



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

فاعلية برنامج علاجي تكاملي لتعزيز التوافق النفسي
لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد
دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز التكفل بذوي التوحد بعين تموشنت

تحت إشراف الأستاذة:

أ. قلعي تسورية أمال

من إعداد وتقديم الطالبة:

- كريو مريم

تاريخ المناقشة: 2026/06/18

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
سعدي زينب	أستاذة محاضرة	رئيسا
قلعي تسورية أمال	أستاذة محاضرة	مشرفا ومقررا
سبع هجيرة	أستاذة محاضرة	مناقشا

السنة الجامعية 2025-2026

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٤٣٨

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٤٣٨

الإهداء

إلى التي لم تخذلها الإرادة يوما، إلى من راهنت على صبرها فكسبت الرهان..

إلى نفسي.

أهدي هذا العمل المتواضع إلى ذاتي أولا؛ تقديرا لتلك الروح المكافحة التي لم تستسلم لوعورة الطريق، واعتزازا بالجهد الذي بذلته في ليالي السهر وأيام البحث.

فالحمد لله الذي منحني الثبات لأبلغ المرام، وجعل من اجتهادي سبيلا لهذا الاستحقاق .

إلى من كلل العرق جبينهما كفاحا، وسكن الفخر قلوبهما حبا

إلى والدي العزيز،

سندي الشامخ ومنبع قوتي؛ من علمني أن النجاح لا ينال إلا بالإصرار، فكنت لي النور الذي أضاء دربي والسراج الذي استمديت منه ثباتي.

إلى أُمي الغالية،

نبض قلبي ودعائي الدائم؛ من تمننت أن تقر عينها برؤيتي في هذا المقام، فلكما مني كل البر والامتنان، وأدامكما الله لي تاجا من الفخر يزين حياتي.

إلى كل روح آمنت بي وبقدرتي على التجاوز.. إلى من كان إيمانهم بي وقودا حين تعثرت الخطى، ودعائهم لي حافزا للمضي قدما .

أهدي ثمرة هذا الجهد، ليكون شاهدا على رحلة بدأت بحلم فصارت بفضل الله واقعا.

الشكر و العرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين.

بداية، وقبل أن أتوجه بالشكر لأي أحد أقف وقفة تقدير واعتزاز بذاتي؛ لنفسي التي صبرت وكابدت مشاق البحث، ولإرادتي التي لم تضعف أمام التحديات، ولطموحي الذي كان البوصلة التي وجهتني نحو هذا الإنجاز. فالحمد لله الذي منحني القوة لأبذل الجهد والصبر لأتم هذا المسعى، وجعل من اجتهادي سبيلا لهذا النجاح.

وانطلاقا من قوله صلى الله عليه وسلم: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"، نتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى الأستاذة المشرفة الفاضلة **قلعي آمال**، التي كانت لنا نعم الموجهة والسند ولم تبخل علينا يوما بتوجيهاتها العلمية القيمة ونصائحها السديدة، فكان لإشرافها وتصويباتها الدقيقة أبلغ الأثر في إرساء دعائم هذا البحث وإخراجه في صورته النهائية .

كما نخص بالذكر والتقدير الطاقم الإداري والبيداغوجي بمركز ذوي التوحد، نظير ما قدموه لنا من تسهيلات ومساعدة ميدانية، وما أحاطونا به من رعاية علمية وتوجيه بيداغوجي كان له الفضل الكبير في إتمام هذا العمل، دون أن ننسى الحالات التي كانت محور دراستنا، فلهن منا كل الثناء .

والشكر موصول إلى جميع أساتذتنا الكرام الذين نهلنا من علمهم طوال مسارنا الدراسي،

وإلى كل من مد لنا يد العون من قريب أو من بعيد،

سائلين المولى عز وجل أن يبارك في جهود الجميع ويجعل هذا العمل خالصا لوجهه الكريم وينفع به.

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي تكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المتوحدين، حيث تم اعتماد المنهج العيادي الشبه التجريبي لعينة قصدية مكونة من ثلاث أمهات بمركز التكفل بذوي التوحد بعين تموشنت وباستخدام أدوات الملاحظة والمقابلة العيادية ومقياس التوافق النفسي، أظهرت نتائج القياسين القبلي والبعدي ارتفاعا ملحوظا في مستويات التوافق النفسي لدى الحالات المدروسة مما يؤكد كفاءة وفعالية البرنامج التكاملي في تحسين قدرة الأمهات على التكيف الإيجابي مع متطلبات رعاية أطفالهن رغم وجود تفاوت نسبي في درجات هذا التوافق تبعا للعوامل الذاتية والبيئية الخاصة بكل حالة.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي التكاملي، التوافق النفسي، أمهات الأطفال المتوحدين، اضطراب طيف التوحد.

Study Abstract:

This study aimed to verify the effectiveness of an integrative therapeutic program in enhancing Psychological Harmony among mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). The clinical approach, based on the case study method, was adopted for a purposive sample of three mothers at the Autism Care Center in Aïn Témouchent. Using observation tools, clinical interviews, and a psychological adjustment scale, the results of the pre- and post-assessments showed a significant increase in the levels of Psychological Harmony among the studied cases. This confirms the efficiency of the integrative program in improving the mothers' ability to positively adapt to the demands of caring for their children, despite a relative variance in adjustment levels attributed to the subjective and environmental factors specific to each case.

Keywords:

Integrative therapeutic program, Psychological Harmony, Mothers of children with ASD, Autism Spectrum Disorder.

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
	البسمة
أ	الاهداء
ب	الشكر والعرفان
ج	ملخص الدراسة
د	قائمة المحتويات
ح	قائمة الجداول
ك	قائمة الأشكال
ل	قائمة الملاحق
1	مقدمة
الفصل الأول : تمهيد إلى الدراسة	
4	تمهيد
4	إشكالية الدراسة
6	فرضيات الدراسة
6	أهداف الدراسة
7	أهمية الدراسة
7	دوافع وأسباب اختيار موضوع الدراسة
7	التعريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
8	الدراسات السابقة
12	خلاصة الفصل
الفصل الثاني : التوافق النفسي	
14	تمهيد
14	تعريف التوافق النفسي

قائمة المحتويات

15	النظريات المفسرة للتوافق النفسي
17	مؤشرات التوافق النفسي
18	أبعاد التوافق النفسي
19	معايير التوافق النفسي
20	العوامل المساعدة على تحقيق التوافق النفسي
21	أسباب ضعف التوافق النفسي
22	خلاصة الفصل
الفصل الثالث : اضطراب طيف التوحد	
24	تمهيد
24	الخلفية التاريخية لاضطراب طيف التوحد
24	تعريف اضطراب طيف التوحد
25	أسباب اضطراب طيف التوحد
26	العوامل المرتبطة بخطر الإصابة
27	النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد
29	المظاهر السريرية والسمات السلوكية
31	تشخيص اضطراب طيف التوحد وفق محكات (DSM-5)
35	دور الأسرة في علاج الطفل التوحد
35	المشكلات التي تواجه أمهات أطفال طيف التوحد
37	الواقع الإحصائي لانتشار التوحد في الجزائر لعام 2026
37	البرامج العلاجية والتربوية لاضطراب طيف التوحد
39	خلاصة الفصل
الفصل الرابع : العلاج التكاملي	
41	تمهيد
42	الخلفية النظرية للعلاج التكاملي

قائمة المحتويات

43	تعريف العلاج التكاملي
44	أبعاد ومنطلقات التكامل في العلاج النفسي
45	الأنواع المحددة في العلاج التكاملي
46	أهداف العلاج التكاملي
47	مبادئ العلاج التكاملي
47	قيم العلاج التكاملي
48	كفاءات المعالج النفسي التكاملي
49	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة	
51	تمهيد
51	الدراسة الاستطلاعية
51	منهج الدراسة
52	حدود الدراسة
52	أدوات الدراسة
57	البرنامج العلاجي التكاملي
79	خلاصة الفصل
الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
81	تمهيد
81	عرض و تحليل نتائج الدراسة
118	مناقشة فرضيات الدراسة
122	استنتاج عام
124	خاتمة
127	التوصيات والاقتراحات
129	قائمة المصادر والمراجع

قائمة المحتويات

136	قائمة الملاحق
-----	---------------

قائمة الجداول

قائمة الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
(01)	مستويات شدة اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس - النسخة المراجعة (DSM-5-TR)	33
(02)	خصائص عينة الدراسة	52
(03)	محاور المقابلة العيادية	54
(04)	كيفية تنقيط مقياس التوافق النفسي العام	54
(05)	معامل الارتباط لصدق مقياس التوافق النفسي العام	56
(06)	معامل الارتباط لثبات مقياس التوافق النفسي العام	57
(07)	البرنامج العلاجي التكاملي من إعداد الطالبة بعد تحكيمه	58
(08)	الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي	63
(09)	كيفية ملء جدول المراقبة الذاتية	66
(10)	شرح تفصيلي لتقنية (STOP)	67
(11)	جدول التشوهات المعرفية	68
(12)	تقنية الأعمدة الثلاثة	69
(13)	سجل التحليل الوظيفي للسلوك	70
(14)	الروتين اليومي للطفل التوحدي	78
(15)	أمثلة على مكونات الصندوق الحسي	83
(16)	سير الجلسات العلاجية للحالة الأولى	94
(17)	سير الجلسات العلاجية للحالة الثانية	100
(18)	التطبيق العملي لتقنية الأعمدة الثلاثة مع الحالة (ر)	100
(19)	التطبيق العملي لنموذج ABC مع الحالة الثانية	101
(20)	سير الجلسات العلاجية للحالة الثالثة	106
(21)	التطبيق العملي لتقنية الأعمدة الثلاثة للحالة الثالثة	112
(22)	التطبيق العملي لنموذج ABC مع الحالة الثالثة	113
(23)	مقارنة نتائج مقياس التوافق النفسي للحالات الثلاثة (القياس القبلي والبعدي)	118

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
57	مخطط مراحل الدراسة الميدانية وتطبيق البرنامج	(01)
73	مهارة حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي	(02)
74	خطوات تقنية (DEAR MAN)	(03)
77	أهداف تقنية التهدئة الذاتية	(04)
89	النموذج المعتمد لرسالة الإمتنان	(05)

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق:

الصفحة	العنوان	الرقم
135	وثيقة التربص الميداني	(01)
136	مقياس التوافق النفسي (للدكتورة زينب محمود شقير)	(02)
138	دليل المقابلة العيادية - الحالة الأولى	(03)
141	دليل المقابلة العيادية - الحالة الثانية	(04)
145	دليل المقابلة العيادية - الحالة الثالثة	(05)

مقدمة

مقدمة :

تتسم الحياة الإنسانية في جوهرها بسلسلة متصلة من التفاعلات الديناميكية بين الفرد ومحيطه، وهي مسيرة لا تخلو من المواقف الضاغطة التي تفرسها تصاريق القدر. ويعد التوافق النفسي الركيزة الجوهرية في بناء الشخصية الإنسانية السوية، فهو الحالة التي يسعى من خلالها الفرد إلى إيجاد نوع من الانسجام بين مقتضياته الداخلية ومتطلبات البيئة الخارجية.

بيد أن هذه المسيرة قد تواجه تحديات حادة تضع التوازن النفسي على المحك وفي طليعة هذه التحديات يبرز حدث ميلاد طفل مصاب بإعاقة أو اضطراب، وهو ما يمثل مرحلة حاسمة وتغيرا جذريا في حياة الأسرة. ويأتي اضطراب طيف التوحد كواحد من أعقد هذه التحديات، إذ يمثل تشخيصه صدمة نفسية قاسية تترك آثارا عميقة على التنظيم النفسي والاجتماعي للوالدين، وخصوصا الأم، باعتبارها مقدم الرعاية الأول والطرف الأكثر التصاقا باحتياجات الطفل اليومية.

إن الأم في هذا السياق تواجه صراعا داخليا مريرا يتراوح بين الحيرة، وعدم التقبل، والوصمة الاجتماعية، مما يؤدي إلى استنزاف مواردها النفسية ودفعها نحو حالة من تدني التوافق وتنجس في مشاعر الذنب أو العجز عن التكيف مع الواقع الجديد. ومع تراكم الأسئلة حول كيفية التعامل مع الطفل ومدى قدرته على التعلم، يبرز التوافق النفسي كغاية صعبة المنال وحاجة ملحة في آن واحد.

وعليه، لم يعد كافيا الاكتفاء بالوصف النظري لمعاناة هذه الفئة، بل أضحي من الضروري التدخل العلمي الممنهج من خلال استراتيجيات علاجية متطورة. ومن هذا المنطلق، تتبلور أهمية الدراسة الحالية في تقديم مقاربة تطبيقية من خلال برنامج علاجي تكاملي، صمم ليكون أداة فاعلة في يد الأم، يساعدها على إعادة صياغة إدراكها لواقعها وتنمية مهاراتها في مواجهة الأزمات، وصولا إلى تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي المنشود.

وقد انتظمت هذه الدراسة وفق هيكلية علمية شملت جانبين (نظري وميداني)، وذلك عبر الفصول الآتية:

الفصل الأول: تناول الإطار العام للدراسة متضمنا الإشكالية، الأهداف، الأهمية العلمية والعملية، بالإضافة إلى التحديد الإجرائي للمفاهيم وعرض وتعقيب على الدراسات السابقة.

الفصل الثاني (التوافق النفسي): ركز على التأصيل النظري لمفهوم التوافق النفسي، أبعاده، والنظريات المفسرة له، مع تحديد العوامل المؤثرة في تحقيقه.

الفصل الثالث (اضطراب طيف التوحد): استعرض ماهية الاضطراب من الناحية التشخيصية (DSM-5)، مع تحليل الانعكاسات والمشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه أمهات أطفال التوحد.

الفصل الرابع (العلاج التكاملي): خصص لعرض فلسفة المنحى التكاملي في العلاج النفسي، مبرراته، وأهم الإتجاهات والفنيات (المعرفية، السلوكية، والوجدانية) التي قام عليها البرنامج المقترح.

الفصل الخامس (الإجراءات المنهجية): تضمن تفصيل الدراسة الاستطلاعية، وتحديد المنهج المتبع، وأدوات جمع البيانات، مع عرض هيكل الجلسات العلاجية للبرنامج العلاجي التكاملي.

الفصل السادس (الجانب التطبيقي): شمل عرض النتائج وتحليلها عياديا، ومناقشتها في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة، وصولا إلى الاستنتاج العام والتوصيات.

واختتمت الدراسة بأبرز النتائج والتوصيات والاقتراحات إضافة إلى قائمة المراجع والملاحق التي توثق هذا العمل.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

تمهيد

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. دوافع وأسباب اختيار موضوع الدراسة
6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
7. الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد :

يمثل هذا الفصل مدخلا تمهيديا للدراسة حيث يستهل ذلك بطرح الإشكالية البحثية وصياغة فرضياتها، مع تحديد الأهداف وأهمية البحث العلمية والعملية، وصولا إلى تبرير دوافع وأسباب إختيار الموضوع كما يتناول أيضا ضبط المفاهيم عبر التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة، ويختتم بعرض أهم الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الإشكالية:

يتمحور التوافق النفسي حول حالة من الإتزان الداخلي والرضا عن الذات والعلاقات الإجتماعية، بما يضمن التكيف مع الظروف وتحقيق التوازن بين الاحتياجات الشخصية ومتطلبات البيئة. وبحسب ما ذكرته دنيا (2025)، فإن هذا التوافق يتجسد في القدرة على إتخاذ قرارات عقلانية وإدارة المشاعر بشكل صحي، وهو هدف يستحث الوصول إليه عبر فهم الذات وممارسة تقنيات اليقظة الذهنية لبناء شبكة علاقات تدعم الإستقرار النفسي. ومع ذلك، يواجه هذا الإستقرار تحديات حادة عند ظهور اضطراب طيف التوحد داخل النسق الأسري نظرا لما يفرضه من تحديات في التواصل والتفاعل الإجتماعي تستمر طوال الحياة. وتشير الإحصائيات الحديثة الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC, 2025) إلى إرتفاع ملحوظ في معدلات الإنتشار عالميا لتصل إلى طفل من بين كل 31 طفلا (بنسبة 3.2%).

و بناء على ذلك، فإن الأثر النفسي يمتد ليشمل مقدمي الرعاية، وبالأخص الأمهات اللواتي يواجهن ضائقة نفسية كبيرة ناتجة عن شدة الأعراض والوصمة الإجتماعية، وهو ما أكدته دراسة (Abdelaziz et al, 2024). وقد كشفت الدراسات المحلية هذا الواقع حيث توصلت دراسة (عرايبي وسارة، 2025/2024) إلى وجود تدهور حاد في التوافق النفسي للأمهات نتيجة الاحتراق النفسي المزمن الذي يفرضه الاضطراب. كما أشارت دراسة (بن ساعد، 2021) بعنوان "التوافق النفسي والإجتماعي لدى أمهات التوحد في ظل بعض المتغيرات" إلى أن مستويات التوافق لدى الأم الجزائرية تتأرجح بين المتوسط والمنخفض، مؤكدة أن المتغيرات الإجتماعية والدعم الأسري يلعبان دورا حاسما في تعزيز هذا التوافق.

وفي سياق متصل، أظهرت دراسة (الشخص، 2002) حول "التوافق النفسي والإجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة" أن أمهات أطفال التوحد سجلن أدنى مستويات التوافق مقارنة بالإعاقات الأخرى، مما يؤكد خصوصية الضغط المرتبط بهذا الاضطراب. وهذا ما عززته دراسة (صالح، 2017) بعنوان "التوافق النفسي والإجتماعي وعلاقته بالدعم الإجتماعي لدى أمهات أطفال التوحد"، حيث خلصت نتائجها إلى وجود علاقة طردية بين الدعم والتوافق محذرة من تدهور التوافق لدى الأمهات اللواتي يفتقرن للمساندة.

كما بينت دراسة (مريم الحسيني، 2018) حول "إستراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بالتوافق النفسي" أن قدرة الأم على التوافق ترتبط ارتباطاً وثيقاً بنوع الإستراتيجيات المستخدمة فإن المواجهة الإيجابية ترفع مستوى التوافق، بينما يؤدي الهروب والإنكار إلى سوءه.

ورغم هذا التدهور، أثبتت الدراسات أن التدخلات المنظمة قادرة على إحداث فروق جوهريّة، كما في دراسة (بلقاسمي، 2023)، وكذلك دراسة (قاسم، 2011) بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى أمهات الأطفال التوحديين"، والتي أثبتت نتائجها نجاح البرنامج في تحسين التوافق الشخصي والإجتماعي للأمهات. وفي ذات المنحى، أكدت دراسة (سليمان، 2020) بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي قائم على اليقظة الذهنية في تحسين التوافق النفسي" أن تدريب الأمهات على تقنيات الإسترخاء والوعي بالذات ساهم و بشكل ملحوظ في رفع مستوى توافقهن وتقبلهن للواقع.

ومع ذلك، تظل الحاجة ملحة لبرامج أكثر شمولية، مثل العلاج التكاملي، وهو إتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة وتجاوز حدود النظرية الواحدة مستفيداً من دمج الفنيات في نموذج متناسق ومنظم، يهدف لتعديل الإتجاهات وعلاج الإضطرابات الإنفعالية (موسى، 2022). ويهدف هذا التدخل إلى تزويد الأمهات بمنظومة مهارات معرفية ووجدانية تعينهن على إعادة بناء إدراكهن للواقع وتحسين آليات مواجهة الأزمات، مما يساهم مباشرة في رفع مستويات التوافق والرضا عن الذات.

وبناء على ما سبق، تتبلور مشكلة الدراسة في محاولة إختبار فاعلية المقاربة التكاملية، مما يدفعنا إلى طرح التساؤلات التالية:

التساؤل الرئيسي:

ما مدى فاعلية برنامج علاجي تكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد؟

التساؤلات الفرعية:

- ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد والتي تعزى لمتغير درجة التوحد لدى الطفل؟
- ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد والتي تعزى لمتغير مدة التكفل بالطفل في المركز؟
- ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد والتي تعزى لمتغير سن الطفل؟
- ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد والتي تعزى لمتغير دعم الزوج لها؟

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية :

توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد.

الفرضيات الفرعية :

- توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد تعزى لمتغير درجة التوحد لدى الطفل.
- توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد تعزى لمتغير مدة التكفل بالطفل في المركز.
- توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد تعزى لمتغير سن الطفل.
- توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد تعزى لمتغير دعم الزوج لها.

3. أهداف الدراسة:

- الكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد.
- تحديد مدى فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى الأمهات بالنظر إلى متغير درجة التوحد لدى الطفل.
- الكشف عن أثر البرنامج في رفع مستوى التوافق النفسي للأمهات باختلاف مدة التكفل بالطفل داخل المركز.
- معرفة فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في تحسين التوافق النفسي تبعاً لمتغير سن الطفل.
- التعرف على الفروق في إستجابة الأمهات للبرنامج العلاجي والتي قد تعزى لمتغير دعم الزوج أو غيابه.

4. أهمية الدراسة:

- سد الفجوة البحثية: تبرز أهمية الدراسة من خلال معالجة الندرة النسبية في البحوث التي تستهدف الوالدين كطرف علاجي مستقل، وتعويض التركيز المكثف الذي ينصب عادة على الطفل فقط من الناحية العلاجية والسلوكية.
- تبني المقاربة التكاملية: تكمن الأهمية في تصميم برنامج علاجي لا يكتفي بجانب واحد، بل يدمج فنيات متعددة (نفسية، معرفية، وإجتماعية) في قالب تكاملي شامل.
- تعزيز التوافق النفسي: تسعى الدراسة الحالية بصفة حيوية إلى تعزيز مستوى التوافق النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وتوفير أداة دعم علمية ومنظمة لهن.
- نشر الوعي المجتمعي والأسري: من خلال رفع وعي أولياء الأمور بأهمية التدخلات العلاجية المنظمة والدعم النفسي، لما له من أثر مباشر في تحسين جودة الحياة الأسرية ككل.

5. دوافع وأسباب إختيار موضوع الدراسة:

- يعود إختيارنا لهذا الموضوع إلى تظافر أسباب ذاتية وأخرى موضوعية:
- من الناحية الذاتية: جاء هذا الإختيار نتيجة إهتمامنا برصد المشاكل النفسية والمعاناة اليومية التي تواجهها الأمهات اللواتي يربين أطفالا مصابين باضطراب طيف التوحد، ورغبتنا كطلبة في تخصص علم النفس العيادي في المساهمة في التخفيف من هذه المعاناة عن طريق تقديم تدخل علمي هادف يلمس واقع هذه الفئة ويقدم لها يد العون.
- من الناحية الموضوعية: إستند إختيارنا إلى ما لاحظناه من ندرة البرامج العلاجية التكاملية المتخصصة في البيئة الجزائرية التي تستهدف تحسين جودة حياة أمهات الطفل التوحدي، مما دفعنا إلى بناء برنامج علاجي تكاملي يجمع بين فنيات متنوعة لتعزيز توازنهن النفسي وإستقرارهن الأسري.

6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

- التوافق النفسي: هو الدرجة الكلية التي تحصل عليها الأم من خلال إجابتها على فقرات مقياس التوافق النفسي لزينب شقير (2003).

- البرنامج العلاجي التكاملي: هو مجموعة من الجلسات العلاجية المنظمة والمخطط لها تتراوح ما بين 14 إلى 16 جلسة، والتي تجمع بين فنيات علاجية متعددة (معرفية، وجدانية، وسلوكية) متسقة، تطبقها الطالبة على عينة من أمهات أطفال التوحد المتواجدين بمركز التوحد بعين تموشنت بهدف تحسين مستوى توافقهم النفسي، ويقاس أثره من خلال القياسين القبلي والبعدي.

- أمهات الأطفال المتوحدين: هن الأمهات اللواتي يقمن بالرعاية المباشرة والمستمرة لأطفالهن المشخصين بإضطراب طيف التوحد، واللواتي يشكلن العينة المستهدفة بالدراسة الحالية.

- أطفال طيف التوحد: هم الأطفال المتواجدين بمركز التكفل بذوي التوحد بعين تموشنت الذين تم تشخيصهم رسمياً من طرف مختصين (طبيب أعصاب أطفال أو نفسياني عيادي) بأنهم يعانون من اضطراب نمائي عصبي يظهر في قصور التواصل والتفاعل الاجتماعي، وهم المعنيون بوجود الأم ضمن عينة البحث.

7. الدراسات السابقة:

يستعرض هذا الجزء أهم الجهود البحثية التي تناولت التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، بهدف الإسترشاد بنتائجها وتحديد موقع دراستنا الحالية ضمن هذا التراكم المعرفي. وسنتناول هذه الدراسات وفق تسلسل زمني يبرز تطور المناهج والأدوات المستخدمة، وصولاً إلى الفجوة العلمية التي يغطيها برنامجنا العلاجي التكاملي.

أولاً: الدراسات العربية :

1.دراسة (عبد العزيز الشخص،2002) :بعنوان "التوافق النفسي والاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة"، حيث طبقت الباحثة المنهج الوصفي المقارن على عينة مكونة من (60)أما تتراوح أعمارهم ما بين 25و45 سنة، لأطفال في سن(6-12 سنة). إستخدمت الدراسة مقياس التوافق النفسي والاجتماعي (من إعداد الباحث)، وخلصت النتائج إلى أن أمهات أطفال التوحد سجلن أدنى مستويات التوافق مقارنة بأمهات الإعاقات الأخرى، مما يؤكد خصوصية الضغط النفسي المرتبط بالتوحد.

2.دراسة (أشكيب وعوينه،2019) :بعنوان "التوافق النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد بمدينة زليتن"، حيث اعتمد الباحثان المنهج الوصفي على عينة مكونة من (22)أما من الملتحق أطفالهن بمركز أسرار الرحمة.هدفت الدراسة للكشف عن مستوى التوافق وفروقه تبعاً لمتغير العمل، وأسفرت النتائج عن تمتع الأمهات بدرجة متوسطة من التوافق النفسي، مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات العاملات وغير العاملات.

3.دراسة (سليمانى،2020) :بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي قائم على اليقظة الذهنية في تحسين التوافق النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد"،إعتمدت فيها الباحثة المنهج شبه التجريبي (عينة تجريبية وضابطة) على عينة قوامها 10 أمهات تتراوح أعمارهم بين 30و42 سنة، لأطفال في سن (6-10 سنوات) كما استخدمت الدراسة برنامج اليقظة الذهنية كأداة للتدخل، وأثبتت النتائج أن تدريب الأمهات على تقنيات الاسترخاء والوعي بالذات ساهم بشكل ملحوظ في رفع مستوى توافقهن النفسي وتقبلهن لواقع أطفالهن.

4.دراسة (مرزوق،2022) :بعنوان "دور البرامج التدريبية في تعزيز التوافق النفسي والاجتماعي"، حيث تبنت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لتقييم أثر البرامج الموجهة للأمهات. طبقت الدراسة على عينة من 15أما بمتوسط عمر 35سنة، لأطفال تتراوح أعمارهم بين 5 و11 سنة. وخلصت النتائج إلى أن البرامج التي تستهدف الجوانب المعرفية والانفعالية للأم بشكل متكامل تسهم بشكل أكبر في إستقرارها النفسي مقارنة بالبرامج التقليدية.

5.دراسة (رشيد،2024) :بعنوان "التوافق النفسي والاجتماعي لدى والدي طفل التوحد".إعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن ومنهج المسح الإجتماعي، وطبقت على عينة عشوائية طبقية قوامها (146) فردا من الوالدين.إستخدمت الباحثة مقياسا مخصصا للتوافق النفسي والاجتماعي، وتوصلت النتائج إلى أن الوالدين يعانون من توافق نفسي منخفض جدا، مع عدم وجود فروق إحصائية تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، التعليم، السن)، مما يؤكد شمولية الضغوط لكافة الفئات.

6.دراسة (جريفي،2024) :بعنوان "التوافق النفسي لدى أمهات أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد"، حيث تبنت الباحثة المنهج الإكلينيكي على عينة مكونة من (6)أمهات حيث استخدمت المقابلة شبه الموجهة كأداة أساسية لجمع البيانات، وخلصت النتائج إلى أن إضطراب التوحد يؤثر سلبا على العلاقة الوجدانية بين الأم والطفل ويؤدي إلى انخفاض ملموس في مستوى تقدير الذات والعزلة الإجتماعية للأم.

7.دراسة (غربي وحلي،2025) :بعنوان "تقدير الذات والتوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد"، وهي دراسة إعتمدت المنهج العيادي (دراسة حالة) على عينة من (9)أمهات حيث إستخدمت الباحثتان أدوات عيادية شملت المقابلة، الملاحظة، مقياس كوبر سميث، ومقياس زينب شقير للتوافق النفسي و توصلت النتائج إلى وجود تباين في تقدير الذات، بينما سجلت غالبية العينة (6 حالات) مستوى توافق مرتفعا بفضل الدعم الأسري والقدرة على الاستجابة للمواقف الضاغطة.

8.دراسة (مسعودي والعكروف،2025) :ب عنوان "الإحتراق النفسي والتوافق النفسي لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد"، إعتمدت الدراسة المنهج العيادي (دراسة حالة) على عينة من7أمهات .إستخدمت الباحثان مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس زينب شقير للتوافق النفسي،بالإضافة إلى المقابلة العيادية . وأكدت النتائج معاناة الأمهات من مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي مقابل مستوى منخفض من التوافق النفسي،مما يثبت تدهور الصحة النفسية للأم نتيجة ضغوط الرعاية.

ثانيا:الدراسات الأجنبية:

1.دراسة (بيدرسن وآخرون،2017):ب عنوان "التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد"، حيث إعتد الباحثون المنهج الوصفي التحليلي على عينة من الأمهات لأطفال في سن ما قبل المدرسة وسن المدرسة (3-12 سنة)، بمتوسط عمر للأمهات قارب 38عاما .كما إستخدمت الدراسة مقاييس التوافق النفسي والضغوط للبحث عن العلاقة بين المرونة النفسية والتوافق النفسي. وتوصلت النتائج إلى أن التوافق النفسي للأم لا يعتمد فقط على شدة توحد الطفل، بل يرتبط بشكل جوهري بمدى توفر الموارد النفسية لدى الأم، وهو ما يبرر الحاجة لبرامج تعزز هذه الموارد بشكل شمولي.

2. دراسة (تشانغ وآخرون، 2020) : بعنوان "فاعلية برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد". طبقت الدراسة المنهج شبه التجريبي (مجموعة تجريبية وضابطة) على عينة مكونة من 48 أما تتراوح أعمارهم بين 30 و45 سنة، لأطفال متوسط أعمارهم 6 و5 سنوات.هدفت الدراسة لقياس أثر برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التوافق وتقليل الاكتئاب كما أثبتت النتائج أن الأمهات في المجموعة التجريبية أظهرن تحسنا كبيرا في التوافق النفسي بعد تطبيق البرنامج، مع استمرارية هذا الأثر في القياس التتبعي.

التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال إطلاعنا على الدراسات السابقة (العربية والأجنبية) ومقارنتها بالتوجه العام لدراستنا الحالية، يمكننا إستخلاص ما يلي:

أولا: من حيث موضوع الدراسة وهدفها:

تتشترك جميع الدراسات في تسليط الضوء على تدني التوافق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد. إلا أن الفجوة التي تسعى دراستنا لسدها هي نجاعة المنحى التكاملي فبينما ركزت دراسة تشانغ (2020) على العلاج المعرفي السلوكي فقط،ودراسة سليمان (2020) على اليقظة الذهنية فقط، تأتي دراستنا لتطبق برنامجا يجمع

بين هذه الفنيات (معرفية، وجدانية، وسلوكية) بناء على توصية مرزوق (2022) بضرورة التكامل لتحقيق إستقرار نفسي أعمق للأم.

ثانياً: من حيث العينة :

بينما إعتمدت بعض الدراسات على عينات كبيرة (مثل دراسة بيدرسن، 2017؛ رشيد، 2024) لغرض التعميم الإحصائي، تتجه دراستنا الحالية نحو العينة القصدية الصغيرة (4 أمهات)، وهو ما ينسجم مع خصوصية المنهج العيادي الشبه التجريبي الذي يركز على الكيف لا الكم. هذا الحجم الصغير للعينة (4 حالات) يسمح لنا بإجراء تحليل (دقيق) لكل حالة على حدة، ومراعاة الفروق الفردية في الإستجابة للبرنامج العلاجي.

ثالثاً: من حيث أدوات الدراسة :

هناك إتفاق كبير بين دراستنا والدراسات السابقة في إستخدام مقياس التوافق النفسي لزينب شقير كما في (دراسة غربي وحلي، 2025؛ مسعودي، 2025). لكننا نتميز بدمج هذا المقياس مع أدوات عيادية عميقة (المقابلة، الملاحظة) بالإضافة إلى البرنامج العلاجي التكاملي كأداة تدخل أساسية، وهو ما يجسد التكامل بين الجانبين التشخيصي والعلاجي.

رابعاً: من حيث المنهج المستخدم :

تباينت الدراسات السابقة بين المنهج الوصفي (مثل دراسة الشخص، 2002؛ رشيد، 2024) والمنهج شبه التجريبي (مثل دراسة سليمان، 2020؛ تشانغ، 2020). وتلتقي دراستنا الحالية مع الدراسات الجزائرية الحديثة (مثل دراسة جريفي، 2024؛ غربي وحلي، 2025؛ مسعودي، 2025) في تبني المنهج العيادي (شبه تجريبي) القائم على دراسة الحالة، وذلك لملاءمته لطبيعة الموضوع التي تتطلب غوصاً في أعماق البناء النفسي للأم وتتبع التغيرات الكيفية الناتجة عن التدخل العلاجي.

خامساً: من حيث النتائج:

أظهرت نتائج الدراسات السابقة تضارباً واضحاً في مستويات التوافق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد فبينما سجلت دراسات مثل (عبد العزيز الشخص، 2002)، (رشيد، 2024)، و(جريفي، 2024) إنخفاضاً حاداً في التوافق النفسي نتيجة الضغوط المستمرة والتباعد الوجداني، كشفت دراسة (غربي وحلي، 2025) عن نتائج مغايرة أظهرت مستويات مرتفعة من التوافق بفضل متغيرات وسيطة كال دعم الأسري والمرونة النفسية. وإنطلاقاً من هذا التباين، تهدف دراستنا الحالية إلى تجاوز مجرد الرصد الوصفي لمستوى التوافق، للبحث في

كيفية مساهمة البرنامج العلاجي التكاملي في تحويل حالة سوء التوافق والإحترق النفسي التي سجلتها دراسة (مسعودي، 2025) إلى حالة من الإتزان والرضا النفسي لدى الحالات الأربع المبحوثة بمركز عين تموشنت، مستفيدين في ذلك من نتائج الدراسات التي أثبتت فاعلية البرامج التدريبية كدراسة (سليمان، 2020) ودراسة (تشانغ، 2020)، مع التميز عنها بتقديم منحى تكاملي يجمع بين مختلف الفنيات لتفسير ومعالجة هذا التباين في النتائج ميدانياً.

خلاصة التعقيب:

تستفيد الدراسة الحالية من التراث العلمي السابق في تحديد المشكلة وأدوات القياس، وتتفرد عنه في تطبيق برنامج علاجي تكاملي بأسلوب عيادي معمق على عينة محدودة، مما يمنحها قيمة مضافة في فهم سيرورة التغير النفسي لدى الأم الجزائرية التي ترفع طفلًا توحيداً.

خلاصة الفصل :

شكل هذا الفصل المدخل العام للدراسة، حيث تم من خلاله طرح الإشكالية وصياغة الفرضيات وتحديد الأهداف المتوخاة، بالإضافة إلى تبيان الدوافع العلمية والموضوعية لإختيار الموضوع. كما تم تحديد المصطلحات الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وصولاً إلى إستعراض الدراسات السابقة والتعقيب عليها، مما سمح بتحديد الفجوة البحثية التي تسعى الدراسة الحالية لسدها، تمهيداً للانتقال إلى الجانب النظري المفصل في الفصول الموالية.

الفصل الثاني

التوافق النفسي

تمهيد

1. تعريف التوافق النفسي
2. النظريات المفسرة للتوافق النفسي
3. أبعاد التوافق النفسي
4. مؤشرات التوافق النفسي
5. معايير التوافق النفسي
6. العوامل المساعدة على تحقيق التوافق النفسي
7. أسباب ضعف التوافق النفسي

خلاصة الفصل

تمهيد :

يمثل التوافق النفسي حالة من الانسجام التي ينشدها الفرد لتحقيق توازنه بين مقتضياته الذاتية ض غوط بيئته الخارجية ولأهمية هذا المفهوم كركيزة للصحة النفسية، يستعرض هذا الفصل مفهوم التوافق النفسي وأطره النظرية، مروراً بتحديد مؤشرات، أبعاده، كما يتناول المعايير المرجعية لتقييمه وصولاً إلى تحليل المتغيرات المساعدة على تحقيقه والعوائق التي تحول دون إكتماله كما ينتهي الفصل بخلاصة توجز ماهية التوافق كآلية للتوازن النفسي والاجتماعي.

1. تعريف التوافق النفسي:

التعريف اللغوي:

ورد في معجم لسان العرب أن كلمة التوافق مشتق من الفعل الثلاثي وفق والتوافق يعني الإتفاق والوفاق بمعنى المواءمة ووفق الشيء أي لائمه ووافقه موافقة ووفقاً واتفق توافقاً مصدره لائم بين شيئين وجعلهما منسجمين توافق الطباع إنسجام تقارب تجاوب تام تطابق في الفكر والشعور أو التصرف. (دوسة وأبكر، 2018، ص6).

التعريف الاصطلاحي:

تعددت زوايا النظر إليه، سنقوم فيما يلي بتسليط الضوء على مجموعة من التعريفات التي وردت في المعاجم العلمية، إضافة إلى الرؤى النظرية التي قدمها رواد علم النفس من العرب والأجانب؛ وذلك للإحاطة بالمعنى من مختلف جوانبه:

تعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) التوافق النفسي بأنه: "عملية تعديل السلوك أو الاستجابات العاطفية من أجل التكيف مع الضغوط والمطالب المتغيرة للحياة اليومية، وغالباً ما يقاس بمدى قدرة الفرد على أداء وظائفه الاجتماعية والمهنية". (APA, 2015).

وفي سياق آخر عرف معجم العلوم السلوكية وولمان (1973, Wolman) التوافق النفسي بأنه: "التغييرات والتعديلات السلوكية التي تكون ضرورية لإشباع الحاجات والإجابة على المتطلبات، بحيث يستطيع الفرد إقامة علاقة متناغمة مع بيئته". (Wolman, 1973, p.115).

أما العالم لازاروس (1961) يرى التوافق بأنه: "العملية التي يدير من خلالها الفرد الضغوط والصراعات التي تواجهه في حياته اليومية، وهو ليس حالة ثابتة بل استجابة متغيرة للمطالب البيئية". (p.4).

بالنسبة لكاتل قدم تمييزاً دقيقاً بين ثلاثة مفاهيم متداخلة: للتوافق عندما قارن بين ثلاث مصطلحات هي: التكيف والتوافق والتكامل، وسيتم شرحهما كالتالي:

التكيف: يستخدم بمعنى اجتماعي فيعني إنسجام الفرد مع عالمه المحيط به.

التوافق النفسي: يعني التحرر من الضغوطات والصراعات وإنسجام البناء الدينامي للفرد ويربط كاتل بين التكيف والتوافق، فالشخص الذي يسلك سلوكا يرضى عنه المجتمع ولكنه يتعارض مع ما يؤمن به، هذا الشخص متكيف لكنه غير متوافق.

التكامل: فيعني مدى تكاثف وتأزر حاجات الفرد في سبيل هدف معين فيكون الفرد متكيفا ومتوافقا، وبالتالي في حالة تكامل ذلك أن هناك إتساقا في سلوكه ودوافعه وأهدافه. (دوسة، أبكر، 2018، ص.8) . ويشير الباحث حامد عبد السلام زهران (1994) أن التوافق النفسي هو مرادف للتوافق الشخصي، ويتمحور حول السعادة والرضا عن النفس، وتحقيق السلام الداخلي عبر إشباع الدوافع (الفطرية والمكتسبة) وبالتالي يعبر عن سلام داخلي، كما يتضمن التوافق مطالب النمو في مختلف المراحل المتتابعة. (زهران، 1994، ص.8) .

نستخلص من التعاريف السابقة أن التوافق النفسي عملية ديناميكية مستمرة تهدف لتحقيق التوازن والإنسجام بين الفرد ومتطلبات بيئته، ورغم تباين الرؤى حول مصدر هذا التغير، إلا أنها تجمع على أن الغاية الأسمى هي الوصول بالذات إلى حالة من الرضا والسكينة النفسية.

2. النظريات المفسرة للتوافق النفسي:

هنالك العديد من النظريات في علم النفس التي تناولت موضوع التوافق النفسي، على سبيل المثال لا للحصر منها :

- **النظرية البيولوجية:** من أقدم وأهم الأطر التي حاولت تفسير التوافق النفسي، حيث تنظر إليه كعملية بيولوجية نمائية في المقام الأول، ترتبط بقدرة الكائن الحي على البقاء والتكاثر من خلال مواعمة وظائفه الحيوية مع تغيرات البيئة. وتأسل النظرية البيولوجية لمفهوم التوافق كونه نشأ في الأصل كمصطلح بيولوجي شكل حجر الزاوية في نظرية داروين للنشوء والارتقاء (1859). ويستخدم هذا المفهوم في علم الأحياء تحت مسمى التكيف (Adaptation) ، حيث يرى أن الكائنات الحية الأكثر قدرة على مواعمة ظروفها مع مخاطر العالم المادي هي التي تنجح في البقاء. وتذهب هذه الرؤية إلى أن السلوك البشري بمجمله يمكن تفسيره كردود أفعال لمطالب أو ضغوط متنوعة تفرض على الفرد، سواء كانت مطالب فيزيائية تتعلق بالبقاء والمناخ، أو مطالب نفسية واجتماعية. كما يربط علماء الأحياء بين فشل عمليات التكيف مع ضغوط الحياة وبين ظهور العديد من الأمراض البشرية، مثل أمراض الدورة الدموية والجهاز الهضمي. وبذلك، فإن التوافق يمثل تفاعلا مستمرا يستجيب فيه الإنسان للمطالب الخارجية والداخلية لتحقيق التوازن. (Lazarus, 1961, p.4) .

- **النظرية المعرفية:** فسرت النظرية المعرفية التوافق النفسي من زاوية مختلفة تماما، حيث لم تركز على الغرائز أو البيولوجيا، بل ركزت على كيفية إدراك الفرد وتفسيره لما يمر به من أحداث.

ترجع النظرية المعرفية التوافق النفسي إلى طبيعة النظام الإدراكي للفرد وأساليب معالجته للمعلومات؛ فهي لا ترى التوافق كإستجابة آلية للضغوط، بل كحصوله لكيفية تفسير وتقييم الفرد للمواقف التي يواجهها. وبناء عليه، فإن الفرد المتوافق هو من يمتلك مخططات معرفية مرنة وتوقعات واقعية حول الذات والعالم، بينما ينتج سوء التوافق عن التشوهات المعرفية والأفكار غير العقلانية التي تعيق الفرد عن الإستجابة بفعالية لمتطلبات الواقع. (Lazarus & Folkman, 1984, p.24).

- **النظرية السلوكية:** أكد روادها على أن التوافق النفسي عملية مكتسبة ومتعلمة عن طريق الخبرات التي يمر بها الفرد، والسلوك التوافقي يشتمل على خبرات تشير إلى كيفية الإستجابة لتحديات الحياة والتي يتم مقابلتها بالتعزيز أو التدعيم، ويتم ذلك بطريقة آلية وهذا الإعتقاد حسب كل من سكينر وواطسون، وهذا التفسير الكلاسيكي رفضه كل من باندورا وماهوني والذي أكد بأن السلوك و سمات الشخصية نتاج التفاعل المتبادل بين ثلاثة عوامل هي المثيرات وخاصة الإجتماعية منها (النماذج) والسلوك الإنساني، والعمليات العقلية والشخصية، كما أعطى وزنا كبيرا للتعلم عن طريق التقليد ولمشاعر الكفاية الذاتية وما لها من تأثير مباشر في تكوين السمات التوافقية أو غير التوافقية.

- **النظريات الإنسانية:** ينظر روادها إلى أن الإنسان ككائن فعال يستطيع حل مشكلاته وتحقيق توازنه وأنه ليس عبدا للحتميات البيولوجية كالجنس والعدوان حسب فرويد أو المثيرات الخارجية كما يرى السلوكيون أمثال سكينر وواطسون، وأن التوافق يعني كمال الفعالية وتحقيق الذات، وأن سوء التوافق ينتج عن تكوين الفرد لحكم مفهوم سالب عن ذاته.

يتم التوافق حينما يستطيع الفرد إشباع الحاجات الفسيولوجية والحاجة للأمن والحاجة للحب والانتماء وتقدير الذات وتحقيق الذات، لذلك تركز هذه المدرسة على توفير جو من الأمن والدفيء والتقبل يستطيع فيه الفرد أن يحقق ذاته. (دوسة وأبكر، 2018، ص9).

- **نظريات التحليل النفسي:** يوضح فرويد من خلال نظريته أن التوافق عملية لاشعورية، حيث أن الأسباب الكامنة وراء أغلب السلوكيات الصادرة من الفرد هي في الأصل لا يدركها أو يعيها، وأن التوافق النفسي هو تحقيق للمتطلبات وإشباع لها في ظل القبول الإجتماعي.

في السياق ذاته، يرى يونغ أن توازن الشخصية وتوافقها هي الموازنة بين الميول الانبساطية والانطوائية من خلال التكامل بين عمليات الإدراك والاحساس، التفكير والمشاعر في حين يرى أريكسون أن أهم ما يجب أن تتصف به الشخصية التي تنسم بالتوافق النفسي وتتمتع بصحة نفسية هي: الثقة، التوجه نحو الهدف، التنافس، الإحساس بالهوية، الاستقلالية والقدرة على المحبة. (بلخيري، 2024، ص39).

وبناء على ما تقدم يمكن تلخيص جوهر التوافق في المنظور التحليلي بأنه كفاح مستمر لأننا لتحقيق الإتزان حيث التوافق النفسي يتحقق من خلال قدرة الأنا على إقامة توازن حكيم بين نزوات الهو وضغوط

الأنا الأعلى ومتطلبات الواقع. فالتوافق في هذا المنظور هو نجاح الفرد في إشباع دوافعه الفطرية بطرق مقبولة إجتماعياً، مما يقلل من حدة الصراع الداخلي ويحقق السلام النفسي.

نستنتج مما سبق إلى أن التوافق النفسي ليس حالة ساكنة، بل هو محصلة تكاملية تتضافر فيها المحددات البيولوجية مع العمليات اللاشعورية والخبرات المكتسبة. وهذا التباين النظري لا يعكس تعارضاً بقدر ما يقدم رؤية شمولية تسمح لنا بفهم التوافق كعملية ديناميكية تحدث نتيجة تفاعل مستمر بين مقتضيات الذات وضغوط البيئة بمختلف أبعادها الاجتماعية والثقافية.

3. أبعاد التوافق النفسي :

للتوافق عدد من الأبعاد أهمها ما يلي :

- التوافق الشخصي: يتمثل في الرضى عن النفس والشعور بالسعادة وإشباع الحاجات المتعلقة بمراحل النمو، فالتوافق الشخصي هو معبر عن مدى شعور الفرد بالأمان، ويشمل الإعتماد على النفس والوعي بقيمة الذات والخلو من الأمراض العصبية وذلك لتحقيق الرضا لنفسه والتغلب على القلق والخوف.

- التوافق الصحي (الجسمي): هو تمتع الفرد بصحة خالية من الأمراض الجسمية والعقلية والانفعالية وخلوه من المشاكل العضوية وتقبله لمظهره الخارجي إضافة إلى الشعور بالراحة النفسية إتجاه قدراته وإمكانياته وتمتعه بحواس سليمة مع القدرة على النشاط والحركة معظم الوقت.

- التوافق الإجتماعي: ويظهر في الشعور بالسعادة والراحة مع الآخرين والإلتزام بأخلاقيات المجتمع والتماشي مع المعايير الاجتماعية والإمتثال لقوانين الضغط الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم مع العمل من أجل مصلحة الجميع وتحقيق ما يسمى بصحة إجتماعية جيدة، ومنه فالتوافق الإجتماعي هو تكيف الإنسان مع غيره من خلال تقبل الآخرين وآرائهم وإحترامهم.

- التوافق الأسري: وهو السعادة الأسرية المتمثلة في الاستقرار والتماسك الأسري مع القدرة على تحقيق مطالبها وأهدافها وسلامة العلاقات بين الوالدين والأبناء بحيث يعم الحب والإحترام المتبادل. (مسعودي والكروفي، 2025، ص. 34).

وإلى جانب الأبعاد الكلاسيكية، تشير الدراسات الحديثة في المجالات الأكاديمية (مثل: دراسات 2024 و2025) إلى ظهور أبعاد معاصرة تفرضها التحولات التكنولوجية والمهنية، ومن أهمها التوافق الرقمي الذي يعكس مهارة الفرد في التعامل مع العالم الافتراضي، والتوافق المهني المرتبط بالاستقرار الوظيفي، مما يجعل من التوافق النفسي مفهوماً يتسع باستمرار ليشمل كافة سياقات الحياة المعاصرة.

- التوافق العاطفي: إختيار الشخص العاطفي بناء على التشابه لا الاختلاف، بمعنى أن يختار الشخص زوجة له بميول فكرية أو بمستوى إجتماعي معين لتحقيق السلام النفسي مع هذه المكانة الفكرية والسياسية والاقتصادية.

- التوافق المهني: والذي يكون بإدراك الشخص مناسبتة أو عدم مناسبتة لمهنة ما، وهذا النوع من التوافق قد يكون نمطيا بمعنى إتجاه السيدات لأعمال معينة في حين يركز الرجال على مهن بعينها.

- التوافق الزوجي: هو حالة وجدانية، تشير إلى مدى تقبل العلاقة الزوجية ويعتبر محصلة للتفاعلات المتبادلة بين الزوجين في جوانب عدة منها: التعبير عن المشاعر الوجدانية للطرف الآخر، وإحترامه والثقة فيه، وإبداء الحرص على إستمرار العلاقة معه والتشابه معه في القيم والأفكار والعادات والإتفاق على أساليب تنشئة الأطفال، وأوجه إنفاق الميزانية، إضافة إلى الشعور بالإشباع الجنسي في العلاقة.

- التوافق الديني: إن التوافق الديني يتحقق بالإيمان الصادق ذلك أن الدين من حيث هو عقيدة وتنظيم للمعاملات بين الناس ذو أثر عميق في تكامل الشخصية وإتزانها فهو يرضي حاجة الإنسان إلى الأمن وهو ضرورة نفسية وضرورة خلقية وضرورة إجتماعية .

- التوافق الدراسي: هو مدى تقبل الطالب للمدرسة والأجواء الدراسية بكل ما تحفل به من عملية تعليمية وصادقات وأنشطة وعلاقة بالهيئة التدريسية والإدارية للمؤسسة التعليمية التي يلتحق بها. ويتحقق بالنجاح في الدراسة والتحصيل العالي، من خلال مناسبة المناهج مع ميول الطلاب وإتجاهاتهم وأهدافهم المستقبلية.

نستخلص مما سبق أن التوافق النفسي منظومة متكاملة من الأبعاد المترابطة التي يؤثر كل منها في الآخر فلا يمكن تحقيق التوافق الشخصي بدون الاستقرار الأسري أو السلامة الجسمية والإجتماعية.

4. مؤشرات التوافق النفسي:

تحدد أهم المؤشرات الدالة على التوافق فيما يلي:

- النظرة الواقعية للحياة، مع طموحات ملائمة وموافقة للإمكانيات.
 - الإتجاهات الإيجابية نحو القيم الإجتماعية النبيلة.
 - الكفاية في العمل والإنتاج حسب ما تسمح به القدرات بطريقة تحقق الرضا.
 - القدرة على إنشاء علاقات إجتماعية متوازنة، والخلو من الأعراض الجسمية الناتجة عن سوء التوافق.
 - تحمل المسؤولية والقدرة على تسيير الذات وضبطها. (بلخيري، 2024، ص.44).
- يتبين لنا من خلال تقديم هذه المؤشرات أن التوافق النفسي يقاس بمدى قدرة الفرد على إحداث توازن دقيق بين طموحاته الذاتية وإمكانياته مع تبني نظرة واقعية لظروف حياته.

5. معايير التوافق النفسي:

- الراحة النفسية: يقصدون بها أن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يستطيع مواجهة العقبات وحل المشكلات بطريقة ترضاها نفسه ويقبلها المجتمع.
- الكفاءة في العمل: تعتبر قدرة الفرد على العمل والإنتاج والكفاءة فيها وفق ما تسمح به وقدراتهم من دلائل الصحة النفسية أن الفرد الذي يزاول مهنة أو عملا فنيا لو تتاح الفرصة لإستغلال كل قدراته وتحقيق أهدافه الحيوية كل ذلك يحقق له الرضا والسعادة .
- مدى تمتع الفرد بعلاقات إجتماعية :إن بعض الأفراد أقدر من غيرهم على إنشاء علاقات إجتماعية وعلى الإحتفاظ بالصدقات والروابط المتينة في المجموعات التي ينتمون اليها، وتعتبر هذه العلاقات سندا وجدانيا هاما ومقوما أساسيا من مقومات الصحة النفسية .
- الأعراض الجسمية: في بعض الاحيان يكون الدليل الوحيد على سوء التوافق هو ما يظهر في شكل أعراض جسمية مرضية، فالطب السيكوسوماتي يؤكد لنا بان كثيرا من الإضطرابات الفسيولوجية تكون ناتجة أساسا من إضطرابات في الوظائف النفسية .
- الشعور بالسعادة: إن الشخصية السوية هي التي تعيش في سعادة دائمة شخصية خالية من الصراع أو المشاكل العديدة.
- القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية: إن الشخص السوي هو الذي يستطيع أن يتحكم في رغباته، وأن يكون قادرا على إشباع بعض حاجاته .
- ثبات إتجاهات الفرد: إن ثبات إتجاهات الفرد يتم عن تكامل في الشخصية، ويتم كذلك بالإستقرار الإنفعالي إلى حد كبير .
- إتخاذ أهداف واقعية: إن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يضع أمام نفسه أهداف ومستويات للطموح، ويسعى للوصول إليها حتى ولو كانت تبدو له في غالب الأحيان بعيدة المنال، والتوافق المتكامل ليس معناه تحقيق الكمال، بل يعني بذل الجهد والعمل المستمر في سبيل تحقيق الأهداف. (جواهره وآخرون، 2015، صص.60-59) .
- من وجهة نظري، أرى أن التوافق النفسي هو القدرة على إدارة الصراعات سواء كانت داخلية مع الذات أو خارجية مع المجتمع والمعيير الحقيقي للصحة النفسية ليس في خلو الحياة من المشاكل، بل في امتلاك المرونة الكافية لتحويل العقبات إلى فرص للنمو و التطور والتغيير، وفي القدرة على الموازنة بين طموحاتنا الشخصية والواقع المعاش دون أن نفقد هدوءنا الداخلي أو جودة علاقاتنا بالآخرين. فالسعادة الحقيقية هي نتاج لرضا المرء عن دوره وإنجازه مهما كان بسيطاً.

6- العوامل المساعدة على تحقيق التوافق النفسي:

- إشباع الحاجات الأولية والحاجات الشخصية: إن عدم إشباع حاجات الفرد العضوية أو النفسية يخلل ديه توترا يدفعه إلى محاولة إشباع هذه الحاجة ويزداد هذا التوتر شدة كلما طالت مدة حرمان الفرد، أما إذا لم تسمح الظروف البيئية أو الاجتماعية بإشباع هذه الحاجة وكانت الحواجز التي تقف بين المرء وبين إشباع حاجاته قوية وممانعة فإنه يحاول إيجاد أية وسيلة يشبع بها حاجته، وفي حالة كون الوسيلة غير سوية لا يعرفها المجتمع ينحرف الفرد أو يجنح فتحمل بذلك عملية التوافق.

وفي هذا الصدد يؤكد وليام (1962) أن توافق الفرد أو عدمه يعتمد على درجة إشباعه للحاجات الأساسية والتي أرجعها إلى الحاجة إلى الأمن سواء أمنا نفسيا أو عضويا، أو الحاجة إلى إكتساب خبرات معرفية، الحاجة إلى المشاركة، وتكوين علاقات. (ملقاني وكلثوم، 2022، ص.72).

-الطفولة وخبراتها : بحيث تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل الحياة حيث تتكون فيها أنماط السلوك ومكونات الشخصية وتتشكل عناصر التوافق السليم وعدمه، والإنسان في كبره يحمل رواسب الطفولة والخبرة في طفولته تحدد بشكل مباشر رضا النفس وتوافقه إلى حتى المراحل العمرية الأخيرة وهذا يبين العلاقة بين عملية النمو والتوافق النفسي. (مسعودي والعكروف، 2025، ص.36).

3-معرفة الفرد نفسه :تعتبر معرفة الفرد لنفسه عامل أساسي في تحقيق التوافق الجيد،وهي تتضمن نواحي عديدة :

➤ أن يعرف الشخص إمكانياته وقدراته حيث بمعرفته لهذه الإمكانيات والقدرات فإنه لا يرغب في شيء، لا تسمح هذه القدرات والإمكانيات بتحقيقه أما إذا كان جاهلا بهذه القدرات فإن رغباته قد تأتي بحيث تعجز هذه الإمكانيات عن تحقيقها مما يترتب عن ذلك من إحباط .

➤ أن يعرف الإنسان الحدود والإمكانات التي يستطيع بها أن يشبع رغباته بحيث تأتي رغباته واقعية وممكنة التحقيق. (ملقاني وكلثوم، 2022، ص.72).

4-المرونة :المقصود بهذه السمة أن يكون الشخص متوازنا في سلوكياته بعيدا عن التطرف في إتخاذ قراراته وفي الحكم على الأمور والبعد عن التطرف يجعل الشخص مسائرا في بعض المواقف التي تتطلب ذلك معايير إذا رأى أن وجهة نظر أخرى سديدة.إضافة إلى أن سلوك الشخص المتوافق يتسم ببعيدة الإعتدالية والإستقلالية إذ تتطلب بعض المواقف في الحياة أن يعتمد الشخص على الآخر وفي الوقت نفسه تتطلب مواقف أخرى أن يكون الفرد مستقلا ونفس الشيء بالنسبة لبعدي القيادة والتبعية إذ تتطلب بعض المواقف أن يكون الشخص قائدا وفي بعضها الآخر أن يكون تابعا.

نستنتج مما سبق بأن الشعور بالراحة والانسجام مع النفس والمجتمع يعتمد على أربعة عوامل أساسية أولها تلبية الاحتياجات الضرورية كالأمن والعلاقات لأن الحرمان المستمر يؤدي للتوتر أو الانحراف. ثانيها أهمية الطفولة، فبذور الشخصية السوية تزرع في الصغر منذ الطفولة وتؤثر على الإنسان حتى

في كبره. ثالثها الوعي بالذات، أي أن يفهم الفرد قدراته الحقيقية ويضع أهدافا واقعية تناسب إمكانياته لتجنب الإحباط. وأخيرا المرونة، وهي القدرة على التكيف مع مواقف الحياة المختلفة، بحيث يعرف الشخص متى يستقل برأيه ومتى يحتاج للآخرين، مبتعدا عن التشدد في التفكير والسلوك.

7- أسباب ضعف التوافق النفسي:

تتعدد الأسباب والعوائق التي تحول دون تحقيق التوافق النفسي، وتتداخل فيما بينها لتشمل جوانب عضوية، نفسية، وإجتماعية، ومن أبرزها:

1-مشكلات الطفولة: الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل، سواء الناتجة عن مشاكل الوالدين أو الصعوبات الدراسية كالتنمر وقسوة المعلمين. وعدم إشباع الإحتياجات النفسية الأساسية في الصغر يؤدي غالبا إلى صعوبة في تحقيق التوافق النفسي في مراحل العمر اللاحقة.

2-ضعف المهارات الإجتماعية: يؤدي نقص المهارات الإجتماعية إلى ضعف الأداء الأكاديمي أو المهني، وصعوبة في التواصل مع الآخرين. هذا الإنسحاب الإجتماعي قد يسبب فقدان الثقة بالنفس، ولوم الذات المستمر، مما يضعف التوافق النفسي.

3-الضغوط المتواصلة: ضغوط الحياة المجهدة والمتتالية (مثل إنهيار العلاقات الأسرية، الأزمات المالية، ضغوط العمل، أو مسؤوليات التربية) تزيد من حدة التفكير الزائد، مما يؤدي إلى إستنزاف الفرد نفسيا.

4-الإهانة وسوء المعاملة: التعرض للإساءة المستمرة سواء من الوالدين، شريك الحياة، أو حتى في بيئات الرعاية، يساهم في تدني صورة الذات ويهز إستقرار الفرد النفسي وتصالحه مع نفسه.

5-المرض والإعاقة: تؤثر المشكلات الطبية المزمنة، الألام المستمرة، الإعاقات الجسدية، أو حتى عدم الرضا عن المظهر الخارجي (مثل السمنة أو النحافة المفرطة) على شعور الفرد بالإختلاف عن الآخرين، مما قد يعيق تقبله لذاته.

6-المرض النفسي: إضطرابات القلق والإكتئاب هي عوائق مباشرة للتوافق. وتزداد الخطورة عند إنكار المرض ورفض العلاج، مما قد يدفع الشخص نحو العزلة أو الإدمان كنوع من الهروب، وبالتالي تدهور التوافق النفسي.

7-العوائق المادية والإقتصادية: يلعب نقص المال وإنعدام الإمكانيات دورا حاسما كعائق مادي يمنع الفرد من تحقيق أهدافه، مما يولد شعورا بالعجز وعدم الرضا. (ملقاني وكلثوم، 2022، ص.72).

نستنتج من خلال ما سبق بأن تحقيق التوافق النفسي ليس مجرد غاية ذاتية بل هو حسيطة توازن معقد يتطلب تجاوز تراكمات الطفولة وضغوط الواقع الاجتماعي والاقتصادي المتسارع فالعوائق العضوية والنفسية كالإعاقة أو الاضطرابات، تتشابه مع فقدان المهارات الاجتماعية لتشكّل حاجزا أمام تقبل الذات وعليه نرى بأن الاستقرار النفسي يظل مرتبطا بالقدرة على إدارة الصراعات الداخلية ومواجهة الإساءات والضغوط برؤية واضحة تكسر حلقة العزلة لدى الفرد .

خلاصة الفصل:

يظهر لنا من خلال ما تم تقديمه في هذا الفصل بأن التوافق النفسي مؤشر جوهري يعكس سلامة الفرد وقدرته على التكيف مع متغيرات الحياة المختلفة ولا يعتبر مجرد غياب للإضطرابات، كما أنه حالة من الإتزان والإنسجام بين الذات والمحيط، تتشكل في ضوء الظروف المعيشية المختلفة.

ووفق ما تم التطرق إليه، فإن التوافق لا يتحقق بشكل كامل أو ثابت، بل هو عملية ديناميكية مستمرة تتأثر بعدة عوامل، وبمدى توفر مصادر الدعم التي يفرضها الواقع. ومن هذا المنطلق، تبرز الضرورة الملحة لتدخلات نفسية وإجتماعية فعالة تدفع به نحو تحقيق صحة نفسية مستقرة وتوافق أفضل.

الفصل الثالث

إضطراب طيف التوحد

تمهيد

1. الخلفية التاريخية لتطور إضطراب طيف التوحد
2. تعريف إضطراب طيف التوحد
3. أسباب إضطراب طيف التوحد
4. العوامل المرتبطة بخطر الإصابة (عوامل الخطر)
5. النظريات المفسرة لإضطراب طيف التوحد
6. المظاهر السريرية والسمات السلوكية
7. تشخيص إضطراب طيف التوحد وفق محكات (DSM-5)
8. دور الأسرة في علاج الطفل التوحيدي
9. المشكلات التي تواجه أمهات أطفال طيف التوحد
10. الواقع الإحصائي لانتشار التوحد في الجزائر لعام 2026
11. البرامج العلاجية والتربوية لإضطراب طيف التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد إضطراب طيف التوحد من أكثر الإضطرابات النمائية تعقيدا في العصر الحديث، نظرا لتعدد أبعاده وإنطلاقا من هذا المنظور العلمي، يهدف هذا الفصل إلى تقديم عرض نظري متكامل يتناول التعريف بالإضطراب وأسبابه ونظرياته المفسرة كما يسلط الضوء على الجوانب السريرية والعلاجية مع التركيز على البعد الأسري .

1 - الخلفية التاريخية لتطور إضطراب طيف التوحد:

يمكن تتبع مفهوم التوحد من وجهات نظر متعددة، إشتقاقية وتاريخية وتصنيفية حيث اشتق مصطلح التوحد من الكلمة اليونانية *Autos* التي تعني الذات، ويعكس الإنطواء على الذات والإنسحاب من التفاعلات الإجتماعية. (خيثر وخضراوي، 2023، ص.55).

تاريخيا، وصف مودزلي الحالة لأول مرة عام 1867، ثم إستخدم بلورر مصطلح *Autismus* عام 1911 لوصف الإنطواء المبالغ فيه على الذات وفقد الإتصال بالواقع. وفي 1943، ميز كانر الإضطراب بعدة علامات عيادية، منها العزلة الشديدة، إضطرابات اللغة، والسلوكيات المتكررة، مع الإشارة إلى مصدر بيولوجي ونفسي محتمل للإضطراب. (شليبي، 2025، ص.591-592) .

و بالنسبة على صعيد التصنيف الطبي العقلي، بدأ إدراج التوحد في الدليل التشخيصي DSM عام 1952 ضمن الاضطرابات الذهانية الطفولية، ثم أصبح في 1980 إضطرابا نوعيا ضمن الإضطرابات الشاملة للنمو، مع تطور تدريجي لمحكات التشخيص والفئات الفرعية، وصولا إلى الطبعة الخامسة عام 2013 التي إعتمدت مصطلح إضطراب طيف التوحد بمقاربة بعدية تراعي تنوع الحالات وإختلاف الأعراض. (شليبي، 2025، ص.592-594) .

من وجهة نظرنا نعتقد أن تطور فهم إضطراب طيف التوحد على مر السنوات أمر مهم جدا، ونلاحظ كذلك بأن هذا التطور في الفهم قد حسن نظرة المجتمع إلى التوحد وساعد على تصحيح الأفكار الخاطئة التي كانت موجودة في الماضي.

2- تعريف إضطراب طيف التوحد:

يعتبر ليو كانر (Leo Kanner) أول من وضع تعريفا للتوحد سنة (1943)، واصفا إياه بأنه: «سلوكيات مميزة تشتمل على عدم القدرة على تطوير العلاقات مع الآخرين، وتأخر في إكتساب الكلام، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية، مع مظهر جسمي طبيعي». (بلعزوز، 2022، ص.21).

وكان يذكر سابقاً أن إضطراب طيف التوحد يشمل فئات مثل التوحد النمطي ومتلازمة أسبرجر؛ حيث كان المصطلح مرادفاً لإضطراب النمو الشامل. أما الآن، فقد أصبح هو المصطلح الرسمي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) والمحدث (DSM-5-TR)، حيث دمجت هذه التصنيفات ضمن مسمى واحد.

أما الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5)، فيعرفه بوجود: «قصور نوعي في مجالين: التفاعل والتواصل الاجتماعي، وأنماط متكررة ومحددة من السلوك والإهتمامات، والتي يجب أن يكتمل ظهورها قبل السنة الثانية من العمر». (American Psychological Association, 2013).

ويعرف مجلس البحث الوطني الأمريكي (NRC, 2001) التوحد بأنه: «طيف من الإضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض؛ فلا يوجد سلوك منفرد بشكل دائم للتوحد، مع وجود تشابهات قوية خاصة في الجانب الاجتماعي». (كما ورد في العبادي، 2011، نقلاً عن عبد الرحيم، 2021، ص.3).

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2025)، فهو: «مجموعة متنوعة من الحالات المرتبطة بنمو الدماغ، تتميز بصعوبات في التفاعل الاجتماعي، وأنماط غير مألوفة من الأنشطة مثل التركيز المفرط على التفاصيل». وتتفق Mayo Clinic مع ذلك، مؤكدة أن الأعراض تظهر غالباً في السنة الأولى وتصبح واضحة بين عمر 18 و24 شهراً.

إستباقاً للتعريف التي تم عرضها، نستنتج بأن طيف التوحد هو إضطراب نمائي عصبي يبدأ في الطفولة المبكرة، ويعيق الطفل عن نموه الاجتماعي والتواصلي.

3-أسباب إضطراب طيف التوحد:

1-المحددات الجينية والوراثية: تشير الأدلة العلمية إلى أن احتمال إصابة الطفل بالتوحد يتأثر بعوامل جينية أساسية حيث يرى الخبراء أن التوحد قد يكون وراثياً نظراً لملاحظة أنماط متكررة للإصابة بين الأشقاء. ومن المهم أكاديمياً التفريق بين المفاهيم الجينية والوراثية فالتوحد الجيني يشير إلى وجود اختلافات في جينات معينة تؤثر على تطور الدماغ، وقد تظهر هذه التغيرات لأول مرة لدى الطفل (طفرة) دون أن تكون منقولة من الوالدين، وفي هذه الحالة لا تعتبر وراثية بالمعنى التقليدي.

2-العوامل الحيوية (البيولوجية) والطبية: تبين الدراسات الحديثة وجود علاقة بين استخدام أدوية معينة أثناء الحمل وزيادة خطر التوحد، مثل مضادات النوبات (فالبروات وكاربامازيبين)، بينما أثبتت النتائج

عدم وجود أي صلة بين استخدام الأسيتامينوفين بجرعاته الموصى بها وبين الإصابة بالتوحد أو فرط الحركة. كما أكدت الأبحاث المستفيضة زيف الإدعاءات التي تربط بين اللقاحات (مثل لقاح الحصبة) وبين التوحد، حيث تم إلغاء الدراسات التي روجت لذلك سابقاً لعدم صحتها.

3- مضاعفات الحمل والولادة والأيض: تؤدي بعض الظروف الصحية أثناء مرحلة التكوين والولادة دوراً في الإصابة من ناحية مضاعفات الحمل، هناك احتمال لتأثر الجنين بنزيف الأم في الأشهر الثلاثة الأولى، أو بوجود تركيبة غير معتادة للمواد في السائل المحيط به. ومن ناحية أخرى، تزداد فرص الإصابة نتيجة مشاكل الولادة مثل صعوبات التنفس والأنيميا، أو بسبب تأثير عقاقير معينة تناولتها الأم أثناء الحمل كما تلعب العوامل الغذائية والتمثيلية دوراً في هذا السياق، حيث وجدت علاقة بين سوء تغذية الأم وانخفاض مستويات عناصر حيوية كالمغنيسيوم والزنك في دم وأنسجة أطفال التوحد.

نستنتج أن هذه النتائج السابقة الذكر تعكس لنا الطبيعة المعقدة للتوحد، مما يؤكد الحاجة إلى المزيد من الأبحاث لفهم دور كل عامل وكيفية تفاعل العوامل البيئية مع الاختلافات الجينية.

4- العوامل المرتبطة بخطر الإصابة:

إن عدد الأطفال الذين يتم تشخيصهم بإضطراب طيف التوحد في تزايد مستمر ولم يتضح بعد ما إذا كان هذا الارتفاع يعود إلى تحسن أساليب التشخيص وآليات الإبلاغ عن الحالات، أم هو زيادة فعلية في عدد الأطفال المصابين، أم كلاهما معاً.

يؤثر إضطراب طيف التوحد على الأطفال من جميع الأعراق والجنسيات، إلا أن هناك عوامل معينة تزيد من احتمالية إصابة الطفل، بحيث نذكر منها ما يلي :

1- جنس الطفل: تزداد احتمالية تشخيص الأولاد بإضطراب طيف التوحد بنحو أربعة أضعاف مقارنة بالفتيات ورغم شيوع الإصابة بين الأولاد، فمن المحتمل أن تكون بعض الفتيات المصابات لم يتم تشخيصهن بعد وفسر هذا على أن الفتيات قد يتميزن بسمات الخجل والحياء وعلى هذا الأساس قد لا تعرف هذه السمات على أنها أعراض توحد .

2- التاريخ العائلي: يزداد خطر إنجاب طفل آخر مصاب بالتوحد لدى العائلات التي لديها طفل مصاب بالفعل وفي بعض الأحيان، قد يظهر الآباء أو الأقارب مشاكل طفيفة في التواصل أو المهارات الاجتماعية، أو تظهر عليهم سلوكيات نمطية ترتبط بالاضطراب.

3- حالات صحية أخرى: يرتفع خطر الإصابة بإضطراب طيف التوحد أو أعراض مشابهة له لدى الأطفال الذين يعانون من حالات طبية معينة ومن الأمثلة على ذلك:

- متلازمة X الهشة: وهي حالة وراثية تؤدي إلى إعاقة ذهنية.
- التصلب الحدبي (Tuberous Sclerosis): وهي حالة تنمو فيها أورام حميدة في الدماغ.
- متلازمة ريت (Rett syndrome): حالة وراثية تصيب الفتيات غالباً، وتسبب صغر حجم الرأس، وإعاقة ذهنية، وفقدان القدرة على استخدام اليدين بشكل هادف.
- الولادة المبكرة (الخداج): قد يزداد خطر الإصابة لدى الأطفال الذين يولدون قبل الأسبوع الـ 26 من الحمل.
- أعمار الوالدين: قد توجد علاقة بين إنجاب أطفال من والدين أكبر سناً وبين زيادة خطر الإصابة بالتوحد، إلا أن الأمر لا يزال يتطلب المزيد من الأبحاث لإثبات هذا الارتباط بشكل قاطع. (Mayo Clinic, 2025).

5- النظريات المفسرة لإضطراب طيف التوحد:

تعددت النظريات التي فسرت حدوث التوحد ويرجع هذا التعدد لعدم وجود سبب وحيد وأكد للإصابة بهذا الإضطراب، فهناك نظريات بيولوجية، وأخرى نفسية، وإجتماعية، سنقوم بعرضها كالتالي:

1- النظرية الوراثية الجينية والكروموزومية: تتناول هذه النظرية أسباب التوحد حيث هناك دراسات عديدة تجرى على أطفال التوحد وعلى أقاربهم لتبيان مدى إرتباطهم بهذا المرض فهناك بعض الابحاث تشير إلى احتمالية إرتباط التوحد مع مجموعة من الجينات حيث لها تأثير مشترك وإرتباطها بالكروموسوم 16 والبعض يذكر الكروموسوم 3 لكن البعض الآخر لا يؤكد .

2- نظرية التحليل النفسي: ترى نظرية التحليل النفسي في التوحد مؤشراً على خلل في التوازن بين عناصر الشخصية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، وحالة عدم التوازن هذه تنتج عن صراعات نفسية داخلية، وعليه فإن معالجة الذاتوية تتطلب تحديد تلك الصراعات، وإخراجها إلى حيز الوعي حيث يستطيع الفرد مواجهتها، ويقترح هذا الإتجاه التعامل مع الحالة فردية إلى أقصى حد ممكن. (قاسم ومصطفى، 2016، ص. 42).

3- النظرية السلوكية: تتعامل مع الحالة بإعتبارها محصلة لتعليم الطفل إستجابات غير مناسبة، وعدم تعلمه إستجابات مناسبة وبالتالي يتم إستخدام أساليب تعديل السلوك والتي تشمل على تغيير بيئة الطفل أو إعادة تنظيمها وتوظف أساليب القياس المباشرة والمتكررة للسلوك، وإستخدام تصاميم البحوث التجريبية للتحقق من نجاح الأساليب العلاجية المستخدمة. (قنديل، 2017، ص. 45).

4- النظرية المعرفية: إن الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لديهم مشكلات معرفية شديدة، تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع والتشكيل، وتطبيق القواعد والمبادئ وإستعمال المعلومات،

والنظرية المعرفية تقترض أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية، وتسبب مشكلات إجتماعية. ومن خلال هذه النظرية المعرفية فإن العلماء المعرفيين يحاولون تسليط الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد. (الخفاجي، 2017، ص.158).

وفي نفس السياق، يذهب ناصر (2025، ص.33) إلى توضيح طبيعة هذه العيوب الإدراكية، حيث أشار إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد هم أطفال إنتقائيون في إنتباههم لأسباب تعزى لعيب إدراكي فهم يستطيعون الإستجابة لمثير حسي واحد في وقت واحد (بصرياً أو لمسياً أو غيرها) والأدلة الإختبارية التطبيقية لدعم هذا التفسير جاءت من إختبار إيجاد الصور المخفية، فالأطفال التوحديون يجيدون مثل هذه الإختبارات لأنهم يركزون بشكل مباشر على كل جزء، ولا يتغير بسهولة بسبب الصورة الكلية إلا أنهم لا يقومون بإشتقاق المعاني من المثيرات لأجزاء كثيرة.

5- النظرية البيولوجية: يعتقد أن الحالات التي تسبب تلفاً للدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها أو تهئي لحدوث الاضطراب مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية، الإختناق أثناء الولادة وإلتهاب الدماغ، مضاعفات ما قبل الولادة، وفي سنة (1964) قدم ريملاند أدلة على أن التوحد يعتبر إضطراباً عضوياً ومنذ ذلك الحين أكدت دراسات على أن هناك فروقا بين أدمغة الأطفال العاديين، والأطفال ذو إضطراب التوحد، وأهم الأسباب العصبية هي: المخ، المخيخ، جذع الدماغ، الخلايا العصبية.

6- النظرية البيوكيميائية: أشارت البحوث والدراسات إلى علاقة التوحد بالأسباب البيوكيميائية العصبية وبصفة عامة على إضطرابات تتمثل في خلل في هذه الإفرازات: إفرازات النواقل العصبية، ويعد السيروتونين هاما حيث يتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية بما فيها إفرازات الهرمونات، النوم، حرارة الجسم، ويشير كامبل إلى الكثير من أعراض التوحدية مثل: النشاط الزائد، الحركات النمطية تحدث عند تناول عقار يخفض مستوى الدوبامين. (سنوسي، 2017، ص.34).

7- نظرية الدراسات العصبية: ترجع نظرية الدراسات العصبية إضطراب طيف التوحد إلى وجود إختلالات بنوية ووظيفية في الجهاز العصبي المركزي، تنعكس في تأخر نمو اللغة، وإضطرابات معرفية وحركية، وضعف الإستجابة للمثيرات الحسية وقد كشفت الفحوصات الطبية عن شذوذات عصبية لدى المصابين، مثل ضعف نغمة العضلات والتأزر الحسي وتغيرات في تخطيط الدماغ كما تشير بعض الفرضيات إلى تمركز الخلل في جذع الدماغ أو القشرة الدماغية، بينما تؤكد توجهات حديثة وجود إضطراب وظيفي في نصف الكرة الأيسر المسؤول عن اللغة، مقابل سلامة نسبية لوظائف النصف الأيمن.

8-نظرية التعلم الإجتماعي: ترى هذه النظرية أن التوحد هو نتيجة لفشل التعلم الإجتماعي والقصور من الناحية المعرفية يكون في التفسير وفي النوعية، وقصور في التقليد الاجتماعي خاصة إذا كان في مراحله المبكرة فإنه يعيق النمو الإجتماعي لدى الطفل مما يؤدي إلى خلل في التواصل الإجتماعي وتجعل من الطفل يتعامل مع الأفراد وكأنهم أشياء قد يتجاهلها، كما أن الخلل في التعلم الاجتماعي يؤدي إلى عجز في النمو اللغوي، وقصورا في بناء علاقات إجتماعية. (ريغي، 2022، ص.30) .

من وجهة نظري، أرى أن كثرة هذه النظريات تدل على أن التوحد ليس مجرد مرض بسيط له سبب واحد بل هو حالة معقدة تبدأ بخلل في الدماغ أو الجينات وتؤثر على طريقة فهم الطفل للعالم من حوله فبينما يركز العلم على الأسباب العضوية والكيميائية، نجد أن التأثير الأكبر يظهر في صعوبة تواصل الطفل مع المجتمع وفشله في تعلم المهارات البسيطة بالتقليد كما يفعل بقية الأطفال وهذا يعني أننا لا نستطيع الاعتماد على حل واحد فقط، بل نحتاج لفهم طريقة تفكيرهم المختلفة.

6-المظاهر السريرية والسمات السلوكية لإضطراب طيف التوحد:

وفقا لما أورده الباحثون (Cherney & Jill, 2022)، تبدأ علامات إضطراب طيف التوحد بالتبلور بشكل جلي في مرحلة الطفولة المبكرة، وتحديدًا في الفترة الممتدة بين 12 و 24 شهرا، مع إمكانية رصدها في وقت سابق أو لاحق لذلك، ويمكن تصنيف هذه المظاهر وفقا للسياق النمائي كما يلي:

1-العلامات المبكرة:

تتمثل المؤشرات الأولية التي يمكن ملاحظتها في مرحلة مبكرة من عمر الطفل في مجموعة من السلوكيات، من أبرزها:

- مشكلات في التواصل: وتظهر من خلال عدم استجابة الطفل عند مناداته بإسمه، مع وجود تجنب واضح ومستمر للتواصل البصري مع الآخرين.

- النفور من التفاعل الجسدي: حيث يبدي الطفل ضيقا أو مقاومة عند محاولة احتضانه أو لمسه، ويفضل غالبا ممارسة الأنشطة واللعب بشكل منفرد.

- تأخر نمو النطق: يلاحظ بطء في اكتساب المهارات اللغوية، وفي حال تطور الكلام، قد يميل الطفل إلى تكرار الكلمات أو العبارات بشكل آلي (Echolalia).

- الأنماط الحركية والحسية: تظهر بعض الحركات الميكانيكية مثل المشي على أطراف الأصابع، بالإضافة إلى الحساسية المفرطة إتجاه الأصوات الصاخبة، والدخول في نوبات غضب غير مبررة مع عدم تقدير المخاطر المحيطة.

2- الخصائص السلوكية والنمائية حسب الفئات العمرية:

تنقسم هذه السمات وفقا للتطور العمري إلى مجموعتين رئيسيتين تشملان صعوبات التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المقيدة، وذلك وفقا لما يلي:

أولا: مظاهر التفاعل والتواصل الاجتماعي:

- لدى الأطفال في سن المشي: يلاحظ عليهم عدم اتباع نظرات الآخرين أو الاهتمام بالألعاب التي تتطلب تبادلا أدوارا (مثل الغميضة)، كما قد يستخدم الطفل يد الشخص البالغ كأداة للوصول إلى ما يريد بدلا من الإشارة إليه.

- لدى الأطفال في سن المدرسة: يميلون لإجراء محادثات أحادية الجانب دون مراعاة لرد فعل الطرف الآخر، ويواجهون صعوبة في التعبير عن المشاعر أو فهم لغة الجسد، مع التحدث بنبرة صوت رتيبة تفتقر للمشاعر.

- لدى المراهقين: تزداد التحديات في فهم المقاصد الضمنية مثل السخرية أو التشبيهات، ويواجهون صعوبة في بناء علاقات مستقرة مع الأقران، مما يجعلهم يميلون للتفاعل مع الأطفال الأصغر سنا أو البالغين بشكل أسهل.

ثانيا: مظاهر السلوك والتصرفات النمطية:

- السلوكيات المتكررة: وتتضمن القيام بحركات نمطية مثل التأرجح، أو الدوران حول النفس، أو رفرفة اليدين، مع إبداء انزعاج شديد عند حدوث أي تغيير في الروتين اليومي.

- الإهتمام بالتفاصيل: التركيز على أجزاء فرعية من الأشياء (مثل عجلات اللعبة بدلا من اللعبة كاملة)، والإصرار على ترتيب المقتنيات بنظام محدد ومقاومة أي تغيير فيه.

- الإهتمامات المركزة: إمتلاك شغف مكثف بمواضيع محددة جدا، بالإضافة إلى تفضيلات غذائية صارمة، حيث قد يرفض الطفل أنواعا معينة من الطعام بناء على قوامها أو لونها.

نستنتج بأنه لا يوجد دائماً فصل حاسم بين سمات التوحد والتصرفات الطبيعية للأطفال، حيث قد تظهر بعض هذه السلوكيات لدى جميع الأطفال في فترات معينة ومع ذلك تتميز هذه السلوكيات في حالة التوحد بكونها مستمرة وليست مجرد مرحلة عابرة مما قد يفرض تحديات في البيئات المدرسية والاجتماعية.

7- تشخيص إضطراب طيف التوحد وفق محكات (DSM-5) :

1-معايير تشخيص إضطراب طيف التوحد:

يمكن تعريف معايير تشخيص إضطراب طيف التوحد بأنها تقويم علمي شامل يقوم على رصد الأعراض والسلوكيات عبر فحوصات وملاحظات وتقييمات مرجعية دقيقة، ينفذها فريق متعدد التخصصات باستخدام أدوات متنوعة، مع مراعاة الفروق الفردية في شدة الأعراض بين الأطفال. يمثل الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية في إصداره الخامس النسخة المراجعة -DSM (5-TR)، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2022)، المرجع القياسي والمنقح الذي يعتمد عليه عالمياً لتشخيص الإضطرابات النمائية وقد حافظت هذه النسخة المراجعة على الأسس التشخيصية للإصدار الصادر عام (2013) مع تقديم توضيحات أكثر دقة للمحكات، وهي تظهر وفق الترميز الدولي (F84.0) كما يلي:

A - عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال كل ما يلي، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

1. عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2. العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3. العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

B- أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

1. نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً، أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليد الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).
 2. الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم)، (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2022، ص.ص 51-52).
 3. إهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلاً، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، إهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواقفة).
 4. فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو إهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو أنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).
 - C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الإجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة).
 - D- تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.
 - E- لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.
- ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن لا تستوفى لديهم معايير اضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي.

تحديد الشدة الحالية:

- يحتاج لدعم كبير . : تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة المتكررة يحتاج لدعم كبير، يحتاج للدعم جداً. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2022، ص. 53)
- جدول رقم (01):** مستويات شدة اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس - النسخة المراجعة (DSM-5-TR)

مستوى الخطورة	السلوكيات النمطية المتكررة	التواصل الاجتماعي
المستوى 3 يحتاج لدعم كبير جدا	إنعدام المرونة في السلوك، وصعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء في جميع المناحي. إحباط/صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل.	عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي يسبب تدنيا شديدا في الأداء، مع بدء محدود جدا للتفاعل الاجتماعي، ومع أقل الاستجابات لإستهلالات الغير. مثلا، شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح والذي نادرا ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الإحتياجات فقط وللإستجابة للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط.
المستوى 2 يحتاج لدعم كبير	إنعدام المرونة في السلوك، وصعوبة التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تظهر بتكرار كاف ليبدو ظاهرا للمراقب الخارجي وتتداخل بالأداء في العديد من السياقات. ضيق أو صعوبة في تغيير التركيز أو الفعل.	عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، الإختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع وجود الدعم في المكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع إستجابات منقوصة أو شاذة لإستهلالات الغير. فمثلا، شخص يتحدث جملا بسيطة ويكون تفاعله مقتصر على إهتمامات خاصة ضيقة ولديه تواصل غير لفظي شاذ بشكل ملحوظ.
المستوى 1 يحتاج للدعم	إنعدام المرونة يسبب تداخلا واضحا مع الأداء في واحد أو أكثر من السياقات. مشاكل التنظيم والتخطيط تعرقل الإستقلالية.	دون دعم في المكان فالعجز في التواصل الاجتماعي يسبب تدنيا ملحوظا. صعوبة بدء التفاعلات الاجتماعية، مع أمثلة واضحة للإستجابات غير الناجحة أو غير المعتادة لإستهلالات الغير، وقد يبدو إنخفاض الإهتمام بالتفاعلات الاجتماعية. فمثلا، شخص لديه القدرة على الكلام بجمال كاملة قد ينخرط بإتصال ولكن محادثته من وإلى الآخرين ستفشل، ومحاولاته لتكوين أصدقاء تكون غريبة وغير ناجحة عادة.

(الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، 2013، ص.52)

التعليق على الجدول:

يستعرض الجدول تصنيف مستويات شدة اضطراب طيف التوحد وفقا لمعيار التوافق الاجتماعي والسلوكيات النمطية، حيث يتدرج من المستوى الأول الذي يظهر فيه عجز ملحوظ في التفاعل الاجتماعي يحتاج إلى دعم بسيط لتحقيق الاستقلالية، وصولا إلى المستوى الثالث الأكثر خطورة والذي يتسم بعجز شديد وانعدام للمرونة السلوكية مما يتطلب دعما كبيرا جدا ويعكس هذا التدرج العلاقة الطردية بين تدهور مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وبين تزايد حدة السلوكيات المتكررة، مما يؤكد أن التدخل العلاجي يجب أن يكون نوعيا ومصمما بناء على مستوى احتياج الطفل لضمان تقليل مستويات الإحباط وتحسين الأداء الوظيفي في مختلف الميادين الحياتية.

مما سبق نستنتج أن تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب الدليل العالمي (DSM-5-TR) لم يعد مجرد ملاحظة عابرة فقط بل أصبح عملية دقيقة تقوم على أمرين أساسيين فالأول هو وجود نقص دائم في القدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين (مثل صعوبة الكلام أو فهم لغة الجسد) والثاني هو اتباع أنماط سلوكية متكررة أو اهتمامات ضيقة جدا والحساسية المفرطة للمؤثرات الحسية كما يوضح الدليل أن هذه الأعراض تظهر منذ الطفولة المبكرة وتؤثر بوضوح على حياة الفرد اليومية مع تصنيف الحالات إلى ثلاثة مستويات تختلف باختلاف الحاجة للدعم فالمستوى الأول يحتاج دعما بسيطا، بينما يحتاج المستوى الثالث إلى دعم مكثف جدا نظرا لصعوبة التواصل وانعدام المرونة في السلوك.

2- التشخيص الحديث لإضطراب طيف التوحد:

تعتمد حاليا عدة أدوات تقييم تشخيصي على معايير الجمعية الأمريكية للطب النفسي، تشمل: مقابلة (ADI)، ومقاييس (ADOS)، وإختبار (CAST)، ومقاييس (CARS)، بالإضافة إلى مقياس M-CHAT-R/F الذي يعد أحد أبرز أدوات الفحص المبكر بحيث توصي الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال باستخدامه بين سن 18 و24 شهرا كخطوة ضرورية تسبق التشخيص المعمق. ويؤكد إيدلسون (Edelson, 2019) على ضرورة سد الفجوات التشخيصية وتوحيد الجهود بين المطورين التقنيين والأطباء لتمكين المصابين من تحقيق إمكاناتهم الكاملة. ومع ذلك، لا يمكن الإكتفاء بأداة واحدة لتمثيل الطيف بأكمله، بل يتطلب الأمر دمج عدة إختبارات لتشخيص جميع أشكال التوحد.

وفي منحنى معاصر، تعتمد التقنيات التشخيصية على تطبيقات رقمية تراقب الطفل آليا لتحليل سلوكياته بتوظيف الرؤية الحاسوبية من أجل الكشف عن مؤشرات التوحد منذ سن 6 أشهر، وهي مرحلة قد يصعب فيها على الملاحظ البشري رصد تلك العلامات بدقة. (Duke Center for Autism and Brain Development, 2026).

وفي السياق المحلي، ومن خلال حضورنا لفعاليات الملتقى التوعوي بإضطراب طيف التوحد المقام بجامعة عين تموشنت خلال شهر أبريل 2026، ومن خلال مداخلة من طرف أحد الأساتذة الحاضرين والمهتمين بهذا المجال تم رصد توجه بحثي وطني لتبني هذه التقنيات الرقمية وتوفيرها كدراسات مخبرية في الجامعات الجزائرية، وسط وعي متنام لدى الأخصائيين بضرورة دمجها رغم أنها لم تتحول بعد إلى بروتوكول إلزامي في المستشفيات العمومية. (Development, 2026).

أرى أن فاعلية التشخيص الحديث تكمن في الدمج بين المعايير المعتمدة والحلول التقنية المبتكرة فالترام المختص بمعايير (DSM-5) واستخدامه لأدوات مثل (ADI, ADOS, CARS) يكتسب قيمة أكبر عند تعزيزه بالذكاء الاصطناعي كأداة إسناد ترفع دقة الكشف المبكر عن المؤشرات الدقيقة. كما يمثل الاعتماد على مقياس (M-CHAT-R/F) خطوة مسبقة جيدة تضمن التدخل المبكر في الأشهر الأولى. وبناء عليه، فإن نجاح العملية التشخيصية يركز تماما على مبدأ التكامل والشمولية عبر دمج الاختبارات المتعددة وتوحيد الجهود بين الأطباء والمختصين، وهو ما يضمن تغطية كافة أشكال طيف التوحد وتمكين الأطفال من استثمار كامل إمكاناتهم.

8- دور الأسرة في علاج الطفل التوحدي:

إن أفراد الأسرة الذين يحيطون بالطفل أمر مهم وأساسي وله أثره في إنجاح معالجة الطفل التوحدي فبعض المراجع لا تزال تعتمد معالجة الطفل التوحدي ببرامج تدريبية وتأهيل داخل مؤسسات أو مراكز طبية لتدريبهم على السلوك والتفاعل بدون حضور الأهل وإشراكهم بشكل منهجي في المعالجة. ويعتبر دور الأسرة ضروريا في تطبيق البرامج التربوية والعلاجية للطفل التوحدي، فالأسرة هي التي تقضي أكبر وقت مع الطفل، وهي التي تراقب وتلاحظ على الأغلب وجود أي مشكلة أو تطورات على سلوكه وهي التي تنقل المعلومات والملاحظات على جوانبه غير العادية كما أن الوالدان هما أول من يتلقيان الصدمة والمفاجأة بعد مرحلتين من التشخيص، ويعيشان مرحلة الرفض والإنكار والتنقل من طبيب إلى آخر إلى أن يصل بهم الأمر لتقبل الحالة والبحث عن البرامج التربوية والعلاجية المناسبة، وبالتالي فهم يلعبون دورا كبيرا في نجاح هذه البرامج. (سنوسي، 2017، ص.35).

9- المشكلات التي تواجه أمهات أطفال طيف التوحد:

تسعى كثير من الأمهات إلى أن يكن مثاليات غير أن هذا المطلب يصعب تحقيقه في حالة إصابة ابنهن بطيف التوحد، هذه الأخيرة تجعلهن يشعرن بالإرهاق والقلق والإكتئاب ومشاعر الذنب نظرا للمتطلبات التي يجب توفيرها لطفلهن المصاب ومن بين هذه المطالب التي تعتبر مشكلات للأمهات هي:

1- الحاجة للرعاية الطبية المستمرة: إن الرعاية الطبية المطلوبة للأطفال المصابين بطيف التوحد تكون أكثر تخصصية، وزيارة المراكز الصحية المتكررة تكون أيضا أكثر منها لدى الأطفال الآخرين، وإضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأطفال غالبا ما يحتاجون إلى خدمات طبية محددة مثل العلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق.

2- الحاجة المستمرة للدعم الاجتماعي: إن الحاجة للدعم الاجتماعي مطلب أساسي لأمهات أطفال طيف التوحد واللاتي تكن فرصة اشتراكهن في المجتمع العادي محدودة، والسبب أن الأمهات تعملن على تجنب المواقف الاجتماعية التي تتطلب اصطحاب الابن المصاب، فالضغط الواقع على الأمهات مرتبط إلى حد كبير بمظهر وسلوك وكلام الطفل طيف التوحد وهنا تأتي المشكلة وتكون الحاجة المستمرة للدعم الاجتماعي هي المخرج للأمهات.

3- الحاجات التربوية الخاصة: إذا أمكننا النظر إلى أن مسألة الخدمات الطبية يمكن أن تقل أهميتها بتقدم عمر الطفل، ففي المقابل نجد أن البحث عن برامج تربوية مناسبة لعمر الذهاب للمدرسة يصبح هو الأكثر أهمية في معظم الأحيان، وهنا تواجه الأمهات مرحلتين: الأولى ما قبل المدرسة والحاجة للتدخل المبكر، والثانية مرحلة مستوى المدرسة، وأصبح الوعي العام يتزايد ولا تزال الأمهات تواجهن المشكلات المختلفة الناتجة عن رغبتهن في تحقيق مستوى أفضل لتعليم أبنائهن.

4- المشكلات السلوكية: تجد الأمهات أن الاهتمام بالحاجات الجسمية للطفل للأطفال العاديين قد ينتهي بمجرد توفير الغذاء والملبس، أما مع الطفل التوحدي، فإن الأمهات يواجهن تحديات سلوكية مرهقة مثل نوبات الغضب الشديدة، السلوكيات إيذاء الذات، أو اضطرابات النوم، مما يجعلهن في حالة استنفار دائم تؤدي إلى ما يعرف بالاحترق النفسي للوالدين يميل إلى التناقص مع تقدم عمر الطفل في المقابل يتزايد القلق على سلوك الطفل مع الآخرين عبر الوقت، وهنا تظهر الحاجة لتطويع أو تطبيع سلوك الطفل للبيئة المحيطة، وبالتالي تواجه الأمهات المشكلات من جديد والتي تظهر في بعض المواقف الاجتماعية وينتج عنها ضغوط نفسية شديدة، ومنها:

- المناسبات الاجتماعية الرسمية، حيث لا ينسجم الطفل مع الأطفال الآخرين .
- الدعوات في بيوت الآخرين، حيث يكون توجيه سلوك الطفل صعب.
- الأماكن العامة حيث يكون التحكم في سلوك الطفل مشكلة.
- الأماكن المقيدة التي لا تسمح بالتحركة للطفل وللأمهات بالانسحاب من الموقف (زيارة المراكز الصحية أو مقابلة الاختصاصيين).
- المواقف الاجتماعية حيث يدخل الطفل في أشكال منحرفة من السلوك عند التفاعل مع الآخرين هنا تشعر الأمهات بالضغط خاصة عندما يستدعي سلوك الطفل إنتباه الآخرين ومحاولتهم لتفسير سلوكه للأصدقاء والغرباء. (ميسة وبوقرة، 2023، ص.39).

نستخلص مما سبق أن إستدامة تطور طفل التوحد مرتبطة إرتباطا عضويا بالصحة النفسية للأم فبدون حماية الأم من حدة الضغوط والمشاكل النفسية الناتجة عن ضغوط الرعاية الطبية، والتربوية، والمشكلات السلوكية المستمرة، سيظل التكفل بالطفل ناقصا ومهددا بالإنتكاس، كونها المحرك الأساسي والمنفذ الأول لأي خطة علاجية.

10-الواقع الإحصائي لانتشار التوحد في الجزائر لعام 2026:

يشكل اضطراب طيف التوحد في الجزائر تحديا صحيا وتربويا عميقا، حيث تتراوح التقديرات الوبائية لعام 2026 بين 400,000 و 500,000 حالة إصابة، مع تسجيل أزيد من 450,000 حالة في التقارير الإعلامية المحدثّة (بركة نيوز، 2026) ، رغم أن الحالات المشخصة رسميا تحت سن الثامنة عشرة تبلغ حوالي 80,000 طفل. وتعكس هذه الفجوة الإحصائية، مع تزايد سنوي في الحالات المكتشفة بنسبة تصل إلى 10%، تحسنا في أدوات التشخيص ووعي الأولياء، لكنها تفرض في المقابل ضرورة تعزيز آليات الكشف المبكر لا سيما في المناطق النائية. ومن أجل مواجهة هذه التحديات، تتبنى الدولة قرارات سيادية تاريخية تهدف إلى فصل التكفل بالتوحد عن الإعاقات الذهنية، وتجسيد مشاريع كبرى كمركز وهران الذي يستوعب أكثر من 700 طفل ضمن مخطط وطني (2026-2030) يوفر برامج تربوية ونفسية مكيفة (وكالة الأنباء الجزائرية، 2026). ورغم هذا المسار التطويري، تظل العائلات تواجه ضغوطا مستمرة نتيجة غياب الأقسام المتخصصة والتكاليف الباهظة للمدارس الخاصة، مما يستوجب تسريع فتح مدارس نوعية وتكوين شبكة واسعة من المرافقين والمختصين لضمان الإدماج الشامل لهذه الفئة. (بركة نيوز، 2026) .

نستنتج بأن عام 2026 يمثل نقطة انعطاف في تاريخ التكفل بالتوحد بالجزائر فبينما تظهر الأرقام حجم التحدي (450,000 حالة)، تظهر القوانين والمبادرات الجديدة وجود رؤية سياسية تهدف إلى احتواء هذه الفئة وإدماجها كجزء فعال في النسيج الاجتماعي والتربوي الوطني. إن نجاح هذه الاستراتيجية يعتمد بشكل أساسي على مدى تظافر جهود الدولة والمجتمع المدني والأسر في تجسيد البرامج البيداغوجية والتشخيصية على أرض الواقع.

11-البرامج العلاجية والتربوية لإضطراب طيف التوحد:

أدى تزايد إنتشار اضطراب طيف التوحد إلى تطوير برامج علاجية وتربوية للتكفل المبكر بالأطفال المصابين وتشمل هذه البرامج تدخلات فعالة مثل تحليل السلوك التطبيقي، وتدريب المهارات الإجتماعية، وعلاج النطق واللغة، والعلاج الوظيفي، إلى جانب تدريب الوالدين ومجموعات الدعم، بهدف تنمية مهارات الطفل التكيفية والتواصلية وتقليل السلوكيات غير المناسبة.

وإنطلاقاً من هذا والحاجة إلى التدخل المبكر، ظهرت مجموعة من البرامج العلاجية والتربوية المصممة لدعم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أهمها ما يلي :

11-1- برنامج تيتش (TEACCH) :

أكدت دراسة ميسة (2023) أن برامج التدخل المنظمة تساهم في خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى أطفال التوحد عبر تكيف البيئة لتلائم احتياجاتهم الحسية وفي هذا الإطار، يبرز برنامج تيتش (TEACCH) كنموذج تربوي شامل يعتمد فلسفة "التعليم المنظم" والتدخل المبكر من خلال تطويع البيئة الفيزيائية للطفل. وترتكز هذه الاستراتيجية على تصميم خطط فردية تستثمر نقاط قوة الطفل، مع الالتزام بمعايير تنظيمية تضمن جودة التكامل النمائي، مثل تخصيص معلم لكل (5-7) أطفال كما يقوم البرنامج على ركائز أساسية لتعزيز الاستقلالية وتقليل التشتت، تشمل بناء روتين يومي متوقع، وتنظيم المساحات المكانية للفصل بين الأنشطة، والإعتماد على الجداول البصرية لتعويض قصور الذاكرة التسلسلية وصعوبات اللغة المستقبلية.

11-2- برنامج تعديل السلوك وتحليل السلوك التطبيقي (ABA) :

يعود الفضل في وضع الحجر الأساس لمبادئ تعديل السلوك إلى العالم بورهوس فريديريك سكينر الذي طور نظرية الإشرط الإجرائي وبناء على هذه الأسس، يعد التحليل السلوكي التطبيقي منهجية علمية موضوعية أثبتت نجاحاً كبيراً في تعليم أطفال التوحد، كونها تركز على ملاحظة السلوك الواقعي بعيداً عن التفسيرات الذاتية وتعتمد هذه المنهجية بشكل رئيسي على أسلوب التعزيز، الذي يهدف لزيادة السلوكيات المرغوبة وتطوير المهارات التكيفية من خلال توابع إيجابية، مع التأكيد على أهمية إشراك الأسرة في العملية التدخلية لضمان استمرارية تطور الطفل في بيئته الطبيعية.

تعتمد فعالية التعزيز على عوامل حاسمة كالقورية والانتظام ومراعاة حالة الحرمان أو الإشباع لدى الطفل، مع تفضيل الجداول المتقطعة لضمان ثبات السلوك. ولتطوير مهارات طفل التوحد، نستخدم التلقين (سواء كان لفظياً، إيمائياً أو جسدياً) كمساعدة مؤقتة، ثم نسحبها تدريجياً عبر عملية الإخفاء لتعزيز إستقلاليته كما يستخدم أسلوب التسلسل لتقسيم المهارات المعقدة إلى حلقات صغيرة متتالية، مثل تدريب الطفل على مسك المكعب ووضعه في علبة خطوة بخطوة، وأخيراً تأتي النمذجة (التعلم بالملاحظة) كأداة قوية لاكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل موجودة، وتعتمد قوتها على انتباه الطفل وقدرته على تقليد النموذج، سواء كان نموذجاً حياً أو مصوراً، مع ضرورة تبسيط المهام لتناسب قدرات الطفل الإستيعابية.

تتكمّل منظومة تعديل السلوك باستراتيجيات تهدف لتمكين طفل التوحد؛ حيث يستخدم التسلسل لتجزئة المهارات المركبة إلى حلقات مترابطة وصولاً للهدف النهائي، وتلعب النمذجة دوراً حيوياً في اكتساب سلوكيات جديدة عبر التقليد وفي حال بناء سلوك غير موجود أصلاً، نلجأ لأسلوب التشكيل عبر تعزيز

الاستجابات التقريبية تدريجيا ويتم ذلك وفق خطوات منظمة تبدأ بتحديد السلوك واختيار المعززات الفعالة لضمان إتقان المهارة بنجاح. (القمش والمعاينة، 2014، صص 314-317).

11-3- برنامج التواصل بتبادل الصور (PECS):

نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) هو برنامج تدخل يركز على التواصل والسلوك الاجتماعي، صممه كاترين غاسر من جامعة (HES-SO). يستند هذا النظام إلى الصور وأسسها (Bondy & Frost) عام 1994 لإستهداف الأطفال المصابين بالتوحد أو الاضطرابات النمائية الشديدة يوفر النظام وسيلة تواصل لمن يفتقرون للغة الوظيفية، ويتميز بقلّة المتطلبات المسبقة، حيث يكفي أن يستطيع الطفل الوصول لغرض يريده دون الحاجة لمهارات التقليد أو التواصل البصري. تركز المهارة الأولى فيه على الطلب لأن المصابين بالتوحد يحفزهم الحصول على شيء ملموس أكثر من التفاعل الاجتماعي، كما يهدف لتعليم التلقائية لتجنب الإعتماد الكلي على الآخرين بإستخدام الصور أو الرموز. (Preston & Carter, 2009).

نستنتج بأن هذه البرامج العلاجية تتكامل لتشكل منظومة دعم شاملة تستهدف جوانب القصور المختلفة لدى طفل التوحد؛ فبينما يركز برنامج (TEACCH) على هندسة البيئة لدى الطفل واستخدام الجداول البصرية لتنظيم عالمه وتقليل تشتته كما يعمل برنامج (ABA) كمنهجية علمية دقيقة لتعديل السلوك وتفكيك المهارات المعقدة عبر التعزيز والنمذجة لضمان الاستقلالية أما نظام (PECS) دوره يمثّل في كسر عائق التواصل اللفظي من خلال الصور يمنح الطفل لغة وظيفية فورية للتعبير عن احتياجاته وعليه فنجاح التكفل المبكر يكمن في المزاجية بين هذه المداخل، حيث يوفر برنامج تيتش النظام، وتحليل السلوك المهارة، و بكس وسيلة للتفاهم، مما يضمن تدخلا شموليا يطور قدرات الطفل التكيفية ويقلل من حدة اضطراباته السلوكية في بيئته الطبيعية. وأعتقد أيضا أن النجاح الحقيقي للتدخل يكمن في الخط بين هذه الأدوات العلمية وبين الدور المحوري للأسرة، لضمان إستمرارية التطور وتحويل المهارات المكتسبة إلى سلوكيات تلقائية في الحياة اليومية.

خلاصة الفصل:

نستخلص بأن إضطراب طيف التوحد يعد تحديا نمائيا معقدا يتداخل فيه الجانب البيولوجي، العصبي، الوراثي، والنفسي، مما يفرض تبني مقاربة شاملة ومتعددة الأبعاد لفهمه وتشخيصه ويكمن النجاح في التعامل مع هذا الإضطراب في التكامل بين التشخيص العلمي الدقيق، التدخل المبكر، وتوفير دعم أسري مستمر، بما يساهم في تعزيز التطور الاجتماعي والمعرفي للطفل، وتحسين جودة حياة الأسرة، ويؤكد الحاجة إلى إستراتيجيات تدخلية مخصصة تراعي الفروق الفردية لكل حالة.

وعلى هذا نرى بأن البحث في مجال التوحد بحث واسع يستوجب اليقظة في التعامل و تدريب هته الفئة الخاصة وجعلها مدمجة داخل المجتمع بصفة تجعل القائمين عليها مستقرين نفسيا .

الفصل الرابع

العلاج التكاملي

تمهيد

1. الخلفية النظرية للعلاج التكاملي

2. تعريف العلاج التكاملي

3. أبعاد ومنطلقات التكامل في العلاج النفسي

4. الأنواع المحددة في العلاج التكاملي

5. أهداف العلاج التكاملي

6. مبادئ العلاج التكاملي

7. قيم العلاج التكاملي

8. كفاءات المعالج النفسي التكاملي

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتضمن العلاج التكاملي تقنيات من عدة توجهات علاجية لعلاج المشكلة الفريدة للعميل ويعتقد المعالجون في هذا المنحى أن تخصيص العلاج للفرد يحقق أكبر التأثيرات على عكس بعض الأساليب ذات المدرسة الواحدة، بحيث لا يقتصر العلاج التكاملي على منهجية أو مدرسة فكرية معينة. بدلا من ذلك، يمكن للمعالجين الاستفادة من تقنيات مختلفة حسب الحاجة والهدف من ذلك هو تحسين فعالية وكفاءة العلاج وتكييفه مع الإحتياجات الخاصة بالفرد.

1- الخلفية النظرية للعلاج التكاملي:

يتمحور الإطار النظري المرجعي حول منهج العلاج النفسي التكاملي، وهو أحد المناهج الحديثة في العلاج النفسي. يعتمد هذا المنهج على أساليب وأدوات مستمدة من معظم أنواع العلاجات النفسية القائمة، مع التركيز بشكل أساسي على العلاقة المشتركة التي تبنى بين المعالج والمريض. لم يظهر العلاج النفسي التكاملي كطفرة مفاجئة، بل كانت جذوره ضاربة في الفلسفات الإنسانية للقرنين التاسع عشر والعشرين، حيث تشكل كاستجابة علمية لتعقد النفس البشرية التي لا يمكن حصرها في زاوية نظر واحدة. (Gilbert & Orlans, 2011, p.19).

أولا: مرحلة الصراع الأيديولوجي (البدايات - 1930)

اتسمت العقود الأولى من تاريخ علم النفس بما يشبه الحرب الباردة بين المدارس الكبرى. فمنذ الإجماعات التي كان يعقدها فرويد، بدأت الإنشقاقات بظهور علم النفس الفردي مع أدلر، مما خلق مناخا من المنافسة الشرسة والتعصب للولاء النظري. (Capuzzi & Stauffer, 2016, p.585).

و مع دخول السلوكية للميدان، إشتد التصادم حول حقيقة كل مدرسة في إحتكار الحقيقة العلاجية.

ثانيا: بزوغ بذور الجسور الأولى (1932 - 1950)

بدأ الممارسون العياديون يشعرون بالقيود التي تفرضها تلك المدارس؛ فالتحليل النفسي كان غارقا في اللاشعور مع بطء في التغيير السلوكي، والسلوكية كانت تفتقر للعمق النفسي مما يؤدي لإبدال الأعراض بينما غلبت المثالية المفرطة على المدارس الإنسانية. (Gilbert & Orlans, 2011, p.20).

- في عام 1932: طرح فريش تساؤلا جوهريا حاول فيه الربط بين كبت المحللين وانطفاء السلوكيين.

(French, 1933, p.20, Gilbert & Orlans, 2011).

- في عام 1936: قدم روزنويج مساهمة رائدة حين لفت الأنظار إلى أن التغيير لا يحدث فقط بسبب

النظرية، بل عبر عوامل مشتركة مثل شخصية المعالج ومنح العميل رؤى بديلة. (Gilbert &

Orlans, 2011, p.20).

- في عام 1950: جاء العمل الكلاسيكي لدولارد وميلر كأول محاولة حقيقية لبناء جسر منهجي يوفق بين نظرية التعلم والتحليل النفسي.

ثالثاً: تأسيس الحركة التكميلية وانحسار الحرب الإيديولوجية (1970 - 1990)
بدأت الساحة العلمية تشهد تحولاً من الصراع إلى الحوار المفتوح، مدفوعاً بعدم كفاية النظرية الواحدة لمواجهة تنوع مشكلات العملاء. (Capuzzi & Stauffer, 2016, p. 585-586).
في عام 1977: نشر بول واكتيل كتابه الشهير حول تكامل التحليل النفسي والعلاج السلوكي، تلاه جيمس بروشاسكا عام 1979 بتقديم الإطار النظري. Gilbert (واردة عن، 2005, Roth & Fonagy) (Orlans, 2011, p. 21).

في عام 1979: تأسست جمعية استكشاف تكامل العلاج النفسي على يد غولدفريد، واكتيل، وستروب، مما أعطى الحركة صبغة رسمية وأكاديمية.
في عام 1992: لخص نوركورس ونيومان العوامل التي حتمت هذا التوجه، ومنها زيادة العلاجات قصيرة المدى، حقائق الدعم الإقتصادي المحدود، وإكتشف بأن العوامل المشتركة هي المحرك الحقيقي للنتائج الناجحة وليس إسم المدرسة. (Capuzzi & Stauffer, 2016, p. 586-587).

رابعاً: المنظور الحديث والأسس المعرفية والبيولوجية
لم يعد التكامل مجرد جمع للتقنيات، بل أصبح نهجاً قائماً على فلسفات رصينة مثل الفينومينولوجيا (الخبرة الشخصية) ونظرية المجال لليوين التي ترى السلوك كنتيجة لأحداث متعايشة. (Evans & Gilbert, 2014, as cited in Roşu, 2022).

خامساً: التمايز المنهجي (التكامل مقابل الانتقائية)
تأصلت الحركة في نهاية المطاف عبر التمييز الدقيق بين الانتقائي الذي يختار أدواته بناءً على فعاليتها العملية دون حاجة لربط نظري، والتكاملي الذي يبني نظاماً متناغماً يفسر (لماذا وكيف) تنجح هذه الأدوات ضمن إطار موجه. (Capuzzi & Stauffer, 2016, p. 587-588).

نستنتج بأن هذا التتبع التاريخي يثبت أن العلاج النفسي التكاملي هو منهج حديث ظهر نتيجة قصور المدارس النفسية التقليدية في تفسير وعلاج الإنسان بشكل شامل ونشأ بعد صراع طويل بين التحليل النفسي والسلوكية والإنسانية ومن ثم تطور عبر محاولات لدمج نقاط القوة في كل مدرسة يركز هذا الإتجاه على العلاقة العلاجية والعوامل المشتركة التي تساعد على نجاح العلاج أكثر من الاعتماد على نظرية واحدة كما يستند إلى أسس معرفية وإنسانية وبيولوجية لفهم السلوك الإنساني بصورة متكاملة ويختلف عن الانتقائية لأنه لا يكتفي بجمع التقنيات، بل يبني إطاراً نظرياً منسجماً يفسر كيفية عملها.

2- تعريف العلاج التكاملي :

2-1- تعريفات للتكامل:

التكامل يشمل العديد من المصطلحات مثل تمثيل واستيعاب، اندماج والتحام ، ضم وإلحاق ، وتوحيد ولم الشمل وبالتالي يعني العلاج التكاملي مقارنة وبعد جديد وحديث يضاف إلى الانتقائية والعلاج الإنتقائي يدل على عملية ضم بدل الاختيار والإنتقاء في التقنيات العلاجية وتركيبها في نسق موحد متناسم ومتوازن . (لعزازفة وحزمة، 2021، ص.490).

يشير تعريفنا الأول إلى نظرة شاملة للشخص، نظرة ترى الشخص ككل متكامل: وجدانيا، ومعرفيا، وسلوكيا، وجسديا، وروحيا ، ويهدف التكامل بهذا المعنى إلى مساعدة الشخص على التعامل مع عوائق الوعي، سواء كانت ناتجة عن الكبت أو الانشقاق أو الخبرة غير المصاغة اللاواعية أو غيرها من أشكال النكران الواعية، بحيث يمكن للشخص أن يصبح كاملا ويتولى مسؤولية حياته. ويشير التعريف الثاني إلى تكامل النظريات أو المفاهيم أو التقنيات من مقاربات مختلفة للعلاج النفسي. وهذا في جوهره تكامل على مستوى النظرية والتقنية، ويتضمن صياغة نموذج للتكامل من توجهات مختلفة في هذا المجال.

أما التعريف الثالث للتكامل الذي نعتبره حيويا في تطور المعالج التكاملي فهو تكامل الجانب الشخصي والمهني. ففي مسار دراسة وتطوير الممارسة التكاملية، يواجه المعالج التكاملي تحديات شخصية ومهنية تحتاج إلى العمل عليها لكي يشعر الشخص بالراحة تجاه من يكون في هذا العالم وفي الجوهري، فإن إحدى طرق التفكير في هذه العملية هي أن هناك تحديا مستمرا للمعالج النفسي المتدرب لدمج أو استحضار الوعي بقطبي الذات المزيفة والذات الحقيقية حتى لا يكون هناك إحساس منقسم بالذات لدى الشخص الذي يواجه العمل أن يكون الشخص واعيا بظله الخاص (يونغ، 1968) حتى لا يسقط ذلك على العمل دون وعي منه. وبمجرد أن يصبح هذا التكامل الشخصي قيد التنفيذ، فمن المرجح أن يكون المعالج الآخذ في التطور قادرا على الاستجابة بطريقة مفيدة تتسم بالتواصل في هنا والآن مع العملاء والزملاء والمقربين . (Gilbert & Orlans, 2011, p.22).

2-2- تعريف العلاج التكاملي :

أصل كلمة Intégration يرجع إلى اللغة اللاتينية والتي تعني كلي، خالص صافي، مندمج ومنسجم، وفعل دمج يعني ضم شيء لشيء ليحوله كاملاً غير ناقص. فالتكاملات في الرياضيات هي نوع من التعميم لكميات قابلة للتجزئة مثل المساحة أو الحجم أو الكتلة، أو أي مجموع لعناصر متناهية في الصغر وفي الفلسفة يعني التكامل عملية التوافق والاعتماد المتبادل Interdépendance بين عديد العناصر المشكل لعضو حي أو مجتمع، أما في علم النفس فيعني التكامل دمج عناصر جديدة في نسق معين (لعزازفة وحزمة، 2021، ص.490).

كما ورد في دراسة روسو (Roşu, 2022) نقلا عن جيلبرت وأورلاند (2013) يعرف العلاج النفسي التكاملي بأنه: "منهج توحيدي يجمع بين الأنظمة النفسية، والعاطفية، والمعرفية، والسياقية، والسلوكية، ويهدف بذلك إلى خلق إطار علائقي متعدد الأبعاد يمكن إعادة صياغته من جديد لكل حالة على حدة. إن التكامل في العلاج النفسي لا يعني شكلا جديدا من أشكال الانتقائية أي مجرد خليط من مكونات مختلفة بل يعني تطوير بنية جديدة متماسكة، سواء من حيث التدخل التقني أو من حيث النظرية فالتكامل في العلاج النفسي يهدف إلى توحيد المعرفة بطريقة منهجية ومتناغمة واستكشافية للوصول إلى مفهوم الكل. ويعد العلاج النفسي التكاملي شكلا من أشكال العلاج الذي يستمد قوته من تضافر عدة نظريات وتقنيات لضمان فعالية العملية العلاجية ومن خلال دوره التوحيدي، يأخذ العلاج النفسي التكاملي في الاعتبار تفرد الشخص وخصوصيته على المستويات العاطفية، والمعرفية، والسلوكية، والفيزيولوجية، وأيضا على المستوى الروحي.

وأشار كل من Evans و Gilbert (2014) بأن العلاج النفسي التكاملي يجمع بين النظرية والممارسة، محققا نهجا موحدا للفرد على المستويات النفسية والمعرفية والعاطفية والروحية وتتبع خصوصية هذا النوع من العلاج من كونه يتضمن علاقة مبنية بشكل مشترك يسودها تحالف علاجي يلبي أهداف المريض.

في تعريف آخر يعرف العلاج النفسي التكاملي بأنه: محاولة للجمع بين المفاهيم والتدخلات الإرشادية من أكثر من نهج نظري للعلاج النفسي. هو ليس مزيجا محددا من نظريات الإرشاد، بل يتكون بالأحرى من إطار عمل لتطوير تكامل للنظريات التي تجدها أكثر جاذبية وفائدة للعمل مع العملاء. من هذا المنطلق التعريفي نستنتج بأن العلاج النفسي التكاملي يؤكد على القيمة الجوهرية للفرد، محاولا الإستجابة بطريقة فعالة ومرنة للاحتياجات التي يمتلكها الفرد في جميع أبعاد حياته .

3- أبعاد ومنطلقات التكامل في العلاج النفسي:

عند الانتقال لفحص الجانب التكاملي في العلاج النفسي، نجد أن جيلبرت وأورلاند (2013) قد وضعوا هيكلية واضحة لهذا المفهوم من خلال أربعة أبعاد أساسية:

- الرؤية الشمولية للفرد :حيث لا يتم التعامل مع المريض كأجزاء منفصلة، بل ككيان متكامل تتقاطع فيه الأبعاد العاطفية، والمعرفية، والسلوكية، والجسدية، وصولا إلى الجانب الروحي.
- التوليف بين النظريات والتقنيات :ويقصد به الانفتاح على دمج المفاهيم والأدوات المستمدة من مدارس علاجية متنوعة لتصب في مصلحة الحالة.
- التكامل بين الهوية الشخصية والمهنية :وهو بعد يركز على أهمية دمج التطور الذاتي للمعالج مع مساره التدريبي والمهني.

- الربط المنهجي بين البحث والتطبيق: إذ يلتزم المعالج بمواكبة مستجدات البحث العلمي ودمجها بمرونة داخل ممارسته العيادية اليومية.

من خلال ما سبق نستنتج بأن العلاج النفسي التكاملي يقوم على رؤية شمولية للإنسان إذ يراعي مختلف أبعاده النفسية والمعرفية والسلوكية والجسدية والروحية في آن واحد كما يعتمد على دمج النظريات والتقنيات العلاجية بطريقة مرنة تخدم حاجات الحالة بشكل أفضل وأيضاً يؤكد أيضاً على أهمية التطور الشخصي والمهني للمعالج إلى جانب الاستناد المستمر إلى نتائج البحث العلمي.

4- الأنواع المحددة في العلاج التكاملي:

هناك المئات من أنواع العلاج المختلفة المتاحة غالباً ما يعتمد النوع الأكثر فاعلية في أي موقف على نوع المشكلة التي تتم معالجتها فقد تعتمد بعض أنواع العلاج المحددة المختلفة في المعالج التكاملي على حسب الحالة والمشكلة ما يلي:

4-1- العلاج المعرفي السلوكي :

هو نهج يركز على تغيير طريقة تفكير الناس يقترح العلاج المعرفي السلوكي أن الأفكار السلبية التلقائية التي يعاني منها الناس تساهم في حدوث مشاكل نفسية يعتمد على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي ويعتمد إلى تعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً، انفعالياً وسلوكياً. ويعتمد هذا النوع من العلاج على استعمال فنيات لتعديل الأفكار والانفعالات من خلال مواجهة مباشرة للمواقف. (دينس وراسي، 2023، صص. 39-40).

4-2- العلاج بالتقبل والالتزام :

من أهم النماذج التابعة للجيل الثالث نموذج العلاج بالتقبل والالتزام، الذي يقوم على تحقيق المرونة النفسية من خلال الوعي بأن جوهر المشاكل النفسية هو الجمود النفسي.

يعرفه Hayes على أنه مقارنة علاجية تستخدم عمليات التقبل وتقنيات اليقظة الواعية وعمليات الالتزام والتغيير السلوكي من أجل الوصول إلى مرونة نفسية. كما يعرف على أنه علاج نفسي ينتمي إلى الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي يهدف إلى رفع الليونة الشخصية عند الفرد وذلك بالعمل على ثلاث محاور وهي الإنفتاح الواعي والالتزام من خلال استخدام تمارين إستعارات المصفوفة واليقظة الذهنية. (صغيور وقنون، 2024، ص. 759).

3-4-العلاج الجدلي السلوكي:

يوضح كورنر وديميف (Koerner & Dimeff,2007, p.10) أن العلاج السلوكي الجدلي سُمي بهذا الاسم لأنه يجمع بين مبادئ الفلسفة الجدلية واستراتيجيات وفنيات العلاج السلوكي بمختلف أشكالها، كما عرف الجدل (Dialectic) بوصفه أسلوباً قائماً على الإقناع يشتمل على مجموعة من الافتراضات المتعلقة بطبيعة الواقع. (عبدالمعظم وآخرون، 2022، ص.541).

3-5-أهداف العلاج التكاملي:

تعددت أهداف العلاج التكاملي وعلى هذا الأساس وبناء على ما ورد في كتاب دليل تكامل العلاج النفسي (Handbook of Psychotherapy Integration) وتحديدًا في الصفحة 41، يمكننا إستخلاص مجموعة من الأهداف الجوهرية التي يسعى هذا التوجه لتحقيقها، نذكر منها ما يلي :

1- تطوير إطار نظري موحد: يركز هذا التوجه على بناء قاعدة نظرية قوية تدمج أفضل العناصر والوسائل المستمدة من مدرستين علاجيتين أو أكثر، بدلاً من الاعتماد على نموذج واحد.

2- إيجاد رؤية علاجية مبتكرة: لا يهدف التكامل إلى مجرد خلط التقنيات بشكل سطحي، بل يسعى لإنتاج نظرية ناشئة تعطي قيمة إضافية تتجاوز مجموع أجزائها، مما يفتح أبواباً جديدة للممارسة الإكلينيكية والبحث العلمي.

3- رفع كفاءة العلاج ومرونته: تنطلق فلسفة هذا النهج من فكرة أن العلاجات المتكاملة أكثر فعالية لقدرتها على التكيف مع اختلاف حالات المرضى وتنوع إحتياجاتهم.

4- تعدد مستويات التدخل: ما يميز هذه المقاربات هو قدرتها على التعامل مع وظائف العميل النفسية من زوايا ومستويات مختلفة في وقت واحد. (Norcross & Goldfried,2019,p.41).

نستنتج أن الهدف الجوهرى للعلاج التكاملي هو كسر جمود النظريات لصالح خطة مرنة تضع إحتياجات العميل فوق أي إحتياز لإحدى المقاربات فبدلاً من الإقتصار على مدرسة واحدة يجمع هذا التوجه مكامن القوة من مدارس متعددة ليبتكر رؤية شاملة تعالج التفكير والمشاعر والسلوك في آن واحد. ومن وجهة نظري أيضاً أرى بأن هذا يعبر عن الذكاء الإكلينيكي لأن النفس البشرية أعقد من أن تحصر في نظرية وحيدة وتنوع الأدوات يضمن للمريض علاجاً مفصلاً على حسب حالته بدقة وباختصار نرى بأن التكامل يحول المعالج من شخص يملك أداة واحدة لكل المشاكل، إلى معالج مجهز بحقيبة أدوات متكاملة تضمن عدم ظلم المريض بأسلوب علاجي ضيق.

6- مبادئ العلاج التكاملي:

يقوم العلاج النفسي التكاملي على مجموعة من المبادئ الأساسية التي توجه عمل المعالج وتساعد في فهم عملية التغيير النفسي. هذه المبادئ ليست ثابتة بشكل مطلق وقد تختلف في تفاصيلها بين المنظرين والممارسين المختلفين، ولكنها تشترك في جوهرها في السعي لتقديم علاج شامل وفعال، من أهم هذه المبادئ ما يلي:

تسرد الرابطة الدولية للعلاج النفسي التكاملي 8 معتقدات أساسية تعكس نظام القيم لهذا النهج:

- يجب فهم السلوك البشري على مستوى غير مرضي.
- العلاقة بين المعالج والمريض أهم من أي طريقة واحدة.
- لدى البشر قدرة فطرية على التعافي والنمو.
- الإتصال الداخلي والخارجي أمر بالغ الأهمية لوظيفة الإنسان.
- العلاقات الشخصية تدفع الدافع طوال الحياة.
- كل السلوكيات البشرية لها معنى.
- كل شخص له نفس القيمة.
- الخبرات البشرية مترابطة ويتم تعريفها على أنها فسيولوجية وعاطفية ومعرفية. (عبد العزيز، 2024، ص.3).

مما سبق نفهم بأن العلاج التكاملي يركز على رؤية الإنسان بصفة عميقة تؤمن بأن المريض كيان يمتلك قدرة فطرية على التعافي من خلال علاقة علاجية صادقة والمبدأ الأساسي هنا هو أن كل سلوك بشري يحمل معنى، وأن الترابط بين الجسد والعاطفة والفكر هو مفتاح الإتصال السوي بالذات وبالأخرين. ومن وجهة نظري، تكمن قوة هذه المبادئ في جعل الإنسان قيمة فوق التقنية العلاجية مما يحول الجلسة من فحص سريري إلى رحلة نمو متكاملة تحيي الجانب الإنساني في الطب النفسي عبر تقدير الفرد ككل مترابط لا يتجزأ.

7- قيم العلاج التكاملي:

وضع إيفانز وجبلبرت قائمة بالقيم الأساسية التي يقوم عليها العلاج التكاملي:

- التجربة الذاتية للمريض: هي نقطة انطلاق ومسؤولية المعالج هي قبول عالم المريض واحترامه.
- اللحظة الحالية: هي اللحظة الراهنة التي يكتشف فيها المريض خياراته وقيمه.
- الإستكشاف لا التعديل: المعالج يستكشف السلوكيات مع المريض بدلا من محاولة تعديلها قسرا.

- العلاقة العلاجية كعالم مصغر: تعكس العلاقة بين المعالج والمريض عالم المريض الخارجي، وتتطلب حضوراً نشطاً وأصيلاً من المعالج.
- التكامل بين العقل والجسد: يحدث التعلم والتغيير من خلال التكامل الطبيعي بين التفكير والشعور والجسد.
- النمو الكلي: يحدث التغيير الحقيقي عندما يصبح الشخص هو نفسه دون تقمص ما ليس فيه. (Roşu, 2022, p.110).

نستنتج أن قيم العلاج التكاملي تحترم فردانية المريض فهي تركز على فهم عالمه الداخلي في اللحظة الراهنة بدلاً من محاولة تغييره فقط فالعلاقة العلاجية هنا هي مرآة للواقع تتطلب من المعالج حضوراً واعياً يساعد في توحيد العقل والجسد لتحقيق نمو حقيقي ومن وجهة نظري، تكمن روعة هذه القيم في مبدأ الاستكشاف لا التعديل الذي نراه بأنه يمنح المريض الحرية ليكتشف نفسه بنفسه دون ضغوط أين يصبح كذلك التغيير نتيجة طبيعية للتصالح بين الفكر والشعور والجسد.

8- كفاءات المعالج النفسي التكاملي:

- يجب أن يتمتع المعالج النفسي التكاملي بعدة كفاءات ومهارات محددة ليكون ممارساً مؤهلاً، وهي:
- 1-المهارات الشخصية والإنضباط الذاتي: الإلمام بمجال الصحة النفسية وفهم مفهوم الرعاية، حيث تصب كل هذه العناصر في القدرة على إجراء تقييمات نفسية مهنية.
- 2- الحفاظ على الحدود: القدرة على وضع حدود وقيود ملائمة وضمان الخصوصية.
- 3-التحالف العلاجي: القدرة على بناء وصيانة تحالف علاجي متين.
- 4-الفهم المعرفي: القدرة على فهم العلاج النفسي ونظم التشخيص.
- 5-تخطيط العلاج: القدرة على صياغة خطة العلاج، وتحديد الغرض منها وعمليات التغيير في سياق تطور الحياة بأكملها.
- 6-الإلتزام المشترك: القدرة على الإلتزام مع المريض إتجاه أهداف العلاج وأنشطته ونتائجه.
- 7-التكامل المنهجي: القدرة على دمج النظريات والمهارات من علاجات نفسية متعددة بشكل متماسك، وتقدير وجهات النظر المتعددة التخصصات.
- 8- الإبداع: القدرة على فهم كيفية استخدام الإبداع والفن في العملية العلاجية.
- 9- فهم طبيعة التفاعل المشترك: القدرة على إستيعاب أن التبادل العلاجي هو عملية يتم بناؤها بشكل مشترك.
- 10- العمل من أجل المريض: القدرة على العمل لصالح المريض، بحيث يستطيع فهم وإدراك خطوات التغيير.

- 11- تقييم التدخلات :القدرة على تقييم مدى فاعلية التدخلات العلاجية.
 - 12- الإلتزام الأخلاقي والمهني :القدرة على العمل وفق القضايا الأخلاقية والمهنية.
 - 13- إدارة إنهاء العلاج :القدرة على إدارة عملية إنهاء المسار العلاجي.
 - 14- تقييم الممارسة وتحسينها :القدرة على تقييم الممارسة العلاجية بهدف تحسين الخدمات المقدمة.
- (Gilbert & Orlans,2013, كما ورد في Roşu,2022) .

مما سبق نستنتج بأن هذه الكفاءات توضح بأن المعالج التكاملي يبني العملية العلاجية بجهد وذكاء يجمع بين الانضباط العلمي واللمسة الشخصية. فالمعالج الناجح هو من يستطيع بناء تحالف متين مع المريض مع الحفاظ على حدود مهنية دقيقة مدمجا مهارات تشخيصية وتخطيطية تراعي خصوصية كل حالة. ومن وجهة نظري أيضا، فإن أهم ما يميز هذه الكفاءات هو التكامل المنهجي والإبداع مما يسمح للمعالج بابتكار حلول مرنة بدلا من التقيد.

خلاصة الفصل :

نستخلص من هذا الفصل أن الإنسان بطبيعته كائن معقد جدا، ولا يمكن لوصفة علاجية واحدة أن تشفي الجميع. فالتكامل في حقيقته هو محاولة لتقديم علاج مرن يفصل حسب حاجة كل شخص فهو يأخذ العمق من التحليل النفسي، والدقة من المدرسة السلوكية، والتقدير للذات من المدرسة الإنسانية، ومثل هذه العلاجات التكاملية قد تثبت أنها أكثر قابلية للتكيف مع أنواع مختلفة من المرضى، وتعالج أداء العميل بطرق أو مستويات متعددة، أو تكون أكثر شمولاً من العلاجات أحادية النظرية.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. الدراسة الإستطلاعية
 2. منهج الدراسة
 3. حدود الدراسة
 4. حالات الدراسة
 5. أدوات الدراسة
 6. البرنامج العلاجي التكاملي
- خلاصة الفصل

تمهيد :

تكتسب الخطوات المنهجية أهمية بالغة في البحث العلمي باعتبارها الموجه الإجرائي الذي ينقل البحث من إطاره النظري المفاهيمي إلى أبعاده التطبيقية الميدانية. وفي هذا السياق، تم الاستناد إلى المنهج العيادي كأداة رئيسية للمقاربة والتحليل، وبناء على ذلك، يتم استعراض المحددات من حيث الزمان والمكان، والخطوات الإجرائية المتبعة، بالإضافة إلى الأدوات والتقنيات المستخدمة مع تبيان خصائصها السيكمترية اللازمة لضبط أدوات القياس.

1. الدراسة الاستطلاعية :

تمثل الدراسة الاستطلاعية حجر الزاوية في بحثنا هذا، فهي ليست مجرد إجراء شكلي، بل هي النافذة الأولى التي أطلنا من خلالها على واقع مجتمع الدراسة، والخطوة الأساسية التي هدفت إلى التأكد من توفر الحالات، ومعاينة مدى ملائمة الميدان للبحث، بالإضافة إلى تحديد وضبط العينة الأساسية للدراسة. وقد قادتنا هذه الجولة الاستطلاعية إلى مركز التوحد بمدينة عين تموشنت، حيث فتحت لنا الأبواب للتعرف عن قرب على الميدان ولم تكن هذه المرحلة مجرد جمع للبيانات، بل كانت فرصة إنسانية ثمينة للاحتكاك بالمختصين داخل المركز، والاستماع إلى رؤاهم واستشاراتهم حول اضطراب طيف التوحد، وفهم التحديات اليومية التي تواجهها الأمهات في التعامل مع أطفالهن. كما هدفت هذه الخطوة إلى معاينة المكان الذي ستجرى فيه المقابلات لضمان بيئة مريحة وملائمة نفسياً للحالات، والتنسيق المباشر مع المسؤولين لتحديد الأوقات المناسبة للجميع.

وجدير بالذكر أن هذه المرحلة الميدانية والإجراءات التمهيديّة قد تمت في ظروف جد ميسرة وسلسة، حيث لم نواجه أي صعوبات أو عراقيل تذكر، سواء في التواصل مع إدارة المركز، أو في التنسيق مع الحالات، مما مهد الطريق للانتقال إلى الدراسة الأساسية بنجاح وثقة.

2. الدراسة الأساسية :

1-2- منهج الدراسة:

يعتبر المنهج المتبع الوسيلة العلمية للوصول إلى الحقائق وفهم الظواهر وبناء على طبيعة موضوعنا، اعتمدنا المنهج العيادي (الشبه تجريبي) الذي يركز على دراسة الحالات بعمق لكونه الأنسب لجمع بيانات شاملة حول الحالة وديناميكياتها.

-تعريف المنهج العيادي:

يعرفه روجي بيرو بأنه منهج يستخدم في معرفة التوظيف النفسي للفرد والهدف منه جمع المعلومات المهمة والمتعلقة بالبنية النفسية للفرد. كما يمكن القول بأن المنهج الاكلينيكي يعتمد على الملاحظة الدقيقة

والتعرف على ظروف الحياة لدى الحالات من أجل الوصول الى حقائق تساعدنا في التشخيص والعلاج النفسي. (صفاوي وسعيد، 2024، ص.65).

-تعريف المنهج شبه التجريبي:

ما يميز المنهج شبه التجريبي هو كونه لا يتم فيه ضبط المتغيرات الخارجية كما هو الحال في التصميمات التجريبية، ويكون هذا التصميم ملائماً بشكل خاص عندما يكون هدف الباحث احداث تغيير في نمط السلوك المضطرب أو في الآليات المعرفية. (صفاوي وسعيد، 2024، ص.65).
وتجسيدا لذلك، اعتمدنا المنهج العيادي مع الاستعانة بالمقابلات نصف الموجهة، كما تم دمج تصميم تجريبي يعتمد على القياس القبلي والبعدي، بهدف تقييم فعالية البرنامج العلاجي المقترح ومدى استجابة الحالات له.

3.حدود الدراسة :

3-1-الحدود الزمانية: تمت الدراسة في سنة 2025 / 2026 من السنة الجامعية ،وإمتدت من 12نوفمبر إلى غاية 24 أفريل.

3-2-الحدود المكانية: تمت الدراسة في مركز التكفل بذوي التوحد بولاية عين تموشنت.

3-3-الحدود البشرية:تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأمهات بلغ عددهن 3 تراوحت أعمارهن ما بين 35 و 40 سنة ، وفيما يلي تفصيل لبياناتهن الشخصية والاجتماعية موزعة حسب المتغيرات الموضحة في الجدول رقم (2):

4. جدول رقم (02) : خصائص عينة الدراسة

حالات الدراسة:

الحالة	السن	المستوى التعليمي	المهنة	الحالة الاجتماعية	عدد الأطفال المصابين بالتوحد
1	40 سنة	جامعي	تاجرة (أعمال حرة)	مطلقة	1
2	37 سنة	ثالثة ثانوي	مربية	متزوجة	2
3	35 سنة	ثالثة ثانوي	ربة بيت	متزوجة	1

5.أدوات الدراسة:

إعتمدت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات تمثلت في :

5-1- الملاحظة العيادية:

إن الملاحظة هي الإهتمام والمتابعة التي يمكننا من خلالها رؤية جميع خصائص الظاهرة المدروسة، دون التدخل لمحاولة تغيير مباشر للوضعية المدروسة. فهي أساس معرفة الدارس والذخيرة المعلوماتية التي تحتاجها الدراسة. يفترض أن الإهتمام من خلال الملاحظة يركز على كائن ما والقدرة على تمييز الاختلافات الموجودة بين الظواهر. (تتاح، 2020، ص. 55).

في دراستنا إعتمدنا على الملاحظة العيادية المباشرة أثناء إجراء المقابلات كتقنية مكملة داخل الدراسة بالإضافة إلى شبكة الملاحظة:

تقوم بدرجة أولى على استثمار تلك الأبعاد والمؤشرات التي تم استخراجها سابقا استنادا للتعريف الإجرائي الخاص بالمتغير المراد ملاحظته؛ بحيث يتم تنظيم هذه المؤشرات تحت الأبعاد التي تنتمي لها؛ تعنى كذلك بالرصد الكمي للأحداث من خلال تسجيل المؤشرات المعبرة عن هذه الأحداث على شبكة من البنود المسجلة على الورق؛ يتم لاحقا التأكد من مدى وجود هذه المؤشرات من خلال مقارنتها بالملاحظات ليتم تقييدها بوضع علامة تشير إلى درجة وجودها أو غيابها. (بن جخل، 2020، ص. 15).

5-2- المقابلة العيادية نصف الموجهة :

إستخدمنا المقابلة نصف الموجهة لمواءمتها مع موضوع بحثنا، وكذلك معرفة معلومات حول أم الطفل التوحيدي وما تعانيه من مشاكل داخل الأسرة ومشاكل تحيط بها من طفلها. فالمقابلة تسمح للمفحوص بالتعبير بكل حرية دون أي ضغوط ودون الخروج عن الموضوع، وذلك وفق دليل محضر مسبقا، الذي يحتوي على مجموعة من المحاور تخدم موضوع الدراسة، ويندرج ضمن هذه المحاور مجموعة من الأسئلة.

وتعرف المقابلة العيادية النصف موجهة بأنها مجال متسع أمام الفاحص لكي يوجه ما يراه مناسبا من حديث وأسئلة وفق إستجابات الفرد الحالية وأن يلاحظ تصرفاته وإنفعالاته وحركاته وإشاراته مما يعطي له مذهباً لجمع تفاصيل دقيقة عن شخصية المفحوص. (عالم، 2017، ص. 108).

وهي مزيج من الأسئلة المقفلة والمفتوحة وفيها تعطي الحرية للفاحص بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المفحوص المزيد من التوضيح. (ملفاتي وهودة، 2022، ص. 80).

صممت محاورها وفق ما وضعته الطالبة من أهداف للدراسة، للتأكد من مستويات التوافق النفسي لدى الأمهات حيث تتكون هذه المقابلة من خمسة محاور أساسية تكمل بعضها البعض وهي موضحة في الجدول رقم (03) أدناه :

المحور الأول	المحور الثاني	المحور الثالث	المحور الرابع	المحور الخامس
البيانات الأولية للحالة والتاريخ النفسي والمرضي	بيانات الطفل المصاب بالتوحد	التوافق النفسي (الذاتي، الأسري، والاجتماعي)	توقعات الأم حول البرنامج العلاجي	تقييم فعالية البرنامج العلاجي

جدول رقم (03): محاور المقابلة العيادية

3-5- المقياس النفسي: مقياس التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد : من إعداد الدكتورة "زينب محمود شقير" 2003، قامت بإنجاز هذا المقياس وذلك بالإطلاع على المفاهيم النظرية للتوافق النفسي وأبعاده المتعددة إضافة إلى إطلاعها على مقياس كاليفورنيا للشخصية. يتكون هذا المقياس من أبعاد أساسية للتوافق النفسي تجمع أهم جوانب حياة الفرد وهي: التوافق الشخصي والإنفعالي، التوافق الصحي (الجسمي)، التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي. **الهدف من إستعماله :** هو الحصول على نتائج كمية وبالتالي معرفة هل الأم متوافقة نفسيا أم لا، وذلك عدديا. يتكون المقياس من 80 عبارة مقسمة إلى 20 عبارة لكل بعد فرعي على حدة. **تقديم المقياس :** يطلب من المفحوص أن يقوم بالإجابة على عبارات المقياس بإعطاء تقدير دقيق وصريح وبدون مجاملة، وذلك على مقياس يتدرج من الإجابة: "نعم"، "أحيانا"، "لا". ويقابل هذه التقديرات ثلاثة درجات هي (0، 1، 2) على الترتيب، وذلك عندما يكون إتجاه التوافق إيجابيا. **طريقة التنقيط:**

في حال كان إتجاه التوافق إيجابيا: تمنح الدرجات (2، 1، 0) على التوالي أما في حال كان إتجاه التوافق سلبيا (إنخفاض التقدير): تكون التقديرات في إتجاه عكسي (0، 1، 2) على التوالي.

جدول رقم (04): كيفية تنقيط مقياس التوافق النفسي العام

محاور المقياس	أرقام فقرات كل محور	إتجاه التصحيح	الدرجة الكلية	مستويات التوافق
المحور الأول: التوافق الشخصي الإنفعالي	الفقرات الموجبة من 1 إلى 14	2-1-0	من صفر إلى 40	المقاييس الفرعية الأربعة: (1 من صفر إلى 10: سوء توافق
		0-1-2		

2) من 11 إلى 20: توافق منخفض			الفقرات السالبة من 15 إلى 20	
3) من 21-30: توافق متوسط				
4) من 31 إلى 40: توافق مرتفع				
	من صفر إلى 40	2-1-0 0-1-2	الفقرات الموجبة من 21 إلى 28 الفقرات السالبة من 29 إلى 40	المحور الثاني: التوافق الصحي (الجسمي)
	من صفر إلى 40	2-1-0 0-1-2	الفقرات الموجبة من 41 إلى 55 الفقرات السالبة من 56 إلى 60	المحور الثالث: التوافق الأسري
	من صفر إلى 40	2-1-0 0-1-2	الفقرات الموجبة من 61 إلى 74 الفقرات السالبة من 75 إلى 80	المحور الرابع: التوافق الاجتماعي
1) من 0 إلى 40: سوء توافق 2) من 41 إلى 80: توافق منخفض	من 0 إلى 160	الدرجة الكلية للمقياس	مجموع العبارات الكلية للمقياس (80 عبارة)	التوافق النفسي العام

3) من 81 إلى 120: توافق متوسط				
4) من 121 إلى 160: توافق مرتفع				

تصحيح المقياس:

يشمل المقياس 80 عبارة تقيس التوافق النفسي العام، تتوزع العبارات على أربعة محاور كما تم توضيحه في الجدول السابق.

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين 0 إلى 160 درجة بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى إرتفاع درجة التوافق النفسي وأبعاده الأربعة وتشير الدرجة المنخفضة إلى إنخفاض في درجة التوافق النفسي وأبعاده الأربعة. ويستعمل هذا المقياس في جميع الأعمار الزمنية من الجنسين ابتداء من نهاية مرحلة الطفولة إلى كبار السن.

الخصائص السيكومترية:

أولا : صدق المقياس

تم حساب الارتباطات الداخلية للأبعاد (المحاور) الأربعة التي يتضمنها المقياس، وحساب الارتباطات بين الأبعاد الأربعة وبين الدرجة الكلية للمقياس للعينة الكلية، وهي كالتالي:

جدول رقم (05): معامل الارتباط لصدق مقياس التوافق النفسي العام

الأبعاد	الدالة	معامل الارتباط	العينة
التوافق الشخصي	0.01	0.67	200
التوافق الصحي	0.01	0.79	200
التوافق الأسري	0.01	0.73	200
التوافق الاجتماعي	0.01	0.83	200
التوافق النفسي العام	0.01	0.75	200

يتضح من خلال الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباطات للأبعاد الأربعة ذات دلالة موجبة، وكذلك الارتباطات بين الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية للمقياس.

ثانياً: ثبات المقياس

يقصد بثبات المقياس أن يعطي نفس النتائج تقريباً إذا أعيد تطبيقه على نفس العينة مرة أخرى. وفي دراستها المؤلفة، استخدمت الباحثة طريقة إعادة التطبيق لتحقيق ثبات المقياس، حيث تم إجراء تطبيق المقياس على عينة مقدارها 200 فرد مناصفة بين الجنسين مرتين متتاليتين بلغ الفاصل الزمني بينهما أسبوعين كما يوضح الجدول:

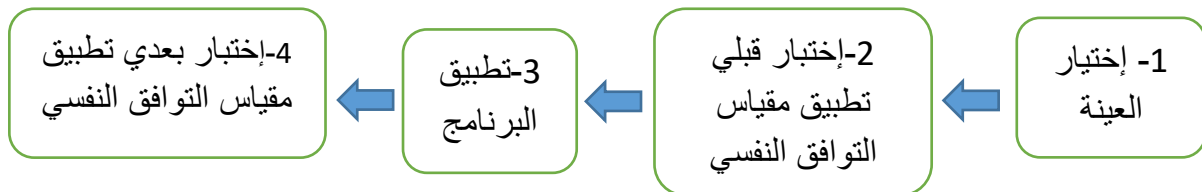
جدول رقم (06): معامل الارتباط لثبات مقياس التوافق النفسي العام

الأبعاد	التوافق الشخصي	التوافق الصحي	التوافق الأسري	التوافق الاجتماعي	التوافق النفسي العام
التوافق الشخصي	-	0.64	0.67	0.71	0.78
التوافق الصحي	-	-	0.69	0.82	0.85
التوافق الأسري	-	-	-	0.93	0.76
التوافق الاجتماعي	-	-	-	-	0.88
التوافق النفسي العام	-	-	-	-	-

يتضح من خلال الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط مرتفعة حيث تتراوح ما بين 0.67 إلى 0.83، وتنعكس هذه المعاملات ارتفاعاً لدى عينة الدراسة (شقيير، 2003).

6. البرنامج العلاجي التكاملي:

1-6- مراحل تطبيق البرنامج:



الشكل رقم (01): مخطط مراحل الدراسة الميدانية وتطبيق البرنامج

2-6- هيكل البرنامج العلاجي:

تم إعداد برنامج علاجي تكاملي يهدف إلى تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بمركز عين تموشنت، حيث يمتد البرنامج على مدار 15 جلسة علاجية بواقع حصتين أسبوعياً. يدمج البرنامج فنيات علاجية حديثة تشمل: العلاج المعرفي السلوكي، العلاج الجدلي السلوكي، والعلاج بالتقبل والالتزام، موزعة على خمس مراحل متسلسلة تبدأ ببناء التحالف العلاجي والوعي النفسي وصولاً إلى إعادة البناء المعرفي والتمكين المهاراتي.

وقد تم تصميم محتوى هذا البرنامج بالاستناد إلى مراجع عالمية رصينة مثل (Linehan, 2020) و (Bouvet, 2019)، وبالاطلاع المعمق على دراسات عربية متخصصة وميدانية، ومنها:

- دراسة (صفراوي وسعيد، 2024) المعنونة بـ "فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعزيز تقدير الذات لدى المرأة المصابة بالحروق الجسدية"، والتي تمت تحت إشراف أ. قلعي تسورية آمال.
- دراسة (أحمد بلحاج وأسماء لطرش، 2024) الموسومة بـ "فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد: دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز التكفل بذوي التوحد - عين تموشنت".
- البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المقترح لتخفيف الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد للباحثة (أسماء عجاي، 2019) المنشور في مجلة التواصل بجامعة عنابة.

كما تمت الاستعانة بأدوات تطبيقية من منصات عالمية متخصصة مثل (Therapist Aid) و (Outils Psy)، بعد تكيفها وترجمتها لتناسب الخصوصية الثقافية والاجتماعية للحالات المستهدفة في البيئة المحلية.

جدول رقم(07): البرنامج العلاجي التكاملي من إعداد الطالبة بعد تحكيمه

الجلسة	المدة	التقنيات	الهدف
1	45د	1- بناء العلاقة العلاجية والتحالف العلاجي	1- التعرف الأولي على الحالة وبناء علاقة قائمة على الثقة والإحترام المتبادل.

		2- جمع المعلومات الأولية للحالة	- التأكيد على ضرورة التعاون المتبادل لضمان نجاح العلاج. - الإتفاق على عدد الجلسات وتحديد موعد الجلسات القادمة (اليوم، الوقت)، التأكيد على ضرورة الإلتزام بالحضور في جميع الجلسات. 2- الحصول على أكبر قدر من المعلومات التي تساعدنا على فهم الحالة أكثر.
2	45د	1- شرح البرنامج العلاجي للحالة وتوضيح أهدافه 2- تطبيق مقياس التوافق النفسي (القياس القبلي)	1- تزويد الحالة بمعلومات حول محتوى البرنامج العلاجي مع التعرف على أهدافه . 2- تحديد مستوى التوافق النفسي للحالة قبل تطبيق البرنامج العلاجي عليها.
3	40د	1- التربية النفسية 2- تقنية الإسترخاء الذهني 3- تمرين منزلي: إعادة تطبيق تقنية الإسترخاء في المنزل	1- الإستماع إلى ما تعرفه الحالة عن التوحد وزيادة وعيها بمفهومه وتأثيره على الأسرة ومحاولة تصحيح الأفكار الخاطئة . 2- التخفيف من حدة التوتر الفوري لدى الحالة. 3- تحسين تعاملها مع المواقف الضاغطة.
4	30د	1- التربية النفسية 2- تقنية المراقبة الذاتية 3- تمرين منزلي: تكلف الحالة بملئ جدول المراقبة الذاتية في المنزل وإعادة تكرار تقنية الإسترخاء.	1- وعي الحالة بالتوافق النفسي و تأثيره على صحتها . 2- تزويد الحالة بمعلومات حول التقنية وكيفية تطبيقها . 3- تمكين الحالة من إدراك وفهم أفكارها ومشاعرها وسلوكياتها.
5	45د	1- مناقشة التمرين المنزلي للجلسة السابقة تمرين الاسترخاء مع جدول المراقبة الذاتية 2- اليقظة الذهنية 3- تقنية قف 4- تمرين منزلي:	1- التحقق من تنفيذ الحالة للتمرين المنزلي ومدى إستجابتها للعلاج والتعرف على شعورها بعد تطبيقها للتمرين ومناقشة الصعوبات التي واجهتها وتصحيح أي أخطاء في التطبيق إن وجدت. 2- وعي الحالة بال اللحظة الحالية وتدريبها على مراقبة أفكارها ومشاعرها دون إصدار أحكام . 3- تعزيز الحالة من قدرتها على الضبط الإنفعالي.

		- ممارسة تقنية قف عند الشعور ببداية التوتر. - تزويد الحالة بورقة تضم مجموعة من التشوهات المعرفية للتعرف عليها ومناقشتها في الجلسة موالية.		4- تثبيت الحالة على ممارسة تقنية قف خلال مواجهتها لظروف ضاغطة وتمكينها من التعرف على الأخطاء الفكرية التي تقع فيها، مما يمهد الطريق لجلسة إعادة البناء المعرفي القادمة.
6	45د	1- مناقشة التمرين المنزلي 2- تقنية الأعمدة الثلاثة 3- إعادة البناء المعرفي 4- التربية النفسية 5- تمرين منزلي: تعبئة جدول الأعمدة الثلاثة لموقف واحد، مع الالتزام ببرنامج غذائي بسيط أو ساعة هدوء يوميا.		1- رصد التشوهات المعرفية المرتبطة بالحالة. 2- تحديد الأفكار السلبية التي تتبادر إليها والتي تعيق توافقها مع البيئة المحيطة. 3- التمييز بين الحقائق والتصورات الخاطئة لتقليل الأخطاء المعرفية المعيقة للتوافق. 4- وعي الحالة بالرعاية الذاتية وتناول الأغذية الصحية. 5- إستبدال الأنماط الفكرية المشوهة ببدائل عقلانية.
7	45د	1- مناقشة التمرين المنزلي 2- تقنية رسالة الإمتنان 3- تمرين منزلي: تكلف بكتابة رسالة إمتنان لشخص يمثل لها سندا في رحلة رعاية طفلها.		1- مناقشة إعادة البناء المعرفي والتأكد من قدرة الحالة على تعديل أفكارها . 2- تعزيز التوافق الإجتماعي وتقدير شبكة الدعم المحيطة.
8	45د	1- مناقشة التمرين المنزلي 2- التحليل الوظيفي للسلوك 3- تقديم إستراتيجيات فعالة للتعامل مع الطفل 4- تقنية التنفس العميق 5- تمرين منزلي: تحليل لسلوك واحد للطفل وتطبيق إستراتيجية التعزيز ليومين مع تطبيق تقنية التنفس العميق.		1- تقييم التأثير الإيجابي عند ممارستها تقنية الإمتنان . 2- مساعدة الحالة على فهم السبب وراء سلوك طفلها وفهم العلاقة بين المثيرات والسلوك والإستجابات. 3- تعزيز السلوكيات الإيجابية والتقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها لدى طفلها المتوحد. 4- التحكم في الإستجابة العصبية للحالة أثناء نوبات غضب طفلها.

5- رفع كفاءة الحالة في إدارة سلوك طفلها بشكل مستقل و إختبار فاعلية الإستراتيجيات المقترحة وتعديلها بناء على إستجابة الطفل.			
1- التأكد من قيام الحالة بفهم تحليل السلوك وتطبيقه مع الطفل. 2- توعية الحالة بأهمية الروتين اليومي في تنظيم حياة طفلها وتحسين سلوكياته وإكتسابه الشعور بالإستقلالية. 3- بناء الروتين اليومي: (باستخدام البطاقات البصرية) 4- إكتساب مهارة تطبيق الروتين اليومي عمليا. 5- ضمان إستمرارية تطور سلوكيات طفلها وتحسينها. مع التشجيع الدائم للحالة على العناية الذاتية وتخصيص وقت لنفسها ورفع تقديرها الذاتي.	1- مناقشة الواجب المنزلي 2- التثقيف حول أهمية الروتين اليومي للطفل 3- بناء الروتين اليومي للطفل (باستخدام البطاقات المصورة) 4- تطبيق عملي للروتين اليومي في الجلسة 5- تمرين منزلي: تطبيق الروتين على الطفل بشكل مستمر مع تخصيص ساعة هدوء يومية للأم كمكافأة ذاتية مع تقنية الإسترخاء .	45د	9
1- التأكد من مدى إلتزام الحالة بتطبيق الروتين اليومي، وتحديد الصعوبات التي واجهتها أثناء تطبيقه ومناقشتها. 2- تمكين الحالة من إكتساب مهارة حل المشكلات. 3- تمكين الحالة من عقلنة المشكلات بدلا من الإنفعال إتجاهها وتدوين ملاحظات حول مدى نجاح الحلول المجربة.	1- مناقشة التمرين المنزلي 2- تقنية حل المشكلات 3- تمرين منزلي: إختيار مشكلة معينة وتطبيق الخطوات عليها مع الإستمرار في الروتين اليومي للطفل.	40د	10
1- مراجعة ما تم في الجلسة السابقة وتحليل المشكلة التي دونتها الحالة وكيفية تطبيق الخطوات لإيجاد الحلول. 2- إكتساب مهارة التواصل الفعال وطلب الدعم عند الحاجة. 3- لعب أدوار داخل الجلسة بشكل صريح لضمان أن الحالة أتقنت المهارة قبل ذهابها للمنزل. 4- تدريب الحالة على طلب الدعم وحماية حدودها النفسية.	1- مناقشة التمرين المنزلي 2- تقنية DEAR MAN 3- النمذجة 4- تمرين منزلي: يطلب من الحالة إختيار طلب واحد تود توجيهه (مثل طلب تقسيم مهام رعاية الطفل مع الزوج)، وكتابة نص الطلب بإستخدام خطوات التقنية.	40د	11

12	40د	1- مناقشة التمارين المنزلية السابقة 2- تقنية النمذجة 3- تمرين المرأة من خلال تقنية لعب الأدوار 4- تقنية القيم 5- تمرين منزلي: تمرين المرأة يوميا لمدة 3 دقائق مع قول 3 جمل إيجابية لذاتها.	1- التعرف على مدى فهم الحالة للتقنيات التي تم شرحها في الجلسة السابقة مثل حل المشكلات وتقنية مهارات التواصل و فهم الصعوبات التي واجهتها أثناء التطبيق . 2- الإكتساب المعرفي عبر الملاحظة من خلال عرض فيديو إسقاطي حول الحوار الإيجابي مع الذات. 3- رصد التناغم بين لغة الجسد والخطاب اللفظي، مما يساهم في تحسين مهارات التواصل التوكيدي لدى الحالة . 4- مساعدة الحالة على ترتيب أولوياتها الأخلاقية وإكتشاف قيمها. 5- تعديل المخططات الذهنية وترسيخ مبدأ الإستحقاق الذاتي.
13	40د	1- مراجعة الجلسات السابقة 2- التقييم الذاتي للتقنيات 3- صندوق التهذنة الذاتية 4- التمرين المنزلي: ممارسة صندوق التهذنة يوميا وإعادة تطبيق تقنية صعبة واحدة.	1- التأكد من فهم وتطبيق الحالة للتقنيات. 2- (تحديد الأسهل و الأصعب) وإكتشاف مهارات أخرى. 3- إعادة توجيه الجهاز العصبي من حالة إلى حالة الإسترخاء من خلال مدخلات حسية ملموسة. 4 - خفض حدة التوتر الفيزيولوجي لدى الحالة بمعدل يومي مع تعزيز التقنية الصعبة وفهمها جيدا وترسيخها .
14	45د	1- التربية النفسية حول الإنتكاسة 2- وضع خطة إستمرارية 3- تقنية البحث عن الإستثناءات 4- تمرين منزلي : تدون الحالة يوميا شيء واحد فعلته و تشعر بسببه بأنها أم تستحق التقدير ونطلب منها تدوين اللحظات التي شعرت فيها بالإنسجام مع طفلها مهما كانت صغيرة في سجل النجاحات الصغيرة.	1- شرح مفهوم الإنتكاسة وطرق التعامل معها وتعزيز الكفاءة الذاتية ومنع الإنتكاسة. 2- كتابة بروتوكول واضح: ماذا أفعل عندما أشعر أنني في دوامة أوضاع؟ 3- تحقيق إنسجام بين واقعها (وجود طفل توحد) وبين قدرتها على إيجاد مساحات سلام داخل هذا الواقع. 4- تعزيز التوافق الإيجابي مع الواقع والإنسجام مع البحث عن الإستثناءات.

15	45	1- مناقشة مدى التزام الحالة بتطبيق التمارين المنزلية السابقة. 2- القياس البعدي للتوافق النفسي ومقارنة نتائج القياس قبل وبعد البرنامج لمعرفة مدى فاعليته. 3- مناقشة الإيجابيات والسلبيات وتحديد النقاط الفعالة والصعوبات التي واجهت الحالة في إجراء التقنيات. 4- شكر الحالة على التزامها، وتحفيزها على الإستمرار في تطبيق التقنيات المكتسبة، وتوديعها. 5- نفتح للحالة مجال لجلسات أخرى من أجل تفقد حالتها النفسية.	1- توجيه الحالة إلى الإستمرار في تحسين التوافق النفسي. 2- قياس مستوى التوافق النفسي للحالة بعد تطبيق التقنيات المدرجة في البرنامج العلاجي التكاملي. 3- التأكد من تحقيق الأهداف العلاجية المحددة للبرنامج وتقييم تجربة الحالة بشكل كامل . 4- تعزيز ثقتها بنفسها وإنهاء الجلسة بإيجابية. 5- متابعة الحالة بعد الإنتهاء من كل جلسات البرنامج العلاجي بعد 15 يوما في حالة حاجتها للمساعدة .
----	----	--	--

3-6-تحكيم البرنامج العلاجي :

إسم المحكم	الرتبة	الجامعة
بن عيسى رحال نوال	أستاذة مساعدة أ	جامعة عين تموشنت
سبع هجيرة	أستاذة محاضرة أ	جامعة عين تموشنت
سعدى زينب	أستاذة محاضرة ب	جامعة عين تموشنت
مقداد اميرة	أستاذة محاضرة أ	جامعة عين تموشنت
موفق كروم	أستاذ التعليم العالي	جامعة عين تموشنت
سني أحمد	أستاذ محاضر ب	جامعة عين تموشنت

جدول رقم (08): الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي

بناء على التغذية الراجعة من الأساتذة المحكمين ،إستقر البرنامج في صورته النهائية كخطة علاجية متكاملة تهدف أساسا إلى تعزيز التوافق النفسي لأمهات أطفال التوحد.وقد نال البرنامج ثقة الخبراء الذين أكدوا فاعليته ومناسبته للأهداف ولم تكن هناك أي ملاحظات أو نقائص.

4-6-شرح تفصيلي لجلسات البرنامج العلاجي:

الجلسة الأولى: بناء التحالف العلاجي :

تركز هذه الجلسة على إستقبال الأم بروح إيجابية لإزالة الحواجز النفسية وبناء علاقة قائمة على الثقة المتبادلة.بحيث يتم من خلالها التعريف بدور الأخصائي في تعزيز التوافق النفسي،والتأكيد على ميثاق السرية المهنية لضمان صراحة الحالة كما يتم جمع المعلومات الأولية حول تاريخ الحالة وظروفها الإجتماعية، والإتفاق على عدد الجلسات لضمان إلزامها.

الجلسة الثانية: التنقيف العلاجي والقياس القبلي:

تخصص هذه الجلسة لتزويد الحالة بمعلومات حول محتوى البرنامج العلاجي التكاملي وأهدافه ويتم فيها مناقشة التوقعات والنتائج المرجوة،متبوعة بتطبيق مقياس التوافق النفسي (القياس القبلي) لتحديد مستوى التوافق النفسي قبل البدء في التدخل الفعلي.وفي نهاية الجلسة نطلب من الحالة أن تطرح إستفساراتها حول البرنامج وكيفية التطبيق ومن ثم توديعها وشكرها والإتفاق على مواعيد الحصص الموالية .

الجلسة الثالثة: التربية النفسية و فنيات التهدة الأولية:

نستفتح الجلسة بتنقيف الحالة وتزويدها بمعلومات حول إضطراب طيف التوحد وتأثيره على الأسرة. ثم نبدأ الجانب التطبيقي من خلال تدريبها على تقنية التنفس العميق والإسترخاء الذهني وهي تقنية سلوكية كلاسيكية لتهدة الجهاز العصبي.

أولاً: نشرح طريقة التنفس العميق: "اجلسي بوضعية مريحة، وخذي نفسا عميقا عبر أنفك لمدة 4 ثوان، إحبسي الهواء داخل صدرك لمدة 4 ثوان،ثم اخرجي الهواء لمدة 5 ثوان،ويتم تكرارها 5 مرات" .

ثانياً: شرح طريقة تطبيق الإسترخاء ثم نقوم بالتطبيق الفعلي للتقنية في الجلسة.

مرحبا بك في هذه الجلسة جلة الاسترخاء العميق لنعمل الآن على صفاء ونقاء ذهنك أنا أركز على شهيق وزفيري في تنفسي أخذ نفسا عميقا من رثتي 1 2 3 مرة أخرى شهيق زفير...

أتخيل الآن أنني على شاطئ بحر جميل أنا أنصت إلى صوت الأمواج المترامية بلطف على الشاطئ أنا ألاحظ أن حركة تنفسي في تناغم مع حركة الأمواج أنا أنصت إلى صوت النسيم العليل وأشعر به يداعب بشرتي. الآن أشعر أن أجفان عيوني أنها أصبحت ثقيلة أكثر فأكثر .. هذا طبيعي . أنا الآن أشعر بدفئ أشعة الشمس على وجهي عضلات وجهي مسترخية تماما، أنا المسيطرة الوحيدة في ذهني، إنه وقتي أنا. أنا مسترخية ومستمتعة في هذا الوقت، الآن سأخذ نفسا عميقا مرة أخرى ولنبقية 5 ثوان شهيق 1 2 3 4 5 ، زفير 1 2 3 4 5 .

الآن أنا أتخيل نفسي أسير نحو مياة البحر الدافئة أسترخي وأنا أشعر بأن مياه البحر تلامس قدمي حتى تغمرها.

التوتر يغادر جسمي مع كل شهيق وزفير أخذه. أنا أراقب الماء وهو يغمر ساقي تدريجيا وأخذ نفسا عميقا مرة أخرى 3 ثوان شهيق 1 2 3 ... زفير 1 2 3 ... أنا ألاحظ التوتر وهو يغادر جسمي تدريجيا، مياه البحر تغمر ركبتي الآن ، أنا ألاحظ شعور الماء وهو يغمر ساقي، أنا المسيطرة الوحيدة على عقلي ، أشعر الآن وكأنني أطفو هذا شعور طبيعي تماما أنا أتخلص من التوتر تدريجيا و أخذ نفسا عميقا مرة أخرى شهيق 1 2 3 زفير 1 2 3 ... أنا الآن أشعر بخفة وانعدام الوزن ،توتري الآن يزول كلما أخذ نفسا عميقا ، أنا مسترخية تماما وأشعر بمياه البحر الدافئة ، أشعر بتيار الماء وهو يحيط بي تماما ، الآن أنا أشاهد هذا التيار وهو يتحول تدريجيا إلى غيمة بيضاء، تطفو هذه الغيمة برفة مع النسيم. الآن أنظر إلى السماء من حولي وهي مليئة بالغيوم، أشعر بالسكينة ..

الآن أخذ نفسا عميقا ويجب أن أتذكر أنه في كل نفس عميق يمكنني الإسترخاء أكثر فأكثر ،شهيق 1 2 3 ... زفير 1 2 3 ...

الآن أنا أتخيل أنني أطفو في الهواء كورقة الشجر كلما انخفض الارتفاع أكثر كلما أصبحت مسترخية أكثر فأكثر، الآن أخذ نفسا عميقا شهيق 1 2 3 ، أخرج الهواء من رئتي ببطئ وأسترخي أكثر فأكثر ، أنا المسيطرة على عقلي وجسمي .

الآن لنأخذ نفسا عميقا لآخر مرة، لكن هذه المرة ببطئ شديد سأخذه وسأخرجه ببطئ أيضا في سبعة عدا ،شهيق 1 2 3 4 5 6 7 زفير 1 2 3 4 5 6 7 ...

لقد أكملت تمرين الإسترخاء والآن يمكنني فتح عيني ببطئ،

ثالثاً: بعد الإنتهاء من تطبيق التقنية نسأل الحالة، كيف تشعرين الآن؟ هل لاحظت الفرق بين التوتر والإسترخاء؟.

نهاية الجلسة :تكليف الحالة بإعادة تطبيق تقنية الإسترخاء الذهني بالمنزل وتذكيرها بموعد الجلسة الموالية.

الجلسة الرابعة : التوافق النفسي ورصد الأفكار:

أولاً : نفتح الجلسة بالترحيب بالحالة ومناقشة التمرين المنزلي المتمثل في تقنية الإسترخاء الذهني والتعرف على خطوات التطبيق وإستفسارات الحالة إن وجدت صعوبة معينة.

ثانياً: تثقيف نفسي بخصوص التوافق النفسي وأبعادة والعوامل المساعدة لتحقيقه وكيفية تأثيره عليها.

ثالثاً: تقنية المراقبة الذاتية التي تساعد على ملاحظة الأفكار والمشاعر والسلوكيات بحيث تعد المراقبة الذاتية أداة تدوين منهجية تحول السلوكيات التلقائية إلى وعي مدرك، فهي تمنحنا بيانات دقيقة لصياغة المشكلة، وتدفع الحالة لتغيير أنماطها السلبية بمجرد مراقبتها، مع تصحيح نظرتها التشاؤمية. وفي آخر الجلسة نقدم للحالة ورقة تحتوي على نموذج لجدول المراقبة الذاتية ونوضح لها كيفية تعبئتها.

رابعاً :تكلف الحالة بواجب منزلي: ملء جدول المراقبة الذاتية يومياً، مع الإستمرار في تمرين الإسترخاء الذهني، وذلك لتعزيز كفاءتها في الضبط الذاتي ونقل أثر التدريب إلى حياتها اليومية.

جدول رقم (09) : كيفية ملئ جدول المراقبة الذاتية

اليوم + التاريخ	الموقف مع الطفل(ماذا حدث؟)	الأفكار التلقائية(الفكرة التي خطرت مباشرة لذهني)	المشاعر(بماذا شعرت) تقييمها من 0 إلى 10	السلوك(ردة الفعل، كيف تصرفت؟)
--------------------	-------------------------------	---	--	-------------------------------------

(إبراهيم وعبد الستار، 1994، ص.154)

- اليوم :تدوين اليوم الذي حدث فيه الحدث.
- الموقف :وصف موضوعي للحدث (مثال: نوبة غضب للطفل في مكان عام).
- الأفكار التلقائية :رصد التفسير الداخلي (مثال: "الجميع ينظر إليّ، أنا أم فاشلة").

• المشاعر: تحديد نوع الشعور (قلق، إحراج، غضب) وشدته (مثلا 10/9) لبيان مستوى الضغط.

• السلوك: رد الفعل الظاهري (مثال: الصراخ على الطفل، أو الانسحاب من المكان).

نهاية الجلسة: تذكير الحالة بموعد الجلسة الموالية.

الجلسة الخامسة: اليقظة الذهنية والضبط الإنفعالي:

أولا : تتمحور هذه الجلسة حول مناقشة التمرين المنزلي للجلسة السابقة والتعرف على الصعوبات التي واجهت الحالة في تطبيق تقنية المراقبة الذاتية والإسترخاء ومحاولة تصحيح أي أخطاء في التطبيق إن وجدت.

ثانيا: نشرح للحالة تقنية قف (STOP) بخطواتها الأربع، والتي تساعد على التوقف وأخذ خطوة للخلف ومراقبة الموقف بوعي دون إندماج معرفي مع الأفكار السلبية.

جدول رقم(10) : شرح تفصيلي لتقنية (STOP)

المهارة	الشرح والتفصيل
S	توقف! لا تتصرف! تعامل ببرود! لا تستخدم عضلاتك! حافظ على التحكم والضغط! قد تتصرف دون أن تفكر نتيجة لمشاعرك السيئة.
T	أخذ خطوة إلى الوراء (Take a step back) خذ خطوة إلى الوراء بعيدا عن الموقف! خذ فترة راحة! اترك كل الأشياء جانبا! تنفس بعمق! لا تتصرف باندفاع وبسرعة بسبب المشاعر السيئة.
O	الملاحظة (Observe) لاحظ ما يحدث في الخارج! لاحظ ما يحدث في داخلك أيضا! ما الموقف الذي حدث؟ ما الأفكار والمشاعر التي تراودك؟ ما الأشياء التي يقولها أو يفعلها الآخرون لك؟
P	البقاء يقظا ذهنيا (Proceed Mindfully) ضرورة التصرف بوعي، تقييم الموقف والأفكار والمشاعر قبل إتخاذ القرار، تقييم أفكار الآخرين ومشاعرهم قبل إتخاذ القرارات إتجاههم، إعادة التفكير في الأهداف، ما الأفعال التي ستجعل من الأشياء أفضل أو أسوء؟

(Linehan,2015,p.327)

ثالثاً: تدريب الحالة على اليقظة الذهنية بعد شرحنا لها هنا نستغل تقنية التوقف لمتابعة شرح هذه التقنية وذلك بهدف تحقيق الوعي باللحظة الحالية وتدريبها على مراقبة أفكارها دون إصدار أحكام تساهم اليقظة الذهنية في تحقيق التوافق النفسي لأم طفل التوحد من خلال تقليل الاجترار الفكري بنقل تركيزها من القلق على المستقبل إلى اللحظة الراهنة، وفصل الذات عن الانفعال عبر مراقبة المشاعر بدلاً من التماهي معها، مما يمنحها استجابة حكيمة بدلاً من رد الفعل العنيف وتمارس هذه التقنية عبر مستويين: رسمي يتمثل في تخصيص وقت ومكان محددين لممارسة تمارين التأمل والتنفس العميق بعيداً عن المشتتات، وغير رسمي يقوم على دمج الانتباه الكامل في تفاصيل الأنشطة اليومية العادية كالمشي والأكل عبر استشعار الحواس لكل حركة وتفصيل. (زين وجون، 2014، ص.45)

في آخر الجلسة نطلب منها القيام بواجب منزلي يتمثل في إعادة ممارسة تقنية قف عند الشعور ببداية التوتر أو فقدان السيطرة على الذات وتسجيل الملاحظات، كما أننا نمنحها ورقة تتضمن مجموعة من التشوهات المعرفية لتقوم بالإطلاع عليها في المنزل ومناقشتها في الجلسة الموالية.

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

جدول رقم (11) :جدول التشوهات المعرفية

نوع التشوه المعرفي	التعريف والشرح	مثال توضيحي
التفكير السحري	الاعتقاد بأن أفكارك أو أفعالك تؤثر على أحداث غير مرتبطة بها واقعياً.	"لو لم أتمن حدوث شيء سيء له، لما وقع له الحادث".
الشخصنة	لوم النفس وتحمل المسؤولية عن أحداث تقع خارج نطاق سيطرتك.	"أمي حزينة دائماً، كانت ستكون بخير لو بذلت جهداً أكبر لمساعدتها".
القفز إلى الاستنتاجات	تفسير المواقف وإعطاؤها معنى سلبياً دون وجود أدلة كافية.	ينفرع منه: قراءة الأفكار والتنبؤ بالمستقبل.
قراءة الأفكار	افتراض معرفة ما يفكر به الآخرون تجاهك دون دليل ملموس.	"صديقتي لن تخرج معي غداً، هي تعتقد بأنني لا أطيعها".
التنبؤ بالمستقبل	توقع حدوث نتائج سيئة وفشل الموقف قبل أن يبدأ أصلاً.	"أعلم أنني سأفشل في المقابلة ولن أحصل على الوظيفة".

الاستنتاج العاطفي	اعتبار المشاعر حقيقة مطلقة (إذا كنت أشعر بشيء، فهو حقيقي).	"أشعر بأنني أم سيئة، إذن أنا فعلا سيئة".
استبعاد الإيجابيات	التركيز فقط على السلبيات وتجاهل أي نجاح أو إطراء إيجابي.	التركيز على ملاحظة سلبية واحدة في تقييم عملك وتجاهل عشرات المديحات.
عبارات "يجب"	وضع قواعد صارمة ومثالية للنفس وللآخرين يصعب تحقيقها.	"يجب أن أكون مثاليا دائما ولا أخطئ أبدا".
تفكير الكل أو لا شيء	رؤية الأمور بنظرة أبيض أو أسود فقط، واستخدام كلمات مطلقة.	"أنا لا أنجز أي عمل بشكل جيد أبدا".

(Therapist Aid,2023)

الجلسة السادسة: إعادة البناء المعرفي والرعاية الذاتية:

أولا: مناقشة التمارين السابقة ورصد التشوهات المعرفية المرتبطة بضغط الحالة.

ثانيا :تطبيق تقنية الأعمدة الثلاثة لرصد الأفكار التلقائية وتفكيكها منطقيا وصياغة بدائل واقعية،بهدف إستبدال أنماط التفكير الخاطئة بآليات موضوعية تمنح الحالة شعورا بال ضبط الذاتي والتنظيم الإنفعالي..تعتمد هذه التقنية على ثلاثة أعمدة أساسية تكتب في ورقة واحدة.

جدول رقم (12): تقنية الأعمدة الثلاثة

الفكرة التلقائية السلبية	التشوه المعرفي المرتبط بالفكرة	الفكرة البديلة الواقعية
كتابة الفكرة السلبية كما خطرت ببال الحالة تماما	تحديد الخطأ في التفكير (لماذا هي غير دقيقة؟)	إعادة صياغة الفكرة بناء على الحقائق والمنطق

(Therapist Aid,2023)

ثالثا: تقديم تربية نفسية حول أهمية الرعاية الذاتية والتغذية الصحية، مع تشبيهها بعملية شحن الهاتف لضمان عمل الجسد والنفس بكفاءة حيث تعطى الحالة إرشادات صحية لتعزيز مناعتها النفسية لمواجهة التوتر.

نهاية الجلسة، تكلف بتمرين منزلي لملء الأعمدة الثلاثة، مع إرشادها لقاعدة التوازن الغذائي (80%) صحي و(20% للمتعة)، ثم توديعها والإتفاق على الموعد القادم.

الجلسة السابعة: الإمتنان

أولاً:نبء الجلسة بمناقشة التمرين المنزلي السابق المتمثل في إعادة البناء المعرفي والتأكد من قدرة الحالة على تعديل أفكارها.

ثانياً:نقوم بإدخال تقنية رسالة الإمتنان لتعزيز التوافق الإجتماعي وتقدير شبكة الدعم المحيطة بها.(نموذج رسالة الإمتنان واردة في آخر الملاحق).

ثالثاً: تكلف الحالة بكتابة رسالة إمتنان لشخص يمثل لها سندا في رحلة رعاية طفلها بهدف إستعادة توازنها والإنسجام مع بيئتها.

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة الثامنة: التحليل الوظيفي وإدارة سلوك الطفل:

أولاً:نفتتح الجلسة بمناقشة التمرين المنزلي،**ثانياً:**ننتقل لتمكين الأم من أداة ذهنية قوية تساعد على قراءة ما وراء أفعال طفلها حيث نوضح لها أن السلوك ليس مجرد إزعاج، بل هو رسالة يحاول الطفل إيصالها، ومهمتنا هي فك شفرتها عبر نموذج ABC الثلاثي.

جدول رقم (13): سجل التحليل الوظيفي للسلوك

اليوم	سلوك الطفل	المثير (A)	السلوك (B)	الإستجابة (C)	الإستراتيجية المستخدمة	الملاحظات

(أحمد ولطرش، 2024، ص.87)

يعتمد هذا الجدول على نموذج التحليل السلوكي (ABC) ، ويستخدم لملاحظة وفهم سلوك الطفل بطريقة منظمة ودقيقة ويبدأ تسجيل الملاحظة بذكر اليوم وسلوك الطفل بشكل عام، ثم يتم تحديد المثير (A) ، أي الحدث أو الموقف الذي سبق ظهور السلوك مباشرة وأدى إليه بعد ذلك يوصف السلوك (B) نفسه بشكل واضح وموضوعي، مثل الصراخ أو البكاء أو الانسحاب. ثم تسجل الاستجابة (C) ، وهي رد فعل الأم للطفل بعد حدوث السلوك. كما يتضمن الجدول الاستراتيجية المستخدمة للتعامل مع السلوك، مثل التعزيز أو التوجيه أو التجاهل، إضافة إلى خانة الملاحظات التي تدون فيها تفاصيل مهمة كمدة السلوك أو شدته ، مما يساعد على فهم السلوك لدى الأم. (أحمد ولطرش، 2024، ص.87).

ثالثاً: يتم تزويد الحالة بإستراتيجيات عملية مثل التعزيز الإيجابي والتجاهل المنتظم (الإطفاء السلوكي) للتعامل مع نوبات الغضب ولتعزيز السلوكيات الإيجابية والتقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها لدى طفلها بناء على نتائج التحليل الوظيفي، يتم تدريب الحالة على إستراتيجيتين أساسيتين لتعديل السلوك:

- **التعزيز الإيجابي:** تعتمد هذه الإستراتيجية على مبدأ المكافأة حيث يطلب من الأم تقديم معزز (تحدده هي بناء على تفضيلات الطفل) فور قيام الطفل بسلوك جيد أو مرغوب فيه الهدف هنا هو تقوية هذا السلوك وضمان تكراره.

- **التجاهل المنتظم:** تستخدم هذه التقنية لإضعاف السلوكيات غير المرغوبة حيث يطلب من الأم تجاهل السلوك السلبي تماماً وعدم إعطائه أي انتباه، مما يؤدي إلى إنطفاء هذا السلوك وإخفائه تدريجياً مع الوقت.

رابعاً: يتم تكليف الأم بتطبيق تقنية التحليل الوظيفي في البيت مع طفلها ويتضمن ذلك:

- إختيار الإستراتيجية الأنسب (تعزيز أو تجاهل) بناء على الموقف السلوكي وتدوين ملاحظات دقيقة حول إستجابة الطفل وتطور الحالة مع دمج هذه الممارسات مع تدريبات أخرى مثل تمرين الإسترخاء لضبط الإنفعالات أثناء العملية.

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة التاسعة: الروتين البصري والمكافأة الذاتية:

أولاً: نبدأ الجلسة بالترحيب الحار بالحالة، ثم ننتقل لمناقشة الواجب المنزلي الذي كلفت به في اللقاء السابق. يتم ذلك عبر تحليل السلوكيات المسجلة في الجدول، ومراجعة ملاحظات الحالة حول طبيعة التجربة ومدى إستجابة الطفل لها، والوقوف على التحديات التي واجهتها.

ثانياً: أهمية الروتين اليومي للطفل التوحدي (هذه الجلسة تكون حسب حاجة الحالة) بحيث نقوم بتثقيف الحالة حول أهمية الروتين اليومي للطفل بهدف تنظيم حياته اليومية ، فالنظام المنضبط يمنحه شعوراً بالأمان والإستقرار، ويقلل من توتره إتجاه المتغيرات، كما يعزز لديه مهارات الإستقلالية، نصمم جدولاً زمنياً مبسطاً يتناسب مع إحتياجاتها الخاصة وطبيعة طفلها، مع التأكيد على ضرورة التطبيق التدريجي للأنشطة وعدم فرضها دفعة واحدة لضمان إستمرارية النجاح.

نموذج مقترح للروتين اليومي للطفل التوحدي:

1. فترة الإستيقاظ الصباحي: ترتيب الفراش: تشجيع الطفل على ترتيب سريره فور النهوض. العناية الشخصية :التوجه للحمام لإستخدام المرحاض، غسل الوجه، وتمشيط الشعر.(يفضل الإستعانة بالبطاقات المصورة لتسهيل فهم الخطوات).

2. مهارات مائدة الإفطار: تدريب الطفل على الجلوس بوضعية صحيحة وهادئة على الكرسي. بعد الإنتهاء من تناول الوجبة، نعلمه مهارة المساعدة من خلال مسح اليدين، وحمل الطبق أو الكوب الخاص به ووضعه في المكان المخصص لغسل الأواني.

3. النظافة الشخصية المستمرة: التأكيد على غسل اليدين والأسنان بعد كل وجبة .

4. تنظيم وقت النوم: تحديد موعد ثابت للنوم يتناسب مع حاجة الطفل، مع إمكانية تعديل الأنشطة المسائية بناء على ما يستجد من ظروف يومية.

5. شرح الأنشطة وتوثيق الإستجابة: نعمل على تدريب الأم عملياً على كيفية شرح المهام للطفل بإستخدام البطاقات البصرية أو المقاطع التوضيحية.

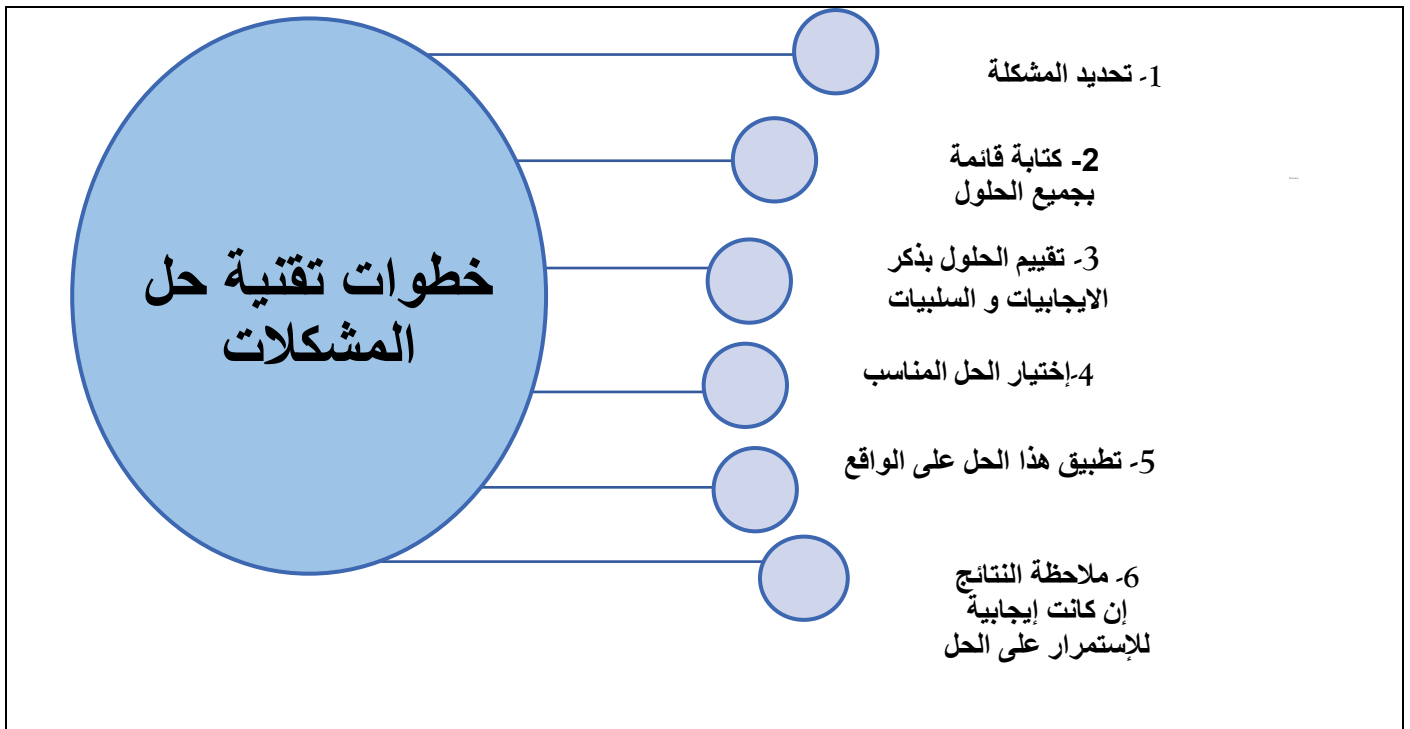
ثالثاً: إدخال تقنية المكافأة الذاتية للحالة، بهدف تعزيز السلوكيات التوافقية الإيجابية ورفع تقدير الذات لديها. رابعاً: تكلف الحالة في الأخير بتخصيص وقت لنفسها كنوع من التعزيز لإلتزامها بالروتين حيث نطلب منها تطبيق عملي في المنزل، ونطلب منها القيام بتقنية الإسترخاء.

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة العاشرة: إكتساب مهارة حل المشكلات:

أولاً: نبدأ الجلسة مع الحالة بمناقشة تطبيقها للروتين اليومي مع تحديد الصعوبات التي واجهتها ومناقشتها.

ثانياً: أسلوب حل المشكلات: يهدف هذا الأسلوب إلى إعطاء الحالة أكثر الوسائل العملية والعلمية لكي تقوم بالتخطيط وإيجاد حلول فعالة لتجنب الصعوبات والمشاكل التي تعاني منها في حياتها اليومية، وهو أسلوب يعتمد في تطبيقه على العمل على حل المشكل الذي يشكل عائق كبير على الحالة كما يمكن تطبيقه في عدة خطوات موضحة في الشكل أدناه. (سيريل بوفيه، 2019، ص.15).



شكل رقم (02) : مهارة حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي

من إعداد الطالبة

ثالثاً: تكلف الحالة بتطبيقها ميدانيا لمهارة حل المشكلات مع تدوين النتائج.

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة الحادية عشر: مهارات التواصل الفعال (DEAR MAN) :

أولاً: تركز الجلسة على تحسين مهارات الأم في طلب الدعم وحماية حدودها النفسية باستخدام تقنية (DEAR MAN)، والتي تشمل: الوصف، التعبير، التوكيد، والتعزيز، مع الحفاظ على الثقة والتفاوض لتعزيز الفعالية في العلاقات وتحقيق الأهداف الشخصية بذكاء وهدوء.

- يركز الجزء الأول من التقنية على : ماذا تقول؟(DEAR) هذا الجزء يركز على محتوى الرسالة وكيفية صياغتها. أما الجزء الثاني من التقنية يركز على: كيف تقولها؟(MAN) هذا الجزء يركز على الأسلوب وحضورها أثناء الحوار. (Therapist Aid,2025).

D: الوصف:(Describe): نطلب منها البدء	M: كن حاضراً ذهنياً:(Mindful): تركز على
بوصف الوقائع المجردة دون تجريح.	الهدف فقط وإذا حاول الطرف الآخر تشتيتها بمواضيع قديمة، تعود لطلبها الأساسي.
E: (Express) : التعبير: إستخدام مشاعرها	A: (Appear Confident): أبدو واثقاً: نبرة صوتها، تواصلها البصري، ووقفها هي ما يعطي
الخاصة (رسالة أنا أشعر) بدلاً من لوم الآخر.	لطلبها وزناً، حتى لو كانت قلقة داخلياً.
A: التأكيد:(Assert): تطلب الحالة ما تريده	N: (Negotiate): فاوض: يجب أن تكون مرنة
بوضوح أو تقول "لا" .	إذا لم تحصل على 100% مما طلبت، تحاول البحث عن حل وسط يرضي الطرفين دون التنازل عن كرامتها.
R: التعزيز:(Reinforce): نطلب منها توضيح الفائدة للطرف الآخر .	

شكل رقم (03) : خطوات تقنية (DEAR MAN)

من إعداد الطالبة

التطبيق العملي للتقنية : نقوم بتطبيق التقنية مع شخصية وهمية أمام الحالة و بمجرد فهمها لخطوات التطبيق ننتقل إلى لعب الأدوار (النمذجة) .

ثالثاً: نطلب من الحالة أولاً أن تمثل دور الصديقة المتأخرة و أنا (الأخصائية) أقوم بتطبيق التقنية معها لترى نموذجاً حياً.

رابعاً: بعد استخدام أسلوب النمذجة ولعب الأدوار داخل الجلسة لضمان إتقان الأم لهذه المهارات التواصلية قبل تطبيقها مع الزوج أو الأقارب أو أحد الأصدقاء تكلف الحالة في الأخير بإختيار طلب واحد تود توجيهه وكتابته باستخدام خطوات التقنية مع مراعاة الثقة والوعي أثناء التنفيذ بهدف تدريبها على تعلم طلب الدعم وحماية حدودها النفسية.

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة الثانية عشر: القيم والإستحقاق الذاتي:

أولاً: نستفتح الجلسة بمناقشة التمرين المنزلي للتعرف عن مدى فهم الحالة للتقنيات.

ثانياً: نزود الحالة بشرح لتقنية النمذجة بهدف التعلم المعرفي من خلال الملاحظة.

ثالثاً: القيام بشرح تقنية المرأة وتعليمها للحالة من خلال لعب الأدوار بهدف رصد التناغم بين لغة الجسد والخطاب اللفظي لتحسين مهارات التواصل التوكيدي لديها.

تكرار التأكيدات أو العبارات الإيجابية: تقوم هذه التقنية على تكرار عبارات مطمئنة ومحفزة للذات، بهدف تهدئة النفس، بحيث يساعد التكرار المنتظم لمثل هذه العبارات على تعزيز الشعور بالأمان والثقة بالنفس وتقدير الذات. (outils psy,2024) .

رابعاً: تكلف الحالة بترديد جمل إيجابية يومياً لمدة 3 دقائق لتعزيز ثقتها بنفسها وهويتها.

استخدمنا في هذا الجانب تقنية استكشاف القيم المنتمية لتوجهات العلاج بالقبول والالتزام، وهي تقنية تهدف إلى مساعدة الحالة على استبصار المعنى الذاتي لحياتها فهي تساعد على ترتيب أولوياتها الأخلاقية وإكتشاف قيمها. وفي الأسفل شرح لأهم المجالات الحياتية التسعة للإكتشاف للقيم مع قائمة مساعدة بمسميات القيم أين تقوم الحالة بقراءة جميع المجالات ومن ثم وصفها وترتيب أهميتها من 1 إلى 5.

مجالات الحياة التسعة للاكتشاف:

العائلة – الزواج-العلاقات-الوالدية-الأصدقاء المجتمع-المهنة-الترفيه-الاسترخاء-الروحانية-المواطنة-الصحة والرفاهية.

قائمة مساعدة لمسميات القيم:الصدق-الوفاء-الحرية-العطاء-الاحترام-الأمان-الابداع-التعاون-النمو-العدل-الصحة-الترابط-التحدي-المسؤولية-الهدوء-المعرفة-المسؤولية-الشجاعة-الطموح-الإيمان-الصبر-التعاطف-الإنجاز-المتعة-التواضع-الاستقلالية.هنا نطلب منها اختيار إحدى القيم التي تتناسب معها. (Therapist Aid,2015).

1-العائلة والزواج:

العائلة:كيف تودين أن تكون علاقتك العائلية في وضعها المثالي؟وما هي الصفات التي تود المساهمة بها؟

الزواج:كيف تصفين علاقتك المثالية؟

غير مهم	1	2	3	4	5	مهم
---------	---	---	---	---	---	-----

2-الوالدية والصداقات:

تربية الأبناء:ماهي صفاتك التي تستخدمينها كأماً؟وكيف تحبين أن يصفك أبنائك؟

الصداقات والعلاقات الاجتماعية:مانوع الصداقات التي تودين امتلاكها؟

غير مهم	1	2	3	4	5	مهم
---------	---	---	---	---	---	-----

3-العمل والترفيه:

العمل:ما المهم بالنسبة لك في عملك؟وكيف تحبين أن ينظر لك الآخرون مهنيًا؟

الترفيه والاسترخاء:ماهي أشكالك المثالية للاسترخاء؟

غير مهم	1	2	3	4	5	مهم
---------	---	---	---	---	---	-----

4-الروحانية والمجتمع:

الروحانية: ماذا تعني لك الروحانية؟ وفي أي جانب من جوانب حياتك تظهر أهميتها؟

المجتمع والمواطنة: كيف تودين المساهمة في العالم؟



(Therapist Aid,2015)

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة الثالثة عشر: صندوق التهدة والتقييم الذاتي:

تخصص هذه الجلسة لإنشاء صندوق التهدة الذاتية الذي يضم مدخلات حسية ملموسة تساعد الأم على العودة لحالة الإسترخاء عند إشتداد الضغوط.

1.صندوق التهدة الذاتية:

هي أداة علاجية مستخدمة بكثرة في العلاج الجدلي السلوكي وهي عبارة عن صندوق (أو حقيبة صغيرة) تضع فيها الحالة مجموعة من الأشياء التي تحفز الحواس الخمس بطريقة مهدئة.

2. أهداف التقنية :

تعزيز التوافق النفسي :	الإستقلالية في التهدة :	التجذر :	خفض الإستثارة الفسيولوجية :
توفير وسيلة آمنة للتنفيس وتلطيف المشاعر الصعبة بدلا من كبته.	تمكين الأم من إمتلاك أداة تسعف بها نفسها دون الحاجة لتدخل خارجي.	سحب وعي الأم من الأفكار الكارثية والمستقبلية إلى اللحظة الحالية عبر الحواس.	تهدة ضربات القلب والأنفاس المتسارعة فورا.

شكل رقم (04) : أهداف تقنية التهدة الذاتية
من إعداد الطالبة

3. كيفية التطبيق (مكونات الصندوق بناء على الحواس الخمس):

يطلب من الحالة جمع غرض واحد على الأقل لكل حاسة من حواسها ، بشرط أن يكون لهذا الغرض مفعول مهدئ بالنسبة لها و هذا الجدول رقم (15) يضم مجموعة من الأمثلة على مكونات الصندوق:

الحاسة	أمثلة لمكونات الصندوق (تختارها الحالة)
البصر	صور لأوقات سعيدة، بطاقات مكتوب عليها توكيدات إيجابية، مناظر طبيعية مريحة.
السمع	قائمة مشغلات صوتية (قرآن، موسيقى هادئة، أصوات طبيعة)، أو حتى تسجيل صوتي لنفسها وهي هادئة.
الشم	زيوت عطرية (نعناع)، شمعة معطرة، أو عطر يذكرها بذكرى جميلة.
اللمس	قطعة قماش ناعمة، كرة ضغط (Stress Ball) ، أحجار ملساء، أو مسبحة.
التذوق	قطعة شوكولاتة داكنة، نوع معين من الشاي الأعشاب، أو علكة بنكهة قوية.

(Therapist Aid,2018)

4. خطوات التنفيذ العملي:

أولا مرحلة التجهيز :تقوم الحالة بإختيار صندوق مريح بصريا وتجمع فيه الأدوات التي تشعرها بالأمان والهدوء.ثانيا: مرحلة التموضع :يوضع الصندوق في مكان يسهل الوصول إليه (مثلا في غرفتها).

ثالثا:مرحلة الإستخدام :

عند شعور الحالة ببدء نوبة توتر أو ضيق لا تستطيع إحتماله، تتوجه للصندوق وتبدأ بإستخدام الأدوات بالتتابع (تشم العطر، تلمس قطعة القماش، تركز في الصور) مع التنفس العميق.

رابعا:مرحلة التقييم :تلاحظ الحالة مستوى انخفاض التوتر لديها قبل وبعد إستخدام الصندوق.

أثناء إستخدام أدوات الصندوق، يجب على الحالة التركيز الكامل على المثير الحسي (مثلا: وصف ملمس القماش في عقلها بدقة) لضمان قطع حبل الأفكار المتوترة.

ثانيا: مراجعة كافة التقنيات السابقة:نجري مع الحالة تقييم ذاتي لإكتشاف التقنيات الأسهل والأصعب منها،ومحاولة إكتشاف تقنيات أخرى ساعدتها.مع تكليفها بإعادة ممارسة التقنيات التي شعرت أنها تحتاج فيها إلى تمكين أكثر.

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة الرابعة عشر: منع الانتكاسة والبحث عن الإستثناءات:

تهدف هذه الجلسة إلى تحصيل النتائج المحققة عبر شرح مفهوم الانتكاسة ووضع بروتوكول واضح للتعامل مع الأزمت المستقبلية.

ثانيا: تعتمد تقنية البحث عن الإستثناءات على تحويل تركيز الأم من الأوقات التي تشعر فيها بالعجز، إلى اللحظات التي غابت فيها المشكلة أو نجحت فيها في السيطرة على الموقف. تهدف هذه التقنية إلى جعل الأم تكتشف مواطن قوتها وقدرتها على خلق مساحات هدوء داخل واقعها، مما يعزز ثقتها بنفسها ويحقق لها توافقا إيجابيا مع وجود طفلها التوحيدي..

ثالثا: تكلف الحالة بتدوين سجل النجاحات الصغيرة واللحظات التي شعرت فيها بالإنسجام مع طفلها، لتعزيز شعورها بالكفاءة كأم.

نهاية الجلسة: توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة الخامسة عشر: القياس البعدي وإنهاء البرنامج:

تختتم الجلسات بتقييم شامل للحالة، حيث يتم تطبيق القياس البعدي للتوافق النفسي ومقارنة نتائجه بالقياس القبلي لبيان مدى فاعلية البرنامج ويتم مناقشة الإيجابيات والصعوبات التي واجهت الحالة كما تنتهي الجلسة بشكر الأم على التزامها وتحفيزها على الإستمرار في إستخدام الأدوات المكتسبة لضمان إستمرارية التوافق النفسي. وفتح باب المساعدة أمام الحالة وقما إحتاجت لذلك وإعطائها موعد بعد 15 يوما للتأكد من صحة حالتها النفسية وتوافقها .

خلاصة الفصل:

تشكل الإجراءات المنهجية الواردة في هذا الفصل الجسر الرابط بين التصور النظري والتطبيق الميداني حيث سمحت الدراسة الإستطلاعية بضبط الميدان، في حين مكن المنهج الإكلينيكي (شبه التجريبي) من التعمق في التجربة النفسية للحالات.

وقد تكلفت هذه الإجراءات بصياغة البرنامج العلاجي التكاملي بجلساته الـ15، والذي صمم ليجمع بين الفنيات المعرفية والسلوكية والوجدانية بما يخدم خصوصية أم الطفل التوحيدي. وبذلك، يكتمل البناء المنهجي للدراسة بدءا من التحالف العلاجي وصولا إلى إستراتيجيات منع الانتكاسة، تمهيدا لعرض النتائج وتحليلها في الفصل القادم للتحقق من مدى تحقق التوافق النفسي لديهن.

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة

2- مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات

3- استنتاج عام

تمهيد:

يتناول هذا الفصل النتائج الميدانية المترتبة على تطبيق البرنامج العلاجي التكاملي لدى الحالات محل الدراسة حيث يركز العمل فيه على العرض المنهجي للمعطيات وتحليلها سيكولوجيا وصولا إلى مناقشة الفرضيات العلمية للبحث. ويختتم الفصل بصياغة استنتاج عام يربط بين النتائج المحصلة والجانب النظري، متبوعا بمجموعة من التوصيات والمقترحات المنبثقة من الواقع الميداني للدراسة.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1-1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

1-1-1- تقديم الحالة الأولى:

أ- البيانات الأولية والديموغرافية:

الإسم: أ

السن: 40 سنة

المستوى التعليمي: متحصلة على شهادة ليسانس

الحالة المدنية: مطلقة

المستوى الإقتصادي: متوسط

المهنة: أعمال حرة

مكان الإقامة: عين تموشنت

نوع السكن: منزل

عدد الاخوة: 03 ذكور وأنثى

ترتيب الحالة بين إخوتها: الثانية

السوابق المرضية: ضغط الدم والقولون العصبي والإكزيما

عدد الأطفال: 02

عدد الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد: 01

ب-الملاحظات العيادية:

المظهر والهندام: تبين من خلال المقابلات أن الحالة تتمتع بنظافة وهندام مرتب، حيث يظهر عليها اهتمام جيد بالمظهر الخارجي، وهو ما يعكس احترام الذات والانضباط لديها. ومع ذلك، لوحظ عليها ميل واضح لارتداء الألوان الداكنة، وتحديدًا اللون الأسود وهو سلوك قد يشير تجنبها للألوان الزاهية فيه إلى وجود حزن دفين أو رغبة ضمنية في عدم البروز ولفت الانتباه.

الجانب الحركي والتواصلي: أظهرت الحالة أثناء التفاعل استجابات حركية متزنة رافقتها ابتسامة عفوية، حيث كانت تعابير وجهها تلقائية ومريحة، مما ساهم بشكل كبير في تسهيل بناء الثقة معها. كما اتسم تواصلها بالطلاقة اللفظية والتعاون التام، إذ كانت تتحدث بوضوح وسهولة وسلاسة دون اللجوء إلى أي أساليب دفاعية أو محاولات للتهرب من الأسئلة.

التعبيرات الانفعالية: بدت ملامح الأسى واضحة على الحالة من خلال نبرة صوت حزينة وإطراق رأسها لأسفل في بعض الفترات، وهو سلوك يعبر عن مشاعر الخجل أو الشعور بالذنب تجاه مرض ابنتها. وتعيش الحالة حالة من الاستياء النفسي الواضح، حيث تبين أنها تعاني من ضغط نفسي كبير وثقل ناتج عن أعباء رعاية ابنتها المريضة.

النشاط الفكري والتعبير: من الناحية المعرفية واللفظية، تميزت المفحوصة بتدفق فكري مرن وأفكار مترابطة، مما يدل على أن تفكيرها منطقي جدًا، مما جعلها قادرة على شرح حالتها وظروفها بوضوح تام. ولوحظ فقط انخفاض واضح في نبرة صوتها عند التطرق لمواضيع ترتبط بالخجل، حيث يتغير صوتها وتيرته فقط عند الحديث عن مواقف حرجة أو حساسة بالنسبة إليها.

الوظائف المعرفية والوعي: أبدت الحالة تركيزًا وانتباهًا عاليًا جدًا طوال الوقت، وظهرت وعية تمامًا ومنضبطة في إدارة مهامها اليومية ومواعيد الدواء الخاصة بابنتها وأختها. كما تبين أن لديها رصيدا معرفيا واسعا وخبرة كبيرة حول اضطراب التوحد، وهي خلفية تشكلت لديها نتيجة إصابة ابنتها وأختها بهذا الاضطراب.

المزاج والتواصل البصري: اتسم مزاج الحالة بالهدوء الظاهري، إلا أنه هدوء يخفي خلفه كبتا للمشاعر وحساسية مفرطة وتحفظا انفعاليا. ورغم هذا الكبت، حافظت على تواصل بصري جيد ومستقر، وظلت متمسكة بالنظر والتواصل المباشر طوال فترة المقابلة.

3-1-1- جدول رقم(16) : سير الجلسات العلاجية للحالة الأولى

رقم الجلسة	التاريخ	المدة	مكان إجراء الجلسة	الهدف من الجلسة
01	2026/01/25	45 د	مكتب الأخصائية	التعرف على الحالة وبناء علاقة ثقة وإحترام معها، مع التأكيد على أهمية التعاون لنجاح العلاج .جمع المعلومات اللازمة للفهم، والإتفاق على مواعيد الجلسات وضرورة الإلتزام بها.
02	2026/02/09	45 د	مكتب الأخصائية	شرح فكرة البرنامج العلاجي وأهدافه للحالة، وعمل تقييم أولي لمعرفة مستوى توافقها النفسي.
03	2026/02/12	40 د	مكتب الأخصائية	تصحيح معلومات الحالة عن التوحد وتغيير أفكارها الخلطة، مع مساعدتها على تخفيف التوتر والتعامل بهدوء مع المشاكل.
04	2026/02/17	30 د	مكتب الأخصائية	تثقيف الحالة بالتوافق النفسي وأهميته في حياتها،مع تعليمها كيف تراقب وتفهم أفكارها ومشاعرها وتصرفاتها اليومية.
05	2026/02/19	45 د	مكتب الأخصائية	مراجعة الواجب المنزلي وحل مشكلاته، وتدريب الحالة على مراقبة أفكارها بهدوء للتحكم في أعصابها باستخدام تقنية قف عند الضغط.
06	2026/ 03/09	45 د	مكتب الأخصائية	كشف الأفكار السلبية والخاطئة وتصحيحها ببدائل منطقية،مع توعية الحالة بأهمية

				الإهتمام بنفسها وبتغديتها لتحقيق التوازن في حياتها.
07	2026/ 03/12	45 د	مكتب الأخصائية	التأكد من قدرة الحالة على تغيير أفكارها، وتشجيعها على الاستفادة من دعم الناس حولها لتعيش براحة.
08	2026/ 03/15	45 د	مكتب الأخصائية	فهم أسباب تصرفات الطفلة وكيفية تعديلها، مع تدريبها على ضبط أعصابها وتسيير سلوك طفلها وحدها.
09	2026/03/16	45 د	مكتب الأخصائية	تعليم الحالة أهمية الروتين للطفل وكيفية تطبيقه عمليا، مع تذكير الأم بضرورة العناية بنفسها وتقدير ذاتها.
10	2026/ 03/19	40 د	مكتب الأخصائية	مراجعة الروتين وحل مشكلاته، وتدريب الحالة على حل أي مشكلة تواجهها بالهدوء بعيدا عن الغضب.
11	2026/04/02	40 د	مكتب الأخصائية	التدريب على طريقة التواصل الواضح مع الآخرين وطلب المساعدة .
12	2026/04/09	40 د	مكتب الأخصائية	تحسين طريقة كلام الحالة وحركاتها لتكون أكثر ثقة، ومساعدتها على إكتشاف قيمها وتعديل نظرتها للحياة.
13	2026/04/14	40 د	مكتب الأخصائية	تقييم ما تعلمته الحالة، وإستخدام أدوات حسية بسيطة للمساعدة على الإسترخاء وتقليل التوتر اليومي.
14	2026/04/19	45 د	مكتب الأخصائية	شرح كيفية تجنب التراجع للخلف (الإنكاسة)، ووضع خطة لمواجهة الضغوط والعيش بسلام مع واقع الطفل.

15	2026/04/20	45 د	مكتب الأخصائية	تقييم نتائج البرنامج بالكامل ومقارنتها بالبداية، وتعزيز ثقة الحالة بنفسها مع إنهاء الجلسات بروح إيجابية. وفتح المجال لمتابعة مستقبلية.
----	------------	------	----------------	--

من إعداد الطالبة

4-1-1- ملخص المقابلات العيادية:

تتمحور الحالة حول سيدة تبلغ من العمر 40 عاماً، مطلقة وأم لطفلين، أحدهما مشخص باضطراب طيف التوحد. تم أخذ المعطيات عبر جلستين جلسات عيادية، كشفت عن تاريخ نمائي مضطرب تخلله حرمان عاطفي وقسوة والدية، مع تحمل مسؤوليات مبكرة نتيجة وجود أخت تعاني من إعتلال عقلي. كما تأثر البناء النفسي للحالة بوفاة الأب المبكرة، مما أدى إلى فقدان الشعور بالأمان. خاضت الحالة تجربة زواج مبكر غير متكافئ، أين إفتقرت فيه للدعم الأسري، وعانت من خلاله من الإهمال، الخيانة الزوجية، والتعنيف الجسدي والنفسي، وهو ما إنتهى في الأخير بالإنفصال.

5-1-1- التحليل العام للمقابلات:

تظهر النتائج المستخلصة من المقابلات نصف الموجهة أن الحالة تعيش تحت وطأة إستنزاف نفسي حاد ناتج عن صراعات تراكمية بدأت من الطفولة وإمتدت لتشكل هوية قائمة على التضحية. فقد ساهمت التنشئة القاسية في ظل أم تتسم بالجمود العاطفي والوسوسة الرقابية في بناء أنا هش يشعر دائماً بالتهديد، وهو ما أكدته الحالة بقولها: " ما كنتش نحس بالحب من عند الأم تاعي، كانت دايماً مزيرتني، عمرها قالتلي كلمة طيبة، كانت موسوسة من جيهتي بزاف و مدايراش فيا ثقة، كانت توصل حتى تفتشني كلما نخرج ملقرايا ". هذا الحرمان المقترن بغياب السند الأبوي وتحمل مسؤولية رعاية أخت مريضة عقلياً في سن مبكرة، دفعها نحو زواج مبكر وغير متكافئ بحثاً عن مخرج من سجن البيئة الأسرية كما وصفته، إلا أنها إصطدمت بواقع صادم الذي إتسم بالتعنيف والخيانة من زوج وصفته بمرارة قائلة: " كنت نبغيه و ديتة كما يقولوا حب الصغر بصح كان مبيئلي شخصية كيداني لقيت شخصية وحدوخرى كان ياكل كاشيات خيانة عليا وشعال من مرة لقيتهم عنده في جيبه، كان يدير اللي يبغي، ما يهتمش بيا كي المهبول يدخل يزقي، وكي نشكي يضربني... حسيت روحي ما نسواش قدامه ". وإنعكس هذا المسار الصدمي في المرحلة الراهنة على شكل تعدد الأدوار الرعائية التي بلغت حد الإحترق النفسي، حيث بمفردها تتحمل مسؤولية رعاية أم مقعدة وأخت مضطربة عقلياً وطفلة مصابة بالتوحد، مما أدى لبروز أعراض سيكوسوماتية ونوبات بكاء مفاجئة نتيجة مطالباتها بأن تكون قوية دائماً في ظل غياب المساندة الاجتماعية. كما تعاني الحالة من تشوهات معرفية وجلد حاد للذات بقولها: "أنا

سبب مرض بنتي، لا أحد يفهمني، لا حق لي في الراحة" " ومهما درت نحس بلي راني مقصرة "، ترى كذلك بأنها ضحية و أنها لا تستحق التقدير أو الفرح حيث صرحت في قولها : "أنا وليت كي نضحك نخاف نحس بلي الفرح ليا جريمة"، هنا نستنتج بأنها واجهت العديد من التحديات التي ولدت لديها هذه المشاعر السلبية إتجاه نفسها، وأسريا تعيش عجزا في آليات التكيف مع الضغوط اليومية، أما إجتماعيا تعاني من عزلة نفسية لا يكسر حداثها سوى دعم أخيها الذي قالت عنه : "هو الوحيد اللي يحن عليا، لو كان ماشي خويا نضيع" بمعنى أنه مدعما من جميع النواحي و خاصة الجانب المادي بالإضافة إلى إحدى قريباتها التي تساندها .

بناء على المقابلات العيادية والملاحظة، وجدنا أن الحالة معاناتها مرتبطة بالضغوط الناتجة عن رعاية طفلة مصابة بالتوحد، وهو ما يعيق توافقها النفسي والأسري. بالإضافة إلى نقص الكفاءة الوالدية، رهاب إجتماعي، نوبات هلع وبناء على ذلك، تستدعي الحالة خطة علاجية تكاملية تركز على المحاور التالية:

- تخصيص جلسات منتظمة تمنح الحالة مساحة آمنة للتعبير الانفعالي والتفريغ النفسي.

- إعادة الهيكلة المعرفية من خلال العمل على تعديل المعتقدات السلبية المشوهة.

- التقنيات الاسترخائية بدمج تمارين الاسترخاء للحد من آثار التوتر المزمن، وتنظيم المزاج.

- المساندة الإجتماعية من خلال توجيه الحالة نحو مجموعات الدعم الخاصة بالأمهات اللواتي يواجهن وضعيات مشابهة لتبادل الخبرات وكسر العزلة.

6-1-1- نتائج القياس القبلي:

تم تطبيق مقياس التوافق النفسي على الحالة (أ)، وأظهرت نتائج القياس القبلي حصولها على درجة 67 وحسب مفتاح تصحيح المقياس تصنف هذه الدرجة على أنها درجة ضعيفة من التوافق النفسي .

7-1-1- تفصيل سير الجلسات العلاجية للحالة الأولى :

الجلسة 01:

بدأت الجلسة بكلمة ترحيبية دافئة لاستقبال السيدة (أ) ، حيث ركزنا على بناء تحالف علاجي متين يوفر لها الأمان الذي افتقدته. تم تخصيص هذه الجلسة للتفريغ الانفعالي، حيث سردت الحالة تاريخها الصدمي المتمثل في الحرمان العاطفي من الأم وغياب السند الأبوي، مما ساعدنا على فهم جذور الاستنزاف النفسي الحالي. وفي

الختام، تم شكر الحالة والتأكيد على سرية المعطيات والإتفاق على موعد الجلسة الموالية لاستكمال مسارنا العلاجي.

الجلسة 02:

استقبلنا الحالة بالترحيب والسؤال عن حالتها المزاجية بعد الجلسة الأولى، ثم انتقلنا لشرح أهداف برنامج التوافق النفسي ثم تم تطبيق مقياس التوافق النفسي (المقياس القبلي) الذي سجلت فيه 67 درجة، وهو ما يعكس ضعف التوافق شرحنا لها ذلك، واتفقنا على الالتزام بجدول الجلسات لتحسين هذه النتيجة، وانتهت الجلسة بتحديد موعد اللقاء القادم.

الجلسة 03:

بعد الترحيب والثناء على انضباطها، تم تقديم حصة تربوية وتنقيفية حول اضطراب طيف التوحد لتغيير أفكارها الخاطئة وتخفيف حدة لوم الذات ومن خلال الجلسة التنقيفية لمحا أن الحالة لديها موسوعة لا بأس بها عن اضطراب التوحد وذلك من خلال اطلاعاتها المتجددة حول الإضطراب وكون أختها مصابة كذلك بنفس الإضطراب. انتقلنا بعدها لتدريبها على تقنية الاسترخاء الذهني بإقترانه بموسيقى هادئة كأداة فورية لمواجهة الضغوط الناتجة عن رعاية ثلاثة أشخاص بمفردها وإستمتعت الحالة كثيرا وشعرت بهدوء وطمأنينة عارمة بعد الإسترخاء.

وإنتهينا بتكليفها بممارسة الاسترخاء في المنزل مع الإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة 04:

استفتحت الجلسة بالترحيب ومناقشة تجربتها مع الاسترخاء ثم انتقلنا للتربية النفسية حول التوافق النفسي وأهميته والأسباب التي تعيق تحقيقه وهنا ألقينا تجاوبا جيدا من الحالة معنا خلال هذه الجلسة ومن ثم انتقلنا لتعليمها كيفية مراقبة أفكارها ومشاعرها وسلوكياتها اليومية لفهم أسباب نوبات بكاءها المفاجئة. تم شرح أهمية الوعي باللحظة الحالية لزيادة الوعي الذاتي بحاضرها.

وانتهت الجلسة بتكليفها بملء جدول المراقبة الذاتية والإتفاق على الموعد القادم.

الجلسة 05:

بدأت الجلسة بالترحيب بالحالة ومناقشة ما سجلته في جدول المراقبة، ثم انتقلنا للتدريب العملي على تقنية STOP للتحكم في الانفعالات عند مواجهة الضغوط داخل البيت، وتهدف هذه التقنية إلى تمكينها من الضبط الانفعالي وتحويل الانفجار المفاجئ أو الغضب إلى تفكير هادئ عبر أربع خطوات: تبدأ بالتوقف تماما عن

الكلام أو الحركة فور الشعور بالضغط، ثم بالإبتعاد قليلا للتنفس بعمق وهدوء، تليها مرحلة الملاحظة لفهم ما يدور في رأسها بوضوح ومراقبة مشاعرها والمحيطين بها، وصولا إلى مرحلة الوعي وهي إختيار التصرف الذي يحل المشكلة بهدوء بدلا من الصراخ.

وفي الختام زودت الحالة بورقة حول التشوهات المعرفية لمساعدتها على فهم أخطاء التفكير التي تسبب لها الإنزعاج، مع الإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة 06:

بدأت الجلسة بجو من الترحيب والود، حيث اطمأنتت أولا على مدى نجاحها في استخدام كبح الطوارئ بتقنية (STOP) خلال الأسبوع الماضي .

بعدها انتقلنا للعمل العميق على الأفكار التي ترهقها، واستخدمنا ورقة التشوهات المعرفية ، حيث شرحت لها أن عقلنا أحيانا يخدعنا بنظارات مغسولة بالقلق تجعلنا نرى الأمور بشكل مشوه. و بالنسبة للتطبيق العملي وظفنا مع الحالة تقنية الأعمدة الثلاثة لتفكيك فكرة "أنا سبب مرض بنتي" كمثال من بين الأمثلة التي وردتها الحالة التي كانت تجلد بها ذاتها ففي العمود الأول دوننا الفكرة كما هي، وفي العمود الثاني استخرجنا نوع التشوه "الشخصنة" أما في العمود الثالث فقد صغنا معا فكرة عقلانية بديلة تعترف بالواقع دون جلد، وهي أن "المرض قدر خارج عن إرادتي، ودوري الآن هو الرعاية لا اللوم " .

ختمنا الجلسة بالتأكيد على أن صحتها النفسية تبدأ من جسدها، لذا ركزنا على توصيات عملية بخصوص التغذية الصحية والرعاية الذاتية فهي في الحقيقة مواظبة على عادات إيجابية وحمية مناسبة فكانت فقط كنتويه لتستعيد توازنها، واتفقنا على موعد لقائنا القادم لمتابعة هذا التقدم.

الجلسة 07:

بعد الترحيب بالحالة استفتحت الجلسة بمراجعة الأثر المريح للبدائل العقلانية وبما أن الحالة بدأت تتصالح مع ذاتها، انتقلنا لتعزيز علاقتها بالمحيط (الأخ والقريبة). تم توظيف المنظور الإيماني (الإمتنان) لربط السكينة النفسية بالرضا المقترن بالعمل ثم تم طرح فوائد الامتنان فمنها نفسية وعقلية فهو يقلل من مستويات التوتر والاكنتاب، ويعزز التفكير الإيجابي والرضا الداخلي. أما الجسدية والصحية فهو يحسن جودة النوم، يقوي الجهاز المناعي، ويقلل من آلام الجسد الناتجة عن القلق. أما اجتماعية يقوي الروابط الأسرية ويزيد من التعاطف ويجعل الإنسان أكثر حكمة في التعامل مع الآخرين.

وانتهت الجلسة بتصميم رسالة امتنان صادقة مع التأكيد على أنها مساحة بوح وليست واجبا أدبيا، لتعزيز شعورها بالانتماء لشبكة دعمها.

تطبيق عملي: رسالة امتنان (Gratitude Letter)

إلى:

شكراً لك لأنك كنت لي بمثابة

أنا أقدرك لأن:

1.

2.

أعتقد أنك شخص مميز لأن

أنت تجعلني أضحك عندما

أستمتع بوقتي معك عندما:

أنت مهم بالنسبة لي لأن:

عندما أفكر فيك، أشعر بـ

شكل(05): النموذج المعتمد لرسالة الإمتنان

(Therapist Aid,2019)

الجلسة 08:

افتتحت الجلسة بترحيب حار وتهينة جو آمن للحوار، حيث تمت مراجعة أثر رسالة الإمتنان على استقرار الحالة المزاجية للأم، مما مهد للانتقال نحو رفع الكفاءة الوالدية عبر تقنية التحليل الوظيفي للسلوك. تم شرح مفهوم (المثير - الإستجابة - النتائج) بأسلوب مبسط، حيث أدركت الأم أن سلوك طفلها رسالة مشفرة تسعى من خلالها لتحقيق غاية معينة، وتدريب عمليا على رصد المثيرات التي تستفز نوبات الغضب ووصف الاستجابة بدقة ومن هذا المنطلق وجهت السيدة (أ) نحو استراتيجيات التعزيز الإيجابي للسلوكيات الهادئة، مع تدعيم ذلك بتدريب عملي على التنفس العميق كآلية لخفض الإستجابة الإنفعالية لضمان ثباتها أثناء المواقف الضاغطة .

وختاماً، تم الإتفاق على موعد اللقاء القادم وتكليف الحالة بمهمة منزلية تتضمن تحليل سلوك واحد متكرر للطفلة وتطبيق استراتيجيات التعزيز لمدة يومين متتاليين مع الإستمرار في ممارسة التنفس العميق.

الجلسة 09: بناء الروتين اليومي

استفتحت الجلسة بالترحيب بالسيدة (أ) ، ثم بناء على نتائج التحليل الوظيفي السابق للمثيرات المسببة لنوبات الغضب، انتقلنا لمرحلة الحل الوقائي عبر بناء روتين يومي بالبطاقات البصرية بهدف تحويل الزمن من مفهوم مجرد إلى صور ملموسة تمنح الطفلة شعورا بالأمان وتنمي استقلاليتها، مما يساهم مباشرة في تخفيف العبء النفسي والجسدي عن الأم.

ولضمان إتقان هذه المهارة أجرينا تطبيقا عمليا داخل الجلسة ركزنا فيه على حل مشكلتين أساسيتين: الأولى هي زيارة الطبيب، بتصميم تسلسل بصري يبدأ من (البيت) وينتهي بمكافأة تحبها لإدراك النهاية السعيدة للرحلة وتقليل التوتر. والثانية هي نوبات رفض المركز بعد العطلة، حيث تدربت الأم على استخدام صورة (البيت) أيام العطلة كتمهيد بصري، وعرض صورة (المركز) ليلة السبت مع تجهيز الحقيبة لتهيئة الطفلة ذهنيا للانتقال بسلام ورغم صعوبة استيعاب تجزئة الخطوات في البداية، إلا أن التدريب الميداني مكن الأم من إتقان المهارة، لتختتم الجلسة بتشجيعها على تخصيص وقت لنفسها تعزيزا لتوازنها والإتفاق على موعد اللقاء الموالي.

الجلسة 10:

استفتحت الجلسة بالترحيب بالسيدة (أ) ومراجعة مدى التزامها بالروتين ومن ثم انتقلنا لتمكينها من مهارة حل المشكلات بعقلانية بعيدا عن الانفعال من خلال التدريب على نموذج خطوات حل المشكلات حيث طبقنا الخطوات على مشكلة نوبات الغضب في الأماكن العامة. بدأت الحالة بمرحلة تحديد المشكلة بدقة من خلال وصف سلوك الطفلة وتجريده من مشاعر الإحراج أمام الناس ثم تحليل الأسباب التي تدفع الطفلة للصراخ للحصول على مكاسب فورية. انتقلنا بعدها لتوليد بدائل للحل عبر العصف الذهني، تليها تقييم هذه البدائل لموازنة ما هو ممكن تطبيقه فعليا، وصولا إلى اختيار الحل الأنسب المتمثل في التمهيد بالصور قبل الخروج (أي إطلاع الطفلة على صورة المكان وما سنشتريه فقط) مع استخدام بطاقة المكافأة كتعزيز في حال التزمت بالهدوء.

وأخيرا شرحنا أهمية مراقبة النتائج بعد التجربة لتطوير الخطة مستقبلا ولاحظنا بأن هذا التدريب ساهم في نقل الأم من رد الفعل العاطفي المتوتر إلى التفكير المنطقي.

وانتهى اللقاء بتكليفها بتطبيق هذه الخطوات وتدوين تجربتها، والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة 11:

استفتحت الجلسة بترحيب حار بالسيدة (أ)، وناقشنا ما تم تكليفها سابقا ومن ثم انتقلنا للجانب التطبيقي لتمكينها من مهارة طلب الدعم الاجتماعي دون الشعور بالإحراج وبعد شرحنا للتقنية ركزنا بشكل خاص على موقف طلب رعاية الطفلة من أحد الأقارب لكي تتمكن من الخروج لقضاء حاجاتها أو للراحة بحيث تدريبنا عبر لعب الأدوار على تقنية DEAR MAN .

بدأت الحالة بوصف المطلب بوضوح كأن تقول: "لقد كنت مع الطفلة طوال الأسبوع وأشعر بتعب شديد"، ثم التعبير عن مشاعرها قولها: "أحتاج لبعض الوقت لنفسي لأستعيد طاقتي"، بعدها تحديد المطلب بعبارة: "هل يمكنك البقاء معها لمدة ساعتين هذا المساء؟". قمت بدور إحدى قريباتها في الجلسة لتعزيز قدرتها على المكافأة من خلال توضيح أثر هذا الدعم على نفسياتها، مع تدريبها على البقاء واثقة وتجاهل أي محاولة لإشعارها بالتقصير.

وانتهت الجلسة بتكليفها بتطبيق هذا الحوار حرفيا في موقف واقعي خلال الأسبوع، لكسر حاجز العزلة وحماية حدودها، مع الإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة 12:

استفتحت الجلسة بترحيب حار ومناقشة مدى نجاح تمرين التواصل DEAR MAN ومناقشة بداية الصعوبات وكيف قامت الحالة باستخدام ثقتها في تطبيق التقنية، ثم انتقلنا لترسيخ مبدأ الاستحقاق وتعديل المخططات الذهنية القديمة المرتبطة بضعف تقدير الذات. بدأت بتقديم نموذج لكيفية مخاطبة الذات بتقدير وبعد ذلك تلاه التطبيق العملي لتمرين المرأة حيث تدربت السيدة (أ) على النظر في عينيها وترديد عبارات إيجابية مستمدة من قيمها الشخصية (مثل الصبر والتعلم والاستحقاق) التي تعرفت عليها الحالة خلال تمرين القيم أين وضعت أمامها مجموعة منها وتم إختيارها على حسب ذاتها كما هو موضح سابقا في (شرح تقنية القيم)، مما خلق تناغما بين لغة جسدها وخطابها اللفظي.

وانتهى اللقاء بتكليفها بمهمة منزلية تتضمن ممارسة تمرين المرأة يوميا لمدة 3 دقائق مع ترديد ثلاث جمل إيجابية، وبعدها تم الإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة 13:

استقبلت الحالة بترحيب حار حيث أجرينا مراجعة شاملة للتقنيات السابقة لتحديد الأكثر فاعلية منها، ثم انتقلنا لبناء صندوق التهذئة الذاتية كأداة لخفض التوتر الفيزيولوجي الفوري عبر الحواس الخمس وهنا قامت السيدة (أ) بإعداد مدخلات صندوقها بعناية حيث اختارت بصريا صورا لابنتها وصورا لنفسها في مراحل الثانوية

بالخصوص يوم نيلها لشهادة البكالوريا، وذوقها الشوكولاتة الداكنة، وشمها عطرها المفضل المرتبط بذكرات طبية، ينما اعتمدت سمعيا موسيقى هادئة، ولمسيا كرة ضغط للتوتر الحاد.

وتدربت الحالة خلال الجلسة على توظيف هذه الحواس لإعادة توجيه جهازها العصبي من حالة الهلع إلى الاسترخاء عند مواجهة الضغوط اليومية، مما عزز قدرتها على الضبط الذاتي.

انتهى اللقاء بالإتفاق على موعد الجلسة قبل أخيرة لتقييم فاعلية الصندوق، مع تكليفها باستخدامه عند الشعور ببداية ضيق تنفس أو توتر.

الجلسة 14:

بعد الترحيب الحار بالسيدة (أ) بدأت الجلسة بمناقشة فاعلية صندوق التهدئة الذاتية في تقليل حدة التوتر، ثم انتقلنا لشرح مفهوم الانتكاسة كجزء طبيعي من مسار النمو النفسي.

تم وضع بروتوكول واضح لمواجهة لحظات الضعف يقوم على العودة الفورية لتقنيات الإسترخاء والتهدئة الحسية مع التركيز على تقنية البحث عن الاستثناءات لكسر نمط الشعور بالفشل الدائم حيث رصدنا اللحظات التي نجحت فيها الحالة في الحفاظ على هدوئها رغم الضغوط.

تم تدريبها على توثيق هذه الإنجازات في سجل النجاحات الصغيرة لتعزيز صورتها كأمر مكافحة وناجحة، مما حقق انسجاما بين واقعها وقدرتها على إيجاد مساحات سلام داخله.

انتهت المقابلة في ظروف إيجابية مع الإتفاق على موعد الجلسة الختامية لتقييم النتائج الكلية للبرنامج.

الجلسة 15:

بدأت الجلسة الختامية بكلمة شكر وتقدير لإلتزام الحالة، حيث تم تطبيق مقياس التوافق النفسي (القياس البعدي) لملاحظة مدى فاعلية البرنامج. ناقشنا الإيجابيات والسلبيات، وتم تعزيز ثقتها بنفسها لضمان إستمرارية تطبيق التقنيات المكتسبة، وإنتهت الجلسة بتوديعها مع فتح المجال لجلسات متابعة مستقبلية عند الحاجة.

8-1-1- نتائج الاختبار البعدي:

الحالة الأولى (أ): تم إعادة تطبيق مقياس التوافق النفسي على الحالة (أ)، بحيث قمنا بحساب نتائج القياس البعدي التي كانت نتيجته 121، وهي درجة مرتفعة تدل على تحسن كبير في التوافق النفسي العام.

ووفق مفتاح تصحيح المقياس هي درجة مرتفعة تدل على انخفاض مستوى الاستنزاف النفسي وارتفاع مستوى الضبط الانفعالي لدى الحالة (أ).

1-2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

1-2-1- تقديم الحالة الثانية:

أ- البيانات الأولية والديموغرافية:

الإسم: ر

السن: 37 سنة

المستوى التعليمي: ثلاثة ثانوي

الحالة المدنية: متزوجة

المستوى الاقتصادي: متوسط

المهنة: مربية أطفال بمركز التوحد

مكان الإقامة: عين تموشنت

نوع السكن: شقة

عدد الإخوة: 5

ترتيب الحالة بين إخوتها: 3

السوابق المرضية: قولون عصبي

عدد الأطفال: 3

عدد الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد: 2

ب- الملاحظات العيادية:

المظهر والهندام: أظهرت الحالة اهتماما واضحا بنظافتها وهندامها المرتب، مع وجود تنوع لوني في ملابسها شمل الأسود، الرمادي، الوردي، والأزرق. ويعزى هذا الاهتمام بالمظهر الخارجي والتنسيق اللوني إلى

محاولة دفاعية واعية من طرفها لإخفاء حجم الضغوط الداخلية التي تمر بها، ورغبة منها في الحفاظ على صورة متماسكة، متوازنة، ومقبولة أمام الآخرين.

الجانب الحركي والتواصلي: لوحظ على الحالة بطء في الاستجابة الحركية طوال فترة المقابلة، وهو مؤشر يعكس بوضوح حجم التعب والإنهاك النفسي الكبير الذي تعاني منه. كما اتسم سلوكها التواصلي بالحدس الشديد والصعوبة في بناء الثقة حيث كان كلامها مدروسا بعناية ويخلو من العفوية، وتضع رقابة صارمة على ما تبوح به، وتتردد بشكل ملحوظ قبل الإجابة.

التعبيرات الانفعالية : أبدت المفحوصة نوعا من اللامبالاة الظاهرية والبرود الانفعالي، وهي وسيلة دفاعية تستخدمها لحماية نفسها ولكي لا تظهر علامات الضعف أمام الفاحص. وقد ظهرت هذه المقاومة بشكل قطعي عند التطرق للحديث عن مرحلة الطفولة والأهل، حيث رفضت بوضوح تام الخوض في هذه المواضيع الحساسة والقديمة.

النشاط الفكري : واجهت الحالة صعوبة بالغة في تسمية ووصف مشاعرها، وعجزت عن إيجاد الكلمات الدقيقة التي تعبر عن حجم حزنها، مما جعلها تفضل الصمت في كثير من الأحيان. وتجلّى هذا التخوف من التعبير العفوي في تردها وتفكيرها الطويل قبل الكلام، وحرصها على أن تكون ردودها بسيطة ومحددة بدقة.

الوظائف المعرفية : حافظت الحالة على تركيز وانتباه عال جدا، وظلت مستيقظة وواعية لكل مجريات الجلسة. غير أن ذاكرتها أظهرت انتقائية واضحة حيث تميل لتذكر الأحداث الإيجابية فقط، كالحديث عن الأعياد، التقاليد، والخرجات، وهو ما يمثل آلية هروب لاشعورية من هموم وضغوط الحاضر نحو ذكريات آمنة.

المزاج والتواصل البصري: رافق الحالة ابتسامة دائمة لكنها مصطنعة، تستخدمها كقناع لإخفاء مشاعر الأسى والضيق الشديد الذي تعيشه في واقعها. وتوازى هذا الهدوء المزيف مع تواصل بصري متذبذب وغير ثابت إذ كانت تحافظ على نظرها بوضوح عند نقاش المواضيع العادية والسطحية، بينما تتجنب النظر تماما وتزج عينها عند فتح المواضيع المؤلمة والحساسة.

1-2-3- جدول رقم(18) : سير الجلسات العلاجية للحالة الثانية

رقم الجلسة	التاريخ	المدة	مكان إجراء الجلسة	الهدف من الجلسة
01	2026/01/20	45 د	مكتب الأخصائية	التعرف على الحالة وبناء علاقة ثقة وإحترام معها، مع التأكيد على أهمية التعاون لنجاح العلاج .جمع

المعلومات اللازمة للفهم، والإتفاق على مواعيد الجلسات وضرورة الإلتزام بها.				
شرح فكرة البرنامج العلاجي وأهدافه للحالة، وعمل تقييم أولي لمعرفة مستوى توافقها النفسي.	مكتب الأخصائية	45 د	2026/02/05	02
تصحيح معلومات الحالة عن التوحد وتغيير أفكارها الخاطئة، مع مساعدتها على تخفيف التوتر والتعامل بهدوء مع المشاكل.	مكتب الأخصائية	40 د	2026/02/09	03
تنقيف الحالة بالتوافق النفسي وأهميته في حياتها، مع تعليمها كيف تراقب وتفهم أفكارها ومشاعرها وتصرفاتها اليومية.	مكتب الأخصائية	30 د	2026/02/17	04
مراجعة الواجب المنزلي وحل مشكلاته، وتدريب الحالة على مراقبة أفكارها بهدوء للتحكم في أعصابها باستخدام تقنية قف عند الضغط.	مكتب الأخصائية	45 د	2026/02/22	05
كشف الأفكار السلبية والخاطئة وتصحيحها ببدايل منطقية، مع توعية الحالة بأهمية الإهتمام بنفسها وبتغديتها.	مكتب الأخصائية	45 د	2026/ 03/05	06
التأكد من قدرة الحالة على تغيير أفكارها، وتشجيعها على الاستفادة من دعم الناس حولها لتعيش براحة.	مكتب الأخصائية	45 د	2026/ 03/11	07
فهم أسباب تصرفات أطفالها وكيفية تعديلها، مع تدريبها على ضبط أعصابها وتسيير سلوك طفلها وحدها.	مكتب الأخصائية	45 د	2026/ 03/15	08
تعليم الحالة أهمية الروتين لأطفالها وكيفية تطبيقه عملياً، مع تذكيرها بضرورة العناية بنفسها وتقدير ذاتها.	مكتب الأخصائية	45 د	2026/ 03/17	09

10	2026/ 03/19	40 د	مكتب الأخصائية	مراجعة الروتين وحل مشكلاته، وتدريب الحالة على حل أي مشكلة تواجهها بالهدوء بعيدا عن الغضب.
11	2026/04/02	40 د	مكتب الأخصائية	التدريب على طريقة التواصل الواضح مع الآخرين وطلب المساعدة، وتعليم الحالة كيف تحمي حدودها النفسية .
12	2026/04/05	40 د	مكتب الأخصائية	تحسين طريقة كلام الحالة وحركاتها لتكون أكثر ثقة، ومساعدتها على إكتشاف قيمها وتعديل نظرتها للحياة.
13	2026/04/09	40 د	مكتب الأخصائية	تقييم ما تعلمته الحالة، وإستخدام أدوات حسية بسيطة للمساعدة على الاسترخاء وتقليل التوتر اليومي.
14	2026/04/12	45 د	مكتب الأخصائية	شرح كيفية تجنب التراجع للخلف (الإنكاسة)، ووضع خطة لمواجهة الضغوط والعيش بسلام مع واقع أطفالها.
15	2026/04/15	45 د	مكتب الأخصائية	تقييم نتائج البرنامج بالكامل ومقارنتها بالبداية، وتعزيز ثقة الحالة بنفسها مع إنهاء الجلسات بروح إيجابية. وفتح المجال لمتابعة مستقبلية.

4-2-1- نتائج القياس القبلي:

تم تطبيق مقياس التوافق النفسي على الحالة (ر)، وأظهرت نتائج القياس القبلي حصولها على درجة 81 وحسب مفتاح تصحيح المقياس، تصنف هذه الدرجة على أنها درجة ضعيفة، مما يشير إلى أن الحالة (ر) كانت تعيش حالة من التذبذب في توافقها النفسي، فهي ليست في أدنى مستوياته ولكنها تفتقر للإستقرار والإنسجام التام، مما إستدعى التدخل العلاجي لرفع هذه الكفاءة وتحقيق توازن أفضل.

5-2-1- ملخص المقابلات العيادية:

أجريت الجلسات العيادية مع الحالة (ر) بمركز التكفل بذوي التوحد في عين تموشنت. الحالة تبلغ من العمر 37 سنة، متزوجة وأم لثلاثة أطفال، إثنان منهم يعانون من اضطراب طيف التوحد كما كشفت المقابلات عن

خلفية أسرية تتسم بالصدمات النفسية والقسوة حيث نشأت في بيئة يسودها العنف الجسدي والقمع من قبل الأب. دفعها هذا الواقع لإتخاذ قرار الزواج كآلية دفاعية للهروب، ورغم إستقرار حياتها الزوجية حالياً، إلا أنها في الماضي كانت تواجه صعوبة في التكيف مع أهل الزوج. وقد تفاقمت معاناتها عقب تشخيص إبنتيها، مما أدى لحالة من الإنهاك النفسي والعجز عن أداء أدوارها بكفاءة.

1-2-6- التحليل العام للمقابلات:

تتشكل البنية النفسية للحالة (ر) من تقاطع معقد بين صدمات الماضي وقلق الحاضر بحيث نشأت الحالة في بيئة أسرية يسودها تعنيف الأب وقمع شخصيتها، مما دفعها للهروب نحو الزواج الذي اصطدم بدوره بصراع مع عائلة الزوج، حيث سيطرة أخواته على تفاصيل حياتها ومالها. هذا التوتر ولد لديها ندما مزمناً على زمن ضائع ضحت فيه بسنوات إبنتيها الأولى في نزاعات تافهة، معبرة عن ذلك بحسرة: " لو كان غير عشنا غير شوية معاهم ومن بعد عشنا وحدنا باش نستغل ولادي ". وتتجسد مأساة (ر) في ابنتيها (16 و15 سنة)، اللتين تصف نموها الأول بالمثالي، خاصة الكبرى التي كانت تناغي وتضحك وتحدث قبل أخيها في فترات نموه الطبيعي، قائلة: " بنتي الكبيرة هدرت بكري مقارنة بولدي الصغير العادي.. وكانوا كي يشوفوها ينخلعوا فيها ". إلا أن التحول بدأ في عمر العام و3 أشهر حين فقدت الكلام تدريجياً، وهو ما أدى لبروز عقدة ذنب والدية عميقة؛ فلأنها لا تتقبل فكرة المرض الوراثي، تبنت تفسيراً روحياً نتج عن واقعة ليلية مخيفة: " ناضت من ليل ليل وبغات تقيس روحها وطلعتها السخانة ومن ديك الضربة ما ولا تش تهدر ".

إن هذا التفسير الغيبي يعمل كآلية دفاعية للإنكار، لكنه في المقابل يغذي أفكاراً تلقائية سلبية تجعلها المسؤولة الوحيدة عن تدهور حالتها، حيث تقول: " حسيت بلي أنا السبب.. كنت نخليهم قدام التلفاز ونروح نخدم شغل الدار"، معلنة كرهها لقنوات طيور الجنة التي تعتبرها سبباً في ضياع تواصلها. وقد تعمق هذا الشعور بندمها على عدم الفصل بين البنيتين في الروضة، لاعتقادها أن الطفلة الثانية اكتسبت المرض بالتقليد فقط:

"لو كان صبت وين نخلي بنتي الزاوجة لو كان عى الأقل سلكت وحدة فيهم". وخلال تجربتها كمربية في الروضة لمدة 3 سنوات، كانت تلاحظ ظهور الحركات النمطية مثل "تستيف الصوالح"، ومع غياب التحسن وتغير تسيير الروضة بعد سفر مديرتها، اتخذت القرار الصعب بنقل ابنتها الكبرى للمركز المتخصص سنة 2016 فور بلوغها سن السابعة لضمان تكفل أنسب، وهو المكان الذي تعمل فيه (ر) حالياً كمربية. وفي وسط هذا الاحتراق النفسي وتشتت الانتباه، يمثل الزوج الركيزة الأساسية بدعمه المستمر لها: " زوجي الحمد لله داعمني وواقف معاي، مسكين يعاوني ويشاركني ضغوطاتي ". حيث صرحت الحالة بأنها في الماضي كانت الوحيدة التي تتابع حالة إبنتيها بسبب إنشغال الأب مع العمل لكن حالياً ومع تغير الظروف أصبح يتشارك معها قليلاً المسؤولية. ورغم هذا الدعم، لا تزال (ر) تعيش إجهاداً حاداً يترجم جسدياً في شكل قولون عصبي

وضيق تنفس وهوس بالنظافة، كآلية لتفريغ القلق الناتج عن مسؤولياتها الشاقة كأم لطفلتين مراهقتين وحامل ومربية في نفس الوقت.

وبناء على هذا التحليل، تم تصميم بروتوكول تدخلي يهدف إلى تعزيز التوافق النفسي بمحاوره الخمسة:

- على المستوى الإنفعالي: خفض حدة القلق والإنهاك النفسي الناتج عن تراكم صدمات الماضي وضغوط الحاضر بإستخدام (الإسترخاء ومهارة STOP).

- على المستوى المعرفي: معالجة عقدة الذنب الوالدية وتصحيح التفسيرات الغيبية (الإنكار) حول إصابة البنات بالتوحد بدائل أكثر واقعية ومنطقية.

- على المستوى السلوكي: تنظيم الروتين اليومي لتقليل الفوضى المنزلية، وتعليم البنات الاعتماد على أنفسهن.

على مستوى التوافق الذاتي: استرجاع الثقة بالنفس المفقودة منذ الطفولة، والمصالحة مع صورة الأم القوية بدلا من صورة الأم المقصرة (عبر تقنيات المرأة والتعاطف الذاتي)

- على المستوى الإجتماعي والمهني: تحسين مهارات التواصل (DEAR MAN) ووضع حدود نفسية تحميها من الصراعات العائلية أو المهنية.

- على مستوى المراقبة الذاتية: التدريب على رصد الإنفعالات السلبية قبل تحولها إلى سلوك عنيف تجاه الطفل مفرط الحركة، وإستبدالها بردود فعل هادئة.

1-2-7- تفصيل سير الجلسات العلاجية للحالة الثانية (ر):

الجلسة 01:

بدأنا اللقاء بترحيب هادئ لإمتصاص حذر الحالة (ر) الشديد، فهي شخصية كتومة وتزن كل كلمة قبل التلفظ بها بدأت تسرد معاناتها مع إبنتيها (15 و 16 سنة) وضغوط عملها كمربية، لكن نظرا لكثافة أحداث حياتها وحساسيتها العالية، لم تكفي الجلسة للتفريغ الكامل أو الإحاطة بكل تاريخها الصدمي، وانتهى اللقاء بتوذيها مع التأكيد على إكمال الحديث في المرة القادمة لجمع معلومات أكثر.

الجلسة 02:

إستقبلت الحالة بالسؤال عن حالتها المزاجية، وواصلنا في هذه الجلسة جمع المعلومات المتبقية حول علاقتها السابقة بأهل زوجها وصراعاتها القديمة حتى اكتملت الصورة. بعدها طبقنا مقياس التوافق النفسي (القياس القبلي) الذي سجلت فيه 81 درجة، وشرحت لها أن هذا الرقم يعكس التذبذب النفسي الذي تعيشه، ثم ودعتها

مع الإتفاق على أهداف البرنامج العلاجي بكل طمأنينة ومناقشة أهم التقنيات التي قد تساعدها مع محاولة معرفة ما تنتظره هي من هذا البرنامج.

الجلسة 03:

رحبت بالحالة وقمت بإستغلال خبرتها كمربية لمدح معلوماتها حول التوحد، مما كسر حاجز الحذر لديها. وإفتتحت الجلسة برغبة صادقة في بناء جسر من الثقة حيث تركت لها مساحة واسعة لسرد تجربتها الشخصية مع بناتها، واستمعت بتمعن لكل ما تعرفه عن التوحد وعن الأعراض الدقيقة التي تلاحظها على بناتها، مثنية على وعيها ودقة ملاحظتها كمربية وانتقلنا بعدها معا لفقرة التربية النفسية التي تضمنت عرضا للأدلة العلمية الحديثة، ومناقشة الخرافات الشائعة حول إضطراب طيف التوحد مع التأكيد بوضوح على أن العلم لم يتوصل حتى الآن لسبب قطعي له، وهو ما واجهته الحالة بمرارة قائلة: ' رانا عايشين واقع مشي كما اللي تقراوه'، منتقدة غياب التكفل الحقيقي الذي عمق لديها الشعور بلوم الذات وهنا أظهرت الحالة مقاومة حول بعض المعلومات. وأمام هذا التوتر وبسبب ضيق الوقت (45 دقيقة)، اكتفيت بتعليمها تمرين التنفس كإسعاف أولي لتهدئة ضيق صدرها، مع تأجيل تقنيات الإسترخاء الذهني العميق للجلسة القادمة لضمان تطبيقها بتركيز، حيث خططت لأن تكون الجلسة الموالية مساحة لتفريغ آمنة تواجه فيها لومها لذاتها وتحرر من قسوة ذكرياتها في بيئة داعمة.

الجلسة 04:

استقبلت الحالة بود ولطف بعدها سألتها على حالتها المزاجية ومن ثم قمنا بمراجعة تمرين التنفس والانتقال إلى الإسترخاء الذهني العميق بإقتراحه بموسيقى هادئة جعلت الحالة تشعر بالأمان والطمأنينة، وركزنا في هذه الحصة على أحد المشكلات التي طرحتها الحالة كعرض من أعراض الوسواس القهري المتعلق بالنظافة والترتيب والتنظيم وهنا شرحنا لها أن هوس النظافة عندها هو وسيلة لتفريغ القلق الداخلي. علمناها كيفية مراقبة أفكارها التلقائية وتدوين اللحظات التي تشعر فيها بالنقصير أو الفشل، لزيادة وعيها بانفعالاتها .

وانتهت المقابلة بتكليفها بجدول المراقبة الذاتية وتوديعها مع الإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة 05:

رحبت بالحالة وأثنت على التزامها، وناقشنا معا جدول المراقبة الذاتية، ثم تدريبنا عمليا على تقنية STOP للتحكم في الغضب حيث تعلمنا كيف نتوقف (S) و نتنفس (T) وتلاحظ انفعالها (O) ثم نتصرف بحكمة (P) بدلا من الإنفعال. في الجلسة الموالية، أخبرتني أن التقنية أفادتها جدا مع طفلها العنيد مفرط الحركة، حيث ساعدتها على ضبط أعصابها قبل التسرع في ردة الفعل، كما تم في الجلسة منح الحالة ورقة فيها مجموعة

من التشوهات المعرفية على أن نناقشها في الجلسة الموالية تمهيدا لجلسة إعادة البناء المعرفي وانتهى اللقاء بتوديعها وتشجيعها.

الجلسة 06:

بعد الترحيب الخالص للحالة بدأنا برصد التشوهات المعرفية (مثل لوم الذات، التعميم، والتنبؤ بالمستقبل). استخدمنا تقنية الأعمدة الثلاثة ونزرع الاندماج المعرفي لتصحيح أفكارها:

جدول رقم (19) : التطبيق العملي لتقنية الأعمدة الثلاثة مع الحالة (ر)

الفكرة البديلة الواقعية	التشوه المعرفي المرتبط بالفكرة	الفكرة التلقائية السلبية
أنا أدربهم الآن ليكونوا مستقلين والمستقبل بيد الله.	تنبؤ بالمستقبل	بناتي كي يكبروا وين نروح بيهم
أنا أم مكافحة، والتوحد اضطراب جيني وليس بسببي	لوم الذات	أنا أم مقصرة وسبب مرض بناتي بسبب التلفاز
أنا ناجحة في عملي وفي تربية بناتي على الاستقلالية	تعميم	أنا دائما نفشل وطاقتي طايحة

من إعداد الطالبة

من خلال تطبيقنا لتقنية الأعمدة الثلاثة نستنتج من الجدول قدرة الحالة على التعرف على أنماط التفكير المشوهة التي كانت تغذي شعورها بالذنب والعجز ومن خلال استبدال اللوم والتعميم حدث تحول ملحوظ من جلد الذات إلى تقدير الدور الوالدي، مما أدى إلى انخفاض التوتر الانفعالي الملازم لهذه الأفكار .

وانتهت الجلسة بتوديعها بعد لمس ارتياح كبير في طريقة تفكيرها.

الجلسة 07:

رحبت بالحالة واستهللنا الكلام عن مصادر الدعم في حياتها، حيث استحضرت السيدة (ر) بحنين مديرة روضتها السابقة التي كانت تمثل لها نموذجا للدعم والثقة في قدرات بناتها فوظفنا هذا النموذج لتقديم تقنية رسالة الامتنان وعندما استفسرت الحالة عن جدوى الامتنان للبشر كونها تمتن لله أولا، تم توضيح المبدأ الإيماني بأن "شكر الناس هو تمظهر لشكر الخالق"، مما أزال التحفظ النفسي لديها.

عرضنا نماذج مقترحة للإمتنان شملت (المديرة، الزوج الداعم، أو البنات)، وانتهى اللقاء بمغادرة الحالة وهي في حالة من الحماس لبدء كتابة الرسالة.

ساهمت هذه الجلسة في توسيع دائرة الدعم لدى الحالة بحيث انتقلت من حيز التركيز على العزلة والعبء إلى استحضار نماذج السند الاجتماعي كما أدى دمج المنظور الإيماني مع التقنية السلوكية إلى خفض المقاومة النفسية وزيادة الدافعية لتطبيق الواجب المنزلي، مما يعزز الروابط الإيجابية مع محيطها ويخفف من حدة الاغتراب النفسي الذي كانت تعاني منه.

الجلسة 08:

افتتحت الجلسة بترحيب حار للحالة ومناقشة سلوكيات الأبناء، حيث تم توجيه السيدة (ر) لإدراك أن سلوك الطفلة هو لغة بديلة تعبر عن احتياجاتها (هروب، جذب انتباه، طلب مادي، أو حاجة حسية). تدربت الحالة عمليا على نموذج ABC لفهم المثيرات واختيار الاستجابة الصحيحة.

جدول رقم (20): التطبيق العملي لنموذج ABC مع الحالة الثانية

اليوم	المثير (ما قبل السلوك)	السلوك (وصف الفعل)	الاستجابة (رد فعل الأم)	الإستراتيجية المستخدمة	الملاحظات
1	انشغال الأم بالأعمال أو تجاهل البنات بسبب التعب.	الانعزال والحساسية: البنات تبتعد وتنعزل وتظهر عليها الحساسية البكائية.	كانت سابقا: تتركها منعزلة مما يزيد من انطواء البنات وشعور الأم بالذنب.	التعزيز الإيجابي الحسي: التقرب من البنات وضّمتها بقوة (الضغط الجسدي العميق لتهدئتها).	لاحظت الأم أن الضم الجسدي أعاد للبنات شعورها بالأمان وأخرجها من عزلتها.
2	كسر الروتين اليومي المفاجئ (مثل تغيير موعد الخروج).	نوبة غضب ورمي الأشياء: تصرخ وتبدأ في رمي الأشياء المقابلة لها.	كانت سابقا: الانفعال عليها ومحاوله إجبارها على القبول بالقوة.	إعادة التوجيه البصري: استخدام الجدول البصري المصور لشرح التغيير الطارئ للطفلة.	تبين للأم أن الشرح بالصور قلل من خوف الطفلة من المفاجآت وامتص غضبها.

3	نقص الحوار لفترة طويلة وانشغال الأم الواجبات الوظيفية.	سحب يد الأم نحو اللعب: الطفلة تمسك يد الأم بقوة وتجرها نحو العابها لتلعب معها.	كانت سابقا: الاعتذار منها بالقول "أنا مشغولة" أو تأجيل اللعب وقت آخر.	تعزيز التواصل البديل: الاستجابة الفورية لإشارة الطفلة والمشاركة معها في اللعب ولو لدقائق.	ربطت الأم بين سحب اليد ورغبة الطفلة البديلة في التواصل وتفرغ الملل.
---	--	--	--	--	--

من إعداد الطالبة

وانتهى اللقاء بتكليفها بملاحظة سلوك واحد وتحليله وفق نموذج ABC مع التأكيد على أن هدوء الأم (عبر التنفس العميق) هو المحرك الأساسي لاستقرار نفسية الطفلة وتبريد جو البيت .

الجلسة 09:

افتتحنا الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي وتحليل سلوك الطفلة وفق نموذج ABC، مع التأكيد على أن ابنتها المتوحدة تعمل كمرآة تعكس مشاعرنا لذا فإن استخدام الأم للتنفس العميق والهدوء هو السبيل لتبريد جو البيت وتسكين نوبات ابنتها تلقائيا. ونظرا لنجاح الأم في تربية بناتها على الإستقلالية، لاحظنا أنها تدمجن معها بذكاء في أعمال المنزل والطبخ، حيث تبدي البنات سعادة واستمتاع كبير بهذه المشاركة مما جعلهن عوناً لها وأغنى عن الجداول البصرية وبناء عليه قمنا بتحويل هدف الجلسة نحو رعاية الذات، بتحفيز الأم على ممارسة هواياتها كالخياطة والطبخ الإبداعي كنوع من المكافأة الذاتية لتجديد طاقتها.

وانتهى اللقاء بتقدير مجهودها وتكليفها بمواصلة ملاحظة السلوك بهدوء مع تخصيص وقت خاص لهوايتها الشخصية.

الجلسة 10:

استقبلت الحالة واستفسرت إن كانت تخلق لحظات الإستمتاع في هواياتها المحببة لها ومع بناتها كذلك مثل إشراكهن معها في الطبخ حيث صرحت بأنهما يحبان جدا هذه الأنشطة وبعدها تدريبنا على تقنية البحث عن الاستثناءات وهنا أخذنا مثالا نموذجيا عن حالة من الحالات التي تواجهها مثلا عندما قالت أنها تنهض متعبة دائما، حاولنا مع البحث عن يوم واحد إستيقظت فيه بنشاط. حللنا الأسباب (نامت باكرا، الليلة كانت هادئة)، وعلمناها كيف تتبع نفس الأسباب لتكرار هذا الاستثناء الإيجابي، لكي تدرك أن الحل في يدها، ثم ودعتها وإتفقنا على موعد لاحق.

الجلسة 11:

رحبت بالحالة وأثنت على تطورها، ثم تدريبنا على طلب المساعدة أظهرت المقابلة مع الحالة وجود فجوة بين إدراكها النظري للتقنية وتطبيقها الفعلي حيث صرحت بقدرتها على تطبيق الخطوات، بينما كشفت الملاحظة العيادية عن تردد ونقص في الثقة بالنفس أثناء التعبير عن مطالبها مدفوعة بإحباطات سابقة جراء رفض الزوج المستمر لحضورها المناسبات بالرغم من مرونتها في التفاوض معه.

تم توجيه الجلسة نحو التدريب السلوكي على طلب المساعدة وعبر تقنية لعب الأدوار (موقف طلب رعاية البنات من الزوج)، برزت مقاومة أولية لدى الحالة تمثلت في تبرير رفض الزوج بالتعامل أو الغيرة وتم التعامل مع هذه الصعوبة بدمج فوري لتقنية حل المشكلات، حيث وضعت خطة قائمة على بدائل مرنة تجرب حسب السياق. تكرار التمرين والتدريب المستمر أدى في نهاية الجلسة إلى تعديل السلوك الظاهري للحالة، وتمكنها من استخدام لغة جسد قوية ونبرة صوت تتسم بالثقة.

وانتهى اللقاء بتوحيدها مع التأكيد على حقها في طلب الدعم.

الجلسة 12:

كانت جلسة حساسة، بدأنا تمرين المرأة لكسر الابتسامة المصطنعة لدى الحالة وخلال تطبيق تمرين المرأة الهادف إلى تحقيق التناغم بين الخطاب اللفظي ولغة الجسد، لوحظت مقاومة أولية لدى الحالة تمثلت في ابتسامة مصطنعة كآلية دفاعية لتغطية مشاعر عميقة بجلد الذات والشعور بالذنب نحو دورها كأم.

وتأسيساً على هذه الملاحظة العيادية واستجابة للحاجة النفسية الملحة للحالة في تصالحها مع صورتها الوالدية، جرى تكييف التقنية من خلال دمج رسالة اعتذار ومسامحة للذات مكتوبة من طرفي تتناسب مع الواقع المعاش حسب ما لاحظته على الحالة. طلبت منها ترديد ما أمام المرأة لخفض حدة الأنا الأعلى القاسية وتجاوز لوم الذات المستمر.

هذا التعديل الإجرائي ساهم بشكل مباشر في تفريغ الشحنة الانفعالية السالبة، مما سمح لاحقاً ببيروز نبرة صوت واثقة وتناغم حقيقي وجسدي غير متكلف، ختمت به الجلسة بعد وصول الحالة إلى حالة من الارتياح العميق والتصالح مع الذات.

الجلسة 13:

استقبلت الحالة في هذه الجلسة التي لم تكن مجرد محطة تقنية، بل رحلة غوص عميقة في مشاعرها المكبوتة حيث قمنا معاً بتصميم صندوق التهذئة الحسي تكللت هذه الجلسة بالنجاح في بناء وتصميم صندوق التهذئة الذاتية (الذي تضمن مثيرات عطرية، بصرية، ولمسية كصور ومقتنيات بناتها)، (نعناع، علكة، صور قديمة، وتسجيلات فيديو وقطعة قماش لابنتها مكتوبة بالبرودي)، حيث تدربت الحالة خطوة بخطوة على كيفية

استثمار حواسها كآلية إيجابية للتنظيم الذاتي وتهدئة جهازها العصبي فوراً. وقد شكلت الجلسة مساحة آمنة ومريحة للتفريغ الوجداني والتعبير الحر، استرجعت من خلالها الحالة ذكريات ومحطات جميلة من طفولة بناتها.

انتهى اللقاء بتعزيز عوامل المرونة النفسية والدعم الإنساني للحالة، حيث غادرت بارتياح عميق وثقة متجددة، وهي تحمل صندوقها كأداة عملية للتكيف الإيجابي، وتم تحديد موعد الجلسة الموالية .

الجلسة 14:

رحبت بالحالة وناقشنا نجاحاتها، خاصة مع طفلها العنيد واستخدامها لتقنية قف ثم شرحت لها أن التراجع البسيط وارد ولا يعني الفشل، ووضعنا سجل النجاحات الصغيرة لتدوين اللحظات التي تفخر فيها بنفسها.

أشرنا بعدها لتقنية البحث عن الاستثناءات من خلال رحلة استكشافية مع الحالة حيث نبدأ أولاً بتحديد المشكلة التي تشكو منها الأم بشكل متكرر مثل شعورها بالاستيقاظ متعبة كل صباح، ثم ننقل للخطوة العملية الأهم وهي تفكيك التعميم عبر طرح أسئلة دقيقة تبحث عن الأوقات التي لم تظهر فيها المشكلة، كأن نسألها: هل حدث ولو لمرة واحدة خلال الأسبوع الماضي أن استيقظت وأنت تشعرين بنشاط أفضل؟". بمجرد تحديد هذا الاستثناء الإيجابي، نبدأ في تحليل الظروف المحيطة به بدقة، فنبحث في الأسباب الكامنة خلفه مثل النوم المبكر، أو تمتع الطفلة بليلة هادئة، أو حتى القيام بنشاط مريح قبل النوم والهدف هنا هو جعل الأم تدرك أن المشكلة ليست ثابتة أو مستحيلة الحل، بل هناك ثغرات إيجابية يمكن استغلالها.

وفي الخطوة الأخيرة، نقوم بتمكين الأم من خلال وضع خطة عملية لتكرار تلك الظروف والمسببات التي أدت للاستثناء، مما يحولها إلى السيطرة على الحل، حيث تدرك أن مفتاح التغيير بين يديها من خلال تكرار السلوكيات الناجحة التي أثبتت فعاليتها مسبقاً في تلك اللحظات الاستثنائية، وانتهى اللقاء بتوحيدها مع الإشارة إلى تبقي التحضير للجلسة النهائية.

الجلسة 15: الختام والقياس البعدي

بدأنا الجلسة الختامية مع الحالة بكلمة شكر لإرادتها، وطبقنا المقياس مجدداً الذي أظهر تحسناً كبيراً في توافقها النفسي. ناقشنا كيف تغيرت من سيدة حذرة إلى امرأة واثقة تعرف كيف تمتن وتستخدم الاستثناءات وتسيطر على أفكارها، وأعطت لنفسها تقييم 10/8، وانتهى اللقاء بتوحيدها مع أخذ موعد بعد 15 يوماً .

1-2-8- نتائج الاختبار البعدي:

تم إعادة تطبيق مقياس التوافق النفسي على الحالة (ر)، بحيث قمنا بحساب نتائج القياس البعدي التي كانت نتيجته 139، وهي أعلى درجة مسجلة في العينة، مما يعكس استجابة ممتازة للبرنامج.

ووفق مفتاح تصحيح المقياس هي درجة مرتفعة تدل على تحسن النظرة الذاتية وتجاوز الصراعات المعرفية المتعلقة بالذنب لدى الحالة (ر).

1-3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة :

1-3-1- تقديم الحالة الثالثة:

أ- البيانات الأولية والديموغرافية:

الإسم: س

السن: 35 سنة

المستوى التعليمي:ثالثة ثانوي

الحالة المدنية:متزوجة

المستوى الإقتصادي:متوسط

المهنة:ربة بيت

مكان الإقامة:شقة

نوع السكن:أرضي

عدد الإخوة:5

ترتيب الحالة بين إخوتها:1

السوابق المرضية:ضغط الدم

عدد الأطفال:1

عدد الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:1

ب-الملاحظات العيادية:

المظهر والهندام :يبدو عن الحالة اهتماما دقيقا بنظافتها الشخصية وهندامها المرتب، وهو مؤشر يعكس حرصها المستمر على الاهتمام بنفسها وصورتها الخارجية. كما تميزت اختياراتها اللونية بالتنوع بين الألوان الحيوية والهادئة، حيث بدت هذه الاختيارات كمحاولة لاشعورية لموازنة مشاعر الفرح (المتمثلة في اللون الوردي) مع مشاعر الحزن العميق (المتمثلة في اللون الأسود).

الجانب الحركي والتواصلي: لوحظ على الحالة وجود فرط في الحركة ونشاط زائد طوال الجلسة، وهو ما يعد تعبيراً حركياً وجسدياً عن حالة القلق الداخلي والتوتر التي تعيشها. ورغم هذا القلق، اتسم تواصلها بالعفوية التامة والفضفضة التلقائية، مما يعكس رغبة ملحّة وقوية لديها في إخراج ما بداخلها وتفريغ الهموم والأعباء الثقيلة التي تكتمها.

التعبيرات الانفعالية: اتسمت الانفعالات بعدم الاستقرار نتيجة تأثرها بالصدمات المتلاحقة، وظهر ذلك جلياً في تقلب نبرة صوتها المفاجئ بين الحماس الزائد والحزن الحاد. كما اتخذت الحالة وضعيات جسدية دفاعية، مثل تشابك الأصابع والأذرع، في محاولة واضحة منها لإبداء التماسك والسيطرة على الذات عند فتح المواضيع المؤلمة والحساسة، خاصة تلك المتعلقة بوفاة أبنائها.

النشاط الفكري والتعبير اللفظي: عانت الحالة من تشتت في المعنى وقفز مستمر بين المواضيع، حيث بدت أفكارها غير مرتبة نتيجة تداخل وتراكم الصدمات النفسية التي تعرضت لها. ورافق هذا التشتت صعوبة واضحة في إيجاد المفردات والكلمات المناسبة للتعبير، وتحديدًا عند حديثها عن تجارب فقدان الأليمة لأطفالها، أو عند تطرقها لحالة طفلها المصاب بالتوحد.

الوظائف المعرفية: أظهرت المفحوصة تشتتاً ملحوظاً في الانتباه والتركيز، وكان يتطلب الأمر إعادة الأسئلة عليها لأكثر من مرة نتيجة لضغط الأفكار المتسارعة والقلق المستمر. وبالرغم من هذا التشتت الذهني، حافظت الحالة على تواصل بصري مباشر ومستقر أثناء الجلسة، وهو ما يفسر رغبتها القوية في مد جسور التواصل والبحث الجاد عن طرف يصغي إليها ويستمع لمعاناتها.

المزاج: بدت ملامح التناقض الوجداني واضحة جداً في مزاج الحالة، حيث كانت تلجأ للضحك المفاجئ وهي تروي أدق مآسيها وظروفها القاسية، وهي آلية دفاعية نفسية تلجأ إليها لحماية نفسها من وجع الألم الصدمي الذي لا يحتمل. وتوازى هذا التناقض مع عمل ذاكرة انتقائية وغير منتظمة، حيث بدا استرجاعها للأحداث وتفصيلها متأثراً بشكل مباشر ومتقلب بحالتها النفسية والوجدانية الراهنة أثناء المقابلة.

1-3-2- جدول رقم (22) : سير الجلسات العلاجية للحالة الثالثة

رقم الجلسة	التاريخ	المدة	مكان إجراء الجلسة	الهدف من الجلسة
01	2026/02/15	45 د	مكتب الأخصائية	بناء التحالف العلاجي، جمع المعلومات الأولية، والاتفاق على إطار العمل.

02	2026/02/19	45	مكتب الأخصائية	التثقيف بالبرنامج العلاجي، وتطبيق القياس القبلي لمقياس التوافق النفسي.
03	2026/02/23	40	مكتب الأخصائية	التربية النفسية حول التوحد، وتخفيف التوتر الفوري بالاسترخاء الذهني.
04	2026/02/26	30	مكتب الأخصائية	التدريب على تقنية المراقبة الذاتية للأفكار والمشاعر والعلامات الجسدية للغضب.
05	2026/03/05	45	مكتب الأخصائية	تحقيق الضبط الانفعالي وحماية الجهاز العصبي والجنين بتقنية قف .
06	2026/03/11	60	مكتب الأخصائية	تصحيح التشوهات المعرفية بتقنية الأعمدة الثلاثة، والتثقيف بالرعاية الذاتية والتغذية.
07	2026/03/17	45	مكتب الأخصائية	تعزيز التوافق الاجتماعي وتقدير النعم والدعم بتقنية رسالة الامتنان.
08	2026/03/20	45	مكتب الأخصائية	تعظيم قيمة دعم الزوج، والتدريب على تقنية التواصل الواضح معه.
09	2026/03/22	45	مكتب الأخصائية	فهم سلوك الطفل وتعديل استجابة الأم عبر نموذج التحليل الوظيفي ABC والتنفس.
10	2026/03/26	45	مكتب الأخصائية	تخفيف القلق وتنظيم حياة الطفل بالروتين البصري، وتعزيز المكافأة الذاتية للأم.
11	2026/03/29	40	قاعة الاجتماعات	عقلنة المشكلات وحلها بخطوات علمية متسلسلة عبر تقنية حل المشكلات.
12	2026/04/09	40	قاعة الاجتماعات	اكتساب مهارة طلب الدعم وحماية الحدود النفسية بتقنية التواصل DEAR MAN .
13	2026/04/12	40	مكتب الأخصائية	ترسيخ الثقة ولغة الجسد القوية بتمرين المرأة ولعب الأدوار، واكتشاف القيم الجوهرية.
14	2026/04/14	40	مكتب الأخصائية	مراجعة البرنامج، ومعالجة مقاومة التطبيق من خلال التبسيط.
15	2026/04/19	45	قاعة الاجتماعات	توجيه الجهاز العصبي للاسترخاء الفوري ومنع الضغط عبر صندوق التهذئة الحسي.

16	2026/04/22	45	مكتب الأخصائية	وضع خطة استباقية لمنع الانتكاسة، وتطبيق القياس البعدي للتوافق.
----	------------	----	-------------------	---

1-3-3- ملخص المقابلات العيادية :

تتمحور الحالة حول سيدة تبلغ من العمر 35 عاماً، ربة بيت بمستوى تعليمي (ثالثة ثانوي)، وهي الإبنة الكبرى في عائلتها. كشفت الجلسات العيادية عن مسار حياتي متقل بصدمات الفقد المتكررة (فقدان ثلاثة أبناء)، مما رسخ لديها قلقاً مزمناً من الفقدان والآن تعيش الحالة حالياً تجربة حمل محفوفة بالمخاطر الصحية (ارتفاع ضغط الدم والسكري)، وسط حالة من الخوف الدائم من تكرار تجارب الفشل الإنجابي السابقة. ورغم الدعم العاطفي من الزوج، إلا أن السيدة (س) تتحمل بمفردها العبء الكامل لرعاية ابنها (10 سنوات) المشخص باضطراب طيف التوحد، وذلك بسبب غياب الزوج الطويل لظروف عمله الليلية. كما تجد الحالة نفسها في مواجهة مستمرة ومباشرة مع سلوكيات الطفل الصعبة دون وجود سند لحظي، مما أدى بها إلى حالة من الإحترق النفسي وتدهور التوافق الذاتي والصحي لديها.

1-3-4- تحليل المقابلات :

تظهر نتائج المقابلات العيادية أن التوافق النفسي للحالة (س) يعيش صراعاً مريراً بين ماضٍ يحمل ذكريات النجاح والتقدير في مرحلة الطور المتوسط حين قالت: " هديك أجمل فترة عشتها في حياتي، نهار احتفلوا بيا ودارولي حفلة مفاجأة في الطور المتوسط و قالت بلي كانت محبوبة وفرحانة"، وبين حاضر متقل بسلسلة من الفواجع الإنجابية المتتالية فقد مرت الحالة بتجارب فقدان متكررة قاسية بدأت بفقدان طفلين في عامين متتابعين نتيجة الخداج (الولادة المبكرة)، وصولاً إلى الفاجعة الكبرى بوفاة ابنها الذي كان يعاني من تشوه خلقي على مستوى الرأس (جبهة على شكل مثلث)، حيث توفي إثر عملية جراحية لتصحيح هذه الإعاقة.

وعند تلقي خبر وفاة ابنها الأخير، أظهرت الحالة استجابة صدمية أذهلت كل المحيطين بها من أطباء وأقارب حيث تقبلت الموت بصمت وهدوء نابع من قوة إيمانية صلبة، وصرحت بذهول: "ربي عطاني كوراج كبير والناس كامل نخلعوا فيا". ومع ذلك، يكشف التحليل أن هذا الصمود الإيماني كان يخفي خلفه تجمداً للإنفعالات تحول بمرور الوقت إلى حداد مزمن فهي لا تزال تفتقده بشدة وتؤكد أن "كل واحد ومعزته" بمعنى أنها متقدّرش تقارن محبة الطفل المتوفي بالطفل المصاب بالتوحد، وتبكي اليوم بحرقة متمنية لو أنه لا يزال على قيد الحياة. تعكس هذه الحالة سوء توافق حاد مع المكان، يتجسد في تجنبها الصريح للطابق الأول من شقتها، حيث وصفت بمرارة أثر الذاكرة المكانية بقولها: "نمرض كينهود تما نتفكر كلش.. وين كان يلعب ووين كان يدور ريحته تما ووين ما ندور نتفكر ذكرياتي معاه". هذا الالتصاق الوجداني بالزوايا والروائح

جعل من مجرد القيام بواجباتها المنزلية كالتنظيف أمرا يفوق طاقتها، كون المكان لم يعد حيزا ماديا بل مخزنا للألم. ورغم محاولاتها البحث عن حلول جذرية كبديل للسكن، إلا أن العائق المادي فرض عليها "البقاء رغم الجروح الملتئمة"، لتجد نفسها في صراع مستمر بين اضطرارها للتعامل مع طابق يحيي مواجعها وبين واقع لا يسمح لها بالرحيل.

أما في واقعها الحالي، فتواجه السيدة (س) تحديات معقدة مع إبنها المتوحد الذي تصفه بأنه شقي، عنيد ومستفز حيث تعاني من سلوكياته الاندفاعية وصعوبة السيطرة عليه قائمة بضيق: "إبني يهربلي بزاف ملقيتش كينديرله ويعصبي". وما يعمق جرحها النفسي هو غياب التواصل اللفظي، إذ تتمنى بحسرة "لو كان يفهمها ويهدر" ليخفف عنها ثقل الرعاية المنفردة التي تقوم بها في ظل غياب الزوج ليلا للعمل.

ويزداد سوء التوافق الاجتماعي لدى الحالة بسبب "التقليل من شأن معاناتها" من قبل المحيط فبدلاً من تقدير حجم مجهودها مع إبنها المتوحد وحزنها الدفين على أحوالها السابقة، تتلقى انتقادات جارحة من المحيطين بها كقولهم: "راكي تزيدي عليها" سواء عند مرضها أو بكائها. هذا الإنكار الاجتماعي لألمها يولد لديها شعوراً بالوحدة والظلم و بأن المحيطين بها أحياناً يكونون مصدر قلق وضغط عليها، مما يدفعها نحو الكبت الذي ينفجر في شكل ضرب للطفل يتبعه ندم شديد، خاصة مع تدهور حالتها الصحية (سكري وضغط الدم) التي تعكس تعب الجسد من تحمل ما لا يطيق.

بناء على هذا التحليل، تم تصميم بروتوكول تدخلي لتعزيز التوافق النفسي يركز على:

- المستوى الانفعالي والمعرفي: خفض قلق الفقدان وتوتر الحمل الحالي عبر الاسترخاء ومهارة (STOP) لوقف الأفكار المحزنة، ومعالجة الشعور بالذنب، وتقوية المناعة النفسية ضد الانتقادات الاجتماعية.

- المستوى السلوكي والذاتي: تنظيم روتين رعاية الطفل واستخدام تقنيات تعديل السلوك للسيطرة على الهروب والعناد، والمصالحة مع صورة الأم القوية عبر تقنيات التعاطف الذاتي لتقدير مجهودها في لعب دور الأم والأب معا.

- مستوى التواصل والمراقبة: تحسين مهارات التواصل (DEAR MAN) لطلب الدعم من الزوج والأهل بوضوح، والتدريب على رصد علامات التوتر الجسدية قبل التحول لعنف تجاه الطفل، واستبدالها بالهدوء لحماية سلامة الجنين الحالي.

1-3-5- نتائج القياس القبلي:

تم تطبيق مقياس التوافق النفسي على الحالة (س)، وأظهرت نتائج القياس القبلي حصولها على درجة 79 وحسب مفتاح تصحيح المقياس، تصنف هذه الدرجة على أنها درجة ضعيفة من التوافق النفسي.

1-3-6- تفصيل سير الجلسات العلاجية للحالة الثالثة :

الجلسة 01:

تميزت هذه الجلسة بسهولة بناء التحالف العلاجي، حيث سادها جو من الثقة المتبادلة والإحترام مع الحالة (س). وخلال المقابلة صرحت (س) بأنها كانت بحاجة ماسة لدعم نفسي ولمن لا يحكم عليها وعلى أحزانها لتفرغ مشاكلها دون قيود كما تم التأكيد على أن تعاونها هو المفتاح لتجاوز احتراقها النفسي، لينتهي اللقاء بالإتفاق على إطار العمل الزمني والمكاني. وقد منح هذا التنظيم الحالة شعورا بالإنتماء لعملية علاجية تحتضن ألمها الدفين، وتاريخها مع الفقد المتكرر، ومعاناتها مع طفلها المصاب بالتوحد .

الجلسة 02:

بعد الترحيب بالحالة والإستفسار عن حالتها المزاجية ووضعها مع ابنها تم في هذه الجلسة شرح الأساس العلاجي لها وتوضيح أن تحسين توافقها النفسي سينعكس مباشرة على صحتها الجسدية (ضغط الدم والسكري) وتعاملها مع ابنها المصاب بطيف التوحد . ثم بعد تبقي 15د من الوقت تم تطبيق مقياس التوافق النفسي القياس القبلي حيث حصلت على (79 درجة - ضعيفة) ، وناقشنا معها دلالة هذه الدرجة التي تعكس حجم التعب الصامت الذي تعيشه . وساعد هذا التقييم في وضع خطة علاجية، حيث أدركت (س) أن البرنامج هو وسيلة لإستعادة توازنها المفقود بين الماضي الأليم والحاضر الصعب والمستقبل الذي تخافه.

الجلسة 03:

بعد الترحيب بالحالة استهدفنا خلال الجلسة تصحيح الأخطاء المعرفية لديها حول اضطراب التوحد، تم تقديم معلومات علمية مبسطة حول التوحد وفي الوقت المتبقي تم التدريب عمليا على الاسترخاء الذهني لخفض التوتر الفوري وركزنا على أن الهدوء ليس ترفا بل ضرورة طبية للتحكم في ضغط الدم، مما حفزها على البدء في مواجهة ضغطها وإحساسها بالراحة مع سماع أصوات الأمواج والطبيعة التي تحسها بالأمان وطمأنينة العارمة .

وإنتهت الجلسة بتوديع الحالة بعدما تركت فيها أثر إيجابي والإتفاق على موعد الجلسة الموالية .

الجلسة 04:

بعد الترحيب بالحالة ركزت الجلسة على تدريب الحالة كيف تصبح مراقبة لذاتها، من خلال شرح مفهوم التوافق النفسي أولاً كتربية نفسية وأهميته في حماية صحتها من الإنهيار ثم تم تدريبها على رصد الأفكار التلقائية والمشاعر التي تسبق انفجار غضبها على ابنها، مع التركيز على العلامات الجسدية (مثل سرعة نبضات القلب أو ضيق التنفس والتعرق والرجفان). الهدف كان جعلها تدرك الخيط الرفيع بين حزنها القديم وبين رد فعلها الحالي إتجاه شقاوة ابنها، لتبدأ في فصل الانفعالات عن السلوكيات من خلال جدول المراقبة الذاتية مع تكليفها بمثلته في المنزل بوعي لتكتسب مهارة مراقبة الذات.

وانتهت الجلسة بتوديعها والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة 05:

بعد الترحيب بالحالة، بدأت الجلسة بمراجعة الصعوبات التي واجهتها (س) في مراقبة أعصابها، ثم انتقلنا للتدريب العملي لتقنية STOP التي تعتمد على خلق مسافة واعية بين المثير والاستجابة لتمكينها من ضبط انفعالاتها وتم التدريب عبر أربع مراحل متسلسلة بدأت بالتوقف (S) فور شعورها باستفزاز الطفل لكسر الاندفاع التلقائي نحوه، ثم التنفس (T) بعمق لتهدئة جهازها العصبي وحماية جنينها. وفي المرحلة الثالثة، انتقلت إلى الملاحظة (O) لرصد الأفكار التي تغذي غضبها، وتحديد فكرة أنا عاجزة، ومعاينتها وصولاً إلى التصرف (P) بوعي وهدوء.

ساعدت هذه التقنية (س) على امتلاك أداة كبح تمنعها من الوصول لمرحلة العنف مما قلل من نوبات الندم لديها.

وفي ختام الجلسة، تم توجيه الحالة بضرورة التدريب المستمر في المنزل على أول خطوتين (التوقف والتنفس) عند حدوث أي مثير مع الإلتزام بقراءة جميع الخطوات يومياً لضمان اكتساب المهارة وتحويلها إلى سلوك تلقائي كما تزويد الحالة بورقة فيها مجموعة من التشوهات المعرفية ليتم دراستها في المنزل وشرحها في الجلسة الموالية تمهيدا لجلسة إعادة البناء المعرفي.

الجلسة 06:

أولاً: استهلكت الجلسة بترحيب حار بالحالة (س) حيث تم فتح باب النقاش حول الأفكار التي تسبب لها استنزافاً في طاقتها وشعوراً دائماً بالذنب ومن ثم تم الانتقال بعد ذلك إلى الجانب التطبيقي باستخدام تقنية الأعمدة الثلاثة لتصحيح المسار المعرفي من خلال رصد الفكرة وتسمية نوع التشوه المعرفي (بناء على الدليل العلاجي) المرفق في الجدول أدناه، ثم صياغة البديل الواقعي الذي يحقق الإستقرار النفسي للحالة.

جدول رقم (23) : التطبيق العملي لتقنية الأعمدة الثلاثة للحالة الثالثة

الفكرة التلقائية	نوع التشوه المعرفي (التسمية)	الفكرة البديلة الواقعية
ألقي اللوم على نفسي في كل ما يخص ابني.	الشخصنة	أنا شريكة في الرحلة ولست صانعة القدر تعثره جزء من تعلمه.
أتوهم أن الآخرين أخذوا موقفا مني.	قراءة الأفكار	ما لم يقال بوضوح فهو وهم سلامي الداخلي أغلى من التخمين.
أخاف من المستقبل لأجل إبنني.	التفكير الكارثي	المستقبل غيب قوتي اليوم هي أكبر حماية له غدا.
أجد نفسي إنسانة ضعيفة.	الوسم	التعب اللحظي ليس ضعفا الرقة إتجاه الإبن هي أسمى أنواع القوة.

كملاحظة: في هذه الجلسة نظرا لرغبة الحالة في التفريغ الانفعالي والتعرف على أفكارها المشوهة تم تمديد وقت الجلسة من 45 د إلى 60 د للإلمام بكل فكرة وإعطائها حقها في المناقشة كما تمت مناقشة فكرة الضعف مع الحالة (س) لتصحيح مفهومها عن ذاتها وتم تبيان أن مواجهتها لهذه الأفكار وسعيها للتعلم والتطور هو قمة القوة.

ركزنا في نهاية الجلسة على توعية الحالة بأهمية الرعاية الذاتية وتنظيم التغذية، خاصة مع وضعها الصحي (ضغط الدم والسمنة) واستجابت الحالة لهذا التثقيف بمحاولتها البدء في تبني عادات صحية أكثر انضباطا كجزء من مسؤوليتها إتجاه جسدها.

كلفنا الحالة بتدوين موقف واحد يوميا وتطبيق عليه مراحل تعديل الأفكار (رصد، تسمية، تنفيذ)، مع الالتزام بجدول الحماية الغذائية ومن ثم تم تصميم موعد اللقاء القادم وتوديع الحالة.

الجلسة 07:

تم التحقق في هذه الجلسة من قدرة (س) على صد الانتقادات الاجتماعية (مثل : "راكي تزيد عليها")، وتعزيز مناعتها النفسية ضد الأحكام الجارحة للمحيط وتم تكييف الجلسة بإدخال تقنية رسالة الإمتنان لتعزيز التوافق الاجتماعي وتقدير شبكة الدعم المحيطة بها. (نموذج رسالة الإمتنان وارده أدناه) حيث طلبنا من الحالة وبالإشراف بآيات قرآنية عن تحصي فوائد الإمتنان في حياتنا مع شرح كيفية ذلك بممارسة التأمل في عظمة

الله وفي الصحة والأبناء وحتى الأمور المادية والمعنوية وإستجابات الحالة جيدا وركزت معنا في هذه الجلسة كونها مؤمنة ومتصالحة مع ذاتها .

في النهاية كلفت بكتابة رسالة إمتنان لشخص يمثل لها سندا في رحلة رعاية طفلها بهدف إستعادة توازنها والإنسجام مع بيئتها و في نهاية الجلسة تم توديع الحالة والإتفاق على موعد الجلسة الموالية.

الجلسة 08:

استهلّت الجلسة بترحيب حار بالحالة (س)، ثم انتقلنا مباشرة للمستوى السلوكي الإجرائي، حيث تم تدريبها على فهم سلوكيات الطفل (العناد والهروب) ليس كاستفزاز شخصي، بل كرسائل تواصل غير لفظية يبحث من خلالها عن لفت الانتباه أو التهرب من مهارة صعبة وتم استخدام نموذج التحليل الوظيفي (ABC) لتمكينها من تفكيك المواقف الضاغطة التي تواجهها بمفردها أثناء غياب الزوج، وفق الجدول التالي:

جدول رقم (24) : التطبيق العملي لنموذج ABC مع الحالة الثالثة

اليوم	المثير ما قبل السلوك	السلوك وصف الفعل	الاستجابة رد فعل الأم	الإستراتيجية المستخدمة	الملاحظات
مثال 1	طلب الأم من الطفل التوجه للحمام أو النوم.	الهروب والعناد الطفل يركض في أنحاء البيت ويرفض الأمر.	كانت تصرخ وتلحق به مما يزيد من توترها (ارتفاع الضغط).	التجاهل المنظم و التنفس بهدوء: الانتظار لدقيقتين دون ملاحظته.	لاحظت الأم أن هدوءها قلل من مدة الجري لدى الطفل.
مثال 2	انشغال الأم بالأعمال المنزلية (غياب الانتباه).	الصراخ أو رمي الأشياء: لفت انتباه الأم أو التعبير عن الملل.	كانت سابقا: الضرب الخفيف أو التوبيخ .	التعزيز الإيجابي: الثناء عليه فور توقفه عن الصراخ أو انشغاله بلعبة المكعبات.	ربطت الأم بين حاجته للانتباه وبين سلوكه العدواني.

في نهاية الجلسة وبعد ادراك الحالة للتقنية تم تكليفها بتحليل سلوك واحد لطفلها مع المواصلّة في مراقبة انفعالاتها و تطبيق تقنية التنفس من أجل شحن طاقتها.

الجلسة 09:

استهلت الجلسة بالترحيب بالحالة ومراجعة تمرينها المنزلي السابق، ثم جرى الانتقال لشرح أهمية الروتين البصري اليومي كأداة لتخفيف القلق وتنظيم سلوك الطفل. أبدت المفحوصة في البداية مقاومة عيادية بتصريحها عن صعوبة الالتزام نظرا لثقل المسؤوليات والأعمال المنزلية الشاقة وتم التعامل مع هذه العقبة بوضع خطة عمل مرنة وقابلة للتطبيق لتقليل المفاجآت الصاغطة في يومها. وبالتوازي مع ذلك، تم التركيز على دعم تقدير الذات وتذكيرها بمجهودها الاستثنائي كأم، مما ساعدها على التصالح مع صورتها الوالدية وتجاوز مشاعر التقصير.

روتين الأنشطة: بدل الارتباط بساعات محددة وصارمة (لأن وقتها غير ملكها)، يركز الروتين على ترتيب الأحداث باستخدام صور ملونة للطفل: الاستيقاظ ثم الحمام ثم الفطور ثم وقت اللعب ثم الغداء ثم القيلولة. الطفل هنا يعرف ماذا سيفعل بعد كل خطوة، مما يقلل نوبات غضبه المفاجئة.

ولأنها حامل وأعمال البيت شاقة، تم الإتفاق على روتين مختصر جدا للأيام التي تكون فيها متعبة، يركز على الأساسيات فقط لتقليل الضغط عليها: (الأكل، الدواء، والنوم) وإلغاء أي أنشطة ثانوية أخرى.

إدراج وقت مستقطع مستقر في جدول اليوم (مثلا: أثناء قيلولة الطفل أو وقت عمل الزوج): وتغفى فيه الأم تماما من أعمال البيت وتخصصه للراحة والتأمل.

وانتهت الجلسة بتكليف الحالة بتطبيق الروتين المرن بشكل مستمر مع تخصيص وقت مستقطع للراحة كمكافأة ذاتية، وتوديعها بعد الإتفاق على موعد اللقاء القادم.

الجلسة 10:

استهلت الجلسة بالترحيب بالحالة (س) والثناء على صمودها في مواجهة الضغوط اليومية، ثم خصصت لتقييم تطبيق الروتين ومعالجة العثرات التي ظهرت خاصة في الطابق الأول الذي لا يزال يثير ذكرياتها الأليمة. لتمكينها من تجاوز هذا العجز، تم تدريبها على تقنية حل المشكلات عبر خطواتها العلمية المتسلسلة وبدأت المرحلة الأولى بتحديد المشكلة بدقة (مثل هروب الطفل إلى الشارع)، تلتها خطوة توليد البدائل من خلال عصف ذهني لإيجاد حلول ممكنة بعيدا عن الإنفعال. ثم انتقلنا لمرحلة صنع القرار بتقييم إيجابيات وسلبيات كل حل، وصولا إلى التنفيذ عبر تقسيم المشكلة الكبيرة إلى أجزاء صغيرة ومبسطة يمكن السيطرة عليها. ساعد هذا التفكيك على خفض حدة الصداخ المرتبط بالخوف من الفشل، وزاد من قدرتها على ضبط انفعالاتها. وفي ختام الجلسة كلفت (س) بواجب منزلي يتمثل في اختيار مشكلة بسيطة واجهتها خلال الأسبوع وتطبيق شبكة حل المشكلات عليها (تحديد، بدائل، تنفيذ) وتدوين شعورها بالسيطرة بعد ذلك، وانتهى اللقاء بالإتفاق على موعد الجلسة الموالية لمناقشة النتائج.

الجلسة 11:

شهدت هذه الجلسة مناقشة التمرين المنزلي السابق ومن ثم واصلنا في التطبيق العملي المكثف عبر تقنية لعب الأدوار لتمكين الحالة (س) من مهارات التواصل الواضح باستخدام تقنية DEAR MAN من خلال الشرح التفصيلي لأجزاء التقنية الجزء الأول المتعلق بماذا تقول والجزء الثاني المتعلق بكيف تقول وتم خلالها توضيح خطواتها ومن ثم بدأت بالمحاكاة الواقعية حيث انطلقنا من موقف واقعي ضاغط يتكرر باستمرار في حياة الحالة (س)، وهو: "شعورها بالإرهاق الشديد ليلاً نتيجة سلوكيات الابن الاندفاعية في ظل غياب الزوج للعمل، ورغبتها في طلب الدعم منه فور عودته أو من الأهل دون الشعور بالذنب" ففي الخطوة الأولى تدربت (س) على وصف الموقف بموضوعية (مثل: "يا زوجي، لقد قضيت الليلة كاملة بمفردي مع الابن وهو في حالة عناد شديدة")، بعدها تلتها خطوة للتعبير عن مشاعرها بوضوح (مثل: "أشعر بإرهاق شديد وضيق بسبب ارتفاع ضغطي")، ثم انتقلت لخطوة التأكيد لطلب المساعدة بحزم (مثل: "أحتاج منك البقاء معي لنصف ساعة لأرتاح قليلاً"). وعزز الطلب بخطوة التعزيز لشرح الفائدة المتبادلة (بأن راحتها ستحمي جنينها وتزيد صبرها مع الطفل)، مع التركيز في الجانب العقلي على البقاء في صلب الموضوع دون الانجرار لذكريات الماضي الأليمة أو استفزات المحيط. كما تم التدريب أيضاً على إظهار الثقة عبر نبرة صوت ثابتة وتواصل بصري مباشر، وصولاً إلى التفاوض لتقديم حلول وسطى عند الضرورة.

ساعد هذا التدريب العملي (س) على كسر حاجز الخجل والشعور بالاستحقاق في طلب الراحة، مما مكنها من وضع حدود نفسية صلبة أمام انتقادات الآخرين (مثل "راكي تزيدي عليها")، وحمت طاقتها البدنية والنفسية من الاستنزاف.

وفي ختام الجلسة، كلفت الحالة بواجب منزلي يتمثل في التدريب المستمر على هذه التقنية أمام المرأة قبل تجربتها فعلياً مع الزوج، وذلك لترسيخ نبرة الصوت الواثقة عند طلب المساعدة في أي موقف ضاغط تواجهه، وانتهى اللقاء بالتأكيد على أهمية هذا التطبيق وتحديد موعد الجلسة الموالية لمتابعة النتائج.

الجلسة 12:

بدأنا الجلسة بالترحيب بالحالة وسألناها عن صحتها مع الحمل وعن أحوال ابنها. وركزنا في هذه الجلسة على الجانب التطبيقي حيث دربناهما على تحسين لغة جسدها وجعل نبرة صوتها قوية وثابتة لتزيد ثقتها بنفسها، واستخدمنا في ذلك تمرين المرأة لتتعود على الكلام بثبات.

وفي نفس الوقت، ساعدنا الحالة على اكتشاف نقاط قوتها وقيمها مثل (الصبر والرضا الإيجابي)، وغيرنا نظرتها للحياة من مجرد مشاكل وابتلاءات إلى تحد وفرصة للنمو. وهنا، بدأت الحالة تظهر تقبلاً لواقعها، وصارت قادرة على رؤية الأمور الإيجابية في ابنها المتوحد وفي حملها الحالي.

وفي الختام، اتفقنا على مواصلة تمرين المرأة في البيت، وحددنا موعد الجلسة القادمة وودعناها".

الجلسة 13:

استهلت الجلسة بترحيب حار بالحالة (س)، تلاه بعدها إجراء مراجعة شاملة لجميع التقنيات التي تم التدريب عليها كالاسترخاء الذهني، تقنية STOP ، إعادة البناء المعرفي، و DEAR MAN .

أظهر التقييم وعيا كبيرا لدى (س) بتطور استجاباتها وانخفاض حدة اندفاعيتها، إلا أن المراجعة كشفت عن مقاومة تطبيقية في تقنيتي التحليل الوظيفي (ABC) والروتين بتبادل الصور بحيث عبرت (س) عن إرهاقها قائلة : "جاني واعر نحل وعلاش ولدي راه يصرخ وأنا راسي يحرق فيا من لاطونسو"، بالإضافة إلى ثقل المجهود البدني للصور عليها كحامل. ولمعالجة هذه الصعوبات، تم اعتماد استراتيجية ثلاثية الأبعاد:

أولا: التبسيط : حيث تم تحويل التركيز من التحليل المعقد لسلوك الابن إلى رصد المثير الجسدي للحالة نفسها لتمكينها من ضبط تعبها قبل التدخل التربوي.

ثانيا: إعادة التوجيه: عبر تفعيل تقنية القيم لربط صبرها بإيمانها وصمودها، مما حول شعورها بالفشل إلى شعور بالاستحقاق والنجاح في المحاولة.

ثم اختتمت الجلسة بالتأكيد على أن هذه التحديات هي جزء طبيعي من المسار العلاجي، وتم الإتفاق على تصميم الصندوق الحسي في الجلسة الموالية ليكون المفتاح المسهل لتنفيذ هذه التقنيات بضغط أقل، وانتهى اللقاء بتوديع الحالة وتحديد موعد الجلسة الرابعة عشرة.

الجلسة 14:

بدأت الجلسة بترحيب حار بالحالة (س)، مع تلمين صمودها وتقدمها، ثم انتقلنا لتصميم صندوق التهذنة الذاتية، حيث اختارت (س) صندوقا خشبيا مميزا باللون الأحمر أهدته لها والدتها يوم زواجها، مما يمنح رمزية عالية للحماية والدعم. شرحت لها كيفية استخدام هذا الصندوق كأداة فيزيولوجية للضبط الذاتي عبر تفعيل الحواس الخمس بتتابع مع تمرين التنفس ففي المثير البصري وضعت (س) رسالة ابنها التي تحمل بصمته الزرقاء، ورغم تعبيرها عن غصة بداخلها بقولها: "لو كان جا يهدر ويقولني واش فيها ويحس بالأعياد كباقي الأطفال"، إلا أنني قمت بطمأننتها وتشجيعها بأن هذه البصمة هي لغته الحالية للتعبير عن الحب، وبإذن الله سيأتي اليوم الذي ينطق فيه بأبهى الكلمات. وللمثير اللمسي ، اختارت لعبة المكعبات مؤكدة أنها تساعد على تفريغ الضغط (تتحيلي الستراس)، بينما مثل صوت المطر المثير السمعي الذي يمنحها سكونا تشبه هدوء الأمواج بالرغم من حبها لفصل الربيع.

كما تضمن الصندوق مثيرا شميا (عطر أختها الذي أهدته لها في عيد ميلادها) ومثيرا تذوقيا (شوكولاتة مفضلة) و من ثم وجهة (س) بضرورة وضع هذا الصندوق دائما نصب أعينها ليكون بمثابة حقبة إسعافات نفسية تلجأ إليها فور شعورها بالتوتر أو ارتفاع الضغط.

وفي الختام، كلفت بواجب منزلي يتمثل في التدرب على فتح الصندوق واستخدام أدواته لترسيخ الاستجابة الهادئة، وانتهى اللقاء بالإتفاق على موعد الجلسة الموالية لمتابعة فاعلية الصندوق في واقعها اليومي.

الجلسة 15:

خصصت الجلسة لوضع خطة استباقية لمواجهة الضغوط المستقبلية و ناقشنا كيفية تجنب التراجع نحو سلوك الضرب أو الانعزال عند الشعور بالتعب، مع التأكيد على أن القبول لواقع الطفل هو مفتاح السلام الداخلي. تم تحصين (س) نفسيا ضد المحبطات الخارجية، وتعزيز فكرة أن التوافق هو رحلة مستمرة تتطلب منها اليقظة الدائمة لمشاعرها واحتياجاتها الجسدية.

في الختام تم توديع الحالة مع الإشارة إلى تبقي آخر جلسة .

الجلسة 16:

في الجلسة الختامية، تمت مقارنة نتائج القياس البعدي بالقبلي وتم الإفتخار بالنجاحات التي حققتها (س) رغم الظروف الخاصة، وخاصة في السيطرة على الإنفعالات والتوقف عن العنف إتجاه ابنها تدريجيا.

وانتهت الجلسات بروح إيجابية، حيث استعادت (س) ثقتها بقدرتها على مواصلة المسار، مع ترك الباب مفتوحا لمتابعات مستقبلية لضمان استقرار توافقها مع المولود الجديد والإبن المتوحد.

1-3-7- نتائج الاختبار البعدي:

تم إعادة تطبيق مقياس التوافق النفسي على الحالة (س)، بحيث قمنا بحساب نتائج القياس البعدي التي كانت نتيجته 119 . وبالرغم من كونها درجة تحسن، إلا أنها كانت الأقل نموا مقارنة بالحالات الأخرى.

ووفق مفتاح تصحيح المقياس فهي درجة تعكس تحسنا نسبيا في التوافق النفسي وتفسر أمانتنا العلمية هذا التطور الطفيف بالظروف الصحية المرتبطة بالحمل وتذبذب الحضور لدى الحالة (س) للجلسات العلاجية.

1-4-جدول رقم(25): مقارنة نتائج مقياس التوافق النفسي للحالات الثلاثة: (القياس القبلي والبعدي)

الحالة	الدرجة القبلية	الدرجة البعدية
الحالة الأولى (أ)	67	121
الحالة الثانية (ر)	81	139
الحالة الثالثة (س)	79	119

2- مناقشة نتائج الدراسة الميدانية على ضوء الفرضيات:

2-1 - مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية:

نص الفرضية: " توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد".

أظهرت النتائج الميدانية أن الفرضية الرئيسية قد تحققت تمام لدى جميع الحالات المدروسة حيث سجلت النتائج تحولا جذريا في مستوى التوافق النفسي بحيث انتقلت الحالات أيضا من المستوى المنخفض في القياس القبلي (بدرجات تراوحت بين 67 و 81) إلى المستوى المرتفع في القياس البعدي (بدرجات تراوحت بين 119 و 139).

ويمكن تفسير هذه النتائج من عدة جوانب: فمن منظور نظري عيادي تندرج هذه النتائج ضمن ما يطرحه المنحى التكاملي (موسى، 2022)، حيث ساهم دمج الفنيات المعرفية والوجدانية في تعديل الأفكار المشوهة وتحسين آليات مواجهة الأزمات. ويعود هذا النجاح إلى قدرة البرنامج على صياغة إدراك جديد للواقع لدى الأم فبدلاً من استنزاف الطاقة النفسية في لوم الذات ومشاعر الذنب، وجه البرنامج هذه الطاقة نحو الفاعلية التربوية والثقة في إدارة سلوك الطفل.

أما من خلال تحليل الحالات حققت الحالتان (أ) و(ر) تحسناً جوهرياً بفضل الدمج بين إعادة البناء المعرفي والروتين السلوكي. أما الحالة (س)، فرغم أن تحسنها كان طفيفاً مقارنة بغيرها، إلا أن البرنامج حقق نجاحاً في إحداث توافق وظيفي إذ نجح التدخل في الموازنة بين مقتضيات العلاج وواقعها الصحي المعقد (الحمل، السكري، والضغط)، مما حمى الأم وجنينها من الانهيار النفسي، وهو بعد عيادي عميق أثبت مرونة البرنامج.

كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة تشانغ وآخرون (Zhang et al, 2020) التي أكدت أن الدمج بين الدعم النفسي والمهاراتي يحسن جودة الحياة، ودراسة قاسم (2011) التي أثبتت نجاعة البرامج المنظمة في تخليص الأم من الاغتراب النفسي وتعزيز توافقها.

إن التشابه في النتائج بين دراستنا الحالية (رغم اعتمادها على المنهج العيادي لثلاث حالات) وبين الدراسات السابقة يعزز من مصداقية البرنامج التكاملي كأداة فعالة قادرة على الصمود حتى في الظروف القاهرة والمستعصية، مما يحقق مفهوم التوافق كحالة من الاتزان والرضا الداخلي.

2-2- مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:

نص الفرضية: " توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تعزى لمتغير درجة التوحد لدى الطفل " :

الفرضية تحققت ميدانيا حيث تبين أن سهولة أو صعوبة الوصول للتوافق ترتبط بمدى شدة أعراض الطفل . من منظور معرفي سلوكي، تؤدي الأعراض الشديدة كما في الحالة (س) إلى زيادة المثيرات الضاغطة في بيئة الأم، مما يستنزف طاقتها في المراقبة والحماية الجسدية ويجعل تحسينها وظيفياً أكثر منه كلياً. في المقابل، تمنح الدرجات الأخف كما في الحالتين (أ) و (ر) سعة نفسية للأم تسمح بمساحة أكبر للهدوء والتفاعل العاطفي، مما يجعل الاستجابة أسرع وأقل إجهاداً وعليه نرى بأنه لقد نجح البرنامج هنا في تطبيع العلاقة مع المرض أي تحويل التوحد من عائق يحرم الأم من الحياة إلى جزء من الروتين اليومي يمكن إدارته وتقبله وتتطابق هذه النتيجة مع دراسة عبد العزيز وآخرون التي أكدت أن شدة الأعراض هي المحرك الأول للضغط النفسي لدى الأمهات.

2-3- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

نص الفرضية: " توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تعزى لمتغير دعم الزوج " :

أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن الفرضية الفرعية الثانية قد تحققت جزئياً كعامل محفز وكليا كعامل استقرار سيكولوجي لدى أفراد العينة .

فمن منظور نظري عيادي تدرج هذه النتائج ضمن أدبيات المساندة الوالدية التي تعتبر الركيزة التي يستند إليها التوافق الأسري حيث ساهم البرنامج في تفعيل قنوات التواصل بين الزوجين عبر فنيات التواصل الفعال (DEAR MAN)، مما قلل من الاغتراب الزوجي وحول الضغوط المرتبطة برعاية طفل التوحد من عبء فردي تفرضه الأم على نفسها إلى مسؤولية مشتركة تخفف من حدة الاحتراق النفسي.

ومن خلال تحليل الحالات تجلّى نجاح البرنامج بوضوح في الحالة (ر) التي سجلت أعلى درجات التوافق (139) بفضل بيئة الأمان الزوجي بينما أثبتت الحالة (أ) المطلقة أن البرنامج يمتلك مرونة عيادية عالية إذ نجح التدخل في تفعيل المساندة البديلة من الأهل والإخوة. أما الحالة (س)، فرغم وجود الزوج، إلا أن دعمه

كان حاسما في استقرار وضعها النفسي والصحي المعقد، مما يثبت عياديا أن جودة الدعم وأمانه النفسي أهم من مجرد وجوده الرسمي.

ومن زاوية عيادية تربط بين الدعم والمكوث في البيت، يظهر أن غياب الدعم يؤثر سلبا وبشكل مضاعف على طمأنينة الأم ويتجلى هذا في وضع الحالة (س) كونها ماكثة في البيت، حيث تضيق أمامها مساحات التفريغ الخارجي وتزداد عزلتها الاجتماعية واجترارها للهموم اليومية داخل المنزل بمفردها، مقارنة بالحلتين (ر) و(أ) اللواتي يخرجن للعمل، حيث يمثل خروجهن وبيئة العمل متنفسا نسبيا يخفف من حدة الضغط العصبي المرتبط بالمنزل وحده.

بالنسبة للدراسات السابقة فتتوافق هذه النتيجة مع دراسة بن ساعد (2021) التي أكدت دور الدعم الاجتماعي في حماية الأم الجزائرية من الاحتراق وتلتقي هنا كذلك مع دراسة صالح (2017) في أن الدعم البديل يحقق التوافق والإضافة هنا أن البرنامج التكاملي نجح في استثمار الموارد المتاحة أيا كانت طبيعتها لتعويض غياب المصدر الأساسي.

4-2- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

نص الفرضية: " توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تعزى لمتغير مدة التكفل بالطفل بالمركز " :

أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن الفرضية الفرعية الثالثة قد تحققت، حيث لعب عامل الزمن المؤسسي دورا جوهريا في امتصاص صدمة التشخيص وتسهيل التوافق. فمن منظور نظري عيادي يرى المنحى العيادي أن المركز المتخصص يعمل كمؤسسة وسيطة تعيد هيكلة الزمن اليومي للأم فالتواجد الدوري للطفل في المركز يوفر للأم مساحة من الحرية النفسية الضرورية لإعادة بناء ذاتها وهو ما استغله البرنامج لغرس فنيات اليقظة الذهنية وتحويل ساعات الانتظار إلى رحلة استكشاف للذات وتحقيق الاتزان.

من خلال تحليل الحالات أثبتت المقارنة العيادية أن الحالة (ر) (7 سنوات تكفل) كانت أكثر استقرارا وبيئتها أكثر تنظيما بالرغم من ظروفها والعوائق المهنية، حيث أن خروجها كإمرأة عاملة واحتكاكها بالمركز كسر روتين المكوث الدائم بالبيت وسهل تواصلها، مما جعلها أرضية صلبة لاستقبال الفنيات المعقدة. أما الحالة (أ) (سنتان تكفل) فرغم قلق البدايات وهي امرأة عاملة أيضا إلا أن البرنامج عمل كمسرّع للتوافق من خلال تفريغ شحنات التوتر المرتبطة بحدوث الاضطراب، مما قلل من حدة استنزافها الانفعالي. وبرزت الحالة (س) كحالة وسطى، حيث ساعدها المركز في توفير بيئة هادئة سمحت لها بالتركيز على تقنيات التهدئة اللازمة لوضعها الصحي (الحمل والسكري).

بالنسبة للدراسات السابقة تتفق هذه النتائج مع دراسة بن ساعد (2021) في أن المراكز هي المتنفس الأساسي للأم وتضيف هنا دراستنا أن طول مدة التكفل يخلق نوعاً من الألفة مع الاضطراب، مما يجعل الأم أكثر مرونة في تطبيق البرامج العلاجية التداخلية وأكثر قدرة على الصمود النفسي.

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

نص الفرضية : " توجد فاعلية للبرنامج العلاجي التكاملي في تعزيز التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تعزى لمتغير سن الطفل":

أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن الفرضية الفرعية الرابعة قد تحققت عيادياً، حيث ارتبط مستوى التوافق بنضج المرحلة العمرية للطفل وتراكم الخبرات لدى الأم. من منظور نظري عيادي يعتمد التفسير هنا على مفهوم التكيف بمعنى أن احتياجات الأم تتغير بتغير مراحل نمو طفلها. والبرنامج التكاملي نجح في مواءمة فنياته مع هذه التغيرات حيث خاطب بإعادة البناء المعرفي هواجس المستقبل لدى أمهات المراهقين، بينما عالج بالفنيات السلوكية نوبات الغضب لدى الأطفال الأصغر، محققاً بذلك مرونة في الاستجابة لمتطلبات كل مرحلة.

وفي هذا السياق ، من الضروري ربط العبء التربوي بعدد الأطفال المصابين داخل الأسرة الواحدة بالسن المتقارب ويتضح هذا الفارق عند مقارنة الحالات: فالحالتان (س) و(أ) لديهن طفل واحد فقط مصاب بالتوحد، مما أتاح لهن سعة نفسية أفضل واستفادة أسرع من تراكم الخبرة الزمنية مع طفل واحد. بالمقابل، فإن الحالة (ر) تواجه تحديات فيزيولوجية ونفسية مضاعفة لوجود طفلين متوحدين في البيت بالسن المتقارب، ومع ذلك أثبت البرنامج نجاعته في تخفيف حدة احتراقها النفسي وإدارتها للضغوط المعقدة بفضل استقرارها الزوجي والمهني.

ومن خلال تحليل الحالات رصدت الدراسة أن أم الطفلتين (15 و 16 سنة) وصلت لمرحلة التقبل الوجداني التام، بينما أم الطفل الأصغر (8 سنوات) كانت لا تزال في مرحلة إدارة الأزمات السلوكية. وهنا برز دور البرنامج كعامل مثبت للاستقرار في الحالات الكبيرة وعامل مسرع لتجاوز الأزمات السلوكية في الحالات الأصغر سناً. أما الحالة (س)، فكان سن طفلها المتوسط يتطلب منها توازناً بين إدارة سلوكه والحفاظ على سلامتها الصحية، وهو ما حققه البرنامج من خلال منحها أدوات الضبط الذاتي.

أما بالنسبة للدراسات السابقة ينسجم هذا التحليل مع دراسة بيدرسن وآخرون (2017) حول تراكم الموارد النفسية عبر الزمن وتؤكد نتائجنا أن البرنامج نجح في نقل الأم من مرحلة إدارة الأزمات اليومية لمرحلة تحقيق جودة الحياة وهو ما يعكس الجوهر الحقيقي للتوافق النفسي المتكامل.

3-الاستنتاج العام :

بناء على ما تقدم من عرض وتحليل، أثبت البرنامج العلاجي التكاملي فاعلية ملموسة في جسر الفجوة بين عالمين متصادمين تعيشهما الأم أولهما عالم الاحتياجات الشخصية الذي كان مثقلا بمشاعر الذنب والإرهاق، وثانيهما بيئة طفل التوحد المليئة بالتحديات السلوكية ومتطلبات الرعاية المستمرة.

ولقد نجح التدخل التكاملي في إحداث هذا التوازن من خلال عدة مستويات:

المستوى المعرفي والوجداني: مكن البرنامج الأمهات من استبدال الأفكار اللاعقلانية بإدراك عقلائي وواقعي، مما قلل من حدة الصراع الداخلي وأدى إلى تقبل الرضا عن الذات.

المستوى السلوكي والبيئي: زود البرنامج الأمهات بمهارات عملية لإدارة سلوك الطفل، مما خفف من ضغوط البيئة الخارجية وجعل التفاعل اليومي أقل توترا.

وهذا ما يجسد تماما مفهوم التوافق النفسي كما عرفته دنيا(2025) حيث لم يعد التوافق مجرد غياب للاضطراب، بل أصبح حالة من الاتزان الداخلي والقدرة على اتخاذ قرارات هادئة وإدارة المشاعر بشكل صحي رغم صعوبة الظروف المحيطة. فالحالات الثلاث، وبالرغم من تفاوت ظروفهن العيادية (بين الطلاق، والمرض المعقد مع الحمل، واختلاف أعمار الأطفال وشغل الوظيفة)، استطعن بفضل مرونة الفنيات التكاملية بناء شبكة أمان نفسية داخلية، مكنتهن من تحقيق التوافق بين متطلباتهن كأفراد وبين مسؤولياتهن كأمهات لأطفال مصابين بالتوحد .

الخاتمة

الخاتمة:

جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على واحدة من أكثر القضايا الإنسانية والعيادية إلحاحاً، والمتمثلة في التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد فمع تصاعد الضغوط النفسية والاجتماعية التي تواجهها الأم تبرز الحاجة إلى تدخلات علاجية لا تكتفي بعلاج الأعراض فقط بل تسعى إلى بناء منظومة متكاملة من الصمود النفسي والمواءمة بين متطلبات الذات ومسؤوليات الرعاية.

وقد كان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو بناء وتطبيق برنامج علاجي تكاملي يهدف إلى تعزيز التوافق النفسي في أبعاده الأربعة (الشخصي، الصحي، الأسري، والاجتماعي) وقد اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي الشبه التجريبي القائم على دراسة الحالة لثلاث أمهات بمركز التكفل بذوي التوحد بعين تموشنت واستند البرنامج إلى المنحى التكاملي، بحيث دمج بين فنيات العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، والعلاج الجدلي السلوكي (DBT)، وعلاج التقبل والالتزام (ACT)، من خلال تقنيات محورية مثل: التحالف العلاجي، اليقظة الذهنية، إعادة البناء المعرفي، التحليل الوظيفي للسلوك، تقنيات الضبط الانفعالي، وتقنيات التواصل الفعال و التهذئة الذاتية....

وقد أسفرت نتائج القياسين القبلي والبعدي مدعومة بالمعطيات العيادية المستخلصة من المقابلات والملاحظات عن وجود تحسن جوهري وملحوظ في مستويات التوافق النفسي لدى الحالات الثلاث. كما أيضاً أظهرت المناقشة العيادية أن هذا التحسن كان مرتبطاً بديناميكية العوامل الفردية والسياقية لكل حالة، مثل: متغير دعم الزوج (أو المساندة البديلة)، مدة التكفل بالطفل داخل المركز، وسن الطفل، وهي العوامل التي أثبت البرنامج مرونة فائقة في استثمارها لتحقيق الإتزان المنشود.

إن ما يمكن خلصت إليه هذه الدراسة هو أن البرنامج العلاجي التكاملي قد نجح في صد الفجوة بين عالم الاحتياجات الشخصية للأم وبيئة طفل التوحد الضاغطة ورغم تفاوت مستويات الاستجابة بين الحالات (بين تحسن جذري واستقرار وظيفي)، إلا أن النتائج كانت بمثابة مؤشر قوي على نجاعة التدخلات التكاملية التي تخاطب الفرد ككيان شامل (فكر، وانفعال، وسلوك).

وتتمثل القيمة المضافة لهذه الدراسة في تقديم نموذج علاجي تكاملي مكيف ثقافياً مع البيئة الجزائرية وقابل للتطبيق الميداني، مما يفتح آفاقاً جديدة للباحثين والمختصين لتجريب هذه البروتوكولات على عينات أوسع وسياقات متنوعة.

وفي ضوء هذه النتائج، توصي الدراسة بضرورة إدراج برامج الدعم النفسي التكاملي كجزء لا يتجزأ من بروتوكولات التكفل في مراكز التوحد.

وفي الختام، نأمل أن يكون هذا العمل قد أسهم، ولو بقدر بسيط في كسر عزلة الأم وتزويدها بآليات حقيقية للتوافق والرضا لأن استثمارنا في الصحة النفسية للأم هو استثمار مباشر في مستقبل الطفل التوحيدي وفي تماسك البناء الأسري والمجتمعي.

التوصيات و الاقتراحات

التوصيات والاقتراحات:

في ظل ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج عيادية أثبتت تحسنا ملموسا في مستوى التوافق النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق البرنامج العلاجي التكاملي يمكننا تقديم التوصيات والاقتراحات التالية:

- إدراج البرامج العلاجية التكاملية كجزء أساسي من بروتوكولات التكفل داخل مراكز التوحد.
- تفعيل مجموعات الدعم السند للأمهات لتبادل الخبرات وتخفيف العزلة الاجتماعية.
- تصميم أدلة إرشادية (بروتوكولات مبسطة) للأمهات تشمل فنيات اليقظة الذهنية والضبط الانفعالي لممارستها منزليا.
- إشراك شبكة الدعم (الزوج والأهل) في جلسات توعوية لتعزيز الاستقرار الأسري.
- القيام بحملات تحسيسية لتقليل الوصمة الاجتماعية وتحسين التوافق الاجتماعي للأم.
- إجراء دراسات تتبعية للتأكد من استمرارية أثر البرنامج التكاملي على المدى الطويل.
- توسيع تطبيق البرنامج على عينات أكبر ومن فئات عمرية متنوعة لأطفال التوحد.
- تكييف البرنامج ثقافيا ليلائم مختلف البيئات والخصوصيات الاجتماعية للحالات.
- دراسة المتغيرات الوسيطة من خلال البحث في أثر متغيرات أخرى على التوافق النفسي، مثل: المستوى الاقتصادي للأسرة، التوافق الزوجي، المستوى الثقافي.

قائمة المصادر و المراجع

أولاً: المراجع العربية

1. إبراهيم، عبد الستار. (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: نماذج ونصوص تطبيقية. الدار العربية للنشر والتوزيع.
2. أحمد، أسماء، ولطرش، وفاء. (2024). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد: دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز التكفل بذوي التوحد - عين تموشنت (مذكرة ماستر في علم النفس العيادي). جامعة بلحاج بوشعيب، عين تموشنت.
3. بركة نيوز. (2026، 13 أبريل). أزيد من 450 ألف حالة إصابة بالتوحد وطلبات لجمعيات متخصصة في التكفل بهذه الفئة. بركة نيوز. <https://barakanews.dz>
4. بلعزوز، فتيحة. (2022). فاعلية برنامج اللعب الموجه في تحسين المستوى اللغوي للأطفال المصابين بالتوحد: دراسة تطبيقية على عينة بمركز التعلم والتدريب والإرشاد ببسكرة] (أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خضر بسكرة، الجزائر).
5. بلخيري، حكيمة. (2024). التوافق النفسي لتلميذ المرحلة الابتدائية وعلاقته بالتحصيل الدراسي في ظل المقاربة بالكفاءات. جامعة محمد خيضر بسكرة.
6. بن جخل، سعد الحاج. (2020). أنظمة رصد وتفرغ المشاهدات في الملاحظة البحثية: نظرة عامة ومبادئ توجيهية. مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، 5(4)، 11-22.
7. بوفيه، سيريل. (2019). مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية (بوزيان فرحات، مترجم). دار المجدد للنشر والتوزيع.
8. جواهر، مليكة، وباش، زوييدة. (2015). التوافق النفسي لدى أم الطفل التوحدي (مذكرة ماستر في علم النفس العيادي). جامعة أكلي محمد أولحاج، البويرة.
9. الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2013). الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (ط5).
10. الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2022). الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (ط5).

11. خثيرة، خديجة، وخضراوي، فاطمة. (2023). الاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد: دراسة عيادية لأربع حالات بجمعية ضياء (مذكرة ماستر في علم النفس العيادي). جامعة يحيى فارس، المدية.
12. الخفاجي، أطياف حسن، وبهجت، سعدية. (2017). اضطراب التوحد: الإشارات، التشخيص، والعلاج. دار دجلة ناشرون وموزعون.
13. الخفاجي، يسرى مهدي حسون. (2017). أثر برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين. مجلة العلوم النفسية، مج. 2017، ع. 24، ص ص. 93-130.
14. دنيس، كريمة، وراسي، فتيحة. (2023). برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم. مذكرة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي. جامعة ابن خلدون تيارت.
15. دوسة، مدينة حسين، وأبكر، موسى صالح حسن. (2018). دراسة عن التوافق النفسي وعلاقته بسمات الشخصية (الانبساط والعصاب) لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية النازحين. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، (3)، 7-9.
16. رايح الله أمينة وسيلمانى جميلة، (2021)، التوافق النفسي والاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحد، مجلة المرشد، م(11) ع(1)، الجزائر، 31-44.
17. ريغي، محمد. (2022). الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد: دراسة ميدانية لحالتين بالمركز النفسي البيداغوجي بسبيدي علي (مذكرة ماستر في علم النفس العيادي). جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
18. زهران، حامد عبد السلام. (1994). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط3). عالم الكتب.
19. زين، جون كابات. (2014). الفضاء الكامل لليقظة الذهنية. مكتبة جرير.
20. زينب إبراهيم محمد موسى. (2022). فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض إدمان المواد المخدرة لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، (119).
21. سنوسي، سمية. (2017). واقع التكفل الأسري بأطفال التوحد: دراسة ميدانية ببلدية تبسة. مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، 1(1)، 115-140.
22. شلبي، لينة. (2025). اضطراب طيف التوحد بين النظرية والتطبيق. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 1(1)، 589-602.

23. الشناوي، أسماء عبد المنعم إبراهيم. (2022). فعالية برنامج تدريبي قائم على العلاج الجدلي السلوكي لتحسين تنظيم الانفعالات لدى المراهقين المكفوفين. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس، 70(2)، ص 541.
24. صغبرور، سناء.، وقنون، خميسة. (2024). العلاج بالقبول والالتزام – أسسه وتقنياته –. مجلة العلوم النفسية والتربوية، ص. 759.
25. صفاوي، رشيدة، وسعيد، فاطمة. (2024). فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعزيز تقدير الذات لدى المرأة المصابة بالحروق الجسدية (مذكرة ماستر علم النفس العيادي. جامعة عين تموشنت.
26. عبد الرحيم، ليندة.، وعبد الرحيم، خديجة. (2021). البرامج الإرشادية للأسر ومساهماتها في التكفل بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة متون، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
27. عجايبي، أسماء. (2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد. مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، (55)، 143-122.
- غربي، فاطمة، وحلي، مريم. (2025). تقدير الذات والتوافق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (2)11، 602-589.
28. قنديل، أماني عبد المقصود. (2017). اضطراب طيف التوحد: الاستراتيجيات التعليمية والبرامج العلاجية الحديثة. دار العلوم للنشر والتوزيع، ص 45.
29. القمش، مصطفى نوري، والمعايطة، خليل عبد الرحمن. (2014). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: مقدمة في التربية الخاصة. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
30. لعزازفة، حمزة. (2021). فعالية بروتوكول علاجي تكاملي في تحسين مستوى الإدراك البصري لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم: دراسة تجريبية بولاية سطيف. مجلة العلوم الاجتماعية، 15(2)، 499-485.
31. لعزازفة. وحمزة. (2021). العلاج النفسي التكاملي: المقاربة والأسس. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي.
32. محمد، إيمان ناصر أحمد. (2025). العلاقة بين الرضا عن الحياة والتشوهات المعرفية والكفاءة الذاتية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي، 34(66)،

33. مسعودي، أمال، والعكوف، سعاد. (2025). الاحتراق النفسي والتوافق النفسي لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (مذكرة ماستر علم النفس العيادي). جامعة مولود معمري تيزي وزو.
34. ملقاني فردوس، وهودة كلثوم. (2022). مستوى التوافق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد (مذكرة ماستر في علم النفس العيادي). جامعة محمد خيضر، بسكرة.
35. ميسة، جميلة، وبوقرة، عواطف. (2023). فاعلية برنامج مساندة نفسية لتحقيق التكيف لأمهات أطفال طيف التوحد. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 9(3)، 32-52.
36. وكالة الأنباء الجزائرية. (2026، 20 أبريل). ملتقى وطني بالجزائر العاصمة حول التوحد. <https://www.aps.dz/ar/algerie/12345>

ثانيا: المراجع الأجنبية

1. American Psychiatric Association. (2025). Autism spectrum disorder (DSM-5-TR). American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org>
2. American Psychological Association. (2015). APA dictionary of psychology (2nd ed.). APA.
3. American Psychological Association. (2023, November 15). Autism spectrum disorder (ASD). In APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/autism-spectrum-disorder>
4. Capuzzi, D., & Stauffer, M. D. (2016). Counseling and psychotherapy: Theories and interventions (6th ed.). American Counseling Association.
5. Cleveland Clinic. (2025, October 15). Autism spectrum disorder (ASD) symptoms & causes. Cleveland Clinic Health Library. <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/autism>
6. Developmental Disorders, 39, 1471–1486. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0763-y>.
7. Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture. McGraw-Hill.

8. Evans, K. R., & Gilbert, M. C. (2014). An introduction to integrative psychotherapy. Palgrave Macmillan.
9. French, T. M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry*, 89(6), 1165–1203.
10. Gilbert, M., & Orlans, V. (2011). Integrative therapy: 100 key points and techniques. Routledge.
11. Goldfried, M. R. (1987). A common language for psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(1), 31-45.
12. Hertfordshire Partnership University NHS Foundation Trust. (2016). Clinical manual guidelines. pp. 31–32.
13. JAMA. (2025). Acetaminophen use during pregnancy and children's risk of autism ADHD and intellectual disability. *Journal of the American Medical Association*.
14. Lazarus, R. S. (1961). Adjustment and personality. McGraw-Hill.
15. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
16. Linehan, M. M. (2015). DBT skills training handouts and worksheets (2nd ed.). Guilford Press.
17. Mayo Clinic. (2025). Autism spectrum disorder (ASD). Mayo Foundation for Medical Education and Research.
18. Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). Handbook of psychotherapy integration (3rd ed.). Oxford University Press.
19. Outils Psy. (2024). Pleine conscience: 3 techniques d’ancrage sensoriel. OutilsPsy. <https://outils-psy.com/pleine-conscience-3-techniques-dancrage-sensoriel/> .
20. Preston, P., & Carter, M. (2009). A review of the efficacy of the Picture Exchange Communication System Intervention. *Journal of Autism*.

الملاحق

الملحق رقم (01): وثيقة التربص الميداني

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية
Université Aïn Témouchent Belhadj Bouchaib
Faculté des lettres et des langues et des sciences sociales

عين تموشنت في:

طلب ترخيص بإجراء دراسة ميدانية

إلى السيد(ة) /

مدير مركز التكفل بدوي الموحّد

نرجو منكم التفضل بقبول استقبال الطالب:

الاسم واللقب (ة): هريم كروي

تاريخ ومكان الميلاد: 28 جانفي 2003 بسني صاه

المسجل في: السنة الثانية ماستر علم النفس العياري

وذلك من أجل إجراء تربص ميداني داخل مصالحكم. يهدف هذا التربص إلى تدعيم التكوين بتطبيق المعارف النظرية التي تم تدريسها لهم بالمؤسسة الجامعية.

تاريخ فترة التربص: من: 12 نوفمبر 2022 إلى 24 أبريل 2023

الأستاذ(ة) المشرف(ة): قلعي آمال

خلال هذا التدريب، الطالب ملزم بالامتثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن. نعتد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا، سيدتي وسيدي، خالص شكرنا وتحياتنا.



جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب / طريق سدي بلعابس، ص.ب 284 عين تموشنت - الجزائر
UNIVERSITY AIN TEMOUCHENT BELHADJ BOUCHAIB
BP 284 Route de SIDI BELABES - AIN TEMOUCHENT 46000 - ALGERIE

الملحق رقم (02): مقياس التوافق النفسي

الرقم	العبارات	نعم	أحيانا	لا
	المحور الاول : التوافق الانفعالي والشخصي			
1	هل لديك ثقة في نفسك بدرجة كافية			
2	هل أنت متفائل بصفة عامة			
3	هل لديك رغبة في الحديث عن نفسك وعن إنجازاتك أمام الآخرين			
4	هل أنت قادر على مواجهة مشكلاتك بقوة وشجاعة			
5	هل تشعر أنك شخص له فائدة ونفع في الحياة			
6	هل تتطلع لمستقبل مشرق			
7	هل تشعر بالراحة النفسية والرضا في حياتك			
8	هل أنت سعيد وبشوش في حياتك			
9	هل تشعر أنك شخص محظوظ في الدنيا			
10	هل تشعر بالاتزان الانفعالي والهدوء امام الناس			
11	هل تحب الآخرين وتتعاون معهم			
12	هل أنت قريب من الله بالعبادة والذكر دائما			
13	هل أنت ناجح ومتوافق مع الحياة			
14	هل تشعر بالأمن والطمأنينة النفسية وأنت في حالة طيبة			
15	هل تشعر باليأس وتهبط همتك بسهولة			
16	هل تشعر باستياء وضيق من الدنيا عموما			
17	هل تشعر بالقلق من وقت لآخر			
18	هل تعتبر نفسك عصبي المزاج الى حد ما			
19	هل تميل لان تتجنب المواقف المؤلمة بالهرب منها			
20	هل تشعر بنوبات صدام أو غثيان من وقت لآخر			
	المحور الثاني : التوافق الصحي _ الجسدي			
21	هل حياتك مملوءة بالنشاط والحيوية معظم الوقت			
22	هل لديك قدرات ومواهب متميزة			
23	هل تتمتع بصحة وتشعري أنك قوية البنية			
24	هل أنت راضية عن مظهرك الخارجي (طول، قامة، حجم، جسم)			
25	هل تساعدك صحتك على مزاولة الاعمال بنجاح			
26	هل تهتم بصحتك جيدا وتتجنب الاصابة بالمرض			
27	هل تعطي نفسك قدر من الاسترخاء والراحة للمحافظة على صحتك في حالة جيدة			
28	هل تعطي نفسك قدرا كافيا من النوم أو تمارس رياضة للمحافظة على صحتك			
29	هل تعاني من بعض العادات مثل قضم الاظافر أو الغمز بالعين			
30	هل تشعر بصدام و ألم في راسك من وقت لآخر			
31	هل تشعر احيانا ببرودة أو سخونة			

32	هل تعاني من مشاكل واضطرابات الاكل سوء الهضم فقدان الشهية شره عصبي
33	هل يدق قلبك بسرعة عند قيامك باي عمل
34	هل تشعر بالاجهاد وضعف الهمة من وقت الى اخر
35	هل تتصبب عرقا أو ترتعش يداك عندما تقوم بعمل
36	هل تشعر أحيانا بانك قلق وأعصابك غير موزونة
37	هل يعوقك وجع ظهرك أو يداك عند مزاوله العمل
38	هل تشعر أحيانا بصعوبة في النطق و الكلام
39	هل تعاني من امساك أو اسهال كثيرا
40	هل تشعر بالنسيان أو عدم القدرة على التركيز من وقت لآخر
	المحور الثالث : التوافق الاسري
41	هل أنت متعاون مع اسرتك
42	هل تشعر بالسعادة في حياتك وأنت مع اسرتك
43	هل أنت محبوب من افراد اسرتك
44	هل تشعر بان لك دور فعال وهام في اسرتك
45	هل تحترم أسرتك رأيك وممكن أن تأخذ به
46	هل تفضل أن تقضي معظم وقتك مع اسرتك
47	هل تأخذ حقك من الحب والعطف والحنان والأمن من اسرتك
48	هل التفاهم هو أسلوب التعامل بين أسرتك
49	هل تحرص على مشاركة أسرتك أفراحها و أحزانها
50	هل تشعر أن علاقتك مع أفراد أسرتك وثيقة وصادقة
51	هل تتفخر أمام الآخرين أنك تنتمي لهذه الأسرة
52	هل أنت راضي عن ظروف الأسرة الاقتصادية والثقافية
53	هل تشجعك أسرتك على إظهار ما لديك من قدرات ومواهب
54	هل افراد أسرتك تقف بجوارك وتخاف عليك عندما تتعرض لمشكلة
55	هل تشجعك أسرتك على تبادل الزيارات مع الأصدقاء والجيران
56	هل تشعرك أسرتك انك عبئ ثقيل عليها
57	هل تتمنى أحيانا أن تكون لك أسرة غير أسرتك
58	هل تعاني من كثير من المشاكل داخل أسرتك
59	هل تشعر بالقلق أو الخوف وأنت داخل أسرتك
60	هل تشعر بأن أسرتك تعاملك على أنك طفلا صغيرا
	المحور الرابع : التوافق الاجتماعي
61	هل تحرص على المشاركة الإيجابية الاجتماعية والتروجية مع الآخرين
62	هل تستمتع بمعرفة الآخرين و الجلوس معهم
63	هل تشعر بالمسؤولية اتجاه تنمية المجتمع مثل كل مواطن
64	هل تتمنى أن تقضي معظم وقت فراغك مع الآخرين
65	هل تحترم رأي زملائك وتعمل به إذا كان رأيا صائبا
66	هل تشعر بتقدير الآخرين لأعمالك وإنجازاتك
67	هل تعتذر لزميلتك إذا تأخرت عن الموعد المحدد
68	هل تشعر بالولاء والانتماء لاصدقائك
69	هل تشعر بالسعادة لاشياء قد يفرح بها الآخرون كثيرا
70	هل تربطك علاقات طيبة مع الزملاء وتحرص على ارضائهم

71	هل يسعدك المشاركة في الحفلات والمناسبات الاجتماعية		
72	هل تحرص على حقوق الآخرين بقدر حرصك على حقوقك		
73	هل تحاول الوفاء بوعده مع الآخرين لأن وعد الحر دين عليه		
74	هل تجد متعة كبيرة في تبادل الزيارات مع الأصدقاء والجيران		
75	هل تفكر كثيرا قبل ان تقدم على عمل قد يضر بمصالح الآخرين أو ترفضه		
76	هل تفقد الثقة والاحترام المتبادل مع الآخرين		
77	هل يصعب عليك الدخول في منافسات مع الآخرين حتى لو كانوا في مثل سنك		
78	هل تخجل من مواجهة الكثير من الناس أو ترتبك اثناء الحديث امامهم		
79	هل تتخلى عن إساءة النصيح لزميلك خوفا من أن يزعج منك		
80	هل تشعر بعدم قدرتك على مساعدة الآخرين و لو في بعض الامور البسيطة		

الملحق رقم (03): دليل المقابلة للحالة (أ)

المحور الأول: البيانات الأولية للحالة

1-البيانات الشخصية للحالة

الحالة: أ

العمر: 40 سنة

المستوى التعليمي: جامعي

الحالة الاجتماعية: مطلقة

المهنة: تاجرة

عدد الإخوة: 3 رتبة الحالة: الثانية

المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط

مكان الإقامة: حضري

من يعيل الأسرة ماديا: الحالة

مهنة الزوج: ليس لديه عمل خاص أو مستقل كل مرة يخدم حاجة

سن الزوج: 42 سنة

المستوى التعليمي للزوج: جامعي

السوابق المرضية للزوج: لا توجد

عدد الأبناء: 2 (ذكر و أنثى)

ثانيا: التاريخ النفسي والمرضي للحالة

هل كانت الولادة طبيعية أم قيصرية؟ كانت طبيعية

كيف كانت حالتك النفسية أثناء الحمل؟ كانت مضطربة

هل حصلت مضاعفات أثناء الولادة أو بعدها؟ صراو بزاف تعقيدات من بينها ضغط دم وأصبت بتسمم قبل 10 أيام من الولادة والولادة كانت مبكرة 8 أشهر

كيف كانت مشاعرك عند ولادة طفلك؟ كنت خائفا و مقلقة

هل هناك تاريخ عائلي للإصابة بالتوحد؟ نعم عندي ختي مريضة

المحور الثاني: بيانات الطفل المصاب بالتوحد

ما هو جنس الطفل المصاب بالتوحد؟ أنثى

كم عمره؟ 9 سنوات

ما هو ترتيب الطفل المصاب بالتوحد بين إخوته؟ الرتبة الثانية

كم كان عمر الطفل عندما تم تشخيصه رسميا؟ كان عمرها عامين

هل يعاني الطفل من اضطرابات مرافقة؟ وما هي؟ نعم تعاني إبنتي من الصرع وإضطرابات حركية وحسية بالإضافة إلى الحساسية

متى بدأ التكفل داخل المركز؟ منذ 2023

هل لاحظت تحسنا في سلوكه أو تواصله؟ نعم من ناحية الأكل لم تصبح لديها تلك الإنتقائية تعلمت تاكل كلش تقريبا بالإضافة للعلاقات الاجتماعية ولات تحتك بالناس بكري ماكنتش تلز للناس و تخاف

هل يعاني إخوته من أمراض مزمنة أو إضطرابات معينة؟ نعم الإبن الأكبر لديه فرط الحركة

كيف كان موقف زوجك بعد تشخيص طفلكما باضطراب طيف التوحد؟ لم يتقبل إصابة إبنته يعني كانت لديه نفس ردة فعلي لكنه مع الوقت تقبل

المحور الثالث: التوافق النفسي

أ. التوافق الذاتي والمعرفي

هل تشعرين بآلام جسدية (مثل: الصداع، آلام المعدة، أو الإرهاق) نتيجة للضغوطات اليومية؟ نعم غالبا ما أشعر بالصداع وأعاني من آلام المعدة لأنني أعاني من القولون العصبي بالإضافة إلى ضغط الدم.

كيف تصفين نظرتك لنفسك كأم؟ 90 بالمئة راضيا على روعي كأم

هل تشعرين بالرضا عن نفسك؟ من ناحية نفسي مانيش راضيا عليها لخاطر معاطيتهاش حقها كامل

ما أكثر ما يسبب لك التوتر في حياتك اليومية؟ التعامل مع نوبات إبنتي و ضغوطات الحياة والأدوار والمسؤولية
هذو كامل يوتروني

ما هي الأفكار السلبية المتكررة التي تشغل بالك؟ بالنسبة للماضي عندي شويا لوم إتجاه نفسي وعلى مرض بنتي بسك عيشتها في بيئة مليئة بالصراعات والحاضر نخاف من الموت والمستقبل عندي أفكار على بنتي كيتكبر كينديرلها وكيفاش راح تعيش نخاف عليها بزاف.

هل تجددين صعوبة في التعبير عن احتياجاتك الشخصية للراحة والدعم للآخرين؟ واه بزاف ومنبغيش نطلب المساعدة نخاف و نحس بلي ماكانش لي يفهمني ويقدر تعبني نبغي نتكل على روعي.

ب. تحديات الطفل والروتين

هل تجددين صعوبة في معرفة ما يحتاجه طفلك عندما لا يستطيع التعبير عن نفسه؟ نعم بزاف وين مانعرفش واش راهي باغيا بسك متهدرش

ج. التفاعلات الزوجية والمسؤوليات المشتركة

كيف تصفين علاقتك بزوجك حاليا؟ هي من بكري علاقتنا مشي مليحا و دروك العلاقة راهي غير على جال ولادي وصاي أنا وياه منتفاهموش

هل يتولى زوجك مسؤولية حضور مواعيد العلاج أو الجلسات مع الطفل؟ لا كلشي وحدي

د. التوافق الاجتماعي والدعم الخارجي

هل تتلقين دعماً من طرف الزوج أو الأهل والأقارب؟ لا مشي قدر دعم تاعي و تع خويا و عندي ثاني بنت خالتي

هل يؤثر غياب الدعم الاجتماعي على حالتك النفسية؟ بزاف بسك نولي نحس ورحي ضعيفة

هل تجددين صعوبة في الخروج من المنزل للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية؟ لا ديما نلقى حل عندي وحدة فاميلتي ديما نتفاهم معاها كيبيكون عندي خرجة

هل تشعرين بأنك تفضلين البقاء بمفردك بدلا من التواصل مع الآخرين؟ أحيانا تجيني هذه الحالة نبغي نقعد غير وحدي و نكره بش نتواصل مع ناس

المحور الرابع: توقعات الأم حول البرنامج العلاجي

ما هو أهم تغيير تتمنين أن يحدث في حالتك النفسية وشعورك الداخلي، بعد انتهائك من هذا البرنامج؟ مثلا نسترخي ونبدل بعض الأفكار السلبية نحو ذاتي ومستقبل بنتي ونولي نعرف نتعامل مع بنتي والمجتمع

المحور الخامس: تقييم فعالية البرنامج

ما هي التغيرات الإيجابية التي لاحظتها في نفسك منذ بداية التدخل العلاجي؟ كايين بزاف نقاط قوة كما مثلا تعلمت كيفاش نضبط إنفعالاتي كيفاش نخم بطريقة إيجابية و نشوف الأمور بنظرة مختلفة أما نقاط ضعف ملفيتش.

ما هي أكثر تقنية تشعرين أنك ستستمرين في تطبيقها حتى بعد انتهاء البرنامج؟ ولماذا؟ أكثر تقنية هي الإسترخاء وتقنية الاستثناءات و ثاني تع الإمتنان وصندوق التهدة الذاتية وتع المرأة هـو بسك يخلوني نولي لوعيي و نرتاح عقليا وجسديا و ثاني نثيق في نفسي ونبدل نظرتي للمشاكل و الضغوطات لي تصرالي .

هل لاحظت تحسنا في إدارة الضغوط أو في علاقاتك الأسرية بشكل عام؟ نعم

هل توصين بتطبيق هذا البرنامج على الأمهات اللواتي يعانين من توافق نفسي منخفض أو متوسط؟ نعم وبشدة لخطر يعاونهم بزاف يش يبدلوا أفكارهم و زيد بش يحسوا بالدعم كامل رانا محتاجين لأذن صاغية تحس بينا

إذا قارنت حالتك النفسية الآن بما قبل البرنامج، ما هي العلامة التي تضعينها لنفسك من 10؟ 8 من عشرة

الملحق رقم (04) دليل المقابلة الحالة(ر):

المحور الأول: البيانات الأولية للحالة

1-البيانات الشخصية للحالة

الحالة:ر

العمر: 37 سنة

المستوى التعليمي:3 ثانوي

الحالة الاجتماعية: متزوجة

المهنة: مربية

عدد الإخوة: 6 رتبة الحالة:الثالثة

المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط

مكان الإقامة: حضري

من يعيل الأسرة ماديا:الحالة والزوج

مهنة الزوج:معلم

سن الزوج: 42 سنة

المستوى التعليمي للزوج:جامعي

السوابق المرضية للزوج:لا توجد

عددالأبناء:3 2 أنثى وذكر

ثانيا: التاريخ النفسي والمرضي للحالة

هل كانت الولادة طبيعية أم قيصرية؟ كانت طبيعية

كيف كانت حالتك النفسية أثناء الحمل؟ كانت مضطربة

هل حصلت مضاعفات أثناء الولادة أو بعدها؟ لا

كيف كانت مشاعرك عند ولادة طفلك؟ كانوا عندي مشاكل فالدار

هل هناك تاريخ عائلي للإصابة بالتوحد؟ لا

المحور الثاني: بيانات الطفل المصاب بالتوحد

ما هو جنس الطفل المصاب بالتوحد؟ أنثى

كم عمره؟ الأولى عمرها 16 سنة و الثانية 15 سنة

ما هو ترتيب الطفل المصاب بالتوحد بين إخوته؟ الرتبة الأولى و الثانية

كم كان عمر الطفل عندما تم تشخيصه رسميا؟ كان عمرهم عامين

هل يعاني الطفل من اضطرابات مرافقة؟ وما هي؟ لا

متى بدأ التكفل داخل المركز؟ منذ 9 سنوات في سنة 2016

هل لاحظت تحسنا في سلوكه أو تواصله ؟ لا زادت تدهورت حالتهم و ولاو يكتسبوا سلوكيات جدد

هل يعاني إخوته من أمراض مزمنة أو اضطرابات معينة؟ إبنني صغير نحس عنده فرط حركة و عنيد

كيف كان موقف زوجك بعد تشخيص طفلكما باضطراب طيف التوحد؟ تأثر بزاف

المحور الثالث:التوافق النفسي

أ. التوافق الذاتي والمعرفي

هل تشعرين بآلام جسدية (مثل: الصداع، آلام المعدة، أو الإرهاق) نتيجة للضغوطات اليومية؟ نعم غالبا ما أشعر
بالصداع وأعاني من آلام المعدة لأنني أعاني من القولون و غالبا ما يجيني ضيق تنفس

كيف تصفين نظرتك لنفسك كأم؟ منيش راضيا على روعي كأم نحس روعي مقصرة مع ولادي

هل تشعرين بالرضا عن نفسك؟ من ناحية نفسي مانيش راضيا

ما أكثر ما يسبب لك التوتر في حياتك اليومية؟ كي نشقا بزاف نعيان في الخدمة وزيد نروح لداري نعيان منقدرش
منشقاش و هذا الأمر يقلقني عندي هوس نظافة

ما هي الأفكار السلبية المتكررة التي تشغل بالك؟ بالنسبة للماضي عندي شويأ لوم إتجاه نفسي وعلى مرض بناتي ديما نقول أنا السبب بسك عيشتهم في بيئة مليئة بالصراعات والمستقبل عندي أفكار على بناتي كيكبروا شكون بيهم .

هل تجددين صعوبة في التعبير عن إحتياجاتك الشخصية للراحة والدعم للآخرين؟ أحيانا واه

ب. تحديات الطفل والروتين

هل تجددين صعوبة في التعامل مع السلوكيات التكرارية (النمطية) أو الحساسية الزائدة (مثل: الأصوات العالية أو الأضواء) لطفلك؟ لا عادي بالنسبة للسلوكيات التكرارية نلهمهم بصوالح وحادخرين أما الأصوات معندهمش حساسية

هل تجددين صعوبة في معرفة ما يحتاجه طفلك عندما لا يستطيع التعبير عن نفسه؟ أحيانا واه وأحيانا نفهمهم

ج. التفاعلات الزوجية والمسؤوليات المشتركة

كيف تصفين علاقتك بزوجك حاليا؟ مليحا على السابق في السابق كان يتبع دارهم و كان عندي مشاكل معاه ودروك الحمد لله

هل تتحدثين معه عن مشاعرك وضغوطاتك اليومية ؟ واه نشاركه ضغوطاتي ويدعمني مسكين

هل يشاركك في الرعاية اليومية؟ يعاوني مسكين

هل يتولى زوجك مسؤولية حضور مواعيد العلاج أو الجلسات مع الطفل؟مرات يجي يتفقد بصح أغلب وقت أنا مداك نظل طول نهار معاهم في مركز

د. التوافق الاجتماعي والدعم الخارجي

هل تتلقين دعما من طرف الزوج أو الأهل والأقارب؟ الدعم نتلقاه من عند راجلي و بس وعندي واحد خالي ثاني

هل تجددين صعوبة في الخروج من المنزل للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية؟ ديفوا نلقى صعوبة الزوج ميخلينيش نخرج يقولوني وين راح تخلي بناتك و ديفوا نخرجهم معايا

هل تشعرين بأنك تفضلين البقاء بمفردك بدلا من التواصل مع الآخرين؟ أنا كينقعد في داري مع ولادي دنيا وما فيها بصح ديفوا نبغي نتواصل مع الناس خاصة لي يطلعولي المورال

المحور الرابع: توقعات الأم حول البرنامج العلاجي

ما هو أهم تغيير تتمنين أن يحدث في حالتك النفسية وشعورك الداخلي، بعد انتهائك من هذا البرنامج؟ باغيا نلقى طريقة بش نولي نطلب دعم بلا إحراج و بغيا نرتاح ونبدل أفكارنا سلبية خاصة وتاني نولي نرضى على روعي و نثيق في نفسي

المحور الخامس: تقييم فعالية البرنامج

ما هي التغيرات الإيجابية التي لاحظتها في نفسك منذ بداية التدخل العلاجي؟ أنني بديت نفتخر بنفسي و ندير ثقة في روعي وأفكارنا بدات تتبدل ووليت نهتم بنفسي على لي كنت

ما هي أكثر تقنية تشعرين أنك ستستمرين في تطبيقها حتى بعد انتهاء البرنامج؟ ولماذا؟ الإمتنان هدي أول حاجة والثانية الإسترخاء والثالثة صندوق التهدة الذاتية بسك هذا خلاني نرجع الذكريات الجميلة لي فانتني وتاني تقنية مراقبة ذاتية مع تقنية قف هدهو عاونوني بزاف في الفترة هدي وكنت محتاجتهم

هل لاحظت تحسنا في إدارة الضغوط أو في علاقاتك الأسرية بشكل عام؟ نعم

هل توصين بتطبيق هذا البرنامج على الأمهات اللواتي يعانين من توافق نفسي منخفض أو متوسط؟ نعم لخاطر بزاف أمهات راهم في دوامة و راهم مضغوطين ومشى متوافقين نفسيا يخصهم هكذا برنامج يعاونهم

إذا قارنت حالتك النفسية الآن بما قبل البرنامج، ما هي العلامة التي تضعينها لنفسك من 10؟ 8 من عشرة

الملحق رقم (05) : دليل المقابلة للحالة (س)

المحور الأول: البيانات الأولية للحالة

1-البيانات الشخصية للحالة

الحالة: س

العمر: 35 سنة

المستوى التعليمي: 3 ثانوي

الحالة الاجتماعية: متزوجة

المهنة: ربة بيت

عدد الإخوة: 5 رتبة الحالة: الأولى

المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط

مكان الإقامة: ريفي

من يعيل الأسرة ماديا: الزوج

مهنة الزوج: مهندس

سن الزوج: 45 سنة

المستوى التعليمي للزوج: جامعي

السوابق المرضية للزوج: لا توجد

عدد الأبناء: ذكر

ثانيا: التاريخ النفسي والمرضي للحالة

هل كانت الولادة طبيعية أم قيصرية؟ كانت طبيعية

كيف كانت حالتك النفسية أثناء الحمل؟ كانت مضطربة طلعتي لاطونسيو

هل حصلت مضاعفات أثناء الولادة أو بعدها؟ طلعتي لاطونسيو و سكر

كيف كانت مشاعرك عند ولادة طفلك؟ كنت خائفا لخاطر ديجا عندي أحمال 2 متوقفين وعندي ابن متوفي قبل المتوحد

هل هناك تاريخ عائلي للإصابة بالتوحد؟ لا مكانش

المحور الثاني: بيانات الطفل المصاب بالتوحد

ما هو جنس الطفل المصاب بالتوحد؟ ذكر

كم عمره؟ 10 سنوات

ما هو ترتيب الطفل المصاب بالتوحد بين إخوته؟ الرتبة الأولى

كم كان عمر الطفل عندما تم تشخيصه رسمياً؟ كان عمره عام و ستة أشهر

هل يعاني الطفل من اضطرابات مرافقة؟ وما هي؟ لا

متى بدأ التكفل داخل المركز؟ منذ 4 سنوات

هل لاحظت تحسناً في سلوكه أو تواصله؟ شويًا مشي بزاف في السلوك بصح التواصل لا

كيف كان موقف زوجك بعد تشخيص طفلكم باضطراب طيف التوحد؟ صبر و حمد ربي بصح أنا لي مكنتش متقبلة في الأول خاصة مع تجاربي الفاشلة مع الحمل

المحور الثالث: التوافق النفسي

أ. التوافق الذاتي والمعرفي

هل تشعرين بآلام جسدية (مثل: الصداع، آلام المعدة، أو الإرهاق) نتيجة للضغوطات اليومية؟ نعم عندي صداع مينذاك و كمرض عندي ضغط الدم

كيف تصفين نظرتك لنفسك كأم؟ الحمد لله ندير لي عليًا تسما راضيا شويًا على روعي وعلى ولدي شويًا

هل تشعرين بالرضا عن نفسك؟ من ناحية نفسي الحمد لله

ما أكثر ما يسبب لك التوتر في حياتك اليومية؟ أنا مرضي هو لي مسبلي التوتر ثاني رغبتي الملحة في الحمل وعندي ولدي المتوحد ثاني موترني ديفوا منعرفش نتعامل معاه

ما هي الأفكار السلبية المتكررة التي تشغل بالك؟ أفكار لي كلها متعلقة بولدي مستقبل تاعه مانيش عارفا كيغادي يكون وأسك يهدر ولا لا أسك يبرالي ولا لا

هل تجددين صعوبة في التعبير عن احتياجاتك الشخصية للراحة والدعم للآخرين؟ أحيانًا

ب. تحديات الطفل والروتين

هل تجددين صعوبة في التعامل مع السلوكيات التكرارية (النمطية) أو الحساسية الزائدة (مثل: الأصوات العالية أو الأضواء) لطفلك؟ ولدي جاي عنيد بزاف تسما بش نتعامل معها على هدو السلوكيات ديفوا توصل بيا نضربه

هل تجددين صعوبة في معرفة ما يحتاجه طفلك عندما لا يستطيع التعبير عن نفسه؟ واه منفهمش بسك ميعرفش
يوصل شاراه باغي

ج. التفاعلات الزوجية والمسؤوليات المشتركة

كيف تصفين علاقتك بزوجك حالياً؟ مليحا مكانش مشاكل

هل تتحدثين مع زوجك عن مشاعرك وضغوطاتك اليومية؟ واه نهديروا أنا نفر غله وهو كذلك ويحس بيا وداعمني

هل يشاركك في الرعاية اليومية؟ مشي بزاف لخاطر خدام ويعيا برا ويقضي

هل يتولى زوجك مسؤولية حضور مواعيد العلاج أو الجلسات مع الطفل؟ قليل وين يجي مداك خدام

د. التوافق الاجتماعي والدعم الخارجي

هل تتلقين دعماً من طرف الزوج أو الأهل والأقارب؟ كاين الدعم أهلي داعميني شويا

هل تجددين صعوبة في الخروج من المنزل للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية؟ ديفوا نتقلق و منصيبش وين نخلي
ولدي إيا منخرجش مكانش لي يعرف يقابله

هل تشعرين بأنك تفضلين البقاء بمفردك بدلاً من التواصل مع الآخرين؟ أنا راني عايشا وحدي تسما تقديري نقولي
نبغي لي نتواصل معاه منبغيش نقعد وحدي

المحور الرابع: توقعات الأم حول البرنامج العلاجي

ما هو أهم تغيير تتمنين أن يحدث في حالتك النفسية وشعورك الداخلي، بعد انتهائك من هذا البرنامج؟ بغيا نقص
من التوتر كأول حادة و نتخلص من السلبية لي عندي و نولي نتعامل مع ولدي بلا منضربه

المحور الخامس: تقييم فعالية البرنامج

ما هي التغيرات الإيجابية التي لاحظتها في نفسك منذ بداية التدخل العلاجي؟ وليت نراقب نفسي وسلوكي ونراقب
أبني ديك تقنية تع التحليل وظيفي عاونتني نعرف الأسباب مورا سلوك لي يديره

ما هي أكثر تقنية تشعرين أنك ستستمرين في تطبيقها حتى بعد انتهاء البرنامج؟ ولماذا؟ مراقبة ذاتية وقف
والإسترخاء واليقظة الذهنية

هل لاحظت تحسناً في إدارة الضغوط أو في علاقاتك الأسرية بشكل عام؟ نعم

هل توصين بتطبيق هذا البرنامج على الأمهات اللواتي يعانين من توافق نفسي منخفض أو متوسط؟ نعم وبشدة
لخاطر يعاونهم بزاف و خاصة بش يعرفوا كيفاش يعيشوا مشي مضغوطين بش مياثروش على ولادهم

إذا قارنت حالتك النفسية الآن بما قبل البرنامج، ما هي العلامة التي تضعينها لنفسك من 10؟ 8من عشرة
