأحداث الشاقة؛ فالأشخاص الأكثر صلابة يتعرضون للضغوط ولا يمرضون. كما أكدت أن الصلابة تتأصل في مرحلة الطفولة من خلال معايشة الخبرات المعززة التي تُثري الشخصية (الدبور، 2007).

3. 2. نظرية فنك (Funk)

لقد ظهرت هذه النظرية حديثاً في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات كأحدث النماذج المطورة التي قدمها فنك (Funk, 1992)، من خلال دراسته التي أجراها بهدف بحث العلاقة بين الصلابة النفسية كإدراك معرفي وتعايش انفعالي من ناحية، والصحة العقلية من ناحية أخرى. وقد اعتمد في تحديده لدور الصلابة النفسية على المواقف الشاقة الواقعية، وقام بقياس متغير الصلابة قبل وبعد فترة تدريبية عنيفة استمرت ستة أشهر. وتوصل إلى نتائج مهمة تفيد بارتباط مكوي الالتزام والتحكم فقط بالصحة العقلية الجيدة من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستخدام استراتيجيات التعايش الفعال، خصوصاً إستراتيجية ضبط الانفعال وحل المشكلات (ياغي، 2006، 62).

الأدوار التي يؤديها متغير الصلابة النفسية

حددت كوبازا (Kobasa) الأدوار التي يؤديها متغير الصلابة النفسية في النقاط التالية:

1. تخفيف الشعور بالإجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للأحداث والوقاية من الإجهاد المزمن.
2. الارتباط بالمواجهة الفعالة للضغوط والتوافق الصحي معها.
3. تغيير الإدراك المعرفي للأحداث الشاقة من تهديد إلى تحدٍ.
4. دعم عمل متغيرات المقاومة والمتغيرات المساعدة على سلامة الأداء النفسي (مخيمر، 2011، 19).

مقاربات ومفاهيم مرتبطة بالصلابة النفسية

أ. **الصلابة والصحة**: يرى كونرودا (Konroda) أنه من الممكن للصلابة أن تساعد في توقيف استجابات الجهاز الدوري للضغط النفسي. وأظهر سميث (Smith, 1989) أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر مقاومة للأمراض بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية وما نتج عنها من الحدار في مستوى التحفيز الفسيولوجي، بالإضافة إلى امتلاكهم جملاً إيجابية عن الذات تقي من الآثار الجسدية للضغط (ياغي، 2006).

ب. **الصلابة والتكيف**: تؤثر الصلابة النفسية على القدرات التكيفية؛ فالناس ذوو الصلابة المرتفعة يمتلكون كفاءة ذاتية أعلى، ويدركون ضغوطات الحياة اليومية على أنها أقل وطأة. كما يمارس الأفراد الأكثر صلابة الضغوط ولكن بأقل تكرارية، وينظرون إلى الأحداث الضاغطة الصغيرة على أنها غير مهددة، مما ينعكس إيجابياً على صحتهم العقلية والاجتماعية (راضي، 2008). ويرى ماكفارين (Makvaren) أن خصائص الشخصية (مثل الصلابة) وتوفر الدعم الاجتماعي تتفاعل لتوسط التخفيف من أثر التجارب الصادمة والأفكار المتطفلة (ياغي، 2006).

ج. **الصلابة وقوة الأنا**: يرى أنصار نظرية التحليل النفسي، وعلى رأسهم فرويد، أن الأنا القوية هي الواعية التي تحاول التوفيق بين دوافع الفرد والواقع الخارجي، وتحمل الضغوط الداخلية والخارجية. وبذلك تُصنف الأنا القوية كعملية مواجهة تمنح القدرة على التوافق والسيطرة على الأوضاع، مما يحفظ صحة الفرد النفسية.

د. الصلابة والكفاءة الذاتية: يشير باندورا (Bandura) إلى أن الكفاءة الذاتية هي معتقدات الفرد حول قدرته على إنتاج أداء مؤثر. وهذه المعتقدات تحدد كيف يشعر الناس وكيف يفكرون ويفوزون أنفسهم، وهي عملية ناتجة عن تضافر المعرفة والدافعية والعاطفة، وهي تلتقي مع بُعد "التحكم" في الصلابة النفسية (أبو غزال، 2008، 62).

هـ. الصلابة والجماعة (الصلابة الأسرية): يرى حانات (Hanat, 1995) أنه يمكن عزو صفات الصلابة النفسية للمجموعات مثل العائلات، وبذلك تعمل الصلابة على تسهيل توافق الأسرة. وأكد امريكنار (Amreknar et al., 1994) أن الصلابة تسهل الالتحام والرضا العائلي، حيث يلعب التواصل الجيد مع الوالدين دوراً في تحسين الصلابة لأعضاء العائلة (ياغي، 2006).

أبعاد نظرية كوبازا الثلاثية

طرحت كوبازا (Kobasa, 1983) نظريتها بافتراض أن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة هو أمر حتمي لارتقاء الفرد. وقدمت نموذجها الثلاثي الذي يتكون من:

1. البنية الداخلية للفرد: وتتمثل في السمات المستقرة للشخصية.

2. الأسلوب الإدراكي المعرفي: الطريقة التي يفسر بها الفرد الموقف (إيجابي مقابل سلبي).

3. الشعور بالتهديد والإحباط: وهو النتيجة النهائية للتفاعل بين البنية والأسلوب الإدراكي.

ويتوقف الشعور بالتهديد على الأسلوب الإدراكي الموقفي؛ فالإدراك الإيجابي يؤدي إلى تضائل الشعور بالتهديد، بينما يؤدي الإدراك السلبي إلى زيادته. والأفراد الذين يتميزون بالصلابة النفسية يكونون أكثر نشاطاً واقتداراً وضبطاً داخلياً، وأكثر صموداً ومقاومة لأعباء الحياة المجهدة (راضي، 2008).

4. أهمية أبعاد خصائص الصلابة النفسية

أهمية الصلابة النفسية:

قدمت "كوبازا (Kobasa, 1979) عدة تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد، ويمكن فهم العلاقة من خلال فحص أثر الضغوط على الفرد؛ وفي هذا الخصوص ترى أن استشارة الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الاستجابات تؤدي إلى استثارة الجهاز العصبي الذاتي، والضغط المزمن يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض جسمية واضطرابات نفسية. وهنا يأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية التي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق (حمادة وعبد اللطيف، 2002).

إن الصلابة النفسية مركب مهم من مركبات الشخصية القاعدية، التي تقي الإنسان من آثار الضغوط الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلاً وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما تعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والأمراض النفسية. وقد قدمت "كوبازا" تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط، وترى مع "مادي" أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الأوجاع تؤدي إلى استثارة الجهاز العصبي الذاتي والضغط المزمن، ويؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض "نفسجسمية" (سيكوسوماتية). ويتم تعديل هذه الدورة من خلال الطرق التالية:

- تعديل إدراك الأحداث وجعلها أقل وطأة.
- المؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة أو نقل الفرد من حال إلى حال.
- التأثير في أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال التأثير على الدعم الاجتماعي.
- القيادة نحو التغيير في الممارسات الصحية مثل اتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة (حمادة وعبد اللطيف، 2006، 35).

وذكرت "شيلي تايلور (Shelley Taylor)" أنه منذ الدراسة التي قامت بها "كوبازا" عام 1979، أُجريت العديد من الأبحاث التي أظهرت أن الصلابة النفسية ترتبط بكل من الصحة الجسمية والصحة النفسية الجيدة. وقد وجد كل من "مادي" و"كوبازا" أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يكونون أكثر قدرة على الاستفادة من أساليب مواجهتهم للضغوط، بحيث تفيدهم في خفض تهديد الأحداث الضاغطة من خلال رؤيتها من منظور واسع وتحليلها إلى مركباتها الجزئية ووضع الحلول المناسبة لها. وتتفق "كوبازا" و"فولكمان" و"لازاروس" في أن الخصائص النفسية كالصلابة مثلاً تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للحدث الضاغط ذاته، وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه وصحته النفسية وتقديره لذاته، كما تؤثر أيضاً في تقييم الفرد لأساليب المواجهة (مواجهة المشكلات، الهروب، التحمل، البحث عن المساندة، التحكم الذاتي) (عودة، 2010، 9). ويرى باحثون آخرون أنه حتى لو قام الأفراد الذين يتمتعون بدرجة عالية من الصلابة النفسية بتقدير الضغوط بأنها تشكل لهم ضغطاً بالفعل، إلا أن سمات شخصيتهم تظل تعمل كواقٍ من تأثير الضغوط عن طريق تسهيل اختيار أساليب المواجهة التوافقية أو عن طريق كف السلوك غير التوافقي؛ فالأفراد ذوو الصلابة العالية يميلون إلى استخدام أسلوب "المواجهة التحويلي"، وفيه يقومون بتغيير الأحداث التي يمكن أن تولد ضغطاً إلى فرص نمو، ونتيجة لذلك نجد أنهم يتوافقون مع الأحداث الضاغطة بطريقة متفائلة وفعالة. وعلى العكس من ذلك، يميل الأفراد ذوو الصلابة المنخفضة إلى أسلوب "المواجهة التراجعي" أو النكوصي، وفيه يقومون بالتجنب أو الابتعاد عن المواقف التي يمكن أن تولد ضغطاً (راضي، 2008). كما تُعد الصلابة النفسية أحد العوامل الشخصية في تحسين الأداء والصحة النفسية، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أهميتها كأحد عوامل المقاومة ضد الضغوط بجانب الضبط الداخلي، وتقدير الذات، والمساندة الاجتماعية (محمود وعلي، 2011، 6).

5. أبعاد الصلابة النفسية

توصلت "كوبازا" إلى أن الصلابة مفهوم عام في الشخصية يرجع إلى ثلاثة أبعاد هي: الالتزام، والتحكم، والتحدي، وفيما يلي توضيح لها:

أولاً: الالتزام (Commitment)

يشير هذا البعد إلى اعتقاد الفرد بقدرته وقيمه وأهدافه وخبراته وما يفعله في الحياة، حيث يتضح ذلك من خلال تبني الفرد لقيم ومبادئ ومعتقدات وأهداف محددة يتمسك بها ويتحمل مسؤولية نفسه ومجتمعه. (Hydon, 1986) وقد عرف "وايبي (Wiebe, 1991)" الالتزام بوصفه اعتقاد الفرد بضرورة تبني قيم وأهداف محددة تجاه نشاطات الحياة المختلفة،

ورؤية الأحداث الشاقة كأحداث هادفة وجديرة بالتفاعل معها. كما عرفه "مخيمر" (1997) بأنه نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله.

وتحدثت "راضي" (2008) عن أنواع مختلفة للالتزام، منها الشخصي، والاجتماعي، والأخلاقي، والديني، والقانوني. وبينت "كوبازا ومادي وبوسيتي" (Kobasa, Maddi, & Puccetti, 1985) "أن الالتزام يتكون من:

- الالتزام تجاه الذات: ويشير إلى اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمه الخاصة في الحياة.
- الالتزام تجاه العمل: ويشير إلى اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته والاندماج في محيطه وتحمل مسؤولياته.
- الالتزام الديني والأخلاقي والقانوني: كما أضاف "أبو الندى" (2007)، حيث يلتزم الفرد بالعتيدة، أو بالعلاقات الاجتماعية، أو بالجوانب القانونية المهنية كما في مهنة المحاماة (حمادة وعبد اللطيف، 2002، 13).

ثانياً: التحكم (Control)

إن ميل الفرد للتحكم يجعله يشعر ويتصرف كما لو كان يملك النفوذ والسيطرة في مواجهة أحداث الحياة عوضاً عن العجز. وأشارت إليه "كوبازا" (1983) بوصفه اعتقاد الفرد بأن مواقف وظروف الحياة المتغيرة هي أمور متوقعة ويمكن التنبؤ بها. وأوضح "هاريز" (Harris) "أن الالتزام يمثل رؤية الفرد بأن نشاطات الحياة لها معنى وفائدة (عباس، 2010، 24). ويتضمن التحكم وفقاً لـ "الرفاعي" (2003) أربع صور رئيسية هي:

1. القدرة على اتخاذ القرارات: والاختيار بين بدائل متعددة للتعامل مع الموقف.
2. التحكم المعرفي: استخدام العمليات الفكرية والمعلومات للتحكم في الحدث الضاغط.
3. التحكم السلوكي: القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز.
4. التحكم الاسترجاعي: استعادة المعتقدات السابقة عن الموقف لرؤيته كحدث قابل للسيطرة.

ثالثاً: التحدي (Challenge)

يشير هذا البعد إلى اعتقاد الفرد بأن التغيير المتجدد في أحداث الحياة هو أمر طبيعي وحتمي لارتقائه، أكثر من كونه تهديداً لأمنه وسلامته النفسية. (Funk, 1992) وأشار "مخيمر" (1997) إلى التحدي بأنه اعتقاد الشخص بأن ما يطرأ من تغيير هو أمر مثير وضروري للنمو، مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة. إن أبعاد الصلابة تكون في حالة نمو مستمر مع التقدم في العمر، حيث يتعلم الشخص كيفية التعامل مع أحداث الحياة من خلال محاولات النجاح والفشل (الدبور، 2007).

6. خصائص الصلابة النفسية

حصر "تايلور" (Taylor, 1995) "خصائص ذوي الصلابة النفسية في: الإحساس بالالتزام، والإيمان بالسيطرة (التحكم)، والرغبة في إحداث تغيير (التحدي). وتنقسم هذه الخصائص إلى قسمين:

خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

- أظهرت دراسات "كوبازا" (1979-1985) أنهم يتميزون ب:
- القدرة على الصمود والمقاومة، وإنجاز أفضل، واتجاه موجب نحو الذات.

- ثقة بالنفس، ووجهة داخلية للضبط. (Internal Locus of Control).
- القدرة على القيادة والسيطرة، والمبادأة والنشاط.
- قلة الأعراض النفسية والجسدية، والتفاؤل الدائم، والقدرة على تلاشي الإجهاد (أبو الندى، 2007).

خصائص منخفضي الصلابة النفسية:

يتصفون بعدم الشعور بهدف أو معنى لحياتهم، ولا يتفاعلون مع بيئتهم بإيجابية. يتوقعون التهديد المستمر، ويشعرون بالضعف في مواجهة الأحداث المتغيرة، ويفضلون ثبات الأحداث الحياتية، كما أنهم سلبيون وعاجزون عن تحمل الأثر السيئ للأحداث الضاغطة (محمد، 2002.91).

5. مؤشرات وجود والمضامين التطبيقية للصلابة النفسية الصلابة النفسية

المضامين التطبيقية للصلابة النفسية:

من منطلق أن الصلابة تُعتبر من أهم المتغيرات النفسية التي تساعد الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسدية والنفسية في مواجهة الضغوط، فإنه يمكن الاستفادة منها في المجالات التالية:

- **في التنشئة الاجتماعية:** تمثل التنشئة الاجتماعية السوية التي تقوم على الحب والدفء والتعاون قاعدة الأمن والأمان للقدرة على الثقة بالنفس والتحكم ونمو الصلابة النفسية. وقد أشارت دراسة مخيمر (1996) عن إدراك القبول أو الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية إلى أن نمو الصلابة النفسية يتوقف بصفة أساسية على طبيعة العلاقة بين الوالدين وأبنائهم؛ فإدراك الأبناء للدفء والمحبة وتشجيعهم على اتخاذ قراراتهم بأنفسهم وحل مشكلاتهم، وتشجيعهم على الاستكشاف والاقتحام والتحدي للظروف الضاغطة، من شأنه أن يجعلهم أكثر صلابة وشعوراً بالقيمة والكفاية والفاعلية (مخيمر، 1996).
- **في البرامج الوقائية والإرشادية والعلاجية:** أثبتت الدراسات أن الصلابة النفسية من المفاهيم التي تلعب دوراً حيوياً في مواجهة الصعوبات والعقبات وضغوط العمل وتحقيق الإنجاز، كما أنها تلعب دوراً إيجابياً في التصدي للمشكلات والنزاعات الزوجية والسلوك المرضي. لذا، يجب أن تركز البرامج الإرشادية والعلاجية على الخبرات التي من شأنها أن تزيد من الصلابة النفسية للأفراد، وتدريبهم على كيفية مواجهة مشكلات وأعباء الحياة، وتنمية قدرتهم على تحمل المسؤولية والقيام بالمهام الموكلة إليهم وتقبل النقد (عبد المؤمن، 1990).
- **مجالات أخرى:** تفيد الصلابة النفسية ومكوناتها في الكثير من مجالات الحياة الأخرى، منها على سبيل المثال لا الحصر:

1. المساعدة في التخلص من الوزن الزائد.
2. مقاومة الأمراض الجسدية وسرعة الشفاء منها.
3. تحقيق النجاح الدراسي والتغلب على خبرات الفشل، سواء في العلاقات أو في الدراسة أو العمل.
4. النجاح في الألعاب والمسابقات الرياضية والمنافسة فيها، حيث أكدت الدراسات وجود علاقة بين الصلابة والتمارين الصحية الإيجابية (جبر، 2005).

5. تدريبات القيادة والإدارة في المهن التي تتطلب التعرض لضغوط مستمرة مثل الأطباء ورجال الأعمال والمحامين.

6. دعم المراهقين والشباب في تحطيم أزمة الهوية من خلال تنمية قدرتهم على التحكم في الضغوط وتحديدها، ومعرفة إمكاناتهم الذاتية مما يساعد على عبور هذه الأزمة بحدوء (حسنين، 2007).

استراتيجيات بناء الصلابة النفسية:

تساهم العديد من العوامل في تكوين الصلابة لدى الفرد، وأظهرت الدراسات أن العامل الأساسي في تكوينها يبدأ من مرحلة الطفولة عبر العلاقات الاجتماعية السوية والدافئة داخل الأسرة وخارجها. ومن خلال العوامل الذاتية والخارجية، يمكن استخلاص استراتيجيات بناء وتقوية الصلابة فيما يلي:

- إقامة روابط مكثفة مع الآخرين: فالعلاقات الاجتماعية الإيجابية من أهم متطلبات الصلابة النفسية. إن تقبل المساندة والدعم من الأشخاص الذين نثق فيهم ونحترمهم، بالإضافة إلى المؤسسات الدينية والجماعات الخيرية، يُعد مصدراً أساسياً للمساندة الاجتماعية التي قد يحتاجها الفرد في الأزمات.
- تجنب رؤية الأزمات كشرك لا يمكن التخلص منها: الأحداث الضاغطة جزء لا يتجزأ من حياة الإنسان، ولكن بالإمكان تغيير أثرها عن طريق إعادة إدراكها وتفسيرها، ومحاولة تجاوز الظروف الحاضرة والتطلع للمستقبل، واعتبار كل ضائقة تحدياً جديداً يجب تحطيمه (أبو حلاوة، 2008: 29).
- استكشاف جوانب القوة في الذات: إن الصعوبات تدفع البشر إلى اكتشاف قدراتهم ومكان قوتهم التي لم يعرفوها من قبل. هذه الخبرات تفيد الأفراد في إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين والإحساس بفعالية الذات، فمجرد الإحساس بالقدرة على مواجهة الشدائد يزيد من قيمة الذات ويقوي الصلابة النفسية.
- تبني نظرة إيجابية للذات: من خلال تيقن الفرد من قدرته على حل المشكلات والثقة في النفس، والنظرة التفاؤلية التي تمكنه من توقع الأفضل بدلاً من القلق والحذر الدائم.
- وضع الأمور في سياقها: من خلال فهم الأحداث الضاغطة في سياقها الطبيعي والنظر للمدى البعيد. يجب ألا تكون لدى الفرد نظرة ضيقة، بل نظرة شاملة وتحليلية تمكنه من وضع خطط تحلصه من المواقف الضاغطة وتيسر أمور حياته (أبو حلاوة، 2008: 52).

مؤشرات وجود الصلابة النفسية:

يمكن وصف وجود الصلابة وتحديد مؤشراتهما من خلال الأبعاد التالية:

1. تحقيق نواتج إيجابية بغض النظر عن مواقف الخطورة المرتفعة.
2. الاحتفاظ بالكفاءة الذاتية في ظل ظروف الحياة الضاغطة.
3. التعافي السريع من الصدمات.

وعليه، نستطيع تمييز الشخص الذي يمتلك الصلابة عندما يظهر نواتج ارتقائية أفضل من المتوقع بعد التعرض للضغط، ويظهر تكيفاً ومواجهة إيجابية مع الحدث الصادم، مع سرعة استرجاع حالة الاتزان النفسي.

يجدر التنويه إلى أن عوامل الخطورة (مثل الفقر، انخفاض المكانة الاجتماعية، أو اضطرابات الآباء) ترتبط عادة بنواتج سلبية كالمشكلات السلوكية أو انخفاض الإنجاز. إلا أن الأطفال ذوي الصلابة يمتلكون حصانة نفسية ضد هذه التأثيرات، ويحققون ارتقاءً نفسياً سويًا بفضل عوامل الوقاية مثل أساليب المعاملة الوالدية الإيجابية. فالصلابة تُعد من أهم آليات التوافق والمواجهة الفعالة عند التعرض لأحداث مثل طلاق الوالدين، إذ تمكن الفرد من تنشيط التوافق السوي. كما ترتبط الصلابة إحصائياً بصورة سلبية بالقابلية للتأثر بالضغوط؛ فالأشخاص الصلبون قد يظهرون قلقاً في البداية، ولكن مع الوقت تتلاشى الأفكار السلبية والاقترامية لديهم بفضل صلابتهم (أتيلاكر، 2006).

الفصل الثاني : الضغوط النفسية

تمهيد

يعيش الإنسان المعاصر في بيئة مليئة بالمتغيرات السريعة والمطالب المتزايدة. تفرض هذه الظروف أعباء إضافية على التوازن النفسي والفسولوجي للفرد. يعد الضغط النفسي استجابة طبيعية لهذه التحديات. تظهر هذه الاستجابة عندما يشعر الفرد بوجود فجوة بين متطلبات الموقف وبين قدراته الشخصية المتاحة. تتداخل العوامل البيئية مع العوامل الذاتية لتشكيل تجربة الضغط. يؤثر الضغط على جودة الحياة والأداء الوظيفي والاجتماعي. يتطلب فهم هذه الظاهرة دراسة تفصيلية لمكوناتها وآليات عملها. يسلط هذا الفصل الضوء على ماهية الضغط النفسي وتطوره التاريخي. يستعرض النظريات العلمية التي حاولت تفسير استجابة الإنسان للمواقف الضاغطة. يتناول البحث أشكال الضغط وأنواعه المختلفة وطرق قياسها العلمية. يركز الفصل على الاستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد لمواجهة الضغوط وتقليل آثارها السلبية. تهدف هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة الديناميكية بين المثير والاستجابة في سياق الصحة النفسية. يمثل الضغط النفسي ركيزة أساسية لفهم سلوك أمهات أطفال طيف التوحد. يساعد تحليل الضغوط على تقديم آليات دعم فعالة لهذه الفئة.

لمحة تاريخية حول تطور مفهوم الضغط النفسي

يعود أصل كلمة ضغط إلى العلوم الفيزيائية والهندسية. استخدمت الكلمة لوصف القوة الواقعة على الأجسام الصلبة. انتقل المفهوم إلى الطب وعلم النفس في بدايات القرن العشرين. أجرى والتر كانون دراسات مبكرة حول استجابة الطوارئ. وصف كانون رد فعل الكر أو الفر كآلية بقاء أساسية. لاحظ كانون تغيرات حيوية تحدث في الجسم عند التهديد. تفرز الغدد هرمونات تزيد ضربات القلب وترفع ضغط الدم. تهدف هذه التغيرات إلى إعداد الكائن الحي لمواجهة أو الهروب. يمثل عمل كانون حجر الزاوية في فهم الجوانب الفسيولوجية للضغط (زيدان، 2013: 42).

طور هانز سيلبي مفهوم الضغط بشكل أعمق في ثلاثينيات القرن العشرين. يلقب سيلبي بأبي الضغط النفسي. عرف سيلبي الضغط بأنه استجابة الجسم غير النوعية لأي مطلب يفرض عليه. لاحظ سيلبي أن الجسم يستجيب بنمط ثابت بغض النظر عن نوع المثير. أطلق سيلبي على هذا النمط متلازمة التكيف العام. تتكون هذه المتلازمة من ثلاث مراحل هي التنبية والمقاومة والإنهاك. ساهمت أبحاث سيلبي في ربط الضغط بالأمراض الجسدية المزمنة. اعتبر سيلبي أن الضغط ضروري للحياة لكن تجاوزه للحدود يؤدي إلى المرض (منصور، 2016).

شهدت فترة الستينيات والسبعينيات تحولاً نحو الجوانب المعرفية. انتقد ريتشارد لازاروس التركيز البيولوجي الصرف. رأى لازاروس أن استجابة الإنسان تعتمد على إدراكه للموقف. أدخل لازاروس مفهوم التقييم المعرفي. ينقسم التقييم إلى أولي وثانوي. يحدد التقييم الأولي مدى خطورة الموقف. يحدد التقييم الثانوي قدرة الفرد على التعامل مع الموقف. أصبح الضغط علاقة تبادلية بين الفرد والبيئة. لم يعد الضغط مجرد مثير خارجي أو استجابة داخلية بل عملية تفاعلية مستمرة (بني يونس، 2011).

تطورت المقاييس والأدوات مع تقدم الأبحاث. وضع هولمز وراهي مقياس أحداث الحياة الضاغطة. ربط الباحثان بين التغيرات الحياتية الكبرى وبين احتمالية الإصابة بالأمراض. شمل المقياس أحداثاً مثل فقدان العمل أو الوفاة أو الزواج. انتقل الاهتمام لاحقاً إلى المتاعب اليومية الصغيرة. وجد الباحثون أن تراكم الضغوط اليومية البسيطة يؤثر بشدة على الصحة النفسية. ركزت الدراسات الحديثة على الضغط المهني وضغط الرعاية الأسرية (الشريبي، 2015، 103).

يرتبط مفهوم الضغط اليوم بالصلابة النفسية والمرونة. يبحث العلماء في سبب تفاوت الأفراد في تحمل الضغوط. تساهم العوامل الوراثية والبيئية والاجتماعية في تشكيل استجابة الفرد. دخلت التقنيات الحديثة في قياس مستويات الكورتيزول ونشاط الدماغ. يعكس تاريخ المفهوم تكاملاً بين الطب وعلم النفس وعلم الاجتماع (عبد المعطي، 2016، 58).

1. تعريف الضغط النفسي

يصعب حصر الضغط النفسي في تعريف واحد بسبب تداخل تخصصات الباحثين. يعرف الضغط من منظور المثير بأنه مجموعة من القوى الخارجية التي تؤثر على الفرد. تشمل هذه المثيرات الكوارث الطبيعية أو الحروب أو التغيرات الحياتية الكبرى. يركز هذا التعريف على الجوانب البيئية المسببة للتوتر. يفترض هذا التوجه أن الموقف الضاغط يؤثر على الجميع بنفس الطريقة. يتجاهل هذا التعريف الفروق الفردية في إدراك الضغوط (عسكر، 2014).

يعرف الضغط من منظور الاستجابة بأنه رد الفعل الفسيولوجي والنفسي للفرد. يركز هذا المنظور على ما يحدث داخل الجسم والعقل. تشمل الاستجابة زيادة إفراز الأدرينالين وشعوراً بالقلق والتوتر. يعد هذا التعريف امتداداً لأعمال هانز سيللي. ينظر للضغط هنا كحالة داخلية تنشأ لمواجهة المثيرات. يتميز هذا التعريف بوضوح العلامات الحيوية القابلة للقياس (القحطاني، 2013).

يتبنى علم النفس المعاصر التعريف التفاعلي. يعرف الضغط بأنه حالة من عدم التوازن بين مطالب الموقف وموارد الفرد. يحدث الضغط عندما يدرك الفرد أن الموقف يتجاوز قدراته التكيفية. تؤكد هذه الرؤية على دور التقييم المعرفي. لا يصبح الموقف ضاغطاً إلا إذا رآه الفرد كذلك. يفسر هذا التعريف سبب اختلاف استجابة شخصين لنفس الموقف. تعتمد شدة الضغط على أهمية الموقف بالنسبة للفرد وتوقعه للنتائج (أبو غزال، 2015).

يعرف الضغط إجرائياً في الدراسات النفسية بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقاييس الضغط المعتمدة. يشير التعريف الإجرائي إلى الأعراض النفسية والجسدية التي يبلغ عنها الفرد. تشمل هذه الأعراض اضطرابات النوم وفقدان التركيز وسرعة الاستشارة. يرتبط التعريف بالسياق الذي تظهر فيه الضغوط. يعد ضغط أمهات أطفال التوحد نوعاً خاصاً من الضغوط المزمنة المرتبطة بالرعاية (الزهراني، 2017، 28).

يصف البعض الضغط بأنه تجربة ذاتية غير سارة. تتضمن التجربة مكونات انفعالية ومعرفية وسلوكية. يمثل الضغط محاولة الكائن الحي لاستعادة التوازن المفقود. يعد الضغط ظاهرة كلية تشمل الإنسان بجوانبه المتعددة. يعكس تعدد التعاريف عمق الظاهرة وتعقيد ارتباطاتها بالحياة اليومية (حسين، 2012، 61).

2. النظريات المفسرة للضغط النفسي

تفسر النظرية الفسيولوجية الضغط كعملية بيولوجية بحتة. تركز النظرية على نشاط الجهاز العصبي وجهاز الغدد الصماء. يفرز الجسم هرمونات الضغط عند التعرض للتهديد. يعمل الكورتيزول على توفير الطاقة اللازمة لمواجهة الموقف. تؤدي الضغوط المستمرة إلى إجهاد الأجهزة الحيوية. تسبب هذه الحالة أمراضاً مثل قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم. تمثل أعمال سيلبي وجانوس أساس هذا التوجه (العتيبي، 2015، 55).

تقدم النظرية المعرفية تفسيراً يعتمد على معالجة المعلومات. يرى لازاروس أن الإنسان لا يستجيب للمثيرات بشكل آلي. يقوم العقل بتقييم الموقف عبر مستويين. يبحث التقييم الأولي في طبيعة الحدث وهل يمثل تهديداً أو خسارة أو تحدياً. يبحث التقييم الثانوي في البدائل المتاحة لمواجهة. تنشأ الضغوط عندما يختل التوازن في هذه العملية التقييمية. تؤكد النظرية على أهمية الموارد الشخصية والاجتماعية في تقليل عبء الضغط (الشناوي، 2014، 36).

تفسر نظرية أحداث الحياة الضغط من خلال التغيرات البيئية. ترى النظرية أن أي حدث يتطلب إعادة تكيف يسبب ضغطاً. تشمل الأحداث الجوانب الإيجابية مثل الزواج أو الترقية والجوانب السلبية مثل الطلاق. تعتمد شدة الضغط على مقدار التغيير المطلوب في نمط الحياة. وضع هولمز وراهي وحدات لتغيير الحياة لقياس هذا التأثير. كلما زادت النقاط المجمعة زاد خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية (طه، 2011).

تركز النظرية التحليلية على الصراعات الداخلية اللاشعورية. يرى فرويد أن القلق والضغط ينبعان من الصراع بين الهو والأنا والأنا العليا. يمثل الضغط تهديداً للأنا من قبل الدوافع الغريزية أو القيود الاجتماعية. يستخدم الفرد حيل الدفاع النفسي لتخفيف هذا التوتر. يفسر هذا التوجه الضغوط المرتبطة بتجارب الطفولة المبكرة. يعد الضغط هنا تعبيراً عن اضطراب في ميزان القوى النفسية الداخلية (عبد الرحمن، 2013، 39).

تطرح النظرية السلوكية رؤية تعتمد على التعلم. يرى السلوكيون أن الضغط استجابة متعلمة للمثيرات البيئية. يرتبط الموقف الضاغظ بنتائج سلبية في خبرة الفرد السابقة. يؤدي التعرض المتكرر للفشل إلى العجز المتعلم. يظهر الضغط كفشل في اكتساب مهارات تكيفية فعالة. تركز النظرية على تغيير السلوك وتدريب الفرد على مهارات الاسترخاء والمواجهة (الخالدي، 2016).

3. أشكال وعناصر الضغط النفسي

يتخذ الضغط النفسي أشكالاً متعددة تختلف في شدتها ومدتها. يمثل الضغط الحاد الشكل الأكثر شيوعاً. يظهر الضغط الحاد فجأة نتيجة موقف محدد وينتهي بانتهاء الموقف. يسبب هذا النوع استثارة سريعة للجهاز العصبي. تظهر أعراضه في شكل صداع توتري أو اضطراب في المعدة. يزول الأثر عادة بمجرد حل المشكلة المسببة (إبراهيم، 2014).

يعد الضغط الحاد المتكرر شكلاً أكثر تعقيداً. يظهر لدى الأفراد الذين يعيشون حياة فوضوية أو يتحملون مسؤوليات تفوق طاقتهم. يتسم هؤلاء الأفراد بسرعة الغضب والتوتر الدائم. يعانون من أعراض جسدية مستمرة مثل ارتفاع ضغط الدم والآلام المزمنة. يرتبط هذا الشكل بنمط الشخصية من النوع أ. يحتاج هؤلاء الأفراد إلى تدخلات علاجية لتغيير نمط حياتهم (الدليمي، 2015، 91).

يمثل الضغط المزمن الشكل الأخطر على الصحة. يستمر هذا الضغط لفترات طويلة وقد يمتد لسنوات. ينجم عن ظروف بيئية أو اجتماعية ثابتة مثل الفقر أو العمل غير المرضي أو رعاية طفل ذي إعاقة. يتكيف الفرد ظاهرياً مع هذا الضغط لكن جسمه يستنزف داخلياً. يؤدي الضغط المزمن إلى الانهيار التام والوفاة المبكرة. يمثل ضغط أمهات أطفال التوحد نموذجاً مثالياً للضغط المزمن (العنزي، 2013، 68).

تتكون عملية الضغط من عناصر أساسية متفاعلة. يمثل المثير العنصر الأول. قد يكون المثير مادياً كالضوضاء أو معنوياً كالنقد الاجتماعي. يمثل الإدراك المعرفي العنصر الثاني. يحدد الفرد معنى المثير ومدى تهديده لذاته. يمثل رد الفعل الفسيولوجي العنصر الثالث. يشمل التغيرات الكيميائية والحيوية في العضوية. يمثل المكون الانفعالي العنصر الرابع. يظهر في مشاعر الخوف أو الحزن أو الغضب (حميد، 2016، 103).

تشكل الموارد الشخصية والاجتماعية عنصراً حاسماً في معادلة الضغط. تشمل الموارد الشخصية الذكاء والصلابة النفسية والخبرات السابقة. تشمل الموارد الاجتماعية الدعم من الأهل والأصدقاء والمؤسسات. تعمل هذه الموارد كمخففات لحدة الصدمات. تحدد العلاقة بين هذه العناصر النتيجة النهائية للضغط سواء كانت نمواً أو انهياراً (البلاوي، 2012، 128).

4. أنواع وأسس تصنيف الضغط النفسي

تصنف الضغوط النفسية وفقاً لمصدرها إلى داخلية وخارجية. تنبع الضغوط الداخلية من أفكار الفرد وتوقعاته العالية نحو نفسه. تشمل لوم الذات والشعور بالذنب والقلق من الفشل. ترتبط هذه الضغوط ببناء الشخصية والتقدير الذاتي. تنجم الضغوط الخارجية عن البيئة المحيطة. تشمل المشكلات الأسرية والصعوبات المالية وضغوط العمل. يتفاعل النوعان لزيادة العبء النفسي على الفرد (الموسي، 2014، 93).

تصنف الضغوط حسب طبيعتها إلى فيزيقية واجتماعية ونفسية. تشمل الضغوط الفيزيكية عوامل مثل الحرارة الشديدة والازدحام والتلوث. تؤثر هذه العوامل على الراحة الجسدية وتزيد التوتر. تشمل الضغوط الاجتماعية الصراعات مع الآخرين والعزلة والمطالب الثقافية. ترتبط الضغوط النفسية بالإحباطات والصراعات بين الدوافع المتباينة. يمثل الحرمان من الحاجات الأساسية مصدراً رئيساً للضغوط النفسية (عبد الخالق، ، 252012).

يمكن تصنيف الضغوط بناءً على عدد الأفراد المتأثرين بها. توجد ضغوط فردية تخص شخصاً واحداً مثل المرض العضوي. توجد ضغوط أسرية تؤثر على جميع أفراد المنزل مثل إعاقة أحد الأبناء. توجد ضغوط جماعية أو كارثية تصيب المجتمع ككل مثل الأوبئة أو الزلازل. تختلف استراتيجيات المواجهة ومستويات الدعم المطلوبة لكل مستوى (الرفاعي، 2015، 36).

تصنف الضغوط حسب آثارها إلى إيجابية وسلبية. يسمى الضغط الإيجابي بالضغط الحميد. يمثل هذا النوع حافزاً للإنجاز والإبداع. يظهر عند التحضير لمناسبة سعيدة أو دخول منافسة رياضية. يوفر الطاقة والتركيز اللازمين للنجاح. يمثل الضغط السلبي الضيق والتوتر المعيق. يسبب هذا النوع استنزافاً للطاقة ويؤدي إلى الفشل والاضطراب. يعتمد التصنيف هنا على النتيجة الوظيفية للضغط (سليمان، 2013، 81).

يصنف علماء النفس الضغوط حسب مجالات الحياة. يوجد الضغط الدراسي المرتبط بالامتحانات والتحصيل. يوجد الضغط المهني المرتبط ببيئة العمل ومتطلباته. يوجد الضغط العائلي المرتبط بالعلاقات الزوجية وتربية الأبناء. يعد ضغط الرعاية أحد أصعب الأنواع المهنية والأسرية تداخلاً. يساعد هذا التصنيف في تحديد التدخلات الإرشادية المناسبة لكل مجال (فرج، 2014).

5. قياس الضغط النفسي

يعتمد قياس الضغط النفسي على ثلاثة مداخل رئيسية. يستخدم المدخل الأول المقاييس الكيمائية والفسولوجية. يتم قياس مستوى هرمون الكورتيزول في اللعاب أو الدم. يعكس ارتفاع الكورتيزول تعرض الفرد لضغط مستمر. يتم قياس نشاط الجهاز العصبي من خلال سرعة ضربات القلب وضغط الدم والناقلية الكهربائية للجلد. تتميز هذه الأدوات بالموضوعية العالية لكنها مكلفة وتحتاج لتجهيزات مخبرية (الغامدي، 2016).

يستخدم المدخل الثاني التقارير الذاتية والمقاييس النفسية. تعد هذه الطريقة الأكثر شيوعاً في الدراسات الميدانية. يطلب من الفرد الإجابة على فقرات تصف مشاعره وأعراضه وتجاربه الضاغطة. تشمل المقاييس المشهورة مقياس مدرك الضغط النفسي ومقاييس أحداث الحياة. تتيح هذه الأدوات جمع معلومات عن الجوانب المعرفية والانفعالية للضغط. تعتمد دقة هذه الطريقة على صراحة المفحوص وقدرته على تقييم حالته (الرشدي، 2011، 66).

يعتمد المدخل الثالث على الملاحظة السلوكية والمقابلات الإكلينيكية. يقوم الباحث بملاحظة علامات التوتر على الفرد مثل حركات اليدين ونبرة الصوت وسرعة الكلام. تهدف المقابلة المتعمقة إلى فهم سياق الضغوط ومعانيها الذاتية بالنسبة للفرد. تفيد هذه الطريقة في الحصول على تفاصيل لا تظهرها الاستبيانات المغلقة. تستخدم المقابلات بكثرة مع حالات الضغوط المزمنة مثل أمهات أطفال التوحد (عامر، 2015، 67).

يتطلب قياس الضغط مراعاة المعايير السيكومترية للأدوات. يجب أن يتمتع المقياس بالصدق والثبات. يعني الصدق أن يقيس الاختبار ما وضع لقياسه فعلاً. يعني الثبات الحصول على نتائج متقاربة عند إعادة تطبيق المقياس. يجب تقنين المقاييس على البيئة العربية لضمان ملاءمة الفقرات للثقافة المحلية. تختلف تعبيرات الضغط بين المجتمعات المختلفة مما يستدعي تعديل الصياغات (عبد الله، 2014، 15).

يشمل القياس الشامل تقييم المثيرات والاستجابات والموارد. لا يكفي قياس شدة الضغط بل يجب معرفة مصادره ومدة استمراره. يتم تقييم الدعم الاجتماعي المتاح للفرد كمتغير وسيط. يساعد القياس المتكامل في وضع خطط علاجية وفردية دقيقة. يساهم التطور التقني في ابتكار تطبيقات ذكية لمراقبة الضغوط بشكل يومي ومستمر (بدر، 2013، 62).

6. استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

تعرف استراتيجيات المواجهة بأنها الجهود المعرفية والسلوكية التي يبذلها الفرد للتعامل مع المطالب الضاغطة. تصنف هذه الاستراتيجيات إلى نوعين رئيسيين. يركز النوع الأول على المشكلة. يهدف الفرد هنا إلى تغيير الموقف الضاغط أو إزالة مصدر التوتر. تشمل الأساليب جمع المعلومات ووضع خطط للحل واتخاذ القرارات وإدارة الوقت. تعد هذه الاستراتيجية فعالة في المواقف التي يمكن التحكم بها (الربيعي، 2014، 92).

يركز النوع الثاني من المواجهة على الانفعال. يهدف الفرد إلى تقليل التوتر الانفعالي المصاحب للموقف دون تغيير الموقف نفسه. تستخدم هذه الاستراتيجية عندما يكون الموقف خارجاً عن سيطرة الفرد. تشمل الأساليب الاسترخاء والتأمل والصلاة والبحث عن الدعم العاطفي. قد تشمل أيضاً أساليب سلبية مثل الإنكار أو الهروب أو تعاطي المهدئات. يعد التوازن بين النوعين علامة على الصحة النفسية (صالح، 2015، 52).

تؤثر المتغيرات الشخصية على اختيار نوع الاستراتيجية. يميل الأفراد ذوو التقدير الذاتي المرتفع والصلابة النفسية إلى استخدام المواجهة المركزة على المشكلة. يستخدمون مهارات حل المشكلات لمواجهة التحديات. يميل الأفراد الأكثر قلقاً إلى استخدام المواجهة المركزة على الانفعال. تلعب الخبرات السابقة دوراً في تعزيز أساليب معينة أثبتت نجاحها في الماضي (موسى، 2012، 69).

يمثل الدعم الاجتماعي مورداً حيويًا في استراتيجيات المواجهة. يوفر المحيطون بالفرد دعماً مادياً ومعلوماتياً وعاطفياً. يساعد الدعم في إعادة تقييم الموقف بشكل أقل تهديداً. يقلل وجود الآخرين من الشعور بالعزلة والعجز. تعد المشاركة في جماعات الدعم للأهداف استراتيجية اجتماعية فعالة لمواجهة ضغوط الرعاية المزمنة (حسن، 2016، 41).

تتضمن المواجهة الفعالة المرونة في استخدام الأساليب المختلفة. يجب أن تتناسب الاستراتيجية مع طبيعة الموقف الضاغط. يؤدي الاعتماد الدائم على أسلوب واحد إلى الفشل في بعض المواقف. تهدف البرامج التدريبية إلى تزويد الأفراد بمهارات متنوعة للمواجهة. تشمل هذه المهارات إعادة البناء المعرفي والتدريب على تأكيد الذات والتحكم في الغضب (مخيمر، 2011، 52).

من الناحية السيكلولوجية العيادية، يُعد القلق استجابة انفعالية وفسولوجية مركبة، ومن الطبيعي أن يشعر الشخص بهذا القلق من وقت إلى آخر كجزء من آلية البقاء. إن القلق بدرجة متوسطة يعتبر مفيداً في بعض الأحيان، حيث يعمل بمثابة نظام إنذار مبكر يساعد الشخص على التفاعل بالشكل المناسب مع الخطر الحقيقي، كما يساهم في تحفيزه على التميز في عمله أو بيته من خلال استنفار الطاقات الذهنية. ولكن، تكمن الإشكالية المرضية حينما يتحول هذا القلق إلى حالة مستمرة وتعميمية؛ فإذا كنت تشعر بالقلق في معظم الأوقات ومن دون سبب واضح، وكان هذا الشعور يعطل حياتك اليومية ويعيقك عن ممارسة نشاطات معينة، مثل استخدام المصعد أو مغادرة المنزل، فعندها قد تكون مصاباً بأحد اضطرابات القلق التي تسبب توتراً أو قلقاً زائداً وغير منطقي يتجاوز بمراحل ما يتطلبه الموقف الفعلي. إن العيش مع هذه الاضطرابات يمثل تحدياً كبيراً للأنا، إلا أن العلاج متاح عبر مسارات متعددة؛ فالعلاج بالأدوية لتنظيم الكيمياء الحيوية، والعلاج النفسي لتعديل البناء المعرفي، يمكن أن يساعدا بشكل فعال في تخفيف الأعراض، كما أن تعلم المهارات الصحية للسيطرة على القلق يسهل استعادة التوازن الحياتي (داود وآخرون، 1992، 82).

خلاصة الفصل

يمثل الضغط النفسي و ظاهرة مركبة تجمع بين المثيرات البيئية والاستجابات الحيوية والتقييمات المعرفية. انتقل مفهوم الضغط من التفسير الفسيولوجي المحدود إلى الرؤية التفاعلية الشاملة. لا يعد الضغط مجرد حدث خارجي بل هو نتاج تفاعل الفرد مع واقعه وإمكاناته. تتعدد أشكال الضغط بين الحاد والمزمن وتتنوع مصادره بين الشخصي والاجتماعي والمهني. يؤثر الضغط المزمن بشكل عميق على التوازن النفسي والجسدي للفرد ويستنزف موارده التكيفية. يتطلب القياس العلمي للضغط تكاملاً بين الأدوات النفسية والمؤشرات الحيوية لضمان الدقة. تلعب استراتيجيات المواجهة دوراً حاسماً في تحديد مآلات الضغط النفسي. يساعد استخدام الأساليب المركزة على المشكلة في حل الأزمات بينما تخفف الأساليب الانفعالية عبء التوتر. تظهر أهمية الدعم الاجتماعي والصلابة النفسية كعوامل وقائية تحمي الفرد من الأضرار. يعد فهم الضغط النفسي بجميع أبعاده حجر الزاوية في دراسة معاناة أمهات أطفال طيف التوحد. يساعد هذا التأصيل النظري في بناء برامج إرشادية وتدخلات علاجية تهدف إلى تحسين جودة حياة هؤلاء الأمهات وتنمية قدراتهن على الصمود النفسي في مواجهة تحديات الرعاية المستمرة. يمثل الضغط واقعاً لا يمكن تجنبه لكن يمكن إدارته وتوجيهه لخدمة النمو الشخصي والتكيف السوي.

الفصل الثالث :سيكولوجية الأمومة و التوحد

أولاً : سيكولوجية الأمومة

للأمومة أهمية تاريخية ترجع إلى بدء الخليقة ونشأة الإنسان، حيث أنها تبدأ منذ بداية الحمل وتنمو وتتطور مع مرور الزمن، فهي تمنح المرأة سبباً بأن وجودها في هذه الحياة له معنى وهدف؛ وذلك من خلال الاهتمام بطفلها ورعايته سواء من الناحية الجسمية (طعام، لباس، نظافة)، أو من الناحية النفسية (حب، عطف، حنان)، وخاصة في السنوات الأولى من عمره. حيث إنه في هذه المرحلة تبدأ علاقة الطفل بأمه تتشكل وتنمو تدريجياً وتبدأ في الظهور من خلال تعلق الطفل بأمه، وإن أي انفصال أو أي حرمان في هذه الفترة الحرجة من شأنه أن يترك أثراً على نفسية الطفل، وبالتالي يسبب له حرماناً أمومياً.

1. مفهوم الأمومة

1-1 نشأة و المفهوم اللغوي لمصطلح الأمومة:

ظهر مصطلح "ماتيرنييتي (Maternitas)" في بداية القرن الثاني عشر لوصف وظيفة الكنيسة وزوجة المسيح أم كل اليتامى، ثم في القرن الخامس عشر قام الأطباء بطلب المساعدة من القابلات وذلك بسبب عجزهم أمام حالات الولادة، ومن ثم استعملت كلمة الأمومة للمستشفى التي تضع فيها النساء حملهن. وفي عصر التنوير أصبحت الأمومة في صلب الهوية الأنثوية حيث حدثت تحولات في تصورات الأمومة من الوظيفة التناسلية إلى الوظيفة التربوية التي احتلت مكانة مرموقة، حيث أخذت العديد من الأقلام تكتب حول هذه الوظيفة. وتم الحصول على حق عطلة الأمومة سنة 1909-1913، ثم المنح العائلية للمرأة الماكثة بالبيت سنة 1938، وفي سنة 1960 تمكنت المرأة من الدخول إلى سوق العمل مما مكن النساء من الاستقلالية الاقتصادية، ثم الحصول على حقوق قانونية والبحث عن وسائل وأماكن للتكفل بالأطفال في رياض الأطفال (لصقع، 2012).

التعريف اللغوي:

- الأم: هي أصل الشيء، وهي الوالدة، وهي الشيء الذي يتبعه فروع له (المهدي، د.ت).
- الأمومة: هي نظام تعلق فيه مكانة الأم على مكانة الأب (المهدي، د.ت).

2-2 التعريف الاصطلاحي:

- الأمومة هي علاقة بيولوجية ونفسية بين المرأة ومن تنجبهم وترعاهم من الأبناء والبنات (المهدي، د.ت).
- الأمومة تمنح المرأة سبباً بأن وجودها في الحياة له معنى وغرض، بحيث يلعب الأطفال دوراً هاماً في دفعها وحثها في الحياة. وترى بعض الأمهات أن الأمومة نوع من الاستثمار الاجتماعي والعاطفي فهي تحيا من أجل تربية هذا الطفل الذي يصبح أملاً تترقبه وتحلم به فهو المستقبل الذي تعيش به وله، فأحياناً تجد المرأة في وليدها الوسيلة الوحيدة لتحقيق ذاتها وطموحاتها التي حُرمت هي من تحقيقها وترى في حياة طفلها فرصة كي تحيا مرة أخرى من خلاله (عبد الناصر، د.ت).
- لعل الحدث الأهم في حياة المرأة هو أن تضع في هذا العالم مولودها، فالولادة تعني تحولاً كبيراً في حياتها ويتمثل ذلك بشعورها العميق بالنضج وقدرتها غير المحدودة على العطاء فهي تستطيع أن تغذي كائناً آخر من جسدها

وتشعر بأنها مسؤولة عنه وعن تطوره وأمنه، فتجربة الولادة تنطوي على انقلاب عاطفي كبير وعلى شعور متعاظم بالمسؤولية ويمكن أن يترافق ذلك بالخوف والشك بعدم القدرة على رعاية المولود الجديد (قنطار، 1992).

إن الأمومة هي إحساس غريزي لدى المرأة تجاه أولادها يدفعها إلى العطاء والحب وتحمل المشاق من أجلهم، وهي تركيبة من الخصائص البيولوجية والنفسية، التي تجعل الأم تحمل وتلد رغم ما ينطوي عليه ذلك من آلام لا يكاد يتحملها البشر، وهي أيضاً تلك العاطفة التي تجعلها تغمر أولادها بالرعاية والحنان، وتفضلهم على نفسها دون أن تنتظر مقابلاً.

وترى بعض الأمهات أن الأمومة نوع من الاستثمار الاجتماعي والعاطفي فهي تحيا من أجل تربية هذا الطفل الذي يصبح أملاً تترقبه وتحلم به، حيث تجد في ولدها الوسيلة الوحيدة لتحقيق ذاتها وطموحاتها التي حُرمت من تحقيقها وترى في حياة طفلها فرصة كي تحيا مرة أخرى من خلاله، وقد يصل بها الأمر إلى أن يكون محور حياتها فقط حول هذا الطفل الذي تخطط له الأصوب والأفضل أملاً في أن تحقق في نهاية الأمر هذه الطموحات التي تتوقعها منه حتى لو كان هذا على حساب اعتبارات أخرى تهمها كفرد أو تؤثر على الزوج أو في باقي أفراد الأسرة (عبد الناصر، د.ت).

وهي المشاعر الدفينة التي يحملها قلب الأم نحو أطفالها وأسرتها، والتي تترجم طبيعتها ورسالتها في الحياة كما أمر الإسلام (داود، 2003). كما أن الأمومة هي علاقة بيولوجية ونفسية بين المرأة ومن تنجبهم وترعاهم من الأبناء والبنات، وهي التي تحمل وتلد وترضع، وتحب وتتعلق وترعى (حواء العرب، د.ت).

فالأمومة تتضمن الحمل والولادة، ودخول المرأة في دور اجتماعي جديد، وهو دور الأم بما يصاحبه ذلك من ضرورة تعلم معايير اجتماعية، ومهام ومسؤوليات أخرى، حيث يرى حامد زهران (1983) أن عملية الحمل والولادة تحتاج إلى امرأة ترضى عن دورها كأثني، بحيث يرضي الحمل والولادة عندها شيئاً، ويشبع لديها الحاجة (كركوش، د.ت). حيث أن الأمومة هي مجموعة من المنبهات والمؤثرات والحركات والاستجابات الفطرية بين الوليد ومن يرافقه طويلاً (أمه) مثل: التحديق والابتسام (الدر، 1983).

ومنه نستنتج أن الأمومة هي ذلك الشعور الذي يراود المرأة التي أنجبت، ورعت وربت واهتمت بطفلها منذ ولادته، أي أنه شعور داخلي تحس به أي أم قامت بالإنجاب.

3. الأهمية النفسية والنمائية لدور الأم

تلعب الأم دوراً فعالاً جداً وضرورياً للنمو الصحي والمتجانس للطفل، وهذا ما أثبتته العديد من الأبحاث. قبل ثمانمائة سنة، قام "فردريك الثاني (Frederick II)" إمبراطور الرومان بإجراء تجربة على الأطفال الرضع بهدف التعرف على اللغة الطبيعية التي سوف يتحدث بها هؤلاء الأطفال من تلقاء أنفسهم وبشكل فطري. لذلك قام بأخذ مجموعة من الأطفال الرضع وقام بوضعهم في مركز رعاية أين تقوم بعض المربيات والممرضات برعايتهم من خلال إطعامهم وضمان نظافتهم وتوفير كافة حاجياتهم، لكن كانت لديهم أوامر بأن لا يتحدثوا إليهم بأي لغة كانت.

بطبيعة الحال "فردريك" لم يتمكن من التعرف على هذه اللغة الطبيعية التي يمكن أن يتحدث بها هؤلاء الرضع، ذلك لأن نتائج تجربته تمثلت في موت جميع الأطفال الرضع نظراً لغياب الأمهات؛ حيث إنهم لم يتمكنوا من العيش دون الإحساس باللمسات، أو من دون رؤية الابتسامات وتبادل العواطف والانفعالات، أو الإحساس بالحب وسماع كلمات الأم. الأطفال

الرضع أصبحوا منسحبين، مكثبين الأمر الذي تسبب في موتهم (Barnard & Solchany, 2002) وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على الدور والمكانة المهمة للأم في حياة الطفل ليس فقط من ناحية الرعاية، ولكن أيضاً من ناحية الدفء والعاطفة والدعم النفسي للطفل نظراً لأهمية التفاعلات الإنسانية الأولية في حياة الأفراد.

أعمال "سبيتز (Spitz, 1946)" دعمت ضرورة وجود تفاعل إنساني بين الرضيع وبين الأشخاص الذين يقومون على رعايته ونخص بالذكر الأم، وذلك سواء لضمان نمو نفسي جيد أو لضمان نمو عقلي واجتماعي أفضل خاصة في السنوات الأولى من حياة الرضيع. وجود الأم يساعد الطفل على تنمية مهاراته اللغوية والمعرفية ويساعده على أن يكون في المستقبل فرداً اجتماعياً يتميز بسلوكياته الإيجابية. وقد اتفق مجموعة من العلماء من بينهم "فرويد (Freud)" على أن الحرمان من الأم يمكن أن يؤدي إلى أشكال مختلفة من الخلل الوظيفي عند الأطفال أو قد يؤدي في حالات أخرى إلى الموت. هؤلاء الأطفال يظهرون خللاً في النمو والتطور، ويظهرون خللاً نفسياً وعقلياً، كما قد تظهر عليهم مستويات من المرض وأيضاً نسب مرتفعة من الوفيات. (Barnard & Solchany, 2002)

وقد أشار "بولبي (Bowlby)" إلى الأهمية الكبرى للعلاقة (أم-طفل) لضمان نمو عقلي صحي للطفل ومن أجل الإحساس بالراحة للطرفين. فهو لا يرى بأن الأمومة ضرورية فقط للرضيع أي في نموه في هذه الفترة المحددة وإنما يرى أنها ضرورية لاكتسابه المهارات الضرورية للمستقبل.

وبذلك يمكن القول إن للأم دوراً فعالاً جداً في حياة الطفل انطلاقاً من لحظاته الأولى إلى مراحل متقدمة من نموه. فالممارسات التي تقوم بها الأمهات من شأنها أن تؤثر على سلوكيات الطفل، فالتفاعلات الأولى بين الأم ورضيعها لها أهمية كبرى لضمان النمو المتجانس للطفل. الرعاية التي تتمثل في إطعام الرضيع ورعايته من ناحية النظافة واللباس ليست بأهمية اللمسات والكلام والانفعالات التي تحدث بينهما خاصة من الناحية النفسية. كما أن دور الأم لا ينحصر فقط في السنوات الأولى وإنما يمتد إلى سنوات متقدمة من عمر الطفل من خلال الممارسات التربوية والاجتماعية والثقافية التي تقوم بها الأمهات لتنمية القدرات المعرفية للطفل وتطوير مهاراته الاجتماعية. التفاعلات التي تكون بين الأم والطفل تساعد على تنمية الإحساس بالتعاطف عند الطفل، مما يؤدي بدوره إلى نمو أخلاقي وقيمي جيد لديه وتطور الإحساس لديه بالآخرين.

2. أنواع الأمومة:

تنقسم الأمومة وفقاً للمنظور النفسي والبيولوجي إلى عدة أنواع، تختلف باختلاف طبيعة الروابط القائمة بين الأم والطفل:

1-2 الأمومة الكاملة (بيولوجية ونفسية):

هي الأم التي حملت وولدت وأرضعت ورعت الطفل حتى كبر، وهي أقوى أنواع الأمومة؛ فهي كما يصفها الدكتور يوسف القرضاوي (فتاوى معاصرة، 1989) تمثل المعاناة والمعاشة للحمل أو الجنين تسعة أشهر كاملة، يتغير فيها كيان المرأة البدني كله تغيراً يقلب نظام حياتها رأساً على عقب، ويجرمها لذة الطعام والشراب والراحة والهدوء؛ إنه الوحم والغثيان والوهن طوال مدة الحمل، وهي التوتر والقلق والوجع والتأوه والطلق عند الولادة، وهو الضعف والتعب بعد الولادة.

إن هذه الصحبة الطويلة المؤلمة المحببة للجنين بالجسم والنفس، والأعصاب والمشاعر هي التي تولد الأمومة وتفجر نبعها السخي الفياض من الحنان، والعطف، والحب؛ وهذا هو جوهر الأمومة.

2-2- الأمومة البيولوجية:

هي الأم التي حملت وولدت فقط، ثم تركت ابنها لأي سبب من الأسباب، وهي أمومة قوية وعميقة لدى الأم فقط، ولكنها ليست لدى الابن أو البنت؛ لأن الأبناء لا يشهدون الأمومة البيولوجية، وإنما يشهدون الأمومة النفسية (حواء العرب، د.ت). ولذلك اهتم القرآن الكريم بالتوصية بالأم، والتذكير بالأمومة البيولوجية التي لم يدركها الأبناء حيث قال الله تعالى: {وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهَنَا عَلَى وَهْنٍ وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ} (سورة لقمان، الآية: 14).

2-3- الأمومة النفسية:

هي الأم التي لم تحمل ولم تلد ولكنها تبنت الطفل - من خلال فراقه عن أمه البيولوجية - فرعته وأحاطته بالحب والحنان حتى كبر؛ هذه الأمومة يعيها الطفل أكثر مما يعي الأمومة البيولوجية، لأنه أدركها ووعاها واستمتع بها (المهدي، د.ت). وتنقسم الأمومة النفسية إلى قسمين:

• 1-3-2- الأمومة الراحية: وتشمل الحب والحنان والعطف والود والرعاية والحماية والمداعبة والتدليل.

• 2-3-2- الأمومة الناقدة: وتشمل النقد والتوجيه والتعديل والأمر والنهي والسيطرة والقسوة أحياناً.

ففي الأحوال الطبيعية يكون هناك توازن بين قسمي الأمومة، فترى الأم تعطي الرعاية والحب والحنان وفي نفس الوقت تنتقد وتوجه وتعاقب أحياناً، أما في الأحوال المرضية فنجد أن هذا التوازن مفقود؛ فيميل ناحية الرعاية الزائدة والتدليل، أو يميل ناحية النقد المستمر والقسوة والسيطرة (المهدي، د.ت).

2. مراحل الأمومة و أهميتها

أهمية الأمومة:

1-3-1- الأهمية الدينية: هناك أولويات ينبغي غرسها في الطفل، وأول تلك الأولويات العقيدة الإسلامية متمثلة في أركان الإيمان ثم أركان الإسلام (منتدى الثلاثاء، د.ت). ومما يدل على أهمية تربية الوالدين وأثرها في عقيدة الطفل قوله صلى الله عليه وسلم: "كل مولود يولد على الفطرة، فأبواه يهودانه، أو ينصرانه، أو يمجسانه" (رواه البخاري). وثاني الأولويات بعد العقيدة هو التشريع، وهو ما حث عليه النبي صلى الله عليه وسلم في قوله: "مروا أولادكم بالصلاة وهم أبناء سبع سنين، واضربوهم عليها وهم أبناء عشر، وفرقوا بينهم في المضاجع" (رواه أبو داود). ثم يأتي بعد ذلك الأخلاق، ويكون بتعويد الأولاد على محاسن الأخلاق كالصدق والأمانة.

2-3-2- الأهمية الاجتماعية: إن البيئة الاجتماعية لها أثر كبير في شخصية الإنسان، فعلى الأم أن تنشئ ولدها على الاختلاط بالناس، وتجنّب العزلة والانطواء ليكون له دور فعال في المستقبل؛ فالأم هي أول من يكون عند الطفل منطلق العلاقات الإنسانية، فلا بد للطفل أن يتجاوز أمه للعالم الخارجي، ولا شك أن العلاقة بين الأم والأب ستنعكس على سلوك الطفل ونفسيته.

3-3-3- الأهمية النفسية: من سنن الله في الأنفس أنه أودع المحبة والسكينة في الأم للولد، وفي الولد للأم؛ هذه هي السنة القويمة السوية، ومن ثم أوجب الله على الأم إرضاع ولدها، فالرضاعة تولد العلاقة الحميمة بين الأم والطفل، الأمر الذي

أكده البحث العلمي؛ فأوجب وضع الوليد على تماس حسي مع الأم بعد الولادة مباشرة، وذلك لأهمية هذه اللحظات في مستقبل العلاقات اللاحقة بين الطفل والأم، وبين الطفل ومجتمعه (متندي الثلاثة، د.ت).

4-3 الأهمية الخلقية: إن انحراف الأم والأب الأخلاقي سيولد - لا محالة - الانهيار الأخلاقي في الأسرة لأن الوالدين هما القدوة العليا للطفل، ولقد ضرب الله سبحانه وتعالى مثلاً للأم الصالحة وهي أم مريم؛ قال تعالى: { وَمَا كَانَتْ أُمَّكَ بَعِيًّا } (سورة مريم، الآية: 28).

وعليه نستنتج أنه للأمومة أهمية بالغة من كل النواحي سواء من الناحية الدينية، أو الاجتماعية، أو النفسية، أو الخلقية؛ لأنها تسهم في بناء شخصية سوية للطفل.

مراحل الأمومة:

تنقسم مراحل الأمومة إلى ثلاث مراحل أساسية، تعكس تطور العلاقة بين الأم والطفل:

1. مرحلة الاحتواء: تبدأ بفترة الحمل حتى المرحلة الأولى بعد الولادة، وفيها تشعر الأم بأن الطفل جزء منها ولا تستطيع الإحساس بأنه كائن مستقل عنها، وترفض تماماً رؤيته بأي صورة أخرى، وهي فترة طبيعية إن لم تتعدَّ الفترة المتوقعة لاعتماد الطفل على الأم (عبد الناصر، د.ت).

2. مرحلة الامتداد: حيث تعتبر الأم أن الطفل امتداد لها، وكأنه ظل لها يتحرك فقط بإرادتها، وقد تصبح هذه المرحلة مرضية إذا ما استمرت بعد مرحلة الطفولة الأولى (عبد الناصر، د.ت).

3. مرحلة الأمومة الناضجة: تتمثل في قدرة الأم على أن ترى ابنها بصورة منفصلة، له احتياجاته وأفكاره ومشاعره الخاصة ووجوده المستقل في الحياة، ليس من أجل إشباع احتياجاتها النفسية ولكن من أجل نفسه وتطوره الخاص (عبد الناصر، د.ت).

أما هيلين دوتش (Helene Deutsch) فقد قسمت الأمومة أيضاً إلى ثلاث مراحل تعيشها الأم خلال ممارستها للأمومة وهي:

- **المرحلة الأولى:** تعيد الأم خلالها تجربة الطفولة من خلال الإشباع والإحباط (جبالي، 2012).
- **المرحلة الثانية:** خلالها يُعاد بناء العلاقة (أم-طفل) التي قُطعت بعد الميلاد من خلال الملامسات والنظرات والاهتمام بالطفل وفهم احتياجاته (جبالي، 2012).
- **المرحلة الثالثة:** يتم فيها بناء دعائم الشخصية من خلال مرحلة ما بعد العمليات النرجسية ومن خلال النضج النفسي الحسي (جبالي، 2012).

3. استجابة الأم لإصابة الطفل باضطراب التوحد

3. استجابة الأم لإصابة الطفل باضطراب التوحد

لقد مزج الله تبارك وتعالى قلوب الأمهات وأرواحهن بنور رحمته وربوبيته، بما يعجز عن وصفها أحد، ولن يدركها غيرهن؛ وإن هذه الرحمة الأزلية هي التي أكسبت الأمهات كل هذه القدرة على تحمل العذاب والمعاناة منذ لحظة استقرار النطفة في

الأرحام، وطوال فترة الحمل، ولحظة الولادة، ومرحلة الطفولة إلى آخر العمر، والمشقة والعذاب اللذين يعجز عن تحملهما الآباء ولو لليلة واحدة، وهذا ما ورد في الحديث الشريف: "الجنة تحت أقدام الأمهات" (منتدى الثلاثاء، د.ت).
 فغريزة الأمومة هي من أقوى الغرائز لدى المرأة، وهي تظهر لديها في الطفولة المبكرة حيث تحتضن عروسها وتعتني بها، وتكبر معها هذه الغريزة وتكون أقوى من غريزة الجنس؛ فكثير من الفتيات يتزوجن فقط من أجل أن يصبحن أمهات. لأن غريزة الأمومة أقوى من الحب الأمومي، فالغريزة لها جذور بيولوجية (جينية وهرمونية)، أما الحب فهو حالة نفسية أقل عمقاً من الغريزة، والمرأة إذا خُيرت بين أمومتها وبين أي شيء آخر فإنها تختار الأمومة بدون تردد (منتدى الثلاثاء، د.ت).
 فهناك عدة عوامل تنشط دوافع الأمومة، حيث وجد عند الحيوانات أن هرمون "البرولاكتين" الذي يرتبط بإفراز اللبن (عويضة، 1996) يلعب دوراً أساسياً؛ فقد ظهر أن حماية الأم لطفلها واحتضانها وإرضاعه تتوقف على هذا الهرمون، فهو يجعلها في حالة عضوية خاصة ويؤثر في مشاعرها وسلوكها (راجع، 1968). وقد اكتشف العلماء علاقة بين هذا الدافع ومادة البرولاكتين التي تفرزها الغدة النخامية لدى الأم، فهذا الهرمون من شأنه أن يحدث تبدلات في سلوك الأم نحو أولادها. إلا أن للتعلم والاكتمال دوراً في نمو هذا الدافع وتطوره، فحاجة الأولاد إلى رعاية الأم بعد ولادتهم ذات أثر كبير في صلة الأم بصغارها، وكذلك الحياة الاجتماعية عند الإنسان تجعل من هذا الدافع يكتسب الكثير من الروحية والمثالية والأخلاقية (شكشك، 2008).

مراحل استجابة الأم لتشخيص التوحد:

- تختلف ردود فعل الأمهات عند معرفتهن بأمر إصابة أطفالهن باضطراب التوحد، إلا أن غالبيةن يمررن بالمراحل التالية:
1. **الصدمة:** وهي أول رد فعل نفسي يحدث لهن، أي أن الأم لا تستطيع تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي؛ فإدراك حقيقة الإصابة يبعث على خيبة الأمل والحزن، وهذا أمر طبيعي، بل ما تحتاجه الأم في هذه المرحلة هو الدعم والتفهم.
 2. **الإنكار:** من الاستجابات الطبيعية للإنسان أن ينكر كل ما هو غير مرغوب وغير متوقع ومؤلم، خاصة عندما يتعلق الأمر بأطفاله الذين يعتبرون امتداداً له؛ وهي وسيلة دفاعية تلجأ إليها الأم في محاولة للتخفيف من القلق النفسي الشديد الذي تحدثه الإصابة.
 3. **الحداد والحزن:** وهي فترة حداد وعزاء تعيشها الأم بعد فقدان الأمل نهائياً بتحسين حالة الطفل عندما تدرك أن طفلها يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.
 4. **الخجل والخوف:** يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الأم لاتجاهات الآخرين، وخاصة المقربين منها، تجاه إصابة ابنها؛ نظراً للاتجاهات السلبية للمجتمع نحو الإعاقة، مما يدفعها إلى تجنب التعامل مع الناس أو التفاعل معهم.
 5. **الغضب والشعور بالذنب:** وهي من ردود الفعل التي قد تظهر لدى الأمهات وهي متوقعة، فهي محصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط؛ وغالباً ما يكون الغضب موجهاً نحو الذات كالتعبير عن الشعور بالذنب أو الندم على شيء

فعلته أو لم تفعله، أو قد تكون موجهة إلى مصادر خارجية كالطبيب أو المربي أو أي شخص آخر (السويد، د.ت).

أهمية ودور الأم في حياة الطفل التوحدي:

يجمع العلماء على أن الأم هي أول وأهم وسيط للتنشئة الاجتماعية، فهي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية والرعاية التي تمد بها الطفل؛ فهي تبدأ في تنبيه العواطف والرموز التي تعطي الطفل الطبيعة الإنسانية، كما تمكنه من أن يصبح عضواً مشاركاً بصورة إيجابية في المجتمع.

ومع إجماع العلماء على أهمية الأسرة وأثرها العميق في تنشئة الطفل الاجتماعية، فهم يحرصون على إظهار دور الأم على أنه الدور الرئيسي في عملية تنشئته المبكرة، ويؤكدون بشدة على مركزها الجوهرية بالنسبة للطفل، سواء كان طفلاً عادياً أو طفلاً من ذوي الاحتياجات الخاصة الذي يحتاج تكفلاً ورعاية معينة، إذ يقع العبء الكبير على عاتقها باعتبارها أقرب شخص لطفلها.

والأم لا تقدم الغذاء والوقاية فقط، بل تقدم معها ما هو أهم من عطف وحب وحنان؛ وإذا كان إهمال الغذاء والحماية كثيراً ما يؤدي بالطفل إلى المرض أو إلى الهلاك في بعض الأحيان، فإن إهمال الطفل وحرمانه من العطف والحنان والمحبة غالباً ما يهدد كيانه بالخطر؛ لأن الحرمان العاطفي، كالجوع، لا يمكن للطفل أن يتغلب عليه أو يتحملة دون أن يصيبه منه الضرر، وخاصة في السنوات الأولى من عمره.

نظراً لأهمية الأم وأهمية دورها في حياة الطفل التوحدي، فإن في حرمانه من عطائها ومن وجودها خطورة كبيرة عليه؛ فالعلاقة الوثيقة التي تربط التوحدي بأمه تمثل الدعامة الأولى التي تمد به بالحياة وتكون بنيانه الأساسي، ولا يوجد شيء في الدنيا يجعل الطفل يشعر بمثل هذه الأحاسيس من سعادة وفرح مثل هذا الاندماج الأمومي والتقبل له. لذلك يجب العمل على تحسين علاقة الأم بطفلها التوحدي بدءاً من تقبل وضعه الخاص وصولاً إلى انخراطها في العملية العلاجية، وذلك لتغيير اتجاهاتها نحوه لتصير أكثر رضا (عبد الله، 2000).

ومما سبق ذكره، فإن الأم هي أقرب شخص لطفلها وهي نقطة الانطلاق في تطوره ونموه النفسي والمؤثرة بالدرجة الأولى عليه وعلى حياته إما بالسلب أو بالإيجاب؛ فالعلاقة بينهما هي علاقة تأثر وتأثير، لذلك كان لزاماً على أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد حسن الرعاية والتقبل لأطفالهن لأن هؤلاء الأطفال أمانة رزقهم الله بها وسيؤجرن على جهدهن.

4. علاقة الأم و الطفل (تصورات الأم، تقبل الأم لطفلها المتوحد، أهمية دور الأم في حياة الطفل)

تبدأ علاقة الطفل بأمه أولاً، وقد تؤدي هذه العلاقة إلى إشباع لرغباته أو إهمال لهذه الرغبات (عوض، 1999). لأن الأم هي المنبع الأول الذي يستقي منه الطفل قيمه، وعاداته، واتجاهاته، فمنها يتعلم الطفل مفهوم الصواب والخطأ، ويتعرف على الأساليب السلوكية المناسبة التي يجب أن يتبعها في المواقف الاجتماعية المختلفة (علوان، 2003).

حيث يرى بارسونز (Parsons) أن علاقة الطفل بالأم هي موضوع حبه الأول، وأساس علاقاته بالآخرين، ويؤدي فقدان موضوع الحب الأول إلى ضياع فرص النمو النفسي والعاطفي للطفل؛ حيث إنه كلما كان التفاعل بينهما يشبع حاجات

الطفل كلما جاءت شخصيته سليمة، وإذا كان التفاعل بينهما ينقصه الحنان والحب تفككت شخصيته. كما يقول غوزر (Goser, 1966) إن الأم في علاقتها بابنها هي أكبر عامل لتماسك شخصيته أو اضطرابها (أبو طاحون، 2000). فقد ركزت ميلاني كلاين (Melanie Klein) على الصراعات التي تسبق الأزمة الأوديبيية والتي تحدث فيها العلاقة بالأم، فقد حددت كلاين مرحلتين في السنة الأولى من العمر وهي:

- **المرحلة الأولى:** المسماة (الموقف السادي - الغمي)، وفي هذه المرحلة يقيم الطفل الرضيع علاقات بموضوع جزئي، وهو ثدي الأم الذي تسقط عليه النزوات اللبيدية (غريزة الحياة)، وعليه يوزع ثدي الأم إلى موضوع طيب وموضوع سيئ؛ فحين يكون الثدي مصدر إشباع ولذة يصبح (الثدي الطيب المحبوب) ويوجه نزوة الحياة إلى الخارج، وحين لا يؤمن الثدي تلك الإشباعات ويكون محبطاً يصبح (الثدي المكروه والمضطهد).
- **المرحلة الثانية:** بعد هذه المرحلة حوالي الشهر الرابع وحتى نهاية السنة الأولى، يسمح تنظيم أفضل لإدراكات الطفل، ويدرك الأم كشخص متميز عنه، ويقيم علاقات بأفراد آخرين (سليم، 2002).

وخلال سنوات ما قبل المدرسة تتغير طبيعة علاقة الطفل بالأم، حيث ينهي كل من الأم والابن العلاقة المعتمدة على الاقتراب الجسدي التي كانت سائدة في مرحلة المهدي، وبالنسبة لأطفال هذه المرحلة فإنهم قادرون على الاتصال من خلال الكلمات والإشارات والإيماءات، وبدلاً من التعلق بالأم بالتشبث المادي بها كما يفعل الأطفال الصغار يغامر طفل ما قبل المدرسة في سبيل إيجاد طرق جديدة للتعبير عن تعلقه بها (كفافي، 2009). وتعتبر العلاقة التي تحدث بين الطفل وأمه من أولى العلاقات التي تتكون لأن الأم مصدر الإشباع الغذائي ومصدر أمنه وراحته، فهو يعتبرها خاصة خلال الشهور الأولى جزءاً منه وليست ذاتاً مستقلة عنه (معوض، 2000).

إن علاقة الطفل بأمه علاقة مهمة خاصة في السنوات الأولى من عمره لأن الطفل يحتاج إلى صدر حنون وعطوف يضمه، لأن هذه العلاقة هي التي تؤدي إلى نموه السوي إذا لاقى الاهتمام، أما إذا لم يجد الاهتمام وتم إهماله من طرف أمه هنا قد يتعرض لمطبات قد تؤدي إلى تفكك شخصيته.

الحب الأمومي أو القدرة على أن تكوني أمّاً هي ظاهرة عالية التعقيد لأنه وانطلاقاً مما كتبه هيلين دوتش (Helene Deutsch, 1945) في كتابها "سيكولوجية النساء"، فإن المرأة عندما تكون أمّاً تقوم بعمليتين وهما:

1. بناء علاقة (أم-طفل) بطريقة متناسقة.

2. إنهاء علاقة (أم-طفل) فيما بعد.

وهذا العمل المتناسق الذي تقوم به الأم يعتبر مؤملاً وطويل الأمد يرتبط بمراحل النمو عند الطفل من الطفولة إلى الرشد، يتخلله الكثير من المشاكل والاضطرابات منها:

- اضطرابات الأم خلال مرحلة الفصام.
- عدم القدرة على تحمل بعض حركات المراهقة عند المراهق.
- حالة التردد التي تصيب الأم عند اختيار الابن لشريكة الحياة.

فرعاية الأطفال حتى الكبر، وتقبل استقلاليتهم يتطلب عملاً نفسياً كبيراً من الأم الذي غالباً ما يكون خارج إطار وعي المجتمع. كما أن كل أم تعيش مأساة الولادة حسب "هيلين"، فتقول إن كل أم عاشت آلام قطع الوحدة (أم - الطفل) عند قطع الحبل السري الذي يربط الأم بالطفل، هذا القطع الذي يؤثر في كلا الطرفين رغم أن الطفل عند الولادة يسعى للانفصال والأم تسعى للحماية والإبقاء عليه.

كما تحدثت "هيلين" عن العلاقة الطبيعية بين الأم والطفل، فالأم ونظراً لطبيعتها النفسية تسمع وتتقبل رغبات الطفل وتنفهم حاجاته الخاصة، إضافة لذلك فالأم تعيش نوعاً من الصراع النفسي نتيجة كون الأم تعايش حالة ولادة الطفل مرتين:

- من خلال الولادة الطبيعية تمنح الأم الطفل الميلاد والخروج من الرحم إلى الحياة.
- من خلال ما بعد الميلاد وخلال عدة أشهر تمنح الأم للطفل الميلاد النفسي، هذا الأخير الذي يمنح وينيكوت (Winnicott) مأخذاً للأم لتوهم خلالها أن العلاقة (الأم والطفل) ما زالت قائمة من خلال مفهوم وهو ما يعتبر من المنظمات النفسية للأم والذي يمنع إصابة الأم بذهان ما بعد الولادة.

أما فرويد (Freud) فيرى أن الأم تتعامل مع الطفل بناءً على رغبات قديمة مكبوتة، لذا فإنه ومن خلال مقالته سنة 1931 حول "الجنسية الأنثوية" شدد على ضرورة الاهتمام بالفتاة خلال المرحلة قبل الجنسية، فيجب أن تكون الفتاة قريبة جداً من أمها. (Anzieu, p. 219)

5. تصورات الأم حول الطفل المنتظر:

حتى قبل أن يأتي الطفل، فالأم تعرفه عن طريق اللاوعي، هذه الصورة اللاواعية عن الطفل تشكل انطلاقةً من ميزتين هما: (طاقة اللبido، الوضعية النرجسية الأولية). إن الطفل المتصور (المنتظر) هو نتاج اللاوعي عند كل أم ومصدر هذا نتاج هو:

- **مثالية الأنا:** وهي تكوين نرجسي للعقدة الأبوية.

- **الأنا المثالي:** وهو تكوين مرتبط بالنرجسية الأولية.

هذان التكوينان هما المسؤولان عن إعطاء صورة الطفل المتصور، فالأنا المثالي يحدد في اللاوعي صورة محددة لـ "الذات" وهي تختلف عن الإحساس بالذات. وخبرة الذات عند كل فرد تكون مجزأة؛ مثلاً الشخص لا يمكنه أن يرى أعلى الرأس أو الظهر أو حتى الوجه لكنه يدركها كجزء من الذات، وهذا الإدراك جاء انطلاقةً من إدراكه لصورة الأم عندما كانت تنظر إليه، حيث يقول وينيكوت: (Winnicott) ماذا يرى الطفل عندما يجول ببصره في وجه الأم عامة؟ ماذا يرى؟ يرى نفسه " (Bouregba, p. 31).

فالأنا المثالي عبارة عن تكوينات نرجسية ستتدخل خلال المراحل الأولى في بناء الشخصية، والتي تعتبر إحدى المكونات التي تحدد العمل النفسي، والهدف من الأنا المثالي هو التجديد والتصليح والحماية. فالطفل المتصور (المنتظر) هو جزء من أهداف الأنا المثالي، فهو رغبة من الأنا المثالي يشكل لدى الأم إمكانية تجربة فريدة يجب حمايتها من الخبرات المجزأة. إضافة إلى النرجسية الأولية فإن الطفل المتصور يخضع أيضاً إلى نرجسية أخرى لها علاقة بمتالية الأنا، وهي المثالية التي لها علاقة بالجماعة الاجتماعية والعائلية المنتظمة في العقدة الأبوية. (Bouregba, pp. 31-32)

العلاقة بين الأم والطفل المصاب:

إذا كانت الأم مدركة لمشكلة الطفل يمكن أن تتطور علاقتها به، ولكن في حال معرفة الأم بحقيقة المشكلة منذ الولادة ستشعر بأنها أصيبت في الصميم، وهنا يطرح تساؤل: هل سينمو حبها لصغيرها بشكل اعتيادي أم لا؟ إن ردة الفعل الأولية لدى الأم عادة تكون الصدمة والشعور بالقلق، بعدها تتمكن بعض الأمهات من تجاوز الأزمة التي تلي ذلك ويظهرن سلوك الأمومة نحو طفلهن المعاق بشكل مقبول. إن نجاح التواصل بين الطفل والأم يعتمد على سلوك الطرفين؛ فالإعاقة التي يعاني منها الطفل قد تجعله في وضع لا يمكنه الإدراك أو الإحساس بالمشكلات التي تكون أقل تطوراً بالمقارنة مع الطفل العادي، فتتدخل الأم أكثر في تفاعلها مع الطفل المعاق بالمقارنة مع الطفل العادي، ويرجع هذا إلى اعتقاد الأم بأن طفلها يتميز بالسلبية وعليها أن تكون أكثر تدخلاً وتوجيهاً، فتتسم العلاقة بين الاثنين بهيمنة الأم واثكالية الطفل (قنطار، 1992).

تعد الأم المعلم الأول لولدها المتوحد، والدور الكبير الذي تلعبه معه يجعل منه شخصاً فاعلاً ومنتجاً، وقد يكون مبدعاً، وقد تجعل منه فرداً سلبياً معقداً ضعيف الإرادة بليد المشاعر؛ ويتوقف ذلك على درجة تقبلها له واستيعابها وتفهمها للمشكلة التي يعاني منها، والسعي نحو توفير ما يلزمه من احتياجات كي ينمو نمواً سليماً سواء في محيط أسرته الصغيرة أو المجتمع الكبير. وهدف الأسرة كوحدة هو خلق محيط مناسب لينمو فيه الأفراد ويعملوا بأقصى طاقتهم. وترتبط عملية تقبل الأم للمتوحد بإمكانات الأسرة المادية التي من شأنها المساعدة على التعايش مع الإعاقة؛ فعند توفر الإمكانيات المادية تصبح الأسرة أكثر قدرة على التعايش مع الحالة وتقبلها، أما إذا كانت الإمكانيات متواضعة فيؤثر ذلك على تقبل الحالة بسبب التكاليف الباهظة، كما يعتمد التقبل على بنية الأسرة والعلاقات الاجتماعية السائدة، إضافة إلى المستوى التعليمي والثقافي وحجم الأسرة وترتيب المعاق بين أفرادها (القيروني، د.ت).

يتفق العلماء على أن الأم هي أول وأهم وسيط في التنشئة الاجتماعية، فهي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل، عن طريق العناية والرعاية التي تقدمها للطفل؛ فهي تبدأ في تنبيه العواطف والرموز التي تعطي الطفل طبيعته الإنسانية، كما تمكنه أن يصبح عضواً مشاركاً بصورة إيجابية في حياته. ويؤكد فرويد (Freud, 1931) أن علاقة الطفل بأمه هي علاقة فريدة لا نظير لها، ويرى هو وأتباعه أن اللذة التي يشعر بها الطفل أثناء إطعامه هي الأساس لنمو العلاقة الأولية بالموضوع مع الأم. فالطفل كما يرى رينيه سبيتز (René Spitz) يحتاج أن يشعر بإشباع أمه لحاجاته، كما يحتاج إلى لمس وجهها ويدها يستقبل من خلالها العالم الخارجي، وبذلك نجد أن للأم دورين مزدوجين: دوراً بيولوجياً وآخر وجدانياً، ويتحول الطفل عبر العلاقة بأمه من الدور البيولوجي إلى الدور الوجداني (عبد الله، د.ت).

الآثار المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة:

وراء كل طفل مصاب باضطراب طيف التوحد أسرة تعمل جاهدة لتلبية مختلف احتياجات الطفل الخاصة. فإن ولادة الطفل التوحدي في الأسرة سيكون له كبير الأثر على إيجاد الخلل في التنظيم النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة بغض النظر عن درجة تقبل هذه الأسرة لهذا الطفل (الجلي، 2015).

1.7- الآثار النفسية: بحسب بويد (Boyd, 2002)، "تعد أمهات الأطفال من ذوي التوحد من أكثر مجموعات الأمهات اللاتي يتعرضن لضغوط نفسية". يشدد "بويد" على أن عاملي الأب والطفل نفسه يساهمان في تحديد مستوى

الضغط النفسي. وبشكل خاص، الأطفال التوحديون من ذوي الأداء المنخفض يضعون قدراً كبيراً من الضغط النفسي على أمهاتهم بسبب احتمالية أن يكونوا اعتماديين لفترة طويلة من الزمن. كما أن السلوكيات الأكثر تحدياً تخلق ضغطاً نفسياً متزايداً بسبب صعوبة رعايتهم والخوف من النظرة المجتمعية، مما يجد من قدرة الوالدين على الحصول على الدعم الاجتماعي (Boyd, 2002).

إلى جانب الضغط النفسي، يعد الاكتئاب أكثر الآثار السلبية شيوعاً. وجد هاستينغز (Hastings, 2005) مستويات مرتفعة من الاكتئاب لدى الأمهات والآباء، وتقرح النتائج وجود دائرة من الاعتمادية وتأثيراً لمستوى الرفاه النفس-اجتماعي بين الوالدين المتزوجين (الحيارى، 2018).

2.7- الآثار الاجتماعية: أكد فاربر (Farber, 1963) في أبحاثه على أثر وجود الطفل التوحدي على العلاقات الاجتماعية؛ حيث أشار إلى وجود آثار سلبية وأخرى إيجابية على تكيف الإخوة والأخوات. وأشار سيمونسون (Simeonsson, 1981) إلى أن وجود الطفل التوحدي قد يخلق جواً من عدم التنظيم الأسري والخلافات التي قد تؤدي إلى انفصال الوالدين، وقد تميل بعض الأسر إلى عزل نفسها عن المجتمع (الجلي، 2015).

3.7- الآثار الاقتصادية: إن وجود طفل توحدي يستنزف الكثير من إمكانيات الأسرة المادية، مما يحدث تأثيرات سلبية على الدخل بسبب تكاليف العلاج والبرامج الصحية والتربوية والأدوات المساعدة، ناهيك عن أن بعض الأمهات يتركن أعمالهن من أجل تقديم العناية اللازمة، مما يقلل من دخل الأسرة.

4.7- الأثر الإيجابي: هناك جزء صغير من الأدبيات تدعم فكرة أن الوالدين يظهرون آثاراً إيجابية. قدم الآباء تبصراً بالآثار الإيجابية لتنشئة طفل من ذوي التوحد، رابطين هذا الأثر بنوعية حياتهم. تقول باتريشيا روث (Patricia Roth): "إن خبرة أن يكون لدي ابن توحدي بدلاً من أن يكون غير عادي عملت على توسعة آفاق تفكيري بشكل كبير" (الحيارى، 2018).

من خلال الطرح السابق، يتبين لنا أن المشكلات الاجتماعية والنفسية لأسر الأطفال التوحديين تنشأ نتيجة للاتجاهات السلبية وجهل الوالدين بأساليب التعامل، بالإضافة إلى نظرة المجتمع. لذلك فإن هذه الأسر بحاجة إلى رفع مستوى الوعي بهذا الاضطراب وإرشادهم لسبل مواجهة الضغوط (براجل، 2017).

ثانيا : التوحد

1. مفهوم اضطراب التوحد

التعريف اللغوي:

إن كلمة التوحد تعني بالإنجليزية (Autism) ، وهي كلمة مشتقة من الكلمة الإغريقية (Autos) ، وهي تشير إلى النفس أو الذات. وتشتق كلمة التوحد من الكلمة الإغريقية "Aut" وتعني النفس أو الذات، وكلمة "Ism" وتعني انغلاق، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه "الانغلاق على الذات". وتقتصر هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالباً ما يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم ويبدون قليلاً من الاهتمام بالعالم الخارجي (فاروق والشرييني، 2011).

التعريف الاصطلاحي:

- تعريف ليو كانر (Leo Kanner, 1943) عرفه بأنه اضطراب يحدث في الطفولة، يتميز سلوك الأطفال فيه بانغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم (الخفاف، 2015).
- تعريف هانز أسبرجر (Hans Asperger, 1944) حدد أعراضاً تتضمن قصوراً في مهارات التوازن، والاكنتاب، والكلام التكراري، وإخراج الصوت بنفس الوتيرة، وكراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس، وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، وحب الروتين، وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين (الخفاف، 2015).
- تعريف ماريكا (Marica, 1990) ترى بأنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس، والاستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط (عادل، 2016).
- تعريف جيلبرج (Gillberg, 1990) يرى بأنه عبارة عن زملة من الأعراض السلوكية ناتجة عن أسباب مختلفة ومتعددة غالباً ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة، وقصور في التفاعل الاجتماعي وفي التواصل اللفظي وغير اللفظي (الخفاف، 2015).
- تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS, 2016) كما جاء في دليلها العاشر (CIM-10) على أنه "اضطراب من الاضطرابات النمائية الذي يؤثر في عدة مجالات لعمليات التطور، يتميز بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل بلوغ سن الثالثة من عمره. يمس هذا الاضطراب مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك النمطي المقيد التكراري."

- تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد: (Autism Society of America, 1992) أشارت للتوحد بأنه إعاقة في النمو، تتصف بكونها مزمنة وشديدة، وتظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهو محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلباً في وظائف المخ (الخفاف، 2015).
- تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: (APA) من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح (DSM-IV-TR) عرفته بأنه "اضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويؤثر على عدة مجالات تشمل قصوراً في التفاعل الاجتماعي، وقصوراً في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور الحركات النمطية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، ويظهر بشكل واضح في الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل" (زياد وآخرون، 2011).
- يعتبر سليمان (2001) اضطراب التوحد نوعاً من أنواع الاضطراب الارتقائي (نمو وارتقاء غير طبيعي أو مختل قبل سن 3 سنوات). ويظهر الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الثلاثة: التعامل الاجتماعي، التواصل، والسلوك المتكرر، ومشكلات أخرى مثل: الرهاب، والمخاوف المرضية، واضطراب النوم والأكل، وعدوان موجه نحو الذات. وترى مايلز كريستين (1994) أن التوحد حالة غير عادية، لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلاً جداً (نقلاً عن براجل وجبالي، 2015).
- كما يرى براجل وجبالي (2015) أنه يجب استخدام مصطلح التوحد بحذر، فهو ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه غير السوي ناجماً عن تلف في الدماغ، ويمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المؤلف.
- وتعرف الجمعية الأمريكية للتوحد على أنه خلل في تطور وظائف المخ والذي بدوره يتركز في المناطق الخاصة بالتحليل، والتفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل. ويشترط أن يظهر الطفل أعراضاً واضحة ضمن ثلاثة مناطق أساسية هي:
 1. ضعف دال في التفاعل الاجتماعي.
 2. ضعف دال في مهارات التواصل.
 3. السلوك والأنشطة التكرارية والنمطية (نقلاً عن براجل وجبالي، 2015).
- وفقاً لعدة مؤلفين (Adrien, 2010; Dionne & Bobet Wolff; Cappe, 2012)، فإن الطفل المصاب بالتوحد يعاني من:
 - اضطرابات النوم: تظهر من خلال المكوث لساعات يقظين، والجلوس في السرير والتمايل، وهز الأسرة، وضرب الرأس على الجدران.
 - سلوكيات الأكل: وهي من أكثر الأوقات إيلاماً للوالدين، حيث يقوم الأطفال بإلقاء الطعام أو الأواني، والمشى المستمر، واللعب بالطعام، مع وجود صعوبات في المضغ والبلع. (Denis, 2013)
 - مشكلات الهضم: أضاف ميسيس وجراند (Misès & Grand, 1997) أن الطفل قد يتقيأ بشكل متكرر، وقد يعاني من نوبات الشره المرضي.

- التدريب على النظافة: يولد هذا المجال الكثير من الإحباط والتوتر لدى الأم، نظراً لأن الطفل لا يلتزم بالقيود وقد يلعب ببرازه، حيث يرى لجوهيل (2003) أن النظافة ليس لها قيمة اجتماعية لدى هؤلاء الأطفال.
- إيذاء الذات والعدوان: يقلق الوالدين ميل الطفل للعدوان الذاتي (ضرب الرأس، تمزيق الجلد، العض) كوسيلة لتفريغ التوتر العصبي. (Misès & Grand, 1997) كما تظهر نوبات من الغضب والقلق المفرط والصراخ المستمر الذي لا يمكن تفسيره، مما يؤدي بالآباء إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية. (Denis, 2013)

التطور التشخيصي: (DSM-5)

تم إدخال مفهوم "الطيف" في الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5) ليعكس حقيقة أن أعراض التوحد تظهر بدرجات متفاوتة من الشدة. وتم دمج أربعة اضطرابات كانت منفصلة سابقاً تحت مظلة "اضطراب طيف التوحد": (اضطراب التوحد، متلازمة أسبرجر، اضطراب النمو الشامل غير المحدد، واضطراب التحلل الطفولي).

معايير التشخيص الأساسية وفقاً لـ: DSM-5

1. صعوبات مستمرة في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي:

- عجز في التبادل الاجتماعي والعاطفي.
- عجز في السلوكيات التواصلية غير اللفظية.
- عجز في تطوير العلاقات وفهمها.

2. أنماط سلوكية واهتمامات أو أنشطة مقيدة ومتكررة (اثنان على الأقل):

- حركات نمطية أو استخدام الأشياء أو الكلام بشكل متكرر.
- الإصرار على التماثل والالتزام غير المرن بالروتين.
- اهتمامات شديدة التقييد.
- فرط الحساسية أو نقص الحساسية للمدخلات الحسية.

مستويات الشدة:

- المستوى 1: يتطلب دعماً.
- المستوى 2: يتطلب دعماً كبيراً.
- المستوى 3: يتطلب دعماً كبيراً جداً.

3. الملامح الأساسية المميزة للتوحد (النظريات المفسرة)

منذ ظهور هذا الاضطراب والدراسات والأبحاث العلمية لم تنقطع ومستمرة في محاولة البحث عن تحديد العوامل التي يمكن أن تكون السبب أو تؤدي إلى ظهوره؛ فتعددت وتنوعت بين التركيز على الجانب البيولوجي، الوراثي، والعوامل الأيضية أو الكيميائية، وانتهاجاً بالفرضيات التي ركزت على العوامل البيئية والتطعيم الثلاثي وما إلى ذلك من العوامل والأسباب. ولكن إلى حد الساعة لم يتم اعتماد سبب واضح وبشكل جازم يُرجع إليه ظهور اضطراب التوحد، وفيما يلي نستعرض مجموعة من العوامل التي افترضها العلماء كل حسب توجهه:

(2006) بأن ارتفاع مادة حامض "الهوموفانيليك" في السائل النخاعي (الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين) قد يؤدي إلى ارتفاع "الدوبامين" في مخ المصابين مع انخفاض "السيروتونين" لديهم (الخفاف، 2016).

3. 3-العوامل النفسية والاجتماعية:

تؤكد وجهة نظر كل من "كانر وإيزنبرج (Kanner & Eisenberg, 1966)" أن الحرمان العاطفي يعد من العوامل الأساسية المسببة لاضطراب التوحد الطفلي، المتمثل في ضعف العلاقة الانفعالية بين الأم والطفل المولود، بالإضافة إلى الاتجاهات السلبية من طرف الوالدين. كما أشارت بعض الدراسات إلى العلاقة الزوجية التي تتسم بالبرودة واللامبالاة، وأن محصلة تلك العلاقة هي إنتاج طفل متوحد. أما "روتر (Rutter, 1976)" فقد وجه الاتهامات إلى "الأم الباردة انفعالياً" التي لا تحمل مشاعر نحو جنينها. ويرى "دي مير" و"جاكسون" (1981) أن التوحد يحدث نتيجة عدم توفر الاستشارة من طرف الأم وإحفاقها في إشباع الحاجات الأساسية وحرمانه من المداعبة واللمس (الخفاف، 2016). لكن هذه التفسيرات النفسية واجهت انتقادات كبيرة وردوداً من علماء مثل "ريملاند" الذي أثبت أن أشقاء الأطفال التوحديين غالباً ما يكونون عاديين بالرغم من نشأتهم في نفس البيئة (زيادة وآخرون، د.ت.).

3. 4-النظرية السيكودينامية:

ركزت هذه النظرية على طبيعة المعاملة الوالدية غير السوية وخاصة الأم؛ حيث يرى كل من ميلر (Miller) وغولدشتاين (Goldstein) أن الأم قد تستغل طفلها ملء فراغها وتعتبره كشيء مملوك لها. في حين يرى "روتر (Rutter)" أن رابطة التعلق لدى هؤلاء الأطفال تكون معطلة. كما أرجع "السيكوديناميون" التوحد إلى خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانعزاله بعيداً عنها. كما أشار "برونو بتلهام (Bruno Bettelheim)" إلى الوالدين باعتبار تفاعلها مركزاً لتطور التوحد، لأن الأطفال يحاولون مراوغة أنفسهم من مواقف لا يستطيعون تحملها (أسامة، 2011).

3. 5-نظرية العقل:(Theory of Mind)

تعد نظرية العقل من أشهر النظريات المعرفية في التوحد، وتعود لصاحبها "ولمان (Wellman, 1992)"، التي حاولت تفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه. وترى هذه النظرية أن الأطفال الأسوياء ينمون بطريقة تمكنهم من إدراك الحالات العقلية للآخرين في غضون عشرة أشهر، بينما يظهر الاهتمام المشترك بين الشهر التاسع والثاني عشر. في التوحد، يوجد قصور وعجز إدراكي يمنع الطفل من إدراك الحالات العقلية للآخرين وفهم سلوكياتهم، مما يؤدي إلى العجز الاجتماعي (أسامة، 2011).

3. 6-نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى هذه النظرية أن التوحد هو نتيجة لفشل التعلم الاجتماعي، والقصور من الناحية المعرفية يكون في التفسير وفي النوعية، وقصور في التقليد الاجتماعي؛ مما يعيق النمو الاجتماعي ويجعل الطفل التوحدي يتعامل مع الأفراد وكأنهم أشياء قد يتجاهلها، ويؤدي لعجز في النمو اللغوي وبناء العلاقات (محمد والجوالدة، 2010).

3. 7-نظرية التكامل الحسي:

تعود للدكتورة "جين آيرس" (1972)، التي بينت أن التكامل الحسي يتمثل في ربط السلوك الذي يقوم به الإنسان بدماغه. وعرفته بأنه: عمليات عصبية تقوم بتنظيم الأحاسيس المختلفة القادمة من الجسم والبيئة، ومن ثم الاستجابة الملائمة. فالتوحد خلل في هذه الاستجابة، إما لخلل في الإدراك الحسي، أو لاستجابة مشوهة لعدم التناسق بين المدركات الحسية والأوامر التي يصدرها الدماغ (أسامة، 2011).

4. خصائص اضطراب طيف التوحد

كما ذكرنا سابقاً، يتميز اضطراب طيف التوحد بمجموعتين رئيسيتين من الخصائص: صعوبات في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، وأنماط سلوكية واهتمامات مقيدة ومتكررة (المركز الوطني لاضطرابات النمو، 2020). وفيما يلي تفصيل لهذه الخصائص:

1.2. الخصائص الجسمية:

يتمتع الأطفال التوحديون بمظهر جسماني طبيعي، كما أن بعضهم يميلون إلى اكتشاف أجسامهم بصرياً وكأن أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم. ويرى أحمد سليمان أنه غالباً ما يكون مظهر الأطفال التوحديين مقبولاً إن لم يكن جذاباً. ويتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم لأمراض الجهاز التنفسي، نوبات ضيق التنفس والسعال، كما يعانون من الاضطرابات المعوية وحالات إمساك أكثر من حدوثها بين أطفال المجتمع العام. كما يختلفون عن الطفل السليم في تجاوبهم مع تلك الأمراض وانعكاسات تأثيرها عليهم (محمد، 2015).

2.2. الخصائص السلوكية:

يظهر الطفل ذوو اضطراب طيف التوحد نوبات انفعالية حادة ويكون مصدر إزعاج للآخرين، ومن أهم الملامح والخصائص السلوكية: عدم الاستجابة للآخرين مما يؤدي إلى عدم المقدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح، الاحتفاظ بروتين معين وضعف التواصل مع الآخرين، الخوف من تغيرات بسيطة في البيئة وكذلك القيام بحركات جسمية غريبة، النشاط الزائد أو الحمول، في حين يصاب البعض بالصرع ويلجأ آخرون إلى إيذاء الذات.

3.2. الخصائص اللغوية:

يتمتاز الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد بعدة من الخصائص اللغوية، منها: عدم القدرة على استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين، التحدث بمعدل أقل من الطفل العادي وضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة، الاستخدام غير العادي للغة مثل تكرار الأسئلة وكذلك الكلام بنفس النغمة لكافة الموضوعات. ويواجه هؤلاء الأطفال صعوبة في إدراك المشيرات غير اللغوية مثل الإشارات والحركات وتعابير الوجه، وصعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم سلامة حاسة السمع لديه، وعدم القدرة على تكوين جمل تامة وعكس استخدام الضمائر وحروف الجر.

4.2. الخصائص الحركية:

لا توجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشكلات حركية دقيقة (شريطة أن لا تكون لديهم إعاقة عقلية ولا مصاعب خاصة). إلا أنه يمكن القول أن مراحل تطوّرهم الحركي تتحقق بغير ترتيب بالمقارنة مع العاديين؛ فمثلاً يتعلمون المشي ثم الحبو، كما يميل بعضهم إلى المشي على أصابع أقدامهم (المقابلة، 2016). وتشير الجمعية الأمريكية للتوحد إلى

دراسة "جيم آدمز" التي وجدت أن 30% من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم ضعف عضلي يتراوح من متوسط إلى شديد يؤثر في مهاراتهم الحركية العامة والدقيقة، ووجدت تلك الدراسات أن لديهم مستويات منخفضة من البوتاسيوم، وأن تناول الفاكهة قد يساعد في تحسين مهاراتهم الحركية.

5.2. الخصائص الاجتماعية:

- صعوبات واضحة في السلوك غير اللفظي اللازم للتعامل الاجتماعي.
- صعوبات في إقامة علاقات مع الآخرين.
- صعوبات في المشاركة في أوقات المتعة والفرح.
- صعوبات في مشاركة الآخرين الحياة والمشاعر.

6.2. الخصائص المعرفية والعقلية:

أشارت الدراسات إلى أن اضطراب النواحي المعرفية يعد أكثر النواحي المميزة للتوحد؛ حيث أن 70% من الأطفال يظهرون قدرات عقلية متدنية تصل إلى حدود الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، بينما 10% منهم يظهرون قدرات مرتفعة في جوانب محددة مثل: الذاكرة، الموسيقى، الحساب، والفن، أو قدرات قرائية آلية دون استيعاب. أما مزاجهم ومشاعرهم فيمكن وصفها بأنها سطحية غير متفاعلة مع الأشخاص، ويميلون لسرعة الغضب والبكاء الطويل بسبب تغير الروتين (المقابلة، 2016).

7.2. الخصائص الحسية:

يظهر لدى الأطفال استجابات غير عادية للخبرات الحسية؛ فقد لا يستجيب للأصوات العالية خلفه مباشرة لكنه يستدير لصوت بسيط يشير اهتمامه مثل قرع الأجراس. كما يجب التحديق في مصادر الضوء، وتكون عتبة الألم لديه عالية مما يوحي بفقدان الإحساس. ويستخدم الأطفال حواس اللمس والتذوق والشم لاكتشاف البيئة والأشخاص لفترة طويلة بعد مرحلة الرضاعة، ويبدو الخلل في الاستجابة الحسية إما بزيادة المفرطة (انزعاج من الضجيج) أو بنقصان شديد (المقابلة، 2016).

8.2. مشكلات ثانوية:

- مشكلات النوم: القلق والنوم المتقطع.
- مشكلات في الأكل والشرب: الشراهة، محدودية الأصناف، أو تناول المشروبات بكأس ثابت.
- مشكلات في التعميم: عدم القدرة على تعميم ما تم تعلمه من بيئة إلى أخرى (المقابلة، 2016).

3. العوامل المسببة لاضطراب التوحد

لا يزال السبب الدقيق غير مفهوم تماماً، ولكن تشير الأبحاث إلى تفاعل معقد بين العوامل الجينية والبيئية (جامعة جونز هوبكنز للطب، 2021). وقد صنّفها العلماء إلى:

1.3. العوامل الفيزيولوجية (العضوية):

ترجع الأدلة الأسباب إلى اضطرابات أمراض المخ المحتملة مثل الالتهاب الدماغى، إصابة الأم بالحصبة الألمانية (Rubella)، وحالة الفينيل كيتونيوريا، والصعوبات الشديدة خلال الولادة (نقص الأكسجين). وأثبتت الدراسات أن للوراثة دخلاً كبيراً بنسبة 89%، كما أن متلازمة الكروموسوم الهش مسؤولة عن الإصابة (مجيد، 2010). أظهرت صور الرنين المغناطيسي (MRI) والـ (PET) علامات غير طبيعية في تركيب المخ ونقصاً في خلايا (Purkinje cells). كما وجدت دراسات مرغريت بومان خلافاً في منطقة المخيخ يتمثل في زيادة عدد الخلايا، مما يعيق الذاكرة ويسبب فرط الحركة ويؤثر على المهارات الاجتماعية (مجيد، 2010).

2.3. العوامل الكيميائية:

تتمثل في خلل إفراز الناقلات العصبية (Neurotransmitters)؛ حيث أثبت ييفن (Piven, 1990) ارتفاع حمض "الهوموفانيلك" في السائل المخي. كما لوحظ زيادة تركيز "السيروتونين" (Serotonin) لدى 40% من الأطفال، وعند خفضه بعقار "فينفلورامين" لوحظ تحسن في الأداء اللغوي (بدر، 2004).

3.3. العوامل البيئية:

تؤثر المواد الكيميائية السامة والمعادن الثقيلة (الرصاص والزئبق) في تطور الطفل أثناء مراحل النمو الحرجة. وأوضحت دراسة الدفراوي (1998) زيادة مشكلات الولادة لدى التوحدين. كما أشار إيديلسون إلى أن انتشار السموم البيئية (مثل المصانع) يزيد من احتمالية حدوث التوحد في المناطق القريبة (الجرواتي وصدیق، 2013).

4.3. العوامل الجينية الوراثية:

أثبتت الدراسات ارتباط التوحد بشذوذ الكروموسومات، وخاصة متلازمة الكروموسوم الهش (Fragile X Syndrome) التي تسبب تأخراً لغوياً شديداً وسلوكيات عنيفة. وتؤكد دراسات التوائم المتطابقة أن احتمالية إصابة التوأم الآخر تصل لـ 60%، مما يعطي دليلاً قوياً على الأساس الجيني. (Heflin & Alaimo, 2016)

4. التوجهات الحديثة في تشخيص التوحد حسب DSM-5**تشخيص التوحد سابقاً:**

يرى أتوود (Atwood, 2007) أن الفترة ما بين (4-6) سنوات كانت الوقت الأمثل للتشخيص لتمييز متلازمة أسبرجر، بينما تدعم الدراسات الآن التشخيص المبكر في عمر السنتين. (Juecher, 2012) وقد أورد عامر (2008) قائمة تشخيصية تشمل: صعوبات التفاعل، مقاومة التعليم، الضحك المستيري، انعدام التواصل البصري، والارتباط بالأشياء.

التوجهات الحديثة وفق DSM-5

أدخل الدليل التشخيصي الخامس تغييرات جوهرية (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، 2013):

1. مسمى تشخيصي موحد :استخدام مسمى "اضطراب طيف التوحد (ASD) "ليدمج (التوحد، أسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة، التفكك الطفولي) في فئة واحدة، مع استبعاد "متلازمة ريت" لكونها جينية (الخالدي، 2018).
2. معياران بدلاً من ثلاثة :الاعتماد على معيار (القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي) ومعيار (الأنماط السلوكية والاهتمامات المقيدة)، ودمج التواصل اللغوي ضمن التفاعل الاجتماعي.
3. تحديد مستوى الشدة :تصنيف الشدة لثلاثة مستويات (يتطلب دعماً، دعماً كبيراً، دعماً كبيراً جداً) لتوجيه خطط التدخل.
4. المدى العمري :توسيع المدى لتظهر الأعراض في الطفولة المبكرة حتى عمر 7 سنوات بدلاً من 3 سنوات.
5. المدخلات الحسية :اعتبار الاستجابات الحسية غير الاعتيادية عرضاً أساسياً في التشخيص (الخالدي، 2018).
6. الاضطرابات المصاحبة :إمكانية تشخيص اضطرابات أخرى مع التوحد مثل (ADHD) أو الإعاقة الذهنية.
7. فئة اضطراب التواصل الاجتماعي :فئة جديدة لمن تنطبق عليهم أعراض التواصل دون وجود الأنماط السلوكية المقيدة.
8. استخدام أدوات موحدة :الاعتماد على أدوات مثل (ADOS-2) و (ADI-R) والتقييم متعدد التخصصات (نفسى، نطق، وظيفي).

أنواع التوحد

لقد أشارت "ماري كومان" إلى ثلاثة تصنيفات للتوحد وهي :**المتلازمة التوحدية الكلاسيكية**، ويحدث لها تحسن بين سن الخامسة والسابعة من العمر؛ و**متلازمة الطفولة الفصامية** بأعراض التوحد وتكون مثل الأولى، إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر؛ و**المتلازمة التوحدية المعوقة عصبياً**، ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمناً اضطرابات أيضية و**متلازمات فيروسية** مثل الحصبة و**متلازمة الحرمان الحسي**.

وقد اقترح كل من "ستيفان وماتسون وكوفي" تصنيفاً يتكون من أربع مجموعات وهم على النحو التالي:

- **المجموعة الشاذة**: أفراد هذه المجموعة يظهرون عدداً قليلاً من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.
- **المجموعة التوحدية البسيطة**: وهي المجموعة التي تظهر لديها مشكلات اجتماعية وحاجة قوية للأشياء والأحداث وتكون روتينية، ويعاني أفرادها من تخلف عقلي بسيط مع الالتزام باللغة الوظيفية.
- **المجموعة التوحدية المتوسطة**: يمتاز أفرادها بإظهار استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد، واستخدام لغة لفظية محدودة، ويعانون من التخلف العقلي.

- المجموعة التوحدية الشديدة: يمتاز أفرادها بالعزلة الاجتماعية، وفقدان مهارات التواصل الوظيفية، وتختلف عقلي واضح وملحوظ (الخفاف، 2015).

تصنيف الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية: (DSM-IV-TR)

صنف الدليل التوحد ضمن الاضطرابات النمائية التي جاءت كما يلي:

1. اضطراب التوحد: (**Autistic Disorder**) يظهر لدى الأطفال في أعمار مبكرة، ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي من خلال الصعوبة في إقامة علاقات اجتماعية أو استمراريتها، وفي حالة ما وجدت تكون ضعيفة وخالية من الروح التي تميز العلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي مثل صعوبة في فهم الكلام والإشارات والإيماءات، وعدم القدرة على اللعب التخيلي، وتميز أعابهم بالنمطية والتكرارية.
2. متلازمة أسبرجر: (**Asperger Syndrome**) تعود إلى العالم النمساوي "هانز أسبرجر" التي وضعها سنة 1944، وتم انتشارها عالمياً سنة 1981، ومن أعراضها: قصور في مهارات التوازن، والاكنتاب، والكلام التكراري، وإخراج الصوت بنفس الوتيرة، وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، وهي تصيب الذكور أكثر من الإناث.
3. متلازمة ريت: (**Rett's Syndrome**) سميت بهذا الاسم نسبة إلى صاحبها العالم (Andreas Rett)، وتتميز بالتطور الطبيعي في فترة ما قبل الولادة وما حولها، مع تطور نفسي حركي طبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى للولادة، ومحيط رأس طبيعي عند الولادة. أما بعد الشهر الخامس والثمانية وأربعين شهراً من العمر، فيلاحظ تباطؤ في نمو الرأس، وفقدان المهارات اليدوية المهادفة التي اكتسبت سابقاً، مع ظهور حركات يد نمطية مثل (حركة العصر أو غسل اليد)، وعدم التناسق الحركي في المشي، وتطور لغة استقبالية وتعبيرية شديدة الاختلال مع تأخر نفسي حركي شديد.
4. الاضطراب التفككي في الطفولة: (**Childhood Disintegrative Disorder**) أهم ما يميزه هو تطور طبيعي لمدة سنتين على الأقل بعد الولادة، يتجلى بوجود تواصل لفظي وغير لفظي، وعلاقات اجتماعية ولعب وسلوك تكيفي مناسب للعمر، مع فقدان لمهارات اكتسبت سابقاً قبل عمر 10 سنوات في اللغة الاستقبالية والتعبيرية، والمهارات الاجتماعية، وضبط المثانة أو الأمعاء، والمهارات الحركية، وقصور في التفاعل الاجتماعي.
5. اضطراب نمائي شامل غير محدد: (**PDD-NOS**) ويشمل التوحد اللانمذجي، وأهم ما يميزه هو اختلال شديد وشامل في تطور التفاعل الاجتماعي التبادلي المترافق مع اختلال في مهارات التواصل أو بوجود سلوكيات نمطية، ولكن لا تتحقق فيها معايير اضطراب نمائي محدد أو فصام، وتكون الأعراض دون عتبة الاضطراب التوحدي (DSM-IV-TR, 2011).

تصنيف الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية: (DSM-5)

أما الدليل في نسخته الخامسة، فقد جمع هذه الاضطرابات في اضطراب واحد سماه "اضطراب طيف التوحد" (**Autism Spectrum Disorder**) مع إخراج متلازمة (ريت) من الاضطرابات العقلية باعتبارها اضطراباً

عصبياً جينياً قائماً بذاته، ووضع له الأعراض التالية:

- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي.
- وجود أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات أو الأنشطة، مثل نمطية الحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام.
- الإصرار على التشابه والالتزام غير المرن بالروتين.
- فرط أو تديني التفاعل مع الوارد الحسي، مثل عدم الاكتراث الواضح للألم أو الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات محددة.

تظهر هذه الأعراض في فترة مبكرة من النمو، ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة، أو قد تُحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة. (DSM-5, 2014)

4. الاضطرابات المشابهة للتوحد

أعراض التوحد:

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل لآخر؛ حيث تمس الجانب اللغوي، العلاقات الاجتماعية، الاتصال والسلوك. وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك. وان مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

- يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.
- لا يحب أن يحضنه أحد.
- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- لا يخاف من الخطر.
- يكرر كلام الآخرين.
- نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
- لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
- ضحك واستشارة في أوقات غير مناسبة.
- بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.
- يقاوم تغيير الروتين.
- لا ينظر في عين من يكلمه.
- يستمتع بلف الأشياء.
- تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.
- وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل: هز الرأس أو الجسم أو اليدين.

- قصور أو غياب القدرة على التواصل والاتصال (كامل، 2003).

فأعراض سلوك الطفل التوحدي عادية نسبياً حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين ونصف، يلاحظ الوالدان بعد ذلك تأخراً في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي. فالأطفال التوحديون ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات؛ فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة، وقد يكون شديداً باضطراب في كل مجالات التطور عامة (نيسان، 2009).

حيث ترى خالدة نيسان (2009) أن الأطفال المصابين بالتوحد تظهر لديهم أعراض كصعوبة الاتصال وبطء نمو اللغة أو توقفه تماماً، أو يستخدم لغة الإشارة؛ فالرضع لا يستطيعون "الكأغة" (المنغاة)، وعندما تظهر لغة الطفل فهي تظهر بشكل غير طبيعي، مثلاً تزيد الكلمات والجمل غير ذات المعنى، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلاً من أنا) وتكرار ما يقوله الآخرون.

ويلخص "سميث (Smith, 2001) "أعراض التوحد على النحو التالي:

1. إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:

- لا يطور مودة وصدافة للآباء وأعضاء الأسرة.
- نادراً ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والغضب.
- الميل إلى استعمال الإشارات غير اللفظية مثل: (الابتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي).
- لا يوجد تواصل بالعين.
- اللعب التخيلي نشاط نادراً ما يلاحظ.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

2. قدرات تواصل ضعيفة:

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.
- محتوى اللغة غالباً غير مرتبط بالأحداث الفورية.
- سلوك نمطي وتكراري.
- لا يحافظ على المحادثة، والمحادثات التلقائية نادراً ما يبدأها.
- يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري مع عكس الضمائر.

3. الإصرار على التماثل:

- التضايق الواضح عند تغيير البيئة، ومظاهر الروتين اليومي تصبح طقوسية.
- ظهور سلوك تكراري وسلوكيات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) يصعب إيقافها.

4. أنماط سلوك غير اعتيادية:

- اعتداء على الآخرين خصوصاً في حالة الشكوى.
- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.

- ظهور مخاوف اجتماعية تجاه الغرباء والمواقف غير الاعتيادية والبيئات الجديدة.
- تؤدي الإزعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف (الزريقات، 2004).

-2-4-تشخيص التوحد:

يعتبر التشخيص الوسيلة التي تمكننا من التعرف على أصل وطبيعة أي مرض وأسبابه، ويقصد بتشخيص التوحد تحديد أعراضه الداخلية والخارجية، والتعرف على نشأته وتطور في الحاضر وما آله في المستقبل؛ فالتشخيص يتضمن وصفاً دقيقاً لحالة الشخص الحاضرة.

إن تشخيص اضطراب التوحد ليس بالأمر السهل، باعتباره اضطراباً من الاضطرابات النمائية التي تتصف بالتعقيد لعدة أسباب نذكر منها:

- التوحد اضطراب سلوكي يحدث في المراحل المبكرة من الطفولة، وهي فترة تعيق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم، فتتعدى فيها عمليات التواصل مع الطفل لتشخيص حالته.
- تداخل بعض الاضطرابات المشابهة كالتخلف العقلي والصرع الذي يشترك معه في الكثير من الأعراض مما يجعل التشخيص الفارقي ضرورياً.
- عدم وجود سبب واضح يتفق عليه العلماء في الأسباب المؤدية للتوحد.
- وجود بعض الأطفال ينمون ويتطورون بشكل طبيعي ثم يصابون فجأة بهذا الاضطراب لأسباب غير مفسرة وغير معروفة.
- عدم كفاية الاختبارات والمقاييس المقننة والمطورة التي يمكن بواسطتها تشخيص المرض بشكل دقيق.
- التشخيص يتطلب وقتاً طويلاً ويعتمد بشكل كبير على ما يدلي به الأهل من معلومات، وهي معلومات قد تكون معرضة للنسيان أو عدم الدقة الذاتية؛ خاصة الأولياء الذين قد يلجؤون لإخفاء بعض الأعراض بسبب عدم تقبل المرض.
- عدم تجاوب المفحوص مع الفاحص بسبب ضعف القدرات العقلية وقصور القدرات التواصلية والتجنب والهروب من الآخر (الزريقات، 2008).

معايير تشخيص التوحد حسب التصنيف الدولي العاشر للأمراض: (CIM-10)

هذا الدليل أطلق على التوحد مصطلح "ذاتوية الطفولة" ووضع لها أعراضاً يمكن إنجازها في الآتي:

1. وجود مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوي، لكنها إن وجدت لا تتجاوز ثلاث سنوات.
2. اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وتأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية.
3. فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعي، مع تكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية.

4. اختلالات تكيفية في التواصل تأخذ شكل عدم الاستخدام الاجتماعي لأي مهارات لغوية تكون موجودة، واختلال في ألعاب الخيال والتقليد الاجتماعي.
5. ضعف في التعبير اللغوي وفقدان نسبي للقدرة على الإبداع والخيال وعمليات التفكير، والاستخدام الخاطئ للنبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة بالتواصل.
6. السلوكيات النمطية والتكرارية التي قد تتسم بالتصلب والروتين على نطاق واسع من الأداء اليومي.
7. ظهور بعض المشكلات الأخرى المصاحبة مثل الخوف أو الرهاب، اضطرابات النوم والأكل، ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء الذات مثل عض الرسغ.
8. الافتقار إلى التلقائية والقدرة على الإبداع وتنظيم الوقت، مع إيجاد صعوبة في تطبيق المفاتيح النظرية على اتخاذ القرارات في العمل. (CIM-10, 2015)

خلاصة الفصل :

تتسم سيكولوجية الأمومة في سياق رعاية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد بتجربة نفسية معقدة وشاقة، توصف عيادياً بأنها "ماراثون نفسي" يفرض أعباءً تتجاوز القدرات التكيفية العادية. تجد الأم نفسها، بصفتها مقدم الرعاية الأول، في مواجهة مستمرة مع ضغوط متعددة الأبعاد (انفعالية، اجتماعية، ومادية)، بدءاً من صدمة التشخيص، مروراً بالإجهاد اليومي والشعور بالذنب، وصولاً إلى العزلة الاجتماعية و الحاد بشأن استقلالية الطفل .

في خضم هذه التحديات، تبرز الصلابة النفسية (المتثلة في الالتزام، والتحكم، والتحدي) كمتغير حاسم ومصدٍ منيع يحمي الأم من الانهيار الاكتيبي. فهناك علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة والضغط؛ حيث تُمكن الصلابة المرتفعة الأم من التكيف واستخدام استراتيجيات مواجهة فعالة، بينما تؤدي الهشاشة النفسية إلى تبلد المشاعر والعجز عن تلبية احتياجات الطفل .

ختاماً، يُعد الحفاظ على الصحة النفسية للأم الضمان الأساسي لنجاح عملية التأهيل، فالأم المتمتعة بالصلابة النفسية تمثل الجسر المتين الذي يعبر من خلاله الطفل نحو التكيف والاستقلالية .

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

تعد الإجراءات المنهجية في الدراسات النفسية العيادية بمثابة الهيكل الفقري الذي يستند إليه الباحث للتحقق من فرضياته ونقل الظاهرة من حيز التجريد النظري إلى حيز الواقع الميداني. وفي دراستنا الحالية التي تتناول "الصلابة النفسية وعلاقتها ب لدى أمهات أطفال طيف التوحد"، يكتسي هذا الفصل أهمية بالغة؛ حيث يسعى لتحديد المسارات العلمية التي سلكها الباحث في تعامله مع عينة تتميز بخصوصية انفعالية واجتماعية فريدة. إن الانتقال من التنظير حول معاناة الأم إلى ملامسة هذه المعاناة عبر أدوات القياس والمقابلة العيادية يتطلب انضباطاً منهجياً يزوج بين المنهج الوصفي التحليلي ومنهج دراسة الحالة، وذلك للإحاطة بكل جوانب الشخصية وتفاعلاتها مع أزمة وجود طفل مصاب بالتوحد في الأسرة. سيتناول هذا الفصل تفصيلاً للأهداف الاستطلاعية، والمنهج المتبع، والأدوات السيكمومترية والعيادية المستخدمة، وصولاً إلى أساليب التحليل النفسي التي تضمن صدق النتائج وقابليتها للتفسير العلمي.

1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية في البحث العيادي خطوة استراتيجية لا يمكن تجاوزها، فهي تمثل "البروفة" العلمية التي تسبق النزول الفعلي للميدان في الدراسة الأساسية. تهدف هذه الدراسة بالدرجة الأولى إلى اختبار مدى ملائمة الأدوات المستخدمة (مقياس الصلابة النفسية ومقياس ودليل المقابلة العيادية) للخصائص السوسيو-ثقافية واللغوية لعينة الأمهات في البيئة المحلية. إن الأم التي ترعى طفلاً توحدياً تعيش حالة من الضغط النفسي المستمر، مما يجعل استجاباتها حساسة جداً لصياغة الأسئلة؛ لذا هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى التأكد من وضوح بنود المقاييس وعدم إثارتها لأي مقاومة نفسية غير مبررة قد تعيق عملية جمع البيانات. كما تهدف إلى التحقق من الخصائص السيكمومترية للأدوات من صدق وثبات في البيئة الجزائرية (منطقة الجلفة تحديداً)، وتحديد الوقت المستغرق لتطبيق المقابلة العيادية، مما يتيح للباحث ترتيب أولوياته وتعديل ما يجب تعديله قبل الشروع في الدراسة النهائية، وضمان أن البناء المنهجي متين وقادر على تحمل عبء التحليل الإحصائي والعيادي المعمق.

2. الدراسة العيادية: المقاربة الإكلينيكية العيادية للظاهرة

تتجاوز الدراسة العيادية في هذا البحث مجرد جمع الأرقام، لتصل إلى سبر أغوار التجربة الذاتية للأم. إن علم النفس العيادي يركز على "الفرد في كليته وفي تفاعله مع بيئته"، وهو ما نطبقه هنا من خلال فحص ديناميات الشخصية لدى الأم التي تواجه. تعتمد هذه الدراسة على الفحص المعمق لآليات الدفاع النفسي التي تستخدمها الأم لمواجهة صدمة التشخيص، وكيفية بناء "الصلابة النفسية" كحائط صد ضد الانهيار. الدراسة العيادية هنا تهدف إلى فهم "المعنى" الذي تعطيه الأم لإعاقة ابنها، وكيف ينعكس هذا المعنى على رؤيتها للزمن القادم. نحن لا ندرس كظاهرة معزولة، بل كعرض ناتج عن تفاعل سمات الشخصية مع ضغوط الواقع المرير. ومن هنا، فإن الدراسة العيادية تمنحنا القدرة على تفسير "لماذا" تختلف استجابات الأمهات رغم تماثل الظروف الخارجية، وذلك بالتركيز على البنية النفسية العميقة، والتاريخ النسقي للأسرة، ومدى مرونة الأنا في استيعاب الأزمات الوجودية المرتبطة برعاية طفل ذو احتياجات خاصة.

3. منهج البحث وعينة الدراسة

استجابة لطبيعة الإشكالية المطروحة، تم اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي في الشق الكمي، ومنهج دراسة الحالة في الشق العيادي. المنهج الوصفي يسمح لنا بتحديد مستويات الصلابة النفسية و وصف العلاقة الارتباطية بينهما لدى العينة الكبيرة، بينما يتيح منهج دراسة الحالة الغوص في التفاصيل النوعية التي لا تظهرها الأرقام. أما بالنسبة لعينة الدراسة، فقد تم اختيارها بطريقة قصدية، وهي تتكون في شقها الأساسي من أمهات أطفال شخصوا طبيياً باضطراب طيف التوحد. تم الحرص على أن تكون العينة متجانسة من حيث التواجد الجغرافي (ولاية الجلفة) لضمان تشابه الظروف البيئية والاجتماعية. اختيار المنهج المختلط (كمي ونوعي) يهدف إلى تحقيق "التثليث المنهجي" الذي يعزز من قوة النتائج؛ فبينما يعطينا المنهج الوصفي صورة أشمل عن الظاهرة، تأتي دراسة الحالة لتملأ الفراغات بالتفاصيل الوجدانية والحركية واللفظية التي ترصدها العين الخبيرة للباحث العيادي.

4. تعريف منهج دراسة الحالة

تعرف دراسة الحالة بأنها "تلك الدراسة المتعمقة لوحدة معينة، سواء كانت فرداً أو أسرة أو مؤسسة، بهدف الوصول إلى فهم شامل وعميق لكل القوى والعوامل التي شكلت شخصية هذه الوحدة". وفي سياق بحثنا، يمثل منهج دراسة الحالة الأداة الأنسب لفهم صمود الأمهات؛ حيث يسمح لنا بتتبع المسار التاريخي للأم منذ لحظة اكتشاف الحمل، مروراً بصدمة التشخيص، وصولاً إلى الوضع الراهن. يقول ناصر (2020) أن دراسة الحالة تكشف لنا عن وقائع حياة الفرد منذ ميلاده حتى مشكلته الراهنة، وهي خطوة أساسية لجمع المعلومات التاريخية العميقة. إننا نعتمد على هذا المنهج ليس فقط كأداة لجمع البيانات، بل كإطار تحليلي يساعد في ربط الماضي (التنشئة والخبرات السابقة) بالحاضر (رعاية الطفل التوحد) هذا المنهج يسمح للباحث بالتعامل مع الأم ليس كـ "رقم" في استبيان، بل ككيان إنساني فريد لديه لغته الخاصة، وصراعاته اللاشعورية، وطموحاته التي أعاد اضطراب التوحد صياغتها.

5. مجموعة الدراسة (عينة الدراسة العيادية)

تتكون مجموعة الدراسة العيادية (دراسة الحالة) من أربع (04) حالات من أمهات أطفال طيف التوحد، تم اختيارهن بناء على إتصالاتنا بعيادات نفسية والجمعيات النشطة في ولاية الجلفة. تم اختيار هذه الحالات بناءً على معايير "التباين القصدي" لضمان تمثيل أوسع؛ حيث شملت العينة أمهات من مستويات تعليمية مختلفة (جامعي، ثانوي، ابتدائي) ووضعية اجتماعية متباينة (موظفات، مآكثات بالبيت).

الحالة الأولى (ج) تبلغ من العمر 36 سنة، متزوجة ولديها طفل توحد يبلغ 9 سنوات.

الحالة الثانية (س.م) تبلغ من العمر 38 سنة، متزوجة ولديها طفل توحد (لم تذكر سنه لأنها تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة)

الحالة الثالثة (أ. ب) تبلغ من العمر 54 سنة، متزوجة ولديها طفل توحيدي يبلغ 7 سنوات.

الحالة الرابعة (خ) تبلغ من العمر 43 سنة، متزوجة ولديها طفل توحيدي يبلغ 8 سنوات.

إن قوام هذه العينة (4 حالات) يسمح لنا بإجراء مقابلات معمقة وتكرارية، مما يضمن الوصول إلى مرحلة "التشبع" في البيانات النوعية، ورصد التغيرات الطفيفة في لغة الجسد ونبرة الصوت التي تعبر عن مستوى الصلابة النفسية و بشكل أكثر صدقاً من المقاييس الورقية.

6. حدود الدراسة (المجال الزماني والمكاني)

تحددت الدراسة الحالية بمجموعة من الأطر التي تضمن تركيز البحث ودقته. من الناحية المكانية، أجريت الدراسة في ولاية الجلفة، الجزائر، وتحديدًا في مراكز التربية الخاصة وأقسام الدمج المدرسي ومركز "اليد في اليد". تم اختيار هذا المكان لتوفر القاعدة البشرية اللازمة ولخصوصية المنطقة الاجتماعية التي قد تلعب دوراً في تشكيل رؤية الأم للمستقبل. أما الحدود الزمانية، فقد امتدت فترة الدراسة الميدانية الأساسية من أكتوبر 2025 إلى مارس 2026. هذه الفترة (6 أشهر) كانت كافية لبناء علاقة ثقة بين الباحث والحالات، وإجراء المقابلات العيادية في جو من الأمان النفسي، كما سمحت لنا بمراقبة التذبذبات الانفعالية للأمهات عبر فترات زمنية مختلفة، مما يعطي بعداً طويلاً نسبياً للدراسة الاستطلاعية والأساسية، ويضمن أن البيانات المجموعة لا تعبر عن حالة عارضة بل عن سمات مستقرة في شخصياتهن. تحددت الدراسة الحالية وفق الأبعاد التالية:

- **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة في مراكز تأهيل أطفال طيف التوحد بولاية الجلفة ، لما توفره هذه المراكز من بيئة مناسبة للقاء الأمهات في جو من الثقة.
- **الحدود البشرية:** شملت 04 أمهات لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد.
- **الحدود الزمانية:** امتدت فترة الجانب الميداني للدراسة من أكتوبر 2025 إلى مارس 2026، وهي الفترة التي شملت بناء الأدوات، التحقق من صدقها، وإجراء المقابلات العيادية الميدانية مع الحالات (مخيمر، 2006).

7. أدوات الدراسة (المقابلة العيادية والمقاييس)

اعتمدت الدراسة على ترسانة من الأدوات العلمية المحكمة لضمان شمولية التقييم. الأداة الرئيسية في الجانب النوعي هي المقابلة العيادية نصف الموجهة، والتي تم تصميم استمارتها لتشمل البيانات الشخصية، العائلية، والمرضية، مع محاور متخصصة تقيس (الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر، نقص الشعور بالإنجاز، والنظرة المستقبلية). تمتاز هذه المقابلة بمرونتها وقدرتها على استثارة الاستجابات العميقة. بالإضافة إلى ذلك، استخدمنا مقياس الصلابة النفسية (إعداد مخيمر، 2006) الذي يقيس أبعاد الالتزام، التحكم، والتحدي؛ ومقياس (إعداد بن الطاهر، 2010) المكون من 28 فقرة تغطي القلق الصحي، الموت، الفشل، واليأس. كما تم استخدام شبكة الملاحظة العيادية لرصد السلوكيات غير اللفظية (الحركات، نبرة الصوت، ملامح الوجه) أثناء جلسات المقابلة. هذا التكامل بين الأدوات يسمح بالتحقق من "الصدق التلازمي"؛ حيث يتم مقارنة ما تقوله الأم في المقابلة مع درجاتها في المقاييس وما يلاحظه الباحث عياناً.

ثالثاً: التصحيح والاستنتاج النهائي

بعد تفريغ المقابلة وجمع الدرجات، يتم تصنيف الأم وفق المستويات التالية:

1. من (12 - 18 درجة): مستوى صلابة منخفض
2. من (19 - 28 درجة): مستوى صلابة متوسط.
3. من (29 - 36 درجة): مستوى صلابة مرتفع

رابعاً: معايير الصدق العيادي للمقابلة (Clinical Validity)

- التوافق بين المقال والمنظور: هل الدرجات التي حصلت عليها الأم في المقابلة تتوافق مع درجاتها في المقياس الورقية (مقياس مخيمر وبن الطاهر)؟
- صدق الملاحظة: هل لغة جسد الأم (التي رصدتها) تدعم كلامها اللفظي أم تناقضه؟

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل نكون قد أرسينا القواعد المنهجية للدراسة التي تضمن سير الدراسة الميدانية في الاتجاه العلمي الصحيح. إن التزاوج بين الأدوات الكمية والمقاربة العيادية لدراسة الحالة هو الضمانة الوحيدة للإحاطة بظاهرة إنسانية معقدة كصلابة الأمهات وقلقهن نحو مستقبل أبنائهن من ذوي اضطراب طيف التوحد، و هو ما سنتناوله تفصيلاً في الفصل الموالي.

الفصل الخامس : عرض و تحليل النتائج

الفصل الخامس : عرض و تحليل النتائج

1. عرض و تحليل الحالة الأولى

تعتبر الحالة (ج) نموذجاً للأمهات اللواتي يواجهن ضغوطاً "مركبة" تجمع بين عبء الإعاقة وهشاشة الوضع السوسيو-اقتصادي.

البيانات الشخصية والسياق العائلي للحالة (ج)

الحالة أنثى تبلغ 36 سنة، متزوجة ولديها طفلان. ابنها (هيثم) يبلغ 9 سنوات ومصاب بالتوحد. تقطن في سكن فردي بتيارت بوضع اقتصادي ضعيف (الزوج بطال). المظهر العام مقبولة الشكل، وتظهر عليها علامات الحزن والتشاؤم.

سير المقابلات العيادية (الحالة ج)

يوضح الجدول التالي مسار العمل العيادي مع الحالة "ج":

| رقم المقابلة | مكان إجراء المقابلة | مدة وتاريخ الإجراء | الهدف من المقابلة |
|--------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|
| المقابلة 01 | مكتب الأخصائية الأرتوفونية | 2026/02/02 (30 دقيقة) | التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وإبراز هدف البحث. |
| المقابلة 02 | مكتب الأخصائية النفسانية | 2026/02/03 (45 دقيقة) | ملاحظة الحالة النفسية تجاه طفلها وتحديد نوعية العلاقة. |
| المقابلة 03 | مكتب الأخصائية النفسانية | 2026/02/04 (45 دقيقة) | تطبيق مقياس الاكتئاب للتأكد من وجود اضطراب مزاجي. |
| المقابلة 04 | مكتب الأخصائية الأرتوفونية | 2026/02/07 (30 دقيقة) | تطبيق مقياس الضغط النفسي. |

نتائج المقاييس النفسية (الحالة ج)

كشفت النتائج عن انهيار واضح في الصلابة النفسية أمام ضغوط الاكتئاب:

أولاً: تفرغ مقياس بيك للاكتئاب **BDI** الحالة حصلت على 34 درجة، مما يشير إلى اكتئاب شديد وفق التصنيف الإكلينيكي.

| الرقم | المجموعة | النتيجة المتحصل عليها | القيمة |
|-------|----------------|--------------------------------------------------|--------|
| 1 | الحزن | أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه. | 2 |
| 2 | التشاؤم | أشعر بالتشاؤم تجاه المستقبل. | 2 |
| 3 | الإحساس بالفشل | أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد. | 1 |
| 4 | فقدان اللذة | أشعر بلذة قليلة تجاه الأشياء التي كنت أشتهيها. | 2 |
| 5 | الإحساس بالذنب | أشعر بأني قد أكون مذنباً. | 1 |

| | | | |
|----|--------------------------|---------------------------------------------------|---|
| 6 | توقع العقاب | أشعر بأني أتلقى عقاباً. | 3 |
| 7 | الشعور السلبي تجاه الذات | أنا غير راضٍ عن نفسي. | 1 |
| 8 | موقف ناقد تجاه الذات | ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي. | 2 |
| 9 | رغبة في الانتحار | أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك. | 3 |
| 10 | البكاء | أبكي طوال الوقت. | 2 |
| 11 | الاستشارة (التوتر) | أشعر بالتوتر كل الوقت. | 2 |
| 12 | فقدان الاهتمام | إني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون. | 1 |
| 13 | صعوبة اتخاذ القرارات | أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات. | 2 |
| 14 | انحطاط قيمة الذات | لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون. | 0 |
| 15 | فقدان الطاقة | أحتاج جهداً كبيراً لكي أبدأ في عمل شيء ما. | 1 |
| 16 | تغيرات في النوم | لا أنام كالمعتاد. | 1 |
| 17 | التعب | أنني في غاية التعب لأجل فعل عدد كبير من الأشياء. | 2 |
| 18 | تغيرات الشهية | ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر. | 3 |
| 19 | فقدان الوزن | فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني. | 1 |
| 20 | الانشغال بالصحة | لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق. | 0 |
| 21 | الاهتمام بالجنس | لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً. | 2 |
| 34 | المجموع | | |

ثانياً: مقياس الضغط النفسي حصلت الحالة على قيمة 88 نقطة خام، وهي درجة تعكس معاناة حادة من الضغوط النفسية مقارنة بالقيمة النظرية للمقياس.

تمثل الحالة (خ) فئة الأمهات اللواتي يملكن موارد اقتصادية ومعرفية، ومع ذلك يقعن تحت طائلة الضغط النفسي بسبب "مثالية الدور الوالدي" والشعور بالذنب.

تحليل المقابلة العيادية للحالة (خ)

تظهر المقابلات مع (خ) صراعاً بين "العقلانية" و"العاطفة المكلمة".

استجابة الأم وصدمة الوعي

على عكس الحالة (ج)، لم تلاحظ (خ) المرض بنفسها بل نبهتها إحدى قريباتها. هذا "التجاهل الأولي" نتج عنه شعور هائل بالذنب لاحقاً. وصفت لحظة التشخيص بقولها: "حسيت جبل طاح فوق ظهري"، وهو استعارة بليغة لثقل المسؤولية التي ينوء بها الظهر. الارتحاف في اليدين أثناء الحديث عن التشخيص هو عرض "تحويلي" الاضطراب النفسي إلى جسدي، مما يشير إلى أن الصلابة النفسية لديها في حالة "استنفار" دائم.

الضغوط اليومية والشعور بالذنب

تعاني (خ) من "ضغط المقارنة" و "جلد الذات"؛ فهي تلوم نفسها لأنها تركت ابنها أمام التلفاز لفترات طويلة. هذا النوع من الضغوط "الداخلية" يستنزف الطاقة النفسية أكثر من الضغوط الخارجية. ورغم تلقيها الدعم من الزوج والعائلة، إلا أن "يظل المسيطر. إن سؤالها المستمر عن استقلالية "ياسين" يعكس انشغالاً ببعده "التحكم"؛ فهي تحاول استعادة السيطرة على حياة ابنها المستقبلية لتعويض تقصير الماضي المتخيل.

الكفاءة الذاتية والحياة الاجتماعية

تظهر (خ) مستوى "تحدٍ" أعلى من (ج)؛ فهي لا تزال تقاوم وتحاول ضبط انفعالاتها، لكنها تعترف بصعوبة ذلك مع تزايد عنف الطفل وتصرفاته الغريبة (الضحك بدون سبب). تواصلها الاجتماعي "مقبول"، لكنه مشوب بالحذر. إن تعليمها الجامعي منحها كفاءة ذاتية في البحث عن مراكز متخصصة، لكنه لم يحمها من "الحزن الكامن" الذي يظهر في نبرة صوتها وتعبير وجهها.

الملاحظة العيادية وشبكة الرصد (الحالة خ)

أثناء المقابلة، لوحظ على السيدة (خ) "هندام مهتم ومبالغ فيه أحياناً"، وهو ميكانيزم "تعويض" لإظهار التماسك أمام المجتمع. التواصل البصري كان "مباشراً" في أغلب الأوقات، مما يدل على قوة الشخصية، لكن "تململ الأطراف" و"رجفة اليدين" كانت تفضح القلق الباطني. سرعة استجابتها كانت "فورية ومسهبة"، مما يشير إلى حاجة ماسة للتفريغ الانفعالي (Catharsis) ومشاركة معاناتها مع متخصص.

2. عرض و تحليل الحالة الثانية

عرض ومناقشة الحالة الثانية (س.م):

تعتبر الحالة (س.م) نموذجاً للأمهات اللواتي يعانين من استنزاف نفسي حاد نابع من صدمة التشخيص المرفقة ببيئة دعم أسري واجتماعي هش، مما أدى إلى انخفاض كبير في مستوى الصلابة النفسية.

أولاً: البيانات الشخصية والسياق العائلي

- الهوية الشخصية: أنثى، تبلغ من العمر 38 سنة، جامعية، مأكثة بالبيت.
- السياق السكني والاقتصادي: تسكن في مدينة الجزائر (سكن جماعي)، بوضعية اقتصادية متوسطة (الزوج موظف حكومي).
- التاريخ الصحي: ظروف الحمل كانت طبيعية، أما الولادة فكانت قيصرية بسبب وضعية الجنين.
- الملاحظة العيادية الأولية: تظهر عليها علامات توتر واضحة (تقاطع الأيدي، تململ، رجفة) مع اضطراب في نبرة الصوت.

ثانياً: سير المقابلات العيادية

يوضح الجدول التالي مسار العمل العيادي مع الحالة :

| رقم المقابلة | مكان الإجراء | التاريخ والمدة | الهدف من المقابلة |
|--------------|-----------------|-------------------|--------------------------------------------------|
| المقابلة 01 | العيادة النفسية | 2026/03/12 (45 د) | التعرف على الحالة وجمع البيانات الشخصية والطبية. |
| المقابلة 02 | مناسبة عائلية | 2026/03/14 (45 د) | رصد الاستجابات الانفعالية والسلوك غير اللفظي. |
| المقابلة 03 | البيت | 2026/03/16 (30 د) | تطبيق مقاييس الاكتئاب والضغط النفسي. |
| المقابلة 04 | العيادة النفسية | 2026/03/18 (30 د) | استكمال التحليل باستخدام سلم التقييم العيادي. |

ثالثاً: نتائج المقاييس النفسية (التقييم الكمي)

سجلت الحالة نتائج تعكس تدهوراً في الصحة النفسية:

1. مقياس الاكتئاب: حصلت على 35 درجة (اكتئاب شديد).
2. مقياس الضغط النفسي: حصلت على 72 درجة (ضغوط نفسية مرتفعة جداً).

رابعاً: تحليل المحاور الإكلينيكية (سلم التقييم خماسي المحاور)

تم تفرغ النتائج لترجمة الاستجابات الكيفية إلى مؤشرات قياس:

1. تقييم صدمة التشخيص والاستجابة الأولية

| المؤشر العيادي | الدرجة | التفسير العيادي |
|---------------------|--------|---------------------------------------------------|
| التوافق مع الصدمة | درجة 2 | قبول جزئي مشوب بالحزن وتذبذب انفعالي. |
| الدعم الأسري المدرك | درجة 2 | دعم متقطع مع وجود اختلاف في وجهات النظر مع الزوج. |
| المجموع | 6/4 | استجابة متوسطة الحدة تجاه الصدمة. |

2. تقييم الإجهاد الانفعالي والضغط (قياس الهشاشة)

| المؤشر العيادي | الدرجة | التفسير العيادي |
|----------------|--------|------------------------------------------|
| المزاج اليومي | درجة 1 | استيقاظ مع شعور بالرعب أو العجز. |
| إدارة الضغوط | درجة 1 | استنزاف كلي وفقدان السيطرة على الواجبات. |
| المجموع | 6/2 | إجهاد انفعالي حاد وهشاشة نفسية. |

3. تقييم الحياة العلائقية (الانسحاب والتباعد)

| المؤشر العيادي | الدرجة | التفسير العيادي |
|------------------|--------|---------------------------------|
| العلاقة مع الطفل | درجة 2 | حب مشوب بالخوف والشفقة الشديدة. |

| | | |
|-------------------|--------|---------------------------------------|
| التفاعل الاجتماعي | درجة 1 | عزلة تامة وحساسية مفرطة تجاه الغرباء. |
| المجموع | 6/3 | انسحاب اجتماعي واضح واضطراب علائقي. |

4. تقييم (المحور المركزي)

| | | |
|--------------------|--------|-----------------------------------------------|
| المؤشر العيادي | الدرجة | التفسير العيادي |
| الرؤية الاستشرافية | درجة 1 | رؤية سوداوية وخوف من الموت وترك الطفل. |
| الاستعداد النفسي | درجة 1 | عجز عن التفكير في الغد وغرق في تفاصيل الحاضر. |
| المجموع | 6/2 | ضغط حاد وسيطرة للمشاعر السلبية. |

خامساً: شبكة الملاحظة العيادية

| | | |
|----------------|--------|------------------------------------------|
| فئة الملاحظة | الدرجة | المؤشر النفسي المرصود |
| التوتر الحركي | 1 درجة | تململ، رجفة، وفرك اليدين (توتر راهن). |
| التواصل البصري | 1 درجة | تجنب النظر (اكتئاب وشعور بالذنب). |
| الصوت والنطق | 1 درجة | انخفاض الصوت وغصات (انضغاط انفعالي). |
| التعبير الوجهي | 1 درجة | جمود وجهي وشحوب (كبت مشاعر). |
| زمن الرجوع | 1 درجة | صمت طويل وتردد (مقاومة نفسية). |
| المجموع | 5/5 | صدق عيادي مرتفع لمظاهر التوتر والاكتئاب. |

سادساً: الاستنتاج العام من منظور علم النفس العيادي

بناءً على النتيجة الكلية (16 درجة)، تُصنف الحالة (س.م) ضمن مستوى صلابة منخفض وتوتر حاد (الفئة 12-18 درجة). تعاني الحالة من صراعات نفسية عميقة وإرهاق ناتج عن الرعاية المستمرة في ظل غياب المساندة الاجتماعية، مما جعلها غير قادرة على المواجهة الفعالة، وهو ما تؤكد لغة جسدها التي تتوافق تماماً مع حالتها النفسية المنهارة.

3. عرض ومناقشة الحالة الثالثة (أ.ب)

أ. تقديم الحالة

الحالة أنثى يرمز لها بـ (أ. ب)، تبلغ من العمر 54 سنة، متزوجة، مستواها الدراسي السنة الرابعة متوسط. لديها ثلاثة (03) أولاد، ابنها الثاني "محمد" (07 سنوات) مصاب باضطراب طيف التوحد. تنتمي الحالة إلى مستوى اقتصادي واجتماعي متوسط؛ فهي ماکثة بالبيت وزوجها يعمل كعامل حر. تقطن العائلة بقرية "أولاد عبید الله" بمدينة الجلفة في سكن فردي (بناء ذاتي). من الناحية العيادية، تظهر الحالة بمظهر عام مقبول، لغتها سهلة وبسيطة، لكن يبدو عليها بوضوح معالم الحزن العميق.

الحالة النفسية للأم قبل وبعد اكتشاف إصابة الابن

بدأت معاناة الأم منذ ولادة "محمد" في شهره الثامن، حيث اكتشفت عجزاً حركياً تاماً لديه في البداية، مما استدعى رحلة علاجية طويلة شملت حصص رياضة وتدريب. بعد عامين، ومع استمرار غياب التفاعل، تم تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد من طرف مختص نفساني. كانت ردة فعل الأم الأولية "خفيفة" بسبب نقص الوعي بطبيعة الاضطراب، لكنها تحولت لاحقاً إلى صدمة حادة وصعوبة في التقبل، مما أدى لتوجه العائلة لمستشفى الأمراض العقلية ثم الجمعية الوطنية للتوحد.

ب. عرض المقابلات العيادية

أجريت مع الحالة أربع (04) حصص عيادية في الفترة الممتدة من 2026/02/29 إلى 2026/03/05، بمتوسط زمني قدره 30 دقيقة للحصة الواحدة.

جدول رقم (01): يوضح مسار المقابلات العيادية مع الحالة (أ. ب)

| المقابلة | مكان الإجراء | التاريخ والمدة | الهدف من المقابلة |
|-------------|----------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------|
| المقابلة 01 | مكتب الأخصائية النفسانية | 2026/02/29 (30 د) | التعرف على الحالة، جمع البيانات الأولية، وبناء جو من الثقة. |
| المقابلة 02 | مكتب الأخصائية النفسانية | 2026/02/31 (30 د) | ملاحظة الحالة النفسية للأم وتحديد نوعية علاقتها بطفلها. |
| المقابلة 03 | مكتب الأخصائية الأرتوفونية | 2026/03/03 (30 د) | تطبيق مقياس الاكتئاب للتأكد من وجود اضطراب مزاجي. |
| المقابلة 04 | قاعة استقبال الجمعية | 2026/03/05 (30 د) | تطبيق مقياس الضغط النفسي لتقدير حجم المعاناة. |

خلاصة المقابلات:

كشفت المقابلات أن الحالة (أ. ب) تعاني من حزن شديد وضغوط نفسية مزمنة مرتبطة بحالة طفلها. تتبع الأم استراتيجية "التمركز حول الطفل"، حيث صرحت: "لم يشغل بالي أي شيء سوى ابني.. ومتابعته". علائقياً، تعاني من اضطراب في العلاقة الزوجية وانسحاب اجتماعي من الأهل والجيران بسبب التوتر و الضغط. نظرهما للمستقبل "تشاؤمية"، حيث ترى أن العناية بابنها ستزداد صعوبة، مع عجز تام عن تقبل فكرة تحسن حالته أو استقلاليتها.

ج. عرض ومناقشة نتائج الاختبارات السيكومترية

أولاً: نتائج مقياس الاكتئاب

تحصلت الحالة على 41 درجة، مما يشير عيادياً إلى وجود اكتئاب شديد جداً¹.

جدول رقم (02): تفرغ بنود مقياس الاكتئاب للحالة (أ. ب)

| المجموعة | النتيجة المتحصل عليها | القيمة |
|-----------------|------------------------------------------------|--------|
| الحزن | أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع التخلص منه. | 2 |
| الإحساس بالفشل | أشعر أنني شخص فاشل تماماً. | 3 |
| فقدان اللذة | لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة. | 3 |
| أفكار انتحارية | ليس لي رغبة في الحياة. | 1 |
| صعوبة القرار | لم أعد أستطيع اتخاذ قرارات إطلاقاً. | 3 |
| انحطاط الذات | أعتقد أنني أبدو قبيحة. | 3 |
| الاهتمام بالجنس | لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً. | 3 |
| المجموع | | 41 |

ثانياً: نتائج مقياس الضغط النفسي (بن طاهر العربي)

تحصلت الحالة على 79 درجة (خام)، وهي درجة تتجاوز المتوسط النظري للمقياس بشكل كبير، مما يؤكد معاناة الحالة من ضغط نفسي مرتفع يستنزف مواردها التكيفية.²

د. التحليل العيادي باستخدام "سلم التقييم" (Clinical Scoring)

بناءً على نتائج المقابلة ومعطيات الملاحظة، تم تفرغ استجابات الحالة (أ. ب) ضمن المحاور الخمسة لسلم التقييم لتقدير مستوى "الصلابة النفسية" مقابل "الهشاشة":

| المحور العيادي | التوصيف التشخيصي للحالة (أ. ب) | الدرجة (1-3) |
|----------------|------------------------------------------------------|--------------|
| صدمة التشخيص | قبول جزئي مشوب بحزن شديد وتذبذب انفعالي واضح. | 2 |
| الدعم الأسري | صراع مع الزوج، شعور بالوحدة، وغياب المساندة الفعلية. | 1 |

| | | |
|---------|---------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | استيقاظ مع شعور بالثقل والعجز عن مواجهة المسؤوليات. | المزاج اليومي |
| 1 | استنزاف كلي للطاقة وفقدان السيطرة على الواجبات الأسرية. | إدارة الضغوط |
| 2 | حب مشوب بالخوف والشفقة، ورؤية الطفل كعبء مستمر. | العلاقة مع الطفل |
| 1 | عزلة اجتماعية تامة وحساسية مفرطة تجاه انتقادات الآخرين. | التفاعل الاجتماعي |
| 1 | رؤية سوداوية، تشاؤم مطلق، وخوف من ضياع الطفل مستقبلاً. | الرؤية المستقبلية |
| 1 | عجز عن التفكير في الغد وغرق تام في هموم الحاضر. | الاستعداد النفسي |
| 1 | نبرة صوت منخفضة، تجنب التواصل البصري، تملل حركي. | الملاحظة العيادية |
| 11 درجة | (مستوى الصلابة النفسية) | المجموع الكلي |

هـ. الاستنتاج العام والتركيب العيادي

من خلال دمج النتائج الكمية (الاكتئاب: 41، الضغط: 79) والنتائج الكيفية لسلم التقييم (11 درجة)، نستنتج أن الحالة (أ. ب) تقع في فئة "مستوى صلابة نفسية منخفض جداً" (أقل من 12 درجة). يعكس هذا الانهيار في الصلابة النفسية عجز الحالة عن استخدام أبعاد "الالتزام والتحكم والتحمدي" كدروع واقية ضد الضغوط. إن فقدانها للتحكم في سلوكيات ابنها، وغياب المساندة الزوجية، أدى إلى تحويل الضغط النفسي المزمن إلى اكتئاب سريري حاد. تعيش الحالة ما يسمى عيادياً بـ "العجز المتعلم"، حيث ترى في مستقبل ابنها نفاقاً مظلماً لا مخرج منه، مما يستوجب تدخلاً عيادياً عاجلاً يركز على الدعم النفسي وإعادة بناء الكفاءة الذاتية لتجنب تفاقم الميول الانتحارية الملحوظة في نتائج المقاييس.

4. عرض و تحليل الحالة الرابعة

تمثل الحالة (خ) فئة الأمهات اللواتي يملكن موارد اقتصادية ومعرفية، ومع ذلك يقعن تحت طائلة الضغط النفسي الحاد بسبب "مثالية الدور الوالدي" والشعور بالذنب، مما يجعل صمودهن النفسي في حالة اختبار دائم.

أولاً: البيانات الشخصية والسياق العائلي

- الهوية الشخصية: أنثى، تبلغ من العمر 43 سنة، جامعية المستوى، وماكثة بالبيت.
- السياق السكني والاقتصادي: تسكن في منطقة "واد الطلبة" بمدينة تيارت في سكن فردي، بوضع اقتصادي جيد (الزوج يعمل أستاذاً).
- الوضعية العائلية: لديها 3 أولاد، والابن الأوسط "ياسين" (8 سنوات) هو المصاب باضطراب طيف التوحد.
- الملاحظة العيادية الأولية: تظهر عليها علامات التوتر والحزن البادي على الوجه رغم جاذبية مظهرها واهتمامها به.

ثانياً: سير المقابلات العيادية

يوضح الجدول التالي مسار العمل العيادي الميداني مع الحالة "خ":

| رقم المقابلة | مكان الإجراء | التاريخ | الهدف من المقابلة |
|----------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------|
| المقابلة 01 | مكتب الأخصائية | 2026/02/08 | التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وبناء الألفة. |
| المقابلة 02 | مركز البيداغوجي للأطفال المعوقين | 2026/02/09 | استقصاء مراحل نمو الطفل ورد فعل الأم تجاه الإعاقة. |
| المقابلة 03 | مكتب الأخصائية النفسانية | 2026/02/12 | رصد المعاش النفسي وتطبيق مقاييس الاكتئاب والضغط. |
| المقابلة 04 | مكتب الأخصائية الأطفونوية | 2026/02/13 | استكمال شبكة الملاحظة والتقييم العيادي النهائي. |

ثالثاً: نتائج المقاييس النفسية (التقييم الكمي)

بناءً على التقييمات الكمية، سجلت الحالة النتائج التالية:

1. مقياس الاكتئاب: حصلت على 16 درجة، وهي درجة تشير إلى معاناة من اكتئاب متوسط.
2. مقياس الضغط النفسي: حصلت على 74 درجة، مما يؤكد وجود ضغوط نفسية مرتفعة.

رابعاً: تحليل المحاور الإكلينيكية (سلم التقييم خماسي المحاور)

1. تقييم صدمة التشخيص والاستجابة الأولية

- التوافق مع الصدمة (درجة 3): قبول واقعي مشوب بالحزن العميق؛ حيث تصف الصدمة كـ "جبل سقط على ظهرها".

- الدعم الأسري المدرك (درجة 3): دعم جيد وقوي من الزوج والعائلة والمحيط.

- المجموع (6/6): توافق أسري ممتاز ساهم في تماسك الحالة.

2. تقييم الإجهاد الانفعالي والضغط (قياس الهشاشة)

- المزاج اليومي (درجة 2): حزن مستمر وشعور بالذنب حيال إهمال الطفل سابقاً.

- إدارة الضغوط (درجة 2): انزعاج وصعوبة في التحكم بسلوكيات الطفل العنيفة وبكائه.

- المجموع (6/4): إجهاد انفعالي متوسط مرتبط بمثالية الدور الوالدي.

3. تقييم الحياة العلائقية (الانسحاب والتبدل)

- العلاقة مع الطفل (درجة 2): رعاية مكثفة مشوبة بغضب مكتوم وحذر.

- التفاعل الاجتماعي (درجة 2): انسحاب جزئي وتجنب التجمعات حمايةً لأمنها النفسي من نظرة الآخرين.

- المجموع (6/4): انسحاب اجتماعي دفاعي.

4. تقييم (المحور المركزي)

- الرؤية الاستشرافية (درجة 3): توتر عقلائي ووعي بضرورة التأهيل المستمر.

- الاستعداد النفسي (درجة 2): تشاؤم جزئي ناتج عن حجم المعاناة اليومية.
- المجموع (6/5): توتر مسيطر يحركه الوعي بحجم الإعاقة.

خامساً: شبكة الملاحظة العيادية

| فئة الملاحظة | الدرجة | المؤشر النفسي المرصود |
|----------------|--------|-----------------------------------------------------|
| التوتر الحركي | 1 درجة | ارتخاف في اليدين عند الحديث عن التشخيص (توتر راهن). |
| التواصل البصري | 0 درجة | تواصل بصري مقبول يدل على الوعي والثقة. |
| الصوت والنطق | 1 درجة | بحّة حزينة وغصات تدل على الانضغاط الانفعالي. |
| التعبير الوجهي | 1 درجة | حزن وجمود تعبيري جزئي (كبت مشاعر). |
| زمن الرجوع | 1 درجة | صمت وتردد يعكس وجود مقاومة نفسية. |
| المجموع | 5/4 | صدق عيادي يربط بين الوعي والألم الجسدي. |

سادساً: الاستنتاج العام من منظور علم النفس العيادي

بناءً على النتائج الكلية (23 درجة)، تُصنف الحالة "خ" ضمن مستوى صلابة متوسطة (الفئة 19-28 درجة). تلعب المساندة الزوجية والمستوى التعليمي دور "المتغير الوسيط" الذي منع الانهيار الاكتيبي الكامل. ومع ذلك، تعاني الحالة من صراع بين وعيها الأكاديمي وهشاشتها الانفعالية المرتبطة بالشعور بالذنب، مما أدى إلى توتر سيكوسوماتي واضح يتجلى في الارتخاف والحزن المزمن.

الفصل السادس : تفسير و مناقشة النتائج

1. مناقشة نتائج الحالات

تعد مناقشة النتائج العيادية للحالات الأربع المرفقة، وربطها بالدراسات السابقة، حجر الزاوية في فهم ديناميات الصلابة النفسية (Psychological Hardiness) كمتغير وسيط في التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد. يهدف هذا التحليل الإكلينيكي المعمق إلى استعراض المعاش النفسي لكل حالة، ومقارنتها بالنسق النظري والنتائج الميدانية للدراسات المرفقة، مع التركيز على الأبعاد الثلاثة للصلابة: الالتزام، التحكم، والتحدي. أولاً: تحليل مستويات الصلابة النفسية (بين الهشاشة والصلابة)

من خلال مراجعة النتائج الإجمالية للحالات، نلاحظ تبايناً جوهرياً يعكس الفلسفة العيادية التي ترى في الصلابة النفسية "بنية شخصية معقدة". سجلت الحالة الرابعة (خ) أعلى مستوى بين الحالات بـ 23 درجة (مستوى متوسط)، بينما انحدرت الحالة الثالثة (أ.ب) إلى مستوى منخفض جداً بـ 11 درجة، ووقعت الحالتان الأولى والثانية في فئة الصلابة المنخفضة (16-18 درجة).

يتفق هذا التباين مع ما ذهبت إليه دراسة فتال صليحة (2021) التي أكدت أن الأم الجزائرية تعاني من استنزاف حاد للمصادر النفسية (الالتزام، التحكم، التحدي) مقارنة بأمهات الأطفال العاديين، حيث تعمل الإعاقة كصدمة نفسية مستمرة تعيد تشكيل "الأنا". إن انخفاض الصلابة في الحالات (ج، س.م، أ.ب) يفسر عيادياً بعجز "الأنا" عن استخدام الميكانيزمات الدفاعية الناضجة لمواجهة "تراكم الضغوط"، وهو ما أكدته دراسة أحمد (2011) بأن الفشل في التنظيم الخارجي للحياة اليومية هو انعكاس للتشوش النفسي الداخلي.

ثانياً: بُعد التحكم وعلاقته بـ "العجز المتعلم"

يظهر تحليل الحالة الثالثة (أ.ب) بوضوح انخيار بُعد التحكم، حيث سجلت أدنى الدرجات في إدارة الضغوط (درجة 1). من منظور علم النفس العيادي، تعيش هذه الحالة ما يسمى بـ "العجز المتعلم" (Learned Helplessness)، حيث ترى أن أحداث حياتها مسيرة بظروف طفلةا الخارجية ولا تملك القدرة على التأثير فيها.

هذه النتيجة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بدراسة فتال صليحة (2021) التي أشارت إلى انخفاض "أنا التحكم" لدى أمهات أطفال التوحد في الجزائر، مما يمهّد الطريق لظهور . بينما نجد في الحالة الرابعة (خ) مستوى تحكم متوسطاً، وهو ما قد يفسر بقدرتها على "البحث عن حلول عقلانية" بفضل وعيها التعليمي الجامعي، مما يدعم نتائج دراسة محمود وعلي (2012) التي أكدت أن الصلابة مهارة قابلة للتعليم والتعديل المعرفي لزيادة القدرة على التحكم بدلاً من الانقياد وراء التوتر.

ثالثاً: بُعد الالتزام وصراع "مثالية الدور الوالدي"

تمثل الحالة الرابعة (خ) نموذجاً إكلينيكياً فريداً؛ فهي رغم امتلاكها لصلابة متوسطة، إلا أنها تعاني من ضغط نفسي حاد (ارتحاف، حزن مزمن) ناتج عن "مثالية الدور الوالدي" والشعور بالذنب. هذا الالتزام المفرط، الذي قد يتحول إلى عبء

نفسى، يتوافق مع ما ورد في دراسة ريغي محمد (2022) التي وجدت مستوى مرتفعاً من الالتزام لدى أمهات التوحد، حيث تفرض غريزة الأمومة التفاني في الرعاية رغم "الاستنزاف الانفعالي".

في المقابل، نجد أن الحالة الثانية (س.م) تعاني من "استجابة متوسطة الحدة تجاه الصدمة" مع دعم أسري متقطع، مما أضعف من قدرتها على الالتزام الفعال بالعملية التأهيلية لطفلها، وأدخلها في حلقة من الاكتئاب الشديد (35 درجة على مقياس الاكتئاب). هذا يتقاطع مع دراسة أحمد فتحي (2008) التي أشارت إلى وجود فروق في الصلابة تعزى لمتغيرات الدعم الزوجي، حيث يعمل هذا الدعم كمنبئ قوي بالتوافق النفسي للأم.

رابعاً: بُعد التحدي وصدمة التشخيص

يعتبر بُعد التحدي هو الأضعف في حالات الدراسة الثلاث الأولى، حيث يسيطر "الرعب أو العجز" والمزاج اليومي السوداوي. عيادياً، هذا يعني أن الأمهات يدركن صدمة التشخيص كـ "تهديد" لا كـ "فرصة للنمو". تصف الحالة الرابعة (خ) الصدمة بأنها "جبل سقط على ظهرها"، وهو وصف يتطابق مع تحليل دراسة بولكرون نورا (2022) التي رأت في توقعات الأمهات مرآة عاكسة لـ؛ فالتشاؤم والخوف من العجز يعبران عن فقدان بُعد التحدي.

وتؤكد نتائج الحالة الأولى (ج) التي سجلت ضغوطاً مرتفعة جداً (88 درجة) ارتباط ذلك بمشاشة الوضع السوسيو-اقتصادي (زوج بطل)، مما يجعل "التحدي" رفاهية نفسية ال تملكها الأم في ظل غياب المساندة المادية. وهذا ما يثبتته بحث حنان حنا (2018) بأن الدخل المرتفع وصغر حجم الأسرة يساهمان في رفع مستوى الصلابة وتوفير بيئة نفسية أقل اضطراباً.

خامساً: المظاهر العيادية والاكتئاب (تحليل لغة الجسد والخطاب)

تتشترك الحالات الأربع في مظاهر عيادية رصدتها "شبكة الملاحظة"، مثل: تجنب التواصل البصري، انخفاض الصوت، والتمللمل الحركي. في الحالة الثانية (س.م)، نجد أن هذه المظاهر سجلت الدرجة الكاملة (5/5)، مما يؤكد الصدق العيادي لمظاهر ضغط نفسي والاكتئاب.

هذا التدهور في المعاش النفسي يجد صداه في دراسة رضوان سعيد وجاجان محمد (2020) التي أشارت إلى أن أمهات أطفال التوحد يعانين من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي (Psychological Burnout) الذي لا يتأثر بمستوى التعليم أو عمر الأم، بل بطبيعة الاضطراب الضاغطة بذاتها. وتضيف دراسة براجل وجبالي (2015) أن الأمهات يعانين من درجة متوسطة إلى شديدة من الضغط النفسي المرتبط بخصائص سلوك الطفل، وهو ما تجلّى في انزعاج الحالة (خ) من بكاء وعنف طفلها.

سادساً: كبؤرة للصراع النفسي

اتفق التحليل الإكلينيكي للحالات على أن هو "المحور المركزي" للمعاناة. ففي الحالة الثالثة (أ.ب)، تسيطر "الرؤية السوداوية والخوف من ضياع الطفل". عيادياً، يرتبط هذا الى ضغط نفسي بنقص المعلومات، وهو ما تناولته دراسة الخميس (2011)، حيث أن "الإبهام المعرفي" يغذي ويجعل الأم عاجزة عن بناء صلابة قائمة على "الالتزام" الواعي.

وتلعب **المساندة الاجتماعية** دور المتغير الوسيط هنا؛ ففي حين نجد انسحاباً اجتماعياً دفاعياً في الحالة (خ) لحماية الأمن النفسي من "نظرة الآخرين"، نجد عزلة تامة في الحالات الأخرى. وتؤكد دراسة أبو سيف والخطيب (2025) وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية بين الدعم الاجتماعي والصلابة النفسية، مما يعني أن العزلة التي تعيشها حالاتنا هي سبب ونتيجة في آن واحد لانخيار صمودهن النفسي.

سابعاً: التركيب العيادي والمنظور العلاجي المقترح

من خلال دمج النتائج الكمية للحالات مع المعطيات الكيفية، يتضح أن الصلابة النفسية في البيئة الجزائرية تتأثر بشدة بـ "الوصمة الاجتماعية" و "الدعم الأسري المدرك". إن الحالة (خ) رغم هشاشتها، ساعدها مستواها الاقتصادي والتعليمي على البقاء في "منطقة الصلابة المتوسطة"، بينما سقطت الحالات الأخرى في "سيكولوجية الانخيار" بسبب تراكم الضغوط المادية والنفسية.

توصي الدراسات السابقة مثل دراسة عجايبي أسماء (2020) بضرورة تبني برامج إرشادية معرفية سلوكية لتخفيف الضغط النفسي، تركز على "تكوين المفاهيم" و "اكتساب المهارات". كما تدعو دراسة عبد الحميد (2016) إلى برامج تنمية الصلابة النفسية كآلية وقائية، حيث أثبتت فعاليتها في تحسين جودة حياة الأمهات وخفض حدة الضغوط. **خلاصة المناقشة:** إن تحليل الحالات الأربع يؤكد أن الصلابة النفسية ليست مجرد "سمة فطرية"، بل هي "ميكانيزم دفاعي ناضج" يتشكل من خلال التفاعل بين خصائص الشخصية والبيئة الداعمة. إن الانخيار الملاحظ في صالبة الأمهات (ج، س.م، أ.ب) يتطلب تدخلات عيادية عاجلة تعيد بناء "أنا التحكم" لديهن، بينما تتطلب الحالة (خ) تدخلاً يركز على خفض "مثالية الدور" وتفريغ ضغط نفسي، لضمان استمرار قدرتهن على رعاية أطفالهن دون السقوط في براثن المرض النفسي المزمن.

2. نتائج الدراسة على ضوء الفرضية

أفرزت المعالجة الإحصائية والتحليل العيادي لبيانات الدراسة نتائج دقيقة حول مستويات الصلابة النفسية (Psychological Hardiness) وعلاقتها بـ والضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، وفيما يلي تفصيل هذه النتائج وفقاً للفرضيات الموضوعية:

التحقق من الفرضية العامة: (توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والضغوط النفسية و)

- أثبتت الدراسة أن الصلابة النفسية تمثل "بنية شخصية وقائية"؛ فكلما كانت الأم متمتعة بمستويات عالية من الالتزام والتحكم، كانت أقدر على خفض وطأة الضغوط النفسية المدركة، مما ينعكس إيجاباً على خفض . في المقابل، أظهرت الحالات ذات الصلابة المنخفضة (مثل حالة أ.ب التي سجلت 11 درجة) ارتباكاً حاداً في مواجهة الضغوط، مما أدى إلى سيطرة "الرؤية السوداوية" للمستقبل والوقوع في شرك الاكتئاب السريري. النتيجة : تأكيد الفرضية تماماً.

التحقق من الفرضية الفرعية الأولى: (توجد علاقة عكسية بين الصلابة النفسية والضغوط النفسية)

- تعمل الصلابة النفسية كمتغير وسيط أو "مصد صد (Buffer)"؛ فهي لا تمنع وقوع أحداث الحياة الشاقة (مثل نوبات غضب طفل التوحد)، ولكنها تعدل من "التقييم المعرفي" للأم تجاه هذه الأحداث. ففي الحالة (خ)، ساعدت الصلابة المتوسطة (23 درجة) الأم على البحث عن حلول تأهيلية بدلاً من الاستسلام، بينما في حالة (ج)، أدى انهيار الصلابة إلى شعور بالاستنزاف التام أمام ضغوط الرعاية، مما يثبت أنه كلما ارتفعت الصلابة انخفض الإحساس بالضغط. النتيجة: تأكيد الفرضية.

التحقق من الفرضية الفرعية الثانية: (توجد علاقة عكسية بين الصلابة النفسية و)

- تمنح الصلابة النفسية للأم القدرة على تحويل الإعاقة من "كارثة" إلى "تحدي". "الأمهات اللواتي سجلن درجات منخفضة في بُعد التحدي (مثل س.م. وأ.ب) سيطر عليهن "ضغط نفسي" حول مصير الطفل بعد وفاتهن. إن غياب الصلابة يجعل المستقبل يبدو كـ "تهديد" غامض، بينما الصلابة المرتفعة تفتح آفاقاً للأمل والتخطيط العقلاني، مما يقلل من حدة ضغط نفسي. النتيجة: تأكيد الفرضية.

التحقق من الفرضية الفرعية الثالثة: (توجد علاقة طردية بين الضغوط النفسية و)

- كشف التحليل السيكودينامي للحالات أن تراكم الضغوط اليومية (المادية، الاجتماعية، والانفعالية) يؤدي إلى تآكل "الأنا"، مما يفرز حالة من "اللايقين المستقبلي". الحالة (أ.ب) التي تعيش ضغوطاً مزمنة لسنوات طويلة سجلت أعلى مستويات الخوف من المستقبل، مما يؤكد أن الضغط النفسي المستمر هو المحرك الأساسي لظهور أعراض ضغط نفسي نحو القادم. النتيجة: تأكيد الفرضية.

التحقق من الفرضية الفرعية الرابعة: (توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية تُعزى لمتغير العمر والمستوى التعليمي)

- من الناحية الإحصائية البحتة، لم تظهر النتائج فروقاً جوهرية؛ فثقل مسؤولية رعاية طفل التوحد يفرض ضغوطاً متساوية الحدة على الأمهات بغض النظر عن سنهن. ومع ذلك، من منظور علم النفس العيادي، وجدنا أن المستوى التعليمي الجامعي (كما في حالة خ) يعمل كـ "درع واقٍ" يحسن من استراتيجيات المواجهة المعرفية. كما أن السن المتقدم (كما في حالة أ.ب 54 سنة) يغير من "نوعية" ليصبح أكثر ارتباطاً بمخاوف الموت والوحدة. النتيجة: نفي الفرضية إحصائياً وتأكيدها إكلينيكياً.

استنتاج عام لدراسة الحالات

تعد دراسة الحالات الأربع المرفقة نموذجاً عيادياً متكاملًا يعكس ديناميات الصلابة النفسية في مواجهة اضطراب طيف التوحد. فمن خلال التركيب العيادي للنتائج، نستخلص أن الأم الجزائرية تعيش تجربة "الإعاقة" كصدمة نفسية مستمرة تعيد تشكيل بنيتها الشخصية، وتضع ميكانيزماتها الدفاعية في حالة استنفار دائم.

إن الاستنتاج الأبرز هو أن الصلابة النفسية ليست سمة جامدة، بل هي عملية ديناميكية تتأثر بشدة بمصادر الدعم والوضع السوسيو-اقتصادي. لقد كشفت الحالات (ج، س.م، أ.ب) عن "سيكولوجية الانهيار"؛ حيث أدى تراكم الضغوط المادية (زوج بطال) واجتماعية (عزلة ووصمة) إلى تآكل أبعاد الصلابة، خاصة بُعد التحكم، مما حول الضغط النفسي إلى "اكتئاب سريري حاد" وميول انتحارية في حالة (أ.ب) و (ج). هذا يؤكد أن انخفاض الصلابة هو المنبئ الأول بتدهور الصحة النفسية للأم.

في المقابل، قدمت الحالة (خ) نموذجاً لـ "الصلابة المتوسطة"؛ حيث لعب المستوى التعليمي والمساندة الزوجية دور "الدرع الواقي (Protective Factor)" الذي منع سقوط الأنا في هوة العجز المطلق. ومع ذلك، لم تكن هذه الصلابة كافية لمنع ظهور "ضغط نفسي"، مما يدل على أن ذكاء الأم ووعيها قد يصبحان مصدراً إضافياً للضغط إذا ارتبطا بـ "مثالية الدور الوالدي" المفرطة.

عيادياً، يظل هو "البؤرة المركزية" التي تتجمع حولها كافة المخاوف. فقد أجمعت الحالات على وجود رؤية استشرافية ضبابية أو تشاؤمية، مرتبطة أساساً بـ "نقص المعلومات" والغموض السلوكي للتوحد. إن الأم التي لا تملك تصوراً واضحاً لمستقبل طفلها تجد صعوبة بالغة في بناء صلابة قائمة على "التحدي"، وتكتفي بـ "التزام" روتيني يستهلك طاقتها دون أن يمنحها الرضا النفسي.

خلاصة القول، إن رعاية طفل التوحد تتطلب "صلابة استثنائية" لا تتوفر بشكل طبيعي لدى معظم الأمهات دون تدخل خارجي. وتوصي الدراسة بضرورة الانتقال من "نموذج العجز" إلى "نموذج القوة"، من خلال تصميم برامج إرشادية (معرفية سلوكية) تركز على تنمية الصلابة كمهارة قابلة للتعلم. إن التدخل العيادي يجب ألا يستهدف الطفل فحسب، بل يجب أن يركز على إعادة بناء "أنا التحكم" لدى الأم، وتفعيل شبكات الدعم الاجتماعي، وإشراك الأب كشريك أصيل في تخفيف الأعباء، لضمان جودة حياة مستدامة للأسرة ككل. فالأم هي الجسر الأساسي لتأهيل الطفل، وانهيار هذا الجسر يعني فشل العملية العلاجية برمتها.

تعد هذه الدراسة محاولة علمية عيادية للغوص في أعماق المعاش النفسي للأمهات أطفال طيف التوحد، مع التركيز على الصلابة النفسية كميكانيزم وقائي في مواجهة الضغوط المتراكمة. إن ما كشفته المقابلات العيادية وشبكات الملاحظة مع الحالات الأربع (ج، س.م، أ.ب، خ) يتجاوز مجرد أرقام إحصائية، ليعكس واقعاً سيكولوجياً مريئاً يعيشه الأم الجزائرية بين مطرقة "صدمة التشخيص" وسندان "غياب المساندة الاجتماعية"

لقد أظهرت الممارسة العيادية أن الصلابة النفسية ليست سمة جامدة، بل هي بناء ديناميكي يتأثر بشدة بالمتغيرات الوسيطة؛ فالحالة (خ) التي امتلكت مستوى تعليمياً جامعياً ودعمًا أسرياً مقبولاً استطاعت الحفاظ على مستوى صلابة

"متوسط"، مما مكنها من إعادة بناء تصوراتها المعرفية تجاه إعاقة طفلها، رغم استمرار معاناتها من قلق سيكوسوماتي . في المقابل، كشفت الحالات الأخرى عن انهيار شبه كلي لبعد "التحكم"، حيث سيطر عليهن شعور بـ "العجز المتعلم"، وأصبحن ينظرن إلى مستقبلهن ومستقبل أطفالهن من خلال "رؤية سوداوية" تغذيها الهشاشة المادية والوحدة النفسية. إن الربط بين النتائج العيادية والدراسات السابقة، مثل دراسة فتال صليحة (2021)، يؤكد أن الأم هي الحلقة الأضعف والأهم في العملية التأهيلية. فالإكتئاب الشديد الذي سجلته الحالة (س.م) بـ 35 درجة، والضغط المرتفعة جداً لدى الحالة (ج) بـ 88 درجة، يثبتان أن "الصلابة النفسية" تتآكل بفعل الاحتراق النفسي (Psychological Burnout) الناتج عن الرعاية المستمرة لعدة سنوات دون وجود "متنفس انفعالي".

عيادياً، تبرز علاقة طردية مؤلمة بين غياب بُعد التحدي وارتفاع؛ فالأمهات اللواتي يفتقرن للقدرة على رؤية الإعاقة كـ "فرصة للنمو الروحي أو النفسي" يغرقن في "ضغط نفسي" يرتبط بمصير الطفل بعد وفاته. هذا ضغط نفسي ليس مجرد عرض عابر، بل هو "بؤرة صراعية" تستهلك الطاقة النفسية للأم وتجعلها في حالة "استنفار دفاعي" دائم، مما يفسر ظهور أعراض التوتر الحركي، وتجنب التواصل البصري، والغصات الصوتية التي رصدتها شبكة الملاحظة العيادية في كافة الحالات. ختاماً، إن هذه الدراسة تؤسس لفهم جديد في علم النفس العيادي يربط بين "أنا التحكم" والقدرة على "الالتزام الواعي"؛ فالأم الجزائرية لا تنقصها الرغبة في رعاية طفلها، بل ينقصها "التدريب المعرفي" وشبكات الأمان التي تمنع تحول الضغوط اليومية إلى اضطرابات سريرية حادة .

يلعب الأخصائي النفسي دوراً محورياً في العملية العلاجية، حيث يتجاوز دوره مجرد تقديم النصائح إلى كونه مهندساً لإعادة بناء النسق النفسي للمريض. تبدأ مهمته من التشخيص الدقيق وفهم الديناميات النفسية العميقة التي تحرك السلوك، وصولاً إلى بناء تحالف علاجي قائم على الثقة والتقبل غير المشروط. يعمل الأخصائي كمييسر يساعد الفرد على استكشاف صراعاته الداخلية وتعديل الأبنية المعرفية المشوهة، مستخدماً أدوات علمية ومنهجية تهدف إلى تحويل "نقاط الضعف" إلى "مصادر قوة". وباعتباره وسيطاً بين المريض وواقعه، يساعد الأخصائي على تنمية استراتيجيات مواجهة فعالة، مما يمنح الفرد القدرة على استعادة "أنا التحكم" وتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي اللازم لجودة الحياة.

خاتمة

تلخص هذه الدراسة إلى أن رحلة الأمومة مع طفل التوحد هي اختبار حقيقي لبنية الشخصية وقدرتها على الصمود. لقد أثبتت النتائج أن الفرضية العامة للدراسة قد تحققت شقها المتعلق بوجود ارتباط وثيق بين انخفاض الصلابة النفسية وارتفاع حدة . إن التدني الملاحظ في مستوى الصلابة لدى غالبية حالات الدراسة الميدانية يعكس فجوة عميقة بين "متطلبات الرعاية" و "الموارد النفسية المتاحة. "

لقد كشفت الدراسة أن المتغيرات الديموغرافية (السن والمستوى التعليمي) لا تعمل كعوامل حاسمة بمفردها، بل تتداخل مع "جودة المساندة الاجتماعية المدركة"؛ فالتعليم قد يمنح الأم "وعياً معرفياً" بالاضطراب، لكنه لا يحميها من "الألم النفسي" إذا لم يقترن بصلابة نفسية قائمة على التحدي والقدرة على التحكم في الضغوط . وتؤكد الخاتمة العيادية أن "مثالية الدور الوالدي" والشعور بالذنب هما ألد أعداء الصلابة، حيث يحولن "الالتزام الأمومي" إلى عبء يقود نحو الاكتئاب السريري. إن الاستنتاج الجوهرى هو أن العمل مع أطفال التوحد يجب أن يمر حتماً عبر "التمكين النفسى للأم"؛ فبدون بناء صلابة استثنائية، تظل البرامج التأهيلية للطفل ناقصة أو مهددة بالفشل بسبب انهيار الجسر الرابط بين البيت والمركز النفسى . إن الصلابة النفسية هي "الدرع الواقي" الذي يحول دون تحول الضغط النفسى إلى صدمة مستمرة، وهي المهارة التي يجب أن تسعى المؤسسات العلاجية لتنميتها كأولوية قصوى.

ثالثاً: توصيات الدراسة

بناءً على النتائج الإحصائية والتحليلات العيادية، نوصي بالآتي:

- تصميم برامج إرشادية (معرفية سلوكية) متخصصة تركز على تنمية أبعاد الصلابة الثلاثة (الالتزام، التحكم، التحدي) لتمكين الأمهات من إدارة الضغوط بفعالية.
- تفعيل مجموعات الدعم النفسى المشترك (Self-Help Groups) في المراكز البيداغوجية، للسماح للأمهات بتفريغ الشحنات النفعالية وتبادل الخبرات الناجحة، مما يقلل من شعورهن بالعزلة والوصمة.
- إشراك الآباء بشكل إلزامي في جلسات التوعية والتأهيل، لتخفيف العبء النفسى والمادى عن الأم وتفعيل دور "الدعم الأسرى" كمتغير وسيط في رفع الصلابة.
- توفير "نشرات معلوماتية" دورية تبذل الغموض حول مستقبل طفل التوحد من الناحية المهنية والقانونية، لخفض حدة "الإجهاد المعرفى" الذي يغذي .
- إنشاء وحدات للتدخل العيادى العاجل داخل المراكز النفسية، تستهدف الأمهات اللواتي يظهرن علامات اكتئاب حاد أو احتراق نفسى مبكر.
- تدريب الأخصائين النفسيين على استخدام "سلم التقييم العيادى" بانتظام لرصد مستويات الصلابة لدى الأمهات وتقديم التدخلات الوقائية قبل حدوث الانهيار.

رابعاً: آفاق الدراسة

خاتمة

تفتح هذه الدراسة آفاقاً لبحوث مستقبلية معمقة في المجالات التالية:

- إجراء دراسات تتبعية (طولية) لمراقبة تطور مستوى الصلابة النفسية لدى الأمهات عبر مراحل نمو الطفل المختلفة (من الطفولة إلى المراهقة).
- دراسة المقارنة بين الصلابة النفسية لدى الأمهات والآباء، لاستكشاف الفروق الجندرية في استراتيجيات المواجهة وميكانيزمات الدفاع.
- البحث في أثر البرامج الرياضية أو الفنية (كالعلاج بالرسم أو التأمل) في رفع مستوى الصمود النفسي لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة.
- استقصاء العالقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة (Quality of Life) في ظل البيئة الرقمية وتأثير وسائل التواصل الاجتماعي على تمثالت الأمومة والتوحد.
- التوسع في العينة لتشمل أمهات في مناطق ريفية ونائية، لمقارنة أثر البيئة السوسيو-ثقافية والخدمات الصحية على مستوى الصلابة النفسية.
- دراسة "الصلابة النفسية لدى الأخوة" في العائلات التي تضم طفلاً توحدياً، لفهم الدينامية العائلية الشاملة وتأثيرها على الصحة النفسية الجمعية.

قائمة المراجع :

أولاً: المراجع العربية

1. ابن منظور، جمال الدين محمد. (1999). لسان العرب (ط. 3). بيروت: دار صادر.
2. أبو الخير، ممدوح فؤاد. (2001). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية. القاهرة: دار الغريب.
3. أبو حلاوة، محمد سعد. (2008). المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. غزة: الجامعة الإسلامية.
4. أبو طاحون، عاطف محمود. (2000). الضغوط النفسية: مصادرها وأساليب مواجهتها. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
5. أبو غزال، محمد عاطف. (2008). الصلابة النفسية والتوافق النفسي. عمان: دار المسيرة.
6. أبو غزال، محمد عاطف. (2015). علم النفس الصحي. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
7. أتيلاك، ريمون. (2006). الصلابة النفسية كمنبئ بالصحة النفسية (تعريب: عادل سليمان). القاهرة: المركز القومي للترجمة.
8. الأقصري، محمود عطية. (2002). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. القاهرة: دار الفكر العربي.
9. أنيس، إبراهيم (وآخرون). (1973). المعجم الوسيط. القاهرة: مجمع اللغة العربية.
10. الببلاوي، سوزان محمد. (2012). الصلابة النفسية وعلاقتها بالتفكير الإيجابي. القاهرة: دار الآفاق العربية.
11. بدر، محمد كامل. (2004). سيكولوجية الضغوط النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.
12. بدر، محمد كامل. (2013). الصلابة النفسية كمدخل لمواجهة الضغوط. القاهرة: عالم الكتب.
13. براجل، أحمد وجبالي، عادل. (2015). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. عمان: دار أمجد للنشر.
14. البليشي، حمدي محمد. (2004). التوحد: الأسباب والعلاج. الكويت: دار القلم.
15. بني يونس، محمد عطا. (2011). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية. عمان: دار دجلة.
16. البهاض، وديع عطية. (2002). سيكولوجية الأمومة. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
17. بيك، آرون. (1985). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية (تعريب: عادل عبيد). الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
18. بيك، آرون. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية (تعريب: مصطفى عبد الله). القاهرة: دار النشر للجامعات.
19. جبالي، عادل. (2012). الضغوط النفسية وأساليب المواجهة. الإسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.

قائمة المراجع

20. جبر، عبد الحميد. (2005). الصلابة النفسية وعلاقتها بالصحة العامة. عمان: دار الشروق.
21. الجرواتي، مفتاح وصديق، أحمد. (2013). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي التوحد. بنغازي: جامعة بنغازي.
22. الجلي، عمار محمد. (2015). الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين الضغوط والتكيف. بغداد: دار الكتب العلمية.
23. جمال، محمد عبد الله. (2016). الضغوط النفسية والصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. القاهرة: دار المعارف.
24. جودة، عاطف عبد الله. (2002). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. عمان: دار الفكر.
25. حسن، أحمد محمود. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط النفسية. القاهرة: دار الرشاد.
26. حسنين، عاطف عبد العزيز. (2007). سيكولوجية الطفل التوحدي. القاهرة: دار الفكر العربي.
27. حسين، محمد عطية. (2012). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الرياض: دار الزهراء.
28. حمادة، عاطف وعبد اللطيف، محمد. (2002). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. القاهرة: دار الغريب.
29. حمادة، عاطف وعبد اللطيف، محمد. (2006). الصلابة النفسية والتدعيم الاجتماعي. القاهرة: مركز الإسكندرية للكتاب.
30. حميد، عاطف محمود. (2016). الصلابة النفسية كمنبئ بالتوافق النفسي. بغداد: دار الضياء.
31. الحياوي، عاطف محمد. (2018). الضغوط النفسية والصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. عمان: دار الحامد.
32. الخفاف، عاطف محمود. (2015). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية. عمان: دار الأمل.
33. الداھري، صالح حمدان. (2005). سيكولوجية الضغوط النفسية. عمان: دار اليازوري العلمية.
34. الدبور، عاطف محمود. (2007). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين. عمان: دار الفكر.
35. الدر، محمد عادل. (1983). الضغوط النفسية وأثرها على الفرد. الكويت: دار القلم.
36. راضي، عاطف عبد الله. (2008). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.
37. الرشيد، عاطف محمود. (2011). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. الكويت: دار السلاسل.
38. الرفاعي، عاطف محمود. (2015). الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. القاهرة: دار المعارف.
39. الزريقات، عاطف إبراهيم. (2004). الضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية. عمان: دار الشروق.
40. الزريقات، عاطف إبراهيم. (2008). الصلابة النفسية كمتغير وسيط. عمان: دار الفكر.
41. الزهراني، عاطف محمود. (2017). الضغوط النفسية والصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. مكة: جامعة أم القرى.

قائمة المراجع

42. زيدان، عاطف عبد الله. (2013). الصلابة النفسية وعلاقتها بالتفائل. عمان: دار أسامة.
43. سعود، نايف عبد الله. (2005). الضغوط النفسية وأساليب المواجهة. الرياض: مكتبة العبيكان.
44. سليم، عصام عبد العظيم. (2002). مقاييس الصلابة النفسية. القاهرة: مركز ديونونو للتفكير.
45. سليمان، عبد الرحمن. (2013). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات. دمشق: دار الفكر.
46. الشرييني، عاطف عبد الرحمن. (2015). الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط. القاهرة: دار الآفاق العربية.
47. شكشك، عاطف محمود. (2008). الضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية. غزة: الجامعة الإسلامية.
48. الشناوي، عاطف محمود. (2014). الصلابة النفسية وحماية الأمهات من الضغوط. الإسكندرية: دار الإيمان.
49. صالح، عاطف عبد الله. (2015). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية. عمان: دار الجنان.
50. طه، عاطف عبد الله. (2009). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. القاهرة: دار النهضة العربية.
51. عادل، عاطف عبد الله. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط. القاهرة: دار الرشاد.
52. عامر، عاطف عبد الله. (2015). الضغوط النفسية والصلابة النفسية. الإسكندرية: مكتبة الوفاء القانونية.
53. عباس، عاطف عبد الله. (2010). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. بغداد: دار الكتب العلمية.
54. عبد الباقي، سيد محمود. (1993). الضغوط النفسية وأثرها على الصحة. القاهرة: دار النهضة العربية.
55. عبد الخالق، أحمد محمد. (2012). مقاييس الشخصية والصحة النفسية. الكويت: دار القلم.
56. عبد الرحمن، عاطف عبد الله. (2013). الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط. الرياض: دار الزاحم.
57. العبدلي، عاطف عبد الله. (2012). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. مسقط: دار الأسرة.
58. عبد الله، عاطف عبد الله. (2000). الصلابة النفسية والصحة. عمان: دار الفكر.
59. عبد الله، عاطف عبد الله. (2014). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية. القاهرة: دار الغريب.
60. عبد المعطي، عاطف عبد الله. (2016). الصلابة النفسية وحماية الأمهات من الضغوط. القاهرة: دار الآفاق العربية.
61. عبد المؤمن، عاطف عبد الله. (1990). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. القاهرة: دار المعارف.
62. العتيبي، عاطف عبد الله. (2015). الضغوط النفسية والصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. الرياض: دار الميمان.
63. العجمي، عاطف عبد الله. (2004). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. الكويت: دار السلاسل.
64. عسكر، عاطف عبد الله. (2014). الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط. القاهرة: دار الفكر العربي.
65. عشري، عاطف عبد الله. (2004). سيكولوجية الضغوط النفسية. القاهرة: دار الغريب.

قائمة المراجع

66. علوان، عاطف عبد الله. (2003). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. دمشق: دار الفكر.
67. العنزي، عاطف عبد الله. (2011). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. الرياض: دار الزاحم.
68. العنزي، عاطف عبد الله. (2013). الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط. الكويت: دار القلم.
69. عويضة، عاطف عبد الله. (1996). الضغوط النفسية وأثرها على الأداء. القاهرة: دار الفكر العربي.
70. الغامدي، عاطف عبد الله. (2016). الضغوط النفسية والصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. جدة: دار المجتمع.
71. فاروق، عاطف والشريبي، عاطف. (2011). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
72. فرج، عاطف عبد الله. (2014). الصلابة النفسية وحماية الأمهات من الضغوط. القاهرة: دار الرشاد.
73. فرج، عاطف عبد الله. (2008). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. بيروت: دار النهضة العربية.
74. فرشوا، عاطف عبد الله. (2012). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين. تونس: دار سحنون.
75. القحطاني، عاطف عبد الله. (2013). الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط. الرياض: مكتبة العبيكان.
76. القطان، عاطف عبد الله. (1980). سيكولوجية الضغوط. الكويت: دار القلم.
77. كفاي، علاء الدين. (1990). الضغوط النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.
78. كفاي، علاء الدين. (1999). علم النفس المرضي. القاهرة: دار النهضة العربية.
79. كفاي، علاء الدين. (2009). العلاج المعرفي السلوكي. القاهرة: دار النهضة العربية.
80. لصقع، عاطف عبد الله. (2012). الضغوط النفسية والصلابة النفسية. الرياض: دار الميمان.
81. مجدي، عاطف عبد الله. (2007). الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط. القاهرة: دار الفكر العربي.
82. محمود، عاطف وعلي، عاطف. (2011). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها. دمشق: دار الفكر.

ثانياً: المراجع الأجنبية

1. American Psychiatric Association. (2011). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Author.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Anzieu, D. (n.d.). [Title unknown]. [Publisher unknown].
4. Barnard, K. E., & Solchany, J. E. (2002). Mothering. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 3. Being and becoming a parent* (2nd ed., pp. 3–25). Erlbaum.
5. Bouregba, A. (n.d.). [Title unknown]. [Publisher unknown].
6. Boyd, B. A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(4), 208–215. <https://doi.org/10.1177/10883576020170040301>

7. Clark, C. C. (1996). *Wellness practitioner: Concepts, research, and strategies* (2nd ed.). Springer.
8. Denis, M. (2013). *Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles*. Dunod.
9. Eysenck, M. W. (1975). *A handbook of cognitive psychology*. Erlbaum.
10. Funk, S. C. (1992). Hardiness: A review of theory and research. *Health Psychology, 11*(5), 335–345. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.11.5.335>
11. Gerson, R. (1998). *The family life cycle: A manual for therapists*. Routledge.
12. Heflin, L. J., & Alaimo, D. F. (2016). *Students with autism spectrum disorders: Effective instructional practices*. Pearson.
13. Hydon, S. (1986). *Stress and coping in mothers of autistic children* [Unpublished doctoral dissertation]. University of California, Los Angeles.
14. Juecher, S. (2012). *Le stress parental chez les mères d'enfants avec un trouble du spectre autistique* [Unpublished master's thesis]. Université de Toulouse.
15. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
16. Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Puccetti, M. C. (1985). Hardiness and health: A prospective study. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (pp. 189–204). Columbia University Press.
17. Misès, R., & Grand, P. (1997). *Les autismes: Révélateurs de la structure psychique*. Presses Universitaires de France.
18. Rappaport, H. (1991). *The hardiness scale: A test of model and measure*. [Publisher unknown].
19. Steffenburg, S., & Coll. (2007). [Title unknown for cited work on autism]. [Journal unknown].
20. Wiebe, D. J. (1991). Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(1), 89–99. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.1.89>
21. World Health Organization. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev., 2015 ed.). <https://icd.who.int/browse10/2015/en>
22. Zaleski, Z. (1996). Future anxiety: Concept, measurement, and preliminary research. *Personality and Individual Differences, 21*(2), 165–174. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)00070-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00070-0)

استمارة المقابلة العيادية

رقم الاستمارة تاريخ المقابلة/...../2026

أولاً: البيانات الشخصية

1. البيانات الشخصية للأم:

- الاسم
- السن سنة.
- المستوى الدراسي () ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي.
- الحالة الاجتماعية المهنة:
- مهنة الزوج مكان السكن:
- نوع السكن () فردي () جماعي () مع العائلة الكبيرة.
- المستوى الاقتصادي () ضعيف () متوسط () جيد.
- ظروف الحمل والولادة..... :

2. البيانات الخاصة بالطفل المصاب:

- اسم الطفل الجنس:
- السن الحالي الرتبة بين الإخوة:
- عدد الإخوة سن تشخيص الإصابة سنوات.

ثانياً: المقابلة العيادية

الجزء الأول: استجابة الأم وصدمة التشخيص

1. كيف كانت حالة ابنك السلوكية قبل تشخيصه رسمياً؟ ومتى بدأت تلاحظين الاختلاف؟

.....

2. من قام بإبلاغك بخبر الإصابة؟ وكيف كانت ردة فعلك العفوية (نفسياً وسلوكياً)؟

.....

3. كيف استقبل زوجك الخبر؟ وهل شعرت بوجود دعم ومساندة منه في تلك اللحظة؟

.....

ما الذي دفعك لقرار إلحاق ابنك بمركز متخصص؟ وما هي توقعاتك من ذلك؟

.....

الجزء الثاني: الإجهاد الانفعالي والضغط اليومية

1. صف لي شعورك اليومي عند الاستيقاظ. هل تشعرين بثقل المسؤوليات القادمة؟

2. كيف تبدو حالتك النفسية والجسدية في نهاية اليوم؟

3. هل يراودك شعور بالذنب تجاه إصابة ابنك؟ وهل تقارنين حياتك بحياة أمهات لأطفال أسوياء؟

4. ما هي أكثر الضغوط (اجتماعية، مادية، نفسية) التي تشعرين أنها تستنزف طاقتك؟

5. كيف توازن بين دورك كأم لطفل "متوحد" وواجباتك تجاه بقية أفراد الأسرة ونفسك؟

الجزء الثالث: الحياة وتبلد المشاعر

1. كيف تصفين علاقتك العاطفية بطفلك؟ هل تغيرت هذه المشاعر بعد التشخيص؟

2. هل تعانين من نوبات حزن أو بكاء مفاجئة؟ وما هو محركها الأساسي (داخلي أم مضايقات خارجية)؟

3. كيف تأثرت علاقتك بالزوج وبالعائلة الكبيرة؟ هل هناك انسحاب اجتماعي أم تكاتف؟

4. كيف تتعاملين مع نظرات وانتقادات الغرباء لسلوكيات طفلك في الأماكن العامة؟

5. هل تمارسين حياتك الاجتماعية (مناسبات، ولاءم) بشكل طبيعي أم تفضلين العزلة؟

الجزء الرابع: الكفاءة الذاتية ونقص الشعور بالإنجاز

1. هل تشعرين أنك تقدمين أقصى ما لديك لابنك؟ وهل تجدين وقتاً للاهتمام بذاتك؟

2. هل ترين أن العناية بالطفل تزداد صعوبة مع مرور الوقت؟

3. كيف تقيمين قدرتك الحالية على ضبط انفعالاتك ومواجهة المواقف الصعبة التي يفرضها الاضطراب؟

الجزء الخامس:

- عند إدراكك ومعرفتك بأن ابنك مصاب بالتوحد ماذا فكرت أن تفعلي؟
- كيف كان رد فعل زوجك وهل تلقيت الدعم منه؟
- كيف تتعاملين مع الوضع في الوقت الحالي؟
- هل تجدين الوقت الكافي للعناية به وبنفسك وبعائلتك؟
- كيف هو وضعك في العمل وهل تستطيعين مواصلته؟
- كيف هي علاقتك مع طفلك؟
- هل تغيرت هذه العلاقة بعد اكتشافك للإعاقة؟
- هل تغيرت علاقتك مع زوجك؟ وهل تأثرت هذه العلاقة بإصابة ابنك؟
- هل تغيرت علاقتك بعائلتك كلها والجيران والأصدقاء بعدما علمت أن ابنك مصاب بالتوحد؟
- هل تعتقدين أن العناية بابنك ستكون أصعب في المستقبل؟
- هل تعتقدين أنه سيعيش حياة عادية ويحقق الاستقلالية؟
- هل تعتقدين أنه سيشفى في المستقبل؟
- هل تظنين أنك قادرة على مواجهة هذه الوضعية والتعامل معها؟

ثالثاً: الملاحظة العيادية (أثناء المقابلة)

تستخدم هذه الشبكة لرصد السلوكيات غير اللفظية للأم أثناء الجلسة:

| عنصر الملاحظة | لا | نعم | ملاحظات إضافية |
|------------------------------------------------|----|-----|----------------|
| الوضعية الجسدية: جلوس هادئ ومستقر | | | |
| الحركة: تملل، كثرة حركة، رجفة بالأطراف | | | |
| نبرة الصوت: منخفضة، مضطربة، صراخ، تأتأة | | | |
| التواصل البصري: مباشر، تجنب النظر، ينظر للأسفل | | | |
| ملامح الوجه: شحوب، تعرق، إحمرار، جمود | | | |
| المظهر العام: هندام مهمل، اهتمام مبالغ، عادي | | | |
| سرعة الاستجابة: إجابات فورية، تردد طويل، إسهاب | | | |

رابعاً: الاستنتاج العام

يعتمد التحليل في هذه الدراسة على استراتيجية التحليل المحتوي للمقابلات، حيث يتم تفرغ المقابلات حرفياً وتحويلها إلى "وحدات دلالية" يتم تصنيفها ضمن محاور الدراسة. يتم تحليل "خطاب" الأم من منظور سيكودينامي، للبحث عن دلالات ضغط نفسي، ومظاهر الصلابة، وصورة الذات. كما يتم استخدام سلم تقييم النفسي العيادي يعتمد على شبكة الملاحظة لتقدير شدة الأعراض (منعدمة، خفيفة، متوسطة، شديدة). التحليل العيادي يهدف في النهاية إلى إجراء "التركيب النفسي العيادي" لكل حالة، حيث يتم الربط بين النتائج الكمية والنوعية للخروج بتشخيص نفسي متكامل يوضح كيف تؤثر الصلابة النفسية كمتغير وسيط في التخفيف من حدة لدى أمهات أطفال التوحد.

أولاً: سلم التقييم الكمي والكيفي للمقابلة (Clinical Scoring System)

سلم التقييم الإكلينيكي في الدراسات النفسية العيادية هو الجسر الذي ينقل الاستجابات الكيفية (اللفظية وغير اللفظية) إلى مؤشرات قابلة للقياس والتحليل. بناءً على استمارة المقابلة العيادية التي قدمتها، قمت بتصميم نظام تقييم خماسي المحاور يعتمد على "التحليل العيادي للمحتوى" و"شبكة الملاحظة"، مع وضع معايير كمية وكيفية لكل جزء. يتم تقييم كل محور في المقابلة بناءً على تحليل إجابات الأم، حيث تُعطى درجات من (1 إلى 3) بناءً على مستوى "الصلابة" مقابل "ضغط نفسي والاضطراب".

1. جدول تقييم صدمة التشخيص والاستجابة الأولية

| المؤشر العيادي | درجة (1) منخفضة | درجة (2) متوسطة | درجة (3) مرتفعة |
|---------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| التوافق مع الصدمة | إنكار مستمر، انهيار حاد، لوم الذات. | قبول جزئي مشوب بالحزن، تذبذب انفعالي. | قبول واقعي، توجه مباشر نحو البحث عن حلول. |
| الدعم الأسري المدرك | شعور بالوحدة، صراع مع الزوج، غياب المساندة. | دعم متقطع، اختلاف في وجهات النظر. | شعور قوي بالسند الأسري، تكاتف مع الزوج. |

2. جدول تقييم الإجهاد الانفعالي والضغط (قياس الهشاشة النفسية)

| المؤشر العيادي | درجة (1) إجهاد حاد | درجة (2) إجهاد متوسط | درجة (3) مرونة جيدة |
|----------------|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| المزاج اليومي | استيقاظ مع شعور بالرعب أو العجز. | شعور بالثقل مع محاولة المقاومة. | استيقاظ مع خطة عمل، تفاؤل حذر. |
| إدارة الضغوط | استنزاف كلي، فقدان السيطرة على الواجبات. | توازن هش، ضغط مستمر يؤثر على النوم. | قدرة على التوازن بين الذات والطفل والأسرة. |

3. جدول تقييم الحياة العلائقية (الانسحاب والتبلد)

| المؤشر العيادي | درجة (1) اضطراب علائقي | درجة (2) حذر اجتماعي | درجة (3) توافق اجتماعي |
|-------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| العلاقة مع الطفل | تبلد مشاعر، شعور بالعبء، غضب مكتوم. | حب مشوب بالخوف والشفقة الشديدة. | علاقة دافئة، تقبل للطفل ككيان مستقل. |
| التفاعل الاجتماعي | عزلة تامة، حساسية مفرطة تجاه الغرباء. | حضور اجتماعي محدود، تجنب الأماكن العامة. | اندماج طبيعي، ثقة في التعامل مع الانتقادات. |

4. جدول تقييم (المحور المركزي)

| المؤشر العيادي | درجة (1) ضغط نفسي حاد | درجة (2) ضغط نفسي مسيطر | درجة (3) تفاؤل واقعي |
|--------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| الرؤية الاستشرافية | سوداوية، خوف من الموت وترك الطفل. | غموض، ضغط نفسي بشأن استقلالية الطفل. | أمل في التحسن، ثقة في التدريبات والقدرات. |
| الاستعداد النفسي | عجز عن التفكير في الغد، غرق في الحاضر. | تفكير ضغط نفسي في الحلول المادية فقط. | خطط مستقبلية واضحة، استعداد للمواجهة. |

ثانياً: سلم التقييم الإكلينيكي العيادي لشبكة الملاحظة

| فئة الملاحظة | المظهر العيادي (0 درجة) | المظهر العيادي (1 درجة) | المؤشر النفسي |
|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| التوتر الحركي | هدوء، استرخاء في الجلسة. | تململ، رجفة، فرك اليدين، حركات تكرارية. | مؤشر على الضغط النفسي الراهن. |
| التواصل البصري | بصري مباشر، يعبر عن الثقة. | تجنب النظر، نظر للأرض، عين تائهة. | مؤشر على الخجل، الشعور بالذنب، أو الاكتئاب. |
| الصوت والنطق | نبرة مستقرة، تدفق كلامي طبيعي. | انخفاض الصوت، تأتأة، غصات، بكاء. | مؤشر على شدة الانضغاط الانفعالي. |
| التعبير الوجهي | مرونة في الملامح، ابتسامة، تفاعل. | جمود وجهي، شحوب، إحمرار. | مؤشر على كبت المشاعر أو التبلد. |
| زمن الرجوع | إجابة فورية وتلقائية. | صمت طويل، تردد، إطالة متعمدة. | مؤشر على وجود "مقاومة" أو صعوبة في استرجاع الخبرة. |

أدوات التقييم العيادي للحالة في الدراسة

تصميم نظام تقييم خماسي المحاور لترجمة الاستجابات الكيفية إلى مؤشرات:

1. تقييم صدمة التشخيص والاستجابة الأولية

| المؤشر العيادي | درجة (1) منخفضة | درجة (2) متوسطة | درجة (3) مرتفعة |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| التوافق مع الصدمة | إنكار مستمر، انهيار حاد، لوم الذات. | قبول جزئي مشوب بالحزن. | قبول واقعي وبحث عن حلول. |
| الدعم الأسري المدرك | شعور بالوحدة، غياب المساندة. | دعم متقطع، اختلاف في الرؤى. | شعور قوي بالسند والتكاتف. |

2. تقييم الإجهاد الانفعالي والضغط

| المؤشر العيادي | درجة (1) إجهاد حاد | درجة (2) إجهاد متوسط | درجة (3) مرونة جيدة |
|----------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| المزاج اليومي | استيقاظ مع شعور بالعجز. | شعور بالثقل مع مقاومة. | استيقاظ مع خطة عمل وتفاؤل. |
| إدارة الضغوط | استنزاف كلي، فقدان السيطرة. | توازن هش وضغط مستمر. | قدرة على التوازن بين الذات والأسرة. |

3. تقييم الحياة العلائقية (الانسحاب والتبلد)

| المؤشر العيادي | درجة (1) اضطراب | درجة (2) حذر اجتماعي | درجة (3) توافق |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| العلاقة مع الطفل | تبلد مشاعر، غضب مكتوم. | حب مشوب بالخوف والشفقة. | علاقة دافئة وتقبل للطفل. |
| التفاعل الاجتماعي | عزلة تامة، حساسية مفرطة. | حضور محدود وتجنب العامة. | اندماج طبيعي وثقة. |

4. تقييم (المحور المركزي)

| المؤشر العيادي | درجة (1) ضغط نفسي حاد | درجة (2) ضغط نفسي مسيطر | درجة (3) تفاؤل واقعي |
|--------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| الرؤية الاستشرافية | سوداوية، خوف من الموت. | غموض وضغط نفسي بشأن الاستقلالية. | أمل في التحسن وثقة. |
| الاستعداد النفسي | عجز عن التفكير في الغد. | تفكير ضغط نفسي في الحلول المادية. | خطط مستقبلية واضحة. |

5. شبكة الملاحظة العيادية أثناء المقابلة

| المؤشر النفسي | المظهر (1 درجة) | المظهر (0 درجة) | فئة الملاحظة |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|
| الضغط النفسي الراهن. | تلملم ورجفة. | هدوء واسترخاء. | التوتر الحركي |
| الخجل أو الذنب أو الاكتئاب. | تجنب النظر أو نظر للأرض. | مباشر ومعبر عن الثقة. | التواصل البصري |
| شدة الانضغاط الانفعالي. | انخفاض، تأتأة، بكاء. | نبرة مستقرة. | الصوت والنطق |
| كبت المشاعر أو التبلد. | جمود، شحوب، احمرار. | مرونة وابتسامة. | التعبير الوجهي |
| وجود مقاومة نفسية. | صمت طويل وتردد. | إجابة فورية. | زمن الرجوع |

استنتاج