

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة وهران 2 أحمد بن محمد

قسم علم النفس وعلوم التربية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية



مذكرة مقدّمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي  
تخصص: علم نفس الصحة

بـعـنـوان

فاعلية برنامج اليقظة الذهنية الكاملة في التخفيف من أعراض تعب الرحمة  
عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحّد

إشراف الدكتورة

إعداد الطالبة

محرزي مليكة

تناح خديجة

أعضاء لجنة المناقشة

الرتبة	الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
الدكتورة	بن شدة مليكة	وهران 2	رئيسة اللجنة
الدكتورة	مليكة محرزي	وهران 2	مشرفة
الدكتورة	خديجة ملال	وهران 2	مناقشة

السنة الجامعية: 2019\_2020



## شكر وعرقان

"من لا يشكر الناس لا يشكر الله"

أشكر الله أولاً وأخيراً أن وفقني لإنجاز هذا العمل.

وأقدم بـجـاـلـص الشـكـر والامـتـنـان والتـقـديـر لأستاذتي المؤطرة والمشرفة على هذه الدراسة والتي كانت سنداً وموجهة لي خلال عملي هذا الدكتور "محززي مليكة" وأقدم لها كامل اعتذاري وأسفي لما صدر مني من تقصير فشكراً أستاذتي.

وأشكر من دعمتني ويسرت تواجدي بجانب طاقمها وبعيادتها زميلتي وصديقتي الأستاذة "مليكة فريدة".

وشكري لكل من دثرتني وآزرتني لتجاوزي مصابي وإكمال مشواري البحثي والدراسي

إلى أختي الدكتورة "رشيدة طالبي" التي دعمتني، ولم تدخر جهداً في مساعدتي.

إلى "زوجي" و"أبنائي" الذين تحمّلوا ضعفي ومنحوني قوة المواصلة.

و أشكر أعضاء لجنة المناقشة اللواتي شرفني بقبول مناقشة عملي المتواضع هذا.

وشكري موصول لكل أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بعبادة المجيد اللواتي قمت بالمقابلة معهن.

## ملخص الدراسة:

الخلفية: إن تزايد عدد الأطفال المصابين بطيف التوحد أصبح مشكلة تؤرق المجتمعات والحكومات وكذا الأولياء بالدرجة الأولى وخاصة الأمهات، ويعدّ الضغط النفسي والكآبة والاحساس بثقل المسؤولية في رعاية هؤلاء الأطفال من السمات الأساسية التي تتسم بها الحالة النفسية لأمهاتهم، مما يؤثر سلبا على جودة العلاقة بين الأم وطفلها وكذا جودة الرعاية التي تقدمها له مما يهدد جودة الحياة والارتياح النفسي لكليهما وبذا نحسب هذه الأعراض مكونات مهمة لنوع التعب الذي نعرضه في بحثنا ألا وهو تعب الرحمة.

الهدف: الهدف من بحثنا هو وصف ظاهرة تعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد ومعرفة مدى فعالية اليقظة الذهنية الكاملة في التخفيف من أعراض تعب الرحمة.

الطريقة: تم استخدام قواعد البيانات التالية: google , psycnet.apa, researchgate, PubMed, scholar ,sciencedirec , asjp. للحصول على أحدث المقالات العلمية المتصلة بالموضوع والاستفادة منها قدر المستطاع، وكان الهدف من مجموع المقالات المختارة هو التعريف بتعب الرحمة كاضطراب موجود فعلا والتحديات التي تواجه مقدمي الرعاية وكذا الإجابة على سؤال البحث: ما مدى فعالية اليقظة الذهنية الكاملة في التخفيف من أعراض تعب الرحمة؟ وقد تمّ تصنيف المقالات الى ثلاث مواضيع:

- دراسة المعاش النفسي للأمهات
  - تعب الرحمة والعوامل المؤثرة ومدى انتشاره بين أفراد العينة المكونة من أمهات الأطفال
  - التأثير الفعلي لطريقة اليقظة الذهنية على أعراض تعب الرحمة
- النتائج: من خلال مراجعة أدبيات تعب الرحمة والدراسات السابقة وفعالية اليقظة الذهنية الكاملة في التخفيف من أعراضه ووفق الدراسة الوصفية يمكننا تسليط الضوء على كفاءة مقارنة اليقظة الذهنية.
- الخلاصة / القيود: وفقا لنتائج الدراسات بالمقالات العلمية يبدو أنّ اليقظة الذهنية لها فعالية واضحة وإيجابية على أعراض تعب الرحمة، بحيث يقلل من الضغط النفسي والاجهاد عند مقدّم الرعاية بشكل ملحوظ، في حين نخلص أنّ حدود معظم المقالات كما هو الحال ببحثنا أنّ العينة تقتلص كل مرة وتصبح عينة مقتصرة على الأشخاص مقتنعين فقط، إضافة الى ذلك كانت هناك مقالات عديدة لأبحاث أجريت في الكثير من البلدان وتتبعها أخذ منا وقتا وجهدا لأن:

- جلّها باللغة الإنجليزية
  - لا تحتوي على أبحاث محلية أو عربية إلا القليل النادر
  - وصعوبة الحصول على المقال العلمي الأصلي بسهولة
- رغم هذا قمنا بإيجاد قاعدة بيانات تحوي أكثر من 600 مرجع بين كتاب ومقالة علمية انتقينا منها ما يفيد بحثنا بصفة مباشرة ولتحري المصادقية العلمية.

---

الكلمات المفتاحية: طيف التوحد، العلاقة أم-طفل، المعاش النفسي، عبء مقدم الرعاية، تعب الرحمة، اليقظة الذهنية الكاملة، العلاج السلوكي المعرفي.

## THESIS ABSTRACT

**Background:** The increasing number of children with the autism spectrum has become a problem that plagues societies and governments, as well as parents in the first place, especially mothers. Psychological stress, depression and a sense of the burden of responsibility in caring for these children are among the basic features that characterize the psychological state of their mothers, which negatively affects the quality of the relationship between the mother and her child, as well as the quality of the care she provides to him, which threatens the quality of life and psychological comfort for both of them, and thus we calculate these symptoms are important components of the type of fatigue that we present in our research, which is the compassion fatigue.

**Objective:** The aim of our research is to describe the phenomenon of compassion fatigue among mothers of children with autism spectrum, and to know the extent of mindfulness in alleviating the symptoms of compassion fatigue.

**Method:** The following databases were used: PubMed, researchgate, psycnet.apa, google scholar, sciencedirect, and asjp. To obtain the most recent scientific articles related to the topic and benefit from them as much as possible. The aim of the selected articles was to define compassion fatigue as an existing disorder and challenges facing caregivers as well as answering the research question: How effective is mindfulness in alleviating the symptoms of compassion fatigue? The articles are categorized into three topics:

- A study of the psychological experiences of mothers
- Fatigue of compassion and the influencing factors and the extent of its spread among the members of the sample consisting of mothers of children
- The actual effect of the mindfulness method on the symptoms of compassion fatigue

**Results:** Through a review of the compassion fatigue literature and previous studies, and the effectiveness of mindfulness in alleviating its symptoms, and according to the descriptive study, we can shed light on the efficiency of the mindfulness approach.

**Conclusion / Limitations:** According to the results of studies in scientific articles, it seems that mindfulness has a clear and positive effect on the symptoms of compassion fatigue, as it reduces the psychological pressure and stress of the caregiver significantly, while we conclude that the limits of most articles, as is the case with our research that the sample shrinks every time and a sample limited to people becomes convinced only, in addition to that there have been many articles of research conducted in many countries and that followed it took us time and effort because:

- Most of it is in English
- It does not contain local or Arabic research, except for a few rare
- The difficulty of obtaining the original scientific article easily

Despite this, we have created a database containing more than 600 references between a book and a scientific article, from which we have selected what is directly useful for our research and to investigate scientific credibility.

---

Key words: Autism spectrum, mother-child relationship, psychological experience, caregiver burden, compassion fatigue, complete mindfulness, cognitive behavioral therapy.

## فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
ب	الاهداء
ج	شكروعرفان
د	ملخص البحث باللغة العربية
هـ	ملخص البحث اللغة الإنكليزية
و	فهرس المحتويات
ط	الاختصارات
ي	قائمة الأشكال
ي	قائمة الجداول
ك	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
1	الإشكالية
3	فرضية الدراسة
3	أهمية الدراسة
3	أهداف الدراسة
4	صعوبات الدراسة
4	التعاريف الإجرائية للدراسة
الفصل الثاني: المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بطيف التوحد	
6	مقدمة
7	الخلفية التاريخية لمصطلح التوحد
7	تعريف اضطراب التوحد
8	معايير اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية والتصنيف الدولي للأمراض
12	أعراض اضطراب طيف التوحد والعلاقة أم-طفل
14	مكانة القصور الاجتماعي في العلاقة أم-طفل
15	التشخيص
22	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: تعب الرحمة	
24	مقدمة

24	الإطار النظري لمفهوم تعب الرحمة
26	الدراسات السابقة
27	مفاهيم ذات صلة بتعب الرحمة
31	مفهوم تعب الرحمة
31	عبء مقدّم الرعاية وتعب الرحمة
32	أثار تعب الرحمة وتطوّره
32	علامات تحذيرية لتعب الرحمة
33	احتياجات مقدمي الرعاية
34	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: اليقظة الذهنية الكاملة	
36	المقدمة
36	اليقظة الذهنية الكاملة Mindfulness
37	ارتباط اليقظة الذهنية كاملة بالعلاجات السلوكية والمعرفية
38	الدراسات السابقة في فاعلية اليقظة الذهنية
39	مناقشة الدراسات السابقة
40	أنواع علاجات اليقظة الذهنية
49	قياس اليقظة الذهنية الكاملة
51	خلاصة الفصل
<b>الجانب التطبيقي</b>	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
53	تمهيد
53	الدراسة الاستطلاعية
53	عيّنة الدراسة الاستطلاعية
54	أهداف الدراسة الاستطلاعية
54	الأدوات المستعملة في الدراسة الاستطلاعية
54	نتائج الدراسة الاستطلاعية
55	المنهجية المتبعة
55	الدراسة الأساسية
55	عيّنة الدراسة
55	أدوات الدراسة
55	المقابلة العيادية نصف الموجهة

56	الملاحظة العيادية
57	التحليل الوظيفي: شبكة سيكا
57	مقياس جودة الحياة المهني ProQOL
59	Caregiver Burden Scale مقياس عبء مقدم الرعاية
59	Philadelphia Mindfulness Scale مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية الكاملة
الفصل السادس: دراسة الحالة	
62	تقديم الحالة
62	تاريخ المفحوصة
63	وصف الأعراض
63	الطلب الحالي
63	التشخيص
64	التحليل الوظيفي
66	التحالف العلاجي
66	الأهداف المراد تحقيقها
66	التقنيات العلاجية المعمول بها
67	تقييم البرنامج العلاجي
67	البروتوكول العلاجي
الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها	
71	تمهيد
71	عرض ومناقشة نتائج الدراسة
72	الاقتراحات
73	الخاتمة
	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق



الاختصارات

باللغة العربية	باللغة الانكليزية	الاختصار
علاج القبول والالتزام	Acceptance and Commitment Therapy	ACT
الجمعية الأمريكية لعلم النفس	American Psychiatric Association	APA
اضطراب طيف التوحد	Autism Spectrum Disorder	ASD
الاحتراق النفسي	Burnout	BO
المقياس المعرفي العاطفي لليقظة الذهنية	Cognitive and Affective Mindfulness Scale	CAMS
العلاج السلوكي المعرفي	Cognitive Behavioral Therapy	CBT
تعب الرحمة	Compassion fatigue	CF
العلاج المركّز على الرحمة	Compassion focus therapy	CFT
رضا الرحمة	Compassion Satisfaction	CS
العلاج السلوكي الجدلي	Dialectical Behavior Therapy	DBT
استبيان فرايبورغ لليقظة الذهنية	Freiburg Mindfulness Inventory	FMI
مقياس مهارات اليقظة الذهنية لكانتوكي	Kentucky Inventory of Mindfulness Skills	KIMS
مقياس اليقظة الذهنية والانتباه اليقظ	Mindful attention awareness Scale	MAAS
العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية	Mindfulness Based Cognitive Therapy	MBCT
برنامج الحد من الضغط القائم على اليقظة الذهنية	Mindfulness Based Stress Reduction	MBSR
مقياس اليقظة الذهنية الكاملة	Mindfulness Questionnaire	MQ
مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية الكاملة	Philadelphia Mindfulness Scale	PHLMS
استبيان سوتامبسون لليقظة الذهنية	Southampton Mindfulness Questionnaire	SMQ
ضغط الصدمة الثانوي	Secondary traumatic stress	STS
مقياس تورونتو لليقظة الذهنية	Toronto mindfulness Scale	TMS
الصدمة الانتقالية	Vicarious trauma	VT

## قائمة الأشكال

الصفحة	محتوى الشكل	رقم الشكل
32	صيرورة تعب الرحمة حسب Figley	01
32	تكوين عملية تعب الرحمة	02
32	تعب الرحمة: النموذج المفاهيمي المكيف لـ Middleton	03
59	معايير مقياس PROQOL لتعب الرحمة	04
59	معايير مقياس عبء مقدّم الرعاية	05
71	توزيع بيانات مقياس PROQOL لتعب الرحمة باستعمال SPSS 25	06
71	توزيع بيانات مقياس عبء مقدّم الرعاية لزاريت	07
72	توزيع بيانات مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية شكل	08

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
د	جدول الاختصارات	01
49	مقاييس اليقظة الذهنية الكاملة	02
53	خصائص أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد	03
67	برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية المعدّل (البروتوكول)	04
67	رزمة الأحداث السارة	05
67	رزمة الأحداث غير السارة	06
67	التقييم الذاتي خلال الأسبوع	07
67	نموذج بطاقة التمارين المنزلية	08

## المقدمة:

عندما يولد طفل، تتغير حياة الأسرة بشكل كبير ويتطلب الأمر ان يتكيف كل فرد من أفرادها مع الوضع الجديد. لكن عندما يولد الطفل بإعاقة، يجب على الأسرة التعامل إضافة الى ما سبق مع التوتر والحزن وخيبات الأمل والتحديات التي قد تؤدي إلى أزمة خطيرة أو حتى إلى تعطيل الحياة الأسرية. إذ يجب على الأم والأب وضع جدول زمني للحصول على التشخيصات والعلاجات المختلفة وتعبئة حافظة جهات الاتصال بهواتفهم بأرقام العديد من المختصين والمؤسسات والعيادات العامة والخاصة. يجدون أنفسهم في مواجهة قرارات مهمة نيابة عن الطفل، وقرارات بشأن إدارة حياة الطفل المعاق، والقرارات الاقتصادية التي ستؤثر على الأسرة بأكملها. إذ تعتبر حالة الطفل المولود باضطراب نمائي أو مرض مزمن دائماً مأساة للأسرة والأم خاصة، فأم الطفل المعاق هي الشخص الأكثر أهمية ومقدم الرعاية الأساسي. وإن كانت الأمومة تعد من أكثر التحديات صعوبة والتي يتم مواجهتها بشكل متكرر دون إعداد كافٍ أو أي دعم من أقرب أفراد الأسرة. فهي تبقى في طبيعتها مرتبطة بضغط نفسية وجسدية كبيرة ومع وجود طفل باضطراب نمائي فهي غالباً ما تكون مصدراً للتوتر والضغط النفسي، مما قد يؤدي إلى التعب والإرهاق وفترات من المزاجية والاكتئاب الذي هو نتيجة للحاجة المستمرة للتكيف مع احتياجات الطفل المختلف، بل قد تبدأ تجربة الإجهاد والتوتر هذه لدى الأم بردود فعل الصدمة والإحباط والحزن على التشخيص الأولي لحالة ابنها وقد تستمر طوال الحياة.

من المرجح أن تشعر أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بالذنب والتوتر والقلق بشأن رعايتها لأنها المعاقين وبالتالي، فمن خلال الدراسة الحالية، قد لمسنا عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد مستويات مرتفعة من الاجتهاد والتعب الناتج عن التعاطف ومستويات أعلى من الاحتراق والضغط مقارنة بمستويات دنيا من الوعي والتقبل وكفاءة أقل في مهارات الأمومة والرعاية.

إنه من المأمول زيادة فهم تجارب أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد في بيئتنا المحلية. وإذ نركز في بحثنا المتواضع هذا على تجارب الأمهات ومعاشهن النفسي إنما للفت الانتباه لاضطراب يشمل الأعراض التي تعانيها هؤلاء الأمهات ألا وهو تعب الرحمة الذي يعدّ من المفاهيم الجديدة التي لم نتناولها بالدراسة محلياً أو عربياً، فقد ناقشنا ظهور الأعراض التي تشكل أساس فهمنا لتعب الرحمة وضغط التعاطف.

و لفهم ما هو تعب الرحمة عند أم الطفل المصاب بطيف التوحد، يجب علينا أولاً أن نفهم ما هو معاش هذه الأم ومعاناتها، فمن خلال بحثنا هذا قد حاولنا قياس مستويات مكوناته الأساسية والتي هي الاحتراق النفسي وضغط الصدمة الثانوي عند عينة من أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، لكن يتطلب الأمر لفهم تعب الرحمة بشكل أفضل مواصلة تناول أدبيات ظهور المفهوم وكذا توسيع العينات وتويعها لضبط المفهوم في بيئتنا المحلية من خلال الاستعانة بدراسات أجريت على عينات من ثقافات مختلفة ومقارنة التجارب وتصميم استراتيجيات التدخل المناسبة.

وقد حاولنا في سياق دراستنا معرفة مدى فاعلية اليقظة الذهنية الكاملة من خلال تقنيات MBCT الذي يعدّ شكلاً من أشكال العلاج المعرفي والذي تمّ التحقّق من صحته تجريبياً وقد ثبتت فاعليته في الكثير من الدراسات التي تناولت النتائج المتعلقة بالضغط النفسي والاكتئاب والقلق ومشاكل العلاقات بشكل فردي وفي مجموعات. حيث تركز اليقظة الذهنية على الانتباه إلى تجربة اللحظة الحالية والتقبّل من دون إصدار احكام عليها. كما تشمل أيضاً ممارساتها تعلّم واكتشاف الإشارات الجسدية لمستويات الإجهاد المرتفعة للغاية، وتحديد الأفكار المجهدّة والضاغطة وكسر دوامة السلبية الضارة، وإصدار أحكام واقعية وإيجاد مخرج إيجابي للمشكلة.

وقد حاولنا التطرّق لكل ما سبق من خلال بحثنا حول فاعلية برنامج اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض تعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد والذي قسّمناه كالآتي:

أولاً الجانب النظري: ويشتمل على أربعة فصول:

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

الفصل الثاني: المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بطيف التوحد

الفصل الثالث: تعب الرحمة

الفصل الرابع: اليقظة الذهنية الكاملة

ثانيا الجانب التطبيقي: ويشتمل على ثلاثة فصول

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

الفصل السادس: دراسة الحالة

الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها

# الجانب النظري

## الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

---

1. الإشكالية

2. فرضية الدراسة

3. أهمية الدراسة

4. أهداف الدراسة

5. صعوبات الدراسة

6. التعريف الإجرائية للدراسة

## 1. الإشكالية:

عرفت دراسة السلوك الإنساني تطورا ملحوظا، إذ لم تعد تقتصر على المفاهيم التقليدية في التعامل مع النفس البشرية بل تعدت ذلك لتعمق أكثر في الظواهر الإنسانية لاكتشاف عالمها الواسع على المستوى النفسي والسلوكي والاجتماعي. رغم ذلك نجد صعوبة في التعامل مع بعض الاضطرابات النمائية التي تصيب الانسان في سنواته الأولى كاضطراب التوحد الذي يعتبر خلافا في تفاعل الطفل مع بيئته الأسرية والاجتماعية، وهذا يجعل منه أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته وذلك لما له من آثار على السلوك فتتأثر بذلك مهارات تفكيره وتفاعله الاجتماعي مع الآخرين، وتضطرب لديه مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وأنشطة اللعب حيث يؤدي كل ذلك إلى صعوبة اندماجه في الحياة الاجتماعية. ويعتبر التوحد بمثابة إعاقة أو اضطراب تطوري نمائي عام. فهو اضطراب يحدث في الطفولة المبكرة، يعاني فيه الطفل من العزلة والانغلاق على ذاته، حيث يتصف بقصور في التفاعل الاجتماعي والانفعالي، كما نلاحظ وجود سلوكيات نمطية متكررة في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي النشاطات وافتقار في الاهتمامات الخاصة بالطفل المصاب.

فهذا النوع من الأطفال يتسمون بالانسحاب من الواقع والفضل في تطوير العلاقات الانفعالية والعاطفية مع الآخرين. "يعرف التوحد بأنه نوع من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال وهي أكثر الإعاقات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، ويظهر ذلك خلال السنوات الثلاثة من عمر الطفل، ويعوق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي عند الطفل" (النجار، 2006). ونجد من بين خصائص هذا الاضطراب:

- القصور الحسي وهو غياب الادراك والاستجابة للمثيرات الحسية.

- العزلة العاطفية والبرود الانفعالي

- قصور أو توقف للنمو اللغوي

- غياب التقليد ورفض ومقاومة التغيير (زمام، 2012).

الأمر الذي يُصعب عملية التواصل مع المحيط ويجعلهم في حرج وحيرة. فمولد طفل مصاب بطيف التوحد يجعل الوالدين يواجهان صدمة وخيبة لأمالهما في إنجاب الطفل الذي توقعاه وخاصة الأم وهي أقرب اتصالا بابنها المصاب من الآخرين من حوله والأكثر تأثرا بعجزه واعاقته، وهي ترى أنّ حلمها بإنجابها للطفل المثالي والسوي تبخر، ممّا يعرضها لحالة من اليأس والإحباط النفسي ويجعلها تعيش حالة من القلق، فهي تفكر في مستقبله وكيف تمد له يد المساعدة وتجعله يتجاوز اعاقته، وفي نفس الوقت تجد نفسها عاجزة في بناء علاقة حقيقية مع مولودها. وهي بين مواجهة استغراب المحيط من سلوك ابنها ونقص المعلومة عن اضطرابه عند من تلجئ لهم من مختصين وأطباء. ورغم أنّ التكفل بالطفل المصاب بطيف التوحد تشتت في العديد من التخصصات بدءاً من مرحلة الكشف والتشخيص وحتى مرحلة العلاج إلا أنّ الأسرة تبقى العنصر الأهم في رحلة التأهيل والعلاج وتأخذ الأم في الغالب حصة الأسد في المتابعة والتدريب والرعاية المستمرة.

فهي مسيرة للتكفل المتخصص داخل المركز أو العيادة ومتابعة لمسار عملية التدريب في المنزل لطفلها المصاب مع مراعاة مهماتها الزوجية والأسرية مع باقي أبنائها، كل هذه الأعباء والمهام وما تستدعيه من تركيز وكذا إضافة إلى مشاعر العجز والخوف والشفقة اتجاه الابن المصاب تولد لدى الأم ضغطا نفسيا كبيرا قد ينفجر كأعراض جسدية ونفسية، إذ له تداعيات ظاهرة على صحتها ومعاشها النفسي والعاطفي وكذا حياتها الزوجية والأسرية والمهنية وتطال توافقها النفس-اجتماعي.

فحسب Lemay (2004)، فإننا غالبًا ما نشهد عند الأمهات أكثر منه عند الآباء تطور علاقة غير صحية مع أطفالهن واستثمارات أمومية زائدة، على حساب الزوج والأشقاء. فغالبًا ما يكون لدى الأم هذا الموقف لأنها ستكون مقتنعة بأن المحيطين بها غير قادرين على فهم طفلها (Lemay, 2004). هذا ما يجعلها تعاني مأزقًا نفسيًا واضحًا وهو نوع من التعاطف والشفقة والرحمة الزائدة على ما يعانيه طفلها.

فمن بين آليات ردود الفعل عند بعض أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي تطور بعض الأفكار العدائية اتجاه أطفالهن نتيجة شدة الاستثارة والعواطف التي لا يمكنهم تحملها ولا السيطرة عليها، بسبب الحمل الزائد المرتبط باضطراب طفلها وعدم سوائه وكذا بسبب التوتر الذي يثيره سلوكه ومواقفه (Lemay, 2004).

وتفسر ردود الفعل هذه برغبة الوالدين في عدم معاناة طفلها (Lemay, 2004). فيولّد لديها أعراضًا كسرعة الانفعال والتعب وصعوبات في النوم وتغيّر في العلاقات الشخصية وبعض الأعراض الجسدية. حيث أنّ صدمة إنجاب طفل معاق وغير سوي وصدمة التشخيص وكذا العناء الذي تلاقيه خلال رحلة التأهيل وعدم تلقي المساعدة من المحيط تولد نوعًا من الاضطرابات شبيهة بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، فالأم على الرغم من "تكريس كل جهدها ووقتها لمساعدة ابنها يمكنها ان تصاب بالإحباط والملل بسرعة" (Merlino, 2011).

وقد أظهرت الأبحاث العلمية أن قوّة الصدمة والتعرض التراكمي المتكرر لها يمكن أن يسبب اضطرابات ما بعد الصدمة حتى في أقوى الأشخاص وأكثرهم مناعة. وهذا بدوره يمكن أن يسبب التغيرات الفيزيائية والكيميائية العصبية في الدماغ التي تسبب الاضطراب (New, 2007).

إنّ تعب الرحمة كما تصفه باسكال بريون (2010) "شرح عميق ومؤلم اتجاه محن ومعاناة الآخرين"، حسب باسكال هذا التعب يحتاج الأشخاص الذين تربطهم علاقة قويّة مع الأشخاص الذين لديهم معاناة (Brillon, 2010). وهو يوصف كظاهرة يعاني منها مقدمو الرعاية للمرضى والأشخاص الذين يعانون، وهي حالة من الانهك العاطفي وتدهور في الحالة النفسية والجسدية وتدني على مستوى العلاقات الاجتماعية.

فإذا كانت الرحمة هي تحمل المعاناة، فإنّ تعب الرحمة مثل أي نوع آخر من التعب إلا أنّه يقلّل من قدرتنا على تحمل معاناة الآخر والاهتمام لحالهم.

حسب (Figley C. R., 2002A) فإنّ تطوّر تعب الرحمة FC هو نتيجة تفاعل بين ثلاث عناصر:

أ. التعرّض للمعاناة

ب. التعاطف Empathie

ت. الحافز للمساعدة (Bride, 2007) (Mathias, 2017)

وفي إطار العلاقة أم-طفل التي هي تمازج وتفاعل بين ذاتين إنسانيتين يربطهما التعاطف والحب، نجد بطريقة آلية أنّ هناك سياق يفرض نفسه من خلال هذه العلاقة إذ نجد أمهات أطفال طيف التوحد في اتصال مع هذه العناصر الثلاثة.

وحتى نفهم أكثر ماهية تعب الرحمة ومدى انتشاره علينا التركيز على دراسة مظاهره وأعراضه عند مختلف الأطراف المساعدة في سياق علاقة المساعدة للمرضى ومن يعيشون المعاناة ونحن اخترنا في دراستنا فئة أمهات أطفال طيف التوحد. وبهذا تراءى لنا صياغة الإشكالية للكشف والتعريف بمفهوم تعب الرحمة وإبراز تأثيره على المستوى النفسي والعاطفي والاجتماعي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وكيف أنّ هذا التعب يؤثر على معاشهن النفسي والعلائقي وأدائهن الأمومي. وكمحاولة لمساعدة هؤلاء الأمهات اقترحنا تدخلا علاجيا أبدى فعاليته في التخفيف من الضغوط النفسية والاكتئاب وتعب الرحمة جزاء العناية والتكفل بالمرضى وذوي الصعوبات والاضطرابات السلوكية.

وكتدخل علاجي وبما أنّ عالم العلاج النفسي عالم زاخر ومعقد ومتغيّر في نفس الوقت إذ أنّه بزيادة معرفتنا بالعقل البشري وآلياته أصبحت استنتاجاتنا المستمدّة من خلال العلاقة العلاجية أو من خلال العمليات النفسية للأفراد مصدرا خبراتنا يطوّر ويغذي ممارساتنا سواء كآخصائيين ممارسين أو معالجين نفسيين. حيث نجد العلاجات السلوكية المعرفية التي ظهرت متتابعة على أساس

نظريات التعلم (التعزيز والتحفيز) والمقاربات المعرفية (الاستراتيجيات وحل المشاكل) وهذا كله في الموجتين الأولى والثانية للعلاجات السلوكية المعرفية.

لكن ما يهمننا في بحثنا هو علاجات "الموجة الثالثة" التي تركز على الاستكشاف النشط من طرف الفرد للعمليات العاطفية التي تحركه. ونركز بشكل محدد على فاعلية احدى علاجات هذه الموجة الأخيرة ألا وهي اليقظة الذهنية الكاملة كتدخل علاجي للتخفيف من أعراض تعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد. فقد أظهرت معظم الدراسات أن هناك فعالية للعلاج السلوكي المعرفي المعتمد على اليقظة الذهنية الكاملة في خفض مستويات القلق والضغط النفسي والاكتئاب ورفع مستوى الصحة والارتياح النفسيين (Carmody, 2009) (Hofmann, 2010) والتخفيف من تعب الرحمة (Jodi L. Constantine Brown, 2017). وبذا تحددت مشكلة البحث كالآتي: ما مدى "فاعلية برنامج اليقظة الذهنية الكاملة في التخفيف من أعراض تعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟

متغيرات الدراسة: المتغير المستقل: وهو اليقظة الذهنية الكاملة.

المتغير التابع: أعراض تعب الرحمة.

## 2. فرضية البحث:

إنّ للبرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية الكاملة فاعلية في التخفيف من أعراض تعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

## 3. أهمية الدراسة:

تكمّن أهمية الدراسة في أهمية المتغيرات التي نعرضها ألا وهي تعب الرحمة كمفهوم حديث نسبياً وتقييم فاعلية أساليب التدخل العلاجي النفسي القائم على اليقظة الذهنية الكاملة في خفض مستويات تعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد. كما تأتي أهمية الدراسة لكونها تتناول أمهات أطفال ASD اللواتي يعانون من أعراض تعب الرحمة الذي يؤثر على أدائهن الأمومي وفي علاقتهن بأزواجهن وبالمحيط الاجتماعي من حولهن، فهنّ فئة من مقدمي الرعاية الطبيعيين الذين يعانون في صمت والتي تحتاج من المختصين تسليط الضوء على معاناتها والتعامل معها بمهنية واحترام، لذا فهن بحاجة للدعم والمتابعة للتخلص من معاناتهن بتعزيز قدرتهن ومساندتهن في اتخاذ القرارات المناسبة للتعافي ومواصلة الحياة بشكل فعال ومثمر، من خلال البرنامج العلاجي القائم على اليقظة الذهنية الكاملة.

فمن الممكن أن تساهم نتائج الدراسة في معرفة أفضل للمعاش النفسي للأمهات مقدمات الرعاية وإثبات نجاعة العلاج القائم على اليقظة الذهنية في التخفيف من تعمين ومعاناتهن. وبذا تعدّ إضافة علمية وبحثية جديدة في مجال التعامل مع مقدمي الرعاية الطبيعيين والمهنيين، ودعم للممارسين والأكاديميين المهتمين بتطبيق البرامج العلاجية النفسية للمرضى وكل معني بتقديم الخدمة النفسية المتميزة بالعيادات أو المستشفيات على حدّ سواء.

ومن الناحية التطبيقية فهي تلفت النظر إلى مجموعة أعراض عند مقدمي الرعاية وكيفية التعامل معها من خلال وضع وإعداد برامج تدريبية-علاجية لتنمية اليقظة الذهنية عند هذه الفئة.

## 4. أهداف الدراسة:

- توجيه الأنظار الى معاناة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد ومستوى التعب النفسي والوجداني والجسدي الحاصل عندهن
- جزء استنزاف طاقة التعاطف والتراحم عندهن. وطرق متابعتهن ببرامج علاجية من طرف الأخصائيين لمساعدتهن على استعادة ارتياحهن النفسي وكفاءتهم الأمومية والتعافي، وذلك بتنمية وعيهم بذواتهن واستثمارها في مساعدة أبنائهن على التطور والتحسن.
- التعريف بتعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد والكشف عن أعراض تعب الرحمة
- الإشارة الى خطورة تعب الرحمة ومحاولة إيجاد حلول علاجية مستقبلا



- الإشارة الى تعب الرحمة عند مقدمي الرعاية الطبيعيين وتداعياته على شتى مناحي الحياة النفسية والاجتماعية وحتى المهنية إن وجدت.
  - التعرف على فاعلية برنامج علاجي معرفي قائم على اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض تعب الرحمة
  - المساهمة من خلال هذه الدراسة في وضع برامج علاجية وتدريبية لكيفية معرفة أعراض تعب الرحمة وطرق التعامل مع هذا التعب والتخفيف من أعراضه ومحاولة ضبط برامج علاجية تهتم بذلك.
- وتهدف الدراسة الحالية الى التعرف على العلاقة بين تعب الرحمة واليقظة الذهنية، واعداد برنامج علاجي لتنمية اليقظة الذهنية ومعرفة فاعليته في خفض أعراض تعب الرحمة.

## 5. صعوبات البحث:

تزامن الدراسة والعطل التي تمنحها المراكز المتخصصة لأطفال التوحد وحالة الحجر جزاء جائحة كوفيد 19، مما صعب علينا اجراء المقابلات، وكذلك عدم وجود دراسات سابقة مست في عنونها المتغيرين مع بعض وبالتالي انعدام خلفية للبحث خاصة على المستوى المحلي. ففي حدود إطلاع الطالبة لم تجد دراسة عربية واحدة تناولت اجتماع هذين المتغيرين في حين نجد هناك دراسات أجنبية تناولت هذه المتغيرات ومعرفة تأثيرها في برامج تهدف الى التعديل السلوكي المعرفي لفئة معينة. وقد أثبتت هذه الدراسات فاعليتها مقارنة ببرامج التعديل السلوكي المعرفي الأخرى.

## 6. التعريف الإجرائي للمفاهيم:

### أ. التعريف الاجرائي لتعب الرحمة:

هي الدرجة المتحصل عليها والتي تعكس مستويات أبعاد مقياس جودة الحياة المهنية (رضا الرحمة، الاحتراق النفسي، ضغط الصدمة الثانوي):

1. رضا الرحمة: النطاق الأعلى من المقياس الفرعي معناه قدر كبير من الرضا عما تقوم به الأم، والمستويات الدنيا تعني وجود مشاكل فيما تقوم به أو انها تستمد الرضا من مهام وانشطة أخرى.
  2. الاحتراق النفسي: عكس الرضا، إذا كانت الدرجات أقل فهذا يعكس مشاعر إيجابية حول قدرة الأم على أن تكون فعالة في مهمة الرعاية، في حين إذا سجلت درجات أعلى فهي تعكس المزاجية والافتقار للراحة، وفي حالة استمرارها فقد تعكس مخاوف مختلفة، وهي مدعاة للقلق.
  3. ضغط الصدمة الثانوي: الدرجات العليا تعني وجود مشكلة الواجب مواجهتها وحلها، والدرجات الدنيا تنفي وجود خطب ما لكن توجيهنا للعمل على وجودها أصلا وعليه يجب اللجوء للحل العلاجي.
- ب. التعريف الإجرائي لليقظة الذهنية:

هي الدرجة الكلية التي تعكس مستويات أبعاد مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية الكاملة (الوعي والتقبل) في مرحلة ما قبل المشروع العلاجي القائم على اليقظة الذهنية الكاملة وما بعده.

1. الوعي: في الدرجات الفردية، ومستواها العالي هو مؤشر وجود وعي ويقظة، والعكس صحيح.
2. التقبل: عكس وجمع الدرجات الزوجية، والمستوى الأعلى معناه وجود سمة التقبل والعكس صحيح.

## الفصل الثاني: المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بطيف التوحد

### مقدمة

1. الخلفية التاريخية لمصطلح التوحد
  2. تعريف اضطراب التوحد
  3. معايير اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والتصنيف الدولي للأمراض.
  4. أعراض اضطراب طيف التوحد والعلاقة أم-طفل
  5. مكانة القصور الاجتماعي في العلاقة أم-طفل
  6. التشخيص:
- خلاصة الفصل

## مقدمة:

قد أزداد وعي الأفراد والأطباء بشكل ملحوظ في الألفية الجديدة بطيف التوحد بسبب زيادة التغطية الإعلامية وزيادة عدد المعارف المنشورة على الأنترنت وفي المجالات المتخصصة. وقد زاد عدد المختصون المهتمون باضطراب طيف التوحد على مدى العقدين الماضيين.

وتندرج هذه الاعتلالات حالياً في فئة اضطرابات النمو المتفشية ضمن فئة أعم هي الاضطرابات النفسية والسلوكية في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة (المراجعة العاشرة). واضطراب طيف التوحد مصطلح جامع يشمل اعتلالات من قبيل التوحد الطفلي والتوحد اللانمطي ومتلازمة أسبرغر (منظمة الصحة العالمية، 2019). حيث يكون للاضطراب تأثير عميق على نمو الأطفال. إذ أنّ الغياب النسبي أو الكلي للمهارات التفاعلية الاجتماعية المتبادلة هي الأعراض الأولية التي نلاحظها على الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. فعلى عكس الأطفال الأسوياء الذين يطورون عادة مهارات اجتماعية ويقومون بتقديم عروض لا تتوقف تقريباً لشدّ انتباه الوالدين، فإنّ الأطفال المصابين بطيف التوحد يقومون باتصال بصري أقل مع الوالدين ويومئون بالقليل من تعابير الوجه لهم. ولا يتقاسمون اهتماماتهم بالأشياء هي الأخرى مع والديهم.

فهم يرون من خلال الإشارة للأشياء والإمساك بها ليراها والديهم. وعادة ما يرفقون هذه الأفعال خلال نموهم بأصوات ثم بكلمات فعلية في وقت لاحق لجلب انتباه آبائهم. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم عادة ما يبادلون نظرتهم بين الشيء -المهتمين به- ووجه أحد الوالدين. ويتناقص هذا بشكل واضح مع شدة الأعراض التي يعاني منها الطفل المصاب بطيف التوحد فيما يخص جلب انتباه الآخرين لموضع اهتمامه، في الوقت نفسه فإنّ هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في الاستجابة لطلب والديهم في شدّ انتباههم (Carol Turkington, 2007) ومن بين المشاكل المهمة والمرتبطة بالتواصل عند الأطفال المصابين بطيف التوحد والتي تعتبر من الأعراض الأساسية في هذا الاضطراب، هو اظهار تأخر في اللغة المنطوقة أو انعدام الكلام تماماً، فقد يرددون ببساطة ما يقال لهم دون معنى، وقد يتمكن البعض من الكلام لكن يظهرون نقصاً في مهارات التواصل العملية. وبعبارة أخرى قد يكون الطفل قادراً على الرد على الأسئلة المباشرة ولكن لا يستطيع الدخول في محادثة متبادلة واجراء حوار فعلي.

وتشير الإحصاءات غير الرسمية إلى تضاعف حالات طيف التوحد في الجزائر إلى الضعف في العشريتين الأخيرتين حيث كشفت الإحصائيات العالمية المتعلقة بالتوحد في سنة 2018 عن تسجيل 500 ألف طفل مصاب بالتوحد في الجزائر، حيث تمّ تسجيل إصابة واحدة بالتوحد من بين 55 مولود جديد (الإذاعة الجزائرية، 2018). إذ يبدو أنّه في العقود الأخيرة قد أثر هذا الاضطراب على عدد متزايد من الأشخاص، فحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية في عام 2019 فإنّ واحد من 160 طفل يتأثرون بهذا الاضطراب (منظمة الصحة العالمية، 2019)، غير أنّ تحديد معدّل الانتشار الدقيق أمر صعب، حيث أنه يختلف باختلاف الدراسات والسكان، ولكن من الواضح أن الزيادة في عدد الأطفال الذين تم تشخيصهم فقط خلال هذه السنوات (Lyall, 2017). ونحن لا نعرف ما إذا كانت هذه زيادة حقيقية في معدل حالات الإصابة أو ما إذا كانت نتيجة لعوامل سياقية، مثل تغيير المعايير التشخيصية أو إذا كان ذلك ناتجاً عن قدر كبير من التركيز والقلق إزاء اضطرابات طيف التوحد (Hansen, 2015).

ففي كل الأحوال يعتبر اضطراب طيف التوحد من المواضيع الراهنة التي تحتاج التحقيق فيها من زوايا مختلفة. ورغم أن الجزائر تشهد ازدياداً ملحوظاً لحالات التوحد، إلا أنها لا تتوفر على إحصاء رسمي ودقيق لهذه الحالات، مما يعني أنه قد تكون هناك حالات تعيش في معاناة صامتة نظراً لنقص التوعية بهذا الاضطراب، وعدم معرفة نوع الاضطراب وغياب الإجماع حول طبيعته، فهناك من يعتبره تخلفاً عقلياً، وهناك من يعتبره تأخراً في اللغة أو قصوراً في اللغة التعبيرية، إضافة إلى عدم تقبل الأسرة الجزائرية لحقيقة أن طفلها توحد؛ باعتبار التوحد غير معروف في العديد من الأوساط الأسرية؛ وهذا ما يمنع إدماج كل الحالات في المراكز المتخصصة في التأهيل والمتابعة. (حديدان صبرينة، 2017).

## 1. الخلفية التاريخية لمصطلح التوحد (Autism):

يعود مصطلح Autism الى اللغة الاغريقية وتنقسم الى شقين Autos التي تعني النفس أو الذات و lsm وتعني الحالة الغير سوية وغير مستقرة. (مصطفى، 2008)

كان أول من وصف مرض التوحد الطبيب النفسي الأمريكي من أصل أوكراني ليوكانر Leo Kanner (1894-1981) حين تقديمه لبحثه الشهير بعنوان (L.K., 1943) Autistic Disturbances Of Affective Contact حيث شدّ انتباهه أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً تابع حالتهم طيلة أعوام في عيادته بألمانيا، كانوا مصنفين على أنهم من ذوي التخلف العقلي (سليمان، 2014) "هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية، وقد أستعمل مصطلح التوحد Autism لأول مرة للتعبير عنها" (داخل، 2017)، ووجد أن سلوكهم يتسم بخصائص تختلف عن خصائص فصام الطفولة، ولا تشبه أعراض التخلف العقلي في صورته القديمة، "فهي زملة أعراض اكلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال فأطلق عليها زملة كانر Caner Syndrome أو اوتيزم الطفولة المبكرة Early Infantile Autism" (سليمان، 2014)

فالأضطراب الأساسي يؤثر على التنشئة الاجتماعية والتواصل. فلا يستطيع الطفل إقامة علاقة طبيعية مع الناس ومع الوضعيات المختلفة منذ ولادته. وهناك أيضا خصائص لغوية وسلوكيات متكررة واهتمامات غريبة مع رفض وعدم القدرة على التغيير. واستمرت الأبحاث في هذا المجال من بعد كانر، وفي نفس السنة اكتشف العالم النمساوي هانز أسبرجر Hans Asperger في النمسا بفيينا حالات تختلف في أعراضها عن التي ذكرها كانر، وقام بنشر بحثه باللغة الألمانية.

وفي عام 1991 أصدر العالم البريطاني Frith كتابه عن التوحد والاسبرجر الذي نشر فيه نتائج بحوث أسبرجر باللغة الإنجليزية، والتي كانت سابقا تسمى التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي high functioning Autism أو أعاقاة التوحد الخفيف mild Autism ومن ثم عرفت تلك الحالة وسميت باسم مكتشفها "متلازمة أسبرجر Asperger's Syndrome" بعد دراسة آلاف الحالات في أوروبا وأمريكا، مما برر اعتباره أعاقاة مستقلة بالإضافة إلى التوحد تحت مظلة اضطرابات النمو الشائعة و حالات أخرى سميت "متلازمة ريت Rett's syndrome" باسم مكتشفها الطبيب النمساوي Dr Andreas Rett، الذي أكتشف وجود حالات تختلف في أعراضها وسماتها عن التوحد، وقام بمتابعة تلك الحالات لعدة سنوات، وكتب عن نتائج بحثه مقالا في أحد الدوريات العلمية عام 1965 باللغة الألمانية، فلم تثر مقالته أي اهتمام في الدوائر الطبية، وفي عام 1985 قام الطبيب السويدي Bengt Hagberg بترجمة هذا المقال ونشره باللغة الإنجليزية، ثم قام هذان الطبيبان "بينجت وريت" بزيارة أمريكا ودراسة عدد من حالات الفتيات الأمريكيات، وأثناء زيارتهما لمعهد في مدينة بالتيمور بولاية ميريلاند أعلنوا عن إصابة بعض الفتيات بنفس الأعراض والسمات، والتي عرفت بعد ذلك بمتلازمة ريت، وبعدها تكونت الجمعية الدولية لمتلازمة ريت التي استهدفت الكشف عن حالاتها وتوعية الآباء والأمهات وأجراء البحوث العلمية للكشف عن العوامل المسببة والبحث عن أساليب العلاج أو إيقاف التدهور الذي يميزها (داخل، 2017).

ولا يجب أن نغفل أنّ زملة أعراض الأوتيزم قد استخدمت قبل كانر من طرف Bleuler للإشارة الى زملة أوسع تشمل العديد من الميكانيزمات التي يستخدمها الفصاميين وحتى الأشخاص العاديين باعتبارها احدى السمات الأولية للفصام (Anke Maatz, 2017)، وأعمال Lauretta Bender (1897-1987) طبيبة الأمراض العقلية والعصبية الأمريكية وهي معاصرة لكانر والتي وصفت صورة قريبة اكلينيكية من التوحد الطفولي النموذجي تحت مسمى الفصام الطفولي (Bender, 1942).

## 2. تعريف اضطراب طيف التوحد:

- يعرف كانر 1943 التوحد بأنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة. (العبادي، 2006).
- "وقد أستخدم ليو كانر في عدة مناسبات الأفعال النشطة لترجمة تصرف الطفل المصاب بالتوحد (يزيح، يستبعد، أو يتجاهل) كل ما ينغص عليه حاجته للركون (الثبات في وضعية دائمة)" (Hochmann, 2010).

- ويعرفه محمود جمال أبو العزائم (سليمان، 2014) (بأنه إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وهي تنتج عن اضطراب بالجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ ويتميز اضطراب الذاتوية بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك وهي:
  - أ. خلل في التفاعل الاجتماعي.
  - ب. خلل في التواصل والنشاط التخيلي.
  - ج. القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر ألبا
- وتعرفه (حنفي، 2005) على أنه نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل مترامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلى مدى حياته وتؤثر على جميع جوانب نموه وتبعده عن النمو الطبيعي ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل سواء كان تواصلًا لفظيًا أو تواصلًا غير لفظي، وأيضًا على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد المصابين بالتوحدية ويظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده الاتصال والاستفادة ممن حوله سواءً أشخاصًا أو خبرات أو تجارب يمر بها وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه ولكن ممكن أن يتحسن بالتدخل المبكر.
- وترى (بيومي، 2008) أن التوحد اضطراب عصبي بيولوجي يؤثر على التفاعل الاجتماعي وتواصل اللغة وعلى سلوك الطفل وقابليته للتعلم والتدريب ويأخذ عدة مظاهر منها:
  - وجود صعوبات في مهارات العناية بالذات.
  - الطعام والشراب.
  - ارتداء الملابس وخلعها.
  - القيام بعملية الإخراج
- وتعرف الجمعية الأمريكية للأمراض العقلية (APA) اضطراب طيف التوحد (ASD) باضطراب في النمو العصبي الذي يتميز بصعوبات في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي وأنماط مقيدة ومتكررة في السلوكيات والاهتمامات والأنشطة. بحكم التعريف، تظهر الأعراض مبكرًا في النمو وتؤثر على الأداء اليومي. يتم استخدام مصطلح "الطيف" بسبب عدم التجانس في عرض وشدة أعراض اضطراب طيف التوحد، وكذلك في مهارات ومستوى أداء الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. ويحدث (ASD) في جميع المجموعات العرقية والإثنية، وعبر كل المستويات الاجتماعية والاقتصادية. والأولاد أكثر عرضة للإصابة باضطراب طيف التوحد بنحو أربع مرات من الفتيات (Kocsis, 2013).
- ويصفه أوسترلينغ وآخرون 1994 أنه ذلك الاضطراب الذي يتضمن قصور في التواصل الانفعالي وتأخر في النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في كل ومضمون الكلام والترديد الآلي وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابة تتسم بالعنف (osterling, 1994).
- وتراه كريبو وآخرون أنه إعاقة نمائية تطورية تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال، والأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة (Elizabeth Blesedell Crepeau, 2008)
- 3. معايير اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والتصنيف الدولي للأمراض.
 

أدرج التوحد لأول مرة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) من قبل جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) في عام 1980 في طبعة DSM-III ، وصنف على أنه من الاضطرابات النمائية الشاملة **pervasive Developmental Disorders (PDD)**. وقد تم مراجعة المعايير التشخيصية للتوحد في الطبقات ابتداءً من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث استناداً إلى الخبرة السريرية والمعلومات الحالية التي تم الحصول عليها من البحوث. وعلى سبيل المثال، حددت خمس فئات فرعية عن الاضطرابات النمائية الشاملة في الدليل الرابع: (APA 1994) اضطراب التوحد (AD) ، متلازمة ريت (RS) ، اضطراب تفكك الطفولة (CDD) ، متلازمة أسبرجر (AS) ، اضطراب النمو الشامل - غير المحدد بعد (PDD-NOS) . وقد قامت الجمعية بإحداث تغييرات، التي

وأثارت جملة من المناقشات، بالمعايير التشخيصية لمرض التوحد، إلى جانب اضطرابات أخرى، في مسودة مشروع الدليل الخامس لعام 2010. والدراسات التي أجريت باستخدام مسودة المعايير الموصى بها لمرض التوحد أدت لفتح العديد من المناقشات. (Gibbs, 2012) (Worley, 2012) (Taheri, 2012) (Matson, 2012)

وقد تم نشر المعايير الجديدة للتوحد في DSM-5 في مايو 2013. حيث تم تجميع فئات التشخيص AS، AD، CDD و PDD-NOS المدرجة في DSM-IV-TR تحت عنوان اضطراب طيف التوحد

**Autism Spectrum Disorders (ASD)** في DSM-5، وتمت إزالة متلازمة ريت RS. وتم تخفيض مجموعات الأعراض المطلوبة للتشخيص إلى اثنين من ثلاثة، وتم التخلص من القيود الصارمة الموصى بها لعمر البدء، كما تمت إضافة أعراض مثل الاهتمامات في البيئة الحسية وتجنبها والتي لم يتم التأكيد عليها في DSM-IV-TR. ولتشخيص اضطراب طيف التوحد، تم تحويله إلى شرط لتحقيق المعايير الثلاثة في عنوان "عجز التفاعل الاجتماعي / الاتصال"؛ ما لا يقل عن معيارين من أربعة معايير في عنوان "أنماط تقييدية ومتكررة للاهتمامات والسلوكيات والأنشطة". وأخيراً تم تعريف اضطراب طيف التوحد في الدليل الخامس على أنه اضطراب نمو عصبي، والذي يتميز بعجز في التواصل والتفاعل الاجتماعي (المعيار A) وبالسلوكيات والاهتمامات المقيدة والمتكررة (المعيار B) (Association P. A., 2013).

فإذا راجعنا معايير تشخيص طيف التوحد بإصدارات الجمعية الأمريكية للطب النفسي نجد أنها في إصدارها الخامس (2013) قامت بإجراء العديد من التعديلات على التصنيف الرابع المعدل لها عام DSM-IV-TR(2000) وهي كالتالي:

#### أ. تشخيص التوحد طبقاً لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: الإصدار الرابع المعدل DSM-IV-TR

تشخيص اضطراب التوحد يتطلب توفر (6) من العناصر الأساسية من الفئة (1)، (2) و(3) حسب ما سيرد لاحقاً، ولكن من الضروري توفر ما لا يقل عن عنصرين من الفئة (1) وعنصرين على الأقل من الفئة (2) و(3)، وذلك كما يلي: (Association A. P., 2013)

1) قصور واضح في التفاعلات الاجتماعية، وذلك كما يعبر عنه على الأقل اثنين مما يلي:

أ. إعاقة واضحة في استخدام اللغة والسلوك غير اللفظي،

ب. شح في العلاقات التفاعلية الملائمة لعمر الطفل.

ت. قلة تشارك الاهتمامات مع الآخرين.

ث. انخفاض واضح في التبادل والمشاركة الاجتماعية والعاطفية.

2) قصور واضح في التواصل كما يعبر عنه على الأقل في واحدة مما يلي:

أ. تأخر أو ندرة في اللغة المنطوقة.

ب. إعاقات واضحة في القدرة على تقليد أو متابعة التواصل مع الآخرين.

ت. تقليد أو إعادة نمطية في استخدام للغة.

ث. ندرة أو قلة في اللعب التخيلي الملائم للمرحلة العمرية.

3) نماذج سلوكية نمطية متكررة، اهتمامات وأنشطة محدودة، تظهر على الأقل في واحدة من الآتي:

أ. الانشغال بوحدة على الأقل من السلوكيات النمطية من الاهتمامات.

ب. التمسك الصلب بالأشياء الروتينية الغير وظيفية أو بطقوس معينة.

ت. سلوكيات نمطية وتكرارية بحركات معينة.

ث. الانشغال بطريقة صعبة بأجزاء من الأشياء. (association, 2003)

ب. تشخيص التوحد طبقاً لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: الإصدار الخامس DSM-5

في شهر 04 من سنة 2013 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-5)، مما أدى لحدوث تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية تختلف عنها في الإصدار الرابع

المعدل السابق من الدليل (DSM-IV-TR) الصادر عام 2000 حيث نص على أن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يتصف بما يلي:

- 1) صعوبة مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع المواقف المختلفة سواء في المراحل الحالية أو ما قبلها. ومنها كمثال:
  - صعوبة في التبادل الاجتماعي-العاطفي: ويتراوح ما بين التعامل الاجتماعي غير الطبيعي والفضل في تبادل حوار اعتيادي مثلاً إلى الفضل في المشاركة في الاهتمامات والعواطف والمزاج إلى الفضل في بدء تفاعل اجتماعي أو الاستجابة له.
  - صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي: ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي مثلاً إلى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد أو صعوبة في فهم واستخدام التعابير الجسدية (الإيماءات) إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.
  - صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها: ويتراوح من صعوبات في ضبط السلوك ليتلاءم مع مختلف المواقف الاجتماعية مثلاً، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو إنشاء الصداقات، إلى فقدان الاهتمام بالأقران.

- 2) سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد أو التكرار، كما هو ظاهر في اثنتين على الأقل مما يلي، سواء في المرحل الحالية أو ما قبلها، ومنها ما يلي:

- نمطية وتكرار في حركات الجسم أو استخدام الأشياء أو الكلام. (مثلاً: نمطية حركية بسيطة، أو ترتيب الألعاب في خط مستقيم أو قلب الأشياء، أو إعادة ترديد الكلام المسموع مثل (الصدى)، أو ترديد عبارات خاصة غير ذات معنى).
- الإصرار على التشابه (تشابه الأفعال)، وارتباط دائم بالأفعال الروتينية، أو الطقسية في السلوك اللفظي وغير اللفظي، فمثلاً: اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط، أو صعوبات في التغيير، أو طريقة تفكير جامدة، أو طقوس ترحيب خاصة، أو الحاجة إلى اخذ نفس الطريق أو تناول نفس الطعام يومياً.
- اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز. (مثلاً: التعلق أو الانشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية، أو التقيد بصورة مبالغ فيها، أو المواظبة على الاهتمام بشيء محدد).
- فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية، أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم إحساس للألم أو الحرارة، استجابة سلبية للأصوات أو أحاسيس لمس معينة، فرط في شم أو لمس الأغراض، انهيار بصري بالأضواء والحركات).

- 3) يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل (لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تظهر الحاجات الاجتماعية مدى القدرات المحدودة للطفل التوحدي، أو قد لا تظهر أبداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو).

4) يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الأخرى المهمة.

- 5) هذه الاضطرابات يجب ألا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) أو تأخر النمو العام. (Kristine M. (Association P. A., 2013) Kulage, 2014).

ت. ملاحظات على تصنيف الإصدار الخامس

- حسب ما هو معمول في تشخيص التوحد، فإن الطفل عليه تحقيق (12 علامة) ليتم تصنيفه ضمن العديد من الحالات، ومنها: ذوي اضطراب التوحد، اضطراب الطفولة التفككي، واضطراب النمو المتفشي غير المحدد، أو المصابين باضطراب اسبرجر. إلا أن التوجهات الجديدة تقوم على تجميع الحالات سابقة الذكر تحت مسمى واحد هو متلازمة اضطراب طيف التوحد (ASD) مما يستوجب على الأطفال ممن يتم تشخيصهم توفر إجراءات أكثر صرامة.

- تخفيض مجالات التشخيص من 3 إلى 2، مع التركيز على التواصل الاجتماعي والعجز عن التفاعل، وأنماط من السلوكيات المتكررة والاهتمامات.
- تم تغيير حتمية اكتشافه قبل 3 سنوات من العمر إلى الاكتشاف في فترة نمو الطفل في وقت مبكر، بالإضافة لحدوث تشوهات حسية المحتملة، وبالتالي تم إدراج مقياس للتعرف على مدى شدة أو حدة الاضطراب في كل من المجالات الأساسية.
- تشمل التقارير التشخيصية الآن على المحددات التي قد تعزز التصنيف الفرعي لعينة ممثلة، بما في ذلك المحددات لوجود أو عدم وجود القصور الفكري، وضعف اللغة، وعوامل طبية أو وراثية، أو بيئية معروفة.
- المعايير الجديدة تتطلب التعرف على تاريخ حدوث الأعراض التي قد لا تكون موجودة في الوقت الراهن، مع الاعتراف بأنه من خلال التدخل أو التطور الطبيعي فإن بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد لم تعد تظهر لديهم بعض الأعراض في وقت لاحق في الحياة.
- كما أضاف التصنيف الخامس DSM-5 فئة جديدة تسمى اضطراب التواصل الاجتماعي (social communication disorder) (SCD) لتشخيص الأفراد الذين يعانون من مشاكل الاتصال اللفظي وغير اللفظي ولكنها تفتقر لغيرها من الصفات المرتبطة بالتوحد. كما أن بعض الحالات من ذوي اضطراب PDD NOS طبقاً للتصنيف القديم سيتم وضعهم ضمن التصنيف الخامس على أنهم من ذوي اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) (Association P. A., 2013)
- بعد تطبيق المحكات التشخيصية للإصدار الخامس DSM-5، تم ملاحظة انخفاض واضح إحصائياً في التشخيص لما يقارب 22 % مقارنة بتطبيق المحكات الخاصة بتشخيص الدليل الرابع DSM-IV، كما يلاحظ أن هناك انخفاض 70 % في تشخيص PDD NOS.
- وفق أحدث الإحصائيات. فأن الأفراد ذوي اضطراب ASD لديهم صعوبات في التواصل ومشكلات في التواصل الغير لفظي، ويجدون صعوبة في تكوين صداقات. كما قد يعتمدون بشكل كبير على الروتين، ولديهم حساسية واضحة للتغيرات في محيطهم. (Taheri, 2012) (DANIENE NEAL, 2012) (Kristine M. Kulage, 2014) (Maenner MJ, 2014).
- ولقد أيد التصنيف العالمي للأمراض في طبعته العاشرة ICD-10 (C. Bursztejn, 2011)، (Volkmar FR, 1992) المنشورة في عام 1993، مفهوم الاضطرابات النمائية المتفشية (Pervasive Developmental Disorders) (PDD) وتم استخدام رمز ICD F84 لترميزها على عكس اضطرابات النمو المحددة (SDD) وربطتها بالدرجة الأولى بمرض التوحد الطفولي (F84.0) ومع ذلك، فقد تبنت موقفاً مختلفاً تماماً من خلال إدخال مجموعة من خمس اضطرابات تتميز بالتأخر في تطوير وظائف أساسية متعددة بما في ذلك التنشئة الاجتماعية والتواصل. كالاضطرابات النمائية المتفشية التي لم يتم تحديدها بطريقة أخرى (PDD-NOS)، والذي يتضمن التوحد غير النمطي واضطراب طيف التوحد ومتلازمة أسبرجر ومتلازمة ريت واضطراب التفكك في الطفولة (CDD) (diseases) (2020/2019)
- وتشير الطبعة 11 (2019) من التصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية المتصلة بها (Organization, 2019)، إلى أن اضطراب طيف التوحد يتسم بالعجز المستمر في القدرة على بدء ودعم التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل الاجتماعي، وبطائفة من الأنماط السلوكية والمهارات المقيدة والمتكررة وغير المرنة. تحدث بداية الاضطرابات أثناء فترة النمو، عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن الأعراض قد لا تظهر بشكل كامل حتى وقت لاحق، عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة. ويكون العجز شديداً بما فيه الكفاية لإحداث ضعف في المجالات الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة في العمل، وعادة ما يكون سمة سائدة في نشاط الفرد ويمكن ملاحظته في جميع السياقات، على الرغم من أنه قد يختلف باختلاف السياق الاجتماعي أو التعليمي أو غيره. ووضعت طيف التوحد بترميز الفئة الأم (6A02 Autism Spectrum Disorders). ويلاحظ أيضاً أن هناك عدة أنواع فرعية من اضطراب طيف التوحد (Organization, 2019).



#### 4. أعراض اضطراب طيف التوحد والعلاقة أم-طفل

بما أن مقدمي الرعاية الطبيعيين من أولياء وأقارب يلعبون دورا رئيسيا في تقديم الرعاية والدعم اللازمين للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وبما أنه هناك زيادة في معدل انتشار وعدد حالات تشخيص الاضطرابات النمو المتفشية فمن الأهمية بمكان النظر في حالة الأسر - وخاصة الأمهات - التي ترعى طفلا مصابا بطيف التوحد. وما هي خصوصيات هذه العائلات؟ وما هي احتياجاتهم؟ وهي ما الخدمات المقدمة لهم؟

جاءت هذه الدراسة لتقديم وجهة نظر علمية جديدة في عرض معاناة الأمهات وما يقع على هذه الفئة يشمل كذلك الآباء المهتمين والأبناء والأخوة والأقارب. فهي تلقي الضوء على نوع من معاناة أولياء الأطفال الذين يعايشون صعوبات جمّة مع الإعاقة بأنواعها وبشكل أخص معاناة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

وللبحث في كيفية بناء العلاقة بين الأم والطفل في سياق طيف التوحد. سوف نستعرض أولا أعراض التوحد الرئيسية من أجل فهم كامل لصعوبات العلاقة التي يتعرض لها الأطفال المصابون بالتوحد وتداعياتها على المعاش النفسي لمقدم الرعاية الرئيسي (الأم). ويمكننا بعد ذلك تحليل كيفية احتواء هذه الأعراض في العلاقة بين الأم والطفل.

#### أ. القصور (العجز) الاجتماعي عند المصاب طيف التوحد:

إنّ الانسان بطبيعته كائن اجتماعي وقدراته العلائقية تبدأ في التطور حتى قبل الولادة. ففي أحشاء أمّه، يكتسب الجنين العديد من المهارات التي تشير إلى تفضيل المجال الاجتماعي. فعلى سبيل المثال، أنّه في الثلاثي الأخير من الحمل، هناك بالفعل ميل للصوت البشري، وعلى وجه الخصوص، بالنسبة لصوت الأم (Krista Byers-Heinlein, 2010) (DeCasper, 1980) وبعد ذلك حين الولادة، وفي خضم العديد من المحفزات البيئية نجد الطفل حديث الولادة يتعلم تدريجيا تمييز وإدارة نقاط علاقته بأمّه، وبمحيطه من بعد ذلك. في هذا النطاق، تُمثل البيئة النقطة المركزية لتطور الطفل الذي يسعى بالفعل إلى التفاعل من الأسابيع الأولى من الحياة، مقلداً مثلا تعبيرات الوجه للبالغين (Meltzoff, 1977)

وبسرعة، سوف يضع المولود الجديد أول أشكال التواصل الخاصة به مثل البكاء والابتسام. وفي نفس الوقت سوف يدرك تدريجيا أن له تأثيرا على بيئته. وسيكتشف رويدا القيمة الاجتماعية لأفعاله. إذ نرى أن الوليد يجذب بالفطرة للعناصر الاجتماعية بمحيطه مثل الأصوات والوجوه والحركات. وهذا الاهتمام هو الركيزة الأولى لاكتساب المهارات اللازمة للتفاعل مع الآخرين، ولكن ماذا لو لم يكن هناك اهتمام بالجوانب الاجتماعية للبيئة؟ ففي حالة الأطفال المصابين بطيف التوحد نجد قصورا في الاهتمام بالجانب الاجتماعي. حيث أظهرت الدراسات عدم اهتمامهم بالعلاقات الاجتماعية وبالناس من حولهم بشكل عام. وعلى عكس الأطفال الأسوياء، لا يبدو أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد مهتمون بالأشخاص المحيطين بهم بل يفضلون التركيز على العناصر غير الاجتماعية (Klin, 2009)، وبذا فإنّ العجز الحاصل في التفاعلات الاجتماعية واللغة عند هؤلاء الأطفال أمر واقع لا مفر منه، فالتفاعلات الاجتماعية والتواصل هي ذات صلة وثيقة ببعضها البعض وهذا ما جعل مؤلفو DSM5 يجمعوا بين مشاكل التفاعل الاجتماعي ومشاكل التواصل في فئة واحدة (Watkins, 2017).

#### ب. التفاعل الاجتماعي:

منذ عامه الأول قد ينخرط الطفل المصاب بطيف التوحد في سلوك يبدو غير طبيعي للوالدين. على سبيل المثال، قد يبدو منفصلا عن محيطه: فهولا يكثر لنظرات الآخرين، ولا لعناقهم ولا يستجيب حين المناداة باسمه. هذه العلامات المبكرة للتطور غير الطبيعي تؤثر على مهارات التفاعل الاجتماعي على عدّة مستويات. وهنا يمكننا الحديث عن القصور في مجالات التوجه الاجتماعي (Dawson, 2004) وفي مجال الاهتمام الجماعي (Dawson, 2004) وفي تقليد الآخرين (Vivanti, 2014).

بالتوجه الاجتماعي نشير إلى ميل البشر إلى التوجه تلقائياً نحو المحفزات الاجتماعية، مثل الصوت أو الحركة أو تعابير الوجه (Dawson, 2004). خلال النمو الطبيعي، فإنّ هذا السلوك فطري ويسمح للطفل بتشارك العالم الاجتماعي من حوله منذ بداية حياته. وحسب نتائج التجارب باستعمال تقنية eye tracking والتي ذكرها داوسن وآخرون (Dawson, 2004)، فهذه التجارب قد أتاحت معرفة الشح الكبير للمعلومات الاجتماعية بطيف التوحد الأمر الذي يحدث خلا مبكرا في نمو الطفل، ممّا يؤدي الى صعوبات في

تنمية مهارات المحاكاة والتقليد. ولفهم هذه المهارة يمكننا الإشارة إلى أعمال باندورا التي أكدت على أهمية هذه المهارة من خلال نظرية التعلم الاجتماعي (Bandura, 1977). فالتقليد هو أحد الموارد الرئيسية للتعلم البشري الذي يمكن أن يكتسب مهارات جديدة عن طريق تكرار أفعال الآخرين (Robert, 1970). وتحديدًا فعلية المحاكاة لها وظيفة مزدوجة، معرفية واجتماعية (Ingersoll, 2008)، والذي تعد إحدى الوظائف المهمة لنمو الطفل على نحو سليم، فنحن نعلم أنّ الطفل حديث الولادة (ما بين 12 و21 يوم من عمره) يستطيع تقليد بعض تعابير وجه الشخص البالغ (Meltzoff, 1977). ولذلك يمكن للطفل الوليد أن ينشئ مع البالغ وضعيات تبادل علائقي مشترك عن طريق محاكاة صوتيهما وتعابير وجهيهما. هذا يسمح للطفل باكتشاف مخزون جديد من التصرفات والسلوكيات، وبها يطوّر بالموازاة تجاربه الاجتماعية الأولى (Ingersoll, 2008). لكن في طيف التوحد يبدو أنّ هذا المسار للتعلم قد أُتلف (فيه عطب)، فقد أظهرت الدراسات أن الأطفال المصابين بطيف التوحد لديهم ميل أقل للمحاكاة مقارنة بالأطفال الآخرين الموضوعين قيد الدراسة. (Heimann, 2016) (Vivanti, 2014) (Williams, 2001)، وبذا فإنّ فرضية القصور عن المحاكاة والتقليد تفرض نفسها في حالات طيف التوحد، فإذا كانت المحاكاة تعكس الرغبة في الارتباط بين الناس من خلال خلق تطابق بين أفعال الطفل وبين تصرفات الآخرين، فإنّ ذلك معناه أنّ لها علاقة بارزة بمهارة اجتماعية أخرى هي الاهتمام المشترك (Vivanti, 2014). ويعرّف الاهتمام المشترك بأنه القدرة على تقاسم الانتباه بين الذات والشخص الآخر والشيء (Charman, 2003)، وتشمل هذه القدرة ثلاث مهارات رئيسية:

- التمكن من تبادل الاهتمام مع شخص آخر، مثلاً عن طريق تغيير اتجاه النظر إلى الموضوع المهتم به من طرف هذا الأخير.
- التمكن من متابعة اهتمام الآخر من خلال ملاحظة نظره أو حركاته وإيماءاته
- التمكن من توجيه انتباه الشخص الآخر نحو هدف (Dawson, 2004)

وعلى ما يبدو أن الأطفال المصابين بطيف التوحد يعانون من فقر في هذه المهارات.

### ج. التواصل:

لقد تمّ الربط بين مختلف المجالات السابقة الذكر من طرف عدد ممن كتبوا في مجال تطوير التواصل (Dawson, 2004) و (Ingersoll, 2008) فمهارات التواصل غير اللفظية والتي تتمثل في لغة الجسد من وضعيات وإشارات في مرحلة جد مبكرة من حياة الطفل والتي لها أهمية واضحة في خلق حيزٍ لمشاركة وتبادل حقيقيين بين الطفل والراشدين من حوله، وهي للأسف مهارات مختلفة عند الطفل المصاب بطيف التوحد!

وتعدّ الالتفاتة الخط الفاصل بين الطفل بنمو طبيعي والطفل المصاب بطيف التوحد وهذا ما تحدّث عنه (Manwaring, 2018) في إبراز مدى الصعوبات التي تحيط بهذه المهارة. وفي الواقع أن هؤلاء الأطفال أظهروا استخدام الإشارات بوتيرة أقل بكثير من معدل استخدام مجموعة الأطفال الأخرى. وهذه الصعوبات التي قد تبدو ضئيلة في البداية قد تكون لها في الواقع آثار خطيرة على تطور اللغة فيما بعد.

إذ يمكن للطفل من خلال الإشارات والإيماء أن يكون قادراً على إقامة اتصال مع الراشد ممّا يتيح له فرصة التمكن من ترجمة أفعاله إلى كلمات وهذا هو المسار الأمثل لبناء اللغة اللفظية. غير أنه في سياق التوحد يكون الطفل أقل ميلاً إلى الإيماءات الموجهة نحو البالغين.

وإذا أضفنا لكل ما سبق مكّون انعدام الاهتمام بالسياق الاجتماعي (Shi, 2015) (Falck-Ytter, 2015) (Klin, 2009) ككل يمكننا ملاحظة حرمان الطفل المصاب بطيف التوحد من سلسلة من المعلومات الأساسية في نمو اللغة اللفظية، وبسبب هذا يصبح اكتساب الكلام مستعصياً حسب مختلف المختصين الاكلينيكين نظراً لحدّة الأعراض (Holger F. Sperdin, 2016). كما نجد في الحالات الأكثر تعقيداً الأطفال الذين لا يجدون أبداً قدرة لفظية كافية للتعبير عن أنفسهم وآخرين ممن يحصلون على مستوى كافٍ من التمكن من اللغة لكن يبقى استعمالها صعباً (Association P. A., 2013) وبالتالي فإنّ المشكل الرئيسي بالنسبة لمعظم الأطفال المصابين بطيف التوحد ليس عدم وجود الكلام الكافي ولكن عدم استعماله في إطاره الصحيح، حيث يمكنهم التحدّث لكنهم يوظفون اللغة بطريقة

مضطربة. ولا أدل على ذلك وجود الحوار النمطي والمتكرّر كما هو الحال في ظاهرة الصدى عند المصاب بطيف التوحد (echolalia) وهي تكرار الكلمات والعبارات المسموعة بصورة تلقائية وقد تعطي انطباعاً بوجود لغة متطورة بسبب المصطلحات المعقدة التي يستعملها الطفل (Johnson, 2007).

ففي دراسة عالمية قد شملت فئة أطفال طيف التوحد بالجزائر، حيث تمّ تقديم نتائج هذه الدراسة لأهداف التقييم العيادي والتدخل باضطراب طيف التوحد والاعاقات العقلية. فقد أظهر الأطفال الذين ينتمون لفئة المصابين باضطراب طيف التوحد عدم تجانس عالي جداً مقارنة بالأطفال العاديين، بغض النظر عن بلد المنشأ، فحسب الدراسة هناك أوجه تشابه بين مظاهر النمو المعرفية والاجتماعية-العاطفية غير المتجانسة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث يميّزون بمستويات نمو أقل باللغة ومهارات التقليد الصوتي، وهناك علاقة بين هذا التباين في النمو ودرجة شدة أعراض التوحد والإعاقة الذهنية ومستوى النمو الكلي (Bernard Paulais, 2019).

بيد أن التحدي الرئيسي الذي يواجهه الطفل باضطراب طيف التوحد يتجلى في اللغة العملية pragmatic language (Chang, 2016). وهو يشير إلى مجموعة واسعة من المهارات مثل: الانخراط في محادثة، واحترام الأدوار في الكلام، والتأدب، وتفسير اللغة التصويرية (figurative language)، والتعبير عن أفكاره، وفهم نوايا الآخرين وما إلى ذلك. وهذا يعني مجموعة من المهارات التي تتطلب التزاماً اجتماعياً كبيراً نسبياً وهي في سياق التوحد لا تتطور بما فيه الكفاية لكي تنفذ. ويشمل ذلك الربط بين الصعوبات في اللغة العملية وعجز نظرية العقل (Mundy, 1997) (Kjelgaard, 2001) (Mody, 2013) (Papadopoulos, 2018) (Özyurt, 2018) (Hernandez, 2020). وبشكل أكثر تحديداً، فإن عدم القدرة على استنتاج الحالات العقلية عنده وعند الآخرين سيكون سبباً في صعوبة استخدام اللغة بطريقة وظيفية، وبالتالي تمنع الطفل من الانخراط في مبادلة كلامية مقبولة على نحو كاف اجتماعياً. وفي هذا الإطار يبدو واضحاً تأثير اضطرابات التفاعلات الاجتماعية بشكل معبّر في تطوّر التواصل، كما لهذا الأخير بدوره تأثير في المهارات الاجتماعية. وهكذا فإن مجالات التفاعل الاجتماعي والتواصل تؤثر على بعضها البعض مما يؤدي إلى خلق جملة من الأعراض تؤثر بشكل كبير على حياة الطفل وعلى محيطه.

## 5. مكانة القصور الاجتماعي في العلاقة أم-طفل

وقد تكوّنت لدينا فكرة واضحة عن الصعوبات التي يواجهها الأطفال المصابون بطيف التوحد، يمكننا أن نوجه اهتمامنا إلى تأثير هذا القصور على العلاقات. وكما لا يخفى أنّ القدرة على التفاعل هي أساس بناء جميع العلاقات الاجتماعية ويمكن أن نستخلص من ذلك أنّ القصور الحاصل في هذا المجال يحدد بشكل كبير كيفية بناء الطفل لعلاقاته مع المحيطين به وخاصة مع أمّه. ومن بين جميع الأفراد الذين هم في محيط الطفل الاجتماعي فإنّ الوالدين هما اللذان يعيشان يومياً تحديات التفاعل والعلاقة الصعيبين، فهما أول من تظهر عليهما الآثار النفسية الحاصلة جراء أعراض وليدهما (Doussard-Roosevelt, 2003). إنّ مصاعب التواصل الاجتماعي التي يواجهها الطفل قد تولد حالة من التوتر الشديد عند الأولياء (Davis, 2008) وخاصة الأم وهو ما قد يؤثر بدوره على الطريقة التي يتفاعل بها الوالدين بدورهما.

وهنا نجد أنفسنا في ديناميكية علانقية تسلط الضوء على التأثير المتبادل للتفاعل (Sameroff, 2009)

في توجيهنا نحو رؤية نظامية مؤكدة وتحديداً إذا أخذنا كمرجعية أحد مفاهيم مدرسة Palo Alto. فالتفاعلات تتكوّن تبعاً لنظام دائري من خلال التعامل المتبادل الذي يجعل التفاعل ثنائيي، فمبدأ التغذية الراجعة لا ترتبط عناصر النظام بشكل سببي أو خطي، ولكن وفقاً لمبادئ التغذية المرتدة (feedback) ونظام الديناميكية الدائرية. عندما يتفاعل شخصان، يؤثر سلوك كل شخص على سلوك الآخر (Picard, 2015)

وبذا نلاحظ كيف أنّ التفاعل الثنائي البسيط يتحول بسرعة إلى شيء أكثر تعقيداً، حيث تتحول السلوك النشط إلى دائري بدلاً من خطي. وهكذا فإن نمو الطفل يصبح نتيجة التفاعل النشط بين الطفل ومحيطه (Sameroff, 2009). وكما أنّ لخصائص الديناميكية الدائرية تأثير على كيفية تفاعل الكبار معه بنفس الطريقة فإن سلوك الكبار يؤثر بدوره على سلوك الطفل، يعتبر هذا النموذج الفرد في شبكة تفاعله الطبيعية، أي في بيئته المهمة مباشرة (السياق الأسري). فهذا النظام يأخذ في الاعتبار التأثيرات المتبادلة بين الطفل

وسياقه. إذ أنّ هذه التفاعلات قابلة لفك الشفرة في الاتصالات اللفظية، وشبه اللفظية وغير اللفظية. وتتميز بظاهرة التغذية المرتدة (feedback) التي تلعب دورًا أساسيًا في الحفاظ على التوازن. وفي هذا المنظور، يتم النظر في الاضطرابات النفسية للفرد في علاقتها بسلوكيات وتوقعات الأفراد الآخرين وفي السياق الذي يتطور فيه. حيث يبدو أن السياق الأسري هو الأهم والأقوى (Salem, 2009). وحتى نفهم الحالة المعقدة للوالدين بأشمل طريقة ممكنة، ينبغي بالطبع مراعاة المتغيرات الإضافية التي من شأنها أن تؤثر أيضا على سلوك الأولياء تجاه الطفل، مثل الضيق الأبوي، أو مستوى الإجهاد الحاد والاكتئاب المحتمل. فالأم المكتئبة، على سبيل المثال، ستصرف بشكل منفصل أكثر بكثير من الأم غير المكتئبة، وتتجنب نظرة الطفل أو تحرمه من الاتصال الجسدي (Murray, 2015). ونحن نعلم حقا أهمية متغيرات الديناميكية الدائرية في التفاعل الأسري النشط، ولكن لحدود بحثنا علينا التركيز على التفاعل أم-طفل وعلاقتها فقط في نطاق ديناميكي دائري.

## 6. التشخيص:

حين يعلم الوالدان أنّ فلذة كبدهما مصاب بأيّ مرض كان، فهذا بالنسبة لهما لحظة معاناة يصعب تفسيرها للآخرين مالم يعيشوها بأنفسهم. إنّ تشخيص بعض الاضطرابات يتم في وقت مبكر جدًا، والبعض الآخر بمجرد ولادة الطفل، بينما بالنسبة لاضطراب كطيف التوحد، فيمر الأباء بمسار طويل وقاس قبل أن يتمكنوا من وضع مشاكل طفلهم في عبارات ينطقونها ويفهمونها هم أنفسهم. ففي إطار طيف التوحد نجد الوالدان يتعرضان لهذه المسيرة الشاقة، معربان عن الكثير من الصعوبات والاستياء وعدم الرضا في عملية الحصول على تشخيص لحالة ابنيهما (Osborne, 2008) (Chamak, 2011) (Crane, 2016) (Jacobs, 2019). يبدأ هذا في السنوات الأولى من حياة الطفل، عندما يلاحظ الأباء بعض المظاهر الغريبة ويحاولون فهم أسبابها.

إنّ ما يحفز الأولياء ويدفعهم أكثر كإنداز ملح لعرض طفلهم على طبيب أو مختص هو وجود مشاكل في التواصل، لفظية كانت أو غير لفظية (Wong, 2017). فمن المعلوم أنّ العلامات الأولى لاضطراب طيف التوحد تُلاحظ حوالي الشهر 18 من عمر الطفل (Chamak, 2011) ولكن على الأولياء في غالب الأحيان الانتظار حتى سن الثانية والنصف لظهور الأعراض بوضوح وعلى الوالدين مراجعة مجموعة من المختصين في تخصصات مختلفة قبل تلقي تشخيص واضح (Wong, 2017). إذ يصف الأولياء مرحلة الانتظار هاته بمرحلة الارتباك والإحباط والشعور بالذنب لعدم تمكنهم من فهم طفلهم (Keenan, 2010)، فأحيانا يتعلّق الأمر وهو الأكثر حدوثا بميل الأطباء والمختصين للتقليل من شأن الاضطرابات التي يلاحظها الوالدين، وتشجيعهما على الانتظار واعطاء فرصة للطفل لتدارك تأخره بنفسه خلال نموه دون تدخل (Goin-Kochel, 2007). ففي الواقع القصور في الكلام واللغة ليس خاص باضطراب التوحد لوحده والتشخيص المتسرع قد يخلق حالة من القلق غير الضروري للأسرة (Tierney, 2012) (Ogundele, 2018)، وهناك القلق والضغط الناجم عن خطأ في تشخيص اضطراب طيف التوحد. إذ يتم تحديد أعراض التوحد على أنها أعراض خاصة بأمراض أخرى (DePape, 2015)

إنّ مدّة الترقب والتردد في مواجهة التشخيص حتى وإن انخفضت بشكل كبير على مر السنين، إلا أنه لا يزال يتم تحديد مرض التوحد في وقت متأخر نسبيًا اليوم، أي حوالي 3 سنوات الطفل (Chamak, 2011) (Pierce, 2009). ومن واقع الممارسة، نحن نعلم الآن أن التدخل المبكر أمر حاسم للتغلب على أعراض التوحد وأن التكفل المثالي يجب أن يبدأ قبل سن الثالثة، حيث أنه في السنوات الأولى من الحياة تكون مهارات الطفل أكثر تطورًا (Zwaigenbaum, 2015) (Elder, 2017) (Afzaal, 2019) (Zwaigenbaum L, 2019). وبالتالي، فإن التأخير في صياغة التشخيص يولد عواقب سلبية على الوضع برمته: فمن ناحية، يزيد من حالة القلق والتوتر والاجهاد لدى الوالدين ومن ناحية أخرى، هذا التأخير يمنع الطفل من تعويض عجزه بسرعة (Stults-Kolehmainen, 2014). ومن المثير للاهتمام أنّ السن الذي يتم فيه تشخيص اضطراب طيف التوحد وكذا الاجهاد النفسي الذي يعانيه الأولياء قد يتغير حسب بعض المتغيرات كالمستوى التعليمي للوالدين أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة أو ترتيب الطفل في الأسرة (Fountain, 2011) (Barbaro, 2020).

## 1) اكتشاف التشخيص ومصدر الإجهاد والتعب الوالدي:

من المسلم به على نطاق واسع أنّ الأبوة والأمومة من الأدوار الصعبة التي يمكن أن تتخللها لحظات من الإجهاد الحاد. أما بالنسبة لآباء الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بإعاقة، فتزداد تربية الطفل تعقيداً بسبب طبيعة حالة الطفل. ومع ذلك، كشفت الأبحاث أن تربية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد (ASD) يمثل تحدياً فريداً للوالدين (Debra Lobato, 1988)، فعندما يولد الطفل بإعاقة، أو يكون لديه تأخر في النمو أو عندما يتم تشخيصه بطيف التوحد، فإن ذلك يسبب اضطرابات كبيرة في حياة الوالدين. وهم بحاجة إلى تعلم التكيف مع طفل "مختلف"، وهم قلقون بشأن نموه ورفاهيته ومستقبله. هؤلاء الأولياء يصابون بالصدمة ويتأثرون بضغوط مختلفة المدة التي يمكنها أن تؤثر على ديناميكية الأسرة. (tétréault, 2002).

ومنذ ظهور العلامات الأولى في مرحلة الطفولة المبكرة، يمثل التوحد تحدياً للعديد من العائلات. إذ يخضع الآباء بالفعل لرحلة طويلة تبدأ باكتشاف التشخيص والمواصلة مع التكفل العلاجي. حيث يصبح الطفل المصاب بطيف التوحد مركز اهتمام الأسرة (Cappe, 2012). فاضطراب هؤلاء الأطفال قد يكون مصدراً كبيراً للضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية لدى الأسرة، حيث تتبدأ أحلام هذه الأخيرة وأمالها وتخيب توقعاتها، فتقابل هذا الخبر بالصدمة والإنكار كرد فعل مبدئي غير متقبل لحقيقة الواقع، فيرون أن هذا الطفل يسبب الكثير من المشكلات العائلية، فيكون الشماعة لكل الضغوط، ويؤثر بشكل كبير على حياتهم لأن هذا الأخير في حاجة مستمرة للعناية والمراقبة الدائمة، وكل ذلك يمكن أن يزيد من ثقل مسؤولية الوالدين وشعورهم المستمر بالقلق خاصة عند التفكير في مستقبل الطفل بسبب ارتفاع رسوم الرعاية والتأهيل، فيصبح هناك تركيز كبير على المشكلة بحيث تستنفذ طاقتهم وتقل قدرتهما على الصبر والتحمل، ويضحي الوالدان غير قادرين على توجيه ابنهما نحو الخبرات الإيجابية (أحمد، 2015).

وكما يشير إلى ذلك مكغيل وآخرون (MCGILL, 2006) فإنّ التفاعل العفوي الذي يحدث عادة في بيئة أسرية عادية يصبح أكثر تنظيمياً ومنهجية. ويبدو أن كل الأمور تصب في إطار تدليل المصاعب وحل المشكلات المتعلقة برعاية الطفل سواء كان متعلقاً باستحمامه أو اندماجه الاجتماعي. وفي سعي حثيث إلى تقديم كل التحفيز الممكن التي قد يستفيد منه هذا الطفل. فهي تلعب دوراً يفوق كثيراً أدوار الأمهات الأخريات ودور الأخصائيين والمعالجين والمدرسين ومقدمي الرعاية الآخرين. وفي حالة تأثير اضطراب طيف التوحد على سلوك الطفل الاجتماعي يتعين على الوالدين القيام بدور الوسيط بين ابنهم والمجتمع المحيط من حوله.

وقد تتفاقم الضغوط التي يتعرض لها الوالدين وخاصة الأم بسبب صعوبات التواصل. فعلى سبيل المثال قد يخشى الوالدان عدم فهم الاحتياجات التي يعبر عنها طفلهم على النحو الصحيح أو عدم فهم الطفل لهم بالمقابل. فالافتقار إلى المعاملة بالمثل في التفاعل معه يمكن أن يجعلهم يعانون. وفي نهاية المطاف فإن السلوك المفرط من قبيل العدوانية أو إيذاء النفس أو السلوكيات النمطية التي لها تداعيات على المحيط الاجتماعي للطفل الأمر الذي يزيد من معاناة الوالدين واجهاد الأم. (Martin, 1993).

ويمكن أن تؤثر عدة مصادر للإجهاد على الارتياح النفسي للأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وأن تؤدي إلى إبراز أعراض اكتئابية. وقد أظهرت الدراسات أن وجود اضطرابات النمو عند الطفل يزيد من مستويات التوتر والضغط لدى الوالدين (Hasting, 2005) (Estes, 2009)

فالمهام الوالدية، وخاصة مهام أم الطفل المصاب بالإعاقة، أكثر إرهاقا من مهام الأولياء الذين هم في منأى عن مثل هذه المشاكل. وتُدعى هذه الأمهات إلى أداء الأدوار المختلفة التي لم تكن قد أُعدت لها، مما يشكل خطر الإرهاق عندما يعاني أطفالهن من إعاقة شديدة أو اضطرابات سلوكية. (Sénéchal, 2009). ويلتزم الآباء بالمرور بسلسلة كاملة من العلاجات للتعامل مع السلوكيات غير النمطية لأطفالهم. وفي هذا الصدد، توضح دراسة (Goïn-Kochel, 2007) أنّ كثرة العلاجات التي اختارها الوالدان الذين يجربون علاجاً تلو الآخر بحثاً عن الأكثر فعالية. ويستند الاختيار في الأساس إلى العلاجات السلوكية والتعليمية مثل ABA (تحليل السلوك التطبيقي)، TEACCH (علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد والمتصل بهم من الاتصالات) أو PECS (نظام تبادل الصور للتواصل). والهدف من هذه العلاجات هو إعادة تعليم الطفل من خلال مجموعة من القواعد التي تم تكييفها مع إمكاناته الأدائية ومستوى التنشئة الاجتماعية لديه. نريد أن نعلمه التواصل والتعبير عن مشاعره والسيطرة عليها، لتكييف سلوكه مع الوضع. وبالتالي فإن الطفل، بما يتمتع به من صفات، هو محور التركيز الرئيسي لهذه العلاجات، التي أثبتت فعاليتها الكبيرة في تحقيق تحسن حقيقي في

أعراض التوحد (Heyvaert M, 2014). غير أنّ هذا النوع من العلاج كثيراً ما يكون مرهقا بالنسبة للوالدين لأنه لتحقيق نتائج جيدة، يتعين عليهم أن يواصلوا العلاج خلال حياتهم اليومية (Goin-Kochel, 2007). كما أن الصعوبات المالية التي تنشأ عن احتياجات الطفل من حيث التدخل والمعدات المتخصصة تشكل مصدرا محتملا للإجهاد قد يؤثر على صحة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (Jarbrink, 2007) (Sharpe, 2007).

وعلى الرغم من الجهود المضنية التي يبذلها الأولياء، فإنهم لا يكافؤون أحيانا في المقابل. والعلاقة والد-طفل تبقى موسومة بنقص المعاملة بالمثل ممّا يولد شعورا بالإحباط الشديد عند الوالدين، ولا تزال العلاقة بين الأبوين والطفل تتسم بعدم المعاملة بالمثل مما يمكن أن يولد إحباطا كبيرا عند الوالدين (Cappe É. &.-L., 2012).

وعند الأم خاصة يُضاعف العبء اليومي للوظيفة الأمومية والرعاية الخاصة بابنها المصاب من إجهادها وتعبها مما يؤدي إلى الاثارة بل وحتى الى الاكتئاب وهذا يحد من توافرها لأبنائها الآخرين وزوجها (FISMAN, 1996)، فضلا عن الأعباء المترتبة على المواعيد واللقاءات مع الأخصائيين في المجال الطبي أو الاجتماعي أو التعليمي. إضافة الى الضغوط المحتملة التي تفرضها برامج إعادة التأهيل (Martin, 1993)، ومن ناحية أخرى يمكن أن تصبح العلاقة أم-طفل في حدّ ذاتها مصدرا للإجهاد والتعب (PELCHAT, 1998).

ويمكن أن تؤثر عدة مصادر للإجهاد على الارتياح النفسي الأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وأن تؤدي إلى ابراز أعراض اكتئابية. وقد أظهرت الدراسات أن وجود اضطرابات النمو عند الطفل يزيد من مستويات التوتر والضغط لدى الوالدين (Estes, 2009) (Hasting, 2005).

## 2) الحياة ما بعد التشخيص:

بمجرد إجراء تشخيص التوحد، لن تكون الحياة الأسرية هي نفسها بالتأكيد لأن العديد من التغييرات ستوضع للتعامل مع حالة الطفل. فحين يتم تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد تجد الأسرة وخاصة الأم والأب صعوبات جمّة تستدعي تغيير لديناميكيات الأسرة، فالأنشطة اليومية تحتاج الى تعديل كما يحتاج الطفل المصاب الى اهتمام إضافي من كل أفراد الأسرة وخاصة من الأم، وردّة الفعل الناجمة عن نتائج التشخيص تختلف من نسق أسري الى آخر، فهم يبدون مشاعر متفرقة، إذ تتعامل كل أسرة مع رؤية طفلها بشكل مختلف، تماما كما يختلف الطيف من مصاب لآخر تختلف أيضا تجربة كل أسرة بعد تلقي تشخيص طفلهم. إذ وجدت إحدى الدراسات عند الوالدين التالي: "شعر 52٪ بالارتياح، و43٪ شعروا بالحزن والخسارة، و29٪ شعروا بالصدمة أو المفاجأة، و10٪ شعروا بالحسرة واللوم اتجاه الذات" (Banach, 2010) (Hartmann, 2012)، ففي كثير من الأحيان، يشعر الأب والأم بالارتياح لأنه تم إعطاؤهما إجابة فيما يتعلق بأعراض طفلهم، لكن هذا لا ينفي الضغط و الاجهاد الذي يعانين منه عند تلقي التشخيص وأثناء تربية طفل مصاب بالتوحد (Autism Society , 2011). فغالبا ما يعاني الوالدان وبصفة خاصة في الغالب الأم من مواقف مرهقة عند التشخيص الأولي الذي يتعلق بسلوك طفلها، والتكيف مع نمط الحياة الجديد هذا وتعقيدات الوصول إلى الخدمات المناسبة للاستفادة منها في مساعدة ابنها (Banach, 2010)، فالمعاناة التي يعايشها الوالدان وكذا الإجهاد هي نتيجة لتعديل الأهداف والأنشطة لطفلهم المصاب بالتوحد ولأسرتهم ككل، واضطرابهم إلى تنفيذ ترتيبات مختلفة لتعليم الطفل وكذلك الحزن بسبب الفرص المحدودة المتاحة لطفلهم (Hartmann, 2012) (Naseef, 1989)، إذ يمكن أن يسبب الإجهاد الناتج عن تشخيص اضطراب طيف التوحد ضغطاً على العلاقة الزوجية للوالدين، ويزيد من الأعباء المالية في الأسرة ويؤدي إلى عزلهما اجتماعياً عن الآخرين ومن المحتمل أيضاً أن يواجهها معدلات طلاق أعلى (Hartley S. L., 2010) (DePape, 2015)، فوالدا الطفل لا يقضيان وقتا كافيا مع بعضهما وبالتالي هناك تبدل في العلاقة الزوجية ولديهما تبادلات علنقية أقل إيجابية كالأنشطة المشتركة والعلاقة الحميمة واللعب مع بعض، هذا ما يُفضي الى تلاشي الروابط على المستوى العاطفي، ممّا يؤثر على الرضا الزوجي ويزيد من احتمال الطلاق (Hartley S. &., 2017) إلا أنّه رغم وجود المحنة الزوجية عند البعض الآخر من الوالدين لكنهما يتجاوزان الضغط والاجهاد ويحاولان الحصول على نوعية حياة أفضل (Cappe É. &.-L., 2012) فهما في كل الأحوال يدعمان بعضهما ويتلقيان دعما كبيرا من قبل الآخرين (Hartley S. &., 2017)، فالرابطة الزوجية تبقى موردا أساسيا للتعامل الإيجابي مع هذا الوضع المعقد، ورغم كل ماورد من تأثيرات سلبية لهذا المعاش النفس-اجتماعي، فمن الضروري التأكيد على مدى مرونة الأسر التي بها طفل مصاب بطيف التوحد فعلى الرغم من كل التحديات يتقبلون الطيف كجزء لا

يتجزأ من الأسرة والطفل (Bitsika, 2013) ويتم مواجهة الصعاب بطريقة إيجابية (Ilias, 2019). وهذا يجعلنا نركز على النجاحات بدلا من الصعوبات حتى تصبح أكثر صلابة (Myers, 2009) وقدّر الأشياء الصغير في الحياة ومن جهة أخرى أشارت نتائج دراسة في جامعة وارسو أن الأمهات أبلغن عن وجود إجهاد أكثر من الآباء المرتبطين بطفلهن المصاب بالتوحد لأن الأمهات عادة ما تكون مقدمات الرعاية الأولية لهؤلاء الأطفال وأكثر نشاطاً في تعليم الطفل (Dabrowska-Zimakowska, 2010). فالبعض قد يضطرون إلى الدفع من الجيب مقابل الخدمات أو القيادة لمسافات طويلة للوصول إلى مرافق العلاج (Fletcher P. &. , 2012). ونتيجة لذلك، قد يحتاج البعض إلى نقل أسرهم أو إجراء تغييرات في حياتهم المهنية لضمان قدرتهم على تغطية التكاليف المرتبطة بالخدمات. ولذا يحتاج أخصائيو الرعاية الصحية إلى أن يكونوا على دراية بمثل هذه المشكلات وكيف يمكن أن تؤثر على قدرة الوالدين لرعاية ابنتهما المصاب بطيف التوحد.

وتعتبر عدم قدرة الطفل المصاب بطيف التوحد على التعبير عن احتياجاته الأساسية أحد الضغوطات الرئيسية لدى الوالدين كلاهما والأم خاصة بحكم التعلق، ممّا يولد لديها إحباطا واجهادا واضحين. فهي لا تستطيع توضيح احتياجات طفلها المصاب مادام هو لا يستطيع التعبير عنها (Padden, 2017)، يمكن أن يؤدي هذا في كثير من الأحيان إلى سلوكيات عدوانية للطفل الذي تم تشخيصه باضطراب طيف التوحد لأن الآباء قد لا يدركون ما إذا كان طفلهم جائعاً أو مريضاً أو متعباً أو متألماً أو حزينا أو مستاءاً. وهذا ضغط نفسي يتعرّض له بشكل خاص الأطفال غير اللفظيين. قد يكون القلق الشديد موجوداً أيضاً في الآباء حيث قد يكون طفلهم غير قادر على الإبلاغ عن الإساءة أو الإهمال في وضعيات أخرى. يختبر الوالدين حالات من الاجهاد النفسي والقلق من احتمال تعرض طفلهم للأذى لأنه في كثير من الأحيان لا يمكنه التواصل لفظياً ويكون معرضاً للخطر دوماً بسبب عجزه (Autism Society , 2011). وهناك مصادر أخرى للإجهاد والتعب تنتاب أم الطفل المصاب بطيف التوحد مثل نظرة الآخرين لابنتها وعدم تقبل سلوكياتها، قد يحدث هذا على وجه الخصوص بسبب الشعور بعدم الفهم والتعامل تجاه مرض التوحد بحكم أنه ليس اضطراباً مرئياً جسدياً ، غالباً ما تفسّر مواقف الطفل على أنها سلوك سيئ لطفل وقح بدلاً من النظر إليه على أنه مظهر من مظاهر التوحد (Corcoran, (Schriber, 2014) (Gorlin, 2016) (Navot, 2016) أو من ناحية أخرى عدم فهم الطفل المصاب للأشخاص والسلوكيات التي قد تحدث من حوله ممّا يجعل الأم تلزم المنزل ولا تشارك كثيراً في المناسبات الاجتماعية لأنها لا تستطيع اصطحاب ابنتها معها لإحساسها بعدم القدرة على الاختلاط والتواصل وهي في ذات الوقت لا تستطيع تركه وراءها، ممّا يجعلها تشعر بالعزلة عن أصدقائها وعائلتها والمجتمع ككل وقد يصدق الأمر كذلك مع بعض الآباء المهتمين برعاية أبنائهم المصابين بطيف التوحد (Bluth, 2013) (Autism (Mackler, 2015) (Autism Society , 2011) (Padden, 2017) (Shepherd, 2017).

ولا تقتصر الصعوبات التي يواجهها والدي الأطفال المصابين بالتوحد على صدمة التشخيص والتكيف الذي يختبرونه بعد ذلك. فالمرض أو الإعاقة لا يؤلم المصاب به فحسب، بل هو معاناة لكل من حوله، خاصة الأقربين مثل الأم والأب والاختوة، "فالخصائص التي تميّز المصابون باضطراب التوحد، وصعوبة تشخيصه لعدم وجود علامات بيولوجية واضحة تدل عليه مقارنة بباقي اضطرابات النمو، تجعل من أسرهم أكثر عرضة لمختلف الصعوبات والضغوطات من الآخرين" (طاهر، 2017). إذ يختبر والدي الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد اجهداً وضغطاً أكبر من أولياء الأطفال المصابين باضطرابات عصبية أخرى أو إعاقات من نوع آخر (Benson, 2011). فمستوى الإجهاد النفسي عند آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هو أعلى بكثير عن مستوى الضغط عند الآباء الآخرين للأطفال من نفس العمر. وعلى الرغم من استمرار هذا الإجهاد، فإن شدته تتوقف على مدى الضغوط التي تتعرض لها هذه الأسر من داخلها ومن خارجها وعلى صورتها للوضعيات الخاصة التي تعيش فيها، وينبع هذا التوتر أساساً من عبء الرعاية اليومية التي يتطلبها الطفل الصغير والتي تحتاج إلى وقت أطول وإلى طاقة أكبر من المستوى الطبيعي. بل إن الرعاية الأساسية التي يحتاج إليها الأطفال المصابون بالتوحد تمتد إلى ما هو أبعد من الفترة "العادية" اعتماداً على مدى استقلاليتهم ودرجة اضطرابهم والصعوبات التي يلقونها. وعلى المدى الطويل وفي الحالات المزمنة فإن دورة تطور الأسرة بأكملها تختل: فالأطفال الذين يحتاجون رعاية دائمة لا يستطيعون على غرار أقرانهم تأسيس أسرهم الخاصة بهم والاستقلال بذواتهم. (Gardou, 2012).

إنّ وجود بعض الأعراض الخاصة بطيف التوحد قد يؤدي إلى إجهاد كبير للوالدين. ومن بين هذه الأعراض البالغة الصعوبة على الحياة الأسرية وجود الروتين والطقوس الملزمة وكذلك وجود صعوبات كبيرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي (Baker-ericzén, 2005) (Konstantareas, 2006), وبالإضافة إلى ذلك، فإن السلوكيات مثل العدوانية وإيذاء الذات ونوبات الغضب ليست مصادر للضغط النفسي فحسب، بل هي أيضا مصدرا للوصم (gray, 2002), وكل هذه الصعوبات يمكن أن تعقد النزوات العائلية وتؤدي في نهاية المطاف إلى العزلة (green, 2003) (myers, 2009).

كما أنّ تقديم الرعاية المستقبلية للابن المصاب بطيف التوحد تجعل الوالدين يعيشان الضغط والاجهاد لعدم وجود فرد آخر من العائلة يمكنه أن يرعاه في حال موتها أو عدم قدرتها على تقديم الرعاية بسبب المرض أو التقدم في العمر (Weiss, 2014) (Society, 2011). إنّ حاجة الطفل المصاب بطيف التوحد للعديد من الخدمات التي تساعد في رعايته وتأهيله قد يصيب ميزانية الأسرة بالعجز ويثقل الوالدين ماديا، بل ويعد مصدرا آخر للإجهاد، فقد يحتاج هذا الطفل الى تقييم لحالته وبرامج منزلية وعلاجات مختلفة قد تحتاج لتكاليف باهضة الثمن، في حين قد تضطر الأم الى التخلي عن وظيفتها لتقديم الرعاية لابنها بدوام كامل (Magerotte, 2006) (Catalano, 2018) وهذا لوحده يولد تعباً واجهاداً نفسيين لأنّه على الأب أن يتولى تكاليف الأسرة بأكملها لوحده (Zuckerman, 2014), بالإضافة إلى التسبب في خسارة كبيرة للأُم التي تتخلى عن حياتها المهنية ، فإنه يمثل أيضاً انخفاضاً كبيراً في دخل الأسرة ، مما يضيف ضغوطاً جديدة. وكثيراً ما تتعرض هذه الأسر بالفعل لصعوبات اقتصادية بسبب ارتفاع تكلفة الرعاية بشكل خاص (Myers, 2009) وبالتالي، تكون الموارد الاقتصادية غير كافية في بعض الأحيان لتلبية احتياجات الطفل (Cappe É. W., 2012).

يمكن أن تكون مشاعر الحزن مرهقة للوالدين. فالطفل "المثالي" الذي كانا يتوقعانه لم يعد حقيقة. إنهما يواجهان فقدان في التغييرات في نمط الحياة لديهما وتغيرات جذرية في ديناميكيات أسرتهما وهذا كلّ نتيجة تشخيص طفلهما بطيف التوحد. فهما يحزنان على فقدان الطفل الذي يتوقانه لنفسيهما ولأسرتهما ويجدان صعوبة في قبول الواقع (Casey, 2012) (Bravo-Benítez, Grief Experiences in Family Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD, 2019). حيث يرتبط جزء مهم من الاستجابة العاطفية لكل أفراد الأسرة بمشاعر فقدان أو الحزن، وكذلك مشاعر الصدمة والعجز بعد التشخيص. ويمكن أن تبقى هذه المشاعر المرهقة طوال حياة الوالدين لأن الأحداث المختلفة يمكن أن تذكى الحزن ومشاعر فقدان. كأعياد الميلاد والعطلات وتقديم الرعاية المستمرة وحفلات الزفاف وإنجاب طفل (Bravo-Benítez, Grief Experiences in Family Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD, 2019) في المحيط العائلي والمجتمعي القريب. فقد تم اعتبار ردود فعل الوالدين الحزينة لتشخيص اضطراب طيف التوحد نوعاً من "الحزن المزمّن" (Olshansky, 1962) (Phillips, 2009) و"الحزن غير المحدود" (O'Brien, 2007) (Monteiro, 2016).

### 3) تداعيات طيف التوحد على المعاش النفسي للأم

#### أ. الحداد على فقدان الطفل المثالي:

في دراسة قام بها الباحثان مارفن وبيانتا بجامعة فرجينيا بالولايات المتحدة سنة 1996 ركّزا فيها على ردود فعل أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى، حيث بيّنا ردود الفعل المختلفة عند الأمهات بعد تلقي التشخيص، وقد اعتمدا نظريتي بولبي وأينسورث في التعلّق وخلصا الى أنّ ما تختبره أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى قد تختبر باقي أمهات الأطفال المصابين باضطرابات نمائية أخرى (Robert S. Marvin, 1996) (Anne E. Kazak, 1997) (Fernández-Alcántara M. G.-C.-R.-M.-G.-F.-Q., 2015), فمشاعر الصدمة والإنكار والخوف و القلق والاحساس بالذنب والغضب والحزن والعجز والضييق. هي تجسيد لفقدان الطفل الكامل (المثالي) بعد التشخيص (Tatjana Krstić, 2019), إذ هو فقدان مشروع الحياة للوالدين والمستقبل الذي تخيلاه مع طفلها، يعقب هذا الحزن الساحق ضمن عملية الحداد التي تمر بها الأم الوصول، الى نقطة تحوّل وتقبّل التشخيص والانخراط في عملية تغيير داخلي للتخلي عن القديم وتقبّل الطفل الجديد لتساعده بدورها على تقبّل ذاته (Hugger, 2009). فالحزن الشديد أو الحزن المرتبط بالخسارة



يرتبط بإنهاء توقعات الوالدين وآمالهما لطفلهما "المثالي" (Bravo-Benítez, (Fernández-Alcántara M. &.C.-M.-R.-Q., 2016) (2019).

إنّ الصدمة والإنكار يكونان أقوى فوراً بعد سماع التشخيص، الذي يتم استيعابه تدريجيًا بمرور الوقت. ومع ذلك، فإن نطق كلمة التوحد يمكن أن تعيد تنشيط الحزن والضيق. فالخوف والقلق يتعلقان بشكل رئيسي بالمستقبل (Fernández-Alcántara M. &.C.-M.-R.-Q., 2016).

حيث أنّ اتخاذ القرار هو عملية دمج المعلومات التي تلقاها الوالدان خلال التشخيص وبعده وكذا المشاعر المرافقة لكل ذلك، في نظام التمثيلات التي تخص الوالدين لنفسيهما كأبوين وطفلهما وعلاقتهم بهذا الأخير. وتتمثل المهمة المعرفية في دمج الأم للمعلومات التي تلقتها عن طفلها دون تشويه الواقع، إضافة إلى ذلك فإن العمل العاطفي للقرار هو الاعتراف بالألم والمشاعر المرتبطة بهذه المعلومات والتجارب خلال تربية طفل يعاني من مشكلة طبية أو نمائية (Robert S. Marvin, 1996) (Fletcher H. K., 2016).

حين نعلم أنّ الوالدان في انتظارهما للطفل المنشود ويترقبان حضوره للاحتفاء به ضمن أسرتهما، لكن هذا الترقب ينتهي بإنجاب طفل يحتاج رعاية ومساعدة لأنّه يعاني اضطراباً نمائياً، حينها سيكون التخلي عن الفكرة التي كوّناها عن طفلها الكامل أكثر صعوبة وألمًا (O'Brien, 2007) (Valentovich, 2018).

وكما أنّ طيف التوحد ليس له أعراضاً جسدية. فهو اضطراب موجود ولكن في نفس الوقت غير مرئي. نجد أنّه من الاستحالة بمكان ومن المؤلم جداً أن يتقبّل الوالدان فكرة أنّ طفلهما الذي يبدو بصحة جيدة يعاني من اضطراب لا يظهر أي أعراض أو علامات واضحة (Anne E. Kazak, 1997) (Dittrich, 2017) وتفرد كلّ حالة من أطفال طيف التوحد بمجموعة أعراض خاصة بها يجعل الأمر صعباً إذا ما أراد أحد الوالدين مقارنة أعراض طفله بأعراض الآخرين ممّا سيصعب أكثر قبول تشخيص طفله بطيف التوحد (O'Brien, 2007) وبذا فهو يواجه اضطراباً غامضاً وغير مفهوم. يجعله حينها أمام خسارة غامضة وحداد معلق. إذ يمكن أن يطور إدراك فقدانه لشيء ما بسبب التشخيص ولكن، في نفس الوقت، لن يكون قادراً على الصاق هذا الوصم بابنه. وبذا فعليه تعديل التصورات التي كوّنها عن ذاته وعن طفله، وهذا يحتاج لبذل جهد وجداني ومعرفي ضخم لتقبل التشخيص واتخاذ القرارات الصعبة التي تعقب ذلك (Boss, The Trauma and Complicated Grief of Ambiguous Loss, 2009) (Boss, 1999).

#### ب. المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بطيف التوحد:

إنّ مهمة الأمومة في حدّ ذاتها تجربة متعبة تكتنفها العديد من التحديات، فما بالنّا بالأم التي ترعى طفلاً مصاباً بطيف التوحد، إنّ نسبة الاجتهاد والضغط عند هذا النوع من الأمهات كما أسلفنا مرتفعة عن غيرها من الأمهات اللواتي يعتنين بأطفال ذوي اضطرابات أو صعوبات نمائية. فحسب الدراسات التي أجريت على هؤلاء الأمهات فإنّ مستوى تطوّر الاضطراب عند الطفل يؤثر على الصحة الجسدية والعقلية للوالدين وخاصة الأم، فبالنسبة للأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، يُقدّر خطر الاكتئاب ما بين 28 إلى 42% (Davis, 2008) ، و30% للقلق (Christopher F Sharpley, 1997) مقارنة بالأمهات الأخريات. حتى أنّ هناك من تكلم عن الاحتراق الوالدي الذي يظهر عند الأمهات بشكل واضح واعتبروه وصلاً بين الاجتهاد والاكتئاب (Roskam, 2017) (Mikolajczak, 2019).

فغالباً ما يتبع الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بطيف التوحد إجراءات روتينية محددة في حياتهم اليومية. فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن الوالدين يضطرون إلى إعادة ترتيب روتينهما اليومي ليتلاءم مع الطفل حيث أنّ هذا الأخير لا يمكن التنبؤ بتصرفاته وغالباً ما يكون غير قادر على تنظيم سلوكه. فقد ذكر الوالدان أن الروتين كان أسهل بكثير في الأماكن المألوفة مثل منزلهم، ولكن أكثر صعوبة في أماكن غير مألوفة مثل منزل أقارب آخرين أو في الخارج بالمجتمع (Schaaf, 2011). فغالباً ما تخشى الأم أو الأب أنه إذا أصبح الطفل خارجاً عن نظامه الرتيب، فإنه سيضرر بممتلكات شخص آخر. حيث أنّه في الأماكن غير المألوفة، غالباً ما لا يمتلك الآباء الأدوات اللازمة للوقاية أو التعامل مع النزاع الذي يمكن أن يثيره الطفل. وهذا يحدّ من خروجهما من المنزل ويؤدي بهما عزل أنفسهما عن العائلة والأصدقاء (Schaaf, 2011).

وقد أفاد أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد بأن الروتين الصباحي يكون أكثر صعوبة حيث تحدث معظم الانهيارات خلال هذا الوقت بسبب مشاكل حسية، فمثلاً يُعد وقت تناول الطعام مليئاً بالتحديات حيث أن الطفل الذي تم تشخيصه بطيف التوحد يمكن أن يكون حساساً لبعض مواد الطعام، وغالباً ما يرفض تناول الطعام (Schaaf, 2011).

إضافة إلى أن العجز الاجتماعي في طيف التوحد يعّد المكوّن الرئيسي للضغط النفسي عند الأمهات (Davis, 2008) (Miranda, 2019). إلا أنه تم العثور على اختلافات في الضغط المدرك بين الوالدين حيث يبدو أن الأمهات يعانين من ضغط أعلى (Dabrowska- Zimakowska, 2010) (Pruitt, 2016) (Zaidman-Zait, 2016). ومع ذلك، لا يبدو أن التوتر هو العامل الوحيد الذي يؤثر سلباً على جودة حياة هؤلاء الآباء. فوالدا الطفل المصاب بطيف التوحد أكثر حساسية تجاه ظهور أعراض الاكتئاب أو القلق (Bluth, 2013) (Dave, 2014) (Al-Fars, 2016) (Tomény, 2017). وتبقى دوماً الأمهات أكثر عرضة لتطوير هذه الاضطرابات مقارنة بالآباء (Yoo, 2014) (Tomény, 2017) (Zhou, 2019) (Miranda, 2019). قد يشير هذا إلى تأثير متغيرات الجنس المختلفة. فإذا كان الآباء يتأثرون بشكل خاص بكل ما يتعلق بالاتصال والتواصل والعلاقات مع الطفل فإن الأمهات، إضافة إلى تأثرهن بصعوبات التفاعل، فهن يتأثرن أيضاً بالمشكلات السلوكية للطفل، مثل صعوبة النوم أو الأكل أو التنظيم العاطفي. ويمكن تفسير ذلك من خلال حقيقة أن الأمهات أكثر تعرضاً من الآباء لسلوكيات الأطفال أثناء المهام اليومية (Davis, 2008) (Yoo, 2014) (Al-Fars, 2016) (Tomény, 2017) (Miranda, 2019).

لقد أوردنا خلال هذا الفصل الدراسات الحديثة التي تناولت المعاناة والاجتهاد الذي تعانيه أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد عبر عديد الدول بالعالم، ولا يسعنا إلا أن نذكر أن الدراسات التي أجريت لقياس التحديات التي يواجهها الآباء والأمهات لأطفال التوحد في الدول العربية محدودة، إلا أن التي وجدناها متسقة بشكل عام مع مثيلاتها في باقي دول العالم (المعهد الدولي الدوحة، 2019)، ففي دراسة لبنانية (Obeid, 2015) نجد تدني في مستويات جودة الحياة والارتياح النفسي والدعم الاجتماعي وفي دراسة أخرى في الأردن (Dardas, 2014) نجد مستويات عليا من التوتر و مستويات منخفضة في جودة الحياة أما بالمملكة العربية السعودية (Almansour, 2013) فنجد الأمهات يخترن ارتفاعاً كبيراً في اكتئاب و القلق بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين أما في قطر (Kheir, 2012) فقد سجلت أمهات الاطفال المصابين بطيف التوحد مستويات دنيا في جودة الحياة الصحية، وفي الجزائر فنجد دراسة باشا انتصار (L. B. N., 2015) عن معاناة الوالدين وجودة الحياة لديهما جزاء معرفة التشخيص.

#### خلاصة الفصل:

بالنظر إلى الإطار النموذجي للتكفل بطيف التوحد، هناك سؤال يفرض نفسه في فصلنا هذا وهو ما إذا كان من الممكن أن تلعب الطريقة التي يتفاعل بها الوالدين مع الطفل وخاصة في العلاقة أم-طفل أيضاً دوراً في نجاح العلاج الذي يتلقاه الطفل المصاب بطيف التوحد. والواقع أنه بالابتعاد عن التركيز على الطفل، سيكون من المهم أن نعرف كيف تؤثر ديناميات العلاقات على مستوى الأسرة على أعراض تعب الرحمة عند الأم. وهذا يجعل من بحثنا لبنة مهمة في طرح رؤية متكاملة لمعالجة موضوع التعامل مع أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وطرق العلاج وهذا نتمكن من جلب منظور جديد للوضعية الراهنة. ووفقاً لهذه المقاربة التي تعتبر الفرد مرتبط بالسياق الخاص به فإن فهم السلوك المرضي " لن يقتصر فقط على مراقبة الخلل الداخلي، بل سيمتد إلى السياق الذي يظهر فيه العرض" (Barreyre, 2006)

وانطلاقاً من هذا يمكن التعامل مع الفرد في كليته (الأم والطفل داخل العلاقة) وبذا فتح استشراف أو منظور علاجي يرتكز على المحيط وخاصة العلاقة أم-طفل التي نراها ذات أهمية كبرى في الحصول على نتائج ملموسة في المشاريع العلاجية المطروحة للتكفل بالأطفال المصابين بطيف التوحد.

ومن خلال هذا الفصل، ركزنا على القراءة المنهجية للعلاقة الوالدية عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، ومدى تأثيرها على مستوى الإجهاد والضغط النفسي وكذا القلق التي بدورها تكون أعراضاً لتعب الرحمة عند هؤلاء الأمهات وبذا يمكننا سبر الديناميكيات والتفاعلات العلائقية التي ينطوي عليها تشخيص تعب الرحمة عندهن. وعلاوة على ذلك، ونظراً للعلاقة بين الأفراد التي تقوم عليها المقاربة الشاملة (التكاملية)، يبدو من المناسب التركيز بشكل أساسي على مشاكل التفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأمهات.

وقد استند التحليل الى افتراض أنّ التفاعلات النسقية داخل الأسرة ورد الفعل الحاصل جراء تشخيص طفل بطيف التوحد وتأثير معاناة التعاطف مع حالته داخل سياق العلاقة أم-طفل قد يكون لها تأثير ظاهر على تفسير بعض أعراض الاجهاد وتعب الرحمة لدى الأم.

إنّ ادراجنا لمجموعة من المفاهيم كمصادر الضغط المدرك والمعاناة والتعلّق والحداد المنتهي واللا منتهي وفقدان الطفل المرغوب به وغيرها كان لخدمة هدفنا من هذا الفصل والبحث في محتواه الكلي، ألا وهو معرفة حالة الأم بين ادراكها للوضعية التي تعيشها مع طفلها المصاب ومشاعر الشفقة التي تولمها لذاتها ولابنها وتداعيات هذا كلّه على مستوى التعب عندها، كما أوردنا تأثير التشخيص والصعوبات التي تحقّه على المعاش النفسي للأم وانعكاساته على العلاقة أم-طفل، ودور هذه العلاقة في تطوير مهارات الأداء والتعلّم عند الطفل أو كبجها.

## الفصل الثالث: تعب الرحمة

### مقدمة

1. الاطار النظري لمفهوم تعب الرحمة
2. الدراسات السابقة
3. مفاهيم ذات صلة بتعب الرحمة
4. مفهوم تعب الرحمة
5. عبء مقدم الرعاية وتعب الرحمة
6. آثار تعب الرحمة وتطوره
7. علامات تحذيرية لتعب الرحمة
8. إحتياجات مقدمي الرعاية

### خلاصة الفصل

## مقدمة:

شهد العقدين الماضيين موجة عارمة من الدراسات التي تستهدف تداعيات التعرض للألم والمعاناة وحتى الصدمات التي يتعرض لها العاملون في المجال الصحي أو مقدمي الرعاية الصحية والدعم للمرضى أو من يعانون عجزاً (Joinson, 1992) (Abendroth, 2006) (Sabo B. , 2006) (Adams, 2006) (Sabo B. , 2011) إته انبعاث مفهوم جديد من الانهك المقترن بتقديم الرعاية الصحية ، ألا وهو مصطلح "تعب الرحمة" الذي كان أول وصف له أنه يعكس التداعيات النفسية-الاجتماعية السلبية التي تعرضت لها الممرضات في قاعات الاستعجال في دراسة تستكشف الانهك المهني (Joinson, 1992) . إنَّ التعب المتصل بالرحمة قد تمَّ وصفه كـ «سلوكيات ومشاعر طبيعية ناتجة عن معاناة أو تعرّض شخص آخر نهم له لحدث صدمي ومؤلم أو معاناة، فهو الضغط الناتج عن مساعدة شخص مصاب بصدمة أو معاناة أو الرغبة في مساعدته" (Figley, 1995) وقد اقترح الباحثون أنّ هذه الظاهرة مرتبطة بالعلاقة العلاجية بين مقدم الرعاية الصحية والمريض، بمعنى أنّ التجربة الصدمية أو معاناة المريض تثير استجابة عند مقدم الرعاية على مستويات متعددة، وعلى وجه الخصوص تعتبر قدرة الفرد على التعاطف (Empathy) وانخراطه في العلاقة العلاجية والتزامه بها أمراً أساسياً لتعب الرحمة. وقد أظهر المنظرون أنّ الأشخاص الذين يبدون مستويات عليا من التعاطف والاستجابات التعاطفية " empathy and empathic response" للألم والمعاناة والتجربة الصدمية للمريض، هم أكثر عرضة للتعب المرتبط بالرحمة (Adams, 2006) (Figley, 2002A).

### 1. الإطار النظري لمفهوم تعب الرحمة:

إنَّ النموذج النظري السائد الذي يفترض ظهور تعب الرحمة، يعتمد على إطار عملية الضغط (Figley, 2002B) (Adams, 2006). وعلى ما يبدو أنّ العناصر المفتاحية لهذا النموذج تحتوي على القدرة التعاطفية، والاستجابة التعاطفية، وكذا الضغط المتكرر والمرتبط بالرحمة، هذا النموذج يعتمد على فرضية أنّ التعاطف والطاقة العاطفية تعتبر العناصر الأساسية في تكوين علاقة علاجية وكذا استجابة علاجية. على الرغم من أن القدرة التعاطفية قد تم تعريفها على أنها "كفاءة المعالج النفسية في ملاحظة آلام الآخرين" (Figley, 2002B). إلا أنّ وصف هذه العوامل وكيفية تفاعل كل عامل مع عامل آخر كانت محدودة. فالنموذج يوصف بأنه سلسلة من الأحداث المتتالية التي تبدأ بالتعرّض للألم أو محنة أو حدث الصدمي من طرف المريض. حيث أنّ القلق العاطفي والقدرة على التعاطف من قبل مقدم الرعاية، يُنتجان استجابة تعاطفية قد تؤدي لضغط الرحمة (بقايا الطاقة العاطفية). وتزداد الخطورة إذا تعرّض مقدم الرعاية بشكل مستمر للمعاناة، وكذا وجود الذكريات التي تحفز ردود فعل عاطفية، أو حدوث اضطرابات غير متوقعة في حياة مقدم الرعاية.

وتشمل قيود هذا النموذج التركيز على الاتجاه الخطي، جنباً إلى جنب مع البعد الثنائي لتعب الرحمة، بمعنى أنّه يمكن لمقدم الرعاية أن يصاب بتعب الرحمة أو لا يصاب به. لكن قد يبدو لنا هذا البعد الثنائي مناقضاً للاستجابات السلوكية البشرية إذ قد يعبر الأفراد عن درجات متفاوتة من الاستجابة. على سبيل المثال، قد لا يعاني الفرد من تعب الرحمة، ومع ذلك فقد يتأثر بشكل طفيف أو معتدل أو شديد بتفاعله مع المريض.

ولذا فإننا نستخلص أنّ (Figley, 2002B) لم يشرح بطريقة واضحة التفاعل (التفاعلات) بين مختلف العوامل المؤثرة. على ما يبدو أن الافتراض الأوّلي كان حول عمل التمريض، بحيث إذا كانت الممرضات تهتم بالمرضى الذين يعانون من الألم أو يعانون جزاء التعرّض للصدمة، فإنهن سيعانين حتماً من التعب الناتج عن الرحمة بسبب استخدام التعاطف في علاقاتهن العلاجية وأثناء مشروع التعافي. غير أنّ مفهوم التعاطف لا يراه المؤلفون الآخرون بنفس الطريقة. فمنهم من يرى أنّ التعاطف هو قدرة الفرد على الولوج في عالم الآخر، لفهم المشاعر والعواطف المعنى المرتبط بالتجربة (Walker, 2001). وإيصال هذا الفهم بشكل صحيح للآخر، الذي بدوره يتعرّف ويفهم فهم الآخر المدرك (La Monica, 1981).

فقد حدّدت لا مونیکا (1981) قدرة الممرضة على التقاط عواطف ومشاعر الفرد على أنّها " إدراك الرعاية " أو "تواصل الدعم" أو "إدراك العميل". وتشرح مفهوم التعاطف على أنّه: (أ) السمة الإنسانية الفطرية وليست المكتسبة، وكذا (ب) الحالة المهنية (مهارات

التواصل المكتسبة التي تتألف من عناصر سلوكية ومعرفية)، و(ج) الرحمة (الفهم وضرورة القيام بالفعل انطلاقاً من هذا الفهم)، و(د) العلاقة الخاصة (المتبادلة) (Kunyk, 2001).

ففي نموذج فيجلي لا نرى بوضوح أي نوع من التعاطف يعتمد عليه، فنحن نعلم أنه بوجود التعاطف تكون العلاقة ثرية وهذا يجعل عملية الرعاية والتعافي ناجحة وكذلك يُكسب مقدم الرعاية الرضا جزاء العمل الإنساني الذي يقوم به، وبذا لا نستطيع توقع تداييعات مضرّة للتعاطف، من خلال الخدمات الإنسانية التي يقدمها المعالجون أو الذين يرعون المرضى والذين يعيشون المحن أو الذين تعرّضوا للصددمات، فمن الطبيعي أن يجني مقدم الرعاية من تعاطفه المرونة النفسية والأمل كعوامل داعمة، الأمر الذي يخالف تطوّر تعب الرحمة عند مقدمي الرعاية والخدمات الصحية والإنسانية ويجعلهم يستفيدون من الأثر الإيجابي لمهنة الرعاية وينشئ ويوطد العلاقات (Simpson, 2004)، بناءً على هذه الفكرة، فمشاعر الأمل المتبادلة بين مقدم الرعاية والمريض قد لا يعزز جودة العلاقة فحسب، ولكن أيضاً الرضا والارتياح لعمل الرعاية. إذ تعرّف المرونة النفسية بالقدرة على التطور إيجابياً انطلاقاً من تجارب سلبية أو صدمية أو مجهدة (Walsh, 2016)، فهي مفيدة لتحسين العلاقات وتسهيل فهم المشاعر والتقليل من الهشاشة الناتجة عن التأثيرات المضرّة ببيئة العمل (Jackson, 2007). قد يساعد البحث في دور الخصائص الشخصية، مثل المرونة والأمل، وكذلك طبيعة العلاقة بين العائلات والمرضى والممرضات، وأيضاً الملاءمة ضمن نموذج Figley (2002) لتعب الرحمة، في إضافة الوضوح وعمق النموذج أحادي البعد.

لكن على النقيض من نموذج Figley (2002) التوضيحي لتعب الرحمة افترض (Valent, 2002) أن تعب الرحمة قد ينشأ نتيجة لاستراتيجيات البقاء غير الناجحة أو غير الملائمة. على وجه الخصوص، أرجع تطور التعب المرتبط بالرحمة إلى " استجابات الإجهاد النفسي والاجتماعي غير الناجحة وغير المتكيفة لوضعية النجدة. وتكون الاستجابات هي الشعور بالعبء، والاستنفاد والتوتر؛ والاستياء والإهمال والرفض، على التوالي (Valent, 2002) وليس نتيجة للتعاطف مباشرة. وإذا أخذنا هذا الافتراض بعين الاعتبار، فيبدو لنا أنّ هناك عاملاً آخر قد يثير تعب الرحمة كمفهوم مغاير للتعاطف "empathy" وهذا ما نرجحه كفرضية لتطوّر تعب الرحمة عند مقدمي الرعاية الأسريين وخاصة أمهات أطفال ASD.

ففي إحدى الدراسات التي ركزت على انتشار ومخاطر التعب المرتبط بالرحمة، من بين 216 ممرضة بالرعاية التلطيفية<sup>1</sup> بالمستشفيات، وجد (Abendroth, 2006) أنّ المجيبين على الاستقصاء ينتمون لفئة الخطورة المتوسطة والمرتفعة للتعب المرتبط بالرحمة ف (N = 170) لديهم "سلوكيات التضحية بالنفس" كعامل مساهم رئيسي للمخاطر. وما يقارب 7.34% (N = 47) من الممرضات الـ 170 الذين أظهروا هذا السلوك كانوا في فئة المخاطر المرتفعة لتعب الرحمة.

فقد اهتمت هذه المجموعة من الممرضات بمرضاهن أكثر من اهتمامهن بأنفسهن. فزادت تجاربهن التمريضية هذه من مطالبهن الحياتية، ومن مستوى ضغط ما بعد الصدمة، وإدراك نقص الدعم العاطفي داخل بيئة العمل. في حين أيدت النتائج فكرة أن رعاية المرضى التلطيفية كانت مرهقة، وما لم يكن واضحاً هو طبيعة العلاقة بين الممرضات والمرضى والأسر، ودور هذه العلاقات في الزيادة أو التقليل من خطر التعب الناتج عن الشفقة (تعب الرحمة). بالإضافة إلى ذلك، لم يؤخذ بعين الاعتبار الخصائص الفردية (مثل المرونة) والعوامل المؤسسية (مثل الدعم الإداري، وعبء العمل، والقيم، والمعتقدات) (Sabo B., 2011).

\*إنّ إدراجنا لهذه الدراسة جاء كون السلوك الذي انتهجته الممرضات من فئة المخاطر المرتفعة ألا وهو اهتمامهن بمن تقدم لهم الرعاية أكثر من اهتمامهن بأنفسهن هو سلوك فطري غريزي تنتهجه معظم الأمهات نحو أبنائهن.

<sup>1</sup> نهج يحسن نوعية حياة المرضى وأسره الذين يواجهون المشاكل المرتبطة بالأمراض المهددة للحياة، من خلال الوقاية وتخفيف المعاناة عن طريق التعرف المبكر والتقييم الخالي من العيوب. ومعالجة الآلام وغيرها من المشاكل الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية".

<https://web.archive.org/web/20200703212634/https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## 2. الدراسات السابقة:

أ. تناولت دراسة فيغلي وزملاءه (Adams R. E., 2006) فئة مقدمي الرعاية الاجتماعيين الذين يعيشون في مدينة نيويورك عقب هجمات 11 سبتمبر 2001 على مركز التجارة العالمي. ولقد قام مجلس المراجعة المؤسسية لأكاديمية نيويورك للطب باستعراض بروتوكولات الدراسة والموافقة عليها.

فقد ركزت الدراسة على مجالين مفاهيميين: تعب الرحمة والمعاناة النفسية باستخدام مقياس (FC) المكوّن من 30 بند، تمّت مراجعته (Gentry JE, 2002)، وكانت العينة عشوائية تتكوّن من 600 شخص أرسل لهم الاستبيان عبر البريد الإلكتروني، بقي منها 236 في الدراسة الاستقصائية النهائية بمعدّل 46%. حيث كان لهذه الدراسة هدفان: - تقييم الخواص السيكومترية لمقياس تعب الرحمة (FC)، و- فحص الصلاحية التنبؤية للمقياس في نموذج متعدد المتغيرات. أشارت تحليلات العوامل إلى أن مقياس CF قام بقياس أبعاد متعددة. قام مقياس تعب الرحمة بقياس بعدين أساسيين - هما: الصدمات الثانوية وعبء العمل. وفي نموذج متعدد المتغيرات، كانت هذه الأبعاد تتعلق بالمعاناة النفسية، حتى بعد السيطرة على عوامل الخطر الأخرى. وبنقاش المؤلفون النتائج في ضوء زيادة قدرة مقدمي الرعاية المهنيين على تلبية الاحتياجات العاطفية لعملائهم في بيئة تتسم بالضغط دون أن يواجهوا تعب الرحمة. وتعدّ هذه الدراسة من أولى الدراسات التي قيّمت الخصائص السيكومترية الأساسية لهذا المقياس، أظهر كل من المقاييس الفرعية موثوقية داخلية جيدة، حيث يحتوي مقياس الاحتراق النفسي (Cronbach's  $\alpha = 0.90$ )، ومقياس الصدمة الثانوية (Cronbach's  $\alpha = 0.80$ ). وقد خلصت الدراسة بأن مقدمي الرعاية يمكن أن يعانون من تعب الرحمة، الذي يحتوي على مكونين، وهما الصدمات الثانوية والإصابة بالنفقات الوظيفية. كما أن وضع أداة صالحة وموثوق بها للكشف عن التحالف هو أيضا مقدمة لوضع إستراتيجيات التدخل الرامية إلى تخفيف أثارها السلبية على ممارس الرعاية. وكما لاحظ فيغلي (2002 أ)، ولذلك، فإن علينا جميعا أن نرفع هذه المسائل إلى مستوى أكبر من الوعي في المهنة المساعدة. وإلا، فإننا سوف نفقد زبائننا ومعارفنا في العلاج النفسي (الصفحة 1440).

ب. من بين الدراسات الحديثة حول آثار تعب الرحمة على مقدمي الرعاية للأسر ومقدمي الرعاية الطبيعيين هي دراسة كندية (Perry, 2010) تعطي نظرة عن مستويات اليأس والألم النفسي التي تجتاح الوالدين الذين يقدمون الرعاية كمساعدة للمهنيين الذين يراعون أحد أفراد أسرهم على المدى الطويل (المتقدمين في السن)، حيث كان الهدف من الدراسة هو اكتشاف وجود تعب الرحمة بجمع البيانات السردية من خلال الملاحظة والمحادثات مع خمسة من مقدمي الرعاية تم اختيارهم عن قصد. حيث أظهر تحليل البيانات أن مقدمي الرعاية الأسرية يظهرون أعراضًا مرتبطة في الأدبيات بتعب الرحمة لدى الممرضات وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية. كأعراض الحزن وفقدان الأمل والقلق والاكتئاب وكانت من توصيات الدراسة، البحث على وضع برامج تعليمية للممرضين لمُدِّد المساعدة لمقدمي الرعاية الطبيعيين من خلال تدريبهم على التعرف على أعراض تعب الرحمة بينهم لمحاولة تجنبه مستقبلا.

ت. هذه الدراسة الأمريكية (Day J. R., 2014) هي الأولى من نوعها لاستكشاف مفهوم إجهاد الرحمة بين الفتيات اللاتي يعنين بأبوين مصابين بالخرف في المنزل. أظهرت نتائج الدراسة أن هؤلاء الفتيات عانين من عوامل مساهمة في إجهاد التعاطف، وبالتالي بدت معرضات لخطر الإصابة بتعب الرحمة. تدعم هذه النتائج أهمية إجراء دراسة أكبر لاستكشاف تعب الرحمة والعوامل والعواقب المساهمة في هذه الفئة من السكان. كما أشارت إلى أنّه يجب أن تفحص الدراسات المستقبلية تعب الرحمة والنتائج السلبية المرتبطة به في مجموعات مقدمي الرعاية المعرضين للخطر. إذا تم فهم تعب الرحمة لدى مقدمي الرعاية الأسرية بطريقة جيّدة، فبالضرورة يجنّد مقدمو الرعاية الصحية الرسميين حتى يمتلكوا القدرة على معرفة أعراض تعب الرحمة وبذا تقييم مستوياته لدى مقدمي الرعاية الأسريين والتدخل. حيث يلعب مقدمو الرعاية الصحية، ولا سيما الممرضات، دورًا في تحديد مقدمي الرعاية الأسريين المعرضين لخطر إجهاد التعاطف وتقديم الدعم العاطفي والعملية لهم للتقليل أو التخفيف من أعراض تعب الرحمة.

ث. دراسة إسبانية (Ruiz-Fernández, 2020) كان الهدف من هذه الدراسة هو تطبيق مقياس ProQOL عند

مقدمي الرعاية الصحية المتخصصين أثناء الأزمة الصحية لـ COVID-19 في إسبانيا. حيث كشفت النتائج أنهم عانوا من مستويات متوسطة إلى عالية من تعب الرحمة والاحتراق النفسي خلال الأزمة الصحية COVID-19 في إسبانيا. هذه ليست ظاهرة جديدة تفرد بها هذا الوباء العالمي، حيث أن العديد من الدراسات السابقة قد أبلغت بالفعل عن الآثار الضارة التي أحدثها نشاط العمل المعتاد لأخصائيي الرعاية الصحية عليهم (Stamm, 2010) في السنوات الأخيرة، تم اعتبار الاحتراق النفسي مشكلة خطيرة تؤثر سلبيًا على ما بين 40٪ - 75٪ من المتخصصين في الرعاية الصحية (Powell, 2020)، وقد تمّ التأكد من علاقتها الوثيقة مع تعب الرحمة (Crawford, 2014).

ج. دراسة إيطالية (Franza F. &, 2015) ترى أنّ تعرض الأشخاص الذين يعملون في مجال الرعاية الصحية لتعب الرحمة يجعل منه خطراً مرتبطاً بالضيق العاطفي الشديد. حيث قام كارسيا وزملاؤه بتقييم إجهاد التعاطف في مجموعة للصحة العقلية (47 فرد من طاقم التمريض بطب الأمراض العقلية) وعلاقته بالمرضى (237 مريضاً بالمستشفى) المصابين ببعض الاضطرابات النفسية. في فقد أشارت البيانات الأكثر أهمية إلى نسبة عالية من الاحتراق المهني وتعب الرحمة لدى ممرضات الطب العقلي (على التوالي، 39.28٪، 28.57٪). نسبة مئوية مرتفعة من تعب الرحمة موجودة أيضاً في مجموعة الأخصائيين النفسيين (36.36٪). أخيراً، لدى أطباء الأمراض العقلية، أدى التعرض للمرضى إلى زيادة الصدمات غير المباشرة (28.57٪)، بعد عام من المشاركة في مجموعات Balint، أبدى طاقم أطباء الأمراض العقلية انخفاضاً إجمالياً في متوسط الدرجات الإجمالية في أيّ مقياس يتمّ تطبيقه، (تعب الرحمة: FC: P > 0.0000045) و (الصدمة البديلة: VT: P > 0.0288) و (الاحتراق الوظيفي: BO: P > 0.000001)، واستخلصت الدراسة أنّ تعب الرحمة يسبب الفلق بين المتخصصين في الصحة العقلية. وقد تمثل مجموعات Balint استراتيجية علاجية لمساعدة المهنيين الصحيين على مواجهة الصعوبات في بيئات العمل الصعبة.

رغم أنّ دراسة ظاهرة تعب الرحمة أضحت عالمية، غير أنّنا لم نجد دراسة مفاهيمية أو وصفية أو بحث أكاديمي عربي أو محلي يتناولها.

### 3. مفاهيم ذات صلة بتعب الرحمة:

تمّ تعريف تعب الرحمة (CF) compassion fatigue بشكل مختلف، وغالبًا ما تستخدم المفاهيم ذات الصلة للاحتراق النفسي Burnout (BO) وضغط الصدمة الثانوي (STS) secondary traumatic stress) والصدمة غير المباشرة (VT) vicarious trauma بشكل تبادلي وغير صحيح لوصف الظاهرة. ترتبط BO و STS بتعب الرحمة، ولكن كما حدّدها Stamm، فهما نتيجتان متميزتان للتعرض للصدمة (Stamm, 2010). فتنشأ BO و STS من إستراتيجيات البقاء الفاشلة المنفصلة (Valent, 2002). ينشأ BO من استجابة تحقيق هدف التأكيد ويحدث عندما لا يستطيع الفرد تحقيق أهدافه ويؤدي إلى "الإحباط، والشعور بفقدان السيطرة، وزيادة الجهود المبذولة، وتراجع الروح المعنوية" (Valent, 2002)

في حين أنّ تعب الرحمة (CF) هو إجهاد ناتج عن التعرض لشخص مصاب أو يعاني. فقد تم وصف تعب الرحمة على أنه التقارب بين ضغط الصدمة الثانوي والاحتراق النفسي (Cocker, 2016).

فالتعرض للإصابة بتعب الرحمة. يمكن أن يؤثر على معايير الرعاية، أو العلاقات مع الآخرين، أو يؤدي إلى حالات صحية عقلية أكثر خطورة مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، أو القلق أو الاكتئاب. وهذا تبعاً لسمات الشخصية عند مقدم الرعاية والآليات النفسية المستعملة وحدّة الضغوط التي يتعرّض لها ومصادرها (Sabin-Farrell, 2003).

### أ. مفهوم الرحمة compassion

#### 1) الرحمة باللغة اللاتينية:

#### • لغة: COMPAS'SION: con and patior, passus, to suffer الانتقال الى المعاناة

معاناة مع آخر. تعاطف مؤلم إحساس بالحزن بسبب ضيق أو مصائب شخص آخر؛ شفقة. رثاء. الرحمة هي شغف مختلط، يجمع بين الحب والحزن؛ جزء من الحب على الأقل يحضر بشكل عام الألم أو الندم، أو يكون متحمسًا به. حتى أن الضائقة الشديدة للعدو تحول العداة إلى عاطفة مؤقتة على الأقل.

ففي التوراة: وهو ممتلئ بالرحمة، غفر إثمهم. مزمو 78.



وفي الانجيل: أشفق والده، وركض، ووقع على عنقه وقبله. لوقا 15 (NOAH Webster's, 1828)  
حرفيا "أنا أعاني"

- اصطلاحاً: "لا يتعلق الأمر فقط بالشعور بشيء من ألم الآخر، ولكن بفعل ما يمكن أن يخفف من المعاناة" (ZIELINSKI, 2009). وفقاً لـ (RICARD, 2013) "إن التأمل المرتبط بالإيثار في معاناة الآخرين يزيد من شجاعتنا وتوافرنا وتصميمنا على علاج معاناتهم".

## 2) مفهوم الرحمة ودلالاتها في اللغة العربية:

- معنى الرَّحْمَةِ لغَةً: الرحمة: من رحمة يرحمه، رحمة ومرحمة، إذا رَقَّ له، وتعطف عليه، وأصل هذه المادة يدلُّ على الرقة والعطف والرأفة، وتراحم القوم: رحم بعضهم بعضاً. ومنها الرَّحِمُ: وهي علاقة القرابة. في القاموس المحيط: الرَّحْمَةُ: الرَّحْمَةُ: الرَّقَّةُ، وَالْمَغْفِرَةُ، وَالتَّعَطُّفُ، كَالْمَرْحَمَةِ وَالرُّحْمِ، وَالرُّحْمُ، وَالْفِعْلُ: رَحِمَ.. رَحَّمَ عَلَيْهِ تَرْحِيماً، وَتَرَحَّمَ، في لسان العرب لابن منظور: الرَّحْمَةُ: الرَّقَّةُ وَالتَّعَطُّفُ، وَالْمَرْحَمَةُ مثله، وَقَدْ رَحِمْتُهُ وَتَرَحَّمْتُ عَلَيْهِ. وَتَرَاخَمَ الْقَوْمُ: رَحِمَ بَعْضُهُمْ بَعْضاً. (منظور ابن، بدون)
- في مختار الصحاح للرازي: الرَّحْمَةُ الرقة والتعطف والمَرْحَمَةُ مثله وقد رَحِمَهُ بِالْكَسْرِ رَحْمَةً وَمَرْحَمَةً أَيضاً وَتَرَحَّمَ عَلَيْهِ وَتَرَاخَمَ الْقَوْمُ رَحِمَ بَعْضُهُمْ بَعْضاً وَالرَّحِمُ الْقَرَابَةُ وَالرَّحْمُ أَيضاً بوزن الجسم مثله وَالرَّحْمُنُ الرَّحِيمُ اسمان مشتقان من الرحمة (الرازي، 1999)

ففي بحثنا بأهميات الكتب اللغوية العربية عن مفهوم الرحمة، وجدناها تجمع على معاني وهي الرقة والعطف والإحسان.

## • معنى الرَّحْمَةِ اصطلاحاً:

- هي رِقَّةٌ في النفس، تبعث على سوق الخير لمن تتعدى إليه (ابن عاشور، 2000م)
- هي رِقَّةٌ في القلب، يلامسها الألم حينما تدرك الحواس أو تدرك بالحواس، أو يتصور الفكر وجود الألم عند شخص آخر، أو يلامسها السُّرور حينما تدرك الحواس أو تدرك بالحواس أو يتصور الفكر وجود المسرة عند شخص آخر (الميداني، 1978).
- فالرحمة في مراجع الديانات الإسلامية والمسيحية واليهودية هي الاتصال الروحي، بين الخالق ومخلوقاته القائم على الطمأنينة وهي قاعدة في مقتضى قضاء الله في خلقه ومعاملته وبين البشر فيما بينهم. والرحمة وإن كانت حقيقتها القلب والتعاطف الذي يفضي إلى الاحسان والنجدة، فإنها لن تكون دائماً مجرد عاطفة نفسية لا أثر لها في الخارج، بل إنها ذات آثار خارجية ومظاهر حقيقية ذات بعد روعي متصل بالعلاقة مع الخالق، فمن آثار الرحمة الخارجية نجدة وإغاثة من به محنة ومواساة الذي يعاني والحزين والعفو عمّن ظلم وأخطأ، فهي ليست عبارة عن انفعالات وأحاسيس عاطفية داخل النفس فحسب، بل إن لها آثاراً واضحة للعيان في العلاقة بين الراحم والمرحوم، إذ جاء تعريف الراحم الأصفهاني للرحمة: "رقة تقتضي الإحسان إلى المرحوم، وقد تستعمل تارة في الرقة المجردة، وتارة في الإحسان المجرد عن الرقة" (الأصفهاني، 2009).
- فهذه القدرة على التأثير بمعاناة الآخرين تجبرنا على وضع أنفسنا في مكان الآخر، والنظر بوجهة نظرهم والتعاطف كما لو كنا نشعر بنفس الشيء. لذا، فإن الرحمة تعني الرغبة في تخفيف معاناة الآخرين من خلال إظهار التعاطف. واستناداً لهذا فإن مقدم الرعاية يطاله ما يعانيه المريض لزاماً. إن التأثير بمعاناة الآخرين معناه المسبق ضمناً هو نوع من الارتباط والاحترام والمودة من جانب المتعاطف تجاه هذا الشخص الذي يعاني. وبالتالي يمكن أن تمتد تأثيرات على مقدم الرعاية إلى ما بعد بطريقة غير متوقعة، وهذه التأثيرات ليست قابلة للسيطرة عليها ولا يمكن تحديدها (Day, 2011)
- وتم تعريف الرحمة في الرعاية على أنها تتكون من خمس خصائص: "الاعتراف، والتواصل، والرغبة في الايثار، والاستجابة الإنسانية والعمل" (Taylor, 2017).

## ب. الصدمة trauma

الصدمة هي في جوهرها الإجهاد، والحدث الصادم هو أحد الأحداث المؤلمة للغاية للفرد. يمكن أن تنتج الصدمة عن الحوادث أو التفاعلات، ويمكن أن تمتد إما لحدث واحد أو أحداث مزمنة (Levine, 2013). كرد فعل طبيعي للصدمة، يُظهر العقل والجسم القلق أو الأعراض القائمة على الخوف. يمكننا أن نعزو هذا إلى آليات دماغنا الطبيعية الموصولة من أجل البقاء. عند التعرض لمثل هذا الحدث، نقوم بتغيير السلوكيات وتتعلم تجنب هذا الموقف في محاولة لتجنب نفس النتيجة (Sherin, 2011). ومع ذلك، يمكن أن تظهر هذه الضائقة النفسية في بعض الأحيان تغييرات في الدماغ تؤدي إلى فرط الحساسية والاضطرابات المرتبطة بالتوتر (Scaer, 2005). تشمل الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والضغطات اضطراب التعلق التفاعلي، واضطراب المشاركة الاجتماعية غير المقيد، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، واضطراب الإجهاد الحاد (ASD)، واضطرابات التكيف (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، 2013)

لا يجب أن تكون الصدمة بالضرورة حدثاً متطرفاً. ولكن أبعد من ذلك هناك التأثيرات المنتشرة "صدمة الحياة الصغيرة" (Scaer, 2005). تتراكم هذه التجارب حتى تنكسر عتبة الشخص أو تحمله للضغط. ببساطة، الصدمة هي ما يحدث عندما يكون هناك الكثير مما يجب التعامل معه في وقت واحد، أو أكثر من اللازم على مدى فترة زمنية طويلة (Levine, 2013).

## ت. رضا الرحمة (CS) compassion satisfaction

رضا الرحمة هو المتعة التي يستمدّها مقدّم الرعاية من القدرة على أداء عمله بشكل جيد. على سبيل المثال، شعور الأم بالمتعة في مساعدة ابنها من خلال تقديم الرعاية المكثفة وتأهيل مهاراته والاشتراك في برنامجه العلاجي والتعليمي، كلّ هذا يُشعرها بالارتياح والإيجابية اتجاه باقي أسرتها وأهلها واصدقائها والمحيطين بها وتستشعر القدرة على المساهمة الفعّالة في صالح البيئة الأسرية والمجتمع. إنّ رضا الرحمة هو عكس مفهوم تعب الرحمة. فالرضا يؤدي إلى تفاعلات هادفة وذات مغزى مع من نقدم له الرعاية والمساعدة. أمّا في حالة التعب فتزداد عزلة مقدّم الرعاية وانفصاله عمّن يقدم له الرعاية لعدّة أسباب ممّا ينتج عنه عدم تلبية متطلبات الشخص المحتاج للرعاية. ويعبّر عن تعب الرحمة بأنّه عملية تدريجية وتراكمية تتطوّر من كثرة الاجهاد وشدة الضغوط وعدم الإحساس بالرضا. حيث تتم عملية رضا الرحمة بين مقدّم الرعاية ومن تقدّم له، كلّ منهما يكمل الآخر، ويكفله، ويرعاه، ويعالجه، ويدعمه بصفة متكافئة (Coetsee, 2010).

إجرائياً تمثل الدرجات الأعلى في رضا الرحمة القدرة على تقديم الرعاية بفعالية للابن المصاب وللآخرين.

## ث. الاحتراق النفسي (BO) Burnout

على الرغم من أن الاحتراق النفسي له العديد من الأسباب والأعراض نفسها للصدمة الثانوية، إلا أنه ينتج عن بيئات العمل غير الداعمة طويلة المدى. وهو يختلف عن الصدمة الثانوية في أن التعرض لصدمة العملاء ليس هو العامل المؤثر (Siegfried, 2008). متلازمة الاحتراق لها خصائص معينة يمكن وصفها بالإرهاك الممزوج بالقلق والاكتئاب. يؤدي تطور الحافز الشخصي المستنفد إلى مشاكل شخصية: احترام الذات السلبي، والموقف السيئ، وانخفاض الكفاءة والفعالية. فالإجهاد الذي يتصف بالشدة واستمرار في الزمن ينتج عنه الاحتراق النفسي.

فترى (Joinson, 1992) أنّ تعب الرحمة يؤثر على المهن المرتبطة بعلاقة المساعدة (رعاية الآخر)، بينما يمكن أن يؤثر الاحتراق النفسي على جميع المهن. وهو لن يغير بالضرورة نظرة المريض إلى العالم ومعتقداته، على عكس تعب الرحمة، ويمكن أيضاً ربط تعب الرحمة ببيئة عمل غير مناسبة، ولكنه إضافة إلى ذلك فهو أكثر ارتباطاً بالعاطفة التي تنشأ في علاقة الرعاية؛ وتنتج كحصيلة "طبيعية" لرعاية الأشخاص الذين يعانون، الأمر الذي يجعل الاحتراق جزءاً من سيورة الضغط التي توصل إلى تعب الرحمة.

والاحتراق النفسي يتوافق مع الإرهاق والانهك بسبب التعرض الطويل للإجهاد في بيئة العمل وهذا على المدى الطويل. غير أنّ تعب الرحمة يظهر بحدّة ومن المرجح أن تكون الاستجابة مرتبطة بالمحتوى الصادم في مكان العمل (Cicognani, 2009).

من منظور بحثنا، الاحتراق هو المكوّن الأوّل لتعب الرحمة. ويرتبط ذلك بمشاعر اليأس والصعوبات في التعامل مع العمل أو في القيام بالوظيفة بفعالية. عادة ما يكون لهذه المشاعر السلبية بداية تدريجية. يمكن أن تعكس الشعور بأن كلّ الجهود لا تُحدث فرقا، أو يمكن أن ترتبط بعبء عمل كبير جدا أو بيئة عمل غير داعمة.

ومن الجانب الاجرائي في بحثنا فالدرجات الأعلى في مقياس Proqol تعني أنّ مستويات الاحتراق النفسي حرجة.

### ج. ضغط الصدمة الثانوي (STS) Secondary Traumatic Stress

ضغط الصدمة الثانوي (STS) هو مصطلح يستخدم لوصف الظاهرة التي يتعرض فيها الأفراد للصدمة ليس من خلال التعرض المباشر لحدث مؤلم، ولكن من خلال سماع حدث صادم تعرض له شخص آخر. قد يحدث هذا التعرض غير المباشر للصدمة في سياق علاقة عائلية أو اجتماعية أو مهنية. الآثار السلبية للتعرض الثانوي للأحداث الصادمة هي نفسها تلك الناتجة عن التعرض الأوّل بما في ذلك الصور المتطفلة، وتجنب الذكريات والإشارات، وفرط الإثارة، والعواطف المؤلمة، والضعف الوظيفي.

وقد حدّده الدكتور تشارلز فيجلي، باضطراب ضغط الصدمة الثانوي وهو "السلوكيات الطبيعية الناتجة عن التعرّف على حدث مؤلم يمر به شخص آخر مهم. إنه الضغط الناتج عن مساعدة أو الرغبة في مساعدة شخص مصاب بصدمة نفسية أو يعاني " (Figley, 1995).

وهو المكوّن الثاني لتعب الرحمة هو ضغط الصدمة الثانوي (STS) يتعلق الأمر بالعمل المرتبط بالتعرض الثانوي لأحداث مرهقة والصادمة. من النادر إلى حد ما حدوث مشاكل بسبب التعرض لصدمة الآخرين، ولكنه يحدث لكثير من الأشخاص الذين يقدمون الرعاية لأولئك الذين عانوا من أحداث مرهقة أو صادمة وفيها معاناة. على سبيل المثال، قد تسمع مرارا وتكرارا قصصا عن الأشياء الصادمة التي تحدث لأشخاص آخرين، والتي يطلق عليها عادة الصدمة بالإثارة أو المنقولة. إذا كان عمك يضعك مباشرة أمام الخطر، على سبيل المثال، العمل الميداني في حالة حرب أو منطقة للعنف المدني (فترة الإرباب)، أو منطقة زلزال، فهذا ليس تعرضا ثانويا؛ بل تعرّضا أساسيا. ومع ذلك، إنّ التعرّض لأحداث الآخرين الصادمة نتيجة للاحتكاك بهم لتقديم العناية الطبية كالممرضين والمعالجين الطبيين أو النفسيين أو عمال الطوارئ أو كمقدم رعاية طبيعي كالأب أو أي فرد من العائلة أو الأقارب، فهذا تعرض ثانوي. عادة ما تكون أعراض ضغط الصدمة الثانوي STS سريعة في البداية ومرتبطة بحدث معين. قد تشمل الشعور بالخوف، أو صعوبة في النوم، أو ظهور مفاجئ لصور الحدث المرعج في الذهن، أو تجنب الأشياء التي تذكرك بالحدث.

كما إنّ آثار اضطراب ما بعد الصدمة على المعرّضين للصدمة مباشرة مستقرة وثابتة. وغالبًا ما تُعرّف الآثار الإضافية، التي كثيرًا ما يتعرض لها أولئك الذين لم يتعرضوا لصدمة مباشرة، على أنها صدمة ثانوية أو تعب للرحمة. فالدرجات الأعلى في مقياس Proqol تعني أنّ مستويات ضغط الصدمة الثانوي معتبرة.

### ح. ضغط الصدمة الانتقالي/ بالإثارة: Vicarious Trauma (VT)

الصدمة غير المباشرة هي تحوّل سلبي في النفس لدى العامل الأساسي للصدمة أو الثانوي الذي ينتج عن التعاطف مع المصابين بصدمة نفسية ومعاناتهم مع التجارب المؤلمة. السمة المميزة لها هي تعطّل الجانب الروحي والإنساني أو افتقاد المعاني الايمانية والأمل. ابتكرت (Pearlman L. , 2012) هذا المصطلح في عام 1990 مع إشارة خاصة إلى تجربة المعالجين النفسيين الذين يعملون مع العملاء الناجين من الصدمات. قام آخرون بتوسيع نطاق تطبيقه ليشمل مجموعة واسعة من الأشخاص الذين يساعدون الناجين من الصدمات، بما في ذلك رجال الدين، والعاملين في الخدمة الاجتماعية في الخطوط الأمامية، والمتخصصين في نظام العدالة، ومقدمي الرعاية الصحية، والعاملين في المجال الإنساني، والصحفيين، والمتخصصين في رعاية المسنين، والمستجيبين الأوائل (Figley, 2012)، وكذا مقدمو الرعاية الصحية والإنسانية الطبيعيين أو غير الرسميين. (Siddharth Ashvin Shah, 2007). (Strohmeier, 2015) وهذه المفاهيم الثلاث السابقة (الاحتراق النفسي، وضغط الصدمة الثانوي، وضغط الصدمة بالإثارة) كلّها إصابات إجهاد ثانوية وهي مكونات لاضطراب تعب الرحمة.

#### 4. مفهوم تعب الرحمة: (CF) Compassion fatigue

يُعرّف تعب الرحمة بأنه "حالة من الإرهاق والخلل الوظيفي - بيولوجيًا ونفسيًا واجتماعيًا - نتيجة التعرض لفترات طويلة لضغط الرحمة" (Figley, 1995, p. 253). وتعب الرحمة "مطابق لاضطراب ضغط الصدمة الثانوي (STSD) ومكافئ لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)" (Figley, 1995) ففي الأدبيات المهنية، يُعرف تعب الرحمة أيضًا بالصدمة الثانوية، أو اضطراب الإجهاد الثانوي، أو الصدمة غير المباشرة (Pearlman, 1995).

فالتعب الناتج عن الرحمة هو مفهوم حديث يشير إلى الإرهاق العاطفي والجسدي الذي يمكن أن يؤثر على مهنيي العناية الطبية ومقدمي الرعاية بمرور الوقت. وقد ارتبط ذلك بفقدان الاهتمام والتأثر التدريجي لقصص المرضى، وانخفاض في جودة العناية للمرضى ومن تقدّم لهم الرعاية والدعم، وزيادة في الأخطاء الطبية، ومعدلات أعلى من الاكتئاب واضطرابات القلق بين مقدمي الرعاية، وارتفاع معدلات الإجهاد والإجازة والتدهور في مناخ مكان العمل. وجد المتخصصون المساعدون أيضًا أن تعاطفهم وقدرتهم على التواصل مع أحبائهم وأصدقائهم يتأثران بتعب الرحمة. في المقابل، يمكن أن يؤدي ذلك إلى زيادة معدلات التوتر في الأسرة والطلاق والعزلة الاجتماعية. الجانب الأكثر تأثيرًا لتعب الرحمة هو أنه يهاجم جوهر ما يجلب مقدمي الرعاية إلى تقديم المساعدة: تعاطفهم ورحمتهم اتجاه الآخرين. (Figley, 2012).

فتعب الرحمة هو مشكلة تؤثر على مقدمي الرعاية في جميع مجالات الرعاية الصحية والإنسانية، ويمكن وصفه بأنه "استنفاد جسدي وعاطفي وروحي يستحوذ على الشخص ويقلل من قدرته على تجربة الفرح والاهتمام بالآخرين" (Miller, 2012).

#### 5. عبء مقدم الرعاية وتعب الرحمة<sup>2</sup>:

المهم في تجربة مقدم الرعاية هي العلاقة طويلة الأمد بينه وبين متلقي الرعاية. فغالبًا ما يتم تصور عبء مقدم الرعاية أنه ناتج عن تأثير المهام التي يقوم بها عليه، في حين أن تعب الرحمة هو مفهوم تكون فيه العلاقة التعاطفية هي أساس المصير الذي يؤول إليه مقدم الرعاية. إذ ينتج تعب الرحمة عن "التغيير في القدرة التعاطفية لمقدم الرعاية كرد فعل على الضغط المطول والمرهق لتقديم الرعاية" (Lynch, 2012).

إنّ الأشخاص الذين يهبون للنجدة ومساعدة من يمرون بمحنة أو يعانون الألم قد يختبرون تعب الرحمة، الذي يشكل حالة شديدة من التوتر العاطفي وعدم القدرة على إرضان الصدمة، وتصبح معاناتهم الشخصية انعكاس لمعاناة الأشخاص الذين يساعدونهم. وهذا يؤدي بسرعة إلى إنهك جسدي ونفسي وروحي عميق يصاحبه ألم معنوي حاد قد يكون فشلًا في الالتزام العاطفي بالرعاية، كالتراخي والرفض وحتى العنف ممّا يترد عليه بالندم والإحباط ويجعله يعيد الترتيب العاطفي والعلائقي خارج علاقته بالمصاب أو المريض (Thomas, 2012).

لقد جاء التطرق لعبء الرحمة في هذا الفصل فقط الصلة بتعب الرحمة، ولقد اعطيناه حقّه من الشرح في فصل المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بطيف التوحد.

#### 6. آثار تعب الرحمة وتطوّره:

من خلال مراجعة الأدبيات العلمية نجد أن التعب الناتج عن الرحمة يمكن أن يؤدي إلى العديد من الأعراض الصحية ويزيد من قابلية الإصابة بحالات أخرى مثل اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب واضطرابات القلق (Cocker, 2016)، وبشكل أكثر تحديدًا، تشير الأبحاث إلى أنّ تعب الرحمة قد يؤثر على سلوك مقدمي المساعدة والرعاية. إذ يمكن أن يؤدي تأثير تعب الرحمة إلى إعاقة صحة الفرد ورفاهيته عند تركه دون معالجة لفترة طويلة من الزمن، أي أن التأثير السلبي المذكور أعلاه على المجالات المختلفة (السلوكيات والإدراك والعواطف) يصبح أكثر حدّة ويتدهور بمرور الوقت.

<sup>2</sup> لقد جاء التطرق لعبء الرحمة في هذا الفصل فقط لتوضيح الصلة بتعب الرحمة، ولقد اعطيناه حقّه من الشرح في فصل المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بطيف التوحد.

فالتعب الناتج عن التعاطف والرحمة يظهر كنتيجة طبيعية للعمل مع الأفراد الذين يعانون من الألم أو محن نفسية أو اضطرابات أو أحداث مجهدة للغاية، وكذلك اعتماداً على مستوى التعاطف لدى مقدمي الرعاية الذين يباشرونهم (Figley, 2002B) ويظهر كذلك بسبب فترات طويلة من الزمن والكثير طاقة الرحمة والتعاطف مع الأفراد الذين يعانون دون رؤية تحسن في مرضاهم. يمكن أن يتطور تعب الرحمة في أي علاقة رعاية حيث يحدث التعاطف عند تقديم الرعاية لشخص آخر وهو أمر شائع في عند مختلف أنواع مقدمي الرعاية الرسميين منهم والطبيين.

فقد ذكر فيجلي (Figley, 1995) أن الرعاية الذاتية للمريض والتعاطف هما عاملان يؤديان إلى تعب الرحمة باعتبار التعب تكلفة الرعاية. كما اقترح (Figley, 2002A) أن ظهور تعب الرحمة يحدث مع تفاعل متغيرات مثل القدرة على بناء التعاطف، والقلق التعاطفي، والتعرض لصدمة المريض، والسلوك التعاطفي، وضغط التعاطف، والشعور بالإنجاز، ورعاية المريض على المدى الطويل، والذكريات المؤلمة، وشرح نموذج تعب الرحمة وفقاً لذلك. فوفقاً لهذا النموذج، يؤدي التعب الناتج عن التعاطف إلى انخفاض كبير في رغبة مقدم الرعاية في التعاطف والعناية والمهارة والطاقة (Braunschneider, 2013) الشكل 1

ففي ضوء كل المناقشات والأدبيات التي أوردناها في هذا الفصل، يتم تلخيص نموذج عملية تكوين تعب الرحمة كما هو موضح في الشكل 2 من خلال الجمع بين نماذج كل من (Figley, 2002B)، و (Stamm, 2010)، و (Coetzee, 2010)، و (Circenis, 2011)، تبدأ عملية تكوّن التعب بتقديم الرعاية للمريض الذي يعاني، إضافة إلى الاستعداد لمساعدة هذا المريض، والقدرة على إرساء التعاطف والرحمة. ومع ذلك، تؤدي العناية المطوّلة والمركزة إلى (أعراض الصدمة) والاحتراق (الإرهاق الجسدي والعاطفي والعقلي). هذا كلّ يؤدي إلى انخفاض في قدرة مقدّم الرعاية على الاعتناء بالمريض ورعايته وتوفير الطاقة ومهارات التعاطف والرحمة في آن واحد.

فقد لا تؤدي الرحمة والتعاطف طويلي الأمد دائماً إلى مشاعر سلبية. بل يظهر هذا الشعور الإيجابي، المعروف باسم الرضا المنبثق من الرحمة، عندما يشعر مقدمو الرعاية أنهم نجحوا في عملية العناية وأنهم يستطيعون مساعدة الأفراد الآخرين (Back, 2014). ويتم التعبير عن الرحمة على أنها المكافأة النفسية لرعاية الآخرين، والتي تعوّض عن تعب الرحمة (Flarity, 2013). كما يمكن للرضا الناجم عن الرحمة أن يقلل من الآثار الضارة للإجهاد العاطفي وتعب الرحمة (Najjar, 2009). وترى ستام أنه يمكن أن يعاني الناس من تعب الرحمة بسبب عملهم، والذي قد يكون له فوائد. يأتي رضا الرحمة من المواقف التي يعمل فيها مقدمو الرعاية مع الأفراد المصابين بصدمات نفسية أو الذين يعانون ويشعرون أنهم ناجحون في عملهم (Stamm, 2010) الشكل 3.

#### 7. علامات تحذيرية لتعب الرحمة:

إنّ تعب الرحمة هو حالة متقدّمة من الاحتراق النفسي التي يعانيها مهنيو الصحة وخاصة في المهن التمريضية بحكم الفترة التي يقضيها هؤلاء المهنيون مع المرضى دون باقي الطاقم الصحي، والأمر سيّان بالنسبة لمقدمي الرعاية الأسريين. إنّ مقدم الرعاية غالباً ما يلاحظ هو أو من يعيشون معه علامات تؤدي إلى تعب الرحمة:

- انخفاض التعاطف للمرضى و / أو أفراد الأسرة
- تجنب أو الخوف من التعامل مع بعض المرضى
- التوقف عن العمل بشكل متكرر
- فقدان السعادة أو الفرح (Lombardo, 2011)

ويمكن أن تشمل مظاهر تعب الرحمة في خمس فئات كبرى:

المعرفية والعاطفية والسلوكية والروحية والجسدية. وفيما يلي تفصيل لكل فئة من الأعراض.

(1) **المعرفية:** إنّ الأعراض المعرفية لتعب الرحمة تشمل مشاكل مثل النسيان، صعوبة التركيز، والارتباك، واللامبالاة والصلابة (Portnoy, 2011). غالباً ما يشعر مقدّم الرعاية بأنّ لديه الكثير ممّا يجب فعله، مما يؤدي إلى مشاكل في الذاكرة وصعوبة في الانتباه واللامبالاة. والأعراض التي يمكن أن تؤثر بشكل كبير على مقدم الرعاية هي في الغالب اللامبالاة حيث يصبح مقدمو الرعاية مثقلين بالمسؤوليات وفي النهاية تتوقف أدمغتهم عن القلق بشأن من يرعونهم.

2) **العاطفية:** غالبًا ما يظهر تعب الرحمة على مقدمي الرعاية كأعراض عاطفية، تشمل المشكلات العاطفية الشعور بالذنب والقلق والخوف والغضب والاكتئاب. بعض مقدمي الرعاية يشكون من الشعور بالخدر أو اللامبالاة (Portnoy, 2011). لما يصبح الاكتئاب وسرعة الانفعال مظهرًا شائعًا للتوتر عند مقدمي الرعاية فإنّ هذا يؤثر على مستوى أدائهم وبذا تتدنّى جودة خدماتهم التي يقدمونها للمرضى أو الأشخاص الذين يقدمون لهم الرعاية.

3) **السلوكية:** إنّ مقدمي الرعاية الذين لديهم تعب الرحمة قد يعانون من أعراض سلوكية مثل تقلب المزاج، والأرق، ومشاكل في الشهية والعزلة والانسحاب من محيط العائلة والأصدقاء (Portnoy, 2011).

4) **الروحية:** في بعض الأحيان يبدأ مقدمو الرعاية بتجربة عدم اليقين الروحي. إن التشكيك في معنى حياة المرء أو اليأس أو فقدان العقيدة الدينية أو الشكوك، وهذه كلها أعراض يمكن أن تحدث عندما يبدأ المرء في الشعور بالتعب الناتج عن الرحمة والتعاطف، (Portnoy, 2011) ، فإنّ مقدم الرعاية قد يتساءل لماذا يقوم بهذا العمل النبيل، ولا يشعر بأي مكافأة له. كما قد يشعر بان الاعتناء بالآخرين لا ينتهي أبدًا، وفي النهاية قد يصبح منهكا جدا ومتعبا ولا يستطيع المساعدة بعد ذلك. "قد يشعرون أنهم يكرسون كل وقتهم وطاقاتهم لرعاية الآخرين وبأن لا أحد يراهم" (Ruiz-Fernández, 2020), (Franza, 2020).

5) **النفس-جسدية:** يمكن أيضا أن يتجلى تعب الرحمة في الأعراض الجسدية لدى البعض. كأن يعاني من عدم انتظام دقات القلب وضيق التنفس والتعرق والألم المعمّم وانخفاض الاستجابة المناعية (Portnoy, 2011) ، وأخيرًا يمكن أن يتطور إلى مشاكل صحية مثل أمراض القلب التاجية وارتفاع ضغط الدم وإصابات الظهر والعنق والصداع. وكذا بعض الأعراض السلوكية أو الجسدية، الناتجة عن مشاكل صحية مرتبطة بالتوتر، مثل الإفراط في تناول الطعام والتدخين وإساءة استخدام المواد المخدرة. وهذا يؤدي إلى ضعف الأداء في مهام الرعاية (Killian, 2008)

وإضافة لفئات الاعراض هاته حسب ما استخلصناه من الملاحظة ومن خلال المقابلة مع الحالات ارتأينا أن ندرج علامات تحذيرية في النطاق العلائقي مثل: الانطواء، عدم الرغبة في العلاقة الجنسية، الشك، تدهور في دور الوالد ولكنّها تبقى دون مراجعة علمية. وهذا يُفضي لوجود احتياجات عند مقدمي الرعاية الواجب اشباعها وتعهدها بالعناية.

## 8. احتياجات مقدمي الرعاية:

في كثير من الأحيان يجد مقدمو الرعاية صعوبة في تلبية احتياجاتهم الخاصة عندما ينفقون كل طاقتهم في رعاية الآخرين. إذا أهمل المرء احتياجاته البدنية والعاطفية والروحية، فسوف يلحق بهم في النهاية. لذا يجب توفير الدعم والرعاية الشاملة لمن يقدمون الرعاية للآخرين ويختبرون تجارب تعب الرحمة، سواء كان ذلك في مهنتهم أو نتيجة لرعاية أحد أفراد أسرهم. وهذا النوع من الدعم والمتابعة يجب أن يعالج جميع جوانب احتياجات مقدمي الرعاية، بما في ذلك المادية والعاطفية والروحية. (Mathieu, 2007), (Cocker, 2016).

### أ. الاحتياجات المادية:

بعض الاحتياجات الجسدية التي يجب على مقدم الرعاية إدراكها تشمل النظام الغذائي والتمارين الرياضية والاسترخاء. غالبًا ما تكون الأمهات مشغولات في الاعتناء بأبنائهن، فهنّ لا يأكلن بشكل صحيح. وقد يتناولن الكثير من المشروبات المنبهة كالقهوة ولا يتناولن كميات كافية من الماء. على الرغم من أنه قد يتم استنفاد طاقتهم واقفات طوال اليوم، إلا أنّهن قد لا يحصلن على الوقت الكافي للترفيه أو ممارسة الرياضة، أو أنّهن لا يستطعن بسبب الاجتهاد. فهنّ يحتجن إلى إيجاد وقت للاسترخاء، حتى لو كان ذلك لمدة عشر دقائق فقط في اليوم.

### ب. الاحتياجات العاطفية:

لها نفس أهمية الاحتياجات المادية. اذ يمكن أن تنشأ لدى الأمهات مجموعة من المشاعر خلال اليوم، بما في ذلك القلق والحزن والإحباط والشعور بالذنب والحزن. لذا فهنّ يحتجن للتحقق من صحة هذه المشاعر، ومعرفة أن كل المشاعر التي يشعرن بها يتقبّلنها. الشعور بالإحباط والغضب والإثم هو مشاعر طبيعية لشخص ينفق الكثير من طاقته في رعاية الآخرين، والأحرى ألا يشعرن بالذنب حيال ذلك.

## ت. الاحتياجات الروحية:

وهي لا تقل أهمية عن الاحتياجات العاطفية والجسدية، على الرغم من حقيقة أنها لا تناقش كثيرًا. قد يعني الجانب الروحي شيئًا مختلفًا من شخص لآخر. بالنسبة للبعض، إنه دينهم، وقد يكون مهمًا للغاية في حياتهم اليومية. بالنسبة للآخرين، قد يكون الشعور بالمعنى في الحياة من خلال تلبية الاحتياجات الروحية، يمكن للمؤمن في كثير من الأحيان إيجاد شعور بالهدف، واستخدام الجوانب السلبية في حياته كطريق للارتقاء والتبصر. إن رؤية الناس يعانون، وخاصة الأطفال، يمكن أن تؤدي في الغالب بمقدمي الرعاية للتساؤل عن جدوى وجود مثل هذه المعاناة في حياته، فمن المهم أن ينظر مقدم الرعاية إلى إيمانه ودينه كمصدر للقوة.

## خلاصة الفصل:

تم تقديم "تعب الرحمة" لأول مرة في دراسة للاحتراق المهني بين الممرضات، وكان الهدف من دراستنا الحالية هو إلقاء الضوء على تعب الرحمة عند فئة من أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية. وكانت الطريقة التي تم استخدامها في هذا البحث هي تقديم تعب الرحمة كمفهوم جديد في مجتمعنا والتعرض إلى مجموعة المفاهيم المتصلة به. ونحن إذ قمنا بتمرير مقياس تعب الرحمة ودعمناه بمقياس عبء مقدّم الرعاية على العينة القصديّة فذلك لمعرفة مدى تطابق النتائج بين المقياسين، فقد استخلصنا من خلال النتائج التي تحصلنا عليها وجود نسب متفاوتة في مكّونات تعب الرحمة وفي العبء وهي متقاربة في محصّلتها، وهذا دلالة على أنّ تعب الرحمة قد يبدأ كإجهاد وعدم راحة ناتجة عن الرحمة والتعاطف ويتطوّر إلى اضطراب تعب الرحمة، الذي إن لم يتم تداركه في مراحل الأولى فإنّه سيغيّر وبشكل دائم من القدرة العاطفية للشخص على التراحم، ولا يسعنا كتوصيات إلا أن نشدّد على أهميّة التعريف به كظاهرة نفسية خطيرة، وإعطاء مجال للبحث في مكّوناته وانتشاره بين مختلف فئات مقدمي الرعاية، وكذا تدريب الممارسين النفسيين ومهنيي الصحة للتعرف عليه والتعامل معه مستقبلا.

المقدمة

1. اليقظة الذهنية الكاملة Mindfulness
2. ارتباط اليقظة الذهنية الكاملة بالعلاجات السلوكية والمعرفية
3. الدراسات السابقة في فاعلية اليقظة الذهنية:
4. مناقشة الدراسات السابقة:
5. أنواع علاجات اليقظة الذهنية:
6. قياس اليقظة الذهنية الكاملة:

خلاصة الفصل



## مقدمة:

إنّ بداية القرن الحادي والعشرين شهدت انفتاح المقاربات الصحية والعلاجية على تأثيرات مبتكرة وتكاملية تتميز بممارسات علاجية تكاملية وبديلة، حيث بدأ اهتمام واضح عند الممارسين والمرضى بهذا النوع من العلاجات. ولهذا الاهتمام ما يبرره إلى حدّ كبير، حيث أنّه وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فقد اعتمدت 80% من الأنظمة الصحية في العالم على الطب التقليدي (Barzansky, 2000) تحدّد منظمة الصحة العالمية العلاجات التكاملية والبديلة باعتبارها "مجموعة من الممارسات حيث يتم اعتبار المرضى في سياقهم الكلي وفي صميم انتمائهم البيئي. وتصر هذه العلاجات على أن المرض أو الحالة الصحية السيئة لا تنجم فقط عن عامل خارجي أو قابلية للأمراض معينة، بل هو قبل كل شيء نتيجة لاختلال توازن الشخص داخل محيطه وضمن نظامه البيئي" (Wetzel, 2003) بمعنى آخر، تأخذ العلاجات البديلة والتكاملية في الاعتبار الأبعاد المختلفة للإنسان، الجسدية (الجسم)، العاطفية (المشاعر، الأحاسيس)، الفكرية (الدماغ وقدراته المعرفية) والروحية (فهم الذات والكون والجوانب الروحية للحياة). فيما يتعلق بالبيئة. فتُعرّف حالة الصحة الجيدة بأنها علاقة توازن بين جسد الفرد وعواطفه وأفكاره. وهذا يدعو إلى التواصل الفعال بين هذه الجوانب الثلاثة للشخص وعلاقات ذكية بين الفرد ومحيطه المعيشي. إذن هي مقارنة تكاملية وشاملة وكلية. وبنفس الوتيرة، فمجال علم نفس الصحة شهد تطوراً ملحوظاً منذ عشرين عاماً (Fischer, 2014). إذ يعتبر علم نفس الصحة دراسة لأنواع المختلفة من العوامل (النفسية والاجتماعية والبيولوجية) التي تتدخل في الحفاظ على صحة جيدة أو في تفشي الأمراض وتطورها. وموضوع اهتمامه هو السلوكيات الصحية التي تؤثر على السلامة الجسدية والنفسية مستنداً إلى مفهوم أنّ الفرد مسؤول على رفاهه النفسي، من خلال التأكيد على قدرات الأفراد ومواردهم النفسية المتعلقة بحالتهم الصحية. لذا فإن مسألة تعبئة الموارد الذاتية للفرد من خلال تقنيات أو ممارسات العلاج النفسي التي يمكن أن تخفف المعاناة، أو تمنع نشأتها، أو تجعلها تختفي، تصبح ضرورية. من هذا المنظور، تطور مجال الرعاية العلاجية أيضاً وظهرت العلاجات النفسية التكاملية في مجال الممارسة والبحث الاكلينيكي (Claude Berghmans, 2008) (Berghmans, 2010)

فالأفراد، سواء كانوا يعانون من معاناة نفسية أم لا، فإنهم يبحثون دوماً عن أشكال جديدة من الرعاية التي تسمح لهم بإدارة الاضطرابات الجسدية والنفسية التي تعصف بهم في حياتهم اليومية بشكل أفضل. إنهم يبحثون عن تقنيات جديدة، وأساليب جديدة من شأنها أن تجلب لهم الارتياح النفسي والتوازن حيث يكونون عناصر فاعلة في المشاريع العلاجية الخاصة بهم. واليقظة الذهنية الكاملة هي جزء من هذه الأساليب العلاجية المعرفية الجديدة التي جذبت اهتمام الباحثين والمرضى، لما لها من فوائد علاجية وعلى مستوى التنمية الشخصية.

### 1. اليقظة الذهنية الكاملة mindfulness:

نحن نعلم في أدبيات العلاجات المعرفية أنّ معظم الاضطرابات النفسية مرتبطة بنشاط عقلي متواصل ووفير يجعل المريض يولّد أفكاراً لا يستطيع السيطرة عليها فيما بعد ممّا يجعل اضطرابه يتفاقم ويستقر لديه، الأمر الذي جعل المختصين يدرجون العلاجات القائمة على التأمل واليقظة الذهنية الكاملة كموجة ثالثة من العلاجات السلوكية المعرفية وهي ما نعاصره الآن كمختصين وباحثين في مجالات العلاج النفسي.

وبما أنّ عالم العلاج النفسي كبير ومعقد ومتغيّر. فمع زيادة معرفتنا بالدماغ البشري وآلياته، ومن خلال العلاقة العلاجية، فإنّ الأداء النفسي للأفراد يتطور ويغذي ممارساتنا كمختصين في المجال النفسي. وهكذا، ظهرت العلاجات السلوكية على التوالي، بناءً على نظريات التعلم (التعزيز، والتحفيز)، والمقاربات المعرفية وما وراء المعرفية (الاستراتيجيات، وحل المشكلات، والوظائف التنفيذية) (Malhotra, 2017)، والأكثر حداثة علاجات "الموجة الثالثة" التي تركز على الاستكشاف النشط، من قبل الفرد، للعمليات العاطفية التي تحركه. وهذا صميم اهتمامنا البحثي في سياق دراستنا الحالية: فاعلية اليقظة الذهنية كبرنامج علاجي.

ففي ضوء الدراسات الاكلينيكية الغربية العديدة، وجد المؤلفون الأمريكيون والأوروبيون أن تقنيات MBSR و MBCT المرتكزة على اليقظة الذهنية هي ذات صلة ببعضها البعض، وتُقدم نتائج من حيث تحسين الصحة العامة. إلا أنّه لا يزال البحث في مجال اليقظة الذهنية mindfulness يحتاج إلى تطوير مفاهيمي أكثر دقة وغنى إذ أنّه اقتصر على الفلسفة البوذية كخلفية فكرية وروحية لتقنيات

التأمل دون الالتفات للفلسفات والديانات الأخرى لتنوع المصادر والمقاربة بين التقنيات المستنبطة وتقديمها كمقاربات علاجية وبروتوكولات للتنمية الذاتية والتعافي، حيث تعود ممارسة التأمل إلى أكثر من 5000 عام في الشرق. حسب (Walsh, 1992)، فقد تم العثور على لوحات جدارية عمرها 4000 عام، تسلط الضوء على شخصيات جالسة في وضعيات التأمل، على جدران الكهوف الهندية. فغالبًا ما ارتبط التأمل في الشرق بالصلاة والتقاليد الصوفية (Berghmans C., 2012).

واليقظة الذهنية الكاملة تستخدم الآن بشكل كبير في العديد من المؤسسات الصحية (كالمستشفيات، عيادات ومراكز العلاج النفسي) في الولايات المتحدة وأوروبا. وقد تسارع ظهورها وانتشارها كحصيلة للنتائج الجيدة التي عززت وشجعت على ممارستها كعلاج، لدى العديد من الفئات حول العالم. فمقاربة العلاج النفسي القائمة على أساس "اليقظة الذهنية" المستقاة من فلسفة الديانات الشرقية خاصة البوذية التي يعود تاريخها إلى ما يزيد على 2000 عام -ولو أنّ التأمل من الممارسات الروحية التي سبقت هذا بكثير ورافقت ديانات التوحيد الأولى- والتي تمّ تطويرها وجلب مجتمع الباحثين والممارسين إليها، قد أدى إدراجها بالكامل في العلاج النفسي إلى ظهور طرق وبروتوكولات بحث وعلاج مختلفة، إذ يعدّ الأكثر دراسة في علم النفس الصحي على مدار العشرين عامًا الماضية (Grossman, 2004) أي منذ أكثر من أربعين سنة (منذ منتصف سبعينات القرن الماضي). بل وأصبحت واقعا ملموسا إذ اتخذت صفة العلاجات العالمية التي تمارس بشكل واسع وفي كل المجتمعات دون استثناء (Wielgosz, 2019), (الدحادحة، 2016), (Shapiro, 2005).

## 2. ارتباط اليقظة الذهنية كاملة بالعلاجات السلوكية والمعرفية:

إنّ المناهج أو المقاربات العلاجية القائمة على اليقظة الذهنية لها روابط من حيث أوجه التشابه والاختلاف مع العلاجات السلوكية المعرفية.

• فمن حيث أوجه التشابه: فإن هذه الأساليب منظمة ومحدودة في الوقت، باستخدام بروتوكولات دقيقة، على مدى فترة محددة. يتم تقديمها وشرحها للمرضى قبل أن تبدأ. تظهر برامج القياسات قبل / بعد التدخل باستخدام مقاييس مختلفة تقيس الاضطرابات المعالجة واليقظة. تم العثور على العمليات النفسية (الاسترخاء، التعرض، القبول، التغييرات المعرفية، إلخ) التي تتجلى في هذه الأساليب في العلاجات السلوكية والمعرفية، ويركز كلا النهجين على الأداء الحالي للفرد دون النظر بشكل منهجي في تاريخ المريض، والتي لا يتم إنكارها. وأخيرًا، يجب ذكر الدور النشط للمريض في هذين النوعين من التدخل، من حيث المشاركة في عملية تغيير تهدف إلى تحقيق الرفاهية والارتياح النفسي.

• ومن حيث الاختلافات: نجد أنّ الأهداف العلاجية محددة بوضوح في العلاج المعرفي السلوكي، وهذا ليس هو الحال بالضبط بالنسبة لمقاربات اليقظة الذهنية. ومع ذلك، في MBCT المستخدمة لتجنب الانتكاس الاكتئابي، من الواضح أن الهدف من الممارسة ضمنى، كما هو الحال مع إدارة الإجهاد في مقاربة MBSR. يتجلى الاختلاف في موقف المرضى تجاه الهدف العلاجي المباشر. ففي نهج اليقظة، يجب ألا يسعى المريض لتحقيق هدف محدد مع تقدم الجلسات، ولا ينبغي أن يتوقع تغييرًا فوريًا، بل يجب أن يسمح لنفسه فقط بأداء هذه التمارين بأفضل شكل ممكن. يمكنه دون توقع نتائج معينة بقصد القبول والتخلي. غالبًا ما يكون من الصعب جدًا وضع هذا الموقف لأن المريض يبحث عن تحسن حالته، فضلًا عن علامات التغيير. ومع ذلك، مع الممارسة المستمرة لليقظة الذهنية، فإن إدراك العلاقة بالمرض والمعاناة هو الذي يتغير ويحقق نتائج إيجابية من حيث الرفاهية النفسية. يجب ألا يسعى المريض للتغيير حتى في حالة حدوث تغييرات في مسار الأفكار التي تصل إلى الوعي أثناء التأمل، لا يجب على المريض أن يتوقع شيئًا، فهو يظل منتميًا، ويفحص أفكاره، ويلاحظها دون أن يمنع أي شيء، ولا يدين، ولا يحكم، يجب أن يترك كل شيء يتداعى. كل ما يصل للوعي وتفكر فيه وتركه لمصيره وهو أن يختفي. إذا كان هناك جانب موضوعي في مناهج اليقظة الذهنية، فهو يتعلق فقط بالأفكار، أي السماح للإنتاج العقلي بالحدوث، للحفاظ على انتباه الفرد للظاهرة دون الاحتفاظ بها أو الحكم عليها، والتخلي عن الظاهرة والعودة إلى موضوع الانتباه المعتاد مثل الإحساس أو التنفس. ليست هناك رغبة في التغيير، بل مجرد السعي للبقاء في حالة تأمل في الوقت الحاضر. في حالة اليقظة هذه، يظهر تحسن في الحالة الصحية في بعض الأمراض. (Berghmans C., 2012) وعلى عكس العلاج المعرفي السلوكي الذي يقوم على التحليل، والتصور، لتغذية العقل، يجب على المريض في تقنيات اليقظة الذهنية ألا يغير محتوى تفكيره، بل يتقبله

بمراقبته دون حكم، فالعلاقة بالمعارف المدركة هي التي تغيرت من أجل رؤيتها على حقيقتها، على أنها إشراقات مؤقتة لعقولنا متأثرة بالبيئة وكيفية إدراكنا لها. أخيراً، هناك فرق مهم بين علاجات اليقظة الذهنية والعلاجات المعرفية السلوكية ألا وهو التزام المريض بالممارسة الفردية، حيث يجب أن يتدرب على ممارسة التقنيات خارج الجلسات العلاجية الرسمية، بصفة دائمة قدر الإمكان، بحيث أنّ هذه الممارسة العلاجية والوقائية. تصبح جزءاً من نمط حياة جديد، والذي غالباً ما يكون صعباً جداً لأن المريض يتشبث بالمعالج على أنه محفز. وبنفس الوتيرة يجب على المعالج أيضاً الالتزام بممارسة وأداء التمارين مع المريض (كجزء من التمارين غير الموجهة)، خارج الجلسات كذلك. وهنا نرى دوراً مختلفاً للمعالج الذي يتدرب مع مريضه ثم يناقشه في التأثيرات الملحوظة. فأسلوب العلاقة العلاجية يختلف عنها في العلاج المعرفي السلوكي.

### 3. الدراسات السابقة في فاعلية اليقظة الذهنية:

أ. في دراسة (Segal Z. V., 2010) حول العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) والتي

كانت عبارة عن تدخل نفسي اجتماعي جماعي مصمّم لتعزيز الإدارة الذاتية للأعراض الاستباقية المرتبطة بالانتكاس الاكتئابي، لمجموعة 165 مريض بالاكئاب تتراوح أعمارهم بين 18 و65 عاماً تمّ اخضاعهم لعلاج دوائي مضاد للاكتئاب لمدة 8 أشهر وضعوا في عيادات خارجية بتورنتو، شفي منهم 84، تمّ تقسيمهم لثلاث مجموعات واخضاعهم لثلاث أنواع من العلاج: مجموعة تتابع العلاج الدوائي ومجموعة ثانية بالعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية ومجموعة ثالثة تعالج بالعلاج الوهمي (placebo)، لمدة 18 شهراً. وقد تم التمييز قبل ذلك بين المرضى من خلال جعلهم بمجموعتين، 49% كانوا من المرضى الذين لديهم حالات شفاء مستقرة، و51% من الذين لديهم حالات شفاء غير مستقرة، أظهرت النتائج أن معدل الانتكاس لدى مرضى حالات الشفاء غير المستقرة هي 28% بالنسبة للذين تلقوا العلاج الدوائي، 27% بالنسبة للذين تلقوا العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية، بينما كان معدل الانتكاس للذين تلقوا علاج (placebo) 71% لدى مرضى حالات الشفاء غير المستقرة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أنّ تطبيق MBCT توازياً مع العلاج الدوائي يعطي نتائج مرضية بالنسبة للمرضى الذين لديهم حالات شفاء غير مستقرة، فالعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية يمنح المرضى فوائد مماثلة كالتالي يقدمها العلاج بالأدوية.

ب. من أحدث الدراسات التي لها ارتباطاً ببحثنا هي دراسة (Wasson, 2020) التي تشير فيها النتائج إلى

أن التدخلات القائمة على اليقظة تعمل على تحسين التعاطف مع الذات لدى أخصائيي الرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون مجموعة متنوعة من البرامج القائمة على اليقظة الذهنية مفيدة للموظفين ومقدمي الرعاية. وأوصت الدراسة بوضع منهجية صارمة بالدراسات المستقبلية لتقييم الآثار الرضا والتعاطف مع الذات ورعاية المرضى. حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن التدخلات القائمة على اليقظة يمكن أن تعزز التحسينات في التعاطف مع الذات بين مجموعة متنوعة من المتخصصين في الرعاية الصحية. فقد أظهرت الأبحاث السابقة أن مقدمي الرعاية الصحية يعانون من معدلات عالية من الاحتراق والتعب، التي ارتبطت بعدم الارتياح عند المرضى وكذا الأخطاء الطبية. كما يرى الباحثون أنّ تقييم تأثير ارتفاع مستوى التعاطف مع الذات من خلال التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية، وبالقواعد الموضوعية للرعاية الذاتية وجودة رعاية المريض والأداء الوظيفي، ستكون مفيدة إذا تطرقت لها الدراسات المستقبلية في هذا المجال. بالإضافة إلى ذلك، يجب التحقيق في التعاطف مع الذات كعامل وقائي من الاحتراق وتعب الرحمة لدى هذه الشرائح المجتمعية.

ت. وفي دراسة إسبانية (Gracia Gozalo, 2019) كان الهدف منها تقييم فاعلية برنامج تدريبي قائم على

اليقظة الذهنية على مستويات تعب الرحمة واليقظة والتعاطف. وبرنامج تدريب اليقظة الذهنية الموجز هذا من انشاء مجموعة مجتمعية افتراضية عبر واتساب بين أخصائيي الرعاية الصحية (32 شخصاً من أطباء وممرضات ومساعدو تمريض) التابعين لقسم العناية المركزة بمستشفى من الدرجة الثالثة. وكان التدخل عبارة عن عقد ورشة عمل طبية حول ممارسة اليقظة الذهنية وفوائدها، تمّ خلالها تقديم إمكانية متابعة برنامج تدريبي مدته 8 أسابيع مع ممارسات وتقنيات موجزة مصممة خصيصاً لهذا البرنامج لتبث عبر الواتساب، حيث تمّ ارسال اقتراحات أسبوعية على شكل ملفات صوتية ونصية وتذكير يومي مع رسائل تحفيزية على الممارسة. وقد

أظهر هذا المشروع آثارا نفسية ومعرفية لدى المشاركين، قد توفر الرفاهية وتؤثر على تعب الرحمة من خلال التقليل من مستوى الاحتراق وزيادة في مستويات رضا الرحمة والتعطف مع الذات، كل هذا قد يؤدي الى تحسين جودة رعاية المرضى.

ث. هذه الدراسة (Maley, 2018) هي مشروع قائم على ثلاثة أهداف أساسية: (أ) تقديم مفهوم اليقظة

والتعب والرحمة للمعلمين في مدرسة حضرية تقع في حي شديد العنف بالولايات المتحدة؛ (ب) معرفة ما إذا كانت اليقظة الذهنية تدخلاً يمكن قبوله وتنفيذه للحد من تعب الرحمة؛ و (ج) لمعرفة إمكانية تقليل الأنشطة الذهنية من معدل تناقص أعضاء هيئة التدريس. فيما يتعلق بالهدف الأول، قبل العرض التقديمي، لم يكن معظم المشاركين على دراية بمصطلحي "اليقظة الذهنية" و "تعب الرحمة". ومع ذلك، بعد العرض التقديمي، ذكرت أغلبية كبيرة من أعضاء هيئة التدريس وعياً متزايداً لكلا المفهومين. فيما يتعلق بتعب الرحمة، أعرب العديد من أعضاء هيئة التدريس صراحةً عن مخاوفهم من التعرض لدرجة معينة من تعب الرحمة، في حين أثبتت النتائج في ProQOL-V وجودها بشكل كبير. نظراً لأنه لوحظ وجود تعب ناتج عن الرحمة والتعاطف في وقت مبكر من العام الدراسي، فارتفع مستوى التعب يشير إلى الحاجة إلى التدخل الفوري. فيما يتعلق باليقظة الذهنية، في نهاية ورشة العمل، كان جميع المشاركين على دراية بالمفهوم وفوائده وكيفية البدء في تحقيق حالة اليقظة الذهنية. وأظهرت نتائج الاستطلاع أن معظم أعضاء هيئة التدريس قاموا بتقييم البرنامج بشكل إيجابي وكانوا ودودين لبرامج اليقظة الذهنية المستقبلية.

ج. دراسة (مصطفى، 2019) للتعرف على فعالية برنامج ارشادي معرفي قائم على اليقظة العقلية

في خفض مشكلات التنظيم الانفعالي وتحسين صورة الجسم لدى عينة من طلاب الجامعة المكفوفين، وقد تكونت العينة من (11) طالب معاق بصريا بجامعة الملك خالد بأبها بالمملكة السعودية، واتبع الباحث التقسيم العشوائي للمجموعة إلى عینتين: تجريبية وضابطة (5-6) واستخدم المقياس الشامل لقياس اليقظة الذهنية إلى جانب المقاييس الأخرى التي تخدم بحثه، وقدم برنامجا تدريبيًا من إعداد الباحث. وقد أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في تنمية اليقظة الذهنية لدى عينة البحث وكان له أثر إيجابي في تحسين التنظيم الانفعالي وصورة الجسد لدى الطلاب بعينة البحث.

ح. وأخيرا دراسة (الختاتنة، 2019)، التي هدفت إلى التحقق من فعالية التدريب على برنامج اليقظة العقلية

في خفض مستوى الضغط النفسي وتحسين مستوى نمط الحياة لدى عينة من طلبة جامعة حكومية بالأردن، حيث تم توزيع المشاركين عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية (64) طالبا وطالبا تدرّبا على برنامج اليقظة الذهنية، ومجموعة أخرى ضابطة (64) طالبا وطالبة لم يتعرّضوا للبرنامج، حيث أشارت نتائج الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين بالمقاييس المطبقة، وذلك لصالح المجموعة التجريبية مما أشار إلى فاعلية البرنامج التدريبي برفع مستوى اليقظة الذهنية.

#### 4. مناقشة الدراسات السابقة:

يتبين من خلال الدراسات السابقة الثلاثة الأولى التعرض لمتغيري دراستنا

الحالية وفعالية البرامج القائمة على اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض تعب الرحمة بانخفاض في مستويات الاحتراق وضغط الصدمة وارتفاع في مستوى رضا الرحمة عند المشاركين في برامج اليقظة الذهنية، ورغم أن الأدبيات العربية لم تسجل حسب علم الطالبة دراسات تطبيقية تشمل تقنيات العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية في علاج الاضطرابات النفسية وإن كانت قد تعددت الأبحاث الخاصة بفعالية اليقظة الذهنية كتقنية علاجية مستقلة، إلا أننا أدرجنا الدراستين العربيتين الأخيرتين فقط لمعرفة فعالية المتغير المستقل في دراستنا أي اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض شبيهة بالمتغير التابع (تعب الرحمة) ألا وهي مشاكل التنظيم الانفعالي في دراسة (مصطفى، 2019). والضغط النفسي في دراسة (الختاتنة، 2019)، وذلك لتقارب البيئات البحثية نسبيا من حيث الخلفية الاجتماعية والثقافية للمجتمع العربي. وكنتيجة قائمة ومدعومة بأدلة علمية وتجريبية للعديد من الدراسات في شتى أنحاء العالم، يتبين لنا مدى فاعلية برامج اليقظة الذهنية -أو ما يطلق عليه الباحثون المشاركة باليقظة العقلية- في التخفيف من الأعراض والاضطرابات بشكل واضح وفعال.

## 5. أنواع علاجات اليقظة الذهنية:

والتي هي في حد ذاتها النماذج المفسرة لليقظة الذهنية الأكثر تميزًا واستعمالًا من طرف الممارسين المتخصصين.

### 1) برنامج الحد من الضغط القائم على اليقظة الذهنية (Mindfulness Based Stress-Reduction (MBSR):

الذي طوره كابات زين (1982، 1990) في سياق الطب السلوكي للمرضى الذين يعانون من آلام مزمنة ومشاكل الإجهاد، في عيادة التخفيف من الضغط والاجهاد بجامعة ماساتشوستس (Kabat-Zinn, 2013) Massachusetts، ويستخدم في تطبيقات مختلفة في الصحة البدنية والعقلية، وبشكل أكثر تحديدًا في إدارة الضغوط. وهو تدريب على التأمل المكثف يستمر ثمانية أسابيع بمعدل 2.5 ساعة في الأسبوع في مجموعات من 15 إلى 20 شخصًا مع مدرب وواجبات منزلية، يمكن إضافة ندوة ليوم واحد، وكذلك جلسات إضافية يجب القيام بها خارج الجلسات العلاجية، وقد يزيد العدد أو ينقص (Santorelli SF, 2017). وممارسة التأمل خارج الجلسات العلاجية مهم للغاية في نجاح العلاج. ونلاحظ أيضًا أنه يمكن إعطاء جلسات محددة حول أمراض معينة مثل الاكتئاب أو القلق أو مشاكل السرطان، لا سيما في إدارة الألم والعلاقة المستمرة مع المرض (Carlson, 2004). إضافة إلى مرحلة شرح فردية أو جماعية يشرح فيها المدرب الطريقة ومبادئها وعملها ونتائجها. بالإضافة إلى ذلك، تؤكد هذه الجلسة التمهيدية على أهمية الممارسة خارج الجلسات الرسمية (عادة من 20 إلى 40 دقيقة في اليوم).

قبل انعقاد الجلسة الأولى، يقوم المدرب بتقييم مدى التزام المشاركين بالبرنامج والتزامهم به، وتعتبر مشاركتهم أساسية. وتجدر الإشارة إلى أن الطريقة ليست انتقائية حسب دوافع المرضى. العديد من البرامج تدعوهم للمتابعة بعد التدريب من أجل التحدث عن تجاربهم وأهدافهم المستقبلية فيما يتعلق بإدارة مشكلتهم. (Berghmans C., 2012). يستخدم برنامج MBSR عددًا من التمارين بالإضافة إلى معلومات تعليمية حول الإجهاد على المستوى الفسيولوجي والسلوكي. تلخص التدريبات المستخدمة فيما يلي:

- تمرين العنب نجده بداية في تقنيات MBCT وكذا في MBSR
- فحص الجسم وتعتمد على عمليتي التركيز المتعمد والانتباه المتعمد للجسد
- التأمل في الجلوس بتركيز الانتباه على حركات التنفس ومراقبة الذهن بملاحظة المشاعر دون إصدار حكم أو تفسير أو تحليل لما يجري والهدف ليس النجاح في التمرين بل ممارسته فقط
- هاتا يوغا تستخدم لتنمية الوعي بالجسد (أثناء الحركة والحفاظ على وضعية ثابتة) بطريقة واعية ويقظة للغاية من أجل إيقاظ أحاسيس الجسد، وتستعمل في حالي الجلوس والمشي، وقد استعملها كابات زين في مقارنته الواعية للتقليل من الضغط والتوتر.
- التبادلات الجماعية بدعوة المعالج المشاركين لتبادل تجاربهم الفردية لإقامة روابط بينهم وانشاء نظام مرجعي مشترك حول الممارسة وبالتالي تبادل خبراتهم غير النمطية ومقاربة أنماط التكيف لمواجهة عدّة أمراض.

ويستخدم هذا النوع من التقنيات في إدارة الضغوط والاجهاد والتخفيف من الآلام المزمنة في الكثير من الأمراض (Baer, 2003) كبدية للتعامل مع التعافي ورعاية المرض، ونتائجها السريرية جدّ مشجعة. كما يمكن تعديل هذه الممارسة وإعادة صياغتها بطريقة أكثر تحديدًا للأمراض معينة. على غرار عمل (Segal, 2002)، على مستوى الاكتئاب في الخروج عن مقارنة MBSR وتعدّتها إلى تقنيات MBCT.

### 2) العلاج السلوكي الجدلي (Dialectical Behavior Therapy (DBT):

هذا نهج متعدد العوامل لعلاج الشخصيات الحدية التي طورها (Linehan, 1993) وتم تكييفه مؤخرًا مع عينات أخرى. إنها تقوم على عملية جدلية تفترض أن الواقع مرتبط بقوة وتفاعل الأضداد. هنا يشير الجانب الديالكتيكي إلى العلاقة بين التقبل والتغيير. يتم تشجيع الممارسين لهذه التقنية على التصالح مع وضعهم وقصتهم كما هي، والعمل بشكل مكثف لتغيير سلوكهم وبيئتهم من أجل تحسين نوعية حياتهم. يعد تجميع هذا التناقض الظاهري أمرًا أساسيًا لهدف تقنية DBT.

تتضمن هذه المقاربة استراتيجيات معرفية وسلوكية تسمح للأفراد بتغيير سلوكياتهم وأفكارهم وعواطفهم. يتم التفكير في مهارة اليقظة الذهنية في هذا العلاج في سياق توليف التقبل والتغيير. ونجد كذلك في هذه التقنية عناصر عدم إصدار الأحكام ومراقبة

الأفكار والعواطف. فيصنف لينهان ثلاث مهارات "ما هو" وهي الملاحظة والوصف والمشاركة، وثلاث مهارات "كيف" وهي عدم إصدار الأحكام واليقظة والكفاءة. يتم تعلم هذه الطريقة على مدى عام من العمل الفردي مع المعالج دون الحاجة إلى تكرار أو مدة زمنية. ويتضمن التدريب أربع وحدات للمهارات:

اليقظة الذهنية والفعالية الشخصية فيما يتعلق بالتواصل وتنظيم العواطف وتحمل الضيق. يعمل المرضى مع معالجهم لدمج هذه المكونات المختلفة التي تم تعلمها في جلسات جماعية أو فردية ضمن مشاكلهم الشخصية.

### 3) علاج القبول والالتزام (ACT) Acceptance and Commitment Therapy:

تم تطوير هذه الممارسة بواسطة (Hayes, 1999)، وهي تستند إلى تحليل السلوك. يمكن تطبيقه في مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية، بحيث يشتمل على عمليات التغيير السلوكي والتقبل واليقظة الذهنية. على الرغم من أن ACT لا تقوم على تقنيات علاجية قائمة على التأمل، إلا أننا أدرجناها لأن استراتيجيتها العلاجية تتفق مع نهج اليقظة الذهنية. فيتعرف الممارسون لـ ACT على أنفسهم ويمكنهم ملاحظة أحاسيسهم أو أفكارهم أو عواطفهم. يجب أن ينظروا إلى الظاهرة بشكل منفصل عن الشخص الذي يشعر بها. كتوظيف عبارة "أرى بأني شخص قلق"، بدلاً من عبارة "أنا شخص قلق". إنها ملاحظة لمشاعرهم دون إصدار حكم، دون تقييم أو محاولة للسيطرة عليها أو تغييرها أو تجنبها. تقوم مقاربة ACT بتدريس الموضوعات للتخلي عن توقعات التحكم في الأفكار والأحاسيس من خلال ملاحظتها دون حكم وتقبلها كما هي وعلى حقيقتها عن طريق تغيير سلوكهم من أجل تحسين حياتهم (Hayes, 1999) أحد المفاهيم المركزية لـ ACT هو تجنب الخبرة. يتم تعريفه على أنه عدم الاستعداد لخوض تجارب سلبية من حيث الأفكار أو الإدراك أو العواطف واتخاذ الإجراءات من أجل تجنبها أو القضاء عليها حتى لو أصبحت مؤلمة وتولد المعاناة. هنا يتدخل مفهوم اليقظة الذهنية للإشارة إلى مستوى المرونة النفسية التي تشمل الرغبة في تجربة اللحظة الحالية (Ramaci, 2019).

وهذين العلاجين السابقين هما من العلاجات النفسية التي تعتمد جزئياً على اليقظة الذهنية.

### 4) العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية MBCT Mindfulness based cognitive therapy

تم تطوير MBCT بواسطة (Segal, 2002) ويعتمد بشكل كبير على ممارسة MBSR حيث يستخدم تقريباً جميع مكوناته وتمارينه. لكن يكمن تفرده في حقيقة أنه يشتمل على عناصر من العلاجات السلوكية والمعرفية. فقد تم تطويره خصيصاً للوقاية من مرضى الاكتئاب لتجنب الانتكاس الاكتئابي الثاني. وهو أيضاً برنامج يتم عقده في 8 جلسات مدّة كل منها حوالي ساعتين ونصف، على مدار 8 أسابيع، بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، مما يسمح للمشاركين بالتدرب بين الجلسات. يمكن أيضاً إضافة ندوة ليوم واحد، بالإضافة إلى جلسات إضافية، إذا لزم الأمر (Segal Z. W., 2006).

من خلال هذا الفصل بدراستنا سنستفيض في هذه التقنيات بحكم أنها المقاربة العلاجية (MBCT) التي لها فاعلية التخفيف من مكونات تعب الرحمة وهي المنهج العلاجي التي سيتبع مستقبلاً في المشروع العلاجي للمصابين بأعراض تعب الرحمة.

أولاً، من الضروري إجراء مقابلة تقييمية تستغرق حوالي ساعة واحدة في بداية العملية مع كل مرشح، يشتمل عرضاً تقديمياً للبرنامج وكنقطة انطلاق للحوار بين المعالج والمفحوص. الغرض من هذه المقابلة هو التعرف على العوامل المرتبطة بالأعراض الموجودة عند المفحوص، وشرح خلفية MBCT، والتباحث مع كل مشارك عن كيفية مساعدته، والتأكيد على أن MBCT تتطلب العمل بمتابعة والكثير من الصبر خلال 8 أسابيع من الممارسة وأخيراً تحديد ما إذا كان المفحوص سيستفيد منها في هذه اللحظة (إذا كان في حالة ذهنية متقبلة بدرجة كافية للمشروع العلاجي). حجم الجلسة النموذجي هو 15 مشاركاً. من الممكن أيضاً تكييف الطريقة مع الحالات الفردية بنفس طريقة ممارسة برنامج MBSR. أهداف هذا البرنامج هي:

• مساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات مثل الاكتئاب على تعلم تقنيات مفيدة للحد من هذا الاضطراب ومنع الانتكاس ومن يعانون مشاكل واضطرابات كأعراض ومكونات تعب الرحمة.

• أن يصبحوا أكثر وعياً بالأحاسيس الجسدية والمشاعر والأفكار لحظة بلحظة.



• مساعدة المشاركين على تطوير طريقة مختلفة للارتباط بالأحاسيس والأفكار والمشاعر وبشكل أدق، تطوير القبول والاعتراف الواعي الكامل بالمشاعر والأفكار غير المرغوب فيها، بل تحديدا للعادات التلقائية والمبرمجة مسبقاً والتي لها قابلية الحفاظ على المشاكل والصعوبات؛

• مساعدة المشاركين حتى يصبحوا قادرين على اختيار الاستجابة الأنسب لأي أفكار أو مشاعر أو مواقف غير السارة التي يواجهونها في حياتهم.

يتم إجراء في 8 جلسات، يتعلم خلالها المشاركون الانتباه بطريقة يقظة ومستمرة في حدود الجلسات الأربع الأولى.

يدرك المشاركون أولاً مدى ضالة اهتمامهم بحياتهم اليومية. بعدها، يتعلمون أن يصبحوا مدركين للسرعة التي يقفز بها العقل من موضوع إلى آخر، وفي النهاية يتعلمون كيفية إعادة أذهانهم عند شرودها إلى نقطة مركزية. تشبه هذه العناصر ممارسة MBSR في تعاليم مسح الجسم والتنفس. أخيراً، يتعلم المشاركون كيف أنّ شرود الذهن هو فتح باب العقل للمشاعر والأفكار السلبية (Berghmans C. , 2012). بمجرد أن يدرك الشخص هذه الجوانب، يمكنه استخدام هذه التقنية لملاحظة تغيرات مزاجه، حتى يستطيع السيطرة في اللحظة الحاضرة أو فيما بعد، كتمهيد للمرحلة الثانية من MBCT من خلال الجلسات من 5 إلى 8. عند ظهور فكرة أو شعور سلبي، تنص تعليمات التقنية العلاجية على السماح لهم بالتواجد هنا ببساطة، قبل المبادرة للاستجابة بشكل مناسب باستخدام استراتيجيات محددة.

بداية، يتعلم المشاركون أن يصبحوا مدركين تماماً للفكرة أو الاحساس، وبعد التعرف عليه، يتعلمون تحويل انتباههم إلى تنفسهم لمدة دقيقة إلى دقيقتين قبل تعميمه على أجسادهم ككل. إنهم في الواقع يأخذون "مساحة للتنفس" لوضع دقائق، والتي يمكن أن تكون كافية في بعض الأحيان للتعامل مع صعوبات اللحظة، لإزالة الأفكار أو المشاعر غير السارة. هذه هي الخطوة الأولى في التعامل مع الصعوبات. ثم يمكن للمشاركين اختيار أفضل طريقة للاستجابة من خلال اتخاذ قرار إما بالرد مباشرة (فوراً أو لاحقاً) من خلال رؤيتها كفكرة أو شعور فقط ومشاهدتها وهي تمر، أو التعامل معها بملاحظة أي جزء من الجسم يتأثر بها وإعادة الوعي إليه باستخدام التنفس للفتح على الإحساس وملاحظته بدلاً من الشد والتصلب. في النهاية، يتم تشجيع المشاركين على أن يصبحوا أكثر وعياً بعلامات التحذير الشخصية الخاصة بهم لاضطراب مثل الاكتئاب والشيك وأن يطوروا خطط تدخل محددة لوقت حدوث ذلك.

أ. الموضوعات الرئيسية التي تم استكشافها في هذه التقنية هي:

• اكتشاف تجنب إنشاء وترسيخ أنماط التفكير السلبية (الهدف هنا ليس إبقاء الحالات السلبية للعقل بعيداً، ولكن منع حدوثها).  
• التعرف على العوامل التي تنشط أنماط التفكير القديمة. تستند أنماط الأفكار السلبية إلى العادات المعرفية القديمة الراسخة تلقائياً (غالباً الاجترار).

يتم تحفيزهم (على الرغم من عدم فعاليتهم) بهدف تجنب مواقف الحياة التي تنطوي على مشاكل. تستمر هذه العادات لأن الشخص يظل في وضع إدراكي يتميز بعدة عناصر مثل التحكم الآلي برغبة قوية للتخلص من هذا المزاج السلبي والتعلق القوي بهدف الشعور بالسعادة والتحكم، والمقارنة المستمرة للحالة الحالية مقابل المتطلع إليها، الثقة في المهارات اللفظية لحل المشكلات.

• تنمية مهارة أساسية تتمثل في القدرة على المغادرة والبقاء خارج هذه العادات المعرفية المقيدة.

الرسالة الأساسية هي "كن واعياً واترك الأمور تسير" والتي تعني التوقف عن التورط في هذه العادات، والتحرر من التعلق والنفور اللذان ينشطان أنماط التفكير "هذه هي المحاولات المستمرة للتخلص أو لتجنب التعاسة، أو لتحقيق السعادة والتي تحرك الدورات السلبية، والهدف من البرنامج هو الحرية من خلال السعادة والاسترخاء" (Berghmans C. , 2012)

• تطوير التعليم بالتجربة.

• تمكين المشاركين من أن يمارسوا بأنفسهم بانتظام من خلال تطويرهم للخبرات الشخصية.

ب. دور المعالج بتقنية MBCT

• تطوير أو طلب تغذية راجعة منتظمة بعد كل دورة والتي يجب أن تكون أداة تعليمية مهمة.

• استخدام الأسئلة المفتوحة وتشجيع التعبير عن الشكوك، الصعوبات والتحديات

- إبراز نقطة التدريس الأساسية الموجودة في مثل هذا ضمناً أو تصريحاً في التغذية الراجعة للمشاركين.
- الملاحظة من البداية ما إذا كان العمل الشخصي يتم بشكل منظم وبطريقة صحيحة.
- تشجيع النية الواضحة لدى المشاركين.
- مساعدة المشاركين على ربط الممارسة برؤية ذات قيمة بالنسبة لهم
- المحافظة على التوازن بين تعليمات "التخلي"، والتوقعات (المثبطة إذا كانت مفرطة) وإرادة الاعتقاد بأن التغييرات المهمة يمكن أن تحدث بعد هذه ممارسة هذه التقنية، وتشجيع الفضول كأسلوب للتحقق من التجربة، حتى لو كان هذا يبدو مثبطاً وسلبياً.
- وكذا الإشارة إلى العناصر المهمة للتعلم التي تتداخل مع تقنية MBCT والتي تسلط الضوء على العمليات الأساسية لليقظة:
- التركيز في هذه التقنية يعتبر أساسياً، إذ تظهر الممارسة قدرة الفرد على التركيز والحفاظ عليه بنقطة معينة بطريقة مكثفة وغير مشتتة وغير مجزأة
- الوعي بالأفكار والعواطف والمشاعر والأحاسيس الجسدية.
- حقيقة التواجد في الوقت الحاضر، وهو موقف يمكن أن يقدره المعالج الذي يعمل في وضع "لحظة بلحظة" وعدم أخذ زمام المبادرة (بعدم إعطاء التعليمات مسبقاً، قبل أن يستخدمها المشاركون عملياً)
- الدخول في عملية معرفية من اللامركزية.
- السماح بالتقبل وعدم التعلق وتنمية الوعي الخيّر. فالدافع الذي يغذي العادات المعرفية التلقائية هو بشكل أو بآخر النفور أو الرغبة. إذن فالتقبل والوعي يسمحان لنا برؤية أشمل للأمور الصحيحة والخاطئة، ونكون أكثر قدرة للاستجابة للمواقف بكيّتها بدل ترك جزء منها فقط يتعامل مع هذه المواقف.
- الترك والتخلي.
- التموضع في نمط "الوجود" بدلاً من "الفعل"، بدون البحث عن هدف أو الوصول لحالة معينة (الاسترخاء أو السعادة أو السلام).
- تنمية الوعي بظهور مشكلة أو اضطراب بالجسم.
- للعلم أنّ كلّ هذا ليس فعّالاً ولن يوفر سوى ارتياح مؤقت لمن استفادوا من ممارسة تقنيات العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية مالم تستخدم المعارف المحصّلة والحالة الإيجابية الحالية في إيجاد طرق دائمة لتعزيز الارتياح النفسي والرفاهية، والسعي للاعتناء بأنفسهم مستقبلاً، إذ تعتبر هذه التقنية منهاجاً تعليمياً يتعلّم به الممارسين كيفية التغلّب بطريقة مختلفة في معاركهم مع أفكارهم ومشاعرهم، وبامتلاك القدرة على تحديد المواقف الصعبة ومواجهتها بمهارة. إن اتخاذ هذا الموقف المختلف ينطوي على تجربة نمط تفكير مختلف عن الطرق التي نستخدمها عادة وهذا ما تستخدمه العديد من العلاجات الأخرى أيضاً. وهذا يعني استبدال وضع حل المشاكل القديم بوضع جديد يسمح بأن تكون الأمور كما هي فقط، بحيث يمكنك أن ترى بشكل أكثر وضوحاً واستعمال أفضل طريقة للرد عليها (Segal Z. W., 2006)
- يسعى تدريب الأساسي MBCT والذي يتكون من 8 جلسات إلى القيام بإبراز هذا النهج المختلف في تكوين علاقة مع التجربة.
- الجلسات الثماني المقترحة من طرف (Segal Z. W., 2006) هي كما يلي:
- الجلسة 1: القيادة التلقائية
- الجلسة 2: إدارة العقبات.
- الجلسة 3: الوعي بالتنفس
- الجلسة 4: البقاء حاضراً
- الجلسة 5: أعفو / تخلي.
- الجلسة 6: الأفكار ليست حقائق.
- الجلسة 7: كيف يمكنني الاعتناء بنفسني على أفضل وجه؟
- الجلسة 8: استخدام ما تم تعلّمه لإدارة الحالة المزاجية في المستقبل.



## • الجلسة 1: القيادة التلقائية:

في الوضع المعرفي الذي نسميه القيادة التلقائية، يتصرف الفرد بشكل ميكانيكي دون أن يكون مدركاً حقاً لما يحدث في أفكاره وعملية تفكيره، مثل قراءة صفحة من كتاب دون الاحتفاظ بأي معلومة، أو الوصول إلى وجهة دون أن تدرك المسافة المقطوعة. في هذا الوضع، يقوم الجسد بشيء بينما يفعل العقل شيئاً آخر.

"في حالة الاكتئاب، تكون هذه الحالة الذهنية إشكالية، لأن عناصر الأفكار السلبية تقل احتمالية ملاحظتها، وبدون سيطرة يمكن دمجها في أنماط تؤدي إلى شعور أقوى بالحزن أو الحزن. الاكتئاب (Segal Z. W., 2006). ولقد ثبت أيضاً أنه فعال للأشخاص الذين يعانون من القلق والضغط والتهيج والاجهاد (Hofman, 2010), (Khoury, 2013), (Frostadottir, 2019)

تتجلى اليقظة الذهنية عندما يدرك الفرد الميل إلى أن يكون بالقيادة التلقائية ويلتزم عمداً بالخروج منها ليصبح مدركاً لكل لحظة يمر بها. إن تمرين مسح الجسم يوجه الانتباه إلى أجزاء مختلفة من الجسم يؤكد صعوبة البقاء في الوقت الحاضر، والحفاظ على التركيز دون الأفكار الشاردة التي تعيق عملية ممارسة اليقظة، التي تنص على أن يصبح الفرد أكثر وعياً بأنماط تفكيره. حتى يتمكن من تعلم الاهتمام بها بمحض إرادة وبوعي. فمن المهم تعليم المشاركين في العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية التعرف على الأوقات التي تكون فيه عقولهم في وضعية القيادة التلقائية حتى يتمكنوا من توجيه وعيهم إلى حالة تفكير مختلفة (Gaudiano, 2008). وهناك إمكانية التعزيز بتمرين العنب لتوضيح درجة عدم الوعي التي يقع فيها الفرد. من خلال هذا التمرين، يتم تقديم الوعي باللحظة الحالية. الهدف إذن هو نشر الوعي بأحداث وأفعال الحياة اليومية من أجل أن يكون المشارك مدركاً لما يحدث وأن يكون قادراً على تغيير طبيعة التجربة لاحقاً. يستطيع الأشخاص من خلال هذه التجربة العملية تحقيق هذا الوعي الكامل للأشياء بأنفسهم أثناء تجربتهم وبدون مساعدة خارجية.

وفي السياق العلاجي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية، غالباً ما يتم استخدام بناء التعاطف (COMPASSION) أي الرحمة مع الذات على النحو الذي حدّته كريستين نيف في كتابها (Neff, 2015). فوفقاً لنيف، فإن التعاطف مع الذات ينطوي على لقاء أنفسنا بالدفء والتفهم عندما نعاني، بدلاً من تجاهل آلامنا أو انتقاد أنفسنا تماماً كما نتعامل مع صديق جيد.

في الأخير، يمكن أن تظهر الأفكار المتطرفة في هذه التمارين التي تسلط الضوء على الاضطرابات أو الارتباك أو المشاكل المختلفة، وقد تجعل المهمة صعبة. وستظهر ردود الفعل هذه كجزء من الذات، لكن العميل قد يعالج هذه المعلومات بطريقة مختلفة عن السابق، مما قد يؤدي إلى تفاعل مختلف مع نفسه، وعلاقة جديدة مع الأفكار التي قد يكون لها ميزة تكيّفية.

## • الجلسة الثانية: إدارة العقبات:

يتم تقديم الجلسة الثانية من خلال ردود الفعل الإيجابية أو السلبية من المشاركين فيما يتعلق بممارستهم الشخصية في المنزل فيما يتعلق بالجلسة الأولى. إذ يتيح هذا التبادل الجماعي إمكانية إنشاء شبكة لتبادل الخبرات والتي ستشكل قاعدة يمكن للمشاركين الاعتماد عليها من حيث المراقبة الذاتية لأذهانهم فيما يتعلق بالأمراض التي يتم علاجها.

فيظهر تمرين مسح الجسم في هذه الجلسة الثانية من أجل السماح للمشاركين بتغيير الوضع العقلي وتمرير الوعي المتتالي إلى وضع "الوجود"، بدلاً من وضع "الفعل" والبدء بممارسة تهدف إلى مساعدة المشاركين للتركيز على اللحظة الحالية.

حيث يتيح تمرين فحص الجسم التعرف على الإدراك المستمر للأحاسيس الجسدية، وحتى المشاعر. ويتمثل أحد أهداف هذا التمرين في جلب الوعي التفصيلي لكل موقع من مواقع الجسم من خلال تعلم الحفاظ على الاهتمام المستمر بموقع معين لفترة زمنية محددة، مما يسمح بتطوير مهارات الاهتمام المستمر والتركيز من أجل "زيادة مرونة الانتباه وتعزيز حالة من الاسترخاء. الهدف من استخدام الجسد كموضوع للانتباه هو جلب الوعي إلى مظاهر العاطفة كأحاسيس جسدية يشعر بها الجسم. يمكن أن يتسبب هذا في تحول في مركز جاذبية الانتباه من العقل إلى الجسد من خلال تطوير الوعي الجسدي الذي يمكن أن يفتح إمكانية إظهار المشاعر من خلال منظور الجسد. لذلك، فإن مسح الجسم هو تمرين يحول فيه الشخص انتباهه طواعية في الجسم ويكتشف ما يحدث عندما يفعل ذلك. (Segal Z. W., 2006), (Berghmans C., 2012)

التأكيد على أنه لا يوجد نجاح أو فشل في هذه التمارين ولا مفاهيم للأداء أو النجاح، الشيء المهم هو تقبل ذاتك ومحاولة القيام بالتمرين دون حكم أو توقع، ولكن مع الاستسلام الحقيقي.

في هذا التمرين، يبدأ التركيز على الجسد في تسليط الضوء على "الهدر" المستمر للعقل وميله إلى الشرود، وكذلك الطريقة التي يميل بها إلى التحكم في ردود الفعل الفردية للأحداث وجلب الفرد إلى أنماط التفكير التلقائية. يمكن لعملية الاجترار أن تتجلى خلال هذه الممارسة من خلال التأكيد على قوتها وتأثيرها على الفرد (Berghmans C., 2012) (Berghmans C., 2012) يمكن ربط الشرود الذهني بجميع أنواع الأسباب (كالمشكلة التي يتم معالجتها، وخيبة أمل معينة من ممارسة اليقظة، ونفاد الصبر لرؤية النتائج، وما إلى ذلك)، الشرود الذهني يمنع التركيز والاهتمام المستمر بممارسة التمرين.

ولو أنّ الشرود الذهني في كثير من الأحيان يعتبر من الأخطاء التي يرتكبها المريض، غير أنّه لا ضير من استرسال الذهن في التجوال والحركة لأنّها ميزة العقل، والهدف ليس القضاء على هذا الشرود، لأنّه من الطبيعي وجود أفكار شاردة دوماً، حتى بالنسبة للممارسين المخضرمين لهذه التقنية، بل من الأفضل تعلّم كيف نربط معه وترويضه لعودة العقل للتركيز على اللحظة الحالية من خلال التنفس، فعملية إعادة الضبط والتشغيل مرافقة دوماً لليقظة الذهنية، بل هي جوهر هذه الممارسة.

في إطار مشاعر الألم، أثناء هذا التمرين، يمكن للذهن أن يقفز سريعاً ويشرد للافتتان مع أسباب هذا الألم وربطه بأحداث مزعجة في الحياة (مشكل في العلاقة الزوجية، حرمان عاطفي...) ويتم إنشاء حديث ذاتي داخلي من شأنه منع الممارسة وإثارة المشاعر السلبية والشكوك حول القدرة على القيام بهذه التقنية بشكل جيد (Segal Z. V., 2002) (Segal Z. W., 2006)

فالقدرة على التحرر من العادات القديمة للعقل هي إحدى العناصر الرئيسية لليقظة الذهنية. إذ يساعد فحص الجسم على المضي في هذا الاتجاه ويمكن اعتباره ممارسة تحافظ على تجربة اللحظة في مجال الوعي. لكن هذه الممارسة تتطلب قراراً مدروساً لجلب الذهن إلى جزء من الجسد ثم سحبه، من خلال جهد التركيز والنية. (Gibson, 2019)

غالباً ما تواجه هذه الممارسة جميع أنواع الصعوبات (التعب، والنوم، والملل، والألم، والتهيج، وما إلى ذلك). إن ملاحظة هذه المظاهر وإعادة التركيز على الجسد أو التنفس هو وسيلة للمضي قدماً في ملاحظة جميع المظاهر والتعرف على تدفق العقل المنشط. لذلك فإن الهدف هو تقديم اقتراحات وملاحظات ما يحدث بهدف البحث والانفتاح دون إصدار أحكام، وبدون تحديد أهداف، ولكن من خلال الانخراط في الممارسة اليومية. هدف الفرد هو تنمية الوعي باللحظة الحالية، والاهتمام بما يحدث. يسعى فحص الجسم إلى المزيد لإيجاد طريقة لإعادة الاتصال بالجسم، بغض النظر عن التجارب الإيجابية أو السلبية التي تظهر. سيكون من الخطأ البحث في تقنية مسح الجسم عن الآثار الإيجابية للاسترخاء الآني وتناسي الحضور الذهني والتعرف على عدد أكبر من ردود الفعل التي يمكن الكشف عنها من خلال هذه الممارسة.

من حيث التنظيم العاطفي، تفسير المرء لأحداث الحياة يحدد إلى حد كبير المزاج. فمن خلال دعوة المشاركين إلى أن يكونوا على بينة مما يدور في أذهانهم (الأفكار والمشاعر أو الأحاسيس الجسدية)، يمكنهم وصف هذه المشاعر والأحاسيس وكذلك الأفكار والصور التي تحضر إلى الذهن. والهدف من ذلك هو دراسة تأثير تفسيرنا للأحداث على ردود أفعالنا العاطفية. فالمشاعر هنا هي نتيجة لموقف مع تفسير إضافي يولد مشاعر، دون أن يكون على دراية بالأفكار التي تربط الموقف بالتفسير. من خلال إحضار هذه الأفكار إلى الوعي، يكون لدى الشخص المزيد من الاحتمالات لعدم الانجراف في سلسلة من عواطفه وبالتالي تطوير التحكم التكييفي. (Segal Z. V., 2002) (Segal Z. W., 2006)

في نهاية هذه الجلسة الثانية يتدرب الممارس للتقنية على القدرة على تركيز انتباهه على نقطة واحدة عن طريق التنفس، وبالتالي الانتباه إلى الأحاسيس الجسدية للتنفس، حتى يكون مدرّكاً تماماً من البداية إلى النهاية لكل شهيق ولكل زفير، متجاوزاً للمخاوف والشرود الذهني بإعادة الانتباه إلى عملية التنفس باللحظة الحالية، كلّ هذا في إطار تدريبي تعليمي واستخدام واعي لتقنية مسح الجسد.

#### • الجلسة الثالثة: الوعي بالتنفس

"نهج اليقظة ليس مجرد أسلوب آخر لحل المشكلات، ولكنه طريقة للتعامل مع المشكلات والصبر عليها، والتي تسمح للشخص بالتخلي عن الحاجة إلى حلها على الفور. إن ممارسة اليقظة الذهنية تتضمن تجربة وضعية "الوجود"، حيث تتم دعوتنا للتخلي عن محاولتنا

المعتادة للوصول إلى الأهداف (Segal Z. W., 2006) من خلال تطوير وعي التنفس الذي يستخدمه الممارس كمرساة للبقاء على اتصال باللحظة الحالية كجزء من تقنيات MBCT، يظل الممارس مستعداً لتجربة تلك اللحظة ومطوّراً لتركيزه وملاحظته لحالاته الداخلية. بحيث يعي أن التنفس هو وليد اللحظة الحالية وليس له علاقة بالماضي أو المستقبل، فبظهور بوادر عملية الاجترار الذهني على التنفس أن يكون متواجداً دوماً ليستخدمه الممارس لإعادة انتباهه إلى اللحظة الحالية.

ويمكن أن تؤدي هذه الممارسة إلى: (Segal Z. V., 2002) (Segal Z. W., 2006)

- فك الارتباط المتعمد لأحد أنماط التفكير تجاه الانخراط في نمط آخر.
- تغيير الوتير الذهنية، من نمط يمكن أن يزيد من الاجترار إلى آخر يعزز التجربة المباشرة. هذه الممارسة ليست سهلة لأن الاجترار العقلي والشروود الذهني يتجلى بشكل منهجي. لذلك فإن الهدف ليس التوقف عن هذه العوائق ومحاولة مواصلة التركيز على التنفس، دون إصدار حكم ودون محاولة النجاح في الممارسة، وأن تكون راضياً عن القيام بذلك بشكل كامل عن طريق إعادة الانتباه إلى التنفس وإن استدعى الأمر عدّة مرّات.

في هذه الجلسة وكجزء من جلسة التأمل أو فحص الجسم، غالباً ما تتم مناقشة العديد من الموضوعات:

- الملاحظة والتحكم في الأفكار (دون محاولة قمع الأفكار أو السيطرة عليها، ولكن بدلاً من ذلك من خلال تطوير ممارسة هادئة حتى يصبح الممارس مدركاً وقادراً على التعرّف على الفكرة، وفي أفضل الأحوال، تركها تمر من خلال إعادة التركيز على التنفس)
  - الفضول الذي يجعل الذهن في شرود.
  - التعرف على مشاعر الانزعاج الجسدي.
  - التعرف على أنماط التفكير الآلي (بواسطة مشاهدتهم فقط دون محاولة زجرهم، أو محاولة منعهم من التواجد)
  - صعوبة التعامل مع الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية غير السارة.
- ويمكن أن تحدث ثلاث مراحل:
- الخروج من القيادة الذاتية ومحاولة التعرف على التجربة الحالية وتحديدتها؛
  - التركيز على التنفس، والتركيز على شيء واحد.
  - توسيع الانتباه ليشمل حاسة التنفس والجسم ككل.
- لذلك فإن التركيز على التنفس ضروري في هذه الممارسة ويشكل عنصراً أساسياً في برنامج العلاج النفسي هذا.

#### • الجلسة 4: البقاء حاضراً

لا تهدف الأساليب القائمة على اليقظة إلى التحكم في الأفكار أو العواطف، وكذلك استبدالها بأفكار إيجابية. إنها تشجع المرضى على السماح لهذه المشاعر أن تكون موجودة فقط. عندما يكون هناك اجترار للأفكار، غالباً ما يكون هناك حكم على الأفكار، والابتعاد عن الإدراك المباشر لماهية الصعوبة.

تسمح ممارسة اليقظة الذهنية للناس بالتخلي عن طريقتهم المعتادة في الارتباط بتجربة سلبية، وتجريدها من كل الأحكام والتوقعات. إذا أصبحت العادات القديمة أقل قوة، يصبح من الأسهل التصرف استجابة للعواطف والمواقف الصعبة بدلاً من الرد عليها تلقائياً، مع العلم أن التعامل مع السلبية ليس بالأمر السهل.

غالباً ما يكون الارتباط بالتجربة الإيجابية والنفور من التجارب السلبية هما الطريقتين اللتان يتعامل بهما الأشخاص في هذه المرحلة من التأمل. مع العلم أن عقلنا يرتبط بأشياء معينة ويحاول تجنب الأخرى، فإن اليقظة الذهنية تقدم طريقة للبقاء حاضراً من خلال تقديم نظرة مختلفة للأشياء، فهي تساعد على تبني توجّه أوسع والحصول على علاقة مختلفة بالتجربة.

نظراً لأن الاتصال بالحاضر هو الموضوع الرئيسي للتأمل أثناء الجلوس، فغالباً ما يُطلب من الأشخاص تركيز الانتباه على أجسادهم لملاحظة ردود الأفعال المرتبطة بالنفور أو التعلق التي تطفو أثناء الممارسة. نتذكر في هذا المستوى أن الهدف من هذه الممارسة ليس الاسترخاء أو تحقيق السعادة، ولكن التحرر من الميل للانجذاب إلى ردود الفعل التلقائية على الأفكار والمشاعر والأحداث الممتعة. أو غير سارة. تجعل هذه الممارسة الشخص قادراً على التخلص من حالة الشرود الذهني حين حدوثها ودون إصدار أحكام. فالغرض من

مقاربة اليقظة الذهنية الكاملة هو تمكين الناس من إدراك وجود مساحة أكبر يمكن الاحتفاظ داخلها بأفكارنا في حالة من الوعي. فالبقاء حاضرًا، مدرِّكًا للتنفس والجسد والأصوات والأفكار هي إحدى طرق التدريب التي تتبنى هذا المنظور الشاسع.

#### • الجلسة 5: اعفو/تخلي

موضوع هذه الجلسة هو تقديم وتنمية إمكانية وجود علاقة مختلفة جذريًا مع التجربة السلبية، الناتجة عن المرض أو الصراع، أي علاقة التقبّل والعفو والتسليم (التخلي).

الهدف هو تقبّل التجربة كما هي دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها. التقبّل معناه في هذه الحالة الاستجابة الفعّالة للمشاعر من خلال العفو أو التسليم والتخليّ قبل التدخل ومحاولة حلّها أو تغييرها، والذي هو الرد الشائع. إنّ السماح لهذه المشاعر بالوعي الكامل يعني أن الأفراد يسجلون وجودهم قبل أن يقرروا كيفية الرد عليها. والتقبّل لا يعني الاستسلام السلبي والشعور بالعجز، لكنه يدل على الالتزام الواعي للفرد وتمكنه من توظيف طاقته بقصد.

في اضطراب الصدمة الثانوي، التقبّل مهم. إن عدم الرغبة في تقبّل المشاعر أو معارضة الأحاسيس الجسدية أو الأفكار السلبية هو الحلقة الأولى في السلسلة العقلية التي يمكن أن تؤدي إلى إعادة إنشاء الأنماط العقلية التلقائية والمعتادة القديمة المرتبطة بالصدمة والاجهاد (Boscarino, 2010) (Baum, 2013)

إنّ إنشاء علاقة بديلة عن قصد لتقبّل التجارب غير المرغوب فيها والسماح لها والتخلي عنها لها تأثيرات مختلفة:

- التعرف على ميل انتباهنا إلى أن يتم تحويله تلقائيًا عن طريق تمرير الأفكار والمشاعر
- كسر سلسلة الاستجابات المشروطة والتلقائية

• القدرة على معرفة ما إذا كانت الأفكار تعكس الواقع والحقيقة. (Berghmans C., 2012)

إنّ السماح للفكرة بأن تكون حاضرة فقط، مع ملاحظة هذه التأثيرات على الجسم ورؤية هذه التغييرات في شدتها لحظة بلحظة يمكن أن يعطي فرصة لإيجاد أن هذا الفكرة يمكن أن تتلاشى. وتكون التعليمات هي لفت الانتباه طوعا وعن قصد إلى ذلك المكان. الخطوة الثانية هي جلب وعينا لكيفية ارتباطنا بالجسد والأفكار، وكل ما يتجلى في جلب فكرة التقبّل.

إنّ اليقظة الذهنية الكاملة يمكن أن توجّه الممارسين لها نحو التقبّل والعفو والتسليم، بعد تحديد أماكن الأحاسيس الجسدية الأكثر قوّة في الجسم، حيث يصبح الممارس مدركا لوجود انزعاج ونفور عن طريق البحث عن المكان الذي يتجلى فيه هذا الموقف داخل الجسد، وبذا يصبح من الممكن ملاحظة الحس المادي للمواقف مثل المقاومة، التشبث، التصبّب، التوتر، إلخ. يتم إحضار هذه الأحاسيس الجسدية إلى الوعي ثم، في الخطوة الثانية، ترتبط بمشاعر الانفتاح والاسترخاء والتقبّل. الغرض من هذه الممارسة هو استكشاف عواقب عكس اتجاه العقل المعتاد للابتعاد عمّا هو صعب ومؤلم. إن الحفاظ على شيء ما بإدراك داخل الوعي يؤكد ضمنيًا أنه يمكننا التعامل معه ووصفه وإعطائه اسما والتعامل معه. بالإضافة إلى ذلك، والتركيز على الجسم يمنع الوقوع في متاهات الاجترار. من خلال تشجيع الممارسين على الخروج عن القيادة الذاتية، ليصبحوا أكثر وعيا بتنفسهم وأحاسيسهم الجسدية وهذا بإمكانه إحداث تغيير في نوعية إدراك المشاعر والأفكار. وبهذا فغالبا ما تتغير العلاقة بالأشياء كالتقبّل بدل الإنكار والعفو بدل الرفض، لتفعيل إدراك جديد للمواقف وكيفية التعامل معها (Segal Z. W., 2006) (Berghmans C., 2012).

#### • الجلسة 6: الأفكار ليست حقائق

تعتمد ردود الفعل عند المريض على ذخيرة من الأفكار والمشاعر التي قد تحتفظ بنفس نمط المشاعر أو تتخذ ردودا عاطفية جديدة، فمشاعر الصدمة، والاجهاد، ورضا الرحمة عند المصابين بتعب الرحمة، هي خلفيتهم التي من خلالها يفسرون ما يجري من حولهم، فحدث واحد يمكن أن يفسر بطرق مختلفة حسب أنماط التفكير والأنماط العاطفية وتاريخ المريض (Fabrizio Didonna, 2009) (Katsantoni, 2019) (Mira, 2016)

والهدف من ذلك هو تغيير علاقة المرء بالأفكار والاعتراف بها وأنها ليست حقائق أو عناصر تعكس واقعا موضوعيا، والهدف هو تقليل درجة التماهي مع ما يعتقده، لتشجيعه لرؤية الأفكار كأفكار فقط. من خلال تغيير العلاقة بالأفكار، وتشير عبارة "الأفكار ليست

حقائق" إلى أنه لا يتعين علينا تصديق كل ما نفكر فيه أو اعتباره الحقيقة المطلقة ويدعوننا إلى جعل الأحداث نسبية وتغيير نمط إدراك وقراءة الواقع.

يُبرز MBCT في المرضى أن الأفكار يُنظر إليها على أنها أحداث قريبة تحدث في العقل، مما يبرز صعوبة إدراك أنها مجرد أفكار. اليقظة الذهنية الكاملة تجعلنا ننظر لعلاقتنا بالأفكار من جوانب مختلفة. تشجع هذه المقاربة العلاجية الأشخاص على تكوين علاقة مغايرة بالأفكار، ونوعية مختلفة من الاهتمام، وإدراكها كجزء من الكل الذي يجب التعامل معه بالتقبل والتفهم (Baer R. A., 2014).

#### • الجلسة 7: كيف أعني بنفسي

يرتبط موضوع الجلسة قبل الأخيرة من العلاج بتمرين مساحة التنفس التي يوضع فيها المريض لمدة 3 دقائق، مما يسمح له بالتراجع عن الموقف وإدراك اختياراته وعواطفه. من خلال الانفتاح على الأفكار والمشاعر، بما في ذلك المشاعر الصعبة، إذ يمكن للمريض أن يرى بشكل أوضح مدى تعرضه لطرق التفكير القديمة (Ingvarsson, 2014)

يمكن أن تتكون فترة التنفس من ثلاث مراحل:

• التعرف على ما يحدث في العقل والجسد.

• الاهتمام المباشر بالتنفس.

• توسيع الانتباه إلى الجسم.

يستخدم هذا التمرين كتمرين على يوم كامل بمختلف الأنشطة الإيجابية والسلبية وتصحيح هذه الأخيرة وتغييرها في حالة أعراض ما بعد الصدمة أو الاحتراق النفسي أو الضغط والاجهاد، يختار المريض حيناً من التنفس ويختار، محاولاً التعامل مع الأفكار كأفكار. فالعلاجات السلوكية والمعرفية، في سياق اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، تحدد لكل مريض الأعمال والأنشطة المرتبطة بالوضعيات غير الضاغطة، ثم تعمل بالتعاون مع الشخص لدمجها في الأنشطة الروتينية (Sears, 2016) (Jasbi, 2018)

يقدم بعض المعالجين يومًا كاملاً بين الدورتين السادسة والسابعة. تهدف هذه الجلسة المكثفة إلى استكشاف ممارسات معينة بشكل مكثف من أجل دعم المشاركين في التكامل الفعال لليقظة في مواقف الحياة المختلفة. هذا اليوم يعدهم لملاءمة الممارسات المختلفة قبل نهاية البرنامج (Kor, 2019)

#### • الجلسة الثامنة: استخدام ما تمّ تعلّمه لإدارة الحالة المزاجية في المستقبل

في سياق الاضطرابات، عندما يتم تشغيل أنماط التفكير التلقائية المرتبطة بالانتكاسات، هناك طرق مبتكرة للاستجابة يتعلّمها الممارسين فالمعالج لا ينفي وجود مشكلة يواجهها المرضى، ولكن يذكرهم أن هناك خيارات وبالتالي إمكانية للتعامل مع أسباب الاضطراب بطريقة مختلفة جذريًا. بدلاً من التفكير في المشكلة. هناك طرق أخرى مثل البقاء حاضرًا في التنفس والأفكار والعواطف والأحاسيس الذي يتم إدراكها.

يجب العمل مع وضع ذهني مختلف. فالتعامل مع المشاعر غير السارة كجزء من التنظيم العاطفي عن طريق دفعها بعيدًا أو محاولة السيطرة عليها، ففي النهاية نحن نحافظ عليها وهذا مالا نريده طبعاً، لكنه غالباً هو النتيجة التي نتحصّل عليها. فمن خلال تجنب أو رفض تجربتنا، فإننا نحد من فهمنا لسياقها الأكبر. فالهدف إذن هو تقبل حالات تفكيرنا وعواطفنا، وهذا لا يعني الازدعان أو الاستسلام.

بتقبّلنا لما نشعر به، فإننا نتقبّل المنطلق، لتقبّل التغيير. أخيراً، يدعو المعالج المشاركين إلى وضع خطة عمل لتجنب الانتكاسات في نطاق أي اضطراب أو مكوّن من مكوّنات تعب الرحمة، ويشجع على الحفاظ على هذه الممارسة. ثم تنتهي الجلسة التدريبية بهدية بسيطة كحاملة مفاتيح أو حجارة صغيرة كعربون مشاركة تجربة علاجية جماعية وفريدة من نوعها.

#### 7. قياس اليقظة الذهنية الكاملة:

أثارت قدرة الفرد على أن يكون في وعيه الكامل الاهتمام بمسألة قياس هذه القدرة. هل فعلاً يمكننا قياس اليقظة الذهنية للفرد؟ وحتى وقت قريب، لم يتلق قياس اليقظة سوى القليل من الاهتمام التجريبي. وقد أظهرت العديد من الدراسات انخفاض



الأعراض الجسدية والنفسية بشكل مطرد، ولكن لا يوجد دليل على قدرة الأفراد على تطوير مهارات اليقظة الذهنية. بحيث تعد التعريفات الإجرائية لليقظة ضرورية لتطوير أدوات صالحة مطلوبة للتحقيق في العمليات النفسية التي ينطوي عليها تدريب اليقظة (Baer R. , 2003). وتركز مقدمة قياس اليقظة على الجوانب المفاهيمية للانتباه والتقبل في شكل استبيانات تقرير ذاتي. الأدوات المحددة نجدها في الجدول رقم (2)

أ. استبيان فرايبورغ لليقظة الذهنية (FMI) (Walach, 2006)

يتكون من 30 بند يتم تقييمها على مقياس من 4 درجات من سلم ليكرت (من "نادراً" إلى "دائماً"). يقيس عدم إصدار الأحكام والتقبل. تم تصميم هذه الأداة مع ممارسي التأمل اليقظ لاستخدامها مع مجموعة من الممارسين ذوي الخبرة، وقد أظهر اتساقاً داخلياً جيداً قبل وبعد ممارسة اليقظة الذهنية.

ب. مقياس اليقظة الذهنية والانتباه اليقظ (MAAS) (Brown, 2003)

صمم لقياس اليقظة الذهنية ويعتمد على ثنائية الوعي والانتباه الذي يتمحور حول اللحظة الحالية. الأسئلة حول تجارب العمل على تقنية "القيادة الذاتية"، والانشغال باللحظة الحالية. تتضمن الأداة مقياساً من سلم ليكرت من 6 درجات (من "دائماً" إلى "نادراً") ويتكون من 15 بنداً، تستكشف هذه الأداة المجالات المعرفية والعاطفية والشخصية والجسدية. وقد أبلغ المؤلفون عن استقرار الأداة في مجموعة من طلاب الجامعات والبالغين للتمييز بين ممارسي اليقظة الذهنية وغير الممارسين وللتنبؤ بنتائج الارتياح النفسي. يكشف MAAS عن اتساق داخلي قدره 0.82.

ت. مقياس تورونتو لليقظة الذهنية (TMS) (Lau, 2006):

يهدف إلى تقييم حالة الوعي التي تم الوصول إليها فوراً بعد تمرين التأمل. يتكون المقياس من وصف حالة عالية جداً من الوعي بالأحاسيس والأفكار والمشاعر الجسدية، بالإضافة إلى موقف ملاحظ يتميز بالفضول والتقبل والانفتاح. يتكون TMS من 10 عناصر تم تقييمها على مقياس من 5 درجات من سلم ليكرت (من 0 "ليس على الإطلاق" إلى 4 "جداً"). تُظهر هذه الأداة موثوقية وصلاحية مرضية في الأشخاص الذين مارسوا أو لم يمارسوا اليقظة الذهنية أيضاً.

ث. مقياس مهارات اليقظة الذهنية لكانتوكي (KIMS) (Baer R. &, 2004):

يتضمن مقياس 39 بنداً يقيس أربعة عناصر من اليقظة: الملاحظة، والوصف، والفعل القائم على اليقظة، والتقبل بدون إصدار أحكام. يتم تقييم العناصر على سلم ليكرت مكون من 5 درجات (من "أبداً" إلى "دائماً")، يعتمد مقياس مهارات اليقظة الذهنية لكانتوكي بشكل كبير على الجوانب المفاهيمية للمقاربة العلاجية لـ DBT Linehan. تقيّم الأداة الميل العام لحالة اليقظة في المعاش اليومي ولا تتطلب أي خبرة في التأمل. أبلغ المؤلفون عن اتساق داخلي يتراوح من 0.76 إلى 0.91 بالنسبة للمقاييس الفرعية الأربعة.

ج. المقياس المعرفي العاطفي لليقظة الذهنية (CAMS):

تم إنشاء CAMS من طرف (Feldman, 2007)، وهو مكون من 12 بنداً يقيس الانتباه والوعي والتركيز على اللحظة الحالية والتقبل وعدم إصدار الأحكام. بينما يحاول هذا المقياس احتواء العديد من عناصر اليقظة الذهنية، إلا أنه لا يقيسها بشكل مستقل ولكنه يسجل نتيجة إجمالية واحدة. يتم تقييم العناصر على مقياس من 4 درجات من سلم ليكرت (من "نادراً" أو "لا على الإطلاق" إلى "تقريباً دائماً"). يشير المؤلفون إلى اتساق داخلي يتراوح من 0.74 إلى 0.80. ومن ناحية أخرى، أفادوا بوجود ارتباطات سلبية تتعلق بتجنب وقمع الأفكار، والاجترار، والأسى، والاكتئاب والقلق، وارتباطات ايجابية متعلقة بالوضوح العاطفي، و "تعديل المزاج". والمرونة المعرفية والارتياح النفسي.

ح. استبيان اليقظة الذهنية (SMQ) (Chadwick, 2005):

يتكون من 16 بنداً (7 درجات من سلم ليكرت) تتعامل مع الأفكار والصور المسببة للإجهاد. الاتساق الداخلي 0.89.

خ. مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية (PHLMS) (Cardaciotto, 2008):

تحتوي هذه الأداة على 20 بنداً وتم تصنيفها على مقياس من 5 درجات من سلم ليكرت (من "أبداً" إلى "كثيراً")، وهي تركز على مقياس ثنائي الأبعاد لليقظة الذهنية استناداً إلى الخلفية النظرية المبنية على عنصر الوعي باللحظة الحالية والتقبل من دون إصدار أحكام.

فقد أبلغ المؤلفون عن تناسق داخلي مُرضٍ في دراساتهم لكل من مجموعة طلاب الجامعات والمرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية، وهو الأداة التي ستعتمد في قياس اليقظة الذهنية عند عيّنة الدراسة وقد تمّ تعريبه من طرف الطالبة (نتطرق له في الجانب النظر) خلاصة الفصل:

هناك العديد من الاختلافات بين المقاربات العلاجية القائمة على اليقظة الذهنية. فمقاربتَي MBSR و MBCT موجّهتان بشكل كبير نحو اليقظة الذهنية التي تتبنى التأمل بينما تركز مقاربتَي ACT و DBT أكثر على تمارين معينة تحمل اسم اليقظة الذهنية. تم تطوير ACT في الأصل كممارسة فردية على عكس أساليب MBSR و MBCT. أمّا طريقة DBT فهي مزيج من التدريب الفردي والجماعي. كما يمكن أن تختلف مدة العلاج من بضعة أسابيع في MBCT و MBSR، بغض النظر عن الممارسة الفردية كواجبات منزلية أو فيما بعد المشروع العلاجي وقد تتعداه إلى عام أو أكثر في تقنيات DBT. في حين تؤكد برامج MBSR و MBCT على المزيد من الاستراتيجيات القائمة على التقبّل تركز تقنيات DBT و ACT أكثر على استراتيجيات تغيير السلوك. وقد تم تطوير MBSR و ACT للتعامل مع مجموعة واسعة إلى حد ما من القضايا بينما تم تصميم MBCT و DBT لقضايا محددة بعينها. وتتطلّب مقاربتَي MBCT و MBSR أن يتمتع المعالجون بخبرة عملية في التأمل على عكس الطريقتين الأخرين. والجدير بالذكر أنّ كل هذه المقاربات باختلافاتها اجتمعت على فكرة تفعيل وتعليم طرق معينة للتركيز على لحظة التجربة الحالية مع الانفتاح على التقبّل. ونحن توصلنا في بحثنا لاعتماد مقاربة MBCT ولو أنّ سياق الأصلي هو الاكتئاب (Segal Z. V., 2002)، إلاّ أنّه يمكن تكيفها لاضطرابات أخرى كما هو الحال في بحثنا، بحيث وقع اختيارنا عليها كمقاربة لثرائها كتقنيات في التكيّف بين العلاج الجماعي والفردي حسب خصائص العينات وظروف اجراء المشروع العلاجي، و بسبب تداخلها مع العلاجات القائمة على الرحمة (CFT) compassion-focused therapy، وهذا ما جعلنا نسهب في شرح مراحلها وكيفية طرحها كجلسات ضمن المشروع العلاجي، نظرا لفاعليتها وأثرها الواضح في الكف من الأعراض المستهدفة خلال فترة العلاج. وتمّ وضع برنامج المشروع العلاجي من طرف الطالبة اعتمادا على ما جاء في (Segal Z. W., 2006)، ففي العلاجات المعرفية القائمة على اليقظة الذهنية الكاملة يتم وضع سلسلة من التمارين خلال الجلسات لتعلّم كيفية تركيز الانتباه على الوقت الحالي حتى يكون العقل في وعي كامل ووفقاً لبعض المؤلفين، فإن هذا التمرين يغذي ويزرع الرحمة (Kabat-Zinn, 2003). رغم أنّنا لم نتوصل إلى دليل تجريبي حقيقي من خلال بحثنا هذا. أمّا عن مقاييس اليقظة الذهنية التي تمّ ذكرها فهي من المقاييس الحديثة ذات الخصائص قيّاسية جيّدة وصدق في الاتساق الداخلي.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

### تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
  - 1.1. عينة الدراسة الاستطلاعية:
  - 1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية:
  - 1.3. الأدوات المستعملة في الدراسة الاستطلاعية:
  - 1.4. نتائج الدراسة الاستطلاعية:
2. المنهجية المتبعة
3. الدراسة الأساسية
4. عينة الدراسة
5. أدوات الدراسة
  - 5.1. المقابلة العيادية الموجهة
  - 5.2. الملاحظة العيادية
  - 5.3. التحليل الوظيفي: شبكة سيكا:
  - 5.4. مقياس جودة الحياة المهني (Proqol)
  - 5.5. مقياس عبء مقدم الرعاية Caregiver Burden Scale
  - 5.6. مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية الكاملة Philadelphia Mindfulness Scale (PHLM)



تمهيد:

إنّ التعامل مع الظاهرة النفسية وإن كان يعتمد أساساً على الجوانب النظرية كركيزة أساسية للدراسة، فإنّه يتعداها إلى النزول الميداني للتحقق من فرضيات البحث ودعمها عملياً. كلّ هذا يستدعي مراعاة المنهج العلمي المناسب والإطار الزمني والمكاني المساعد على جمع المعلومات التي يتم توظيفها والاعتماد على مصداقيتها في استخلاص النتائج ذات الدلالة والحصول على حلول دقيقة ومناسبة للتعامل مع الظاهرة قيد الدراسة والبحث، هذا يستدعي كذلك التمكن من الوسيلة الإحصائية التي يتم اعتمادها وتوظيفها، لتوجيه الأنظار إلى إشكالية الظاهرة النفسية موضوع الدراسة، حتى يتسنى لنا المساهمة في تطوير البحث في مجال العلوم الاجتماعية ولو بالندر القليل.

وهذا يستدعي منّا توضيح الإجراءات الميدانية المتبعة في دراستنا والمنهجية العلمية المتبعة وفقاً لطبيعة موضوع بحثنا، وكذا الوسيلة الإحصائية المساعدة على ذلك، للحصول على نتائج علمية موثوقة، قد تكون فرضية لدراسات مستقبلية.

## 1. الدراسة الاستطلاعية:

لقد تمّ بناء فكرة الدراسة من خلال تواجدها بعيادة المجيد النفس-أورطوفونية والتي تتبنى مناهج متابعة وتأهيل الأطفال المصابين بطيف التوحد من بين العملاء الذين يقصدونها، وذلك خلال السداسي الثاني للسنة الجامعية 2018-2019 لبداية مشروع علاج جماعي لأمهات هؤلاء الأطفال باقتراح من إدارة العيادة، ومن خلال الجلسات التي عقدناها مع مجموعة من الأمهات استطعنا التعرف على خصائص ومميّزات وحجم هذه العيّنة، كما تمكّننا من خلال متابعة هذه العينة واستسقاء المعلومات عنها عبر إدارة العيادة ومن خلال التعرف على طبيعة الأمهات وحجم مجتمع الدراسة وكذا معاشهن النفسي والاجتماعي عن طريق الأخصائية المسؤولة. تعرّفنا كذلك على الصعوبات التي تلاقها الأمهات ومستويات الضغط الذي يفضي للتعب عندهن من خلال الروتين اليومي ورعاية أبنائهن داخل المنزل وخارجه وفي العيادة إذا استدعى الأمر ذلك. وتأكّدنا حينها من أهمية مساعدة هذه الشريحة حتى تتمكن هي الأخرى من المساهمة في تأهيل وعلاج أبنائهن، فباستعادة عافيتهم يصبحن ذوات فاعلية في مساندة أبنائهن والطاقت العلاجي المتابع. ومن خلال جلسات الأوليّة للمشروع العلاجي تلقينا الكثير من التفهم والمساندة من الأمهات للإجابة على استبيانات البحث في المستقبل والخضوع لجلسات علاج سلوكي معرفي إذا استدعى الأمر ذلك.

### 1.1. عيّنة الدراسة الاستطلاعية:

عينة الدراسة الاستطلاعية هي عيّنة قصدية لمجموع 6 أمهات لأطفال مصابين بطيف التوحد بعيادة المجيد النفس-أورطوفونية، ممن أبدین تعاوناً مع إجراءات البحث الحالي انطلاقاً من رغبتهم الملحة في تجاوز ما يعانون.

جدول (3) خصائص أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد:

الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	الحالة 5	الحالة 6
6	9 (توأم)	9	6	4	6
أنثى	إناث	ذكر	ذكور	ذكر	أنثى
32	30	36	40	30	38
ماكنة بالبيت	ماكنة بالبيت	ماكنة بالبيت	ماكنة بالبيت	طبيبة	ماكنة بالبيت
2	2	2	4	2	1

## 1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- معرفة مجتمع الدراسة وخصائصه.
- ضبط متغيرات الدراسة
- دراسة الأدوات ومعرفة مدى صلاحيتها ومصداقيتها.
- تطبيق الأدوات من أجل تفادي أي صعوبة في الدراسة الأساسية.
- الكشف على مستوى تعب الرحمة عند الأمهات وتحديد عينة الدراسة الأساسية.

## 1.3. الأدوات المستعملة في الدراسة الاستطلاعية:

- أ. المقابلة العيادية
- ب. الملاحظة خارج المقابلات وخلال تواجد الأمهات بالعيادة.
- ت. تطبيق مقياسي بروكول وعبء مقدم الرعاية لعينة المكوّنة من 6 أمهات. (استبيانات العينة في الملاحق)

## 1.4. مجالات الدراسة الاستطلاعية:

- (1) المجال المكاني: يتمثل في عيادة المجيد المختصة في علاج النطق والكلام بشارع سيدي الشححي بمدينة وهران، وهي عيادة تم افتتاحها بشهر أبريل 2006، تضم قاعة انتظار و3 غرف لعمل الأخصائيات المساعدات ومكتب الأخصائية المسؤولة، ويتكوّن فريق العمل من مجموعة أخصائيات نفسيات وأخصائيات أورطوفونيا ومربيات يشتركن في مشاريع التكفل للأطفال الذين يقصدون العيادة كل أيام الأسبوع عدا يوم الجمعة. تساهم العيادة بشكل ملحوظ في احتواء مجموعة كبيرة من الأطفال المصابين باضطرابات نمائية من مختلف أنحاء الجهة الغربية للوطن وأحيانا من مدن من الوسط والجنوب.
- (2) المجال البشري: مجتمع الدراسة هنّ أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بعيادة المجيد.

المكان	عدد أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد	عينة الدراسة
عيادة المجيد بوهران	200	6

## (3) المجال الزمني: هو الفترة التي تمّ فيها الشروع في التعامل مع عينة البحث وبداية المقابلات العيادية، وهو ينحصر في

الفترة الزمنية من شهر جوان 2019 إلى غاية نهاية شهر أوت 2019.

## 1.5. الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة الاستطلاعية:

استعملت الطالبة التحليل الوصفي والإحصائي اعتمادا على نظام SPSS 25.

## 1.6. عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية:

كُمخرج لجلسات المقابلة العيادية وحسب ما توصل اليه فيجلي فإنّ تطوّر تعب الرحمة FC هو نتيجة تفاعل بين ثلاث عناصر:

- (1) التعرّض للمعاناة
- (2) التعاطف empathie
- (3) الحافز للمساعدة

وهذا ما خلصنا اليه من خلال النتائج الأولية أنّ جلّ الأمهات يعانين من اجهاد مزمن وضغط نتج عنه أعراض الاكتئاب وأعراض تعب الرحمة الأمر الذي جعلنا ندوّن التزامنا بتسليط الضوء على هذا النوع من الأعراض التي تعاشيها الأمهات المقدمات للرعاية لأبنائهن

المصابين باضطرابات نمائية كأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد خاصة والأمهات اللواتي يرعين أطفالا معاقين أو مصابين بأمراض مزمنة أو خطيرة عامة. (الملحق 2)

## 2. المنهجية المتبعة:

استنادا لموضوع بحثنا: (فاعلية برنامج اليقظة الذهنية الكاملة في التخفيف من أعراض تعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد)، وإذ نحن نكشف عن ظاهرة نفسية لم تلق اهتماما في الدراسات العربية أو المحلية، ألا وهي (تعب الرحمة) عن ماهيتها والكشف عن مكوناتها كظاهرة نفسية وتحديد العلاقة بين عناصرها، ومدى نجاعة تقنيات اليقظة الذهنية الكاملة في التخفيف من بعض أعراضها أو كلاًها وذلك بغرض توضيح تأثير المتغير المستقل (اليقظة) على المتغير التابع (تعب الرحمة). فنحن نعتمد المنهج الوصفي الارتباطي تبعا لطبيعة دراستنا الذي يُعرّف بأنه البحث الذي يدرس العلاقة بين المتغيرات. (أبوعلام، 1998)، إذ هي مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف ظاهرة نفسية قصد تشخيصها ومعرفة مكوناتها وتحديد العلاقات بين عناصرها اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلًا كافيًا ودقيقًا لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن هذه الظاهرة، وذلك لإحصائها كدراسة علمية مؤسسة، فهو الطريق أو المسار الذي يسلكه الباحث لاختيار المعلومات التي يجمعها. ويعد هذا المنهج طريقة علمية منظمة من أجل حل الإشكالية (عمّار بوحوش ومجموعة من المؤلفين، 2019)، كلّ هذا قصد فتح آفاق جديدة والتوصل إلى نتائج علمية بحتة لموضوع دراستنا الذي ينصب على معرفة مدى فاعلية اليقظة الذهنية الكاملة في التخفيف من أعراض تعب الرحمة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

ولإتمام متطلبات بحثنا وسط ظروف استثنائية، ولاعتبارات ظرفية بسبب فترة الحجر المنزلي المفروض ارتأينا أن نعتمد في بحثنا الحالي مقارنة من مقاربات المنهج العيادي ألا وهي دراسة الحالة الواحدة (McLeod, 2019)، لتحديد العلاقة السببية بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وهذا من خلال دراسة معمقة لسلوك أم واحدة. وقد تمّ اختيار الحالة لأنها سجّلت أعلى المستويات في مكونات تعب الرحمة والعبء، وبسبب التزامها بالالتحاق بالبرنامج أكثر من الأمهات الأخريات.

## 3. الدراسة الأساسية:

تمّ الشروع في الدراسة الأساسية وهي دراسة حالة لإحدى الأمهات اللواتي شملتهن عيّنة الدراسة الاستطلاعية ابتداء من بداية شهر فبراير 2020 إلى غاية نهاية شهر مارس 2020 وقد تمّ وضع مخطط زمني للمقابلة العلاجية بمعدّل جلستين علاجيتين كلّ أسبوع بعد الانتهاء من فترة اجراء المقابلة التشخيصية وتميرير المقاييس وقد تمّ تكيف باقي البرنامج حسب ظروف الحجر الصحي لأنّ العيادة أغلقت في نهاية شهر مارس بسبب جائحة كوفيد 19.

## 4. عيّنة الدراسة الأساسية:

لاعتبارات ظرفية بسبب فترة الحجر المنزلي المفروض ارتأينا أن نعتمد في بحثنا الحالي مقارنة الحالة الواحدة (McLeod, 2019)، لتحديد العلاقة السببية بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وهذا من خلال دراسة معمقة لسلوك أم واحدة. فقد اقتصر عينة الدراسة الأساسية على حالة واحدة أظهرت نتائج الدراسة الاستطلاعية وجود مستويات مرتفعة في مكونات تعب الرحمة (الاحترق، وضغط الصدمة الثانوي) وهي الحالة الوحيدة من بين الستة حالات التي أجرينا معها مقابلة في الفترة الثانية قبل جائحة كوفيد 19.

## 5. أدوات الدراسة:

لتحقيق اهداف الدراسة الحالية واعطائها صبغة المصدقية العلمية تمّ استخدام تقنيات دراسة الحالة المتمثلة في:

### 5.1. المقابلة العيادية نصف موجهة:

لإجراء التشخيص السليم والصحيح وطرح العلاج الملائم للحالة، اعتمدنا المقابلة العلاجية نصف الموجهة لأنها الأمثل في خدمة التشخيص والمشروع العلاجي، كما مكنتنا من توفير المعلومات ذات الأهمية عن سلوك المفحوصة، بل وسمحت لها بالتعبير أفضل عن معاناتها باعتماد مقابلة مدعومة بالتفاعل بين المعالج والمريض، تعتمد الانصات النشط لمحتوى الوضعية العلاجية والمحتوى السلوكي والانفعالي والمتكرّر في بعض الأحيان، حيث يقوم المعالج بإجراء المقابلة حتى يتمكن من الحصول على معلومات كافية وإنشاء

تحالف علاجي ناجح، وهذا يساعد على بناء العلاقة التعاونية التي تعتبر الركيزة الأساسية في العلاجات المعرفية السلوكية، فالمعالج يقوم بإجراء المقابلة وفي نفس الوقت يضع تصوّرًا للمعلومات التي يقدمها للمريض لتقديم مخطط مبدئي للمشروع العلاجي المتكامل، بالتعاون مع المفحوص. وباستخدام:

تقنيات 4R (Cungi, 2018)، والتأكيد دوماً على (العودة إلى السياق خلال اسهاب المفحوص وإعادة صياغة جملة والتلخيص والتعزيز دون القاء أحكام وبتقبّل غير مشروط) وهي مهمة في بناء التحالف العلاجي، وتبني الاستراتيجيات العلاجية المستقبلية. فمن خلال العملية العلاجية القائمة على علاقة الدعم والتي تعتبر آلية علاجية مهمّة يستطيع المفحوص التدرّج بمراحل مهمّة: التعبير عن الذات- الوعي بالذات-تقبّل الذات-المرور لفاعل التغيير، وهذه كلّها عوامل تؤدي لانسجام بحالة المفحوص الداخلية. (Molière, 2012). كما أنّ التحالف العلاجي وعلاقة الدعم خلال المشروع العلاجي يجب أن تقوموا على التفاوض بين المعالج والمفحوص للاتفاق على الإطار العلاجي الذي يتم تحديده بأهداف واضحة، والأهم هو التناغم والتنسيق بينهما، وكذا الثقة المتبادلة التي تكون أداة تسمح للمعالج بالخوض في التأثير غير المباشر كما تسمح للمفحوص باتباع تعليمات المعالج بأريحية وكلّ هذا يكون في علاقة قائمة على الوضوح والانسجام (Molière, 2012).

وقد اعتمدنا في مراحل المشروع العلاجي بصفة ملتزمة على الأهداف المقابلة العيادية:

1. المقابلات الأولى: التي تتمّ في المرحلة الأولى بشكل فردي لكل حالة، بهدف بناء علاقة علاجية قائمة على التعاطف والتفهم والثقة المتبادلة مع المفحوصات وتوعيتهن بأهمية دورهن في بناء التحالف العلاجي، هدفنا من خلالها لجمع كم من المعلومات التي تخص أمهات الأطفال اللواتي وافقن على إجرائها، وقد كانت في جلستين.
  2. المقابلة التشخيصية: وفيها تمّ تحديد المشكل المعاش من طرف المفحوصة، والتعريف باضطراب تعب الرحمة والتعرّف على أعراضه الموجودة عندها.
  3. المقابلة العلاجية: التي صمّمت لتطبيق البرنامج العلاجي بشكل جماعي لمدة عشر أسابيع، لكنّها استبدلت ببرنامج علاجي فردي حسب ظروف المرحلة. وذلك ضمن بروتوكول علاجي صمّم من طرف الطالبة على خلفية البرنامج الذي وضعه (Segal Z. W., La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression, 2006) جدول 4.
  4. المقابلات التقييمية ومقابلات المتابعة للحالات: تكون في تقويم زمني يستغرق بين ثلاث إلى أربع جلسات لقياس مدى فاعلية البرنامج العلاجي وتكون على مراحل متباعدة بعد انتهاء المشروع العلاجي. (وهي قيد التنفيذ لحدّ الآن).
- 5.2. الملاحظة العيادية:

إنّ الملاحظة هي الاهتمام والمتابعة التي يمكننا من خلالها رؤية جميع خصائص الظاهرة المدروسة، دون التدخل لمحاولة تغيير مباشر للوضعية المدروسة. فهي أساس معرفة الدارس والذخيرة المعلوماتية التي تحتاجها الدراسة. يفترض أن الاهتمام من خلال الملاحظة يركز على كائن ما والقدرة على تمييز الاختلافات الموجودة بين الظواهر. فالملاحظة هي عملية النظر إلى الظواهر باهتمام، من أجل وصفها ودراستها وشرحها. يبدأ فعل الملاحظة بالنظرة، فالإدراك الدقيق للفرد في موقف ما، وتركيز النشاط النفسي على الكائن الملاحظ أو الموقف وبالتالي، عن الكل. إنها "عملية تتضمن الانتباه الطوعي والذكاء موجهة نحو هدف بعينه لجمع المعلومات عنه. يجب أن نلاحظ دون أفكار مسبقة؛ ويجب أن يكون عقل الملاحظ سلبيًا، أي أن يكون صامتًا، يستمع إلى الطبيعة ويكتب من إملائها" (Ketele, 1980)، حيث تعتبر الملاحظة من الأدوات الأساسية التي يستعملها الباحث في كلّ مراحل دراسته فهي تتخلّل المقابلات بملاحظة السلوك والانفعال وتكون حاضرة لتسجيل الاستجابات خلال البرنامج العلاجي، ولقد اعتمدنا الملاحظة المباشرة خلال إجراء المقابلات كتقنيات مكّملة وخارج المقابلات خلال تواجد الأمهات مع أبنائهن في برامج العلاج التأهيلي مع أخصائية الأطفونيا أو الأخصائيات المكلفات بمتابعة البرامج التأهيلية للأبناء، وهذا لتسجيل سلوك الأم في علاقتها مع ابنها والظروف المحيطة.

كما اقترحنا الملاحظة الذاتية للمفحوصة في دراسة الحالة الواحدة كتقنية مرافقة للبرنامج العلاجي لتسهيل عملية التقويم فيما بعد (الجدول 5 و6 و7)

### 5.3. التحليل الوظيفي: شبكة سيكا:

يهدف التحليل الوظيفي لـ (Cottraux, 1990)، الخاص بالعلاجات المعرفية السلوكية (CBT)، إلى دراسة السلوك المشكل للمفحوصة: التجوّل الليلي، نوبات الهلع، سنصفها بأكبر قدر ممكن من الدقة، في مكوناتها العاطفية والمعرفية والسلوكية، باستخدام الأسئلة السقراطية. بعد ذلك، سوف نركز على تحديد العوامل المفجّرة: في أي المواقف تحدث فيها نوباتها وتبعات هذا السلوك المشكل عليها وعلى من حولها واستراتيجيات المواجهة التي تعتمد عليها في مواجهة الضغط إن صحّ القول. هذا يسمح بصياغة فرضية تستند إلى النظريات المعرفية-السلوكية. بعد ذلك، سيُسمح لنا هذا التحليل بتحديد الغاية العلاجية، وإجراءات العلاج المقترح، وأيضاً لتحديد أدوات قياس السلوكيات المستهدفة الذي سيُسمح لنا بمتابعة تطوّر وتقييم تأثير التّدخل العلاجي فيما بعد. ونحن إذ اعتمدنا نظام شبكة سيكا SECCA فلأنّها تحدّد التسلسل السلوكي في جميع تعقيدات التفاعلات الحالية بين العناصر المختلفة (الشبكة المتزامنة)؛ وأيضاً لإعادة وضع السلوك المشكل ضمن تاريخ المفحوصة (الشبكة المزمّنة)، وهذا يجعل عملنا أكثر علمية ومصداقية.

أ. شبكة سيكا المتزامنة تسمح لنا بتحليل المتغيرات السلوكية المختلفة وتسلط الضوء على تفاعلها هنا والآن.  
ب. شبكة سيكا المزمّنة يتم فيها معالجة المعطيات البنوية والأساسية الممكنة كتاريخ الحالة المرضي والعوامل ذات المنشأ الطفولي والحوادث التي تسبب حالات الضيق والتوتر، وهذه كلّها لها دور مهم في تثبيت أعراض الاضطراب وديمومتها.

### 5.4. مقياس جودة الحياة المهني (Proqol):

هو مقياس مكوّن من 30 عنصراً تم تطويره بواسطة (Stamm, 2010) وتم تكييفه في الاختبار الذاتي لتعب الرحمة (Figley, 1996) ، (Stamm, 2002) وهو يتضمن ثلاث نطاقات فرعية: رضا الرحمة (على سبيل المثال، "أحب عملي كمقدم رعاية")، وضغط الصدمة الثانوي (على سبيل المثال، "لا يمكنني تذكر أجزاء مهمة من عملي مع من يعانون")، والاحترق النفسي (على سبيل المثال، "أشعر بالإرهاق بسبب عملي كمقدم رعاية"). يتم تسجيل العناصر على مقياس من خمس نقاط على سلّم ليكرت (1 = أبداً؛ 5 = دائماً) خلال الإطار الزمني للأيام الثلاثين الماضية. يتم إنشاء درجات المقياس الفرعي عن طريق جمع كل العناصر في هذا المقياس الفرعي. يتم عكس درجات بعض العناصر الموجودة على مقياس الاحتراق الفرعي. يتراوح نطاق الدرجات المحتملة في كل مقياس فرعي من خمسة إلى 50، مع درجات أعلى تعكس مستويات أعلى من هذا المكون. تعتبر الدرجات بين 23 و41 متوسطاً لجميع المقاييس الفرعية:  
أ. رضا الرحمة:

بما أنّ رضا الرحمة هو المتعة التي نستمدّها من القدرة على أداء أعمالنا بشكل جيد. على سبيل المثال، قد نشعر أنه من الممتع مساعدة الآخرين من خلال تخصصنا. قد نشعر بإيجابية تجاه زملاء المهنة أو قدرتنا على المساهمة في بيئة العمل أو حتى الصالح العام للمجتمع. تمثل الدرجات الأعلى في هذا المجال رضا أكبر فيما يتعلق بالقدرة على أن يكون مقدم الرعاية فعّال في أدائه. إذا كانت في النطاق الأعلى، فربما يحصل على قدر كبير من الرضا الناتج عن الأداء الجيّد أو المتميّز في إطار العمل الوظيفي أو المساعدة المجتمعية. إذا كانت الدرجات أقل من 23 فمفادها نوع من المشاكل التي تعترض الأداء، أو قد يكون هناك سبب آخر- على سبيل المثال، قد نستمد الرضا من أنشطة أخرى. (موثوقية مقياس ألفا) 0.88.

### ب. الاحتراق النفسي:

إنّ الاحتراق النفسي من منظور الكثير من الناس هو الانهك المهني. لكن من منظور البحث، الاحتراق هو أحد عناصر تعب الرحمة. إذ يرتبط ذلك بمشاعر اليأس والصعوبات في التعامل مع العمل أو في القيام به بفعالية. عادة ما يكون لهذه المشاعر السلبية بداية تدريجية. يمكن أن تعكس الشعور بأن كلّ الجهود لا تحدث فرقا، أو يمكن أن ترتبط بعبء عمل كبير جدا أو بيئة عمل غير داعمة. الدرجات الأعلى في هذا المقياس تعني خطر أعلى للاحتراق.

إذا كانت الدرجات أقل من 23، فهذا يعكس على الأرجح مشاعر إيجابية حول القدرة على أن الفاعلية في الأداء المهني أو في مجال رعاية الأشخاص الآخرين. إذا كانت الدرجات أعلى من 41، فهي إشارة للتفكير مجددا في الأسباب التي تثبط فاعلية الأداء على كل المستويات.

أوقد تعكس هذه الدرجات المزاج خلال الأيام الأخيرة، ربما كان "يوماً سيئاً" الحاجة لبعض الوقت للراحة. إذا استمرت الدرجة العالية أو إذا كانت تعكس مخاوف أخرى، فقد يكون ذلك مدعاة للقلق. (موثوقية مقياس ألفا) 0.75.

#### ت. ضغط الصدمة الثانوي / بالإجابة

المكون الثاني لتعب الرحمة هو ضغط الصدمة الثانوي (TSS)، ويتعلق الأمر بالعمل المرتبط بالتعرض الثانوي لأحداث مرهقة والصادمة للغاية. من النادر إلى حد ما حدوث مشاكل بسبب التعرض لصددمات الآخرين، ولكنه يحدث لكثير من الأشخاص الذين يقدمون الرعاية لأولئك الذين عانوا من أحداث مرهقة أو صادمة للغاية. على سبيل المثال، كالتسامع مراراً وتكراراً قصصاً عن الأشياء الصادمة التي تحدث لأشخاص آخرين، والتي يطلق عليها عادة الصدمة بالإجابة. إنّ التعرض لأحداث الآخرين الصادمة نتيجة نوعية الوظيفة أو على سبيل المثال، كعمال نفسي أو مسعف، أو مقدم رعاية، فهذا تعرض ثانوي. عادة ما تكون أعراض ضغط الصدمة الثانوي STS سريعة في البداية ومرتبطة بحدث معين. قد تشمل الشعور بالخوف، أو صعوبة في النوم، أو ظهور مفاجئ لصور الحدث المزعج في الذهن، أو تجنب الأشياء التي تذكر بالحدث.

إذا كانت درجاتك أعلى من 41، معناه إعادة التفكير فيما قد يكون مخيفاً في أدائك لمهامك اليومية أو في العمل أو إذا كان هناك سبب آخر للنتيجة المرتفعة. في حين أن الدرجات الأعلى لا تعني أن هناك مشكلة، لكنها مؤشر لإمكانية فحص مشاعرنا اتجاه العمل أو بيئته.

مناقشة كل هذا مع شخص مختص أو إحصائي نفسي أو اجتماعي مهم جداً. (موثوقية مقياس ألفا) 0.81

وكخلاصة: تشير الدرجات من 22 وما دون في المقياس الفرعي لرضا الرحمة إلى انخفاض الرضا عن العمل، بينما تشير الدرجات 42 وما فوق إلى الرضا العالي. فيما يتعلق بالضغط الثانوي الناتج عن الصدمة والاحتراق النفسي، تشير الدرجات 42 وما فوق إلى مشاكل محتملة في هذين النطاقين، وتشير الدرجات من 22 وما دون إلى انخفاض مخاطر حدوث مشاكل (Stamm, 2010). لا يتم اشتقاق النتيجة الإجمالية لجميع العناصر. وقد أفاد المطورون أن  $\alpha$  كرو نباخ للمقاييس الفرعية هي 0.88 لرضا الرحمة، و0.81 للإجهاد الناتج عن الصدمة الثانوية، و0.75 للاحتراق النفسي (Stamm, 2010).

#### ♣ طريقة التصحيح: تضم فقرات المقياس ثلاثة أبعاد

رضا الرحمة وعدد فقراته 10 تتضمن البنود التالية: (30\_27\_24\_22\_21\_18\_16\_12\_6\_3)

الاحتراق وبنوده كالاتي: (29\_26\_21\_19\_17\_15\_11\_8\_4\_1) ويتم عكس الدرجات وفي هذا البعد تكرر البند 21.

ضغط الصدمة الثانوي وبنوده كالاتي: (28\_25\_23\_14\_13\_11\_9\_7\_5\_2)

#### شكل 4 معايير مقياس PROQOL لتعب الرحمة:

الأبعاد	منخفض	متوسط	مرتفع
رضا الرحمة	22 فما دون	23 إلى 41	42 فما فوق
الاحتراق	22 فما دون	23 إلى 41	42 فما فوق
ضغط الصدمة الثانوي	22 فما دون	23 إلى 41	43 فما فوق

#### 5.5. مقياس عبء مقدم الرعاية Caregiver Burden Scale:

مقابلة Zarit Burden، هو مقياس تقرير ذاتي شهير لمقدم الرعاية، كان بداية على شكل استبيان مكون من 29 عنصراً تم تضمينه في (Zarit, 1981)، أما النسخة المنقحة فتحتوي على 22 عنصراً. كل عنصر في المقابلة عبارة عن بيان يُطلب من مقدم الرعاية المصادقة عليه باستخدام مقياس مكون من 5 درجات على سلم ليكرت. تتراوح خيارات الاستجابة من 0 (أبداً) إلى 4 (دائماً). أظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بموثوقية جيدة في الاتساق الداخلي، مع معامل كرونباخ ألفا البالغ 0.92 (Hebert, 2000)، لم تكن الدرجات الخاصة بـ Zarit Burden مرتبطة بالعمر أو الجنس أو المكان أو اللغة أو الوضع المعيشي أو الحالة الاجتماعية أو حالة التوظيف، مما يشير إلى

أن المقياس مناسب للاستخدام مع مجموعة متنوعة من الأفراد. كما وجد أن الدرجات مرتبطة بشكل إيجابي بشكل كبير ( $ps < .001$ ) بالمشكلات السلوكية لدى المرضى البالغين الأكبر سنًا ودرجات الاكتئاب لمقدمي الرعاية ( $R2 = .57$ )، وفقًا لقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب.

شكل 5 معايير مقياس عبء مقدم الرعاية:

المستوى العبء	ضئيل أو معدوم	خفيف إلى متوسط	معتدل إلى شديد	شديد
المعيار	0 إلى 20	21 إلى 40	41 إلى 60	61 إلى 88

### 5.6. مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية الكاملة (PHLM Philadelphia Mindfulness Scale):

مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية (Cardaciotto, 2008) هو تقرير ذاتي قصير، لحد الآن، هو المقياس الذي تمت صياغته من وجهة نظر ثنائية الأبعاد لليقظة التي طورها (Bishop, 2004). وهو يركّز على المراقبة المستمرة للخبرات مع التركيز على الخبرات الحاضرة أكثر من الانشغال بالخبرات الماضية أو الأحداث المستقبلية، ويعكس ذلك قبول الخبرات والتسليم بها والتسامح ومواجهة الأحداث كما هي، و تحتوي هذه الأداة على 20 بنداً وتم تصنيفها على مقياس من 5 درجات من سلّم ليكرت (من "أبداً" إلى "دائماً")، وهي تركز على مقياس ثنائي الأبعاد لليقظة الذهنية استناداً إلى الخلفية النظرية المبنية على عنصري الوعي باللحظة الحالية ويُعرّف بأنه "المراقبة المستمرة للمحفزات الداخلية والخارجية" (Kabat-Zinn, 2005) والتقبّل ويعرّف بأنه "موقف بدون إصدار أحكام اتجاه التجربة" (Segal, 2002). فقد أبلغ المؤلفون عن تناسق داخلي مُرضٍ في دراساتهم لكل من مجموعة طلاب الجامعات والمرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية،

التعليمية: نحن مهتمون بتجاربك اليومية. فيما يلي قائمة بالأشياء التي يختبرها الأشخاص أحياناً. يرجى قراءة كل بند. يرجى الإشارة إلى عدد المرات التي واجهت فيها كل عنصر من العناصر الموصوفة خلال الأسبوع الماضي. لا توجد إجابات "صحيحة" أو "خاطئة"، لذا يرجى الإجابة بطريقة تعكس تجاربك الخاصة.

#### ♣ طريقة التصحيح:

تضم فقرات المقياس بعدين اثنين:

البعد الأول (الوعي): ويتضمن العشرة بنود بأعداد فردية

البعد الثاني (التقبّل): ويتضمن العشرة بنود بأعداد زوجية (ويتم عكس الدرجات في هذا البعد)

تجمع الدرجات لكل بعد الدرجات الدنيا تدلّ على مستوى منخفض والدرجات الأكبر تدلّ على مستوى مرتفع.

## الفصل السادس: دراسة الحالة

---

1. تقديم الحالة
2. تاريخ المفحوصة:
3. وصف الأعراض:
4. الطلب الحالي
5. التشخيص
6. التحليل الوظيفي
7. التحالف العلاجي
8. الأهداف المراد تحقيقها
9. التقنيات العلاجية المعمول بها
10. تقييم البرنامج العلاجي
11. البروتوكول العلاجي



## 1. تقديم الحالة:

هي السيدة أ (أم ألاء) مطلقة، وفي الـ 38 من عمرها، مستواها التعليمي ابتدائي، مأكنة بالبيت، المستوى الاقتصادي متواضع هي أم لطفل واحد (ألاء) وتعيش في منزل عائلتها، هندامها مقبول ومرتبّ فهي ترتدي الجلابة والخمار، تبدو هادئة ومتزنة، ابتسامتها حزينة وصوتها ذو تردد عالي بحسرة وتقطع ظاهرين.

لقد رحبت بحفاوة بالالتحاق بالبرنامج العلاجي من اللحظة الأولى، فهي حسب ما ذكرت في المقابلات الأولية تحتاج لدعم لمواصلة مشوارها في تأهيل ابنتها ألاء المصابة بطيف التوحد. في سردها لمعاشها الحياتي، تقول أنّها تعيش دوماً ظروفًا لا تطاق، واحساسها بالضيق في التنفس يجعل دقات قلبها تتسارع، وهذا يحدث كلّما تذكرت ما مر عليها من متاعب وما قد يكون في مستقبلها وخاصة فيما يتعلّق بابنتها ألاء، "أشكر الله أن جعلني أراجع هذه العيادة لتشخيص حالة ابنتي بعد العناء الذي تكبّته طيلة الفترة الماضية" "ابنتي الآن تتحسن وأنا أتبع التعليمات التي يعطونها لي في العيادة لمواصلة تدريبها وتأهيلها في المنزل... لكنني أحسنّ دوماً بالذنب والحيرة وقد أقسو عليها في بعض الأحيان، الحمد لله لكن أنا دوماً محبطة، حياتي هي لابنتي فقط... أنا أعيش من أجلها..". وتذكر أنّها لولا النفقة التي يصرّفها أب ألاء بعد الطلاق لما استطاعت فعل كلّ ذلك لأنها بها فقط تستطيع التنقل من الضواحي القريبة من وهران إلى المدينة لمتابعة التأهيل، "عدت بعد زواجي الفاشل إلى منزلنا وأنجبت ابنتي هناك... أنا عالة على أسرتي واخوتي الأصغر مني. هم يحاولون عيش حياتهم وأنا ليس لي فعلاً معيل". "مدخلة راسي وصابرة، شاندير... على خاطر بنتي...". تحسنّ السيدة (أ) بالألم في الرأس والظهر في كثير من الأحيان "نحس روجي دايمًا مددقة" تقول أنّها لا تراجع طبيب لتشخيص ألامها، "تفوتني... المهم ألاء"... "تلقيني نفكر غير فيها (أبنتها)".

تصف أم الألاء لحظة تلقيها لتشخيص ألاء بنزول مصيبة على رأسها، فهي لم تكن تعلم ما هو طيف التوحد إلا ما تشاهده في التلفاز، «كنت أحسنّ أنّ ابنتي تعاني شيئًا ما لكن لم أعرف ما هو". لحظة تلقي الخبر أحست السيدة (أ) بالخدر في كلّ جسمها وضيق في التنفس وتسارع في ضربات قلبها "حسيت روجي باغي نتغاشي"... "الحمد لله على كلّ حال.. حنا ناس مومنين.. وربي يكون في عوني" وكثيرًا ما تدعم الأمهات اللواتي يأتين للمرة الأولى فهي تتحدّث إليهن في قاعة الانتظار بالعيادة وتشرح لهن ما تعرف عن طيف التوحد وعن رحلة التأهيل. "نبغي نعاون اللي يجود حتى ما يخافوش... يليق يعاونو ولادهم"، "أنا ندير كلّ ما يطلبوه مني في العيادة، نسمع مليح للأخصائية المسؤولة والأخصائيات المساعدات"، لازم نتعاونو باش نخرجو ولادنا من هاذ الحالة".

## 2. تاريخ المفحوصة:

- تنحدر السيدة (أ) من أسرة متواضعة بضواحي مدينة وهران، وهي الأخت الكبرى لأخين وأخت.
- تعيش بعد طلاقها من زوجها الذي لم يدم طويلاً لأسباب تجعلها حسب قولها والذي كان فاجعة لها ولأسرتها.
- لم تواصل دراستها بعد المرحلة الابتدائية، بسبب رسوبها المتكرّر ولأنّ والدها أرادها أن تبقى في المنزل حسب قولها، وهي تقضي وقتها في أشغال المنزل اليومية.
- والدها ووالدتها طاعنان في السن، يعيشان على نفقة التقاعد.
- تتسم علاقتها مع أهلها والمحيطين بها بالاحترام والهدوء، تعاني مشاكل في التواصل ولا تريد ان تحدث مشاحنات بينها وبين أهلها، فهي تحبّ العزلة لصالح حياة ابنتها كما تذكر.
- ليس لها سوابق مرضية ظاهرة، طلاقها تسبب لها بمشاكل مزاجية كحالات الضيق والغضب، وساء الأمر بعد ملاحظتها لسلوكيات ابنتها الغريبة، وكان تلقي تشخيص ابنتها بطيف التوحد -القشّة التي قصمت ظهر البعير- إذ زاد عندها ضيق التنفس من حينها ومشاعر العزلة والاحساس بالذنب والغضب.

### 3. وصف الأعراض:

تصف السيدة (أ) حالتها بأنها في تدهور لكنّها لا تجد الوقت للاعتناء بنفسها، وقد كان خبر ضمّتها لمشروع علاجي جماعي خاص بالأمهات بالعيادة في السنة المنصرمة كمنحة ربّانية ستساعدها على تجاوز ما تعانیه كما تصف هي ذلك. وكان حماسها ظاهر لمواصلة برنامج علاجي معنا في إطار الدراسة لأنّها تراه رعاية واهتماما لا يمكنها رفضه في كلّ الأحوال. إنّ أعراض السيدة (أ) تتراوح من الأعراض الجسدية الظاهرة كالصداع النصفي وخفقان القلب والإحساس بضيق في التنفس والتي راجعت من أجلها طبيبا عاما، وكانت نتائج التحاليل والفحص سلبية ولا يوجد أسباب عضوية لألمها وأعراضها. إلى حالات من الكآبة والاحساس بالوحدة، أو نوبات الفزع والتوتر، وحالات الإحساس بالإجهاد والفتور، والتجول الليلي حيث ذكرت أنّها لم تنتبه إلا بعد ما خاطبها أخوها قائلاً إلى أين تذهبين في هذه الساعة المتأخرة من الليل، حيث وجدت نفسها قد قامت من فراش نومها وهي تحاول الخروج من المنزل في حالة من غياب الوعي تماما، هذه الواقعة جعلتها تخاف وتتوتر وتفكر في حالة ما إذا تكررت معها هذه الحادثة مستقبلا، اضطرابات النوم (كالنوم المتقطع، والكوابيس، والأرق)، اضطرابات غذائية، كعدم الإحساس بالجوع.

### 4. الطلب الحالي:

السيدة (أ) تتطلّع للمساعدة والدعم لتحسين حالتها ومعاشها النفسي، فهي قد تيقنت من وجود علاقة وطيدة بين أعراضها وحالة الضغط النفسي والارهاق الذي تمر به، وهي تتوق لمباشرة المشروع العلاجي، حتّى يتسنى لها التمتع بالراحة النفسية التي تسهّل عليها متابعة حالة ابنتها وتحسّن أداؤها بتؤدة واتياع نفسي واتزان.

### 5. التشخيص:

بعد ثلاث جلسات تشخيصية، تمّ من خلالها التعرّف على السيدة (أ) وقصص سردية لمعاشها النفسي والاجتماعي، وتعاونها معنا لسبر كلّ عرض والظروف المحيطة بنشوته، من خلال تحالف علاجي قائم على الانصات النشط والملاحظة المباشرة والتعاون، تمّت صياغة افتراضات حول أصل الاضطراب مع المفحوصة لاستكشاف المشكلة في بعدها المزمّن (تاريخ الأعراض) والمزمن (هنا والآن)، وكيف تمّ الحفاظ على هذه المشكلة واستمرارها.

وقد تمّ تصوّر والتنبؤ بالتقنيات التي تمّ استخدامها في المشروع العلاجي، حيث تمّت مناقشتها مع السيدة (أ) لاختيار الأسلوب والطريقة المثلى والمناسبة لتطبيقها حتى تتمكن من التخفيف من أعراض الاضطراب القائم.

والتخطيط لتنفيذ المشروع العلاجي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية الكاملة، بتطبيق التقنيات المرشحة وهي قابلة للمناقشة والتغيير في حال عدم فاعليتها.

إنّ السيدة (أ) تعاني من مجموعة من الأعراض الناتجة عن الضغط النفسي وهي ناتجة عما نسميه بعبء مقدم الرعاية، فأعراضها نشأت كانعكاس لتعاطفها وتفانيها في محاولة تحسين حالة ابنتها الاء، فهي كأى أم أو مقدّم رعاية تعاني بقايا الرحمة من معاشتها لمعاناة ابنتها والتزامها بالبحث عن علاج لها بل والانخراط في معاش يومي مضمّن لتدريب ابنتها، بالإضافة للتفكير في حالتها الاجتماعية مع خوف ممّا يخبئه لها مستقبل الأيام.

إنّ تمريرنا لمقياسي تعب الرحمة وعبء مقدم الرعاية في مرحلتيه الأولى بالدراسة الاستطلاعية والثانية بالدراسة الأساسية أعطى نتائج تكاد تكون متقاربة. وكان مفاد ذلك التوجه لمشروع علاجي معرفي قائم على اليقظة الذهنية بعد تمرير مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية حيث كانت درجات المفحوصة بين المتدنية والمتوسط في بندي الوعي والتقبّل.

### 6. التحليل الوظيفي

قمنا بالتحليل الوظيفي في المقابلات الثالثة والرابعة مع المفحوصة باعتماد شبكة سيكا (Cottraux, 1990).

#### أ. شبكة سيكا المتزامنة:

■ الاضطراب المستهدف: نوبات الفزع، ضيق التنفس، خفقان القلب، حالات الاكتئاب، الأرق، العزلة الاجتماعية والانطواء.

## ■ الوضعيات:

إنّ حالات الضيق والتوتر الناتجة عن الضغط النفسي هي بعض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، التي تلازمها تقريبا كلّ يوم، وهي مقترنة بمعاشها النفسي اليومي ولكنها ليست على وتيرة واحدة، فحالات الصداع هي غالبا مرتبطة بمواعيد تنقلها لوهران لجلسات تأهيل ابنتها، وقد تظهر حينما يكون الجو حارًا او بوجود ضوضاء. الأمر سيان بالنسبة لحالات الكآبة والانطواء، إذ تعدّ النوبات ذات عوامل مفجّرة متعدّدة، فهي مزيج من عوامل نفسية وحسية.

## ■ المشاعر:

- البُعد النفسي: التوتر والضييق الظاهرين خلال اليوم منذ الصباح، وخاصة الأيام التي تخرج فيها من المنزل مع ابنتها، أعراض الاكتئاب مثل الحزن المتكرّر والنحيب حين اجترار ذكريات من الماضي، حالة التعب والانهاك المستمرة، صعوبة التركيز.
- الأحاسيس: دوخة، تعرق، الصداع، ألأم في الظهر والعنق، وصعوبة في التنفّس.

## ■ الدلالات الشخصية:

تعزو السيّدة (أ) ما تلاقه لسوء الحظ وتتدارك أنّ هذه قسمتها وعلّمتها ولو أنّها تظهر امتعاضا وهي تحمد الله على ذلك.

## ■ الادراك (الحوار الذاتي الداخلي):

إدراك السيّدة (أ) يتعلّق أساسا بمشاعر العجز والانهاك وهي تواجه مصيرها اليومي ولا تجد مخرجا لما تعانیه ابنتها وترى أيّمتها وساعاتها سواء، "أعرف أنّ ابنتي لن تتحسن كثيرا حتّى مع التأهيل فهي طفلة كبيرة" "أنا لا أبالي بالألم أو التعب المهم تتحسن ابنتي". وقد يتعلّق ادراكها بتقبّلها لذاتها وثقتها بنفسها "لا يفهم الآخرون ما أعيشه" "ليست كلّ الأمهات عندهن أطفال مصابين بطيف التوحد" تخلطت عليّا ما لقيتها حتى من جهة". وقد يكون التفسير الادراكي عندها خاطئ، فقد تتوهم وجود سبب لألمها أو احساسها التي تعانيتها مع انتفاء السبب الحقيقي في واقع الحال.

## ■ الرؤى والكوابيس المتكرّرة:

هي لا تفهم المغزى من رؤاها المتكرّرة والتي تتميز بالمواقف المزعجة والخوف والصرخ وأنّها تجد نفسها تائهة لا تعلم من أين جاءت أو إلى أين ستذهب.

## ■ السلوكات غير المتوقعة:

- تجنّب المواقف: مثل عدم التواجد مع الآخرين حتى لا يسألنها عن حالة ابنتها، والتغيب عن مواعيد ابنتها بسبب الظروف في المنزل.

- التجنّب المعرفي: تجد في بعض الأحيان أنّ أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد المتواجدين بالعيادة لا يعرفن ما يعانیه أبناءهن ولذا فهي لا تدخل معهن في حديث وجدل لتوعيتهن، ترى جلسات تأهيل ابنتها في بعض الأحيان دون فائدة وترجع الأمر للأخصائية المساعدة التي أشرفت على الجلسة.

في بعض الأحيان تجعلها الأعراض تنكفئ على ذاتها ويظهر ذلك جليّا في ردود فعل جسدية كالالتفاف على نفسها داخل غرفتها وعدم التحدّث لأيّ كان.

## ■ التداعيات على المحيط:

- العائلة: أفراد عائلة السيّدة (أ) حذرون في التعامل معها خوفا عليها وعلى ابنتها.
- الأء: تتبع إشارات أمها الجسدية ولا تحاول اغضابها خوفا من ردّة فعلها، هي كأى طفل مصاب بطيف التوحد تستشعر التوتر من حولها وتواجهه بسلوكيات غير مرغوب فيها. وقد تصبح مزاجية تتعامل مع من حولها بتردد وخيفة.
- في العيادة، غياب ابنتها المتكرّر جعل الاخصائية المتابعة لحالتها تتساءل عن غيابها وتسجّل ملاحظات عن إمكانية تراجعها بسبب تهاون أمّها في احضارها لمتابعة الجلسات.

## ■ التوقعات:

- التوقعات القلقة: إذا لم تهلع في بداية يومها فهي تترقب نوبات في آخر اليوم. تحسّ نفسها بدأت تفقد إيمانها بقوة جأشها فهي منهكة ولا تجد من يقدم لها يد المساعدة،
  - أفكار استباقية: تشكر من يقدم لها أدنى مساعدة ولكّتها تراودها أفكار تضعها في التوقع عن أنّ هذا لن يدوم على كلّ حال، تخشى أن تصاب بضيق في التنفس أو دوخة وهي تستقل الحافلة متجهة للعيادة.
  - ردود فعل جسدية: إذا خافت من حدوث أمر سيء فإنّ مستوى الضغط يرتفع وتقلق بشدّة، وهذا يحفز الأم الرقبة والصداع، أو خفقان قلبها.
- ب. شبكة سيكا المزمّنة:

## ■ البيانات الهيكلية المحتملة:

- لا يوجد سوابق وراثية عند السيّدة (أ) ترشح ما تعانيه.
- الشخصية: توصف شخصية السيّدة (أ) بالمتحفظة والحسّاسة والقلقة، تهتم لحالة ابنتها أكثر من أيّ شيء آخر، تخشى الاختلاط والخروج المتكرّر من المنزل وتتخذ الأعذار دوما لتفادي ذلك. معاناة ابنتها تقلقها وتدفعها للمحاولة أكثر لمساعدتها رغم المنغصات كما تقول وهذا ما يجعل القلق والضغط النفسي يرتفع لأعلى مستوياته، تجد صعوبة في النوم وتراودها أحلام مزعجة.
- سوابق شخصية: صدمة تشخيص حالة ابنتها، والعبء الذي تعيشه يوميا ينخر في أعماقها، لم تعد تستطيع تحمّل معاناة ابنتها وتخاف أن تصل يوما للتخلي عن مهمتها كأم وراعية لابنتها، كلّ هذا يجعلها تعاني اعراض تعب الرحمة من احتراق وضغط، يجعلها تفقد ثقتهما وتوازنها.

## ■ العوامل الأولية المفجّرة لأعراض تعب الرحمة:

- تلقي تشخيص ابنتها بطيف التوحد
  - الضغوط التي تتعرّض لها يوميا جرّاء رعايتها لابنتها
  - الألم النفسي العميق الناتج عن التعاطف إزاء حالة ابنتها.
- ## ■ العوامل التي تطيل بقاء أعراض تعب الرحمة:
- اجترار الأفكار والذكريات الماضية له دور في ديمومة الأعراض وعدم تلاشيها، هناك دوما ضغط نفسي مرتبط بالوضعيات التي تذكرها بمعاناة الأء.

- اضطرابات النوم، رعاية ابنتها، الأشغال المنزلية، هي وضعيات تثير القلق عند السيّدة (أ) لأنّها فيها تعب وضغط.
- حالات الإرهاق والتعب النفسي لها تداعيات إيجابية كذريعة عدم القدرة على مغادرة المنزل والاختلاط بالناس وهي تجعل من حولها مهتمين لحالها، وتداعيات سلبية كسلوكيات التجنب التي تحرم ابنتها من متابعة جلسات العلاج التأهيلي وهذا ما يزيد عندها أعراض الاكتئاب.

## ■ العوامل التي تسرّع اضطراب تعب الرحمة:

- الانطواء واعتزال مخالطة المحيطين بها
- حالات القلق والهلع غير المبرّرين
- الأسى على حالتها وحالة ابنتها
- اضطرابات النوم
- الاضطرابات الغذائية

■ **علاجات أخرى:** لا توجد

#### 7. التحالف العلاجي:

شكوى السيّد (أ) الأساسية كانت الأعراض الجسدية وحالات ضيق التنفس والهلع، فهي بالنسبة لها سبب كاف لمنعها من ممارسة حياتها بصفة عادية، ويجعلها في تخوّف دائم على تفاقم الحالة ممّا يؤثر على مستوى أدائها الأمومي ومستوى رعايتها لابنتها، كانت رغبتها في متابعة الجلسات للتخلص من الأعراض ملّحة، ولذا فقد تحدثنا مع السيّد (أ) لمباشرة تفسير ما تشكو منه وشرح اضطراب تعب الرحمة وأعراضه التي تعاني منها وكذا العوامل التي كانت سببا في تفجير هذه الأعراض وكذا التي ساهمت في ارتفاع مستويات الاحتراق وضغط ما بعد الصدمة، و أيضا التي حافظت على بقاء هذه الأعراض، فبعد جلسات تطبيق المقاييس تمّ اعلامها بنتائج الاختبارات بهدف الانتقال كمرحلة ثانية لمباشرة المتابعة العلاجية الفردية لأعراض تعب الرحمة.

فكانت الجلسات التي تلت جمع المعلومات عبارة عن شرح مستفيض لتعب الرحمة وأسبابه وعلاقته بالصدمة الثانوية حين تلقيها لتشخيص ابنتها بطيف التوحد وبعده في ارتباطه بالضغط الناتج عن المعاش النفسي اليومي في التعامل مع بقايا التعاطف والرحمة. وبعد عرض كلّ المعلومات التي احتاجتها السيّد (أ) لفهم الأعراض التي تعانيها، تمّ اقتراح العقد العلاجي من حيث أهدافه المخطط الوصول إليها والبرنامج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية الذي سوف نتبناه كمقاربة علاجية للتخفيف من أعراض تعب الرحمة عندها. بعد مناقشة وشرح كلّ ما سبق أخذنا موافقة السيّد (أ) على الالتحاق بالبرنامج العلاجي المسطّر، وبذا تمّ وضع تحالف علاجي يدعم العملية العلاجية مستقبلا.

#### 8. الأهداف المراد تحقيقها:

- التعرف على كيفية إدارة الأزمات التي تمرّ بها مستقبلا
- تطوير طرق جديدة للتعامل مع الأعراض
- تنمية مستوى الوعي بما تعايشه ومستوى التقبّل لذاتها ولحالة ابنتها
- التخفيف من مستويات الاحتراق وضغط الصدمة الثانوي
- جعل السيّد (أ) تتخلّص من مشاعر التبعية لأعراضها الجسدية

#### 9. التقنيات العلاجية المعمول بها:

على مدى سبع جلسات فردية بمعدّل ساعة لكل جلسة وتعقب هذه الجلسات العلاجية جلسة أخيرة لتقييم المشروع العلاجي في نهاية البرنامج.

لتقييم الدافعية عند السيّد (أ) طلبنا منها القيام بالملاحظة الذاتية (جدول رقم 7)، وكان المسار العلاجي قائما على:

#### ■ الأداء السلوكي:

- جانب تعليمي تربيوي عن مفهوم تعب الرحمة وأعراضه والمفاهيم المتّصلة به والعوامل المفجّرة للأعراض
- إعطاء تفسير للتعبيرات الجسدية التي تحفّز مشاعر الخوف والقلق والهلع
- التدرّب على تقنيات اليقظة والوعي المرافقة للصلاة والتحكّم في إدارة المشاعر الإيجابية والسلبية خلال الجلسات العلاجية (الجدول رقم 4).
- مواصلة التدرّب على تقنيات اليقظة والوعي خارج الجلسات (جدول رقم 5 و6)
- التحكّم في عملية التنفس وكيفية تنظيمها.
- إدراك ومعرفة الرابط بين المواقف والمشاعر والسلوك الناتج عنها كأثر رجعي بيولوجي.

#### ■ الأداء الانفعالي:

- التعرف على المشاعر وتقبّلها والتعبير عنها وخاصة المتّصلة بشكل خاص بحالة المفحوصة وأعراض تعب الرحمة (جدول

(6 و5)

## ■ الأداء المعرفي:

- إعادة التشكيل المعرفي (إعادة النظر في الأفكار الخاطئة، والتمثيلات، الأفكار ليست حقائق)، وحلّ المشاكل العالقة
- تقنيات التصرّوّ بجلوس التأمل وتقنيات التخلي وتجميع الذهن المشتت واليقظة بالصلاة والتأمل مع التنفس.
- أداء الواجبات المنزلية (جداول 5-6-7-8).

## 10. تقييم البرنامج العلاجي:

- التقييم العلاجي يكون باتخاذ هذه الإجراءات على فترات متباعدة يتم أخذ تطبيق المقاييس خلال الجلسة الأولى، وفي نهاية البرنامج العلاجي (الجلسة السابعة)، وكذلك بعد شهرين من نهاية العلاج (بداية مرحلة المتابعة). الاستبيانات والمقاييس الثلاث المستخدمة هي كما يلي:

- مقياس تعب الرحمة PROQOL (ملحق 3)
- مقياس عبء مقدّم الرعاية (ملحق 4)
- مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية (ملحق 5)

## ■ إجراءات المتابعة بعد نهاية البرنامج العلاجي:

حتى يتسنى لنا متابعة تطوّر أعراض تعب الرحمة أو تراجعها:

- يجب على السيّد (أ) أن تسجّل يومياً ملاحظاتها في جدول الملاحظات (جدول 7) أو مفكرة خاصة مختلف المواقف التي تظهر فيها الأعراض والمشاعر والأفكار المرافقة لها بالإشارة لتاريخ اليوم والوقت، والتقنيات الممارسة حينها وملاحظة للفرق بين الحالة قبل الممارسة وبعدها.
- الاتصال الهاتفي مرتين بالأسبوع للتأكيد على الإجراءات ومعرفة مستجدات الحالة.
- مراجعة العيادة بمعدّل جلسة واحدة كلّ شهرين وذلك بعد شهرين من انتهاء البرنامج العلاجي في حدود الستة أشهر

## 11. البروتوكول العلاجي: (جدول 4)

هو بروتوكول تجريبي لحالة واحدة من إعداد الطالبة، يضم مجموع التقنيات المتعارف عليها في العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية Mindfulness based cognitive therapy MBCT، وهو مقسّم لثلاث مراحل:

- 1) الجلسات الخمس التي تسبق البرنامج العلاجي
- 2) الجلسات من 1 إلى 7 لتطبيق المشروع العلاجي المقترح ومتابعة فاعليته من خلال الملاحظة وتطبيق المقاييس التي اعتمدها في الدراسة الحالية، وذلك خلال البرنامج وبعد انتهائه.
- 3) مرحلة المتابعة، شهرين بعد انتهاء البرنامج، تسمح لنا بتقييم الحفاظ على المكتسبات، والتغيرات السلوكية المعرفية المحصّلة من خلال المشروع العلاجي.

## ■ صيرورة الجلسات العلاجية الفردية:

### ♣ الجلسات من 1 إلى 4: التحالف العلاجي

فمن خلال الجلسات الأولى التي شملت تاريخ المفحوصة، وعناصر التشخيص، والتحليل الوظيفي، والتقييم الأساسي، والعقد العلاجي، تطرّقنا للمرحلة العلاجية في الجلسة الرابعة حيث طلبنا من السيّد (أ) ملأ جدول مراقبة الأعراض في الأسبوعين التاليين واللذين يسبقان بدأ الجلسات العلاجية. ومن خلال التقييم الأساسي وتمرير المقاييس القبلية التي هي كالآتي:

فقد تحصّلت السيّد (أ) في مقياس تعب الرحمة ProQOL

- 25 في مكوّن رضا الرحمة وهي درجة متوسطة
- 46 في مكوّن الاحتراق وهي درجة مرتفعة
- 50 في مكوّن ضغط ما بعد الصدمة وهي درجة مرتفعة

وتدل هذه النتائج على أنّ المفحوصة تعاني من أعراض تعب الرحمة بمكوناتها بنسب مرتفعة. وتحصلت في مقياس عبء مقدّم الرعاية Zarit caregiver\_burden\_scale على 77 علامة وهي تدلّ على وجود عبء شديد كما تحصلت في مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية PHLMS

- 25 درجة في مكوّن الوعي وهي درجة متوسطة
- 19 درجة في مكوّن التقبّل وهي درجة دون المتوسط وهي تدلّ على مستوى متوسط من اليقظة بمكوناته ممّا يستدعي تدخلا معرفيا قائما على اليقظة لتحسين مستويات الوعي والتقبّل وحبها سنحصل على درجات دنيا في مقياسي تعب الرحمة والعبء.

#### ♣ الجلسات من 5 إلى 11: المرحلة العلاجية (جدول رقم 4)

- الجلسة 5 القيادة التلقائية: شرح المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية، والدور المنوط بالمفحوصة في إنجاح هذه المرحلة، إضافة الى تمرير المقياس القبلية، والمباشرة في تقنيات الوعي والقيادة التلقائية، في نهاية الجلسة تقديم ملخص وتسليم جدول التقييم الذاتي وتمارين الجلسة الأولى بالمرحلة العلاجية.
- الجلسة 6 إدارة العقبات: مناقشة الملاحظات وتمارين الجلسة الأولى في المرحلة العلاجية، تمارين إدارة المشاعر والخواطر وإدارة المشاكل، تمارين التجارب السّارة، تقنية فحص الجسم، وتمارين اليقظة الذهنية من خلال التنفس. الهدف من خلال التمارين ليس الاسترخاء بل تنمية اليقظة والوعي باللحظة الحالية. في نهاية الجلسة تقديم ملخص ويتم تسليم جدول التمارين المنزلية وجدول التقييم خلال الأسبوع الذي يلي إضافة إلى رزنامة الأحداث السّارة (جدول 5).
- الجلسة 7 تجميع الذهن المشتت: مناقشة التمارين المنزلية للجلسة السابقة وجدول التقييم وعرض رزنامة الأحداث السّارة ومناقشتها، التركيز على تمارين الأحداث غير السّارة، تعلّم تقنيات: الرؤية والسمع، وعي التنفس والجسد والاستجابة للأحاسيس المؤلمة، اليقظة في الصلاة والتأمل بالتنفس. في نهاية الجلسة تقديم ملخص وإعطاء تعليمات التمارين المنزلية وتسليم بطاقة تسجيل التمارين وجدول التقييم ورزنامة الأحداث غير السّارة.
- الجلسة 8 الاعتراف بالنفور والتقبّل: مناقشة التمارين المنزلية للجلسة السابقة وجدول التقييم وعرض رزنامة التجارب غير السّارة ومناقشتها، مراجعة ممارسة بعض التقنيات السابقة، وتعلّم تقنيات جديدة كالمشي اليقظ والتعامل مع التجربة من خلال ردّة الفعل (اسمح/تخلى)، في نهاية الجلسة يكون تقديم ملخص وفترة تنفس قصيرة وتعطى تعليمات التمارين المنزلية وتسليم بطاقة تسجيل التمارين وجدول التقييم للأسبوع الذي يلي.
- الجلسة 9 الأفكار ليست حقائق: مراجعة الممارسات السابقة، مناقشة التمارين المنزلية وجدول التقييم خلال الأسبوع، تربية نفسية في ضغوط تقديم الرعاية، جلوس للتأمل، تمارين المزاج والأفكار ووجهات النظر البديلة، فترة تنفس. في نهاية الجلسة تقديم ملخص، إعطاء تعليمات التمارين المنزلية، وتسليم بطاقة التمارين وجدول التقييم.
- الجلسة 10 كيف اعني بنفسني: مراجعة تقنية اليقظة، تقنيات الجلوس التأمل مع التنفس والأصوات، التعرّف على ردود الفعل العاطفية المعتادة حيال الصعوبات، فترة تنفس. في نهاية الجلسة تقديم ملخص، تقديم ملاحظات ن متى يكون تعب الرحمة مدمراً، إعطاء تعليمات عن التمارين المنزلية وتسليم بطاقة تسجيل التمارين وجدول التقييم الأسبوعي.
- الجلسة 11 المحافظة على المكتسبات: مراجعة التقنيات السابقة، تقنية فحص الجسم لمدة 45د، التحضير للتمارين المستقبلية في مرحلة ما بعد البرنامج العلاجي، إعطاء تعليمات باستخدام ما تمّ تعلّمه للتعامل مع أعراض تعب الرحمة والمحافظة على اليقظة الذهنية كمكسب وادراجها في الأنشطة اليومية لباقي الأيام واستعمال ما تعلمناه لتسيير الأزمات المستقبلية، في نهاية الجلسة تمرير المقياس البعدية وتقديم ملخص، وتحديد موعد لجلسات المتابعة بعد شهرين من تاريخ انتهاء البرنامج العلاجي القائم على اليقظة الذهنية الكاملة.

## الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها

---

### تمهيد

1. عرض ومناقشة نتائج الدراسة

2. الاقتراحات



تمهيد:

بعد ما تعرضنا في الفصلين السابقين إلى أهم الإجراءات المنهجية وبعد تطبيق المقاييس المستعملة في دراسة الحالة وجمع البيانات: تحصيلنا على مجموعة من النتائج والمعطيات التي سنعرضها من خلال الفصل الحالي ونتبعها بالقراءة والتحليل ثم التفسير على ضوء ما تناولناه في الجانب النظري وما مرّ علينا في الدراسات السابقة وما خلصنا إليه من خلال الدراسة الأساسية.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

تنص فرضية الدراسة على معرفة فاعلية برنامج اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض تعب الرحمة، وللتأكد من صحة فرضيتنا قمنا بتمرير المقاييس التي اعتمدها في دراستنا في بداية البرنامج العلاجي وفي نهايته على المفحوصة، وبمقارنة نتائج المقاييس القبليّة والبعديّة تبين لنا تراجع مستويات أعراض تعب الرحمة والعبء بمقياسي Proqol وعبء مقدم الرعاية لزاريت وارتفاع في مستويات الوعي والتقبّل بمقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية.

#### 1. توزيع بيانات مقياس PROQOL لتعب الرحمة باستعمال SPSS 25 (شكل رقم 6)

الدرجة الأعلى	الدرجة الأدنى	النسبة		المستوى		الدرجات		المقياس
		بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	
42≤	22≥	52.03	20,66	مرتفع	متوسط	40	25	رضا الرحمة
42≤	22≥	29.04	38,01	متوسط	مرتفع	24	46	الاحترق النفسي
42≤	22≥	26.62	41,32	متدني	مرتفع	22	50	ضغط الصدمة الثانوي
121								المجموع

حيث يتضح لنا من خلال الشكل رقم 6 تباين الدرجات في كلّ مكوّناته بحيث حصلنا على فارق درجات 15 درجة في مكّون رضا الرحمة و22 في مكّون الاحترق و28 درجة في مكّون ضغط الصدمة الثانوي ممّا يؤكد لنا فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اليقظة الذهنية في التخفيف من مكّوني التعب وارتفاع درجة مكّون الرضا.

#### 2. توزيع بيانات مقياس عبء مقدّم الرعاية لزاريت (شكل رقم 7)

الدرجة الأعلى	الدرجة الأدنى	النسبة		المستوى		الدرجات		المقياس
		بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	
61 إلى 88	0 إلى 20	18.48	67.76	عبء خفيف إلى متوسط	عبء شديد	21	77	عبء مقدّم الرعاية
88								المجموع

كما نلاحظ من خلال الشكل رقم 7 أنّ درجات مقياس العبء انخفضت في القياس البعدي مقارنة بنتائج القياس القبلي، وهذا مفاده أنّ البرنامج العلاجي استطاع التخفيف من مستوى العبء عند السيّدة (أ) بفارق جدّ هام، ممّا يدعم النتائج المتحصّل عليها في مقياس Proqol سابقا.

#### 1. توزيع بيانات مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية شكل (رقم 8)

المقياس	الدرجات القبليّة	الدرجات البعديّة	المستوى القبلي	المستوى البعدي	النسبة القبليّة	النسبة البعديّة
الوعي	25	46	منخفض	متوسط	25	46
التقبّل	19	36	منخفض	متوسط	19	36
المجموع	100					

ما لاحظناه في الشكل الحالي (شكل رقم 8) يعطينا فكرة عن مستويات التغيير التي حدثت عند المفحوصة بعد الخضوع للبرنامج العلاجي القائم على اليقظة الذهنية وهذا يلزمنا أن نواصل مستقبلا في تناول ما اجريناه مع عميلتنا وتعميمه على بقية الأمهات اللواتي شكلوا عيّنة البحث للدراسة الاستطلاعية وغيرهن على مستوى العيادة. فالنتائج التي تحصيلنا عليها من جداول توزيع البيانات للمقاييس الثلاثة هي تأكيد على فاعلية برنامج اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض تعب الرحمة والعبء معاً وفي اكتساب المفحوصة مهارات للتعامل مع مشاكلها الصحية والسلوكية وذلك نلمسه في ارتفاع مستويات الوعي والتقبّل عندها بعد تمرير مقياس فيلادلفيا البعدي. ومتابعة تحسّن الحالة لا زلنا نتواصل معها عبر الهاتف للتأكد من متابعتها للبرنامج المقترح حيث لم يتسنى لنا التواجد بالعيادة لمدة من الزمن بسبب الجائحة والمشروع العلاجي لازال قائماً لاستيعاب باقي الأمهات اللواتي نكتشف عندهن أعراض تعب الرحمة والاحترق النفسي، وسنواصل جلسات المتابعة في الأشهر المقبلة بإذن الله، حرصاً ممّا على التعريف بهذا الاضطراب، والتعريف بالعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية لفاعليته كما تأكدّ لنا ذلك من خلال دراستنا الحالية.

#### الاقتراحات:

- توعية المجتمع بمخاطر تعب الرحمة من خلال اجراء دراسات مستفيضة للتعريف بهذا الاضطراب والكشف عن أعراضه وطرق التدخل.
- إزاحة الستار عن معاناة أمهات الأطفال المصابين بإعاقات أو اضطرابات نمائية أو أمراض مزمنة.
- العمل على ان تكون الدراسات المستقبلية الخاصة بالعلاجات المعرفية القائمة على اليقظة الذهنية الكاملة على عيّنات واسعة ومتنوعة وفي ظروف أفضل، حتى يتسنى لنا تعميمها والاستفادة منها في التعامل مع المرضى.
- اعداد برامج تدريبية وعلاجية قائمة على اليقظة الذهنية الكاملة
- حث طلبة الدراسات العليا على اجراء دراسات أخرى تجمع المتغيّرين أو تضيف عليهما، وتفتح افاقا جديدة في مجال العلاج السلوكي المعرفي.
- اجراء دراسات عن علاقة اليقظة الذهنية بمتغيّرات أخرى وفي مجالات مغايرة كالمجالات المهنية ومجال الطفولة والمراهقة.

## - الخاتمة:

إنّ ما تمّ التطرق إليه في الجانب النظري من مفاهيم ودراسات سابقة، وما استنتجناه من خلال النتائج المتحصّل عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي، تجلّت لنا فاعلية البرامج العلاجية القائمة على اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض الاحتراق وضغط الصدمة الثانوي التي هي مكوّنات لاضطراب تعب الرحمة.

حيث ارتأينا من خلال بحثنا التحقّق من فاعلية برنامج علاجي يجمع بين الأساليب السلوكية المعرفية وتقنيات اليقظة الذهنية الكاملة، بحيث أصبحت هذه التوليفة العلاجية قائمة بذاتها من خلال ما طرحه سيغال في تقنيات MBCT، والذي طوّره كبرنامج يختلف عن MBSR ويتفرّد بكونه يشتمل على عناصر من العلاج المعرفي السلوكي.

والبروتوكول العلاجي المطروح في دراستنا هو عصارة من مجموع برامج كان لها السبق في تناول هذه العلاجات واثبات فاعليتها بجدارة. كما طرحنا MBCT كمقاربة علاجية لنجاحاتها في التخفيف من الضغط والقلق والاكتئاب وهي متداخلة بشكل واضح مع أعراض تعب الرحمة عند عيّنة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحّد التي تعاملنا معها في الدراسة الاستطلاعية وكذا في دراسة الحالة التي مرّت علينا في الدراسة الأساسية، وعليه خلصنا للنتائج التالية:

- فاعلية برامج اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض الاحتراق النفسي
- فاعلية البرامج القائمة على اليقظة الذهنية في التخفيف من أعراض ضغط الصدمة الثانوي
- فاعلية برامج اليقظة الذهنية في رفع مستوى الرضا عن الذات الناتج عن الرحمة أو ما يسمى رضا الرحمة
- فاعلية البرامج القائمة على اليقظة الذهنية في التخفيف من العبء النفسي الذي يصاب به مقدّم الرعاية
- أمّا عن استمرار هذه الفاعلية في الزمن فهذا ما ننتظر تحقيقه من خلال برامج المتابعة المستقبلية، وقد يقدّم كمرحّل لدراسة أخرى مستقبلاً بإذن الله تعالى.

فالأساليب العلاجية القائمة على التأمل ويقظة الذهن والوعي هي من صميم معظم الفلسفات القديمة المتصلة بمعان وجود الإنسان. وقد تناولت الكثير من الدراسات الغربية والعربية ارتباط الأسس التي تقوم عليها العلاجات السلوكية المعرفية وخاصة علاجات الموجة الثالثة بالممارسات الدينية الإسلامية، من ذكر وصلاة وتأمل وخشوع، وهذا يحذو بنا للالتفات لهذا النوع من الممارسات واستنباط علاجات جديدة لها جذورها الفلسفية والعقدية التي تخصّ مجتمعنا وبها نستطيع تقديم مساهمة علمية وعملية في مجال تخصصنا.

ومن بين ما توصلنا إليه من خلال هذه الدراسة هو التقنيات التي طرحناها كممارسات يومية للوصول إلى نتائج علاجية، كانت في معظمها ذات امتداد روحي، فهي تلامس الجوانب الروحية والمعرفية والسلوكية في آن واحد، وتعطي معنى للحظة الحالية والوعي بالذات حينها وهي توجيه بارز للتخلي عن المنغصات وعيش الحياة بارتياح وطمأنينة، هذا كلّ ما يقوم عليه علم نفس الإيجابي والذي هو خلفية لعلم نفس الصحة الآن، فالأحرى أن نعرّف كمختصين بما تزخر به ممارساتنا الإسلامية التعبديّة وغيرها ونراجعها بطرق علمية في مجالات البحث العلاجي والأكاديمي كقيلة بجعاها نقلة نوعية في أداء جامعاتنا بإذن الله تعالى.

وعلى الرغم من أنّ مبادرة دراستنا كان لها السبق في تناول اضطراب تعب الرحمة باللغة العربية وفاعلية اليقظة الذهنية الكاملة في خفض مستويات الاحتراق والضغط وهذا ما نعهده اسهاماً علمياً ولو بالنذر القليل، لكن تبقى نتائج البحث الحالي محدودة ولا يمكن تعميمها، لأنّها اقتصرّت على دراسة حالة واحدة، ولذا يجب تطبيق البرنامج العلاجي المقترح بالدراسة على عدد أكبر من الحالات مستقبلاً للتمكّن من تعميم النتائج المتحصّل عليها.

ما تطلّعنا اليه من خلال هذه الدراسة هو تسليط الضوء ولفت الانتباه لاضطراب يعدّ مستوى متقدما من الاحتراق النفسي بل ويشمله, إلا أنّنا كمختصين لم نتعرّف عليه بعد, وكذلك توجيه انظار الباحثين والممارسين الى جوانب علاجية كتقنيات اليقظة الذهنية وعدم اغفالها, بل والمساهمة في النهوض بمثل هذه الممارسات العلاجية في مؤسسات العلاجية العامّة والخاصة, وتخصيص برامج أكاديمية تتناولها كمقاييس تعليمية بالجامعات, لأنها متصلة بمكوّن أساسي في البناء الإنساني الا وهو الجانب الروحي الذي اثبت جدواه كعامل أساسي في تحقيق الرفاهية والصحة النفسيتين والذي نحن نتشاركه بعمق في موروثنا الحضاري والديني مع كلّ الحضارات الإنسانية الحقّة.

أحمد سليم النجار. (2006). *التوحد واضطراب السلوك*. الأردن: دار أسامة المشرق الثقافي.

الإذاعة الجزائرية. (2018, 12 03). ارتفاع معدل الإصابة بالتوحد في الجزائر والاطباء ينصحون بالمسارعة في الكشف .  
Récupéré sur [www.radioalgerie.dz](http://www.radioalgerie.dz) الإذاعة الجزائرية :

<https://www.radioalgerie.dz/news/ar/reportage/156547.html>

الراغب الأصفهاني. (2009). *مفردات ألفاظ القرآن* (الإصدار الطبعة الرابعة). (عدنان داوودي، المترجمون) دمشق، بيروت: دار القلم، دار الشامية.

الصحة، م، (2005). نوفمبر 9. Récupéré sur <https://www.who.int/features/qa/28/ar/>.

<https://www.who.int/ar>

الطاهر، محمد ابن عاشور. (2000م). *التحرير والتنوير* (الإصدار ط1). بيروت: مؤسسة التاريخ.

باسم الدحادحة. (2016). فاعلية التدريب على برنامج التأمل التجاوزي في تحسين مستوى يقظة العقل لدى طالبات جامعة نزوى.  
*دراسات العلوم التربوية، 43* (1)، 617-631.

بيومي، ل. ع. (2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه، جامعة قناة السويس، كلية التربية بالعريش.

جيهان مصطفى. (2008). *التوحد* (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، مصر: دار أخبار اليوم للنشر والتوزيع.

حديدان صبرينة، م. أ. (2017). *أطفال التوحد في الجزائر: جدلية الوجود والوعي*. Récupéré sur

<https://www.univ-eloued.dz/>:

[https://www.univ-eloued.dz/images/adab/ihtkh/%D8%AE%D8%A7%D8%B1%D8%AC\\_%D8%AC%D8%A7%D9%85%D8%B9%D8%A9\\_%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%A7%D8%AF%D9%8A/%D8%A3%D8%B7%D9%81%D8%A7%D9%84\\_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%88%D8%AD%D8%AF\\_%D9%81%D9%8A\\_%D8%A7%D9%84%D8%AC%D8%B2%D8%A7%D8%A6](https://www.univ-eloued.dz/images/adab/ihtkh/%D8%AE%D8%A7%D8%B1%D8%AC_%D8%AC%D8%A7%D9%85%D8%B9%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%A7%D8%AF%D9%8A/%D8%A3%D8%B7%D9%81%D8%A7%D9%84_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%88%D8%AD%D8%AF_%D9%81%D9%8A_%D8%A7%D9%84%D8%AC%D8%B2%D8%A7%D8%A6)

راف الله بوشعراية وفتححي الداخ طاهر. (فيفري، 2017). الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى أباء وأمهات أطفال التوحد. (جامعة بنغازي، المحرر) *المجلة العالمية الليبية، 3*.

رائد خليل العبادي. (2006). *التوحد* (الإصدار الطبعة الأولى). عمان، الأردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

- رجاء محمود أبوعلام. (1998). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*. القاهرة , مصر: دار النشر للجامعات.
- زمام, ع. ا. (2012). *التوحد الذاتي عند الاطفال*. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- زين الدين أبو عبد الله محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الحنفي الرازي. (1999). *مختار الصحاح* (الإصدار 5، المجلد 1). (يوسف الشيخ محمد، المترجمون) بيروت - صيدا، لبنان: المكتبة العصرية-الدار النموذجية.
- سامي محسن الختاتنة. (2019). *فعالية برنامج للتدريب على اليقظة العقلية في خفض الضغط النفسي وتحسين نمط الحياة لدى طلبة جامعة حكومية فيالأردن. دراسات, العلوم التربوية، 46(1)، 1-18.*
- سناء محمد سليمان. (2014). *الطفل الذاتوي (التوحد) بين الغموض والشفقة.. والفهم والرعاية* (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة، مصر: عالم الكتب.
- سيدة أبو السعود حنفي. (2005). *مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين لتنمية بعض مهارات طفل الاوتيزم*. رسالة دكتوراه ، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة.
- عبد الرحمن الميداني. (1978). *الأخلاق الإسلامية وأسسها*. دمشق: دار القلم.
- علي فرح أحمد. (2015). *محاولة لفهم الذاتوية ، إعاقة التوحد عند الأطفال*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عمّار بوحوش ,مجموعة من المؤلفين. (2019). *منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية*. برلين, ألمانيا: للمركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية.
- للأسرة المعهد الدولي الدوحة. (2019). *رفاه الأسر المتعايشة مع اضطراب طيف التوحد في قطر*. (الطبعة الثانية). الدوحة، قطر: دار جامعة حمد بن خليفة للنشر. doi:10.5339/difi\_9789927137938
- محمد مصطفى عبد الرزاق مصطفى. (2019). *فعالية برنامج إرشادي معرفي قائم على اليقظة العقلية في خفض مشكلات التنظيم الانفعالي وتحسين صورة الجسم لدى عينة من طلاب الجامعة المكفوفين*. *المجلة التربوية, جامعة عين شمس، 1-93.*
- منظمة الصحة العالمية, (2019). *نوفمبر 07*. (اضطرابات طيف التوحد). Récupéré sur <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> منظمة الصحة العالمية: who
- منظوران. (بدون). *لسان العرب* (المجلد 1). القاهرة، مصر: دار المعارف.
- مهدي كاظم داخل. (2017). *التوحد. مفهومه، أسبابه، أعراضه، وعلاجه*. *الكتاب السنوي لمركز أبحاث الطفولة والأمومة/جامعة ديالى، 11* (عدد خاص)، 59.

- Abendroth, M. F. (2006). Predicting the Risk of Compassion Fatigue: A Study of Hospice Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8, 346-356. doi:10.1097/00129191-200611000-00007
- Adams, R. E. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103
- Adams, R. E. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103
- Afzaal, T. W. (2019, Jun 4). A Short Commentary on Non-specialist-mediated Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder. *Cureus*, 11(6). doi:10.7759/cureus.4831
- Al-Fars, O. & -F.-S. (2016). Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: A case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1943-1951. doi:10.2147/NDT.S107103
- Almansour, M. & -A. (2013). Depression and anxiety among parents and caregivers of autistic spectral disorder children. *Neurosciences*, 18(1), 58-63.
- Anke Maatz, P. H. (2017, August 26). Schizophrenia, Self, and Person Eugen Bleuler and Arthur Kronfeld on a Conceptual Alliance. *Psychopathology*. doi:DOI: 10.1159/000479071
- Anne E. Kazak, T. S. (1997, April 2). Mothers' Resolution of Their Childs's Diagnosis and Self-Reported Measures of Parenting Stress, Marital Relations, and Social Support. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(2), 197-212. doi:10.1093/jpepsy/22.2.197
- association, A. p. ( 2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: IVED.
- Association, A. P. (2013). *Highlights of Changes From DSM-IV to DSM-5*. Retrieved from psychiatryonline: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596.changes>
- Association, P. A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (éd. 5e éd). Washington, DC, U.S.A.
- Auraghi, M. (2018). *L'impact de l'épuisement parental sur la qualité d'interaction parent-enfant*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de louvain.
- Autism Society . (2011). *Autism and Your Family*. Retrieved from Autism Society : <http://www.autism-society.org>
- Back, A. & . (2014). Compassion, Compassion Fatigue, and Burnout: Key Insights for Oncology Professionals. *American Society of Clinical Oncology educational book / ASCO. American Society of Clinical Oncology. Meeting*, 34, e454-e459. doi:10.14694/EdBook\_AM.2014.34.e454
- Baer, R. & . (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206. doi:10.1177/1073191104268029
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10(2), 125-142. doi:10.1093/clipsy.bpg015
- Baer, R. A. (2014). *Mindfulness-based treatment approaches : clinician's guide to evidence base and applications* (2 ed.). Cambridge, Massachusetts, USA: Academic Press, , Elsevier Inc. doi:10.1016/C2011-0-06263-4
- Baker-ericzén, m. J.-f. (2005). Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 04(30), 194-204. doi:10.2511/rpsd.30.4.194

- Banach, M. I. (2010). Family Support and Empowerment: Post Autism Diagnosis Support Group for Parents. *Social Work with Groups*, 33, 69-83. doi: 10.1080/01609510903437383
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice Hall.Englewood Cliffs.
- Barbaro, J. &. (2020, December). Study protocol for an evaluation of ASDetect - a Mobile application for the early detection of autism. *BMC pediatrics*, 20(1). doi:10.1186/s12887-019-1888-6
- Barreyre, J.-Y. &. (2006). *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* (éd. (2e éd)). Paris, France: Bayard.
- Barzansky, B. &. (2000). Educational Programs in US Medical Schools, 1999-2000. *JAMA. the journal of the American Medical Association*, 284, 1114-1120. doi:10.1001/jama.284.9.1114
- Baum, N. (2013). Female Receptivity and Secondary Traumatization in the Family. *Family process*, 53(2), 225-238. doi:10.1111/famp.12049
- Beer, M. D. (1996, (July/August)). . Psychosis: A history of the concept. (Elsevier, Éd.) *Comprehensive Psychiatry*, 37(04), pp. 273-291. Récupéré sur [https://www.researchgate.net/publication/14378053\\_Psychosis\\_A\\_history\\_of\\_the\\_concept](https://www.researchgate.net/publication/14378053_Psychosis_A_history_of_the_concept)
- Beer, M. D. (1996, march 01). The endogenous psychoses: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 07(25), 01-29.
- Bender, L. (1942). Childhood schizophrenia. *Nervous Child*.
- Benson, P. &. (2011, December). Marital quality and psychological adjustment among mothers of children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1685–1675. doi:10.1007/s10803-011-1198-9
- Berghmans, C. &. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18(10), 62-71. doi:1016/j.jtcc.2008.04.006
- Berghmans, C. (2012). *Soigner par la méditation: Thérapies de pleine conscience*. (E. Masson, Ed.) france.
- Bernard Paulais, M. A.-B. (2019, July 19). Heterogeneities in Cognitive and Socio-Emotional Development in Children With Autism Spectrum Disorder and Severe Intellectual Disability as a Comorbidity. *Frontiers in psychiatry*, 10, 1-14. doi:10.3389/fpsy.2019.00508
- Bishop, S. &. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 230-241. doi:doi:10.1093/clipsy/bph077
- Bitsika, V. &. (2013). The Buffering Effect of Resilience upon Stress, Anxiety and Depression in Parents of a Child with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25, 1-11. doi:10.1007/s10882-013-9333-5
- Bluth, K. R. (2013). A Stress Model for Couples Parenting Children With Autism Spectrum Disorders and the Introduction of a Mindfulness Intervention. *Journal of family theory & review*, 5(3), 194-213. doi:10.1111/jftr.12015
- Boscarino, J. A. (2010). Secondary Trauma Issues for Psychiatrists. *The Psychiatric times*, 27(11), 24-26.
- Boss, P. (1999). *AMBIGUOUS LOSS, Learning to Live with Unresolved Grief*. London, England: HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- Boss, P. (2009). The Trauma and Complicated Grief of Ambiguous Loss. *Pastoral Psychology*, 59, 137-145. doi:10.1007/s11089-009-0264-0
- Braunschneider, H. (2013). Preventing and Managing Compassion Fatigue and Burnout in Nursing. *ESSAI*, 11(11), 14-18.



- Bravo-Benítez, J. P.-M.-A.-Q. (2019, November 30). Grief Experiences in Family Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *International journal of environmental research and public health*, *16*(23), 1-18. doi:10.3390/ijerph16234821
- Bravo-Benítez, J. P.-M.-A.-Q. (2019, november 30). Grief Experiences in Family Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *International journal of environmental research and public health*, *16*(23), 1-18. doi:10.3390/ijerph16234821
- Bride, B. &. (2007, June 26). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, *35*(3), 155-163 . doi:10.1007/s10615-007-0091-7
- Brillon, P. (2010). *Se relever d'un traumatisme: Réapprendre à vivre et à faire confiance*. Montréal: édition québécois .
- Brown, K. W. (2003, April). The benefits of being present Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, *84*(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Bugental, D. (2000). Acquisition of the Algorithms of Social Life: A Domain-Based Approach. *Psychological bulletin*, *126*, 187-219. doi:10.1037//0033-2909.126.2.187
- C. Bursztejn, J.-P. R. (2011). Autisme, psychose précoce, troubles envahissants du développement. (E. Masson, Éd.) *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*.
- Cappe, É. &.-L. (2012). Etude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger :Effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant. *Evolution Psychiatrique*, *77*, 181-199. doi:10.1016/j.evopsy.2012.01.008
- Cardaciotto, L. H. (2008). The assessment of present moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, *15*(2), 204-223. doi:10.1177/1073191107311467
- Carlson, L. E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(4), 448-474. doi:10.1016/s0306-4530(03)00054-4
- Carmody, J. &. (2009, June). How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, *65*(06), 627-638. doi:10.1002/jclp.20555
- Carol Turkington, R. A. (2007). *The Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. New York NY 10001: Infobase Publishing.
- Casey, L. &. (2012). Parental symptoms of posttraumatic stress following a child's diagnosis of autism spectrum disorder: A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *6*, 1186-1193. doi:10.1016/j.rasd.2012.03.008
- Catalano, D. H. (2018, February 14). Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, *15*(2), 341. doi:10.3390/ijerph15020341
- Chadwick, P. &. (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the mindfulness questionnaire. *Assessment*, *11*, 206-216. doi:10.1348/014466508x314891
- Chamak, B. &. (2011). The autism diagnostic experiences of French parents. *Autism : the international journal of research and practice*, *15*(1), 83-97. doi:10.1177/1362361309354756
- Chang, Y.-C. &. (2016, July ). A systematic review of peer-mediated interventions for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *27*, 1-10. doi:10.1016/j.rasd.2016.03.010

- Charman, T. (2003, January 16). Why is joint attention a pivotal skill in autism? (T. R. Society, Ed.) *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 358, 315-324. doi:10.1098/rstb.2002.1199
- Christopher F Sharpley, V. B. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 22(1), 19-28. doi:10.1080/13668259700033261
- Cicognani, E. &. (2009). Emergency Workers' Quality of Life: The Protective Role of Sense of Community, Efficacy Beliefs and Coping Strategies. *Social Indicators Research*, 94, 449-463. doi:10.1007/s11205-009-9441-x.
- Circenis, K. &. (2011). Compassion Fatigue, Burnout and Contributory Factors Among Nurses in Latvia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2042-2046. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.395
- Claude Berghmans, C. T. (2010). « Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 49-83. doi:10.7202/044798ar
- Cocker, F. &. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 1-18. doi:10.3390/ijerph13060618
- Coetzee, S. &. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12, 235-243. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
- Corcoran, J. &. (2015). The lived experience of US parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of intellectual disabilities*, 19(4), 356-366. doi:10.1177/1744629515577876
- Cottraux, J. (1990 ). *les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
- Crane, L. &. (2016). Experiences of autism diagnosis: A survey of over 1000 parents in the United Kingdom. (SAGE, Ed.) *Autism : the international journal of research and practice*, 20(2), 153-162. doi:10.1177/1362361315573636
- Crawford, P. &. (2014). The design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3589-3599. doi:10.1111/jocn.12632
- Cungi, C. (2018). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Retz.
- Dabrowska-Zimakowska, A. &. (2010, March). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 266-280. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x
- DANIENE NEAL, J. L. (2012, May 23). A comparison of diagnostic criteria on the Autism Spectrum Disorder Observation for Children (ASD-OC). *Developmental Neurorehabilitation*, 15(05), 329–335. doi:10.3109/17518423.2012.697492
- Dardas, L. &. (2014). Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with Autistic Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1326-1333. doi:10.1016/j.ridd.2014.03.009
- Dave, D. &. (2014, January – March). Study of Anxiety and Depression in Caregivers of Intellectually Disabled Children. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 2(1), 1-6. doi:10.5455/jrmds.2014212
- Davis, N. &. (2008, August). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(7), 1278-1291. doi:10.1007/s10803-007-0512-z
- Dawson, G. T. (2004). Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. , 40(2),. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.271>. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/8685850\\_Early\\_Social\\_Attention\\_Impairments\\_in\\_Autism\\_Social\\_Orienting\\_Joint\\_Attention\\_and\\_Attention\\_to\\_Distress](https://www.researchgate.net/publication/8685850_Early_Social_Attention_Impairments_in_Autism_Social_Orienting_Joint_Attention_and_Attention_to_Distress)

- Day, J. &. (2011). Compassion Fatigue: An Application of the Concept to Informal Caregivers of Family Members with Dementia. *Nursing research and practice*, 2011, 1-11. doi:10.1155/2011/408024
- Day, J. R. (2014). Compassion fatigue in adult daughter caregivers of a parent with dementia. *Issues in mental health nursing*, 35(10), 796-804. doi:10.3109/01612840.2014.917133
- Debra Lobato, D. F. (1988, February 23). Examining the Effects of Chronic Disease and Disability on Children's Sibling Relationship. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(03), 389-407. doi:10.1093/jpepsy/13.3.389
- DeCasper, A. J. (1980, June 06). Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208, 1174-1176.
- DePape, A.-M. &. (2015). Parents' Experiences of Caring for a Child With Autism Spectrum Disorder. (SAGE, Ed.) *Qualitative Health Research*, 25, 569-583. doi:10.1177/1049732314552455
- diseases, i. c. (2019/2020). *ICD-10-CM Codes*. Récupéré sur ICD-10 Data.com: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F80-F89/F84-/F84.0>
- Dittrich, K. &.-L. (2017, february). Observational Context of Mother-Child Interaction: Impact of a Stress Context on Emotional Availability. *Journal of Child and Family Studies*, 1-21. doi:10.1007/s10826-017-0678-8
- Doussard-Roosevelt, J. &. (2003). Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Development and psychopathology*, 15(2), 277-295. doi:10.1017/S0954579403000154
- E, T. f. (1997). Kraepelin E. La folie maniaco-dépressive, 1913. Cent ans de psychiatrie. (Mollat, Éd.) *suivi de la folie maniaco-dépressive*, 149- 349.
- Elder, J. H. (2017). Clinical impact of early diagnosis of autism on the prognosis and parent-child relationships. *research and behavior management*, 10, 283-292. doi:10.2147/PRBM.S117499
- Elizabeth Blesedell Crepeau, E. S. (2008). *Willard & Sparkman's occupation therapy* (éd. 11th ed). (L. W. Wilkins, Éd.) Philadelphia, USA.
- Fabrizio Didonna. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness* (1 ed.). Verlag New York: Springer. doi:10.1007/978-0-387-09593-6
- Falck-Ytter, T. (2015, September). Gaze performance during face-to-face communication: A live eye tracking study of typical children and children with autism. (Elsevier, Ed.) *Research in Autism Spectrum Disorders*, 17, 78-85. doi:10.1016/j.rasd.2015.06.007
- Feldman, G. &.-P. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190. doi:10.1007/s10862-006-9035-8
- Fernández-Alcántara, M. &.-C.-M.-R.-Q. (2016). Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research in Developmental Disabilities*, 55, 312-321. doi:10.1016/j.ridd.2016.05.007
- Fernández-Alcántara, M. G.-C.-R.-M.-G.-F.-Q. (2015). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability and Health Journal*, 8, 93-101. doi:10.1016/j.dhjo.2014.06.003
- Figley, C. R. (1995). *COMPASSION FATIGUE: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Routledge.
- Figley, C. R. (1996). *Psychometric review of the Compassion Fatigue Self Test*. In B. H. Stamm (Ed.). *Measurement of Stress, Trauma & Adaptation*. Lutherville: MD: Sidran Press.
- Figley, C. R. (2002A). *Treating compassion fatigue*. New York: NY: Brunner-Routledge.

- Figley, C. R. (2002B). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Journal of clinical psychology*, 58, 1433-1441. doi:10.1002/jclp.10090
- Figley, C. R. (2012). *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publications, Inc.
- Fineltain, L. (2003, 02 01). LES MANUELS DE PSYCHIATRIE, La Psychiatrie à la lumière des manuels, précis et traités, La Psychiatrie à la lumière des dictionnaires, glossaires et lexiques. (B. d. psychiatrie, Éd.) *Bulletin de psychiatrie*(13), p. 08. Récupéré sur <http://www.bulletindepsychiatrie.com/manuels.htm>
- Fink, G. (2010). Stress: Definition and history. . *Encyclopedia of Neuroscience*, pp. 3-9.
- Fischer, G. &. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Malakoff, France: Dunod.
- FISMAN, S. A. (1996). Use of Risperidone in pervasive developmental disorders: A case series. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*(6), 177-190.
- Flarity, K. &. (2013). The Effectiveness of an Educational Program on Preventing and Treating Compassion Fatigue in Emergency Nurses. *Advanced emergency nursing journal*, 35, 247-258. doi:10.1097/TME.0b013e31829b726f
- Fletcher, H. K. (2016). *Attachment in intellectual and developmental disability: a clinician's guide to research and practice*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Fletcher, P. &. (2012). The costs of caring for a child with an autism spectrum disorder. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 35(1), 45-69. doi:10.3109/01460862.2012.645407
- Fountain, C. &. (2011). Age of diagnosis for autism: individual and community factors across 10 birth cohorts. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(6), 503-510. doi:10.1136/jech.2009.104588
- Franza, F. &. (2015). Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatria Danubina*, 7, 321-327. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/282611338>
- Franza, F. &. (2020). The Role of Fatigue of Compassion, Burnout and Hopelessness in Healthcare: Experience in the Time of COVID-19 Outbreak. *Psychiatria Danubina*, 222-231. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/344140636\\_The\\_Role\\_of\\_Fatigue\\_of\\_Compassion\\_Burnout\\_and\\_Hopelessness\\_in\\_Healthcare\\_Experience\\_in\\_the\\_Time\\_of\\_COVID-19\\_Outbreak](https://www.researchgate.net/publication/344140636_The_Role_of_Fatigue_of_Compassion_Burnout_and_Hopelessness_in_Healthcare_Experience_in_the_Time_of_COVID-19_Outbreak)
- Frostadottir, A. D. (2019, May). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Frontiers in psychology*, 10(1099), 1-11. doi:10.3389/fpsyg.2019.01099
- Gardou, C. (2012). *Parents d'enfant handicapé : le handicap en visages*. Toulouse, France: Éres.
- Garrabé, J. (2014). Nosographie et classifications des maladies mentales. (E. Masson, Éd.) *L'évolution psychiatrique*(79), p. 12. Récupéré sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- Gaudiano. (2008). Cognitive-behavioural therapies: achievements and challenges. *Evidence-based mental health*, 11(1), 1-7. doi:10.1136/ebmh.11.1.5
- Gentry JE, B. A. (2002). The accelerated recovery program (ARP) for compassion fatigue. In F. CR, *Treating compassion fatigue* (pp. 123-137). New York: Brunner-Routledge.
- Géraud, M. (2007). Emil Kraepelin : un pionnier de la psychiatrie moderne. (E. Masson, Éd.) *L'Encéphale, cahier 1*, 562.
- Gibbs, V. A. (2012). An exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1750-1756.

- Gibson. (2019, september). Mindfulness, Interoception, and the Body: A Contemporary Perspective. *Frontiers in psychology*, 10(2012), 1-18. doi:10.3389/fpsyg.2019.02012
- Goin-Kochel, R. &. (2007). Parental reports on the use of treatments and therapies for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 195-209. doi:10.1016/j.rasd.2006.08.006
- Gorlin, J. &. (2016). Severe Childhood Autism: The Family Lived Experience. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 580-597. doi:10.1016/j.pedn.2016.09.002
- Gracia Gozalo, R. M. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el. *Medicina intensiva*, 35(10), 207-216. doi:10.3109/01612840.2014.917133
- gray, d. e. (2002). “everybody just freezes. everybody is just embarrassed”: felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health and Illness*, 06(24), 734-749. doi:10.1111/1467-9566.00316
- green, S. (2003). “What do you mean ‘what’s wrong with her?’”: Stigma and the lives of families of children with disabilities. *Social Science and Medicine*, 08(57), 1361-1374. doi:10.1016/S0277-9536(02)00511-7
- Grossman, P. &. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57, 35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Hansen, S. N. (2015). Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders. The proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA Pediatrics*, 56-62. doi:https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1893
- Harach, L. D. (2005). Construction and maintenance of parent–child relationships: Bidirectional contributions from the perspective of parents. *Infant and Child Development*, 14, 327-343. doi:10.1002/icd.393
- Hartley, S. &. (2017). Daily couple experiences and parent affect in families of children with versus without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(6), 1645-1658. doi:10.1007/s10803-017-3088-2
- Hartley, S. L. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 449-457. doi:doi:10.1037/a0019847
- Hartmann, A. (2012). *Autism and its Impact on Families*. Master of Social Work Clinical Research Papers, St. Catherine University, Social Work Clinical Research Papers, St. Paul, Minnesota. Retrieved from [https://sophia.stkate.edu/msw\\_papers/35](https://sophia.stkate.edu/msw_papers/35)
- Hasting, r. p. (2005). System analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 635- 478. doi:10.1007/s10803-005-0007-8
- Hayes, S. C. (1999). *Acceptance and commitment therapy : an experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hebert, R. &. (2000). Reliability, Validity and Reference Values of the Zarit Burden Interview for Assessing Informal Caregivers of Community-Dwelling Older Persons with Dementia. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 19(42000), 494-507. doi:10.1017/S0714980800012484
- Heimann, M. &. (2016, March 28). Children with autism respond differently to spontaneous, elicited and deferred imitation. *Journal of intellectual disability research*, 60(5), 491-501. doi:10.1111/jir.12272
- Hernandez, L. M. (2020, April 24). Social Attention in Autism: Neural Sensitivity to Speech Over Background Noise Predicts Encoding of Social Information. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1-14. doi:10.3389/fpsy.2020.00343

- Heyvaert M, S. L. (2014). Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: an updated quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities, 35*(10), 2463-2476. doi:10.1016/j.ridd.2014.06.017
- Hochmann, J. (2010). L'autisme à l'heure du néolibéralisme : quelques réflexions. . *Enfance et psy, 1*(46).
- Hofman, S. G. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J. Consult. Clin. Psychol, 78*, 169-183. doi:10.1037/a0018555
- Hofmann, S. &. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(02), 169-183. doi:10.1037/a0018555
- Holger F. Sperdin, M. S. (2016, August 25). Aberrant development of speech processing in young children with autism New insights from neuroimaging biomarkers. *Frontiers in Neuroscience, 10*, 1-15. doi:10.3389/fnins.2016.00393
- Hugger, L. (2009). Mourning the Loss of the Idealized Child. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 8*, 124-136. doi:10.1080/15289160802435562
- Ilias, K. C. (2019, January 8). Risk and Resilience Among Mothers and Fathers of Primary School Age Children With ASD in Malaysia: A Qualitative Constructive Grounded Theory Approach. *Frontiers in psychology, 9*, 1-20. doi:10.3389/fpsyg.2018.02275
- Ingersoll, B. (2008, April-June). The social role of imitation in autism: Implications for the treatment of imitation deficits. *Infants and Young Children, 21*(2), 107-119. doi:10.1097/01.IYC.0000314482.24087.14
- Ingvarsson, T. &. (2014, october). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: A Case Study on Experiences of Healthy Behaviors by Clients in Psychiatric Care. *Open Journal of Medical Psychology, 3*, 390-402. doi:10.4236/ojmp.2014.35041
- j.Engstrom, E. (2003, janvier-fevrier). la messende individualpsychologie: sur le rôle de l'expérimentation psychologique dans la psychiatrie d'Emil Kraepelin. *PSN, 01*(01), p. 53.
- Jackson, D. &. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of advanced nursing, 60*, 1-9. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x
- Jacobs, D. &. (2019, November 4). Parents' views and experiences of the autism spectrum disorder diagnosis of their young child: a longitudinal interview study. *European child & adolescent psychiatry, 1*-12. doi:10.1007/s00787-019-01431-4
- Jarbrink, K. (2007). the economic consequences of autistic spectrum disorder among children in a Swedish municipality. *Autism, 11*, 453-463. doi:10.1177/1362361307079602
- Jasbi, M. S.-T. (2018). Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans - results from a randomized control study. *Cognitive behaviour therapy, 47*(5), 431-446. doi:10.1080/16506073.2018.1445773
- Jatteau, T. f. (1982). Kraepelin E. La folie systématisée (paranoïa), 1899. *Analytica*(30), 21-44.
- Jatteau, T. f. (1987). Kraepelin E. La psychose irréversible (démence précoce, 1899). *Analytica*(49), 11-94.
- Jodi L. Constantine Brown, J. O. (2017). Compassion Fatigue and Mindfulness: Comparing Mental Health Professionals and MSW Student Interns. *Journal of Evidence-Informed Social Work, 14*(03), 119-130. doi:10.1080/23761407.2017.1302859
- Johnson, C. P. (2007, november). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics, 120*(5), 1183-1215. doi:10.1542/peds.2007-2361

- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-120. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hyperion Books.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York, NY: Bantam Books TRADE PAPERBACKS.
- Katsantoni, K. Z. (2019). Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece. *Materia socio-medica*, 31(3), 172-176. doi:10.5455/msm.2019.31.172-176
- Keenan, M. &. (2010). The Experiences of Parents During Diagnosis and Forward Planning for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 390-397. doi:10.1111/j.1468-3148.2010.00555.x
- Ketele, J.-M. D. (1980). *Observer pour éduquer /Recherches en sciences de l'éducation*. Suisse, Allemagne: P. Lang.
- Kheir, N. M.-I.-R. (2012). Concerns and considerations among caregivers of a child with autism in Qatar. *BMC research notes*, 5(290), 1-7. doi:10.1186/1756-0500-5-290
- Khoury, B. L. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Killian, K. (2008). Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. *Traumatology*, 14, 32-44. doi:10.1177/1534765608319083
- Kim, B. &.-Y. (2013). Factors Associated with Treatment Outcomes in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Panic Disorder. *Yonsei medical journal*, 54(6), 1454-1462. doi:10.3349/ymj.2013.54.6.1454
- Kjelgaard, M. &.-F. (2001, April 1). An Investigation of Language Impairment in Autism: Implications for Genetic Subgroups. *Language and cognitive processes*, 16((2-3)), 287-308. doi:10.1080/01690960042000058
- KL, K. A. (1987). La catatonie ou folie tonique. (E. Masson, Éd.) *Évolution Psychiatrique*, pp. 367-440.
- Klin, A. L. (2009). Two year olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. *Nature*, 459, 257-261. Retrieved from <https://www.nature.com/articles/nature07868>
- Kocsis, R. N. (2013, Nov 5). Book Review: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5). (SAGE, Éd.) *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi:10.1177/0306624X13511040
- Konstantareas, m. m. (2006). effects of temperament, symptom severity and level of functioning on maternal stress in greek children and youth with ASd. *Autism*, 06(10), 593-607. doi:10.1177/1362361306068511
- Kor, P. L. (2019, May 29). Effects on stress reduction of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of those with dementia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(303), 1-13. doi:10.1186/s13063-019-3432-2
- Kor, P. L. (2019, May 17). Effects on stress reduction of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of those with dementia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-11. doi:10.1186/s13063-019-3432-2
- Krista Byers-Heinlein, T. C. (2010, January 29). The Roots of Bilingualism in Newborns. (SAGE, Éd.) *Psychological Science*. doi:10.1177/0956797609360758

- Kristine M. Kulage, A. M. (2014, february 16). How Will DSM-5 Affect Autism Diagnosis? A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s10803-014-2065-2
- Kunyk, D. &. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 317-325. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x
- Kwiatkowski, P. &. (2017). Examining the Relationship of Individual Resources and Burnout in Mothers of Children with Disabilities. *International Journal of Special Education*, 823–841.
- L, B. N. (2015, décembre). Autisme Et Dynamique Familiale. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الإجتماعية* 7(21), 21-32. Récupéré sur <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/38940>
- L, K. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*(2), 217-230.
- La Monica, E. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in nursing & health*, 4, 389-400. doi:10.1002/nur.4770040406
- Lau, M. &. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1445-1467. doi:10.1002/jclp.20326
- Ledesma, D. &. (2009, November 20). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-oncology*, 18(6), 579–571. doi:10.1002/pon.1400
- Lemay, M. (2004). Les problèmes soulevés par le diagnostic différentiel. Dans M. Lemay, *L'autisme aujourd'hui* (pp. 229-249). Paris: Odile Jacob.
- Levine, P. (2013). *Creating safety in practice: How the right tools can speed healing and reduce symptoms for even the most traumatized clients (webinar) in NICABM series*. Retrieved from nicabm: [www.nicabm.com/training](http://www.nicabm.com/training)
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Lombardo, B. &. (2011). Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online journal of issues in nursing*, 16(1). doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
- Lyll, K. C.-A. (2017). The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, 81-102. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev--publhealth--031816--044318>
- Lynch, S. H. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 68(9), 2134\_2125. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x
- Mackler, J. &. (2015, April). Parenting Stress, Parental Reactions, and Externalizing Behavior From Ages 4 to 10. *Journal of Marriage and Family*, 388-406. doi:10.1111/jomf.12163
- Maenner MJ, R. C. (2014, january 22). Potential Impact of DSM-5 Criteria on Autism Spectrum Disorder Prevalence Estimates. *JAMA Psychiatry*, 03(71), 292-300. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3893
- Magerotte, G. (2006). Comment accompagner les parents, acteurs du développement de leur enfant: « Aidez-moi à porter mes valises... ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 34(2), 89-98. doi:10.3917/nras.034.0089
- Maley, M. (2018). Combatting Compassion Fatigue With Mindfulness. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 11, 52-58. doi:10.1891/2380-9418.11.1.52
- Malhotra, S. &. (2017). Rebuilding the brain with psychotherapy. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4), 411-419. doi:10.4103/0019-5545.217299
- Manwaring, S. &. (2018). A scoping review of deictic gesture use in toddlers with or at-risk for autism spectrum disorder. (SAGE, Ed.) *Autism & Developmental Language Impairments*, 3, 1-27. doi:10.1177/2396941517751891



- Martin, P. P. (1993). Le handicap en question : des familles face à la découverte du handicap et à l'accompagnement du jeune enfant à domicile. Bruxelles, Université libre de Bruxelles, École de santé publique, Laboratoire d'épidémiologie et de médecine sociale.
- Maslach, C. &. (2001). JOB BURNOUT. *Annual Review of Psychology*, 52, 397+.
- Mathias, C. T. (2017). Descriptive study of burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in undergraduate nursing students at a tertiary education institution in KwaZulu-Nata. *Curationis*, 40(1), 1-6. doi:10.4102/curationis.v40i1.1784
- Mathias, C. T. (2017). Descriptive study of burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in undergraduate nursing students at a tertiary education institution in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 40(1), 1-6. doi:10.4102/curationis.v40i1.1784
- Mathieu, F. &. (2007). Running on Empty: Compassion Fatigue in Health Professionals. *Rehab Community Care Med*, 4, 1-7.
- Matson, J. L. (2012). DSM-IV versus DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism. *Developmental Neurorehabilitation*, 185–190.
- MCGILL, P. P. (2006). Support for family carers of children and young people with developmental disabilities and challenging behaviour. *Child : Care, Health and Development*, 2(32), 159-165.
- McLeod, S. A. (2019, August 03). Case study method. Simply Psychology. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/case-study.html>
- Meltzoff, A. N. (1977, october 07). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Advancement Of Science*, 198, 75-78.
- Merlino, J. (2011). *Rescuing ourselves, self-care in disaster responde community*. (A. P. Pub, Éd.) Washington.
- Middleton, J. (2015). Addressing secondary trauma and compassion fatigue in work with older veterans: An ethical imperative. *Ageing Life Care J*, 5, 1-8.
- Mikolajczak, M. &. (2019, april). Parental Burnout: What Is It, and Why Does It Matter? *Clinical Psychological Science*, 1-32. doi:10.1177/2167702619858430
- Miller, T. &. (2012). Venturing for Others with Heart and Head: How Compassion Encourages Social Entrepreneurship. *The Academy of Management Review*, 37, 616-640. doi:10.5465/amr.2010.0456
- Mira, A. &. (2016). Access to autobiographical memory as an emotion regulation strategy and its relation to dispositional mindfulness. *Mindfulness & Compassion*, 1, 39-44. doi:10.1016/j.mincom.2016.09.005
- Miranda, A. M. (2019, March 08). Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies. *Frontiers in psychology*, 10, 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2019.00464
- Mody, M. &. (2013). Speech and Language Impairments in Autism: Insights from Behavior and Neuroimaging. *North American journal of medicine & science*, 5(3), 157-161. doi:10.7156/v5i3p157
- Molière, F. (2012). Aide (relation d'). In M. Formarier, *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 61-64). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers. doi:10.3917/arsi.forma.2012.01.0061
- Monteiro, M. J. (2016). *Family Therapy and the Autism Spectrum: Autism Conversations in Narrative Practice*. New York, USA: Routledge.
- Mundy, P. M. (1997). On the nature of communication and language impairment in autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 3(4), 343–349. doi:10.1002/(SICI)1098-2779(1997)3:4<343::AID-MRDD9>3.0.CO;2

- Murray, L. &. (2015). *Postnatal Depression, Mother-Infant Interactions, and Child Development*. (J. M. Gemmill, Ed.) Southern Gate, Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.  
doi:10.1002/9781118509722.ch9
- Myers, B. &.K. (2009). My greatest joy and my greatest heart ache:” Parents’ own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families’ lives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(3), 670-684. doi:10.1016/j.rasd.2009.01.004
- myers, B. J.-K. (2009). “my greatest joy and my greatest heart ache”: parents’ own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families’ lives. *Research in Autism Spectrum Disorders*(03), 670-684. doi:10.1016/j.rasd.2009.01.004
- Najjar, N. &.-C. (2009). Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of health psychology*, 14, 267-277. doi:10.1177/1359105308100211
- Naseef, R. (1989). *How families cope successfully with a handicapped child: A qualitative study*. Research/Technical (143), 67th, San Francisco, the Annual Convention of the Council for Exceptional Children , San Francisco. Retrieved from <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED310601.pdf>
- Navot, N. J. (2016). Family planning and family vision in mothers after diagnosis of a child with autism spectrum disorder. *Autism : the international journal of research and practice*, 20(5), 605-615. doi:10.1177/1362361315602134
- Neff, K. D. (2015). *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. New York, NY: William Morrow.
- New, A. K. (2007). Psychology of resilience to stress. Dans A. P. Association, & A. P. Pub (Éd.), *Recognition and prevention of major mental and substance use disorders* (p. 36). washington.
- NOAH Webster's. ( 1828). *American Dictionary of the English Language*. USA.
- O’Brien, M. (2007). Ambiguous Loss in Families of Children With Autism Spectrum Disorders. *Family Relations*, 56, 135-146. doi:10.1111/j.1741-3729.2007.00447.x
- Obeid, R. &. (2015). The Effects of Coping Style, Social Support, and Behavioral Problems on the Well-being of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders in Lebanon. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 59-70. doi:10.1016/j.rasd.2014.11.003
- Ogundele, M. (2018, February 8). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World journal of clinical pediatrics*, 7(1), 9-26. doi:10.5409/wjcp.v7.i1.9
- Olshansky, S. (1962, April 01). Chronic Sorrow: A Response to Having a Mentally Defective Child. *Social Casework*, 43(4), pp. 190-193. doi:10.1177/104438946204300404
- Organization, W. H. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 04 / 2019)*. Retrieved from <https://icd.who.int/>: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/120443468>
- Osborne, L. &. (2008). Parents' perceptions of communication with professionals during the diagnosis of autism. *Autism : the international journal of research and practice*, 12, 309-324. doi:10.1177/1362361307089517
- osterling, J. ,. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*(24), 247,257.
- Özyurt, G. &. (2018, september). Comparison of Language Features, Autism Spectrum Symptoms in Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder, Developmental Language Delay, and Healthy Controls. *Noro psikiyatri arsivi*, 55(3), 205-210. doi:10.5152/npa.2017.19407
- Papadopoulos, D. (2018). A general overview of the pragmatic language-social skills and interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism Open Access*, 8(1), 1-10. doi:10.4172/2165-7890.1000225

- Pearlman, L. (2012). Vicarious Trauma. In C. Figley, *Encyclopedia of Trauma*. Sage Publications.
- Pearlman, L. A. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). Brunner/Mazel.
- Pehlivan, T. (2018). Compassion Fatigue: The Known, Unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 129-134. doi:10.14744/phd.2017.25582
- PELCHAT, D. (1998). Effets longitudinaux d'un programme d'intervention infirmière familiale systémique sur l'adaptation des familles suite à la naissance d'un enfant avec une déficience [rapport de recherche]. Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, Canada.
- Perry, B. D. (2010). Family caregivers' compassion fatigue in long-term facilities. *Nursing older people*, 22(4), 26-31. doi:10.7748/nop2010.05.22.4.26.c7734
- Phillips, M. (2009). Chronic Sorrow in Mothers of Chronically Ill and Disabled Children. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 14, 111-120. doi:10.3109/01460869109009757
- Picard, D. &. (2015). *L'école de Palo Alto* (éd. 2). Paris, Paris, France: Presses universitaires de France.
- Pierce, K. G. (2009). The power and promise of identifying autism early: insights from the search for clinical and biological markers. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 21(3), 132-147.
- Portnoy. (2011). Burnout and compassion fatigue: watch for the signs. *Health progress (Saint Louis, Mo)*, 92(4), 46-50. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21838112/>
- Postel, J. (s.d.). « La Catatonie ou folie tonique »K-L. Kahlbaum. in *La psychiatrie, Textes Essentielles, réunis par*, pp. 257-278.
- Powell. (2020). Compassion Fatigue. *Professional case management*, 25(2), 53-55. doi:10.1097/NCM.0000000000000418
- Pruitt, M. &. (2016). The impact of maternal, child, and family characteristics on the daily well-being and parenting experiences of mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 20, 1-13. doi:10.1177/1362361315620409
- Ramaci, T. B. (2019, June). Psychological Flexibility and Mindfulness as Predictors of Individual Outcomes in Hospital Health Workers. *Frontiers in psychology*, 10(1302), 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2019.01302
- Reis, H. &. (2000). The Relationship Context of Human Behavior and Development. *Psychological bulletin*, 126, 844-872. doi:10.1037//0033-2909.126.6.844
- RICARD, M. (2013). *Plaidoyer pour l'altruisme*. Paris: NiL éditions.
- Robert S. Marvin, R. P. (1996). Mothers' Resolution of Their Child's Diagnosis and Self-Reported Measures of Parenting Stress, Marital Relations, and Social Support. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(4), 436-445. doi:10.1207/s15374424jccp2504\_8
- Robert, M. (1970). Apprentissage vicariant chez l'animal et chez l'humain. *L'année psychologique*, 70(2), 505-542. Récupéré sur [https://www.persee.fr/doc/psy\\_0003-5033\\_1970\\_num\\_70\\_2\\_27912](https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1970_num_70_2_27912)
- Roskam, I. &. (2018). *Le burn-out parental : Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*. Louvain-La-Neuve.
- Roskam, I. &.-E. (2017, february 9). Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2017.00163
- Roskam, I. R. (2017). Exhausted Parents: Development and preliminary validation of the parental burnout inventory. *frontiers in psychology*.

- Ruiz-Fernández, M. &.-P.-M.-R. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 1-11. doi:10.1111/jocn.15469
- Sabin-Farrell, R. &. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical psychology review*, 23(3), 449-480. doi:10.1016/s0272-7358(03)00030-8
- Sabo, B. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International journal of nursing practice*, 12(3), 136-142. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x
- Sabo, B. (2011, April). Compassionate presence: The meaning of hematopoietic stem cell transplant nursing. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 103-111. doi:10.1016/j.ejon.2010.06.006
- Sabo, B. (2011, January 31). Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), Manuscript 1. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- Salem, G. (2009). *L'approche thérapeutique de la famille* (éd. 5). Paris, France: Elsevier Masson. doi:10.1016/B978-2-294-70613-4.X5000-7
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American psychologist association. doi: 10.1037/11877-000
- Santorelli SF, M.-M. F.-Z. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Authorized Curriculum Guide. Worcester, MA: Ctr. Mindfulness Med. Health Care Soc., 1-65.
- Scaer, R. C. (2005). *The trauma spectrum: hidden wounds and human resiliency*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Schaaf, R. &.-C. (2011). The everyday routines of families of children with autism: Examining the impact of sensory processing difficulties on the family. *Autism : the international journal of research and practice*, 15, 373-389. doi:10.1177/1362361310386505
- Schriber, R. A. (2014). Personality and self-insight in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of personality and social psychology*, 106(1), 112-130. doi:10.1037/a0034950
- Sears, R. &. (2016). *Mindfulness-based cognitive therapy for posttraumatic stress disorder*. Hoboken, New Jersey, USA: Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781118691403
- Segal, Z. V. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, USA: Guilford Press.
- Segal, Z. V. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of general psychiatry*, 67(12), 1256-1264. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.168
- Segal, Z. W. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Bruxelles: De Boeck.
- Sénéchal, C. &.-P. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. *Santé mentale au Québec*. doi:https://doi.org/10.7202/029772ar
- Shapiro, S. &. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*. *INT J STRESS MANAGEMENT*, 12, 164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
- Sharpe, d. I. (2007). financial issues associated with having a child with autism. *Journal of Family and Economic Issues*(28), 247-264. doi:10.1007/s10834-007-9059-6
- Shepherd, D. &. (2017). Symptom severity, caregiver stress and intervention helpfulness assessed using ratings from parents caring for a child with autism. (SAGE, Ed.) *Autism: the international journal of research and practice*, 22(5), 585-596. doi:10.1177/1362361316688869

- Sherin, J. &. (2011). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3), 263-278.
- Shi, L. &. (2015, March 17). Different Visual Preference Patterns in Response to Simple and Complex Dynamic Social Stimuli in Preschool-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. *PLoS ONE*, 10(3), 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0122280
- Siddharth Ashvin Shah, E. G. (2007). Secondary-Traumatic-Stress-Prevalence-in-Humanitarian-Aid-Workers-in-India. (S. Publications, Ed.) *Traumatology*, 13(1), 59-70. doi:10.1177/1534765607299910
- Siegfried, C. (2008, march). Child Welfare Work and Secondary Traumatic Stress. National Center for Child Traumatic Stress, UCLA, USA. Retrieved from www.NCTSN.org
- Simpson, C. (2004). When Hope Makes Us Vulnerable: A Discussion of Patient–Healthcare Provider Interactions in the Context of Hope. *Bioethics*, 18, 428-447. doi:10.1111/j.1467-8519.2004.00408.x
- Stamm, B. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. Dans C. R. Figley, *Treating compassion fatigue* (pp. 107-122). New York: Routledge, Taylor&Francis Group.
- Stamm, B. (2010). The Concise Proqol Manual. (2nd), 1\_74. Pocatello, USA. Retrieved from <https://www.proqol.org/>: <https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>
- Strohmeier, H. &. (2015). Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature. *European journal of psychotraumatology*, 6(28541), 1-16. doi:10.3402/ejpt.v6.28541
- Stults-Kolehmainen, M. A. (2014). The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 44(1), 81-121. doi:10.1007/s40279-013-0090-5
- T. Haustgen, J. S. (2010). Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité. *Annales Médico-Psychologiques*.
- T. Haustgen, J. S. (2010). Emil Kraepelin (1856–1926) – III. Les grandes entités cliniques. *Annales Médico-Psychologiques*(168), pp. 792–795. Récupéré sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448710002489>
- T. Haustgen, J. S. (2011). Emil Kraepelin (1856–1926) 5. La renaissance. *Annales Médico-psychologiques*, 690-694.
- Taheri, A. &. (2012). Exploring the proposed DSM-5 criteria in a clinical sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(9), 1810–1817. doi:10.1007/s10803-012-1599-4
- Tatjana Krstić, I. M. (2019, october 9). “Our Story”: Exposition of a Group Support Program for Parents of Children with Developmental Disabilities. *Child Care in Practice*, 1-16. doi:10.1080/13575279.2019.1664991
- Taylor, A. &. (2017). Compassion in healthcare: a concept analysis. (C. U. 2017, Ed.) *Journal of Radiotherapy in Practice*, 1-11. doi:10.1017/S1460396917000322
- tétreault, m. k. (2002). creating a shared understanding of institutional knowledge trough an electronic institutional portfolio. *metropolitan universities: an international forum*.
- Thomas, P. &.-T. (2012). La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, XIX(187), 266-287.
- Tierney, C. D. (2012, April). Teasing Out Specific Language Impairment From an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33, 272-274. doi:10.1097/DBP.0b013e31824ea235
- Tomeny, T. S. (2017). Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 21, 907-911. doi:10.1177/1362361316655322
- tra fr Broca R, L. E. (1980). Kraepelin E. Les paraphrénies,1913. *Analytica*(19), 23-65.

- U.S. Department of Veterans Affairs. (2020, september). *Caregiver Self Care*. Récupéré sur National Caregiver Training Program: <https://www.caregiver.va.gov/>
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C. Figley, *Treating compassion fatigue* (p. 17-37). Brunner-Routledge.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In F. (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 17-37). New York: Brunner - Routledge.
- Valentovich, V. W. (2018). motion Coregulation Processes between Mothers and their Children With and Without Autism Spectrum Disorder: Associations with Children's Maladaptive Behaviors. *ournal of autism and developmental disorders*, 48(4), 1235-1248. doi:10.1007/s10803-017-3375-y
- Veil, C. (2012). Les états d'épuisement. In C. Veil, *Vulnérabilités au travail: Naissance et actualité de la psychopathologie du travail* (pp. 175-186). Toulouse, France: ERES.
- Vivanti, G. T. (2014). Mechanisms of imitation impairment in autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(8), 1395-1405. Récupéré sur [https://www.researchgate.net/publication/261743502\\_Mechanisms\\_of\\_Imitation\\_Impairment\\_in\\_Autism\\_Spectrum\\_Disorder](https://www.researchgate.net/publication/261743502_Mechanisms_of_Imitation_Impairment_in_Autism_Spectrum_Disorder)
- Volkmar FR, C. D. (1992, December). Three Diagnostic Systems for Autism: DSM-III, DSM-III-R, and ICD-10. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(04), 486-487. doi:10.1007/BF01046323
- Walach, H. B. (2006). Measuring Mindfulness--The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.
- Walker, K. M. (2001, June 01). Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 140-147. doi:10.1053/apnu.2001.23754
- Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience: Overcoming Serious Life Challenges*. New York, USA: The Guilford Press. doi:10.17990/Axi/2016\_9789726972679\_011
- Walsh, R. (1992). The Search for Synthesis: Transpersonal Psychology and the Meeting of East and West, Psychology and Religion, Personal and Transpersonal. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(1), 19-45.
- Wasson, R. &. (2020). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Self-compassion in Health Care Professionals: a Meta-analysis. *Mindfulness*, 1-21. doi:10.1007/s12671-020-01342-5
- Watkins, L. K.-C. (2017). Evidence based social communication interventions for children with autism spectrum disorder. *Indian Journal of Pediatrics*, 01(84), 68-75.
- Weiss, J. A. (2014). Defining crisis in families of individuals with autism spectrum disorders. *Autism : the international journal of research and practice*, 18(8), 985-995. doi:10.1177/1362361313508024
- Wetzel, M. S. (2003). Complementary and alternative medical therapies: implications for medical education. *Annals of internal medicine*, 138(3), 191-196. Retrieved from <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00011>
- Wielgosz, J. G. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 15, 285-316. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423
- Williams, J. &. (2001, July). Imitation, mirror neurons and autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 25(4), 287-295. doi:10.1016/S0149-7634(01)00014-8
- Wong, V. Y. (2017). Pre-diagnostic and diagnostic stages of autism spectrum disorder: A parent perspective. *Child Care in Practice*, 23(2), 195-217. doi:10.1080/13575279.2016.1199537
- Worley, J. A. (2012). Comparing symptoms of Autism Spectrum Disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-V diagnostic criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 965-970.

- Yoo, Y. S. (2014). Maternal distress influences young children's family representations through maternal view of child behavior and parent-child interactions. *Child psychiatry and human development*, 45(1), 52-64. doi:10.1007/s10578-013-0377-7
- Zaidman-Zait, A. &. (2016). Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 21, 1-12. doi:10.1177/1362361316633033
- Zarit, S. &.-P. (1981). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Zhou, W. &. (2019). Emotional problems in mothers of autistic children and their correlation with socioeconomic status and the children's core symptoms. *Medicine*, 98, 1-8. doi:10.1097/MD.00000000000016794
- ZIELINSKI, A. (2009). la compassion, de l'affection à l'action. *Etudes*, 1Tome 410, 55-65.
- Zuckerman, K. E. (2014). Family impacts among children with autism spectrum disorder: the role of health care quality. *Academic pediatrics*, 14(4), 398-407. doi:10.1016/j.acap.2014.03.011
- Zwaigenbaum L, B. J. (2019). Early detection for autism spectrum disorder in young children. *Paediatr Child Health*, 24(7), 424-443. doi:doi:10.1093/pch/pxz119
- Zwaigenbaum, L. &. (2015). Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. 136, 560-581. doi:10.1542/peds.2014-3667E

## قائمة الملحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	Permission To Us ProQOL
02	Yahoo Mail - Re_ Seeking Permission to Use ProQOL
03	مقياس تعب الرحمة PROQOL
04	مقياس عبء مقدّم الرعاية
05	مقياس فيلادلفيا لليقظة الذهنية
06	مقاييس دراسة الحالة
07	جدول الترددات حسب نظام SPSS 25