



الجمهورية العربية السورية

جامعة البعث

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي

" دراسة مقارنة بين فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى و برنامج قائم على
نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين
بالتوحد "

رسالة أعدت لنيل درجة الدكتوراة في الإرشاد النفسي

إعداد الطالبة:

هبة يونس القنطار

ومشاركة:

إشراف:

الدكتورة رازان عز الدين

الدكتورة رانيا هلال

اختصاص: صحة نفسية

اختصاص: علم نفس عام

العام الدراسي

٢٠٢١-٢٠٢٢

شكر وتقدير

يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر لكل من أسهم بإنجاز هذا البحث وأخص بالذكر:

- الدكتورة رانيا هلال والدكتورة رازان عز الدين لما قدماه لي من متابعة وإشراف طوال فترة إعداد هذا البحث.
- الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة لتكرمهم بمناقشة هذا البحث
- الأساتذة الأفاضل أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية
- الدكتورة وصال الحميد لتكرمها بتدقيق البحث لغوياً
- جمعية الربيع التي ساعدتني في التواصل مع أمهات أطفال التوحد لديها.
- جمعية بابل التي ساعدتني في عقد جلسات البرنامج لديها.
- أمهات أطفال التوحد اللواتي تكرمن بالمشاركة في هذا البحث.
- كل من قدم لي دعماً مادياً أو معنوياً: أهلي، زوجي، أصدقائي، وأخيراً بسمه عمري ابنتاي شهد وسيلينا.

الفهارس

الصفحة	فهرس المحتويات
أ	شكر وتقدير
ح	فهرس الملاحق
خ	فهرس الجداول
د	فهرس الأشكال
١٠-١	الفصل الأول: التعريف بموضوع الدراسة
٢	أولاً: مقدمة الدراسة
٤	ثانياً: مشكلة الدراسة
٧	ثالثاً: أهمية الدراسة
٧	رابعاً: أهداف الدراسة
٨	خامساً: فرضيات الدراسة
٩	سادساً: مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية
١٠	سابعاً: حدود الدراسة
١١ - ١١١	الفصل الثاني: الإطار النظري
١٢	المحور الأول: العلاج بالمعنى
١٢	أولاً: مفهوم العلاج بالمعنى
١٣	ثانياً: الافتراضات التي يقوم عليها العلاج بالمعنى
٢٩	ثالثاً: أهداف العلاج بالمعنى
٣٠	رابعاً: خطوات العلاج بالمعنى
٣١	خامساً: دور المعالج في العلاج بالمعنى
٣١	سادساً: فنيات العلاج بالمعنى
٤٣	المحور الثاني: العلاج المعرفي السلوكي
٤٣	أولاً: مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
٤٥	ثانياً: تعريف العلاج المعرفي السلوكي
٤٧	ثالثاً: قواعد ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي

٤٩	رابعاً: أهداف العلاج المعرفي السلوكي
٥٠	خامساً: خصائص العلاج المعرفي السلوكي
٥٢	سادساً: العملية العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي
٥٤	سابعاً: المدى الزمني للعلاج المعرفي السلوكي
٥٥	ثامناً: العلاقة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي
٥٦	تاسعاً: الطرق والأساليب العلاجية لميكينبوم
٦٠	عاشراً: فنيات العلاج المعرفي السلوكي
٧٢	المحور الثالث: الضغوط النفسية
٧٢	أولاً: مفهوم الضغوط النفسية
٧٣	ثانياً: تعريف الضغوط النفسية
٧٤	ثالثاً: عناصر الضغوط النفسية
٧٧	رابعاً: مراحل الضغوط النفسية
٧٨	خامساً: العوامل المؤثرة في الضغوط النفسية
٧٩	سادساً: أعراض الضغوط النفسية
٨٠	سابعاً: أنواع الضغوط النفسية
٨٣	ثامناً: مصادر الضغوط النفسية
٨٥	تاسعاً: آثار الضغوط النفسية
٨٩	عاشراً: أساليب مواجهة الضغوط النفسية
٩٢	إحدى عشر: الضغوط النفسية التي يعاني منها والدا الأطفال التوحديين
٩٥	المحور الرابع: التوحد
٩٥	أولاً: مفهوم التوحد
٩٥	ثانياً: تعريف التوحد
٩٦	ثالثاً: أسباب التوحد
٩٩	رابعاً: تشخيص اضطراب التوحد
١٠٢	خامساً: خصائص ذوي اضطراب التوحد
١٠٥	سادساً: التشخيص الفارقي بين التوحد والاضطرابات الأخرى

١٠٧	سابعاً: البرامج العلاجية للطفل التوحيدي
١١٠	ثامناً: البرامج التربوية للطفل التوحيدي
١١٢ - ١٢٠	الفصل الثالث: دراسات سابقة
١١٣	أولاً: دراسات سابقة عربية
١١٥	ثانياً: دراسات سابقة أجنبية
١١٩	ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة
١١٩	رابعاً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة
١٢١ - ١٤٧	الفصل الرابع: منهج الدراسة وإجراءاته
١٢٢	أولاً: منهج الدراسة
١٢٢	ثانياً: متغيرات الدراسة
١٢٢	ثالثاً: عينة الدراسة والإجراءات المتبعة في اختيارها
١٢٦	رابعاً: أدوات الدراسة
١٤٦	خامساً: الخطوات الإجرائية للبحث
١٤٧	سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية
١٤٨	الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها
١٤٩	أولاً: نتائج وتفسير فرضيات الدراسة
١٦٦	ثالثاً: مقترحات الدراسة
١٦٨	قائمة المراجع
١٦٩	قائمة المراجع العربية
١٨٢	قائمة المراجع الأجنبية
١٩٣	ملاحق الدراسة
٢٥٢	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الانكليزية

فهرس الملحق		
الصفحة	عنوان الملحق	الملحق
١٩٤	قائمة بأسماء السادة المحكمين	١
١٩٥	مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية	٢
١٩٧	جلسات البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى	٣
٢٢٢	جلسات البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المعرفي السلوكي	٤
٢٤٧	استمارة قائمة التشوهات المعرفية	٥
٢٤٨	تقويم ذاتي للجلسة الإرشادية	٦
٢٤٩	موافقة الأمهات على المشاركة بالبرنامج	٧
٢٤٩	قصة المريضين	٨
٢٤٩	قصة حبة الخردل	٩
٢٥٠	التقويم النهائي للبرنامج القائم على العلاج بالمعنى	١٠
٢٥١	التقويم النهائي للبرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي	١١

فهرس الجداول		
الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١	المقارنة بين أبعاد الإنسان	١٤
٢	الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية عند كوبر Cooper	٧٩
٣	المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية	٨٢
٤	توزع أفراد عينة الدراسة على متغير العمر	١٢٤
٥	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعات الثلاث في متغير العمر باستخدام دالة كروسكال- ويلز	١٢٤
٦	دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيق القبلي باستخدام دالة كروسكال- ويلز	١٢٥
٧	مقياس الضغوط النفسية في صورته الأولية	١٢٧
٨	البنود التي تم إجراء التعديلات عليها في مقياس الضغوط النفسية وفقاً لآراء السادة المحكمين	١٢٨
٩	البنود التي تم إجراء التعديلات عليها بناء على إجابات العينة الاستطلاعية	١٢٨
١٠	توزع بنود مقياس الضغوط النفسية على مجالاته بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية	١٢٩
١١	معامل ارتباط كل مجال من مجالات مقياس الضغوط النفسية مع المجالات الأخرى ومع الدرجة الكلية	١٢٩
١٢	دلالة الفروق بين الربع الأعلى والربع الأدنى بالنسبة إلى المقياس ككل وأبعاده الفرعية باستخدام اختبار مان- وتني	١٣١
١٣	معاملات ثبات المقياس ككل وأبعاده الفرعية بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية	١٣٢
١٤	الثبات بالإعادة لمجالات مقياس الضغوط النفسية ودرجته الكلية	١٣٢
١٥	مقياس الضغوط النفسية بصورته النهائية	١٣٣
١٦	فئات قيم المتوسط الحسابي ودرجة التقدير الموافقة لها	١٣٣

١٧	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلوكسون	١٤٩
١٨	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلوكسون	١٥١
١٩	محكات الحكم على مدى حجم الأثر	١٥١
٢٠	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيق البعدي باستخدام اختبار مان- ويتني	١٥٥
٢١	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلوكسون	١٥٦
٢٢	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الثانية و الضابطة على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيق البعدي باستخدام اختبار مان- ويتني	١٥٩
٢٣	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار ويلوكسون	١٦٠
٢٤	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار ويلوكسون	١٦١
٢٥	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين البعدي باستخدام اختبار مان- ويتني	١٦٣
٢٦	دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين التتبعي باستخدام اختبار مان- ويتني	١٦٤

فهرس الأشكال		
الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
١	مفهوم فرانكل Frankl عن الإنسان	٢٥
٢	التصميم التجريبي للدراسة	١٢٢

الفصل الأول

مدخل إلى البحث

- مقدمة البحث
- مشكلة البحث
- أهمية البحث
- فرضيات البحث
- أهداف البحث
- مصطلحات البحث
- حدود البحث

الفصل الأول

مدخل إلى البحث

مقدمة البحث:

تعد تربية الطفل ورعايته جزءاً من المسؤولية التي تقع على عاتق الوالدين، ولكن هذه الرعاية تصبح مختلفة جداً عندما يشخص الطفل لديه إعاقة أو يحتاج إلى رعاية خاصة لمدة طويلة، إذ إن ولادة طفل معوق تعد خبرة مؤلمة يمكن أن تخلف وراءها العديد من التأثيرات السلبية في حياة ومشاعر ومعتقدات وسلوكيات أفراد الأسرة، وتحملهم أعباء ثقيلة تنعكس على نشاطاتهم الحياتية المختلفة (حنفي، ٢٠٠٧، ١٠٥) وعادةً يكون الرفض هو أول ردود الفعل التي يمكن ملاحظتها عند اكتشاف إعاقة الابن خاصة لدى الأمهات، وتظهر مشاعر الذنب والشك والضعف والصدمة والإنكار (القريوتي، ٢٠٠٨، ١٧٦)

فالإعاقة وعلى اختلاف أنواعها تترك تأثيرها على مختلف جوانب حياة الفرد المعوق مسببةً ضغوطاً تفرض عليه استراتيجيات خاصة للتكيف معها، وليس هذا بالأمر السهل، فعدم القدرة على التكيف مع الإعاقة قد يسبب ظهور استراتيجيات غير تكيفية لدى الفرد ما قد يعيقه عن الاستفادة من البرامج التي تقدم له، ولاشك أن هذه الآثار لا تتوقف عند الفرد، بل تمتد لتترك أثراً سلبية على أسرته بشكل عام، فتتولد لديهم ضغوط نفسية عديدة، فالأسرة هي المعيش الأكبر لحدث الإعاقة، وظهورها يفرض على المعوق والمحيطين به ضغوطاً انفعالية واجتماعية وتعليمية واقتصادية (ستيورات، ١٩٩٦، ٦٥)، وقد بينت الدراسات أنه من غير المجدي النظر إلى الفرد بشكل منفصل عن محيطه لأن العلاقة ما بين الفرد وأسرته علاقة تبادلية فهو يتأثر بها ويؤثر فيها، ولا أحد من أفراد الأسرة يعمل بمعزل عن أفراد الأسرة الآخرين (الخطيب، ٢٠٠١، ٧٠)، فوجود طفل معوق في الأسرة يفرض على كل فرد فيها تحمل أدوار جديدة، وهذا بحد ذاته قد يكون سبباً في ظهور الضغوط النفسية، ويفرض على الأسرة أن تطور استراتيجيات التكيف المناسبة معها، لا على المدى القصير فحسب بل على المدى الطويل أيضاً (الخطيب، ٢٠٠١، ١٠٩)، وهذا يتطلب تقديم مساعدة للأسرة لتقبل الطفل المعوق وتجاوز الأزمة النفسية المرتبطة بالإعاقة، وتشير منظمة الصحة العالمية في تقريرها العالمي حول الإعاقة (٢٠٢٠) أن هناك تزايداً كبيراً لنسبة الإعاقة في العالم، إذ إن هناك ما يقارب مليار شخص أي ١٥% من سكان العالم يعانون من إعاقة شديدة.

والتوحد كغيره من الإعاقات يعد سبباً مباشراً للضغوط النفسية لدى الأسر، إذ يصنف اضطراب التوحد بأنه من بين أكثر الاضطرابات النمائية التي تسبب ضغوطاً نفسية مرتفعة لأسر المصابين به، فمشكلات التواصل والتعبير عن المشاعر والانفعالات، والسلوكيات الاجتماعية، كلها مسببات مباشرة للضغوط النفسية لأسر هؤلاء الأطفال (Gray, 2006)، ويرجع الاهتمام باضطراب التوحد إلى تزايد انتشاره في المجتمعات العربية والأجنبية على حد سواء، حيث يشير مركز الوقاية والتحكم بالأمراض (Center Of Diseases control and prevention) (CDC, 2006) على أن ١/١٧٥ طفلاً يصاب بالتوحد بالعالم وقد قدرت أعداد مرضى التوحد في

العالم كما ورد في تقرير منتدى التوحد التابع لمؤتمر ويش لعام ٢٠١٩ بنحو ٥٢ مليون حالة، وهذا ما يمثل زيادة هائلة على مدار الأربعين عاماً الماضية(كي أم، ٢٠١٩، ١٠)، ويؤثر اضطراب التوحد على نوعية حياة المرضى وعائلاتهم والقائمين على رعايتهم، وبسبب الخصائص التي يتسم بها المصابون بالتوحد والصعوبة والدقة في التشخيص يواجه الوالدين صعوبات ويتعرضون لضغوطات، وتواجه أسر الأطفال المصابين بالتوحد وتحديداً الأم العديد من الضغوط حيث تشير نتائج دراسات كل من (عصفور، ٢٠١٢؛ شنوفي، ٢٠١٣؛ باشا، ٢٠١٥؛ العوادة، ٢٠١٧) إلى أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يعانين من الضغوط النفسية نتيجة أعباء كبيرة جداً في رعاية هؤلاء الأطفال المصابين باضطراب نمائي قد يعتبر من أكثر الاضطرابات غموضاً وصعوبة بالمقارنة مع الاضطرابات النمائية الأخرى، وهن بحاجة ماسة إلى المساعدة، ولذلك تأثير الإصابة باضطراب التوحد لا يقتصر على الطفل فحسب بل يمتد هذا التأثير إلى الأسرة ككل، وبشكل خاص إلى الأم حيث تواجه أمهات الأطفال المصابين بالتوحد العديد من الضغوطات وهذه الضغوطات لا تقع عند ميلاد الطفل فحسب وإنما تتجدد وتحدث في أوقات ومراحل عدة من حياته. وتتفاوت هذه المراحل مابين الشعور بالصدمة والتشكيك في التشخيص إلى الشعور بالإحباط ومشاعر الذنب، وتكرر هذه المشاعر مع نمو الطفل التوحدي(الخميسي، ٢٠١١) حيث يشير بكمان بيل (Beckman-bell, 1988) إلى أن وجود طفل ذي احتياجات خاصة في الأسرة يعتبر صدمة قوية للأسرة بشكل عام والأم بشكل خاص وكثيراً ما يتولد عن الصدمة الشعور بالذنب والاكتماب ولوم الذات وينعكس ذلك على شكل محاولات لوم نفسها أو زوجها أو المستشفى التي ولدت فيها (يجي، ٢٠٠٨، ٣٧) وحتى لا تصبح مثل هذه الآثار مستمرة فإن الأسر وخاصة الأمهات بحاجة إلى تلقي خدمات إرشادية ومساعدة نفسية متخصصة للتكيف مع الضغوطات التي تنجم عن وجود طفل مصاب بالتوحد في الأسرة.

ولقد تعددت المدارس والاتجاهات في العلاج النفسي وتنوعت لأسباب عديدة، منها اختلاف مشكلات الأفراد والظروف التي أدت إليها، وتعدد الحالات المرضية وتباين شدتها وتعقيدها، وهذا يعني اختلاف طرق العلاج ووسائله اختلافاً كبيراً حسب المبادئ والأسس النظرية والأهداف التي تستند إليها كل منها، إلا أنها تشترك جميعها بأن لكل منها خلفية فلسفية وراءها، ولها أيضاً نظرة مسبقة عن الإنسان، وهذه النظرة تحدد الأسس التي تقوم عليها دعائم هذا الاتجاه أو ذاك ومن بين هذه الاتجاهات ما يركز على الجانب المعنوي كالعلاج بالمعنى Logo therapy الذي ابتكره فيكتور فرانكل(Fictor Frankle) ومنها ما يركز على الجانب المعرفي كالعلاج المعرفي السلوكي CBT لميكنبوم (Meichenbaum)، ويعد العلاج بالمعنى أحد الأساليب أو النماذج العلاجية التي تهدف إلى مساعدة المسترشدين على اكتساب الوعي بالحرية، وتحمل المسؤولية الشخصية، ويساعدهم على اكتشاف معنى الحياة الخاص بهم ومن خلال العلاج بالمعنى يصبح الفرد أكثر قدرة على التعامل مع تحديات الحياة المختلفة وتحديد معنى الحياة الذي يعيش لأجله (Spillers,2007,192) وحسب فرانكل (Frankl,1978,70) أنه إذا وجد الشخص نفسه في موقف لا مفر منه ويكون عليه أن يواجه قدراً لا يمكن تغييره، كأن يكون لديه ابن مصاب بالتوحد، عندئذ فقط يكون أمام الشخص فرصة أخيرة لتحقيق القيمة العليا وهي معنى المعاناة، والمهم فوق

كل ذلك هو الاتجاه الذي يتخذه نحو المعاناة، وتشير دراسة (المعبود، ٢٠١٤، ٢٤) إلى أن الحياة لا يمكن أن تسير على وتيرة واحدة، بل لا بد أن تواجهنا فيها المشكلات التي تحتاج إلى كثير من الشجاعة، والثقة بالنفس فمن الضروري على الإنسان أن يواجه المشكلات، ويعايش المعاناة، إذ إنه بالمواجهة يتمكن من التغلب على المشكلات التي تعترضه.

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أحد التيارات العلاجية التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي لتفسير الاضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المريض بأن أحاديثه وعباراته الذاتية ومعتقداته غير المنطقية وأفكاره السلبية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء تكيف ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المريض المشوهة ويعمل من أجل إحداث تغييرات معرفية سلوكية وانفعالية لدى المريض (Rector, 2010, 317) لذا فهو يساعد المرضى على تغيير الطريقة التي يفكرون بها والتي يسلكون بها من خلال تصحيح التشوهات المعرفية وإعادة تنظيم حديث الذات ومن ثم تغيير سلوكهم وطرق تدعيمهم المنتقاة من البيئة (Strickland, 2001, 128) فالمشاعر السلبية والسلوكيات غير المتكيفة هي نتيجة تشويهات في التفكير ومع مرور الوقت تتطور التشوهات هذه إلى أفكار تلقائية غير إرادية إذ إنها تستجيب لمثيرات داخلية وليس لأي حدث خارجي واقعي (فايد، ٢٠٠٥، ١١١).

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى إكساب الفرد منظور جديد يتم تدعيمه وتعزيزه لكي يمارس الفرد لأنماط سلوكية جديدة حيث أن التغيير المعرفي يقوم بإثارة التغيير السلوكي مدعماً بالتغيير الانفعالي ومن ثم يبدأ الفرد بالتفكير بالحلول البديلة وتصيح عملية التعلم أكثر أهمية (محمد، ٢٠٠٠، ٢٢)

وترى الباحثة أن الاهتمام بالأم التي لديها طفل توحدي والتي تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة وتقديم برامج إرشادية قد يعتبر من الدراسات التي تسهم بشكل كبير في التغلب على الضغوطات النفسية والانفعالات اللاسوية لدى الأم، وهذا سينعكس إيجابياً على طفل التوحد نفسه، واستناداً لما سبق جاءت الدراسة الحالية لنعرف أيهما أكثر فاعلية العلاج بالمعنى أم العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين.

مشكلة البحث:

يعتبر اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات تعقيداً وصعوبة والأكثر غموضاً حيث أن هذا الاضطراب يؤثر في الكثير من مظاهر النمو لدى الطفل فيؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على الذات ويصبح منعزلاً فلا يتجاوب مع الوالدين ويضعف اتصاله بالعالم المحيط به (عصفور، ٢٠١٢، ٩٣)، ووجود طفل التوحد في الأسرة يمثل أزمة تولد الكثير من التحديات والصعوبات على الأسرة بشكل عام وعلى الأم بشكل خاص باعتبار أن الأم هي الأقرب من الطفل، وكونها تقضي ساعات طويلة معه.

ومن خلال عمل الباحثة في قسم التأهيل المنزلي في الهلال الأحمر ومقابلة العديد من أمهات التوحد لمست حجم المعاناة والألم الذي تتعرض له تلك الأمهات، من خلال شكاوي هؤلاء الأمهات من تحملهن أعباء تفرضها إعاقة الابن قد تفوق طاقتهن، لذلك شعرت الباحثة بضرورة مساعدة تلك الأمهات في التخفيف من الضغوط النفسية التي يعاني منها والتي تفرضها إعاقة الطفل وتؤثر على شخصية الأم وتفاعلاتها؛ ومن بين أعراض التوحد التي قد تزيد من حالة الأم سوءاً ضعف مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي فهو يتصرف وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله، ولا يخاف من الخطر إضافة إلى البكاء ونوبات الغضب الشديدة لأسباب غير معروفة، ومقاومته لتغيير الروتين ووجود حركات متكررة غير طبيعية، وهذا ما يزيد من الضغوط على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. ومن هنا قامت الباحثة بتطبيق مقياس للضغوط النفسية الذي أعده الديب (٢٠١٦، ٥٦) على عينة استطلاعية تتألف من خمس وعشرين أمّاً لديهن أطفال توحد في جمعية الربيع للتوحد ولاحظت ارتفاع مستوى الضغوط من خلال حصول ٧٥% منهن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية.

وبالرجوع إلى النظريات والدراسات السابقة وجدت الباحثة أن هناك ضرورة لتقديم تدخلات إرشادية لمساعدة أمهات أطفال التوحد اللواتي يعانين من الضغوط النفسية، وتعد الدراسة الحالية استجابة لدعوة الباحثين بضرورة تقديم تدخلات إرشادية للأمهات وعدم الاقتصار على الخدمات المقدمة للطفل المعاق (دورك، ٢٠٠٧؛ معالي، ٢٠٠٣؛ معاينة، ٢٠٠٦؛ Antle, Mills, Steele, Kalnins & Rossen, 2001) وهذه الدراسة جاءت للمقارنة بين برنامج يركز على الجانب المعنوي وهو العلاج بالمعنى وبرنامج يركز على الجانب المعرفي وهو العلاج المعرفي السلوكي لمعرفة أيهما أكثر فاعلية في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، إذ إنه على حد علم الباحثة لا توجد دراسات تناولت فاعلية كل منهما في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات التوحد في سوريا ولكن ثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لدى نفس العينة في بلدان أخرى كدراسة (باشا، ٢٠١٥؛ بن جابر، ٢٠٠٨)، ومن الجدير بالذكر هنا أن التدخلات المستندة إلى الإرشاد المعرفي السلوكي لاقت انتشاراً واسعاً في صفوف المعالجين والمهنيين المهتمين بتقديم خدمات الإرشاد الجمعي والأسري لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة ومن هذه الدراسات المتعلقة بهذا الجانب دراسة (الدهيمات، ٢٠٠٨) التي توصل فيها إلى وجود أثر لبرنامج الإرشاد الجمعي القائم على تعليم مهارات تكيفية مشتقة من العلاج المعرفي السلوكي والمطبق على عينة مؤلفة من ٣٦ سيدة لديهن أطفال يعانون من الإعاقة السمعية في مدينة عمان وقد أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض درجة الضغوط النفسية التي تعاني منها السيدات المشتركات، وهدفت دراسة (مدانات، ٢٠٠٨) إلى قياس فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في الأردن ولقد أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الذي تلقته الأمهات في المجموعة التجريبية في خفض مستوى الضغوط النفسية لديهن وزيادة وعي الأمهات بالاحتياجات النفسية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

ومن خلال نتائج هذه الدراسات التي أثبتت فاعلية برامجها في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، لم تجد الباحثة على حد علمها دراسات تناولت فاعلية العلاج

بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد على الرغم من أهمية العلاج بالمعنى في مساعدة أمهات أطفال التوحد في مواجهة الضغوط والمشكلات التي يعانون منها، ولاسيما أن الضغوط النفسية ترتبط بشكل عام بافتقار المعنى في الحياة وهذا ما أثبتته دراسة عبد الحليم (٢٠١٠) أن هناك علاقة سالبة بين معنى الحياة والضغوط النفسية فإذا كان للفرد القدرة للبحث عن معنى حياته ونجح في الوصول إلى هذا المعنى، فإن هذا المعنى يقوي إرادته ويعزز دافعيته وينمي قدرته على مواجهة الضغوط النفسية التي يعاني منها، أما الافتقار إلى المعنى يجعل الفرد يعيش تحت وطأة الضغط النفسي، ولأن أمهات أطفال التوحد يعانون من اليأس والحزن وافتقار المعنى كما أشارت نتائج دراسات (الكناني، ٢٠١٢؛ محمد، ٢٠١٤؛ سرقاني، ٢٠١٧)، فقد اتجهت الباحثة نحو منطلق أنه ربما يساعد العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.

فالعلاج بالمعنى يساعد الفرد على تحمل المعاناة في بحثه عن المعنى فالإنسان في بحثه عن المعنى يكون مستعداً لتحمل المعاناة ولتقديم التضحيات من أجل الحفاظ على هذا المعنى (فرانكل، ١٩٨٢، ٢٠)، والمعاناة تنبع من خبرة انفعالية أليمة كفقد شخص عزيز، أو معاناة مصاحبة لمصير صعب تغييره كالأمراض المزمنة، فالمعنى يتغير دائماً، وعلى ذلك فإن مواجهة المعاناة بشجاعة تحفظ للحياة معناها وقيمتها، ويمكن للإنسان أن يواجه المعاناة من خلال تحويل الألم لإنجاز وأن يتخذ من الذنب فرصة لتغيير نفسه، وأن يتخذ من زوال الحياة دافعاً ليتصرف بشكل أكثر مسؤولية في الحياة، فالهدف الأساسي للعلاج بالمعنى هو تنمية إحساس الفرد بالمسؤولية تجاه نفسه وتجاه الحياة، ومساعدته على اكتشاف قيمة كل لحظة وكل موقف، وعلى خلق اتجاهات إيجابية نحو كل موقف من مواقف الحياة حتى وإن كان ألماً أو معاناة (الضبع، ٢٠٠٦، ٥٤).

ووفقاً لما يذهب إليه الضبع (٢٠٠٦، ١٣) أنه على الرغم من أن فرانكل Frankl قدم علاجه القائم على المعنى ومفاهيمه الأساسية في منتصف القرن الماضي، إلا أن الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت حولها ولاسيما في البيئة العربية تكاد تكون قليلة إلى حد ما بالنسبة لأهمية الفنيات التي طورها واستخدمها فرانكل، ولعل القصور في الدراسات التي تناولت استخدام برنامج الإرشاد بالمعنى لا يزال مسيطراً على المجتمع العربي .

وقد أثبت العلاج بالمعنى فاعليته في التخفيف من العديد من المشاكل النفسية والضغوط النفسية وهذا ما أكدته دراسة يونجر (unger , 2002) التي أجريت على فتاة عمرها ٢٢ سنة حيث أثبتت فاعلية العلاج بالمعنى في تخفيف الضغوط النفسية لديها، وقد أثبتت دراسة البقمي (٢٠١٤) أيضاً فاعليتها في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية، ودراسة كمبل (kimble, 2001) التي أثبتت فاعليتها في اكتشاف المعنى الحقيقي من خلال المعاناة لدى الأفراد المعاقين حركياً والفاقدين للمعنى في حياتهم، ودراسة عويس (٢٠١٢) التي أثبتت فاعليتها في تخفيف الضغوط النفسية لدى عينة من المراهقات الكفيفات، ودراسة (رسلان، ٢٠١٩) التي أثبتت فاعلية العلاج بالمعنى في تخفيف الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى السكري.

هذا فضلاً عن ندرة الدراسات التي أجريت في سوريا على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ولذلك شعرت الباحثة بضرورة إجراء دراسة مقارنة بين فاعلية كل منهما في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد إضافة إلى أنه من المؤمل أن ينعكس التحسن المتوقع حدوثه لدى الأمهات اللواتي سيتلقين أياً من البرنامجين الإرشاديين على صحتهم النفسية وتكيفهن الشخصي كما سيمتد أثره إلى التكيف النفسي للابن المعاق نفسه، فتكيف الطفل المعاق يرتبط ارتباطاً عالياً بتكيف الأم وتوافقها النفسي (Antla&etal, 2001; True etal, 2010) وهذه الدراسة هي محاولة لمعرفة أيهما أكثر فاعلية العلاج بالمعنى الذي يركز على الجانب المعنوي أو العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الجاني المعرفي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

ويمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال الآتي :

أيهما أكثر فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى أو البرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مدينة حمص؟

أهمية البحث :

- ١- أهمية العينة المدروسة، إذ إنه من الضروري إلقاء الضوء على هذه الفئة وتوجيه المساعدة والإرشاد لها لمواجهة الضغوط النفسية لديها والناجمة عن رعاية طفل توحدي.
 - ٢- أهمية وضع برنامج سواء أكان قائماً على نظرية العلاج بالمعنى أو قائماً على نظرية العلاج المعرفي السلوكي، فهو مكون من جلسات لها أهداف ومحتوى ووسائل تقويم، ويعمل على إكساب الشخص المستهدف استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية، ما يحقق الفائدة على المستوى النفسي لعينة البحث إذا ما أثبت أي من البرنامجين فاعليته.
 - ٣- جَدّة البحث الحالي على المستوى المحلي، إذ تم تطبيق برنامجين إرشاديين؛ الأول قائم على نظرية العلاج بالمعنى والثاني قائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي لمعرفة أيهما أكثر فاعلية في خفض الضغوط النفسية لدى العينة المستهدفة.
 - ٤- قد يدفع هذا البحث الباحثين والمختصين إلى إجراء المزيد من الأبحاث والدراسات وبناء برامج إرشادية أخرى ذات صلة بأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.
 - ٥- يمكن للبحث الحالي أن يزود العاملين في مؤسسات الدعم النفسي والاجتماعي بوسائل وإجراءات التعامل مع أفراد يقومون برعاية أو مساندة أطفال التوحد.
- أهداف البحث :** يهدف البحث الحالي إلى :

- ١- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٢- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى (اللواتي طبق عليهن البرنامج القائم على نظرية العلاج بالمعنى) في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

- ٣- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٤- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية (اللواتي طبق عليهن البرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي) في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٥- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٦- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٧- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٨- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٩- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق التتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

فرضيات البحث :

يسعى البحث الحالي إلى اختيار الفرضيات الآتية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ :

- ١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

٧- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

٨- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

٩- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق التتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

مصطلحات البحث :

الفاعلية The Effectiveness : يقصد بالفاعلية مدى تحقيق أهداف النظام أو البرنامج بنجاح (القالا، ٢٠٠٧، ٣١٧)

وتعرف إجرائياً : مقدار التحسن الذي يحدثه البرنامجين الإرشاديين (القائم على العلاج بالمعنى والقائم على العلاج المعرفي السلوكي) ويقاس من خلال دلالة الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية (الأولى والثانية) ودرجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي ودلالة الفروق في درجات أفراد المجموعة التجريبية (الأولى والثانية) في التطبيق القبلي والبعدي عند مستوى دلالة ٠.٠٥.

البرنامج الإرشادي Counselling Program : مجموعة من النشاطات والعمليات التي ينبغي القيام بها لبلوغ هدف معين لدى أفراد المجموعة الإرشادية ويستخدم الاختصاصي أو المرشد النفسي الفنيات الإرشادية لتحقيق هذا الغرض (زهران، ٢٠٠٤، ٤٣٩)

ويعرف إجرائياً :مجموعة من الجلسات المحددة الأهداف والمحتوى وأساليب التقديم والتي تعتمد بشكل رئيسي على فنيات العلاج المعرفي السلوكي وهذا فيما يخص البرنامج الأول وأخرى تعتمد على فنيات العلاج بالمعنى وهذا فيما يخص البرنامج الثاني والتي تسعى إلى خفض الضغوط النفسية لدى العينة المستهدفة

العلاج بالمعنى Logo therapy : توجه يهدف إلى فهم الوجود الإنساني في بعده الروحي وتعميق الوعي به، وتأصيل الشعور بالحرية والمسؤولية واستثارة إرادة المعنى، والتوجه للمستقبل بنظرة متفائلة، من خلال تبصير الفرد بالجوانب الإيجابية لديه (Frankl, 1992, 19).

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy : هو أحد المناهج العلاجية التي تقوم على فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية، وذلك على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابات الفيزيولوجية وردود الفعل الوجدانية، والمعارف والتفاعلات الاجتماعية ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة. (Meichenbaum, 1974, 432).

الضغوط النفسية Psychological Stress: وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه، وبدرجة توجد لديه إحساساً بالتوتر، وحين تزداد حدتها يفقد الفرد قدرته على التوازن وتغير خط سلوكه إلى نمط جديد، ولها آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد، وعليه فإن الضغط النفسي حالة من الإجهاد والإنهاك يعانيه الفرد نتيجة للمرور بالأزمات والخبرات الصادمة، أو حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود استطاعته أو حين يقع في موقف صراع حاد. (الطريري، ١٩٩٤، ٩)، أما الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد فهي تلك الظروف والأحداث الضاغطة الناتجة عن وجود طفل توحدي في الأسرة، والتي تولد لدى الأمهات إحساساً بالتوتر والضيق وينعكس ذلك عليها جسدياً، واجتماعياً، وانفعالياً، وعقلياً.

أما التعريف الإجرائي: فيحدد بالدرجة التي تحصل عليها أمهات أطفال التوحد على مقياس الضغوط النفسية المستخدم في الدراسة إذ إنه كلما ارتفعت الدرجة أشارت إلى ضغوط نفسية مرتفعة وكلما انخفضت الدرجة أشارت إلى انخفاض الضغوط النفسية .

التوحد Autism: تعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) التوحد بأنه قصور نمائي شامل يظهر بمظاهره الأساسية في الثلاثين شهراً الأولى من العمر ويشمل الاضطراب كل من ينسب إلى النمو والتطور وما يتبعها الاستجابة للمثيرات الحسية النطق، واللغة، والقدرات المعرفية، التواصل مع الناس والأحداث، على أن تظهر الأعراض قبل سن ثلاث سنوات (عز الدين، ٢٠١٩، ١٩٤).

حدود البحث :

١. **الحدود الزمانية:** تم تطبيق البحث خلال الفترة /١٣-٥- ٢٠٢١ ولغاية ٧- ٩- ٢٠٢١/
٢. **الحدود المكانية:** تم التطبيق في جمعية بابل في مدينة حمص.
٣. **الحدود البشرية:** أمهات أطفال التوحد في جمعية الربيع في مدينة حمص إذ بلغت عينة الدراسة (٢٤) أما من أمهات أطفال التوحد قسمت إلى ثلاث مجموعات متجانسة (٨) أمهات للمجموعة الضابطة و(٨) أمهات للمجموعة التجريبية الأولى و(٨) أمهات للمجموعة التجريبية الثانية.
٤. **الحدود الموضوعية:** تتحدد بأدوات البحث المستخدمة (برنامجين إرشاديين: الأول معرفي سلوكي والثاني قائم على العلاج بالمعنى، ومقياس الضغوط النفسية).

الفصل الثاني

الإطار النظري للبحث

المحور الأول : العلاج بالمعنى ويتضمن:

- مفهوم العلاج بالمعنى والافتراضات التي يقوم عليها وأهدافه وخطواته وفنياته ودور المعالج في العلاج.

المحور الثاني: العلاج المعرفي السلوكي ويتضمن:

- تعريف العلاج المعرفي السلوكي والقواعد التي يقوم عليها وأهدافه وخصائصه والعلاقة والعملية العلاجية له وفنياته والطرق والأساليب عند ميكنينوم.

المحور الثالث: الضغوط النفسية ويتضمن:

- مفهوم وتعريف الضغوط النفسية وعناصرها ومراحلها وأعراضها وأنواعها ومصادرها وآثارها وأساليب مواجهتها والضغوط النفسية التي يعاني منها أمهات أطفال التوحد.

المحور الرابع: التوحد ويتضمن:

- مفهوم وتعريف التوحد وأسبابه وتشخيصه وخصائص ذوي اضطراب التوحد والتشخيص الفارقي بين التوحد والاضطرابات الأخرى والبرامج العلاجية والتربوية للطفل التوحد.

المحور الأول: العلاج بالمعنى

Logo therapy

أولاً: مفهوم العلاج بالمعنى:

يعد العلاج بالمعنى أحد الاتجاهات الإنسانية التي ظهرت خلال القرن العشرين، ويعتبر فيكتور فرانكل مؤسس معالم هذا العلاج وهو رائد المدرسة النمساوية الثالثة وقد قامت مدرسته على أساس من اعتراضه على مدرسة التحليل النفسي الفرويدي (مبدأ اللذة) وعلم النفس الأدلري (إرادة القوة ودافع المكانة)، فالسعي إلى تحقيق اللذة أو الوصول إلى المكانة للحصول على القوة والنفوذ، لا يمكن أن يفسر كل صور النشاط الإنساني، في حين أن وجود معنى لدى كل إنسان هو الذي يمكن أن يجعل السعي الدؤوب وتحمل المعاناة شيئاً يرفع من قيمة الحياة ، ويجعلها تستحق أن تعاش، بل إن الإنسان الذي يكتشف لحياته معنى وهدفاً هو الإنسان الذي يستطيع أن يتحمل ندرة اللذة والافتقار إلى المكانة والنفوذ (Carios, 2013, 15).

والمنطق الرئيس الذي تنطلق منه هذه الاتجاهات هو أن الإنسان بطبيعته مدفوع لفعل الخير، وأنه ينطوي على دافع للنمو والاتقاء والإبداع وتحقيق الذات، فقد نظر إلى الإنسان بوصفه إنساناً وليس كتكوين بيولوجي مزود بعدد من القوى الغريزية، أو كتكوين عصبي مكون من عدد من الوصلات العصبية بين مثيرات واستجابات وإنما نظر إلى الإنسان نظرة كلية شمولية في حياته مع ماضيه وحاضرة ، وما يشده إليه مستقبله (Kimble, 2001, 3).

ويهتم الاتجاه الإنساني أيضاً بالموضوعات التي تحتل مكانة ضئيلة في النظريات الأخرى، مثل الحب والابتكار، والمسؤولية، والمعنى وما يرتبط بهذه الموضوعات من مفاهيم روحية عميقة (روجرز، ٢٠٠٩، ٢٨٢) ومن جملة مبادئه أن الإنسان حر وتحدد هذه الحرية على ضوء الظروف والعوامل البيئية والنفسية والجسمية، وقد أكد العلاج بالمعنى بشكل خاص على الهدف والمعنى في الحياة، ويرى أن المعنى يكتشف ، ولا يخترع، أن المعنى موجود، لكن هناك عوائق قد تقف في طريق استكشافه وإدراكه، وأن المعنى لا يعني السعادة، فليس على الدوام الاكتشاف والإحساس بمعنى الحياة في وجود السعادة، ولكن يمكن اكتشاف معنى الحياة فيما يتعرض له الإنسان من ألم ومعاناة (محمد ومعوذ، ٢٠١٢، ٨٣).

فالعلاج بالمعنى يمثل بالفعل خطوة رائعة على طريق تطور العلاج النفسي، فهو خطة تلوح بالأمل لاستعادة الإنسان لإنسانيته التي سلبتها اتجاهات العلاج التقليدية متناسبة أن أبرز ما يميز الإنسان كإنسان حريته ومسؤوليته عن أفعاله، وما هو أهم من ذلك تطلعه الدائم إلى تحقيق معنى يجعل حياته تستحق أن تعاش (فرانكل، ٢٠٠٤، ٥).

وهذا النوع من العلاج لا يتعامل بشكل أولي مع ما هو مرضى لدى الأفراد ولكنه يعلمهم الاستفادة مما هو صحي داخل ذواتهم، وبمعنى آخر، إنه لا يتركز على ما هو غير صحي بشكل

كامن، ولكنه يركز على الإمكانيات الإيجابية الجديرة بالاهتمام والتي يمكن أن تنمى داخل الفرد (Lukas, 1986, 21).

إذ يعرف فرانكل (٢٠٠٤، ١٤) العلاج بالمعنى بأنه منحى علاجي يقصد به العلاج من خلال المعنى Therapy through meaning إذ إن كلمة Logo كلمة إغريقية تعني المعنى . Meaning

وقد عرف كل من لانتر وهاربر (Lantz & Harper, 1998) الإرشاد بالمعنى بأنه نوع من العلاجي النفسي يتعامل مع المشكلات المرتبطة بالمعنى، ولاسيما فقدان المعنى، ومساعدة الفرد في اكتشاف المعنى المفقود في حياته .

وقد حاول فرانكل عبر أعماله المتعددة أن يبلور له فكراً وجودياً وأسلوباً علاجياً يتمحور حول ضرورة أن يجد الإنسان معنى لوجوده في الحياة ، وهو يصرح دائماً بأن الإنسان الذي يستطيع أن يجيب عن التساؤل " لماذا يعيش؟ ومن أجل ماذا يحيا؟ يستطيع أن يتوافق مع ذاته، ومع البيئة التي يعيش فيها، وما يحاول فرانكل أن يثبتها في تقديمه لهذا الأسلوب العلاجي أن العلاج يجب أن يقدم للأفراد من خلال تحديهم ومواجهتهم لكي يصلوا إلى معنى تصرفاتهم والغرض من وجودهم، وهذا لم يتم إلا من خلال المعاناة والألم اللذين يمرون بهما كي يصلوا إلى النجاح (Costello, 2016,7).

ثانياً: الافتراضات التي يقوم عليها العلاج بالمعنى:

١- مفهوم الإنسان:

يرى فرانكل أن الإنسان يعيش في ثلاثة أبعاد وهي : البعد الجسدي، والنفسي، والمعنوي، ويرى الإنسان أنه " كلية واحدة على الرغم من هذا التعدد" (Frankl, 1986, 22).

فالبعد الجسدي يضم السلوك العضوي للخلايا بالإضافة إلى وظائف الجسد الفيزيولوجية الحيوية ويتألف البعد النفسي من الحالات العاطفية والرغبات والمكتسبات الاجتماعية والثقافية ونماذج السلوكيات المتعلمة، أما البعد المعنوي فيتضمن الحرية والحب وإرادة المعنى والضمير والمسؤولية والإبداع والقدرة على الاختيار وروح الدعابة، ويرى فرانكل أن فاعلية البعد المعنوي لا يمكن أن تتعطل أو تتوقف حتى وإن أصاب البعد الجسدي والنفسي بعض الاضطراب (Langle & Orgier, 2003, 136)

واعتقد فرانكل أن البعد المعنوي يمكنه التأثير في البعد النفسي وفي البعد الجسدي، فيرى أن أي خلل في البعد المعنوي لا بد أن ينعكس سلباً على كامل شخصية الإنسان، ويؤكد فرانكل بأن هذه الأبعاد تختلف بعضها عن بعض في الطبيعة والانتظام والوظيفة ، إلا أنه في الوقت ذاته يرى بأن هذه الأبعاد هي في تفاعل مستمر. (Lewis, 2011, 17).

وهذه الأبعاد ليست إلا صوراً تعبر عن وجود الإنسان بشكل يتناقض ظاهرياً بعضها مع بعضها الآخر، ولكنها في الوقت نفسه ليست سوى انعكاسات للشيء نفسه، ولتوضيح هذا الانطباع بالتناقض فقد استعان فرانكل بما يسمى علم الوجود الأبعادي Dimensional Ontology

وتكمن أهمية هذا البعد في أنه يحتوي على حرية الإرادة التي تمكن الإنسان من النأي بنفسه وفصل ذاته عن الظروف (القيود) أو الشروط الخارجية التي تعيق مسيرة نموه الشخصي وبالتالي يعطيه هذا البعد القدرة على اختيار موقفة تجاه نفسه ويمنحه قدرة التحكم بهذه الظروف الخارجية (باترسون، ١٩٩٠، ٤٣).

بالإضافة إلى أن البعد المعنوي مستقل عن عمليات التوازن الداخلي من حيث إنه يقوم على مبدأ (خلق التوتر) أكثر منه على مبدأ (خفض التوتر) بالإضافة إلى دوره في مفهوم الذات لدى الفرد، فالمعنى المحقق يؤدي إلى تغذية راجعة تغير من مفهوم الذات لدى الإنسان، وقد قامت اليزابيث لوكاس بإجراء مقارنة بين الأبعاد الثلاثة الجسدي والنفسي والمعنوي من حيث اعتماد كل منها على الظروف وآليات التغذية الراجعة التي تتم داخلها ومبدأ التوازن الداخلي في كل بعد من هذه الأبعاد، ويوضح الجدول رقم (١) الآتي الذي قدمه عبد الله (٢٠١٠، ٢٨) الفروق بين هذه الأبعاد:

الجدول (١) المقارنة بين أبعاد الإنسان

المتغيرات	البعد الجسدي	البعد النفسي	البعد المعنوي
الاعتماد على الظروف	يعتمد على ظروف راسخة بقوة	يعتمد على ظروف مرنة	توجد حرية في اختيار الاتجاهات نحو الظروف
آليات التغذية الراجعة	تتم من خلال النظام الآلي للأعصاب ما يساعد الجسم على التكيف مع الموقف	تؤدي إلى عمليات تعزيز تؤدي إلى تغيرات في السلوك	تؤدي إلى تغيرات في فهم الذات
صحة مبدأ التوازن الداخلي	صحيح دائماً	صحيح في معظم الأوقات	غير صحيح

وتلخيصاً لما سبق نرى أن البعد المعنوي هو البعد الأهم بين الأبعاد الثلاثة التي تشكل شخصية الإنسان، وأنه يستطيع التأثير في باقي الأبعاد الأخرى إيجابياً أو سلبياً، وهو في تفاعل دائم معها، ولا يقوم على المبادئ نفسها التي تقوم عليها، فالمحرك الأساسي لهذا البعد هو مبدأ خلق التوتر الذي يدفع الإنسان إلى البحث عن معنى حياته بشكل مستمر.

٢- البعد المعنوي للإنسان: إن البعد المعنوي للإنسان يعتمد على ثلاث ركائز أساسية وهي :

حرية الإرادة، إرادة المعنى، معنى الحياة، وسنوضح هذه الركائز كما يأتي :

أ- حرية الإرادة :

إن الإنسان في مفهوم فرانكل يعيش حريته ويمارسها عن طريق اختيارات يقوم بها في كل لحظة وهو من خلال معاشته لمواقف الحياة يقوم باكتشاف المعاني الخاصة لحياته فالإنسان كائن حر ومسؤول وإنسانيته تدفعه لاكتشاف المعنى الكامن لحياته، ويتعارض مبدأ حرية الإرادة مع مبدأ

الحتمية الذي تبناه فرويد، والذي يذهب إلى أن الإنسان ما هو إلا نتاج الظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، أو هو نتاج البيئة والوراثة، ويتجاهل هذا المبدأ قدرة الإنسان على اتخاذ موقف تجاه ظروفه، وهذا يؤدي إلى إعفاء الإنسان من المسؤولية الذاتية، فالبشر مسؤولون عن مواقفهم وقراراتهم التي تشكل حياتهم لأنهم أحرار (Frankl, 1992, 133).

ولكن هناك مواقف تضع حداً لحرية الإنسان منها الموت والقلق والجنس فضلاً عن قسوة المواقف الشاذة كالعاهات والأمراض المزمنة وكل أشكال الإعاقات التي تضع حدوداً للإنسان، ويؤكد بالوم أن الحرية المطلقة للإنسان تشكل معنى حياته، وهو في ذلك يرسم موقف الفلسفة الوجودية، خاصةً موقف سارتر، إذ إن الإنسان ليس هو ذلك المخلوق في ذاته الذي تتحدد ماهيته منذ بداية خلقه، أو حتى من قبل أن يوجد، ولكن الإنسان هو ذلك الموجود من أجل ذاته من خلال أفعاله وقراراته التي يتخذها بملء إرادته، ويعارض سارتر مبدأ الحتمية باعتباره يبرر للإنسان العبودية والاستسلام باعتباره مسيراً غير مخير، وضحية قوى بيولوجية وتاريخية واجتماعية حتمية قاهرة ليس له فيها يد وكأنه شيء من الأشياء، ويمعن سارتر في تأكيد الحرية إلى أقصى مدى فيقول "إن الإنسان إذ يتمتع بالوعي الذاتي فإن بإمكانه أن يعي حتى أسباب فعله ومحددات سلوكه وهو خلال هذا الوعي الانعكاسي يقف على دوافعه ويراها ومن ثم يمتلك زمامها ويصبح حراً إزاءها (Kimble, 2001, 4).

ويقول سارتر (Sartre, 1971, 113) "إن الحرية هي أساس كل القيم، ولا يمكن أن يكون للقيمة أهمية إلا عندما نكون أحراراً وبالحرية نستطيع تحديد أهمية الأشياء"، فالإنسان هو الذي يقرر دائماً ويحدد ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية وحرية الإرادة تعني حرية إرادة الإنسان في مواجهة ثلاثة أشياء وهي : (١) الغرائز، (٢) الميل إلى النزعة الموروثة، (٣) البيئة ، ومع أن الكائنات الإنسانية متأثرة بهذه الأمور الثلاثة، إلا أنها لا تزال تملك الحرية في القبول والرفض ، أو اتخاذ موقف تجاه هذه الظروف، ولذلك فالكائنات الإنسانية لا توجد مجرد وجود، ولكنها تقرر ما سيكون عليه هذا الوجود إذ إنها تستطيع أن ترتفع فوق الظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي يبنى عليها التنبؤ، وهي على المستوى الفردي غير قابلة للتنبؤ (فوزي، ١٩٩٢، ٧٦).

ويرى معظم الوجوديين أن الحرية يجب أن تفهم بلغة المسؤولية ، وأن الحرية بلا مسؤولية ستؤدي حتماً إلى الانحلال الأخلاقي، ولذلك تعد المسؤولية هي الوجه المكمل للحرية، وقد متفاوتت الأفراد تفاوتاً كبيراً في درجة المسؤولية التي يرغبون في تحملها إزاء مواقفهم الحياتية وفي الطرائق التي يصطنعونها للتنصل من المسؤولية، فبعض الأفراد يضعون المسؤولية على عاتق غيرهم من الناس وعاتق الظروف وبعض الأفراد يتصلون من المسؤولية بأن يعيشوا دور الضحية البريئة التي جنت عليها أحداث خارجية ليس لهم يد بها" (Kimble, 2001, 4).

ولا يمكن النظر للإنسان على إنه مخلوق حر مطلقاً، ولكن كما يعتقد فرانكل إن وجود الإنسان يتأثر بالموثرات الموروثة والبيئية (رشوان والقرني، ٢٠٠٤، ٣٦) وبالتالي أن تكون إنساناً حراً يعني أن تكون مسؤولاً عن كل ما تقوم به فالمسؤولية هي توأم الحرية، والحرية من دون مسؤولية

تقود إلى الفوضى، والفوضى تؤدي إلى الملل والقلق والعصاب، والمسؤولية من دون الحرية هي استبداد وطغيان ، إذ أكد فرانكل (Frankl, 1992, 134) أن الحرية تكون في خطر الانحلال في بركة الاستبداد ما لم تعاش في علاقة متبادلة مع المسؤولية . إن الحرية الإنسانية تضع الفرد في موقف المسؤول اتجاه العلم والمجتمع والضمير والزمن، فالفرد لا يمكن أن يتجاهل قوانين العلم وتقدمه المستمر، وعليه احترام قيم المجتمع، وهو مسؤول أمام ضميره لأنه سيقوم بمحاسبته ، وهو مسؤول أمام الزمن ففي كل لحظة من حياته يعطيه الزمن فرصة لتغيير حياته من الأسوأ إلى الأفضل كما يقول المبدأ الآتي :عش كما لو كنت تعيش بالفعل للمرة الثانية وكما لو كنت قد تصرف في المرة الأولى بشكل خاطئ " ولا يوجد كما يعتقد فرانكل أكثر من هذا المبدأ تحفيزاً للإنسان. (Frankl, 1992, 115).

والعلاج بالمعنى يحاول أن يجعل المريض واعياً بمسؤولياته، فيترك له الاختيار ويساعده على أن يفهم نفسه كمسؤول، فالفرد مسؤول أمام نفسه وأمام ضميره وأمام الله والمسؤولية مرتبطة بالوعي من خلال الضمير (باترسون، ١٩٩٠، ٤٦٢)، إذ أصبح من الضروري أن يبدع الإنسان المعنى الخاص به لا أن يكتشف المعنى المهيأ له سلفاً، عندئذ عليه أن يلتزم به ويكرس حياته من أجل تحقيق هذا المعنى، حتى لو لم يصاحبه اليقين الإيماني الذي يستند إليه فرانكل (Prentice, 2013, 25).

وتأخذ الحرية أبعاداً مختلفة في الحياة الإنسانية ، فالحرية الشخصية هي قدرة الفرد على اتخاذ قراراته بنفسه، والحرية النفسية (الفكرية) هي حرية الرأي والتفكير وقدرة الفرد على تحديد سلوكه لأسباب يقتنع بها، أما الحرية الاجتماعية فهي اتخاذ قرارات يرضى عنها المجتمع من دون المساس بشخصية الفرد، وتتجلى الحرية الأخلاقية في خلو الفعل الأخلاقي من أي قسر خارجي أو ضغط على مسؤوليتنا الأخلاقية وواجباتنا نحو قيمنا وكذلك انعدام التأثيرات النفسية الداخلية من أهواء ورغبات أو نزوات طارئة أو منفعة خاصة على أحكامنا ومواقفنا الأخلاقية ومثلنا العليا .

وترى الباحثة أن موقعنا وتقبلنا لحياتنا هو نتيجة للخيارات التي صنعناها في الماضي بكل حرية، ومستقبلنا سوف يتشكل من الخيارات التي نختارها اليوم، كل يوم لدينا العديد من الاحتمالات والاختيارات التي يجب أن نختارها من مجال حريتنا، وعلينا أن نختار الخيار بمسؤولية وجعله الخيار الأفضل ليس لأنفسنا فقط بل للناس من حولنا أيضاً، فالمسؤولية تجاه الحياة تفترض الاستجابة لمواقف تلك الحياة، ويجب ألا تكون الاستجابة لفظية بل عملية أو فعلية ، ويظهر الوعي بالمسؤولية كنتيجة للوعي بالهدف الشخصي أو الرسالة الشخصية للفرد .

ب- إرادة المعنى:

يرى فرانكل أن الدافع الأساسي في شخصية الفرد ليس الرغبة في تحقيق اللذة أو القوة، بل الرغبة في تحقيق المعنى وهذا المعنى أعمق شيء يدفع الإنسان (باترسون، ١٩٩٠، ٤٦٤) وإرادة المعنى تعبر عن حاجة الإنسان إلى وجود معنى في حياته، فهي أشبه بقوة جاذبة لطاقت الإنسان حول مركز يبلور فيه معنى لحياته، وكما أن الإنسان بحاجة إلى جاذبية أرضية ليثبت على الأرض

فإنه بحاجة إلى قوة جاذبية وجودية تنبعث من المعنى الذي اختاره لحياته ويؤكد من خلاله ذاته (عبدالله، ٢٠١٠، ٢٦٥).

إذ يرى فرانكل أنه عندما يملك الإنسان الحرية في اتخاذ الاختيارات تجاه الحياة، يكون لديه القوة والإرادة للبحث عن المعنى الذي تمثله هذه الاختيارات (Frankl, 1967, 11).

ويرى فرانكل (٢٠٠٤، ٤٥) أن إرادة المعنى تعد دافعاً أساسياً للسلوك وقوة أولية لدى الإنسان وتتمثل في محاولة الأنسان الدائمة للبحث عن المعنى، ويحاول الإنسان دائماً البحث للوصول إلى المعنى أو بمعنى آخر مايسمى ب "إرادة المعنى".

وقد وضع فرانكل مجموعة من الأفكار الرئيسية لإرادة المعنى وهي أن كل الحقائق لها معنى، والمعنى محدد ويختلف من فرد لآخر ومن لحظة لآخرى، كما أن الأفراد متفردون، والسعادة والمرح وراحة البال أحداث ثانوية للبحث عن المعنى، وبحث الإنسان عن المعنى يجعل الإنسان مختلفاً عن الكائنات الأخرى.

ويرى فرانكل (١٩٨٢، ١٣١) أن إرادة المعنى عند معظم الناس حقيقة وليست مجرد اعتقاد كما لها طبيعة باعثة على التحدي والعمل والتقدم وتدفع الإنسان إلى أن يحشد طاقاته.

ويؤكد فرانكل في نظريته العلاج بالمعنى على مركزية الدافع المعنوي في حياة الإنسان مناقضاً بذلك كل من التحليل النفسي الفرويدي وعلم النفس الأدلري، فقد اعتقد فرانكل أن مبدأ اللذة الفرويدي ودافع المكانة أو التفوق أو القوة الذي تحدث عنه أدلر غير كافيين لتفسير سلوك المعنى لديه فإنه يتجه إلى إشباع إرادة اللذة أو إلى إرادة المكانة أو القوة.

وهذا ما أكدته استطلاع للرأي أجراه فيكتور فرانكل في فرنسا، إذ أظهرت نتائج دراسته أن (٨٩%) من الأشخاص قد اعتقدوا بأن الإنسان يحتاج شيئاً ما لكي يعيش من أجله و (٦١%) منهم يسلمون أن شيئاً ما أو شخصاً ما كان في حياتهم وكانوا على استعداد من أجله حتى للموت (فرانكل، ١٩٨٢، ١٣١).

وهنا يقول أدلر (١٩٣١، ١٩) : "إن الإنسان لا يستطيع أن يعيش إلا إذا عرف أن لحياته معنى فنحن لا نتعامل مع الأشياء المختلفة باعتبار ما هي عليه، لكننا نتعامل معها من خلال ما تعنيه بالنسبة إلينا، أي لا نتعامل مع أشياء مجردة بل نعرفها ونتعامل معها من خلال ذاتنا".

ويعتقد فرانكل أن شعور الإنسان بالسعادة هو حيلة لتحقيق إرادة المعنى لديه، فالإنسان مدفوع بدوافع لكنه مجتذب بالقيم والمعاني أي إن الأمر يرجع إليه في تحديد ما إن كان يرغب في تحقيق المعنى أو لا يرغب، وعلى ذلك فإن إرادة المعنى تتطلب دائماً صنع القرار (Frankl, 1992, 61)، ولذلك فإن هدف المعالج هو مساعدة الفرد في تحقيق أعلى مستوى من تفعيل لحياته أي تفعيل إرادة المعنى لديه ومساعدته في تحمل مسؤولية أعماله دائماً (Frankl, 1973, 54).

وترى الباحثة أن إرادة المعنى موجودة فطرياً عند كل فرد، وقد تكون مفعلة إيجابياً عند الفرد وتجعله يشعر بالمعاني الإيجابية في حياته وقد تكون معطلة كلياً أو جزئياً وهنا يحتاج الفرد إلى مساعدة من المحيط الخارجي وقد تتمثل هذه المساعدة في المعالجين النفسيين أو الأحداث المهمة التي تغير حياته.

ت- معنى الحياة:

إن معنى الحياة هو معنى شخصي وفريد من حيث أنه يخص شخصاً فريداً في خصائصه وظروفه النفسية والاجتماعية، فكل إنسان بمفرده هو شيء جديد في العالم ووجد ليحقق مهمته الخاصة في الحياة، وقد عرف فرانكل (Frankl, 1967. 15) معنى الحياة بأنها حالة يسعى الإنسان للوصول إليها، لتضفي لحياته قيمة ومعنى يستحق العيش من أجلها، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى.

إن فلسفة معنى الحياة تبدأ مع القناعة الأساسية أن الحياة لها معنى غير مشروط والتي لا يمكن أن تختفي تحت أي ظرف من الظروف وبمعنى آخر فالحياة تحمل معنى في أي حالة حتى في أكثر الحالات بؤساً وشقاء (Lukas, 1986, 6).

حيث يؤكد فريزر وستيجر (Frazier & Steger, 2005, 83) على أن معنى الحياة يظهر من خلال استجابات الفرد للمواقف والمطالب التي تواجهه في الحياة، فالإنسان الذي يمتلك المعنى والقيمة لحياته هو فرد قادر على مواجهة كل ما يقابله من مشكلات انفعالية واجتماعية ومهنية وتعليمية ولديه من الصلابة ما يساعد على التصدي لأي معاناة أو ألم يتعرض له حتى آخر لحظة في حياته (Moran, 2001, 21).

فمعنى الحياة هو القوة الدافعة الأولية للوجود الإنساني، وامتلاك معنى للحياة يجعل الفرد يشعر بحريته ومسؤوليته لاختيار مستقبله الخاص به كما يتمناه، ويكون المخطط لحياته والمسيطر على أحداثها، في حين فقدان الإنسان للمعنى والهدف من الحياة أبسط ما ينتج عنه هو سوء التوافق (Faller, 2000, 27).

ويختلف معنى الحياة من شخص لآخر، ومن موقف لآخر، فلكل فرد مهمته ورسالته الخاصة في الحياة، ولذلك فحياته لها معناها الخاص، والتساؤل عن معنى الحياة هو تساؤل يوجه إلى الإنسان ولا يوجهه الإنسان لنفسه، فالحياة هي التي تسأل الإنسان عن معنى حياته وعليه هو أن يبحث عن الإجابة ويقدمها للحياة (فرانكل، ١٩٨٢، ١٤٥).

وتتميز المعاني لدى الأشخاص على حسب مواجهة الموقف، ويصبح المعنى الكلي للحياة متفرداً أو متميزاً على أساس أن الحياة ماهي إلا سلسلة من المواقف المتفردة، ولأن كل المعاني متفردة فإنه لا يمكن أن يوجد معنى عالمي واحد للحياة، فطالما كانت هناك مواقف فإن هناك معاني لهذه المواقف، ولكن تشترك بعض المعاني في حياة الناس لإعطاء صبغة المجتمع الواحد، أو الثقافة الواحدة في أزمنة تاريخية مختلفة، وهذه المعاني هي ما يسميها فرانكل بالقيم، ويرى فرانكل أن

معنى الحياة تحدده مجموعة من القيم تعكس السبل التي يكتشف من خلالها الإنسان معنى لحياته (Das, 1998. 234)، وهي القيم الإبداعية أو الابتكارية وهي ما يعطيه الإنسان للعالم في صورة إبداعات، والقيم الخبراتية وهي ما يأخذه الإنسان من العالم في صورة لقاءات ومواجهات، والقيم الاتجاهية وهي ما يكونه الإنسان من مواقف اتجاه المعاناة التي لا يمكن تغييرها (Frankl, 1984, 70).

ويرى فرانكل أن البشر قادرون على تحقيق القيم الإنسانية (الإبداعية والخبراتية والاتجاهية) بشكل مجتمعي أي ضمن سياق حياة الفرد الطبيعية، فالقيم الإبداعية تحقق مثلاً عن طريق إنتاج أدبي مهما كان صغيراً أو من خلال تربية الأطفال وتحقق القيم الخبراتية مثلاً عن طريق الاستماع للموسيقى وتحقق القيم الاتجاهية من خلال تحمل المعاناة التي لا سبيل من التغلب عليها (Dubois, 1993, 64).

ولأن فرانكل قدم نظرية متكاملة حول العلاج بالمعنى وكان خير من تحدث عن سبل اكتشاف معنى الحياة بشكل مفصل، ستقوم الباحثة فيما يلي بتوضيح هذه السبل التي طرحها فرانكل:

- القيم الابتكارية :

تعتبر عما يعطيه الإنسان للعالم، بمعنى كل ما يبتكره أو يبدعه فهي تتعلق بإمكانيات الفرد وطاقاته وقدرته على توظيفها، ويعتبر العمل أحد هذه القيم الابتكارية والمقصود بالعمل هنا هو العمل الذي يسعى من خلاله الفرد إلى تأكيد ذاته وإثبات قيمته كإنسان قادر على العمل والإنتاج. (فرانكل، ١٩٨٢، ٨٨)، فهي مدى تقييم الفرد لإمكانياته وهواياته وسعيه لإخراجها إلى حيز الوجود في شكل عمل مفيد أو ابتكار ما، وذلك تحقيقاً للذات، وإحساساً بمعنى الحياة. (محبوب، ٢٠١٢، ٣٤).

وإذا كان العمل مصدراً من مصادر اكتشاف المعنى في الحياة، فإنه ليس الأسلوب الوحيد لإعطاء معنى للحياة، فالفرد يستطيع أن يقرر ماذا سيكون اتجاهه ليكون إيجابياً ومتفائلاً أم يكون سلبيلاً لا مبالياً (باترسون، ١٩٩٠، ٤٧٦)، ويتجلى تحقيق القيم الابتكارية عندما يعبر العمل عن تميز الفرد وعندما يشكل العمل إضافة للمجتمع وقيمة العمل ومعناه تتحقق في الأسلوب الذي ينجز له (Dewitz, 2004, 2)، فليس العمل في ذاته هو الذي يحقق من خلاله الشخص المعنى، ولكن تعبير الشخص عن تميزه وتفرده في العمل أو العمل لأكثر أو لأبعد ما تقتضيه واجباته أو متطلباته هو الذي يعطي معنى لذلك العمل، وبغض النظر عما لدينا من مؤهلات علمية أو بدنية فالمهم أن نوظف أقصى طاقاتنا وقدراتنا في سبيل القيام بعملنا بأفضل طريقة، وكل عمل قيم يحققه الفرد يضاف إلى حصيلة المعاني المحققة في حياته والذي بدوره ينعكس في شعور الفرد بالمعنى من وجوده ويعطيه فرصة للنمو المعرفي.

ويتفاعل الفرد من خلال عمله مع البيئة المحيطة لتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، ويحول قيمه ومثله إلى حقيقة واقعية، ويبتعد عن عالم الأوهام ويوثق صلته بالعالم ، فالعمل الذي يحبه الفرد ويختاره بحرية وينجح فيه هو من أهم أسباب السعادة (المعبود، ٢٠١٢، ٣٦).

وحسب فرانكل (٢٠٠٤، ٩٤) أن لكل شخص مهنته الخاصة أو رسالته الخاصة في الحياة التي تفرض عليه مهاماً محددة عليه أن يقوم بتحقيقها، لذلك لا يمكن أن يحل شخص محل شخص آخر، كما أن حياته لا يمكن أن تتكرر، وعليه أن يبحث عن المعنى في هذه المهنة.(المعبود، ٢٠١٢، ٢٥).

وترى الباحثة أن العمل الإبداعي هو العمل المثمر وغير مقترن بأجر مادي ويشعر الفرد من خلاله بقيمته الذاتية وقدرته على الإنتاج والعطاء مهما كانت إمكانيات الفرد ودوره في الحياة .

- القيم الخبراتية :

يعرف فرانكل (١٩٨٢، ١٤٨) القيم الخبراتية بأنها : خبرة عمل من الأعمال المتصلة بالطبيعة أو الثقافة أو أن يخبر الفرد شخصاً ما، فالبيئة المحيطة بالشخص حقل غني بالخبرات الإنسانية، والبيئة التي تتألف فيها الذات مع ذات أخرى هي المنطقة التي يمكن أن تتحقق فيها القيم الخبراتية والحب هو عيش خبرة شخص آخر بكل تقدرها وفرديتها، وفي الحب يتم فهم الشخص المحبوب بأخص خصائصه ككائن وحيد وفريد، ويفهم كأنه أنت، وبهذا يصبح داخل الذات (باترسون، ١٩٩٠، ٤٧٦).

ولذلك فإن المعنى الحقيقي للحياة عند أدلر يتجسد في المساهمة التي نقوم بها لمصلحة حياة الآخرين، وفي الاهتمام الحقيقي والخالص في التعاون معهم (Frankl, 1992, 25).

وتعتبر القيم الخبراتية عما يأخذه الإنسان من العالم من خلال معاشته للخبرات المختلفة وأسمى تلك المعاني معاشة الشخص للخبرات الاجتماعية والغوص في عالم الآخرين من خلال إقامة علاقات إنسانية معهم تحقق المعنى الإنساني الأصيل لتلك العلاقات خاصة عندما تصل تلك العلاقات الإنسانية إلى ذروتها أي إلى درجة الحب (رحال، ٢٠٠٨، ٢٣٧).

ويعد الحب الطريقة الوحيدة التي يدرك بها الإنسان كائناً إنسانياً آخر في أعماق أغوار شخصيته، فبواسطة الفعل الروحي للحب يتمكن الإنسان من رؤية السمات والمعالم الأساسية في الشخص المحبوب، بل إن الإنسان يرى أكثر من ذلك، يرى ما هو كامن في الآخر، فالشخص المحب بحبه يمكن الشخص المحبوب من تحقيق إمكاناته، فبواسطة تبصيره ليكون على وعي بما يمكن أن يكون عليه وبما ينبغي أن يصير عليه إنما يجعل مما كان كامناً من هذه الإمكانيات حقيقة واقعة (فرانكل، ١٩٨٢، ١٤٩: ١٤٨).

وبحسب تعبير فرانكل: إن الحب هو الهدف الغائي الأسمى الذي يمكن أن يطمح إليه الإنسان وهو ذلك السر الأعظم الذي ينبغي أن يفصح عنه الشعور الإنساني والفكر الإنساني والإيمان الإنساني ، إن خلاص الإنسان هو من خلال الحب وفي الحب (فرانكل، ١٩٨٢، ٦٢).

فالحب سبب كافٍ لتبرير وجودنا، لأن الحب يضيف على حياتنا أجمل المعاني وأرقها وآية ذلك أن الحب كثيراً ما يتخذ في حياتنا طابع الكشف الوجودي إذ يشعر المرء بأنه يكتشف ذاته في عين اللحظة التي يخرج فيها من ذاته لكي ينفذ إلى عالم الآخر، وعلى حد قول سارتر "نشعر بأنه لا قيمة لنا إلى أن يجيء الحب فيجعلنا نهتدي إلى مبررات وجودنا في الشخص الآخر وهنا يظهر الارتباط الوثيق بين الوجود للذات والوجود للغير". (Prentice, 2013, 33).

إذاً يمكن القول إن الحب هو أعظم المشاعر باعتباره أسلوباً للعيش لأن الحب يزيد الفهم أي أننا نفهم أكثر عندما نحب ونفهم أقل وأحياناً لا نفهم عندما نكره، وهناك من يقول أن الحب يعمي ولكن الحقيقة أن الحب يبصر ويشعل الذهن للفهم والمعرفة، فإذا كان حب شخص لشخص آخر هو الذي يجعل للحياة معنى وقيمة ، فإن أرقى وأسمى حب هو حب الله ، إن العلاقة الروحية التي تربط الإنسان بالله تدفع بالإنسان إلى ترجمة التعاليم الإلهية على الأرض وتعكس إحساساً عارماً بالمعنى والقيمة .

ويروي فرانكل في معظم كتبه أنه من أهم الأمور التي أبقت على حياته في معسكرات الاعتقال النازية هي علاقته بالله ، ويؤكد أن تأملاته في الله أثارت في قلبه إرادة البقاء، ويشبه حب الإنسان لله وتطلعه الدائم إليه بالملائكة التي قد انطلقت مستغرقة في تأمل أبدي للمجد اللانهائي (فرانكل، ١٩٨٢، ٦٣).

ووجدت دراسة فرايزر وستيجر Frazier & Steger (٢٠٠٥) أن معنى الحياة يعتبر متغيراً بسيطاً في علاقة التدين بالصحة النفسية ، فالسلوك اليومي الديني للفرد يؤدي إلى وجود معنى للحياة يرتبط بالتفاؤل والاطمئنان باعتبارهما مصدراً من مصادر الصحة النفسية.

كما وجدت دراسة إرنشاو Earnshaw (٢٠٠٣) ارتباط معنى الحياة بقوة المعتقدات الدينية الجوهرية، وأن الأفراد المتدينين يعتبرون التدين الجوهري جزءاً أساسياً في حياتهم، وأن الإيمان هدف في حد ذاته، وهو يكسب الفرد معنى وقيمة في الحياة.

إذاً نحن بحاجة إلى القيم الخبراتية التي تضمن الإيمان والحب لنعيش بشكل جيد، فكل منا لديه عنصر باطني عميق يجعله يشعر بجمال الفنون والحب وخدمة الآخرين والعبادة، فإذا أهملنا هذه الجوانب نقرب من الانتحار الروحي (Deville, 2012, 48).

وعندما يفشل الفرد في الوصول إلى القيم الداخلية والوعي والتواصل بين الأشخاص والاندماج بالسياق البيئي والإحساس بالمتعة وتأمل المستقبل فإنه سوف ينفصل عن ذاته وعن العالم الخارجي والآخرين وسوف تحصل عنده أزمة حادة في المعنى (Kiser, 2004, 432).

- القيم الاتجاهية :

تعبّر عن الاتجاه الذي يتخذه الإنسان نحو محنة ما وعليه أن يواجهها ولا يستطيع تغييرها، ولا يمكن أن توجد حياة إنسانية معفاة من الألم، ولكن يمكن الاختلاف في كيفية الاستجابة لذلك النوع من المعاناة، والمعاناة كما حددها فرانكل: حين يجد شخص نفسه في موقف لا مفر منه وعليه أن يواجهه قدراً لا يمكن تغييره (فرانكل، ١٩٨٢، ١٤٩).

وهنا يؤكد جاكيسون أن الأزمات الوجودية يمكن النظر إليها على أنها عامل مساعد في التطور الشخصي ويعتقد أن مبادئ العلاج النفسي الوجودي يمكن أن تحول فهم الفرد للأزمات من مشكلة إلى إنجاز، ويرى جاكيسون أننا على الرغم من أننا عاجزون في أغلب الأحيان عن تجنب الأزمات الوجودية إلا أننا قادرون على التحكم في طريق استجابتنا لها، وهذا ينسجم تماماً مع ما قاله فرانكل: "إن البشر يستطيعون إيجاد المعاني في الخيبات على ما يبدو من خلال تحويلها إلى فرص تنموية" (Smith, 2012, 3:5).

ويعتقد أدلر أن الإنسان يعيش في ثلاثة ظروف اضطرارية رئيسة وهي ظروف وظيفية واجتماعية وجنسية، وهي تشكل مشكلات أساسية للإنسان وردود أفعال الإنسان اتجاه هذه المشكلات هي التي تكشف طبيعة فهمه الشخصي لمعنى الحياة "(آدلر، ١٩٣١، ٢٣:٢١).

ويقول تورنير (Tournier, 1965, 143) إنه لا توجد حياة معفاة من الألم والمعاناة وإنه لا توجد حياة لا تعاني من الصدمات العاطفية أو الظلم والعوائق والحوادث وخيبات الأمل والصعوبات المادية والمصائب والشيخوخة والقلق على الأحباب .

ويرى فرانكل أن الحياة ديناميكية وتتطوي على كثير من المعاناة والذنب والموت، ويطلق فرانكل على هذه الحالات الثلاث مصطلح الثلاث المأساوي وعلى الإنسان أن يواجه هذا الثلاث المأساوي الأسود المفعم بالقلق والمشوب بالذنب من خلال تغيير مواقفه اتجاه الكيفية التي يعيش بها، إن هذه المواجهة هي ما يسميها فرانكل "التفاؤلية التراجيدية" Atragic Optimism وهي بقاء الإنسان متفائلاً على الرغم من كل هذه المظاهر المأساوية أي بقوله نعم للحياة رغم كل شيء (Frankl, 1992, 139).

ويشير الألم إلى وعينا بمعاناة الإنسان، ويشير الشعور بالذنب إلى وعينا بأننا غير معصومين، يشير الموت إلى وعينا بحتمية الانتقال من الحياة، وهذه الخبرات السلبية تجعلنا أكثر وعياً باحتياجاتنا للمعنى الروحي والطموح، والعصاب ناجم عن محاولاتنا لحجب أو إطفاء أو طمس حقيقة وجود الألم والشعور بالذنب والموت على إلها حقائق وجودية (Nandy, et, al, 2012, 2).

ويرى فرانكل (Frankl, 1992, 140) أن الإنسان يستطيع أن يواجه الثلاث المأساوي عن طريق:

- تحدي المعاناة وتحويلها إلى إنجاز وانتصار.
- اتخاذ الشعور بالذنب فرصة لتغيير الذات نحو الأفضل.
- تقبل الموت والإحساس بالمسؤولية.

ويمكن توضيح ذلك وفق الآتي:

١- تحدي المعاناة وتحويلها إلى إنجاز أو انتصار :

إن المعاناة لا مفر منها لإثبات الشجاعة والقوى الإبداعية الكامنة في مواجهة البؤس والمعاناة يمكن النظر إليها باعتبارها إشارة داخلية أو عنصر تحفيزي للبحث عن المعنى في حياة الإنسان ووفقاً لفرانكل فإن الإنسان يستطيع انتزاع المعنى من الحياة عن طريق تحويل المعاناة إلى انتصار للإنسان (Morgan, 2012, 72).

ويرى فرانكل إنه إذا قبلنا تحدي المعاناة بشجاعة كان للحياة معنى حتى اللحظة الأخيرة وتحتفظ الحياة بقوة بهذا المعنى حتى النهاية ، وبعبارة أخرى فإن معنى الحياة هو معنى مطلق غير مشروط لأنه يتضمن المعنى الكامن للمعاناة.(فرانكل، ١٩٨٢، ١٥٢).

إذاً فالمعاناة جزء متأصل من الحياة، وهي العنصر المشترك الذي يصاحب كل عملية تقريباً من عمليات النمو أو التغيير الذي يحدث في الحياة، وإن التخلص من المعاناة ليس شرطاً أساسياً للحياة المرضية وذات المعنى ، ويمكننا أن نميز بين ثلاثة أنواع من المعاناة وهي:

- أ- المعاناة المرافقة لمرض عضال مثل "مرض السرطان أو الإيدز" .
- ب- المعاناة المرافقة لتجربة مؤلمة عاطفياً "وفاة أحد أفراد الأسرة ، الطلاق".
- ت- معاناة الإنسان من الفراغ وخلو الحياة من الهدف (Andreasen, 1998, 62).

ولا يعني تحمل المعاناة أن نحبس الفرد في قفص ونعرضه للتعذيب، وعلى حد تعبير فرانكل (Frankl, 1992, 117): إن تحمل المعاناة عندما يكون لها معنى ولا يمكن تجنبها، ولو كان بإمكان الإنسان تجنب المعاناة نفسياً أو بيولوجياً ولا يتجنبها فإن ذلك يكون مازوشياً وليس بطولياً .

ويقدم فرانكل مثلاً على ذلك، ففي حالة مرض السرطان مثلاً إذا كان من الممكن علاجه عن طريق عملية جراحية، فلا يجوز أن يتحمل المريض قسوة المعاناة سيراً بها في طريق الآلام نحو خاتمة محتومة (فرانكل، ١٩٨٢، ١٥٠).

أي عند مواجهة الشخص لأي معاناة عليه الإجابة عن السؤال: لماذا أعاني؟ وعندما يسعى إلى إزالة تلك الأسباب التي تؤدي إلى معاناته، أما في الأحداث التي تنطوي على مواقف فكرة تقبل الموت هي فكرة متغيرة من فرد لآخر وحتى عند الفرد الواحد هي متغيرة باختلاف ظروفه ومرحلته العمرية فكل فرد حالة خاصة لا يمكن تعميمها على الأفراد الآخرين .

إن لكل فرد فرصته الفريدة في اكتشاف معنى شديد الخصوصية لحياته، فقد يستطيع اكتشاف المعنى من خلال إنجاز شخصي وإبداعي أو خبرة يندمج فيها مع قيم الحق والخير والجمال

والطبيعة والثقافة أو حتى في مكابدة الألم والمعاناة التي لا يمكن تفاديها، فقد يكون الإنسان صاحب عمل مبدع ومتميز بحيث يصبح عمله مصدر لمعنى حياته، وقد يكون محباً عاشقاً .

٢- اتخاذ الشعور بالذنب فرصة لتغيير الذات:

يمثل الشعور بالذنب أحد الجوانب الثلاثة في الثلاث المأساوي، وكما هو الحال بالنسبة للمعاناة، فإن الشعور بالذنب يعد أيضاً من السمات والخصائص الأساسية للحياة والوجود الإنساني ولا يوجد فرد خال منه، فالذنب هو قلق أخلاقي الطابع حيث يشعر فيه الإنسان بالذنب تجاه أوجه القصور في ذاته، ويدين ذاته لأنه لم يستغل على النحو الأكمل العديد من الفرص التي سنحت له لتحقيق إمكاناته ويرقى بكيونته، فالذنب إحساس بالنقص الذي لا يبرره ضعف إمكانات الإنسان، وذلك عندما يكون الإنسان على وعي بحقيقة إمكاناته والمستوى الذي يؤهله للوصول إليه، ومع ذلك يفشل في تحقيق الاستغلال الأمثل لهذه الإمكانيات (Faller, 2000, 114).

وهنا يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من الشعور بالذنب هي: الشعور بالذنب التخيلي *Fantasy guilt* فالفتاة الصغيرة تشعر بالذنب وتؤنب نفسها لعدم كونها ذكراً وذلك عندما تسمع والدتها تقول لصديقتها: عندما جاءت هذه البنت كنت فعلاً أود أن تكون ذكراً، وهناك الشعور بالذنب الواقعي *Situation guilt* فالشخص الذي يأتهم ويتجاوز بعض تحذيرات القانون بطريقة غير متعمدة، يشعر بالذنب عند اكتشاف ذلك فيما بعد، أما النوع الثالث فهو الشعور بالذنب الحقيقي *Real or true guilt* وهو الفشل الحقيقي في تحقيق معيار موثوق به وشرعي للسلوك، وفي هذه الحالة يكون الشعور بالذنب نتيجة للشعور بأن بعض الرغبات والأفعال خطأ بسبب الصراعات مع الأهداف الرئيسية للذات (محمد ومعوّض، ٢٠١٢، ٨٠)، فالإنسان مسؤول عن انتهاك الفرص لتحقيق الإمكانيات وتحقيق القيم سواء أكانت ابتكارية أو خبراتية أو اتجاهية، وبعبارة أخرى: إن الإنسان مسؤول عما يفعله، وعما يحب، وكيف يعاني، فإذا حقق قيمة أو معنى فقد حققه مرة وللأبد (Mendez & Mendez, 2003, 19).

وترى الباحثة أن من لديه الشعور بالذنب هو شخص يتقبل مسؤوليته عما يصدر عنه من أفعال، ولكن في الوقت الذي يجب أن يشعر فيه الشخص بالمسؤولية قبل إقدامه على أي فعل، إذ يفكر بنتائجه فإن من يشعر بالذنب يشعر بالمسؤولية لكن بعد فوات الآوان.

٣- تقبل الموت والإحساس بالمسؤولية :

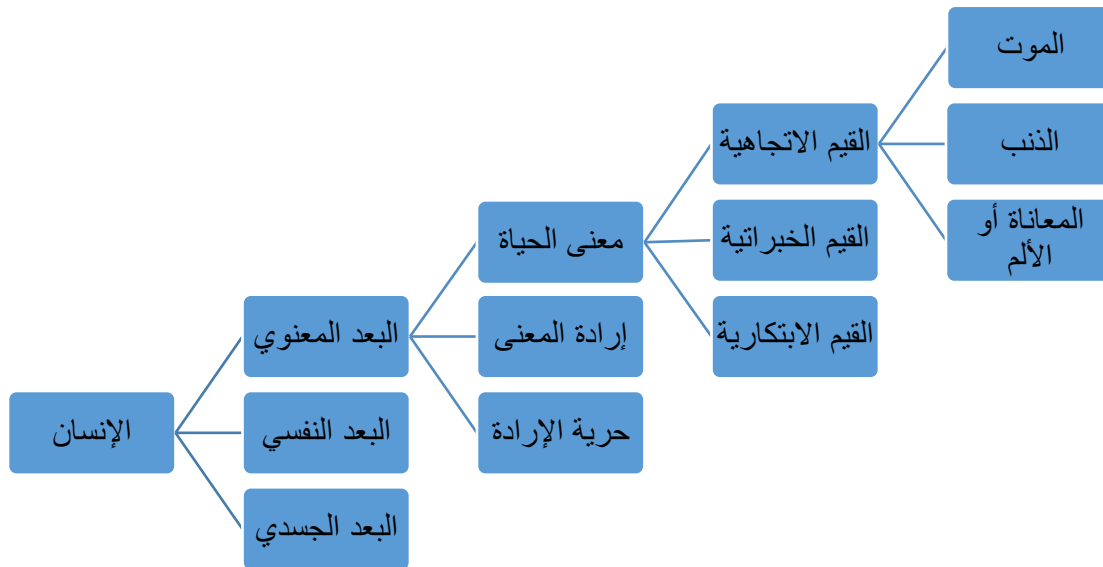
إن الموت مصدر من مصادر الشعور بالألم والمعاناة، ويثير لدينا نوعاً من القلق والتوتر باعتبار الموت نهاية الأنا وزوالها، ولكن على الرغم من هذا الجانب المظلم للموت إلا أنه هو الذي يخلع على حياتنا معنى، إذ يدرك الإنسان بالموت أن الفرص قليلاً ما تعوض وأن الماضي لا يقبل الإعادة، وأن الحياة لا تحتل التأخير أو التأجيل، ولو كانت الحياة أمامه لامتناهية لما كان يوجد ما يدعو إلى التعجل بعمل ما يريد الإنسان، فما لا يستطيع عمله اليوم يمكن عمله غداً أو بعد غد أو بعد ملايين السنين.

إن حياتنا أشبه ما تكون بإناء مرن غير مكتمل نظل نحوره ونعدله ونغير من شكله حتى آخر لحظة من لحظات حياتنا فإذا ما دهمنا الموت أصبح في وسع الآخرين أن يتحدثوا عن صورة ذلك الإناء أو قيمة تلك الحياة أو معنى ذلك الوجود الفردي (إبراهيم، ١٩٧١، ١٨٧).

ويرى فرانكل أن الإنسان يولد بشكل فريد ويموت بشكل فريد وحياته لن تتكرر، وهذا يحمل الفرد مسؤولية خاصة اتجاه كل لحظة في حياته والاستفادة من كل الفرص الممكنة وكل الإمكانيات المتاحة لديه (Melvin & Ellor, 2000, 11)، وكل ما يقوم به الإنسان من أفعال، وكل ما يحققه من معانٍ لن تضيع ولن تهدر بل سوف تحفظ وتخزن في الماضي، وبحسب تعبير فرانكل (١٩٨٢، ١٥٩) فإن هناك من الخيارات ما يصير حقيقة إلى الأبد، كأثر قدم أبدي على رمال الزمان، فينبغي أن يقرر الإنسان في كل لحظه، ما سيتركه من أثر لوجوده وذكريات حياته سواء أكانت آثاراً حسنة أم سيئة وذكريات عطرة أو عكس ذلك، وقد أشارت دراسة روبابورت وآخرين Roppaport, et, al (١٩٩٣) إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية ودالة بين قلق الموت وأهداف الحياة، وترتبط أهداف الحياة ارتباطاً موجباً بالقدرة على التخطيط والتنظيم المستقبلي للوقت.

وترى الباحثة أن الإنسان يقع في الخطأ إذا أدرك الموت على أنه نهاية سلبية أو يلغي كل قيمة حققها الإنسان في حياته، بل على الإنسان أن يدرك الموت من الناحية الإيجابية كمحفز ودافع نحو الحياة للعيش بخلوها ومرها لأنها تنطوي على فرص لن تتكرر ثانية، وهذا يعطي لحياته قيمة في كل لحظة يعيشها لأنها لن تعود ثانية، وعلى جانب آخر ترتبط فكرة تقبل الموت ارتباطاً مباشراً بأهداف الفرد ومخططاته المستقبلية وإدراكه وإمكانية تحقيقها في المستقبل، ولذلك تتضمن معاناة قدرية ولا يمكن التحكم بأسبابها فعندها يجب على الإنسان أن يسأل نفسه: كيف يمكنني أو أواجه معاناتي بالطريقة المثلى؟، ويوضح الشكل الآتي رقم (١) مفهوم فرانكل عن الإنسان:

الشكل رقم (١) مفهوم فرانكل Frankl عن الإنسان



٣- الفراغ الوجودي والإحباط الوجودي:

هو الشكوى الشائعة للمرضى في هذه الأيام هي أن حياتهم ليس لها معنى، فهم تنقصهم المعرفة أو الوعي، إنهم كثيرون التألم من خبرة الفراغ الداخلي أو الفراغ في داخل نفوسهم (باترسون، ١٩٩٠، ٤٦٤)، وقد أطلق فرانكل على هذه الحالة التي يعاني منها بعض الأشخاص اسم الفراغ الوجودي The existential vacuum الذي يعرفه فرانكل بأنه: "خبرة افتقاد كلي للمعنى الوجودي في الوجود الشخصي للفرد" (Frankl, 1967, 73).

إن الإنسان قد يتعرض للفشل في إيجاد المعنى في الحياة أو قد تنهار القيمة الكبرى في نظام القيم الهرمي، وفي الحالتين وكنتيجة لذلك تتشكل حالة لدى الفرد تسمى الإحباط الوجودي، وقد تستمر هذه الحالة لفترة معينة وتتحول بعد ذلك إلى حالة من الفراغ الوجودي، ويتولد عن ذلك حالة من القلق والتوتر يطلق عليها فرانكل مصطلح قلق اللامعنى وهو قلق سلبي.

وعلى حد تعبير فرانكل (١٩٨٢، ١٣٨) فإن الإحباط الوجودي ليس في حد ذاته ظاهرة مرضية ولا هو عرض ذو أصل مرضي، ويعوض الفرد أحياناً بصورة غير مباشرة عن الإحباط الوجودي بوجود الرغبة في القوة، وفي حالات أخرى تحل الرغبة في المتعة محل إحباط الرغبة في المعنى، وهذا يوضح لماذا يؤدي الإحباط الوجودي إلى تعويض مادي حسي، يظهر في الاستمتاع بالأكل أو الجنس، أو المقتنيات المادية اللافتة للانتباه، كبناء المساكن الفاخرة واقتناء الملابس الأنيقة والسيارات الثمينة جداً (باترسون، ١٩٩٠، ٤٦٤)، ويتجلى الفراغ الوجودي في الشعور بالملل واليأس واللامبالاة، وأن الحياة سخيصة وفارغة وإنها كالسجن وغير سعيدة ولا روح فيها وليس لها أي قيمة (Pattakos, 2010, 193).

وأشار فرانكل (١٩٦٧) أن الشعور بالفراغ الوجودي منتشر على نطاق واسع خاصة في أوساط الشباب، ووفقاً لمراقبة من قبل فرانكل فإن خمسة وعشرين في المئة من طلابه في أوروبا وستين في المئة من طلابه في أمريكا أكدوا وجود هذه الحالة لديهم (Frankl, 1984, 122).

فالفراغ هنا هو فراغ من المعنى وليس فراغاً من المشاغل والأعمال، وقد توقع فرانكل أن تتفاقم مشكلة الفراغ الوجودي بدرجة خطيرة على مر الأيام نتيجة التقدم الآلي والتكنولوجي الذي يطرح فائضاً وقتياً رهيباً في حياة الإنسان (ماي ويالوم، ١٩٩٩، ٣٨).

إن مشاعر فقدان المعنى تؤثر سلباً في حياة الإنسان وعلى صحته النفسية والجسمية وأنماط الشخصية، إذ تؤدي به في كثير من الأحيان إلى الاكتئاب أو إلى الإدمان على الكحول أو المخدرات أو إلى أمراض جسمية مختلفة أو إلى إيذاء النفس أو الآخرين أو إلى الانتحار (Gallant, 2001, 23)، فوجود حالة من الفراغ الوجودي عند الفرد تدفعه إلى التفكير بالانتحار سواءً في مرحلة الشباب أم في مرحلة الشيخوخة، ويعد انخفاض المعاني في حياة الفرد مؤشراً على وجود الاضطرابات النفسية عند الفرد وشعوره بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب واليأس والملل.

ويرى فرانكل أن الفرد الذي لا يستطيع ملء هذا الخواء النفسي سوف يدفع ثمن ذلك في شكل أعراض نفسية مثل الشذوذ والإدمان والعدوان، وهذا ما يسمى بالثالث العصابي الأسود وقد يصلون إلى الاكتئاب والعصاب (Frankl, 1962, 97).

وقد أشار بالوم (balom, 1980, 31) إلى أن الفراغ الوجودي يؤدي إلى صحة نفسية منخفضة وأن الشعور المنخفض بالمعنى والهدف بالحياة يؤدي إلى الاكتئاب وإلى حالات نفسية سيئة عند الأفراد، وهذه الحالات غالباً تزيد عند هؤلاء الذين يشعرون بالإحباط والاستسلام.

والفراغ الوجودي شبيه بالاكتئاب من حيث أن الشخص تتملكه مشاعر بأن الحياة عبث ولا قيمة لها، وفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله، فمن الناحية الوجدانية يكون الشعور الغالب هو الإحساس بالملل والفراغ ومشاعر الاكتئاب المتقطع، ومن الناحية الفكرية فإن الشخص يصبح غير مكترث للقيام بأي نشاط (محمد، ٢٠٠٦، ٣١).

ويتولد من الفراغ الوجودي قلق اللامعنى وترى جوليان روفين Ruggin أن هناك ثلاث استجابات اختيارية للقلق المتولد عن افتقاد المعنى وهي :

- ١- الانكماش إلى الوراء ومحاولة تجنب القلق (كالنعامة التي تضع رأسها في الرمل).
- ٢- الإحساس باليأس والسخر أو هدم الذات كأسلوب في الحياة .
- ٣- الشجاعة لإزالة قلق اللامعنى وتكون بإحساس الإنسان بالمسؤولية ومواصلته البحث عن معنى حياته.

وترى الباحثة أنه لتفادي الوقوع في خبرة الفراغ الوجودي علينا إيجاد معانٍ عديدة والعيش في كنفها كلها حتى إذا انهارت إحداها بشكل وجود غيرها مانعاً بقي الفرد من الفراغ الوجودي، ولكن إذا وجد الفراغ الوجودي عند الفرد فإنه سوف يؤدي إلى الاكتئاب والقلق واليأس والإدمان والوحدة النفسية والأفكار الانتحارية وتضخيم رؤية الفرد لمعاناته وعدم استطاعته تحملها ويختلف الأفراد الذين لديهم الفراغ الوجودي فمنهم من لا يدرك خلو حياته من المعنى ولا يعلم سبب شقائه، ومنهم من يدرك ذلك ولكنه لا يستطيع التخلص من مشكلته من دون مساعدة أفراد مختصين وهنا يأتي دور المعالج النفسي في مساعدة الفرد على إيجاد معنى لحياته .

٤- بحث الإنسان عن المعنى:

إن بحث الإنسان عن معنى حياته يعكس حاجة أولية متأصلة لديه، والإنسان عن طريق الكشف والتركيز يتوصل إلى مجموعة من القيم الأساسية التي تشكل مجتمعة منهجيته في الحياة انطلاقاً من قاعدتي الحرية والمسؤولية، وهو في بحثه أمام خيارين إما النجاح وإما الفشل.

وقد قسم فرانكل الأشخاص من خلال بحثهم عن المعنى إلى مجموعتين هما :

١. الأشخاص الذين لا يزالون يبحثون عن المعنى:

وقد وصفتهم لوكاس (Lukas, 1986, 4) من خلال مصطلح "أشخاص في ارتباك" فهم أشخاص يبدو كل شيء بالنسبة إليهم سلبي وقابل للتساؤل وهو يبحثون عن هدف يناضلون من أجله أو فكرة ليؤمنوا بها ويعيشون في فراغ رهيب، وقد أطلق فرانكل على هذه الحالة مصطلح الفراغ الوجودي، وإذا انحصر البحث عن المعنى في دائرة ثابتة من الحيرة والارتباط فإن العصابية والاكتئابية هي النتيجة المحتملة.

٢. الأشخاص الذين وجدوا المعنى في حياتهم من خلال نظام القيم الشخصية لديهم

وقد قسمهم كراتشوفيل إلى مجموعتين وهما: (أ) أشخاص وجدوا معنى حياتهم من خلال نظام القيم الهرمي. (ب) أشخاص وجدوا معنى حياتهم من خلال نظام القيم المتوازي، وقد وصف كراتشوفيل الأشخاص الذين وجدوا معنى لحياتهم من خلال نظام القيم المتوازي أنهم يمتلكون قيماً متعددة ومتساوية في القوة في حياتهم وجميعها مشبعة بالمعنى لديهم ومثال لذلك الفرد الذي يجد معنى حياته في عمله وعائلته وهو يستمتع أيضاً بممارسة هواياته، أما الأشخاص الذين وجدوا معنى لحياتهم من خلال نظام القيم الهرمي فإن لديهم قيمة كبرى واحدة وبقية القيم تأخذ مراتب دنيا وبعيدة، ومثال ذلك الشخص الذي يجد معنى حياته في عمله فقط.

إن الأشخاص في المجموعتين السابقتين ممن وجدوا معنى في حياتهم هم سعداء ولديهم شعور بالمعنى ولا يعانون أبداً من أي فراغ داخلي، ويرى كراتشوفيل أن الأشخاص ذوي نظام القيم المتوازي هم أكثر صحة وتوازناً من الأشخاص الذين يتبعون نظام القيم الهرمي

إن ضعف أو انعدام قدرة الفرد على إيجاد القيم أو الإيمان بها التي نستمد منها معاني حياتنا سوف يدفع الفرد للعيش دائماً في حالة من الألم الوجودي بسبب معرفته بأنه فارغ وبلا هدف دون أن تكون لديه القدرة على أن يتولى بنفسه زمام حياته الخاصة، وكونه تلقى هبة الحياة التي لا تقدر بثمن، فإنه يبذل وجوده في مطاردة السرابات والأوهام ويبحث باستمرار في الخارج عما يكمن فعلاً في أعماق كينونته، ويضيع فرصته الثمينة في النمو الشخصي نحو مستويات أعلى من الكمال الأخلاقي والروحي (باينس، ٢٠٠٢، ١٠٩).

يرى موسى (٢٠١٣، ١٥٩) أن القيم ضمن المنظور الوجودي غير مطلقة وغير محددة بمعايير اجتماعية والقيم التي تمثل أهمية لكل إنسان "نسبية" تتوقف على الظروف وتحدد بالاختيار الحر للفرد فهي مسألة شخصية فردية بحتة، والإنسان يتعرف قيمة من القيم في أثناء ممارسته حريته التي هي أساس القيم، فالفرد هو المسؤول الأول عن اختيار القيم التي يتبعها في حياته، وإنه ليس مسؤولاً عن صنع نفسه وحسب، بل أنه مسؤول عن صنع عالمه كذلك، فكل ما يحدث للإنسان إنما يحدث بسببه.

فالوجودية ترى أن إيجاد معنى للحياة ضرورة للإنسان لا غنى عنها فالمعنى هو مخطط وإطار نستمد منه نظاماً هرمياً للقيم التي تمدنا ببرنامج نسلكه في الحياة فالقيم لا نخبرنا فقط لماذا نعيش بل وكيف نعيش، ويرى فرانكل أن المصدر الحقيقي للمعاني يأتي من خلال المثل العليا والقيم الإنسانية،

فتحقيق الذات عند فرانكل يتم بناءً على مجموعة القيم التي يتبعها الفرد والتي تعطي اتجاهًا لحياته (Frankl, 1963, 50).

وبالتحليل النهائي لهذه الافتراضات يمكننا أن نتوصل إلى أن المعنى الوجودي شخصي فلكل إنسان معنى مرتبط ومختلف عن معاني الأشخاص الآخرين لاختلاف ظروفهم وخصائصهم والإنسان في وجوده لا يخترع أو يخلق المعاني بل يكتشفها بوساطة الضمير باعتباره الموجه والضابط في بحثه عن المعاني، وإن سعى الإنسان في بحثه عن المعنى فلا بد من إثارة نوع التوتر الإيجابي (القلق الوجودي) وهو ما أنجزه الفرد الآن وما يجب عليه إنجازه، وباعتبار أن الإنسان حر فيما يشير عليه ضميره إلا أنه مسؤول أيضاً في استخدام هذه الحرية في توظيف إرادته وقدراته في تحقيق ذاته وخدمة المجتمع والعالم، وبالقدر الذي يتسامى الفرد فوق ذاته و يشعر بمعنى وجوده في هذه الحياة، وقد يكون المعنى كامناً داخل الفرد في الموقف الحالي وقد يكون ضمن أهداف وغايات مستقبلية، ولكن معنى الحياة لن يأتي للإنسان على طبق من ذهب فقد يعيش الإنسان سنين عدة لا يدرك معنى وجوده ولا يشعر به، ولكن الإنسان هو من يسعى إلى اكتشاف معنى حياته.

ثالثاً: أهداف العلاج بالمعنى :

بناءً على ما سبق فإن هذا الأسلوب العلاجي يسعى إلى تحقيق الأهداف الآتية :

- ١- إثارة إرادة المعنى والتركيز على الخبرات الواعية Conscious experiences وتنمية مستويات مرتفعة من الشعور بالوعي.
- ٢- مساعدة المتعالج على توسيع وإدراك مجال رؤيته، فيما يتعلق بالإمكانات التي يمتلكها لتحقيق اختياراته ذات المعنى في الحياة (محمد ومعوذ، ٢٠١٢، ٥٠).
- ٣- مساعدة المريض على أن يكتشف معنى حياته وإيجاد المعاني الايجابية، وبقدر ما يجعل العلاج بالمعنى الفرد واعياً بالمعنى الكامن hidden logos فإن هذا العلاج يعد عملية تحليله ، وفي ذلك يشبه العلاج بالمعنى التحليل النفسي، إلا أنه يجعل الشيء شعورياً مرة ثانية ، بعد أن كان لا شعورياً بحيث لا يقصر نشاطه على الحقائق الغريزية داخل اللاشعور عند الفرد، وإنما يهتم أيضاً بالحقائق المعنوية الروحية مثل تحقيق إمكانات المعنى Potential meaning لوجوده وإرادة المعنى عنده (Frankl, 1978, 114).
- ٤- تمكين الفرد من الشعور بقدرته على التحكم والسيطرة على أي موقف اضطراري يتواجد فيه كي يحقق النجاح والانجاز (Thompson, 2003,102) .
- ٥- تمكين الفرد من أن يواجه بخبرته الحية وبوعي كامل الواقع الذي يعيش فيه ويكرس نفسه لإيجاد المعنى من وجوده والهدف من حياته (frankl, 1986, 17).
- ٦- مساعدة المتعالج في أن يحقق القيم (الابتكارية- الاتجاهية- الخبراتية) ويقلل الصراع وقد لا يؤدي هذا التحقيق بالضرورة إلى اللذة والسعادة والراحة ، لكن تصبح حياته ذات هدف ومعنى .

- ٧- فهم الإنسان ذاته، تفسير وجوده، ويعبر فرانكل عن ذلك قائلاً: إن المتعمق في أهداف العلاج بالمعنى يجد أنه يستهدف إعادة توجيه موقف المتعالج حيال مرضه وألمه ومعاناته وأزماته " ويضاف فرانكل موضحاً أن العلاج بالمعنى يساعد المرضى على مواجهة رغباتهم الممنوعة ، ويساعدهم على أن يكون لديهم أنا عليها أكثر سماحة وأقل صرامة، فالتعامل في العلاج بالمعنى يكون مع المبادئ والقيم والمعايير وكيفية اكتشاف الجديد والمناسب منها، والذي يكون أقل عقابية وتزمتاً وإيلاًماً (Lukas & Hirsch, 2002, 41).
- ٨- مساعدة الفرد على مواجهة مشكلاته المعنوية مثل المشكلات التي تتعلق بمعنى الحياة ومعنى الموت والألم والعمل والحب، والتي تؤدي إلى الإحباط الوجودي وخواء المعنى أي الفراغ الوجودي (باترسون، ١٩٩٠، ٤٨٧).
- ٩- توجيه انتباه الفرد نحو الشعور بالمسؤولية تجاه نفسه وتجاه الآخرين وتجاه كل الظروف والأحداث التي تواجه الإنسان ، إذ إن شعور الفرد بمسؤوليته هو جوهر وأساس وجود المعنى في حياة الأفراد فالشعور بالمسؤولية هو الذي ينتج الفرصة لاكتشاف المعنى الحقيقي من حياته، وكذلك تنظيم تلك المهام والخطوات التي تصل به إلى المعنى (Greertstein&Breibart, 2000, 496).
- ١٠- مساعدة المتعالج على التوجه نحو المستقبل، إذ هو مفتاح المعنى الأصلي والهدف الحقيقي في الاعتقاد بهدف الحياة ذاتها، وهو أيضاً نقطة الانطلاق نحو تصور أوضح يساعد على استخلاص المعاني فاستمرارية الحياة هو أمل المستقبل، من دون الإيمان بالمستقبل فإن الإنسان قد يستسلم ولا يعود راغباً في الحياة (Frankl, 1978, 4).

رابعاً: خطوات العلاج بالمعنى:

- يعتمد العلاج بالمعنى على مخاطبة العقل، على اعتبار أن العقل قوة بشرية توضع مقابل الانفعال والعاطفة ويقوم العلاج بالمعنى على الخطوات الآتية:
- جعل المتعالج يدرك أنه ليس ضحية الظروف، قد تكون لديه أعراض، لكنه هو المسؤول عنها.
 - محاولة مساعدة المتعالج في العثور على معنى لحياته من خلال تبصيره بمجموعة من المعاني التي يفتقر إليها، وكانت سبباً في اضطرابه.
 - تعويد المريض على تحمل المعاناة وتقبلها.
 - توظيف الإرادة وتحمل المسؤولية.
 - جعل المتعالج مستقلاً عن المعالج عن طريق مساعدته على توجيه قدرته على توجيه ذاته.
 - اتخاذ القرار والمشاركة فيه .

فالمعالج لديه مهمة مزدوجة؛ فمن ناحية عليه أن يهتم بتفرد وتميز كل شخص يتعامل معه، ومن ناحية ثانية عليه أن يهتم بتفرد وتميز مواقف الحياة لدى هذا الشخص الذي يتعامل معه،

فإن اختيار طريقة العلاج لا يتوقف على تفرد المتعالج فحسب ولكن يتوقف أيضاً على شخصية المتعالج، ويمكن تشبيه ذلك بالمعادلة الآتية:

الطريقة العلاجية = تفرد المتعالج + شخصية المتعالج (عبد الله، ٢٠١٠، ٢٧٥)

والعلاج بالمعنى يعتمد على النصيح، التسامح، التوجيه، المواجهة، الصبر، الشجاعة، التأمل، الوعي بالمسؤولية، التسامي بالذات، الفكاهة، تحدي المواقف، إرادة المعنى مقابل اليأس، والأداة الرئيسية هي الحوار السقراطي إذ يتحاور المتعالج والمتعالج معاً لمحاولة العثور على معنى للحياة.

خامساً: دور المتعالج في العلاج بالمعنى:

يرى المتعالج بالعلاج بالمعنى بأن كل شخص مضطرب هو مسؤول عما يحل به من معاناة، ولا يدخر وسعاً في تنبيه العميل إلى هذه الحقيقة، فليست الجينات السيئة ولا الحظ العاثر هو الذي جعل الشخص المضطرب منبوذاً ينفذ عنه الآخرون ويهملونه، ولن يكون هناك أمل في التغيير ما لم يدرك الأشخاص المضطربون أنهم مسؤولون عن اضطراباتهم الخاصة، وبما أن هدف العلاج بالمعنى هو مساعدة الشخص على اكتشاف المعنى الموجود بالفعل لدى المتعالج وليس "خلقه" لذا فإن مهمة المتعالج هي أن يشير إلى الطريق نحو معنى الحياة، وانطلاقاً من ذلك يجب على المتعالج:

- أن يحفز في الإنسان إرادة المعنى، لأن أغلب الأشخاص المضطربين يعانون من افتقار حياتهم إلى المعنى
- أن يقف على طرق الشخص المضطرب في تجنب المسؤولية، ويضع يده على شواهد تنصله ويبصره بها فهو لاء الأشخاص يعرفون ما يجب أن يفعلوه، وما يليق بهم أن يفعلوه.
- أن يحفز الأشخاص على أن يتخذوا القرارات، وأن يقدم لهم العون في ذلك، والقاعدة العامة بصدد اتخاذ القرار هي أن مهمة المتعالج ليس خلق القرار بل (تخليصه) فهو لا يصنع للشخص قراره نيابة عنه، بل يزيل العوائق التي تعيق المريض عن اتخاذ القرار.
- لا يعتمد على استئصال القلق، فالحياة لا يمكن أن تعاش بلا قلق، إن مهمة المتعالج هي أن يخفف القلق إلى مستويات محتملة لكي يوظفه ويستخدمه استخداماً بناءً.

كذلك بالنسبة للمعنى في حياة الإنسان، فكلما التمسنا الإشباع الذاتي عن عمد وقصد أفلت منا، ولكن كلما حققنا معنى يتجاوز ذاتنا حققنا السعادة عن رضى وطيب خاطر، ويرى فرانكل أن بعض الأفراد يجب أن نحثهم على أن يصرفوا نظرهم عن أنفسهم، وهو ما يسميه فرانكل خفض التفكير.

سادساً: فنيات العلاج بالمعنى Techniques of Logotherapy :

قدم العلاج بالمعنى مجموعة من الفنيات التي صممت خصيصاً لمواجهة الأزمات الوجودية التي يعاني منها الإنسان خلال مسيرة حياته ويمكن إجمالها على النحو الآتي :

١- القصد المتناقض Paradoxical intention:

تعني هذ الفنية تشجيع المتعالج على أن يفعل ويرغب في حدوث الأشياء التي يخافها (Fabry&perry, 2014, 72).

وقد أوضح فرانكل (٢٠٠٤، ١٢٩) أنه ولكي ندرك ونفهم فنية القصد العكسي لا بد أن نضع في اعتبارنا ميكانيزم القلق التوقعي Anticipatory Anxiety ويعني أن المريض يستجيب لحدث ما يتوقع يملؤه الخوف من أن يتكرر، وبذلك يميل الخوف إلى إحداث الشيء المخيف بالذات، وهذه هي الطريقة التي يعمل بها القلق التوقعي فتنشأ بذلك حلقة مفرغة، فالعرض يستنهض فوبيا ، والفوبيا تستثير العرض ، وتكرار حدوث العرض يعزز الفوبيا.

وقد ذكر كل من لوكاسوهيرش (Lukas & Hirsch, 2002, 342) أنه في هذه العملية يتعلم المتعالج كيفية مواجهة موقف مثير للقلق ، حيث تستخدم بعض العبارات بطريقة فكاهية للمبالغة في عواقب الخوف، فالتركيز على هذه المواقف الهزلية أو المضحكة المبالغ فيها غالباً تنجح في تخفيف القلق التوقعي ومشاعر الخوف التي يتم استبدالها برغبة عكسية -Paradoxical-Wish، وقد قام فرانكل بتطوير هذه الفنية بناء على ما أسماه بالقدرة على التحرر الذاتي أو الاستقلال بالذات self-detachment التي تشير إلى قدرة الإنسان على المباعدة بين ذاته وبين مشكلاته ومخاوفه بشكل عكسي، فإذا قصد مواجهة مخاوفه أو الاقتراب منها، فلا يلبث أن يكتشف أنها ليست بمخاوف تستحق ما كانت تسبب له من آلام ومعاناة، ويتم التركيز في هذه الفنية على أن يكتسب الإنسان الشجاعة، وأن يستعيد الثقة بنفسه، فيستدخل هذه الفنية إلى ذاته، ويستخدمها بنفسه من دون الاعتماد على الآخرين (Fabry& perry, 2014, 87).

إن فعالية القصد العكسي، بوصفه فنية علاجية تأتي من خلال :

- أ- إن المتعالج يستخدم من خلال تطبيق القصد العكسي حريته الداخلية حيث يستبدل الخوف بالرغبة وبذلك يحرر ذاته من أعراضه المزعجة بفضل اتخاذه موقفاً فكاهياً نحوها ، فحرية الإرادة هذه تعزز مسؤولية المريض في نجاح عملية العلاج وتخفف من اعتماده على المعالج .
- ب- إن المتعالج بفضل تطبيق القصد العكسي عليه تزداد ثقته بذاته وبقدرته على التحكم بالأعراض التي تزعجه إذ إنه أصبح يشعر في ظل تطبيق هذه الفنية بأنه هو سيد العرض بدلاً من أن يكون العرض سيده .

يمكن استخدام هذه الفنية مع العديد من الحالات المرضية منها الفوبيا Phobic إذ إن مريض الفوبيا يتجنب باستمرار المواقف التي تزيد فيها مخاوفه، حيث يعبر المريض عن الخوف من الخوف، فهو يخاف فعلاً من النتائج المحتملة للخوف، كأن يفقد الوعي أو يصاب بذبحة صدرية، وباستخدام هذه الفنية فإن الفرد يواجه الموقف الذي يبدأ بالخوف منه، ويمكن استخدامها أيضاً مع حالات الوسواس القهري Obsessive compulsive حيث يظهر مرضى الوسواس القهري

العصابي أيضاً الخوف، لكن الخوف هنا لا يكون من الخوف، كما في الفوبيا، وإنما خوف من أنفسهم وتكون استجاباتهم هي القتال ضد الأفكار القهرية، والأفعال الحوادية لكن عن طريق هذه الفنية يتم تعليم المريض التوقف عن قتال أفكاره وأفعاله القهرية، عن طريق مواجهتها، ما يقلل ظهور الأعراض العصابية حتى تختفي في النهاية (Frankl, 1978, 117).

وتستخدم هذه الفنية أيضاً في علاج اضطرابات النوم، والخوف من الأرق الذي يتمحس عن فرط النية في أن يخلد الإنسان للنوم، وهذه النية المفرطة بدورها تجعل المريض غير قادر على النوم، للتغلب على ذلك الخوف وفقاً لهذه الفنية يتم نصح المريض بالألا يحاول أن ينام لكن عليه بالأحرى أن يحاول أن يفعل العكس أي أن يظل يقظاً لأطول فترة ممكنة، مما يؤدي إلى حلول النوم في الحال (فرانكل، ١٩٨٢، ١٦١).

كذلك استخدمت هذه الفنية في علاج حالات القلق الوجودي حيث أثبتت دراسة ويشان ومغامس (٢٠١٧) فاعليتها في علاج القلق الوجودي لدي عينة من المسنين.

٢-تشثيت التفكير DE- reflection:

تمثل هذه الفنية إحدى الفنيات المهمة للعلاج بالمعنى، وتركز على مبدأ: إن الاهتمام الزائد بالشئ كهدف يجعل هذا الهدف يخطئ، ويسمى فرانكل هذه الحالة الإفراط في التفكير Hyper intention والمتعالج في هذه الحالة يقع في دائرة مغلقة، وهي أن الإفراط في التفكير يؤدي إلى الافراط في القصد، والإفراط في القصد يؤدي إلى الإفراط في التفكير، الذي يؤدي إلى مشاكل عديدة (Frankl, 1978, 152).

ولذلك تهدف هذه الفنية إلى خفض إفراط التفكير في المشكلة عن طريق التحول من شئ ما ذاتياً يبدو كمشكلة إلى شئ ما أو هدف ذي معنى، أي يتم تحويل التفكير للتركيز على الجوانب الإيجابية، بمعنى أن الفرد لا ينشغل بمشكلاته كثيراً بل عليه أن يبتعد بفكرة بعيداً عنها، ويتجه بالتفكير إلى أشياء أخرى من الممكن أن تزيد معنى الحياة وأهميتها لديه، تقوى روح التحدي، وتبعث لديه الأمل في المستقبل (Smith, 2012, 3).

وتسعى هذه الفنية إلى تشثيت انتباه المتعالج حول الفكرة المثيرة للقلق، وحين يشثت انتباه الأفراد من مواطن ضعفهم إلى مواطن قوتهم فإنهم يذهبون إلى ما هو أبعد من احتياجات التمرکز حول الذات Centered Self-Needs (Henrion, 2002,42) وتقوم هذه الفنية على فكرة أن التلقائية والنشاط السوي يتعرضان للإعاقة إذا جعل الإنسان منها مفرطاً للاهتمام، وتستخدم في حالات التي تقترن فيها الأعراض العصابية بالملاحظة الفهرية للذات أو ما يسمى في العلاج بالمعنى بظاهرة الإمعان الفكري المفرط Hper-reflection (الضبع، ٢٠٠٦، ١٦)، وتستند هذه الفنية على قدرة الإنسان على فصل ذاته عن المواقف أي التحرر الذاتي self-detachment بمعنى أنه يستطيع اختيار موقفاً تجاه نفسه، وهذا يعني أن يتخذ موقفاً تجاه ظروفه ومحدداته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وعلى قدرة أخرى هي التسامي بالذات self-transcendence

أي توجه الانسان إلى شيء آخر غير ذاته سواء أكان هذا الشيء معنى يلزم تحقيقه أو كائنات إنسانية على المرء أن يقيم علاقات معها (Ras, 2000, 37).

وقد أثبتت فاعلية هذه الفنية في حالات الخلل الوظيفي الجنسي Sexual dysfunction والإدمان Addiction وهذه المشكلات تحدث بسبب الإفراط في ملاحظة الذات self-observation فاستخدام هذه الفنية يعلم المتعالج إبطال الإفراط في ملاحظة الذات، ويشجع المتعالج على استخدام مقدرة نسيان النفس، والتركيز على الآخرين ، مع ملاحظة أنه لا يمكننا أن نطلب من المتعالجين أن يمتنعوا عن التفكير في مشكلاتهم، ولكن نطلب منهم التفكير في شيء آخر أكثر إيجابية وموضوعية (Lukas & Hirsch, 2002, 343).

ويفرق جرتمان بين القصد العكسي وتشيتيت التفكير بأنه من خلال القصد العكسي فإن الفرد يوجه إلى المشاركة في الانفعال الصحيح Right passivity من خلال البعد Distancing عن الأعراض والسخرية منها، أمام خلال تشيتيت التفكير يوجه الفرد إلى المشاركة في النشاط الصحيح Right activity من خلال الانغماس (الغمر) في مهمة ذات معنى (محمد ومعوذ، ٢٠١٢، ١٠٢).

وقد حاولت دراسة الأزييرجاوي (٢٠١٢) المقارنة بين فاعلية كل من القصد العكسي وتشيتيت التفكير في خفض الإحباط الوجودي لدى طلبة المرحلة الإعدادية، وعلى الرغم من أن الفئتين كانتا فاعليتين في خفضه إلا أنه عند المقارنة بين الطريقتين ، كانت النتائج لصالح فنية القصد العكسي مقابل فنية تشيتيت التفكير .

٣- فنية القصة الرمزية Parable Method:

وضعت هذه الفنية جويس ترافل بي Joyce Travel bee عام ١٩٦٦ استناداً إلى مفاهيم وتصورات العلاج بالمعنى وهي عبارة عن أسلوب مصمم لمساعدة الأفراد الذين يعانون من عدم إمكانية الوصول إلى معنى، وفي هذا الأسلوب يتم ربط حالة المعاناة التي يمر بها المتعالج بقصة رمزية يتضح من خلالها أنه لا يوجد كائن إنساني لا يعاني بغض النظر عما يعاني، ولكن كل إنسان يشعر بالمعاناة في لحظات متفرقة من حياته (فرانكل، ٢٠٠٤، ١٤٨).

وتعد هذه الفنية حسب ما أوضحه أبو غزالة (٢٠٠٧، ١٧٨) وسيلة مفيدة مع بعض الأفراد حيث يروي المعالج قصة توضح معنى معيناً قد يصعب التعبير عنه مباشرةً، فعلى سبيل المثال يروي قصة توضح معنى ارتباط الحياة الإنسانية بالمعاناة، وهي قصة "حبوب الخردل" حيث ولدت الفتاة الهندية جوتا طفلاً، لكنه مرض ومات، فشعرت بالحزن والأسى، وحملت جثمانه وجابت به أنحاء المدينة فسخر الناس منها، فلجأت إلى أحد الحكماء والذي أخبرها أن الدواء الوحيد هو أن تحضر حفنة من حبوب الخردل من أي منزل بالمدينة لا يكون أحد من أهله قد مرض أو عانى أو مات، فجابت المدينة من بيت إلى بيت، إلا أنها لم تتجح في العثور على منزل لم يعان فيه أحد أو

يموت ، من هنا أدركت أن ابنها لم يكن الوحيد الذي مرض ومات ، وأنها لم تكن الوحيدة التي عانت، وأن المعاناة قانون سائد بين بني البشر (البقي، ٢٠١٤، ٧٩).

٤- الحوار السقراطي The Socratic Dialogue :

وهو أسلوب في العلاج بالمعنى يستخدم مع المتعالج من أجل استثارة المعنى لديه، وذلك بتوجيه أسئلة استفزازية في إطار حوار تساؤلي، ويعود أصلها إلى الفيلسوف اليوناني سقراط (Smith, 2012, 3).

وتساعد هذه الفنية المتعالج على اكتشاف نفسه، فهي تساعد ليصبح على وعي بالقوة الداخلية لديه وتوجهه نحو إيجاد المعنى الخاص بالحياة، وتمكنه من استعراض الخبرات الماضية والرؤى المستقبلية ويتم استخدام الحوار السقراطي في إطار العلاج بالمعنى مع المتعالجين في كل مراحل العلاج (Ras, 2000, 60).

ويستخدم المعالجون بالمعنى فنية الحوار السقراطي، لتعليم الأفراد كيفية سير حياتهم بواسطة أسئلة تقدم بطريقة حوارية تجعل الأشخاص يجدون استبصاراً جديداً نحو أعراضهم فيتم تعديل الاتجاهات الحالية وتنمية اتجاهات جديدة لاكتشاف المعنى في الحياة، ومن خلال الحوار السقراطي يتعلم الأشخاص أن يفصلوا أنفسهم عن الأعراض المرضية لديهم، وأنهم ليسوا ضحايا المرض، ولكن لديهم إرادة، ويمتلكون الاختيارات والبدائل المتاحة لتحديد المعنى (Asagba & Marshall, 2016, 44).

فبدلاً من الانعكاس المبالغ فيه على مواطن ضعف الشخص، ينشأ التسامح نحو الذات ونحو الآخرين الذي يحرر بدوره القوة المتحدية بداخل الإنسان للتغلب على فشل الماضي، وتصبح فنية طرح الأسئلة أكثر فاعلية وبطريقة تجعله يستطيع أن يكتشف القيم الشخصية ذات المعنى لديه، والوسائل التي يمكن بها أن تحقق هذه القيم.

ويبدأ الحوار السقراطي من خلال الأسئلة المتعلقة بخمسة معالم (أو أبعاد) للبحث في الجوانب التي تتضمن المعنى على الأرجح، ويمكن اكتشافه منها، وتتلخص في :

- أ- اكتشاف الذات: إذ يمكن تسهيل عملية اكتشاف وإيجاد المعنى من خلال المعرفة الدقيقة والصحيحة للذات (من أنت؟).
- ب- الاختيار: إذ إن توافر الخيارات أمام المتعالج يزيد من احتمالية توافر المعنى (ماذا تختار؟).
- ت- التفرد: غالباً ما يوجد المعنى في المواقف الفريدة، والتي لا يمكن لأحد أن يحل محل المتعالج فيها (لماذا هذا الاختيار؟).
- ث- المسؤولية: يوجد معنى حين تقبل المسؤولية في المواقف التي بها حرية الاختيار، وحينما يقبل الفرد المسؤولية في الأحداث غير القابلة للتغيير (هل تتحمل مسؤولية هذا الاختيار؟).

ج- التسامي بالذات: يمكن أن ينشأ المعنى حين يتجاوز الفرد حاجاته الخاصة ولا يكون أنانياً، ويتجه نحو حاجات الآخرين (هل ستكون أفضل من جراء هذا الاختيار؟).

على المعالج الانتباه لهذه الأبعاد خلال عملية استجواب من خلال الكلمات والعبارات ونبرة صوت المعالج (محمد ومعوذ، ٢٠١٢، ٩٦).

والأهداف العامة التي يمكن أن نحققها من خلال طرح الأسئلة في هذه الفنية هي :

- توضيح المشاكل وتحديدتها وتعريفها.
- المساعدة في تحديد الأفكار، والتخيلات والافتراضات.
- فحص معاني الأحداث لدى المريض.
- تقييم النتائج الناتجة عن الاحتفاظ بالأفكار والسلوكيات.

ويساعد الحوار السقراطي المريض في التوصل إلى الاستنتاج المنطقي القائم على الأسئلة المطروحة في أثناء الجلسات العلاجية، وعلى المعالج ألا يستخدم الأسئلة التي تربك المريض أو التي تقوده إلى نتائج سيئة أو الهجوم عليه، ويساعد الحوار السقراطي المعالج على فهم وجهة نظر المريض حول مشاكله ومناقشته فيها بحساسية، لمساعدته في النظر إلى الافتراضيات بموضوعية وحيادية. (Ras, 2000, 65).

ويؤكد فرانكل أنه ولكي تمتد السقراطية لتفكير المتعالج يتطلب ذلك من المعالج الاستماع الجيد وبغاية لظروف ومحيط تفكير المتعالج، وعلى المعالج فهم لحظات صمت المتعالج فقد تتضمن دلالات علاجية مهمة (Frankl, 1962, 26).

ويشير فان جار سيفلد (Van Jarsveld, 2004, 58) إلى أن الحوار السقراطي نوع من المواجهة مع المتعالج أكثر من كونها توجيهية أو فرضية، أي مواجهة المتعالج لمساعدته على اكتشاف المعنى المنفرد وإيجاده لديه أكثر من كونها خيارات تفرض عليه، والاستخدام الناجح للأسئلة السقراطية يأتي من الفهم الجيد لموقف المتعالج، حيث تصاغ هذه الأسئلة المفتوحة كاستجابة لموقف المتعالج، ويؤكد محمد ومعوذ (٢٠١٢، ٩٥) أن لنجاح الحوار السقراطي ينبغي أن يكون المتعالج في حالة من الاسترخاء للبعد عن الإثارة والتوتر والعصبية، فالخوف قد يقيد الوصول إلى المصادر الروحية للعميل، وعليه ففي مثل هذه الحالات على المعالج أن يستفيد من أساليب الاسترخاء قبل إجراء الفنية وحالما وضع المتعالج في الحالة المزاجية الصحيحة يبدأ الحوار.

٥- المسرحيات النفسية القائمة على المعنى (اللوجو دراما) Logo drama:

هي نوع من أساليب الإرشاد والعلاج الجماعي المتبع في العلاج بالمعنى، ويقوم على أساس تخيل الماضي من حياة المريض، بهدف تعزيز الإحساس بالمسؤولية نحو الوجود الشخصي، من خلال هذه الفنية يحكي كل شخص قصته مع الحياة، وعن طريق الحوار المتبادل بين مختلف المرضى والمعالجين يمكن اكتشاف المعنى بطريقة ارتجالية تلقائية (Ras, 2000, 71).

والخلفية النظرية وراء استخدام اللوجو دراما هو الحقيقة التي مؤداها: إن المعالجين لا يمكن أن يعطوا المعنى لمرضاهم، ولكن يمكنهم وصف المعنى، وأنهم في بعض الأحيان حين يستمعون جيداً للكلمات التي يتحدث بها المرضى، فإنه يمكن الاستدلال على جوانب معينة يمكن العثور على المعنى فيها والمهام التي يمكن أن تكون ذات معنى للمرضى، ولكنهم لا يستطيعون فرض أهمية المعنى أو فرض النظام الذي يجب على المرضى اتباعه ليعيشوا حياتهم (Stegar, Frazier, Oishi&Kaler, 2006, 89).

وتتطلب فنية اللوجو دراما بعض التخيل (الخيال) من المرضى، وهي عملية تتم كما يلي: يطلب المعالج من المرضى التفكير في الوقت الذي سيكونون فيه في عمر (٩٠) سنة أو الوقت الأقرب لوجودهم على فراش الموت وأن يضعوا أنفسهم في هذا الوقت في خيالهم ويطلب منهم أن يرجعوا لحياتهم ويتأملوا مما إذا كانت مرضية وما هي أبرز إنجازاتهم وكيف أعطتهم المشاعر وما هي هذه المشاعر؟ وفي النهاية: هل هم راضون عن أنفسهم وهل حياتهم ذات قيمة ومعنى؟ عندئذ يقيم حياته، ويدرك مسؤولية لإيجاد معنى لحياته (Fabry& Perry, 2014, 75).

٦- فنية المناشدة أو الإيحاء The appealing Technique:

صمم لوكاس Lukas هذه الفنية التي تركز بشكل أساسي على الإيحاء، ويرى لوكاس أنه من الصحيح أن الإيحاء يتعارض مع مبادئ العلاج بالمعنى والمتعلقة بحرية الإرادة الإنسانية لكن هناك ما يبرر استخدام هذه الفنية ، وذلك عندما يكون البعد المعنوي معاقاً مؤقتاً، وهكذا فإن تطبيق هذه الفنية سيؤثر في البعد النفسي ويفتح المجال لتنشيط المواد الإنسانية الروحية (أو المعنوية) (Lukas, 1986, 40).

ويشير راس (Ras, 2000, 91) إلى أن هذه الفنية تناشد السمو الإنساني للمريض، وتعتمد على قوة الإيحاء والهدف منها هو إخبار المريض بأن بإمكانه التحكم في مصيره، وأنه ليس ضحية بائسة لقدره وانفعالاته أو دوافعه الخاصة، أي التحدث عن الموقف البطولي للمريض تجاه معاناته، وهكذا ينقل المعالج للمرضى أنه على الرغم من كون إحساسهم بالحرية قد يكون مكبوتاً في الحاضر فإنه من الممكن أن يكونوا أحراراً لتحقيق أهدافهم ومهامهم في الحياة.

٧- التحليل بالمعنى Logo Analysis:

صمم كرومباخ Crumbaugh هذه الفنية، ويعرفها بأنها: عملية تحليل لخبرات الفرد للبحث عن مصادر لمعنى جديد، ومن تقييم هذه الخبرات يمكن أن نصل لجوانب جديدة تكشف منها إحساساً جديداً بالهدف والمعنى من الحياة، وهي عبارة عن سلسلة منظمة وأنشطة مكتوبة، صممت بحيث يستخدمها الفرد لاكتشاف وإيجاد الهدف والمعنى من حياته (محمد، ٢٠٠٦، ٢٢) .

وكان برنامج التحليل بالمعنى في البداية يتكون من خمس خطوات، ثم طوره كرومباخ حتى أصبح سبع خطوات وصفها هينريون (Henrion, 2002,67) بأنها تمثل محتوى تعليمياً، وتدرّيات عملية وواقعية، وجلسات علاج نفسي بالمعنى، ويعبر الأفراد لفظياً عن فاعلية البرنامج

بالنسبة لكل خطوة منذ بداية التطبيق في حياتهم اليومية وفي نهاية البرنامج لديهم القدرة على تقييم حالة حياتهم الماضية، وتأثير حياتهم الحالية، واختياراتهم في حياتهم المستقبلية.

ولكي نتمكن من تطبيق مبادئ التحليل بالمعنى، يشير كرومبارخ Crumbaugh إلى ضرورة ممارسة إجرائين يساعدان في الوصول إلى الهدف، وقد صمما للكشف عن القدرات الابتكارية التي نمتلكها وهما: الإجراء الأول ، توسيع دائرة الوعي الشعوري Conscious awareness بمعنى أنه يجب أن نصبح أكثر وعياً وإدراكاً بالعالم من حولنا وماذا يحدث فيه، أما الإجراء الثاني فيتمثل في إثارة الخيال الخلاق، وهذه العملية هي التي نستخدم فيها القدرة الابتكارية التي لدينا، وهذا يعني أننا يجب أن نضع خبراتنا وتجاربنا في طرق جديدة بهدف العثور على معان جيدة للحياة، وبعبارة أخرى أن استخدام لقدرتنا الإبداعية في تخيل حلول جديدة للمشكلات القديمة، ومثل تلك العملية تسلط الضوء على مشكلاتنا وتعطينا أملاً جديداً في المستقبل، وبعد أن يتم ذلك، نجد أن لدينا فرصاً جديدة في الحياة، ومعنى وهدفاً جديدين يحلان محل المشاعر القديمة من اليأس والقنوط، وبهذا نكون حققنا الهدف من التحليل بالمعنى، وهذا الأسلوب العلاجي ليس من الضرورة استخدامه مع المرضى النفسيين فقط، لكنه يستخدم أيضاً مع أولئك الذين ينقصهم الهدف الحقيقي لسبب وجودهم في الحياة فمن مميزاته أنه من خلال التدريبات التي يتكون منها الأسلوب يمكن لأي فرد أن يحلل حياته من أجل اكتشاف معنى جديداً ، وهو يقدم للفرد شيئاً محدد الإجراءات خطوة بخطوة في رحلة البحث عن معنى الحياة (محمد ومعوذ، ٢٠١٢، ١٠٨).

ويحدد كرونباخ (Crumbaugh, 1988,94) سبعة تدريبات مكتوبة يتضمنها التحليل بالمعنى تساعد الفرد على إيجاد معنى وهدف في حياته ويمكننا أن نوجزها وفق الآتي:

- أ- **التدريب الأول تقييم الذات Self-Evaluation:** ويتكون التدريب الأول من ست قوائم وقائمة سابعة تلخص التغيرات التي عملها المتعالج في القوائم الأخرى في أثناء سيره في التدريبات
 - القائمة الأولى: الأهداف طويلة المدى، والطموحات، والآمال والاهتمامات.
 - القائمة الثانية: أوجه القوة في شخصية المتعالج، والنجاحات والأحداث الجيدة في الحياة والظروف الجيدة.
 - القائمة الثالثة: نقاط الضعف في شخصية المتعالج والظروف السيئة أو الفشل الذي صادفه في الحياة ولكن مع عدم المبالغة.
 - القائمة الرابعة: المشكلات الجديدة التي تسبب صراعات المتعالج وضيقه واضطرابه
 - القائمة الخامسة: الآمال والأمانى المستقبلية للعمل وماذا يرغب أن يكون ويصبح في الحياة؟.
 - القائمة السادسة: الخطط المستقبلية وماذا يفعل المتعالج لتحقيق أهدافه.
 - القائمة السابعة: ملخص لتقدم المتعالج.
- ب- **التدريب الثاني : أفعل كما لو Act as if:** ففي هذا التدريب يطلب من المتعالج التصرف كما لو كان شخصاً ناجحاً يتمنى أن يصبح مثله، ويستطيع الفرد هنا أن يجعل

نفسه يفعل ذلك حتى على الرغم من أنه قد لا يكون مؤمناً بذلك أو معتقداً فيه في البداية ثم بعد ذلك بوقت قصير يبدأ أوتوماتيكياً في فعل ذلك بصورة أكثر إيجابية تعد هذه الخطوة تحولاً من "المقدرة على التفكير الإيجابي" إلى المقدرة على الفعل الإيجابي .

ت- التدريب الثالث : إيجاد الهدف من خلال إقامة لقاء (مواجهة) **Encounter**

Finding purpose by an establishing : فقد استخدام المعالجون بالمعنى مصطلح مقابلة أو مواجهة **Encounter** ليشيروا إلى علاقة عميقة ذات معنى ومغزى مع شخص ما، أي علاقة حميمة ذات ألفة بين شخص وآخر .

ث- التدريب الرابع: تحقيق المعنى من خلال اكتشاف القيم الابتكارية: صمم هذا التدريب لاكتشاف القيم الابتكارية.

ج- التدريب الخامس: تحقيق المعنى من خلال البحث عن القيم الخبراتية: صمم هذا التدريب لاكتشاف القيم الخبراتية.

ح- التدريب السادس: تحقيق المعنى من خلال البحث عن القيم الاتجاهية : صمم هذا التدريب لاكتشاف القيم الاتجاهية .

خ- التدريب السابع: إعادة تقييم الذات والالتزام **Self-reevaluation and commitment** : حيث يقوم الفرد بتسجيل ثلاثة أهداف، ثم الالتزام ببرنامج في حياة الفرد المستقبلية لتحقيق هذا الأهداف والمعاني.

وقد أجريت العديد من الدراسات بهدف التأكد من فاعلية هذه الفنية، ومنها دراسة محمد (٢٠٠٦) التي أثبتت فاعليتها في علاج خواء المعنى وفقدان الهدف من الحياة لدى طلبة الجامعة من خلال مساعدة الأفراد في اكتشاف مصادر جديدة للمعنى في حياتهم، وإيجاد بعض الأهداف في الحياة .

٨- فنية الوعي بالقيم (VAT) **The Values Awareness Technique**:

وضعها هوتزل **Hutzel** بناءً على وجهة نظر العلاج بالمعنى من أن يشتمل وعي المريض على محتوى القيم ومن ثم يكون قادراً على الاختيار من بين هذه القيم ليكتشف في النهاية نظاماً يمدّه بحياة ذات معنى (Hutzel & Jerkins, 1990, 85).

ولذلك تعد هذه الفنية وسيلةً شبيهة موحدة لمساعدة الأفراد على استكشاف القيم الابتكارية والخبراتية والاتجاهية لإيجاد المعنى الشخصي (الفردى) لحياتهم، كما تتضمن الفنية سلسلة من تدريبات الورقة والقلم يمكن تنفيذها من خلال ثلاث خطوات:

- أ- توسيع الوعي الشعوري **(ECA) Expanding Conscious Awareness** .
- ب- إثارة الخيال الإبداعي **(SCI) Stimulating Creative Imagination** .
- ت- إبراز القيم الذاتية (الشخصية) **(PPV) Projecting Personal Values** .

في الخطوة الأولى توسيع دائرة الوعي الشعوري بما يسمح للفرد أن يسير بعيداً عن نمط حياته اليومية ورؤية الحياة من منظور آخر، إذ إن بحث الفرد عن جوانب الحياة ذات المعنى تجعله يتجاهل أو يغفل بعض الجوانب في حياته اليومية، ويجيب الفرد في هذه الخطوة على التساؤل عن ماهية الإجابات العديدة المحتملة (الممكنة)، حيث يختار الفرد من هذه الإجابات الممكنة الإجابة ذات المعنى الخاص به، أما في الخطوة الثانية حيث يطلب المعالج من الفرد أن يفكر في كل الأسباب المحتملة والممكنة لكون الإجابة على السؤال في الخطوة الأولى ذات معنى لأي فرد فيجد الفرد أن العديد من القيم المحتملة كامنة وراء هذه الاستجابة. أمام الخطوة الثانية فهي إبراز القيم الشخصية حيث يحدد الفرد قيماً مذكورة ومدونة في الخطوة الثانية، ويفكر فيها بشكل خاص (Ras, 2000, 99).

٩- فنية لوحة المعنى Logo Chart:

تعني فنية لوحة المعنى أن الذات هي مجموع الذات الأوتوماتيكية والذات الحقيقية وتمثل الذات الأتوماتيكية رد الفعل الأتوماتيكي نحو موقف ما نتيجة الفيزيولوجيا والوراثة باختصار الذات الأتوماتيكية هي: "ماذا لدي أو ماذا أملك؟"، والذات الحقيقية هي ماذا أكون في حقيقة الأمر؟ ومعظم الناس يستجيبون للموقف من خلال الذات الأتوماتيكية ويستخدم الناس الناجحون جزءاً كبيراً من الذات الحقيقية التي هي أكثر إبداعاً وتوجهاً للمعنى وأكثر تحملاً للمسؤولية، وتساعد هذه الفنية المريض على التفكير في الموقف واكتشاف المعنى فيه، وإيجاد استجابات وحلول وردود فعل جيدة للمشكلات التي تواجههم من خلال تأمل المعنى الموجود في كل مشكلة (Heavilin, 2004, 88).

وتتضمن لوحة المعنى ثلاثة مكونات أو متغيرات هي :

- أ- المعرفة – الاتجاه: هي الطريقة التي ندرك بها الموقف من خلال قيمنا الذاتية ونظم معتقداتنا أي يكتب الفرد أفكاره الأتوماتيكية ومعتقداته الخاصة بالموقف، أمام الجزء الخاص بالذات الحقيقية فستتم مساعدة الفرد على التفكير بطريقة عقلانية وواقعية .
- ب- المعنى: يشير إلى بحث الفرد عن القيم والأهداف والمعنى في الموقف والذي يميز الإنسان من غيره من المخلوقات، في جزء المعنى الخاص بالذات الأتوماتيكية سيتم التوضيح بأن التركيز الأتوماتيكي على السرور واللذة والقوة والمال والوضع الاجتماعي أو الشهرة قد يجعله يشعر بأن الموقف غير ذي معنى (يفتقد المعنى) وفي الجزء الخاص بالذات الحقيقية سيتم تشجيع الأفراد على استخدام مصادر قوتهم وإرادتهم وأهدافهم، أي إن يكون اختياره للدافع الأساسي قائماً على الحب أو الإبداع أو الهدف أو القيم الأخلاقية ، مع العلم أن هذا المكون يعد من أشد المكونات حساسية في لوحة المعنى لأنه الجزء الذي يحرك ويدفع ويستحث الأفراد على تنمية ذلك الجزء من أنفسهم وهو الذي يوضح تفردهم وابتكاراتهم ويميزهم عن الآخرين .
- ت- الاستجابة (السلوك): تشير إلى ما يفعله الفرد في هذا الموقف كاستجابة لما يفكر فيه، وماهية المعنى الذي يراه في هذا الموقف، ويسجل الفرد في هذا الجزء الخاص بالذات

الأتوماتيكية استجابته نحو الموقف أو المشكلة كيف يسلك بطريقة روتينية أما الجزء الخاص بالذات الحقيقية، فستتم مساعدة الأفراد على أن يتحدوا أنفسهم بأسئلة من قبيل: كسف سيستجيب للموقف أو المشكلة إذا كانت أفكار جديدة مبنية على العقلانية مع دوافع جديدة لها مزيد من المعنى والهدف وقائمة على الحب والابتكار.

وفي الجزء الأخير من لوحة المعنى يطلب من الأفراد أن يكتبوا ما يرونه من نسبة رد الفعل الأتوماتيكي في مقابل رد الفعل الحقيقي بالنسبة لحدث ما، بحيث يكون حاصل جمعهم = ١٠٠، ومن هنا يستطيعون القيام بتحليل لردود أفعالهم، وسيصبحون على وعي بأن لديهم خيارات كثيرة ويمكنهم اختيار ردود أفعالهم بطريقة أكثر عقلانية وفقاً للظروف المحيطة (محمد ومعوذ، ٢٠١٢، ٢١٢).

١٠- تعديل الاتجاهات Modification of Attitudes:

تقوم هذه الفنية على فكرة أساسية هي حرية الإرادة ، فالإنسان ليس هو ما تحتتمه الظروف، ولكنه يظل وفي جميع الأحوال قادراً على اتخاذ موقف تجاه ظروفه ومحدداته، وقد ابتكر لوكاس Lokas هذه الفنية بناءً على الاعتقاد بأن الفرد يمكنه التغلب على تلك المشكلات، وتهدف هذه الفنية إلى إحداث تغيير إيجابي في اتجاه الفرد نحو نفسه وظروفه، ما يساعده في التغلب على بعض مشكلاته وأن يتقبل ويتعايش مؤقتاً مع ما لا يستطيع حله من مشكلات (Lukas & Hirsch, 2002, 341).

وهكذا فإن هذا الأسلوب يهدف إلى التخفيف من حدة الشعور بالحزن واليأس، مؤدياً بذلك إلى توسيع نطاق المعاني وتعزيزها والمساعدة على اكتشاف إمكانيات جديدة وتوجيه الأشخاص ليصبحوا بالغين يتسمون بالنضج والإحساس بالمسؤولية في إطار بيئتهم الاجتماعية ، فقد يتغير هذا الحزن واليأس من خلال تعديل الاتجاهات نحو الخسارة، وإعادة توجيه أفكار المريض ومشاعره بعيداً عما تم فقده ونحو ما تم اكتسابه (Ras, 2000, 47).

وحسب لوكاس هناك ثلاث خطوات مترابطة تحدث في أثناء تطبيق فنية تعديل الاتجاهات:

- أ- الحصول على كتلة واحدة من الأعراض التي تسبب الضيق واليأس.
- ب- تعديل المواقف غير الصحية .
- ت- البحث عن معان جديدة (Ras, 2000, 52).

إن تعديل الاتجاهات هو المصعب الذي تصب فيه جميع تقنيات وأساليب العلاج بالمعنى، والجدول الآتي يوضح الاتجاهات المعدلة من خلال كل فنية من الفنيات:

الفنيات	الاتجاه السابق	الاتجاه الجديد
القصدي العكسي	الخوف من حدوث الأعراض ومحاولة تجنبها	الرغبة في حدوث الأعراض ومحاولة المبالغة في حدوثها إلى درجة تدعو إلى السخرية منها
تشبث التفكير	التركيز على الذات ومراقبتها	تجاوز الذات والانفتاح على العالم
الوجوداما	عدم الإحساس بالمسؤولية	الإحساس بالمسؤولية في تحقيق إمكانات المعنى غير المحققة في الماضي
التحليل بالمعنى	التفكير بالصعوبات والإحساس بالفراغ الوجودي	التفكير بمصادر القوة الموجودة في الشخصية والإحساس بمعنى الحياة
التوعية بالقيم	عدم إدراك القيم التي ينبثق منها معنى الحياة	الوعي بتلك القيم واكتشاف معنى الحياة بشكل شخصي
الحكاية الرمزية	القلق من حدوث الموت بسبب المرض	تقبل الموت والسعي على تحقيق المعنى في الأيام المتبقية
المناشدة	عدم الثقة بالنفس وضعف قوة الإرادة	الثقة بالنفس وقوة الإرادة في تحدي الصعاب
تعديل الاتجاهات	أنا لا أستطيع بسبب كذا.....	أنا أستطيع على الرغم من كذا.....

وترى الباحثة أن هذه الفنيات بمجملها تعمل على تعزيز الصحة النفسية للفرد وعلى تعزيز إحساسه بالمسؤولية، وعلى تنمية قدرته على تقبل المعاناة ومواجهتها بطرق أكثر إيجابية، وهذا ما يجعله أكثر سعادة ويولد لديه القدرة على اكتشاف قيمة ومعنى كل لحظة في حياته.

المحور الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

Cognitive Behavioral Therapy

أولاً: لمحة عن العلاج المعرفي السلوكي:

تعد المدرسة المعرفية Cognitive من المدارس الحديثة في علم النفس بصفة عامة وفي مجال الإرشاد والعلاج النفسي بصفة خاصة، ولا يمكن القول إن العمليات العقلية كانت بعيدة عن حسابان الباحثين في مجال علم النفس إلى درجة إهمالها في المدارس السابقة (التحليل النفسي والسلوكية والإنسانية) ولكن لم يكن هناك اهتمام كاف بها سواء في تفسير السلوك أو المرض أو علاج الاضطرابات النفسية. (عبد العزيز، ٢٠٠١، ٦٩).

بدأت إن الاتجاهات النظرية والعلاجية المعرفية تلقى رواجاً وممارسة من قبل العاملين في الخدمات النفسية بعد ظهور أبحاث جان بياجيه في النمو المعرفي، وأفكار كولبرج في النمو الأخلاقي، وأفكار أرون بيك في العمليات العقلية، وطروحات ألبرت أليس في أسباب الاضطرابات النفسية.(ضمرة، وآخرون، ٢٠٠٧، ٢٠٣).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبياً ، وقد نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي، إذ إنه المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والانفعال السلوكي. (دبور، صافي، ٢٠٠٧، ١٢٢).

ويعتبر من التيارات العلاجية الحديثة والتي بصفة أساسية يهتم بالاتجاه المعرفي للاضطرابات النفسية. (التميمي، ٢٠١٣، ٢٢) ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض بالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية انفعالية واجتماعية وبيئية لأحداث التغيير المرغوب فيه، فكلمة معرفي Cognitive مشتقة من مصطلح Cognition ولقد استخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح ومنها على سبيل المثال "تعرف، ذهن". (المحارب، ٢٠٠٠، ١١).

ويركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحدث ما ، ويسلم العلاج المعرفي بأن كثيراً من الاستجابات الوظيفية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يبينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، ومن ثم فيجب أن تعتمد سياسية العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المسترشد، وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير في سلوكه.(أبو أسعد، ٢٠١١، ١٤٣).

فالسلوك غير التكيفي وفق هذا النموذج يعامل بوصفه نتاج التفكير غير الوظيفي، وبناءً عليه فإنه عملية تعلم داخلية تشتمل على إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة. (أبو أسعد، ٢٠١١، ٢٩٩).

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف الضغوط النفسية من خلال استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية لإحداث التغيير المطلوب، حيث العلاج المعرفي السلوكي يعد حلقة الوصل بين العلاج السلوكي الذي يهتم بالأحداث الخارجية (السلوك الظاهر) والعلاج المعرفي الذي يهتم بالأحداث الداخلية (العمليات المعرفية).

وسوف نوضح فيما يأتي معالم العلاج النفسي مع التركيز على نظرية العلاج المعرفي السلوكي عند ميكينبوم Mecinbوم وهو أمريكي الأصل ولد في مدينة نيويورك عام (١٩٤٠) وحصل على شهادة الليسانس من كلية الولاية عام (١٩٦٢) ودرس الماجستير في جامعة الينوير وحصل على درجة الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي عام (١٩٦٦)، ومن مؤلفاته كتاب (تعديل السلوك المعرفي) (باترسون، ١٩٩٠، ٣٢٨)، والذي يعد أحد المطورين الرئيسيين للتعديل السلوكي المعرفي كمنهج تكاملي نفسي اجتماعي يعتمد على العديد من التوجهات المختلفة، بما في ذلك التأكيدات البناءة القائمة على أحداث المتعالجين وسياقهم الثقافي ونقاط القوة ومصادرها لديهم (Wyatt & Seid, 2009, 11).

بدأ هذا النموذج على مرضى الفصام حيث دربهم ميكينبوم على تنمية نوع من الحديث الصحي وذلك باستخدام الإشراف الإجرائي مع تغيير بسيط إذ إنه أحل عنصراً معرفياً، إذ كانت فكرة مكينبوم تقوم على الآتي: من الممكن تدريب المرضى أن يتحدثوا لأنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم وقد ركز ميكينبوم على الحديث الداخلي (Inner- Speech) واهتم كذلك بالتخيلات وقدم نتائجه كتقرير، وقد خلص ميكينبوم إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالاً في تغيير الأنماط المعرفية.

وظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بداية الثلاث الأخير من القرن العشرين، وأصبح في وقت قصير العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة، ويتمثل منهج (ميكينبوم، 1969) في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الفرد مع نفسه، وكيفيه غزو للأشياء، لتدخل كلها في عملية التعلم غز كان لها دور في التأثير في سلوك الفرد. (مليك، ١٩٩٠، ٢٤٥)، ويهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المطلوب، ومن ثم فإن النموذج المعرفي السلوكي يتضمن علاقة المعرفة والسلوك بالحالة الوجدانية للفرد في السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه (موسى والدسوقي، ٢٠١٣، ٣٥٨).

والمعنى الحرفي للعلاج المعرفي السلوكي يتمثل في كلمة السلوكي (Behavior) وهي مأخوذة من مصطلح السلوك وهي الأفعال التي يقوم بها الفرد كاستجابة لمنبه أو مثير خارجي أو داخلي، أما كلمة المعرفي (Cognitive) فهي مشتقة من مصطلح المعرفة ويقصد بها العمليات الذهنية التي تهتم بتصنيف و تخزين ودمج المعلومات التي يتعرض لها الإنسان مع المعارف

الموجودة لديه مسبقاً واستخدام هذه المعارف فيما بعد، وهذه العمليات تشتمل على الإدراك والانتباه والتركيز والربط والحكم والعلاج المعرفي السلوكي الذي وضعه ميكنبوم يشمل:

- ١- الفروض: والفرض هو الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، وهناك بحوث عديدة تقول إن التفكير مؤثر في السلوك، ويرى ميكنبوم أن التفكير هو نتيجة للحديث الداخلي.
- ٢- المفاهيم: وتشتمل
- التقدير الوظيفي المعرفي: وهو معرفة الأحاديث الذاتية من نوع معين وما يتبعها من سلوك معين أو انفعال معين.
- البنية المعرفية: وهي نسق المفاهيم التي تمهد لظهور مجموعة معينة من العبارات الذاتية وتحدد طبيعة تغيير الحديث الداخلي و هذه التغييرات تؤدي إلى تغيير في البنى المعرفية. (عطا الله، ٢٠٢١، ٢٤١)
- عملية التغيير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية تشرب، أي إن يمتص الفرد سلوكاً بديلاً جديداً بدلاً من السلوك القديم، وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة له.

والعلاج المعرفي السلوكي يركز على الأعراض الظاهرة أكثر مما يركز على أسباب دينامية مفترضة، ويؤكد أهمية السلوك الظاهر في الحاضر (هنا والآن) أكثر مما يركز على خبرات الماضي، ويشارك المتعالج بإيجابية في إعداد برنامج إرشادي معين (أبو علام، ٢٠٠٤، ٧٠).

ثانياً: تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف ميكنبوم (Meichenbaum, 1974, 432) العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد المناهج العلاجية التي تقوم على فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابات الفيزيولوجية وردود الفعل الوجدانية، والمعارف والتفاعلات الاجتماعية ويعتبر الحديث الذاتي أحد هذه الأنشطة.

ويعرف بيك (Beck) العلاج المعرفي السلوكي بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية (Beak& A.et, 1979, 34)

يعرف (أبو أسعد، ٢٠١١) العلاج المعرفي بأنه علاج مباشر تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفتيات معرفية لمساعدة المريض على تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي سلوكي.

ويرى أيزيك (٢٠٠٠) أن العلاج المعرفي السلوكي هو تطور للعلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير وإعادة بناء القناعات من خلال الاجراءات المعرفية. (Eysenck, 2000, 720)

ويعرف محمد (٢٠٠٠) العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفعاليته المتعددة والعلاج السلوكي، بما يضمنه من فنيات ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، أو يتعامل معها معرفياً وانهالياً وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي (محمد، ٢٠٠٠، ١٧).

ويعرفه الحلبي واليحيى (١٩٩٥) بأنه نوع من العلاج النفسي يصف الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار والتصورات عن النفس والآخرين والحياة (الحلبي وليحيى، ١٩٩٥، ١٢٦).

ويرى النمر (١٩٩٥) بأن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على تعديل أو تغيير المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو الآخرين بأخرى صحيحة أو ايجابية (النمر، ١٩٩٥، ٢٤٩).

ويعرفه بيك وآخرون (١٩٩٥) بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية أو العمليات المعرفية (Beck, et.al, 1979, 34).

وعرف قاموس علم النفس (١٩٩٤) العلاج المعرفي السلوكي بأنه محاولة لدمج الفنيات السلوكية مع الفنيات المعرفية بهدف إحداث التغييرات المطلوبة في السلوك، ويهتم العلاج المعرفي السلوك بالجانِب الوجداني للمريض والسيّاق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية سلوكية وانهالية لإحداث التغيير المطلوب (عطاالله، ٢٠٢١، ٢٤٧).

ويعرف غلاس وشيا (Glass & Shea, 1986, 321) العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بالإتجاه المعرفي للاضطرابات النفسية ويقوم هذا النوع من العلاج بإقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة.

مما سبق نجد أن العلاج المعرفي السلوكي يكمن في تعديل أساليب تفكير وإدراك الفرد لأساليب وطرق أخرى تكون فاعلة وأكثر إيجابية، فهو يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفعاليته المتعددة والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانهالياً وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي.

ثالثاً: مبادئ وقواعد العلاج المعرفي السلوكي:

المبادئ هي القواعد الأساسية والمسلّمات الذي تنطلق منها النظرية ، بحيث تعبر عن أفكارها الجذرية التي تلتزم بها في تفسير حياة الانسان وأفعاله، وكيفية نشوء الاضطراب النفسي والطريقة التي تحدد عملية العلاج ويمكن توضيحها من خلال:.

- الأنشطة المعرفية تؤثر في السلوك.
- الأنشطة المعرفية من الممكن مراقبتها وتغييرها .

التغيير المرغوب للسلوك قد يتم من خلال التغيير المعرفي (زيزي، ٢٠٠٦، ١٢١).

إذ يستند العلاج المعرفي السلوكي إلى نموذج معالجة المعلومات الذي يفترض أن الطريقة التي يدرك بها الناس تجاربهم تؤثر على انفعالاتهم وردود فعلهم السلوكية والفيزيولوجية، فهناك علاقة بين مايفكر به الفرد كتجربة انفعالية وردود الفعل الفيزيولوجية والسلوك (Roth, et al, 2002, 451)، وكل فرد يستحضر في الموقف نفسه مدى مختلف من المشاعر والاستجابات الفيزيولوجية والسلوك وتعد الأفكار هي الموجه لهذه المكونات الثلاث إذ إنها ليست ناشئة عن الموقف بحد ذاته ولكن يتوقف على الطريقة التي ينظر بها كل شخص إلى الموقف نفسه (كوروين وآخرون، ٢٠٠٨، ٢٩).

وبما أن الأفكار والوجدان والسلوك والجوانب الفيزيولوجية كلها مكونات لنظام موحد فالمشكلات النفسية تتركز في بؤرة التغيرات الحادثة على مستوى الأفكار، فوجود خلل في أنماط التفكير المعرفية تسبب سلوكيات واستجابات انفعالية لا تكيفية، والعلاج يركز على تغيير الأفكار من أجل حل المشاكل الشخصية والنفسية (Thackery& Harris, 2003, 226).

وبعض الناس لديهم استعداد لتكوين أخطاء معرفية معينة وهذا ما يسمى ب "الهشاشة المعرفية" وهذه الأخطاء تدعى بالتشوهات المعرفية في تقييم الفرد المباشر للمواقف والأحداث ورؤيته للنتائج بعيدة وقريبة المدى (دبابيش، ٢٠١١، ٢٥)، هذا التشويه المعرفي يلعب دوراً رئيسياً في حدوث العديد من الأعراض المرضية فتسيطر على الفرد مشاعر سلبية عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله وينتابه شعور باليأس (العمرى، ٢٠١١، ١٨)، فالفرضية الأساسية هي أن كيفية تفكير الفرد بكل من الأحداث الداخلية والخارجية لها دور حاسم في فهم كيفية تفاعل الفرد وتعامله مع الأحداث، ولذلك فإن المعارف المختلة والاستجابات السلوكية غير الملائمة للأحداث الداخلية والخارجية هي مظاهر من الخلل في مستوى المخطط الأساسي، وتعديل البنية المعرفية ومحتوى المخططات المختلة ضروري لمنع تكرار الأعراض (Riso, et al, 2007, 98).

ويشير العلاج المعرفي السلوكي عند ميكينبوم إلى مجموعة من المبادئ أو الافتراضات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات يتم تغييرها من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية، وتشتمل المعارف على الاعتقادات والتفكير والتخيلات، وأيضاً تشتمل العمليات المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وطرق تعلم تلك المعلومات

للتغلب على المشاكل أو حل المشكلات، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها، وجدير بالذكر أن هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي في العلاج وهي:

- ١- إن المتعالج والمعالج يعملان معاً على تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- ٢- إن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- ٣- إن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.
- ٤- إن التوقعات والاتجاهات والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما. (عفاف ، ٢٠٠٢ ، ٢٣)

كما قدم المحارب (٢٠٠٠ ، ٤٥١) مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي وهي:

- ١- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض، وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي، ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة مثل:
 - تحديد الأفكار الحالية للمريض والتي تسهم في استمرار الوضع الانفعالي له.
 - التعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها.
 - التعرف على العوامل التي أثرت في أفكار المريض عند ظهور المرض.
 - التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها.
 - يقوم المرشد بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات كلما حصل على معلومات جديدة.
- ٢- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي أهمية التعاون والمشاركة النشطة، العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات (بطرس، ٢٠٠٨ ، ٨٩)
- ٣- يسعى المعالج إلى تحديد أهداف معينة يسعى لتحقيقها وحل مشكلات جديدة.
- ٤- يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر، إذ يركز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض، ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك أو عدم حدوث تغيير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية أو شعور المعالج بأن هناك حاجة إلى فهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض. (شهري، ٢٠١٠ ، ٥٦)
- ٥- تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل محدد يحاول المعالج تنقيذه للتغلب على الوضع الانفعالي للمريض، ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي، والتعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة، ومراجعة الواجبات المنزلية، وتقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر (الشناوي، ١٩٩٦ ، ٣٣١)
- ٦- يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.
- ٧- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير والمزاج والسلوك.

٨- يركز العلاج المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي التي يعاني منها المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزى إليها هذه الأعراض.

٩- إن الحديث الداخلي الذي يتمثل بالأفكار والتعليمات الذاتية التي يكررها الفرد داخل نفسه يلعب دوراً مهماً في تشكيل مشاعره، وسلوكه نحو هذه المواقف أو الأشخاص (سنكلير، ٢٠١٩، ٣٨)

وقد لخص موسى والدسوقي (٢٠١٣، ٣٢٤) المبادئ التي تقوم عليها نظرية العلاج المعرفي السلوكي وهي:

- ١- إن التغيير المعرفي يجعل الفرد نشطاً، وهذا يؤدي إلى نجاح العلاج.
 - ٢- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
 - ٣- تقديم الخبرة الكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية.
 - ٤- التأكيد أن العلاج الذي يعتمد على قدرة الفرد في رؤية وتنظيم وتعزيز السلوك المكتسب.
- رابعاً: أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

لا شك أن نظرية عميقة بأفكارها، واسعة بأدواتها وفنيتها كالنظرية المعرفية السلوكية لها أيضاً من الأهداف التي ترقى إلى مكانتها ودورها، حيث يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى:

- ١- التخفيف أو القضاء على أساليب التفكير وأنماط السلوك التي تسهم في معاناة المتعالج.
- ٢- مساعدة المتعالج على استبدال أنماط التفكير المختلفة بأنماط تعزز الصحة النفسية، فالفرد قد لا يكون على وعي بهذه الأفكار حتى يحددها ولذلك يتم التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها، واستبدال الأساليب غير السوية بأخرى جديدة ومتكيفة (بارلو، ٢٠٠٤، ٥٨٩).
- ٣- تزويده بالمهارات اللازمة لتجنب الانتكاس حيث يتعلم الوقوف وتقييم ومعرفة أفكاره السلبية ومبالغته الانفعالية في التعامل مع الأحداث ليكون على وعي بها، وبذلك العلاج يحاول تطوير وتنمية مهارات التحكم الذاتي عند الفرد. (العمرى، ٢٠١١، ١٩).

ويلخص كل من بيك وفريدمان وميكنيموم وباترسون (Beak, Fredman,) (Meichenbaum, Paterson) أهداف العلاج المعرفي السلوكي بالنقاط التالية:

- ١- مساعدة المسترشد كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
- ٢- مساعدة المسترشد على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.
- ٣- مساعدة المسترشد على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- ٤- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.
- ٥- تعليم المسترشد طريقة تقييم الأفكار والتخيلات وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
- ٦- تعليم المسترشد تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة وتشوهات معرفية.
- ٧- تحسين المهارات الاجتماعية للمسترشد من خلال تعليمه حل المشكلات.

٨- تدريب المسترشد على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكه وطريقة تفكيره باستخدام الحوار الداخلي.

٩- تدريب المسترشد على استراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متبادلة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة وعند مواجهته ضغوط طارئة (موسى والدسوقي، ٢٠١٣، ١٢٣). ويذكر علي ومصطفى (٢٠١١، ١٩٩) أن هدف العلاج المعرفي السلوكي هو التركيز على أهداف العميل وما يريده هو لا أن نصنع له أهدافاً ونوضح للعميل كيف يشعر ويتصرف بالطرق التي توصله لمبتغاه، نحن لا نقول للعميل ماذا يفعل بل كيف يفعل.

خامساً: خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بخصائص عملية محددة يتم وصفها بالتفصيل فيما يلي :

١- **الصفات التفاعلية:** يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض، تجعل المريض يثق في العلاج يتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض، وكذلك الاحترام. يشدد المعالج على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات في إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات (عبدالله، ٢٠٠٠، ٦).

٢- **العائد المنتظم:** وهو إتاحة الفرصة للمعالج للتحقق المنتظم وتحديد ما إذا كان المريض فهم المعلومات أو لا، والعائد من الأمور المهمة في العلاج المعرفي لمرضى الاكتئاب على وجه الخصوص ، ويبدأ المعالج في إعداد مكونات العائد في فترة مبكرة من العلاج، ويقوم المعالج المعرفي في كل جلسة بتوفير ملخص لما تم في الجلسة ، ويطلب من المريض أن يستخلص النقاط الخاصة ويقوم بتدوينها (بارلو، ٢٠٠٤، ٥٩٣).

٣- **بناء الجلسات:** يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه بين المعالج والعميل، وهذا الجدول يسمح باستخدام أمثل للوقت، وهو يعمل بمنزلة موجه للعميل، ويمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم بالعلاج ويكون كما يلي :

- فحص مزاج المريض في بداية كل جلسة وفي نهايتها.
- مراجعة موجزة للأسبوع الماضي بين الجلسات .
- وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
- مناقشة ينود جدول الأعمال.
- طلب عائد في نهاية الجلسة .
- تلخيص وإنهاء وتحديد موعد الجلسة القادمة .

ويتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسؤوليات محددة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة بالموضوع (بالمر، ٢٠٠٨، ٤٣).

٤- **رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:** يعتبر العلاج المعرفي السلوكي الاضطراب النفسي اختلالاً في التفكير يتضمن عمليات معرفية مختلفة تؤدي إلى رؤية محرفة عن الذات

والعالم والمستقبل ، كما تؤدي إلى انفعالات غير سارة وصعوبات سلوكية، واعتماداً على هذا التصور يتم استخدام فنيات لفحص وتحدي الأفكار غير المساعدة، ويعلم المريض كيف يستخدم الأدلة والبراهين لفحص وتفنيد تفكيره غير الواقعي.

ويقوم المعالج في أثناء الجلسات بالعمل على فكرة معينة من الأفكار المختلة والتي يعاني منها المريض (سنكلير، ٢٠١٩، ١١٢) .

٥- العلاج الموجه نحو الهدف: عادة ما يتم تحديد الأهداف وتقديرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض وتنبثق أهداف العلاج المعرفي السلوكي عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء، والفروض العاملة، فإذا افترض المعالج مثلاً أن قلق مريضه ناجم عن عجزه في استعداداته ومهاراته، فإن خطة علاجه لا بد أن تتضمن بناء مهارات المواجهة والتعرف المباشر وعدم التجنب والهروب في هذا المجال ، وإذا افترض المعالج فرضاً بديلاً بأن قلق مريضه ناجم عن تنشيط اعتقاد أساسي لا تكفي لديه مضمونه "أنه عاجز عن أداء مهمة من المهام" فلا بد أن تتضمن خطته العلاجية إعادة البناء المعرفي لهذا المعتقد المشوه (ليهي، ٢٠٠٦، ٧١).

وللعلاج المعرفي السلوكي مجموعة من الخصائص التي تميزه عن غيره من العلاجات الأخرى منها:

- نهج تجريبي أي قائم على التجربة، حيث يتم تطبيق المفاهيم النظرية وقياسها وإخضاعها للبحث العلمي.
- علاج تعليمي يهدف لجعل المتعالج معالماً لنفسه، فالمعالج يشدد على أهمية التعاون، والمشاركة النشطة والعمل كفريق حيث يضع جداول العمل للجلسات والواجبات المنزلية بين الجلسات (سعود، ٢٠١٥، ٤٤)، فالواجبات جزء لا يتجزأ من العلاج، ومن دونها يصبح خفض الأعراض ضعيفاً، ومن المحتمل اكتساب المهارات بشكل سلبي ما يجعل المتعالج عرضة للانتكاس والتوقف عن العلاج (Dugas & Robichaud, 2007, 90)
- يتم التركيز فيه على الحاضر والمستقبل بدلاً من الطفولة المبكرة والسوابق التاريخية أي التركيز على هنا والآن حيث يركز على العوامل التي تحافظ على المشكلة (مايفعله المتعالج، تفكيره، شعوره الآن) (Dugas & Robichaud, 2007, 89)
- يتطلب من المعالج أن يكون نشطاً وموجهاً ومتعاوناً مع المتعالج ليساعده على حل مشكلاته وتحديد الاستراتيجيات للتعامل مع المواقف الصعبة مستنداً إلى أدلة تشير إلى أهداف محددة في كل جلسة وتقنيات لتحقيق هذه الأهداف (Kazdin, 2000, 136)
- شكل من أشكال العلاج التفاعلي، والعملية العلاجية فيه منظمة للغاية، فالمعالج والمتعالج يعملان معاً لتحديد وتحقيق أهداف ملموسة للعلاج بشكل تعاوني للحد من معاناة المتعالج (Cox, 2011, 348)

- النهج المعرفي السلوكي مرّن، يهدف إلى تلبية الاحتياجات الخاصة لكل عميل وتصميم مهام محددة واستراتيجيات تضم عدداً من التقنيات المعرفية والسلوكية، فهو إستراتيجية تعاونية موجهة نحو المشكلة وتتضمن عادةً:

- ١- مساعدة الشخص على إقامة أنشطة يومية والسير في خطوات عملية.
- ٢- تشجيع الشخص على تحديد الأفكار السلبية والافتراضات الخاطئة وإعطاء أدلة للحصول على وجهات نظر أكثر واقعية عن تجربتهم.
- ٣- مساعدة الشخص على تحويل تركيزه بعيداً عن الأعراض الجسدية والمزاج السلبي للعودة إلى حياة ممتعة ومنتجة على أساس أنشطة مجدولة والتعليم النفسي (Somers & Queree, 2007, 6)

سادساً: العملية العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي:

في المرحلة التمهيدية يتم استخدام المقابلات التشخيصية لتقييم المشكلة التي يعاني منها الفرد، والتحديد الدقيق لمشكلاته، ويمكن بهذا الصدد اللجوء إلى التقييم السيكمومتري لتلك المشكلة التي يعاني منها الفرد، وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية (محمد، ٢٠٠٠، ٥٢)، وذلك من خلال علاقة قائمة على التعاون والمشاركة والثقة وتقديم أساس منطقي للتأكيدات من خلال تحديد مجموعة من المشكلات وعرض استراتيجيات التعامل معها والاهتمام بكيفية نظر المرضى لمشكلاتهم (بارلو، ٢٠٠٤، ٥٦٥).

وقبل البدء بالعلاج يجب أن يكون المتعالج على علم تام بما سيشمه العلاج وما هو متوقع منه، وفي النهاية اتخاذ قرار إذا كان العلاج مناسب له أم لا، فمن المتوقع أن يسهم المتعالجون في علاجهم بشكل كبير سواء في الجلسة أو خارجها لذلك يجب أن يوافقوا على الجهد لذلك يجب الاستعلام عن الدافع العلاجي والتميز بين من لديه دافعية منخفضة وبين الخوف من العلاج وعدم الرغبة (Dugas & Robichaud, 2007, 90)، وبعد ذلك يقوم المعالج والمتعالج بوضع أهداف سلوكية محددة يرغب بها المتعالج للوصول إلى غاية العلاج، وبذلك يتم توظيف وقت الإرشاد بصورة فعالة وذلك من خلال جدول أعمال والالتزام به في كل جلسة والتعاقد على عدد معين من الجلسات (Weiner & Craighead, 2009, 2).

وبمجرد تحديد طرق التفكير السلبية للمتعالج يساعده المعالج لاستبدالها من خلال تقنيات: التقييم الذاتي، والحوار الذاتي الإيجابي، السيطرة على الأفكار والمشاعر السلبية والتعامل مع المواقف الصعبة بنجاح (Strickland, 2001, 128)، إضافة إلى تدريبيه على ملاحظة الأحداث والمواقف المسببة للتوتر ومتابعة ما يحدث قبل الموقف وخلال له وبعده وأكثر العناصر المؤثرة فيه وتدريبه على متابعة حوار له الداخلي في هذه المواقف والأفكار غير المنطقية التي تؤثر في حالته النفسية واستخدام أساليب الاسترخاء ولعب الدور والتخيل كأساليب مساعدة للعميل في ممارسته أنشطة تدخل البهجة لحياته (شليبي، ٢٠٠١، ٢٩٧).

وبذلك يكون المعالج قد ساعد المتعالج في فهم المشكلة بطريقة جديدة من خلال عملية تدريجية من الاكتشاف الموجه وتقديمها كفرضيات يتم اختبارها بالتجارب السلوكية لإعطاء المتعالج شعور أكبر بالسيطرة والإتقان (Dugas & Robichaud, 2007, 88).

وبذلك يتم الوصول إلى فهم مشترك للمشكلة والبدء بتعليم المتعالج كيف يفرق بين انفعالاته الصحية وغير الصحية وكيفية تعديلها (محمد، ٢٠٠٠، ١٢٧)، ويتم اختيار الإستراتيجية وفقاً لمبادئ ومدى تكيف المتعالج كالتدريب على الاسترخاء، وخفض الحساسية التدريجي. إضافة إلى إستراتيجية ذات طبيعة معرفية تعتمد على معالجة المعلومات والتشتت والتخيل المعرفي وحل المشكلات (Nezu, Et al, 2003, 279).

في العلاج يتعلم المتعالج كيفية تحديد الأسئلة حول المعتقدات والافتراضات المتعلقة بالمشكلة وردود الفعل الانفعالية السلوكية من خلال رصد وتسجيل الأفكار في الموقف المسبب للاضطراب، وتحديد التشوهات المعرفية في التفكير والنظر للموقف بوجهات نظر مختلفة، ويتم تعليم المتعالج أن التغييرات الإدراكية يمكن أن يكون لها تأثير عميق وتغييرات السلوك تؤدي لردود فعل فيزيولوجية (Rector, 2010, 34).

تتضمن عملية العلاج وفقاً لميكنبوم ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى: مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية: إن الفرد في فترة ما قبل العلاج يكون عنده حواراً داخلياً سلبياً مع ذاته، وكذلك تكون خيالاته وتصورات سلبية، أما أثناء العلاج ومن خلال الإطلاع على أفكار العميل ومشاعره وانفعالاته الجسمية وسلوكياته الاجتماعية وتفسيرها تتكون عند العميل بناءات معرفية جديدة، وهذا يجعل نظرتة تختلف عما كانت عليه قبل العلاج، وهنا تحدث عملية إحلال أفكار جديدة متكيفة محل أفكار قديمة غير متكيفة، إذ إن إعادة تكوين المفاهيم هذه تؤدي إلى إعادة تعريف مشكلات الفرد بطريقة تعطيها الثقة والتفهم والقدرة على الضبط، وهذه جميعها من مستلزمات عملية التغيير، فإعادة تكوين المفاهيم تساعد على إعطاء معان جديدة للأفكار والمشاعر والسلوكيات.

إن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي أن يعرف المتعالج كيف يتحدث أو يعبر عن سلوكه ما يزيد من وعيه، وألا يشعر المتعالج بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي، ويجب على المعالج أن يعرف طرق العزو عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم.

المرحلة الثانية: توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة:

في هذه المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند المتعالج قد تكونت وأحدثت حواراً داخلياً عنده، هذا الحديث الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى المتعالج، ما يجعل المتعالج يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم الجديد الذي اكتسبه، ويجعله أكثر تكيفاً.

المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية المرتبطة بالتغيير:

وتتعلق هذه المرحلة بتأدية المتعالج لمهام تكيفية جديدة خلال الحياة اليومية، والحوار مع المتعالج ذاته حول نتائج هذه الأعمال، ويشير ميكينبوم بأن ما يقوله المتعالج لنفسه بعد عملية الإرشاد شيء مهم وأساسي، وإن عملية الإرشاد تشتمل على تعلم مهارات سلوكية جديدة، وحوارات داخلية جديدة، وأبنية معرفية جديدة (باترسون، ١٩٩٠، ١٢٣).

ويصف ميكينبوم (Meichenbaum. 2007. 90) البناء المعرفي كجانب تنظيمي للتفكير والذي يبدو أنه يشرف ويوجه اختيارات التفكير، وقد يحدث التعلم أو التغيير من غير تغيير في البنية ولكن تعلم مهارة جديدة يتطلب تغييراً في البنية المعرفية والتغييرات البنوية تقع من خلال التشرب (absorption) حيث تندمج الأبنية الجديدة في القديمة وكذلك عن طريق الإحلال (displacement) حيث تواصل الأبنية القديمة مع الجديدة وكذلك عن طريق التكامل (integration) حيث يستمر أجزاء من البناء القديم في الوجود في بنية جديدة أكثر شمولاً.

يرى ميكينبوم (Meichenbaum, 1974, 91) أن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبنائه المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد، ويرى أن عملية التغيير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية الامتصاص أي يمتص الفرد سلوكاً جديداً بدلاً من السلوك القديم وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بنائه المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه ويرى ميكينبوم بأن البناء المعرفي يحدد بطريقة يسميها ميكينبوم بالدائرة الخيرة (virtuous cycle) وعلى المرشد أن يعرف المحتويات الإدراكية التي تمنع حدوث سلوك تكيفي جديد عند المسترشد وماهو الحديث الداخلي الذي فشل الفرد في أن يقوله لنفسه، ويجب على المرشد أن يعرف حجم ومدى المشكلة، وما هي توقعات المسترشد من العلاج، وأن يسجل المرشد أفكاره ومشاعره قبل وفي أثناء وبعد مرور المسترشد بالمشكلة التي يواجهها.

ومرحلة المتابعة تهدف هذه المرحلة إلى التأكد من استمرار تقدم الحالة وتحديد مدى وأثر وقيمة ونجاح العملية العلاجية وتحديد نسبة الشفاء ومدى استفادة المريض من الخبرات العلاجية في مواقف الحياة العامة (هاشيم، ٢٠١١، ١١٨).

سابعاً: المدى الزمني للعلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي نهج محدد زمنياً ومركز على المشاكل، وعادةً ما ينطوي على (١٢-٢٠) جلسة وتختلف مدة العلاج بالاعتماد على خطورة المشكلة وبعض المتعالجين يتحسنون بشكل ملحوظ في أربع أو ست جلسات في حين قد يحتاج آخرون إلى عشرين جلسة (Rector, 2010, 35)

ثامناً: العلاقة العلاجية:

العلاقة العلاجية علاقة تعاونية، و يتصف المعالج بالدفء والتعاون والتقبل وأن يسهم في إشراك المتعالج في حل مشكلته، ففي العلاج المعرفي السلوكي يحدد دور كل من المعالج والمتعالج فكلهما نشطان، فالمعالج يتخذ دور المعلم بتعليم المتعالج النماذج المعرفية التي تم تطويرها لفهم المسببات والأهم من ذلك تحديد مشاكل معينة وتدريبه على فنيات معرفية وسلوكية مصممة للتخفيف من مشاكله، إلا أن العلاج لا يقدم وصفات جاهزة يطبقها المتعالج بل يساعده على تعلم أساليب عقلانية في التفكير وفي النظر إلى مواقف الحياة اليومية (علوي وزغبوش، ٢٠٠٩، ٧٦).

وفي هذا الإطار تتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية كالاتي:

- ١- الاتفاقات: وهي تعهد واتفاق بين المعالج والمتعالج على أن يقوم كل طرف منهما بأداء دوره الذي يتم تحديده والاتفاق عليه في سبيل تحقيق الهدف النهائي من العملية العلاجية.
- ٢- الأهداف: ويتمثل في التغير الذي ينتظر أن يحدث نتيجة العلاج، ويتطلب ذلك فهماً مشتركاً لتلك المشكلات التي يفصح عنها المتعالج، وعلى أساس من الصراحة والوضوح والحوار المفتوح بينهما، يتم تحديد أهداف أكثر واقعية وقابلة للتحقيق.
- ٣- المهام: وهي الأنشطة التي يتم أداؤها من جانب كلا الطرفين، والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي أن يحققها المتعالج من خلال العملية العلاجية، ويتطلب ذلك تحديد الاستراتيجيات والفنيات العلاجية التي تعد أكثر ملائمة لتحقيق التغير المنشود، ويتم تحديد العقوبات التي قد تحول دون تحقيق الهدف العلاجي والتي يأمل الطرفان التغلب عليها حتى يتم في النهاية تحقيق ما تم تحديده من أهداف.

ويعد تشكل العلاقة العلاجية الجيدة دعماً لتطوير مهارات التكيف والتغيير نحو الأفضل ومنع الانتكاس، فالعلاقة الحقيقية والمساندة أمر مهم لتنمية الأمل لدى المتعالج (Wyatt& Seid, 11, 2009)، والمعالج يخبر المتعالج بلغة ملائمة بكل المعلومات التي يمكن أن تساعده على فهم اضطرابه وصعوباته ووسائل التعامل معها بتفعيل دور المراقبة الذاتية وضبطها من قبل المتعالج، وإعادة صياغة أقوال المتعالج بشكل واضح والتدخل المناسب لتحديد أفكاره التي تسبب له الضيق النفسي لتغيير السلوك الناتج (علوي وزغبوش، ٢٠٠٩، ٧٥) ويوضح له أنماط معالجة المعلومات لاتخاذ موقف موضوعي اتجاه خبراتهم والعلاقات الشخصية، لذلك فإن المعالج يحاول فهم الميل والسلوكيات والحالات الانفعالية والفيزيولوجية والتي تتمثل بالمشكلة الحالية ويتضمن ذلك تحديد الأفكار التقائية والمشاعر والسلوكيات غير التكيفية التي ترتبط بها (Sudak, 2006, 25).

ويشجع المعالج المتعالج قراءة مواد مكتوبة ذات صلة في وصف مفاهيم العلاج والاضطرابات واستخدام دليل المساعدة الذاتية، وذلك بناء على اتفاق بين المعالج والمتعالج على درجة التحسن المعقولة المرغوبة عند الانتهاء من العلاج والوصول لتوقعات متماثلة حول

كيفية العلاج وتقدمه ومتى سيتم انتهاءه (Stricker& Widiger, 2003, 414)، وبذلك لا يمكن عد دور المتعالج في العلاج سلبي فهو الخبير بمشكلاته الشخصية لذلك يشترك بنشاط وفاعلية (هوفمان، ٢٠١٢، ٤٩)، وخاصة في تحديد المخططات والتشوهات المعرفية واستخدام سجل البيانات وقائمة الإنجازات واليوميات والبطاقات التعليمية (Riso.et al, 2007, 165)، لذلك يجب أن يكون المتعالج منذ بدء العلاج على دراية بضرورة تعاونه في الاختبارات ومحاولة القيام بسلوكيات جديدة والواجبات المنزلية، فمن مسؤولية المتعالج التعلم والتدريب على المهارات ضمن الجلسات، وأن يدرك أنه بجهد فقط سيتحسن، فإن لم يشارك في العلاج فمن المستبعد أن يكون هنالك تحسن جوهري في أعراضه ويقاس مدى نجاح العلاج بمدى قدرة المتعالج على دمج أساليب العلاج في حياته اليومية (Fatemi& Clayton, 2008, 353).

تاسعاً: الطرق والأساليب العلاجية لميكينبوم:

- ١- طريقة التقدير المعرفي السلوكي.
- ٢- إدخال العوامل المعرفية في أساليب العلاج السلوكي.
- ٣- طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط.
- ٤- أساليب إعادة البنية المعرفية.

أولاً- طريقة التقدير المعرفي السلوكي:

من المعتاد في العمل مع حالات الاضطرابات النفسية والعقلية أن يستخدم أحد أسلوبين لتقدير المشكلات، وذلك باستخدام الاختبارات النفسية. وفي الأسلوب الأول تجري المقارنة بين مجموعة مرضية ومجموعة أخرى ليس لديها اضطرابات، أما في الأسلوب الثاني فإن نتائج الاختبارات ترجع إلى مجموعة معيارية وتبحث عن اضطرابات معينة، ولوجود عيوب في كلا الأسلوبين فإن الإرشاد أو العلاج المعرفي السلوكي يتبنى أسلوباً خاصاً يعرف بالطريقة الوظيفية المعرفية والتي نتحدث عنها باختصار فيما يلي:

أ- الطريقة الوظيفية المعرفية للتقدير المعرفي السلوكي:

يشتمل التحليل الوظيفي للسلوك على تمحيص تفصيلي للمقدمات والنتائج البيئية (المثيرات والمعززات) في علاقتها بالاستجابات ويتطلب ذلك تحديداً دقيقاً لفئة السلوك ومعرفة لتكرار الاستجابات في المواقف المختلفة، وضبط الأحداث البيئية لإظهار العلاقات السببية، ويركز التحليل المعرفي الوظيفي على الدور الذي تقوم به الجوانب المعرفية بالنسبة لمخزون السلوك، ويحتاج المرشد أن ينخرط في الواجب أو المهمة حتى يستكشف العوامل التي تؤدي إلى ضعف الأداء لدى المتعالج، ويشمل تحليل المهام على تجزئة الواجب إلى مكوناته أو إلى استراتيجيات معرفية مطلوبة للقيام به بدءاً بتفهم طبيعة المهمة أو التعليمات (الشناوي، ١٩٩٠، ١٣١).

ب- التطبيق الاكلينيكي لطريقة التقدير المعرفي السلوكي:

في هذه الطريقة ثمة سؤالان نحتاج إلى الإجابة عنهما:

- ١- ماهي الجوانب التي يخفق المتعالج في أن يقولها لنفسه والتي إذا وجدت فإنها تساعد على الأداء الملائم وتؤدي إلى السلوك التكيفي.
- ٢- ماهو محتوى المعارف الذي يشوش على السلوك التكيفي.

وهناك عدة وسائل للإجابة عن هذين السؤالين منها:

١- المقابلة الإكلينيكية

٢- الاختبارات السلوكية (راجا، ٢٠١٩، ٢٤١).

تبدأ المقابلة الإكلينيكية الأولى باستكشاف للدرجة والاستمرارية الخاصة بمشكلة المتعالج على النحو الذي يعرضها به المتعالج نفسه، وكذلك التعرف على توقعات المتعالج من العلاج، ويمكن الاستفادة في هذه الجوانب من بعض النماذج المتاحة مثل نموذج باترسون الذي يشمل التحليل الموقفي للسلوك، كذلك فإن المرشد أو المعالج يطلب من المتعالج أن يتخيل المواقف التي تشتمل على مشكلة أو مشكلات شخصية، وأن يفرض أفكاره وتخيلاته وسلوكياته قبل وفي أثناء وبعد هذه الأحداث (المشكلات)، ثم إن المرشد يستكشف وجود أفكار ومشاعر مشابهة لما أظهره المتعالج في مواقف أو مراحل مبكرة من حياة المتعالج، وقد يطلب إليه أن ينظر فيها خلال الأسبوع القادم.

فالتقدير المعرفي الوظيفي يجعل المتعالج يدرك أن جانباً من مشكلته ينتج عن التعبيرات الذاتية وأن بوسعه أن يضبط وأن يغير أفكاره إذا أراد أن يفعل ذلك. وربما يكون المتعالج غير واع بما يقوله لنفسه، ويرجع ذلك إلى أن التوقعات والتخييلات تصبح تلقائية بحكم العادة وقد تبدو للفرد أنها جوانب لا إرادية شأنها في ذلك شأن الأشياء التي تكرر تعلمها بشكل زائد.

أما في الاختبارات النفسية فيشترك المتعالج في سلوكيات تشتمل على مشكلة سواء في المختبر أو في مواقف حياة واقعية، ويتبع ذلك استكشاف الأفكار والمشاعر خلال هذه الخبرة، ومن أمثلة الاختبارات المستخدمة اختبارات شبيهة باختبار تفهم الموضوع T.A.T ولكنها مرتبطة بمشكلة المتعالج السلوكية ويكون الغرض منها التعرف على أفكار ومشاعر المتعالج، كذلك تستخدم مجموعة من الاختبارات النفسية التي تقيس العمليات المعرفية مثل اختبارات الابتكارية وحل المشكلات وتجري مثل هذه الاختبارات في صورة جمعية.

ثانياً: إدخال العوامل المعرفية في أساليب العلاج السلوكي:

وتشمل هذه العوامل على ثلاثة وهي:

- ١- إشراف التخلص من القلق
- ٢- التخلص المنظم من الحساسية

٣- النمذجة (استخدام النماذج).

فيما يتعلق بالأسلوب السلوكي للتححرر من القلق فإن استبعاد مثير منفر يرتبط مع ادخال كلمة مثل "هدوء أو اهدأ" ، ومن هنا فإنه يمكن أن نخفض القلق إذا جعلنا المتعالج يقول لنفسه أو ينصح نفسه بأن يكون هادئاً، وقد أجرى ميكينبوم تجربة لإزالة الخوف المرضي "فوبيا" من الثعابين، حيث استخدم صدمات كهربائية، وقد درب أفراد البحث على النطق باسم الشيء الذي يخافون منه (الثعبان)، يعقبها تفكير مرتبط بالخوف مثلاً: إن مشكلة قبيح، لا أستطيع أن أنظر إليه، وعند النطق بهذه الكلمات فإن الصدمة تظهر، ثم ينطق أفراد البحث بعبارات المواجهة أو التعامل مثل " اهدأ أو استرخ يمكنني أن ألمسه" يعقبها استبعاد الصدمة.

أما أسلوب التخلص المنظم من الحساسية فيرى وولبه (Wolpe, 1958) أن هذه الطريقة تزيل الخوف لأن الخوف لا يتوافق مع الاسترخاء وهذا التفسير القائم على الإشراف المضاد قد ثارت حوله بعض التساؤلات وقد تبين من متابعة الجلسات العلاجية التي قام بها وولبه مع حالاته أن هناك جوانب معرفية تدخل في العلاج (بيك، ٢٠٠٠، ٢٥١).

ويمكن تعديل هذا الأسلوب التدريجي للتخلص من الحساسية باستخدام الجوانب المعرفية بشكل صريح، مثل الجانب الخاص بأسلوب الاسترخاء في هذه العملية يمكن اختصاره وتسهيله بأن يجعل المتعالج يتبنى مجموعة عقلية للاسترخاء عن طريق التعليمات الذاتية، ويمكن تبسيط الجزء التخيلي بأن نجعل المتعالج يرى نفسه وهو يتعامل مع القلق عن طريق تخيل المنظر والتنفس ببطء وعمق والاسترخاء بالتعليمات الذاتية، وفي هذه الحالة فإن الخبرة المولدة للقلق تصبح مؤشراً للمواجهة وللأداء على الرغم من وجود القلق، وبذلك ينظر المتعالج للقلق على أنه ميسر بدلاً من كونه معطلاً، إنه إشارة إلى سلوك المواجهة والتعامل كما تشير لذلك تجارب ميكينبوم وزملائه (كورين وآخرون، ٢٠٠٨، ٧٧).

أما أسلوب النمذجة فقد أكد باندورا أنه في هذا الأسلوب يحول المشاهد (المتعلم) المعلومات التي يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى استجابات لفظية متكررة تستخدم فيما بعد كمؤشرات للسلوك الظاهر، ومثل هذه الاستجابات هي بشكل أساسي تعليمات ذاتية، ويمكن للنمذجة الصريحة لهذه الاستجابات أن تيسر تغيير السلوك، فيمكن للنماذج أن يفكروا بصوت عالٍ في أثناء أدائهم للسلوك المنمذج، ويشمل ذلك إظهار سلوك التمكن، وكذلك سلوكيات التعامل مثل مواجهة الشكوك الذاتية عقب النجاح، وقد أظهرت بحوث ميكينبوم وآخرون أن هذه الطريقة أكثر فاعلية من أسلوب النمذجة العادية..

ثالثاً: طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط:

وتشتمل طريقة التحصين ضد الضغوط على ثلاثة مراحل هي:

- ١- مرحلة التعليم: في هذه المرحلة يزود المتعالج بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، ويكون ذلك بأسلوب بسيط، ويكون الهدف من تحديد هذا

الإطار هو مساعدة المتعالج على أن ينظر للمشكلة بشكل منطقي (عقلاني) وأن يتعاون مع الإرشاد المناسب، وعلى سبيل المثال عند دراسة حالة أحد المتعالجين يعاني من مخاوف (فوبيا) متعددة، وبعد المقابلة أعد إطار خاص بالقلق لدى هذا المتعالج يشتمل على عنصرين أساسيين:

- استثارة فيزيولوجية عالية (مثلاً زيادة ضربات القلب، سرعة التنفس، تعرق اليدين وغيرها من الأعراض التي نخبرنا بها المتعالج)
- مجموعة الأفكار الهروبية المولدة للقلق (كما يدل عليها استياء المتعالج و الإحساس بانعدام الحيلة وأفكار الألم والرغبة في الهروب... الخ) (علي ومصطفى، ٢٠١١، ٦٥١).

ثم إن المتعالج قد أخبر بعد ذلك أن العبارات التي يقولها لنفسه في أثناء استثارة القلق قد أدت إلى سلوك التجنب الانفعالي، وأن العلاج أو الإرشاد سيتجه إلى:

- مساعدة المتعالج على ضبط الاستثارة الفيزيولوجية.
 - تغيير العبارات الذاتية التي تمت تحت ظروف الانضغاط.
- ٢- مرحلة التكرار: في هذه المرحلة قام المعالج بتزويد المتعالج بأساليب المواجهة، والتي تشتمل إجراءات مباشرة ووسائل مواجهة معرفية يستخدمها في كل مرحلة من المراحل الأربعة، وتشتمل الإجراءات المباشرة على الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة له، و مساعدة المتعالج أن يصبح واعياً بالعبارات السلبية القاهرة للذات واستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة، وفيما يلي أمثلة لكل مرحلة من المراحل الأربعة:

- تستطيع أن تعد خطة للتعامل مع الضغط (الخوف)
- استرخي خذ نفساً عميقاً
- عندما يأتي الخوف، توقف
- لقد نجحنا.

٣- مرحلة التدريب التطبيقي: عندما يصبح المتعالج ماهراً في أساليب المواجهة، كان المعالج يعرض له في المختبر سلسلة من الضغوط المهددة للأنا والمهددة بالألم، كما قام المعالج بنمذجة استخدام مهارات المواجهة، كذلك كان التدريب في صور متعددة حيث اشتمل على مجموعة من الأساليب العلاجية والتي تشتمل على التدريب على الكلام، والمناقشة، والنمذجة، وتعليمات للذات، وعملية تكرار السلوك وكذلك التعزيز.

رابعاً: أساليب إعادة البنية المعرفية:

تركز هذه الطرق أو الأساليب على تعديل تفكير المتعالج وافتراضاته، والاتجاهات التي تقف وراء الجوانب المعرفية لديه، وينظر في هذه الحالات إلى المرض العقلي على أنه اختلال في التفكير يشتمل على عمليات تفكير محرفة تؤدي إلى رؤية محرفة للعالم، وإلى انفعالات غير سارة وصعوبات ومشكلات سلوكية، وفي الواقع فإن هذه المجموعة الواسعة من الطرق لا تمثل طريقة أو

نظرية واحدة للعلاج بل هي علاجات مختلفة، ورغم كونها تهتم بالجوانب المعرفية لدى المتعالجين فإن المتعالجين يصورون هذه الجوانب المعرفية للمتعالجين بطرق تختلف من معالج لآخر، ما يؤدي إلى أساليب علاجية متنوعة (الشناوي، ١٩٩٠، ١٣٧) .

عاشراً: فنيات العلاج المعرفي السلوكي :

تتنوع الفنيات العلاجية التي تستخدم العلاج المعرفي السلوكي بين الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية، لما يتسم به هذا المنحى العلاجي بأنه يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، إضافة إلى استخدامه لاستراتيجيات المواجهة التي تسهم في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي (عبدالله، ٢٠٠٠، ١٢)، ويرى زهران (2004) أن فنيات العلاج المعرفي السلوكي تنقسم إلى :

- **فنيات انفعالية Eomative-Techniques:** وهي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المتعالج وأحاسيسه وردود أفعاله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة والخبرات المنشطة خاصة فيما يتعلق فيها بمشكلاته .
- **فنيات معرفية Cognitive Techniques:** وهي الفنيات التي تساعد المتعالج على أن يغير أفكاره وطريقة تفكيره الخاطئة، وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية ، وأن يستبدل مكانها أفكاراً وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة منطقية علمية .
- **فنيات سلوكية Behavioral Techniques:** هي الفنيات التي تساعد على تخلص المتعالج من السلوك غير المرغوب أو تعديله، وتغييره إلى سلوك مرغوب مع دعمه (زهران، ٢٠٠٤، ٨٣).
- **ومن هذه الفنيات التي تستخدم في الاتجاه المعرفي السلوكي:**
- ١- **فنية الأعمدة الثلاثة Three columnsart:**

يستطيع المتعالجون التعرف على الأفكار الخاطئة لديهم وذلك من خلال هذه الفنية، ففي العمود الأول يصف العميل الموقف الذي يسبب له القلق وفي العمود الثاني يدون الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف، وفي العمود الثالث يدون البدائل أو الاستجابات الصحيحة من التفكير والسلوك، فمن خلال المناقشة يستطيع المرشد التعرف على الأخطاء المعرفية (التشوهات المعرفية) لدى المسترشد، ثم يعمل على مقارنتها وعلى تكوين بدائل أي أنماط جديدة من التفكير والاستجابات المتوازنة الأكثر إيجابية ومنطقية والتي تساعد في التغلب على أنماط التفكير الخاطئة لدى المريض والتي على أثرها ينخفض القلق (Meichenbaum, 1974, 651).

٢- فنية الأحاديث الذاتية Self- talk art:

تقوم هذه الفنية على فرضية أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة إذا استطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية والإنهزامية التي يقولها لنفسه إزاء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة.

ويؤكد ميكيمبوم على الدور الذي تسهم به أحاديث الذات السلبية في حدوث الضغط والاضطراب الانفعالي للفرد فما يقوله الناس لأنفسهم يحدد الاستجابات السلوكية التي يقومون بها، وأفضل وسيلة للتغلب على أحاديث الذات السلبية التي يرددونها لنفسه عندما يواجه موقفاً يتسم بالتهديد والضرر لأن الإحساس بالضغط هو نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا، أي إن الطريقة التي يدرك الفرد الأحداث الضاغطة تتأثر إلى حد كبير بما يقوله الفرد لنفسه من أفكار وتقديره لإمكاناته ومصادره التي يستخدمها في التعامل مع مصدر الضغط وعلى هذا يمكن القول إن أحاديث الذات السلبية تجعل الفرد يشعر بعدم الكفاءة والخوف عند تعرضه للمواقف الضاغطة، وتشجيع الفرد على تحدي ومواجهة الأحاديث الذاتية السلبية وإعادة صياغتها بطريقة إيجابية تعتبر فنية مفيدة في إدارة الضغوط (Meichenbaum, 1974, 651).

٣- فنية المراقبة الذاتية : self- Monitoring Technique :

وهي مطالبة الفرد باستحضار وتسجيل أفكاره ومشاعره الخاصة وهي وسيلة لتقييم وتحديد شكل العلاج فيما بعد، وتسجيل التقدم في العلاج من قبل المتعالج لما له من فائدة وأهمية في العملية العلاجية، حيث يقوم بتحديد ما لديه من أحاديث سلبية أو تخيلات غير مناسبة، ويركز على أفكاره ومشاعره وردود فعله الفيزيولوجية وما يتصل بعلاقاته الشخصية وسلوكياته مما يؤدي إلى إعادة تصور المشكلة مما يساعد على الفهم الدقيق لها والذي يصل له المتعالج بتوجيهات وإرشادات المعالج (محمد، ٢٠٠٠، ٧٦)، والمذكرات اليومية تعطي معلومات أساسية حول مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى لمعرفة مصادر القلق ولرؤية المتعالج لمتابعيه بشكل مختلف مما يشجعه على المحاولة ليكون موضوعياً مع نفسه (سرخسوخ، ٢٠١٤، ٢٢٧)، ولجعله أكثر ضبطاً لردود فعله في المواقف الصعبة وإدراكاً لمدى جودة ما يفعله، فالمراقبة لها دور في تقييم درجة نجاح الفرد في الوصول إلى هدف سلوكي أو تتبّع تجربته في القيام بأشياء ممتعة أو إنجاز مهمة (Rector, 2010, 24) ومن ثم زيادة الوعي الذاتي والحصول على عائد إيجابي من حيث التحسن والمواد المفيدة للمناقشة في الجلسات التالية لذلك تستخدم نماذج معدة سلفاً وفقاً لطبيعة المشكلة ويحرص المعالج على البدء بها بأسرع وقت ممكن (بلحسيني، ٢٠١٤، ٩٣).

٤- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

The Technique Automatic Ideas and Corecting

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهي الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً من دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية تكون دائماً ذات صفة سلبية معينة وبذلك تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية.

وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف الى تلك الأفكار، ومن ثم تبديلها بإيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات المنزلية على ورقة ويدون فيها كل

الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر الواجبات جزءاً من العلاج (الحلبي،
اليحيى، ١٩٩٥، ٢٧١).

ويتم التعديل من خلال تدريب المنتفعين على سجل التعامل مع الأفكار الآلية (لتعديل الأفكار وتصحيحها).

مما سبق ترى الباحثة أن هذه الفنية تفيد كلاً من المعالج والمتعالج في التعرف إلى الأفكار
السلبية التي تؤدي إلى التوتر، ومن ثم تبديها بأفكار إيجابية، ومن ثم تساعد المعالج في اختيار
الأسلوب المناسب للعلاج.

٥- إظهار الدليل Evidence Showing:

إذ يتم مساعدة المتعالج على تكوين الاستجابة والفكرة البديلة من خلال بعض الأسئلة وهي ما
الدليل أن الفكرة حقيقية؟ هل هنالك تفسير آخر؟ ما أسوأ ما يمكن حدوثه؟ هل يمكن أن أتعاش معه؟
ما أحسن الاحتمالات؟ وما النتيجة الأكثر واقعية؟ ما تأثير اعتقادي وما إمكانية تغييره؟ إن كان لديك
صديق يمر بالموقف نفسه وله نفس الأفكار ما كنت ستقول له؟ إن تسجيل هذه البيانات قد تمثل
تحدياً للعمل لذلك يجب مساعدته للنظر لأفكاره على أنها فرضيات وليست حقائق وإعطاء فرصة
لمقارنة هذه الأفكار نسبة إلى الأدلة الفعلية والتشكيك فيها. (Weaver, et al, 2014, 5).

٦- إعادة البنية المعرفية Cognitive Restructuring:

وهي عملية تقييم رؤية المتعالج غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة مما يساعد على التمييز
بين التهديد الحقيقي في البيئة والتهديد المحسوس بشكل خاطئ على أنه خطر، وهذا الأمر يحتاج
إلى جهد ويتطلب توجيهات من المعالج ليصبح المتعالج تدريجياً أكثر مهارة، ولمساعدته على إدراك
العلاقة بين أفكاره وسلوكياته وانفعالاته والتعرف على تصورات الذهن واللاوعي واختبارها في
الواقع كأبنية معرفية بديلة أو معارضة للأنماط السلبية غير التكيفية (العدوان، ٢٠١٤، ٥٤)، وبذلك
يصبح الطريق ممهداً للقيام بعملية دحض وتنفيذ الآراء الخاطئة والتفسيرات اللاعقلانية لمعرفة
الجوانب السلبية أو المبالغ فيها في التفكير ليفضي الأمر إلى اعتقادات واقعية فضلاً عن نتائج
انفعالية وسلوكية معقولة، ويقوم المعالج هنا بتعزيز مهارات المتعالج في تعامله بكفاءة مع الحالة
المزاجية السلبية حيث يتعلم التعرف على أفكاره التلقائية وتقييم دقتها وتوليد تفسيرات بديلة محتملة
للأحداث وإجراء تجارب سلوكية، وبمجرد إحداث هذا التغيير العلاجي يمكن تعديل المعتقدات
الأساسية بشكل مباشر، مما يساهم في تبني وجهات نظر واستراتيجيات جديدة تكون بناءة وامتكية
أكثر (Strunk. Et al, 2014, 76).

٧- الدائرة المقسمة إلى نسب مئوية:

يسعى العلاج المعرفي السلوكي من خلال هذه الفنية إلى التعرف على التحيزات العابرة للعمل
والتصدي لها باختبار واقعية أفكاره من خلال استخدام المخططات الدائرية والنسب المئوية لسرد
الأسباب المختلفة للنتيجة مع تحديد نسبة كل منها دون التأكيد على عامل سببي مما يساعد في شرح

الموقف أخذ بعين الاعتبار معلومات مهمة يمكن تعديلها لتعكس الإسناد (Weaver, Et al, 11, 2014)، إعادة الإسناد أسلوب مفيد لمساعدة المتعالج لرفض فكرة لوم الذات غير الملائمة ومراجعة الأحداث والوقائع واستخدام المنطق لتبيين مدى المسؤولية الشخصية فيكتسب الموضوعية ويبحث عن طرق واقعية لحل المشكلات ومنع تكرارها، وذلك من خلال عمل مقارنات للتقديرات القديمة والجديدة لمساعدته في تشكيل مواقف أكثر واقعية حول مسؤولياته الشخصية (Barlow, 546, 2002).

٨- فنية المتصل المعرفي: Cognitive Contiumm:

تستخدم هذه الفنية لتعديل كل من الأفكار التلقائية والمعتقدات التي تعكس التفكير المستقطب عندما يرى الفرد الأمور بمقياس كل شيء أو لاشيء، وبناء متصل معرفي للمفهوم الذي يعد معتقداً خاطئاً أو لا منطقياً ليسهل التعرف على المنطقة الوسطى (بيك، ٢٠٠٧، ٢٤٠)، وعند استخدام هذه التقنية يعمل المعالج على حث المتعالج لتقييم صحة معتقده وإدخال درجة من المرونة والعمل المستمر لتطويرها على مدار الجلسات (Laidlaw, Et al, 2003, 89)، مثال أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة بالآخرين، وعلى سبيل المثال يطلب من المسترشد الذي لديه اعتقاد أنه شخص عديم الفائدة أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة، يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و 100% (فعال جداً) (ابراهيم، ١٩٩٤، ٦٢).

٩- التعزيز:

هو عملية دفع السلوك الإنساني للظهور بشكل روتيني من خلال مكافأته، وهذا ما يدعى التعزيز الإيجابي حيث يتم تأسيس القواعد التي تحكم سلوكيات معينة والعمل على تعزيزها، وذلك للإسهام في تشكيل السلوك إضافة إلى تكوين العوامل المعرفية وتعلم التصرف في المواقف للوصول إلى النتيجة المرجوة، وهذه المكافآت قد تكون ملموسة أو اجتماعية لأداء السلوك المستهدف.

ومثلما التعزيز يقوي السلوكيات فإن حجب المعززات يضعفها وهذا ما يسمى إطفاء السلوك غير المرغوب حتى يصل الفرد إلى التعزيز الذاتي ويقوم الفرد بمكافأة نفسه على نجاحه في إنجاز أهداف معينة وهي وسيلة هامة وناجحة لزيادة مستويات النشاط السلوكي (محمد، ٢٠٠٠، ١٥٢) ولذلك فإن التعزيز في العلاج المعرفي السلوكي يكون بإنشاء مصادر جديدة للتعزيز أو تقديم مهارات للسماح للعميل أن يكون أكثر فاعلية بالوصول إلى التعزيز الذاتي ومشاعر الإتيقان، ويمكن استخدام التعزيز لتهيئة المتعالج وتقديمه تدريجياً للمواقف الاجتماعية (Stricker& Widiger, 432, 2003)، وهناك نوع آخر من التعزيز يدعى التعزيز السلبي يكون من خلال الإزالة، أي استبعاد المثيرات المؤلمة وغير المرغوب فيها من البيئة كنتيجة لقيام الفرد بالسلوك المرغوب فيه وهذا يعني أن الفرد يقوم بالاستجابة بهدف تجنب المثيرات غير المرغوب فيها.

١٠- فنية ضبط الذات Self-restraint art:

وهو أسلوب معرفي يقوم الفرد من خلاله بالتحكم بسلوكياته وأفعاله وانفعالاته عن طريق المراقبة الذاتية والتقييم الذاتي والتعزيز الذاتي، ومن ثم توظيف هذا الأسلوب في المواقف المختلفة ويعتبر سكينر أول من استخدم الضبط الذاتي في العصر الحديث، في حين يعد ميكينبوم أول من طور هذا الأسلوب

وقد قام كانفر وجولدستين (Kanfer & Goldstein, 1984, 98) بوضع نموذج في الضبط الذاتي اشتمل على ثلاث مراحل هي:

- مرحلة المراقبة الذاتية: وهي انتباه الفرد الواعي والدقيق وبشكل متعمد لسلوكياته، مع جمع المعلومات حول الأسباب التي أدت إلى هذا السلوك وتحديد السلوك المراد تعديله، وبهذا فإن هذه المرحلة تشمل وصفاً دقيقاً لسلوك الفرد
- مرحلة التقييم الذاتي: يقوم الفرد بوضع توقعات وأهداف للسلوك الذي يجب أن يكون عليه، وفقاً للمعلومات التي حصل عليها من خلال مراقبته لسلوكه، ثم يقوم بمقارنة سلوكه بالمعايير والأهداف التي وضعها لهذا السلوك، إضافة إلى أن الفرد في هذه المرحلة يحصل على تغذية راجعة حول سلوكه.
- مرحلة التعزيز الذاتي: يقوم الفرد في هذه المرحلة بتعزيز ذاته إذا حقق الأهداف والمعايير التي وضعها لنفسه، أو يقوم بعقاب ذاته إذا لم يحقق الأهداف والمعايير التي وضعها لنفسه، وتعد هذه المرحلة ذات أهمية بالغة في عملية ضبط الذات لما تشتمل عليه من عمليات دفاعية. (Nicolson & Ayers, 2004, 46).

وأسلوب الضبط الذاتي يساعد على زيادة وعي الفرد للأفكار السلبية التي تؤثر في أدائه والتي تقود إلى الانفعالات المزعجة والأداء غير الملائم، وزيادة فاعليته في تقييم المواقف والوقوف على الأسباب الحقيقية للأحداث، وهو يساعد على اشتقاق مجموعة من الجمل الذاتية والتي تعد بمنزلة تعليمات يوظفها الفرد من أجل إعادة بنائه المعرفي، وبذلك يمتلك الفرد القدرة على الاستثارة الذاتية والتفرقة بين النشاط الذاتي المصدر وممارسة التغذية الراجعة وتوجيه السلوك (مسعودي، ٢٠١٠، ١٢٣).

١١- التخيل:

تعد الطريقة الأفضل لمساعدة المتعالج على تصور المشكلة بوضوح والقيام بإعادة البناء الإدراكي للخيال مما يعينه على التحسن لذلك ينبغي تعلمها منذ بداية العلاج (بيك، ٢٠٠٧، ٤٣٢)، حيث يطلب من المتعالج تخيل الموقف الصعب الذي عاشه في الماضي ومن ثم يعمل المتعالج على تدريبه على كيفية التعامل مع المشكلة بنجاح ورسم سلوكه للاستجابة للمواقف المماثلة، ويشجع المتعالج المتعالج على اتباع خياله من خلال أمر من اثنين: إما أن المتعالج دخل في قلب الأزمة وخرج منها أفضل مما كان، أو أن مصيبة حدثت كالموت مثلاً، حيث يستعرض المتعالج عواقب

الخوف ومعنى الكارثة النهائية ويحاول التدخل (بيك، ٢٠٠٧، ٤٦٢)، ويتم التركيز على الأفكار التي بنى عليها مشاعره، ثم يقوم بمناقشة الأفكار ويركز على شعوره بعد تركها بتبديلها بأخرى منطقية وعقلانية، ويتم تدريب الفرد على تخيل نفسه في الموقف الضاغط وغالباً ما يكون التخيل مقترناً بالاسترخاء ويتخيل كيفية التعامل مع هذا الموقف وما ردود فعله اتجاه الموقف (العدوان، ٢٠١٤، ٤٣)، ويعلم المعالج المتعالج كيفية التعامل مع الصورة الخيالية كفكرة تلقائية لفظية مستخدماً الأسئلة السقراطية (بيك، ٢٠٠٧، ٤٣)، وعلى المتعالج المتمرن على ذلك يوماً لمرّة واحدة على أقل تقدير لتخيل الموقف ومعايشة الانفعال، والتفاعل مع الموقف وتصعيد الانفعالات والتوتر ومن ثم استبدال المشاعر والعواطف المؤذية للذات والمضغفة للمعنويات بأخرى ملائمة أكثر وأقل إزعاجاً ويتم الاستعانة باستبيانات تقيس مدى استفادة المتعالج من التخيل وتعطى له مباشرة في نهاية الجلسة (صفهان، ٢٠٠٥، ١٣٨).

وبهذه الطريقة يكتسب المتعالج مجموعة من المهارات المعرفية للتفكير العقلاني عند مواجهة مواقف ومشكلات من خلال الأفكار والصور التخيلية التي تكون الطابع الخاص لإطاره المعرفي وتجميع أكبر قدر ممكن من المعتقدات العقلانية وجعلها جزءاً من منطقته المعرفي (هوفمان، ٢٠١٢، ٤٨٩).

١٢- التنفيس الانفعالي:

وهي تطهير داخلي للتراككات والصراعات المكبوتة التي تتمثل في إدراك المتعالج الشعوري لدوافعه المكبوتة مما يجعله قادراً على التعامل معها مخففاً بذلك من الأعراض ومؤدياً لتوافق أكثر ثباتاً، ويعد التنفيس الانفعالي بمنزلة المحاولة الأولى المنظمة لمعالجة الأعراض عن طريق استرجاع الخبرات وتفرغ الشحنات الانفعالية مما يولد الراحة والإدراك الداخلي لحقيقته الداخلية (العدوان، ٢٠١٤، ٣٥٤)، وتتم هذه العملية من خلال توفير مناخ نفسي للعميل يعبر فيه عن مشاعره وظروف تكوينها وآثارها بوجود تقبل واحترام له من المعالج الذي يساعده باستثارتها بالأسئلة والمناقشة والتشجيع لإعادة توجيه مشاعره لأنه إذا لم يعقب عملية التنفيس علاج تكون سلبية (يحياوي، ٢٠١٤، ٤٨٧).

وقد قام كل من أرمسترونغ وكلاهان ومرمر (Armstrong, Callahan, Marmer, 1991, 541) بوضع نموذج الضغوط المتعددة في التفرغ الانفعالي ويشتمل على أربع مراحل:

المرحلة الأولى: يتم فيها تقديم ووضع الخطوط العريضة، ثم بعد ذلك تتم إتاحة الفرصة للمشاركين لسرد ماجرى في أثناء وبعد الحدث الضاغط

المرحلة الثانية: وتشمل الحديث عن المشاعر وعن الاستجابات التي وردت بعد وقوع الحدث الضاغط.

المرحلة الثالثة: وتشمل عن الحديث عن استراتيجيات المقاومة المستخدمة في مواجهة الحدث الضاغط ويتم فيها إعطاء معلومات عن استراتيجيات المقاومة الصحيحة والمرضية ويتم فيها أيضاً

التركيز على وسائل التكيف التي قام بها الشخص نفسه لأحداث سابقة، وأيضاً التركيز على استراتيجيات المقاومة الصحية التي يقوم أفراد المجموعة باستخدامها.

المرحلة الرابعة: ويتم فيها إغلاق المواضيع التي فتحت في النقاش، والتحضير إلى مرحلة العودة إلى ما قبل الحدث الضاغط، للخروج من الحالة السلبية التي قد يبقى فيها بعض المسترشدین (مسعودي، ٢٠١٠، ١٣٦).

١٣- التعاقد السلوكي:

وهو القيام بإبرام عقد رسمي مع المتعالج أو الآخرين ذوي الأهمية كأفراد الأسرة وزملاء العمل لإحراز التغير السلوكي الإيجابي الذي يطمح إليه كالتوقف عن التدخين، أو الاستمرار في حماية، ومن المهم أن تكون السلوكيات المستهدفة سهلة التكرار ومناسبة للمتعالجين الذين يقومون بكتابة السلوكيات المتفق عليها بشكل واضح ومحدد للعمل كفريق والتذكير بفوائد التغيير (كوروين وآخرون، ٢٠٠٨، ١٨٤).

١٤- المحاضرة:

أسلوب يساعد فيه المرشد المتعالج لمعرفة ذاته وفهمها ومعرفة القدرات والاستعدادات وفهم الانفعالات ودوافع السلوك والعوامل المؤثرة والتعرف على مصادر المشكلات وطرق حلها (العدوان، ٢٠١٤، ٧٢).

١٥- المناقشة:

نشاط جماعي منظم يدور حول موضوع ما، ويتم عن طريق الحوار واللغة للفهم وتبادل الآراء واتخاذ القرارات فهي أساس التواصل والتفاعل بين أعضاء المجموعة العلاجية (يحيوي، ٢٠١٤، ٤٨٧)، وتساعد المناقشة على اكتشاف جوانب الخطأ في الأفكار وتعلم طرق جديدة لتنمية القدرة على حل المشكلات وطرق بديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية مما يسهم في تعديل السلوك الاجتماعي وتتيح المناقشة حرية التعبير عن الرأي وطرح المشكلات والمشاعر مما يرفع من ثقة الفرد بنفسه إضافة إلى تبادل الخبرات والمعلومات والتشجيع المتبادل والشعور بالأمن (العدوان، ٢٠١٤، ٧٢)، ومواجهة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بناء على دلائل منطقية باستخدام أساليب جدلية تعليمية (محمد، ٢٠٠٠، ١١٨).

١٦- التنشيط السلوكي وجدولة الأنشطة الممتعة:

يشمل التنشيط السلوكي مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى زيادة نشاط المتعالج والوصول إلى حالات التعزيز التي تعمل على تحسين المزاج من خلال مجموعة من السلوكيات التي تشمل على إعادة تقديم أنشطة ممتعة، أو القيام بأنشطة جديدة وقد تكون الأنشطة تنطوي على أحداث روتينية كترتيب الغرفة أو التكلّم مع أفراد الأسرة البعيدين (Cully & Teten, 2008, 61)، مما يجعلهم يشعرون أنهم على نحو أفضل ولا يحتاج المتعالج إلى أن تكون هذه الأحداث كبيرة فقد تكون

تناول وجبة غذاء أو قراءة صحيفة أو التحدث مع الأصدقاء، فالتنشيط السلوكي يساعد في زيادة كمية ونوعية السلوك المعزز بشكل إيجابي وتحسين سلوكيات التعامل مع أحداث الحياة السلبية ويستخدم في وقت مبكر من العلاج مما يؤدي إلى مستويات أعلى من الطاقة (Weaver, Et al, 2014, 17)، وتتم عملية جدولة الأنشطة من خلال قياس وتوثيق (عدد، تكرار، مدة) ممارسة الأنشطة حيث تستخدم هذه البيانات لمعرفة التدخلات السلوكية القوية في التعامل مع المزاج السلبي والتقدم العلاجي فيما بعد، فهناك فائدة من مراقبة المتعالم وتقييم مستويات النشاط الحالية ورؤية العلاقة بين المزاج ومستويات النشاط، ومن المفيد تعيينه كواجب منزلي للحصول على تقييم المتعالم لشعوره عند قيامه بهذه الأنشطة خلال أسبوع باستخدام جدول النشاط الأسبوعي الذي يعطي معلومات مفيدة بالحالة الطبيعية (Laidlaw, Et al, 2003, 57).

يشتمل سجل النشاط بأبسط حالاته على (الزمن، التاريخ، المكان، وصف موجز للنشاط، تقدير لدرجة الإرضاء من (٠-١٠) أي من غير مرضي إلى مرضي تماماً، يمكن أن نحصل من الجدول الخاص بالمتعالم على تقديرات المزاج المنخفضة بشكل عام وعدد الأنشطة الممتعة القليل والروتين غير الثابت وإلى أي مدى المتعالم منسحب من الأنشطة اليومية الشائعة، وهل هناك فرص كافية لاختبار الأنشطة السارة وهل هناك دافعية اللازمة لتطبيق الاستراتيجيات السلوكية (هوفمان، ٢٠١٢، ١٧٤)، وبذلك يكون قد تم رسم الخط القاعدي لأنشطة المتعالم والوجدان المصاحب لها ثم يحدد المهام والأنشطة السارة التي تضمن الجدول الذي تم إعداده أو الأنشطة التي يرغب بها المتعالم ووضع بناء على ذلك جدول يومي يعمل المتعالم وفقاً له ويحدد الوقت الذي يقوم به بأنشطة تبعث على السرور أو تعطيه الإحساس بالإنجاز حيث يبدأ بالمهام السهلة وتجزئة الصعب منها إلى وحدات أصغر لإنجازها بالشكل المطلوب. (محمد، ٢٠٠٠، ١٧١)، ويمكن التخطيط لأنشطة متوقعة في الأسبوع القادم إضافة إلى الأنشطة التي كان يتجنبها ويطلب المعالج من المتعالم تسجيل جدول مواز مسجلاً فيما إذا تحققت هذه الأنشطة أو بعضاً منها ويسجل درجة الإحساس بالسيطرة أو السرور، وبتابع ذلك والحصول على التغذية الراجعة من بيانات الجداول من الممكن أن يصبح المتعالم أكثر نشاطاً أسبوعاً بعد أسبوع ويتوقع منه أن يتحسن مزاجه (هوفمان، ٢٠١٢، ١٧٦).

١٧- أسلوب حل المشكلات: Problem Solving

يتألف الأسلوب العلمي لحل المشكلات من مجموعة من العمليات الضمنية أو الصريحة التي تؤدي بالفرد إلى التفكير بالاحتمالات المتعددة التي تصلح كحلول لموقف مشكل محدد، ثم اختيار أكثر هذه الأبدال فاعلية والعمل على وضع الحل الذي يتوصل إليه موضع التنفيذ، وتتم عملية حل المشكلات بالمراحل الآتية:

- أ- الوعي بوجود المشكلة .
- ب- تحديد المشكلة وتعريفها وجمع البيانات والمعلومات .
- ت- توليد البدائل المحتملة كحلول للمشكلة .

ث- اتخاذ القرار حول البديل أو مجموعات الأبدال المناسبة، وذلك من خلال موازنة الأبدال المختلفة .

ج- اتخاذ قرار حول كيفية تنفيذ البديل أو الأبدال التي اختيرت .

ح- اتخاذ الإجراءات التنفيذية .

خ- تقييم فاعلية الحل ،وتطبيق العملية من جديد على أي مشكلات متبقية (العارضة، ١٩٩٨، ١٨).

١٨- **لعب الأدوار Role Play:**

ويستطيع العملاء أن يتدربوا على أنماط معينة من السلوك ليعبروا عن ما في داخلهم تجاه موقف ما، ويكون التركيز على الأحاديث الذاتية التي لها علاقة بالمشاعر المزعجة غير السارة (حسين، ٢٠٠٤، ٨٢)، ويستخدم أسلوب لعب الدور في الحالات التي يكون من المطلوب فيها أن يدرّب المسترشد نفسه على تحمل الإحباط والتحكم في الغضب، وتجنب الاندفاعات الحمقاء ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف في جلسات العلاج بطريقة التخيل ويكون من شأنها إثارة الغيظ أو الغضب أو الإحباط، ومن خلال ذلك يقوم المرشد بتدريب المسترشد على إظهار استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة، وذلك بتوجيه اهتمامه لتطوير جوانب من السلوك والاستجابات بالتأكيد على الأحاديث الذاتية ومن ثم تغييرها وكذلك السلوكيات والأفكار (ابراهيم، ١٩٩٤، ١٦٦).

١٩- **الواجبات المنزلية: Home Work:**

وهي من أهم الأساليب في العلاج المعرفي ويقوم المعالج بتحديد واجبات ينجزها العميل في منزله بما يتفق مع بيئته الاجتماعية بهدف دمج العميل مع المحيطين به، لكي يتحقق فاعلية أسلوب الواجب المنزلي فيجب التخطيط الشامل والتطبيق بحرص وعناية، وهذا يعني أن تتكون الواجبات المنزلية سهلة نسبياً وفي متناول خدمات العميل، إذ تسبب الواجبات المنزلية غير الواقعية للمريض فشل العلاج ، كما يجب أن يضع المعالج خطة لمتابعة تنفيذ الواجبات المنزلية (COX, 2011, 341).

وترجع أهمية أسلوب الواجب المنزلي في العلاج المعرفي للأسباب الآتية :

- يساعد على تطوير وتنمية المهارات من خلال الممارسة التكرارية .
- يساعد على تطبيق الطرق التي تم التدريب عليها في الجلسات العلاجية في الظروف البيئية المحيطة
- يساعد على الوقاية من الانتكاسة .
- يساعد على زيادة قدرة المريض على تقدير الذات والضبط الذاتي بعد انتهاء العلاج (Cully& Teten, 2007, 41).

٢٠- **النمذجة:**

تعد فنية النمذجة أكثر فاعلية للتعلم من مجرد الاعتماد على معاقبة الاستجابات الخاطئة، إذ يمكن تعلم مهارة أو سلوكيات جديدة من خلال ملاحظة شخص آخر يقوم به، فمن خلال الملاحظة

يمكن للشخص أن يتعلم استخدام السلوكيات التي تعد بالفعل جزءاً من مخزونه السلوكي من خلال انتباه المنتفع للنموذج، وتذكره للمعلومات التي قدمها النموذج يؤدي المنتفع السلوك المنمذج (عبد الله، ٢٠٠٠، ٣٤).

ويذكر باندورا Bandura (١٩٧٤) أنه تتنوع النماذج التي يمكن تقديمها للملاحظ وأهمها:

- ١- النماذج الحية: وهو قيام شخص آخر بعرض السلوك المطلوب تعلمه أو قد يكون الفرد هو نفسه النموذج لذاته وفي هذه الحالة عليه أن ينظر لنفسه وسلوكه بطريقة مناسبة مما يزيد انتباهه لنفسه وتصرفاته.
 - ٢- النماذج الرمزية: مثل أشرطة الفيديو والسينما وشرائط الكاسيت والقصص والروايات المكتوبة.
 - ٣- النماذج الضمنية: وفيها يطلب من الملاحظ تخيل نموذج يقوم بالسلوك المطلوب تعلمه كما لو كان يراه أمامه.
 - ٤- النماذج بالمشاركة: وفيها يتم إعطاء الملاحظ توجيهات إلى جانب ملاحظته للنموذج مما يزيد من قدرته على تقليد النموذج (عز الدين، ٢٠١٩، ٥١).
- ٢١- **التدريب على الاسترخاء: Relaxation Training**

وهو أحد أساليب التثيت الذهني للتغلب على القلق والغضب، ويتم في مكان هادئ لمساعدة المنتفع على منع العقل من التفكير في المشكلات والبعد عن الضغوط (لبي، ٢٠٢٠، ٣٤) ويهدف إلى الوصول بالعمل إلى حالة استرخاء مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة لديه (حسين، ٢٠٠٤، ٨٣).

هناك العديد من طرق الاسترخاء ومنها:

التنفس البطني :

- استلق في مكان هادئ وأغلق عينيك، ركز للحظة على الأحاسيس التي تسري في جسمك خاصة في المناطق التي تشعر فيها بالشد.
- ضع إحدى يديك على صدرك والأخرى على بطنك أسفل الخصر مباشرة، وفي أثناء الشهيق وتخيل أنك ترسل الهواء الى جميع أجزاء جسمك، ولاحظ أن يدك التي على صدرك تظل ساكنة الى حد ما، أمام التي على بطنك ترتفع وتنخفض مع كل نفس.
- استمر بالتنفس بهدوء شهيقاً وزفيراً، ودع تنفسك يحدد سرعته بنفسه (العديان، ٢٠١٠، ٧١).

ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعاً طريقة جاكبسون (Jacobsen) وهو من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء أن الجسم في حالة التوتر والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة التوتر، وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر النفسي والشد العضلي لجسم الإنسان الى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على الوضع نفسه، إنما يتحول إلى

حالة من الاسترخاء، مما يخفض درجة التوتر النفسي عند الإنسان، وبذلك لا يكون الإنسان متوتراً جسدياً ومسترخياً نفسياً في آن واحد، أو بمعنى آخر نستطيع أن تؤكد وجود علاقة تلازمية قوية بين التوتر النفسي والتوتر العضلي لدى الإنسان فإذا زال التوتر العضلي فإن التوتر النفسي يزول، ويعزز هذا المبدأ العلمي قول الرسول صلى الله عليه وسلم (إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، وإلا فليضطجع)"رواه ابو داود" ، فتحول الإنسان الغاضب "المتوتر" من وضع الوقوف الى وضع الجلوس بمعنى تحول عضلاته نسبياً من حالة الشد الى حالة الاسترخاء وبالتالي خفض حدة التوتر والغضب عنده.

فإذا زال التوتر العضلي زالت عنه حالة التوتر النفسي الوجداني، فعملية الاسترخاء تساعد على إطلاق التوتر القلق، مما ينتج عنه توافق أفضل مع الموقف الذي سبب القلق، وإطلاق التوتر العضلي يحسن قدرة الإنسان على الاستماع لما يقوله الآخرون والتفكير بشكل أفضل، ومن ثم التفاعل مع الحدث أو الموقف بطريقة ايجابية .

٢٢- الحوار السقراطي: Socratic Dialogue

يستخدم الأسلوب في تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، ومهمة المرشد تكون طرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالجوانب اللامنتطقية والمختلفة وظيفياً من معتقدات العميل اللاعقلانية، والهدف من ذلك تشجيع العميل على التفكير في نفسه وتصحيح سواء فهمه (زهران، ٢٠٠٤، ٨٤).

والحوار السقراطي يتبع نمطاً من المناقشات والمجادلات من خلال التركيز على ثلاثة أسئلة :

١. ما هو دليل حجم الاعتقاد؟
٢. كيف يمكن أن تفسر الموقف؟
٣. إذا كانت فكرتك صحيحة ماذا يعني ذلك؟ (ضمرة، وآخرون، ٢٠٠٧، ٢١٠).

وتستخدم هذه الفنية من أجل مساعدة العملاء على اكتشاف المنطق الخاطئ الكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة ، إذ يطلب من العميل أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث ، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك.

٢٣- فنية صرف الانتباه:

هي قيام العميل بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً، وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه .

- التركيز على شيء معين: يدرّب المريض بالتركيز على شيء ما ويصف لنفسه.
- الوعي الحسي: يدرّب المريض على ملاحظته للبيئة المحيطة به أو ما يدور بداخل الجسم.
- التمرينات العقلية: العد التنازلي أو ذكر الحيوانات، أو الأطعمة ، أو البلاد أو تذكر حديث معين .
- الذكريات والخيالات السارة: أذكر الأحداث السارة أكثر بينك وبين نفسك.

- ممارسات نشاط مركب: ممارسة النشاطات العقلية والجسدية معاً في وقت واحد (السيد، ٢٠٠٨، ١٥١).

٢٤- إيقاف التفكير: Thought Stopping

أسلوب إيقاف التفكير هو أسلوب معرفي كان جوزيف ولبي قد وصفه في كتابه (العلاج بالكف المتبادل) الذي صدر في عام (1958) وهذا الأسلوب بسيط ومباشر، ويستخدم علاجياً عندما تراود الإنسان أفكاراً وخواطر لا يستطيع السيطرة عليها، ففي البداية يطلب من المتعالج أن يفكر ملياً بالأفكار التي تزعجه، وبعد فترة قصيرة يصرخ المعالج قائلاً (توقف عن ذلك) ويكرر المعالج هذا الإجراء عدة مرات قبل أن يطلب من المعالج نفسه القيام بذلك بصوت عال في بادئ الأمر ثم بصوت منخفض لا يسمعه غيره في نهاية الأمر (الخطيب، ٢٠٠١، ٢٣٨).

مما سبق ترى الباحثة أن فنيات العلاج المعرفي السلوكي تعد من أفضل الوسائل نجاحاً وأن هذه الفنيات تفيد كلاً من المعالج والمريض في الآتي:

١. مساعدة المريض في التعرف على الأفكار والمعتقدات السلبية والمشاعر المصاحبة لهذا التفكير.
٢. مساعدة المعالج في معرفة الأعراض الجسدية والنفسية التي يعاني منها المريض ومن ثم مساعدته في التقييم وإيجاد الأسلوب الأمثل في العلاج .
٣. مساعدة المريض في التخلص من الاعتقادات السلبية التي يرى فيها نفسه من خلال استبعاد الفكرة وإحلال فكرة إيجابية بدلاً منها.
٤. فنيات العلاج المعرفي السلوكي تساعد المريض في إدراك أن تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر سلبية يؤدي إلى تغيير هذه المشاعر نتيجة تغيير محتوى الأفكار، وإبدالها بأخرى إيجابية تساعد على التفكير في الاتجاه الصحيح .
٥. تساعد المريض في تعلم التخطيط الجيد في شتى مجالات الحياة، وتعمل على تفتيح عقل العميل من خلال تدريبه على مهارات حل المشكلات.
٦. فنيات العلاج المعرفي السلوكي تساعد على خفض مستوى القلق والتوتر عند العميل بعدة طرق مما يؤدي إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أمور أخرى تصله أكثر هدوءاً وأقل توتراً .
٧. تساعد المريض في تعلم ضبط النفس وتعمل على تدريبه على تحمل الإحباط والتحكم في السلوكيات غير المرغوبة ، وتبث روح الثقة بنفسه .
٨. فنيات العلاج المعرفي السلوكي تعطي فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة خارج غرفة الإرشاد ، وبذلك تؤكد للمعالج فهم المريض تقنيات العلاج التي تم استخدامها.
٩. فنيات العلاج المعرفي السلوكي تعمل على تحديد أهداف العميل من العملية العلاجية ومن ثم تساعد المعالج في التقييم وإيجاد الأسلوب الأمثل في العلاج.

المحور الثالث: الضغوط النفسية

psychological Stress

أولاً: مفهوم الضغوط النفسية:

يعد مصطلح الضغوط النفسية psychological Stress من المصطلحات التي أصبحت شائعة من حيث استخدامها لدى الإنسان، فهي تشكل جزءاً من لغتنا في العصر الحديث.

وقد تعرض مفهوم الضغط النفسي كغيره من المفاهيم إلى كثير من المشكلات في أثناء تحديده، ومن ثم تعددت تعريفاته واختلفت طبقاً للانتماءات الفكرية والنظرية لأصحاب هذه التعريفات، فقد أشار مونات ولازاروس Monat & Lazarus إلى "وجود إرباك وخط في وجهات النظر التي حاولت تعريف الضغط النفسي" (السرطاوي والشخص، ١٩٩٨، ٢).

ويشير ديلونجس وآخرون Delongis & Others إلى صعوبة تحديد مصطلح الضغط وتعريفه لأنه "ليس متغيراً بسيطاً بل منظومة من العمليات المعتمدة بعضها على بعض تشمل التقييم ومهارات التعامل والحدة والتكرار ومدة الدوام ونمط الاستجابة النفسية والجسدية" (Delongis, 2008, 486).

كذلك أشار ويليامز Williams إلى أن مصطلح الضغط النفسي "من أكثر المصطلحات عرضة لسوء الاستخدام من قبل الباحثين، إذ إنه كثيراً ما يستخدم للتعبير عن السبب والنتيجة في آن واحد" (Stephen, 2007, 18).

كلمة ضغط Stress مشتقة من الكلمة اللاتينية Stringer بمعنى إثارة الضيق Tiam، فقد استخدمت في القرن السابع عشر الميلادي كي تصف الشدة، الضيق، أو الحزن. وفي أواخر القرن الثامن عشر أشار مصطلح الضغط إلى القوة أو التوتر أو الجمود، مشيراً إلى الفرد أو القوة العقلية (الحواجري، ٢٠٠٤، ١٦).

وقد أشار لازاروس أيضاً إلى ظهور المصطلح لأول مرة في مجلة الملخصات النفسية عام (١٩٩٤)، وبدأ تداوله في الولايات المتحدة الأمريكية أثناء الحرب العالمية الثانية وما بعدها (Lazarus, 2006, 260).

وظهر مفهوم الضغط بداية في العلوم الهندسية والفيزياء، وكان يقصد به القوة الخارجية الموجهة نحو عنصر مادي، ينتج عن هذه القوة تعديل مؤقت أو دائم على تركيب العنصر، وقد تبنى هذا الاصطلاح الهندسي الباحثون الفيزيولوجيون فأصبح من اصطلاحاتهم المألوفة للتعبير عن العوامل الخارجية التي تؤثر على صحة الفرد، وتم التركيز فقط على التغييرات الفيزيولوجية الهرمونية وما تسببه من أمراض جسدية نتيجة استجابة الفرد للمواقف الضاغطة وإهمال دوره في تفاعله النفسي معها (دعنا، ١٩٩٤، ٢).

كانت بداية البحث في مفهوم الضغط النفسي فيزيولوجية بحتة إلا أن المفهوم تطور بعد أن أسهم العديد من المهتمين في تعميق دراسته من جوانب متعددة. فأصبح الفرد في أبعاده النفسية هو المتفاعل الأساسي مع الضغط النفسي، ومحصلات الضغط النفسي تتحدد بشخصية الفرد وأسلوبه في تفاعل متبادل (شريف، ٢٠٠٣، ١٢).

وخلص العالم الفيزيولوجي الأمريكي وولتر كانون Walter Cannon الذي بدأت أبحاثه حول الضغط النفسي في العشرينات من القرن الماضي من دراسته إلى أن المواقف التي تسبب الألم والغضب الشديد والخوف تؤدي إلى تغيرات جسمية معينة تعد الكائنات للتعامل بنشاط وقوة مع التحديات التي تواجهها إذا تطلب الأمر إجراء فعل سريع مفاجئ، فإن الاستثارة الانفعالية تزيد من احتمالات البقاء على قيد الحياة، وأثناء الحالات الوجدانية تتولد ردود الأفعال الفيزيولوجية من الجهاز العصبي المستقل (الحواجري، ٢٠٠٤، ١١)

ثم جاءت فيما بعد أبحاث الطبيب الكندي هانز سيللي Hans Selye الذي يعتبر الرائد الأول الذي قدم مفهوم الضغوط النفسية إلى الحياة العملية في الخمسينيات من القرن العشرين.

ثانياً: تعريف الضغط النفسي:

يعد تعريف هانس سيللي Hans Selye من أوائل التعريفات التي قدمت للضغوط فهو يعرفها على أنها " استجابة الجسم غير المحددة لأي متطلب من المتطلبات البيئية السارة أو غير السارة" (Charles, 2009, 25)

وقد عرف دولاس Dollas الضغط النفسي بأنه "المثيرات والمتطلبات الخارجية للحياة، أو النزاعات والرغبات والإمكانات الداخلية التي تتطلب منا التكيف" وهنا التعريف يدل أن الضغط النفسي ليس مثيراً خارجياً فقط، وإنما من الممكن أن يكون مثيراً داخلياً مصدره الشخص نفسه (القحطاني، ٢٠٠٤، ١٤).

وعرف الخولي " الضغط النفسي هو الحالات التي يتعرض فيها الإنسان لصعوبات بيئية مستمرة مادية ومعنوية، وجسمية ونفسية، والتي يتغلب عليها في حياته اليومية بوسيلة من وسائل التكيف مع الظروف البيئية ليحتفظ بحالة من الاستقرار، ولكن كثيراً ما تشكل الصعوبات إجهاداً لا يمكن التغلب عليه لإعادة التوافق (الخولي، ١٩٧٦، ٤٢٦).

وعرفه جيسون ورفاقه (Gepson & et al) بأنه استجابة مكيفة تتوسطها الفروق الفردية الشخصية أو العمليات النفسية، وأنها نتيجة حادث أو موقف أو فعل بيئي خارجي بحيث تضع على الفرد متطلبات سيكولوجية مادية أو بدنية مفرطة" (المير، ١٩٩٥، ٢١١).

إذ يرى بعض الباحثين أن الحدث يصنف بأنه ضاغط أو غير ضاغط، وأن تقييم الموقف الواحد بأنه مسبب أو غير مسبب للضغط النفسي يختلف من فرد إلى آخر (Feldman, 2009,)

ويرى لاندي Landy أن الضغط النفسي ماهو إلا نوع من الشعور بالألم والانزعاج النابع من مصادر عاطفية أو اجتماعية أو جسدية، تنتج عنه الحاجة إلى التحرر من الألم والتوتر، أو السعي إلى التخلص من الانزعاج والضيق والألم، وقد يكون الضغط فترة قصيرة ونتائجه محدودة وغير خطيرة، أو يدوم لفترة طويلة ويؤدي إلى المرض (علي، ١٩٩٥، ٢٥).

ويرى لازاروس الرائد في مجال الضغط النفسي أن الضغط هو العلاقة بين الفرد والبيئة التي يقيمها الفرد في حالة الضغط، بأنها مرهقة وتتجاوز قدرته على التكيف معها، وتعرض وجوده إلى الخطر (Folkman, 2004, 258)

ويتضح من تعريف لازاروس أنه يرى أن الضغط النفسي عبارة عن علاقة تفاعلية تشمل المثيرات والاستجابة لهذه المثيرات إضافة إلى العمليات النفسية والعقلية العديدة المتداخلة فيما بينهما.

ويرى ساراسون Sarason أن الضغط النفسي " يحدث عندما يدرك الفرد أن هناك نقصاً في قدراته ومصادره الشخصية على مواجهة موقف أو حادث، وأن الضغوط ماهي إلا مؤثرات تحفز الفرد على التصرف" (laux& vossell, 2012, 232).

في حين ميز آدمز (adams) بين كل من الضغط والضغوط وعرف الضغط النفسي أنه نتائج التفاعل بين الفرد وبيئته، أما الضغوط فهي الحالات المزمنة من التمزقات العرضية التي تحدث في الجهاز العصبي اللاإرادي وجهاز الغدد الصم التي تخلخل التوازن الفيزيولوجي لدى الفرد وتهيبته للمواجهة أو الهرب (Adams, 2005, 55).

مما سبق نجد أن هناك ثلاث جهات حول تعريف الضغط النفسي حيث ركز بعض العلماء في تعريفهم على الجانب الفيزيولوجي إذ يرونه استجابة الجسم للمثيرات الموجودة في البيئة المحيطة بالفرد، وركز بعض العلماء على تلك المثيرات، في حين ركز فريق ثالث على الجانب النفسي الذي يتضمن كيفية إدراك الفرد المثيرات البيئية المسببة للضغوط النفسية وتفاعله معها.

وتعرف الباحثة الضغط النفسي أنه مجموعة من ردود أفعال الفرد الجسدية والنفسية والمعرفية والسلوكية لدى الشخص نتيجة إدراكه مثيرات أو عوامل داخلية أو خارجية، وتفاعله معها على أنها تتجاوز قدرته على التكيف وتهدد وجوده"

ثالثاً: عناصر الضغط النفسي:

الضغط ظاهرة معقدة تتكون من ثلاثة عناصر مترابطة ولا يمكن فهمها إلا من خلال تناول عناصرها، حيث نظر الباحثون إلى هذا المفهوم من خلال منظورات عدة، فمنهم من نظر إليه على أنه مثير ومنهم من رأي أنه استجابة، وآخرون عرفوه من خلال تطور العلاقة بين المثير والاستجابة وفق الآتي:

١- الضغط النفسي على أنه مؤثر:

يرى أصحاب هذه النظرة أن الضغوط النفسية مجموعة العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية التي تنسم بالديمومة، وتؤدي إلى الشعور بالتوتر، ويفقد الفرد من خلالها قدرته على التوازن، ويحاول البحث عن ردود أفعال للتقليل من الشعور بهذه الضغوط ما يثقل القدرة التوافقية (عبد المعطي، ٢٠٠٦، ٣٣).

ولذلك ينظر إلى الضغط كمتغير مستقل أي (السبب) فهو أي مؤثر نفسي ، أوبولوجي، أو اجتماعي يستدل عليه من مجموعة من السلوكيات التي يأتي بها الفرد نتيجة إدراكه لتهديد البيئة (فايد، ٢٠٠٥، ١٩٧).

وضمن هذا المعنى يعرفه إسماعيل (٢٠٠٤، ٢٦) بأنه ظروف ومواقف الحياة التي تواجه الفرد في البيت أو العمل، وتجلب له المخاوف والمخاطر، وتجبره على مقاومته والتصدي له ما يؤدي إلى توتره الجسدي والنفسي أو المهني. وكذلك تعرفه شقير (٢٠٠٢، ٥٣) على أنه: مجموعة المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته، وينتج عنها ضعف دراته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفيزيولوجية تؤثر في جوانب الشخصية الأخرى.

أي باختصار يظهر الضغط كمنبه خارجي في مواقف كالاتي: لدى كم كبير من الضغوط، لدى ثلاث امتحانات الأسبوع القادم، لقد فقدت محفظتي، سيارتي تحطمت، وهي في مجملها أمور تتعلق بالبيئة الخارجية أي منبهات خارجية ليس للفرد دخل فيها .

٢- الضغط النفسي على أنه استجابة:

يعرف هذا المنظور الضغط النفسي على أنه ردة فعل نفسية وفيزيولوجية لعملية التكيف مع الظروف الخارجية والداخلية ما يؤدي إلى الخلل الوظيفي الذي تنتج عنه استجابات جسيمة غير صحيحة (الفرماوي وعبد الله، ٢٠٠٩، ٢٠).

ويركز شيخاني (٢٠٠٣، ٤٦) في تعريفه على ردة الفعل الفيزيولوجية إذ يرى بأنه: "الاستجابة التلقائية في الجسم التي يعدها هرمون الأدرينالين وسائر هرمونات الضغط في الجسم، والتي تثير التغيرات الفيزيولوجية مثل: ازدياد سرعة نبضات القلب، وضغط الدم، والتنفس، وتوتر العضلات، واتساع بؤبؤ العين ، وكذلك يعرفه سيلبي (Selye, 1976, 34) بأنه مجموعة الأعراض الفيزيولوجية التي تحدث في الجسم كرد فعل لبعض المثيرات التي يشار إليها باسم الضواغط Stressors والتي يمكن أن تنتج من المواقف السارة وغير السارة ، وعند النظر إلى الضغط النفسي باعتباره استجابة داخلية Internal Response يمكن أن نعه حالة من الاضطراب، وفقدان التوازن الحيوي الداخلي للفرد من خلال اختلال نظام التوازن الحيوي والفيزيولوجي الداخلي للجسم، وهذا ما يعطي دوراً للنظام العصبي السيمبتاوي (الجهاز العصبي اللاإرادي) في

إظهار حالة الضغط النفسي (الصبان، ٢٠٠٣، ٩٨) ويوصف الضغط هذا على أنه متغير تابع (نتيجة) إذ يتضمن استجابة الفرد للبيئات المضايقة أو المزعجة (فايد، ٢٠٠٥، ٤٣).

في حين يركز الهادي (٢٠٠٥، ٤٣) على ردة الفعل النفسية فيعرفه بأنه: الاستجابة الداخلية للضاغط والمتمثلة في مشاعر سلبية ، وهي الشعور بالقلق والخوف والاكتئاب والعجز واليأس وانخفاض نظرة الإنسان لنفسه ، كما يشير لأي تأثير يتعارض مع الأداء الوظيفي للإنسان، وينتج عنه انفعال داخلي وتوتر.

إذاً تكون استجابات الفرد كالاتي: لدي مشكلة كبيرة، أشعر أن هناك ضغوطاً كثيرة تحيط بي، ويعد وجود المشاعر السلبية محدداً لاستجابات الضغوط، أي أن الضغط ناتج عن تقدير الفرد للموقف على أنه ضاغط.

وهناك من ينظر إليه من الناحيتين الفيزيولوجية والنفسية وضمن هذا الإطار يعرفه الرشدي (١٩٩٩، ٧٠) بأنه الاستجابة النفسية الجسمية لأي عوامل خارجية ضاغطة تقع على الفرد لدرجة توجد لديه إحساساً بالتوتر والضيق، وعندما تزداد حدة هذه الضغوط عليه فإن ذلك قد يفقد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه. ويعرفه بيومي (٢٠٠٣، ٧٤) بأنه: "الجهد والتعب النفسي والجسدي لأحداث الحياة وينتج عنه تأثيرات سلبية تؤدي إلى نقص قدرة الفرد على مواجهة التحديات والصعوبات التي تعترضه، ويضمن شعور الفرد بالإحباط والغضب وتهديداً لإحساسه بالأمن الشخصي وشعوره بالتوتر فيما يتعلق بمواجهتها.

٣- الضغط النفسي على أنه التفاعل بين المثير والاستجابة :

ينشأ الضغط وفق هذا الاتجاه نتيجة علاقة الفرد مع البيئة، وهذه العلاقة تتجاوز أو تفوق إمكانات الفرد وهذا الرأي يجمع بين الرأيين السابقين من حيث النظر إلى الضغط كمنبه واستجابة فهو يجمع بين كليهما بل يضيف التفاعل بينهما ، ليشكل كل منهما الموقف الضاغط (Passer & Smith, 2004, 465).

وضمن هذا المعنى يعرف كوفر وابلاي (Cofer & Apply, 1984, 31) الضغط النفسي بأنه "عبارة عن إدراك الفرد لموقف أو مواقف تهدد احتياجاته وكيانه الشخصي، وتعيق توافقه النفسي، ومن ثم فإن أحداث الحياة الضاغطة تعد شيئاً غير مرغوب فيه، إذ تتعرض رفاهية الفرد وتكامله للخطر ولذلك يجب أن يبذل الجهد من أجل حماية ذاته هذا الجهد ينعكس على صحة الإنسان الجسمية والنفسية.

و يعرفه الزعيم ورفيقاه (Alzaeem, Sulauman & Gillani, 2010,67) بأنه عدم قدرة الفرد على التكيف مع التهديد المدرك – سواء أكان حقيقياً أم تخيلياً للصحة: النفسية والجسدية والانفعالية والروحية، والتي تنتج سلسلة من الاستجابات والتكيفات الفيزيولوجية.

أما جليبرت وموراوسكي (Gilbert & Morawski, 2005, 83) فيعرفانه بأنه: "أي خبرة يختبرها الفرد نتيجة تفاعله مع البيئة المحيطة، والتي يدرك من خلالها وجود فجوة بين ما يتطلبه الموقف من قدرات توافقية من جهة، وما يملكه من قدرات عليه استخدامها في ذلك الموقف من جهة أخرى.

ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه أنه لكي نفهم الضغوط النفسية ، فنحن نحتاج إلى أن نعرف كيف يقيم الفرد الموقف بطريقته الخاصة من خلال:

- دوافعه وحاجاته.
- إمكانيات ومهارات المواجهة الموجودة لديه (Lazarus, 2003, 84) .

إذاً الضغوط وفق هذا المفهوم هي مجموعة من المثيرات التي يتعرض لها الفرد، بالإضافة إلى الاستجابات المترتبة عليها، وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط.

ويعبر ويلكنسون (٢٠١٣، ٩) عن مستوى الضغط النفسي وفق المعادلة الآتية :

مستوى الضغط النفسي = ظروف قد تؤدي إلى الضغط + استجابتنا لهذه الظروف (على الصعيد الجسدي والعاطفي ، الإدراكي والسلوكي) + أهمية هذه الظروف في حياتنا (هل نشعرنا بسعادة، حزن، قلق، أم أنها لا تحدث أي فرق في حياتنا؟

رابعاً: مراحل الضغط النفسي :

من أوائل من تحدثوا عن الضغوط النفسية هو "هانز سيللي" لقد بين أن التعرض المستمر للضغط النفسي يؤدي إلى حدوث اضطرابات في أنحاء الجسم المختلفة ما يؤدي إلى ظهور الأعراض الذي أطلق عليها "هانز سيللي" اسم زملة أعراض التكيف العام وهذه الزملة تحدث من خلال ثلاث مراحل وهي :

• المرحلة الأولى تسمى استجابة الإنذار (Alarm Response):

في هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له فيحدث نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن مهيباً لها وهي عبارة عن مجموعة من التغيرات العضوية الكيميائية، فترتفع نسبة السكر في الدم ويتسارع النبض ويرتفع الضغط الشرياني، فيكون بذلك الجسم في حالة استنفار وتأهب من أجل التكيف مع مصدر الضغط النفسي الذي يهدده (نواسية، ٢٠١٣، ٢٣).

• المرحلة الثانية تسمى بمرحلة المقاومة (Resistance):

فإن استمر مصدر الضغط في التأثير فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى وهي مرحلة المقاومة لهذا المصدر، وتشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي يكون الإنسان فيها قد اكتسب القدرة على التكيف معها، وتعتبر

هذه المرحلة مهمة في نشأة أعراض سوء التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية، ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة المواقف عن طريق ردة الفعل التكيفي، ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب توازن الداخلي ما يحدث مزيداً من الإفرازات الهرمونية المسببة للاضطرابات العضوية والنفسية. (نواسية، ٢٠١٣، ٢٤).

• المرحلة الثالثة تسمى بمرحلة الإنهاك :

تحدث عند فشل العضوية في التغلب على التهديد الذي يسببه الضغط النفسي المتواصل، وعندما تستهلك العضوية مصادرها الفيزيولوجية في هذه المحاولة يؤدي ذلك إلى الضغط الانفعالي أو الجسمي، وقد ينتج عن ذلك الدخول إلى المستشفى أو محاولة الانتحار وقد يصل الأمر في حده الأقصى إلى الوفاة، أما إذا كان يتمتع الإنسان بقدرة على الاستجابات الكيفية فإنها تساعد على حماية نفسه كما تعرض إلى تغيرات ومواقف ضاغطة (نواسية، ٢٠١٣، ٢٤).

خامساً: العوامل المؤثرة في الضغوط النفسية:

هناك العديد من المتغيرات النفسية والشخصية والبيئية التي ترتبط بدرجة إحساس الأفراد بالضغوط النفسية التي يتعرضون لها ومنها

- ١- عوامل ذات علاقة بالموقف الضاغط: وتشمل
أ- شدة الضغط: أي كلما كانت الأسباب المولدة للضغوط حادة تطلبت جهداً كبيراً من الفرد لمواجهتها، وكلما ازادت شدة الضغوط ازادت احتمالية وجود آثار سلبية.
ب- التكرار: إن تعرض الفرد لأحداث ومواقف صعبة خلال حياته اليومية يولد لديه نوعاً من التوتر والضغط، ومما يزيد من شدة ما يتعرض له من ضغوط تكرار هذه المواقف والأحداث الضاغطة وإن كانت غير حادة.
ت- المدة الزمنية: تختلف المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد من حيث استمرار وقوعها فمنها ما يكون مفاجئاً وسريع الانتهاء ومنها ما يكون مستمراً لفترة طويلة (الضريبي، ٢٠١٢، ٦١)

٢- عوامل تتعلق بالفرد: وتشمل مايلي:

- أ- التوقع أو إمكانية التوقع: يشير لازاروس (Lazarus) إلى أن قدرة الفرد على التعامل الفعال مع الضغوط لها علاقة بقدرته على رؤية الأحداث أو توقعها، وكذلك فإمكانية التوقع تفيد في تعديل درجة الضغط النفسي، وإمكانية التغلب على الحدث الضاغط (Lazarus, 1984, 85).

- ب- الحالة المزاجية للفرد: هناك فروق بين الأفراد فيما يتعلق بحالتهم المزاجية، حيث تختلف من فرد إلى آخر، فإذا ما وقع الحدث الضاغط يلاحظ وجود تباين في إدراك وردود أفعال الأفراد الذين يتسمون بالحالة المزاجية الإيجابية عن من يتسمون بالحالة المزاجية السلبية في أثناء حدوث الموقف الضاغط.

ت- عمر الفرد: وتختلف درجة الإحساس بالضغط النفسية لدى الأفراد باختلاف المرحلة العمرية ويتضح ذلك بمن هم في مرحلة المراهقة حيث أنهم أكثر تأثراً بمصادر الضغط من الراشدين، وأقل تقوياً لأحداث الحياة وتصدياً لضغوطها (Woolfe & Dryden, 1996, 537) كما أن الانهك الانفعالي يزداد للعاملين الأصغر سناً، وتزداد الضغوط النفسية للعاملين الأقل خبرة وأقل إعداداً من حيث الإعداد المهني الجيد (جباري، ١٩٩٨، ٥٣)

سادساً: أعراض الضغوط النفسية :

تظهر الضغوط النفسية من خلال أعراض عدة وهي :

١- الأعراض الجسدية :

عندما يفشل الفرد في التحكم في الضغوط النفسية ، تظهر لديه بعض الأعراض الجسدية منها تزايد سرعة التنفس أو صعوبة في التنفس، وجفاف الفم، وازدياد التعرق، والإحساس باضطراب في المعدة (سوء الهضم، إمساك أو اسهال) ، الصداع، التشنجات والتقلصات العضلية (وخاصة في الرقبة والكتف) عدم الانتظام في النوم (الأرق، النوم المفرط، والاستيقاظ المبكر على غير العادة) التهاب الجلد، بالإضافة إلى فقدان الشهية، وفقدان الطاقة، وتعب متكرر، وارتعاشات عصبية، والغثيان، نوبات الإغماء (Weaver & Worthman, 2015, 67).

٢- الأعراض الانفعالية:

إن الأفراد الذين يتعرضون لضغوطات يشعرون بالعصبية ، والقلق، والتوتر، وسرعة الغضب، والانفعال الزائد، وعدم الراحة أو الإثارة، وتقلب المزاج، والعدوانية واللجوء إلى العنف ومن جهة أخرى قد يجد بعض الأفراد أنفسهم محبطين أو مكتئبين، سرعة البكاء ، وقلة الإحساس بالمرح، بالإضافة إلى الشعور بعدم القدرة على التكيف ، الإحساس بالفشل، عدم القدرة على إظهار المشاعر الحقيقية، القلق من المستقبل، الشعور بكونه هدفاً للعداء من الآخرين، والشعور بعدم الاهتمام، الشعور بعدم الثقة في الآخرين (العدوان، ٢٠١٤، ٣٣)، ويلخص كوبر (Cooper, 1988) إل الجمع بين أهم الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية كما موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (٢) أهم الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية عند كوبر Cooper

الأعراض الجسمية للضغوط النفسية	الأعراض النفسية للضغوط النفسية
فقدان الشهية	إثارة مستمرة مع الناس
رغبة شديدة في الأكل عندما يكون تحت ضغط	شعور بعدم القدرة على التكيف
سوء هضم متكرر أو حرقان في المعدة	إحساس بالفشل
إمساك أو إسهال	شعور بالقبح
أرق	قلة اهتمام بالآخرين

تعب متكرر	عدم قدرة على إظهار المشاعر الحقيقية
عرق لسبب غير مهم	شعور بأنه هدف للعداء من الآخرين
ارتعاشات عصبية	قلة إحساس بالمرح
نوبات إغماء	شعور بعدم الاهتمام
صداع	فزع من المستقبل
تشنجات وتقلصات عضلية	شعور بعدم ثقة في الآخرين
عثيان	
صعوبة تنفس بدون مجهود	

(الحواجري، ٢٠٠٤، ٤٠)

- ٣- **الأعراض الفكرية والمعرفية:** من أبرزها صعوبة التركيز، والنسيان، والصعوبة في اتخاذ القرارات، والاضطرابات في التفكير، والصعوبة في استرجاع الأحداث، وإصدار أحكام غير صائبة وغير مناسبة، واستحواذ فكرة وحده على الفرد، وانخفاض في الإنتاجية مع تزايد عدد الأخطاء.
- ٤- **الأعراض السلوكية:** عند شعور الفرد بالضغط فإنه يحاول التخلص منه من خلال القيام بسلوكيات، مثل: هز الركبة، وقضم الأظافر، والامتناع عن تناول الطعام، والتدخين، التكلم بصوت عال، وغيرها (بيرغ، ٢٠٠٤، ٥٣).
- ٥- **الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية:**

كعدم الثقة غير المبررة في الآخرين، ولوم الآخرين، ونسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة، ومتابعة أخطاء الآخرين، وتبني سلوكاً واتجاهاً دفاعيين في العلاقات مع الآخرين، والتفاعل مع الآخرين آلياً (غياب الاهتمام الشخصي والتفاعل ببرود مع الآخرين) (عثمان، ٢٠٠١، ٥٧).

بالإضافة إلى أن هناك سوء العلاقة بالآخرين، وصعوبة تكوين صداقات اجتماعية، ويرى علماء السلوك أن العلاقة الجيدة بين الأفراد المبنية على التأييد والثقة والمساندة والتعاون تسهم في خلق بيئة اجتماعية صحية وعكس ذلك، سوء الثقة أو عدمها قد يؤدي إلى نشوء علاقات متوترة، يسودها الحقد والكراهية (العنزي، ٢٠٠٥، ٤١).

سابعاً: أنواع الضغوط النفسية:

تم تصنيف الضغوط النفسية من خلال وجهات نظر متعددة، ووفقاً لأسس مختلفة، وفيما يلي سيتم ذكر أبرز تلك التصنيفات:

* تصنيف الضغوط النفسية من حيث الديمومة:

١- الضغوط المؤقتة: Acute Stresses

هي الضغوط التي تحيط بالفرد فترة وجيزة ثم تزول وتنقشع، مثل هذه الضغوط ترتبط بموقف مفاجئ وسريع، إلا أنها قليلة التكرار، ولا يدوم أثرها فترة طويلة (مريم، ٢٠٠٧، ٥٦).

مثال: ضغوط الامتحانات، والزواج الحديث، والانتقال إلى منزل جديد، وغيرها من المواقف والضغوط المؤقتة التي لا تدوم طويلاً. إن مثل هذه الضغوط لا تحدث ضرراً بالفرد، إلا إذا كان الموقف الضاغط أشد صعوبة من مقدرة الفرد على التحمل (Seaward, 1999, 7).

٢- الضغوط الدائمة: Chronic Stresses

هي الضغوط التي تحيط بالفرد لمدة طويلة نسبياً، كتعرض الفرد لآلام مزمنة، أو وجوده في أجواء اجتماعية واقتصادية غير ملائمة بشكل مستمر (الحواجري، ٢٠٠٤، ٤٤).

ويرى فيليب (Philip) أن الضغط النفسي الدائم أو المزمن هو ذلك النوع الذي ينشأ من الاستمرار في مواجهة مواقف ضاغطة تتعلق بالمتطلبات الشخصية الكثيرة فترة طويلة من الوقت، وعدم القدرة على تجاوزها، ومحاولة الشخص البحث عن المصادر الداخلية والخارجية لإشباعها (عويس، ٢٠١٢، ١٩).

وتشير الأبحاث والدراسات إلى أن السبب الرئيس لظهور الأمراض النفسية والجسدية كثيراً ما ينشأ نتيجة التعرض لضغوط دائمة مزمنة ناجمة عن معاشة الشخص لأوضاع عائلية أو مهنية سيئة (Leats & Stolar, 1993, 30).

*تصنيف الضغوط حسب الإثارة:

١. الضغوط الإيجابية Eustress:

هي عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد نمو الفرد وتطوره، كالتفكير مثلاً، وهذا النوع من الضغط يحسن من الأداء العام، ويساعد على الثقة بالنفس، وكل واحد منا يحتاج إلى الضغط النفسي الإيجابي وذلك للإفادة بأكبر قدر ممكن من الحياة، لأنه يعمل كحافز يساعد على مواجهة التحديات اليومية (كينان، ١٩٩٩، ٩).

أما الباحثة فتري أن الضغط النفسي لا يعتبر سيئاً، إذا تعاملنا معه بطريقة إيجابية، إذ يسعى الفرد إلى البحث عن النواحي الجيدة والمفيدة التي تكون بمنزلة دافع أو حافز نحو العمل والإنجاز.

والضغط النفسي الإيجابي يساعد على رفع القدرة الانتاجية والإبداعية، الحيوية، التفاؤل، النظرة الإيجابية للأمور، ومقاومة الأمراض، والتحمل، اليقظة الفكرية، والعلاقات الشخصية الجيدة (دائرة الصحة والخدمات الطبية، ٢٠٠٢).

٢. الضغوط السلبية Dys-stresses:

عندما يخرج الضغط النفسي عن السيطرة، فيصبح ضغطاً سلبياً أو سيئاً والذي يظهر الضعف في أجسامنا ويجعلنا عرضة للتعب والمرض، ويؤدي إلى ظهور مختلف التأثيرات السلبية للضغط، من الشعور بالإحباط والتعاسة وعدم السرور وعدم الاتزان النفسي (الزيناتى، ٢٠٠٣، ٦٧).

إن كلاً من الضغوط النفسية الإيجابية والسلبية تشعر الفرد بالتوتر، لكن مع اختلاف تأثير الموقف على الفرد، بحيث يتوقف ذلك على أسلوب الفرد في تعامله مع المواقف والأحداث المسببة للضغط النفسي، وعلى إدراكه لها، ومن ثم اعتباره وتقييمه للضغط على أنه مفيد وحسن أو سيء ومزعج.

وفي هذا الصدد يذكر موريس (Morris) أن الإحساس بالضغوط النفسية بنوعها السلبية والإيجابية يعتمد على تقييم الفرد للموقف على نحو أساسي، فقد يشكل الموقف ذاته ضغطاً سلبياً لشخص ما بينما قد يشكل ضغطاً إيجابياً للآخر (Morris, 2000, 210).

ومن الممكن أن يكون الضغط النفسي مفيداً في حال اعتبار المواقف الضاغطة التي يتعرض الفرد لها على أنها مصدر عون على النجاح والإنجاز لا مصدر إعاقة وفشل، فإن ما نتوقعه هو الذي نحصل عليه غالباً وهذا ما أكدته الفلاسفة الرواقيون أمثال زينون (Zenon) وابيكتيتوس (Epictetus) في أن ما يحدث للناس من انفعال ليس بسبب الأشياء، بل هو في فكرتهم عنها (بيك، ٢٠٠٠، ٤١).

وفيما يلي يوضح العنزي (٢٠٠٥، ٣٦) الآثار والنتائج لكل من الضغوط الإيجابية والضغوط السلبية كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (٣) يوضح المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية

الضغوط الإيجابية	الضغوط السلبية
تمنح دافعاً وتحدياً للعمل	تسبب انخفاض في الروح المعنوية وشعور بتراكم العمل
تساعد على التفكير والتركيز على النتائج	تولد ارتباطاً وتدعو للتفكير في المجهود المبذول
توفر القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر	عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر
تمنح الإحساس بالمتعة والإنجاز	تؤدي إلى الشعور بالقلق والفشل
تمد الفرد بالقوة والتفاؤل بالمستقبل	تسبب للفرد الضعف والتشاؤم من المستقبل
تساعد الفرد على النوم الجيد	تسبب للفرد الشعور بالأرق
تمنح الفرد القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة	عدم القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة

* تصنيف الضغوط النفسية حسب زمن حدوثها وإدراكها من قبل الفرد:

١- الضغوط النفسية الجارية: Current Stresses

تنشأ هذه الضغوط وتتراكم من خلال تجربة الضغط النفسي الذي يدركه الفرد ويتفاعل معه واقعياً، كأن يستثار الجسد إثارة شديدة كالليقطة الشديدة أثناء مناقشة أو مناظرة، أو كتدفق طاقة المتسابق في مئة المتر الأخيرة في سباق الجري (Schafer, 1992, 10).

٣- الضغوط النفسية المتبقية: Residual Stresses

هي الضغوط النفسية التي تتراكم وتبقى بعد أن ينتهي تأثير الموقف الضاغط على الفرد، إذ يبقى الجسم في حالة من اليقظة لبعض الوقت بعد انتهاء الموقف الضاغط، أي فرط الإثارة سواء أكانت سارة أم غير سارة، لها نتائجها نفسها على الفرد (Schafer, 2002, 10).

٤- الضغوط النفسية المتوقعة: Anticipatory Stresses

هي استجابة الفرد لضغط نفسي متوقع، فيحضر الذهن والجسم سلفاً لتغيير مفاجئ نحو الأفضل أو ربما نحو الأسوأ (الشريف، ٢٠٠٣، ٤٠).

مثل ذلك القلق الامتحاني، أو الخوف من عقاب الأهل عند خرق عادات معينة، أو الخوف من زلزال على وشك الحدوث.

* تصنيف الضغوط النفسية وفق شدة الضغوط أو مستوياتها:

يقسمها العزيز وأبو سعد (٢٠٠٩، ٢) إلى :

١- الضغوط النفسية المرتفعة: Hyper Stresses

هي الضغوط الناتجة عن تراكم الأحداث المسببة للضغط النفسي، بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته على التكيف معها (مريم، ٢٠٠٦، ٥٧).

٢- الضغوط النفسية المنخفضة: Under Stresses

هي الضغوط التي تحدث عند شعور الفرد بالملل وانعدام التحدي والشعور بالإثارة، ويرى سيلبي Selye أن الإنسان لابد من أن يعاني خلال حياته من الأنواع الأساسية من الضغوط النفسية (Kahn & Cooper, 2013, 23)، ويرى سيلبي أن كل شخص يتعرض في حياته لعدد من الضغوط النفسية، وأنه يمتلك كمية من الطاقة يستعملها في التعامل مع الضغوط النفسية، ولكن مقدراً مناسباً من الضغوط يؤدي إلى تحدي الأفراد ليعملوا أفضل ما بوسعهم، ولكن الضغوط النفسية الشديدة تؤدي إلى اضطراب التوازن الجسمي (طاهر والأميري، ٢٠٠٣، ١٢٧).

ثامناً: مصادر الضغوط النفسية:

يمكن تقسيم مصادر الضغوط النفسية إلى :

مصادر خارجية للضغط النفسي:

■ الضغوط الحياتية :

يقول علماء النفس أن الأزمات النفسية الشديدة أو الصدمات الانفعالية العنيفة والشديدة ، الناتجة عن علاقة الفرد مع غيره من الأفراد على مستوى الأسرة أو المدرسة أو العمل أو المجتمع الذي

يعيش فيه وغير ذلك من المشكلات أو الصعوبات التي يجابهها الفرد في حياته من السهل أن تدفعه إلى حالة الضيق النفسي، وعليه فالفرد حين يتعرض يومياً لمصادر ضغوط نفسية كالمصائب أو هزات انفعالية شديدة قد يتحمل ذلك لأن هناك فروق بين الناس في القدرة على التحمل ، إن الحياة العصرية بكل ما فيها من مصاعب وأزمات ناتجة من مشكلات اليومية تؤدي إلى تراكم المواقف الضاغطة فتصبح استجابة الإنسان حادة إزاء تلك المواقف فيختل توافقه النفسي والذاتي (نواسية، ٢٠١٣، ٢٨).

■ الضغوط الاجتماعية :

للعوامل الاجتماعية دورٌ كبيرٌ في حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد ويختلف من حيث شدته ومصدره طبقاً للوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد، وقد يكون لاضطراب العلاقات الاجتماعية دور مدمر فالدافع القوي للانتماء الاجتماعي وتقبل الحياة مع الجماعة وتقبل الآخرين لها جميعاً ارتباطات قوية بالصحة في جانبها النفسي أو الجانب العضوي (العزیز وأبو أسعد، ٢٠٠٩، ١٤٤) فالقواعد والقوانين والتقاليد والعادات التي تفرض نفسها على الأفراد والجماعة يتجنب خرقها سخط المجتمع، وقد يستوجب العقاب (الحفني، ١٩٩٩، ٤٩) ففي المجتمع العربي عامة وخاصة في القرى والأرياف التي لا تزال كلمة العائلة (العشيرة أو القبلية) مسموعة فيها، تتدخل أعراف وتقاليد المجتمع وربما قناعاته في التأثير على أبنائه وربما الضغط عليهم في الاتجاه الذي لا يمثل قناعة الفرد، مما يمثل الخروج عليها خروجاً على القانون المجتمعي وعصياناً وتمرداً ومن الضغوط الاجتماعية أيضاً الالتزام بزي معين، طريقة معينة للأكل والشرب أو الحديث، الالتزام بالقوانين الخاصة بالزواج أو الطلاق أو التوريث (الشمري، ٢٠١٤، ١٣٥)

■ الضغوط المهنية :

إن ضغوط العمل هي تعبير عن حالة من الإجهاد العقلي والنفسي وتحدث نتيجة للحوادث التي تسبب قلقاً أو إزعاجاً أو تحدث نتيجة لعوامل عدم الرضا أو نتيجة للأجواء العامة التي تسود بيئة العمل أو أنها تحدث نتيجة للتفاعل بين هذه المسببات جميعاً ، وهناك العديد من الأفراد الذين لا يحبون عملهم لكن الظروف قد اضطرتهم لممارسته ، قد يكون ذلك إما لأن المردود المادي لا يساوي المجهود المبذول أو إلى الساعات الطويلة، أو العمل لنوبات مختلفة، أو العمل في غير مجال التخصص، كذلك المعاملة القاسية من الرئيس أو عدم تقديره لمجهود العامل، عدم تعاون الزملاء أو اضطهادهم (نواسية، ٢٠١٣، ٣٠).

■ الضغوط المادية والاقتصادية:

تتمثل في انخفاض الدخل والفقر وانتشار البطالة ، إضافة إلى التفاوت الطبقي وما ينتج عنه من صراعات وانخفاض معدل الانتاج بالمقارنة مع معدل الاستهلاك للأفراد (نواسية، ٢٠١٣، ٣٣)، كما وتتمثل في الوضع الاقتصادي خاصة عندما يتعلق الأمر بأطراف من حولنا كأن يكون الفرد مسؤولاً عن أسرة ومطالبها ، وهذه الضغوط لها الدور الأكبر في تشتيت جهد الإنسان، وإضعاف

قدرته على التركيز والتفكير، وخاصة عندما تعصف به الأزمات المالية أو الخسارة أو فقدان العمل نهائياً إذا ما كان مصدر رزقه فينعكس على حالته النفسية ، وينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة.

■ الضغوط الأسرية :

تتمثل في الصراعات العائلية ، كثرة الشجارات، والتغير المفاجئ في العائلة كالوفاة أو ميلاد طفل معاق أو عدم التقاهم أو عدم الاستقرار المنزلي (اسماعيل، ٢٠٠٤، ٨٠)

■ الضغوط الصحية :

عندما نواجه ضغوطاً أو مشكلات صحية يزداد نشاط الغدد وتتضخم غده الأدرينالين بخاصة ويتم تزايد إفراز الأدرينالين منها، ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب، فالمرض يعد مصدراً أساسياً للضغط النفسي ويعد أيضاً نتيجة منطقية للشعور بتزايد الضغوط (محمد، ٢٠١٢، ٣٢).

مصادر داخلية للضغط النفسي: تشمل ما يلي :

- ✓ شخصية الفرد نفسها .
- ✓ ضعف المقاومة الداخلية للفرد .
- ✓ الطموح المبالغ فيه والنزوع إلى مرتبة الكمال.
- ✓ الأعضاء الحيوية والاستعداد لقبول المرض
- ✓ الصراع الحاد والدائم داخل الفرد (الحديث الذاتي السيء، التفكير المتشائم).
- ✓ الاشتراكات العقلية: هي التوقعات غير الواقعية وأخذ الأمور بطريقة شخصية والتفكير في الحصول على كل شيء (جدو، ٢٠١٤، ٨٢).

تاسعاً: آثار الضغوط النفسية :

لا يوجد شخص إلا وتعرض للضغوط النفسية Psychological Stress بشكل أو بآخر وأبسط الأمثلة على ذلك الضغوط النفسية التي يعاني منها الطلاب أثناء أداء الامتحانات – ناهيك عن الضغوط النفسية التي يتعرض لها أولياء أمورهم – كما أننا نعانى من الضغط النفسي الناتج عن الانفعالات، وعديد من الأمور التي تحدث في جسم الإنسان نتيجة المواقف الضاغطة، وما ينتج عنها من انفعالات شديدة وهذه الأمور هي بوجه عام ضارة بالنسبة للإنسان خاصة إذ كانت مستمرة – ومن أهم هذه الأمور :

- ✓ أكثر الأعضاء تأثراً بالانفعال هو القلب حيث تضطرب دقاته وتتغير حسب شدة الانفعال الذي يمر بها الإنسان وهذا الاضطراب يسمى الخفقان وما من شخص إلا وقد عانى من انفعال الخوف أو الغضب .
- ✓ وتنقبض الأوعية الدموية بحيث يؤدي ذلك الى ارتفاع ضغط الدم .

- ✓ وتزداد كثافة الدم أثناء الانفعال وتصبح قابليته للتجلط أكثر من الحد الطبيعي وعلى ذلك يمكن حدوث جلطة في الشريان التاجي للقلب إثر موقف ضاغط .
- ✓ وتنشط الغدد الصم وعلى رأسها الغدة الكظرية، وتفرز هذه الغدة هرمون الأدرنالين وهذا الإفراز يساعد الجسم على تعبئة طاقاته في مواجهة الطوارئ .
- ✓ ويتأثر الجهاز العصبي بالانفعال بحيث يزداد التوتر العضلي حدة مما يؤدي إلى التعب والإجهاد.
- ✓ هذا إلى جانب زيادة العرق ونقص إفراز اللعاب ولهذا يشعر الفرد في أثناء الانفعال بجفاف الريق. (السيد، ٢٠٠٨، ٨١).

قد ينتج عن الضغوط النفسية آثار ، بعضها قد يكون إيجابياً وبعضها الآخر قد يكون سلبياً وفق الآتي:

١- الآثار الإيجابية للضغوط النفسية :

إن آثار الضغوط النفسية ليست كلها سيئة، فالآثار الإيجابية للضغوط النفسية يمكن أن تشمل غالبية أنظمة الجسم، وتجعل الفرد أكثر يقظة وحيوية، وتزيد من قدرته العقلية، وتعمل أنظمة الجهاز العصبي أسرع ، والآثار الجانبية للضغوط يمكن أن تجعل الفرد أكثر دافعية وإنجازاً (حداد و أبو سليمان، ٢٠٠٣، ١١٩) فيمكن أن تشكل طاقة إيجابية للفرد، وتنتج ردود فعل إيجابية؛ فعلى سبيل المثال عندما يكون الفرد في سباق مع الزمن للوفاء بموعد ما، فإن الضغوط يمكن أن تزيد من مستوى طاقته، وتجعله أكثر سرعة للوصول إلى مواعده، أو مكتبه، أو مدرسته، أو امتحانه، وبشكل عام عندما تكون متأخراً عن موعد ما، فإن جسمك يتفاعل بطرق مختلفة مع إشارات الضغوط وينطبق الشيء نفسه عند مواجهة أي خطر وشيك فالضغوط تمكن الفرد من تجميع طاقته وتركيزها نحو السلوك المناسب للخطر، كالتصدي له أو الهروب منه (الزبناتي، ٢٠٠٣، ٧٠).

٢- الآثار السلبية للضغوط النفسية :

يؤثر الضغط النفسي على حياة الفرد الجسمية والنفسية والاجتماعية ، فالكثير من الأمراض الجسمية، مثل قرحة المعدة والقولون وارتفاع ضغط الدم وآلام المفاصل وأمراض القلب وتصلب الشرايين والقولون العصبي وغيرها، ترتبط كلها بشكل وثيق بالضغط النفسي، كما يرافق الضغط النفسي القلق المرضي والاكتئاب والبارانويا والابتعاد عن العلاقات الاجتماعية (Middlebrooks & Audage, 2008, 6).

والمستويات العالية من الهرمونات المرتبطة بالضغط؛ ومن ضمنها الكورتيزول Cortisol يمكن أن يؤثر سلباً في عمل جهاز المناعي، وهذا يمكن أن يجعل الفرد عرضة للإصابة بالعديد من المشاكل الصحية المزمنة، ويمكن أن يتلف قرن آمون hippocampus وهي منطقة من الدماغ مسؤولة عن التعلم والذاكرة وهذا العجز المعرفي يمكن أن يستمر إلى سن الرشد (Magaya, Anser, Schreiber, 2005, 665).

وفيما يلي سيتم توضيح أبرز الآثار الجسمية والانفعالية والعقلية والسلوكية عن الضغوط النفسية وفق الآتي:

● الآثار الجسمية للضغوط النفسية :

من أبرز الآثار الجسمية للضغوط النفسية :

١. الشكوى من مشكلات جسمية غير واقعية، وتوهم المرض والإحساس بالوهم والتعب المتواصل واليقظة.
٢. فقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم وتقرحات في الجهاز الهضمي واضطرابات الهضم والإنهاك الجسدي والربو والصداع.
٣. تفاعلات جلدية ، حيث يصبح لون الجلد شاحباً بسبب تحول الدم منه إلى مناطق أخرى (آسيا، ٢٠١١، ٦٣).
٤. إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم تؤدي إلى زيادة ضربات القلب، زيادة معدل التنفس، ارتفاع ضغط الدم .
٥. ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم، مما يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية.
٦. اضطرابات حيوية في المعدة والأمعاء.
٧. زيادة إفراز الغدة الدرقية، التي تؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم وإذا استمر لفترة طويلة فإنه يؤدي إلى نقص الوزن والاجتهاد والانهيار (صباح، ٢٠١٢، ٦٩).

● الآثار الانفعالية للضغوط النفسية :

إن ضغوط الحياة في معظمها تعد غير سارة وبالمقابل تحدث انفعالات غير سارة وهذا الشعور السلبي يمكن أن يؤدي إلى حلقة مفرغة بالضغوط ، فتؤدي إلى فقدان قدرة الفرد على الاستمتاع بالحياة ، ويفقده الأمل بالمستقبل.

ومن المظاهر الانفعالية التي يعاني منها الفرد تحت الضغط الحاد:

- ١- زيادة التوتر العضلي فتقل القدرة على الاسترخاء العضلي ومن ثم حدوث القلق.
- ٢- التغير في سمات الشخصية فيتحول الأفراد الذين يتسمون بالدقة والحرص إلى أناس مهملين غير مباليين أو غير مكترئين، والتسلط بعد أن كانوا متسامحين.
- ٣- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك .
- ٤- الشعور الدائم بالخوف (عبد المعطي، ٢٠٠٦، ٦٥).
- ٥- الشعور بالعجز حيث تنخفض حيوية الفرد ويزداد لديه الإحساس بالعجز تجاه تأثره في الأحداث أو المشاعر المرتبطة بها.
- ٦- التهيج المفرط أو غير السوي، سرعة الانفعال والعصبية وانفجار والصراخ ، وكثرة البكاء.
- ٧- قلق وضيق ورفض نظم وقواعد البيئة التي يعيش فيها.
- ٨- الشعور بالذنب والتشاؤمية المتزايدة والشعور باليأس وفقدان الأمل والثقة بالنفس.

- ٩- الإحساس بالإحباط وتكرار السلوكيات النمطية مما يؤدي إلى الإحساس بعدم التوافق وهزيمة الذات.
 - ١٠- ظهور الاكتئاب بالإضافة إلى الشعور بالكآبة والحزن والشك ونقص في القدرة على الاستمتاع والمرح (Wook Song, Jin Park & Goo Kang, 2012,54).
 - ١١- انخفاض درجة الصلابة النفسية، وهذا ما أكدته دراسة دخان والحجار (٢٠٠٦) أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين مستوى الضغوط النفسية والصلابة النفسية .
- الآثار العقلية للضغوط النفسية :

عندما يتعرض الإنسان لضغوط حياتية حادة أو مهددة فإنه يصبح مشغولاً بها، ومن ثم تؤثر في العديد من الوظائف العقلية التي تصبح غير فعالة، ويظهر عليه نقص في الكفاءة المعرفية وتكثر لديه الوقوع في الأخطاء، ومن التأثيرات المعرفية الناتجة عن الضغوط :

- ١- ضعف مدى الانتباه والتركيز، فيجد العقل صعوبة في أن يستمر في حالة تركيز وتضعف لديه قوة الملاحظة.
- ٢- اضطرابات القدرات المعرفية، حيث يفقد الفرد نسبياً القدرة على ضبط التفكير، أو عدم دقة التفكير فيما يقول أو يفكر فيه، وقد يتوقف في منتصف الجملة كما يظهر التفكير المختلط (نورة، ٢٠١٤، ٤٥).
- ٣- تدهور الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى وتقل الكفاءة في الاستدعاء والتعرف حتى على ما هو مألوف، وعدم القدرة على تخزين المعلومات.
- ٤- زيادة معدل الأخطاء ولاسيما المهام المعرفية والمعالجات وتصبح القرارات مشكوكاً فيها.
- ٥- تضائل القدرة على حل المشكلات، والإدراك الخاطئ للمواقف والأشخاص.
- ٦- اضطراب التفكير إذ يغلب عليه التفكير النمطي الجامد بدل التفكير الابتكاري.
- ٧- عدم تحري الدقة والحقيقة وتصبح الأفكار متداخلة وغير معقولة (Marseglia, 2014, 870).
- ٨- تهويل الأحداث أو التأكيد بشدة على النتائج السلبية ، أو محاولة التقليل من شأن الصدمات الحادثة فتكون الاستجابات في شكل أفكار مكبوتة (الزبناتي، ٢٠٠٣، ٨٨).

الآثار السلوكية للضغوط النفسية:

يشير هذا الجانب إلى سلوك الفرد وتصرفاته التي تحدث لمواجهة الظروف الضاغطة، ويمكن أن تكون هذه الاستجابة السلوكية في أحد الصور الآتية أو جميعها :

١. سلوك دفاعي Counter Behavior : مثل أساليب الاسترخاء التي يكون الفرد قد تعلمها أو اكتسبها من الآخرين.
٢. سلوك الاختلال الوظيفي Dysfunctional Behavior : وهو التصرف بطريقة تدل على أن وظائف الفرد ضعفت وأصبحت غير طبيعية، وقد يقود ذلك إلى انخفاض في المستوى الأدائي لدى الفرد عن مستواه الطبيعي ، وقد ينتج تغييراً في نمط الكلام والإدراك ومستوى الذاكرة .

٣. سلوك ظاهري Overt Behavior: ويشمل الاستجابات التي يمكن ملاحظتها على الفرد مثل اللزمات العصبية Ticks العض على الشفاه ، وزيادة الحركة (الدريعي، ١٩٩٧، ١٦).

وغيرها من الآثار السلوكية للضغط النفسي مثل:

- ١- عدم القدرة على التكيف وضعف مستوى الأداء والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية وانخفاض الدافعية للعمل والشعور بالإرهاك النفسي (المومني وعمارين، ٢٠١٦، ٤٣).
- ٢- الحركات العصبية والارتعاش والتكشيرة البادية على الوجه.
- ٣- تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر.
- ٤- الانسحاب عن الآخرين والميل إلى العزلة.
- ٥- فقدان الرغبة الجنسية (السهلي، ٢٠٠٩، ٢٦).
- ٦- تزايد معدلات الغياب عن العمل والتوقف عن ممارسة الهوايات.
- ٧- زيادة مشاكل التخاطب المتمثلة في تزايد التلعثم والتأتأة.
- ٨- نقص في الاهتمامات والتحمس والتنازل عن الأهداف الحياتية.
- ٩- انخفاض مستوى الطاقة وانحدارها من يوم إلى يوم من دون سبب واضح.
- ١٠- ظهور نماذج سلوكية شاذة وربما يهدد بالانتحار (العيسوي، ٢٠٠١، ٦٠).

وليس مستغرباً أن يتحول بعض الأشخاص من الهدوء إلى القسوة والإلحاح، فيتأكدون مراراً وتكراراً من الأقفال أو ينظفون الفرن عند الثالثة صباحاً، علماً أنهم ما كانوا ليتذكروا أمر هذا الفرن إلا مرة كل عام .

في الواقع يعزى هذا النوع من الأفعال إلى مجهود يقوم به الشخص لإضفاء بعض النظام والثبات على حياته المتبعثرة المتوترة، ومن الملاحظ أن هؤلاء الأشخاص يميلون إلى إنكار هذه التغيرات السلوكية التي تبدو واضحة بالنسبة للمحيطين بهم (ويلكنسون، ٢٠١٣، ٢٦).

عاشراً: أساليب مواجهة الضغوط النفسية:

يشير موس وشيفر (Moos & Schaefer) إلى المواجهة بأنها أساليب شعورية يستخدمها الفرد في التعامل مع الضغوط، وإن لهذه الأساليب جانبان أحدهما معرفي والآخر سلوكي، ومن ثم يكون أسلوب الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة، قد يكون معرفياً أو سلوكياً (حسن، ٢٠٠٦، ٨٢) في حين يعرفها ديو (Dewe. 2000) بأنها الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف السيطرة أو التعامل مع مطالب الموقف الذي تم إدراكه وتقييمه باعتباره يفوق طاقة الفرد ويرهق مصادره وقدراته ويمثل موقفاً ضاغطاً (عمار، ٢٠٠٧، ٤٩)

وقد عرفت أنسكلوبيديا Encyclopedia المواجهة على أنها: عملية إدارة المواقف الصعبة، وبذل الجهد لحل المشاكل الشخصية والبيئية، والعمل على خفض أو تقليل أو التغلب على الضغوطات والصراعات (أبو نجيلة، ٢٠٠٩، ٧٢) أي إن المواجهة هي استجابة لموقف

ضاغط داخلي أو خارجي مدرك له، بهدف السيطرة على المواقف من جهة وتخفيض المشاعر السلبية الناتجة عنه من جهة أخرى، وتختلف الأساليب وتتنوع من حيث طبيعتها (معرفية، سلوكية) وتتغير من موقف لآخر فهي غير ثابتة.

ويعرف الضريبي (٢٠١٢، ٥٢) أساليب مواجهة الضغوط النفسية بأنها الاستجابة أو الطريقة التي يستخدمها أو يتبعها الفرد في مواجهة المواقف والأحداث الضاغطة للتخلص منها، أو الحد من آثارها أو التكيف معها.

وتشتمل أساليب التعامل مع الضغط النفسي على كل ما نفكر به أو نقوم به من خلال التعرض لمواقف الضغط النفسي بهدف حل المشكلة والتقليل من آثارها النفسية والجسدية، وهناك من يشير إلى أن عملية مواجهة الضغط النفسي الهادفة إلى التقليل من آثاره عملية قد تنطوي على جانبين: جانب سلبي وجانب إيجابي فقد تكون عملية المواجهة والتعامل إيجابية مما ينعكس على التعامل مع الضغط والتخفيف من آثاره، وقد تنطوي عملية المواجهة والتعامل على استخدام وتوظيف العديد من الأساليب السلبية، مما ينعكس على تفاقم المشكلة وعدم حلها، وهذا يقود إلى ازدياد مستويات الضغط النفسي (أبو حبيب، ٢٠١٠، ٤٣)، وهناك مجموعة من الشروط اللازم توفرها حتى تتسنى المواجهة الفعالة للضغوط والأزمات المختلفة والتكيف معها، وتتمثل أبرز هذه الشروط فيما يلي:

١. استكشاف الواقع ومشكلاته والبحث عن المعلومات الكافية .
٢. التعبير بحرية عن المشاعر الموجبة والسالبة لما في ذلك من تنفيس عن الضغوط.
٣. القدرة على تحمل الإحباط.
٤. طلب العون من المحيطين والثقة بالنفس.
٥. تجزئة المشكلة إلى وحدات يمكن تداولها ومعالجتها في وقت معين .
٦. ضبط الانفعالات والتحكم في المشاعر.
٧. التغلب على التعب ومقاومة الميل إلى الاضطراب.
٨. إبداء المرونة وتقبل التغيير وروح التفاؤل فيما يبذل من جهود لحل الأزمة (السهلي، ٢٠٠٩، ٣٣).

هذا بالإضافة إلى تعدد الجهود التي حاولت التعرف إلى أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ، وقد كان لكل من لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman الإسهام الأكبر في توضيح مفهوم أساليب التعامل مع الضغط النفسي وقد أشارا إلى أن مفهوم التعامل مع الضغط النفسي يشير إلى مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الهادفة إلى إدارة المواقف الداخلية والخارجية، ولاسيما تلك المواقف التي يدركها الفرد بأنها مهددة أو شديدة الضرر (العدوان، ٢٠١٤، ٤٠)، وهناك أساليب إيجابية وأساليب سلبية:

أولاً: الأساليب الإيجابية في مواجهة الضغوط: وهي المهارات الإيجابية في التعامل مع الأحداث الضاغطة، التي من الممكن أن يتعلمها الفرد، وتستخدم بمرونة وفقاً لمتطلبات الموقف؛ وتتحدد بالمهارات الأساسية الآتية:

١- **المواجهة التي تركز على التقدير:** وتهدف إلى مساعدة الفرد على فهم الموقف أو الحدث الضاغط واستبصاره، وذلك من خلال عملية التقييم وإعادة التقييم، التي تعد شكلاً من أشكال المواجهة وتتكون مما يلي التحليل المنطقي والتهيو العقلي، وإعادة التوجيه المعرفي والإحجام أو الإنكار المعرفي (السهلي، ٢٠٠٩، ٤٤).

٢- **المواجهة التي تركز على المشكلة:** وتشير إلى محاولات الفرد للحصول على معلومات إضافية لحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل معرفي أو تغيير الحدث الذي يؤدي إلى الضغط، فهي الإجراءات السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد لمواجهة الحدث الضاغط، من خلال التغلب على المشكلة، وتتضمن المواجهة المركزة على المشكلة عدداً من الأساليب منها المواجهة الفعالة، طلب المساندة، التخطيط لحل المشكلة، كبح مصدر المشقة، قمع النشاطات المتعارضة. وتشمل البحث عن المعلومات والمساندة: وتكون من خلال الحصول على معلومات متعلقة بالحدث الضاغط والنتائج المترتبة عليه، والأساليب البديلة للعمل والنتائج المحتملة. وكذلك الدعم والمساندة والتكافل من الأسرة والأصدقاء، وتشكيل جماعات العون الذاتي، والسعي إلى الحصول على إثباتات بديلة: وتشمل البحث عن بدائل للخسارة والضرر وذلك عن طريق تغيير أنشطتهم، وخلق مصادر جديدة للإشباع، وعمل خطط قريبة المدى للتعامل مع المشكلات الناجمة عن الحدث الضاغط (عسكر، ٢٠٠٠، ١٢٠).

٣- **المواجهة التي تركز على الانفعال:** وهي الإجراءات السلوكية والمعرفية التي تستهدف تنظيم الانفعالات تجاه المواقف الضاغطة، وتكون من خلال التركيز على مهارات ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها المواقف الضاغطة، وتشمل المهارات التنظيم الوجداني: ويعني ضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة، ومساعدة الفرد في السيطرة على مشاعره، والتفريغ الانفعالي: ويكون من خلال تصريف مشاعر الغضب واليأس باستخدام التدريب على الاسترخاء وممارسة الأنشطة الفنية والرياضية وسرد المذكرات والمناقشة الجماعية، التقبل الواقعي أو الإذعائي: ويتمثل في تقبل الموقف على حاله والتسليم به، وأن ما حدث قد أصبح جزءاً من الماضي ولا يمكن تغييره. وتكمن أهمية تقبل الموقف في البحث عن أساليب جديدة في للتدبر والمواجهة (ويلكنسون، ٢٠١٣، ٤١).

٤- **استخدام نظام الدعم الاجتماعي:** ويتم من خلال استثمار شبكة العلاقات الاجتماعية كمصدر من مصادر القوة الذاتية، والدعم الاجتماعي المقدم من الأهل والأصدقاء والمجتمع يتكون من عدة أبعاد مثل الدعم المادي والعاطفي والمعلوماتي والتقييمي. وتشير الكثير من الدراسات إلى أهمية الدعم الاجتماعي في التخفيف من آثار الضغوط النفسية، كدراسة كل من (عودة، ٢٠١٠) و(مومني، ٢٠٠٨) و(الضريبي، ٢٠١٢) بالإضافة إلى دوره العام في تجاوز هذه الضغوط النفسية، إذ تؤدي المساندة الاجتماعية دوراً مضاداً للضغط النفسي (الأطرش، ٢٠٠٠، ٣٦).

٥- **التمارين الرياضية:** يرى فيلدمان (Feldman) أن هذا الأسلوب أكثر فعالية في مواجهة الضغوط النفسية، وتميل الرياضة إلى خفض الضغط النفسي بطرق مختلفة، إذ إن ضربات القلب ومعدل التنفس وضغط الدم والاستجابات الفسيولوجية الحساسة للضغط تميل إلى

الانخفاض، فهذه التمرينات تمنح الفرد الإحساس بضبط النفس والشعور بالإنجاز وهي توفر ابتعاداً مؤقتاً عن البيئة المسببة للضغط (اسماعيل، ٢٠٠٤، ٨٧).

٦- **استخدام روح الدعابة والمرح:** تمثل الدعابة مكوناً مهماً يؤثر في حياة الفرد، إذ تعمل على تخفيف الآثار السلبية الناتجة عن الأحداث الضاغطة، وتتضمن هذه الفنية تعليم الأفراد كيفية استخدام روح الدعابة في أوقات الضغوط، وذلك لما لها من أهمية في حياة الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية فهي تسهم في تدعيم العلاقات بين الفرد والآخرين وتؤثر على الطريقة التي يدرك بها الفرد الأحداث الضاغطة (بيرغ، ٢٠٠٤، ١٧٨).

ثانياً: الأساليب السلبية في مواجهة الضغوط: وهي أساليب التعامل السلبية في التعامل مع الأحداث الضاغطة التي تزيد من الضغط النفسي، وتعد طرقاً سلوكية أو معرفية مؤذية من عاطفياً وجسدياً واجتماعياً. وقد تم تحديد مجموعة من أساليب المواجهة السلبية غير المتكيفة وهي :

١- **التجنب والهروب:** في حال عدم توفر الإمكانيات والقدرات اللازمة لمواجهة الموقف الضاغطة، فإن الفرد يلجأ للتجنب أو الهرب، وإذا ما فشل في تجنب الموقف فبعض الأفراد قد يلجؤون إلى استخدام العقاقير المخدرة بحثاً عن الهروب من الموقف الضاغطة، وهذه الطريقة قد تتناسب مع بعض الصفات الشخصية للعديد من الأفراد (الموصلي، ٢٠٠٧، ٩٧).

٢- **الإبدال أو التحويل:** وتعني التكيف مع الضغوط من خلال الإبدال، ويتم ذلك عن طريق تصريف ازدياد التوتر عن طريق الجسد، وقد يتمثل الإبدال في نقل موضوع العاطفة أو التخييلات من موضوعها الأول إلى موضوع آخر، فالإبدال هو وسيلة دفاعية نفسية هدفها إبدال الموقف المؤلم الذي فيه تهديد بموقف آمن ليس فيه تهديد (الضريبي، ٢٠١٢، ٦٧٩).

٣- **أسلوب العدوان:** يعني القيام بهجوم مضاد خلال الاحتكاك بالآخرين أو لومهم أو الهجوم عليهم لفظياً أو جسدياً

٤- **الإسقاط:** وهي وسيلة دفاعية تعني إلقاء الفرد اللوم على الآخرين أو إلى عوامل خارجية لسبب فشله ولا يلوم نفسه بل يلوم غيره لأنهم تسببوا في فشله (الشريف، ٢٠٠٣، ٧٧)

إحدى عشر: الضغوط النفسية التي يعاني منها والدا الأطفال التوحديين:

آباء أطفال التوحد غالباً ما يعانون من ضغوط حادة تؤثر على سلوكياتهم، وانفعالاتهم اتجاه طفلهم التوحدي من جهة ، وأطفالهم العاديين من جهة أخرى، وليس هذا فقط حتى أنها تعرقل علاقاتهم مع أفراد المجتمع والمحيطين بهم، ويمكن عرض أهم مصادر الضغوط النفسية فيما يلي:

• ضغوط متعلقة بالمشكلات المعرفية للطفل التوحدي :

وتتضمن توتر الوالدين بسبب صعوبة الفهم والانتباه، ونقصان الدافعية لدى طفلهم المعاق، وعجزه على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، وقصور في قدرته الذاتية والمعرفية في التعامل الايجابي مع مكونات البيئة الخارجية .

• ضغوط متعلقة بمشكلات الأداء السلوكي للطفل:

تزداد الضغوط مع السلوكيات الشاذة الصادرة عن الطفل التوحدي مثل السلوكيات النمطية واضطرابات الإخراج واضطرابات النوم، واضطرابات الذات، وإيذاء الذات وسلوكيات أخرى متعلقة بارتداء الملابس... إلخ فقد انتهت دراستا "لازاروس" و "فولكمان" lazarus&falkman إلى أن والدي الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط متزايدة من إعاقة الطفل والسلوكيات الشاذة التي يبدونها (كامل، ٢٠٠٣، ١٠).

• ضغوط متعلقة بتحمل أعباء الطفل المالية :

يؤثر الطفل التوحدي على الأوضاع الاقتصادية للأسرة ، حيث يحتاج إلى رعاية طبية وإلى أدوية، ولاسيما إذا كان يعاني من اضطرابات مصاحبة لحالة التوحد والانتقال إلى مكان الدراسة والعلاج، و تزداد هذه الضغوط المالية إذا انقطع أحد الوالدين عن عمله بسبب رعاية الطفل.

• ضغوط متعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية :

تسوء العلاقات بين الوالدين بسبب الأعباء الملقاة على عاتقهما، وتزداد حالات التوتر والنزاعات والخلافات داخل منظومة الأسرة، بالإضافة إلى اللوم الموجه من أحد الوالدين إلى الآخر بأنه السبب في إعاقة الطفل، وقد تجد الأسرة صعوبة بالغة في إدارة هذه الضغوطات والتعامل معها، وبذلك تتعقد العلاقات بين أفراد الأسرة ويميل الأب إلى الانسحاب ، إما بشكل مباشر أو غير مباشر، والأمهات في الواقع يعانين من مشكلات التوافق في أثناء قيامهن بالدور الوالدي (كامل، ٢٠٠٣، ٢٠).

• ضغوط متعلقة بالخوف على مستقبل الطفل:

يخاف الناس عادة من المجهول، والوالدان اللذان يعلمان بإعاقة طفلهما يعتريهما خوف من المستقبل كتغير أوضاع الأسرة بما لا يساعد على الوفاء بحاجاته عندما يكبر، أو نبذ المجتمع له (محروس، ١٩٩٧، ٥٣٧).

والخوف من المستقبل خبرة وجدانية غير سارة، تنتج عن استغراق آباء الأطفال المعوقين في التفكير اتجاه ما يتوقع حدوثه في المستقبل لأبنائهم، وتكون مصحوبة بأعراض نفسية وجسمية متباينة، والإحساس باليأس لعدم قدره الطفل التوحدي على رعاية نفسه.

• ضغوط متعلقة بالأعراض النفسية:

يتعرض أولياء أمور الأطفال المعوقين إلى مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن أسر أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط الانفعالية، وأن الأمهات أكثر تأثراً بهذه الضغوط (محروس، ١٩٩٧، ٥٣٩).

وهكذا ترى الباحثة أن الضغوط التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد متعددة ومتنوعة، وهي مستمرة ومتغيرة من وقت إلى آخر ومتزايدة، ولذلك فإن تقبل الحقيقة والتعامل مع الواقع هو الحل لمواجهة هذه الصعوبات والتحديات التي تواجهها الأم، والباحثة هنا لا تؤكد أن الضغوط النفسية توجد لدى كل أمهات أطفال التوحد، لكنها تبين تعرض العديد من الأمهات للضغوط لأسباب متعددة، إذ إن الإعاقة حدث غير متوقع بالنسبة للوالدين، وأسر الأطفال التوحديين تعيش في عالمنا المعاصر التي تعقدت فيه الحياة وتزايدت أعباؤها ومسؤولياتها، فكيف يكون حال هذه الأسر وقد أضيفت إلى الضغوط الناجمة عن الحياة المعاصرة ضغوط جديدة مصدرها الطفل التوحيدي، والأم بخاصة على اتصال مباشر يومي مع طفلها التوحيدي، فهي المسؤولة الأولى عن تربيته والعناية به، ولأن هناك عوامل متعددة تقرر مستوى الضغوط التي تواجهها أمهات أطفال التوحد، فلا بد من التأكيد أن تكون الجهود المبذولة لمساعدتها ودعمها متعددة ومتنوعة تلبي احتياجاتها المختلفة، وتساعد على تخطي المشكلات التي تعاني منها.

المحور الرابع:

التوحد Autism:

أولاً: مفهوم التوحد:

أصل تسمية التوحد Autism باللاتينية تعني الذات المصابة، وأول من تكلم عن هذا المفهوم هو بليولير Bleuler عام ١٩٠٦ ومن ثم نيل وجلوسري (Neil & Glessary, 1936) وبعد ذلك كانر (Kanner, 1943) وهو أول من اكتشف أعراض الاضطراب (عز الدين، ٢٠١٩، ١٩٣).

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيداً لتأثيرها الكبير على مختلف مظاهر نمو الطفل المختلفة على المستوى الارتقائي، اللغوي، الاجتماعي، الحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك.

ولا يتوقف تأثير اضطراب التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته المختلفة فحسب، بل يمتد إلى الأسرة التي تحاول أن تتكيف مع الوضع، وإلى المجتمع الذي يسعى إلى توفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها هذا الطفل.

وللتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب سأحاول تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذلك التعرف على طرق تشخيصه وما يميزه عن باقي الاضطرابات الأخرى، والتعرف على جملة البرامج العلاجية والتربوية المقترحة للتكفل بهذا الاضطراب ولو بدرجة ضئيلة.

ثانياً: تعريف التوحد:

- لغة : التوحد "autism" مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية Autos التي تعني نفسه (نصر، ٢٠٠٢، ٥٢)
- عرف اضطراب التوحد على أنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، ويوصف الأطفال التوحديين: بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة، ويقاومون التغيير كلياً ، ويظهر ذلك من خلال تكرار واستعمال الأنشطة مثل: وضع الطفل لملابسه في الترتيب نفسه (الشامي، ٢٠٠٤، ٧٨).
- ويرى خطاب (٢٠٠٩) أن التوحد هو اضطراب انفعالي واجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية ، لاسيما التعبير بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية، مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (خطاب، ٢٠٠٩، ١٩).
- وقد عرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين التوحد بأنه: عبارة عن إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي. (مجيد، ٢٠١٠، ١٤٨).

- ولا بد من الإشارة إلى أن التباين في التعاريف والمصطلحات مثل : الاجترارية الذاتية، عصاب الطفل، توحد الطفولة المبكر، الفصام الطفولي، ذهان الطفولة .. قد أحدث الكثير من الإرباك حول هذا المفهوم، إلا أن صفات ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (العدوانية والانفعالية) ساعد البحث الحديث وعلم الجينات في إبراز التوحد كخلل صحي أو إعاقة تطويرية شاملة (البطانية، ٢٠٠٧، ٢٣)

يتضح من خلال التعاريف السابقة أن التوحد هو : اضطراب في النمو، يصيب الطفل في سنواته الأولى، ويظهر في شكل أعراض متنوعة ومتعددة ومختلفة في درجتها وشدها من طفل لآخر والمؤثرة على كل من جوانب النمو المختلفة من حيث اللغة، التواصل، النمو الحسي الحركي، والنمو الاجتماعي والانفعالي، والسلوكي، ما يجعله منعزلاً ومنسحباً عن العالم الخارجي مكوناً لذاته عالماً خاصاً به.

ثالثاً: أسباب التوحد:

على الرغم من تعدد الأسباب واختلافها، فإن البحوث لا تزال مستمرة لأجل الكشف عن السبب الرئيس الذي يعود إليه هذا الاضطراب وتتمثل الأسباب التي توصل العلماء الى كشفها فيما يلي :

• الأسباب الوراثية

هذه النظرية ترى بأن العامل الوراثي و الخلل الجيني خلال فترة الحمل هو السبب وراء اضطراب التوحد عند الطفل، وفيما يأتي أدلة هذه النظرية على أن التوحد يعود لعوامل وراثية أو جينية منها:

- ارتباط حالات من أطفال التوحد بتشوهات بالكروموسومات وخاصة رقم (١٥، ٥، ٢١، ٧)، وبالرغم من وجود مثل هذه الارتباطات إلا أنها لا تظهر عند كل الأطفال إنما عند أعدادٍ محددةٍ منهم، ففي دراسة رسلان (٢٠٠٨) توصلت أن نسبة المصابين بمتلازمة الكروموسوم الهش بين أطفال التوحد هي ٠ % .
- ازدياد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم غير متطابقين (من بيضتين مختلفتين)، فقد خلص د.ديفيد جرينبرج من جامعة كولومبيا في نيويورك إلى أن نسبة ظهور اضطراب التوحد أكبر ب ١٢ مرة بين التوائم الحقيقية وبأربع مرات بين التوائم العادية بالمقارنة مع المعدلات العامة للاضطراب.
- نسبة إنجاب طفل آخر لديه توحد، عندما يكون لدى الأسرة طفل توحد تترواح بين ٣ خلل جيني موروث.
- وجود إصابة بالجلد تشبه حبات القهوة عند بعض الأطفال الذين لديهم توحد نتيجة خلل جيني موروث (عصفور، ٢٠١٢، ٩٣).

على الرغم مما قدم بهذه النظرية من شواهد وأدلة تم ذكرها هنا، إلا أن العلماء يفترضون بأنه حتى لو كان للتوحد أساس جيني، فإن صيغة الانتقال الجيني لا تزال غير معروفة، كما أن كثيراً من

الدراسات أشارت إلى أن قلة من المصابين باضطراب التوحد لديهم خلل جيني أو خلل في الكروموسومات وعليه فإن العديد من الدراسات أشارت إلى الأسباب الجينية والتي ركزت على دراسة الكروموسومات، كما أن الدراسات التي أجريت بهذا المجال استندت على حالات فردية وبالتالي لا يمكن تعميمها على جميع من يعاني من اضطراب التوحد (رحال وآخرون، ٢٠٠٧، ٣٦٨).

• الأسباب البيولوجية

إن مختلف العوامل البيولوجية التي يرجع إليها اضطراب التوحد، تتمثل في كل الإصابات التي يتعرض لها الدماغ في مختلف مراحل نموه، حيث توصل الباحثون الى مجموعة من الأدلة المؤكدة أن التوحد يعود لأسباب بيولوجية وأرجعوا مشكلات اللغة والخلل في التآزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ، إذ إن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ.

فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وقد وجد فحص الرسم الكهربائي E.E.G في حالات التوحد يظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية، وقد أرجع بعضهم السبب إلى خلل في النظام البيولوجي للفرد ما ينتج عنه الإصابة باضطراب التوحد (رحال وآخرون، ٢٠٠٧، ٣٦٩)، ولتقديم توضيح أكثر عن الأسباب البيولوجية جمع الباحث كوندون (Condon) أدلة كثيرة عن وجود أسباب بيولوجية لاضطراب التوحد في السنوات الماضية من أبحاثه، واستخدام تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال التوحد وصعوبات التعلم، وقد وجد أن كل هؤلاء الأطفال يبدون استجاباتهم بعد جزء من الثانية أو حتى ثانية كاملة في حين يأخذ الأطفال التوحدين وقتاً أطول للاستجابة (جبالي، ٢٠١٢، ٣٩)، وقد وجدت بعض الدراسات أن الحصبة الألمانية أو درجة الحرارة المرتفعة والتي تؤثر على الحمل، أو وجود غير طبيعي للكروموسومات تحمل عينات معينة أو تلفاً بالدماغ إما في أثناء الحمل أو في أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأكسجين ما يؤثر على الجسم والدماغ فتظهر أعراض التوحد (العزة، ٢٠٠٠، ٢٢٢).

• الأسباب النفسية

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الظروف النفسية غير الملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار كانر في نظرية "البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء" بأنهم يميلون إلى عدم إظهار العاطفة وأنهم رافضون وسليبيون اتجاه أطفالهم بصورة لا تسمح الطفل بالاتصال مع والديه بأي شكل من الأشكال (قاسم، ٢٠٠٠، ١٢)، وقد أشار بيتلهين إلى أن سبب التوحد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة استجابات الطفل (العزة، ٢٠٠٠، ١٦).

• الكيمائية الحيوية:

تلعب الاضطرابات الكيمائية الحيوية دوراً كبيراً في حدوث اضطراب التوحد، وإن كان العلماء غير متأكدين في كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية لها دور

مهم في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا بعضاً منها ويتكون المخ والأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء الى الدماغ وبالعكس من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية وهي مواد كيميائية بتركيزات تختلف من وقت لآخر حسب عملها في حالة الطبيعة، حيث وجد العلماء نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات مثل السيروتونين التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل الى (100%) ولكن العلاقة بينهما غير واضحة (البطانية، ٢٠٠٧، ٥٦٧)

● خلل في الجهاز العصبي المركزي

وجد هذا المجال اهتماماً كبيراً، وهذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل، ولتأثيره في كل مظاهر التطور واستمراره طوال الحياة بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، وقد حاول الباحثون تفسير التوحد على أنه قصور في المجال الدهليزي من الدماغ للاعتقاد أن هذه المنطقة مسؤولة عن تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية والحركية وتختلف إصابات الجهاز العصبي في درجاتها من البسيطة الى الشديدة ما يؤدي الى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي ، وأنها قد تؤدي الى اضطرابات (السمع – البصر) وبعضها قد تظهر عليهم أعراض التوحد. (البطانية، ٢٠٠٧، ٥٩٩).

وقد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي إذ قد يكون قصوراً معيناً في وظائف المخ الفيزيولوجية الكهربائية، وقد أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995) على أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرنين المغناطيسي تشير الى احتمال وجود دور لإصابات المخيخ وجذع الدماغ في حالات التوحد، وتوجد اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث، في حين ذكر جافاليروميرجيريان Bachavialier and mergarian (1994) أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي الذي يؤثر في سلوكياتهم الاجتماعية والعاطفية والتعلم والذاكرة (الظاهر، ٢٠٠٩، ٨).

وبناء عليه فالخلل الذي يكون في الجهاز العصبي قد يكون سبباً في حالة التوحد .

● أسباب ما قبل الولادة وفي أثناءها

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب إلى أن الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد، والعوامل الولادية التي تسهم بالإصابة بالتوحد هي :

- **الالتهابات الفيروسية:**
- الحصبة الألمانية : وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم .
- تضخم الخلايا الفيروسية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم .
- الالتهاب الدماغي الفيروسي: وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة .

□ اضطرابات عملية الأيض:

- حالات شذوذ أيض البيورين: وهو خلل في الأنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحديه.
- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.
- حالات الحامض الأميني بيتايد: يفترض أن يكون التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى أن تكون العمليات الداخلية مضطربة ، لكن في هذه الدراسة نقاط الضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في كثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد لذلك تأتي دراسة أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد الى المخ، والمؤثرة على الدماغ ما يؤدي إلى حدوث أعراض التوحد (يحيى، ٢٠٠١، ٥٩٥).

وتوجد عوامل ولادية أخرى مرتبطة بالتوحد وهي :

- التعرض لأمراض وبائية قبل أو بعد الولادة مثل السلفس والخصبة الألمانية .
- التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيماويات البيئية مثل الرصاص وغيرها من السموم .
- نقص الأكسجين وزيادة التعرض له في أثناء الولادة وبعدها بقليل مثل حالات الولادة المبكرة (البطانية، ٢٠٠٧، ٥٩٦).

وقد أشار جينونو Genonو الى وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى أسر أطفال المصابين بالتوحد، وقد أشار إلى كثرة حدوث حالات الحساسية لبعض المواد المستنشقة في أسر هؤلاء الأطفال، ما قد يشير إلى أسباب متعلقة بالمناعة. (قاسم، ٢٠٠٠، ١٣٣)، وعلى الرغم من الغموض الذي يسود الأسباب المؤدية إلى اضطراب التوحد وعدم معرفة السبب الرئيس له، إلا أنه يمكن القول إن اضطراب التوحد يعود لجملة من العوامل المختلفة والمتنوعة التي سبق ذكرها من أسباب نفسية وعضوية وراثية وجينية التي اجتمعت وأدت لوجود اضطراب التوحد لدى الطفل الذي يظهر لديه في شكل مجموعة من الأعراض، وقد يعود بنسبة أكبر لأحد هذه العوامل ولكنه غير معروف إلى الآن .

رابعاً: تشخيص اضطراب التوحد:

إن تشخيص اضطراب التوحد ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراباً ذا أعراض تختلف من فرد إلى آخر، حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة مختص معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في النمو أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاث سنوات، وفي الوقت نفسه يتم دراسة تاريخ نمو الطفل بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين، ويمر تشخيص التوحد على عدد من المختصين منهم (طبيب الأطفال، مختص في

الأعصاب والمخ، طبيب نفسي، مختص بقياس نفسي تربوي، مختص اجتماعي ... الخ) كلاً في مجاله يقوم بتقييم الطفل من نواحٍ معينة وبطرق متنوعة، ومن ثم تجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها، وتقديم تقرير عن الحالة ودرجتها أو أساليب علاجها، وأهم النقاط الأساسية في عملية التقييم:

أ- التقييم الطبي: ويتضمن مجموعة أسئلة عن الحمل والولادة، التطور الجسدي والحركي للطفل، حصول أمراض سابقة، أمراض العائلة ومن ثم القيام بالكشف السريري ولاسيما الجهاز العصبي، وإجراء بعض الفحوصات الطبية التي يقررها الطبيب.

ب- تقييم السلوك: ويتضمن القيام بتسجيل سلوكيات الطفل عن طريق مراقبته من قبل متخصصين في المنزل أو المدرسة أو أثناء اختبارات الذكاء، إضافة إلى مجموعة من النقاط يجب على الأهل الإجابة عنها تستخدم في تقييم السلوك.

ت- التقييم النفسي: تقييم الطفل من نواحي الوظائف المعرفية والإدراكية، والاجتماعية، والانفعالية، والسلوكية، وجوانب التكيف.

ث- التقييم العقلي: تقدير مهارات الطفل قبل المدرسة (الأشكال، الحروف، الألوان) والمهارات الدراسية (القراءة والحساب) ومهارات الحياة اليومية (الأكل، اللبس، دخول الحمام) وطريقة التعلم ومشكلاتها وطرق حل هذه المشكلات

ج- تقييم التواصل: تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات الوجه، أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، وكيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه.

ح- التقييم الوظيفي: تقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية وكيفية عمل الحواس الخمس، وتقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لإحضار اللعبة أو شيء صغير) مهارات الحركة الكبرى (المشي، الجري، القفز)، ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، وعمق الوعي الحسي. (رحال وآخرون، ٢٠٠٧، ٣٦٤).

تشخيص التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (٢٠١٣)، :(DSM- 5

تضمنت الطبعة الخامسة استخدام تسمية تشخيصية موحدة وهي (اضطراب طيف التوحد) وشمل هذا المسمى كلاً من: اضطراب التوحد، ومتلازمة اسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، واضطراب التفكك الطفولي، والتي كانت اضطرابات منفصلة بعضها عن بعض في الطبعة الرابعة، وتضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد.

وأصبح التشخيص بالاعتماد على معيارين فقط بدلاً من ثلاثة حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقاً لمعاري القصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، والصعوبات في

الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحددة، في حين كانت الطبعة الرابعة تستخدم معياراً ثالثاً وهو القصور النوعي في التواصل.

وتضمنت المعايير في الطبعة الخامسة توسيعاً للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة والممتد حتى ٨ سنوات بدلاً من المدى العمري المستخدم في الطبعة الرابعة حتى عمر ٣ سنوات.

وقد أصدر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس خمسة معايير، يجب أن تنطبق جميعها على الطفل التوحدي وهي كالآتي:

أ- صعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي يظهر في مجالات متعددة، سواء في الوقت الحاضر أو في الماضي وهي:

١- صعوبات في تبادل المشاعر الاجتماعية، من خلال تصرفات اجتماعية شاذة، وعدم القدرة على بدء الحديث أو الاستمرار فيه، وضعف القدرة على مشاركة المشاعر والاهتمامات والأفكار، وضعف في عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

٢- ضعف في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي من خلال الضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، خلل في التواصل البصري ولغة الجسد، أو صعوبة في فهم واستخدام الإشارات وقصور في استخدام التعبيرات الوجهية والتواصل غير اللفظي.

٣- صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية وفهمها، والمحافظة عليها بالمقارنة مع أقرانهم من خلال ضبط السلوك ليناسب المواقف الاجتماعية، وصعوبة في المشاركة في اللعب التخيلي، وبناء الصداقات وعدم الاهتمام بالآخرين.

ب- السلوكيات النمطية المتكررة والاهتمامات أو النشاطات المحدودة:

لا بد أن يظهر على الطفل معياران على الأقل من المعايير الآتية سواء في الوقت الحاضر أو في الماضي:

١- حركات نمطية متكررة: تكرار الألفاظ والكلام واستخدام متكرر وغير ملائم للأشياء، كصف الألعاب أو قلب الأشياء، واستخدام طبقة صوت واحدة في أثناء الحديث، وتكرار عبارات مفهومة وغير مفهومة.

٢- الإصرار على التشابه وعدم التغيير: تمسك وإصرار على الروتين، أنماط متكررة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية (حركات آلية، الإصرار على نوع محدد من الطعام، أو على الذهاب في الطريق نفسه، تكرار الأسئلة نفسها، مقاومة شديدة للتغيرات البسيطة في البيئة)

٣- الانشغال باهتمامات معينة بصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز (تعلق بأشياء غريبة، اهتمامات قد تكون محدودة أو شديدة)

- ٤- خلل في استقبال المثيرات الحسية البيئية، واهتمام غير عادي في بعض الجوانب الحسية في البيئة مثل (لا مبالاة في مقدار الألم، أو درجة الحرارة، حساسية زائدة لمواد معينة أو أصوات معينة، إفراط في شم الأشياء أو لمسها، الانبهار بالأضواء أو بالأشياء التي تدور)
- أ- يجب أن تظهر الأعراض في المرحلة النمائية المبكرة ولكن قد لا تظهر كاملة حتى تتجاوز المتطلبات الاجتماعية المقدرات المحدودة للطفل.
- ب- تسبب الأعراض إعاقة مهمة سريرياً في المجالات الاجتماعية، الوظيفية وفي المجالات الهامة الأخرى من مهارات الحياة اليومية
- ت- لا تظهر هذه الاضطرابات بشكل واضح كإعاقة عقلية أو ضمن التأخر النمائي الشامل، وغالباً ما تترافق الإعاقة العقلية مع اضطراب طيف التوحد، كتشخيص مرضي مزمن، ويجب أن يكون اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية والتواصل الاجتماعي دون الحد الطبيعي للنمو (DSM-5, 2013, 50-51)

خامساً: خصائص ذوي اضطراب التوحد:

- تظهر أعراض التوحد في بعض الحالات خلال الشهور الستة الأوائل بعد الميلاد ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العام الثاني والثالث من عمر الطفل، وذلك حين يدرك الطفل تفرد كإنسان مستقل فإذا لم يجد تجاوباً من الآخرين ازدادت حدة المشكلة، وتزداد المشكلة حدة بابتعاده عن الآخرين، وعجزه عن التواصل بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها (فراج، ٢٠٠٢، ٢).
- لذا يعد التعرف على الأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة له أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم، لأن بعض هذه الأعراض قد تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالتخلف العقلي وغيره، ولذا فإنه من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض والتأكيد على ما يلي:
- ١ - ليس من الضروري أن تظهر جميع الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من التوحد، بل قد يظهر بعضها في حالة معينة، ويظهر بعضها الآخر في حالة أخرى.
 - ٢ - قد يتباين ظهور هذه الأعراض من حيث (الشدة - الاستمرارية - السن) الذي يبدأ فيه العرض في الظهور، وقد يبدأ ظهور الأعراض في بعض الحالات خلال الشهور الست الأوائل من الميلاد، ولكن الأغلب ظهورها ما بين العامين الثاني والثالث. (مصطفى، ٢٠١٥، ٦٩).
- تظهر أعراض التوحد باختلاف شديد من طفل لآخر، ويعود هذا الاختلاف في الدرجات، وذلك لتفاوت القدرات الإدراكية لدى الأطفال التوحديين، والأوضاع البيئية التي يجد فيها الطفل التوحدي نفسه، ويعتمد شدة ظهور الأعراض على التدخل والعلاج المبكرين الذين يتلقاهما الطفل وتختلف أعراض التوحد وسماته وتخف وتشتد من طفل لآخر، وذلك للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من الأعراض في كل المجالات. (عمارة، ٢٠٠٥، ١٠٦)
- وتتعدد أعراض وخصائص الأطفال التوحديين، وتختلف درجتها وفق الأسباب التي أدت إلى ذلك، وتكاد تكون بعض الخصائص مشتركة، ولكن ليس بالضرورة أن تكون جميع الخصائص موجودة لدى طفل بذاته، وبعمامة يمكن الإشارة إلى خصائص التوحد والمتمثلة في الخصائص (السلوكية - الحركية - المعرفية - الاجتماعية) وذلك على النحو الآتي:

أولاً - الخصائص السلوكية:

يتميز سلوك الطفل التوحدي بالمحدودية، ويشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين، ومعظم سلوكياته تبدو بسيطة مثل تكوين قطعة من اللبان بيديه، أو تدوير قلم بين أصابعه، وهذا يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدي يراه وكأنه مقهور على أدائه، إذ إن التعبير بأي صورة من الصور يؤدي إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه (Osborne, 2010, 14).

ويتميز الأطفال التوحديين بمجموعة من السلوكيات تشمل بعضاً أو كل السلوكيات الآتية، وهذه السلوكيات تختلف من طفل لآخر من حيث الشدة وأسلوب التدخل.

أ - قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين:

يعد هذا القصور من أهم خصائص الأطفال التوحديين وهو عجزهم عن التواصل مع الآخرين، ويفشل كل الأطفال التوحديين في تكوين علاقات مع الوالدين ومع الآخرين بدرجات متفاوتة، وقد تنقصهم الابتسامة الاجتماعية، والتواصل البصري، وينظر الطفل التوحدي إلى الآخرين كما لو لم يكونوا موجودين، وفي السنوات الخمسة الأولى يكون نقص الارتباط بالوالدين ملحوظاً، ويبدو أن هؤلاء الأطفال لا يميزون أهم الناس في حياتهم كالوالدين والمدرسين والأشقاء، ويلاحظ قصورهم في اللعب مع الأطفال، وتكوين الأصدقاء، والارتباك الاجتماعي. (كامل، ٢٠٠٣، ٢ - ٩).

ب - قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام:

يعد القصور اللغوي من أهم خصائص الأطفال التوحديين، فحوالي ٥٠% من هؤلاء الأطفال لا يتكلمون، والنسبة الباقية لا تمتلك سوى قدرة محدودة من حيث التعبير، والاستيعاب اللغوي، وعندما يكون الطفل قادراً على الكلام يكون كلامه غير مفهوم وتكرارياً، وهذا ما يطلق عليه الترديد الصوتي أو المصاداة، ويبدأ ظهور مؤشرات القصور اللغوي مبكراً لدى الطفل التوحدي، وربما في الأشهر الثلاث الأولى حيث يلاحظ الهدوء غير الطبيعي، وغياب المناغاة عند الطفل والسلبية في هذه الفترة، وفي قلة أو توقف الأصوات التي يصدرها فهي عشوائية، ولا تستهدف أي نوع من التواصل، ولذلك فإن أحد الأهداف المهمة في تدريب معظم التوحديين لمساعدتهم على تطوير نظام تواصل لا يتضمن لغة معقدة، بل تحتوى على كلمات مقترنة بالإشارة. (الخطيب، ٢٠٠١، ١٧)، فالقصور اللغوي لدى الأطفال التوحديين لا ينتج عن عدم الرغبة في الكلام، وإنما عن خلل وظيفي في المراكز العصبية المتعلقة بتطوير اللغة والكلام، لذلك لا يتوصل الطفل التوحدي إلى التعبير بطريقة واضحة ومفهومة حتى بعد تدريبه على ذلك مما يزيد انغلاقه في عالمه الخاص حيث يردد بعض الكلمات دون أن يفهم معناها، ولم تتوصل الأبحاث والدراسات حتى الآن إلى معرفة سبب اختيار بعض الكلمات والألحان للتكرار دون غيرها، ولكنه قد يرددها ليعبر عن شيء منها (Hall, 2008, 21).

ج - السلوكيات النمطية:

تتمثل السلوكيات النمطية بعدم ظهور أية رغبة للطفل التوحدي في السنوات المبكرة من عمره في التعرف على الأشياء والأشخاص المحيطين به في بيئته، حيث يتناول اللعب والأشياء التي تقع في متناول يده عشوائياً محدود في نوعيته وتكراره من دون هدف وبشكل نمطي وغير

مقصود، وإذا حدث وشوهد مندمجاً في لعب فهو جامد متكرر متشابه، وهو يفضل الارتباط بالجامد أكثر من البشر، وفي معظم الحالات يقوم الطفل بتكرار حركات نمطية مثل هز الرأس، ثني الجذع والرأس للأمام والخلف لمدة زمنية طويلة، ومن دون تعب، خاصة عند ما يترك الطفل وحده دون انشغاله بشيء معين، ولذا فالطفل التوحدي يقاوم التغيير مثل تغيير نظام الملابس وأثاث الغرفة والحياة اليومية، يثور الطفل ويصل لحالة من الغضب قد تصل درجتها إلى إيذاء ذاته. (Rutter, 1998).

د- الاستجابة للمثيرات الحسية:

يظهر الطفل التوحدي كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، ومع معرفتنا بالطفل التوحدي ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية (Albert, 2016, 32).

وحواس الطفل التوحدي ليست متميزة مثل حواس الطفل العادي، وهو يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة وغريبة فهو في بعض الأحيان يتصرف كما لو كان ليس له خبرة بالأصوات والأشكال والروائح التي تحيط به وكأنه لا يشعر بالأشياء التي يلمسها. (سليمان، ٢٠٠٠، ٤١) ويعتبر الطفل التوحدي غير قادر على الاستجابة إلى الألم استجابة مناسبة بسبب انخفاض حاسة اللمس لديه، وكذلك الشعور بالزمن، والتوقيت قد يكون غير ملائم عند الطفل التوحدي (Biklen, 2002).

ثانياً : الخصائص الحركية:

يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يماثل الطفل العادي مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي لديه تبدو غير عادية، فالأطفال التوحديين لهم طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، كما لو كانوا يحدقون تحت أقدامهم، وأذرعهم ملتفة بعضها حول بعض حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، ويضربون الأرض بأقدامهم للأمام والخلف بشكل متكرر وفي أوقات أخرى يبدو الأطفال التوحديين في موقف استثارة ذاتية لأنفسهم فهم يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم، ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار، وبعد فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحديين في حين أن نقص الحركة أقل تكراراً، وعندما تظهر فإنها غالباً ما تبدل لفرط النشاط الزائد، حيث يوجد قصر في مدى الانتباه وانعدام القدرة على التركيز الكامل لمهمة محددة. (خطاب، ٢٠٠٩، ٤٢)

فمن الملاحظ أن بعض الأطفال التوحديين يتميزون برشاقة الحركات في المشي، ولديهم القدرة على التسلق، وحفظ التوازن، أما بعضهم الآخر فقد يفتقر إلى الرشاقة، ويبدون وكأنهم يعانون من بعض الصعوبات في حفظ توازنهم عندما يمشون.

ثالثاً: الخصائص العقلية - المعرفية:

يظهر الطفل التوحدي تشنناً ملحوظاً في وظائفه العقلية حيث يعتبر بعضهم أن القدرة المعرفية للأطفال التوحديين تعتبر عادية إلا أن هناك دراسات تشير إلى أن نسبة من الأطفال لديهم درجة من الذكاء اللفظي تكون أدنى من درجة ذكائهم الأدائي ويتمثل ذلك في عدم قدرتهم على

إجراء حوار متبادل وصعوبة الفهم للمنبهات اللفظية وغير اللفظية ويبدو أن أسوأ جوانب الأداء لديهم هو ما يتصل باللغة واستخدامها.

ولذا تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح الموضحة للاضطراب التوحيدي، ويترتب عليه نقص في التواصل الاجتماعي والاستجابة الانفعالية للمحيطين به، ولذا أظهرت الدراسات أن حوالي ثلاثة أرباع الأطفال التوحيديين لديهم درجات من التخلف العقلي وأظهرت دراسات أخرى أن بعض الأطفال التوحيديين لديهم درجة ذكاء متوسط أو فوق المتوسط. (Romanczyk, 1991, 24)

رابعاً: الخصائص الاجتماعية:

يشير كانر Kanner إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للتوحد، حيث إنه مازال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماماً خاصاً، حيث أكد أن الصفة الرئيسية في هذا الاضطراب هي القصور الاجتماعي حيث قارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال العاديين والأطفال التوحيديين، فالأطفال العاديين يظهرون سلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤية البالغين المألوفين لهم، ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطريقة اجتماعية ملائمة وفعالة، إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للتوحيديين، فهم غالباً يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة (سليمان، ٢٠٠٢، ٣٥).

وتعد المهارات الاجتماعية واحدة من أكثر الخصائص المتأثرة سلباً بالاضطراب التوحيدي، ويعود ذلك إلى أن الطفل التوحيدي معوق بيولوجياً في هذه القدرة، ولذلك فإن معظم الاستراتيجيات المستخدمة تركز على تزويد الطفل بخبرات اجتماعية وانفعالية مع الآخرين وهذا لا يقلل من أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية حيث تمثل جزءاً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية المقدمة للطفل (زيدان، ٢٠٠٤، ١٥).

حيث يعاني الطفل التوحيدي من قصور التفاعل الاجتماعي كما يعاني من عدم الرغبة في إقامة علاقات و صداقات، تجعله يندمج مع الآخرين، ويتسم بقصور في الاستجابات الاجتماعية ويعاني من صعوبات في التفاعل والتواصل الاجتماعي والإخفاق في تكوين علاقات مع الرفاق بالإضافة لغياب القدرة على التواصل.

سادساً: التشخيص الفارقي بين التوحد والاضطرابات الأخرى

إن كلاً من اضطراب التوحد والاضطرابات الأخرى يشترك في مجموعة من الأعراض إلى درجة يصعب على غير المختص أن يميز بين اضطراب التوحد واضطراب آخر.

■ التوحد ومتلازمة ريت (Rett):

متلازمة ريت عبارة عن اضطراب عصبي معقد، يظهر في أثناء الميلاد وتصبح أكثر وضوحاً في السنة الثانية من العمر، ويلاحظ فيها فقدان حركات اليد الموجهة أو الهادفة، وتحل محلها حركات روتينية متكررة وتشمل عصر أو لوي اليد والتصفيق .. الخ

والأفراد ذوي متلازمة ريت يصابون بإعاقات متعددة عميقة ويحتاجون مساندة طوال حياتهم، وتتراوح معدلات انتشارها لدى بنت واحدة في كل 10000 ولد وتشخص هذه المتلازمة من خلال

المسح الجيني، وترتبط متلازمة ريت بحالات التخلف العقلي الشديد أو العميق، أما بالنسبة للشيوخ فهي غير محددة إلا أن هذا الاضطراب أقل شيوعاً من اضطراب التوحد (Albert, 2016, 32).

■ التوحد ومتلازمة اسبرجر Asperger

تشتمل أعراض اضطراب "أسبرجر" قصور في مهارات التوازن، الكلام التكراري، إخراج الصوت بالوتيرة نفسها، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عالية (قاسم، ٢٠٠٠، ١٤٠)، وإن التوحد يحدث خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، في حين تظهر أعراض أسبرجر متأخرة بين 4-6 سنوات، وأحياناً بعد ذلك، وفي حالات أخرى قد لا تظهر حتى يدخل الطفل في مرحلة المراهقة وتصيب الذكور أكثر من الإناث (الزريقات، ٢٠٠٤، ٦٣)، أما في مجال التفكير يتسم الأطفال المصابون باضطراب الأسبرجر بالتصلب وعدم المرونة في التفكير والسلوك وهذا يظهر في طرق عديدة ومعقدة، ولديهم اهتمامات متضاربة، وتكمن الاختلافات بين أطفال الأسبرجر وأطفال التوحد في النمو الحركي، فطفل اضطراب الأسبرجر يظهر نقص في التناسق الحسي الحركي ولديه نقص وتأخر واضح في نمو المهارات الحركية.

■ التوحد والفصام Autism & schizophrenia

هناك تشابه بين الفصام والتوحد من حيث الانغلاق على الذات والاضطراب الانفعالي، قصور واضح في المشاعر عجز في بناء الصداقات مع الآخرين، ولكن الفصاميين ينسحبون من علاقاتهم الاجتماعية السابقة، أما التوحديين يعجزون على بناء هذه العلاقة الاجتماعية.

إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي لبس أو غموض يدور حول تشخيصهما، فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي الذي لا يطور علاقته الاجتماعية مع الآخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص والبيئة أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلقاً حول بيئته إن بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخر من الطفولة (فراج، ٢٠٠٢، ٣٢)، كما أشارت نتائج الدراسات في علم الأوبئة إلى أن نسبة الذكور إلى الإناث في التوحد هي تقريباً من 1 إلى 4 وفي الفصام متساوٍ في النسبة، والجينات الوراثية قد تفسر الفصام أكثر من التوحد (السقطي، ٢٠٠٨، ٤٥).

■ التوحد والتخلف العقلي Autism & Mental Retardation

كثيراً ما تتداخل أعراض التوحد مع أعراض التخلف العقلي، إلا أنه إذا أردنا عقد مقارنة بين هذين الاضطرابين فإنها تكون كما يلي: طفل التخلف العقلي أسهل في التعامل معه، وتدريبه في تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة، وطفل التوحد تنقصه الدافعية (الخميسي، ٢٠١١، ١١٥).

تشير دراسة عادل عبد الله (2004) الى أن الأطفال المتخلفين عقلياً يتفوقون على الأطفال التوحديين في مستوى النمو اللغوي عامة وفي مهارات التطبيع الاجتماعي، وفي الدرجة الكلية لسلوك التكيف ، وفي التفاعل مع الآخرين ، فأطفال التوحد هم أقل عدوانية من المتخلفين عقلياً ويتسمون بدرجة من النشاط الزائد تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقلياً (السلامة، ٢٠٠٥، ١٦).

تقل العيوب الجسمية لدى الطفل التوحدي مقارنة بالمتخلف عقلياً، ويستطيع الطفل المتخلف عقلياً تقليد الآخرين في حين يعجز الطفل التوحدي عن القيام بذلك.

■ التوحد واضطراب السمع:

أهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها، وعادة الطفل الأصم يبدي رغبة شديدة للتواصل ولا سيما بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات والإيماءات .

يتمتع الأطفال الصم بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية في حين يعجز أطفال التوحد على بناء العلاقات مع الآخرين، ويبدي الطفل التوحدي قصوراً واضحاً في قدرته على التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين (بن جابر، ٢٠٠٨، ١٣٢)

ولتشخيص اضطراب التوحد من بين الاضطرابات العديدة التي يعاني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جداً في الأعراض ، لا بد من تشخيص فارق دقيق يميز بين اضطراب التوحد والاضطرابات الأخرى، كاضطراب "ريت" واضطراب أسبرجر والتخلف العقلي واضطرابات السمع والبصر.

سادساً: البرامج العلاجية للطفل التوحدي

لأن التوحد اضطراباً ذا أعراض تختلف من طفل لآخر، في النوع وفي الشدة والحدة، فليس هناك علاج أو طريقة يمكن تطبيقها على جميع الأطفال التوحديين.

والعديد من الدراسات أشارت إلى أن التوحد اضطراب ليس له علاج شاف ما دام سببه الرئيس غير معروف، وعلى الرغم من ذلك توجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساندة الطفل وأسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للطفل.

▲ العلاج النفسي:

يرى " زيور" (1998) أن العلاج النفسي للطفل التوحدي ينبغي أن يبدأ أولاً بإخراجه من قوقعته الذاتية ، وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى

والعلاج النفسي للأطفال التوحديين لا بد أن يكون بمرحلة مبكرة قدر الإمكان، وذلك يكون في مراكز متخصصة من طرف فريق متعدد التخصصات، وهذا العلاج يتبع بتدريب وتحسين الجانب

اللغوي والحركي، ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى خمس سنوات (عز الدين، ٢٠١٩، ٢٠٣).

وعلى أن ندرك أن أي طفل يعاني تأخر لغوي، اجتماعي عاطفي يحتاج إلى علاج نفسي (كامل، ٢٠٠٣، ١١)

٨ **العلاج الطبي:** الهدف الأساسي من العلاج الطبي للطفل التوحيدي ضمان الحد الكافي من الصحة النفسية والجسمية، ولقد استخدمت أدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالات الدماغ للأطفال التوحيدين بشكل مباشر، وقد استعمل الليثيوم (Lithium) في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس- الاكتئاب) ولقد أظهر فائدة قليلة لدى أطفال التوحيدين، وعقار النالتركسون (Naltrexone) لا زال قيد الدراسة ويعمل هذا العقار على الحد من إثارة الدماغ، والحد من السلوكيات النمطية.

والعديد من الأطفال التوحيدين لديهم نوبات صرعية ولاسيما الأطفال المصابين بالتوحد لأسباب طبية مثل التدرن Tuberos وبتعاطون أدوية مضادة للصرع فيجب مراقبة نوبات الصرع لدى الأطفال التوحيدين لضبطها بشكل مناسب (الزريقات، ٢٠٠٤، ٢٣٥).

وبالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية ، فلا بد من الحرص على عدم استخدامها إلا بموافقة الطبيب والالتزام بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها علماً أنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما فيه شفاء ناجح لحالات التوحد، لكن هناك ما يخفف من حدة الأعراض ويسهل من عملية التعلم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني (خطاب، ٢٠٠٩، ٩٣)

العلاج السلوكي :

يقوم العلاج السلوكي على مكافأة السلوك المطلوب للأطفال التوحيدين بشكل منتظم وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك التوحيدي لدى الطفل، وبعد أن يتم تعليمه السلوك الجديد فإن المختص أو الأسرة يعملان مع الطفل على تطبيق السلوك الجديد في مواقف مختلفة ، وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد، وهذا ما يتم عرضه في طريقة لوفاس في تعديل السلوك .

طريقة لوفاس في تعديل السلوك : Lovaas behavior modification :

هو منهج التحليل التطبيقي السلوكي وهو عبارة عن طرائق تدريس يتم فيها تعليم الطفل بأسلوب سلوكي، وخطوة خطوة المقررات الدراسية، المهارات الاجتماعية، مهارات اللعب، ومهارات مساعدة الطفل لذاته، ويستغرق البرنامج عامين بواقع (٤٠) ساعة تعليم في الأسبوع.

تعتمد طريقة لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على مهارات مبنية بشكل منظم، فهي طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات لطفل ومعمدة على

النظرية الاشراطية من خلال التعزيز الذي يعمل على ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل مع المكافأة المنتظمة للسلوك المرغوب.

إن طريقة "لوفاس" تطبق اليوم بشكل واسع في مختلف البلدان، وتمكن الآباء والمعلمين من أن يكون لديهم تأثير واضح على سلوك الأطفال التوحديين، وتطبيق البرنامج بكفاءة ودقة حياة الطفل التوحدي ويغذي علاقته مع الأسرة والأصدقاء (باشا، ٢٠١٥، ٩٤)

٨ العلاج بالدمج الحسي:

العلاج بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحد، وقد طورها جين آيرز (Jean ayres 1972-1979) والتي تؤكد فيها أهمية العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي والحركي ويكون الهدف من خلال الدمج الحسي تحسين النظام العصبي ودمج وتكامل المعلومات من البيئة والتي تزود باستجابات تكيفيه وتعلم على نحو جيد. (علي، ٢٠١٥، ٢٤١)

وقد أظهرت نتائج الدراسات تحسناً نسبياً فقد انتهت نتائج دراسة كيس سميث وبرايين (cose smith & Bryon, 1999) والتي أجريت على (٥) أطفال توحديين بلغت أعمارهم الزمنية ما بين 4 و 5 سنوات واستخدام مدخل الدمج أو التكامل الحسي واستمر البرنامج العلاجي مدة 10 أسابيع و أدى إلى حدوث سلوك إيجابي لدى هؤلاء الأطفال (الزريقات، ٢٠٠٤، ٣٠١)

فعلاج الطفل التوحدي بالتدريب على الحواس مهم جداً لأنه يساعد ويسهل الكثيرة الأخرى التي تعتمد على الحواس كالعلاج بالموسيقى والفن .

وتعتبر الموسيقى الفن الوحيد الذي يمكن أن يحس ويشعر به أطفال التوحد لأنها تتضمن عاملاً طبيعياً أشبه بالتيار الكهربائي، يؤثر في الأعصاب بغض النظر عن مستوى النمو ودرجة الذكاء، ويجعل التوحديين يقبلون على الموسيقى أكثر من أي أنشطة أخرى، فضلاً عن أن الطفل التوحدي يميل الى الموسيقى وينجذب إليها (creak, 2003, 34)

ان استخدام الفن والموسيقى مفيد جداً في تحسين التكامل الحسي لأنهما يستطيعان توفير التنبيه الحسي والبصري .

ويمكن استخدام المعالجة بالفن لتعزيز التناسق بين اليد والعين من خلال الرسم بالقلم وبالألوان ويمكننا التنبيه اللمسي عندما يستخدم الطين أو الشمع لصنع مختلف الأشكال .

إن إبداع الطفل التوحدي للأعمال الفنية، وتفسير الأعمال الفنية التي أبدعها يزودان هذا الطفل بطريقة رمزية غير كلامية للتعبير عن النفس، ويساعد أيضاً الاستماع للموسيقى وسماع الأغاني وغناؤها في تطوير النطق وفهم الكلام، ويساعد تعلم العزف على آلة معينة الطفل على التركيز وزيادة التركيز، والآلات الإيقاعية والموسيقية، ويمكن أن تكون مساعدة في تلقين التواصل والعلاقات مع الأطفال التوحديين ، وتستعمل الموسيقى بطرق متنوعة كمساعدة للتدريس، كما إن علاج التفاعل الموسيقي المكثف من قبل معالج موسيقي يمكن أن يحسن تنظيم الذات الانفعالية

والاستعداد التواصل للآطفال التوحيدين ، وتحسين العلاقات مع الآباء والآخريين والنمو والتعليم (الزريقات، ٢٠٠٤، ٣٢١)، و رغم أن العلاج يساعد الطفل التوحيدي على التخفيف من الأعراض إلا أنه لا يكفي لكي يعيش حياة شبه عادية، ولذلك لا بد من وجود برامج تربوية.

العلاج بالاحتضان:

وضعت هذا الأسلوب مارثا ولشي (Martha Welchi) في أمريكا ويتم تطبيقه في معظم المراكز التي تهتم بعلاج التوحد، ويقوم هذا الأسلوب من العلاج على تشجيع الأهل على احتضان أطفالهم مدة طويلة حتى ولو قوبلت هذه الطريقة بالرفض من قبل الطفل، حيث يعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل يؤدي بالنهاية إلى قبول الطفل الاحتضان، وقد أفاد الأهل الذين استخدموا هذه الطريقة أن أطفالهم قد أبدوا تحسناً ملحوظاً في قدرتهم على التواصل البصري، وقد لاحظ الأهل بعد استخدامهم هذه الطريقة من العلاج ارتفاع مستوى التواصل والتفاعل الاجتماعي (عز الدين، ٢٠١٩، ٢٠٥).

ثامناً: البرامج التربوية لاضطراب التوحد

• برنامج تيتش Teach:

هو برنامج أسسه (Eric Schapler) في أوائل السبعينات من القرن الماضي، ويهدف إلى مساعدة الأطفال التوحيدين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم، وإعطاء التوحيدين معلومات بصرية واضحة.

ويركز "تيتش" على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات تمكن الطالب من التكيف في المجتمع ومهارات أكاديمية (الشامي، ٢٠٠٤، ٤٦).

وتتميز طريقة "تيتش" بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد، كاللغة والسلوك بل تقدم تأهيل متكامل للطفل عن طريق مراكز "تيتش" المنتشرة في الولايات المتحدة الأمريكية، وتمتاز بأنها طريقة علاج تصمم بشكل فردي حسب احتياجات كل طفل، و لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد من 5 الى 7 أطفال مقابل مدرس ومساعد مدرس، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجاته (نصر، ٢٠٠٢، ٧٥).

🌈 برنامج ليب (Leap):

بدأ برنامج ليب سنة 1981 في "بنسلفانيا" لتقديم خدمات للأطفال الصغار التوحيدين، والأطفال العاديين من أعمار 3-5 سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، ويعد هذا البرنامج واحداً من أفضل البرامج في التدخلات المبكرة للأطفال التوحيدين وأسرهم.

ويشتمل على برنامج ما قبل المدرسة للأطفال، وبرنامج للتدريب على المهارات السلوكية للآباء، هذا بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

ويعتبر برنامج ليب واحداً من البرامج التي تجمع الأطفال التوحديين مع الأطفال العاديين، ويمتاز المنهاج في ليب باستخدامه للرفاق في التدريب على مهارات الاجتماعية، وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعي والانفعالي واللغوي والسلوك التكيفي، والمجالات النمائية والجسمية والحركية.

ويجمع المنهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة ويركز هذا البرنامج على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكرة نوعية، وتقديم الخدمات من خلال زيارات للموقع وأجوبة شاملة للأسئلة، وورشات العمل واستشارات مستندة إلى الحالة وتوزيع الوسائل التعليمية، ويشتمل على تنظيم الصف، ضبط الصف، زيادة فرص التعليم خلال اليوم، تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية، مناهج اجتماعية وانفعالية (فاضل، ٢٠١٤، ٤٣).

🌈 برنامج Fast For Ward

هو برنامج إلكتروني (بواسطة الكمبيوتر) يعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم هذا البرنامج عام (1996) بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة (Paule Tallal) حيث بينت في بحثها المنشور في مجلة العلم أن الأطفال التوحديين الذين استخدموا هذا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرته على وضع سماعة في أذني الطفل بينما هو جالس أمامه شاشة الحاسوب يلعب ويستمتع للأصوات الصادرة عن اللعبة، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد وهو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبذلك يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب من دون عوائق سلوكية، وقد تم تطوير برامج أخرى مشابهة تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي (العودة، ٢٠١٧، ١٣٥)، فالاهتمام بالطفل التوحدي سواء أكان ذلك بالعلاج أم بالبرامج التربوية يساعد كثيراً الأسر على التوافق مع طفلهم التوحدي.

وترى الباحثة أن التوحد يعد من أشد الاضطرابات لأنه اضطراب يؤثر في كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي، وهو اضطراب غامض، ولم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له، وتتميز أعراضه بقصور في العلاقات الاجتماعية والاتصال وبالأفعال القهرية، وما يجعل هذا الاضطراب معقداً صعوبة تشخيصه لأن الكثير من الأعراض تتشابه مع اضطرابات أخرى، ما يستوجب ضرورة القيام بتشخيص فارقى لأن التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في تحسينه عن طريق برامج علاجية وتربوية من أجل مساعدة هذا الطفل التوحدي سواء كان العلاج نفسياً، طبياً سلوكياً، بيئياً، والأهم من ذلك كله مساعدة الأسرة على تقبل هذا الاضطراب، ومحاولة التوافق مع طفلهم، إذ إن الأم خاصة قد تتعرض للضغط وتواجه العديد من الصعوبات والمسؤوليات في تعاملاته.

الفصل الثالث:

الدراسات السابقة

- تمهيد
- الدراسات العربية
- الدراسات الأجنبية
- التعقيب على الدراسات السابقة
- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة (عرض وتحليل):

يتناول ها الفصل مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بمشكلة البحث الحالي، قامت الباحثة بالبحث في الكتب والدوريات والشابكة عن دراسات تتعلق بالبحث الحالي، واقتصر البحث على مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، ولم تجد الباحثة (في حدود علمها) أي دراسة تناولت دراسة مقارنة بين فاعلية برنامجين (العلاج المعرفي السلوكي، العلاج بالمعنى) في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

- دراسات عربية:

دراسة عبد القادر (٢٠٠٢) مصر:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة استثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحد في محاولة للخروج من عزلته ليتفاعل ويشارك الطفل العادي، وأيضاً استثارة انفعالات وعواطف الوالدين وتعديل السلوك والأفكار نحو الطفل، ومساعدة الطفل للخروج من عزلته والتخفيف من مشاكله.

عينة الدراسة: تكونت من (٨) أطفال توحيدين تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٦) سنوات و(٨) أمهات و(٨) آباء.

أدوات الدراسة: شملت قائمة تشخيص التوحد، وقائمة مراجعة المظاهر السلوكية للتوحد وقائمة مراجعة ردود الأفعال النفسية لوالدي الطفل التوحد، ودليل ملاحظة سلوك الطفل التوحد واستجابات الوالدين، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي لاستثارة العواطف والانفعالات لدى الطفل التوحد.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج فاعلية البرنامج المستخدم، حيث بينت أن هناك فروقاً دالة بين معاملة الوالدين طفلهم قبل تطبيق البرنامج وبعده، وكان هناك فروق دالة في التفاعل الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج وبعده، حيث أصبح الأطفال أكثر اجتماعية.

دراسة أبو غزالة (٢٠٠٤) الأردن:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحيدين

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تزويد أمهات الأطفال ذوي التوحد باستراتيجيات في إدارة الحياة وذلك بهدف تقليل الضغوط النفسية لديهم.

عينة الدراسة: تكونت من (٦٠) أمًا، (٣٠) منهن لأطفال عاديين و (٣٠) لأطفال توحديين وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية.

أدوات الدراسة: استمارة جمع البيانات، استبانة الضغوط النفسية.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن هناك تحسناً لأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، حيث ساعدت تلك الاستراتيجيات على التخفيف من الضغوط لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

دراسة السيد ماضي (٢٠٠٦) مصر:

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم الذاتويين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على جدوى تطبيق البرنامج التدريبي في تغيير الاتجاهات السلبية لدى آباء الأطفال التوحديين وأمهم، وكذلك الكشف عن طبيعة العلاقة بين الاتجاهات الوالدية السالبة ومدى تقدم الطفل الذاتي في البرامج التدريبية.

عينة الدراسة: تكونت من مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت كل مجموعة من (٥) آباء لأطفال ذاتويين و(٥) أمهات لأطفال ذاتويين، وأبنائهم الذاتويين وعددهم (٥)

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس الاتجاهات الوالدية نحو أبنائهم الذاتويين من إعدادها وبرنامج تدريبي لإعداد آباء وأمهم الأطفال الذاتويين لتنمية قدرات أبنائهم والتعامل مع المشاكل السلوكية من إعداد الباحثة، ومقياس السلوك التوافقي (ABS) إعداد صفوت فرج وناهد رمزي (١٩٩٥) مقياس الطفل التوحدي (إعداد عادل عبد الله محمد ٢٠٠١) اختبار لوحة الأشكال لجودارد لقياس الذكاء، معايير تشخيص الذاتية في دليل التشخيص الإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية ١٩٩٤ (D.S.M.IV).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تحسين الاتجاهات الوالدية تجاه الأبناء ذوي التوحد وذلك لدى آباء المجموعة التجريبية، وحدث تحسن لأبناء المجموعة التجريبية وذلك وفقاً لمقياس السلوك التكيفي A.B.S أما بالنسبة للمجموعة الضابطة لم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القبلي والبعدي، وثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.

دراسة قراقيش (٢٠٠٩) السعودية:

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل يعاني من التوحد من ضغوط نفسية لدى والديه، بالإضافة إلى التعرف على احتياجات أولياء أمور أولئك الأطفال، وعلاقة ذلك بمستويات الضغط النفسي وكذلك التعرف على علاقة كل من الضغوط النفسية والاحتياجات ببعض المتغيرات.

عينة الدراسة: اشتملت على (٥١٣) من أولياء أمور لأطفال توحد وتخلف عقلي و إعاقة سمعية وإعاقة بصرية.

أدوات الدراسة: استخدم مقياس الضغوط النفسية ومقياس احتياجات أولياء أمور أطفال التوحد.

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة عن عدة نتائج منها: ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى أفراد العينة الكلية، وارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى أولياء أمور أطفال التوحد مقارنة بمستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال الإعاقات الأخرى، وكذلك اختلاف حاجة الأسر للدعم باختلاف مستوى الضغط النفسي لديهم، ولم يظهر أي تأثير ل: عمر طفل التوحد، دخل الأسرة الشهري، المستوى التعليمي لأولياء الأمور، عدد الأطفال في الأسرة وترتيب الطفل على مستوى الضغط النفسي لدى أولياء أمور أطفال التوحد.

دراسة أبو زيد وعبد الحميد (٢٠١٦):

عنوان الدراسة: تعرف فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات أطفال التوحد.

عينة الدراسة: تكونت من (٢٠) أمّاً من أمهات أطفال التوحد في مدينة الرياض.

أدوات الدراسة: مقياس المعتقدات اللاعقلانية والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثين.

نتائج الدراسة: فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللا عقلانية لدى أمهات أطفال التوحد.

الدراسات الأجنبية:

دراسة تونالي وباور (Tunali & Power, 2002) بريطانيا

عنوان الدراسة: التقييم المعرفي لدى أمهات أطفال توحديين وأمهات أطفال غير توحديين.

هدف الدراسة: هدفت إلى معرفة نموذج التكيف لدى أمهات أطفال التوحد مع إعاقة أبنائهن.

عينة الدراسة: تكونت من (٥٨) أمًا، منهن (٢٩) أمًا لأطفال لديهم توحد و(٢٩) أم لأطفال لا يوجد لديهم اضطراب توحد، وتراوح أعمار الأطفال من (٥-١٤) سنة.

أدوات الدراسة: مقياس للتحمل، مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب بالإضافة إلى قائمة السلوك التكيفي.

نتائج الدراسة: بينت نتائج الدراسة أن أمهات أطفال التوحد أعطين أهمية أكبر للأدوار الوالدية، وأهمية أقل للحياة المهنية، وركزن على النشاطات الترفيهية الأسرية، في حين أعطين أهمية أقل لموضوع الترفيه الشخصي ولموضوع نظرة الآخرين حول سلوك الطفل التوحيدي، مقارنة مع أمهات أطفال لا يوجد لديهن توحد، ووجدت الدراسة أن أمهات أطفال التوحد قد يعانين صعوبة فهم سلوك أطفالهن التوحيدين لكنهن يظهرن قدرة تحمل أكبر تجاه هذه السلوكيات.

دراسة ستاسي (Stacey, 2004) أمريكا

عنوان الدراسة: العلاقة بين السلوكيات الظاهرة لدى الأطفال ذوي التوحد والضغوط المتعلقة بالأم.

هدف الدراسة: فحص العلاقة بين السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحيدين وبعض الضغوط التي تتعرض لها الأم من جراء هذه السلوكيات ولاسيما القلق.

عينة الدراسة: تكونت من (٦٠) أمًا ممن لديهن أطفال توحيدين تراوحت أعمارهم من (٢-٧) سنوات

أدوات الدراسة: مقياس للسلوك التكيفي، ومقياس لتقدير الذات للأم ، استفتاء مكاني.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن ثلثي المشاركات لديهن قلق مرتفع بشكل واضح، وأظهرت النتائج أن سلوكيات الأطفال التكيفية واللاتكيفية حسب الاختلاف في قلق الأم، أي كان لها علاقة كبيرة بقلق الأم.

دراسة ديوارت وآخرون (Duarte, et, al, 2005) أمريكا

عنوان الدراسة: العوامل المرتبطة بالضغوط النفسية لدى أمهات التوحد.

هدف الدراسة: مناقشة عوامل الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.

عينة الدراسة: تكونت أمهات (٣١) طفلاً توحيدياً وأمهات (٣١) طفلاً لا يعانون من التوحد.

أدوات الدراسة: الاستبانة والمقابلات الشخصية.

نتائج الدراسة : أظهرت أن وجود الضغوط لدى الأمهات كان مرتبطاً بوجود طفل توحيدي بالدرجة الأولى، وكانت الضغوط النفسية أعلى لدى الأمهات الأكبر سناً، والأمهات اللواتي أظهرن ضعفاً في التعبير عن مشاعرهن، وضعفاً في الاهتمام بالناس، واللواتي لديهن طفل أصغر في البيت، وقد أوصت الدراسة بضرورة وجود برامج لتخفيف الضغوط لدى أولئك الأمهات.

دراسة كارتر ودافيس (Carter & Davis, 2008) أمريكا

عنوان الدراسة: الضغط النفسي لدى أمهات وآباء الأطفال التوحديين حديثي المشي وعلاقتها بخصائص الأطفال.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة بين سلوكيات الأطفال والضغط النفسي الوالدي لدى أمهات وآباء أطفال توحديين حديثي المشي مشخصين حديثاً بالتوحد.

عينة الدراسة: ضمت العينة (١٠٧) أب وأم (٥٤ أب و٥٤ أم) لأطفال توحديين

أدوات الدراسة: بطارية بيك للقلق، بطارية الإكتئاب، دليل الضغوط الوالدية، جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد، المقابلة التشخيصية للتوحد، التقييم الانفعالي والاجتماعي للأطفال الرضع والدارجين.

نتائج الدراسة: بينت نتائج الدراسة وجود مستويات عالية من الضغوط لدى والدي الأطفال التوحديين، مع ملاحظة أن الضغوط النفسية والاكتئاب لدى الأمهات كانت أعلى من الآباء، ووجدت الدراسة أن من أكثر مسببات الضغط النفسي لدى الأمهات في التفاعل الاجتماعي والمشاكل السلوكية لدى الطفل، بالإضافة إلى صعوبات العناية اليومية به، وكانت السلوكيات النمطية لدى الأطفال من أكثر مسببات الضغط لدى الآباء.

دراسة ايستيس وآخرين (Estes, et, al,2009) أمريكا

عنوان الدراسة: ضغوط الرعاية الوالدية لدى أمهات أطفال ما قبل المدرسة يعانون من التوحد.

هدف الدراسة: هدفت إلى معرفة أثر خصائص الأطفال ذوي التوحد في الضغوط النفسية لدى الأمهات.

عينة الدراسة: تكونت من (٥١) أمّاً لأطفال يعانون من التوحد و(٢٢) أمّاً لأطفال يعانون من تأخر نمائي فقط.

أدوات الدراسة: مقياس الضغوط الوالدية وبطاقات الملاحظة والمقابلات الشخصية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود درجات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد مقارنة بالمجموعة الثانية، ووجدت أن مشاكل الأطفال السلوكية كانت أكثر لدى الأمهات اللواتي يعانين من مستويات عالية من الضغوط النفسية في كلتا المجموعتين، واقتُرحت الدراسة توفير برامج إرشادية وتدريبية للأمهات تركز على تعليمهن كيفية التعامل مع سلوكيات أطفالهن وتساعد على التخفيف من ضغوطهن النفسية.

دراسة سينغال (Singhal, 2010) أمريكا

عنوان الدراسة: أولياء أمور الأطفال ذوي التوحد الضغوطات النفسية والاستراتيجيات.

هدف الدراسة: معرفة مستويات الضغط النفسي وأساليب التكيف ومركز الضبط لدى أمهات أطفال التوحد وآبائهم، ومقارنتها مع أولياء أمور الأطفال ذوي التطور النمائي الطبيعي، حيث ناقشت الدراسة فكرة التحاق الطفل ببرنامج تدخل مبكر وأثره في تخفيض مستويات الضغط النفسي، وزيادة استخدام استراتيجية حل المشكلات من أجل التكيف، بما في ذلك اللجوء إلى الدعم المجتمعي واستخدام مركز الضبط الداخلي لدى الآباء والأمهات.

عينة الدراسة: قسمت العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت المجموعة التجريبية من آباء وأمهات لأطفال توحد (٢٠ أباً و ٢٠ أمّاً) والمجموعة الضابطة تكونت من آباء وأمهات لا يوجد لديهم أي تأخر نمائي أو جسدي أو تعليمي (٢٠ أباً و ٢٠ أمّاً)

أدوات الدراسة: طبق برنامج للأسر استمر لمدة سنة، وقد تكون من وحدات تضمنت معلومات عن اضطراب التوحد وخصائص الأطفال المصابين به، وطرق التدخل العلاجي والتربوي.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى أن أمهات أطفال التوحد لديهن مستويات عالية من الضغوط النفسية ولديهن دعم اجتماعي أقل ومركز الضبط لديهن خارجي كما أوضحت النتائج أن كلاً من الأمهات والآباء يختبرون إعاقة طفلهم بشكل مختلف، ومن ثم يتكيفون بشكل مختلف مع الاضطرابات الانفعالية، وأوضحت النتائج فاعلية البرنامج في خفض مستوى الضغط النفسي لدى الوالدين، وأكدت أن وجود برامج تدخل مناسبة يخفض الضغط النفسي لدى الآباء والأمهات ويزيد استخدام الأهل أساليب تكيف فعالة.

دراسة البهنساوي وجرجس (Elbahnsawy & Girgis, 2011) أمريكا

عنوان الدراسة: الإرشاد النفسي لأمهات أطفال التوحد للتكيف مع إعاقة أطفالهن.

هدف الدراسة: هدفت إلى تقييم فاعلية الإرشاد لتلك الأمهات، وذلك من خلال تطوير برنامج إرشادي تبعاً لحاجتهن وتقييم فاعلية الإرشاد في جوانب التكيف الجسدية والاجتماعية والحركة والعاطفة لدى الأمهات.

عينة الدراسة: تضمنت (٩٠) أمّاً لأطفال توحد

أدوات الدراسة: استبانته معلومات أولية عن الطفل والأم، مقياس تأثير إعاقة الطفل على الأسرة، نماذج التكيف لدى الأمهات، لتنفيذ متطلبات الطفل: ويتضمن جوانب الرعاية الجسدية للطفل كالنظافة والجوانب الاجتماعية كتشجيع الطفل على الانخراط في المجتمع.

نتائج الدراسة: وجدت الدراسة أن الأطفال التوحديين يعتمدون كلياً على أمهاتهم في حياتهم اليومية ما يجعل الأمهات عرضة للضغوط النفسية، وبينت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض الضغوط النفسية وتكيف الأمهات.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال العرض السابق لمجموعة الدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد مايلي

- أكدت معظم الدراسات السابقة العربية والأجنبية على حد سواء أهمية التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وتصميم برامج للتخفيف من تلك الضغوط كدراسة عبد القادر (٢٠٠٢) التي هدفت إلى استثارة الانفعالات والعواطف لدى الأطفال التوحديين وآبائهم، ودراسة أبو غزالة (٢٠٠٤) التي هدفت إلى تزويد أمهات أطفال التوحد باستراتيجيات في إدارة الحياة وذلك لتخفيف الضغوط النفسية لديهن، ودراسة ستاسي (٢٠٠٤) التي هدفت إلى فحص العلاقة بين السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحديين والضغوط النفسية لدى أمهاتهم من جراء هذه السلوكيات ولاسيما القلق، في حين هدفت دراسة السيد ماضي (٢٠٠٦) إلى تعرف جدوى تطبيق البرنامج التدريبي في تغيير الاتجاهات السلبية لآباء الأطفال الذاتيين وكذلك الكشف عن طبيعة العلاقة بين الاتجاهات الوالدية السلبية ومدى تقدم الطفل الذاتي في البرامج التدريبية، ودراسة كارتر ودافيس (٢٠٠٨) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين سلوكيات الطفل والضغط النفسي الوالدي لدى أمهات وآباء أطفال توحديين حديثي المشي، أما دراسة قرايش (٢٠٠٩) هدفت إلى تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل توحدي من ضغوط نفسية لدى والديه، والتعرف على احتياجات أولياء أمور أولئك الأطفال وعلاقة ذلك بمستويات الضغط النفسي باحتياجات أولياء أمور أولئك الأطفال. ودراسة البهنساوي وجرجس (٢٠١١) التي هدفت إلى تقييم فاعلية الإرشاد لهؤلاء الأمهات من خلال تطوير برنامج إرشادي تبعاً لحاجاتهن وتقييم فاعلية الإرشاد في جوانب التكيف الجسدية والاجتماعية والحركية والعاطفية وقد أشارت معظم الدراسات أن وجود طفل توحدي يشكل مصدر ضغط لدى الأمهات وبينت الدراسات فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية في التخفيف من تلك الضغوط.

- وتنوعت الدراسات السابقة من حيث النهج المتبع والأدوات المستخدمة وفقاً لطبيعة كل دراسة وأهدافها، وتمثلت هذه المناهج والأدوات في المنهج الوصفي والمنهج الوصفي التحليلي والمنهج التجريبي، واستخدمت الاستبانة والمقاييس النفسية بصورة رئيسية في أغلب الدراسات السابقة وكذلك بعض المقابلات التشخيصية وبطاقات الملاحظة.

-موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أهمية التعرف على مستويات الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وتصميم برامج تدريبية لخفض هذه الضغوط

- تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في استخدام المنهج التجريبي لمناسبته لطبيعة الدراسة.

في حين تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في استخدام دراسة مقارنة بين فاعلية برنامجين إرشاديين لخفض الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد وهذا لم تجده الباحثة في الدراسات السابقة.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية:

- الإطلاع على مصادر الضغوط النفسية التي اهتمت بدراستها.
- المنهجية العلمية التي استخدمتها الدراسات السابقة في صوغ مشكلة الدراسة وكتابة الفرضيات ومعالجة النتائج.
- الاستفادة من الدراسات السابقة في إعداد البرنامجين الإرشاديين الحالي من خلال التعرف على الأسس النفسية التي تقوم عليها البرامج المستخدمة في الدراسات السابقة، والاستفادة من المنهجية في بناء هيكلية البرنامج الإرشادي الحالي.
- الاستفادة من الدراسات السابقة في أسلوب اختبار عينة الدراسة الحالية، وفي اختبار أفراد كل من المجموعتين التجريبية والضابطة.
- مقارنة نتائج الدراسة الحالية بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة والمرتبطة بجوانب الدراسة.

الفصل الرابع:

تمهيد

أولاً: منهج البحث

ثانياً: متغيرات البحث

ثالثاً: عينة البحث والإجراءات المتبعة في
اختيارها

رابعاً: أدوات البحث

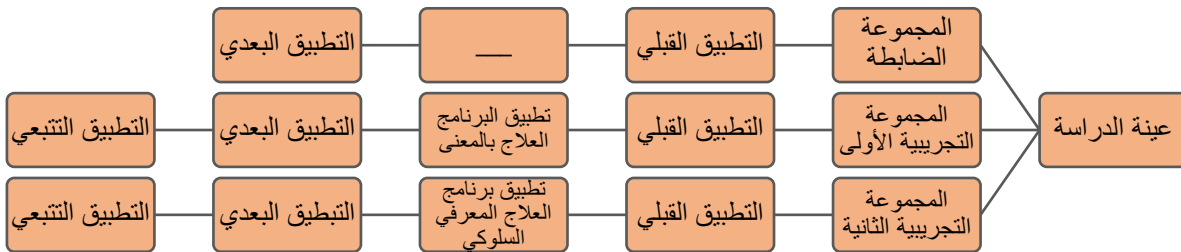
خامساً: خطوات تنفيذ البحث

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في
البحث الحالي

يتناول هذا الفصل من البحث وصفاً لمنهج البحث ومتغيراته وكيفية سحب عينة البحث وكيفية توزيعها إلى ثلاث مجموعات (مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة) ودراسة تجانسها وفقاً لمتغيرات الدراسة، ويتناول أيضاً وصفاً تفصيلياً لأدوات البحث (مقياس الضغوط النفسية والبرنامج الإرشادي) من حيث الهدف والإعداد ومؤشرات الصدق والثبات وطرائق التصحيح ووضع الدرجات وتحديد المستويات، ووصف إجراءات البحث والأساليب الإحصائية التي استخدمت للتحقق من نتائجه.

أولاً- منهج البحث: لتحقيق أهداف البحث في تعرف مدى فاعلية البرنامج الإرشادي (الأول قائم على العلاج المعرفي السلوكي والثاني قائم على العلاج بالمعنى) وأيهما أكثر فاعلية في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد استخدمت الباحثة المنهج التجريبي والمنهج التجريبي هو "تغيير مضبوط ومقصود لجملة من الشروط التي تحدد تلك الظاهرة، وملاحظة التغيرات الناجمة عنها، ثم تحليل هذه التغيرات وتفسيرها" (العساف، ٢٠٠٦، ٢٨)، حيث تم اختيار الأمهات بشكل عشوائي، وفي ضوء اختيار المنهج التجريبي تم تصميم الدراسة التجريبية، إذ تم تطبيق أدوات القياس قبلياً (مقياس الضغوط النفسية على المجموعتين التجريبتين والمجموعة الضابطة ومن ثم قدم البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المعرفي السلوكي للمجموعة التجريبية الأولى وقدم البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى للمجموعة التجريبية الثانية، وبعد انتهاء فترة تطبيقهما مباشرة طبقت الباحثة مقياس الضغوط النفسية بعدياً على المجموعات الثلاثة، وبعد مضي شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي طبقت مقياس الضغوط النفسية مرة أخرى على المجموعتين التجريبتين فقط (القياس التتبعي) والشكل الآتي يوضح تصميم الدراسة التجريبية

الشكل رقم (٢) التصميم التجريبي للدراسة:



ثانياً- متغيرات البحث:

- ١- المتغير المستقل: يتمثل في البرنامج الإرشادي (موضوع البحث الحالي)
- ٢- المتغير التابع: الضغوط النفسية لدى أفراد عينة البحث.

ثالثاً- عينة البحث والإجراءات المتبعة في اختيارها: لتحقيق أهداف البحث في التعرف إلى فاعلية البرنامج الإرشادي (العلاج المعرفي السلوكي، العلاج بالمعنى) المصممين من قبل الباحثة لخفض الضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد والمقارنة بينهما اعتمدت الباحثة على

(العينة المقصودة) والتي تحدد مسبقاً مواصفات وخصائص الأفراد الذين يجب أن تتضمنهم العينة، وبذلك لا تكون المشكلة في الحصول على عدد كافٍ من أفراد المجتمع الأصلي، وإنما المشكلة تكمن في الحصول على أفراد لهم مواصفات معينة تتلاءم مع أغراض البحث (الزرد ويحيى، ١٩٨٦، ٧٢).

بلغ عدد أفراد عينة البحث الحالي (٢٤) أمماً من أمهات أطفال التوحد، موزعة بالتساوي (٨) أمهات للعينة التجريبية الأولى، و٨ أمهات للعينة التجريبية الثانية، و٨ أمهات للعينة الضابطة) أخترن من جمعية الربيع للتوحد لأن جمعية الربيع للتوحد تعد من أكثر الجمعيات الموجودة في مدينة حمص استيعاباً للأطفال التوحديين من حيث (التشخيص والتأهيل) إذ بلغ عدد أمهات الأطفال التوحديين للعام (٢٠٢٠ / ٢٠٢١) وهو العام الذي طبق فيه البرنامجين الإرشاديين (٧٠) أمماً.

خطوات اختيار عينة البحث:

بعد التحقق من صدق وثبات أدوات البحث، قامت الباحثة بحصر عدد من تبقي من أمهات أطفال التوحد في الجمعية وقدر عددهن ب (٥٠) أمماً (باستثناء العينة الاستطلاعية والعينة السيكمترية) بعد ذلك تمكنت الباحثة من إجراء اتصال هاتفي ب (٣٩) أمماً منهن فقط، وتم الاتفاق مع (٣٣) أمماً منهن فقط على الاجتماع في جمعية بابل في الفترة الواقعة ب (١٦ - ١٧ - ١٨ / ٢٠٢١/٥) بسبب ظروف بعض الأمهات.

وقد اختارت الباحثة عينة البحث وفق الخطوات والإجراءات الآتية:

١- شرحت الباحثة خطوات البحث وأهميته، ثم قامت بتطبيق مقياس الضغوط النفسية على الأمهات ال (٣٣).

٢- تم اختيار الأمهات اللواتي حصلن على درجات مرتفعة في مقياس الضغوط النفسية وقد بلغ عددهن (٣٠) أمماً.

٣- تم تثبيت متغير درجة التوحد من خلال استبعاد ثلاث أمهات بسبب شدة إعاقة طفلها، فمن خلال الرجوع إلى ملفات هؤلاء تم استبعاد أمهات الأطفال ذوي التوحد الشديد، ونتيجة لذلك بلغت العينة (٢٧) أمماً.

٤- تم استبعاد ثلاث أمهات رفضن المشاركة في البرنامج الإرشادي بسبب ظروفهن الخاصة، ونتيجة لذلك بلغت العينة (٢٤) أمماً.

٥- تم توزيع العينة عشوائياً على ثلاث مجموعات (مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة) وفقاً لمتغيرات الدراسة (العمر، درجات مقياس الضغوط النفسية) إذ بلغت المجموعة التجريبية الأولى (٨) أمهات، والمجموعة التجريبية الثانية (٨) أمهات والمجموعة الضابطة (٨) أمهات. والجدول الآتي يوضح توزيع المجموعتين وفقاً لمتغير العمر.

الجدول رقم (٤) توزيع أفراد عينة البحث على متغير العمر

أفراد العينة الكلي	عمر الأم	من ٢٠ - ٢٩ سنة	من ٣٠ - ٣٩ سنة	من ٤٠ - ٥٠ سنة	المجموع
	المجموعة التجريبية الأولى	٥	٢	١	٨
	المجموعة التجريبية الثانية	٥	١	٢	٨
	المجموعة الضابطة	٤	٣	١	٨
المجموع الكلي لعينة البحث		١٤	٦	٤	٢٤

التأكد من تجانس مجموعات البحث (المجموعتين التجريبيتين، المجموعة الضابطة):

لضبط متغيرات البحث الحالي تم التحقق من تجانس مجموعات البحث في متغيرات (العمر، مستوى الضغوط النفسية) باستخدام اختبار كروسكال- ويلز (Kruskal-Wallis) اللابارامتري والخاص بالمقارنة بين عدة مجموعات مستقلة لصغر حجم المجموعات ($n=8$) وذلك وفقاً للجدول (٥، ٦) الآتيين:

التأكد من تجانس المجموعات (المجموعتين التجريبية والمجموعة الضابطة) في متغير العمر كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (٥) يبين دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعات الثلاث في متغير العمر باستخدام دالة كروسكال-ويلز

المجموعة	متوسط الرتب	الحجم	قيمة الدالة ^٢	df	Sig	الدلالة
٢٩ - ٢٠	١٦.٨٨	٨	٤.٧٠٦	٢	٠.٠٩٥	غير دالة
٣٩ - ٣٠	١٠.٧٥	٨				
٥٠ - ٤٠	٩.٨٨	٨				

من الجدول (٥) السابق يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة الأولى (٢٠ - ٢٩ سنة) ومتوسط رتب درجات المجموعة الثانية (٣٠ - ٣٩ سنة) ومتوسط رتب درجات المجموعة الثالثة (٤٠ - ٥٠) في متغير العمر وذلك لأن قيمة الدالة الاحتمالية sig أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥)، وبالتالي قبول الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق دالة إحصائية ما يؤكد تكافؤ المجموعات الثلاث في متغير العمر.

وللتأكد من تكافؤ المجموعات الثلاث في مستوى الضغوط النفسية تم استخدام اختبار كروسكال- ويلز (Kruskal-Wallis) اللابارامتري والخاص بالمقارنة بين عدة مجموعات مستقلة نظراً لصغر حجم المجموعات ($n=8$) وذلك وفقاً للجدول (٦) الآتي:

جدول (٦) يبين دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيق القبلي باستخدام دالة كروسكال-ويلز

البعد	المجموعة	متوسط الرتب	الحجم	قيمة الدالة ^٢	df	Sig	الدالة
الجسمية	ضابطة	١٠.٨٨	٨	٢.٠٢٩	٢	٠.٣٦٣	غير دالة
	تجريبية ١	١٥.٣٨	٨				
	تجريبية ٢	١١.٢٥	٨				
الانفعالية	ضابطة	٩.٣٨	٨	٢.٥٨٥	٢	٠.٢٧٥	غير دالة
	تجريبية ١	١٤.٠٦	٨				
	تجريبية ٢	١٤.٠٦	٨				
المعرفية	ضابطة	٩.٠٦	٨	٤.٧٣٦	٢	٠.٠٩٤	غير دالة
	تجريبية ١	١٦.٥	٨				
	تجريبية ٢	١١.٩٤	٨				
الاجتماعية	ضابطة	١٠.٦٩	٨	٠.٨٢٤	٢	٠.٦٦٢	غير دالة
	تجريبية ١	١٣.٦٣	٨				
	تجريبية ٢	١٣.١٩	٨				
الاقتصادية	ضابطة	٩.٣١	٨	٢.٦٢٣	٢	٠.٢٦٩	غير دالة
	تجريبية ١	١٤.٣٨	٨				
	تجريبية ٢	١٣.٨١	٨				
الكلية	ضابطة	٩.٤٤	٨	٣.١٣٧	٢	٠.٢٠٨	غير دالة
	تجريبية ١	١٥.٦٩	٨				
	تجريبية ٢	١٢.٣٨	٨				

من الجدول (٦) السابق يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيق القبلي، وذلك لأن قيمة الدالة الاحتمالية sig في جميع الحالات أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥)، وبالتالي قبول الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق دالة إحصائية ما يؤكد تكافؤ المجموعات الثلاث في مستوى الضغوط النفسية.

ومما سبق يلاحظ وجود تجانس بين مجموعات البحث في متغيرات الدراسة (العمر، مستوى الضغوط النفسية) قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، ولذلك فإن أي تغيير في مستوى الضغوط النفسية في القياس البعدي يمكن أن يعزى للبرنامج الإرشادي.

رابعاً- أدوات البحث: لتحقيق أهداف البحث وللتعرف على فاعلية البرنامجين الإرشاديين (الأول قائم على العلاج المعرفي السلوكي والثاني قائم على العلاج بالمعنى) في خفض الضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد في مدينة حمص قامت الباحثة باستخدام الأدوات الآتية:

أ- مقياس الضغوط النفسية: من إعداد ملحم (٢٠١٤) وتم التأكد من الخصائص السيكومترية له.

ب- البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد ليطبق على المجموعة التجريبية الأولى (من إعداد الباحثة)

ت- البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد ليطبق على المجموعة التجريبية الثانية (من إعداد الباحثة)

وفيما يلي عرض مفصل لهذه الأدوات:

أ- مقياس الضغوط النفسية:

- وصف المقياس:

من إعداد ملحم (٢٠١٤) والذي طبق على أمهات أطفال التوحد في دمشق إذ إن الهدف العام للمقياس هو الكشف عن مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، والأهداف الفرعية للمقياس تتمثل فيما يأتي:

- الكشف عن مستوى الأعراض الجسمية للضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.

- الكشف عن مستوى الضغوط النفسية الانفعالية الناجمة عن رعاية الطفل التوحد وتلبية احتياجاته لدى أمهات أطفال التوحد.

- الكشف عن مستوى الضغوط النفسية المعرفية الناجمة عن رعاية الطفل التوحد وتلبية احتياجاته لدى أمهات أطفال التوحد.

- الكشف عن مستوى الضغوط الاجتماعية الناجمة عن رعاية الطفل التوحد لدى أمهات أطفال التوحد.

-الكشف عن مستوى الضغوط الاقتصادية الناجمة عن رعاية الطفل التوحد لدى أمهات أطفال التوحد.

وللتأكد من الخصائص السيكومترية له مر مقياس الضغوط النفسية بعدة مراحل مخططة ومنظمة بدقة قبل أن تظهر الصورة النهائية له، وجميع تلك المراحل تؤسس لصدقه البنوي وهي:

- يشمل المقياس مقدمة توضح طبيعة الضغوط النفسية والهدف منه وكيفية التعامل معه، وبعض الملاحظات الواجب التقيد بها في أثناء الإجابة عنه.

- معلومات عامة عن أمهات أطفال التوحد تتعلق بمعرفة اسم الأم والعمر

وقد بلغ عدد بنود مقياس الضغوط النفسية (٥٣) بنداً في صورته الأولى، تتوزع على خمسة مجالات (الجدول رقم ٧) يجاب عليها ببدائل إجابة ثلاثية (نعم، أحياناً، لا) إذ يعطى البديل (نعم) ثلاث درجات، والبديل أحياناً درجتين، والبديل (لا) درجة واحدة وبذلك تشير الدرجة العالية على هذا المقياس إلى أن الأم تعاني من درجة عالية من الضغوط النفسية والجدول رقم (٧) يبين توزع البنود على مجالات مقياس الضغوط النفسية في صورته الأولى.

جدول رقم (٧) مقياس الضغوط النفسية في صورته الأولى:

م	مجالات مقياس الضغوط النفسية	الصورة الأولى لمقياس الضغوط النفسية	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	الأعراض والضغوط الجسمية للضغوط النفسية	١٢	١٢-١
٢	الضغوط الإنفعالية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي وتلبية احتياجاته	١٠	٢٢-١٣
٣	الضغوط النفسية المعرفية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	١٠	٣٢-٢٣
٤	الضغوط الاجتماعية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	١٢	٤٤-٣٣
٥	الضغوط الاقتصادية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	٩	٥٣-٤٥
	بنود المقياس	٥٣	

- صدق مقياس الضغوط النفسية:

- **صدق المحتوى:** تم التحقق من صدق محتوى المقياس بعرضه على مجموعة محكمين في الفترة الواقعة (٢٠٢٠/١/١) ولغاية (٢٠٢٠ ٢/١)، وعددهم الإجمالي (٩) محكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في مجال الإرشاد النفسي والقياس النفسي (الملحق رقم ١)، من أجل التحقق من مدى كفاية بنود المقياس لتحقيق الهدف العام للمقياس، وللاستفادة من آرائهم ومقترحاتهم في مدى ملائمة المقياس لما هو مطلوب قياسه ومدى وضوح بنوده وعباراته وطريقة تصحيحه، ولإضافة مقترحاتهم وآرائهم مما يسهم في إغناء المقياس وتجويده، وقد أرفق المقياس بمقدمة تبين الهدف العام منه، ومن ثم قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي أوصى بها السادة المحكمون من حيث حذف بعض البنود وإجراء تعديلات وإعادة صياغة بنود أخرى لتصبح أكثر وضوحاً وملاءمة (الجدول رقم ٨)، وتم استبعاد البنود التي حصلت على نسبة اتفاق (٧٠) % من الاتفاق بين المحكمين وعددها (٤) بنود.

الجدول رقم (٨) البنود التي تم إجراء التعديلات عليها في مقياس الضغوط النفسية وفقاً لآراء السادة المحكمين

العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
أتصرف بانفعال حيال أي أمر	يزعجني التصرف بانفعال بسبب رعايتي المستمرة لطفلي التوحيدي
رعاية طفلي أصعب من رعاية أخوته وتحملهم مسؤولية زائدة عليهم	أشعر بالضغط لأن إعاقة طفلي التوحيدي تحمل أفراد الأسرة أعباء زائدة
بدأ زوجي يقضي وقتاً أطول خارج المنزل منذ اكتشافنا إعاقة طفلي	يزعجني توتر جو العائلة بسبب طفلي التوحيدي
يخاف أقربائي على أطفالهم من طفلي التوحيدي	أتضايق من خوف أقربائي على أطفالهم من مشكلات طفلي التوحيدي.

- التجربة الاستطلاعية:

بعد الانتهاء من التحكيم قامت الباحثة بتطبيق مقياس الضغوط النفسية على عينة استطلاعية مكونة من (١٦) أم لأطفال توحيدين، إذ تم استدعاء هذه العينة وجمعهم في جمعية بابل في محافظة حمص في الفترة الواقعة (٢٠٢٠/٥/١٣) وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية التأكد من مناسبة بنود مقياس الضغوط النفسية للتطبيق ووضوح العبارات بالنسبة للأمهات، إذ طلب من أفراد العينة الاستطلاعية عند الإجابة عن بنود المقياس أن يضعن إشارة إلى جانب كل بند يجدن فيه صعوبة أو غموضاً، وبناء عليه تم تعديل عدد من البنود والعبارات التي وجد أفراد العينة الاستطلاعية صعوبة في فهمها أو في الإجابة عنها لتصبح أكثر وضوحاً وسهولة، كما هو موضح في الجدول رقم (٩)

الجدول رقم (٩) بنود مقياس الضغوط النفسية التي تم إجراء التعديلات عليها بناء على إجابات العينة الاستطلاعية.

مقياس الضغوط النفسية	
العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
لا يتقبل الآخرين إعاقة طفلنا	يزعجني عدم تفهم الآخرين إعاقة طفلي التوحيدي.
أخاف من أن طفلي لن يعتمد على نفسه في حياته كأقرانه	أخاف عند التفكير بماذا سيحصل لطفلي بعد مماتي.
افكر دائماً بكيفية تأمين أموال لسد احتياجات طفلي	أتعب من التفكير المستمر بكيفية تأمين أموال لسد احتياجات طفلي التوحيدي.

- إخراج مقياس الضغوط النفسية بعد التحكيم والدراسة الاستطلاعية:

اشتمل مقياس الضغوط النفسية بعد التحكيم والدراسة الاستطلاعية على (٤٩) بنداً موزعة على خمسة مجالات رئيسة كما يلي:

الجدول رقم (١٠) توزع بنود مقياس الضغوط النفسية على مجالاته بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية

م	مجالات المقياس	مقياس الضغوط النفسية بعد العينة الاستطلاعية	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	الأعراض والضغوط الجسمية للضغوط النفسية	١١	١١-١
٢	الضغوط الانفعالية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي وتلبية احتياجاته	٩	٢٠-١٢
٣	الضغوط المعرفية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	٩	٢٩-٢١
٤	الضغوط الاجتماعية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	١١	٤٠-٣٠
٥	الضغوط الاقتصادية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي وتلبية احتياجاته	٩	٤٩-٤١
	بنود المقياس	٤٩	

- صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الصدق البنوي لمقياس الضغوط النفسية من خلال القيام بالإجراءات الآتية:

- إيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال من مجالات المقياس مع الدرجة الكلية للمجالات الأخرى ومع الدرجة الكلية للمقياس. والجدول رقم (١١) يوضح ذلك.

إذ تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية تكونت من (١٦) من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. وتم بموجب هذه الطريقة حساب معامل الارتباط بين درجة الأم على كل بند من بنود البعد والدرجة الكلية على البعد الذي ينتمي إليه هذا البند، وكذلك معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية للمقياس ككل، ومعامل ارتباط البعد مع الدرجة الكلية للمقياس ككل، وتم ذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (Spss) وفق الجدول رقم (١١)

الجدول (١١) معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه ومع الدرجة الكلية للمقياس ومعامل ارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس

بعد			بعد		
الضغوط الانفعالية الناجمة عن رعاية الطفل وتلبية احتياجاته			الضغوط الجسمية الناتجة عن رعاية طفل التوحيدي		
معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية			معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية		
البند	مع المجال	مع المقياس	البند	مع المجال	مع المقياس
1	0.802**	0.847**	12	0.547*	0.874**
2	0.667*	0.915**	13	0.667*	0.665*
3	0.579*	0.859**	14	0.508*	0.687**
4	0.667*	0.915**	15	1.000**	0.793**
5	0.905**	0.769**	16	0.556*	0.651**
6	0.802**	0.847**	17	0.583*	0.561*
7	0.905**	0.769**	18	0.583*	0.693*
8	0.802**	0.847**	19	0.816**	0.772**
9	0.625*	0.833**	20	0.593*	0.601*
10	0.762*	0.761*			

11	0.726*	0.815**			
معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس	0.636**	معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس	0.793**		
بعد	بعد				
الضغوط المعرفية الناجمة عن رعاية طفلي التوحيدي	الضغوط الاجتماعية الناجمة عن رعاية طفلي التوحيدي				
معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية				
البند	مع المجال	مع المقياس	البند	مع المجال	مع المقياس
21	0.836**	0.798**	30	0.680**	0.964**
22	0.745*	0.670*	31	0.726*	0.826**
23	0.778**	0.862**	32	0.927**	0.781**
24	0.745*	0.789**	33	0.666*	0.825**
25	0.692*	0.825**	34	0.628*	0.631*
26	0.778**	0.676*	35	0.686*	0.762*
27	0.647*	0.603*	36	0.733*	0.767**
28	0.563*	0.651*	37	0.668*	0.902**
29	0.899**	0.902**	38	0.576*	0.799**
			39	0.684*	0.772**
			40	0.577*	0.862**
معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس	0.902**	معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس	0.652**		
بعد	بعد				
الضغوط الاقتصادية الناجمة عن رعاية طفلي التوحيدي وتلبية احتياجاته	الضغوط الاقتصادية الناجمة عن رعاية طفلي التوحيدي				
معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية				
البند	مع المجال	مع المقياس			
41	0.867**	0.775**			
42	0.531*	0.826**			
43	0.867**	0.889**			
44	0.692*	0.811**			
45	0.557*	0.669*			
46	0.571*	0.780**			
47	0.642*	0.902**			
48	0.692*	0.826**			
49	0.867**	0.964**			
معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس	0.842**	معاملات ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس			

(**) دالة عند مستوى دلالة ٠.٠١ ، (*) دالة عند مستوى دلالة ٠.٠٥ .

من خلال الجدول السابق يتبين أن جميع معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للبعد (التابعة له) ومعاملات ارتباط البعد مع الدرجة الكلية للمقياس و معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للمقياس كانت جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) و مستوى الدلالة (٠.٠٥).

- الصدق التمييزي:

يقوم هذا النوع من الصدق على المقارنة بين درجات المجموعات الطرفية للاختبار، كأن تؤخذ درجات الفئة العليا المحصلة في هذا الاختبار وتُقارن بدرجات الفئة الدنيا، ثم تحسب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسط الفئتين فإذا ظهرت هذه الدلالات عند الاختبار صادقاً، ووفقاً لهذه الطريقة تم ترتيب درجات (العينة التجريبية) على كل بعد من أبعاد المقياس، ثم تم أخذ مجموعة (أمهات الأطفال المصابين بالتوحد) اللواتي حصلن على أعلى الدرجات (الربع الأعلى) و (أمهات الأطفال المصابين بالتوحد) الذين حصلوا على أدنى الدرجات (الربع الأدنى) للتأكد فيما إذا كان المقياس قادراً على التمييز بين ذوي الدرجات العليا وذوي الدرجات الدنيا للمقياس. والجدول رقم (١٢) يبين نتائج اختبار مان وتني الخاص بالمجموعتين المستقلتين في الإحصاء اللابارامتري نظراً لصغر حجم المجموعتين ($n = 4$).

الجدول (١٢) دلالة الفروق بين الربع الأعلى و الربع الأدنى بالنسبة إلى المقياس ككل و أبعاده الفرعية باستخدام اختبار مان- وتني (($n = 16$)

البعد	المجموعة	متوسط الرتب	الحجم	قيمة z	Sig	الدلالة
الجسمية	الربع الأعلى	١٢.٥	٤	٥.٧٧	٠.٠٠١	دالة
	الربع الأدنى	٤.٥	٤			
الانفعالية	الربع الأعلى	١٢.٥	٤	٤.٣٩	٠.٠٠٥	دالة
	الربع الأدنى	٤.٥	٤			
المعرفية	الربع الأعلى	١٢.٥	٤	٥.٨٦	٠.٠٠٣	دالة
	الربع الأدنى	٤.٥	٤			
الاجتماعية	الربع الأعلى	١٢.٥	٤	٥.٢٧	٠.٠٠٢	دالة
	الربع الأدنى	٤.٥	٤			
الاقتصادية	الربع الأعلى	١٢.٥	٤	٦.٤١	٠.٠٠١	دالة
	الربع الأدنى	٤.٥	٤			
الكلية	الربع الأعلى	١٢.٥	٤	٧.٨٣	٠.٠٠١	دالة
	الربع الأدنى	٤.٥	٤			

من خلال الجدول السابق يتبين أن الفروق بين متوسطي درجات المجموعتين دالة بالنسبة إلى الدرجة الكلية للمقياس و أبعادها الفرعية، وهذا يعني أن المقياس يتصف بالصدق التمييزي، إذ إنه قادر على التمييز بين ذوي الدرجات العليا وذوي الدرجات الدنيا بالنسبة للمقياس ككل وكذلك بالنسبة لأبعاده الفرعية.

ثبات مقياس الضغوط النفسية: تم التأكد من ثبات المقياس وأبعاده الفرعية باستخدام طريقتي: ألفا كرونباخ، التجزئة النصفية، والثبات بالإعادة. ويوضح الجدول رقم (١٣) معاملات ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية.

الجدول (١٣) معاملات ثبات المقياس ككل وأبعاده الفرعية بطريقة ألفا كرونباخ و التجزئة النصفية

قيمة معامل الثبات		أبعاد المقياس
التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	
0.783	0.789	الضغوط الجسمية الناتجة عن الضغوط النفسية المصاحبة لرعاية طفلي
0.838	0.778	الضغوط الانفعالية الناجمة عن رعاية الطفل وتلبية احتياجاته
0.758	0.779	الضغوط المعرفية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي
0.799	0.779	الضغوط الاجتماعية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي
0.781	0.789	الضغوط الاقتصادية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي وتلبية احتياجاته
0.813	0.822	المقياس ككل

من خلال الجدول السابق يتبين أن المقياس ككل وأبعاده الفرعية تتصف بدرجات مرتفعة من الثبات.

الثبات بالإعادة: قامت الباحثة باستخراج معامل الثبات بطريقة الإعادة لمقياس الضغوط النفسية على العينة نفسها وذلك بتاريخ (٢٠٢٠/٧/١٠) ثم أعيد تطبيق المقياس للمرة الثانية على العينة نفسها بعد مضي أسبوعين من التطبيق الأول بتاريخ (٢٠٢٠/٧/١٧) وجرى استخراج معاملات الثبات لمجالات المقياس والدرجة الكلية عن طريق حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني كما في الجدول (١٤)

الجدول رقم (١٤) الثبات بالإعادة لأبعاد مقياس الضغوط النفسية ودرجته الكلية

أبعاد المقياس ودرجته الكلية	معاملات الارتباط
الأعراض والضغوط الجسمية للضغوط النفسية	٠.٧٧ **
الضغوط الانفعالية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي وتلبية احتياجاته	٠.٨٥ **
الضغوط المعرفية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	٠.٧٨ **
الضغوط الاجتماعية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	٠.٧٦ **
الضغوط الاقتصادية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي وتلبية احتياجاته	٠.٧٣ **
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٨٩ **

بالنظر إلى الجدول رقم (١٤) يلاحظ أن معاملات ثبات الإعادة للدرجة الكلية بلغت (٠.٨٩) أما معاملات ثبات الإعادة لأبعاد المقياس تراوحت بين (٠.٧٣ - ٠.٨٥) وهذه المعاملات تعتبر دالة احصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠٥ .

ويتضح مما سبق أن مقياس الضغوط النفسية يتصف بدرجة جيدة ومقبولة من الصدق والثبات تجعله صالحاً للاستخدام كأداة للدراسة الحالية.

- إخراج مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية وكيفية تصحيح درجاته: بلغ عدد بنود مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية (٤٩) بنوداً موزعة على خمسة أبعاد على النحو الآتي:

الجدول رقم (١٥) مقياس الضغوط النفسية بصورته النهائية

م	أبعاد المقياس	الصورة النهائية لمقياس الضغوط النفسية	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	الأعراض والضغوط الجسمية للضغوط النفسية	١١	١١-١
٢	الضغوط الانفعالية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي وتلبية احتياجاته	٩	١٢-٢٠
٣	الضغوط المعرفية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	٩	٢١-٢٩
٤	الضغوط الاجتماعية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي	١١	٣٠-٤٠
٥	الضغوط الاقتصادية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي وتلبية احتياجاته	٩	٤١-٤٩
	بنود المقياس	٤٩	

تجيب الأم على البنود ببدايل إجابة ثلاثية (نعم/ أحياناً/ لا) حيث يعطى بديل (نعم) ثلاث درجات، وبديل (أحياناً) درجتين، وبديل (لا) درجة واحدة، وبذلك تتراوح الدرجات على المقياس من (٤٩) والتي تشير إلى أدنى درجات الضغوط النفسية عند أم الطفل المصاب بالتوحد، حتى (١٤٧) وتشير إلى أعلى درجات الضغوط النفسية عند الأم، ولتحديد مستوى الضغوط النفسية التي تواجهها الأم نتيجة وجود طفل توحيدي لديها تم حساب طول الفئة على النحو الآتي:

- حساب المدى بطرح أكبر قيمة في المقياس من أصغر قيمة (٣-١=٢)
- حساب طول الفئة بتقسيم المدى وهو (٢) على أكبر قيمة في المقياس وهي (٣)
 $2 \div 3 = 0.66$ (طول الفئة).
- إضافة طول الفئة وهو (٠.٦٦) إلى أصغر قيمة في المقياس وهي (١)، وذلك للحصول على الفئة الأولى، لذا كانت الفئة الأولى من (١- ٠.٦٦)، ثم إضافة طول الفئة إلى الحد الأعلى من الفئة الأولى، وذلك للحصول على الفئة الثانية وهكذا للوصول إلى الفئة الأخيرة، واستناداً إلى قاعدة التقريب الرياضي يمكن التعامل مع قيم المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة كما هو مبين في الجدول الآتي:

والجدول رقم (١٦) يبين مستوى الضغوط النفسية حيث طول المدى = ٣٢.٦٧

الفئات	مستوى الضغوط النفسية
٨١.٦٧ - ٤٩	مستوى منخفض من الضغوط النفسية
١١٤.٣٤ - ٨١.٦٨	مستوى متوسط من الضغوط النفسية
١٤٧ - ١١٤.٣٥	مستوى مرتفع من الضغوط النفسية

ب- البرنامج الإرشادي الأول القائم على العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد (إعداد الباحثة):

يعد البرنامج الإرشادي الحالي من الأدوات التي قامت الباحثة بإعدادها لتحقيق أهداف الدراسة الحالية في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد (المجموعة التجريبية الأولى)، وانطلاقاً من أهمية التقيد بخطوات البحث العلمي لتصميم أي أداة بحثية، مر تصميم البرنامج الإرشادي بعدة مراحل وخطوات منظمة ومخططة بدقة حتى وصوله إلى الصورة النهائية وجميع المراحل تؤسس لصدق البرنامج وهي:

١- صياغة الأسس النظرية للبرنامج الإرشادي:

يرتكز البرنامج الإرشادي الحالي على أسس ومبادئ العلاج بالمعنى من حيث قدرته على الشعور بالحرية والمسؤولية، واستثارة إرادة المعنى، والتي تجعل للحياة والعمل والحب والمعاناة وحتى الموت معنى، يساعد الفرد على التحرك في الحياة بإيجابية، والتوجه نحو المستقبل بتفاؤل، مستفيداً من الإمكانيات المحققة في الماضي من أجل تشكيل الحاضر، والتخطيط من خلال الوعي بالجوانب الإيجابية، والطاقات التي يمتلكها بدلاً من التركيز على الجوانب السلبية.

يتكون البرنامج من جملة الإجراءات والفنيات المشتقة من العلاج بالمعنى، بالإضافة إلى بعض الأنشطة المتمثلة ببعض المهام المكتوبة، بالإضافة إلى بعض الواجبات المنزلية، وجميع هذه الأنشطة والتدريبات تنطلق من ضرورة تبصير الأفراد بما هو إيجابي داخلهم.

ويقوم البرنامج على مجموعة من الأسس التي تنطلق منها نظرية العلاج بالمعنى ليفكتور فرانكل والتي يمكن تلخيصها بالنقاط الآتية:

- ١- الإنسان كائن حر يبحث عن معنى
- ٢- المعاناة حقيقة من حقائق الوجود الإنساني
- ٣- إن سعي الإنسان إلى البحث عن معنى حياته هو كفاح وجهد إيجابي.
- ٤- إن الإنسان يمكنه التسامي على الغرائز وكذلك على المؤثرات البيئية اعتماداً على خاصيتين يتميز بهما الوجود الإنساني وهما قدرة الإنسان على التحرر الذاتي والتسامي بالذات. (محمود، ٢٠١٠، ٤٥)
- ٥- إدراك الفرد للمعنى الخاص بحياته يمنحه القوة والدافعية ويساعده على الاستمرار في الحياة ويجعله يتحدى كل الصعوبات التي تواجهه.
- ٦- الحرية والمسؤولية وجهان لعملة واحدة في الوجود الإنساني فالإنسان كائن حر تكمن حريته في قدرته على الاختيار.
- ٧- المعنى يتولد في المعاناة من خلال اتجاه الفرد نحو معاناته وتعد المعاناة جزء لا يتجزأ من الوجود الإنساني ولا تخلو حياة أي إنسان من المعاناة فإن مواجهة تلك المعاناة شجاعة تحفظ بقيمتها ومعناها. (زهران، ٢٠٠٤، ٣٢٠)

٢- أهداف البرنامج الإرشادي:

الهدف العام للبرنامج: التخفيف من الضغوط النفسية لدى أفراد العينة.

الأهداف الخاصة للبرنامج:

- إقامة علاقة طيبة مع أفراد العينة لزيادة مشاعر الألفة والاحترام والتقدير بين الباحثة وأفراد العينة وفيما بينهم.
- تعريف أفراد العينة بمفهوم الضغوط النفسية وأسبابها وأشكالها وأثارها
- تعريف أفراد العينة بأهمية وجود معنى في حياتهن
- زيادة مقدرة أفراد العينة على تقييم الذات وتصبرهن بمواطن القوة وتحفيزها ونقاط الضعف وكيفية تحويلها لنقاط نمو بحيث يتم التحول من التركيز على نقاط الضعف إلى التركيز على نقاط القوة
- مساعدة الأمهات في تنمية الإحساس بالمسؤولية الذاتية .
- مساعدة الأمهات على اكتشاف معاني جديدة في حياتهن من خلال القيم الابتكارية
- مساعدة الأمهات على أن يتصرفن كما لو كن شخصاً يتمنين أن يصبحن مثله من خلال مساعدتهن على التحول من المقدرة على التفكير الإيجابي إلى المقدرة على الفعل الإيجابي.
- مساعدة الأمهات على اكتشاف معاني جديدة في حياتهن من خلال القيم الخبراتية من خلال مساعدتهن على إدراك أهمية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والتسامي بالذات.
- مساعدة الأمهات على اكتشاف معاني جديدة في حياتهن من خلال القيم الاتجاهية وأن المعاناة قانون سائد.

٣- خطوات تصميم البرنامج الإرشادي:

- تحليل مضمون الدراسات السابقة (العربية والأجنبية) ونتائجها الميدانية والتجريبية وما تتضمنه من برامج إرشادية لخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعوقين عامة وأطفال التوحد خاصة.
- الاطلاع على الأدبيات العلمية (العربية والأجنبية)، المتعلقة بأسر الأطفال المعوقين وخاصة التوحيدين وأسباب الضغوط النفسية وأعراضها وكيفية مواجهتها.
- استشارة عدد من المختصين التربويين في مجال الإرشاد النفسي وعلم النفس (الملحق رقم ١)

- التعريف الإجرائي للضغوط النفسية ومجالاتها المراد تخفيضها (كتكوين فرضي) لدى أمهات أطفال التوحد
- العمل على اختيار الفنيات والطرائق التدريبية المناسبة وتعريفها بدقة، وتوظيفها وفق إجراءات محددة وباستخدام وسائل تعليمية وتدريبية لتحقيق الأهداف العامة والأهداف الفرعية للبرنامج.

٤- عرض البرنامج التدريبي في صورته الأولية على مجموعة محكمين:

تم التحقق من صدق محتوى البرنامج الإرشادي بعرضه على محكمين في الفترة الواقعة بين (٢٠٢٠/٩/١٠ ولغاية ٢٠٢٠/١١/٣)، بلغ عددهم الإجمالي (١٢) محكم (الملحق رقم ١)، بهدف بيان ملاحظاتهم على مدى ملائمة جلسات البرنامج الإرشادي وعددها، وما تتضمنه من مادة علمية وعملية، وإجراءات تطبيقها من حيث المعنى واللغة، ومدى تغطيتها الأهداف المراد تحقيقها، ومدى ملائمة إجراءات البرنامج وتعاقبها، ومدى ملائمة وسائل الإرشاد وطرائقه، وكفاية زمن التطبيق للهدف العام والأهداف الفرعية للبرنامج، والاستفادة من آراء المحكمين ومقترحاتهم بشأن التدريب ومدى كفايتها في كل جلسة.

وقدّم المحكمون ملاحظاتهم التي بينوا فيها مايلي:

-إعادة صياغة بعض الأهداف لتكون أفضل.

-الاقتصار على فنيات العلاج بالمعنى.

- بعض الفنيات تحتاج أكثر من جلسة واحدة.

-عدم تكرار الأفكار في بعض الجلسات.

٥- التجريب الاستطلاعي للبرنامج الإرشادي:

بعد الأخذ بملاحظات الأساتذة المحكمين وإجراء التعديلات الملائمة للبرنامج، قامت الباحثة بالتجريب الاستطلاعي للبرنامج على عينة مكونة من (٦) أمهات أطفال التوحد في جمعية بابل (مختلفين عن العينة الأساسية) في الفترة الواقعة بين (٢٠٢١/٢/١ ولغاية ٢٠٢١/٣/١٤) ومن أبرز أهداف التجربة الاستطلاعية للبرنامج:

- التأكد من صحة الإجراءات التطبيقية

- تعرف مدى ملائمة مضمون البرنامج والفنيات المستخدمة للفئة المستهدفة للتجريب (بعض أمهات أطفال التوحد)

- تعرف الصعاب التي يمكن أن تواجه الباحثة عند تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية الثانية والعمل على استدراكها.

- التأكد من ملائمة الزمن من حيث مدة الجلسة، والزمن الملائم لكل إجراءات الإرشاد في الجلسة وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة منها.

- التغذية الراجعة للباحثة من مهاراتها في إدارة الجلسات، وتنفيذ الإجراءات، وكذلك التدريب على تطبيق البرنامج، والتعرف على بعض المواضيع التي قد يثار الحوار فيها من قبل الأمهات في التجربة النهائية.

وتم تنفيذ بعض جلسات البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في التجربة الاستطلاعية (٤ جلسات) وذلك وفقاً للأوضاع الخاصة ببعض الأمهات في هذه الدراسة، إذ جرى شرح أهداف البرنامج وخطواته ومحتواه شرحاً تفصيلياً، وقد أفادت الباحثة من هذه التجربة الاستطلاعية ولاسيما من المناقشات والحوارات التي كانت تدور بينها وبين الأمهات ضمن الجلسات، حيث حدثت الباحثة عن إبداء آرائهن ومقترحاتهن بصراحة ليجري تطوير وتحسين البرنامج قبل التطبيق النهائي للبرنامج، وقد أثرت ملاحظتهن في تحسين البرنامج من نواحٍ متعددة.

وقد قامت الباحثة في ضوء التجريب الاستطلاعي للبرنامج بمايلي:

- استخدام اللغة البسيطة والسهلة التي تلائم إدراك الأمهات.

- زيادة عدد الأمثلة والتدريبات لبعض المفاهيم.

- وجوب الالتزام بالوقت المحدد تماماً لكل إجراء وتدريب.

- وضع استراحة لمدة ربع ساعة في أثناء الجلسة بهدف تجديد نشاط الأمهات.

- تذكير الأمهات قبل عقد الجلسة بيوم واحد بهدف حضور الجلسة (بوساطة اتصال هاتفي)

- ضرورة الطلب من الأمهات عدم اصطحاب أطفالهن في أثناء حضور الجلسة.

٦- الصورة النهائية للبرنامج القائم على العلاج بالمعنى: تضمن البرنامج الإرشادي (١٥) جلسة موزعة كما يلي:

الجلسة الأولى بعنوان التعارف والتعريف بالبرنامج: وفيها يتم التعارف بين الباحثة والأمهات المشاركات في البرنامج وتقوم الباحثة بشرح مفصل للمشاركات عن نظام البرنامج من حيث عدد الجلسات ومواعيدها، ومدة كل جلسة، وتأكيد أهمية الالتزام بالحضور والمشاركة الفعالة وتنفيذ الواجبات المنزلية.

الجلسة الثانية بعنوان معنى الضغط النفسي وآثاره السلبية: قامت الباحثة فيها بتزويد الأمهات المشاركات في البرنامج بمعلومات عن الضغط النفسي وتوضيح الآثار الناتجة عنه في صحة الفرد النفسية والجسدية والاجتماعية.

الجلسة الثالثة بعنوان الحياة لها معنى ووجودنا له قيمة: قامت الباحثة بتعريف الأمهات على أهمية وجود معنى في حياتهن فالحياة لا يمكن أن تعاش من دون هدف سواء تحقق أم لم يتحقق إذ إن وجود المعنى يمنح الإنسان من الشعور باليأس والألم والملل ويدفعه للعمل والانجاز، إضافة إلى زيادة دافعية الأمهات للبحث عن المعنى خارج ذاتهن إلى جوانب أكثر إيجابية من حياتهن.

الجلسة الرابعة بعنوان المعاناة قانون سائد بين البشر: تعريف الأمهات أنه لا يوجد فرد لم يعانٍ في وقت ما، لذلك يجب إيجاد اتجاه ايجابي نحو الأحداث القدرية والمعاناة التي تواجهنا وجعلها دافعاً للإنجاز والتمسك بتحقيق الأهداف.

الجلسة الخامسة بعنوان التعرف على مواطن القوة والضعف : قامت الباحثة بمساعدة الأمهات على اكتشاف ذاتهن والتعرف على مواطن الضعف والقوة لديهن وتشجيعهن على التحول من التركيز على نقاط الضعف المرتبطة بالضغوط النفسية الناتجة عن رعاية الطفل التوحيدي إلى مبدأ التقبل تجاه ذاتهن من خلال نقاط القوة الموجودة لديهن.

الجلسة السادسة بعنوان القيم المتوازية والهرمية: قامت الباحثة بمساعدة الأمهات لاكتشاف نظام القيم لدى كل أم وشرح السلبيات المتعلقة بنظام القيم الهرمي وتشجيعهن على تعديل نظام القيم في حال كان هرمياً إلى متوازي.

الجلسة السابعة بعنوان البحث عن المعنى في المعاناة ١: قامت الباحثة بمساعدة الأمهات على التفكير في الموقف الضاغط واكتشاف المعنى فيه من خلال فنية لوحة المعنى التي تساعدن على التفكير في الموقف وإيجاد حلول وردود فعل جديدة للمشكلات التي تواجههن.

الجلسة الثامنة بعنوان البحث عن المعنى في المعاناة ٢: قامت الباحثة باستثارة المعنى لمواجهة الضغوط التي تعاني منها الأمهات من خلال أسئلة بسيطة خالية من التأييب لمساعدتهن على التفكير بشكل أكثر إيجابية وتأثير ذلك على الإحساس بالمعنى لديهن وإعطاء أمثلة عن أشخاص وجدوا معنى لحياتهن على الرغم من الظروف السيئة التي عانوا منها مع التأكيد أن لكل إنسان معنى خاص به، ويختلف من لحظة لأخرى.

الجلسة التاسعة بعنوان تنمية الإحساس بالمسؤولية: مساعدة الأمهات على أن يتحدثن عن رسالتهن المنفردة في الحياة وأن يميزن بين الحرية والمسؤولية وتعريفهن أن الإنسان مسؤول عن حياته وخبراته المؤلمة بسبب عدم اتخاذ القرارات المناسبة اتجاه المواقف الإشكالية لذلك يجب الالتزام بتحقيق الأهداف فبدونها سيشعرن بالفراغ واليأس والملل، إضافة إلى مساعدة الأمهات على إدراك الفرص المتاحة في الحياة لإيجاد المعنى.

الجلسة العاشرة بعنوان تحقيق المعنى من خلال القيم الابتكارية: تعريف الأمهات على مفهوم القيم الابتكارية الذي يتمثل في العمل الجدير بالاهتمام والمفيد الذي يقوم به الفرد أي ما تعطيه للحياة، وليس بالضرورة أن يكون عملاً أو مهنة فمن الممكن الانشغال في أنشطة كثيرة مفيدة لاستخدام الوقت، وبالتالي تتعرف الأمهات على ما لديهن من ميول ودوافع كامنة والتي تعتبر مفتاح المعنى.

الجلسة الحادية عشر بعنوان القدوة المثالية: وذلك من خلال التعرف على الشخص المثالي عند كل أم والانتقال من التفكير الإيجابي إلى الفعل الإيجابي من خلال فنية (كما لو) فالفرد لا يستطيع تغيير مشاعره عندما يشاء لكنه يستطيع التحكم فيها من خلال قوة الإرادة في السلوك.

الجلسة الثانية عشر بعنوان تحقيق المعنى من خلال القيم الخبرائية: إذ تم تعريف الأمهات على مفهوم القيم الخبرائية وأهمية العلاقات والتفاعلات الاجتماعية في نجاحهن والتخفيف من الضغوط النفسية التي يعانون منها سواء كانت اجتماعية أو شخصية ناتجة عن رعاية الطفل التوحيدي والخوف على مستقبله.

الجلسة الثالثة عشر بعنوان تحقيق معنى الحياة من خلال القيم الاتجاهية: حيث تم تعريف الأمهات على مفهوم القيم الاتجاهية التي تتمثل بمواجهة القدر المحتوم وغير قابل للتغيير واتجاه الفرد الذي يتخذه نحوه، والذي يجعله قادراً على المواجهة أو باعثاً على اليأس، وبذلك يمكن أن يحول المعاناة إلى إنجاز ونجاح من خلال فنية تعديل الاتجاهات.

الجلسة الرابعة عشر بعنوان تقييم الذات: إذ تم تعريف الأمهات على مهارة تقييم الذات وتعزيز الثقة بالنفس من خلال فنية المناشدة.

الجلسة الخامسة عشر بعنوان إنهاء البرنامج الإرشادي: إذ تم التعرف على مدى استفادة الأمهات من جلسات البرنامج، وإجراء القياس البعدي للبرنامج الإرشادي.

مدة تطبيق البرنامج: يستغرق البرنامج مدة زمنية تقدر بثلاثة أشهر ونصف تقريباً إذ يتألف من عدد من الجلسات الإرشادية عددها (١٥) جلسة مدة كل منها ساعة ونصف إلى ساعتين تقريباً بمعدل جلسة أسبوعياً..

الفنيات والأساليب الإرشادية: فنية تشتيت التفكير وفنية التحليل بالمعنى وتقنية التوعية بالقيم والحكاية الرمزية وتعديل الاتجاهات والحوار السقراطي وفنية القصد العكسي وفنية المسرحيات القائمة على المعنى وفنية المناشدة وفنية لوحة المعنى

الوسائل المستخدمة في تطبيق البرنامج:

- أوراق خاصة بالمقياس
- الحاسب الآلي.
- بطاقات جاهزة معدة من قبل الباحثة.
- أوراق مطبوعة خاصة بالواجبات المنزلية.
- بطاقات تغذية راجعة.

طريقة تنفيذ البرنامج: تم تنفيذ البرنامج بطريقة الإرشاد الجماعي لما له أثر في سلوك الأفراد أي ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل فيما بينهم وبين المرشد.

إذ سيتم مراعاة مجموعة من الأسس التي يستند عليها الإرشاد الجماعي وتتلخص فيما يأتي:

- الفرد المسترشد كيفما كان فهو عضو في جماعة يعيش معها من قريب أو من بعيد ويتأثر بها ويؤثر فيها.
 - الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل الحاجة إلى الأمن والنجاح والتقدير والمكانة والإحساس بالمسؤولية والحب وتجنب اللوم.....
 - تعتمد الحياة في العصر الحاضر على العمل في جماعات وتتطلب ممارسة أساليب التفاعل الاجتماعي الإيجابي واكتساب مهارة التعامل مع الجماعة. (زهران، ٢٠٠٤، ٣٢٠)
- ت- البرنامج الإرشادي الثاني القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد (إعداد الباحثة):

يعد البرنامج الإرشادي الحالي من الأدوات التي قامت الباحثة بإعدادها لتحقيق أهداف الدراسة الحالية في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد (المجموعة التجريبية الثانية)، وانطلاقاً من أهمية التقيد بخطوات البحث العلمي لتصميم أي أداة بحثية، مرّ تصميم البرنامج الإرشادي بعدة مراحل وخطوات منظمة ومخططة بدقة حتى وصوله إلى الصورة النهائية وجميع المراحل تؤسس لصدق البرنامج وهي:

١- صياغة الأسس النظرية التي يقوم عليها البرنامج:

العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المتعالج بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء تكيف ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المتعالج المشوهة ويعمل من أجل إحداث تغييرات معرفية سلوكية وانفعالية لدى المتعالج (Class, Shea, 2000, 317) ويساعد المتعالجين على تغيير الطريقة التي يفكرون بها والتي يسلكون بها من خلال تصحيح الأحاديث الذاتية السلبية والتشوهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم حديث الذات ومن ثم تغيير سلوكهم وطرق تدعيمهم المنتقاة من البيئة (Strickland, 2001, 128) فالمشاعر السلبية والسلوكيات غير المتكيفة هي نتيجة تشويهات في التفكير ومع مرور الوقت تتطور التشوهات هذه إلى أفكار تلقائية وأحاديث ذاتية غير إرادية إذ إنها تستجيب لمثيرات داخلية وليس لأي حدث خارجي واقعي (فايد، ٢٠٠٥، ١١١).

الإجراءات العملية للبرنامج:

المرحلة الأولى: مرحلة التعارف والتعريف بالبرنامج والتطبيق القبلي لمقياس الضغوط النفسية والهدف منها كسر الجليد وتعبير الأمهات عن توقعاتهن من البرنامج الإرشادي.

المرحلة الثانية: هي مرحلة تطبيق جلسات البرنامج والتي تهدف إلى بلورة أسباب المشكلة التي تؤدي إلى إحساس الأم بالتوتر والقلق والضغوط النفسية نتيجة وجود طفل توحيدي داخل الأسرة،

ورود الأفعال النفسية عند ولادة طفل التوحد للمساعدة على تغيير سلوكياتهن وإحساسهن بالمشكلة، والتعريف بالأحداث الذاتية السلبية وعلاقتها بالضغوط النفسية والتدريب على استبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية منطقية، والتدريب على الاسترخاء.

المرحلة الثالثة والأخيرة: مرحلة الإنهاء وعمل تغذية راجعة على البرنامج والتدريبات السابقة، وتعزيز التغييرات الحاصلة وتعميم السلوكيات التكيفية المتعلمة والمحافظة عليها لتجنب الانتكاس، وتقييم البرنامج من خلال تطبيق مقياس الضغوط النفسية ومعرفة نسبة التحسن التي اكتسبتها الأمهات وللتعرف على مدى استدامة تأثير العلاج في الأمهات يتم العمل على إجراء قياس تنبئي بعد شهرين من انتهاء البرنامج.

٢- تحديد الهدف العام والأهداف الفرعية للبرنامج الإرشادي:

الهدف العام من البرنامج:

يهدف البرنامج إلى خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وإكسابهن المهارات اللازمة لمواجهة هذه الضغوط.

الأهداف الفرعية الإجرائية للبرنامج:

الأهداف المعرفية:

- أن تتعرف المشتركات على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، وكيفية تصنيف الأحداث الذاتية إلى أحداث ذاتية إيجابية صحية وأخرى سلبية غير صحية.
- أن تتعرف المشتركات على مفهوم الضغوط النفسية والعوامل المؤثرة فيه للأم والتعريف بالأحداث الذاتية السلبية وأثرها على التفكير وتحويلها إلى إيجابية.
- التعرف بالآثار السلوكية للضغوط النفسية

الأهداف السلوكية:

- التدريب على الاسترخاء العضلي والاستفادة من نتائجه.
- العمل على إقامة جدول للأنشطة الممتعة للتخفيف من الضغوط النفسية والاقتداء بنماذج سوية.

الأهداف الانفعالية:

- التنفيس الانفعالي، التدريب على طرق للتقليل من التوتر والضغط النفسي على المستوى المعرفي والجسدي.

٣- خطوات تصميم البرنامج الإرشادي:

- تحليل مضمون الدراسات السابقة (العربية والأجنبية) ونتائجها الميدانية والتجريبية وما تتضمنه من برامج إرشادية لخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعوقين عامة وأطفال التوحد خاصة.
- الاطلاع على الأدبيات العلمية (العربية والأجنبية)، المتعلقة بأسر الأطفال المعوقين وخاصة التوحيدين وأسباب الضغوط النفسية وأعراضها وكيفية مواجهتها.
- استشارة عدد من المختصين التربويين في مجال الإرشاد النفسي وعلم النفس (الملحق رقم ١)
- التعريف الإجرائي للضغوط النفسية ومجالاتها المراد تخفيضها (كتكوين فرضي) لدى أمهات أطفال التوحد
- العمل على اختيار الفنيات والطرائق التدريبية المناسبة وتعريفها بدقة، وتوظيفها وفق إجراءات محددة وباستخدام وسائل تعليمية وتدريبية لتحقيق الأهداف العامة والأهداف الفرعية للبرنامج.

٤- عرض البرنامج التدريبي في صورته الأولية على مجموعة محكمين:

تم التحقق من صدق محتوى البرنامج الإرشادي بعرضه على محكمين في الفترة الواقعة بين (٢٠٢٠/٩/١٠ - ولغاية ٢٠٢٠/١١/٣)، بلغ عددهم الإجمالي (١٢) محكم (الملحق رقم ١)، بهدف بيان ملاحظاتهم على مدى ملائمة جلسات البرنامج الإرشادي وعددها، وما تتضمنه من مادة علمية وعملية، وإجراءات تطبيقها من حيث المعنى واللغة، ومدى تغطيتها الأهداف المراد تحقيقها، ومدى ملائمة إجراءات البرنامج وتعاقبها، ومدى ملائمة وسائل الإرشاد وطرائقه، وكفاية زمن التطبيق للهدف العام والأهداف الفرعية للبرنامج، والاستفادة من آراء المحكمين ومقترحاتهم بشأن التدريب ومدى كفايتها في كل جلسة، وقدم المحكمون ملاحظاتهم التي بينوا فيها مايلي:

- إعادة صياغة بعض الأهداف.
- عدم إهمال أعمار الأمهات وأن تكون الأنشطة قريبة من أعمارهن.
- فصل التفريغ الانفعالي عن جدولة الأنشطة الممتعة بجلسة أخرى .
- الجلسة التمهيدية والختامية يجب أن تكون من ضمن الجلسات.
- الأهداف يجب أن تبدأ بكلمة أن تتعرف الأمهات لتكون قابلة للقياس.
- الابتعاد عن المحاضرة واستخدام العصف الذهني .
- الأنشطة الممتعة يجب الحصول عليها من تجارب الأمهات.

٥- التجريب الاستطلاعي للبرنامج الإرشادي:

بعد الأخذ بملاحظات الأساتذة المحكمين وإجراء التعديلات الملائمة للبرنامج، قامت الباحثة بالتجريب الاستطلاعي للبرنامج على عينة مكونة من (٦) أمهات أطفال التوحد في جمعية بابل (محتلفين عن العينة الأساسية) في الفترة الواقعة بين (٢٠٢١/٢/١) ولغاية (٢٠٢١/٣/١٤) ومن أبرز أهداف التجربة الاستطلاعية للبرنامج:

- التأكد من صحة الإجراءات التطبيقية.
 - تعرف مدى ملائمة مضمون البرنامج والفنيات المستخدمة للفئة المستهدفة للتجريب (بعض أمهات أطفال التوحد).
 - تعرف الصعاب التي يمكن أن تواجه الباحثة عند تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية الأولى والعمل على استدراكها.
 - التأكد من ملائمة الزمن من حيث مدة الجلسة، والزمن الملائم لكل إجراءات الإرشاد في الجلسة وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة منها.
 - التغذية الراجعة للباحثة من مهاراتها في إدارة الجلسات، وتنفيذ الإجراءات، وكذلك التدريب على تطبيق البرنامج، والتعرف على بعض المواضيع التي قد يثار الحوار فيها من قبل الأمهات في التجربة النهائية.
- وتم تنفيذ بعض جلسات البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في التجربة الاستطلاعية (٥ جلسات) وذلك وفقاً للأوضاع الخاصة ببعض الأمهات في هذه الدراسة، إذ جرى شرح أهداف البرنامج وخطواته ومحتواه شروحاً تفصيلياً، وقد أفادت الباحثة من هذه التجربة الاستطلاعية ولاسيما من المناقشات والحوارات التي كانت تدور بينها وبين الأمهات ضمن الجلسات، حيث حدثتهن الباحثة عن إبداء آرائهن ومقترحاتهن بصراحة ليجري تطوير وتحسين البرنامج قبل التطبيق النهائي للبرنامج، وقد أثرت ملاحظتهن في تحسين البرنامج من مناح متعددة.

وقد قامت الباحثة في ضوء التجريب الاستطلاعي للبرنامج بمايلي:

- استخدام اللغة البسيطة والسهولة التي تلائم إدراك الأمهات.
- زيادة عدد الأمثلة والتدريبات لبعض المفاهيم.
- وجوب الالتزام بالوقت المحدد تماماً لكل إجراء وتدريب.
- وضع استراحة لمدة ربع ساعة في أثناء الجلسة بهدف تجديد نشاط الأمهات.
- تذكير الأمهات قبل عقد الجلسة بيوم واحد بهدف حضور الجلسة (بوساطة اتصال هاتفي)

- ضرورة الطلب من الأمهات عدم اصطحاب أطفالهن في أثناء حضور الجلسة.

الصورة النهائية للبرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي: تضمن البرنامج الإرشادي (١٥) جلسة موزعة كما يلي:

الجلسة الأولى بعنوان التعارف والتعريف بالبرنامج: وفيها يتم التعارف بين الباحثة والأمهات المشاركات في البرنامج وتقوم الباحثة بشرح مفصل للمشاركات عن نظام البرنامج من حيث عدد الجلسات ومواعيدها، ومدة كل جلسة، وتأكيد أهمية الالتزام بالحضور والمشاركة الفعالة وتنفيذ الواجبات المنزلية.

الجلسة الثانية بعنوان معنى الضغط النفسي وآثاره السلبية: قامت الباحثة فيها بتزويد الأمهات المشاركات في البرنامج بمعلومات عن الضغط النفسي وتوضيح الآثار الناتجة عنه في صحة الفرد النفسية والجسدية والاجتماعية.

الجلسة الثالثة بعنوان العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوكيات: إذ تم تعريف الأمهات بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، ومعرفة دور الأفكار والأحداث الذاتية السلبية في توليد مشاعر مزعجة.

الجلسة الرابعة بعنوان التدريب على الاسترخاء العضلي: إذ تم تعريف الأمهات بالاسترخاء العضلي وفوائده والتمارين التي تؤدي إلى الاسترخاء لخفض التوتر والضغط النفسي.

الجلسة الخامسة بعنوان التأكد من إتقان الأمهات الاسترخاء العضلي والتدريب على الاسترخاء الذهني: إذ تم تدريب الأمهات على القيام بالاسترخاء الذهني وتعزيز تجربتهن بالاستعانة بالحوارات الذاتية الإيجابية والاسترخاء العضلي.

الجلسة السادسة بعنوان النمذجة والتنفيس الانفعالي: إذ تم التعرف على نماذج إيجابية في ردة فعلها والاقتداء بها، والتعرف على أهمية التفريغ الانفعالي في التخفيف من الضغوط والتعبير عن المشاعر السلبية.

الجلسة السابعة بعنوان التشوهات المعرفية: إذ تم تعريف الأمهات على التشوهات المعرفية وأثرها على الإنسان (الأحداث الذاتية غير المنطقية التي سببت لهن الضغوط النفسية نتيجة طفلهن التوحيدي، بالإضافة تم تدريب الأمهات على ربط الموقف والنتائج الخاصة مع الأفكار والأحداث الذاتية التي تكونت لديهن.

الجلسة الثامنة بعنوان التعرف على مهارة المراقبة الذاتية: إذ تم تعريف الأمهات على مهارة المراقبة الذاتية وكيفية استخدامها فهي تساعدن على معرفة العبارات السلبية التي يستخدمنها والأفكار الآلية المشوهة الناتجة عنها وبالتالي تسبب لهن الضغط النفسي .

الجلسة التاسعة بعنوان إعادة بناء البنية المعرفية: إذ تم تدريب الأمهات على استراتيجيات تكميلية لمواجهة التشوهات المعرفية واستكمال سجل الأفكار لتفعيل الاستراتيجيات المكتسبة وتوليد استجابات واقعية منطقية.

الجلسة العاشرة بعنوان الحوار الذاتي السلبي وتحويله إلى إيجابي: إذ تم تعريف الأمهات بالعبارات الذاتية والجميل التي يحاور بها الإنسان ذاته ودورها في تكوين صورة الذات وتشكيل السلوك وتدريبهن على تحويل الحديث الذاتي السلبي إلى إيجابي وتكرار العبارات الإيجابية.

الجلسة الحادية عشر بعنوان جدولة الأنشطة الممتعة: إذ تم الحديث عن الآثار السلبية للضغوط النفسية وتعريف الأمهات بجدول الأنشطة الممتعة وتدريبهن على استخدامه وتطبيقه.

الجلسة الثانية عشر بعنوان صرف الانتباه وتشتيته: إذ تم تعريف الأمهات باستراتيجيات صرف الانتباه وتشتيته وفائدتها والتدريب على استخدام أساليبها.

الجلسة الثالثة عشر بعنوان تعزيز فاعلية الذات: إذ تم تعريف الأمهات بأنواع الإسناد الداخلية والخارجية في تفسير الإنسان لأحداث حياته والتدريب على طرق للتعامل مع الأحداث الخارجية.

الجلسة الرابعة عشر بعنوان الوقاية من الانتكاس: إذ تم تعزيز فهم الأمهات لأساليب التعامل مع الضغوط النفسية ومراجعة الفنيات التي تم استخدامها في الجلسات،

الجلسة الخامسة عشر بعنوان إنهاء البرنامج: إذ تم تقديم كل أم تقييمها الكتابي الخاص بالبرنامج التي خضعت له وتم إجراء التطبيق البعدي لمقياس الضغوط النفسية.

المدى الزمني للجلسات: تم تطبيق البرنامج خلال ثلاثة أشهر ونصف بواقع جلسة في الأسبوع، حيث كان العدد الكلي للجلسات (١٥) جلسة ومدة كل جلسة تتراوح بين (٩٠ - ١٢٠) دقيقة.

الفنيات والأنشطة المستخدمة: المناقشة والحوار، المحاضرة، العقد الإرشادي، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي، سجل مساعدة الذات، سجل الأفكار السلبية وسجل الأحاديث الذاتية، مراقبة الذات، إظهار الدليل، إعادة البنية المعرفية، حل المشكلات، الدائرة المقسمة إلى نسب مئوية، الحوار الذاتي، الاسترخاء العضلي والذهني، نمذجة، صرف الانتباه، التلخيص، التغذية الراجعة.

الوسائل المستخدمة: أوراق، أقلام، لوح، عرض فيديو، أقلام فلوماستر، جداول مطبوعة حسب الواجبات المنزلية التي ستطلب من الأمهات.

أسلوب البرنامج: الإرشاد الجماعي.

وتضمن البرنامجين الإرشاديين الأساليب التقييمية الآتية:

القياس القبلي: وفيه طبقت الباحثة مقياس الضغوط النفسية على أفراد المجموعات التدريبية (المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة) قبل البدء بتنفيذ البرنامج الإرشادي

القياس المرحلي: تضمن توجيه مجموعة من الأسئلة للأمهات المشاركات (المجموعة التجريبية) عن مدى الاستفادة من أنشطة الجلسات، ومن خلال الاطلاع على الواجبات المنزلية في بداية كل جلسة وطريقة تنفيذها لتقييم مدى الاستفادة من الجلسة الماضية

القياس البعدي: طبقت الباحثة مقياس الضغوط النفسية على أفراد المجموعتين التجريبيتين وأفراد المجموعة الضابطة بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج الإرشادي وتطبيقه.

القياس المؤجل: طبقت الباحثة مقياس الضغوط النفسية على أفراد المجموعتين التجريبيتين فقط بعد مضي شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشاديين لمعرفة مدى بقاء أثر البرنامج لدى أمهات أطفال التوحد.

خامساً: الخطوات الإجرائية للبحث:

قامت الباحثة بالإجراءات الآتية لتحقيق الهدف العام للبحث الحالي:

- استقراء التراث النظري والدراسات السابقة (العربية والأجنبية) القريبة من البحث الحالي والمتعلقة بموضوع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعوقين عامة والأطفال ذوي التوحد خاصة وذلك بهدف صياغة الفروض واختيار العينة والأدوات وتحليل ومناقشة النتائج.

- إختيار مقياس للضغوط النفسية مناسب لعينة الدراسة والتحقق من صدقه وثباته بعدة طرق، واستخدامه كأداة للتعرف إلى فعالية البرنامج الإرشادي.

- تصميم جلسات البرنامج الإرشاديين وعرضهما على مجموعة محكمين للتحقق من وضوح أهدافهما، ودقة إجراءات تطبيق جلساته التدريبية، ومناسبة أهدافهما وطرائق التدريب المستخدمة فيهما وزمن تطبيق كل جلسة للهدف العام للبحث وكفاية الجلسات لتحقيق هدف البحث.

- اختيار وانتقاء عينة البحث وتقسيمها إلى ثلاث مجموعات (المجموعة التجريبية الأولى يطبق عليها البرنامج القائم على العلاج بالمعنى والمجموعة التجريبية الثانية يطبق عليها البرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة الثالثة هي المجموعة الضابطة) بواقع (٨) أمهات لكل مجموعة، وتطبيق القياس القبلي في الفترة الواقعة ب (٢٠٢١/٤/١٥ - ٢٠٢٢/٥/١) والتحقق من تجانس المجموعات وفقاً للعمر، ومستوى الضغوط النفسية في القياس القبلي.

- قانت الباحثة بنفسها بتطبيق جلسات البرنامج الإرشاديين على عینتي الدراسة التجريبيتين بمدة ثلاث أشهر ونصف وذلك في الفترة الواقعة بين (٢٠٢١/٥/١٣ - ولغاية ٢٠٢١/٩/٧)، بمعدل جلسة أسبوعياً لكل مجموعة تجريبية، إذ طبق البرنامج الإرشادي في جمعية بابل للتنمية.

- التحقق من فاعلية البرنامج الإرشاديين بإجراء (القياس البعدي المباشر) من خلال تطبيق مقياس الضغوط النفسية وإجراء المقارنات البعدية المباشرة بين أفراد عينة الدراسة (المجموعتين

التجريبتين والمجموعة الضابطة)، كذلك إجراء المقارنات القبلية والبعدية المباشرة لأفراد المجموعتين التجريبتين.

- التحقق من استمرار أثر البرنامجين الإرشاديين بإجراء (القياس التتبعي) من خلال إعادة تطبيق أدوات الدراسة بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيق البرنامجين الإرشاديين وذلك على أفراد المجموعتين التجريبتين فقط بتاريخ (٢٠٢١/١١/١٠).

- إجراء المقارنات (القبلية، البعدية، المؤجلة) بين أفراد عينة الدراسة (المجموعتين التجريبتين وأفراد المجموعة الضابطة) من خلال التحليلات الإحصائية، والتوصل إلى نتائج الدراسة وعرضها.

مناقشة نتائج البحث الحالي في ضوء الواقع الميداني الذي أحاط بجميع مراحل تصميم وتنفيذ وتطبيق جلسات البرنامجين الإرشاديين، وفي ضوء المقارنة مع نتائج الدراسات السابقة والتوصل إلى مجموعة من التوصيات والمقترحات.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية الآتية:

- معامل ارتباط بيرسون للتأكد من الاتساق الداخلي للمقياس.
- اختبار (مان-وتني) للتأكد من الصدق التمييزي.
- معاملة الثبات (ألفا كرونباخ) Cronbach Alpha
- اختبار كروسكال- ويلز (Kruskal-Wallis) اللابارامتري والخاص بالمقارنة بين عدة مجموعات مستقلة.
- الاختبار اللابارامتري ويلكوكسون (Wilcoxon)، الخاص بحالة المجموعتين المرتبطتين.
- اختبار مان-وتني (Mann-Whitney) الخاص بالمجموعتين المستقلتين في الإحصاء اللابارامتري.

ويأتي استخدام الباحثة طرائق المعالجة الإحصائية اللامعلمية المتضمنة في برنامج (Spss) من طبيعة البيانات التي تم جمعها ومستوى القياس المرتبط بها، فالمجموعات (الضابطة والتجريبتين) من نوع (العينات المقصودة) وتوزع هذه العينات في المجتمع الأصلي هو توزيع حر (غير طبيعي) ولذلك فإن عينات من هذا النوع لا تمثل جميع أفراد وخصائص المجتمع الأصلي الذي سحبت منه (علام، ١٩٩٣، ٣٦) ولذلك فإن نتائج التحليلات الإحصائية هي نتائج لا معلمية وتخص أفراد المجموعات (الضابطة والتجريبتين) فقط، بهدف تحديد مدى التغير الذي طرأ على كل من المجموعات (الضابطة والتجريبتين).

الفصل الخامس:

عرض نتائج البحث وتفسيرها

أولاً: نتائج فرضيات البحث وتفسيرها.

- ١- نتائج الفرضية الأولى
- ٢- نتائج الفرضية الثانية
- ٣- نتائج الفرضية الثالثة
- ٤- نتائج الفرضية الرابعة
- ٥- نتائج الفرضية الخامسة
- ٦- نتائج الفرضية السادسة
- ٧- نتائج الفرضية السابعة
- ٨- نتائج الفرضية الثامنة
- ٩- نتائج الفرضية التاسعة

ثانياً: مقترحات البحث

الفصل الخامس

عرض نتائج البحث وتفسيرها

يتناول الفصل الخامس من البحث المعالجة الإحصائية لفرضيات البحث ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء الواقع الميداني لها وفي ضوء نتائج الدراسات السابقة، كما يتضمن هذا الفصل تقديم مجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة التي يمكن أن تغني البحث في مجال المتغيرات المدروسة في الدراسة الحالية (العلاج بالمعنى، العلاج المعرفي السلوكي، الضغوط النفسية) لدى أمهات أطفال التوحد.

أولاً: عرض نتائج وتفسير فرضيات البحث:

تم اختبار الفرضيات عند مستوى الدلالة ٠.٠٥ :

أولاً: نتائج اختبار صحة الفرضية الأولى التي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

لاختبار صحة هذه الفرضية، تم استخدام الاختبار اللابارميتري ويلكوكسون (Wilcoxon)، الخاص بحالة المجموعتين المرتبطتين لصغر حجم المجموعة ($n=8$)، وذلك وفقاً للجدول (١٧) الآتي:

الجدول (١٧): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلكوكسون

البعد	الإشارة	متوسط الرتب	قيمة الدالة z	sig	الدلالة
الجسمية	-	٠	٢.٤٠١-	٠.٠١٦	دالة
	+	٤			
الانفعالية	-	٢	١.١٣٤-	٠.٢٥٧	غير دالة
	+	٢.٦٧			
المعرفية	-	٠	٢.٠٧-	٠.٠٣٨	دالة
	+	٣			
الاجتماعية	-	٠	٢.٢٢٦-	٠.٠٢٦	دالة
	+	٣.٥			
الاقتصادية	-	٢.٥	١.٧٢٥-	٠.٠٨٤	غير دالة
	+	٣.٧			
الكلي	-	٠	٢.٥٢٧-	٠.٠١٢	دالة
	+	٤.٥			

يتضح من الجدول (١٧) السابق أن قيمة الدالة الاحتمالية sig أصغر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥) في المقياس ككل وفي الأبعاد (الجسمية، المعرفية، الاجتماعية) لذلك نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل في هذه الحالات ما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى أبعاده الفرعية (الجسمية، المعرفية، الاجتماعية) في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق القبلي، لأن متوسط الرتب الموجبة أكبر من السالبة في جميع هذه الحالات، أما بالنسبة للبعدين (الانفعالية، الاقتصادية) على العكس فالفرق غير دالة لأن قيمة الدالة الاحتمالية sig أكبر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥) في هذين البعدين، ولذلك يمكن القول إن مستوى الضغوط النفسية ارتفع بشكل دال على المقياس ككل وعلى أبعاده الفرعية (الجسمية، المعرفية، الاجتماعية) خلال فترة البرنامج في التطبيق البعدي، في حين لم ترتفع ارتفاعاً دالاً إحصائياً على البعدين الفرعيين (الانفعالية، الاقتصادية)

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالنسبة للمجموعة الضابطة بأنه أمر منطقي، طالما أنها لم تتلق أي برنامج إرشادي يجعلها أفضل من قبل ولم تتعرض لأية خبرات أو أنشطة يمكنها إحداث تغيير بالنسبة إليها، ولاسيما وأن المراكز الصحية المسؤولة في حمص منشغلة عن هذه الفئة ولا تقدم أية برامج إرشادية نفسية إليهم فقط، وتكتفي بإرشادهم بكيفية الاعتناء بأطفالهن التوحيدين والتواصل معهن من دون الالتفات إلى النواحي النفسية والاجتماعية والأسرية،.... إلخ، وذلك وفقاً لما لاحظته الباحثة خلال عملها ولذلك بقيت ضغوطهن النفسية كما هي عليه بل وارتفعت بالنسبة للأبعاد (الجسمية والمعرفية والاجتماعية)، فالضغوطات التي تتعرض لها الأم لا تقع عند ميلاد الطفل وإنما تتجدد وتحدث في أوقات ومراحل عدة من حياة الطفل التوحيدي، وهناك عدد من المراحل تمر بها الأم بحيث يسيطر عليها نمط انفعالي معين على كل مرحلة من هذه المراحل، وتتفاوت هذه المراحل بين الشعور بالصدمة والتشكيك بالتشخيص إلى الشعور بالإحباط ومشاعر الذنب، وتكرر هذه الضغوطات مع نمو الطفل التوحيدي (الخميسي، ٢٠١١)، فالتعرض المتكرر لهذه المواقف الضاغطة التي تتمثل في المثيرات الداخلية والخارجية التي تتعرض لها الأم بصورة مستمرة وبدرجة من الشدة تفوق امكانياتها الخاصة وقدرتها التوافقية يترتب عنها تأثيرات سلبية في حياتها قد تجعلها عاجزة عن اتخاذ القرارات وعن التفاعل مع الآخرين وتتأثر العلاقات بين أفراد الأسرة أيضاً، ولذلك فإن عدم تلقي الأم مساعدة نفسية أو برامج إرشادية سيزيد من درجة الضغوط النفسية لديها وينعكس سلباً على تكيفها وتوافقها.

ثانياً: نتائج اختبار صحة الفرضية الثانية التي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

لاختبار صحة الفرضية السابقة، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon)، الخاص بحالة المجموعتين المرتبطتين في الإحصاء اللابارمترى، لصغر حجم المجموعة (ن=٨) وفقاً للجدول (١٨) الآتي:

الجدول (١٨): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلكوكسون

البعد	الإشارة	متوسط الرتب	قيمة الدالة z	Sig	الدلالة	حجم الأثر	الحكم
الجسمية	-	٤.٥	٢.٥٢٧-	٠.٠١٢	دالة	٠.٩٢	كبير
	+	٠					
الانفعالية	-	٤.٥	٢.٥٢٤-	٠.٠١٢	دالة	٠.٩١	كبير
	+	٠					
المعرفية	-	٤.٥	٢.٥٣-	٠.٠١١	دالة	٠.٩٤	كبير
	+	٠					
الاجتماعية	-	٤.٥	٢.٥٢٧-	٠.٠١٢	دالة	٠.٩٢	كبير
	+	٠					
الاقتصادية	-	٤.٥	٢.٥٣٩-	٠.٠١١	دالة	٠.٩١	كبير
	+	٠					
الكلي	-	٤.٥	٢.٥٥٥-	٠.٠١١	دالة	٠.٩٣	كبير
	+	٠					

يتضح من الجدول (١٨) السابق أن قيمة الدالة الاحتمالية sig أصغر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥) لذلك نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل في جميع الحالات، ومن ثم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، لأن متوسط الرتب السالبة أكبر من الموجبة في جميع الحالات، ما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعادها لفرعية، وهذا ما أكدته اختبار الدلالة العملية للبرنامج إذ بلغت قيمة حجم الأثر باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة في جميع الحالات هي القيمة ٠.٩/ وهي تدل على حجم أثر كبير وفق محكات روزنو و روزنتال (Rosnow & Rosenthal, 1996) الموضحة في الجدول (١٩) الآتي:

الجدول (١٩): محكات الحكم على مدى حجم الأثر

الفترة	$ES > ٠.٤$	$٠.٧ > ES \geq ٠.٤$	$٠.٧ \leq ES < ٠.٩$	$ES \leq ٠.٩$
حجم الأثر (ES)	ضعيف	متوسط	كبير	كبير جدا

هذه الفاعلية ترجع إلى استخدام البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى مع أفراد المجموعة التجريبية الأولى

تفسير التحسن في الضغوط النفسية ككل:

إن البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى ساعد على خفض مستوى الضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية الأولى من أمهات أطفال التوحد، إذ أسهم البرنامج في جعل الأم واعية لقيمة وجودها ومعنى هذا الوجود حتى في ظل خبرة مرض ابنها التي تعيشها، فالإنسان الذي يمتلك المعنى والقيمة لحياته هو فرد قادر على مواجهة كل ما يقابله من مشكلات انفعالية واجتماعية ومهنية وتعليمية ولديه من الصلابة مايساعد على التصدي لأي معاناة أو ألم يتعرض له حتى آخر حياته (moran, 2001, 21).

١- فقد ساعدها البرنامج على أن يكون لها هدف واضح في حياتها تسعى إليه من خلال مساعدتها على التركيز على نقاط القوة لديها بدلاً من التركيز على نقاط الضعف، واكتشاف إمكانياتها التي لم تستغل بعد، وكيفية استغلالها في تحقيق معانٍ وأهداف جديدة في حياتها، وهذا يتلاءم مع ما جاء في أدبيات البحث والإطار النظري بأن العلاج بالمعنى له دور في مساعدة المريض على أن يفهم ذاته ويفسر وجوده أي يستهدف إعادة توجيه موقف المريض حيال مرضه وألمه ومعاناته وأزمته (Lukas & Hirsch, 2002, 41).

٢- كذلك يعزى التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى إلى أثر جلسات البرنامج الإرشادي وما تضمنته من مناقشات جماعية، إذ كان لها الأثر الكبير في زيادة التفاعل بين المشاركات، فشجعتن على التحدث عن مشكلاتهن بحرية تامة، ضمن جو دافئ وآمن وودي، ما سهل تبادل الخبرات فيما بينهن، وهكذا أدركت كل أم أنها ليست الوحيدة التي عانت من خبرة مرض ابنها بل هناك أمهات أخريات يعشن الخبرة ذاتها والضغوط نفسها.

٣- إن الأنشطة المتنوعة، والتدريبات المختلفة، التي تضمنتها جلسات البرنامج والواجبات المنزلية، ساعدت على اكتشاف أفراد المجموعة التجريبية الأولى الإمكانيات الكامنة بداخلهن لتحقيق المعاني الإيجابية في حياتهن، والتي لم تحقق بعد، وحتى في ظل معاناتهن وضغوطهن الناتجة عن مرض ابنهن، وأبعدت الأنشطة والتدريبات الرتابة والملل عن نفوس المشاركات، والفنيات القائمة على نظرية العلاج بالمعنى وافترضاته الأساسية، ومن هذه الفنيات فنية التحليل بالمعنى التي ساعدتهن في التعرف على نقاط القوة لديهن واكتشاف معانٍ في حياتهن كانت خافية عليهن، وفنية النمذجة إذ قامت الباحثة بعرض نماذج إيجابية من خلال الفيديوهات عن أمهات عانين وأبدعن ليكن قدوة ونماذج لأفراد المجموعة التجريبية الأولى ليقتردين بهن وينحिन منحاهن في الحياة، إذ تمكنت هؤلاء الأمهات من تحدي معاناتهن لمرض ابنهن ومواجهة الضغوط الناتجة عنه، و وعلى الرغم من إعاقة ابنهن نجحن في تحقيق أهداف ومعانٍ إيجابية في حياتهن، إذ كان لهذه النماذج أثر بالغ في نفوس أفراد المجموعة التجريبية الأولى، وقد أسهمت فنية تعديل الاتجاهات في تعديل اتجاهاتهن نحو الأحداث التي يستحيل تغييرها، من اتجاهات سلبية تعزز حالة الإحباط

الوجودي إلى اتجاهات إيجابية. وفنية اللوغودراما التي أسهمت في زيادة إدراك الأمهات لمسؤوليتهن في إيجاد المعنى في حياتهن وتحقيق ما لم يتم تحقيقه من معان كامنة داخلهن.

تفسير التحسن في المقاييس الفرعية للضغوط النفسية: إن التحسن الذي حصل لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى في الأبعاد الفرعية يمكن تفسيره بشكل عام أن نجاح كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية الأولى في إيجاد معانٍ إيجابية جديدة في حياتها، نتيجة البرنامج الذي تم تطبيقه عليها، سينعكس إيجاباً في جوانب حياتها المختلفة، سواء الاجتماعية أو الانفعالية.... أو غير ذلك من الجوانب الأخرى، ومع ذلك ترى الباحثة أن انخفاض كل من الضغوط سابقة الذكر يمكن تفسيره بشكل مفصل وفق الآتي:

١- بالنسبة للتحسن في خفض الضغوط الجسمية: يمكن تفسيره بأن تقديم الباحثة المعلومات العلمية لأفراد المجموعة التجريبية الأولى حول التوحد وكذلك حول الضغوط النفسية كان لها دور معرفي وتنقيفي من جهة، ومن جهة أخرى جعل الأمهات يتحررن من نظرتهم الذاتية لمرض ابنهن وضغوطهن النفسية الناتجة عنه، والتي تقوم على المبالغة في إدراكهن وتقديرهن للضغوط المرافقة له، وعلى ضوء تلك المعلومات العلمية أصبحن ينظرن إليها نظرة موضوعية مجردة من النظرة الذاتية. كما يمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بأن الجلسات الجماعية التي أتاحَت الفرصة للأمهات التفاعل معاً والحوار والمشاركة في الآراء، كل ذلك جعل كل أم منهن تدرك أنها ليست الوحيدة التي عانت من خبرة مرض ابنها وما ينطوي عليه من أعراض جسمية وضغوط نفسية مرافقة لها، وأن الأمهات الأخريات عانين من تلك الأعراض والضغوط، مما يخفف عنها كثيراً ويعطيها عزاءً لذاتها، كما أن هذه الجلسات الجماعية أتاحَت الفرصة لتبادل الآراء فيما بينهن وتعلم طرق جديدة للتعامل مع الأعراض الجسمية.

٢- بالنسبة للتحسن في خفض الضغوط الاجتماعية: يمكن تفسير ذلك على ضوء مساعدة أفراد المجموعة التجريبية الأولى على اكتشاف معانٍ جديدة في حياتهن من خلال تحقيق القيم الخبرائية، التي تم من خلالها الحديث عن أهمية العلاقات الاجتماعية بشكل عام، في حياة الفرد وأهمية الحب والصداقة بشكل خاص، في التخفيف من الضغوط الاجتماعية، وبالتالي أسهم ذلك في تغيير اتجاهاتهن نحو العلاقات الاجتماعية من اتجاهات تقوم على التجنب إلى اتجاهات تقوم على الانفتاح نحو الآخرين والنظر إليهم على أنهم داعمون لهن في مسيرة حياتهن بشكل عام، وفي مواجهة ضغوط مرض ابنهن بشكل خاص، فوجود أشخاص إلى جانبهن يخفف من شعورهن بالإحباط وتمكنهن من مواجهة ضغوطهن.

٣- بالنسبة للتحسن في خفض الضغوط الانفعالية: يمكن تفسير ذلك بأن نجاح أفراد المجموعة التجريبية الأولى في إيجاد معانٍ إيجابية جديدة في حياتهن، هذه المعاني أبعدت عنهن حالة لدى الفرد تسمى الإحباط الوجودي وهي نتيجة افتقاد معنى للحياة وقد تستمر هذه الحالة لفترة معينة وتتحول بعد ذلك لحالة من الفراغ الوجودي، ويتجلى الفراغ الوجودي في الشعور بالملل واليأس واللامبالاة، وأن الحياة سخيطة وفارغة، وإنها كالسجن وغير سعيدة ولأروح فيها وليس لها أي قيمة (pattakos, 2010, 193) ويتولد عن ذلك حالة من

القلق والتوتر يطلق عليها فرانكل مصطلح قلق اللامعنى وهو قلق سلبي، بالإضافة إلى أن إيجاد معنى لدى الفرد له دوره في مفهوم الذات، فالمعنى المحقق يؤدي إلى تغذية راجعة تغير من مفهوم الذات لدى الإنسان (عبدالله، ٢٠١٠، ٢٨)، وهكذا التحسن في الأعراض الانفعالية ظهر بخفض مشاعر التوتر والقلق واليأس لدى الأمهات وهذا يعد دليلاً واضحاً عن تغير مفهوم الذات لدى الأمهات، فمشاعر فقدان المعنى من شأنها أن تؤثر سلباً في حياة الإنسان وعلى صحته النفسية والجسمية وأنماط الشخصية، إذ تؤدي في كثير من الأحيان إلى الاكتئاب أو إلى الإدمان على الكحول أو المخدرات أو إلى أمراض جسمية مختلفة أو إلى إيذاء النفس أو الآخرين أو إلى الانتحار (Gallant, 2001, 23).

٤- بالنسبة للتحسن في خفض الضغوط الاقتصادية: يمكن تفسير ذلك بأن الجلسات الجماعية قد أتاحت الفرصة لجميع أفراد المجموعة التجريبية الأولى إدراك أن الهموم الاقتصادية موجودة عند كل واحد منهن، وأن معاناتهن بشأن تأمين تكاليف الأدوية والعلاج لابنهن هي ذاتها تقريباً، وهذه المشاركة في تبادل الحديث عن الهموم والأعباء المادية جعل كل أم منهن تدرك أنها مشكلة عامة تقريباً لدى أمهات أطفال التوحد جميعهن، فهذا كله ساعد في تخفيف شعور كل أم منهن بالضغوط الاقتصادية، لأنها شعرت بأنها ليست الوحيدة التي تعاني من الأعباء المادية.

٥- بالنسبة للتحسن في خفض الضغوط المعرفية: يمكن تفسيره بأن مجمل الضغوط سابقة الذكر تؤثر في النهاية بالجانب المعرفي للفرد، كنقص الانتباه والتركيز والذاكرة، نتيجة انشغال الأمهات المستمر بضغوطهن المرافقة لرعاية طفلهن التوحد، ولكن مع تخفيف تلك الضغوط نتيجة البرنامج الإرشادي فإن ذلك سينعكس إيجاباً على الصعيد المعرفي وبالتالي ستتحسن قدرتهن على الانتباه والتركيز والتذكر.

ولابد من الإشارة إلى أنه لا توجد دراسة سابقة (على حد علم الباحثة) تناولت فاعلية برامج إرشادية قائمة على العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد لكي يتم ربط نتائج الدراسة الحالية بنتائجها، وبذلك تكون الباحثة قد أضافت في دراستها الحالية أسلوباً آخر لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد من خلال البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى والذي ثبتت فاعليته.

ثالثاً: نتائج اختبار صحة الفرضية الثالثة التي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين الأولى والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

لاختبار صحة الفرضية السابقة، تم استخدام اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney) الخاص بالمجموعتين المستقلتين في الإحصاء اللابارامتري، لصغر حجم المجموعتين ($n=8$) وفقاً للجدول (٢٠) الآتي:

جدول (٢٠): دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيق البعدي باستخدام اختبار مان-وتني

البعد	المجموعة	متوسط الرتب	الحجم	قيمة z	Sig	الدلالة	حجم الأثر	الحكم
الجسمية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٩٣-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩٢	كبير
	تجريبية ١	٤.٥	٨					
الانفعالية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٩٣-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩١	كبير
	تجريبية ١	٤.٥	٨					
المعرفية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٨٨-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩٠	كبير
	تجريبية ١	٤.٥	٨					
الاجتماعية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٨٦-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩١	كبير
	تجريبية ١	٤.٥	٨					
الاقتصادية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٧٣-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩٢	كبير
	تجريبية ١	٤.٥	٨					
الكلي	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٦١-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩٠	كبير
	تجريبية ١	٤.٥	٨					

من الجدول (٢٠) السابق يتضح وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الأولى، وذلك لأن قيمة الدالة الاحتمالية sig في جميع الحالات أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥)، وبالتالي قبول الفرضية البديلة بوجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية الأولى لأن متوسط رتبها في جميع الحالات أصغر من متوسط رتب المجموعة الضابطة، ما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية، وهذا ما أكدته اختبار الدلالة العملية للبرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى إذ بلغت قيمة حجم الأثر باستخدام معامل الارتباط الثنائي للرتب في جميع الحالات /٠.٩/ وهي تدل على حجم أثر كبير وفق المحكات الموضحة في الجدول (١٩) السابق.

هذه الفاعلية التي ترجع إلى استخدام البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى مع أفراد المجموعة التجريبية الأولى، وقد تبين للباحثة أن البرنامج القائم على العلاج بالمعنى قد أثبت فاعليته في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، فالعلاج بالمعنى يمثل بالفعل خطوة رائدة على طريق تطور العلاج النفسي، فهو خطة تلوح بالأمل لابتعاد الإنسان لإنسانيته التي سلبتها اتجاهات العلاج التقليدية متناسية أن أبرز ما يميز الإنسان كإنسان حريته ومسؤوليته عن

أفعاله، وما هو أهم من ذلك تطلعه الدائم إلى تحقيق معنى يجعل حياته تستحق أن تعيش (فرانكل، ٢٠٠٤، ٥). وهذا النوع من العلاج لا يتركز على ماهو سوي بشكل كامل، ولكنه يركز على الإمكانات الإيجابية الجديرة بالاهتمام والتي يمكن أن تُبنى داخل الفرد (Lukas, 1986, 21).

نتيجة: بناءً على نتيجة اختبار الفرضيتين الثانية والثالثة السابقتين يتضح لنا فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعة التجريبية الأولى، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية.

رابعاً: نتائج اختبار صحة الفرضية الرابعة التي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

لاختبار صحة الفرضية الخامسة السابقة، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon)، الخاص بالمجموعتين المرتبطتين في الإحصاء اللابارمترى، لصغر حجم المجموعة (ن=٨) وفقاً للجدول (٢١) الآتي:

الجدول (٢١): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلكوكسون

البعد	الإشارة	متوسط الرتب	قيمة الدالة z	Sig	الدلالة	حجم الأثر	الحكم
الجسمية	-	٤.٥	٢.٥٣-	٠.٠١١	دالة	٠.٩١	كبير
	+	٠					
الانفعالية	-	٤.٥	٢.٥٣٦-	٠.٠١١	دالة	٠.٩٢	كبير
	+	٠					
المعرفية	-	٤.٥	٢.٥٣-	٠.٠١١	دالة	٠.٩٢	كبير
	+	٠					
الاجتماعية	-	٤.٥	٢.٥٣٦-	٠.٠١١	دالة	٠.٩١	كبير
	+	٠					
الاقتصادية	-	٤.٥	٢.٥٣٨-	٠.٠١١	دالة	٠.٩١	كبير
	+	٠					
الكلية	-	٤.٥	٢.٥٥٢-	٠.٠١١	دالة	٠.٩٠	كبير
	+	٠					

يتضح من الجدول (٢١) السابق أن قيمة الدالة الاحتمالية sig أصغر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥) لذلك نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل في جميع الحالات، وبالتالي وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، لأن متوسط الرتب السالبة أكبر من متوسط الرتب الموجبة، ما يؤكد فاعلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية، وهذا ما أكدته اختبارات الدلالة العملية للبرنامج إذ بلغت قيمة حجم الأثر باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة في جميع الحالات /٠.٩/ وهي تدل على حجم أثر كبير وفق محكات روزنو و روزنتال الموضحة في الجدول (١٩) السابق

يمكن تفسير فاعلية البرنامج من خلال عدة نقاط:

- حاجة أمهات المجموعة التجريبية الثانية إلى برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية الناتجة عن رعاية الطفل التوحيدي، إضافة إلى رغبة الأمهات في الدخول إلى جلسات البرنامج الإرشادي التي أسهمت في خفض الضغوط النفسية لديهن، إذ أشار (مرسي وآخرون، ٢٠٠٧) إلى أن رغبة الأفراد وسعيهم إلى العمل والإنجاز من أهم الدوافع النفسية التي حظيت و تحظى باهتمام العلماء في مجال التربية وعلم النفس، وهو مفهوم فرضي يدل على حالة نفسية داخلية، تدفع الأم إلى النشاط والعمل والإنجاز، لتدريب المهارات، واكتساب الخبرات، والشعور بالكفاءة للوصول إلى تقبل ذاتها. وهذا ما لاحظته الباحثة في أثناء تطبيق جلسات البرنامج الإرشادي، والمشاركة الصادقة، والمثابرة والالتزام بتنفيذ كل التدريبات والنشاطات التي يحتويها البرنامج الإرشادي، وهذا الأمر ساعد بشكل غير مباشر على خفض الضغوط النفسية لديهن.

- العلاقة الإرشادية التي أقيمت مع الأمهات على أساس التعاطف واحترام المشاعر، إضافة إلى اتخاذ أسلوب التعلم النفسي الذي أوضح لهن أن ما يختبرنه من ضغوط نفسية شيء مشترك بينهن، ومحسوس ومفهوم من قبل الباحثة كمصطلح علمي يتميز بأعراض جسدية ونفسية، وذلك ضمن جو نفسي مريح وجديد.

- أسلوب الإرشاد الجماعي الذي أعطى كل أم الفرصة في تكوين علاقة إيجابية مع الأمهات المشاركات ودعم مهارات التواصل بينهن بالاعتماد على فكرة كل أم بأنها مهما وصفت ألمها لن يشعر بمشاعرها إلا أم مثلها تعرضت لهذه الخبرة القاسية ما يوسع من مدارك الأم أنها ليست الوحيدة مما يدعوها للتخفيف عن نفسها وغيرها من الأمهات المشاركات.

- البرنامج الإرشادي وما يحتويه من مادة علمية وأنشطة تدريبية وفنيات سلوكية وإرشادية أسهمت في خفض الضغوط النفسية، إذ إن الأسلوب التعليمي في المرحلة الأولى من البرنامج كان له دور في الوصول إلى أفكارهن وتعليمهن كيفية التعامل معها وتحديد مدى معقوليتها وتقدير المشاعر المرتبطة بها، إذ تضمن البرنامج فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية التي من خلالها قدمت

المعلومات بشكل مبسط وبعبارات تتناسب مع أمهات أطفال التوحد حول التوحد والضغوط النفسية الناتجة عن رعايته، إذ أشار كل من زهران (١٩٨٠) والشناوي (١٩٩٦) وحنفي (٢٠٠٧) على أهمية استخدام هذه الفنيات في البرامج الإرشادية، وأكدوا أن من أهم ميزات المناقشة الجماعية أنها تعطي فرصة ذهبية للتفاعل المثمر وتسمح بإسلوب العصف الذهني، كما أنها تنمي حسن الاستماع وتشجع المشاركين على التعبير الانفعالي وفهم المشاعر السلبية لدى المجموعة وكيفية مواجهتها، كما تضمن البرنامج فنية الدحض والتفنيد التي من خلالها تم مناقشة أمهات المجموعة التجريبية في أفكارهن وأحاديثهن الذاتية الخاطئة واستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية صحيحة، إذ أكد إبراهيم (٢٠٠٩) ومظلوم (٢٠٠٩) والسيد ماضي (٢٠٠٦) أهمية استخدام هذه الفنية وفعاليتها في العمليات والبرامج الإرشادية، وتضمن البرنامج فنية التعزيز الإيجابي التي من خلالها قدم الثناء والمدح للأمهات على الإجابات الصحيحة والاستجابات الملائمة في أثناء النقاش، وحثهن على التفكير السليم والسلوك المرغوب فيه بحيث يصبح جزءاً من حياتهن، بالإضافة إلى فنية التغذية الراجعة التي من خلالها تم تقديم الإجابات الصحيحة وتنبيتها وتصحيح الإجابات الخاطئة، إذ استخدمت هاتان الفيتان في دراسة كل من مظلوم (٢٠٠٩) وماضي (٢٠٠٦) وعبد القادر (٢٠٠٢) وكان لهما أثر كبير في نجاح برامجهم الإرشادية.

- كما اعتمدت الباحثة في نهاية كل جلسة إرشادية تكليف الأمهات بواجب منزلي بهدف نقل ما أفادت من الأمهات من حضور جلسات البرنامج إلى البيئة الأسرية التي تعيش فيها الأم، إذ استخدمت هذه الفنية في كثير من الدراسات السابقة وثبتت فعاليتها، كدراسة البهنساوي وجوجس (Elbahnasawy & Girgis, 2011) ودراسة مظلوم (٢٠٠٩) ودراسة السيد ماضي (٢٠٠٦) ودراسة القدسي (٢٠٠٥) ودراسة أبو غزالة (٢٠٠٤) ودراسة عبد القادر (٢٠٠٢) ودراسة عبد الغفار (١٩٩٩).

- كما تضمن البرنامج الإرشادي وسائل تقييمية عديدة، أسهمت في التأكد من اكتساب الأمهات المهارات بالإضافة إلى التقييم القبلي والبعدي للبرنامج الإرشادي اعتمدت الباحثة على التقييم المرحلي من خلال طرح عدد من الأسئلة على الأمهات المشاركات للتأكد من مدى تحقق أهداف الجلسات، وللتأكد من مدى استفادتهن من كل جلسة قبل الانتقال إلى الجلسات اللاحقة، وهذه الأساليب استخدمت في الكثير من الدراسات السابقة التي أكدت أهمية وضرورة استخدامها لنجاح العملية الإرشادية كدراسة إيستيس وآخرون (Estes, et, al, 2009) ودراسة كارتر ودافيس (Carter & Davis, 2008) ودراسة سينغال (Singhal, 2010)

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (قراقيش، ٢٠٠٩)، (مريم، ٢٠١٩)، (العوادة، ٢٠١٧)، (سعود، ٢٠١٥) والتي بينت جميعها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة في القياس البعدي.

كما أن البرنامج كان بالنسبة للأمهات خبرة جيدة أسهمت في خفض الضغوط النفسية لديهن بشكل عام مما يفسر أن البرنامج قد نجح في خلق زاوية جديدة لهن في النظر للأمور التي مررن بها

والتطلع للمستقبل بشكل مغاير عما كان قبل البرنامج، واستمرار دورهن المعطاء كأمهات من خلال الاهتمام بالزوج والأطفال وحديقة المنزل والعمل في مجال تحبه..... وبشكل خاص يمكن أن يكون للبرنامج أثر في قدرتهن على تمييز مدى معقولية ولا معقولية أفكارهن والاستدلال عليها من الأثر السببي بها على مشاعرهن وانفعالاتهن.

خامساً: نتائج اختبار صحة الفرضية الخامسة التي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

لاختبار صحة الفرضية السابقة، تم استخدام اختبار مان-وتني (Mann-Whitney) الخاص بالمجموعتين المستقلتين في الإحصاء اللابارامتري، نظراً لصغر حجم المجموعتين ($n=8$) وفقاً للجدول (٢٢) الآتي:

جدول (٢٢): دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيق البعدي باستخدام اختبار مان-وتني

البعد	المجموعة	متوسط الرتب	الحجم	قيمة z	Sig	الدلالة	حجم الأثر	الحكم
الجسمية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٧٣-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩١	كبير
	تجريبية ٢	٤.٥	٨					
الانفعالية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٩٣-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩٠	كبير
	تجريبية ٢	٤.٥	٨					
المعرفية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٨٦-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩٠	كبير
	تجريبية ٢	٤.٥	٨					
الاجتماعية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٨١-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩٢	كبير
	تجريبية ٢	٤.٥	٨					
الاقتصادية	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٤٠١-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩١	كبير
	تجريبية ٢	٤.٥	٨					
الكلي	ضابطة	١٢.٥	٨	٣.٣٦١-	٠.٠٠١	دالة	٠.٩٠	كبير
	تجريبية ٢	٤.٥	٨					

من الجدول (٢٢) السابق يتضح وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الثانية، وذلك لأن قيمة الدالة الاحتمالية sig في جميع الحالات أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥)، وبالتالي قبول الفرضية البديلة بوجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية الثانية نظراً لأن

متوسط رتبها في جميع الحالات أصغر من متوسط رتب المجموعة الضابطة، مما يؤكد فاعلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعة التجريبية الثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية، وهذا ما أكدته اختبار الدلالة العملية للبرنامج القائم على نظرية العلاج بالمعنى إذ بلغت قيمة حجم الأثر باستخدام معامل الارتباط الثنائي للرتب في جميع الحالات ٠.٩/ وهي تدل على حجم أثر كبير وفق محكات روزنو و روزنتال الموضحة في الجدول (١٩) السابق.

هذه الفاعلية التي ترجع إلى استخدام البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي مع أفراد المجموعة التجريبية الثانية

سادساً: نتائج اختبار صحة الفرضية السادسة والتي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

تم اختبار صحة الفرضية السابقة باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) اللابارامترية البديل عن دالة T الخاصة بحالة المجموعتين المرتبطتين في الإحصاء البارامترية، لأن حجم العينة صغير (ن=٨) وذلك وفقاً للجدول (٢٣) الآتي:

الجدول (٢٣): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده في التطبيقين البعدي والتتبعي باستخدام ويلكوكسون

البعد	الإشارة	متوسط الرتب	قيمة الدالة z	Sig	الدلالة
الجسمية	-	٤	٢.٤٦-	٠.٠١٤	دالة
	+	٠			
الانفعالية	-	٣.٥	٢.٢٧١-	٠.٠٢٣	دالة
	+	٠			
المعرفية	-	٣.٥	٢.٢٦٤-	٠.٠٢٤	دالة
	+	٠			
الاجتماعية	-	٣.٥	٢.٤٤٩-	٠.٠١٤	دالة
	+	٠			
الاقتصادية	-	٣	٢.٠٧-	٠.٠٣٨	دالة
	+	٠			
الكلية	-	٤.٥	٢.٥٢١-	٠.٠١٢	دالة
	+	٠			

يتضح من الجدول (٢٣) السابق أن قيمة الدالة الاحتمالية sig أصغر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥) لذلك نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل في جميع الحالات،

وبالتالي وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين البعدي والتتبعي لصالح التطبيق التتبعي، لأن متوسط الرتب السالبة أكبر من الموجبة في جميع الحالات، ما يؤكد استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعة التجريبية الأولى، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية، حتى بعد الانتهاء من التطبيق البعدي بمدة شهرين، وبالتالي قدرة البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى على الاحتفاظ بالفاعلية لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى مع مرور الزمن

سابعاً: نتائج اختبار صحة الفرضية السابعة والتي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

تم اختبار صحة الفرضية السابعة السابقة باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) اللابارامترية البديل عن دالة T الخاصة بحالة المجموعتين المرتبطتين في الإحصاء البارامترية، وذلك وفقاً للجدول (٢٤) الآتي:

الجدول (٢٤): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده في التطبيقين البعدي والتتبعي باستخدام

ويلكوكسون

البعد	الإشارة	متوسط الرتب	قيمة الدالة z	Sig	الدلالة
الجسمية	-	٤	٢.٦٤-	٠.٠٠٨	دالة
	+	٠			
الانفعالية	-	٤	٢.٥٣-	٠.٠١١	دالة
	+	٠			
المعرفية	-	٣.٥	٢.٢٧١-	٠.٠٢٣	دالة
	+	٠			
الاجتماعية	-	٣	٢.٠٦-	٠.٠٣٩	دالة
	+	٠			
الاقتصادية	-	٣	٢.٠٧-	٠.٠٣٨	دالة
	+	٠			
الكلية	-	٤.٥	٢.٥٢٧-	٠.٠١٢	دالة
	+	٠			

يتضح من الجدول (٢٤) السابق أن قيمة الدالة الاحتمالية sig أصغر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥) لذلك نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل في جميع الحالات، وبالتالي وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين البعدي والتتبعي لصالح

التطبيق التتبعي، لأن متوسط الرتب السالبة أكبر من الموجبة في جميع الحالات، ما يؤكد استمرارية فاعلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعة التجريبية الثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية، حتى بعد الانتهاء من التطبيق البعدي بمدة شهرين، وبالتالي قدرة البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي بالاحتفاظ بالفاعلية لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية مع مرور الزمن.

يعود التحسن إلى استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق عليهن وما تركه من أثر في نفوسهن وفي طريقة تفكيرهن تجاه مرض ابنهن وضغوطهن وظروفهن عموماً، حيث قمن الأمهات بنقل ما تعلمنه نتيجة البرنامج إلى حياتهن بشكل عام، من خلال ما تضمنه هذا البرنامج من أنشطة وندريبات وفنيات، فاكترسبن بذلك نسقاً من القيم وفلسفة للحياة يمكن أن تساعدن في التعامل مع ضغوطهن بكفاءة مستقبلاً.

ومن جهة أخرى إن متابعة الباحثة لأفراد المجموعة التجريبية الأولى للاطمئنان عليهن ومساعدتهن في إزالة المعيقات التي تعيق قدرتهن على التعامل مع ضغوطهن أو تحقيق أهدافهن الجديدة التي وضعنها لحياتهن، جعلهن يشعرن أن الباحثة ما زالت إلى جانبهن سنداً لهن في تقديم أية مساعدة نفسية يحتاجونها، إلى أن يصبحن شيئاً فشيئاً قادرات على مواجهة ضغوطهن ومتابعة حياتهن بشكل طبيعي، وهذا ينسجم مع ما أوضحه فرانكل بأن العلاج بالمعنى يأخذ بيد الفرد على الخروج من حالة العجز واللامعنى وتشتمل هذه العملية على مواجهة الشخص للمثيرات التي تبعث على الشعور بالضغوط النفسية والقلق في جلسات علاجية بهدف تعميم ردود الفعل المكتسبة في أثناء المعالجة على المواقف التي يتوقع أن يواجهها بعد المعالجة، فبعد تعلم مهارات التعامل والتكيف يصبح الفرد جاهزاً للتعامل مع المواقف الحياتية الحقيقية (Frankl, 1975, 58) أي على كل شخص أن يكتشف هدف حياته بنفسه وأن يتقبل المسؤولية التي تحددها إجابته عن ماهية هدفه، فإن من يجد سبباً يحيا له وبه فإنه بمقدوره غالباً أن يتحمل في سبيله كل الصعاب بأي وسيلة من الوسائل (فرانكل، ١٩٨٢، ١٧).

ويرى كورمير أن هناك عدداً من الأسباب تدعونا لإجراء التقديرات التتبعية:

أولاً: يدل القيام بدراسة تتبعية للمسترشد على استمرار اهتمام المرشد بمصالحه.

ثانياً: توفر الدراسة التتبعية معلومات يمكن استخدامها لمقارنة أداء المسترشد في السلوك المستهدف قبل وبعد الإرشاد.

ثالثاً: يمكن عن طريق الدراسة التتبعية أن نحدد الدرجة التي يمكن بها للمسترشد أن يؤدي السلوك المستهدف في بيئته من غير الاعتماد على مساندة أو مساعدة الإرشاد، وبمعنى آخر نتعرف من خلال التتبع على مدى قيام المسترشد بتعميم ما تعلمه في بيئة الإرشاد إلى البيئة الواقعية (الشناوي، ١٩٩٦، ١٥١)

نتيجة: مما سبق تتضح لنا فاعلية كلا البرنامجين في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية، بالإضافة قابليتها للاحتفاظ باستمرارية الفاعلية بعد انتهاء البرنامج بمدة شهرين، وللمقارنة بين البرنامجين بالنسبة لمدى الفاعلية، تم اختبار صحة الفرضية الثامنة، الآتية:

ثامناً: نتائج اختبار صحة الفرضية الثامنة التي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

لاختبار صحة الفرضية السابقة، تم استخدام اختبار مان-وتني (Mann-Whitney) الخاص بالمجموعتين المستقلتين في الإحصاء اللابارامتري، لصغر حجم المجموعتين (ن=٨) وفقاً للجدول (٢٥) الآتي:

جدول (٢٥): دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين الأولى والتجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيق البعدي باستخدام اختبار مان-وتني

البعد	المجموعة	متوسط الرتب	الحجم	قيمة z	sig	الدلالة
الجسمية	تجريبية ١	١١.٨٨	٨	٢.٨٦٥-	٠.٠٠٤	دالة
	تجريبية ٢	٥.١٣	٨			
الانفعالية	تجريبية ١	٩.٣١	٨	٠.٦٩٢-	٠.٠٠٤	دالة
	تجريبية ٢	٧.٦٩	٨			
المعرفية	تجريبية ١	٩.١٣	٨	٠.٥٣٢-	٠.٠٠٥	دالة
	تجريبية ٢	٧.٨٨	٨			
الاجتماعية	تجريبية ١	١١.٦٣	٨	٢.٦٥٣-	٠.٠٠٨	دالة
	تجريبية ٢	٥.٣٨	٨			
الاقتصادية	تجريبية ١	١١.٤٤	٨	٢.٥٤٨-	٠.٠١١	دالة
	تجريبية ٢	٥.٥٦	٨			
الكلي	تجريبية ١	١١.١٩	٨	٢.٢٦-	٠.٠٢٤	دالة
	تجريبية ٢	٥.٨١	٨			

من الجدول (٢٥) السابق يتضح وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل من أبعاده في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الثانية، وذلك لأن قيمة الدالة الاحتمالية sig في جميع هذه الحالات أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥)، وبالتالي قبول الفرضية البديلة بوجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية الثانية لأن متوسط رتبها في جميع هذه الحالات أصغر من متوسط رتب المجموعة التجريبية الأولى، ما يؤكد أفضلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات

الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعة الثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لأبعاده الفرعية. كذلك بالنسبة لحجم الأثر فقد كان كبيراً جداً في كلا البرنامجين.

تاسعاً: نتائج اختبار صحة الفرضية التاسعة التي تنص على: "عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق التتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية".

لاختبار صحة الفرضية السابقة، تم استخدام اختبار مان-وتني (Mann-Whitney) الخاص بالمجموعتين المستقلتين في الإحصاء اللابارامتري، نظراً لصغر حجم المجموعتين ($n=8$) وفقاً للجدول (٢٦) الآتي:

جدول (٢٦): دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية (ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيق التتبعي باستخدام اختبارمان - وتني

البعد	المجموعة	متوسط الرتب	الحجم	قيمة z	sig	الدلالة
الجسمية	تجريبية ١	١٢.١٩	٨	٣.١٣٣-	٠.٠٠٢	دالة
	تجريبية ٢	٤.٨١	٨			
الانفعالية	تجريبية ١	٩.٤٤	٨	٠.٨٠٦-	٠.٠٠٤	دالة
	تجريبية ٢	٧.٥٦	٨			
المعرفية	تجريبية ١	٩.٣١	٨	٠.٦٩٨-	٠.٠٠٢	دالة
	تجريبية ٢	٧.٦٩	٨			
الاجتماعية	تجريبية ١	١١.٨١	٨	٢.٨١٩-	٠.٠٠٥	دالة
	تجريبية ٢	٥.١٩	٨			
الاقتصادية	تجريبية ١	١٢	٨	٢.٩٩٢-	٠.٠٠٣	دالة
	تجريبية ٢	٥	٨			
الكلي	تجريبية ١	١١.٨٨	٨	٢.٨٣٦-	٠.٠٠٥	دالة
	تجريبية ٢	٥.١٣	٨			

من الجدول (٢٦) السابق يتضح وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط

النفسية ككل وعلى كل من أبعاده في التطبيق التتبعي لصالح المجموعة التجريبية الثانية، وذلك لأن قيمة الدالة الاحتمالية sig في جميع هذه الحالات أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥)، وبالتالي قبول الفرضية البديلة بوجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية الثانية لأن متوسط رتبها في جميع هذه الحالات أصغر من متوسط رتب المجموعة التجريبية الأولى، مما يؤكد أفضلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في القدرة على الاحتفاظ بالفاعلية بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعة الثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لأبعاده الفرعية

إن كلا البرنامجين أثبت فاعليته في التخفيف عن الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد ولكن بالمقارنة بين البرنامجين أظهرت النتائج أن البرنامج بالعلاج المعرفي السلوكي أثبت فعالية أكثر من برنامج العلاج بالمعنى، يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال المقارنة الآتية بين العلاج المعرفي السلوكي وبين العلاج بالمعنى:

- إن العلاج المعرفي السلوكي منهجية تجريبية تسمح بتحليل موضوعي لنتائج العلاج، بحيث يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالطريقة العلمية، فهو يسمح بتطوير فرضياته لاختبارها لاحقاً وحتى تكرار نتائجها، فكل أم شاركت بالبرنامج اكتسبت طرقاً وأساليب جديدة لتطبيقها في حياتها اليومية أما العلاج بالمعنى فهو يعتمد على أطر فلسفية يصعب إخضاعها للتجريب العلمي، فالمفاهيم التي صاغها فرانكل لا يتم تناولها بطريقة إجرائية يمكن قياسها بل تظل أطراً فلسفية تعتمد على الصياغة التي تحتمل أكثر من تفسير، إذ ينفي فرانكل أن أسلوبه ينطوي على تعليم أو وعظ، أو أنه أسلوب عقلائي أو تعقلي، وغالباً ما يبدو كأنه مناقشات للمشكلات الفلسفية والروحية أكثر من الخصائص العقلانية أو التعليمية، كما أن العلاج بالمعنى إيمان وفلسفة للحياة أكثر منه علم أو مدرسة من مدارس العلاج النفسي بالمعنى المعهود (باترسون، ١٩٩٠، ٣٨٩)

- إن العلاج المعرفي السلوكي يعزز نظرة الإنسان للحياة لتكون إيجابية ومتكيفة ويهدف إلى التعامل مع الإنسان من منظور ثلاثي الأبعاد بشكل جسدي وعقلي وانفعالي فهو يتعامل مع اضطرابات المتعالم ومشكلاته معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، بحيث يستخدم العديد من الأساليب سواء أكان ذلك من المنظور المعرفي أم المنظور الانفعالي أم المنظور السلوكي وعلى الرغم من أن نظرية العلاج بالمعنى تهتم بكرامة الإنسان وهي قريبة بشكل كبير من إنسانية الإنسان، والنظرة للإنسان متشابهة مع العلاج المعرفي السلوكي، لكن العلاج بالمعنى يرى أن الإنسان كيان يتكون من جسد وعقل وروح، وقد ذكر فرانكل بأن لدينا جسماً وعقلاً لكن الروح هي مانح عليه أو جوهرنا فقد أعطت هذه النظرية مكانة عالية للأبعاد الروحية على أنها أهم الأبعاد التي تسهم في صحة الإنسان النفسية؛ من هنا كان أسلوب التعامل مع الاضطرابات النفسية أو مشكلات المتعالم من خلال البحث عن معنى وهدف للحياة، وعندما يجد المتعالم معناً وهدفاً لحياته، فهو يستطيع تحمل المشقة والمعاناة، من هنا كان التعامل مع الإنسان بالجانب المعنوي فقط، فهو علاج روحي معنوي يساعد الفرد على مواجهة مشكلاته ذات الطبيعة الفلسفية أو الروحية، وبذلك قد يكون العلاج المعرفي السلوكي متعدد

الاستخدامات وأكثر شمولية من العلاج بالمعنى.. وقد يكون العلاج بالمعنى نهجاً تكميلياً للعلاج المعرفي السلوكي.

- إن العلاج المعرفي السلوكي يتميز بتنوع الفنيات المستخدمة من فنيات معرفية وأخرى سلوكية وانفعالية وكذلك سهولة تطبيقها بالنسبة للأمهات إذ إن الفنيات الإرشادية استخدمت الأسلوب التعليمي في المرحلة الأولى من البرنامج فكان لها دور في الوصول إلى أفكار الأمهات وأحاديثهن الذاتية وتعليمهن كيفية التعامل معها وتحديد مدى معقوليتها وتقدير المشاعر المرتبطة بها عن طريق تعريفهن بالأفكار اللاعقلانية والتشوهات المعرفية والحوارات الذاتية السلبية، إضافة إلى تعليمهن أسلوب الاسترخاء الذي يعد أسلوباً جديداً عليهن في التخلص من التوتر، إضافة إلى حثهن على استكشاف الأنشطة الممتعة لهن والعمل على تنفيذها أو زيادة معدل تنفيذها، أما بالنسبة للأفكار التي لم يستطعن تعديلها فكان تشييت الانتباه هو الأسلوب الملائم لتخفيف حدتها ريثما يتم التعامل معها بالطرق التي تعرفن عليها، والأهم من ذلك التفريغ الانفعالي التي شاركت فيه كل أم قصتها، في حين جلسات العلاج بالمعنى مخصصة بالضرورة إلى إكساب قيم وفلسفة العلاج بالمعنى أكثر من استخدام الفنيات (باترسون، ١٩٩٠، ٤٨٨)

- والملاحظة الأخيرة التي تود الباحثة إضافتها أنه في أثناء الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة لإعداد البرنامجين الإرشاديين، وجدت الباحثة دراسات متعددة عن فاعلية برامج معرفية سلوكية لخفض الضغوط النفسية للأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام وأطفال التوحد بشكل خاص، ولكنها لم تجد (في حدود علم الباحثة) دراسات عن فاعلية برامج العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية للأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا يعطي دليلاً على أن العلاج بالمعنى ربما بحاجة إلى إجراء دراسات وأبحاث لإثبات فاعليته لبعض المشكلات والحالات التي تتطلب فنيات وأساليب علاجية أكثر تنوعاً وإجرائية، فعلاج اللوجو يلفه الغموض ولم يعرض أو يطور بصورة منظمة لا على مستوى النظرية ولا على مستوى التكنيك، إلا أن له قيمة للطالب كمظهر لتطور الاهتمام بمظاهر الحياة التي لم تعتبر من قبل موضع اهتمام الأساليب الأخرى للإرشاد والعلاج النفسي (باترسون، ٤٨٩، ١٩٩٠).

ثانياً: مقترحات البحث:

على ضوء ما توصل له البحث الحالي من نتائج تقترح الباحثة ما يأتي:

- الاستفادة من البرنامجين الإرشاديين اللذين صممتها الباحثة، بناء على الأسس والفنيات التي تقوم عليها نظريتي العلاج بالمعنى والعلاج المعرفي السلوكي، من قبل العاملين في مجال المساعدات النفسية للتخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.
- تفعيل دور الإرشاد النفسي على نطاق أوسع في مراكز وجمعيات ذوي الاحتياجات الخاصة، إذ إنه من الضروري تقديم المساعدات النفسية للأمهات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لما له من أهمية في التخفيف من ضغوطهن النفسية وهذا ما أكدته عدد من الدراسات.

- إجراء المزيد من البحوث حول فاعلية برامج إرشادية قائمة على نظريات إرشادية أخرى غير العلاج بالمعنى والعلاج المعرفي السلوكي للتأكد من فاعليتها في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، كما أن إجراء مثل هذه البحوث تمكننا من المقارنة بين فاعلية العلاج بالمعنى والعلاج المعرفي السلوكي وغيرهما من العلاجات النفسية الأخرى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد لمعرفة أيها منها هو الأكثر فاعلية.
- إجراء المزيد من البحوث حول فاعلية برامج إرشادية أخرى قائمة على العلاج بالمعنى للتخفيف من المشكلات والضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال مصابين بإعاقات أخرى جسمية (حسية أو حركية) أو عقلية غير التوحد، للتأكد من فاعلية مقارنة مع برامج إرشادية أخرى (خاصة مع ندرة الدراسات والأبحاث التي تناولت العلاج بالمعنى).
- إجراء المزيد من البحوث حول فاعلية برامج إرشادية أخرى قائمة على العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالمعنى في تنمية بعض الجوانب الإيجابية في الشخصية لدى أمهات أطفال التوحد، مثل الثقة بالذات، الفعالية الذاتية، قوة الأنا، الرضا عن الحياة، الصلابة النفسية، القدرة على اتخاذ القرارات.
- العمل على بناء برنامج علاجي متكامل ومتعدد المستويات يستفيد من ميزات الأسلوبين معاً، أي يعتمد على العلاج المعرفي السلوكي ويأخذ من العلاج بالمعنى كمكمل علاجي.

+++++

An orange scroll-like background with rounded corners and a vertical strip on the left side. The text is centered on the scroll.

المراجع

المراجع العربية

المراجع الأجنبية

المراجع العربية:

- أدلر، ألفريد. (١٩٣١). معنى الحياة، (ترجمة عادل نجيب بشرى)، القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.
- ابراهيم، زكريا. (١٩٧١). مشكلة الحياة، القاهرة: دار مصر للطباعة.
- ابراهيم، عبد الستار. (١٩٩٤). العلاج النفسي المعرفي السلوكي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه، ط١، القاهرة: الهيئة المصرية للكتاب.
- ابراهيم، عبد الستار. (٢٠٠٩). العلاج النفسي الحديث قوة الإنسان، مكتبة مدبولي، القاهرة.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (٢٠١١). تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق، ط١، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أبو حبيب، نبيلة. (٢٠١٠). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
- أبو علام، رجا. (٢٠٠٤). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- أبو غزالة، سميرة. (٢٠٠٤). فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان، الأردن.
- أبو غزالة، سميرة. (٢٠٠٧). فعالية الإرشاد بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحسين المعنى الإيجابي للحياة لدى طلاب الجامعة، بحث مقدم إلى المؤتمر السنوي الرابع عشر، الإرشاد النفسي من أجل التنمية في ظل الجودة الشاملة: توجهات مستقبلية، القاهرة، جامعة عين شمس.
- أبو نجيلة، سفيان محمد. (٢٠٠٩). الصحة النفسية وقضايا المجتمع، مركز البحوث الإنسانية، مطبعة منصور، غزة.
- الأزييرجاوي، رحيم. (٢٠١٢). أثر الأسلوبين الإرشاديين (القصد العكسي وصرف التفكير) في خفض الإحباط الوجودي لدى طلبة المرحلة الإعدادية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المستنصرية، بغداد.
- إسماعيل، بشرى. (٢٠٠٤). ضغوط الحياة واضطرابات النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- آسيا، عقون. (٢٠١١). الضغط النفسي المهني وعلاقته باستجابة القلق لدى معلمي التربية الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر.
- الأطرش، شهلا. (٢٠٠٠). مصادر الضغوط النفسية واستراتيجيات التوافق لدى طلاب السنة الأولى والرابعة في الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

- باترسون، س. ه. (١٩٩٠). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، (ترجمة حامد عبد العزيز الفقي)، ج ٢، ط ٤، الكويت: دار القلم.
- بارلو، ديفد. (٢٠٠٤). مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، (ترجمة صفوت فرج)، القاهرة: الأنجلو المصرية للنشر والتوزيع.
- باشا، ياسمين. (٢٠١٥). فاعلية الارشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي دراسة حالة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة يحيى فارس، المدينة.
- بانيس، جون. (٢٠٠٢). أسس التعامل والأخلاق للقرن الحادي والعشرون، (ترجمة أحمد رمو)، دمشق: دار علاء الدين.
- بالمر، كورين. (٢٠٠٨). العلاج المعرفي السلوكي المختصر، (ترجمة محمود مصطفى)، القاهرة: دار ايتراك.
- البطانية، أسامة. (٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادي، ط ١، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بطرس، بطرس حافظ. (٢٠٠٨). المشكلات النفسية وعلاجها، ط ١، عمان: دار المسيرة.
- البقمي، عبد الله. (٢٠١٤). فاعلية العلاج بالمعنى في خفض حدة الاكتئاب لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف (دراسة إكلينيكية)، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة .
- بلحسيني، وردة. (٢٠١٤). اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي، عمان، الأردن: دار الشروق.
- بن جابر، البندري. (٢٠٠٨). فاعلية برنامج ارشادي في خفض الضغوط لدى امهات الاطفال التوحديين في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، الاردن.
- بوعلو، الأزرق. (١٩٩٣). الإنسان والقلق، القاهرة: دار سينا للنشر.
- بيرغ، ناتالي. (٢٠٠٤). أسرار السيطرة على الضغوط الحياتية، (ترجمة مركز التعريب والبرمجة)، بيروت: الدار العربية للعلوم.
- بيك، آرون. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، (ترجمة عادل مصطفى)، القاهرة: دار الآفاق العربية.
- بيك، جوديث. (٢٠٠٧). العلاج المعرفي السلوكي الأسس والأبعاد، (ترجمة طلعت مطر)، القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- بيومي، لمياء عبد الحميد. (٢٠٠٣). الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين وعلاقتها بالاتجاهات الوالدية نحو الطفل المعاق، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة قناة السويس، مصر.
- التميمي، محمود كاظم. (٢٠١٣). الصحة النفسية- مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية، ط ١، عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

- جبالي، صباح. (٢٠١٢). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.
- جمول، سهى. (٢٠٠١). فاعلية العلاج بالمعنى لتحسين جودة الحياة الأسرية وأثرها على مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية البصرية بسوريا، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد البحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- حداد، عفاف شكرو أبو سليمان، بهجت. (٢٠٠٣). فاعلية برنامج جمعي في التدريب على الضيق الذاتي في خفض الضغط النفسي لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية، مجلة العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، ٢٩(٣)، ٧٧-٨٠.
- حسن، طه. (٢٠٠٦). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، عمان، الاردن: دار الثقافة للنشر.
- حسين، طه عبد العظيم. (٢٠٠٤). الإرشاد النفسي، ط١، عمان: دار الفكر.
- الحفني، عبد المنعم. (١٩٩٩). موسوعة الطب النفسي، الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً، المجلد الثاني، ط٢. القاهرة: مكتبة مديولي.
- الحلبي، قتيبة، واليحيى، فهد. (١٩٩٥). العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الشركة الإعلامية للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- حمدي، نزيه، أبوطالب، صابر. (١٩٩٨). الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان.
- حنفي، علي. (٢٠٠٧). العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دار العلم للنشر، مصر.
- الحواجري، عبد الله. (٢٠٠٤). العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- خطاب، محمد أحمد. (٢٠٠٩). سيكولوجية الطفل التوحدي، ط١، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال. (٢٠٠١). تعديل السلوك الإنساني، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ط٤، الكويت.
- الخميسي، السيد سعد. (٢٠١١). الضغوط الأسرية كما يدركها أباء وأمهات الأطفال والمراهقين التوحديين، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد ٢٧، الجزء ١، مايو.
- الخولي، وليم. (١٩٧٦). الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي، الطبعة الأولى، القاهرة: دار المعارف.
- دائرة الصحة والخدمات الطبية. (٢٠٠٢). الضغوط النفسية
- <http://www.dohms.gov.ae/ar.portal?DohmsGetsickArticle-000150>
- دبابيش، علي. (٢٠١١). فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، فلسطين.

- دبور، عبد اللطيف، صافي، عبد الحكيم. (٢٠٠٧). الإرشاد المدرسي بين النظرية والتطبيق، ط١، عمان، الاردن: دار الفكر.
- دخان، نبيل، الحجار، بشير. (٢٠٠٦). الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الرابعة عشر، العدد الثاني.
- الدريعي، سامي. (١٩٩٧). الفروق بين مرضى داء السكري والأصحاء في الاستجابة لضغوط الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
- دعنا، وفاء. (١٩٩٤). الضغط النفسي عند المرشدين في المدارس التابعة لوزارة التعليم في الاردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان.
- الدهيمات، يحيى. (٢٠٠٨). مستويات الضغط النفسي لدى اسر الاطفال المعاقين سمعياً وفاعلية برنامج ارشادي مقترح لخفضها في مدينة عمان، رسالة دكتوراة غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان، الاردن
- دوركم، أنيسة. (٢٠٠٧). احتياجات أولياء أمور المعوقين دراسة على عينة يمنية، دراسات العلوم التربوية، ٣٤(١)، ٨٤-٥٧
- الديب، عبير عرفه. (٢٠١٦). الضغوط النفسية واحتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والعلاقة بينهما، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمارات العربية المتحدة، كلية التربية، قسم التربية الخاصة.
- رجال، درغام؛ سليمان، نبيل؛ زحلق، مها؛ أبو فخر، غسان. (٢٠٠٧). التربية الخاصة بالطفل، منشورات جامعة دمشق.
- رجال، مايو. (٢٠١٧). العلاج النفسي (١)، منشورات كلية التربية، مديرية المطبوعات والكتب، جامعة البعث، سورية.
- رسلان، صفاء محمد. (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى السكري في مدينة حمص، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة البعث.
- رشوان، عبد المنصف القرني ، محمد. (٢٠٠٤). المداخل العلاجية المعاصرة للعمل مع الأفراد والأسر، ط١، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.
- الرشدي، هارون. (١٩٩٩). الضغوط النفسية طبيعتها-نظرياتها - برنامج لمساعدة الذات في علاجه، ط١، القاهرة : مكتلة الأنجلو المصرية.
- روجرز، كارل. (٢٠٠٩). أن تصير إنساناً العلاج بالتحليل النفسي من وجهة نظر المعالج، (ترجمة أسامة القفاش)، القاهرة: مكتبة دار الحكمة.
- ريشان، حامد؛ معامس، منتظر. (٢٠١٧). أثر أسلوب القصد المعاكس في خفض القلق الوجودي لدى عينة من المسنين المقيمين في دور الدولة، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل، العراق، المجلد الخامس، العدد الثاني.

- الزراد، فيصل محمد خير؛ يحيى، علي محمد. (١٩٨٦). الإحصاء النفسي والتربوي مبادئ الإحصاء والإحصاء المتقدم، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- الزراد، فيصل محمد خير. (٢٠٠٠)، الأمراض النفسية – جسدية (أمراض العصر)، الطبعة الأولى، بيروت: دار النفائس.
- الزريقات، ابراهيم. (٢٠٠٤). التوحد الخصائص والعلاج، عمان: دار وائل.
- زهران، حامد. (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسي، ط٢، القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، سناء حامد. (٢٠٠٤). إرشاد الصحة النفسية، ط١، القاهرة، مصر: عالم الكتب للنشر والطباعة.
- زيدان، عصام محمد. (٢٠٠٤). الإنهاك النفسي لدى آباء و أمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية، مجلة البحوث النفسية، العدد(١)، كلية التربية، جامعة المنوفية، مصر.
- زيزي، ابراهيم. (٢٠٠٦). العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب أسسه النظرية وتطبيقاته العلمية، القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر، مصر.
- الزيناتي، اعتماد يعقوب محمد. (٢٠٠٣). أنماط الشخصية الصبورة وعلاقتها بالضغط النفسية لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- ستيورات، جاك. (١٩٩٦). إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، (ترجمة عبد الصمد الاغبري وفريدة آل مشرف)، جامعة الملك سعود، الرياض.
- سخسوخ، حسان. (٢٠١٤). فعالية برنامج إرشاد مصغر للتعامل مع بعض المشكلات النفسية لدى طلاب الجامعة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم النفسية والاجتماعية، جامعة سطيف، الجزائر.
- السرطاوي، زيدان؛ الشخص، عبد العزيز. (١٩٩٨). الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لأولياء أمور المعوقين، العين، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- سرقاني، سامية. (٢٠١٧). الإحباط الوجودي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والبحث العلمي، الجزائر.
- سعود، أسماء. (٢٠١٥). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، فلسطين.
- السقطي، نادية. (٢٠٠٨). التوحد اللغز الذي حير الأطباء، مجلة التخصصي، العدد٩، الرياض، السعودية للنشر المتخصص.
- السلامة، ربيع شكري. (٢٠٠٥). التوحد اللغز الذي حير العلماء والأطباء، القاهرة: دار النهار
- سليمان، عبد الرحمن. (٢٠٠٠). الذاتية إعاقاة التوحد عند الأطفال، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

- سليمان، عبد الرحمن. (٢٠٠١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، المجلد ١، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- سليمان، عبد الرحمن وآخرون. (٢٠٠٢). دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- سنكلير، مايكل. (٢٠١٩). مختصر العلاج المعرفي السلوكي، (ترجمة سامي صالح العرجان)، دار الفكر.
- السهلي، عبد الله. (٢٠٠٩). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى وغير المرضى المترددين على مشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
- السيد ماضي، أم كلثوم. (٢٠٠٦). مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم الذاتويين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- السيد، عبيد ماجدة. (٢٠٠٨). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الشامي، وفاء. (٢٠٠٤). سمات التوحد، ط١، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- شحاتة، ربيع. (٢٠١١). معجم المصطلحات التربوية والنفسية، ط١، مصر: الدار المصرية اللبنانية.
- الشريف، ليلي. (٢٠٠٣). أساليب مواجهة الضغوط النفسية وعلاقته بنمطي الشخصية (أ- ب) لدى أطباء الجراحة القلبية والعصبية العامة، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية.
- شقير، زيني. (٢٠٠٢). مقياس المواقف الضاغطة، ط٢، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- الشلبي، محمد. (٢٠٠١). مقدمة في علم النفس المعرفي، القاهرة: دار غريب.
- الشمري، محمد. (٢٠١٤). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوماتية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية العلوم الاجتماعية والإدارية.
- الشناوي، محمد محروس. (١٩٩٠). الإرشاد النفسي والتوجيه المهني، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- الشناوي، محمد محروس. (١٩٩٥). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة: دار غريب للطباعة.
- الشناوي، محمد محروس. (١٩٩٦). العملية الإرشادية، الجزء الأول، ط١، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشناوي، محمد محروس؛ عبد الرحمن، محمد السيد. (١٩٩٨). العلاج السلوكي الحديث (أسسه وتطبيقاته)، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- شنوفي، نورة. (٢٠١٣). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي دراسة عيادية لخمس حالات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، الجزائر

- الشهري، يزيد. (٢٠١٠). بناء برنامج علاجي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس مدى فاعليته، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية قسم العلوم الاجتماعية، الرياض، السعودية.
- الشيخ، عبد السلام. (٢٠٠٣). علم النفس الاكلينيكي، القاهرة: دار المسيرة للنشر والتوزيع، مصر.
- شيخاني، سمير. (٢٠٠٣). الضغط النفسي: طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية، بيروت: دار الفكر العربي.
- صباح، جبالي. (٢٠١٢). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.
- الصبان، عبير. (٢٠٠٣). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكيوباتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
- صفهان، ناصر. (٢٠٠٥). تقييم فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
- الضبع، فتحي. (٢٠٠٦). فعالية العلاج بالمعنى في تحقيق أزمة الهوية وتحقيق المعنى الإيجابي للحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة سوهاج، مصر.
- الضريبي، عبد الله. (٢٠١٢). أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، دراسة ميدانية على عينة من العاملين بمصنع زجاج القدم بدمشق، مجلة جامعة دمشق، المجلد ٢٦، العدد الرابع.
- ضمرة، جلال وآخرون. (٢٠٠٧). تعديل السلوك، ط١، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.
- طاهر، شربو؛ الأميري، أحمد. (٢٠٠٣). فعالية برنامج إرشادي في مواجهة الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية في تعز، مجلة كلية التربية، الجامعة المستنصرية، كلية التربية، العدد (١)، بغداد.
- الطريري، عبد الرحمن. (١٩٩٤). الضغط النفسي مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه، ط١، القاهرة: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- طه، فرج عبد القادر. (٢٠١١). علم النفس الصناعي والتنظيمي، القاهرة: دار قباء.
- الظاهر، قحطان أحمد. (٢٠٠٩). التوحد، ط١، عمان: داروائل للنشر والتوزيع.
- العارضة معاذ. (١٩٩٨). استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس الحكومية في محافظة نابلس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.

- عبد الحليم، أشرف. (٢٠١٠). قلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة والضغط النفسية لدى عينة من الشباب، بحث مقدم إلى المؤتمر السنوي الخامس عشر، القاهرة، جامعة عين شمس.
- عبد العزيز، مفتاح محمد. (٢٠٠١). علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة، القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع، مصر.
- عبد الغفار، سهام. (١٩٩٩). فاعلية برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، مصر.
- عبد القادر، نادية. (١٩٩٧). الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- عبد القادر، نادية إبراهيم. (٢٠٠٢). فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- عبد الله، عادل. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.
- عبد الله، محمد قاسم. (٢٠١٢). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ط١، عمان: دار الفكر، الأردن.
- عبد المعطي، حسن مصطفى. (٢٠٠٦). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عثمان، فاروق السيد. (٢٠٠١). القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي.
- العدوان، فاطمة. (٢٠١٤). فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ١١(١)، ٢٠٣-٢٣٣.
- عز الدين، رازان. (٢٠٠٨). فاعلية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة المودعين لدى المؤسسات الإيوائية في الجمهورية العربية السورية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية.
- عز الدين، رازان. (٢٠١٩). الصحة النفسية لدى طفل الروضة، مديرية الكتب والمطبوعات، جامعة البعث.
- العزة، سعيد حسني. (٢٠٠٠). الإرشاد الأسري، ط١، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- العزيز، أحمد؛ أبو أسعد، أحمد. (٢٠٠٩). التعامل مع الضغوط النفسية، ط١، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- العساف، صالح. (٢٠٠٦). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، ط٤، الرياض: مكتبة العبيكان.
- عسكر، علي. (٢٠٠٠). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الطبعة الثانية، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

- عصفور، غدي. (٢٠١٢). الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان، عمان.
- عطا الله، محمد. (٢٠٢١). العلاج المعرفي السلوكي، القاهرة: دار الفكر العربي.
- عفاف، عبد الله. (٢٠٠٢). مدى ممارسة المرشد النفسي لفنيات المقابلة الإرشادية من وجهة نظر المسترشدين، مجلة أبحاث اليرموك، جامعة اليرموك، ٤٣ (١)، ٥٤ - ٦٠.
- علوي، اسماعيل؛ زغبوش، بنعيسى. (٢٠٠٩). العلاج النفسي المعرفي مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية والتخفيف من المعاناة النفسية، إربد، الأردن: عالم الكتب الحديث.
- علي، علي اسماعيل. (١٩٩٥). العلاج القصير في خدمة الفرد والتدخل في مواقف الأزمات، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- علي، محمد؛ مصطفى، علي. (٢٠١١). العلاج النفسي المعرفي السلوكي الحديث، ط١، الرياض: دار الزهراء.
- علي، وليد محمد. (٢٠١٥). التوحد المفهوم وطرق العلاج، الكويت: المكتبة الالكترونية.
- عليوات، محمد. (٢٠٠٧). الأطفال التوحديين، عمان: دار الباروزي العلمية للنشر.
- عمار، نشوان. (٢٠٠٧). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ- ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفيوم، مصر.
- عمارة، ماجد. (٢٠٠٥). إعاقة التوحديين التشخيص الفارقي، مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- العمري، صالح. (٢٠١١). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق لدى تلاميذ الأيتام بالطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
- العنزي، أمل. (٢٠٠٥). أساليب مواجهة الضغوط عند الصغيرات والمصابات بالاضطرابات النفسية السيكوسوماتية، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودية.
- العوادة، سونيا. (٢٠١٧). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لأمهات الاطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة خليل، غزة.
- عويس، بسمة. (٢٠١٢). فعالية الارشاد بالمعنى في تخفيف الضغوط النفسية لدى المراهقات الكفيفات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بقنا، مصر.
- العيسوي، عبد الرحمن محمد. (٢٠٠١). مجالات الارشاد والعلاج النفسي، بيروت: دار الراتب الجامعية.
- الغديان، سليمان. (٢٠١٠). الأفكار والمشاعر والسيطرة على حالاتك المزاجية وعلى حياتك- دليل عملي لتقنيات العلاج السلوكي المعرفي، تأليف د. ماثيو ماكاي، د. فارثا ديفير، د. باتريك فانينج، مكتبة حرير، ط١، الرياض، السعودية.

- فاضل، ريماء. (٢٠١٤). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات التواصل لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- فايد، حسين. (٢٠٠٥). العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته، القاهرة، مصر: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- فراج، عثمان. (٢٠٠٢). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة أعراضها تصنيفها تشخيصها أسبابها التدخل العلاجي، المجلس العربي للطفولة، القاهرة.
- فرانكل، فيكتور. (١٩٨٢). الإنسان يبحث عن المعنى مقدمة في العلاج بالمعنى - التسامي بالنفس، (ترجمة طلعت منصور)، ط١، الكويت: دار القلم للنشر.
- فرانكل، فيكتور. (٢٠٠٤). إرادة المعنى، أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى، (ترجمة إيمان فوزي)، ط٣، القاهرة: دار زهراء الشرق.
- الفرماوي، حمدي، عبد الله، رضا. (٢٠٠٩). الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، ط١، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- فوزي، سعيد، إيمان. (١٩٩٢). دراسة نقدية للأسس النظرية للعلاج الوجودي، رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، جامعة عين شمس، مصر.
- قاسم، جمال. (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن.
- قبالي، يحيى. (٢٠٠٤). الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال التوحديين، ط١، عمان: الطريق للنشر والتوزيع.
- القحطاني، عبد الله بن محمد. (٢٠٠٤). مستويات الاحتراق النفسي والقلق والضغط النفسي لدى مديري المدارس الثانوية في القطاعين الحكومي والخاص في محافظة عمان الكبرى، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.
- قدسي، دانية. (٢٠٠٥). فاعلية برنامج في تنمية أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر.
- قراقيش، صفاء. (٢٠٠٩). الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد التاسع، ٢٠٩ - ٢١٤.
- القريوتي، إبراهيم. (٢٠٠٨). تقبل الامهات الاردنيات لأبنائهن المعاقين، المجلة الاردنية في العلوم التربوية، الاردن المجلد ٤، عدد ٣.
- القلا، فخر الدين. (٢٠٠٧). سيكولوجية ذوي الإعاقة، الطبعة الأولى، عمان: دار المسيرة للنشر.
- كاظم، علي. (٢٠١٠). السيطرة على الضغوط النفسية، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، ط١، الدار العربية، بيروت.
- كامل، محمد علي. (٢٠٠٣). الأوتيزم والإعاقة الغامضة بين المفهوم والعلاج، مركز الاسكندرية، مصر.
- كامل، عبد الوهاب. (٢٠١٠). التعلم العلاجي، مصر، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- الكنانى، لينا. (٢٠١٢). الفراغ الوجودي وعلاقته بمعنى الألم لدى أمهات أطفال التوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الآداب في الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق.
- كورين، بيرني؛ رودل، بيتر؛ بالمر، ستيفن. (٢٠٠٨). العلاج المعرفي السلوكي المختصر، (ترجمة محمود مصطفى)، القاهرة، مصر: إيتراك للنشر والطباعة.
- كي أم، منير وآخرون. (٢٠١٩). التوحد: إطار عالمي للعمل، الدوحة، قطر، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية ٢٠١٩.
- كينان، كيت. (١٩٩٩). السيطرة على الضغوطات النفسية، (ترجمة مركز التعريب والبرمجة)، الطبعة الأولى، الدار العربية، بيروت.
- ليهي، روبرت. (٢٠٠٦). العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، (ترجمة جمعة يوسف)، القاهرة: دار إيتراك.
- ليهي، روبرت. (٢٠٢٠). فنيات العلاج المعرفي دليل الممارسين، ترجمة تيسير الياس وأحمد اسماعيل وسامي العرجان، عمان: دار الفكر.
- ماضي، أم كلثوم عطية. (٢٠٠٦). فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم نحو أبنائهم الذاتويين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ماي، رولو؛ وارفين، بالوم. (١٩٩٩). مدخل إلى العلاج النفسي الوجودي، (ترجمة عادل مصطفى)، بيروت: دار النهضة للطباعة والنشر.
- مجلي، شايع. (٢٠١١). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية التربية بصعدة، جامعة عمران، مجلة جامعة دمشق، المجلد ٢٧، الملحق.
- المحارب، ناصر ابراهيم (٢٠٠٠). المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، الرياض: دار الزهراء، المملكة العربية السعودية.
- مجيد، سوسن. (٢٠١٠). التوحد أسبابه- خصائصه- تشخيصه- علاجه، الطبعة الثانية، عمان: دار ديبونو للنشر والتوزيع .
- محبوب، حنان. (٢٠١٢). فاعلية العلاج بالمعنى في تنمية الصلابة النفسية والإحساس بجودة الحياة لدى عينة من المراهقات الكفيفات بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى .
- محروس، محمد. (١٩٩٧). العلاج السلوكي الحديث، القاهرة: دار فحاء للطباعة والنشر.
- محمد، خطيب. (٢٠٠٠). التوجيه والإرشاد النفسي، مطبعة مقداد، غزة، فلسطين.
- محمد، عادل. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، ط١، القاهرة: دار الإرشاد.
- محمد، سيد عبد العظيم. (٢٠٠٦). فعالية التحليل بالمعنى في علاج خواء المعنى وفقدان الهدف من الحياة لدى عينة من طلاب جامعة الإمارات العربية، بحث مقدم إلى المؤتمر المستوي الثاني عشر، القاهرة، جامعة عين شمس، مصر.

- محمد، مريم. (٢٠١٢). مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القلب، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي ورباح، الجزائر.
- محمد ، سيد عبد العظيم؛ معوض، محمد. (٢٠١٢). العلاج بالمعنى: النظرية، التقنيات، التطبيق، القاهرة: دار الفكر العربي.
- محمد، نور جبار. (٢٠١٤). الفراغ الوجودي وتجاوز الذات وعلاقتها بالتصورات المستقبلية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نيالي، جمهورية العراق.
- محمود، سمر صلاح. (٢٠١٠). فاعلية برنامج ارشادي بالمعنى لتنمية مهارات التعامل مع الضغوط لدى عينة من المعلمات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
- مدانات ، منار. (٢٠٠٨). برنامج ارشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية وزيادة الوعي بالحاجات لدى امهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغي في الاردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان، الاردن
- مريم، رجاء. (٢٠٠٦). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
- مسعودي، رضا. (٢٠١٠). بناء برنامج معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى المعلمين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
- مصطفى، جيهان. (٢٠١٥). التوحد، مجلة الابتسامة، لبنان، العدد ٢٨.
- مظلوم، وفاء. (٢٠٠٩). برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات وأثر ذلك على توافق أطفالهن ضعاف السمع، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- معالي ،ابراهيم. (٢٠٠٣). أثر التحصين ضد التوتر والتدريب على حل المشكلات في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الامهات ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية ، الاردن
- المعايطه، خليل. (٢٠٠٦). فاعلية برنامج ارشاد جمعي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى اخوة واخوات الأطفال ذوي الاعاقة العقلية الشديدة وتغيير اتجاهاتهم نحوها، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية ،الاردن
- المعبود، نجلاء. (٢٠١٢). فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى في تنمية مهارات الضغوط النفسية لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ملحم، سامي. (٢٠٠٧). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الأردن: دار المسيرة.
- ملحم، سامية. (٢٠١٤). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفكير الإيجابي لدى أمهات أطفال التوحد، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
- ملكية، لويس. (١٩٩٠). العلاج السلوكي والتعديل السلوكي، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

- منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠). التقرير العالمي حول الاعاقة ،
- <http://www.who.int.disabilities.world-report.2020.ar>
- موسى، محمد. (٢٠١٣). **فلسفة التربية**، جامعة البعث: مديرية الكتب والمطبوعات.
- موسى، رشاد والدسوقي، مديحة. (٢٠١٣). **علم النفس العلاجي**، ط١، القاهرة: عالم الكتب.
- الموصلي، وداد. (٢٠٠٧). **الصحة النفسية**، عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- المومني، فواز؛ عمارين، سلام. (٢٠١٦). **الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديموغرافية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية**، مجلد ١٢، عدد ٣، الأردن.
- المير، عبد الرحيم بن علي. (١٩٩٥). **العلاقة بين ضغوط العمل وبين الولاء التنظيمي والأداء والرضا الوظيفي والصفات الشخصية، الإدارة العامة**، المجلد (٣٥)، العدد (٢).
- نصر، سهى. (٢٠٠٢). **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، التشخيص، البرامج العلاجية**، عمان، دار الفكر.
- النمر، أسعد. (١٩٩٥). **سيكولوجية الضغط النفسي**، الدمام: دار الجديدة للطباعة والنشر، المملكة العربية السعودية.
- نواسية، فاطمة. (٢٠١٣). **الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة**، ط١، عمان، الأردن: دار المناهج.
- نورة، أنهيتي. (٢٠١٤). **استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى عمال الصحة المصابين بداء السكري دراسة عيادية لخمس حالات**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة أكلي مجمد أولحاج، الجزائر.
- الهادي، فوزي محمد. (٢٠٠٥). **الضغوط الأسرية من منظور الخدمة الاجتماعية**، مصر: دار القاهرة .
- هوفمان، اس جي. (٢٠١٢). **العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية**، (ترجمة مراد علي عيسى)، القاهرة: دار الفجر.
- هاشيم، طاوس. (٢٠١١). **التكفل النفسي بالنساء ضحايا العنف الزوجي المصابات باضطراب الضغط مابعد الصدمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم النفسية والاجتماعية، جامعة مولود معمري، الجزائر.
- ويلكنسون، غريغ. (٢٠١٣). **الضغط النفسي**، (ترجمة زينب منعم)، ط١، الرياض: دار المؤلف.
- يحيى، خولة أحمد. (٢٠٠١). **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، ط١، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

- يحيى،خولة. (٢٠٠٨). ارشاد اسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الثانية، دار الفكر، عمان
- يوسف، جمعة. (٢٠٠٧). إدارة الضغوط، مشروع الطرق المؤدية إلى التعليم العالي، ط١، القاهرة: دار الكتب المصرية، مصر.

المراجع الأجنبية:

- Adams, J.(2005). An Instructional Guide For Reducing The Stress Of Hearing Parents Of Hearing Impaired Children, **American annals of the deaf**, Vol (12), No(3).
- Antle,B; Mills,W; Steele,C; Kalnins,I; and Rossen,B .(2007). An exploratory study of parents approaches to health promotion in families of adolescents with physical disabilities, *Health and Social Work*, 34(2), 185-193
- Antle,B; Montgomery,G; and Stapleford,c .(2009).**The many layers of social support: capturing the voices of young people with spine bifida and their parents**, *Health and Social Work*,34(2),97-106
- Albert,G .(2016). **Group Interventions for Children with Autism Spectrum Disorders**, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Alzaeem, A; Sulauman, A & Gillani, S. (2010). Assessment of the validity and reliability foe a newly developed stress in academic life scale (SALS) for pharmacy under graduates, *international journal of collaborative Rese*, 3 (1).
- Andreasen, Arno Steen. (1998). **Logo therapy and Spirituality. A course in Viktor Frankls Logo therapy**, England: World Shapers Academy.
- Asagba, R & Marshall, M. (2016). The use of Logo the rapeutic Techniques in the Identification and Intervention Stages of Treatment with person with Substance Use Disorder, *An International Multi- Disciplinary Journal*, 10 (42).

- Barlow, H.(2002). **Anxiety and its Disorders "The Nature and Treatment of Anxiety and Panic"**,(Second Edition), New York, London: The Guilford Press.
- Bandura, A. (1974). **Behavior theory and models of man**, American Psychologist , 29, 859- 869.
- Beck, A. etal. (1979). **Cognitive therapy of depression**, New York, The Guilford press.
- Biklen, D. (2002). Communication Unbound: Autism And Proxis, **Harvard Educational Review**, Vol, (60), P 10-20.
- Carios, L. (2013). The Ultimate Meaning of Viktor Frankl: A Demonstration project in partial fulfillment of Requirements for the Diplomate educator, A, dminstrator Cresential.
- Carter, S & Davis, N. (2008). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics, **Journal of Autism Developmental Disorder** (2008) 38, 127-129
- Charles, E. (2009). **Stress Managemant**: Acomprehensive guide to wellness Houston biobehavioral publishers,Inc.
- Cofer, C; & Apply, M. (1984). Motivation Theory and Research, New York, Johuiley & Sons.
- Costelio, S. (2016). The Spirit of Logo therapy, **Journal of Religions**, 7 (3).
- Cox, D. (2011). Cognitive behavioral therapy with older adults, **BCMEDICAL JOURNAL**, 53(7), 384- 352.
- Crumbaugh, J, C. (1988). **Everything to Gain: A guide to self-fulfillment through Logo analysis**, California Institute of Logo therapy press.
- Cully, J & Teten, A.(2008). **A Therapists Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy**, Houston: MIRECC.
- Das, A. (1998). Frankl and the Realm of Meaning, **Journal of Humanistic Education & Development**, 36 (4).

- Delongis, A. (2008). **Possible Relation Among Congenital Blindness, Autistic Features and Maternal Interaction Style**, American Journal of Psychiatry, Vol. (121), p. 114- 141.
- Deville, J, R. (2010). **Your Search for A Meaningful Life, Logo theraoy and Lifw**, USA: Deville Logo therapy Learning Center
- Dewitz, J. (2004). **Exploring the Relationship between self- efficacy beliefs and Purpose in Life**, Doctoral dissertation, the Graduate School, The one State University.
- DSM- 5. (2013). Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, Fifth Edition: American psychiatric.
- Duarte, C; Bordin, I; yazigi, L; Mooney, j. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism, **Autism journal**, vol, 9 no, 4, p 416-427
- DuBois, James, M.(1993). Eclecticism, Evidence, and Logo therapy: a Study on the foundation of Human psychology with Special Reference to the Contributions of Viktor frankl, **The International Journal, Logotherapy Existential Analysis**, 1(2), 1-94.
- Dugas, J; Michel & Robichaud, Melisa. (2007). **Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder Form Science to Practice**, New York: Routledge.
- Elbahnasawy, H & Girgis, N. (2011). Counseling for Mothers to Cope with their Autistic Children, **journal of American Science**, 2011, 7(7).
- Estes, A; Munson, J; Dawson, G; Koehler, E. (2009). Parenting Stress and Psychological Functioning Among Mothers of Preschool Children with Autism and Developmental Delay, **Journal of Autism**, vol 13, no p.375- 387.
- Eysenk, H. (2000). Cognitive Therapy, American Psychologist, 4(6), 368- 375.
- Fabry, D; Perry, P. (2014) Core concepts in positive psychology &Logotherapy, Principles and practice, transformative publication Manchester.
- Faller, G. (2000). Psychology Versus Religion, Journal of Pastoral Counseling, 36 (1).

- Fatemi, H, S & Clayton, P, J.(2008). **The Medical basis of Psychiatry** (3 ed). New York: Humana Press.
- Feldman,R. (2009). **Adjustment Applying Psychology In Acomplex Word** , McGrow- Hill, Newyork.
- Folkman, S. (2004). Control Stress And Coping Processes, A Theoretical analysis, **Journal of personality and social psychology**, Vol(46),No(4).
- Frankl, Viktor, E. (1962). **Mans Search for Meaning: An Introduction to logotherapy**, a revised and enlarged of From Death Camp to Existentialism, New York: Simon and Schuster.
- Frankl, viktor, E.(1967). **Psychotherapy and Existentialism, Selected Papers on Logotherapy**, Washington: Square Press.
- Frankl, Viktor, E. (1973). **The Doctor the Soul**, New York: Vintage Books.
- Frankl, V, E. (1975). Psychotherapy and Existentialism, NewYork, Washington Square press.
- Frankl, V, E. (1978). The unheard cry for meaning, London, Hodder & Toughen.
- Frankl, Viktor, E. (1984). **The unheard cry for Meaning: psychotherapy and Humanism**, Washington: Square Press.
- Frankl, V. (1986). The Doctor and Saul; From Psychotherapy to Logo therapy, Revised and expanded edition, New York; Vintage Books.
- Frankl, V. (1992). The will to meaning foundations and application of logo therapy, New York, New American Library.
- Frazier, P & Steger, M. (2005). Meaning life one link in the chain from religiousness to Morris, P; Richler, J, (2012), Effect size Estimates; Current Use, Calculation and Interpretation, Journal of Experimental Psychology, 141 (1).
- Gallant, M. Christina. (2001). **Existential expeditions Religious Orientations and personal meaning Graduate**, Unpublished master dissertation, psychology program published thesis.

- Gilbert, N & Morawski, C. (2005). Stress coping for Elementary school children; A case for Including lifestyle, *The Journal of Individual Psychology*, 61 (1).
- Glass, A& Shea, M. (1986). **Cognitive therapy and pharmacological treatments for shyness and social Anxiety**, In W. H. yens, Michael, S. R. Briggs and treatment, New York.
- Greenstein, M & Breibart, W. (2000). cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with Cancer, **American Journal of Psychotherapy**, 54 (1)
- Gray. DE.(2006). Coping over time: the parents of children with autism, **Journal of Intellectual Disability Research**, Vol (50), Issue(12), p(970- 976).
- Hall,H.(2008). **The relationship Among Adaptive Behaviors of Children with Autism Spectrum Disorder, Their Family Support Networks parental stress, And Parental Coping**, Dissertatio, The University of Tennessee, Health science Center.
- Heavilin, B. (2004). The Existential Vacuum and Ethan Allen Hawley, John Steinbeck Moral philosophy, *The Steinbeck Review*, 2 (1).
- Henrion, R. (2002). Alcohol Use disorders; alcohol dependence, *The International Forum Logo therapy*, 2 (25).
- Hutzell, R & Jerkins, M. (1990). The use of logo therapy technique in the treatment of multiple personality disorder, *Journal of Dissociation*, 3 (1).
- Ivtzan, Itai; Chan, C,. L; Gardner, H. E &Prashar, k. (2011). Linking Religion and Spirituality with Psychological well- being: Examining Self- actualization, Meaning in Life, and Personal Growth Initiative. **Journal of Religion and Health**, 48(1), 13- 30.
- Kahn, H &Cooper, L. (2013). **Stress in the Room: High Performers Pressure**, London. Routledge.
- Kazdin, E. (2000). **Encyclopedia of Psychology "Volume 8"**. USA: APA.
- Kimble, M. (2001). Logo therapy as a means to overcome the crises of Meaning Associated with Dependency and loss of Autonomy in Relation to Aging. A Graduate Research Paper Submitted in Partial

- Requirement for The course “Aging and the search for Meaning, published by the Haworth press.
- Kiser, Scott.(2004). An Existential Case Study of Madness: Encounters with Divine Affliction, **Journal of Humanistic Psychology**, 44(4), 431-454.
 - Laidlaw, K; Thompson, L, W; Siskin, L & Thompson, D. (2003). **Cognitive behavior therapy with older people**, England: John Wiley & Sons Ltd.
 - Langle, A ; Orgler. (2003). The Existence Scale, **European Psychotherapy**, 4(1).
 - Lantz, J & Harper, K. (1998). Victor Frankl and Interactional group therapy, **Journal of Religion and Health**, 37 (1).
 - Laux, I; Vossell, G. (2012). **The Theoretical And Methodological Issues In Achievement Related Stress And Anxiety Research**, Hemisphere publishing corporation.
 - Lazarus, R.(1984). stress Appraisal and coping, New York springer publishing, p 178.
 - Lazarus, R, S. (2003). **Psychological Stress and Emotional**; A history of changing outlooks, New York: John Wiley & Sons, Inc.
 - Lazarus, S. (2006). **Adjustment And Personality**. Mc &Now Hill, Newyork.
 - Leats, C, Stolar, W. (1993). **Career Success Personal Stress**, McGraw-Hill, Inc, Library of Congress Cataloging In publication Data.
 - Lewis, M. (2011). An overview of Viktor Frank’s Logo therapy and Existential Analysis, copyright by Defiant Power Solutions, www.defiantpower.com
 - Long, B. (2008). Work-Related Stress And Coping Strategies of Professional Woman, **Journal of Employment Counseling**, Vol(25), No(1).
 - Lukas, Elisabeth. (1986). The meaning in suffering: Comfort in crisis through logotherapy (translated from the German by Josef B. Fabry, Berkeley), institute of logotherapy press.

- Lukas, E & Hirsch, B. (2002). **Logo therapy** In Kaslow, W, (Ed) comprehensive handbook of psychotherapy, New Youl: John Wiley & Sons, Inc.
- Magaya, L; Asner, K; Schreiber, B. (2005). Stress and coping strategies among Zimbabwean adolescents, **British Journal of Educational psychology**, 75 (2).
- Marseglia, A; Whisstock, C; Fratiglioni, L & Maggi, S. (2014). Cognitive functioning among patients with diabetic foot, **Journal of Diabetes and its complications**, 28 (1).
- Meichenbaum, D. and Cameron, R. (1973). **Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls Behavior therapy**, 4:516-534.
- Meichenbaum, D. (1974). **Cognitive Behavior modification**, Morristown, N, J: General Learning press.
- Meichenbaum, D. (2007). **Stress inoculation training: A preventive and treatment approach**, In P.M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. Sime (Eds), Principles and practices of stress management (3).
- Melvin, A. Kimble. & Ellor, James, W. (2000). Logotherapy: An Overview, Viktor Frankl's Contribution to Spirituality and Aging, **Journal of Religious Gerontology**. 11(4). 9- 24.
- Mendez, M & Mendez, E. (2003). Transcendental locus of control – is it Akin to no dynamic? Paper in press, The International forum for Logo therapy.
- Middlebrooks, J.S, & Audage, N, C. (2008). **The effects of childhood stress on health across the lifespan**, Atlanta, GA: Centers for Disease control and prevention, National Center for Injury prevention and Control.
- Moran, C, D. (2001). Purpose in life, student development, and well-being: Recommendations for student affairs practitioners, **NASPA Journal**, 38 (3).
- Morriss, C. (2000). **Contemporary Psychology And Effective Behavior**, Harpura Collins Publishers, USA.

- Morgan, John, h.(2012). **Clinical Pastoral psychotherapy Mishawaka.** U.S.E: Indiana.
- Nandy, Somnath; Ghosh, Madhab; Chandra & Adhikari, Samirranjan. (2012). Impact of physical Education Teachers Training Program of Development of Purpose in Life, **International Journal of Scientific and Research publications**, 2(9). 1-4.
- Nezu, A. M; Nezu, C, M & Geller, P, A. (2003). **Handbook of psychology (Health Psychology)** "Volume 9", Canada: John wiley & Sons, Inc.
- Nicoloson, D; Ayers, H. (2004). **Adolescent problems: A- practical Guide for parents Teachers Counsellors**, (2ed), London: David Fulton publishers Ltd.
- Osborne,L,andReed,P.H.(2010).stress and self-perceived parenting behaviors of parents eith autistic spectrum conditions, Research in Autism Spectrum conditions, **Research in Autism Spectrum Disorders**,4,405-414.
- Passer, M & Smith, R. (2004). Psychology the science of maind and behavior, McGraw, Hill, second Edition. New York.
- Pattakos, Alexander. (2010). **Prisoners of our Thoughts, Viktor Frankls Principles for Discovering Meaning in Life and Work** (2rd. ed), San Francisco: Berrett- Koehler Publishers.
- Prentice, M. (2013). Logo therapy with Boeschmeyer's Value-Oriented imagery in multicultural contexts, submitted in accordance with the requirements for the degree of literature and posology, University of South Africa.
- Ras, J. (2000). An Evaluation of The logo therapeutic Techniques of the requirements for hedgers of Masters of Arts in the Deferment of psychology at the University do Zululand.
- Rector, N, A. (2010). **Cognitive behavioral therapy: an information guide**, Canada: CAMH.
- Riso, L; Toit, P; Stein, D & Young, J. (2007). **Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist practitioner guide**, WASHINGTON: APA.

- Romanczyk, P. (1991). play interactions family members towards children with autism, **journal of aytism and developmental disorders**, vol(9), no(3), p1-10.
- Rosnow, R, L, Rosenthal, R(1996): computing contrasts, Effect sizes, and counternutts ther peoples published data: psychological methods, No 4, 331-340.
- Roth, D; Eng, w & Heimberg, R. (2002). **Encyclopedia of Psychotherapy**, USA: Elsevier Science.
- Rutter, M. (1998). Language Disorder And Infantile Autism, In M, Rutter& E, Schopier (Eds), **Autism Are Appraisal Of Concepts And Treatment**, New York: Plenum Prss.
- Sartre, J. P. (1971). **An existentialist rejection philosophical and religious issues**, Belmont: Dickenson.
- Schafer, M. (1992). On the Power of Positive Thinking: The Benefits of Being Optimistic, **Current Direction in Psychological Science**, Feb 2, (1), 26-30.
- Schafer, W. (2002). Stress Management for Wellness, Harcourt Brace Jovanovich College Publisher.
- Seaward, B. (1999). **Managing Stress**, Principles And Strategies for Health And Wellbeing, Jons And Bartlitt Publishers, Boston.
- Selye, H. (1976). **The Stress Of Life**, USA, Library Of Congress.
- Singhal, N. (2010). **Parents of Children with Autism: Stresses and Strategies**, paper presented at the Internationl Meeting for Autism Research (IMFAR), Philadelphia, USA.
- Smith, Aron. (2012). Innovative Applications of Logotherapy for Military- Related Ptsd, **Paper based on a program presented at the ACA Conference in March**, san Francisco.
- Somers, J & Queree, M. (2007). Cognitive behavioral therapy. Retrieved form [www. Carmha.ca](http://www.Carmha.ca).
- Spillers,C. (2007). An existential framework for understanding the counseling needs of clients, **American Journal of speech- language pathology**, 16 (3).

- Stacey, M. (2004). The Relationship between behaviors exhibited children with autism and maternal stress, **Journal of Autism and Developmental disorders**, Vol(11), No(5), P 20-30.
- Stegar. M; Frazier, P; Oishi, S & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and Search for Meaning in Life, **Journal of Counselling psychology**, 53 (1).
- Stephen, W. (2007). **Managing Pressure for Peak Performance: The positive approach to stress**. Kogan.
- Stricker, G & Widiger, T. (2003). **Handbook of Psychology "Clinical Psychology"** Volume 8, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Stickland, R. (2001). **The Encyclopedia of Psychology**, (2 ed), United states of America: Gale Group.
- Strunk, D; Hollars, S; Adler, A; Braun, J. (2014). Assessing Patients Cognitive Therapy Skills: Initial Evaluation of the Competencies of Cognitive therapy Scale, **Cognitive Ther Res**, 38(5), Pp 559- 569.
- Sudak, D. (2006). **Cognitive behavioral therapy for clinicians: psychotherapy in Clinical Practice**, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thackery, E & Harris, M. (2003). **The Gale Encyclopedia of Mental Disorders**, "Volume 2", USA: the Gale Group.
- Thompson, N. (2003). Purpose in Life as a mediator of Adjustment after Spinal cord injury, **Rehabilitation Psychology**, 48 (2).
- Tournier, Paul. (1965). **The Healing of Persons**, New York: Harper and Row.
- Trute, B; Benzies, K; and Reddon, J. (2010). Accentuate the positive to mitigate the negative: Mother psychological coping resources and family adjustment in childhood disability, **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, 35(1), p36-43
- Tunali, B; Power, T. (2002). Coping by redefinition: cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism, **Journal of autism and developmental disorders**, vol 32, no, 1.

- Unger, M. (2002). A Logo therapy Treatment protocol for Major Depressive Disorder, **The International Forum for Logo therapy**, 25 (1).
- Van Ja- reveld, Z, G. (2004). Finding meaning in the work place, Degree of master of arts, University of south Africa.
- Weaver, A; Himle, J; Steketee, G. (2014). **Clinical and Direct Practice, Mental and Behavioral Health**, USA: Encyclopedia of Social Work.
- weaver, L; Worthman, C. (2015). The signs of stress: Embodiments od biosocial stress among type 2 diabetic women in New Dethi, India. **Journal od social science & Medicine**, 131 (1).
- Weiner, I & Craighead, W. (2009). **The Corsine Encyclopedia of psycgology**, New York: john Wiley& Sons, Inc.
- Woolfe, R & Dryden, W. (1996). Hand book of counseling psychology, London, Sage publions, p612.
- Wool Song, S; Jin Park, S. & Goo Kand. S. (2012). Relationship between imitable bowel syndrome, worry and stress in adolescent girls, **Journal Korean Medical Science**, 27 (11).
- Wyatt, R& Seid, e. (2009). **Instructors Manual for Cognitive behavioral therapy with Donald Meichenbaum**, Mill Valley: Psychotherapy. Net.

الملاحق

- الملحق رقم (١): قائمة بأسماء المحكمين لأدوات البحث.
- الملحق رقم (٢): مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية.
- الملحق رقم (٣): جلسات البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى.
- الملحق رقم (٤): جلسات البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المعرفي السلوكي.
- الملحق رقم (٥): استمارة قائمة التشوهات المعرفية.
- الملحق رقم (٦): تقويم ذاتي للجلسة الإرشادية.
- الملحق رقم (٧): موافقة الأمهات على المشاركة بالبرنامج.
- الملحق رقم (٨): قصة المريضين
- الملحق رقم (٩): قصة حبة خردل.
- الملحق رقم (١٠): التقويم النهائي للبرنامج القائم على العلاج بالمعنى.
- الملحق رقم (١١): التقويم النهائي للبرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي.

الملحق رقم (١) قائمة بأسماء المحكمين لأدوات البحث وفق التسلسل الأبجدي

م	الاسم	الاختصاص العام الدقيق	المكان	الأداة المحكمة
١	د. أحمد سلوطة	اضطرابات تخاطب	جامعة البعث	البرنامجين
٢	د. حنان لطوف	علم نفس علاجي	جامعة البعث	المقياس + البرنامجين
٣	د. ديانا دلول	علم نفس فيزيولوجي	جامعة البعث	المقياس
٤	د. ربا التامر	تربية خاصة	جامعة البعث	المقياس
٥	د. رنا أسعد	إرشاد نفسي	جامعة البعث	البرنامجين
٦	د. رياض العاسمي	العلاج النفسي	جامعة دمشق	البرنامجين
٧	د. سهى جمول	تربية خاصة	جامعة البعث	المقياس
٨	د. سوسن الشيخ محمود	ارشاد مدرسي ومهني	جامعة البعث	المقياس + البرنامجين
٩	د. صفاء رسلان	علم نفس صحة	جامعة البعث	البرنامجين
١٠	د. فؤاد صبيرة	علم نفس صحة	جامعة تشرين	البرنامجين
١١	د. كنان هزيم	علم الشذوذ النفسي	جامعة البعث	المقياس
١٢	د. لينا بطيخ	تشخيص نفسي	جامعة البعث	البرنامجين
١٣	د. ماريو رحال	علم النفس العلاجي	جامعة البعث	المقياس
١٤	د. مروان الأحمد	العلاج المعرفي	جامعة دمشق	البرنامجين
١٥	د. مهند ابراهيم	علم نفس النمو	جامعة البعث	المقياس + البرنامجين
١٦	د. نيرمين غريب	ارشاد أسري	جامعة دمشق	البرنامجين
١٧	د. وائل البوفي	قياس نفسي	جامعة البعث	المقياس + البرنامجين

الملحق رقم (٢) مقياس الضغوط النفسية بصورته النهائية

مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في صورته النهائية

التعليمات:

عزيزتي الأم:

بين يديك مقياس وضع للتعرف على مصادر الضغوط النفسية ومستوياتها لديك، والتي سببتها إعاقة طفلك التوحد، وهذا المقياس يغطي جوانب متعددة، يرجى منك قراءة فقرات المقياس جيداً والإجابة عنها بالشكل الذي تجدينه ممثلاً لرأيك، علماً أن الإجابات كلها تعامل بسرية تامة وهي حصراً لأغراض البحث العلمي، لذا فإن تعاونك معنا يفيدنا إلى حد بعيد، ونعتمد عليه لتطوير العديد من الأبحاث.

يرجى الانتباه إلى أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فإذا وجدت أن الفقرة تنطبق عليك تماماً الرجاء الإجابة بنعم، وفي حال وجدت أن الفقرة تنطبق عليك نوعاً ما الرجاء الإجابة ب أحياناً، وإذا لم تنطبق أبداً الرجاء ب لا، وعدم ترك أية عبارة بدون إجابة

نأمل أن تكون إجاباتك صادقة وصريحة شاكرين تعاونك معنا.

البيانات الأساسية:

عمر الأم:

اسم الأم:

العبارات	نعم	أحياناً	لا
١- أعاني من تأرجح وزني بين الزيادة والنقصان بعد إنجابي لطفلي التوحد.			
٢- أفقد رغبتي في تناول الطعام.			
٣- أشكو من آلام جسدية مجهولة السبب.			
٤- يقلقني ظهور أعراض الشيخوخة علي مبكراً بسبب انشغالي الدائم بمرض طفلي التوحد.			
٥- أعاني من اضطرابات في الهضم.			
٦- أشعر بقلة نشاط بسبب انشغالي بطفلي التوحد.			
٧- أتعب من أي عمل أقوم به.			
٨- أعاني من الصداع الدائم بسبب توترتي وانشغالي بطفلي التوحد.			
٩- أتضايق من تسرع في نبضات قلبي لأتقه الأسباب.			
١٠- أعاني من اضطرابات في النوم.			
١١- لدي قلق في إنجاب طفل توحد آخر .			
١٢- يزعجني التصرف بانفعال بسبب اهتمامي المستمر بطفلي التوحد.			
١٣- يضايقتني سهولة استئثاري من أبسط الأمور بعد إنجابي لطفلي التوحد.			
١٤- أقلق عندما أفكر بمستقبل طفلي التوحد			
١٥- أشعر بأن حياتي لا معنى لها بسبب رعايتي لطفلي التوحد.			

١٦-	أشعر بالحزن لأنني أصبحت فاقد الثقة بنفسى بعد إنجابى لطفلى التوحدى.		
١٧-	أخاف أن أنجب طفلاً آخر لديه توحد.		
١٨-	أخاف عند التفكير بماذا سيحصل لطفلى التوحدى بعد مماتى.		
١٩-	يضايقنى كون الجهود المطلوبة للعناية بطفلى تتزايد مع مرور الوقت.		
٢٠-	يزعجنى أن أغلب وقتى مخصص لتلبية حاجات طفلى التوحدى.		
٢١-	يزعجنى أن تركيزى قد ضعف بسبب رعايتى لابنى التوحدى		
٢٢-	تقلبنى الصعوبة التى أواجهها فى التخطيط لمستقبلى جراء رعايتى لابنى التوحدى		
٢٣-	أعتقد أن التفكير بمرض ابنى يضعف أدائى لأعمالى		
٢٤-	يزعجنى أن إنجازاتى أصبحت أقل مما أتوقع بسبب الرعاية المستمرة لطفلى التوحدى.		
٢٥-	أشعر بالتوتر عندما أجد صعوبة فى تذكر الأشياء حتى البسيطة منها.		
٢٦-	يزعجنى عدم قدرتى على التعامل مع المشكلات بسبب التغييرات التى ترافق نمو طفلى التوحدى.		
٢٧-	يزعجنى التردد فى اتخاذ قراراتى بعد إنجابى لطفلى التوحدى.		
٢٨-	تزعجنى أن الخيارات المهنية محدودة أمامى بعد إنجابى لطفلى التوحدى.		
٢٩-	أشعر بالتوتر عندما أجد صعوبة فى القيام بالعمليات الحسابية حتى البسيطة منها.		
٣٠-	أشعر بالضغط كون إعاقة طفلى التوحدى تحمل أفراد الأسرة أعباء زائدة.		
٣١-	يزعجنى توتر جو العائلة بسبب طفلى التوحدى.		
٣٢-	أتضايق عندما تنتظر صديقاتى إلى طفلى التوحدى بشفقة.		
٣٣-	أتضايق من خوف أقربانى على أطفالهم من مشكلات طفلى التوحدى.		
٣٤-	أشعر بالخجل عندما يرافقنى طفلى التوحدى إلى مكان عام.		
٣٥-	يزعجنى عدم وجود مراكز تأهيل كافية لطفلى التوحدى.		
٣٦-	يزعجنى شعورى الدائم بالحاجة إلى المساندة من الآخرين.		
٣٧-	يزعجنى عدم وجود صديقة أشكو إليها همومى حول طفلى التوحدى .		
٣٨-	يزعجنى عدم تفهم الآخرين إعاقة طفلى التوحدى.		
٣٩-	أتجنب القيام بالكثير من الواجبات الاجتماعية بعد إنجابى لطفلى التوحدى.		
٤٠-	تزعجنى كثرة استفسارات الناس عن وضع طفلى التوحدى.		
٤١-	أتضايق من نقص الدعم المالى لتأمين احتياجات طفلى التوحدى.		
٤٢-	تزعجنى عدم قدرتى على وضع طفلى فى مركز تأهيل بسبب وضعى الاقتصادى.		
٤٣-	أتضايق من غياب زوجى للعمل لتأمين احتياجات طفلى التوحدى.		
٤٤-	يزعجنى أننا نحتاج إلى إمكانات مادية أفضل لتحسين حالة طفلى التوحدى.		
٤٥-	يزعجنى عدم وجود دعم مادي لأسر الأطفال التوحديين.		
٤٦-	أتضايق من الحاجة إلى عمل إضافي لتأمين احتياجات طفلنا.		
٤٧-	أتضايق من عدم قدرتي على تأمين الأدوية اللازمة لطفلي التوحدى		
٤٨-	أتضايق من الحاجة إلى طلب المساعدة المادية من الآخرين عندما ينقصني المال لتوفير احتياجات طفلي		
٤٩-	أتعب من التفكير المستمر بكيفية تأمين أموال لسد احتياجات طفلي التوحدى.		

الملحق رقم (٣) استمارة قائمة التشوهات المعرفية

- ١- **التفكير بالكل أو لاشيء:** إنك تنظر إلى الأشياء ضمن فئات مطلقة باللونين الأبيض والأسود فإذا قصر أداؤك عن الكمال فإنك ترى نفسك فاشلاً تماماً
- ٢- **فرط في التعميم:** إنك تستبقي السلبيات وتتجاهل الإيجابيات وتعتبر أي حدث سلبي نموذجاً لهزيمة لن تنتهي.
- ٣- **التصفية الذهنية:** إنك تركز على السلبيات وتتجاهل الإيجابيات، فتصبح رؤيتك للواقع كله مظلمة كنقطة حبر تلون كوباً كبيراً من الماء.
- ٤- **الانتقاص من المزايا الإيجابية:** إنك تصر على أن إنجازاتك أو مزاياك الإيجابية لا أهمية لها.
- ٥- **الفقر إلى النتائج:** إنك تقدم تفسيرات سلبية حتى ولم يكن هنالك حقائق محددة تدعم استنتاجك دعماً مقنعاً
- أ- **قراءة الأفكار :** إنك تفترض أن الناس يتصرفون بردود فعل سلبية في حين لا يكون هنالك أي دليل محدد على ذلك.
- ب- **التنبؤ:** إنك تتنبأ بأن الأشياء سوف تثبت في النهاية أنها سيئة وتشعر بالقناعة بأن تنبؤك هذا هو حقيقة راسخة.
- ٦- **التضخيم والإقلال:** إنك تبالغ في أهمية الأشياء مبالغاً لا تتناسب مع حقيقتها أو أنك تنتقص من أهميتها انتقاصاً غير ملائم حتى تبدو متناهية في الصالة.
- ٧- **الاستدلال الانفعالي:** إنك تفترض بأن انفعالاتك السلبية تعكس بالضرورة حقيقة الأشياء " إنني أشعر بأنني غبي فلا بد أن أكون كذلك حقيقة" أو " إنني لا أرغب بالقيام بهذا الشيء لذلك سوف أؤجله"
- ٨- **عبارات الوجوب (الينبغيات):** إنك تنتقد نفسك أو الآخرين بكلمات مثل يجب ، ينبغي، لابد، لا ينبغي، وما يماثلها وكأن ما يفترض أن تعاقب وتضرب بالسوط قبل أن يتوقع منك فعل أي شيء. وعبارات الوجوب هي أيضاً تدل على الذنب فتكون النتائج الانفعالية هي الشعور بالذنب وحينما توجه عبارات الوجوب نحو الآخرين فإنك تشعر بالغضب والإحباط.
- ٩- **التلقيب وسوء التلقيب:** إن هذا هو أقصى شكل من أشكال المبالغة في التعميم فبدلاً من تقول "لقد ارتكبت خطأ" فإنك تقول: "إنني غبي" أو "أحمق" أو "خاسر"
- ١٠- **الغزو الشخصي (الشخصانية):** إنك ترى نفسك السبب في بعض الأحداث الخارجية التي لا تكون في الواقع مسؤولاً عنها.

١١ - الكارثية: إنك تبني استنتاجاتك للأحداث كما لو أنها نهاية الكون أو أن النتائج ستكون رهيبه ومفزعاً إلى أقصى حد.

.....

الملحق رقم (٤) تقويم ذاتي للجلسة الإرشادية:

الاسم:

الجلسة: تاريخ:

ماذا استفدت من هذه الجلسة:

.....

.....

.....

.....

.....

حدد نسبة رضاك عن سير التدريب في الجلسة بنسبة

مئوية:

ما المهارة أو التقنية التي وجدت أنها تلبي احتياجاتك:

.....

.....

.....

ما المهارة أو التقنية التي وجدت صعوبة في التعامل معها ولماذا؟

.....

.....

.....

.....

ماهي مقترحاتك وملاحظاتك التي ترين أن من شأنها أن تفعل الجلسات القادمة؟

.....

.....

شكراً جزيلاً لك

الملحق رقم (٥) موافقة الأمهات على المشاركة في البرنامج

أنا..... المشاركة في البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية
لأمهات أطفال التوحد في جمعية الربيع التزم بما يلي :

- ١- مواعيد الجلسات والبرنامج بدقة
- ٢- المناقشة بكل حرية
- ٣- تنفيذ الواجب المنزلي
- ٤- السرية في كل الجلسات
- ٥- المشاركة الفعالة مع باقي الأمهات.
- ٦- احترام الآخرين وإن اختلفت آراؤنا الشخصية.

الملحق رقم (٦)

قصة المريضتين: (توجد مريضتان في مستشفى مصابين بمرض عضال إحداهن تجلس قرب نافذة
أما الأخرى فسريرها بعيد عن النافذة فكانت الأولى تصف الحياة لصديقتها خارج المستشفى
وتخبرها بأنها مفعمة بالحياة ومررت أسابيع بعد أن قضت الأولى نحبها التي كانت تصف لصديقتها
الحياة في الخارج، فطلبت الثانية من الممرضة أن تنقل سريرها إلى جانب النافذة لتعوض ما فاتها
من أحاديث صديقتها فكانت المفاجأة لم تر سوى جدار، فقد كانت نافذة المستشفى تطل على ساحة
داخلية صغيرة إذ كانت صديقتها عمياء لكنها أرادت أن تجعل حياة صديقتها سعيدة حتى لا تصاب
باليأس، فلم تكن ترى شيئاً من النافذة، كل أحاديثها من خيالها فتجاوزت إعاقته إلى أسمى من ذلك
وهو مساعدة صديقتها.)

الملحق رقم (٧)

قصة حبة الخردل: (وهي فتاة هندية ولدت طفلاً لكنه مات فشعرت بالحزن والأسى فلجأت إلى أحد
الحكماء وأخبرها بأن الوحيد هو أن تحضر حبة خردل من أي منزل لا يكون أحد من أهله قد
مرض أو عانى أو مات، فجابت المدينة إلا أنها لم تتجح في العثور على منزل لم يعان فيه أحد أو
يموت، ومن هنا أدركت أن ابنها لم يكن الوحيد الذي مرض ومات).

الملحق رقم (٨): التقييم النهائي للبرنامج القائم على العلاج بالمعنى.

لا	نوعاً ما	نعم	الأسئلة	
			هل استفدت من البرنامج الإرشادي	١
			هل يرتبط موضوع البرنامج بالحياة اليومية	٢
			هل ساعدك البرنامج على البحث عن معنى حياتك خارج ذاتك إلى جوانب أكثر إيجابية	٣
			هل ساعد البرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لديك	٤
			هل كانت جلسات البرنامج كافية	٥
			هل كان التوقيت ملائماً	٦
			هل تمكنت من تقييم ذاتك وتحديد نقاط القوة لديك والتركيز عليها بدلاً من نقاط الضعف	٧
			هل أصبح نظام القيم لديك متوازياً	٨
			هل ازداد إحساسك بالمسؤولية الذاتية تجاه اكتشاف المعاني في حياتك وتحقيقها	٩
			هل تمكنت من الانتقال من التفكير الإيجابي إلى الفعل الإيجابي	١٠
			هل أصبحت تتصرفين كما لو كنت ذلك الشخص الذي تتمنين أن تصبحي مثله	١١
			هل تمكنت من تقوية الذات الحقيقية والتقليل من استخدام الذات الأوتوماتيكية من خلال لوحة المعنى	١٢
			هل تمكنت من اكتشاف معنى حياتك من خلال معاشتك لخبرات حياتك الاجتماعية	١٣
			هل تمكنت من اكتشاف معنى حياتك من خلال معاشتك لخبرات حياتك الفنية والثقافية والدينية	١٤
			هل تمكنت من اكتشاف معنى حياتك من خلال اتجاهك نحو ظروفك القاسية	١٥

الملحق رقم (٩) التقييم النهائي للبرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي.

لا	نوعاً ما	نعم	الأسئلة	
			هل استطعت تحديد المواقف الضاغطة التي تمرين بها؟	١
			هل أصبحت أكثر معرفة بردود أفعالك على المواقف الضاغطة؟	٢
			هل تعلمت تحديد الحديث الذاتي السلبي المتعلق بالموقف الضاغطة؟	٣
			هل تعلمت استبدال الحديث السلبي بالحديث الذاتي الإيجابي	٤
			هل تعلمت أن تسترخي بسهولة عند مواجهتك لمواقف ضاغطة؟	٥
			هل استفدت من جدولة الأنشطة الممتعة	٦
			هل تمكنت من مواجهة التشوهات المعرفية لديك واستبدالها باستجابات واقعية ومنطقية.	٧
			هل يمكنك طلب المساعدة من الآخرين إن احتجت إليها؟	٨
			هل شعرت بانخفاض مستوى الضغوط النفسية بعد انتهاء الجلسات؟	٩
			هل شعرت أن البرنامج حقق لك الفائدة؟	١٠
			هل كانت جلسات البرنامج كافية	١١
			هل كان التوقيت ملائماً	١٢

ملخص الدراسة باللغة العربية:

أولاً: مقدمة الدراسة ومشكلتها:

تترك الإعاقة عموماً وعلى اختلاف أنواعها تأثيرها في مختلف جوانب حياة الطفل المعوق وأسرته، ولعل الضغط النفسي الأشد يظهر جلياً لدى الأم التي تتحمل العبء الأكبر في تربية الطفل، ما يجعلها في حاجة إلى مساعدة كي تتقبل هذا الطفل وتتجاوز الأزمة النفسية المرتبطة بالإعاقة، وقد أخذت الأبحاث عن عن أمهات الأطفال المعوقين منحىً جديداً، فبدلاً من التركيز على الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأم فقط، أصبحت الأبحاث تركز أيضاً على تكيف الأم مع الإعاقة إذ أكد الباحثون أهمية وفاعلية تعلم الأم استراتيجيات لمساعدتها على الحد من التأثيرات السلبية للتوترات التي ترافق وجود طفل معوق داخل الأسرة، وهذا يساعد الأسرة على تطوير وزيادة عمليات تعلم الطفل المعوق.

كما أن وجود طفل معوق في الأسرة عموماً وتوحيدي خصوصاً يخلق مشكلات وشروطاً خاصة وضغوطاً نفسية وجسدية واجتماعية وانفعالية ومعرفية ومالية تعيشها الأمهات وتستدعي بالضرورة تمكينهن من استراتيجيات لمواجهة هذه الضغوط، ومن هذا المنطلق صممت الباحثة برنامجين علاجيين الأول يقوم على نظرية العلاج بالمعنى يركز على الجانب المعنوي والثاني يقوم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي يركز على الجانب المعرفي لخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في مدينة حمص، وبصورة أدق تتحدد مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيس الآتي:

أيهما أكثر فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى أو البرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مدينة حمص؟

أهمية البحث :

- ١- البحث في الضغوط النفسية الناتجة عن رعاية الطفل التوحيدي.
- ٢- أهمية وضع برنامج سواء القائم على نظرية العلاج بالمعنى أو القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي مكون من جلسات لها أهداف ومحتوى ووسائل تقويم، ويعمل على إكساب الشخص المستهدف استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية، مما يحقق الفائدة على المستوى النفسي لعينة البحث إذا ما أثبتت فاعليته.
- ٣- جدّة البحث الحالي على المستوى المحلي، حيث سيتم تطبيق برنامجين علاجيين الأول قائم على نظرية العلاج بالمعنى والثاني قائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي لمعرفة أيهما أكثر فاعلية في خفض الضغوط النفسية لدى العينة المستهدفة.
- ٤- قد تدفع هذه الدراسة الباحثين والمختصين إلى إجراء المزيد من الأبحاث والدراسات وبناء برامج إرشادية أخرى ذات صلة بأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.
- ٥- يمكن للدراسة الحالية أن تزود العاملين في مؤسسات الدعم النفسي والاجتماعي بوسائل وإجراءات التعامل مع أفراد يقومون برعاية أو مساندة أطفال التوحد.

أهداف البحث : يهدف البحث الحالي إلى :

- ١- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٢- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٣- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٤- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٥- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٦- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٧- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٨- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٩- اختبار الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق التتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

فرضيات البحث :

يسعى البحث الحالي الى اختيار الفرضيات الآتية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ :

- ١- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٢- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٣- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٤- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

- ٥- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٦- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٧- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٨- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.
- ٩- عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في التطبيق التتبعي على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية.

أدوات الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام الأدوات الآتية:

- مقياس الضغوط النفسية: من إعداد الباحثة نسرین ملحم ٢٠١٤ وتم التأكد من الخصائص السيكمترية له.
- البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد ليطبق على المجموعة التجريبية الأولى (من إعداد الباحثة)
- البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد ليطبق على المجموعة التجريبية الثانية (من إعداد الباحثة)

منهج الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة في تعرف مدى فاعلية البرنامجين الإرشاديين (الأول قائم على العلاج المعرفي السلوكي والثاني قائم على العلاج بالمعنى) وأيهما أكثر فاعلية في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ويقاس ذلك من خلال التغيرات الحاصلة في درجات أمهات أطفال التوحد (المجموعة الضابطة والمجموعتين التجريبيتين) على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

متغيرات الدراسة:

- ١- **المتغير المستقل:** يتمثل في البرنامجين الإرشاديين (موضوع الدراسة الحالية)
- ٢- **المتغير التابع:** ويتمثل في التغيير الحاصل في مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.

عينة الدراسة:

بلغ عدد أفراد عينة الدراسة الحالية (٢٤) أما من أمهات أطفال التوحد من جمعية الربيع للتوحد، قسمت إلى ثلاث مجموعات متجانسة (٨ أمهات للمجموعة التجريبية الأولى، و٨ أمهات للمجموعة التجريبية الثانية، و٨ أمهات للمجموعة الضابطة).

إجراءات تنفيذ الدراسة:

قامت الباحثة بالإجراءات الآتية لتحقيق الهدف العام للدراسة الحالية:

- اختيار مقياس للضغوط النفسية مناسب لعينة الدراسة والتحقق من عدة أشكال لصدقه وثباته، واستخدامه كأداة للتعرف على فعالية البرنامج الإرشادي.

- تصميم جلسات البرنامجين الإرشاديين وعرضهما على مجموعة محكمين للتحقق من وضوح أهدافهما، ودقة إجراءات تطبيق جلساته التدريبية، ومناسبة أهدافهما وطرائق التدريب المستخدمة فيهما وزمن تطبيق كل جلسة للهدف العام للدراسة.

- اختيار وانتقاء عينة الدراسة التجريبية وتقسيمها إلى ثلاث مجموعات (المجموعة التجريبية الأولى يطبق عليها البرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة التجريبية الثانية يطبق عليها البرنامج القائم على العلاج بالمعنى والمجموعة الثالثة هي المجموعة الضابطة) بواقع (٨) أمهات لكل مجموعة، وتطبيق القياس القبلي في الفترة الواقعة ب (٢٠٢١/٤/١٥ - ٢٠٢٢/٥/١) والتحقق من تجانس المجموعات وفقاً للعمر، ومستوى الضغوط النفسية في القياس القبلي.

- قامت الباحثة بنفسها بتطبيق جلسات البرنامجين الإرشاديين على عینتي الدراسة التجريبيتين بمدة ثلاث أشهر ونصف وذلك في الفترة الواقعة بين (٢٠٢١/٥/١٣ ولغاية ٢٠٢١/٩/٧)، بمعدل جلسة أسبوعياً لكل مجموعة تجريبية، حيث طبق البرنامج الإرشادي في جمعية بابل للتنمية.

- التحقق من فاعلية البرنامجين الإرشاديين بإجراء (القياس البعدي المباشر) من خلال تطبيق مقياس الضغوط النفسية وإجراء المقارنات البعدية المباشرة بين أفراد عينة الدراسة (المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة)، كذلك إجراء المقارنات القبلية والبعدية المباشرة لأفراد المجموعتين التجريبيتين.

- التحقق من استمرار أثر البرنامجين الإرشاديين بإجراء (الدراسة التتبعية) من خلال إعادة تطبيق أدوات الدراسة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامجين الإرشاديين وذلك على أفراد المجموعتين التجريبيتين فقط بتاريخ (٢٠٢١/١٠/١٠).

- إجراء المقارنات (القبلية، البعدية، المؤجلة) بين أفراد عينة الدراسة (المجموعتين التجريبيتين وأفراد المجموعة الضابطة) من خلال التحليلات الإحصائية، والتوصل إلى نتائج الدراسة وعرضها.

مناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء الواقع الميداني الذي أحاط بجميع مراحل تصميم وتنفيذ وتطبيق جلسات البرنامجين الإرشاديين، وفي ضوء المقارنة مع نتائج الدراسات السابقة والتوصل إلى مجموعة من التوصيات والمقترحات.

نتائج الدراسة:

- ١- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى أبعاده الفرعية (الجسمية، المعرفية، الاجتماعية) في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق القبلي، أما بالنسبة للبعدين (الانفعالية، الاقتصادية) على العكس فالفروق غير دالة، ولذلك يمكن القول إن مستوى الضغوط النفسية ارتفع بشكل دال على المقياس ككل وعلى أبعاده الفرعية (الجسمية، المعرفية، الاجتماعية) خلال فترة التجربة في التطبيق البعدي، في حين لم ترتفع ارتفاعاً دالاً إحصائياً على البعدين الفرعيين (الانفعالية، الاقتصادية).
- ٢- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، ما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده لفرعية.
- ٣- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاد في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الأولى.
- ٤- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، ما يؤكد فاعلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية.
- ٥- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الثانية.
- ٦- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين البعدي والتتبعي لصالح التطبيق التتبعي.
- ٧- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين البعدي والتتبعي لصالح التطبيق التتبعي.

٨- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل من أبعاده في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الثانية، ولذلك يوجد فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية الثانية، ما يؤكد أفضلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من المجموعة الثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لأبعاده الفرعية.

٩- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل من أبعاده في التطبيق التتبعي لصالح المجموعة التجريبية الثانية، وبالتالي يوجد فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية الثانية، مما يؤكد أفضلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في القدرة على الاحتفاظ بالفاعلية بعد شهرين من انتهاء التجربة على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعة الثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لأبعاده الفرعية.

Study summary in Arabic:

First: Introduction to the study and its problem:

Disability in general and of its various types has an impact on various aspects of the life of the disabled child and his family, and perhaps the most severe psychological pressure is evident in the mother who bears the greatest burden in raising the child, which makes her in need of help to accept this child and overcome the psychological crisis associated with disability, and research has taken On the mothers of children with disabilities, a new curve. Instead of focusing on the psychological pressures that the mother is exposed to only, research has also become focused on the mother's adaptation to the disability. The researchers emphasized the importance and effectiveness of the mother's learning strategies to help her reduce the negative effects of the tensions that accompany the presence of a disabled child. Within the family, thus helping the family to develop and increase the learning processes of the disabled child.

The presence of a disabled child in the family in general and autistic in particular creates problems and special conditions and psychological, physical, social, emotional, cognitive and financial pressures that mothers experience and necessarily requires empowering them with strategies to confront these pressures. It is based on the theory of cognitive-behavioral therapy focusing on the cognitive aspect to reduce the level of psychological stress among mothers of autistic children in the city of Homs, and more precisely, the problem of the study is determined by the following main question:

Which is more effective, the counseling program based on the theory of meaning therapy or the program based on cognitive-behavioral therapy in reducing psychological stress among mothers of children with autism in the city of Homs?

research importance :

- 1- Researching the psychological stresses resulting from caring for an autistic child.
- 2- The importance of developing a program, whether based on the theory of meaning therapy or based on the theory of cognitive-behavioral therapy, consisting of sessions that have objectives, content and means of evaluation, and works on providing the target person with strategies for dealing with psychological stress, which will benefit the psychological level of the research sample if it proves its effectiveness .
- 3- The novelty of the current research at the local level, where two treatment programs will be applied, the first based on the theory of meaning therapy and the second based on the theory of cognitive-behavioral therapy, to find out which is more effective in reducing psychological stress in the target sample.
- 4- This study may prompt researchers and specialists to conduct more research and studies and build other counseling programs related to mothers of children with autism.
- 5- The current study can provide workers in psychological and social support institutions with the means and procedures for dealing with individuals who care or support autistic children.

Research Objectives:

The current research aims to:

- 1- Testing the differences between the mean scores of the control group in the pre and post applications on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.
- 2- To test the differences between the mean ranks of the scores of the first experimental group in the pre and post applications on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.
- 3- To test the differences between the mean scores of the first experimental and control groups in the post application on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.
- 4- Testing the differences between the mean ranks of the scores of the second experimental group in the two applications, the pre and post, on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.
- 5- Testing the differences between the mean scores of the second experimental and control groups in the post application on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.
- 6- To test the differences between the mean ranks of the scores of the first experimental group in the post and follow-up applications on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.
- 7- To test the differences between the mean ranks of the scores of the second experimental group in the post and follow-up applications on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

8- To test the differences between the mean scores of the first experimental and second experimental groups in the post application on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

9- To test the differences between the mean ranks of the scores of the first experimental and second experimental groups in the sequential application on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

research assumes :

The current research seeks to choose the following hypotheses at the 0.05 level of significance:

1- There is no statistically significant difference between the mean scores of the control group in the pre and post applications on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

2- There is no statistically significant difference between the mean ranks of the scores of the first experimental group in the two applications, before and after, on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

3- There is no statistically significant difference between the mean scores of the first experimental and control groups in the dimensional application on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

4- There is no statistically significant difference between the mean ranks of the scores of the second experimental group in the two applications, pre and post, on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

5- There is no statistically significant difference between the mean scores of the second experimental and control groups in the post application on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

6- There is no statistically significant difference between the average ranks of the first experimental group scores in the post and follow-up applications on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

7- There is no statistically significant difference between the mean ranks of the scores of the second experimental group in the post and follow-up applications on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

8- There is no statistically significant difference between the mean scores of the first experimental and second experimental groups in the dimensional application on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

9- There is no statistically significant difference between the mean scores of the first experimental and second experimental groups in the sequential application on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions.

Study tools:

To achieve the objectives of the study, the researcher used the following tools:

- Psychological Stress Scale: prepared by researcher Nisreen Melhem 2014, and its psychometric properties were verified.

- The counseling program based on cognitive-behavioral therapy in reducing psychological stress among mothers of autistic children to be applied to the first experimental group (prepared by the researcher)
- The counseling program based on meaning therapy in reducing psychological stress among mothers of autistic children to be applied to the second experimental group (prepared by the researcher)

Study methodology:

To achieve the objectives of the study in knowing the effectiveness of the two counseling programs (the first is based on cognitive-behavioral therapy and the second is based on meaning therapy), which is more effective in reducing psychological stress among mothers of autistic children. Autism (the control group and the two experimental groups) on the scale used in the current study.

Study Variables:

- 1- The independent variable: it is represented in the two extension programs (the subject of the current study).
- 2- The dependent variable: It is represented in the change in the level of psychological stress among the members of the study sample.

The study sample:

The number of the current study sample was (24) mothers of autistic children from the Spring Autism Society, which were divided into three homogeneous groups (8 mothers for the first experimental group, 8 mothers for the second experimental group, and 8 mothers for the control group).

Study implementation procedures:

The researcher took the following measures to achieve the general objective of the current study:

- Choosing a measure of psychological stress suitable for the study sample and verifying several forms of its validity and reliability, and using it as a tool to identify the effectiveness of the counseling program.

- Designing the sessions of the two extension programs and presenting them to a group of arbitrators to verify the clarity of their objectives, the accuracy of the procedures for applying its training sessions, the appropriateness of their objectives, the training methods used in them, and the time of application of each session for the general objective of the study.

- Selection and selection of the experimental study sample and dividing it into three groups (the first experimental group is applied to the program based on cognitive-behavioral therapy, the second experimental group is applied to the program based on meaning therapy, and the third group is the control group) with (8) mothers for each group, and the application of pre-measurement in the period Incident B (15/4/2021-1/5/2012) and verifying the homogeneity of groups according to age, and the level of psychological stress in the tribal measurement.

- The researcher herself applied the sessions of the two counseling programs to the two experimental study samples for a period of three and a half months, in the period between (13/5/2021 until 7/9/2021), at a rate of one session per week for each experimental group, where the counseling program was applied in the Babel Development Association .

- Verifying the effectiveness of the two extension programs by conducting (direct post-measurement) through the application of the psychological stress scale and direct dimensional comparisons between the study sample members (the two experimental groups and the control group), as well as direct pre- and post-comparisons for the members of the two experimental groups.

- Verifying the continuity of the impact of the two extension programs by conducting the (follow-up study) by re-applying the study tools after a month has passed from the end of the application of the two extension programs on the members of the two experimental groups only on (10/10/2021).

- Making comparisons (before, after, deferred) between the study sample members (the two experimental groups and the control group) through statistical analyzes, and reaching and presenting the results of the study.

Discussing the results of the current study in light of the field reality that surrounded all stages of the design, implementation and application of the sessions of the two indicative programs, and in light of the comparison with the results of previous studies and reaching a set of recommendations and proposals.

Results:

1- There are statistically significant differences between the average ranks of the scores of the control group on the psychological stress scale as a whole and on its sub-dimensions (physical, cognitive, social) in the tribal and remote applications in favor of the tribal application, as for the two

dimensions (emotional, economic) on the contrary, the differences are not significant, and therefore It can be said that the level of psychological stress increased significantly on the scale as a whole and on its sub-dimensions (physical, cognitive, social) during the experiment period in the dimensional application, while it did not increase significantly on the two sub-dimensions (emotional, economic).

2- There are statistically significant differences between the mean scores of the first experimental group on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions in the pre and post applications in favor of the post application, which confirms the effectiveness of the counseling program based on the theory of meaning therapy in reducing psychological stress among mothers of affected children. Autism, for the psychological stress scale as a whole and for all its sub-dimensions.

3- There are statistically significant differences between the average ranks of the scores of the first experimental group and the average scores of the control group on the psychological stress scale as a whole and on each of its dimensions in the dimensional application in favor of the first experimental group.

4- There are statistically significant differences between the mean ranks of the scores of the second experimental group on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions in the pre and post applications in favor of the post application, which confirms the effectiveness of the program based on cognitive-behavioral therapy theory in reducing

psychological stress among mothers of affected children. with autism, for the psychological stress scale as a whole and for all its sub-dimensions.

5- There are statistically significant differences between the average ranks of the scores of the second experimental group and the average scores of the control group on the psychological stress scale as a whole and on each of its dimensions in the post application in favor of the second experimental group

6- There are statistically significant differences between the mean ranks of the scores of the first experimental group on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions in the post and follow-up applications in favor of the follow-up application.

7- There are statistically significant differences between the mean ranks of the scores of the second experimental group on the psychological stress scale as a whole and on each of its sub-dimensions in the post and follow-up applications in favor of the follow-up application.

8- There are statistically significant differences between the average ranks of the scores of the first experimental group and the average ranks of the scores of the second experimental group on the psychological stress scale as a whole and on each of its dimensions in the dimensional application in favor of the second experimental group, and therefore there are statistically significant differences in favor of the group The second experimental, which confirms the preference of the program based on the theory of cognitive-behavioral therapy in reducing psychological stress among mothers of

children with autism from the second group, in relation to the psychological stress scale as a whole and in its sub-dimensions

9- There are statistically significant differences between the average ranks of the scores of the first experimental group and the average ranks of the scores of the second experimental group on the psychological stress scale as a whole and on each of its dimensions in the sequential application in favor of the second experimental group, and therefore there are statistically significant differences in favor of the group The second empirical, which confirms the preference of the program based on the theory of cognitive-behavioral therapy in the ability to maintain effectiveness two months after the end of the experiment on the mothers of children with autism in the second group, for the psychological stress scale as a whole and for its sub-dimensions.

Al-baath Universit

Faculty of Education

Psychological counseling Department



"A Comparative Study between the Effectiveness of a Counseling Program Based on the Theory of Meaning Therapy and Program Based on the Theory of Cognitive Behavioral Therapy in Relation to Decreasing Psychological Stresses among Mothers of Children with Autism "

Research submitted to obtain a Doctor's degree in Psychological counseling

Prepared by

Hiba Yones Alkentar

Supervised by

Dr. Rania Helal

Dept. Psychological Counseling

Dr. Razan Izz Al-Din

Dept. Psychological Counseling

2022- 1443

