

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة



جامعة 8 ماي 1945 قالمة
UNIVERSITE 8 MAI 1945 GUELMA

الكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

القسم: علم النفس

مخبر التوطين: مخبر الفلسفة والعلوم الإنسانية والاجتماعية ومشكلات الإعلام والاتصال فرقة بحث صحة ومجتمع Sophilab

أطروحة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطور الثالث

الميدان: العلوم الاجتماعية. الشعبة: علم النفس.

الاختصاص: علم النفس العيادي

من إعداد:

حمدي باشا ياسمين

بعنوان

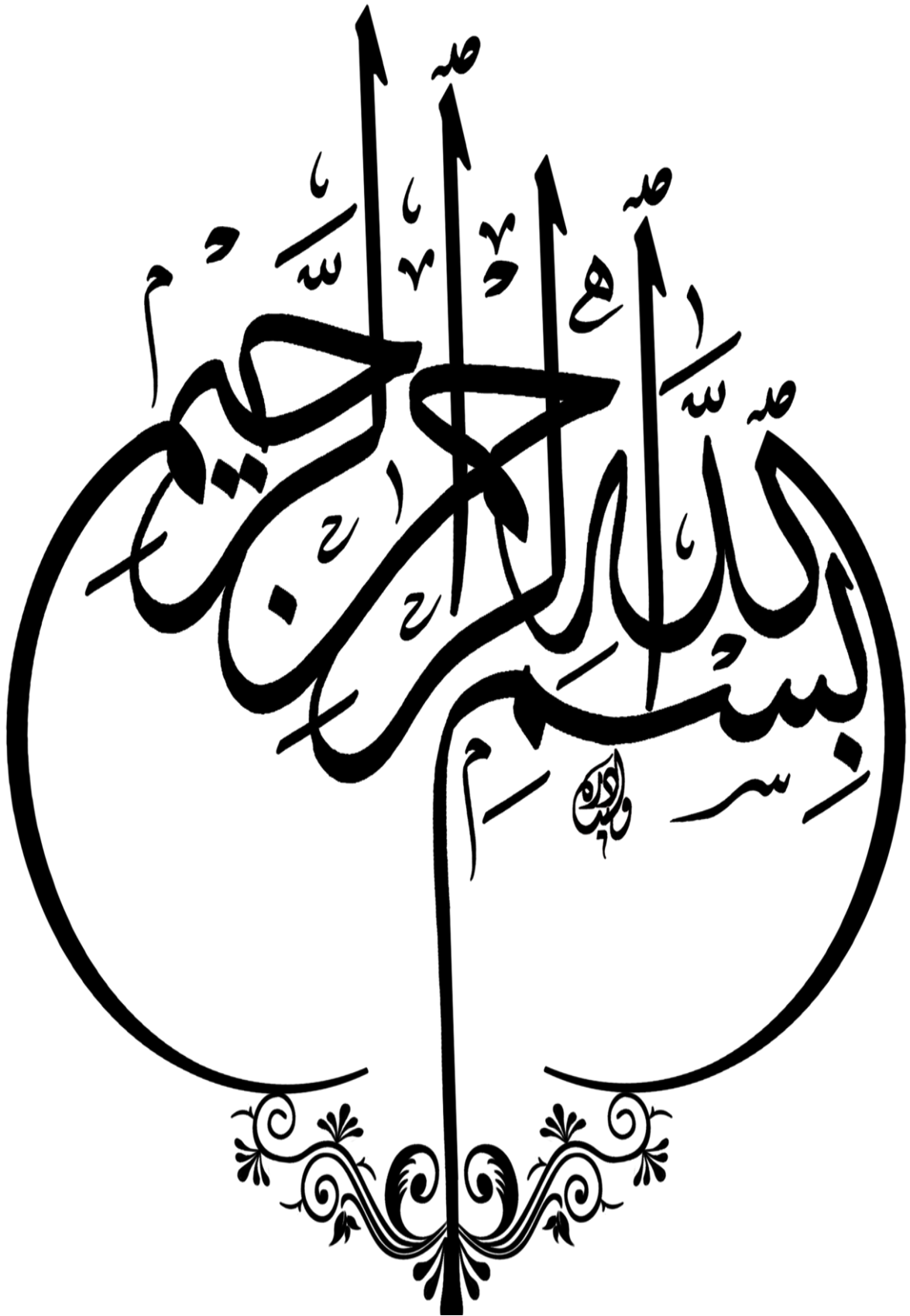
أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات الأطفال المصابين
باضطراب طيف التوحد

أمام لجنة المناقشة المكونة من:

بتاريخ: 2026/04/16

الاسم واللقب	الرتبة	
السيد أ.د العافري مليكة	أستاذ التعليم العالي	بجامعة 8 ماي 1945-قالمة
السيدة أ.د. بن صغير كريمة	أستاذ التعليم العالي	بجامعة 8 ماي 1945-قالمة
السيد أ.د هامل أميرة	أستاذ التعليم العالي	بجامعة 8 ماي 1945-قالمة
السيد أ.د بليردوح كوكب الزمان	أستاذ التعليم العالي	بجامعة العربي بن مهيدي- أم البواقي
السيد أ.د بوروية آمال	أستاذ التعليم العالي	بجامعة محمد لمن دباغين- سطيف

السنة الجامعية: 2026/2025



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه تشرق البدايات وتختتم الإنجازات. وبعد مسيرة علمية طويلة حملت في طياتها الكثير من الجهد والتحديات، يسرني أن أعبّر عن بالغ امتناني وعظيم عرفاني لكل من كان له فضل ودعم في إنجاز هذه الأطروحة.

أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير إلى أستاذتي الفاضلة، البروفيسورة أ.د. بن صغير كريمة، المشرفة على هذه الأطروحة، وعلى كافة أعمالها العلمية خلال مساري الدكتورالي، لما قدمته لي من توجيهات علمية دقيقة، ونصائح ثمينة، ومرافقة مهنية وإنسانية قل نظيرها. لقد كانت نموذجاً في الدعم والتشجيع، ولم تبخل علي بعلمها وخبرتها في أدق التفاصيل.

كما أتوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة، الذين شرفوني بقراءة هذه الأطروحة وتقييمها، وأسهموا بملاحظاتهم العلمية القيمة في إثراء هذا العمل وتجويده.

ولا يفوتني أن أقدم شكري الخالص لكل أساتذة قسم علم النفس بجامعة 8 ماي 1945 – قالمة، فرداً فرداً، لما قدموه من دعم وتوجيه علمي ومعنوي خلال سنوات تكويني، كما أخص بالشكر السادة المحكّمين الذين تكرموا بمراجعة وتقويم برنامج المرافقة النفسية رغم كثرة انشغالاتهم، فكان لأرائهم دور مهم في إثراء مضمون البرنامج وتجويده.

شكر وتقدير

وامتنان خاص أتوجه به إلى كل المراكز والجمعيات التي رحبت بي ووفرت لي سبل تطبيق الدراسة الميدانية، وعلى رأسها المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيًا بولاية تبسة، وكل العاملين به من أخصائيين ومساعدين، وبشكل خاص إلى الأخصائي النفسي بالمركز، لما قدمه من دعم وتسهيلات ومرافقة مهنية أثناء تطبيق البرنامج.

وكل الشكر والتقدير لجميع لأمهات المشاركات في الدراسة، اللاتي أبدين التزامًا ملحوظًا وحضورًا فعالًا خلال جميع مراحل البرنامج، وكُنَّ بحق جزءًا أساسيًا من نجاح هذا العمل، وأتمنى أن أكون قد قدمت لهن دعمًا يليق بثقتهن.

وفي الختام أتوجه بخالص الامتنان لكل من ساندني ولو بكلمة طيبة أو دعوة صادقة، فلکم جميعًا مني أصدق مشاعر التقدير والامتنان.

الباحثة

ملخص الدراسة

الملخص:

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن أثر برنامج المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى تحديد مستوى الألكسيتيميا لديهم، ومعرفة الفروق في مستوى الألكسيتيميا حسب بعض المتغيرات الديموغرافية مثل السن، المستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي. لتحقيق هذه الأهداف، تم اعتماد نوعين من المناهج: المنهج الوصفي، والمنهج الشبه تجريبي.

في المرحلة الأولى من الدراسة، والتي اعتمدت على المنهج الوصفي، تم اختيار عينة قوامها (236) أمًا لأطفال مصابين بطيف التوحد بطريقة قصدية، بغرض قياس مستوى الألكسيتيميا لديهم باستخدام مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، ودراسة الفروق ذات الدلالة الإحصائية المرتبطة بمتغيرات السن، المستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي. أما المرحلة الثانية، فقد استخدم المنهج الشبه تجريبي ذي المجموعة الواحدة والقياس القبلي، البعدي، والتتبعي، وقد تم اختيار عينة تجريبية مكونة من ثماني (8) أمهات أظهرن مستويات مرتفعة من الألكسيتيميا، تم انتقاؤهن بناء على مطابقتهن لشروط العينة التجريبية، حيث خضعن هؤلاء الأمهات لبرنامج مرافقة نفسية تم تصميمه من طرف الباحثة بهدف اختبار أثره في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أفراد العينة التجريبية، وامتد تطبيقه على مدى شهر ونصف، وضم عشر (10) جلسات علاجية فردية وجماعية، عقب انتهاء البرنامج مباشرة، تم تطبيق القياس البعدي لتقييم فاعلية البرنامج، تلاه تطبيق القياس التتبعي بعد مرور شهرين للتحقق من استمرارية الأثر العلاجي.

بعد جمع البيانات والمعطيات اللازمة، وتحليلها بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية (SPSS-26)، تم التوصل إلى مجموعة من النتائج مفادها:

1. تساهم المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد .
2. تعاني أمهات أطفال طيف التوحد من مستوى متوسط من الألكسيتيميا.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير السن، لصالح الفئات العمرية الأكبر سنا .
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي، لصالح الفئات ذوات المستوى التعليمي المنخفض.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، لصالح الفئات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض.

الكلمات المفتاحية: المرافقة النفسية، الألكسيتيميا، اضطراب طيف التوحد، أمهات الأطفال المصابين

باضطراب طيف التوحد.

Abstract:

The current study aimed to examine the impact of psychological accompaniment on reducing the level of alexithymia among mothers of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD). It also sought to assess the general levels of alexithymia within this population and to explore whether significant differences exist based on certain demographic variables such as age, educational level, and economic status. To achieve these objectives, the study employed two methodological approaches: the descriptive method and the quasi-experimental method.

In the first phase, which adopted the descriptive approach, a purposive sample of 236 mothers of children with ASD was selected. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) was used to assess their levels of alexithymia, and statistical analyses were conducted to examine differences associated with the aforementioned demographic variables. The second phase employed a one-group quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up measurements. A sub-sample of eight (8) mothers who exhibited high levels of alexithymia was selected based on specific inclusion criteria. These participants underwent a psychological support program specifically designed by the researcher to assess its impact on reducing alexithymia. The intervention spanned a period of one and a half months and comprised ten (10) therapeutic sessions delivered individually and in groups. Immediately after the completion of the program, a post-test was administered to evaluate its effectiveness, followed by a follow-up assessment two months later to determine the sustainability of the therapeutic effects.

Data were analyzed using SPSS version 26, and the findings revealed the following:

1. Psychological accompaniment contributes to reducing the level of alexithymia among mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD).
2. Mothers of children with ASD exhibit a moderate level of alexithymia.
3. There are statistically significant differences in alexithymia levels among mothers of children with ASD based on age, in favor of older age groups.
4. There are statistically significant differences in alexithymia levels based on educational level, in favor of mothers with lower educational attainment.
5. There are statistically significant differences in alexithymia levels based on economic status, with higher levels observed among mothers from lower-income backgrounds.

Keywords: Psychological Accompaniment, Alexithymia, Autism Spectrum Disorder, Mothers of Children with ASD.

Résumé:

La présente étude vise à examiner l'impact de l'accompagnement psychologique sur la réduction du niveau d'alexithymie chez les mères d'enfants diagnostiqués avec un trouble du spectre de l'autisme. Elle cherche également à évaluer les niveaux généraux d'alexithymie au sein de cette population et à analyser l'existence de différences significatives selon certaines variables sociodémographiques telles que l'âge, le niveau d'instruction et le statut socio-économique. Pour atteindre ces objectifs, l'étude a mobilisé deux approches méthodologiques : la méthode descriptive et la méthode quasi-expérimentale.

Dans la première phase, adoptant l'approche descriptive, un échantillon raisonné de 236 mères d'enfants avec TSA a été sélectionné. L'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS-20) a été utilisée afin d'évaluer leurs niveaux d'alexithymie, et des analyses statistiques ont été réalisées pour examiner les différences liées aux variables sociodémographiques mentionnées. La deuxième phase a reposé sur un dispositif quasi-expérimental à groupe unique, avec des mesures pré-test, post-test et de suivi. Un sous-échantillon de huit (8) mères présentant des niveaux élevés d'alexithymie a été sélectionné selon des critères d'inclusion spécifiques. Ces participantes ont bénéficié d'un programme d'accompagnement psychologique conçu par le chercheur afin d'en évaluer l'efficacité dans la réduction de l'alexithymie. L'intervention s'est étendue sur une période d'un mois et demi et comprenait dix (10) séances thérapeutiques, réalisées à la fois en individuel et en groupe. Un post-test a été administré immédiatement après la fin du programme pour évaluer son efficacité, suivi d'une évaluation de suivi deux mois plus tard afin de mesurer la durabilité des effets thérapeutiques.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26, et les résultats ont révélé ce qui suit :

1. L'accompagnement psychologique contribue à la réduction du niveau d'alexithymie chez les mères d'enfants atteints de TSA.
2. Les mères d'enfants avec TSA présentent un niveau modéré d'alexithymie.
3. Il existe des différences statistiquement significatives dans les niveaux d'alexithymie selon l'âge, en faveur des groupes d'âge plus avancé.
4. Il existe des différences statistiquement significatives selon le niveau d'instruction, en faveur des mères ayant un niveau d'éducation plus faible.
5. Il existe des différences statistiquement significatives selon le statut socio-économique, avec des niveaux plus élevés observés chez les mères issues de milieux à faible revenu.

Mots-clés : Accompagnement psychologique, Alexithymie, Trouble du Spectre de l'Autisme, Mères d'enfants avec TSA.

A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns in black ink, framing the central text. The border is composed of four corners, each featuring a different floral motif, connected by straight lines.

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات:

المُلخَص:	.....
Abstract:	.....
Résumé:	.....
قائمة المحتويات:	.....
قائمة الجداول:	.....
قائمة الأشكال:	.....
قائمة الملاحق:	.....
مقدمة:	.....

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	.....
تمهيد:	.....
1. إشكالية الدراسة:	.....
2. فرضيات الدراسة:	.....
3. أهداف الدراسة:	.....
4. أهمية الدراسة:	.....
5. دوافع اختيار الموضوع:	.....
6. تحديد مصطلحات الدراسة اجرائيا:	.....
7. الدراسات السابقة:	.....
8. نتائج الدراسة:	.....

قائمة المحتويات

39	9. التعقيب على الدراسات السابقة:
Error! Bookmark not defined.	خلاصة الفصل:
45	الفصل الثاني: الأسس النظرية والتطبيقية للمرافقة النفسية
46	تمهيد:
47	1. مراحل تطور المرافقة النفسية:
49	2. مفهوم المرافقة النفسية:
53	3. طبيعة عملية المرافقة النفسية:
54	4. أهداف المرافقة النفسية:
56	5. المهارات الأساسية لعملية المرافقة النفسية:
59	6. شروط المرافقة النفسية وعوامل نجاحها:
62	7. عوامل نجاح دور الاخصائي النفسي في عملية المرافقة:
65	8. المرافقة النفسية والإرشاد النفسي:
69	9. تقنيات المرافقة النفسية:
69	1.9 المقابلة العيادية:
72	2.9 الملاحظة العيادية:
73	3.9 الاختبارات النفسية:
76	4.9 الإصغاء الفعال:
77	5.9 التقنيات المعرفية السلوكية:
86	خلاصة الفصل:
87	الفصل الثالث: الأكسيتيميا " العجز عن التعبير الانفعالي"
88	تمهيد:
89	1. نشأة وتطور مفهوم الأكسيتيميا:

قائمة المحتويات

93	2. مفهوم الألكسيتيميا:
96	3. انتشار الألكسيتيميا:
96	1.3 انتشار الألكسيتيميا حسب الجنس:
97	2.3 انتشار الألكسيتيميا حسب السن:
97	3.3 انتشار الألكسيتيميا حسب الحالة الاجتماعية:
98	4.3 انتشار الألكسيتيميا حسب المستوى الاجتماعي والاقتصادي:
98	4. أنواع الألكسيتيميا:
98	1.4 الألكسيتيميا الأولية:
99	2.4 الألكسيتيميا الثانوية:
100	5. أعراض الألكسيتيميا:
102	3.5 التفكير الموجه نحو الخارج:
102	4.5 ضعف إعانة التنشيط الانفعالي أو التفاعل العاطفي:
103	5.5 السلبية وانعدام التلذذ بالحياة:
103	6.5 الامتثال الاجتماعية:
103	6. المظهر الاكلينيكي للألكسيتيميا:
104	7. النظريات المفسرة للألكسيتيميا:
104	1.7 النظرية التحليلية:
105	2.7 النظرية السلوكية:
106	3.7 النظرية المعرفية:
107	4.7 النظرية العصبية المعرفية:
108	5.7 نظرية التعلم الاجتماعي:
109	6.7 النظرية البيولوجية الوراثية:
109	7.7 نظرية الوعي الانفعالي:

قائمة المحتويات

110	8.7 نظرية الضغط:
112	8. الألكسيثيميا والأمراض السيكوسوماتية:
114	9. قياس الألكسيثيميا:
115	1.9 مقياس تورونتو للألكسيثيميا: (TAS-20) Toronto Alexithymia Scale
116	2.9 استبيان بيرنارد فيرست للألكسيثيميا BVAQ Bernard Verst Alexithymia Questionnaire
The Beth Israël Hospital Psychosomatic	3.9 استبيان مستشفى بيت إسرائيل للأعراض النفسجسدية
117	Questionnaire:BIQ
118	4.9 مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية: The MMPI Alexithymia Scale
120	10. علاج الألكسيثيميا:
121	1.10 العلاجات الدوائية:
122	2.10 العلاجات الفردية:
122	3.10 العلاجات الجماعية:
122	4.10 العلاج النفس-تربوي:
123	5.10 العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي:
124	6.10 العلاجات الجسدية:
126	خلاصة الفصل:
127	الفصل الرابع: اضطراب طيف التوحد وسيكولوجية الأمومة
128	تمهيد:
129	أولاً: اضطراب طيف التوحد:
129	1. تعريف اضطراب طيف التوحد:
133	2. الأسباب والمداخل التفسيرية لاضطراب طيف التوحد:
133	1.2 العوامل النفسية والاجتماعية:
134	2.2 الأسباب البيولوجية:

قائمة المحتويات

135	3.2 العوامل البيئية:
136	4.2 الفرضيات الوراثية والحينية:
138	5.2 نظرية العقل:
139	3. خصائص اضطراب طيف التوحد:
139	1.3 الخصائص المعرفية:
140	2.3 الخصائص الجسمية:
140	3.3 الخصائص الاجتماعية:
141	4.3 الخصائص السلوكية:
142	4. تشخيص اضطراب طيف التوحد:
144	5. أساليب التكفل باضطراب طيف التوحد:
145	1.5 العلاج السلوكي:
146	2.5 العلاج الدوائي:
147	3.5 العلاج النفسي:
148	ثانياً: الأمومة واضطراب طيف التوحد:
148	1. ماهية الأمومة:
149	2. طبيعة العلاقة التفاعلية أم - طفل:
153	3. استجابة الأم تجاه ميلاد طفل مصاب باضطراب طيف التوحد:
153	1.3 الشعور بالصدمة:
154	2.3 مرحلة الإنكار:
154	3.3 مرحلة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير:
154	4.3 مرحلة ردود الفعل الانفعالية والعاطفية:
155	4. المشكلات النفسية لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:
158	5. الألكسيتيميا لدى أم طفل طيف التوحد:

قائمة المحتويات

163 خلاصة الفصل:

الجانب التطبيقي

165 الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

166 تمهيد:

167 1. الدراسة الاستطلاعية:

168 1.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

169 2.1 منهج الدراسة الاستطلاعية:

169 3.1 حدود الدراسة الاستطلاعية:

170 4.1 عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها:

172 5.1 أدوات الدراسة الاستطلاعية:

175 6.1 نتائج الدراسة الاستطلاعية:

182 7.1 أوجه الاستفادة من الدراسة الاستطلاعية:

181 2. الدراسة الأساسية:

181 1.2 منهج الدراسة:

183 2.2 حدود الدراسة:

184 1.2.2 الحدود المكانية:

185 2.2.2 الحدود الزمانية:

187 3.2 مجتمع وعينة الدراسة:

188 4.2 خصائص عينة الدراسة:

188 1.4.2 عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير السن:

189 2.4.2 عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي:

190 3.4.2 عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي

قائمة المحتويات

191	4.4.2 عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير الوضع المهني
192	5.2 أدوات الدراسة:
192	1.5.2 مقياس تورونتو للألكسيتيميا TAS-20:
198	2.5.2 المقابلة العيادية:
199	3.5.2 الملاحظة العيادية:
200	4.5.2 برنامج المرافقة النفسية (من إعداد الباحثة):
236	6.2 الأساليب الاحصائية
236	خلاصة الفصل:
237	الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة
238	تمهيد:
239	1. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى:
242	2. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية:
244	3. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثالثة:
246	4. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الرابعة:
249	5. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية العامة:
252	خلاصة الفصل:
253	الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة
254	تمهيد:
255	1. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية العامة:
262	2. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى:
272	3. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية:
278	4. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثالثة:

قائمة المحتويات

282	..... مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الرابعة:
286	..... 6. الاستنتاج العام:
289	..... خلاصة الفصل:
291	..... خاتمة:
294	..... التوصيات والمقترحات
295	..... توصيات الدراسة:
296	..... مقترحات الدراسة:
298	..... قائمة المصادر والمراجع
322	..... الملاحق

قائمة الجداول

قائمة الجداول:

جدول رقم 1: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن: 171
جدول رقم 2: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المهنة: 171
جدول رقم 3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي 171
جدول رقم 4: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي: 172
جدول رقم 5: يوضح مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد: 174
جدول رقم 6: يمثل الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير السن: 174
جدول رقم 7: يمثل الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي: 175
جدول رقم 8: يمثل الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي 175
جدول رقم 9: يمثل نتائج القياس القبلي للحالة: 178
جدول رقم 10: يمثل نتائج القياس البعدي للحالة: 178
جدول رقم 11: يوضح الحدود المكانية لإجراء الدراسة الأساسية: 184
جدول رقم 12: يوضح تواريخ جلسات المرافقة النفسية: 186
جدول رقم 13: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن: 188
جدول رقم 14: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي: 189
جدول رقم 15: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي: 190
جدول رقم 16: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية: 191
جدول رقم 17: يوضح توزيع عبارات مقياس الألكسيتيميا في الأبعاد الثلاثة: 192
جدول رقم 18: يوضح العلامات المعطاة لبدائل الأجوبة في مقياس تورونتو للألكسيتيميا: 193: TAS-20
جدول رقم 19: يوضح مستويات الألكسيتيميا حسب درجات المقياس: 193
جدول رقم 20: يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد صعوبة وصف المشاعر: 194

قائمة الجداول

195	جدول رقم 21: يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد صعوبة تحديد المشاعر:
196	جدول رقم 22: يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد التفكير الموجه نحو الخارج:
196	جدول رقم 23: يوضح الصدق البنائي لمقياس تورونتو للأكسيتيميا (TAS-20):
197	جدول رقم 24: يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس تورونتو للأكسيتيميا:
198	جدول رقم 25: يوضح ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية:
204	جدول رقم 26: يمثل خصائص العينة التجريبية للدراسة:
206	جدول رقم 27: يوضح مخطط سير الجلسة الأولى
209	جدول رقم 28: يوضح مخطط سير الجلسة الثانية
211	جدول رقم 29: يوضح مخطط سير الجلسة الثالثة
214	جدول رقم 30: يوضح مخطط سير الجلسة الرابعة
216	جدول رقم 31: يوضح مخطط سير الجلسة الخامسة
219	جدول رقم 32: يوضح مخطط سير الجلسة السادسة
221	جدول رقم 33: يوضح مخطط سير الجلسة السابعة
224	جدول رقم 34: يوضح مخطط سير الجلسة الثامنة
226	جدول رقم 35: يوضح مخطط سير الجلسة التاسعة
229	جدول رقم 36: يوضح مخطط سير الجلسة العاشرة
231	جدول رقم 37: يوضح مخطط سير الجلسة الحادية عشر
239	جدول رقم 38: يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الأكسيتيميا:
240	جدول رقم 39: يوضح التكرارات والنسب المئوية لتوزيع مستويات الأكسيتيميا:
242	جدول رقم 40: وضح نتائج اختبار Kruskal-Wallis ومستوى الفروق في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد التي تعزى لمتغير السن:
244	جدول رقم 41: يوضح نتائج اختبار Kruskal-Wallis ومستوى الفروق في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد التي تعزى لمتغير المستوى التعليمي:
247	جدول رقم 42: يوضح نتائج اختبار Kruskal-Wallis ومستوى الفروق في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد التي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي:

قائمة الجداول

جدول رقم 44: يبين دلالة الفروق في درجات الألكسيتيميا للمجموعة التجريبية وفقاً للقياسين القبلي والبعدي: 249
جدول رقم 44: يبين دلالة الفروق في درجات الألكسيتيميا للمجموعة التجريبية وفقاً للقياسين البعدي والتتبعي: 250

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال:

الشكل رقم 1: يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة 179

الشكل رقم 2: يوضح اجراءات التصميم الشبه تجريبي ذو المجموعة الواحدة: 183

الشكل رقم 3: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن 188

الشكل رقم 4: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي: 189

الشكل رقم 5: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي: 190

الشكل رقم 6: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية: 191

الشكل رقم 7: يوضح النسب المئوية لتوزيع مستويات الألكسيتيميا: 241

قائمة الملاحق:

الملحق رقم (1): موافقة مدير المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بولاية تبسة للقيام بالدراسة الميدانية.....	323
الملحق رقم (2): موافقة مدير المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بولاية قالمة للقيام بالدراسة الميدانية.....	324
الملحق رقم (3): مقياس الألكسيتيميا TAS-20	325
ملحق رقم (4): شبكة الملاحظة العيادية.....	328
الملحق رقم (5): دليل المقابلة العيادية:.....	232
ملحق رقم (6): طلب تحكيم برنامج مرافقة نفسية.....	333
ملحق رقم (7): قائمة الأساتذة المحكمين لبرنامج المرافقة النفسية.....	346
ملحق رقم (8): الدرجات الخام للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) للقياس القبلي، البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية	345

مقدمة

مقدمة:

تشكل الاضطرابات النمائية الارتقائية عائقا أمام وصول الطفل إلى مرحلة مقبولة من النضج العقلي، الاجتماعي والانفعالي، ذلك نظرا لصعوبة علاجها إلى حد كبير، ولهذا السبب فقد أولى المهتمون بفتة ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف مجالاتهم، أهمية بالغة لدراسة خصائص هذه الشريحة من المجتمع ومميزاتها، وطرق التكفل بها، بهدف العمل على تسهيل الحياة اليومية لهؤلاء الأطفال المضطربين، والتكفل المبكر بهم على مختلف الأصعدة النفسية، الصحية، الاجتماعية والتربوية، وبالنظر إلى الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، فيحتل اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder (=ASD) المرتبة الأولى من حيث أهميته وغموضه وتعقيده، نظرا لزيادة نسبة الإصابة به في السنوات الأخيرة، حيث يتمثل هذا الاضطراب في خلل في القدرة المعرفة للطفل، مصحوبا ببعض الاضطرابات في النواحي النفسية والسلوكية والوظائف الحيوية العامة، وهذا ما يجعل له عظيم الأثر على المهارات المعرفية والتواصل الاجتماعي للطفل المصاب، وهو من أشد الإعاقات التي تبدأ مع ميلاد الطفل وتستمر معه طيلة فترات حياته، ولا ينجو منها سوى نسبة قليلة، لا تتعدى (20%) أو (30%)، وتقتصر هذه النسبة فقط على الحالات التي تعاني من اضطراب طيفي، وفيما عدا ذلك نجد أن أكثر من (70%) من الحالات يصلون إلى مراحل متقدمة من العمر وهم لا يزالون يعانون من إعاقة شديدة، حيث يظلون في حاجة مستمرة إلى رعاية متكاملة من طرف أفراد أسرهم أو مراكز رعاية خاصة بهم.

عندما نتحدث عن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، فإننا نتحدث عن طفل يفقد إلى سمات السواء، كونه يعاني من مظاهر وخصائص تميزه عن غيره من الأطفال العاديين في نفس سنه، إذ أن هذه الإعاقة تؤثر على معظم مظاهر نمو الطفل، وتحول دون تواصله بشكل سوي مع أسرته والأفراد المحيطين به، بل وتعوق مسار نموه المعرفي والاجتماعي، وبالتالي تؤدي به إلى الانسحاب والانغلاق على الذات، حيث يصبح هذا الطفل رافضا لأي نوع من أنواع الاتصال والاقتراب من الأفراد المحيطين به. وبما أن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد جزء لا يتجزأ من أسرته، فهو بطبيعة الحال يؤثر ويتأثر بكل فرد من أفرادها، وبشكل خاص بالوالدين، على اعتبار أن ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ليس بالأمر الهين عليهما، إذ يقعان بعد التأكد من إصابة طفلهما باضطراب طيف التوحد، ومع وضوح أعراض هذا الاضطراب بتقدم عمر الطفل، تحت وطأة أنماط متنوعة من الاعتلالات والمحن النفسية، نظرا لما يعانيناه

مقدمة

مع هذا الاضطراب من غرابة في الأعراض، وشذوذ في السلوكيات والعادات، إضافة إلى ما تفرضه طبيعة هذا الاضطراب من متطلبات لا تنتهي، كالمتابعة الصحية والنفسية المستمرة، وكذا الأعباء المادية الشاقة التي تتطلبها طرق التكفل والعلاج.

وعلى هذا الأساس، فإنه لا يمكن إنكار حجم المعاناة التي يمر بها والدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، لاسيما الأم، كونها تتكبد عناء كبيرا في رعاية هذا الطفل، وغالبا ما تأخذ دور الحماية الجسدية والنفسية والوصية الأساسية على تلبية حاجات الطفل، بينما يكون الأب أكثر تحفظا في دوره، وقد ينحصر تعامله في الانسحاب أو الاستدماج الداخلي لمشاعره. كما اعتبر بولبي Bowlby (1978) أن دور الأب في تنشئة الطفل ثانويا مقارنة مع دور الأم، حيث أن تربية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يؤدي إلى تغيير كامل في نمط حياة الأم النفسي، الأسري والاجتماعي، ويفرض عليها المزيد من الضغط، نظرا لكونها في غالب الأحيان هي الراعي الأول لطفلها، وهي التي تتحمل عبء رعايته والاهتمام به، لاسيما أن هذا الطفل يكون غير قادر على ممارسة نشاطاته اليومية بشكل عادي، ويكون غير قادر على قضاء احتياجاته اليومية باستقلالية شأنه شأن الأطفال العاديين.

كما أن أحد مصادر الاضطراب الانفعالية العنيفة التي قد تحدث للأم هو الإحباط الذي يواجهها عندما ترزق بطفل يعاني من عجز وقصور نمائي، حيث تنتظر إليه على أنه إنجاز ذاتي، وتعتبره بمثابة هدية قيمة تقدمها لزوجها ولأفراد أسرتها، وتشعر بالفخر والتباهي بإنجاب طفل سليم فبعد أن كانت تتوقع أشكال الإثابة التي ترتبط بالأمومة، والإحساس بالسعادة وتحقيق الذات مع طفل سوي ومتكامل النمو، قابل لاستجاباتها ومتفاعل معها، فإن كل هذه المشاعر سرعان ما تتحطم بعد إدراكها بأن الطفل الذي أنجبته يتنافى مع الآمال والتطلعات التي بنتها عليه، ولا يتناسب مع الصورة المثالية والمتكاملة التي رسمتها له عندما كان داخل أحشائها، وغالبا ما تكون الاستثارة الانفعالية الناتجة عن هذه الأم ما تتميز بالقلق والشعور بالذنب ولوم الذات، مما يدفعها إلى انتهاج أساليب دفاعية في محاولة منها للتخفيف من حدة هذه المشاعر الضاغطة والانفعالات السلبية، كالهروب عن طريق إنكار إصابة طفلها، كما قد تلقي اللوم على نفسها لتكفر عن مشاعر الذنب التي تعيشها، تعزل الأم نفسها اجتماعياً وتخفي إعاقة طفلها خوفاً من زيادة الضغط الاجتماعي والاستهجان من المجتمع، أم على العكس من ذلك، قد تلجأ إلى تقبل إعاقة ابنها بالرجوع إل الجانب الديني والروحي، أو قد تحاول جمع معلومات كافة عن هذا الاضطراب لكي تتمكن من معيشة

حالة ابنها ووضع خطط مستقبلية تتناسب ووضعيته، ولكن وغالبا ما تكون الأساليب الدفاعية للأُم غير ناضجة، تؤدي بالأُم إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية والانفعالية، حيث قد تفقد الأُم إيجابية التواصل ويتأثر سلوكها سلبا في تفاعلاتها مع طفلها، ومع باقي أفراد أسرتها، وتواصلها الفعال معهم، وتقبلها لذاتها ولطفها المعاق، وهذا ما يعرف بفقدان القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر، أو ما يعرف بالألكسيثيميا Alexithymia.

يتجسد اضطراب الألكسيثيميا في القصور في التعبير عن المشاعر والعواطف عن طريق التعبير، وكذا انعدام الوعي بها، والافتقار إلى الحياة التخيلية، وصعوبة في إيجاد اهتمامات داخلية تسعد الفرد، مما يفقده مهارات التفكير الإيجابي، والتفكير العملي والموجه نحو الخارج، فيصبح الفرد منشغلا بتفاصيل الأمور والأحداث الخارجية المتعلقة بالمحيط، مهملًا مشاعره وانفعالاته الداخلية، والأسلوب المعرفي النفعي والسطحي، وقصور في التنظيم الوجداني والمعرفي للمعلومات الانفعالية. ويتضمن المفهوم السيكولوجي للألكسيثيميا مجموعة من الخصائص والسمات المعرفية والانفعالية التي وصفت في بادئ الأمر لدى المرضى النفسجسديين ثم بعد ذلك لدى أصداف من الأشخاص المدمنين، وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) أو اضطرابات الأكل.

حيث تشير نظرية الصدمة في هذا الصدد إلى أن الألكسيثيميا تعتبر وسيلة للتعاش مع الصدمة، حيث يختارها الفرد كوسيلة للدفاع والهروب من التعامل مع الضغوطات النفسية والانفعالات السلبية، كما أن الضغوط الأسرية تلعب دور كبيرا في ارتفاع مستوى الألكسيثيميا لدى والدي أطفال طيف التوحد وكذا أبنائهم، فالوالدين الذين يعانون من مستوى مرتفع من الألكسيثيميا، ونخص بالذكر هنا الأمهات، يتأثر أبنائهم بهذه الحالة فيصبحون أكثر استعدادا للإصابة بها، وذلك نظرا لعدم توافر الفرص الكافية التي تمكنهم من الإفصاح عن مشاعرهم وانفعالاتهم بكل حرية أمام الآخرين، لكن عندما يتوافر لهم فرصة للمشاركة الاجتماعية يكون ذلك بمثابة متنفس للتعبير عن وجداناتهم. تلجأ أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد إلى استخدام الألكسيثيميا كوسيلة دفاعية بغرض الإنكار أو الهروب من الواقع الذي يحتم عليها التعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية والانفعالات السلبية التي تواجهها، بسبب عدم تقبلها لحقيقة إصابة ابنها بهذا الاضطراب، وهذا ما تؤكد العديد من نتائج الدراسات السابقة، مما يؤثر بالسلب على حالتها النفسية، حيث أن الألكسيثيميا تؤدي بدورها إلى ظهور سلسلة من الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، كما أنها تشكل

عائقا أمام رعاية الأم لطفلها على أكمل وجه، وتلبيتها لجميع احتياجاته ومتطلباته، وكذا قيامها بواجباتها تجاه أفراد أسرتها الآخرين.

وبالرغم من التطور المستمر للبرامج العلاجية والتدريبية، ومختلف الخدمات التي يتم تقديمها لفئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عموما، وفئة أطفال طيف التوحد خصوصا، إلا أن هذا التطور لم يشمل تقديم الخدمات النفسية للأمهات هؤلاء الأطفال بشكل كاف، مما ساهم في تفاقم حالتهم النفسية، وبطبيعة الحال هذا ما سيعود بنتائج وخيمة على حالة أطفالهم المعاقين خصوصا، وأفراد أسرهم عموما، لذلك تقتضي الضرورة توفير خدمات نفسية خاصة بهذه الفئة، يكون هدفها الرئيسي تخفيف المعاناة النفسية التي تعيشها هذه الأمهات، وتحسين حالتها الصحية، ومن أهم الاستراتيجيات الحديثة المنتهجة مع أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، هي استراتيجية المرافقة النفسية، والتي تعتبر أسلوب تكفلي علاجي إنساني يهدف إلى تقديم خدمات علاجية للأفراد في مختلف مراحلهم العمرية، وذلك لمساعدتهم على تخطي مشكلاتهم النفسية والانفعالية، والتي تكون عائقا لوصوله إلى أقصى درجات الاستقرار النفسي، وذلك عن طريق مجموعة من الأساليب والتقنيات المتنوعة والمتكاملة فيما بينها، يتم اختيارها بعناية لتتناسب مع الحالة النفسية للشخص المعني بعملية المرافقة، والأخذ بيده ومساعدته على إيجاد حلول لمشكلاته، وتوجيهه لفهم ذاته والاستبصار بها، وتنمية ثقته بنفسه، وفتح مجال لتنمية العلاقات الاجتماعية لديه، وإرشاده إلى اتخاذ قرارات أكثر فعالية وإيجابية، مما يعود بالنفع عليه وعلى أفراد أسرته.

ومن هنا جاءت فكرة الدراسة الراهنة، من استشعار الباحثة بمقدار المعاناة النفسية الشديدة الملقاة على كاهل أمهات أطفال طيف التوحد، وذلك بتسليط الضوء على هذه الفئة المهمشة من الأمهات التي تعاني من مستويات مختلفة من الألكسيتيميا، جراء إصابة طفلها باضطراب طيف التوحد، ومع قلة البرامج الإرشادية وحتى العلاجية الموجهة للتكفل النفسي بمختلف المشكلات والاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية التي قد تواجه أمهات أطفال طيف التوحد، وخاصة مشكلة الألكسيتيميا- على حد علم الباحثة- ، حيث وجدت الباحثة أن التركيز موجه فقط لتقديم الخدمات العلاجية لعلاج الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب فقط، على الرغم من أن العمل على مساعدة الأم وتحسين حالتها النفسية سينعكس بالضرورة إيجابا على حالة طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، ورغبة منا كذلك في المساهمة في بناء برنامج مرافقة نفسية شامل يمكن أن يستفيد منه تطبيقيا كل من سيهتم بالتكفل بهذه الفئة مستقبلا.

من أجل دراسة موضوع "أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد" بالاعتماد على منهجية البحث العلمي المتعارف عليها في الأوساط العلمية، تم تقسيم البحث إلى جانبين رئيسيين: جانب نظري وجانب تطبيقي.

يضم الجانب النظري أربعة فصول نوجزها فيما يلي:

يدور **الفصل الأول** حول الإطار العام للدراسة، حيث تم فيه عرض إشكالية الدراسة، فرضيتها، أهدافها، أهميتها، بالإضافة إلى دوافع اختيار موضوع الدراسة، ومن ثم تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة، وفي الأخير عرض الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، ثم التعقيب عليها.

أما **الفصل الثاني**، والموسوم بـ "الأسس النظرية والتطبيقية للمرافقة النفسية" فقد تناول مراحل ظهور المرافقة النفسية، مفهومها، طبيعة عملية المرافقة النفسية، أهدافها، شروطها وعوامل نجاحها، مهاراتها الأساسية، عوامل نجاح دور الاخصائي النفسي فيها، المرافقة النفسية والإرشاد النفسي، تقنيات المرافقة النفسية، وتضمنت المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، الاختبارات النفسية، والتقنيات المعرفية السلوكية.

وتضمن **الفصل الثالث** نشأة وتطور مفهوم الألكسيتيميا، تعريفها، انتشارها، أنواعها وأعراضها، المظهر الإكلينيكي للألكسيتيميا، النظريات المفسرة لها، الألكسيتيميا والأمراض السيكوسوماتية، وسائل قياس الألكسيتيميا وعلاجها.

بينما احتوى **الفصل الرابع**، والمعنون بـ "اضطراب طيف التوحد وسيكولوجية الأمومة" على جزئين: الجزء الأول تناول مفهوم اضطراب طيف التوحد، النظريات المفسرة له، خصائصه، تشخيصه وأساليب التكفل به، أما القسم الثاني من الفصل، فتطرق إلى ماهية الأمومة، وطبيعة العلاقة التفاعلية أم-طفل، استجابة الأم تجاه ميلاد طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، المشكلات النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وأخيرا الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

أما الجانب التطبيقي فقد تضمن ثلاثة فصول نذكرها فيما يلي:

الفصل الخامس الذي تناول الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية على شقين، حيث تضمن الشق الأول للفصل إجراءات الدراسة الاستطلاعية، كخطوة تمهيدية للدراسة الأساسية، بالتطرق إلى أهداف الدراسة

الاستطلاعية، منهجها، حدودها، أدواتها، والنتائج التي تم التحصل عليها بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية، أما بالنسبة للشق الثاني من الفصل، فتناول وصفا للإجراءات التطبيقية المتبعة في الدراسة الأساسية، ابتداء من المنهج الذي تم اختياره ليتناسب مع أهداف البحث، ومن ثم تحديد حدود الدراسة، ليليه وصف لمجتمع وعينة الدراسة، وخصائصها، إضافة إلى أدوات الدراسة، وختاما الأساليب الإحصائية المتبعة لمعالجة وتحليل البيانات.

بينما تناول **الفصل السادس** للأطروحة، والموسوم بـ "عرض وتحليل نتائج الدراسة"، التحقق من اعتدالية توزيع البيانات، عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضيات الجزئية الأولى، الثانية، الثالثة، والرابعة، ومن ثم عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية العامة للدراسة.

أما **الفصل السابع** والأخير للأطروحة، تضمن مناقشة وتفسير نتائج الدراسة، وذلك من خلال مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية العامة، ومن ثم مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضيات الجزئية للدراسة، وفي الأخير تم وضع استنتاج عام للدراسة.

كما تضمنت الخاتمة حوصلة لمنطلقات الدراسة الراهنة، من المنهج المتبع وعينة البحث والأدوات المستخدمة لجمع البيانات، وأخيرا التذكير بنتائج البحث والإجابة عن الفرضيات المصاغة، للتمكن في الأخير للخروج بمجموعة من التوصيات والمقترحات، والتي نعتقد بأنها ستكون كنقطة انطلاق لدراسات مستقبلية على المستوى المحلي والدولي، ثم قائمة المصادر والمراجع، وملاحق الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

- تمهيد

1. إشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. أهداف الدراسة

4. أهمية الدراسة

5. دوافع اختيار الموضوع

6. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة

7. الدراسات السابقة

8. التعقيب على الدراسات السابقة

- خلاصة الفصل

1. إشكالية الدراسة:

تعد الأسرة الحاضنة الأولى التي يتلقى فيها الطفل الخبرات الأولية للحياة، ومن خلالها تسقل شخصيته، وهي العنصر الأول الذي يدركه من حوله، وفيه يتلقى المعالم الأساسية للتربية والتنشئة الاجتماعية. وتمثل الأسرة الوحدة الاجتماعية الأولى للتفاعل بين الآباء والأبناء، حيث يمني الوالدين نفسيهما بإنجاب طفل سوي ومتكامل النمو، باعتباره الامتداد الطبيعي لهما، فعملية الإنجاب تحقق للأُم أنوثتها، وتثبت للأب مقدرته على تحمل المسؤولية، وتحقق بداخلهما إشباعات نفسية واجتماعية عميقة، إلا أن هذه الآمال سرعان ما تتبدد حينما يكتشفان أن هذا الوليد لا يتوافق مع طموحاتهما، فتتقلب حياتهما رأساً على عقب حينما ينجبان طفل مختلف عن غيره من العاديين في خصائصه وسلوكياته وتكوينه الذهني، وتزداد معاناتهما عندها تظهر عليه بعض الأعراض التي تشير إلى وجود إعاقة أو اضطراب يعيق مسار نموه في مختلف جوانبه، سواء كانت هذه الإعاقة جسمية كالتشوهات الخلقية، أو عقلية كالتخلف الذهني، وقد يكون الطفل مصاباً باضطراب نمائي عصبي، كاضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder)، الذي يعتبر من أكثر الاضطرابات انتشاراً في عصرنا الحالي، وتظهر أعراضه في السنوات الأولى من العمر، وتستمر معه طيلة حياته، فتعيق عمليات التواصل والتعلم والتفاعل الاجتماعي لديه.

أثار هذا الاضطراب العديد من الاستفسارات والتساؤلات منذ اكتشافه سنة (1943) على يد كانر Kanner، فهو حديث الاكتشاف إذا ما قورن بالإعاقات الأخرى، حيث أخذ هذا الاضطراب يتزايد في السنوات الأخيرة، بمعدل (05) حالات لكل (1000) طفل، وأشار العديد من الأخصائيين الأَرطفونيين إلى أن اضطراب طيف التوحد يصيب ما يعادل (1%) من سكان العالم ككل، أي ما يعادل (400) ألف طفل بالجزائر، كما أن الإحصائيات الأخيرة سنة (2011) تفيد بأن الجزائر قد سجلت (18) ألف طفل باضطراب طيف التوحد. الأمر الذي جعله ثالث أكثر الاضطرابات العصبية النمائية شيوعاً في العالم. (معامير، 2020)

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية، التي تشمل عدداً من الاضطرابات المتشابهة في معظم الأعراض السلوكية والتربوية، ويعرف بأنه حالة من القصور تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية، وحدوث اضطراب في الإدراك وضعف الدافعية، ويسبب خللاً في تطور الوظائف المعرفية وإدراك الزمان والمكان، مع قصور

شديد في استعمال اللغة وتطويرها، والسلوكيات النمطية المتكررة، كالعيب النمطي، وضعف القدرة على التخيل.

تعتبر لحظة اكتشاف ميلاد طفل مصاب باضطراب طيف التوحد من أصعب التحديات التي تواجه الأسرة، فهي بمثابة مرحلة حاسمة تؤدي إلى تغيير جذري في المسار النفسي والسلوكي والاقتصادي والاجتماعي لها، حيث يشهد أفرادها سلسلة أعباء وهموم لا تحتمل، من مشاكل وصعوبات مادية شاقة، ومخاوف وشكوك وصراعات، فلا شك أن تربية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يفرض مزيداً من الضغط على أفراد الأسرة عامة، والأم خاصة، باعتبارها السند الأساسي للطفل، والمسؤول الأول عن رعايته، وهي التي يقع على عاتقها مسؤولية الاهتمام به، وتلبية احتياجاته اليومية، كما تتحمل العبء الأكبر في تربيته، لاسيما أن هذا الطفل يكون غير قادر على ممارسة أنشطته اليومية بشكل عادي، فلا شك أن عناية الأم بطفلها مصاب باضطراب طيف التوحد مهمة في غاية الصعوبة، حيث تخصص هذه الأم القدر الأكبر من وقتها في رعايته، وهي التي تراقب تطورات طفلها سلوكياً ومعرفياً، وتلاحظ أي مشكلة قد يعاني منها، كما تسجل وتنقل أي ملاحظات ومعلومات عن الجوانب الغير سوية لطفلها، وتظل تنتقل به من طبيب أطفال إلى آخر، ومن أخصائي نفسي وأرطفوني إلى آخر دون أن تفقد الرجاء، راغبة في تحقيق نتائج مرضية عن حالة ابنها.

منذ أن تحمل الأم جنينها في بطنه وهي تنتظر بشوق ميلاد طفل سوي ومعافى، وترسم في ذهنها صورة مثالية له، وهذا ما يعرف بـ "الطفل الهوامي"، ولكن سرعان ما تصطم بصورة مشوهة ومغايرة لآمالها وتوقعاتها، بعد تشخيص ابنها على أنه يعاني من اضطراب طيف التوحد. وفي هذا السياق، حاول العديد من الباحثين دراسة مدى تأثير الصحة النفسية للأم بالصحة العامة للطفل، وتم التوصل إلى وجود علاقة طردية بينهما، أي أنه كلما أصيب الطفل بمشاكل جسمية أو سلوكية، كلما زادت معاناة الأم من مشكلات نفسية، وهذا ما ينطبق تماماً على أم الطفل ذو اضطراب طيف التوحد، التي تعيش مرحلة رفض وإنكار لحالة ابنها، وهذا راجع إلى الجرح النرجسي الذي تشكل لديها بسبب إعاقة ابنها، وتنتقل ردود أفعال واستجابات هذه الأم ما بين الصدمة والرفض والإنكار، والقلق ومشاعر الخوف ولوم الذات والشعور بالذنب، كل هذه الانفعالات السلبية تؤثر على الحالة النفسية لها، ما قد يسبب بدوره نشأة سلسلة من الاضطرابات النفسية والانفعالية، أهمها العجز عن التعبير الانفعالي، أو ما يعرف بالألكسيثيميا (Alexithymia)، حيث

تعتبر هذه الأخيرة اضطراب وجداني يتجسد في لا وعي الفرد بانفعالاته و مشاعره و عدم القدرة على التعبير عنها لفظيا.

كانت أول نشأة لمصطلح الألكسيتيميا سنة (1972) على يد سيفنيوس Sifneos، وعرفها على أنها افتقار الفرد للحياة الهوائية، مما يجعله يميل إلى التفكير البراغماتي النفعي، وذلك بهدف تجنب الصراعات والوضعيات الضاغطة، والعجز في التعبير عن الانفعالات ووصفها لفظيا، ومحدودية الخيال. وهي أحد أبعاد الشخصية التي تعكس قصور التعبير عن الأحاسيس والمشاعر، والتمييز بينهما، بسبب ضعف تجهيز المعلومات الانفعالية. (Sasai et al., 2010) وتتجسد الألكسيتيميا في قصور نسبي في مهارات التواصل الاجتماعي، بسبب عدم قدرة الفرد على ترجمة الرسائل والإشارات الانفعالية التي يتم استقبالها من الأفراد الآخرين، وصعوبة في إيجاد الكلمات التي تمكنهم من وصف أحاسيسهم وعواطفهم تجاه الآخرين، والتعبير عنها، وكذا صعوبة التمييز بين الأحاسيس الجسدية والانفعالات الداخلية، وسيادة نمط التفكير الموجه نحو الخارج، وبهذا يصبح الفرد الذي يعاني من الألكسيتيميا غير واع بانفعالاته ومشاعره، فيركز اهتمامه على التفاصيل العملية للأحداث فقط، بدلا من سماتها الانفعالية.

تلجأ أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد إلى استعمال الألكسيتيميا كوسيلة للدفاع، أو الهروب من التعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية، والانفعالات السلبية التي تواجهها جراء إعاقة ابنها، فتميل إلى قمع العواطف وكتبتها، وإنكار الخبرات والتجارب العاطفية المؤلمة، حيث يشير ريدي Reddy (2009) في نفس السياق إلى أن الألكسيتيميا ماهي إلا وسيلة للتعايش مع الصدمة، حيث يختارها الفرد كمهرب للتعايش مع الانفعالات السلبية التي تنتابه. (Reddy, 2010) كما أشارت النتائج التي خلصت إليها دراسة العيثان وآخرون (2012)، إلى أن أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات مختلفة، لديهن درجة عالية بدلالة إحصائية من أعراض الألكسيتيميا، كما توصلت دراسة سينجز وكاثلين Singer & Kathleen (1989)، إلى أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة كاضطراب طيف التوحد، تعانين من درجات مرتفعة من الضغط النفسي، من مصادر مختلفة، كالشعور بالإرهاق، الأعباء والتكاليف المادية والتعب الناجم عن تربية الطفل وتلبية احتياجاته، واضطرار الأم للتفرغ التام من أجل الاهتمام بطفلها المعاق ورعايته، والشعور بعدم الأمان والاستقرار نتيجة القلق والتخوف على مصير الطفل ومستقبله.

كما أكدت العديد من الدراسات أن الأطفال المصابون بإعاقات مختلفة يشكون قلقا وضغطا على أمهاتهم، حيث أن هؤلاء الأمهات أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والضغط النفسية، والاضطرابات الانفعالية كالأكسيتيميا، (Rodriguez & Murphy, 1997) كما أن إعاقة الطفل تتسبب في نتائج عكسية على الأمهات، نظرا للمطالب المستمرة الإعاقة، والقلق بشأن مآل الأبناء. كما أشار ميلز (Miles 1986)، أن الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل تشكل ضغطا كبيرا على الأم. (باتشو، 2021) وفي دراسة أخرى قام بها والكر (Walker 2000)، وخلصت النتائج إلى أن والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ووالدي الأطفال ذوي النشاط والحركة، أظهروا مستويات مرتفعة من التوتر النفسي مقارنة بوالدي الأطفال العاديين، وأهم مصادر التوتر كانت تتمثل في الخصائص السلوكية للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. (Walker, 2000)

كل هذه الاضطرابات النفسية والانفعالية التي تعاشها أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى معاناتها من الأكسيتيميا، من شأنها أن تؤثر بالسلب على طريقة تعاملها مع طفلها، وهذا ما يشكل بدوره عائقا مع رعايتها السوية له واهتمامها به، لذلك تقتضي الضرورة توفير عناية خاصة بهذه الفئة، بهدف مساعدتها على تجاوز مختلف المشكلات النفسية التي تعاني منها، والتغلب على الضغوطات المختلفة، والتخفيف من مشاعر الحزن والكرب الناتجة عن إعاقة طفلها، لتتمكن من استعادة استقرارها النفسي، وتنمية قدرتها على اتخاذ قراراتها و حل مشكلاتها، من خلال فهمها لواقعها و تقبلها له، وصولا إلى تحقيق التوافق النفسي والأسري والاجتماعي.

حسب نتائج العديد من الدراسات، كدراسة ستاين وجيس (Stein & Jess, 1974)، التي بينت أن برامج الرعاية والمساعدة النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة تزيد من الشعور بالرضا لديهن، كما تؤثر بصفة إيجابية على توافق أبنائهن، وتحسن حالتهم. (عراقة، 2006) ولعل من أهم الاستراتيجيات المتبعة لتقديم الرعاية النفسية لهذه الفئة، نجد استراتيجية المرافقة النفسية، التي تعتبر عملية إنسانية تهدف إلى تقديم خدمات علاجية نفسية للفرد في مختلف مراحل العمرية، بهدف مساعدته على تخطي المشكلات النفسية التي تحول دون سعادته واستقراره النفسي، وتتمثل المرافقة النفسية في أسلوب منظم ومخطط له من الدعم العلاجي والتكفل النفسي، يقوم على أساس بناء علاقة ثقة وألفة بين المرافق والفرد المعني بالمرافقة، بطريقة تضمن له التفاعل السوي مع ظروفه وبيئته الاجتماعية.

تتم عملية المرافقة النفسية عبر تطبيق مجموعة من الأساليب والطرق التي يختارها المرافق النفسي، لتتناسب مع حالة الفرد وشدة اضطرابه وحالته النفسية، وتعتمد على مساعدة الفرد في إيجاد حلول وبدائل للمشكلات التي تعترض حياته، وتوجيهه لفهم ذاته وإدراكها والاستبصار بها، وتنمية العلاقات الاجتماعية لديه، وتطوير ثقته بنفسه، وتشجيعه على التفريغ الانفعالي، وتدريبه على اكتشاف إمكانياته وقدراته الكامنة، وحسن استغلالها، ويعمل المرافق النفسي على زيادة وعي الفرد في التعامل مع الصعوبات التي تعيق مسار حياته، وإرشاده لاتخاذ قرارات صائبة، وفي هذا الصدد، تؤكد دراسة سوكولوفا (Sokolova, 2018) على ضرورة إنشاء نماذج للمرافقة النفسية لوالدي الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية، كاضطراب طيف التوحد، وتقديم الرعاية اللازمة لهم في مختلف المجالات النفسية، السلوكية والاجتماعية.

نظرا لندرة الدراسات السابقة التي تناولت المرافقة النفسية لفئة أمهات أطفال طيف التوحد، سواء العربية أو الأجنبية، - على حد اطلاع الباحثة- ارتأينا تطبيق هذه الاستراتيجية بمختلف تقنياتها على هذه الفئة، محاولة منا لخفض مستوى الألكسيتيميا لديهن، وهذا ما يعود بالفائدة على الأم وطفلها والأسرة بأكملها، لذلك سنحاول في هذه الدراسة معرفة أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وعلى هذا الأساس، تدور إشكالية هذه الدراسة في فلك التساؤل الرئيسي التالي:

- ما مدى مساهمة المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد؟

وانطلاقا من التساؤل الرئيسي، نطرح التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير السن؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي؟

2. فرضيات الدراسة:

لمعالجة إشكالية الدراسة، جاءت صياغة الفرضيات بالشكل التالي:

1.2 الفرضية العامة:

- تساهم المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

2.2 الفرضيات الجزئية:

- تعاني أمهات أطفال طيف التوحد من مستوى متوسط من الألكسيتيميا.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير السن.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

3. أهداف الدراسة:

1.3 الهدف الرئيسي:

- التعرف على أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

2.3 الأهداف الفرعية:

- التعرف على مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

- الكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى إلى متغير السن.

- الكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

- الكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى إلى متغير المستوى الاقتصادي.

4. أهمية الدراسة:

لكل بحث علمي أهمية تدفع الباحث إلى التعمق في موضوع بحثه والغوص في خباياه، محاولة منه لإماطة كل أنواع الغموض التي قد تعترى جوانبه، والتمكن من الوصول إلى إجابات شافية للتساؤلات التي يطرحها هذا الموضوع، وتتبع أهمية الدراسة الحالية في أنها قد تكون الأولى من نوعها في البيئة العربية - في حدود إطلاع الباحثة- من حيث تناولها لدراسة عرض وجداني يدعى بالألكسيتيميا لدى فئة أمهات أطفال طيف التوحد، والتي تعيق بدورها مدى قدرة الأم على الاهتمام بطفلها ورعايته، كما أن الاهتمام بدراسة المعاش النفسي لهذه الفئة من الأمهات، يكتسي في حد ذاته أهمية قصوى، باعتبارها من الفئات الأكثر حساسية في المجتمع، ونظرا لحاجتها الملحة إلى تدخلات نفسية مختلفة من مرافقة نفسية ودعم وإرشاد، من أجل مساعدتها على تقبل حالة طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، ومساعدته على تنمية قدراته التواصلية والتخفيف من حدة اضطرابه، للوصول به إلى أقصى درجة من التوافق والتكيف، فضلا عن استخدام هذه الدراسة لعملية المرافقة النفسية لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى هؤلاء الأمهات، الأمر الذي يمنعهم من التعبير الانفعالي عن مشاعرهن ومعاناتهن النفسية، ويحد من قدرتهن على التفاعل الاجتماعي، كما أن الألكسيتيميا تعد عامل خطر لنشأة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأفراد المصابين بها، ومن الطرح السابق، تنبثق أهمية إجراء الدراسة الحالية في الاعتبارات النظرية والتطبيقية التالية:

1.4 الأهمية النظرية:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية من الناحية النظرية في إثراء المعرفة السيكلوجية، من خلال تناول موضوع الألكسيتيميا. التي تعد من أهم الظواهر النفسية والانفعالية المهددة للاستقرار النفسي للفرد، وصحته الجسدية، وترتبط بشكل مباشر بنشأة الأمراض السيكوسوماتية، كما تعتبر هذه الدراسة إضافة معرفية جديدة

لدراسات النادرة في مجال المرافقة النفسية والأكسيتيميا، الأمر الذي قد يمهد لإجراء المزيد من الأبحاث والدراسات في هذا المجال.

تبرز أهمية الدراسة الحالية من خلال تركيزها على أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، باعتبارها الركيزة الأساسية للأسرة، والراعي الأول المسؤول على الاهتمام بابنها، فبالإضافة إلى كونها أم، هي أيضا ربة بيت وزوجة، كما قد تكون في الكثير من الأحيان عاملة، هذا ما يشكل نوع من الضغط عليها، ويجعلها تعيش في صراع أدوار، بسبب المسؤوليات التي تثقل كاهلها، الأمر الذي يجعلها عرضة للكثير من الاضطرابات النفسية والانفعالية، وعلى رأسها الأكسيتيميا. كما أن أغلب الدراسات التي تم إجراءها حول أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ركزت فقط على الاضطرابات النفسية والانفعالية التي تعاني منها هذه الفئة، واهتمت بدراسة علاقة هذه الاضطرابات بمتغيرات أخرى، إلا أنه وفي حدود علمنا، لم تكن هناك دراسة مباشرة اهتمت بتطبيق استراتيجيات المرافقة النفسية على أمهات أطفال طيف التوحد، والتحقق من أثرها في خفض مستوى الأكسيتيميا لديهن.

2.4 الأهمية التطبيقية:

من المؤمل أن تعيد نتائج هذه الدراسة تطبيقيا في إثراء ميدان الممارسة الإكلينيكية، من خلال مساعدة الباحثين والأخصائيين النفسيين والمرشدين، والعاملين في المراكز النفسية والبيداغوجية الحكومية والخاصة، في تصميم برامج مرافقة نفسية، وتطوير برامج إرشادية ووقائية، لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، وأمهات أطفال طيف التوحد بصفة خاصة، لمساعدتهن على تخطي مشكلاتهن النفسية الناتجة عن إعاقة ابنائهن. كما تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، الأمر الذي يساعدن على تطوير مهاراتهن وقدراتهن في التعرف على مشاعرهن وانفعالاتهن، والتعبير عنها لفظيا، وزيادة مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لديهن، وتحسين حالتهم النفسية بشكل عام، وبالتالي تحقيق التكيف والتوافق النفسي، الأسري والاجتماعي لهذه الفئة، ما يعود بالفائدة على صحتهم النفسية والجسمية، ويساهم في زيادة وتطوير مدى قدرتهن على الرعاية والاعتناء بأطفالهن الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. كما تكمن أهمية هذه الدراسة تطبيقيا في محاولة لفت انتباه السلطات المعنية إلى ضرورة إنشاء مراكز للرعاية النفسية لأمهات أطفال طيف

التوحد، حيث أن التدخل النفسي في هذه الحالة غالبا ما يكون مخصصا للطفل، دون الاهتمام لحجم المعاناة النفسية التي تعيشها هذه الفئة.

قد تسهم كذلك النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، في تزويد الأخصائيين النفسانيين بالمعلومات التي تفيد في وضع خطط وبرامج علاجية وإرشادية، للتخفيف من مستوى الألكسيتيميا لدى مختلف الأفراد، حيث يؤكد تايلور في هذا الصدد (Taylor 2010) أن التطبيقات الإكلينيكية لهذا الاضطراب تبدو واعدة، حيث أن الأفراد المصابين بالألكسيتيميا يبدون نماذج من سوء التكيف وعدم الضبط الانفعالي، كما أن العلاج النفسي أثبت أن خفض مستوى الألكسيتيميا يحقق فوائد صحية ونفسية جمة، حيث تتجسد أهمية خفض مستوى الألكسيتيميا في ارتباطها بالاضطرابات السيكوسوماتية والاكنتاب ومختلف الاضطرابات النفسية والانفعالية الأخرى لدى الأفراد المترددين على العيادات النفسية.

5. دوافع اختيار الموضوع:

- بعد العمل العيادي مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لفترة معتبرة، اتضح للباحثة أن الأم هي التي تحتاج بالدرجة الأولى إلى مرافقة نفسية، لكي تتمكن من مساعدة ابنها على التكيف مع اضطرابه، فنتيجة لتحملها مسؤولية رعاية ابنها وأسرته ككل، وجدنا أنها تعاني من العديد من الاضطرابات النفسية، لكنها لا تسعى للعلاج النفسي في الكثير من الأحيان، بل تفضل بدلا من ذلك علاج ابنها على حسابها.

- تعد هذه الدراسة أحد الأبحاث النادرة التي اهتمت بالتعرف على أثر المرافقة النفسية لمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، اللاتي يعانين من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، حيث أن أغلب الدراسات السابقة اهتمت فقط على المشكلات النفسية والانفعالية لهذه الفئة، وأهملت التدخل النفسي وتقديم خدمات نفسية لها.

- لاحظنا من خلال نزولنا إلى الميدان، واطلاعنا على عدد معتبر من الدراسات السابقة التي كانت ذات الصلة بموضوع بعضنا، اقتصر اهتمام الأخصائيين النفسيين والممارسين في الميدان الإكلينيكي بتقديم خدمات نفسية من مرافقة النفسية وبرامج علاجية متنوعة للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد فقط، وبالمقابل نلاحظ قلة الدراسات التي طبقت برامج علاجية وإرشادية ومرافقة نفسية بهدف مساعدة فئة مهات هؤلاء الأطفال، بالرغم من الأهمية البالغة والدور الفعال الذي تلعبه الأم في حياة طفلها، وعلى هذا الأساس،

ارتئينا تطبيق استراتيجيات المرافقة النفسية، لتقديم الدعم النفسي لفئة أمهات أطفال طيف التوحد، محاولة منا لتخفيف مستوى الألكسيثيميا لديها، والوصول بها لأقصى درجات التوافق والتوازن النفسي، الأسري والاجتماعي.

6. تحديد مصطلحات الدراسة اجرائيا:

يبقى تحديد مصطلحات الدراسة من أهم الضوابط التي تساهم في التحكم في موضوع البحث، ولا يمكن تجاوزها في أي بحث علمي، كونها تمثل حلقة وصل و رابط بين الإرث النظري والميدان، فضلا عن مساهمتها في إزالة أي غموض أو لبس قد يعترى أهداف الدراسة، حيث أن عملية تحديد هذه المفاهيم إجرائيا، تقربنا أكثر من الموضوعية، والتوصل بذلك إلى نتائج أكثر دقة ومصداقية، وعليه ارتأينا عرض مصطلحات الدراسة كالتالي:

1.6 المرافقة النفسية: Psychological Accompaniment

هي مجموعة من الخدمات النفسية التي يقدمها الأخصائي النفسي "المرافق"، للعميل الذي يحتاج إلى رعاية نفسية "المترافق"، عبر أساليب ووسائل محددة بطريقة تتناسب مع الوضعية النفسية العميل، ويتم تطبيقها ضمن إطار مكاني وزماني منظم ومحدد، وتهدف عملية المرافقة النفسية إلى تقديم يد العون للفرد، من خلال زيادة قدرته على التصدي إلى المشكلات التي قد تعترض مساره، وتوجيهه إلى فهم دوافعه، وإدراك ذاته، والاستبصار بها، والتكيف مع ظروف حياته، والاستغلال الأمثل لإمكانياته ومهاراته، وهي الأداة التي تم استخدامها على الأمهات المصابين باضطراب طيف التوحد للتخفيف من مستوى الألكسيثيميا لديهم.

2.6 الألكسيثيميا: Alexithymia

تعرف كذلك بالتكتم أو العجز عن التعبير الانفعالي، وهو مصطلح يشير إلى قصور أو خلل في معالجة الانفعالات معرفيا، وصعوبة في تحديدها، والتعبير عنها عن طريق الكلام، التمييز بينها وبين الإحساسات الجسدية، وسيادة نمط التقطير العملي والموجه نحو الخارج، ومحدودية الحياة الخيالية أو الهوامية، وندرة الأحلام.

أما من الناحية الإجرائية، فالألكسيتيميا يعبر عنها بالدرجات التي تتحصل عليها أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، بالإجابة على مقياس تورونتو للألكسيتيميا TAS-20

3.6 اضطراب طيف التوحد: Autism Spectrum Disorder

هو اضطراب نمائي عصبي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، ويستمر معه طيلة فترات حياته، ويتميز هذا الاضطراب بالكثير من الخصائص السلوكية كاضطرابات اللغة، قصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، السلوكيات النمطية والتكرارية، محدودية الأنشطة والاهتمامات... والسبب الحقيقي وراء نشأة هذا الاضطراب لا يزال مجهولاً ليومنا هذا، رغم كثرة الأبحاث والدراسات العلمية التي أجريت للتعرف على الأسباب الكامنة وراءه.

4.6 أمهات أطفال طيف التوحد: Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

يتمثلن في عينة الدراسة، وهن الأمهات اللواتي يعانين من مشكلات في التواصل مع ابنائهن الذين تم تشخيصهم من قبل المختص النفسي، والطبيب العقلي للأطفال، على أنهم مصابون باضطراب طيف التوحد.

7. الدراسات السابقة:

جرت العادة في الدراسات والبحوث العلمية، أن تدعم وتنطلق بناء على تراث نظري وقاعدة معلوماتية قيمة، يتمكن الباحث من خلالها أن يتصور وجهة معينة لدراسته، وذلك بالاعتماد على مجموعة من الدراسات السابقة، تكون ذات صلة مباشرة بمتغيرات البحث، وتكون الدراسات السابقة بمثابة حجر الزاوية في البحث العلمي، والزراد أو الترياق الذي يسعى الباحث من خلاله الاستفادة من طريقته في أساليب العرض والتبويب، والمناهج والأدوات المستخدمة، وكذا النتائج التي يتم التوصل إليها، لتحديد أوجه التشابه والاختلاف بينه هذه الدراسات، والدراسة الحالية. وعلى هذا الأساس، فإن الدراسات السابقة تعتبر أحد أهم العناصر التي يجب أن يحتويها البحث العلمي، وهي خطوة أساسية لا يجب أن يغفل الباحث عنها.

في هذا الشأن، جاءت الدراسة الحالية بهدف التعرف على أثر المرافقة النفسية لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، ومن أجل الاستفادة من الأبحاث والدراسات التي تم تقديمها في هذا الموضوع، قمنا بالاطلاع على أكبر عدد ممكن من الدراسات المتاحة ذات الصلة المباشرة وغير

مباشرة بموضوع بحثنا، وبالرغم من وفرة الدراسات السابقة التي تناولت فئة أمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، وفئة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بشكل خاص، إلا أننا لم نتمكن من إيجاد دراسات لها علاقة مباشرة بموضوع بحثنا، والذي تناول أثر المتغير المستقل على المتغير التابع على عينة البحث، حيث كانت أغلب الدراسات تصب في التعرف على مختلف الاضطرابات النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال طيف التوحد، مهمله تقديم الدعم النفسي لهم عن طريق المرافقة النفسية، وبالتالي فإن هذا الأمر يحسب على دراستنا، ويعزز من أصالة وحدثة موضوعنا.

ارتأينا التعرض إلى مجموعة من الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها، والتي اهتمت بالمعاناة النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وأمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذا بعض الدراسات التي تناولت برامج علاجية وإرشادية للتخفيف من مختلف الاضطرابات التي تعاني منها هذه الفئة، كما تم التطرق إلى مختلف الدراسات التي تناولت برامج علاجية وإرشادية مختلفة لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى عينات مختلفة.

1.7 الدراسات العربية:

➤ دراسة عبد القادر (1997) بعنوان "الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغط الوالدية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على التعرف على العلاقة بين اضطراب طيف التوحد والضغط الوالدية، وتمثلت عينة الدراسة في أربعين (40) طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، وأربعون (40) من آباء وأمهات أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث تم استخدام اختبار رسم الرجل، ومقياس الضغط الوالدية.

نتائج الدراسة:

- هناك علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين اضطراب طيف التوحد والضغط الوالدية.
- هناك علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين خصائص والدي الطفل ذو اضطراب طيف التوحد وضغوط الحياة.

➤ دراسة عبد القادر (2002): فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأمهاتهم، وذلك من خلال استئارة انفعالات وعواطف الطفل في محاولة لإخراجه من عزلته وتشجيعه على التفاعل والمشاركة مع الطفل العادي وأيضا استئارة انفعالات وعواطف أمهات الأطفال ذو اضطراب طيف التوحد، وتعديل السلوك والأفكار نحو الطفل ومساعدته للخروج من عزلته، والتخفيف من مشكلاته السلوكية، وتمثلت عينة البحث في ثمانية (8) أطفال و (8) أمهات، أما أدوات الدراسة فكانت قائمة تشخيص اضطراب طيف التوحد، قائمة مراجعة المظاهر السلوكية لاضطراب طيف التوحد، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي لاستئارة الانفعالات والعواطف لدى الطفل.

نتائج الدراسة:

-خلصت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين معاملة الأمهات لأطفالهم قبل تطبيق البرنامج وبعده وأصبح الأطفال أكثر اجتماعية.

➤ دراسة جابر (2008): فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في مدينة الرياض، وقامت الباحثة باختيار عينة مكونة من ثلاثين (30) امرأة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المسجلين في مراكز التوحد في مدينة الرياض، والتي بلغ عددها خمسة مراكز، ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية، وتم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وتضم (15) سيدة، و (15) امرأة للمجموعة الضابطة. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس الضغوط النفسية، كما تم بناء برنامج بعد الاطلاع على بعض البرامج الإرشادية المقدمة إلى والدي الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة، ويتضمن البرنامج استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي والذي يتكون من اثني عشر (12) جلسة إرشادية، بواقع ساعة ونصف للجلسة الواحدة مرتين أسبوعياً، والتي تتضمن التدريب على مهارات خفض الضغوط النفسية وتتضمن التحصين ضد التوتر والذي

يضم (مهارة إعادة البناء المعرفي، ومهارة الاسترخاء، ومهارة حل المشكلات) والتدريب على المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال.

نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس الدراسة لصالح المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة بعد شهر، مما يشير إلى فاعلية البرنامج التدريبي المطبق في خفض الضغوط النفسية واستمرار آثاره بعد شهر من انتهاء الدراسة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة على القياسين البعدي والمتابعة على بعض أبعاد مقياس الضغوط النفسية.

➤ دراسة الشريف (2010): أثر التدريب في أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين في مدينة عمان، وتألفت عينة الدراسة من (30) أم، وتم توزيعهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تكونت من (15) أما تم إخضاعهن للتدريب على أسلوب حل المشكلات، ومجموعة ضابطة تكونت من (15) أما لم يتلقين تدريبا على حل المشكلات، وبالنسبة لأدوات الدراسة، استخدم الباحث مقياس التوتر النفسي، ومقياس التكيف النفسي (قياس قبلي)، ثم طبق أسلوب حل المشكلات على المجموعة التجريبية، لمدة دامت ثمانية (8) أسابيع، بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا، مدتها ساعة واحدة، وبعد الانتهاء من التدريب، تم إعادة تطبيق أدوات الدراسة مرة أخرى على جميع عينة الدراسة (قياس بعدي).

نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي تم تعريضها للتدريب على أسلوب حل المشكلات، والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للتدريب على الدرجة الكلية، وعلى البعدين المعرفي والنفسي للتوتر لصالح المجموعة التجريبية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية على العلامة الكلية لمقياس التكيف، والأبعاد الفرعية الشخصية والانفعالية بين المجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب، والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للتدريب لصالح المجموعة التجريبية

➤ دراسة أبو الديار (2011): أساليب مواجهة الضغوط لدى الطفل الذاتي ووالديه لخفض الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للأكسيتيميا.

هدفت الدراسة إلى تنمية أساليب مواجهة الضغوط لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد ووالديه، لخفض الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للأكسيتيميا، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس التجانس وأخرى علاجية تمثلت في قائمة الأعراض المصاحبة للأكسيتيميا، واستمارة فهم الأعراض والاحتياجات العامة، والدليل التشخيصي لاضطراب طيف التوحد، واستمارة تقييم فني التاهيل والتدريب، وجلسات البرنامج العلاجي.

نتائج الدراسة:

- أسفرت نتائج الدراسة عن نجاح البرنامج في خفض الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للأكسيتيميا كالقلق والتوتر والاكتئاب والاضطرابات السيكوسوماتية.

- أوضحت الدراسة استمرارية فعالية البرنامج في خفض الأعراض بعد انتهاء البرنامج.

➤ دراسة الشامي (2011): مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في مدينة عمان تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية.

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، في مدينة عمان، تبعا للمتغيرات الديمغرافية التالية: المستوى التعليمي، العمل، عدد الأطفال، الدخل الأسري، بالمقارنة مع عينة من أمهات الأطفال الأسوياء. وتكونت عينة الدراسة من مئة وتسعون (190) من الأمهات ومن بينهم خمسة وتسعون (95) أما لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، وخمسة وتسعون (95) أما لأطفال أسوياء، وتم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب، واختبار حالة القلق للكبار، ومقياس الضغوط النفسية على جميع الأمهات.

نتائج الدراسة:

-أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مستويات مرتفعة من الضغط النفسي والقلق والاكتئاب بالمقارنة مع أمهات الأطفال الأسوياء.

-لا توجد فروق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأمهات الأطفال الأسوياء تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي والعمل وعدد الأطفال والدخل الأسري.

➤ دراسة العيثان وآخرون (2012): الألكسيتيميا بين أمهات أطفال طيف التوحد العربيات وعلاقته باضطرابات المزاج.

هدفت الدراسة إلى دراسة أعراض غياب التعبير الانفعالي (الألكسيتيميا) لدى أمهات الأطفال المعاقين في المملكة العربية السعودية، والبحث فيما إن كانت أعراض الألكسيتيميا مصاحبا لصعوبة المزاج وبعض العوامل الديمغرافية، وتم إجراء الدراسة على ستة وثمانون (86) أم يعتنين بأطفال مصابون بإعاقات مختلفة جسمية أو عقلية أو حسية (المجموعة التجريبية)، كما شملت الدراسة على اثنان وثلاثون (32) أم لأطفال أسوياء (المجموعة الضابطة)، واستخدم الباحثون مقياس المستشفى للاكتئاب والقلق لقياس أعراض المزاج للأمهات، ومقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، لتقدير درجة أعراض التكتم، كما تم جمع المعلومات الديمغرافية للأمهات والأطفال.

نتائج الدراسة:

-أمهات الأطفال المعاقين لديهن درجة عالية بدلالة إحصائية من أعراض الألكسيتيميا، ودرجة متوسطة على مقياس القلق ودرجة عالية بدلالة إحصائية بمقياس الاكتئاب.

-هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجة الألكسيتيميا مع درجة الاكتئاب، ودرجة القلق.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أعراض الألكسيتيميا وعمر الطفل وعمر الأم ومدة الإعاقة.

- إن الأمهات اللواتي يعتنين بأطفال معاقين يظهرن أعراض الألكسيتيميا والذي يرتبط بزيادة اضطرابات المزاج. (Al-Eithan et al., 2012)

➤ دراسة غنيم (2015): الضغوط وأساليب مواجهتها وأساليب مواجهتها وعلاقتها بالصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها وعلاقتها بالصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من ستون (60) أما، ثلاثون (30) أما لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وثلاثون (30) أما أطفال عاديين.

نتائج الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين أمهات الأطفال العاديين وأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في الضغوط النفسية وفي بعد التفاعل لسلبى على مقياس الحياة الضاغطة، لصالح أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وفي التصرفات السلوكية والتفاعل الإيجابي لصالح أمهات الأطفال العاديين.

- هناك علاقة موجبة بين الضغوط وأساليب مواجهتها بالمساندة الاجتماعية وأبعادها لدى عينة من أمهات الأطفال العاديين.

➤ دراسة الفارسي وآخرون (2016): الضغط النفسي، القلق، الاكتئاب بين والدي أطفال طيف التوحد في عمان.

هدفت هذه الدراسة إلى فحص ما إذا كان هناك اختلاف في أداء مستويات الضغط النفسي، الاكتئاب والقلق التي تم استكشافها من خلال مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي على عينة بلغ قوامها (21) بين الآباء والأمهات مقدمين الرعاية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والآباء والأمهات مقدمي الرعاية لأطفال ذوي إعاقات ذهنية أخرى، وآباء وأمهات مقدمي الرعاية لأطفال طبيعيين.

8. نتائج الدراسة:

- كانت جميع مستويات والاكتئاب والقلق أعلى لدى الآباء والأمهات مقدمي الرعاية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بالآباء والأمهات مقدمي الرعاية الآخرين في المجموعة.

- تؤكد هذه الدراسة على معلومات من دراسات أخرى أجريت في سكان آخرين بأن رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تؤثر على الحالة النفسية للآباء والأمهات مقدمي الرعاية.

- الآباء والأمهات مقدمي الرعاية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يحتاجون لرعاية نفسية أكثر من غيرهم نظرا للدور الصعب الذين يقومون به في رعاية أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد. (Al-Farsi et al., 2016)

➤ دراسة باشا (2016): فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي -دراسة حالة-.

هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وطبق الإرشاد المعرفي السلوكي على حالة واحدة تعاني من ضغوطات نفسية ناتجة عن إصابة ابنها باضطراب طيف التوحد، واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة أداتين لتشخيص الضغوط النفسية لدى الحالة، وهي: المقابلة النصف موجهة، ومقياس الضغوط النفسية، أما التدخل الإرشادي المعرفي السلوكي فقد ارتكز على أسلوب التحصين ضد الضغوط، لمايشنباوم (Meichebaum)، ثم قامت الباحثة بإعادة تطبيق مقياس الضغوط النفسية على المفحوصة بعد انتهاء التدخل الإرشادي.

نتائج الدراسة:

- انخفاض للدرجة الكلية للضغوط النفسية لدى الحالة.
- انخفاض في مستويات مصادر الضغط النفسي والمتمثلة في: الأعراض النفسية والفيزيولوجية، مشاعر اليأس والإحباط، المشكلات المعرفية والسلوكية للطفل، المشكلات الأسرية والاجتماعية، القلق على مستقبل الطفل، وعدم القدرة على تحمّل الأعباء المادية.
- للإرشاد المعرفي السلوكي فعالية في خفض الضغوط النفسية لدى أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

➤ دراسة براجل (2017): علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد في الجزائر، وتمت الدراسة في المراكز والجمعيات المتكفلة بأطفال التوحد في تسع ولايات جزائرية على عينة قوامها مئة وخمسون (150) أما، تراوحت أعمارهن بين 25 - 59 سنة. وتم الاعتماد في الدراسة على مقياسين تم التأكد من خصائصهما السيكومترية: مقياس " مصدر الضبط لروتر" تعريب علاء الدين كفاقي"، قائمة " كورنل للنواحي السيكوسوماتية والعصابية" تعريب محمود السيد أبو النيل".

نتائج الدراسة:

- نمط مصدر الضبط السائد لدى أفراد العينة هو مصدر الضبط الداخلي.
- أظهر أفراد العينة درجة شديدة من الاضطراب السيكوسوماتي.
- الاضطراب السيكوسوماتي السائد لدى أفراد العينة: اضطرابات الجهاز الهضمي ثم يليه القلب والأوعية، ثم التعب.
- توجد علاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة في كل من: القلب والأوعية، التعب، الاكتئاب، الغضب، التوتر والدرجة الكلية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، بينما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تعزى إلى متغير المستوى التعليمي للأم لصالح المستوى الابتدائي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى المتغيرات التالية: الوضعية المهنية للأم والمستوى التعليمي للأم، بينما لم توجد أي فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير السن ومدة إصابة الطفل باضطراب التوحد.

➤ دراسة متولي (2018): علاقة الألكسيتيميا بالضغط النفسية لدى والدي أطفال ذوي اضطراب التوحد.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الألكسيتيميا والضغط النفسية لدى والدي أطفال ذوي اضطراب التوحد، كما هدفت الدراسة أيضا إلى التحقق من وجود فروق بين الآباء والأمهات الأطفال ذوي

اضطراب التوحد في الألكسيتيميا والضغط النفسية، كما هدفت إلى التعرف على الفروق في الألكسيتيميا بين الآباء والأمهات في ضوء متغيري العمر الزمني وجنس أطفالهم من ذوي اضطراب التوحد، وكذا إمكانية التنبؤ الألكسيتيميا من خلال درجات الآباء والأمهات على بنود مقياس الضغوط النفسية. تكونت عينة الدراسة من خمسة وستون (65) من آباء أطفال طيف التوحد، منهم (30) أبا و (35) أما، وتم استخدام مقياس الألكسيتيميا (TAS-20) ، ومقياس الضغوط النفسية، واستمارة بيانات عامة، وانتهج الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وعددا من الأساليب الإحصائية للتحقق من صحة الفرضيات.

نتائج الدراسة:

- هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الألكسيتيميا والضغط النفسية.
- لا توجد فروق بين الآباء والأمهات في الألكسيتيميا والضغط النفسية.
- وجود تأثير دال إحصائيا لمتغيري الجنس دون العمر الزمني للطفل ذو اضطراب التوحد على مستوى الألكسيتيميا لدى الآباء والأمهات في اتجاه آباء وأمهات الأطفال الإناث ذوات الاضطراب
- خلصت الدراسة إلى إمكانية التنبؤ بالألكسيتيميا من خلال إحدى أبعاد الضغوط، وهي الضغوط المادية بنسبة (0.37) التي يواجهها والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

➤ دراسة الدهمسي (2018): فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات والعلاج الأدلري في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى اللاجنات السوريات اللواتي تعرضن للعنف.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى اللاجنات السوريات اللواتي تعرضن للعنف، وتمثلت عينة الدراسة في ثلاثين (30) لاجئة من اللاجنات السوريات، وتم توزيعهن عشوائيا إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية خضعت للعلاج المرتكز على الانفعالات، ومجموعة ضابطة لم تتعرض لأي برنامج إرشادي، واستخدم الباحث مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، والبرنامج العلاجي.

نتائج الدراسة:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين المتوسطين الحسابيين للقياس القبلي والبعدي للألكسيتيميا للاجنات السوريات وفقا للمجموعة، ولصالح المجموعة التجريبية اللواتي خضعن للبرنامج الإرشادي المرتكز على الانفعالات مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة اللواتي لم يتعرضن لأي برنامج علاجي.

- وجود فروق دالة إحصائية في أوساط درجات مقياس الألكسيتيميا ككل وعلى كل بعد من أبعاده باستثناء بعد صعوبة تحديد المشاعر بين القياس البعدي والتتبعي، وهذا ما يدل على استمرارية أثر البرنامج الإرشادي.

➤ دراسة السيوف (2020): فاعلية العلاج بالرسم في خفض الألكسيتيميا لدى اللاجنات السوريات.

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية استخدام العلاج بالرسم في خفض الألكسيتيميا لدى اللاجنات السوريات، وتكونت عينة الدراسة من ثلاثين (30) طالبة من اللاجنات السوريات في المدارس الأردنية، من الصف السابع إلى الصف الحادي عشر، وتم توزيعهن بطريقة عشوائية إلى مجموعتين متساويتين: المجموعة التجريبية تم إخضاعها لبرنامج العلاج بالرسم من إعداد الباحثة، ومجموعة ضابطة لم تخضع لأي علاج، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20).

نتائج الدراسة:

- أثبتت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالرسم في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أفراد العينة.

- هناك فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة، حيث كان مستوى الألكسيتيميا أعلى من مستوى المجموعة التجريبية.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطي درجات المقياس ككل، وعلى أبعاده أيضا بين القياس البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، ما يشير إلى احتفاظ المجموعة بالأثر الإيجابي للعلاج، وهذا ما يدل على استمرارية فعالية البرنامج.

➤ دراسة عيادي (2021): المرافقة النفسية والتوجيه الأبوي للمراهق المصاب بابيضاض الدم.

هدفت هذه الدراسة دور المرافقة النفسية للمراهق المصاب بابيضاض الدم طيلة مدة العلاج، في التخفيف من معاناته النفسية، عن طريق طرق السند النفسي والتوجيه الأبوي، والتعرف على المعاناة النفسية

للمريض وأسرته، وإلى اضطرابات التكيف النفسي للوضعية المرضية لدى المراهق المصاب بابيضاض الدم. تكونت عينة الدراسة من خمسة (05) حالات: ذكر واحد (01)، وأربعة (04) إناث تراوحت أعمارهم ما بين خمسة عشر (15) وثمانية عشر (18) سنة، مصابين بسرطان الدم، وتم إجراء الدراسة بمصلحة أمراض الدم بالمستشفى الجامعي بوهران، وتمثلت أدوات الدراسة في سلم تقييم درجة الاكتئاب لأميلتون، واختبار رسم الشخص لماكوفر للتعرف على احتمالية معاناة المريض من اضطراب صورة الجسم، والمراقبة النفسية عن طريق السند النفسي والتوجيه الأبوي.

نتائج الدراسة:

- المراهق المصاب بابيضاض الدم يعاني من اضطراب التكيف النفسي للوضعية المرضية، والاكتئاب، واضطراب صورة الجسم.

- للمراقبة النفسية دور فعال في التخفيف من المعاناة النفسية، وتحسين الصورة الجسمية، وتحسين المزاج، وتحسين تواصل المراهق المصاب مع والديه.

➤ دراسة مكاي (2021): مهارات التفكير الإيجابي للأمهات وأعراض الألكسيثيميا لأطفالهن الذاتيين "دراسة ارتباطية مقارنة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مهارات التفكير الإيجابي لعينة من الأمهات وأعراض الألكسيثيميا لأطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد، ببعض مستشفيات الصحة النفسية، وكذلك الكشف عن الفروق في أعراض الألكسيثيميا لعينة من الأطفال الذاتيين في ضوء مستوى التعليم لدى أمهاتهم (مرتفع-منخفض)، وقد تكونت عين الدراسة من خمسة وستون (65) أم من أمهات وأطفالهن المصابون باضطراب طيف التوحد المترددون على بعض المؤسسات العلاجية، بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وتم استخدام مقياس مهارات التفكير الإيجابي للأمهات من إعداد الباحث، مقياس الألكسيثيميا للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

نتائج الدراسة:

- هناك علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مهارات التفكير الإيجابي للأمهات، وأعراض الألكسيثيميا لأطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد.

-وجود فروق في أعراض الألكسيتيميا تعزى للمستوى التعليمي للأمهات (منخفض-مرتفع).

➤ دراسة الزهراني (2022): فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيتيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين.

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيتيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين، وتمثلت عينة الدراسة في سبعة وأربعون (47) مكتئبا، ممن يراجعون عيادات نفسية، وتم استخدام مقياس تورونتو للألكسيتيميا TAS-20، كما قام الباحث بتصميم برنامج معرفي سلوكي يتناسب مع أهداف الدراسة، وتكون من (13) جلسة إرشادية، بواقع جلستين في الأسبوع.

نتائج الدراسة:

-أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض أعراض الألكسيتيميا، من خلال وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، لصالح المجموعة التجريبية.

-تبين استمرارية فاعلية البرنامج في خفض أعراض الألكسيتيميا من خلال وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات القياس البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية.

2.6 الدراسات الأجنبية:

➤ دراسة إيوا بيسولا (1999) Ewa Pisula: بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المصابين بمتلازمة داون (دراسة مقارنة) ببولندا.

كان الهدف من الدراسة هو التعرف على بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وتحديد البروفيل النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. وبلغ حجم العينة من خمس وعشرون (25) أم طفل مصاب بالتوحد، وخمس وعشرون (25) أم طفل مصاب بمتلازمة داون، حيث تراوحت أعمار الأمهات ما بين (26) سنة إلى (58) سنة، بينما تراوحت أعمار الأطفال ما بين (4) إلى (20) سنة.

اعتمدت الباحثة في دراستها على الأدوات التالية: استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة، ومقياس الضغط النفسي لدى العائلة (QRS) من إعداد هولريود (Holryuod 1987).

نتائج الدراسة:

-الضغط النفسي مرتفع لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أكبر من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

-أمهات الأطفال المصابون بمتلازمة داون يعانون من ضغوط منخفضة بسبب وضوح التشخيص ومآل الإصابة منذ الولادة.

-أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد يعانون من ضغوط مرتفعة بسبب تأخر التشخيص إلى ما بعد (30) شهرا بعد الولادة وغموض مآل الإصابة.

-أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابون بمتلازمة داون هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهم.

-هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التبعية لصالح أمهات الأطفال المصابون باضطراب التوحد.

-أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابون بالتوحد هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهم.

➤ دراسة أليك وآخرون (Alik & al:2006) جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى والدي الطفل

المتدرس المصاب باضطراب أسبرجر وطيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى تقييم جوانب جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى والدي الطفل المتدرس المصاب باضطراب أسبرجر وطيف التوحد، وعلاقتها بالخصائص السلوكية للطفل، وتكونت عينة الدراسة من 31 أم و30 أب ل 32 طفل ذو اضطراب أسبرجر وطيف التوحد ذو الشدة العالية، و30 أم و29 أب ل 32 طفل عادي من نفس العمر والجنس، واستخدم الباحث نموذج المسح الصحي القصير، الذي تكون من 12 بنداً يقيسون الرفاهية النفسية والجسدية، كما تم تقسيم الخصائص السلوكية للطفل باستخدام الاستبيانات المنظمة.

نتائج الدراسة:

-أمهات الأطفال المصابين باضطراب أسبرجر واضطراب طيف التوحد يعانون من جودة حياة منخفضة متعلقة بالصحة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

-انخفاض مستوى الصحة الجسدية (صحة الأم المتعلقة بالمشكلات السلوكية للطفل كفرط النشاط والحركة)

-هناك علاقة ارتباطية بين رفاة الأم والخصائص السلوكية للطفل

➤ دراسة سزاتماري وآخرون (Szatmari & al:2008) الأكسيتيميا لدى أولياء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الأكسيتيميا لدى آباء وأمهات الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد، وقد تكونت عينة الدراسة من مئة وثمانية وثمانون (188) من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وعينة أخرى قدرت ب أربعمئة وتسعة وثلاثون (439) من آباء وأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ومجموعة ضابطة تتكون من خمسة وأربعون (45) من آباء الأطفال المصابين بعرض برادر ويل. (Szatmari et al., 2008)

نتائج الدراسة:

- آباء الأطفال لمصابين باضطراب طيف التوحد كانوا أكثر تحكما في أعراض الأكسيتيميا.

- الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد للآباء مرتفعي الأكسيتيميا ارتفعت لديهم السلوكيات التكرارية مقارنة بأطفال الآباء منخفضي الأكسيتيميا.

➤ دراسة كوديمار وآخرون (2009): أثر وجود طفل توحي على الأم التركية.

هدفت الدراسة إلى التحقق في أثر وجود طفل مصاب باضطراب طيف التوحد على حياة الأم التركية، تمت الدراسة على عينة مكونة من عشرة (10) أمهات لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك عن طريق إجراء مقابلات عيادية على الأمهات، وقام الباحثون بتصميم أسئلة المقابلة العيادية للكشف عن الجوانب المختلفة من تجارب الأمهات مع الطفل المعاق.

نتائج الدراسة:

- أسفرت نتائج الدراسة عن مجموعة متنوعة من المواضيع ذات الصلة بتجارب الأم، كردود الفعل إثر ولادة طفل معاق، مصادر الضغوط، استراتيجيات المواجهة المستخدمة لتعامل مع الضغوط،
- جميع أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية والمطالب الكثيرة والشاقة لرعاية طفلهم.
- هناك قلق حول مستقبل الطفل مما يضاعف حجم الضغوط لديهم.

➤ دراسة رياحي ومازيدي (2012) Riahi & Mazidi: دراسة مقارنة للصحة النفسية لأمهات الأطفال

المصابين بطيف التوحد وأمهات العاديين بمدينة الأهواز الإيرانية.

هدفت الدراسة إلى مقارنة الصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأمهات الأطفال العاديين، حيث تكونت عينة الدراسة من اثنين وثلاثون (32) أم لأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وتسع وعشرون (29) أمهات لأطفال أسوياء، وقد استخدم الباحثان الاستبيان الديموغرافي واستبيان الصحة العامة، وتمت معالجة البيانات إحصائياً بالاعتماد على تحليل التباين متعدد المتغيرات (MANOVA).

نتائج الدراسة:

- أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق كبيرة في الصحة العقلية، واختلافات كبيرة في الصحة النفسية: القلق ($P=0.02, F=5.69$) والأرق ($P=0.03, F=4.82$) بين أمهات أطفال طيف التوحد، وأمهات الأطفال العاديين، ولم تظهر أي فروق في بقية المحاور.

➤ دراسة كوسيكو جوفين وآخرون (2013) Kuusikko-Gauffin et al.: القلق الاجتماعي بين

آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومتلازمة أسبرجر

هدفت الدراسة إلى تقييم أعراض القلق الاجتماعي (SA) لدى أولياء الأمور للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD) ومقارنتها مع أولياء الأمور في المجتمع العام، وذلك باستخدام مقياس القلق

الاجتماعي، شملت العينة مجموعة من أولياء الأمور لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (N = 131) ومجموعة من أولياء الأمور في المجتمع العام. (N = 597)

نتائج الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة أن القلق الاجتماعي كان أكثر انتشارًا بشكل ملحوظ لدى أمهات أطفال طيف التوحد أكثر من أمهات الأطفال العاديين.

- لم يكن هناك فرق كبير بين آباء أطفال طيف التوحد وآباء الأطفال العاديين (3.3% مقابل 4.8%).

- تبين أن أمهات أطفال طيف التوحد حصلن على درجات أعلى بشكل ملحوظ من الأمهات في المجموعة الضابطة على جميع مقاييس القلق الاجتماعي.

- حصل آباء أطفال طيف التوحد على درجات أعلى بشكل ملحوظ من آباء الأطفال العاديين فيما يتعلق بأعراض القلق الاجتماعي ذات الصلة بالأعراض الجسدية والعقلية والتجنب والاضطرابات الرهابية.

- تؤكد الدراسة على أهمية التدخل التكفلي والعلاجي لدى أمهات وآباء أطفال طيف التوحد، حيث يمكن أن تسهم سماتهم النفسية بشكل كبير في تطور العواطف لدى أطفالهم والتوافق النفسي للعائلة بشكل عام.

➤ دراسة سيمور وآخرون (2013) Seymour et al: التعب، الإجهاد واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

أشارت الدراسة إلى أن الصعوبات السلوكية لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، قد تساهم في إرهاق الأولياء، والذي يساهم بدوره في تبني الأم استراتيجيات مواجهة غير تكيفية وغير فعالة، والتي تزيد من مستوى الإجهاد لديها، حيث تناولت الدراسة تأثير التعب لدى الأمهات واستراتيجيات المواجهة على العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للطفل والضغط لدى الأم، عند خمس وستون (65) أما من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتتراوح أعمارهم بين 2-5 سنوات.

نتائج الدراسة:

- أسفرت نتائج الدراسة أن التعب لدى أمهات أطفال طيف التوحد واستراتيجيات المواجهة غير التكيفية تتوسط العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للطفل والإجهاد لدى الأمهات، وأبرزت أثر التعب على رفاهية الأمهات باعتبارها مجالاً هاماً لا بد من النظر فيه لدى أمهات أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

➤ دراسة ماك ستاي وآخرون (2013) MC Stay & al: الإجهاد الوالدي والتوحد: دور السن، شدة التوحد، جودة الحياة، والمشكلات السلوكية الخاصة بالطفل والمراهق المصاب بالتوحد.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الإجهاد لدى والدي الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب طيف التوحد، في ظل متغير السن، وشدة التوحد، وجودة الحياة، والمشكلات السلوكية، وقد قدرت عينة الدراسة بمئة وخمسون (150) أما وأبا لأطفال ومراهقين مصابين بالتوحد، وقد تم استخدام أدوات مختلفة تمثلت في: مؤشر الإجهاد الوالدي، (PSI)، مقياس جودة الحياة الخاص بطب الأطفال، مقياس تقييم تصنيفات الاضطرابات السلوكية، ومقياس الاستجابة الاجتماعية (SRS).

نتائج الدراسة:

- فرط الحركة كان العامل الوحيد المرتبط دلاليًا بالإجهاد الوالدي عند والدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

- هناك تأثير دلالي للمشاكل السلوكية الخاصة بالطفل على الوظائف الوالدية.

➤ دراسة أيدن (2014) Aydin: استكشاف العلاقة بين التعاطف الذاتي، الفكاهة وخصائص الأكسيتيميا لدى والدي الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى التحقق من طبيعة العلاقة بين التعاطف الذاتي، الفكاهة وخصائص الأكسيتيميا لدى آباء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وتمثلت عينة الدراسة من 200 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مئة وستون من الأطفال الذكور (160) بنسبة (80%)، و (40) من الإناث بنسبة (20%)، و ثلاثة وسبعون (73) طفل أقل من ستة سنوات بنسبة (36.5) و مئة وخمسون (150) طفل ما بين (6-12) عام بنسبة اثنان وخمسون (52%) و اثنان وعشرون (22) طفل أكبر من عام، أما عينة الآباء فانقسمت إلى مئة وخمسة عشر (115) أم وخمسة وثمانون (85) أب.

نتائج الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة إلى أن الميل للتفاصيل الفرعية والفكاهة العدوانية ترتبط إيجابيا بالألكسيتيميا، بينما ارتبط بعد العقلانية في مقياس التعاطف الذاتي سلبيا بالألكسيتيميا.

➤ دراسة تيليز وآخرون (2015) Téllez et al. : نموذج المرافقة النفسية: مساهمة في دراسة العلاج النفسي الانساني.

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار فعالية نموذج مرافقة نفسية تم تصميمه وتطبيقه، يستند إلى خمس مقاربات نظرية: العلاج التطويري، العلاج المتمركز حول العميل، العلاج الوجودي، العلاج الجشطالتي، التحليل العاملي، باستخدام اريق العلاج النفسي القصير المدى الذي يتكون من حوالي اثني عشرة جلسة واشتملت العينة على (36) طالب جامعي تم تلقيهم للمرافقة النفسية، وتم قياس تأثير النموذج على المشاركين من خلال مقياس التوجيه الشخصي.(POI)

نتائج الدراسة:

- اظهرت النتائج وجود اختلافات ملحوظة في درجات المشاركين على جميع المقاييس بعد تلقيهم للمرافقة النفسية.

- تؤكد النتائج صحة فرضية أن النموذج للمرافقة النفسية أثر بشكل إيجابي على ملامح المشاركين بالنموذج.

- تشير النتائج إلى نجاح النموذج في تحقيق أهدافه الرئيسية وهي تعليم الطلاب من منظور إنساني وتقديم دعم فعال للأفراد الذين يلجؤون إلى المركز بحثاً عن المساعدة النفسية.

➤ دراسة أبازاري وآخرون (2016) Abazari et al. : الانفعالات المعبر عنها والألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الألكسيتيميا والانفعالات المعبر عنها بين أمهات الأطفال طيف التوحد، تم اختيار (50) أمماً لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبالإضافة إلى ذلك، تم اختيار (50) أمماً لأطفال طبيعيين بشكل عشوائي من مدارس رياض الأطفال ليتم استخدامهن كمجموعة ضابطة للمقارنة بنتائج الدراسة.

نتائج الدراسة:

- أظهرت النتائج عدم وجود فروق معنوية بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأمهات الأطفال العاديين من حيث درجاتهن في مستويات الألكسيتيميا وأبعادها، بما في ذلك التعرف على المشاعر والانفعالات، ووصف المشاعر والانفعالات، وأيضًا التفكير الموجه نحو الخارج.
- لوحظ وجود فرق معنوي بين المجموعتين فيما يتعلق بالانفعالات المعبر عنها ومكوناتها الفرعية بما في ذلك الاندماج العاطفي المفرط والنقد.
- كشفت النتائج أن هناك ترابطاً بين درجات الألكسيتيميا لدى الأمهات وانفعالتهن المعبر عنها.
- دراسة إيسيك وآخرون (Işık et al. (2017): تجارب الانفصال، صدمات الطفولة، والألكسيتيميا بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

هدفت هذه الدراسة لمعرفة الفروق بين تجارب الانفصال، والصدمات في الطفولة، والألكسيتيميا بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأمهات الأطفال العاديين، تم اختيار (31) أمماً لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، و(30) أمماً لأطفال لديهم تشخيص نفسي حالي أو تاريخ سابق لاضطراب نفسي، تم استخدام مجموعة من الأدوات لجمع البيانات، بما في ذلك مقياس تجارب الانفصال (DES)، ومقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، ومقياس الصدمات في الطفولة (CTQ-28)، ومقياس انفصال الجسد (SDQ).

نتائج الدراسة:

- أظهرت النتائج أن أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد يعانون من أعراض أكثر خطورة لتجارب الانفصال، وأعراض أكبر للتجرد وفقدان الشعور بالواقع، وتعرض أكثر لإساءة معاملة جنسية وإهمال جسدي في الطفولة بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين.
- لم يكن هناك فرق ملحوظ في مستويات الألكسيتيميا بين العينتين.

- تشير النتائج إلى أهمية مراعاة تجارب الانفصال والصدمات في الطفولة عند التفكير في وضع أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

➤ دراسة دافيس وكيانج (2018) Davis & Kiang: الإجهاد الوالدي والمواجهة الروحية الخاصة بأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الإجهاد الوالدي والمواجهة الروحية الخاصة بأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد، وتمثلت عينة الدراسة في سبعة وأربعين (47) أم لأطفال مصابون باضطراب التوحد، ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدم الباحثان ثلاثة أدوات، تمثلت في: مقياس الصحة النفسية، مقياس الدعم الاجتماعي، مقياس الدعم الديني والروحي.

نتائج الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة مجموعة من النتائج أهمها في تتبؤ عامل الإجهاد إيجابيا بصحة الوالدين.

➤ دراسة كوستا وآخرون (2019) Costa et al: دور الألكسيتيميا في التفاعل بين الوالدين-الطفل والقدرة الوجدانية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى معرفة دور الألكسيتيميا في التفاعل بين الوالدين والطفل، والقدرة الوجدانية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وتمثلت عينة الدراسة من واحد وأربعون (41) من أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد وآباءهم، كما تراوحت أعمار الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بين (3-13) عام.

نتائج الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة إلى أن التفاعل الوالدي الإيجابي يساهم في خفض أعراض الألكسيتيميا لأطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد، كما يساهم في تنمية قدراتهم على التنظيم الانفعالي (Costa et al., 2019).

➤ دراسة إلجو ساسو وآخرون (2021) Elboj-Saso et al.: المرافقة النفسية عن طريق تقنية الحوار الجماعي: مشروع تطوعي للعائلات التي تعاني من الإقصاء الرقمي في ظل جائحة كورونا

هدفت الدراسة لتحسين الظروف النفسية للعائلات التي تعاني من اقضاء رقمي في ظل جائحة كورونا، من خلال الكتب تقنية الحوار الجماعي، تحت اسم "كتب تجمع الناس معا" تمثلت العينة في (65) مشارك وقد تم تحليل النتائج باستعمال اختبار T لعينتين مترابطتين، باستخدام القياس القبلي والبعدي، لقياس أثر المرافقة النفسية على أفراد العينة.

نتائج الدراسة:

- أشارت النتائج وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة.
- وجدت العائلات أن المرافقة النفسية حسنت من جودة حياة أفرادها، وجعلتهم يشعرون بالحب والأمان، كما تحسنت الأجواء والعلاقات العائلية، وزادت من اهتمام الأطفال بقراءة الكتب.

➤ دراسة لي وآخرون (2022). Li et al. : من ضعف التواصل الاجتماعي للطفل إلى التوتر النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: دور الفاعلية الذاتية والمساندة الاجتماعية.

هدفت هذه الدراسة إلى فهم العوامل التي تؤثر في مستوى التوتر النفسي لدى أمهات لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD)، وكيفية تأثير ضعف التواصل الاجتماعي للطفل على مستوى التوتر لدى الأمهات، تم جمع البيانات من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام استبيان يتناول مستوى ضعف التواصل الاجتماعي للأطفال، ومستوى التوتر، وثقة الوالدين بقدرتهم، والدعم الاجتماعي، شملت الدراسة (185) أمًا لأطفال ذوي اضطراب التوحد.

نتائج الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة أن (70.27%) من الأمهات اللواتي يرعين أطفالاً ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مستوى ملحوظ من التوتر النفسي.

- تبين أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين ضعف التواصل الاجتماعي للأطفال (مشكلات التواصل) وارتفاع مستوى التوتر النفسي للأمهات. ببساطة، زيادة في مشكلات التواصل تعني زيادة في التوتر الوالدي.

- تقوم ثقة الأم بنفسها بدور مهم في العلاقة بين مشكلات التواصل الاجتماعي للطفل ومستوى التوتر الوالدي. بالتحديد، تبين أن تأثير مشكلات التواصل الاجتماعي على التوتر الوالدي تم توسيطه بشكل كامل

من خلال ثقة الأم بنفسها، أي عندما تزداد مشكلات التواصل لدى الطفل، يمكن أن يؤدي ذلك إلى انخفاض في ثقة الأم بنفسها، وبالتالي زيادة في التوتر الوالدي.

- تؤكد الدراسة على أهمية تقديم البرامج المبكرة للتدخل لدعم الأمهات. تركز هذه البرامج على تطوير مهارات التواصل الاجتماعي للأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتمكين الأمهات من استخدام استراتيجيات فعالة من خلال البرامج العلاجية والارشادية الجماعية، ذلك من شأنه أن يساهم في تقليل مستوى التوتر النفسي وتحسين جودة الحياة للعائلات المعنية.

➤ دراسة لي وآخرون (2022) Li et al.: التوتر النفسي لدى والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى التوتر النفسي والفروق بين الجنسين فيه لدى أمهات وآباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD) كما استكشفت العوامل المنبئة للتوتر النفسي للوالدين وتأثيرات التفاعل بين الوالدين. تم تنفيذ دراسة مقطعية لأولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وشملت العينة (683) من الآباء والأمهات، وتم استخدام مقياس التوتر النفسي والقلق والاكتئاب على أفراد العينة.

نتائج الدراسة:

- أظهرت النتائج أن أمهات الأطفال الذين يعانون من مستوى شديد من اضطراب طيف التوحد سجلن درجة عالية من التوتر النفسي والقلق والاكتئاب مقارنة بالآباء، كانت معدلات انتشار القلق والاكتئاب من المعتدل إلى الشديد بالنسبة للأمهات هي (13.8%) و (13.1%) على التوالي

- أظهرت الدراسة أن الأمهات ذوات مستوى تعليمي جامعي أو درجة أعلى يلعب دورًا في حماية الأمهات من التوتر النفسي، وأن وجود طفل وحيد تنبأ بزيادة التوتر النفسي للآباء.

- أشارت النتائج إلى أن وجود إعاقة اجتماعية لدى الطفل تنبأ بزيادة التوتر النفسي للأمهات، ولكن ليس للآباء. وتبين أيضًا أن وجود التوتر النفسي يعتبر مؤشرًا مهمًا لزيادة القلق والاكتئاب لدى كل من الآباء والأمهات.

➤ دراسة لونج وآخرون (2022) Leung et al.: تطوير الثقة بالفاعلية الذاتية في تربية الأبناء البالغين ذوي اضطراب طيف التوحد: اختبار أولي لمقاربة مزدوجة في تطوير الكفاءة الوالدية. هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية بروتوكول تدخل علاجي في تطوير مهارات التربية لوالدي الأبناء البالغين ذوي اضطراب طيف التوحد، وزيادة الثقة بالفاعلية الذاتية لديهم، تم تنفيذ الدراسة بتوجيه منطقتين رئيسيتين: تطوير مهارات التربية وتنمية الصفات الإيجابية. تم تحويل الثقة بالفاعلية الذاتية إلى أربعة أدوار وهي: المشاهدة، والتعزيز، والتعاطف، والمرافقة، تم استقطاب (27) من الآباء والأمهات لأبناء البالغين ذوي اضطراب طيف التوحد (متراوح أعمارهم بين 16 و37 سنة) للمشاركة في الدراسة. تم استخدام استبانات لقياس مستوى الثقة بالفاعلية الذاتية والكفاءة في الأدوار الأربعة للأبوين.

نتائج الدراسة:

- أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في مستوى الثقة بالقدرة الذاتية وكفاءة الأدوار الأبوية بعد مضي شهرين من تطبيق البرنامج التدريبي.
- تشير النتائج إلى فاعلية تطبيق برامج مهارات التربية وزيادة الثقة بالفاعلية الذاتية للأبوين في تقديم تدخل فعال لتحسين التربية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

➤ دراسة لين وآخرون (2023) Lin et al.: العلاقة بين الاضطرابات العاطفية لدى الأمهات والمشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

هدفت الدراسة إلى اختبار ما إذا كانت هناك علاقة بين المشكلات العاطفية للأمهات والمشكلات السلوكية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، شملت عينة الدراسة (80) أم وأطفالهم الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، وقد تم جمع البيانات باستخدام التواصل الاجتماعي والمشكلات السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومقياس أعراض الاكتئاب والقلق لدى الأمهات، واستبيان الصحة النفسية للمريض، ومقياس اضطراب القلق العام.

نتائج الدراسة:

- أظهرت النتائج أن الأمهات للأطفال ذوي اضطراب التوحد والذين يعانون من أعراض توحد شديدة، يُلاحظ لديهم مستويات أعلى من التوتر والقلق والاكتئاب مقارنة بالآباء.

- الأمهات اللاتي يعانين من أعراض القلق كانت لديهن علاقة سلبية مع السلوك الاجتماعي الإيجابي لأطفالهن، مثل السلوك الذي يتضمن مساعدة الآخرين.
- الأمهات اللاتي يعانين من أعراض القلق كانت لديهن علاقة إيجابية مع مشاكلات التفاعل الاجتماعي لأطفالهن، مثل مشاكلات التواصل والتفاعل.
- أثبتت الدراسة أن أسلوب التربية الداعم والمشارك من قبل الأمهات له دور إيجابي للعلاقة بين أعراض القلق لدى الأمهات والسلوك الاجتماعي الإيجابي لأطفالهن.
- بالمقابل، أظهر أسلوب التربية العدائي والقهري تأثيرًا سلبيًا على تلك العلاقة، حيث كان له تأثير سلبي على السلوك الاجتماعي الإيجابي للأطفال.
- أظهر أسلوب التربية العدائي والقهري تأثيرًا سلبيًا على العلاقة بين أعراض القلق للأمهات ومشاكل التفاعل الاجتماعي لأطفالهن. هذه النتائج تشير إلى أن الأمهات اللواتي يتبنين أسلوب تربية عدائي وقهري أثناء تجربتهن لأعراض القلق قد يؤدي ذلك إلى زيادة في مشاكل السلوك لدى أطفالهن ذوي اضطراب التوحد.

➤ دراسة لين وآخرون (2023) Lin et al.: الدور الوسيط بين المساندة الاجتماعية المدركة،

الألكسيتيميا والإنهاك الوالدي بين أولياء أطفال اضطراب طيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية المدركة، الألكسيتيميا والإنهاك الوالدي بين أولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وقد تم جمع البيانات اللازمة باستخدام مقياس المساندة الاجتماعية المدركة، الألكسيتيميا، ومقياس الإنهاك الوالدي، على عينة بلغ قوامها (203) أم وأب لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، ونظرًا لأن البيانات موزعة بشكل طبيعي، تم استخدام معامل سبيرمان لتحليل العلاقة بين المتغيرات باستخدام برنامج AMOS.

نتائج الدراسة:

- هناك علاقة سلبية بين الألكسيتيميا والإنهاك الوالدي.
- المساندة الاجتماعية المدركة هي متنبأ بعدم وجود الألكسيتيميا.

-تظهر الألكسيتيميا والإنهاك الوالدي بشكل أكثر لدى الأمهات أكثر من الآباء.

-تركز الدراسة على أهمية المساندة الاجتماعية في تخفيف الألكسيتيميا لدى الأمهات بشكل خاص لأنهن يواجهن مساندة اجتماعية منخفضة مقارنة مع الآباء.

- تؤكد الدراسة على أهمية وضع خطط علاجية للتخفيف من الألكسيتيميا والإنهاك الوالدي لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

➤ دراسة هيسامي وآخرون (Hesami et al., 2023): علاقة الألكسيتيميا والاهمال الوالدي مع

عدم توافق الأطفال العاديين بين العائلات التي بها وليس بها طفل ذو اضطراب طيف التوحد.

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء دور الإهمال الوالدي والألكسيتيميا لدى الوالدين الذين لديهم طفل مصاب باضطراب طيف التوحد والوالدين الأطفال العاديين، في مستوى عدم التكيف لدى أطفالهم الأصحاء. في هذه الدراسة الوصفية الارتباطية، تم اختيار مجموعتين من العائلات، إحداهما لديها طفل مصاب باضطراب طيف التوحد (عددها 16) والأخرى ليس لديها أي طفل معاق (عددها 16)، تم جمع البيانات باستخدام مقياس تورونتو للألكسيتيميا، واستبيان الإهمال الوالدي (مقياس تقرير الذات)، واستبيان اضطرابات السلوكية للطفل، ثم تم تحليلها باستخدام معامل الارتباط بيرسون واختبار الانحدار المتعدد خطوات.

نتائج الدراسة:

- تم الحصول على نتائج مهمة بالنسبة للعلاقات المحددة والمشاركة بين الألكسيتيميا والإهمال الوالدي وعدم التكيف لدى أطفالهم الأصحاء ($P = 0.041$) ومع ذلك، لم تكن النتائج المتعلقة بتأثير وجود أو عدم وجود طفل مصاب بالتوحد في العائلة كمتغير تعديلي ذو دلالة ($P = 0.556$).

- كان للألكسيتيميا لدى الوالدين ترابط إيجابي مهم ($r = 0.565, P = 0.001$)، وكان للإهمال الوالدين ترابط سلبي مهم ($r = -0.393, P = 0.029$) مع عدم تكيف أطفالهم الأصحاء في العائلة.

- الإهمال والألكسيتيميا لدى الوالدين ترتبط بشكل معنوي بعدم التكيف لدى أطفالهم الأصحاء بشكل محدد ومشترك. ومع ذلك، لا يكون وجود أو عدم وجود طفل مصاب بالتوحد في العائلة له تأثير معنوي على هذه العلاقة.

– الألكسيتيميا لدى الوالدين تعتبر عامل تنبؤي بعدم التكيف لدى أطفالهم الأصحاء.

9. التعقيب على الدراسات السابقة:

إن المتأمل لمختلف الدراسات السابقة التي تم عرضها، يتجلى له التنوع في المتغيرات التي اعتمدها هذه الدراسات، بالإضافة للاختلاف في العينة وأدوات البحث، حيث لاحظنا أن بعض هذه الدراسات اتفق من ناحية النتائج المتوصل إليها، بينما تعارض بعضها في ذلك، ولهذا ارتأينا تقديم عرضا لبعض نقاط التشابه والاختلاف بين هذه الدراسات، سواء من حيث متغيرات الدراسة، العينة، أدوات الدراسة، المنهج المستخدم، ونتائج الدراسة. فمن خلال اطلاعنا على الدراسات التي كانت ذات صلة بدراستنا، لاحظنا عدم وجود أي دراسة ربطت بين متغيرات دراستنا الحالية، ولهذا حاولنا جمع أكبر عدد من الدراسات التي شملت متغير واحد من متغيرات بحثنا على الأقل، واكتفينا ببعض الدراسات الحديثة نسبيا.

لاحظنا من خلال الدراسات السابقة التي تم عرضها، أنه لا توجد أي دراسات طبقت استراتيجية المرافقة النفسية على فئة أمهات أطفال طيف التوحد، بل إن جل الدراسات طبقت برامج إرشادية وعلاجية على هذه الفئة، وجميع هذه البرامج أثبتت فاعليتها في التخفيف من مختلف الاضطرابات النفسية والانفعالية لهذه الفئة، سواء للأمهات أطفال طيف التوحد، أم لفئة أمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بصف عامة، مثل دراسة عبد القادر (2002) التي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأمهاتهم، وذلك من خلال استثارة انفعالات وعوطف الأمهات، ودراسة جابر (2008) هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وتتضمن هذا البرنامج التدريب على مهارات خفض الضغوط النفسية، والتحصين ضد التوتر والذي يضم مهارة إعادة البناء المعرفي، ومهارة الاسترخاء، ومهارة حل المشكلات، والتدريب على المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال. ودراسة الشريف (2010)، التي هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات الأطفال المعاقين، ودراسة باشا (2016) التي هدفت إلى الكشف عن فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. ودر لونغ وآخرون (2022) التي هدفت إلى اختبار فاعلية بروتوكول

تدخل علاجي في تطوير مهارات التربية لوالدي الأبناء البالغين ذوي اضطراب طيف التوحد، وزيادة الثقة بالفاعلية الذاتية لديهم.

كما لاحظنا أن معظم الدراسات السابقة أثبتت حجم المعاناة النفسية التي يعاني منها والدي أطفال طيف التوحد، خاصة الأمهات، وأهم هذه الدراسات، نجد دراسة عبد القادر (1997) التي أثبتت نتائجها وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين اضطراب طيف التوحد والضعف الوالدية، ودراسة الشامي (2011)، التي أوضحت أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من مستويات مرتفعة من الضغط النفسي، الاكتئاب والقلق، مقارنة مع أمهات الأطفال الأسوياء، وفي نفس السياق تؤكد نتائج دراسة علي زروقي ومكي (2021) على أن أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد تعاني من عدة اضطرابات نفسية، جراء إصابة ابنها، وتتمثل هذه الاضطرابات في الاكتئاب، القلق، العدوانية واضطراب النوم، والدراسات الأجنبية هي الأخرى تؤكد على أن أمهات أطفال طيف التوحد والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، يعانون من مشكلات نفسية مختلفة، وهذا ما أثبتته دراسة إيوا بيسولا (1999) التي أكدت أن الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد مرتفع أكثر من الضغط النفسي لدى أمهات أطفال متلازمة داون، حيث توصلت الباحثة أن أمهات أطفال طيف التوحد يعانون من ضعف نفسية مرتفعة بسبب تأخر التشخيص إلى ما بعد 30 شهر بعد ولادة الطفل، وغرض مآل إصابته، على عكس أمهات أطفال متلازمة داون، حيث يكون تشخيص اضطراب أطفالهن واضح منذ الولادة، كما توصلت الدراسة إلى أن مصادر الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد كانت المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفالهن واضطراب التواصل لديهم.

كما أن دراسة أليك وآخرون (2006) أثبتت أن أمهات أطفال طيف التوحد، يعانون من انخفاض مستوى الصحة الجسدية، و بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الرفاهية الأم والخصائص السلوكية للطفل، ودراسة كوديمار وآخرون (2009) التي أسفرت نتائجها أن جميع أمهات أطفال طيف التوحد يعانون من ضعف نفسي بسبب الضغوط المالية، والمطالب الشاقة لرعاية أطفالهن، كما تعاني الأمهات من الشعور بالقلق حول مستقبل أطفالهن، وهذا ما يضاعف حجم الضغوط النفسية لديهم.

بالرغم من قلة وجود دراسات سابقة تناولت موضوع الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، إلا أننا وجدنا بعض الدراسات التي تطرقت إلى متغير الألكسيتيميا لدى والدي أطفال طيف التوحد، والأطفال ذوي الإعاقة، وعلاقتها بمتغيرات أخرى، ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة أبو الديار (2011)، التي هدفت إلى تنمية أساليب مواجهة الضغوط لدى والدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وخفض الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للألكسيتيميا، وأسفرت نتائج الدراسة عن نجاح البرنامج، واستمرارية فعاليته حتى بعد انتهائه، ودراسة العيثان وآخرون (2012) التي بينت أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من درجة مرتفعة بدلالة إحصائية من أعراض الألكسيتيميا، وأن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة الألكسيتيميا مع درجة الاكتئاب والقلق، وكذا دراسة متولي (2018)، التي أثبتت أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الألكسيتيميا والضغوط النفسية، كما لم تثبت الدراسة وجود فروق بين الآباء والأمهات في مستوى الألكسيتيميا والضغوط النفسية. بينما خلصت دراسة سزتماري وآخرون (2008) إلى أن والدي أطفال طيف التوحد الذين كانوا يعانون من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا كان أطفالهم يعانون من سلوكيات نمطية وتكرارية بدرجة كبيرة، ودراسة لي وآخرون (2022) التي أظهرت نتائجها أن أمهات الأطفال الذين يعانون من مستوى شديد من اضطراب طيف التوحد سجلن درجة عالية من التوتر النفسي والقلق والاكتئاب مقارنة بالآباء، ودراسة إيسيك وآخرون (2017) التي أظهرت نتائجها أن أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد يعانون من أعراض أكثر خطورة لتجارب الانفصال، وأعراض أكبر للتجرد وفقدان الشعور بالواقع، وتعرض أكثر لإساءة معاملة جنسية وإهمال جسدي في الطفولة بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين. ودراسة لي وآخرون (2022) التي بينت نتائجها الدراسة أن الأمهات اللواتي يرعين أطفالاً ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مستوى ملحوظ من التوتر النفسي.

كما تم الاطلاع على عدد معتبر من الدراسات المتاحة، التي اهتمت بتطبيق برامج علاجية وإرشادية، وطرق علاجية مختلفة، لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى عينات مختلفة، وهذا بهدف الاستفادة من الأساليب العلاجية التي استخدمتها هذه الدراسات، في بناء برنامج المرافقة النفسية الذي يتم تطبيقه لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، ومن هذه الدراسات نذكر دراسة الدهمشي (2018)، التي أثبتت فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات والعلاج الأدلري في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى اللاجئات السوريات اللواتي تعرضن للعنف، ودراسة السيوف (2020) التي أسفرت نتائجها عن فاعلية

البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالرسم في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى اللاجئات السوريات، وكذا دراسة الزهراني (2022) التي أشارت إلى مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض أعراض الألكسيتيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين، كما أثبتت نتائج الدراسة استمرار فاعلية البرنامج حتى بعد تطبيق القياس التتبعي.

من ناحية متغيرات الدراسة، نجد أن الدراسات السابقة اختلفت عن بعضها البعض من حيث المتغيرات التي تناولتها، وبعضها تشابهت مع بعضها، لاحظنا أن بعض هذه الدراسات اعتمدت على متغير الألكسيتيميا، جودة الحياة، الضغوط النفسية، استراتيجيات المواجهة، الاكتئاب، القلق، وغيرها، كمتغيرات أساسية للدراسة، فيما اعتمدت دراسات سابقة أخرى على الربط بين هذه المتغيرات ومتغيرات ديمغرافية أخرى.

أما من حيث العينة، نلاحظ أن هذه الدراسات اختلفت فيما بينها، وذلك حسب طبيعة موضوع الدراسة، وأهدافها، حيث نجد أن معظم الدراسات استخدمت عينات كبيرة الحجم من آباء وأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، والأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، نظرا لتطابقها مع المنهج الوصفي التحليلي، كدراسة عبد القادر (1997)، التي اعتمدت على عينة قوامها (40) من آباء وأمهات أطفال طيف التوحد، ودراسة متولي، التي تكونت عينتها من (65) فرد من والدي أطفال طيف التوحد من كلا الجنسين، ودراسة براجل (2017)، التي قامت على عينة قوامها (150) أم لطفل ذو اضطراب طيف التوحد، كذلك الأمر بالنسبة للدراسات الأجنبية، حيث لاحظنا أن معظم هذه الدراسات اشتمل على عينة كبيرة، مثل دراسة ساراتماري وآخرون (2008) التي تكونت عينتها من (439) أم وأب لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، ودراسة سيمور (2013)، التي تكونت عينتها من (65) أم لأطفال طيف التوحد، ودراسة ماك ستاي وآخرون (2013)، واشتملت العينة على (150) أم وأب لأطفال ومراهقين مصابين باضطراب طيف التوحد. بينما لجأت بعض الدراسات لاستخدام عينات قليلة الحجم، بالاعتماد على المنهج العيادي والتجريبي، مثل دراسة باشا (2016)، التي قامت على دراسة حالة واحدة لأم طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، ودراسة علي زروقي ومكي (2021)، التي اعتمدت على عينة مكونة من ثلاث أمهات لأطفال طيف التوحد، ودراسة كوديمار وآخرون (2009)، حيث اقتصر عينتها في عشر أمهات لأطفال طيف التوحد.

من حيث أدوات الدراسة، فقد لاحظنا تنوع وتباين في الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة، وذلك تبعا لمتطلبات موضوع الدراسة وأهدافها، إلا أن الأدوات المستخدمة في بعض هذه الدراسات اتفقت مع الأدوات المستخدمة في دراستنا الحالية، بالنسبة لأداة المرافقة النفسية، فلم يكن بين يدينا إلا دراسة واحدة استخدمت هذه التقنية، وهي دراسة عيادي (2021)، بينما استخدمت بعض الدراسات أداتي المقابلة العيادية، والملاحظة العيادية، مثل دراسة باشا (2016)، دراسة علي زروقي ومكي (2021)، ودراسة كوديمار وآخرون (2009)، كما لاحظنا أن العديد من الدراسات استخدمت ومقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، مثل دراسة العيثان وآخرون (2012)، ودراسة متولي (2018)، ودراسة الدهمسي (2018)، ودراسة السيوف (2020)، ودراسة الزهراني (2018)، ودراسة إيسيك وآخرون (2017)، ودراسة هيسامي وآخرون (2023).

نلاحظ من خلال مراجعة نتائج الدراسات السابقة، أن معظمها أثبتت حجم المعاناة النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، والأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد بصفة خاصة، كدراسة علي زروقي ومكي (2021)، ودراسة ماك ستاي وآخرون (2013)، ودراسة سيمور وآخرون (2013)، كما أن البعض من هذه الدراسات أكدت على أن أمهات أطفال طيف التوحد والأطفال ذوي الإعاقات الأخرى، يعانون من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، كدراسة متولي (2018)، ودراسة العيثان وآخرون (2012)، وكذا دراسة أبو الديار (2011)، ودراسة إيسيك وآخرون (2017)، ودراسة لي وآخرون (2022) ودراسة لين وآخرون (2023)، وهذا لمسناه من خلال نتائج دراستنا الحالية، وعليه يمكن القول أن معظم هذه الدراسات تخدم الدراسة الحالية، وجاءت في صلب موضوعها. كما أنها تعد دراسات تدعيمية فيما يخص نتائج دراستنا الحالية، نتطلع إلى الاستفادة منها من أجل التحليل والتفسير والمناقشة.

لكن على الرغم من الاهتمام المتزايد بدراسة المعاناة النفسية بصفة عامة، والألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وكذا أمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، ورغم سعي الكثير من الدراسات لتطبيق مختلف البرامج الإرشادية والعلاجية، للتخفيف من مختلف الاضطرابات النفسية التي تعاني منها هذه الفئة جراء إصابة ابنها، إلا أنه لم تتوفر لدينا أي دراسة، سواء في البيئة العربية أو الأجنبية، التي اهتمت بمعرفة أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى هذه الفئة، وطبقا لهذا، تأتي هذه

الدراسة لتضيف إلى هذه الدراسات السابقة، دراسة عربية جديدة، قد تعود بالفائدة على الطلبة والباحثين والأخصائيين النفسيين والمهتمين بمجال الألكسيتيميا والمرافقة النفسية، ودراسة الحالة النفسية لأمهات أطفال طيف التوحد والإعاقات الأخرى.

الفصل الثاني:

الأسس النظرية والتطبيقية للمرافقة النفسية

- تمهيد

1. مراحل ظهور المرافقة النفسية
2. مفهوم المرافقة النفسية
3. طبيعة عملية المرافقة النفسية
4. أهداف المرافقة النفسية
5. شروط المرافقة النفسية وعوامل نجاحها
6. المهارات الأساسية لعملية المرافقة النفسية
7. عوامل نجاح دور الاخصائي النفسي في عملية المرافقة
8. المرافقة النفسية والإرشاد النفسي
9. تقنيات المرافقة النفسية
10. المقابلة العيادية
11. الملاحظة العيادية
12. الاختبارات النفسية
13. التقنيات المعرفية السلوكية

- خلاصة الفصل

تمهيد:

يكتسي مفهوم المرافقة النفسية أهمية بالغة في مجال الصحة النفسية، باعتبارها عملية إنسانية تهدف إلى تقديم خدمات نفسية وعلاجية للأفراد أو الجماعات في مختلف المراحل العمرية، من أجل مساعدتهم على تجاوز هذه المشكلات التي تحول دون سعادتهم وتوازنهم ، وتؤثر سلبا على معاشهم النفسي، وذلك بالاعتماد على مجموعة من الأساليب والخطوات التي يستخدمها المرافق مع الفرد الذي يعاني من مشاكل نفسية، ويتم اختياره هذه الأساليب لتتناسب مع حالة الفرد وشدة المشكلة التي يعاني منها، والهدف الأساسي لعملية المرافقة النفسية هو مساعدة الفرد على إيجاد بدائل وحلول للمشاكل التي قد تعترض مساره، وفتح مجال لتنمية العلاقات الاجتماعية لديه، وتوجيهه لفهم ذاته وإدراكها والاستبصار بها، وتنمية ثقته، وتدريبه على معرفة امكانياته ومهاراته وقدراته الكامنة، واستغلالها والاستفادة منها على أكمل وجه، والعمل على زيادة وعيه في التعامل مع مشكلات الحياة، وإرشاده إلى اتخاذ قرارات أكثر فعالية وإيجابية، حيث يصبح الفرد أكثر نضجا وقدرة على مساعدة نفسه على تخطي الصعوبات التي قد تعترض مساره مستقبلا، وبذلك يحقق التوافق النفسي والمهني والاجتماعي مع محيطه.

لذلك ارتئينا التطرق في هذا الفصل إلى مراحل تطور عملية المرافقة النفسية، مفهومها، شروطها، ومهاراتها الأساسية، وعوامل نجاح الأخصائي النفسي في عملية المرافقة، علاقتها بالإرشاد النفسي، وتناولنا في الأخير بعض التقنيات المستخدمة في عملية المرافقة.

1. مراحل تطور المرافقة النفسية:

في العصور اليونانية القديمة، كانت العائلات الكبرى تقوم بتعيين مربى يقوم بمرافقة أطفالهم، وملازمتهم في الطريق لإيصالهم إلى مدرسيهم وتعليمهم المواطنة، وكان هذا المربي يتناقش ويتحدث معهم حول ما تعلموه واكتسبوه في كل مرة أثناء اجتيازهم للطريق، حيث كان بمثابة وسيط بين العائلات الكبرى والأماكن العامة التي يتردد إليها الأطفال، وكان من الواضح أن عدا المرافق لم يطلب منه المشي جنباً على جنب مع هؤلاء الأطفال فقط وتأمين طريقهم للوصول في الوقت المناسب فحسب، بل أن هذه المسؤولية وعلى الرغم من بساطتها، جعلت من هذا المربي المرافق للأطفال شخصية ذات مكانة اجتماعية هامة، كما جعلت من هذه المهمة موضوعاً بالغ الأهمية في أدبيات لنظريات النفسية والتربوية الحديثة.

ومع ظهور العلوم الإنسانية، زاد الاهتمام بالنظريات التربوية، مما نتج عنه تطور في الفكر البيداغوجي، حيث جعل الدور النشط للذات محور اهتمامها، وهذا التطور لم يكن تجاوزاً أو قطيعة مع العصور القديمة، بل كان استيعاباً لها، بهدف تجديد المفاهيم وتنظيمها وفق مناهج وأنساق تعرف بالباراديجم. Le paradigme (حسيني و عمار، 2019)

لا تروي لنا الأدبيات تاريخاً معيناً لنشأة وتطور مفهوم المرافقة النفسية، ولا مؤسساً معيناً لها، ولكن لها بعض الجذور التاريخية المتفرقة قد تكون إحداها هي الجذر الأصلي المؤسس لهذه العملية، هناك من يرجع فكرة نشأتها إلى كومنيوس Comenius في كتابه "التعليمية الكبرى أو الفن العالمي لتعليم كل شيء للجميع" " Grande Didactique Ou L'art Universel De Tout Enseigner A Tout " الذي تحدث فيه الكاتب عن أهمية مساعدة التلاميذ المتميزين في تعليم التلاميذ الآخرين، وهناك من يرجع ظهور فكرة المرافقة إلى العصور الحديثة، مثلاً في الشركات والمؤسسات التي تخضع لاقتصاد السوق، حيث يتم وضع الموظفين الجدد لهذه الشركات تحت وصاية موظف آخر قديم وذو خبرة واسعة في المنصب، ويكون الهدف منها هو تأطير وتعليم الموظف الجديد وإحاطته بأصول العمل، وذلك لتحقيق أكبر قدر من التقنية والإنتاجية بأقل الخسائر وأقرب الآجال، وبالتالي تحسين مردودية الشركات والموظفين. (جعني، 2019)

وظهرت وظيفة المرافقة في فرنسا في فترة التسعينات (1995)، وانتشرت في مختلف القطاعات المهنية على حد سواء، وضم مفهوم المرافقة عدة مصطلحات: الإشراف، الإرشاد، والتدريب، وتكونت مدرسة

التدريب في فرنسا (coaching) سنة (1996)، حيث قدمت كمرافقة للموظفين الجدد ابتداءً من احتياجاتهم المهنية من أجل تطوير مهاراتهم وقدراتهم. (ترة و خباب، 2018)

تطرق بول (2004) Paul إلى مفهوم المرافقة باعتبارها أسلوب شق التاريخ الإنساني محافظاً على مبادئ التعريف الحديث لهذا المصطلح، وظل شاملاً بالرغم من استعماله في العديد من السياقات والميادين، كالتكوين والتعليم والإرشاد والتوجيه والحكم (Evans et al., 2015).

ولم يؤثر تغير شكله على جوهر مفهومه، ويعني المفهوم الأساسي للمرافقة السير معاً في اتجاه لتحقيق أهداف معينة، وتدحض هذه الأهداف أولوية المرافق بل تجعلها عنصراً ثانوياً في عملية المرافقة أمام الفرد المعني بالمساعدة، وتكون الأبعاد العلائقية في هذه العملية أهم من الأبعاد الإجرائية، وعلى هذا الأساس، فإن عملية المرافقة تقوم بالدرجة الأولى على مبدأ إرشاد المرافق ودله لتحقيق أهدافه بنفسه (حسيني و عمار، 2019).

تموضع مفهوم المرافقة حديثاً في ملتقى العديد من المقاربات العلاجية والنفسية والتربوية والتواصلية، بما فيها النظرية النفسية الإنسانية بقيادة كارل روجرز K Rogers، ونظرية التواصل لدى باتيسون Bateson G، وبأولو ألتو Alto P، بالإضافة إلى باحثين وعلماء آخرين، مثل فيجوتسكي و فورشتاين Vygotsky, Feurstein (Paul, 2004)

وارتبطت فكرة الإرشاد بكارل روجرز الذي كان يمارسها في فرنسا في فترة السبعينيات، واعتبرها بمثابة معانيات مباشرة مع فرد ما لمساعدته على تغيير سلوكياته وتوجهاته (Rogers, 1957) لكن أصل هذه الفكرة كان في الولايات المتحدة، حيث ظهرت هناك كتطبيق للتوجيه المهني، وأعطت اهتماماً بالغاً إلى العلاقة المتكيفة في النسق الاجتماعي على المستوى الثقافي، العائلي، والاجتماعي، فعملية الإرشاد على هذا الأساس تعتبر نوع من أنواع المرافقة النفسية، وتتصف بالتمركز حول أفراد عاديين، مع الأخذ بعين الاعتبار تطور الفرد في وضعية مناسبة لمشكلة معينة، أي طريقة تفاعله مع بيئته. (Paul M, 2011)

تطور مفهوم المرافقة النفسية عند كارل روجرز، من مجال العلاج النفسي إلى المجال التربوي، إذ اعتبر أن دور عملية المرافقة النفسية يتجسد في تحويل قدرات الفرد الداخلية من القوة إلى الفعل، وذلك انطلاقاً من افتراض مفاده أن أي فرد قادر على التغيير مهما كان سنه أو حالته أو المعوقات التي تعترض

مساره، (منور، 2020) ويتم روجرز حديثه عن المرافقة بقوله أنها تتمثل في تقديم مساعدات للآخر ليكون قادرا على مواجهة المشاكل وتجاوز الوضعيات التي يعيشها بنفسه. (خميس، 2018)

ووصف روجرس المرافق بأنه الفرد الذي يحسن استخدام مهاراته الإبداعية في مساعدة الآخرين بتلقائية، ليكونون قادرين على مواجهة الحياة بأنفسهم، وهي مساعدة قائمة على علاقة تفاؤل لا مشروطة وثقة في القدرات المتنامية للفرد، واتفق معه فورشتاين في الرأي، (Rogers, 1957) حيث دعا المربين إلى استثمار قدرات الفرد ومهاراته، والتخلي على الأشياء التي يعجز عن فعلها، كما هو شائع في الوسط التربوي.

كما تشير المقاربة السوسيوبنائية أن المعارف تبنى من الداخل، وأن التعليمات تصدر من المنحى الاجتماعي، وهنا تظهر أهمية دور المربي "المرافق" في إيقاظ هذه المعارف بداخله، وتدريبه على التفاعل مع هذه المعارف بطريقته الخاصة، سقراط هو الآخر يعتبر المرافق هو الشخص الذي يملك القدرة على مساعدة المتعلم في استغلال معارفه وإخراجها من ذاته مع العلم أنه ليس هو المنشئ لتلك المعارف. (حسيني وعمار، 2019)

2. مفهوم المرافقة النفسية:

1.2 لغة:

رافق، يرافق، مرافقة، أي صاحب، مشى مع..

أصل الكلمة يعود إلى يعود إلى الكلمة اللاتينية Cum Panis، وتعني: مقاسمة الخبر مع شخص آخر، والتعاونية Com Pagnonnage: وهي جمعية بين عمال يدويين لمهنة واحدة لأجل أهداف التكوين المهني، والمساعدات المتبادلة التي تركز على القيم، والتي تمركزت خطواتها منذ القرون الوسطى على المرافقة والاستقبال، والاهتمام بالآخرين ونقل المهارات المهنية إليهم. (Robert P, 1981)

2.2 اصطلاحا:

يعرف زهران (1980) المرافقة النفسية على أنها عملية إرشادية تتمثل في المتابعة المستمرة بهدف التأكد والحرص على استمرارية تقدم الحالة وتحسينها، بطرق مختلفة مع تحديد نسبة التقدم في العملية

وقيمة ونجاح عملية الإرشاد، ومدى استفادة المعني بالإرشاد من الخبرات الإرشادية. (حامد عبد السلام زهران، 1980)

أما الشناوي (1996)، فعرفها على أنها وساطة قائمة على أسس وضع خطط مع المريض، بهدف إيجاد حلول للمشكلات التي يعانونها على المستوى النفسي، التعليمي والأسري... والتي من شأنها أن تعيق عملية علاج المريض. (الشناوي، 1996)

تتمثل المرافقة النفسية في مجموعة من الخدمات النفسية التي يقدمها المرافق للفرد الذي يعاني من صعوبات نفسية أو اجتماعية ومساعدته على تحقيق التوافق النفسي والاندماج الاجتماعي. (Soucy et al., 2000)

ويعرف الحلبوسي (2002) المرافقة النفسية على أنها مجموعة من الخدمات التي يتم تقديمها للفرد بغاية مساعدته على إدراك ذاته واكتشاف إمكانياته وميوله ودوافعه ومشكلاته الذاتية وظروفه البيئية، وإدراك قدرته على حل المشكلات التي قد تعترضه، وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للتوصل إلى أقصى درجات النمو والتطور التي تسمح بها إمكانياته. (الحلبوسي، 2002)

في حين يرى المنسي (2003) أنها عبارة على الحصول على المساعدة من طرف شخص مختص يوجهنا إلى حل المشاكل التي نعجز عن حلها بمفردنا. (العظيم، 2003)

ويعرفها عبد العظيم (2004) على أنها عملية بنائية تسعى إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته وإدراك إمكانياته في قدرته على حل مشكلاته من خلال مهاراته ومعارفه، وتدريبه للوصول إلى أهدافه المرجوة. (عبد، 2004)

بينما تعرفها مارتين بوفي Beauvais M (2004) على أنها تسعى إلى تقديم المساعدة لفرد معين وتدريبه على السير إلى تكوين وتطوير نفسه، للوصول إلى أهدافه وتحقيقها. (Beauvais, 2004)

وتتمثل المرافقة النفسية في عملية توجيه الأفراد والمساعدة في فهم ذاتهم وتطويرهم وحل مشاكلهم النفسية، حيث تتضمن الإرشاد النفسي التفاعل مع المستشار المؤهل للتحدث عن مشاكلهم وأهدافهم والبحث عن حل (Gibson & Mitchell, 2005).

والمرافقة عبارة عن مجموعة من العبارات التي تجتمع ثم تتفرع انطلاقاً من هذا المفهوم، أو تستبدل به حسب حقول الاستعمال والأماكن مثل: يوجه، يشرف، يرشد، يتقدم مع، يقود، يحرس، يستقبل في مجموعة للتحدث، يوصل، يقترن، يؤمن، يراقب، يصغي.. (Desjeux, 2017).

كما تعتبر أسلوب من الدعم العلاجي والتكفل النفسي قائمة على أساس بناء علاقة جيدة بين المرافق والشخص المتعالج، بطريقة تضمن استمرارية التواصل مع بيئته الاجتماعية، سواء داخل المستشفى، أو الأسرة، أو المدرسة. (Szajkowski, 2008).

توفر المرافقة النفسية فرصة للأشخاص للتحدث عن مشاكلهم وأفكارهم بحرية وبنقطة مع شخص آخر يمكنهم الثقة به كالأخصائي النفسي، يتمثل هدف المرافقة النفسية الرئيسي في تقديم الدعم الشخصي والتعاطف مع الأفراد في اللحظات الصعبة وتقديم الإرشاد والتوجيه النفسي لمساعدتهم في التغلب على مشاكلهم وتحقيق تحسين في حالتهم النفسية والعاطفية، وتشمل المرافقة النفسية مجموعة متنوعة من الأنشطة والتقنيات التي تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية والعافية العاطفية للفرد. (Rodríguez et al., 2009)

المرافقة هي عملية حيوية تتمثل في مساعدة الفرد المريض وأسرته في الصعوبات التي تواجههم، تهدف إلى تقديم يد العون والمساعدة والعمل على رفع معنويات المريض خلال الفترات الصعبة التي قد يمر بها هو أو عائلته. (صونيا و عاشوري، 2019)

هي عملية يساعد فيها شخص شخصاً آخر في مختلف المواقف المعيشية، سواء كانت داخل الأسرة أو في المدرسة والمجتمع، من خلال مجموعة من التقنيات، ويمكن أن تطبق المرافقة كذلك على الأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم. (Yaalaoui & Makhloufi, 2021)

المرافقة النفسية هي عملية تقديم دعم نفسي وعاطفي للأفراد الذين يمرون بمشاكل نفسية أو عاطفية أو اجتماعية. يعمل المرافق النفسي على مساعدة الأشخاص على التعامل مع التحديات والضغوط في حياتهم وتحسين نوعية حياتهم (Díaz–Camargo et al., 2020).

تعتبر المرافقة النفسية جزءا من عملية الإرشاد النفسي، وقد عرفت في هذا الميدان على أنها عملية واعية بناءة ومخطط لها، وتهدف إلى مساعدة الفرد وتشجيعه على فهم ذاته والاستبصار بها، ومساعدته على اكتشاف قدراته الكامنة وتوجيهها نحو تعلم مهارات وخبرات مناسبة، ويسعى المرافق من خلالها إلى مساعدة الفرد على تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي، وتحقيق السعادة مع الذات والآخرين. (ببيع و اسماعيلي، 2017)

يتداخل مفهوم المرافقة النفسية مع مفاهيم أخرى، كالاستشارات النفسية Counseling في العمليات العلاجية، والإرشاد Mentoring والتي تعني التوجيه والنصح الذي يتلقاه الفرد الذي يمر بمواقف صعبة من فرد آخر أكثر منه في السن أو في الخبرة، والوصاية Tutoring، التي يتجاوز معناها التعليم ويتسع إلى التنشئة الاجتماعية. (Pezet & Le Roux, 2012)

للمرافقة بعدين أساسيين:

➤ **البعد المنهجي:** لأن المرافقة النفسية تفرض إعطاء مخططات وأدوات وتقنيات لضمان السير الحسن للعملية، والوصول لأحسن تغيير.

➤ **البعد النفسي:** لأن المرافقة النفسية تتجسد في علاقة بين شخصين، يأخذ أحدهما بيد الآخر ليساعدها ويسمح له بإيجاد استقلالية ذاتية في مساره، مع ترك له الفرصة لينمي ثقته بنفسه ويتمكن من إحداث التغييرات اللازمة. (صونيا و عاشوري، 2019)

من خلال التعاريف السابقة، يتضح لنا أن المرافقة النفسية هي عملية إنسانية منظمة تهدف بالدرجة الأولى إلى تقديم المساعدة الضرورية الفرد الذي يمر بمواقف صعبة وضاعطة، بمساعدته على معرفته بذاته، واستبصاره بمشاكله، ليحقق التوافق النفسي والاجتماعي في الوسط والبيئة التي يعيش فيها، ويستغل إمكانياته ومهاراته بشكل سوي، ليصبح أكثر نضجا ووعيا ، ويتمكن من مساعدة نفسه بنفسه مستقبلا، وترتكز المرافقة النفسية على الأخذ بيد الفرد ومساعدته على تحقيق الحالة النفسية والاجتماعية السوية، مع الأخذ بعين الاعتبار قدراته ومهاراته وميولاته وطموحاته وأهدافه المستقبلية، لكي يتمكن من

الأخير من حل مشكلاته وتخطي الصعوبات التي تعترض مساره، والتمكن من اتخاذ القرارات المتعلقة بمصيره، وتحقيق درجة من التوافق النفسي والاجتماعي.

3. طبيعة عملية المرافقة النفسية:

تتجسد عملية المرافقة النفسية في إطار علاقة ديناميكية يطلبها الفرد الذي يحتاج إلى المساعدة، فيقدم الشخص المرافق الدعم بهدف تغييره وتعليمه أشكال جديدة وإيجابية من الفعل والتفكير والشعور، فتتميز عملية المرافقة بتشجيع الفرد على التطور والنمو، ويرتكز تطبيقها على تحديد احتياجات الفرد ومدى رغبته في التغيير (Biémar, 2012).

تعتبر اسهامات كارل روجرز في مجال المرافقة والإرشاد النفسي لافتة للنظر وهذا راجع لما قدمه في هذا الميدان، حيث يؤكد في نظريته على نوع العلاقة بين المرشد والمسترشد، حيث يقول أنها لا تقتصر فقط على العلاج بقدر ماهي علاقة تساعد الفرد في التخلص من مشكلاته وتذليل الصعوبات التي تعترضه، وتدريبه على اكتشاف هذه المشكلات بنفسه، في جو يسوده الأمان والثقة المتبادلة والاطمئنان، فالدعم النفسي الذي يقدمه المسترشد للمرشد هنا يساعده في تجنب النكوصات والإخفاقات، كما يدرجه على اكتساب وتطوير مهارات التفكير الإيجابي في نظريته للحياة (Díaz-Camargo et al., 2020).

ويمكن اعتبار المرافقة النفسية أنها عبارة عن عملية تقاسم الخبرات مع الآخر، حيث تكون العلاقة بينهما تفاعلية ومبنية على الثقة والتعاون المتبادل، وهذه العلاقة القائمة بين الطرفين تختلف عن العلاقات الإنسانية الأخرى، فهي تتسم بمجموعة من الصفات منها ما يلي:

- __ أنها علاقة مهنية لها حدود معينة لا يجب على الطرفين تجاوزها.
- __ علاقة تتميز بالاحترام المتبادل بغض النظر عن سن الفرد المعني بالمرافقة أو مستواه الثقافي والاجتماعي أو جنسه. (جودت و العزة، 1999)
- __ علاقة تسودها الثقة المتبادلة والفهم والاهتمام والتعاطف والمساعدة والود وتحمل المسؤولية.
- __ علاقة ديناميكية قائمة على التفاعل المتبادل بين طرفي المرافقة النفسية، بمختلف أشكاله، نفسياً ومعرفياً وانفعالياً وثقافياً، ويتم هذا التفاعل من خلال مهارات التواصل السليم الذي يكون بدوره هو

المسؤول عن نجاح العملية الإرشادية وتأثيرها الإيجابي على الشخص المعني بالمرافقة. (Hara & The, 2013)

تتميز العلاقة بالاعتدال أي لا إفراط ولا تفريط في العلاقة بهدف المحافظة على جو العلاقة السليمة بين الطرفين.

تتسم علاقة المرافقة النفسية بالسرية والخصوصية في العمل حيث لا يجوز الإفصاح عنها وإفشاؤها.

تتوقف علاقة المرافقة النفسية على مدة معينة، وتنتهي بعد هذه المدة، فهي لا تتعدى إلى بناء الصداقات والعلاقات العميقة والمفترطة بين الطرفين.

عملية المرافقة النفسية تساعد الفرد المعني بالمرافقة على فهم ذاته وإدراكها والاستبصار بها، كما تهتم بالأساس على الجانب النفسي له.

4. أهداف المرافقة النفسية:

ينتمي مفهوم المرافقة النفسية إلى نموذج فكري جديد، مفاده أن الفرد يواجه مصاعب الحياة بمفرده، ولهذا السبب، فهو يحتاج إلى التوجيه والمساعدة، لكن هذه المساعدة لا تهدف إلى الامتثال لنموذج معين، بقدر ما تكون طريقة لتحقيق الذات، والهدف الأساسي لعملية المرافقة النفسية يتمثل في القدرة على تحقيق تحولات إيجابية وذات معنى في حياة الفرد، وليس الاكتفاء فقط بالتغييرات البسيطة على المستوى الشخصي والتنظيمي له، فحسب هذا النموذج الفكري، لم تعد الطرق الكلاسيكية كالإملاء والنصح ومراقبة الانفعالات مجدية وذات فعالية، فقد تكون ذات نتائج سلبية في بعض الأحيان، بل يكون الفرد المعني بالمرافقة مدركا لذاته وواعيا بما يناسبه، لأنه نابع من مشروع ذاتي هو القائم على بناءه، ويتجسد دور المرافق في فهم احتياجات المعني ووضعياته وأهدافه ودوافعه (Roquet, 2009).

تنطلق عملية المرافقة من أساس السير معا في اتجاه محدد، باتباع قيم رمزية مشتركة، وتقوم على هدف إشعار العميل أن المرافق لا يزال يهتم به وأنه لم ولن يتخلى عنه، وأن بابه سيظل مفتوحا لاستقباله والإصغاء إليه، كما تساعد على تحقيق تطور في مختلف جوانب النمو، كما أنها تقدم أساليب وقائية وعلاجية مختلفة، بما يكفل تحقيق التوجيه والإرشاد النفسي، وتنمية كفاءاته ومهاراته اللازمة لمساعدته على تحقيق الأهداف التي طالما كان ينتظر تحقيقها. (خميس، 2018)

ويمكن تلخيص أهداف المرافقة النفسية في بعض النقاط، وهي كالتالي:

ـ مساعدة الفرد على تخطي ش بالجانب النفسي للفرد، كما تساعده على فهم ذاته والاستبصار بها. تهدف عملية المرافقة النفسية إلى تقديم الدعم والمساعدة النفسية والعاطفية للأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية أو عاطفية أو اجتماعية، هذه العملية تشمل عدة خطوات وتقنيات تساعد الأفراد على فهم أنفسهم بشكل أفضل والتعامل مع التحديات التي قد تواجههم، تلخص الباحثة طبيعة عملية المرافقة النفسية في النقاط التالية:

• **التقييم والتقدير:**

المرافق النفسي يبدأ بالتقييم الأولي للمشكلة أو التحدي الذي يواجهه الشخص. يستمع بعناية إلى الشخص ويحاول فهم تجربته ومشاعره وأفكاره.

• **إقامة علاقة إيجابية:**

يعمل المرافق النفسي على بناء علاقة موثوقة ومحترمة مع الشخص المرافق. هذه العلاقة الإيجابية تساعد على تشجيع الثقة والانفتاح.

• **التفاعل والمناقشة الفعالة:**

المرافق النفسي يشجع الشخص على التحدث بشكل فعال عن مشاكله وأفكاره ومشاعره، يستخدم التقنيات الاستماع الفعال لفهم الأمور بشكل أفضل.

• **تقديم الدعم العاطفي والنفسي اللازم:**

يقدم المرافق النفسي الدعم العاطفي والنفسي للفرد المعني بالمرافقة، حيث يشجعه على التعبير عن مشاعره بحرية، ويمكن أن يشمل ذلك التقنيات الإيجابية لتعزيز الثقة بالنفس وتحسين التواصل.

• **التحليل والتفكير:**

يمكن للمرافق النفسي استخدام التفكير النفسي لمساعدة الشخص في تحليل مشكلته بشكل أعمق وفهم العوامل التي قد تؤثر عليها.

• **تحديد خطة وأهداف علاجية:**

يمكن أن يساعد المرافق النفسي الشخص في وضع خطة للتغلب على التحديات وتحقيق الأهداف. حيث يتم تحديد الخطة والأهداف بشكل واضح ومحدد.

• تقديم مهارات وتقنيات علاجية وإرشادية مناسبة:

في بعض الأحيان، يمكن أن يقدم المرافق النفسي مهارات وتقنيات محددة للشخص للتعامل مع مشاكله بشكل أفضل، قد تشمل هذه التقنيات التنفس، والاسترخاء، والمواجهة، والتفكير الإيجابي.

• المتابعة والتقييم:

يتم متابعة تقدم الشخص عبر الجلسات وتقييم الفعالية للمرافقة النفسية، حيث يمكن أن تتغير التقنيات المستخدمة وفقاً لاحتياجات الشخص المعني بالمرافقة النفسية.

تتفاوت عملية المرافقة النفسية باختلاف الأفراد والمشكلات التي يواجهونها، حيث يتم تنفيذها بعناية وحساسية لضمان تلبية الاحتياجات النفسية للشخص وتحسين نوعية حياته النفسية والعاطفية.

5. المهارات الأساسية لعملية المرافقة النفسية:

إن الأسس الرئيسية لعملية المرافقة النفسية تتمثل في مجموعة من المهارات كالإصغاء. التوضيح، التصحيح، والإصلاح، ومساعدة المعني بالمرافقة على اتخاذ القرارات، كما تركز على النمو الشخصي والتركيب للفرد. (BASCO & COTE, 2011)

كما أشار باركر (1991) Barker إلى أن الاتحاد الدولي للأخصائيين الاجتماعيين حدد اثني عشرة (12) مهارة باعتبارها مهارات أساسية لممارسة مهن المساعدات الإنسانية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

__ مدى قدرة المرافق على الإنصات والاستماع للآخرين والقدرة على فهمهم وإبداء التسامح والتعاطف معهم.

__ القدرة على استخراج المعلومات واستنباطها وجمع الحقائق ذات الصلة وتركيبها لتجهيز التقرير النفسي الاجتماعي، والقيام بعملية التقدير.

__ القدرة على بناء علاقة المساعدة والحفاظ على استمراريتها.

__ القدرة على ملاحظة السلوكيات اللفظية والغير لفظية للفرد المعني بالمرافقة وتفسيرها، و استخدام معارفه القبلية بالأساليب التشخيصية ونظريات السلوك.

__ القدرة على إشراك المعنيين بالمساعدة من أفراد وأسر وجماعات في الجهود العلاجية التي تبذل لحل مشكلاتهم واكتساب ثقتهم.

- _ القدرة على فتح الموضوعات النفسية الحساسة مع الفرد المعني بالمرافقة بطريقة مشجعة وداعمة دون الشعور بالارتباك والتهديد والخوف.
- _ القدرة على إيجاد حلول مبتكرة وجديدة تتناسب مع حاجات الفرد والجماعة.
- _ القدرة على تحديد الحاجة إلى إنهاء العلاقة العلاجية.
- _ القدرة على إجراء الأبحاث وتفسير النتائج والاستفادة منها.
- _ القدرة على التوسط بين أطراف متنازعة والتفاوض بينها حين تدعو الحاجة لذلك.
- _ القدرة على توفير خدمات علائقية متبادلة داخل المؤسسة التي يعمل بها.
- _ القدرة على تفسير المطالب والحاجات النفسية والاجتماعية وإيصالها إلى المسؤولين. (حسيني وعمار، 2019)

تُعدّ المرافقة النفسية عملية دقيقة تتطلب مجموعة متكاملة من المهارات النفسية والاجتماعية لضمان تقديم دعم فعّال وشامل للأشخاص الذين يعانون من صعوبات أو أزمات نفسية. وتمثل هذه المهارات حجر الزاوية في بناء علاقة مرافقة ناجحة وذات تأثير إيجابي على مسار الشخص النفسي والمعرفي والاجتماعي. وفيما يلي عرض مفصل لأهم المهارات الأساسية التي يجب أن يتحلّى بها المرافق النفسي:

✓ الاستماع الفعّال (Active Listening)

تُعتبر مهارة الاستماع الفعّال من أهم الركائز في المرافقة النفسية، حيث تتطلب من المرافق الإنصات بانتباه وبدون إصدار أحكام مسبقة، مع مراعاة لغة الجسد ونبرة الصوت والانفعالات الظاهرة للمسترشد. إن الإصغاء الجيد يُمكن المرافق من فهم أعمق لمشاعر الشخص، مما يُعزز من ثقته ويُشعره بالأمان والاحترام.

✓ التواصل اللغوي الواضح والفعال

لا يقتصر التواصل الفعّال على نقل المعلومات، بل يشمل القدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر بطريقة دقيقة ومفهومة. ويتعين على المرافق استخدام لغة مبسطة خالية من الغموض، تتسم بالتعاطف والتقبل، مما يتيح بيئة تواصلية صحية قائمة على التفاعل الإيجابي والداعم.

✓ إظهار التعاطف والتفهم (Empathy)

يُعدّ التعاطف من أبرز المهارات التي تتيح للمرافق النفسي فهم العالم الداخلي للمسترشد دون أن يتماهى معه كلياً. ويقتضي ذلك القدرة على إدراك مشاعر الشخص ومشاركتها وجدانياً، مما يعزز الإحساس بالتقدير والقبول ويُسهّم في التخفيف من حدة المعاناة النفسية.

✓ بناء علاقة ثقة (Trust Building)

تُبنى العلاقة العلاجية الفعالة على أساس متين من الثقة والاحترام المتبادل. ويستلزم ذلك من المرافق التصرف بمصداقية، والحفاظ على ثبات انفعالي، والاتساق في المواقف، بما يضمن شعور الشخص بالأمان والطمأنينة خلال جلسات المرافقة.

✓ القدرة على التقييم والتحليل

يجب أن يتمتع المرافق بقدرة تحليلية ومنهجية تُمكنه من فهم الحالة النفسية للشخص بدقة، وتشخيص نقاط القوة والضعف، مما يُساعد على وضع خطة مرافقة مناسبة وتقديم تدخلات فعالة ومبنية على تقييم موضوعي للمعطيات.

✓ المرونة والتكيف

تُعدّ القدرة على التكيف مع التغيرات من المهارات الأساسية في سياق المرافقة النفسية، إذ يتعين على المرافق تعديل استراتيجياته وفقاً لتطور الحالة النفسية للمسترشد، ومدى استجابته للتوجيهات والمواقف التي يمر بها.

✓ التحفيز والتوجيه الإيجابي

يتطلب دور المرافق النفسي القدرة على إلهام المسترشد وتحفيزه على تجاوز العقبات، وتبني أساليب تفكير وسلوك إيجابية، إضافة إلى توجيهه نحو وضع أهداف واقعية وتنمية قدراته الذاتية من خلال دعم مستمر قائم على التمكين والمرافقة التدريجية.

✓ الحفاظ على السرية والخصوصية

يُعدّ احترام خصوصية الأفراد والامتثال للأخلاقيات المهنية من المبادئ الجوهرية في العمل النفسي. ويجب على المرافق الالتزام التام بسرية المعلومات التي يشاركها المسترشد، وعدم استخدامها أو الكشف عنها إلا بإذن صريح أو في حالات استثنائية يُحددها القانون أو المصلحة العلاجية.

✓ الاستفادة من الأدوات والتقنيات النفسية

ينبغي أن يكون المرافق ملماً بمختلف الأدوات النفسية وتقنيات الدعم المتاحة، مثل أساليب الاسترخاء، تقنيات إعادة البناء المعرفي، أو أدوات التقييم النفسي الأولي، بحيث تُستخدم بما يتناسب مع طبيعة الحالة، لدعم عملية التغيير الإيجابي وتيسير التكيف النفسي والاجتماعي.

6. شروط المرافقة النفسية وعوامل نجاحها:

لتحقيق أهداف عملية المرافقة النفسية، يستوجب إحداث مجموعة من الشروط والأساليب التي من شأنها أن تحدث تأثيراً فعالاً وإيجابياً على العلاقة التي تجمع بين المرافق والشخص المعني بالمرافقة، والعمل على استخدامها لضمان استمرارية الممارسة الجيدة لهذه العملية، وقد ارتئينا إدراج بعض هذه العوامل ضمن النقاط التالية:

- إدراك الفرد لحاجته إلى الدعم النفسي، حيث يعتبر وصول الفرد إلى هذه المرحلة بمثابة وصوله إلى منتصف الطريق في العملية العلاجية، ويكون القرار صادر من رغبته وغير متأثر بفرد آخر، وبهذا يكون مستعد تماماً للبحث عن حلول للمشكلات التي يعاني منها، والعمل على إنجاح العلاج، وعلى النقيض من ذلك، عندما يكون الفرد جاهلاً بحالته ووضعيته، تصعب وتطول عملية العلاج بطبيعة الحال، ذلك لأنه قد يعتمد أحياناً على ميكانيزمات الدفاع التي تمنع بدورها تقبل الفرد لواقعه وبالتالي تعطل وتأخر عملية العلاج.
- احترام حرية الفرد المعني بالمرافقة ورغباته شرط من شروط عملية المرافقة النفسية، حيث يجب تحضيره لعملية المرافقة نفسياً مع الحفاظ على حرّيته وسريته حياته الشخصية، ومساعدته على إدراك حالته دون تسرع أو عنف، مع منحه الحرية في اختيار من يكون مرافقه في العلاج وهذا ما يعزز علاقة الثقة بين الطرفين.

- _ في سياق المحرمات في الممارسة النفسية، يجب الحذر عن إعلان معلومات خاصة بالمريض عند العامة، ولمن يمكن تقديم المرافقة والعلاج إذا شعر أنه في حاجة إلى التحدث إلى المجتمع. (عاشوري، 2019)
- _ التأكيد على مبدأ الضرورية والواقعية في العلاقة، وذلك باعتماد النظرة الموضوعية والواقعية للمشكلات والصعوبات التي يعاني منها الفرد المعني بالمرافقة النفسية، والتخلي بالرزنة والحكمة، دون إهمال واقع الحياة ومتطلباتها، التروي في إصدار الاستنتاجات والأحكام قبل الحصول على كل المعلومات والبيانات اللازمة، للتمكن من وضع خطة للعملية.
- _ يجب أن تتميز العلاقة بين المرافق والفرد المعني بالمرافقة بالمرونة والديناميكية، وذلك يتجسد في الطرق والاساليب المعتمدة لتقديم كل أشكال الدعم النفسي للفرد. (جعني، 2019)
- _ تحديد المكان والزمان المناسب لإجراء عملية المرافقة النفسية، حيث يمكن إجراؤها في أماكن وأوقات مختلفة، وذلك نظرا لظروف المرافق والفرد المعني بالمرافقة، حيث تحدد حسب برنامج مخطط من الطرفين.
- _ توفير المناخ المناسب الذي يميز عملية المرافقة النفسية، حيث يجب أن يسوده الارتياح والاسترخاء، الأمل والإيجابية والتقبل.
- _ تفهم أفكار الفرد المعني بالمرافقة، وفهم دوافعه ومشاعره واتجاهاته وحاجاته وردود أفعاله حول المشكلات التي يعانيها والسبل إلى حلها.
- _ يجب التأكيد على أهمية السرية والخصوصية لما يحدث في عملية المرافقة، والتي تعتبر دليل على مدى احترام المرافق لمهنته ونفسه والفرد المعني بالمرافق، كما أنها وسيلة لتعزيز الثقة بين الطرفين . (Delourme & Marc, 2014)
- _ أهمية الاحترام المتبادل بين الطرفين، كاعتراف المرافق بقيمة الفرد المعني بالمرافقة، ومدى قدرته على اتخاذ القرارات التي تتعلق به، والاستجابة لأقواله وأفعاله بطريقة إيجابية.
- _ تحلي علاقة المرافقة بالدفء وحرارة التفاعل والاهتمام المتبادل، والمشاركة الانفعالية، لضمان استمرار الأخذ والعطاء بين الطرفين.

- __ التسامح المتبادل جد مهم في علاقة المرافقة، حيث يحق للفرد المعني بالمرافقة بأن يقرر مصيره، ويحدد أهدافه، حيث يجب على المرافق احترام شخصيته كإنسان، لضمان استمرارية العلاقة الإيجابية بين الطرفين.
- __ حسن الإصغاء والاستماع الجيد للفرد، مع ممارسة الملاحظة والانتباه والتركيز لكل الأفعال والأقوال الصادرة عنه، من أجل التمكن من تحديد نقطة للتدخل النفسي، وإتاحة الفرصة له للكلام والتفريغ الانفعالي بكل ارتياح.
- __ يلعب مظهر المرافق دورا في غاية الأهمية في عملية المرافقة النفسية، ولهذا، يجب أن يكون مظهره مناسب ومحترم، ويتسم بالبشاشة واللطافة، وأن يظهر اهتمامه بالفرد المعني بالمرافقة، ورغبته الملحة في مساعدته.
- __ الطمأنينة بين الطرفين أي التعبير عن مشاعرهم الحقيقية بكل صراحة وحرية وإخلاص وأمانة.
- __ تحديد المشكلة وعدم التعميم، تركيز محتوى المرافقة النفسية على موضوع المشكلة التي يعانها الفرد، والأفكار والمشاعر التي تخصه،
- __ المشاركة الانفعالية وهو الشعور الذي ينتاب الطرفين اتجاه بعضهما البعض ويتميز بالتفاهم المتبادل بينهما.
- __ يتوقف نجاح عملية المرافقة النفسية على مدى تفهم كل من الطرفين لدوره، وقدرته على تحمل مسؤوليته.
- __ توفر علاقة مبنية على المودة والألفة والوئام والتفاهم والتقبل التلقائي واللامشروط بين الطرفين بين الطرفين.
- __ الاستعداد للمساعدة من جانب الطرفين والثقة المتبادلة بينهما.
- __ تحلي المرافق بالبشاشة واللطافة والتركيز على التعبير الغير لفظي لكسب ثقة الفرد المعني بالمرافقة وارتياحه.
- __ يجب على المرافق النفسي أن يتمتع بالحكمة في القول والفعل والتروي في الحديث وإصدار الأحكام، وأن يتميز بالصبر والتأثير الإيجابي، أي أن يكون بمثابة قدوة حسنة للفرد المعني بالمرافقة.

7. عوامل نجاح دور الأخصائي النفسي في عملية المرافقة:

يلعب الأخصائي النفسي دور لا يستهان به في عملية المرافقة، فهو لا يقدم الحلول للفرد المعني بالمرافقة، بل يوجهه ويرشده نحو الزوايا التي يجب تطويرها. ويتطلب نجاح دور الأخصائي النفسي في عملية المرافقة النفسية عدة عوامل من شأنها إنجاح هذه الممارسة، يمكن تحديدها فيما يلي:

1.7 خصائص شخصية:

تتمثل في الخبرات الفنية والسلوكية للأخصائي النفسي، مدى قدرته على التفاوض وحل المشكلات الفردية والجماعية، ومدى قابليته لممارسة مهارة الإصغاء والتعاطف. (Schmitt, 2010)

2.7 خصائص تعليمية:

تشير إلى المهارات التي يتمتع بها الأخصائي المرافق بينه وبين الشخص المعني بالمرافقة من جهة، وبين المعني بالمرافقة والمعارف من جهة أخرى، أي مقدرته على تبسيط المعارف وتقديمها له في القالب الخاص والمميز لكل أفراد الجماعة، وهذا بدوره ما يجعل الفرد يشعر بأن المرافق يهتم به بشكل خاص ومتميز.

3.7 التأهيل والتخصص:

وهي المهارات المعرفية والعلمية حول المواضيع التي تتدرج ضمن محتويات التكوين من جهة، وبين المعلومات التي تتمحور عليها عملية المرافقة من جهة أخرى.

4.7 خصائص تقنية:

يجب على الأخصائي النفسي المرافق أن يكون قادراً على تطوير مهاراته في تكنولوجيا بيئة التكوين، وذلك باستعماله الجيد لتكنولوجيا المعلومات والاتصال، لكن يتمكن من تأدية مهامه بالتنوع في استعمال التقنيات الحديثة والوسائل التي من شأنها أن تسهل عملية المرافقة النفسية. (عدس، 2000)

كما حددت عباس وعلي (1999) جملة من الخصائص والمميزات التي يجب أن يتمتع بها الأخصائي النفسي المرافق ليضمن نجاح عملية المرافقة النفسية، وهي كما يلي:

- امتلاك كم معرفي زاد هائل من المعارف والخبرات اللازمة، والمهارات التطبيقية والفنية الضرورية وحسن إتقانها لإتمام مهمة المرافقة على أكمل وجه.
- إدراك الأخصائي النفسي لنوعية المهمة التي يقوم بأدائها، وامتلاك النية والرغبة والكفاءة اللازمة لإنجازها، واستخدام مهاراته المكتسبة على إتمام المهمة دون الوقوع في الأخطاء.
- قدرة الأخصائي النفسي على إنجاز عملية المرافقة بوتيرة تتناسب مع الفترة الزمنية المقررة عليه، حيث يتوجب عليه العمل بإتقان وسرعة للتمكن من استكمال المهمة وتجديدها وذلك بتجديد الأشخاص الذين سيتم مرافقتهم لاحقاً.
- التفاني والإخلاص في العمل والجدية يعتبرون من أهم العوامل التي تساهم في إنجاح عملية المرافقة النفسية. (عباس و علي، 1999)
- يلعب دور الاختصاصي النفسي في عملية المرافقة دوراً حاسماً في نجاح هذه العملية، تلخص الباحثة فيما يلي بعض العوامل المهمة التي تساهم في نجاح دور الاختصاصي النفسي في عملية المرافقة:

• **الاحترافية والخبرة والمهارات الفنية:**

يجب أن يتمتع الاخصائي النفسي بالمهارات والتدريب اللازم لفهم وتقديم الدعم للأفراد الذين يلجؤون إليه، هذا يشمل معرفة مفصلة بالنظريات والتقنيات النفسية.

• **القدرة على بناء علاقة ثقة مع العميل:**

يجب أن يكون لدى الاخصائي النفسي القدرة على بناء علاقات إيجابية وثقة مع الأفراد المعنيين بعملية المرافقة، حيث أن هذه الثقة تساعد على تحفيز الشخص على التعبير عن مشاعره وأفكاره بحرية.

• **التفهم والتعاطف :**

يجب أن يظهر الاخصائي النفسي تفهماً وتعاطفاً حقيقيين مع مشاعر وتجارب الفرد المعني بالمرافقة، هذا ما يساعد على بناء جسر من الدعم والرعاية بين المرافق النفسي والعميل.

• القدرة على التوجيه والتحفيز :

فالمرافق النفسي يجب أن يكون قادرًا على توجيه الشخص نحو تحقيق أهدافه ومساعدته على التغلب على التحديات النفسية والمشكلات التي تعترض مسار حياته، يجب أن يكون قادرًا على تقديم التوجيه البناء وتحفيز الشخص لاتخاذ خطوات إيجابية في مساره الحياتي.

• احترام معتقدات العميل وتوجهاته الثقافية:

يجب أن يكون الاختصاصي النفسي مدركًا للثقافة والتنوع والتأثيرات الثقافية على تجربة الشخص ويجب أن يتعامل معها بحرية واحترام.

• الالتزام بالتدريب المستمر :

فالاخصائي النفسي يجب أن يبقى متعلمًا ومطلعًا على أحدث التطورات في مجال النفس والعلاج النفسي من خلال المشاركة في التدريب المستمر والاطلاع المستمر.

• الاحترام للسرية وأخلاقيات المهنة :

يجب على الاختصاصي النفسي الامتناع عن الكشف عن معلومات شخصية للشخص دون إذنه والامتنال للأخلاقيات المهنية ومعايير الحفاظ على سرية معلومات العميل.

• التقديم الفعال للتقنيات والأدوات :

الاخصائي النفسي يجب أن يكون قادرًا على استخدام التقنيات والأدوات النفسية المناسبة لمساعدة الشخص في التغلب على مشاكله واجتياز صعوبات الحياة.

تسهم هذه العوامل جميعها في نجاح دور الاختصاصي النفسي في عملية المرافقة وتحسين تأثيره على الأفراد الذين يبحثون عن المساعدة النفسية، ويقترن عموماً نجاح عملية المرافقة النفسية بمدى تحمل الأخصائي النفسي لمسؤولية هذه المهمة، ومدى تقانيه وإخلاصه في القيام بواجباته في هذه العملية لتحقيق أداء مهني ناجح.

يُظهر الجدول أعلاه ملخصًا لأنواع الأخصائيين في ميدان المرافقة النفسية والإرشاد النفسي، حيث يظهر هؤلاء الأخصائيين في المرافقة النفسية تفاوتًا في التخصصات والأدوار والمهام التي يمكن أن يقوموا بها في مساعدة الأفراد والأسر على تحسين صحتهم النفسية والعاطفية. من خلال استخدام تقنيات ونظريات مختلفة، يتيح هؤلاء الأخصائيين للأفراد التعبير عن أنفسهم ومشاعرهم والعمل على حل المشكلات وتحقيق التغيير الإيجابي في حياتهم، ويتميز كل اختصاص بمجال تخصصه الفريد والسياقات التي يمكن أن يُقدم فيها الدعم والمرافقة النفسية، يساهم هؤلاء الأخصائيون بشكل كبير في تعزيز صحة الفرد والأسرة والمجتمع بشكل عام.

8. المرافقة النفسية والإرشاد النفسي:

تتعدد المقاربة النظرية لمفهوم المرافقة النفسية وتهدف في مجملها إلى تقديم مساعدات وخدمات نفسية لمختلف الأفراد، ولها العديد من الأشكال وعلى رأسها الإرشاد النفسي، الذي يتخذ من إيجاد الراحة النفسية والانسجام والتوافق للفرد هدفًا أساسيًا له، وهو يعد من الخدمات الأساسية التي يحتاجها الفرد والجماعة لمساعدتهم على مواجهة متطلبات التكيف النفسي والاجتماعي والثقافي التي تفرضها التغيرات المتسارعة في العصر الحالي، فمن خلال هذا التداخل الكبير بين مفهوم المرافقة النفسية والإرشاد النفسي، ارتئينا التطرق إلى مجموعة من التعريفات التي تعرض إليها مختلف العلماء والباحثين الذين تناولوا موضوع الإرشاد النفسي:

عرف تايلور (Taylor, 1966) الإرشاد النفسي بأنه عملية تهدف إلى منح المسترشد الحرية المطلقة للتعبير عن رغباته وإرادته وتطويرها في إطار الحدود النفسية والبيئية، ويدعم الإرشاد النفسي المتطور أن يدعم وغي الفرد بذاته، وإدراكه لها بعمق، ويضمن تفاعله الإيجابي مع بيئته. (عاشوري، 2019)

تعرف الرابطة الأمريكية لعلم النفس الإرشادي (1981) الإرشاد النفسي بأنه مجموعة من الخدمات التي يقدمها الأخصائي النفسي أو المرشد إلى الفرد الذي يحتاج إلى المساعدة، وهو المسترشد، ويعتمد المسترشد في تدخلاته على مناهج ومبادئ وإجراءات لتسييل السلوك الإنساني بطريقة فعالة وإيجابية خلال المراحل المختلفة من حياته، ويقوم المسترشد بممارسة خدماته بالتركيز على الجوانب الإيجابية للتوافق النفسي من وجهة نظر إنمائية، وتهدف هذه الخدمات إلى مساعدة المسترشد وتدريبه على اكتساب المهارات اللازمة لحل المشكلات واتخاذ القرارات. (بوعالية، 2016)

يعرفه باكار Bakare (1982) بأنه مجموعة من الاجراءات المستخدمة لمساعدة الفرد على حل المشكلات التي تعترض طريقه في مختلف الجوانب الشخصية للفرد، ويهدف بالدرجة الأولى إلى مساعدة الفرد على تحقيق اقصى مستويات النمو في شخصيته ليكون أكثر فعالية في المجتمع. (Bakare, 1984)

أما الدكتورة سري (2000) فتعرف الإرشاد النفسي على أنه عملية بناءة تهدف إلى مساعد الفرد على فهم ذاته وإدراك شخصيته والتعرف على خبراته وتحديد مشكلاته وتنمية مهاراته وإمكانياته، لكي يتمكن من تحديد أهدافه وتحقيقها، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والمهني والزواجي والتربوي والأسري والزواجي. (جلال، 2000)

هي علاقة مبنية على علاقة مهنية خاصة بين المرشد والمسترشد الذي يكون بحاجة إلى المساعدة، حيث يهدف المرشد في إطار العلاقة الإرشادية على فهم المسترشد ومساعدته على فهم ذاته واختيار أفضل البدائل المتوفرة له، انطلاقاً من وعيه بمتطلبات محيطه الاجتماعي وتقييمه لذاته وقدراته وإمكانياته الواقعية، ويساعده على حل مشكلاته وتجاوز صعوباته. (حسين زيدان، 2020)

كما يعرف زهران الإرشاد النفسي (2003) على أنه عملية بناءة هدفها الأساسي هو مساعدة الفرد لفهم ذاته وفهم شخصيته وإدراك خبراته، وتنمية إمكانياته وإكسابه المهارات المختلفة لحل مشكلات في ضوء خبراته ومعارفه ورغباته، وتدريبه للوصول إلى تحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي والمهني، وبالتالي الوصول إلى الصحة النفسية. (حامد عبد السلام زهران و سري، 2003)

الإرشاد النفسي هو عملية مشاركة متبادلة بين طرفين أو أكثر بطريقة مباشرة، حيث يساعد فيها أحد الطرفين الآخر على زيادة مدى فهمه بمشكلاته وقدرته على حلها. (لعرابة و هبة، 2022)

عملية الإرشاد النفسي قائمة على علاقة بين المرشد والمسترشد، حيث يقوم المسترشد فيها بمساعدة المرشد على فهم المشكلات التي تواجهه في جوانب الحياة المختلفة، سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو دراسية أو مهنية، وتشجيعه على حلها بنفسه، ويهدف الإرشاد أساساً إلى مساعدة الأقرباء إلى العاديين من المرضى (محمد، 2008).

الإرشاد النفسي (Counseling) هو عملية تقديم الدعم والإرشاد للأفراد بهدف مساعدتهم في فهم أنفسهم بشكل أفضل والتعامل مع المشاكل والتحديات النفسية والعاطفية والاجتماعية التي يواجهونها، يتميز الإرشاد النفسي بأنه يستخدم تقنيات الحوار والتحدث بشكل فعال لمساعدة الأفراد على تحقيق التغيير والتنمية الشخصي. (Corey, 2017)

وهو نوع من الخدمات النفسية التي تهدف إلى مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم والتعامل مع الضغوط والتحديات الحياتية بطرق صحية وبناءة. يشمل الإرشاد النفسي التوجيه والدعم العاطفي والمهارات الحياتية. (Capuzzi & Stauffer, 2016).

وهو عملية توجيهية تساعد الأفراد على اتخاذ قرارات سوية وصحيحة في حياتهم، كما يشجع على تطوير الوعي الذاتي ويعزز التفكير النقدي، ويهدف الإرشاد النفسي إلى تحسين جودة حياة الأفراد من خلال تعزيز التوازن النفسي والعلاقات الاجتماعية والمهنية والصحية. (Kok-Mun et al., 2023)

وعملية الإرشاد النفسي تقوم على مساعدة الفرد على فهم حاضره وإعداد مستقبله للتمكن من وضعه في المكان المناسب له ولمجتمعه، ومساعدته على تحقيق التوافق النفسي والتربوي والمهني، باتباع طريقة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة الكاملة للفرد للتمكن من حل مشكلاته الشخصية والتربوية والصحية والمهنية والأسرية التي قد تعترضه في حياته. (شهرة وآخرون، 2022)

وترتكز عملية الإرشاد النفسي أساساً على مساعدة الفرد على النمو في الاتجاه السوي والمرغوب فيه، والعناية به من جميع جوانب شخصيته المختلفة بما يشبع حاجاته ورغباته ومدى قابليته للنمو والتطور، والعمل على زيادة استبصار الفرد بذاته، وإدراكها، وتحميله المسؤولية الكاملة عن أفكاره وسلوكياته، ويمكن الإشارة إلى أهداف عملية الإرشاد النفسي من وجهة نظر أبرز علماء النفس فيما يلي:

➤ تحقيق الذات:

إن الهدف الرئيسي من عملية الإرشاد النفسي هو مساعدة الفرد على تحقيق ذاته، حيث يقول روجرز أن الفرد لديه دافع أساسي هو المسؤول عن توجيه سلوكه وهو الدافع إلى تحقيق الذات، ونتيجة لوجود هذا الدافع يكون لدى الفرد استعداد دائم لتنمية ذاته وفهم استعداداته وإمكانياته، بحيث يستطيع تقييم

نفسه وتقويمها وتوجيهها، وذلك بالعمل على تنمية بصيرة العميل، حيث يحقق نمو إيجابي للذات. (العيسوي، 2001)

حيث يتم تدريب الفرد على التعرف على نفسه بحيادية وموضوعية، ويتعرف على حدود قدراته وإمكانياته، ونقاط قوتها وضعفها، وتقويم نفسه ومعرفة الصواب والخطأ، حيث يقوم المرشد النفسي بذلك عن طريق تنمية بصيرته وفهمه الواقعي لذاته. (قرشي، 2010)

➤ تحقيق التوافق الشخصي:

يتحقق التوافق الشخصي للفرد بإشباع رغباته وحاجاته وتلبية مطالب نموه في كل مراحل العمرية، ويشمل التوافق التربوي، باختيار نوع الدراسة المناسبة له، فيحقق النجاح الدراسي، مما يساعده على التخلص من الآثار النفسية الناجمة عن إخفاقه (Welfel, 2015).

والتوافق التربوي الذي يتحقق بإرشاده نحو مهنته المناسبة، وإعداده لها، فيحصل بذلك على الرضا المهني، والتوافق الاجتماعي الذي يتحقق بتلبية الحاجات الاجتماعية للفرد، كشعوره بالانتماء إلى مجتمعه، وأداءه لأدواره الاجتماعية، ويتحقق بذلك على تحقيق اندماجه الاجتماعي. (شهرة وآخرون، 2022)

ولتحقيق التوافق الشخصي، تتناول عملية الإرشاد النفسي السلوك والطبيعة والبيئة والحالة الاجتماعية بالتعديل والتغيير، بطريقة تمكنه من ضمان إشباع حاجياته ومقابلة متطلبات بيئته. (عتوتة، 2018)

➤ حل المشكلات:

يهدف الإرشاد النفسي على مساعدة الفرد على تخطي مشكلاته وحلها. بطريقة منظمة وسليمة، حيث يستطيع من خلالها أن يتدرب كيفية التغلب على المشكلات التي يمكن أن تعترضه مستقبلاً بتعليمه أسلوب حل المشكلات. (الطائي، 2018)

➤ تنمية القدرة على اتخاذ القرارات:

لا شك أن أي فرد يحتاج إلى المساعدة النفسية، لاسيما حين يكون لديه نوع من الصراع الداخلي المتعلق بكيفية اتخاذ القرارات حول موضوع ما، (Noperlis et al., 2023) ويهدف الإرشاد النفسي إلى

توعية الفرد وتوسيع مدى توقعاته وتصوراته لتشمل الاختيارات المتوفرة أمامه ليتمكن من اتخاذ القرار الأنسب من بينها.

➤ تحسين بيئة الفرد:

وذلك بتوفير جو نفسي سليم يضمن احترام الفرد كشخصية في حد ذاته، ومنحه الحرية والأمان والارتياح، وهذا بهدف تحقيق النمو المتوازن لشخصيته وضمان توافقه النفسي والاجتماعي بذلك.

➤ تحقيق الصحة النفسية:

الهدف الشامل لعملية الإرشاد النفسي هو تحقيق الصحة النفسية، وهي حالة دائمة نسبياً، حيث يشعر فيها الفرد بالسعادة مع نفسه، ويكون قادراً على تحقيق ذاته، وإشباع رغباته واحتياجاته، واستغلال مهاراته وقدراته، وضمان الصحة الجيدة للجسم والعقل، وترتبط الصحة النفسية في عملية الإرشاد النفسي بالتمكن من حل المشكلات والصعوبات التي يعاني منها العميل، وذلك بتشجيعه ومساعدته على حلها بنفسه، والتعرف على الأسباب الحقيقية المؤدية لحدوثها والتخلص منها.

9. تقنيات المرافقة النفسية:

تعتبر المرافقة النفسية واحدة من الأدوات الأساسية في مجال علم النفس والعلاج النفسي، حيث تعتمد على مجموعة من التقنيات العلاجية والإرشادية التي تسهم في تحسين صحة الفرد النفسية والعاطفية وتعزيز التواصل والفهم بين الفرد ومحيطه، ومساعدته على تحقيق التوافق النفسي والتكيف الاجتماعي، ستعرض الباحثة في هذه الجزئية التقنيات الرئيسية المستخدمة في عملية المرافقة النفسية والأسس النظرية والتطبيقات العملية لهذه التقنيات.

1.9 المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية من الأدوات الأساسية في عملية المرافقة النفسية، وهي من أهم الخطوات التي يستخدمها الأخصائي العيادي للتعرف على العميل وجمع المعلومات والبيانات اللازمة عنه، والتمكن من اختيار الاختبارات المناسبة لحالته، ومن ثم إيجاد حلول لها.

يعرف القاموس الفرنسي Le petit robert مصطلح المقابلة على أنها عملية تبادل الكلام بين شخصين أو عدة أشخاص. (Rey & Rey-Debove, 2003)

تعتبر المقابلة الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائي النفسي في جمع المعلومات عن العميل، حيث يعمل المعالج فيها على بناء علاقة جيدة مع العميل، وتتضمن تغطية المشكلة الحالية لديه، وتاريخه النمائي، ومعلومات تخص أسرته، مهنته، وعلاقاته الاجتماعية، كما يتم من خلال المقابلة أيضا جمع معلومات عن الخبرات والأحداث الصدمية التي تعرض إليها العميل في الماضي، والتاريخ الطبي والسيكياتري، وأهدافه المستقبلية. (طه، 2008)

تعرف المقابلة العيادية بأنها عملية اتصال مزدوج لتحقيق هدف جدي تم تحديده مسبقا، تتضمن أسئلة وأجوبة، ويجب على الأخصائي النفسي العيادي القائم بهذه المقابلة أن يظل واعيا بأهداف هذه المقابلة ولا ينساق وراء إشباع ذاتية يحصل عليها من المقابلة. (خالدي، 2015)

وتعتمد المقابلة العيادية على بعد ذاتي حيث يمثل الحديث فيها الوسيلة الأكثر بديهية للولوج إلى قلب المحادثة بين الطرفين، حيث تعتبر الفضاء الذي يتم فيه تشجيع العميل وتحفيزه على التعبير عن مختلف أفكاره وآراءه دون تقييد. (Douville, 2014)

كما تستعمل كوسيلة ملاحظة للحكم على شخصية العميل، فهي تعتبر جزء لا يتجزأ في عملية تطبيق الاختبارات السيكولوجية، حيث تسهل فهم النتائج المختلفة للنتائج المتحصل عليها، كما أنها تستعمل في الممارسة العيادية بانتظام، وتساعد في إيجاد حلول للمشاكل المختلفة. (مقراني وجابر، 2022)

والمقابلة العيادية في جوهرها تتمثل في عملية إتاحة الفرصة للفرد للتعبير الحر عن أفكاره وآراءه ومعلوماته، وفي إطار الممارسة النفسية، فهي تعني تبادل علائقي بطريقة لفظية أو غير لفظية بين شخصين أحدهما الأخصائي النفسي والآخر الشخص الذي يحتاج مساعدة نفسية في إطار محدد، حيث يلتزم الأخصائي النفسي القائم عليها بالحياد، وتهدف المقابلة العيادية في مجملها إلى:

— إنشاء علاقة اتصال مع العميل وتحضيره نفسيا للعملية، وذلك بالسماح له بالتعبير عن مطالبه وتصوراته للوضعية، حيث يضع الأخصائي الإطار ويشرح له كيفية العمل وما المطلوب منه، ويشعر به ويبدى تعاطفا لا مشروطا معه.

__ البحث عن المعلومات والبيانات اللازمة وجمعها بناء على شبكة من المحاور المتعلقة بحياة العميل، وسنه، وحياته الأسرية، والاجتماعية، وطلب المزيد من المعلومات الدقيقة عن الأعراض الجسمية والنفسية، والاهتمامات والانشغالات الخاصة به...، وهذه المعلومات هي التي توجه اختيار الأخصائي للاختبارات النفسية المناسبة.

__ يجب على الأخصائي النفسي القائم على عملية المقابلة عدم الالتزام بصفة متصلبة في أسئلته خلال جمعه للمعلومات عن الحالة، بل يترك لها بعض الحرية للتطرق إلى مواضيع أخرى، إذ يجب أن يسهل الكلام لا أن يعرقله.

__ يجب الاهتمام حتى بما يثيره العميل من مشاعر وردود أفعال، إذ أنها تعتبر مصدر عام للمعلومات، حيث أن نجاح الأخصائي في تكوين علاقة ثقة مع العميل من شأنه أن يسهل عليه تطبيق الاختبارات النفسية مع الالتزام بالحياد خلال تطبيقها، كما يجب على الأخصائي أن يحاول التقليل من الطابع القيمي لهذه العملية. (عنو، 2017)

والعنصر الأكثر أهمية في عملية المقابلة العيادية، هو الأخصائي النفسي الذي يجريها، والمقابل الماهر لا يتقن فقط المظاهر التقنية والعملية للمقابلة الشخصية، لكن يجب أن يتميز بحكمة وخبرة مهنية واسعة النطاق حول التفاعل الإنساني الذي تستلزمه هذه العملية. (بوميرانتز، 2018)

هي عملية تفاعلية تتيح للأخصائي النفسي التفاعل المباشر مع الفرد أو الأفراد الذين يبحثون عن المساعدة النفسية، كما تهدف إلى جمع معلومات شاملة حول تاريخ الشخص وتجاربه ومشاكله النفسية والعاطفية والسلوكية، تساعد في تحديد الاضطرابات والمشكلات التي يواجهها الشخص وتقديم التقييم الأولي لحالته النفسية، (Edelstein et al., 2023)

وتلعب المقابلة العيادية دورًا مهمًا في عمليات التشخيص وتحديد إذا ما كان الشخص يعاني من اضطراب نفسي معين وما إذا كان يحتاج إلى علاج نفسي أو دعم نفسي إضافي. (Carreiras et al., 2023)

إن المقابلة العيادية من أهم ركائز عملية المرافقة النفسية، تهدف بالدرجة الأولى إلى جمع أهم وأدق المعلومات والبيانات الشخصية حول الفرد المعني بالمرافقة النفسية، حيث تتمثل في عملية اتصال وتفاعل، وموقف مواجهة بين شخصين أو أكثر، يدور فيها حوار منظم وموجه جمع وتفسير المعلومات والبيانات

اللازمة حول العميل، أو علاجه والتعديل في سلوكه، كما تهيئ الفرصة أمام الأخصائي للقيام بدراسة وبحث متكامل عن طريق المحادثة المباشرة مع العميل، للتمكن من فهمه والتأكد من صدق الانطباعات والفرضيات التي يصل إليها عن طريق التشخيص، وتتطلب المقابلة أن يكون الأخصائي النفسي واعياً بمشاعره وانفعالاته وديناميات شخصيته، وعلى بصيرة تامة بمشاعره وسلوكه، كما يجب أن يتحلى بخبرة نظرية بهذه التقنية وأن يتحلى بالموضوعية لضمان نجاح هذه العملية.

2.9 الملاحظة العيادية:

يلجأ المرافق النفسي إلى استخدام تقنية الملاحظة العيادية، بهدف جمع المعلومات والبيانات المتعلقة بالمشكلات والصعوبات التي يعاني منها الفرد المعني بعملية المرافقة النفسية، بطريقة مباشرة، وعلى الطبيعة، حيث أن هذا الأخير قد يخفي بعض الانفعالات والمشاعر وردود الأفعال في حالة استخدام الوسائل المختلفة كالمقابلة العادية أو الاختبارات النفسية.

الملاحظة هي مصطلح ذات طابع خارجي، أصله من اللغة اللاتينية، حيث "Ob" تعني عكس و "Servare" أي مشاهدة وحماية وحفظ، ولهذه الكلمة عدة معاني: الامتثال للقانون، واحترامه، والتحذير والإشعار والانتباه والعملية المنطقية المعونة التي يمكن أن ترى منها جميع الخصائص المميزة لظاهرة معينة، دون إزعاجه تعتبر الملاحظة العيادية الوسيلة التي تهدف إلى التحقق من السلوك الظاهري للأفراد، عن طريق مشاهدتهم وهم يعبرون عن أنفسهم، في مختلف المواقف والظروف التي تم اختيارها لتمثل ظروف الحياة العادية، أو لتمثل مجموعة معينة من العوامل (Pedinielli, 2011).

يشير مصطلح الملاحظة لغويا إلى النظر إلى الشيء الملاحظ بتركيز العينين عليه، دلالة على التدقيق، فهي المعاينة المباشرة للشيء على النحو الذي هو عليه، ويقال لاحظه أي رآه. (بقار، 2018) ويرى إبراهيم (2000) أن الملاحظة النفسية هي "الوسيلة التي نحاول بها التحقق من السلوك الظاهري للأشخاص وذلك بمشاهدتهم بينما هم يعبرون عن أنفسهم في مختلف الظروف والمواقف التي اختيرت لتمثل ظروف الحياة العادية أو لتمثل مجموعة خاصة من العوامل. (عزوز و اسمهان، 2017)

تعرف الملاحظة العيادية بأنها عملية المراقبة الاهتمام بالسلوك الإنساني والطبيعة والمجتمع، من أجل التعرف عليهم عن قرب وبصورة أفضل، مع تسجيل المعلومات والملاحظات التي تكون ذات صلة بأهداف الملاحظة، حيث يتم تحديدها بشكل مسبق (Pedinielli J L, 2006).

وهي وسيلة من وسائل المنهج العيادي، وتتمثل في عملية المشاهدة الصحيحة للظاهرة محل الملاحظة، فهي وسيلة أساسية وهامة للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة أثناء ملاحظة السلوك. (رحموني و حدي، 2022)

الملاحظة العيادية (Clinical Observation) هي عبارة عن عملية تجمع فيها المعلومات والبيانات حول سلوك الفرد أو المجموعة داخل البيئة العيادية أو الاجتماعية، يتمثل الهدف الرئيسي للملاحظة العيادية في فهم سلوك الفرد والاستفادة منها كوسيلة لتقديم التقييم والتشخيص النفسي والعلاج النفسي، وتتضمن الملاحظة العيادية مراقبة سلوك الفرد، والتفاعلات الاجتماعية، والمشاعر، والتفاصيل البيئية التي تؤثر على حالته النفسية، وتعتبر الملاحظة العيادية أحد الأدوات الهامة في مجال العلم النفسي والعلاج النفسي. (Hansen et al., 2023)

وتهدف الملاحظة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف أشار إليها زهران فيما يلي:

- _ تسجيل الوقائع التي تثبت أو تخفي فرضيات خاصة بالسلوك الذي تم ملاحظته.
- _ تسجيل المتغيرات التي تحدث في السلوك الذي تتم ملاحظته نتيجة النمو.
- _ تحديد العوامل التي تؤثر في سلوك الملاحظ في خبرات ومواقف معينة.
- _ تفسير السلوك الملاحظ وتحليله.
- _ دراسة التفاعل الاجتماعي للفرد الذي تتم ملاحظته في مواقف حياته العادية. (ش. م. جودت، 2007)

3.9 الاختبارات النفسية:

الاختبارات النفسية هي طريقة منظمة لقياس سمة معينة من خلال عينة من السلوك، وتعتبر وسيلة مهمة بالنسبة لمهنة الأخصائي النفسي في كافة المجالات، ويتطلب تطبيقها كفاءة الأخصائي وخبرته الواسعة في هذا المجال، لكي يتمكن من خلق الجو الذي يشعر به العميل بالراحة والثقة والاطمئنان،

فالاختبارات النفسية هي أداة مضمونة، لأنها وسيلة مقننة ولها صدقها وثباتها، وتقدم معلومات مؤكدة بالدرجات التي تعكس مهارات الفرد وقدراته الحقيقية.

يعرف الاختبار النفسي حسب قاموس علم النفس أنه أسلوب علمي روتيني، يسمح بدراسة سمو شخصية معينة أو أكثر، حيث لا يمكن تحديد هذه السمة تجريبيا، وتطبق الاختبارات بهدف الحصول على توضيح قابل للتكيم. (عزوز اسمهان، 2017)

الاختبار النفسي هو مقياس مقنن لعينة من السلوك، يتم اختيارها بدقة لكي تمثل السلوك المراد اختياره تمثيلا دقيقا، بحيث يطلب من العميل القيام بعمل بسلوك معين في هذا الموقف، ثم تقدر النتائج على أساس مقدار الاستجابة وصحتها. (الخطيب و الخطيب، 2011)

وتنقسم الاختبارات النفسية إلى قسمين:

1.3.9 الاختبارات الإسقاطية:

يرجع مفهوم الاختبارات الإسقاطية إلى فرانك (1939) L Frank وهو وصف لبعض المباحث الداخلية الغير مباشرة في دراسة الشخصية، ويهدف هذا النوع من الاختبارات إلى الوصول بالفرد إلى تقديم تقييمها لصفاته دون أن ينتبه بأنه يقوم بذلك، واستخدم فرويد مصطلح الإسقاط ليفسر الوسائل الدفاعية التي يلف بها المشاعر والأفكار الغير مرغوب فيها من الذات إلى العالم الخارجي. (Tuber, 2012)

ويقرب الاختبار الإسقاطي من الفرد بطريقة غير مباشرة، حيث لا يتم امتحانه بالسؤال عن نفسه مباشرة، وإنما يطلب منه الاستجابة للمثير بما يختلجه من مشاعر وأفكار، وبالتالي يستجيب للمادة التي تعرض عليه بطريقة عفوية، حيث لا يتأثر كثيرا بإرادته، وأثناء الاستجابة يتداعى بأفكاره ويسقط رغباته ودوافعه وانفعالاته ورغباته اللاواعية، ويكشف عنها بطريقة ما في المواد المعروضة امامه. (عزوز، 2017)

ومن بين أبرز الاختبارات الإسقاطية التي تستعمل بكثرة في المجال العيادي نجد اختبار الروشاخ، اختبار تفهم الموضوع، اختبار القدم السوداء.

2.3.9 الاختبارات الموضوعية :

الموضوعية تعني الابتعاد عن الميول الذاتية، والأعراض الشخصية للأخصائي القائم على تطبيق الاختبار، وتعني أن إجراءات تطبيق الاختبار وإجراءات الإجابة عن بنوده إجراءات تصحيحه نفسها، ولا يختلف الأخصائيون الممارسون في هذه الإجراءات، فالموضوعية تشير إلى أن إجراءات تطبيق الاختبار تتم كلها مستقلة عن تدخل الفاحص في إجراءاته. (الدين، 2021)

وتعتمد الاختبارات الموضوعية على تطبيق مجموعة معيارية من الأسئلة والعبارات التي يجيب عليها العميل باستخدام مجموعة محددة من الخيارات، وتستخدم معظم الاختبارات الشخصية أسلوب الاستجابة بطريقة "صحيح/خطأ" أو "نعم/لا"، بينما تستخدم اختبارات أخرى مقياساً بعدياً مثل $=0$ لا أوافق بشدة، $=1$ لا أوافق، $=2$ محايد، $=3$ أوافق، $=4$ أوافق بشدة. (تيموثي، 2007)

وتتمثل الأهداف العامة للاختبارات النفسية في:

- التعرف على الذكاء العام للفرد وقدراته الخاصة، وميولاته واستعداداته واتجاهاته من أجل توجيهه إلى الوظائف التي تناسب قدراته، أو تصنيفه إلى مجموعات متجانسة.
- تعتبر الاختبارات النفسية وسيلة يستفاد منها في عملية التشخيص والتنبؤ ومن ثم تقرير العلاج النفسي المناسب. (Hadland & Levy, 2016)
- تفيد الاختبارات النفسية في عمليات التوجيه المهني، حيث تتيح للفرد فرصة ليحقق أكبر قدر من الإنتاج والتكيف.
- تستخدم الاختبارات النفسية كذلك في ميدان الإرشاد والتوجيه التربوي بهدف توجيههم إلى الميادين المختلفة التي تتوافق مع قدراتهم واستعداداتهم. (الخطيب و الخطيب، 2011)
- وينكر الخطيب (2009) أن الاختبارات النفسية تستخدم للعديد من الأغراض من بينها:
- **التشخيص:** حيث تعتبر الاختبارات وسيلة فعالة في حصول الأخصائي النفسي المرافق على معلومات دقيقة وحقيقية ومناسبة حول سمات العميل ومشكلاته وسلوكياته.
- **العلاج النفسي:** كثيراً ما تستخدم الاختبارات النفسية خاصة الإسقاطية منها كوسيلة للعميل للتعبير عن انفعالاته ومشاعره المكبوتة.

- **التنبؤ:** يمكن استخدام الاختبارات لاختيار الأفراد المناسبين لوظيفة معينة، أو لاختيارهم للتأهيل ببرنامج في معهد أو جامعة، حيث تساعد الاختبارات في مدى نجاحهم فيما تم اختيارهم.
- **المراقبة:** يلجأ المرافق إلى استخدام الاختبارات لمعرفة مدى التغيرات الحاصلة في سلوكيات العميل بعد تنفيذ برامج علاجية أو إرشادية معينة.
- **التقويم:** تستخدم الاختبارات في عملية تقويم البرامج العلاجية والإرشادية، ومدى تحقق الأهداف المسطرة للبرامج، هذا ما يزيد من فعالية هذه البرامج. (الخطيب، 2009)

4.9 الإصغاء الفعال:

الإصغاء الفعال (Active Listening) هو مفهوم في علم النفس والعلاج النفسي وفنون التواصل يشير إلى مهارة الاستماع بعناية وتركيز دون انقطاع أثناء التحدث مع شخص آخر، يُعتبر الإصغاء الفعال أداة حاسمة في التواصل البيني والعلاقات الإنسانية الصحية (Hutchby, 2005).

تشمل مكونات الاستماع الفعال ما يلي:

- **الاهتمام والتركيز:** يتعين على الشخص الذي يقوم بالاستماع الفعال أن يكون مهتمًا بما يقوله الآخر وأن يركز بعناية على الحديث دون تشتيت الانتباه.
 - **التفاعل الغير لفظي:** يمكن استخدام عبارات غير لفظية مثل التعبيرات الوجهية واللمحات البدنية والملامح العاطفية لإظهار الفهم والاهتمام بما يقوله الشخص الآخر (Egan, 1994).
 - **التأكيد والتلخيص:** يمكن استخدام التأكيد والتلخيص للتأكد من أن الشخص الآخر قد فهم بشكل صحيح ما تم قوله ومنحه إشارات إيجابية تعزز من الثقة والتواصل.
 - **الاستفسارات:** يجب على الشخص الذي يستمع أن يطرح أسئلة مناسبة تساعد على فهم أعمق للموضوع وتحفيز الحوار.
 - **عدم الانقطاع:** يجب على الشخص الذي يستمع أن يمتنع عن الانقطاع وقاطع الحديث الآخر وأن يسمح للشخص بالتعبير عن آرائه ومشاعره بحرية.
- يعتبر الإصغاء الفعال أحد العوامل الرئيسية في العلاج النفسي حيث يساعد المعالج النفسي على فهم العميل بشكل أفضل وبناء علاقة ثقة وفهم معه. من خلال الاستماع الفعال، يمكن للمعالج تحليل مشكلات العميل بشكل عميق وتوجيهه نحو التغيير. يتيح الاستماع الفعال للعميل التعبير عن مشاعره وأفكاره بحرية،

ويشجعه على التفكير الذاتي والتفكير في حلوله الشخصية، هذا يمكن أن يكون مفيداً في تحسين الصحة النفسية وتحقيق الأهداف المرسومة في عملية العلاج النفسي (Eggenberger, 2021).

فالإصغاء الفعال هو عنصر أساسي في عملية المرافقة النفسية، حيث يساعد المرافق النفسي على توجيه الجلسات وتحقيق التقدم في عملية المرافقة النفسية، كما يمكن أن يسهم بشكل كبير في فهم العميل واحتياجاته ومساعدته في التعبير عن مشاعره وأفكاره بحرية وبنقة، يمكن للمرافق النفسي استخدام الإصغاء الفعال لتحفيز الفرد على اتخاذ خطوات نحو التغيير وتحسين صحته النفسية، وذلك من خلال بناء علاقة ثقة واحترام مع العميل، كما يمكن للمعالج النفسي أن يكون داعماً فعّالاً في رحلة العميل نحو تحقيق التوافق النفسي.

5.9 التقنيات المعرفية السلوكية:

يُعد العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive-Behavioral Approach) أحد المناهج الرئيسية في مجال علم النفس والعلاج النفسي، تركز هذه الجزئية على التقنيات المعرفية السلوكية المستخدمة في المرافقة النفسية وكيفية تطبيقها لتحسين الصحة النفسية والعاطفية للأفراد. (Delourme & Marc, 2014).

العلاج المعرفي السلوكي (CBT) هو نوع من العلاج النفسي الذي يركز على فهم وتغيير الأنماط السلوكية والتفكيرية السلبية التي تسهم في ظهور المشاكل النفسية والعاطفية، ويعتمد هذا النوع من العلاج النفسي على افتراض مفاده أن الأفكار والمعتقدات السلبية والتفكير السلبي يمكن أن يؤديان إلى نشأة مختلف السلوكيات الغير سوية والاضطرابات والمشكلات النفسية (Zhanabergenovna et al., 2015).

تشتمل أهداف العلاج المعرفي السلوكي النقاط التالية:

- _ التعرف على الأفكار والمعتقدات السلبية التي تؤثر على العميل سلباً.
- _ تحليل هذه الأفكار والمعتقدات وفهم كيفية تشكيل سلوك العميل وردود فعله العاطفية.
- _ تغيير الأفكار والمعتقدات السلبية إلى أفكار إيجابية وأكثر واقعية.
- _ تعزيز التفكير الإيجابي وتطوير استراتيجيات صحية للتعامل مع المشاكل والتحديات.

_ تطوير مهارات التحكم في العواطف والسلوك والتفكير.

يستند العلاج المعرفي السلوكي إلى الأدلة العلمية، ويستخدم تقنيات متعددة مثل تحليل الأفكار اللاعقلانية، والتدريب على التفكير الإيجابي، والمكافأة والعقوبة، وتدريب التحفيز الذاتي، والتعرض المعرفي التدريجي، والاسترخاء بأنواعه، كما أثبت العلاج المعرفي السلوكي فعاليته بنجاح في علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية مثل الألكسيتيميا، الاكتئاب، والقلق، واضطرابات الهلع، واضطرابات الأكل، واضطرابات النوم، الإدمان، والعديد من الاضطرابات الأخرى.

1.5.9 تقنية الاسترخاء:

الاسترخاء عبارة عن تقنية نفسية فيسيولوجية، تعمل على تفعيل الاستراحة ومحاولة التدريب على التفعيل الإيجابي للطاقة العصبية والنفسية والجسدية التي تتدخل عند إنجاز نشاط ما، وتمثل تقنية الاسترخاء آلية من التغذية الراجعة بين الضغط العضلي ونشاط الدماغ الشعوري. (Payne & Donaghy, 2010) وتعد تقنية الاسترخاء ملتقى علم النفس الفيسيولوجي بسبب تدخلها على الجسم عن طريق استعمالها للتفاعلات العضوية، بمساعدة تقنيات نفسية معينة. (رزوق وسعايدية، 2022)

ويتم تطبيق هذه التقنية في غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة، بحيث تسهل عملية الاسترخاء، حيث يستلقي العميل على أريكة مريحة ثم يغلق عينيه ويبدأ المعالج بخطوات الاسترخاء وتوجيه تعليمات للعميل، بصوت هادئ، وتستغرق العملية كلها حوالي نصف ساعة، وجلسات الاسترخاء تستغرق جلستين أو ثلاثة على الأكثر.

2.5.9 أسلوب توكيد الذات:

هو أحد الأساليب العلاجية التي تعمل على زيادة قدرة العميل على التعبير عن مشاعره السلبية كالضيق والغضب وكذلك تدريبه على التعبير عن مشاعره الإيجابية مثل الامتتان والحب والعطف، من خلال القيام بسلوك معين من شأنه أن يحقق ميزات اجتماعية هامة، ويشعر بالراحة والرضا عن حياته، ويحقق التوافق النفسي والاجتماعي، ولهذا تعتبر تقنية توكيد الذات مدى قدرة العميل على ممارسة حقوقه

الشخصية دون الاعتداء على حقوق الأفراد الآخرين، بالتعبير عن الأفكار والآراء والمشاعر بصراحة، وبذلك التعبير عن الذات. (أبوالسعد، 2014)

ويتطلب تطبيق هذه الفنية من المعالج أن يبذل جهداً لإقناع العميل بذلك، ويقوم بأداء الأدوار بنفسه حتى يسهل على العميل الانسجام معها، لأن المعالج هو القدوة بنظر العميل. (خالدي، 2015)

3.5.9 تقنية إعادة البناء المعرفي:

تعتمد هذه الفنية المعرفة على الوصول إلى تسمية المشكلة وإدراك ضرورة البحث عن حلول إيجابية وإيجادها، عن طريق استخراج جميع الأفكار اللاعقلانية الأوتوماتيكية، وتحديد التشوهات المعرفية والتخلص من تلك الأفكار السلبية والتوصل إلى اتخاذ وجهات نظرية إيجابية من طرف العميل بتسمية المشكل وتحديدته بشكل واضح. (إبتسام بومصباح وآخرون، 2017)

تخلق هذه التقنية شعوراً بالراحة النفسية وزيادة مستوى التوافق الاجتماعي لدى العميل، وذلك من خلال مساعدته على التعبير عن مشاعره وأفكاره، وتشجيعه على القيام بسلوكيات مقبولة اجتماعياً، وتدريبه على التواصل والتفاعل الاجتماعي، مع الحفاظ على حقوقه والمطالبة بها، دون أن يلحق الأذى بالأفراد الآخرين، هذا ما يزيد من ثقة الفرد بنفسه والقدرة على التعبير عن مشاعره السلبية والإيجابية دون الشعور بالذنب.

4.5.9 فنية ملء الفراغ:

تعني هذه التقنية أن هناك سلسلة من الأفكار السلبية التلقائية تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية المؤلمة، وما إن يتمكن العميل من ملء هذه الفجوة التي تفصل بين الحدث ونتائجه الانفعالية يمكنه فهم سبب هذه النتيجة الانفعالية، يمكن للعميل التحكم بهذه الأفكار السلبية التي تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية من خلال التمرن، كما تساعد هذه التقنية العميل في التعرف على أنماط تفكيره المشوهة عن طريق تدريبه على ملاحظة الحدث واستجابته حولها. (خميسة، 2015)

5.5.9 لعب الدور:

تقوم هذه التقنية على قيام المعالج بتمثيل الدور الذي يصعب القيام به في الحياة الواقعية، مما قد يجعله أكثر ألفة به، ومع الوقت يعتاد عليه ويقل تخوفه من أدائه في المواقف الطبيعية من بعد. (غنيم و

شاهنده، 2017) ويمكن استخدام هذه التقنية لتقديم معلومات حول المشاعر والسلوكيات في سياقات معينة، وذلك بهدف مساعدة العميل على فهم ذاته وزيادة إدراكه بها، وتطوير علاقاته الاجتماعية

6.5.9 الحوار السقراطي:

هذه التقنية تسمح للمعالج بالحصول على معلومات وبيانات عن العميل وخبراته المميزة في الحياة، وذلك باستخدام الأسئلة السقراطية، بحيث يستطيع شرح مشاعره وأفكاره المختلفة، وتنفيذ هذه المعلومات في تحديد الكيفية التي يتم بها استعمال القواعد العلاجية التي سيستخدمها المعالج في برنامجه العلاجي. (الزعيبي، 2010) وتتطلب تقنية لعب الدور مهارة كبيرة من المعالج، حيث يجب عليه أن يبقى يقظاً لطرح الأسئلة المناسبة، التي من شأنها أن تجعل العميل يعيد بناء الموقف في عقله ويعرف ما الذي كان يحدث فعلاً.

7.5.9 الواجب المنزلي:

لهذه التقنية أهمية كبيرة في زيادة فعالية العلاج، وزيادة الألفة والتعاون بين العميل والمعالج، وتتمثل في إعطاء واجبات بسيطة وذات صلة بمشكلة العميل، مع شرح وتوضيح الأسس المنطقية لكل واجب منزلي، وطريقة إنجازه والتأكد من مدى استيعاب العميل لهذه الإجراءات، وتتم مراجعة الواجبات المنزلية ومناقشتها في بداية الجلسة العلاجية، وفحص أسباب عدم إنجازها عند بعض العملاء، وتزداد فعالية الواجبات عندها تكون متصلة بما يحدث في الجلسة، وتعرض بشكل محدد وواضح. (بن شيخ، 2019)

8.5.9 التدريب على مهارة حل المشكلات:

وهي مهارات يتعلمها العميل مع مشكلات الحياة الواقعية، حيث يقوم المعالج والعميل فيها بقسيم المشكلة إلى عناصر فرعية، ويتم وضع قائمة متضمنة للحلول الممكنة لهذه المشكلة، وبعدها يقوم العميل بتجربة هذه الحلول وتنفيذها في الواجب المنزلي، ويتم مناقشة النتائج بعدها في الجلسة العلاجية الموالية، وقد يتم اختبار وفحص حلول إضافية إن استدعى الأمر. (طه، 2008)

وخطوات إجراء تقنية حل المشكلات منظمة ويتمكن العميل من خلالها من حل المشكلات التي قد تواجهه، عن طريق اختيار الحل الأفضل لعلها، كما تعكس أيضا قدرة الفرد على اشتقاق من نتائج مقدمة، وهي نوع من الأساليب التي يتقدم فيها الفرد من الحقائق المعروفة، للوصول إلى الحقائق المجهولة التي يود اكتشافها، عن طريق إدراك الأسباب والعوامل المتداخلة في المشكلات التي ترغب بحلها، وتمارس هذه المهارة على مستويات متفاوتة من التعقيد كلما تم تكليفه بأداء واجب معين، أو اتخاذ قرار تجاه أمر معين. (دايلي، 2019)

9.5.9 تقنية التدريب على التخيل:

هناك عدة مرادفات لمصطلح التخيل، وهي: الخيال العقلي، أحلام اليقظة، الصورة العقلية، التصور..، فلدى معظم المفحوصين تخيلات وصور، نسميها الأفكار التلقائية المتخيلة، وقد يتردد البعض منهم إعادة تخيل هذه الصور المزعجة، أو التخوف من أن يظن الواقف على علاجهم أنهم مضطربون نفسيا، ويعرف هذا الأسلوب بالتخيل المعرفي، وهي تساعد العميل على التعرف على أفكاره السلبية التلقائية ويكون مفيدا حين يتم استخدامه في المواقف المزعجة والمخيفة. (دايلي، 2019)

وأسلوب التخيل هو تقنية يطلب فيها المعالج من العميل تخيل نفسه في مواقف الانفعال الذي طلب من أجله العلاج، فإن فعل ذلك، يطلب منه المعالج أن يتخيل نفسه قد عبر ذلك الانفعال إلى انفعال آخر أقل منه في المستوى، وفي كل مرة يطلب منه المعالج عن شعوره، ثم يعود ليطلب منه مرة أخرى أن يحدث نفسه بعبارات تهدف إلى تخفيف الانفعالات. (محمد، 2013)

10.5.9 عد الأفكار:

هذه التقنية تساعد على خلق مسافة من التفكير السلبي، عن طريق تدريب العميل ملاحظة حدوث الأفكار التلقائية والسلبية، مثلا يسجل علامة على دفتر عندما يفكر بطريقة سلبية، ووضعهم جانبا دون أن يجعلهم يؤثر على الحالة المزاجية لديه، لكن هذه الطريقة لديها عيب يتمثل في أن تأثيرها المباشر قد يكون زيادة في الأفكار السلبية والتلقائية، ففي بعض الحالات العميل يصبح واعيا بهذه الأفكار ولكنه يعجز على التخلص منها. (تجاني، 2018)

11.5.9 تقنية المحاضرة:

تقنية المحاضرة هي إحدى الأساليب التي يمكن استخدامها من قبل المرافقين النفسيين أو المعالجين النفسيين لتقديم الدعم والإرشاد للأفراد. تقنية المحاضرة تشمل عادة عرض معلومات ومفاهيم مهمة للعميل بشكل منهجي ومنظم خلال جلسات المرافقة، هذه المعلومات يمكن أن تكون متعلقة بالمشكلة التي يواجهها العميل، أو بمهارات التعامل مع التحديات النفسية أو العاطفية.

تستند تقنية المحاضرة إلى تقديم المعرفة والمعلومات بطريقة تساعد العميل على فهم أفضل لنفسه ولمشكلاته. يتميز هذا الأسلوب بتقديم المعلومات بشكل مباشر وتفصيلي، ويمكن استخدامه لتوجيه العميل نحو التفكير الإيجابي وتغيير السلوك الضار (Brown & Race, 2003). تعتمد تقنية المحاضرة في جوهرها على تقديم معلومات تعليمية وتثقيفية سيكولوجية بطريق منظمة للفرد المعني بالمرافقة النفسية، لزيادة استبصاره بنفسه بطريقة موضوعية فعالة، (Carrió et al., 2011)

هذا ما ينمي لديه اهتمامات بمدى حاجته ورغبته في تلقي المعلومة المتضمنة في المحاضرات، حيث يراعى فيها أن تكون ذات صلة وثيقة بالمشكلات أو الاضطرابات النفسية التي يعاني منها العميل، وبهياً لديه موقف تعليمي يبدأ من شعوره بأن مشكلاته الخاصة ما هي إلا نقص المعلومات عن نفسه، مما يدفعه إلى متابعة المحاضرات بفعالية، واستثارة نشاطه العقلي والانفعالي، مما يساعد في خلق أهداف جديدة تتمثل في تنمية إرادته ورغبته في حل المشكلات التي يعاني منها. (عتوتة، 2018)

من أمثلة استخدام تقنية المحاضرة في المرافقة النفسية تقديم معلومات عن أعراض معينة لاضطراب نفسي، أو شرح لأسس التفكير الإيجابي، أو توجيه العميل حول كيفية تطبيق مهارات معينة في حياته اليومية، من المهم أن يتم تقديم المحاضرة بشكل متوازن حيث يتم أخذ اهتمامات واحتياجات العميل في الاعتبار وضمان التفاعل معه والتحقق من استيعاب المعلومات التي تم تقديمها.

12.5.9 المناقشة الجماعية:

تقنية المناقشة الجماعية هي استراتيجية تعليمية تستخدم في العديد من السياقات التدريبية والعلاجية لتعزيز التفكير النقدي وتبادل الأفكار والمناقشة بين مجموعة من الأفراد حول موضوع محدد، هذه التقنية تتضمن مجموعة من الأفراد يتبادلون الأفكار والآراء حول موضوع معين بوجود مرافق نفسي أو معالج

نفسية (O. Nyumba et al., 2018). يتم استخدام هذه التقنية لتحقيق أهداف معينة في العلاج والمرافقة النفسية، والهدف الرئيسي للمناقشة الجماعية في هذا السياق هو تعزيز التفكير النقدي والتواصل الفعال بين أفراد مجموعة المرافقة النفسية والأخصائي النفسي (Wong, 2008).

تتضمن المناقشة الجماعية في عملية المرافقة النفسية عدة عناصر مثل:

__ **تبادل الأفكار:** الأفراد يتمكنون من التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم بحرية بوجود مرشد نفسي يشجع على ذلك.

__ **التوجيه والتحفيز:** المرشد النفسي يقوم بتوجيه المناقشة وتحفيز الأفراد للتفكير بشكل عميق والبحث عن حلول لمشكلاتهم أو تحسين وجهات نظرهم.

__ **تعزيز التواصل:** تعزز المناقشة الجماعية من مهارات التواصل بين الأفراد وتعزز القدرة على الاستماع وفهم وجهات نظر الآخرين.

__ **التحليل النفسي:** يمكن للمرشد النفسي استخدام المناقشة الجماعية لفهم العوامل النفسية والعاطفية التي تؤثر على الأفراد وتوجيههم نحو التحسين والنمو الشخصي.

__ **التفكير النقدي:** يتيح الحوار الجماعي فرصة للأفراد لتقديم تقييم نقدي لأفكارهم واعتقاداتهم والبحث عن بدائل أو طرق للتعامل مع التحديات.

بشكل عام، تعتبر المناقشة الجماعية في المرافقة النفسية أداة قيمة لتعزيز التفاعل والتواصل بين المرشد النفسي والعميل وتحقيق أهداف المرافقة النفسية بشكل فعال.

13.5.9 النمذجة:

تقنية النمذجة هي استراتيجية تستخدم لنقل السلوك أو المهارات الإيجابية من شخص إلى آخر من خلال تقديم نموذج إيجابي، يتمثل الهدف الرئيسي في هذه التقنية في تحفيز التغيير وتطوير مهارات جديدة أو تحسين السلوك الحالي للفرد الذي يتلقى المساعدة النفسية. (Kochanek et al., 2016)

تعتبر تقنية النمذجة جزءاً أساسية ضمن برامج كثيرة لتعديل السلوك، وتستند إلى افتراض مفاده أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وتعرضه بصورة منظمة للنماذج ويعطى الشخص فرصة لملاحظة نموذج معين، ويطلب منه بعدها أداء العمل نفسه الذي يقوم به النموذج الملاحظ. (مليكة، 1994)

وتستخدم تقنية النمذجة لمساعدة العميل في تحقيق الاستجابات المرغوبة فيها، أو التخلص من المخاوف من خلال مشاهدة سلوك شخص آخر، (Bialosky et al., 2018) ويمكن أن تكون بمشاهدة نموذج واقعي للسلوك الملاحظ، أو من خلال نماذج مكتوبة أو مسجلة، أو بتخييل المرشد لذلك السلوك، أو من خلال لعب الدور، وتكون النماذج الحية (Model Live) هي أكثر أنواع النمذجة فاعلية، لأنها تتزيد من دافعية العميل، وتسهم عملية تعلم السلوك المرغوب، ويفضل اختيار النموذج من عمر مماثل لعمر المسترشد وجنسه ومركزه الاجتماعي وخلفيته الثقافية. (عتوتة، 2018)

تشمل الخطوات الرئيسية لتقنية النمذجة في المرافقة النفسية المراحل التالية:

- __ **تحديد الهدف:** يجب تحديد السلوك أو المهارة التي ترغب في تعلمها أو تطويرها من قبل الفرد الذي يتلقى المساعدة.
- __ **اختيار النموذج:** يجب اختيار شخص يكون نموذجاً جيداً للسلوك أو المهارة المرادة، يمكن أن يكون هذا النموذج معروفاً على سبيل المثال أو معروفاً بمهارة معينة.
- __ **مراقبة النموذج:** يقوم الفرد بمراقبة وملاحظة النموذج أثناء قيامه بالسلوك أو المهارة المراد تعلمها، يتعلم الفرد من خلال الرصد الدقيق للتفاصيل والخصائص المهمة.
- __ **محاكاة السلوك:** يبدأ الفرد في محاكاة السلوك المطلوب بناءً على ما تعلمه من المراقبة.
- __ **التقليد والممارسة:** يكرر الفرد التدريب على السلوك أو المهارة المطلوبة مع مراعاة التفاصيل والنصائح التي استفاد منها من النموذج.
- __ **تقديم الملاحظات والتقييم:** يتم تقديم الملاحظات والتقييم البناء من قبل المرافق النفسي لمساعدة الفرد على تحسين أدائه والتعلم من الأخطاء.
- __ **المراجعة والتعديل:** يتم مراجعة الأداء بانتظام وإجراء التعديلات اللازمة لتحسين الأداء بمرور الوقت.

تستخدم تقنية النمذجة عادة في مجموعة متنوعة من المجالات، بما في ذلك التعليم، والعلاج النفسي، والتطوير الشخصي، والعمليات الإبداعية، حيث يمكنها أن تكون طريقة فعالة لنقل المهارات والتحسين الشخصي.

14.5.9 التغذية الراجعة:

التغذية الراجعة (Feedback) تمثل جزءاً مهماً من عملية التفاعل والتواصل بين المرافق النفسي والمريض أو العميل في سياق المرافقة النفسية، حيث أن التغذية الراجعة تشير إلى تزويد الشخص بمعلومات وتقييمات حول سلوكه أو أفكاره أو عواطفه بهدف تحفيز التغيير أو تحسين الفهم. تهدف التغذية الراجعة عادة إلى دعم وتعزيز السلوك الإيجابي وطرق التفكير السوية لدى العميل، حيث تستخدم لتعزيز التغيير الإيجابي وتقديم تقدير للجهود المبذولة خلال جلسات المرافقة النفسية (Lambert et al., 2001).

يمكن أن تأتي التغذية الراجعة على شكل كلمات مكتوبة أو محادثة شفوية. يجب أن تكون موجبة ومحترمة، وتركز على السلوك أو الأفكار بدلاً من الشخص نفسه، ويجب أن تكون التغذية الراجعة شفافة وواضحة، مع توضيح الأمور المحددة التي تحتاج إلى تحسين أو التغيير (Janse et al., 2017).

تشجع التغذية الراجعة على التفاعل الثنائي بين المرافق النفسي والمريض أو العميل، حيث يمكن للمرافق أن يسمع ويستمع ويستجيب لاحتياجات واحتمالات المريض، كما يجب أن تكون التغذية الراجعة موجبة نحو التحفيز والدعم بدلاً من الانتقاد، ويمكن استخدام الإيجابية وتعزيز الإيجابيات كأدوات فعالة في هذا السياق، وتوجه التغذية الراجعة بشكل منتظم خلال جلسات المرافقة لمتابعة التقدم وتوجيه الخطوات المستقبلية. تعتبر التغذية الراجعة وسيلة مهمة لتعزيز التعلم والتغيير في مجال المرافقة النفسية، وهي تساهم في تطوير الوعي وتحفيز الأفراد على التفكير والعمل بشكل أفضل لتحسين جودة حياتهم.

خلاصة الفصل:

إن المرافقة النفسية من أهم فروع علم النفس التطبيقية، حيث تتعدد وسائلها وأساليبها من أجل تقديم خدمات مرافقة للأفراد الذين يعانون من صعوبات نفسية واجتماعية، وذلك من خلال العمل على زيادة استبصارهم بذاتهم، وتزويدهم بمهارات فعالة ، ومساعدتهم على فهم خصائص وإمكانيات البيئة التي يعيشون فيها، فلا شك أن الإنسان عموماً يمر خلال مراحل حياته بمشكلات عادية وفتترات حرجة، ومواقف صعبة يحتاج فيها إلى هذا النوع من الخدمات النفسية، حيث تساعده على تحقيق النمو السوي والمتكامل، والتخلص من مختلف المشكلات التي تعيق مساره في حياته اليومية، وهذا ما يساهم بدوره على تحقيق توافقه النفسي والاجتماعي ، لكن الأهم في عملية المرافقة هو وعي المرافق لذاته ودوافعه، الواعية منها واللاواعية، لذلك توجب عليه أن يعرف ذاته بعمق، وألا يدخل انفعالاته ومشاعره خلال هذه العملية، وأن يتحلى بالموضوعية أثناء تطبيقه للمرافقة النفسية.

الفصل الثالث:

الألكسيتيميا " العجز عن التعبير الانفعالي "

-تمهيد

1. نشأة وتطور مفهوم الألكسيتيميا
 2. مفهوم الألكسيتيميا
 3. انتشار الألكسيتيميا
 4. أنواع الألكسيتيميا
 5. أعراض الألكسيتيميا
 6. المظهر الإكلينيكي للألكسيتيميا
 7. النظريات المفسرة للألكسيتيميا
 8. الألكسيتيميا والأمراض السيكوسوماتية
 9. وسائل قياس الألكسيتيميا
 10. علاج الألكسيتيميا
- خلاصة الفصل

تمهيد:

إن للمشاعر والانفعالات دور هام في حياة الفرد، حيث تؤثر على سلوكه معرفيا، اجتماعيا وثقافيا، وتساعده في بناء الروابط العلائقية مع الآخرين والحفاظ عليها وتطويرها، وتبعثه نحو التفوق والإبداع والذكاء الوجداني، الذي يشير إلى قدرة الفرد على الانتباه والإدراك والتبصر الجيد للانفعالات ومشاعر الآخرين، من أجل الدخول معهم في علاقة اجتماعية إيجابية، تساعد الفرد على الرقي الانفعالي والعقلي وحتى المهني، وتعلم مختلف المهارات، ويبدأ النمو الوجداني منذ المراحل الأولى في حياة الفرد ليستمر عبر مختلف مراحل الحياة، ويمكن الفرد من التعبير الانفعالي عبر الكلام، غير أن هذه القدرة قد تتأثر بمجموعة من المتغيرات الذاتية والموضوعية مما قد يؤدي إلى ضعفها، ومن ثم قد تظهر عند الفرد عجز في التعبير الانفعالي، مثلما هو الحال في الألكسيتيميا Alexithymia، الذي ترجم بالعربية إلى مصطلح "التكتم"، وسنحاول في هذا الفصل الإحاطة بجوانب عدة للموضوع وهذا من خلال التطرق إلى تعريفها، وإبراز أهم خصائصها، وأهم النظريات المفسرة لها، وصولا إلى الطرق والوسائل العلاجية المنتهجة للتخفيف من شدة الألكسيتيميا أو التخلص منها.

1. نشأة وتطور مفهوم الألكسيتيميا:

يعود تاريخ اضطراب الألكسيتيميا إلى تاريخ تطور الطب النفسي الجسدي، يعتمد الطب التقليدي الغربي على الطب والفلسفة الإغريقية القديمة، حيث كان ينظر إلى التفاعل بين العقل والجسد على أنه عامل أساسي في الطب وفي الصحة بشكل عام من قبل الأطباء القدامى والفلاسفة الطبيين مثال: أبو قراط، زالموكسيس، فيثاغورس، بلاتو وأرسطو، وفقا لبلاتو، كل شيء مرتبط بالروح، الشر وكذلك الخير في الجسد وفي الكائن البشري كله، فالروح هي التي تؤثر بكامل الجسد.

في العالم الغربي الحديث، معضلة العقل والجسد كان محل اهتمام العديد من العلماء خاصة في التحليل النفسي، قدم فرويد مفهوم هستيريا التحويل، حيث وضعه لإدراج أفكار الصراع الدفاعي والتشكيل الوسيط، أما فيرينزي فطبق نموذج التحويل على العضو الذي قام دوتش وميلاني كلاين بتطويره.

وفقا لتفكير التحليل النفسي، كانت الأعراض الجسدية رموز ذات معنى للصراعات العقلية اللاواعية، دمار درست السمات الشخصية للمرضى للذين يعانون من اضطرابات عضوية مختلفة ووصف على سبيل المثال "شخصية القرحة"، وجدت توازيا بين درجة تبلور الخلل الوظيفي الفسيولوجي في الضرر الجسدي ودرجة تبلور الدفاعات النفسية في الجهاز النفسي. (Mattila, 2009) بعدها قام ماكلين Mclean (1949) بوضع مصطلح "الدماغ الحشوي" لوصف ميل الأفراد المصابين بأمراض نفسية إلى نقص القدرة على تحديد ووصف مشاعرهم وانفعالاتهم عن طريق التعبير اللفظي.

قبل إدخال مصطلح الألكسيتيميا نشر سيفنيوس Sifneos مع زميله نيمياه Nemiah تحليل المقابلات مع المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية جسدية وجدوا أنهم غير مباليين بالعواطف أو عدم القدرة على النطق اللفظي لمشاعرهم التي كانوا يعانونها، والحياة الخيالية الفقيرة، وإعادة سرد مفصل لأفعالهم الخاصة والأحداث في بيئتهم، واستنادا لهذه الدراسات، كان يعتقد أن التكتم نمطا شائعا للمرضى النفسيين، وكان سيفنوس ونيمياه مهتمون بإيجاد طرق جديدة لعلاج هؤلاء المرضى، لأنه غالبا ما كان هناك نقص في الاستجابة للعلاج النفسي الديناميكي. (Karukivi, 2011)

وكان أول وصف للألكسيتيميا في الخمسينيات، حيث كانت الصعوبات النفسية آنذاك تفسر على أنها صراعات لاشعورية واضطرابات عصابية، وتبعاً لهذه النظرية، فإن هذه الصراعات النفسية الداخلية

التي يتعذر التعبير عنها لفظيا فإنه يعبر عنها عن طريق قنوات جسدية مما يتسبب في نشأة مختلف الاضطرابات النفسية. (Sifneos, 1996) لكن أكدت النتائج المتباينة للتحليل النفسي مع مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض المزمنة إلى دفع الأخصائيين الممارسين إلى البحث عن تفسيرات أخرى للاضطرابات السيكوسوماتية.

اهتم رويش Ruesch سنة 1948 بشخصية المرضى الذين فشلت معهم عملية التحليل النفسي، واستنتج من خلال مجموعة من الدراسات أن هؤلاء المرضى لهم شخصية طفلية لم تتطور لديها القدرات اللفظية التعبيرية والرمزية للعواطف، حيث أنهم عاجزين على تخفيف التوترات الداخلية عن طريق التعبيرات اللفظية أو الرمزية، وبهذا يبقون في مواجهة هذه الشحنة الانفعالية، والتي يعبر عنها من خلال قنوات جسدية كونها الطريقة الوحيدة الممكنة، وبعض مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية في هذه الحالة الشاذة، يصنفون كأشخاص عاطفيا بسبب معاناتهم من محدودية القدرة على التعبير عن انفعالاتهم. (Grynberg et al., 2014)

وقد لاحظ رويس أعراضا متشابهة لدى الأمراض السيكوسوماتيين وذوي اضطرابات ما بعد الصدمة، تتمثل فيما يلي:

- خلا في التعبير الرمزي عن الذات.
- التعبير عن الانفعالات والصراعات على مستوى الأفعال.
- العجز عن التخلص من التوتر الناتج عن زيادة الأعراض الجسمية.
- الفشل في الاستجابة لعلامات القلق، أو الغضب، أو الخوف.
- محدودية الحياة الخيالية أو ضعفها، كما يلجؤون إلى استخدام الحركات الجسمية المباشرة كوسيلة للتعبير الانفعالي. (Taylor et al., 2000)

فحص سيفنيوس في أوائل الستينيات في أمريكا عينة عشوائية من المرضى السيكوسوماتيين المترددين على عيادات نفسية، والتي كان هو بنفسه مديرا لها بمستشفى ماساتشوستس، فلاحظ أن بعض المرضى يتسمون بفق المهارات اللغوية، وعدم الاتساق الانفعالي، وكذا فقر وسطحية التفاعلات الاجتماعية، وتدهور العلاقات الاجتماعية مع الأفراد المحيطين، إلى حد الفشل، والصعوبة الكبيرة في

القدرة على إيجاد تعابير ومصطلحات مناسبة لوصف وجداناتهم ومشاعرهم، هذا ما يعطي انطبعا
للآخرين بأنهم لا يفهمون مصطلح مشاعر وانفعالات. (Sifneos, 1973)

لم يتم أخذ هذه الملاحظات المبكرة بعين الاعتبار حتى بداية سنة (1973)، بعد أن بدأ كل من
سيفنيوس ونيمياه في ملاحظة خصائص المرضى النفس جسمانيين، حيث استنتج الباحثان أن هؤلاء
المرضى لا يعانون فقط من صعوبات في تحديد انفعالاتهم ومشاعرهم ووصفها، بل هم يعانون أيضا من
ندرة في الحياة التخيلية، وكذا محتوى التفكير الخارجي الذي يتسم بالانشغال بتفاصيل الأشياء والأحداث
في البيئة الخارجية. (Taylor, 2004) مما ترتب عليه صياغة سيفنيوس مصطلح ضعف القدرة على
التعبير الانفعالي "Alexithymia" عام (1972) للإشارة إلى هذه الجملة من الخصائص والأعراض، في
مقال نشره بعنوان : انتشار خصائص الألكسيثيميا لدى مرض السيكوسوماتيك"، والذي وضعه في كتاب
له أيضا بعنوان : "مواضيع في البحث السيكوسوماتي"، كما نشر سيفنيوس هذا المصطلح في مجلة
العلاج النفسي والسيكوسوماتيك. (Burca, 1995)

لم يصغ سيفنيوس المصطلح بصيغة الاسم "الألكسيثيميا"، ولكن صاغه بصيغة الصفة أي
"الصفات الألكسيثيمية"، وذلك للتعبير عن زملة من الصفات الشائع ظهورها لدى عينات مرضية معينة،
ووصف هذه الصفات في كتابه الذي نشره عام (1972) بقوله: ".... إن خلل القدرة على التعبير عن
الانفعالات في هذه الحالة لا يقتصر على إدراك الانفعالات والتعبير عنها، وإنما يشمل أيضا التعبير
اللفظي عن حيث يكون الخلل في هذا المجال واضحا جليا، فعندما يطلب من بعض المرضى التحدث
عما يشعرون به، يذكرون بشكل متكرر الإحساسات الجسدية فقط، دون أن ترجع هذه الإحساسات إلى أي
من الأفكار أو التخيلات أو الصراعات المصاحبة، كما يعجز بعض هؤلاء المرضى عن تحديد ماهية
شعورهم إزاء بعض الانفعالات كالغضب والحزن، وقد يفشل القليل منهم في التمييز بين الانفعالات
والإحساسات المفرحة والأليمة، ويمتلك هؤلاء المرضى مفردات وكلمات محدودة، وعانون من صعوبات
واضحة في إيجاد الكلمات الملائمة لوصف انفعالاتهم...." (Bekendam, 1997) بعدها قام بورش
Burch بنشر كتابه بعنوان: "العلاج النفسي قصير الأجل وأزمة الانفعالات"، وقد اشتمل الكتاب أيضا
على مصطلح الألكسيثيميا عام (1973). (Burca, 1995)

أطلق سيفنيوس مصطلح الألكسيتيميا، ويقصد به "عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات عن طريق الكلام"، ويتجسد في ضعف القدرة على تحديد المشاعر وتوصيلها للآخرين، وتمييزها عن الإحساسات الجسدية، مع محدودية الخيال وكذا التفكير البراغماتي العملي، والمروء إلى الفعل للهروب من الصراعات أو التعبير عن المشاعر والانفعالات. من الجانب التاريخي، فالألكسيتيميا ماهي إلا ترجمة لمصطلح التفكير العملي حسب النموذج النفس عصبي النابع من المدرسة السيكوسوماتية العصبية، والذي يعتبر أساساً نمط مرضي وظيفي مميز للمرضى الذين يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية. (بوشوشة، 2022)

ماكدوغال Mc Dougal وضعت تفسيرات نفسية أخرى للتكتم الانفعالي، سنة (1980) ربطته ببعض الاضطرابات في العلاقة بين الأم والطفل، ذكرت أن الرضع غير قادرين على التعبير عن مشاعرهم لفظياً، يجب أن يتم فهمهم، وأن مشاعر الغضب التي هاجمت بقوة شعور الفرد أدت إلى رفض كل المشاعر من الوعي ومن هنا يؤدي الإهمال المبكر وعدم كفاية الترابط، وعدم قدرة الأم على التعرف على مشاعر وتعبيرات ابنها الانفعالية إلى اضطراب الألكسيتيميا. (Karukivi, 2011)

في البداية لم يعرف مصطلح الألكسيتيميا انتشاراً واسعاً كونه لم يدرج في التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية، وعاد المصطلح للظهور والاستعمال الواسع في العشرية الأخيرة بعد الاهتمام الواسع بمجال الطب النفسي، حيث أن مقال سيفنيوس الذي نشر سنة 1972 في مداخلة كانت في المؤتمر الأوروبي للبحث السيكوسوماتي في فيينا، كان أول باب يفتح لنشأة مصطلح الألكسيتيميا (Hamdi Bacha, 2024).

وانتشرت بعد ذلك في نهاية القرن العشرين وتم نقلها للغة العربية وتم نقلها من طرف الشربيني (2001) وعربها بمصطلح اللاوصفية وعرفها على أنها صعوبة وصف العواطف والانفعالات وعدم القدرة على معرفة المشاعر الداخلية والتعبير عنها. (ابراهيم هاشم والغويري آلاء، 2018)

من خلال استعراض التطور التاريخي للاهتمام بمفهوم الألكسيتيميا، يتضح لنا ضرورة توفير كل الأدوات والوسائل من أجل تحديد المصدر الأساسي للألكسيتيميا وأسبابها الحقيقية، والبحث عن التوجهات المختلفة لهذه المسألة.

2. مفهوم الألكسيثيميا:

1.2 لغة:

هي كلمة ذات أصل إغريقي، متكونة من ثلاث مقاطع:

lack: A = غياب أو نقص

words: Lexis = الكلمات

emotions: Thymos = الانفعالات والمشاعر (Taylor et al., 1999)

أي أن الألكسيثيميا تعني نقص الكلام الذي يعبر عن الانفعالات والمشاعر.

2.2 اصطلاحا:

يعرف سيفنيوس الألكسيثيميا بأنها افتقار الفرد للحياة الهوامية، مما يجعله يميل إلى التفكير النفعي، واستخدام الفعل للهروب من الصراعات والوضعية الضاغطة، وقصور واضح في وصف الانفعالات والتعبير عنها، وإيجاد الكلمات لوصف مختلف الأحاسيس. (Jouanne, 2006)

ونرى من خلال هذا التعريف أن الألكسيثيميا تتمثل في عدم القدرة على وصف الانفعالات والتعبير عنها عن طريق الكلام، وكذا محدودية الحياة الهوامية وتفكير ذو محتوى عملي لتجنب الصراعات.

كما عرفها فرانز وآخرون Franz & al سنة 2008، بأنها قصور في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، ذلك بسبب ضعف قدرة الفرد على ترجمة الإشارات الانفعالية المستقبلية من الأفراد المحيطين به، وصعوبات في القدرة اللغوية التي تمكنهم من الوصف والتعبير عما يختلجهم من أحاسيس وعواطف إلى الآخرين. (Simson et al., 2006)

تعرف الألكسيثيميا على أنها قصور في التعرف على الانفعالات والتعبير عنها وتنظيمها، إضافة إلى صعوبات في تحديد ووصف المشاعر، والعجز في التمييز بين العواطف والأحاسيس الجسدية الأخرى، وكذا فقر التخيلية، ونمط التفكير الموجه نحو الخارج، وبهذا يصبح الفرد غير واع بمشاعره،

فيركز انتباهه على التفاصيل العملية للأحداث، بدلا من سماتها الانفعالية. (Apgáua & Jaeger, 2019)

أما القاموس الأمريكي للطب النفسي فقد عرف الألكسيتيميا على أنها اضطراب وظيفي على مستوى الوظائف المعرفية الانفعالية يظهر في صعوبة تعرف الفرد على مشاعره وأحاسيسه وتحديدها، وعدم القدرة على وصفها، مع محدودية الحياة التخيلية والعاطفية وتوجه معرفي نحو الخارج. (المصري وفاطمة، 2020)

وأشار ماكدوغال (1989) Mc Dougall إلى أن الألكسيتيميا تتمثل في بنية نفسية ناتجة عن عدم القدرة على التعامل السوي مع الأبناء منذ مرحلة الطفولة، وإهمالهم وعدم الاعتناء بهم، وهذا ما يجعلهم غير قادرين على تحديد مشاعرهم وانفعالاتهم، ووصفها والتعبير عنها لفظيا. (عبيب، 2022)

وتحتوي الألكسيتيميا على أربعة أبعاد حقيقية مفسرة لطبيعتها، فبالنظر إلى هذه الخصائص، يظهر الأفراد المصابون بالألكسيتيميا فقرا في قدرتهم على التعاطف مع الآخرين، وهي كما يلي:

➤ صعوبة تحديد المشاعر والتعبير اللفظي عن الانفعالات والعواطف.

➤ صعوبة في وصف الانفعالات والمشاعر.

➤ التفكير الموجه نحو الخارج.

➤ ضعف القدرة على التخيل. (Gaggero et al., 2022)

وتشير الألكسيتيميا إلى صعوبة في المعالجة المعرفية للانفعالات، وقصور شديد في المهارات الانفعالية التي تتمثل في القدرة على التعرف على الانفعالات وتحديدها، ومن ثم التعبير عنها لفظيا. (فاضل والعبايجي، 2023)

صاغ الأطباء النفسيون الأمريكيون مصطلح الألكسيتيميا لأول مرة سنة 1973، وعلى رأسهم سيفنيوس، وهي سمة تتمثل في صعوبة تحديد الفرد لمشاعره وانفعالاته، وصعوبة وصف مشاعره، وأسلوب التفكير الذي يتميز بالتركيز السائد على العالم الخارجي، وتجنب وصف الانفعالات والعواطف الداخلية، وعلى مدى العقود الخمسة الماضية، أصبح هذا المفهوم ثابتا على أنه عامل خطر هام للتنبؤ بمختلف الأمراض السيكوسوماتية. (Preece et al., 2023)

الألكسيثيميا هي نوع من الأعراض العاطفية في الغالب، والتي تتميز باضطراب التعرف على المشاعر، واضطراب وصف العاطفة، واضطراب تنظيم العاطفة، ولا تعد الألكسيثيميا حالة شائعة ترتبط بقوة بتطور الاضطرابات النفسية والجسدية فحسب، بل إنها أيضًا شائعة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسعصبية. (Han et al., 2023)

فالشخص الذي يعاني من مستوى مرتفع من الألكسيثيميا يتعذر عليه وصف مشاعره وأحاسيسه وصفا دقيقا، وبالتالي عدم قدرته على فهم مشاعره للآخرين، من حوله، والتعاطف الوجداني معهم، كما يجد صعوبة في وصف ما قد يشعر به من انفعالات وإحساسات وآلام جسدية في مختلف أعضائه، كما أظهرت العديد من الدراسات أن الألكسيثيميا تمثل عاملا جوهريا للتنبؤ بإمكانية الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والشه العصبى وفقدان الشهية العصبى، كما أن للألكسيثيميا تأثير سلبي على عملية التنظيم الانفعالي للفرد، حيث تحد من قدرته على التعامل مع المواقف الحياتية المختلفة، والتواصل الإيجابي والفعال مع الآخرين، فبالإضافة إلى أن الألكسيثيميا تعتبر مسبب رئيسي لحدوث الاضطرابات النفسجسدية، فهي كذلك تعتبر مؤشر قوي للوقوع ضحية انحرافات سلوكية مختلفة، كالعوانية والعنف والإدمان. (حمدي باشا وبن صغير، 2023)

يتميز مفهوم الألكسيثيميا بثلاث خصائص: الأولى تتميز بصعوبة تحديد العواطف، وتعرف بأنها الأفراد الذين يجدون صعوبة في تحديد العواطف وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية المرتبطة بالإثارة العاطفية، أما الخاصية الثانية فتتعلق بصعوبة التعبير عن العواطف للآخرين، السمة الثالثة هي التفكير الخارجي، حيث يميل الناس إلى التركيز على التفاصيل الخارجية للحياة أكثر من التركيز على مشاعرهم الداخلية (Wang et al., 2023).

من خلال العرض السابق للتعريفات، يمكننا القول أن الألكسيثيميا سمة شخصية تعكس عدم اهتمام الفرد بانفعالاته وعواطفه، وعدم التفكير بها وإخضاعها لعمليات التخيل، وكذلك العجز في اكتساب الفرد للخبرات الشعورية المدركة، وعدم القدرة على التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية، كل هذا يتجسد عموما في الخلل في التعبير الانفعالي والوجداني للفرد، والبلادة العاطفية، حيث يعجز الفرد المصاب بها على التعبير اللفظي عن مشاعره ووصفها، وكذا افتقاره إلى الحياة التخيلية والعاطفية، والتفكير العملي والموجه نحو الخارج، والعجز عن التخيل. فهي تعكس عموما أوجه قصور في مهارات التواصل الاجتماعي، وذلك نتيجة عجزه على ترجمة الإشارات العاطفية والانفعالات المستقبلية من الأفراد المحيطين، وضعف

القدرات اللغوية التي تجعلهم يعبرون عن مشاعرهم وأحاسيسهم للآخرين، وبذلك ضعف التوافق والتفاعل الاجتماعي.

3. انتشار الألكسيتيميا:

إن وجود مقياس TAS أكد على انتشار وارتباطها مع العديد من المتغيرات السوسيوديموغرافية وكذلك ارتباطها لدى بعض الشعوب وعينات من المجتمع، فجاءت كل من دراسة Parker وآخرون (1998) في كندا على أفراد عاديين تراوح سنهم ما بين 20 سنة إلى 80 سنة، ودراسة Joukamaa وآخرون في فنلندا، وأيضا دراسة Salmine ودراسة Gunzelmann، في ألمانيا (2002)، حيث اعتمدت كلها على مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-26)، وقد وصلت النتائج الإجمالية إلى أكثر من 74% من الذين أجروا عليهم التجارب يدل على الألكسيتيميا المرتفعة. (فاسي، 2016)

1.3 انتشار الألكسيتيميا حسب الجنس:

قارنت العديد من الدراسات نسبة تواجد الألكسيتيميا بين الجنسين بأدوات قياس مختلفة وعلى عينات مختلفة، وتوصلت معظم هذه الدراسات إلى أن الرجال يعانون من معدلات أعلى من الألكسيتيميا مقارنة بالنساء، على سبيل المثال دراسة Ciringels (2006) Larsen, VanStrein, Eisinga & Addis carpenter & Addis (2000)، وقلة من الدراسات فقط من وجدوا أنه لا فرق بين النساء والرجال في نسبة الإصابة بالألكسيتيميا، مثل دراسة Lumley & Sielky (2000)، كما تم إجراء اختبار على عينة مكونة من 41 لمقارنة معدلات الألكسيتيميا بين الذكور والإناث، وأظهرت النتائج أن الرجال بشكل عام يبلغون معدلات أعلى من الألكسيتيميا مقارنة بالنساء، و من ناحية أخرى، يظل حجم تأثير الاختلاف الجنسي ضئيلاً. (Eid, 2015)

وفقا للعديد من الباحثين، يجب إلقاء نظرة مختلفة على انتشار الألكسيتيميا لدى الرجال، فيرون أن الأشكال الخفيفة والمعتدلة من الإصابة بالألكسيتيميا توجد بشكل متكرر لدى الرجال الذين طوروا هويتهم بشكل موافق مع الأعراف الذكورية التقليدية، وهكذا، يقوم العديد من الرجال خلال طفولتهم إلى بلوغهم بقمع التعبير عن مشاعرهم وضعفهم، ونتيجة لذلك، فقد طوروا مفردات لا تمثل مشاعرهم الحقيقية، فبذلك يصعب عليهم تكوين وعي بمشاعرهم على الرغم من أن هؤلاء الرجال يجدون صعوبة في التعبير

عن مشاعرهم، إلا أنهم نادرا ما يوجدون بين مجموعة الأفراد التي لديها أعلى مستوى من الإصابة بالألكسيتيميا. (Boivin, 2016)

2.3 انتشار الألكسيتيميا حسب السن:

قام كل من باركر وآخرون (Parker & al (1998)، وفرانز وآخرون (Franz & al(2007) بإجراء سبع دراسات تربط الألكسيتيميا بمتغير السن، وتوصلت النتائج إلى أن هناك ارتباط وعلاقة إيجابية بين المتغيرين، أما بعض الدراسات مثل دراسة سالمين Salmine، أكدوا أن هناك علاقة سلبية بينهما، وقد يرتبط بمتغير التفكير الخارجي إيجابيا وبمتغير القدرة على وصف المشاعر والقدرة على معرفة الانفعالات وتحديدها.

هناك دراسة خاصة بجوكاما وآخرين – JouKamaa & al (2006) على عينة فنلندية تكونت من 800 مشارك تراوحت أعمارهم ما بين 30 إلى 97، وأسفرت النتائج كالاتي: ظهور الألكسيتيميا لدى الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 30- 44 عام بنسبة 2.7 لدى النساء وبنسبة 6.8% لدى الذكور، بينما المجموعة التي تتراوح أعمارهم ما بين 83 سنة وما فوق كان انتشار جد مرتفع للألكسيتيميا وصل 28% لدى النساء و30% لدى الرجال، فقد أكدت الدراسة على أن تأثير السن أكثر أهمية من الجنس. (فاسي، 2016)

3.3 انتشار الألكسيتيميا حسب الحالة الاجتماعية:

بعد مراجعة سبعة أوراق بحث في دراسة حول العلاقة بين الإصابة بالألكسيتيميا والحالة الاجتماعية والحالة العائلية، في ثلاثة أوراق بحث، منهم لم يتم العثور على ارتباط بينهما، وفي ثلاث دراسات آخرين وجد ارتباط بين الألكسيتيميا، والعزوبية والطلاق، أو العيش وحيدا، أما في دراسات حول عينة من المراهقين، وجد أن الألكسيتيميا مرتبطة بالعيش في عائلة مفككة. (Mattila, 2009)

4.3 انتشار الألكسيتيميا حسب المستوى الاجتماعي والاقتصادي:

أما فيما يخص المستوى الاجتماعي والاقتصادي، فهذه الدراسات أظهرت ارتباط الألكسيتيميا بالمستوى التعليمي المتدني، وفي دراسات أخرى ارتبطت بالتعليم المهني، كما يؤكد جوكاما (2007) على أن هناك ارتباط الألكسيتيميا مع المستوى الاقتصادي ولكن سلبيا مع أبعاد الألكسيتيميا. (فاسي، 2016)

نلاحظ مما سبق أن ارتباط الألكسيتيميا مع الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والوضع الاجتماعي والاقتصادي أكبر ارتباطها بمتغيري الجنس والعمر، ذلك أن غالبية الدراسات التي تمت مراجعتها فيما سبق تدعم فكرة أن الألكسيتيميا مرتبطة بعيش الفرد بمفرده بالدرجة الأولى، أو العيش في أسرة مفككة، أو أن يكون الفرد ذو مستوى تعليمي متدني، أو من يعاني من وضع اجتماعي واقتصادي غير مستقر.

4. أنواع الألكسيتيميا:

ميز فريبرجر Frey Berger سنة (1977) نوعين من الألكسيتيميا، وذلك انطلاقا من نتائج انتشارها في الأمراض السيكوسوماتية:

1.4 الألكسيتيميا الأولية:

يشير هذا المفهوم إلى أن الألكسيتيميا سمة ثابتة ومستمرة، تؤدي إلى اضطرابات سيكوسوماتية كعامل استعدادي، حيث يكون الاستعداد في المشاعر والوجدانات وليس في الانفعالات، ويكون الخلل في هذا النوع على مستوى القشرة الدماغية والجهاز اللمبي، مما يسبب استجابات غير متكيفة، فحسب سيفنوس Sifneos، هذا النوع من الألكسيتيميا ينشأ من عوامل وراثية جينية. (قزوي ججيقة، 2022)

أما عند بعض الباحثين فتعرف بعطل التحويل بين نصفي الكرة المخية، وهذا ما أكد عليه Taylor و Smith (1990) فقد أظهروا أن هناك اختلافا بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الألكسيتيميا والأشخاص العاديين أثناء الاتصال الذي يحدث بين نصفي الكرة المخية. (مسعودي، 2019) ويرى جيلبود Guilbaud أن الألكسيتيميا الأولية ترجع أساسا إلى اضطرابات التقمص أو المشاركة الوجدانية. (Pirlot, 2014)

2.4 الألكسيثيميا الثانوية:

هذا النوع لا ينشأ عن أساس عصبي بل عن خبرات صادمة طفولية ووضعية ضاغطة قبل اكتساب الطفل للغة التي قد تجعله لا يستطيع التعبير عن انفعالاته لغويا، فهي تدخل في إطار التنظيم النفسي. تنتج الألكسيثيميا الثانوية عن صدمات وجدانية، حيث تظهر كأسلوب دفاعي مؤقت ضد الصدمات المستقبلية، حيث تعتبر هذه الحالة مؤقتة، وتنتهي بانتهاء الحدث الضاغط على الفرد، وفي هذا النوع تكون إمكانية الشفاء أكبر من الألكسيثيميا الأولية. (Valdespino et al., 2017) ويمكن اعتبارها كحالة ناتجة عن وضعية صراعية تهدف إلى تحقيق التكيف والتوازن الداخلي، كما قد تكون نشأة اضطرابات أخرى نفسية ومعرفية (Pirlot, 2014).

قد أشار سيفنيوس إلى أن الألكسيثيميا الثانوية لا تظهر عندما يكون المنشأ عصبي، ولكن التجارب الضاغطة المعاشة قبل اكتساب الطفل للغة، يمكن أن تجعله عاجز عن التعبير عن انفعالاته عن طريق اللغة، كما ميز الممارسين الألكسيثيميا كسمة عن الألكسيثيميا كحالة، والذي يسمح بالتفريق الزمني دون الرجوع إلى السيرة الوبائية، علما أنه حسب الأبحاث فإن الحالة تكون مؤقتة ومرتبطة بوضعية معينة خلافا للسمة التي تتميز بالثبات والاستمرارية مع الزمن. (بوشوشة، 2022)

ويرى Corcos (2011) أنها لا تظهر لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية فقط، وإنما تظهر أيضا لدى الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة PTSD، والمدمنين على الكحول والمخدرات، والحالات الحدية، والسيكوباتيين. (Corcos et al., 2011)

من خلال ما سبق نستنتج أن أنواع الألكسيثيميا تختلف باختلاف أسباب حدوثها، وبداية نشأتها وتطورها، فالألكسيثيميا الأولية مدعومة بفرضية العامل البيولوجي، وتمثل عامل استعداد لاضطراب سيكوسوماتي، وهذا النوع يتسم بالتعقيد من ناحية الاستجابة العلاجية، عكس الألكسيثيميا الثانوية التي تكون إمكانية علاجها أفضل من الأولية، وذلك لأنها تعد حالة مؤقتة ناشئة عن بعض الأساليب الخاطئة في التنشئة الأسرية والاجتماعية، كما تختفي بمجرد اختفاء الأحداث الضاغطة.

5. أعراض الألكسيثيميا:

يعاني الأشخاص الألكسيثيميون من مشكلات في التحكم في عوامل الإثارة، والتعبير عن الانفعالات أو كبتها، وصعوبة القدرة على التخيل والحصول على المساندة الاجتماعية، واستيعاب الانفعالات والمدركات، كما أن الألكسيثيميا قد تؤدي إلى أنواع مختلفة من المرض تشمل الاضطرابات المزاجية كالإكتئاب والقلق والوسواس القهري، أو حتى سلوك الإدمان، وفرط النشاط والحركة، كما تسبب الألكسيثيميا أمراضا جسدية، وإثارة نفسية عميقة، واضطرابات سيكوسوماتية (Lambert et al., 2001) كما أن الأشخاص المصابون بالألكسيثيميا يكونون مهيين لتشغيل الانفعالات السلبية، ويفتقدون القدرة على تحديد الانفعالات الإيجابية والتعبير عنها بشكل صحيح وفعال، بالإضافة إلى أنهم يفقدون إلى المهارات البينشخصية، حيث يعجزون عن التواصل الفعال مع الآخرين، وبالمقابل فإن ضعف المشاركة الانفعالية للألكسيثيمين تؤدي إلى صعوبة تحديد انفعالاتهم ووصفها، وكذا ندرة التخيل التي تعتبر خاصية رئيسية لدى الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا (Taylor et al., 2000).

ويؤكد لايين وآخرين Lane et al في ذات السياق أن غالبية الأشخاص المصابين بالألكسيثيميا يعانون من صعوبات في التعبير اللفظي والرمزي للعواطف، كما أنهم غالبا ما ينسحبون من العلاقات الاجتماعية، ونتيجة لنقص الوعي بالخبرات الانفعالية، فإن الأفراد الألكسيثيميون يعانون من صعوبة في الاستجابة للآخرين انفعاليا، ومن ثم تقل لديهم مهارات التعاطف الوجداني، وبالتالي يصبح هؤلاء الأشخاص غير فعالين في فهم الحالة الوجدانية والانفعالية التي قد يمر بها الأفراد المحيطين من حولهم (Lane et al., 1998).

كما وصف ستيفن Steven أن الأفراد المصابين بالألكسيثيميا أنهم لا يذكرون أي إحساسات ومشاعر، ولا يملكون أي مخيلة، وأحلامهم لا تتضمن أي مضامين وجدانية، كما أنهم باختصار لا يمتلكون حياة انفعالية يتكلمون عنها، ويلجؤون إلى تفريغ الطاقة عن طريق الأعضاء الجسدية، كما تم وصفهم حسب الباحثين التحليليين بالأمية الانفعالية Emotional Illiterality حيث يفشل المصاب بالألكسيثيميا في إيجاد الكلمات التي يصف بها وجداناته، ويفشل أيضا في أن يضعف في لغة رمزية، ومن ثم يترجم انفعالاتهم إلى لغة جسدية سوماتية (Palmer, 2001).

لخص (1997) Taylor أعراض اضطراب الألكسيتيميا فيما يلي:

➤ صعوبة الفرد في تحديد مشاعره، فهو لا يملك القدرة على التعبير عن مشاعره الانفعالية من حزن، غضب... إلخ، ولا يستطيع تحديدها.

➤ صعوبة الفرد في وصف مشاعره، فهو لا يمتلك القدرة على التعبير على مشاعره لفظيا ويحاول تغيير الحديث عن مشاعره.

➤ يفقر الفرد إلى القدرة على الخيال والتخيل، فهو يعاني من خلل في العمليات التصويرية وعجز المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور والذكريات.

➤ يتميز تفكير الفرد بارتباطه بالعالم الخارجي له (الظروف الخارجية) فهو لا يستطيع التكيف مع العالم المادي وصاحب تفكير تقليدي ومساير. (ابراهيم هاشم والغويري آلاء، 2018)

ومن أجل تشخيص الألكسيتيميا، يجب تواجد الأعراض التالية:

1.5 صعوبة معرفة ووصف المشاعر:

أو ما يعرف بالعجز عن إدراك وتمييز الانفعالات والتعبير عنها لغويا، فالشخص الذي يعاني من الألكسيتيميا يجد صعوبة في التعرف على حالته الانفعالية مثل شعوره بالسعادة أو الحزن، اختناق... ويبقى في حيرة من أجل تجمع هذه الأسباب الخفية التي ولدت هذه العواطف، فهو لا يملك الصورة المحفزة لهذا المزاج. غالبا ما يشعر بعدم الارتياح من شيء ما بجسمه مثل زيادة الخفقان احمرار الوجه قد يتلغم عندما لا يجد الكلمات المناسبة لتغيير عما يشعر به، أو قد يجيب بجواب آخر أو قد يغير الموضوع ببساطة، ولكن في معظم الحالات يعبر جسديا أو من خلال التعبير المرضي السيكوسوماتي. (Thompson, 2009)

حيث يصف كل من كوركوس وبيرلو (2011) Corcos & Pirlot من يعاني من الألكسيتيميا كأن جسده مفصول عن رأسه، وهذا ما يعيق السيرورات التي تقوم بالاتصال بينهما، وأن تصف الحالة الانفعالية له، فتبقى كميات الطاقة على الجانب ومن ثم تنتقل إلى أعضاء الجسم. (Corcos et al., 2011).

2.5 محدودية الخيال:

وهي من أهم المميزات لمفهوم الألكسيثيميا وهو العجز في القدرة على تشكيل صور خيالية في العقل عن طريق الخبرات الحسية، وأيضاً على القدرة على استحضار الأحداث الماضية مهما كانت شدتها، فالخيال يمنحنا الأساس لتعاطف والقدرة على الفعالية والتعامل مع الآخرين بالعواطف والحالات الانفعالية والتعامل مع الآخرين بالعواطف والحالات الانفعالية.

ترى Céline furanne (2006) أن المصابين بالألكسيثيميا يتميزون بتفكير عملي يظهر عليه القليل من الهوام أو الخيال، أما في العلاج نجد غياب التقمص الوجداني للآخرين مع ضعف تكوين الصداقات والمعارف. (Thompson, 2009)

3.5 التفكير الموجه نحو الخارج:

تمثل هذه الخاصية في عجز الفرد على توجيه نفسه لمعرفة ما بداخله، فلمعرفة مشاعره يظهر توجيهها نحو العالم الخارجي المادي، مع ابداء تكيف مطلق لهذا العالم ويدرك بحواسه الحقائق المادية ولهذا يتم وصف هؤلاء الأشخاص بالآلات البشرية، أو الدمى الخشبية فحياتهم تقتصر على المواضيع الملموسة لا غير.

فهو تفكير براغماتي نفعي، فيركز المفحوص على وصف دقيق للأحداث والأعراض الجسدية فقط دون اللجوء إلى المحتوى العاطفي والأسلوب الانفعالي، فيفتقرون إلى الكلمات العاطفية والأسلوب القصصي عندهم يكون واقعي الي من الهومات والرمزية الوصف يقتصر فقط على الأحداث والظروف، وهذا ما يعرف بالتفكير العملي. (فاسي، 2016)

4.5 ضعف إعانة التنشيط الانفعالي أو التفاعل العاطفي:

أي عدم القدرة على رد فعل اتجاه المشهد الذي يخلف انفعالات عادة عند الناس العاديين، فهنا تظهر الألكسيثيميا من خلال استجابة الفرد التي تدل عليها، فينجم عنها خلل في ضبط الانفعالات والوجدانات مما قد يسبب أحيانا انفجار مفاجئ كنوبة غضب أو بكاء مفاجئة، ويصعب تفسير هذه الاستجابات لأن هناك ضعف في الاستبطان. (Taylor et al., 1999)

5.5 السلبية وانعدام التلذذ بالحياة:

تعتبر كلمة لا الاستجابة المفضلة لدى المصابين بالألكسيتيميا حتى عند طرح أسئلة الإجابة، مثلا: الطقس جميل هل تود الخروج في نزهة؟ الإجابة تكون دائما سلبية مثلا: لا... غير مؤكد...اعتقدنا أنها ستمطر... حيث اعتقد فرويد أن السلبية هي قمع.

هذا ما يؤكد عليه لوميني (2003) حيث لا حظ أن لديهم فقدان التعرف على اللذة والألم، أو ما يعرف بـ L'anhedonie من خلال دراسة إحصائية أثبت أن هناك معامل ارتباط مرتفع، فكان هناك معامل ارتباط الاكتئاب منخفض، أي كلما كانت الألكسيتيميا مرتفعة كان انخفاض القدرة على التعرف على الألم واللذة وهذا راجع لغياب الاستبطان. (فاسي، 2016)

6.5 توهم المرض:

تظهر لدى المصابين باضطراب الألكسيتيميا جميع الأعراض الجسدية مثل: تسارع نبضات القلب، احمرار الوجه... ولكنهم يجدون عجز في تحديد هذه الأعراض الجسدية تماما مثل عجزهم عن تحديد مشاعرهم وانفعالاتهم وهكذا يعتقدون أنهم مرضى عضويين وليس نفسيا، ونجد اضطراب الوسواس القهري يرتبط بشدة بالألكسيتيميا. (Thompson, 2009)

7.5 الامتثالية الاجتماعية:

تعني أن الفرد يعيش حياة عادية ولكنها في نفس الوقت مرضية ولكن الأعراض المرضية لا تظهر إلا من خلال التكيف الزائد، هذه الامتثالية العالية للمجتمع تلغي الحياة الشخصية من أجل طاعة المعايير الاجتماعية. (فاسي، 2016)

6. المظهر الاكلينيكي للألكسيتيميا:

يصف سيفنيوس ونيمياه المظهر الاكلينيكي للألكسيتيميا ويشيران إلى شكل من الاتصال الذي يميز بغياب أو نقص للتفكير الرمزي والذي يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي لمشاعرهم، رغباتهم ونزواتهم، ووصف الباحثان الأفراد المصابين بالألكسيتيميا على أنهم كئيبيين، جامدين بلا حياة، غير معبرين ومملين، يجدون صعوبات كبيرة للتعرف على أحاسيسهم الخاصة ووصفها، كما يتعذر عليهم

التمييز بين حالتهم الانفعالية وأحاسيسهم الجسدية، كلامهم نثري ولا يثير الاهتمام، مبتذل غير مشوق، نفعي، يهتمون فقط بتفاصيل الأحداث الخارجية، يتميزون بمط من التفكير الموجه نحو التفاصيل الخارجية للحياة اليومية، مقابل توجههم نحو الحياة الهوامية والأحاسيس والتجارب الداخلية. (حافري و بخوش، 2019)

كما قد تظهر لدى هؤلاء الأفراد نوبات بكاء وغضب ، لكن دون القدرة على التعبير عن أحاسيسهم وعواطفهم الداخلية، "وغالبا ما يلجؤون للمرور إلى الفعل للتعبير عن انفعالاتهم أو لتجنب الصراعات، لديهم القليل من الأحلام والهوامات، وإن تمكنوا من تذكر أحلامهم فإما أن يكون محتواها عقلي واضح وقديم، أو أن تتبع مظهر السيوررات الثانوية لكن خالية من الألوان والغرابية والترميز الذي يميز أحلام السيوررات الأولية، يظهر لديهم تكيف سطحي، ويظهرون درجة عالية من الامتثالية الاجتماعية، يشبهون الرجل الآلي، يتصرفون في الحياة بطريقة ميكانيكية وكأنهم يتبعون إرشادات كتيب التعليمات، فاقدين الاتصال بواقعهم النفسي، وهو ما يظهره غياب حركات الوجه، كما أكده نيميها، وكونهم لا يتعرفون على مشاعرهم الخاصة فهم لا يتعرفون على مشاعر الآخر، ما يبعث لإدراكه كازدواج لذواتهم". (حافري و بخوش، 2019)

7. النظريات المفسرة للألكسيثيميا:

حظيت الانفعالات باهتمام الفلاسفة والمفكرين من جهة، وعلماء النفس من جهة أخرى، وأخذ كل واحد منهم يضعها ويفسرها من منظور الخلفية النظرية التي يتبناها، الأمر الذي أدى إلى ظهور نظريات عديدة في تفسير طبيعتها، فهي بمثابة همزة وصل بين المكون المعرفي من جهة والمكون السلوكي من جهة أخرى، فضلا عن الوظائف الحيوية التي تؤديها. وفي هذا الإطار، سوف نتطرق إلى أهم النظريات المفسرة للألكسيثيميا:

1.7 النظرية التحليلية:

رغم تخلي الطب السيكوسوماتي الحديث عن المنهج التحليل المبني على الصراع اللاشعوري كالمسبب الأساسي والوحيد للاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، إلا أن ارتباط الألكسيثيميا ببعض الاضطرابات مثل الإدمان والقهم يعود إلى العمليات النفسية والدينامية. (بوشوشة، 2022) يرى أنصار

هذه النظرية أن اضطراب النمو المبكر قد يتسبب في ظهور الألكسيثيميا، حيث أكد ماكدوغال أنها ترتبط بخلل في علاقة الأم بطفلها، حيث أن الطفل يشعر بالتناقض الوجداني لأمه عن طريق الانفعال والتمايز، وبذلك تقل راحة الطفل عندما يصبح شخصا منفصلا عن الأم، ويتكيف مع الواقع في وجود قصور للمشاعر والخيال نتيجة إجباره على الانفعال. (الدوري، 2021)

أما من وجهة النظر الاقتصادية، فإن الألكسيثيميا ماهي إلا ميكانيزم دفاعي ضد فرط استثارة الطاقة المتعلقة بالجانب الوجداني، أي العجز عن ربط التمثيل بالعاطفة، حيث يعاني من الإنكار والانشطار، وهذا ما يتجسد في سلوكه وخطاباته الجامدة، فهذه الميكانيزمات تتغلب على الكبت الذي يترك توزيع طاقتي غير صاد للإثارات بشكل كاف. (بوشوشة ونايت، 2021) ومن ثم يشعر الفرد بالعدوانية ولكنه يواجهها ببرود وسلبية صامتة فهي تتعلق بالصورة الداخلية المضيئة لا بالموضوع الخارجي، بحيث يعجز عن إسقاط العواطف سواء السلبية أو الإيجابية، ولا يستطيع التقمص، فيلجأ لإظهار طابع عاطفي وعلائقي خاص. (Corcos et al., 2011)

وفي نفس السياق، ركز مارتي Marty سنة 1963 على صعوبات على مستوى الأنا، وهذا نجد تفرجات جسدية مباشرة للطاقة النزوية، مع عدم وجود عملية عقلية وسيطة، فتفسر الاستجابة الألكسيثيمية بتظاهرات مباشرة لصعوبات في وظيفة الأنا، وهنا يظهر الفرق الجوهرى مع المرضى العصائيين من خلال السيرورة التي تحول الإجهاد إلى أعراض جسدية. (بوشوشة، 2022)

2.7 النظرية السلوكية:

تنشأ الألكسيثيميا وفق هذه النظرية عن طريق مجموعة من العادات الخاطئة التي يكتسبها الفرد نتيجة تعرضه لبعض أساليب التنشئة الخاطئة، أو هروب الفرد من تذكر بعض المواقف الصادمة لتجنب الشعور بالألم، حيث أنه كلما تعرض الفرد لأحداث ضاغطة أو مواقف احتراق نفسي كلما زادت احتمالية إصابة الفرد بالألكسيثيميا.

يؤكد زولتنيك وآخرون Zoltnik & al (2001) أن الأفراد الذين تعرضوا لبعض الصدمات المؤلمة خاصة في مرحلة الطفولة، يحدث لهم حالة من النكوص الوجداني لمواقف الصدمة، والانفعالات والمشاعر التي ترتبط بها، حيث يكتسب المتعرض لهذه المواقف الصادمة بتكرارها حالة من جهل

للانفعالات التي نتجت عن قمع تلك الخبرات باستمرار، وذلك كوسيلة للهروب من الألم المصاحب لذكريات تلك الأحداث والمواقف الضاغطة، حيث أنه كلما تزيد مرات تعرض الشخص للمواقف الضاغطة ومواقف الاحتراق النفسي، تزيد قابلية إصابته بالألكسيثيميا. (عيب، 2022)

حيث ترى النظرية السلوكية أن الألكسيثيميا تنشأ نتيجة اكتساب الفرد العديد من العادات الخاطئة، والتي تنتج عن تعرضه لأساليب التنشئة الاجتماعية الغير سوية، وكذلك نتيجة تعرض الفرد لبعض الصدمات العاطفية، وبذلك يلجأ إلى تناسي هذه المواقف تجنباً للشعور بالألم وعدم الارتياح. وعلى ضوء هذا، فالألكسيثيميا ترتبط بمثير يتسبب في هذه الاستجابة، وحدث تدعيم للارتباط بينهما، كتعرضه لصدمات أليمة، مثلما نجد في حالات اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، ولجوء المتعرض للصدمة لإزالة كل مشاعر الحزن والألم، وهذا ما يؤدي إلى شعوره بصعوبة في القدرة على وصف وتحديد تلك المشاعر والأحاسيس. (زين العابدين، 2016)

3.7 النظرية المعرفية:

من أهم مؤيدي المنحى المعرفي في تفسير الألكسيثيميا نجد تايلور، بابجي وباركر، Taylor, Bagby, Parker، حيث يرون أن الخصائص الممثلة للألكسيثيميا تعكس أساساً مجموعة من الأعطاب والاختلالات في معالجة الانفعالات وتنظيمها معرفياً، هذا ما عرف بنظرية خلل التنظيم الانفعالي (1997) Emotional Dysregulation Theory Of Alexithymia، وتقوم هذه النظرية على فكرة أساسية حظيت بقبول واسع من طرف الباحثين في ميدان دراسة الانفعالات، مفادها شمول الاستجابة الانفعالية والتنظيم الانفعالي لدى الفرد لثلاثة أنساق متفاعلة، وهي:

➤ **النسق الفيزيولوجي العصبي: Neurophysiological System** ويشمل استجابة الجهاز العصبي المستقل والنشاط الغدي العصبي.

➤ **النسق التعبيري الحركي: Motor-Expressive System** يتضمن تعبيرات الوجه وتغيير وضعيات الجسم ونبرة الصوت.

➤ **النسق الخبري المعرفي: Experiential cognitive System** يشمل الوعي الذاتي بالانفعال والتعبير عنه لفظياً. (فيصل يونس وأميمة أنور، 2014)

حيث تؤكد هذه النظرية على وجود رابط بين ما يفكر به الفرد وما يشعر به، فمما لا شك فيه أن الانفعالات تتأثر بالتفكير، كما أن المشاعر والانفعالات تعتمد على عنصرين أساسيين هما: التصنيف المعرفي والإثارة الجسمية لمواقف الخبرة المعرفية بمراكز المعالجة المعرفية التي تقع في المخ، فأصحاب هذه النظرية يركزون على بعض العمليات المعرفية لمدرجات الفرد وتقييمه للعلاقات الاجتماعية من حوله، حيث يرى كل من شاكرت وجيروم (Schachter, Jerome (1962) أن العنصر الأساسي في الشعور بالانفعال هو تفسير الفرد للمواقف المختلفة التي تحدث بها، ووفق هذه النظرية، فإن الألكسيتيميا حالة وجدانية تتجسد في عجز الفرد على تفسير الوقف المثير للانفعال، وهذا ما يتسبب في حدوث استجابة انفعالية غير متوازنة، حيث يعجز الفرد من خلالها على التفريق بين أحاسيسه والاستجابات الفسيولوجية الناتجة عن موقف الخبرة الانفعالية. (زين العابدين، 2016)

ويتجه باور Bower في النموذج المعرفي لاقتراح نظرية عقد الانفعال، حيث تنشأ الألكسيتيميا حسب هذا المقترح "بسبب إصابة التواصل حول عقد الانفعال والمرتبطة بغياب تشكيل هذه العقد، مما يؤدي لعدم ترميزها على مستوى الذاكرة". (حافري و بخوش، 2019)

4.7 النظرية العصبية المعرفية:

أشار سيفنيوس و نيميا (Sifneos & Nemiah (1983) إلى أن الشق الأيمن للكرة المخية هو الجزء المسؤول عن الإحساس بالانفعالات وإدراكها ووصفها ومن ثم التعبير عنها لفظيا، كما أن سيفنيوس أرجع عام (1988) سبب نشأة الألكسيتيميا إلى تمزق الألياف الدماغية الرابطة بين الشق الأيمن والشق الأيسر من الدماغ، وهذا ما يتسبب في انقطاع في تدفق المعلومات بين الشق الأيمن والأيسر للدماغ، كما أن إصابة القشرة المخية الأمامية تؤثر على الانفعالات، وأن الفرد الغير مصاب بالألكسيتيميا يكون سليم على مستوى القشرة المخية والفصوص الجبهية. (السيوف، 2020)

وأيضاً الدراسات التي أجراها هابي وبوجيون Happe & Bogeon (1977) اللذان فحصا 12 حالة من نصفي المخ المنقسمين جراحياً، حيث قدما دليلاً تشريحياً ثابتاً أن النصف المخي الأيسر يكون مسؤولاً عن اللغة والتحليل والمنطق والاستدلال، في حين يكون النصف المخي الأيمن متخصص في الإدراك البصري المكاني والتركيبية. (فاسي، 2016)

وأخيرا بيرنارد وآخرون Bernard & al ميزوا بين نوعين من الألكسيتيميا: الأول يتميز بغياب الوعي بالتجربة العاطفية والإدراك المرتبط بها، في حين أن الثاني يتميز بوجود تصور للتجارب العاطفية ولكن بغياب المكون المعرفي، تم وصف نموذجين تشريحيين عصبيين رئيسيين: الأول هو النموذج الأفقي ثم ربطه بالنموذج الأفقي. (Monnier, 1982)

1.4.7 النموذج العمودي:

في عام وضع 1949 عالم الفيزيولوجيا والأعصاب ماكلين Maclean فرضية وجود عجز وظيفي في الدماغ لدى المرضى الذين يعانون من أمراض سيكوسوماتية وذلك في الشق الأنفي للدماغ والقشرة المخية للغدة، كما افترضت مدرسة بوسطن إمكانية وجود اتصال شديد بين الجهاز اللمبي (مكان الانفعالات) والقشرة المخية حيث يكون التأثير على المكونات البيولوجية والنفسية. (Zein-El Abbiddine, 2014)

2.4.7 النموذج الأفقي:

إن ملاحظة ظاهرة الألكسيتيميا لدى المرضى الذي يعانون من الانقسام المفصلي جددت النموذج الأصلي والبحوث حول فرضية عدم وجود اتصال وجداني بين نصفي المخ الأيمن والأيسر، هذا الفشل في الاتصال بين الشقين نجده عند من يعانون من قصور وظيفي في الشق الأيمن للدماغ، ومن يعانون من فرط النشاط والحركة في الشق الدماغى الأيسر، وهكذا تم اقتراح القصور الوظيفي لدى من يعانون من الألكسيتيميا.

يعتقد الكثير من الباحثين غلبة الشق المخي الأيمن في التواصل الغير لفظي ونقل المشاعر السلبية وفي الانفعالات والمشاعر، بينما يغلب التواصل اللفظي ونقل المشاعر الإيجابية على السلوكيات في الشق المخي الأيسر، يجدر الإشارة أن النصف المخي الأيمن ينتج رؤية شاملة للانفعالات والسلوكيات، بينما يوفر الشق الأيسر معالجة تحليلية أكثر دقة. (Monnier, 1982)

5.7 نظرية التعلم الاجتماعي:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الصعوبات والمشكلات التي يعيشها الفرد في بيئته الاجتماعية، ومروره ببعض المواقف الضاغطة، وكذا انتقاله إلى بيئة جديدة، قد تكون كلها عوامل مؤدية إلى

الاضطرابات النفسية، حيث توصل لوميني وآخرون (Luminet & al 1996) إلى أن المصابين بالألكسيتيميا يعانون من نقص الدعم الاجتماعي من البيئة المحيطة بهم.

كما توصل جونيللا وآخرون (Junilla & al 2006) إلى أن الألكسيتيميا ترتبط بنقص الدعم الاجتماعي، وفي نفس السياق يؤكد عبد العظيم (2007) أن الأفراد الذين يعانون من الألكسيتيميا تكون لديهم اختلالات في الوظائف الاجتماعية، وضعف المساندة الاجتماعية خاصة من جانب الأسرة، هذا ما قد يتسبب بشكل مباشر في الإصابة بأمراض عضوية. (عبيد، 2022)

يؤكد لي راموس ومينوز (Le Ramos & Munoz 2007) أن الفرد يكتسب الألكسيتيميا من خلال ملاحظته لنماذج من حوله تعاني من الألكسيتيميا وتقليدها، حيث تنتقل هذه الحالة من الوالدين إلى الأبناء، حيث ترى هذه النظرية أن الأبوين الذين لديهما صعوبات في تنظيم مشاعرهما وانفعالاتهما واللذان يعانون من مستويات عالية من الألكسيتيميا، يكون لديهما صعوبة في تفسير انفعالات أطفالهما ولا يقدران على تعليم أطفالهما كيف ينظمون انفعالاتهم. (صابر، 2012)

6.7 النظرية البيولوجية الوراثية:

حسب فريبرجر (1977) فإن الألكسيتيميا تنقسم إلى نوعين: الأولية التي تنشأ نتيجة عوامل بيولوجية وراثية، والثانوية التي تكون نتيجة تعرض الفرد لصدمات ومواقف ضاغطة، وهذا ما أكدته نتائج دراسة جورجينسن وآخرون (Georginson & al 2007)، حيث خلصت نتائج الدراسة إلى أن ما بين 30% إلى 33% من حالات الألكسيتيميا ترجع إلى عوامل وراثية، كما أن 15% إلى 20% من الحالات ترجع إلى عوامل بيئية وراثية، بينما 47% إلى 55% من الحالات تعود إلى أسباب بيئية وغير وراثية. (Taylor et al., 1999)

7.7 نظرية الوعي الانفعالي:

قدمت هذه النظرية من طرف لان وشوارتز (Lane & Schwarts 1987)، اللذان يعتبران مؤسسا هذه النظرية، وقد استخدموا نموذج التطور المعرفي لبياجيه (Piaget) في تفسير نمو وتطور الوعي الانفعالي، بحيث يرون أن النمو المعرفي يرتبط بالنمو الانفعالي، ذلك أن الفرد يستخدم اللغة التعبيرية لتفسير حالته الانفعالية. (زين العابدين، 2016)

ولهذا السبب ينبغي أن يكون له رصيد معرفي معتبر من الكلمات المختلفة لكي يتمكن من التعبير ووصف مشاعره ووجداناته بسهولة، فالأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا يجدون نقص في القدرات المعرفية التي تمكنهم من ترجمة المشاعر والانفعالات الجسدية إلى كلمات، فهم لا يملكون إلا القليل من الكلمات التي تسمح لهم بوصف أحاسيسهم ومشاعرهم، كما يأخذون وقتاً طويلاً للتوصل إلى الكلمات المناسبة. (عبيد، 2022).

8.7 نظرية الضغط:

يرى مارتن وفيل (1985) Martin & Phil أن الألكسيثيميا تشكل استجابة خاصة ترتبط بوضعية ضاغطة، فالكف عن الاستجابات المتكيفة والمتمثلة في التعريف والتعبير عن الحالات الانفعالية، ترتبط باستجابات فيزيولوجية شديدة تؤدي إلى القطيعة بين الاستجابات السوماتية والسيكولوجية، والنتيجة تكون للاحتفاظ بالنشاط الانفعالي بدون قدرته على المعالجة المعرفية للمعلومات الانفعالية، في هذا الإطار يضيف بيدينيالي (1992) Pedinielli أن الألكسيثيميا هي نتيجة للضغط Stress حيث بإمكانها أن تنتهي باضطراب جسدي مع القدرة على التعريف بالمواقف الضاغطة واستعمال الاستراتيجيات المتكيفة دائماً. (زين العابدين، 2016)

بناء على ما تم عرضه حول النظريات المفسرة للألكسيثيميا، نرى بوضوح وجود اختلافات بين الباحثين والعلماء حول تفسيراتهم لهذا الاضطراب، فلكل منهم وجهة نظر تختلف عن الآخر، وبناء على هذه التناقضات، تصل الباحثة إلى أن الألكسيثيميا هي نتاج لتفاعل عوامل وراثية بيولوجية، وعوامل التعلم الاجتماعي، عوامل سلوكية ومعرفية، وانفعالية ونتيجة عوامل الضغط، وعوامل نفسية، فكل النظريات حسب ما نراه متكاملة فيما بينها، لذا يجب عدم الاقتصار على تفسير دون الآخر، فلا شك إن حداثة مفهوم الألكسيثيميا واختلافات المقاربات النظرية في تفسيره وتداخله في الممارسة العيادية، يدعونا إلى التنبيه إلى أهميته ودراسته بعمق.

8. الألكسيثيميا والأمراض السيكوسوماتية:

اختلف آراء العلماء من حيث العوامل الأساسية التي تؤدي إلى حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، فمنهم من فسّر حدوث المرض السيكوسوماتي بحدوث الضغوط الحياتية وأزماتها، أو

الاستعداد الفيسيولوجي الوراثي، أو وجود جهاز عضوي ضعيف من خلال نظرية العضو الجسدي الضعيف، ومنهم من أرجع هذا الاضطراب إلى الاستجابة للمثيرات البيئية والداخلية، إلا أن تطور حدوث الاضطراب، يفسره الجانب الفيسيولوجي كحلقة وصل بين المتغيرات السابقة كلها وبين ظهور الاضطراب السيكوسوماتي.

برز اهتمام العلماء والباحثين في سنوات الثلاثينات بسامات الشخصية المرتبطة بالأمراض السيكوسوماتية خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، واتجه الإكلينيكيون الفرنسيون بالمقابل للاهتمام بعض خصائص التفكير للمرضى السيكوسوماتيين وهو التفكير الإجرائي للإشارة إلى نمط التفكير العمليتي في حالة غياب الحياة الهوائية. (Chekkai, 2022)

منذ ظهور مصطلح الأمراض السيكوسوماتية، سجل العديد من الباحثين على المرضى السيكوسوماتيين العديد من الاضطرابات على مستوى المعالجة المعرفية، حيث لاحظ ماكلين (1949) أن مرضاه يعانون من عدم القدرة على التعبير عن حالتهم العاطفية، أما رويش (1948) لاحظ أن مرضاه يعانون من اضطرابات في التعبير اللفظي والرمزي، مع ضعف في الحية التخيلية، وكذا صعوبة في استعمال الانفعالات كمصدر في استعمال الانفعالات كمصدر لنقل المعلومات مع التكيف الاجتماعي. (Luminet, 2008) ثم أتت مدرسة شيكاغو سنة (1950) بزعامة اليكساندر ودينبار Alexander & Dunbar الذين وثقا البروفيل الشخصي للمرضى السيكوسوماتيين.

وحاولت مدرسة باريس السيكوسوماتية على يد مارتي وزملائه سنة (1963) بالتأكيد على مفهوم التفكير العمليتي *Pensée Opératoire* وهو نوع من التفكير المغلق الذي يركز على حوادث الحياة اليومية دون أدنى توظيف للمشاعر والأفكار والخيالات والرغبات اللاشعورية، وذلك دليل على انخفاض القدرة على تعقيل ما قبل الوعي، وهو طريق إلى الإصابة بالأعصاب الطبائعية، وبالتالي الأمراض النفسجسدية، إلا أن مدرسة بوسطن بقيادة سيفنيوس ونيمياه وسعت هذا المفهوم بمقارنة عصبية معرفية، وتعتبر الألكسيتيميا مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدنة سواء كانت الأسباب نفسية أو عضوية أو بيئية. (فاسي، 2016)

أثناء البحث عن إطار تكاملي لفهم أهمية الألكسيتيميا في الأبحاث النفسجسدية على مدى العقود القليلة الماضية، لا تزال هناك حاجة إلى البحث والتطوير في مجالات العاطفة وتنظيمها، والتنمية الشخصية،

والاستجابة للضغط والتوازن الانفعالي، حيث تساعد التطورات الحديثة في التصوير العصبي والفيزيولوجيا النفسية على تأكيد الرؤى النفسية والسريرية المبكرة وسد الفجوة بين العقل والجسم. تتضمن بعض المساهمات في توضيح ظاهرة الألكسيتيميا في الدراسات التي تستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي في المجالات التشريحية العصبية المرتبطة بأبعاد وأنواع فرعية مختلفة من الألكسيتيميا (Goerlich-Dobre et al., 2015).

إن فهم العلاقة المعقدة بين ضعف معالجة المشاعر والأعراض الجسدية يتضمن فهم أن الأشخاص الذين يعانون من الألكسيتيميا يميلون إلى الشكوى من آلام الجسم والتأثيرات المزعجة بشكل مستقل عن القرب الحقيقي من المرض الجسدي، وتتعد هذه المشكلة من خلال إثبات الاختلافات الشخصية بين الأشخاص الذين يعانون من الألكسيتيميا. (Mattila, 2009)

تزيد الألكسيتيميا من القابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية الجسدية، لذلك تظهر عند مرضى ارتفاع ضغط الدم، ومرضى التهاب القولون التقرحي المزمن، والتهاب المفاصل الروماتويدي، والربو، وتشنج الشريان التاجي، حيث أن الاكتشافات من عدد قليل من التساؤلات تدعم الاعتقاد بأن الأشخاص الذين يعانون من مستويات عالية من الألكسيتيميا هم أكثر عجزاً عن إحداث مرض جسدي. (Tolmunen et al., 2010)

بالمقارنة مع القدرة اللفظية للمرضى العصبيين الذين يتواصلون بسهولة، والذين لديهم حياة خيالية ثرية، والذين يعبرون عن مشاعرهم بشكل مناسب، فمن المثير للاهتمام أن نلاحظ أن العديد، ولكن ليس كل، المرضى الذين عانوا من اضطرابات نفسية جسدية والذي أتاحت فرصة مقابلتهم لفترة طويلة بين (1954-1968) أثناء تنسيق عيادة الطب النفسي في عيادة ماساتشوستس العامة، بدأ أنهم يواجهون صعوبة ملحوظة في التواصل مع الآخرين، فقد استخدموا الأنشطة للحفاظ على مسافة استراتيجية من الصدام أو الظروف المخيبة للأمال. بالإضافة إلى الاحتقاق النسبي في التوظيف العاطفي، كانت السمة الأكثر لفتاً للانتباه هي الفشل في اكتشاف الكلمات المناسبة لتصوير مشاعرهم. (Sifneos, 1973)

وفقاً لكانو وفوكودو (Kano & Fukudo, 2013)، يمكن تصوير الارتباط بين الألكسيتيميا والمرض الجسدي من خلال عدد قليل من المسارات، وتحديدًا الآليات الفسيولوجية أو السلوكية الأساسية لحدثها ودورها في قابلية التعرض للمرض، وسلوك المرض والآليات المعرفية أو الاجتماعية ذات الصلة. بالإضافة

إلى عوامل الخطر الاجتماعية والثقافية أو البيولوجية لكل من الألكسيثيميا والأمراض الجسدية (Kano & Fukudo, 2013).

يبدو أن دور الألكسيثيميا في المنظور النفسي الجسدي للاضطرابات العقلية والجسدية يرتبط باضطراب القدرات الإدارية العاطفية، بدءًا من مرحلة الطفولة المبكرة والنمو العصبي، وتحديد أساس المخاطر المعرفية والعاطفية، مما يؤثر على العلاقة بين الأشكال العقلية والنمو العصبي، والمناسبات الجسدية، والتعبير عنها، فالتحقيق في العلاقات بين المؤشرات الجسدية، والألكسيثيميا والمقاومة الإيجابية لدى الأطفال في سن المدرسة ظهر وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأعراض الجسدية والألكسيثيميا، والتي تم قياسها بواسطة استبيان الألكسيثيميا للأطفال (Cerutti et al., 2017) علاوة على ذلك، يصور الباحثون أيضًا أن الأعراض الجسدية توسطت في العلاقة بين الاضطرابات في التعرف على المشاعر والإعاقة الوظيفية، والتي ساهمت سمة الاضطراب في تمييز المشاعر، بشكل عام، في توقع أعراض جوهريّة للألكسيثيميا. (Torrado et al., 2018)

وخلص جولاند وآخرون (1999) إلى أن الألكسيثيميا تعتبر مؤشر للاضطرابات النفسية الجسدية، من خلال دراسة مستوى الألكسيثيميا لدى المرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم، على الرغم من أنهم لا يعانون من مشاكل الصوديوم ودهون الجسم. بينما خلصت دراسة تيداريلو (1989)، حول العلاقة بين الألكسيثيميا والسرطان وارتفاع ضغط الدم ومرض الشريان التاجي، إلى أن المرضى يواجهون صعوبة في التعبير عن مشاعرهم في (55%) من الحالات.

اقترح رويش وماكلين أن الأشكال الحقيقية يمكن أن تتأثر سلبًا بحالات الإثارة العاطفية غير المعدلة، والتي تكون مثل هذه الحالات نتيجة للنقص في القدرة على التحدث إلى المشاعر داخل الإطار النموذجي الذي يوفره التعبير الانفعالي كان يُعتقد في الأساس أن الخصائص التي تتألف منها بنية الألكسيثيميا تعكس النقص في المعالجة المعرفية للمشاعر، والتي تحدث في حالة اضطراب في توجيه حالات الإثارة العاطفية. (Messina et al., 2014)

ترى النظرية النفسجسدية والنموذج النفسي الاجتماعي أن الرفاهية والمرض قد يتأثران بمتغيرات فسيولوجية وعقلية وسلوكية واجتماعية مختلفة، بالإضافة إلى أن حالة المرض تنتج سلوكًا مرضيًا يتضمن المشاركة الذاتية للأعراض الجسدية والتعبير السلوكي عن الألم. والعجز، والبحث عن رعاية علاجية.

في عام (1964) أجرى نيميا وآخرون دراسة خصوصية في الاضطرابات النفسية الجسدية التي تم خلالها اعتبار المرضى الذين يعانون من مرضين نفسيين جسديين أهدافاً، وعندما فحصوا الاتفاقيات والمقابلات المسجلة على الشريط في عام (1968) مع (20) مريضاً (8 إناث و12 ذكراً)، في (16) من أصل (20) مريض، كان هناك دليل على وجود مشكلة ملحوظة في التعبير عن مشاعرهم لفظياً، وإظهار غياب الخيال والنوع غير المؤلف. من التفكير الذي يسميه مارتي ودي إم أوزان "الفكر العملي (Porcelli & Taylor, 2018)

ومع ذلك، لا يوجد دليل على أن الألكسيتيميا قد تكون سبباً منسباً لأي مرض، بدلاً من ذلك، وكما أوضح لوميلي وآخرون (1996)، وبما يتوافق مع النموذج النفسي الاجتماعي، هناك عدد قليل من المسارات المميزة التي ربما تفسر الارتباطات بين الألكسيتيميا والمرض الجسدي، لوملي وآخرون تصوروا المسارات الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية والاجتماعية التي لم يتم اختيارها بشكل أساسي بشكل شائع، فعلى سبيل المثال، قد تساهم الألكسيتيميا في تكوين الأعراض الجسدية من خلال الإثارة الفسيولوجية المدعومة (تنشيط الأنظمة اللاإرادية والغدة النخامية الكظرية والمقاومة)، مما سيؤدي إلى تعديل عمل النظام وتغييرات الأنسجة بالفعل.

9. قياس الألكسيتيميا:

منذ ظهور الصياغة الأولية لمفهوم الألكسيتيميا في السبعينيات، والكثير من العلماء والباحثين أثاروا جدلاً كبيراً حول طرق قياسه وتقييمه، ومن ثم بدأوا في اقتراح العديد من أدوات القياس، إما انطلاقاً من مؤشرات لاختبارات إسقاطية، كاختبار تفهم الموضوع TAT وكذلك اختبار الروشاخ، أو عن طريق مقاييس وسلالم موضوعية.

هناك العديد من الأدوات المتنوعة التي يتم استخدامها لقياس الألكسيتيميا، حيث يعتمد المنهج التشخيصي على الاستبيانات الغير المتجانسة، بينما يعتمد المنهج البعدي على استبيانات ذاتية، في الوقت الراهن، التقييم الذي يجمع بين المنهج التشخيصي والمنهج البعدي (لقياس شدة الألكسيتيميا) هو الأكثر ملاءمة لقياس وتقييم ظاهرة الألكسيتيميا، من بين الاستبيانات الذاتية يمكننا ذكر مقياس BVAQ TAS &، فلكل منهما لديه صفات سيكومترية جيدة. (Monnier, 1982)

1.9 مقياس تورونتو للألكسيثيميا: (TAS-20) Toronto Alexithymia Scale

وهو مقياس وضعه تايلور وزملاؤه (1994) بجامعة تورونتو Toronto بسبب غياب سلاله صالحة لقياس وتقييم الألكسيثيميا، حيث قاموا بوضع برنامج بحث ممنهج يسمح ببناء مقياس مكون من 26 بند عرف بسلم تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) Toronto Alexithymia Scale، وتم تحديد خمسة أبعاد للألكسيثيميا بعد دراسات معمقة، وتمثلت عموماً في:

- صعوبة في وصف الحالات الانفعالية.
- صعوبة في التمييز بين المشاعر الشخصية والإحساسات الجسدية في حالات التنشيط الانفعالي.
- نقص الاستبطان.
- الانسياق الاجتماعي (صرامة، احترام أعمى للقواعد).
- ضعف الحياة الهوائية.

وبعدها أدت نتائج التحليلات العاملية إلى استبعاد الانسياق الاجتماعي، كونه لم يظهر كعامل مستقل، كما بينت تحليلات أخرى أن البعد المتعلق بضعف الحياة الهوائية كان متعلق برغبة عالية في الحياة الاجتماعية، وعلى هذا الأساس، تم استبعاد هذا البعد أيضاً من طرف الباحثين رغماً من كونه يظهر من المكونات الرئيسية للألكسيثيميا. (بوشوشة، 2022)

وتبعاً لهذه الملاحظات، تم بناء سلم جديد، (TAS-20)، ويتكون من عشرين 20 عبارة، ويشتمل على ثلاثة أبعاد فرعية لقياس الألكسيثيميا، وهي كما يلي:

- _ صعوبات في تحديد المشاعر DIF، مثل: "غالبا ما أشعر بالارتباك بشأن المشاعر التي تخالجنى".
- _ صعوبات في وصف المشاعر DDF، مثل: "أجد صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعري".
- _ المشاعر الموجهة نحو الخارج EOT، مثل: "أفضل ترك الأشياء تحدث بدلاً من فهم سبب حدوثها على هذا النحو". (Charpy, 2020)

ويجيب المفحوصون بمدى موافقتهم أو عدم موافقتهم أمام كل عبارة على سلم تنقيط ليكرت Likert المكون من خمس نقاط، والذي يتراوح بين 1 (معارض بشدة) إلى 5 (موافق بشدة). كما يجدر بالإشارة إلى أن مقياس تورنتو للألكسيتيميا TAS-20 يحتوي على خمس بنود عكسية، ومن ثم جمع الدرجات للحصول على العدد الإجمالي للدرجات، حيث يتراوح العدد الإجمالي للدرجات من 20 إلى 100 درجة، حيث يشير العدد الأعلى للدرجات إلى معاناة المفحوص من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا. (Lyvers et al., 2022) وقد تمت ترجمة هذا المقياس (TAS-20) إلى 20 لغة من بينها العربية، وترجم كذلك إلى اللغة الفرنسية من طرف ماري-بول مارشون Marchand Marie-Paule، والتي بدورها قامت بالعديد من الدراسات من أجل التحقق من ثبات فعالية هذا المقياس (بوشوشة، 2022، ص44)، واستعمل التحليل العملي التوكيدي في هذه الدراسات للتأكد من صحة الأبعاد الأساسية للمقياس، وخلصت هذه الدراسات إلى إثبات داخلي عالي لكل الترجمات، وبهذا يمكن القول إن مقياس تورنتو للألكسيتيميا يتمتع بصدق وثبات عالين في كل الترجمات، وهذا ما يؤهله لتجاوز الحواجز الثقافية واللغوية في كل بلدان العالم. (زين العابدين، 2016)

2.9 استبيان بيرنارد فيرست للألكسيتيميا Bernard Verst Alexithymia Questionnaire: BVAQ

وهو استبيان أعده الزميلان الهولنديان بيرنارد وفورست Verst & Bernard، امطلقا من انتقادات وضعوها لسلم تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، أولا إعادة إدماج البعد المتعلق بضعف الحياة الهوامية، والذي كان قد استبعد في (TAS-20)، وذلك نظرا لارتباطه بالرغبة الاجتماعية، وتم بعدها اختيار نفس عدد من البنود في كل بعد، من أجل استبعاد تأثير حجم عامل على عامل آخر في الدرجة الكلية، مثل ما هو في (TAS-20)، يتكون هذا المقياس من 40 عنصرا في شكله الكامل، والشكل المختصر يحتوي على 20 بند مثل ما هو الحال في مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20). (بوشوشة، 2022)

أظهرت تحليلاتهم للعوامل وجود خمسة أبعاد مستقرة ومستقلة نسبيا:

__ القدرة على تحديد المواقف والحالات الانفعالية. (عندما أشعر بالملل من نفسي لا أستطيع معرفة هل أنا حزين أو تعيس أو خائف).

_ القدرة على التعبير اللفظي على الانفعالات والمشاعر. (أجد صعوبة في التحدث عن عواطفني لأصدقائي).

_ ضعف في الحياة الخيالية. (غالبا ما أتخيل حوارات أو سيناريوهات أو مقابلات قبل أن أنام)

_ أسلوب التفكير الملموس والعملي. (أجد من الغريب أن الآخرين يخلون انفعالاتهم)

_ انخفاض التفاعل الوجداني والعاطفي. (أبقى هادئ وغير متوتر عندما يحدث شيء غير متوقع تماما)

يظهر مقياس BVAQ الصفات المترولوجية المرضية (تناسق داخلي جيد، صلاحية متزامنة جيدة، وثبات عاملي) بالإضافة إلى ارتباط جيد مع اختبار تورنتو TAS-20. تتأثر عوامل BVAQ قليلا بالضيق العاطفي. (Monnier, 1982)

تتعلق الأبعاد الأربعة الأولى بالجوانب المعتادة والمقاسة بمقاييس الألكسيتيميا، والبعد الأخير في المقابل بعد جديد، وهو يتعلق بمدى قدرة المفحوص على الشعور بانفعالاته في وجود مشهد مؤثر، أما الخصائص السيكومترية المتحصل عليها كانت مرضية جدا بالنسبة لصدق الاختبار، حيث أشار التحليل العاملي إلى أن النموذج ذو الأبعاد الخمسة أكثر استقلالية مقارنة بالنماذج الأخرى، والمؤشرات الإحصائية المتحصل عليها أقل من المعايير المعيارية بقليل، أما بالنسبة للنسخة الموازية BVAQ-B أظهرت مؤشرات عالية للمعايير المقبولة. حيث أن هذه النسخة مرتبطة بالنتيجة الإجمالية لمقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، حيث يصل معامل الارتباط إلى $N=0.80$ عند قياس نفس الأبعاد الثلاثة التي يقيسها مقياس BVAQ كذلك. (بوشوشة، 2022)

من ناحية أخرى، تكون عناصر BVAQ أكثر استقلالية من عوامل TAS حيث يظل العامل 1 و2 مرتبطين ارتباطا وثيقا، ومع ذلك فإن التفكير الوصفي والدراسات المترو لوجية لصدق هذه الأداة لا تزال قليلة جدا من حيث العدد، ويجب إعادة إنتاجها وتأكيد صدقها وثباتها. (Zein-El Abbiddine, 2014)

3.9 استبيان مستشفى بيت إسرائيل للأعراض النفسجسدية The Beth Israël Hospital
Psychosomatic Questionnaire:BIQ

ظهر سنة (1973) من طرف سيفنوس، تزامنا مع ظهور مصطلح الألكسيتيميا، ويعتبر هذا الاستبيان أداة القياس الخارجية الوحيدة بهدف التقدير الكمي، للتمييز بين الملاحظات العيادية للمرضى الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من عصاب أو أمراض سيكوسوماتية كلاسيكية. حيث أن المقابلة تكون غير موجهة وتتضمن تقريبا نصف ساعة، وتتبع بتقرير مفصل عن مدى قدرة المفحوص على وصف انفعالاته ووضعياته الهوامية وأحلامه. (بوشوشة، 2022)

يحتوي هذا المقياس على 17 بند، بني هذا المقياس على أساس المحاور التي كان يستعملها في المقابلات العيادية مع مرضاه، استعمل على نطاق واسع في بداية العقد الأول من البحث في موضوع الألكسيتيميا، ثم قام سيفنوس بإضافة لديه 3 بنود فأصبح يتكون من 20 بندا وسماه بـ The Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS) وقد استعمل في المستشفيات الإسرائيلية سنة (1979) وأخضع للشروط السيكو مترية ولكن وجد به عيوب فيما يخص الاتساق الداخلي. (فاسي، 2016) كان العنصر الأول لهذا الاستبيان هو "هل يصف المريض تفاصيل لا تنتهي بدلا من وصف مشاعره؟"، هذا الاستبيان الذي كان في الواقع مقابلة، تم تعزيزه لاحقا بستة عناصر تصف مشاعر المحاور تجاه المريض، تم استخدام BIQ على نطاق واسع في العقد الأول من أبحاث الألكسيتيميا. على الرغم من وجود بعض الأدلة التي تدعم هياكلها العملية.

مع ذلك، فقد تم بناؤه دون اختبار القياس النفسي الرسمي، علاوة على ذلك، تم اعتبار صدق وثبات اختبار BIQ متأثران بشدة خصائص المحورين الفرديين، وفي نفس الوقت مع BIQ تم استخدام استبيان مكون من 20 عنصرا، مقياس شخصية SSPS في مستشفى بيت إسرائيل لاحظ بالفعل أن SSPS لم يكن أداءه جيدا كما كان متوقعا، فوافق على الحاجة إلى قياس موحد لخصائص الألكسيتيميا في وقت لاحق، ثم التحقق من الخصائص السيكومترية لـ SSPS من قبل العديد من الباحثين، ثم الإبلاغ عن بعض النتائج الإيجابية فيما يتعلق بالهيكل العاملي وإيجابيات الـ SSPS، في حين ذكر البعض أن SSPS أظهر استقرار عاملي واتساق داخلي ضعيفان. (Mattila, 2009)

4.9 مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية: The MMPI Alexithymia Scale

يعد من أهم مقاييس التقدير الذاتي، تم تطويره من طرف رينسمان كلايجر Rinsman Kleiger (1980) ويشتمل هذا المقياس على 22 بندا، له خصائص سيكو مترية ضعيفة، لا يمكن لهذا المقياس

أن يدعم صلاحية قياس الألكسيثيميا، ولا يمكن أن يوصي به لأغراض بحثية وإكلينيكية. (زين العابدين، 2016)

حيث ركز الباحثون على دراسة العلاقة ما بين نتائج اختبار مينيسوتا واستبيان BIQ، والذي أصبح معروفا فيما بعد بسلم Denver، ولكن في كل مرة تظهر مشاكل في الصدق والثبات. (فاسي، 2016)

5.9 مؤشرات روشاخ الألكسيثيميا: The Rorschach Alexithymia Indices

تم استخدام بعض الاختبارات الإسقاطية لتقييم الألكسيثيميا باستخدام اختبار النماذج الأصلية (SAT)، يمكن للباحث قياس قدرة الشخص على تمثيل الصراع داخليا من خلال التلاعب بالرموز، ومع ذلك، فإنه يقيس بعدا واحدا فقط من عملية التخيل في الألكسيثيميا، روشاخ هو طريقة إسقاطية أخرى مستخدمة في بحوث الألكسيثيميا، فافترضا أكلين وبرنارد Acklin & Bernard (1987) أنه من خلال اختبار روشاخ يمكن تقييم الوظائف المرتبطة بالألكسيثيميا، والتأثير والعمليات الإدراكية، بند الواقع الخيالي كان مرتبطا بشكل كبير مع استبيان TAS-20. (Mattila, 2009)

اقترح كل من أكلين وبرنارد (1987) مؤشرات نوعية للروشاخ بغرض قياس الألكسيثيميا، تعتمد على قدرة روشاخ لقياس النمط المعرفي، الإدراك الحسي وقدرات الخيال، والاستجابات العاطفية، كما افترض الباحثان نمط الشخصية الألكسيثيمية تتمثل في: انخفاض إنتاج الاستجابات، ضعف الحركة الإنسانية، بحيث تتمثل هذه المؤشرات في فقر القدرة على الخيال، محدودية الاستجابات العاطفية الانفعالية، وهناك أيضا عدم تكيف وانخفاض في استعمال اللون، كما لاحظ الباحثان Acklin & Bernard أن مجموع هذه المؤشرات السابقة الذكر يمكنها أن تميز المرضى السيكوسوماتيين والمكتئبين. (زين العابدين، 2016) وفي هذا المنظور، اقترح اكلين وألكسندر Acklin & Alexander ستة عناصر لخصائص روشاخ الألكسيثيميا وهي:

- _ إجابات قليلة.
- _ قلة الحركة الإنسانية.
- _ استخدام نادر وسوء التحكم بالألوان.
- _ تجنب التعقيدات.

_ تفكير نمطي.

_ افتقار الموارد الفكرية العاطفية.

هذه المؤشرات تم التحقق من صحتها على مجموعة من المرضى الذين يعانون من أمراض سيكوسوماتية، والذين لم يتم تقييم حالة الألكسيثيميا لديهم باستخدام أداة خارجية، ولكن من الملاحظة الإكلينيكية، بالإضافة للمؤشرات الكمية، تكشف بعض طرق الاستجابة للفشل العقلي، التشبث بالواقع الخارجي، وعدم تحسس رمزية اللوحات، الأوصاف الواقعية، سحق الواقع، لا يمكن للمفحوص أن يأخذ جدياً وينتقد على الفور التمثيلات التي أثارها اللوحة: "يمكننا رؤية فراشة للوهلة الأولى ولكن في الحقيقة ليست كذلك، الأجنحة ليست في الاتجاه الصحيح". (Zein-El Abbiddine, 2014)

10. علاج الألكسيثيميا:

يرتكز نجاح العلاج النفسي للألكسيثيميا عموماً على مدى قدرة المريض على الاستبصار بذاته، واهتمامه بأدائه النفسي، ووعيه بحالاته الانفعالية والخصائص المميزة للمصابين بالألكسيثيميا، يكون التدخل العلاجي لمرضى التكم الانفعالي بتعليمهم مشاعرهم وتمييزهم بين المشاعر النفسية والإحساسات الجسدية واتخاذ القرار بناء على القيم الذاتية أي التوجه الداخلي في التفكير وتنمية القدرة على الخيال، وعلى هذا الأساس، يعتبر الممارسون الإكلينيكيون والأطباء العقليون العلاج النفسي للفرد المصاب بالألكسيثيميا كتحدٍ كبير.

لاحظ العديد من المعالجين بأن استخدام العلاج التحليلي في علاج الألكسيثيميا لا يأتي بنتائج واستجابات جديدة. قام رويش سنة (1948) بمعالجة اضطرابات الخلل الانفعالي، فوجد فشل في ربط الكلام مع التعبير الرمزي عن العواطف، أما كريستال Krystal الذي لديه خبرة في معالجة الأشخاص الذين يعانون من الإدمان وضغوطات ما بعد الصدمة، أكد على فشل العلاج السيكودينامي لدى هؤلاء وأرجع هذا الفشل إلى تواجد الألكسيثيميا كعامل لديهما، كذلك نجد Nemiah, Freyberger, Sifneos، فقد أوصوا باستعمال العلاج بالسند والذي يمكن أن يشترك فيه كل من الأخصائي السيكوسوماتي والطبيب العقلي بدلاً من العلاج التحليلي الكلاسيكي، أما البعض الآخر من الباحثين فقد نصحوا باستعمال تقنيات العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي والعلاج التحليلي المختصر (فاسي، 2016).

ومن بين الطرق العلاجية المدرجة لعلاج الألكسيثيميا نذكر:

1.10 العلاجات الدوائية:

هناك العديد من الأدوية النفسية المستعملة لعلاج الألكسيتيميا والاضطرابات الانفعالية مثل Les Benzodiazépines والتي تعتبر من مضادات القلق Les anxiolytiques والتي تعرف بمفعولها ضد الحصر وضد الاضطرابات المتعلقة بالنوم، كما لديها مفعول في تخفيض التوتر النفسي، وحالات الإجهاد كما تستعمل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة Les tricycliques أو IMAO مثبتي أحادي أمين أكسيداز، وهي أدوية قادرة على تحسين الحالة المزاجية للفرد والتي من خصائصها إنعاش المزاج الاكتئابي وإزالة التثبيط وتعطيل النشاط العقلي والحركي، كما تخفض من القلق والحصر، وأيضا تستعمل معدلي المزاج Les thyorégulateurs ومضادات الذهان Les neuroliptiques، هذه الأدوية ذات مفعول جيد لكن قد ينتكس المريض بمجرد التوقف عنها والاستمرار في تناولها قد تظهر عنها آثار جانبية أخرى، ناهيك عن التبعية للأدوية النفسية، توجد العديد من الدراسات التي تبحث عن علاج دوائي للألكسيتيميا لكن لم يتوصلوا على علاج مرجعي لهذا الاضطراب. (فاسي، 2016)

حسب نتائج دراسات أخرى سابقة تبين أن الأشخاص المصابين بالألكسيتيميا يعانون من مشاكل في العلاقات الاجتماعية، ويلاحظ لديهم فشل في تكوين علاقات حميمية، العزلة الدائمة. في هذه الحالات، استعمال الأوكسيتوسين Oxytocine له فوائد كثيرة في تطوير وتنمية بعض المهارات الانفعالية، وتحسين مهارات فهم تعابير الوجه والحالة الانفعالية المصاحبة، ومن هنا نجد دراسة الباحثان Baron-cohen, Weelwright على مجموعتين، الأولى خضعت للعلاج بالأوكسيتوسين، أما المجموعة الثانية خضعت للعلاج عن طريق الأدوية الوهمية Les placebos، ثم طبق على المجموعتين اختبار قراءة العقل من خلال العيون Reading the mind in the eyes test، وهو يحتوي على مجموعة من الصور تحتوي على وجوه مركزة على منطقة العينين، تظهر تعبيرات عن الحالة العاطفية التي يعيشها الفرد، فأظهرت النتائج أن المجموعة الخاضعة للدواء الوهمي كانت أقل تعرفا على الوضعيات الانفعالية التعبير عنها في الصور بينما المجموعة التي خضعت للأوكسيتوسين تعرفت على التعبيرات الانفعالية المتواجدة في الصور، المجموعة المعرضة للأدوية الوهمية تعرفت على الانفعالات السلبية بنسبة 59%، أما المجموعة الخاضعة للأوكسيتوسين على الانفعالات المختلفة والموجودة في الصور بنسبة 71%، فكانت أكثر تحديدا للحالات الانفعالية مما يبين فعالية العلاج بالأوكسيتوسين. (Grynberg et al., 2014)

2.10 العلاجات الفردية:

وهو نوع من العلاج يعتمد بالدرجة الأولى على التواصل الذي يحدث بين المختص والمريض، يقوم أولاً المعالج بتقديم نموذج تعليمي وشرح مفصل حول الاضطراب من أجل جعل المريض يفهم ذاته بشكل أوضح وأن يواجه معاشه النفسي، كما يساعد المختص المفحوص بمعرفة مشاعره وانفعالاته والتعبير عنها، وأن يدرك المواقف الضاغطة التي توجهه ويترجم تلك الوضعيات التي تواجهه في حياته اليومية، بالنسبة للذكور الذين لديهم مستويات عالية من الألكسيتيميا يجب الاعتماد هنا على العلاجات النفسية التربوية، يجب أولاً تطوير ما لديهم من مفردات باللغة التي تعبر عن مشاعرهم وانفعالاتهم المختلفة، ثم تعليم مهارة قراءة انفعالات الآخرين ومشاعرهم، ومن بعد ذلك تعليم الحفاظ على تاريخهم الشخصي وتحسين قدرتهم على استخدام القدرات الانفعالية والعاطفية التي تم اكتسابها خلال فترة العلاج الفردي. (Grynberg et al., 2014)

3.10 العلاجات الجماعية:

العلاجات الجماعية تعتبر تكميلية للعلاجات الفردية للأفراد الذين يعانون من الألكسيتيميا، ذلك أن المجموعة تسمح للفرد بالتعرف على خبراته الانفعالية وفهم المعاش العاطفي انطلاقاً من العلاقات الشخصية التي يطورها أثناء الحصص العلاجية، يحث تقدم المجموعة دور السند الذي يساعد الفرد و يشجعه على التعبير عن مشاعره وانفعالاته خاصة العدوانية منها بطريقة مباشرة ، فبذلك يكون نتائج تظهر نقص في التقمص الوجداني، كما يقوم المعالج بالتركيز على الاتصال الفعال بين أفراد المجموعة.(فاسي، 2016)

4.10 العلاج النفس-تربوي:

يرتكز الأخصائيون في هذا النوع من العلاجات على الجانب النفسي البيداغوجي للأفراد المصابين بالألكسيتيميا تجاه عالمهم الانفعالي، الذي يكون جد ضعيف ومستنفذ، حيث تهدف التدخلات العلاجية هنا لتطوير وعي انفعالي عاطفي لدى المريض، وتنمية المعاش الخيالي المرتبط بالعاطفة، والقدرة على تحمل المشاعر المصاحبة للحالات الانفعالية.

وفي نفس السياق تناولت دراسة حديثة التحديات والصعوبات التي تواجه التدخلات العلاجية للمرضى الذين يعانون من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، فكانت هذه التدخلات دون جدوى، حيث لم

يلاحظ الباحثون أي تغير في مستوى الألكسيتيميا عند بعض الأفراد المتواجدين في مصحات عقلية وفقا لهذه الأنواع الثلاثة من العلاجات: العلاج الدوائي، العلاج النفسي، أو غياب أي تكفل. (بوشوشة، 2022) أشارت النتائج الأولى للدراسة أن الأفراد الذين يعانون من الألكسيتيميا ليس لديهم أي تردد نحو اللجوء إلى التكفل النفسي، لكن يجب التأكد من الخطوات الضرورية للانتقال من النية للسلوك العاطفي، أما بالنسبة للنتيجة الثانية للدراسة، كانت تفضيل العلاج الجماعي على العلاج الفردي، بحيث يكون التعلم انطلاقا من ردود أفعال المفحوصين الآخرين، بشرط أن يندرج في الجلسة العلاجية أفراد يتميزون بمستوى ألكسيتيميا منخفض. ويرتكز هذا النوع من العلاجات في الأساس على نشاطات مختلفة، كالرياضة، لعب الأدوار، النشاطات الكتابية، الاسترخاء، العلاج بالموسيقى...، بهدف مساعدة الفرد على التعرف على مشاكله، التعبير عنها بالكلام، ومن ثم حلها، وخلصت هاتين الدراستين إلى أن مستوى الألكسيتيميا لدى المفحوصين قد انخفض بشكل ملحوظ بعد جلسات العلاج النفسي. (Grynberg et al., 2014)

5.10 العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي:

إن عملية التنويم المغناطيسي ببساطة هي عملية تركيز على شيء معين والانتباه إليه مع اختفاء الشعور أو الوعي حول المحيط الخارجي، فهو نوع من النوم حيث يشير التخطيط الكهربائي للمخ أن المخ في حالة يقظة تامة أي أن شكل التخطيط يكون بشكل ألفا بموجات تتراوح من 8 إلى 12 موجة في الدقيقة وهو ما نراه في حالة اليقظة التامة. (فاسي، 2016)

يمكن اعتبار طريقة التنويم عن طريق الصور العقلية خيار علاجي آخر للألكسيتيميا، وقد تم اختباره سنة 2008 من طرف لوميني وزملاؤه، حيث تم تطبيق برنامج علاجي متكون من ثمانية حصص فردية على عينة من الطلبة الذين كانوا يعانون من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، وبعد انتهاء الحصص العلاجية المبرمجة، تم ملاحظة أن التغير العام في المزاج كان مستقل على مستوى الألكسيتيميا، وهذا ما يؤكد أن التنويم أثر بشكل مباشر على شدة الألكسيتيميا والذي لا يفسر بعاطفة سلبية أثناء العلاج. فالتنويم يمكن استعماله لتعزيز الوعي الانفعالي لدى المصابين بالألكسيتيميا، وكذا تحديد الوضعيات الانفعالية الصعبة لهم، وتعزيز القدرة على الاستبصار اضافة إلى تحسين وتسهيل العلاقة بين المعالج والمفحوص. (بوشوشة، 2022)

6.10 العلاجات الجسدية:

يعاني الأشخاص المصابون بالألكسيتيميا أساساً من عجز في تفسير الإحساسات الجسدية التي تصاحب مختلف الانفعالات، وهذا بسبب انخفاض مستوى الوعي الذاتي ومعالجة الانفعالات معرفياً، بالإضافة إلى عجزهم في القدرة على الاستنباط، أي قصور القدرات الإدراكية للتعبير عن الحالة الذاتية، الحركات الوضعية والتوازن الذي يرمز إلى عجز وعي المصاب بجسده والذي يحتوي على مكونات معرفية مرتبطة بمعارف مختلفة بأجزاء مختلفة من الجسد، ومعرفة الميكانيزمات الفيزيولوجية والانفعالات المرتبطة بالعواطف.

يذكر لوميني Luminet أن هناك جهود مبذولة في هذا المجال من أجل تطوير الوعي والإدراك الجسدي للأشخاص المصابين بالألكسيتيميا من أجل الوصول إلى مستوى إدراكي للنشاط الجسدي، أين يساعد التدليك الجسدي التركيز على وضعية الجسد والتنفس والتنسيق العضلي واكتشاف حدود الجسم، والتمكن من إرخاء العضلات، وتغيير النشاط الحركي، تظهر نجاعة هذا العلاج خاصة عند الأشخاص الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي الملتهب واضطرابات الغذاء عموماً، فهذه الطريقة تبدي نتائج إيجابية على الألكسيتيميا وأيضاً على بعض العوامل مثل نقص الحس الجسدي ونقص الاستبصار وعدم القدرة على التعبير الانفعال (Grynberg et al., 2014).

7.10 العلاج بالموسيقى والذاكرة:

أقيمت دراسة حول قدرات الذاكرة وعلاقتها بالسياقات الموسيقية المختلفة، حيث يقترح هذا النوع من العلاجات استخدام الموسيقى لتسهيل استرجاع الذكريات الجيدة والإيجابية للأفراد الذين يعانون من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، حيث أن استخدام الموسيقى يحفز الانفعالات الإيجابية لدى المفحوص، وهذا التحسن في استرجاع الذكريات الإيجابية للمفحوص يسهل بدوره تعديل وتنظيم الانفعالات لديه. حيث يعمل هذا العلاج على تنمية قدرة المريض على استرجاع ذكريات إيجابية عند تعرضه لمواقف انفعالية ضاغطة وقدرتها على مواجهتها. وهذه الدراسة تشير إلى فاعلية تقنية العلاج بالموسيقى والذاكرة التي تنتج من التسجيل اللغوي للموسيقى من خلال تسجيلات صوتية للمفحوصين لمساعدتهم وتدريبهم على التعبير الانفعالي لا سيما عندما يمس هذا التسجيل حالتهم العاطفية. (بوشوشة، 2022)

لا يوجد الكثير من الدراسات والأبحاث التي تهتم بعلاج الألكسيتيميا أو التخفيف من شدتها، نظرا إلى كونها لا تعتبر اضطرابا نفسيا بحد ذاته، بل هي سمة وجدانية ومشكلة سريرية، ولكن الأهم في السيرورة العلاجية هو معالجة المشكلة الرئيسية، والتي تتمثل في عدم وعي الفرد بمشاعره وإدراكه لانفعالاته الداخلية، وهنا، يجب على المعالج العمل على لفت انتباه المفحوص إلى عملياته الداخلية، وتحفيزه على اظهار مشاعره وأحاسيسه وتدريبه على التعبير عنها لفظيا ووصفها مهما كانت، وبذلك، يتعلم تنظيم مشاعره وانفعالاته ذاتيا، وذلك طبعا باستخدام بعض التقنيات العلاجية كالاسترخاء أو لعب الأدوار أو وقف التفكير، التي تساعد الفرد على إدارة مشاعره وبالتالي إدارة مشاعر الأفراد المحيطين به.

خلاصة الفصل:

يشكل مصطلح الألكسيتيميا موضوعا بالغ الأهمية في مجال الصحة النفسية والطب النفس جسدي، بوصفه سمة شخصية ذات طابع وجداني، حيث يعاني الأفراد ذوو المستويات المرتفعة من الألكسيتيميا من عجز في إدارة انفعالاتهم ومشاعرهم، وتحديدتها والتعبير عنها لفظيا، مما يؤدي إلى عجز التواصل الاجتماعي للفرد مع محيطه، وهذا ما يمثل بدوره عامل خطر ومؤشر لمجموعة واسعة من الأمراض السيكوسوماتية والمشكلات النفسية ولعقلية والوجدانية.

وقد تناولنا في هذا الفصل كيف تؤثر الألكسيتيميا على الحياة النفسية والجسدية للفرد، فكما أظهرت الدراسات الحديثة أن الأفراد المصابين بالألكسيتيميا يعانون من صعوبات كبيرة في التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة والقدرة على التواصل الفعال مع الأفراد المحيطين من حولهم، فعدم التعبير عن المشاعر وكتبها يرتبط بالعديد من المشكلات النفسية، ويؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للفرد، لذلك سعى الكثير من الباحثين لدراسة وتفسير هذه السمة، فاختلقت وجهات النظر حولها، كما وضعت لها عدة أدوات لقياسها وتشخيصها، للتمكن في الأخير من إيجاد حلول وعلاجات مناسبة للتخفيف من شدتها أو التخلص منها.

الفصل الرابع:

اضطراب طيف التوحد وسيكولوجية الأمومة

-تمهيد

أولاً: اضطراب طيف التوحد

1. تعريف اضطراب طيف التوحد
2. الأسباب والمداخل التفسيرية لاضطراب طيف التوحد
3. خصائص اضطراب طيف التوحد
4. تشخيص اضطراب طيف التوحد
5. أساليب التكفل باضطراب طيف التوحد

ثانياً: سيكولوجية الأمومة

1. ماهية الأمومة
2. طبيعة العلاقة التفاعلية أم - طفل
3. استجابة الأم تجاه ميلاد طفل مصاب باضطراب طيف التوحد
4. المشكلات النفسية لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد
5. الألكسيتيميا لدى أم طفل طيف التوحد

-خلاصة الفصل

تمهيد:

يمثل اضطراب طيف التوحد اشكالية عالمية جذبت اهتمام العلماء والباحثين الأخصائيين النفسيين، ولا يزال موضع جدل من حيث أسباب حدوثه وطرق تشخيصه وأساليب علاجه، فلا يمكن التنبؤ به، وعلى هذا الأساس، يمكن لأي فرد توقع صورة أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بكل ما تعانیه من مشكلات نفسية وضغوط قاسية فرضتها عليها حالة طفلها المصاب بهذا الاضطراب، وما يصاحب ذلك من ردود أفعال ناتجة عن فقدانها لتلك الطموحات والآمال المرتبطة بميلاد طفلها، وهذا ما قد يكون بمثابة نقطة انطلاق لسلسلة من الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية للأم، حيث تظهر صراعات نفسية داخلية وتتجسد في أعراض مختلفة تصيب الأم نتيجة شعورها بالحزن والأسى وخيبة الأمل والشعور بالذنب منذ لحظة الإعلان عن اضطراب ابنها بعد التشخيص .

ولهذا ارتأينا تقسيم هذا الفصل الموسوم ب: اضطراب طيف التوحد وسيكولوجية الأمومة، إلى قسمين: القسم الأول تناول مفهوم اضطراب طيف التوحد، النظريات المفسرة له، خصائصه، تشخيصه وأساليب التكفل به، أما القسم الثاني من الفصل، فتطرق إلى ماهية الأمومة، وطبيعة العلاقة التفاعلية أم-طفل، استجابة الأم تجاه ميلاد طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، المشكلات النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وأخيرا الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

أولاً: اضطراب طيف التوحد:

يعتبر اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder (ASD من الاضطرابات النمائية الطويلة الأمد، التي تستمر مع الفرد طوال فترات حياته، ولحد الآن لم يتم التعرف على الأسباب الحقيقية الكامنة وراء نشأة هذه الإعاقة، لهذا تعددت وجهات النظر التي سعت إلى التعرف على الأسباب الحقيقية وراءه، وقد شهد انتشارا كبيرا خاصة في الآونة الأخيرة، ونظرا لهذا الانتشار السريع، وتأثيره السلبي على أداء الطفل في مجالات الحياة المختلفة كالمقصود في التفاعل الاجتماعي، التواصل اللفظي، وغير اللفظي، وغيرها من السلوكيات التي تعيق مسار نموه السوي، فقد ازداد الاهتمام بإجراء الدراسات والأبحاث العلمية لفك الغموض حول هذا الاضطراب، ومحاولة الوصول لتشخيص دقيق، وحل للتكفل بالأطفال المصابين به بالوسائل والبرامج المختلفة، والعمل على تحسين حياتهم النفسية والاجتماعية.

1. تعريف اضطراب طيف التوحد:

تعددت وتنوعت التعريفات التي تناولت اضطراب طيف التوحد وذلك باختلاف وتنوع المدارس والمقاربات النظرية التي اهتمت بهذه الفئة، فكانت هذه التعريفات في كثير من الأحيان مكملة لبعضها البعض، بينما اختلفت وتناقضت في الكثير من النقاط، وهذا استمرار تطور الأبحاث حول هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس، ارتئينا إلى عرض أهم تلك التعريفات، للممكن في الاخير من استخلاص أوجه التشابه والاختلاف بينها:

1.1 لغة:

التوحد "AUTISME" مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية "Autos" والتي تعني الشخص نفسه (Bloch et al., 1999).(soi-meme)

1.2 اصطلاحاً:

يعرف ليو كانر Leo Kanner (1943) الذي يعتبر أول من عرف اضطراب طيف التوحد على أنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم. (Sillamy, 1983)

— عدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين.

_ تأخر في النمو اللغوي واكتساب اللغة.

كما عرف قاموس علم النفس اضطراب طيف التوحد على أنه انطواء شديد على الذات، وانفصال عن الواقع، مع افراط في الحياة التخيلية. (Norbert, 2003)

ويعرفه الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للأمراض العقلية (DSM-4)، والرابع المعدل (DSM-4-TR)، أنه حالة من العجز والقصور المزمن في نمو الطفل الارتقائي، يميزه تأخر في نمو الوظائف النفسية المسؤولة عن مهارات التفاعل الاجتماعي والمهارات اللغوية، وتشمل الإدراك الحسي، الانتباه، والنمو الحركي، وتظهر هذه الأعراض خلال السنوات الثلاثة الأولى من حياة الطفل. (صديق، 2005)

اضطراب طيف التوحد هو اضطراب عصبي تنموي معقد يتسم بصعوبات في التفاعلات الاجتماعية والاتصال، بالإضافة إلى أنماط سلوكية مكررة ومحدودة. هذا الاضطراب لا يؤثر فقط على الأفراد المصابين به طوال حياتهم، بل يؤثر أيضًا على آبائهم الذين يلعبون دورًا مهمًا في نموهم. (Karst & Van Hecke, 2012)

أما بالنسبة للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس بطبعته المنقحة (DSM IV- TR)، فيعرف اضطراب طيف التوحد على إنه قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية وهي: التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، ومجموعة من الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية، والتي يكتمل ظهورها قبل سن الثالثة من عمر الطفل (Machado et al., 2013)

ترى منظمة الصحة العالمية (WHO 2013) طيف التوحد على أنه اختلال نمائي يتضمن ثلاثة أعراض رئيسية، وهي: انخفاض مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، الأنشطة والاهتمامات التكرارية والنمطية، انخفاض القدرة الفكرية. (WHO, 2013)

وصف مايرز وجرسمان (1986) "Grisman and Mayers" التوحد بأنه: "اضطراب غريب وأغرب ما فيه أنه تحت ملامح هادئة ويظهر أحيانا عبر صراخ وضجيج وسلوكيات غير مفهومة وحركات بهلوانية كما أنه غريب ويصيب الذكور أكثر من الإناث وأنه لا يحدث إلا في الطفولة المبكرة. (فرح، 2015)

كما يعرف المعجم الطبي طيف التوحد على أنه اضطراب نمائي يظهر خلال الطفولة المبكرة، يميزه ضعف شديد في مهارات التفاعل الاجتماعي، كما يظهر على شكل أنماط سلوكية مقيدة ومتكررة، وحساسية للمدخلات الحسية وتختلف في الشدة والتكرار مع تطور نمو الطفل. (Baird & Norbury, 2016)

أما بالنسبة للجمعية الأمريكية للتوحد (ASA) Autism Society Of America، فتعتبر طيف التوحد إعاقة نمائية شديدة ومزمنة، تستمر طوال فترات حياة الفرد، وتظهر أعراضها عادة خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، تؤثر على النمو السوي للدماغ في ثلاث مجالات رئيسية:

– التواصل اللفظي والغير لفظي. Verbal and non-verbal communication

– التفاعل الاجتماعي. Social interaction

– التطور الحسي. Sensory development (براجل، 2013)

يعرف التصنيف العالمي للأمراض بنسخته الحادية عشر (CIM-11) اضطراب طيف التوحد على أنه قصور نمائي يظهر في الطفولة المبكرة قبل سن الثلاث سنوات، يتميز بظهور تغيرات نوعية في ثلاث مجالات رئيسية تعرف بثالث التوحد:

➤ التفاعلات الاجتماعية المتبادلة

➤ التواصل اللفظي والغير لفظي

➤ السلوكيات والاهتمامات المقيدة والمتكررة والنمطية. (Martin, 2018)

اضطراب طيف التوحد (ASD) هو عموماً حالة نمو عصبي تتميز بضعف التواصل الاجتماعي وأنماط مقيدة ومتكررة من السلوكيات والاهتمامات. (Giannotti et al., 2020)

طيف التوحد عموماً هو مصطلح يستخدم لوصف أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل، يميزه قصور في النمو اللغوي والادراك الحسي للطفل؛ مما يؤدي إلى ضعف القدرة على التواصل والتعلم والتفاعل الاجتماعي وكذا النمو المعرفي، يصاحبه نزعة انطوائية وانسحاب اجتماعي وانغلاق على الذات، وتبدل انفعالي وعاطفي، كما لو أن حواسه الخمس توقفت عن توصيل واستقبال أي مثيرات خارجية، فيعيش الطفل

المصاب باضطراب طيف التوحد في عالمه الخاص، عدا اندماجه في حركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لأي ضغوط خارجية لإخراجه عن عالمه. (مكاوي و قارة، 2022)

اضطراب طيف التوحد (ASD) هو اضطراب نمو عصبي، يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، يتميز بشكل أساسي بقصور حاد في التفاعل الاجتماعي، وضعف التواصل بأنواعه، والأنماط السلوك المتكررة والاهتمامات المحدودة. (Kyriakopoulou et al., 2023)

يُعرّف اضطراب طيف التوحد (ASD) بصعوبات في التفاعلات الاجتماعية والتواصل مرتبطة بأنماط سلوكية متكررة واهتمامات محدودة، اضطراب طيف التوحد هو اضطراب تطوري يؤثر على التفاعلات الاجتماعية والتواصل لدى الأفراد ويتميز بأنماط سلوكية متكررة واهتمامات محدودة، ويعتبر طيف التوحد طيفاً متنوعاً من الاضطرابات التي تشمل مجموعة متنوعة من الأعراض والمستويات الشديدة والخفيفة، وهو يتضمن أيضاً ما يعرف بالاضطرابات ذات الصلة بطيف التوحد، مثل اضطراب السلوك الاجتماعي. (Godel et al., 2023)

لاضطراب طيف التوحد عدة أشكال، إذ ينتمي إلى مجموعة من الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل دون سن الثالثة من العمر، وتؤدي إلى قصور في مجالات واسعة من التفاعل الاجتماعي والنفسي، وتعرف هذه الحالات من الحالات النفسية العصبية باسم الاضطرابات النمائية العامة. (بوحارة و زوقار، 2022) فضلا عن اضطراب طيف التوحد، تنتمي لهذه المجموعة أيضا الاضطرابات النمائية التالية:

– اضطراب ريت. Rett's Syndrome

– اضطراب اسبرجر. Asperger's Syndrome

– اضطراب الطفولة التفككي. Childhood Disintegrative Disorder

– اضطراب تطوري شامل غير محدد (توحد غير نموذجي).

Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

بناء على ما تم عرضه من تعريفات تناولت مفهوم اضطراب طيف التوحد، نلاحظ أن معظم الجمعيات والباحثين والعلماء، اتفقوا على أنه اضطراب عصبي نمائي ينشأ بسبب حدوث اضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ، تظهر أعراضه غالبا خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، وتلازمه مدى

الحياة، حيث تؤثر بشدة على سلوكه، وتعيق عملية التفاعل الاجتماعي لديه، كما تسبب عجزاً في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي، وتؤثر على جانب اللعب والتخيل، وتسبب تدني ملحوظ في مستوى القدرات العقلية، كما تتميز بظهور أنشطة وسلوكيات تكرارية ونمطية، مع التقيد الصارم ببعض الطقوس والاهتمامات.

2. الأسباب والمداخل التفسيرية لاضطراب طيف التوحد:

منذ اكتشاف اضطراب طيف التوحد على يد كانر سنة (1943)، والغموض لا يزال يحيط بهذا المفهوم من شتى الجوانب، إذ أن الأسباب الحقيقية المؤدية للإصابة بهذا الاضطراب لا تزال غير معروفة بصورة دقيقة، حيث أن العلماء لم يتوصلوا بعد إلى السبب الحقيقي لحدوث اضطراب طيف التوحد، وهذا يرجع لعدم وجود عرض محدد له، بل هي مجموعة من الأعراض التي تختلف من حيث الشدة والنوعية من حالة إلى أخرى. فبعض العلماء أرجعوا أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد إلى أسباب بيولوجية وعضوية، والبعض الآخر أرجعها إلى عوامل جينية وكيميائية، في حين أن البعض يربطها إلى عوامل اجتماعية ونفسية.

نتناول فيما يلي أهم الأسباب التي من المحتمل أن تؤدي إلى الإصابة باضطراب طيف التوحد:

1.2 العوامل النفسية والاجتماعية:

تعتبر هذه النظرية من أقدم النظريات التي تناولت الأسباب المتوقعة للإصابة باضطراب طيف التوحد، حيث يرى أنصارها أن طيف التوحد ينشأ عن خبرات طفولية غير مشبعة، فينشأ الاضطراب نتيجة فشل الأنا في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي تكون بمثابة الموضوع الأولي لعالمه الخارجي، وبالتالي لم تسمح له الفرصة لتوجيه طاقته النفسية نحو موضوع آخر منفصل عنه. (زروقي و مكي، 2021)

مع بدايات اكتشاف مشكلة طيف التوحد، كان العلماء والباحثون في المجال النفسي متأثرين بنظرية سيغموند فرويد (Sigmund Freud)، الذي كان يرجع سبب نشأة الاضطرابات الذهانية إلى أساليب التربية الخاطئة للطفل خلال المراحل الأولى من طفولته، ورأى برونو بيتلهيم (Bruno Bettelheim) بناءً على هذه النظرية أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لا يتفاعلن مع أطفالهن ولا يستجبن لحاجتهم، حيث وصفهن بـ "الأمهات الباردات" "Refrigerator Mothers"، لكن هذا الوصف كان في

غاية السلبية بالنسبة للأمهات، حيث زاد شعورهن بالذنب وأضاف المزيد من العبء على كاهلهن، إضافة على ما يواجهن من صعوبات في التعامل مع أطفالهن، ومن ثم تم دحض هذا الاعتقاد تماما من طرف العديد من الباحثين، والمعروف حاليا أنه لا دخل للربية الأسرية في إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد. (الشامي، 2004) وفي نفس السياق، يضيف بيتلهم احتمالية أن يكون الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يتمتع بمستوى عالي من الذكاء، ولكنه انعزل اجتماعيا بسبب مواقف ضاغطة قد حدثت في محيطه، أو افتقاره للرعاية الأسرية والشعور بالدفء والحنان من قبل والديه. (ميدون و خلادي، 2019)

ويتجه كل من دي مير وجاكسون Demer & Jackson (1981) نحو الاعتقاد أن اضطراب طيف التوحد ينشأ نتيجة إخفاق الأم في إشباع حاجيات طفلها الأساسية، وعدم توفر الاستثارة من طرفها، وحرمانه من مداعبة أمه له ولمسها لجسده، ومحاولة كبت غرائزه وحرمانه من الاستثارة خلال مرحلة الطفولة المبكرة التي تعتبر أكثر المراحل حساسية في حياة الفرد. (قيرو، 2020)

تقتضض هذه النظرية عموما أن إعاقة طيف التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من طرف والديه مما يؤدي به إلى انسحابه وعزلته، فمن خلال ما يتعرض له الطفل من خبرات ومشاكل نفسية نسبية اضطرابات انفعالية واجتماعية، تؤدي بالطفل إلى عدم التوافق مع المحيطين به، وبالتالي الانسحاب والعزلة الاجتماعية.

2.2 الأسباب البيولوجية:

حسب هذه النظرية فإن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ أثناء الولادة أو قبلها أو بعدها التي تهيأ لنشأة هذا الاضطراب، كإصابة الأم بالحصبة الألمانية، أو التهاب الدماغ، أو الاختناق أثناء الولادة، أو عدم شفاءها من مرض الفينيل كيتونوريا والتصلب الحدبي، أو نقص كمية الأكسجين عند الولادة، أو تشنجات الرضع، أو التهابات الدماغ، فالكثير من الأبحاث وجدت أن مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد من غيرهم من الأطفال العاديين. (الحوامدة، 2019) قدم ريملان Remland سنة (1964) مجموعة من الأدلة تظهر أن طيف التوحد يعتبر اضطرابا عضويا، ومنذ ذلك الحين أكدت العديد من الأبحاث على أن هناك فروق بين أدمغة الأطفال الأسوياء، والأطفال

المصابين باضطراب طيف التوحد على مستوى المخ، المخيخ، جذع الدماغ، والخلايا العصبية. (سنوسي، 2016)

تفسر هذه النظرية الإصابة باضطراب طيف التوحد نتيجة خلل أو تلف يحدث بخلايا الدماغ، أو عدم اكتمال نمو هذه الخلايا عند الفرد، وهذا ما يفسر حدوث إصابات أخرى مصاحبة للاضطراب كالصرع، والإعاقة العقلية. (المقابلة، 2016)

كما قد أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير الرنين المغناطيسي IRM:

- وجود بعض الاختلالات في تركيبه المخ وفي عدد معين من خلايا البوركينجي Burkinji
- أن 20-25% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يظهرون اتساع في البطينات الدماغية.
- أن هناك شحنات متفاوتة لتخطيط الدماغ الكهربائي بنسبة 61 - 71% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
- وجود أو زيادة في سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ Cortex
- وجود خلل في نسيج مركز سياق المخ الذي يعرف باسم "العظم الشبكي النشط" Retricular RSA System Activating، وهو المركز الأساسي للمعرفة عن طريق الحواس مروراً بالإدراك والتخزين والاستدعاء وهذا ما يفسر ضعف عملية الإدراك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، (سليمان، 2010)

3.2 العوامل البيئية:

أظهرت العديد من الأبحاث ارتباط الإصابة باضطراب طيف التوحد بالتلوث البيئي ببعض المواد الكيميائية، وتركيزات مرتفعة من الهواء الملوث بالزئبق والرصاص، وكذلك التعرض للأشعة والأمراض المعدية واضطرابات الأيض، أو تعاطي الأم للعقاقير والكحوليات في فترة حملها.

توصلت دراسة دنماركية حديثة إلى وجود علاقة بين الإصابة باضطراب طيف التوحد والالتهابات الفيروسية التي تحدث أثناء فترة الحمل، كما قد تساهم بعض العقاقير والأدوية والتلوث، إضافة إلى المشاكل التي تعاني منها الأم خلال فترة الحمل، في زيادة خطر الإصابة بهذا الاضطراب، لكن لا شك في أن

وجود هذه العوامل لا يعني بالضرورة الإصابة باضطراب طيف التوحد، بل قد يظهر بسبب تعقيدات أخرى. (سنوسي، 2016)

وقد يتعرض الطفل إلى تلوث بيئي خلال فترات حساسة من مراحل نموه، وهذا ما قد يتسبب في نشأة بعض المشكلات التي تؤثر على مهارات الطفل وقدراته اللفظية والحركية، كالكلام والمشية، وظهور بعض أعراض طيف التوحد، ومن هه المواد الملوثة نذكر:

__ **الزئبق Mercury**: قد يؤدي التسمم بالزئبق إلى حدوث تخلف عقلي واختلال في التوازن العضلي وظهور بعض أعراض اضطراب طيف التوحد.

__ **مادة ثيروميرسال Thiromersal**: وهي عبارة عن مادة حافظة للأكل قد تؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد.

__ **الرصاص Lead**: قد يؤثر التسمم بالرصاص سلباً على نمو الطفل مما قد يتسبب في ظهور مشكلات سلوكية مختلفة لديه.

__ **التسمم بأول أكسيد الكربون Monoxide**: يسبب هذا الغاز تشوهات خلقية وتلف في خلايا الدماغ لدى الجنين، واضطرابات حركية سواء في مرحلة الحمل أو المراحل النمائية الأولى من عمر الطفل، وقد تؤدي إلى وفاته. (الحوامدة، 2019)

4.2 الفرضيات الوراثية والجينية:

ترجع الإصابة باضطراب طيف التوحد إلى حدوث خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلى وجود عوامل جينية تؤثر بشكل مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة من بويضة واحدة أكثر من التوائم من بويضتين مختلفتين. (أسامة و الشربيني، 2011)

تشير الدراسات الحديثة التي أجريت في هذا المجال أن للجينات دور قوي وبارز في نشأة اضطراب طيف التوحد، حيث خلصت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم، أن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب بين التوائم المتطابقة كانت تتراوح بين (60%-100%)، بينما نسبة الإصابة بين التوائم الغير متطابقة لم تتجاوز (50%). هذا ما يبرز دور الجينات في ظهور اضطراب طيف التوحد. كما أشارت نتائج دراسات أقيمت على عائلات مختلفة أن نسبة ظهور طفل آخر مصاب بالتوحد لدى الأسرة هي من

(1-20%) وهي أعلى مقارنة مع الأسر التي لا تحوي طفل مصاب باضطراب طيف التوحد. (ميدون و خلادي، 2019)

كما أكدت " هارون " (2008) أن هنالك عدد من الكروموزومات التي تفسر الإصابة باضطراب طيف التوحد، ومن هذه الكروموزومات نجد: (2- 7 -13 -15 -16 -17 -X)، ويشترك الكروموزوم الأخير بين اضطراب طيف التوحد ومتلازمة الكروموزوم X الهش.

ويمكن إجمال دور العوامل الوراثية في حدوث اضطراب طيف التوحد في النقاط التالية:

- _ تؤدي بعض حالات شذوذ الكروموسومات إلى حدوث هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ في الكروموسوم رقم 13 من أكثر هذه الحالات شيوعا.
- _ يكون محيط الرأس لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أكثر من مثيله لدى أقرانهم الأسوياء، وقد أثبتت دراسات حديثة أن هناك علاقة سلبية بين كبر محيط الرأس والوظائف اللغوية والتنفيذية للطفل.
- _ أشارت نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد إلى عدم وجود خلايا بيركيجي بالمخيخ لديهم، إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي. Limbic
- _ أن هناك عدد من الجينات يتراوح عددها ما بين 3-5 تتشارك في حدوث اضطراب طيف التوحد ويجب أن تتوافر كلها لدى نفس الشخص، وتتنوع هذه الجينات على عدد من الكروموسومات المختلفة.
- _ عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ لديهم، يمثل أولهما في النواة الوجهية facial nucleus التي تتحكم في عضلات الوجه والتي تكون مسؤولة عن التعبير الغير لفظي، بينما ثانيهما يتمثل في الزيتونة العليا Super olive، والتي تلعب دورا كبيرا في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمشيرات السمعية.
- _ وجود نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه. (سليمان، 2010)

5.2 نظرية العقل:

تعود إلى ولمان Wellman (1992) وتعتبر من أشهر النظريات المعرفية في تفسير حدوث اضطراب طيف التوحد، حيث حاولت تفسير الحالات العقلية داخل وخارج الفرد، حيث أكدت هذه النظرية أن الفرد القادر على عزو أو فهم حالة الفرد الآخر، يمكنه التنبؤ بسلوك ذلك الشخص، وتري أن الأطفال العاديين يمتون بطريقة سوية، ويظهرون رغبة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، بطريقة يسودها النشاط والفعالية، كما يتمتعون بالقدرة على إظهار المواقف المختلفة من منظور الأشخاص الآخرين في العشرة أهر الأولى من عمرهم، كما أن الاهتمام المشترك الذي يظهر بين الشهر التاسع والثاني عشر يعد المفتاح الرئيسي لمهارة التواصل البصري مع الأفراد المحيطين. وتستمر هذه القدرات حتى سن الثانية من العمر، أين يظهر اللعب التخيلي، الذي يشجع على تنمية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ويكتسب الطفل في هذه المرحلة ما بين السنة الأولى والثانية من العمر المهارات اللغوية، بحيث تمكنه من فهم رغبات الآخرين ومشاعرهم وأفكارهم، وتفترض هذه النظرية أن الطفل في سن الرابعة يصبح قادرا على فهم معتقدات وأفكار الآخرين باختلافها. (قيروود، 2020)

تقوم هذه النظرية على افتراض مفاده أن الإنسان يمكنه تخيل القدرات العقلية للآخرين، حيث يؤكد علماء الأعصاب على وجود اختلافات في أنظمة مرآة الخلايا العصبية، والجزء من الدماغ الذي يمكن الأفراد من فهم سلوك بعضهم البعض، من خلال تزويدهم بنماذج لعملياتهم العقلية، وعلى هذا الأساس، يمكن للفرد فهم سلوك الآخر عندما يتخيل نفسه في ذات الموقف، وبهذا، فإن الأفراد المصابون باضطراب طيف التوحد يعانون من مشكلات في الفهم التخيل والتعاطف مع الآخرين. (Serani, 2023)

كما ترى نظرية العقل أن الطفل الذي ينمو في محيط اجتماعي ثري وصحي يكتسب منه قدرات ومهارات أكبر على فهم سلوكيات الآخرين وأفكارهم والتنبؤ بها مقارنة بالطفل الذي يكبر في محيط يفنقر إلى المثيرات العقلية، وتبعاً لهذا، فإن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يعاني من عجز وقصور في عملية الإدراك، هذا ما يمنعه من إدراك الحالات العقلية للآخرين وفهم أفكارهم وسلوكياتهم، هذا ما يسبب بدوره الانسحاب والانعزال الاجتماعي لدى هذه الفئة. (قيروود، 2020)

بعد عرضنا لأهم الأسباب المحتملة للإصابة باضطراب طيف التوحد، لابد من الإشارة إلى أن الحالات التي تمكن الباحثين من تحديد سبب معين للاضطراب فيها لم تتجاوز 10%، في حين بلغت

الحالات التي بقت فيها أسباب الإصابة به مجهولة تتمثل في 90%. تعد الأسباب المحتملة لحدوث اضطراب طيف التوحد متعددة ومختلفة، وذلك نظرا لتعقيده وتباين أعراضه وشدته، وتداخلها مع اضطرابات أخرى، وصعوبة وضع التشخيصات الفارقية للتمييز بين اضطراب طيف التوحد والاضطرابات والمتلازمات المشابهة له، وكذلك اختلاف المعايير التشخيصية العالمية ذات المرجعية وتشعبها، مما يصعب على الأخصائيين والباحثين الاختيار فيما بينها، وعلى هذا الأساس، يتطلب الأمر اجراء المزيد من البحوث والدراسات المعمقة لفهم ومعرفة الأسباب الحقيقية الكامنة وراء نشأته، فلا يمكننا تحديد سبب وجيه للإصابة به، إنما ينبغي أن ننظر إلى اضطراب طيف التوحد باعتباره نتيجة تفاعل متعدد العوامل، ولا يمكن النظر إليه على أنه نتاج مسبب واحد فقط، فعلى الرغم من التقدم الذي عرفه مجال الأبحاث العلمية والطبية، والجهود التي بذلها العلماء ولا يزال يجتهدون لتقصي الاسباب المؤدية إلى نشأة هذا الاضطراب، إلا أن الجدل لا يزال قائما بين مختلف الدراسات في فهم واكتشاف المسبب الرئيسي له.

3. خصائص اضطراب طيف التوحد:

هنالك العديد من الخصائص التي تميز الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد عن الأطفال الأسوياء والآخرين من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة كالتخلف العقلي، إضافة إلى المشكلات التي تعيقهم عن الاندماج والتفاعل الاجتماعي، وسنورد فيما يلي لأهم خصائص اضطراب طيف التوحد:

1.3 الخصائص المعرفية:

تشير الأبحاث والدراسات إلى ان الاختلالات التي تصيب النواحي المعرفية للطفل هي أكثر الملامح التي تميز اضطراب طيف التوحد، كما أظهرت دراسات أخرى أن ثلاثة من أربعة أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من درجة من التخلف الذهني، في حين بعض الدراسات أثبتت أن البعض من هؤلاء الأطفال لديهم مستوى ذكاء متوسط، كما تتراوح المستويات المعرفية لهته الفئة ما بين 25% من طيف التوحد والتخلف العقلي الشديد، و50% يعانون من طيف التوحد ومستوى تخلف ذهني متوسط، و25% يعانون من طيف التوحد ويملكون نسبة ذكاء تبلغ 70% وأكثر، ويعد الإدراك والانتباه والتفكير والفهم والتخيل واللغة من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الطفل في حالة اضطرابها، فإن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من اضطرابات في التفكير والقدرات اللغوية، وعدم توازن

الاستجابات الفكرية، كما أن طبيعة طيف التوحد تتسم بعجز القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة. (المغلوث، 2006)

2.3 الخصائص الجسمية:

تتراوح فترة الحمل عادة ما بين 35-36 أسبوع، ويبلغ وزن الرضيع حوالي 3 كغ، حيث يكون تنفسه طبيعياً وصرخته تلقائية، ويصاب بعد فترة باليرقان، ويحدث تذبذباً مميزاً وواضحاً في نبرته الصوتية، مع زيادة الحساسية لديه، ويكون نشاطه خاملاً في بعض الأيام، وتكون حركة عضلات الوجه منخفضة في الشهر الأول، كما تظهر صعوبات في التواصل البصري، ثم تظهر لديه صعوبات في الرضاعة عندما يبلغ الشهرين والنصف، وهنا يتحتم على الأم التوجه إلى التشخيص الطبي، ويكون لدى الرضيع بصر جيد واستجابة اجتماعية، يبتسم ولا يضحك، ويعاني من صعوبات حسية بسيطة، وحساسية مفرطة نحو المدخلات الحسية، ويناغي ويتجاوب مع الأهل أثناء اللعب، وعند بلوغه الستة أشهر، يبدي شذوذاً في إدراك الكلام الصادر من الأفراد الآخرين، وتظهر عليه عند بلوغه التسعة أشهر حساسية بالغة تجاه الضوضاء والاتصال اللمسي، يبدأ في السير وهو متكأ على الحائط، ويقف على أطراف أصابعه، وغالباً ما يجد صعوبة في بدأ النوم، ويظهر في سن الثلاثة عشر شهر انخفاض في التواصل البصري، ويستغرق وقت طويلاً في اللعب، ويكون النمو الجسمي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد طبيعياً. (قيرو، 2020)

أما بالنسبة للتغيرات الجسمية التي تصاحب فترة المراهقة لدى المصابين باضطراب طيف التوحد، فهي لا تختلف عموماً عن الأفراد الأسوياء، إلا أن المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من ضعف في فهم الجوانب الجنسية، وهذا ما قد يجعلهم عرضة للاستغلال الجنسي من غيرهم. كما ينخفض النشاط البدني في هذه المرحلة، ويستمر بالانخفاض مع اقتراب سن الرشد. (أسامة و الشربيني، 2011)

3.3 الخصائص الاجتماعية:

يعاني الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد عموماً من عزلة وانسحاب اجتماعيين، فهو لا يستطيع بناء علاقات وروابط اجتماعية مع الأفراد المحيطين به، ويعجز عن بناء الصداقات مع أقرانه، ولا يرغب في صحبتهم ولا تلقي العطف والحب من طرفهم، كما لا يستجيب لانفعالات الآخرين وحتى والديه،

ولا يبادلهم نفس المشاعر، ولا يطلب الاهتمام من أي أحد، إذ يعتبر التفاعل الاجتماعي من أهم المؤشرات التي تساعد المختصين والممارسين في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

من أهم السمات والخصائص الاجتماعية التي يتميز بها الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد عن غيره، ما يلي:

- _ يتجنب الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد التفاعل والتواصل مع الآخرين.
- _ يعاني من صعوبات في فهم مشاعر الآخرين وتفسير تعبيراتهم وإيماءاتهم ونبرات صوتهم، ولا يكثر بمشاعرهم.
- _ محدودية الألعاب، والافتقار إلى التعبير الرمزي والتخيل.
- _ العزلة الاجتماعية وعدم القدرة على تكوين الصداقات.

4.3 الخصائص السلوكية:

يظهر الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد سلوكيات نمطية محددة ومقيدة، وهذه السلوكيات غالباً ما تكون مصدر إزعاج للآخرين، حيث تكون هذه التصرفات بسيطة ومتكررة، مثل تدوير الطفل للقلم بين أصابعه، أو تمرير قطعة لبان بين يديه، فإن حدوث أي تغير في أية صورة من صورته يتسبب له في استئثار مشاعر مؤلمة، ويضع روث سوليفان (1988) Sullivan وصفاً لسلوكيات لحالات أطفال طيف التوحد في هذه النقاط التالية:

- _ ضعف القدرة اللغوية، فالبعض ينكلمون بنغمة ثابتة دون تغيير، والبعض الآخر يهمسون عندما يريدون التكلم.
- _ الوحدة الشديدة وقصور في التواصل مع الآخرين
- _ اتباع روتينات وسلوكيات تكرارية معينة، وحركات الجسم الغريبة كهز الجسم باستمرار، أو النقر بالأصابع.
- _ غضب شديد بمجرد ملاحظة أي تغيرات بسيطة في البيئة. (براجل، 2013)

4. تشخيص اضطراب طيف التوحد:

لا شك في أن اضطراب طيف التوحد يعد من أكثر الاضطرابات الطفولية النمائية انتشارا في العالم، وهو من أولى اهتمامات علماء الأعصاب والأخصائيين النفسيين على جميع المستويات، ونظرا لذلك، فهم يسعون لإيجاد علاجات وطرق فعالة للتخلص من هذا الاضطراب، والوقاية منه، بالبحث عن قواعد بيولوجية للسلوك الاجتماعي والتواصل والتفاعل في سن مبكر، وعلى الرغم من موثوقة ومصداقية أساليب التشخيص، لا توجد إلى حد الآن علامات أو مؤشرات حيوية عالمية محددة لاضطراب طيف التوحد،

تشكل عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد تحديا صعبا لكل من الأطباء العقلين والمختصين النفسيين، وهذا راجع لكون هذا الاضطراب جد معقد ويحمل العديد من الأعراض التي تتداخل مع الاضطرابات والمتلازمات الأخرى، وهذا ما يجعل التشخيص جد صعب ومعقد، كما أن التنوع في شدة الأعراض يزيد من احتمالية الخطأ في التشخيص، إضافة إلى عدم توفر أساليب واختبارات مقننة تتمتع بمستوي صدق وثبات عاليين للاعتماد عليها في تشخيص هذا الاضطراب (Moldin & Rubenstein, 2006)

ومن ناحية أخرى، فقد يحاول بعض الآباء والأمهات عدم الاكتراث وتجاهل المشكلات التي يعاني منها ابنائهم في مرحلة الطفولة المبكرة خصوصا، قد يرجع هذا إلى رغبتهم بالمحافظة على وضعهم الأسري وواجهتهم الاجتماعية، فيستمررون في تجاهل وإخفاء هذا الأمر لغاية بلوغ ابنهم سن الدخول إلى المدرسة، وهنا يلجؤون إلى التحقق من معتقداتهم عن طريق بعض الأشخاص الذين لا يفقهون شيئا عن اضطراب طيف التوحد، وهذا ما قد يزيد من تفاقم وضع الطفل، ويصعب عملية التكفل به لعلاج وتخفيف أعراض الاضطراب لديه.

عرف الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-

5) اضطراب طيف التوحد على أنه اضطراب نمائي شامل، ويقدم مجموعة من المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب، وهي كالتالي:

(A) عجز مستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات مختلف، وفي الفترة الراهنة، وذلك من خلال ما يلي:

1- عجز في التعامل العاطفي بالمثل، والفشل في الأخذ والرد في الحديث، وانخفاض المشاركة بالاهتمامات والانفعالات والمشاعر، وعدم المبادرة بالبداية في التفاعلات الاجتماعية.

2- عجز في التواصل الغير اللفظي في سياق التفاعلات الاجتماعية، من ضعف كامل في التواصل اللفظي إلى شذوذ في التواصل البصري والإيماءات، مع انعدام التعبيرات الوجهية والتواصل الغير لفظي.

3- الفشل في تطوير علاقات اجتماعية وفهمها والمحافظة عليها، من صعوبات في تعديل السلوك لتلائم مختلف التفاعلات الاجتماعية، إلى صعوبات في المشاركة باللعب التخيلي، العجز في تكوين علاقات وعدم الاكتراث بالأقران.

(B) أنماط تكرارية ومقيدة من السلوكيات والأنشطة والاهتمامات تقدر بحدوث 2 على الأقل مما يلي وفي الفترة الراهنة:

1- أنماط متكررة للحركة والكلام واستخدام الأشياء، كصف الألعاب أو تقليب الأشياء، أو خصوصية العبارات، والصدى اللفظي.

2- الالتزام الغير مرن بالروتين والأنماط الطقسية للسلوكيات اللفظية والغير لفظية، كالغضب عند ملاحظة تغيير صغير، والصعوبات في التغيير، أو تناول نفس الطعام يوميا، أو سلوك نفس الطريق.

3- اهتمامات محددة بشدة وشاذة في التركيز، كالتعلق الشديد أو الانشغال بأشياء غير معتادة، الأنشطة المحصورة والمواظبة المفرطة.

4- فرط أو انخفاض التفاعل مع الوارد الحسي أو الاهتمام المفرط بالجوانب الحسية من البيئة، كعدم الاكتراث بالألم ودرجات الحرارة بوضوح، الاستجابات الشاذة لأصوات وأنسجة معينة، أو الإفراط في لمس وشم الأشياء، الانبهار البصري بالحركات والأضواء.

(C) تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو.

(D) تسبب الأعراض انخفاضا سريريا واضحا في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني، أو غيرها من النواحي الهامة.

(E) لا يفسر العجز بشكل أفضل بالإعاقة العقلية، أو تأخر النمو الشامل، فقد يحدث اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية معا في الكثير من الأحيان. (Machado et al., 2013)

أما بالنسبة للتصنيف الدولي للأمراض بطبعته الحادية عشر (ICD-11-2017) فيعرف اضطراب طيف التوحد على أنه عجز ثابت ومستمر في بدء أو الاستمرار في التواصل التفاعل الاجتماعي المتبادل، وتميزه مجموعة من السلوكيات والأنشطة المحدودة والمتكررة والمقيدة، ويبدأ الاضطراب عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد لا تظهر الأعراض كاملة حتى في مراحل أخرى من العمر، (الحمادي، 2021) ووضع التصنيف مجموعة من المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب، نذكرها فيما يلي:

- _ العجز الدائم والمستمر في بدء التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل والحفاظ عليه.
- _ مجموعة من السلوكيات والاهتمامات النمطية المحددة والتكرارية.
- _ تظهر أعراض الاضطراب في الطفولة المبكرة، لكنها قد لا تكتمل جميعها في نفس المرحلة من العمر، ويكتمل ظهورها في وقت لاحق.
- _ إن العجز في السلوكيات المحددة سابقاً تؤدي به إلى انخفاض وتدهور في الأداء على المستوى الشخصي والاجتماعي والمهني والتعليمي، وتختلف درجة التدهور حسب الظروف الثقافية والاجتماعية.
- _ أصبح اضطراب فرط النشاط والحركة وطيف التوحد يظهران بكل متزامن في التصنيف الجديد.
- _ تم عزل اضطرابات النمو الشامل الغير محدد ومتلازمة أسبرجر في فئة مرضية واحدة وتخلى عنها في التصنيف الجديد. (Stein et al., 2020)

5. أساليب التكفل باضطراب طيف التوحد:

لا يوجد لحد الآن علاج شاف لاضطراب طيف التوحد، وهذا راجع بالدرجة الأولى لتعدد الفرضيات ووجهات النظر المفسرة لحدوثه، ومع تطور الدراسات والأبحاث حول هذه الإعاقة، ظهرت العديد من البرامج والتدخلات العلاجية التي هدفت إلى الوصول بالطفل المصاب إلى أفضل حال، بتخفيف الأعراض لديه، وتنمية مختلفة المهارات التواصلية واللغوية والاجتماعية، والتقليل من حدة المشكلات التي يعانها، وعلى هذا الأساس، فإن البرامج العلاجية التي يتم استخدامها مع هذه الفئة يجب أن تكون متنوعة مناسبة لتلبية الاحتياجات الشخصية للطفل، ومراعية لحالته وشدة اضطرابه، وتنفذ بطريقة مستمرة ومنظمة وبعيدة عن العشوائية، ونذكر فيما يلي بإيجاز أهم الطرق التي يتم اتباعها للتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

1.5 العلاج السلوكي:

يعرف العلاج السلوكي على أنه العلم الذي يستند على تطبيق الأساليب التي تنبثق من القوانين السلوكية بشكل منظم، وذلك بهدف تحقيق تغيير جوهري وإيجابي في السلوك، بتقديم الأدلة التجريبية التي تؤكد فعالية تلك الأساليب عن التغيير الذي يحدث في السلوك، وهو أحد العلاجات المستخدمة لعلاج اضطراب طيف التوحد، ويسعى هذا النوع من العلاجات إلى تعليم الطفل وتلقينه المهارات الاجتماعية والسلوكية والتواصلية اللازمة التي يحتاجها في حياته اليومية، ويشتمل على العديد من التقنيات والبرامج التي تستند إلى أسس علمية وتتماشى مع أفضل الممارسات السريرية.

حقق العلاج السلوكي نجاحا كبيرا مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، حيث كان الاهتمام الرئيسي في الطرق الأساليب السلوكية التي تساعد في تحديد العوامل البيئية والأحداث التي تسبب استمرارية السلوك الغير مناسب، وتطبق التقنيات السلوكية بهدف تحسين الاستقلال الشخصي للطفل والمسؤولية، بتدريبه المهارات الأساسية، وتنمية سلوك التفاعل الاجتماعي، والأنشطة الاجتماعية، كإحداث تغييرات بيئية مصممة لخفض الاضطراب البصري، لخفض سلوك الإثارة الذاتية لدى الطفل، كما أن تعديل البيئة في المدرسة يساعد على تحسين عملية التعلم وزيادة السلوك التكيفي. (صديق، 2005)

ومن بين أشهر أنواع البرامج والتدخلات العلاجية السلوكية نذكر مايلي:

- _ برنامج لوفاس Young Autistic Program
 - _ برنامج استخدام الصور في التواصل Picture exchange communication system
 - _ العلاج التكامل الحسي Sensory integration therapy
 - _ التدريب على التكامل السمعي Auditory integration Training
 - _ العلاج بالمسك والاحتضان Holding therapy
 - _ العلاج باللعب Play therapy
 - _ العلاج بالموسيقى Music therapy
- العلاج باللعب (Play Therapy) هو أسلوب علاجي نفسي يستخدم وسائل اللعب والتفاعل الرمزي كأداة أساسية لمساعدة الأطفال على التعبير عن مشاعرهم، وفهم تجاربهم، وتطوير مهاراتهم الاجتماعية

والسلوكية. أما في سياق اضطراب طيف التوحد (ASD)، فيُعد العلاج باللعب من الأساليب الفعّالة التي تُستخدم لمساعدة الأطفال على:

- _ تنمية مهارات التواصل (اللفظي وغير اللفظي).
- _ تحسين القدرة على التفاعل الاجتماعي.
- _ تقوية المرونة السلوكية وتقليل السلوكيات النمطية.
- _ تشجيع الخيال واللعب الرمزي الذي غالبًا ما يكون محدودًا عند الأطفال المصابين بالتوحد. (Hamdi Bacha & Benseghir, 2023)

قد أثبتت العديد من التقنيات السلوكية فاعليتها في تعديل سلوك الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وكذا تدريبهم على تعلم مختلف المهارات، كأسلوب النمذجة، التشكيل، تحليل المهارات...، ويجدر بالذكر أن العلاج السلوكي يعتمد على الحالة الفردية للطفل، بحيث يتم تخصيص برامج وأساليب وتقنيات مناسبة لتلبية احتياجاته ومتطلباته الخاصة، كما ينصح بإجراء العلاج السلوكي رفقة فريق طبي متخصص في اضطراب طيف التوحد.

2.5 العلاج الدوائي:

رغم أن العلاجات الدوائية لم تحقق نجاحًا شافيا في علاج اضطراب طيف التوحد لكنها قد تكون ضرورية في الكثير من الأحيان، وتستهدف العلاجات الدوائية في الأساس الاضطرابات الجسمية والوجدانية التي قد تصاحب اضطراب طيف التوحد، والتي قد تعوق عملية تدريب الطفل وتعليمه مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي مع بيئته، وتخفيف من أعراضه باستخدام مختلف الإجراءات الفيزيولوجية والطبية.

ثمة أدوية تستخدم في بعض الأحيان للسيطرة على أعراض الاضطراب والتقليل من حدتها، فأحيانا ما يوصف الريفالين (الإسم التجاري لعقار ميثيل فنيديات)، لتدريب الطفل على تركيز انتباهه، كما كان قد حدد أحد تقارير الحكومة البريطانية 17 نوعا مختلفا من الأدوية المخصصة لاضطراب طيف التوحد، والتي يمكن وصفها كعلاج غير دوائي أو قائم على سلوكيات الطفل المصاب. (تيريل و باسينجر، 2013)

ويستخدم العلاج الدوائي للتخفيف من بعض الأعراض المصاحبة للاضطراب كالقلق، الاكتئاب، اضطراب النوم، أو الاضطرابات السلوكية الحادة كالعدوانية، فرط النشاط، التهيج، والسلوكيات النمطية،

ومن بين أهم العلاجات الصيدلانية لهذا الاضطراب نذكر: المضادات الذهانية Neuroleptiques، المضادات الأفيونية Anti-opiacés، مضادات الصرع Anticonvulsivants، العلاج بهرمون السيكرتين، العلاج بالفيتامينات المتعددة، مضادات الاكتئاب Antidépresseurs، الحماية الغذائية. (قيرود، 2020)

3.5 العلاج النفسي:

وهو من أكثر الأساليب استخداما في عملية التكفل بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، والهدف الأساسي منه هو مساعدة الطفل على تحسين مهاراته اللغوية والاجتماعية، وتحسين مستوى التواصل اللفظي والغير لفظي لديه، ومساعدته على التعرف على مشاعره وأفكاره ومشكلاته، وكذا إقامة علاقة تفاعل قوية بين الطفل والموضوع الأساسي الذي يمثل الأم، لتزويده بما لم تقدمه له أنه من خبرات مشبعة كالعطف والحب والأمان والحنان، ومختلف التفاعلات الإيجابية، حيث يرجع العلماء نقص الارتباط العاطفي بينهما سبب عجز الأم على تزويد طفلها بتلك الخبرات.

افترض ليو كانر (1943)، الذي يعد أول من اكتشف هذا الاضطراب، أن سبب حدوثه هو قصور وخلل في العلاقة التفاعلية والتواصلية بين الطفل والوالدين وخاصة الأم، وعلى هذا الأساس، نظر للوالدين على أنهما السبب الرئيسي في نشأة اضطراب طيف التوحد لدى الطفل، واستمر هذا الافتراض لعقدين كاملين من الزمن. وعلى هذا الأساس، يتوقف نمو الطفل ويضطرب أن لم يعيش حالة من التفاعل السوي مع أمه، ويكون الهدف الرئيسي من العلاج النفسي في هذه الحالة هو إجبار الطفل على إقامة علاقة نفسية وانفعالية مع أمه بطريقة سوية ومشبعة.

ومن هذا المنطلق يجب التأكيد على ضرورة التدخل المبكر للتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، منذ الأيام أو الأسابيع الأولى من ولادته، وذلك بالاعتماد على التاريخ الأسري وحالة الولادة وبعدها ومسار فترة الحمل، حيث ثبتت إيجابية التدخل المبكر والمكثف في التطوير والتحسين من حالة الطفل ومستوى التواصل والتفاعل الاجتماعي لديه.

ثانيا: الأمومة واضطراب طيف التوحد:

لا شك في أن تجربة الأمومة هي واحدة من أعظم التجارب التي يمكن للمرأة أن تعيشها، فهي تعني حمل مسؤولية طفل وإعداده للحياة، كما تمثل نقطة انطلاق للطفل وحجر الأساس في نموه النفسي، والمنبع الأولي لكل ما قد يشعر به من اهتمام ورعاية وعطف وأمان وحب، وبالتالي، فأن أي انفصال للطفل عن أمه من شأنه أن يؤثر على نموه النفسي والاجتماعي، ويخلف آثار سلبية تنعكس على معاشه النفسي مستقبلا.

1. ماهية الأمومة:

الأمومة هي علاقة بيولوجية ونفسية بين المرأة والأفراد الذين تنجبهم وترعاهم من الأبناء والبنات، وهذا المصطلح يعيد لذهن الفرد تصورات عن مظاهر الانفعالات والعواطف الدافئة كالدفء والحب والتحمل، والإحساس بالمسؤولية والإيثار، ويرسم في مخيلته بشكل تلقائي صورة تتلخص فيها كافة الأحاسيس الإيجابية. (نوابي، 2001)

وتعرف الأمومة على أنها مجموعة من السياقات النفس-وجدانية التي تتطور وتندمج بفعل دخول المرأة إلى مرحلة الأمومة. (Soulé, 1987)

وتنشأ الأمومة بيولوجيا عن مجموعة من التغيرات التي تحدث داخل جسم المرأة في فترة الحمل، وترتبط بمستويات الهرمونات، وتحدث هذه التغيرات لدى كل النساء دون استثناء، مهما كانت طبيعة المجتمع الذي تعيش فيه وثقافته، وتؤثر على سلوكياتهن، حيث تشعر المرأة بمسؤولية أكبر تجاه ابنها لإطعامه ورعايته بشكل سوي، وحمايته، وهذا ما يعطي مصطلح الأمومة بعدا عالميا، فهو لا يميز منطقة في العالم دون غيرها. (Corter & Fleming, 2002)

تمثل الأم المصدر الأولي للرعاية والحب والحنان التي يحتاجه الطفل لنموه السوي في مختلف النواحي الجسمية، النفسية والعقلية والمعرفية، فهي تلعب دورا لا يستهان به في نشأة الطفل خاصة في السنوات الأولى من حياته، وهي المسؤولة عن تحقيق النمو النفسي السوي، كونها تمثل الموضوع الأولي المفضل لاستثماراته النزوية. (Baudier & Céleste, 2019)

الأمومة هي الدور الاجتماعي الذي يشمل الأدوار النفسية والعاطفية والاجتماعية لامرأة تصبح والدة لطفل، وتتضمن الأمومة مجموعة متنوعة من التجارب والمسؤوليات، بدءًا من الحمل والولادة والرعاية اليومية للطفل، وتشمل أيضًا توجيه الطفل نحو نموه وتنميته البدنية والعقلية والاجتماعية (Baudier & Céleste, 2019).

تشمل الأمومة العلاقة الخاصة بين الأم وطفلها، والرعاية والحب والدعم الذي تقدمه الأم للطفل، وتعتبر الأمومة أحد أهم وظائف الأم في المجتمع، حيث يعتمد صحة وتنمية الطفل إلى حد كبير على العلاقة بينه وبين والدته (Arendell, 2023).

فالأمومة ليست مجرد دور اجتماعي بسيط، بل هي تجربة غنية ومعقدة تشمل العواطف والمشاعر والمسؤوليات، وتلعب دورًا كبيرًا في تشكيل شخصية الأم وتأثيرها على تنمية الأطفال من شتى النواحي النفسية والاجتماعية والثقافية (Kaplan, 2013).

سلوك الأمومة عموماً هو شكل من أشكال الرعاية التي تؤمنها الأم لطفلها في كل الأجناس، كونها تمثل حجر الأساس في نمو الطفل النفسي والجسمي والانفعالي، وهي الراعي الأول والرئيسي له في كل احتياجاته، والمسؤول عن راحته وأطمئنانه، إذ أن نمو الطفل في السنوات الأولى يرتبط بشكل مباشر بطبيعة العلاقة التفاعلية مع أمه، حيث أن هذه العلاقة تختلف كثيراً عن طبيعة العلاقات الأخرى مع الأب والأخوة، فهي تتمتع لمكانة بالغة الأهمية في الحياة البيولوجية، النفسية والاجتماعية للطفل.

2. طبيعة العلاقة التفاعلية أم - طفل:

يعرف الشربيني ويسري (2000) العلاقة أم- طفل على أنها: "أول علاقة تربط الرضيع، وتكون مع أمه، وذلك نتيجة للطبيعة والوظيفة البيولوجية للأم، حيث أنها تلبي حاجاته البيولوجية مثل الرضاعة والنظافة والحماية من الجو البارد والساخن والأمراض، كما أن تلبية حاجات الطفل من قبل الأم يجعل الرضيع يتعرف عليها قبل أن يتعرف على والده. وفي حالة غياب الأم عن الرضيع، وخصوصاً عند شعوره بالجوع والحاجة إلى الرضاعة والنظافة، فإن الرضيع لا يتوقف عن البكاء حتى تحضر أمه" (الشربيني و يسري، 2000)

يشكل الرضيع عند ولادته وحدة نفسية قوية مع أمه، حيث تشكل عناية الأم بوليدها في البداية استجابة للمطالب البيولوجية له، كما أن مراقبة الأم لغذاء طفلها، تحدث تنوع في العلاقة بينهما، وهذا يعني أن الممارسات التي تقوم بها الأم ليست فقط استجابة لاحتياجات طفلها، بل هي بمثابة تعبير عن احتياجاتها أيضا. (GUTTON, 1983)

تتمثل العلاقة التفاعلية أم-طفل *La relation interactive mère-enfant*، في مجموعة من العمليات الدينامية التي تحدث بين الطفل وأمه، وتتجسد في مختلف التبادلات والنشاطات التي تقوم بها الأم ورضيعها في نفس الوقت، عن طريق عمليتي التأثر والتأثير، ويعرفها لوبوفيتشي (Lebovici, 2003) بأنها: " مجموعة العمليات التي تقوم الأم من خلالها بالتواصل مع طفلها، عن طريق إرسال بعض الرسائل، في حين يستجيب الرضيع في المقابل لهذه الرسائل." وتتضمن هذه العلاقة التفاعلات الجسمية والنفسية بين الطرفين، وتلعب الهرمونات الوراثية فيها دورا هاما في النمو الجسدي للطفل، في حين أن تمثلات الأم نحو طفلها تنعكس على الجانب النفسي لديه في إطار هذه العلاقة التفاعلية، وتؤثر نتيجة هذا النشاط على المواقف التفاعلية بينهما، وتبدأ هذه العلاقة منذ بداية الحمل، بدءا من المرحلة الجنينية، حيث يتأثر الجنين بكل ما يصدر عن الأم أو مختلف المواقف التي تواجهها في هذه الفترة، ومن ثم تظهر استجابات انفعالية أخرى بعد ميلاده. (موفق، 2017)

إن العلاقة بين الأم والطفل هي التفاعل الحميم والمتبادل الذي يتطور بينهما منذ ولادة الطفل، تشمل هذه العلاقة الاهتمام برعاية الطفل وتلبية احتياجاته اليومية والعاطفية، حيث تعبر الأم عن مشاعرها تجاه الطفل بحب ودفء، وهذا يسهم في تطوير العلاقة العاطفية بينهما، ويتضمن هذا التفاعل بينهما التواصل اللفظي وغير اللفظي، حيث تعبر الأم عن حبها واهتمامها بالطفل بوسائل متعددة، بالإضافة إلى ذلك، تقوم الأم بتعليم الطفل وتوجيهه نحو السلوكيات الصحيحة وتقديم الدعم العاطفي والأمان له، هذه العلاقة الوثيقة تلعب دورا أساسيا في تشكيل شخصية الطفل ونموه النفسي والاجتماعي (Tofail et al., 2023).

إن وجود الأم خلال السنوات الأولى أمر بالغ الأهمية للتطور النفسي العاطفي للطفل، كونه يمثل الموضوع الأولي والمفضل في كل استثماراته، حيث يستند عليها الطفل لإشباع حاجاته الفيزيولوجية والنفسية اللازمة، وتكوين شبكة اتصالية مع الأم، في هذه العلاقة الثنائية، تمارس الأم حضورا نشيطا محرضا من

خلال الاتصال البصري والسمعي والجلدي، وتضمن الحفاظ على استمرارية العلاقات الأساسية في حياته النفسية والجسدية، فالطفل الرضيع بفضل بكائه وابتسامته وكل الإشارات التي تصدر منه، وطرق الاتصال الموجهة إلى الأم، فإنه يساهم بقوة في تحديد معاشها النفسي وإشباعاتها وقلقها وشعورها بالذنب وتقديرها لذاتها كأم. (لوشاحي، 2010)

وحسب "ميشال فان" (1974) فالأم تلعب دور الوسيط بين المحيط الخارجي والرضيع، فالعلاقة الخاصة الطفل والأم تجعله في صدى مع محيطها ما يسميه "فينكوت" بالأم المحيط. كما أن العناية الأمومية حسب "فينكوت" جد ضرورية فهي التي توفر للطفل محيط جيد وملئم، إذ أن "أنا" الأم يعوض "أنا" الطفل الذي لم يتكون بعد، وهي أيضا تخلق لدى الطفل الرغبة في الحياة وتثير لديه الإحساسات الشبقية الذاتية، وبدون الأم فإن الميل نحو اللذة يفوق الميولات الأخرى، والإثارة لا تخص فقط اللذة ولكن أيضا الحب. (لوشاحي، 2010)

حسب قول "فينكوت" فإن "القدرة الفطرية للطفل لا يمكن أن تصبح طفلا إلا إذا تزوجت مع الاعتناء الأمومية" فالأم هي الأفضل في تقديم محيط جيد وملئم في هذه المرحلة فإن مصطلح "أم" مرادف لـ "المحيط" وإن محيط ذو نوعية جيدة منذ المرحلة المبكرة يسمح للطفل الصغير بأن يبدأ في التواجد وأن تكون لديه تجاربه الخاصة ويكون أنا شخصي، ويهيمن على غرائزه، ويواجه كل الصعوبات المرتبطة بالحياة. (Winnicott et al., 1992)

وقد أشار بولبي Bowlby إلى الأهمية الكبيرة للعلاقة أم-طفل في ضمان النمو العقلي السوي للطفل، والإحساس بالراحة لكلا الطرفين، حيث يرى أن الأمومة ضرورية لنمو الطفل في مراحلها المختلفة، كما هي ضرورية أيا لتعليمه المهارات الضرورية في الحياة، فالممارسات التي تقوم بها الأم تؤثر على سلوكيات طفلها، حيث أن التفاعلات الأولى بين الطرفين تضمن النمو المتجانس للطفل، والرعاية التي تتمثل في إطعامه ورعايته من ناحية اللباس والنظافة ليست بأهمية الكلام واللمسات والانفعالات والكلام التي تحدث بينهما، خاصة على الصعيد النفسي، ويجدر بالإشارة إلى أن دور الأم لا يقتصر فقط على السنوات الأولى في حياة الطفل، بل يمتد إلى المراحل القادمة منها، وذلك من خلال الممارسات التربوية والاجتماعية والثقافية التي تقوم بها الأم بهدف تنمية القدرات المعرفية وتطوير المهارات التواصلية

والاجتماعية للطفل، كما تساعد هذه التفاعلات في تنمية الشعور بالتعاطف لدى الطفل تجاه الآخرين، وهذا ما يؤدي بدوره إلى نمو الأخلاق والقيم الإيجابية. (بوكراع، 2021)

كما أظهرت دراسات الترابط بين الأم والطفل عند مختلف الجماعات البشرية، أن العائلة هي النواة الاجتماعية الرئيسية عند البشر، حيث اعتبر فوكس (1967) Fox الأم وأبنائها -وربما حتى أحفادها- القاعدة الاجتماعية الأساسية عند الجنسي البشري، وتختلف هذه الأقوام عن بعضها البعض في علاقة الأب أو انعدام علاقتها بهذه الوحدة، ففي بعض المجتمعات قد يرتبط الأب بهذه الوحدة بشكل دائم نسبيا، وقد يرتبط في مجتمعات أخرى بعدة وحدات (تعدد الزوجات)، بينما لا يرتبط الأب لا من قريب ولا من بعيد بهذه القاعدة الاجتماعية في بعض المجتمعات. (قنطار، 1992)

ويقول وينيكوت Winnicott في نفس السياق أن القدرة الفطرية للطفل لا تكتمل إلا إذا اقترنت مع الاعتناءات الأمومية، وهذا من أجل ضمان صحة نفسية جيدة، لكن لا تقتصر فقط على تواجد الأم لوحدها، بل أن الطفل يميل فطريا نحو الاندماج والنمو. (PERRON & Mijolla, 2002)

ركزت ميلاني كلاين Klein M على الصراعات التي تسبق عقدة أوديب، والتي تحدث في علاقة الأم بالطفل، حيث تحدد مرحلتين في السنة الأولى من حياة الطفل، وتتميز كل مرحلة منهما بنمط مميز من العلاقة بالموضوع، و المرحلة الأولى تعرف بالسادية الفمية، وتمتد خلال الأشهر الأربعة من حياة الطفل، حيث يقيم فيها الطفل علاقات بموضوع جزئي وهو ثدي الأم، حيث تسقط عليه النزوات الليبيدية و العدوانية، وإذا كان الثدي يمثل مصدر إشباع للطفل، يصبح " الثدي المحبوب الطيب" ، أما في حالة عدم الإشباع يصبح "الثدي السيء المكروه"، ومن ثم يحدث انشقاق للأنا فينقسم إلى أنا طيب وأنا سيء.

بالنسبة للمرحلة الثانية، تبدأ من سن الأربعة أشهر إلى نهاية السنة الأولى، يقيم الطفل فيها علاقات بأفراد آخرين، ويتم توجيه النزوات الليبيدية والعدوانية إلى الموضوع الكلي، حيث يكون موضوع الأم في حد ذاته محبوبا ومكروها في نفس الوقت، ويختبر التجاذب الوجداني المولد للشعور بالذنب، فيكون تابعا كليا لأمه ويحتاج إليها ويحبها، أما إذا لم تشبع الأم رغباته، فيشعر تجاهها نوع من الحقد والكره فيخاف فقدانها. (ميلاني، 1994) أما سيغموند فرويد لم يعطي في بداية أعماله الدور الأولي للأم في النمو النفسي

لطفلها، حيث أنه لم يعتبر موضوع فقدان الأم حدث صدمي خاص بالمراحل الأولى من الطفولة.
(PERRON & Mijolla, 2002)

ويرى فرويد أن الطفل الذي تمتع بحب أمه أثناء طفولته، هو شخص يتاح له كل شيء وكل الأبواب تكون مفتوحة أمامه، هذا ما يؤكد أهمية العلاقة التفاعلية بين الأم والطفل، ومدى تأثير هذا التفاعل في شخصية الطفل عند بلوغه، لهذا، فالطفل الذي تمتع بحنان أمه وحبها وعطفها دون اعتراضه لأية مشكلات نفسية خلال هذه الفترة، سيتعلم التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم دون أي مصاعب، حيث يكون قادرا على تحقيق ذاته. نلاحظ أن كل النماذج للعلاقات الاجتماعية تؤكد على المكانة الفريدة والهامة التي تشغلها الأم في حياة طفلها، لما لهذه العلاقة من أهمية وتأثير في حياته المستقبلية.

3. استجابة الأم تجاه ميلاد طفل مصاب باضطراب طيف التوحد:

تعتبر لحظة اكتشاف ميلاد طفل مصاب باضطراب طيف التوحد من أصعب التحديات التي تواجه الأسرة، فهذه الإعاقة من شأنها أن تؤدي تغيير نمط حياتهم الأسري والاجتماعي، كما أن تربية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يفرض مزيدا من الضغط على الأسرة، خاصة الأم، باعتبارها السند الأول والأساسي للطفل، ونظرا لكونها هي التي تتحمل العبء الأكبر في تربيته ورعايته، لاسيما أن هذا الطفل يكون غير قادر على ممارسة أنشطته اليومية بشكل عادي، وعلى هذا الأساس، فقط أجمع معظم العلماء والباحثين، على أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يمررن بمجموعة من ردود الأفعال العاطفية والسلوكية، عند معرفتهن بإعاقة ابنهن، وتختلف ردود الفعل هذه من أم إلى أخرى، إلا أن الغالبية منهم يمرون بنفس هذه المراحل التالية:

1.3 الشعور بالصدمة:

وهي أول مرحلة بعد اكتشاف الأم للإصابة ابنها باضطراب طيف التوحد، حيث تنتابها حالة من الذهول التام والعجز عن فعل أي شيء، وغالبا ما يصعب عليها تصديق ذلك، حيث قد تظهر بعض الانفعالات وردود الأفعال العنيفة والمتطرفة، وتنتابها مشاعر الأسى والحزن وعدم الرضا، والشعور بالذنب، كما لو أنها السبب في إعاقة ابنها، وغالبا ما يكون مصدر التأنيب هو الوراثة التي ورثتها لطفلها، إضافة إلى شعورها بالفشل والإحباط. (براجل، 2013)

وقد تدخل الأم في هذه المرحلة في فترة حداد نفسي، وهي بمثابة الحالة التي يعيشها الفرد أثناء فقدانه شخصا أو شيئا عزيزا، فهي لا تستطيع إدراك واقع أن طفلها غير عادي، حيث أن تصديق هذه الحقيقة يبعث على الحزن والإحباط وخيبة الأمل، وتحتاج الأم في هذه المرحلة الكثير من الدعم والتفهم والمساندة الاجتماعية، باعتبار أنها أكثر المراحل صعوبة وحساسية (Hamdi Bacha & Benseghir, 2024)

2.3 مرحلة الإنكار:

تلجأ الأم في هذه المرحلة لإنكار نتائج التشخيص، وتطلب إعادة إجراء الفحوص لمرات عديدة عند أطباء ومختصين آخرين، في أمل الحصول على نتائج مختلفة عن النتيجة الأولى، لكن دون جدوى، وهذا ما يؤدي غالبا إلى صراعات ونزاعات بين الأطباء والوالدين عموما والأمهات خصوصا، وكلما تستمر مرحلة الإنكار عند الأم، يصعب التكفل المبكر بالطفل المصاب. فالإنكار يعتبر من الاستجابات الطبيعية للأم في محاولة للتخفيف من وطأة الصدمة عند إدراكها لإعاقة ابنها، حتى تصل في النهاية لتوازن معقول بين واقع طفلها والأمل في تحسن حالته.

3.3 مرحلة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير:

في هذه المرحلة، تستبدل الأم مشاعر الغضب والحزن إلى شعور عميق بالذنب، حيث تفكر بأن الضرر الذي أصاب طفلها ما هو إلا عقاب من الله على لذنوبها، وأنها لم تتبع طرق الوقاية خلال فترة حملها، أو أنها لم تتغذى بشكل جيد، حيث تشعر بالذنب وتأنيب الضمير وتبدأ في لوم نفسها حيث تشعر بطريقة أو بأخرى أنها المسؤولة الأولى عن عجز طفلها، ومن ثم يتطور هذا الإحساس بالذنب ليصل أحيانا إلى الاكتئاب، وهنا تظهر استسلاما لحالة طفلها، وقد تلجأ إلى الانعزال والهروب من المجتمع أو تغييره، وقد يصل بها الحال إلى إغفاء اضطراب ابنها خوفا من نظرة المجتمع.

4.3 مرحلة ردود الفعل الانفعالية والعاطفية:

وتكون محصلة لخبية الأمل والأسى والإحباط الذي تشعر به الأم، حيث تبدي مشاعر وانفعالات سلبية تجاه نفسها والإفراد المحيطين بها، وحتى اتجاه طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، غالبا ما يكون الغضب هنا موجه نحو الذات، وتتولد لديها حساسية مفرطة اتجاه كلام الآخرين وأراءهم خاصة فيما

يتعلق بعجز طفلها واختلافه عن باقي الأطفال، كما ينتابها خوف وقلق على مستقبل طفلها، وتخاف من تكرار تجربة الحمل مرة أخرى خوفاً من إنجاب طفل آخر من ذوي الاحتياجات الخاصة.

5.3 مرحلة احتواء الأزمة:

تتقبل الأم في هذه المرحلة واقع معاناة طفلها وتستسلم له، وتحاول التكيف مع الوضع الجديد، وتبدأ بالبحث عن حلول وسبل للحصول على خدمات الرعاية الخاصة والتكفل بابنها. فيبعد كل المعاناة السابقة التي تمر بها الأم، في الأخير لا تجد مهرباً من تقبل واقعها والاعتراف باضطراب ابنها، فتدرك أنها كلما تأخرت في التقبل والتكيف مع الوضع الجديد، كلما تزيد احتمالية حرمان ابنها من الاستفادة من خدمات الرعاية الطبية والنفسية، والتكفل المبكر بحالته، وتتسم هذه المرحلة بدرجة كبيرة من النضج والتفهم الذي يأتي مقروناً بوصول الأم إلى تقبل حالة ابنها والتخلص من المشاعر والانفعالات السلبية التي تولدت نتيجة الشعور بالذنب ولوم الذات وانكار الواقع.

4. المشكلات النفسية لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

لا تنتهي العلاقة بين الأم والطفل بمجرد الولادة والانفصال الجسدي عن بعضهم البعض، بل تنشأ بداية لنوع لآخر من العلاقات بين الطرفين، حيث يؤثر ويتأثر الكل فيها ببعض، ولطالما كانت طبيعة هذه العلاقة محط اهتمام الكثير من العلماء والباحثين، فحاولوا دراسة مدى تأثير صحة الأم النفسية على الصحة العامة لطفلها، وتوصلوا إلى وجود علاقة طردية بين الصحة النفسية للأم والصحة الجسمية لطفلها، حيث تعاني الأم من مشكلات نفسية كلما أصيب الطفل بمشكلات جسدية، وهذا ما ينطبق تماماً على أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. (Bourke-Taylor et al., 2021)

تلجأ الأم الحامل بطريقة لاشعورية إلى تكوين ورسم صورة مثالية عن طفلها الذي لطالما انتظرت قدومه بشوق، فتكون الأم طيلة فترة حملها أجمل صورة عن طفلها، حيث تتصور قدومه قوي البنية، يتمتع بصحة جسدية جيدة، جميل الشكل، تتخيل حتى لون عينيه وشعره ودرجة بشرته... هذا ما يعرف "بالطفل الهوامي"، وعندما يأتي الطفل الذي لطالما انتظرت الأم الحامل قدومه على عكس الصور والهوامات التي كانت تبنيها عليه، تصطدم بصورة مشوهة ومغايرة تماماً لتوقعاتها، فتكون صدمة الأم كبيرة عند علمها بإعاقة ابنها، أو إصابته باضطراب طيف التوحد، وقد يصل بها الحال إلى إنكاره وعدم نسبه إليها، وهذا

راجع إلى الجرح النرجسي الذي سببه لها ولادة طفل غير سليم، وغالبا ما يعزز ذلك الجرح نظرة المجتمع لها وشعورها بأنها في مثيرة لشفقة الآخرين. فيصعب على الأم في هذه الوضعية تقبل عجز ابنها والتأقلم مع وضعيتها الجديدة، وتنتقل ردود أفعالها ما بين الصدمة والإنكار ومشاعر القلق والخوف والإحساس بالذنب ولوم الذات، وتؤثر هذه الانفعالات السلبية على الحالة النفسية لها، ما قد يسبب بدوره نشأة مختلف الاضطرابات النفسية والانفعالية.

لا شك في أن رعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد عملية بالغة الصعوبة والحساسية، تسبب ضغطا نفسيا كبيرا للأم التي عادة ما تواجه تحديات فريدة من نوعها، وهذا بسبب السلوكيات الغريبة التي يقوم بها ابنها خاصة في الأماكن العامة، كنوبات الغضب والصراخ أمام الملاء، فتكون ردة الفعل غير سارة نتيجة ردود أفعال الأفراد المشاهدين. (Dehnavi et al., 2011) إذ تتكبد الأم عناء كبيرا لرعاية طفلها وتلبية احتياجاته.

ويري لوبوفيتشي (1985) في هذا الصدد أن وجود اضطراب عند الطفل يؤدي إلى اختلال في التفاعل بين الأم والطفل، وهذا ما قد يؤدي بدوره إلى عجز الأم عن فهم متطلبات ابنها، أو توقع هذه المتطلبات، وبالتالي فإن الطفل الذي لا يستجيب لدعوات أمه سيؤدي بالمقابل إلى إثارة مشاعر الإحباط والحزن لديها، وهنا تفتش الأم في إشباع رغباتها الأمومية، وفي حال إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد، فتصاب بالإحباط أمام لامبالاة طفلها وعدم الرد على مبادراتها للاهتمام به ورعايته، فتشعر وكأنها غير موجودة، يرفض أي سبل للتواصل والتفاعل معها، ويصبح منطوي ومنغلق على نفسه، فتفقد الأم في هذه الحالة كل مصادرها الأمومية، فتصبح عاجزة على التعامل مع الوضعيات المختلفة بفعالية. (Lebovici & Stoléru, 1983) وهنا تلجأ إلى حالة من الانسحاب والانعزال الاجتماعي نتيجة شعورها بالعجز تجاه قصور طفلها ومعاناته، فتشعر أن لا أحد يستطيع فهم معاناتها والشعور بما تمر به.

ومن المتعارف عليه، أن إنجاب طفل يعاني من إعاقة نمائية كاضطراب طيف التوحد، مهمة جد مرهقة بالنسبة للأم باعتبارها الأكثر تدخلا وأهمية في عملية التكفل، حيث أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث أن مستوى الإجهاد النفسي لدى الأم أكثر من نظيره لدى الأب. (Vidyasagar & Koshy, 2010) كما أن الأطفال ذوي أمهات يعانين من مستوى عالي من الإجهاد النفسي لديهن مستوى تحسن أضعف من الأطفال ذوي الأمهات اللاتي لا يعانين من مستوى عالي من الإجهاد. (Mesibove & al,

(2010) فالأم تعد أقرب شخص لطفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، فهي لا تواجه مشاعر الذنب فحسب، بل تعاني أيضا من الشعور بقلّة الخيلة والعجز تجاه الدور الجديد الذي تفرضه عليها إعاقة طفلها، إضافة إلى المسؤولية الغير المعتادة التي وضعت على عاتقها، فلا شك أن كل هذه الخبرات والأحاسيس والمواقف الضاغطة التي تعيشها الأم تؤثر سلبيا وبشكل مباشر على صحتها النفسية.

الأمهات اللواتي يعتنين بشكل رئيسي بأطفال مصابين بـ اضطراب طيف التوحد يمكن أن يعانين من مستويات متزايدة من التوتر العاطفي وأعراض الاكتئاب والقلق بالمقارنة مع الآباء أو الوالدين الذين يعتنون بأطفال مصابين بأمراض تنموية أخرى أو الوالدين للأطفال الذين يتطورون بشكل عادي، حيث تؤثر التحديات المرتبطة بالتشخيص الذي يتعرض له الطفل وتحديات سلوك الطفل بشكل سلبي على الصحة النفسية للأمهات. ويمكن أن تؤثر مشاكل الصحة النفسية على العلاقة بين الأم والطفل، وهذه العلاقة تعتبر عاملاً حاسماً في تنمية ورفاهية الطفل (Kulasinghe et al., 2023).

هناك علاقة معقدة بين تحديات سلوك الأطفال والضغط التي تواجه الآباء والوالدين، حيث يمكن أن تكون مشكلات سلوك الأطفال سبباً في زيادة الضغوط النفسية للوالدين، والتي من ثم يمكن أن تزيد من مشاكل السلوك للأطفال مما يؤدي إلى تدهور العلاقة بين الأم والطفل، ويمكن أن يكون للأمهات تأثير سلبي على العلاقة مع أخوة أطفال مصابين بـ اضطراب طيف التوحد، وذلك بسبب الضغوط الزائدة التي قد تؤثر على التواجد العاطفي، أو بسبب التأثير النفسي للأطفال الذين يعانون من نفس الاضطراب، تكون التربية المباشرة أقل استجابة من الأمهات للأطفال ذوي فرصة زيادة تشخيص اضطراب طيف التوحد . (Ooi et al., 2016) إذا كانت الأم في حالة نفسية سيئة، فإن ذلك يمكن أن يؤثر على تنمية الأطفال من خلال سلوك التربية. الضغوط الزائدة على الوالدين يمكن أن تؤثر على فعالية التدخلات العلاجية المناسبة لهؤلاء الأطفال. (Guo et al., 2017)

تتميز تجربة الأمومة لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد بأنها جد مؤلمة ومرهقة خاصة من الناحية النفسية، حيث أثبتت الدراسات أن أمهات الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يعانون من مستويات عالية من الإجهاد، القلق والاكتئاب مقارنة مع أمهات الأطفال ذوي الاضطرابات الأخرى، من المؤكد أن تربية طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد من أصعب المهام التي تشكل تحديات نفسية وعاطفية للأم، وتختلف درجة المعاناة النفسية التي تشعر بها الأم حسب شدة الاضطراب لدى ابنها،

وحسب الدعم والمساندة التي تتلقاها من باقي أفراد أسرتها ومجتمعها، وهنا يجب التأكيد على أهمية التكفل النفسي بهذه الفئة وتقديم الدعم اللازم لها لمساعدتها على تخطي الصعوبات والمشكلات النفسية التي تواجهها، وهذا ما يساهم بدوره الأم على توفير الرعاية اللازمة لطفلها، والاهتمام به ومساعدته على التكيف مع اضطرابه وتحسين جودة حياته النفسية العاطفية، والاجتماعية.

5. الألكسيتيميا لدى أم طفل طيف التوحد:

تحمل تجربة الأمومة تحولاً عاطفياً كبيراً، حيث يزيد الشعور بالمسؤولية بشكل كبير عند المرأة عندما تضع وليدها، ومع ذلك، يصبح هذا الشعور أكثر تعقيداً عندما تكتشف الأم أن طفلها مصاب باضطراب طيف التوحد، وهو يختلف عن الأطفال العاديين، في هذه اللحظة، تواجه الأم واقعاً صعباً ومحبطاً يتعارض مع توقعاتها وآمالها بشأن طفلها، الذي رسمت له صورة مثالية في عقلها قبل ولادته. هذا الصراع الذي تعيشه الأم يدفعها إلى بذل جهد كبير للتغلب عليه، حيث تحتاج إلى تكييف نمط حياتها النفسي والأسري والاجتماعي بشكل كامل. هذا ما يفرض عليها ضغوطاً إضافية، خاصة أنها في غالب الأحيان تكون المسؤولة الرئيسية عن رعاية طفلها وتلبية احتياجاته، وهذا يكون أكثر تعقيداً لأن هذا الطفل غالباً ما يحتاج إلى رعاية خاصة وليس قادراً على أداء الأنشطة اليومية بشكل طبيعي.

إن رعاية طفل مصاب بطيف التوحد تشكل تحديات كبيرة وتسبب ضغوطاً نفسية للأم، حيث تحتاج إلى التكييف مع سلوكيات الطفل الغريبة والصعبة يومياً. إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد غالباً ما يحتاجون إلى دعم إضافي، مما يخلق صعوبات إضافية للأمهات، فبالإضافة إلى إدارة الروتين اليومي للطفل، تحتاج الأم إلى تعلم كيفية التعامل مع مشكلات السلوك والنوم والتغذية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. (Baraskewich et al., 2021) وبناءً على ذلك، تكون الأمهات للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد تحت ضغط كبير في مهمتهم كوالدين (DesChamps et al., 2020).

حيث تظهر الأم مشاعر متضاربة بين الاحتضان والحب للطفل وبين الإحباط والحزن بسبب عدم فهمها لاحتياجاته وسلوكه. قد تشعر الأم بالعجز عن تحقيق توقعاتها الأمومية، مما يزيد من شعورها بالإحباط والعزلة الاجتماعية، حيث يسبب الطفل ذو الإعاقة ضغوطاً على الأم التي تتحمل مسؤولية القيام بالرعاية اليومية لهذا الطفل المعاق، حتى بعد أن يصبح هذا الطفل المعاق بالغ في كثير من الأحيان فإن

وصمة العار الناجمة عن الإعاقة فيما يتعلق بقصور نمو الطفل ومخاوف الأم بشأن مستقبل طفلها ذو الإعاقة، هذه الضغوطات كلها تزيد كلها تزيد من العبء العاطفي على الأم, (Janik McErlean & Lim, 2020)

وبطبيعة الحال، فمن المتوقع أن هؤلاء الأمهات اللواتي تعانين من ضغوط طويلة الأمد بسبب رعاية طفل معاق، تظهر لديهن مشاكل جسدية ونفسية وانفعالية أكثر مقارنة بأمهات الأطفال الأصحاء، حيث أن طبيعة الإعاقة نفسها تمثل عاملاً يساهم في التحديات والمشكلات النفسية التي تواجهها أمهات هذه الفئة من الأطفال المعاقين وطريقة تعاملهن معهم (Ahmadikhah et al., 2017).

قد تلجأ الأم في بعض الأحيان إلى الإنكار عند مواجهة إعاقة طفلها، محاولة للتخفيف من حدة الصدمة. ثم تنتقل الأم إلى مشاعر الغضب والحزن والصدمة، وتبدأ في لوم نفسها وتتهم نفسها بأنها المسؤولة عن إعاقة طفلها. في هذه المرحلة، قد تعزل الأم نفسها اجتماعياً وتخفي إعاقة طفلها خوفاً من زيادة الضغط الاجتماعي والاستهجان من المجتمع، حيث تزيد هذه الوضعية الضاغطة للأم وقد تؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب والاضطرابات النفسية لديها، كما قد تظهر أعراض الألكسيتيميا لدى الأم، وهي حالة تتميز بصعوبة التعبير عن المشاعر والصعوبة في التمييز بين المشاعر والأحاسيس وصعوبة في التخيل والتفكير العملي، والألكسيتيميا يمكن أن تلعب دوراً في السيطرة على العاطفة المعبر عنها لدى الأم، حيث أن الألكسيتيميا تتضمن سمات عقلية تتعلق بالقدرة على التعرف على المشاعر ووصفها، والأشخاص الذين يعانون من مستويات عالية من الألكسيتيميا قد يواجهون صعوبة في فهم العواطف والتعبير عنها، فالأداء العاطفي الكافي ضروري للصحة النفسية والعلاقات البينية الصحية (Eisenberg et al., 2001)

يُشار إلى الألكسيتيميا على أنها حالة يواجه فيها الشخص صعوبة في تفسير مشاعره ومعالجتها والتعبير عنها، مما يؤدي إلى انخفاض الوعي العاطفي وزيادة العدوانية (Preece et al., 2023). وتعرف الألكسيتيميا بأنها قصور في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، ذلك بسبب ضعف قدرة الفرد على ترجمة الإشارات الانفعالية المستقبلية من الأفراد المحيطين به، وصعوبات في القدرة اللغوية التي تمكنهم من الوصف والتعبير عما يختلجهم من أحاسيس وعواطف إلى الأفراد الآخرين المحيطين بهم. (Butera et al., 2023)

على الرغم من أن الأمهات تبذل جهدًا كبيرًا للرعاية والاهتمام بأطفالهن، إلا أنهن يمكن أن يصبحن عرضة للضغوط النفسية والانفعالية. يمكن أن تكون الألكسيثيميا واحدة من الاضطرابات التي تظهر لديهن نتيجة للتحديات التي يواجهنها. (Roskam et al., 2018) يتمثل ذلك في صعوبة التعبير عن المشاعر والمشكلة في التعبير عنها بكلام، مما يؤدي في بعض الأحيان إلى تراكم العواطف والانفعالات داخل الجسم.

أظهرت العديد من الدراسات عن نتائج متناقضة فيما يتعلق بتأثير الألكسيثيميا الأمومية " Maternal Alexithymia" على تكيف الأطفال، على سبيل المثال، دراسة أجراها تارانينو وآخرون. Tarantino et al. أشارت إلى الارتباط بين الألكسيثيميا لدى الأم ومستويات القلق لدى الطفل في المدرسة، وقلق الانفصال، والشعور بالذنب، والخوف من الرفض، مما يؤدي بالتالي إلى ضعف الأداء في المدرسة وصعوبات التعلم، وهي كلها أمثلة على سوء التكيف (Tarantio et al. 2018) ومع ذلك، ذكر نوه Noh أن الاكتئاب الأمومي يؤدي إلى توازن اكتئاب الأم وسوء التكيف والقلق والاكتئاب لدى الطفل (Noh, 2017).

نفس الشيء في حالة الأشخاص المصابين بالتوحد، تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أيضًا من اضطرابات عاطفية، حيث أنهم في الغالب غير مهتمين بفهم مشاعر الآخرين ولا يمكنهم التعبير بحرية وبسهولة عن مشاعرهم الخاصة. (Zager et al., 2012)

مما لا شك فيه أن معاناة الأم من درجة مرتفعة من الألكسيثيميا ومعايشتها لكل هذه الاضطرابات النفسية والانفعالية التي تعاشها أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، من شأنها أن تؤثر بالسلب على طريقة تعاملها مع طفلها، وهذا ما يشكل بدوره عائقًا مع رعايتها السوية له واهتمامها به، كما يمكن أن تزيد معاناة الأمهات من مستويات مرتفعة من الألكسيثيميا من احتمالية إهمال أطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد، أي عدم مبالاتهم بتعليم أطفالهم وعدم الاستجابة لاحتياجاتهم، وهو ما يعتبر شكلاً من أشكال إساءة معاملة الأطفال، مما يسبب ضررًا نفسيًا للشخص و تعطيل نمو الطفل وتطوره، ومن ناحية أخرى، فإن الاهتمام الكافي بالطفل يطور ارتباطًا آمنًا مع أمه، ومن ثم يمكن أن نستنتج أن الإهمال يؤثر سلباً على تطور العلاقة المرغوبة ويمكن أن يؤدي إلى عدم تكيف الطفل في وقت لاحق من الحياة (Hesami et al., 2023)

بشكل عام، يمكن القول أن العلاقة المبكرة بين الأم والطفل هي المسؤولة لضبط تجارب الطفل العاطفية والسلوكية، إلى جانب ذلك، فإن إهمال الأم لطفلها يمكن أن يسبب أضرارًا نفسية وسوء تكيف، مثل عدم القدرة على حل المشكلات وحل النزاعات، ومشاكل العلاقات الأسرية، وضعف النمو والتطور، وانخفاض التحصيل الأكاديمي، وزيادة المشاكل النفسية، وارتفاع مستويات القلق والاكتئاب والعدوانية والانحراف والسلوكيات الاندفاعية لدى الأطفال والمراهقين، وهذا ينطبق على جميع الأطفال، بغض النظر عما إذا كان أحد أفراد الأسرة مصابًا باضطراب طيف التوحد أم لا. (Oh & Song, 2018)

في بعض العائلات التي تعاني من وجود أطفال معوقين عصبياً، تمت ملاحظة أن الأمهات يتعرضون لمخاطر أعلى للإصابة بالألكسيتيميا (Durukan et al., 2018) كما أن هناك علاقة طردية بين مستوى الألكسيتيميا لدى الأمهات وشدة الاضطرابات السلوكية لدى الأبناء، أي أن الألكسيتيميا لدى الآباء ترتبط بسلوكيات متكررة ومعيارية للأطفال الذين يعانون من التوحد. (Temelturk et al., 2021)

يؤكد ابازاري Abazari أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غالبًا ما يظهرون سمات الألكسيتيميا، بما في ذلك صعوبة التركيز في المحادثات وعدم المرونة وصعوبة التكيف مع التغيير . (Abazari et al., 2016)

كل هذه العوامل من شأنها أن تجعل أم الطفل ذو اضطراب طيف التوحد تعيش حالة جرح نرجسي عميق وإحباط داخلي مما يفاقم لديها الشعور بالحزن والضيق والألم، ويزيد من شعورها بالضغط النفسي والتوتر، وتصبح الأم في هذه الحالة عاجزة عن التعبير عن مشاعرها انفعالياً، وهذا ما يتجسد في ظهور نزعة ألكسيتيميا لديها، وبالتالي تظهر هذه المعاناة في صورة اضطرابات سيكوسوماتية، حيث أن الجسم في هذه الحالة يعبر عن الاضطرابات النفسية والانفعالية التي تعيشها الأم عن طريق الأعضاء الجسدية، بدل من التفريغ الانفعالي للعواطف والانفعالات عن طريق الكلام والطرق السليمة.

تشير النتائج المستندة إلى معظم الدراسات التي تم التطرق إليها إلى الدور الحيوي الذي تلعبه الأم في حياة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، إذ يظهر أن إعاقة الطفل لا تقلل من احتياجه إلى الإحساس بالحب والدعم الأمومي، والشعور بالأمان والاستقرار في جو أسرته، حيث أن الأمهات يشاركن في معظم جوانب حياة الطفل النفسية، الأسرية والاجتماعية، بالإضافة إلى ذلك، يتعين على الأمهات

الالتزام بملازمة أطفالهن خلال جلسات العلاج والفحص والرعاية، وتبذل مجهودات كبيرة لمواجهة التأثيرات السلبية لإعاقة أطفالهن على مختلف المستويات، وهن يعملن بجد على تلبية احتياجات أطفالهن وتذليل جميع الصعوبات والعقبات التي تقلل من توافقهم النفسي والاجتماعي، وتعيق فرصهم لتحسين حالتهم وتقدمهم، ويتعزز من هذا الوضع دور الأم في تحسين حالة طفلها ومساره العلاجي.

وفي هذا السياق، تشدد الباحثة على أهمية تقديم برامج داعمة نفسية وبرامج علاجية وإرشادية متنوعة كالمراقبة النفسية للأمهات اللواتي يعتنين بأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، يتعين ذلك لتقديم الدعم النفسي والعاطفي لهن، حيث يُعتبرن حالات تحتاج إلى رعاية علاجية خاصة حالهن حال الأطفال المصابين بإعاقات مختلفة، فلا يجب فقط التركيز على رعاية الطفل المعاق وإهمال الحالة النفسية التي تعيشها هذه الأم جراء رعاية الطفل المعاق.

خلاصة الفصل:

لطالما كان اضطراب طيف التوحد من أخطر المشكلات النمائية الغير عضوية التي تواجه كل المجتمعات دون استثناء، وأكثرها غموضا وتعقيدا، كونه يؤثر سلبيا على حالة الطفل من جهة، ويؤثر على أفراد أسرته، -ولا سيما الأم- من جهة أخرى، فلا يختلف اثنان أن رعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بكل ما يميزه من خصائص سلوكية، من قصور في التواصل التفاعل الاجتماعي، والسلوكيات الغريبة والنمطية، هي مهمة جد شاقة ومتعبة، فالطفل يجد صعوبة حتى في تعلم مهارات العناية بالذات كالأكل واللبس والنظافة، التي تعتبر مهارات روتينية يقوم بها أقرانه من العاديين بكل بساطة، هذا ما يجعل أعباء هذه الوظائف الاستقلالية مصدر قلق وإرهاق وضغط على الأم التي تقوم بكل هذه المهمات غالبا لوحدها، كل هذه الضغوطات تجعل الأم في حيرة وتخوف من مستقبل ابنها، فتعيش في حالة يأس وحزن وتوتر، تفوق قدرتها على التحمل.

ونظرا للحالة المرهقة التي تعيشها أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، فإن هذا الأمر يجعلها مستهدفة بالدرجة الأولى إلى نشأة مجموعة من الاضطرابات النفسية والجسدية، كالألكسيتيميا، حيث يختل التوازن الداخلي لديها، وتصبح غير قادرة على التعبير عن انفعالاتها بالكلام للأخريين من حولها، فتجد هذه الانفعالات مخرجا آخر عن طريق أعضاء الجسد، وتترجم إلى اضطرابات سيكوسوماتية تستهدف أجهزة الجسم المختلفة، ومن هذا المنطلق، نلتمس أهمية المرافقة النفسية لهذه العينة، للتكفل بها والتخفيف من إجهادها النفسي والتخفيف من وطأة معاناتها، وبالتالي مساعدتها على رعاية ابنها المصاب باضطراب طيف التوحد بشكل أفضل.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

-تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

1.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية

2.1 منهج الدراسة الاستطلاعية

3.1 حدود الدراسة الاستطلاعية

4.1 عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها

5.1 أدوات الدراسة الاستطلاعية

6.1 نتائج الدراسة الاستطلاعية

7.1 أوجه الاستفادة من الدراسة الاستطلاعية

2. الدراسة الأساسية

1.2 منهج الدراسة

2.2 حدود الدراسة

3.2 مجتمع وعينة الدراسة

4.2 خصائص عينة الدراسة

5.2 أدوات الدراسة

1.5.2 مقياس تورونتو للأكسيتيميا (TAS-20)

2.5.2 المقابلة العيادية

3.5.2 الملاحظة العيادية

4.5.2 برنامج المرافقة النفسية (من إعداد الباحثة)

6.2 الأساليب الاحصائية

-خلاصة الفصل

تمهيد:

لا تخلو أي دراسة من الجانب النظري، الذي يعد بمثابة الخلفية المعرفية للبحث، والأساس المعرفي الثابت الذي تقام عليه النظريات، ومن خلاله تتم صياغة فرضيات، إلا أن الدراسة لا يمكن أن تكون كاملة إلا من خلال الجانب الميداني، الذي يوفر لنا البيانات الموضوعية اللازمة التي نستطيع من خلالها التحقق من صحة فروض الدراسة أو نفيها، وهذا ما نهدف إلى تبنيه في هذا الفصل الإجرائي، بغية تحديد موضوع الدراسة بأكثر دقة ممكنة، والتمكن من استكشاف وتشخيص طبيعة الموضوع، والإحاطة بتساؤلات الدراسة، والتحقق من الفرضيات المتاحة كإجابات مؤقتة للإشكالية المطروحة، وذلك باستخدام مجموعة من الأدوات المناسبة التي يمكن من خلالها تحقيق أهداف الدراسة.

سنتناول في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية على شقين: حيث سنتعرض في الشق الأول للفصل إلى إجراءات الدراسة الاستطلاعية، كخطوة تمهيدية للدراسة الأساسية، والتي سنقوم فيها بالتطرق إلى أهداف الدراسة الاستطلاعية، منهجها، حدودها، أدواتها، والنتائج التي تم التحصل عليها بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية، أما بالنسبة للشق الثاني من الفصل، فسيتناول وصفا للإجراءات التطبيقية المتبعة في الدراسة الأساسية، ابتداء من المنهج الذي تم اختياره ليتناسب مع أهداف البحث، ومن ثم تحديد حدود الدراسة، ليليه وصف لمجتمع وعينة الدراسة، وخصائصها، إضافة إلى أدوات الدراسة التي سنستعملها مع أفراد العينة، وعرض مفصل لجلسات المرافقة النفسية التي تم تطبيقها مع أفراد العينة التجريبية، وختاماً تطرقنا إلى الأساليب الإحصائية المتبعة لمعالجة وتحليل البيانات.

1. الدراسة الاستطلاعية:

للقيام بأي بحث علمي لابد على الباحث من إجراء دراسة استطلاعية تساعده على تحديد أبعاد بحثه، وتحقيق الأهداف المراد الوصول إليها من خلال الدراسة، فهي عبارة عن دراسة فرعية يقوم بها الباحث بمجموعة من المحاولات الاستكشافية التمهيدية قبل الانخراط في الدراسة الأساسية، وحتى يتمكن من التحقق من صحة خطة بحثه، وأدواته، ومدى ملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به.

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة تمهيدية للدراسة الميدانية الأساسية، ومعد الطريق لسير البحث العلمي وتقدمه، حيث تهدف إلى جمع أكبر قدر من البيانات والمعلومات الأساسية حول ميدان الدراسة، كما تساعد الباحث على الإلمام والإحاطة بمشكلة البحث، وصياغة الفرضيات الممكنة حولها، ولا تتوقف أهمية الدراسة الاستطلاعية على هذا الحد، بل تتعداه كونها تتمثل في المحدد والضابط لمتغيرات الدراسة، وتطلع الباحث على أهم العقبات والصعوبات التي قد تعترضه في ميدان الدراسة، (طه، 2000) وما يظهر من النواحي التي تستلزم التغيير، حيث يقوم الباحث من خلالها بالمراجعة النهائية لخطوات الدراسة، حتى يضمن سلامة تطبيق الدراسة الأساسية.

بغية تقصي الحقائق الأولية حول موضوع الدراسة ميدانيا، قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية، متبعين في ذلك الاجراءات المنهجية المعتمدة في البحث العلمي، للتحقق من مدى ملائمة الظروف الميدانية للقيام بهذه الدراسة، وضمان توفر عينة الدراسة والتقرب منها، والتمكن من صياغة الفروض بطريق سليمة، وضبطه على ما تم استخلاصه ميدانيا وليس نظريا فقط، والتأكد من مدى ملائمة أدوات الدراسة، وبالتالي الإلمام بأكبر قدر من البيانات.

دراستنا الحالية الموسومة ب: "أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات

الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد طيف التوحد، قد تم اختيارها نتيجة الاطلاع المستمر على الأدبيات والدراسات السابقة التي اهتمت بمختلف الاضطرابات النفسية التي يعاني منها أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات العامة بصفة عامة، وفئة الأمهات بصفة خاصة، ومختلف البرامج العلاجية والإرشادية التي تم تطبيقها على هذه العينة، للتخفيف من معاناتها النفسية، حيث تبين لنا أن الكثير من هذه الدراسات متشابهة مع دراستنا من حيث العينة، وهي أمهات أطفال طيف التوحد، إلا أنها تختلف مع دراستنا بشكل كبير من حيث المتغيرات "المرافقة النفسية، الألكسيتيميا"، بينما الدراسات المطابقة لدراستنا الحالية تكاد

تكون منعدمة سواء في البيئة العربية أو الأجنبية -على حد علم الباحثة-، الأمر الذي استوقفنا لدراسة هذه الإشكالية.

1.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

سعت الدراسة الاستطلاعية التي أجريناها في بحثنا الحالي لتحقيق مجموعة من الأهداف نذكرها فيما يلي:

- التأكد مما تم الاطلاع عليه وتجميعه من كم نظري ومعرفي متعلق بجوانب موضوع الدراسة.
- التعرف على ميدان الدراسة والمجتمع الأصلي وحجم العينة المتوفرة حسب المجتمع الأصلي.
- صياغة فرضيات الدراسة على أسس وقواعد علمية ومنهجية.
- التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) بحساب صدق وثبات المقياس.
- التعرف على الصعوبات التي قد تواجه الباحثة في الميدان خلال القيام بالدراسة الأساسية ومحاولة التغلب عليها وإيجاد حلول فعالة لتسهيلها.
- التأكد من تجاوب أفراد العينة مع أدوات الدراسة، التعرف على ميدان تطبيق برنامج المرافقة النفسية.
- التعرف على الأماكن والأوقات التي قد تتواجد فيها أفراد العينة، حتى يتسنى لنا التقرب منها والتعرف عليها، لتوفير الوقت والجهد خلال تطبيق الدراسة الاستطلاعية.
- الإحاطة بمختلف المعطيات والجوانب سواء كانت مادية أو معنوية أو بشرية التي قد تحتاجها الباحثة أثناء تطبيق برنامج المرافقة النفسية في الدراسة الأساسية.
- التحقق من فعالية برنامج المرافقة النفسية الذي تم تصميمه من طرف الباحثة من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية، وضبط أدوات البحث المناسبة لمقياس المتغيرات والتحقق من فرضيات الدراسة.

2.1 منهج الدراسة الاستطلاعية:

اعتمدت الباحثة في الدراسة الاستطلاعية على نوعين من المناهج، هما المنهج الوصفي والمنهج الشبه تجريبي ذو الحالة الواحدة، وذلك بما يتناسب مع طبيعة أهداف هذه المرحلة وطبيعة المعطيات المراد جمعها. فقد استخدم المنهج الوصفي من أجل فحص الظاهرة كما هي ميدانيًا، وجمع بيانات أولية كمية وكيفية حول متغيرات الدراسة، في حين تم الاستعانة بالمنهج الشبه تجريبي ذو الحالة الواحدة بهدف اختبار أولي لفعالية برنامج المرافقة النفسية الذي أعدته الباحثة، وذلك على عينة محددة تنتمي للفئة المستهدفة.

أولاً، تم اعتماد المنهج الوصفي بوصفه أنسب المناهج لرصد الخصائص العامة للعينة الاستطلاعية (كالسن، المستوى التعليمي، الوضع المهني والاقتصادي)، والتعرف على طبيعة الميدان ومكوناته، ومدى جاهزيته لتطبيق الدراسة الأساسية. كما مكن هذا المنهج الباحثة من تحليل استجابات العينة على مقياس تورونتو للأكسيتيميا (TAS-20)، وتحديد مستوى الأكسيتيميا لدى الأمهات، بالإضافة إلى فحص الصعوبات الميدانية المحتملة، ورصد المعوقات التي قد تعيق تنفيذ الدراسة بشكل فعال.

ثانياً، تم الاستعانة ب المنهج الشبه تجريبي ذو الحالة الواحدة (Single Case Design)، وهو يُستخدم غالباً في الدراسات النفسية الإكلينيكية، خاصة حين يتعذر تشكيل مجموعات مقارنة لاعتبارات أخلاقية أو لوجستية. وقد ارتأت الباحثة اعتماد هذا المنهج لتطبيق تجريبي أولي لبرنامج المرافقة النفسية على إحدى الحالات المنتمية إلى العينة الاستطلاعية، والتي كانت تعاني من مستوى مرتفع من الأكسيتيميا حسب نتائج القياس القبلي. وقد أتاح هذا التصميم تتبع التغيرات النفسية والانفعالية لدى الحالة محل الدراسة قبل التدخل (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي)، مما مكن من تقييم أولي لفعالية البرنامج، والتحقق من ملاءمته قبل تعميمه في الدراسة الأساسية.

3.1 حدود الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية خلال المدة الزمنية الممتدة بين ديسمبر (2022) إلى أبريل (2023) وقد دامت لمدة أربعة أشهر تقريباً، وتم إجراء الدراسة الاستطلاعية في أربعة أماكن:

__ المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بولاية تبسة.

__ المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بقالة.

- _ جمعية نبراس لأولياء أطفال التوحد بقالمة.
- _ مركز الأمل الخاص بالتكفل النفسي والبيداغوجي بولاية قالمة.

4.1 عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (32) أم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد تم اختيارهم بطريقة المسح الشامل، وقد تم تطبيق مقياس تورونتو للأكسيتيميا (TAS-20) على هذه العينة بهدف التعرف على مستوى الأكسيتيميا لديهن، وكذا الكشف عن الفروق - الكشف عن فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير السن، الكشف عن فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وكذا الكشف عن فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

وقد تم اختيار أم واحدة (1) من عينة الدراسة الاستطلاعية كانت قد تحصلت على مستوى مرتفع من الأكسيتيميا بعد تطبيق مقياس تورونتو للأكسيتيميا (TAS-20)، بهدف التعرف أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الأكسيتيميا لدى الحالة، والتحقق من إمكانية تطبيق برنامج المرافقة النفسية على أمهات أطفال طيف التوحد، ومدى سهولة وصلاحيه التقنيات التي تم اختيارها من طرف الباحثة للتطبيق مع أفراد العينة الأساسية. كما هدفت الدراسة الاستطلاعية أيضا إلى التحقق من صلاحية الأداة للتطبيق، وذلك من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة (سيتم التطرق إلى الخصائص السيكومترية للمقياس لاحقا مع أدوات الدراسة). وتتمثل خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية في السن، الوضعية المهنية، المستوى التعليمي والاقتصادي للأمهات، كما يلي:

1.4.1 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن:

جدول رقم 1: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن:

النسبة	التكرار	السن
3.1	1	من 20 الى 30 سنة
46,9	15	من 31 الى 40 سنة
31,3	10	من 41 الى 50 سنة
18,8	6	من 51 الى 60 سنة
100.0	32	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

يبين الجدول رقم (1) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن، حيث يظهر لنا أن الفئة العمرية السائدة بين أمهات أطفال التوحد بنسبة (46,9%)، هي بين " 31 الى 40 سنة".

2.4.1 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المهنة:

جدول رقم 2: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المهنة:

النسبة	التكرار	المهنة
31.3	10	موظفة
68.8	22	ماكثة في البيت
100.0	32	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

يبين الجدول رقم (2) توزيع أمهات أطفال التوحد حسب متغير المهنة، حيث أن نسبة (68.8%) منهن ماكثات في البيت وغير عاملات.

3.4.1 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي:

جدول رقم 3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
50	16	متوسط
25	8	ثانوي

25	8	جامعي
100.0	32	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

يبين الجدول رقم (3) توزيع أمهات أطفال التوحد حسب متغير المستوى التعليمي، حيث أن نسبة (50%) منهن من المستوى المتوسط، بينما ينقسمن (50%) الباقيين بالتساوي بين المستوى الثانوي والجامعي.

4.4.1 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي

جدول رقم 4: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي:

النسبة	التكرار	المستوى الاقتصادي
65,6	21	متوسط
34,4	11	منخفض
100.0	32	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

يبين الجدول رقم (4) توزيع أمهات أطفال التوحد حسب متغير المستوى الاقتصادي، حيث أن نسبة (65,6%) منهن من المستوى الاقتصادي المتوسط.

5.1 أدوات الدراسة الاستطلاعية:

1.5.1 مقياس تورونتو للألكسيثيميا: (Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

يعتبر مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) أفضل الأدوات لقياس الألكسيثيميا من ناحية الخصائص السيكومترية، حيث تم استخدامه في آلاف الدراسات عبر العالم، وقد أشارت إلى مدى صدق وثبات المقياس، وهو مقياس للتقييم الذاتي للألكسيثيميا، قام بتصميمه باغبي وتايلور وراين، Bagby, Taylor and Ryan سنة (1994) كان يحتوي على 16 بند، وقاموا بتعديله فأصبح يحتوي على 20 بند حالياً، موزع على ثلاثة محاور هامة: (Ramzi et al., 2023)

- المحور الأول: صعوبة وصف المشاعر (Difficulty Describing Feelings (DDF

- المحور الثاني: صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات (Difficulty Identifying Feeling (DIF)

- المحور الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج (Externally Oriented Thinking (EOT)

تم توزيع درجات الإجابة على فقرات المقياس بطريقة ليكرت Likert الخماسية، حيث يحصل المستجيب على (5) درجات عندما يجيب بـ "موافق بشدة"، و(4) درجات عندما يجيب بـ "موافق" و(3) درجات عندما يجيب بـ "محايد"، ودرجتان (2) عندما يجيب بـ "معارض"، ودرجة واحدة (1) عندما يجيب بـ "معارض بشدة"، وتم تقسيم المقياس الخماسي إلى ثالث فئات وتعتبر درجة الألكسيثيميا منخفضة إذا كانت ما دون (2.33) وتكون متوسطة بين (2.34-3.67)، وتكون مرتفعة إذا كانت (3.68) فأعلى. (Zahid et al., 2024)

2.5.1 المقابلة العيادية:

تعد المقابلة العيادية علاقة دينامية بين طرفين، بحث يكون أحدهما هو الفاحص والآخر هو المفحوص، في إطار علاقة إنسانية ناجحة بينهما، بغرض جمع المعلومات اللازمة للبحث عبر طرح مجموعة من الأسئلة من الفاحص التي يتطلب الإجابة عليها من قبل المفحوص. (Carreiras et al., 2023) قد تم إتباع المقابلة العيادية النصف الموجهة مع حالة الدراسة الاستطلاعية كونها تتماشى مع أهداف الدراسة، كما أن الحالة أظهرت تعاوننا معنا وأبدت استعدادا لعرض حالتها ومعاناتها منها وكيفية تجاوزها، مما سهل علينا عملية الاتصال وجمع المعلومات بكل يسر وسهولة.

3.5.1 المرافقة النفسية (من تصميم الباحثة):

تعتبر المرافقة النفسية أسلوب من الدعم العلاجي والتكفل النفسي، قائمة على أساس بناء علاقة بين المعالج والشخص المعني بعملية المرافقة، وذلك من خلال تطبيق مجموعة من التقنيات العلاجية والإرشادية التي تهدف إلى تقديم يد العون للفرد الذي يمر بمواقف ضاغطة، وتوجيهه إلى فهم ذاته والاستبصار بها، (Watkins, 2015) وتكون المرافقة النفسية غالبا مفيدة مع أسر الأطفال الذين يعانون من إعاقات مختلفة، كأسر أطفال اضطراب طيف التوحد. ارتأينا في دراستنا الاستطلاعية تطبيق برنامج المرافقة النفسية مع أم لطفل يعاني من اضطراب طيف التوحد بمختلف تقنياته (سيتم ذكر تفاصيل البرنامج وإجراءاته لاحقا في الدراسة الأساسية)، للتحقق من مدى فعاليته.

6.1 نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) على عينة الدراسة الاستطلاعية التي تمثلت في (32) أم من أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 5: يوضح مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد:

الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
صعوبة وصف المشاعر	3,01	0,92	18,43	31	0.00
صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	2,83	1,03	15,50	31	0.00
التفكير الموجه نحو الخارج	2,81	0,60	26,26	31	0.00
الألكسيتيميا	2,89	0,61	26,44	31	0.00

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

من الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي للألكسيتيميا قدر ب (2.89) وهو في مجال المتوسط الفرضي (2,33-3,67)، مما يدل على أن مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد متوسط وهذا ما تؤكدده قيمة T الدالة عند الدلالة (0.05)، وبوجه التفصيل نجد أن الأبعاد: صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات، التفكير الموجه نحو الخارج، جميعها دالة عند مستوى الدراسة المفترض في الدراسة (0.05)، وجميعها ذات مستوى متوسط.

جدول رقم 6: يمثل الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير السن:

المتغير الديمغرافي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
السن	بين المجموعات	0.242	3	0,081	0.195	0.899
	داخل المجموعات	11,61	28	0,415		

			31	11,85	المجموع	
--	--	--	----	-------	---------	--

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

نلاحظ من الجدول رقم (6) أن قيمة F بلغت (0.195) بمستوى دلالة (0.899) وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا (0.05)، وذلك بالاعتماد على اختبار ANOVA، ومنه نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير السن.

جدول رقم 7: يمثل الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات

طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي:

المتغير الديمغرافي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	بين المجموعات	0.339	2	0,169	0,427	0,657
	داخل المجموعات	11,51	29	0,397		
	المجموع	11,85	31			

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

نلاحظ من الجدول رقم (7) أن قيمة F بلغت (0.427) بمستوى دلالة (0.657) وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا (0.05)، وذلك بالاعتماد على اختبار ANOVA، ومنه نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

جدول رقم 8: يمثل الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات

طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي

توزيع الأفراد حسب المستوى الاقتصادي	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
متوسط	21	2,71	0,588	2,39	0.023
منخفض	11	3,22	0.549		

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

نلاحظ من خلال الجدول الرقم (8) أن هناك تقارباً في درجات المتوسطات الحسابية بين المستوى المتوسط والمنخفض في درجات الألكسيتيميا مع تفوق لصالح المستوى المنخفض، وذلك بالاعتماد على اختبار ANOVA، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة "T" (2,39) عند مستوى دلالة (0.023) وهو أصغر من (0,05).

➤ التطبيق الأولي لبرنامج المرافقة النفسية:

في إطار التحقق من فعالية البرنامج المصمم، تم تنفيذ تطبيق أولي تجريبي لبرنامج المرافقة النفسية على إحدى الحالات المنتمية إلى العينة الاستطلاعية، وهي أم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، كانت تعاني من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا حسب نتائج القياس القبلي. وقد تم اختيار هذه الحالة استناداً إلى مطابقتها لمعايير العينة المستهدفة، ورغبتها الصريحة في تلقي المرافقة النفسية ضمن بيئة علاجية آمنة. نُفذ البرنامج في المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بولاية تبسة (الجزائر)، وذلك خلال الفترة الممتدة من 10 ماي 2023 إلى 25 جوان 2023، أي ما يعادل قرابة شهر ونصف. وقد اعتمدت الباحثة في هذا التطبيق على التصميم الشبه تجريبي ذو الحالة الواحدة (Single Case Design)، بوصفه الأنسب لمتابعة التغيرات النفسية والسلوكية لدى الحالة في إطار زمني محدد. تمّ في بداية التدخل تطبيق القياس القبلي لمستوى الألكسيتيميا باستخدام مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، تلا ذلك تنفيذ البرنامج العلاجي وفق الجدولة الزمنية المعتمدة، ثم أُعيد تطبيق القياس البعدي باستخدام الأداة نفسها للتحقق من مدى فاعلية البرنامج في خفض مستوى الألكسيتيميا. وقد خضع البرنامج قبل تطبيقه للمراجعة العلمية من طرف مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس، والذين أقرّوا بصلاحيته ووجاهة محتواه مع اقتراح تعديلات طفيفة تم أخذها بعين الاعتبار.

➤ إجراءات الدراسة:

الحالة (ز) هي سيدة تبلغ من العمر 48 سنة، متزوجة وأم لثلاثة أطفال، أصغرهم طفل يبلغ من العمر 10 سنوات مصاب باضطراب طيف التوحد، ويتابع حالته في المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بولاية تبسة. التقت بها الباحثة في مكتب الأخصائي النفسي بالمركز نفسه. السيدة ربة بيت، ذات مستوى تعليمي ثانوي ووضع اقتصادي منخفض، ما جعلها تواجه صعوبات متزايدة في التكيف النفسي مع متطلبات رعاية طفلها. أوضحت الأم خلال اللقاء الأول أنها تمر بحالة من الإجهاد النفسي

العميق، مشيرة إلى شعورها المتواصل بالإرهاق العاطفي والتوتر، كما عبّرت عن رغبتها السابقة في تلقي المساعدة النفسية من عيادة مختصة، غير أن ظروفها المادية لم تسمح بذلك. وقد استقبلت عرض الباحثة بالمشاركة في برنامج مرافقة نفسية مجاني بامتنان كبير، معتبرة ذلك فرصة لتلقي الدعم الذي طالما شعرت بحاجتها إليه.

في مرحلة جمع المعطيات الأولية، اعتمدت الباحثة على المقابلة العيادية نصف الموجهة، والتي ضُممت وفق خمسة محاور رئيسية: البيانات الشخصية، الحالة النفسية العامة للأُم في ظل إعاقة طفلها، العلاقات الأسرية والاجتماعية، الأعراض المرتبطة بالألكسيتيميا، وأخيرًا رؤيتها للحياة المستقبلية. كما استعانت الباحثة بالملاحظة العيادية لتسجيل المؤشرات السلوكية والمظاهر الجسدية والعاطفية واللغوية والمعرفية أثناء اللقاءات. بالإضافة إلى ذلك، تم تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) لتحديد مستوى الألكسيتيميا قبليًا ثم تتبعه بعد تطبيق البرنامج. تم تصميم برنامج المرافقة النفسية خصيصًا لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى الأمهات مثل الحالة (ز)، وقد شمل 11 جلسة علاجية منظمة، بدأت ببناء العلاقة العلاجية وتعزيز الثقة، ثم التنقيف النفسي حول الألكسيتيميا واضطراب طيف التوحد، تلاها التركيز على التعبير الانفعالي، وإعادة تنظيم الأفكار، والتدريب على تقنيات الاسترخاء العضلي والتنفس، إضافة إلى تعزيز المهارات الاجتماعية وحل المشكلات اليومية، وتوكيد الذات. كما أولى البرنامج اهتمامًا خاصًا بالجوانب الروحية والوازع الديني كدعامة نفسية مهمة في مسار التكيف.

تم تنوع الوسائل العلاجية المعتمدة وفقًا لمتطلبات كل جلسة، من بينها: لعب الأدوار، الحوار السقراطي، تمارين الاسترخاء، سجل الأفكار السلبية، تقنيات إعادة البناء المعرفي، جلسات الدعم الجماعي، المحاضرات النفسية المبسطة، والتغذية الراجعة. كما تم تكليف الحالة بواجبات منزلية منتظمة تهدف إلى تعزيز الاستبصار الذاتي وتطبيق ما تم تعلمه في السياق الواقعي. حرصت الباحثة على احترام المبادئ الأخلاقية المهنية طيلة فترة المرافقة، حيث تم الحصول على موافقة مستنيرة من الحالة بعد تزويدها بمعلومات دقيقة حول أهداف الدراسة، إجراءاتها، والضمانات الأخلاقية المتعلقة بالخصوصية والسرية. وقد وُفّر البرنامج للحالة بيئة آمنة وداعمة مكنتها من خوض رحلة علاجية متكاملة، تستند إلى مقاربة شمولية تعزز صحتها النفسية وتمكنها من التعامل بثقة أكبر مع التحديات اليومية المرتبطة بتربية طفل مصاب بطيف التوحد.

➤ النتائج القياس القبلي للحالة:

جدول رقم 9: يمثل نتائج القياس القبلي للحالة:

النتيجة	التنقيط	البنود	أبعاد مقياس تورونتو للأكسيتيميا TAS-20
24	3-4-3-4-3-3-4	-9-7-6-3-1 14-13	صعوبة التعرف على الانفعالات
22	4-5-5-4-4	-12-11-4-2 17	صعوبة وصف الانفعالات
23	-3-2-2-3-4-2-4 3	-15-10-8-5 20-19-18-16	التفكير الموجه نحو الخارج
69/ مستوى مرتفع من الأكسيتيميا			النتيجة

المصدر: من إعداد الباحثة

قبل التدخل تم قياس مستوى الأكسيتيميا لدى الحالة باستخدام مقياس تورونتو للأكسيتيميا (TAS-20) وكانت النتيجة (69)، وهذا يدل على أن الحالة (ز) تعاني من مستوى مرتفع من الأكسيتيميا، حيث واجهت مشاكل عاطفية كبيرة جراء إعاقة طفلها، وكانت تشعر بالإرهاق النفسي والإحباط والشعور بالذنب ولوم الذات، بسبب عجزها عن التواصل بفعالية مع طفلها، وهذا ما كان واضح بشدة أثناء إجراء المقابلات العيادية والملاحظة.

➤ نتائج القياس البعدي للحالة:

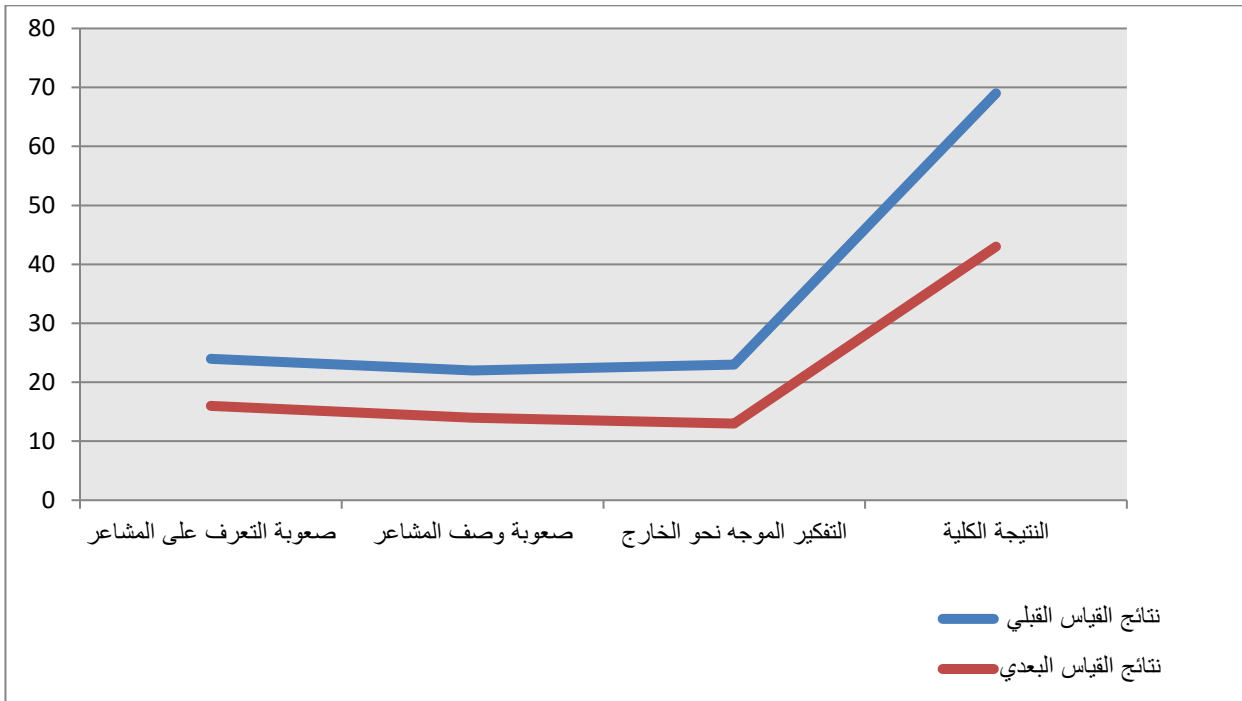
جدول رقم 10: يمثل نتائج القياس البعدي للحالة:

النتيجة	التنقيط	البنود	أبعاد مقياس تورونتو للأكسيتيميا TAS-20
16	1-3-3-1-2-2-4	-13-9-7-6-3-1 14	صعوبة التعرف على الانفعالات
14	4-3-2-2-2-1	17-12-11-4-2	صعوبة وصف الانفعالات
13	1-2-2-1-3-1-2-1	-16-15-10-8-5 20-19-18	التفكير الموجه نحو الخارج

النتيجة	43/ غياب الألكسيتيميا
---------	-----------------------

المصدر: من إعداد الباحثة

في نتائج القياس البعدي، استخدمت الباحثة نفس مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) لتقييم مستوى الألكسيتيميا لدى الأم بعد تطبيق برنامج المرافقة النفسية لديها لمدة حوالي شهر ونصف. بشكل عام، بلغ المجموع الكلي للمقياس بعد التدخل 43 درجة، أي غياب للألكسيتيميا، مما يشير إلى انخفاض ملحوظ في مستوى الألكسيتيميا لدى الحالة. الانخفاض في المجموع الكلي من 69 (القياس القبلي) إلى 43 (القياس البعدي) يشير إلى أن المرافقة النفسية كانت فعالة في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى الأم، ومساعدتها على التكيف مع المشكلات العاطفية والانفعالية التي كانت تعانيها، وفي تحسين قدرتها على التعرف على مشاعرها ووصفها.



شكل رقم 1: يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة

تظهر نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الأثر الإيجابي للمرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى الحالة، حيث كانت تعاني من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا (69) درجة، وهذا بتطبيق

القياس القبلي للأكسيتيميا، أما بعد التدخل، وتطبيق المرافقة النفسية للأم، أظهرت نتائج القياس البعدي انخفاضاً ملموساً في مستوى الأكسيتيميا لديها، (43) وهذا ما يشير إلى غياب الأكسيتيميا للحالة. تمخضت الدراسة الاستطلاعية عن النتائج التالية:

- ساهمت المرافقة النفسية في خفض مستوى الأكسيتيميا لدى الحالة.
- مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد متوسط.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير السن
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

7.1 أوجه الاستفادة من الدراسة الاستطلاعية:

- _ ساعدت الدراسة الاستطلاعية في التحقق ميدانياً من ملاءمة البيئة التطبيقية للدراسة الأساسية، من خلال زيارة المراكز النفسية والبيداغوجية وتقدير مدى تعاون الأمهات واستعدادهن للمشاركة، مما عزز ثقة الباحثة في إمكانية تنفيذ البحث في ظروف واقعية ملائمة.
- _ وفرت فرصة لتجريب أدوات الدراسة والتحقق من صلاحيتها السيكمترية، حيث أظهرت نتائج تحليل مقياس تورونتو للأكسيتيميا (TAS-20) مؤشرات جيدة على صدقه وثباته، مما أتاح الاطمئنان إلى كفاءته في قياس المتغير الأساسي بالدراسة.
- _ مكّنت الباحثة من إجراء تطبيق أولي لبرنامج المرافقة النفسية المصمم خصيصاً للدراسة، مما ساعد على تقييم مدى فعاليته على حالة واقعية، ومكّن من تعديل بعض الإجراءات أو الجلسات بحسب ما اقتضته التفاعلات الواقعية مع الحالة.
- _ ساعدت على إعادة صياغة الفرضيات البحثية بشكل علمي دقيق وواقعي، بناءً على معطيات ميدانية مباشرة بدلاً من الاكتفاء بالمصادر النظرية فقط، وهو ما عزز من رصانة الإطار الإشكالي للدراسة.

- __ أتاحت للباحثة التعرف على العقبات الميدانية والإجرائية المحتملة، مثل صعوبة التنقل، غياب الأمهات في بعض الأوقات، أو الحاجة لتعديل لغة التواصل، مما ساعد في وضع حلول عملية مسبقة وتخطيط تنظيمي أكثر كفاءة للدراسة الأساسية.
- __ ساعدت على فهم أعمق للخصائص الديموغرافية والاجتماعية والنفسية لعينة الدراسة، وهو ما سهل على الباحثة ضبط أساليب التحليل لاحقاً، وتكييف البرنامج العلاجي مع الخصائص الواقعية للفئة المستهدفة.
- __ مكّنت الباحثة من إقامة علاقات تعاون مع مسؤولي المراكز النفسية والبيداغوجية المشاركة، والذين أبدوا دعمهم الكامل لإنجاح الدراسة، مما يُعتبر مكسباً ميدانياً مهماً لضمان الاستمرارية والفعالية في مرحلة التطبيق.
- __ عززت هذه المرحلة ثقة الباحثة في المنهجية المعتمدة، بعد أن أظهرت التجربة الأولية فعالية المرافقة النفسية في التخفيف من أعراض الألكسيتيميا لدى الحالة التي أجريت عليها الدراسة الاستطلاعية.
- __ أسهمت في توفير أساس علمي ومنهجي صلب لانطلاق الدراسة الأساسية، من حيث وضوح الفرضيات، صلاحية الأدوات، ودقة الإجراءات، بما يضمن الانتقال إلى المرحلة الموالية من البحث بكفاءة ومنهجية مدروسة.

2. الدراسة الأساسية:

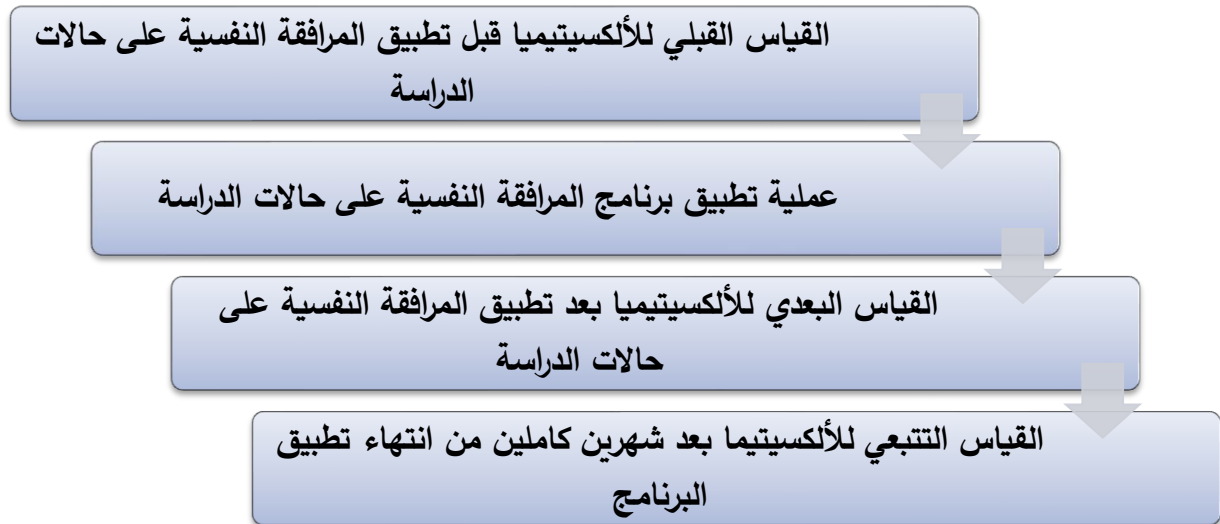
1.2 منهج الدراسة:

من المتعارف عليه أن أي دراسة من الدراسات العلمية، لن تستطيع الوصول إلى هدفها بكل دقة وموضوعية، إلا باستخدام مجموعة من القواعد والأسس العامة التي يستدل بها الباحث، للوصول إلى أهداف دراسته، بأسلوب علمي صحيح ومنظم، من شأنه أن يضمن صحة النتائج ودقتها، ولكل دراسة علمية مميزاتها وخصائصها التي تملي على الباحث منهجا معيناً في دراسته، وذلك بتحقيق أهداف بحث، ويعرف المنهج على أنه " أسلوب للتفكير والعمل يعتمد على الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة" .(عليان، 2000)

وبالاستناد إلى اختيار المنهج الصحيح لكل مشكلة، والذي يعتمد بشكل أساسي على طبيعة مشكلة الدراسة، ويتماشى مع موضوعها وفرضياتها، تم الاعتماد في هذه الدراسة على نوعين من المناهج، وهما المنهج الوصفي والشبه تجريبي، وهذا لملائمته لموضوع الدراسة وأهدافها، وهو المنهج الأنسب لاختبار فرضيات البحث. حيث اعتمدنا على المنهج الوصفي، الذي يعد من البحوث الشائعة الاستخدام في البحوث النفسية والاجتماعية، حيث يهدف إلى تحديد الوضع الحالي لظاهرة معينة، ومن ثم تحديد وصف دقيق لها، حيث يعتمد هذا المنهج على دراسة الظاهرة على طبيعتها وكما هي موجودة في الواقع، ووصفها بدقة، وتكمن أهمية المنهج الوصفي في كونه ركن أساسي في البحث العلمي، ويرى الكثير من الباحثين بأنه المنهج الأكثر ملائمة لدراسة أغلب المجالات الإنسانية، وذلك نظرا لتعذر استخدام بعض المناهج الأخرى في الكثير من الدراسات، كالمنهج الشبه تجريبي وغيره. تبعا لطبيعة الموضوع وكذا فرضيات البحث، اعتمدنا على المنهج الشبه تجريبي، الذي يقوم أساسا على دراسة الظواهر الإنسانية لمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع، وتعرف التجربة في علم النفس بأنها موقف علمي مضبوط ومحكم، يهدف من خلالها الباحث أو المجرّب إلى تناول بعض المتغيرات بأسلوب منظم، ويعرف بالمتغير المستقل، لمعرفة تأثيرها على متغير آخر، ويعرف بالمتغير التابع.

اعتمدت الدراسة الحالية المنهج الشبه تجريبي ذو المجموعة الواحدة باعتباره أحد التصاميم التجريبية المناسبة لاختبار فعالية البرامج النفسية الموجهة، خاصة في الحالات التي يصعب فيها تكوين مجموعة ضابطة لأسباب أخلاقية وإنسانية، كما هو الحال مع أمهات أطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد. وقد استُخدم هذا التصميم بهدف التحقق من أثر المتغير المستقل (برنامج المرافقة النفسية) على المتغير التابع (مستوى الألكسيتيميا)، عبر ثلاث مراحل قياسية متسلسلة: القياس القبلي، القياس البعدي، والقياس التتبعي. في المرحلة الأولى، تم تنفيذ القياس القبلي على عينة من الأمهات تم اختيارهن بناءً على نتائجهن المرتفعة في مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، ما سمح بتحديد المستوى الابتدائي للسّمات الانفعالية المستهدفة بالتدخل العلاجي. عقب هذه المرحلة، خضعت العينة لتطبيق برنامج المرافقة النفسية المصمم خصيصًا لهذا الغرض، والذي تضمن سلسلة من الجلسات العلاجية المركزة، اشتملت على تقنيات معرفية-سلوكية، تمارين استرخاء عضلي وتنفس عميق، مهارات حل المشكلات، تدريبات على التعبير الانفعالي، إضافة إلى دعم اجتماعي وروحي.

في أعقاب الانتهاء من تنفيذ البرنامج، تم الانتقال إلى المرحلة الثانية وهي القياس البعدي، حيث أُعيد تطبيق مقياس (TAS-20) على نفس العينة، وذلك لرصد التغيرات الناتجة مباشرة عن التدخل العلاجي، ومقارنة النتائج بالمرحلة القبلية، مما مكن من تحديد مدى فعالية البرنامج في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى الأمهات المشاركات. ولتعزيز المصداقية المنهجية والتأكد من ثبات الأثر العلاجي على المدى الزمني، أُدرجت مرحلة ثالثة هامة تمثلت في القياس التتبعي، الذي نُفذ بعد مرور شهرين كاملين من انتهاء البرنامج العلاجي. في هذه المرحلة، تم مجددًا تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) على أفراد العينة نفسها، بهدف تتبع مدى استمرار التحسن في الأبعاد الانفعالية والمعرفية المستهدفة، والتحقق من أن التغيير لم يكن مجرد تحسن مؤقت أو ظرفي، بل نتيجة ترسخ المهارات والاستراتيجيات النفسية التي اكتسبتها الأمهات طيلة فترة المرافقة. وبهذا، فإن التصميم المعتمد في الدراسة هو تصميم شبه تجريبي ذو مجموعة واحدة وقياسات ثلاثية (قبلي - بعدي - تتبعي)، يسمح بفحص ديناميكي ودقيق للتأثير الزمني للتدخل العلاجي، ويُعد من التصاميم الملائمة للدراسات التطبيقية النفسية التي تهدف إلى إحداث تغيير نوعي مستدام لدى فئات حساسة مثل أمهات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية.



الشكل رقم 2: يوضح إجراءات التصميم الشبه تجريبي ذو المجموعة الواحدة:

المصدر: من إعداد الباحثة

2.2 حدود الدراسة:

تتحدد أي دراسة بمجموعة من المحددات العلمية، حيث أن أي اختلاف فيها يمكن أن يؤدي إلى اختلاف نتائج البحث، كما تمثل هذه المحددات أحد المقومات الأساسية التي تبرز ملامح الدراسة، وتساهم في تعيين ورسم نتائجها، ويمكن ذكر حدود الدراسة الحالية فيما يلي:

1.2.2 الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الأساسية في العديد من المراكز الخاصة بأطفال طيف التوحد، حيث سمح لنا القائمون على هذه المراكز بالتعامل مع أمهات أطفال طيف التوحد، وتمرير مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-2) عليهن، وهذه الأماكن موزعة في الجدول الآتي:

جدول رقم 11: يوضح الحدود المكانية لإجراء الدراسة الأساسية:

الرقم	المركز/الجمعية/المدرسة	الولاية	البلدية
1	المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بقالة	قالة	قالة
2	مركز الأمل الخاص بالتكفل النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا	قالة	بومهرة
3	جمعية نبراس لأولياء أطفال التوحد بقالة	قالة	قالة
4	المدرسة الابتدائية أومدور مداني بولاية قالة	قالة	قالة
5	المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بولاية تبسة	تبسة	تبسة
6	جمعية جسر الأمل لأطفال التوحد	تبسة	تبسة

المصدر: من إعداد الباحثة

وقد تم توزيع (200) نسخة من مقياس تورونتو للألكسيتيميا، ولكن تم استرجاع (156) نسخة من النسخ التي تم توزيعها، ونظرا لعدم صلاحية بعض النسخ، قامت الباحثة بإلغاء ما يقارب (15) نسخة غير صالحة للدراسة نظرا لكون المعلومات التي تم ملؤها من قبل هؤلاء الأمهات غير مكتملة، وبالتالي تم الاعتماد على (141) نسخة متحصل عليها من المراكز المذكورة سابقا. ونظرا لصغر حجم العينة المتحصل عليها في هذه المراكز، ورغبة من الباحثة في جمع أكبر عدد ممكن من أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في الجزائر، لجأت الباحثة إلى تمرير مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، وذلك

بالاستعانة بالاستمارة الإلكترونية (Google Forms) وتوزيعها على الأمهات في مختلف المجموعات الخاصة بأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد عبر تطبيق الفيسبوك (Facebook)، وقد تم نشر رابط الاستمارة في عدة مجموعات خاصة بأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، كما تم الاتصال ببعض الصفحات الخاصة بأولياء الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لنشر الاستمارة الإلكترونية عبر هذه الصفحات، وقد لاحظت الباحثة استجابة كبيرة للأمهات وإقبال كبير منهن على الإجابة على المقياس من خلال الاستمارة الإلكترونية، حيث تحصلت من خلال تمرير الاستمارة الإلكترونية على الأمهات في تطبيق الفيسبوك على (95) إجابة، وبهذا فقد تحدد العدد النهائي للعينة ب (236) أم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد.

أما بالنسبة لبرنامج المرافقة النفسية لأمهات أطفال طيف التوحد، فقد تم تطبيقه في المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بولاية تبسة، نظراً للتسهيلات التي وفرها لنا القائمون على هذا المركز فيما يتعلق بالمكان الذي نستقبل فيه أفراد العينة لتطبيق البرنامج، وبالتحديد في مكتب الأخصائي النفسي بالمركز ذاته.

2.2.2 الحدود الزمانية:

قامت الباحثة بإجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة بين أبريل (2023) وديسمبر (2023)، وقد انقسمت الحدود الزمانية للدراسة الأساسية إلى شقين:

➤ الشق الأول من الدراسة الأساسية:

وقد قامت الباحثة من خلاله بتوزيع مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) المستخدم في الدراسة الحالية، على أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، عبر مختلف المراكز والجمعيات، وكذلك بالاستعانة بالاستمارة الإلكترونية كما تم ذكره سابقاً، وقد امتدت هذه الفترة من أبريل (2023) إلى أوت (2023)، أي ما يقارب خمسة أشهر تقريباً، وذلك بهدف التحصل على أكبر قدر من الإجابات، وجمع عينة كبيرة من الأمهات.

➤ الشق الثاني من الدراسة الأساسية:

خصّصت الباحثة هذا الشق من الدراسة الأساسية لتطبيق برنامج المرافقة النفسية الموجه نحو أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. ولتحقيق أهداف هذه المرحلة، قامت الباحثة باختيار عينة قصدية بلغ قوامها ثماني (8) أمهات، تم انتقاؤهن بناءً على مطابقتهم لشروط العينة التجريبية التي سيتم تفصيلها لاحقاً. وقد جاء اختيار أفراد العينة بعد التأكد من تحقق جميع المعايير المحددة، بالإضافة إلى تحصلهن على مستويات مرتفعة من الألكسيتيميا وفق نتائج تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) في مرحلة القياس القبلي، مما دلّ على حاجتهن الماسة للتدخل العلاجي المستهدف.

علاوة على ذلك، تم الحصول على الموافقة المبدئية من الأمهات أنفسهن للمشاركة الطوعية في البرنامج، فضلاً عن نيل التصريحات الإدارية اللازمة من المركز المختص الذي أجريت به الدراسة، وقد ضُم برنامج المرافقة النفسية وفق بناء علاجي تدريجي متكامل، وامتدت الجلسات العلاجية لعشرة لقاءات ميدانية، تم توزيعها على مدار شهر ونصف تقريباً، بمعدل جلستين أسبوعياً. وقد التزمت الباحثة بتنظيم الجلسات وفق مواعيد دقيقة لضمان تحقيق الاستمرارية والمرافقة المنتظمة.

وتمت برمجة جلسة إضافية حادية عشر خُصصت لإجراء القياس التتبعي، حيث أُعيد تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا على أفراد العينة بعد مرور شهرين كاملين من انتهاء الجلسة العاشرة، وذلك بتاريخ 17 فبراير 2025. وقد كانت هذه الجلسة التتبعية بمثابة تقييم نهائي لمدى استدامة التغيرات الإيجابية المحققة بفضل برنامج المرافقة النفسية، وكانت جلسات المرافقة النفسية موزعة على التواريخ التالية:

جدول رقم 12: يوضح تواريخ جلسات المرافقة النفسية:

رقم جلسة المرافقة النفسية	تاريخ جلسة المرافقة النفسية
الجلسة الأولى	21 أكتوبر 2024
الجلسة الثانية	24 أكتوبر 2024
الجلسة الثالثة	27 أكتوبر 2024
الجلسة الرابعة	30 أكتوبر 2024
الجلسة الخامسة	4 نوفمبر 2024
الجلسة السادسة	7 نوفمبر 2024
الجلسة السابعة	12 نوفمبر 2024

17 نوفمبر 2024	الجلسة الثامنة
27 نوفمبر 2024	الجلسة التاسعة
11 ديسمبر 2024	الجلسة العاشرة
17 فيفري 2025	الجلسة الحادية عشر

المصدر: من إعداد الباحثة

3.2 مجتمع وعينة الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في المجموع الكلي من المفردات المحدودة أو الغير محدودة، والتي تعرف بعناصر أو وحدات الدراسة، والتي تشكل موضوع مشكلة البحث، وهي كل الأجزاء المكونة لمجتمع الدراسة، ويسعى الباحث إلى تعميم نتائج الدراسة عليها. (يونسي واخرون، 2021) تمثل مجتمع البحث في دراستنا الحالية في كل أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في الجزائر. لا يمكن لأي باحث بدء بحثه العلمي دون تحديد العينة المراد إجراء الدراسة العلمية عليها، وتطبيق مختلف أدوات الدراسة، حيث عرف موريس أنجرس (2006) العينة على أنها مجموعة بحثية يتم اختيارها تبعاً لطبيعة البحث العلمي، فإذا لم نستطع دراسة المجتمع الكلي للأفراد، نقوم باختيار جزء منهم ليمثلوا بدورهم مجموعة البحث، أي مجموعة فرعية من عناصر مجتمع بحث معين. (أوطالب، 2008)

وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية بهدف الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الأمهات عبر مختلف ولايات الوطن، والعينة القصدية هي العينة التي يستخدم فيها الباحث الحكم الشخصي على أساس أنها هي الأفضل في تحقيق أهداف الدراسة. (عباس وآخرون، 2014) ويتمثل الهدف الجوهرى في اتباع هذا النوع من العينات هو الحاجة إلى انتقاء عينات ذات مواصفات محددة لتمثل مجتمعاً ذو مواصفات محددة ومعلومة، فليجأ الباحث في هذه الحالة إلى اختيار أفراد عينة بحثه في هذا النوع من دون أن يعتمد على العينة العشوائية البسيطة، حيث أن الباحث يضع مواصفات محددة لأفراد عينته، مبنية على المعلومات التي سبق التعرف عليها عن مجتمع الدراسة، ثم يحاول اختيار الأفراد الذين تنطبق الشروط المحددة بدرجة كبيرة، فأسلوب اختيارها يكون غير عشوائى، يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث بسبب توفر بعد الشروط والخاصة في أولئك الأفراد دوناً عن غيرهم، ولكون هذه الشروط هامة لاستكمال الدراسة. تتحدد

الدراسة الحالية بالعينة المستخدمة وهم أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وقد بلغ قوام عينة الدراسة الأساسية في (236) أم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد.

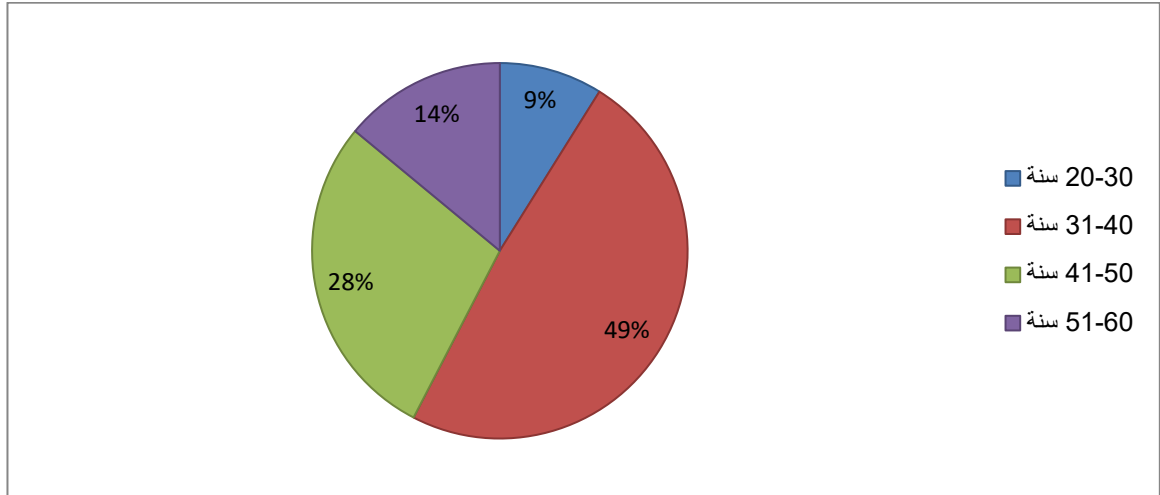
4.2 خصائص عينة الدراسة:

1.4.2 عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير السن:

جدول رقم 13: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن:

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
30-20 سنة	21	8.9%
40-31 سنة	115	48.7%
50-41 سنة	67	28.4%
60-51 سنة	33	14%
المجموع	236	100%

المصدر: من إعداد الباحثة



الشكل رقم 3: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن

يتبين لنا من الجدول والشكل أعلاه توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئات العمرية، حيث نجد نسبة (48.7%) من أمهات أطفال التوحد من الفئة العمرية (31-40) سنة، كما نجد نسبة (28.4%)

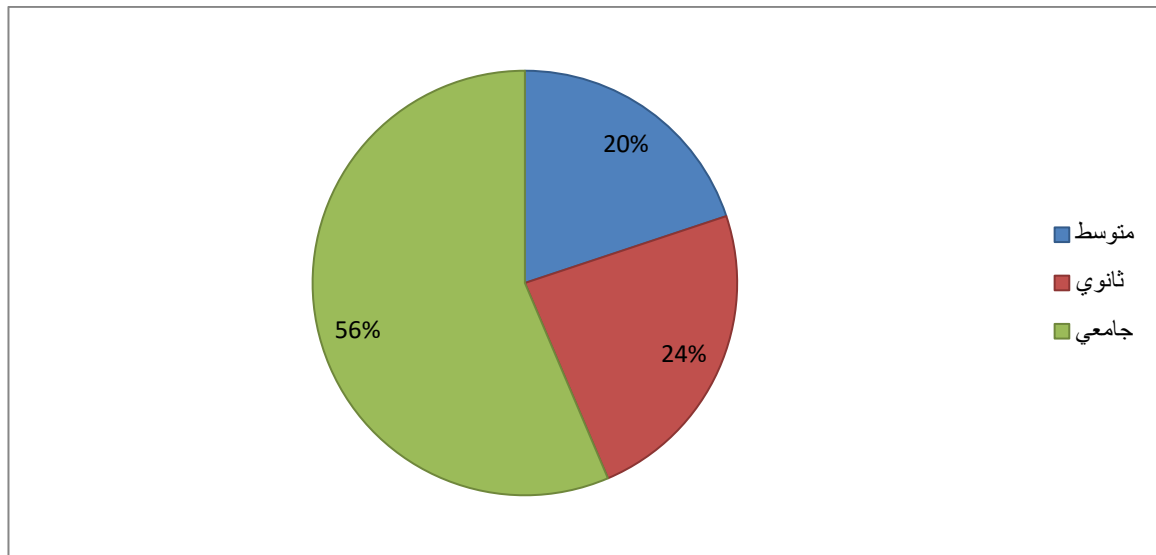
من الأمهات تتراوح أعمارهن بين (41-50 سنة)، ونسبة (14%) تفوق أعمارهن (50) سنة، وأخيرا نسبة (8.9%) من الفئة العمرية (20-30 سنة)، ما يدل على تنوع عينة الدراسة من حيث متغير السن، حيث جمعت أغلب الفئات العمرية.

2.4.2 عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي:

جدول رقم 14: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
متوسط	47	19.9%
ثانوي	56	23.7%
جامعي	133	56.4%
المجموع	236	100%

المصدر: من إعداد الباحثة



الشكل رقم 4: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي:

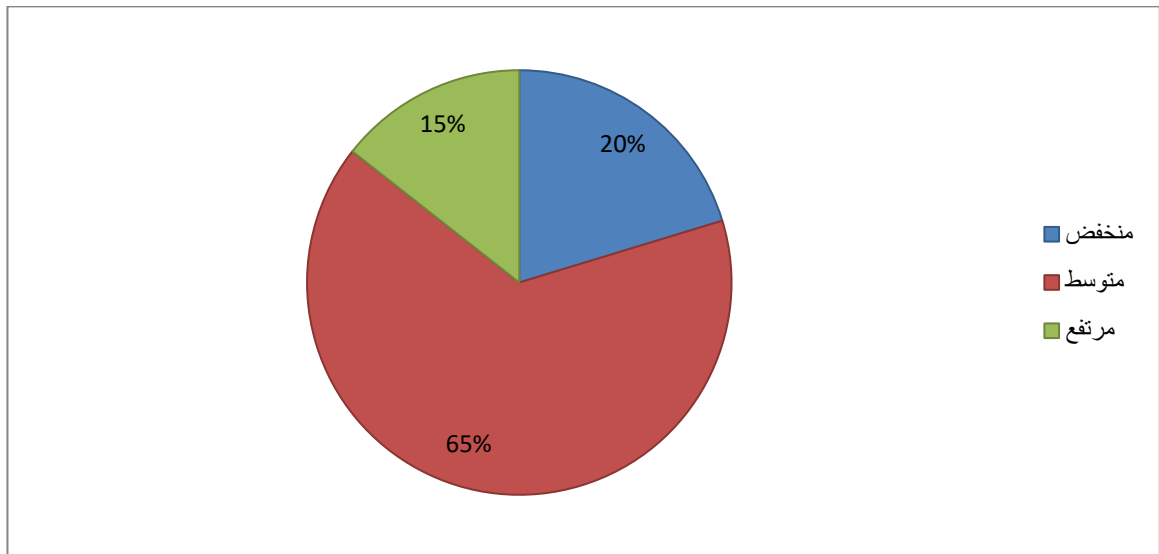
يتبين لنا من الجدول والشكل أعلاه توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي حيث نجد نسبة (56.4) من أمهات أطفال التوحد ذوات مستوى تعليمي جامعي، كما نجد نسبة (23.7) من المستوى الثانوي، وأخيرا نسبة (19.9) ذوات مستوى تعليمي متوسط، ما يدل على تنوع المستويات التعليمية لدى عينة الدراسة.

3.4.2 عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي

جدول رقم 15: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي:

المستوى الاقتصادي	العدد	النسبة المئوية
منخفض	48	20.3%
متوسط	154	65.3%
مرتفع	34	14.4%
المجموع	236	100%

المصدر: من إعداد الباحثة



الشكل رقم 5: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي:

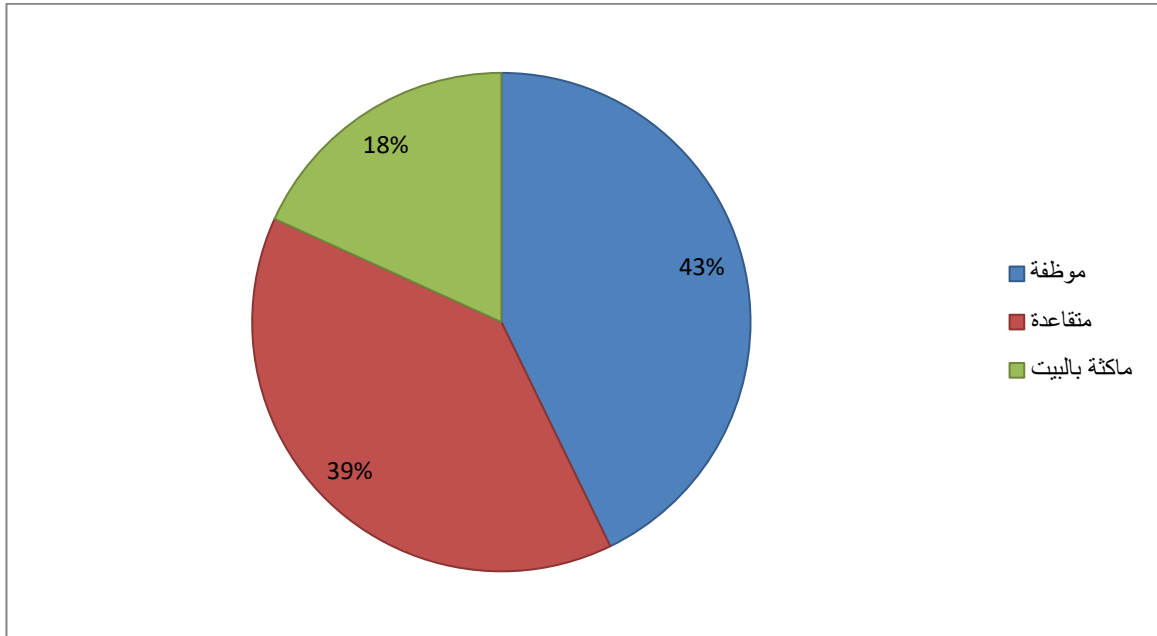
يتبين لنا من الجدول والشكل أعلاه توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي حيث نجد نسبة (65.3%) من أمهات أطفال التوحد ذوات مستوى اقتصادي متوسط، كما نجد نسبة (20.3%) من المستوى المنخفض، وأخيرا نجد نسبة (14.4%) من المستوى الاقتصادي المرتفع، ما يدل على تنوع المستويات الاقتصادية لدى عينة الدراسة، مع غالبية المستوى المتوسط.

4.4.2 عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير الوضع المهني

جدول رقم 16: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية:

الوضعية المهنية	العدد	النسبة المئوية
موظفة	101	42.8%
متقاعدة	92	39%
ماكثة في البيت	43	18.2%
المجموع	236	100%

المصدر: من إعداد الباحثة



الشكل رقم 6: يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية:

يتبين لنا من الجدول والشكل أعلاه توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية، حيث نجد نسبة (42.8%) من أمهات أطفال التوحد موظفات، بينما (39%) منهم متقاعدات، و (18.2%) منهم مآكثات في البيت، ما يدل على أن غالبية عينة الدراسة عاملات.

5.2 أدوات الدراسة:

يسعي كل باحث لجمع المعلومات والبيانات الضرورية لدراسة موضوع البحث، وهذا بالاعتماد على مجموعة من الوسائل والأدوات التي تتناسب مع أهداف بحثه. من أجل القيام بالدراسة الميدانية، والإجابة على التساؤلات المطروحة سابقاً، ومن أجل تحقيق أهداف البحث، واختبار فرضياته، لابد من اللجوء إلى أدوات ممنهجة ومنظمة بهدف الإلمام بمختلف جوانب الإشكالية البحثية، وبالتالي، فقد اعتمدنا على الأدوات التالية:

1.5.2 مقياس تورونتو للألكسيتيميا TAS-20:

مقياس تورونتو للألكسيتيميا هو مقياس ذاتي مؤلف من 20 بند يقيس بناء الألكسيتيميا، قام بتطويره كل من باجبي، ريان، تايلور سنة (1994)، كان يحتوي على 26 بند، أما حالياً فتم اختصاره ليصبح مكون من 20 بند، موزعين على ثلاثة محاور أساسية: (Taylor et al., 2000)

- _ المحور الأول: متعلق بصعوبة تحديد المشاعر والتمييز بين الاحساسات الجسدية والعاطفية.
- _ المحور الثاني: متعلق بصعوبة وصف المشاعر للآخرين.
- _ المحور الثالث: متعلق بالتفكير الموجه نحو الخارج.

جدول رقم 17: يوضح توزيع عبارات مقياس الألكسيتيميا في الأبعاد الثلاثة:

المحور	فقراته	الحد الأعلى	الحد الأدنى
صعوبة تحديد الأحاسيس	01-03-06-07-09-13-14	35	07
صعوبة وصف الأحاسيس	02-04-11-12-17	25	05
التفكير الموجه للخارج	05-08-10-15-16-18-19-20	40	08
نتيجة المقياس ككل		100	20

المصدر: (Sánchez et al., 2001)

➤ كيفية تصحيح مقياس الألكسيتيميا "TAS-20":

يحتوي مقياس الألكسيتيميا على خمس بدائل منقطة من (1-5) ويقوم المفحوص بوضع (X) أمام البنود التي تعبر عنه وهذا حسب البدائل المقدمة.

جدول رقم 18: يوضح العلامات المعطاة لبدائل الأجوبة في مقياس تورونتو للألكسيتيميا: TAS-20:

البدائل	الخلاصة
معارض بشدة	01
معارض باعتدال	02
لا موافق لا معارض	03
موافق باعتدال	04
موافق بشدة	05

المصدر: من إعداد الباحثة

➤ العبارات السالبة في المقياس: وهي خمسة بنود موزعة كالتالي: 04-05-10-18-19.

➤ دلالات درجات المقياس بعد التصحيح:

تمثل الدرجة 100 الحد الأعلى لمقياس (TAS-20) والتي تعبر عن ارتفاع درجة البلادة الوجدانية، بينما تمثل 20 الحد الأعلى للمقياس والتي تعبر عن عدم وجود الألكسيتيميا.

جدول رقم 19: يوضح مستويات الألكسيتيميا حسب درجات المقياس:

مستويات الألكسيتيميا	الدرجة
ألكسيتيميا مرتفعة	أكبر أو يساوي 56 درجة
ألكسيتيميا متوسطة	أكثر من 44 وأصغر من 56
لا توجد ألكسيتيميا	أقل أو تساوي 44

المصدر: من إعداد الباحثة

يكون مجموع النقاط المتحصل عليها في كل البنود ما بين 20 إلى 100 نقطة، ويتم تصنيف الأفراد على أنهم مصابون بالألكسيتيميا إذا حصلوا على نتيجة أكبر أو تساوي (61 ≥) نقطة، بينما يتم

تصنيف الأفراد على أن لديهم احتمالية للإصابة بالأكسيتيميا إذا كانت نتيجتهم تتراوح ما بين (52-60) نقطة، أما إذا كانت النتيجة أقل من (51) درجة، يصنفون على أنهم غير مصابون بالأكسيتيميا.

➤ **تعليمية المقياس:**

اقرأ كل عبارة مما يلي، وحدد مدى انطباقها عليك، ثم قم بعدها بوضع علامة (X) أمام الجواب الذي يناسبك، والمرجو عدم ترك أي عبارة دون إجابة، ولا تعطى أكثر من إجابة واحدة لكل سؤال:

(1) موافق بشدة

(2) موافق باعتدال

(3) لا موافق لا معارض

(4) معارض باعتدال

(5) معارض بشدة

➤ **الخصائص السيكومترية للمقياس:**

• **صدق المقياس:**

يقصد بالصدق قدرة الاستبيان على قياس ما أعد لقياسه، ويتم التأكد من صدق الاستبيان من خلال:

- **صدق الاتساق الداخلي:**

ويقصد به مدى ملائمة كل عبارة للبعد التي تنتمي إليه، وتم حساب عن طريق حساب معامل بارسون للارتباط، لمعرفة درجة ارتباط كل عبارة بالبعد التي تنتمي إليه، كما يوضح الجدول:

جدول رقم 20: يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد صعوبة وصف المشاعر:

رقم العبارة	عبارات بعد صعوبة وصف المشاعر	معامل الارتباط بالبعد	القيمة الاحتمالية sig
1	لا يمكنني تمييز ما أشعر به من انفعالات في الكثير من الأحيان	0.574	0.006
3	أشعر بأحاسيس في جسدي حتى الأطباء يعجزون في تفسيرها	0.647	0.00

0.001	0.562	حينما أكون متضايق لا اعرف هل انا حزين أو مرعوب أو غاضب	6
0.00	0.618	ارتبك كثيرا حيال الاحاسيس التي تنتاب جسدي	7
0.00	0.704	لا يمكنني تحديد بشكل تام ودقيق ما أشعر به	9
0.00	0.822	لا أستطيع معرفة ما ينتابني من الداخل	13
0.007	0.567	لا أعرف في كثير من الأحيان سبب شعوري بالغضب	14

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

نلاحظ من خلال الجدول أن مستوى الدلالة لعبارات البعد جميعها تتراوح بين (0-0.007) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة 0.05، كما نلاحظ قيم الارتباط بارسون تتراوح بين (0,56 - 0,82) ومنه نستنتج وجود اتساق داخلي بين العبارات وبين البعد الأول.

جدول رقم 21: يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد صعوبة تحديد المشاعر:

رقم العبارة	عبارات بعد صعوبة تحديد المشاعر	معامل الارتباط بالبعد	القيمة الاحتمالية sig
2	يصعب على إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعري	0.722	0.00
4	أستطيع وصف مشاعري بكل سهولة	0.608	0.00
11	يصعب علي وصف مشاعري تجاه الآخرين	0.775	0.00
12	يطلب الناس مني وصف مشاعري أكثر	0.718	0.00
17	يصعب عليا الكشف عن مشاعري العميقة حتى للأصدقاء المقربين	0.817	0.00

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

نلاحظ من خلال الجدول أن مستوى الدلالة لعبارات البعد جميعها قدرت ب (0) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، كما نلاحظ قيم الارتباط بارسون Pearson تتراوح بين (0,60 - 0,81) ومنه نستنتج وجود اتساق داخلي بين العبارات وبين البعد الثاني.

جدول رقم 22: يوضح صدق الاتساق الداخلي لبعد التفكير الموجه نحو الخارج:

رقم العبارة	عبارات بعد التفكير الموجه نحو الخارج	معامل الارتباط بالبعد	القيمة الاحتمالية sig
5	أفضل كثيرا تحليل المشكلات على مجرد الاكتفاء بوصفها	0.573	0.031
8	أفضل ان أترك الأمور تحدث على أن أحاول فهم سبب حدوثها على هذا النحو	0.556	0.045
10	أنه من الأساسي بالنسبة لي أن اهتم بمشاعري	0.754	0.00
15	أفضل ان اتحدث مع الناس بخصوص نشاطاتهم اليومية بدلا من أن اتحدث معهم عن أحاسيسهم	0.592	0.016
16	أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية بدلا من الاعمال الدرامية	0.515	0.003
18	أشعر بالقرب من شخص ما، حتى في لحظات صمت	0.557	0.001
19	أجد مراجعة أحاسيسي مفيدة في حل المشكلات الشخصية	0.559	0.001
20	البحث عن المعاني الخفية في الأفلام والمسرحيات يحول دون الاستمتاع بها	0.558	0.044

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

نلاحظ من خلال الجدول أخرى أن مستوى الدلالة لعبارات البعد جميعها تتراوح بين (0-0.045) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة 0.05، كما نلاحظ قيم الارتباط بارسون تتراوح بين (0,51 - 0,75) ومنه نستنتج وجود اتساق داخلي بين العبارات وبين البعد الثالث.

- الصدق البنائي:

وهو يعبر عن متوسط درجة ارتباط كل محور الدراسة ومتوسط الدرجة الكلية للمقياس وذلك عن طريق معامل الارتباط بيرسون، وهذا ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم 23: يوضح الصدق البنائي لمقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20):

الأبعاد	معامل الارتباط	القيمة الاحصائية
البعد الأول: صعوبة وصف المشاعر	0,802	0,00
البعد الثاني: صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	0,881	0,00
البعد الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج	0,640	0.00

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

من الجدول رقم (24) نلاحظ أن مستوى الدلالة الإحصائية يساوي 0 في كل المحاور كما نلاحظ معاملات ارتباط قوية موجبة، ومنه هناك ارتباط جيد بين الأبعاد والمقياس ككل، ومنه الاستبيان صادق.

• ثبات المقياس:

ويقصد بالثبات قدرة المقياس على إعطاء نفس النتائج، إذ كررنا نفس الدراسة على نفس العينة، ويتم حسابه بثبات ألفا كرومباخ بطريقة التجزئة النصفية.

- ثبات ألفا كرومباخ:

جدول رقم 24: يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس تورونتو للأكسيتيميا:

الأبعاد	عدد العبارات	معامل ألفا كرومباخ
البعد الأول: صعوبة وصف المشاعر	7	0.725
البعد الثاني: صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	5	0.775
البعد الثالث: التفكير الموجه نحو الخارج	8	0.698
المقياس ككل	20	0.768

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

من الجدول نلاحظ أن قيمة معامل ألفا كرومباخ في جميع المحاور والاستبيان ككل مرتفعة وأكثر من 0,6، ما يدل على ثبات أبعاد الاستبيان والاستبيان ككل.

- طريقة التجزئة النصفية:

وهي طريقة تعتمد على قسمة عبارات المقياس إلى جزئين وحساب قيمة معامل الارتباط بينهما باستخدام كل من معامل سبيرمان ومعامل غوتمان وهذا ما سنراه في الجدول الموالي:

جدول رقم 25: يوضح ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية:

0.774	ألفا كرونباخ النصف الأول	النصف الأول للعبارات	معامل ألفا كرونباخ
10	عدد العبارات		
0,681	ألفا كرونباخ النصف الثاني	النصف الثاني	
10	عدد العبارات		
20	اجمالي عدد العبارات		
0,693	الارتباط بين النصف الأول والثاني		
0,745	تساوي عدد العبارات بين النصفين		معامل سبيرمان براون
0.745	عدم تساوي عدد العبارات بين النصفين		
0.740	معامل غاتمان		

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

نلاحظ من خلال الجدول أن كل من معامل سبيرمان براون ومعامل غاتمان كانت تساوي 0,745 و 0,740 على التوالي وبما أن القيمتين أكبر 0,6 هذا ما يدل على وجود ارتباط قوي، ومنه الاستبيان ثابت.

2.5.2 المقابلة العيادية:

تُعد المقابلة العيادية من الأدوات الإكلينيكية الجوهرية في أسلوب دراسة الحالة، حيث تُمكن الباحث من جمع معطيات نوعية معمقة حول الحالة النفسية للمفحوص، من خلال التفاعل المباشر والحوار المفتوح معه. وقد أكدت الأدبيات النفسية أهمية هذا الأسلوب في فهم الفرد في كليته وفردانيته، إذ تعتبر المقابلة العيادية شكلاً من أشكال التواصل اللفظي المنظم بين الفاحص والمفحوص، يُبنى على موضوع محدد ويهدف إلى الكشف عن تجارب الشخص وعلاقاته ومشاعره من خلال الإصغاء لمحتوى تواصله، كما أشار إلى ذلك Chillet و Cousin (2011) أما Chiland (1985) فتري أن المقابلة العيادية تمثل أسلوباً بحثياً منظماً، يتيح للمفحوص حرية نسبية في التعبير ضمن نطاق الأسئلة المحددة مسبقاً من قبل الفاحص، ما يجعلها مناسبة جداً للدراسات النفسية ذات الطابع العيادي (Chillet, 2011).

وفي ضوء طبيعة موضوع الدراسة الحالية، الذي يتناول الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، تم اختيار المقابلة العيادية النصف موجهة باعتبارها الأنسب لهذا النوع من البحوث؛ فهي تتيح الجمع بين هيكله الموضوع عبر محاور مدروسة مسبقاً، ومرونة الطرح التي تمنح المستجوب حرية التعبير عن نفسه، دون قيود تفرضها البنية الصارمة للمقابلات الموجهة الكاملة. وقد دعم هذا الخيار ما أشار إليه (Benony 1999)، الذي يرى أن المقابلة النصف موجهة تتيح للباحث توجيه الحديث نحو المحاور ذات الصلة بإشكالية الدراسة، دون أن يُقيد المفحوص بطريقة تلقينية. وقد اختيرت هذه الأداة أيضاً نظراً لحساسية الفئة المستهدفة من الدراسة، حيث أظهرت الأمهات استعداداً نفسياً للتعبير عن مشاعرهن ومعاناتهن، وهو ما سهل على الباحثة عملية التواصل، وساهم في جمع بيانات دقيقة وقيمة. وانطلاقاً من ذلك، تم بناء المقابلة حول خمسة محاور رئيسية تشكل الإطار المرجعي لفهم الظاهرة المدروسة؛ حيث تناول المحور الأول البيانات الأولية المتعلقة بالحالة، بينما ركز المحور الثاني على المعاش النفسي للأُم في ظل إعاقة طفلها. وخصص المحور الثالث لتسليط الضوء على طبيعة العلاقات الأسرية والاجتماعية، في حين استهدف المحور الرابع الكشف عن أعراض الألكسيتيميا. أما المحور الخامس، فقد تناول نظرة الأم المستقبلية للحياة.

3.5.2 الملاحظة العيادية:

تُعد الملاحظة العيادية إحدى الأدوات البحثية النوعية المهمة التي يعتمد عليها الباحث لجمع البيانات بشكل مباشر في بيئتها الطبيعية، وهي تتيح له رصد الظواهر النفسية والسلوكية كما تظهر في الواقع دون تدخل أو تعديل. وقد عرّفها قاموس علم النفس بأنها عملية إدراك وتسجيل دقيق ومنظم لمواقف أو سلوكيات أو أحداث تخص أفراداً أو موضوعات في وضعيات محددة، يتم فيها جمع المعطيات غالباً من خلال الملاحظة المباشرة أثناء المقابلة، وأثناء تطبيق الأدوات السيكولوجية المصاحبة. وفي سياق الدراسة الحالية، استُخدمت الملاحظة العيادية كوسيلة منهجية لفحص سلوك أفراد العينة، وذلك من خلال شبكة ملاحظة بسيطة صممتها الباحثة، وهدفت إلى تتبع السمات النفسية والسلوكية الانفعالية التي تميز الأمهات موضع الدراسة. وقد شملت هذه الشبكة عدة جوانب أساسية: المظهر الخارجي، وضعية الجلوس، ملامح الوجه، السلوك العام، الانفعالات، المشاعر والعواطف، الحالة المزاجية، نمط الكلام، طريقة الإجابة، حركات العينين، أسلوب التفكير، ومستوى التعاون والتفاعل داخل المقابلة. لقد مكّنت هذه الأداة الباحثة من

تكوين تصور أولي شامل عن الحالة النفسية والانفعالية لكل مشاركة، وساعدها في دعم وتحليل النتائج المستخلصة من الأدوات الكمية الأخرى المعتمدة في الدراسة.

4.5.2 برنامج المرافقة النفسية (من إعداد الباحثة):

تُعدّ المرافقة النفسية من أبرز التدخلات النفسية التكاملية التي تهدف إلى تقديم دعم عاطفي ومعرفي وسلوكي للأفراد الذين يواجهون صعوبات نفسية واجتماعية تعيق توافقهم الذاتي والأسري. وهي تدخل يقوم على علاقة تفاعلية مهنية، تُبنى على الثقة والتقبل والسرية، ويهدف إلى مساعدة المستفيدين، أفرادًا كانوا أو جماعات، على فهم مشكلاتهم بشكل أعمق، واكتساب المهارات اللازمة لتجاوزها وتحقيق توازن نفسي مستدام. تعرف المرافقة النفسية بأنها نوع من الوساطة النفسية المنظمة التي تُبنى على تخطيط مشترك بين المرافق والمسترشد، بغرض الوصول إلى حلول واقعية لمشكلات ذات طابع نفسي، أسري، أو معرفي قد تعيق سيرورة العلاج أو النمو. (Zhanabergenovna et al., 2015)

وفي ضوء ما أفرزته الدراسات الميدانية والنظرية في هذا المجال، رأت الباحثة أن تُوجّه اهتمامها إلى تطبيق برنامج مرافقة نفسية مع فئة أمهات أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، ممن أظهرن مستويات مرتفعة من الألكسيتيميا، وذلك نظرًا لما لهذه الصعوبة الانفعالية من تأثير مباشر على العلاقة الأمومية، وعلى التوازن النفسي للأم ذاتها. وقد تم تصميم البرنامج بهدف خفض مستوى الألكسيتيميا لدى هؤلاء الأمهات، من خلال دمج مجموعة من التقنيات النفسية ذات الطابع العلاجي والتربوي، والتي أثبتت فاعليتها في تجارب سابقة داخل وخارج السياق المحلي.

وشملت هذه التقنيات: المحاضرة، والمناقشة الجماعية، وتمارين الاسترخاء العضلي والتنفسي، ولعب الأدوار، وتقنية الإصغاء، وتحليل وتعديل الأفكار التلقائية، وإعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات، والتخيل العقلي الموجّه، والنمذجة. وقد تم اختيار هذه الأدوات بناءً على تحليل دقيق للدراسات السابقة التي تناولت إما الألكسيتيميا بوصفها اضطرابًا انفعاليًا قائمًا بذاته، أو الاضطرابات النفسية لدى أمهات الأطفال من ذوي الإعاقات، وبشكل خاص طيف التوحد. وقد تم توزيع البرنامج على عشر جلسات أساسية، تراوحت بين الفردية والجماعية، بحسب طبيعة الجلسة، والتقنيات المستخدمة، والأهداف المتوخاة منها. وتم لاحقًا إضافة

جلسة حادية عشر خاصة بالتقييم التتبعي، ما منح البرنامج طابعاً بنوياً متكاملًا يمزج بين التقييم القبلي، والتدخل الميداني المنهجي، والمتابعة اللاحقة.

• أهداف برنامج المرافقة النفسية:

➤ الهدف الرئيسي:

يتمثل الهدف الرئيسي من برنامج المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

➤ الأهداف الإجرائية:

- _ يهدف البرنامج إلى دعم الأمهات اللواتي يُربين أطفالاً مصابين باضطراب طيف التوحد، من خلال تزويدهن بتجربة علاجية نفسية شاملة، تركز على تحسين وعيهم الانفعالي، وتقوية قدراتهم المعرفية والسلوكية في التعامل مع الضغوط اليومية والتحديات المرتبطة بالإعاقة.
- _ تعزيز الوعي الانفعالي لدى الأمهات عبر تدريبهن على التمييز بين الانفعالات والإحساسات الجسدية، وتنمية القدرة على تسمية المشاعر والتعبير عنها لفظياً وغير لفظياً بطرق صحية، إلى جانب إدماج تمارين التفريغ الانفعالي للتخفيف من تراكم المشاعر السلبية.
- _ تقديم التثقيف النفسي الضروري حول اضطراب طيف التوحد، وذلك عبر إمداد الأمهات بمعلومات مبسطة وعلمية حول طبيعة الاضطراب، أسبابه، وسبل التعامل معه، مع التركيز على تدريبهن على فنيات أولية لتعديل السلوك، واستخدام التعزيز الإيجابي كوسيلة لتحسين تواصل الطفل مع محيطه.
- _ رفع درجة الاستبصار النفسي والمعرفي عبر تمكين الأمهات من مراقبة أفكارهن التلقائية وتقييمها بموضوعية، والتعرف على أنماط التفكير المشوهة وغير العقلانية، واستبدالها بمعتقدات أكثر واقعية وإيجابية.
- _ العمل على خفض أعراض الألكسيتيميا، لا سيما تلك المتعلقة بالكبت الانفعالي وصعوبة وصف المشاعر، عبر تقديم جلسات علاجية تتناول مفهوم الألكسيتيميا، مسبباتها، وانعكاساتها على الصحة النفسية والعلاقة مع الطفل، مع السعي للوصول إلى قدر أعلى من الصحة النفسية والتوازن الداخلي.

- _ تدريب الأمهات على مهارات التكيف والتعامل مع الضغوط، من خلال تعليمهن استراتيجيات حل المشكلات، واستخدام التفكير التحليلي بدلاً من الاجترار أو التهويل، بما يسمح لهن بالتعامل مع المواقف الصعبة بفعالية وهدوء.
- _ تعزيز الجانب الروحي والإيماني لدى الأمهات، وذلك بإبراز دور العبادات والاقتراب من الله في بناء الطمأنينة النفسية وتقبل واقع الطفل، مع ترسيخ الاعتقاد بأن الطفل هو هبة من الله تستحق الرعاية لا الرفض أو الإنكار.
- _ تيسير الإفصاح والتفاعل داخل المجموعة عبر تقنيات تسمح للأمهات بالتعبير عن معاناتهن دون شعور بالخجل أو الإدانة، مما يخلق بيئة علاجية داعمة تنمي الإحساس بالانتماء والتشارك وتكسر الحواجز النفسية والاجتماعية بين المشاركات.
- _ تحفيز الأمهات على استثمار قدراتهن الداخلية وتوظيفها من أجل بناء نمط حياة أكثر اتزاناً وتكيفاً مع التحديات، بما يعزز من استقرار الأسرة بشكل عام، ويحسن من جودة العلاقة الأمومية بشكل خاص.

• **صدق برنامج المرافقة النفسية:**

تم التحقق من الصدق المنطقي لبرنامج المرافقة النفسية المعتمد في هذه الدراسة، وذلك عبر عرضه على مجموعة من المحكمين المختصين من ذوي الكفاءة الأكاديمية العالية والخبرة العملية في مجال علم النفس والعلاج النفسي. تكونت لجنة التحكيم من (7) أساتذة جامعيين من حملة درجة الدكتوراه، ينتمون إلى أقسام علم النفس من مختلف الجامعات الوطنية والعربية، شملت الجزائر، لبنان، مصر، والعراق. تم إرسال نسخة مفصلة من البرنامج إلى السادة المحكمين مرفقة بكافة تفاصيل الجلسات، والأهداف، والأساليب التقنية المستخدمة، وذلك لطلب تقييمهم حول مدى مناسبة محتوى البرنامج لأهداف الدراسة، ومدى سلامة تسلسل الجلسات ومطابقتها للمبادئ العلاجية المعتمدة.

وقد جاءت ملاحظات الأساتذة المحكمين متفقة على أن البرنامج يتمتع بدرجة عالية من الملاءمة والاتساق مع الأهداف العلاجية المستهدفة، مع اقتراح بعض التعديلات الطفيفة التي تعزز من جودة التطبيق ودقة النتائج المتوقعة. تم الأخذ بهذه الملاحظات بعين الاعتبار، وأجريت التعديلات اللازمة قبل الشروع في التطبيق الفعلي للبرنامج على عينة الدراسة. (انظر الى الملحق رقم 7)

وما يأتي عرض لأهم التعديلات التي أُجريت على برنامج المرافقة النفسية بناءً على ملاحظات الأساتذة المحكمين:

- بناءً على توصيات المحكمين، تمت مراجعة المدة المحددة سابقاً لكل جلسة والتي تراوحت بين (30 إلى 45 دقيقة)، وتمت زيادة الزمن المخصص لكل جلسة بما يتناسب مع عمق محتواها، ليصبح من (60 إلى 90 دقيقة) حسب طبيعة الأهداف المطروحة لكل لقاء.
- استجابة لملاحظات بعض المحكمين حول أهمية متابعة استمرارية نتائج البرنامج، تمت إضافة جلسة حادية عشرة بعد شهرين من انتهاء الجلسة الختامية، خُصصت لتطبيق القياس التتبعي (TAS-20) ولمراجعة مدى ثبات المهارات المكتسبة واستمراريتها.
- بناءً على الملاحظات العلمية، تم التأكيد على أهمية تكليف الأمهات بواجب منزلي عملي بعد كل جلسة علاجية. حيث أن الواجبات المنزلية صُممت لدعم نقل المهارات إلى الحياة اليومية، مما يضمن تعميم الاستراتيجيات العلاجية خارج إطار الجلسة العلاجية.
- تمت إعادة صياغة بعض أهداف الجلسات لتكون أكثر تحديداً وارتباطاً بالمهارات المستهدفة، بما يتناسب مع أحدث معايير إعداد البرامج العلاجية النفسية.

• المصادر الأساسية لبرنامج المرافقة النفسية:

توصلت الباحثة إلى تصميم برنامج المرافقة النفسية لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد ومادته العلمية وأساليبه والفنيات المستخدمة فيه بالاعتماد على العديد من الأسس والمصادر منها:

- تحليل محتوى الدراسات السابقة والبحوث التجريبية التي أُجريت في مجال علاج الألكسيتيميا، وكذا الاطلاع على مجموعة واسعة من البرامج العلاجية والإرشادية المطبقة على فئة أمهات أطفال طيف التوحد والإعاقات النمائية الأخرى، والاستفادة منها في صياغة الأساليب المتبعة في برنامج المرافقة النفسية والتخطيط لجلساتها، كما هي مستعرضة في الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة.

- الاطلاع الواسع على التراث النظري الذي ألقى الضوء على اضطراب الألكسيتيميا وأعراضها الأساسية، والطرق العلاجية الأكثر فاعلية في التخفيف من حدتها.

- بنود وأبعاد مقياس تورونتو للألكسيتيميا TAS-20

- الدراسة الاستطلاعية التي أجرتها الباحثة لالتماس المعاناة النفسية لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك خلال تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا TAS-20 على الأمهات، والملاحظات اليومية المستنبطة من تصرفات الأمهات من خلال الدراسة الميدانية.

• شروط العينة التجريبية للدراسة:

- أن تكون الأم لديها على الأقل طفل واحد مصاب باضطراب طيف التوحد.
- أن تكون الأمهات حاصلات على أعلى مستويات من الألكسيتيميا بعد تطبيق القياس القبلي.
- أن تتراوح أعمارهن ما بين (30-50) سنة، لان الدراسة الاستطلاعية اثبتت عدم استطاعة من تجاوزت هذا السن على فهم شروط ومجريات الدراسة بشكل سلس.
- أن تكون الأمهات عينة الدراسة التجريبية خالية من الأمراض العضوية والاضطرابات النفسية التي تتطلب تناول أدوية معينة وقد تظلل بدورها نتائج المراقبة النفسية.
- ألا يكون للأمهات ابن آخر يعاني من فصام أو أعاقة أخرى.
- ألا تكون الأمهات مطلقات أو أرملات.
- ألا تكون الأمهات قد وصلن لسن اليأس.
- أن تكون الأم هي التي تقوم برعاية طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد.

وفيما يلي عرض لأهم خصائص التي تتميز بها حالات العينة التجريبية في الجدول الموالي:

جدول رقم 26: يمثل خصائص العينة التجريبية للدراسة:

الحالة	السن	الحالة المدنية	المستوى التعليمي	المستوى الاقتصادي	المهنة	عدد الاطفال	نتائج القياس القبلي	درجة الألكسيتيميا
1	36	متزوجة	جامعي	متوسط	موظفة	1	61	مرتفعة
2	45	متزوجة	متوسط	ضعيف	ماكثة بالبيت	3	88	مرتفعة
3	49	متزوجة	ثانوي	ضعيف	ماكثة بالبيت	2	70	مرتفعة
4	33	متزوجة	جامعي	مرتفع	موظفة	2	73	مرتفعة
5	42	متزوجة	متوسط	متوسط	خياطة	3	69	مرتفعة
6	50	متزوجة	متوسط	متوسط	ماكثة بالبيت	4	80	مرتفعة
7	48	متزوجة	جامعي	متوسط	معلمة	2	74	مرتفعة
8	37	متزوجة	ثانوي	ضعيف	موظفة	1	75	مرتفعة

المصدر: من إعداد الباحثة

حرصت الدراسة منذ مراحلها الأولية على اختيار عينة تجريبية تتسم بأعلى درجات الدقة والتجانس من حيث الخصائص النفسية والاجتماعية والصحية، بما يضمن فاعلية البرنامج العلاجي وصدق نتائجه. ومن هذا المنطلق، تم تنفيذ قياس قبلي شامل باستخدام مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) على مجموعة واسعة من الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابون باضطراب طيف التوحد، وذلك بهدف التعرف بدقة على مستويات الألكسيتيميا لديهن، وبناءً على نتائج هذا القياس القبلي، تم اعتماد سياسة انتقائية دقيقة: إذ اقتصر اختيار العينة النهائية فقط على الأمهات اللاتي أظهرت نتائج درجات مرتفعة من الألكسيتيميا، واستبعاد كل من كانت درجاتهن منخفضة أو متوسطة. هذا التوجه لم يكن اعتبارياً، بل يستند إلى هدف علمي محدد، يتمثل في تركيز التدخل العلاجي على الفئة التي تعاني فعلياً من اضطراب عميق في القدرات الانفعالية والمعرفية المرتبطة بالتعبير عن المشاعر والتعرف عليها، مما يجعلها أكثر استفادة من المراقبة النفسية، وأدق موضوعاً للقياس العلمي.

وقد تم إشعار الأمهات المختارات بطبيعة البرنامج، وجرى الحصول على موافقتهن الطوعية والصريحة للخضوع لعملية المراقبة النفسية، مما عزز من التزامهن وجديتهن طوال مراحل التطبيق. ولم

يقتصر الاختيار على معيار ارتفاع درجة الألكسيتيميا فحسب، بل تم التحقق من استيفاء جميع الشروط الأخرى التي وضعتها الدراسة لضمان تجانس العينة، مثل أن تكون الأم متزوجة ومستقرة أسرياً، وأن تتراوح أعمارها بين (30-50) سنة، وهو النطاق العمري الذي أثبتت الدراسة الاستطلاعية أنه الأكثر قدرة على فهم مجريات البرنامج والتفاعل مع مضامينه بشكل سليم. كما تم استبعاد أي حالة صحية أو نفسية خطيرة قد تؤثر على سير المرافقة أو تظلل نتائجها، إضافة إلى التأكد من أن الأم تقوم شخصياً برعاية طفلها المصاب دون وجود عوامل إضافية قد تؤثر على علاقتها به، بالنظر إلى الخصائص المجمعدة للعينة، يتبين أن الأمهات كن متقاربات من حيث العمر، الحالة الاجتماعية (متزوجات جميعهن)، والمستوى الاقتصادي والتعليمي المقبول، مع اختلاف بسيط لا يخل بتجانس العينة ولا بتوازن التفاعل خلال الجلسات. هذا الحرص على انتقاء العينة بمعايير دقيقة وواقعية مكن الدراسة من تحقيق بيئة بحثية مثالية لرصد أثر برنامج المرافقة النفسية بدقة، وعزز من قوة النتائج المستخلصة.

• إجراءات تطبيق برنامج المرافقة النفسية:

فيما يلي عرض مفصل لإجراءات تطبيق برنامج المرافقة النفسية، والذي تم تنفيذه وفق ترتيب منهجي يراعي التدرج في تقديم المحتوى العلاجي، وانسجامه مع طبيعة واحتياجات الفئة المستهدفة من الأمهات. ويستعرض الجدول أدناه موضوع كل جلسة علاجية، والأهداف العامة والخاصة المراد تحقيقها، إضافة إلى التقنيات النفسية المستخدمة، وطبيعة الجلسة من حيث كونها فردية أو جماعية، ومدتها الزمنية، وذلك من أجل ضمان وضوح آليات التدخل، وإبراز التكامل بين المحاور المعرفية والانفعالية ضمن خطة المرافقة النفسية.

جدول رقم 27: يوضح مخطط سير الجلسة الأولى

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة الأولى
عنوان الجلسة	الجلسة الافتتاحية: بناء العلاقة العلاجية وكسر الحواجز
تاريخ الجلسة	21 أكتوبر 2024
أهداف الجلسة	- بناء علاقة ثقة وألفة بين الباحثة والأمهات. - تهيئة الأمهات نفسياً للانخراط في برنامج المرافقة النفسية.

<ul style="list-style-type: none"> - فتح باب التعبير المبدئي عن المشاعر المرتبطة بتشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد . -تعريف الأمهات بمفهوم المرافقة النفسية وأهدافها. - تحفيز الالتزام بالحضور والمشاركة الفعالة. - خلق مناخ نفسي آمن للتعبير عن الانفعالات دون حرج. - تقليل التوتر الأولي المرتبط بالتعامل مع المختص النفسي 	
<ul style="list-style-type: none"> -المقابلة التشخيصية الفردية. - مقياس تورونتو للألكسيتيميا(TAS-20) ، لتطبيق القياس القبلي - الإصغاء الفعال (إعادة الصياغة، التلخيص، عكس المشاعر). - استحضار التذكر الانفعالي الحر . 	<p>التقنيات المستخدمة</p>
<ul style="list-style-type: none"> -استقبال كل أم في جلسة فردية خاصة في مكان مريح وهادئ. - تقديم مقدمة شفوية مختصرة عن البرنامج، أهدافه، وعدد جلساته. - سؤال مفتوح: "كيف كانت مشاعرك عندما علمت بتشخيص طفلك؟". - السماح بالتعبير الحر والانفعالي مع الإصغاء غير المقاطع. - التعرف على ردود الفعل النفسية الأولية مثل الصدمة، الإنكار، الشعور بالذنب. - الاتفاق على مبدئ السرية والاحترام المتبادل. - مناقشة التوقعات الشخصية من البرنامج. 	<p>محتوى الجلسة</p>
<p>50دقيقة لكل أم</p>	<p>مدة الجلسة</p>
<p>فردية</p>	<p>طبيعة الجلسة</p>
<p>يطلب من كل أم كتابة أكثر المشاعر صعوبة التي واجهتها عند لحظة معرفة تشخيص ابنها باضطراب طيف التوحد، مع وصف موجز للتجربة، في دفتر خاص، ليستخدم لاحقاً كمدخل للتعبير الانفعالي التدريجي في الجلسات القادمة.</p>	<p>الواجب المنزلي</p>

المصدر: من إعداد الباحثة

في إطار تنفيذ برنامج المرافقة النفسية، أشرفت الباحثة على عقد الجلسة الافتتاحية التي شكلت نقطة الانطلاق لبناء العلاقة العلاجية مع أفراد العينة. وقد حرصت على استقبال كل أم بشكل فردي ضمن بيئة مريحة وآمنة داخل المركز، حيث تم تخصيص وقت كافٍ لخلق جو من الأمان النفس، وخلال اللقاء، قدمت الباحثة شرحاً مبسطاً حول طبيعة البرنامج، أهدافه وهيكله العام، مع التركيز على ضمان سرية ما يطرح داخل الجلسات، سعت الباحثة إلى تحفيز الأمهات على الالتزام بمواعيد الجلسات، ثم فتحت المجال لتعبيرهن عن مشاعرهن الأولى عند معرفتهن بتشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد. وقد لاحظت تبايناً في الاستجابات؛ فبينما عبرت بعض الأمهات بصدق ووضوح، بدت أخريات متحفظات أو يستخدمن عبارات عامة تعكس وجود صعوبات في الوصف الانفعالي، وهو ما يعكس بوضوح السمات المرتبطة بالألكسيتيميا.

اعتمدت الباحثة خلال الجلسة على الإصغاء الفعال والتفاعل الحواري الداعم، مما ساهم في تقليل التردد والانغلاق التدريجي لدى المشاركات، كما تم تكليف جميع الأمهات بأداء واجب منزلي تمثل في كتابة المشاعر الأكثر صعوبة بعد التشخيص، وقد أبدين تجاوبًا إيجابيًا مع هذا التكليف، مما يعكس دافعيتهن الأولية نحو الانخراط في العملية العلاجية، على الرغم من بعض المقاومة الخفية لدى عدد من الأمهات في التعبير عن مشاعرهن، فقد نجحت الجلسة في تحقيق أهدافها الأساسية من حيث كسر الحواجز النفسية، وتعزيز العلاقة المهنية، وبناء أرضية آمنة لانطلاق العمل النفسي المنهجي خلال باقي الجلسات، وقد شكلت هذه الجلسة خطوة تأسيسية محورية لضمان فعالية البرنامج لاحقًا.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

- __ تجاوب معظم الأمهات مع أجواء الجلسة الفردية وشعورهن بالأمان الكافي للحديث عن أنفسهن.
- __ بداية انفتاح انفعالي تدريجي ظهر عبر بعض التعبيرات اللفظية والعاطفية عند الحديث عن الصدمة الأولى لتشخيص الطفل.
- __ التزام الأمهات بالتفاعل مع مضمون الجلسة وموافقة الجميع على أداء الواجب المنزلي (كتابة أصعب المشاعر المرتبطة بالتشخيص)، وتجاوب ملحوظ مع قواعد السرية والالتزام، مما عزز جو الثقة والانتماء منذ البداية.

• الصعوبات والعراقيل:

- __ وجود مقاومة خفيفة لدى بعض الأمهات للتحدث بتفاصيل عاطفية عميقة، إذ فضلت بعضهن الاكتفاء بسرد الأحداث دون الخوض في التعبير عن الأحاسيس المرتبطة بها.
- __ احتياج بعض الأمهات إلى دعم إضافي لاكتساب الجرأة في تسمية المشاعر بدقة بدلا من استخدام أوصاف عامة أو غير محددة.

• التقييم العام للجلسة:

يمكن اعتبار الجلسة الأولى ناجحة جدًا في تحقيق هدفها الأساسي، ألا وهو بناء الثقة وكسر الحواجز النفسية الأولية، ورغم التفاوت الفردي في درجة الانفتاح، إلا أن المناخ الداعم والإصغاء الفعال قد أسهما بوضوح في تهيئة الأمهات لبدء مسار علاجي حقيقي، كما أن الأسس التي وضعت في هذه الجلسة ستشكل لاحقًا قاعدة متينة للتقدم في الجلسات المقبلة.

جدول رقم 28: يوضح مخطط سير الجلسة الثانية

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة الثانية
عنوان الجلسة	التكيف النفسي حول الألكسيتيميا واضطراب طيف التوحد
تاريخ الجلسة	24 أكتوبر 2024
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - تعزيز الوعي المعرفي للأمهات حول الألكسيتيميا كاضطراب انفعالي. - تقديم معلومات علمية مبسطة حول اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال. - تمكين الأمهات من فهم الروابط بين الصعوبات الانفعالية لديهن وطبيعة علاقتهن بأطفالهن المصابين بطيف التوحد. - مساعدة الأمهات على إدراك كيف تعيق الألكسيتيميا قدرتهن على التواصل العاطفي مع الطفل. - تقديم استراتيجيات أولية لكيفية رصد المشاعر والتعامل معها. - تعليم مهارات تواصل أساسية مع الطفل ذو اضطراب طيف التوحد ضمن البيئة المنزلية. - خفض الشعور بالذنب والارتباك عبر إعادة تأطير معرفي للاضطراب.
التقنيات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة النفسية. - المناقشة الجماعية. - النمذجة. - لعب الدور.
محتوى الجلسة	<p>- افتتحت الباحثة الجلسة بمراجعة ومناقشة الواجب المنزلي السابق، حيث طلب من كل أم وصف مشاعرها الأشد إيلا ما عند معرفتها بتشخيص طفلها بطيف التوحد، أبدت معظم الأمهات تفاعلا جيدا، رغم استمرار بعض التحفظ في التعبير الدقيق عن المشاعر.</p> <p>- تم تقديم شرح مبسط لمفهوم الألكسيتيميا، أبرز أعراضها، وكيفية تأثيرها على التفاعل الاجتماعي والعاطفي، خاصة في محيط الأسر، كما شرحت الباحثة خصائص اضطراب طيف التوحد بشكل مبسط، وبينت صعوبات الطفل في التواصل، والأنماط السلوكية، والحساسيات الحسية.</p> <p>- استخدمت الباحثة تقنية النمذجة من خلال عرض مقاطع فيديو واقعية منتقاة من الإنترنت (يوتيوب) عبر جهاز العرض (الدايتاشو)، تظهر نماذج للأمهات يتعاملن مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تضمن العرض مواقف واقعية وطرقا فعالة للتواصل والتفاعل مع الطفل، مما ساهم في الفهم التطبيقي لدى الأمهات وتحفيز النقاش حول الاستراتيجيات الناجعة في الحياة اليومية.</p> <p>- تم تنفيذ تمرين لعب الأدوار حيث طلب من الأمهات تمثيل مواقف حياتية يعبرن فيها عن مشاعر معينة بطريقة مبسطة وواضحة.</p> <p>- ختمت الجلسة بنقاش جماعي حول أبرز الصعوبات اليومية في التواصل مع الطفل، مثل نوبات الغضب، أو الانسحاب، أو الصمت الطويل، وقد لاحظت الباحثة ظهور مؤشرات أولية لاستبصار بعض الأمهات بالفجوة بين مشاعرهن غير المعبر عنها وسلوك أطفالهن.</p>
مدة الجلسة	90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)

طبيعة الجلسة	جماعية
الواجب المنزلي	طلب من كل أم أن تقوم يوميا بكتابة ملاحظة قصيرة تتعلق بإحساس واحد شعرت به خلال تفاعلها مع طفلها، وأن تحاول وصفه بكلمات بسيطة وصادقة دون نقد للذات، وذلك بهدف تنمية مهارة تسمية المشاعر والانتباه للانفعالات اليومية كخطوة نحو زيادة الوعي الانفعالي والانفتاح التدريجي على الذات.

المصدر: من إعداد الباحثة

في إطار استكمال تنفيذ برنامج المرافقة النفسية، أشرفت الباحثة بالتعاون مع الأخصائي النفسي بالمركز على عقد الجلسة الثانية التي خصصت لتقديم التثقيف النفسي للأمهات حول موضوعين محوريين: الألكسيتيميا واضطراب طيف التوحد. افتتحت الباحثة الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي السابق، الذي تمثل في وصف الأمهات لمشاعرهن المرتبطة بلحظة اكتشاف إصابة أبنائهن باضطراب طيف التوحد، وقد لاحظت الباحثة تفاوتاً في مستوى القدرة على التعبير العاطفي بين الأمهات، مما أبرز الحاجة لاحقاً إلى العمل المكثف على تنمية مهارات التعبير الانفعالي، بعد ذلك قدمت الباحثة شرحاً مبسطاً لمفهوم الألكسيتيميا، مع التركيز على أعراضه الأساسية كصعوبة تمييز المشاعر ووصفها، وعلاقته بالتفاعل الاجتماعي والأسري، خصوصاً في رعاية الأطفال المصابين بطيف التوحد، كما استعانت الباحثة بأمثلة حياتية قريبة من واقع الأمهات، مما ساعد على تحفيز بدايات الاستبصار الذاتي لدى بعضهن، وهو ما ظهر من خلال تفاعلهن اللفظي وغير اللفظي. ثم انتقلت الباحثة إلى عرض مبسط لخصائص اضطراب طيف التوحد، موضحة أهم الصعوبات التي يعاني منها الأطفال وأهمية التدخل المبكر، وأثناء ذلك، تم ملاحظة بروز مشاعر مختلطة من الحزن، والقلق، ولوم الذات، مما استدعى تقديم تدخلات لدعم الأمهات نفسياً.

وفي خطوة تطبيقية لدعم التعلم بالملاحظة، اعتمدت الباحثة على تقنية النمذجة من خلال عرض مقاطع فيديو حقيقية عبر جهاز العرض، توضح كيفية تعامل أمهات مع أطفالهن بطريقة فعالة، ساعد هذا العرض على تقريب المفاهيم النظرية وربطها بمواقف عملية قابلة للاقتداء، كما عززت الباحثة تفاعل المجموعة عبر تنظيم تمرين لعب أدوار بسيط، شجعت خلاله الأمهات على التعبير عن مشاعر افتراضية بكلمات مباشرة وصادقة. وقد لاحظت تفاوتاً واضحاً في الأداء، ما دل على الحاجة المستقبلية لتكثيف تدريب مهارة التعبير الانفعالي. وفي نهاية الجلسة، فتح باب النقاش الجماعي حول أبرز التحديات اليومية التي تواجه الأمهات في رعاية أطفالهن، مما ساهم في تعزيز الإحساس بالانتماء وتخفيف مشاعر العزلة النفسية بين أفراد المجموعة، واختتمت الباحثة الجلسة بتكليف واجب منزلي جديد، يتمثل في كتابة ملاحظة

يومية عن إحساس واحد شعرت به الأم أثناء التعامل مع طفلها، مع تشجيعها على التعبير الصادق دون رقابة أو نقد للذات، تمهيدا لتحسين مهارات الوعي الانفعالي في الجلسات المقبلة.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

- __ تحسن ملحوظ في مستوى الإصغاء والانتباه أثناء عرض المفاهيم النظرية.
- __ تفاعل عاطفي مناسب يعكس اندماج الأمهات مع مضمون الجلسة.
- __ بداية ظهور مؤشرات الاستبصار الذاتي عند بعض الأمهات بارتباط مشكلاتهن بالتعبير الانفعالي.

• الصعوبات والعراقيل:

- __ تفاوت واضح في القدرة على التعبير عن المشاعر أثناء تمرين لعب الأدوار.
- __ ظهور بعض المشاعر السلبية (حزن، قلق، لوم الذات) التي تحتاج إلى التعامل معها بحذر في الجلسات القادمة.

• التقييم العام للجلسة:

تعد الجلسة ناجحة في تحقيق أهدافها، حيث ساهمت في زيادة وعي الأمهات بمشكلاتهن الرئيسية (الألكسيتيميا)، وربطتها بسلوكياتهن اليومية مع أطفالهن، كما أرست أرضية معرفية صلبة لاستكمال العمل الانفعالي الأعمق في الجلسات المقبلة، شكلت هذه الجلسة حجر الأساس الأولي لفهم الأمهات لطبيعة معاناتهن وللصعوبات المرتبطة بالتعامل مع أطفالهن، ورغم وجود بعض الصعوبات، إلا أن الإشارات الإيجابية التي ظهرت من حيث الانتباه والتفاعل تبشر بوجود دافعية داخلية قوية نحو التغيير والتحسين مع تقدم البرنامج العلاجي.

جدول رقم 29: يوضح مخطط سير الجلسة الثالثة

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة الثالثة

عنوان الجلسة	التنفيس الانفعالي والتخلص من المشاعر السلبية
تاريخ الجلسة	30 أكتوبر 2024
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - تهدف الجلسة إلى تحرير الأمهات من المشاعر المكبوتة من خلال التعبير الحر والانفعالي في بيئة آمنة، ومساعدتهن على مواجهة الخجل الاجتماعي الذي يعوق البوح والتعبير الانفعالي. - فتح المجال أمام الأمهات للإفصاح عن مشاعر الحزن، الإحباط، والقلق المتراكم. - تقليل درجة الكبت الانفعالي وتنمية القدرة على التعبير اللفظي. - تدريب الأمهات على وصف المشاعر دون خوف أو تردد. - تهيئة الأمهات للوعي الذاتي الانفعالي كأساس للتخفيف من الألكسيتيميا.
التقنيات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> - الحوار السقراطي. - لعب أدوار. - التعرض التدريجي.
محتوى الجلسة	<p>- بدأت الباحثة بمراجعة واجب الجلسة السابقة، حيث عرضت بعض الأمهات مشاعرهن المكتوبة حول تجاربهن اليومية، وعلقت الباحثة على أهمية الشجاعة في التعبير الصادق.</p> <p>- تم لقاء سؤال مفتوح: "ما أصعب شعور واجهته هذا الأسبوع؟" مع إعطاء وقت كافٍ لكل مشاركة لتجاوب بحسب استعدادها.</p> <p>- استخدم تمرين لعب أدوار حيث مثلت الأمهات مواقف أثارت لديهن مشاعر مكبوتة (مثل الشعور بالوحدة، الذنب، أو الضغط الأسري)، وكان لكل موقف دعم لفظي من المجموعة وتشجيع على المواجهة دون خجل.</p> <p>- أدخلت الباحثة لمسات من الفكاهة في بعض اللحظات الثقيلة عاطفياً، مما ساعد على التهوين دون إنقاص من جدية الانفعالات.</p> <p>- اختتمت الجلسة بإرشاد جماعي حول أهمية رصد المشاعر بشكل يومي دون إصدار أحكام، والتمييز بين الإحساس والانفعال والتفكير المصاحب.</p>
مدة الجلسة	90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)
طبيعة الجلسة	جماعية
الواجب المنزلي	طلب من كل أم كتابة موقف واحد على الأقل في دفتر يومياتها الانفعالية أثار مشاعر قوية خلال الأسبوع (مثل: غضب، حزن، قلق، خيبة)، مع وصف هذه المشاعر بكلمات صادقة دون تهويل أو تقليل أو تبرير، كمقدمة لجلسات أعمق في التعبير والتفسير.

المصدر: من إعداد الباحثة

في إطار استمرار تنفيذ برنامج المرافقة النفسية، عقدت الباحثة الجلسة الثالثة بالتعاون مع الأخصائي النفسي بالمركز، وخصصت هذه الجلسة للتنفيس الانفعالي وتفرغ المشاعر المكبوتة لدى الأمهات، وذلك في بيئة علاجية آمنة ومحفزة على البوح الصادق. افتتحت الجلسة بمراجعة موجزة للواجب المنزلي الذي كلفت به الأمهات في الجلسة السابقة، والمتمثل في تدوين مشاعرهن اليومية خلال التعامل مع أطفالهن. وقد لاحظت الباحثة تبايناً في القدرة على وصف المشاعر؛ حيث عبرت بعض الأمهات عن مشاعرهن بوضوح نسبي، في حين بدت أخريات أكثر تحفظاً، مما دل على أن مستوى الكف الانفعالي لا يزال قائماً لدى بعض المشاركات، وفي المرحلة التالية من الجلسة، فتح حوار جماعي تحت سؤال محوري ومفتوح: "ما أصعب شعور واجهته هذا الأسبوع؟"، وقد شكل هذا السؤال مدخلاً هاماً لتحريك المشاعر

الدفينة، إذ شاركت بعض الأمهات بمشاعر واضحة كالغضب، الخوف، القلق، أو خيبة الأمل، بينما اكتفت أخريات بإشارات أو تعبيرات غير لفظية، مما كشف عن تفاوت واضح في المهارات الانفعالية، وهو ما يعد أمراً طبيعياً في هذه المرحلة من البرنامج.

بعد ذلك نفذ تمرين لعب الأدوار الذي أتاح للأمهات إعادة تمثيل مواقف مؤثرة مررن بها، سواء من واقعهن أو من تخيلهن، وقد ساهم هذا التمرين في كسر الحواجز الداخلية، إذ لاحظت الباحثة تحرراً تدريجياً في الانفعال لدى العديد من الأمهات، خاصة من حيث القدرة على ربط الحدث بالمشاعر، والتعبير عن تلك المشاعر بصورة لفظية أمام المجموعة. وخلال ذلك، لجأت الباحثة إلى توظيف الفكاهة بشكل مدروس لتخفيف حدة التوتر الانفعالي وتسهيل الانخراط الوجداني. في ختام الجلسة، تم توجيه الأمهات إلى أهمية رصد مشاعرهن اليومية بشكل دقيق وصادق دون تهويل أو إنكار، كما تم تكليفهن بواجب منزلي يتمثل في كتابة موقف أثار مشاعر قوية خلال الأسبوع، مع وصف صريح لنوع الشعور المرتبط به، وذلك تمهيداً لتطوير وعيهن الانفعالي بشكل تدريجي وممنهج في الجلسات القادمة، وقد تركت الجلسة انطباعاً إيجابياً عاماً، مع ملاحظة تحسن أولي في تجاوب الأمهات وانخراطهن في العمل العلاجي بشكل أكثر انفتاحاً.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

- __ ارتفاع مستوى المشاركة والانخراط في الحوار المفتوح مقارنة بالجلسات السابقة.
- __ قدرة عدد من الأمهات على التعبير عن مشاعر مكبوتة بشكل أكثر وضوحاً وصراحة.
- __ نجاح تمرين لعب الأدوار في تسهيل عملية التعبير الانفعالي بطريقة منظمة وآمنة.
- __ استعمال الفكاهة ساعد في خفض التوتر وأضفى جواً من الألفة بين المشاركات.

• الصعوبات أو التحديات:

- __ استمرار وجود بعض التردد أو الخجل لدى اثنتين من الأمهات أثناء تمارين التعبير العاطفي العلني.
- __ ظهور بعض حالات الانفعال القوي (البكاء المفاجئ)، مما استدعى تدخلاً دقيقاً لاحتواء المشاعر وضمان استمرار الإحساس بالأمان العاطفي داخل المجموعة.

• التقييم العام للجلسة:

يمكن اعتبار الجلسة الثالثة محطة مهمة في البرنامج، إذ بدأت عملية التنفيس الانفعالي بشكل فعلي وملمس، نجحت الجلسة الثالثة في تحفيز الأمهات على كسر حاجز الصمت الانفعالي الذي كان

يحول دون قدرتهم على التعامل الواعي مع معاناتهن. ورغم التفاوت الطبيعي بين الأمهات في سرعة الانخراط وشدة التعبير، فإن أجواء الجلسة ظلت إيجابية داعمة، مع بروز مؤشرات واضحة على بداية التحرر من الكبت الانفعالي والانفتاح نحو المزيد من التعبير الحر عن المشاعر.

جدول رقم 30: يوضح مخطط سير الجلسة الرابعة

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة الرابعة
عنوان الجلسة	دحض وتقني الأفكار السلبية لدى الأمهات
تاريخ الجلسة	30 أكتوبر 2024
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة الأمهات على التعرف على أفكارهن السلبية المتكررة التي ترتبط بالذنب، لوم الذات أو الشعور بعدم الكفاءة كأهات. - تعليم الأمهات مهارة مراقبة التفكير وتحليل مدى منطقيته وتأثيره على المشاعر والسلوك. - بناء استبصار ذاتي معرفي يمكنهن من إدراك التشوهات المعرفية (مثل التعميم، التهويل، الشخصية). - تمكين الأمهات من توليد بدائل فكرية إيجابية تكون أكثر واقعية وداعمة للذات وتقلل من الضغط النفسي والانفعالي.
التقنيات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> - سجل الأفكار السلبية. - الحوار السقراطي. - مراقبة الذات وتحليل الفكر التلقائي. - إعادة البناء المعرفي.
محتوى الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - استهلكت الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي للجلسة السابقة، حيث عرضت الأمهات بعضاً من ملاحظتهن العاطفية اليومية، وتم تحليلها في ضوء ما قد يكشف عن خلفية معرفية سلبية مضمرة. - قدمت الباحثة شرحاً مبسطاً حول ماهية التفكير السلبي التلقائي، وأبرز أنواعه لدى أمهات الأطفال ذوي طيف التوحّد، مثل "أنا السبب في إصابة طفلي"، أو "إن أستطيع مساعدته أبداً". - تم تدريب الأمهات على كتابة الأفكار كما تراودهن، دون تنميق أو تعديل، في سجل خاص. - فتح نقاش جماعي حول تفكيك هذه الأفكار وتحليلها من حيث منطقيتها وتأثيرها، وتم عرض نماذج منها على السبورة الجماعية وتحويلها إلى أفكار بديلة أكثر دعماً للنفس. - نفذ تمرين "هات فكرة سلبية وساعدنا على قلبها"، والذي شكل تجربة علاجية حيوية بين الأمهات، حفزت الشعور الجماعي بالتضامن والتحفيز على التفكير الإيجابي.
مدة الجلسة	90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)
طبيعة الجلسة	جماعية
الواجب المنزلي	طلب من كل أم استخدام ورقة مراقبة الأفكار اليومية، بحيث تقوم بتسجيل كل فكرة سلبية تتبادر إلى ذهنها خلال الأسبوع، خصوصاً أثناء التعامل مع طفلها. إلى جانب كل فكرة، تطلب محاولة إعادة صياغتها بطريقة أكثر منطقية وواقعية وداعمة للذات، بهدف تطوير مهارة "تعديل الحديث الذاتي"، وتحفيز التفكير المنطقي بدلاً من التلقائي المشوه.

المصدر: من إعداد الباحثة

في سياق استكمال تطبيق برنامج المرافقة النفسية، أشرفت الباحثة على عقد الجلسة الرابعة، والتي خصصت لتعديل الأفكار السلبية غير المنطقية لدى الأمهات، من خلال توجيههن إلى إدراك أنماط التفكير المشوه المرتبط بتجربتهن كأطفال مصابين بطيف التوحد. ركزت الجلسة على إعادة بناء الإدراك المعرفي للأمهات، ومساعدتهن على استبدال الأفكار اللائمة للذات بأخرى أكثر واقعية واتزاناً، حيث افتتحت الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي للجلسة السابقة، والذي شكل مدخلاً لعرض مجموعة من الأفكار السلبية اليومية التي دونتها الأمهات خلال تعاملتهن مع أطفالهن، وقد لاحظت الباحثة تبايناً في عمق الطرح بين المشاركات، ما دل على اختلاف درجات الوعي الذاتي والانفتاح المعرفي بينهن. خلال النقاش الجماعي، تم تشجيع الأمهات على التعبير عن أفكارهن السلبية بشكل مباشر دون رقابة ذاتية، وتم توجيههن عبر الحوار السقراطي إلى مساءلة صحة ومصدر هذه القناعات، مما ساعد العديد منهن على اكتشاف التناقضات بين الواقع وبين معتقداتهن السلبية حول ذواتهن، كما ظهرت خلال النقاش أفكار شائعة مثل "أنا السبب في معاناة طفلي" أو "أنا أم غير كفؤة"، والتي تم تحليلها وتقنيدها تدريجياً داخل المجموعة.

استخدمت الباحثة تقنية لعب الأدوار لمحاكاة الحديث الداخلي، حيث قامت بعض الأمهات بإعادة صياغة حوار ذاتي سلبي إلى خطاب أكثر إيجابية ومنطقية، الأمر الذي ساعد في خفض حدة الشعور بالذنب وتعزيز التقبل النفسي، واختتمت الجلسة بتكليف الأمهات بواجب منزلي يتمثل في مراقبة أفكارهن السلبية اليومية وتسجيلها مع محاولة استبدالها بأفكار منطقية وإيجابية، وذلك باستخدام نموذج مكتوب يساعد في دعم مهارة إعادة البناء المعرفي، تمهيداً لترسيخ التفكير المتزن كأداة للتكيف النفسي طويل المدى.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

— أبدت معظم الأمهات حماساً للمشاركة، وتحديثن بصراحة عن الأفكار السلبية التي تطاردنهن كما لوحظ تحسن في قدرة بعض الأمهات على التمييز بين الأفكار الواقعية والأفكار المشوهة، مع ظهور مؤشرات استبصار جديدة.

— ساعد تمرين الحوار السقراطي على كسر النمط السلبي التلقائي وأعطى الأمهات شعوراً بامتلاك أدوات جديدة لإدارة ذواتهن.

— التزام الأمهات بفكرة الواجب المنزلي وموافقة جماعية على مواصلة التدريبات المعرفية.

• الصعوبات والعراقيل:

__ واجهت بعض الأمهات صعوبة في ملاحظة أفكارهن التلقائية السلبية أثناء حدوثها، مما يتطلب تدريباً إضافياً على مهارات مراقبة الذات.

__ استمر وجود بعض المقاومة الانفعالية أثناء مناقشة الأفكار المرتبطة بالذنب ولوم الذات، مما استلزم تدخلات داعمة ولطيفة لتخفيف حدة الانفعالات.

• التقييم العام للجلسة:

تعتبر هذه الجلسة نقلة معرفية مهمة في البرنامج، حيث بدأ الأمهات يكتسبن أدوات جديدة لتحليل تفكيرهن بشكل منطقي وعلمي، ورغم أن التنفيذ العقلي للأفكار السلبية يحتاج إلى تدريب مستمر لترسيخه، إلا أن الجلسة وضعت أساساً جيداً لهذا الهدف، وشجعت الأمهات على تحمل مسؤولية تغيير أنماط التفكير الداخلية التي كانت تعيق نموهن الانفعالي، أسهمت هذه الجلسة في تحفيز الأمهات على النظر إلى نواتهن ومواقفهن من منظور أكثر رحمة وعقلانية، ورغم أن بعض الأفكار السلبية كانت متجذرة وعاطفية بشدة، إلا أن ظهور مؤشرات الاستبصار الأولى يبشر بإمكانية إحداث تحولات معرفية وانفعالية عميقة في المراحل اللاحقة من البرنامج.

جدول رقم 31: يوضح مخطط سير الجلسة الخامسة

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة الخامسة
عنوان الجلسة	التدريب على تقنيات الاسترخاء العضلي والتنفسي
تاريخ الجلسة	4 نوفمبر 2024
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - تطوير قدرة الأمهات على ضبط الانفعالات ضمن بيئة جماعية داعمة. - تعليم تقنيات الاسترخاء كمهارات حياتية قابلة للتطبيق في مواقف التوتر اليومي. - تشجيع الأمهات على مراقبة استجاباتهن الجسدية والانفعالية كخطوة أولى لبناء وعي ذاتي. - الاستفادة من الجو الجماعي لتطبيع مشاعر القلق والإجهاد، وتقوية الشعور بالانتماء والدعم المتبادل.
التقنيات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> - الاسترخاء العضلي التدريجي. - تمارين التنفس البطني العميق. - التخيل العقلي.

<p>محتوى الجلسة</p>	<p>- افتتحت الباحثة الجلسة بالتذكير بأهمية ضبط التوتر اليومي في تحسين العلاقة مع الطفل المصاب بطيف التوحد، وتبادل المشاركات تجاربهم مع التوتر خلال الأسبوع.</p> <p>- شرحت الباحثة بأسلوب مبسط العلاقة بين التوتر العضلي والضييق النفسي، وتأثير الاسترخاء على خفض مستويات الألكسيتيميا.</p> <p>- تم تنفيذ تمارين الاسترخاء العضلي الجماعي بتركيز خاص على التدرج المنظم في شد وإرخاء العضلات، حيث تابعت المشاركات التعليمات الحركية والصوتية بصمت وانتباه.</p> <p>- تلاها تمرين تنفس عميق جماعي، شمل ثلاث مراحل متتابعة: شهيق من الأنف، احتباس النفس، ثم زفير بطيء من الفم، وقد تم تكرار الدورة عدة مرات لتحقيق تهدئة ملحوظة.</p> <p>- في نهاية الجلسة، قادت الباحثة تمرين تخيل موجه، حيث دعيت كل أم إلى إغلاق عينيها وتصور مكان تشعر فيه بالأمان والسكينة، ما عزز الإحساس الجماعي بالطمأنينة والانفصال عن مصادر الضغط.</p>
<p>مدة الجلسة</p>	<p>60 دقيقة</p>
<p>طبيعة الجلسة</p>	<p>جماعية</p>
<p>الواجب المنزلي</p>	<p>طلب من كل أم ممارسة تمرين الاسترخاء مرتين يوميا (صباحا ومساء)، وتسجيل ملاحظات حول التغيرات الجسدية والنفسية التي تشعر بها بعد كل مرة، بهدف تشجيع بناء روتين علاجي ذاتي وتحسين الارتباط بين الجسد والحالة النفسية.</p>

المصدر: من إعداد الباحثة

في إطار العمل على تمكين الأمهات من أدوات عملية لإدارة التوتر والانفعال، عقدت الجلسة الخامسة التي خصصت لتدريب الأمهات على تقنيات الاسترخاء العضلي والتنفس العميق بهدف تمكينهن من أدوات عملية للتحكم في التوتر الجسدي والانفعالي، ساد الجلسة جو هادئ ومهيأ نفسيا لضمان الانخراط الكامل في التمارين، افتتحت الجلسة بشرح نظري مبسط حول أهمية الاسترخاء في ضبط التوتر والانفعالات، مع ربط ذلك مباشرة بتأثيراته الإيجابية على الحد من الأعراض المصاحبة للألكسيتيميا، خاصة ضعف الإدراك الجسدي والانفعالي، ثم انتقلت الباحثة إلى الجانب التطبيقي، حيث وجهت الأمهات تدريجيا لتطبيق تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي، والتي تضمنت شد وإرخاء مجموعات عضلية متعاقبة من الجسم، مما ساعد في تنمية الوعي الجسدي والانتباه للتغيرات العضلية المرتبطة بالحالة النفسية.

أعقب ذلك تدريب على التنفس العميق المنتظم (شهيق عبر الأنف - احتباس - زفير عبر الفم) مع التركيز على تناغم التنفس والحضور الذهني، وهو ما ساعد على تهدئة النشاط الانفعالي الداخلي للأمهات، واختتمت التمارين بتقنية التخيل العقلي الموجه، حيث دعيت الأمهات لتخيل مكان آمن ومريح، ساهم في تعميق حالة الاسترخاء الذهني، وخلال الجلسة، أبدت معظم الأمهات تجاوبا جيدا، رغم وجود بعض التفاوت في مدى القدرة على التركيز الجسدي والانتباه للتنفس، ما استدعى توجيهها فرديا أثناء التمرين. وقد لاحظت الباحثة تحسنا تدريجيا في قدرة المشاركات على الدخول في حالة من الاسترخاء، مقارنة ببدايات

الجلسة، وفي ختام اللقاء، تم توضيح الواجب المنزلي، الذي تمثل في ممارسة تمرين الاسترخاء مرتين يوميا، مع تدوين أي تغيرات جسدية أو نفسية يلاحظونها، لتناقش لاحقا ضمن الجلسة السادسة، وقد أبدت الأمهات التزاما مبدئيا واهتماما بتكرار التمارين داخل المنزل، لما لمسنه من راحة نفسية فورية خلال الجلسة.

الجوانب الإيجابية الملحوظة:

_ أبدت معظم الأمهات تفاعلا جيدا مع التدريبات، وأظهرن التزاما بتقنيات الاسترخاء العضلي والتنفسي، وكذا تفاعل إيجابي مع تمرين التخيل العقلي، حيث تمكنت بعض الأمهات من الوصول إلى حالة شعورية بالراحة والأمان بشكل واضح.

_ لاحظت الباحثة أن بعض الأمهات أظهرن انخفاضا فوريا في مظاهر التوتر الجسدي (مثل ارتخاء الكتفين، تحسن ملامح الوجه) بعد أداء التمارين، إضافة وجود تقبل عاطفي وفكري لفكرة أن التوتر الجسدي والانفعالي يمكن التعامل معه بأساليب بسيطة وعملية.

• الصعوبات والعراقيل:

_ واجهت بعض الأمهات صعوبة أولية في التنسيق بين الشد والإرخاء العضلي، خاصة في العضلات الصغيرة (مثل الوجه واليدين).

_ بعض الأمهات أبدين توترا طفيفا أثناء تمرين التنفس العميق، خصوصا في البداية، مما تطلب تكرار التمرين أكثر من مرة لنجاح العملية.

• التقييم العام للجلسة:

تعد الجلسة الخامسة ناجحة بشكل كبير في تحقيق أهدافها، حيث استطاعت الأمهات اكتساب مهارة عملية مباشرة يمكنهن استخدامها لإدارة التوتر الذاتي في حياتهن اليومية، ورغم بعض الصعوبات الطبيعية المرتبطة بحدثة المهارات، إلا أن درجة التقبل والمشاركة كانت عالية، مما يمهّد الطريق لترسيخ هذه التقنيات مع استمرار الممارسة، كما مكنت هذه الجلسة الأمهات من اختبار تجربة عملية مباشرة لاستعادة السيطرة على أجسادهن وعقولهن عبر تمارين بسيطة لكنها فعالة.

جدول رقم 32: يوضح مخطط سير الجلسة السادسة

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة السادسة
عنوان الجلسة	بناء مهارات حل المشكلات وتوكيد الذات
تاريخ الجلسة	7 نوفمبر 2024
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - تحسين قدرة الأمهات على التعامل مع المشكلات اليومية المرتبطة برعاية أطفالهن. - تقوية الشعور بالثقة في الذات وتنمية مهارات التواصل الواضح. - تدريب الأمهات على خطوات حل المشكلات بأسلوب علمي منهجي. - مساعدة المشاركات على فهم التفكير الواقعي في مواجهة المواقف الضاغطة. - تعليم مهارات توكيد الذات والتعبير عن الرأي والحاجة بدون خضوع أو عدوانية وتأكيد دور الأم كعنصر فاعل في بيئة الأسرة.
التقنيات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> - عرض خطوات حل المشكلات وفق النموذج الخماسي (تحديد المشكلة - اقتراح بدائل - تقييم الحلول - اختيار الأنسب - التنفيذ). - لعب الدور. - تأكيد الذات. - النقاش جماعي.
محتوى الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - بدأت الجلسة بمراجعة تمارين الاسترخاء المنزلية، حيث ناقشت الأمهات مدى التزامهن بتطبيق التمرينات وأثرها على المزاج والانفعال. - قدمت الباحثة نموذجاً عملياً لحل المشكلات بأسلوب منهجي، تضمن خمس مراحل متسلسلة وواضحة (تحديد المشكلة - اقتراح حلول - تقييم الحلول - اختيار الأنسب - تطبيق الحل). - تم عرض مواقف حقيقية مأخوذة من تجارب الأمهات داخل المنزل أو مع المحيط العائلي. - قسمت المجموعة إلى ثنائيات لأداء تمرين لعب دور، بحيث تؤدي كل أم دور الأم والمستشار في مواقف تتطلب اتخاذ قرار أو حل مشكلة. - تم تشجيع الأمهات على استخدام عبارات مباشرة وواضحة لتأكيد احتياجاتهن في سياقات الحياة اليومية، كأن تطلب الأم المساندة من الزوج أو الأسرة دون خجل أو تردد. - تم رصد تفاعل جماعي ملحوظ، وتبين أن بعض الأمهات بدأت بإعادة النظر في طريقة استجابتهن للمواقف الضاغطة.
مدة الجلسة	90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)
طبيعة الجلسة	جماعية
الواجب المنزلي	طلب من الأمهات اختيار مشكلتين من حياتهن اليومية وتطبيق نموذج الخطوات الخمسة لهما، مع توثيق الإجراءات المتبعة ونتائجها لاستخدامها في الجلسة القادمة.

المصدر: من إعداد الباحثة

في إطار مواصلة تطبيق برنامج المرافقة النفسية، أشرفت الباحثة على عقد الجلسة السادسة التي خصصت لبناء مهارات حل المشكلات وتعزيز توكيد الذات لدى الأمهات، انطلقت الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي للجلسة السابقة، الذي تمثل في تمارين الاسترخاء اليومية، وقد لاحظت الباحثة تفاوتاً في مستوى الالتزام؛ فبينما عبرت بعض الأمهات عن تحسن في مزاجهن وجودة نومهن، واجهت أخريات صعوبة في المواظبة نتيجة لضغوط الحياة اليومية والانشغالات الكثيرة، وهو ما فتح باب الحديث حول أهمية الاعتناء

بالنفس كجزء من الصحة النفسية، انتقلت الباحثة بعد ذلك إلى المحور الأساسي للجلسة، حيث قدمت نموذجاً منهجياً لحل المشكلات يتضمن خمس مراحل متتالية: تحديد المشكلة، اقتراح الحلول الممكنة، تقييم كل حل، اختيار الأنسب، ثم تطبيقه على أرض الواقع، وقد حرصت على تبسيط هذه المراحل من خلال أمثلة واقعية مستمدة من الحياة الأسرية للأمهات، مما ساعدهن على الربط بين النموذج المعرفي وبين تجاربهن اليومية، وكان التفاعل إيجابياً، حيث عبرت الأمهات عن إعجابهن ببساطة الطرح، وشعورهن بأنه يمكنهن فعلاً استخدام هذا النموذج داخل المنزل.

ولتحفيز التعلم التطبيقي، قامت الباحثة بتنظيم نشاط جماعي من خلال تقسيم الأمهات إلى ثنائيات، بحيث تؤدي كل واحدة منهن دور الأم والمستشار في مواقف حياتية تتطلب اتخاذ قرار أو التعامل مع موقف ضاغط، وقد لاحظت الباحثة أن هذه التمارين أسهمت في تفعيل مهارات الاستماع، التحليل، والتعاطف المتبادل، فضلاً عن تحسين القدرة على التعبير عن الاحتياجات بأسلوب مباشر وواضح، كما شجعت الباحثة الأمهات على تجاوز الحرج والخجل عند المطالبة بالدعم أو المساندة داخل الأسرة، مما يعزز مبدأ توكيد الذات، مع تقدم الجلسة، ظهرت إشارات إيجابية على تطور التفكير الواقعي لدى بعض الأمهات، حيث بدأت في إعادة النظر في أسلوب تعاملهن السابق مع المشكلات الأسرية، وعبرن عن رغبة فعلية في تغيير طريقة تفاعلهن مع الضغوط اليومية، وقد كانت هذه النقطة من أبرز مؤشرات الاستبصار التي طمأنت الباحثة إلى فاعلية المحتوى التدريبي المعتمد، اختتمت الجلسة بتكليف واجب منزلي يتمثل في كتابة مشكلتين واقعتين من حياة كل أم، وتطبيق النموذج المعرفي الخماسي لحل كل منهما، مع توثيق الخطوات والنتائج، وقد أكدت الباحثة على أهمية تسجيل أية ملاحظات شعورية أثناء تنفيذ التمرين، تمهيداً لمناقشتها لاحقاً.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

أبدت الأمهات تفاعلاً نشطاً أثناء التمارين الجماعية، خاصة خلال مناقشة المشكلات الواقعية، حيث لوحظ تحسن في قدرة بعض الأمهات على تفكيك المشكلات الكبيرة إلى أجزاء صغيرة قابلة للحل، مما يدل على بداية تبني التفكير التحليلي المنهجي.

أظهرت بعض الأمهات تحسنا ملحوظا في التعبير عن احتياجاتهن دون الشعور بالذنب أو الخوف من الرفض، وهي مهارة أساسية في توكيد الذات، كما ابدین درجة عالية من الالتزام بفكرة الواجب المنزلي، مع حماس ملحوظ للتطبيق الواقعي.

• الصعوبات والعراقيل:

- بالنظر إلى مجريات الجلسة السادسة، يمكن القول إنه لم يتم تسجيل صعوبات ملحوظة تعيق سير التفاعل أو استيعاب المحتوى بشكل عام، إذ تميزت الجلسة بتجاوب إيجابي من معظم الأمهات، وبدأت مهيآت فكريا وانفعاليا لتلقي المفاهيم الجديدة.

• التقييم العام للجلسة:

اعتبرت الجلسة السادسة ناجحة جدا في تحقيق أهدافها، حيث تمكنت الأمهات من اكتساب أدوات تفكير جديدة تساعدهن على التعامل الواقعي مع المشكلات، بعيدا عن الاستغراق في المشاعر السلبية أو لوم الذات، كما أن الأجواء العامة كانت مشجعة، ومليئة بروح التعلم والممارسة، كما أرست هذه الجلسة أساسا عمليا مهما لتحويل المشاعر السلبية غير المنظمة إلى سلوكيات هادفة مبنية على التفكير والتحليل.

جدول رقم 33: يوضح مخطط سير الجلسة السابعة

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة السابعة
عنوان الجلسة	تتمية مهارات وصف المشاعر والانفعالات
تاريخ الجلسة	12 نوفمبر 2024
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - تحسين قدرة الأمهات على الوعي بمشاعرهن والتعبير عنها لفظيا. - تخفيف حالات الإنكار والكبت الانفعالي. - تعليم الأمهات التمييز بين الإحساسات الجسدية والانفعالات الوجدانية. - بناء مفردات عاطفية غنية تساعد على التعبير الذاتي. - تدريب الأمهات على تسمية المشاعر بدقة وربطها بسلوكيات واضحة.
التقنيات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> - لعب الدور. - تمرين وصف المشاعر. - الأسئلة المفتوحة. - النقاش جماعي.

<p>محتوى الجلسة</p>	<p>-بدأت الباحثة الجلسة بمراجعة تمارين الجلسة السابقة المتعلقة بحل المشكلات، ولاحظت مدى تطور قدرة بعض الأمهات على استخدام اللغة التوكيدية في وصف احتياجاتهن. -تم شرح أهمية تحديد وتسمية المشاعر في تعزيز التوازن الانفعالي والتحكم بالسلوك. -نظمت الباحثة تمرينا جماعيا لتطبيق وصف المشاعر في مواقف واقعية (مثل الإحباط من سلوك الطفل أو القلق من المستقبل)، وشجعت المشاركات على استخدام مفردات دقيقة (مثل خيبة، استياء، راحة...).</p> <p>-في تمرين لعب الأدوار، طلب من كل أم إعادة سرد موقف أثار انفعالا مؤخرًا، مع وصف الشعور بلغة دقيقة، ما أظهر تفاوتًا في المهارات الانفعالية بين الأمهات.</p>
<p>مدة الجلسة</p>	<p>90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)</p>
<p>طبيعة الجلسة</p>	<p>جماعية</p>
<p>الواجب المنزلي</p>	<p>طلبت الباحثة من كل أم اختيار ثلاث مواقف من الحياة اليومية خلال الأسبوع، وتدوين المشاعر التي صاحبت كل موقف مع محاولة وصفها بكلمات دقيقة وصادقة، وذلك لزيادة الوعي الانفعالي والتدريب على التعبير عن المشاعر.</p>

المصدر: من إعداد الباحثة

أشرفت الباحثة بالتعاون مع الأخصائي النفسي بالمركز على تفعيل الجلسة السابعة التي خصصت لتطوير مهارات التعبير الانفعالي لدى الأمهات، والانتقال بهن من مرحلة كبت الاحاسيس والانفعالات إلى مستوى أكثر وعياً ووضوحاً في توصيف المشاعر، هدفت هذه الجلسة إلى تمكين الأمهات من تسمية الانفعالات وتسييل الضوء على الفروقات الدقيقة بين المشاعر المختلفة، وهو ما يعد خطوة محورية في تقليل حدة الألكسيتيميا وتبعاتها، استهلّت الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي السابق المتعلق بتطبيق خطوات حل المشكلات، حيث شجعت الأمهات على مشاركة تجاربهن الفردية، وقد لاحظت الباحثة تطوراً نسبياً في طريقة تعامل الأمهات مع الضغوط، حيث بدت بعض الأمهات أكثر هدوءاً وتحكماً في ردود أفعالهن مقارنة بالجلسات السابقة، وهو ما يشير إلى فعالية التمارين السابقة في تحسين مهارات التنظيم الذاتي.

انتقلت الباحثة بعد ذلك إلى شرح أهمية تسمية المشاعر كأداة تنظيمية تساعد في منع تراكم الانفعالات، موضحة الفرق بين الإحساس الجسدي والانفعال العاطفي من خلال أمثلة واقعية من البيئة اليومية للأمهات، وقد ساهمت هذه الأمثلة في تقريب الفكرة إلى أذهان المشاركات، حيث بدأت بعض الأمهات يدركن كيف أنهن غالباً ما يخلطن بين التعب الجسدي والمشاعر الكامنة مثل الإحباط أو القلق، في الجزء التطبيقي من الجلسة، نظمت سلسلة من التمارين الجماعية التي طلب فيها من الأمهات وصف مشاعر مرت بهن خلال الأسبوع، باستخدام مفردات وجدانية دقيقة، في البداية واجهت بعض المشاركات صعوبات في العثور على الكلمات المناسبة، مما كشف استمرار بعض مظاهر الفقر العاطفي في التعبير.

لكن مع استمرار الدعم من الباحثة، بدأت تظهر تحسن تدريجي، حيث استخدمت بعض الأمهات مصطلحات أكثر تعبيراً مثل "إحباط عميق"، و"إحساس بالتقصير رغم الاجتهاد". كما تضمن النشاط التطبيقي تمريناً في لعب الأدوار، حيث طلب من كل أم أن تروي موقفاً شخصياً تعرضت فيه لانفعال معين، مع التركيز على وصف الشعور الأساسي بدل التركيز على تفاصيل الحدث الخارجي، وقد لوحظ أن هذا التمرين شكل نقطة تحول مهمة لبعض الأمهات اللواتي بدأت في التعبير عن أنفسهن بثقة أكبر، وفي ختام الجلسة، كلفت الأمهات بواجب منزلي بسيط ومحدد، يتمثل في تسجيل ثلاث مواقف من الحياة اليومية خلال الأسبوع، مع تحديد الشعور الأساسي الذي رافق كل موقف، ووصفه بكلمات دقيقة وصادقة دون أحكام أو مبالغة، ويهدف هذا التمرين إلى تعميق مهارة الوعي الانفعالي اليومي، وإرساء نمط جديد من المراقبة الذاتية العاطفية ضمن حياة الأمهات خارج الجلسات.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

- أبدت غالبية الأمهات حماساً ملحوظاً للتعلم، وظهر تطور تدريجي في القدرة على التفريق بين الشعور الجسدي والانفعال الوجداني.
- ساهمت التمارين الجماعية ولعب الأدوار في إزالة رهبة التعبير اللفظي عن المشاعر.
- سجلت الأمهات تحسناً في إثراء مفرداتهن الانفعالية، مع بداية استخدام كلمات أدق في توصيف مشاعرهن، كما أن روح التعاون والدعم المتبادل بين الأمهات شجعت على التعبير الانفعالي المفتوح.

• الصعوبات والعراقيل:

- استمرت بعض الأمهات في مواجهة صعوبة في ترجمة المشاعر الداخلية إلى كلمات دقيقة، خصوصاً في المواقف التي تجمع بين مشاعر متداخلة.
- لاحظت الباحثة وجود ميل لدى بعض الأمهات إلى الخلط بين وصف الفعل ووصف الشعور مثلاً: "صرخت" بدلاً من "شعرت بالغضب".

• التقييم العام للجلسة:

تعد الجلسة السابعة محطة مركزية وأساسية في البرنامج، حيث ساعدت الأمهات على اتخاذ خطوة فعلية باتجاه امتلاك وعي انفعالي أكبر، رغم وجود بعض الصعوبات في مهارة وصف المشاعر، إلا أن الجلسة أظهرت تقدماً واضحاً في التخلص الكبت الانفعالي، وزيادة الدقة التعبيرية لدى الأمهات، ساهمت هذه الجلسة في تمكين الأمهات من التعرف على انفعالاتهن ومشاعرهم بشكل أدق، مما سيساهم مستقبلاً في تحسين القدرة على التعامل الإيجابي مع المواقف الضاغطة، كما أن الإشارات الإيجابية التي ظهرت خلال الجلسة تؤكد أن بناء المفردات العاطفية واستبصار المشاعر سيستمر في التطور عبر الجلسات القادمة.

جدول رقم 34: يوضح مخطط سير الجلسة الثامنة

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة الثامنة
عنوان الجلسة	تطوير المشاركة الاجتماعية وتبادل الخبرات بين الأمهات
تاريخ الجلسة	17 نوفمبر 2024
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - التخفيف من الشعور بالعزلة الاجتماعية. - زيادة الإحساس بالدعم والانتماء داخل مجموعة الأمهات. - دعم الثقة المتبادلة ومشاعر القبول الاجتماعي داخل المجموعة. - تشجيع الأمهات على الإفصاح عن تجاربهن الواقعية بما في ذلك النجاحات والإخفاقات. - دعم عملية التكيف الإيجابي من خلال التعلم من التجارب الفعلية الناجحة للأمهات الأخريات وتحفيز بناء شبكة دعم اجتماعي وظيفي ومستمر.
التقنيات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> - النمذجة. - التغذية الراجعة الجماعية. - النقاش التفاعلي المنظم. - لعب الأدوار.
محتوى الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - افتتحت الباحثة الجلسة بتقديم اثنان من الأمهات الضيفات اللاتي تم استدعاؤهم بصفة رسمية من قبل المركز، حيث سبق لهن المرور بتجربة التعايش مع طفل مصاب باضطراب طيف التوحد وقدمن شهادات حقيقية عن الصعوبات اليومية، وسبل التكيف العملي والنفسي مع إصابة الطفل. - تبادل الحضور النقاش حول أكثر المواقف صعوبة، مع إضاءة الأمهات الضيفات على كيفية تجاوز بعض العقبات المعقدة (مثل التقبل، دمج الطفل في الحياة المدرسية، والتعامل مع نظرة المجتمع للاضطراب). - لاحظت الباحثة حيوية واضحة في النقاش الجماعي، حيث عبّرت الأمهات المستفيدات عن مشاعر الخوف والارتباك، في حين قدمت المشاركات الضيفات كلمات تشجيعية ونصائح واقعية. - خصصت فقرة للممثل الاجتماعي، حيث لعبت اثنتان من الأمهات أدوار متبادلة لموقف تقديم الدعم النفسي في لحظة انفعالية، مما ساعد

	على تجسيد الدور الحقيقي للدعم الاجتماعي. -اختتمت الجلسة بمداخلة من الباحثة للتأكيد على أهمية تبني استراتيجيات الدعم المتبادل حتى بعد انتهاء البرنامج.
مدة الجلسة	90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)
طبيعة الجلسة	جماعية
الواجب المنزلي	تقوم كل أم باختيار نصيحة أو أسلوب تفاعلي استفادت منه خلال الجلسة، وتطبيقه مع طفلها خلال الأسبوع، مع تدوين نتائج التجربة وتأثيرها على الجو العائلي في المنزل.

المصدر: من إعداد الباحثة

خصصت الجلسة الثامنة لتعزيز المشاركة الاجتماعية وتبادل الخبرات الحياتية الواقعية بين الأمهات، حيث تميزت بجو من الانفتاح والتلقائية، حيث كان الهدف الأساسي منها هو التخفيف من مشاعر العزلة والانفصال التي تعاني منها العديد من الأمهات في ظل تجاربهن اليومية مع أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد. تم تنظيم لقاء دُعيت إليه أمهات سبق لهن المرور بنفس التجربة، وكان قد أحرزن تقدماً ملحوظاً على المستوى النفسي والاجتماعي، حيث استعرضت هؤلاء الأمهات من خلال سرد عفوي ومنظم، مراحل رحلتهم مع التشخيص، التحديات الأولى التي واجهنها، الأخطاء الشائعة التي ارتكبتها، وكذلك الأدوات والاستراتيجيات التي ساعدتهن لاحقاً على التعامل الأفضل مع أطفالهن وتحقيق نوع من التكيف الإيجابي داخل الأسرة، وقد كان لهذه الشهادات أثر ملموس على أمهات العينة، إذ ساعدتهن على استيعاب أن معاناتهن ليست فريدة من نوعها، وأن هنالك فرصاً حقيقية للتطور والتعايش رغم الصعوبات.

لوحظ مع تقدم الجلسة تطور تدريجي في استعداد الأمهات للتفاعل، حيث عبرت بعضهن بصراحة عن مشاعر الخوف، الذنب، والقلق، والتي كثيراً ما يصعب عليهن التعبير عنها في محيطهن العائلي. هذا المناخ من الدعم المتبادل أدى إلى خلق شعور جماعي بالاحتواء والتفهم، ساهم بدوره في تخفيف حدة الانفعالات السلبية، ورفع الإحساس بالانتماء إلى مجموعة تتشارك نفس ظروف الحياة، كما شجعت الباحثة على تبادل نصائح عملية، مثل كيفية التعامل مع نوبات الغضب لدى الطفل، طرق تهدئة الذات أثناء الضغوط اليومية، وأهمية تخصيص وقت للرعاية الذاتي، مما عزز الشعور بالتمكين لدى الأمهات، ووسعت مداركهن بخصوص إمكاناتهن الفعلية في التكيف مع واقعهن، وفي نهاية الجلسة، تم تكليف واجب منزلي يتمثل في اختيار نصيحة أو ممارسة محددة أثارت اهتمام كل أم، وتجريبها في الحياة اليومية مع تسجيل

أثرها النفسي والانفعالي. وقد كان الهدف من هذا الواجب هو تطبيق ما تم اكتسابه في الواقع، وتثبيت الأفكار المكتسبة من التجربة الجماعية.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

_ ارتفاع مستوى الشعور بالانتماء الجماعي والدعم العاطفي المتبادل بين الأمهات، وزيادة استعدادهن للتعبير عن مشاعرهن الحقيقية دون خجل أو تحفظ.

_ إلهام بعض الأمهات عبر النماذج الناجحة، مما رفع مستوى الأمل والإيجابية لديهن، وكذا تبادل خبرات واقعية ذات صلة مباشرة بالتحديات اليومية مما عزز الشعور بالواقعية والكفاءة الذاتية.

• الصعوبات والعراقيل:

لم تسجل خلال هذه الجلسة أية صعوبات أو عراقيل ملحوظة سواء على المستوى التفاعلي أو التنظيمي، حيث أظهرت الأمهات تجاوباً جيداً مع محاور الجلسة، وتمكن معظمهن من استيعاب الاستراتيجيات المعروضة والتفاعل معها بشكل إيجابي، كما ساد جو من الاحترام والانفتاح، مما ساعد على سير الجلسة بسلاسة دون أي مظاهر مقاومة أو تردد سلوكي أو عاطفي يذكر.

• التقييم العام للجلسة:

يمكن اعتبار الجلسة الثامنة من أنجح الجلسات على المستوى الاجتماعي والعاطفي، إذ نجحت في كسر العزلة الفردية، وبناء شبكة دعم انفعالية بين الأمهات، كما أرسيت الجلسة قواعد أولية لدعم الذات بالآخرين والتعلم من التجربة الجماعية، وهو جانب مهم لاستدامة التغيرات الإيجابية بعد انتهاء البرنامج، حيث نجحت في تحويل المشاعر الفردية السلبية إلى تجربة جماعية.

جدول رقم 35: يوضح مخطط سير الجلسة التاسعة

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة التاسعة
عنوان الجلسة	تنمية الوازع الديني لدى الأمهات

27 نوفمبر 2024	تاريخ الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> - تقديم الدعم الروحي كعامل حماية نفسي يساعد على تقوية التكيف العاطفي لدى الأمهات. - تعزيز تقبل واقع الإعاقة من خلال مفاهيم الرضا بالقضاء والقدر. - ربط التدبير بالصحة النفسية الإيجابية والتخفيف من الشعور بالذنب والقلق. - تشجيع الأمهات على استحضار نعم الله تعالى وتقديرها كوسيلة لتغيير المنظور تجاه المعاناة. - بناء علاقة واعية مع مفهوم الابتلاء كجزء من النمو الروحي والشخصي. 	أهداف الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> - مناقشة جماعية. - أسئلة مفتوحة. 	التقنيات المستخدمة
<ul style="list-style-type: none"> - تم افتتاح الجلسة بتعريف لمفهوم الابتلاء من منظور ديني نفسي، مع التركيز على أن البلاء ليس عقاباً بل مجالاً للارتقاء. - ناقشت الباحثة مع الأمهات بعض الآيات والأحاديث التي تدعم مفاهيم الصبر والرضا، مما ساعد في فتح آفاق جديدة لتفسير التجربة الأمومية. - شجعت الباحثة الأمهات على استحضار النعم اليومية رغم التحديات، والبحث عن معاني الإيجابية وسط الألم. - تخللت الجلسة مشاركات مؤثرة لبعض الأمهات حول تأثير الصلاة أو الدعاء في تهدئة مشاعرهن، مما عزز جواً من الأمان والانتماء المشترك. - ختمت الجلسة بحوار مفتوح حول كيف يمكن للإيمان أن يكون مصدر طاقة داخلية إيجابية تساعد على المواجهة دون انهيار. 	محتوى الجلسة
90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)	مدة الجلسة
جماعية	طبيعة الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> - يطالب من كل أم طيلة أسبوع، كتابة عبارة شكر واحدة يومياً لله تعالى على نعمة تشعر بها (مرتبطة بها أو بطفلها) ، مع وصف بسيط لتأثير هذه النعمة على حالتها النفسية أو الروحية. 	الواجب المنزلي

المصدر: من إعداد الباحثة

خصصت الجلسة التاسعة لتنمية الجانب الروحي، باعتباره من المصادر الداخلية المهمة التي تسهم في تعزيز الصمود النفسي والتقبل الواقعي لتحديات الأمومة، حملت الجلسة طابعاً جماعياً تأملياً، غلب عليه الهدوء والعمق، وركزت على استدعاء مفاهيم الصبر والرضا والاحتساب كقيم إيمانية تعين الأم على تجاوز مشاعر الحزن، الذنب أو القهر الناتجة عن تجربة التشخيص ورحلة التكيف مع إعاقة الطفل، استهلكت الجلسة بتوضيح الفرق بين الرضا السلبي والاستسلام، والرضا الإيماني الواعي الذي يفتح المجال لمعاني الأمل والإيجابية، وأوضحت الباحثة أن استحضار المعنى الإيماني للابتلاء لا ينفى المعاناة، بل يضيف عليها أفقاً رحباً من التقبل والتجاوز، تم الاستشهاد خلال الجلسة بعدد من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية التي تناولت الابتلاء كقدر يحمل في طياته الخير، مع التركيز على قصص ملهمة للأمهات أو أفراد تغلبوا

على مشقاتهم من خلال القوة الروحية والالتجاء إلى الله، وقد أبدت معظم الأمهات تفاعلاً انفعالياً واضحاً، وتم تسجيل بعض اللحظات المؤثرة التي عبرت فيها الأمهات عن امتنانهن لما تبقى لهن من نعم وسط ما يشبه فقداناً جزئياً لسلامهن الداخلي.

كما خصص وقت كبير للنقاش الجماعي المفتوح، حيث طرح سؤال: **كيف يمكن للدين أن يكون مصدر دعم حقيقي أثناء الأزمات؟** وقد أدارت الباحثة هذا النقاش بتوازن سمح لكل أم بالتعبير عن تجربتها الخاصة من غير تقييد أو حكم، عبرت بعض المشاركات عن شعورهن بالطمأنينة أثناء الصلاة أو قراءة القرآن، بينما تحدثت أخريات عن لحظات اليأس التي تجاوزتها بالدعاء أو الاستماع إلى محاضرات دينية، مما خلق حالة من التماهي والتشجيع الجماعي داخل الجلسة، في نهاية الجلسة كلفت الأمهات بواجب منزلي يتمثل في كتابة عبارة شكر واحدة لله يومياً عن نعمة تخصصها أو تخصص طفلها، مع تعبير بسيط عن الأثر النفسي لهذه النعمة في حياتها، بهدف لتحفيز مهارة الامتنان والانتباه إلى الجوانب الإيجابية رغم قسوة التجربة، وهو ما يعد خطوة علاجية في حد ذاته.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

– تجاوزت روحى انفعالي مع مضمون الجلسة، مع ظهور مظاهر الارتياح والسلام الداخلي لدى العديد من الأمهات، وقدرة الأمهات على إعادة تأطير تجربة تربية الطفل المصاب بطيف التوحد ضمن سياق ديني إيجابي (هبة، ابتلاء بنفحات رحمة).

– تحسن واضح في مشاعر القبول والتسليم، مما يشير إلى تحسن في مستوى التكيف الانفعالي، تفاعل نشط في النقاشات الجماعية، مع تبادل قصص وأمثلة شخصية داعمة وملهمة.

• الصعوبات والعراقيل:

– الحاجة إلى المزيد من التدريبات التأملية المستمرة لتعميق مشاعر الرضا والقبول وجعلها جزءاً راسخاً من الممارسة اليومية.

• التقييم العام للجلسة:

تعد الجلسة التاسعة محطة روحانية مهمة ضمن البرنامج، حيث ساعدت الأمهات على إعادة تفسير معاناتهن بطريقة تفتح المجال للسلام الداخلي والطمأنينة، بدلا من الاستغراق في مشاعر الأسى أو الإحساس بالظلم، أجواء الجلسة كانت مشحونة بالهدوء، الأمل، ومظاهر الدعم المتبادل، مما عزز الروح الجماعية والأمل في الاستمرار، كما مكنت هذه الجلسة الأمهات من الوصول إلى مستويات أعلى من التقبل النفسي عبر توجيه النظر إلى الجوانب الإيمانية في تجربتهن.

جدول رقم 36: يوضح مخطط سير الجلسة العاشرة

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة العاشرة
عنوان الجلسة	تقييم مدى استعادة الأمهات من البرنامج وختام عملية المرافقة النفسية
تاريخ الجلسة	11 ديسمبر 2024
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> - تقييم مدى تحقق أهداف برنامج المرافقة النفسية. - دعم الأمهات لاستمرار تطبيق المهارات المكتسبة من البرنامج. - مراجعة شاملة لجميع المحاور التي تم العمل عليها خلال الجلسات. - رصد التغيرات في مستوى الألكسيتيميا عبر القياس البعدي. - تحفيز الأمهات على الاستقلال النفسي وتطبيق التقنيات المتعلمة ذاتيا.
التقنيات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> - جلسة استرخاء جماعية ختامية. - تلخيص شفهي تفاعلي لمحتوى البرنامج. - مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، لتطبيق القياس البعدي. - التغذية الراجعة.
محتوى الجلسة	<p>-بدأت الجلسة بجلسة استرخاء قصيرة لتوفير مناخ نفسي مريح، وذلك بعد مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الحصة السابقة.</p> <p>-قدمت الباحثة تلخيصا عاما للمفاهيم والمهارات التي تم اكتسابها عبر الجلسات التسع السابقة، مع إعادة ربطها بالتحسن الملحوظ في قدرة الأمهات على التعبير والتكيف.</p> <p>-فتح النقاش لتقييم التغيرات الذاتية التي لاحظتها كل أم في مشاعرها أو أفكارها أو علاقتها بطفلها، كما طلب من كل أم أن تشارك بأكثر نقطة إيجابية أثرت فيها خلال البرنامج.</p> <p>-تم تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) مجدداً كقياس بعدي لرصد مدى انخفاض شدة الأعراض مقارنة بالقياس القبلي.</p> <p>-اختتمت الجلسة بلحظة توديع إنسانية مؤثرة تميزت بمشاعر الامتنان والدعم، مع توجيه رسالة تحفيز نحو الاستمرار في تطبيق المكتسبات بشكل مستقل في الحياة اليومية.</p>
مدة الجلسة	90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)
طبيعة الجلسة	جماعية
الواجب المنزلي	لا يوجد واجب رسمي، ولكن تمت دعوة الأمهات للاستمرار في تطبيق المهارات المستفادة كروتين حياتي دائم يدعم نموهن الشخصي والانفعالي.

المصدر: من إعداد الباحثة

في ختام المسار العلاجي لبرنامج المرافقة النفسية، أشرفت الباحثة على عقد الجلسة العاشرة التي مثلت لحظة تقييم شامل واسترجاع لمجمل المكتسبات التي مرت بها الأمهات المشاركات، حيث تميزت الجلسة بأجواء وجدانية غلب عليها الطابع التأملي، ساد مزيج من الامتتان، الارتياح، والانفعال العاطفي الهادئ المرتبط بانتهاء تجربة جماعية كانت تمثل سندا نفسيا قويا طيلة فترة البرنامج، استهلّت الجلسة بجلسة استرخاء جماعية استخدمت فيها تقنيات التنفس العميق والانبساط العضلي التدريجي، وهو ما ساعد على تهدئة الأمهات نفسيا، وجعلهن أكثر استعدادا لتقييم مسارهن العلاجي بطريقة صادقة بعيدا عن التوتر، أعقب ذلك تلخيص شفهي تفاعلي، قدمت فيه الباحثة عرضا تأمليا لأبرز المحاور التي تمت معالجتها على مدار البرنامج. كما تم فتح النقاش وسط جو من الثقة والانفتاح، حيث طلب من كل أم أن تشارك ما تعتبره أكثر جانب أثر في وعيها أو حياتها أو علاقتها بطفلها، وكانت المشاركات عميقة وصادقة، وشهدت لحظات من الفخر بالتحويلات التي مررن بها والإحساس بالإنجاز، مثل تحسن قدرتهن على التعبير عن مشاعر الحزن أو الغضب، أو قدرتهن على تقبل الطفل بإيجابية أكبر دون لوم الذات.

وفي خطوة تقييمية، قامت الباحثة بتطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) للمرة الثانية بعد نهاية البرنامج، بهدف مقارنة النتائج بالمقياس القبلي، وتقدير أثر المرافقة النفسية على الأبعاد الثلاثة للمقياس (صعوبة التعرف على المشاعر، صعوبة وصفها، والتفكير الموجه للخارج)، وقد لوحظ تجاوب عال من الأمهات، واهتمام صادق بالإجابة، ما يعكس نضجا في وعيهن الانفعالي، واختتمت الجلسة في أجواء دافئة بحفل رمزي بسيط، عبرت فيه الأمهات عن امتنانهن للرحلة العلاجية، وتبادلن كلمات دعم وتشجيع، فيما أكدت الباحثة على ضرورة الاستمرار في تطبيق التقنيات والمهارات المكتسبة خارج إطار الجلسات، وعلى أهمية طلب الدعم عند الحاجة دون خجل أو تردد، كما وجهت رسالة إيجابية أخيرة، تحفز الأمهات على الوثوق بأن كل تغيير - مهما كان بسيطا - هو إنجاز حقيقي يستحق الفخر.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

ـ ارتفاع جد ملحوظ في مستوى الوعي الانفعالي والقدرة على التعبير عن المشاعر مقارنة ببداية البرنامج.

__ زيادة الاستبصار الشخصي لدى الأمهات حول دور التفكير الإيجابي وتقنيات الاسترخاء في تحسين حالتهم النفسية.

__ مشاعر قوية من التقدير المتبادل بين الأمهات، وإحساس حقيقي بالإنجاز الجماعي، واستجابة جيدة وحماسية عند تطبيق القياس البعدي، مما يعكس الجدية والالتزام.

• الصعوبات والعراقيل:

__ ظهرت بعض المشاعر الحزينة المرتبطة بفكرة انتهاء اللقاءات الجماعية، ما استدعى تقديم دعم عاطفي لتهيئة الأمهات نفسياً لهذا الانتقال.

__ وجود قلق طبيعي لدى بعض الأمهات حول كيفية مواصلة تطبيق المهارات بدون وجود الدعم الجماعي المباشر.

• التقييم العام للجلسة:

تعد الجلسة العاشرة بمثابة تتويج ناجح لمسار برنامج المرافقة النفسية، حيث أظهرت الأمهات تغيرات ملموسة في مختلف الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية، وقد ساعد التقييم الجماعي والفردى على تعزيز مشاعر الفخر بالإنجاز، والتأكيد على استمرار رحلة التغيير والتحسين بشكل مستقل بعد نهاية البرنامج، رسخت هذه الجلسة النهائية ما تم بناؤه خلال جميع المراحل السابقة من البرنامج، حيث غادرت الأمهات وهن أكثر قدرة على التعبير عن مشاعرهن، وأكثر وعياً بأفكارهن، وأفضل استعداداً لمواجهة تحديات الحياة اليومية بثقة وتوازن، ورغم مشاعر الوداع الطبيعية، إلا أن الإحساس العام كان مفعماً بالأمل والاستعداد لاستثمار المكتسبات النفسية في الحياة المستقبلية.

جدول رقم 37: يوضح مخطط سير الجلسة الحادية عشر

البند	التفاصيل
رقم الجلسة	الجلسة الحادية عشر
عنوان الجلسة	جلسة المتابعة والتقييم التتبعي بعد شهرين من إنهاء البرنامج
تاريخ الجلسة	17 نوفمبر 2024

أهداف الجلسة	- تطبيق القياس التتبعي لمستوى الألكسيتيميا باستخدام مقياس (TAS-20). - رصد التغيرات النفسية والسلوكية بعد فترة شهرين من انتهاء البرنامج. - تقديم دعم تكميلي عند الحاجة.
التقنيات المستخدمة	- مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)، لتطبيق القياس التتبعي. - مقابلة فردية قصيرة مع كل أم. - نقاش جماعي تفاعلي.
محتوى الجلسة	- استقبال الأمهات وإعادة استحضار جو الألفة والدعم الذي ساد أثناء البرنامج. - تطبيق استبيان القياس التتبعي لكل أم على حدة. - إجراء مقابلات فردية قصيرة لاستكشاف أبرز التغيرات التي طرأت بعد انتهاء البرنامج. - إدارة حلقة نقاش جماعية لمشاركة التحديات التي واجهتها الأمهات بعد انتهاء البرنامج وكيف تعاملن معها ذاتيا. - تحفيز الأمهات على استمرار استخدام المهارات المكتسبة، وتشجيع التأزر الاجتماعي بينهن.
مدة الجلسة	90 دقيقة (مع استراحة قصيرة بعد منتصف الجلسة، تضمنت تقديم وجبة خفيفة)
طبيعة الجلسة	جماعية مع فقرات فردية قصيرة
الواجب المنزلي	لا يوجد واجب رسمي، لكن تم حث الأمهات على دمج المهارات المكتسبة ضمن روتينهن اليومي والاستمرار في بناء شبكات دعم اجتماعي ونفسي مستدامة.

المصدر: من إعداد الباحثة

في إطار ضمان استمرارية مخرجات برنامج المرافقة النفسية وتقييم الأثر البعيد للتدخل، عقدت الباحثة جلسة المتابعة الحادية عشرة بعد مرور شهرين من إنهاء البرنامج العلاجي، حيث تم الاتصال بالأمهات اللاتي وافقن مباشرة لإجراء جلسة المتابعة، حيث شكلت هذه الجلسة محطة تقييمية نوعية، هدفت إلى التحقق من ثبات التحسن في مؤشرات الألكسيتيميا، ومدى مواصلة الأمهات لاستخدام المهارات المعرفية والانفعالية المكتسبة، استهلّت الجلسة باستقبال دافئ هدف إلى إعادة إحياء مناخ الثقة والأمان الذي ساد أثناء البرنامج، مما سهل على الأمهات العودة للانخراط بارتياح نفسي، ثم تم توجيه تمرين استرخاء جماعي قصير، ساهم في تهيئة الأمهات نفسيا وجسديا للدخول في أجواء التقييم، دون أن يشعرن بضغط الامتحان أو المراقبة، بعد الاسترخاء، قدمت مراجعة شفوية مختصرة لأبرز محاور البرنامج، ما ساعد على تنشيط الذاكرة الوجدانية لهن، وعقب ذلك تم تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) على كل أم، من أجل إجراء مقارنة إحصائية بين نتائج القياس القبلي، البعدي، والتتبعي، وبالتالي تقييم مدى استدامة التحسن الذي أحرزته.

تخللت الجلسة كذلك مقابلات متابعة فردية قصيرة، خصصت لكل أم على حدة، حيث طرحت أسئلة مفتوحة سمحت باستكشاف تجربة كل مشاركة خلال فترة الاستقلال بعد انتهاء البرنامج: ما الصعوبات التي واجهتها؟ كيف استعانت بالمهارات المكتسبة؟ وما الأثر الذي لاحظته في تفاعلها مع طفلها ومع ذاتها؟ وفي المرحلة الأخيرة من الجلسة، فتح حوار جماعي تفاعلي شجع الأمهات على تبادل النصائح والخبرات الشخصية حول كيفية الحفاظ على التوازن النفسي بدون وجود مرافقة منتظمة، وشجعت الباحثة على تبني نمط حياة قائم على المراقبة الذاتية المستمرة والدعم الاجتماعي المتبادل بين الأمهات، وأظهرت الجلسة مؤشرات واضحة على التقدم المستمر والثبات النسبي في المكتسبات النفسية، وهو ما يعكس الأثر العميق للبرنامج على المدى المتوسط، كما أكدت التفاعلات اللفظية وغير اللفظية أن معظم الأمهات استطعن تجاوز العديد من أنماط التفكير والمشاعر السلبية، والانتقال إلى مراحل أعلى من التقبل والوعي الذاتي.

• الجوانب الإيجابية الملحوظة:

- _ أظهرت نتائج القياس التتبعي ثباتا جيدا في مستويات التحسن لدى معظم الأمهات، مع استمرار انخفاض معدلات الألكسيتيميا مقارنة بالقياس القبلي.
- _ عبرت غالبية الأمهات عن استمرار تطبيق تقنيات الاسترخاء، إدارة الأفكار السلبية، والتعبير عن المشاعر بوضوح في حياتهن اليومية، كما أن بعض الأمهات أشرن إلى تحقيق تقدمات ملموسة، مثل تحسين التواصل مع أطفالهن وأزواجهن، وتجاوز مواقف كانت تثير فيهن سابقًا مشاعر إحباط شديد.

• الصعوبات أو التحديات:

- قلة من الأمهات واجهن صعوبة نسبية في الحفاظ على نفس وتيرة الالتزام بالتقنيات النفسية التي تم التدريب عليها أثناء البرنامج، لا سيما في مواجهة الأزمات المفاجئة أو الضغوط الأسرية الطارئة.
- كما استمر ظهور بعض مظاهر القلق حيال المستقبل، خاصة ما يتعلق بمآل حالة الطفل، وهو أمر طبيعي ومتوقع في مثل هذه السياقات.

• التقييم العام للجلسة:

شكلت هذه الجلسة دليلاً علمياً وعملياً على فعالية برنامج المرافقة النفسية، ليس فقط في تحقيق نتائج إيجابية مباشرة، بل في ترسيخ مكتسبات استمرت مع الأمهات خلال فترة التتبع، حيث أظهرت التفاعلات والمدخلات تحسناً في الوعي الانفعالي للأمهات، والقدرة على التعامل مع المشاعر والمواقف الضاغطة بطريقة أكثر توازناً وإيجابية، كما أكدت هذه الجلسة أن التغيير الحقيقي لا يقتصر على فترة التدخل المباشر فحسب، بل يمتد إلى ما بعده، شرط توافر الرغبة والجهد الشخصي للاستمرار. وقد غادرت الأمهات هذه الجلسة وهن أكثر ثقة بقدرتهن على إدارة ذواتهن، واستمرارية التغيرات الإيجابية، مما يعد مؤشراً قوياً على النجاح طويل الأمد للبرنامج.

6.2 الأساليب الإحصائية:

تمت معالجة البيانات التي تم جمعها من أفراد العينة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS-26)، وذلك بغرض تحليلها وتحقيق أهداف الدراسة، واختبار الفرضيات المصاغة في بداية الدراسة. وقد تم الاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات، والتي نُفذت كما يلي:

- التكرارات والنسب المئوية، استُخدمت لوصف البيانات الديموغرافية (كالسن، المستوى التعليمي، الوضع المهني، المستوى الاقتصادي)، وكذا لتحديد توزيع مستويات الألكسيتيميا لدى أفراد العينة (منخفض، متوسط، مرتفع)، مما مكن من توفير تصور وصفي أولي لخصائص العينة.

- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وقد استُخدم لتحديد مستوى الألكسيتيميا وأبعاده الفرعية عند الأمهات، حيث يُعد المتوسط الحسابي مقياساً لمركز البيانات، بينما يُستخدم الانحراف المعياري لقياس مدى تشتتها.

- اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis وقد استُخدم في الدراسة الحالية لاختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا تبعاً للمتغيرات الديموغرافية مثل السن، المستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي.

- اختبار ويلكوكسون لعينتين مترابطتين Wilcoxon Signed Ranks Test، وقد تم اعتماده في الدراسة الراهنة للمقارنة بين نتائج مقياس الألكسيتيميا في القياس القبلي والبعدي، ثم بين القياس البعدي والتتبعي

لدى أفراد المجموعة التجريبية، بهدف التحقق من أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا واستمرار هذا الأثر بعد انتهاء البرنامج.

خلاصة الفصل:

يمثل فصل الإجراءات المنهجية للدراسة العمود الفقري للذي تقوم عليه الدراسة العلمية ككل، كما أن دقة النتائج ومصادقيتها ترتبط بدرجة كبيرة بهذه الإجراءات، فكل خطوات الفصلين المقبلين كالتحقق من صحة الفرضيات وتحليل النتائج وتفسيرها، تعتمد بدرجة كبيرة على المعطيات التي تم جمعها في هذه المرحلة من البحث.

انقسم فصل الإجراءات المنهجية للدراسة إلى شقين رئيسيين، تناول الشق الأول عرضاً مفصلاً لإجراءات الدراسة الاستطلاعية، بالتطرق إلى أهدافها، منهجها وحدودها الزمانية والمكانية، وكذا عرض عينة الدراسة الاستطلاعية خصائصها، التي تمثلت في (30) أم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، وكذا أدوات الدراسة الاستطلاعية، التي تمثلت في مقياس تورونتو للألكسيتيميا، (TAS-20) والتحقق من خصائصه السيكمترية بحساب صدقه وثباته، والمقابلة العيادية النصف موجهة، والمرافقة النفسية بغرض التحقق من فعاليتها على حالة واحدة تمثلت في أم لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، واستخلصت الباحثة في الأخير النتائج المتحصل عليها من إجراء الدراسة الاستطلاعية.

بينما تناول الشق الثاني للفصل عرضاً مفصلاً لإجراءات الدراسة الأساسية، بالتعرض إلى منهج الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة وخصائصها، وكذا أدوات الدراسة الأساسية التي تمثلت في مقياس تورونتو للألكسيتيميا، (TAS-20)، المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، وبرنامج المرفقة النفسية المصمم من طرف الباحثة، وعرض أهدافه الأساسية والفرعية، ومصادره الأساسية، وصدقه، وشروط العينة التجريبية، وإجراءات تطبيق البرنامج، وكان آخر عنصر في هذه الدراسة هو الأساليب الإحصائية المستخدمة بعد التعرف على طبيعة توزيع أفراد العينة ومن ثم اختيار الاختبارات الإحصائية المناسبة لاختبار صحة الفرضيات، التي ستناول في الفصلين المواليين عرضاً وتحليلاً ومناقشة لنتائج كل فرضيات الدراسة.

الفصل السادس:

عرض وتحليل نتائج الدراسة

- تمهيد

1. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى
2. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية
3. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثالثة
4. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الرابعة
5. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية العامة

- خلاصة الفصل

تمهيد:

تكتسي عملية عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية توضيحا للنتائج المتوصل إليها في الدراسة، وذلك من خلال التحليل المعمق للبيانات، تجهيزا لمناقشتها وتفسيرها في الفصل الموالي، لما في ذلك من أهمية بالغة في الاستنتاج والحكم على الفرضيات التي تمت صياغتها في بداية الدراسة،

سنقوم في هذا الفصل بعرض وتحليل النتائج التي توصلت إليها الباحثة، بعد تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة من أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وتطبيق برنامج المرافقة النفسية على الأمهات على مدة دامت تقريبا شهر ونصف، وتطبيق الجلسة التتبعية بعد شهرين من انتهاء البرنامج، ومن ثم تفرغ البيانات التي تم جمعها ومعالجتها باستخدام الحزمة الاحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية (SPSS)، بالاعتماد على مجموعة من الأساليب الاحصائية المناسبة للتحقق من صحة فرضيات الدراسة.

1. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية الجزئية الأولى على أن "مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد متوسط"، لاختبار هذه الفرضية تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للدرجات التي تحصلت عليها الأمهات في مقياس الألكسيتيميا بمختلف أبعاده، وتم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 38: يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الألكسيتيميا:

مستوى الألكسيتيميا	المجال	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
متوسط	3.66-2.34	0.78	3.50	مقياس الألكسيتيميا
مرتفع	3.67-5	0.96	3.82	بعد صعوبة وصف المشاعر
متوسط	3.66-2.34	1.01	3.59	بعد صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات
متوسط	3.66-2.34	0.72	3.16	بعد التفكير الموجه نحو الخارج

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

يمثل الجدول أعلاه رقم (38) النتائج المتعلقة بمستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، حيث يتضح من خلال الجدول، أن المتوسط الحسابي لدرجات الألكسيتيميا التي تحصل عليها أمهات أطفال طيف التوحد، قدر ب (3.50) مع انحراف معياري قدر ب (0.78)، كما نجد أن المتوسط الحسابي يقع في المجال وفئة المتوسط الفرضي بين (3.66-2.34)، ما يدل على أن مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد متوسط.

ولتحديد توزيع مستويات الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد قمنا باستخراج التكرارات والنسب المئوية لكل مستوى كما هو موضح في الجدول التالي:

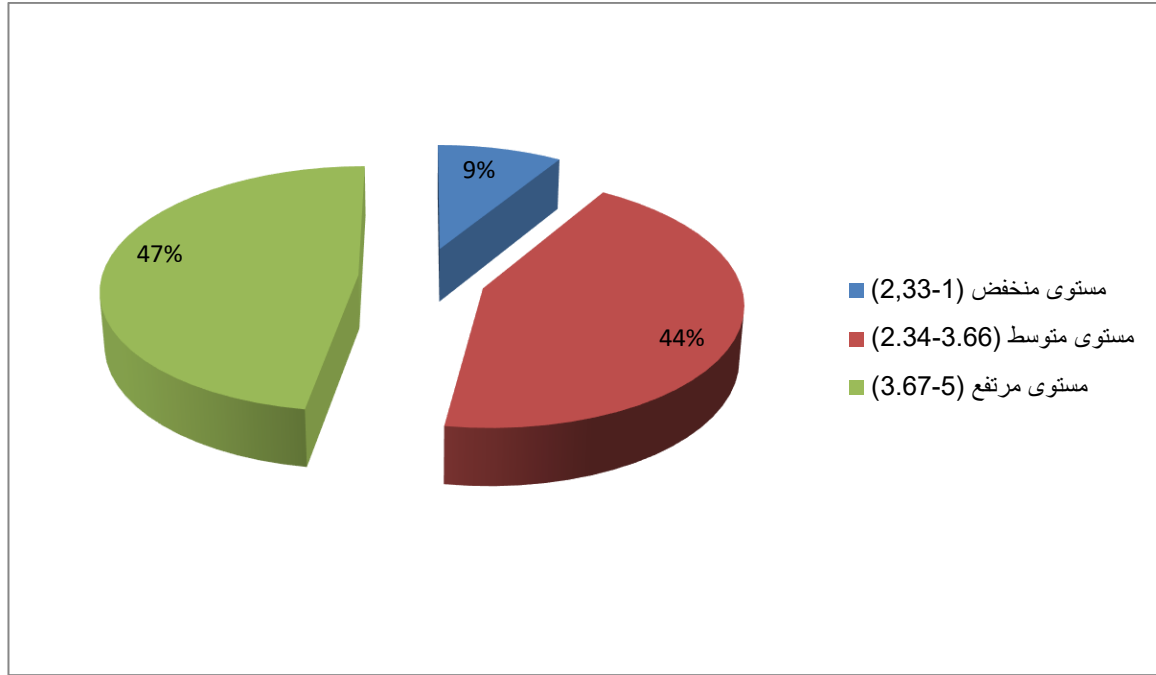
جدول رقم 39: يوضح التكرارات والنسب المئوية لتوزيع مستويات الألكسيتيميا:

المتغير	الفئات	التكرارات	النسب المئوية
الألكسيتيميا	مستوى منخفض (1-2.33)	21	8.89%
	مستوى متوسط (-2.34-3.66)	103	43.64%
	مستوى مرتفع (3.67-5)	112	47.45%
المجموع		236	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

بالرجوع إلى مقياس التقدير الخماسي الذي اعتمده الباحثة في دراستها الحالية، والذي يشير إلى:

- المستوى المنخفض للألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد: وتتراوح درجاته بين (1-2.33)
 - المستوى المتوسط للألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد: وتتراوح درجاته بين (-2.34-3.66)
 - المستوى المرتفع للألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد: وتتراوح درجاته بين (3.67-5)
- يوضح لنا الجدول أعلاه رقم (39) توزيع مستويات الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، حيث نجد أن نسبة (8.89%) فقط من عينة الدراسة لديهم مستوى منخفض من الألكسيتيميا، بينما نسبة (43.64%) لديهم مستوى متوسط، ونجد نسبة (47.45%) ذوي مستوى مرتفع من الألكسيتيميا. ما يدل على أن مستويات الألكسيتيميا لدى أفراد عينة الدراسة تركزت بين المستوى المتوسط والمستوى المرتفع.



الشكل رقم 7: يوضح النسب المئوية لتوزيع مستويات الألكسيتيميا:

وتشير النتائج إلى أن النسبة الأكبر من أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا (47.45%)، ويمكن إرجاع هذه النتيجة بشكل أساسي إلى أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يفترقن إلى مهارات التواصل مع ابنائهن، ويواجهن الكثير من الصعوبات والتحديات جراء رعايتهن لأطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، كما أن هذه الأم تحمل على عاتقها مسؤولية رعاية هذا الطفل المعاق، فضلا عن اهتمامها ببقية أفراد الأسرة ومتطلباتهم بشكل عام.

بالنظر إلى نتائج الأنفة الذكر، يمكن استنتاج أن معاناة أغلبية أمهات أطفال طيف التوحد المشاركات في الدراسة من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، (47.45%) ومستوى متوسط من الألكسيتيميا (43.64)، وهذا راجع بالأساس إلى المتطلبات الصعبة والكثيرة لرعاية، وتضيف الباحثة إلى أن ارتفاع مستويات الألكسيتيميا لدى غالبية أفراد العينة يرجع بالأساس إلى الآثار النفسية الوخيمة التي تركتها ومازالت تتركها ولادة طفل مصاب باضطراب طيف التوحد على الأم، والعجز عن مواجهتها، كذا عجز هذه الأم عن التحديد الدقيق لمشاعرها وانفعالاتها الذاتية، أو الاستعانة بالآخرين كباقي أفراد الأسرة والأصدقاء كمصدر راحة ومساعدة وقت حاجتها للمساندة الاجتماعية، والانسحاب من العلاقات الاجتماعية، نتيجة شعورها في بعض الأحيان بالخزي والعار أو الرفض نتيجة اصطحابها لطفلها المعاق للأماكن التي تكثر

بها التفاعلات الاجتماعية، بالإضافة إلى الاجحاف والمضايقات، وأحاديث الناس الجانبية حول تصرفات طفلها ذو اضطراب طيف التوحد، خاصة في الأماكن العمومية أو الشارع، مما يدفعها إلى عزل نفسها، ويتسبب في نقص مهارات التعاطف لديها، وبالتالي تقاوم أعراض الألكسيتيميا لديها.

وبالتالي، فأم لطفل المصاب باضطراب طيف التوحد غير قادرة على فهم حالتها الوجدانية، والتعبير عنها ووصفها للآخرين، ما يترتب عليها فقدان الإحساس بجودة الحياة، وضعف مهارات التواصل والتفاعل الإيجابي والبناء مع الأفراد المحيطين، واضطراب الحالة المزاجية بشكل عام، وفي هذا الصدد، فإن النظرية الاجتماعية تشير إلى أن الألكسيتيميا تصيب الأفراد الذين يعانون من اضطرابات في الوظائف الاجتماعية ونقص في السعي نحو المساندة الاجتماعية، لذا يتصف تفاعلهم بالبرود، ويفضلون الوحدة والانعزال الاجتماعي، ويستخدمون دفاعات الأنا الغير الناضجة لتنظيم الانفعالات والمشاعر.

وعليه نقبل الفرضية الجزئية الأولى للدراسة القائلة "مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد متوسط".

2. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية الجزئية الثانية على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير السن"، لاختبار هذه الفرضية يتم استخراج قيمة متوسطات الرتب وقيمة اختبار Kruskal-Wallis وتم التوصل إلى النتائج التالية:

جدول رقم 40: وضع نتائج اختبار Kruskal-Wallis ومستوى الفروق في مستوى الألكسيتيميا

لدى أمهات طيف التوحد التي تعزى لمتغير السن:

مستوى الدلالة SIG	درجة الحرية	H de Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	الفئات العمرية	مقياس الألكسيتيميا
0.007	3	12.05	140.48	21	20-30 سنة	
			105.99	115	31-40 سنة	
			118.74	67	41-50 سنة	
			147.62	33	51-60 سنة	

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

من الجدول رقم (40) نجد أن قيم متوسطات الرتب للفئات العمرية متباعدة، حيث نجد الفئة العمرية (51-60 سنة) بأعلى متوسط (147.62)، ثم الفئة (20-30 سنة) بمتوسط (140.48)، تليها الفئة (41-50 سنة) بمتوسط (118.74)، وأخيرا الفئة (31-40 سنة) بأدنى متوسط (105.99)، كما قدرت قيمة H de Kruskal-Wallis ب (12.05) وهي قيمة دالة إحصائيا حيث نجد مستوى الدلالة قدر ب (0.007) وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير السن، ومنه نرفض الفرضية الجزئية الثانية.

بناءً على القيم المتوسطة للرتب لكل فئة عمرية، يمكن ملاحظة أن الفئة العمرية (51-60 سنة) تحمل أعلى متوسط للرتب بقيمة (147.62)، تليها الفئة (20-30 سنة) بمتوسط رتب قدره (140.48)، وتأتي بعدها الفئة (41-50 سنة) بمتوسط رتب (118.74)، وأخيراً الفئة (31-40 سنة) بأدنى متوسط رتب (105.99)، يظهر تحليل اختبار Kruskal-Wallis أن قيمته (12.05)، وتم تحديد مستوى الدلالة بقيمة (0.007)، هذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا بين الفئات العمرية لأمهات أطفال طيف التوحد. أظهرت نتائج الجدول رقم (40) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير السن، لصالح الفئة العمرية ما بين (51-60)، وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى قلة الوعي وضعف الاطلاع لدى الأمهات الأكبر في السن، وبالتالي هذه الفئة من الأمهات تجد صعوبة كبيرة في التعامل مع ابنها، وكذا عدم اطلاع هذه الفئة العمرية التي تعد مسنة على المراكز المختصة لرعاية أطفالهم، وعدم مقدرة هذه الفئة من الأمهات على التحمل والصبر على رعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد لفترات طويلة، كما أن الفئة تكون غالباً أكثر حساسية لنظرات المجتمع وكلامهم عن إعاقة طيف التوحد.

هذه النتائج تشير إلى أن العمر يلعب دوراً هاماً في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، قد يكون هناك عوامل مختلفة مرتبطة بالعمر تؤثر في مستوى الألكسيتيميا لدى هؤلاء الأمهات، على سبيل المثال، الأمهات في الفئة العمرية الأكبر قد تكون أكثر عرضة للاستجابة بشكل مختلف لتحديات تربية أطفالهن مقارنةً بالأمهات الأصغر سناً، قد تكون هذه الفروق مرتبطة بالتجارب الحياتية المختلفة لكل

فئة عمرية، مثل الخبرات السابقة في التعامل مع الأطفال، التحديات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الأمهات في مراحل معينة من العمر، وغيرها من العوامل النفسية والاجتماعية، كما أن وجود فروق لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير السن ناتج عن بلوغ التأثير النفسي والاجتماعي مبلغه من أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد خصوصاً أن طبيعة الأفراد المسنين تتميز بحساسية أكثر من الأفراد الأصغر سناً.

وعليه نرفض الفرضية الجزئية الثانية للدراسة القائلة "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير السن".

3. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثالثة:

نصت الفرضية الجزئية الثالثة على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي"، لاختبار هذه الفرضية يتم استخراج قيمة متوسطات الرتب وقيمة اختبار Kruskal-Wallis وتم التوصل إلى النتائج التالية:

جدول رقم 41: يوضح نتائج اختبار Kruskal-Wallis ومستوى الفروق في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد التي تعزى لمتغير المستوى التعليمي:

مستوى الدلالة SIG	درجة الحرية	H de Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	المستوى التعليمي	مقياس الأكسيتيميا
0.001	2	14.54	127.66	47	متوسط	
			144.32	56	ثانوي	
			104.39	133	جامعي	

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

من الجدول رقم (41) نجد أن قيم متوسطات الرتب للمستويات التعليمية متباعدة، حيث نجد المستوى الثانوي بأعلى متوسط (144.32)، ثم المستوى المتوسط بمتوسط (127.66)، وأخيراً المستوى الجامعي بأدنى متوسط (104.39)، كما قدرت قيمة H de Kruskal-Wallis ب (14.54) وهي قيمة دالة إحصائية حيث نجد مستوى الدلالة قدر ب (0.001) وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

كما يتضح من الجدول (42) أن هناك اختلافاً واضحاً في متوسطات الرتب لمختلف المستويات التعليمية لأمهات أطفال طيف التوحد، فنلاحظ تصاعد متوسطات مستوى الأكسيتيميا مع ارتفاع المستويات التعليمية للأمهات، كما يمثل المستوى الثانوي أعلى متوسط لمستوى الأكسيتيميا (144.32)، في حين يأتي المستوى المتوسط بمتوسط أقل (127.66)، وأدنى متوسط يأتي مع المستوى الجامعي (104.39)، تشير قيمة اختبار Kruskal-Wallis بمقدار (14.54) إلى وجود فروق إحصائية دالة بين مستويات التعليم فيما يتعلق بمستوى الأكسيتيميا لدى الأمهات، وبهذا أن وجود هذه الفروق تشير إلى أن الاختلافات في مستوى الأكسيتيميا بين مستويات التعليم غير عرضية وتعتبر دالة إحصائية.

هذه النتائج تشير إلى أهمية المستوى التعليمي كعامل مؤثر في مستوى الأكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، فالأم المتعلمة وذات المستوى التعليمي الجامعي تكون أكثر كفاءة وقابلية للتواصل مع ابنها والاعتناء به والبحث المستمر عن الطرق المثلى للعلاج والتكفل، كما أنها تكون واعية بأهمية التعبير الانفعالي عن المشاعر والأحاسيس والمشاعر السلبية، هذا ما يفسر انخفاض مستويات الأكسيتيميا لديها مقارنة مع الأمهات الأخريات، في حين أن الأم التي تكون ذات مستوى تعليمي منخفض، قد تكون جاهلة بماهية هذا الاضطراب، ولا تحسن كيفية التعامل مع طفلها، كما أنها قد لا تلجأ لطلب العلاج لابنها والتكفل به، كما أنها تلجأ لكم مشاعر الألم والحزن جراء إعاقة ابنها، ولا تعي أهمية التعبير الانفعالي، وهذا ما يفاقم مستوى الأكسيتيميا لديها، فالمستويات التعليمية الجامعية قد تساعد في تزويد الأمهات بوسائل لتحسين التواصل مع أطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد وفهم احتياجاتهم بشكل أفضل، وهذا قد يؤثر على مستوى التوتر الذي يعاني منه.

تؤكد نتائج الفرضية الجزئية الرابعة إلى أهمية عامل المستوى التعليمي في تأثيره على تجربة أمهات أطفال طيف التوحد، يمكن أن يكون للتعليم دور كبير في توفير المعرفة والمهارات الضرورية للتعامل مع احتياجات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، كما قد يساعد التعليم على تحسين الفهم لدى الأمهات لاحتياجات أطفالهن والاستفادة من الخدمات المتاحة، والاطلاع المستمر على طرق العلاج والتكفل الحديثة، بالإضافة إلى ذلك، تظهر هذه النتائج أهمية تقديم الدعم التعليمي والإرشاد للأمهات للتحسين من مستوى الألكسيتيميا لديهن. هناك عوامل متعددة قد تفسر هذه الفروق، مثل الوعي الأكبر للأمهات ذوات التعليم الجامعي بمفاهيم الصحة النفسية والتعامل السوي والمتوافق مع التحديات والصعوبات المرتبطة مع تربية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، كما أن المستويات التعليمية المختلفة تؤدي إلى توجهات مختلفة في مجال التفكير والاستجابة للتحديات والمتطلبات الكبيرة التي تحتاجها تربية ورعاية هذا الطفل.

هذه النتائج تعزز من أهمية تضمين متغير المستوى التعليمي في التصميمات العلاجية والبرامج التوجيهية لدعم الأمهات ذوات أطفال طيف التوحد، يمكن أن تساهم تلك البرامج في تقديم أدوات واستراتيجيات متنوعة للتعامل مع التحديات والضغوط التي قد تواجهها الأمهات بناءً على مستوى التعليم الخاص بهن، قد تكون هذه النتائج مهمة لتحسين الوعي بين الأمهات والمهنيين الصحيين حول دور المستوى التعليمي في تحسين الصحة النفسية للفرد، كما يمكن أن تساهم تلك المعرفة في تحسين التوجيه والدعم المقدم للأمهات ذوات أطفال طيف التوحد.

وعليه نرفض الفرضية الجزئية الثالثة للدراسة القائلة "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى

الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي".

4. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الرابعة:

نصت الفرضية الجزئية الرابعة على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا

لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي"، لاختبار هذه الفرضية يتم استخراج قيمة

متوسطات الرتب وقيمة اختبار Kruskal-Wallis وتم التوصل إلى النتائج التالية:

جدول رقم 42: يوضح نتائج اختبار Kruskal-Wallis ومستوى الفروق في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد التي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي:

مستوى الدلالة SIG	درجة الحرية	H de Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	المستوى الاقتصادي	مقياس الألكسيتيميا
0.000	2	31.09	165.42	48	منخفض	
			102.74	154	متوسط	
			123.66	34	مرتفع	

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

من الجدول رقم (42) نجد أن قيم متوسطات الرتب للمستويات الاقتصادية متباعدة، حيث نجد المستوى المنخفض بأعلى متوسط 165.42، ثم المستوى المرتفع بمتوسط 123.66، وأخيراً المستوى المتوسط بأدنى متوسط 102.74، كما قدرت قيمة H de Kruskal-Wallis ب (31.09) وهي قيمة دالة إحصائية حيث نجد مستوى الدلالة قدر ب (0.000) وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

يشير تحليل نتائج الجدول أعلاه الخاص بالفرضية الجزئية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي إلى أن العوامل الاقتصادية قد تلعب دوراً مهماً في تأثير مستوى الألكسيتيميا لدى هؤلاء الأمهات، يُلاحظ من الجدول رقم (42) أن هناك اختلافاً كبيراً في متوسطات الرتب بين مختلف المستويات الاقتصادية. يُظهر المستوى الاقتصادي المنخفض أعلى متوسط لمستوى الألكسيتيميا (165.42)، تليه المستوى المرتفع

بمتوسط (123.66)، وأدنى متوسط يأتي مع المستوى المتوسط (102.74)، بالإضافة إلى ذلك، تشير قيمة اختبار Kruskal-Wallis بمقدار (31.09) إلى وجود فروق إحصائية دالة بين مستويات الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

تشير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة إلى أن العوامل الاقتصادية قد تلعب دورًا مهمًا في تأثير مستوى الألكسيتيميا لدى الأمهات ذوات الأطفال طيف التوحد. قد يكون لظروف الحياة المالية والاقتصادية تأثير على مستوى التوتر والضغط النفسي للأمهات، وبالتالي ينعكس ذلك على مستوى الألكسيتيميا لديهن، هذا التحليل يشير إلى أهمية تقديم الدعم الاقتصادي والمساعدة للأمهات ذوات الأطفال طيف التوحد، خاصةً في الأوقات التي تواجه فيها ضغوطًا اقتصادية. يمكن أن يساهم الدعم المالي والمساعدة في تخفيف التوتر النفسي وتحسين مستوى الألكسيتيميا لديهن. تفسر الباحثة وجود فروق في مستويات الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي أن هناك عدة أسباب محتملة لارتفاع مستوى الألكسيتيميا لدى الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض، فالأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض قد يواجهن صعوبات مالية واقتصادية أكثر من غيرهن، مما يمكن أن يؤثر على قدرتهن على تلبية احتياجات أطفالهن بشكل ملائم كما تؤثر الضغوط المالية على الحياة اليومية وقدرة الأمهات على تقديم الدعم والرعاية اللازمة قد يزيد من مستوى الألكسيتيميا لديهن، كما أن الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض قد يواجهن صعوبة في توفير الموارد الأساسية لأطفالهن، مثل الغذاء والملابس والرعاية الصحية، هذا النقص في الموارد قد يؤدي إلى شعور بالعجز والقلق بشأن قدرتهن على تقديم أفضل رعاية لأطفالهن، إضافة إلى أن الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض قد يجدن صعوبة في الوصول إلى دعم اجتماعي كافٍ، وهذا يمكن أن يزيد من الشعور بالعزلة والضغط النفسية، قلة الدعم الاجتماعي يمكن أن تؤثر سلبيًا على التعامل مع تحديات رعاية الطفل ذو الاحتياجات الخاص، ويفاقم أعراض الألكسيتيميا لديهن.

كما أن عدم قدرة الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض على تقديم العلاجات والعناية اللازمة لأطفالهن طيف التوحد التي تتطلب نفقات مادية كبيرة، فقد يكون ذلك أحد العوامل التي تساهم في ارتفاع مستوى الألكسيتيميا لديهن، حيث أن توفير العلاجات والخدمات المناسبة لأطفال طيف التوحد يمكن أن يكون تحديًا ماليًا بالنسبة للعائلات ذوات الدخل المنخفض، وهذا يمكن أن يزيد من مستوى التوتر والقلق

لدى الأمهات، وعدم قدرتهن على التعبير الانفعالي عن معاناتهن ومشاعرهن السلبية، وهذا ما يؤدي إلى زيادة أعراض الألكسيتيميا لديها.

وعليه نقبل الفرضية الجزئية الرابعة للدراسة القائلة " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي".

5. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية العامة:

نصت الفرضية العامة لهذه الدراسة على أن: "تساهم المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد". تم تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) على أفراد العينة (8 أمهات) في ثلاث مناسبات:

- القياس القبلي (قبل بدء البرنامج)،

- القياس البعدي (مباشرة بعد إنهاء البرنامج)،

- القياس التتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج).

ولاختبار صحة هذه الفرضية، استُخدم اختبار ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين (Wilcoxon Signed Ranks Test) للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات الثلاث.

جدول رقم 43: يبين دلالة الفروق في درجات الألكسيتيميا للمجموعة التجريبية وفقاً للقياسين القبلي والبعدي:

مستوى الدلالة SIG	Z de Wilcoxon	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	القياس	المرافقة النفسية
0.011	2.53-	4.50	73.75	القياس القبلي	
			38.37	القياس البعدي	

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن قيم المتوسطات الحسابية للقياسات متباعدة، فنجد المتوسط الحسابي للقياس القبلي بلغ 73.75 وهو يعبر عن مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، بعد المتوسط الحسابي للقياس البعدي بلغ 38.37 وهو يعبر عن مستوى منخفض من الألكسيتيميا، كما نجد أن متوسط الرتب بلغ 4.50، وقيمة Z بلغت -2.53 عند مستوى دلالة 0.01 وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة 0.05 ومنه نستنتج أن الفرضية العامة محققة أي أن المرافقة النفسية تساهم في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

جدول رقم 44: يبين دلالة الفروق في درجات الألكسيتيميا للمجموعة التجريبية وفقاً للقياسين البعدي

والتتبعي:

مستوى الدلالة SIG	Z de Wilcoxon	متوسط الرتب	المتوسط الحسابي	القياس	
			38.37	القياس البعدي	مستوى
0.011	2.55-	4.50			
			34.62	القياس التتبعي	الألكسيتيميا

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS 26

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن قيم المتوسطات الحسابية للقياسات متباعدة، فنجد المتوسط الحسابي للقياس القبلي بلغ 73.75 وهو يعبر عن مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، بعد المتوسط الحسابي للقياس البعدي بلغ 38.37 وهو يعبر عن مستوى منخفض من الألكسيتيميا، كما نجد أن متوسط الرتب بلغ 4.50، وقيمة Z بلغت -2.53 عند مستوى دلالة 0.01 وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة 0.05، وبناء على ذلك، يمكن القول إن أثر برنامج المرافقة النفسية لم يكن مؤقتاً أو محدوداً بزمان التطبيق فقط، بل استمر بعد انتهاء الجلسات، وهو ما يدعم فعالية واستدامة الأثر العلاجي للبرنامج في خفض الألكسيتيميا لدى الأمهات. يمكن تفسير هذه النتائج بأن برنامج المرافقة النفسية عمل بطريقة منهجية

على عدة مستويات: فقد ركزت الجلسات العلاجية على بناء الوعي الانفعالي لدى الأمهات من خلال تدريبات وصف المشاعر، وتقنيد الأفكار السلبية المرتبطة بالذنب واللوم، وتعزيز أساليب التعامل الإيجابي مع الضغوط اليومية. كما أن العمل على تحسين مهارات الاسترخاء وضبط الانفعالات، بالإضافة إلى دعم المشاركة الاجتماعية، أسهم بشكل مباشر في خفض المشاعر السلبية المزمنة المرتبطة بالأكسيتيميا. أما الاهتمام بالبعد الروحي وتنمية الوازع الديني، فقد وفر للأمهات مصدر دعم داخلي قوي ساعدهن على التقبل الإيجابي للابتلاءات وتحسين النظرة إلى الذات والطفل معًا.

من جانب آخر، لا يمكن تجاهل أهمية الأبعاد الجماعية للبرنامج، حيث أن العمل ضمن مجموعات علاجية وفر للأمهات بيئة داعمة ومشاركة سمحت لهن بكسر العزلة الاجتماعية والتنفيس عن معاناتهن الانفعالية، وهو ما سهل إلى حد كبير عمليات التصحيح المعرفي وإعادة البناء الانفعالي. هذه النتائج تتفق مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة التي أكدت أن البرامج العلاجية المتكاملة التي تمزج بين العلاج المعرفي السلوكي والدعم الاجتماعي العاطفي تحقق أفضل النتائج في خفض الأكسيتيميا وتحسين الأداء الانفعالي والاجتماعي للأمهات اللاتي يربين أطفالاً من ذوي الاحتياجات الخاصة. تعكس هذه النتائج بوضوح أن التدخل النفسي المبكر والمخطط له بطريقة علمية قادر على إحداث تحولات عميقة في البنية الانفعالية والمعرفية للأمهات، وهو ما يعود بالفائدة ليس فقط على الحالة النفسية للأم ولكن أيضاً على جودة الرعاية المقدمة للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. إن تراجع مستوى الأكسيتيميا بهذا الشكل الكبير يعكس أن الأمهات أصبحن أكثر قدرة على قراءة مشاعر أطفالهن والاستجابة لها بشكل مناسب، مما يدعم بشكل غير مباشر نمو الطفل وتطوره الاجتماعي والعاطفي.

بناء على النتائج الإحصائية أثبتت الدراسة أن المرافقة النفسية ساهمت في خفض مستوى الأكسيتيميا لدى الأمهات المشاركات بالدراسة، مع استمرار الأثر الإيجابي بعد انتهاء البرنامج، مما يدل على نجاحه في تحقيق أهدافه العلاجية والتنموية. وتشير هذه النتائج إلى أهمية تعميم مثل هذه البرامج على نطاق أوسع ضمن خطط التدخل المبكر لدعم العائلات التي تعاني من تحديات تربية أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مع التأكيد على ضرورة المتابعة المستمرة للحفاظ على المكاسب المحققة وتعزيزها مع مرور الوقت.

وعليه نقبل الفرضية العامة القائلة "تساهم المرافقة النفسية في خفض مستوى الأكسيتيميا لدى

أمهات أطفال طيف التوحد".

خلاصة الفصل:

تعرضنا في هذا الفصل إلى اختبار فرضيات الدراسة الميدانية من خلال عرض وتحليل النتائج المتحصلة بعد تطبيق أدوات البحث على العينة التجريبية، والتي تمثلت في مجموعة من الأمهات اللواتي لديهن أطفال مصابون باضطراب طيف التوحد. شمل التحليل اختبار الفرضية العامة إلى جانب الفرضية الفرعية، حيث تم تقديم النتائج الإحصائية وتحليلها كمًّا وكيفًا بما يوضح مدى تحقق أهداف الدراسة. وقد تم تطبيق برنامج المرافقة النفسية المصمم لهذا الغرض على العينة، وذلك على مدار عشرة جلسات امتدت لفترة زمنية لا تقل عن شهر ونصف، باستخدام تقنيات علاجية متنوعة ومتكاملة. كما تم اعتماد التصميم الشبه تجريبي ذو المجموعة الواحدة بثلاث قياسات أساسية: القياس القبلي لقياس مستوى الألكسيتيميا قبل بدء البرنامج، والقياس البعدي مباشرة بعد انتهاء الجلسات، بالإضافة إلى القياس التتبعي الذي تم إجراؤه بعد مرور شهرين من نهاية البرنامج، من أجل فحص مدى استمرارية واستقرار نتائج التدخل العلاجي.

تم تحليل المعطيات إحصائيًا باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ، لتفريغ البيانات وإجراء الاختبارات المناسبة للتحقق من صحة الفرضيات. وتمثل نتائج هذا الفصل تمهيدًا للانتقال إلى الفصل الأخير من الدراسة، والذي يُعنى بتفسير ومناقشة هذه النتائج في ضوء الأدبيات السابقة والإطار النظري المعتمد.

الفصل السابع:

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

-تمهيد

1. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية العامة
2. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى
3. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية
4. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثالثة
5. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الرابعة
6. الاستنتاج العام

- خلاصة الفصل

تمهيد:

لا شك أن الهدف الجوهري من أي دراسة علمية لا يقتصر على جمع البيانات وتحليلها فحسب، بل يتمثل في الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة من خلال تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة. وبناءً على ذلك، يشكل هذا الفصل حلقة مفصلية في الدراسة، حيث تسعى الباحثة إلى مناقشة وتحليل نتائج الفرضيات التي تم اختبارها، سواء الرئيسية أو الفرعية، بعد المعالجة الإحصائية للبيانات التي تم عرضها في الفصل السابق.

خلال هذه الفصل، سيتم الربط بين ما تم التوصل إليه ميدانياً وما هو مطروح في الأدبيات العلمية، مع التركيز على نقاط الالتقاء أو التباين، لتحديد مدى دعم النتائج الحالية للفرضيات أو مدى انحرافها عنها. كما سيُختتم هذا الفصل بصياغة استنتاج عام شامل، يتضمن أهم ما توصلت إليه الدراسة، إلى جانب تقديم توصيات عملية وآفاق بحثية مستقبلية يمكن أن تفتح المجال أمام دراسات أخرى في الموضوع ذاته أو مواضيع ذات صلة.

1. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية العامة:

أجريت الدراسة الراهنة بهدف معرفة أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، ونصت الفرضية العامة للدراسة على ما يلي: "تساهم المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد"، وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للألكسيتيميا لأفراد المجموعة التجريبية.

تعد الدراسة الراهنة إسهاماً مختلفاً، فهي توضح الطبيعة النفسية والانفعالية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقات النمائية المختلفة بشكل عام، وأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بشكل خاص، إذ أن هذه الفئة من الأطفال يكونون بحاجة إلى نوع من العناية الخاصة والرعاية النفسية والعلاجية والاجتماعية، لأن الطفل ذو اضطراب طيف التوحد يعاني من قصور شديد في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي والتفاعل الاجتماعي، ويكون الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد منعزلاً وغير مرتبطاً بالواقع الاجتماعي، ومن المتعارف عليه أن تربية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يؤدي إلى تغييرات كبيرة في أسلوب حياة الأم النفسي، الأسري والاجتماعي، ويفرض عليها المزيد من الضغط، نظراً لكونها غالباً هي الراعي الأول لطفلها، وهي التي تتحمل عبء تربيته ورعايته والاهتمام به، لاسيما أن هذا الطفل يكون غير قادر على ممارسة نشاطاته اليومية بشكل عادي، ويكون غير قادر لقضاء احتياجاته اليومية باستقلالية شأنه شأن الأطفال العاديين.

فميلاد طفل مصاب باضطراب طيف التوحد يسبب للأُم العديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية، ليس هذا فحسب بل يجعلها دائماً في موقف حيرة وقلق بشأن مآل هذا الطفل ومستقبله وكيفية توفير كل الاحتياجات اللازمة لرعايته والاعتناء به، ومن ثم تشعر الأم بمسؤولية التزامها بنوع من التماسك الأسري والنفسي والاجتماعي، حتى تتمكن من رعاية هذا الطفل وكل أفراد الأسرة، لذلك نجد الكثير من الدراسات التي أوصت بضرورة الاهتمام بالصحة النفسية والانفعالية لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وذلك لما لها من مقدرة علة تنمية التوافق النفسي والعمل على مواجهة الأزمات النفسية والمواقف الصعبة الضاغطة وتخطي أي مشكلة داخل أو خارج المحيط الأسري.

وبتحليل البيانات الإحصائية التي تم جمعها عبر مراحل القياس الثلاثة (القبلي، البعدي، التبعي)، تبين وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى الألكسيتيميا، لصالح القياس

البعدي، ما يدل على انخفاض ملحوظ في الأعراض المرتبطة بهذا الاضطراب الانفعالي عقب تطبيق البرنامج العلاجي. فقد أظهرت نتائج اختبار Wilcoxon للعينات المرتبطة أن قيمة Z بلغت -2.53 عند مستوى دلالة 0.011، وهو أقل من 0.05، مما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية. وقد انخفض المتوسط الحسابي لمقياس تورونتو للألكسيتيميا من 73.75 في القياس القبلي إلى 38.37 في القياس البعدي، وهو ما يمثل تراجعاً كبيراً في حدة الأعراض، وانتقالاً من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا إلى مستوى منخفض نسبياً.

تتسق هذه النتيجة مع ما تم رصده ميدانياً من خلال الملاحظات السريرية والتفاعل أثناء الجلسات، حيث بدأت الأمهات تدريجياً في الانفتاح على تجاربهن الانفعالية، وتمكين أنفسهن من التعبير عن المشاعر التي طالما كانت مكبوتة أو غير مفهومة. فقد ساهمت المرافقة النفسية، من خلال جلسات منتظمة ومخطط لها بدقة، في توفير بيئة آمنة تسمح بالتنفيس الانفعالي، والمشاركة الجماعية، والوعي التدريجي بالمشاعر. ويُعزى هذا التحسن بشكل مباشر إلى محتوى البرنامج الذي اشتمل على مجموعة من التقنيات النفسية المدروسة، مثل: التنقيف النفسي، لعب الأدوار، إعادة البناء المعرفي، تدريبات الاسترخاء، وتنمية الوعي الانفعالي، وهي تقنيات مصممة خصيصاً للاستجابة لطبيعة التحديات التي تواجهها الأمهات في تعاملاتهن اليومية مع أطفالهن المصابين بطيف التوحد. إذ أن الألكسيتيميا، بوصفها صعوبة في التعرف على المشاعر وفهمها والتعبير عنها، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بارتفاع الضغط النفسي، الذي يعد سمة بارزة لدى هذه الفئة من الأمهات.

وتؤكد هذه النتائج ما أشارت إليه الأدبيات النفسية الحديثة، حيث أظهرت عدة دراسات أن برامج الدعم النفسي والمرافقة المنهجية تساهم في تحسين مهارات التعرف على الانفعالات والتعبير عنها، والتقليل من مشاعر القلق المزمن، والإحساس بالذنب، واللوم الذاتي، وهي مشاعر متجذرة لدى الكثير من الأمهات اللائي يتعاملن مع إعاقة غير مفهومة في المجتمع كالتالي بسببها اضطراب طيف التوحد. كما أن التحسن الذي أظهرته نتائج القياس البعدي، يعكس نجاح البرنامج في بناء استبصار ذاتي تدريجي، يمكن الأمهات من التفاعل مع ذواتهن وأطفالهن بصورة أكثر اتزاناً. وقد بدا ذلك من خلال تقارير المشاركات في الجلسات الختامية، حيث عبّرن عن تحسن في القدرة على تسمية المشاعر، وانخفاض في وتيرة الصراعات الأسرية، وتحسن نسبي في التواصل مع الطفل.

ولعل من أبرز ما يدعم قوة هذه النتيجة هو القياس التتبعي الذي أجري بعد شهرين من انتهاء البرنامج، والذي حافظ على الاتجاه الإيجابي نفسه، حيث انخفض متوسط الألكسيتيميا بشكل ملحوظ، ما يشير إلى أن الأثر العلاجي لم يكن مؤقتاً أو ظرفياً، بل كان مستقراً نسبياً، ويعود ذلك إلى استيعاب الأمهات لأدوات البرنامج وتطبيقهن لها في حياتهن اليومية. كما ساهم برنامج المرافقة النفسية في خلق جو من التعاون والتفيس الانفعالي وتشجيع الأمهات على التعبير عن ذواتهم ومشاعرهن وانفعالاتهن، وكيفية حل مشكلاتهن ومواجهة المواقف الضاغطة وتخطيها، والتعرف على الأفكار الغير عقلانية التلقائية واستبدالها بأفكار أخرى أكثر منطقية وإيجابية، وإعطاء فرصة للتعرف على مشكلات الأمهات الآخرين، وطرح حلول لمشكلاتهن والسيطرة على انفعالاتهن، فقد حقق البرنامج الأهداف المرجوة منه وساعد في خفض مستويات الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، كما أن تأثير الجلسات الجماعية ذاتها ساعد في التخفيف أو القضاء بشكل نهائي على أعراض الألكسيتيميا، مما جعل جلسات المرافقة النفسية الجماعية قد أثبتت فعاليتها في التخفيف من الأعراض الألكسيتيمية لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وتفسر الباحثة التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية كان نتيجة لتلقيهم دعم نفسي مبني على أسس علمية دقيقة وبطريق منظمة.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة في إثبات فعالية المرافقة النفسية في التخفيف من مختلف الاضطرابات النفسية مع دراسة عيادي (2021)، حيث أظهرت نتائجها أن للمرافقة النفسية دور فعال في التخفيف من المعاناة النفسية، وتحسين الصورة الجسمية، وتحسين المزاج، وتحسين تواصل المراهق المصاب مع والديه، وكذا دراسة تيليز وآخرون (2015) التي أظهرت نتائجها وجود اختلافات ملحوظة في درجات المشاركين على جميع المقاييس بعد تلقيهم للمرافقة النفسية، كما تؤكد نتائجها صحة فرضية أن النموذج للمرافقة النفسية أثر بشكل إيجابي على ملامح المشاركين بالنموذج، ودراسة إليوج ساسو وآخرون (2021) التي أظهرت أن المرافقة النفسية حسنت من جودة حياة أفراد العينة، وجعلتهم يشعرون بالحب والأمان، كما تحسنت الأجواء والعلاقات بين الوالدين وأطفالهن.

وتعزو الباحثة نتائج الفرضية العامة للدراسة إلى التقنيات والأساليب والفنيات المختلفة التي اشتمل عليها برنامج المرافقة النفسية حيث قامت الباحثة بانتقائها بعناية من مختلف المدارس والمقاربات النفسية العلاجية، من تقنيات معرفية، سلوكية وانفعالية، كأسلوب حل المشكلات، تقنية المحاضرة، توكيد الذات،

التخيل العقلي، المشاركة الاجتماعية، الحوار السقراطي، المناقشة، تعديل الأفكار التلقائية...، فمن الواضح أن كل هذه التقنيات قد عززت من قدرة الأمهات على التعرف على مشاعرهن ووصفها والتعبير عنها، وترجمة أحاسيسهن ووجداناتهن وترجمتها إلى كلام من خلال الحوار والمناقشة بين الباحثة والأمهات، والأمهات مع بعضهن البعض، حيث تمت مساعدة الأمهات على استبدال كلمة " طفلي مسحور " أو " طفلي مصاب بالحسد والعين " بـ " طفلي مصاب باضطراب نمائي عصبي " بغرض التعلم وتكرار التعلم باستخدام تقنية الحوار السقراطي، وهذا ما أشار إليه الفرماوي ورضوان (2004) حيث أن الحوار السقراطي يلعب دورا مهما في تنظيم ومراقبة أنشطته المعرفية ومن ثم تعديلها واستبدالها بأفكار صحيحة ومنطقية. ويمكن تفسير التحسن العلاجي في الألكسيتيميا من خلال ملاحظات الباحثة خلال فترة تطبيق برنامج المرافقة النفسية، من خلال رغبة الأمهات بالتعاون مع الباحثة، وتحمسهن في حضور جلسات المرافقة النفسية، وكذا حضورهن المستمر للجلسات، حيث أن الباحثة لم تلاحظ أي حالات غياب أو تأخر عن جلسات البرنامج، كما ساهم التزام الأمهات بتطبيق وإنجاز الواجبات المنزلية المسطرة في نهاية كل جلسة.

واتسقت نتائج الدراسة لراهنة مع عدة دراسات أثبتت فعالية مختلف البرنامج العلاجية والارشادية للتخفيف من المعاناة النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد، كدراسة عبد القادر (2002) التي أظهرت فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم، ودراسة جابر (2008) التي أثبتت فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين ، مما يشير إلى فاعلية البرنامج التدريبي المطبق في خفض الضغوط النفسية واستمرار آثاره بعد شهر من انتهاء الدراسة، وكذا دراسة الشريف (2010) التي بينت أثر التدريب في أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات الأطفال المعاقين، ودراسة باشا (2016) التي أظهرت فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، ودراسة لونج وآخرون (2022) التي هدفت لتطوير الثقة بالفاعلية الذاتية في تربية الأبناء البالغين ذوي اضطراب طيف التوحد: اختبار أولي لمقاربة مزدوجة في تطوير الكفاءة الوالدية، وأشارت نتائجها إلى فاعلية تطبيق برامج مهارات التربية وزيادة الثقة بالفاعلية الذاتية للأبوين في تقديم تدخل فعال لتحسين التربية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

عملت الباحثة في بداية البرنامج على بناء علاقة علاجية تفاعلية مع الأمهات لما لهذه العلاقة من أهمية في إنجاح العملية العلاجية، فقد كان بناء هذه العلاقة أول الخطوات الأساسية في تطبيق برنامج المرافقة النفسية، ومن خلالها تمكنت الباحثة من التوصل إلى تحقيق الأهداف المسطرة للبرنامج، وهذا بالضبط ما يميز المرافقة النفسية، عن باقي العلاجات الأخرى، فالعلاقة الإنسانية بين المرافق والمترافق أهم بكثير من أي تقنية أو دواء قد يوصف للفرد، وكما ذكرنا سابقاً أن الاتجاه الإنساني يضع العلاقة العلاجية في موقع هام كمتغير رئيسي من متغيرات نجاح العملية العلاجية والإرشادية، بل أن كارل روجرس أظهر أن هذه العلاقة تعتبر حجر الزاوية في العملية العلاجية من خلال عرضه لنظريته الإنسانية في العلاج النفسي. (ضمرة، 2008)

إضافة إلى أن إشراك أفراد المجموعة في العملية العلاجية من خلال شرح وتوضيح برنامج المرافقة النفسية ساعد على نجاح البرنامج، حيث سعت الباحثة إلى توضيح خطة البرنامج وأهدافه والأساليب المستخدمة فيه، وتعد هذه الخطوة مسؤولية مشتركة بين المرافق والمترافقين، وكلما تمت هذه الخطوة بالاتفاق بينهما كلما ساعد ذلك في تحقيق الأهداف المرجوة بأسرع فترة ممكنة. كما أن البرنامج احتوى على جلسات فردية وجماعية وذلك تبعاً لأهداف كل جلسة بطبيعة الأساليب والفنيات العلاجية المستخدمة فيها، فعلى سبيل المثال، حرصت الباحثة على أن تكون الجلسة الأولى لكل حالة فردية، باعتبارها جلسة اعدادية افتتاحية، حيث تم فيها التعرف على الحالات كل على حدى، وإجراء المقابلات الإكلينيكية معهن، وكذا بناء علاقة ثقة مبنية على التقبل والتعاون بين الباحثة والأمهات وكسر الحواجز النفسية بينهم، وتعريفهن بطبيعة برنامج المرافقة النفسية ونظام الجلسات وتحضيرهم للعمل الجماعي في إطار المرافقة النفسية، وتركيز انتباههن خلال الجلسة الافتتاحية على المواظبة على الحضور والإصرار على تطبيق ما ستتعلمنه في الجلسات، والتأكيد على سرية ما يجري خلال جلسات المرافقة النفسية، وكان هدف الجلسة الفردية الثانية تطبيق عملية الاسترخاء العضلي والتنفسي بصفة فردية، والتأكيد على أهميته في التخفيف من التوتر النفسي والعضلي وتحسين الحالة النفسية وإعادة التوازن الانفعالي والمعرفي والجسمي، وقد تم تطبيق هذه الجلسة بصفة فردية لضمان الاستفادة القصوى لكل أم من هذه التقنية، وتقادي وقوع أي نوع من الاحراج الذي قد يحدث في حالة تطبيق هذه التقنية في الجلسات الجماعية.

في حين أن الجلسات العلاجية قد أسهمت بشكل باهر في نجاح برنامج المرافقة النفسية في خفض مستويات الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وذلك نتيجة لخبرات التفاعل مع بعضهم البعض، حيث أن كل أم تزداد معرفتها بذاتها وتكتسب من خلال الجلسات الجماعية طرقاً أكثر فعالية وملائمة للتفكير والشعور، كما تشير الخبرات إلى أن الجلسات العلاجية الجماعية تكون مشاعر أكثر إيجابية نحو الانضمام للجماعة وتشجيع التفاعل الاجتماعي، وهذا ما يؤدي إلى تقليل معدلات التسرب وانهرب من الجلسات العلاجية، وتقوية التواصل والتماسك بين أفراد المجموعة. (مليكة، 2010)

كما يمكن أن يعزى التحسن في خفض مستويات الألكسيتيميا بأبعادها لدى مجموعة أمهات أطفال طيف التوحد، من خلال ما تم بناؤه من علاقة علاجية آمنة وفعالة، والتأكيد على شرط السرية خلال الجلسات العلاجية، والعمل في جو جماعي تفاعلي، وتبادل الثقة بين الباحثة والمشاركات في البرنامج مع بعضهن البعض، والتقبل الغير مشروط، والمحبة التفهم والتعاطف المتبادل، مما ساعد الأمهات على تنمية مهارتهن الانفعالية والاجتماعية ومهارات التعبير اللفظي على المشاعر والانفعالات المكبوتة، وهذا ما انعكس على خفض مستوى الألكسيتيميا لديهن.

إضافة إلى أن برنامج المرافقة النفسية اهتم بتبصير الأمهات بالمشكلات والمواقف التي يتعرضون لها مما ساعدهم على فهم ومعالجة الكثير من المواقف الضاغطة، والتي من شأنها أن تسبب لهن المزيد من الضيق والألم النفسي، وترجع فاعلية برنامج المرافقة النفسية أيضاً إلى إتاحتها الفرصة للأمهات للإفصاح عن مشاعرهن وانفعالاتهن وأفكارهن تجاه المشكلات، مما ساعد على وضع حلول لها من قبل المجموعة التجريبية نفسها، خاصة تلك التي تتعلق بالمشكلات الأسرية، وكذلك ركز البرنامج على أهمية المساندة الاجتماعية والدعم الاجتماعي في حل العديد من المشكلات خاصة الزوجية منها، كما أن الجلسة التي هدفت إلى تنمية الوازع الديني لدى أمهات أطفال طيف التوحد قد كان لها أثرها الكبير في مساعدتهن على تقبل قضاء الله وقدره -توجيه الأمهات إلى التمسك بالعبادات والإكثار منها كمصدر للدعم الروحي والانفعالي في مواجهة المواقف الضاغطة، وذلك بالتأكيد على أهمية الجانب الروحي في تقبل الطفل وتحسن الحالة النفسية، وكذلك التأكيد على أهمية الرضا بالقضاء والقدر وتوجيه الأمهات على ضرورة الاقتناع بأن الطفل ذو اضطراب طيف التوحد نعمة كبيرة وهبة من الله تعالى، وتدريب الأمهات على وضع أهداف جديدة في الحياة والعمل على تحقيقها بعيداً عن أطفالهن كالدراسة، أو تعلم حرفة جديدة أو ممارسة هوايات قديمة.

إن التحسن الملحوظ في انخفاض مستويات الألكسيتيميا بأبعدها لدى أفراد المجموعة التجريبية قد يعزى إلى الخصائص والسمات التي اتصف بها برنامج المرافقة النفسية المصمم من طرف الباحثة، من خلال تنوع أهدافه، وشمولية جلساته وتنوع وثرأه وفعالية الأساليب المستخدمة من خلاله ودورها الهام في تنمية المهارات الانفعالية، وفي زيادة وعي الأمهات بذاتهن، وكذا تعريف الأمهات بماهية الألكسيتيميا، أعراضها، وأثارها الوخيمة على الصحة النفسية والجسدية، وضرورة التخفيف من مستواها، توعيتهن بأهمية التعبير عن المشاعر والانفعالات وتشجيعهن على الإفصاح عن خبراتهن ومشاعرهن، من خلال تقنية المحاضرة، وكذا إمدادهن بمعلومات عن اضطراب طيف التوحد، أسبابه، أنواعه، أسباب غموضه وتعقيده، وتوعيتهن بالطرق السوية للتعامل مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، وكذا تدريبهن على بعض فنيات تعديل السلوك وتعليمهم ممارسة بعض النشاطات التي يحبها الطفل وتفضلها هي أيضا كالموسيقى والرسم بهدف تنمية التواصل بينهم.

وهدف البرنامج أيضا إلى بناء عملية استبصار لدى الأمهات بتوضيح أن لكل فكرة سلبية يوجد فكرة إيجابية تقابلها، وتعليمهن مهارات مواجهة الأفكار الضاغطة عن طريق الاهتمام بشيء آخر أكثر إيجابية، وتنمية التقدير الإيجابي للأمهات نحو ذواتهن، والتغلب على النظرة السلبية للذات والشعور بالدونية والنقص ولوم الذات، وتدريبهن على قراءة مشاعرهن ومشاعر وانفعالات الآخرين والاستبصار بها، وتنمية قدرتهن على التمييز بين الإحساسات الجسدية والانفعالات الوجدانية، وتوجيههن للتعرف على مشاعرهن السلبية وكيفية التخلص منها، والاحتكاك مع الأمهات اللاتي قطعن شوطا طويلا في التعايش مع اضطراب طيف التوحد، لتبادل الخبرات والاستفادة من تجاربهن، وتوجيه الأمهات لمشاركة أزواجهن في رعاية الطفل ذو اضطراب طيف التوحد، وتقسيم المهام بين أفراد الأسرة، وإيجاد أوقات فراغ لقضاءهن في ممارسة أنشطة محببة لهن والاهتمام بأنفسهم مما يقلل من الألكسيتيميا ويزيد من حماسها لرعاية الطفل وتقبله، كل هذه الأهداف كان لها دورها الهام في خفض مستويات الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

انسجمت النتائج المتحصل عليها من خلال الفرضية العامة للدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات التي استخدمت مختلف البرامج والأساليب العلاجية والارشادية بغرض خفض مستوى الألكسيتيميا، كدراسة الدهمسي (2018) التي أثبتت فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات والعلاج الأدلري في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى اللاجنات السوريات اللواتي تعرضن للعنف، وكذا دراسة الزهراني (2022) التي

بينت فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض الألكسيتيميا لدى عينة من المكتئبين الراشدين السعوديين.

وقد يعزى نجاح برنامج المرافقة النفسية المصمم من طرف الباحثة بهدف خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد إلى تولد الرغبة لدى الأمهات للتغلب على مشكلة الألكسيتيميا وتجاوز أعراضها التي باتت تعيق حياتهن اليومية وطريقة تفاعلهن مع أفراد أسرتهن والناس المحيطين بهن، لا سيما أن الألكسيتيميا تؤثر بشكل ملحوظ على طريقة تعاملهن مع أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد، كما تشكل عائقا على علاقتهن السوية مع أبنائهن، وإدراك هؤلاء الأمهات أن الألكسيتيميا تعد سببا رئيسيا يمنعهن من مشاركة حياتهن بشكل طبيعي، (البحيري، 2009) كما ان تنوع الاستراتيجيات المستخدمة في جلسات برنامج المرافقة النفسية كان لها دور في مساعدة الأمهات على فهم الخصائص العاطفية والانفعالية الخاصة بهن، ومشاركة المشاعر والخبرات المؤلمة والسلبية مع الأمهات الأخريات ومع الباحثة، وكذا التعبير عنها انفعاليا مما يساعد على تفرغها والتخلص منها، كما أن الأمهات قد تعلمن كيفية التعامل مع المشاعر المؤلمة والمواقف الضاغطة التي كانت سببا في الإصابة بالألكسيتيميا، وهذا ما أدى بأمهات أطفال طيف التوحد بفهم مشاعرهن وانفعالاتهم والتعامل معها وإدارتها بطريقة فعالة وإيجابية.

2. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى:

من خلال عرض النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى، والتي تنص على أن "مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد متوسط"، نرى بأن النتائج المتعلقة بهذه الفرضية قد توافقت مع توقعات الباحثة ومع الإطار النظري للدراسة. حيث أظهرت النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى، والموضحة في الجدول رقم (38)، أن المتوسط الحسابي لدرجات الألكسيتيميا التي تحصلت عليها أمهات أطفال طيف التوحد، قدر ب (3.50) مع انحراف معياري قدر ب (0.78)، كما نجد أن المتوسط الحسابي يقع في المجال وفئة المتوسط الفرضي بين (2.34-3.66)، ما يدل على أن مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد متوسط. وهذا ما يتوافق تماما مع الفرضية الجزئية الأولى التي قمنا بوضعها في بداية الدراسة بالاعتماد على نتائج الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها.

إن المتمعن في النتائج المتحصل عليها من الفرضية الجزئية الأولى، يتجلى له بوضوح أن أفراد العينة انقسموا إلى ثلاثة مجموعات، في المجموعة الأولى نجد أن النسبة المئوية الأعلى من أمهات أطفال طيف التوحد، والتي تمثلت في (47.45%)، تحصلت على مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، حيث تراوحت درجات هذا المجال بين (3.67-5) ، وهذا ما يشير إلى أن أغلبية عينة الدراسة تعاني من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، أما المجموعة الثانية من عينة الدراسة، والتي تمثلت نسبتها في (43.64%)، تحصلت على مستوى متوسط من الألكسيتيميا، حيث تتراوح درجات هذا المجال بين (3.67-5)، بينما المجموعة الثالثة من عينة الدراسة، والتي بلغت نسبتها (8.89%) فقط من عينة الدراسة الأساسية، تحصلت على مستوى منخفض من الألكسيتيميا، وتتراوح درجات هذا المجال بين (1-2.33).

تتطوي تجربة الأمومة على انقلاب عاطفي كبير، حيث يتعاضم الشعور بالمسؤولية لدى المرأة ما إن تضع وليدها، هذا يعني أنها تحمل مسؤولية طفل وإعداده للحياة الاجتماعية، إلا أن هذا الشعور سرعان ما يتفاقم ما إن تكتشف هذه الأم ولادة طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، يختلف عن غيره من الأطفال العاديين، فتصطمم الأم حينذاك بواقع صعب ومرير، يتنافى مع آمالها وتوقعاتها، حول طفلها المتوقع، والذي رسمت له صورة مثالية في ذهنها قبل ولادته، وهذا ما يعرف ب"الطفل الهوامي" لذا فتجد هذه الأم نفسها في وضعية صراعية تحاول جاهدة للتغلب عليها، حيث أن تربية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يؤدي إلى تغيير كامل في نمط حياة الأم النفسي، الأسري والاجتماعي، ويفرض عليها المزيد من الضغط، نظرا لكونها في غالب الأحيان هي الراعي الأول لطفلها، وهي التي تتحمل عبء تربيته ورعايته والاهتمام به، لاسيما أن هذا الطفل يكون غير قادر على ممارسة نشاطاته اليومية بشكل عادي، ويكون غير قادر لقضاء احتياجاته اليومية باستقلالية شأنه شأن الأطفال العاديين.

وقد أجمعت معظم الدراسات السابقة إلى أن ردود أفعال وميكانيزمات مواجهة الأم تختلف من السلبية إلى الإيجابية، كما تمر بمجموعة من ردود الأفعال الانفعالية والعاطفية والسلوكية، عند اكتشاف إعاقه طفلها، تبدأ بشعورها بالصدمة النفسية، حيث تنتابها حالة من الذهول والشعور بالعجز، فغالبا ما يصعب على الأم تصديق إصابة طفلها باضطراب طيف التوحد، حيث قد تظهر بعض الانفعالات وردود الأفعال العنيفة والمتطرفة، وتنتابها مشاعر اليأس واحزن والأسى، والشعور بالذنب، كما لو أنها السبب في إصابة ابنها، وقد تدخل الأم في فترة حداد نفسي، والحداد هنا لا يكون واقعي، بل حداد رمزي، ناتج عن

فقدان ما يعرف بـ "الطفل الهوامي"، في هذه المرحلة تحتاج الأم إلى دعم نفسي واجتماعي قوي، باعتبارها أكثر المراحل صعوبة وحساسية.

كما قد تلجأ الأم للإنكار، محاولة منها للتخفيف من وطأة هذه الصدمة عند إدراكها لإعاقة طفلها، ثم تستبدل الأم مشاعر الغضب والحزن والصدمة إلى شعور عميق بالذنب وتأنيب الضمير، وتبدأ في لوم ذاتها لظنها بأنها هي المسؤولة بطريقة أم بأخرى عن إعاقة طفلها، في هذه المرحلة قد تلجأ الأم إلى الهروب والعزلة الاجتماعية، كما قد تلجأ إلى إخفاء إعاقة طفلها خوفاً من نظرة المجتمع والوصمة هذا ما يتفاقم لدى الأم إلى إصابتها بالاكتئاب والعديد من الاضطرابات المزاجية والنفسية، والتي تؤدي بدورها إلى ظهور أعراض الألكسيتيميا لديها.

وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة العيثان وآخرون (2012) التي توصلت إلى أن أمهات الأطفال المعاقين لديهم درجة عالية بدلالة إحصائية من أعراض الألكسيتيميا، ودرجة متوسطة على مقياس القلق وبدرجة عالية بدلالة إحصائية بمقياس الاكتئاب، كما إن الأمهات اللواتي يعتنين بأطفال معاقين يظهرن أعراض ألكسيتيميا شديدة وترتبط بزيادة اضطرابات المزاج، وكذا دراسة سيمور وآخرون (2013) التي أشارت نتائجها إلى أن الصعوبات السلوكية لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، قد تساهم في إرهاب الأولياء، والذي يساهم بدوره في تبني الأم استراتيجيات مواجهة غير تكيفية وغير فعالة، والتي تزيد من مستوى الإجهاد لديها، أسفرت نتائج الدراسة أن التعب لدى أمهات أطفال طيف التوحد واستراتيجيات المواجهة غير التكيفية تتوسط العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للطفل والإجهاد لدى الأمهات، وأبرزت أثر التعب على رفاهية الأمهات باعتبارها مجالا هاما لا بد من النظر فيه لدى أمهات اطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

بينما تختلف نتيجة دراستنا الحالية مع دراسة أبازاري وآخرون (2016)، حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق معنوية بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأمهات الأطفال العاديين من حيث درجاتهن في مستويات الألكسيتيميا وأبعادها، بما في ذلك التعرف على المشاعر والانفعالات، ووصف المشاعر والانفعالات، وأيضاً التفكير الموجه نحو الخارج، كما لوحظ وجود فرق معنوي بين المجموعتين فيما يتعلق بالانفعالات المعبر عنها ومكوناتها الفرعية بما في ذلك الاندماج العاطفي المفرط والنقد، وكشفت النتائج أن هناك ترابطاً بين درجات الألكسيتيميا لدى الأمهات وانفعالاتهم المعبر عنها.

ويؤكد الرفاعي (2011) هذا الطرح حيث يرى أن الإصابة بالألكسيتيميا تعود إلى تعرض الفرد من صدمات وضغوطات وخبرات انفعالية عنيفة خلال مراحل حياته المتعاقبة، هذا ما يؤدي بدوره إلى ارتداد أو نقص في الجوانب الانفعالية لدى الفرد، مما يترك له صورة مشوهة عن نفسه، ويعجز في هذه الحالة في التعبير عن نفسه، أو فهم الحالة الوجدانية والانفعالية للأفراد الآخرين المحيطين به، وهذا بالضبط ما تواجهه أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

فمن المتعارف عليه أن رعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بالغة الصعوبة والحساسية، وتسبب ضغطاً نفسياً كبيراً للأم التي عادة ما تواجه تحديات فريدة من نوعها، بسبب السلوكيات الغريبة والشاذة التي تظهر لدى طفلها يومياً، إذ تتكبد الأم عناء كبير رعاية طفلها وتلبية احتياجاته الخاصة، ويرى لوبوفيتشي (1985) في هذا الصدد إلى وجود علاقة قائمة بين حدوث الاضطراب لدى الطفل وتأثيرها على التفاعل بينه وبين أمه، ويمكن أن يؤدي هذا التأثير إلى صعوبة فهم الأم لاحتياجات طفلها وتوقعاته ومتطلباته، على سبيل المثال، إذا لم يستجب الطفل لمطالب أمه، يمكن أن يشعرها بالإحباط والحزن، مما يؤثر على قدرتها على تلبية احتياجاتها كأم، وهنا تشعر الأم بالفشل في إشباع رغباتها الأمومية، كما قد تزيد مشاعر الإحباط لدى الأم بسبب صعوبة التواصل مع طفلها، فتصاب بالإحباط أمام لامبالاة طفلها وعدم الرد على مبادراتها للاهتمام به ورعايته، فتشعر وكأنها غير موجودة، يرفض أي سبل للتواصل والتفاعل معها، ويصبح منطوي ومنغلق على نفسه، فتتقد الأم في هذه الحالة كل مصادرها الأمومية، فتصبح عاجزة على التعامل مع الوضعيات المختلفة بفعالية. (Lebovici & Stoléru, 1983)

وهذا ما أشارت إليه ماكدوغال سنة (1980)، حيث وضعت تفسيرات نفسية لحدوث الألكسيتيميا، وبطته بالاضطرابات في العلاقة بين الأم والطفل، ذكرت أن تشوش العلاقة بين الأم وطفلها يؤدي إلى عدم قدرة الأم على التعرف على مشاعرها والتعبير عنها انفعاليا وظهور اضطراب الألكسيتيميا. (Karukivi, 2011)

كما أن نتائج دراسة لي وآخرون (2022) تؤكد ما سبق حيث بينت أن (70.27%) من الأمهات اللواتي يرعين أطفالاً ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مستوى ملحوظ من التوتر النفسي، كما تبين أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين ضعف التواصل الاجتماعي للأطفال (مشكلات التواصل) وارتفاع مستوى التوتر النفسي للأمهات. ببساطة، زيادة في مشكلات التواصل تعني زيادة في التوتر الوالدي، وتقوم ثقة الأم بنفسها

بدور مهم في العلاقة بين مشكلات التواصل الاجتماعي للطفل ومستوى التوتر الوالدي. بالتحديد، تبين أن تأثير مشكلات التواصل الاجتماعي على التوتر الوالدي تم توسطه بشكل كامل من خلال ثقة الأم بنفسها، أي عندما تزداد مشكلات التواصل لدى الطفل، يمكن أن يؤدي ذلك إلى انخفاض في ثقة الأم بنفسها، وبالتالي زيادة في التوتر الوالدي، كما تؤكد الدراسة على أهمية تقديم البرامج المبكرة للتدخل لدعم هؤلاء الأمهات.

تؤكد دراسة كوسيكو جوفين وآخرون (2013) معاناة الأم من العزلة والانسحاب الاجتماعي حيث أظهرت نتائجها أن القلق الاجتماعي كان أكثر انتشارًا بشكل ملحوظ لدى أمهات أطفال طيف التوحد أكثر من أمهات الأطفال العاديين، كما تبين أن أمهات أطفال طيف التوحد حصلن على درجات أعلى بشكل ملحوظ من أمهات الأطفال العاديين على جميع مقاييس القلق الاجتماعي، كما تؤكد الدراسة على أهمية التدخل التكفلي والعلاجي لدى أمهات وآباء أطفال طيف التوحد، حيث يمكن أن تسهم سماتهم النفسية بشكل كبير في تطور العواطف لدى أطفالهم والتوافق النفسي للعائلة بشكل عام، كما ترى دراسة لين وآخرون (2023) أن المساندة الاجتماعية المدركة هي متنبأ بعدم وجود الأكسيتيميا، كما تظهر الأكسيتيميا والإنهاك الوالدي بشكل أكثر لدى الأمهات أكثر من الآباء، وتركز الدراسة على أهمية المساندة الاجتماعية في تخفيف الأكسيتيميا لدى الأمهات بشكل خاص لأنهن يواجهن مساندة اجتماعية منخفضة مقارنة مع الآباء، تؤكد الدراسة على أهمية وضع خطط علاجية للتخفيف من الأكسيتيميا والإنهاك الوالدي لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

الأمر الذي تدعمه نظرية التعلم الاجتماعي في تفسير حدوث الأكسيتيميا، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن الصعوبات والمشكلات التي يعيشها الفرد في بيئته الاجتماعية، ومروره ببعض المواقف الضاغطة، مثلما يحدث مع أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، قد تكون كلها عوامل مؤدية إلى حدوث الأكسيتيميا، حيث توصل لوميني وآخرون Luminet & al (1996) إلى أن المصابين بالأكسيتيميا يعانون من نقص الدعم الاجتماعي من البيئة المحيطة بهم، وتوصل جونيل وآخرون (2006) إلى أن الأكسيتيميا ترتبط بنقص الدعم الاجتماعي، كما أن الأفراد الذين يعانون من مستوى مرتفع من الأكسيتيميا تكون لديهم اختلالات في الوظائف الاجتماعية، وضعف المساندة الاجتماعية خاصة من جانب الأسرة، هذا ما قد يتسبب بشكل مباشر في الإصابة بأمراض عضوية.

وتفسر الباحثة أن سبب معاناة أغلبية أفراد عينة الدراسة الراهنة من مستوى ألكسيتيميا مرتفع راجع إلى الضغوط الانفعالية التي تواجه هؤلاء الأمهات، نتيجة الشعور المستمر بالقلق والتوتر والإحباط على مستقبل الابن، في كيفية اعتماده على نفسه، ويمكن تفسير ذلك بطبيعة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد خاصة، حيث يكون اعتماده الشبه الكامل على الوالدين، وعلى وجه الخصوص الأم، كونها المسؤول الأول عن رعايته، وتلبية متطلباته، وتدبير شؤون حياته كلها، من مأكّل ومشرب وتطّيف وتعليم ورعاية، وتتولى مسؤولية تنظيم وقته ووضع جداول النشاط ليومه، مع وجود خصائص سلوكية محددة وجد معقدة ويصعب التعامل معها، كالسلوكيات العدوانية الشاذة، والسلوكيات النمطية المتكررة، وسلوكيات إيذاء الذات، ونوبات العنف والغضب الشديدين، كل هذه السلوكيات وغيرها، تجعل أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد تعيش حالة انفعالية شديدة.

تتفق نتائج دراستنا الحالية مع دراسة متولي (2018) التي أثبتت علاقة ارتباطية موجبة بين الألكسيتيميا والضغوط النفسية، مع وجود تأثير دال إحصائياً لمتغيري الجنس دون العمر الزمني للطفل ذو اضطراب التوحد على مستوى الألكسيتيميا لدى الآباء والأمهات في اتجاه آباء وأمهات الأطفال الإناث ذوات الاضطراب، وكذلك مع دراسة الشامي (2011) التي توصلت إلى أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مستويات مرتفعة من الضغط النفسي والقلق والاكتئاب بالمقارنة مع أمهات الأطفال الأسوياء، ودراسة غنيم (2015) التي أظهرت نتائجها وجود فروق بين أمهات الأطفال العاديين وأمّهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في الضغوط النفسية وفي بعد التفاعل لسلبى على مقياس الحياة الضاغطة، لصالح أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، كما أن هناك علاقة موجبة بين الضغوط وأساليب مواجهتها بالمساندة الاجتماعية وأبعادها لدى عينة من أمهات الأطفال العاديين، إضافة إلى دراسة إيوا بيسولا (1999) التي وجدت أن الضغط النفسي مرتفع لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أكبر من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، كما أن سبب الرئيسي لهذه الضغوط لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد يعانون من ضغوط مرتفعة بسبب تأخر التشخيص إلى ما بعد (30) شهراً بعد الولادة وغموض مآل الإصابة، كما أن أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابون بالتوحد هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهن. وقد تبين أن مرتفعي الألكسيتيميا من أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون فعلاً من مشكلات نفسية مثل

العدائية، واضطرابات المزاج، وتوهم المرض، لذا فإن تصرفاتهم وسلوكياتهم تتصف بالبرود والتباعد الانفعالي، كما يفضلون غالباً الوحدة ولانعزال الاجتماعي، كما يلجؤون إلى استعمال دفاعات الأنا الغير ناضجة لتنظيم انفعالاتهم ووجداناتهم.

إن عدم قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره وكبتها أو الصراع حول التعبير عنها يولد العديد من المشكلات النفسية والانفعالية، وهذا ما تدعمه نظرية التحليل النفسي في تفسير الألكسيتيميا، حيث أن الأشخاص الذين يعانون من مستوى ألكسيتيميا مرتفع يعانون من نقص مفهوم الذات، وكبت العدوان والعواطف والانفعالات بصفة عامة، مما قد يؤدي بهم في الكثير من الحالات إلى اكتئاب أساسي "Essential Depression" حيث أن هذا النوع من الاكتئاب لا تظهر به أعراض الاكتئاب الانفعالية، كما يزيد من استعداد الفرد إلى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. (Corcos et al., 2000) هذا ما يتوافق مع آراء وجهة النظر الاقتصادية، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن الألكسيتيميا ماهي إلا ميكانيزم دفاعي ضد فرط استثارة الطاقة المتعلقة بالجانب الوجداني، أي عجز الأم عن ربط التمثيل بالعاطفة، حيث تعاني من الإنكار والانشطار، وهذا ما تتجسد في سلوكها وخطاباتها وانفعالاتها الجامدة المتبلدة، فهذه الميكانيزمات تتغلب على الكبت الذي يترك توزيع طاقتي غير صاد للإثارات بشكل كاف، ومن ثم تشعر بالعدوانية ولكنها تواجهها ببرود وسلبية صامتة فهي تتعلق بالصورة الداخلية المضيئة لا بالموضوع الخارجي، بحيث تعجز عن إسقاط العواطف سواء السلبية أو الإيجابية، ولا تستطيع التقمص، فتلجأ لإظهار طابع عاطفي وعلائقي خاص.

كما ترى الباحثة أن حصول أغلبية أفراد العينة على مستوى مرتفع من الألكسيتيميا تعد نتيجة منطقية ومتوافقة مع الحياة الواقعية، هذا نظراً لمعايشة أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد للمواقف الضاغطة التي تكون سبباً في ظهور الألكسيتيميا لديها، وبالتالي، تأتي هذه الاستجابة باستخدام بعض أو كل مظاهر الألكسيتيميا لديها كآلية دفاعية للتخفيف من حدة الضغوط النفسية والتوتر، والمواقف الضاغطة والأحداث المؤلمة التي تضطر الأم لمعايشتها يومياً، والتي تجعلها غير قادرة على التحديد الدقيق لمشاعرها الذاتية، واللجوء إلى ميكانيزم الهروب أو الانسحاب من مواقف التفاعلات الاجتماعية، التي تضطر فيها الأم إلى التعبير عن انفعالاتها ومشاعر الحزن والألم التي تخالجها، لحقيقة أنها أم لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، هذا ما يسبب حالة من التباعد الانفعالي، الذي يجعل الأم الطفل ذو اضطراب طيف التوحد غير

قادرة على التحديد الدقيق لمشاعرها وانفعالاتها، ووصفها والتعبير عنها كلامياً، وكذا سيطرة نمط التفكير العملي والموجه نحو الخارج، وفي بعض الأحيان لا تستطيع الأم التمييز بين إحساساتها الجسدية، وانفعالاتها الوجدانية، وهذا ما قد يؤدي إلى نشأة العديد من الاضطرابات السيكوسوماتية، نظراً لأن هذه الانفعالات والمشاعر التي تختلج الأم، لم يتم تفرغها والتعبير عنها بالطريقة السليمة، أي بالتعبير الكلامي والانفعالي، فقد تجد طريقها عن طريق الأعضاء الجسمية.

وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة علي زروقي ومكي (2021)، التي تؤكد أن أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد تعاني من مجموعة من الاضطرابات السيكوسوماتية جراء المعاناة النفسية التي تعيشها، وتمثلت هذه الاضطرابات كارتفاع ضغط الدم، قرعة المعدة، القولون العصبي...، حيث أن هذه الاضطرابات تبدأ بالظهور غالباً بعد اكتشاف الأم لإعاقة ابنها، وكلما تعرضت الأم لمواقف وأحداث ضاغطة في حياتها، كلما زاد شعورها بالألم الجسدي، وما يتوافق أيضاً مع دراسة برانجل (2017) التي أظهرت نتائجها أن أمهات أطفال طيف التوحد تعانين من درجة شديدة من الأمراض السيكوسوماتية، وأكثر هذه الأمراض انتشاراً بين الأمهات هي اضطرابات الجهاز الهضمي، أمراض القلب والأوعية.

من خلال التمعن في الإطار النظري للدراسة الراهنة، ترى الباحثة أن اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيداً وغموضاً، كونه يمس مختلف مظاهر النمو لدى الطفل، سواء على المستوى اللغوي، الحركي، أو الاجتماعي، وأيضاً عمليات الإدراك والانتباه، كما أن هذا الاضطراب لا يؤثر فقط على جوانب حياته المختلفة، بل يمتد تأثيره إلى كافة أفراد الأسرة أيضاً، خاصة الأم، حيث أن أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد تعيش معاناة نفسية شديدة نتيجة العديد من العوامل، أبرزها إصابة طفلها باضطراب طيف التوحد، حيث أن هذا الطفل يتميز بسلوكيات تجعل من الصعوبة على الأم الاهتمام به والتكفل به وتقديم الرعاية اللازمة له بشكل يومي، كالعوانية، العض، فرط النشاط والحركة، إيذاء الذات، وقصور في التواصل والتفاعل، حيث يمكن لهذه الصعوبات السلوكية أن تساهم في إرهاق الأم، والذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى استخدام استراتيجيات مواجهة غير فعالة كالألكسيتيميا، مما يزيد في جدة الإجهاد. (Seymour et al., 2013)

وهذا ما يتفق مع دراسة الفارسي وآخرون (2016) التي أظهرت نتائجها أن جميع مستويات والاكتئاب والقلق أعلى لدى آباء وأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بالآباء والأمهات للأطفال

العاديين، كما تؤكد هذه الدراسة على معلومات من دراسات أخرى أجريت مع سكان آخرين بأن رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تؤثر على الحالة النفسية للآباء والأمهات مقدمي الرعاية، كما أن آباء وأمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يحتاجون لرعاية نفسية أكثر من غيرهم نظرا للدور الصعب الذين يقومون به في رعاية أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد، ودراسة أليك وآخرون (2006) خلصت نتائجها إلى أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب أسبرجر واضطراب طيف التوحد يعانون من جودة حياة منخفضة متعلقة بالصحة بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين، وأشارت النتيجة إلى انخفاض مستوى الصحة الجسدية (صحة الأم المتعلقة بالمشكلات السلوكية للطفل كفرط النشاط والحركة)، كما استنتجت الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين رفاة الأم والخصائص السلوكية للطفل، وكذا دراسة إيسيك وآخرون (2017) التي أظهرت نتائجها أن أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد يعانون من أعراض أكثر خطورة لتجارب الانفصال، وأعراض أكبر للتجرد وفقدان الشعور بالواقع، وتعرض أكثر لإساءة معاملة جنسية وإهمال جسدي في الطفولة بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين.

كل هذه العوامل من شأنها أن تجعل أم الطفل ذو اضطراب طيف التوحد تعيش حالة جرح نرجسي عميق وإحباط داخلي مما يفاقم لديها الشعور بالحزن والضيق والألم، ويزيد من شعورها بالضغط النفسي والتوتر، وتصبح الأم في هذه الحالة عاجزة عن التعبير عن مشاعرها انفعاليا، وهذا ما يتجسد في ظهور نزعة ألكسيتيمية لديها، وبالتالي تظهر هذه المعاناة في صورة أمراض سيكوسوماتية، حيث أن الجسم في هذه الحالة يعبر عن الاضطرابات النفسية والانفعالية التي تعيشها الأم عن طريق الأعضاء الجسدية. ويقول سيفنيوس في هذا الصدد أن الألكسيتيميا عبارة عن صراعات لاشعورية واضطرابات عصابية، وتبعاً لوجهة النظر هذه، فإن هذه الصراعات النفسية الداخلية التي يتعذر التعبير عنها لفظياً يتم التعبير عنها عن طريق قنوات جسدية مما يتسبب في نشأة مختلف الاضطرابات النفسية. (Sifneos, 1996)

وهذا ما تؤكدته دراسة لين وآخرون (2023)، حيث أظهرت النتائج أن الأمهات للأطفال ذوي اضطراب التوحد والذين يعانون من أعراض توحد شديدة، يُلاحظ لديهم مستويات أعلى من التوتر والقلق والاكتئاب مقارنة بالآباء، كما أن الأمهات اللاتي يعانون من أعراض القلق كانت لديهن علاقة سلبية مع السلوك الاجتماعي الإيجابي لأطفالهن، مثل السلوك الذي يتضمن مساعدة الآخرين، والأمهات اللاتي يعانون من أعراض القلق كانت لديهن علاقة إيجابية مع مشاكلات التفاعل الاجتماعي لأطفالهن، مثل

مشكلات التواصل والتفاعل، كما أثبتت الدراسة أن أسلوب التربية الداعم والمشارك من قبل الأمهات له دور إيجابي للعلاقة بين أعراض القلق لدى الأمهات والسلوك الاجتماعي الإيجابي لأطفالهن، وكذا دراسة هيسامي وآخرون (2023) تم الحصول على نتائج مهمة بالنسبة للعلاقات المحددة والمشاركة بين الألكسيتيميا والإهمال الوالدي وعدم التكيف لدى أطفالهم الأصحاء، حيث أن الإهمال والألكسيتيميا لدى الوالدين ترتبط بشكل معنوي بعدم التكيف لدى أطفالهم الأصحاء بشكل محدد ومشارك، إضافة إلى أن الألكسيتيميا لدى الوالدين تعتبر عامل تنبؤي بعدم التكيف لدى أطفالهم الأصحاء.

مما لا شك فيه أن معاناة الأم من درجة مرتفعة من الألكسيتيميا ومعايشتها لكل هذه الاضطرابات النفسية والانفعالية التي تعايشها أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، من شأنها أن تؤثر بالسلب على طريقة تعاملها مع طفلها، وهذا ما يشكل بدوره عائقاً مع رعايتها السوية له واهتمامها به، وهذا ما أكدته دراسة سزتماري وآخرون (2008) حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد للآباء مرتفعي الألكسيتيميا ارتفعت لديهم السلوكيات التكرارية مقارنة بأطفال الآباء منخفضي الألكسيتيميا، وكذا دراسة كوستا وآخرون (2019) التي هدفت إلى معرفة دور الألكسيتيميا في التفاعل بين الوالدين والطفل، والقدرة الوجدانية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن التفاعل الوالدي الإيجابي يساهم في خفض أعراض الألكسيتيميا لأطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد، كما يساهم في تنمية قدراتهم على التنظيم الانفعالي، وكذا دراسة لي وآخرون (2022) التي أظهرت نتائجها إلى أن أمهات الأطفال الذين يعانون من مستوى شديد من اضطراب طيف التوحد سجلن درجة عالية من التوتر النفسي والقلق والاكتئاب مقارنة بالآباء، كانت معدلات انتشار القلق والاكتئاب من المعتدل إلى الشديد بالنسبة للأمهات، أشارت النتائج إلى أن وجود إعاقة اجتماعية لدى الطفل تنبأ بزيادة التوتر النفسي للأمهات، ولكن ليس للآباء. وتبين أيضاً أن وجود التوتر النفسي يعتبر مؤشراً مهماً لزيادة القلق والاكتئاب لدى كل من الآباء والأمهات.

بشكل عام، تشير نتائج هذه الفرضية إلى الدور المحوري للأم في حياة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، إذ أن إعاقة الطفل لا تقلل من حاجته إلى الشعور بالحب والدفء الأمومي، والشعور بالأمن والطمأنينة في محيطه الأسري، فالأبوين بشكل عام والأم بشكل خاص تشارك طفلها معظم مواقف الحياة الاجتماعية، كما تضطر إلى ملازمته طيلة جلسات العلاج والفحص والتكفل، وتعمل جاهدة على مواجهة

الآثار السلبية لإعاقة طفلها وقصوره على مختلف المستويات، وتعمل على إشباع حاجات الطفل وتذليل كافة الصعوبات والعقبات التي تقلل من توافقه النفسي والاجتماعي، وتقلل فرصه في التحسن والتقدم، هذا ما يعزز مكانة أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد ودورها الجوهرية في تحسن حالة طفلها ومساره العلاجي، مما يستوجب تقديم برامج مرافقة نفسية وبرامج علاجية وإرشادية متنوعة لدعمها نفسيا وانفعاليا، بوصفها حالة تحتاج إلى رعاية خاصة علاجية.

3. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية:

من خلال عرض النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية، والتي تنص على أن "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير السن"، نرى بأن النتائج المتعلقة بهذه الفرضية قد تعارضت مع توقعات الباحثة، وبالتالي لم تتحقق هذه الفرضية، حيث أظهرت النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثانية، والموضحة في الجدول رقم (40)، أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير السن.

تم تقسيم أمهات أطفال طيف التوحد إلى فئات عمرية مختلفة (20-30 سنة، 31-40 سنة، 41-50 سنة، 51-60 سنة) وتم حساب متوسطات الرتب لكل فئة عمرية، من تحليل القيم المتوسطة للرتب لكل فئة عمرية، يظهر أن الفئة العمرية (51-60 سنة) تمتلك أعلى متوسط للرتب بقيمة (147.62)، وهذا يشير إلى أن الأمهات في هذه الفئة العمرية يواجهن مستوى أعلى من الألكسيتيميا، نفس الأمر بالنسبة لفئة العمرية (20-30 سنة)، تظهر أيضًا متوسط رتب مرتفع بقيمة (140.48)، هذه الفئة أيضا تعاني من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، ثم تليها الفئة العمرية ما بين (41-50 سنة) بمتوسط (118,74)، وأخيرا الفئة (31-40 سنة) بأدنى متوسط (105.99)، كما قدرت قيمة H de Kruskal-Wallis ب (12.05) وهي قيمة دالة إحصائية حيث نجد مستوى الدلالة قدر ب (0.007) وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05).

فيما يخص الفئة العمرية ما بين (51-60 سنة). والتي أظهرت أعلى متوسط من مستوى الألكسيتيميا بين أفراد العينة، وقدر ب (147.62)، من الناحية النظرية، يمكن تفسير هذه النتائج بأن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، والذين ينتمون إلى الفئة العمرية ما بين (51-60 سنة) قد يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية والضغوط والتحديات المرتبطة بتربية طفل طيف التوحد نظرًا لتقدمهن

في السن وزيادة الاعتماد الآخرين في عملية رعاية وتربية هذا الطفل، ومن ناحية أخرى، قد يكون للأمهات في الفئات العمرية الأخرى تجربة سابقة أكثر في التعامل مع الأطفال بشكل عام مما يسهم في تخفيف مستوى الألكسيتيميا لديهن، فنجد أن الفئة العمرية ما بين (51-60 سنة) تمتلك أعلى متوسط رتب بقيمة (147.62)، هذا يشير إلى أن الأمهات في هذه الفئة العمرية قد تواجهن مستوى أعلى من الألكسيتيميا مقارنةً بالفئات العمرية الأخرى.

هذا التحليل يمكن أن يعزى إلى عوامل مختلفة، فهؤلاء الأمهات قد يفتقرن الخبرات السابقة في التعامل مع التحديات المرتبطة بأطفال طيف التوحد، كما أن الأمهات المسنين قد يكون لديهن جهل في فهم طبيعة الاضطراب وكيفية التعامل مع احتياجاته وخصوصيته، في حين قد تؤثر هذه التجارب السابقة على مستوى الاستجابة للضغوط والتحديات التي تصاحب مع رعاية طفل ذو اضطراب طيف التوحد والاعتناء به، كما أن الأمهات في هذه الفئة العمرية المتأخرة، قد يكونون أكثر تعرضًا للضغوط الاجتماعية والمجتمعية، مما قد يزيد من مستوى الألكسيتيميا لديهن، فقد تواجه الأمهات في هذا العمر ضغوطات اجتماعية وأسرية أكثر، مما يزيد من حدة الضغوط والقلق لديهن، يمكن أن تزيد الفئة العمرية المتقدمة من الأمهات من مستوى القلق والتوتر فيما يتعلق بتلبية احتياجات أطفالهن ذوي الاضطراب طيف التوحد، قد يكون لديهن مخاوف متعلقة بالمستقبل والقدرة على توفير الرعاية اللازمة لأطفالهن.

ففي مرحلة الشيخوخة، قد يكون من الصعب التكيف مع التغيرات والتحديات الجديدة التي يمكن أن تظهر في السلوك والاحتياجات لدى أطفال طيف التوحد، قد تحتاج الأمهات إلى مهارات جديدة للتعامل مع هذه التحديات، وهذا قد يؤدي إلى زيادة مستوى الألكسيتيميا، فمع تقدم العمر، قد يكون للأمهات صعوبة في التكيف مع متطلبات الرعاية الخاصة لأطفال طيف التوحد، قد تحتاج إلى مزيد من الدعم والمساعدة، كما قد يكون للأمهات اللاتي في الفئة العمرية المتقدمة دعم اجتماعي أقل مقارنةً بالفئات العمرية الأصغر، ما قد يؤثر على القدرة على التكيف مع التحديات والضغوطات المرتبطة برعاية طفل ذو اضطراب طيف التوحد، مما يؤدي بالأم المسنة إلى الميل إلى الوحدة والانعزال الاجتماعي، وقطع العلاقات الاجتماعية، فلا تجد الأم في هذه الحالة وسيلة لتفريغ الطاقة السلبية، ومشاعر اليأس والحزن، والانفعالات الداخلية الناجمة عن عدم تقبل إعاقة طفلها، وشعورها بالعجز والحيرة والضعف تجاه هذا الوضع، فتلجأ الأم لاستعمال دفاعات الأنا الغير الناضجة، وتميل إلى كبت مشاعرها وانفعالاتها، وهكذا تتولد الألكسيتيميا لديها.

ولتفسير ارتباط الألكسيتيميا بمتغير السن، قام كل من باركر وآخرون (Parker & al (1998)، و فرانز وآخرون (Franz & al(2007) بإجراء سبع دراسات تربط الألكسيتيميا بمتغير السن، وتوصلت النتائج إلى أن هناك ارتباط وعلاقة بين المتغيرين، وأن مستويات الألكسيتيميا تزداد عند الأشخاص المسنين، هذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا الحالية، أما بعض الدراسات مثل دراسة سالمين (Salmine، أكدوا أن هناك علاقة سلبية بينهما، وقد يرتبط بمتغير التفكير الخارجي إيجابيا وبمتغير القدرة على وصف المشاعر والقدرة على معرفة الانفعالات وتحديدها.

كما أن معاناة هذه الفئة المسنة من الأمهات من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، قد يرجع لعوامل أخرى، مثل الصحة البدنية والنفسية العامة للأمهات أن تؤثر على مستوى الألكسيتيميا، وهذا ما يفسر ظهور العديد من الأمراض السيكوسوماتية لديهن، فمع تقدم العمر، قد تتعرض الأمهات المسنات لتغيرات هرمونية وبيولوجية مصاحبة لسن اليأس، مما قد تؤثر على مستوى التحمل لديهن وقابليتهن على التعامل مع مواقف وأحداث الحياة الضاغطة، هذه التغيرات قد تجعلهن أكثر عرضة للاستجابات العاطفية القوية والتوتر، مما يؤدي إلى زيادة مستوى الألكسيتيميا.

كما قد تعاني الأمهات المسنات من مشاكل وصعوبات في الفهم والتعامل مع اضطراب طيف التوحد بشكل عام، نظرًا لأن هذا الاضطراب يعتبر معقدًا وحديث الاكتشاف نسبيًا، ويتطلب مستوى عالي من المعرفة والاطلاع لفهم تصرفات واحتياجات وسلوكيات الأطفال المصابين به، كما أن الأمهات المسنات قد يكون لديهن صعوبة في استخدام وسائل التكنولوجيا الحديثة والانترنت بشكل عام، وبما أن تكنولوجيا الاتصال ووسائل التواصل قد تلعب دورًا مهمًا في توفير المعلومات والدعم للأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتطلعهن على سبل وأساليب الرعاية والعلاج الحديثة، وتزودهن بطرق التعامل مع الاضطرابات السلوكية لطفلها، فقد يكون هذا العامل مساهمًا في زيادة مستوى الألكسيتيميا لديهن، كما أنه بسبب قلة الوعي والتجربة في فئة العمر المسنة، قد يكون الدعم المتوفر لها محدودًا، كما قد يكون من الصعب على هؤلاء الأمهات الحصول على المعلومات والمساعدة التي تحتاجها لتحسين تجربتهن في التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واكتساب مهارات وخبرات بشكل أكثر، كما قد تزيد المسؤوليات المتعلقة بالعائلة والأطفال والأحفاد مع تقدم الأم في العمر، هذه المسؤوليات المتزايدة قد تؤدي

إلى شعور الأمهات بالضغط النفسي والقلق بشأن القدرة على التواصل مع احتياجات الأطفال ذوي الاضطراب.

أما بخصوص أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، الذين ينتمون إلى الفئة العمرية التي تقع ما بين (20-30 سنة)، يظهرن أيضًا متوسط رتب مرتفع بقيمة (140.48)، فهذه الفئة على غرار فئة الأمهات المسنين أيضا تعاني من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا، وترى الباحثة إلى ارتفاع مستوى الألكسيتيميا لدى الأمهات الشابات بين الفئة العمرية ما بين (20-30 سنة) قد يرجع إلى حقيقة أن السنوات الأولى من الأمومة تشكل تحديا كبيرا لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، خاصة عندما يكون هذا الطفل هو حملها الأول، فيقع على عاتق الأم في هذه السنوات مسؤوليات كبيرة وواجبات مرهقة تجاه طفلها، نظرا للمتطلبات العديدة التي تحتاجها رعاية الطفل ذو اضطراب طيف التوحد، الأمر الذي يخلق لها مصادر ضغوطات واضطرابات نفسية عديدة، أهمها الألكسيتيميا.

في ذات السياق، ذكر زيدان السرطاوي وعبد العزيز أن العديد من الدراسات أوضحت أن أسر الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والإعاقات النمائية الأخرى، يعانون من الضغط والأزمات وتكاثف مشاعر الحزن والأسى المزمن، والتوتر والاجهاد، كما أن هناك العديد من العوامل والأسباب التي تزيد من ظهور هذه الاضطرابات النفسية والانفعالية كمتطلبات الحياة اليومية لرعاية طفل معاق والاهتمام به وتلبية جميع متطلباته واحتياجاته، والقلق بشأن مستقبل هذا الطفل ومآله، ونظرة المجتمع لها ولطفلها، وشعورها كأنها محط شفقة الجميع، مما يؤدي بها إلى الانغلاق على نفسها والانعزال الاجتماعي، وتظهر لديها حالة من البرود النفسي والعاطفي، والتباعد الانفعالي، ومن ثم ظهور أعراض الألكسيتيميا تدريجيا لدى هؤلاء الأمهات.

فبالرغم من حقيقة أن هذه الأم ضمن هذه الفئة العمرية (20-30 سنة) لا تزال شابة وقادرة على الإنجاب مستقبلا، لكنها تبقى تعاني من قلق في حالة إنجابها لطفل معاق آخر، بالإضافة إلى اعتقادها بأنها إن أنجبت أطفالا آخرين أسوياء، فلن تكون قادرة على رعايتهم والاهتمام بهم كما يجب في ظل وجود أخ لهم يعاني من اضطراب طيف التوحد، بوصفه محتاجا لرعاية خاصة ووقت أكبر، كما أنه في سنوات الشباب، قد تكون لدى الأمهات تحديات شخصية ومهنية تؤثر على مستوى الألكسيتيميا لديهن، كالتحدي الذي تواجهه هذه الأم في محاولة للتوفيق وتحقيق التوازن بين متطلبات الحياة الأسرية والمسؤوليات التي تقع على عاتقها من رعاية طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، وتلبية حاجيات ومتطلبات زوجها

وأطفالها الآخرون أن وجدوا، وبين حياتها المهنية خارج المنزل، وهذا يمكن أن يؤدي إلى زيادة مستوى التوتر والضغوط لديها، كما أن الانتقال إلى دور الأمومة في هذه الفئة العمرية، قد يكون تحدياً صعباً وجديداً بالنسبة إليها، فالتكيف مع مسؤوليات الأمومة والتعامل مع تطورات النمو والسلوك لدى أطفال طيف التوحد قد يكون يشكل أمراً ضاغظاً يؤثر على الراحة النفسية للأم واستقرارها النفسي والأسري، مما يزيد من مستويات الضغط والقلق لديها، وتفاقم أعراض الألكسيتيميا.

قد يواجه الأمهات في سنوات الشباب نقصاً في الدعم والتوجيه من الأفراد المحيطين بهن، كما قد تجد الأمهات صعوبة في مشاركة تجاربهن والحصول على النصائح والإرشادات اللازمة للتعامل مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، بشكل عام، يمكن تفسير ارتفاع مستوى الألكسيتيميا لدى الفئة العمرية (20-30 سنة) من خلال مجموعة من العوامل المرتبطة بالتحديات النفسية والاجتماعية والعائلية التي يمكن أن تؤثر على تجربة الأمومة والتعامل مع احتياجات أطفال طيف التوحد في هذه المرحلة العمرية المبكرة من حياة الأم.

وتتفق نتائج دراستنا الراهنة تماماً مع نتائج دراسة بجوكاما وآخرين . Joukamaa et al. (2006) التي أقيمت على عينة فنلندية تكونت من (800) مشارك تراوحت أعمارهم ما بين (30) إلى (97) ، وأسفرت النتائج كالاتي: ظهور الألكسيتيميا لدى الفئة العمرية التي تتراوح ما بين (30-44 عام) بنسبة (2.7%) لدى النساء وبنسبة (6.8%) لدى الذكور، بينما المجموعة التي تتراوح أعمارهم ما بين (83) سنة وما فوق كان انتشار جد مرتفع للألكسيتيميا وصل (28%) لدى النساء و(30%) لدى الرجال، فقد أكدت الدراسة على أن تأثير السن أكثر أهمية من الجنس.

فيما يتعلق بالفئات العمرية (31-40 سنة) و (41-50 سنة)، فقد لوحظ متوسطات أقل للرتب (105.99 و 118.74 على التوالي)، هذا يمكن تفسيره بأن الأمهات في هذه الفئتين العمريتين قد تتمتع بمستويات أقل من الألكسيتيميا بالمقارنة مع الفئات الأخرى، هذا يمكن أن يرجع إلى تجربة الأمومة والخبرة السابقة في التعامل مع تحديات الأطفال ورعايتهم، يشير تحليل اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis، والذي كانت قيمته (12.05)، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا بين الفئات العمرية لأمهات أطفال طيف التوحد.

تفسر الباحثة انخفاض مستوى الألكسيتيميا لدى الفئة العمرية (31-40 سنة) و (41-50 سنة) قد يعود إلى عدة عوامل محتملة تتعلق بتجربة الأمومة وعوامل شخصية واجتماعية، فقد تكون الأمهات في هذه الفئتين قد اكتسبن تجربة وخبرة في تربية الأطفال على مر السنوات، كما أن تجربة الأمومة السابقة قد أهلتهم بطرق وأساليب التعامل مع الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وتقديم الرعاية له وتلبية احتياجاته ومتطلباته اليومية، وقد يكون لديهم استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية للتغلب على التوتر والقلق والمشاعر السلبية المرتبطة بتربية ورعاية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.

في هذي الفترة العمرية المتوسطة، التي تقع نسبيا بين الشباب والشيخوخة، قد تتطور قدرات الأمهات على التحكم في مشاعرهن وتطوير آليات تكيف أفضل مع التحديات والمواقف الضاغطة التي قد تواجهها، يمكن أن يؤدي ذلك إلى تجنب التفكير المفرط والقلق الزائد الذي قد يصاحب المشكلات، كما يلعب الاستقرار العائلي والمهني لدى الأمهات في هذه الفئة من العمر مستوى أعلى من الاستقرار الاجتماعي، هذا ما قد يسهم بدوره في تخفيف الضغوط اليومية والقلق، مما يقلل من أعراض الألكسيتيميا لديهن، فمع تجربة الحياة ومرور السنوات، يمكن أن يتطور النمو الشخصي وتحسين وتطوير اكتساب القدرات العاطفية لدى الأمهات، كما قد يصبح لديهن أفضل استراتيجيات للتعامل مع الضغوط النفسية والعاطفية، والقدرة على التحكم بالانفعالات وضبطها وتكتسب نوعا من التوازن النفسي والانفعالي في هذه المرحلة من السن، كما قد يزداد تقبل الأمهات لأنفسهن ولصورة أمومتهم مع التقدم في السن، حيث تتقبل الأم حقيق إصابة طفلها باضطراب طيف التوحد وتؤمن بقدرها وترضى به، هذا ما يؤدي إلى تقليل الضغوط الناتجة عن مقارنة ذاتها بالأمهات الأخريات، وزيادة الرضا عن نفسها.

في حين تتعارض نتائج الفرضية الجزئية الثانية مع نتائج دراسة العيثان وآخرون (2012)، التي توصلت لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أعراض الألكسيتيميا وعمر الأم، وتتعارض أيضا مع دراسة براجل (2017) التي أظهرت نتائجها عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى متغير سن الأم، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى متغير السن.

في الختام، نجد أن هذه النتائج تؤكد على وجود علاقة بين العمر ومستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، تعزز هذه النتائج من أهمية توفير دعم ومرافقة نفسية مخصصة للأمهات في مختلف

الفئات العمرية للتعامل مع اضطراب طيف التوحد لدى أطفالهن، كما تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للأم في مختلف مراحل الحياة يمكن أن يسهم في تقليل مستوى الألكسيتيميا لديهن وتحسين تجربتهن في رعاية أطفالهن والاعتناء بهم ومرافقتهم في مسارهم العلاجي والتأهيلي، ومساعدتهم على التقليل من حدة أعراض اضطراب طيف التوحد.

4. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثالثة:

من خلال عرض النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثالثة، والتي كان مفادها " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي"، نرى بأن النتائج المتعلقة بهذه الفرضية قد تعارضت مع توقعات الباحثة، وبالتالي لم تتحقق هذه الفرضية، حيث أظهرت النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثالثة، والموضحة في الجدول رقم (41)، أن قيم متوسطات الرتب للمستويات التعليمية متباعدة، حيث نجد المستوى الثانوي بأعلى متوسط (144.32)، ثم المستوى المتوسط بمتوسط (127.66)، وأخيرا المستوى الجامعي بأدنى متوسط (104.39)، كما قدرت قيمة H de Kruskal-Wallis ب (14.54) وهي قيمة دالة إحصائيا حيث نجد مستوى الدلالة قدر ب (0.001) وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وهذا ما يتعارض مع الفرضية الجزئية الثالثة التي قمنا بوضعها في بداية الدراسة بالاعتماد على نتائج الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها.

كما يتضح من الجدول (41) أن هناك اختلافاً واضحاً في متوسطات الرتب لمختلف المستويات التعليمية لأمهات أطفال طيف التوحد، فنلاحظ تصاعد متوسطات مستوى الألكسيتيميا مع ارتفاع المستويات التعليمية للأمهات، كما يمثل المستوى الثانوي أعلى متوسط لمستوى الألكسيتيميا (144.32)، في حين يأتي المستوى المتوسط بمتوسط أقل (127.66)، وأدنى متوسط يأتي مع المستوى الجامعي (104.39)، تشير قيمة اختبار Kruskal-Wallis بمقدار (14.54) إلى وجود فروق إحصائية دالة بين مستويات التعليم فيما يتعلق بمستوى الألكسيتيميا لدى الأمهات، وبهذا أن وجود هذه الفروق تشير إلى أن الاختلافات في مستوى الألكسيتيميا بين مستويات التعليم غير عرضية وتُعتبر دالة إحصائياً.

تتفق النتائج التي تم التحصل عليها من خلال الفرضية الجزئية الثالثة، مع ما توصلت إليه نتائج دراسة مكاوي (2021)، التي أظهرت وجود فروق في أعراض الألكسيتيميا تعزى للمستوى التعليمي للمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بين المنخفض والمرتفع، وكذا دراسة براجل (2017) التي وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإجهاد النفسي بين أمهات أطفال طيف التوحد تعزى إلى متغير المستوى التعليمي للأم لصالح المستوى الابتدائي.

فالمستوى التعليمي للأم يلعب دورا جوهريا في مدى تحسن طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، حيث أن الأم ذات المستوى التعليمي المتدني تكون في حيرة وضياح عند اكتشافها لإعاقة طفلها، فهي تجهل ماهية هذا الاضطراب وخصوصياته ومظاهره، ، ولا كيفية التعامل معه، مما يجعلها عاجزة عن الوصول إلى المعلومات الوافية والكافية التي تجيب على العديد من الأسئلة التي تدور في ذهنها حول إعاقة ابنها، كل هذا من شأنه أن يقلل من فرص الأم لفهمها لطبيعة اضطراب طيف التوحد والتعامل معه، فنظرا لمستوى تعليمها المتدني تلجأ الأم دوماً إلى الاعتماد على الآخرين، كالأهل والمختصين والأطباء العقلين، فيما يخص إعاقة ابنها، بسبب عدم فهمها لطبيعة هذا الاضطراب، وخصوصيته ومميزاته، وكيفية التعامل معه.

كما أن الأم ذات المستوى التعليمي المتدني، تكون في معظم الأحيان غير قادرة على التعامل مع أعراض ابنها الشاذة والغير مستقرة، والسيطرة عليها، ومن جهة أخرى تكون غير قادرة على السيطرة على مشاعرها وانفعالاتها السلبية وعواطفها تجاه إصابة طفلها باضطراب نمائي حاد وصعب ومعقد جدا على غرار اضطراب طيف التوحد، كما أن هذه الأم تكون غير واعية بأهمية التعبير عن هذه الانفعالات ومشاعر الألم والأسى واليأس الناجمة عن إعاقة طفلها، فتكتمها داخليا بدل من تفرغها ومشاركتها مع الأفراد المقربين، مما يؤدي بدوره إلى ظهور أعراض الألكسيتيميا لديها. وهذا ما أكده الإطار النظري لدراستنا الراهنة، حيث أثبتت أن العديد من الدراسات خلصت لانتشار الألكسيتيميا لدى الأفراد ذوي المستوى التعليمي المتدني، كما أن ارتباط الألكسيتيميا مع المستوى التعليمي والوضع الاجتماعي أكبر من ارتباطها بمتغيري الجنس والسن.

كما يقول رويش (1948) في هذا الصدد أن المصابين بالألكسيتيميا لهم شخصية طفلية لم تتطور لديها القدرات اللفظية التعبيرية والرمزية للعواطف، حيث أنهم عاجزين على تخفيف التوترات الداخلية عن

طريق التعبيرات اللفظية أو الرمزية، وبهذا يبقون في مواجهة هذه الشحنة الانفعالية، يصنفون كأبيين عاطفياً بسبب معاناتهم من محدودية القدرة على التعبير عن انفعالاتهم. (Grynberg et al., 2014) فالأكسيتيميا تعكس عموماً أوجه قصور في مهارات التواصل الاجتماعي، وذلك نتيجة عجزه على ترجمة الإشارات العاطفية والانفعالات المستقبلية من الأفراد المحيطين، وضعف القدرات اللغوية التي تجعلهم يعبرون عن مشاعرهم وأحاسيسهم للآخرين، وبذلك ضعف التوافق والتفاعل الاجتماعي.

على خلاف ما سبق، فالأم التي تملك مستوى تعليمي أعلى تكون قادرة على البحث المستمر والاطلاع حول ماهية هذه الاضطراب، وفهم أعراضه وخصائصه، وإدراك كيفية التعامل معه، والبحث عن الطرق المختلفة والحديثة للتعامل مع هذا الاضطراب، وكيفية التخفيف من حدته وعلاجه، فهناك العديد من الأمهات ذوات المستوى التعليمي المنخفض لا يملكن أي معارف حول ماهية هذا الاضطراب، ولا حول كيفية التعامل معه، فتجدن يتجهن نحو طرق علاجية تقليدية كالرقية أو الشعوذة والخلطات والأعشاب وما إلى غير ذلك مما قد يفاقم من حدة هذا الاضطراب في بعض الأحيان بدلاً من التخفيف منه، على العكس من ذلك فالأم التي تمتلك مستوى جامعي، تكون أكثر مرونة وقابلية للتعامل مع هذا الاضطراب، فتلجأ عادة للبحث عن أحسن المراكز والمؤسسات التي تهتم بطفلها وتتكفل به، كما تستعين باستشارات ونصائح أفراد متخصصين في مجال علم النفس والأرطفونيا، والتي تستفيد من خبراتهم في هذا المجال، وتستعين بتوجيهاتهم في التعامل مع طفلها ورعايته على أكمل وجه.

وهذا ما يتوافق مع دراسة لي وآخرون (2022) حيث أظهرت النتائج أن المستوى التعليمي الجامعي أو الدرجات العليا للأمهات تلعب دوراً مهماً في حمايتهن من التوتر النفسي والقلق ومختلف الاضطرابات الانفعالية. في حين تتعارض نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة الشامي (2011) التي لم تظهر أي فروق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأمهات الأطفال الأسوياء تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي.

تجد الباحثة أن نتائج هذه الفرضية جد منطقية، فالأم التي تمتلك مستوى تعليمي جامعي تكون متمكنة من فهم اضطراب طيف التوحد، من خلال بحثها المستمر عن طرق ووسائل الرعاية والاهتمام بطفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، من خلال الاطلاع على الكتب والفيديوهات التثقيفية والتوعوية، والمواقع الإلكترونية، والمقالات والأبحاث المنشورة، من أجل الحصول على المعلومات التي تدلها على

كيفية التعامل مع حالة طفلها، وكذا أهم البرامج العلاجية والتدريبية التي تساعد هذا الطفل في التحسين من مهاراته الحياتية اليومية، كتعليمه الاستقلالية الذاتية، تنمية مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي، وكذا الرفع من مهارات التفاعل الاجتماعي لديه.

ونشير في هذا الصدد إلى ما أشار إليه Baket et al. حيث يرى أن البرامج التعليمية والتثقيفية الخاصة بالوالدين التي تعلمها استراتيجيات مواجهة واقعية ومنطقية بهدف زيادة قدرتهما على التواصل مع طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، أثبتت فاعليتها على أنها قادرة على التخفيف من مستويات الإجهاد والاكنتاب والضغط النفسي لدى الوالدين. (Tehee et al., 2009)

تظهر نتائج الفرضية الجزئية الثالثة أهمية المستوى التعليمي كعامل مؤثر في تجربة أمهات أطفال طيف التوحد بشكل عام، فللمستوى التعليمي دور كبير في تمكين الأمهات من تجهيز أنفسهن بالمعارف والمهارات اللازمة للتعامل مع احتياجات أطفالهن المصابين بطيف التوحد، فإذا كانت الأمهات ذوات مستوى تعليمي أعلى، فإنهن غالبًا ما يكون لديهن القدرة على فهم وإدراك أسس الصحة النفسية بشكل أفضل وتعلم استراتيجيات أفضل للتعامل مع التحديات والصعوبات المرتبطة بتربية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد. كما يشير تحليل النتائج الحالية إلى أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي لديهن متوسطات أقل من الألكسيتيميا بالمقارنة مع الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط أو المنخفض، هذا يعكس تفوق الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي في تطبيق استراتيجيات التعامل مع التحديات والضغوط المرتبطة بتربية طفل طيف التوحد، فيمكن أن يكون لتعليمهن الجامعي دور في تمكينهن من البحث والتعلم المستمر حول الطرق الحديثة للعلاج والتكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

من الناحية النظرية، يمكن تفسير هذه النتائج بأن المستوى التعليمي يمكن أن يؤثر على نمط التفكير والاستجابة لدى أمهات أطفال طيف التوحد، فعلى سبيل المثال، يمكن للأمهات ذوات مستوى تعليمي أعلى أن يكون لديهن مهارات تفكير أكثر تطورًا في التعامل مع التحديات والصعوبات، وتحليل المواقف بشكل أفضل، والبحث الدائم عن مصادر المعرفة والدعم. وتجدر الإشارة إلى أن الأمهات اللواتي يمتلكن مستوى تعليمي مرتفع لا يكون بالضرورة عامل لضمان إمكانية الأم من التعامل المتوافق والسوي مع طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، حيث أن المستوى التعليمي المرتفع لا يعني بالضرورة رصيد

علمي ومعرفي مرتفع، إضافة إلى أن التخصص العلمي للأم قد لا يرتبط بالمجال النفسي والتربوي، فهذا قد لا تكون واعية بكيفية التعامل مع وضعيات الحياة الضاغطة، والحفاظ على جودة حياة مرتفعة، والسيطرة المثلى على الانفعالات والوجدانات.

ويؤكد ماكيث Mackeith (1973) الطرح السابق، حيث تحدثت على ردود الأفعال الطبيعية والفيزيولوجية والاستجابات السلوكية للأم التي تتعلق بالشعور بالصدمة ما إن تكتشف إصابة ابنها بإعاقة معينة، ومن ثم شعورها بالذنب ولوم الذات وكأنها هي المسؤولة عن إعاقة طفلها، وكأنها هي التي أورثت له تلك الإعاقة، ومن ثم مشاعر الغضب وردود الفعل الانفعالية الغير متكيفة (Keith, 1973) فكل هذه العوامل تتجاوز مقدرة الأم على التحكم بمشاعرها وإرهاقها النفسي الذي يتصاعد من خلال وضعيتها الصعبة أثناء رعايتها لطفلها المصاب باضطراب طيف التوحد وتكفلها به على الرغم ارتفاع من مستواها الدراسي، فكما تحدثنا سابقا في الإطار النظري للدراسة، فيما يخص توقعات الوالدين وتصوراتهما حول طفلها قبل إنجابها، وبعدها في حالة تشخيصه على أنه مصاب باضطراب طيف التوحد، وردود أفعال الوالدين العميقة وخاصة الأم، واستجاباتها لإعاقة طفلها، الأمر الذي يتجاوز رصيذا معرفيا وعلميا معيناً.

بالإضافة إلى ذلك، تؤكد نتائج هذه الفرضية على أهمية توفير برامج تعليمية وتوعوية وتنقيفية وإرشادية لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، فهذه البرامج من شأنها تزويد الأمهات بالطرق والاستراتيجيات الضرورية للتعامل مع تحديات الرعاية والتربية لأطفالهن بناءً على مستوى تعليمهن، هذا يعني أنه يمكن تصميم برامج تعليمية تستهدف تحسين مهارات التفكير والاستجابة للضغوط وتحسين الفهم لدى هؤلاء الأمهات حول احتياجات أطفالهن والخدمات المتاحة لهم.

5. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الرابعة:

من خلال عرض النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى، والتي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي"، نرى بأن النتائج المتعلقة بهذه الفرضية قد توافقت مع توقعات الباحثة ومع الإطار النظري للدراسة. حيث أظهرت النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى، والموضحة في الجدول رقم (42)، وجود تفاوت واضح في متوسطات الرتب بين مستويات الألكسيتيميا حسب المستوى الاقتصادي، حيث يظهر أن الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض يتحصلن على أعلى متوسط لمستوى الألكسيتيميا بقيمة (165.42)، بينما

يأتي المستوى المرتفع بمتوسط رتب (123.66)، والمستوى المتوسط بأدنى متوسط رتب يبلغ (102.74)، كما أن قيمة كروسكال واليس Kruskal-Wallis التي بلغت (31.09) تُظهر وجود فروق إحصائية دالة بين مستويات الألكسيتيميا حسب المستوى الاقتصادي. هذا يعزز فرضية أن العامل الاقتصادي لها تأثير ملحوظ على مستوى الألكسيتيميا لدى الأمهات ذوات أطفال طيف التوحد.

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة كويدمير وآخرون 2009 في دراستها المعنونة بـ " أثر وجود طفل متوحد على حياة الأم التركية"، أسفرت النتائج أن جميع الأمهات المشاركات يعانين من ضغوط نفسية، بسبب المشاكل المالية والمطالب الثقيلة لرعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. بينما تعارضت دراسة الشامي (2011) مع نتيجة الدراسة الحالية، حيث أظهرت عدم وجود فروق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأمهات الأطفال الأسوياء تبعا لمتغير الدخل المادي الأسري.

وتفسر الباحثة نتائج هذه الفرضية في ضوء ما يترتب عن وجود طفل مصاب باضطراب طيف التوحد داخل الأسرة، من متطلبات مادية كبيرة، نظرا لما يتطلبه هذا الاضطراب من تكفل وعلاج ورعاية مما يساهم في زيادة الضغوط المادية لدى هؤلاء الأسر، خاصة من ينتمون منهم إلى ذوي الدخل المادي المنخفض، كما أن التفكير المستمر في الأمور المالية والاقتصادية، وفي عدم القدرة على تلبية احتياجات الحياة يمكن أن يترك الأمهات في حالة مستمرة من التوتر والتفكير في هذا الجانب، مما قد يشتت انتباهها ويشكل عائقا على رعاية ابنها المصاب باضطراب طيف التوحد وتوفير العناية والاهتمام الذي يتطلبها هذا الطفل.

كما تتفق هذه النتائج أيضا مع نتائج دراسة جوكاما (2007) التي أفادت على أن هناك ارتباط الألكسيتيميا مع المستوى الاقتصادي ولكن سلبيا مع أبعاد الألكسيتيميا، وأن الألكسيتيميا تنتشر أكثر عند الأفراد ذوي الدخل المالي المنخفض مقارنة مع الأفراد ذوي الدخل المتوسط والمرتفع، كما أن الألكسيتيميا ترتبط بالحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والوضع الاجتماعي والاقتصادي أكبر ارتباطها بمتغيري الجنس والعمر، ذلك أن غالبية الدراسات التي تمت مراجعتها فيما سبق تدعم فكرة أن الألكسيتيميا مرتبطة بعيش الفرد بمفرده بالدرجة الأولى، أو العيش في أسرة مفككة، أو أن يكون الفرد ذو مستوى تعليمي متدني، أو من يعاني من وضع اجتماعي واقتصادي غير مستقر.

فمما لا شك فيه أن الضغوط المادية تعوق عملية التوافق مع أزمة إصابة أحد الأطفال باضطراب طيف التوحد، لأن متطلبات الرعاية والتكفل النفسي والطبي والأرطفوني هذا الاضطراب يستنزف الدخل المادي للأسرة، وبالتالي تتعاضد الضغوط النفسية والاقتصادية لها، وتثقل كاهل الوالدين والأم بوجه الخصوص، الأمر الذي يعيق تكيفها مع هذا الاضطراب، وحين تزداد شكوى الأم ومعاناتها من المشكلات المادية المرتبطة بإصابة طفلها باضطراب طيف التوحد، وعدم قدرتها على توفير مصادر دخل كافية لتزويده بالرعاية والتكفل اللازمين، بأمل أن تتحسن حالته، إلى جانب المشكلات الأسرية والنفسية والاجتماعية التي تواجه هذه الأم، فإنها تكون أكثر عرضة لمختلف المشكلات والاضطرابات النفسية، ما سيؤثر على توافقها النفسي وتكيفها مع وضعها ووضع ابنها الراهن، ويؤثر على تواصلها الفعال مع أفراد محيطها، وتجعلها غير قادرة التعبير عن مشاعرها وانفعالاتها ووصفها، وظهور أعراض الألكسيتيميا وتفاقمها تدريجياً، حيث ينظر معظم الباحثين إلى أن الألكسيتيميا آلية دفاعية واستراتيجية مواجهة سلبية، وتكون نتاج ضغوط نفسية مختلفة.

وهذا ما تفسره نظرية الضغط لمارتن وفيل (Martin & Phil) (1985) في حدوث الألكسيتيميا، حيث يرى أن هذه الأخيرة تشكل استجابة خاصة ترتبط بوضعيات ضاغطة، فالكف عن الاستجابات المتكيفة والمتمثلة في التعريف والتعبير عن الحالات الانفعالية، ترتبط باستجابات فيزيولوجية شديدة تؤدي إلى القطيعة بين الاستجابات الجسدية والسيكولوجية، والنتيجة تكون للاحتفاظ بالنشاط الانفعالي بدون قدرته على المعالجة المعرفية للمعلومات الانفعالية، في نفس الإطار يضيف بيدينيالي (Pedinielli) (1992) أن الألكسيتيميا هي نتيجة للضغط (Stress) حيث بإمكانها أن تنتهي باضطراب جسدي مع القدرة على التعريف بالمواقف الضاغطة واستعمال الاستراتيجيات المتكيفة دائماً. (زين العابدين، 2016)

وما يجدر بالباحثة ذكره في هذا السياق، هو ما أشار إليه موران (Moran) (2012) من العوامل التي تزيد من مستويات الضغط النفسي والمعاناة النفسية والإجهاد الوالدي لدة أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وهي:

- صعوبات مادية واقتصادية وعدم توفر مصادر الدعم العلاج والتكفل النفسي.

- صعوبات في إيجاد مؤسسات تعليمية مثل المدارس الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقات النمائية والروضات، وغلاء المستحقات المالية هذه المراكز
- صعوبات في الاتصال مع الأشخاص الذين يقدمون خدمات التربية الخاصة في المدارس والمراكز.
- مستوى شدة أعراض الإعاقة التي تؤثر على درجة المشكلات النفسية والانفعالية التي تواجه الوالدين.
- درجة اعتمادية الطفل وفشله في تحقيق ما يتوقعه الآباء والأمهات.

ويرى الخطيب أن العناية الطبية، والأدوات الخاصة، إضافة إلى الرعاية اليومية والمواصلات والسكن... تشكل جميعها عبئا ماليا على الأم، وبالتالي فهي الأكثر تعرضا للمشكلات الاقتصادية كلما بذلت جهدا لسداد تكلفة الخدمات اللازمة للطفل، كما قد أشارت الدراسات إلى أن الأم تواجه مشكلات مالية بسبب احتياجات الطفل المعاق للعلاج والرعاية الطبية والنفسية والأرطفونية، (الخطيب، 2009) ومن ناحية أخرى فالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بحاجة إلى معالجين وظيفيين وطبعيين وأخصائيين نفسانيين وخدمات اجتماعية ونفسية مختلفة، وكل هذه المتطلبات تعمل على استنزاف الموارد المادية للعائلة، وهذا لا يسهل تعايش وتكيف الأم، ولكن حتى ولو توفرت المصادر المالية، بحيث تسمح بأخذ الطفل من عيادة إلى أخرى من أجل الحصول على التشخيص الصحيح والعلاج المناسب، فإن مسؤولية المهنيين تظهر هنا، وهي حماية الأم من الأشخاص الذين يشخصون حالة الطفل وفقا لما تتمنى الأم سماعه، والذي من الممكن أن تزود الأم ببرامج علاجية مكلفة جدا وقليلة أو عديمة الفائدة.

كما تعاني الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض صعوبات في تلبية الاحتياجات الأساسية لأطفالهن مثل الغذاء والرعاية الصحية، وصعوبات في توفير العلاجات والرعاية اللازمة لتحسن حالة طفلها، مما لا شك فيه أن عجز الأم على توفير هذه الخدمات يمكن أن يزيد من مستوى التوتر والقلق لدى الأمهات، وظهور الألكسيتيميا لديهن. وقد يؤدي انخفاض المستوى الاقتصادي إلى انعدام الدعم الاجتماعي، حيث قد يكون من الصعب على الأمهات ذوات الدخل المحدود الوصول إلى شبكات دعم قوية، هذا يمكن أن يترتب عليه شعور بالعزلة والانفصال، مما يؤثر على القدرة على التعامل مع المشكلات والصعوبات التي تواجهها.

فالأم تعد أقرب شخص لطفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، فهي لا تواجه مشاعر الذنب فحسب، بل تعاني أيضا من الشعور بقلّة الخيلة والعجز تجاه الدور الجديد الذي تفرضه عليها إعاقة طفلها، إضافة إلى المسؤولية الغير المعتادة التي وضعت على عاتقها وأهمها الضغوط والمتطلبات المادية التي لا تنتهي، التي تتطلبها رعاية وعلاج طلب مصاب باضطراب طيف التوحد، فلا شك أن كل هذه الخبرات والأحاسيس والمواقف الضاغطة التي تعيشها الأم تؤثر سلبيا وبشكل مباشر على صحتها النفسية، وتؤدي إلى نشأة أعراض الألكسيتيميا لديها.

تشير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة إلى وجود تأثير ملحوظ للعوامل الاقتصادية على مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث يظهر انخفاض المستوى الاقتصادي زيادة مستويات الضغط النفسي والتوتر وانعدام الاستقرار والتوافق النفسي بين الأمهات، مما يمكن أن يؤثر على قدرتهن على تقديم الدعم والرعاية اللازمة لأطفالهن المصابين بالاضطراب.

وفي الأخير تجدر الإشارة إلى أهمية توفير مصادر الدعم المالي والاجتماعي للأمهات اللاتي يعانين من انخفاض المستوى الاقتصادي والأمهات ذوات الدخل المادي المحدود، حيث يمكن لهذا الدعم أن يساهم في تخفيف الضغوط المادية والنفسية عنهن ويساعدهن على التركيز على تقديم الدعم والرعاية لأطفالهن، وضرورة العمل على تحسين ظروفهن المعيشية.

6. الاستنتاج العام:

تمثل الهدف الرئيسي من إنجاز هذه الدراسة في التعرف على أثر برنامج المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد. وقد أجريت الدراسة على عينة تجريبية قوامها ثمان (8) أمهات، أظهرت نتائج تطبيق القياس القبلي باستخدام مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) أنهن يعانين من مستوى مرتفع من الألكسيتيميا. على ضوء ذلك، تم تطبيق برنامج مرافقة نفسية، دام لمدة شهر ونصف، وتضمن عشر جلسات علاجية متنوعة، إضافة إلى جلسة متابعة تتبعية أجريت بعد شهرين من انتهاء البرنامج.

اشتمل البرنامج على مجموعة من التقنيات النفسية المختارة بعناية من طرف الباحثة لتناسب مع طبيعة الفئة المستهدفة وأهداف التدخل، من بينها: التنقيف النفسي، التنفيس الانفعالي، الاسترخاء العضلي والتنفسي، تعديل الأفكار اللاعقلانية، دعم الوازع الديني، وتنمية مهارات حل المشكلات والتواصل الانفعالي.

أما الأهداف الفرعية للدراسة، فقد تمثلت في:

- قياس مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.
- الكشف عن الفروق في مستوى الألكسيتيميا تبعًا لمتغيرات السن، المستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي.

وقد تمت صياغة الفرضيات واختبارها بالاعتماد على مجموعة من الأدوات تمثلت في:

- مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20).

- المقابلة العيادية.

- الملاحظة العيادية.

- برنامج المرافقة النفسية (من تصميم الباحثة).

وبعد جمع المعطيات وتحليلها إحصائيًا باستخدام الأساليب الملائمة، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- 1- تساهم المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.
- 2- تعاني أمهات أطفال طيف التوحد من مستوى متوسط من الألكسيتيميا.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير السن، لصالح الفئات العمرية الأكبر سنًا.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي، لصالح الفئات ذوات المستوى التعليمي المنخفض.
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، لصالح الفئات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض.

الجدير بالذكر أن النتائج الآتية الذكر قد اتفقت مع نتائج بعض الدراسات السابقة كما قد اختلفت مع بعض نتائجها، ويمكن ارجاع هذا إلى الاختلافات في زمن إجراء تلك الدراسات وكذا ثقافة مختلف المجتمعات التي تم إجراء فيها تلك الدراسات، بالإضافة إلى الاختلافات في خصائص العينات والأدوات المستخدمة في كل دراسة.

إن النتائج المتحصل عليها في الدراسة الراهنة تدفع بنا إلى زيادة الاهتمام بفئة أمهات الأطفال المصابين بإعاقات واضطرابات مختلفة بصفة عامة، وأمهات أطفال طيف التوحد بصفة خاصة، وكذا ضرورة اتباع أسلوب المرافقة النفسية مع هؤلاء الأمهات للتخفيف من معاناتهن النفسية، والتخلص من مختلف الاضطرابات النفسية التي قد يعانين منها، وكذا التحسين من الصحة النفسية لهن، وزيادة توافقهن النفسي واستقرارهن الأسري والاجتماعي.

خلاصة الفصل:

تطرق هذا الفصل إلى تفسير ومناقشة النتائج المتحصل عليها، بعدما تم التحقق من صحة فرضيات الدراسة بالاعتماد على الاختبارات الاحصائية الملائمة لطبيعة كل فرضية، وعرض وتحليل نتائجها في الفصل السابق، تناول هذا الفصل مناقشة وتفسير معمق لنتائج الفرضية العامة للدراسة، وكذا الفرضيات الجزئية، وذلك على ضوء التراث السيكولوجي النظري والأطر المرجعية النظرية التي تم التطرق إليها في الفصول النظرية السابقة، بالإضافة إلى الدراسات السابقة التي تناول موضوع الدراسة الراهنة أو على الأقل تطرقت إلى أحد جوانبه، وعرض مختلف نقاط تشابه واختلاف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة، وتم في الأخير التعرض إلى الاستنتاج العام للدراسة، الذي تناول النتائج المتحصل عليها بعد عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة، للتمكن من استخلاص مجموعة من المقترحات والتوصيات في آخر الدراسة.

خاتمة

خاتمة:

مكنتنا الدراسة الحالية من اختبار أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وذلك بعد تطبيق برنامج مرافقة نفسية قائم على مجموعة متكاملة من الفنيات المعرفية-الانفعالية، تم تطبيقها ضمن إطار منهجي منظم امتد لفترة زمنية تجاوزت الشهر ونصف. وقد أظهرت نتائج القياس البعدي، مقارنة بالقياس القبلي، انخفاضاً ملحوظاً في مستويات الألكسيتيميا لدى أفراد العينة، مما يدل على أن البرنامج ساهم بشكل فعلي في تطوير مهارات الأمهات في التعرف على مشاعرهن والتعبير عنها، وتقليل حالة الكبت الانفعالي والعجز عن الوصف العاطفي التي كانت سائدة سابقاً، ومن بين الجوانب البارزة في فاعلية هذا التدخل، كانت الجلسات الجماعية التي لعبت دوراً مركزياً في تعزيز مشاعر الدعم الاجتماعي والانتماء، والتخفيف من الإحساس بالعزلة. كما ساعدت جلسات المرافقة الفردية على تخصيص الاهتمام لكل حالة، مما أتاح فرصة أعمق لمعالجة الجوانب الشخصية والانفعالية الحساسة.

كما بينت الدراسة أن المرافقة النفسية لم تساهم فقط في التخفيف من الأعراض الألكسيتيمية على المدى القريب، بل ثبت عبر القياس التتبعي-الذي أجري بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج - أن التحسن المُسجل لم يكن مؤقتاً، بل استمر مع الزمن، ما يدل على أن المهارات النفسية التي اكتسبتها الأمهات قد تم استماجها فعلياً في حياتهن اليومية.

وفي ضوء هذه المعطيات، يمكن تلخيص أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة فيما يلي:

- 1- تساهم المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.
- 2- تعاني أمهات أطفال طيف التوحد من مستوى متوسط من الألكسيتيميا.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير السن، لصالح الفئات العمرية الأكبر سناً.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي، لصالح الفئات ذوات المستوى التعليمي المنخفض.

خاتمة

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، لصالح الفئات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض.

بعد الغوص في غمار الإطار النظري، والتعمق في نتائج الدراسة الراهنة، يمكن استنتاج أن أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد عادة ما تواجه تحديات فريدة من نوعها، وهذا راجع إلى المسؤولية الغير المعتادة التي وضعت على عاتقها، فلاشك أن رعاية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة تعد عملية بالغة الصعوبة والحساسية، حيث تسبب ضغطا نفسيا كبيرا للأم التي تعد أقرب شخص لطفلها المصاب باضطراب طيف التوحد، فهي لا تواجه مشاعر الذنب فحسب، بل تعاني أيضا من الشعور بقله الحيلة والعجز تجاه الدور الجديد الذي تفرضه عليها إعاقة طفلها، فكل هذه الخبرات والأحاسيس والمواقف الضاغطة التي تعيشها الأم تؤثر سلبيا وبشكل مباشر على صحتها النفسية، وتؤدي إلى ظهور الألكسيتيميا لديها، حيث تلجأ الأم إلى استخدام بعض أو كل مظاهر الألكسيتيميا لا شعوريا كآلية دفاعية للتخفيف من حدة الضغوط النفسية والتوتر، والهروب من المواقف الضاغطة والأحداث المؤلمة التي تضطر الأم لمعايشتها يوميا، والتي تجعلها غير قادرة على التحديد الدقيق لمشاعرها الذاتية، مما يؤدي في بعض الأحيان إلى تراكم العواطف والانفعالات داخل الجسم، وهذا ما يتسبب بدوره في ظهور أعراض الأمراض السيكوسوماتية لديها.

إضافة إلى ما سبق، يجدر بنا الإشارة إلى أن الأم التي تعاني من حالة نفسية سيئة، فإن ذلك يمكن أن يؤثر سلبيا على طريقة رعايتها لطفلها وتقديم الاهتمام والعناية اللازمة له، كما أن الضغوط الزائدة على الأم يمكن أن تؤثر على فعالية التدخلات العلاجية المناسبة للطفل المعاق، فهي تشاركه معظم مواقف الحياة الاجتماعية، كما تضطر إلى ملازمته طيلة جلسات العلاج والفحص، وتعمل جاهدة على إشباع حاجات الطفل وتذليل كافة الصعوبات والعقبات التي تقلل فرصه في التحسن والتقدم، هذا ما يعزز مكانة أم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد ودورها الجوهرية في تحسن حالة طفلها ومساره العلاجي، مما يستوجب تقديم برامج مرافقة نفسية وبرامج علاجية وإرشادية متنوعة لدعمها نفسيا وانفعاليا، بوصفها حالة تحتاج إلى رعاية خاصة.

وفي ختام هذه الدراسة، تأمل الباحثة أن يُمثّل هذا العمل نقطة انطلاق حقيقية نحو تعميق الاهتمام العلمي والعملية بفتة أمهات أطفال طيف التوحد، تلك الفئة التي كثيرا ما يتم إغفالها في خضم الاهتمام بالطفل نفسه. فنتائج هذه الدراسة، التي أظهرت فعالية برنامج المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا

خاتمة

وتحسين الوعي الانفعالي لدى الأمهات، تشير بوضوح إلى أن التدخل النفسي المنظم يمكن أن يكون له أثر جوهري ومستدام على الصحة النفسية لهؤلاء الأمهات، وبالتالي على جودة تفاعلهن وعلاقتهن بأطفالهن، لقد أبان هذا البرنامج، من خلال الجلسات الفردية والجماعية، عن قدرة حقيقية على كسر جدران الصمت الانفعالي، وتعزيز مهارات التعبير، وتوفير أدوات معرفية وروحية تساعد الأمهات على تقبل أبنائهن ومواجهة أعباء الحياة اليومية بإيجابية وثقة. وبالرغم من بساطة بعض التقنيات المستخدمة، إلا أن التكامل بين الأبعاد المعرفية والانفعالية والاجتماعية والروحية شكّل عنصرًا فارقًا في خلق تحوّل نفسي ملحوظ لدى المشاركات.

وعليه، تدعو الباحثة من خلال هذا العمل إلى توجيه أنظار الباحثين والمهنيين في ميدان علم النفس إلى أهمية الاستثمار في تصميم وتطبيق برامج مماثلة تراعي خصوصية الأمهات في السياقات العربية، لاسيما في البيئات التي لا تتوفر فيها إمكانيات الرعاية النفسية المتخصصة بسهولة. كما تدعو إلى ضرورة التوسع في البحث حول المشكلات النفسية المصاحبة للأمهات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى، من قبيل القلق، الاكتئاب، والإجهاد المزمن، وتطوير تدخلات مناسبة تراعي الجانب الثقافي والديني والاجتماعي الذي تنتمي إليه هذه الفئة. إن هذه الدراسة ورغم محدوديتها، تفتح آفاقًا جديدة للبحث والتطبيق في مجال دعم الأمومة النفسية، وتشكل لبنة أولى نحو مشروع إنساني وعلمي يولي الأمهات المكانة التي يستحقنها، بوصفهن محورا أساسيا في نجاح أي تدخل يستهدف الطفل ذاته.

A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns in black ink, framing the central text. The border features stylized leaves, flowers, and swirling lines, creating a classic and elegant frame.

التوصيات والمقترحات

التوصيات والمقترحات:

حاولت الدراسة الحالية أن توجه بوصلة البحث نحو أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وقد جاءت الدراسة التطبيقية بنتائج تعكس واقع المعاش النفسي الصعب الذي تعيشه هذه الفئة، ولهذا ارتأت الباحثة تطبيق برنامج المرافقة النفسية وقياس أثره في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى هذه الفئة، حيث كان لهذا البرنامج دوره الفعال في خفض مستويات الألكسيتيميا لدى عينة تجريبية من أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، حيث كن قد سجلن مستويات مرتفعة من الألكسيتيميا قبل تطبيق البرنامج.

في ضوء النتائج التي تمخضت عنها الدراسة الحالية، فقد ارتأت الباحثة وضع توصياتها ومقترحاتها، والتي قد يستفيد منها صناع القرار وولاية الأمور ومقدمو الخدمات، وكذا القائمون على مؤسسات التأهيل والمراكز النفسية والبيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنياً.

توصيات الدراسة:

تقدم الباحثة بعد إنجازها لهذه الدراسة بعض التوصيات التي ترجوا أخذها بعين الاعتبار، وتلخصها في النقاط التالية:

— زيادة توفير كوادر مؤهلة في العلاج والإرشاد النفسي والأسري لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، وأمهات أطفال طيف التوحد بصفة خاصة، وكذا تقديم الدعم المالي للأسر الغير القادرين على تحمل التكاليف الباهظة والمستمرة لرعاية أطفالهم سواء من الناحية الطبية والتأهيلية أو التعليمية.

— إعطاء أهمية خاصة للدراسات والأبحاث التي تنصب على والدي الأطفال المصابين بإعاقات نمائية مختلفة، وخاصة الأمهات منهم، لأنهن بمثابة محور الأساس للاهتمام بهؤلاء الأطفال ورعايتهم، مما يساهم في فهمهن لطبيعة الاضطراب وحالة ابنائهن المعاقين وكذا التخلص من أي نوع من الغموض والالتباس الذي قد يسيطر عليهن.

التوصيات والمقترحات


- _ ضرورة توفير هيئات وجمعيات شاملة ومنظمة تلبى وتتابع احتياجات أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من تشخيص مبكر مبني على أسس علمية سليمة، وكذا توفير العلاج الطبي والسلوكي، والدعم النفسي والتدريبي لهذه الأسر مع التركيز على الأمهات.
- _ ضرورة الاهتمام بالصحة النفسية الأسرية لفئة والدي أطفال طيف التوحد والإعاقات النمائية الأخرى، وذلك من خلال تحيين برامج إرشادية وبرامج مرافقة نفسية متخصصة في الدعم الأسري والنفسي، لتحسين الصحة النفسية لدى هذه الفئة.
- _ ضرورة تفعيل دور المراكز النفسية والإرشادية والبيداغوجية لخدمة المجتمع المدني وخاصة عينة أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أن المراكز النفسية والعيادات الخاصة تقدم الخدمات العلاجية والتكفلية لهؤلاء الأطفال وأولياءهم بمبالغ جد باهظة، ومن ثم فإن تفعيل هذه المراكز يسهم في خفض العديد من أشكال الضغوطات على الوالدين، خاصة النفسية والاقتصادية والاجتماعية منها.
- _ التأكيد على ضرورة تلاحم أفراد الأسرة وتعاونهم مع بعضهم البعض والعمل كفريق واحد كل له حاجاته ورغباته الشخصية وواجباته التي يستطيع أداءها في رعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.
- _ إقامة ندوات تكوينية وتدريبية علمية تساعد أطفال طيف التوحد على تنمية الجوانب الإيجابية في شخصيتهم، وتعليمهم مهارات التفكير الإيجابي وحل المشكلات للتعامل مع الضغوطات الحياتية التي تفرضها عليهم إعاقة أطفالهم.

مقترحات الدراسة:

- من خلال النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، ومن أجل استكمال وبلوغ الأهداف المنشودة، ارتأت الباحثة اقتراح ما يأتي:
- تطبيق برنامج المرافقة النفسية للتخفيف من اضطرابات نفسية أخرى كالضغط النفسي أو الاكتئاب لدى فئة أمهات أطفال طيف التوحد.
- اختبار علاقة الأكسيتيميا بالضغط النفسي أو باقي الاضطرابات الأخرى كالاكتئاب والقلق لدى أمهات أطفال طيف التوحد.
- تطبيق برنامج المرافقة النفسية لخفض مستوى الأكسيتيميا لدى آباء أطفال طيف التوحد.

التوصيات والمقترحات

- تطبيق برنامج المرافقة النفسية لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال متلازمة داون والاضطرابات النمائية الأخرى.
- إجراء المزيد من الأبحاث المماثلة لدراستنا الراهنة في بيئات ومناطق ومجتمعات مهنية أخرى غير مجتمع البحث الحالي.
- تطبيق برامج تدريبية لزيادة وعي أمهات أطفال طيف التوحد وتبصيرهن بطرق التعامل السوية مع أطفالهن المعاقين.

A decorative border with black floral and scrollwork patterns framing the page. The border consists of four corners, each with a scroll and a flower, connected by thin lines.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع الأجنبية

- Abazari, K., Malekpour, M., Ghamarani, A., Abedi, A., & Faramarzi, S. (2016). Expressed emotion and alexithymia in mothers of autistic children. *Mediterr J Soc Sci*.
- Ahmadikhah, M., Sodagar, S., & Mofidi, F. (2017). Studying the Mother-Infant Relationship Based on Alexithymia, Attachment Styles and Social Acceptance in the Mothers of Infants with Neurodevelopmental Disorders. *First International Conference on Culture, Psychopathology and Education*.
- Al-Eithan, M. H., Al Juban, H. A., & Robert, A. A. (2012). Alexithymia among Arab mothers of disabled children and its correlation with mood disorders. *Saudi Med J*, 33(9), 995–1000.
- Al-Farsi, O. A., Al-Farsi, Y. M., Al-Sharbati, M. M., & Al-Adawi, S. (2016). Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case–control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14(3), 1943–1951.
- Apgáua, L. T., & Jaeger, A. (2019). Memory for emotional information and alexithymia A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(1), 22–30.
- Arendell, T. (2023). *Mothers and divorce: Legal, economic, and social dilemmas*. Univ of California Press.
- Baird, G., & Norbury, C. F. (2016). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 745–751.
- Bakare, C. G. M. (1984). The place of Guidance and Counselling in the Implementation of the New National Policy on Education. *The Nigerian Principal*, 1(5), 46–56.
- Baraskewich, J., von Ranson, K. M., McCrimmon, A., & McMorris, C. A. (2021). Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: A scoping review. *Autism*, 25(6), 1505–1519.
- BASCO, L., & COTE, F. (2011). LA MÉTHODE, D U BLASON D'ANDRÉ

- PERETTI, D E DE L'ÉTUDIANT, DANS L'ACCOMPAGNEMENT. *Újlatin Nyelvek És Kultúrák*, 3, 131.
- Baudier, A., & Céleste, B. (2019). *Le développement affectif et social du jeune enfant*. Dunod.
- Beauvais, M. (2004). Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. *Savoirs*, 6.
- Bekendam, C. C. (1997). *Dimensions of emotional intelligence: Attachment, affect regulation, alexithymia and empathy*. The Fielding Institute.
- Bialosky, J. E., Beneciuk, J. M., Bishop, M. D., Coronado, R. A., Penza, C. W., Simon, C. B., & George, S. Z. (2018). Unraveling the mechanisms of manual therapy: modeling an approach. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 48(1), 8–18.
- Biémar, S. (2012). Chapitre 1. Accompagner un groupe d'enseignants dans une école: une grille de compétences. In *Accompagner: un agir professionnel* (pp. 17–33). De Boeck Supérieur.
- Bloch, H., Chemama, R., Dépret, É., Gallo, A., Leconte, P., Ny, J.-F. Le, Postel, J., & Reuchlin, M. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb37057282s>
- Boivin, J.-F. (2016). *Alexithymie et violence conjugale: évaluation des capacités relationnelles et de la gestion des émotions*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Bourke-Taylor, H. M., Lee, D.-C. A., Tirlea, L., Joyce, K., Morgan, P., & Haines, T. P. (2021). Interventions to improve the mental health of mothers of children with a disability: Systematic review, meta-analysis and description of interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 3690–3706.
- Brown, S., & Race, P. (2003). *Lecturing: A practical guide*. Routledge.
- Burca, J. (1995). *Alexithymia and dissociation*. University of Oregon.
- Butera, C. D., Harrison, L., Kilroy, E., Jayashankar, A., Shipkova, M., Pruyser, A., & Aziz-Zadeh, L. (2023). Relationships between alexithymia,

- interoception, and emotional empathy in autism spectrum disorder. *Autism*, 27(3), 690–703.
- Capuzzi, D., & Stauffer, M. D. (2016). *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions*. John Wiley & Sons.
- Carreiras, D., Cunha, M., Sharp, C., & Castilho, P. (2023). The Clinical Interview for Borderline Personality Disorder for Adolescents (CI-BOR-A): Development, acceptability and expert panel evaluation. *Personality and Mental Health*, 17(4), 377–386.
- Carrió, M., Larramona, P., Baños, J. E., & Pérez, J. (2011). The effectiveness of the hybrid problem-based learning approach in the teaching of biology: a comparison with lecture-based learning. *Journal of Biological Education*, 45(4), 229–235.
- Cerutti, R., Spensieri, V., Valastro, C., Presaghi, F., Canitano, R., & Guidetti, V. (2017). A comprehensive approach to understand somatic symptoms and their impact on emotional and psychosocial functioning in children. *PloS One*, 12(2), e0171867.
- Charpy, A. (2020). *Étude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif*.
- Chekkai, B. (2022). L'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescent obèse. *Revue Des Sciences Humaines & Sociales*, 8(1), 805–814.
- Chillet, L. (2011). *L'entretien clinique: un nouvel outil au service de la pratique orthophonique*.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263–266.
- Corcos, M., Pirlot, G., & Loas, G. (2011). *Qu'est-ce que l'alexithymie?* Dunod.
- Corey, G. (2017). *Theory and practice of counselling and psychotherapy*. Cengage Learning Boston, MA.
- Corter, C. M., & Fleming, A. S. (2002). Psychobiology of maternal behavior in

- human beings. *Handbook of Parenting: Biology and Ecology of Parenting*, 2, 141–182.
- Costa, A. P., Steffgen, G., & Vögele, C. (2019). The role of alexithymia in parent–child interaction and in the emotional ability of children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 12(3), 458–468.
- Dehnavi, S. R., Malekpour, M., Faramarz, S., & Talebi, H. (2011). The share of internalized stigma and autism quotient in predicting the mental health of mothers with autism children in Iran. *International Journal of Business and Social Science*, 2(20).
- Delourme, A., & Marc, E. (2014). *Pratiquer la psychothérapie-3e éd.* Dunod.
- DesChamps, T. D., Ibañez, L. V, Edmunds, S. R., Dick, C. C., & Stone, W. L. (2020). Parenting stress in caregivers of young children with ASD concerns prior to a formal diagnosis. *Autism Research*, 13(1), 82–92.
- Desjeux, C. (2017). L’accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap par les Services d’aide et d’accompagnement à domicile (saad) en France : une réalité inexplorée. *Vie Sociale*, n° 17(1), 81–93. <https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0081>
- Díaz-Camargo, E., Riaño-Garzón, M., García, S. A. B., Vallejo, D. Y. M., Méndez, L. I. S., Valero, I. Y., & Bautista-Sandoval, M. J. (2020). Psychological Accompaniment and Permanence in University Students. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24, e216830.
- Douville, O. (2014). 7 La médiation projective: notes sur des usages actuels du Rorschach et du TAT. In *Les méthodes cliniques en psychologie* (pp. 117–145). Dunod.
- Durukan, İ., Kara, K., Almbaideen, M., Karaman, D., & Gül, H. (2018). Alexithymia, depression and anxiety in parents of children with neurodevelopmental disorder: comparative study of autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified and attention deficit–hyperactivity disorder. *Pediatrics International*, 60(3), 247–253.
- Edelstein, M. L., Moen, A., Benson, J. L., Smucker, R., & Perkins-Parks, S. (2023). Development and implementation of a function-based clinical

- interview to evaluate childhood behavior problems. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 421–435.
- Egan, G. (1994). *The skilled helper: A problem-management approach to helping*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Eggenberger, A. L. B. (2021). Active listening skills as predictors of success in community college students. *Community College Journal of Research and Practice*, 45(5), 324–333.
- Eid, P. (2015). *Alexithymie et perceptions de la satisfaction conjugale et de la violence entre partenaires intimes*. Université du Québec à Montréal.
- Eisenberg, N., Gershoff, E. T., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H., Guthrie, I. K., & Murphy, B. C. (2001). Mother's emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation. *Developmental Psychology*, 37(4), 475.
- Evans, M., Duffey, T., Erford, B. T., & Gladding, S. T. (2015). Counseling in the United States. *Counseling around the World: An International Handbook*, 323–331.
- Gaggero, G., Dellantonio, S., Pastore, L., Sng, K. H. L., & Esposito, G. (2022). Shared and unique interoceptive deficits in high alexithymia and neuroticism. *Plos One*, 17(8), e0273922.
- Giannotti, M., De Falco, S., & Venuti, P. (2020). Alexithymia, not autism Spectrum disorder, predicts perceived attachment to parents in school-age children. *Frontiers in Psychology*, 11, 332.
- Gibson, R. L., & Mitchell, M. H. (2005). *Introduction to counseling and guidance*. Pearson Education.
- Godel, M., Robain, F., Journal, F., Kojovic, N., Latrèche, K., Dehaene-Lambertz, G., & Schaer, M. (2023). Prosodic signatures of ASD severity and developmental delay in preschoolers. *Npj Digital Medicine*, 6(1), 99.
- Goerlich-Dobre, K. S., Votinov, M., Habel, U., Pripfl, J., & Lamm, C. (2015). Neuroanatomical profiles of alexithymia dimensions and subtypes. *Human Brain Mapping*, 36(10), 3805–3818.

- Grynberg, D., Luminet, O., & Vermeulen, N. (2014). *L'alexithymie: Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé*. De Boeck Supérieur.
- Guo, Y., Garfin, D. R., Ly, A., & Goldberg, W. A. (2017). Emotion coregulation in mother-child dyads: A dynamic systems analysis of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 1369–1383.
- GUTTON, P. (1983). *Le bébé du psychanalyste*, Centurion éd., Coll. Païdos, Paris.
- Hadland, S. E., & Levy, S. (2016). Objective testing: urine and other drug tests. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3), 549–565.
- Hamdi Bacha, Y. (2024). Examining the Association between Alexithymia and the Big Five Personality Traits. *Ansena Journal for Studies and Researches*, 14(2), 297–311.
- Hamdi Bacha, Y., & Benseghir, K. (2023). The Effectiveness of Play Therapy in Reducing Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder. *Arab Journal of Psychiatry*, 34(2).
- Hamdi Bacha, Y., & Benseghir, K. (2024). The Role of Psychological Accompaniment in enhancing Mental Health in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. 23–8, (2) 15, *مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية*.
- Han, Y., Zhong, R., Yang, J., Guo, X., Zhang, H., Zhang, X., Liu, Y., & Lin, W. (2023). Alexithymia and related factors among patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 138, 108975.
- Hansen, M. T., Olsen, R. M., Brynhildsen, S., & Leonardsen, A. L. (2023). Nursing students' perceived stress, self-efficacy, control and evaluation of a course in systematic clinical observation, physical assessment and decision-making: An observational study in Norway. *Nursing Open*, 10(2), 1007–1015.
- Hara, O., & The, A. C. E. (2013). Geller, S. M. (2013). Therapeutic Presence : An Essential Way of Being . In Cooper, M., Schmid, P. F., O'Hara M., & Bohart, A. C. (Eds.). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2nd ed.), pp. 209-222. Basingstoke : Palgrave. *The Handbook*

of Person-Centred Psychotherapy and Counselling, 209–222.

- Hesami, E., Bakhshani, N. M., & Raisi, M. (2023). Relationship of Parental Alexithymia and Neglect with Healthy Children's Maladjustment in Families with and Without Autistic Children. *Modern Care Journal*, 20(1).
- Hutchby, I. (2005). "Active Listening": Formulations and the Elicitation of Feelings-Talk in Child Counselling. *Research on Language and Social Interaction*, 38(3), 303–329.
- Janik McErlean, A. B., & Lim, L. X. C. (2020). Relationship between parenting style, alexithymia and aggression in emerging adults. *Journal of Family Issues*, 41(6), 853–874.
- Janse, P. D., De Jong, K., Van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M., & Verbraak, M. J. P. M. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27(5), 525–538.
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie: entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3), 193–209.
- Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7, 1–9.
- Kaplan, E. A. (2013). *Motherhood and representation: The mother in popular culture and melodrama*. Routledge.
- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 247–277.
- Karukivi, M. (2011). *Associations between alexithymia and mental well-being in adolescents*.
- Keith, R. Mac. (1973). The feelings and behaviour of parents of handicapped children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 15(4), 524–527.
- Kochanek, P. M., Bramlett, H. M., Dixon, C. E., Shear, D. A., Dietrich, W. D., Schmid, K. E., Mondello, S., Wang, K. K. W., Hayes, R. L., & Povlishock, J. T. (2016). Approach to modeling, therapy evaluation, drug selection, and

- biomarker assessments for a multicenter pre-clinical drug screening consortium for acute therapies in severe traumatic brain injury: operation brain trauma therapy. *Journal of Neurotrauma*, 33(6), 513–522.
- Kok-Mun, Harrichand, J. J. S., Litherland, G., Ewe, E., Kayij-Wint, K. D., Maurya, R., & Schulthes, G. (2023). Interdisciplinary collaboration challenges faced by counselors in places where professional counseling is nascent. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 45(1), 155–169.
- Kulasinghe, K., Whittingham, K., Mitchell, A. E., & Boyd, R. N. (2023). Psychological interventions targeting mental health and the mother–child relationship in autism: Systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(3), 329–345.
- Kyriakopoulou, V., Davidson, A., Chew, A., Gupta, N., Arichi, T., Nosarti, C., & Rutherford, M. A. (2023). Characterisation of ASD traits among a cohort of children with isolated fetal ventriculomegaly. *Nature Communications*, 14(1), 1550.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11(1), 49–68.
- Lane, R. D., Sechrest, L., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 377–385.
- Lebovici, S., & Stoléru, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste: les interactions précoces*.
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. De Boeck Supérieur.
- Lyvers, M., Kelahroodi, M., Udodzic, E., Stapleton, P., & Thorberg, F. A. (2022). Alexithymia and binge eating: Maladaptive emotion regulation strategy or deficient interoception? *Appetite*, 175, 106073.
- Machado, J. D., Caye, A., Frick, P. J., & Rohde, L. A. (2013). DSM-5. *Major Changes for Child and Adolescent Disorders*. IACAPAP e-Textbook of Child

- and Adolescent Mental Health. Rey JM (Ed), Geneva, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 1–22.*
- Martin, C. (2018). *Les difficultés du repérage précoce de l'autisme en médecine générale*. Faculté de médecine.
- Mattila, A. (2009). *Alexithymia in Finnish general population*. academic dissertation in medicine, university of Tampere.
- Messina, A., Beadle, J. N., & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology, 20*, 38–49.
- Moldin, S. O., & Rubenstein, J. L. R. (2006). *Understanding autism: from basic neuroscience to treatment*. CRC press.
- Monnier, G. (1982). *Dépression, Alexithymie et Personnalité*. UNIVERSITE DE LIMOGES.
- Noh, H. (2017). *Alexithymia Moderates the Association Between Maternal Depressive Symptoms and Perceived Adolescent Adjustment*.
- Noperlis, A. D., Firman, F., Neviyarni, N., & Amat, M. A. B. C. (2023). Guidance and Counseling Management Implementation Pattern at MAN Karimun Indonesia. *Indonesian Journal of Educational Counseling, 7*(2), 222–229.
- Norbert S. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. INEXTENSO.
- O. Nyumba, T., Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution, 9*(1), 20–32.
- Oh, I., & Song, J. (2018). Mediating effect of emotional/behavioral problems and academic competence between parental abuse/neglect and school adjustment. *Child Abuse & Neglect, 86*, 393–402.
- Ooi, K. L., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 7*, 745–762.

- Palmer, S. C. (2001). *An examination of affective and social information processing in alexithymia*. The University of Utah.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*.
- Paul M. (2011). *Ce que l'accompagnement veut dire* (Carrièreologie (ed.)). CNAM,.
- Payne, R. A., & Donaghy, M. (2010). *Relaxation techniques E-book: a practical handbook for the health care professional*. Elsevier Health Sciences.
- Pedinielli, J.-L. (2011). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin.
- Pedinielli J L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique* (deuxième). édition, Armand Colin.
- PERRON, R., & Mijolla, A. (2002). Dictionnaire international de la psychanalyse. *Comp. Alain de Mijolla. Calman-Lévy*.
- Pezet, É., & Le Roux, A. (2012). La nébuleuse de l'accompagnement: un palliatif du management? *Management & Avenir*, 53(3), 91–102.
- Pirlot, G. (2014). Alexithymie et pensée opératoire. *Hermès, La Revue*, 68(1), 73–81.
- Porcelli, P., & Taylor, G. J. (2018). Alexithymia and Physical Illness. *Alexithymia: Advances in Research, Theory, and Clinical Practice*, 105.
- Preece, D. A., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Bjureberg, J., Chen, W., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., & Gross, J. J. (2023). The Perth Alexithymia Questionnaire-Short form (PAQ-S): A 6-item measure of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 325, 493–501.
- Ramzi, N. H., Auvinen, J., Veijola, J., Miettunen, J., Ala-Mursula, L., Sebert, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Svento, R., Jokelainen, J., & Drenos, F. (2023). Depression mediates the relationship between alexithymia and obesity in the Northern Finland Birth Cohort 1966 (NFBC1966). *Journal of Affective Disorders*, 331, 1–7.
- Reddy, S. (2010). *Alexithymia and collectivism in survivors of domestic violence: An exploratory study*. The Chicago School of Professional Psychology.

- Rey, A., & Rey-Debove, J. (2003). *Le Petit Robert: dictionnaire de la langue française*. Dictionnaires Le Robert.
- Robert P. (1981). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (édition co).
- Rodriguez, C. M., & Murphy, L. E. (1997). Parenting stress and abuse potential in mothers of children with developmental disabilities. *Child Maltreatment*, 2(3), 245–251.
- Rodríguez, S. S., Guerra, C. T., Galindo Villarreal, L. F., & Bohórquez, R. V. (2009). Psychological accompaniment: Construction of cultures of peace among a community affected by war. In *Psychology of liberation: Theory and applications* (pp. 221–235). Springer.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95.
- Roquet, P. (2009). L'émergence de l'accompagnement. Une nouvelle dimension de la formation. *Recherche et Formation*, 62, 13–24.
- Roskam, I., Brianda, M.-E., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758.
- Sánchez, F. M., Soria, B. O., & García, M. A. (2001). Subjective and autonomic stress responses in alexithymia. *Psicothema*, 13(1), 57–62.
- Sasai, K., Tanaka, K., & Hishimoto, A. (2010). Alexithymia and its relationships with eating behavior, self esteem, and body esteem in college women. *The Kobe Journal of the Medical Sciences*, 56(6), 231–238.
- Schmitt, L. (2010). *Premiers pas en psychothérapie*. Elsevier Masson.
- Serani, D. (2023). *Living with depression: Why biology and biography matter along the path to hope and healing*. Rowman & Littlefield.
- Seymour, M., Wood, C., Giallo, R., & Jellett, R. (2013). Fatigue, stress and coping in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1547–1554.

- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2–6), 255–262.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: past and present. *The American Journal of Psychiatry*.
- Sillamy, N. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*.
- Simson, U., Martin, K., Schäfer, R., Franz, M., & Janssen, P. (2006). Changes in alexithymia and emotional awareness during psychotherapeutic inpatient treatment. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56(9–10), 376–382.
- Sokolova, H. (2018). Features of psychological accompaniment for parents affecting children with Down's Syndrome. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 27(3), 213–216.
- Soucy, N., Duchesne, S., & Larose, S. (2000). Examen des programmes de tutorat maître-élève dans les collèges du réseau québécois. *Pédagogie Collégiale*, 13(4), 12–18.
- Soulé M. (1987). *mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. ESF.
- Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., De Vries, Y. A., Roest, A. M., De Jonge, P., & Maercker, A. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*, 18, 1–24.
- Szajkowski, N. (2008). *L'accompagnement des familles des personnes en fin de vie*. Mémoire. Diplôme d'Etat d'infirmier.[en ligne] Saint-Quentin.
- Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., & Bennett, T. (2008). Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1859–1865.
- Taylor, G. J. (2004). Alexithymia: 25 years of theory and research. *Emotional Expression and Health: Advances in Theory, Assessment and Clinical Applications*, 137–153.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia:

- Self-report and observer-rated measures. *The Handbook of Emotional Intelligence*, 301–319.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Tehee, E., Honan, R., & Hevey, D. (2009). Factors contributing to stress in parents of individuals with autistic spectrum disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(1), 34–42.
- Temelturk, R. D., Yurumez, E., Uytun, M. C., & Oztop, D. B. (2021). Parent-child interaction, parental attachment styles and parental alexithymia levels of children with ASD. *Research in Developmental Disabilities*, 112, 103922.
- Thompson, J. (2009). *Emotionally dumb: An overview of alexithymia*. Soul Books.
- Tofail, F., Islam, M., Akter, F., Zonji, S., Roy, B., Hossain, S. J., Horaira, A., Akter, S., Goswami, D., & Brooks, A. (2023). An integrated mother-child Intervention on child development and maternal mental health. *Pediatrics*, 151(Supplement 2).
- Tolmunen, T., Lehto, S. M., Heliste, M., Kurl, S., & Kauhanen, J. (2010). Alexithymia is associated with increased cardiovascular mortality in middle-aged Finnish men. *Psychosomatic Medicine*, 72(2), 187–191.
- Torrado, M., Eusébio, S., & Ouakinin, S. (2018). Alexithymia and illness: Towards a psychosomatic perspective of emotion regulation deficits. *Current Developments in Alexithymia: A Cognitive and Affective Deficit*, 173–194.
- Tuber, S. (2012). *Understanding personality through projective testing*. Jason Aronson.
- Valdespino, A., Antezana, L., Ghane, M., & Richey, J. A. (2017). Alexithymia as a transdiagnostic precursor to empathy abnormalities: the functional role of the insula. *Frontiers in Psychology*, 8, 2234.
- Vidyasagar, N., & Koshy, S. (2010). Stress and coping in mothers of autistic children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(2), 245–248.

- Walker, A. P. (2000). *Parenting stress: A comparison of mothers and fathers of disabled and non-disabled children*. University of North Texas.
- Wang, R., Ye, B., Wang, P., Yang, Q., & Luo, S. (2023). Exploring alexithymia profiles and their associations with childhood adversity and COVID-19 burnout among Chinese college students: A person-centered approach. *Journal of Applied Developmental Psychology, 84*, 101486.
- Watkins, M. (2015). Psychosocial accompaniment. *Journal of Social and Political Psychology, 3*(1), 324–341.
- Welfel, E. R. (2015). *Ethics in counseling & psychotherapy*. Cengage Learning Boston, MA.
- WHO, V. (2013). *Autism Spectrum Disorders & Other Developmental Disorders. From Raising Awareness to Building Capacity*. World Health Organization Geneva, Switzerland.
- Winnicott, D. W., Michelin, M., Rosaz, L., & Spock, B. (1992). *Le bébé et sa mère* (1^{ere} edit). Sciences de l'homme Payot.
- Wong, L. P. (2008). Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J, 49*(3), 256–260.
- Yaalaoui, K., & Makhloufi, A. (2021). L'accompagnement familial technique de prise en charge de l'enfant implanté cochléaire. *Études En Orthophonie et Neuropsychologie, 5*(2), 102–121.
- Zager, D. B., Wehmeyer, M. L., & Simpson, R. L. (2012). *Educating students with autism spectrum disorders: Research-based principles and practices*. Routledge.
- Zahid, A., Taylor, G. J., Lau, S. C. L., Stone, S., & Bagby, R. M. (2024). Examining the incremental validity of the Perth Alexithymia Questionnaire (PAQ) relative to the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Journal of Personality Assessment, 106*(2), 242–253.
- Zein-El Abbiddine, F. (2014). L'alexithymie. *Revue de Sciences Sociales et Humaines, 7*, 1–12.
- Zhanabergenovna, L. G., Sagintayevna, I. A., Muratbekovna, N. A.,

Berdikulovna, K. Z., & Zaurbekovna, A. A. (2015). Psychological accompaniment of professional training of students. *European Science Review*, 9–10, 134–136.

ثانياً: المراجع العربية

أبوالسعد، ع. ا. ح. (2014). *تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق*. دار الميسر للنشر والتوزيع والطباعة.

أسامة، ف. م.، الشرييني، ك. ا. (2011). *سمات التوحد*. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
أوطالب، ن. (2008). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية: تدريبات علمية*. مجلة إنسانيات، 41، 104–101.

ابراهيم، ه.، الغويري، ا. (2018). *الالكسيثيميا وعلاقتها بالسمنة لدى الاناث في الاردن*. مجلة جامعة النجاح للابحاث، 32. (1)

البحيري، م. (2009). *إسهام بعض المتغيرات النفسية في التنبؤ بالأكسيتيميا لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم والقراءة والموهوبين موسيقياً*. مجلة دراسات نفسية، 19 (04)، 883–815.

الجلبوسي، س. س. ن. (2002). *التوجيه التربوي والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق*. منشورات أولغا.

الحمادي، أ. (2021). *الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض-11*.
GGKEY:TWGTNZ32PHB.

الحوامدة، أ. م. (2019). *الأساليب التربوية والتعليمية للتعامل مع اضطراب التوحد*. دار ابن النفيس للنشر والتوزيع.

الخطيب، ج. (2009). *استراتيجيات إرشاد وتدريب ودعم أسر الأطفال المعوقين (الطبعة الأولى)*. دار وائل للنشر والتوزيع.

قائمة المصادر والمراجع

- الخطيب، ص. أ. (2009). الإرشاد النفسي في المدرسة، أسسه ونظرياته وتطبيقاته. دار الكتاب الجامعي.
- الخطيب، م. أ.، الخطيب، أ. ح. (2011). الاختبارات والمقاييس النفسية (الطبعة الأولى). دار الحامد للنشر والتوزيع.
- النوري، م. د. ب. ص. ق. (2021). الأكسثيميا (صعوبة التعبير عن المشاعر) وعلاقتها بالسلوك الانسحابي لدى طلبة المرحلة المتوسطة. مجلة الفتح للبحوث التربوية والنفسية، 25(2)، 251-272.
- الزعبي، ا. ع. ا. (2010). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل بعض سمات الشخصية المرتبطة بالسلوك الإجرامي للسجينات السعوديات. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الرياض.
- السيوف، ف. ع. (2020). فاعلية العلاج بالرسم في خفض الأكسثيميا لدى اللاجنات السوريات. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 6(4)، 265-289.
- الشامي، و. (2004). خفايا التوحد، أشكاله، أسبابه، وتشخيصه. مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الشربيني، ز.، يسري، ص. (2000). تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملة ومواجهة مشكلاته. دار الفكر العربي.
- الشناوي، م. م. (1996). العملية الإرشادية والعلاجية. دار عرين للطباعة.
- الطائي، ا. م. (2018). تقنيات الإرشاد الاسري في مواجهة المشكلات الزوجية والاسرية. مجلة ابحاث نفسية وتربوية، 15(56)، 53-71.
- العابدين، ف. ز. (2016). صعوبة التعرف على المشاعر (الأكسثيميا). مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 1(3)، 33-43.
- العظيم، ا. ع. (2003). مناهج البحث العلمي في مجالات التربية والنفسية (د. ا. الجامعية).
- العيسوي، ع. ا. (2001). سيكولوجية الشخصية. منشأة المعارف.
- المصري، ع.، فاطمة، ا. (2020). مستوى الأكسثيميا لدى طلبة جامعة مؤتة وعلاقته بمستوى الدخل

قائمة المصادر والمراجع

- والنوع الاجتماعي. مجلة المنارة، 20(1)، 197-224.
- المغلوث، ف. (2006). التوحد- كيف نفهمه ونتعامل معه (ا. م. ا. خ. الخيرية)
- المقابلة، ج. خ. (2016). اضطراب طيف التوحد- التشخيص والتدخلات العلاجية. دار يافا.
- باتشو، ع. ا. (2021). استراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين المتمدرسين. رسالة دكتوراه تخصص علم النفس الصحة، جامعة سطيف 2.
- براجل، إ. (2013). علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- بعبيح، ن. م.، اسماعيلي، ي. (2017). الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات. دار البازوري للنشر.
- بقار، م. (2018). تصميم وبناء أدوات البحث العلمي: مطبوعة موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر: تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي.
- بن شيخ، ر. (2019). العلاجات السلوكية والمعرفية. مطبوعة موجهة لطلبة سنة ثالثة تخصص علم النفس العيادي.
- بوحرارة، ه.، زوقار، م. (2022). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى أطفال ذوي طيف التوحد. مجلة النص، 9(1)، 111-133.
- بوشوشة، م. (2022). الألكستيميا لدى المرضى المزمنين (ارتفاع ضغط الدم-داء السكري): دراسة مقارنة بين المرضى و غير المرضى. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة مولود معمري تيزي وزو.
- بوشوشة، م.، العيد، ك. ن. (2021). تكييف مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الألكستيميا على البيئة الجزائرية. مجلة دراسات نفسيو و تربوية، 7(2).
- بوعالية، ش. ز. (2016). واقع المرافقة النفسية في الوسط المدرسي والعوامل المؤثرة فيها- دراسة ميدانية

قائمة المصادر والمراجع

- بمؤسسات التعليم الثانوي. مجلة دراسات لجامعة الأغواط، 43، 37-38.
- بوكرع، ا. (2021). الأبوة والأمومة من المنظور النفسي الاجتماعي. مجلة العلوم الانسانية، 621-634.
- بومصباح، ا.، شريقي، ه.، مهمل، آ. (2017). فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكل في الخفض من الضغط النفسي المدرك و قلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي. دراسات نفسية، 8(14)، 55-64.
- بوميرانتز، أ. (2018). علم النفس الإكلينيكي-العلوم والممارسة والثقافة. دار الفكر للنشر والتوزيع.
- تجاني، م. ح. ع. ا. (2018). فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفضل الكلوي المزمن. رسالة دكتوراه في علم النفس الصحي، جامعة الخرطوم.
- ترة، ن.، عقيلة، خ. (2018). الإشراف والمرافقة البيداغوجية للطلاب بين غموض المفهوم وإشكالية التطبيق في السياق الجامعي الجزائري. مجلة دراسات، 65، 115-127.
- ترول، ت. (2007). علم النفس الإكلينيكي. دار الشروق للنشر والتوزيع.
- تيريل، ك.، باسينجر، ت. (2013). التوحد-فرط الحركة-خلل القراءة والأداء. دار المؤلف للتوزيع.
- جعني، أ. (2019). معوقات المرافقة البيداغوجية لطلبة السنة الأولى جامعي من وجهة نظر عينة من المشرفين و الطلبة دراسة ميدانية على عينة من المشرفين و الطلبة بجامعة قاصدي مرباح ورقلة. رسالة دكتوراه تخصص علم النفس المرضي المؤسساتي، جامعة ورقلة.
- جلال، س. م. (2000). علم النفس العلاجي. عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- جودت، ش. م. (2007). البحث العلمي في العلوم السلوكية. مكتبة الأنجلو مصرية.
- جودت، ع. ع. ا.، العزة، س. ح. (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- حافري، ز. غ.، بخوش، و. (2019). غياب التعبير الانفعالي: بين المقاربة التحليلية الفرנקوفونية و

قائمة المصادر والمراجع

- المقاربة المعرفية الانكلوسوكسونية مقارنة نظرية عيادية مقارنة بين التفكير العملي و التكتم. دراسات في علوم الانسان والمجتمع، 2(1)، 121-140.
- حسيني، عمار. (2019). تقييم فاعلية برامج إدماج وإعادة إدماج من وجهة نظر عينة من ذوي الخطر المعنوي للمقيمين دراسة ميدانية للمراكز المتخصصة في حماية الطفولة والمراهقة.
- حمدي باشا، ي.، بن صغير، ك. (2023). الألكسيتيميا قراءة في المفهوم، النظريات والعلاج. مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، 8(1)، 93-108.
- خالدي، م. أ. (2015). علم النفس الإكلينيكي في التدخل العلاجي. دور المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- خميس، ع. ا. (2018). المرافقة النفسية و التربوية لدى التلاميذ في مؤسسات التعليم الثانوي العام و التكنولوجي، من وجهة نظر مستشاري التوجيه و الإرشاد المدرسي و المهني دراسة ميدانية ببعض ثانويات ولاية ورقلة.
- خميسة، ق. (2015). محاضرات في العلاج المعرفي السلوكي تخصص علم النفس العيادي. جامعة المسيلة.
- دايلي، ن. (2019). مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تحسين الصحة النفسية لدى الملمات المتزوجات دراسة ميدانية بالمدارس الابتدائية ببلدية الأوريسيا-سطيف. رسالة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، جامعة سطيف.
- رحموني، ح. (2022). أثر التكفل المعرفي السلوكي في تعديل الوضعيات الضاغطة لدى المسجون. دراسة حالة. المعيار، 12(2)، 982-999.
- رزوق، ر.، سعايدية، ه. (2022). دور تقنيات الاسترخاء في خفض الضغوط النفسية لدى رياضي الكيك بوكسينغ. مجلة المنظومة الرياضية، 9(2)، 93-106.
- زروقي، ع.، مكي، خ. (2021). اضطراب التوحد والمعاناة النفسية للأم: دراسة ميدانية بالمركز النفسي بالشلف. افاق للعلوم، 6(4)، 347-357.

قائمة المصادر والمراجع

- زهران، ح. ع. ا. (1980). التوجيه و الارشاد النفسي. دار علام للكتب.
- زهران، ح. ع. ا.، سري، م. ا. (2003). دراسات في علم النفس (النمو) الطبعة الأولى. (ed.) عالم الكتب.
- زيدان، ح. (2020). دور الارشاد النفسي في معالجة ظاهرة التطرف السلوكي العنيف لدى اطفال الشوارع. مجلة القبس للدراسات النفسية والإجتماعية، 2(1)، 56-80.
- سليمان، ا. ا. (2010). تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية والتطبيق. دار الكتاب الجامعي.
- سنوسي، س. (2016). واقع التكفل الأسري بأطفال التوحد دراسة ميدانية بمركز جمعية جسر الأمل لأطفال التوحد والمركز النفسي الطبي البيداغوجي (فاطمة الزهراء)-بلدية تبسة-. مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، 1(1)، 28-43.
- شهرة، ف.، منصور، م. (2022). واقع معوقات العملية الارشادية في المؤسسات التربوية الجزائرية (دراسة استكشافية من وجهة نظر عينة من مستشاري التوجيه والإرشاد المدرسي والمهني بولاية الوادي). مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 6(3)، 288-306.
- صابر، م. س. (2012). الألكسيتيميا وعلاقتها بنوعية النوم لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. مجلة دراسات نفسية، 22، 2.
- صديق، ل. ع. ب. (2005). فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحدين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي. رسالة دكتوراه تخصص التربية الخاصة، جامعة عمان.
- ضمرة، ج. ك. (2008). الإتجاهات النظرية في الإرشاد. دار صفاء للنشر.
- طه، ع. ا. ح. (2008). العلاج النفسي المعرفي-مفاهيم وتطبيقات. دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- طه، ف. ع. ا. (2000). معجم علم النفس والتحليل النفسي. دار النهضة العربية.
- عاشوري، ص. (2019). المرافقة النفسية والأسرية للطفل مريض السكري. الأسرة والمجتمع، 7(1)، 99-118.

قائمة المصادر والمراجع

- عباس، س. م.، علي، ع. ح. (1999). *إدارة الموارد البشرية*. دار وائل للنشر والتوزيع.
- عباس، م.، نوفل، م. ب.، العيسى، م. م.، محمد، أ. ع. ف. (2014). *مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس*. عمان. دار المسيرة.
- عبد، ا. ط. ح. (2004). *الإرشاد النفسي: النظرية-التطبيق-التكنولوجيا*. دار الفكر العربي للنشر والتوزيع.
- عيبب، غ. (2022). التأصيل النظري لمفهوم الاكسثيميا. *مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية*، 10(1)، 757-738.
- عتوتة، ص. (2018). *مطبوعة مقياس مدخل إلى التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي* (ج. سطييف. (ed.)).
- عدس، م. ع. ا. (2000). *المعلم الفاعل والتدريس الفعال*. دار الفكر للنشر والتوزيع.
- عراقة، ص. ا. م. (2006). *فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى ابنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة*. *مجلة بنها*، 16(66).
- عزوز، ا. (2017). *دراسة الحالة للسنة الثالثة عيادي*. *مطبوعة موجهة لطلبة سنة ثالثة تخصص علم النفس العيادي*.
- عليان، ر. م. (2000). *مناهج البحث في علم النفس*. دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- عنو، ع. (2017). *محاضرات في الفحص النفسي العيادي*. دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- غنيم، ش. (2017). *فعالية برنامج ارشادي في خفض الألكسثيميا لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم*. *مجلة كلية التربية*. بورسعيد، 21(21)، 793-765.
- فاسي، ا. (2016). *الإكتئاب الأساسي والألكسثيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز*. رسالة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، جامعة سطييف.
- فاضل، أ. غ.، العبايجي، ن. ف. (2023). *الاكسثيميا-دراسة نظرية*. *مجلة نسق*، 37(2)، 299-274.
- فرح، س. ت. (2015). *التوحد: التعريف الأسباب التشخيص والعلاج*. دار الإعصار العلمي للنشر.

قائمة المصادر والمراجع

- قرشي، أ. أ. ح. (2010). الإرشاد و التوجيه النفسي ضرورة حياتية. مجلة البحث العلمي للعلوم و الآداب، 6(9)، 61-84.
- قزوي، ج. (2022). أنماط التعلق وعلاقتها بالأكستيميا لدى الطلبة الجامعيين. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 7(1)، 1315-1335.
- قنطار، ف. (1992). الأمومة- نمو العلاقة بين الطفل والأم. عالم المعرفة.
- قيروود، ا. (2020). دراسة تقييمية لأساليب التكفل بأطفال التوحد بالجزائر. UB1.
- لعراية، ه. (2022). الإرشاد النفسي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة سوسولوجيا، 6(1)، 46-64.
- لوشاحي، ف. (2010). دراسة أحلام الأطفال في ظل الحرمان الوالدي. اطروحة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة.
- محمد، ا. (2008). مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين وأخصائيين النفسانيين. دار المناهج للنشر والتوزيع.
- محمد، س. ع. (2013). فاعلية برنامج معرفي سلوكي مصمم لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي. رسالة دكتوراه تخصص علم النفس الصحي، جامعة الجزيرة الخرطوم.
- مرياح، أ. ت. ا. (2021). مطبوعة خاصة بمقياس الاختبارات والمقاييس النفسية. جامعة الجلفة.
- مسعودي، خ. د. (2019). الأكستيميا لدى النساء المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان دراسة ميدانية بمصلحة الأورام السرطانية مستشفى معلم لحسن-الغزوات-. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، 20(2)، 449-480.
- معامير، ن. (2020). فعالية برنامج تدريبي للرفع من مستوى معاملة الأم لطفلها التوحدي. دراسات نفسية، 11(1)، 85-113.
- مقراني، س.، جابر، ن. ا. (2022). تطبيقات المقابلة العيادية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8(3)، 57-70.

قائمة المصادر والمراجع

- مكاوي، ح.، قارة، م. (2022). دور مراكز التوحد في التكفل بأطفال طيف التوحد" مركز ونوغي للتعلم والتدريب والاستشارات النفسية بسكرة-نموذجاً. *مجلة النص*، 9(1)، 147-164.
- مليقة، ل. ك. (1994). *العلاج السلوكي وتعديل السلوك*. مكتبة الأنجلوسكسونية.
- مليقة، ل. ك. (2010). *العلاج النفسي*. دار الفكر.
- منور، م. (2020). المرافقة النفسية في الوسط المدرسي والمهني؛ أي دور للأخصائي؟. *مجلة مؤشر للدراسات الاستطلاعية*، 1(1)، 149-170.
- موفق، ك. (2017). النمو النفسي للطفل من خلال العلاقات التفاعلية أم-رضيع. *مجلة الحقيقة*، 41، 660-642.
- ميدون، م.، خلادي، ا. (2019). *فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*. اطروحة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 02 ابوقاسم سعد.
- ميلاني، ك. (1994). *التحليل النفسي للأطفال*. المكتب الغربي للمعارف.
- نوابي، ن. ش. (2001). *علم النفس المرأة (الطبعة الأولى)* دار الهادي.
- يونس، ف.، أنور، ا. (2014). الألكسيثيميا: نظرة في المفهوم وإرهاصاته وتطوراته النظرية. *المجلة الاجتماعية القومية*، 51(2)، 17-54.
- يونس، ع.، شينار، س.، عماري، ع. (2021). العينة وأسس المعاينة في البحوث الاجتماعية. *الرواق*، 7(2)، 528-539.

الملاحق

الملاحق

الملحق رقم (1): موافقة مدير المركز النفسي والبيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بولاية
تبسة للقيام بالدراسة الميدانية

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

الرقم: / ج ق / ك ع / ا / ق ع / ن / 23

قائمة / 2023/

إلى السيد: مدير المركز
النفسي البيداغوجي
للأطفال المعاقين
ذهنيا - تبسة

دراسة ميدانية

يشهد رئيس قسم علم النفس أن الطالب (ة):
* حوسي باشايا سويح
/ *
/ *
/ *

طالبة دكتوراه علم النفس العيادي وبحضرون لانجاز بحث بعنوان:
التحليل الكرنالغية النفسية في عطف جسنين الاكسيميا لدى اطفال
اجفبال طيف المومجد
تحت اشراف: أ. بن حيسن كركلة - ورحسة
وانهم بحاجة إلى دراسة ميدانية بمؤمستكم.

اطلنا كبير في حمن تعاونكم ولكم منا فائق الاحترام

رئيس القسم

نسخة للحفظ

نائب رئيس قسم علم النفس مكلف
بما عهد التدريس والبحث العلمي
امضاء الدكتور: سميرة براهيمية

المدير
حقاص سليمان

الملحق رقم (3): مقياس الألكسيتيميا TAS-20

تعليمات التطبيق :

اقرأ كل عبارة مما يلي، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، ثم قم بعدها بوضع علامة (x) أمام الجواب الذي يناسبك، والمرجو عدم ترك أي عبارة دون إجابة، وليس هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، كما أن هذه المعلومات ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

أشكر لكم حسن تعاونكم..

➤ السن:

- 20 إلى 30 سنة
- 31 إلى 40 سنة
- 41 إلى 50 سنة
- 51 إلى 60 سنة
- 61 فأكثر

➤ المستوى التعليمي:

- متوسط
- ثانوي
- جامعي

➤ المهنة:

- موظفة
- متقاعدة
- مأكثة بالبيت

➤ المستوى الاقتصادي:

- مرتفع
 متوسط
 منخفض

معارض بشدة	معارض باعتدال	لا موافق لا معارض	موافق باعتدال	موافق بشدة	العبارات
					1- لا يمكنني تمييز ما أشعر به من انفعالات في الكثير من الأحيان.
					2- يصعب علي إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعري.
					3- أشعر بأحاسيس في جسدي حتى الأطباء يعجزون عن تفسيرها.
					4- أستطيع وصف مشاعري بكل سهولة.
					5- أفضل كثيرا تحليل المشكلات على مجرد الاكتفاء بوصفها.
					6- حينما أكون متضايقا لا أعرف هل أنا حزين أو مرعوب أو غاضب.
					7- أرتبك كثيرا حيال الأحاسيس التي تنتاب جسدي.
					8- أفضل أن أترك الأمور تحدث على أن أحاول فهم سبب حدوثها على هذا النحو.
					9- لا يمكنني تحديد بشكل تام ودقيق ما أشعر به.

الملاحق

					10- أنه من الأساسي بالنسبة لي أن أهتم بمشاعري.
					11- يصعب علي وصف مشاعري تجاه الآخرين.
					12- يطلب الناس مني وصف مشاعري أكثر.
					13- لا أستطيع معرفة ما ينتابني من الداخل.
					14- لا أعرف في كثير من الأحيان سبب شعوري بالغضب.
					15- أفضل أن أتحدث مع الناس بخصوص نشاطاتهم اليومية بدلا من أن أتحدث معهم عن أحاسيسهم
					16- أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية بدلا من الأعمال الدرامية.
					17- يصعب علي الكشف عن مشاعري العميقة حتى للأصدقاء المقربين.
					18- أشعر بالقرب من شخص ما، حتى في لحظات الصمت.
					19- أجد مراجعة أحاسيسي مفيدة في حل المشكلات الشخصية.
					20- البحث عن المعاني الخفية في الأفلام والمسرحيات يحول دون الاستمتاع بها.

ملحق رقم (4): شبكة الملاحظة العيادية

لا	نعم	عناصر الملاحظة	
		عادية أنيقة مبالغة في الأناقة متسخة	المظهر الخارجي
		تجلس بهدوء قليلة الحركة كثيرة الحركة	وضعية الجلوس
		شاحبة مبتسمة عابسة محمرة	ملامح الوجه
		هادئة غير هادئة	الجانب السلوكي
		بكاء ضحك صراخ ارتجاف الأطراف	الجانب الانفعالي
		حساسية جدا غير حساسة عاطفية تبدي جمودا عاطفيا	الجانب العاطفي
		طبيعية متقلبة المزاج قلقة حزينة مبتهجة	الجانب المزاجي
		مترابطة غير مترابطة	

الملاحق

		تتحدث بصوت منخفض تتحدث بصوت مرتفع تتأث أثناء الكلام	طريقة الكلام
		سريعة الإجابة بطيئة الإجابة تسكت أثناء الإجابة تطيل الإجابة تقصر الإجابة	طريقة الإجابة
		نظرات عادية تنظر إلى الأعلى تنظر إلى الأسفل تنظر إلى الجانبين	حركات العينين
		منطقية التفكير غير منطقية التفكير قابلة للمناقشة غير قابلة للمناقشة	أسلوب التفكير
		متعاونة غير متعاونة متفاعلة غير متفاعلة	التعاون والتفاعل

ملحق رقم (5): دليل المقابلة العيادية

❖ المحور الأول: البيانات الأولية للحالة

-الاسم:

-السن:

-المستوى التعليمي:

-المستوى الاقتصادي:

-المهنة:

-عدد الأطفال:

-عدد الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد:

-السوابق المرضية للحالة:

❖ المحور الثاني: المعاش النفسي للحالة جراء إعاقة طفلها

-كيف كانت فترة حملك بطفلك المصاب باضطراب طيف التوحد؟

-كيف تلقيت خبر إصابة طفلك باضطراب طيف التوحد؟

-هل تشعرين بالذنب أو تلومين نفسك حيال إعاقة طفلك؟

-كيف تتعاملين مع المشكلات السلوكية الحادة التي يعاني منها طفلك في بعض الأحيان؟

-صفي لي أصعب تحدي واجهك بصفتك أم لطفل ذو طيف التوحد؟

-هل تشعرين بأنك مميزة ومختلفة عن باقي الأمهات؟

الملاحق

-هل أنت راضية عن وضعك المعيشي الراهن؟

-هل فكرت من قبل بزيارة اخصائي نفسي قصد التخفيف من المشكلات النفسية التي اعترضتك؟

❖ المحور الثالث: العلاقات الأسرية والاجتماعية

-كيف هي علاقتك مع زوجك؟

-هل يساعدك زوجك في العناية بالطفل ورعايته؟

-هل يفهم أطفالك الآخرون حالة أخيهم المصاب باضطراب طيف التوحد؟

-كيف تشعرين حيال نظرة الأفراد الآخرون تجاهك؟

-هل تشعرين بالمساندة والدعم من طرف أفراد عائلتك والمحيطين بك؟

-هل سبق وأن كونت علاقات صداقة مع أمهات لأطفال طيف التوحد؟

❖ المحور الرابع: أعراض الألكسيتيميا

-عندما تشعرين بالضيق أو الحزن، هل تحدثين زوجك أم أحد أقربائك عن ذلك أم تفضلين عدم الحديث؟

-هل تستطيعين التفريق بين إحساساتك الجسدية وانفعالاتك الوجدانية؟

-هل تعبرين عادة عن حبك وامتنانك لزوجك وأفراد عائلتك؟

-هل تتخيلين عادة نفسك تعيشين الحياة التي لطلما تمنيتها؟

-هل تتأثرين عادة بالبكاء عندما تعترضك المواقف مؤثرة؟

-هل تشعرين بالإحراج أحيانا أمام إعاقة طفلك؟

❖ المحور الخامس: النظرة المستقبلية للحياة

-كيف تنظرين إلى نفسك في المستقبل؟

الملاحق

- هل لديك أمل بأن طفلك ستتحن حالته مستقبلا؟
- هل تشعرين أحيانا بالخوف بما سيحدث في المستقبل؟
- هل فكرت في إيجاب المزيد من الأطفال بعد إيجابك لطفلك ذو اضطراب طيف التوحد؟
- ماهي أبرز خطتك المستقبلية بخصوص طفلك وعائلتك؟

ملحق رقم (6): طلب تحكيم برنامج مرافقة نفسية

طالبة الدكتوراه: حمدي باشا ياسمين

تحت إشراف الأستاذة: أ.د. بن صغير كريمة

إلى الأستاذة (ة) الفاضل:

تُجري الباحثة دراسة بعنوان "أثر المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد"، وذلك ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في تخصص علم النفس العيادي بجامعة 8 ماي 1945 - قالمة (الجزائر). وقد تم إعداد برنامج مرافقة نفسية مكوّن من إحدى عشرة (11) جلسة موجهة نحو خفض الألكسيتيميا، تضمّن جلسات علاجية اعتمدت على تقنيات متنوعة (مثل الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، لعب الدور، التنقيف النفسي، والتعبير الانفعالي)، بالإضافة إلى جلسة ختامية لتقييم أثر التدخل النفسي. استهدفت الجلسات الأمهات ممن أظهرن مستويات مرتفعة من الألكسيتيميا وفق نتائج تطبيق مقياس تورونتو (TAS-20)، وقد طوّق البرنامج على عينة تجريبية تتكوّن من ثماني (8) أمهات لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك ضمن جلسات جماعية وفردية امتدت على فترة زمنية بلغت شهر ونصف.

وبهدف ضمان جودة البرنامج وملاءمته العلمية، تتوجه الباحثة إلى الأستاذة/ة الفاضل/ة راجية منكم إفادتها بخبرتك العلمية والميدانية في تحكيم البرنامج من حيث مدى اتساق الجلسات وأهدافها وفنياتها ومدتها مع الغاية العلاجية المرجوة.

مع وافر الشكر والتقدير.

➤ مفهوم المرافقة النفسية:

هي عملية إنسانية واعية وبناءة ومخطط لها، وأسلوب من الدعم العلاجي والتكفل النفسي قائمة على أساس بناء علاقة جيدة بين المرافق والشخص المتعالج من خلال مجموعة من التقنيات التي تهدف إلى تقديم المساعدة الضرورية للفرد الذي يمر بمواقف صعبة وضاغطة، وتوجيهه إلى فهم ذاته والاستبصار بها، ومساعدته على تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي، ويمكن أن تطبق المرافقة على الأطفال ذوي الإعاقة وأسره.

➤ تعريف الألكسيتيميا:

تعرف الألكسيتيميا على أنها قصور في التعرف على الانفعالات والتعبير عنها وتنظيمها، إضافة إلى صعوبات في تحديد ووصف المشاعر، والعجز في التمييز بين العواطف والأحاسيس الجسدية الأخرى، وكذا فقر التخيلية، ونمط التفكير الموجه نحو الخارج، وبهذا يصبح الفرد غير واع بمشاعره، فيركز انتباهه على التفاصيل العملية للأحداث، بدلا من سماتها الانفعالية. وترتبط الألكسيتيميا بشكل مباشر بنشأة الأمراض السيكوسوماتية، كما تحتوي على أربعة أبعاد حقيقية مفسرة لطبيعتها، فبالنظر إلى هذه الخصائص، يظهر الأفراد المصابون بالألكسيتيميا فقرا في قدرتهم على التعاطف مع الآخرين، وهي كما يلي:

- ✓ صعوبة تحديد المشاعر والتعبير اللفظي عن الانفعالات والعواطف.
- ✓ صعوبة في وصف الانفعالات والمشاعر.
- ✓ التفكير الموجه نحو الخارج.
- ✓ ضعف القدرة على التخيل.

➤ أهداف البرنامج:

✓ الهدف الرئيسي:

- يتمثل الهدف الرئيسي من برنامج المرافقة النفسية في خفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

✓ الأهداف الإجرائية:

- تنمية قدرة الأمهات على وصف وتحديد المشاعر والانفعالات لفظيا وغير لفظيا، وتدريبهن على التفريغ الانفعالي للمشاعر السلبية.
- تنمية مهارة الأمهات على التمييز بين الإحساسات الجسدية والانفعالات الوجدانية وتدريبهن على التخيل العقلي.
- إمداد الأمهات بالمعلومات اللازمة عن اضطراب طيف التوحد، وتوعيتهن بالطرق السوية للتعامل مع أطفالهن، وتدريبهن على بعض فنيات تعديل السلوك والتأكيد ضرورة استخدام أساليب التعزيز لتحسين التواصل مع أطفالهن.
- السماح للأمهات بمراقبة آرائهن وأفكارهن بموضوعية، ومساعدتهن على إخراج المشاعر المكبوتة التي تجدن صعوبة في التعبير عنها ووصفها.
- تبصير الأمهات بماهية الألكسيتيميا وأسبابها وعواقبها الوخيمة على صحتهن النفسية والجسدية.
- الوصول بالأمهات لدرجة من الصحة النفسية وذلك بالتحفيف من حدة الأعراض الإكلينيكية للألكسيتيميا التي قد تمثل عائقا في التواصل الفعال مع أطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد.
- تدريب الأمهات على مهارات حل المشكلات والأزمات في الواقع الضاغطة.
- التأكيد على أهمية الجانب الروحي في تقبل الطفل وتحسن الحالة النفسية وذلك بتوجيه الأمهات إلى التمسك بالعبادات والإكثار منها كمصدر للدعم الروحي والانفعالي في مواجهة المواقف الضاغطة، وتوجيه الأمهات على ضرورة الاقتناع بأن الطفل ذو اضطراب طيف التوحد نعمة كبيرة وهبة من الله تعالى لها ولأفراد أسرتها.
- مساعدة الأمهات على التعرف على أخطاء التفكير والأفكار الألية اللاعقلانية ومناقشتها واستبدالها بأفكار أخرى أكثر إيجابية ومنطقية.

-توجيه الأمهات للاستبصار بمشكلاتهن، واستغلال قدراتهن ومهاراتهن للوصول إلى التكيف الفعال في ظل الظروف ومواقف الحياة الضاغطة التي تتعرضن لها جراء إعاقة أبنائهن.

-التخلص من الكف أمام الجماعة بتشجيع الأمهات على التكلم عن معاناتهن دون خجل.

➤ المصادر الأساسية لبرنامج المرافقة النفسية:

توصلت الباحثة إلى تصميم برنامج المرافقة النفسية لخفض مستوى الألكسيتيميا لدى أمهات أطفال طيف التوحد ومادته العلمية وأساليبه والفنيات المستخدمة فيه بالاعتماد على العديد من الأسس والمصادر منها:

-تحليل محتوى الدراسات السابقة والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال علاج الألكسيتيميا، وكذا الاطلاع على مجموعة واسعة من البرامج العلاجية والإرشادية المطبقة على فئة أمهات أطفال طيف التوحد والإعاقات النمائية الأخرى، والاستفادة منها في صياغة الأساليب المتبعة في برنامج المرافقة النفسية والتخطيط لجلساتها، كما هي مستعرضة في الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة.

- الاطلاع الواسع على التراث النظري الذي ألقى الضوء على اضطراب الألكسيتيميا وأعراضها الأساسية، والطرق العلاجية الأكثر فاعلية في التخفيف من حدتها.

-بنود وأبعاد مقياس تورونتو للألكسيتيميا TAS-20

-الدراسة الاستطلاعية التي أجرتها الباحثة لالتماس المعاناة النفسية لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك خلال تطبيق مقياس تورونتو للألكسيتيميا TAS-20 على الأمهات، والملاحظات اليومية المستتبطة من تصرفات الأمهات من خلال الدراسة الميدانية.

برنامج المرافقة النفسية المقترح

جدول يوضح برنامج المرافقة النفسية من حيث موضوع الجلسات، أهدافها، التقنيات المستخدمة خلال كل جلسة، طبيعتها ومدتها:

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	التقنيات المستخدمة	طبيعة الجلسة
الجلسة الأولى	الجلسة الافتتاحية	<p>-إجراء المقابلات الإكلينيكية مع الأمهات كل على حدى.</p> <p>-بناء علاقة ثقة مبنية على التقبل والتعاون بين الباحثة والأمهات وكسر الحواجز النفسية بينهم.</p> <p>-تعريف الأمهات بطبيعة برنامج المرافقة النفسية ونظام الجلسات وتحضيرهم للعمل الجماعي في إطار المرافقة النفسية.</p> <p>-تركيز انتباه الأمهات خلال الجلسة الافتتاحية على المواظبة على الحضور والإصرار على تطبيق ما ستتعلمنه في الجلسات.</p> <p>-التأكيد على سرية ما يجري خلال جلسات المرافقة النفسية.</p> <p>-مناقشة الأمهات في الخبرات النفسية السابقة المصاحبة لمعرفتهن بإصابة ابنائهن باضطراب طيف التوحد.</p> <p>-حث الأمهات على تذكر الأحداث الضاغطة التي صاحب انجاب الطفل ذو اضطراب طيف التوحد.</p> <p>-إعطاء فرصة للأمهات للتعبير الانفعالي عن خبراتهن ومشاعرهن والإصغاء لهن.</p>	-المقابلة التشخيصية	فردية
تعديل				

الملاحق

					ملاحظات
120د	جماعية	<ul style="list-style-type: none"> -فنية المحاضرة -المناقشة الجماعية -طرح الأسئلة -لعب الدور -الواجب المنزلي 	<ul style="list-style-type: none"> -تعريف الأمهات على بعضهن البعض. -تعريف الأمهات بماهية الألكسيتيميا، أعراضها، وأثارها الوخيمة على الصحة النفسية والجسدية، وضرورة التخفيف من مستواها. -توعية الأمهات بأهمية التعبير عن المشاعر والانفعالات وتشجيعهن على الإفصاح عن خبراتهن ومشاعرهن. -إمداد الأمهات بمعلومات عن اضطراب طيف التوحد، أسبابه، أنواعه، أسباب غموضه وتعقيده، من خلال المحاضرات. -توعية الأمهات بالطرق السوية للتعامل مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد. -تدريب الأمهات على بعض فنيات تعديل السلوك والتأكيد ضرورة استخدام أساليب التعزيز مع أطفالهن. -تدريب الأمهات على ممارسة بعض النشاطات التي يحبها الطفل وتفضلها هي أيضا كالموسيقى والرسم بهدف تنمية التواصل بينهم. -الاتفاق في نهاية كل حصة على تاريخ ويوم الحصة الموالية مع إعطاء الواجب المنزلي. 	التثقيف النفسي	الجلسة الثانية
					تعديل ملاحظات
90د	جماعية	<ul style="list-style-type: none"> -الإصغاء -الحوار السقراطي -أسلوب الفكاهة 	<ul style="list-style-type: none"> -مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الحصة السابقة. -إتاحة الفرصة للأمهات للإفصاح عن أهم المشكلات التي تواجههن في حياتهن اليومية. 	التنفيس الانفعالي	الجلسة الثالثة

الملاحق

		<p>-مواجهة الخجل -الواجب المنزلي</p>	<p>-تشجيع الأمهات على التعبير الانفعالي عن مشاعر الإحباط واليأس والأحاسيس السلبية. -إخراج المشاعر المكبوتة التي تجد الأمهات صعوبة في التعبير عنها ووصفها. -التخلص من الكف أمام الجماعة بتشجيع الأمهات على التكلم عن معاناتهن دون خجل. -السماح للأمهات بمراقبة أفكارهن وآرائهن بموضوعية، وتحرير بيئة معتقداتهن دون مواجهة المعتقد الخاص بهن.</p>		
					تعديل ملاحظات
90د	جماعية	<p>-سجل الأفكار -الحوار السقراطي -لعب الدور -مراقبة الذات -عد الأفكار -إعادة التنظيم المعرفي</p>	<p>-مناقشة الواجب المنزلي. -دحض الأفكار اللاعقلانية للأمهات بهدف التخلص من مشاعر الإثم والإحساس بالمسؤولية ولوم الذات الناتج عن إنجاب طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، وغيرها من الأفكار السلبية نحو ذواتهم. -تفنيد الأفكار اللاعقلانية وإحلال أفكار أخرى أكثر إيجابية ومنطقية مكانها. -تحدي ومناقشة الأفكار السلبية للأمهات عن طريق سؤالهن عن مدى منطقية أفكارهن المطروحة. -بناء عملية استبصار لدى الأمهات بتوضيح أن لكل فكرة سلبية يوجد فكرة إيجابية تقابلها. -تعليم الأمهات مهارات مواجهة الأفكار الضاغطة عن طريق الاهتمام بشيء آخر أكثر إيجابية.</p>	دحض وتفنيد الأفكار السلبية	الجلسة الرابعة
					تعديل ملاحظات

الملاحق

45د	فردية	-الاسترخاء العضلي -الاسترخاء التنفسي -التخيل العقلي -الواجب المنزلي	-التأكيد على أهمية الاسترخاء في التخفيف من التوتر النفسي والعضلي وتحسين الحالة النفسية وإعادة التوازن الانفعالي والمعرفي والجسمي. -صرف تفكير الأمهات عن الأمور الأخر الخارجة عن عملية الاسترخاء حتى تتم الاستفادة الكاملة من هذه العملية. -تدريب الأمهات على فنية التخيل العقلي. -تنمية التقدير الإيجابي للأمهات نحو ذواتهن، والتغلب على النظرة السلبية للذات والشعور بالدونية والنقص ولوم الذات.	التدريب على الاسترخاء	الجلسة الخامسة
					تعديل ملاحظات
90د	جماعية	-تقنية حل المشكلات -توكيد الذات -المناقشة الجماعية -الواجب المنزلي	-مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الحصة الماضية. -تدريب الأمهات على مهارة حل المشكلات. -السيطرة على المشاعر السلبية عن طريق إيجاد طرق مناسبة للتفكير والتعبير الانفعالي. -تدريب الأمهات على حل المشكلات التي تواجههن عن طريق التفكير الفعال واختيار الحل الأمثل لها. -تدريب الأمهات على تنمية تقديرهن لذواتهن، ورسم ذات جديدة إيجابية مبهجة ومرحة من خلال تدريبهن على الاهتمام بصحتهم النفسية والجسدية.	التدريب على حل المشكلات	الجلسة السادسة
					تعديل ملاحظات
90د	جماعية	-المناقشة -الحوار	-مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الحصة الماضية.	التدريب على	الجلسة السابعة

الملاحق

		<p>- لعب الدور</p> <p>- طرح الأسئلة</p>	<p>- تدريب الأمهات على مهارة الوعي بالذات والتحديد الدقيق للمشاعر والانفعالات الذاتية.</p> <p>- تدريب الأمهات على قراءة مشاعرهن ومشاعر وانفعالات الآخرين والاستبصار بها.</p> <p>- تنمية قدرتهن على التمييز بين الإحساسات الجسدية والانفعالات الوجدانية.</p> <p>- توجيه الأمهات للتعرف على مشاعرهن السلبية وكيفية التخلص منها.</p>	<p>وصف المشاعر والتعبير عنها</p>	
					تعديل ملاحظات
120د	جماعية	<p>- النمذجة</p> <p>- التغذية الراجعة</p> <p>- لعب الدور</p> <p>- الحوار</p> <p>- المناقشة</p> <p>- الواجب المنزلي</p>	<p>- تشجيع الأمهات على الانضمام والمشاركة الاجتماعية مع الأمهات الآخرين ومشاركة بعضهن البعض في التجارب والخبرات.</p> <p>- الاحتكاك مع الأمهات اللاتي قطعن شوطا طويلا في التعايش مع اضطراب طيف التوحد، لتبادل الخبرات والاستفادة من تجاربهن.</p> <p>- فتح فرصة رحبة للتنفيس الانفعالي.</p> <p>- توجيه الأمهات لمشاركة أزواجهن في رعاية الطفل ذو اضطراب طيف التوحد، وتقسيم المهام بين أفراد الأسرة.</p> <p>- العمل على توجيه الأمهات لإيجاد أوقات فراغ لقضائهن في ممارسة أنشطة محببة لهن والاهتمام بأنفسهم مما يقلل من الألكسيتيميا ويزيد من حماسها لرعاية الطفل وتقبله.</p>	<p>المشاركة الاجتماعية وتبادل الخبرات</p>	الجلسة الثامنة
					تعديل ملاحظات

الملاحق

90د		<p>-مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الحصة الماضية.</p> <p>-توجيه الأمهات إلى التمسك بالعبادات والإكثار منها كمصدر للدعم الروحي والانفعالي في مواجهة المواقف الضاغطة.</p> <p>-التأكيد على أهمية الجانب الروحي في تقبل الطفل وتحسن الحالة النفسية.</p> <p>-التأكيد على أهمية الرضا بالقضاء والقدر وتوجيه الأمهات على ضرورة الاقتناع بأن الطفل ذو اضطراب طيف التوحد نعمة كبيرة وهبة من الله تعالى.</p> <p>-تدريب الأمهات على وضع أهداف جديدة في الحياة والعمل على تحقيقها بعيدا عن أطفالهن كالدراسة، أو تعلم حرفة جديدة أو ممارسة هوايات قديمة.</p>	<p>تنمية الوازع الديني</p>	<p>الجلسة التاسعة</p>
				<p>تعديل ملاحظات</p>
120د	جماعية	<p>-إعادة جلسة الاسترخاء العضلي والتنفسي.</p> <p>-ترسيخ ما تم تعلمه في جلسات المرافقة النفسية.</p> <p>-تلخيص ما تم تقديمه في الجلسات السابقة، ومناقشة الأمهات حول آراءهن عن الجلسات، ومعرفة مدى استفادتهن منها.</p> <p>-حث الأمهات على التطبيق المستمر لما تم تعلمه في البرنامج.</p> <p>-تطبيق القياس البعدي لمقياس تورونتو للألكسيتيميا. TAS -20</p>	<p>الإنهاء والتقييم</p>	<p>الجلسة العاشرة</p>
				<p>تعديل ملاحظات</p>

الملاحق

90 د	جماعية	مقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20)	<p>- التحقق من مدى استمرارية الأثر العلاجي لبرنامج المرافقة النفسية بعد مرور شهرين من إنجائه.</p> <p>- تقييم قدرة الأمهات على استبقاء المهارات الانفعالية والمعرفية المكتسبة وتطبيقها في حياتهن اليومية دون إشراف مباشر.</p> <p>- الوقوف على الصعوبات أو النجاحات التي شهدتها كل أم بعد البرنامج.</p> <p>- تقديم دعم نفسي إيجابي يعزز الاستقلالية الذاتية للأمهات.</p>	<p>المتابعة والتقييم التتبعي بعد شهرين من إنهاء البرنامج</p>	<p>الجلسة الحادية عشر</p>
------	--------	-------------------------------------	--	--	---------------------------

تقويم البرنامج التدريبي من قبل السادة المحكمين

الموضوع	البند	ممتاز	جيد جدا	جيد	مقبول	ضعيف
المادة المقدمة في البرنامج	محتوى البرنامج					
	أهداف البرنامج					
	تنظيم وسهولة محتوى البرنامج					
	هل كان الموضوع والمحتوى العلمي مثير للاهتمام					
	التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج					
	طبيعة جلسات البرنامج					
المدة الزمنية	مدة البرنامج					
	مدة الجلسات					

الملاحق

ملحق رقم (45): قائمة الأساتذة المحكمين لبرنامج المرافقة النفسية

الرقم	الاسم واللقب	الوظيفة	المؤسسة
1	د. تواتي عيسى إبراهيم	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 - قالمة / الجزائر
2	د. بن شيخ رزقية	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 - قالمة / الجزائر
3	أ.د. هامل أميرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945 - قالمة / الجزائر
4	د. حلبي وصال	أستاذ محاضر (أ)	جامعة بيروت / لبنان
5	د. ثناء الحلوة	أستاذ التعليم العالي	جامعة بيروت / لبنان
6	د. شهرة فوقية رضوان	أستاذ التعليم العالي	جامعة الزقازيق / مصر
7	د. حسن محسن سعدون	أستاذ محاضر (أ)	جامعة البصرة / العراق

الملاحق

ملحق رقم (8): الدرجات الخام للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس تورونتو للألكسيتيميا (TAS-20) للمقياس القبلي، البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية

المقياس التتبعي				المقياس البعدي				المقياس القبلي				الحالة الأبعاد
الدرجة	التفكير	صعوبة	صعوبة	الدرجة	التفكير	صعوبة	صعوبة	الدرجة	التفكير	صعوبة	صعوبة	
الكلية	الموجه	وصف	التعرف	الكلية	الموجه	وصف	التعرف	الكلية	الموجه	وصف	التعرف	
	نحو	الانفعالات	على		نحو	الانفعالات	على		نحو	الانفعالات	على	
	الخارج		الانفعالات		الخارج		الانفعالات		الخارج		الانفعالات	
30	16	6	8	33	17	7	9	61	29	18	14	أم قصي
38	18	8	12	43	20	10	13	88	41	25	22	أم ندى
34	17	7	10	38	19	8	11	70	29	21	20	أم آسيا
32	16	7	9	37	18	9	10	73	35	22	16	أم سامية
33	16	7	10	37	17	8	12	69	30	19	20	أم رسيم
39	18	8	13	42	19	9	14	80	35	21	24	أم اياد
35	17	8	10	38	18	9	11	74	33	20	21	أم تقوى
36	16	6	14	39	17	7	15	75	30	18	27	أم محمد