



الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 - قالمه
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال إضطراب طيف التوحد (دراسة عيادية لخمس حالات)

تحت إشراف الأستاذة:

بن شيخ رزقية

إعداد:

توايمية نور الإسلام

سعدان الخنساء

مرداسي صالح

لجنة المناقشة

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
01	دشاش نادية	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945 قالمه	رئيسا
02	بن شيخ رزقية	أستاذ محاضر أ	جامعة 8 ماي 1945 قالمه	مشرفا ومقررا
03	بورصاص فوزية	أستاذ محاضر ب	جامعة 8 ماي 1945 قالمه	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2024-2025



شكر وعرفان

نتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من ساهم في إنجاز هذه المذكرة وخاصة

أستاذتنا المشرفة

"بن شيخ رزقية"

التي كانت بمثابة أم ثانية على توجيهاتها القيمة، وصبرها

وتفانيها في مساعدتنا طوال فترة البحث.

كما لا يفوتنا أن نشكر أستاذة قسم علم النفس

وكل من ساهم في تكويننا طيلة سنوات الدراسة.

نشكر أيضا زملاءنا وأصدقاءنا على دعمهم المعنوي ومشاركتهم

لنا هذه المرحلة فلكم منا كل التقدير والاحترام

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى فهم طبيعة التأثيرات النفسية التي تتعرض لها الأمهات نتيجة إصابة أطفالهن باضطراب طيف التوحد. حيث سعت إلى التعرف على طبيعة الاستجابة السلوكية والانفعالية لدى هذه الفئة من الأمهات، وإبراز دور بعض العوامل مثل التأويلات المعرفية وغياب الدعم الأسري في ظهور الأعراض الاكتئابية، إضافة إلى الكشف عن أساليب التكيف النفسي التي تعتمد عليها الأمهات سواء كانت إيجابية (كالتدين، والتقبل، وطلب الدعم) أو سلبية (كالإنكار والانسحاب الاجتماعي). جاءت هذه الدراسة نتيجة ملاحظة الارتفاع المتزايد في نسبة إصابة الأطفال بطيف التوحد من جهة، وتزايد الضغوط النفسية والاجتماعية التي تتحملها الأمهات من جهة أخرى، خاصة في ظل نقص الدعم النفسي والإرشاد الأسري في المجتمع. استخدم الباحث المنهج العيادي باعتباره الأنسب لتحليل الحالات الفردية بعمق، مع الاعتماد على أدوات بحث تمثلت في المقابلة العيادية النصف موجهة، والملاحظة المباشرة، ومقياس بيك للاكتئاب، شملت العينة خمس أمهات تم اختيارهن بطريقة قصدية، وتراوحت أعمارهن بين 29 و45 سنة.

أظهرت النتائج أن:

- معظم الأمهات يعانين من درجات متفاوتة من الاكتئاب، تتراوح بين المتوسط والعالي
 - كما بينت الدراسة وجود علاقة بين غياب الدعم والتأويلات السلبية من جهة، وظهور الأعراض الاكتئابية من جهة أخرى، مع اختلاف في شدة هذه الأعراض حسب بعض المتغيرات مثل الوضع الاقتصادي والمستوى التعليمي.
- توصي الدراسة بأهمية تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للأمهات، واقتراح مجموعة من التدخلات العلاجية والوقائية للحد من حدة الاكتئاب وتحسين جودة حياة هذه الفئة الأمهات وأطفالهن.

Abstract

This study aimed to understand the nature of the psychological effects that mothers experience as a result of their children's diagnosis with autism spectrum disorder. It sought to identify the nature of behavioral and emotional responses among this group of mothers and highlight the role of certain factors, such as cognitive interpretations and the lack of family support, in the emergence of depressive symptoms. Additionally, it aimed to reveal the psychological coping strategies employed by mothers, whether positive (such as religiosity, acceptance, and seeking support) or negative (such as denial and social withdrawal).

This study emerged from the observation of the increasing prevalence of autism spectrum disorder among children on one hand, and the growing psychological and social pressures faced by mothers on the other, especially in light of the lack of psychological support and family guidance in the community.

The researcher used a clinical approach as the most suitable for in-depth analysis of individual cases, relying on research tools that included semi-structured clinical interviews, direct observation, and the Beck Depression Inventory. The sample consisted of five mothers selected purposefully, with ages ranging from 29 to 45 years.

The results showed that:

Most mothers suffer from varying degrees of depression, ranging from moderate to high. The study also indicated a relationship between the lack of support and negative interpretations on one hand, and the emergence of depressive symptoms on the other hand, with differences in the severity of these symptoms based on certain variables such as economic status and educational level.

The study concluded the importance of providing psychological and social support to mothers and suggested a set of therapeutic and preventive interventions to reduce the severity of depression and improve the quality of life for mothers and their children.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

	شكروعرفان
	ملخص الدراسة
	أولاً: الجانب النظري
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1	1- مقدمة إشكالية
2	2- فرضيات الدراسة
2	3- أهداف الدراسة
3	4- أهمية الدراسة
3	5- أسباب ودوافع اختيار الموضوع
4	6- التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة
4	7- الدراسات السابقة
8	8- تعقيب عام على الدراسات السابقة
9	الفصل الثاني: التوحد
10	تمهيد
11	1- نبذة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد
11	2- انتشار طيف التوحد
12	3- مفهوم طيف التوحد
16	4- خصائص طيف التوحد
18	5- أسباب طيف التوحد
19	6- النظريات المفسرة لإضطراب طيف التوحد
22	7- تشخيص التوحد
23	8- أنواع طيف التوحد
25	9- علاج التوحد
27	خلاصة
28	الفصل الثالث: الإكتئاب
29	تمهيد
30	1- لمحة تاريخية حول الاكتئاب
30	2- انتشار الاكتئاب
31	3- تعريف الإكتئاب
33	4- خصائص الإكتئاب
35	5- النظريات المفسرة للإكتئاب

38	6- أنواع الإكتتاب
39	7- أسباب الإكتتاب
43	خلاصة
44	ثانيا: الجانب الميداني
45	الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة
46	تمهيد
47	1- المنهج المستخدم
47	2- اجراءات الدراسة
48	3- عينة الدراسة وخصائصها
48	4- أدوات الدراسة
52	خلاصة
53	الفصل الخامس: عرض وتحليل الحالات
54	تمهيد
55	1- عرض نتائج الحالة الأولى
66	2- عرض نتائج الحالة الثانية
78	3- عرض نتائج الحالة الثالثة
88	4- عرض نتائج الحالة الرابعة
101	5- عرض نتائج الحالة الخامسة
113	خلاصة
114	الفصل السادس: مناقشة النتائج
115	تمهيد
115	1- مناقشة نتائج الحالات على ضوء الفرضيات
123	2- مناقشة نتائج الحالات على ضوء الجانب النظري
126	3- مناقشة نتائج الحالات حسب الدراسات السابقة
132	خلاصة
133	خاتمة الدراسة والتوصيات
134	خاتمة
135	توصيات الدراسة
	قائمة المصادر والمراجع
	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

فهرس الجداول:

رقم	عنوان الجدول:	الصفحة
(01)	جدول يمثل خصائص عينة الدراسة	48
(02)	جدول يوضح دلائل درجات الإكتئاب لمقياس بيك	51
(03)	جدول المقابلات (01) يوضح توزيع المقابلات (من اعداد الطلبة)، (الحالة 01)	56
(04)	جدول المقابلات (02) يوضح توزيع الإستجابات على مقياس بيك للإكتئاب (من اعداد الطلبة)، (الحالة 01)	60
(05)	جدول المقابلات (03) يوضح توزيع المقابلات (من اعداد الطلبة)، (الحالة 02)	68
(06)	جدول مقابلات (04) يوضح توزيع الإستجابات على مقياس بيك للإكتئاب (من اعداد الطلبة)، (الحالة 02)	72
(07)	جدول المقابلات (05) يوضح توزيع المقابلات (من اعداد الطلبة)، (الحالة 03)	80
(08)	جدول المقابلات (06) يوضح توزيع الإستجابات على مقياس بيك للإكتئاب (من اعداد الطلبة)، (الحالة 03)	84
(09)	جدول المقابلات (07) يوضح توزيع المقابلات (من اعداد الطلبة)، (الحالة 04)	92
(10)	جدول المقابلات (08) يوضح توزيع الإستجابات على مقياس بيك للإكتئاب (من اعداد الطلبة)، (الحالة 04)	97
(11)	جدول المقابلات (09) يوضح توزيع المقابلات (من اعداد الطلبة)، (الحالة 05)	106
(12)	جدول المقابلات (10) يوضح توزيع الإستجابات على مقياس بيك للإكتئاب (من اعداد الطلبة)، (الحالة 05)	110
(13)	جدول ملخص لدرجة الاكتئاب والعوامل المسببة له وأثارها النفسية لكل حالة:	127

أولاً: الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- مقدمة اشكالية
- فرضيات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- أسباب و دوافع اختيار الموضوع
- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة
- الدراسات السابقة
- التعقيب علي الدراسات السابقة

1- مقدمة إشكالية:

تشير الإحصائيات العالمية إلى أن اضطراب طيف التوحد يؤثر على واحد من كل أربعين طفلاً في العالم، وفقاً لتقرير مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) لعام 2021، بينما تظهر الأبحاث العربية أن معدل انتشار اضطرابات طيف التوحد في العالم العربي يتزايد بسبب التوعية المتزايدة والتطور في آليات التشخيص. كما يعد إصابة أحد الأبناء باضطرابات طيف التوحد من أكثر التحديات التي تواجه الأسر لا سيما الأمهات اللاتي يشكلن غالباً المحور الأساسي في عملية الرعاية.

في هذا السياق، تلعب الأمهات دوراً محورياً في رعاية أطفالهن، لكنهن يواجهن تحديات نفسية واجتماعية كبيرة، مثل القلق المزمن، الاكتئاب، والشعور بالذنب. وقد أكدت بعض الدراسات منها دراسة القاسبي (2018) أن أمهات أطفال التوحد يعانين من مستويات مرتفعة من التوتر مقارنة بأمهات الأطفال العاديين، وأكدت أن قلة الدعم النفسي يؤدي إلى تفاقم هذه المشكلات، كما أبرزت دراسة شعيب (2019) أن غياب الإرشاد النفسي والاجتماعي يؤدي إلى تضاعف مستويات التوتر لدى الأمهات، حيث أوضحت أن 70% من أمهات أطفال التوحد في عينتها يعانين من أعراض اكتئابية تتطلب تدخلاً علاجياً عاجلاً.

تلعب الأم دوراً محورياً في حياة الطفل، ويزداد هذا الدور تعقيداً عندما يكون الطفل مصاباً بأحد الإضطرابات كإضطراب طيف التوحد (ASD). إذ تكون علاقتها مع الطفل من نوع خاص من خلال التفاعل والرعاية نظراً للصعوبات التي يواجهها الطفل التوحدي في التواصل الاجتماعي والتفاعل العاطفي، وغالباً ما تعتمد الأمهات بشكل كبير على استراتيجيات خاصة لفهم احتياجات الطفل، خاصة في ظل ضعف القدرة اللغوية والتواصلية لديه، مما يجعل بعض الأمهات تضطر إلى استخدام أساليب غير لفظية مثل لغة الجسد والتواصل البصري المحدود للتفاعل مع الطفل. وهذه الرعاية تتطلب جهداً كبيراً يعود على الأمهات بالإجهاد النفسي وعدم القدرة على التحمل مما ينتج عنه بعض الإضطرابات النفسية، فقد اشارت بعض الدراسات الى ان الأمهات اللواتي يعتنين بأطفال توحدين أكثر عرضة للاكتئاب بسبب الضغوط المستمرة. إضافة إلى ذلك قد تعاني الأم من العزلة الاجتماعية بسبب التفرغ الكبير لرعاية الطفل.

تواجه أمهات أطفال طيف التوحد تحديات جسدية ونفسية كبيرة، تتراوح بين الإرهاق المستمر، والعزلة الاجتماعية، والضغوط الاقتصادية، وصولاً إلى مشاعر القلق والاكتئاب. لذا، ينبغي توفير برامج دعم نفسي وإرشادي، وتعزيز الوصول إلى مجموعات الدعم الاجتماعي، وتقديم خدمات تأهيلية وتدريبية تساعد الأمهات على اكتساب مهارات التعامل مع أطفالهن بفعالية. كما أن تقديم المساندة المادية والمعنوية، سواء عبر السياسات الحكومية أو منظمات المجتمع المدني، يساهم في تخفيف الأعباء عن الأمهات، مما يمكنهن من توفير بيئة أكثر استقراراً وتحفيزاً للتكفل بأطفالهن بشكل صحي ومتوازن.

كما هدفت دراسة كل من: علي فرح، ونهله احمد علي امين (2015) الى معرفة مستوى الضغوط النفسية وسط أمهات الأطفال ذوي الاعاقة الذهنية المترددات على مستشفى السلاح الطبي، والتحقق مما إذا كانت هناك فروق بين أبعاد هذه الضغوط. استخدم الباحثان المنهج الوصفي، وبلغ حجم العينة (30) فرداً تم اختيارهم بالطريقة القصدية، استخدم الباحثان مقياس الضغوط النفسية من تصميمهما. وتوصلت الدراسة إلى أن الضغوط النفسية لأمهات

الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تتسم بالانخفاض، وأن هناك فروق بين أبعاد الضغوط النفسية للأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لصالح بعد الأعراض العضوية، وأن الفروق في مستوى الضغوط النفسية للأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وجدت أنها تكون تبعاً لمتغيري درجة الإعاقة والحالة الاقتصادية ولم توجد فروق تبعاً لمتغير تعليم الأم.

وفي دراسة أجراها أولسون ووانج عام Olsson and Wang (2002) على عينة من أمهات الأطفال التوحديين في أمريكا هدفت إلى التعرف على مستوى الاكتئاب لدى هؤلاء الأمهات، وبيّنت النتائج أن هؤلاء الأمهات يعانين من مستوى عال من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين، كما وجد أن مستوى الاكتئاب لدى أمهات الأطفال التوحديين أعلى من مستوى الاكتئاب لدى آباء. فأمهات أطفال طيف التوحد تواجهن تحديات جسدية ونفسية كبيرة، تتراوح بين الإرهاق المستمر، والعزلة الاجتماعية، والضغوط بأنواعها، وصولاً إلى مشاعر القلق والاكتئاب. لذا، وجب إجراء دراسات مكثفة لمعرفة نتائج إصابة الطفل باختلالات نفسية أو جسدية منها طيف التوحد على الأم، كما ينبغي توفير برامج دعم نفسي وإرشاد يساعد الأمهات على اكتساب مهارات التعامل مع أطفالهن بفعالية ومنه نطرح التساؤلات التالية:

- ✓ هل تؤدي إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد إلى تنشيط ظهور أعراض اكتئابية لدى الأم؟
- ✓ هل تساهم بعض العوامل (تأويلات معرفية – غياب الدعم الأسري) في تنشيط الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد؟
- ✓ هل يظهر لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد أساليب تكيف نفسي (أساليب إيجابية: التدين – التقبل- طلب الدعم، أساليب سلبية: الإنكار - الإنسحاب الاجتماعي) لتخفيف أعراض الاكتئاب؟

2- فرضيات الدراسة:

- ✓ تؤدي إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد إلى تنشيط ظهور أعراض اكتئابية لدى الأم.
- ✓ تساهم بعض العوامل (تأويلات معرفية – غياب الدعم الأسري) في تنشيط الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.
- ✓ يظهر لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد أساليب تكيف نفسي (أساليب إيجابية: التدين – التقبل- طلب الدعم، أساليب سلبية: الإنكار - الإنسحاب الاجتماعي) تخفف أعراض الاكتئاب.

3- أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة الى معالجة موضوع الإستجابة الاكتئابية لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وقد جاءت لتحديد مجموعة من الأهداف يتم عرضها فيما يلي:
- ✓ التعرف على طبيعة الاستجابة السلوكية والإنفعالية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
- ✓ إبراز دور بعض العوامل (تأويلات معرفية – غياب الدعم الأسري) في ظهور الاستجابات الاكتئابية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.
- ✓ الكشف عن أهم أساليب التكيف النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

4- أهمية الدراسة:

تواجه أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد ضغوطا نفسية شديدة تنعكس في شكل استجابات اكتئابية مما يجعل موضوع الدراسة جديرا بالدراسة والتحليل ووضع أهمية له نستعرضها فيما يلي:

أهمية علمية:

تُسهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات النفسية المتعلقة بالصحة النفسية للأمهات في سياق التوحد، خاصة من خلال توظيف النموذج المعرفي لبيك في تفسير الاستجابة الاكتئابية.

أهمية تطبيقية:

تساعد نتائج الدراسة الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين على تصميم برامج تدخل نفسي فعالة وموجهة لدعم الأمهات نفسياً ومعرفياً، بما ينعكس إيجاباً على الطفل والأسرة ككل.

أهمية مجتمعية:

تُبرز الدراسة الحاجة إلى سياسات داعمة للأمهات نفسياً واجتماعياً، مما يسهم في تحسين جودة الحياة لهن ولأطفالهن من ذوي طيف التوحد.

5- أسباب ودوافع اختيارالموضوع

يعود اختيارنا لهذا الموضوع إلى مجموعة من الدوافع الشخصية التي ارتبطت باهتمامنا المتزايد بالجوانب النفسية للأمومة، وخاصة في حالات التحديات التربوية والنفسية الكبيرة التي تفرضها الإعاقة النمائية لدى الأطفال، مثل اضطراب طيف التوحد ولقد لاحظنا من خلال قراءتنا وتجاربنا الميدانية أن الأمهات، بوصفهن الطرف الأكثر قربا وتفاعلا مع الطفل، يعانين من ضغوط نفسية هائلة قد تؤدي إلى اضطرابات انفعالية، وفي مقدمتها الاكتئاب..

أولاً: الأسباب الذاتية

-الاهتمام الشخصي بمجال الصحة النفسية الأسرية، خاصة في السياق العيادي المتعلق بالأمومة والتربية.
-الرغبة في فهم الأبعاد النفسية العميقة لمعاناة الأمهات اللواتي يواجهن ضغوطا يومية مع أطفالهن من ذوي الاحتياجات الخاصة.

-الاقترناع بأهمية دعم الأمهات نفسيا، كجزء من التدخل العلاجي الشامل للتخفيف من أعراض اضطراب الطفل لدى الطفل.

-تجربة ميدانية سمحت بالاحتكاك المباشر مع أمهات أطفال توحدين، مما أثار تساؤلات ورغبة في التعمق العلمي.

ثانياً: الأسباب الموضوعية

-انتشار اضطراب طيف التوحد بشكل متزايد في المجتمعات، ما يجعله موضوعا ذا أولوية في البحث النفسي والاجتماعي.

-قلة الدراسات النفسية المخصصة للأمهات، رغم كونهن الطرف الأكثر تعرضا للضغوط النفسية ضمن الأسرة.

-الاستجابة الاكتئابية عامل خطورة قد يؤثر على علاقة الأم بالطفل، وعلى فعالية التكفل التربوي والعلاجي.

-أهمية التوجيه العيادي المبني على فهم السياق الأسري، لضمان تدخل فعال لا يقتصر فقط على الطفل بل يشمل المحيط القريب منه.

-الحاجة إلى تسليط الضوء على الدينامية النفسية للأُم كمفتاح لفهم جودة الرعاية والتفاعل العاطفي داخل الأسرة.

6- التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة:

الأعراض الإكتئابية: نقصد بها في دراستنا الإستجابة الإكتئابية لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بعد معرفة إصابة الإبن، نستدل عليها من الدرجة التي تظهر على الحالات المدروسة اثناء تطبيق مقياس بيك. أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد: نقصد بهذا المصطلح في دراستنا الأمهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder)،

طيف التوحد: نقصد به في دراستنا اضطراب نمائي عصبي يؤثر على طريقة تواصل الشخص وتفاعله الاجتماعي، كما يتميز بأنماط سلوك متكررة واهتمامات محدودة. يظهر بدرجات متفاوتة من الشدة والتأثير، مما يعني أن الأشخاص المصابين به قد يواجهون تحديات مختلفة.

أطفال طيف التوحد: نقصد بهم في دراستنا الأطفال الذين يعانون من اضطراب في النمو العصبي يعرف ب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder -ASD) (وهو اضطراب يؤثر على طريقة تفاعلهم مع الآخرين، وتواصلهم، وسلوكهم، وتطورهم المعرفي، ويظهر التوحد عادة في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويطلق عليه طيف لأنه يشمل مجموعة من الأعراض ومستويات الإعاقة.

7- الدراسات السابقة:

1-7دراسة زريقات، ضرار محمد يوسف (2020)

عنوانها: "القدرة التنبؤية لعوامل الضغط النفسي والاكتئاب في نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن".

هدفت الدراسة إلى التنبؤ بعوامل الضغط النفسي والاكتئاب في نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن، قام الباحث باستخدام مقياس نوعية الحياة والضغط النفسي، وتم استخدام مقياس بيك (BECK) للاكتئاب. استخدم الباحث المنهج المسحي الارتباطي، وعينة دراسة تكونت من (200) من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد موزعاً في ولايات الأردن، واستخدم الباحث أدوات الدراسة والأساليب الإحصائية والمتوسطة الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية ومعاملات الارتباط.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الضغوط النفسية والاجتماعية للحياة كانت متوسطة، وجاء الاكتئاب البسيط بأعلى درجة، وبينت النتائج عدم وجود علاقة ارتباط دالة بين نوعية الحياة والاكتئاب والضغط النفسي، وبينت النتائج وجود علاقة ارتباط دالة بين الضغوط النفسية والاكتئاب، وبينت النتائج وجود علاقة ارتباط دالة بين الضغوط النفسية والاكتئاب، وأظهرت النتائج أن متغير الضغط النفسي يتنبأ نوع من الحياة كل أكبر من الاكتئاب، وإيجاد نتيجة لذلك إلى وجود فروق ذات صلة في قوة العلاقة بين الاكتئاب والضغط من جهة أخرى تعزى الحياة المتغيرة، وتؤدي إلى وجود فروق ذات صلة في العلاقة بين الاكتئاب ونوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، ولا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة تبعاً للمستوى التعليمي.

2-دراسة مواهب الرشيد إبراهيم محمد (2018)

عنوانها: «الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات».

هدفت الدراسة الى التركيز على درجة الاكتئاب لدى أمهات أطفال طيف التوحد في ضوء بعض المتغيرات (عمر الأم المستوى التعليمي للأم) اتبع الباحث المنهج الوصفي، تمثلت في دراسة من أمهات أطفال طيف التوحد والمسجلين بالمدارس والمراكز مع الاحتياجات الخاصة وكان العدد النهائي (58) تم اختيارهم بطريقة مرتبة عشوائية من مجتمع الدراسة الحالية. استخدمت الباحثة مقياس بيك المصغر للاكتئاب واستمارة معلومات أولية، وقد توصلت الدراسة للنتائج اللاحقة: درجة الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد فوق المتوسط ، لا توجد فروق دالة في درجة الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير عمر الأم. ولا توجد فروق دالة في درجة الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي للام.

3-7دراسة الفارسي وآخرون (Al-Farsi et al (2016

عنوانها: التوتر والقلق والاكتئاب بين آباء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في عمان:

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين اضطراب طيف التوحد ومؤشرات التوتر والاكتئاب والقلق. استعمل الباحثون منهج دراسة الحالة والشواهد الحالية لفحص التوتر والقلق والاكتئاب بين آباء الأطفال المصابين بطيف التوحد من جهة و بين آباء ذوي أطفال لديهم اعاقات ذهنية أخرى وأولياء أطفال عاديين من جهة أخرى والمقارنة بين المجموعات الثلاثة بلغ إجمالي عدد الأولياء المصاب بأبنائهم باضطراب طيف التوحد الذين شملتهم هذه الدراسة 220 وليا (107) (آب و 113 أم) و تم اختيار مجموعتين ضابطين للمقارنة بالمجموعة المذكورة أما الأولى مكونة من أولياء أبنائهم مصابون باضطرابات ذهنية أخرى وتكونت هذه العينة من (50) آبا و 59 K أما والمجموعة الضابطة الثانية تكونت من أولياء أطفالهم لديهم نمو نموذجي عادي و كان تعداد هذه العينة (58) آبا و 67 أما.

استخدم الباحثون مقياس (DASS (21 مقياس الاكتئاب، القلق الضغط النفسي يفترض البعد الذي يقيس الاكتئاب في هذا المقياس إلى وجود الاكتئاب مع عناصر تتعلق باليأس، وتقليل قيمة الحياة، نقد الذات. وقلة الاهتمام، المشاركة، وفقدان الاستمتاع بالحياة، والقصور الذاتي خلصت الدراسة إلى أن أعلى مستوى للاكتئاب سجل لدى المجموعة القياسية التي يعاني أبنائها من اضطراب طيف التوحد وفقا للمقياس المستخدم كانت أكثر اعراض الاكتئاب ظهورا هي التقليل من قيمة الذات الإحباط، فقدان معنى وقيمة الحياة، التشاؤم بشأن المستقبل، عدم القدرة على الاستمتاع أو الرضا، فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي، التردد في اتخاذ القرارات الافتقار إلى المبادرة. «

4-7دراسة غادة صابر أبو العطا (2015)

عنوانها: الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أمهات الأطفال الذاتوية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أمهات أطفال ذو اضطراب التوحد (دراسة إكلينيكية). تكونت عينة الدراسة من 40 أما لأطفال ذوي اضطراب التوحد، تراوحت أعمارهن ما بين 29 و 55 سنة، وممن تراوحت مؤهلاتهن العلمية من مستوى متوسط إلى مستوى عال أشارت النتائج إلى وجود ارتباطات موجبة ودالة إحصائيا بين إدراك الضغوط النفسية لأم الطفل ذي اضطراب التوحد وأساليب مواجهتها. في الأخير توصلت وبينت النتائج ان هؤلاء الأمهات يعانين من مستوى عال من الاكتئاب.

5-7دراسة بوترعة، فضلون (2024):

الفصل الاول:.....الإطار العام للدراسة

عنوانها: أساليب المعاملة الوالدية لدى أمهات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المدمجين مدرسيا -طيف توحّد نموذجاً:-

هدفت الدراسة إلى التعرف على أساليب المعاملة الوالدية التي تتبعها أمهات أطفال التوحّد المدمجين مدرسيا والذين يعانون من اضطراب طيف التوحّد، كما تسعى إلى تحديد أثر هذه الأساليب على تفاعل الأمهات مع أطفالهن، تم استخدام المنهج العيادي وتمثلت عينة الدراسة في أربعة حالات لأمهات أطفال التوحّد المدمجين مدرسيا تراوحت أعمارهم بين 29 و 45 سنة، تم استخدام مقابلة شبه موجهة وملاحظة مباشرة ومقياس أساليب المعاملة الوالدية كأدوات للدراسة، خلصت الدراسة إلى التعرف على أنماط أساليب المعاملة الوالدية كالأسلوب العقابي الذي يستخدم العقوبة البدنية أو النفسية كوسيلة لتأديب الطفل وأسلوب سحب الحب الذي يعبر عن رفض الطفل من خلال الامتنان و تقديم الحنان أو التعامل البارد أما الأسلوب الإرشادي التوجيهي فاعتمد على تقديم الإرشادات والتوجيهات بأسلوب محبب ومبنى على الحوار بينت هذه الدراسة تسليط الضوء على العلاقة الوالدية وتأثيرها على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مما يساعد في تحسين جودة حياتهم ودعم دمجهم في المجتمع .

6-7.دراسة: لونيس، بن خدومة، 2022:

عنوانها: نمط التعلق لدى أمهات أطفال طيف التوحّد:

تهدف هذه الدراسة للكشف عن فروق في أنماط التعلق، الأمن، القلق، التجنب وفقا لجنس الطفل وتحديد تأثير الحالة الاجتماعية على نمط التعلق لدى الأمهات، ودراسة العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ونمط التعلق، تم استخدام المنهج الوصفي لفهم الفروق وتحليل أنماط التعلق، استخدم الباحث مقياس (اليرموك) للتعلق لدى الراشد كأداة للدراسة الذي يقيس التعلق، الأمن، القلق والتجنب، تمثلت عينة الدراسة في (125) أم الأطفال المصابين بالتوحّد من مراكز في ولاية شلف بالجزائر، خلصت نتائج الدراسة إلى أنه لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في أنماط التعلق وفقا لجنس الطفل، أما بالنسبة للحالة الاجتماعية وجدت فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الأراذل في أنماط التعلق، القلق والتجنب بينما لم تظهر فروق في التعلق، الأمن، بالنسبة للمستوى التعليمي لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أنماط التعلق، وفقا للمستوى التعليمي.

7-7.دراسة بلخيرات، باشا، (2024):

عنوانها: القلق وعلاقته بالمرونة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحّد -دراسة ميدانية ل 35 حالة حسب نموذج القبول والإلتزام:-

هدفت هذه الدراسة لقياس مستوى القلق لدى أمهات أطفال التوحّد ومستوى المرونة النفسية وتحديد طبيعة العلاقة بين القلق والمرونة النفسية، تم استعمال المنهج الوصفي الارتباطي، أما العينة فتمثلت في 35 أم لأطفال المصابين بطيف التوحّد، تم اختيارهم بطريقه قصديه، تم استخدام مقياس القلق BAFT بالإضافة إلى النسخة الثانية من مقياس القبول والإلتزام لقياس المرونة النفسية، خلصت نتائج الدراسة أن مستوى القلق مرتفع لدى الأمهات ومستوى المرونة النفسية منخفضة وأنه توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين القلق و المرونة النفسية حيث يزيد القلق بانخفاض المرونة النفسية، بينت هذه الدراسة تأثير اضطراب طيف التوحّد على الأمهات مقدمة حلولاً عملية لتحسين الصحة النفسية لهن.

8-7.دراسة: الرجبي، العيزوزي، 2024:

عنوانها: تقييم المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل فلسطين:
هدفت هذه الدراسة لتقييم مستوى المهارات التواصلية للأمهات في أبعاد التواصل اللفظي وغير اللفظي الاجتماعي، والتعامل مع السلوكيات النمطية والمضطربة، كما هدفت لدراسة تأثير المتغيرات مثل عمر الأم، المستوى التعليمي، الوضع الاقتصادي، وعمر الطفل على مستوى المهارات التواصلية، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي وعينات تمثلت في 103 أمهات بطريقة عشوائية، تم استخدام أدوات دراسة متمثلة في استبيان مكون من 64 فقرة مقسمة إلى محاور تشمل جميع أبعاد التواصل، بالإضافة إلى التحليل الإحصائي، حيث خلصت النتائج إلى أن مستوى المهارات التواصلية للأمهات كان متوسطا حيث جاء التواصل الاجتماعي في المركز الأول يليه التعامل مع السلوكيات النمطية ثم التواصل اللفظي وأخيرا الغير لفظي، ووجود فروق دالة إحصائية في المهارات التواصلية حسب العمر والمستوى التعليمي والوضع الاقتصادي، ركزت هذه الدراسة على ضرورة تدريب الأمهات على مهارات التواصل كما أشارت إلى أن الدخل والتعليم يؤثران بشكل إيجابي على تواصل الأمهات مع أطفالهن.

9-7.دراسة يحيياوي، شينار، (2020)

عنوانها: الضغوط النفسية والاجتماعية وتأثيرها على الصحة النفسية لدى أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد - دراسة ميدانية مقارنة:-

هدفت الدراسة للتعرف على طبيعة الضغوط النفسية والاجتماعية التي تواجه أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد، وقياس مستوى الصحة النفسية لهؤلاء الأولياء ثم دراسة الفروقات في مستوى الضغوط والصحة النفسية بين الآباء والأمهات، وركزت هذه الدراسة على التأثيرات النفسية والاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد على أوليائهم وأهمية الدعم النفسي والاجتماعي لهم، تم استخدام المنهج الوصفي الميداني، وعينة الدراسة التي تمثلت في 30 فردا من أولياء الأمور 15 أبا و15 أم تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مستشفى بولاية تيزي وزو، حيث تم استخدام أدوات تمثلت في مقياس الصحة النفسية لقياس القلق الاكتئاب والوسواس القهري وغيرها، بالإضافة إلى مقياس الضغوط النفسية الاجتماعية ل "زياد أحمد السرطاوي" وعبد العزيز السيد" لقياس الضغوط المرتبطة بالمشاعر والمشاكل الالدية، خلصت نتائج الدراسة إلى أن الأسر تعاني من مستويات عالية من الضغوط النفسية والاجتماعية خاصة الأمهات مقارنة بالآباء، الصحة النفسية العامة للأسر كانت منخفضة مع تدني أكبر في مستويات الصحة النفسية لدى الأمهات مقارنة بالآباء، الأمهات أظهرن معدلات أعلى من القلق والاكتئاب والشكاوي الجسدية مقارنة بالآباء.

8- تعقيب عام على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة نجد أنها اختلفت اهدافها لتصب في غالبيتها في سياق واحد وهو إيجاد حلول لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد حيث نجد ان عبد الرحيم (2021) وبوضياف وبوساق (2024) كلاهما استخدم برامج ارشادية لدعم الاسرة وتخفيف الضغوط النفسية حيث اثبتت الدراستين ان البرامج الارشادية تساعد في التقليل من الضغوط النفسية للأسرة وتحسين التكيف. تشترك في التأكيد على أهمية الدعم النفسي والاجتماعي لأسر أطفال التوحد، سواء من خلال البرامج التدريبية، الإرشادية، أو العلاج النفسي.

كما تم استخدام المنهج العيادي في أغلب الدراسات بغرض فهم الظاهرة بشكل معمق والتركيز على دراسة الحالات الفردية كذلك تقديم التدخلات العلاجية الفردية او الاسرية بالإضافة الى استخدام أدوات متشابهة كالمقابلة والملاحظة التي تساعد بدورها في تحليل السلوك الإنساني كذلك المقاييس النفسية لدراسة الصحة النفسية لدى الأمهات.

اختلفت الدراسات في نوع المنهج المستخدم من منهج عيادي وتجريبي، حيث استعانت بعض الدراسات بالمنهج العيادي وهو يناسب الدراسات الفردية و بعضها بالمنهج التجريبي حيث يناسب الدراسات التي تهدف لقياس اثر برامج محددة او تدخلات جديدة على عينة اكبر وكلاهما يكمل الآخر، على سبيل المثال دراسة بوترة وفضلون (2024) ومنصوري وهاشي (2023) كلاهما استخدمتا المنهج العيادي وركزوا على العلاقات الاسرية وأساليب التربية بينما هناك اختلاف في حجم العينة حيث تراوحت العينة من (3 افراد الى 125 فرد) حسب الهدف والمنهج المتبع، كذلك نوع الأدوات المستخدمة من مقاييس نفسية ومقابلات وملاحظة مباشرة الا ان النتائج كانت متشابهة.

مجال الاستفادة من الدراسات السابقة:

- فهم طبيعة الضغوط النفسية والتعرف على العوامل النفسية التي تؤدي الى ظهور اعراض الاكتئاب لدى الأمهات، مثل الشعور بالذنب، العزلة الاجتماعية والتحديات اليومية لرعاية الطفل.
- تحديد المتغيرات المؤثرة وتوضيح العلاقة بين الإستجابة الإكتئابية وبعض المتغيرات، مثل الدعم الأسري.
- توفير أدوات تقييم معتمدة لقياس مستويات الاكتئاب، مما يعزز دقة التشخيص.

بعد استعراض الفصل التمهيدي للدراسة وتقديم إشكالية الدراسة والفرضيات سننتقل الى استعراض الفصل الأول من الدراسة وهو التوحد.

الفصل الثاني: التوحد

- نبذة تاريخية عن اضطراب التوحد
- انتشار طيف التوحد
- مفهوم طيف التوحد
- خصائص طيف التوحد
- أسباب طيف التوحد
- النظريات المفسرة لطيف التوحد
- تشخيص اضطراب طيف
- أنواع طيف التوحد
- علاج طيف التوحد

تمهيد:

يعد اضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية العصبية التي تؤثر على العديد من جوانب التطور لدى الأفراد، بدءًا من التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وصولًا إلى الأنماط السلوكية والاهتمامات المقيدة والتكرارية. وقد شهدت العقود الأخيرة اهتمامًا متزايدًا من الباحثين والمتخصصين في مجالات علم النفس والتربية الخاصة والعلوم العصبية لفهم طبيعة هذا الاضطراب، والعوامل المساهمة في نشوئه، وأساليب التدخل والعلاج المناسبة لتحسين نوعية حياة الأفراد المصابين به وأسره.

حيث اختلفت النظريات المفسرة لأسباب اضطراب التوحد، كما تعددت طرق التشخيص والتدخل العلاجي والتربوي، مما يعكس التعقيد الكبير لهذا الاضطراب. ومع تطور العلم، أصبح من الواضح أن التوحد ليس مجرد اضطراب سلوكي، بل هو حالة عصبية تؤثر على طريقة معالجة المعلومات والتفاعل مع العالم الخارجي. وفي هذا الفصل، سيتم استعراض مفهوم التوحد، وتعريفاته وفقًا للمراجع العلمية والتشخيصية المختلفة، إضافة إلى النظريات التي حاولت تفسيره، وأبرز الخصائص التي يتميز بها الأفراد المصابون به، مما يساعد في بناء فهم شامل لهذا الاضطراب وأثره على الأفراد والمجتمع.

للإلمام بهذا الموضوع نستعرض من خلال هذا الفصل نبذة تاريخية عن التوحد، مفهوم التوحد وخصائصه وأنواعه بالإضافة إلى أسباب التوحد وتشخيصه:

1- نبذة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد:

بدأ التعرف على اضطراب التوحد منذ أكثر من ستين عاماً، على يد الطبيب الأمريكي "ليو كانر" Leo Kanner عام 1943 م، وقبل ذلك كان يعتبر من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم والبكم أو غيرها. فقد اكتشف كانر من بين مجموعة من أطفال التخلف العقلي الذين يتعامل معهم أحد عشر طفلاً تميزوا بأعراض تختلف عن الأعراض المعروفة للتخلف العقلي آنذاك، وقد تميزوا كذلك بأعراض مختلفة عن الأعراض المميزة للفصام، ولذا اعتبر أن هذه الفئة من الأطفال تمثل إعاقة مختلفة أطلق عليها مصطلح الذاتوية Autism وفي ذات الوقت تقريباً في عام 1944 اكتشف الطبيب النمساوي "اسبرجر" Asperger مجموعة من الأطفال النمساويين تتشابه خصائصهم إلى حد ما مع أطفال كانر. ومع هذا الاكتشاف المبكر لم تظهر حالات التوحد وحالات الإسبرجر إلا في أواخر الثمانينات في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الثالثة المعدلة. (محمود بدر، 2004، ص 25)

ويعد "مودزلي" Maudsly أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام 1867 وكان يعدها ذهانات ولكن "ليو كانر" Leo Kanner الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب طب نفس الطفل 1953 أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وكان ذلك في 1943 عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة "هارفرد" في الولايات المتحدة الأمريكية ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنّفين على أنهم متخلفين عقلياً فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفلية Early Infantile Autism حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم، ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات متعددة منها التوحد Autism، وذهان الطفولة Children Psychosis، النمط غير السوي في النمو (الشاذ) Atypical Development ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلاً عن استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقد التشخيص. (سوسن، 2010، ص 19)

من خلال استعراض النبذة التاريخية للتوحد يتبين أن فهم هذا الاضطراب قد مر بمراحل تطور كبيرة، بدءاً من الاعتقادات القديمة التي كانت تربطه بمشكلات نفسية أو بيئية، وصولاً إلى الاعتراف به كاضطراب نمائي عصبي مستقل.

2- انتشار طيف التوحد:

تُعد نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد من المؤشرات التي تبين مدى ثقل هذا الاضطراب على الأسر والمجتمعات وتأثيرها على الصحة النفسية لذويهم. فهي تُعتبر عنصراً أساسياً لفهم حجم المشكلة، حيث يساعد قياسها في وضع برامج علاجية للكشف المبكر والتدخلات العلاجية والوقائية. وفيما يلي نستعرض نسبة انتشار طيف التوحد:

أشارت التقديرات الإحصائية إلى أن أعداد الأطفال المصابين بالتوحد بلغت ما يقارب (2-6) حالة من كل عشرة آلاف طفل طبيعي أي بنسبة 0,02%/0,06 وتتراوح نسبة الذكور إلى الإناث (1,2) ولغاية (1,5) وأشار كل من العالمان Lotter &

Middles (1966) إلى أن من بين الأعمار (8،9،10) سنوات هناك (4-5) أطفال مصابين بالتوحد ولكل عشرة آلاف طفل وأثبتت دراسة Aurhus التي أجريت في الدنمارك عام 1980 ذات النتائج. (سوسن، 2015، ص19) حسب يذكر الزارع (2010) أن معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد تتباين بدرجة كبيرة، إذ تدل الدراسات الحديثة إلى أن التوحد ينتشر بنسبة (0،15) % من كل (10000) من الأطفال في سن المدرسة ممن يتلقون خدمات تربوية تحت مسمى فئة اضطراب التوحد. وهناك دراسة أجريت في إدارة الخدمات والمصادر الصحية Health Recourses & Services Administration HRSA ومركز ضبط الأمراض والوقاية CDCP. Centre for Disease Prevention Contrôle، و دراسة أخرى نشرها مستشفى ماساشوتس Massachusetts General Hospital أوضح أن نسبة انتشار طيف التوحد خلال مرحلة الطفولة في الولايات المتحدة الأمريكية (1) لكل (90) في الأعمار ما بين (3-18) سنة. (الجلامة، 2013، ص36)

أما بالنسبة للعالم العربي، حسب تقرير نُشر في (Nature Middle East) إلى أن معدلات الانتشار في بعض الدول العربية تتراوح بين 1.4 إلى 29 حالة لكل 10,000 طفل، مما يشير إلى نسب انتشار أقل مما هو موجود في الدول المتقدمة، وربما يعود ذلك إلى اختلاف معايير التشخيص ومستوى الوعي. (Nature Middle East، 2011، p4)

3- مفهوم طيف التوحد:

1.3 لغة:

جاء في لسان العرب أن التوحد في اللغة مشتق من "الجذر" (وحد)، ويعني الانفراد والعزلة، فيقال "توحد فلان" أيانعزل عن الناس وصار وحيدا. ويذكر 'الفيروزابادي' أن التوحد يدل على التفرد، وهو ضد الاجتماع والمخالطة. كما يعرف التوحد لغويا بأنه الميل إلى العزلة والانطواء، وعدم الرغبة في الاختلاط بالآخرين. (ابن منظور، 2003، ص890)

2.3 اصطلاحا:

يذكر وليم الخولي (1986) في موسوعته أن ذاتية أو انغلاق الذات (autism) هي كلمة تشير إلى انغلاق المرء داخل الذات وانطوائه على ذاته، وتعديل أفكاره وإدراكاته وفقا لحاجاته ورغباته الذاتية بدلا من أن يكون تفكيره وسلوكه واقعيين وموضوعيين.

ويشاهد هذا الاتجاه في الاسوياء أحيانا ولاسيما في الأفراد الإنطوائيين introvert وبعض العصبيين، ولكنه يتجلى بنوع خاص في بعض الحالات الذهانية ولاسيما الفصام. كذلك يستخدم اللفظ أحيانا تعبيرا عن وجود المرء لذاته في عالمه الجاهلي واستغراقه في ذاته. والتفكير الذاتي Autistic thinking هو التفكير الذي يتميز به صاحب الشخصية المغلقة أو شبه الفصامية Shizoid، وهو تفكير قليل الانتقال من الفكر إلى حيز التنفيذ، كما أنه قليل القابلية للتعديل بحسب الواقع الخارجي وكأن المريض يعيش ويفكر في دنياء الخاصة الداخلية دون مراعاة الواقع، ولذا وصف بأنه تفكير اجتراري وكأن المريض يجتر أفكاره الداخلية بدلا من أن توجه الحقائق الخارجية أفكاره. (الجلامة، 2024، ص69)

يعرفه الزيات (2020): بأنه اضطراب نمائي عصبي معقد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويؤثر بشكل أساسي على قدرة الطفل في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى جانب تكرار أنماط سلوكية مقيدة. وتتفاوت تأثير التوحد من طفل لآخر، حيث قد يعاني بعض الأطفال من صعوبات شديدة في التفاعل والتكيف مع البيئة، بينما يكون

الفصل الثاني:.....التوحد

لدى آخرين مستوى أعلى من الاستقلالية. وفقًا للدراسات الحديثة، فإن التوحد لا ينتج عن سبب واحد محدد، بل هو نتيجة لتفاعل عوامل وراثية وبيئية متعددة. ويتم تشخيصه بناءً على معايير سلوكية محددة، مثل ضعف التواصل البصري، وانخفاض القدرة على تكوين علاقات اجتماعية، والسلوكيات التكرارية أو المقيدة. مع تقدم البحث العلمي، أصبحت استراتيجيات التدخل المبكر والتأهيل السلوكي أدوات فعالة لتحسين جودة حياة الأفراد المصابين بالتوحد ومساعدتهم على تحقيق أقصى إمكاناتهم في التعلم والتكيف الاجتماعي. (الزيات، 2020، ص 75)

يعرفه مجلس البحث العلمي الوطني الأمريكي National 2001, Reseach Council:

التوحد طيف من الإضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض والعمر عند الإصابة وعلاقاته بالإضطرابات الأخرى (الإعاقة العقلية، تأخر اللغة المحدد والصرع) تتنوع أعراض التوحد بين الأطفال وضمن الطفل بنفسه بمرور الزمن فلا يوجد سلوك منفرد بشكل دائم للتوحد ولا يوجد سلوك يستثني تلقائياً الطفل من تشخيص التوحد حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصاً في العيوب الاجتماعية. (محمود بدر، 2004، ص 18)

تعريف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين: IDEA Indevsuals with Disabilities Act:

التوحد هو إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغير البيئي أو مقاومته للتغير في الروتين اليومي، إضافة إلى الإستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية. (العبادي، 2006، ص 14)

ويعرف وولف (1989.Wolf) الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد على أنهم ينقصهم التواصل الإنفعالي ولديهم قصور واضح في اللعب التخيلي بالإضافة إلى نقص التواصل اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع قصور في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمع، كذلك النمطية والتقلوب والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط وجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة مثل هز الرأس، حركة اليدين والأصابع.

(سهيل، 2015، ص 56)

ويعرف بأنه اضطراب نمائي عصبي يتميز بصعوبات في التواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية أو المقيدة، وظهور الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة. يتراوح طيف التوحد في شدته، حيث يمكن أن يؤثر على القدرات الإدراكية واللغوية للفرد بدرجات متفاوتة. (Lord، 2018).

اما كروج (1998, Krig): (2010 ب): فقد عرفه على أنه حالة من الإضطراب يصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى، ويشتمل على عدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين، وتعلق غير طبيعي ببعض الأشياء أو أجزاء من الأشياء، ومقاومة التغير، وعدم إدراك للهوية الشخصية وطرق غريبة في الحركة مثل: السير على أطراف الأصابع، عدم القدرة على النطق، وتوتر وقلق شديدان دون أسباب حقيقية. إضافة إلى تأخر شديد في نمو القدرات أو قدرات عقلية غير متوقعة. (محمود بدر، 2006، ص 43)

كما بينت بوجدهينا (2004,Bogdashina): بأن التوحد يحدث اضطراباً في معدل التطور والتتابع الحركي، والتكيف الاجتماعي والمهارات الإدراكية، والإستجابة للمثيرات الحسية، بالنقص أو فرط الحساسية للمثيرات السمعية أو البصرية، أو الشمية أو حاسة التذوق، وعلاوة على ذلك اضطراب في النطق واللغة والإدراك والتواصل غير اللفظي، وذلك

الفصل الثاني:.....التوحد

كله يشتمل الصمت والتكرار، والصعوبة في تفسير المفاهيم ذات المعنى المجرد وصعوبة في القدرة على التعامل مع الآخرين، ومواجهة الأحداث والتفريق بين المجسمات كما تشمل الإفتقار الى التصرفات الاجتماعية، والتعبير عن الإنفعالات واللعب المناسب. (سهيل، 2015، ص32)

نستنتج أن التوحد اضطراب نمائي عصبي معقد يؤثر على النمو الاجتماعي والتواصل والسلوكي للفرد. يتميز التوحد بوجود صعوبات دائمة في التفاعل الاجتماعي والتواصل، إلى جانب أنماط سلوكية متكررة ومحدودة، مما يجعله حالة فريدة تختلف من فرد لآخر في شدتها وتأثيرها.

مفهوم طيف التوحد الطفولي:

وصف بعض العلماء التوحد لدى الأطفال بأنه Schizophrenia واستخدم آخرون مصطلح التوحد الطفولي Childhood Autism في مجال التشخيص الإكلينيكي لكونه يتجنب العديد من التفسيرات النظرية إذ أن هناك العديد من النماذج السلوكية التي يمكن أن تقع في مجال الفصام الطفولي.

وتبدأ نماذج السلوك التوحدي من الطفولة أو خلال السنوات الأولى من العمر ثم يأخذ سلوك الطفل بالتطور بعد عمر الثلاث سنوات، ومهما تعددت المصطلحات التي تدل على وجود التوحد في سلوك الأطفال إلا أنه يمثل شكلا من أشكال الاضطرابات الانفعالية غير العادية ونوعا من انواع الاعاقة للنمو الانفعالي للأطفال غالبا ما يظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر وتتمثل في بعض صور القصور والتصرفات غير الطبيعية وفي النمو الاجتماعي والعاطفي والتي تستدعي معه الحاجة إلى التربية الخاصة. (العبادي، 2004، ص41)

وعرف كanner Leo Kanner المختص بالطب النفسي للأطفال والذي يعتبر أول عالم يهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه بالتوحد الطفولي المبكر (Infantile autism) وذلك عام 1943 وعرف التوحد طفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون إضطرابا في أكثر من المظاهر الآتية:

- صعوبة لتكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين.
 - انخفاض في مستوى الذكاء.
 - العزلة والانسحاب شديد من المجتمع.
 - الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل.
 - الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية.
 - اضطرابات في المظاهر الحسية.
 - اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية.
 - ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية.
 - الاضطراب الشديد في السلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب بعض الأصوات المثيرة للأعصاب.
- (عبد العزيز، 2015، ص64)

الفصل الثاني:.....التوحد

حدد مصطلح طيف التوحد Autistic في معجم علم النفس: بأنه المتجه نحو الذات أما في موسوعة علم النفس فحدد بأنه المتوحد أو الاجتراري أو الذاتوي أما الدكتور علي كمال فقد حدد في كتابه النفس وانفعالاتها وأمراضها وعلاجها بالانكفاء. (سوسن، 2015، ص 15)

حسب Koegel et Dunlap فقد عرفا التوحد الطفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون وكأنهم مجموعة متجانسة وتظهر عليهم مظاهر شديدة من السلوك غير الاعتيادي وتظهر عليهم العلامات الآتية:

- الافتقار إلى اللغة المناسبة.
 - الافتقار إلى السلوك الاجتماعي الملائم.
 - العجز شديد في الحواس.
 - اضطرابات شديدة في الجانب الانفعالي.
 - أنماط مختلفة من السلوك الحركي المتكرر.
 - انخفاض المستوى الوظيفي للذكاء. (الزريقات، ب، س، ص 79)
- حسب عكاشة فأطلق عام 1969 على إعاقة التوحد اسم التوحد الطفولي Childhood Autism ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده:

- نمو أو إرتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات.
 - نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الآتية:
- (1) التفاعل الاجتماعي.
 - (2) التواصل والسلوك المحدد المتكرر.

بالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة مثل الرهاب واضطرابات النوم والغذاء والعدوان الموجه نحو الذات. (سوسن، 2015، ص 22)

حسب هارو Hare عرفت التوحد الطفولي عام 1982 بأنه عجز شديد جدا في الجوانب الانفعالية وتظهر على الأطفال علامات ضعف القدرة على إقامة العلاقة مع الأشخاص الآخرين وضعف الاستجابة للمثيرات العائلية والاضطراب اللغوي الواضح أو فقدان القدرة على الكلام.

وأطلق عبد الرحيم 1983 على إعاقة التوحد لفظ التمرکز الذاتي ويعده فضلا عن شيزوفرينيا الطفولة من الاضطرابات السلوكية الحادة التي تصيب الأطفال في فترات الطفولة المبكرة والمتوسطة وذلك منذ أن ميز كانر 1743 التمرکز الذاتي كنوع مستقل من اضطرابات السلوك التي تحدث في وقت مبكر من حياة الأطفال بخلاف شيزوفرينيا الطفولة التي تحدث أثناء الطفولة المتوسطة. (سوسن، 2015، ص 18)

عرفه الخطيب والحديد عام 1997 بأنه إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة وهي تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر وهي محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ ومن أهم الأعراض السلوكية للتوحد هي:

- اضطراب معدل نمو المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية.

- استجابات شاذة للخبرات الحسية وقد تتأثر حاسة واحدة وأكثر البصر السمع اللمس التوازن والاستجابة للآلام وغير ذلك.

- الافتقار إلى مهارات الكلام واللغة أو تأخرها بالرغم من توافر بعض القدرات العقلية المحدودة.

- طرق شاذة في التعامل مع الناس والأشياء والأحداث. (العبادي، 2004، ص 37)

ومما سبق يمكن القول ان التوحد هو اضطراب نمائي، يحدث في مرحلة مبكرة من الطفولة، يؤثر في كيفية التواصل والتفاعل الاجتماعي ويتضمن انماطا محددة ومتكررة من السلوك، وهو مجموعة من الاعتلالات المتنوعة التي تتصف ببعض الصعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.

4- خصائص طيف التوحد:

1.4 الخصائص الاجتماعية:

يعاني أطفال ذو اضطراب التوحد من صعوبات في بدء العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها مع أقرانهم، رغم احتمالية ارتباطهم بشكل أفضل مع والديهم، ومقدمي الرعاية وأشخاص آخرين ممن يستطيعون توفير احتياجاتهم وقراءة مشاعرهم، فالقصور في المجال الاجتماعي يعد اهم مشكلة تظهر على حالات اضطراب التوحد، وهناك نطاق واسع تتجلى فيه مظاهر القصور في المجال الاجتماعي في مختلف مراحل العمر، وإن كانت أكثر وضوحا في المراحل الأولى من عمر الطفل إذ يبدي معظم الأطفال ذوي اضطراب التوحد عدم الاهتمام بمن حولهم ويفضلون الوحدة، وهم نادرا ما يبحثون عن أي تواصل اجتماعي أو مشاركة تجاربهم مع غيرهم. إلا أنهم عندما يتقدم بهم العمر تنمو لديهم الرغبة في التواصل الاجتماعي حتى وإن ظلوا يواجهون صعوبة شديدة في التعرف على كيفية التقرب من الآخرين، وفهم قواعد التواصل الاجتماعي المتعارف عليها.

وقد لخص القمص (2011) بعض السمات الفرعية والتي تعتبر من مظاهر العجز الاجتماعي لدى الأطفال فيما يلي:

- قصور أو عجز في تحقيق التفاعل الاجتماعي.
- رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الإتصال العاطفي الجسدي.
- قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها.
- عدم التأثر بوجود الآخرين أو الإقتراب منهم.
- عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين.
- عدم الإستجابة لإنفعالات الآخرين أو مبادلتهم المشاعر نفسها.
- يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب الاهتمام من أحد.
- لا يرد الإبتسامة للآخرين وإذا ابتسم تكون الإبتسامة للأشياء وليس الآخرين.
- قصور في التواصل البصري حيث يتجنب النظر بوجه الآخرين. (صالح، 2011، ص 54)

2.4 الخصائص اللغوية:

يتميز الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد بخصائص لغوية مختلفة قد تؤثر على قدرتهم على التواصل اللفظي وغير اللفظي. ومن أبرز هذه الخصائص:

1. التأخر اللغوي: يعاني العديد من الأطفال التوحديين من تأخر في اكتساب اللغة، حيث قد لا يبدأ بعضهم في التحدث إلا في سن متأخرة أو يظلون غير ناطقين.
2. ضعف استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي: حتى عندما يكتسب الطفل المهارات اللغوية، فقد يواجه صعوبة في استخدامها بفاعلية للتفاعل مع الآخرين، مثل صعوبة البدء في المحادثات أو الاستجابة لها.
3. الصدى الكلامي (Echolalia): وهو تكرار الكلمات أو العبارات التي يسمعها الطفل دون فهم حقيقي لمعناها، وقد يكون ذلك فوراً أو متأخراً.
4. الاضطرابات النحوية والصرفية: قد يظهر الأطفال التوحديون أخطاء في تركيب الجمل أو في استخدام الضمائر، مثل استخدام "أنت" بدلاً من "أنا".
5. نبذة الصوت غير المعتادة: قد يكون لدى بعض الأطفال نبذة صوت رتيبة أو غير طبيعية، مثل التحدث بصوت عالٍ جداً أو منخفض جداً، أو بلكنة غريبة.
6. القصور في فهم اللغة المجازية: يجد الطفل التوحدي صعوبة في فهم التعابير المجازية أو التلميحات الاجتماعية، مما يجعله يأخذ الكلام بمعناه الحرفي. (الزيات، 2019، ص 215)

3.4 الخصائص النفسية والانفعالية:

تعكس المهارات الاجتماعية والانفعالية الوعي والإدراك الذاتي للطفل والقدرة على التفاعل مع الآخرين والكبار وهذه المهارات هامة لحياة الطفل بداية فإن الطفل يتفاعل من خلال تبادل الأدوار بين الآباء والطفل، ويطور الأطفال الأساس اللازم لتقدير الذات من خلال هذه العلاقات المبكرة ومع نضج الطفل فإنه يطور الصبر ويلتقط الإشارات من خلال التفاعل مع الآخرين لتطوير المهارات الاجتماعية في المشاركة وأخذ الدور والصدقة ومن خلال فهم كيف يتعاملون مع الأفراد فإن الأطفال يتعلمون كيف يكونون أعضاء في المجتمع، وعندما يخطئ الطفل في إدراك الرسالة فإنه يصبح غير قادر على التفاعل بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية. (سوسن، 2010، ص 75)

حتى الآن لم توضح الدراسات التي أجريت على التوحد أي من الخصائص النفسية ولكن هناك بعض الحالات التي درست في العيادات الطبية تقترح أنه لا يوجد الكثير من الاضطرابات النفسية في التوحد، والدراسات الإكلينيكية تشير إلى حدوث الأكتئاب في التوحد إلا أن نسبة الانتشار الدقيقة للأكتئاب في التوحد ما زالت غير معروفة.

ويشير كوك وجولدينج 2001 إلى أن المخاوف الشديدة والفوبيا غالباً ما تظهر لدى الأطفال المصابين بالتوحد الذين يعانون من فرط الإدراك الحسي إذا وجد أنه يستمر لفترة طويلة بالإضافة إلى ردود فعل غريبة تعيق تقدمهم وأدائهم ولعل من بين التعبيرات الشاذة في الحالات الانفعالية النفسية:

- ضرب البطن أو لف الأصابع في حالة تعبير عن الفرح.
- الضحك الشاذ غير الموظف في حال التوتر. (الجلامدة، 2013، ص 81)

وقد أكدت الدراسات أن الحالة النفسية للتوحديين يمكن أن تتبدل بين متضادين بسرعة دون سابق إنذار كما يمكن أن يظهر الطفل المصاب بالتوحد بعض مشاعر الغيرة والإحساس بالسعادة، التعلق بالآخرين ومن الملفت للنظر أن سبب الكثير من المشاكل النفسية يكون منشأها صعي وجسمي بالدرجة الأولى وقد يعاني الأطفال التوحديين من نقص

الفصل الثاني:.....التوحد

الإدراك الحسي للألم، أو الإسهال أو، الإمساك مما ينعكس على حالتهم النفسية بأشكال عدة الصراخ، أو عدم تقبل الأوامر وهذا شائع ويؤخذ بعين الاعتبار عند التعامل مع الأطفال المصابين بالتوحد.

التحديات في الوظائف التنفيذية: تشمل صعوبة في التخطيط، والمرونة المعرفية، والتحكم في الانفعالات، مما يؤثر على القدرة على التكيف مع التغيرات في البيئة. (Hill, 2004).

4.4 الخصائص التواصلية:

تعتبر اضطرابات التواصل من الخصائص الأساسية التي يعاني منها الأفراد التوحديين والتي يعتمد عليها الأخصائيون في تشخيص التوحد، حيث تضم مجموعة من الاضطرابات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والتي تتفاوت في الشدة والشكل، ولذلك يعتمد العديد من الباحثين بتوظيف هذه الخاصية للكشف المبكر عن التوحد فقد قام لو يستر وآخرون (Lopez, Lord, Qiu, Luyster, 2007) بتطبيق قائمة التطور التواصلية على عينة من الأطفال بهدف الكشف عن التوحد حيث أظهرت النتائج صلاحية قائمة للتنبؤ بالتوحد في عمر سنتين، لكنها كانت أكثر تنبؤ في عمر ثلاث سنوات.

كما قام نادج وآخرون (Nadig, etal, 2007) باختبار عدم استجابة الطفل لإسمه حين ينادي به ومدى دلالة على التوحد فوجد الباحثون دلالة عالية على التوحد في السنة الأولى من عمر الطفل عنده فشله في الاستجابة لاسمه بينما كانت نسبة الدلالة على التوحد في سن الثانية من العمر. (الجلي، 2015، ص55)

أما الأطفال الذين يكونون بوسعهم التحدث نظرا لتعلمهم بعض الكلمات فيبدوون أوجه شذوذ في نغمة الصوت (Intonation) وطبقة الصوت أوجهاراته (Volume) ومحتوى اللغة الشفوية التي يتحدثون بها وقد يبدو كلامهم آليا (Robotic) أو يقوم بالترديد المرضي للكلام على شكل المصاداة (Echolalia). (الجلامة، 2013، ص25)

تبين لنا من خلال هذا العنصر ان اضطراب التوحد يتميز بنقص في التفاعل مع الآخرين وعجز في التعبير عن المشاعر والأحاسيس، بالإضافة إلى ضعف شديد في التواصل وعدم القدرة على استخدام اللغة والتعبير بحركات غريبة ونمطية عن المشاعر، ولامبالاة بوجود الآخرين، فالخصائص الظاهرة يمكن ملاحظتها على الحالة لكن هناك خصائص سلوكية داخلية لا يمكن ملاحظتها الا بتشخيص دقيق.

5- أسباب طيف التوحد:

لم يتوصل الباحثون الى السبب الرئيسي للإصابة باضطراب التوحد الى غاية اليوم، فعلى الرغم من الجهود المبذولة من قبل المختصين والباحثين، الا ان ما تم التوصل إليه لم يتعدى إلى كونه فرضيات لم الوصول الى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، ولعل ما يزيد هذا الإضطراب غموضا عدم معرفة الأسباب الحقيقية على وجه التحديد، وكذلك لشدة غرابة أنماط سلوكه التكيفي من ناحية أخرى. (بوحميده، 2024، ص31)

1.5 الأسباب الجينية:

يشير بعض الباحثين الى إمكانية مساهمة الوراثة بنسبة 4 – 5% في الإصابة بحالات التوحد، إلا أن الاستعداد الوراثي ليس مطلقا، كما يصعب تحديد كيفية انتقال الجينات المسؤولة عن الإصابة، وما هو الموروث تحديدا، حيث يتفاعل أكثر من عشرة دينات مختلفة في هذا المجال، كما يفترض بعض الباحثين ان الخلل في تكوين بعض الجينات في

الفصل الثاني:.....التوحد

مرحلة مبكرة من حياة الجنين قد يؤدي لإصابته بالتوحد، ويستشهدون على ذلك بظهور أعراض توحدية في العديد من الاضطرابات الجينية. (الزريقات، ب، س، ص78)

2.5 الأسباب البيئية:

تشير بعض الدراسات الى ان تعرض الآباء والأمهات لمواد كيميائية سامة قد يؤدي الى زيادة مخاطر انجابههم لأطفال مصابين بالتوحد، كما ان تعرض الطفل للتلوث البيئي خلال الفترات الحرجة من مراحل نموه يحدث العديد من المشكلات التي قد تؤثر سلبا على تطور قدراته المختلفة، الا ان كيفية حصول ذلك واسبابه لا تزال مجهولة حتى الان، ومن هذه الملوثات الزئبق، والمواد الحافظة للأطعمة والرقاص، وأحادي أكسيد الكربون وغيرها.

(بوحميده، 2024، ص40)

3.5 الأسباب العصبية:

يظهر فحص الرسم الكهربائي للدماغ في حالة التوحد كما يذكر العالم فيرث (2003) ان هناك بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي 20 – 65 % من حالات التوحد خصوصا عندما يتقدمون في العمر، وبالتحديد قرب مرحلة المراهقة وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى اقل من الذكاء، أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد كالتخلف العقلي والتصلب الدرني والحصبة الألمانية. (الزريقات، ب، س، ص82)

هناك أدلة على وجود خلل في الناقلات العصبية مثل السيروتونين والدوبامين، والتي تلعب دورًا في تنظيم المزاج والسلوك الاجتماعي كما أظهرت بعض الدراسات مستويات مرتفعة من السيروتونين في الدم لدى الأطفال المصابين بالتوحد، مما يشير إلى دور فيزيولوجي محتمل (Schain & Freedman, 1961).

تختلف أسباب طيف التوحد من أسباب وراثية أو اختلال في هرمونات النمو وهذا حسب الحالة والبيئة المحيطة التي تعيش فيها ويبقى سبب التوحد مجهولا نظرا لتداخل الأسباب وتعقيدها وظهور بعض الاعراض عند حالات وعدم ظهورها في حالات أخرى لهذا يجب التركيز على الأسباب العضوية والتاريخ المرضي للطفل منذ الولادة.

6- النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد:

يعد اضطراب طيف التوحد (ASD) من الاضطرابات النمائية العصبية المعقدة التي أثارت اهتمام الباحثين في مختلف المجالات، مما أدى إلى ظهور العديد من النظريات التي تحاول تفسير أسبابه وطبيعته. وفيما يلي نستعرض بعض النظريات التي فسرت اضطراب التوحد:

1.6 النظرية المعرفية:

تشير (كريستين نصار، جانيت يونس، 2009) إلى أن الخصائص المعرفية الملاحظة عند التوحدين تحدد طريقتهم في إدراك البيئة المادية والاجتماعية فالمعرفي يتحدد في القاموس Larousse، بأنه يتوافق مع الأنساق التي يكتسب الكائن الحي عبرها معلومات عن بيئته، وتتم هذه المعلومات بوظائف ذهنية تجمع بين التفكير والحكم والإدراك والذاكرة والإنتباه، وبالتالي يجب أخذ هذه الخصائص في الإعتبار لفهم الأشخاص المصابين بالتوحد، ولتحديد نوع المساعدة الخاصة المتكيفة مع حاجاتهم ولتنميتهم من تنمية طاقاتهم، فقد تكون خصائص معالجة المعلومات مسؤولة عن الصعوبات التي يواجهها. (بوحميده، 2024، ص25)

ويشير (رفعت بهجات، 2007): إلى انه يمكن القول بأن استخدام طفل التوحد لذاكرته يعتمد على سياق مجموعة من العوامل للتلميح أن عملية بحث الطفل التوحدي عن شيء معين في ذاكرته تصبح عملية صعبة جدا او مستحيلة نظرا لعدم وجود خبرات ذاتية في ذاكرته، وهذا يؤدي بدوره إلى ظهور مجموعة من الصعوبات أو المشكلات لدى الطفل التوحدي. (الشرقاوي، 2018، ص48)

2.6 النظرية الاجتماعية:

يشير بوحميده عن (إبراهيم بدر، 2004، وسوسن الحلبي، 2005): إلى أن أصحاب هذه النظرية يروا أن اضطراب التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم احساسه بعاطفتهم، فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية، مما يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري، وانطوائه على نفسه، ويرى كافر أن العزلة الاجتماعية وعدم الإكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات غير الطبيعية، حيث أن معظم آباء الأطفال التوحيدين الذين تم تشخيصهم كانوا من ذوي التحصيل العلمي، وكانوا غربيي التصرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جادين، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم، كما يرى كافر بأن توحيد الطفولة المبكرة قد يكون عائدا إلى تأثر الطفل ببعد او انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة، غير أن الدراسات المقارنة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحيدين وآباء الأطفال غير التوحيدين لم تظهر فروقا ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم مما يستبعد أن تكون الأسباب الاجتماعية والأسرية لها علاقة مباشرة بالتوحد. (بوحميده، 2024، ص33)

3.6 النظرية السلوكية:

تفترض هذه النظرية أن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحيدين هي مشكلات أولية او تسبب مشكلات إجتماعية، حيث يرى البعض أن المشكلة الرئيسية تتمثل في تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة تقوم على عدم وجود تكامل بين الحواس ببعضها ببعض وتنسم بالصفات الآتية:

- زيادة في الإستقبال الحسي للحاسة الواحدة.
- نقص في الإستقبال الحسي للحاسة الواحدة.
- استقبال القناة الواحدة.
- اثارة حاسة واحدة تؤدي إلى استثارة حواس أخرى.

وتشير (فرث): إلى أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة وهذا البحث أدى إلى أنواع مهمة من العلاج التي تطوق العيوب المعرفية والسلوكية، وبعض المعالجات السلوكية علموا الأطفال التوحيدين بعض التعبيرات الإنفعالية المختلفة ولغة الإشارة اعتمادا على استغلال حساسيتهم للحس والحركة وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق، وذلك بواسطة معززات مكافئات العلاج السلوكي. (الشرقاوي، 2018، ص44)

4.6 النظرية الإدراكية:

تشير (هدى أمين، 1999): إلى أن أنصار هذا الإتجاه يروا أن التوحد بسبب اضطراب إدراكي نمائي فالطفل التوحدي يعاني من انخفاض في القدرات العقلية المختلفة، والتي ترجع بدورها إلى انخفاض في قدرته على الإدراك بالإضافة إلى اضطراب في اللغة، كما ترجع بعض الدراسات أسباب التوحد إلى الخلل الحادث في الإدراك وعدم تنظيم

الفصل الثاني:.....التوحد

الاستقبال الحسي مما يعوق قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى على البيئة، كما تحد من قدرته على التعلم والتكيف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته ولوحظ أن معظم أطفال التوحد لديهم إعاقات في واحدة أو أكثر من حواسهم، هذه الإعاقات يمكن أن تشمل السمع واللمس والتذوق والانتزان والشم والإحساسات العميقة، وهذه الإحساسات قد تكون زائدة الحس أو ناقصة الحس، وكنتيجة لذلك قد يصعب على أطفال التوحد معالجة الإحساسات القادمة إليهم حاملة معلومات غير صحيحة، فبعض أطفال التوحد يتجنبون معظم أشكال الاحتكاك الجسماني.

(بوحميده، 2024، ص 37)

5.6 النظرية النفسية:

تشير (نادية أبو السعود، 2000): أن أصحاب هذه النظرية يروا أن سبب الاضطراب التوحيدي هو الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، ومع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة وقد افترض أن التوحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوحيدين في بيئة تفتقد التفاعل والتواصل والجمود مما يؤثر على نمو الطفل النفسي والاجتماعي وإهتماماته.

ويعتبر (ليو كانر) أول من وصف آباء هؤلاء الأطفال بأنهم شديداً بالاهتمام بالتفاصيل، ويتسمون بالإنطوائية والبرود الانفعالي، ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنهم متفوقون عقلياً، لذا يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالفض من قبل والديه وعدم إحساسه بالعاطفة.

وقد تعرض وصف (كانر) للخصائص الأبوية للانتقاد من بعض الباحثين ولكن بعضهم اعترف بأنه يمثل التفسير النفسي، بعد سنوات من وصف كانر لسبب التوحد، والذي أدى إلى إرباك بسبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة وكرد فعل للبرود والأناية الوالدية. (الشرقاوي، 2018، ص 50)

6.6 النظرية البيولوجية:

تفسر النظرية البيولوجية التوحد على أنه اضطراب ناتج عن عوامل جينية وعصبية تؤثر على نمو الدماغ ووظائفه. تُظهر الأبحاث أن التوحد يرتبط بتغيرات في بنية الدماغ ووظيفته، مثل الاختلافات في حجم القشرة الدماغية، واضطرابات في الاتصال العصبي بين المناطق الدماغية المختلفة، خاصة تلك المسؤولة عن التواصل الاجتماعي والمعالجة الحسية (2007) (Geschwind & Levitt).

مما سبق نستخلص ان تنوع النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد حيث نجد أن أنصار النظرية المعرفية ترجع سبب التوحد الى ان خلل في الإدراك والذاكرة، بينما الإدراكية تفسره على انه انخفاض في القدرات العقلية وتأخر في نموها، أما الاجتماعية فترجع سبب التوحد الى انعزال الأب عن الطفل مما يسبب له الخوف والإنسحاب والإنعزال عن المجتمع، اما النظرية النفسية فتفسره على انه الإصابة بالفصام الطفولي ومهما تعددت التفسيرات المختلفة لاضطراب التوحد الا انه يبقى معقداً ومجهول الأسباب الحقيقية.

7- تشخيص التوحد:

تعتبر جهود (كاتر) هي البداية الأولى التي اعتمد عليها كثير من الباحثين في التعرف على اضطراب التوحد وتشخيصه، فقد أشار في مقالته الأساسية عن التوحد على خصائص 11 طفل كانوا يعانون من مرض غير معروف، وأن هذه النتائج اعتمدت الملاحظة الدقيقة المنظمة، وكان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على الخصائص السلوكية للمفحوصين والتميز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى، وتشمل الصفات التي أوردتها (كاتر) فقدان القدرة على التعلق والانتماء الى الذات والآخرين والمواقف منذ الولادة. تأخر اكتساب الكلام، عدم استخدام الكلام، في عملية التواصل، إعادة الكلام بشكل نمطي، عكس صفة الملكية، سلوك لعب نمطي، رغبة شديدة في المحافظة على الروتين، ضعف القدرة على التخيل، مظهر جسماني طبيعي ومعظم هذه الصفات وردت في دراسة لاحقة عن الأطفال التوحدين كما أضيفت اليها صفات وخصائص سلوكية أخرى، ومعظم هذه الصفات ان لم يكن كلها قد وردت في الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث RSM-111-R الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام 1987 وتتضمن الخصائص التشخيصية للتوحد الطفولي الأعراض التالية: (الشرقاوي، 2018، ص90)

- بداية المرض أو الاضطراب قبل سن 30 شهرا.
- عدم القدرة على الاستجابة للآخرين.
- اضطراب شديد في النمو اللغوي.
- أنماط كلام غريبة مثل ترديد الكلام المباشر، أو ترديد العبارة المتأخرة أو قلب الظمائر.
- استجابة غريبة غي بعض المواقف مثل: مقاومة التغيير أو التعلق بالأشياء.
- انسحاب اجتماعي وانطواء على الذات.
- نشاط حركي مفرط.
- عجز عن التخيل.
- اضطرابات كيفية في التفاعل الاجتماعي.
- اللعب الإنفرادي، والتركيز في التعامل على جزء من البيئة.
- حركات جسمية نمطية وقسرية.

وبعد تشخيص الاضطراب التوحدي من أصعب الأمور ومن أكثرها تعقيدا وخاصة في المجتمعات العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يؤدي الى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل وبالتالي صعوبة التدخل في أوقات لاحقة، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ولمهارات التواصل لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور. (مجيد، 2010، ص64)

ويشير (احمد عكاشة 2003) انه عند تشخيص التوحد لا توجد مرحلة سابقة او كبيرة من الارتقاء الطبيعي، ولكنها ان وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات، وهناك دائما اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يتضح في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين، وعدم تعديل السلوك مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية وكذلك الاختلالات الكيفية

الفصل الثاني:..... التوحد

في التواصل، مثل عدم الاستخدام لأية نشاطات، ويظهر الأطفال المصابون بالتوحد فقدانهم الى التلقائية والمبادرة ووجود صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية. (الشرقاوي، 2018، ص 95)

ويشير عبد الله (2002) الى أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-1v الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر من منظمة الصحة العالمية (1992) يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص اضطراب طيف التوحد وفي هذا الإطار نلاحظ ان محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي:

(ICD-10)

1) البداية: تكون بداية الاضطراب قبل ان يصل الطفل الثالثة من عمره ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلا في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي. واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي واللعب الرمزي أو الخيالي.

2) التفاعلات الاجتماعية: وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي وإقامة علاقات مع الأقران. والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

3) اللغة والتواصل: يوجد قصور كفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة الى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

4) الأنشطة والاهتمامات: توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الإنشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي، والتابة والروتين، وأساليب نمطية الأداء، والإنشغال بأجزاء من الأشياء.

وتشير كريمان بدير (168-2004:167): الى ان تشخيص التوحد جاء بعد الملاحظة الدقيقة وتقييم الأفراد وعلى الرغم من أن التوحد يعبر عن اضطراب في الجهاز العصبي، الا انه لا يوجد اختبار طبي معين او اجراء يستطيع ان يؤكد تشخيص التوحد بدلا من نظرة المتخصصين لأعراض الأشخاص ومقارنتها لتكون محكا لتشخيص التوحد.

(الشرقاوي، 2018، ص 98)

مما سبق نستخلص انه تشخيص التوحد بطريقة محترفة لابد من النظر للتاريخ العائلي للطفل المصاب والبحث في الاضطرابات العائلية المتناقلة عبر الأجيال بالإضافة الى مرافقة الطفل في مختلف نشاطاته اليومية وملاحظة السلوكات والإنفعالات النفسية عند التفاعل مع الآخرين، فتشخيص مثل هذه الاضطرابات النمائية يحتاج الى وقت وجهد يعتمد على خبرة الباحث في جمع مختلف المعلومات حول الحالة للتمكن من تشخيص الاضطراب.

8- أنواع طيف التوحد:

1.8 التوحد:

اضطراب نمائي يؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي والأداء التربوي، وتلاحظ أعراضه قبل سن الثالثة من العمر ويرى شيا وبور (1994، Shea et Bawer) بأن الطلبة المصابين بالتوحد يظهرون الخصائص التالية:

- صعوبة مع الآخرين وصعوبة في تطوير علاقات شخصية.

- مشكلات في التواصل في كل من اللغة والنطق.
- تأخر نمائي في الجوانب المعرفية والاجتماعية والحركية.
- صعوبة في القيام بردة فعل مناسبة للأحداث البيئية.

2.8 اضطراب اسبرجر:

تتميز متلازمة اسبرجر بإعاقة العلاقات الاجتماعية، والسلوكيات المحددة أو غير المعتادة بدون التأخر اللغوي الذي يمكن مشاهدته لدى الأشخاص المصابين بالتوحد، وقد تم وصف هذا الإضطراب لأول مرة من قبل الطبيب النمساوي هانزاسبرجر (Asperger, Hans)، 1944، ومؤخرا فقط تلقى هذا الاضطراب ذلك المستوى من الفحص والدراسة الذي حظيت به الاضطرابات النمائية العامة وحديثا تم تضمين هذا الاضطراب في (5DSM). (الزريقات، ب، س، ص75)

3.8 اضطرابات ريت

يظهر اضطراب ريت عبر التواصل بين مجموعة من الخصائص الجسدية والسلوكية والمستويات المتصاعدة لأمونيا الدم أو مرض الدم، لقد كانت هذه الملامح توجد في الإناث فقط بالمشاركة مع أمونيا الدم، منذ ذلك الوقت كانت تظهر على أنها شاذة ولكن الوصف الجسدي والسلوكي الذي وضعه كل من ريت وهامبرغ (Rett et Hamberg) هو اضطراب مختلف وفريد.

وحسب ريت هو اضطراب عصبي تصاعدي Progressive يصيب الإناث بشكل أساسي، ويتميز بلوي اليدين والمتشابكتين بشكل متواصل، والتخلف العقلي، وإعاقة في المهارات الحركية وتظهر هذه الصعوبات بعد أن يكون الشخص قد تجاوز بداية طبيعية من النمو، لقد عرف هذا الاضطراب منذ مدة قصيرة فقط، اذ تم وصفه لأول مرة من قبل أندرياس ريت (1966,Andrea,Rett) عندما نشر تقريراً حوله بعد دراسة حالات 35 فتاة من فرنسا والبرتغال والسويد.

(سهيل، 2015، ص114)

4.8 اضطراب الطفولة التفككي:

يتضمن اضطراب الطفولة التفككي تراجعاً لغوياً شديداً، وسلوكاً متكيفاً، ومهارات حركية بعد فترة من النمو الطبيعي لفترة تتراوح بين 2-4 سنوات في بدايات القرن الماضي (م1908)، أعلنت (ثيودور هيلر Theodor Heller) نتائج مراقبة لستة أطفال تعرضوا لتراجع شديد بعد نمو طبيعي لعدة سنوات، مع تدهور جاء بوقت أكثر تأخراً مما كان مع اضطراب ريت، وقد كان للإضطراب الذي اكتشفته هيلر Heller عدة أسماء عبر السنين، منها: الخرف الطفولي (Dementia, Infantile)، ومتلازمة هيلر (Hellers Syndrome)، الذهان التفككي (Disintegrative Psychosis)، والإسم الحالي: اضطراب الطفولة التفككي. وهذا الاضطراب جديد أيضاً بالنسبة لـ DSM-4 وتدل توقعات إنتشاره بأنه نادر جداً ويحدث مرة واحدة بين كل 10000 ولادة تقريباً، وهو يحدث عند الذكور أكثر من الإناث.

على الرغم من ملاحظة بعض الأبحاث وجود تأخر ثانوي لدى بعض الأطفال في مرحلة مبكرة، فإن التراجع أو فقدان المهارات الذي يتعرض له الأفراد المصابون بإضطراب الطفولة التفككي قد يحدث في عدة مجالات، بما فيها مهارات الكلام واللعب، وبسبب الصعوبات التي يواجهها هؤلاء الأشخاص في المواقف الاجتماعية فهم يظهرون بعض السلوكيات المماثلة لسلوكات الأطفال المصابين بالتوحد. كما أنهم قد يشكون من التخلف العقلي، مع وجود بعض المؤشرات إلى أن مهاراتهم

المعرفية قد تكون أكثر تدهورا من إحدى الفحوصات التي أجريت في اليابان لوحظ بأن حوالي 80 من الأطفال المصابين بهذا الإضطراب قد أظهروا بعض التحسن في استرجاع مهاراتهم المفقودة وذلك بعد سن الرابعة رغم استمرار معاناتهم من الإعاقات. (الزريقات، ب، س، ص 78)

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية التي تتميز بنقص في النمو العصبي وتأخر في اللغة، وينقسم الى اضطرابات نمائية واضطرابات الطفولة التفككية التي تتميز بتدهور وتراجع شديد في النمو مع تأخر في اللغة والتخلف العقلي وبصفة عامة فإن اضطراب طيف التوحد يتكون من مجموعة من الأعراض التي تميز نوعا عن آخر لكنها تشترك في التأخر اللغوي والنمو العقلي وضعف التواصل مع الآخرين.

9- علاج التوحد:

تتطلب عملية علاج اضطراب طيف التوحد اتباع أساليب متعددة، يتم اختيارها بحسب احتياجات الطفل ومستوى الأعراض، ومن أبرز هذه الأساليب:

1.9 العلاج التحليلي السلوكي التطبيقي (ABA):

يعتمد هذا الأسلوب على تطبيق مبادئ علم النفس السلوكي لتعديل سلوكيات الطفل. يهدف إلى تعليم مهارات جديدة وتعزيز السلوكيات المرغوبة، مثل التواصل البصري والاستجابة للأوامر، مع تقليل السلوكيات السلبية كالصرخ أو الانسحاب الاجتماعي. يتم تنفيذ هذا البرنامج من خلال جلسات فردية منظمة، يستخدم فيها التعزيز الإيجابي كوسيلة لتحفيز الطفل. وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات فاعليته، خصوصاً إذا بدأ في سن مبكرة.

(القطامي، 2011، ص. 87).

2.9 برامج التدخل المبكر:

تشير البحوث إلى أن السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل هي فترة حاسمة لنمو الدماغ واكتساب المهارات. لذا، فإن التدخل في هذه المرحلة يُعد من أكثر الأساليب فاعلية في علاج التوحد. تتضمن هذه البرامج تدريباً مكثفاً للطفل يشمل الجوانب اللغوية والمعرفية والسلوكية، كما قد يشمل إشراك الأسرة في خطة التدخل. ويسهم هذا التدخل في تقليل حدة الأعراض وتحسين مهارات التفاعل الاجتماعي. (عبد الرحمن، 2014، ص. 52).

3.9 العلاج النطقي واللغوي:

يعاني معظم الأطفال المصابين بالتوحد من صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي. ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تحسين القدرات النطقية ومهارات التعبير والفهم. كما يُدرب الطفل على استخدام بدائل تواصلية مثل الصور أو الأجهزة الإلكترونية في حال عدم القدرة على الكلام. ويُنفذ العلاج على يد أخصائي تخاطب، باستخدام أنشطة متدرجة تتناسب مع مستوى الطفل. (حمزة، 2016، ص. 80).

4.9 العلاج الوظيفي:

يُركز على تطوير المهارات الحركية الدقيقة والخشنة، ومهارات التنظيم الحسي، ومهارات الحياة اليومية مثل الأكل، اللبس، والنظافة الشخصية. يساعد العلاج الوظيفي الأطفال على التفاعل بشكل أفضل مع البيئة المحيطة، سواء في المنزل أو المدرسة. ويُعد مناسباً للأطفال الذين يعانون من اضطرابات حسية أو تأخر في النمو الحركي، وهو عنصر أساسي في برامج التأهيل الشامل. (حمزة، 2016، ص. 84).

5.9 التدخل الأسري وتدريب الوالدين:

يلعب الوالدان دورًا أساسيًا في إنجاح أي خطة علاجية. لذلك، تُقدم برامج تدريبية للوالدين حول كيفية التعامل مع الطفل، وإدارة السلوك، وتعزيز مهارات التواصل. وتساعد هذه البرامج في تقليل الضغوط النفسية على الأسرة، كما تعزز العلاقة بين الطفل وأفراد أسرته. تشير الدراسات إلى أن دعم الأسرة له تأثير مباشر على تقدم الطفل وتكيفه النفسي والاجتماعي. (الدسوقي، 2018، ص. 125).

6.9 العلاج الدوائي:

لا يُستخدم الدواء كعلاج مباشر للتوحد، بل يُعطى للأطفال الذين يعانون من أعراض مرافقة مثل فرط النشاط، القلق، نوبات الغضب، أو اضطرابات النوم. ومن أكثر الأدوية استخدامًا مضادات الذهان أو أدوية تعديل المزاج، وتُوصف دائمًا تحت إشراف طبي مختص. ويُعد العلاج الدوائي مكملًا للعلاج السلوكي وليس بديلًا عنه، ويجب تقييم فعاليته بشكل دوري. (مرعي، 2015، ص. 119).

خلاصة:

وفي الختام نستخلص ان اضطراب طيف التوحد حالة نمائية معقدة تتأثر بعوامل بيولوجية وبيئية متعددة، مما يجعله محور اهتمام واسع في الأبحاث الحديثة. وقد استعرض هذا الفصل أهم المفاهيم المتعلقة بالتوحد، من تعريفه وأسبابه إلى النظريات المفسرة له ونسب انتشاره عالميًا وعربيًا. ورغم التقدم في التشخيص والتدخل العلاجي، لا تزال هناك تحديات في الكشف المبكر وتوفير الرعاية المتخصصة. لذا، فإن تعزيز البحث العلمي والتوعية الأسرية يظل ضروريًا لتحسين فهم الاضطراب وتطوير استراتيجيات أكثر كفاءة لدعم الأفراد المصابين وأسرهم.

بعد الإنتهاء من عرض فصل التوحد والتطرق الى تعاريفه وأهم أسبابه وعلاجاته سنتطرق في مايلي الى الفصل الثاني من الدراسة وهو الإكتئاب.

الفصل الثالث: الإكتئاب

- نبذة تاريخية عن الإكتئاب
- انتشار الإكتئاب
- مفهوم الإكتئاب
- خصائص الإكتئاب
- النظريات المفسرة للإكتئاب
- أنواع الإكتئاب
- أسباب الإكتئاب
- تشخيص الإكتئاب

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا، حيث يؤثر على الحالة المزاجية والسلوك اليومي للفرد، وقد يعيق قدرته على أداء وظائفه الحياتية والاجتماعية. يتميز هذا الاضطراب بمشاعر الحزن العميق، وفقدان المتعة، واضطرابات النوم، والتعب المستمر، وقد يتطور في بعض الحالات إلى أفكار انتحارية. تتعدد أسباب الاكتئاب، حيث تلعب العوامل الوراثية، والبيئية، والاجتماعية دورًا مهمًا في نشأته وتفاقمه. ونظرًا لتأثيره الواسع على جودة الحياة والصحة النفسية، يهدف هذا الفصل إلى تناول مفهوم الاكتئاب، أسبابه، وأبرز الأساليب العلاجية المستخدمة في التعامل معه.

1- لمحة تاريخية حول الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب من أبرز الأمراض النفسية عبر التاريخ، حيث ذكرت أعراضها منه في كتابات المصريين القدماء، والإغريق والبابليون بحيث وصفه أبوقراط (1980، Shneider) "سنة 400 قبل الميلاد" بالملانخوليا. كما بين أريتوس (ARITTO) في عام ثمانون (80) بعد الميلاد، إلى وجود جملة من المعاناة النفسية عند الإنسان منها القلق والحزن والأرق والشعور بالذنب والفرح، والرغبة في الموت، فجاء بعد ذلك جالينوس (Jalinous) من (200) إلى (1100) بعد الميلاد فوضع نظرية الأخلاط الأربعة ومنها المرارة السوداء والتي إن زادت كان مزاج الشخص سوداوي أي مكتئبًا. وأوضح فليكس بلاتر (Platter.F) في أواخر سنة 1500 إلى أن الملانخوليا نوع من الإغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن والخوف. (الحجار 1989، ص 82).

كما ذكرت أعراض الاكتئاب عند العرب المسلمين، حيث قدم كل من ابن سينا والرازي أمثلة رائعة على دقة الوصف لحالات " الملانخوليا " والعلاجات الطبية المقترحة، زيادة على العلاجات النفسية بالراحة والإسترخاء والإيمان ولقد أشار ابن سينا سنة 980 ميلادي بأن الملانخوليا عبارة عن انحراف عن المجرى الطبيعي إلى الفساد والخوف والمزاج السوداوي.

ويرجع السبب إلى الدماغ حيث تتصاعد الأبخرة من البدن إلى الدماغ ومن علامات الملانخوليا حسب ما جاء به ابن سينا " الخوف من أمور غير معروفة وتخيل أمور غير موجودة. (العيسوي، 1975، ص 103 – 104).

2- انتشار الإكتئاب:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشارًا حيث تقدر إحصاءات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على (500) مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 8٪ من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10٪ خلال أقل من عام وتشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية في عام (1994) إلى أن نسبة حالات الاكتئاب تصل إلى 18٪ من خلال الدراسة الشاملة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء قد يصابون بالاكتئاب في مرحلة ما من حياتهم، وتم تصنيف 46٪ منهم كحالات اكتئاب شديدة، 88٪ كحالات اكتئاب معتدلة 57٪ كحالات اكتئاب بسيطة. (الشربيني، 2001، ص 29)

وفي دراسات قديمة عانى عدد كبير من المشاهير من الاكتئاب، ومنهم " أبراهام لينكولن " و "الملكة فيكتوريا"، "وونستون تشرشل" الذي أطلق على حالة الاكتئاب التي ألمت به "الكلب الأسود"، بالإضافة إلى هؤلاء المشاهير، أصيب عدد من المؤلفين والممثلين بالاكتئاب، نذكر منهم على سبيل المثال الكاتب " وليام ستيرن " الحائز جائزة «بوليتزر»، والذي ألف كتاب "خيار صوفي" (Sophie's Choice)) وغير ذلك من المؤلفات. وفي كتابه "رؤية الظلام المرئي (Darkness Visible)" يتحدث عن حالة الإكتئاب الشديد الذي ألم به، ويصف كيف يتمكن من تخطيها ومتابعة حياته بشكل طبيعي. (مكزي، 2013، ص 3)

ويذكر كلاي وآخرون 1993، (Clay et al) أنه وفقاً لتقرير رابطة علم النفس الأمريكية، فإن 8 مليون امرأة و3.5 مليون رجل على الأقل يمكن أن يشخصوا باعتبارهم يعانون من اكتئاب رئيسي وإنه منتشر لدى طلاب الجامعة. وعلى نحو التقريب فإنه شائع لدى النساء ضعف شيعه لدى الرجال كما نرى الاكتئاب لدى الأفراد في جميع المهن، ولكنه أكثر ما يكون شيوعاً لدى الأفراد في مجال الفنون والإنسانيات. (حمودة، 2020، ص143)

وفي احصائيات أخرى على المرضى المترددين على عيادات الأطباء من التخصصات المختلفة، أن نسبة 15% منهم يعانون من حالات الاكتئاب النفسي، ومن هذه الأرقام فقط يتبين أن الاكتئاب يعتبر من أكثر الأمراض انتشاراً بصفة عامة، وهناك حالات تطلق عليها حالات الاكتئاب "المقنع" الاكتئاب المقنع، وتعني أن المريض لا يبدو عليه اكتئاب، لكنه يشكو من أعراض أخرى مثل الصداع والظهر وضيق الصدر وعسر الهضم، ويتردد على أطباء من التخصصات المختلفة دون أن يعلم أحد أن هذه الأعراض هي مجرد اكتئاب جسدي يدل على إصابته بالاكتئاب، وهذه الحالات لا يتم تشخيصها

في معظم الأحيان، ويظل المريض يعاني لسنوات طويلة دون أن يتم تشخيص حالته من قبل الأطباء، وبالطبع لا يمكن لهذه الحالات الوصول إلى الأرقام والإحصائيات. (الشربيني، 2001ص32)

3- تعريف الاكتئاب:

يُعد الاكتئاب أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وتأثيراً على الصحة النفسية والعقلية للأفراد. فهو ليس مجرد حالة من الحزن العابر، بل اضطراب معقد يؤثر على الأفكار، والمشاعر، والسلوك، وأحياناً على وظائف الجسم. وفيما يلي نستعرض أهم تعريفات الاكتئاب:

1.3 لغة:

يقال اكتأب فلان أي حزن واغتم وانكسر، والكآبة تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، وأما الكأباء فهو الحزن الشديد. ويقال رماد مكتئب اللون: إذا ضرب إلى السواد، كما يكون وجه الكتيب، ويلاحظ هنا أن التعريف اللغوي للكآبة يتجاوز الوصف البسيط للحزن، إلى تناول التغير النفسي وحتى السلوكي الناجم عن ذلك. وبهذا يكون اللغويون العرب قد نجحوا ومنذ أقدم العصور في نحت مصطلح الوصف الحالة، هو أقرب ما يكون إلى التوصيف العلمي الوارد في التصنيفات الحديثة. وقد وردت العبارة بهذا المعنى في الحديث "أعوذ بك من كآبة المنقلب" أي الذي يرجع من سفره بأمر يحزنه . (زقعار، 2013، ص 8)

والاكتئاب في اللغة مشتق من الفعل deprimere في اللاتينية، والذي يعني "الضغط إلى الأسفل" أو "الخفض"، وهو يعبر عن حالة من الانخفاض في المزاج والطاقة النفسية.

2.3 اصطلاحاً:

يُعرّف الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي مزمن يتميز بمشاعر الحزن الدائم وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية التي كان الفرد يجد فيها متعة. يترافق هذا الاضطراب مع مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية، مثل اضطرابات النوم وتغيرات الشهية والشعور بالتعب المستمر، وانخفاض القدرة على التركيز واتخاذ القرارات، والشعور بالذنب أو بانعدام القيمة. ويُلاحظ أن هذه الأعراض تؤثر بشكل كبير على الأداء الوظيفي والعلاقات الاجتماعية للفرد، وقد تتراوح شدة الأعراض من خفيفة إلى شديدة تستدعي التدخل العلاجي المبكر لمنع تفاقم الحالة. (عبد الباقي، 2010، ص 27)

هو اضطراب نفسي يتميز بتغيير عميق في الحالة المزاجية وشعور بالحزن وانخفاض في مستوى تقدير الذات، وتغيرات جوهرية في الوزن والشهية والارق او كثرة النوم. يصاحب أحياناً بالقلق، شعور بالعجز الكلي ولوم الذات مع وجود أفكار سوداوية تصل غالباً للتفكير في الإنتحار(larousse ، ب، س، ص 241)

ويعرف الاكتئاب على انه حالة من الحزن الشديد والمستمر تنتج من الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وان كان المريض يعي المصدر الحقيقي لحزنه (زهران، 1995، ص 449).

يعد الاكتئاب اضطراباً عصبياً أو ذهنياً، وهو حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة، وتتسم بالكآبة وتحدث كمحاولة من طرف الفرد لخفض قلقه الحاد (البدرى، 2005، ص 35)

حسب اليزابيث زيتزل (E. ZIZELE) فتعرفه: بأنه درجة أو حالة أساسية للأنا تتميز بفقدان تقدير الذات ويعبر عن استجابة للأحداث الداخلية والخارجية.

ويعرفه دافيد ستات (D STATT) بأنه حالة من المظاهر أو الأشكال العامة للاضطراب الانفعالي الذي قد تختلف كثافته من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية الى حالة العقلية لليأس التام، وهو يتصف بالقلق، الكآبة، وانخفاض النشاط العام. (عبد الحميد، 2001، ص 23)

يعبر الاكتئاب عن مجموعة من الأعراض المركبة - التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية depressive syndrome. فمن المعروف أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب النفس. ويحيى عند البعض الآخر مختلطا مع شكاوى جسمانية، وأمراض بدنية بصورة قد لا نعرف الحدود بينهما. ويعبر البعض الآخر عنه، في شكل مشاعر باليأس، والتشاؤم والملل السريع من الحياة والناس... وهكذا. وربما تجتمع كل هذه الأعراض معا في شخص واحد. تنوع هذه الأعراض واختلاطها مع غيرها من أمراض نفسية وجسمانية أخرى. (إبراهيم، 1978، ص 16)

ويعرف الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي شائع يتميز بمشاعر الحزن المستمرة، فقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة اليومية، بالإضافة إلى مجموعة من الأعراض العاطفية والجسدية التي قد تؤثر على الأداء اليومي للفرد (American Psychiatric Association 2022).

تعريف (فرويد): (2022Oxford English Dictionary). حسب فرويد في مقاله الشهير "الحداد والميلانخوليا" (1917)، يُعرّف الاكتئاب -المعبر عنه بالميلانخوليا- بأنه حالة نفسية تتشكل نتيجة لفقدان شخص عزيز أو "موضوع الحب"، حيث لا يمر الفرد بعملية الحداد الطبيعية، بل يتم استيعاب هذا الفقدان داخلياً؛ فيُحوّل العدوان الذي كان موجّهًا نحو الكائن المفقود إلى عدوانٍ داخلي يوجهه نحو الذات، مما يؤدي إلى مشاعر الذنب الشديدة وانخفاض تقدير الذات. بهذه الطريقة، ينتقل الحزن الطبيعي إلى حالة اكتئابية مرضية تتميز بالصراع الداخلي والتحول في الطاقة الانفعالية. (243freud,1917,p)

ويعرفه حداد عبد العزيز (2007): الاكتئاب هو اضطراب انفعالي عاطفي، يتميز بالحزن الشديد المستمر والألم النفسي الحاد، والتأثير الذاتي، وفقدان اعتبار الذات، والشعور بالعجز، والفشل والتفاهة واليأس، مما يؤثر على النشاط العام من اثباط معرفي، ونفسي حركي وإعاشي، واضطراب واضح في الوظائف الغريزية كالنوم والتغذية والجنس. وتكون أسبابه داخلية أو خارجية المنشأ، أو كلاهما على حد سواء. (حداد، 2006، ص 51)

ويعرفه كولز: (1992) بأنه خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية وقد تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسدي وعقلي أو اجتماعي ومجموعة مركبة من أعراض معرفية ونزوعية وسلوكية وفسولوجية إضافة إلى الخبرة الوجدانية" وحسب حامد زهران: هو حالة من الحزن الشديد والمستمر ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة أو تعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذلك). ويعرفه أحمد عكاشة: "بأنه أحد فئات الاضطرابات الوجدانية، والتي تعتبر بدورها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وشيوعاً، وهي المسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية، حيث لا تشكل أعراضه مرضاً في البداية، ولكن تعتبر هذه الأعراض تفاعلاً للظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية إلا أن إهمالها قد يحولها إلى اضطرابات اكتئابية مزمنة. (حمودة، 2020، ص 145)

حسب مكزي: فالإكتئاب بطء ذهني وجسدي ويبين انه عندما تكتئب، تشعر أنك أشبه بآلة جامدة وتجد نفسك متعباً طوال الوقت، فيصعب عليك إتمام مهامك اليومية حتى أن كل خطوة قد تتطلب منك جهداً عظيماً، وتشعر أن الحياة تمشي ببطء شديد بما فيها كلامك الذي يصبح رتيباً مملاً وحركتك التي تبطل شيئاً فشيئاً. ويُطلق الأطباء عادةً على هذه الحالة التأخر النفسي الحركي. تبطل حركة الجسم عند الشعور بالاكتئاب وقد تتجمد أحياناً أخرى. قد تشعر بجفاف في الفم أو بالإمساك، وقد تفقد الدورة الشهرية انتظامها لدى بعض النساء. (مكزي، 2013، ص 15)

مما سبق نستخلص ان مفهوم الاكتئاب يتغير وفقاً للمنظورات النفسية والطبية، لكنه يُجمع على كونه اضطراباً يؤثر على المزاج والتفكير والسلوك عامة، حيث ان كل المفاهيم تصب في معنى واحد وهو انه يتميز بالحزن المستمر، وفقدان المتعة، والتعب، إضافة الى اضطرابات النوم. يعكس هذا التنوع في التعريفات الطبيعة المعقدة للاكتئاب، مما يتطلب فهمًا شاملاً لعوامله المختلفة لتحقيق تشخيص دقيق وعلاج فعال.

4- خصائص الإكتئاب:

يعد الإكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وتعقيداً فهو لا يؤثر فقط على الحالة المزاجية للفرد بل يمتد ليؤثر على طريقة تفكيره، وفيما يلي نستعرض خصائص الإكتئاب:

1.4 تعكر المزاج:

على الرغم من استخدام مصطلح الاكتئاب، لا يعني هذا الاستعمال أن كل مكتئب يعاني من تعكر المزاج. فقد يصاب البعض بالقلق، في حين يفقد آخرون الإحساس، ويعاني البعض الآخر من تعكر المزاج، إلا أنهم يقصدون الطبيب ويتحدثون عن أعراض جسدية لا يجدون لها تفسيراً، أو عن تغيرات سلوكية.

غالباً ما يكون المزاج المتعكر الذي يصيب المكتئب أقوى منها لدى الشخص المثبط أو على الأقل الحزين. ويظهر الاكتئاب في شكل شعور دائم بالحزن والفرغ والضيق والخوف، ويقول بعضهم أنه أشبه بالعيش تحت وطأة غيمة تسيطر على كل جزء من حياتهم. (مكزي، 2013، ص 5)

2.4 ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول:

من العلامات المميزة، أن مستوى النشاط العام لدى الشخص في حالة الاكتئاب، يكون أقل بشكل واضح مما كان عليه في السابق في حالته العادية.

وليس من النادر أن تجد الشخص المكتئب يقضي يومه جالساً في مكانه دون أي نشاط إيجابي، أو منهمكاً - في أحسن الأحوال - في نشاطات سلبية منفردة لا تتعدى مشاهدة التلفزيون، والرقود، وقضاء بعض الحاجات الرئيسية كالأكل.

أما أداء النشاطات المعتادة بما فيها الذهاب للعمل، أو القيام بالواجبات المنزلية والاجتماعية الأخرى فهي تبدو للشخص شيئاً عسيراً يصعب إنجازه، دون بذل طاقة شاقة. حتى الأشياء التي كان يستمتع بها من قبل بما فيها بعض الهوايات الرياضية أو الترفيهية الأخرى، تبدو له الآن غير مرغوب فيها ولا دافع له نحوها، وأنها مجرد واجب من الواجبات الثقيلة الأخرى (ابراهيم، 1990، ص23).

3.4 مشكلات في القدرة على التركيز والذاكرة:

عندما تملك المخاوف والأفكار السيئة يصعب عليك التفكير والتركيز على أمور أخرى، فتقع في مشكلات أنت في غنى عنها. من هنا يتعين عليك أن تركز على أمور معينة لتتمكن من تذكرها، لذلك لن تستغرب أبداً تزامن التركيز السيء مع مشكلات الذاكرة. فعندما تواجه مشكلات في التركيز، تجد نفسك أيضاً عاجزاً عن اتخاذ قرار ما، أو الانتباه إلى بعض التفاصيل، فتشعر أنك مشوش ومضطرب جداً، حتى لتكاد تظن نفسك مجنوناً. (مكتري، 2013، ص11).

4.4 توتر العلاقات الاجتماعية:

تعتبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين. وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة منها، عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين له. وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل. وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس، أو الدفاع عن الحقوق إذا ما هدرت، أو اتخاذ مواقف حازمة تجاه الإلحاحات غير الواقعية من الآخرين، أو عندما يتخطى بعضهم حدود اللياقة الاجتماعية. وأحياناً يجد بعضهم صعوبة في التعبير عن استيائه أو رفضه للأشياء التي تمثل عبئاً على الوقت، أو الصحة، أو الراحة. وأخيراً، قد يشعر البعض منهم بأنه وحيد، ويفتقد حب الآخرين ودعمهم، ومع ذلك، تجده يميل للانسحاب، وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة. (إبراهيم، 1990، ص23)

5.4 الجنس:

من المؤلف أن تقل الرغبة الجنسية تدريجياً لدى الذكور والإناث، وقد يضعف الأداء الجنسي والإثارة أيضاً، وقد يصبح هذا العرض هو المسيطر والهاجس خصوصاً عند الرجل، الذي قد يبكي على رجولته المفقودة ويختبر نفسه صباح مساء، ليصل إلى قناعة أنه قد فقد رجولته، ولا داعي لحياته، ويتمحور تفكيره على هذا الأمر وبصورة مزعجة جداً، إذ أنه يبحث عن المقويات الجنسية والهرمونات ويراجع الأطباء والمشعوذين بهذا الشأن، وقد يكون الأثر الجنسي وفقدان الرغبة ضمن الأعراض الكثيرة، ولا يكثر لها المريض أو المريضة نظراً إلى أن هناك أولويات أهم من الجنس. (الخطيب، 2008، ص34)

بينما يوضح أحمد عبد الخالق أربعة ملامح أساسية للاكتئاب وهي:

1 - المزاج:

أ - الحزن (الكآبة والبكاء)

ب - ضعف المعنويات (فقدان الحماسة والافتقاد إلى المزاج أو الدعاية ونقص الأهداف)

ج - الضجر والسأم الملل ونقص الاهتمام بالأشياء وفقد الميول أو الهويات القديمة وفقد الاهتمام بالأصدقاء)

د - الحط من قدرات الذات الشعور بانخفاض المكانة والنقص واللوم

2- الحيوية: وتشمل الجوانب الأربعة الآتية:

أ - السعادة والرفاهية حالة صحية منحرفة وعدم القدرة على التفكير)

ب - القدرة على التحمل فتور الهمة والبطء والتعب والتأخر)

ج - الشهية (فقد الحماسة للأكل وفقد الوزن واضطراب في تناول الطعام).

د - الطاقة الدافعية. التجنب وعدم الرغبة

3- التهيج:

أ - القلق الخشية والفزع والتوتر وأعراض جسمية

ب. شدة التهيج إطالة التأمل والقابلية للإثارة

ج- النوم (تأخر ومتقطع وكوابيس)

د - السلوك (التملل وعدم الاستقرار والعصبية وقضم الأظافر والتبذير والإسراف في الإنفاق وأفعال مدمرة للذات.

4- السلوك الباحث عن العزاء أو السلوى أو المواساة:

أ - العلاقات: التشبث بالأمل أو الذكريات المناشدة أو الالتماس)

ب - الهرب: (الانسحاب)

ج- الانفعال كثرة النوم

د- الغداء (العقاير والكحوليات والشرابة وزيادة الوزن) (حمودة، 2020، ص156)

وفقا لأرون بيك فإن الإكتئاب يشتمل على:

المزاج المكتئب: يتميز بشعور مستمر بالحزن أو الفراغ أو اليأس.

فقدان الاهتمام أو المتعة: عدم الاهتمام بالأنشطة التي كانت ممتعة سابقاً.

التغيرات في الشهية والوزن: فقدان أو زيادة غير مبررة في الوزن بسبب تغيرات في الشهية.

اضطرابات النوم: الأرق أو النوم المفرط.

الإرهاق وفقدان الطاقة: شعور مستمر بالتعب حتى دون بذل مجهود كبير.

الشعور بعدم القيمة أو الذنب المفرط: أفكار متكررة تتعلق باللوم الذاتي أو الإحساس بعدم الجدوى.

صعوبة التفكير والتركيز: ضعف القدرة على اتخاذ القرارات أو التركيز في المهام اليومية.

الأفكار الانتحارية: التفكير المتكرر في الموت أو الانتحار، أو محاولات إيذاء النفس.

5- النظريات المفسرة للإكتئاب:

يعد الإكتئاب من أصعب الإضطرابات النمائية التي يحاول الباحث ان يدرسها ويبين مظاهرها وتفسيراتها من مختلف

الإتجاهات والنظريات ونستعرض في مايلي النظريات المفسرة للإكتئاب:

1.5 النظرية السيكودينامية:

افترض (كارل أبراهام) أن الكراهية شعور سائد قبل الإصابة بالاكتئاب، ولكن هذا الكره يكون متقبل لدى الشخص،

وعلى ذلك فانه يقمع ويسقط أن شعور الفرد بالكره عن طريق الآخرين ويأتي ذلك الاعتقاد بأنه مكروه لأنه لديه عيوب

خلقية، وهنا يصبح مكتئبا، وقد استنتج (أبراهام) الدليل على الكراهية من خلال أحلام المريض الجرائمية ومحاولته الانتقام من الآخرين. (الفجل، 2009، ص 38)

فرويد: يرجع (فرويد) أكثر الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب إلى أحداث أليمة وصدمات انفعالية يتعرض لها الفرد خلال مراحل حياته الأولى، إذ تتسم شخصيات الأفراد في هذه المرحلة بالعدائية، ويكون (الأنا) الأعلى عندهم قاسي وغير متسامح ويعتمد تقدير الذات لديهم على الاستحسان والدعم من المصادر الخارجية الوالدان أو الآخرون)، إذ يشعر الطفل بالاكتئاب عند فشله في الحصول على هذا الدعم. ويشير علماء التحليل النفسي إلى الهوس الاكتئابي التي يتألف من أطوار من مشاعر الإثم الزائدة، ويفسرونه على أساس أن الاكتئاب هو رد فعل للهوس، ففي نوبة الهوس يتجاهل الفرد ضميره فيصبح متحررا من ضغوطه وقيوده، ويكون الفرد كالطفل الشقي في غيبة والديه، يفعل ما يريد. وفي نوبة الاكتئاب يوقع الضمير العقاب بالفرد على ما ارتكبه من أفعال، وما نفذه من جرائم في خياله أثناء نوبة الهوس، فكان الاكتئاب هنا تكفير ومتى كفر الفرد عن ذنبه، ودفع دينه، وطهر نفسه، استطاع أن يتحدى ضميره القاسي.

كما أرجع (فرويد) الاكتئاب إلى تثبيت في المرحلة الفمية راجع إلى عدم إشباع أو مبالغة في إشباع احتياجات هذه المرحلة، الأمر الذي يؤدي إلى نمو الاعتمادية لدى الطفل. (وردة، 2014، ص 248).

2.5 النموذج المعرفي:

يعتبر ارو نبيك (BECK) من الأوائل الذين نظموا مفهومًا للاكتئاب على شكل معرفي. يعتقد بيك أن الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سلبية بالنسبة للذات والعالم الخارجي وللمستقبل، وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب. حيث نجد بيك " يرى أن الأفراد المكتئبون يملكون صفة ذات معرفية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الايجابية عن الذات وتبقى على المعلومات السلبية. ويقترح بيك أن: الصيغة السلبية لهؤلاء الأفراد المكتئبين تكون بسبب الفقد المتزايد من الوالدين في الطفولة أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية وحينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد فان الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في غربة خبراتهم الشخصية السلبية (قايد 2004، ص 83).

كما يرى " بيك " أن الشخص المكتئب يميل الى مقارنة نفسه بالآخرين وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديره لذاته وهذا ما يجعل عملية التقويم الذاتي تتسم بالسلبية ومن أشهر اسهامات هذا العالم الأمريكي اقتراحه فكرة العلاج المعرفي للاكتئاب وإعداده قائمة لقياس الاكتئاب سميت باسمه وتعد من المقاييس المعرفية في هذا المجال، كما يطلق اسم الثلاثية المعرفية على المخطط المعرفي الذي يميز الاكتئاب وهي كالتالي: النظرة السلبية للعالم الخارجي وهنا يرى المكتئب نفسه عاجزا أمام تحقيق ابسط الأشياء. النظرة السلبية للعالم الخارجي وهنا يرى المكتئب أن كل ما يأتي من العالم الخارجي سلبى بالنسبة له يمنعه من تحقيق أي شيء. النظرة السلبية وهنا ينظر المكتئب للمستقبل نظرة تشاؤمية (قايد، 2001، ص 53).

3.5 الاتجاه الحديث في تفسير الاكتئاب:

يرى هذا الاتجاه أن الناس يستخدمون أسلوب الوقوع في المرض لكي يقومون بحل الصراعات أو المواقف الصعبة حين لا يستطيعون الصمود أمامها. وهذا ليس أمرا نادرا ولكن الواقع يؤكد أن هذه الاستخدامات تحدث لا شعوريا فعندما يقع الصراع بين واجب ما وخوف من نتائج هذا الواجب في هذه الحالة يتدخل اللاشعور بغرض حل توافقي

يربجه من الصراع. اذن هذا الاتجاه يفسر كيف بعض الناس يستعملون الاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة والعطف أو كوسيلة للقسوة والانتقام من الذين كانوا سببا لألمهم في الماضي. (مبروكة، 2018، ص46)

4.5 النموذج السلوكي:

يؤكد السلوكيون على أن السبب الرئيسي للاكتئاب هو فقدان التعزيز، إذ أن الخمول أو ضعف الفعالية والشعور بالحزن لدى المكتئب هو نتيجة انخفاض مستوى التعزيز الايجابي وارتفاع مستوى الخبرات غير السارة ويكمن علاج مرضى الاكتئاب بزيادة التعزيز الايجابي وازالة الخبرات غير السارة. وهناك الكثير من الأحداث تؤدي إلى الاكتئاب كموت شخص عزيز أو فقدان العمل وذلك حينما يجري إضعاف التعزيز المتعود عليه، فضلا عن ذلك فإن الأشخاص الذين يحملون استعدادات للاكتئاب قد يفتقرون إلى القدرة على التعامل مع الأحداث المؤلمة، كما أن قلة التفاعل الاجتماعي يؤدي بالفرد إلى فقدان مصدر رئيسي للتعزيز كان يحصل عليه من الأصدقاء والآخرين، إذ أن سلوك المكتئب عادة ما يميل إلى الانعزال حتى عن أقرب الأفراد عليه، وهذا الانعزال قد يؤدي إلى حدوث سلوكيات غير توافقية مثل البكاء ونقد الذات والتكلم عن الانتحار. (وردة، 2014، ص254)

ويرى بافلوف (Pavlov) أن سبب الاكتئاب يتمثل بالصدمات التي يتعرض لها الطفل في الصفر وتكرار التجارب المؤلمة كالفضل والحرمان، إذ تسبب له حالة من تطبيع المزاج في اتجاه الاكتئاب الذي يمكن أن يستثار في تجارب الكبر، خاصة إذا كانت هذه التجارب مشابهة.

اما (سكينر) فيرى أن نوع الأحداث البيئية ومعدلاتها هي العوامل الأساسية للاكتئاب، والذي يحدث نتيجة لأحد المواقف الثلاثة الآتية:

- انخفاض معدلات التعزيز.
- ارتفاع معدلات العقاب.
- استبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة - التعزيز. (منتهى، 2011، ص113)

وقد اقترح ريم (Rehm) (1977) أنموذجا للاكتئاب على أساس عيوب ضبط الذات، وقد حدد في أنموذجه النواقص الخاصة بضبط الذات في ثلاثة جوانب هي: مراقبة الذات فالأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يكونون منتهين للأحداث السلبية (السيئة) بشكل انتقائي، فضلا عن كونهم منتهين وبشكل انتقائي أيضا إلى النتائج الفورية أكثر من النتائج المؤجلة. تقويم الذات يضع المكتئبون معايير قاسية في تقويم أنفسهم. تعزيز الذات تكون للمكتئبين معدلات منخفضة من سلوكيات تعزيز الذات، بالإضافة إلى معدلات عالية من سلوك عقاب الذات.

. وحسب (ليوفنش) فقد طرح نموذجا آخر للتدعيم السلوكي للاكتئاب يفترض فيه أن السلوكيات والمشاعر الاكتئابية تستثار بسبب انخفاض معدل تعزيز الاستجابة، وقد وجد أن المكتئبين يقومون بسلوكيات أقل ويستقبلون تعزيزا إيجابيا للذات أقل، ويمارسون مهارات اجتماعية أقل، وتقل أنشطتهم مقارنة بالأفراد غير المكتئبين. (وردة، 2014، ص257)

5.5 نظرية التعلم الاجتماعي:

وقد تطورت على يد باندورا وزملائه وترى النظرية انه يمكن فهم النشاط الوظيفي النفسي من خلال التفاعلات المتبادلة المستمرة للعوامل الشخصية مثل العمليات المعرفية والتوقعات والعوامل السلوكية والعوامل البيئية التي تعمل بشكل مستقل، وتدعم كل منها الأخرى، وان الأفراد قادرون على ضبط سلوكهم من خلال التفاعل المستمر بين الأفراد وبيئتهم وقدرتهم على تطوير وتعديل أنماط سلوكهم. وقد شرح لوينسون " وزملاءه طرق التفاعل والتعلم الاجتماعي بين الفرد وبيئته، وكيف ان هناك أنماطا من التفاعل تقود إلى مشاعر ايجابية، وأنماطا أخرى من التفاعل والخبرات تقود إلى مشاعر اكتئابية. (Lewinsohn P.11), 1984

مما سبق نستخلص ان تعددية النظريات المفسرة للاكتئاب تبرز طبيعته المعقدة، حيث تفسره النظرية النفسية الديناميكية بالصراعات الداخلية، وتركز السلوكية على التعلم والعجز المكتسب، والمعرفية على التشوهات الفكرية. ويظهر هذا التنوع أن الاكتئاب ناتج عن تفاعل عدة عوامل، مما يستدعي نهجًا علاجيًا شاملاً يجمع بين الجوانب البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية لتحقيق فهم أكثر تكاملاً وعلاجاً أكثر فعالية.

6- أنواع الاكتئاب:

تختلف أنواع الاكتئاب من شخص إلى اخر حسب الفئات العمرية والظروف المحيطة وعدة عوامل أخرى وفيما يلي نستعرض أنواع الاكتئاب:

1.6 الاكتئاب الإستجابي:

وهو النوع الأكثر انتشارا والأقل خطورة، يظهر كنتيجة للضغط بمختلف أشكاله. ولقد بين كل من " ماري " و " فريدمان " أن سوء الظروف الإقتصادية للأسرة لها تأثير بالغ في ظهور هذا النوع من الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين خاصة، ويظهر أيضا عند اللذين يعانون من إفراط في الحساسية، وكذلك عند الأشخاص الذين يحتاجون إلى كثير من التشجيع حتى يجدوا توازنهم. وهذا الاكتئاب هو استجابة لأنه يظهر كاستجابة لمواقف مأساوية، كموت أحد الأعزاء أو الانفصال عنه أو خسارة مادية كبيرة أو إصابة جسدية خطيرة. ويشخص هذا النوع إذا استمر أكثر من أسبوعين، ومن أهم أعراضه الحزن الشديد وإهمال النشاطات الإجتماعية. (الدعسوقي، 1974، ص 62).

2.6 الاكتئاب العصبي:

أهم ما يميز هذا النوع من الاكتئاب هو الإحساس باليأس واضطراب المزاج، ضيق الصدر، ألم في الحنجرة، مشاعر التهديد والخوف من المستقبل. وأشد الأعراض هو وسواس المرض. كل هذا نتيجة عصاب تطور عند المصاب خلال حياته ونقصه هنا بالعصاب التدهور النفسي الذي يظهر عند الشخص الذي عايش صدمات نفسية شديدة أثناء طفولته التي تكون في أغلب الأحيان صدمات عاطفية.

3.6 اكتئاب الإنهاك:

نتيجة لتكرار الإصابة الصدمية للفرد من شهر إلى سنة، يحدث إفراط في الشحنة العاطفية، التي تؤدي بدورها إلى إنهاك انفعالي. وهذا الأخير يأخذ شكل الاكتئاب الإنهاكي. (زقعار، 2013، ص 13)

4.6 الإكتئاب المقنع:

للتعبير عن حالة Depression equivalent يستخدم مصطلح الإكتئاب المقنع أو المستمر مرضية من أهم أعراضها وجود مشكلات سطحية أو نفسية أو سلوكية يعاني منها الشخص لفترة طويلة و لا تظهر عليه أي علامات واضحة للإكتئاب و يذهب المريض للعلاج إلى الأطباء من جميع التخصصات وتعطى له أدوية، لكن تشخيص هذه الحالة يبقى غامضاً للفاحص و المفحوص فلا يحدث أي تحسن ويبقى من طبيب إلى آخر و يتكرر ذلك عدة شهور أو سنوات دون شفائه و تستمر المعاناة، وفي الأخير يسلك الطبيب النفسي مسلكاً واضحاً إذ يكتشف بأن الأعراض نفسية ليست عضوية، و يوضع حداً لمعاناة المريض. ومن الأعراض الشائعة للإكتئاب المقنع بوجود شكاوى جسدية تشبه الأمراض العضوية المعروفة ومنها على سبيل المثال المرضى الذين يعانون من الصداع لفترات طويلة دون سبب وآلام الظهر، فيقوم بعدة تحاليل لكن هذه الأعراض ناتجة عن الحالة النفسية وسببها هو حالة الإكتئاب المقنع. (مبروكة، 2018، ص 55)

5.6 الإكتئاب الموسمي:

الاكتئاب الموسمي (SAD) هو نوع من الاكتئاب الذي يظهر خلال فصلي الخريف والشتاء، حيث يؤدي انخفاض التعرض لأشعة الشمس إلى اضطراب الساعة البيولوجية، وانخفاض مستويات السيروتونين والميلاتونين، مما يسبب مشاعر الحزن، الخمول، وزيادة الشهية للكربوهيدرات. (كابلان، 2015، ص 220)

وفي الأخير نستخلص أن الإكتئاب يعتبر اضطراباً معقداً مما يجعله يتخذ عدة أشكال وتصنيفات ترجع هذه الأخيرة إلى بعض الطوائف مثل المدة أو الحدث الإكتيبي وهذا ما يجعله يتفرع إلى عدة أنواع ولمعرفة كل منها يجب أن يكون هنا تشخيصاً دقيقاً كي نصل إلى نوع الإكتئاب المحدد دراسته.

7- أسباب الإكتئاب:

يُعد الاكتئاب اضطراباً نفسياً معقداً يتداخل فيه عدد من العوامل المتعددة الأبعاد، مما يجعله ظاهرة يصعب حصر أسبابها في عامل واحد فقط وفيما يلي نستعرض أسباب الإكتئاب:

1.7 الأسباب الاجتماعية:

دلت الدراسات المختلفة على أهمية السنوات الأولى من عمر الطفل في بنائه النفسي، وتأثير هذا البناء على إمكانية حدوث الاكتئاب في المستقبل، ومن الأمور الواضحة أن الحرمان من الأم يشكل نقطة ترجيح لصالح الاكتئاب في المستقبل، كما أن العلاقات مع الوالدين لها دور تلعبه سواء كانت هذه العلاقة تتمثل في الإهمال، أو زيادة في الرعاية والاهتمام والصراعات بأشكالها المختلفة، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية الصعبة التي يعيشها البعض. (الخطيب، 2008، ص 44)

وقد تساهم أيضاً الضغوط الاجتماعية والاقتصادية السيئة، البطالة، أو العزلة الاجتماعية في ظهور الاكتئاب (Lorant et robert 2003)،

2.7 الأسباب الوراثية:

لعل أول ما يلفت الانتباه هو انتقال الاكتئاب عبر الأجيال، وهذا ما نلاحظه عند دراسة الأسر التي تتميز بوجود حالات متعددة لمرضى الاكتئاب ومن خلال الدراسات النفسية فقد تبين زيادة نسبة الاكتئاب في القارب الدرجة الأولى

للمرضى تؤكد الدراسات أن عدد الافراد الذين يعانون من الاكتئاب في اسرة المريض يزيد بمقدار 3 أضعاف عن الاسر العادية، وهذا يؤكد العامل الوراثي في مرض الاكتئاب، ويلاحظ ايضا وجود ارتباط بين الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل الشخصية الاكتئابية التي لديها استعداد وراثي للإصابة بالاكتئاب كما ان هناك علاقة بين الاكتئاب وامراض نفسية اخرى مثل الفصام، والصرع، والادمان والتخلف العقلي، وفي هذا المجال يجب أن نتذكر أن الاطباء النفسيين حين يقومون بفحص حالات الاكتئاب لابد أن يجمعوا المعلومات حول الوالدين والاجداد والاخوة والاخوات والابناء وكل أقارب المريض. (الشربيني، 2001، ص 55)

3.7 التحرش الجسدي أو الجنسي أثناء الطفولة:

أثبت العلماء أن التحرش الجسدي أو الجنسي قد يساهم في خطر إصابة بعض الأشخاص بالاكتئاب في مراحل لاحقة من حياتهم. وقد أظهرت الدراسات أن نصف الأشخاص الذين قصدوا المعالجين النفسيين سبق أن تعرضوا لتحرش جنسي غير مرغوب فيه أثناء طفولتهم أو مراهقتهم. عادةً ما يتذكر الأشخاص الذين سبق أن تعرضوا للاغتصاب هذه الحادثة الأليمة، إلا أن بعضهم يتذكر أولاً الاغتصاب الذي حصل أثناء الطفولة عند شعورهم بالاكتئاب ولجوئهم إلى معالج نفسي. ويختلف الاختصاصيون حول حقيقة هذه الذكريات، فيقول بعضهم أنه في بعض الحالات يؤدي الاغتصاب إلى المشكلات التي يعاني منها مرضاهم، فيتذكرون أموراً لم تحدث قط، ولكنها تبدو في أذهانهم حقيقية. ويُطلق الاختصاصيون على هذه الحالة متلازمة الذاكرة الكاذبة أو الزائفة. (مكتزي، 2013، ص 22)

4.7 العوامل المرسبة للاكتئاب:

ونعني بها أحداث الحياة المختلفة، والتي تسبق ظهور الحالة مثل وفاة شخص عزيز، أو فقدان المال أو المنصب، أو التعرض لحوادث ومشاكل اجتماعية وقانونية، والعلاقة بين أحداث الحياة والاكتئاب، يمكن النظر إليها على أنها مجرد تزامن بالصدفة، كما يمكن النظر لهذه الأحداث على أنها غير نوعية، إذ أن الكثير من الأمراض النفسية والعضوية تكون قد سبقتها هذه الأحداث، وهناك احتمال ثالث لا بد من أخذه بعين الاعتبار وهو أن يكون الحدث ناتجاً عن الاكتئاب وليس سبباً له، مثل ان يكون المكتئب أهمل بعمله بصورة كبيرة مما أدى إلى فصله من العمل، وعد بعد ذلك بنظره ونظر من حوله أن المرض كان نتيجة لفصله، ولكن الشيء المؤكد أن حدوث الاكتئاب يكون مسبقاً في كثير من الأحيان بأحداث الحياة المختلفة. (الخطيب، 2008، ص 45)

5.7 مصادر داخلية وخارجية للاكتئاب:

يعني الصراع حتى من الناحية اللغوية، وجود طرفين على الأقل يحدث بينهما التناقض، ولكننا نصف الصراع بأنه داخلي أي داخل أنفسنا فمن أين تأتي أطراف هذا الصراع هنا يجب أن نذكر " سيغموند فرويد " الذي أوضح الكثير من المفاهيم النفسية عند تحدّثه عن العقل الباطن وهو ذلك الجزء الذي تخزن فيه الخبرات والانفعالات والدوافع المختلفة، وهو يختلف عن العقل الواعي الذي تخضع عملياته للتحكم المباشر للإنسان ويتعامل مع حقائق الحياة ومواقفها، فالعقل الباطن كما يؤكد فرويد يمتلئ بالكثير من الأفكار والعواطف والعقد والغرائز في صورة قوى تحمل كل منها شحنة انفعالية وما الصراع النفسي إلا تناقض داخل نفس الانسان أو عقله الباطن بين قوتين أو أكثر من مكوناته، ويحدث ذلك نتيجة لموقف يكون على الانسان الاختيار بين أمرين مختلفين لكل منهما أهمية بالنسبة له، ويوصف هذا

الصراع بأنه داخلي لأنه يتم بين الأهداف والحاجات الخاصة بالفرد، مثل الصراع الذي يعاني منه شخص تربى على القيم الأخلاقية والدينية حيث يجد نفسه في موقف يثير الرغبة الجنسية. (الشرييني، 2001، ص 75، 77)

تتعدد أسباب الاكتئاب وتختلف من حالة إلى أخرى وهذا الاختلاف راجع لعدة عوامل منها النفسية والبيئية وشخصية الفرد المكتئب فنجد أن سبب الاكتئاب الحقيقي لا يمكن تحديده إلا بعد دراسة معمقة للفرد وتاريخ حياته والتركيز على الجانب النفسي والخبرات السيئة التي من شأنها أن تؤدي به للدخول في حالة اكتئابية.

6.7 السمات الشخصية المرتبطة بالاكتئاب:

-العصابية (Neuroticism): الأفراد الذين يتمتعون بمستويات عالية من العصابية يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بسبب ميلهم للتفاعل السلبي مع الضغوط الحياتية.

- انخفاض تقدير الذات: الأشخاص الذين لديهم صورة ذاتية سلبية يكونون أكثر عرضة للشعور بالإحباط واليأس، مما يزيد من احتمالية الإصابة بالاكتئاب

-الميل إلى التفكير السلبي: الأفراد الذين يميلون إلى اجترار الأفكار السلبية والمبالغة في المشاكل يكونون أكثر عرضة للاكتئاب (Nolen-Hoeksema, 2008).

- التشوهات المعرفية: مثل التفكير القطبي (إما أبيض أو أسود)، وتضخيم الأحداث السلبية، وتجاهل الجوانب الإيجابية، مما يؤدي إلى تفاقم المشاعر السلبية.

- العجز المكتسب: الأفراد الذين يعتقدون أنهم لا يستطيعون التحكم في مجريات حياتهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب. (Seligman, 1975)،

- صعوبة التعامل مع التوتر والضغط:

الأفراد الذين يعانون من ضعف مهارات التكيف والتعامل مع الضغوط الحياتية قد يجدون صعوبة في مواجهة التحديات، مما يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب (Compas et al., 2017). الأشخاص الذين يعتمدون على استراتيجيات غير فعالة، مثل التجنب أو الإنكار، يكونون أكثر عرضة لتطور اضطرابات مزاجية (Alda et Schweizer ; 2010).

8- تشخيص الإكتئاب:

(A) توجد خمسة (أو أكثر من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين التي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تعزى بصورة حلية الحالة طبية أخرى.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو الفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).

(2) الحفاظ واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين له).

(3) فقدان وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام أو كسب الوزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% من وزن الجسم خلال شهر، أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريباً).

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

- (4) أرق أو فرط النوم كل يومًا تقريبًا.
- (5) هياج نفسي حركي أو خمول كل يوم تقريبًا (ملاحظًا من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية من التملل أو البطء).
- (6) تعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبًا.
- (7) أحاسيس بالعدم القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب والذي قد يكون توهميًا كل يوم تقريبًا وليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب لكونه مريضًا.
- (8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الجسم، كل يوم تقريبًا إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- (9) أفكار متكررة عن الموت وليس الخوف من الموت فقط، أو التفكير المتكرر في الانتحار دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.
- (A) تسبب الأعراض انخفاضًا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- (B). لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء أو عن حالة طبية أخرى المعايير (C)- تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.
- ملاحظة:** الاستجابة الخسارة كبيرة (فقد عزيز الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد واجترار الخسارة وارق وفقدان الشهية وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A والتي قد تشبه نوبة اكتئاب على رغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة فان وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى استجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتما الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة. (الحمادي، 2016 ص146).
- مما سبق نستخلص ان تشخيص الإكتئاب خطوة أساسية لا بد منها لفهم احتياجات الفرد ووضع خطة علاجية مناسبة تساعد على التكيف وتقليل المعاناة النفسية حيث انه يشتمل على معايير محددة من طرف الدليل الإحصائي الخامس (DSM 5) فكلما كان التشخيص مبكرا زادت فرص تحقيق نتائج إيجابية للفرد وتحسنه.

خلاصة:

في الختام، نستخلص ان اضطراب طيف التوحد حالة معقدة تتطلب فهماً عميقاً وتعاملاً واعياً من الأسرة والمجتمع على حد سواء. إن التعرف على خصائصه وتشخيصه المبكر يشكلان الأساس لوضع استراتيجيات تدخل فعالة تساعد المصاب على تطوير مهاراته وتحقيق استقلاليتته. ورغم التحديات التي يفرضها هذا الاضطراب، فإن الدعم المستمر، والبيئة المناسبة، والتقبل الإيجابي يمكن أن يحدثوا فرقاً كبيراً في حياة الأفراد المصابين بالتوحد، مما يفتح أمامهم آفاقاً للنمو والاندماج في المجتمع.

بعد عرض الفصلين والتطرق الى متغيرات الدراسة واثراء المعلومات النظرية نتطرق الى الجانب الميداني ومنه نستعرض في الفصل التالي الإطار المنهجي للدراسة.

ثانياً: الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

- تمهيد
- المنهج المستخدم
- اجراءات الدراسة
- حدود الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- خلاصة

تمهيد:

يُعد الالتزام بالإجراءات المنهجية الركيزة الأساسية في إنجاز أي بحث علمي جاد ومن هذا المنطلق اعتمدنا نحن كمجموعة بحث في دراستنا الحالية، التي تهدف إلى معرفة الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على مجموعة من الخطوات المنهجية الدقيقة وقد تم بناء فرضيات الدراسة في ضوء ما ورد في الإطار النظري للدراسة من مفاهيم وتصورات مستمدة من النظريات النفسية بالإضافة إلى ما توفر من دراسات سابقة ذات صلة. وللتحقق من صحة هذه الفرضيات تم اعتماد منهج علمي مضبوط تضمن عدة إجراءات ميدانية، بدءاً بتحديد المنهج المناسب لطبيعة الدراسة، ثم توضيح حدود الدراسة، وأسس اختيار العينة وخصائصها، تليها مرحلة وصف الأدوات المستعملة، لا سيما المقياس المعتمد في قياس الأعراض الاكتئابية.

1- المنهج المستخدم:

تتفرد كل دراسة علمية بجملة من الخصائص والسمات التي تملئ على الباحث اختيار المنهج المناسب الذي ينسجم مع طبيعتها ويخدم أهدافها. وبما أن الهدف الأساسي من دراستنا يتمثل في التعرف على الاستجابة الاكتئابية. فقد اعتمدنا المنهج العيادي بأسلوب دراسة الحالة نظرا لملاءمته لهذا النوع من المواضيع ويعد المنهج العيادي من المناهج الأساسية في علم النفس إذ يهدف إلى دراسة سلوك الفرد بهدف الكشف عن خصوصياته النفسية ومساره الداخلي ويتم ذلك من خلال جمع أكبر قدر ممكن من المعطيات بطريقة علمية منهجية خالية من مظاهر التصنع والأحكام المسبقة كما يمنح هذا المنهج للمفحوص حرية التعبير عن ذاته مع الحرص على عدم عزل المعطيات المستخلصة بل توظيفها بشكل متكامل ضمن إطار دينامي يعكس البنية النفسية الكلية للشخصية. (P, 1994, L, pedinielli, 35)

وتعرف دراسة الحالة بمثابة الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه الاكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي تحصل عليها من العمل وذلك بواسطة الملاحظة والمقابلة بالإضافة إلى التاريخ الاجتماعي والفحوصات الطبية، والاختبارات السيكلوجية (لويس كامل مليكة، 1992، ص84)، وحسب "فافار بوتوني" يعرفها بأنها الفحص العميق للحالة الفردية، تهدف إلى فهم سلوك الفرد في معاشه مع ربط كل تصرفاته بالملاحظة بأحداثه الشخصية. (وسام بوفج، نوري الود، 2017، ص114)

2- اجراءات الدراسة:

حدود الدراسة:

- ✓ حدود الدراسة البشرية: اقتصرت دراستنا على أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد عددهم 5 أعمارهم بين 38 إلى 53 سنة. المنتمين إلى جمعية "أنت البطل لأطفال" الحركة وعدم القدرة على التواصل والتركيز.
- ✓ حدود الدراسة الزمانية: تم اجراء الدراسة الميدانية خلال السنة الدراسية 2024/2025 من 10 جانفي إلى غاية 15 ماي، بعدها مرحلة التحرير وكتابة المحتوى، المجال الزمني قسم على مرحلتين المرحلة الاولى: مرحلة الجميع المادة العلمية لموضوع الدراسة النظري المرحلة الثانية: خصوصا هذه المرحلة الدراسة الميدانية وذلك بعد تجميع الدراسة النظرية وضبطها وهذه الفترة تمتد من شهر مارس إلى غاية نصف ماي بعدها التحرير وكتابة المذكرة إلى جوان 12.
- ✓ حدود الدراسة المكانية: تمت الدراسة الميدانية بجمعية "أنت البطل" لأطفال فرط الحركة وعدم القدرة على التواصل والتركيز لولاية قالمة" تاريخ الاعتماد 2023/12/27 المقر القديم: حي التحصيص العسكري 72 قطعة بقالمة.

✓

3- عينة الدراسة وخصائصها:

العينة: خمس حالات لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد تم اختيارهن قصدياً.

● جدول رقم (01): يمثل خصائص عينة الدراسة:

الحالة	الاسم	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى الاقتصادي	المستوى التعليمي	عدد الأبناء	نوع السكن
1	"س"	50 سنة	متزوجة	متوسط	ابتدائي	1 أ / 2 ذ	خاص ريفي
2	"م"	53 سنة	متزوجة	جيد	ثانوي	1 أ / 3 ذ	خاص بناء واسع
3	"ك"	43 سنة	متزوجة	متوسط	متوسط	3 أ / 1 ذ	عمارة ريف
4	"ج"	49 سنة	أرملة	متوسط	ثانوي	2 أ / 2 ذ	مشارك للعائلة عمارة
5	"ع"	38 سنة	متزوجة	متوسط	ثانوي	2 أ / 1 ذ	سكن عمارة بالإيجار

4- أدوات الدراسة:

بعد اختيار المنهج العيادي لدراستنا نظراً لتناسبه مع طبيعتها، نتطرق إلى أدوات الدراسة التي استعنا بها في جمع البيانات عن موضوع بحثنا وهي كالاتي: المقابلة العيادية، تم اختيار المقابلة النصف الموجهة، الملاحظة، المقياس (مقياس بيك للإكتئاب) وفي مايلي عرض لهم:

1-4- المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية أنها أحد الأدوات التي يتميز بها المنهج العيادي، فهي من بين التقنيات التي تسمح بالوصول إلى المعلومات الشخصية للأفراد من خلال الأفكار وتصوراتهم، عواطفهم، مشاعرهم، وأنماط السلوكيات والتعبير وما يجده السلوك الانساني من حيث التفرد والتعقيد. (Fernandez, 2011, P74). L, et Catteum.M, ومنه تعد المقابلة العيادية علاقة تفاعلية ديناميكية بين الأخصائي النفسي والمفحوص حيث يبني هذا التفاعل على التواصل اللفظي وغير اللفظي مما يمكن الأخصائي من فهم عميق وشامل لديناميكية المفحوص، هذا التفاعل يسمح بالكشف عن الجوانب الخفية في شخصية الفرد مما يساهم في بناء تصور دقيق للشخصية في إطار دينامي وعيادي.

والمقابلة هي التي تتم بهدف تشخيص مرض أو وضع اجتماعي معين والبحث عن حلول ويُفقد هذا النوع من المقابلات في مجال الأمراض النفسية ومشكلات الأسرة والتكيف الاجتماعي. ويحاول الباحث أن يجمع أكبر قدر من المعلومات حول المواقف التي تحدث فيها الظاهرة المرضية. (صالح، 2013، ص 111)

قمنا بإجراء مقابلات عيادية فردية مع عينة من الأمهات اللواتي يعشن تجربة تربية طفل يعاني من طيف التوحد، وذلك بغرض استكشاف الجوانب النفسية المرتبطة بهذه الوضعية، خاصة ما يتعلق بالاكتئاب والضغط اليومية، والكشف عن الأبعاد العاطفية والذاتية المرتبطة بالحالة المدروسة.

كما اعتمدنا في دراستنا على: المقابلة النصف الموجهة:

وحسب "شيلان" (1983) في كتابها «المقابلة العيادية» يوجد عدة أنواع للمقابلة العيادية وهي الموجهة والحرية والنصف الموجهة، وقد اعتمدنا على هذا النوع الأخير من المقابلات في جمع المعلومات والبيانات حول الموضوع، وذلك لأنها سمحت لنا بالاطلاع على حالات البحث واعطاء نوعا ما حرية التعبير بتلقائية عن المشاعر والانفعالات مع الحفاظ على سير المقابلات الحسن نحو ما نهدف له من هذه الدراسة.

حيث تقول "كاستارد": إن المقابلة نصف الموجهة لا تترك حرية كبيرة لا للباحث ولا للمفحوص فليس هناك تعليمات واضحة لبداية المقابلة لكن توجد مداخل متعددة يختار منها الباحث ما يناسب الموقف وهي التي تحدد منذ البداية شكل المقابلة ومجراها ومحتواها إلى حد ما أما المفحوص فله حرية في الإجابة لكنه لا يستطيع التحدث في أي موضوع بل عليه الالتزام بما يرتبط بمحاور المقابلة وموضوعها. (شراري، 2012، ص 106)

تم اعتماد المقابلة النصف الموجهة كأداة أساسية في جمع المعطيات الميدانية لهذه الدراسة، لأنها تتيح توجيه المقابلة من خلال أسئلة محددة مسبقاً، وفي نفس الوقت تمنح المفحوص حرية التعبير عن آرائه وتجربته الشخصية دون التقيد الصارم بتسلسل الأسئلة أو إجابات مغلقة، وقد تم إعداد دليل أسئلة مسبق يتضمن مجموعة من المحاور المرتبطة بموضوع البحث.

2-4- الملاحظة:

تعد الملاحظة من أهم الأدوات التي يعتمد عليها المختص في مجال البحث العيادي فهي ضرورية ولا يمكن الاستغناء عنها لأنها تتيح له إمكانية جمع معلومات دقيقة حول سلوك معين كما يحدث في سياقه الطبيعي حيث يقوم المختص بمتابعة السلوك وتسجيله بطريقة مباشرة وموضوعية دون التدخل في مجرى الحدث مما يسمح بفهم أعمق للظواهر النفسية التي لا يمكن الوصول إليها من خلال أدوات أخرى. (علي عبد الرحيم صالح، 2014، ص 154)

يتم جمع البيانات في دراسة الحالة غالباً من خلال الملاحظة المباشرة للعميل وذلك أثناء تطبيق اختبارات سيكولوجية في سياق المقابلة التشخيصية. كما يمكن أيضاً استقاء المعلومات من أشخاص سبق لهم الاحتكاك المباشر بالعميل، أو ممن أتيحت لهم فرص لملاحظته في سياقات مختلفة. (بوسنة عبد الوافي زهير، ب س، ص 05)

وقد وظفنا الملاحظة في المقابلة العيادية وأثناء تطبيق الاختبار، وركزت الملاحظة بالنسبة للمقابلة في ملاحظة

الجوانب التالية:

الجانب الجسدي: الأيماءات وتعابير الوجه، شكل الجسم والمظهر.

الجانب الحركي: الهدوء والاستقرار، كثرة الحركة، شكل الجلسة.

الجانب اللغوي: طريقة الكلام، نبرة الصوت، الصمت.

الجانب الإدراكي: القدرة على الفهم، تناسب الكلام مع الأفكار.

الجانب الانفعالي: سرعة الانفعال والاستثارة.

3-4- الاختبار النفسي:

الاختبار النفسي عبارة عن مجموعة من المثيرات المنظمة صممت للقياس الكمي أو الكيفي لبعض العمليات والقدرات العقلية أو سمات الشخصية وللشخصية ككل في مختلف جوانبها.

ويعرف "جيلفورد" الاختبار النفسي أنه أداة مقننة تهدف إلى فحص عينة من سلوك الفرد في موقف معين تم تنظيمه بطريقة منهجية تضمن تساوي الفرص وظروف التقديم لجميع الأفراد وعندما يقدم للمفحوص اختبار نفسي فإن الأمر لا يقتصر على معرفة ما يقوله أو يعتقده بل يتعلق بما يفعله فعلياً في سياق موقف محدد ومن خلال هذه الاستجابة يمكن للباحث أو الأخصائي النفسي أن يستنتج خصائص معينة كالمهارات الاتجاهات السمات الشخصية أو القدرات العقلية. (البلوي، 2014، ص 115)

وقد تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب

- تعريفه: يطلق على مقياس بيك للاكتئاب في اللغة الانجليزية تسمية (BDI) Beck depression Inventory

وقد سمي باسم مقياس "بيك" نسبة الى الطبيب النفسي الأمريكي "أرون بيك" وهو مطور هذا الاختبار. ظهرت النسخة الأولى من اختبار "بيك" في عام 1961م وتم تطوير نسخة أحدث من الاختبار في عام 1978 وتم تطوير نسخة الحالية والأحدث من مقياس "بيك" عام 1996 والتي تطلق عليها تسمية BDI-11 وهو اصدار موجه لمن يبلغون 15 سنة أو أكثر من العمر ويضم الأعراض المتعلقة بالاكتئاب مثل: اليأس والاستثارة والغضب والمشاعر كالذنب وتقييم الذات اضافة الى الاعراض الجسدية كالتعب او اضطرابات النوم والشهية والرغبة الجنسية.

وهو اختبار مكون من 21 سؤال متعدد الخيارات، اذ تتراوح الخيارات من غياب العرض الذي يسأل عنه السؤال وصولاً الى المرحلة الشديدة منه. وهو من الاختبارات الموضوعية والتي يمكن اجراؤها بشكل ذاتي. وهو يستخدم لقياس العلامات المميزة لمرض الاكتئاب وتقييم الحالة بناء على الاجابات التي يعطيها كل مريض على الأسئلة التي تشمل المزاج والشهية ونمط النوم ومستوى النشاط والأفكار وهو اختبار واسع الانتشار ومستخدم بشكل كبير وذو فائدة في تشخيص الاكتئاب. (Scienccdirect/com Beck depression inventory)

- تعليمية الاختبار:

اليك مجموعة من العبارات، الرجاء ان تقرأ كل مجموعة على حدي وستجد ان كل أربع منها تتناول موضوعاً معيناً، اختر عبارة واحدة ترى انها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (0 أو 1 أو 2 أو 3).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة بل أن تختار واحدة منها، وتأكد أنك اجبت على كل مجموعة.

- طريقة تطبيقه وتصحيحه:

يطبق المقياس على الاشخاص البالغين 15 سنة.

يختار المفحوص احدى البدائل الانسب لوضعه الحالي.

الفصل الرابع:الإطار المنهجي للدراسة

درجة كل سؤال هي رقم العبارة التي اختارها المفحوص فمثلا اذا اختار المفحوص البديل رقم (3) فان درجته لهذا السؤال هي (3) ... وهكذا. يتم جمع الدرجة الكلية وتصنف وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (2) يوضح دلائل درجات الإكتئاب لمقياس بيك:

0-9	لا يوجد اكتئاب
10-15	اكتئاب بسيط
16-23	اكتئاب متوسط
24-36	اكتئاب شديد
27 فما فوق	اكتئاب شديد جدا

(ماجدة الشهري، ب س)

خلاصة:

تقوم كل دراسة ميدانية تحمل على عاتقها البحث في ظاهرة على تبني الباحث مجموعة من الاجراءات المنهجية للوصول الى حلها وتفسيرها بشكل علمي ووفق ضوابط منهجية، ومشكلة دراستنا تمحورت حول موضوع الاعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد وللإجابة عن التساؤلات التي تم طرحها في هذه الدراسة والتحقق من صدق الفرضيات المصاغة قدمنا المنهج المتبع في الدراسة والمتمثل في المنهج العيادي وكذا تحديد حدود الدراسة (البشرية والزمانية و المكانية) وكذلك مجتمع الدراسة المتمثل في حالات من أمهات أطفال طيف التوحد، ثم تم ادراج ادوات الدراسة والمتمثل في المقابلة العيادية و المقابلة النصف موجهة والملاحظة و مقياس بيك للاكتئاب. وبعد عرض الاجراءات المتبعة في الدراسة الميدانية سيتم عرض وتقديم حالات الدراسة وتحليلها في الفصل الموالي.

الفصل الخامس: عرض وتحليل الحالات

- تمهيد
- عرض وتحليل الحالة الأولى
- عرض وتحليل الحالة الثانية
- عرض وتحليل الحالة الثالثة
- عرض وتحليل الحالة الرابعة
- عرض وتحليل الحالة الخامسة

تمهيد:

بعد ما تطرقنا إلى كل من الجانب النظري وكذا المنهجي للدراسة يعتبر هذا الفصل تجسيدا للجزء المنهجي لها وذلك من خلال ادراج ماتم اعتماده في جمع البيانات من خلال الوسائل المستخدمة وسنعرض الحالات كل حالة على حدا إذ تم التركيز على اضطراب الإكتئاب لدى أمهات الطفل التوحيدي ومدى مساهمته في عرقلة سير حياتهن وصحتهن النفسية وقد استهلينا لدراسة الحالة تقديم موجز يضم البيانات الشخصية ثم عرض التاريخ النفسي العائلي للحالة وسير المقابلات والملاحظات ونتائج اختبار بيك للإكتئاب ثم تحليل النتائج وتفسيرها على ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة.

1- عرض وتحليل الحالة الأولى:

1-1- عرض نتائج الحالة الأولى:

● البيانات الأولية:

الاسم: س.

الجنس: أنثى.

السن: 50 سنة.

المستوى التعليمي: الطور الابتدائي.

عدد الأخوة: 3 أخوة. (أخ الأكبر توفي منذ "سنوات).

الترتيب: هي البنت الثانية.

الحالة المدنية: متزوجة.

عدد الأولاد: 3 أطفال 2 ذكور 1 أنثى (طفل رابع متوفي).

الحالة الاجتماعية: الابوين على قيد الحياة.

الحالة الاقتصادية: متوسطة الحال.

نوعية السكن: سكن خاص (بناء ريفي).

المهنة: بدون عمل.

مهنة الزوج: متقاعد.

سوابق مرضية: داء السكري وضغط الدم.

السوابق المرضية للعائلة: الأم تعاني مرض السكري وفقر الدم (نقص الحديد) والأب ضغط الدم ومشاكل على مستوى القلب.

● تقديم الحالة:

الحالة (س) سيدة متزوجة منذ 29 سنة تسكن بضواحي مدينة قالمة ضمن العائلة الممتدة مع أبوي الزوج وأخوه الأكبر قبل التنقل الى المنزل الخاص في البناء الريفي، أبوين على قيد الحياة، ترتيبها الثاني في العائلة، مستواها التعليمي حتى الطور الابتدائي، مستواها الاقتصادي متوسط، أم لأربعة أطفال منهم طفل توحدي وهو الطفل الأصغر، لديها طفل متوفي بسبب حادث (توفي في سن 9 سنوات)، تزامن هذا الحادث مع حملها بطفلها المتوحد (ش) حيث كانت في الأشهر الأولى للحمل. لديها الابن البكر يبلغ من العمر 25 سنة. متزوج. والابنة الوسطى تبلغ من العمر 17 سنة تدرس بالثانوي، والطفل الأصغر متوحد يبلغ من العمر 12 سنة. تعاني من مشاكل جسدية ونفسية، تم التواصل معها في مكتب الجمعية.

● الملاحظة الاكلينيكية المباشرة وتحليلها:

من خلال الملاحظة المباشرة للحالة (س) عبر سلسلة من المقابلات، تبين وجود عدد من المؤشرات السلوكية والمظهرية التي تعكس اضطرابات نفسية واضحة. فقد ظهرت الحالة بهندام غير متناسق يغلب عليه الطابع الداكن، مع غياب التناسق في اختيار الألوان، ما يشير إلى اضطراب في المزاج أو انعدام الاهتمام بالمظهر الشخصي. تميزت جلستها بعدم الثبات وكثرة الحركة والتأفف، وهي مؤشرات تحيل إلى حالة من التوتر النفسي والقلق الداخلي. كما لوحظ تعرق مفرط، وانخفاض في نبرة الصوت، وغياب الابتسامة وحتى تعبيرات الفرح، مما قد يدل على وجود حالة اكتئابية متقدمة.

الملامح التي تبدو على وجهها بدت شاحبة، خالية من التفاعل العاطفي، مع تصلب في تعابير الوجه، ونظرات يغلب عليها الحزن والإرهاق، وهو ما يعزز فرضية وجود إرهاق نفسي حاد. كما أظهرت الحالة سلوكا لا مباليا تجاه وضعها الصحي، وبقيت ملازمة لنفس اللباس خلال جميع الجلسات، مما يعزز فرضية الإهمال الذاتي الناتج عن اضطراب وجداني أو اكتئابي.

من اللافت أيضا أن المظهر العام للحالة يوحي بأنها أكبر من سنّها البيولوجي، ما قد يعزى لتأثير الضغوط النفسية الممتدة وفقدان الحيوية العامة. الجدير بالذكر أن الحالة واجهت صعوبة في التعبير المفصل، خاصة خلال الجلسات الأولى.

جدول رقم (03):

جدول برنامج المقابلات رقم (1) يوضح توزيع المقابلات من إعداد الطلبة

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	هدف المقابلة	المدة	المكان
م. رقم 1	مارس: 2025/03/05	-التعرف على الحالة. -تحديد نوع المشكلة ونوع المساعدة المطلوبة.	40د	مقر جمعية القديم
م. رقم 2	2025/03/11	-جمع المعلومات والبيانات عن الحالة (حول الجانب الفردي والأسري والعائلي).	42د	مقر الجمعية القديم.
م. رقم 3	2025/03/16	-طرح مجموعة من أسئلة حول الطفل المصاب بطيف التوحد وتأثيرات الإصابة على نفسية الأم والمحيط الأسري (تقبل ام لا).	39د	مقر الجمعية القديم.
م. رقم 4	2025/03/22 رمضان	-التمهيد للإختبار النفسي وتطبيق الاختبار لم تكمل لظروف الجمعية وكانت في وضعية تعزيل	31د	مقر الجمعية القديم.
م. رقم 5	2025/04/05 ايام العيد	-إعادة تطبيق الاختبار لأن الحصّة السابقة لم تكتمل نظرا لظروف الغير ملائمة.	43د	مقر الجمعية الجديد.

التاريخ العائلي للحالة:

- الوضع العائلي: الأبوين على قيد الحياة
- التركيبة العائلية: الأخ الأكبر متوفي و2 أخوة على قيد الحياة، ترتيب الحالة: الثانية
- الوضع الاقتصادي: متوسط
- نوعية السكن: منزل بالريف
- وجود سوابق مرضية داخل العائلة: الأم داء السكري وفقر الدم والأب يعاني من ضغط الدم ومشاكل في القلب
- مشاكل نفسية: خوف وعزلة اجتماعية عن الناس وأب متسلط وأم تابعة وإخوة مسيطرين
- العلاقات داخل الأسرة: أهمال، تهيمش وتفرقة بين الإخوة من طرف الوالدين خاصة الأب
- أحداث صادمة: استشفاء أمها إثر هبوط مفاجئ لمستوى السكر كاد ينهي حياتها وكذلك وفاة الأخ الأكبر

بمرض السرطان

- التعبير عن المشاعر: صعوبة في التعبير عن المشاعر مما يجعل الحالة تلجأ إلى العزلة والجلوس وحيدة
- التاريخ الجنسي والزواجي للحالة: تشير المعطيات إلى أن العلاقة الزوجية تمر بصعوبات متعددة، تمثلت في ضعف التواصل العاطفي والجسدي مع الشريك، وغياب الدعم النفسي. كما لاحظت الحالة فتوراً في العلاقة الجنسية، إما كنتيجة مباشرة للحالة الاكتئابية أو كعامل مساهم في تعميقها، مما خلق حالة من العزلة الزوجية والضغط النفسي المستمر.
- التاريخ المرضي: تعاني الحالة من أمراض مزمنة مثل داء السكري وارتفاع الضغط الدموي (HTA) ، تم تشخيصها قبل عدة سنوات، مع ملاحظة تدهور في مستوى الالتزام بالعلاج مؤخراً. إضافة إلى ذلك، لا توجد مؤشرات على تاريخ نفسي سابق قبل ولادة الطفل، ما يرجح أن الأعراض النفسية ظهرت بشكل تراكمي بعد مواجهة صعوبات التربية والتشخيص.

اهتمامات وعادات أخرى: كانت لدى الحالة سابقاً اهتمامات تتعلق بالطبخ، الحياكة، والزيارات العائلية، إلا أن معظم هذه الأنشطة تم التخلي عنها تدريجياً. كما تقلصت علاقاتها الاجتماعية إلى أدنى مستوياتها، مع ميل واضح للعزلة وفقدان المتعة في الأنشطة التي كانت محبة سابقاً، ما يدل على وجود أعراض العزلة الاجتماعية.

محتوى التفكير: تتسم أفكار الحالة بالتشاؤم، وانخفاض قيمة الذات، مع تكرار أفكار لوم الذات والشعور بالذنب تجاه وضع ابنها. وجود محتوى تفكيري سلبي ثابت، وغياب واضح للأفكار الإيجابية أو الخطط المستقبلية، مما يشير إلى هيمنة نسق اكتئابي في التفكير. لا توجد مؤشرات مباشرة على وجود أفكار انتحارية، ولكن نسجت بعض العبارات ذات الطابع الانهزامي.

الحالة الانفعالية: الحالة الانفعالية السائدة هي الحزن والتثبيط، وتتميز بانخفاض كبير في التفاعل العاطفي مع المحيط. نوبات القلق والبكاء غير منتظمة ولكنها حاضرة، خاصة أثناء الحديث عن الطفل أو العلاقة الزوجية. وتتسم الانفعالات بكونها ملائمة لمحتوى التفكير، أي أن الحزن واليأس يتناسبان مع الأفكار السلبية والتقليل من الذات.

● ملخص المقابلات:

من خلال ماتم تقديمه في عرض سيرورة المقابلات مع الحالة (س) البالغة من العمر خمسين (50) سنة متزوجة ام لأربعة أطفال منهم طفل متوفي بقي لها ذكرين وأنثى ومنهم طفل توحدي.

ومن خلال استخدام دليل المقابلة المحضر مسبقا فإن الحالة (س) منذ طفولتها تحب البقاء وحدها منعزلة عن الناس وفضلت الزواج باكرا للهروب من نسقها العائلي الذي كانت لا تشعر فيه بالأمان، تزوجت في سن مبكرة لم تنجب في السنوات الأولى من الزواج كانت تقطن مع العائلة الممتدة وكانت تعاني من سيطرة الأخ الأكبر للزوج وكذلك عانت من حرمان نفسي ومادي يرجع إلى أسباب إقتصادية ومادية وأخرى مشاكل أسرية منها طبيعة الزوج السلبية والخاضعة لسيطرة الأخ الأكبر له في جميع أمور الأسرة.

ومازاد الطين بلة هي وفاة طفلها الذي يبلغ من العمر تسع سنوات في فترة حملها في الأشهر الأولى بالطفل الأصغر وكذلك فقدتها لأخيها الأكبر منها سنا إثر مرض السرطان، مما جعلها تعاني من أعراض نفسية وسيكوسوماتية واضطرابات مزاجية أثرت سلبا على سيرورتها وسلوكياتها ونشاطها اليومي والحياتي، أصيبت بداء السكري من النوع الأول وقد خضعت للعلاج بالانسولين مع عدم تقبلها للمرض وانتظامها للعلاج وبعد سنوات أصيبت بمرض إرتفاع الضغط المزمن كدلالة على معاناتها النفسية الحادة.

تحليل المقابلات نصف الموجهة:

من خلال المقابلات العيادية التي أجريت مع الحالة (س)، تبين أن مسارها الحياتي اتسم باضطرابات نفسية متراكمة وظروف اجتماعية قاهرة ساهمت في تكوين شخصية هشة، قلقية، ومنسحبة. منذ الطفولة، عبّرت الحالة عن علاقة غير متوازنة مع والديها، حيث وصفت والدتها بأنها حنونة، بينما اعتبرت والدها كان من النوع القاسي والصارم، حسب قولها: "ماما علاقتي معها مليحة وحنينه بصح بابا كان من النوع الواعر والصارم "يعكس بيئة تربية يغلب عليها التسلط الذكوري والافتقار للدفع العاطفي، وهي عوامل تسهم غالبا في زعزعة الثقة بالنفس.

عاشت في وسط مغلق ومحافظ، شعرت فيه بالتمييز بين الإخوة، مما دفعها للانسحاب الاجتماعي المبكر، وصرحت: "كنت نحس بروحي ديما محقورة وما خلونيش نكمل قرايتي خاطر الوسط الي نسين فيه منغلقي، على هذي كنت ديما نقعد وحدي". هذا الإحساس بالإقصاء الاجتماعي والتمييز الجندري تكرر في فترة المراهقة، حيث عبّرت عن شعورها بأن الأنثى في محيطها مجرد عبء يجب التخلص منه بالزواج، فقالت: "كي بلغت حسيت أن روحي كشلغل قنبلة موقوتة ينتظروا وقتاه يتخلصوا منها"، مضيفة: "دارنا مقفولين ما يستعرفوش بالطفلة تجيبهم العار وكانوا يفضلوا الذكور عليها".

ضمن هذا السياق، تزوجت مبكرا هربا من واقع مؤلم، دون وعي كاف بالمسؤوليات الزوجية: "أول واحد جا خطبني قبلت دون تفكير". وتعرضت لاحقا لصدمات متتالية أبرزها مرض والدتها المفاجئ، والذي تطلب مكوثها في المستشفى، حيث قالت: "نهار ماما هبط لها السكر خلاها دخلت في غيبوبة قريب ماتت... هي لا تهش لا تنش بصح على الأقل هي الصدر الحنين اللي نتكى عليه". ثم جاء فقدان أخيها نتيجة مرض السرطان، ما شكّل ضربة نفسية قوية، عبّرت عنها بـ "فقدت خويا الي أكبر مني مات بالكونسار عندو 3 سنين... الناس العزاز والي قراب ليا داهم ربي".

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

توالت الصدمات، وبلغت ذروتها في الحادث الأليم الذي فقدت فيه ابنها على يد والده بطريقة غير متعمدة: "ولدي مات ووالده كان سبب الحادث... كان يسوق جرار ورجع للخلف وما انتهش لوجود ابنه في الخلف حتى طاح مات " عاشت هذه المرحلة وهي حامل في ظروف صحية ونفسية شديدة الصعوبة، ما أدى إلى ولادة قيصرية مبكرة، لم تفرح بها كما قالت: "ما كنتش فايقة حتى كيفاه عديت الحمل... لم أفرح بولادته كنت فاقدة حتى لما يجري حولي". لاحقاً، عبّرت عن حالة إنكار شديد لتأخر نمو طفلها، ورفضت أي تشخيص أو ملاحظة تخص حالته، قائلة: "كنت نرغي ونعارك أي واحد يقولي ولدك عندو مشكلة، لدرجة أنني لم أتقبل حتى ملاحظة الطبيب". وبعد تشخيصه باضطراب طيف التوحد، عاشت حالة من الرفض والانسحاب الاجتماعي، وصرحت: "عدت قافلة على روحي وما نحبش نمشي لحق مناسبة، حتى بيت أهلي".

فيما يخص العلاقة الزوجية، اتسمت بالبرود والانفصال العاطفي رغم وجود اهتمام ظاهري من الزوج، حيث قالت: "راجلي زي كاين زي ما كانش، علاقتي عادية معاه، حتى العلاقة الزوجية المعتادة محسوب ما كانش"، مبررة ذلك بانعدام الرغبة. كما عبّرت عن شعورها بالضغط والخوف من المستقبل، خاصة بشأن مصير ابنها المريض: "ولدي مريض ما عندوش بخلافي أنا، كون نخطيه شكون يتقبلوا وكيفاه يعيش؟"، مما يعكس انشغالا مفرطاً وقلقاً دائماً. من الناحية الصحية، أظهرت عدم التزام واضح بالمتابعة الطبية، مع تذبذب في النظام الدوائي والغذائي، وتفاقم مرض السكري وارتفاع الضغط رغم تناول الدواء، كما قالت: "ما نقدرش نأكل ولا نرقد ولا نهدر كي نغضب". والحالة (س) تفضل الانعزال عن الآخرين لقولها: "نحب نقعد وحدي ما نحب نروح حتى عند واحد وما نحب حتى واحد يجيني" وهذا ما يعكس ميولاً انطوائية وحاجة إلى الشعور بالأمان.

كما استخدمت عدة آليات دفاعية منها المقاومة والكبت والإسقاط وآلية الهروب والإنكار لمواجهة آثار الصدمة كل هذه المؤشرات توجي بوجود مشاكل نفسية، بعد تلقى خبر يؤكد أن ابنها الأصغر هو طفل مصاب بطيف التوحد مما أزم من حالتها النفسية وأدى إلى استعمال آليات دفاعية بالأساس الإنكار وعدم تقبلها للصدمة. لمسنا هذه الميكانيزمات من خلال سيرورات المقابلات.

بناءً على ما سبق، يمكن الاستنتاج أن الحالة (س) تعاني من مؤشرات اضطراب نفسي مركب، ترجّح الإصابة بأعراض اكتئابية مصحوبة بأعراض قلق واضطراب في التوافق النفسي والاجتماعي، مع وجود علامات على الإجهاد النفسي المزمن وضعف في التكيف مع الضغوط.

● عرض وتحليل الاختبار:

أثناء المقابلات التي أجريت على الحالة (س) تم ادراج اختبار قياس نفسي حتى نستطيع ضبط وتحديد الاضطراب النفسي المصاحب للحالة وكان مقياس بيك للإكتئاب هو الأنسب للتأكد من صحة الفرضيات أو نفيها. جدول المقابلات رقم (04) يوضح توزيع الاستجابات على مقياس بيك للاكتئاب من إعداد الطلبة

الاعراض	العبارة	تنشيط
الحزن	عبارة 3	2
التشاؤم	عبارة 3	2

الفصل الخامس:عرض وتحليل الحالات

3	عبارة 4	الفشل السابق
2	عبارة 3	فقدان الأستمتاع
2	عبارة 3	مشاعر الذنب
1	عبارة 2	مشاعر العقاب
3	عبارة 4	عدم حب الذات
3	عبارة 4	نقد الذات
2	عبارة 3	الأفكار أو رغبات الإنتحارية
1	عبارة 2	البكاء
2	عبارة 3	التهيج الاستتارة
2	عبارة 3	فقد الإهتمام بالناس
1	عبارة 2	التردد في أخذ القرارات
1	عبارة 2	انعدام القيمة
3	عبارة 4	فقدان الطاقة على العمل
1	عبارة 2	تغيرات نمط النوم
2	عبارة 3	القابلية للغضب والانزعاج
2	عبارة 3	تغيرات في الشهية
2	عبارة 3	صعوبة التركيز
2	عبارة 3	ارهاق والاجهاد البدني
2	عبارة 3	فقدان الاهتمام بالجنس

الدرجات بالترتيب:

2 3 1 3 2 2 1 3 2
2 2 2 3 1 2 1 1 2 2

● تحليل نتائج الإختبار:

1. الحزن:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التحليل: الحزن هنا يظهر كمكون انفعالي أساسي يرتبط بفقدان أو إحباط، تنشيط بمستوى 2 يشير إلى أن الحزن موجود ولكنه ليس في أقصى درجاته التعبيرية، بل قد يظهر في شكل كآبة خفيفة أو شعور عام بالأسى.

2- التشاؤم:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: التشاؤم يدل على نظرة سلبية للمستقبل أو تقليل فرص النجاح والراحة. وتنشيط بدرجة 2 يعني أن الحالة تميل للتعبير عن خيبة أمل أو توقع الأسوأ بطريقة غير جارفة أو هستيرية، بل بتوجه سلبي ثابت نسبياً.

3-ال فشل السابق:

عدد العبارات: العبارة 4

مستوى التنشيط: 3

التحليل: وجود الفشل السابق مع تنشيط بدرجة 3 يدل على أن الإخفاقات الماضية تؤثر بشكل كبير في التصورات الذاتية للحالة، وتعيد إثارة مشاعر الذنب أو العجز، مما قد يعيق مبادراتها الحالية.

4-فقدان الاستمتاع:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: "فقدان السماع" قد يكون رمزاً لرفض أو تجاهل الرسائل العاطفية أو الاجتماعية. التنشيط بدرجة 2 يعكس أن الحالة قد يشعر بالتجاهل أو بعدم التواصل، لكن دون تعبير درامي مفرط.

5-مشاعر الذنب:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: مشاعر الذنب مرتبطة باللوم الذاتي نتيجة أفعال حقيقية أو متخيلة. مع تنشيط بدرجة 2، قد تظهر هذه المشاعر بطريقة جزئية أو مضمرة، مثل الشعور بالمسؤولية عن مشكلات الآخرين أو لوم الذات بدون مبرر واضح.

6-مشاعر العقاب:

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: "مسار عقاب" يدل على التوقع الداخلي للعقاب كنتيجة للأفعال أو للأفكار. التنشيط بدرجة 1 يعني أن فكرة العقاب موجودة ولكنها ليست مهيمنة أو معيقة للسلوك الطبيعي؛ ربما تظهر في شكل قلق خفيف أو اجتناب.

7-عدم حب الذات:

عدد العبارات: العبارة 4

مستوى التنشيط: 3

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التحليل: عدم حب الذات مؤشر على تدني كبير في تقدير الذات. مع العبارة 4 وتنشيط بدرجة 3، فهذا يدل على شعور متكرر وقوي بعدم الاستحقاق، وربما ميل إلى جلد الذات أو الانعزال الاجتماعي.

8-نقد الذات:

عدد العبارات: العبارة 4

مستوى التنشيط: 3.

التحليل: النقد الذاتي المتكرر قد يؤدي إلى تثبيت مشاعر العجز والفشل. الدرجة 3 تشير إلى شدة النقد الداخلي، مما قد ينعكس في صورة صراعات داخلية مستمرة وشعور بالإحباط الدائم.

● الأفكار أو الرغبات الانتحارية:

عدد العبارات: العبارة 3.

مستوى التنشيط: 2.

التحليل: وجود العبارة 3 مع درجة تنشيط 2 يدل على وجود بعض المؤشرات الفكرية المرتبطة بالرغبة بالهروب أو إنهاء الألم، ولكن بدون تصعيد خطير للسلوك الانتحاري. هذه مؤشرات تستوجب مراقبة دقيقة دون أن تدل بالضرورة على خطر فوري.

● البكاء:

عدد العبارات: العبارة 2.

مستوى التنشيط: 1.

التحليل: البكاء هنا يظهر كاستجابة عاطفية طبيعية، مع درجة تنشيط 1، مما يشير إلى أن الحالة قد تستخدم البكاء كوسيلة للتنفيس وليس كعرض مرضي أو انهيار نفسي.

● التهيج والاستثارة

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2.

التحليل: تعكس العلامة 3 مع تنشيط 2 في بند التهيج والاستثارة وجود توتر داخلي مرتفع واستجابات انفعالية حادة، مما يشير إلى اكتئاب نشط انفعالياً، تتجلى مظاهره في سرعة الغضب والانزعاج دون خمول أو انسحاب.

● فقد الاهتمام بالناس

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2.

التحليل: يدل فقد الاهتمام على انخفاض الدافعية تجاه الأنشطة المختلفة، وقد يكون مؤشراً على وجود حالة نفسية مثل الاكتئاب أو الإرهاق الذهني.

● التردد في أخذ القرارات:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط: 1.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التحليل: يشير التردد إلى قلة الثقة بالنفس أو الخوف من تحمل نتائج القرار، وقد يكون مرتبطاً بالتوتر أو الضغط العصبي.

● انعدام القيمة:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: الشعور بانعدام القيمة قد يعكس مشاعر سلبية تجاه الذات مثل الإحباط أو الاحتقار الذاتي، وغالباً ما يظهر عند ضعف التقدير الذاتي.

● فقدان الطاقة على العمل:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 3

التحليل: فقدان الطاقة مرتبط بالإرهاق الجسدي أو النفسي، ويمكن أن يكون علامة على إجهاد مزمن أو مشاكل صحية أو نفسية.

● تغيرات نمط النوم:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: أي تغير في نمط النوم، سواء زيادة أو نقصان، قد يدل على اضطرابات نفسية مثل القلق أو الاكتئاب، أو اضطرابات جسدية مثل الألم المزمن.

● القابلية للغضب والانزعاج:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: ارتفاع مستوى الغضب والانزعاج السريع يدل على توتر داخلي أو ضغوط نفسية مستمرة. قد يرتبط بالقلق، الضغط النفسي المزمن، أو حتى بعض الاضطرابات المزاجية.

● تغيرات في الشهية:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: التغيرات سواء بزيادة أو نقصان الشهية غالباً ما تكون مرتبطة بحالة عاطفية مثل القلق أو الاكتئاب، وقد تكون أيضاً بسبب اضطرابات فسيولوجية.

● صعوبة التركيز:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التحليل: تدل صعوبة التركيز على وجود تشتت ذهني، إرهاق عصبي، أو قلة النوم. وقد تكون علامة على القلق، أو الاكتئاب، أو الضغوط النفسية.

19-الإرهاق والاجهاد البدني:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: الشعور الدائم بالإرهاق والإجهاد البدني والنفسي يوحى بوجود استنزاف للطاقة، مما قد يكون ناتجاً عن ضغوط العمل أو مشاكل نفسية مثل الاكتئاب أو القلق المزمن.

20- فقدان الاهتمام بالجنس:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: انخفاض الرغبة الجنسية قد يكون مرتبطاً بالتوتر النفسي، أو الاضطرابات الهرمونية، أو حالات مثل الاكتئاب. كما أنه قد ينتج عن مشاكل في العلاقة العاطفية.

- النتيجة النهائية:

تشير نتائج التقييم إلى وجود حالة اكتئاب شديدة للغاية، حيث سجلت الحالة 41 نقطة من أصل 63، مما يعادل أكثر من 65% من الدرجة القصوى الممكنة. هذا يشير إلى أن الأعراض الاكتئابية ليست فقط حاضرة، بل هي طاغية وتؤثر بشكل كبير على الأداء النفسي والعاطفي اليومي.

1-2- التحليل العام للحالة الأولى:

خلال المقابلة العيادية، بدا أن السيدة(س) تسترجع مراحل حياتها بقدر كبير من المشاعر المتناقضة، حيث ظهرت تجارب الطفولة مثقلة بشعور بالنقص العاطفي وعدم الأمان، مما أسهم لاحقاً في تشكيل بنية نفسية هشة. في سردها لفترة المراهقة وبداية الزواج، برزت محاولاتها لتعويض الحرمان العاطفي عبر السعي إلى الاستقرار الأسري، غير أن واقع الأمومة، خاصة مع اكتشاف إصابة ابنها بالتوحد، أعاد تنشيط مشاعر العجز والإحباط الكامنة. اليوم، بعد 29 سنة من الزواج، تعبر السيدة عن حالة اكتئابية واضحة، تتسم بالحزن العميق وفقدان الأمل، مع نزعة قوية إلى الشعور بالذنب إتجاه ذاتها وأسرتها. تحليل مسار حياتها يكشف عن دينامية نفسية محورية تقوم على صراع داخلي بين الحاجة إلى الإعتراف والقبول من جهة والإحساس المزمن بالعجز والخللان من جهة أخرى.

يتضح من خلال المعطيات الإكلينيكية أن قدرة الحالة على التكيف مع وضعها النفسي والاجتماعي قد تأثرت بشكل كبير، إذ أظهرت صعوبة في التعامل مع الضغوط المرتبطة بوضع ابنها التوحد، إلى جانب غياب استراتيجيات فعالة للتأقلم. وتعتمد الحالة بشكل أساسي على آليات دفاعية غير ناضجة كالهروب، الإنكار، والإسقاط، ما زاد من حدة العزلة النفسية والانفعالية. كما سجل تراجع ملحوظ في ممارسة النشاطات اليومية المعتادة، حيث أصبحت تهمل واجباتها المنزلية وتبدي عزوفاً عن الانخراط في أي نشاط اجتماعي أو ترفيهي، مما يعكس انخفاضاً حاداً في القدرة الوظيفية وضعفاً في آليات المواجهة والتكيف السليم.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

ومن خلال نتائج الأدوات المستخدمة مجتمعة ككل (الملاحظة الإكلينيكية المباشرة، المقابلة العيادية نصف موجهة، واختبار بيك للإكتئاب، حيث تحصلت الحالة على درجة 41 من أصل 63 درجة مايوحي بوجود إكتئاب شديد جدا، وقد توافقت الإجابات و النتائج المتحصل عليها مع مؤشرات الاكتئاب الذي استخلصناها في الملاحظات وسياقات المقابلات المذكورة سابقا والتي نستطيع ان نستدل عليها من خلال الإجابات و الإماءات التي رسمتها الحالة والتي تتوافق مع مجموع الأعراض، المشخص للإكتئاب التي يصنفها الدليل التشخيصي للأمراض العقلية والنفسية في DSM5 والتي تنطبق مع المؤشرات التي استخلصناها من مقياس بيك للاكتئاب (لم أعد أشعر بالاهتمام بأي شيء"، "لا أجد أي متعة في الأشياء التي كانت تسعدني سابقا"، "أنا متعب طوال الوقت"، و"أشعر بأنني فاشل")، وهي مؤشرات تعكس بشكل واضح فقدان الدافعية، انخفاض تقدير الذات، والتثبيط الانفعالي. هذه النتائج تتقاطع مع الملاحظات السريرية التي كشفت عن تراجع ملموس في ممارسة الأنشطة اليومية، الميل إلى العزلة، ضعف المبادرة، وتوقف الاهتمام بالأنشطة التي كانت تمارس سابقا.

أظهرت البيانات المستخلصة من المقابلات والملاحظات والاختبارات النفسية أن الحالة تعاني من فقدان واضح للرغبة والشغف بالحياة، حيث عبّرت عن مشاعر الاحباط وانعدام المعنى، مؤكدة أنها لا تجد دافعا للاستمرار أو هدفا تسعى لتحقيقه، وهو ما انعكس في ضعف تفاعلها العاطفي واللفظي خلال الجلسات. وقد دعم هذا المعطى نتائج اختبار بيك للاكتئاب، حيث سجّلت الحالة 41 درجة من أصل 63، أي ما يعادل أكثر من 65% من الدرجة القصوى، ما يشير إلى وجود حالة اكتئاب شديدة للغاية تؤثر بوضوح على الأداء النفسي والعاطفي اليومي، وتتجاوز المستوى الطبيعي للضييق أو الحزن العابر الذي برز في درجات مرتفعة في أبعاد فقدان الاهتمام واليأس. كما تمّت ملاحظة مظاهر حزن شديد متجسدة في ملامح الوجه الجامدة، وغياب تعبيرات الانفعال الإيجابي، بالإضافة إلى التصلب الإيمائي وضعف الاستجابة الحركية، مما يشير إلى حالة من التثبيط الوجداني. وصرّحت الحالة عن وجود شعور دائم بالإرهاق النفسي والتعب المزمن، رغم حصولها على فترات كافية من الراحة، وهو ما أكدته كذلك مؤشرات اختبار بيك للإكتئاب، خاصة في بعد الإرهاق العقلي والانفعالي. كما برزت مؤشرات على وجود أعراض سيكوسوماتية، إذ تم تسجيل إصابة الحالة بداء السكري وارتفاع الضغط الدموي (HTA)، مع ملاحظة ضعف التزامها بالمتابعة الدوائية، ما يدل على علاقة وثيقة بين تدهور حالتها النفسية والعضوية. إضافة إلى ذلك، أظهرت الحالة صعوبة في تقبّل وضعها الأسري والنفسي، واعتمدت بشكل بارز على آليات دفاعية مثل الإنكار والإسقاط، حيث عبّرت عن رفضها لتحمل المسؤولية النفسية أو التكيف مع وضع ابنها، مفضّلة إسقاط اللوم على محيطها، مما يشير إلى اضطراب في عملية التكيف النفسي وتدني مستوى التقبل.

2- عرض وتحليل الحالة الثانية:

2-1- عرض نتائج الحالة الثانية:

● البيانات الأولية:

الاسم: (ج).

الجنس: أنثى.

السن: 49 سنة.

المستوى التعليمي: ثانوية ثانوي.

عدد الأخوة: سبعة (خمس بنات وذكورين).

الترتيب: البنت الوسطى.

الحالة المدنية: أرملة.

عدد الأولاد: أربعة (4) أولاد (بنتين وذكورين).

الحالة الاجتماعية: والدين على قيد الحياة.

الحالة الاقتصادية: متوسطة.

نوعية السكن: بيت في عمارة مكون من ثلاث غرف.

المهنة: ماعكة في البيت.

مهنة الزوج: متوفي (كان يعمل في شركة للبناء).

سوابق مرضية: لا توجد.

السوابق المرضية للعائلة: الأب والأم مصابين بضغط الدم.

● تقديم الحالة:

الحالة (ج) سيدة ارملة تبلغ من العمر 49 سنة توفي زوجها سنة 2022 بسكتة قلبية مفاجئة أثناء تواجده في العمل تسكن بمنزل في عماره بأحد أحياء مدينة قالم، مستواها التعليمي سنة ثانوية ثانوي وهي الأخت الوسطى بين اخوتها السبعة، والوالدين على قيد الحياة أم لأربعة أطفال منهم طفل توحدي حالتها المادية متوسطة، الابنة الكبرى تبلغ من العمر 26 سنة متخرجة من الجامعة والابن يبلغ من العمر 22 سنة ينتهي لسلك الأمن وكذلك لديها ابنة تبلغ من العمر 13 سنة تدرس بالمتوسط أما الطفل الأصغر يبلغ من العمر 9 سنوات مصاب باضطراب طيف التوحد، تمر الحالة بظروف نفسية صعبة تم التواصل معها في مكتب الجمعية.

● الملاحظة الكليكية المباشرة وتحليلها:

من خلال الملاحظة المباشرة للحالة (ج) عبر سلسلة من المقابلات اتضحت مجموعة من المؤشرات السلوكية. والمظهرية تنبأ. بوجود مشاكل نفسية واضحة فكانت السيدة (ج) جد متحفظة وقليلة الكلام، اجاباتها بطيئة وغامضة تتجنب الحديث عن حياتها الخاصة.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

مظهرها الخارجي يوحى بالانضباط والجدية ملابسها داكنة اللون جلستها معتدلة أسلوبها في الكلام جدي تنتقي كلماتها وألفاظها توحى بالحذر وبعد بناء علاقة علاجية معها أصبحت أكثر عطاء وأكثر تعاوناً كانت تبدو عليها علامات الارتياح وبناء الثقة.

جدول رقم (05)

جدول برنامج المقابلات رقم (2) يوضح توزيع المقابلات من إعداد الطلبة:

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	هدف المقابلة	المدة	المكان
م. رقم 1	مارس: 2025/03/10	- التعرف على الحالة. - التعرف على نوع طلب المساعدة الموجهة. - تحديد اطار المقابلة.	37د	مقر جمعية أنت البطل بمدينة -قالمه- المقر القديم في 19 جوان.
م. رقم 2	2025/03/14	- جمع المعلومات عن الحالة (الجانب الأسري والعائلي).	40د	مقر الجمعية.
م. رقم 3	2025/03/20	- طرح أسئلة بشكل مباشر عن الطفل وتأثير الإصابة.	37د	مقر الجمعية.
م. رقم 4	أفريل: 2025/04/04	- جمع معلومات حول المعاش النفسي. - التمهيد للإختبار.	41د	مقر الجمعية الجديد.
م. رقم 5	2025/04/12	- تطبيق الإختبار.	43د	مقر الجمعية.

التاريخ العائلي والشخصي للحالة:

أولاً: التاريخ العائلي

- الوضع العائلي: الأبوين على قيد الحياة.
- التركيبة العائلية: الحالة هي إحدى سبعة إخوة (خمسة بنات وولدان)، وتأتي في الترتيب الأوسط.
- الوضع الاقتصادي: متوسط.
- نوعية السكن: منزل في عمارة مكون من ثلاث غرف.
- العلاقات داخل الأسرة: لا توجد مؤشرات على وجود مشكلات واضحة في العلاقات الأسرية.
- السوابق المرضية داخل العائلة:
- الأب والأم مصابان بارتفاع ضغط الدم.

ثانياً: التاريخ الشخصي للحالة

الأحداث الصادمة:

- وفاة الزوج.
- تشخيص طفلها باضطراب طيف التوحد.
- التعبير عن المشاعر:

تعاني من صعوبة في التعبير الانفعالي، وتميل إلى الكبت العاطفي والعزلة، خصوصاً بعد صدمتين متتاليتين (تشخيص الابن ووفاة الزوج)، ما أدى إلى انغلاق نفسي وتراجع القدرة على المواجهة.
- التاريخ الزواجي والجنسي:

تم الزواج بطريقة تقليدية بناءً على اختيار العائلة. أبدت قبولاً للوضع المادي والاجتماعي للزوج دون اعتراض، مما يشير إلى قابلية للتكيف. لم تُسجل مشكلات زوجية تُذكر قبل وفاة الزوج، إلا أن فقدانه مثل نقطة تحوّل نفسي عميق بسبب اعتمادها عليه عاطفياً ووظيفياً، في ظل غياب شبكة دعم بديلة.
- التاريخ المرضي:

لا توجد أمراض جسدية أو نفسية مسجلة قبل ولادة الطفل المصاب بالتوحد، ما يدل على بنية نفسية سابقة مستقرة. لكن بعد الولادة، بدأت أعراض التدهور النفسي في الظهور تدريجياً، تطورت إلى انسحاب اجتماعي وقلق وربما استجابة اكتئابية.
- الاهتمامات والعادات:

كانت الحالة قبل الأزمات نشيطة واجتماعية، وتمارس أنشطة مختلفة. بعد الأزمات، فقدت الاهتمام بمحيطها وبأنشطتها، ما يشير إلى غياب الإشباع العاطفي والاجتماعي، في ظل غياب بدائل أو دعم عائلي.
- المشاكل النفسية داخل الأسرة:

تمر الأم بحالة من الضغط النفسي الشديد نتيجة فقدان الزوج، وتحملها عبء رعاية طفل من طيف التوحد مع مسؤوليات أسرية أخرى. يظهر عليها الحزن، القلق المستمر، والإرهاق النفسي والجسدي، مما يشير إلى حاجتها إلى دعم نفسي واجتماعي.
- محتوى التفكير:

تفكيرها يتركز حول مشاعر العجز، الوحدة، والشعور بالذنب تجاه طفلها، إضافة إلى الحزن على فقدان الزوج. النمط التفكيرى اجتراري، يميل إلى التشاؤم وضعف تقدير الذات، مما يخلق دائرة مغلقة بين الأفكار السلبية والمشاعر المنخفضة.

الانفعالية:

• الحالة

يسود حالتها حزن مزمن، مع أعراض انسحاب اجتماعي وقلق واضح تجاه مستقبل ابنها وواقعها الأسري، ما يمكن اعتباره استمرارية لحالة حداد نفسي لم تكتمل معالجتها.

ملخص المقابلات:

من خلال الفحص النفسي للحالة (ج) وبعد عدة مقابلات فهي تبلغ من العمر 49 سنة أرملة وأم لأربع أطفال منهم طفل توحدي عاشت طفولة عادية حسب ما صرحت به وأنها لم تعايش حدثاً صادماً قبل زواجها حياتها كانت جد طبيعية لم تنهي دراستها الثانوية قامت العائلة بتزويجها من ابن عمها، بعد زواجها عاشت ضمن عائلة الزوج الممتدة كان الزوج يعمل في شركة بناء وكان ذا دخل متوسط ورغم ذلك كانت متقبلة لوضعية زوجها المادية لم تكن تعاني من أي أعراض صحية أو نفسية، وفاة الزوج شكّلت عامل ضغط نفسي وفقدان دعم أسري أساسي، خاصة في ظل تحملها مسؤولية رعاية ابنها المصاب باضطراب نمائي (طيف التوحد) بشكل فردي.

قبل انجائها للطفل التوحدي كانت مفعمة بالحيوية والنشاط ولكن بعد ما رزقت بابنها (ب) وبعد مرور ثلاث سنوات وأصبحت تظهر عليه علامات توحّي بوجود مشكل (تأخر في النمو والكلام والمشي والنطق) كانت صدمة كبيرة لما عرضته على متخصصين وشخص بإصابته باضطراب طيف التوحد أصبحت تعاني من مشاكل نفسية جعلتها تلجأ للهروب والانعزال عن الناس.

• تحليل المقابلات نصف الموجهة:

في المقابلة التمهيدية، لم تظهر الحالة (ج) تجاوباً يذكر، وكانت شديدة التحفظ، ما يعكس شعوراً عميقاً بالقلق وعدم الأمان، خاصة فيما يتعلق بالكشف عن ظروفها الشخصية أو عن حالة ابنها الصحية. هذا التحفظ ارتبط بشرطها الأساسي للموافقة على إجراء المقابلة، وهو عدم نشر أي معلومات خاصة عنها أو عن ابنها، مما يدل على خوفها من الوصمة الاجتماعية ومن نظرة الآخرين.

عند استرجاع الأحداث، عبّرت عن ذلك بالبكاء، وكأنها تعيد إحياء الحزن ذاته الذي عاشته سابقاً، وهذا مؤشر على صدمة غير محلولة أو مشاعر دفينّة لم يتح لها التعبير عنها سابقاً.

وقد حاولنا بأقصى جهدنا لجمع المعلومات وفكها وسبق ذكره أن (ج) هي أرملة تبلغ من العمر 49 سنة تم إعادة إحياء الذكريات مع إعادة إحياء الأحداث والتعبير بالبكاء وكأنه إعادة إحياء للحدث الحزين على حسب قول الحالة أنها لم تكن تعاني من أي أعراض صحية أو نفسية لقولها "ما كنتش نشكي من حتى مشكل صحي ولا نفسي" هذا التصريح يظهر إنكاراً واضحاً للمعاناة النفسية، وهو من آليات الدفاع الشائعة، حيث تحاول المفحوصة إقناع نفسها بعدم وجود مشكلات، أو قد تفتقر للوعي الكافي بأعراض الاضطراب النفسي. عاشت في كنف عائلة متفهمة بشكل عادي تزوجت في سن مبكر من ابن عمها لم تخوض كثيراً بالحديث عن تاريخها النفسي الأسري سوى ظروف الدراسة وانقطاعها في سنة ثانية ثانوي وذلك بسبب البعد الجغرافي عن الثانوية قبل ذلك كان يرافقها أخوها لأنه كان يدرسه معها في نفس الثانوية لقولها: "حبست في سنة ثانية ثانوي خاطر كنت نروح مع خويا الي يقرأ معايا في نفس الليسي وكى كمل هو حبسوني خاطر بعيد الحال بزاف" هذا القول يعكس أن انقطاعها عن الدراسة لم يكن بإرادتها بل نتيجة لظروف اجتماعية وجغرافية

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

خارجة عن سيطرتها، مما ولد شعورا بالظلم والعجز، خصوصا أنها كانت متعلقة بالتعليم. تأثرت الحالة بانقطاعها عن الدراسة وتعتبر كل أحلامها تبخرت بمجرد انقطاعها على الدراسة وقد صرحت: "كانت عندي أحلام بزاف نكمل قرايتي وندي الباك ونطلع للجامعة ونولي نخدم ونحقق مكانة في المجتمع " هذا التعبير يدل على مدى تأثير انقطاع التعليم على نفسيته، حيث اعتبرت ذلك نهاية لطموحاتها وهويتها المستقبلية، مما قد يفسر جزءا من هشاشتها النفسية الحالية. بدأت بسرردت حكايتها مع تجربة ابنها حول اضطراب التوحد التي كانت صدمة كبيرة غيرت مجرى حياتها في بادئ الأمر لم تقبل الحدث حيث صرحت قائلة: "كنت غير متقبلة لحالة ابني الصحية وارفض رفضا تاما أن يكون ابني مصاب بأي عرض صحي وخاصة التوحد"

هذا يوضح مرحلة "الإنكار" في تقبل صدمة التشخيص، وهي مرحلة أولى من مراحل الحزن، تعكس عدم استعداد نفسي لتقبل الاختلاف أو المرض.

كانت تتظاهر بأنها متقبلة وضع ابنها لكنها في نفس الوقت توصلت الى الابتعاد والعزلة لقولها "كنت نكابر فقط حتى وصلت إلى درجة اعتزلت التجمعات الأسرية كنت نرفض نروح به في الأماكن والمناسبات العائلية حتى لا أشعر بالاحراج ونظرات الدهشة والشفقة في أعين الناس.

هنا يتضح أن سلوكها الاجتماعي أصبح دفاعيا، فالعزلة جاءت كرد فعل على شعورها بالخزي أو الخوف من نظرة الآخرين، ما يدل على تأثر صورتها الذاتية كأم بسبب وضع ابنها.

لجأت الحالة إلى التقرب بالعبادات لرب العالمين حيث تقول: "ما كنتش فاهمة حالته الصحية وكنت أريده يتغير ويولي طفل عادي ووليت ملتزمة نصلي طول ونصوم دائما ما نرقدش. وكنت نقيم الليل ندعي ربي يشفيه".

هذا الالتزام المكثف بالعبادات قد يكون محاولة للهروب من الألم النفسي أو للبحث عن عزاء روحي، ويعكس نوعا من التعلق القهري بالجانب الديني في محاولة للسيطرة على مشاعر العجز.

كما انقطعت عن الأكل ولم تعد لديها رغبة فيه " فقدت الشهية للأكل وما بقيت نسخف على حتى حاجة " قد تكون علامة واضحة على الاكتئاب، حيث فقدان الشهية وفقدان الرغبة في الأشياء اليومية تشير إلى تدهور عاطفي ونفسي.

ومن خلال المعطيات المتوفرة، يبدو أن الحالة تعتمد أسلوبا دفاعيا قائما على إظهار التماسك والقوة، خاصة أمام أفراد أسرته، حيث تعد مرجعا لهم في الأوقات الصعبة، ما يعكس صورة ظاهرية للصلابة الانفعالية لقولها: "تالمون ما نحبش نشكي حتى تا دارنا حاطيني لابس عليا يجيو يشكيوني همومهم." كما عيّرت عن خيبة أملها تجاه أحد أبنائها، الذي التحق بالسلك العسكري بناء على رغبتها في إبعاده عن رفقة السوء ومخاطر الانحراف، إلا أنها تفاجأت بانخراطه في سلوكيات غير سوية، خاصة تعاطي المخدرات، مستغلا بذلك استقلاله المالي. وقد أدى هذا الوضع إلى توتر شديد في العلاقة بينهما، حيث أصبح يمارس عليها ضغوطا وابتزازا ماديا مستمرا، مما زاد من الأعباء النفسية التي تتحملها لقولها: "كنت معولة بزاف على ولدي اللي بعثتو للعسكر باش ما يخلطش مع أصحاب السوء وما ينحرفش. لكن للأسف، ماشي كيما كنت نتمنى. ولي مدمن دروغ، وهو عندو شهيرة، وزاد فوق هذا يجي يطلب مني دراهم بالسيف باش يروح يشري فيهم المخدرات. هذا الشي خلّاني في حالة ضغط وهم كبير." مما يعزز مشاعر العجز والصراع الداخلي .

أما عن علاقتها بزوجها نصفها بالجفاء والبرود والبعد الجسدي والعاطفي بحجة أنها تريد التعبد والاقتراب من الله حتى يرضى عنها ويشفى ابنها حيث صرحت: "حتى علاقتي مع راجلي كانت تابعة شوي فقدت الرغبة والعلاقة معاه بالرغم هو

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

متفهم الوضع وزاد مات وخلاني" تشير برودة العلاقة مع الزوج إلى انسحاب عاطفي اتخذ طابعا روحيا، حيث لجأت الحالة إلى التعبد كوسيلة للهروب من الشعور بالعجز والتوتر المرتبط بحالة ابنها. كما أن وفاة الزوج بشكل مفاجئ سبب لها شرخا وحدثا صادما بقي مترسقا في ذاكرتها لقوله: "مات راجلي وخلاني وحدي مع وليدي، حسيت الدنيا تسكرت عليا، ما لقيتش حتى واحد يوقف معايا ولا يخفف عليّ الهم، وبقيت نتحمل كلش وحدي".

هذا القول يظهر الأثر النفسي العميق لوفاة الزوج، ويعبر عن الشعور بالوحدة، الثقل، والعجز، مما مهد لتدهور حالتها المزاجية وخلخل استقرارها الانفعالي والاجتماعي بشكل ملحوظ.

بالمجمل، تظهر المقابلة أن الحالة تعاني من صراع داخلي عميق بين القبول والرفض، مما يؤثر بشكل كبير على تفاعلها مع محيطها الاجتماعي والعائلي.

● عرض وتحليل الاختبار:

أثناء المقابلات التي أجريت على الحالة (ك) تم ادراج اختبار قياس نفسي حتى تستطيع ضبط وتحديد الاضطراب النفسي المصاحب للحالة وكان مقياس بيك للاكتئاب هو الأنسب للتأكد من صحة. الفرضيات أو نفيا.

جدول رقم (6): يوضح توزيع الاستجابات على مقياس بيك للاكتئاب من إعداد الطالبة

الاعراض	العبارة	تنشيط
حزن	عبارة 2	1
التشاؤم	عبارة 2	1
الفشل السابق	عبارة 2	2
فقدان السماع	عبارة 3	2
مشاحن ذنب	عبارة 2	1
مسار عقاب	عبارة 2	1
عدم حب الذات	عبارة 2	1
نقد الذات	عبارة 3	2
الأفكار أو رغبات الإنتحارية	عبارة 1	0
البكاء	عبارة 4	3
التهيج الاستتارة	عبارة 2	1
فقد الإهتمام	عبارة 3	2
التردد في أخذ القرارات	عبارة 3	2
انعدام القيمة	عبارة 3	2
فقدان الطاقة على العمل	عبارة 3	2
تغيرات نمط النوم	عبارة 2	1
القابلية للغضب والانزعاج	عبارة 2	1

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

1	عبارة 2	تغيرات في الشبهة
1	عبارة 2	صعوبة التركيز
3	عبارة 3	الارهاق والاجهاد البدني
3	عبارة 4	فقدان الاهتمام بالجنس

الدرجات بالترتيب:

2 2 2 3 2 2 2 3 1 4

2 3 3 3 3 2 2 2 2 3 4

● تحليل نتائج الإختبار:

1-الحزن:

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل: الحزن هنا يعبر عن انفعال داخلي واضح، لكنه لا يترافق مع انهيار وجداني تام. علامة 2 تشير إلى وجود الحزن بشكل متكرر ويؤثر على المزاج العام، بينما مستوى التنشيط 1 يدل على أنه لا يصل إلى حد التثبيت أو الغضب الانفعالي، ما يعكس قدرة جزئية في القدرة على التعقيل.

2- التشاؤم:

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل: توجد رؤية سلبية للمستقبل بشكل متكرر، مما يؤثر على التوقعات الذاتية، لكن مستوى التنشيط 1 يدل على أن هذا التشاؤم لا يعطل الأمل كلياً، بل يبقى محدوداً في التمثيلات الذهنية دون سيطرة تامة على السلوك.

3-الفشل السابق:

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط:2

التحليل: الشعور بالفشل هنا بارز ومشبع انفعالياً، يظهر مدى تأثيره على الصورة الذاتية وعلى الدافعية. علامة 2 تشير إلى تجربة فشل مستمرة أو متكررة، ومرافقتها بتنشيط بمستوى 2 تدل على اختراق قوي لهذا الإحساس للوعي والسلوك، مما قد يغذي الشعور بالعجز وفقدان الكفاءة الذاتية.

4-فقدان الإستمتاع:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط:2.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التحليل: " يشير إلى فقد شبه تام للاستمتاع بالأنشطة اليومية، وهو مؤشر واضح على انطفاء الطاقة الحيوية. التنشيط بمستوى 2 يعكس اختراق هذا العرض لجوانب متعددة من حياة الشخص، دون أن يصل بعد إلى التثبيت التام.

5-مشاعر الذنب:

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 1.

التحليل: الشعور بالذنب موجود بوضوح لكنه لا يهيمن على المشهد الداخلي. تنشيط منخفض يشير إلى انفعالات غير مستقرة يمكن أن تتذبذب دون أن تسبب شللا وجدانيا.

6-مشاعر العقاب:

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 1.

التحليل: الشعور باستحقاق العقاب شديد من الناحية المعرفية، لكنه يظل محدود التأثير الانفعالي؛ أي أن الشخص قد يعبر عن هذه الفكرة دون معاشتها بشحنة عاطفية موازية.

7-عدم حب الذات:

عدد العبارات: العبارة 2.

مستوى التنشيط: 1.

التحليل: يوجد انفصال جزئي عن التقدير الذاتي، مع توتر داخلي بين الأنا المثالي والواقعي. لكن التنشيط الضعيف يترك المجال لإمكانية إعادة بناء صورة الذات.

8 -نقد الذات:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2.

التحليل: هنا يظهر مستوى عالٍ من العدوانية الموجهة نحو الذات. التنشيط المتوسط إلى المرتفع يعكس صراعا داخليا قد يهدد التماسك النفسي.

9-الأفكار أو الرغبات الانتحارية:

عدد العبارات: العبارة 1.

مستوى التنشيط: 0.

التحليل: على الرغم من وجود فكرة عابرة أو تصور للموت، إلا أنها غير منشّطة وجدانيا. لا خطر فوري، لكن ينبغي المراقبة السريّة.

10- البكاء:

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

عدد العبارات: العبارة 4.

مستوى التنشيط: 3.

التحليل: البكاء المتكرر يشير إلى تفريغ عاطفي غير مضبوط، مع انفعالية مرتفعة جدًا. هذا التنشيط العالي يعكس عبورًا

لحاجز الدفاعات الانفعالية

11-التهيج والاستثارة

عدد العبارات: العبارة 2.

مستوى التنشيط: 1.

التحليل: مشاعر الغضب أو عدم الارتياح حاضرة لكن بشكل محدود. قد تكون انعكاسًا لقلق داخلي أو لعدم الرضا عن الذات والآخر.

12-فقد الاهتمام بالناس

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: انسحاب اجتماعي واضح، يرتبط بانخفاض الطاقة والرغبة، لكن ما يزال يمكن تجاوزه بالعلاج والدعم العاطفي.

13- التردد في أخذ القرارات:

عدد العبارات 3:

مستوى التنشيط: 2

التحليل: يشير إلى عجز واضح في الوظيفة التنفيذية (صعوبة جزئية في اتخاذ القرار) مع حيرة وتردد يعكسان تشوشًا في المعايير الذاتية.

14-انعدام القيمة:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: يتجسد الشعور بانعدام القيمة كمحور أساسي في البناء الاكتئابى هنا، ما قد يؤدي إلى انسحاب داخلي حاد وانهايار في الأنا المثالي.

15-فقدان الطاقة على العمل:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: انخفاض كبير في الحيوية النفسية، مع تعطل واضح في الدافعية. هذا مؤشر مهم لمستوى خطورة الاكتئاب الوظيفي.

16-تغيرات في نمط النوم

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل: اضطراب النوم موجود لكنه لا يزال جزئيًا. يعكس حالة توتر داخلي تؤثر على التنظيم البيولوجي دون تعطيمه الكامل.

17- القابلية للغضب والانزعاج:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل:

18- تغيرات في الشهية:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل: التغيرات سواء بزيادة أو نقصان الشهية غالب ما تكون مرتبطة بحالة عاطفية مثل القلق أو الاكتئاب، وقد تكون أيضاً بسبب اضطرابات فسيولوجية.

19- صعوبة التركيز:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل: تشتت الانتباه موجود ويظهر ضعفا في الاستيعاب، لكنه لا يمنع الأداء العقلي تمامًا، وقد يكون عرضًا مصاحبًا للقلق.

20- الإرهاق والاجهاد البدني:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط:3

التحليل: يظهر انهيارا بدنيا موازيا للانهيار النفسي، وهو من المؤشرات الجسدية الشائعة في الاكتئاب المتوسط إلى الشديد. وانعدام مستوى التنشيط يضعنا أمام اشكالية فقدان المعنى للحياة.

21- فقدان الاهتمام بالجنس:

عدد العبارات: عبارة 4

مستوى التنشيط:1

التحليل: يمثل هذا الانطفاء الجنسي مؤشرا عميقا على الانسحاب الحيوي، ويشير إلى شلل شبه تام في دوافع الحياة الأساسية، مع تنشيط مرتفع يدل على اختراق واسع للاضطراب في مجالات الغريزة الجنسية.

.النتيجة النهائية

الدرجة الكلية = 50 من 63

الحالة تعاني من اكتئاب شديد جدا،

تشير نتائج التقييم إلى وجود حالة اكتئاب شديدة جدا، حيث سجلت الحالة 50 نقطة من أصل 63، مما يعادل أكثر من 65% من الدرجة القصوى الممكنة. وهو من أعلى درجات التصنيف، ويظهر بوضوح في الأعراض الوجدانية، الجسدية، والوظيفية المذكورة في التحليل النوعي وتشير هذه النتائج إلى أن الأعراض الاكتئابية لا تقتصر على الحضور، بل تهيمن بشكل واضح وتحدث تأثيرا عميقا في الأداء النفسي والعاطفي للحالة على نحو يوميومتكرر.

2-2 التحليل العام للحالة الثانية:

من خلال نتائج الأدوات المستخدمة في التقييم النفسي، والتي شملت الملاحظة المباشرة، المقابلة الإكلينيكية، واختبار بيك للاكتئاب، تبين أن الحالة (ج)، وهي امرأة أرملة تبلغ من العمر 49 سنة، تعاني من حالة نفسية معقدة تتسم بسمات اكتئابية واضحة وضغوط مزمنة أثرت على جوانب متعددة من حياتها. منذ بداية المقابلة، ظهرت علامات التحفظ والتردد، ما عكس درجة من الحذر والانغلاق العاطفي، خاصة فيما يتعلق بذكر تفاصيل حياتها الشخصية أو الحديث عن حالة ابنها المصاب باضطراب طيف التوحد. هذه المقاومة اللفظية والانفعالية تعتبر انعكاسا لمستوى مرتفع من القلق الداخلي ومؤشرا على صراع نفسي قائم بين الحاجة للبحث والخوف من الوصم الاجتماعي أو فتح جراح نفسية لم تشف بعد.

الحالة عبّرت صراحة عن عدم تقبلها لحالة ابنها الصحية، وأقرت بأنها كانت ترفض تماما فكرة إصابته بطفيل بالتوحد، وهو ما يعد مؤشرا واضحا على آلية إنكار دفاعية، تستخدم هنا لتقليل الشعور بالعجز والألم المرتبطين بتقبل الواقع. هذا الإنكار، وإن كان يخفف مؤقتا من وطأة المشاعر السلبية، إلا أنه يعمّق التوتر النفسي الداخلي ويعيق التكيف الصحي. ويلاحظ كذلك أنها لجأت إلى العزلة والانطواء، متجنباً المناسبات الاجتماعية والعائلية، نتيجة شعورها بالإحراج ونظرات الشفقة من الآخرين، ما يدلّ على ضعف في التكيف الاجتماعي وتضاؤل في تقدير الذات، كما عبّرت عن حالة من فقدان الرغبة في الطعام أو الاستمتاع بالأنشطة اليومية، مما يعكس تراجعاً في الدافعية وخلافاً في الأداء الحيوي.

اللافت أيضا في مسارها النفسي هو التحول الحاد نحو الممارسات الدينية، حيث ذكرت أنها أصبحت تقيم الليل وتصوم بانتظام وتكثّف العبادات بشكل لافت. هذا السلوك يمكن فهمه كاستجابة تعويضية واستراتيجية نفسية للهروب من الإحساس بالذنب والعجز، ومحاولة غير مباشرة لاسترجاع السيطرة على واقع تراه خارج قدرتها، لكنه في ذات الوقت يمثل وسيلة غير مكتملة لمعالجة الانهيار النفسي الداخلي، وقد يؤدي إلى الانفصال التدريجي عن الواقع إن لم يصاحب بتدخل علاجي مناسب. كما أن الفتور العاطفي والبرود الجسدي في علاقتها الزوجية، والذي بررته بالرغبة في التبعد والاقتراب من الله، يعد تعبيرا إضافيا عن هذا الانغلاق النفسي والحاجة إلى الانسحاب من الروابط الاجتماعية والعاطفية نتيجة العبء النفسي الزائد.

أما نتائج اختبار بيك للاكتئاب فقد أظهرت علامات دالة على مستوى عال جدا من الأعراض الاكتئابية 50 درجة من أصل 63، من بينها (الحزن المستمر، فقدان الطاقة، ضعف التركيز، تراجع في النشاط الاجتماعي، وتوجه فكري مثقل

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

بالأفكار السلبية)، ما يؤكد أن الحالة تمرّ باضطراب مزاجي لم تتم معالجته بعد، وأن الأعراض قد بدأت تؤثر بشكل واضح على أدائها اليومي وعلاقتها بذاتها والآخرين. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الأعراض والسلوكيات تتفق إلى حد كبير مع المحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، لا سيما ما يرتبط باضطراب الاكتئاب الجسيم، حيث تشمل المحكات فقدان الاهتمام، تغيرات في الشهية، اضطرابات في النوم، مشاعر الذنب، التراجع في الأداء الاجتماعي والوظيفي، وهي كلها حاضرة في حالة (ج) بشكل واضح.

كما اعتمدت الحالة أسلوباً دفاعياً قائماً على إظهار القوة أمام أسرته رغم معاناتها الداخلية، ما يعكس آلية تكوين عكسي لإخفاء الضعف. كما تعيش صراعاً نفسياً بسبب خيبة أملها في ابنها الذي انخرط في سلوك إدماني رغم محاولاتها لحمايته، ما زاد من شعورها بالعجز والضغط النفسي، ويعكس استنزافاً لقدرتها التكيفية في ظل تراكم الضغوط وغياب الدعم الكافي.

كما تعد وفاة الزوج حدثاً مفصلياً في المسار النفسي للحالة، حيث فقدت مصدر الدعم العاطفي والاجتماعي الوحيد، مما زاد من عبء المسؤولية النفسية والمادية عليها، وساهم في تعميق شعور الوحدة والعجز أمام تحديات الحياة اليومية، خاصة في ظل رعايتها لطفل ذي احتياجات خاصة. هذا الحدث يعد من عوامل الخطورة للمشاكل النفسية، ويحتمل أن يكون قد أدى إلى تسريع أو تفاقم الأعراض المزاجية والسلوكية التي ظهرت عليها لاحقاً، كما يتماشى مع فهمنا للضغوط المتراكمة في النماذج الإكلينيكية النفسية.

بناءً على كل المعطيات السريرية، يمكن القول إن الحالة (ج) تعيش حالة من الانهالك النفسي المزمن نتجت عن تراكم صدمات متعددة، أبرزها فقدان شريك الحياة وتحديات تربية طفل من ذوي اضطراب نمائي، إلى جانب تاريخ من الإحباطات الشخصية المرتبطة بوقف المسار التعليمي والطموحات الذاتية، ما أسهم في بناء صورة ذاتية سلبية وشعور دائم بالفقد والدونية. الحالة تستعمل الدين كاستراتيجية مواجهة أو كملجأ آمن ومصدر راحة، لكنه لا يغني عن الحاجة إلى التدخل النفسي العلاجي العميق، القادر على مساعدتها في إعادة بناء توازنها الداخلي، وتحسين أساليبها في التأقلم مع الواقع.

3- عرض وتحليل الحالة الثالثة:

3-1- عرض نتائج الحالة الثالثة:

● البيانات الأولية:

الاسم: (ك)

الجنس: أنثى

السن: 43 سنة

المستوى التعليمي: أولى متوسط

عدد الأخوة: 3 ذكور

الترتيب: البنت الصغرى

الحالة المدنية: متزوجة بإبن خالها

عدد الاولاد: أربعة (4) أولاد

الحالة الإجتماعية: أم على قيد الحياة وأب توفي قبل عامين

الحالة الإقتصادية: ميسورة الحال

نوعية السكن: منزل في عمارة

المهنة: مأكثة بالبيت

مهنة الزوج: متقاعد (جندي من ضحايا الارهاب)

سوابق مرضية: سمنة مفرطة + شره عصبي

السوابق المرضية للعائلة: أم لديها ضغط الدم وأب كذلك كان لديه ضغط الدم قبل وفاته.

● تقديم الحالة:

الأم (ك)، تبلغ من العمر 43 سنة، مأكثة بالبيت، مستواها التعليمي أولى متوسط، كانت تعيش في الريف مع أسرتها المتكونة من أبوين وثلاث إخوة ذكور وهي البنت الوحيدة والصغرى توفي أبوها قبل عامين فقط، متزوجة من ابن خالها في إطار زواج من الأقارب، ولديها أربعة أبناء (2 ذكور و2 بنات)، من بينهم طفل مصاب باضطراب طيف التوحد (الطفل ما قبل الأخير). تقيم رفقة أسرتها في شقة ضمن عمارة، وتعتبر ظروفها المادية ميسورة نسبياً. زوجها متقاعد وكان يشتغل في صفوف الجيش، وهو مصنف ضمن ضحايا الإرهاب.

نتائج الملاحظة العيادية المباشرة:

من خلال الملاحظة السريرية، بدت الحالة في وضع نفسي متعب، يظهر ذلك من خلال ملامح وجه حزينة رغم جمالها الباهر والخلاب، مما يعكس معاناة داخلية لا تغطيها المظاهر الخارجية. لوحظ بطء في الحديث والحركة، وهو ما يعد مؤشراً على انخفاض في الطاقة النفسية والجسدية، ويعزز احتمال وجود حالة اكتئابية. كما سجل انخفاض في التفاعل الانفعالي ونبرة صوت منخفضة، ما يدل على فتور في الاستجابة العاطفية وشعور داخلي بالإرهاق أو الإحباط. أظهرت

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

الحالة نقصا في المبادرة والتحفيز، وهي علامة شائعة في اضطرابات المزاج، خاصة الاكتئاب، حيث تقل الدافعية تجاه الأنشطة اليومية. اتسمت إجاباتها بالتردد والاجترار الفكري، لا سيما عند الحديث عن الأعباء اليومية ورعاية ابنها المصاب باضطراب طيف التوحد، وهو ما يشير إلى ضغط نفسي مستمر وشعور بالعجز، ويدل على وجود نمط تفكير سلبي متكرر. كما أبدت ميلا واضحا للعزلة وضعفا في التواصل الاجتماعي، وهي سلوكيات انسحابية قد تمثل مؤشرا على حالة مزاجية مكتئبة أو استجابة دفاعية لتقليل الاحتكاك بالضغوط الخارجية.

● جدول رقم (07):

● جدول المقابلات رقم (3) يوضح توزيع المقابلات من إعداد الطلبة

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	هدف المقابلة	المدة	المكان
م. رقم 1	مارس: 2025/03/13	-التعرف على الحالة بشكل مباشر مع خلق مجال من الثقة (ملاحظة): حظور الزوج معها. -تحديد اطار المقابلة.	36د	مقر جمعية أنت البطل بمدينة -قالمه- المقر القديم في 19 جوان.
م. رقم 2	2025/03/18	-التعرف على نوع طلب المساعدة. -جمع المعلومات الأولية عن الحالة.	37د	مقر الجمعية القديم.
م. رقم 3	2025/03/23	-جمع معلومات حول المعاش النفسي أثناء الحمل بالطفل وكيفية تلقي الخبر الشخصي لحالة الابن مع جمع معلومات حوله	40د	مقر الجمعية القديم.
م. رقم 4	2025/03/27	-تمهيد للإختبار النفسي وتطبيقه.	44د	مقر الجمعية القديم.
م. رقم 5	2025/04/06	-مقابلة تكميلية للمعلومات. -بداية مقابلة علاجية.	38د	مقر الجمعية الجديد.

التاريخ العائلي للحالة

- الوضع العائلي: الأبوين على قيد الحياة
- التركيبة العائلية: 3 ذكور على قيد الحياة وترتيبها الأخير.
- الوضع الاقتصادي: متوسط
- نوعية السكن: منزل بعمارة (ثلاث غرف)
- العلاقات داخل الأسرة: وجود علاقة دافئة ومستقرة مع أسرتها الأصلية، حيث كانت الطفلة المدللة والصغرى في العائلة، وتحظى باهتمام خاص من الوالدين. تصف والدها ووالدها بعاطفة واضحة، وتبدو هذه العلاقة قد

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

وقّرت لها دعماً عاطفياً قوياً في مرحلة الطفولة، مما ساهم في شعور بالقبول والانتماء داخل الأسرة. كما تلمح إلى أن هذه العلاقة بقيت جيدة حتى بعد الزواج، ولم تشر إلى وجود صراعات أو قطيعة مع إخوتها أو والديها، مما يدل على وجود شبكة دعم أسري محتملة، حتى وإن كانت غير فعالة حالياً بسبب انشغالها بمعايشتها الشخصية.

- مشاكل نفسية: وجود سوابق مرضية داخل العائلة: الأبوين مصابين بمرض ارتفاع ضغط الدم أحداث صادمة: فقدت الحالة ابنتها البكر (6 سنوات) بسبب ارتفاع درجة الحرارة (حتى مرتفعة) ورضيعاً في عمر السنة، ما شكّل صدمة نفسية عميقة لاحقاً، اكتشاف إصابة ابنها بطيف التوحد زاد من تعقيد حالتها النفسية، خاصة مع رفض الزوج الاعتراف بالحالة أو تقديم الدعم.

التعبير عن المشاعر: تميل إلى الكبت والإنكار في البداية، ثم الانفجار في شكل بكاء أو شكاوى جسدية وسلوكية (كالأكل القهري). تعبر عن نفسها بلغة مشحونة بالحزن، الإحباط، والإحساس بالخذلان، مع فقدان الثقة بالنفس.

التاريخ الجنسي والزواجي للحالة: زواج تقليدي من ابن خالها بدافع الروابط العائلية أكثر من التوافق العاطفي. في بدايته كان مستقرّاً، لكن بعد تقاعد الزوج ظهرت خلافات، تراجع في التفاعل العاطفي والجنسي، وانتقادات متكررة أثرت على العلاقة الحميمة وساهمت في تعزيز مشاعر النقص والرفض لديها.

التاريخ المرضي: لا تشير إلى أمراض مزمنة واضحة، لكن تعاني من اضطرابات في الشهية والوزن، وشكاوى نفسية متكررة (قلق، حزن، فقدان الطاقة)، إضافة إلى مظاهر اكتئاب جسدية ونفسية مدعومة بنتائج اختبار بيك.

اهتمامات وعادات أخرى: قبل الصدمات كانت تهتم بالمنزل والأبناء وبنفسها ولياقتها ولها نشاط اجتماعي محدود، أما بعد التراكمات النفسية فقدت شغفها، وأصبحت تميل للعزلة، وتلجأ للأكل كوسيلة للتنفيس.

محتوى التفكير: يسوده الطابع الاجتراري والتشاؤمي، مع إحساس دائم بالذنب، خاصة تجاه ابنها التوحدي، إضافة إلى الشعور بالفشل والعجز، وأفكار متكررة حول عدم جدوى الحياة الزوجية وفقدان الأمل.

الحالة الانفعالية: كتيبة، منخفضة المزاج، متوترة في بعض الجلسات، تبكي بسهولة، تظهر عليها علامات القلق والحزن والإنهاك، وتشير انخفاض ملحوظ في تقدير الذات، وانسحاب اجتماعي تدريجي. التعبير عن المشاعر بالميل إلى الكبت والإنكار في البداية ثم الانفجار في شكل بكاء أو شكاوى جسدية أو سلوكية (كالأكل القهري). تعبر عن نفسها بلغة مشحونة بالحزن، الإحباط، والإحساس بالخذلان مع فقدان الثقة بالنفس.

• ملخص المقابلات:

الحالة "ك" امرأة تبلغ من العمر 43 سنة، متزوجة وأم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، تعاني من ضغوط نفسية واجتماعية متعددة. نشأت في بيئة أسرية داعمة ومحبة، لكنها تعرضت في سن مبكرة لتحرشات ومعاكسات أثّرت على نظرتها لجسدها وثقتها بنفسها. زواجها تم بناء على اعتبارات عائلية أكثر من كونه قائماً على التوافق الشخصي، ومع مرور الوقت، بدأت العلاقة الزوجية في التدهور، خاصة بعد تقاعد الزوج وظهور سلوكيات انتقادية منه. تعاني "ك" من إنهاك

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

نفسى مزمّن نتيجة تحملها مسؤولية رعاية ابنها المصاب بالتوحد بمفردها، وسط غياب الدعم والمساندة من الزوج، الذي يرفض تقبل تشخيص الابن بل ويمنعها من متابعته طبيًا.

الحالة فقدت اثنين من أطفالها، ما عمّق شعورها بالحزن، وتزامن ذلك مع اضطرابات في الأكل والنوم، وزيادة في الوزن، ما أثر سلباً على العلاقة الحميمة والثقة بالنفس. تشعر بعزلة شديدة داخل أسرتها، وتواجه عبئاً نفسياً كبيراً بسبب مسؤولية رعاية ابنها دون دعم من الزوج. تظهر عليها علامات إهلاك نفسى واكتئاب، تتمثل في فقدان الطاقة، الحزن المستمر، وتراجع النظرة الذات.

• تحليل المقابلات نصف الموجهة:

من خلال ما تم تقديمه في سيرورة عرض المقابلات فالحالة هي أم تبلغ من العمر 43 سنة عاشت طفولة تصفها بالعادية جداً فهي البنت الوحيدة والصغرى كانت محل اهتمام جميع أفراد الأسرة خاصة الأبوين تصف نفسها بالمدللة لقولها: "عشت طفولة عادية وكنت أنا البنت المدللة في الدار خاصة بابا وماما كانوا مدليني بزاف"، تعكس هذه العبارة طفولة حافلة بالاحتواء والدعم العاطفي، ما قد يفسر اعتماداً عاطفياً مرتفعاً وتوقعات عالية من الآخرين لاحقاً. كانت منذ الصغر تتميز ببنية مرفولوجية تفوق سنّها وذات جمال فائق يجذب الانتباه حيث تعرضت الحالة، رغم تمتعها بجمال ظاهر وبنية جسمانية تلفت الانتباه، لتحرشات ومعاكسات متكررة منذ سن مبكرة، ما ولّد لديها خبرات سلبية مرتبطة بجسدها. هذا أدى إلى شعور بالخوف من نظرات الآخرين، وانتباه غير مرغوب فيه، وأسهم في تكوين صورة ذاتية مشوشة قد يرافقها خجل أو انغلاق اجتماعي، كما أن هذا الأمر انعكس عليها سلباً حيث كانت عرضة للمعاكسات والتحرشات لقولها: "وصلت للسياح سنة أولى متوسط حبسوني القراية كنت بصحتي وتعرض للتحرش والمعاكسات ديما بسبب الزى تاعي"، وهو ما يفسر كاستجابة نفسية شائعة في حالات التجسيد المفرط للجسد في غياب الدعم النفسى والاجتماعي المناسب. وهذا السبب الذي جعل أسرتها توقفها على الدراسة.

كما أن هذا الأمر أدى لتقدم ابن خالها لخطبتها في ظنه أنه هو أولى بها ومن جهة يحب عمتة كثيراً وهذا ما صرحت به الحالة: "وهذا تانا الي خلا ولد خالي يعي يخطبني هو يحب ماما بزاف (الي هي عمتو) وقال بنت خالي أنا أولى بيها" تدل على زواج قائم على الاعتبارات العائلية والانتماء أكثر من الاختيار الحر، ما قد يؤدي لاحقاً إلى ضعف في التفاهم والتكافؤ النفسى داخل العلاقة الزوجية.

زوجها متقاعد كان جندي في صفوف الجيش في بداية سنوات الزواج كان يعاملها معاملة جيدة على حسب تعبيرها غير أنه تغير عليها بعد تقاعده وأصبحت تنتابه بعض الوسواس وأصبحت محل انتقاد لقولها: "راجلي كان في الجيش ودرك عندو مدة ملي خرج وتبدل خلاه ونهار كامل ينتقد فيا ما يعجبو حتى شي" ما قد يشير إلى وجود خلفية نفسية أو اجتماعية خاصة داخل الأسرة، مما قد يعكس اضطراباً تكيفياً أو ضغوطاً نفسية غير معالجة، تتحول إلى انتقادات مستمرة تجاه الزوجة وتوتر أسري دائم. تصف الأم حالتها بأنها تحمل عبء وأدوار عدة على عاتقها: "تعبت بزاف والمسؤولية ثقيلة عليا وما قدرتلهاش" تعكس الحالة انخراطاً مزدوجاً في أدوار متعددة (زوجة، أم، مقدّمة رعاية لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة)، مما قد يشكل عامل ضغط نفسى مستمر، كما أن الأم فقدت ابنتين لها طفل عمره عام وابنتها البكر عمرها 6 سنوات بالحمى أصبحت تعاني من شراهة في الأكل وتلجأ للأكل بإفراط مما أفقدها السيطرة

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

بالوزن وهذا ما زاد من حدة قلقها لأن زوجها لا يقبل بذلك حيث أصبح يهددها دائما بالطلاق لقولها: "من القلقة وليت غير ناكل بلا قانون حتان سمتت بزاف وهذا الشيء ما عجيش راجلي ونهار كامل يعاير ويعلق علياومهما وش ندير ما يعجبوش العجب وولا يهدد فيا بالطلاق" وكانت تكرر في كل جلسة أنه لم يكن هكذا وكأنها تخلق له الأعذار، فقدت الثقة في نفسها وأصبحت تنظر إلى نفسها نظرة دونية لقولها: "عدت فاقدة حتى الثقة في نفسي وما بقاتش تعجبني روجي".

كانت الحالة (ك) تهرب دائما من الحديث عن ابنها المصاب بطيف التوحد ولكن في المقابلة الأخيرة وقبل تطبيق الاختبار عبرت على أن حياتها أصبحت أكثر تعقيدا بعد أن عرفت أن ابنها توحيدي وزوجها لم يتقبل الفكرة لدرجة أنه يمنعها حتى من أخذ ابنها للمواعيد والمتابعة العلاجية: "حياتي تعقدت ملي فقت بولدي عندو توحد وراجلي لحد الآن مش متقبل الفكرة ويمنعني حتى من باه نديه يسوي في عند الطبيب".

تبدو الحالة متأثرة جدا بسبب الشرخ الموجود في العلاقة مع زوجها لقولها بتنهد "أه علاقتي مع راجلي ماشية وتتدهور مش عارفة وشبيه".

تدهور العلاقة الحميمة قد يعزى إلى النقد المستمر من طرف الزوج لمظهر زوجته، خاصة بعد اكتسابها للوزن بشكل مفرط، ما أدى إلى تراجع ثقتها بنفسها وزيادة شعورها بالرفض، وهو ما انعكس مباشرة على مستوى التفاعل العاطفي والجنسي داخل العلاقة.

كما أن الحالة تعاني من تغيرات في النوم حيث توجد لديها أعراض فرط النوم لقولها: "نرقد بزاف كون نصيب نبقى راقدة" هذا النوع من فرط النوم يمكن أن يكون تعويضا نتيجة اضطراب في نمط النوم، أو كعرض نفسي مرتبط بحالة من الإجهاد النفسي أو استجابة اكتئابية، خاصة في ظل الأعباء اليومية والضغط المستمر.

تعيش (ك) حالة إجهاد نفسي مزمن نتيجة تحملها الكامل لعبء رعاية طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، في ظل غياب الدعم الفعلي من زوجها، الذي يظهر لا مبالاة، وينقصه الفهم والاعتناء بطبيعة الاضطراب. هذا الوضع يضعها في موقع المسؤول الوحيد، مما شعرها بالعزلة داخل أسرتها، ويعزز شعورها بالعجز والظلم. تناضل يوميا بين ضغط الرعاية ورفض الزوج المشاركة أو التفاعل الإيجابي، لقولها: "كلش ولا حاصل فيا واحد ما قاعد يعاون فيا ولا حتى حاسس بيا وراجلي ما علبالو بوالو"، مما يؤدي إلى تولد مشاعر حزن، إحباط، ولوم للذات. وتتفاقم حالتها النفسية مع غياب الاحتواء العاطفي، فقد تظهر عليها علامات الاكتئاب مثل فقدان الطاقة، القلق المستمر على مستقبل طفلها، وصراع داخلي بين واجبها كأم واحتياجاتها كنسأة.

• عرض نتائج الاختبار:

جدول رقم (8) يوضح توزيع الاستجابات على مقياس بيك للاكتئاب من إعداد الطلبة

الاعراض	العبرة	تنشيط
الحزن	عبارة 3	2
التشاؤم	عبارة 2	1
الفشل السابق	عبارة 3	2
فقدان الأستمتاع	عبارة 2	1

1	عبارة 2	مشاعر الذنب
2	عبارة 3	مشاعر العقاب
3	عبارة 4	عدم حب الذات
2	عبارة 3	نقد الذات
0	عبارة 1	الأفكار أو رغبات الإنتحارية
1	عبارة 2	البكاء
2	عبارة 2	التهيج الاستتارة
2	عبارة 3	فقد الاهتمام بالناس
2	عبارة 3	التردد في أخذ القرارات
1	عبارة 2	انعدام القيمة
1	عبارة 2	فقدان الطاقة على العمل
1	عبارة 2	تغيرات نمط النوم
1	عبارة 2	القابلية للغضب والانزعاج
0	عبارة 1	تغيرات في الشهية
0	عبارة 1	صعوبة التركيز
1	عبارة 2	ارهاق والاجهاد البدني
1	عبارة 2	فقدان الاهتمام بالجنس

الدرجات بالترتيب:

1 2 1 1 2 3 2 0 1 2 2 2 1 1 1 1 0 0 1 1 2

• تحليل نتائج الإختبار:

1-الحزن:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: الحزن ظاهر بوضوح ويؤثر على المزاج العام، دون أن يصل إلى الانهيار العاطفي. يدل على كآبة متكررة تتدخل في الوعي والسلوك اليومي.

2. التشاؤم

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: التشاؤم موجود، لكن لا يعطل الأمل كلياً، بل يعبر عن ضعف التوقعات الذاتية بدون تأثير سلوكي عميق.

3. الفشل السابق

العبارة: 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: شعور متكرر بالفشل يعكس تجربة ذاتية تؤثر على احترام الذات وتغذي الإحساس بالعجز.

4. فقدان الاستمتاع

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: التمتع بالأشياء المعتادة متراجع جزئيًا، لكنه لم يختفِ تمامًا. الشخص ما زال يحتفظ ببعض الاهتمام أو القدرة على الانخراط.

5. مشاعر الذنب

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: الإحساس بالذنب يظهر بدرجة خفيفة، ولا يهيمن على التجربة الوجدانية، مما يجعله عرضًا يمكن التعامل معه نفسيًا.

6. مشاعر العقاب

العبارة: 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: تفكير عقابي داخلي نشط، يوجي بوجود صراع داخلي قوي وشعور بالاستحقاق السلبي، مما يستدعي تدخل علاجي معرفي.

7. عدم حب الذات

العبارة: 4

مستوى التنشيط: 3

التحليل: يمثل انقطاعًا واضحًا في تقدير الذات، وشحنة وجدانية عالية من الرفض للذات، مؤشر خطير في البناء الاكتئابي.

8. نقد الذات

العبارة: 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: النقد موجه بقوة نحو الذات، ويعكس صراعًا بين التوقعات والممكنات، مما يضعف التماسك النفسي.

9. الأفكار أو الرغبات الانتحارية

العبارة: 1

مستوى التنشيط: 0

التحليل: وجود فكرة عابرة، لكنها غير مشحونة انفعاليًا؛ لا خطر حالي، لكن ينبغي المراقبة الوقائية.

10. البكاء

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: نوبات بكاء متقطعة، تعبّر عن هشاشة انفعالية دون انهيار عاطفي.

11. التهييج والاستثارة

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 2

التحليل: قابلية متوسطة للغضب والانزعاج، قد ترتبط بالإرهاق أو التوتر الداخلي.

12. فقدان الاهتمام بالناس

العبارة: 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: انسحاب اجتماعي جزئي لكنه ملحوظ، يؤثر على التفاعل والعلاقات.

13. التردد في اتخاذ القرار

العبارة: 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: ضعف في الوظيفة التنفيذية، وتشتت في المعايير الذاتية، ما يضعف القدرة على الحسم.

14. انعدام القيمة

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: الشعور بعدم القيمة موجود، لكنه غير مركزي بعد، ويمكن احتواؤه بتقنية العلاج بالكلام

15. فقدان الطاقة على العمل

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: تعب نفسي بسيط، لكنه يبدأ في التأثير على النشاط اليومي.

16. تغيرات نمط النوم

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: اضطراب بسيط في النوم، غالباً أرق خفيف أو نوم غير مريح.

17. القابلية للغضب والانزعاج

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: وجود مشاعر تملل خفيف، دون تفجر غضب واضح.

18. تغيرات الشهية

العبارة: 1

مستوى التنشيط: 0

التحليل: لا تغيرات ملحوظة حاليا في الشهية.

19. صعوبة التركيز

العبارة: 1

مستوى التنشيط: 0

التحليل: التركيز جيد عموماً، ولا يلاحظ ضعف واضح في الانتباه.

20. الإرهاق والاجهاد البدني

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: تعب عام خفيف، قد يكون ناتجاً عن ضغط نفسي مستمر.

21. فقدان الاهتمام بالجنس

العبارة: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: انخفاض في الدافع الجنسي، لكن لا يصل إلى درجة انطفاء تام.

الحالة حصلت على درجة 27 من 63، ما يشير إلى أن الشخص يعاني من اكتئاب بدرجة متوسطة تميل إلى الارتفاع نسبياً، حيث تظهر أعراض متعددة بشكل واضح لكنها لا تزال ضمن مستوى يمكن التعامل معه من خلال الدعم النفسي والعلاج السلوكي المعرفي، دون الحاجة الفورية إلى تدخل دوائي.

يمكن القول إن بعض الأعراض (مثل عدم حب الذات، نقد الذات، مشاعر العقاب، فقدان الاهتمام الاجتماعي) جاءت بدرجات مرتفعة نسبياً، مما قد يتطلب متابعة سريرية منتظمة لتجنب تطور الحالة.

2-3- التحليل العام للحالة الثالثة:

تظهر الحالة (ك) مؤشرات واضحة لحالة استجابة اكتئابية متقدمة، تعزى إلى تراكم مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية. فمن خلال المقابلات، يتضح أن الطفولة التي عاشتها في جو من الدلال والاحتواء الأسري المفرط، رغم أنها تبدو إيجابية ظاهرياً، قد ساهمت في بناء نمط اعتماد ي جعلها أكثر هشاشة أمام فقدان الدعم لاحقاً. كما أن تعرضها للمعاكسات في سن مبكرة بسبب مظهرها الجسدي، وما تلاه من قرار عائلي بإيقاف مسارها الدراسي، يشكل

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

حدثا صادما خفيا ساهم في تطوير صورة جسدية سلبية وشعور مبكر بالذنب والعار، ما ترك أثرا على هويتها النفسية والاجتماعية.

زواجها من ابن خالها في إطار زواج الأقارب، بناء على اعتبارات عائلية لا عاطفية، يشير إلى افتقار العلاقة الزوجية منذ بدايتها للتوافق النفسي، وهو ما تفاقم لاحقا بعد تقاعد الزوج وتغير سلوكياته نحوها. فقد أصبح كثير الانتقاد، دائم التذمر، وغير متفهم لحالتها النفسية والجسدية، مما يزيد حساسيتها للرفض أو الإهمال في الحياة الزوجية وهذا ما دفعها إلى فقدان الشعور بالتقدير داخل العلاقة الزوجية. وقد انعكس هذا بشكل مباشر على العلاقة الحميمة، التي تراجعت بفعل النقد المستمر والتهديد بالطلاق، مما زاد من ضعف تقدير الذات لديها ورسّخ مشاعر الرفض وعدم الجاذبية.

تفاقمت حالتها النفسية إثر وفاة اثنين من أبنائها، وما تبع ذلك من إنجاب طفل مصاب بطيف التوحد. هذا الطفل مثل نقطة تحوّل في حياتها، حيث دخلت في دائرة الإنكار ثم الإدراك المؤلم، خصوصا في ظل رفض الزوج الاعتراف بالمشكلة ومنعه لها من متابعته طبيًا. هذا الواقع فرض عليها تحمّل عبء الرعاية لوحدها، ما عزّز شعورها بالوحدة والعجز وكرّس حالة من الإنهاك الجسدي والعاطفي المزمّن. وقد كان من نتائج هذا الضغط المتراكم لجوؤها إلى الأكل القهري كآلية دفاعية لاواعية، ما تسبب في زيادة مفرطة في الوزن، أصبحت بدورها مصدرا إضافيا للنقد الزوجي والرفض.

لجأت الحالة إلى أكل الطعام بكمية كبيرة نتج عنه اكتساب مفرط للوزن بالرغم من أن مستوى التنشيط في بند فقدان الشهية منخفض والنتيجة لا تغيرات ملحوظة حاليا في الشهية، التناقض بين تصريح الحالة في المقابلة ونتيجة المقياس يمكن تفسيره من خلال عدة عوامل نفسية وسلوكية. قد استخدمت الحالة آليات الدفاع النفسي مثل الإنكار، حيث تنكر أو تتجنب الاعتراف بتغيرات في سلوكها الغذائي، رغم أنها تعاني من شراهة في الأكل وسمنة مفرطة. كما أنها قد تستخدم الطعام كوسيلة للتأقلم مع مشاعر القلق أو الاكتئاب قد يكون هناك مشاعر من الخجل أو الذنب بشأن زيادة الوزن، مما يدفعها إلى التقليل من أهمية هذه المشكلة أو عدم الإقرار بها أثناء التقييم. في بعض الأحيان، التباين بين الأعراض الظاهرة والشعور الداخلي يمكن أن يؤدي إلى هذا التناقض، حيث قد يرى الشخص سلوكه الغذائي عاديا أو معتادا، ولا يعتبره تغييرا في الشهية.

الملاحظة العيادية تؤكد ما جاء في أقوالها، إذ تبدو الحالة منهكة، حزينة الملامح، بطيئة في التفاعل، منعزلة، وتظهر ميلا واضحا لاجترار الأفكار السلبية والتقليل من الذات. كما أن نتائج اختبار بيك للاكتئاب جاءت مرتفعة، مما يدعم تشخيص حالة اكتئاب متوسط إلى شديد، تتخلله أعراض وجدانية ومعرفية واضحة مثل الحزن المستمر، انعدام الأمل، فقدان الطاقة، اضطرابات الشهية والنوم، والشعور بالدونية والذنب.

تشير النتائج المتحصل عليهما مع الحالة (ك) إلى وجود معاناة نفسية متفاقمة تتوافق مع معايير اضطراب الاكتئاب الشديد كما هو موصوف في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5، حيث تظهر عدة أعراض أساسية تشمل: مزاجا مكتئبا معظم اليوم، فقدان ملحوظ للمتعة والاهتمام، اضطرابا في الشهية، بالإضافة إلى فقدان الطاقة، تدن في تقدير الذات، واجترار أفكار سلبية بشكل دائم. كما تم تأكيد ذلك من خلال نتائج اختبار بيك للاكتئاب التي أظهرت درجة 27 من أصل 63 هي صحيح درجة متوسطة لكنها تميل للارتفاع تدعم التشخيص. كل هذه المؤشرات تستوفي

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

المعايير المطلوبة في DSM-5، حيث يشترط وجود خمسة أعراض أو أكثر من أصل تسعة مع تأثير ملحوظ على الأداء الاجتماعي والوظيفي، وهو ما ينطبق على الحالة هذه بكل وضوح.

بناء على كل ما سبق، يمكن القول إن حصول الحالة (ك) على مستوى متوسط في مقياس الاكتئاب يميل للارتفاع نسبيا قد يكون ناتجا عن مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية. الدعم العائلي في الطفولة يمكن أن يلعب دورا في تعزيز القدرة على التكيف مع التحديات النفسية، مما يساعد في تقوية مهارات التأقلم والمرونة النفسية. من جهة أخرى، الجمال الفائق قد يساهم في تعزيز الثقة بالنفس ويقلل من تأثير بعض الأعراض الاكتئابية، لكنه قد يضع أيضا ضغوطا اجتماعية إضافية على الشخص. في النهاية، مقياس الاكتئاب المتوسط يعكس تفاعلا بين هذه العوامل والظروف الشخصية الأخرى، مما يجعل الحالة أكثر قدرة على التعامل مع الأعراض لكنها لا تزال تعاني من بعض التحديات النفسية. تمر بأزمة نفسية معقدة (نقص العلاقة الزوجية) تتطلب تدخلا نفسيا متخصصا يشمل الدعم المعرفي- السلوكي، العمل على إعادة بناء صورة الذات، تمكينها من التعبير عن مشاعرها، ومساعدتها على تقوية استراتيجيات التكيف، إلى جانب ضرورة العمل الأسري (الزوج) التوعوي لتحسين مناخ الدعم داخل البيت.

4- عرض وتحليل الحالة الرابعة:

4-1- عرض نتائج الحالة الرابعة:

● البيانات الأولية:

الاسم: (م)

الجنس: أنثى

السن: 53 سنة

المستوى التعليمي: نهائي ثانوي

عدد الأخوة: أربعة أخوة (2 ذكور و 2 إناث)

الترتيب: الثالثة

الحالة المدنية: متزوجة

عدد الأولاد: أربعة (4) أبناء (2 ذكور و 2 إناث)

الحالة الاجتماعية: الأب متوفي بمرض السرطان والأم على قيد الحياة

الحالة الاقتصادية: ميسورة جدا

نوعية السكن: مسكن خاص (بناء مستقل على شكل فيلا)

المهنة: مأكثة بالبيت

مهنة الزوج: متقاعد في سلك الجيش

سوابق مرضية: مرض ارتفاع ضغط الدم

السوابق المرضية للعائلة: الأم تعاني من داء السكري وخرف الشيخوخة والأب توفي قريبا بمرض سرطان البروستات.

● تقديم الحالة:

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

الحالة (م) متروجة بمدينة قالمة منذ 20 سنة تبلغ من العمر 53 سنة مستواها التعليمي نهائي ثانوي وهي الآن مأكثة بالبيت والزوج متقاعد في الجيش لديها ثلاث أطفال ذكرين وأنثى ومن بينهم طفل توحدي، تعيش في منزل خاص في حي راقى بمدينة قالمة ظروفها المعيشية جد ميسورة، طلبت المساندة النفسية لوجود مشاكل وصعوبات في التأقلم مع أوضاعها الحالية خاصة في كيفية التعامل مع ابنها المصاب باضطراب طيف التوحد، تم التواصل معها في مكتب جمعية أنت بطل.

• نتائج الملاحظة العيادية المباشرة:

من خلال الملاحظة الإكلينيكية المباشرة للحالة (م)، وهي أم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، لوحظت مجموعة من المؤشرات النفسية والسلوكية والجسدية التي تعكس معاناة نفسية عميقة وشبه مزمنة. بدا الصوت منخفض النبرة، خافتا ومصحوبا بتردد واضح أثناء الحديث، مما يشير إلى حالة من الانسحاب الاجتماعي، وربما معاناة من قلق اجتماعي أو اضطراب في تقدير الذات. كان وجهها يحمر أثناء التحدث، وهي استجابة فسيولوجية تفهم غالبا في سياق الخجل أو فرط الوعي بالذات. مظهرها العام متسق من حيث العناية بالهندام، إلا أن اختيارها للألوان الداكنة، إلى جانب ملامح الوجه المرهقة وتعبير الجسد البطيئة، كلها تشير إلى وجود أعراض جسدية ونفسية متوافقة مع استجابة اكتئابية بما في ذلك التثاقل الجسدي وانخفاض الطاقة العامة.

خلال الحديث عن وضعية ابنها، ظهرت استجابات انفعالية حادة، تمثلت في فترات صمت مفاجئة، تخللتها نوبات بكاء متكررة، مع صعوبة في التنفس وارتعاش واضح في اليدين والجسم. هذه الأعراض توحى بوجود استجابات قلقية حادة، وقد تكون جزءا من نوبات هلع ظرفية أو مشاعر عجز شديد مرتبطة بالضغوطات المستمرة التي تواجهها نتيجة رعايتها اليومية لطفل يعاني من اضطراب نمائي. في الجلسات الأولى، سجلت صعوبات واضحة في التواصل اللفظي والانخراط في العلاقة العلاجية، إذ بدت الحالة حذرة ومنغلقة، إلا أن هذه الصعوبة بدأت تتلاشى تدريجيا بعد بروز شعور بالثقة في العلاقة المهنية، وأصبحت الحالة قادرة على التعبير بحرية أكبر وبتسلسل منطقي.

ما يميز الحالة بشكل لافت هو وعيها بحالتها النفسية، إذ عبّرت صراحة عن فقدانها للقدرة على الاستمتاع بالحياة وانعدام المعنى فيها، كما أفادت بعدم قدرتها على العطاء الجسدي والعاطفي، سواء تجاه نفسها أو محيطها الأسري، وخصوصا تجاه ابنها الذي يشكل مصدر ضغط دائم لها. هذا التصريح الصريح بطلب المساعدة يعكس مستوى جيدا من الإستبصار ويشير إلى وجود دافع للتغيير، رغم حالة الإنهاك العميق التي تعاني منها.

بناء على المعطيات السابقة، يمكن القول إن الحالة قد تظهر مؤشرات أولية لاضطراب اكتئابي جسيم، مصحوب بأعراض قلقية واضحة، وقد يكون هناك مكّون تفاعلي ناتج عن الضغوط النفسية المستمرة المرتبطة برعاية طفل ذي احتياجات خاصة.

جدول رقم (09)

جدول المقابلات رقم (4) يوضح توزيع المقابلات من إعداد الطلبة

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	هدف المقابلة	المدة	المكان
م. رقم 1	12/03/2025	-التعرف على الحالة بطلب من رئيسة	40د	مقر جمعية أنت بطل

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

الجمعية		بمدينة -قلمة- المقر القديم في 19 جوان.
م. رقم 2	18/03/2025	جمع المعلومات عن التاريخ الشخصي والعائلي والاجابة عن أسئلة دليل المقابلة
م. رقم 3	23/03/2025	طرح أسئلة بشكل مباشر عن الطفل وتأثير الإصابة.
م. رقم 4		جمع معلومات حول المعاش النفسي. -التمهيد للإختبار.
م. رقم 5		-تطبيق الإختبار.

التاريخ العائلي للحالة

- الوضع العائلي: أم على قيد الحياة وأب متوفي إثر مرض السرطان (البروستات).
- التركيبة العائلية: أربعة أخوة (2 ذكور و 2 إناث) وهي الأخت الثالثة بينهم.
- الوضع الاقتصادي: ميسور جدا.
- نوعية السكن: منزل خاص في صورة فيلا.
- العلاقات داخل الأسرة: تصف الحالة علاقاتها داخل أسرتها الأصلية (الأبوين والإخوة) بأنها علاقات دافئة ومستقرة. نشأت في كنف عائلة متفهمة ومتقفة، تتمتع بمكانة جيدة بينهم، دون أن تتعرض لأي نوع من التهميش أو التفرقة، حيث حظيت بمعاملة متساوية من طرف والدها، الذي وصفته بالحنون والعاقل، كما تذكر وجود دعم متواصل من أهلها حتى بعد الزواج.
- مشاكل نفسية: وجود معاناة و فقدان الرغبة في الحياة، الشعور بالإرهاك الجسدي والنفسي، انسحاب اجتماعي، ونظرة سوداوية تجاه الذات والمستقبل، مما يشير إلى معاناة مزمنة من أعراض اكتئابية مصحوبة بقلق وتوتر مستمر. تظهر لديها صعوبة في التكيف مع الضغوط وتذبذب في استقرارها الانفعالي.
- وجود سوابق مرضية داخل العائلة: الأم تعاني من داء السكري وخرف الشيخوخة (الزهايمر) ومرض الأب بسرطان البروستات وهو سبب وفاته.
- أحداث صادمة: أبرز الأحداث الصادمة تمثلت في تعرضها للتعنيف الجسدي أثناء الحمل، ما استدعى نقلها إلى المستشفى وفقدانها للوعي، إلى جانب تجربة الولادة في ظل حالة نفسية مضطربة، واكتشاف إصابة ابنها باضطراب طيف التوحد، وهو ما شكل منعطفا مؤلما في حياتها.
- التعبير عن المشاعر: تُظهر الحالة قدرة على التعبير اللفظي والعاطفي بعد بناء علاقة ثقة، لكنها غالبًا ما ترافق ذلك بنوبات بكاء، ارتباك، وارتعاش جسدي، ما يعكس شدة التوتر الداخلي وصعوبة ضبط الانفعالات.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التاريخ الجنسي والزواجي للحالة: تزوجت بعد تعارف مباشر في سياق يوصف بالمتحضر، إلا أن الحياة الزوجية شهدت صعوبات مبكرة متعلقة بالعيش ضمن الأسرة الممتدة للزوج. العلاقة الزوجية حاليًا تتسم بالفتور العاطفي والبرود، وقد ذكرت تعرضها للعنف الجسدي في إحدى مراحل الحمل، مما أثر على شعورها بالأمان داخل العلاقة.

التاريخ المرضي: تعاني الحالة من ارتفاع في ضغط الدم (HTA) وتعرضت لأزمات صحية سابقة ذات طابع جسدي ونفسي، ناتجة عن ضغوط حادة. لم تشر إلى أمراض مزمنة أخرى، لكنها ترفض متابعة حالتها الصحية لدى الأطباء، وترتبط تحسينها بتحسين وضع ابنها.

اهتمامات وعادات أخرى: لم تذكر اهتمامات أو أنشطة خاصة تمارسها الحالة حاليًا، وتشير إلى انسحابها من المناسبات الاجتماعية والعائلية، ما يدل على تراجع في الانخراط المجتمعي وغياب الاهتمام بالأنشطة الذاتية أو الترفيهية.

محتوى التفكير: يميل محتوى التفكير إلى التشاؤم، الشعور بالعجز، وانعدام الأمل، مع أفكار ذات طابع سلبي حول الذات والعالم والمستقبل. كما تظهر أفكار ذات طابع مثقل بالذنب والخذلان، دون وجود إشارات واضحة إلى أفكار انتحارية مباشرة.

الحالة الانفعالية: تتميز بحالة وجدانية يغلب عليها الحزن، القلق، الانفعال السريع، والانكسار الداخلي، مع تقلبات مزاجية مرتبطة بمواقف استذكار الماضي أو الحديث عن وضع الأسرة والابن المريض، مما يعكس هشاشة انفعالية وتعبًا نفسيًا متراكمًا.

● ملخص المقابلات:

السيدة (م)، 53 سنة، متزوجة منذ 20 سنة وتقيم في قامة، تنحدر من عائلة ميسورة من مدينة عنابة، تنتمي لأسرة متعلمة وداعمة، عاشت طفولة مستقرة، كانت تعمل بمنصب إداري قبل الزواج، إلا أن زوجها منعها من مواصلة العمل. تزوجت بطريقة متحضرة دون صلة قرابة، وسكنت مع أهل الزوج، حيث واجهت صعوبة في التأقلم خاصة مع حمايتها المتسلطة. عانت من فقدان الاستقلالية والهوية المهنية، وازداد الضغط عليها بعد إنجاب الأطفال، في ظل غياب الدعم الكافي من الزوج الذي انشغل بعائلته وواصل التكفل بإخوته حتى بعد زواجهم. بُني منزل مستقل بقرض بنكي، غير أن الأم سكنت فيه، وبقيت (م) في السكن القديم، مما سبب لها صدمة نفسية وشعور بالإقصاء والتمييز.

تعرضت للعنف الجسدي من الزوج أثناء الحمل، نقلت بسببه للمستشفى، مما ولد لديها صدمة وخوفا شديدا على الجنين، وأفكارًا سلبية تجاهه. تطورت حالتها النفسية نحو القلق والتوجس من إنجاب طفل غير سليم، وعند اكتشاف إصابة ابنها الأصغر بالتوحد، رفضت تقبل الأمر ومزّت بأزمة إنكار وإنهاك شديد. رغم تفهم الزوج، فإنها لم تستطع التكيف مع حالة طفلها، وتعاني من إرهاق نفسي مزمّن منذ أكثر من ثلاث سنوات، مع فقدان للرغبة في الحياة، برود في العلاقة الزوجية، وانسحاب اجتماعي تام. تفاقمت حالتها الصحية، وأصيبت بارتفاع الضغط، لكنها ترفض العلاج معتبرة أن راحتها النفسية مرتبطة بتحسين حالة ابنها. تعاني من مشاعر عجز، خيبة، انطفاء داخلي، وصراع دائم بين واجباتها كأم وزوجة واحتياجاتها الذاتية، مما جعلها في وضع نفسي هش ومتدهور، يستدعي تدخلا متخصصا ودعمًا نفسيًا عاجلا.

• تحليل المقابلات نصف الموجهة:

من خلال ما تم تقديمه في سيرورة عرض المقابلات السيدة (م) متزوجة بمدينة قلمة منذ 20 سنة تبلغ من العمر 53 سنة تنحدر مدينة عنابة من. عائلة ميسورة الحال من الناحية المادية والمكانة الاجتماعية أمها لاتزال على قيد الحياة لكن أبوها توفي مؤخرا بمرض البروستات. ترتيبها الثالث بين 4 اخوة (2 ذكور و 2 بنات) تتميز بمستوى ثقافي ومادي جيد كانت تعمل بمنصب إداري في مؤسسة تربوية قبل الزواج ولكن زوجها منعها من العمل، لا تربطها صلة قرابة بزوجها لديها 4 أطفال (2 ذكور و 2 إناث) البنت الكبرى 19 سنة والابن الثاني 17 سنة و بنت 14 سنة والابن الأصغر 12 سنة وهو الطفل التوحيدي. حسب ما صرحت فإنها عاشت طفولة جيدة وعائلتها عائلة متفهمة ومثقفة و ميسورة الحال كانت تحظى بمكانة جيدة داخل الأسرة لقولها: "عشت صغري مليح في أسرة متفهمة ما ناقصني والو". يشير هذا التصريح إلى وجود أساس نفسي واجتماعي سليم في مرحلة الطفولة، خال من الصدمات أو الإهمال أو القسوة. مما يدل على أن معاناة الحالة لم تنشأ في سياق عائلي أولي مضطرب فالطفولة الدافئة والمليئة بالدعم تشكل عامل حماية، لكنها لا تقي بالضرورة من الاضطرابات اللاحقة إذا تعرض الفرد لضغوط مزمنة في الحياة الأسرية أو الزوجية.

تابعت دراستها حتى النهائي حيث اجتازت امتحان البكالوريا ولكن لم يحالفها الحظ في النجاح لقولها: "دخلت نقرا عادي وكملت حتان للبالك عقبته وماديتوش". تعكس الجملة طموحا دراسيا واندماجا أكاديميا جيدا، يرافقه إحساس نسبي بالإخفاق عند عدم نيل شهادة البكالوريا، ما قد يولد شعورا بالتقصير أو عدم الكفاءة، هذا قد يساهم في بناء صورة ذاتية غير مكتملة، خصوصا عند مقارنتها بنجاحات الآخرين أو عدم تحقيق الذات. لم تعرف التهميش العائلي فوالدها كان يعاملها معاملة جيدة ولم يكن يتعامل بقسوة سواء معها أو مع بقية أبناءه ذكورا أم إناث.

تزوجت بطريقة متحضرة حيث تعرفت على زوجها الذي تقدم مباشرة لطلب الزواج بعد مدة قصيرة من التعارف سكنت بيت العائلة الممتدة للزوج مع الأم والأب واخوة الزوج وبحكم طبيعة عمل الزوج كان دائم الغياب وجدت صعوبة في التأقلم خاصة في السنوات الأولى خاصة مع حماها التي كانت متسلطة و تحب التحكم حسب قولها: "تزوجت عن حب و تم تم جاء خطبتي عشت مع عائلته وأمو كانت عندها طريقة تخلي أولادها كلهم تحت أمرها وحتى أنها هي الي تخطط لهم لمستقبلهم خاصة بعد وفاة شبيخي في العام الثاني للزواج "

كانت تعمل قبل الزواج لكن زوجها منعها من ذلك "كنت نخدم في سلك التعليم لآباس بيا شهريتي وراجلي حبسني" يعبر هذا التصريح عن فقدان الإحساس بالتحكم في المسار الحياتي الشخصي، وهو أحد أبرز العوامل المؤدية إلى مشاعر الإحباط والاكتئاب. المنع من العمل يرمز إلى فقدان الاستقلالية المادية، مما يساهم في تقويض الإحساس بالهوية المهنية، وينتج تبعية غير صحية داخل العلاقة الزوجية.

تصف المراحل الصعبة التي مرت بها خاصة بعد وفاة أب الزوج وتحمل زوجها مسؤولية الجميع على عاتقه لقولها: "بعد ما توفي شبيخي طاحت المسؤولية كاملة على راجلي المهم على حساب تربيتي يسكتهم عليا وكنت كي نحتاج أي حاجة نلجأ لأهلي يعاونوني وما يخلونيش نحتاج أي حاجة وهو كان مش محوس عليا عبالو بهم يعاونوني"

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

اشتدت الظروف وتآزمت في السنوات الأخيرة بعد انجائها للأبناء وكثرت الأعباء وزوجها لم يستطع التوفيق بين عائلته وبين واجباته تجاهها وتجاه أبنائه لقولها: «وقت وراء وقت الظروف صعبات والمسؤولية كبرت خاصة كي بديت نجيب الأولاد وراجلي مالفاش روجو بين أهلو وبيننا وأمو كانت تلزم عليه يعاونهم».

قام الزوج بتزويج اخوانه كلهم والتكفل بهم حتى بعد الزواج وقام بطلب قرض من البنك لبناء منزل مستقل تسكن فيه بعيدا عن أهله غير أن أمه رفضت وسكنت فيه هي وتركها في البيت القديم: "زوّج خاوتو كل وبقي يصرف عليهم حتى بعد زواجهم وبنالي سكنى جديدة راحت سكنت فيها وأنا بقيت في القديمة وهو دار قرض من البنك باه بناء" تشير إلى تجربة شعورية قوية بالرفض والتهميش، تترافق مع صدمة نفسية مرتبطة بإزاحة الأم من المساحة الأسرية الجديدة. هذه الديناميكية تتركس مشاعر الإقصاء والخذلان، وتضع الحالة في موقع غير متوازن من الناحية العاطفية، ما يغذي الإحباط المزمّن والتوتر الزوجي. فكانت الأم تتصرف وكأن المنزل ملك للجميع لدرجة أن اخوته وأخواته وأزواجهن يتعاملون بنفس الاستحقاق وهذا ما أزم العلاقة بينها وبين زوجها لقولها: "ولاو كلهم يتصرفوا كأنه حقهم وهذا الي خلا علاقتي مع زوجي تفسد"

صرحت الحالة انها تعرضت للتعنيف الجسدي من طرف الزوج في فترة حملها في الأشهر الأولى (بين الشهر الثاني والثالث) يشكي الحالة من ضغوطات كثيرة وتعاني من الاستغلال فهي لا تستطيع رسم الحدود مع أهله وهذا ما سبب لها اصابتها بضغط الدم وتم نقلها إلى المستشفى على جناح السرعة وبقيت فاقدة للوعي لمدة تزيد عن 3 ساعات وبقيت علامات التعنيف الجسدي مرسومه حتى أنها تحصلت على تقرير طبي فيه عجز جسدي لدرجة صرحت: "حسيت الضربة في كرشي وأن بطني تقطع والصغير في كرشي تخلخل وكنت حاسة راح تصيرا لو حازه" هذا الحدث جعلها تفكر في التخلص من الجنين لكن الزوج رفض رفضا باتا يمثل هذا التصريح مؤشرا على عنف زوجي جسيم ومهدد للسلامة الجسدية والنفسية، ويترافق مع صدمة جسدية واضحة (ضرب أثناء الحمل) لها انعكاسات نفسية عميقة مثل القلق، الخوف المزمّن، اضطراب ما بعد الصدمة وشعور بانعدام الأمان حتى داخل العلاقة الحميمة. التهديد بفقدان الجنين قد يترك آثارا نفسية ممتدة من الإحساس بالذنب، إلى الرفض اللاواعي للطفل.

تقول إن فترة الولادة كانت حالتها النفسية جد متعبة وكانت تفكر دائما في مصير هذا الطفل "كنت نمر بحالة نفسية صعبة ونخيم في الطفل راح يجيني معوق أو مشلول" يشير إلى نشوء علاقة مبكرة متوترة مع الجنين/الطفل منذ فترة الحمل، قائمة على الخوف من "الاختلاف" أو "الإعاقة". وعند تأكيد الإصابة بالتوحد، تحوّل هذا الخوف إلى صدمة واقعية، مما يجعل القبول النفسي لحالة الطفل صعبا، ويخلق انفصالا عاطفيا جزئيا عنه، مسببا صراعا داخليا مؤلما.

. بعد الولادة كان الطفل في صحة جيدة وعادي ولكن بعدها وخلال مطالب نموه ظهرت عليه بعض الأعراض كالتأخر في المشي والكلام "و في سن التمدرس اكتشفت بلي ولدي عندو توحد كنت أحاول أني نكذب على روجي" وبعدها انفجرت بالبكاء وقالت "لم أقبل هذا الشيء وحياتي تبدلت"

زوجها كان متفهما ومراعي وضعية ابنه الا هي كانت رافضة تماما لدرجة التعصب وتحس بعدم القدرة على التحكم والتعامل معه. الحالة (م) عبرت أنها بالرغم من أنها تحاول أن تتأقلم مع حالة ابنها الصحية إلا أنها أصبحت عاجزة وانفجرت

الفصل الخامس:عرض وتحليل الحالات

بالبكاء: "عندي مدة أزيد من ثلاث سنين نعاني من أعراض ارهاق شديد" يمثل هذا العرض أحد الأعراض الجسدية للاكتئاب المزمن، ويعكس ما يعرف بالاحتراق النفسي المرتبط بالدور الأمومي المجهّد، خاصة في سياق إعاقات نمائية مثل التوحد، وغياب الدعم الاجتماعي والزوجي الكافي.

تصرّح أنها فقدت الرغبة في الحياة علاقتها الزوجية أصعب تسودها البرود والجفاء تقول "أنحس روعي أنني أوليت أكبر من سني وأنا مش حابة حتى حاجة من هذه الحياة قلبي برد من هذي الدنيا" تُعبر عن علامات لاستجابة اكتئابية، تتضمن الإحساس بالشيخوخة النفسية المبكرة، فقدان المعنى في الحياة، وانطفاء المشاعر الإيجابية. تعكس هذه العبارات انعدام الحبوية النفسية والمزاجية وتدل على اضطراب مزاجي جسيم يحتاج إلى تدخل عاجل.

كما أنها تصرّح باضطراب علاقتها مع الآخرين وأصبحت منسحبة من جميع المناسبات العائلية تراودها أفكار كلها سلبية وسوداوية "بعدت على الناس كل ووليت ما نحضر لحق مناسبة عائلية " سلوك الانسحاب الاجتماعي التام قد يعبر عن الإحساس بعدم الانتماء أو العجز عن تمثيل الذات بشكل طبيعي أمام الآخرين. كما يمكن أن يرتبط بمشاعر خزي، ناتجة عن عدم القدرة على التعامل مع وضع الطفل أو فقدان السيطرة على الحياة الزوجية .

حالتها الصحية تدهورت وأصبحت تعاني من ضغط HTA ولا ترغب في مراجعة الطبيب "عالي بلي كي يرتاح ولدي نرتاح"

يظهر إسقاطا نفسيا واضحا حيث تربط الأم سلامتها النفسية بحالة الطفل، ما يكشف عن اندماج نفسي عاطفي مفرط وغير صحي. هذا النوع من التفكير قد يقود إلى تفويت الفرص العلاجية الذاتية لأنها تجعل من شفاء الآخر (الطفل) شرطا لتحقيق السلام الداخلي، مما يضعها في حالة انتظار دائم لعامل خارجي غير مضمون.

يمكن القول إن الحالة (م) تبدو في وضع نفسي هش نتيجة تراكم ضغوط حياتية واجتماعية مستمرة، ما انعكس على حالتها المزاجية والجسدية. عبّرت عن شعور عميق بالإرهاق، فقدان الرغبة في الحياة، وانسحاب تدريجي من محيطها الاجتماعي. يظهر من حديثها صراع داخلي واضح، مع صعوبة في التكيف واستنزاف عاطفي وجسدي مستمر، ما يستدعي اهتماما ودعما نفسانيا مخصصا.

● عرض نتائج الاختبار:

جدول رقم (10) يوضح توزيع الاستجابات على مقياس بيك للاكتئاب من إعداد الطلبة

الاعراض	العبرة	تنشيط
حزن	عبارة 2	1
التشاؤم	عبارة 2	2
الفشل السابق	عبارة 3	2
فقدان الإستمتاع	عبارة 3	2
مشاعر الذنب	عبارة 4	3

الفصل الخامس:عرض وتحليل الحالات

1	عبارة 2	مشاعر العقاب
2	عبارة 3	عدم حب الذات
2	عبارة 3	نقد الذات
1	عبارة 2	الأفكار أو رغبات الإنتحارية
2	عبارة 3	البكاء
1	عبارة 2	التهيج والاستثارة
2	عبارة 3	فقد الاهتمام بالناس
2	عبارة 3	التردد في أخذ القرارات
2	عبارة 3	انعدام القيمة
2	عبارة 3	فقدان الطاقة على العمل
2	عبارة 3	تغيرات نمط النوم
1	عبارة 2	القابلية للغضب والانزعاج
2	عبارة 3	تغيرات في الشهية
1	عبارة 2	صعوبة التركيز
1	عبارة 2	ارهاق والاجهاد البدني
1	عبارة 2	فقدان الاهتمام بالجنس

الدرجات بالترتيب:

2 3 1 3 2 2 1 3 2 2
2 2 2 3 1 2 1 1 2 2

● تحليل نتائج الإختبار:

1-الحزن :

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: ظهر الحزن بصيغة غير مباشرة، من خلال تعبيرات ذات نبرة انفعالية منخفضة وفقدان المعنى في الحياة، مما يدل على وجود حالة وجدانية حزينة لكنها لم تُعبّر عنها بشكل حاد أو متكرر مستوى التنشيط خفيف 1 تشير إلى حالة مزاجية حزينة غير مستمرة لكنها موجودة..

2- التشاؤم:

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 2

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التحليل: الحالة أظهرت تفكيراً سلبياً حول المستقبل من خلال أقوال مثل "قلبي برد من هذي الدنيا"، ما يدل على نظرة تشاؤمية معتدلة تجاه الحياة والعلاقات، مع انخفاض واضح في الأمل أو التطلعات. درجة التنشيط المتوسطة 2 تعكس ثبات نسبي في هذا النمط الفكري.

6-ال فشل السابق:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: أشارت إلى إخفاقها في نيل شهادة البكالوريا، مع تعلق وجداني ظاهر بهذا الفشل، دون أن يكون مسيطر بشكل مرضي. يدل على وجود إحساس متكرر بالإخفاق يرتبط بتقويم ذاتي منخفض نسبياً.

4-فقدان الاستمتاع:

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2.

التحليل: عبّرت بوضوح عن فقدانها للإحساس بطعم الحياة أو الرغبة في أي شيء، مما يدل على انعدام المتعة وهو عرض أساسي من أعراض الاكتئاب. الدرجة 2 تدل على شدة متوسطة لكنها مؤثرة على جودة الحياة.

5-مشاعر الذنب:

عدد العبارات: العبارة 4

مستوى التنشيط: 3

التحليل: تبدو مشاعر الذنب شديدة وواضحة خاصة فيما يتعلق بوضع ابنها، حيث عبّرت عن لوم الذات والتقصير وعدم القدرة على التحكم، ما يعكس شعوراً داخلياً قوياً بالذنب والخذلان، درجة 3 مرتفعة.

6-مشاعر العقاب:

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: وردت بشكل غير مباشر من خلال التصريحات ذات الطابع السلبي حول الحياة، ما يشير إلى إحساس مبطن بأن ما تعيشه هو نتيجة عقاب ما. لم تصرح به بشكل مباشر، لذا التنشيط خفيف.

6-عدم حب الذات:

عدد العبارات: العبارة 3.

مستوى التنشيط: 2.

التحليل: عبّرت عن مشاعر واضحة بعدم القيمة والانسحاب، مما يعكس انخفاضاً في تقبل الذات وافتقاراً للتقدير الذاتي. درجة التنشيط المتوسطة 2 تظهر تكرار هذا الإحساس في خطابها.

8-نقد الذات:

عدد العبارات: العبارة 3

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

مستوى التنشيط:2.

التحليل: يتضح في تقييمها السلبي لنفسها وشعورها بالعجز والفشل، ما يدل على نمط تفكيري يميل إلى جلد الذات ونقدها باستمرار. درجة 2 تشير إلى وجود نقد داخلي مزمن.

9-الأفكار أو الرغبات الانتحارية:

عدد العبارات: العبارة 2.

مستوى التنشيط:1.

التحليل: لم يذكر بشكل صريح وجود أفكار انتحارية، ولكن ظهرت بعض العبارات ذات الطابع السلبي الحاد حول فقدان الرغبة في الحياة، ما قد يفهم كإشارة غير مباشرة إلى أفكار سلبية. لذا تصنف خفيفة.

10-البكاء:

عدد العبارات: العبارة 3.

مستوى التنشيط:2.

التحليل: أشارت إلى نوبات بكاء متكررة أثناء الحديث، ما يعكس تأثراً انفعالياً واضحاً، يصنف ضمن التفاعل العاطفي المرتفع. درجة 2 تعني أن العرض ظاهر ومتكرر لكن يمكن التحكم فيه جزئياً.

11 -التهيج والاستثارة

عدد العبارات: العبارة 2.

مستوى التنشيط:1.

التحليل: ورد بشكل محدود في نبرة كلامها عند الحديث عن العلاقة مع الزوج أو الأسرة، لكنها لم تظهر سلوكاً عدائياً أو انفعالياً قوياً، لذا يصنف بدرجة خفيفة(1)

12 -فقد الاهتمام بالناس:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط:2.

التحليل: صرحت بانسحابها من كل المناسبات الاجتماعية وقطعها للعلاقات، مما يشير إلى انفصال اجتماعي واضح ومتكرر. درجة التنشيط 2 تشير إلى شدة متوسطة تؤثر على الأداء الاجتماعي.

13-التردد في أخذ القرارات:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط:2.

التحليل: يتجلى في عدم قدرتها على اتخاذ قرارات تتعلق بحياتها أو علاقتها مع أسرة الزوج، ما يدل على ضعف الحسم والتردد المستمر، بدرجة متوسطة.

14-انعدام القيمة:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط:2

التحليل: يشير إلى شعور داخلي مستمر بعدم الأهمية أو عدم الفائدة من وجودها، وقد انعكس في أقوالها المتعلقة بفقدانها للدور والمعنى في الحياة، تنشيط بدرجة متوسطة.

1-التحليل: فقدان الطاقة على العمل:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط:2

التحليل: عبّرت عن إنهاك جسدي ونفسي مستمر، ما يدل على استنزاف للطاقة الحيوية، وصعوبة في أداء الأدوار اليومية. درجة التنشيط 2 تؤكد التأثير المتوسط لكنه مزمن.

16-تغيرات نمط النوم:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط:2

التحليل: رغم عدم تصريح مباشر، إلا أن السياق العام يشير إلى اضطراب في النوم كأحد أعراض القلق أو الاكتئاب، يفترض من السياق العام ويصنف بدرجة متوسطة (2)

17-القابلية للغضب والانزعاج:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل: ظهرت في شكل انفعال داخلي محدود، أو استياء من الواقع، دون سلوك هجومي واضح. درجة تنشيط خفيفة. 18-تغيرات في الشهية:

عدد العبارات: عبارة 3

مستوى التنشيط:1

التحليل: لم يذكر بشكل صريح، لكن يمكن استنتاج وجوده ضمن التغيرات البيولوجية المصاحبة لحالتها المزاجية، ما يجعل التصنيف متوسطا.

19-صعوبة التركيز:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل: يمكن الاستدلال عليه من خلال تشتت التفكير أثناء الحديث والانفعالات المرافقة، ما يعكس ضعفا في الانتباه والتركيز.

20-الإرهاق أو الاجهاد البدني:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط:1

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التحليل. عبّرت عنه بشكل مباشر، لكنه يصنف كإرهاق خفيف نسبيا من حيث تأثيره على الأداء العام، رغم تكراره، لذا جاء التنشيط خفيف بدرجة 1.

21-فقدان الاهتمام بالجنس:

عدد العبارات: عبارة 2

مستوى التنشيط:1

التحليل: ظهر بشكل غير مباشر من خلال وصف العلاقة الزوجية بالبرود والجفاء، مما يشير إلى تراجع خفيف في الرغبة الجنسية مرتبط بالحالة النفسية، دون تصريح مباشر. يُصنف بتنشيط خفيف.

1 2 2 2 3 1 2 2 1 2 1 2 2 2 2 2 1 2 1 1 1

المجموع = 37

تشير نتائج التقييم إلى وجود حالة اكتئاب شديدة، حيث سجلت الحالة 37 نقطة من أصل 63، أي ما يعادل نحو 59% من الدرجة القصوى الممكنة.

تعكس هذه النتيجة وجود أعراض اكتئابية بارزة ومؤثرة تشمل الجوانب الوجدانية، المعرفية، والسلوكية. الأعراض ليست عابرة أو سطحية، بل تمتد لتؤثر بشكل ملحوظ على التفاعل اليومي، جودة الحياة، والمستوى العام من الطاقة النفسية والانفعالية.

تتجلى هذه الأعراض في فقدان المتعة، مشاعر الذنب، انخفاض تقدير الذات، الانسحاب الاجتماعي، والتعب النفسي والبدني.

2-4 - التحليل العام للحالة الرابعة:

من خلال المعطيات السريرية المستخلصة عبر المقابلة العيادية النصف موجهة، والملاحظة الإكلينيكية المباشرة، ونتائج مقياس بيك للاكتئاب، يتضح أن الحالة (م) تعاني من اضطراب في المزاج يتسم بطابع اكتئابي واضح، يمس مختلف الجوانب النفسية والانفعالية والمعرفية، بشكل ينعكس سلبا على قدرتها التكيفية مع المحيط الأسري والاجتماعي. وقد ظهر من خلال الملاحظة الإكلينيكية أن الحالة تتسم بصوت خافت ومتردد، واحمرار في الوجه عند التحدث، ما يعكس حالة قلق داخلي وخجل اجتماعي، إلى جانب مؤشرات جسدية كالارتعاش والتوقف المتكرر عن الحديث والبكاء الحاد عند الحديث عن وضعية ابنها المصاب باضطراب طيف التوحد، وكلها تعابير واضحة عن ضيق نفسي وانفعال مكبوت، يترافق مع علامات تثبيط نفسي-حركي وفقدان للطاقة النفسية. كما أظهرت المقابلة النصف موجهة اضطرابا في المحتوى المعرفي والوجداني لدى الحالة، تمثل في فقدان الاهتمام بالحياة اليومية، وتراجع القدرة على العطاء العاطفي، ومشاعر ذنب حادة تجاه الذات ومحيطها، خاصة تجاه ابنها، إضافة إلى انسحاب اجتماعي واضح وانقطاع شبه كامل عن الأنشطة والعلاقات، بما في ذلك المناسبات العائلية، مصحوبا بأفكار سلبية متكررة، وميل للانسحاب العاطفي والذهني من الواقع المحيط، وهو ما صرّحت به بقولها: "قلبي برد من هذي الدنيا" و"ما بقيتش قادرة نعطي لا للروحي لا للولدي".

أما نتائج مقياس بيك للاكتئاب فقد سجلت الحالة 37 درجة من أصل 63، وهي نتيجة تُصنّف ضمن النطاق المرتفع للاكتئاب الشديد، وتعكس وجود أعراض اكتئابية حادة تشمل فقدان الاستمتاع، الحزن، الإرهاق، مشاعر الذنب، التردد، نقد الذات، التهيج، واضطرابات في النوم والشهية. هذه الأعراض، إلى جانب المؤشرات النوعية الأخرى، تتقاطع مع المحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) فيما يخص اضطراب الاكتئاب الجسيم، حيث ينص هذا الأخير على ضرورة وجود خمسة أعراض أو أكثر، يكون من بينها بالضرورة إما مزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام أو المتعة، وهو ما يتجسد بشكل جلي في حالة (م). فقد صرّحت بشكل متكرر عن مزاج منخفض، وانعدام الرغبة في الحياة، وفقدان المتعة في النشاطات اليومية، وتراجع التفاعل الاجتماعي، كما أنها تعاني من اضطرابات بيولوجية مثل اضطراب النوم، والتعب الجسدي، وقلة التركيز، وكلها علامات مرافقة لهذا الاضطراب حسب الدليل التشخيصي.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الأعراض لا تظهر من فراغ، بل تأتي في سياق تاريخ شخصي مليء بالضغوط النفسية والاجتماعية، من بينها علاقة زوجية مضطربة، تعرض لعنف جسدي ونفسي، الإقامة الطويلة في بيت العائلة الموسعة وسط هيمنة سلطوية من الحماة، وفقدان القدرة على التحكم في حدودها الشخصية داخل النسق العائلي. كما يعتبر وضع ابنها المصاب بالتوحد عاملاً إضافياً ذا حمولة انفعالية عالية، حيث أظهرت الحالة عجزاً في التكيف مع هذا الوضع، ومقاومة نفسية في قبوله، مما أدى إلى تراكم الضغط الداخلي وتطور أعراض اكتئابية مزمنة. إضافة إلى ذلك، فقد ساهم انسحابها المبني بعد الزواج وفقدان دورها الاجتماعي والوظيفي في تقليص شبكات الدعم النفسي والاجتماعي، ما زاد من حدة الشعور بالانغلاق والتفوق الذاتي.

كما أن الحالة أظهرت تدهوراً ملحوظاً في حالتها الجسدية، حيث تم التصريح بإصابتها بارتفاع ضغط الدم (HTA)، والذي يعدّ من المؤشرات الجسدية المرتبطة بالحمل النفسي المزمن والقلق طويل الأمد. وقد ورد أن الحالة نقلت إلى المستشفى في إحدى المرات إثر أزمة حادة في الضغط، ترافقت مع فقدان للوعي، ما يعكس العلاقة التبادلية بين الحالة الانفعالية المضطربة والتوازن الجسدي. ويعتبر ارتفاع الضغط أحد أكثر الأعراض الجسدية شيوعاً في حالات الاكتئاب غير المعالج، خاصة عندما يقتزن بعوامل بيئية ضاغطة وشعور دائم بالعجز وفقدان السيطرة. كما يعزز هذا المعطى فرضية التداخل بين البعد الجسدي والبعد النفسي للحالة،

انطلاقاً من كل هذه المعطيات، يمكن القول إن الحالة تتطابق مع عدة مؤشرات سريرية ومعايير تشخيصية معتمدة لاضطراب الاكتئاب الجسيم، وأن مسار تطورها النفسي يشير إلى تراكمات انفعالية غير معالجة، أدت إلى فقدان تدريجي للوظائف النفسية الأساسية، كالمتعة، والتحكم الانفعالي، والتقدير الذاتي. لذلك، من المهم مراعاة السياق الأسري والاجتماعي في المتابعة العلاجية للحالة، إذ لا يمكن فصل أعراضها عن المحيط الذي أسهم في تأزم وضعها النفسي.

5- عرض وتحليل الحالة الخامسة:

5-1- عرض نتائج الحالة الخامسة:

● البيانات الأولية:

الاسم: (ع)

الجنس: أنثى

السن: 38 سنة

المستوى التعليمي: أولى ثانوي

عدد الأخوة: 4 إخوة (ثلاث بنات وذكر)

الترتيب: هي البنت ماقبل الأخيرة

الحالة المدنية: متزوجة

عدد الأولاد: 3 أطفال (بنتين وذكر)

الحالة الاجتماعية: والدين متوفيين

الحالة الاقتصادية: متوسطة

نوعية السكن: مسكن بالإيجار (كثيرة الترحال)

المهنة: مأكنة بالبيت

مهنة الزوج: حارس في شركة وطنية

سوابق مرضية: التهاب الجيوب الأنفية ومشكل في التنفس على مستوى الرئتين وآلام متكررة بالرأس (صداع نصفي)
السوابق المرضية للعائلة: الأب أصيب بارتفاع ضغط الدم وتوفي في عمر الخمسين والأم عانت من مرض التهاب المفاصل المزمن حتى توفيت.

● تقديم الحالة:

الحالة (ع) أم لطفل توحدي تبلغ من العمر 38 سنة، متزوجة وأم لثلاث أطفال، من بينهم طفل في الترتيب الثاني يعاني من اضطراب طيف التوحد. مستواها الدراسي متوقف عند السنة الأولى ثانوي، ولا تمارس أي نشاط مهني حالياً، ما يجعلها مأكنة بالبيت ومتفرغة لشؤون الأسرة ورعاية أطفالها. تنتمي إلى وسط اجتماعي واقتصادي متوسط، وتسكن رفقة أسرتها في مسكن بالإيجار، مع ملاحظة تكرار التنقلات السكنية، مما يوجي بعدم الاستقرار المكاني.
من الناحية الصحية، تعاني الحالة من بعض المشكلات المزمنة كالتهاب الجيوب الأنفية، صعوبات في التنفس على مستوى الرئتين، وآلام متكررة في الرأس (صداع نصفي)، وهي أعراض قد تحمل أبعاداً نفسجسدية مرتبطة بالضغط النفسية المزمنة.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

تظهر أهمية هذه الحالة من خلال التركيز على تأثير اضطراب طيف التوحد لدى الطفل على التوازن النفسي للأم، في ظل غياب دعم اجتماعي واقتصادي كاف، وضمن بيئة أسرية غير مستقرة. المعطيات الأولية تسمح بتوسيع الدراسة النفسية للحالة وفقا للأبعاد الانفعالية، الاجتماعية، والبيولوجية التي تسهم في فهم دينامياتها النفسية الحالية.

● تحليل نتائج الملاحظة العيادية المباشرة:

من خلال الملاحظة الإكلينيكية المباشرة للحالة (ع) أثناء حضورها للمقابلة العيادية نصف الموجهة، لوحظت عدة مؤشرات سلوكية وانفعالية تدل على حالة استجابة اكتئابية واضحة. طريقة جلوسها كانت منحنية إلى الأمام، خالية من الحيوية، مع قلة الحركة وغياب التفاعل الجسدي الحيوي، ما يشير إلى حالة تثبيط نفسي-حركي. أما تعابير وجهها، فقد غلب عليها الحزن والانكسار، وكانت نظراتها شاردة وممتلئة بالأسى، غالبا ما تتجنب التواصل البصري المباشر، وهو ما يفهم كعلامة انسحابية ذات دلالة وجدانية.

يعكس التذبذب في نبرة صوت الحالة، بين الانخفاض الشديد والانفجار الكلامي، حالة من الاحتقان الانفعالي المزمّن الناتج عن صراعات داخلية لم تفرغ بشكل سليم. يعبر الانخفاض عن الكبت والحزن والشعور بالعجز، بينما تمثل النبرة المرتفعة انفجارا انفعاليا مرتبطا بالغضب أو القهر المكبوت. هذا التناقض يشير إلى اضطراب في التنظيم الانفعالي وصعوبة في التعبير المتوازن عن المشاعر، ما يستدعي تدخلا علاجيا يراعي هذه الدينامية.

مشاعرها الشخصية كأم وزوجة. ظهر على حالتها توتر داخلي مكبوت تجلّى في نوبات بكاء متكررة، وارتجاف بسيط في اليدين بين لحظة وأخرى، ما يعكس احتقانات انفعالية شديدة غير مفرغة بشكل صحي. كما لوحظ تأخر زمني بسيط في الإجابة على الأسئلة، وهو ما قد يعكس بطئا في المعالجة المعرفية أو ترددا ناتجا عن التوتر والقلق الداخلي.

من الناحية العامة، توحى الهيئة الجسمية للحالة ونبرة تفاعلها العام بأنها تعاني من إرهاق نفسي وجسدي متراكم، مع غلبة السلوكيات اللاإرادية المرتبطة بالتعب والاستياء، ما يستدعي النظر في حالتها الانفعالية ضمن إطار الاستجابة الاكتئابية المرتبطة بضغط بيئية وأسرية مزمنة.

بدا مظهرها العام شحوب الوجه، مع ملامح وجه تعكس الإرهاق والانكسار، وقد ارتدت لباسا شرعيا (جلباب) بألوان داكنة يغلب عليها الطابع المحافظ، وصرّحت أن اختيار هذا النمط من اللباس مرتبط بميول زوجها الدينية. هندامها كان بسيطا ومنسقا نسبيا، لكنه يفتقر إلى أي مظهر من مظاهر العناية الذاتية، ما يعكس ربما فتورا داخليا تجاه الذات أو فقداننا للاهتمام بالمظهر الخارجي.

جدول رقم (11):

جدول المقابلات رقم (5) يوضح توزيع المقابلات من إعداد الطلبة

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	هدف المقابلة	المدة	المكان
م.رقم 1	14/03/2025	-التعرف على الحالة. -التعرف على نوع طلب المساعدة الموجهة. -تحديد ابطار المقابلة.	37د	مقر جمعية أنت البطل بمدينة -قائمة- المقر القديم في 19 جوان.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

م. رقم 2	20/03/2025	-جمع المعلومات عن الحالة (الجانب الأسري والعائلي).	40د	مقر الجمعية. القديم
م. رقم 3	25/03/2025	-طرح أسئلة بشكل مباشر عن الطفل وتأثير الإصابة.	37د	مقر الجمعية. القديم
م. رقم 4	06/03/2025	-جمع معلومات حول المعاش النفسي. -التمهيد للإختبار النفسي.	41د	مقر الجمعية الجديد.
م. رقم 5	12/03/2025	-تطبيق الإختبار النفسي.	42د	مقر الجمعية الجديد

التاريخ العائلي للحالة:

- الوضع العائلي: أبوين متوفيين.
- التركيبة العائلية: عائلة تتكون من أربع إخوة (ثلاث إناث وذكر)، وهي البنت ما قبل الأخيرة في الترتيب.
- الوضع الاقتصادي: متوسط
- نوعية السكن: منزل بالايجار

العلاقات داخل الأسرة: الحالة (ع) نشأت في أسرة كانت تتسم بعلاقات متباينة. من جهة، كانت تربطها علاقة جيدة بوالدها حيث كانت شديدة التعلق به، ولكن من جهة أخرى، كانت علاقتها مع والدتها أكثر تعقيداً. كانت علاقتها مع والدتها تتسم بالتناقض بين الحب والكراهة، بسبب أن والدتها كانت متسلطة للغاية، مما أدى إلى عدم وجود تواصل وفهم جيد بينهما. هذه العلاقة المتوترة مع الأم، التي كانت تفرض عليها الكثير من القرارات مثل إجبارها على الزواج بعد وفاة والدها، لعبت دوراً محورياً في تشكيل مواقفها النفسية في مراحل لاحقة من حياتها.

مشاكل نفسية: تعاني الحالة (ع) من مجموعة من المشاكل النفسية المرتبطة بالضغط النفسي المزمن، وتتمثل بشكل أساسي في اضطراب الاكتئاب الحاد الذي يتجسد في مشاعر الحزن العميق، وفقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي بشكل طبيعي، ووجود مشاعر من العجز والملل. تضاف إلى ذلك صعوبة في التعامل مع مشاعرها الخاصة نتيجة لمشاكلها الزوجية والضغط المتعلق بابنها المصاب بغاضطراب طيف التوحد.

وجود سوابق مرضية داخل العائلة: توجد سوابق مرضية داخل العائلة تتعلق بالمشاكل الصحية الجسدية والنفسية. وفقاً لما ذكرته الحالة، توفي والدها نتيجة ارتفاع ضغط الدم، في حين كانت والدتها تعاني من مرض مزمن في المفاصل أدى إلى وفاتها أيضاً. هذه الخلفية الصحية قد تساهم في زيادة العبء النفسي على الحالة وتشكيل نموذج من الضغوط البيئية المستمرة.

أحداث صادمة: من بين الأحداث الصادمة التي مرت بها الحالة، تعد وفاة والدها حدثاً محورياً في حياتها. توفي والدها نتيجة لارتفاع ضغط الدم، وقد كان لذلك تأثير بالغ في حياتها النفسية والعاطفية. علاوة على ذلك تعد حالة الحمل بولدها المصاب بالتوحد من أهم المحطات الصادمة في حياتها. فقد تعرضت لحالة صحية خطيرة أثناء الحمل، حيث فقدت الوعي وتم نقلها للمستشفى بسبب هبوط حاد في الدورة الدموية والتزيف، مما يتطلب تدخلاً جراحياً. هذه التجربة كان لها تأثير كبير على حالتها النفسية.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

التعبير عن المشاعر: تجد الحالة صعوبة في التعبير عن مشاعرها، ويظهر ذلك من خلال ما ذكرته عن شعورها بالعجز عن مواكبة متطلبات الحياة اليومية. هناك تداخل في مشاعر الحزن والغضب، والتي تتأثر بالتوترات المستمرة في حياتها الأسرية والمهنية، مما يؤدي إلى التعبير عن مشاعرها بشكل مختلط وغير متوازن.

التاريخ الجنسي والزواجي للحالة: ذكرت أنها لم تكن راضية تماما عن اختيارها للزواج بسبب الضغط الاجتماعي من قبل والدتها التي كانت متسلطة. علاقتها الزوجية متأثرة بشكل كبير بسبب تدخل أسرة الزوج في حياتها الخاصة، مما خلق فجوة في التواصل العاطفي مع زوجها. كما عبرت عن عدم وجود دعم حقيقي من قبل الزوج، مما يزيد من معاناتها النفسية.

التاريخ المرضي: تعاني الحالة من مجموعة من المشكلات الصحية المزمنة، مثل التهاب الجيوب الأنفية، وصعوبات في التنفس، وآلام متكررة في الرأس (صداع نصفي)، وهي أعراض قد تكون ذات أبعاد نفسجسدية مرتبطة بالضغط النفسي المستمر. هذه الحالات الصحية تزيد من إجهادها البدني والنفسي، مما يعمق مشاعر العجز والضعف. اهتمامات وعادات أخرى: الحالة تظهر تراجعاً في الاهتمام بالعناية الذاتية والمظهر الشخصي، ويعزى ذلك إلى فقدان الطاقة النفسية والجسدية. كما أنها ترتدي اللباس الشرعي بشكل دائم بناء على رغبة زوجها، ما يساهم في شعورها بالعزلة الاجتماعية. إلى جانب ذلك، تبدو مشاعر الفتور تجاه الذات واضحة في سلوكياتها اليومية.

محتوى التفكير: تظهر الحالة نمطا من التفكير السلبي، يتضمن التشاؤم المستمر بشأن المستقبل ومشاعر العجز التي تسيطر عليها. تصف نفسها بأنها فقدت "طعم الحياة"، وتعبر عن ضيق في التنفس وملل حاد، مما يعكس نمط تفكير محبط وضعيف الأمل. كذلك، يظهر التفكير المفرط في مشاعر الذنب والعجز نتيجة للضغوط العائلية والصحية.

الحالة الانفعالية: الحالة الانفعالية للحالة (ع) تتميز بالحزن والاكتئاب، كما يتضح من اضطرابات النوم التي تعاني منها. تزداد مشاعر الإحباط والتوتر، ويظهر ذلك في توترها الداخلي وتزايد نوبات البكاء والغضب، فضلا عن تراجع قدرتها على التفاعل العاطفي مع الآخرين. في المحصلة، تشير هذه المؤشرات إلى اضطراب انفعالي متداخل يعكس حالة اكتئاب مزمن.

● ملخص المقابلات:

الحالة (ع)، متزوجة وأم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، تنتمي إلى عائلة مكونة من أربعة إخوة، وهي البنت ما قبل الأخيرة. فقدت والديها في فترات متقاربة، ووصفت علاقتها بوالدها بالقوية، في حين كانت علاقتها بوالدتها متوترة، تتسم بالتناقض والتسلط، حيث أجبرتها الأم على الزواج بعد وفاة الأب رغم عدم اقتناعها. عانت من غياب حرية الاختيار وشعور مبكر بالعجز والانقياد، وازدادت معاناتها بعد الزواج نتيجة تدخلات عائلة الزوج وصمت زوجها أمامها، مما عمق شعورها بالتهميش. ترتدي اللباس الشرعي استجابة لرغبة الزوج لا لقناعة شخصية، وتعاني من ضغط نفسي بسبب التباين بين نمط حياتها السابق ونمط حياة أسرة الزوج التي تتصف بالتشدد الظاهري والصراعات الداخلية، ما خلق بيئة زواج غير متجانسة نفسيا زادت حدة معاناتها بعد اكتشاف إصابة ابنها بالتوحد، حيث عبّرت عن صدمة نفسية قوية، صعوبة في القبول، ولجوء إلى الطب الشعبي والرقية. تعاني من اضطرابات في النوم، ضيق تنفس، فقدان للطاقة، انعدام الاهتمام بالحياة، عجز عن أداء المهام اليومية، وانهيارات انفعالية متكررة، تصف نفسها بالعاجزة والمفروعة، وتبدي فقداناً كاملاً لطعم الحياة. رغم ذلك، عبّرت في أحد تصريحاتها عن رغبة داخلية في المساعدة وسؤال مباشر حول

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

إمكانية تحسن حالة ابنها، ما يعكس وجود استعداد داخلي للعلاج والدعم، يمكن الاعتماد عليه في تدخل نفسي شامل ومتكامل.

● تحليل المقابلات نصف الموجهة:

تنتمي الحالة (ع) إلى عائلة تتكون من أربع إخوة (ثلاث إناث وذكر)، وهي البنت ما قبل الأخيرة في الترتيب. تفيد المعطيات أن والديها متوفيان حيث توفي الأب إثر إصابته بارتفاع ضغط الدم، في حين عانت الأم من مرض مزمن في المفاصل أدى إلى وفاتها لاحقاً.

علاقتها في المراحل الأولى من حياتها مع أفراد أسرتها سواء مع الأخوة. أو والوالدين علاقة تصفها بالعادية خاصة أنها كانت شديدة التعلق بوالدها ولكن علاقتها مع أمها علاقة متناقضة بين الحب والكره وتفتقر للحوار والتفاهم. وذلك لأن لديها أم متسلطة لدرجة أنها أجبرتها على الزواج بعد وفاة والدها. ولم تكن مقتنعة به. وهذه الأم تتدخل في كل صغيرة وكبيرة حتى بعد زواجها على حسب تعبيرها.

من خلال استجواب الحالة (ع) في المقابلات العيادية، برزت مجموعة من التصريحات العفوية المعبرة عن معاناتها النفسية والاجتماعية، والمشحونة بدلالات انفعالية عميقة. فقد صرّحت قائلة: "ما كنتش باغية نتزوج به، فرضوه عليا، وما كانش عندي حق نقول لا"، وهي عبارة تعكس تجربة مبكرة من فقدان السيطرة وغياب حرية الاختيار، مما ساهم لاحقاً في شعورها المزمن بالعجز والانقياد. كما برزت تدهور علاقتها بعائلة الزوج، بقولها "عزوزتي تتدخل في كل صغيرة وكبيرة، وراجلي ساكت، ما يقول والو"، وهو ما يشير إلى صراعات أسرية مستمرة وشعور بالإقصاء داخل المحيط العائلي، زاد من عزلتها النفسية وأضعف دعمها الاجتماعي.

صرّحت الحالة (ع) أنها ترتدي اللباس الشرعي استجابة لرغبة زوجها الذي تصفه بـ "الملتزم"، وليس نابعا من قناعة شخصية، حيث أوضحت: "أنا نلبس هكا خاطر راجلي يحب هكا، بصراحة أنا تربيت في دار محافظة، بصح ما كانش عندنا تشدد، ماما وبابا كانوا يصلّو، بصح ما يفرضوش علينا، وكان جوّ عادي ومفتوح". هذا التباين بين نمط التدين في أسرتها الأصلية وأسرة الزوج خلق لديها نوعاً من الضغط النفسي، خاصة أمام التشدد والانتقاد الدائم الذي تمارسه عائلة الزوج، كما عبرت: "هما ما يعجبهم حتى شي، دايماً يراقبوني، يعلقو حتى على اللبسة، بصح كي تدخل لدارهم تلقى غير المشاكل والصراخ، حتى الشتم ما يسلموش منو".

تظهر من خلال هذه التصريحات مفارقة حادة بين المظهر الخارجي لعائلة الزوج (التدين الظاهري) وبين واقعهم الداخلي المليء بالصراعات والتناقضات، وهو ما زاد من ارتباك الحالة وصعوبة تكيفها في السنوات الأولى من الزواج، حيث عبّرت بقولها: "ما قدرتش ننسجم، حسيت روجي دخيلة، وما كان حتى تفاهم". مما يشير إلى بيئة زواج غير حاضنة نفسياً وهذا ما زاد من شعورها بالضغط أنها تجد نفسها مضطرة للانتماء إلى أسرة ونمط حياة لا يتوافقان مع أفكارها وقيمها التي نشأت عليها. ما ساهم في تآكل الشعور بالهوية الذاتية، ودفعها إلى نوع من الامتثال الخارجي مقابل استنزاف داخلي دائم.

وتزداد حدة هذه المعاناة مع تصريحها: "من نهار عرفت بلي ولدي عندو توحّد، حياتي تبدلت، ما عادش عندي طاقة لا نفرح لا نعيش"، حيث تبرز الصدمة النفسية المرتبطة بتشخيص الابن، والتي لم تستطع تجاوزها أو تقبّلها، ما يفسر لجوءها للطلب الشعبي والرقية.

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

أعربت الحالة (ع) عن معاناتها من اضطرابات النوم منذ أن أنجبت طفلها المصاب بطيف التوحد، حيث قالت: "ما نرقدش، نفيق مفزوعة، وما نقدرش نرقد كيما قبل"، مما يشير إلى وجود صعوبة في النوم مرتبطة بالقلق والتوتر المستمر. وأثناء المقابلات التالية، صرحت بأنها تعاني من ضيق في التنفس، قائلة: "نحس روجي مقيدة، ما نقدرش ناخذ نفس عميق"، وهو ما يعكس تفاعلات نفسجسدية ناتجة عن الضغوط النفسية. كما عبرت بوضوح عن فقدانها لطعم الحياة، حيث قالت: "ما عايش عندي طعم للحياة، ما بقات حتى حاجة تهمني"، وهذا يعكس شعورها بالفراغ النفسي وفقدان الأمل. وأضافت أنها تعجز عن إنجاز واجباتها المنزلية، مشيرة "ما نقدرش نكمل شغل البيت، كيما قبل، كل شيء نعيانا منو ونوض كل صبحه ديما فاشلة"، مما يعكس شعورها بالعجز والإرهاق النفسي والجسدي. كما أشارت إلى أنها تصرخ كثيرا، قائلة: "نصرخ بزاف، ما نقدرش نتحمل"، مما يدل على التراكم الانفعالي وفقدان السيطرة على المشاعر حتى وصلت إلى مرحلة الانهيار النفسي.

وبلغت حالة الإنهاك النفسي ذروتها في تصريحها الصريح: "راني عاجزة، نصرخ بزاف، حتى نهار، ما بقاتش للحياة طعم"، ما يدل على فقدان المعنى والاهتمام بالحياة، وضعف القدرة على التكيف، مع بروز مشاعر الذنب والتقصير تجاه الأبناء. غير أن الجملة المفتاحية التي نطقت بها: "بصراحة، راني نطلب العون، قوليلي يقدر يتحسن؟"، تكشف عن رغبة داخلية في طلب المساعدة وبذرة أمل لا تزال حية، يمكن البناء عليها في خطة علاجية شاملة تدمج بين الدعم النفسي، الإرشاد الأسري، وتثقيفها حول اضطراب طيف التوحد.

● عرض نتائج الاختبار:

جدول رقم (12) يوضح توزيع الاستجابات على مقياس بيك للاكتئاب من إعداد الطلبة

الاعراض	العبارة	تنشيط
الحزن	عبارة 2	1
التشاؤم	عبارة 3	3
الفشل السابق	عبارة 2	2
فقدان الإستمتاع	عبارة 2	3
مشاعر الذنب	عبارة 2	2
مشاعر العقاب	عبارة 4	3
عدم حب الذات	عبارة 2	1
نقد ذات	عبارة 1	2
الأفكار أو رغبات الإنتحارية	عبارة 2	1
البكاء	عبارة 2	3
التهيج والاستتارة	عبارة 4	3

الفصل الخامس:عرض وتحليل الحالات

فقد الإهتمام بالناس	عبارة 3	2
التردد في أخذ القرارات	عبارة 2	1
انعدام القيمة	عبارة 2	1
فقدان الطاقة على العمل	عبارة 2	3
تغيرات نمط النوم	عبارة 2	3
القابلية للغضب والانزعاج	عبارة 2	3
تغيرات في الشهية	عبارة 1	2
صعوبة التركيز	عبارة 2	2
ارهاق والاجهاد البدني	عبارة 2	3
فقدان الاهتمام بالجنس	عبارة 3	2

الدرجات بالترتيب:

1 3 2 3 2 3 1 2 1 3 3 2 1 1 3 3 3 2 2 3 2

● تحليل نتائج الإختبار:

1- الحزن

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: ظهر الحزن بشكل غير مباشر من خلال نبرة الصوت المنخفضة وتعابير الوجه المنكسرة، مما يشير إلى حالة وجدانية حزينة لكنها غير مستمرة. درجة التنشيط 1 تدل على وجود مزاج حزين خفيف لا يصل إلى مستوى الاكتئاب العميق، لكنه مؤشر على بداية اضطراب وجداني.

2- التشاؤم

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 3

التحليل: عبّرت الحالة عن رؤية قاتمة للمستقبل، حيث قالت ما يدل على وجود نظرة تشاؤمية حادة وثابتة تجاه الحياة. مستوى التنشيط 3 يعكس نمط تفكير سوداوي دائم يعد من مؤشرات الاكتئاب الشديد.

3- الفشل السابق

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 2

التحليل: عبّرت عن شعورها بالفشل في رعاية ابنها وتوفير الاستقرار لعائلتها، ما يعكس تجربة متكررة للفشل تراكمت وأثرت سلباً على صورتها الذاتية. التنشيط المتوسط يشير إلى إدراكها المستمر لهذا الفشل دون استسلام تام له.

4- فقدان الاستمتاع

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 3

التحليل: عبرت بشكل صريح عن غياب المتعة من حياتها اليومية مما يشير إلى فقدان عميق للقُدرة على الاستمتاع، وهو أحد أبرز أعراض الاكتئاب. درجة التنشيط المرتفعة تعكس تأثر الأنشطة اليومية وفقدان الدافعية كلياً.

5- مشاعر الذنب

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 2

التحليل: تحدثت عن لوم نفسها بسبب ما يحدث لابنها، ما يشير إلى شعور مستمر بالذنب تجاه وضع ابنها. مستوى التنشيط 2 يدل على وجود مشاعر ذنب متكررة لكنها ليست مدمرة بالكامل للذات.

6- مشاعر العقاب

عدد العبارات: العبارة 4

مستوى التنشيط: 3

التحليل: مما يعكس تفكيراً عقابياً داخلياً واضحاً، وهو مؤشر على وجود صراع نفسي عميق وتأنيب ضميري مزمن. درجة التنشيط المرتفعة تعكس تجذّر هذا الشعور بشكل مرضي وخطير نفسياً.

7- عدم حب الذات

عدد العبارات: 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: وهو تعبير عن عدم رضا مؤقت عن الذات أكثر من كونه كراهية حقيقية للذات. درجة التنشيط الخفيفة تدل على بداية تآكل في تقدير الذات لكنه لم يصل إلى حد النفور الذاتي الكامل.

8- نقد الذات

عدد العبارات: العبارة 1

مستوى التنشيط: 2

التحليل: أظهرت انتقاداً متكرراً لنفسها في دورها كزوجة وأم، مما يدل على ميل إلى جلد الذات وتحميلها اللوم، وهو من مظاهر الاكتئاب المتوسطة في شدتها.

9- الأفكار أو الرغبات الانتحارية

عدد العبارات: العلامة 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: عبّرت بشكل غير مباشر عن رغبتها في الانسحاب من الحياة، دون أن تصرّح برغبة واضحة في الانتحار. هذا التعبير يعكس إرهاقا نفسيا شديدا مع تفكير سلبي بالحياة، لكنه لا يصل إلى درجة خطر داهم أو تخطيط فعلي.

10- البكاء

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 3

التحليل: لوحظت نوبات بكاء متكررة خلال المقابلات، ما يدل على حالة انفعالية هشة ومشحونة. مستوى التنشيط المرتفع يشير إلى اضطراب وجداني واضح، مع عدم القدرة على التحكم في التعبير العاطفي.

11- التهيج والاستثارة

عدد العبارات: العبارة 4

مستوى التنشيط: 3

التحليل: عبّرت عن سرعة غضبها وصراخها المتكرر، مما يعكس احتقاناً انفعالياً مزمناً وعدم استقرار في المزاج. درجة التنشيط المرتفعة تدل على انفعال مفرط يعيق تواصلها الأسري.

12- فقد الاهتمام بالناس

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 2

التحليل: عبّرت عن انسحابها الاجتماعي، وهو ما يشير إلى ميول انطوائية ناتجة عن الإرهاق النفسي والتعب الانفعالي. مستوى التنشيط 2 يدل على مظاهر انعزالية واضحة لكنها ليست كاملة.

13- التردد في اتخاذ القرارات

عدد العبارات: العبارة 3

مستوى التنشيط: 1

التحليل: ذكرت أنها تتردد كثيراً عند اتخاذ قرارات تخص علاج ابنتها أو التعامل معه، ما يدل على تراجع الثقة بالنفس. التنشيط 1 يدل على تردد محدود لكنه يعكس توتر داخلي مستمر.

14- انعدام القيمة

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 1

التحليل: شعورها بأنها غير مهمة أو غير فعالة، ما يدل على إحساس منخفض بالجدوى الذاتية، لكنه لا يزال غير دائم أو راسخ بالكامل.

15- فقدان الطاقة على العمل

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 3

التحليل: وهو تعبير عن إنهاك نفسي وجسدي شديد، يؤثر على قدرتها على الإنجاز اليومي. درجة التنشيط 3 تدل على عجز فعلي عن القيام بالأنشطة المعتادة.

16- تغيرات في نمط النوم

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 3

التحليل: ذكرت أنها تعاني من أرق مزمن، ما يعكس تغيراً كبيراً في جودة النوم وارتباطه بالضغط النفسي المستمر.

17- القابلية للغضب والانزعاج

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 3

التحليل: ما يدل على قابلية عالية للاستثارة العصبية. التنشيط المرتفع يُظهر وجود قلق داخلي دائم وسوء تنظيم انفعالي.

18- تغيرات في الشهية

عدد العبارات: العبارة 1

مستوى التنشيط: 2

التحليل: مما يعكس انخفاً في الشهية مرتبطاً بالحالة النفسية. درجة التنشيط 2 تدل على تغير ملحوظ في العادات الغذائية لكن ليس حاداً.

19- صعوبة التركيز

عدد العبارات: العبارة 2

مستوى التنشيط: 2

التحليل: عبّرت عن تشتت ذهنها وصعوبة التركيز في المهام اليومية، ما يدل على تراجع في الوظائف المعرفية المرتبطة بالضغط والانفعال.

● الإرهاق والإجهاد البدني

عدد العبارات: العبارة 2

● مستوى التنشيط: 3

التحليل: ما يدل على استنزاف كامل للطاقة الحيوية، مع انعكاسات جسدية مباشرة. درجة التنشيط 3 تشير إلى أن

الإرهاق أصبح معيقاً وظيفياً.

21- فقدان الاهتمام بالجنس

● عدد العبارات: العبارة 3

● مستوى التنشيط: 2

- التحليل: لُمّحت إلى انقطاع رغبتها الجنسية بسبب الحالة النفسية، ما يدل على ضعف في الدافعية الجنسي المرتبطة بالاكتئاب. التنشيط 2 يدل على تأثر متوسط في هذا الجانب، له بعد نفسي وعلائقي.

النتيجة: 63/48 = اكتئاب شديد

تشير نتائج تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة (ع) إلى حصولها على درجة 48 من أصل 63، أي بنسبة تقدر بـ 76.2% وتعكس هذه النسبة مستوى مرتفعاً من الاكتئاب، يصنّف ضمن فئة الاكتئاب الشديد حسب معايير المقياس. وتشير هذه الدرجة إلى وجود أعراض اكتئابية حادة تشمل الجوانب الوجدانية، المعرفية، والانفعالية، ما يستدعي تدخلا نفسيا عاجلا ودعما علاجيا متعدد الأبعاد يساعد الحالة على تجاوز هذا الوضع النفسي الحرج.

2-5- التحليل العام للحالة الخامسة:

إنطلاقاً من المعطيات العيادية المجمعة من خلال الملاحظة الإكلينيكية المباشرة، المقابلة العيادية نصف الموجهة، وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب، يتبين أن الحالة (ع)، وهي امرأة تبلغ من العمر 38 سنة، متزوجة وأم لثلاث أطفال، من بينهم طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، تعاني من اضطراب نفسي ذا طابع اكتئابي حاد، يتقاطع في مظاهره مع محكات الاضطراب الاكتئابي الشديد كما ورد في التصنيف التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5.

فمن خلال الملاحظة المباشرة، برزت مؤشرات تثبيط نفسي-حركي واضح، تمثلت في قلة الحركة، انخفاض الحيوية، شحوب الوجه، وضعية جسدية منحنية، وتعبيرات وجه يغلب عليها الحزن والانكسار، إضافة إلى تجنب التواصل البصري وتكرار نوبات البكاء. كل هذه السلوكيات تعكس حالة وجدانية متدنية تتموضع في سياق عجز داخلي وإرهاق نفسي-جسدي مزمن كعوامل خطورة من ضغوط بيئية وأسرية مستمرة وغير محتواة.

أما المقابلة العيادية، فقد كشفت عن تمثيلات معرفية وانفعالية سلبية تتعلق بالذات، والآخر، والمستقبل، وهو ما اتضح في أقوالها مثل: "قلبي برد من هذي الدنيا"، "ما نقدرش نكمل"، و"نحس روحي خلاص". هذه العبارات تحمل دلالات على الحزن، فقدان المعنى، التوتر الانفعالي، وانعدام الأمل، وهو ما يعكس وجود تشوّه معرفي وانسحاب وجداني في ظل بيئة تفتقر إلى الدعم النفسي والاجتماعي.

نتائج اختبار بيك للاكتئاب جاءت لتدعم المعاينة الإكلينيكية، حيث سجلت الحالة 48 درجة من أصل 63، أي بنسبة 76.2%، ما يضعها في خانة الاكتئاب الشديد حسب سلم التفسير المعتمد. وقد أظهرت الحالة مستويات عالية من فقدان الاستمتاع، التهيج، البكاء، اضطراب النوم، الإجهاد البدني، ومشاعر الذنب والعقاب، إلى جانب مظاهر نقد الذات، انخفاض القيمة الذاتية، وصعوبة اتخاذ القرار.

بالعودة إلى محكات DSM-5 الخاصة باضطراب الاكتئاب الشديد، يتبين أن الحالة تستوفي ما يزيد عن خمسة معايير أساسية، تشمل: مزاج مكتئب معظم الوقت، فقدان واضح للاهتمام أو المتعة، اضطرابات النوم، تعب مستمر، مشاعر نقص القيمة، ضعف القدرة على التركيز، أفكار انتحارية ضمنية، كلها أعراض حاضرة بشكل مستمر منذ أشهر، أدّت إلى تدهور في الأداء الأسري، التربوي، والاجتماعي.

وما يميز هذه الحالة هو تداخل الجوانب النفسية مع سياق اجتماعي وأسري مضطرب، فالحالة تعيش في زواج لم تكن مقتنعة به منذ البداية، فرض عليها في غياب والدها، وتعاني من تدخل مفرط ومسيطر من قبل عائلة الزوج، وخاصة والدّة الزوج التي تلعب دورا سلطويا في حياتها. كما أن حالة الطفل التوحدي كانت بمثابة نقطة تحول حادة، أدّت

الفصل الخامس:.....عرض وتحليل الحالات

إلى تصاعد الضغط النفسي والإرهاك العاطفي، خاصة في ظل غياب الدعم الزوجي الحقيقي، وانسحاب الزوج من دوره الأبوي والعاطفي.

تعيش الحالة كذلك نوعاً من الاندماج القسري في منظومة قيمية ودينية لا تتماشى مع قناعاتها الأصلية، حيث صرّحت أن ارتداء اللباس الشرعي ليس تعبيراً عن قناعة شخصية، بل استجابة لضغط خارجي من الزوج وعائلته، مما يعكس صراعاً داخلياً يزيد من حدة القلق والتوتر الانفعالي.

أما نبرة صوتها فكانت مرتفعة أحياناً وتطغى عليها نبرة انفجارية عند التعبير عن الضيق أو استرجاع مواقف مؤلمة، ما يدل على احتقان انفعالي غير مفرغ بطريقة صحية. كلامها اتسم بالبطء، التقطع، وانخفاض في النغمة الصوتية، مصحوباً بصعوبة في التنفس أثناء الحديث، خصوصاً عند التطرق إلى المواضيع المرتبطة بابنها المصاب بالتوحد، وقد لوحظ تذبذب واضح في نبرة الصوت أثناء الحديث، حيث كانت الحالة تنتقل بين الانخفاض الشديد في الصوت والتقطع في الكلام، خاصة عند تناول المواضيع المرتبطة بالابن المصاب باضطراب طيف التوحد، وبين نوبات من الانفجار الكلامي وارتفاع نبرة الصوت عند الحديث عن ظروفها الأسرية أو مواقف شعرت فيها بالضغط أو الظلم. هذا التناقض الظاهري في التعبير الصوتي لا يعد اعتباطياً، بل يعبر عن احتقان انفعالي داخلي شديد، غير مفرغ بطريقة متزنة. الانفجار في نبرة الصوت يعكس تفريغاً قهرياً لحمل عاطفي مكبوت، مرتبط بمشاعر الغضب أو القهر، بينما الانخفاض والتقطع في الحديث يشير إلى كبت وجداني أمام مشاعر الحزن أو الذنب أو العجز، ما يكشف عن خلل في التنظيم الانفعالي وصعوبة في التعبير عن الألم النفسي بشكل متوازن. هذه التذبذبات تؤكد وجود معاناة نفسية عميقة تتطلب تدخلاً علاجياً يراعي الجانب الانفعالي المكبوت وآليات الدفاع المستخدمة.

تظهر الحالة (ع) نمطاً اكتئابياً حاداً يتقاطع بوضوح مع محكات الاضطراب الاكتئابي الشديد كما ورد في DSM-5، تدعمه الملاحظات العيادية المباشرة، إفادات المراقبة العيادية نصف الموجهة، ونتائج مقياس بيبك للاكتئاب. وتعزى الحالة النفسية الراهنة إلى تراكم ضغوط أسرية، اجتماعية، وصراعات داخلية غير معالجة، تفاقمت في ظل غياب الدعم الزوجي والاجتماعي الكافي، ووجود طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد. هذه المؤشرات تدل على حاجة ملحة لتدخل علاجي نفسي متعدد الأبعاد، يراعي خصوصية السياق الأسري ويعزز من آليات التكيف والدعم النفسي الذاتي.

خلاصة:

في هذا الفصل، تم تقديم دراسة لخمس حالات للأمهات أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، حيث تم تحليل المعطيات النفسية والاجتماعية لكل حالة بشكل معمق، مع التركيز على المؤشرات السريرية للاكتئاب، والضغط المصاحبة لتجربة الأمومة في ظل إعاقة نمائية معقدة مثل التوحد.

أظهرت الحالات الخمس قواسم مشتركة تتمثل في وجود أعراض اكتئابية تتراوح بين الحادة والشديدة، تتجسد في مشاعر الحزن العميق، فقدان الطاقة، اضطرابات النوم والشهية، والتفكير السلبي المتكرر. كما تم رصد عوامل مشتركة ساهمت في تفاقم الأعراض، منها غياب الدعم الأسري، التوترات الزوجية، الصدمات السابقة (كوفاة أحد الأبناء أو فقدان الزوج)، والشعور المتواصل بالذنب والعجز تجاه وضع الطفل التوحدي.

من خلال تحليل السير الذاتية والانفعالية لكل حالة، اتضح أن الاكتئاب ليس فقط انعكاسا لمعاناة نفسية فردية، بل هو أيضا نتيجة تراكمات اجتماعية وأسرية ونفسية لم تتم معالجتها بشكل فعال. كما أظهرت الحالات جميعها ضعفا في شبكة الدعم الاجتماعي، وميلا إلى العزلة، مع تراجع ملحوظ في الاهتمام بالذات وفقدان الإشباع العاطفي.

تكشف هذه الحالات عن أهمية التعامل مع الأم في سياقها الكلي، باعتبارها فاعلا رئيسيا في العملية العلاجية والتربوية للطفل التوحدي، لا مجرد مرافق للرعاية. كما تؤكد المعطيات المعروضة ضرورة إدراج الدعم النفسي للأمهات كجزء أساسي من التدخل متعدد التخصصات في اضطراب طيف التوحد.

بعد الإنتهاء من عرض الحالات واثراء المعلومات الخاصة بهذا الفصل ننتقل الى استعراض الفصل التالي مناقشة النتائج.

الفصل السادس: مناقشة النتائج

- تمهيد
- مناقشة نتائج الحالات على ضوء الفرضيات
- مناقشة نتائج الحالات على ضوء الجانب النظري
- مناقشة نتائج الحالات على ضوء الدراسات السابقة
- خلاصة

تمهيد:

تُعد مناقشة نتائج الدراسة خطوة محورية لفهم مدى تحقق الفرضيات المطروحة، وربط النتائج المحصل عليها بالإطار النظري وفيما يلي نستعرض مناقشة نتائج الحالات على ضوء الفرضيات:

1- مناقشة نتائج الحالات على ضوء الفرضيات:

التذكير بفرضيات الدراسة:

1. تساهم بعض العوامل (تأويلات معرفية – غياب الدعم الأسري) في تنشيط الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.
2. يظهر لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد أساليب تكيف نفسي (أساليب إيجابية: التدين – التقبل- طلب الدعم، أساليب سلبية: الإنكار - الانسحاب الاجتماعي) تخفف أعراض الاكتئاب.
3. تؤدي إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد إلى تنشيط ظهور أعراض اكتئابية لدى الأم.

1-1 مناقشة الفرضية الأولى:

التي تنص على: تساهم بعض العوامل (التأويلات المعرفية- غياب الدعم الأسري) في تنشيط الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد.

-تظهر حالة السيدة (س). استرجاعها لمسار حياتها كان مثقلا بتأويلات معرفية سلبية، تمثلت في شعور دائم بالنقص، الفشل، وانعدام القيمة. هذه التمثلات تعززت مع اكتشاف إصابة ابنها بالتوحد، حيث أعادت تنشيط مشاعر العجز والإحباط الكامنة منذ الطفولة ما يوافق بافلوف (Pavlov) أن سبب الاكتئاب يتمثل بالصدمات التي يتعرض لها الطفل في الصغر وتكرار التجارب المؤلمة كالفشل والحرمان، إذ تسبب له حالة من تطبيع المزاج في اتجاه الاكتئاب الذي يمكن أن يستثار في تجارب الكبر، خاصة إذا كانت هذه التجارب مشابهة. (منتهى، 2011، ص113)

نجد غياب الدعم الأسري، خصوصا من الزوج، وافتقارها لمصادر دعم خارجي، ساهم في ترسيخ هذه التأويلات السلبية وتحويلها إلى نواة صلبة للاكتئاب. كذلك، طغت على حديثها نبرة لوم الذات ورفض الواقع، مما يعكس مدى تأثير التفسير الذاتي السلبي للأحداث على تدهور حالتها النفسية. حيث يرجع (فرويد) أكثر الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب إلى أحداث أليمة وصدمات انفعالية يتعرض لها الفرد خلال مراحل حياته الأولى، إذ تتسم شخصيات الأفراد في هذه المرحلة بالعدائية، ويكون (الأنا) الأعلى عندهم قاسي وغير متسامح ويعتمد تقدير الذات لديهم على الاستحسان والدعم من المصادر الخارجية الوالدان أو الآخرون)، إذ يشعر الطفل بالاكتئاب عند فشله في الحصول على هذا الدعم. (وردة، 2014، ص248)

إذن تتحقق الفرضية الفرعية الأولى على الحالة (س) بشكل كبير، حيث لعبت التأويلات المعرفية السلبية وغياب الدعم الأسري دورا محوريا في تنشيط واستمرار الأعراض الاكتئابية.

-تؤكد حالة السيدة (ج) أن التأويلات المعرفية السلبية لعبت دورا محوريا في نشوء حالتها الاكتئابية، لا سيما رفضها تقبل إصابة ابنها باضطراب طيف التوحد، وشعورها المستمر بالعجز والفشل في أداء دورها كأم. كما أن وفاة زوجها، الذي كان

الفصل السادس:..... مناقشة النتائج

يمثل مصدرها الوحيد للدعم العاطفي والاجتماعي، شكّلت نقطة تحوّل ضاغطة، أدت إلى غياب الدعم الأسري الفعّال، ووضعتها في مواجهة مباشرة مع أعباء الأمومة والتحديات اليومية دون سند. وحسب النموذج السلوكي لتفسير الاكتئاب فإنه هناك الكثير من الأحداث تؤدي إلى الاكتئاب كموت شخص عزيز أو فقدان العمل وذلك حينما يجري إضعاف التعزيز المتعود عليه، فضلا عن ذلك فإن الأشخاص الذين يحملون استعدادات للاكتئاب قد يفتقرون إلى القدرة على التعامل مع الأحداث المؤلمة. (وردة، 2014، ص254)

هذه العوامل تفاعلت لتنتج تصورا داخليا سلبيا قائما على الذنب والدونية والعجز، انعكس في أعراض اكتئابية واضحة.

وقد كشفت المقابلة العيادية النصف موجهة عن محتوى معرفي سوداوي ما يدل على التفسير الذاتي السلبي للوقائع. ويرى بافلوف (Pavlov) أن سبب الاكتئاب يتمثل بالصدمات التي يتعرض لها الطفل في الصغر وتكرار التجارب المؤلمة كالفشل والحرمان، إذ تسبب له حالة من تطبيع المزاج في اتجاه الاكتئاب الذي يمكن أن يستثار في تجارب الكبر، خاصة إذا كانت التجارب مشابهة. (منتهى، 2011، ص113)

كما أظهرت الملاحظة الإكلينيكية مؤشرات انفعالية وسلوكية تتماشى مع حالات الاكتئاب، من بينها بطء في الحركة، حزن واضح على الوجه، وبكاء متكرر عند الحديث عن الفقد والوحدة. أما نتائج مقياس بيك للاكتئاب، فقد سجلت مستوى مرتفعا (63/44)، ما يصنّف ضمن الاكتئاب الشديد. وعند مقارنتها بمحكات الدليل التشخيصي DSM-5، يتبيّن أن الحالة تستوفي أكثر من خمسة أعراض رئيسية من بينها المزاج المكتئب، فقدان الاهتمام، الشعور بالذنب، انخفاض الطاقة، واضطرابات النوم، مما يثبت تشخيص الاكتئاب الجسيم، ويؤكد الدور المحوري للعوامل المعرفية والاجتماعية في تأزم الحالة النفسية.

-بالاعتماد على المعطيات الإكلينيكية والأدوات المستعملة في دراسة الحالة (ك)، يمكن القول إن هذه الحالة تمثّل تجسيدا واضحا لتحقيق الفرضية الفرعية الأولى، التي تفترض أن التأويلات المعرفية السلبية وغياب الدعم الأسري يسهمان بشكل فعّال في تنشيط الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

فمن خلال المقابلة العيادية النصف موجهة، برزت بوضوح منظومة معرفية قائمة على التفسير السلبي للذات والواقع، تمثلت في أفكار تتقاطع مع ما يعرف في الأدبيات النفسية بالتشوهات المعرفية المرتبطة بالاكتئاب. كما أن الملاحظة الإكلينيكية دعت هذا الاتجاه، حيث بدت الحالة منهكة نفسيا، بطيئة في الاستجابة، منطوية، وتظهر انفعالات حادة عند الحديث عن علاقتها بزوجها أو بوضعية ابنها، مما يشير إلى معاناة وجدانية متراكمة حيث يعتبر ارون بيك (BECK) من الأوائل الذين نظموا مفهومًا للاكتئاب على شكل معرفي. يعتقد بيك أن الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سلبية بالنسبة للذات والعالم الخارجي وللمستقبل، وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب.

أما نتائج مقياس بيك للاكتئاب فقد أظهرت درجة تميل إلى الاكتئاب الشديد، مع وجود أعراض رئيسية تتوافق مع محكات DSM-5، من بينها الحزن المستمر، فقدان الاهتمام، مشاعر الذنب، اضطرابات النوم، وتراجع الطاقة النفسية، وكلها تؤكد تشخيص الاكتئاب الجسيم. ويبرز غياب الدعم الزوجي، من خلال رفض الشريك الاعتراف بحالة

الفصل السادس:..... مناقشة النتائج

الطفل وتقديم أي مساندة كعامل تراكمي فاقم من العزلة النفسية وساهم في ترسيخ ما يعرف بالعزل وهو نمط نفسي شديد الارتباط بالاكتئاب.

بناء عليه، فإن حالة (ك) تقدم نموذجاً متكاملًا لتحقيق الفرضية الأولى، حيث تؤدي التأويلات المعرفية السلبية المتجذرة وغياب الدعم الأسري الفعال إلى نشوء وتفاقم الأعراض الاكتئابية.

-تبرز الحالة (م) بشكل واضح مدى ارتباط الفرضية الفرعية الأولى بواقعها النفسي، حيث كشفت المقابلة العيادية والملاحظة السريرية عن وجود تأويلات معرفية مشوهة تسهم بشكل مباشر في تفاقم الأعراض الاكتئابية. فقد عبّرت الحالة عن مشاعر حادة بالذنب والدونية، وتحدثت عن عجزها في أداء دورها كأم، وهو ما يعكس نمطاً من التفكير السلبي التلقائي الذي يركّز على لوم الذات وتحقيرها. هذا النوع من التشوهات المعرفية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكتئاب وفق ما تؤكد الأدبيات النفسية الحديثة. التي يعزّزها "بيك" حيث يرى أن الأفراد المكتتبون يملكون صفة ذات معرفية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الإيجابية عن الذات وتبقى على المعلومات السلبية. ويقترح بيك أن: الصيغة السلبية لهؤلاء الأفراد المكتتبين تكون بسبب الفقد المتزايد من الوالدين في الطفولة أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية وحينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتتبون في غربة خبراتهم الشخصية السلبية. (قايد 2004، ص83)

من جانب آخر يلاحظ غياب الدعم الأسري، لا سيما من الزوج، حيث ذكرت الحالة تعرضها للعنف الجسدي والنفسي، إضافة إلى الهيمنة الأسرية من قبل الحماة، ما يؤدي إلى حرمانها من الشعور بالأمان العاطفي والانتماء. هذا المناخ المتوتر يفاقم من الإحساس بالعجز، ويحدّ من قدرتها على التكيف مع وضع ابنها المصاب باضطراب طيف التوحد، مما يفسر بشكل قوي تطور الأعراض الاكتئابية. وعليه، فإن تفاعل العوامل المعرفية والاجتماعية في هذه الحالة ينسجم مع الفرضية، ويؤكد وجهتها في تفسير نشأة الاضطراب وتطوره حيث أن الاتجاه الحديث يفسر كيف بعض الناس يستعملون الاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة والعطف أو كوسيلة للقسوة والانتقام من الذين كانوا سبباً الأهم في الماضي. (مبروكة، 2018، ص46)

-تظهر الحالة (ع) بشكل جليّ الأثر التراكمي للعوامل المعرفية والاجتماعية في توليد وتعميق الأعراض الاكتئابية. فقد كشفت المقابلة العيادية عن تمثيلات معرفية سلبية تجاه الذات والحياة والمستقبل، مما يدل على تشوّه في البنية المعرفية القائمة على التعميم المفرط، الاستنتاج السلبي، ونقد الذات المفرط. هذا النمط من التفكير يرتبط مباشرة بتفعيل مزاج اكتئابي حاد، كما هو موثق في النظريات المعرفية للاكتئاب (مثل نموذج بيك).

من جهة أخرى، تبين من خلال رواية الحالة للأحداث وشواهد الملاحظة الإكلينيكية أن غياب الدعم الأسري، وخصوصاً من الزوج، قد ساهم في تفاقم الإحساس بالهشاشة النفسية. فقد تم فرض الزواج عليها دون رضا، وتعاني من تدخلات سلبية من عائلة الزوج، وافتقارها لأي شكل من أشكال الدعم العاطفي أو التقدير. كما تظهر نوعاً من الاغتراب داخل منظومة قيمية مفروضة، مما يعمّق من شعورها بعدم الانتماء والاحتواء. وقد تطورت نظرية التعلم الاجتماعي على يد باندورا وزملائه وترى النظرية انه يمكن فهم النشاط الوظيفي النفسي من خلال التفاعلات المتبادلة المستمرة للعوامل الشخصية مثل العمليات المعرفية والتوقعات والعوامل السلوكية والعوامل البيئية التي تعمل بشكل مستقل، وتدعم كل منها الآخر. (Lewinsohn 1984, P 11).

الفصل السادس:..... مناقشة النتائج

هذا السياق الاجتماعي، المليء بالضغط يعد عاملا مساهما بقوة في تفعيل الأعراض الاكتئابية، مما يتوافق بوضوح مع الفرضية الأولى ويعزز من صدقها.

1-2- مناقشة الفرضية الثانية:

والتي تنص " يظهر لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد أساليب تكيف نفسي (أساليب إيجابية: التدين – التقبل- طلب الدعم، أساليب سلبية: الإنكار - الانسحاب الاجتماعي) تخفف أعراض الإكتئاب." في حالة السيدة (س)، برزت بوضوح آليات التكيف السلبية. فقد لجأت إلى الإنكار كآلية دفاعية، خاصة فيما يتعلق بمشكلاتها مع تقبل وضع ابنها، إذ كانت تميل إلى إسقاط اللوم على محيطها بدل الاعتراف بدورها في العملية التكيفية. كما لوحظ الانسحاب الاجتماعي، حيث ابتعدت عن الأنشطة الاجتماعية وحتى عن واجباتها الأسرية، مما عمّق من شعورها بالعجز والعزلة.

في المقابل، لم تظهر الحالة أي مؤشرات واضحة على استخدام أساليب التكيف الإيجابية مثل التدين أو طلب الدعم الاجتماعي أو التقبل، ما جعل قدرتها على مواجهة الضغوط النفسية محدودة، وساهم في تفاقم الاكتئاب. بالتالي فالفرضية الثانية أيضا تحققت معها مع الإشارة إلى أن استراتيجيات التكيف المستخدمة كانت سلبية، مما أدى إلى ضعف القدرة على احتواء الأعراض وتدهور الحالة النفسية بشكل ملحوظ.

-تظهر الحالة الثانية (ج) تنوع في أساليب التكيف النفسي بين ما هو إيجابي وسلي. فقد لجأت إلى التدين المكثّف كمصدر للطمأنينة والاحتواء، وهو ما يمكن اعتباره أسلوب تكيف إيجابي جزئي، إلا أنه استخدم بشكل تعويضي، لا يؤدي بالضرورة إلى حل جذري للمعاناة النفسية. في المقابل، كشفت المقابلة النصف موجهة عن استخدام آليات سلبية مثل الإنكار لحالة ابنها، مما أدى إلى تأخر التدخل العلاجي، بالإضافة إلى الانسحاب الاجتماعي خوفا من نظرة الآخر وهو ما ساهم في تعميق عزلتها النفسية. كما لوحظ اعتمادها على التكوين العكسي، حيث كانت تظهر الصلابة أمام أسرتها رغم شعورها الداخلي بالانهيار، ما يعكس صراعا وجدانيا مكبوتا. وقد أكّدت الملاحظة الإكلينيكية هذا التناقض من خلال مؤشرات جسدية وتعبيرية، فيما دعمت نتائج مقياس بيك للاكتئاب هذه المعطيات بتسجيلها درجة مرتفعة، ما يؤكد أن أساليب التكيف المعتمدة، رغم تباينها، لم تكن فعّالة في خفض حدة الأعراض، ويعزّز تحقق الفرضية المتعلقة بتنوع أنماط المواجهة النفسية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

-الحالة (ك) تمثل نموذجا معقدا لأساليب التكيف النفسي، حيث نلاحظ أساليب تكيف سلبية كالإنكار الذي يظهر جليا في تعاملها مع التغيرات في سلوك الأكل، إذ تقلل من شأن الشراهة وتعتبر أن الشهية لم تتغير، رغم السمنة المفرطة. وكذلك برزت في الانسحاب الاجتماعي فاملاحظة العيادية تشير إلى ميلها للعزلة والانطواء، وضعف التفاعل مع المحيط. أما الأكل القهري كآلية دفاعية، يعد أيضا استراتيجية سلبية للتعامل مع المشاعر العاطفية المؤلمة. وفيما يخص أساليب تكيف إيجابية (محدودة) لا توجد مؤشرات قوية على استخدام استراتيجيات إيجابية مثل طلب الدعم الاجتماعي أو التدين، وربما يكون غيابها أحد أسباب تفاقم الحالة. هذا يعكس حاجتها إلى تعلم وتطوير أساليب تكيف صحية. وهذا ما يحقق الفرضية الفرعية الثانية مع الحالة (ك).

-تعكس حالة (م) ميلا بارزا لاستخدام أساليب تكيف سلبية في مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بوضع ابنها وظروفها الأسرية. فقد تبّنت آلية الإنكار في تعاملها مع الواقع، حيث أنكرت عمق معاناتها أو حاولت تقليل شأنها، وظهرت عليها

الفصل السادس:..... مناقشة النتائج

علامات الانسحاب الاجتماعي والعاطفي، مثل تجنب العلاقات والمناسبات العائلية، والانغلاق النفسي على الذات. هذه الأنماط الدفاعية، رغم أنها تهدف إلى الحماية النفسية المؤقتة، إلا أنها تعزز الشعور بالعزلة وتزيد من حدة الأعراض الاكتئابية على المدى الطويل. في المقابل، لم يلاحظ لجوؤها إلى أساليب تكيف إيجابية، مثل طلب الدعم أو التقبل الواعي، ما يشير إلى ضعف في آليات المواجهة الفعالة. بذلك، تساهم هذه المؤشرات في توضيح كيف أن نوعية التكيف النفسي المتبع تلعب دوراً محورياً في تحديد شدة الاكتئاب واستمراريته، وهو ما يضيف مصداقية أكبر على الفرضية ويبرز أهميتها في فهم ديناميكيات المعاناة النفسية لدى هذه الفئة.

-تؤكد الحالة (ع) وجود اعتماد أساسي على أساليب تكيف سلبية في مواجهة الصدمة النفسية المرتبطة بواقع ابنها المصاب بطيف التوحد. فقد برز استخدام آليات دفاعية غير فعالة، منها الإنكار (كما يتضح من صعوبة التقبل العاطفي لوضع ابنها)، والانسحاب الاجتماعي والعاطفي، حيث تراجعت علاقاتها الاجتماعية وقلّ تفاعلها الأسري، فضلاً عن تعبيرها عن شعور قوي بالعزلة والانفصال الوجداني عن محيطها.

كما كشفت المقابلة والملاحظة عن تذبذب حاد في التعبير الانفعالي، ما بين الانفجار والغليان العاطفي، والانطفاء التام، وهي دلالات على اضطراب التنظيم الانفعالي وصعوبة التكيف مع الألم النفسي بشكل صحي. في المقابل، لم تظهر مؤشرات كافية على استخدام استراتيجيات تكيف إيجابية مثل طلب الدعم الاجتماعي، أو اللجوء الواعي للتدين والروحانية، أو إعادة تأطير التجربة بطريقة تعزز القبول. وهذا ما يسلط الضوء على ضعف في البنية التكيفية للحالة، ويدعم افتراض تنوع أساليب المواجهة النفسية وتأثيرها المباشر على حدة الاكتئاب لدى أمهات أطفال طيف التوحد. منه يظهر لدى أمهات طيف التوحد أساليب تكيف نفسي إيجابية (التدين، التقبل، الدعم الاجتماعي)، وسلبية (الإنكار والانسحاب الاجتماعي) منه تتحقق الفرضية الثانية.

وبالتالي يتبين من خلال تحليل المعطيات العيادية المستخلصة من الحالات الخمس، ومقارنتها بمحكات DSM-5 ونتائج أدوات الدراسة، أن الفرضيتين الجزئيتين قد تحققتا بشكل واضح. فقد أظهرت جميع الحالات وجود تأويلات معرفية سلبية وغياب أو ضعف في الدعم الأسري، مما ساهم في تنشيط الأعراض الاكتئابية، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الأولى. كما اتضح تنوع أساليب التكيف المستخدمة، حيث هيمنت الاستراتيجيات السلبية مثل الإنكار، الانسحاب، والتجنب، مقابل حضور محدود للأساليب الإيجابية، وهو ما يتوافق مع الفرضية الثانية. هذه النتائج تدعم الطابع التراكمي والتفاعلي للعوامل النفسية والاجتماعية في نشأة وتفاقم الاكتئاب لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

1-3- مناقشة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أن إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد تؤدي إلى ظهور أعراض اكتئابية لدى الأم. بناءً على المعطيات العيادية لحالة (س) ونتائج الأدوات المستخدمة، يمكننا مناقشة الفرضية العامة من خلال عدة دلائل منها ما تشير إليه نتائج مقياس بيك للاكتئاب إلى أن الحالة (س) سجلت درجة 41 من أصل 63، مما يشير إلى وجود اكتئاب شديد جداً. وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM-5)، يتطلب تشخيص الاكتئاب الشديد وجود خمسة أعراض أو أكثر، بما في ذلك المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام، لمدة أسبوعين على الأقل، مع تأثير كبير على الأداء اليومي. تتوافق حالة السيدة (س) مع هذه المعايير، حيث أظهرت مشاعر حزن عميق، فقدان

الفصل السادس:..... مناقشة النتائج

الأمل، وتراجع في الاهتمام بالأنشطة اليومية. فحسب التوجه السلوكي فقلة التفاعل الاجتماعي يؤدي بالفرد إلى فقدان مصدر رئيسي للتعزيز كان يحصل عليه من الأصدقاء والآخرين، إذ أن سلوك المكتئب عادة ما يميل إلى الانعزال حتى عن أقرب الأفراد عليه، وهذا الانعزال قد يؤدي إلى حدوث سلوكيات غير توافقية مثل البكاء ونقد الذات والتكلم عن الانتحار.

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الملاحظة الإكلينيكية تراجعاً في النشاط الحركي، ضعف الاستجابة الانفعالية، وتصلب في تعبيرات الوجه. تم تسجيل أعراض جسدية مثل التعب المزمن، ارتفاع ضغط الدم، وداء السكري، مع ضعف في الالتزام بالعلاج. هذه المؤشرات تدعم وجود حالة اكتئاب شديدة تؤثر على الحالة النفسية والجسدية للسيدة (س). بناء على هذه المعطيات، يمكننا القول إن الفرضية العامة محققة في حالة السيدة (س)، حيث أن إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد أدت إلى ظهور أعراض اكتئابية شديدة لدى الأم.

بناء على نتائج الأدوات المستخدمة في التقييم النفسي، والتي شملت الملاحظة الإكلينيكية المباشرة، المقابلة العيادية نصف الموجهة، واختبار بيك للاكتئاب، يمكننا تحليل حالة السيدة (ج) وربطها بالمعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (5-DSM): مزاج مكتئب معظم الوقت، فقدان واضح للاهتمام أو المتعة، اضطرابات النوم، تعب مستمر، مشاعر نقص القيمة، ضعف القدرة على التركيز، أفكار انتحارية ضمنية، كلها أعراض حاضرة بشكل مستمر منذ أشهر)، أدت إلى تدهور في الأداء الأسري، التربوي، والاجتماعي.

حيث أظهرت نتائج اختبار بيك للاكتئاب أن الحالة (ج) تحصلت على درجة 50 من أصل 63، مما يشير إلى وجود اكتئاب شديد جداً، حيث أظهرت مشاعر حزن عميق، فقدان الأمل، وتراجع في الاهتمام بالأنشطة اليومية. كما أظهرت الملاحظة الإكلينيكية تراجعاً في النشاط الحركي، ضعف الاستجابة الانفعالية، وتصلب في تعبيرات الوجه. تم تسجيل أعراض جسدية مثل التعب المزمن، وفقدان الشهية.

أظهرت المقابلة الإكلينيكية أن السيدة (ج) تعاني من صعوبة في التعبير عن مشاعرها، وتظهر مقاومة عند الحديث عن حياتها الشخصية. كما أبدت مشاعر من الحزن العميق، وفقدان الأمل، وتراجع في الاهتمام بالأنشطة اليومية. هذه الأعراض تتوافق مع المعايير التشخيصية للاكتئاب الشديد في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (5-DSM).

بناء على نتائج الأدوات المستخدمة في التقييم النفسي، يمكن القول إن الحالة (ج) تعاني من اكتئاب شديد جداً وبناء على هذه المعطيات، يمكن القول إن الفرضية العامة قد تحققت في حالة السيدة (ج)، حيث أن إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد أدت إلى ظهور أعراض اكتئابية شديدة لدى الأم.

بناء على نتائج الأدوات المستخدمة في التقييم النفسي، والتي شملت الملاحظة المباشرة، المقابلة الإكلينيكية، واختبار بيك للاكتئاب، مع الحالة (ك) أظهرت نتائج اختبار بيك للاكتئاب أن الحالة (ك) حصلت على درجة 27 من أصل 63، مما يشير إلى وجود اكتئاب متوسط إلى شديد. ووفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (5-DSM)، يتطلب تشخيص اضطراب الاكتئاب الشديد وجود خمسة أعراض أو أكثر، (، مزاج مكتئب معظم الوقت، فقدان واضح للاهتمام أو المتعة، اضطرابات النوم، تعب مستمر، مشاعر نقص القيمة، ضعف القدرة على التركيز، أفكار انتحارية ضمنية، كلها أعراض حاضرة بشكل مستمر منذ أشهر)، مع تأثير ملحوظ على الأداء الاجتماعي والوظيفي.

تتوافق حالة السيدة (ك) مع هذه المعايير، حيث أظهرت مشاعر حزن مستمرة، انعدام الأمل، ضعف في تقدير الذات، واجترار مستمر للأفكار السلبية. كما لوحظ تراجع في النشاط الحركي، بطء في التفاعل، وعزلة اجتماعية واضحة، مما يدل على تأثير الاكتئاب على حياتها اليومية.

علاوة على ذلك، أظهرت الملاحظة الإكلينيكية أن الحالة (ك) تعاني من إنهاك جسدي وعاطفي واضح، ناتج عن تحملها عبئا نفسيا واجتماعيا كبيرا، خاصة بعد فقدان اثنين من أبنائها، وإنجاب طفل مصاب بطيف التوحد، حيث اضطرت لتحمل مسؤولية رعاية الطفل بمفردها في ظل غياب الدعم الأسري ورفض الزوج الاعتراف بالمشكلة ومنعها من المتابعة الطبية، كما أظهرت المقابلة الإكلينيكية أن العلاقة الزوجية المتوترة وسوء الدعم العاطفي من الزوج زادت من ضعف تقدير الذات لدى الحالة (ك)، وساهمت في تعزيز مشاعر الرفض والعزلة، مما يدعم حدة أعراض الاكتئاب لديها.

وعليه ومن خلال نتائج الأدوات المستخدمة في التقييم النفسي، يمكن القول إن الحالة (ك) تعاني من اضطراب اكتئابي متوسط إلى شديد، مع تأثير واضح على أدائها الاجتماعي والوظيفي. هذا ما يؤكد الفرضية العامة التي تربط بين عبء رعاية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد وظهور أعراض اكتئابية لدى الأم.

انطلاقا من المعطيات العيادية المستخلصة من المقابلة العيادية نصف الموجهة، الملاحظة الإكلينيكية المباشرة، ونتائج مقياس بيك للاكتئاب، يتضح أن السيدة (م) تعاني من اضطراب اكتئابي جسيم يؤثر بشكل واضح على الجوانب النفسية، الانفعالية، والمعرفية لديها، مما يقلل من قدرتها التكيفية داخل الأسرة والمجتمع.

فقد أظهرت الملاحظة الإكلينيكية علامات القلق الاجتماعي والتثبيط النفسي الحركي، إلى جانب مؤشرات جسدية مثل الارتعاش والبكاء الحاد عند الحديث عن ابنها المصاب بطيف التوحد، مما يعكس ضيقا نفسيا وانفعالا مكبوتا. كما أكدت المقابلة تراجعا واضحا في الاهتمام بالحياة، شعورا بالذنب تجاه الذات والمحيط، انسحابا اجتماعيا ملحوظا، وأفكارا سلبية متكررة، مع تصريحات تعكس فقدان الرغبة في العطاء أو التفاعل.

وسجل مقياس بيك درجة 37 من 63، مما يندرج ضمن نطاق الاكتئاب الشديد، ويتوافق مع معايير التشخيص وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) لاضطراب الاكتئاب الجسيم.

تتجذر هذه الأعراض في سياق حياة مليء بالضغوط النفسية والاجتماعية، تشمل علاقة زوجية مضطربة، تعرضا للعنف النفسي والجسدي، بيئة أسرية سلطوية، وضعية ابنها المصاب بالتوحد، والانسحاب من الحياة المهنية، ما أدى إلى تقليص شبكات الدعم الاجتماعي والنفسي.

بالإضافة إلى ذلك، تعاني الحالة (م) من تدهور صحي جسدي مرتبط بالتوتر النفسي المزمن، حيث تعاني من ارتفاع ضغط الدم، الذي تفاقم إلى أزمة صحية حادة، مما يؤكد التداخل بين الحالة النفسية والجسدية.

بناء على هذه المعطيات، يمكن القول إن حالة (م) تستوفي معايير اضطراب الاكتئاب الشديد، ويعكس مسارها النفسي تأثير الضغط المستمر الناتج عن رعاية طفل مصاب بطيف التوحد ضمن بيئة أسرية واجتماعية معقدة. وبالتالي، تدعم حالة السيدة (م) الفرضية العامة بأن رعاية طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد تزيد من خطر ظهور أعراض اكتئابية لدى الأم، خاصة في ظل غياب الدعم الاجتماعي والأسري الكافي.

الفصل السادس:..... مناقشة النتائج

من خلال المعطيات العيادية المستخلصة من الملاحظة الإكلينيكية المباشرة، المقابلة العيادية نصف الموجهة، ونتائج مقياس بيك للاكتئاب، يتضح أن الحالة (ع) تعاني من اضطراب اكتئابي شديد يتوافق مع معايير اضطراب الاكتئاب الشديد وفق DSM-5.

فقد أظهرت الحالة مؤشرات تثبيط نفسي-حركي واضحة، منها قلة الحركة، انخفاض الحيوية، شحوب الوجه، وحالة وجدانية متدنية تعكس إرهاقا نفسيا وجسديا مزمنًا. كما كشفت المقابلة عن أفكار سلبية متكررة تتعلق بالذات والمستقبل، وانسحابا اجتماعيا مع شعور عميق باليأس والحزن.

وقد سجلت نتائج مقياس بيك درجة 48 من 63، مما يعكس أعراضا اكتئابية حادة تشمل فقدان الاستمتاع، اضطرابات النوم، مشاعر الذنب، ونقد الذات. وتستوفي الحالة أكثر من خمسة معايير تشخيصية رئيسية لاضطراب الاكتئاب الشديد، مع تأثير واضح على أدائها الأسري والاجتماعي.

تضاف إلى ذلك الظروف الأسرية والاجتماعية المعقدة التي تعيشها الحالة، زوج غير متعاون، تدخل مسيطر من عائلة الزوج، وغياب الدعم الزوجي، إضافة إلى الضغوط النفسية المرتبطة برعاية طفل مصاب بطيف التوحد، مما يزيد من حملها النفسي والعاطفي.

كما تظهر تذبذبات واضحة في التعبير الصوتي والانفعالي، تعكس صراعا داخليا عميقا بين الاحتقان الانفعالي والكبت الوجداني، مما يشير إلى خلل في تنظيم المشاعر وصعوبة في التعبير المتوازن عن الألم النفسي.

ومنه فالحالة (م) تدعم الفرضية العامة التي تربط بين رعاية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد وظهور أعراض اكتئابية شديدة لدى الأم، خاصة في ظل غياب الدعم الأسري والاجتماعي الكافي.

انطلاقا من تحليل المعطيات العيادية المستخلصة من المقابلات العيادية نصف الموجهة، الملاحظات الإكلينيكية، ونتائج اختبار بيك للاكتئاب، تبين أن الحالات الخمس المدروسة تظهر لديهم نمطا متكررا من الأعراض الاكتئابية المتوسطة إلى الشديدة، والحادة والتي تتقاطع بوضوح مع معايير اضطراب الاكتئاب الجسيم حسب DSM-5..

وبما أن الفرضيتين الفرعيتين قد تحققنا لدى جميع الحالات المدروسة، والمتمثلتين في:

-ارتباط وجود طفل مصاب باضطراب طيف التوحد بظهور أعراض اكتئابية لدى الأم.

- تأثير غياب الدعم الأسري والاجتماعي في تفاقم هذه الأعراض.

ويلاحظ أن العامل المشترك بين هذه الحالات هو وجود طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، مقرونا بغياب الدعم الأسري والاجتماعي، مما أدى إلى زيادة الوهن النفسي والإرهاك العاطفي لدى الأمهات. بذلك، يمكن التأكيد إكلينيكيًا على تحقق الفرضية الثالثة التي مفادها: "تؤدي إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد إلى ظهور أعراض اكتئابية لدى الأم"، وبالتالي فرعاية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد تعدّ عامل خطر كبير لظهور أعراض اكتئابية لدى الأم، خاصة في البيئات التي تتسم بضعف الدعم والتوتر الأسري المزمن.

2- مناقشة النتائج على ضوء الجانب النظري:

بعد عرض وتحليل المعطيات النظرية والتطبيقية الخاصة بدراسة واقع الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، نتقل في هذا الفصل إلى مناقشة النتائج المستخلصة، بهدف الربط بين المعطيات النظرية والدلالات الإكلينيكية الميدانية، ومقارنة ما توصلنا إليه بالجانب النظري:

بعد الاطلاع على عرض الحالات وتحليلها نلخص أهم نتائجها في الجدول التالي:

جدول رقم (13) ملخص لدرجة الاكتئاب والعوامل المسببة له وآثارها النفسية لكل حالة:

الحالة	درجة الاكتئاب	أبرز العوامل المسببة للاكتئاب	الآثار النفسية
الحالة: (س)	شديد جدا 63/50	فقدان، زوج غير داعم، أمراض جسدية	تراكم صدمات وإهمال عاطفي
الحالة: (ج)	شديد جدا 63/50	ترمل، فقر، عزلة	إكتئاب سوداوي حاد مع انسحاب كامل
الحالة: (ك)	متوسط 63/27	صدمة تشخيص، شعور بالفشل، علاقة زوجية ضعيفة	اجترار وتضخيم ذاتي
الحالة: (م)	متوسط مائل الى الشدة 63/37	فراغ عاطفي رغم الوقرة المادية	إكتئاب مقنع خلف الاستقرار الظاهري
الحالة: (ع)	متوسط 63/27	صراع داخلي، عزلة لوم ذات	اكتئاب جسدي انفعالي متكرر

إن النتائج المستخلصة من تحليل الحالات التطبيقية، لا سيما الحالتين (س) و(ج)، تؤكد ما تم عرضه في الجانب النظري من خصائص اضطراب طيف التوحد وآثاره النفسية والاجتماعية على الأسرة عامة، والأم بشكل خاص. وناقش فيما يلي أبرز نقاط التقاطع، فيما يخص:

الخصائص الاجتماعية والتواصلية للتوحد وتأثيرها على الأم: أبرزت المعطيات النظرية أن الطفل التوحدي يعاني من ضعف شديد في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، ويتجنب الاتصال البصري ويظهر سلوكيات نمطية متكررة (الزيات، 2020؛ الجلامدة، 2024). هذه السمات تم رصدها بشكل مباشر في رواية الأمهات عن أطفالهن، خصوصًا حين عبّرت الحالة (ج) عن صدمتها من تأخر الكلام والمشى عند ابنها، وعجزه عن التفاعل معها، مما شكّل عبئًا عاطفيًا هائلًا.

الفصل السادس:..... مناقشة النتائج

هذا القصور في التواصل من طرف الطفل يقابله لدى الأم شعور بالعجز والإحباط نتيجة فقدان التواصل الطبيعي، ما يدفعها إلى الانعزال وتولد مشاعر الحزن، كما لاحظنا لدى الحالة (س) التي قالت: "ما نحب نروح حتى عند واحد... نحب نقعد وحدي".

بالنسبة للدور المحوري للصدمة والإجهاد التراكمي: أشار الجانب النظري إلى أن التوحد يُعد مصدرًا مستمرًا للضغط النفسي، ويؤدي في كثير من الأحيان إلى اضطرابات انفعالية لدى الأمهات، لا سيما عند غياب الدعم الأسري (بوحميده، 2024؛ العبادي، 2004). الحالة (س) عثرت عن صدمات متكررة (وفاة الابن، مرض الأم، فقدان الأخ، سيطرة زوجها السلبية...)، مما خلق بيئة خصبة لظهور اكتئاب حاد، أكدته اختبار بيك بدرجة 63/41.

أما الحالة (ج)، فقد كان لفقدان الزوج وظهور علامات التوحد لدى طفلها الأصغر الأثر الأكبر في تحولها من سيدة نشطة إلى شخصية منعزلة، مرهقة نفسيًا، كما انعكس في المقابلات والملاحظات الإكلينيكية.

أما ما يخص القصور في التكيف وغياب الدعم كعامل مفاقم: فالجانب النظري يؤكد أن غياب شبكات الدعم (الزوج، العائلة، المؤسسات) يضاعف من الأعباء النفسية على الأم (Nature Middle East، 2011). وقد ظهر هذا بوضوح لدى كل من (س) التي عانت من علاقة زوجية مفككة وغير داعمة، و(ج) التي واجهت التمرل دون استعداد نفسي أو دعم كافٍ، مما زاد من هشاشتهما النفسية وأضعف قدرتهما على التكيف.

وعن الجانب السيكوسوماتي وتأثير الحالة النفسية على الصحة الجسدية: تناول الجانب النظري العلاقة بين الاكتئاب وبعض الأمراض المزمنة، كالسكري وارتفاع الضغط، نتيجة التوتر المستمر والإجهاد (الجلامدة، 2013). الحالة (س) تمثل مثالاً حيًا لذلك، حيث ربطت بين ظهور مرض السكري وبين بداية معاناتها النفسية بعد الحمل والوفاة والولادة، وأكدت صراحة أنها لا تلتزم بالعلاج حين تغضب أو تشعر بالتعب.

يتبين أن الحالات المدروسة تجسد فعليًا ما تم تناوله نظريًا، وتبرز بشكل جلي مدى هشاشة الوضع النفسي للأمهات في ظل غياب التوعية والدعم. كما تؤكد أن اكتئاب الأم ليس نتيجة لضعف ذاتي، بل هو استجابة منطقية لضغوط مركبة وبيئة اجتماعية غير حاضنة. وهذا يُبرز الحاجة الملحة إلى تعزيز التدخلات النفسية والاجتماعية لحماية الأم وتحسين جودة حياتها.

مناقشة نتائج الحالات على ضوء النظريات المفسرة للإكتئاب:

تتوافق نتائج هذه الدراسة التي أبرزت ارتفاع معدلات الاكتئاب بين أمهات أطفال طيف التوحد وتنوع أساليب التكيف لديهم مع مجموعة من النظريات النفسية التي تفسر الاكتئاب من زوايا معرفية وسلوكية واجتماعية ونفسية عميقة. أولاً، تؤكد النظرية المعرفية لبك على دور أنماط التفكير السلبي والمعتقدات المشوهة في نشوء الاكتئاب، وهو ما تجسد في هذه الدراسة من خلال الشعور المتكرر بالذنب والعجز والتركيز المفرط على الجوانب السلبية للحالة. هذا النمط من التفكير يشكل "الثالوث المعرفي السلبي" الذي يعزز من حدة الحالة الاكتئابية ويجعل الأم أكثر عرضة لتدهور صحتها النفسية.

ثانياً، تبرز النظرية السلوكية أهمية فقدان التعزيز الإيجابي في البيئة المحيطة كعامل مهم في تطور الاكتئاب، حيث أشارت الدراسة إلى أن الأمهات غالباً ما يعيشن في بيئة تفتقر إلى الدعم الاجتماعي والمكافآت النفسية، مما يحد من مشاركتهن في الأنشطة التي قد ترفع من معنوياتهن. ومن هذا المنطلق، يفسر الانسحاب الاجتماعي والتفريغ الانفعالي

المرضي كاستجابات مكتسبة في ظل بيئة غير مشجعة، مما يعزز حالة الركود النفسي والاكتئاب. وفي هذا السياق، تقدم نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا تفسيراً إضافياً يفسر كيف تتعلم الأمهات أساليب التكيف، سواء كانت إيجابية أو سلبية، من خلال ملاحظة نماذج في بيئتهن الاجتماعية. فالبيئة المحيطة التي قد تفتقر إلى نماذج مواجهة صحية، إلى جانب ضعف الإحساس بالكفاءة الذاتية أي الشعور بعدم القدرة على التحكم والتأثير يؤديان إلى ترسيخ سلوكيات سلبية مثل الإنكار أو الانسحاب، مما يزيد من تفاقم الحالة النفسية للأم. كما توضح نظرية التعلم أن الشعور بالعجز وفقدان القدرة على التأثير في الواقع يؤديان إلى الاستسلام النفسي والاكتئاب، وهو ما عكسته تجربة الأمهات اللواتي عبرن عن إحساس بالإرهاق وفقدان الأمل، خاصة في ظل غياب الدعم الأسري والاجتماعي المناسب، مما زاد من تعميق معاناتهن النفسية.

أما من منظور النظرية السيكونديناميكية، فإن الاكتئاب ينظر إليه كنتيجة للصراعات النفسية الداخلية غير المحلولة، والتي غالباً ما تنشأ من التجارب المبكرة والعلاقات الأساسية في الطفولة. في حالة أمهات أطفال طيف التوحد، قد يتجلى الاكتئاب كرد فعل على فقدان صورة الأم المثالية أو توقعات الأمومة التي لم تتحقق بسبب التحديات المستمرة التي يفرضها اضطراب الطفل. كما يمكن تفسير الشعور بالذنب والعجز المتكرر بأنه انعكاس لصراعات داخلية بين الرغبات والواجبات، حيث قد تشعر الأم بالمسؤولية المفرطة وتضحية الذات، مما يولد توترات نفسية عميقة. كذلك، يوضح هذا المنظور كيف أن آليات الدفاع النفسية مثل الإنكار والانسحاب هي استجابات غير واعية تحاول حماية النفس من الألم النفسي المكثف، لكنها في الوقت نفسه قد تعزز من تفاقم الاكتئاب عندما تصبح هذه الآليات غير فعالة أو مفرطة الاستخدام.

وأخيراً، تؤكد النظرية الاجتماعية – البيئية على الدور الحاسم للعوامل الاجتماعية والثقافية في تشكيل الصحة النفسية، حيث يضيف غياب الدعم المجتمعي والوصمة المرتبطة بطيف التوحد أعباء إضافية تزيد من العزلة النفسية والاجتماعية للأم. هذا التداخل المعقد بين الأبعاد النفسية والمعرفية والاجتماعية والنفسية العميقة يوضح أن الاكتئاب لدى أمهات أطفال طيف التوحد ليس مجرد رد فعل فردي، بل هو نتاج تفاعل عوامل متعددة، مما يوجب تبني تدخلات شاملة تراعي هذه الأبعاد المتداخلة.

بناءً على ذلك، تصبح الحاجة ملحة إلى توفير برامج دعم نفسي واجتماعي متكاملة تستهدف تعديل أنماط التفكير السلبية، وتعزيز الكفاءة الذاتية، والعمل على فهم الصراعات النفسية الداخلية، فضلاً عن توفير بيئة داعمة تشجع على تبني أساليب تكيف إيجابية. وهذا من شأنه أن يساعد الأمهات على مواجهة التحديات اليومية بثبات وفعالية، ويحد من تفاقم أعراض الاكتئاب، مما ينعكس إيجاباً على جودة حياتهن وحياة أسرهن بشكل عام.

النتائج:

من خلال تحليل المعطيات الإكلينيكية المستخلصة من المقابلات العيادية، الملاحظات الإكلينيكية، ونتائج اختبار بيك للاكتئاب لدى خمس أمهات لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، تظهر هذه الدراسة بوضوح أن:

- إصابة الطفل بهذا الاضطراب له دور في ظهور أعراض اكتئابية لدى الأم. فقد تبين أن الأمهات جميعهن يعانين من اضطراب اكتئابي بدرجات متفاوتة (متوسطة إلى شديدة)، بما يتوافق مع المعايير التشخيصية الواردة في DSM-5، خاصة ما يتعلق باضطراب الاكتئاب الجسيم.

- بينت الدراسة أن الأمهات الخمس يظهرن تأويلات معرفية سلبية حول الذات، الحياة، والمستقبل، تتجلى في مشاعر العجز، الذنب، والدونية. هذه التأويلات، وفق ما تطرحه النظرية المعرفية لبيك، تشكل نواة إدراكية سلبية تفعّل تحت تأثير ضغوط الحياة، وتؤدي إلى انبثاق المزاج الاكتئابي.
 - إلى جانب ذلك، كشفت الحالات عن ضعف أو غياب واضح للدعم الأسري والعاطفي، لا سيما من الأزواج، ما ساهم في تراكم المشاعر السلبية، وتفاقم الشعور بالوحدة النفسية والاجتماعية، وهو ما يتماشى مع التفسير السلوكي للاكتئاب القائم على نقص التعزيز وفقدان مصادر الدعم.
- بناءً عليه، فإن مساهمة التأويلات المعرفية السلبية وغياب الدعم الأسري في تنشيط الأعراض الاكتئابية لدى الأمهات قد تحققت في جميع الحالات المدروسة.

أظهرت نتائج الدراسة تنوعاً ملحوظاً في أساليب التكيف التي تلجأ إليها الأمهات في مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بإصابة أطفالهن باضطراب طيف التوحد، إلا أن الأنماط السلبية كانت الأكثر شيوعاً وهيمنة. تمثلت هذه الأساليب في الإنكار (من خلال رفض تقبل الواقع أو التقليل من شدة الموقف)، والانسحاب الاجتماعي (بما يشمله من عزلة وضعف في التفاعل والتواصل مع المحيط)، إضافة إلى مظاهر أخرى مثل الأكل القهري أو الصمت الانفعالي. في المقابل، برزت بعض محاولات التكيف الإيجابي، كالتدين، وطلب الدعم الاجتماعي، أو التقبل الجزئي للوضع، لكنها كانت محدودة الأثر وغير كافية للتخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية الظاهرة. ويظهر هذا التباين في استراتيجيات المواجهة أن الأمهات يعتمدن على أساليب تكيف مختلفة، بعضها يساهم في احتواء المعاناة، فيما يساهم البعض الآخر في تعميق الاضطراب النفسي، لا سيما في ظل غياب دعم أسري فعال وبنية معرفية مرنة.

وتشير هذه المعطيات إلى تحقق فرضيات الدراسة التالية:

- ✓ تساهم بعض العوامل (تأويلات معرفية – غياب الدعم الأسري) في تنشيط الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.
- ✓ يظهر لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد أساليب تكيف نفسي (أساليب إيجابية: التدين – التقبل- طلب الدعم، أساليب سلبية: الإنكار - الانسحاب الاجتماعي) تخفف أعراض الاكتئاب.
- ✓ تؤدي إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد إلى تنشيط ظهور أعراض اكتئابية لدى الأم.

3- مناقشة نتائج الحالات حسب الدراسات السابقة:

الحالات الخمس تمثل طيفاً من الاستجابات النفسية المرضية التي تتراوح بين الاكتئاب المتوسط والجسيم، مدفوعة بعوامل نفسية واجتماعية متشابهة. يتضح أن غياب الدعم، الصراعات الزوجية، التفسيرات المعرفية السلبية، وضغط الدور الأمومي جميعها عناصر أساسية في نشأة وتفاقم هذه الحالة النفسية. تشير الدراسات إلى أن معالجة الأمهات نفسياً ضرورة حتمية لضمان صحة الأسرة وجودة حياة الطفل.

بالنسبة للحالة (ك) النتائج النفسية: سجلت 63/41 على مقياس بيك للاكتئاب، ما يعادل نسبة 65%، وتشير إلى اكتئاب معتدل يميل إلى الشدة، السمات النفسية والانفعالية البارزة: انخفاض في تقدير الذات، فقدان الإحساس بالكفاءة الأمومية، اجترار فكري، اضطراب النوم، مشاعر خيبة، توتر مزمن، تفكير سلبي عن المستقبل، صعوبة في

التكيف الزوجي، تبين لدى الحالة وجود صدمة معرفية نتيجة تشخيص التوحد (Cognitive Shock): فالحالة عبّرت عن أن تشخيص حالة ابنها باضطراب التوحد مثل "صفعة قوية" كانت بمثابة جرح نرجسي وهزّت تصورها عن الأمومة والمستقبل، ما قد يشير إلى تعرضها لصدمة عاطفية ومعرفية نتيجة تعارض الواقع مع التوقعات. هذا قد يؤدي إلى انهيار في صورة الذات الأمومية، وأفكار قهرية حول فشلها في احتواء طفلها، وهذا يعني أن ما تمر به هو للهوية الأمومية (Motherhood Identity Crisis)، وهو شائع لدى الأمهات في حالات أبناء ذوات الإعاقة وهذا ما وضحته دراسة زريقات (2020) والتي أكدت على أهمية فهم الصدمة النفسية التي تعقب التشخيص وكيف تساهم في ظهور أعراض اكتئابية. كذلك، دراسة بلخيرات وباشا (2024) أوضحت أن انخفاض المرونة النفسية بعد صدمة التشخيص يؤدي إلى ارتفاع القلق والاكتئاب.

كما استنتجنا ضعف استراتيجيات المواجهة لديها رغم مستواها التعليمي الجيد، فهي لم تستطع توظيف استراتيجيات فعالة للمواجهة. لجأت إلى اجترار أفكار سلبية مثل "لست أماً صالحة"، وتكرار استدعاء لحظات الفشل والعجز.

وهذه آلية تفكير غير فعالة تُسمى "Rumination"، قد تؤدي إلى تثبيت الحالة الاكتئابية وتعميق مشاعر العجز. فهي تتوافق مع دراسة أبو العطا (2015) التي أشارت إلى أن الأمهات اللاتي يعانين من إدراك ضاغط للموقف ولا يملكن استراتيجيات مواجهة فعالة يسجلن درجات مرتفعة من الاكتئاب.

عبّرت الحالة عن فقدان التفاهم والتوازن في العلاقة الزوجية وهو ما قد يمثل اضطراب العلاقة الزوجية كعامل مفاقم، خاصة بعد تشخيص الطفل باضطراب التوحد. شعورها بأنها الوحيدة المهتمة بتطور ابنها وعدم تلقي دعم من الزوج، قد يجعل العلاقة الزوجية مصدر ضغط إضافي بدل أن تكون مصدر دعم، فعدم التشارك الأسري في مواجهة الإعاقة يُعد عاملاً مهماً في توليد مشاعر العزلة والاحتراق النفسي (Parental Burnout). وهذا ما وضحته دراسة يحيوي وشينار (2020) والتي بينت أن الأمهات أكثر عرضة من الآباء للاكتئاب بسبب غياب التوازن في تقاسم المسؤوليات، وخاصة في ظل ضعف الدعم الأسري المباشر، أظهرت الحالة أفكاراً سلبية للغاية عن المستقبل لابنها مثل: "لن يتمكن ابني من الاندماج"، "حياتي انتهت"، "لن أستعيد سعادتي"، وهي مؤشرات على تشوهات معرفية من نمط التفكير الكارثي والتضخيم السلبي. مثل هذه الأفكار تؤدي إلى ما يُعرف بـ العجز المكتسب الذي يقدره فاقم من الأعراض الاكتئابية ويُقلل من المبادرة والفاعلية الشخصية، وهذا ما جاء في دراسة الفارسي وآخرون (2016) وبلخيرات وباشا (2024) ذكرنا أن أبرز أعراض الاكتئاب لدى الأمهات تمثلت في النظرة السوداوية للحياة وانخفاض قيمة الذات، وهو ما يظهر بوضوح في هذه الحالة.

سجلت الحالة 63/41، وهي درجة تعكس وجود اكتئاب فعلي (clinically significant depression) يتطلب تدخلاً نفسياً متخصصاً. هذا المستوى من الاكتئاب يتداخل مع الأداء الوظيفي (الأمومة، العمل، العلاقات الاجتماعية)، ويُعتبر حالة نفسية قائمة بذاتها وليس مجرد استجابة انفعالية عابرة. وهذا ما توصلت إليه دراسة مواهب الرشيد (2018) أن معظم الأمهات لديهن درجات اكتئاب تفوق المتوسط، وأن هذه الدرجة غير مرتبطة بعمر الأم أو تعليمها، بل بظروفها النفسية والاجتماعية.

الحالة (ك) تمثل نموذجًا سريريًا للاكتئاب ما بعد صدمة التشخيص، تبين دور التأويلات المعرفية السلبية والصراعات الزوجية في ترسيخ الاكتئاب، تظهر بوضوح آليات معرفية وسلوكية مرضية مثل الاجترار، التفكير الكارثي، ضعف المواجهة، والنقص في تقدير الذات، نتائج الحالة تنسجم مع نتائج دراسات زريقات (2020)، بلخيرات وباشا (2024)، وأبو العطا (2015)، والتي ركزت جميعها على التفاعل المعقد بين الصدمة، الدعم الاجتماعي، والاستجابة المعرفية والانفعالية في تفسير الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد، الحالة (ع) نتيجتها على مقياس بيك 63/37 أي بنسبة 59%، ما يدل على اكتئاب متوسط يميل إلى الشدة، تمثلت السمات النفسية والسلوكية في نوبات بكاء، توتر داخلي، ولوم الذات والشعور بالتقصير، وإرهاق عام، واضطراب في النوم، مع تكرار الحديث عن عجزها، وإحساس بالفراغ، أيضًا فتور في العلاقة الزوجية، وتجنب التجمعات الاجتماعية، تشعر الحالة بأنها لا تحقق الصورة "النموذجية" للأم، وتحمل نفسها مسؤولية اضطراب طفلها. قد يدل على صراع داخلي بين صورة الأم المثالية والواقع (Internal Conflict):. هذا الشعور قد أدى إلى تضارب داخلي بين ما ترغب أن تكونه وما تعيشه فعليًا، وهو ما يُنتج قلقًا واكتئابًا. وهذا يُعرف بـ الخلل في الهوية الأمومية (Motherhood Role Discrepancy)، وهو سبب شائع في الاكتئاب لدى الأمهات في حالات الإعاقة. وقد بينت دراسة الفارسي وآخرون (2016) أن مشاعر الفشل والذنب وتدني قيمة الذات كانت من أبرز علامات الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد، وهذا ينعكس بوضوح في حالة (ع).

الحالة ظهر لديها التأويلات المعرفية السلبية، حيث كثيرًا ما تُردد أفكارًا مثل "أنا السبب"، "لم أقم بما فيه الكفاية"، ما قد يعكس وجود تشوهات معرفية واضحة مثل لوم الذات والتقليل من الإنجاز، وتضخيم الخطأ. مثل هذه الأفكار تُعد من أبرز مكونات النموذج المعرفي للاكتئاب عند Beck، حيث يطغى التفسير السلبي للذات والمستقبل والعالم. ودراسة غادة أبو العطا (2015) أكدت أن الأمهات ذوات الأساليب السلبية في التأويل المعرفي يُظهرن مستويات مرتفعة من الاكتئاب، وخاصة من يعشن توترًا داخليًا دائمًا، رغم أن العلاقة الزوجية لم تكن عدوانية، إلا أن الحالة عبّرت عن "فتور" وتراجع في الحميمية، قد يدل على التوتر الزوجي كعامل مفاقم، ما يُشكل ضغطًا إضافيًا على الحالة النفسية للأم، إذ تشعر بالوحدة العاطفية رغم وجود شريك. العلاقات الزوجية الفاترة، في ظل وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، تُعتبر من مصادر الضغط الثانوي (Secondary Stressors) التي تؤدي إلى تعزيز الاكتئاب، وهذا ما توصلت إليه دراسة يحيى وي وشنار (2020) حيث كشفت أن الأمهات هنّ الأكثر عرضة للقلق والاكتئاب مقارنة بالآباء، وذلك في ظل ضعف الدعم أو المشاركة الزوجية الفعالة، الأعراض الجسدية كالإرهاق العام، اضطراب النوم، وفقدان المتعة، إلى جانب التوتر والبكاء، كلها قد تشير إلى مزيج من الاكتئاب الجسدي والانفعالي (Somatic and Affective Depression)، هذه الأعراض تتوافق مع النمط الأكثر شيوعًا من الاكتئاب لدى الأمهات، والذي يُجمع بين الأعراض المزاجية والبدنية. والذي كشفت عنه دراسة زريقات (2020) ودراسة مواهب الرشيد (2018) سجّلنا أعراض جسدية وانفعالية واضحة لدى الأمهات، منها ضعف الطاقة، اضطرابات النوم، والإجهاد العقلي.

ظهر لدى الحالة السلوك التجنبي والعزلة، حيث تميل الحالة إلى تجنب المناسبات الاجتماعية والشعور بعدم الرغبة في التفاعل، وهو مؤشر واضح على انسحاب اجتماعي قسري ناتج عن الإحساس بالنقص والدونية الانسحاب هو عرض رئيسي للاكتئاب، لكنه أيضًا مؤشر على انخفاض الدعم الاجتماعي، ما يفاقم الأعراض.

ما أكدته دراسة كل من يحيوي وشينار (2020) وأبو العطا (2015) أن غياب التواصل الاجتماعي أو تراجعته يرتبط مباشرة بارتفاع مؤشرات الاكتئاب، الحالة تمثل مثالاً سريريًا لاكتئاب متوسط ناتج عن صراع داخلي بين التوقعات والواقع، وضعف التفاعل الزوجي، والتأويلات المعرفية المشوهة، تتفق الأعراض مع نماذج الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد كما ورد في دراسات زريقات (2020)، الفارسي وآخرون (2016)، وأبو العطا (2015)، ورغم الوضع الاقتصادي الجيد، فإن الضغط النفسي الناتج عن نمط التفكير والعزلة العاطفية والاجتماعية هو المحرك الأساسي للأعراض، مما يُبرز أهمية العوامل النفسية على الاقتصادية في ظهور الاكتئاب.

الحالة (س) لديها السمات النفسية البارزة، مثل المظهر غير المنمق، لغة جسدية متوترة، ونبرة صوت منخفضة خالية من المشاعر، مع انسحاب اجتماعي، وأفكار متكررة عن الذنب والخذلان، مصحوبة بشكاوى جسدية متكررة، النتيجة على مقياس بيك: 63/50 (اكتئاب شديد جدًا)، الحالة تعرضت لمجموعة من الأحداث الصادمة: فقد طفل، وفاة أخ، وحمل متزامن مع مشاعر الحزن. هذه التراكمات الصدمية، مع ضعف الدعم الزوجي، خلقت ما يسمى بـ الاكتئاب التراكمي المعقد قد يدل على صدمة متراكمة وتداخل الأبحان (Cumulative Trauma)، وهو ما أشار إليه زريقات (2020) ويحيوي وشينار (2020) بأن تراكم الضغوط دون تفريغ يؤدي إلى تدهور في جودة الحياة النفسية.

تشعر بأنها غير مرغوبة منذ زواجها، ولم تتلق دعمًا من الزوج، بل واجهت احتقارًا مبطنًا، ما قد يشير إلى الحرمان العاطفي والنبيذ الأسري (Emotional Deprivation)، هذا النمط من العلاقات قد يعزز الشعور بانعدام القيمة والخذلان، وهو ما يتكرر في دراسات مثل الفارسي وآخرون (2016) وأبو العطا (2015) حول أثر العلاقة الزوجية السلبية على تدهور الصحة النفسية للأم، تسجل الحالة 63/50 في مقياس بيك، مما قد يعكس وجود مظاهر اكتئاب جسيم (Severe Clinical Depression)، يتضمن فقدان الاهتمام، الإرهاق المزمن، صعوبة النوم، نقد الذات، أفكار سلبية عن المستقبل، وهو ما يتوافق تمامًا مع نتائج دراسة الرشيد (2018)، الحالة لا تبذل جهدًا لرعاية نفسها أو طفلها، وتبرر ذلك بأنها "لم تعد تملك القدرة". ما قد يشير إلى الاستسلام والتوقف عن المبادرة (Psychological Surrender): هذا ما يسمى بـ العجز المتعلم (Learned Helplessness)، وقد أشارت إليه دراسة بلخيرات وباشا (2024) كعلامة بارزة في الأمهات اللواتي يعانين من ضعف المرونة النفسية.

الحالة (س) تمثل نموذجًا لاكتئاب جسيم متعدد الأسباب، يغذيه تاريخ صادم، علاقة أسرية جافة، فقدان الدعم، وتصور سلبي عن الذات. تبرز هنا أهمية التدخل العلاجي متعدد الأبعاد: النفسي، الأسري، والداعم اجتماعيًا.

الحالة (ج) لديها سماتها النفسية البارزة تمثلت في نظرة سوداوية للحياة، فقدان الشغف بالحياة، ميل للانعزال، وفقدان الحافز للحديث أو التفاعل، مع مشاعر فراغ وألم داخلي عميق، النتيجة على مقياس بيك: 63/50 (اكتئاب شديد جدًا). وفاة الزوج وغياب الدعم المعنوي جعل الأم تواجه صعوبات التربية والحياة وحدها، ما يشير إلى أثر الترميل على تدهور الصحة النفسية (Bereavement Depression)، دراسة لونيس وبن خدومة (2022) أشارت إلى أن الأرامل يظهرن نمط تعلق قلق وتجنبي أعلى من غيرهن، وهو ما قد ينعكس في تفكيرها الحذر وانسحابها.

رفضها للتجمعات وتفضيل العزلة، قد يدل على انعزال اجتماعي مفرط (Social Withdrawal)، ما قد يمثل آلية تجنبية تعزز الاكتئاب، كما جاء في يحيوي وشينار (2020) وأبو العطا (2015) حيث أُثبت أن انخفاض الدعم الاجتماعي مرتبط بارتفاع أعراض الاكتئاب لدى الأمهات، تفكر الحالة بشكل سلبي للغاية في المستقبل، وتستخدم عبارات مثل "ما

عاد لي طاقة للحياة"، وهي قد تدل على مؤشرات لما يُعرف بالاكئاب السوداوي (Melancholic Depression) الذي يصف حالة من فقدان المتعة، الانعزال، والتبدل العاطفي، وفقاً لما وصفته الفارسي وآخرون (2016)، الحالة غير قادرة على تجاوز الصدمة أو التكيف، ولا تملك رؤية لمستقبل مختلف. ما قد يدل على انخفاض المرونة النفسية وثبتت الألم (Fixation on Suffering)، هذا ينسجم مع ما ذكرته بلخيرات وباشا (2024) بأن القلق والاكئاب يزدادان كلما انخفضت المرونة النفسية.

الحالة (ج) تُعد حالة اكتئاب سوداوي حاد مدفوع بالفقد، الوحدة، ضعف التقدير الذاتي، والعجز التكيفي. تمثل النموذج الكلاسيكي للأمهات الأرامل في حالات الإعاقة، ما يفرض ضرورة تقديم دعم نفسي مكثف وبرامج تدخل مجتمعي وأسري فعالة، الحالة (م) نتيجتها على مقياس بيك: 63/37 (اكئاب متوسط مرتفع)، من أهم السمات النفسية البارزة ميل للوحدة، وفقدان الاستمتاع، أيضاً برود عاطفي تجاه الزوج، مع رفض للواقع، وأعراض تعب مزمن. رغم توفر الظروف الاقتصادية والبيئة المريحة، تعاني الحالة من فراغ داخلي ناتج عن غياب التقدير الذاتي، قد يشير إلى تآكل المعنى الشخصي وفقدان الهدف (Existential Depression) ما قد يفسر ما أكدته دراسة زريقات (2020) بأن جودة الحياة لا ترتبط فقط بالاقتصاد، بل بالتكيف النفسي، تعبر الحالة عن علاقة "باردة" مع الزوج، تميزت بلا دعم ولا تفاعل وجداني، وهذا يمثل ضعف التفاعل العاطفي الزوجي (Emotional Disconnection) وهو نمط سلبي قد يزيد من حدة الضغط، مثلما بيّنت يحيواي وشينار (2020) وأبو العطا (2015) أن العزلة العاطفية عامل تنبؤي بالاكتئاب، الحالة تشكو من تعب دائم، قلق، وتراجع في الطاقة، قد تشير إلى أعراض سيكوسوماتية مزمنة (Chronic Psychosomatic Symptoms):، ما يدل على اكتئاب جسدي-انفعالي مثلما أظهرته الرشيد (2018) والفارسي (2016)، خاصة عند الأمهات الأكبر سناً.

تحاول الحالة تجميل الواقع وتبرير مشاعرها بالاحتواء المفرط أو عدم الحاجة لأحد، ما قد يمثل إنكار الحالة كآلية دفاعية (Denial Defense)، ما يعكس حالة إنكار تعويضي سبق ورُصد في حالات مماثلة في دراسة بلخيرات وباشا (2024)، تُجسّد الحالة (م) نمطاً من الاكتئاب المُنْعَم، الذي يبدو خلف الاستقرار المادي، لكنه يتغذى من الفراغ العاطفي، ضعف التفاعل الأسري، وإنكار الأزمة النفسية. يظهر هنا أن البيئة الداعمة ظاهرياً لا تحمي من الاكتئاب إن غابت العوامل النفسية الجوهرية.

يمكن تلخيص السمات العامة المشتركة وغير المشتركة بين الحالات كالتالي:

- ارتفاع درجات الاكتئاب بشكل عام: جميع الحالات سجلت درجات متوسطة إلى شديدة على مقياس بيك للاكتئاب، ما يدل على أن الأمهات يعانين من اكتئاب سريري وليس مجرد ضيق مؤقت. أكدت ذلك دراسات زريقات (2020)، الفارسي وآخرون (2016)، ومواهب الرشيد (2018)..

- تكرار الشعور بالذنب والقصور الذاتي: عبّرت الأمهات عن لوم الذات وهو ما يوافق النموذج المعرفي للاكتئاب ونتائج أبو العطا (2015) وبلخيرات وباشا (2024)..

- غياب الدعم الأسري أو العاطفي: العلاقات الزوجية الباردة أو غياب الشريك ساهمت في تفاقم الاكتئاب، كما أكدت يحيواي وشينار (2020) ولونيس وبن خدومة (2022)..

- اللجوء لآليات دفاعية غير فعالة: مثل الإنكار، الاجترار، والانسحاب، وهي أنماط عززت تثبيت الاكتئاب كما أظهرت دراسات أبو العطا (2015) وبلخيرات وباشا (2024) ..
- الضغط الأمومي وصعوبة التكيف مع صورة الطفل المصاب: جميع الحالات أظهرت اضطرابًا في الهوية الأمومية، كما أوضحت زريقات (2020) والرجبي والعزوزي (2024).
- يمكن تفسير الحالات النفسية لدى الأمهات كالتالي:
- أظهرت جميع الحالات أعراضًا اكتئابية تتراوح بين المتوسطة والشديدة، ما يشير إلى الاكتئاب كاستجابة مركزية لصدمات الأمومة الخاصة، وهو ما يؤكد أن تشخيص اضطراب التوحد يُحدث أزمة نفسية عميقة. كما أظهرت دراسات زريقات (2020) وبلخيرات وباشا (2024) أن الاكتئاب يتفاقم بوجود ضعف في التكيف والدعم الأسري.
- عبرت الأمهات عن فجوة بين الصورة المثالية للأم وصورتها الواقعية، ما يشير إلى الهوية الأمومية كمنطقة صراع داخلي، مما يعكس أزمة هوية أمومية (Motherhood Identity Crisis)، كما تؤكدتها دراسة الفارسي وآخرون (2016).
- أبرزت الحالات ضعفًا في التفاعل الزوجي أو غيابه، يشير إلى الدعم الأسري كعامل وقاية مفقود، ما زاد من الأعباء النفسية، وهو ما أوضحته دراسات يحياوي وشينار (2020) ولونيس وبن خدومة (2022) ..
- انخفاض المرونة النفسية وتضخم الشعور بالذنب لدى الحالات، ما يدل على المرونة النفسية وتقدير الذات في تدهور متصاعد، هذا يعكس قابلية أكبر للاكتئاب، وفق ما بينته دراسة بلخيرات وباشا (2024) ..
- غياب الدعم المجتمعي ساهم في عزلة الأمهات، يشير إلى السياق الاجتماعي والثقافي كإطار ضاغط، كما تؤكد دراسة الرجبي والعزوزي (2024) على أهمية التعليم والدخل والتدريب في تحسين مهارات التفاعل الأمومي.

خلاصة:

أسفرت مناقشة نتائج الحالات السريرية الثلاث على ضوء فرضيات الدراسة عن تحقق ملحوظ لمضامين الفرضيات الثلاث، حيث كشفت المعطيات الإكلينيكية والاختبارات النفسية المستخدمة عن ترابط وثيق بين الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية، وظهور الأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد. فقد تبين أن التأويلات المعرفية السلبية – كالشعور بالدونية، الفشل، ولوم الذات – إضافة إلى غياب الدعم الأسري، خاصة من الزوج، شكلت بؤراً نشطة لتفاقم الأعراض الاكتئابية، مما ينسجم مع ما جاء في الفرضية الأولى. كما برزت لدى الأمهات أساليب تكيف متباينة تراوحت بين الاستجابات الإيجابية (كالجوء إلى التدين، أو طلب الدعم)، والأساليب السلبية (كالإنكار والانسحاب الاجتماعي)، ما دعم الفرضية الثانية حول دور التكيف النفسي في تنظيم الاستجابة الاكتئابية. أما الفرضية الثالثة، فقد أكدت المعطيات أن صدمة اكتشاف إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد شكلت حدثاً مسبباً ومفعلاً للأعراض الاكتئابية، خاصة لدى الأمهات اللواتي يفتقرن إلى مرونة نفسية أو دعم اجتماعي، مما يشير إلى أثر هذا الحدث كمحفز مباشر للاضطراب المزاجي. تتكامل نتائج هذا الفصل مع الإطار النظري المعتمد، حيث برزت التفسيرات المعرفية، التحليلية، والسلوكية كمرجع لفهم ديناميات نشوء الاكتئاب في سياق الأمومة الخاصة، وبيّنت أن فهم المعاناة النفسية للأم لا يمكن أن يُختزل في الأعراض، بل يجب أن يُقرأ في ضوء الخلفيات النفسية والتاريخية والعلاقاتية. بناء على ما سبق، تبين أن التفاعل بين العوامل المعرفية والاجتماعية وأساليب التكيف يسهم بشكل فعال في تحديد شدة ونمط الاكتئاب لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وهو ما يدعم فرضيات الدراسة ويؤكد الحاجة إلى تدخلات علاجية شمولية تأخذ بعين الاعتبار هذه الأبعاد المركبة.

خاتمة الدراسة والتوصيات

خاتمة:

تبرز هذه الدراسة الأثر العميق والمركب لإصابة الطفل باضطراب طيف التوحد على الصحة النفسية للأم، حيث كشفت النتائج عن وجود مؤشرات واضحة ومستمرة على الإصابة بالاكتئاب بين جميع الحالات المدروسة، تراوحت شدتها بين المتوسطة والشديدة. إلى الشديدة جدا وقد تم تأكيد صحة الفرضية العامة التي تنص على أن إصابة الطفل بطيف التوحد تشكل عبئا نفسيا شديدا على الأم، مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات مزاجية، وأبرزها الاكتئاب، الذي يمكن اعتباره رد فعل نفسي طبيعي في ظل الظروف الضاغطة والمعقدة التي تواجهها الأم.

كما أكدت الدراسة الفرضيات المتعلقة بالعمق النفسي للأمهات، حيث تبين أن نمط التفكير السلبي، المبني على تأويلات مشوهة للواقع مثل الشعور بالذنب، والعجز، والتركيز المفرط على الجوانب السلبية، كان حاضرا بقوة في الخطاب الداخلي للأمهات. هذا النمط من التفكير أسهم بشكل كبير في تعميق معاناتهن النفسية، مما يبرز أهمية العمل على تعديل هذه الأنماط الفكرية السلبية في إطار برامج الدعم النفسي. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الدراسة أن غياب الدعم الأسري والمعرفي يشكل عاملا مفاقما للأعراض النفسية، مما يعكس الترابط الوثيق بين الأبعاد النفسية والاجتماعية في تشكيل الحالة الاكتئابية، ويؤكد ضرورة تبني استراتيجيات دعم شاملة تشمل الأسرة والمجتمع.

تؤكد هذه الدراسة أن معاناة الأم لا تقتصر على التحديات الخاصة التي يفرضها اضطراب طيف التوحد على الطفل، بل تتداخل فيها عوامل نفسية، معرفية، واجتماعية معقدة تجعل من الاكتئاب مظهرا شائعا ومزمنا. ومن هنا تنبع الحاجة الملحة إلى فهم أعمق لهذه الظاهرة النفسية والاجتماعية، وتطوير تدخلات متكاملة وحساسة تلي حجم الأثر النفسي الذي تتركه هذه الأعباء الأسرية. إن تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي للأمهات، وتوفير برامج توعوية وتدريبية تساعدن على تبني أساليب تكيف إيجابية، يعد من الأولويات التي ينبغي أن تتبناها الجهات الصحية والاجتماعية، لضمان تحسين جودة الحياة النفسية للأمهات وتمكينهن من مواجهة التحديات اليومية بثبات وفعالية.

أما فيما يتعلق بأساليب التكيف التي استخدمتها الأمهات، فقد تنوعت بين أساليب سلبية مثل الإنكار، والانسحاب الاجتماعي، والتفريغ الانفعالي المرضي، وأساليب إيجابية كالتمسك بالدين والتقبل. ورغم وجود بعض الأساليب الإيجابية، إلا أن السائدة كانت الأساليب السلبية التي غالبا ما كانت غير فعالة في التخفيف من حدة الأعراض، بل ساهمت في بعض الحالات في تفاقمها. هذا التباين يبرز الدور الحاسم الذي يلعبه أسلوب المواجهة في تحديد المسار النفسي للأم، ويشير إلى أهمية توجيه الأمهات نحو تبني استراتيجيات تكيف أكثر فاعلية وصحية.

وفي الأخير من المهم التنويه إلى أن نتائج هذه الدراسة تقتصر على العينة التي تمت دراستها، ولا يمكن تعميمها بشكل مطلق على جميع الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابون بطيف التوحد. ويعود ذلك إلى الطبيعة النوعية للدراسة، وحجم العينة المحدود، ومحدودية التنوع الجغرافي والاجتماعي للبيئة التي أجريت فيها. كما أن اختلاف السياقات الثقافية والاقتصادية والاجتماعية قد يُنتج تجارب نفسية مختلفة تمامًا، مما يتطلب دراسات مستقبلية أوسع وأكثر تنوعًا لضمان صلاحية التعميم وبناء استنتاجات أكثر شمولية وواقعية.

كما تفتح نتائج هذه الدراسة آفاقا جديدة للبحث في مجال الصحة النفسية للأمهات، خاصة فيما يتعلق بتطوير نماذج تدخل علاجية تعتمد على الدعم النفسي والمعرفي والاجتماعي، وتوظيف استراتيجيات مواجهة فعالة، بما يساهم في تعزيز قدرة الأسرة على التكيف مع واقع اضطراب طيف التوحد، والحد من آثاره السلبية على الصحة النفسية للأم والأسرة بشكل عام.

توصيات الدراسة:

انطلاقا من نتائج هذه الدراسة، يمكن تقديم التوصيات التالية:

أولا: على المستوى البحثي:

- إجراء دراسات تقييمية لمدى انتشار أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد مقارنة بأمهات الأطفال غير المصابين، مع اعتماد متابعة طويلة الأمد لرصد استمرارية الأعراض وتطورها.
- دراسة عوامل الخطورة مثل الإجهاد النفسي لدى الأمهات ومستوى اليقظة الذهنية، وتحليل أثرها في ظهور أعراض الاكتئاب، مع التركيز على العلاقة السببية بين التوتر والاكتئاب.
- تحليل الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالاكتئاب، مثل مستوى الدعم الاجتماعي، العوائق المالية، وتوفر شبكات الدعم العائلي، وأثرها على شدة الأعراض.

ثانيا: على المستوى التشخيصي:

- استخدام أدوات تشخيصية معيارية معتمدة، مثل استبيان الصحة النفسية (9-PHQ) ومقياس القلق العام (GAD) ومقاييس المرونة النفسية واستراتيجيات المواجهة لضمان دقة تقييم مستويات الاكتئاب والقلق.
- التركيز على التشخيص المبكر لأعراض الاكتئاب، خاصة بعد التشخيص الأولي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، نظرا لكون عدد كبير من الأمهات يظهرن أعراضا شديدة خلال الأسابيع الأولى.
- مراعاة التشخيص الفارق مع اضطرابات نفسية أخرى، مثل اضطرابات القلق والتوتر المزمن والعزلة الاجتماعية نظرا لتداخل الأعراض والتأثيرات المشتركة.

ثالثا: على المستوى العلاجي:

- تطوير برامج علاجية موجهة للأمهات، تعتمد على تقنيات فعالة مثل برنامج تقليل التوتر المبني على اليقظة الذهنية أو العلاج النفسي الإيجابي، نظرا لفاعليتها في الحد من الاكتئاب وتحسين جودة النوم.
- تشجيع المشاركة في مجموعات الدعم النفسي الجماعي التي تقودها أمهات (لأمهات) لعب الأدوار أو (السيكودراما)، لما لها فاعلية في تعزيز الشعور بالدعم وتقليل العزلة النفسية والاجتماعية.
- توفير خدمات العلاج النفسي المتخصصة التي تراعي الظروف النفسية والاجتماعية الخاصة بالأمهات المقدمات لرعاية أطفال مصابين بالتوحد.

رابعا: على المستوى التأهيلي:

- تصميم برامج تأهيل نفسي اجتماعي تعنى بتطوير مهارات التكيف وإدارة الضغوط لدى الأمهات.
- تعزيز مهارات اليقظة الذهنية والوعي الذاتي كجزء من الخطة التأهيلية للتقليل من أعراض الاكتئاب والتوتر.

- متابعة الحالة النفسية للأم بشكل دوري من خلال تقييمات مستمرة تساهم في تعديل وتحديث البرامج التأهيلية وفق الحاجة.

خامسا: على المستوى المجتمعي:

- رفع مستوى الوعي المجتمعي حول الضغوط النفسية التي تواجهها أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وأهمية توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهن.
- . اقتراح سياسات دعم اجتماعي تستهدف أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، للتقليل من تأثير الوصم الاجتماعي وضعف شبكات الدعم، باعتبارهما من العوامل المساهمة في تدهور الصحة النفسية.
- إنشاء شبكات دعم مجتمعية تضم أفراد الأسرة، الأصدقاء، المؤسسات المعنية، لتوفير بيئة حاضنة وأمنة تعزز الصحة النفسية للأمهات.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

1. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، التوحد (الخصائص والعلاج)، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية. الأردن ب، س.
2. مسعود عبد الرحيم بوحميده، دورة في فلك التوحد، بحث أكاديمي، رسائل للنشر والتوزيع، بدون بلد، 2024.
3. محمود عبد الرحمان عيسى الشرقاوي، التوحد ووسائل علاجه، ط1، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، بدون بلد، 2018.
4. د. ابراهيم محمود بدر، الطفل التوحدي 'تشخيصه وعلاجه' مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2004.
5. عبد العزيز، أحمد مصطفى. اضطراب التوحد: التشخيص والعلاج. دار الفكر العربي القاهرة، مصر. 2015.
6. الزيات، فتحي مصطفى. سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة: المفاهيم والتشخيص والعلاج. دار الفكر العربي، القاهرة مصر. 2020.
7. سوسن شاكر مجيد، التوحد، (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)، جامعة بغداد، ديوبنو للطباعة والنشر التوزيع، عمان، الأردن، 2010.
8. رائد خليل العبادي، التوحد، ط1، مكتبة المجمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.
9. تامر فرح سهيل، التوحد (التعريف، الأسباب، التشخيص، والعلاج) ط1، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، جامعة القدس المفتوحة، بدون بلد، 2015.
10. د. سوسن شاكر الجلبي، التوحد الطفولي، دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا، 2015.
11. ابن منظور، محمد بن مكرم، لسان العرب، ط3، دار صادر للنشر والتوزيع بدون بلد، 2003.
12. د. محمد صالح الإمام، د فؤاد عيد الجوالده، التوحد رؤية أهل والمختصين، ط1 دار الثقافة للنشر والتوزيع، بدون بلد 2011.
13. فوزية عبد الله الجلامدة، اضطرابات التوحد في ضوء النظريات، (المفهوم، التعليم، المشكلات المصاحبة)، ط1، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض،
14. قدوري مبروكة، مذكرة ماستر أكاديمي، شكل الاكتئاب لدى المطلقات انطلاقاً من سلم هارد، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2018.
15. مدحت عبد الحميد أبو زيد، الاكتئاب، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر 2001.
16. يحيى واردة، جبالي نور الدين، اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الابعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتقدمة (نموذج لازاروس) مذكرة تخرج ماستر، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر. 2014.
17. نبيل محمد الفحل، الاكتئاب لدى المسنين دار العلوم للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر، 2009.
18. حسين قايد، الاضطرابات السلوكية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1 بدون بلد، 2001.
19. منتهى مطرش عبد الصاحب، الشعور بالذنب وعلاقته بالأكتئاب، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011.
20. Mayou cliniq، الإكتئاب، ط1، الدار العربية للعلوم، بدون بلد، 2002،
21. عبد الستار إبراهيم، الإكتئاب مرض العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه-، عالم المعرفة، الكويت 1978

قائمة المصادر والمراجع

22. وردة بلحسيني، سعيدة الإمام، تشخيص الإكتئاب كيف نفهمه من منظور(5dsm)، مجلة افاق للبحوث والدراسات، عدد4 جامعة قاصدي مرباح ورقلة، جوان 2019.
23. فتحي زقعار، الإكتئاب مرض العصر، (أساليب تشخيصه والوقاية منه وعلاجه)، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، مجلد 1، عدد2، جوان 2013.
24. حسين علي فايد، المشكلات النفسية الاجتماعية، 'رؤية تفسيرية' مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، بدون بلد 2005.
25. كوام مكنزي، ترجمة زينب منعم، الإكتئاب، المجلة العربية ط1، دار المؤلف للنشر والتوزيع، الرياض، 2001.
26. سرحان وليد، جمال الخطيب، محمد حباشنة، الإكتئاب، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2001.
27. بسمة علي حامد حمودة، الإكتئاب لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة المنصورة، مجلد 7، عدد2، أكتوبر، بدون بلد 2020.
28. أنور الحمادي، خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، الدارالعربية للعلوم. بيروت، لبنان، 2015.
29. لطفي الشربيني، الإكتئاب، المرض والعلاج، منشأة المعارف للنشر والتوزيع، الإسكندرية مصر، 2001.
30. كاپلان وسادوك. الملخص في الطب النفسي السريري. ترجمة: د. أحمد عكاشة. دار النشر: المركز القومي للترجمة، بدون بلد، 2015.
31. علاء عبد الباقي. الإكتئاب: أنواعه، أعراضه، أسبابه، وطرق علاجه. ط2 دار الكتاب العربي، القاهرة، مصر 2010.
32. البدرى، سميرة.. مصطلحات تربوية ونفسية (ط 1)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
33. زهران، حامد عبد السلام، الصحة النفسية والعلاج النفسي ط2، عالم الكتب، مصر، 1995.
34. الزريقات إبراهيم عبد الله فرج، التوحد الخصائص والعلاج، دار المسيرة، بدون بلد. 2006.
35. غادة صابر أبو العطا، الظغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أمهات أطفال الذاتوية، مجلة التربية الخاصة والتأهيل، المجلد 2، العدد8، الجزء1، بدون بلد، 2015.
36. فهد نايف المطيري، مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الاردنية، عمان. 2006.
37. شاهيناز بوعافية، الإستجابة الإكتئابية لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد (دراسة تحليلية لأربعة حالات)، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2023.
38. البلوي محمد نواف، مبادئ الارشاد النفسي، ط1، دار الجنان للنشر والتوزيع، الخرطوم، السودان، 2014.
39. بوسنة عبد الوافي زهير، محاضرات في تقنيات الفحص العيادي لطلبة السنة الاولى ماستر عيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة. بدون بلد ب، س.
40. صالح عبد الرحمان إسماعيل، فنيات وأساليب العملية الارشادية، ط1، دار المنهاج للنشر والتوزيع، الأردن، 2015.

41. علي عبد الرحيم صالح، المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية، ط1، دار المحامد، عمان، الأردن، 2015.
42. لويس كامل مليكة، علم النفس الاكلينيكي، ط1، مكتبة النهضة المصرية، مصر، 1991.
43. مريم شراري، الجلد لدى الطفل المريض عقليا، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2012.
44. وسام بوفج، نوري الود (البروفيل النفسي للمراهق مجهول النسب ويتيم الابوين ما بين الهجرانوالحرمان)، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، العدد 03، المجلد 10، جامعة الجلفة، الجزائر. ب، س

المراجع الأجنبية

1. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. Autism spectrum disorder. The Lancet, 2018, p 392(10146), 508-520.
2. Hill, E. L. Executive dysfunction in autism. Trends in Cognitive Sciences, 2004 8(1), 26-32.
3. Oxford English Dictionary. Depression. Oxford University Press. 2022
4. Geschwind, D. H., & Levitt, P. Autism spectrum disorders: Developmental disconnection syndromes. Nature Reviews Neuroscience, 2007 (2), 129-138.
5. Schain, R. J., & Freedman, D. X. Studies on 5-hydroxyindole metabolism in autistic and other mentally retarded children. The Journal of Pediatrics, 1961 58(3), 315-320.
6. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. Cognitive therapy of depression. Guilford Press 1977
7. Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. American Journal of Epidemiology, 2003, p 157(2), 98-112
8. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 2010 p 30(2), 217-237.
9. Larousse. Lagraddictionnaire de psychologie, bar as. 1999.
10. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science, 2008 3(5), 400-424
11. Seligman, M. E. Helplessness: On depression, development, and death. Freeman. 1975
12. Nature Middle East، 2011 مقالات- معالجة اضطراب طيف التوحد في العالم العربي،
13. Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. In The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914–1918)
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. 2022
15. Pendinielli, J. L (1994). la plainte hypocondriaque du sujet. Journal of Abnormal Psychology.
16. Fernandez, L. et Catteum. (2001). La recherche en psychologie clinique NATHAN université, Paris

قائمة الملاحق

ملحق رقم 1: يمثل مقياس بيك للإكتئاب

إعداد د. آرون بيك

تعريف الاكتئاب:

حالة مزاجية هابطة، لا تتوقف حياة الفرد الطبيعية، لكنها تتراجع الأمور على الفرد، وفي أصعب حالاته قد يدفع الاكتئاب الفرد إلى التفكير في إنهاء حياته.

نبذه عن المقياس:

ترجم هذا المقياس إلى العربية الدكتور عبد الستار إبراهيم، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون المقياس من (21) سؤال لكل سلسلة أسئلة مقسمة من أربع بدائل مرتبة حسب شدة الأعراض، والتي تمثل أعراضاً للاكتئاب، وتستخدم الأرقام من (0 - 3) لتوضيح مدى شدة الأعراض.

طريقة التطبيق والتصحيح:

. يطبق المقياس على الأشخاص المصابين بـ (15) سنة فأكثر.

. يختار المقياس أحد البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.

. درجة كل سؤال هي رقم العبارة التي اختارها للفحص، فمثلاً إذا اختارت رقم بديل الفحص (3) فإن درجته لهذا السؤال هي (3)... وهكذا.

. ملاحظة في السؤال (19) يسأل مفحوص هل هو مؤهل حالياً للتخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم، يُعطى صفراً، وإذا كان لا، يُعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، ويجمع الدرجة الكلية والتصنيف وفقاً للجدول التالي:

صفر -09	لا يوجد اكتئاب
10-15	اكتئاب بسيط
16-23	اكتئاب متوسط
24-36	اكتئاب شديد
38 فما فوق	اكتئاب شديد جداً

تاريخ الميلاد.....يوم / شهر / سنة

تاريخ اليوم.....

الاسم:

المستوى التعليمي:

قائمة الملاحق

الحالة الاجتماعية متزوج أعزب مطلق

المهنة: مستشفى/ عيادة.....

الدرجة:

التصنيف:

تعليمات:

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها موضوعاً معي آخر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣).
تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد انطقت اجبت على كل مجموعة.

أولاً:/

- 0- لا أشعر بالحزن.
- 1- أشعر بالحزن.
- 2- أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- 3- أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً:/

- 0- لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- 1- أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- 2- أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- 3- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً:/

- 0- لا أشعر بأني فاشل.
- 1- أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
- 2- عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
- 3- أشعر بأني شخص فاشل تماماً.

رابعاً:/

- 0- استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
- 1- لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
- 2- لم أعد أحصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
- 3- لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

قائمة الملاحق

خامسا:/

- 0- لا أشعر بالذنب.
- 1- أشعر بأنني قد أكون مذنباً.
- 2- أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.
- 3- أشعر بالذنب بصفة عامة.

سادسا:/

- 0- لا أشعر بأنني ألتقى عقاباً.
- 1- أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.
- 2- أتوقع أن أعاقب.
- 3- أشعر بأنني ألتقى عقاباً

سابعاً:/

- 0- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
- 1- أنا غير راضٍ عن نفسي.
- 2- أنا ممتعض من نفسي.
- 3- أكره نفسي

ثامناً:/

- 0- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
- 1- أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- 2- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- 3- ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعاً:/

- 0- أشعر بضيق من الحياة.
- 1- ليس لي رغبة في الحياة.
- 2- تصبح أكره الحياة
- 3- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشراً:/

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- 1- أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
- 2- أبكي طوال الوقت
- 3- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

الحادي عشر:/

- 0- لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- 1- أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- 2- أشعر بالتوتر كل الوقت.
- 3- لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر:/

- 0- لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- 1- إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون
- 2- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- 3- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر:/

- 0- اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- 1- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى
- 2- أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- 3- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر:/

- 0- لا أشعر أنني أبداً في حالة أسوأ مما اعتدت أن أكون.
- 1- يقلقني أن أبداً أكبر سنّاً وأقل حيوية.
- 2- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبداً أقل حيوية
- 3- اعتقد أنني أبداً قبيحاً.

الخامس عشر:/

- 0- أستطيع أن أقوم بعملي كما تعودت.
- 1- -أحتاج لجهد كبير لكي أبداً في عمل شيء ما.
- 2- إن على أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- 3- لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر:/

- 0- أستطيع أن أنام كالمعتاد.
- 1- لا أنام كالمعتاد.
- 2- استيقظ قبل مواعي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.
- 3- استيقظ قبل بضع ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر:/

- 0- لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.

- 1- أتعب بسرعة عن المعتاد.
- 2- أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.
- 3- إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل

الثامن عشر:/

- 0- إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.
- 1- إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.
- 2- إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.
- 3- ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر

التاسع عشر:/

- 0- لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة.
- 1- فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.
- 2- فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.
- 3- فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون:/

- 0- لست مشغولاً على صحي أكثر من السابق.
- 1- أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.
- 2- أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.
- 3- أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون:

- 0- لم لاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية.
- 1- أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.
- 2- لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.
- 3- لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.

(ماجدة الشهري – أ. نوف الشريف)

ملحق رقم 2: يمثل دليل المقابلة

● البيانات الأولية:

الاسم: س	الجنس:	السن:	المستوى التعليمي:
عدد الأخوة:	الترتيب:		
الحالة المدنية:	عدد الأولاد:		
الحالة الاجتماعية:			
الحالة الاقتصادية:			
نوعية السكن:			
المهنة:			
مهنة الزوج:			
سوابق مرضية:			

المحور الأول: محور الحالة الصحية

بداية اسمي لي أن أعرفك بنفسك معك الاختصاصية النفسانية (ذكر الاسم) هل يمكنني معرفة اسمك؟
الآن وبعد ما تعرفنا على بعض ممكن أعرف سبب حضورك للجمعية؟
شكرا لك ممكن أن تصفي وضعك الصحي العام في الوقت الحالي؟
قبل تشخيص ابنك باضطراب طيف التوحد هل كنت تعاني من أي مشاكل صحية؟
بعد تشخيص ابنك باضطراب طيف التوحد هل تغيرت حالتك الصحية؟
ممكن تصفي حالتك الصحية بالضبط خلال هذه الفترة هل تعاني من أمراض مزمنة أو مشاكل صحية متكررة؟
هل تراجعين الطبيب بانتظام؟ وما نوع التخصصات التي تتابعين معها؟
هل لاحظت تغيرات في نومك، شهيتك أو مستوى طاقتك خلال الفترة الأخيرة؟
هل تستخدمين أدوية نفسية أو جسدية؟ وهل حصل ذلك قبل أو بعد ولادة طفلك؟
وفيما يخص حالة زوجك الصحية ممكن تصفينها لي وهل هو كذلك لديه أمراض مزمنة وهل يستخدم هو الآخر أدوية نفسية أو جسدية؟

المحور الثاني: محور الحالة النفسية:

في هذا الجزء من اللقاء، أحب أن نتحدث معا عن مشاعرك وتجربتك النفسية، بدء من فترة الحمل، مروراً بولادة طفلك، ووصولاً إلى اللحظة الحالية.
ربما يمكنك أن تعودي بذكرياتك قليلاً إلى فترة الحمل... كيف كانت تلك المرحلة بالنسبة لك؟
هل كان هذا الحمل مخططاً له، ومرغوباً فيه من البداية؟
وكيف كنت تشعرين نفسياً خلاله؟ هل كانت هناك لحظات من القلق أو الحيرة أو حتى التوتر بدون سبب واضح؟

ثم، بعد الولادة، كيف كانت حالتك النفسية؟

أحيانا تعيش بعض الأمهات حالة من التغير المزاجي أو الحزن بعد الولادة، وهو أمر شائع. هل مررت بشيء من هذا القبيل؟

كيف كان تواصلك مع طفلك في البداية؟ وهل شعرت بتغيرات مزاجية أو رغبتك في الحديث مع الآخرين؟ أعرف أن تلقي خبر إصابة الطفل بطيف التوحد قد يكون محطة مفصلية في حياة الأم. هل تتذكرين كيف عرفت بالأمر؟ وكيف استقبلت ذلك؟ ما هي الأحاسيس التي طغت عليك في تلك اللحظة: صدمة؟ إنكار؟ خوف؟ أو ربما شعور بالذنب؟ منذ ذلك الوقت وحتى اليوم، كيف تصفين حالتك النفسية؟ هل تجددين نفسك تعيشين مشاعر متكررة من الحزن أو القلق؟

ما هي الأوقات أو المواقف التي تضعك تحت ضغط نفسي كبير؟ قد يكون ذلك أثناء نوبات الطفل، أو حين تشعرين بأنك وحدك، أو في لحظات أخرى خاصة.

عندما يشتد عليك الضغط، كيف تحاولين التكيف؟

هل لك طرق خاصة للتخفيف عن نفسك؟ هل تتحدثين مع شخص ما؟ تمشين؟ تبيكين؟ تصلين؟ أم أنك تفضلين الصمت والانطواء؟

وأحيانا في حياة كل شخص، قد تأتي لحظات يشعر فيها بأنه غير قادر على الاستمرار... هل سبق أن مررت بلحظات شعرت فيها بأنك فقدت الأمل أو الطاقة؟ كيف تعبرين عن تلك اللحظات؟

وأخيرا، هل فكرت من قبل في طلب دعم نفسي من مختص أو حضور جلسات مع مستشار نفسي؟ وإن لم تفعلي، ما الذي حال دون ذلك؟ وإن فعلت، فكيف كانت تلك التجربة؟

المحور الثالث: محور الحالة الأسرية والعائلية

الآن أريد أن نفتح مساحة للحديث عن علاقاتك داخل الأسرة، عن محيطك العائلي، والدعم أو التحديات التي قد تعيشينها في هذا الإطار.

بإمكانك أن تبدأي بالحديث عن علاقتك بزوجك، أو شريكك في الحياة، إن كان حاضرا في الصورة.

كيف هي علاقتكما؟ هل تشعرين بأنه يشاركك الهموم اليومية، والتحديات المتعلقة بتربية الطفل؟

أحيانا تكون التجربة مشتركة ومتعاونة، وأحيانا قد يشعر أحد الطرفين بأنه يتحمل العبء الأكبر... كيف ترين التوازن بينكما في هذه المسؤولية؟

فيما يخص أطفالك الآخرين، كيف ترين علاقتك بهم؟

هل أثر وضع أحيمهم الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد على جو الأسرة؟

هل تلاحظين تغيرا في طريقة تفاعلهم معهم أو في سلوكهم بسبب الوضع العائلي الجديد؟

من الطبيعي أن تتأثر بعض العلاقات، أو أن يحتاج أحدهم إلى اهتمام إضافي ممكن تصفي لي هذه الحالة؟

وماذا عن العائلة الممتدة؟ هل هناك أشخاص في محيطك - كأهلك، إخوتك أو أخواتك - يقدمون لك الدعم، سواء

النفسي أو العملي؟

هل تشعرين بأنك محاطة بأشخاص يفهمونك ويقفون إلى جانبك، أم أنك تتحملين الأمر بمفردك؟

أحيانا، قد تبرز خلافات داخل الأسرة بسبب اختلاف الآراء، أو بسبب ضغط الظروف. هل مررت بخلافات من هذا النوع مع زوجك أو أحد أفراد العائلة بسبب وضع الطفل؟ وكيف تعاملتم مع ذلك؟
إذا نظرت إلى أسرتك اليوم، رغم كل التحديات التي واجهتموها، هل تشعرين بأنكم ما زلتُم مترابطين؟
هل هناك لحظات تلتَمسين فيها قوة العلاقة بينكم، أو لحظات ترغبين في تحسينها؟
إذا سمحت لي، وبما أن العلاقة الزوجية جزء مهم من الحياة الأسرية، هل لاحظت أن علاقتك الحميمة مع زوجك تأثرت في الفترة الأخيرة؟

من حيث التقارب، أو الرغبة، أو التفاهم في هذا الجانب؟
طبعاً إذا كنت مرتاحة للحديث عن هذا الموضوع، فأنا أقدر خصوصيتك تماماً.

المحور الرابع: الحالة الاجتماعية

في هذا الجزء، أودّ أن نتحدث عن الجانب الاجتماعي في حياتك، وعن شبكة العلاقات والدعم التي تحيط بك خارج نطاق العائلة المباشرة.

لو تحدثت لي قليلاً عن يومياتك خارج إطار الأسرة... هل لديك تواصل مع صديقات، جارات، أو أقارب تحبين الحديث معهم أو اللقاء بهم؟

أم أن مسؤوليات الطفل قد جعلتك تنغلقين شيئاً فشيئاً على نفسك؟

أحيانا تجد بعض الأمهات أنفسهن في عزلة اجتماعية غير مقصودة... كيف هو الأمر بالنسبة لك؟

وماذا عن نظرة المجتمع المحيط، سواء الجيران أو المعارف أو حتى أولياء الأمور الآخرين...

هل تشعرين أنهن يتفهمن وضع طفلك؟ هل سبق أن واجهت مواقف من الإحراج، النقد أو عدم الفهم؟

كيف أثرت هذه المواقف – إن وجدت – على حالتك النفسية أو رغبتك في التفاعل مع الآخرين؟

هل سبق لك الانخراط في جمعيات، أو لقاء مجموعات دعم للأمهات في وضع مشابه؟

أحيانا تكون هذه المساحات مفيدة لتبادل الخبرات أو لتخفيف الشعور بالوحدة... هل جربت ذلك، أو هل ترغبين به مستقبلاً؟

ومن حيث الدعم المؤسسي أو الرسمي، هل تلقيت مساعدات أو تسهيلات من مؤسسات، مراكز مختصة، أو حتى من المدرسة؟

هل وجدت في هذه الجهات مصدر راحة ودعم، أم واجهت صعوبات إضافية من خلالها؟

وفي النهاية، كيف تتخيلين حياتك الاجتماعية لو تحسّنت الظروف؟

هل هناك أشياء تتمنين أن تستعيديها؟ صداقات؟ أنشطة؟ وقت لنفسك؟

قبل أن نختم هذا اللقاء، هل هناك شيء تحبين مشاركته ولم نتطرق إليه؟

ربما تجربة أثرت فيك، أو مشاعر تحتفظين بها بداخلك، أو حتى رسالة تودين إيصالها للأمهات يمررن بتجربة مشابهة؟
كلامك مهم ومحل تقدير، وأنا مستمعة لك بكل اهتمام.

شكراً جزيلاً لك على صراحتك وتجاوبك، وتقديراً لثقتك ومشاركتك التي تعني الكثير في سياق تقديم يد العون والدعم

