



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والارطوفونيا
أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم
تخصص علم النفس العيادي

استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بظهور أعراض القلق والاكتئاب
لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا.

إشراف الأستاذة الدكتورة
قادري حليلة

مقدمة من طرف الطالبة
والي وداد

لجنة المناقشة			
بقال أسماء	رئيسا	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
قادري حليلة	مشرفا ومقررا	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
طباس نسيم	عضوا مناقشا	أستاذ محاضر "أ"	جامعة وهران 2
منصوري زاوي	عضوا مناقشا	أستاذ التعليم العالي	جامعة بشار
حرطاني أمينة	عضوا مناقشا	أستاذ محاضر "أ"	جامعة سيدي بلعباس
سبع هجيرة	عضوا مناقشا	أستاذ محاضر "أ"	جامعة عين تموشنت

السنة الجامعية: 2025/2024.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و تقدير

الحمد لله حمدا كثيرا لا يليق إلا به وحده

الذي أمانني على إتمام هذا العمل المتواضع

والشكر الجزيل للأستاذة المحترمة، الدكتورة قادري حليلة

على تفضلها بقبول الإشراف على هذا العمل، وإمدادي بالكثير من الخبرات

البحثية والحياتية والله أسأل لها طول العمر وجزيل العطاء، وخاصة على صبرها

حتى إتمام انجاز هذا العمل فشكرا جزيلا.

كما أتوجه بالشكر الجزيل لكل الأساتذة الذين وافقوا على مناقشة هذه الأطروحة،

وكل الأساتذة الذين ساهموا في تكويننا طيلة سنوات الدراسة إلى غاية يومنا هذا.

وشكري موصول كذلك إلى كافة عمال المركز النفسي البيداغوجي لولاية سيدي

بلعباس وعمال المركز النفسي البيداغوجي لدائرة تلاغ، بما في ذلك الفئة التي

اشتغلت معها في الدراسة.

دون أن أنسى شكر الأستاذة معافي محمد على ما قدمه من دعم وتشجيع لإتمام

هذه الدراسة.

فألف شكر.

إهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع:

إلى روح أبي الغالي الذي علمني معنى طلب العلم والإرادة والثبات، إلى من رسم لي درب النجاح...

إلى الشمعة التي احترقت لتضيء لي دروب الحياة، إلى مصدر الحنان ومنبع الأمان، إلى من تحت قدمها نزال الجنان...

أمي الحنون

إلى موطن سعادتي، إلى من يشاركني مسيرة الحياة حلوها ومرها، توأم روحي وقرة عيني

زوجي الغالي

إلى أولادي

عبد المنعم مختار

عبد العليم إياد

ريهام فاطمة

محمد نذير

إلى إخوتي وأخواتي

إلى كل أخواتي في الله، إلى كل أصدقائي، إلى كل زملائي في العمل، إلى كل من ذكرهم

قلبي ولم يذكرهم قلبي.

إلى كل عبد من عباد الله.

والي وداد

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً، والكشف عما إذا كانت هناك فروق في استخدام هذه الاستراتيجيات، وفي درجة القلق والاكتئاب تبعاً للمتغيرات التالية: الجنس (أب/أم)، جنس الطفل (ذكر/أنثى)، شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/متوسطة/عميقة).

ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي نظراً لتناسبه وطبيعة الدراسة، باعتماد الأدوات التالية: مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي "CERQ"، لكل من Nadia و Garnefski و Vivian Kraaij (2007)، ومقياس بيك للقلق "BAI" (1990)، مقياس بيك Beck للاكتئاب BDI-II (1979).

طبقت الدراسة على عينة تم اختيارها بطريقة قصدية قوامها (120) أباً وأماً ممن لديهم طفل معاق ذهنياً، تابعين للمراكز النفسية البيداغوجية (عمومية وخاصة) بولاية سيدي بلعباس. وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تبين وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية منها: (لوم النفس، الاجترار، التهويل، لوم الآخرين)، وبين ظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي الايجابية وظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً، كأسلوب (التقبل، وإستراتيجية إعادة التركيز الايجابي، وأسلوب التركيز على الخطط، وأسلوب إعادة التقييم الايجابي، وكذلك إستراتيجية وضع الأمور في نصابها).

- كما أن استراتيجيات التنظيم الانفعالي الايجابية تصدرت الترتيب في الاستخدام من قبل أولياء الطفل المعاق ذهنياً، وهي على التوالي: (التقبل، إعادة التقييم الايجابي، التركيز على الخطط)، مقارنة مع الاستراتيجيات الأقل استخداماً والتي نردها على النحو والترتيب التالي: (الاجترار، التهويل، وضع الأمور في نصابها، إعادة التركيز الايجابي، لوم الآخرين، لوم النفس).

- أما فيما يتعلق بمدى تأثير متغير جنس الولي (أب/أم) في إحداث فرق في اعتماد استراتيجيات التنظيم الانفعالي فتحققت فعاليتها، بينما لم يظهر أي تأثير لمتغير جنس الطفل المعاق ذهنياً (ذكر/أنثى) في خلق تباين لدى الأولياء في الاعتماد على إستراتيجية دون الأخرى من استراتيجيات التنظيم الانفعالي. أما فيما يتعلق بمتغير شدة الإعاقة الذهنية، فقد كان لها تأثير في استخدام هذه الأساليب بين أولياء لديهم أبناء بإعاقة ذهنية خفيفة، وآخرين لديهم أبناء بإعاقة ذهنية عميقة (لصالح أولياء الأطفال بإعاقة خفيفة)، ولأولياء لديهم أبناء بإعاقة ذهنية خفيفة وآخرين لديهم أبناء بإعاقة ذهنية متوسطة.

- أما فيما يتعلق بمدى تأثير متغير جنس الولي (أب/أم) في إحداث فروق في درجة القلق والاكتئاب، فلم تتحقق فعاليتها، ولم يظهر أي تأثير لمتغير جنس الطفل المعاق ذهنياً (ذكر/أنثى) في خلق تباين لدى الأولياء في ظهور أعراض القلق والاكتئاب. أما فيما يتعلق بمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة-متوسطة-عميقة) فتبين عدم وجود فرق دال إحصائياً في درجات القلق لدى الأولياء، في حين دلت النتائج على وجود فرق دال إحصائياً في درجات الاكتئاب تبعاً لمتغير شدة الإعاقة لصالح أولياء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة.

الكلمات المفتاحية : استراتيجيات التنظيم الانفعالي، القلق، الاكتئاب، الإعاقة الذهنية.



أ.....	شكر وتقدير
ب.....	إهداء
ج.....	ملخص الدراسة
ه.....	قائمة المحتويات
ي.....	قائمة الجداول
م.....	قائمة الأشكال
1.....	مقدمة

الجزء الثاني النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

5.....	1- إشكالية الدراسة
7.....	2- فروض الدراسة
8.....	3- أهداف الدراسة
8.....	4- أهمية الدراسة
9.....	5- التعريفات الاصطلاحية والإجرائية لمتغيرات الدراسة
11.....	6- الدراسات السابقة
24.....	7- تعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثاني: استراتيجيات التنظيم الانفعالي

26.....	تمهيد
26.....	1- الانفعالات
26.....	1-1 مفهوم الانفعالات
27.....	2-1 مصطلحات ذات الصلة بالانفعال وعناصره
31.....	3-1 النظريات المعاصرة المفسرة لطبيعة الانفعال
36.....	2- استراتيجيات التنظيم الانفعالي
36.....	1-2 مفهوم التنظيم الانفعالي
38.....	2-2 النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي

45.....	2-3 تعقيب حول النظريات
46.....	2-4 استراتيجيات التنظيم الانفعالي
51.....	2-5 الفروق الفردية في التنظيم الانفعالي
55.....	2-6 أساليب المواجهة واستراتيجيات التنظيم الانفعالي
58.....	2-7 استراتيجيات التنظيم الانفعالي والصحة النفسية
60.....	خلاصة

الفصل الثالث: القلق

61.....	تمهيد
61.....	1- مفهوم القلق
65.....	2- المظاهر الوصفية لاضطرابات القلق
66.....	3- أنواع اضطراب القلق
72.....	4- أسباب اضطرابات القلق
78.....	5- النظريات المفسرة لاضطرابات القلق
84.....	6- علاجات اضطرابات القلق
90.....	خلاصة

الفصل الرابع: الاكتئاب

91.....	تمهيد
91.....	1- مفهوم الاكتئاب
95.....	2- الأوجه المتعددة لاضطراب للاكتئاب (تصنيفات الاكتئاب)
100.....	3- علامات وأعراض اضطراب الاكتئاب
104.....	4- أنواع اضطرابات الاكتئاب وتشخيصها وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5
113.....	5- عوامل وأسباب اضطراب الاكتئاب
114.....	6- النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب
121.....	7- الوقاية والعلاج من اضطراب الاكتئاب

2-2	عينة الدراسة الأساسية.....	189
3-2	حدود الدراسة الأساسية.....	192
4-2	أدوات الدراسة الأساسية.....	192
5-2	تطبيق أدوات الدراسة الأساسية.....	195
6-2	إجراءات تفريغ البيانات.....	196
7-2	الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة البيانات.....	196
	خلاصة.....	197

الفصل السابع: عرض وتحليل النتائج

1-	عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.....	198
2-	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.....	200
3-	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.....	201
4-	عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.....	203
5-	عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.....	204
6-	عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.....	210
7-	عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة.....	211
8-	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة.....	212

الفصل الثامن: مناقشة وتفسير النتائج

1-	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.....	215
2-	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.....	219
3-	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.....	222
4-	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.....	225
5-	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.....	227
6-	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.....	231
7-	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة.....	234
8-	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة.....	236
	المساهمة العلمية للدراسة.....	240

244.....	الخاتمة
247.....	قائمة المراجع
270.....	الملاحق

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	الاضطرابات النفسية في الاكتئاب بوصفها مظهرا رئيسيا أو مصاحبا لاضطراب آخر.	98
2	الفرق بين الإعاقة الذهنية، والمرض العقلي، وبطيء التعلم.	130
3	بعض التشوهات الجينية وعلاقتها ببعض التشوهات الخلقية (العقلية).	144
4	توزيع نسب ذكاء المعاقين ذهنيا على مقياس وكسلر.	152
5	درجات الإعاقة الذهنية مع أهم الخصائص المميزة لكل درجة.	152
6	مستويات شدة الإعاقة الذهنية وفقا للـDSM5.	153
7	خصائص العينة الاستطلاعية.	170
8	توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس التنظيم الانفعالي وتسلسلها.	171
9	صدق الاتساق الداخلي للمجموع الكلي للفقرات مع بعدها لمقياس التنظيم الانفعالي.	172
10	صدق الاتساق الداخلي للفقرة مع بعدها لمقياس التنظيم الانفعالي.	173
11	نتائج اختبار صدق المقارنة الطرفية للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في استراتيجيات التنظيم الانفعالي.	175
12	معامل ثبات مقياس التنظيم الانفعالي ككل عن طريق معامل الثبات ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية.	176
13	معاملات الثبات لأبعاد مقياس التنظيم الانفعالي.	176
14	توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس بيك للقلق وتسلسلها.	179
15	صدق الاتساق الداخلي للفقرات مع المجموع الكلي لمقياس بيك للقلق	180
16	صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس بيك للقلق مع الفقرات المنتمية إليه.	182
17	صدق المجموع الكلي مع أبعاد مقياس بيك للقلق.	183

184	معامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لأبعاد مقياس بيك للقلق.	18
184	معامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمجموع الكلي لفقرات مقياس بيك للقلق.	19
187	معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس بيك للاكتئاب BDI-II .	20
188	ثبات مقياس بيك للاكتئاب ككل بطريقة معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.	21
190	توزيع عينة الدراسة الأساسية على المراكز المتخصصة.	22
191	خصائص عينة الدراسة الأساسية.	23
193	توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس التنظيم الانفعالي وتسلسلها.	24
194	توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس BAI وتسلسلها.	25
198	الارتباطات بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي والقلق والاكتئاب لأولياء الأطفال المعاقين ذهنياً.	26
198	الارتباطات بين متغير القلق وأبعاد تنظيم الانفعال لأولياء الأطفال المعاقين ذهنياً	27
199	الارتباطات بين متغير الاكتئاب وأبعاد التنظيم الانفعالي لأولياء الأطفال المعاقين ذهنياً.	28
200	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لترتب استراتيجيات التنظيم الانفعالي .	29
201	الفروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي حسب جنس ولي الطفل المعاق ذهنياً (الآباء - الأمهات).	30
202	الفروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي حسب متغير جنس أولياء الطفل المعاق ذهنياً (الآباء - الأمهات)	31
203	الفروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى الأولياء	32

	حسب جنس الطفل المعاق ذهنيا (ذكور - إناث)	
204	تحليل التباين الأحادي في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي ككل لدى أولياء المعاقين ذهنيا تبعا لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)	33
205	نتائج اختبار (LSD) بنسبة لمتغير التنظيم الانفعالي تبعا لشدة الإعاقة الذهنية.	34
206	التباين الأحادي في استخدام أبعاد استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء المعاقين ذهنيا تبعا لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة).	35
208	نتائج اختبار (LSD) بنسبة لمتغير استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي (لوم النفس، لوم الآخرين، التقبل) تبعا لشدة الإعاقة الذهنية.	36
210	الفرق في نتائج مقياس القلق والاكتئاب تبعا لمتغير جنس ولي الطفل المعاق ذهنيا (الآباء - الأمهات).	37
211	الفرق في درجات القلق والاكتئاب لدى الأولياء حسب جنس الطفل المعاق ذهنيا (ذكور/ إناث).	38
212	تحليل التباين الأحادي في درجة القلق لدى أولياء المعاقين ذهنيا تبعا لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة).	39
213	نتائج اختبار (LSD) بنسبة لمتغير درجة الاكتئاب تبعا لمتغير لشدة الإعاقة الذهنية.	40

قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
31	نموذج كروس واثومبسون لنشأة الانفعال.	1
40	نموذج كروس Gross للتنظيم الانفعالي.	2
41	نموذج ثومبسون للعمليات الأساسية للتنظيم الانفعالي.	3
43	نموذج تنظيم الانفعالات لبركينغ ووتلي (2014).	4
45	نموذج الحساسية الانفعالية و تنظيم الانفعال.	5
47	عمليات تنظيم الانفعال.	6
55	مراحل المواجهة ومضامينها.	7
74	الموضع الأزرق.	8
83	نموذج التعامل مع الضغوط والقلق للآزاروس	9
161	أبعاد تشخيص الإعاقة الذهنية.	10

مقدمة الدراسة

مقدمة الدراسة:

يتعرض الإنسان في مختلف مراحل حياته إلى العديد من المواقف تارة مفرحة ومبهجة، وتارة أخرى ضاغطة ومقلقة، يصاحبها انفعالات متنوعة ومتعددة تؤثر عليه وعلى الآخرين في مواقف شتى، ويختلف الأفراد في طريقة استجاباتهم للمواقف الانفعالية التي تستثيرهم، كما يختلفون في شدتها ومدتها وتعبيراتها عنها تبعا للمهارات والإستراتيجيات والخبرات التي يحوزونها، والتجارب التي عايشوها ضمن سيرورة التطور والارتقاء النفسي والاجتماعي.

تعد الانفعالات خاصية من خصوصيات الحياة النفسية، التي تؤثر على أفكارنا وقدراتنا، ناهيك عن دورها في صنع قراراتنا وبلورة سلوكنا، إذ تتعدد وتتنوع من انفعالات ايجابية كالفرح والسرور والبهجة، وانفعالات أخرى سلبية كالحزن، التوتر، الغضب، القلق، الاكتئاب، ويعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بعد القلق، ومن أكثر المشكلات الانفعالية التي تدفع الناس لطلب العلاج والبحث عن السند النفسي والاجتماعي في العيادات النفسية، لذا كان من المهم أن يتوفر الفرد على استراتيجيات يتم من خلالها تنظيم انفعالاته السلبية والايجابية على حد سواء، والتحكم في ردود أفعاله لاسيما في المواقف الاجتماعية التي تحكم على الإنسان من خلال تواصله مع الآخرين والبيئة المحيطة به، مما يسهم في تنمية العلاقات البينشخصية أو هدمها، والحديث عن هذا الموضوع يندرج ضمن مفهوم استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

لقد أخذ مفهوم التنظيم الانفعالي الحيز الكبير من الاهتمام في مجال علم النفس المعرفي، وهو من المفاهيم الحديثة في مجال الانفعالات، فهو عبارة عن عملية معقدة تشمل استخدام مجموعة من إستراتيجيات من قبل الفرد بوعي أو لاوعي، والتي تؤثر على بلورة الاستجابة الانفعالية بشكل سلبي أو إيجابي وفق سيرورة بناء نفسية معقدة.

برزت العديد من الأطر النظرية التي ركزت على وضع مفهوم التنظيم الانفعالي في قالب محدد وواضح، حيث عرفه كروس **Gross** 2002 بأنه: "العمليات التي تحدث عندما

يحاول الفرد أن يؤثر في نوع أو كمية الانفعال الذي يتعرض له، وكيفية التعبير عن ذلك الانفعال". (Gross, 2002,p.282)

يرى كل من كروس واثومبسون **Gross & Thompson (2007)**، أن التنظيم الانفعالي هو كل العمليات الهادفة إلى التأثير على شدة ومدة ونوع الانفعال الذي يعيشه الفرد، والذي يسمح بالمرونة في الاستجابة العاطفية وردود الأفعال، والانسجام المؤقت، ناهيك عن غايات الفرد الأخرى على المدى الطويل بتنوع الوضعيات. (Gross, & Thompson, 2007,p.6)

بناءً على ما سبق يمكن تعريف التنظيم الانفعالي بأنه: عمليات وظيفتها معالجة واعية وغير الواعية للانفعالات السلبية والايجابية، من خلال التعديل أو الحفاظ على مستوى الاستجابات الانفعالية قصد ضمان التوافق النفسي والاجتماعي.

يعد تنظيم الانفعالات من المفاهيم المهمة في علم النفس الاجتماعي وعلم النفس الشخصية كذلك، إذ ارتبط بمستويات منخفضة من أعراض الاكتئاب والقلق، حيث أشار كل من جارنفسكي وكرايج **Garnefski & Kraaij (2007)** إلى ارتباط إستراتيجية تنظيم الانفعال المتمركزة حول اللوم الذاتي، واجترار الأفكار، والكارثية أو التهويل بظهور أعراض القلق والاكتئاب (Garnefski, & Kraaij, 2007,p.141). هذا ما ذهب إليه كروس وكوهن **Gross & Johen, (2003)**، اللذان أكدا على أن إستراتيجية قمع الاستجابة الانفعالية وكبتها يؤدي إلى تلاشي السيطرة على الانفعالات وضعف أداء العلاقات الشخصية والذاكرة. والعكس من ذلك، فقد ارتبطت إستراتيجية إعادة التقييم بالتعزيز الايجابي للأداء بين الأشخاص، والتعديل الفعال للانفعال، وأداء نفسي وجسدي أحسن.

(M.kring, & M.sloan, 2010,p.150)

إن الصحة النفسية للإنسان تتأثر سلباً أو إيجاباً ببواعث داخلية وخارجية، ومحددات يمكن لها أن تعصف به وتأخذه نحو الصحة أو نحو الاضطراب في خضم ما يعيشه ويسايره من ضغوط تسيطر على تفكيره ووجدانه، وتكون سببا في ظهور الاضطرابات

النفسية كالقلق والاكتئاب خاصة في المحيط الذي يحوي مثير ضاغط دائم التلازم، كوجود إعاقة داخل أسرة ما، لما للوضعية من ثقل يرهق كاهل الأولياء خاصة. حيث يرى **Goffman** (1963) أن الإعاقة لاسيما الظاهرة للعيان كالإعاقات البارزة منها قد ترتبط إلى حد كبير بوصمة العار (اللوزي، والفايز، 2008، ص.93)، فما الذي يمكن أن نقوله عن الإعاقة الذهنية، التي تفرض على الأولياء مرافقة دائمة ومستتبة للطفل المعاق ذهنياً؟، فهذه المهمة تشكل تحدياً خاصاً بهم، ويتجسد هذا التحدي في متطلبات الاحتواء النفسي والاجتماعي، والدور الملزمين بأدائه أمام هذا الظرف الخاص.

هذا ما ذهبت إليه كذلك دراسة **تومانك** وآخرون **Tomanik et al** (2004)، بحيث توصلت إلى أن أمهات الأطفال الذين يلدون أطفال معاقين هن عرضة للكآبة وإهمال أدوارهن الأسرية وزيادة الشجار والصراعات مع أزواجهن. (اللوزي، والفايز، 2008، ص.109)

ومن هنا نستدل بمدى أهمية الموضوع المستمدة من مدى تأثير استراتيجيات التنظيم الانفعالي على الصحة النفسية، باعتبارها ذات علاقة بظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً، وللخوض في هذه الدراسة سطرت الباحثة خطة لدراسة الموضوع، انتهجت فيها الخطوات التالية من أجل الإلمام به نظرياً و ميدانياً.

احتوى الجانب النظري على خمسة فصول، بحيث تم التطرق في الفصل الأول إلى إشكالية الدراسة من خلال عرض مشكلة البحث، فرضياتها، وأهدافها، وأهميتها، وكذا الدوافع والدواعي الكامنة وراء اختيار الموضوع، وكذا تحديد المصطلحات المتعلقة بالبحث، بإضافة إلى عرض أهم الدراسات السابقة التي اعتبرت خلفية لانطلاقة فعلية لهذه الدراسة.

في الفصل الثاني تم التطرق إلى ماهية الانفعالات وأهم النظريات المفسرة لطبيعتها، لنخرج بعد ذلك لمفهوم التنظيم الانفعالي والنظريات المتعلقة به، ومن ثم استراتيجيات التنظيم الانفعالي، ومدى تأثير الاختلافات الفردية في اعتماد إستراتيجية دون الأخرى، لنخرج بعد ذلك إلى تبيان أوجه الاختلاف والتداخل بين مصطلح استراتيجيات مواجهة الضغوط

واستراتيجيات التنظيم الانفعالي، ونختم الفصل بعدها بعرض موجز حول العلاقة القائمة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي والصحة النفسية.

ورد القلق في الفصل الثالث كنموذج أول في الانفعالات قيد البحث في هذه الدراسة، تطرقت الباحثة من خلاله إلى مفهوم القلق، بواعثه، النظريات المفسره له، وأخيرا العلاجات النفسية المنوطة بهذا الاضطراب.

أما في الفصل الرابع فقد تم تسليط الضوء على اضطراب الاكتئاب كثنائي انفعال تضمه الدراسة، تناولته الباحثة من حيث المفهوم والأعراض، الأسباب المؤدية لظهوره، النظريات المفسرة له، ومن ثم الأوجه المتنوعة التي يمكن أن يظهر بها، لنختم الفصل بالطرق العلاجية لاضطراب الاكتئاب.

كآخر فصل للجانب النظري تناولت الباحثة فصل الإعاقة الذهنية، الذي تم التطرق فيه إلى تأصيل تاريخي للنظرة المسلطة على الإعاقة الذهنية، ثم المفهوم، والأسباب المتنوعة التي قد تكون باعثا في الإعاقة الذهنية، لتحدد الباحثة الخصائص المميزة للإعاقة الذهنية، وكيفية تشخيصها لتختتم الفصل برودود أفعال الأسرة اتجاه الإعاقة الذهنية.

أما الجانب التطبيقي فقد احتوى على ثلاثة فصول: الفصل السادس الذي احتوى على إجراءات منهجية للدراسة، والتي تضمنت محورين: الدراسة الاستطلاعية، وتم التطرق فيها إلى الأهداف، العينة المستخدمة فيها، وكذا الحدود المكانية، والزمانية، والبشرية للدراسة الاستطلاعية، ضف إلى ذلك الأدوات المستخدمة فيها والتحقق من خصائصها السيكمترية، أما في المحور الثاني فقد تم التطرق من خلاله إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية التي احتوت على الإطار المنهجي المعتمد ألا وهو المنهج الإحصائي، ثم العينة والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية. أما الفصل السابع فقد شمل عرضا لنتائج الدراسة وتحليلها، ليتم في الفصل الثامن مناقشتها وتفسيرها في ضوء نتائج الدراسات السابقة والتراث النظري. وختمت الدراسة ببيان مدى تحقيق أهدافها وفعاليتها، كوننا نأمل أن تكون نهايتها منطلقا لعدة بحوث، وإجراءات ميدانية تضمنتها التوصيات والاقتراحات.

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة.

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- فروض الدراسة.
- 3- أهداف الدراسة.
- 4- أهمية الدراسة.
- 5- تعاريف اصطلاحية وإجرائية لمتغيرات الدراسة.
- 6- الدراسات السابقة.
- 7- تعقيب على الدراسات السابقة.

1- إشكالية الدراسة:

إن صدمة ولادة طفل غير طبيعي يختلف عن أقرانه من العاديين لدى أسرة ما، تعتبر الأسوء في تاريخ الأسرة والأولياء، اللذان ما لبثوا أن تضمحل آمالهم وأحلامهم وتتحول إلى آلام وصراعات، تمحو سيناريوهات الأبوة المترسخة في أذهانهم عبر سيرورات نمو متعددة، وتبعث إلى البحث الدائم عن الحلول وعن أساليب التكيف أمام مخلفات الوضعية الصعبة التي يواجهونها، ذلك لأن وجود طفل معاق خاصة معاق ذهنيًا داخل نطاق الأسرة يمثل عبئًا وضغطًا نفسيًا واجتماعيًا وماديا كبيرا على العديد من الأولياء، هذا ما ذهب إليه باكر وآخرون **Baker et al (2003)** إذ يجزم أنه أمام التحديات التي تعيشها الأسرة المعاق تزداد مشاعر الضغط، والإجهاد، وأعراض الاكتئاب، وانخفاض مستويات رفاه الأسرة (عايش، 2021، ص.234).

ما يستنتج من العديد من البحوث والدراسات أن ولادة طفل معاق أيا كانت إعاقته ودرجتها، يخلق لدى الأسرة أزمة تخل بتوازن كل أفرادها، ما يستدعي تقديم السند الاجتماعي لهدف استعادة التوازن النفسي والاجتماعي، إلا أن الأبوين هم الأكثر عرضة للانعكاسات السلبية، والأكثر تهديدا لخطر المشاكل والضغوط النفسية المنبعثة عن الوضعية الحتمية، حيث ارتى **ثومبازون Thompson (2000)**، انه في مقابل هذه الوضعية الصعبة نجد أن هناك أولياء يستطيعون التكيف مع الموقف ولهم القدرة على مواصلة تحديات الحياة اليومية، وهناك عائلات لا تستطيع التكيف فتساير عديدا من الكرب و الضغط (أبو عيادة سليمان سالم، وثابت عبد العزيز، 2009، ص.105)، الذي يؤثر على صحتهم النفسية وتستثير لديهم انفعالات سلبية منها القلق والاكتئاب.

أظهرت نتائج دراسة كل من **أنتوناك و ليفن Antonak & Livne (1991)** ، أن الاستجابة الأبوية لوجود إعاقة هي عملية هرمية تمر بثماني مراحل متسلسلة وهي على الترتيب التالي: الصدمة، القلق، الإنكار، الكآبة، الغضب الداخلي، العداء الخارجي، الاعتراف، وأخيرا التكيف، إن الضغوط التي يمر بها الوالدين ليست مؤقتة، بل تظهر منذ

تشخيص الإعاقة وتستمر بعد ذلك في منحى تطوري أو العكس بناء على معطيات تفرضها العوامل المحيطة الداخلية والخارجية المرتبطة بالوالدين. (اللوزي، الفايز، 2008، ص.93).

يرى كل من كلاغون وآخرون **Callaghon et al** (2011)، أن الأفراد الذين يمرون بخبرات انفعالية سلبية كالاكتئاب والكدر والقلق يميلون إلى استخدام التقييم السلبي للموقف الضاغط أو المشكلة وهذا ما يحبط حل المشكلات بالطريقة الصحيحة، وغالبا ما تكون خلفية التقييم السلبي معتقدات غير منطقية واجترار الأفكار المتعلقة بالمشاعر ذات الصلة بذكريات سلبية، وهذه كلها عبارة عن استراتيجيات سلبية في تنظيم الانفعال متمخضة عن وضعيات يعيشها الفرد، فتأثر على قدرته في حل المشكلات. (الغريب، 2011، ص.218).

من خلال مطالعة الأدب النفسي والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات هذه الدراسة، وجدت الباحثة بأن هناك ندرة (حسب اصطلاح الباحثة) في الدراسات العربية خاصة الجزائرية منها، التي تطرقت للعلاقة المباشرة بين التنظيم الانفعالي وأعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا، وهذا ما سنحاول الكشف بالإجابة على التساؤلات التالية:

❖ هل توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا؟

❖ ما هي أكثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي استخداما لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا؟

❖ هل يوجد فرق وتباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير الجنس (أب/أم)؟

❖ هل يوجد فرق وتباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير جنس الطفل (ذكر/أنثى)؟

❖ هل يوجد فرق وتباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/متوسطة/عميقة)؟

❖ هل يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تعزى لمتغير الجنس (أب/أم)؟

❖ هل يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تعزى لمتغير جنس الطفل (ذكر/ أنثى)؟

❖ هل يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تعزى لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)؟

2- **فروض الدراسة:** بناءا على التراث النظري تم صياغة مجموعة من التساؤلات سيقت الإجابات المؤقتة عليها في الفرضيات التالية:

❖ توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا.

❖ أكثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي استخداما لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا هي استراتيجيات ايجابية.

❖ يوجد فرق و تباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير الجنس (أب/أم).

❖ يوجد فرق و تباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير جنس الطفل (ذكر/ أنثى).

❖ يوجد فرق و تباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة).

❖ يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تعزى لمتغير الجنس (أب/أم).

❖ يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تعزى لمتغير جنس الطفل (ذكر/ أنثى).

❖ يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا تعزى لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة).

3- **أهداف الدراسة:**

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- التعرف على كل من مستوى التنظيم الانفعالي، ومستوى القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً.
- الكشف عن الفروق في مستوى التنظيم الانفعالي ومستوى القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً تبعاً لمتغيرات الجنس الولي، جنس الطفل المعاق ذهنياً، وشدة الإعاقة الذهنية.
- التعرف على العلاقة الارتباطية بين التنظيم الانفعالي ومستوى القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في جانبين، وهما:

4-1 الأهمية النظرية:

تكمن أهمية الدراسة النظرية كونها تتناول العلاقة بين التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب، لما لهذين المتغيرين من أهمية بالغة التأثير في حياة الأسرة (خاصة الأب والأم) التي يشكل المعاق ذهنياً أحد أفرادها، وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة (حسب اصطلاح الباحثة) التي ستكشف عن مستوى التنظيم الانفعالي وتأثيره على مستوى القلق والاكتئاب لدى أولياءهم - أولياء الطفل المعاق ذهنياً - ، حيث أنها ترصد إطاراً نظرياً من خلال ما سيتم عرضه من معلومات عن هذه المتغيرات، بحيث يمكن الاستفادة منه من قبل باحثين آخرين في هذا المجال، وإمكانية الاستفادة من نتائجها التي قد تساعد في تسليط الضوء على مثل هذه الدراسات، كما يمكن استغلال نتائجها في التكفل الفعلي بعينة الدراسة.

4-2 الأهمية العملية:

تكمن أهمية الدراسة العملية من خلال ما ستتوصل إليه الباحثة من نتائج، نظراً لخاصية العلاقة بين التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب، كما تكمن أهمية الدراسة في تقديم معطيات فعلية للعامة والمختصين فيما يتعلق باستراتيجيات التنظيم

الانفعالي التي يلجأ إليها أولياء الطفل المعاق ذهنيا في تنظيم انفعالاتهم وكيفية ضبطها، ويمكن أن يستفيد منها القائمين على المؤسسات البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا من خلال تزويدهم بمعلومات مهمة تساعد في تصميم برامج للتكفل بأولياء الأطفال المعاقين المتواجدين في المركز. قصد تنمية قدرات ومهارات التحكم في انفعالاتهم لتجنب المعانات النفسية المتولدة عن الاعتماد على استراتيجيات سلبية، التي قد تكون السبب في ظهور أعراض القلق والاكتئاب، وبالتالي الكشف عن الدور الوقائي والعلاجي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي في التخفيف عن أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا المستهدفين للإصابة بالقلق أو الاكتئاب.

5- تعاريف اصطلاحية والإجرائية لمتغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على المصطلحات الآتية:

- **استراتيجيات التنظيم الانفعالي:** هي العمليات التي تحدث عندما يحاول الفرد أن يؤثر في نوع أو كمية الانفعال الذي يخبره هو أو يخبره الآخرون من حوله، وكيفية التعبير عن تلك الانفعالات (Gross,2002).

ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة، بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس

استراتيجيات التنظيم الانفعالي **CERQ**، من إعداد كارنفسكي وكرايج **Garnefski & Kraaij (2007)**، والذي تمت ترجمته من قبل **محمد جاسر عفانة**، يتكون المقياس من (36) فقرة، موزعة على تسعة استراتيجيات أو مجالات، وهي: (لوم الذات، التقبل، الاجترار، إعادة التركيز الإيجابي، التركيز على الخطئ، إعادة التقييم الإيجابي، وضع الأمور في نصابها، التهويل، لوم الآخرين)، حيث يكون كل مجال من (4) فقرات، وتحتصر درجاته بين: 36-180 درجة.

- **القلق:** تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي القلق بأنه "خوف أو توتر وضيق ينبع من توقع خطر ما، يكون مصدره مجهولا وغير واضح إلى درجة كبيرة، ويصاحب كل من

القلق والخوف عددا من التغيرات الفسيولوجية." (سليمان، وبن عبد السلام، 2018، ص.118)

و يعرف إجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها أولياء (أب / أم) الطفل المعاق ذهنيا المتكفل به في المراكز النفسية البيداغوجية (المركز البيداغوجي لولاية سيدي بلعباس، مركز دائرة تلاغ، مركز النعمة، جمعية التميز للتكفل بالمعاقين ذهنيا، عيادة الأمل الارطفونية) في مقياس القلق لبيك BAI .

• **الاكتئاب:** اضطراب نفسي سمته الأساسية معاناة الفرد من حالة انسحاب وشلل في أنظمة الحياة النفسية على النحو التالي: الشعور بالحزن، وفقد الاهتمام والشعور بالاستمتاع أو الفائدة، وسيطرة مشاعر اليأس والإحباط وفقدان الأمل، اضطراب في الشهية، الشعور بالذنب، الاعتمادية و قصور في التركيز، التوقعات السلبية، علاوة على المعاناة من الأفكار الانتحارية، وانخفاض كبير في القدرة على التعامل مع مهارات الحياة اليومية. (عبد الستار، وعسكر، 2008، ص.72)

ويقاس إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المشارك في الدراسة، أي أولياء (أب / أم) الطفل المعاق ذهنيا المتكفل به في المراكز النفسية البيداغوجية (المركز البيداغوجي لولاية سيدي بلعباس، مركز دائرة تلاغ، مركز النعمة، جمعية التميز للتكفل بالمعاقين ذهنيا، عيادة الأمل الارطفونية) في مقياس بيك للاكتئاب BDI-II .

• **أولياء الطفل المعاق ذهنيا:** هم آباء وأمهات ممن لديهم طفل معاق ذهنيا، وينتمون أبنائهم إلى المراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا في ولاية سيدي بلعباس (المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ولاية سيدي بلعباس، المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا دائرة تلاغ، مركز النعمة للمعاقين ذهنيا، جمعية التميز للتكفل بالمعاقين ذهنيا، عيادة الأمل الارطفونية). بناءا على تقديرات اللجنة المتعددة التخصصات للمراكز النفسية البيداغوجية نفسها.

6- الدراسات السابقة: نظرا لعدم توفر دراسات سابقة شملت الموضوع الدراسة تحديداً، ارتأت الباحثة عرض دراسات شملت متغيرات الدراسة جزئياً، فالمحول الأول شمل: دراسات مست استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بأعراض القلق و/أو الاكتئاب، والمحور الثاني تناول القلق و/أو الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين.

6-1 الدراسات السابقة التي تناولت استراتيجيات تنظيم الانفعال وعلاقتها بمتغير القلق أو الاكتئاب، أو القلق والاكتئاب معا:

6-1-1 الدراسات العربية:

- دراسة الحارثية أماني بنت سالم، وآخرون (2023): بعنوان أثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي في الانفعالات والقرارات العقلانية لدى معلمات، هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر استراتيجيات تنظيم الانفعال (إعادة التقييم والقمع التعبيري) بصفاتها متغيرات وسيطة في العلاقة بين الانفعالات واتخاذ القرارات العقلانية، لدى معلمات في سلطنة عمان، والتعرف إلى مستويات الانفعالات واستراتيجيات تنظيم الانفعال واتخاذ القرارات العقلانية، تم اختيار العينة بالطريقة العنقودية، ولتحقيق أغراض الدراسة استخدم المنهج الوصفي، وطبق مقياس نمط القرارات العقلانية، ومقياس استراتيجيات تنظيم الانفعال، ومقياس انفعالات المعلم مع الطلبة. وأظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي القياسي وجود تأثيرات مباشرة في الاتجاه الموجب لانفعال المتعة على القرارات العقلانية، وإستراتيجيتي (إعادة التقييم والقمع التعبيري)، ووجود تأثيرات مباشرة في الاتجاه الموجب لإستراتيجيتي (إعادة التقييم والقمع التعبيري) على القرارات العقلانية. ومن خلال التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لتحليل الانحدار المتعدد القياسي، أظهرت النتائج أن كلا من إستراتيجيتي (إعادة التقييم والقمع التعبيري) تؤديان دور الوسيط الجزئي في العلاقة بين الانفعالات الإيجابية (المتعة) واتخاذ القرارات العقلانية. كما أظهرت نتائج اختبار (ت) والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والمتوسطات المرجحة، أن معلمات الحلقة الأولى يمتلكن مستويات مرتفعة من الاستمتاع بالتدريس مع الطلبة في الفصول الدراسية، واستخدام إستراتيجية إعادة التقييم لتنظيم انفعالاتهن، واتخاذ

القرارات العقلانية، كما أن لديهم مستويات منخفضة من الانفعالات السلبية (الغضب والقلق) مع الطلبة في الفصول الدراسية، واستخدام بمستوى متوسط لإستراتيجية القمع التعبيري.

- **دراسة محمودي إيناس، ومرابط راوية (2022):** بعنوان استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء التلاميذ في وضعية إعاقة مدمجين في المدارس العادية. عكفت الدراسة إلى الكشف عن استراتيجيات التنظيم الانفعالي المستخدمة لدى أولياء التلاميذ في وضعية إعاقة المدمجين في المدارس العادية في بعض إبتدائيات ولاية الوادي. حيث بلغ أفراد العينة (144) ولي تلميذ في وضعية إعاقة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي الاستكشافي وتطبيق استبانة " استراتيجيات التنظيم الانفعالي" وأشارت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في استراتيجيات التنظيم الانفعالي المستخدمة، كما أشارت أيضا النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ترجع لمتغير الحالة الاجتماعية للأولياء لجميع الاستراتيجيات. (محمودي، مرابط، 2022، ص. ت).

- **دراسة مولى ناهد شهن وفاء (2021):** بعنوان التنظيم الانفعالي كمتغير وسيط في العلاقة بين قلق المستقبل ومعنى الحياة لدى المراهقين الأيتام في محافظات غزة، كان الهدف من الدراسة التعرف على مستوى كل من التنظيم الانفعالي وقلق المستقبل ومعنى الحياة لدى المراهقين الأيتام في المدارس الخاصة بمحافظة غزة، إضافة إلى تحديد العلاقة الارتباطية بين كل من التنظيم الانفعالي ومعنى الحياة والتنظيم الانفعالي وقلق المستقبل لدى المراهقين الأيتام موضع الدراسة، كما تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين معنى الحياة وقلق المستقبل لدى المراهقين الأيتام، ثم التعرف عما إذا كان التنظيم الانفعالي متغيرا وسيطا في العلاقة بين معنى الحياة وقلق المستقبل لدى المراهقين الأيتام في المدارس الخاصة بمحافظة غزة. وتكونت عينة الدراسة من (230) طالب وطالبة من المراهقين الأيتام في المدارس الخاصة بمحافظة غزة وذلك في العام الدراسي 2020م-2021م. واستخدمت الأدوات الآتية: مقياس التنظيم الانفعالي لـ (العاسمي وبدرية، 2018م)، ومقياس قلق المستقبل لـ (أبو فضة، 2013م)، ومقياس معنى الحياة لـ (الأبيض، 2010م)، كما اعتمدت المنهج

الوصفي الارتباطي. أظهرت نتائج الدراسة أن أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي جميعها كانت متوسطة باستثناء بعد التنظيم المعرفي كان بوزن نسبي (78.80 %) بدرجة كبيرة، أما الدرجة الكلية للمقياس فكانت بوزن نسبي (74.77 %) أي بدرجة متوسطة. كما أظهرت نتائج الدراسة أن جميع أبعاد مقياس معنى الحياة مرتفعة. حيث كانت الدرجة الكلية للمقياس بوزن نسبي (82.01 %) وهي درجة مرتفعة. في حين أظهرت نتائج الدراسة أن جميع أبعاد مقياس قلق المستقبل كانت متوسطة إلى حد ما، حيث كانت الدرجة الكلية للمقياس بوزن نسبي (63.00 %)، وهي درجة متوسطة. وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي وأبعاد مقياس معنى الحياة والدرجة الكلية لمقياس كل من التنظيم الانفعالي ومعنى الحياة لدى المراهقين الأيتام بمحافظة قطاع غزة. بينما أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط سالبة بين أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي وأبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية لمقياس كل من التنظيم الانفعالي وقلق المستقبل لدى المراهقين الأيتام بمحافظة قطاع غزة (مولى ناهد شنن، 2021، ص. ت).

- **زهدي كمال مرعي رزان (2019):** بعنوان التنظيم الانفعالي وعلاقته بالقلق لدى طلبة جامعتي الاستقلال والقدس، تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين التنظيم الانفعالي والقلق لدى طلبة جامعتي الاستقلال والقدس، والكشف عن مستوى التنظيم الانفعالي ومستوى القلق (كحالة-كسمة)، بالإضافة للتعرف إلى الفروق في مستوى التنظيم الانفعالي والقلق (كحالة-كسمة) تبعا لمتغيرات (الجامعة، الجنس، نوع الكلية، مكان السكن الدائم، مستوى دخل الأسرة، الحالة الاجتماعية للأبوين، ترتيب الشخص داخل الأسرة)، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة مجموعة من المقاييس وهما: مقياس التنظيم الانفعالي لجروس وجون **cross et kohen** ترجمة وإعداد البرهمة 2017 ، والذي اشتمل على 10 فقرات، ومقياس القلق (كحالة- كسمة) **لسييلرجر** وآخرون، ترجمة وإعداد العابد 2011، كما تكونت عينة الدراسة من 400 طالب و طالبة من جامعتي

الاستقلال والقدس تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة. و تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي نظرا لملاءمته مع أهداف الدراسة(زهدي كمال مرعي،2019،ص. ت).

-دراسة علي عبد الغفار عليوة سهام (2018): استراتيجيات تنظيم الانفعال وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى المراهقين الموهوبين، هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين استراتيجيات تنظيم الانفعال والاضطرابات النفسية (القلق النفسي، الضغوط النفسية، الكمالية العصابية) لدى المراهقين الموهوبين، وتكونت عينة الدراسة من (148) طالبا وطالبة، واستخدمت الدراسة مقياس التنظيم الانفعالي، وقائمة الاضطرابات النفسية للمراهقين الموهوبين، وقائمة الكشف عن المراهقين الموهوبين واستمارة جمع البيانات وجميعهم من أعداد الباحثة، واختبار تفهم الموضوع (TAT) إعداد موري ومورجان(1935 Murray & Murgan)، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب على قائمة الاضطرابات النفسية (القلق النفسي - الكمالية العصابية- الضغوط النفسية) وكل من استراتيجيات تنظيم الانفعال (كبت التعبير الانفعالي، اجترار الأفكار، لوم الذات، لوم الآخرين، التفكير الكارثي)، كما توجد علاقة توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب على قائمة الاضطرابات النفسية (القلق النفسي - الكمالية العصابية- الضغوط النفسية) وكل من استراتيجيات التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي، التقليل من أهمية الأشياء، لإلهاء، المشاركة الاجتماعية، إعادة التركيز الإيجابي، رؤية الموضوع من منظور آخر)، كما أمكن التنبؤ بالقلق النفسي من خلال إستراتيجيتي التفكير الكارثي واجترار الأفكار، وبالضغوط النفسية من خلال إستراتيجيتي لوم الآخرين ولوم الذات، وبالكمالية العصابية من خلال إستراتيجيتي التفكير الكارثي وكبت التعبير الانفعالي، وأظهرت الدراسة الاكلينكية بعض العوامل المؤدية لتفضل المراهقين الموهوبين بعض الاستراتيجيات وعلاقة ذلك بارتفاع وانخفاض الاضطرابات النفسية لديهم(علي عبد الغفار عليوة، 2018، ص.1).

- دراسة محمود (2016): التي هدفت للكشف عن الفروق في قلق الامتحان تبعا لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي، والكشف عن إمكانية التنبؤ بقلق الامتحان من خلال استراتيجيات الطالبات في التنظيم الانفعالي، تم استخدام استبيان استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي لكارنفسكي وآخرون **Garnefski,et al 2001** فيما كشفت النتائج أن الطالبات ذوات المستوى المرتفع من قلق الامتحان يملن إلى استخدام استراتيجيات (القبول، الاجترار، التصور الكارثي، لوم الآخرين)، في حين إن الطالبات ذوات المستوى المنخفض من قلق الامتحان يملن إلى استخدام استراتيجيات (لوم الذات، إعادة التركيز الإيجابي، إعادة التقييم، ووضع منظور)، مما يدل على اختلاف مستوى قلق الامتحان باختلاف استراتيجيات التنظيم الانفعالي المستخدمة في مواجهة موقف قلق الامتحان، ويمكن التنبؤ بقلق الامتحان من خلال استراتيجيات التنظيم الانفعالي (دخيل الله علي الحارثي، 2021، ص. 263)

- دراسة سعاد أبو سعيد(2016): بعنوان التحكم في الفكر وتنظيم الانفعال كمنبهات بظهور الاكتئاب لدى الطلبة، هدف الدراسة هو التعرف على القدرة التنبئية لكل من التحكم في الفكر وتنظيم الانفعال وعلاقتها بظهور الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة، وتم استخدام المنهج الوصفي، تم الاعتماد على مقياس التحكم بالفكر لـ **ماثيو وويلز(1994)** ترجمة **محمد عيد الخولي(2012)**، ومقياس التنظيم الانفعالي لـ **كروس (2003)**، ترجمة **حيدر يعقوب (2011)** ومقياس **بيك (1972)**، تم تعريبه على يد عبد الفتاح وتقنيته على البيئة المصرية سنة (1985)، خلصت النتائج إلى: وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من التحكم في الفكر وتنظيم الانفعال والاكتئاب لدى عينة الدراسة، وتوجد قدرة تنبئية لكل من التحكم في الفكر وتنظيم الانفعال بظهور الاكتئاب لدى عينة الدراسة، حيث كان تنظيم الانفعال أكبر قدرة تنبئية من التحكم بالفكر (زهدي كمال المرعي، 201، ص46).

- دراسة عراقي صلاح الدين محمد (2014): بعنوان الحساسية للقلق وعلاقتها بكل من تنظيم الانفعال وأعراض القلق لدى عينة من طلاب الجامعة، هدفت الدراسة إلى فحص علاقة الحساسية للقلق بتنظيم الانفعال، وعلاقة الحساسية للقلق باضطراب القلق لدى عينة من طلبة جامعة بنها كلية التربية. وتم استخدام مقياس الحساسية للقلق، ومقياس القلق، ومقياس تنظيم الانفعال، وأظهرت نتائج الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي درجات الطلاب (مرتفع/منخفض) الحساسية للقلق في تنظيم الانفعال (إعادة التقييم المعرفي) لصالح منخفضي الحساسية للقلق، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي درجات الطلاب (مرتفع /منخفض) الحساسية للقلق في تنظيم الانفعال (قمع التعبير الانفعالي) لصالح مرتفعي الحساسية للقلق، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي درجات درجات الطلاب (منخفضي/مرتفعي) الحساسية للقلق و اضطراب القلق لصالح مرتفعي الحساسية للقلق (زهدي كمال المرعي، 201، ص.48)
- دراسة السيد عبد المنعم (2012): هدفت الدراسة إلى التعرف على الاستراتيجيات المعرفية في تنظيم الانفعال، وعلاقتها بأعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من المراهقين والراشدين، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدم مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي كأداة ومقياس القلق والاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى اختلاف المراهقين والراشدين في الاستراتيجيات الشائعة والمنتشرة في تنظيم الانفعال، ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين استراتيجيات لوم الذات والاجترار والتصور الكارثي للأحداث السلبية، ولوم الآخرين وبين القلق وسمة القلق والاكتئاب، كذلك وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين إستراتيجية إعادة التركيز الإيجابي، التخطيط وإعادة التقييم الإيجابي، والتقليل من أهمية الأحداث السلبية وبين حالة القلق وسمة القلق، كما يمكن التنبؤ بحالة القلق وسمة القلق والاكتئاب من استراتيجيات تنظيم الانفعال. (مولى ناهد شنن، 2021، ص. 79).
- دراسة السيد (2012): هدفت إلى التعرف عن أكثر الاستراتيجيات المعرفية استخدمها في تنظيم الانفعال لدى المراهقين والراشدين، ومعرفة العلاقة بين استراتيجيات تنظيم

الانفعال والقلق والاكتئاب، استخدم فيها الباحث استبيان الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال Garnefski,et al,2001 تعريب الباحث، فيما توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أكثر الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم شيعوا بين المراهقين هي على النحو التالي: إعادة التقييم، التقليل من أهمية الأحداث السلبية، الاجترار، التعايش، التخطيط، إعادة التركيز الإيجابي، لوم الذات، لوم الآخرين، التصور الكارثي للأحداث السلبية، أما أكثر الاستراتيجيات المعرفية شيعوا بين الراشدين فهي وفق الترتيب التالي: التخطيط، التقليل من أهمية الأحداث، التعايش، الاجترار، إعادة التركيز الإيجابي، إعادة التقييم، لوم الذات، التصور الكارثي للأحداث السلبية، لوم الآخرين، كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين الاستراتيجيات السلبية وبين القلق والاكتئاب، وعلاقة ارتباطية سالبة بين الاستراتيجيات الإيجابية وبين القلق والاكتئاب، بينما لا توجد علاقة بين التعايش والقلق والاكتئاب (دخيل الله علي الحارثي، 2021، ص. 262-263).

- دراسة عمران(2011): والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين استراتيجيات تنظيم الانفعال والقلق والاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة ذكور وإناث، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين استراتيجيات لوم الذات والاجترار والتصور الكارثي للأمور وبين القلق والاكتئاب، ووجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين استراتيجيات التركيز الإيجابي والتخطيط والتقليل من أهمية الأحداث السلبية والقلق والاكتئاب. (Ommran, 2011,p.106).

6-1-2 الدراسات الأجنبية:

- دراسة ماين Main (2013): هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الثقة بالنفس والاكتئاب واستراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى عينة من الطلبة الذين يقيمون في السكن الجامعي ذكور وإناث، كان من نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً في درجات استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفية، تبعا لمستويات الثقة بالنفس من جهة وبين الاكتئاب من جهة أخرى، كما بينت وجود ارتباط إيجابي بين متغير الثقة بالنفس واستراتيجيات التنظيم

الانفعالي التكيفية، وكذلك وجود ارتباط سلبي دالة إحصائياً بين متغير الاكتئاب واستراتيجيات التنظيم الانفعالي الغير تكيفية (مولى ناهد شنن، 2021، ص.79).

دراسة جارنفسكي وفيبيان كرايج (2007): بعنوان استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية وعلاقتها بالاكتئاب والقلق عند الراشدين، الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على الخصائص السيكومترية لاستبيان تنظيم الانفعال المعرفي، بالإضافة إلى الكشف عن العلاقات التنبؤية لأعراض القلق والاكتئاب واستراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية على عينة من عامة الناس البالغين. كشفت النتائج على أن المقياس يتمتع بصلاحية عاملية عالية ومثوقية جيدة. حيث تراوحت قيمة كرومباخ ما بين (0.75) و (0.87)، وشكلت استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية قدراً كبيراً في المشكلات العاطفية، وتم التوصل إلى علاقة قوية بين استراتيجيات تنظيم الانفعال (لوم الذات، اجترار الأفكار، والكارثية، وإعادة التقييم الإيجابي) عكسياً مع أعراض القلق والاكتئاب (Garnefski, N. & Kraaij, V. 2007, p.141).

- دراسة **Martin, Dahlen (2005)**: كانت الغاية من الدراسة معرفة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي والاكتئاب والقلق، وطُبقت على عينة من طلبة المرحلة الجامعية، استخدم فيها مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي **Garnefski, et al, 2001**، وتوصلت النتائج إلى وجود ارتباط إيجابي بين الغضب، والتوتر، والقلق، والاكتئاب، وبين استراتيجيات لوم الذات والتصور الكارثي والاجترار ولوم الآخرين، فيما ارتبطت إستراتيجية القبول إيجابياً بالاكتئاب والتوتر ويمكن التنبؤ بالانفعالات السلبية من خلال انخفاض في مستوى إستراتيجية إعادة التقييم (دخيل الله علي الحارثي، 2021، ص.262).

- دراسة **هو وآخرون HO & al**: هدفت الدراسة إلى بحث العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي والصحة النفسية (الكبت وإعادة التقييم المعرفي)، والصحة النفسية (باستخدام مقياس الرضا عن الحياة، الوجدان الإيجابي، الوجدان السلبي، الاكتئاب، القلق)، وذلك من

خلال جمع 48 دراسة شملت 51 عينة مستقلة، مع الأخذ بعين الاعتبار المبادئ الثقافية الغربية، وكان من نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين إعادة التقييم المعرفي (من استراتيجيات التنظيم الانفعالي)، ومؤشرات الصحة النفسية الإيجابية، ووجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الكبت ومؤشرات الصحة النفسية الإيجابية، وكذلك وجود علاقة ارتباطية قوية بين الكبت ومؤشرات السلبية للصحة النفسية (مولى ناهد شنن، 2021، ص. 78).

- دراسة جارنفسكي و فيفيان كرايج. (Garnefski, N. & Kraaij, V., 2005): بعنوان العلاقة بين استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية وأعراض الاكتئاب دراسة مقارنة لخمس عينات محددة، الهدف من هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية وأعراض الاكتئاب، تمت مقارنة خمس عينات محددة (تشمل المراهقين حتى كبار السن)، فيما يتعلق باستخدام استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية (الاجترار، الكوارثية، لوم الذات، لوم الآخرين، التقبل، إعادة التقييم الايجابي، وضع الأمور في نصابها، التخطيط، إعادة التركيز الايجابي)، وكذا التعرف على العلاقات بين هذه الاستراتيجيات وأعراض الاكتئاب وكشفت النتائج عن وجود اختلافات ملحوظة في الاستراتيجيات المعتمدة بين الفئات المحددة، كما تم التوصل إلى أن العلاقة بين تنظيم الانفعال المعرفية والاكتئاب متشابهة بين المجموعات الخمسة (Garnefski, N., & Kraaij, V., 2006, p.1659).

6-2 الدراسات التي تناولت القلق و/أو الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً:

6-2-1 الدراسات العربية:

- فوزي أبو العلا دسوقي حنان (2022) : بعنوان الكشف عن فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والكشف عن أثره على الرضا عن الحياة لديهم، احتوت العينة على (14 أما) من أمهات أطفال طيف التوحد بطريقة قصدية ممن حصلوا على درجة مرتفعة على قائمة بيك للاكتئاب وتم تقسيمهن إلى مجموعتين متساويتين (7) المجموعة التجريبية (7) المجموعة الضابطة.

بمراعاة التكافؤ في المستوى الدراسي، العمر الزمني، المستوى المعيشي الاجتماعي والاقتصادي، والدرجة الكلية على قائمة بيك. وخلصت النتائج إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وثبت أثره على الرضا عن الحياة لديهم (فوزي أبو العلا دسوقي، 2022، ص.2).

- دراسة بوغمبوز زينب، والسحيري زينب(2022): بعنوان دراسة مستوى القلق والاكئاب عند أمهات أطفال التوحد دراسة ميدانية لـ (15 حالة)، الهدف من إجراء هذه الدراسة هو الكشف عن درجة القلق والاكئاب لدى أمهات أطفال التوحد، حيث تم التركيز على الحالة النفسية للأم باعتبارها أول من يتكفل بالطفل، والكشف عن المعاناة النفسية من القلق والاكئاب بعد التشخيص. حيث شملت العينة (15 حالة) من أمهات متكفل بهن في عيادات متعددة الخدمات بولاية المدية، تم استخدام المنهج العيادي واستعمال مقياس بيك للقلق والاكئاب، فأسفرت النتائج على أن درجة القلق والاكئاب تراوحت بين الحاد والحاد جدا، يليها المتوسط بالنسبة للقلق، في حين غلبت الدرجة الشديدة ثم المتوسطة بالنسبة للاكئاب (بوغمبوز، والسحيري، 2022، ص.132).

- دراسة صالح الكايد زين وآخرون(2020): بعنوان الفرق في مستوى القلق لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين وأولياء أمور الأطفال العاديين، سعت الدراسة إلى معرفة الفرق في مستوى القلق لدى أولياء الأطفال المعاقين والأطفال العاديين، حيث تكونت عينتها من (250) ولي، منهم (117) آباء لأطفال عاديين(133) آباء لأطفال معاقين، تم استخدام مقياس تايلور للقلق الصريح كأداة للدراسة. وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى القلق لدى أولياء أمور الأطفال العاديين غير موجود، ومستوى القلق لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين كان متوسط، إذ بلغ المتوسط الحسابي لمستوى قلق أولياء أمور الأطفال المعاقين(22,60)، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق على مقياس تايلور تبعا لكل من متغيري الجنس وعمل ولي الأمر.

(AL . Kayed, Z. . autre,2020,p.332)

- دراسة سليمان عبد الله، وابن عبد السلام عبد الله (2018): بعنوان القلق عند الأولياء وعلاقته بمعدل ذكاء أبنائهم المعاقين ذهنيا، هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين درجة قلق أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا ومعدل ذكاء أبنائهم، وكذا الكشف عن الفروق في درجة القلق لدى الأولياء حسب متغيرات نوع الولي وجنس الطفل، تكونت عينة الدراسة من 781 فرد متمثلين في 71 طفل معاق عقليا، متكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي تامنغست، بالإضافة إلى أوليائهم والمقدر عددهم بـ 721 ولي، وطبق اختبار كولومبيا للنضج العقلي على عينة الأطفال من أجل قياس معدل ذكائهم، كما طبق مقياس تايلور للقلق الصريح على عينة الأولياء للكشف عن درجة القلق عندهم، وأظهرت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية بين درجة القلق عند الأولياء ومعدل ذكاء أبنائهم المعاقين، كما توصلت إلى وجود فروق في درجة القلق لدى الأولياء لصالح الأمهات، كما لا يوجد لفروق في درجة القلق لدى الأولياء حسب جنس أبنائهم.

- دراسة طايبي مريم (2016): بعنوان قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق ذهنيا. جامعة الجزائر 2، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق المستقبل لدى والدي الأطفال المعاقين ذهنيا (آباء، أمهات)، وطبق عليهم مقياس قلق المستقبل من إعداد الباحثة بعد التأكد من صدق وثبات الأداة، وأهم النتائج التي تم التوصل إليها أن هناك فئة من والدي الأطفال المعاقين ذهنيا يعانون من درجة قلق مستقبل متوسطة ما بين (15-07)، كما لم تسجل فروق في درجة قلق المستقبل حسب متغير الجنس (ذكور/إناث).

- دراسة حمدان اللوزي صلاح، والفايز عبد الكريم متعب (2008) : بعنوان أثر وجود طفل معاق على الوالدين : دراسة ميدانية. خصت الدراسة أثر وجود طفل معاق على الأبوين، عن طريق قياس مستوى القلق والضغط النفسي المنبعث من وجود إعاقة عند طفلهم، تم جمع بيانات الدراسة باستخدام الاستبانة، وباستخدام منهج المسح الاجتماعي من خلال مقابلة آباء وأمهات لثمانين وقد تم استخدام مقياس القلق النفسي بعد ولادة الطفل المعاق وفق مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scal) ، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المتغيرات المستقلة المتمثلة بعمر الطفل، ونوعه، وترتيبه بين إخوته، ومستوى تعليم الأبوين، وعمل الأب، ونوع العائلة، وبين كل من المتغيرات التابعة المتعلقة بوجود الضغط النفسي لدى الأبوين، وأداء الأسرة لوظائفها، والعلاقة الزوجية، وعلى عكس ذلك تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير عمل الأم وبين كل من متغيري أداء الأسرة لوظائفها والعلاقة بين الزوجين (اللوزي، والفايز 2008، ص.91).

- **دراسة سليمان سالم أبو عيادة هند (2008) :** بعنوان إستراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين وعلاقتها بالقلق والاكتئاب، كانت الغاية من هذه الدراسة هو التعرف على استراتيجيات التأقلم المستخدمة بين أهالي الأطفال المعاقين وعلاقتها بالقلق والاكتئاب في المنطقة الوسطى- قطاع غزة، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، التعليم، السكن ، الدخل الشهري، عدد أفراد الأسرة و نوع الإعاقة، وتم اختيارهم بطريقة قصدية غير عشوائية، ولتحقيق هذه الأهداف تم استخدام مقياس استراتيجيات التأقلم، مقياس تايلور للقلق، واختبار بيك للاكتئاب، أوضحت النتائج أن إستراتيجية إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين، وتبين وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء والأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في إستراتيجية الارتباك والهروب لصالح الآباء. كما وتوجد فروق في استخدام إستراتيجيتي إعادة التقييم والتحكم بالنفس تعزى لعدد أبناء الأسرة، والدخل الشهري، المستوى التعليمي، نوع السكن نوع الإعاقة. كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء والأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في القلق والاكتئاب. ووجود علاقة ارتباطيه بين القلق واستراتيجيات التأقلم، كما توجد علاقة ارتباطيه بين الاكتئاب و استراتيجيات التأقلم .

- **دراسة بخش (2007):** شملت عينة الدراسة أمهات الأطفال المعاقين والعاديين، قصد الكشف عن العلاقة الموجودة بين أحداث الحياة الضاغطة والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين والأطفال العاديين. تكونت عينة الدراسة من 120 أما، 60 من

أمهات لأطفال عاديين، و60 لأمهات أطفال معاقين. تم تطبيق مقياس أحداث الحياة الضاغطة، ومقياس القلق، ومقياس بيك للاكتئاب. أظهرت نتائج الدراسة، وجود علاقة دالة وموجبة بين أبعاد الحياة الضاغطة وبين كل من القلق والاكتئاب عند أمهات الأطفال العاديين والمعاقين عند كلا المجموعتين، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات الأطفال العاديين والمعاقين في كل من القلق والاكتئاب.

(AL . Kayed, Z. ., & al, 2020,p.336).

6-2-2 الدراسات الأجنبية:

- دراسة **Tabassum & Mohsin (2013)**: والتي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب لدى أولياء أمور المعاقين، كما هدفت إلى المقارنة بين أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا والأطفال المعاقين بصريا والأطفال المعاقين حركيا في مستوى القلق والاكتئاب، بلغ عدد أولياء الأطفال المعاقين (80 أب وأم) لأطفال من عمر (4 إلى 18 سنة). أستخدم في هذه الدراسة قائمة البيانات الديموغرافية، مقياس القلق والاكتئاب وقد خلصت النتائج إلى:وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب، وارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مقارنة بأولياء أمور الأطفال المعاقين حركيا. وعدم وجود فرق في مستوى القلق والاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا وبصريا (فوزي أبو العلا دسوقي، 2022، ص.22).

- دراسة **Azeem et al (2013)**: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق والاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، تكونت عينة الدراسة من 188 وليا (99أبا، 99أما). أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة انتشار القلق والاكتئاب عند الأمهات أكبر منه عند الآباء (فوزي أبو العلا دسوقي، 2022، ص.22).

7- تعقيب على الدراسات السابقة:

في نظرة تمحيصية معمقة للدراسات السابقة وذات الصلة بموضوع استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا، سواء

على المستوى المحلي أو على مستوى الدراسات العربية والأجنبية تؤكد ندرتها بشكل واضح (حسب اضطلاع الباحثة)، رغم أن هناك عدد قليل منها مس الموضوع رهن الدراسة بصورة جزئية دون أن تكون جميع المتغيرات المحورية ذات صلة.

حيث يلاحظ من خلال عرض الدراسات السابقة أنها كانت ضمن محورين، فالمحور الأول تناول الدراسات السابقة التي تناولت علاقة استراتيجيات تنظيم الانفعال وأعراض القلق أو الاكتئاب، أو هما معا، وقد اتفقت أغلبها على اعتماد المنهج الوصفي، وهناك من اعتمدت على المنهجين المنهج الوصفي والمنهج العيادي مثل: دراسة سهام علي عبد الغفار عليوة، غير أنها اختلفت فيما بينها في أدوات القياس المستخدمة، فقد استخدمت بعض الدراسات مقياس تنظيم الانفعال لكروس(2003) مثل سعاد أبو سعيد، والحارثية أماني بنت سالم و آخرون، ورزان الزهدي كامل المرعي، واعتمدت أخرى على مقياس التنظيم الانفعالي Garnefski,et al,2001، كدراسة سهام علي عبد الغفار، و Mertin. Dhlen، ومحمود، وفاء ناهد مولى شنن، والسيد، بينما قام آخرون ببناء مقاييس خاصة بهم مثل: عبد المنعم.

أما الدراسات التي تناولت القلق أو/ والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين فقد تبنت غالبيتها مقياس تايلور للقلق الصريح كدراسة هند سليمان، وزين صالح الكايد، وعبد الله سليمان وعبد الله بن عبد السلام، وأخرى اعتمدت على مقياس بيك للقلق كدراسة زينب بوزمبوغ وزينب السحيري، وأخرى اعتمدت على تصميمها الخاص للمقاييس كدراسة صلاح حمدان اللوزي وعبد الكريم متعب، استخدمت جل الدراسات التي جعلت الاكتئاب متغير لها مقياس بيك للاكتئاب كدراسة: هند سليمان، وزين صالح الكايد، وحنان فوزي أبو العلا الدسوقي، وزينب بوعمبوز وزينب السحيري، اعتمدت أغلب الدراسات السابقة الذكر على المنهج الإحصائي، ماعدا دراسة صلاح حمدان اللوزي وعبد الكريم متعب اللذان اتبعا

المنهج المسحي الاجتماعي، ودراسة زينب بوعمبوز وزينب السحيري اللتان اعتمدتا المنهج العيادي.

فحوى الدراسة الحالية تميزت عن غيرها من الدراسات بالجمع بين المتغيرات الأربعة في آن واحد (استراتيجيات التنظيم الانفعالي، القلق، الاكتئاب، الإعاقة الذهنية)، والاعتماد على **مقياس التنظيم الانفعالي CERQ** الذي تم إعادة حساب صدقه وثباته على عينة الدراسة الحالية. والاعتماد كذلك على **مقياس بيك للقلق BAI** ، **ومقياس بيك للاكتئاب BDI-II**. كما استفادت الدراسة الحالية أيضا من الدراسات السابقة بالمنهجية المستخدمة في الجانب النظري ودراسة متغيرات البحث، وطريقة تحليل البيانات، وعرض النتائج، وتفسيرها.

الفصل الثاني: استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

تمهيد.

1-الانفعالات.

1-1 مفهوم الانفعالات.

1-2 مصطلحات ذات الصلة بالانفعال وعناصره.

1-3 النظريات المعاصرة المفسرة للانفعال.

2- استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

1-2 مفهوم التنظيم الانفعالي.

2-2 النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي.

2-3 تعقيب حول النظريات.

2-4 استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

2-5 الفروق الفردية في التنظيم الانفعالي.

2-6 أساليب المواجهة واستراتيجيات التنظيم الانفعالي.

2-7 استراتيجيات التنظيم الانفعالي والصحة النفسية.

خلاصة.

تمهيد:

يساير الفرد العديد من الأحداث والمواقف اليومية التي تستثير أنماطا مختلفة من الانفعالات، ويمثل التعبير عن تلك الانفعالات إحدى المظاهر المعرفية السلوكية الأكثر تعقيدا وعمقا واختلافا بين الأفراد، تتباين الانفعالات التي يخبرها الفرد تبعا للمواقف المعاشة، الأمر الذي يتطلب القدرة على إدراك تلك الانفعالات وتغيير الاستجابة تبعا لتلك المواقف (Eisenberg, & Fabes, 1992, p.133).

ولكي يستطيع الفرد مسايرة أحداث حياته اليومية لأبد من فهم طبيعة العلاقة الموجودة بين الموقف الانفعالي وإيصال المشاعر من خلال توسط عملية تنظيم الانفعالات، لهدف التأثير في مدة وشدة وطرق التعبير عنها سواء تلقائيا أو بطرق منظمة، فهي سيوررات تؤثر على انفعالاتنا، أو في كيفية ترابط مكونات الاستجابة عندما نخبرها ونعبر عنها عن طريق سلوكيات تديرها استراتيجيات سواء شعورية أو لا شعورية. (Gross, 1998, p.275)

1- الانفعالات

قبل التطرق إلى مصطلح استراتيجيات التنظيم الانفعالي بعمق، كان من المهم التعرّيج على مصطلح الانفعال لأنه عنصر مهم في وجودنا من خلال التأثير على إدراكنا وردود أفعالنا، فهو محرك سلوكنا. (Liliana Patricia, 2013, p.13).

1-1 مفهوم الانفعالات:

1-1-1 تأصيل مفهوم الانفعالات لغة:

يشار إلى مفهوم الانفعالات في اللغة اللاتينية بكلمة (Emovire)، أما اللغة الانجليزية يشار إليها بكلمة (Emotion)، وفي اللغة العربية فإن مفهوم الانفعالات مأخوذ من الفعل (انفعل، منفعل، انفعالات) أي تأثر، متأثر. (بن يونس، 2006، ص.227).

1-1-2 مفهوم الانفعالات اصطلاحا :

مفهوم الانفعال واسع يحوي العديد من الحالات الوجدانية المختلفة كالحب، الحقد، الأمل، الخيبة، الحزن...الخ، ويجمع أيضا بين المتناقضات في موقف واحد أو مواقف

مختلفة، فهو تغير مفاجئ يشمل الفرد نفسيا وجسميا، ويؤثر في سلوكه وشعوره (كاملة الفرخ، عبد الجبار، 1999، ص.8).

إن الانفعال هو حالة دورية قصيرة نسبيا، تستند إلى نمط من الإدراك والتجربة وردود الفعل الفسيولوجية والتواصل، وتحدث كاستجابة لتحديات اجتماعية وجسمانية معينة والفرص المتاحة. (Keltner ,& Gross,1999, p.468)

تعرف الانفعالات عامة على أنها عمليات ديناميكية ناتجة عن تقييم الموقف، بناءا على دلالاته المتضمنة مجموعة متناسقة من الاستجابات الفسيولوجية والتعبيرية والسلوكية. (Silvia ,2009 ,p.33)

كما يعرف الانفعال على انه حالة معقدة أو مركبة من حالات الكائن العضوي، تتطوي على تغيرات جسدية ذات طابع واسع النطاق في التنفس والنبض وإفراز الغدد، أما في الجانب العقلي فهي حالة من التهيج أو الاضطراب، تتميز بشعور قوي، وتألف عادة دافعا نحو شكل محدد من أشكال السلوك وأنماطه. (بن يونس، 2006، ص.227).

ومنه تشير الانفعالات إلى مجموعة مختلفة ومتعددة من الاستجابات والأحداث التي يتعرض إليها الفرد والناجمة عن مثيرات خفيفة الحدة إلى أخرى شديدة، ومن أحداث قصيرة الأمد إلى أخرى طويلة الأمد، ومن أحداث بسيطة إلى أخرى معقدة، ومن أحداث خاصة إلى أحداث متشاركة اجتماعيا.

1-2 مصطلحات ذات الصلة بالانفعال وعناصره:

إن البحث في موضوع الانفعال خاصة قد أخذ حيزا كبيرا من الاهتمام والدراسة بين علماء النفس، وهذا راجع لتداخل العديد من المصطلحات الأخرى ذات الصلة، خاصة فيما يتعلق بالعلاقة (الاختلاف والتشابه) بين مصطلح الانفعال وبعض المصطلحات الأخرى مثل: الدوافع، الأحاسيس، العواطف، المزاج، وفيما يلي سنحاول توضيح طبيعة هذه العلاقة.

1-2-1 الانفعالات والدوافع:

يعرف الدافع على انه غريزة داخلية تنجم عن حاجات فسيولوجية وأنماط سلوكية معقدة، تظهر أولاً وراثية المصدر وسرعان ما تزداد تطوراً من خلال العوامل البيئية التي نسميها بالحوافز، ينجم عن هذا الدافع سلوك معين مرفق بانفعال خاص. (كاملة الفرخ، وعبد الجبار، 1999، ص.17-18).

مثال: دافع الهرب يرفق بانفعال الخوف، دافع الأمومة يرفق بانفعال الحنان... الخ، إذ أن نوع الانفعال يتوقف على نوع الدافع في موقف أو مثير معين، فعلاقة الاستجابة الانفعالية بالدافع تظهر بأنماط مختلفة منها:

- عندما تكون الدافعية قوية: كلما زادت قوة الدافع وشدته كلما زاد حدوث الاستجابة الانفعالية وما يقابلها، وتهياً فسيولوجي وعضوي وعقلي.
- عندما تحبط الدوافع: يكون الانفعال هنا ضئيل بسبب اعتدال درجته.
- عندما تستبعد الدوافع فجأة: أي أننا ننفل فجأة لدوافع (مثيرات) غير متوقعة مثل: سماع خبر سار، ينتقل الفرد من شعور الهدوء إلى انفعال النشاط كالقفز والضحك وغيرها من الانفعالات مصحوبة بتغيرات فسيولوجية داخلية (سرعة ضربات القلب)، وخارجية (الابتسام، احمرار الوجه). (منصور، والشرقاوي ، 2003، ص.145)
- من خلال ما سبق توضيحه يمكننا القول أن الدوافع غالباً ما يترتب عليها ظهور انفعالات معينة، أما بالنسبة للفروق بين الانفعالات والدوافع فإنها تتلخص في:
- تستثار الانفعالات عادة بمنبهات خارجية، في حين تستثار الدوافع غالباً بمنبهات داخلية.
- ترتبط الانفعالات بخبرات ذاتية وجدانية مصاحبة للسلوك، في حين ترتبط الدافعية عادة بنشاط موجه نحو الهدف. (بن يونس، 2006، ص.228).
- تتباين الدوافع عن الانفعالات في كون الدوافع داخلية التنظيم، في حين أن الانفعالات

تنظم علاقة الفرد بالبيئة الخارجية.(Keltner,& Gross,1999, p.468)، في هذا اصدد يقول داروين:" إن الوظيفة الأساسية للانفعال ليس أن يشعر الشخص الذي هو موضوعها، بل تعمل على التواصل داخل بيئته ومجموعته، هذا ما يؤكد لنا أن ردود أفعالنا مفيدة وأنه من دونها لا يفهمنا الآخرون"(Chevalier,S.A ,p.4)

1-2-2 الانفعالات والعواطف:

تعرف العاطفة على أنها استعداد وجداني مكتسب ثابت نسبيا ومركب من عدة انفعالات تدور حول انفعال معين، أو هي استعداد أو ميل عاطفي ينصب حول فكرة ما (بن يونس، 2006، ص.228).

يمكن تحديد العواطف وأنواعها من حيث:

- أ- **النشأة:** - عاطفة الحب وانفعالها الحنو.
- عاطفة الكراهية وانفعالها البغض (الغضب).
- ب- **الموضوع:** - عاطفة موجهة نحو الجماعة.
- عاطفة موجهة نحو شخص معين.
- عاطفة موجهة نحو حيوان معين.
- عاطفة موجهة نحو مثل عليا أو قيم أخلاقية (منصور،

والشرقاوي، 2003، ص.156)

وعليه فإن الانفعال هو حالة طارئة وعابرة، أما العاطفة فهي اشد بقاء وديمومة، مركب من عدة انفعالات تدور حول موضوع محدد، فحينما تثار العاطفة تنبثق الانفعالات المكونة لها سواء كانت هادئة أو عنيفة، حسب الموقف والظرف. (بن يونس، 2006، ص.228).

1-2-3 الانفعالات والأحاسيس:

الإحساس هو عملية نفسية بسيطة ينشأ نتيجة تأثير ظواهر أو أحداث خارجية على أعضاء الحس، أو كنتيجة لتأثير التغيرات الحشوية الداخلية، ومن ثم يتحدد انعكاس الخصائص الفردية لهذه الظواهر، فالمثيرات الداخلية أو الخارجية هي مصدر معلومات

تساعد الفرد على الإقبال وتنظيم ردود أفعاله، توجد أنواع عديدة من الأحاسيس منها ما يرتبط بأعضاء الحس كالشم، والبصر، والشم والذوق، واللمس، ومنها ما يتعلق بأجهزة الجسم وأنسجته وتشمل الإحساسات العضوية والحركية كالجوع العطش الآلام الداخلية. (منصور، والشرقاوي، 2003، ص.160)

1-2-4 المشاعر:

تختلف هذه الأخيرة عن الانفعال في كونها تخلو من كل ما هو فسيولوجي وحشوي واضح، تنمو المشاعر ضمن سيرورة نمو وتطور، تبدأ من المشاعر البسيطة ومباشرة وتنتهي بالمشاعر العليا التي تنمي منظومة الأخلاق والمثل والقيم العليا، تتأثر بأفكار المتوارثة عبر التاريخ الإنساني من جبل إلى جبل، وتكون دائماً واعية وتنظم إرادياً (بن يونس، 2006، ص.231).

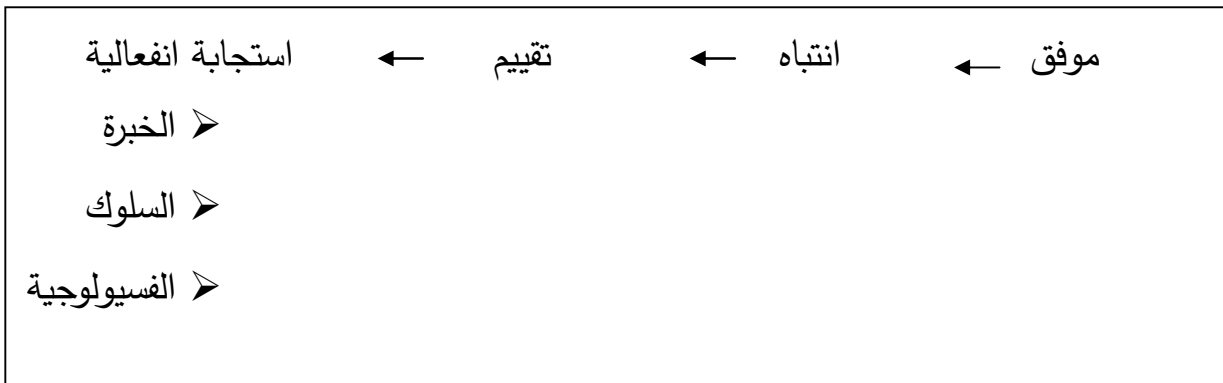
إن هذا الاختلاف والتباين بين مختلف المفاهيم سابقة الذكر جعل المنظرون يحاولون فهم الانفعال من خلال تحديد ثلاثة عناصر أساسية تميزه :

- **العنصر الأول:** يرتبط بما يثيره الانفعال، حيث يتولد الانفعال عندما يتعرض الفرد إلى موقف يقيمه على أنه يؤثر على أهدافه الحالية. تكون هذه الأهداف جوهرية كهدف البقاء على قيد الحياة، أو أهداف عابرة ترتبط بهدف بسيط كطلب قطعة حلوى، أو تكون أهداف واعية ومعقدة مثل السعي إلى النجاح، أو تكون غير واعية وبسيطة مثل الابتعاد عن حشرة، أو تكون أهداف عامة كصلاح الأولاد، أو أهداف أخرى يحدد الفرد معناها.
- وعليه مهما كان الموقف الذي يعايشه الفرد فهو مرتبط بمعنى هو الذي يدفعه إلى نشوء الانفعال، ويتأثر المعنى عبر الزمن ويتغير وبالتالي يتغير الانفعال. (Lazarus, 1991, p.819).

- **العنصر الثاني:** يرتبط بالعناصر المكونة للانفعال: إن الانفعالات متعددة النواحي والظواهر، تضم مجموع الخبرات الذاتية والمتغيرات الفسيولوجية والثقافة المحيطة. فالخبرة الذاتية والتجربة الانفعالية تؤثر في معنى الانفعال وما نقصده به، وتدفعنا إلى القيام بالفعل

بطرق معينة دون أخرى، وتستثير الاستجابات العصبية والفسولوجية التي تنتبأ بردود فعل سلوكية مرتبطة بالاستجابة الانفعالية. (عفانة، 2018، ص.11)

- **العنصر الثالث:** متعلق بمرونة الانفعالات: عكف وليام جيمس على التوسع في هذا المفهوم، إذ ينظر إلى الانفعالات على أنها ميول استجابية يمكن تخفيفها أو تعديلها بطرق عدة، فالانفعالات لها صفة دافعة (سحب أو مقاطعة ما نقوم به)، تتسلط على وعي الفرد. ما تدخل الانفعالات في تنافس حاد مع مختلف الاستجابات التي ينتجها الموقف ولا تتغلب عليها تلقائياً، بل تتعلق بإمكانية التنظيم. (Frijida, 1988, p. 352)
- يقترح كل من كروس واثومبسون (2007) نموذجاً توضيحياً لنشأة الانفعالات في سياق تفاعل الفرد مع مثيرات داخلية أو خارجية، إذ حددا مراحل وخطوات أولها توجيه الانتباه، ومن ثم يكون للموقف معنى خاص واستجابة انفعالية متعددة النظم.



شكل رقم (01): يوضح نموذج كروس واثومبسون لنشأة الانفعال. (Armelle, 2014, p.68)

تري الباحثة أنه من خلال هذا النموذج الشكلي للانفعال أكد كروس Gross على وجود أساسيات متفق عليها حول موضوع الانفعال، تشكل نقاط تلاقي للعديد من الباحثين وذوي الاختصاص، إذ قدم هذا الأخير نموذجاً منظماً ومتسلسلاً، تبدأ الاستجابة فيه بموقف غالباً ما يكون خارجياً أو مادياً يثير الانتباه للتعامل معه بطرق متعددة حسب تقييم الفرد وتبعاً لأهدافه. يثير التقييم تشكل إدراك الفرد وتقديره للموقف ومن ثم تنشأ الاستجابة الانفعالية المتضمنة الاستجابة الفسولوجية والخبرة الذاتية والسلوكية.

1-3 النظريات المعاصرة المفسرة لطبيعة الانفعال:

تعكس النظريات والدراسات التنوع الهائل في وجهات النظر الموجودة في مجال تفسير الانفعال واختلافاتها، إلا أن جميع المنظرين اتفقوا على أن الانفعالات موضوع صعب التحديد في الواقع نظرا لاحتوائه على العديد من العناصر، وهذا ما أدى إلى ظهور العديد من التيارات المفسرة القديمة الموجودة منذ سنوات كالاتجاهات البدائية التي يمثلها دارون سنة 1872 في كتابه المشهور "مظاهر أو التعابير الانفعالية عند كل من الإنسان والحيوان"، و**جيمس- لانج** من خلال نظريتهما السيكو-عضوية، و**كينون- وبارد** في نظريتهما التي ألغت مبدأ الفصل في الاستجابات الفسيولوجية والاستجابات الانفعالية التي جاء بها سابقيهما، ورجحا مبدأ التعاقب بينهما بحيث أن المثير المسبب للانفعال يتم معالجته في قشرة المخ، وبالتالي تؤدي إلى ظهور استجابات فسيولوجية وانفعالية في آن واحد (بن يونس، 2006، ص. 264-269).

في الوقت الحالي ظهرت العديد من الدراسات والنظريات المفسرة للانفعال قصد تزويدنا بمفاهيم أكثر حداثة وهو ما تتبناه الباحثة.

في السبعينيات كان مجال البحث في الانفعال موضوعا حساسا نظرا لبروز دراسات أجريت على تعابير الوجه الانفعالية، وقد كان على رأس هذا البحث عالم النفس الأمريكي **بول إيكمان** الذي أكد على أن تعابير الوجه عند التعبير على الانفعال هي تعبيرات شاملة وعامة ولا تتأثر بثقافة الانتماء، بحيث أن الانفعالات التي نشعر بها والطريقة التي نعبر بها عنها هي نفسها تماما لكل واحد، خاصة عند التعبير عن الانفعالات الأساسية: الفرح، الغضب، الحزن، الاشمئزاز، الخوف، الفجأة والدهشة (Liliana Patricia, 2013, p.14).

في سنة 1992 أتى **إزارد IZARD** بنظرية الانفعالات القائمة على أساس وظيفتها البيولوجية والاجتماعية الأساسية العاملة على تطوير قدرة تكيف كل إنسان، بعبارة أخرى تؤدي الانفعالات وظيفة تكيفية تتوسط عضوية الفرد والأحداث الخارجية (Nugier, 2009, p.8)، وهناك نقطة أخرى أكثر أهمية أثارها **إزارد IZARD** في نظرية النموذج البنائي والتي يدافع من خلالها على فكرة النمو والتطور والفروق الفردية التي تظهر

نتيجة عيش ومواكبة الانفعالات المختلفة في خضم سيرورة تطور الانفعال، والإدراك لدى الأفراد، والعمل الذي يصبح جزء من الشخصية، بمفهوم آخر إن الانفعال يسبق الإدراك والمعرفة وهذا ما يساعد الفرد على اختيار السلوك التكيفي المناسب للتعامل مع وضعية معينة، لذا يمكن القول أن الانفعالات الأساسية ليست نتاج سيرورة التقييمات فقط بل حتى محفزات السلوك البشري لها أهمية.

وأخيرا النظرية الفارقية للانفعالات، التي تسلط الضوء على العلاقة بين النظم الفرعية للشخصية والوجدانات، التي تنقسم إلى وجدانات موجبة وأخرى سالبة، وتجزم دراسات ازارد أن الانفعال مرتبط إيجابا أو سلبا بمعيار النظم الفرعية الشخصية اعتمادا على مفهوم الوجدان مثال: الفرح (مشاعر ايجابية) سيكون مرتبط بشكل إيجابي بالانبساط (بن يونس، 2006، ص.239).

ورد أيضا هذا المفهوم أي الحافز في أعمال لازاروس **lazarus** بحيث أكد أن الانفعالات تنشأ فقط عندما يحض الموقف أو الحدث بأهمية لدى الفرد، هذا التقييم المعرفي للحدث والموقف الخاضع للسيرورة المعرفية يفسر بطريقة أو بأخرى اختلاف انفعالات الأفراد عند التعرض لنفس الموقف، أو تعرض الفرد بحد ذاته لنفس الموقف في أوقات مختلفة. إذ تظهر الانفعالات الايجابية أو السلبية المحركة لمجموعة من السلوكات المساعدة على التعامل مع الموقف، ويتأثر تقييم الفرد للحدث بعوامل ظرفية وثقافية وكذا الحالة العقلية والبروفيل الشخصي للفرد (Liliana Patricia, 2013 ,p.15).

يرى **كفين وكروس kevin & cross** (2003)، أن للتحفيز دور أثناء إعادة التقييم، خاصة في المواقف التي تبعث على عدم القدرة على اختيار الاستجابة الانفعالية والسلوكية المتوافقة عبر سياقات اجتماعية مختلفة، ومن وجهة نظرهم أن المثابرة على الاستجابة لحافز ما تمت مكافئته مسبقا يتسبب في تدعيم الانعكاس وفق تغيرات عصبية في القشرة الجبهية (Kevin, Gross, S.A ,p.13).

اتفق آخرون مثل شرير **Scherer 2000** مع لازاروس على هذه الفكرة ، على عكس **Zayonc (1998)** الذي اعتبر أن العوامل أو الجوانب الدافعية والمعرفية ليست كافية لظهور الانفعال، إذ اعتبر هذا الأخير أن الانفعالات أكثر تعقيدا تحضا فيها السيوررات النفسية والاجتماعية والثقافية بأهمية تسبق الإدراك.

بالإضافة إلى الجانب المعرفي أثار البعض الآخر الدور المهم للجانب العصبي عند الحديث عن الانفعال، بحيث عمل كل من **Estrada** و **Damasio** على فهم آليات ووظائف الانفعالات من خلال دراسة أجزاء مختلفة من المخ، الدماغ، والجسم، وتأثيرها على الانفعال، بحيث يرى **داماسيون** أن الانفعال هو تفاعل كل من السيوررات العقلية المعرفية التقييمية البسيطة أو المعقدة واستجابات الجسم، مما ينتج عنه حالة جسدية انفعالية تثير الدماغ الذي يستثير تغييرات عقلية أخرى. إذا **داماسيون Damasio (2010)** بين أن الجسم والعقل والانفعال لا يمكن تجزئتهما، ولكي يبرر فكرته طور فرضية قائمة على إعطاء الأولوية للعلامات الجسدية الناتجة عن عمل الدماغ، بتوسط المناطق الجسدية الحسية ومناطق من قشرة الفص الجبهي، التي تسمح بربط الأحداث بحالة الجسم الايجابية أو السلبية. (Damasio,2010,p.138-139)

نواصل الحديث ومحاولة تفسير طبيعة الانفعالات بنظرة نفسية أصيلة من خلال التطرق إلى النظرية التحليلية للانفعالات، إذ قامت هذه الأخيرة بمحاولة تفسير الانفعالات كغيرها من النظريات، حيث ساهمت بإبراز العديد من جوانب الانفعالات والبحث في مصادرها وطاقاتها، فعندما بدأ **فرويد** بحوثه حول الأمراض النفسية اكتشف أن بداية الأعراض العصابية إنما هي ناتجة عن شحنات انفعالية مكبوتة أو حبيسة اتخذت مسارات شاذة منعتهما للتعبير عن نفسها (غانم، 2011، ص.67).

كما استطاع **فرويد** أن يكشف عن مصادر تلك الانفعالات، فهي مواقف قديمة منذ مراحل الطفولة المبكرة، حيث أثبت أن فترة الطفولة المبكرة تشوبها العديد من المشاعر المتصارعة مما يدفع الطفل إلى كبتها، غير أن هذا الكبت لا ينتهي بل يدفع إلى محاولة

الهروب منها فلا تجد سبيلا لذلك إلا في الأعراض وتفحص تلك الخبرات. استنتج فرويد أن تلك الخبرات المتصلة باستثارات جنسية التي لم تنفس ولم تشبع بعد، فتحرك الطاقة الجنسية أي البييدو المحظورة عن بلوغ هدفها، فتتحول إلى شحنة انفعالية مسببة للقلق (Daniel,2008,P.36).

وتركز النظرية التحليلية في تفسيرها للانفعال على الرمز والدلالة اللاشعورية، إذ أن الوقائع الانفعالية ذات معنى ويجب البحث عن هذا المعنى في الشعور الفرد ذاته، فالشعور هو الذي يجعل من نفسه شعورا منفعلا من أجل التمثيل الرمزي الداخلي، بصيغة أخرى أن الشخص الذي ينفعل فإن انفعالاته ذات قصد شعوري يكون لها معنى ظاهر، أما شحنة الانفعالات المكبوتة فهي لا شعورية وعندما تظهر في ساحة الوعي فإن لدالاتها ومعناها ورمزيتها لها معنى مختلف، يتوصل إليه المحلل النفسي من خلال عملية فهم الرموز أثناء العملية العلاجية، كما أن أصحاب التحليل النفسي قد أشاروا إلى صعوبة تتعلق بمبدأ ما إذا كان الشعور ينظم الانفعال بوصفه نمطا معيناً من الاستجابة الملائمة لموقف خارجي، فقد فسرت هذه النظرية المعنى (الرمز) والشعور كونهما مصدر الانفعالات حسب الحالات التي حاولت النظرية تفسيرها، إذ لاحظوا أن هناك صراع تطوري للمظاهر الانفعالية باعتبارها تلقائية شعورية. فالعمل على السيطرة عن الخوف وتهدة الغضب وقمع البكاء لا يجعلنا نشعر بغائية الانفعال، بل نحاول إبعاد الانفعال عنا بكل قوة، كما يمكن تلخيص الانفعال على أنه آلية دفاعية للهروب من الموقف (مثل النوم هرباً من اتخاذ قرار)، أو لاسترجاع ذكرى أليمة (مثل الفتاة التي تغمى بسبب رؤية الفأر). (ساتر، 2001، ص.63).

جاءت أنا فرويد وطورت نظرتها في تصنيف استراتيجيات الموائمة أو آليات الدفاع، التي هي سبيل لتعامل الناس مع الرغبات الجنسية والجسدية الممنوعة وغير مقبولة اجتماعياً (Micelle,& James,2011,P.244)، ومن خلال نظرية المواجهة coping، عكف لازاروس بأبحاثه في نفس السياق إلى تسليط الضوء على مختلف أساليب المواجهة

والتعامل مع الضغوط النفسية، وهذا ما سيتم التطرق إليه في العنصر الثاني من نفس الفصل.

ظهر مفهوم آخر مع فريجيديا **Frijida** يعرف بالميل إلى الفعل، ويقصد به أن الانفعالات تشكل ميلا نحو تحقيق مصلحة أو هدف معين، فهي استعدادات داخلية تسمح للقيام بأفعال أو تغييرات علائقية مع البيئة، بعبارة أخرى عند تعرض أي فرد إلى موقف ما، يحصل ما يعرف بالتقييم المعرفي من أجل تقييم الوضعية ومواجهة التحدي الذي تشكله الطبيعة الانفعالية للموقف، ومن ثم فإنه بالنسبة لـ **فريجيديا** فإن الانفعال هو نظام استجابة يغطي ثلاثة مجالات مختلفة (ردود فعل معرفية وتجريبية، التفاعلات الفسيولوجية، ردود الفعل السلوكية والتعبيرية). (Liliana Patricia, 2013, p.16)

أما عن **فليببورت Philipport** (2007) فحدد ثمانية ميول فطرية أساسية، تظهر مبكرا عند الإنسان، وهي: l'approche النهج الايجابي، العدوان، الخوف، اللعب، التثبيط inhibition، الرفض، الخضوع، الهيمنة، ويضيف أنه وبالإضافة إلى الميول الثمانية يعمل الفرد على تطوير مستوى الميل إلى الفعل بفضل التعلم والتجارب الشخصية، أو عن طريق التعديل ،أو الجمع بين ميول الفعل الفطرية (Philippote, 2007, p.19).

نستنتج من خلال هذه النظريات وجود وجهات نظر مختلفة (معرفية ، نفسية، عصبية، اجتماعية، دافعية) سمحت لنا بتطوير مفهوم الانفعال وتحديد مضامينه .

2- استراتيجيات التنظيم الانفعالي:

تمثل استراتيجيات التنظيم الانفعالي حجر الزاوية في مفهوم التنظيم الانفعالي، بحيث تشير إلى الأساليب المستخدمة من قبل الفرد لتعديل خبرة انفعالية سلبية أو إيجابية.

2-1 مفهوم التنظيم الانفعالي:

يشير مفهوم التنظيم الانفعالي إلى عملية مراقبة مستويات الاستجابة الانفعالية من حيث الشدة والحدة والمدة، أي الأساليب التي من خلالها يؤثر في نوع وكم الانفعال الذي يخبره الفرد أو يخبره الآخرون من حوله، هذا ما يتوافق مع تعريف والترز لتنظيم الانفعال الذي

اعتبره عملية ملاحظة وتقييم وتعديل وقوع شدة أو حدة التجارب الانفعالية والاستجابات (بن داي، 2020، ص.411).

عرف كل من **كروس وجون** (2003) تنظيم الانفعال على أنه جميع الاستراتيجيات الشعورية واللاشعورية، التي تستخدم في تقليل أو زيادة مكون من مكونات الاستجابة الانفعالية (الحسن حسين محمد سيد، 2019، ص.74).

يشير كذلك مفهوم تنظيم الانفعال لدى **Thompson** إلى العمليات الداخلية والخارجية المسؤولة عن مراقبة وتقييم وتعديل الاستجابة الانفعالية الشديدة منها والمؤقتة (علي عبد الغفار عليوة، 2018، ص.12).

لازاروس وفولكمان (1984) عرفاها بأنها العمليات الداخلية والخارجية الواعية وغير الواعية، المستخدمة بشكل مقصود من أجل تنظيم الانفعالات الايجابية والسلبية ووضعها في اتجاه معين باستخدام ما هو مناسب من الاستراتيجيات (حل المشكلات، إعادة التقييم الايجابي، السعي وراء الدعم الاجتماعي، الابتكار)، (منتهى مطشر، وسن ناصر، 2019، ص.2879).

يعرف **زيمان وجاربي Garbi et Zaman 1996** تنظيم الانفعالات على أنه قدرة الفرد على استعمال عدد من العمليات والاستراتيجيات (الداخلية والخارجية)، المرتبطة بالفهم الانفعالي وإمكانية السيطرة أو التعبير الانفعالي، بوصفها أسلوبا تكيفيا لتلبية متطلبات الحياة. (بكر محمد سعيد، 1442 هـ ، ص.325).

ويعرف تنظيم الانفعال على أنه التنظيم الانفعالي المعرفي الذي يتم من خلال الأفكار والمعارف التي تساعد الفرد على إدارة انفعالاته خاصة، بعد المرور بخبرة الأحداث الضاغطة، وهو عملية تجنب، أو كف أو منع، أو تخفيف حدوث الحالات الوجدانية، والعمليات الإنتباهية أو الفسيولوجية المرتبطة (عبد العزيز فرحان الحوطي، 2020، ص.86).

يعرفها كارنفسكي وآخرون **Garnefsk. N & al** على أنها كل العمليات الداخلية والخارجية المسؤولة عن مراقبة الاستجابة الانفعالية وتقويمها وتعديلها، وبصفة خاصة الانفعالات الشديدة والعارضة، بغية تحقيق الفرد لأهدافه. (بكر محمد سعيد، 1442هـ، ص. 325).

كما يرى **ثومبسون** أن تنظيم الانفعال ظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد، فهي مجموعة العمليات التي من خلالها يسعى الفرد إلى مراقبة وتقييم وتعديل انفعالاته شعوريا أو لاشعوريا، سلبية أو ايجابية في أحد الجوانب أو كلها (الфизиولوجية، المعرفية، السلوكية). من أجل تحقيق هدفين أحدهما داخلي (كتعديل المشاعر)، والآخر خارجي (تغيير العوامل المحيطة) التي تؤثر على انفعالاته (Liliana Patricia, 2013, p.20)، ناهيك عن التقليل أو الزيادة أو الحفاظ على الخبرة الانفعالية (بن سالم بن سيف الندابي، 2019، ص. 36). يتضح لنا مما سبق أن التنظيم الانفعالي هو مجموعة من العمليات المعرفية التي تؤثر على نوع الاستجابة الانفعالية والكيفية التي يخبر بها الأفراد عن انفعالاتهم، فهو مجموعة متكاملة من العمليات الفسيولوجية والاجتماعية والسلوكية والمعرفية التي يمكن من خلالها إدارة الانفعالات المتولدة عن مواقف شتى ايجابية وسلبية.

2-2 النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي:

2-2-1 نظرية التحليل النفسي:

يعتبر التيار التحليلي من أول الاتجاهات التي تناولت موضوع تنظيم مشاعر القلق، حيث أقر **فرويد** أن القلق يشمل الانفعالات السلبية وهو وليد عدم التعبير عن الدوافع والرغبات. (عفانة، 2018، ص. 24)

ولقد أدلى **فرويد** بوجود ثلاثة أنواع من القلق: "القلق الموضوعي أو الواقعي، القلق العصابي، والقلق الأخلاقي"، ويذكر أن الأنا وحده يمكن أن يولد القلق، وأن القلق الواقعي، والعصابي والأخلاقي جميعها تشتق من علاقات الأنا مع الواقع، ومع الهو، والانا الأعلى على التوالي ، بحيث أن القلق الراجع إلى الواقع يظهر عند تراكم مطالب الموقف على الأنا،

لذا فإن تنظيم القلق يظهر على شكل تجنب لمثل تلك المواقف التي من شأنها أن تسبب قلقاً مجدداً (عبد العزيز فرحان الحوطي، 2020، ص.91).

ومن ناحية أخرى يرى فرويد أن القلق المسند إلى الهو والأنا الأعلى ينتج عن الضغط على الدافع من أجل فعل معين، وتكون الأنا مسبقة بالإحساس الذي تكون عليه عند التعبير عن تلك الدوافع، فإذا ما قام الأنا بكبت تلك الانفعالات ينتج عن هذا التنظيم بتر للدوافع وقد يسبب قلق في المستقبل (عفانة، 2018، ص.24).

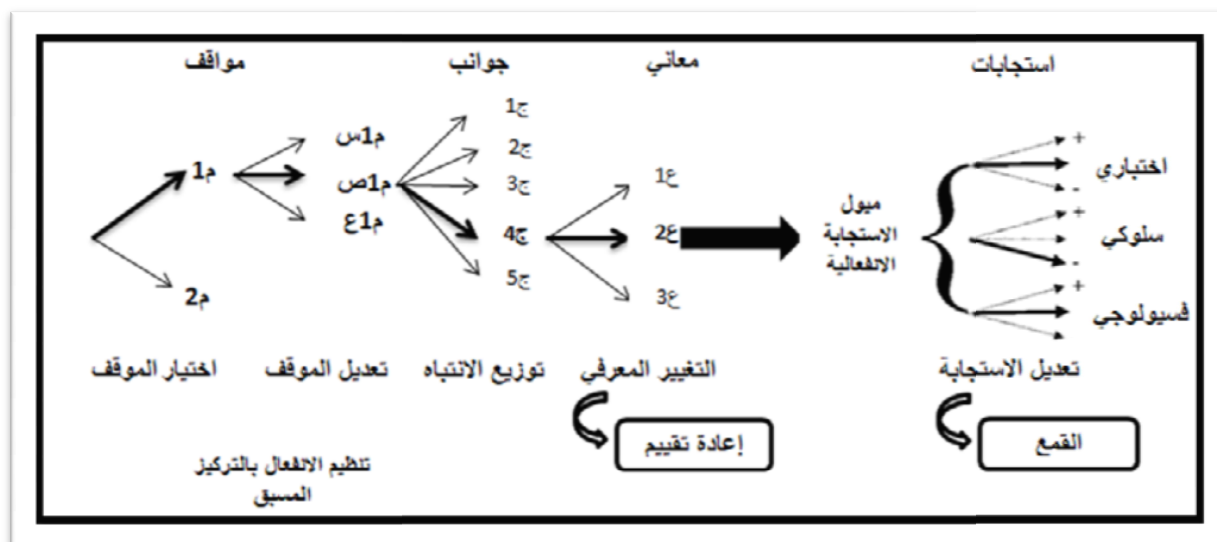
أكدت النظرية التحليلية أن تنظيم القلق يلعب دوراً من خلال التحكم في مشاعر القلق باستخدام آليات الدفاع النفسي التي تهدف إلى التخفيف من حدة الألم، فتلك الآليات الدفاعية اللاشعورية تسمح للفرد بتجاوز خبراته الانفعالية السلبية.

إن تنظيم الانفعال بالنسبة لفرويد يرتبط بشكل أساسي بمفهوم تنظيم القلق، إذ يعتبر الأنا مسؤول عن هذه العملية التي تكون غالباً لا شعورية، والتي تكون بمستويات مختلفة من: تغيير للحقيقة، استنفاد للطاقة، عدم إشباع الدافع، ويرى كذلك أن الدفاعات اللاتوافقية تتطور حينما يقيم الطفل علاقة بين الموقف أو الدافع ومستويات عالية من القلق، وبالتالي ينظم القلق بأساليب صعبة ومتعسرة من طرق تنظيم القلق. أما في حالة الحماية المفرطة للطفل فيتعلم حماية نفسه من القلق المفرط ويطور استراتيجيات تجنبية يخاف فيها من نتائج التعبير عن الدافع (فشل في التحقيق). (Gross, 1999, p.553)

2-2-2 نظرية كروس:

يرى كروس (1998) أن عملية تنظيم الانفعال هي العملية التي من خلالها يؤثر الأفراد على انفعالاتهم ومتى تكون لديهم، وكيف يخبرون ويعبرون عنها من خلال إستراتيجيتين هما: إعادة التقييم والقمع. حيث أن إستراتيجية إعادة التقييم تسمح للفرد بتعديل طريقة التفكير حول الموقف لخفض تأثيره السلبي، وهي أول آلية لتنظيم الانفعال، أما القمع فيعمل على إبعاد التأثيرات الخارجية للانفعال، وقد أقر هذا الأخير خمسة طرق كما هي موضحة في مخطط تنظيم الانفعال: اختيار الموقف، تعديل الموقف، إعادة توزيع الانتباه في

حالة التشتت، إعادة التقييم المعرفي من خلال التفسير المعرفي، اختيار معنى مفضل من المعاني العديدة المسقطة حول الموقف، وأخيرا تعديل الاستجابة وفق ما هو مرغوب (حاجات الفرد). (بكر محمد سعيد ، 1442هـ ، ص.328).



شكل رقم (2): يوضح نموذج كروس *Gross* للتنظيم الانفعالي (بكر محمد سعيد ، 1442 ، ص.329)

2-2-3 نموذج ثومبسون:

يعرف ثومبسون 1994 تنظيم الانفعال على أنه عملية جوهرية مسؤولة عن مراقبة وتعديل ردود الفعل العاطفية. لتحقيق واحد من الأهداف (محمد المحمود، 2017، ص117).

يقوم نموذج ثومبسون Thompson, 1994 على تحديد سبعة آليات تؤدي كلها وظيفتين أساسيتين هما توليد الانفعال، ثم تنظيم الاستجابات الانفعالية المنبعثة عن هذا الانفعال (رمضان مظلوم، 2017، ص153)

✓ المكونات النوروفسيولوجية : يقصد بها الاستثارة العصبية للانفعال.

✓ عمليات الانتباه: تشمل المعلومات الانفعالية المستثارة عن طريق إعادة تركيز الانتباه.

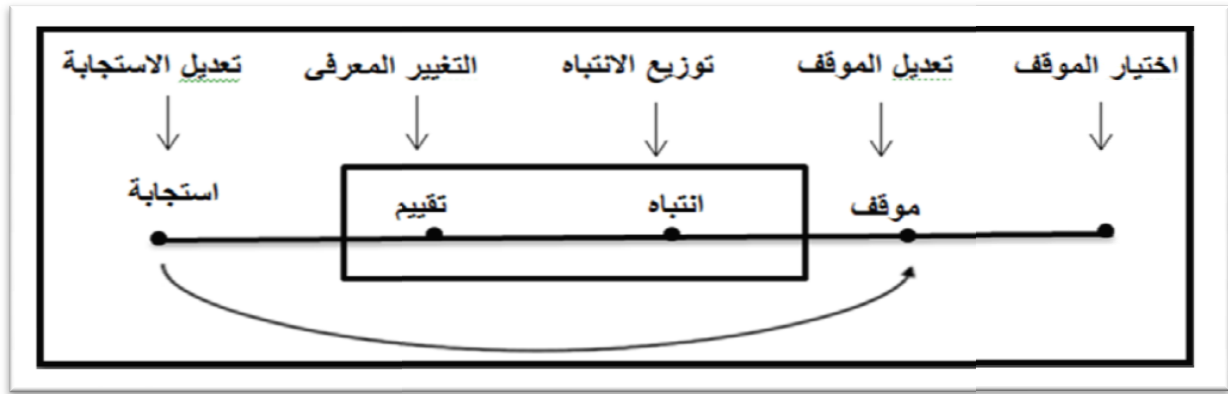
✓ تفسير الأحداث المثيرة: قصد خفض التوتر من خلا إعطاء معنى للمعلومات الانفعالية.

✓ تنظيم الإشارات الانفعالية الداخلية: يتم من خلالها إعادة تفسير المؤشرات الفسيولوجية الداخلية للاستثارة الانفعالية.

✓ تمكين الفرد من التعامل مع المصادر الانفعالية المادية والاجتماعية.

✓ تنظيم المتطلبات الانفعالية للمواقف المشابهة : ضبط المتطلبات الانفعالية للمواقف المعتادة.

✓ اختيار أفضل البدائل من أجل استجابات تكيفية: تتوافق مع أهداف الفرد من المواقف الاجتماعية والبيئية. (رمضان مظلوم، 2017، ص.153)



شكل رقم (3): يوضح نموذج ثومبسون للعمليات الأساسية للتنظيم الانفعالي

(بكر محمد سعيد عبد الله، 1442هـ، ص.329)

يرى ثومبسون أن للانفعال غاية تكيفية وتركيبية، وأن عملية تنظيم الانفعال ذات أهمية للانفعال تتجسد في تدعيم استراتيجيات سلوكية منظمة ذات هدف، ويؤكد أيضا على دور العوامل البيئية في تنظيم الانفعالات، من حيث تكوين القدرة على التنظيم الذاتي للانفعالات، فالسياق الاجتماعي يعد عاملا مهما في تنظيم الانفعالات، ورعاية الطفل تقوم على مساعدته في تنظيم خبراته الانفعالية بأساليب متعددة كالتدخل المباشر لتخفيف الضغوط، وتهيئة الظروف المحيطة لمساعدته على ضبط الاستثارة الانفعالية(عبد العزيز فرحان الحوطي، 2020، ص.94).

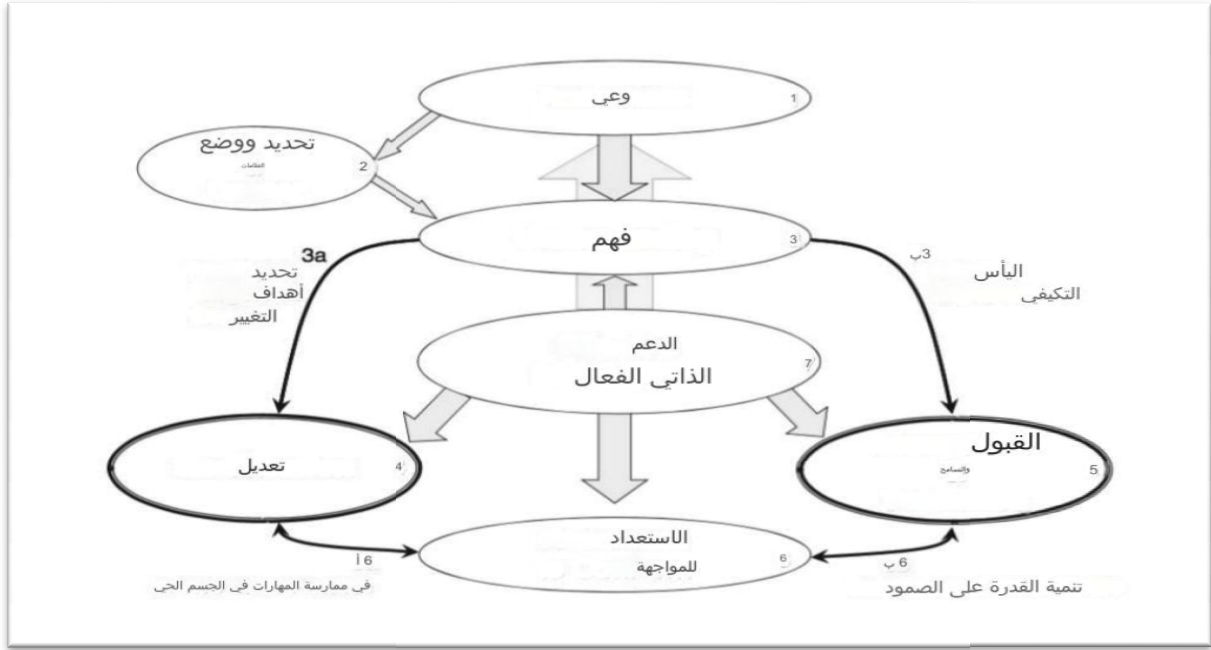
2-2-4 نموذج بريكينغ 2007 في تنظيم الانفعال:

يعرف بيركينغ **Berking** التنظيم الانفعالي على أنه تفاعل مجموعة من المهارات مع موقف معين، لهدف تحديد وتنظيم الحالات الانفعالية والتكيف الجيد مع القيود الاجتماعية والبيئية. (La regulation emotionnelle, 2018, p.11)

إن عملية تنظيم الانفعال في نظر **بريكنغ** تقوم على تسعة مهارات يستخدمها الفرد للتكيف مع موقف معين، من خلال تنظيم الحالات الانفعالية بغية التوافق مع القيود الاجتماعية والبيئية، وتعتبر معالجة المعلومات الانفعالية القاعدة الأساسية للمهارات التسعة التي يستخدمها الفرد في تنظيم الانفعال وهي:

- 1- الوعي بالحالات الانفعالية 2- تحديد العواطف وتصنيفها 3- التفسير الصحيح
- للأحاسيس الجسدية المرتبطة بالانفعال 4- فهم الأسباب الخارجية والداخلية للانفعال 5-
- التعامل مع المواقف التي يمكن أن تولد آثار سلبية ولكنها ضرورية لتحقيق هدف يحدده
- الفرد 6- التعديل المستمر للمشاعر السلبية 7- تقبل المشاعر السلبية غير قابلة للتغيير 8-
- تحمل الانفعالات السلبية 9- القدرة على الحصول على الرغبات بطريقة سوية خاصة في
- المواقف غير السارة (caroline , 2017, p.56).

تعتبر هذه المهارات مهارات خاصة بتنظيم الانفعال ذات التأثير على الصحة العقلية للفرد، بالإضافة إلى القدرة على التكيف مع المواقف والوقاية من الاضطرابات التي قد تنجم عن حدوث اضطرابات في توافق الفرد مع بيئته.



شكل رقم (4): يوضح نموذج تنظيم الانفعالات لبركينغ ووتلي (2014)
(caroline ,2017,p57).

2-2-5 نموذج كول Kool (2009):

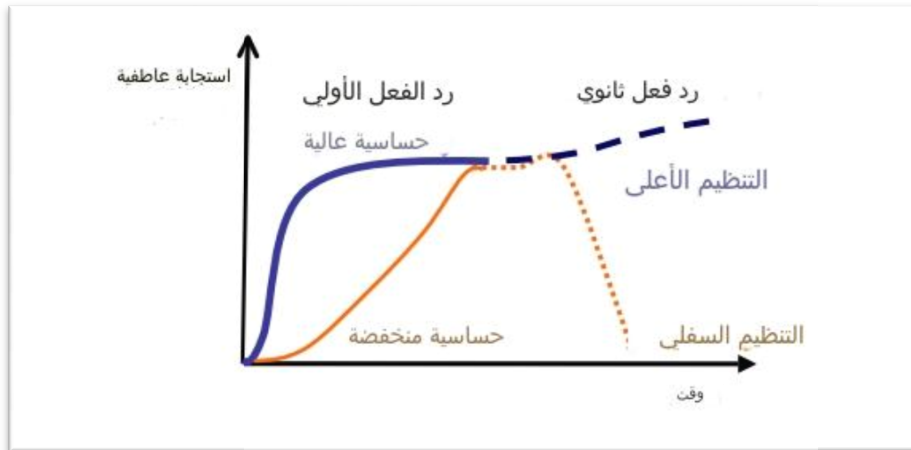
بعد التوقف والقطيعة التي أحدثها كل من كروس وثومبسون في سنة 2007 جاء كول لإثارة موضوع تنظيم الانفعال سنة (2009)، والذي عرفه على أنه: "مجموعة من العمليات التي من خلالها يسعى الناس إلى إعادة توجيه التدفق التلقائي لردود أفعالهم" (Kool, 2009, p.7)، بحيث سلط الضوء على مسألة تصنيف استراتيجيات تنظيم الانفعال وفقاً لتأثيرها على المدى القريب والبعيد، وأقر بوجود فئتين رئيسيتين من الوظائف العليا لتنظيم الانفعال، الأولى مرتبطة بالهدف من تنظيم الانفعال وهو السماح للأنظمة بتوليد الاستجابة الانفعالية، والثانية وظيفة التنظيم الانفعالي.

يقصد بالوظيفة الأولى أي وظيفة توليد الانفعال والاستجابة الانفعالية الدور المرتبط أساساً بمستوى الانتباه والمعرفة والأحاسيس والتغيرات الجسدية، فمن خلال الانتباه يتم اختيار المعلومات من البيانات والمعطيات الحسية الجسدية، أما المعرفة فتشير إلى قدرات الفرد المعرفية في تقييم الموقف الذي يواجهه في إطار متطلبات اجتماعية وبيئية تتعلق بأهدافه وكذا بدرجة الوعي بالانفعال وتمايزه وكيفية خبرته. إذا بالنسبة لكول فإن ردود الفعل

الجسدية كتعابير الوجه يمكن التأثير فيها عن طريق استراتيجيات تنظيم الانفعال الواعية أو اللاواعية تماما مثلما يمكن التأثير في التعبير الفسيولوجي للحالة العاطفية باستخدام أسلوب التجنب أو القمع (Caroline ,2017,p.55).

أما الوظيفة الخاصة باستراتيجيات تنظيم الانفعال تتمحور حول تصنيف كول تصنيفا ثنائيا، وظيفة فعالة على المدى القصير وتتجسد في تلبية متعة أو تحقيق هدف أو تنمية شخصية (البعد العاجل)، وتتجسد هذه الوظيفة كبعد استعجالي من أبعاد تنظيم الانفعال وتخضع إلى التفاعل بين مختلف أنظمة الشخصية، يعزز كذلك تنظيم الانفعال الاتساق والاستقرار على المدى الطويل من حيث المرونة والليونة في أنظمة الشخصية، ومن حيث توليد وخلق الاستجابة الانفعالية المناسبة الخالية من الصراعات التي إذا تكررت حدوثها أثرت سلبا على الجهاز العصبي، ذلك لأنها تشمل تغيرا في أهمية المعلومة المشحونة عاطفيا. (Koole,& Aldao,2015.P.14)

تحدث كول عن تنظيم الانفعال مقابل الحساسية الانفعالية، وأكد أن التداخل القائم بين المفهومين ينتهي عند الحديث عن زمن الاستجابة الانفعالية، فحسب لازاروس 1991 الاستجابة الانفعالية الأولية للناس تختلف عن الاستجابة الثانوية لهم، نظرا لتباين التقييمات الأولية والثانوية للموقف الانفعالي، ومنه أقر كول أن الاستجابة الانفعالية الأولية للناس تعكس حساسيتهم الانفعالية، في حين أن الاستجابة الانفعالية الثانوية تمثل تنظيمهم الانفعالي الذي يعكس بدوره مراقبتهم وضبطهم لانفعالاتهم، ومنه فالاستجابة غير مرغوبة تحدث في البداية قبل أن يتم تنظيم الانفعال، فهي مدخل حيوي لعمليات المراقبة والتحكم (Koole ,2009,p.8).



شكل رقم (5): يوضح نموذج الحساسية الانفعالية و تنظيم الانفعال.

2-3- تعقيب حول النظريات:

تعددت النماذج النظرية المفسرة لتنظيم الانفعال، تقاربت في وجهات نظر وتباعدت في أخرى، فالمدرسة التحليلية عمدت في تنظيرها على فكرة تنظيم القلق المتولد عن الانفعالات السلبية التي نتجت عن عدم التعبير عن الدوافع الليبيدية، وإن جهود الأنا هي بمثابة عمليات مسؤولة عن تنظيم مشاعر القلق وتحدث بشكل غير واعي بمستويات مختلفة من تشويه للواقع عبر آليات الدفاع النفسي.

أما النظريات المعرفية فهي نظريات تهدف إلى فهم الطريقة التي من خلالها ينظم الأفراد ويتحكمون في انفعالاتهم وردود أفعالهم العاطفية، حيث تشير إلى أن التنظيم الانفعالي يتم من خلال وساطة آلية ثلاثية الأبعاد تتألف من المدخلات الانفعالية، العمليات التنظيمية المعرفية، والمخرجات الانفعالية التي تمثل ردود الأفعال النهائية التي يعبر بها الفرد، بما في ذلك من سلوك ظاهر وردود فعل جسدية وعاطفية وتفسيرات معرفية.

يمكن بلورت كل هذه النماذج المفسرة لتنظيم الانفعال في نوعين من الاستراتيجيات هما: استراتيجيات تركز على المواقف أو السياقات الاجتماعية، حيث تعدل من ردود الفعل قبل حدوث الاستجابة عن طريق تغيير نمط التفكير حول الموقف (إعادة التقييم المعرفي) سواء كان خبرة سلبية أو إيجابية. أما التي تركز على الاستجابات الانفعالية فهي تشير إلى

محاولات الفرد التحكم في الاستجابة الانفعالية من خلال تغيير أو منع العلامات السلوكية والجسمية الدالة على الاستجابة الانفعالية.

2-4 استراتيجيات التنظيم الانفعالي:

يشير مفهوم استراتيجيات التنظيم الانفعالي إلى الآليات التي يستند إليها الأفراد، بهدف تعديل التعبير عن الخبرات الانفعالية سواء الايجابية أو السلبية k بما يتناسب مع الموقف الضاغط، أو مختلف المواقف الحياتية اليومية. وتتعدد هذه الأساليب وتختلف باختلاف المنظرين في هذا المجال، وسنتناول في هذا العنصر مختلف الأساليب التي تطرق إليها كل من كروس وكوهن.

يرى كروس وكوهن أن كل فرد لديه نوعين من الاستراتيجيات المستخدمة في ضبط وتنظيم الانفعال:

2-4-1 إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي:

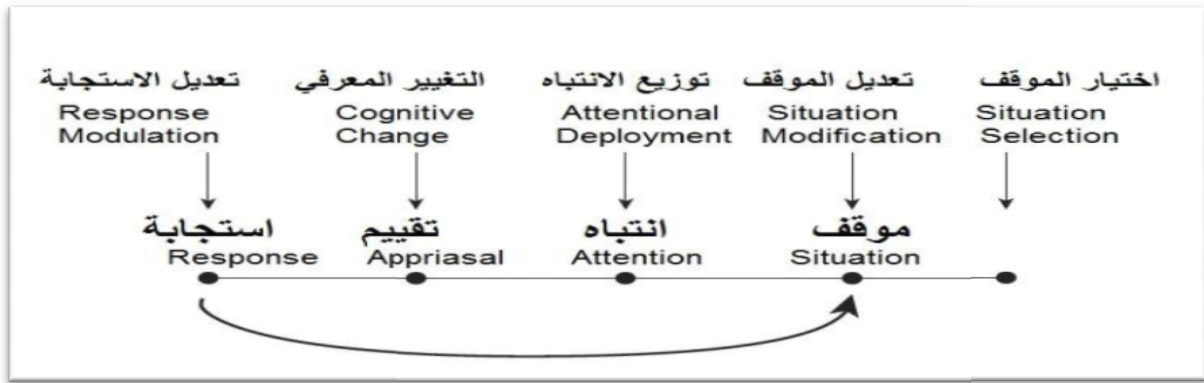
تلعب في هذه الإستراتيجية سوابق الاستجابة الانفعالية الدور الكبير في تحديد السيورة المعرفية. التي من شأنها تقييم الموقف من خلال التخفيف من حدة أو الزيادة في الطابع الانفعالي له، كما تسمح بتعديل المعلومات المدخلة للمعالجة الانفعالية قبل ظهور الميل للاستجابة، مثلاً: ابتعاد الفرد عن الأشخاص الذين يمدونه بالمشاعر السلبية، والتقرب من الأفراد الذين يمدونه بالمشاعر الايجابية، والهدف من هذه الإستراتيجية هو التقليل من الانفعال السلبي والبحث عن المشاعر الايجابية التي يثيرها الموقف. (christophe, & al , 2008, p.60)

2-4-2 إستراتيجية القمع الانفعالي:

تركز هذه الإستراتيجية على الاستجابة الانفعالية، أي أنها العمليات التي يقوم بها الفرد بعد حدوث الاستجابة الانفعالية لتوها. آلية هذه الإستراتيجية هي منع التعبير على المشاعر حتى لا ينقل إلى الآخرين، فيسعى الفرد جاهدا لتعديل الاستجابة الانفعالية بعد أن تم توليدها

في أحد مكوناتها الانفعالية (التعبيرية، أو المعرفية، أو السلوكية) قصد كبت المشاعر السلبية كالقلق والاكتئاب (Liliana Patricia, 2013, p.22-23).

بناء على هذا التقسيم الثنائي يسلط كروس (2008) الضوء على خمسة استراتيجيات لتنظيم الانفعال من خلال نموذجها الخاص بالمرهقين والبالغين، الأربع إستراتيجيات الأولى تسبق الاستجابة الانفعالية، أما الأخيرة منها فتتمركز حول الاستجابة الانفعالية ذاتها (christophe, et al , 2008, p.60).



شكل رقم (6): يوضح عمليات تنظيم الانفعال (Gross, 2014, p.10)

- 1- اختيار الموقف.
 - 2- تعديل الموقف.
 - 3- نشر أو توزيع الانتباه.
 - 4- التغيير المعرفي.
 - 5- أما إستراتيجية تركيز الاستجابة فلها نوع واحد يسميه كروس تعديل الاستجابة.
- 1- **اختيار الموقف:** يصف كروس هذه الإستراتيجية بأنها إجراء استباقي لاختيار نمط الاستجابة الانفعالية في وقت مبكر للموقف الذي يتعرض له الفرد، تتضمن هذه الإستراتيجية انتقاء الموقف الذي يسمح بظهور الانفعالات الايجابية والمرغوب فيها، أي أن الاختبارات التي نقوم باتخاذها تكون بالنظر إلى النتائج المستقبلية لأفعالنا واستجاباتنا الانفعالية، من خلال تفعيل نظرة مسبقة حول المنحى الذي ستتساق إليه انفعالاتنا بحثا عن الاستجابة الايجابية وتجنبنا للانفعالات السلبية (عفانة، 2018، ص.17).

2- تعديل الموقف: يسعى الفرد حسب كروس من خلال هذا الأسلوب إلى تعديل المستوى الانفعالي لهدف تغيير الحالة الانفعالية وفقا لما يتمشى مع حاجات الفرد، يصطلح على هذا الأخير " بالسيطرة الأولية"، أو التعامل المرتكز على المشكلة (عيسى حماد، 2022، ص.1125)

3- توزيع الانتباه: يشير إلى توزيع الانتباه ضمن موقف معين بهدف التأثير في انفعالات الفرد واستجاباته، فهو أحد الأساليب الداخلية لاختيار الموقف بحيث أن الانتباه يعمل على انتقاء المواقف الداخلية المتعددة التي تعتبر مواقف فعالة للفرد في وقت معين، يستخدم هذا الأسلوب عندما لا يستطيع الفرد تعديل أو تغيير الموقف. يوجد نوعين من توزيع الانتباه هما: الإلهاء والاجترار. (Michel, & al, 1989, p.934).

يقصد بالإلهاء: تركيز الانتباه على النواحي الهامشية للموقف، أو صرف الانتباه عن هذا الموقف ككل.

يشير الاجترار: إلى توجيه الانتباه وتركيزه على أفكار ومشاعر تخص أحداث ومواقف أخرى تؤثر على الحالة الانفعالية، يؤثر الاجترار على شدة ومدة الانفعالات السلبية خاصة الاكتئاب. (Bushman, 2002, p.728).

4- التغيير المعرفي: هو الأسلوب الذي من خلاله يقوم الفرد بتغيير معرفي قائم على إعادة التقييم للموقف الذي يسايره الفرد تبعا للمغزى الانفعالي للموقف، أي تغيير معنى الموقف وفق ما يتيح التغيير في الاستجابة الانفعالية للفرد اتجاه ذلك الموقف وتغيير مساره تماما. مثلا: عندما نلوح أو نلقي السلام على أحدهم ويتجاهل هذا الأخير التلويح أو إلقاء التحية، فإن الاستجابة المتوقعة هو ألم ناتج عن تجاهل هذا الفرد لنا، ولكن التغيير المعرفي يمكن أن يعطي تفسير آخر لذات الموقف كان نقول أن هذا الصديق مشتت الذهن أو مشغول بأفكار أو مشاكل خاصة، وبالتالي تتأثر نوعية وحدة الاستجابة الانفعالية.

(Liliana Patricia, 2013, p. 23).

5- **تعديل الاستجابة:** هو الأسلوب الذي يتم من خلاله التأثير في الاستجابة الانفعالية (ردود الفعل الفسيولوجية والسلوكية) ذات التأثير السلبي، وبشكل آخر قد يلجأ الفرد إلى تجنب الموقف عن طريق تعديل الخبرة الانفعالية، فيتعاطى المخدرات أو التدخين.
(Gross, 2014, p 10).

يشير **كروس** إلى أن تعديل الاستجابة الانفعالية يركز على قمع السلوك التعبيري، ولكن دون التأثير في شدة أو حدة المشاعر السلبية، حيث أظهرت الدراسات أن عواقب القمع التعبيري سلبية على المستوى المعرفي والعاطفي والاجتماعي، كما بينت أنه وعلى عكس إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي، فإن قمع التعبير الانفعالي له انعكاسات سلبية على الفرد من الناحية الاجتماعية، إذ يقلل من التعبير عن المشاعر الايجابية ويفسح المجال أمام المشاعر السلبية مما يؤدي إلى انخفاض التعبير والاستجابة وصعوبة في إقامة علاقات جديدة والمحافظة عليه، أما من الناحية المعرفية فإن كبت الانفعال يقلل من الموارد المعرفية المتاحة لإفساح المجال أمام مهام أخرى، مما يؤثر سلباً على الذاكرة اللفظية للمعلومات الاجتماعية، ومن الناحية العاطفية القمع التعبيري لا يقلل من التجربة الذاتية ولكنه يقلل من الخبرة والتعبير السلوكي عن المشاعر الايجابية. (Liliana Patricia, 2013, p.24).

تعمل هذه الإستراتيجية كذلك على منع التعبير عن العواطف وإخفائها حتى لا تصل الانفعالات الداخلية للشخص الآخر، أي تغيير الاستجابة العاطفية وتعديلها بعد أن تم إنشائها (من الموقف)، وتغيير الاستجابة السلوكية لتخفيض الحدة الانفعالية، وبالمقابل فإنه لا يمكن خفض الانفعال في ذلك الموقف ككل وهذا يؤدي إلى الأضرار على لصحة النفسية للفرد، ويشجع على ظهور الاضطرابات الانفعالية النفسية كالقلق والاكتئاب (بن خنيش، 2022، ص. 48).

وبالنظر إلى أن الأفراد الذين يستخدمون مجموعة متنوعة وواسعة من طرق وإستراتيجيات تنظيم الانفعالات، توصل **جروس وكوهن** إلى أن بعض إستراتيجيات التنظيم الانفعالي هي أكثر صحة من غيرها، وأن إستراتيجية التغيير المعرفي ترتبط بالصحة

العاطفية، والأداء الاجتماعي، والصحة النفسية الشاملة، وهي أفضل من إستراتيجية قمع الاستجابة في تنظيم الانفعالات.

من خلال أعمال **Phillips** و **Power** (2007) الموجهة لبناء مقياس جديد لتنظيم الانفعال خاص بالمراقبين، فقد أشار كليهما على أن الوظائف الأساسية للانفعال هو توفير معلومات مفيدة حول الموقف وزيادة قدرة الأفراد على إدارة هذه المعلومات، لذلك فإن إستراتيجيات التنظيم الانفعالي التي تستخدم المعلومات المقدمة من الانفعال تسمى إستراتيجيات تكيفية أو وظيفية، ذلك لأنها تتطوي على اكتشاف ومعالجة الانفعالات مما يسهل اعتماد السلوك الجيد، على عكس من ذلك، فإن الاستراتيجيات التي لا تستخدم المعلومات الانفعالية بطريقة مفيدة تعتبر مختلة وغير وظيفية.

(phillips ,& power,2007,p.146).

تحدث **phillips** على أهمية الموارد المستخدمة في تنظيم الانفعال، وأشار إلى نوعين من الموارد منها الداخلية والخارجية.

أما بالنسبة لـ **جارنفسكي وكراجي Gernefski et Karaji** فإن استراتيجيات تنظيم الانفعال، هي جميع الاستراتيجيات الواعية التي يستخدمها الفرد للتعامل مع استثارة المعلومات الانفعالية، وقد حدد هذان الأخيران تسعة استراتيجيات مسؤولة عن تنظيم الانفعال تنقسم إلى قسمين (Abdi ,& al,2012,p.3):

- أ- استراتيجيات ايجابية تكيفية: وتشمل
- التقبل: يشير إلى الأفكار التي تتعلق بتقبل الفرد للأحداث السلبية والتعايش معها.
- إعادة التركيز الايجابي: تعني بتوجيه الفرد لأفكاره نحو الجوانب الايجابية للموقف الضاغط وتجاهل جوانبه السلبية.
- إعادة التركيز على التخطيط: تشير هذه الإستراتيجية إلى إعادة توجيه التركيز حول ما ينبغي القيام به للتعامل مع الموقف الضاغط والعمل وفق مراحل مدروسة لمواجهة المشكل والتخفيف من آثاره السلبية.

- إعادة التقييم الايجابي: تشر إلى إعادة تقييم الموقف الضاغط والبحث عن عناصره الايجابية، قصد التعلم والاستفادة منه في تحقيق تطور ونمو الشخصية.
 - رؤية الموقف من منظور آخر: يقصد به تقييم الفرد للموقف وينحصر في عدم خطورة الموقف بناء على مقارنة الخبرة بخبرات أخرى أكثر خطورة، أو تعرض لها الآخرون.
 - ب- استراتيجيات سلبية غير تكيفية : تتضمن
 - لوم الذات: يعتقد الفرد في هذه الإستراتيجية أنه هو الملام والمسؤول عن كل الظروف الضاغطة والأحداث السلبية.
 - الاجترار: توجيه التركيز حول الأفكار والمشاعر الحزينة المتولدة عن الحدث السلبي.
 - التهويل(التفكير الكارثي): يقصد به تبني الفرد أفكار ترتبط بتنظيم الموقف وتعظيمه وإعطائه أكثر من حجمه، مما ينتج حالات انفعالية سلبية.
 - لوم الآخرين: توحى هذه الأخيرة بإسقاط المسؤولية على الآخرين وتحميلهم تبعات الظروف السلبية.(الحسين حسين، 2019، ص.75).
 - خلصت أبحاث جارفنسكي **Gernefski** وآخرون إلى أن الأشخاص الذين يستخدمون أساليب تكيفية ايجابية لتنظيم الانفعال هم أقل عرضة لأعراض القلق والاكتئاب، مقارنة مع الأشخاص الذين يميلون إلى استخدام أساليب غير تكيفية أو سلبية.(pool, 2011,P.6)
- 2-5 الفروق الفردية في التنظيم الانفعالي:**

هناك أساليب متعددة ومتنوعة يستخدمها الأفراد لتنظيم انفعالاتهم، أدت بالضرورة إلى اختلافات فردية في استعمالها(الأساليب)، ويعتبر كل من كوهن وكروس (2004) من الأوائل الذين تكلموا عن فكرة الفروق الفردية، فإستراتيجيات التنظيم الانفعالي هي استراتيجيات مكتسبة من خلال تفاعل الفرد مع محيطه الاجتماعي عبر مراحل نمو مختلفة، وبمفهوم آخر، خلال سيرورة نمو الفرد يكتسب الإنسان ويطور استراتيجيات خاصة به ويغيرها بمرور الوقت، ومن أجل تقييم الفروق الفردية في تنظيم الانفعال ركز كوهن وكروس على

الإستراتيجيتين السابقتي الذكر، أي إعادة التقييم المعرفي والتي تسمح لنا بتغيير نمط تفكيرنا حول الموقف الذي من شأنه أن يثير انفعالاتنا، ويغير القمع التعبيري استجاباتنا للموقف الذي من شأنه أن يثير انفعالاتنا كذلك، ومنه فإن أسلوب إعادة التقييم أسلوب يعزز التكيف، في حين قمع التعبير هو بالأحرى إستراتيجية سوء التكيف.

(phillips et power,2007,p.146).

النتائج التي توصل إليها كل من كوهن وكروس تظهر أن الأشخاص الذين يلجئون إلى استخدام أسلوب إعادة التقييم المعرفي هم أكثر تكيفا، ذلك لأنهم يبدون أكثر استعداد وقابلية لتبادل عواطفهم الايجابية والسلبية مع الآخرين. مما يجعلهم أكثر قبولاً عندهم، وهذا ما يجعل المحيط الخارجي يتفاعل معهم ويشاركهم عواطفهم، هذا ما يسمح للفرد باكتساب خبرة أكبر وتعبير سلوكي عن المشاعر الايجابية. على العكس من ذلك فإن استخدام أسلوب قمع التعبير الانفعالي يجعل مشاركة الفرد لانفعالاته محدودة نظرا لعدم ارتياحه للآخر، وبالتالي سيكون لديهم دعم اجتماعي أقل وعواطف سلبية موجهة نحو ذواتهم والآخرين بشكل ملحوظ. وفي دراسة أخرى توصل إليها كل من ريتشارد وكوهن(2006) - لغرض فهم الطريقة والكيفية التي ينظم بها الأفراد انفعالاتهم- أن الجهود المبذولة في سبيل الاستجابة الانفعالية موجبة في المقام الأول نحو السلوك التعبيري عن التجارب الذاتية والميل للتحدث بناءا على العلاقات الشخصية الأقرب عاطفيا، بدلا من الجوانب الفسيولوجية للانفعال. وخلصوا أيضا إلى أن تنظيم الانفعال يتمحور بشكل أساسي مع الانفعالات السلبية كالقلق والحزن والغضب، أما بالنسبة للانفعالات الايجابية فتتنظيم الانفعال يتم بشكل خاص من أجل الحب والفخر (Liliana Patricia ,2013 ,p.25-26).

من بين الفروق الفردية التي تؤثر في نمو التنظيم الانفعالي هما متغيرا السن والجنس، فدراسة كارنيفسكي وكرايج (2016 Garnefski, N., Kraaij, V.) هدفت إلى المقارنة بين خمس عينات في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفية تبعا لمتغيري المرحلة العمرية والجنس، ودراسة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفية وأعراض

الاكتئاب، وتكونت من خمس أنواع من العينات وهي: المراهقة المبكرة ، المراهقة المتأخرة ، البالغين، كبار السن، أما العينة الخامسة فكانت عينة من المرضى النفسيين، أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط ايجابي بين استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية القبول، و الاجترار، والكوارثية وأعراض الاكتئاب لدى جميع عينات الدراسة، كما وجدت ارتباط إستراتيجيتي لوم الذات، ولوم الآخرين وأعراض الاكتئاب لدى جميع عينات الدراسة باستثناء عينة المسنين، أيضاً وجدت فروق دالة بين عيني المراهقة المبكرة (12 - 15 سنة) والمراهقة المتأخرة (16-18 سنة) في جميع استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية لصالح المراهقة المتأخرة، أيضاً وجدت فروقاً بين عينة المراهقة المتأخرة وعينة البالغين لصالح عينة البالغين، أما فيما يتعلق بالفروق تبعاً لمتغير الجنس بينت النتائج أن الفروق كانت لصالح الإناث في جميع استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية ولدى جميع العينات.

بالنسبة لمتغير السن قام كل من **Gross** و **carstensen** و **Tsai** و **Hsu** و **Skarpe** (1977) بدراسة على عينة تظم مختلف الأعمار من 19 إلى 101 ومن مختلف الثقافات، كان الهدف من هذه الدراسة معرفة مدى تأثير التجربة على التعبير ومراقبة الانفعالات، أظهرت النتائج التي توصل إليها فريق العمل إلا أن مهارات التنظيم الانفعالي تزداد بتقدم العمر وانه مع تقدم العمر يستخدم الفرد استراتيجيات أكثر ملائمة. ومن خلال دراسة قام بها **Gross** و **Cohen** (2003) تم التوصل إلى انه كلما تقدم الفرد في السن كلما استخدم الفرد إستراتيجية تنظيم انفعالي قائمة على إعادة التقييم المعرفي أكثر من إستراتيجية القمع الانفعالي. ويرجع ذلك إلى انه و مع تقدم العمر لا نكون الأفضل تمكنا من استخدام أسلوب إعادة التقييم المعرفي أو قمع التعبير الانفعالي، وإنما نكون أكثر تمكنا في أسلوب الانتقاء المعتمد بدافع نزعة قوية لتجنب المواقف المؤلمة وتوجيه الانتباه إلى عناصر وأفكار أكثر ايجابية. (Liliana Patricia, 2013, p.26).

في دراسة أخرى لـ **زيميرمان وأوانسكي Zimmernan & Iwanski** 2014 هدفت إلى الكشف عن الاختلاف القائم بين الجنسين في تنظيم الانفعال لثلاث انفعالات هي:

الخوف، الحزن، الغضب من سن المراهقة إلى مرحلة الرشد، شملت عينة الدراسة 1305 ذكرا وأنثى تباينت أعمارهم بين 11 و 50 سنة، طبق عليهم مقياس مخزون التنظيم الانفعالي السلبي ، أظهرت النتائج وجود تغيرات في استراتيجيات التنظيم الانفعالي للانفعالات الثلاثة بمنحى نمائي في التنظيم تكيفي، مع وجود فرق واختلاف في استخدام هذه الاستراتيجيات بين الجنسين، حيث أن الإناث يستخدمن استراتيجيات المساندة الاجتماعية والتأمل والتحكم بشكل متكرر، في حين أن الذكور هم أكثر ميلا لاستخدام أسلوب التجنب بشكل سلبي مع تزايد العمر، أما فيما يخص إستراتيجية إعادة التقييم و القمع فلم تكون هنالك تباين واختلاف بين الجنسين.(رمضان مظلوم، 2017، ص.164)

في هذا الصدد أو ضح كل من **Garber** و **Zemem** (1996) أن الاختلاف العمري يتيح للفرد اكتساب قدرات اجتماعية ومعرفية تسمح له بالتفكير في عواقب التغيير من الانفعال، أما فيما يخص الجنس فغالبا ما تنظم الأنثى انفعالاتها بالنمط الذي يبدو أكثر تكيفا مقارنة مع الذكور، هذه النتيجة ترجع إلى الاختلافات الفطرية في مستوى التفاعل وإلى السياق الاجتماعي والثقافي للأفراد (Liliana Patricia, 2013, p.26)، بعبارة أخرى تتمتع النساء بمستويات أعلى من التهيج والحزن والقلق والاكتئاب مقارنة بالرجال، في دراسة لـ **macdermott, cullone allenking et tong** سنة 2010 تم التوصل إلى حقيقة أن النساء أكثر تعبيراً عن العامل المتعلق بالحساسية الاجتماعية والاستجابات العاطفية، في حين دراسة كل من **vior brady & hall, 1993, ficher** سنة 2000 أكدت أن الرجال يلجؤون أكثر إلى استخدام أسلوب القمع الانفعالي أكثر من النساء (Delelis,& al, 2011, p.472)، في دراسة أخرى لكل من **دوميس** وآخرون 2010 تم الكشف من خلالها عن الفروق بين الجنسين في الاستجابة الانفعالية وتنظيم الانفعال من خلال تطبيق مقياس الذكاء **لوكسلر** ونموذج إعادة التقييم المعرفي على 17 رجلا و 16 امرأة بألمانيا، أوضحت النتائج أن النساء أكثر استجابة انفعالية للمثيرات السلبية مقارنة بالرجال، أما

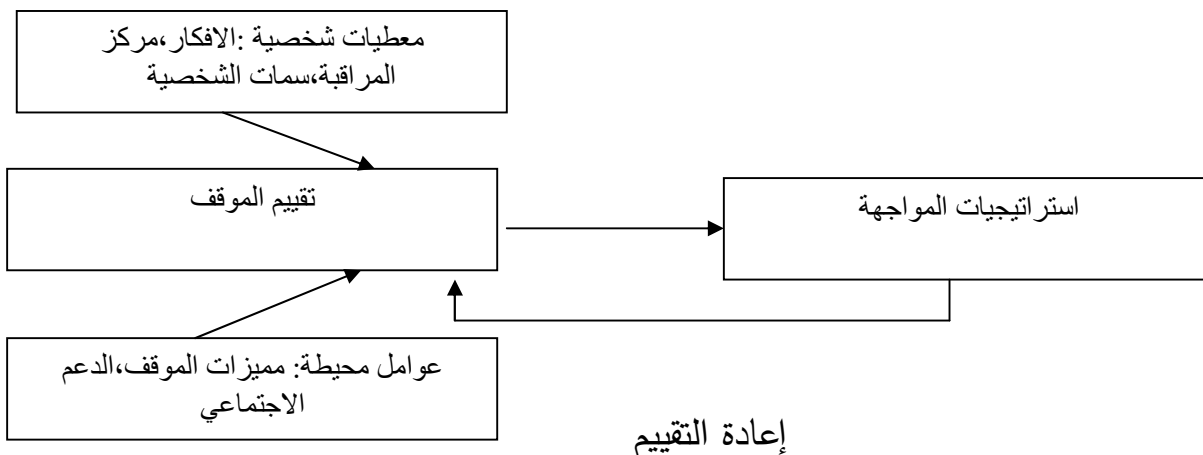
الذكور فكانوا كثر تنظيماً لانفعالاتهم، فسر أصحاب الدراسة ذلك بكون الرجال أكثر ميلاً لإعادة التفسير المعرفي الإيجابي (رمضان مظلوم، 2017، ص. 164).

كما سعت أندريس **Andres** (2016) إلى معرفة مدى تأثير متغير الجنس في تنظيم الانفعال على عينة أطفال تتراوح أعمارهم بين 9-12 سنة وخلصت الدراسة إلى أن البنات أكثر عرضة للإصابة بالعصبانية خاصة الاكتئاب، وذلك ناتج عن عدم القدرة على إدارة الانفعالات السلبية.

2-6 أساليب المواجهة واستراتيجيات التنظيم الانفعالي:

اتجاه آخر من البحث في أصل المفاهيم المعاصرة لتنظيم الانفعالات والعواطف، ركز على استراتيجيات إدارة الضغوط أو أساليب المواجهة، حيث عرفها كل من لازاروس وFolkman et Lazarus (1984) على أنها: "جهود معرفية وسلوكية يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث الضاغطة". (رمضان مظلوم، 2017، ص. 152)

لقد اهتم لازاروس وFolkman بالأنشطة التي يلجأ إليها الفرد سواء كانت معرفية أو سلوكية "الكوبينغ" أو "المواجهة" لمواجهة موقف ضاغط، فالمواجهة تدل على مجموع التنظيمات والجهود التي تمتد الأفراد بمعرفة مسببات الضغط والقدرة على التحكم فيها (كمنع أو التقليل أو السيطرة) من خلال تفاعل الفرد مع محيطه، لذلك فإن استراتيجيات المواجهة تعتبر ضرورية بتواجد الفرد في موقف تهديد داخلي أو خارجي أو صراع بين النظامين (Delelis al, 2011, p472).



شكل رقم (7): يوضح مراحل المواجهة و مضامينها (Maurice, & al,2002,P.76)

اقترح كل من لازاروس وفولكمان (1984) نظرية ديناميكية للمواجهة، والتي ينظران من خلالها أن المواجهة ليس من الضروري أن تكون خاصية مستقرة وعامة لدى الأفراد، ولكنها سيرورة مرنة خاصة بالوضعيات المجهددة الموجهة نحو الواقع، على عكس الآليات الدفاعية.

جاء كل من لازاروس وفولكمان (1989) بتصنيف ثنائي الأقطب لاستراتيجيات المواجهة، المجموعة الأولى تتضمن جهود الفرد والإجراءات المباشرة التي تعمل على تعديل علاقة الفرد مع محيطه، وأصطلح عليها إستراتيجية العمل على المثير المسبب للضغط، حيث يسعى الأفراد إلى تغيير مصدر الضغط والتقليل من متطلبات الموقف وزيادة فعالية الذات للتعامل مع التهديد وحل المشكلة وينظر إليها على أنها متحكم فيها.

حدد كل من لازاروس وفولكمان استراتيجيات فاعلة يمكن من خلالها التحكم في الموقف وهي:

- 1- الإجراءات المباشرة لمواجهة المشكلة وتعديلها.
 - 2- الأنشطة التي تهدف إلى حل المشكلة والمتمثلة في البحث عن المعلومات وتطوير خطة عمل.
- إن أسلوب المواجهة المتمركز حول المشكلة يساهم في تقليص الفجوة في الواقع المعاش الذي يربط الفرد مع بيئته، أو الحالة المرغوب فيها وبالتالي تقليل الضغط.
- أما المجموعة الثانية من الاستراتيجيات المتاحة: هي الاستراتيجيات التي من خلالها يتم توجيه الجهود الفردية نحو تنظيم الضغوط النفسية من خلال تقليل أو تنظيم الاستجابة الانفعالية المتولدة عن عامل الضغط ، هذه الاستراتيجيات موجهة أساسا نحو الذات وتتمركز حول الانفعالات السلبية المعاشة المصاحبة للمشكلة(بن خنيش،2022، ص.45)، قد يلجأ الفرد إلى هذه الأساليب بعد إدراك الصعوبات التي قد يصادفها في تغيير الوضع الذي لا يمكن السيطرة عليه، قد حدد كل من لازاروس وفولكمان خمسة أساليب للمواجهة المتمركزة

حول الانفعال وهي (تقليل التهديد، إعادة التقييم الايجابي للموقف، لوم الذات، التجنب والهروب من الموقف الضاغط، البحث عن الدعم الاجتماعي والانفعالي).

اقترح **Bruchon Schweitzer (1996)** وجود مجموعة ثالثة من استراتيجيات المواجهة ألا وهي البحث عن الدعم الاجتماعي، والتي يهدف الفرد من خلالها إلى الحصول على السند والتشجيع الاجتماعي والتعاطف مع الآخرين بهدف التأقلم مع الموقف الضاغط أو مع الحالة الانفعالية (Bruchon,2002, p.359)، كما اعتبر الدعم الاجتماعي من قبل لازاروس وفولكمان (1984) فئة من الاستراتيجيات المتضمنة داخل الفئة الثانية لاستراتيجيات المواجهة وليس نوعا موازيا لكليهما

بالنسبة لكروس (2006) إن كلا من استراتيجيات المواجهة واستراتيجيات تنظيم الانفعال يتداخلان جزئيا، فجهود المواجهة متمركزة بحكم تعريفها حول المواقف المؤذية والمهددة، وهي بذلك تغطي جزءا فقط من أهداف التنظيم الانفعالي.

عمدت الأبحاث والنماذج النظرية الحديثة على البحث والتقصي في دور المقارنات الاجتماعية والواجهة الايجابية، والموازنة بين المطالب المفروضة من الموقف والأهداف المبحوث عنها، فالواجهة من وجهة نظر علمية تنحصر بشكل أساسي حول الاستجابات المعرفية والسلوكية والعاطفية المنصبة نحو مواقف سلبية (المواجهة التفاعلية)، في حين أن تنظيم الانفعال أوسع وأشمل يظم المواقف الايجابية والسلبية على حد سواء، مما يسمح لنا بالكشف عن كل ما يستطيع الفرد فعله أثناء التعرض إلى مثير انفعالي، إن نتائج البحث المسطرة حول تنظيم الانفعال خلصت إلى أنه أكثر عمومية يتم من خلاله توظيف مختلف أساليب المواجهة بشكل أفضل وأكثر تحديدا للمواقف التي تمت مواجهتها. ومنه تختلف المواجهة عن تنظيم الانفعال من حيث أنه يركز بصفة خاصة على الحد من التأثيرات السلبية في حين أن تنظيم الانفعال يحوي كل ما هو فسيولوجي وسلوكي ومعرفي للفرد عند التعرض لمثير انفعالي ايجابي أو سلبي (Delelis ,& al,2011,p.473).

يمكن الاختلاف أيضا بين المواجهة وتنظيم الانفعال في الفرق المتمحور حول أنشطة المواجهة، التي تتضمن تفعيل سلوكيات غير انفعالية لتحقيق أهداف غالبا ما تكون غير انفعالية كذلك مثل: (زيادة جهود الفرد قصد تحقيق نجاح في الدراسة، أو الحصول على عمل)، بعكس ذلك فإن تنظيم الانفعال يتضمن التأثير على طبيعة الانفعالات فعيش التجربة الانفعالية والتعبير عنها لها أهمية كبيرة بغض النظر عن الموقف الذي تظهر فيه (كوهن، كروس، 2003). ومن ثم نقول أن أسلوب قمع التعبير الانفعالي هو أسلوب تكيفي يبدو من الوهلة الأولى انه مفهوم متداخل مع مفهوم المواجهة، على النقيض من ذلك فإن إعادة التقييم المعرفي كاستراتيجية لتنظيم الانفعال لا تتضمن التجنب، ولا التعديل الملموس، ولا الإلهاء، بل تتضمن الجهود لإعادة بلورتها معرفيا. (Delelis, & al, 2011, p.473)

مما سبق تتضح طبيعة العلاقة التي تربط كلا من المواجهة وتنظيم الانفعال بالأخذ بعين الاعتبار متغيري السن والجنس ومدى تأثيرهما في كلا الإستراتيجيتين.

2-7 استراتيجيات التنظيم الانفعالي والصحة النفسية:

للتنظيم الانفعالي أهمية كبيرة في حياتنا اليومية، كونه يساعد الفرد على تحقيق أهدافه، واتخاذ قراراته، وتعزيز شعوره بالكفاءة والفعالية الذاتية والاجتماعية، والرفع من وقع المشاعر الايجابية التي تنمي القدرة على إدارة المواقف السلبية بالطرق العقلانية، فالاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد للتعبير عن انفعالاته تعتبر المساهم الفعال لتعزيز الصحة النفسية، نظرا لوجود علاقة وطيدة بين قدرة الفرد على مواجهة متطلبات المواقف المختلفة والخلو من الاضطرابات النفسية والعلاقات الاجتماعية والمهنية السوية، فالتنظيم الانفعالي هو أمر حيوي ضروري للأداء الايجابي الذي يتطلب التغيير في شدة ومدة الانفعال بدلا من المحاولات العقيمة للتخلص منه.

يرى NOCK وآخرون (2008) أن حدوث خلل في العلاقة بين التنظيم الانفعالي والتفاعل الانفعالي المتضمن لثلاثة أبعاد أساسية (الحساسية العاطفية، والكثافة الانفعالية، والمثابرة الانفعالية) كفيل بإحداث اضطرابات تشمل مختلف مناحي الحياة.

(Fanny Echegaray,2023,p17) .

يؤدي تنظيم الانفعال دورا مهما في تحقيق الصحة النفسية، مقابل ذلك فان قصور التنظيم الانفعالي يؤدي دورا جوهريا في تشكيل الاضطرابات والمشكلات النفسية كالقلق والاكتئاب(رمضان مظلوم،2017،ص.150)، هذا ما سلط عليه الضوء ألدو(2015)، من خلال العلاقات القائمة بين بعض استراتيجيات تنظيم الانفعال السلبية مثل: النقد ولوم الذات والاجترار، والكارثية-التهويل- والانسحاب الاجتماعي وإلقاء اللوم على الآخرين، وصعوبات تنظيم الانفعال، في حين تعمل الاستراتيجيات الايجابية مثل إعادة التقييم المعرفي على تعديل العلاقة التفاعلية بين الأعراض العاطفية والانفعالية والاكتئاب، إن طبيعة العلاقة القائمة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وظهور الاضطرابات النفسية جعلت من الباحثين يركزون عليها كمحور للتشخيص.(Fanny Echegaray,2023,p.16-17).

لقد اتضح من خلال أبحاث **Nolen Hoeksema** وآخرون أن الميل إلى الاجترار كاستراتيجية من استراتيجيات تنظيم الانفعال كفيل بالتنبؤ بحالات الاكتئاب، ومن بين النقاط التي أثارها هذه النظرية كون النساء أكثر ميلا للاجترار مقارنة الرجال، ولعل السبب في هذا هو الثوابت الثقافية حول العاطفة وما يتعلق بالتعبير عنها، وبالتالي فهن الأقرب للإصابة بمخاطر الاكتئاب مقارنة بالرجال(جوهسون، وآخرون،2016).

من هذا المنطلق ارتأت الباحثة التعمق في دراسة العلاقة الرابطة بين طبيعة استراتيجيات تنظيم الانفعال وظهور أعراض القلق والاكتئاب.

خلاصة:

من خلال ما ورد في هذا الفصل نستخلص أن التنظيم الانفعالي هو العملية التي يتم من خلالها التأثير في مستويات الاستجابة الانفعالية التي تشمل بعدين: الأول ذاتي يهدف إلى توجيه انفعالاتنا في تحقيق الاتزان وصنع القرار الأفضل، وآخر اجتماعي يدل على الكيفية التي من خلالها يتأثر الآخرون بانفعالاتنا بتوسط مختلف الأنظمة الفسيولوجية والمعرفية والاجتماعية.

إن استخدام الفرد لاستراتيجيات إيجابية لتنظيم الانفعال كفيل حسب كل من جارفنفسكي وآخرون بتمتع هؤلاء الأشخاص بصحة نفسية، على عكس الأفراد الذين يستخدمون استراتيجيات سلبية لتنظيم الانفعال أو غير تكيفية فهم أكثر عرضة للأمراض النفسية. أصطلح على هذا الأخير قصور التنظيم الانفعالي الذي يشير إلى الصعوبات أو عدم القدرة على التعامل مع الخبرات أو الاستجابات الانفعالية من خلال التكثيف المفرط في شدتها أو التفضيل المفرط لها، مما يفسح المجال أمام الأعراض النفسية المرضية خاصة القلق والاكتئاب وهذا ما سوف نتطرق إليه بالتحديد في الفصول الموالية.

الفصل الثالث: القلق

تمهيد

- 1- مفهوم القلق.
- 2- المظاهر الوصفية لاضطرابات القلق.
- 3- أنواع اضطرابات القلق.
- 4- أسباب اضطرابات القلق.
- 5- النظريات المفسرة لاضطرابات للقلق.
- 6- علاج اضطرابات للقلق.

خلاصة

تمهيد:

تعد مشكلة القلق مشكلة شائعة يعاني منها العديد من الأفراد من مختلف الشرائح العمرية، فهي من أكثر الانفعالات الأساسية شيوعاً وجزءاً طبيعياً من انفعالات الحياة اليومية، إذ احتل انفعال القلق مكانة كبيرة في مختلف الأدبيات النفسية، لما له من قدرة على إحداث نشاط غير مستقر واضطراب في الحياة العادية، فالقلق هو خوف من المجهول، وانفعال يتميز بالشعور بخطر مسبق وتوتر وحزن مصحوب بتيقظ الجهاز العصبي السمبتاوي، وهو انفعال سلبي وغير سار مصحوب بالشعور بعدم الراحة والاستقرار والشك غير مبرر، فهو استجابة مفرطة لمثير لا يتوافق مع درجة خطورة المثير، التفتت حول هذا الطرح العديد من الدراسات التي حاولت الكشف عن ماهية القلق، وأسبابه وتفسيرات متعددة الخلفيات التي تبحث عن سيرورته النفسية، فما الذي يمكن طرحه في هذا الموضوع؟

1- مفهوم القلق:

كل فرد منا يشعر بالقلق من حين لآخر، فقد يكون رد فعل أثناء مقابلة عمل أو امتحان أو أي حدث مهم يحتوي على خطورة، فهذا النوع الشائع من القلق يحدث عادة في بعض الأحيان وعند كل الناس يكون خفيف الشدة وقصير المدة، مما يساعد على التوافق والانتباه إلى المخاطر المستقبلية المحتملة، في حين أن القلق الذي يراود المصاب باضطراب القلق يكون أكثر تكراراً وشدة ولمدة أطول، وحالياً تظهر الدراسات مدى الانتشار الواسع لاضطراب القلق بحيث يصيب واحد من كل أربعة بالغين خاصة عند النساء وحتى الرجال مما يؤثر سلباً على أداء مهامهم في حياتهم اليومية، ما ينجر عنه مشاكل علائقية واجتماعية واقتصادية مما يستدعي التشخيص والعلاج في أسرع وقت، نظراً لكونه معيق لأداء الفرد.

(جوهسن، وآخرون، 2016)

1-1 ما هو القلق الطبيعي؟:

من الطبيعي لا بل من الضروري الشعور بالقلق، فهو الذي يجعلنا نتفاعل مع الخطر بدافع الاحتماء أو مواجهة الخطر المحدق (بالهرب أو القتال)، فهو ضروري للبقاء على قيد

الحياة. فعندما يشعر المرء بالخطر الدماغ يرسل رسالة إلى الجهاز العصبي الذي يقوم بإفراز الأدرينالين الذي يجعلنا في حالة تأهب قصوى، وطاقة مرتفعة لمواجهة الخطر أو الهرب. ولإفراز الأدرينالين الزائد مظاهر فسيولوجية أو آثار جانبية كالعصبية، الدوخة، التعرق غير الطبيعي، ضيق التنفس.. الخ وغالبا ما تكون قصيرة الأمد.

(Neil A. Rector, & al, 2017, p.4)

1-2 كيف نتأثر بالقلق؟:

عندما نكون في مواجهة موقف مقلق محقق بنا، تكون الاستجابة إما هروب أو مواجهة، إن هذه السلسلة من ردود الأفعال تحدث على أربعة مستويات: معرفية (طريقة التفكير)، بدنية (رد فعل الجسم)، انفعالية، وسلوكية (الطريقة التي نتصرف بها)، تختلف ردود الفعل هذه من شخص لآخر ومن موقف لآخر.

✓ **المستوى المعرفي:** يتم تركيز الانتباه مباشرة وتلقائيا على التهديد المحتمل، ويتراوح رد الفعل من قلق خفيف إلى رعب شديد، بناء على التغيرات المعرفية الهادفة إلى زيادة الوعي بالخطر (زيدنر، وماثيوس 2016، ص.28).

✓ **المستوى الجسدي:** يشمل التغيرات الجسدية كالخفقان وعدم انتظام ضربات القلب، التعرق الغزير، التوتر، سرعة التنفس، تقلص العضلات (محمد عبد الله، 2000، ص.145).

✓ **الانفعال السلبي (الوجدان):** إن القلق هو انفعال سلبي يشعر الشخص من خلاله أنه متوتر وعصبي وشديد النفرة (زيدنر، وماثيوس، 2016، ص.28).

✓ **المستوى السلوكي:** لحماية الفرد لنفسه من القلق يلجأ المرء إلى سلوكيات مختلفة، كالسعي إلى الهروب من الخطر، أو تجنب الأشخاص الذين يشكلون له تهديد والابتعاد عنهم.. الخ. (Neil A. Rector, & al, 2017, p.5)

الجدير بالذكر أن القلق غالبا ما يؤدي إلى تغيرات معرفية وجسدية وسلوكية متزامنة، فمثلا الطالب الذي يستعد لأجراء امتحان فهو قلق من مدى تحكمه في المعلومات (المستوى

المعرفي)، هذا ما يخلق توترا وعصبية (المستوى الجسدي)، تجعله يضع خطة للمراجعة (خطة سلوكية).

ومنه إن القلق الطبيعي هو أمر ضروري تخبره كل الكائنات الحية، لهدف البقاء والتكيف، شريطة أن يكون قصير المدى ومعتدل الشدة وذو تأثير مفيد على الأداء. إذ يقول كاتل في هذا الموضوع: "بعض الناس يربط دائما القلق بالمرض، لكن القلق لا يكون دائما دليلا على المرض والعصاب. إن القلق يمكن أن يوجد بدرجة عالية دون عصاب، بل إنني أجد من نتائج دراستي ما يؤكد أن وجود القلق قد يكون أحيانا علامة على الصحة والنضوج" (عبد الستار، 2002، ص.11).

1-3-1 ما هو اضطراب القلق؟:

إن اضطراب القلق يتميز ببروز أعراض القلق معظم الوقت، أو يظهر خلال نوبات قصيرة ومكثفة، غالبا بدون وجود سبب واضح، ويشعر الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق بالقلق الشديد، لدرجة أنهم يشعرون بالرعب أو بالشلل العام الذي يحبط طموحهم وفعاليتهم بوعي منهم، ولكن دون قدرة على تجاوز هذه المخاوف.

1-3-1 تعريف القلق لغة:

ورد في المنجد أن القلق لغة هو من الكلمة قلق قلقا، أي اضطرب وانزعج، فهو قلق ومقلق، وكلمة أقلق أي أزعج (البلعكي، 1992، ص.615). في نظرة تفحصية لمعاني كلمة القلق ورد في اغلب المعاجم العربية أن مجالات استخدامها تشير في مجملها إلى: عدم الاستقرار، كثرة الحركة، عدم الثبات على حال، وهي كلها معاني ليست بالبعيدة عن المعنى الاصطلاحي، فهي تعكس السلوك الظاهري للشخص القلق (زعتري، 2010، ص.1).

1-3-2 تعريف القلق اصطلاحا:

يعتبر اضطرابات القلق من أكثر الحالات النفسية انتشارا، وله علامات نفسية مثل الخوف والترقب، وأعراض بدنية في صورة اضطراب في وظائف الجسم (الشربيني، د.ت، ص.11).

يذكر شوقي في كتابه معجم علم النفس وعلوم التربية، أن القلق حالة انفعالية يسيطر عليها الخوف من المستقبل وهذا القلق يسيطر عليه العديد من الاضطرابات النفسية، من أنواعه القلق الأساسي الذي ينشأ في فترة الطفولة بسبب الشعور بالوحدة والضعف وعدوانية البيئة، أما القلق الثاني وهو عصاب القلق وهي العصابات التي يميزها القلق ويكون هو السمة المسيطرة عليها والذي قد لا يكون له سبب واضح. (شوقي، 2003، ص.15)

إن القلق يعتبر من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل دائرة العصاب، وهو جزء من الحياة البشرية، أو أحد لوازم الوجود. إذ أن القلق بمثابة الحرص على الحياة والرغبة فيها، حيث تزيد آليات العمل النفسية حين ينتابها شهور بالخطر أو التهديد، فهو على نقيض الاكتئاب، إذ يزداد بازدياد آليات العمل التي تهدد حياة الفرد النفسية والاجتماعية(عبد الستار، عسكر، 2008، ص.50-51).

كما يعرف سبيلنبرغ وآخرون 1992 القلق بأنه: انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد، أو هم وعدم راحة مع الإحساس بالتوتر الشديد وخوف مستمر لا مبرر موضوعي له، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول مع استجابة مسرفة لمواقف لا تتضمن خطرا حقيقيا والاستجابة لمواقف الحياة العادية، كما لو كانت ضرورات ملحة أو طوارئ(عطاب، د.ت، ص31)

يعرف مسرمان القلق على أنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ عن الصراعات والدوافع، ومحاولات الفرد للتكيف، أي أن القلق هو مظهر للعمليات الانفعالية المتداخلة التي تحدث خلال الإحباط والصراع(رشاد، 1998، ص.97).

تعرف هنادي احمد قعدان القلق على أنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي، قد يصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، تتمثل مظاهره في: نقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر عضلي ونشاط حركي زائد، وجفاف الحلق ، وسرعة النبض، بالإضافة إلى الشعور بالوحدة والخوف والتوتر وسوء التوافق الاجتماعي وغيرها من المظاهر (أحمد القعدان، 2014، ص.51).

أما أسامة فاروق مصطفى فيرى القلق على انه مجموعة مختلفة من المظاهر البدنية والعقلية غير الراجعة إلى خطر حقيقي، تحدث على فترات أو بصورة مستمرة (فاروق مصطفى، 2011، ص.329).

القلق كما يصوره علماء التحليل النفسي هو خبرة وجزء من الوجود الإنساني، حيث يعمل كنظام تحذير بيولوجي ينشط بواسطة الخطر، أي انه إنذار بان هناك شيئاً سيحدث يهدد امن الكائن أو يخل بتوازنه وطمأنينته، انه أشبه بجرس الإنذار الذي يهيننا لمواجهة الخطر (عبد الستار، 2002، ص.8).

ويرى التحليليون أيضاً أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الألم والكدر والضيق، القلق يعني الانزعاج والشخص القلق هو شخص يتوقع النهايات السلبية دائماً، يبدو من خلال ملامحه متشائماً ومتوتر الأعصاب ومضطرباً، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه ويبدو مترددا عاجزا عن التركيز وتحقيق أهدافه (السيد عثمان، 2001، ص.18).

من خلال المفاهيم السابقة الذكر يتضح لنا أن القلق حالة انفعالية غير سارة، جراء تهديد داخلي أو خارجي، أو توقع خطر قد تكون له مبرراته الموضوعية، كما قد تكون له مبررات غير واقعية، مما يتولد عنه أعراض جسمية وأخرى سلوكية مزعجة.

2- المظاهر الوصفية لاضطراب القلق:

تتقاسم اضطرابات القلق رزمة من العمليات تنظم في ثلاثة عوامل رئيسية هي: الإثارة البدنية، والتجنب والشعور (الواقعي، أو الخيالي) بالتهديد، والتهديد المدرك أو التهديد معرفي، وكل عنصر من العناصر الثلاثة ذو تأثير متبادل على الآخر.

■ فالحالة المرتفعة من الاستثارة البدنية تعد سمة مميزة لكل اضطرابات القلق، وربما تكون في نوبات الهلع دورات استثنائية من الاستثارة البدنية السريعة والشديدة التي تعمل على رفع مستوى القلق، وقد تكون هذه الإثارة ناتجة عن مثير داخلي أو خارجي.

■ التجنب، أو المبادرة بالسلوك، أو المواجهة، لخفض الإثارة أو التحكم في شدتها، يتضمن التجنب سلوكا معلنا خاصا بالموقف المهدد، لكن الأفراد المصابون باضطراب القلق يتبنون استراتيجيات سلوكية أو معرفية لتخفيف حدة القلق أو تجنبه، بناء على البنية الكامنة للخوف.

■ أما عن التهديد المعرفي فيظم مختلف المدركات الخاطئة المسببة لاضطراب القلق ونجد:

- المعتقدات الكارثية (مثل ضربات القلب تعتبر أزمة قلبية).
 - الخبرة الذاتية لنقص القدرة على السيطرة على الأحداث المخيفة.
 - الاجترار أو التطير أو توقع الخوف بشكل مستمر.
 - الانشغال بالذات أو الميل إلى تركيز الانتباه على ضيق التهديد المدرك هذا ما نجده في الرهاب الاجتماعي (دفيد جي وآخرون، 2015، ص. 26-27)
- ما يمكن قوله أنه مهما كانت مظاهر اضطراب القلق متداخلة، إلا أن محتوى الخوف مختلف ضمنيا في أصنافه.

3- أنواع اضطراب القلق:

توجد أنواع متشعبة لاضطراب القلق نظرا لنوع الشيء أو الموقف المسبب لاضطراب للقلق، وفيما يلي سيتم عرض أنواع اضطراب القلق وفق ما جاء في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية حسب الجمعية الأمريكية DSM5 2013.

3-1 اضطراب الهلع: اضطرابات الهلع أو نوبات الهلع، اضطراب حديث التصنيف كفئة مرضية مستقلة. والسمة المميزة لهذا الاضطراب كما تشير التسمية **نوبات الهلع**، والمقصود بها الظهور المكثف والمفاجئ للقلق، غير الناجم عن موقف معين. فخلال دقائق عدة ترتفع حدة القلق لتصل ذروتها، وإلى جانب العلامات النفسية تظهر كذلك أعراض جسدية كتسارع دقات القلب ومشاعر الضيق، وضيق التنفس والارتجاف. وبسبب هذه الأعراض فإن كثير من المرضى يشعرون بقلق الموت أو بالخوف من الموت. وفي كثير من الحالات يظهر

عند المعنيين قلق استباقي من النوبة التالية، وهو عبارة عن خوف من حدوث نوبة أخرى وتوقع حدوثها في مواقف أو أوقات معينة، لهذا نجد بعض المرضى ينسجمون اجتماعيا نتيجة الخوف من حدوث النوبة في موقف ما أو في مكان لا يستطيعون فيه إحضار المساعدة ...، وتتراوح مدة النوبة بين دقيقتين أو ثلاثة أو أكثر. (آف. إي. كاس، وآخرون، 2009، ص.39).

3-2 الأورفوبي: (رهاب الخلاء)

يمثل العرض الخوف من الأماكن الواسعة في الشعور بالقلق الشديد من أن يكون الشخص في مكان أو موقف يصعب عليه الهروب منه، أو أن إمكانية المساعدة غير متاحة إذا ما حدثت له نوبة ذعر (عبد الستار، وعسكر، 2015، ص. 53)، يتسم رهاب الخلاء بأعراض القلق الحادة التي تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل في موقفين من المواقف الخمسة التالية:

استخدام وسائل النقل العامة، التواجد في الأماكن المفتوحة، التواجد في الأماكن المغلقة، التواجد وسط جمع من الناس أو حشد، التواجد وحيدا أو بمفرده خارج المنزل. يسعى الأفراد الذين يعانون من رهاب الخلاء إلى تجنب هذه المواقف وإذا لم يمكنوا من ذلك تظهر عليهم أعراض الضيق. وما يثير القلق لديهم هو صعوبة الهرب أو الحصول على مساعدة في حالة ظهور أعراض الهلع، من **الأعراض المعرفية** لرهاب الخلاء يضمن المصاب أنه لا يستطيع الهرب ولا أحد يمكنه مساعدته، أما عن **الأعراض الفسيولوجية** زيادة معدل ضربات القلب، ألم وانزعاج في الصدر، الارتعاش، دوار وغثيان، ومن **الأعراض السلوكية** تجنب الأماكن العامة والمفتوحة والمغلقة، تجنب الأشخاص المرضى أو التواجد بين الناس أو الوقوف في الطوابير، وعليه فالشخص الذي يعاني من القلق غالبا ما يكون بحاجة إلى شخص يكون معه في المواقف أو الأماكن المرتبطة بالقلق (Neil A. Rector, & al, 2017, p9).

3-3 الرهاب المحدد أو القلق المحدد:

هو خوف شديد بشأن شيء أو موقف معين، له خمسة أنواع فرعية: النوع الحيواني (الخوف من الفأران، العناكب)، نوع البيئة والطبيعة (الخوف من العواصف الرعدية أو المرتفعات كالجبال)، نوع متعلق بحقن الدم، نوع الموقف (كالخوف من وسائل النقل العامة، أو المصعد، أو الأماكن الضيقة)، أنواع أخرى كالخوف من الاختناق (زعر، 2010، ص.22). ومن أعراضه المعرفية الخوف من السفر مثلاً باعتماد الطائرة ضناً منه أنها سوف تسقط، الخوف من الكلب مثلاً ضناً منه أنه سوف يهجم عليه، أما عن الأعراض البدنية أو الجسمية: التعرق الغزير، الشد العضلي، الدوار والدوخة، ومن الأعراض السلوكية: تجنب السفر الجوي، الحاجة الدائمة للهروب. (Neil A. Rector, & al, 2017, p.10-11).

3-4 اضطراب القلق الاجتماعي: (الرهاب الاجتماعي):

هو خوف شديد وغير واقعي من موقف أو من المواقف الاجتماعية التي يتعرض خلالها الشخص إلى ملاحظة محتملة من الآخرين، والحساسية الزائدة للانتقاد، أو التقييم السلبي أو الرفض، مع صعوبة في تأكيد الذات وانخفاض تقدير الذات والشعور بالدونية (عبد الستار، عسكر، 2015، ص.58). إن هذا النوع من القلق يكون مرتبطاً بموقف اجتماعي أو بتجنب المواقف التالية ولمدة تزيد عن ستة أشهر.

يمكن أن تربط المخاوف بمعظم المواقف التي تتطلب أداء عاماً أو تفاعلاً اجتماعياً (المشاركة) في مجموعات صغيرة، لقاء أشخاص غير مألوفين، علاقات عاطفية، أو المشاركة في مجموعات رياضية. ومن أعراضه وتفسيراته المعرفية المتعلقة بمسببات القلق والمستثيرة للتقييمات السلبية (سأبدو قلقة وسخيفة، سيعتقد الناس أنني غريب)، ومن الأعراض الجسمية (احمرار الوجه، التعرق غير الطبيعي، جفاف الفم)، ومن الأعراض السلوكية (تجنب المقابلات والاجتماعات، تجنب التحدث أمام الجمهور). (جوهسون، وآخرون، 2016).

3-5 القلق المعمم:

يعرف القلق المعمم على أنه قلق مفرط وانزعاج غير متحكم فيه على عدد من الأحداث كالعمل، الصحة.....، ويتصاحب مع تغيرات فسيولوجية وأخرى ميزاجية (دفيد جي وآخرون، 2015، ص.29)، يحدث معظم الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل يمس عددا من الأحداث والأنشطة مثل المدارس أو العمل أو الأداء. (APA, 2013, p 395)

يعرفه أحمد عكاشة على انه شعور عام غامض غير سار يتميز بالتوجس والخوف وتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو سحبة في الصدر، أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداع أو كثرة الحركة (عكاشة، 1998، ص.110).

من الأعراض التي تظهر غالبا: تشوهات معرفية مآلها يبدو سيئا (القلق سوف يدفعني للجنون)، ومن الأعراض الفسيولوجية (شد عضلي، الشعور بالإرهاق، الأرق، والتهييج، اضطرابات في النوم). ومن الأعراض السلوكية (تجنب الأحداث والمجريات الحالية، تجنب قراءة الصحف، ركود في الأنشطة بسبب القلق المفرط وما قد يحدث) ناهيك عن السعي المفرط والبحث عن الراحة أو التحضير المبالغ فيه لتجنب استجابة القلق.

(Neil A. Rector , & al, 2017, p.12-13)

3-6 قلق الانفصال:

السمة الأساسية لقلق الانفصال هو الخوف المفرط أو القلق المتمحور حول الانفصال، أو الانفصال المرتقب عن المنزل أو شخصيات متعلق بها (دفيد جي، وآخرون، 2015، ص.29). إن قلق الانفصال يتجاوز ما يتوقعه المرء بالنظر إلى المرحلة التطورية للموضوع.

لتشخيص اضطراب قلق الانفصال لابد من وجود ثلاثة على الأقل من المظاهر التالية:

- 1) الضائقة المفرطة والمتكررة في حالات الانفصال عن المنزل أو الشخصيات المرافقة الرئيسية أو تحسبا لمثل هذه المواقف.

- (2) المخاوف المفرطة والمستمرة بشأن اختفاء الشخصيات الرئيسية من الارتباط أو سوء الحظ الذي يمكن أن يحدث لهم، مثل المرض، حادث، كارثة أو الموت.
 - (3) القلق المفرط والمستمر من وقوع حدث مأساوي (مثل الضياع، الاختطاف، التعرض لحادث، المرض)، والمتعلق بالشخصيات المرافقة الرئيسية.
 - (4) العزوف المستمر أو الرفض للخروج بعيدا عن المنزل للذهاب إلى المدرسة أو العمل أو أي مكان آخر، بسبب الخوف من الانفصال.
 - (5) الخوف المفرط والمستمر أو الإحجام عن البقاء بمفرده أو بدون الصورة الرئيسية للارتباط بالمنزل، أو بالبيئات الأخرى.
 - (6) العزوف المستمر أو رفض النوم خارج المنزل أو الذهاب للنوم دون أن تكون بالقرب من أحد الشخصيات المرافقة الرئيسية.
 - (7) الكوابيس المتكررة مع مواضيع الانفصال.
 - (8) شكاوى جسدية متكررة (مثل الصداع، آلام البطن، الغثيان، القيء) أثناء الانفصال عن الشخصيات المرافقة الرئيسية، أو تحسبا لمثل هذه المواقف.
- ب - يسبب الاضطراب ضائقة كبيرة سريريا، أو تردي في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو في مجالات مهمة أخرى.
- ج - لا يمكن تفسير الاضطراب تفسيراً آخر متعلق باضطراب مغاير مثل رفض ذلك مغادرة المنزل بسبب المقاومة المفرطة للتغيير وهذا ما يرتبط باضطراب الصحة النفسية، طيف التوحد أو الأوهام أو الهلوسة المتعلقة بالانفصال، وفي الاضطرابات الذهانية، رفض الخروج دون وجود شخص موثوق به، الخوف من الأماكن المكشوفة، المخاوف بشأن المشاكل الصحية أو غيرها من المصائب التي قد تصيب الأحباء في حالة القلق أو القلق العام الإصابة بمرض بسبب الخوف الزائد من الإصابة بالمرض.
- د - يستمر القلق أو الخوف أو التجنب مدة أربعة أسابيع على الأقل لدى الأطفال، وستة أشهر للمراهقين والبالغين. (V.Jeste,M.D ,& al,2015,p.239)

ومن الأعراض الأكثر بروزا على المستوى المعرفي(تشوهات في الأفكار قد تتجسد في الضن المفرط أن شيء ما سيحدث لشخص عند انفصاله عني، قد أعاني من مرض عضال أو الضياع عند الانفصال عن شخص ما)، ومن الأعراض الفسيولوجية (آلام في الرأس،آلام في المعدة، غثيان)، ومن الأعراض السلوكية(عدم الرغبة في الخروج من المنزل خوفا من الانفصال عن شخص ما، الخوف من الوحدة أو من عدم وجود شخص معين وتجنب مثل هذه المواقف، عدم القدرة على النوم في حالة غياب شخص محدد.

(Neil A. Rector, & al,2017,p.13-14)

3-7الحرص الانتقائي:

الحرص الانتقائي يتميز بخاصية عدم القدرة المنتظمة والمرتبطة بموقف اجتماعي يتيح للطفل الكلام والتعبير مثلا في المدرسة، مع القدرة على التعبير والكلام في المواقف الأخرى. للحرص الانتقائي وعدم القدرة على الكلام آثار وعواقب بادية وظاهرة تمس سلبا الأداء الوظيفي أو التحصيل الدراسي أو تردي في التواصل الاجتماعي. يستمر الحرص الانتقائي قصد تشخيصه على الأقل شهر (ليس الشهر الأول من الدخول المدرسي لأول مرة)، وهذا ما يظهر مع تراجع التحصيل الدراسي.(V.Jeste,M.D ,& al,2015,p.244).

غالبا ما يتبلور الحرص الانتقائي مع الخجل أو الرهاب الاجتماعي ومن أعراضه المعرفية: التفسيرات المعرفية وأفكار ذهنية متمحورة حول مدة التمدرس(أتمنى لو كانت المدة قصيرة، ماذا سيظنون التلاميذ بي)، ومن الأعراض الفسيولوجية (آلام في المعدة، زيادة في ضربات القلب، تنفس قصير)، ومن الأعراض السلوكية(عدم القدرة على الكلام في العديد من المواقف الاجتماعية، الصمت والكلام إلا بوجود أفراد الأسرة المقربين، رفض الذهاب إلى المدرسة، صعوبة التواصل البصري مع الآخرين.

(Neil A. Rector , 2017, p. 14)

توجد تصنيفات أخرى للقلق كتصنيف سبيربرجر (1966)، القائم على التمييز بين جانبين من القلق: الأول سماه سمة القلق والثاني القلق كحالة، حيث اعتبر أن سمة القلق استعدادا سلوكيا مكتسبا يستمد وجوده من خبرات الطفولة المبكرة المؤلمة، التي تظل كامنة لشخصية الفرد، وتضفي سمة القلق أكثر من حجم الموقف المهدد أو الموضوعات التي يستجيب لها الشخص بالتوتر لما تحتوي عليه من خطر، هذا ما جعل الفرد ذو قلق مرتفع وتوجس دائم للخطر والتهديد مع فقدان للاستقرار وتوقع الشر والأمور المأساوية دائما دون توافق ذلك مع الموقف (عبد الستار، 2002، ص.14).

أما عن القلق كحالة فهو موقعي بطبيعته، مرتبط بظروف ضاغطة تثير الشعور بالخطر والتهديد، فعندما يدرك الإنسان موقفا على انه مهدد يستثار الجهاز العصبي اللاإرادي، وتتوتر العضلات ويستعد لمواجهة هذا التهديد، وتزول حالة القلق بزوال المثير المهدد الذي أدركه الفرد. (بن عمر الصقهان، 2005، ص.50).

ومنه ترى الباحثة أن حالة القلق تزداد حدة في فترة وجود موقف مهدد، وتقل باضمحلال المثير أو زواله، يتبين من خلال العلاقة بين حالة القلق وسمة القلق أن الاستعداد النفسي أو التهيؤ لاستجابة القلق يظل كامنا (كسمة القلق)، ويستثار فقط بمثيرات مزعجة وسلبية تهدد الفرد (كحالة القلق)، وهذا كفيل ببلورة سيرورة اضطراب القلق.

قد ميز كاتل (1966) بنفس الأسلوب السابق بين حالة القلق وسمة القلق، بحيث أن حالة القلق تتباين بحسب الموقف، في حين أن سمة القلق تتغير بحسب الأفراد، ومنه جميع الأفراد يخبرون حالة القلق، في حين أن القليل منهم يخبرونه بصورة مزمنة تسمح بأن يقال عنهم بأن لديهم سمة القلق كسمة من سمات شخصيتهم (بن أحمد الوائلي، 2003، ص.50).

4- أسباب اضطراب القلق:

لا يمكن الكشف على سبيل الحصر السبب المباشر لبلورة اضطرابات القلق، ولكن الأبحاث والدراسات جاءت بمجموعة من البواعث والعوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، التي تعتبر محركا لذلك ومنها:

4-1 العوامل الفسيولوجية: تختلف الأسباب الفسيولوجية لاضطراب القلق وتبرز آثارها في اختلافات كيميائية في الدماغ واضطرابات في نشاطه، ناهيك عن اضطرابات عقلية ونفسية وجسدية.

4-1-1 تنظيم النشاط الكيميائي: أظهرت نتائج الأبحاث والدراسات وجود صلة بين اضطرابات القلق وعدم كفاءة التنظيم للناقلات العصبية المختلفة، فالرسائل الكيماوية التي تنتقل الإشارات من خلايا الدماغ عبر ثلاثة نواقل عصبية رئيسية، والتي تعتبر مسؤولة عن استجابة القلق وذات الأثر البالغ في إحداثه وهي: السيروتونين، النورأدرينالين، وحمض الجابا (GABA) (Neil A. Rector , et al, 2017p.19-20).

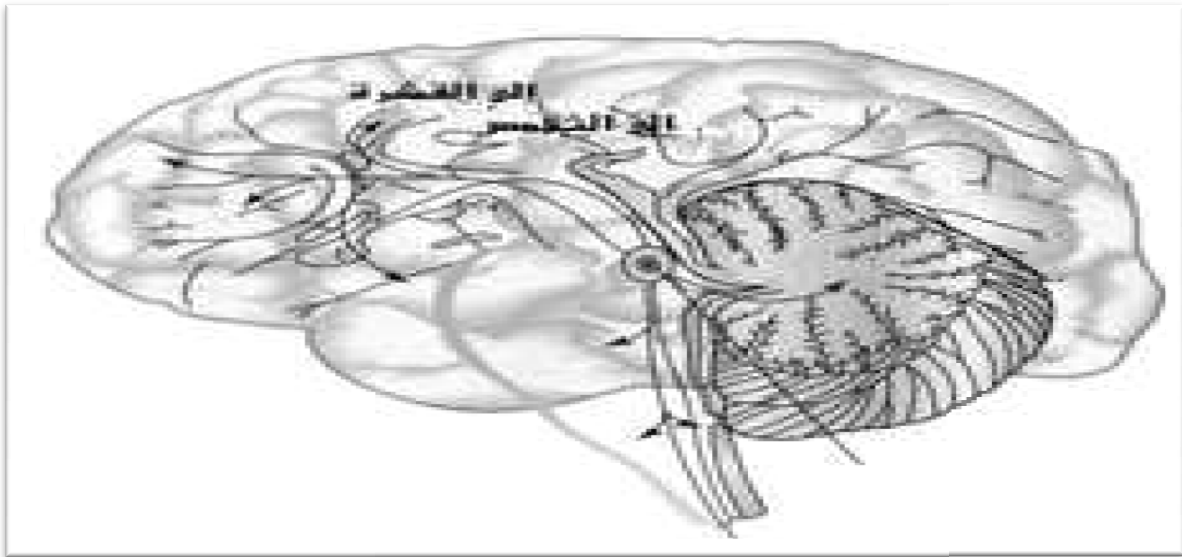
أ- **السيروتونين:** يساعد على تنظيم الحالة المزاجية، العدوانية، الدوافع، النوم والشهية، درجة حرارة الجسم، والألم، إن الأدوية الموصوفة لعلاج اضطراب القلق تزيد من كمية السيروتونين المتاح من أجل نقل الإشارات العصبية، واضطرابات القلق ترتبط بالخلل في منظومة السيروتونين، (جوهسون، وآخرون، 2016، ص.367)

ب- **النورأدرينالين:** يلعب دورا محوريا في استجابة المواجهة والهجوم أو الهروب والتجنب، وكذا في تنظيم النوم والمزاج وضغط الدم. إن الضغط الرهيب الذي قد يتعرض له الإنسان يحفز إنتاج النورأدرينالين، خاصة عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق بما في ذلك اضطراب الهلع الذي يؤدي إلى اضطراب في نظام التحكم في إنتاج النورأدرينالين، قد تساعد بعض الأدوية على استقرار كميته لنقل الإشارات العصبية، إن مستويات النورأدرينالين الأعلى من المعدل الطبيعي يعتبر سببا في حالات القلق (Neil A. Rector , & al, 2017, p.19-20).

ت- **حمض الجابا (GABA):** هو جهاز من المستقبلات العصبية التي تعزز الاسترخاء والنوم وتثبيط الإثارة المفرطة، إن الأدوية المسماة بالبيتروديازيبينات تزيد من نشاط الجابا الذي له دور المهدئ، وبالتالي فإن حدوث خلل في إفرازه يؤدي إلى حالة من الاستثارة ومن ثم تظهر أعراض القلق النفسي العام (سرحان، وآخرون، 2013، ص.32).

4-1-2 تغيرات في نشاط الدماغ: عكف الباحثون على استخدام تقنيات التصوير الدماغية الحديثة، بهدف دراسة مناطق معينة من الدماغ لدى أشخاص يعانون من اضطرابات القلق فتوصلوا على وجه الخصوص إلى ما يلي:

- هناك شذوذ في عملية التمثيل الغذائي للدماغ وتدفق الدم، بالإضافة إلى تشوهات هيكلية كضمور في الفص الجبهي، القذالي والصدغي.
- من الوارد أيضا أن تركيز السيروتونين والنورأدرينالين وحمض الجابا في الجهاز الحوفي الذي يتحكم في الذاكرة وردود الفعل اتجاه القلق والخوف، يكون مختل. فيحدث القلق الذي يشعر به الأفراد اتجاه المستقبل.
- لقد ركزت الدراسات العصبية الخاصة باضطراب الهلع على دور وتيرة نشاط الموضع الأزرق، مقر الخلايا العصبية لنورأدرينالين والنواة الأنسية الغنية بالخلايا العصبية للسيروتونين المرتبط ببدء نوبة الهلع. (جوهسون، وآخرون، 2016، ص.377)



شكل رقم (8): يوضح الموضع الأزرق. (جوهسون، وآخرون، 2016، ص.377).

- تتسبب زيادة نشاط الجهاز النورادريني سواء في الدماغ أو المحيط، بظهور أعراض جسدية للقلق بما في ذلك احمرار الوجه، التعرق غير الطبيعي، خفقان القلب الأمر الذي يكون مزعجا للشخص. (Neil A. Rector et al, 2017, p.20-21)

4-2 الاستعداد الوراثي : عمدت الأبحاث إلى إثارة الدور الفعال للعوامل الوراثية في ظهور اضطرابات القلق، فمؤشر ظهورها عالي عند الأشخاص الذين هم فرد من أسرة تعاني من اضطراب القلق، يقصد بالاستعداد الوراثي هو أن يرث الفرد جينات مسؤولة عن الاضطراب الكيماوي الذي يحدث القلق. من خلال زيادة استثارة نهايات الأعصاب الموجودة في المشابك العصبية والنواقل في الجهاز النواذريناليني (الأنصاري، 1999، ص.317).

4-3 العوامل النفسية والاجتماعية: على الرغم من الدور المحوري الذي يشغله كل من الجانب الفسيولوجي والوراثي، فمن الواضح أيضا أن هناك دورا للعوامل النفسية والاجتماعية في كيفية اكتساب القلق وانتقاله من الآباء إلى الأبناء عبر الأجيال، ناهيك عن أساليب المعاملة الوالدية المحفزة لنشأة القلق واستمراره.

لقد أكد الباحثون على مدى أهمية تأثيرات العائلة كخلفية ارتقائية لفهم سمات القلق، وما يمر به الفرد من خبرات مؤلمة في مراحل الطفولة المبكرة، وما يتمخض عن أساليب التربية والنمذجة، والظروف النوعية والضغط الحادة والمزمنة في بلورة اضطراب القلق لدى أفرادها.

4-3-1 بيئة الأم قبل الولادة: أفادت مجموعة من البحوث والدراسات إلى أن الضغط الذي تتعرض له الأم قبل الولادة يرتبط بشكل مباشر بقلق الطفل، فدراسة كل من **أكونور وهيرون وآخرون (2002)**، أثبتت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الأم قبل الولادة وبعدها من ناحية، وقلق الطفل في السنوات الأربعة الأولى، والتي فسرت بمدى تأثير العوامل الوراثية بالإضافة إلى العوامل البيئية المتمثلة أساسا في الارتباط العاطفي، وفي دراسة قام بها **فاندين بيرغ وآخرون (2005)** كدراسة تتبعية مستقبلية، أثبتت نتائجها وجود ارتباط جوهري بين قلق الأم قبل الولادة والمشكلات المعرفية والسلوكية والانفعالية لدى الأطفال، من خلال آلية عمل هرمون الكورتيزول الذي يؤثر على المشيمة، وبالتالي على عملية الارتقاء الجارية خاصة ارتقاء تكوينات المخ مثل: المحور تحت المهاد، الغدة النخامية، الغدة الكظرية، الجهاز الطرفي، وقشرة الفص الجبهي. (موشني، وجيرالد، 2016، ص.167).

4-3-2 عمليات التعلق: أكدت مجموعة متنوعة من البحوث على أهمية خبرة الرعاية المبكرة خلال سيرورة الارتقاء، وركزت على أساليب تربية الطفل واعتماد سلوكيات قد تؤثر في تطور القلق ، فعلى سبيل المثال لا الحصر: الحماية المفرطة، الحرمان العاطفي، تمركز الوالدين حول ذاتيتهما، تملك الوالدين وتشددتهما.

يعتبر **جون بولبي** (1960/1969/1979) رائد نظرية التعلق، فكانت مسلماته الرئيسية أن الصحة النفسية للطفل تعتمد على صيغة التعلق الآمن والمستقر خلال الرعاية الأولية (دور الأم) في سن الطفولة، يتميز التعلق الآمن بالنسبة لبولبي بالدفء والعلاقة الحميمة، والاستقرار بالشكل الذي يرضي الأم والطفل، ولاحظ هذا الأخير الآثار الناجمة عن التعلق غير الآمن في دور الأيتام الذي يرضى فيها الأطفال جسدياً لا عاطفياً ووجدانياً. كما تأثر بولبي بدراسة هاري هارلو المنصبة عن قلق الانفصال الناجم عن الإزاحة والإبعاد قصراً عن الأم (السيد عثمان، 2001، ص.24).

تؤثر خبرات التعلق في المخططات المعرفية التي تساعد الراشدين على إدراك معنى العلاقات الوثيقة، إذ قدم شيفر وميكلينسر (2009) نموذج يفسر مستوى القلق الآمن الذي يظهر عند الشخص الذي يعاني خبرة قليلة من القلق في العلاقات الحميمة، ويسعى إلى التقارب والعلاقات الودية مع جميع الناس.

4-3-3 أساليب التربية الخاطئة: تعتبر أساليب التنشئة والتربية الوالدية باعث من بواعث القابلية للقلق، بحوث ودراسات في هذا المجال خلصت إلى أن هناك خاصيتين للمعاملة الوالدية قد يؤثران على ارتقاء القلق وهما:

أ- القبول والمساندة مقابل الرفض.

ب- منح الاستقلال النفسي الذاتي مقابل الضبط النفسي المفرط.

إن هذان الأسلوبان ببعديهما الإيجابي والسلبي يشيران إلى ممارسات مستحسنة كالقبول والاستقلال، وممارسات مستهجنة كالرفض والضبط، قد تزيد الحساسية للقلق والاستعداد لاستقراره كسمة لشخصية الفرد (موشي، وجيرالد، 2016، ص.171).

كما أكد كل من شيفر وهيلمان من خلال مسلماتهما القائمة على أساس أن انعدام الشعور الآمن، وشكوك حول الذات، هما سببان رئيسيان للقلق وباعثهما المحوري.

عكفت دراسات حديثة على إبراز دور النماذج الوالدية لسلوكيات القلق باعتبارها عاملا مباشرا من المحتمل أن يساهم في تغذية قلق الطفل. ويقصد بهذا الأخير إسهاب الوالدين في وصف أحداث الطفل اليومية على أنها مهددة وخطرة وغير قابلة للحل وتكتسي ميزة الكارثية، يتقمص الطفل هذه الإستراتيجية الفقيرة لتنظيم انفعالاته ويعطي تفسيراً سلبياً لأحداث بيئته، ومن ثم ارتقاء القلق واستمراره لديه. (مواهب، وإبراهيم، 2018، ص.9)

4-4 أسباب وعوامل طبية: يمكن حصرها في العوامل التالية:

4-4-1 التبعية للكحول والمواد المخدرة: غالبا ما يسبب استخدام الكحول والمواد المخدرة أعراض القلق العام أو نوبات الهلع تحت تأثير هذه المواد أو في فترة الانسحاب والفتن، وهي فئة تشمل الكوكايين، الكافيين، وبعض العقاقير الموصوفة بما في ذلك ميثيلفينيديت Méthpphénidat مثل ريتالين Ritaline.

(Neil A. Rector, & al 2017, p.21-22)

4-4-2 الاضطرابات الجسدية: يتسبب عدد من الاضطرابات الجسمية في ظهور أعراض القلق العام، كالاضطرابات الغدية والقلبية والرئوية أو إصابة الدماغ، غالبا ما يخفف العلاج الدوائي للاضطرابات الجسدية من أعراض القلق.

4-4-3 الاضطرابات العقلية: غالبا ما يعاني الأشخاص المصابون باضطرابات عقلية باثولوجية من أعراض القلق، فقد تكون أعراض زملة اضطراب آخر كالميلانخوليا، اكتئاب سن اليأس، الفصام (خاصة الفصام المبكر)، خرف الشيخوخة، ذهان الهوس الدوري كالاكتئاب أو الذهان، وهذا ما يؤدي إلى تفاقم القلق دون أن يكون التشخيص منحصرا في اضطراب القلق (زعتري، 2010).

قد يقترن اضطراب القلق عند الأشخاص الذين تم تشخيصهم بهذا الأخير باضطراب نفسي آخر، والذي يكون غالبا اضطراب القلق من نوع مغاير مصاحب للنوع الأساسي كالإكتئاب وتعاطي المخدرات.

5- النظريات المفسرة لاضطراب للقلق:

يعتبر القلق النفسي محور اهتمام العديد من علماء النفس لكونه الاضطراب الأكثر شيوعا، والقاسم المشترك في جميع الأمراض النفسية، حيث خلصت هذه الاهتمامات إلى صياغة العديد من النظريات المفسرة ويمكن إجمالها فيما يلي:

5-1 نظرية التحليل النفسي:

يعتبر نموذج التحليل النفسي من أقدم النماذج المفسرة للقلق وأكثرها تأثيرا، وكان سيقموند فرويد مؤسس التحليل النفسي أول من لفت الانتباه إلى الدور المحوري للقلق في ديناميات الشخصية ونظريات الارتقاء، ويرى أن انفعال القلق ينشأ تلقائيا عندما يتعرض الفرد إلى مثير شديد لا يمكن السيطرة عليه أو التخلص منه، وبما أنه شعور غير مريح فإن الفرد يسعى دائما إلى التقليل من هذا الشعور أو الحد منه والقضاء عليه. وفي إطار هذا السياق يرى فرويد أن القلق يمكن التعامل معه إذا ما تزامن هذا الانزعاج مع استثارة لتعلم طرق جديدة لمواجهة تهديد ما أو تحديات مع الحياة (موشي، وجيرالد، 2016، ص.111).

يرى فرويد كذلك أن القلق هو بمثابة نداء أو إشارة لتحذير الأنا وجرس للإنذار بوجود تهديد أو صراع داخلي مفاده وجود شيء على وشك الحدوث، وأن القلق العادي يمكن التعبير عنه بوجود تهديد معلوم في حين أن القلق العصابي يظهر عند وجود تهديد غير معروف للأنا ولا يمكن تحديد مصدره (عبد الستار، 2002، ص.8).

أما في حديثه عن القلق الشديد والمزمن في ظل غياب مصدر واضح للتهديد أو الخطر فهو أمر غير طبيعي، لذا ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق هي:

5-1-1 القلق الموضوعي أو الواقعي: هو قلق ينشأ عن مصدر خارجي ويعرفه فرويد

على أنه رد فعل لخطر خارجي معروف، فمصدر الخطر في القلق الموضوعي يوجد في

العالم الخارجي، أطلق فرويد على هذا النوع من القلق عدة تسميات: القلق الواقعي، القلق الحقيقي، القلق السوي.

يرى فرويد أن هذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف لكونهما ردود أفعال لموقف معين، فالخوف هو استجابة لخطر خارجي معروف، والقلق هو استجابة لخطر داخلي معروف. فالقلق من ناحية هو توقع لصدمة، ومن ناحية أخرى تكرر للصدمة بصورة مخففة، فعلاقة القلق بالتوقع مرتبطة بحالة الخطر في حين أن القلق بدون موضوع يرجع إلى الصدمة التي بسببها العجز في التعامل مع الموقف(السيد عثمان، 2001، ص20).

5-1-2 القلق العصابي: وهو ما يطلق عليه القلق كسمة، والذي يستثار عندما تشعر الأنا أنها مهددة بالطغيان والسيطرة عليها من خلال الحاجات ودوافع الهو(الجنس والعدوانية). فعندما تستثار الطاقة الليبيدية تحاول الأنا كبح الاندفاعات والشهوات وكبت القلق المثار. إن القلق العصابي لا يتولد عند إلحاح الهو، وإنما عند الخوف من العقاب الذي ينجم عن التعبير عنه، وينشأ القلق كرد فعل للأنا اتجاه الصراع الداخلي والتنبيه الحاصل والذي مفاده انهيار الدفاعات(موشي، وجيرالد، 2016، ص.112)

5-1-3 القلق الأخلاقي: هو قلق يصدر عن الأنا الأعلى ويكون مصدره الضمير(غراب، 2000، ص.3). وتتضح معالم هذا الأخير في معاناة الفرد عندما تكون القيم الذاتية والوعد الأخلاقية مهددة بالانتهاك أو انتهكت بالفعل، وبالتالي فإن الصراع بين الحاجات واندفاعات الهو والمعايير الأخلاقية والمثلى للمجتمع هي خاصيته. (موشي، وجيرالد، 2016، ص.112).

إن النوعين الأخيرين من القلق الداخلي(العصابي، الأخلاقي) لا يمكن تجاهلها حتى وإن استخدمت آلية الكبت، التي تستمر في ممارستها ذات التأثير القوي على الشخصية، وفي حالة عدم فعالية الآليات الدفاعية تظهر أعراض القلق العصابي والتي تعتبر بدورها تمثيل رمزي للخبرة الصدمية التي لم تعد متاحة على المستوى الشعوري للحالة.

ومنه نقول أن فرويد ركز في نظريته على أن أساس القلق في معظم الحالات يرجع إلى الصراعات المكبوتة والحاجات والرغبات المكبوحة على مستوى اللاشعور ومحاولتها للظهور مجددا على مستوى الشعور، فهنا يظهر القلق كجرس إنذار ينبه الأنا بوجود تهديد.

هذا ما يتوافق مع ما ذهبت إليه كارن هورني التي خلصت من خلال أعمالها أن القلق يحدث نتيجة صراع بين رغبة الطفل في الاعتماد على والديه، و رغبته المناقضة في التمرد عليهم، إذ يعجز الطفل عن حل هذا الصراع فيكبت العدوان و لا يوجهه نحو مصدر الخطر الذي هو: العلاقة المتصارعة مع الوالدين، ثم تصبح هذه العادة استجابة يقابل بها كل خطر يواجهه، إذ يكون مسالما في المواقف التي ينبغي أن يدافع فيها عن نفسه، و هذا خوفا من فقدان (محمد عبد الله، 2000، ص.151)، ومنه تحصر هورني أسباب القلق في ثلاث عناصر أساسية وهي: 1- الشعور بالعجز، 2- الشعور بالعزلة، 3- الشعور بالعداوة (عاشور، 2010، ص.29). يرى نموذج التحليل النفسي غير الفرويدي التابع إلى غرينبرغ (1975) أن القلق هو انعكاس لاضطراب تقدير الذات إذ يكون هشا وغير مستقرا، أو منخفض كليا. (Hélene ,2019, p.22)

5-2 نماذج التعلم المفسرة للقلق : يرى مجموع هذه النظريات أن سلوك القلق هو سلوك مكتسب، استجابة لبعض المتغيرات أو مثيرات البيئة .

5-2-1 الاشتراط الكلاسيكي لسلوكيات القلق: تنطلق هذه النظرية من مسلمة مفادها أن القلق والخوف يكتسبان من خلال الاشتراط أو عمليات التعلم الأخرى، وهو ما يؤدي إلى تولد سلوكيات الهروب والتجنب كآلية للتعامل مع القلق (شهان، 1988، ص.112).

يمكن للتشريط أن يحول مثيرا محايدا إلى مثير للقلق، و بالتالي يكتسب القدرة على إثارة القلق والخوف من تلقاء نفسه، فالأفراد الذين يتعرضون بشكل متكرر إلى خبرات سيئة متعلقة بالمواقف الاجتماعية يتعلمون ربط السياقات الاجتماعية بالتهديد والخطر، وتحدث لهم استجابات شرطية تتسم بمستويات مرتفعة من القلق عند تعرضهم لتلك المواقف، ومع تزايد شدة المثير غير شرطي (التوبيخ، السخرية) تزداد قوة المثير الشرطي وسرعته، فضلا عن

هذا فقد تزداد القابلية للتعميم لتشمل مواقف اجتماعية أخرى. (موشي، وجيرالد، 2016، ص. 117)

تعتبر عملية النمذجة السلوكية أحد البواعث والآليات التي تسمح بفهم العلاقات الشخصية والسلوكيات الخاصة بالفرد، وعلاقتها بتكوين استعدادات وردود أفعال تتسم بالقلق في السياقات الاجتماعية، وهذا ما يعرف بالتشريط لاضطراب القلق الاجتماعي، بحيث أن الملاحظة المباشرة والنمذجة تسمح بتعلم استجابات اجتماعية ووجدانية، ومنه فإن أنماط الاستجابة الانفعالية المعقدة كالقلق المرتفع في حالات الخطر الجسدي أو المواقف الاجتماعية التي تشكل تهديدا يمكن اكتسابها عن طريق النمذجة سواء كانت حقيقية أو رمزية (جوهسون، وآخرون، 2016)، (موشي، وجيرالد، 2016).

5-2-2 نظرية الحافز: إن الحافز يشير إلى حالات الحاجة المختلفة للفرد، والتي تتجمع لتحديد مستوى الدافعية لدى الشخص (فاروق السيد، 2001، ص. 25).

ارتبط اسم هذه النظرية بسبينس وسبينس، على خلفية أعمال هول (1943)، الذي اهتم بالطريقة التي تؤثر بها الدافعية على القيام بالسلوكيات المتعلمة، وتوصل إلى نتيجة مفادها أن السلوكيات الشرطية تظهر فوراً إذا ما كانت تفي بحاجات الدافعية (موشي، وجيرالد، 2016، ص. 121).

تشير نظرية الحافز بالنسبة لسبينس إلى أن الشخص القلق ينتابه نوع من النشاط الزائد، والذي ينتج عنه استجابات بدرجات متفاوتة ذات الصلة بالوضع أو الموقف الراهن، يطغى عليها الطابع التنافسي، أي أن الاستجابات غير التوافقية المتاحة تتنافس مع الاستجابات الصحيحة أو التكيفية، وفي الأخير الأفراد القلقون يميلون إلى الاستجابة الخاطئة وغير التكيفية تحت تأثير الاستثارة الانفعالية المفرطة (موشي، وجيرالد، 2016، ص. 122-123)

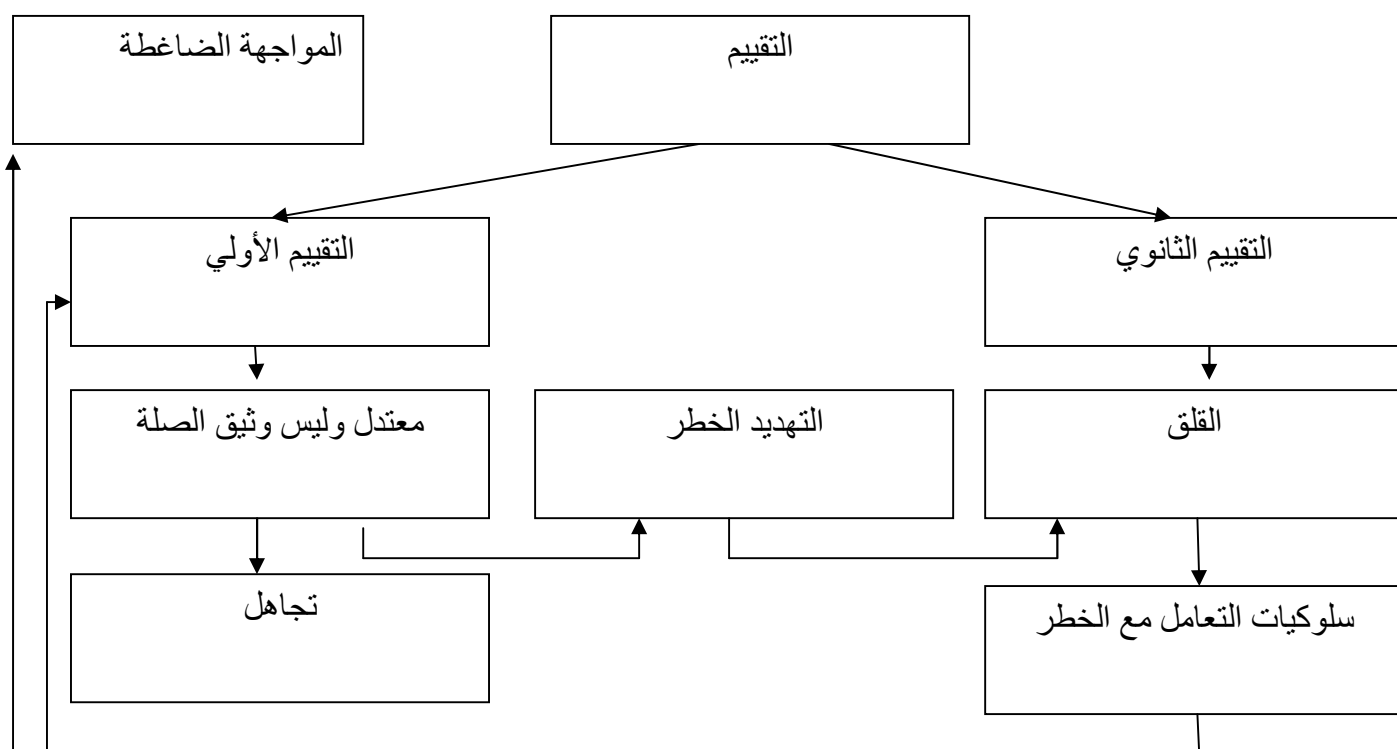
لقد قدمت نظرية الحافز مفاهيم جديدة سلطت من خلالها الضوء على الجانب التحفيزي والدافعي للقلق، وتنبأت بصورة كبيرة بتعرض الأفراد القلقين للوقوع في الخطأ عند أدائهم

المهام الصعبة(عكاشة، 1998، ص.107). ولكنها أهملت فهم البناءات المعرفية التي توجه تأثيرات القلق فما الذي يمكن قوله في هذا المجال؟

5-3 المنظور المعرفي:

5-3-1 التقييمات المعرفية: يعتبر الخطر جزء من الحياة، والإنسان مستعد فطريا أثناء التطور للخوف من أي خطر يعرضه إلى التهديد، وما جاءت به النظرية المعرفية في تفسيرها للقلق هو أن الأشخاص المصابون باضطراب القلق يميلون إلى المبالغة في تقدير الخطر والعواقب المترتبة عنه وهذا ما يسمى بالأسلوب الكارثي.
(Neil.A Rector,& al, 2017,p.17).

يرى بيك أن القلق انفعال يظهر نتيجة للطريقة التي يفسر بها الفرد ويقيم الأحداث التي مر بها، وبالتالي فإن التفسيرات هي التي تسبب الانفعال وليس الحدث، بحيث أن تقييمات الفرد للحدث وما ينجر من عواقب مستقبلية له هو الذي يحدث الاستجابة والتغير في المزاج، وهذه التفسيرات تختلف من شخص لآخر حسب خبرة كل فرد، والأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق يميلون إلى وضع تقييم غير واقعي للمواقف خاصة التي تكون احتمالية الخطر فيها عالية، فهم يبالغون في تقييم درجة الخطر. (فلاح حسين، 2015، ص.33)
عكف لازاروس من خلال نظريته في مواجهة الضغوط والقلق إلى إبراز أهمية التسلسل المعقد والدينامي للعمليات التي تستخرج الأهمية الشخصية لكل مثير، يتضمن المخطط التالي مكونات التقييم الأساسية لنموذج التعامل الذي اقترح هذا الأخير.



شكل رقم(9): يوضح نموذج التعامل مع الضغوط والقلق للازاروس (موشني وجيرالد، 2016، ص139) من خلال ما جاء به لازاروس في تفسير القلق، والذي فحواه الكيفية التي يقف الشخص في مواجهة مع المتطلبات الخارجية والضغوط بما في ذلك القلق، بالاعتماد على استراتيجيات مختلفة للتعامل وبتوسط التقييمات المستمرة. الجدير بالذكر ان هنالك فروق فردية جوهرية في هذه العمليات العقلية، سواء التقييم المعرفي للمواقف الفعالة أو أساليب المواجهة، وغالبا ما ينجح ذوي التقييمات الذاتية الايجابية في التعامل مع القلق وتخفيف الشعور به، في حين أن أصحاب التقييم السلبي غالبا ما يميلون لاستخدام أساليب تعامل فاشلة في مواجهة القلق. (موشني، وجيرالد، 2016، ص.141)

عمل أصحاب النظرية المعرفية على إبراز مدى أهمية المعتقدات السلبية المستمرة عن المستقبل، ونقص التحكم المدرك، والتركيز على هاديات التهديد للمعتقدات السلبية المستمرة عن المستقبل في إثارة اضطراب القلق واستمراريتها (جوهسون، 2016).

5-3-2 نموذج التنظيم الانفعالي للقلق:

إن التنظيم الانفعالي وما يشير إليه من الاستراتيجيات ذات التأثير على الانفعالات الشعورية واللاشعورية السلبية منها والموجبة، يكتسي أهمية بالغة في تحقيق الصحة والتوازن النفسي وتقادي العديد من المشكلات النفسية خاصة القلق.

برز نموذج التنظيم الانفعالي ضمناً في الاتجاه المعرفي وفق ما جاءت به أعمال سبيلبرجر التي أعطت أهمية بالغة للتقييمات الفردية لمثيرات التهديد المحتملة، واعتبرت الاستجابة الانفعالية تفاعل بين الشخص والموقف الخارجي، كما يفترض كافر وشاير نموذج التقييم الذاتي لعملية التحكم في القلق قصد فهم أعمق لطبيعته ضمن سياقات مختلفة تؤثر على الأداء البشري، وتمثل لهم تهديدا خاصة الضغوط التقييمية الاجتماعية التي تجعل الجميع يشعرون بالقلق. وتكمن الفروق الحاسمة في طريقة الاستجابة للاستثارة والموقف ككل، حيث أن الأفراد الأقل قلقاً هم الذين يحتفظون بالثقة في قدراتهم الأدائية بصورة جيدة على الرغم من وجود مثير القلق. في حين الذين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق تتنابهم الشكوك حول قدرتهم الأدائية أثناء التعرض إلى تهديد، وهم غالباً يميلون في المقام الأول إلى استخدام أسلوب التجنب للتخلص من معاناة القلق بدلاً من التركيز على أسلوب الأداء الجيد. فمن الأرجح أن الشخص الذي يعاني من القلق هو الشخص الذي تسيطر عليه الشكوك القوية والمزمنة حول الأداء بصورة كافية، أو الاهتمام الزائد بآراء الناس وتقييماتهم له، أو البحث المستتب للسيطرة على مشاعره بأنه لا حيلة له، وبالتالي فإن الشخص القلق هو شخص ينغمس في التأملات الذاتية الاستكارية وإساءة التفسير لما يدور حوله. (موشني، وجيرالد، 2016، ص. 144-145).

في هذا الصدد قال كافر: " كلما كانت المسائل المهمة أكثر ارتباطاً بالشعور بالذات، كان الشخص أكثر اندماجاً في ظاهرة التمسك بحلقة السلوك التي تتحرك نحو الأمام، بل ولا تسمح لهم بالخروج منها". (caver,s,1996,p.40)

6-علاجات اضطراب للقلق:

تركز المحاولات الحالية عادة على علاجات موجهة إلى الجوانب الانفعالية، أو المعرفية، أو السلوكية للقلق ويمكن شملها في البرامج العلاجية التالية:

6-1 العلاج التحليلي:

يسعى العلاج التحليلي إلى تطوير شخصية المريض، والرفع من قدرته على الاستبصار بذاته، وذلك بالرجوع إلى جذوره التاريخية والبحث فيها، قصد الكشف عن الصراعات النفسية الداخلية التي مر بها الفرد في مرحلة طفولته المبكرة، والتي لا يستطيع التحرر منها إلا بإخراجها من العقل الباطن في اللاشعور إلى حيز الوعي والشعور وذلك من خلال جلسات الاسترخاء والتداعي الحر للصراعات المكبوتة (السباعي، وعبد الرحيم، 199، ص.53-54).

6-2 التركيز على التدخلات المرتكزة على الانفعال:

الهدف من هذا الأسلوب العلاجي هو خفض الاستجابة الانفعالية المرتفعة عند الأشخاص القلقين عند مواجهة مواقف ضاغطة، وخفض مستويات الاستثارة وتغيير الطرق التي يقيم الناس من خلالها المواقف المهددة، وتتمثل الإستراتيجية الرئيسية في هذه الطريقة في توجيه تعلم الشخص القلق لمهارات محددة، أولها الاسترخاء، وثانيها التدريب على التعامل مع المواقف المثيرة للقلق على النحو الذي يسمح له بمواجهتها في المستقبل. كما أن التدخلات التي تركز على الانفعال تأخذ بعين الاعتبار التفسيرات النظرية للقلق كاستجابة شرطية، فتلغى الاستجابة الشرطية الخاصة بها وتعوض بمبادئ سلوكية أساسية أخرى باعتماد، الاشتراط العكسي، والكف المتبادل، والملاحظة وتعلم مهارات التعامل. إن هذا الإلغاء يتطلب تفعيل أساليب سلوكية منها: الاسترخاء والتخيل الموجه، وإعداد المدرج الهرمي للقلق الذي يتخيل فيه الشخص القلق أكثر المشاهد إثارة للقلق دون خبرة القلق، ومن خلال الاقتران المتكرر للمواقف التخيلية مع الاسترخاء العميق تبدأ الرابطة بين المشاهد التقييمية المهددة والقلق بالضعف والانطفاء، وهذا ما يعرف بالاشتراط العكسي.(عبد الستار، 2002، ص.86-87).

3-6 العلاج المعرفي: عكف هذا الاتجاه بالتركيز على معالجة الأسباب المعرفية التي تقف وراء حدوث اضطرابات القلق، بحيث أكدت الدراسات والأبحاث أن التدخلات الموجهة معرفيا في تعزيز وجود القلق أو التخلص منه. ويقصد بالعلاج المعرفي تعديل الانزعاج أو أنماط التفكير اللاعقلاني لدى الأشخاص القلقين، على مسلمة أن العوامل المعرفية هي عوامل حاسمة في القلق من خلال توسط العمليات المعرفية استجابات الشخص الانفعالية والسلوكية في المواقف الضاغطة.

وفقا لكل من بيك وأميري (1985) فإن عمل علاقة علاجية حميمية يعد أول وسيلة فعالة لخفض القلق الشخصي، وتشجيع الشخص القلق على حسن التعامل مع القلق، على شرط أن يكون المعالج مخلصا متعاطفا ومتفهما لحالة المريض بهدف تحديد وحل مشكلات الحالة اعتمادا على أربعة خطوات أساسية:

- تصور المشكلات التي تواجهه.
 - اختيار إستراتيجية ملائمة لخفض القلق مثل : الاسترخاء، تقبل القلق.
 - اختيار الأسلوب الملائم من أجل تنفيذ هذه الإستراتيجية.
 - تقييم فعالية الإستراتيجية المختارة (موشني، وجيرالد، 2016، ص. 245-246)
- يرى بيك وأميري أن محتوى المعرفة كالمخططات الذاتية السلبية المكتسبة من خلال تطور المنحى المعرفي قد تكون باعثا للقلق، والتي تستوجب التدخل فعلا من اجل تنظيم التفكير وفق علاج الوعي بالمعرفة، الذي يركز على العمليات التي تجعل الشخص منزعجا بشكل مستمر كونه يعيش ضغطا.

هناك أسلوب آخر من العلاج المعرفي والمسمى **التدريب على الانتباه**، الذي يجري فيه تدريب الشخص القلق على أشكال متعددة من الانتباه، مثل تقييم وتحويل الانتباه بعيدا عن المخاوف الشخصية، وأثبت هذا الأسلوب نجاعته في علاج مجموعة من اضطرابات القلق بما في ذلك اضطراب الهلع والرهاب الاجتماعي. (موشي، وجيرالد، 2016، ص. 248)، وقد طور "ديفيد كلارك" 1997 هذا النوع من العلاج من خلال طريقتين يساعد المعالج من

خلالهما الأفراد على تعلم عدم التركيز على انتباههم داخليا، كما يساعدهم أيضا المعالج على طرح أفكارهم السلبية عن الكيفية التي سوف يتعامل بها الآخرون معهم. (جوهسون، 2016)

6-4 العلاج السلوكي :

هناك أنواع من العلاجات السلوكية التي أثبتت نجاعتها في علاج اضطرابات القلق خاصة الرهاب المحدد، ومن بين أهم هذه العلاجات ما يعرف بتقليل الحساسية المنهجي، وفيه يعرض المريض للشيء المثير للقلق بدرجات بسيطة ومتزايدة تزامنا مع التدريبات الاسترخائية وتنظيم عملية التنفس والطمأنة المستمرة، وعلى النقيض من ذلك هناك علاج آخر وهو العلاج بالغمر وهو تعريض المريض لمثير القلق بشكل غامر حتى تزول آثاره. هذا العلاج يعمل على الإطفاء لا يعمل مثل المحاة، فيزال الخوف الشرطي الموجود بعمق في المخ والارتباطات المتعلمة الجدية تكف عن تنشيط الخوف (جوهسون، 2016، ص.385).

6-5 العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي هو علاج يركز على الجوانب المعرفية والسلوكية للقلق، ومن بين أهم الأساليب والطرق المعتمدة ضمنا في هذا العلاج هو أسلوب التعريض la thérapie d'exposition، وهو أسلوب يعتمد على تعريض الشخص تدريجيا بشكل مباشر أو تخيليا للموقف الذي يثير القلق. قصد إدراك الفرد عند تعريضه للموقف الذي يخيفه أن أفكاره غير عقلانية فيبدأ القلق بانطفاء عن طريق التعود (أوسم وصفي، 2012، ص.30).

- من خلال التعريض المتكرر للموقف المثير للقلق يقل الخوف والقلق مما يجعل الفرد أقل ميلا لتجنبه، ومن خلال تمارين التعرض يحرز العميل تقدما وتغلبا على شدة الخوف والقدرة على تحمل المثير المرتبط بإثارة القلق.
- يستخدم المعالجون أيضا تمارين إعادة الهيكلة المعرفية لمساعدة الأشخاص على تبني أساليب سلوكية قائمة على المواجهة بدلا من التجنب.

• أثبت نتائج الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي له فعاليته المطلقة في علاج جميع اضطرابات القلق، وتتراوح نسب العلاج بالتعرض ما بين: 70% إلى 90% من العملاء، ولتجنب الانتكاس لابد من تعريض العميل إلى أكبر عدد ممكن من المواقف المثيرة للقلق من ناحية، ومن ناحية أخرى لابد من أن يكون التعرض في سياقات مختلفة كلما أكن (جوهسون، 2016، ص.385).

يعكف العلاج المعرفي السلوكي إلى تغيير وتعديل الأفكار المقلقة إلى أفكار عقلانية أقل إثارة للقلق، كما يمكن أن تساعد مجموعات من الدعم الفردية والعائلية على إيجاد الطرق والسبل الصحيحة لتقليل أعراض القلق والتعامل معها (Antony, 1996, p.64).

من وجهة نظر الباحثة فإن التكفل العلاجي بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق يتطلب فريق رعاية مكونة من أطباء ونفسانيين، ومشاركة الأسرة أمر هام وضروري في خفض من حدة القلق وشدة تأثيره على الفرد.

6-6 العلاج الدوائي:

يعتبر العلاج بالأدوية عاملاً مساعداً ومدعماً للعلاجات النفسية خاصة منها المضادة للقلق، والتي تؤثر على النواقل العصبية المختلفة خاصة السيروتونين والنورادرينالين والجابا (GABA)، من الأدوية الرئيسية المستخدمة في علاج القلق: مثبطات امتصاص السيروتونين الانفعالية (S.I.S.R)، مثبطات امتصاص السيروتونين والنورادرينالين (I.R.S.N.A)، والبانزوديازيبام، حيث أثبتت الأبحاث والدراسات أن هذه الأدوية تخفف لدى حوالي 70% من اضطرابات القلق، ولكن من المشكلات الأساسية الناجمة عن هذه العقاقير هو مشكل الاعتماد الناتج عن الاستخدام على المدى الطويل.

(Neil.A Rector,& al, 2017,p.27).

ومن العقاقير الإضافية التي أثبتت نجاعتها في خفض أعراض اضطرابات القلق نجد مثبطات مستقبلات بيتا (B)، ومثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين مثل الفينيلزين، الذي كشف عن كفاءته العالية خاصة في السيطرة على أنواع الرهاب الاجتماعي والاضطرابات

العصابية الأخرى، ومن بين العقاقير المضافة والمتداولة نجد البيسبيرون وهو عقار ذو تأثير شائع على القلق من خلال نظام السيروتونين T.S.H، ونجد مضادات الهستامين مثل بروميرازين، وكذا مضادات الاكتئاب ثلاثية الدورات مثل كلوميبرامين.(موشني، وجيرالد، 2016، ص.253)

خلاصة:

من خلال ما سبق تقديمه نستنتج أن القلق خبرة انفعالية غير سارة وإحساس داخلي يتميز بالضيق والانزعاج، غالبا ما يكون نتاج خوف مجهول السبب، أو من خلال الإحساس بالخطر واقعي أو غير واقعي آت من العوامل الداخلية، أو عوامل خارجية مهددة للفرد. فبالرغم من أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية، والعضوية غير أنها تصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا والذي يعرف باسم "عصاب القلق" أو "القلق العصابي" أو "سمة القلق"، وهو من أشهر حالات العصاب والاضطرابات النفسية عموما، ويمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا منبعثا من توقع التهديد والخطر، فالقلق ظاهرة طبيعية، ولكن باستمراره لمدة طويلة فإنها تعرض الصحة العامة للفرد لمختلف الاضطرابات، التي تضعف بدورها من قدرته على الأداء بالشكل المطلوب، والبحث في عوامله النفسية يرجح استراتيجيات تنظيم الانفعال في مقدمتها، خاصة إذا ما اعتمد الفرد على استراتيجيات سلبية كاجترار الأحداث المأساوية والمداومة عليها الذي يؤثر مباشرة في حدة و مدة القلق.

الفصل الرابع: الاكتئاب.

تمهيد.

- 1- مفهوم الاكتئاب.
 - 2-الأوجه المتعددة للاكتئاب (تصنيفات الاكتئاب).
 - 3-علامات أعراض اضطراب الاكتئاب.
 - 4-أنواع اضطرابات الاكتئاب وتشخيصها وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5 .
 - 5-عوامل وأسباب اضطراب الاكتئاب.
 - 6-النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب.
 - 7-الوقاية والعلاج من اضطراب الاكتئاب.
- خلاصة.

تمهيد:

كل فرد منا مهياً للأمراض النفسية، حسب تعرضه للشدائد والإجهاد، فالأحداث السلبية، المآسي، والخسارة الشخصية...، هذه لا يمكن تجنبها في حياة الفرد. فمن الطبيعي المرور بخبرة أحداث تسوق إلى انخفاض المزاج، أو الشعور المؤقت بالاكتئاب عند وقوع هذه الأحداث. ومع ذلك، ينمي القليل من الأفراد اعتلالاً ويمرون بالاكتئاب. فالأهم ليس خبرات الضغوط ذاتها وإنما استجاباتهم لهذه الضغوط واستراتيجيات مجاباتها وتنظيمها مع وجهة النظر السلبية عن الذات، وعن المستقبل وعن العالم المحيط، وتركيز الانتباه الشديد على المظاهر السالبة للمثير. وهذا الأمر الذي دفع الباحث إلى ربط الاكتئاب باستراتيجيات تنظيم الانفعال خصوصاً أمام تواجد مثير مستمر (الإعاقة الذهنية للطفل).

1- مفهوم الاكتئاب:

1-1 الاكتئاب لغة:

يعرف ابن منظور الكآبة بأنها سوء الحال، والانكسار من الحزن، واكتئب اكتئاباً: حزن واغتم وانكسر، فهو كئيب، والكآبة أيضاً تغير النفس بالانكسار من شدة الحزن والهم، وهو كئيب ومكتئب، ويعكس الاكتئاب المشاعر الكئيبة والحزن والسأم والعزلة وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالأنف. (سطوحى، 2011، ص.130)

وفي المنجد (1986) كآبة: تعني تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب وكئيب، وأكأب فلانا أي أحزنه، واكتئب وجه الأرض، تغيرت وضربت إلى السواد، والكآبة: هي الحزن الشديد، والاكتئاب مرادف للانقباض، وانقبض تعني تجمع وانطوى وانقبض الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل، وانقبض على القوم هجرهم. (مهند، رفعت، 2014، ص.10)

1-2 الاكتئاب اصطلاحاً:

يستخدم مصطلح الاكتئاب Depression لوصف مزاج، أو أعراض، أو زملة أعراض لاضطراب وجداني، وتتمثل الحالة المزاجية للاكتئاب في الشعور باليأس والكآبة والحزن

وانقباض الصدر، كما تتمثل الأعراض في مجموعة من الشكاوى التي تتجمع في زملة تشير إلى سلسلة عريضة من الاختلال النفسي الحيوي (البيولوجي) الذي يتغير بحسب التكرار والشدة والمدة.

عرفته **جمعية الطب النفسي الأمريكية** في تصنيفها الرابع DSM4 (1994):
"الاضطرابات الاكتئابية هي جزء من اضطرابات المزاج، وتختلف عنها الاضطرابات ثنائية القطب من حيث أنها لا تمثل هوساً أو مختلطاً أو هوس خفيف"
(EI BIALI ,& SOUDRY,2010,p.9).

وهو اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن الملحوظ بدون إتباع حمية غذائية أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفس حركي أو بطئ في النشاط النفسي الحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو أفكار انتحارية حقيقية، وتتحدد الأعراض من خلال شكاوى المريض أو ملاحظة المحيطين به. (شهادة العبويني، 2012، ص.12-13).

تعرف الاضطرابات الاكتئابية في **DSM5** 2013 على أنها اضطرابات مزاجية مصحوبة بصعوبة وتباطؤ في التفكير، ومشاكل في السلوك (انسحاب، هيجان)، وعدم القدرة على أداء النشاط اليومي، كما قد تظهر الاضطرابات الاكتئابية في نوبات معزولة أو متكررة
(Emmanuel,& Mark,2020,p.3).

منظمة الصحة العالمية (OMS) من جانبها، تعرف الاكتئاب على النحو التالي:
"يعبر عن عدد من الأعراض بالإضافة إلى عسر المزاج: فقدان الاهتمام، ضعف التركيز والنسيان، عدم وجود الحافز، التعب، التهيج والأرق وضعف الشهية والمواقف السلبية التي تميز أفراد الاكتئاب تشكل عادة أكبر عائق للمرض. ويرتبط الحصر من الشعور بالخوف

إلى الأفكار المثيرة للقلق والأعراض الجسدية مثل الخفقان، الإحساس بالوخز، الصداع وآلام في الصدر وتعتبر أعراض الاكتئاب والحصر عالمية وملاحظة في جميع المجتمعات المدروسة." (جبار، 2016، ص.31)

ومن التعريفات القاموسية للاكتئاب التعريف الذي وضعه **بتروفسكي وياروشفسكي (1996)** حيث عرفا الاكتئاب عامة بأنه: "حالة انفعالية تتسم بالاعتمادية، وتتميز بمواقف انفعالية سلبية وتغير في مجال الدوافع والانطباعات المعرفية، وبالسلوك السلبي عموماً، ويمر الشخص المصاب بالاكتئاب بانفعالات مؤلمة وحزن عميق وقلق ويأس، وتقل الحوافز والدوافع والنشاط الإرادي إلى حد كبير، وتتميز حالة الاكتئاب بلوم النفس على حدوث كوارث متعددة في حياة الشخص ذاته و أقربائه، ويصاحبه شعور المرء بالذنب بالنسبة للأحداث السابقة و إدراكه لعجزه عن التعامل مع الواقع، وفقد الثقة في المستقبل" (زيزي ، 2006، ص.26).

يرى **دويزيس ودويسون (2015)** أن اضطراب الاكتئاب الأحادي الجسيم "حالة غير متجانسة سببياً وإكلينيكية تتسم إما بالمزاج المكتئب، أو تناقص واضح بالاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة. وبالإضافة إلى هذين العرضين الأساسيين اللذين يظهر أحدهما على الأقل، فإن اضطراب الاكتئاب الجسيم يحتوي على عدد من الأعراض، تشمل زيادة أو نقصان الشهية للطعام والوزن تشخيص الاكتئاب كيف نفهمه من منظور والأرق أو النوم (الإفراط في النوم)، والتباطؤ النفسي الحركي، أو الاحتياج وفقدان الطاقة أو التعب، والشعور بالرداءة أو الذنب المفرط مع قصور التركيز والتردد، أو صعوبة التفكير، والأفكار الانتحارية، ومحاولة الانتحار أو تكرار التفكير في الموت (بلحسيني، الإمام، 2019، ص. 149).

ويعرف **كولز الاكتئاب:** " بأنه خبرة وجدانية ذاتية، أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء الذات والتردد وعدم

البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية ومشاعر الذنب، واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل جهد. (الغريب، 2011، ص. 231)

في حين باترسن (1990) يعرف الاكتئاب بأنه الشعور بالعجز، وإعاقة العمليات النفسية، ونقد الذات ، ودوافع قهرية عدوانية تتوجه إلى الداخل، مثيرة الشعور بالذنب وأحيانا الدوافع القهرية الانتحارية. (باترسن.س، 1990، ص. 191).

ويشير روزنهان وسليجمان (1995) D.L. Rosenhan et M.E. Seligman

إلى أن الاكتئاب عبارة عن اضطراب وجداني يتسم بأربع فئات من الأعراض:

1- **الأعراض الوجدانية:** وتظهر في مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام بالأنشطة الباعثة لمشاعر الرضا والسعادة.

2- **الأعراض المعرفية:** وتتمثل في النظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل.

3- **الأعراض المتصلة بالدافعية:** وتنعكس في السلبية والتردد وانخفاض مستوى النشاط العام، وصعوبة اتخاذ القرار، وبطء في المهارات النفس حركية. وقد يصاحب ذلك ميل إلى الانتحار.

4- **الأعراض الجسمية:** مثل: فقدان الشهية، واضطراب النوم ونقص وزن الجسم، ويختلف الاكتئاب العيادي عن السوي في الشدة والمدة والتكرار (معمرية، 2010، ص. 92). ويرى فرج طه وآخرون (1993)، الاكتئاب بأنه "حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير." (يحيوي ، 2014 ، ص. 208).

أما وائل صالح فهو يصف الاكتئاب بأنه حالة مرضية تتطوي على درجة عالية من الألم النفسي مصحوبا بانخفاض واضطراب المزاج، والتقليل من قيمة الذات، والشعور بالذنب، وتغير في المزاج النهاري، والانسحاب الاجتماعي مصحوبا بالأوهام وضعف التركيز اضطراب الذاكرة، ونظرة سلبية للذات والمستقبل، مع وجود الأفكار الانتحارية. (منتهى مطرش، 2011، ص. 99).

كما يعرف عبد الخالق (1999) الاكتئاب بأنه: حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلاً عن مشاعر الضغط والجزع واليأس والعجز، وتصاب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامات وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقد الوزن، واضطرابات في النوم والشهية، فضلاً عن سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة وانخفاض الجدارة والأفكار الانتحارية.(حسن المسحر، 2007، ص.120)

وتأسيساً لما سبق فإن الباحثة تقدم تعريفاً للاكتئاب باعتباره حالة من الحزن يعيشها الفرد، وشعور ببعد القيمة وضعف الذات واحتقارها، وفقدان الأمل في المستقبل، وكذلك الشعور بعدم الأمن، والحساس بالانسحاب من المجتمع بل وأحياناً قطع الصلة به، كل هذا مرفوقاً بأعراض جسمية وبدنية مختلفة ومتباينة، تجعل من الفرد يضعف في إنجازاته وعطاءه وتفكيره، ما يشعره بالوحدة النفسية ويجعله يبحث عن حلول سلبية لراحة مأساوية.

2-الأوجه المتعددة لاضطراب الاكتئاب (تصنيفات الاكتئاب):

يمكن للاكتئاب أن يأخذ أشكالاً عدة وتصنيفات، وما يميزها عن بعضها البعض العوارض والظروف المرتبطة بها، إلا أنه لا يوجد في الغالب تمييز واضح بين مختلف أنواع الاكتئاب، فهي تشترك في العديد من الخصائص نفسها، كما يمكن أن يعاني الفرد من أكثر من نوع واحد من الاضطراب.

هناك محاولات عديدة في العصر الحديث لتصنيف اضطراب الاكتئاب، بل إن النظم التصنيفية تختلف باختلاف التوجهات النظرية والإكلينيكية التي يتبناها القائمون بالتصنيف، بعض هذه الأنظمة تتبنى النظرة الأحادية أو الثنائية أو التعددية في الافتراضات التصنيفية والتشخيصية.

المنحى الأحادي يزعم بوجود نوع واحد أساسي من الاكتئاب ويكمن الاختلاف الأساسي في الشدة، ويصنف الاكتئاب في هذا الإطار على أنه خفيف أو متوسط أو شديد وهذا لا

يرضي المتخصصين. أما المنحى الثنائي فيفترض وجود نوعين من الاكتئاب يتضمن أحدهما وجود أسباب نفسية واضحة ويكون اكتئابا قصير المدى و ذا مآل أفضل، والنوع الآخر فتكون أسبابه بيولوجية ويستمر لمدة أطول ويكون مآله أسوء.

وفي إطار التصنيف الثنائي يشار إلى الاكتئاب بتقسيمه إلى تفاعلي في مقابل ذاتي المنشأ، أو عصابي في مقابل ذهاني، أو خارجي في مقابل داخلي المنشأ، اكتئاب مبرر في مقابل جسدي. أما النظام التصنيفي التعددي فيتضمن أنواعا عديدة من الاضطرابات الاكتئابية، وهناك نظامان من أكثر الأنظمة التصنيفية والتشخيصية استخداما الآن في العالم هما:

-التصنيف الدولي للأمراض النفسية.

-الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية.(يحيوي ، 2014 ، ص. 221-222)

2-1 تصنيف الاكتئاب حسب المنحى الأحادي:

2-1-1 الاكتئاب الخفيف:(mid depression):

هو أخف صور الاكتئاب ويبدو في شكل شعور بالإجهاد وهبوط العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة.

2-1-2 الاكتئاب البسيط:(simple depression):

هو أبسط صور الاكتئاب حيث يكون المريض في حالة ذهول، غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة،ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.

2-1-3 الاكتئاب الحاد:(acute depression):

هو أشد صور الاكتئاب حدة، يشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء، وتعترية فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله، وتبدو عليه البلادة الذهنية كما يختل تفكيره ويفقد الشهية ولا ينام إلا قليلا ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية،ويتميز بشكوى المريض من الكثير من الأمراض التي لا وجود لها.(مهند،

رفعت، 2014، ص.17)

2-2 تصنيف الاكتئاب حسب المنحى الثنائي:

2-2-1 حسب الأسباب:

أ: أسباب داخلية (ذو الطبيعة البيولوجية): في الغالب لا نجد العوامل المثيرة، فالأعراض الكلاسيكية للاكتئاب تتواجد في المقدمة: التأخر النفسي الحركي ومزاج المكتئب الذي يخص الحياة العاطفية وتنظيم الفكر وكذا الأعراض اللاإرادية للنظام العضوي الداخلي، بحيث لا يرتبط الاكتئاب بآثار المحيط، كما أن الشكل الأكثر شدة يتمثل في الميلانخوليا أو السويداء، وهو اكتئاب حاد يرتبط بمشاعر وأفكار الذنب، فقدان الأمل واللااستحقاق والتي تصبح أحيانا هذيانا أين يصبح خطر الانتحار مرجحا في الأشكال السويدائية، ذهان الهوس الاكتئابي بحيث يتميز المزاج بفترات متتالية من الابتهاج و الاكتئاب.

ب: أسباب خارجية (إكتئاب نفسي المنشأ أو الارتكاسي): الحدث الناتج من واقع الحياة هو المكون للوحة العيادية لهذا الاكتئاب، والذي يتبع صدمة الحدث في الأسابيع أو الأشهر السابقة كالمرض، الانفصال، الفجيرة، فقدان الوظيفة، والتطوير المهني..، مزاج المكتئب في هذا النوع هو قابل للتغيير بحيث يتحسن عندما تنخفض شدة الحدث، وتختلف درجة الاكتئاب فيه من حيث العجز وخطر الانتحار على النوع الأول. (جبار، 2016، ص.34-35)

2-2-2 من حيث الأعراض:

هناك العديد من الاضطرابات النفسية التي يكون الاكتئاب محورها أو احد مظاهرها، والجدول الموالي يتعرض لهذه الاضطرابات في إطار اضطرابات المزاج، ويميز دليل التشخيص الأمريكي الإحصائي الرابع المراجع للاضطرابات النفسية الحالات المتضمنة للاكتئاب فقط (اضطراب الاكتئاب الجسيم، وعسر المزاج) عن تلك التي تأخذ الطابع الدوري وتتكون من ارتفاعات في الوجدان.

جدول رقم (1): يوضح الاضطرابات النفسية في الاكتئاب بوصفها مظهرا رئيسيا أو مصاحبا لاضطراب

آخر

(دفيد جي، وآخرون، 2015، ص - ص. 39-40-41-42).

الاضطرابات النفسية	المظاهر
اضطرابات أحادية الاضطراب الاكتئابي الجسيم	حدث اكتئابي جسيم يتحدد ب: -مزاج مكتئب بشكل واضح أو فقدان الاهتمام - أربعة أعراض على الأقل معرفية وسلوكية وأعراض جسمية تستمر لمدة أسبوعين على الأقل أو أكثر.
عسر المزاج	مزاج مكتئب مزمن منذ عامين على الأقل، وتوجد معايير تشخيصية بديلة وضعت في ملحق دليل التشخيص الإحصائي الرابع (الاضطرابات الثنائية).
الاضطرابات الثنائية	
الاضطراب الثنائي الأول	على الأقل عارض هوسي واحد أو مشترك، ويعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من عارض واحد اكتئابي جسيم على الأقل.
الاضطراب الثنائي الثاني	وجود عارض واحد أو أكثر من الاكتئاب الجسيم مشترك لحدث هوس خفيف واحد على الأقل.
الاضطراب الدوري	وجود أعراض الهوس الخفيف ومتلازمات فرعية من الأعراض الاكتئابية لمدة عامين على الأقل.
اضطراب مزاجي ناتج عن حالة طبية عامة	اضطراب واضح في المزاج نتيجة لعواقب سيكولوجية لحالة طبية.
اضطراب مزاجي تحرك بفعل استخدام المواد ذات التأثير النفسي	اضطراب واضح في المزاج ناتج عن العواقب النفسية لعقار داخل إلى الجسم أو مادة سامة.
الاضطرابات المرتبطة بالمزاج، اضطراب التوافق مع مزاج مكتئب	مزاج مكتئب واضح إكلينيكيًا مع العصبية والانزعاج حيال الضغوط النفسية.
اضطراب توافق مع مزيج من مزاج قلق	أعراض انفعالية واضحة إكلينيكيًا (مثل الاكتئاب أو اضطراب في المسلك حيال الضغوط النفسية وحالة من أعراض الفصام الوجداني النشطة مع

ومكتئب	اختلال مزاجي بارز) يجب أن تسبقه أعراض اكتئاب واضحة لمدة أسبوعين على الأقل).
اضطراب مزاج يحتاج إلى تأكيد أبعد، اكتئاب قصير متكرر	تكرار حالات من الاكتئاب مرتبطة بحالات من الاكتئاب الجسيم ولكنها قصيرة المدى (بمعنى يومين على الأقل ولكن أقل من أسبوعين).
الاكتئاب الخفيف	أعراض اكتئابية لمدة أسبوعين على الأقل، ولكنها تسبب تدهورا أقل وأعراضا أخف مما يحدث في الاكتئاب الجسيم.
اضطراب الشخصية الاكتئابية	نمط ثابت ومستمر من الأفكار والمساك الاكتئابية التي تبدأ في الطفولة المبكرة ولكنها لا تحدث أثناء حالات الاكتئاب الجسيم ولا تعود لحالة اعتلال المزاج أو الديسيميا (dysthymia).
اضطراب ما بعد الذهان للفصام	حالة من الاكتئاب الجسيم (تشمل على مزاج حزين أو مكتئب) يحدث أثناء المرحلة المتبقية من الفصام.
مزيج من اضطراب القلق والاكتئاب	ابتئاس ثابت ومتكرر مقرون بأعراض القلق (مثل: الحذر المفرط، والانزعاج).
اضطراب البؤس لما قبل الطمث	مجموعة من الأعراض تشمل المزاج المكتئب، والقلق، وفقدان الاستمتاع باللذة، والتقلب الوجداني، ويحدث في الأسبوع الأخير من دورة الطمث في مرحلة الحويصلات الصفراء إثر الإفرازات المبيضية.

وعلى أساس هذا الكم الهائل من التصنيفات فإنه من الواضح أن الاكتئاب يتلبس أثوابا متعددة، ويجيء في أنواع متباينة يصعب علينا ذكرها بكاملها، وبذلك فإن مراجعة الباحثة للاكتئاب سوف تقتصر وتركز على الاكتئاب العصابي.

الاكتئاب العصابي: غير عميق الجذور، لا يصاحبه جمود انفعالي تام، الاتصال

بالواقع موجود، التقييم الذاتي سلبي، درجة النكوص عادية، النشاط العقلي بطيء نسبيا، لا يوجد فيه أوهام أو هلوسات أو أفكار الانعدام، فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس عن نية صادقة وبعد تردد وإعلان وتهديد بالانتحار وخوف من الإقدام عليه والهدف هو

إيقاع بالآخرين، والمريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج، ويكون علاجه في العيادة النفسية. (علي رجب، وآخرون، 2014، ص.33)

أما **كفافي** فيرى أن هذا النوع من الاكتئاب قائم على المبالغة والشدة والتطرف لاستجابة يمكن أن تكون سوية عندما تحدث باعتدال وفي توسط . فكل شخص معرض لأن يخبر المشاعر الاكتئابية عندما يفقد شيئاً عزيزاً أو يسمع خبراً محزناً أو تهان كرامته أو يجرح كبريائه . ولكن الفرد يتخلص بعد فترة من مشاعر الاكتئاب ويعود إلى حالته الطبيعية أما الفرد المكتئب فانه يستمر في حالة الاكتئاب إلى فترة أطول أو انه يعبر عن الحزن والأسى بشكل اشد ويظهر عليه مظاهر تناقص الاهتمام بالناس والأشياء والموضوعات والميل الى العزلة وتناقص الهمة والنشاط والرغبة في العمل وتتناوب حالات يأس وقنوط، ويصعب عليه التركيز ولو لفترات قصيرة كما انه يعبر عن عدم الاطمئنان والتشاؤم. (كفافي، 1990، ص.446)

3- علامات وأعراض اضطراب الاكتئاب:

تبدى الأشكال المتفرقة من الاكتئاب أشكالاً مختلفة من علامات وأعراض الظهور، أو الشدة أو كليهما معاً، غير أن كل أشكال الاكتئاب تشترك بعدد كبير جداً من العلامات والأعراض تمس جميع مجالات الحياة ونذكر منها:

3-1 المزاج: السمة الرئيسية للاكتئاب هي المزاج المنقبض والحزين واليأس، الذي يسيطر على عالم المريض بأكمله، الندم، الحنين إلى الماضي، عدم الاهتمام بالحاضر، الخوف من المستقبل، التقليل من قيمة تمثيل الذات من خلال التعبير الدائم عن الشعور بالعجز وتأنيب الضمير، والإعلان عن القطيعة مع رفقاءه وأصدقائه وفقدان اللذة الموجهة نحو أي موضوع (Chatherine, & al, 2005, p.11). على الرغم من أنه قد لا يكون مدركاً دائماً من قبل المعنيين أو انه قد يكون متخفياً تحت أعراض اكتئابية أخرى. وكل الأعراض الأخرى يمكن للمزاج المكتئب أن يتدرج من المزاج الخفيف للاكتئاب إلى الدرجة الشديدة منه، وفي أخف حالاته يمكن أن يظهر كحالة من فقدان المستمر للرغبة وفقدان المشاعر،

بما يشبه "تضييق أفق المشاعر" ومع ازدياد الشدة تصبح حالتها -المشاعر- أكثر وضوحا وتدرج بأنها مؤلمة ويكون المعني غير سعيد بشكل واضح وبلا انقطاع أحيانا، ومغتم وقانط ويأس. وتتحوّل الحياة عند بعض المكتئبين إلى جحيم خالص، وغالبا ما تكون الحالة في الصباح مضطربة وقد تزداد سوءا في المساء، وبعضهم يكثر بكأؤه ومنهم من يشعر بالراحة لو بكى. ويمكن للقلق والقابلية للإثارة وعدم الصبر أن تكون من الأعراض الوجدانية المرافقة للاكتئاب. (كاس آف.إي، وآخرون ، 2009، ص.60).

3-2 التباطؤ النفسي الحركي والفكري:

قد يلاحظ التباطؤ الحركي من خلال مراقبة السلوك، بينما التباطؤ الفكري يظهر مكن خلال عدم الاهتمام، يرى **D.widlocher** أن عدم الاهتمام هذا يعد زائف، بحيث أنه في الواقع أن الشخص لازال مهتما بأنشطته وعلاقاته الاجتماعية، وبالقيم والمعايير المحيطة، ولكن ما يفتقر إليه هو الحافز للعمل، ويمكن القول أن ما يفتقر إليه هو طعم الأشياء (Chatherine, et al,2005,p.12).

3-3 فقدان الاستمتاع والاهتمام والدافع:

في حالة الاكتئاب لا يستطيع الشخص أن يستمتع بأي من مباحج الحياة المعتادة، ولا يمكن أن يشعر بالسرور عند قيامه بالأنشطة المعتادة التي كان يستمتع بها قبل ذلك، ومن مظاهر عدم الاستمتاع بالحياة أيضا أن الشخص في حالة الاكتئاب لا يبقى لديه الإقبال والاعتزاز بالأشياء التي كان متعلقا بها فيما مضى فلم يعد يقرأ الصحف كما من قبل، ولا يحرص على الإجازة ويرتب لها ولا يستمتع بمداعبة أبنائه أو الجلوس معهم ولا يقبل علي الجلوس مع أصدقائه المقربين ، ويجسد بعض مرضي الاكتئاب هذه المعاناة في قولهم أنهم فقدوا الاهتمام بكل شيء في الحياة. وفي حالات الاكتئاب الحادة يصل المريض إلى وضع لا يمكن له الشعور بأي شيء من حوله، حتى التعبير عن شعور الحزن والاكتئاب لا يكون واضحا حيث تجف الدموع وتتجمد الملامح والأحاسيس وتصل مشاعر الاكتئاب الداخلي إلى

قمتها، حيث تبدو للمكتئب الحياة كلها كظلام حالك وتصل حالة الجمود التي يسببها له الاكتئاب إلى حد أن يبدو كالتمثال الذي لا يتحرك ولا يستجيب لأي شيء من حوله.

(الشربيني، 2012، ص.46)

3-4 التفكير وتقدير الذات:

إن تطور الاكتئاب لدى المريض يبدأ عادة بخبرة تمثل فقداناً لها، وقد يكون فقدان واقعياً أو فرضياً أو كاذباً وفي كل الحالات فإنه يكون مبالغاً فيه، ويدركه الشخص على أنه دائم غير قابل للارتداد، كما ينظر إليه على أنه انعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات، وانخفاض في احترام الذات، وكذا افتقار في حب الذات (Chatherine, & al, 2005, p.10). فيعزو الفرد سبب هذه الحوادث المؤلمة إلى عيوب في نفسه، كما يحكم على خبرة موالية حتى لو كانت بسيطة من خلال جوانبها السلبية، أو حتى مبهجة على أنها ترجع إلى نقص ذاتي. (مهند، رفعت ، 2014، ص.13) تعرض دسوقي (1995) إلى دراسة العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات والقلق، حيث أكدت النتائج على وجود علاقة ارتباطية سالبة عكسية بين تقدير الذات ومتغير القلق والاكتئاب، حيث أن تقدير الذات والقلق جانبان متضادان في تكوين الشخصية، فالفرد الذي لديه مفهوم إيجابي عن ذاته يكون أقل قلقاً، فكلما ارتفع القلق لدى الفرد قل تقديره لذاته وانعكس، حيث أن العلاقة بينهما طردية فكلما انخفض تقديره لذاته زادت الأعراض عنده. (دسوقي، 1995، ص.27).

3-5 مشكلات اجتماعية:

تعتبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين. وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة، منها عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج، أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين له. وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل، كما يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية، خاصة المواقف التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس، أو

الدفاع عن الحقوق إذا ما هدرت، أو اتخاذ مواقف حازمة اتجاه الإلحاحات غير الواقعية من الآخرين، أو عندما يتخطى بعضهم حدود اللياقة الاجتماعية. وأحيانا يجد بعضهم صعوبة في التعبير عن استيائه أو رفضه للأشياء التي تمثل عبئا على الوقت، أو الصحة، أو الراحة. كما قد يشعر البعض منهم بأنه وحيد ويفتقد حب الآخرين ودعمهم، ومع ذلك تجده يميل للانسحاب وعدم بذل الجهد الايجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة.(عبد الستار، 1998، ص.23).

3-6 مشكلات جسمية وآلام عضوية:

يعتبر هذا النوع أكثر الأعراض شيوعا وخداعا، فعادة ما يصبح الاكتئاب مقنعا مستترا يظهر في شكل الشكاوى الدالة على سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة، وآلام الظهر والجسم، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك. ومن الشكاوى المميزة للاكتئاب: اضطرابات النوم بما فيها الاستيقاظ المبكر، والعجز عن مواصلة النوم، أو النوم المنقطع، أو صعوبة الاستيقاظ في الصباح. ومنها أيضا اضطرابات الشهية، وعدم التلذذ بالطعام، وفقدان الوزن، والنحافة المفاجئة، ولو أن البعض الآخر من مرضى الاكتئاب يحدث له العكس (زيادة وإفراط في الأكل). كذلك فقدان الرغبة الجنسية، والعزوف عنها، وعدم تحقيق اللذة التي كانت مرتبطة بها من قبل.(عبد الستار، 2008، ص.18)

3-7 تصنيف بيك Beck لمظاهر (أعراض) الاكتئاب :

أ- **المظاهر الانفعالية:** وتتضمن فقدان القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، وضعف الثقة بالنفس.

ب- **المظاهر المعرفية:** وتتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته، وتوجيه اللوم لنفسه، وتضخيم المشكلات، وانعدام القدرة على اتخاذ القرار، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية.

ت- **المظاهر الواقعية:** وتتضمن ضعف القدرة على الانجاز، وانعدام الميل للمثابرة والطموح لتحقيق أهداف الحياة ومتطلباتها، والشلل في الإدارة، والرغبة في الهروب من الواقع، وتحبيز فكرة الموت، وتزايد الميول الإتكالية.

ث- **المظاهر الجسمية:** وتتضمن الشعور السريع بالتعب والإرهاق، وفقدان الطاقة الجنسية، وكثرة نوبات العرق. (يحيوي ، 2014، ص.216)

من المعروف أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد لآخر، فقد يتخذ الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب النفس، أو يجيء مختلطا مع شكاوي جسمانية، وأمراض بدنية بصورة قد لا نعرف الحدود بينهما، أو يعبر عنه في شكل مشاعر باليأس والتشاؤم والملل السريع من الحياة والناس، وربما تجتمع كل هذه الأعراض معا في آن واحد مما يفقد المريض توافق الذاتي والاجتماعي على حد سواء.

4-أنواع اضطرابات الاكتئاب وتشخيصها وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5:

فرق الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الخامسة (5) DSM بين الاضطرابات الاكتئابية، والاضطرابات المزاجية ثنائية القطب والتي ترتبط ارتباط مباشر بالاضطرابات الذهانية، وستتناول الباحثة في هذا العنصر المحكات التشخيصية للاضطرابات المزاج المتعلقة بالاضطرابات الاكتئابية.

4-1 الاضطراب الاكتابي الجسيم:

أ. وجود خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال فترة أسبوعين، التي تمثل تغيرا عن وظائف الفرد السابقة، بحيث يكون أحد الأعراض على الأقل إما (1) مزاج منخفض، وإما (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا ترجع الأعراض البارزة بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

1 - مزاج مكتئب معظم اليوم، وكل يوم تقريبا، كما يتضح إما من التقدير الذاتي (كالشعور بالحزن أو عدم الجدوى أو اليأس)، وإما من الملاحظة التي يقوم بها الآخرون (كأن يبدو الفرد باكيا أو دامعا).

ملاحظة: يمكن أن يظهر ذلك لدى الأطفال والمراهقين على شكل مزاج متهيج أو مستثار.

- 2 - تناقص الاهتمام أو السرور بشكل واضح في أغلب الأنشطة معظم اليوم تقريبا (كما يتضح من التقدير الذاتي أو من ملاحظة الآخرين).
- 3 - فقد واضح للوزن دون نظام غذائي، أو زيادة الوزن (مثال ذلك: أن يتغير وزن الجسم أكثر من 5% في شهر واحد)، أو تناقص الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبا،
ملاحظة: يتخذ هذا العرض لدى الأطفال شكل الفشل في تحقيق زيادة متوقعة في الوزن.
- 4 - الأرق أو النوم الزائد كل يوم تقريبا.
- 5 - التهيج النفسي الحركي أو التأخر، كل يوم تقريبا (وذلك كما يلاحظه الآخرون، وليس مجرد المشاعر الذاتية المتعلقة بالتململ أو الإبطاء).
- 6- التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.
- 7- مشاعر عدم الأهمية وعدم الجدارة، أو الذنب الزائد وغير المناسب (وقد يكون ضلالات) كل يوم تقريبا.
- 8 - تناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد وعدم الحسم، كل يوم تقريبا، (سواء أكان ذلك بالتقرير الذاتي، أو كما يلاحظه الآخرون).
- 9- أفكار موت متكررة (ليس خوف من الاحتضار) وأفكار انتحارية متكررة دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار، أو خطة محددة للانتحار.
- ب- تسبب الأعراض ضيقا وألما إكلينيكيًا واضحًا، أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة.
- ج- لا تنتج الأعراض من التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة أو عقار أو حالة طبية أخرى.
- د- لا تفسر الفترة الاكتئابية الأساسية باضطرابات طيف الفصام، والضلالات وغير ذلك من الاضطرابات الذهانية.
- هـ- لا توجد فترة هوس أو هوس خفيف على الإطلاق (الحمادي، 2014، ص.75).

4-2 اضطراب الاكتئاب المستمر:

يجمع هذا الاضطراب بين الاضطرابات المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) على أنها اضطراب اكتئابي مزمن واضطراب سوء المزاج.

أ- المزاج المكتئب البادي طول اليوم، وقد أبلغ عنه الشخص أو لاحظته الآخرون، لمدة عامين على الأقل.

ملاحظة: قد يظهر اضطراب الاكتئاب المستمر عند الأطفال والمراهقين، ويكون المزاج عصبيا على أن تكون المدة سنة واحدة على الأقل.

ب- عندما يكون الشخص مكتئبا، فإنه يظهر على الأقل اثنين من الأعراض التالية:

1. فقدان الشهية أو الإفراط في تناول الطعام.

2. الأرق أو إفراط النوم.

3. انخفاض الطاقة أو التعب.

4. تدني تقدير الذات.

5. صعوبة التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات.

6. الشعور بفقدان الأمل.

ج - خلال فترة سنتين (سنة واحدة للأطفال والمراهقين) من الاضطراب الحالة المزاجية، ألا يكون الشخص قد مر بفترة أكثر من شهرين متتاليين بدون أعراض المعيارين أ و ب.

د - قد تكون معايير الاضطراب الاكتئابي الجسيم موجودة بشكل مستمر لمدة 2 سنة.

هـ - لم تكن هناك على الإطلاق نوبة هوس أو نوبة هوس خفيف، ولم يتم استيفاء معايير اضطراب المزاج الدوري.

و- لا يمكن تفسير الاضطراب تفسيراً آخر كالاضطراب الفصامي الوجداني، والفصام، والاضطراب الوهمي، وغيره من الاضطرابات المحددة أو غير المحددة في الطيف الفصام، أو اضطراب ذهاني آخر.

ز- لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة ما (مثل تعاطي المخدرات أو الأدوية) أو أي حالة أخرى طبية (مثل قصور الغدة الدرقية).

س- تسبب الأعراض شللاً وضعفاً ملحوظاً اجتماعياً أو مهنياً أو في مجالات مهمة أخرى.

(V.Jeste,M.D ,& al,2015,p.209)

3-4 اضطراب تخريبي مع خلل التنظيم الانفعالي:

أ- نوبات الغضب اللفظية الشديدة المتكررة (نوبات الغضب كلامية)، و/أو في السلوك (الاعتداء الجسدي على الناس أو الأشياء)، التي من الواضح أنها غير متوافقة من حيث الشدة والمدة مع الوضع أو الاستفزاز.

ب- نوبات الغضب ليست مناسبة من الناحية التطورية.

ج- تحدث نوبات الغضب، في المتوسط، ثلاث مرات في الأسبوع أو أكثر.

د- يكون المزاج بين نوبات الغضب سريع الانفعال أو الغضب معظم اليوم، وكل يوم تقريباً، وقد يلاحظه الآخرون (مثل الآباء والمعلمين والأقران).

هـ- تواجد المعايير أ- د لمدة 12 شهراً أو أكثر. خلال هذا الوقت، لا وجود لفترة زمنية محددة بثلاث أشهر متتالية أو أكثر دون ظهور جميع الأعراض المعايير أ- د.

و- المعايير أ و د موجودة في وضعيتين على الأقل من الوضعيات الثلاثة (أي في المنزل، في المدرسة، مع أقرانهم)، ويكونون شديدين في واحدة على الأقل من هذه المواقف.

ز- لا ينبغي أن يتم التشخيص لأول مرة قبل سن 6 سنوات أو أكثر سن 18.

ح- تأسيساً على تاريخ الحالة أو الملاحظة، فإن عمر ظهور المعايير أ و هـ أقل من 10 سنوات.

ط- لم تكن هناك فترة زمنية تزيد عن يوم واحد تم خلالها استيفاء جميع معايير الأعراض، باستثناء مدة النوبة هوس أو هوس خفيف.

هذا التشخيص لا يمكن أن يتعايش مع اضطراب المعارضة الاستفزاز، أو الاضطراب الانفجاري المتقطع، أو الاضطراب ثنائي القطب، ولكنه من الممكن أن يتعايش مع اضطرابات أخرى، مثل: الاضطراب الاكتئابي الواضح، ونقص الانتباه، فرط النشاط، واضطراب السلوك، واضطرابات تعاطي المخدرات.

ي- الأشخاص الذين تستوفي أعراضهم معايير الاضطراب التخريبي مع خلل التنظيم العاطفي واضطراب المعارضة المتحدي، لابد من الحصول على تشخيص.

ك- لو عانى الفرد بالفعل من نوبة هوس أو هوس خفيف في الماضي لا ينبغي أن يتم تشخيصه على أنه اضطراب تخريبي مع خلل التنظيم العاطفي.

ل- لا تعزى الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما أو حالة طبية أو عصبية أخرى. (V.Jeste,M.D ,& al,2015,p.194).

4-4 اضطراب عسر المزاج السابق للحيض، أو اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي:

أ- ما يميز هذا النوع من اضطرابات الاكتئاب هو أن تظهر خمسة من الأعراض التالية على الأقل في الأسبوع السابق للدورة الشهرية، وتبدأ في الضمور، خلال معظم فترات الحيض، أي في الأيام الأولى بعد بدء الدورة الشهرية تبلغ ذروتها، وتصبح قليلة أو غائبة في غضون أسبوع بعد الدورة الشهرية.

ب- يجب أن يكون هناك واحد على الأقل من الأعراض التالية:

1. قدرة عاطفية ملحوظة (على سبيل المثال: تقلبات مزاجية، مشاعر مفاجئة للحزن، الرغبة في البكاء، فرط الحساسية للرفض).

2. التهيج أو الغضب الملحوظ أو زيادة الصراع بين الأشخاص.

3. مزاج مكتئب بشكل ملحوظ، أو مشاعر اليأس، أو التقليل من الذات .

4. القلق والتوتر و/أو الشعور بالعصبية بشكل ملحوظ.
- ج- ظهور واحد على الأقل من الأعراض التالية ليصل المجموع على الأقل خمسة أعراض على الأقل عند إضافة أعراض المعيارين ب و ج.
1. انخفاض الاهتمام بالأنشطة المعتادة (مثل العمل والمدرسة والأصدقاء والهوايات).
 2. صعوبة وتدني القدرة على التركيز.
 3. الخمول والتعب المفرط أو فقدان الطاقة بشكل ملحوظ.
 4. تغيرات ملحوظة في الشهية، فرط الأكل، الرغبة الشديدة لدى البعض طعام.
 5. فرط النوم أو الأرق.
 6. الشعور بالإرهاق أو الخروج عن السيطرة.
 7. أعراض جسدية مثل توتر أو تورم الثدي، آلام المفاصل أو العضلات، الشعور "بالتورم"، زيادة الوزن.
- يجب أن تكون أعراض المعايير أ-ج قد استوفيت خلال معظم الدورة الشهرية خلال العام الماضي.
- د- ترتبط الأعراض بضيق كبير سريريا، أو تتداخل معه في العمل أو المدرسة أو الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات مع الآخرين (مثل: تجنب الأنشطة الاجتماعية، وانخفاض الإنتاجية أو الكفاءة في العمل أو المدرسة أو المنزل).
- هـ- الاضطراب لا يتوافق فقط مع تفاقم أعراض أ، بل قد يترافق مع اضطراب آخر مثل اضطراب الاكتئاب الشديد، اضطراب الهلع، اضطراب الاكتئاب المستمر (الاكتئاب) أو اضطراب الشخصية (على الرغم من أنه يمكن أن يحدث ذلك).
- و- يجب تأكيد المعيار (أ) من خلال التقييم المستقبلي اليومي على الأقل دورتين على الأقل دالة من حيث الأعراض. (ملاحظة: يمكن إجراء التشخيص مؤقتًا قبل تأكيده).

ز- لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية للمادة (على سبيل المثال: مادة تعاطي أو دواء أو علاج آخر)، أو غير ذلك حالة طبية (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية) (الحمادي، 2014، ص.80).

4-5 الاضطراب الاكتئابي المحدث بالمادة أو عقار: تحدد علامات التشخيص فيما يلي:

أ- اضطراب بارز ومستمر في المزاج، يتسم بسيطرته على الصورة السريرية، يتميز بمزاج مكتئب وانخفاض ملحوظ في الاهتمام والمتعة المسلطة حول جميع الأنشطة تقريبا.

ب- التاريخ الطبي أو الفحص البدني أو نتائج الفحوصات الإضافية يظهر بوضوح وجود (1) و (2) في نفس الوقت:

1. ظهور الأعراض المعيار "أ" أثناء أو بعد فترة قصيرة من التسمم أو الانسحاب من مادة ما أو بعد التعرض لعقار ما.

2. المادة أو الدواء أو العقار المعني قادر على إحداث أعراض المعيار أ.

ج- لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب اكتئابي غير ناجم عن أ المادة أو الدواء.

ظهور الأعراض يسبق بداية تناول المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة طويلة من الزمن (على سبيل المثال. حوالي شهر واحد)، بعد نهاية الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد، أو تشير العلامات الأخرى إلى وجود اضطراب اكتئابي مستقل غير ناجم عن مواد أو أدوية (على سبيل المثال، تاريخ من النوبات) (الاكتئاب المتكرر غير الناجم عن مادة / دواء).

د- لا يحدث الاضطراب في حالة هذيان.

هـ- تسبب الأعراض ضائقة أو ضعفا ملحوظا مرضيا اجتماعيا أو مهنيا أو في مجالات حياتية مهمة أخرى.

ملاحظة: يجب أن يتم هذا التشخيص بدلا من تشخيص التسمم بمادة ما، أو الانسحاب من مادة ما، فقط عندما تسود أعراض المعيار أ بوضوح الصورة السريرية وعندما تكون خطيرة بما يكفي لتبرير تناولها في الرعاية السريرية (الحمادي، 2014، ص. 81).

4-6 اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى: تتحد معايير التشخيص فيما يلي:

- أ- فترة واضحة ومستمرة يكون خلالها المزاج مكتئبا أو انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة أو معظمها، يهيمن على الصورة السريرية.
- ب- التاريخ المرضي أو الفحص البدني أو الفحوصات الإضافية تكشف أن الاضطراب هو النتيجة الفسيولوجية المرضية المباشرة لـ أ.
- ج- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثلا: اضطراب التأقلم مع أعراض اكتئابية، حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).
- د- لا يحدث الاضطراب في حالة الهذيان.
- هـ- تأثر الأعراض وتحدث ضائقة أو ضعفاً ملحوظاً سريرياً اجتماعياً أو مهنيًا أو في مجالات مهمة أخرى (V.Jeste, M.D, & al, 2015, p.213).

4-7 اضطراب اكتئابي محدد:

يتضمن هذا التصنيف الصورة السريرية التي تسود فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي، والتي تسبب ضائقة كبيرة سريرياً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة، ولكن دون استقاء المعايير التشخيصية لأي اضطراب اكتئابي.

يتم استخدام فئة "اضطراب الاكتئاب المحدد الآخر" في المواقف التي يختار الطبيب إعطاء السبب المحدد لعدم تلبية الاضطراب للمتطلبات معايير عدم وجود اضطراب اكتئابي محدد.

ويتم ذلك من خلال الإشارة إلى "اضطرابات اكتئابية أخرى محددة" متبوعًا بالسبب المحدد (كنوبة اكتئاب قصيرة المدى).

ومن الأمثلة التي يمكن استخدام مصطلح "اضطرابات أخرى محددة ما يلي:

1- الاكتئاب المتكرر الوجيز: ظهور متزامن للمزاج المكتئب على الأقل أربعة أعراض اكتئابية أخرى، ولمدة 2 إلى 13 يوما مرة واحدة على الأقل، أشهر (غير مرتبطة بالدورة الشهرية) لمدة 12 شهرا متتاليا على الأقل، الشخص الذي لم يقدم قط صورة سريرية نفي بمعايير أ، اضطراب اكتئابي آخر أو اضطراب ثنائي القطب، ومن لا يستوفي حاليا معايير (كاملة أو متبقية) للاضطراب الذهاني.

2- نوبة اكتئابية قصيرة المدى (4-13 يوما): وجدان اكتئابي بتوفر أربعة أعراض على الأقل من الأعراض الثمانية الأخرى لنوبة الاكتئاب الكبرى، المرتبطة بضائقة أو إعاقة هامة ومستمرة سريريا لأكثر من 4 أيام، ولكن أقل من 14 يوما لشخص لم يستوفي من قبل معايير الاضطراب اكتئابي الجسيم، أو اضطراب ثنائي القطب، والشخص الذي لا يستوفي حاليا المعايير (الكاملة أو المتبقية) للاضطراب الذهاني، أو تلك الخاصة بالاكتئاب المتكرر القصير (الوجيز).

3- نوبة اكتئابية مع أعراض غير كافية: وجدان اكتئابي مع عرض واحد على الأقل من الأعراض الثمانية الأخرى لنوبة الاكتئاب الجسيم، المرتبط بضائقة أو إعاقة هامة ومستمرة سريريا لمدة لا تقل عن الأسبوعين، لحالة لم تطرح صورة سريرية تستوفي معايير اضطراب اكتئابي آخر، أو اضطراب ثنائي القطب، ولا يستوفي حاليا المعايير (الكاملة أو المتبقية) للاضطراب الذهاني، ولا تلك المتعلقة باضطراب القلق والاكتئاب المختلط (الحمادي، 2014، ص.84).

4-8 اضطراب اكتئابي غير محدد: تتضمن هذه الفئة الصور السريرية التي تسود فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي، والتي تسبب ضائقة كبيرة سريريا أو ضعفا في

المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة، ولكنهم لا يستوفون تماماً معايير أي فئة تشخيصية من الاضطراب اكتئابي.

يتم استخدام فئة "اضطراب اكتئابي غير محدد" في الحالات التي يختار فيها المعالج عدم تحديد نوع الاضطراب الاكتئابي، لسبب عدم تطابق المعايير لأي اضطراب اكتئابي محدد، نظراً لكون المعلومات غير كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديداً (على سبيل المثال في أقسام الطوارئ) (V.Jeste, M.D, & al, 2015, p.227).

بما أن أغلب الدراسات والبحوث النفسية وخاصة العلاجية منها أصبحت تعتمد المحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، فإن الباحثة تميل إلى استخدام هذا الدليل كأداة لتشخيص حالات الاكتئاب موازنة مع قائمة بيك للاكتئاب.

5- عوامل وأسباب اضطراب الاكتئاب:

من خلال مراجعة أدب الدراسات النفسية يبدو للباحثة أنه بالرغم إلى ما توصل إليه العلم الحديث وما أحرزه من تطور هائل في مجال الاضطرابات النفسية، إلا أنه لحد الآن لم يتوصل إلى معرفة دقيقة لمسببات الاضطرابات النفسية عامة والاكتئاب النفسي بصفة خاصة، فالمحصلة من هذه المحاولات الجادة لم تتعد مجموعة من الأسباب يتحدث فيها البعض عن الأسباب النفسية بينما يعزو البعض الآخر هذه الظاهرة لعوامل وراثية وبيئية، واجتماعية ويتجه المستحدث من هذه الأسباب بالتركيز على العوامل البيوكيميائية وبذلك ليس من اليسير التأكيد على مصداقية أو خطأ أي منها.

- يبدو أن بعض من أنواع الاكتئاب تنفشي في العائلات، لذا ربما يكون لديها استعداد وراثي للاكتئاب.

- يمكن أن تتسبب صدمة نفسية، أو أحداث الحياة المشحونة بالضغط في الاكتئاب وليس بالضرورة أن تشملك الصدمة شخصياً لتؤثر عليك. ومن عوامل أحداث الحياة الضاغطة: الطلاق، الانتكاسات المالية، المرض المزمن، فقدان الوظيفة... الخ

- كما يمكن أن يتسبب اضطراب الهرمونات في اكتئاب، ويتأتى هذا إما بارتفاع أو انخفاض في معدلاتها. والحالات الطبية المستعصية هي الأخرى تعتبر نذير شؤم بالنسبة للاكتئاب على غرار أمراض القلب، والسرطان، ونقص المناعة.
- قد تسبب بعض الأدوية وكذلك العقاقير والمهدئات والكحول اكتئاباً أو تسبب أعراضاً اكتئابية بسبب تفاعلاتها وآثارها الجانبية الخطيرة. (كارين.ك، 2010، ص.13).
- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية، الحرمان وفقد الحب والمساندة العاطفية، الصراعات اللاشعورية، الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق، ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الأمور الجنسية) والرغبة في عقاب الذات(علي رجب، 2014، ص.28).
- السبب وراء عدم دخول الأفراد الأصحاء في دوامة الاكتئاب يرجع إلى التحيز الايجابي. فالأفراد الأصحاء من المحتمل أنهم يعززون الأحداث الموجبة لأنفسهم ويعززون الأحداث السالبة للآخرين. فيما يبدو أن هذا التحيز العزوي الذي يخدم الذات مفقود أو قاصر لدى الأفراد المكتئبين الذين يميلون إلى عزو الأحداث السالبة إلى أسباب داخلية (شيء ما عن الذات)، وثابتة (الباقية) عامة. قد تكون تلك الأسباب نقص القدرة أو تصدعات الشخصية.
- ويتفق هذا مع الفكرة التي مؤداها أن الأفراد الأصحاء - مقارنة بالأفراد ذوي الاكتئاب- يظهرون درجة ملحوظة من المرونة عند مواجهة الأحداث المأسوية. عندما يطلب منهم التنبؤ بالكيفية التي يشعر بها الفرد في المستقبل، فإن هؤلاء الناس غير قادرين على تجاهل الحالة الراهنة وسوف يقيمون تنبؤهم المستقبلي جزئياً على اللحظة الحالية. ونتيجة لهذا التنبؤ الانفعالي، لا يستطيع الأفراد المكتئبون تخيل احتمالية الأحداث المستقبلية عندما يفكرون فيها. (هوفمان إس جي، 2012، ص.164-165).

6- النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب:

6-1 النظرية الفسيولوجية:

ترى النظرية الفسيولوجية (البيوكيميائية) أن الأسباب الكيميائية من أهم العوامل السابقة لنشأة الاكتئاب وقد أدت إلى تطور بالغ في علاجه. حيث لوحظ (على سبيل المثال) أن كثيرا من مرضى الضغط المرتفع الذين يتناولون عقار السيريازيل بانتظام تتناهم نوبات من الاكتئاب الشديد، ونفس الشيء سجل على مرضى الدرن الذين يعالجون بعقار المارسيليد يصابون بنوبات الانبساط والشعور بحسن الحال على الرغم من خطورة مرضهم. وقد أشارت العديد من الأبحاث إلى علاقة الاكتئاب بنسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة، فقد اكتشف أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد عن 50% عن النسبة الطبيعية، أما الأفراد المنبسطون فتزيد هذه النسبة عندهم إلى 200% وبشفائهم تعود إلى طبيعتها. (مهند ، رفعت ، 2014، ص.22)

وفي هذا السياق استطاعت العديد من الدراسات أن تقيس تحولات واضطرابات عضوية رافقت أو سبقت الاضطرابات الوجدانية مثل: التغيرات الهرمونية أثناء الولادة وبداية الطمث، وسن اليأس، وكذلك اضطرابات الغدد مثل: الغدة الدرقية والكظرية والجنسية وارتفاع وانخفاض نسبة السوائل والمعادن في الجسم. كذلك الأمراض العضوية مثل: أمراض القلب والسرطان والتدرن الرئوي وفقر الدم ، وكذلك تبدو العلاقة واضحة بين التغيرات الهرمونية وفترة الطمث لدى المرأة ونشوء الاكتئاب حيث تكثر الشكوى لدى النساء، وفيها يحدث التوتر الداخلي والصراع والانتفاخ في البطن والآم الثدي، وسهولة التهيج العصبي والانفعال وكثرة البكاء (عمارة، 1986 ، ص.483) .

كما أن الاختلالات الهرمونية في الدماغ يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب، بحيث كشفت الدراسات بان مستويات بعض المواد الكيميائية الحيوية في الدماغ الموجودة عند الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والأسوياء تختلف، والتخفيف من حالة الاكتئاب عن طريق تناول العقاقير المضادة للاكتئاب تؤكد هذه النظرية (Christina, & al, 2014, p.14) .

للعوامل الوراثية أيضا دورا في حدوث الاكتئاب حيث يرى كراپلين Kraplin بأن الاكتئاب مرض وراثي يتنوع من الاكتئاب إلى الميلانخوليا ويرى الأطباء أن معظم الأسباب المؤدية إلى الاكتئاب ترجع إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من الوراثية. (بسمه على، 2020، ص.151).

أما نوع المورثات المسببة للمرض، فيتفق معظم العلماء على أنها مورثات سائدة ذات تأثير غير كامل، أي أن العامل الوراثي له أهمية ولكن لا يمنع ذلك من تأثير العوامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي (عكاشة، 2008، ص.23).

6-2 نظرية التحليل النفسي:

لفرويد الفضل في اكتشاف أن الإنسان يولد مزودا بطاقة جنسية يسميها الليبدو، Libido هي التي تحرك الشخصية وتدفعها في اتجاهات مختلفة نحو الصحة أو المرض. وهي تحتوي على ثلاثة أجزاء أو أجهزة يعطيها أسماء لاتينية، هي «الهو» و«الأنا» و«الأنا الأعلى» وتعتبر من أهم المفاهيم لفهم الاكتئاب وغالبية الاضطرابات النفسية. ومن المعلوم أن من العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب الإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب، والتأنيب الذاتي، وهذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه فيما يبدو في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة، والتي ينفرد فيها بالنصر وجود أنا أعلى متطرف وشديد الصرامة. أما لماذا يتميز بعض الأشخاص بالتشدد في بناء الأنا الأعلى، فهذا أيضا ما حاولت النظرية التحليلية أن تقدم له التفسير في ضوء مفهومين استحدثتهما النظرية التحليلية منذ أيام «فرويد»، وهما اللاشعور، والخبرات الطفولية المبكرة. فقد تبنت النظرية الفرويدية وجهة نظر مؤداها أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد، بما فيها القلق والاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة. ولهذا طور فرويد مفهوم اللاشعور لكي يبين أن أمراضنا النفسية بعد تجاوز مراحل الطفولة ما هي إلا تكرار لاشعوري رمزي لكل ما يحدث خلال السنوات الست الأولى من العمر. (عبد الستار، 1978، ص.85).

ولهذا يرى المحلل النفسي أن التفسيرات التي يضعها المريض، لما يصيبه من قلق أو اكتئاب أو أي اضطراب نفسي، ما هي إلا جزء بسيط من الأسباب الحقيقية. أما الجزء الأكبر المسؤول عن هذه الاضطرابات فهو مدفون في اللاشعور. ومن ثم يكون الهدف الرئيسي من العلاج بالتحليل النفسي هو إزاحة الستار عن هذه الدوافع اللاشعورية المكبوتة. على غرار الجانب العيادي للتحليل النفسي، الاكتئاب لا يعتبر كعرض لا كبنية نفسية، ولكن كعاطفة ناتجة عن ضغط أو خطأ معنوي، بمعنى استجابة عاطفية نظرا لمتطلبات أخلاقية. حسب ملاحظات **S.Cotte** (1985) بهذا الأسلوب، الاكتئاب يصبح نتيجة للمعاناة النفسية الأولية المعاشة بالنسبة للفرد في بداية الحياة، وأن الأنا لن يصل كليا للإعداد النفسي عندما كان يتوجب عليه استخدام اللبيدو النرجسي لحماية واستثمار أكثر للموضوع الواقعي. (جبار، 2016، ص.45).

يمكن القول أن احد الأفكار الرئيسية والمحورية التي يتفق عليها علماء التحليل النفسي على الرغم من الاختلافات بينهم، هي أن السلوك الظاهري بما فيه الأعراض المرضية محكوم بشكل حتمي باللاشعور ومدفوع بما يسمى بالدوافع الداخلية الدفينة، وبما أن هذه الدوافع لا شعورية لأنها كبنت منذ الصغر، فإنه لا يمكن الاطلاع عليها إلا من خلال أحلام الفرد، وتخيلاته والأخطاء التي قد يرتكبها عن غير عمد (الهفوات غير المقصودة). كما يمكن الكشف عنها من خلال جلسات التحليل النفسي التي تعتمد وتهدف إلى اطلاع المريض على الأسباب الدفينة والعميقة المسؤولة عن مرضه الحالي. (عبد الستار، 2008، ص.22)

كما نظرت بعض النظريات المبكرة من التحليل النفسي إلى الاكتئاب على أنه نتاج للتفاعل (أو التصارع) بين الدوافع (الرغبات) والجوانب الوجدانية، بما فيها مشاعر الذنب، والخسارة في العام الأول من العمر، فعندما لا يجد الشخص الإرضاء المبكر لرغباته الجنسية، أو إشباع حاجاته للحب، ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل أي نحو الذات، وهذا هو الاكتئاب الذي يعبر عنه في ضوء النظرية التحليلية

بأنه خنق وغضب بسبب الإحباط، وخيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب، ولكنه غضب يتحول بسبب آليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها. (سطوحي، 2011، ص.133).

ويذكر **عسكر (1988)** أن هناك العديد من المفاهيم في التحليل النفسي التي تعد وثيقة الصلة بالاكتئاب، فعلى سبيل المثال هناك ارتباط بين الاكتئاب والمرحلة الفموية والنرجسية، وما يتعلق بالعلاقات بالموضوع، وقد ناقش زيور (1980) ذلك في قوله وأول ما يميز الاكتئابي، حساسيته البالغة للإحباط ، فنراه يستشعر كل خيبة أمل وكأنها جرح نرجسي، ونرى هذه السمة ذات الأصول الفموية تأخذ طريقها حتى الموقف الأوديبى الذي يعيش خبرته على نحو اكتئابي، وبالتالي كل خبرات حياته التالية. (حسن المسحر، 2007، ص. 132)

3-6 النظرية السلوكية:

يرى أنصار المدرسة السلوكية أن السلوك العصابي يتم تعلمه تبعاً لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه ألا وهي مبادئ التشریط سواء لدى **بافلوف Pavlov** في صورتها الكلاسيكية أو لدى **سكينر** في صورتها الإجرائية، كما يؤكد هذا الوضع الأساسي على رفض المفاهيم السيكودينامية العصابية (من قبيل مفاهيم كالصراع، الكبت..). (مهند، رفعت، 2014، ص.23)

يفسر الاكتئاب لدى السلوكيين من خلال مفهومي التعزيز والاشتراط، حيث يرى رواد هذه النظرية أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التدعيم الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية وغير السارة. كما يحدث (الاكتئاب) جراء عوامل عديدة تتخفف بموجبها تفاعلات الفرد مع البيئة المؤدية إلى نتائج وتزداد معدلات الخبرات السيئة التي تمثل عقاباً بالنسبة إليه. (سطوحي، 2011، ص.135).

وينظر للاكتئاب حسب نموذج لوينسون (P. M. Lewinsohn) على أنه يحدث بسبب فقدان التعزيز أو عدم كفايته، فيؤدي إلى إعاقة توافق الفرد (معمرية، 2010، ص.93).

6-4 النظرية المعرفية:

يرى رواد النظرية المعرفية أن المعرفة cognition تلعب دورا فعالا في حدوث واستمرار وعلاج الاكتئاب الإكلينيكي، ومن هذا المنطلق يعتبر نموذج بيك Beck (1967) أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيرا، حيث تمثل الصيغة المعرفية cognitive schemata حجر الزاوية في نظرية بيك، إذ يمتلك جميع الأفراد صيغا معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئاتهم والاحتفاظ بمعلومات هامة. أما الأفراد المكتئبون فيمتلكون هم الآخرين صيغا ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الايجابية عن الذات وتبقي على المعلومات السلبية. ويقترح بيك أنه عند نقطة معينة في الطفولة ينمي الأفراد المكتئبون مثل هذه الصيغة، وذلك بسبب النقد المتزايد من الوالدين، أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية، وحين تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد، فإن الصيغ السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في غرلة خبراتهم الشخصية السلبية. (علي فايد، 2004، ص.83)

ومنه فقد أولى بيك الأهمية إلى معالجة المعلومات من قبل الفرد، التي يتم التقاطها وتخزينها ومعالجتها وفقاً لاستعدادات مختلفة ، وإذا ثبت أنها مختلة وظيفيا، فقد يؤدي ذلك إلى تطور الاكتئاب، هذه الطريقة في معالجة المعلومات تجعل الفرد لديه رؤية سلبية للعالم، مما يحجب الأحداث والذكريات الإيجابية وسيكون أكثر ميلا إلى تذكر الأحداث الحزينة. واهتمامه سوف يركز أكثر على المحفزات ذات الخصائص السلبية، وفي تصنيفاتها للمعلومات، فإنه يميل إلى تفسير المعلومات المحايدة على أنها سلبية. (Cyrielle ,2012,p.36).

كما يفسر أنصار هذه النظرية الاكتئاب في ضوء الضغوطات النفسية التي تؤدي بالفرد المكتئب لحالة من التشويش الذهني، إضافة إلى اعتباره بأن المشاعر السلبية التي تولدت لدى المكتئب تكون نتيجة للتوجهات غير السوية، والأفكار الآلية السلبية، والمحدودية في اللجوء للمنطق في تفسير المواقف والأحداث من حوله.(نايف عبد العزيز، 2022، ص. 322-323).

كما يقدم بيك تفسيراً شاملاً لوجهة النظر المعرفية للاكتئاب حيث تتضمن رؤيته نوعين من العوامل يحدثان الاكتئاب. أما العامل الأول فيشمل "الثلاثية المعرفية" وهي أفكار سلبية عن الذات وعن الخبرات وعن المستقبل، بحيث يبدأ الاكتئاب بخبرة فقدان شيء ما بالنسبة للمريض (إما فقدان حقيقياً أو افتراضياً) وفي كلتا الحالتين فإنه مبالغ فيه ويدرك على أنه دائم وثابت، وينظر إليه المريض على أنه انعكاس لوجوده بذاته ولخصائصه أو مستوى كفاءته، ويؤدي بالتالي إلى تكوين مفهوم سلبي عن الذات فحواله (الخاسر أو عديم القيمة)، فالمريض يعزو سبب فقدان إلى التصور الشائن في ذاته هو، وينظر إلى كل خبرة تالية حتى ولو كانت على درجة قليلة من السلبية على أنها انعكاس لعجزه الذاتي. والنتيجة النهائية هي الرفض الكلي للذات مما يؤدي إلى اليأس والتشاؤم اتجاه المستقبل، فليس هناك داعي لبذل الجهد والنتيجة النهائية لهذا التشاؤم هي الأفكار والرغبات والمحاولات الانتحارية والتي تعتبر معقولة على أساس المقدمة السابقة. وما يعزز هذه التشوهات المعرفية هو الاعتقاد بأن الآخرين من حوله سوف تكون أحوالهم أفضل إذا مات هو. وهكذا فإن وجود هذا المفهوم السلبي عن الذات ووجود التفسير السلبي للأحداث والخبرات ووجود النظرة السلبية للمستقبل تكون الثلاثية المعرفية للاكتئاب.

أما العامل الثاني فيسمى "أخطاء المنطق" وتتلخص في كون المكتئب يرتكب عدة أخطاء منطقية في التفكير وكل منها يعمل على خفض خبراته ومن هذه الأخطاء: الاستدلال التحكيمي، المبالغة في التصميم، تضخيم أمور وتصغير أخرى، إرجاع الأحداث إلى الذات. (باترسن، س، 1990، ص.30)

إذا كانت النظريات قد تعددت، والآراء قد اختلفت حول السبب المباشر لحالة الاكتئاب التي تنتشر في عالم اليوم، فإن هناك حقيقة تظل شبه مؤكدة وهي تداخل الأسباب وتعددتها وأكثر من ذلك تفاعلها مع بعضها البعض، حيث يكون من العسير تحديد سبب محدد لكل حالة أو الفصل بين أسباب متعددة. لعل ذلك أمهد إلى نقطة هامة أريد تأكيدها ، أن كل حالة لفرد واحد من حالات الاكتئاب النفسي هي موضوع مستقل بذاته، ووضع لا ينطبق عليه ما يصدق على الآخرين، وبعبارة أخرى فإن كل حالة ينبغي أن ننظر إليها على أنها إنسان يتألم لأسبابه الخاصة، وبطريقته وأسلوبه المتميز.

7- الوقاية والعلاج من اضطراب الاكتئاب:

يجب أن يتضمن علاج الاكتئاب أساليب واستراتيجيات فعالة من أجل الوقاية وإعداد خطوات منهجية لحل المشكلة والخروج من أزمة الاكتئاب لكل مستجد من هذا الاضطراب، واليوم الحمد لله تتوفر المعلومات الكافية والمختلفة عن طبيعة المرض وكيفية حدوثه بفضل الدراسات والأبحاث الحديثة في هذا المجال. مما يعطي أملا للتوصل إلى علاج وحل ملائم للاكتئاب ولانتشاره، ويسند أمر العلاج لمرضى الاكتئاب بالدرجة الأولى ثم الأطباء النفسانيين، ومختلف مؤسسات المجتمع. ومن حيث المبدأ تتوفر عدة طرق أساسية لعلاج الاكتئاب من بينها العلاج الدوائي، والأساليب العلاجية النفسية بمختلف أنواعها.

7-1 دور المرضى في علاج الاكتئاب:

يتحمل الفرد مسؤوليته إلى حد ما في المحافظة على حالة الاتزان والصحة النفسية في مواجهة الحياة من حوله، ويعني ذلك تحقيق قدر معقول من الراحة البدنية والنفسية والاجتماعية والتوافق مع الحياة ليس فقط في غياب أعراض المرض. وبذلك فإنه من المتوقع أن يحظى الإنسان بالرضا والقبول لنفسه ولغيره ويستطيع مواجهة مواقف الحياة الضاغطة. هذا لا يعني أن كل إنسان منا قد يعيش حالة من السعادة الدائمة ولكن على الأقل يبحث عنها في بعض الأشياء الموجودة بداخله أو المحيطة من حوله ويركز على النواحي الايجابية بدلا من الأمور السلبية فقط. وقد يتأتى ذلك بأن يهون الشخص على نفسه من

أمور الحياة فيتحدى بقدر من اللامبالاة في مواجهة المواقف والضغط ويحاول فهم حقيقة الصراعات والإحباطات التي تدور داخله ولا يستسلم للمشاعر السلبية. ومن أهم واجبات المريض كذلك حين يشعر ببؤس أعراض الاكتئاب أن يبادر إلى السعي لوضع حل لهذه المشكلة من بدايتها، وعدم الخجل من طلب العلاج بكل الوسائل الطبية الممكنة لأن ذلك يفيد في تلافي سنوات طويلة من المعاناة. (الشربيني، 2001، ص. 235-236)

7-2 العلاج بالأدوية النفسية:

وفق مستوى المعرفة الراهن يتم على الأغلب استخدام العلاج الجسدي (الدوائي) في حالة الأطوار الشديدة المنفردة من الاكتئاب، وفي الحالات الأشد يتم في الحالات الاستثنائية استخدام العلاج الكهربائي التشنجي بالمزوجة مع العلاج النفسي، أما في الأطوار الأخف يبدو أن العلاج السلوكي المعرفي يعطي نتيجة إيجابية، وفيما يخص الاكتئاب الأساسي الانتكاسي أو المزمن وعسر المزاج قد يكون من الضروري أن يستمر العلاج سنوات عدة بالأدوية النفسية أو العلاج النفسي أو كليهما معا.

لقد تم تطوير عدد كبير من الأدوية المضادة للاكتئاب، يمكنها أن تجعل الطور الاكتئابي يختفي خلال أسابيع. ويمكن تصنيف هذه الأدوية إلى ثلاثة فئات : مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة وكابحات الحمض الأميني الأحادي ومضادات الاكتئاب من الجيل الثاني، التي تتطوي تحتها كابحات استرداد السيروتونين الانتقائية selective serotonin reuptake inhibitors التي يرمز لها اختصارا (SSRI). تصح هذه الأدوية القصور في نواقل عصبية معينة وبالتالي تعيد تطبيع المزاج. وعادة ما يحتاج الأمر لأسابيع إلى أن تتمكن الأدوية من التأثير (كاس آف. إي. وآخرون، 2009، ص. 72-73).

- العقاقير المضادة للهوس:

حتى وقت قريب، كان الليثيوم هو العقار الوحيد للوقاية من نوبات ذهان الهوس الاكتئابي بنوعيه سواء نوبات المرح أو الاكتئاب، وإنه عند إعطائه للكثير من المرضى الذين يعانون من نوبة أو نوبتين كل عام، استطاع هذا العقار وقايتهم من هذه النوبات لمدة

سنوات، كما له دور فعال في الوقاية من النوبات المتكررة من المرح أو الاكتئاب أو النوبات الدورية. ويقال أن الليثيوم يطفئ ماكينة الهوس ويبطل مفعولها، ام بقية العقاقير فتقوم بدور "الفرامل" فقط، وفي حالة عدم الاستجابة لهذا العقار خصوصا في الحالات المختلطة أو سريعة الانتكاس، يمكن إضافة مضادات الصرع مثل: "التجريتول، والديباكين، الريفوتريل" وحتى الجديدة منها " لاموترجين، توباماكس، جابابنتين" وقد يستمر العلاج أحيانا لسنوات أو مدى الحياة. وقد اتضح حديثا فائدة عقاقير " ريسبيردال، زيبركسا، كتيابين، زيلدوكس، أبيليفاي، وليبونكس" في حالات الهوس المستعصية، وكمنظمات للمزاج، ولعلاج النوبات السريعة المتتالية. ويحتمل استخدام جلسات تنظيم إيقاع المخ في بدء الأمر لحين امتثاله للعلاج مع مضادات الذهان الحديثة. (عكاشة، 2008، ص. 77-78) .

7-3 العلاجات النفسية:

تتعدد طرق العلاجات النفسية للاكتئاب بتعدد النظريات التي تناولته، والباحثة في هذا المسعى ستركز على نوعين من العلاجات (العلاج السلوكي والعلاج المعرفي).

7-3-1 العلاج السلوكي:

لا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد اكتشاف الاضطراب وتحديد، ومقداره، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي والجيد الذي يجب أن يتجه إليه الاهتمام بدلا من السلوك المريض، كما يساعدونه في وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه التخلص من الاضطراب، بكل الأساليب السلوكية المعدة خصيصا لهذا الغرض. وحقيقة علاج الاكتئاب في ظل حركة العلاج السلوكي الحديث تركز على تعليم المريض أساليب جديدة من السلوك والتفكير وحل المشكلات، وبمساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف. وبعبارة أخرى فالسلوكية المعاصرة تتبنى نوعا من التفكير يهتم اهتماما خاصا بالمشكلة النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة، ومحور هذا التصور أن الاضطراب النفسي لما يحدث يصيب أربعة عناصر من الشخصية وجب التدخل فيها وهي:

- السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية).
- الانفعال (التغيرات الفيسيولوجية).
- التفكير (طريق التفكير والقيم، والاتجاهات، وأساليب الشخص في حل المشكلات).
- التفاعل الاجتماعي (علاقات المريض بالآخرين، طرقه في معالجة الضغوط، مهاراته الاجتماعية..). (عبد الستار، 1978، ص 197-198).

7-3-2 العلاج المعرفي :

يصفه بيك بأنه يعدل ويختبر الواقع ويصحح التصورات المحرفة والقوالب الفكرية المختلفة وظيفيا المتضمنة في هذه المعارف، ويستخدم المعالج المعرفي فنيات سلوكية نوعية بالإضافة إلى تشكيله من طرائق التغيير المعرفية على سبيل المثال المراقبة الذاتية والتدريب السلوكي وواجب المهمة. كما يستخدم المعالج المعرفي الفنيات السلوكية واللفظية ليساعد المريض على أن يتعرف على الترابط بين المعرفة والوجدان والسلوك وان يراقب أفكاره السلبية، وأن يفحص الدليل المؤيد والمضاد لأفكاره المحرفة وأن يحل تأويلات واقعية ومنطقية أكثر لمعارفه السلبية المحرفة (كحلة ، دت، ص50).

وتعتمد تقنيات العلاج عند " بيك " على أن يعمل المعالج على تعديل أو تغيير طريقة التفكير الخاطئة والإشارات الذاتية المختلفة من خلال:

أ - تعليم الشخص كيف يتعرف على معارفه الخاطئة والمشوهة من خلال عملية "التقييم"، ومن خلال جهود تعاونية يتعلم فيها الشخص أن معارفه لها تأثير على انفعالاته وسلوكياته، كما يتعلم ملاحظة ومراقبة أفكاره وافتراضاته خاصة السلبية.

ب - بعد ما يحصل الفرد على تبصر بسلبية أفكاره يتدرب على اختبار تلك الأفكار مقابل الحقيقة عن طريق اختبار وقياس الدلائل.

ت- يقوم الشخص باختبار تجريبي لمعتقداته عن طريق الانخراط بحوار مع المعالج وتقييم الواجبات المنزلية ويتم حفظ سجلات بنشاطه، وتشكيل بدائل مختلفة لتفسيراته.

- ث- يؤكد المعالج على الحاضر، ويركز على المشاكل قيد التداول، مع أنه من الممكن ذكر الماضي في العلاج تحت ظروف معينة .
- ج- مساعدة الشخص على حل أكثر المشاكل الضاغطة وتعليمه استراتيجيات منع الانتكاس. (أبو زعيزع عبد الله، 2013، ص.62).

خلاصة:

يعد اضطراب الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بعد القلق، ومن أكثر المشكلات الانفعالية التي تدفع صاحبها إلى طلب العون النفسي والاجتماعي والأسري...، وغني عن البيان أن نسبة الاكتئاب أصبحت تنتشر بشكل كبير بين أوساط المجتمع، وفي ظل غياب الوعي والانتباه والافتقار إلى الرعاية النفسية والتكفل، يترك هؤلاء الأشخاص أنفسهم تحت رحمة الظروف والمعاناة السلبية، والمجاهدة المتخبطة للنفس للإفلات من المعاناة والألم الذي قد يطول أحيانا لدرجة الموت أو البحث عن الانتحار.

وعليه قدمت الباحثة عرضا موجزا لاضطراب الاكتئاب ضمن مجموعة من العناوين، تضمنت الحقائق العامة حول مفهومه، آثاره على الفرد والحياة الشخصية والصحية والاجتماعية، كما تطرقت إلى شرح مختلف العوامل المساهمة والمسببة للاكتئاب، وتم مزج ذلك بمختلف النظريات العلمية المفسرة للاكتئاب، لتخلص الباحثة في الأخير إلى أهم العلاجات أو البرامج العلاجية المنبثقة عن هذه النظريات.

الفصل الخامس: الإعاقة الذهنية.

تمهيد

- 1- نبذة تاريخية عن الإعاقة الذهنية.
 - 2- مفهوم الإعاقة الذهنية.
 - 3- خصائص المعاقين ذهنيا.
 - 4- عوامل الإعاقة الذهنية.
 - 5- تصنيف الإعاقة الذهنية.
 - 6- تشخيص الإعاقة الذهنية.
 - 7- أساليب الوقاية والتكفل بالمعاقين ذهنيا.
 - 8- الأسرة والطفل المعاق ذهنيا.
- خلاصة.

تمهيد:

إن مشكلة الإعاقة الذهنية تمثل تحدي كبير بالنسبة للعديد من الباحثين والعلماء في مختلف التخصصات، نظرا لاختلاف وتشعب أبعادها ومظاهرها، إذ نجد مجالات الدراسة والبحث فيها كثيرة ومتنوعة، منها المجال الطبي، و المجال القانوني التشريعي، والمجال الاجتماعي، والمجال التربوي، بالإضافة إلى المجال النفسي.

ترتبط مشكلة الإعاقة الذهنية أساسا بمستوى الأداء الوظيفي العقلي العام، الذي ينخفض عن المستوى المتوسط، ويؤثر في سلوك الفرد التكيفي الذي تبرز ملامحه في مراحل النمو والتطور مخلفة مظاهر جسمية، واضطرابات في القدرات العقلية، ومشاكل نفسية انفعالية واجتماعية تكيفية، فما الذي يمكن التطرق إليه في هذا المجال؟

1-نبذة تاريخية عن الإعاقة الذهنية:

لقد عرفت الاضطرابات بمختلف أنواعها الجسمية والنفسية والعقلية. منذ تاريخ البشرية رفض وإهمال وسوء المعاملة من قبل المجتمع، إذ كان ينظر إلى المريض أو الإعاقة بمختلف أنواعها والإعاقة الذهنية على وجه التحديد نظرة متطرفة بسبب خرافات ومعتقدات لا أساس لها من الصحة وليس لها أساس علمي، إذ كانوا يصفون المضطربين والمعاقين على أنهم أغبياء ومتوحشين، أو تتملكهم أرواح شريرة، فكانت تعامل هذه الفئة بقسوة ويتركوا في أماكن نائية وآخرون يزج بهم في السجن، كما كانوا يقتلون ويتعرضون للإهمال والإساءة والاستغلال، فكانت بعض المجتمعات تتخلص من الضعفاء وأولهم المعاقين ذهنيا. أما اليونان والرومان فركزوا على أقوىاء البنية وسليميها فقط لأنهم أساس الازدهار والتطور في المجتمع، أما المعاقون فكانوا يلغون في الأنهار وعلى قمم الجبال ليموتوا (عبد المجيد إبراهيم، 2002، ص. 21-22)

أما في العصر الإسلامي تغيرت هذه النظرة التشاؤمية السوداوية تجاه الإعاقة عامة، إذ أبدى المسلمون العناية والاهتمام لكل من يحتاج إليها، بغض النظر عن نوع اضطرابه مجسدين في ذلك تعاليم الدين الإسلامي الحنيف. (سيد فهمي، 2007، ص. 18)

ومع تطور وتقدم المجتمعات وارتفاع درجة الوعي والتحضر، بدأ الاهتمام بالمعاقين ذهنيا وذلك في أواخر القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين من خلال إنشاء المؤسسات الخاصة بهم في أوروبا وأمريكا.

وفي تاريخ الإعاقة الذهنية أجمع العديد من العلماء والباحثين على تقسيم استجابة المجتمعات الإنسانية وموقفها اتجاه الإعاقة الذهنية العقلية والمعاقين ذهنيا إلى أربعة مراحل أساسية وهي: مرحلة الإبادة، مرحلة الإهمال، مرحلة الرعاية الأساسية، مرحلة التربية والتأهيل.

1-1 مرحلة الإبادة :

تمثلت هذه المرحلة في مرحلة العصور القديمة، حيث كانت المجتمعات الإنسانية تتخلص من الضعفاء والمعاقين ذهنيا مثل: ما ورد في جمهورية أفلاطون الذي نادى بضرورة إخراج المعاقين ذهنيا خارج حدود الدولة التي تقوم على ارسنقراطية العقل حتى ينقرضوا، كما قامت بعض الحضارات والمجتمعات الأخرى بفعل نفس الأمر كحضارة اسبرطة، وإمبراطورية الرومان واليونان الذين يلون الأهمية لمن لهم القدرة على بناء المجتمع وتطويره، في حين أن المعاقين ذهنيا يتم التخلص منهم بمختلف الطرق البشعة. (قحطان ، 2008 ، ص.57)

1-2 مرحلة الإهمال:

في هذه المرحلة خفت شدة وحدة النظرة السلبية الماقتة والمعاملات القاسية اتجاه المعاقين ذهنيا، فلم يعد المتخلفون أو المعاقين ذهنيا يتعرضون للقتل أو النبذ أو النفي. بل كانوا يتركون مهملين في محيطهم ومجتمعهم دون تقديم أي شكل من أشكال الرعاية أو العناية، بل بقوا في إهمال وترك حتى الممات (القمش، 2011، ص.18)

1-3 مرحلة الرعاية الأساسية:

تزامنت هذه المرحلة وتأصلت بتأثير الديانات السماوية التي حثت على القيم الإنسانية، والتي بفضلها تمت المناداة إلى رعاية الضعفاء والمعاقين والمرضى وغيرهم من الفئات التي كانت تتعرض للنبذ والإهمال، ففي هذه المرحلة تم تقديم العناية والرعاية الأساسية للمعاقين

بتوفير الغذاء والشراب والملبس لهم، كما عرفت هذه المرحلة نوع من الإيواء بمراكز خاصة أو بسجون لأنهم كانوا يمثلون خطرا على المجتمع حسب نظرتهم. (القمش، 2011، ص.18)

1-4 مرحلة التربية والتأهيل:

بدأت هذه المرحلة في القرن 19 تميزت هذه المرحلة بمحاولات تعليم وتدريب المعاقين ذهنيا وتأهيلهم على يد مجموعة من الأطباء، وأبرزهم الطبيب الفرنسي إيتارد من خلال معالجته للطفل فيكتور أو الطفل أفيرون نسبة إلى الغابة التي عثر عليه فيها، كان فيكتور طفل متوحش لا يتقن أي سلوك إنساني بما في ذلك اللغة، فقام الطبيب إيتارد بتهديب سلوكه الحيواني وتمكن من تعليمه بعض المهارات كالنطق والكتابة في ظرف 5 سنوات، ومن ثم قام الطبيب سيجان والذي هو تلميذ الطبيب إيتارد بافتتاح أول مؤسسة لرعاية المعاقين ذهنيا في باريس سنة 1837، ثم افتتحت أول مؤسسة داخلية للمعاقين ذهنيا في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1848 (مفلح كوافحة، فواز عبد العزيز، 2003، ص. 65).

مع اجتهد العلماء عرفت الإعاقة الذهنية الكثير من الرعاية والاهتمام والتدريب إذ قامت ماريا منتستوري بإنشاء مدرسة لتعليم المعاقين ذهنيا بإيطاليا سنة 1879، وأثرت برنامجا لتدريب المعلمين في هذا المجال وطورت نظرية متكاملة لتدريب الأطفال المعاقين ذهنيا، وفي سنة 1896 أفتتح أول صف خاص بالمعاقين ذهنيا في مدرسة عادية، ثم انتشرت بعدها المدارس الخاصة والمعاهد الداخلية للمعاقين ذهنيا في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الغربية وذلك في القرن العشرين (القمش، 2011، ص.19)

2- مفهوم الإعاقة الذهنية:

يستخدم مصطلح الإعاقة الذهنية كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي العقلي بكافة درجاته، وفي كثير من الأحيان يخلط الكثيرون بين الإعاقة الذهنية، وبين المرض العقلي "الجنون" (الخبيل)، وبين بطئ التعلم أو التأخر الدراسي، غير أن كل من هذه الاضطرابات هي اضطرابات قائمة بذاتها تتشابه في بعض الخصائص كالقدرات العقلية،

وتختلف في بعض الخصائص مثل: تفاوت نسب درجات هذه الخصائص، وبعض الخصائص الأخرى، كما نجد اختلافا من حيث التعريف، والأسباب، والأعراض وهذا بفضل التشخيص الفارقي الذي يضع الركائز والفروقات الأساسية بين مختلف هذه الاضطرابات، فالمعاق ذهنيا يختلف عن الشخص العادي في الدرجة وليس النوع، كما أن حالات الإعاقة تحدث وتظهر أعراضها قبل مرحلة المراهقة وليس بعدها (محمود عبد المنعم، 2008، ص.9).

يستخدم مصطلح الإعاقة الذهنية كمفهوم شامل للدلالة على الانخفاض الوظيفي للأداء العقلي أو القدرة العقلية المتمثلة في الذكاء بمختلف درجاته، كما نجد بعض المصطلحات الأخرى في علم النفس الدالة على الإعاقة الذهنية مثل: الضعف العقلي، والمستوى دون العادي، أما في مجالات أخرى نجد مصطلحات أخرى مرادفة للإعاقة الذهنية مثل: انعدام العقل وقصور نموه، وصغر العقل أو خلله (عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد، 2008، ص.18).

جدول رقم (2): يوضح الفرق بين الإعاقة الذهنية، والمرض العقلي، وبطيء التعلم

الإعاقة الذهنية	المرض العقلي	بطيء التعلم
- انخفاض في القدرة والأداء العقلي الوظيفي.	- مرض وليس حالة، وهو خلل في التوازن العقلي "جنون".	- صعوبة في التكيف مع المناهج والمقررات الدراسية بسبب ضعف بسيط في التكيفي، أو سوء التكيف الاجتماعي.
- يرتبط باضطراب السلوك التكيفي، أو سوء التكيف الاجتماعي.	- يحدث بعد سن المراهقة أي في مراحل العمر المختلفة وليس في مرحلة الطفولة.	- ينحصر ذكائهم ما بين: 74 و 90 درجة على مقياس وكسلر.
- انخفاض في نسب الذكاء إذ تنحصر نسبته ما بين: 70 و 20 درجة على مقياس	- ذكائه عادي وقد يكون	

وكسلر.	متفوق أو عبقرى، حالته العقلية سوية قبل المرض.	- لهم القدرة الكافية في الدراسة في الفصول العادية
- يظهر في مراحل النمو المبكرة حتى سن المراهقة.	- حالة طبية تستدعي علاج دوائي وبعض المؤثرات العقلية والمهدئات	- قد يمثل بطيئاً التعلم شريحة هامشية أو بسيطة من المتخلفين عقلياً.
- قد يصاحبه تشوهات جسمية (منغولية، تشوه الدماغ...).	(عبد الغني شريت، 2009، ص. 43)	(ياسر، 2013، ص. 4)
(عبد الرؤوف محمد عامر، 2008، ص. 38)		

2-1 تعريف الإعاقة الذهنية:

إن الإعاقة الذهنية هي مشكلة متعددة الأبعاد، حاول الكثير من العلماء دراستها وفهمها في عدة ميادين كالطب، والقانون، وعلم الاجتماع، وعلم النفس، وعلوم التربية، في محاولة منهم لفهم طبيعة هذه الإعاقة والتعرف عليها وعلى أهم أسبابها وطرق الوقاية منها، فظهرت العديد من التعريفات، بحيث اختلفت هذه الأخيرة فيما بينها تبعا للخلفيات النظرية المتعددة. فالتعريف الطبي نجده يعتمد على الأعراض الفسيولوجية كمعيار أساسي للإعاقة الذهنية، أما التعريف القانوني التشريعي فيعتمد على معيار الأهلية وتحمل المسؤولية، كما يرى التعريف الاجتماعي الصلاحية الاجتماعية محكما أساسيا، ثم التعريف التربوي الذي يعتبر الفشل في التحصيل الدراسي والرسوب المدرسي معيارا معتمدا، وأخيرا التعريف النفسي السيكولوجي الذي يربط الإعاقة الذهنية بالعجز الفكري والعجز تكيفي.

2-1-1 التعريف الطبي للإعاقة الذهنية:

يعرف فيرون الإعاقة الذهنية من وجهة نظر عضوية بأنها حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى المستوى السوي والكامل من النمو، إذ ينشأ عيب أو نقص في الجهاز العصبي

المركزي نتيجة لإصابة عضو في المخ. (عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد ، 2008، ص.22)

أما **جيرفيس** (1952) فقد عرف الإعاقة الذهنية على أنها حالة توقف أو عدم استكمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة، أو أن تكون نتيجة لعوامل وراثية جينية أثناء فترة التكوين. (محمود عبد المنعم، 2008، ص.10)

يعرف **بينوا** الإعاقة الذهنية بأنها ضعف في الوظيفة العقلية نتيجة عوامل أو محددات داخلية في الفرد أو عوامل خارجية، بحيث تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ومن ثمة نقص في القدرة العامة للنمو والتكامل الإدراكي والفهم. (مفلح كوافحة، فوز عبد العزيز، 2003، ص.58)

مما سبق تستنتج الباحثة أن الوراثة والعوامل العضوية العصبية تؤثر على القدرة الذهنية العامة كالذكاء والإدراك.

2-1-2 التعريف القانوني التشريعي للإعاقة الذهنية:

عرف رجال القانون والتشريع الإعاقة الذهنية على أنها حالة من توقف وعدم اكتمال النمو العقلي، شرط أن يكون هذا التوقف قبل سن 18 سنة، بسبب الوراثة أو بسبب الإصابة بالأمراض التي تعيق النمو العقلي. صدر هذا التعريف سنة 1913، الذي عرف حينها بقانون المعاقين ذهنياً وأصدر هذا الأخير عن الحكومة البريطانية ببريطانيا، كما تم استخدام بعض المصطلحات فيه مثل: ضعيف العقل والأبله والمعتوه، وتعرف الإعاقة الذهنية قانوناً بأنها: "حالة تتم بتوقف النمو العقلي، أو عدم اكتمال هذا النمو، شريطة حدوث هذه الحالة قبل سن الثامنة عشر، ويعود السبب في ذلك إلى الوراثة أو الإصابة بالأمراض التي تعيق النمو العقلي" (مفلح كوافحة، وفواز عبد العزيز، 2003، ص.58)

كما يركز القانون والتشريع على تحديد تحمل المسؤولية لدى التخلفين ذهنياً وأيضاً مسؤولية المجتمع نحو هذه الفئة، من مسؤوليات مدنية وأخرى جنائية. وهذا ما يظهر في تعريف **بورتيوس** 1953، الذي يرى أن التخلف العقلي يتميز بنمو عقلي متوقف - أي

ضعاف العقول- والذي يحدث في سن مبكرة ويدوم بعدها، إذ تتميز هذه الفئة بكونها غير قادرة على الاعتماد على نفسها أو أن تكتسب عيشها بنفسها (عبد الرؤوف عام، وعبد الرؤوف محمد، 2008، ص.36)

بصدور القانون الجزائري رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002 والمتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم، فقد عرف الشخص ذي الإعاقة بأنه "كل شخص مهما كان سنه أو جنسه يعاني من إعاقة أو أكثر، وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة أولية في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية الحسية".

2-1-3 التعريف الاجتماعي للإعاقة الذهنية:

يركز التعريف الاجتماعي على الكفاءة الاجتماعية، إذ يرى أن الإعاقة الذهنية هي عدم قدرة الفرد على التكيف مع البيئة والتأقلم مع المجتمع وأفراده، وعدم نضجه اجتماعيا وفشله في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه وأقرانه من العمر نفسه، وعلى اثر ذلك يعتبر الفرد معاقا ذهنيا إذا فشل في القيام بهذه المتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه (عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد، 2008، ص.30-31).

من بين التعاريف الاجتماعية للإعاقة الذهنية نجد تعريف دول doll "1941"، إذ عرف المعاق ذهنيا على أنه فرد غير كفء اجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يسير أموره بنفسه وتظهر إعاقته ابتداء من الولادة أو في سن مبكرة من العمر، ويظل معاقا ذهنيا عند بلوغه سن الرشد، وإعاقته الذهنية ترجع إلى عوامل تكوينه في الأصل (عبد العزيز موسى، 2008، ص. 82) فقد تكون عوامل داخلية بيولوجية، أو خارجية كالإصابة بالأمراض أو التعرض للحوادث مما يجعله غير قابل للشفاء، يربط دول بين النضج الاجتماعي والنقص العقلي إذ أن عدم النضج الاجتماعي يرجع إلى النقص في القدرة العقلية ويتوقف هذا النمو العقلي عند البلوغ.

أما **تريد جولد 1963 Tred Gold** يعرف الإعاقة الذهنية على أنها حالة من عدم اكتمال النمو العقلي، يولد بها الطفل أو تحدث في سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤثر على الجهاز العصبي للطفل، مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتوقف تطوره، يتمثل هذا النقص في ضعف مستوى أداء الفرد بالمجال التعليمي والمهني والتوافق النفسي والاجتماعي مما يعيق القدرة على التكيف مع البيئة الاجتماعية للفرد، والتي تحول دون قدرته على الاعتماد على نفسه (عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد 2008، ص.32). وعليه فإن التعريف الاجتماعي للإعاقة الذهنية يعتمد على ثلاث محكات أساسية هي :

- قصور للنمو العقلي للفرد مما يؤثر على درجة ذكاءه.
- قصور القدرة على التكيف في المجتمع وإنشاء علاقات اجتماعية مع اقرانه والمجتمع من حوله.
- ضرورة التكفل والدمج في برامج تزيد من قدرته الاجتماعية لهدف التكيف مع مختلف أفراد المجتمع.

2-1-4 التعريف التربوي للإعاقة الذهنية:

تركز التعريفات التربوية للإعاقة الذهنية على مدى قدرة الطفل على التعلم، الذي يعتبر معيارا أساسيا لها. ومن بينها:

المعاق ذهنيا هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وفي نفس العمر، وتقع نسبة الذكاء ما بين 50/55 إلى 70/75 درجة، و يرى **كمال الدسوقي (1990)** أن المعاق ذهنيا هو فرد عديم الأهلية دراسيا ومهنيا واجتماعيا بقيود قواه العقلية، وهو غير قادر على أن يؤدي وظائفه بكفاية إلا في بيئة محمية. (عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد، 2008، ص.22-23).

تعرف **كريستين إنجرام (1953)** المعاق ذهنيا بأنه الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي، وتقع نسبة ذكائه بين 50/75 درجة،

فهم أقل ب 2% من حيث الذكاء والقدرات العقلية مقارنة مع مجموع طلاب المدارس (محمود عبد المنعم، 2008، ص.20).

ومنه فالمعاق ذهنيا من وجهة نظر تربوية هو الشخص الذي يعاني من صعوبة غير عادية في التعلم، وهو غير فعال نسبيا في تجسيد ما تعلمه في حل مشكلاته اليومي. لذا فهو يحتاج إلى التدريب والتأهيل لتنمية وتوجيه قدراته.

2-1-5 التعريف النفسي للإعاقة الذهنية:

يعتمد التعريف النفسي السيكولوجي للإعاقة الذهنية على معامل الذكاء ونسبه، إذ يعتبر الذكاء المعيار والمحك الأساسي في تحديد ووصف الإعاقة الذهنية من خلال قياسها بمقاييس محددة (اختبار ستانفورد بينيه للذكاء)، وكل فرد تقل نسبة ذكائه عن 70 فهو معاق ذهنيا (محمد أحمد مرسي، 2020، ص.93).

عرفها هيبير **heber** أنها: "حالة تتصف بمستوى وظيفي للعقل دون المتوسط تبدأ أثناء فترة النمو ويصاحبها قصور في السلوك التكيفي" (عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد، 2008، ص.37).

عرف جروسمان **Grosman 1973** الإعاقة الذهنية على أنها "انخفاض في الأداء الوظيفي العقلي العام دون المتوسط بشكل واضح، ويكون مت لازما مع قصور في السلوك التكيفي خلال مراحل النمو (الشناوي، 1997، ص.22)

تعرف منظمة الصحة العالمية **OMC** الإعاقة الذهنية على أنها حالة من توقف أو عدم اكتمال نمو العقل تتميز بقصور في المهارات، التي تظهر خلال مراحل النمو في عدة مستويات كالقدرات المعرفية (الذكاء) واللغوية والحركية والاجتماعية وغيرها، تحدث مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي " (محمود عبد المنعم، 2008، ص.16).

وتذكر الجمعية الأمريكية ديسمبر 1992: في تعريفها للإعاقة الذهنية على أنها حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح يوجد مت لازما مع جوانب قصور ذات صلة في مجالين أو

أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية بالذات، والحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المصادر المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة و السلامة، المهارات الأكاديمية، وقت الفراغ، ومهارات العمل وتظهر الإعاقة الذهنية قبل سن 18 سنة (قاسم، بوضياف بن زعموش، 2017، ص.242) .

أما الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في نسخته الرابعة DSM4 فيعرف الإعاقة العقلية على أنها حالة يكون فيها الأداء الفكري أقل بكثير من المتوسط، بحيث يكون مستوى الذكاء QI حوالي أو أقل من 70، ويقاس مستوى الذكاء بالاعتماد على اختبارات الذكاء وتطبق بشكل فردي، أما بالنسبة للأطفال الصغار جدا فيعتمد على الأحكام الإكلينيكية للأداء العقلي إذا كان أقل من المتوسط. وعجز متزامن للتغيرات في الأداء التكيفي الحالي، ويقصد بذلك استجابة الفرد المتوقعة حسب عمره في وسطه الثقافي، ويتعلق ذلك باثنين على الأقل من القطاعات التالية: التواصل، الحياة المنزلية، المواقف الاجتماعية والشخصية، الاستفادة من الموارد البيئية، المسؤولية الفردية، استخدام المكتسبات المدرسية، العمل، الترفيه، الصحة والأمن)، وأن تكون قبل سن 18 (APA ,1996,p.50).

أما في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في نسخته الخامسة DSM5 فالإعاقة الذهنية سميت (باضطراب النمو الفكري) وعرفت على أنها اضطراب يبدأ خلال فترة النمو، يميزها عجز فكري وعجز تكيفي، ومن أجل تشخيص الإعاقة الذهنية لابد من توافر المعايير الثلاثة التالية:

أ- عجز في الوظائف الفكرية مثل: التفكير، وحل المشكلات والتخطيط والتجريد والحكم والتعلم الأكاديمي والتعلم التجريبي، وهو ما يتأكد من خلال التقييم السريري واختبارات الذكاء المعيارية.

ب- العجز في وظائف التكيف، الذي يؤدي إلى الفشل في الوصول إلى المعايير المعتادة للتنمية الاجتماعية والثقافية، التي تسمح بالاستقلالية والمسؤولية الاجتماعية وبدون مساعدة

طويلة المدة، فإن العجز التكيفي يحد من الأداء في واحد أو أكثر من مجالات النشاط في الحياة اليومية، مثل التواصل والمشاركة الاجتماعية والاستقلال في بيئات متنوعة مثل: المنزل، المدرسة والعمل والمجتمع.

ت- ظهور العجز الفكري والتكيفي خلال فترة النمو.
(V.Jeste,M.D,& al,2015,p36).

في الإصدار الحادي عشر من الدليل الإرشادي للجمعية الأمريكية سنة (2002) ورد مصطلح الإعاقة الفكرية النمائية بدلا من التخلف الذهني، وكان مضمونه تعريف للإعاقة الذهنية التي تتميز بما يلي:

- وجود إعاقة ملحوظة سواء في الوظائف الفكرية، أو في السلوك التكيفي، كما يظهر في المهارات المفاهيمية، والاجتماعية والعملية.
- تبدأ الإعاقة قبل عمر 18 سنة.
- كما يجب توفر خمسة فروض من أجل تطبيق هذا التعريف:
- لابد من ملاحظة الإعاقة الوظيفية في الوقت الحالي في إطار البيئات الاجتماعية المختلفة.

- تقييم ساري يوضح التنوع الثقافي واللغوي والاختلافات في عوامل التواصل والعوامل الحسية والحركية والسلوكية.

- في شخص واحد غالبا ما تتواجد الإعاقة مع نقاط القوة.
- توفير الدعم المناسب خلال مدة محددة يؤدي إلى تحسين الوظائف الحياتية للفرد المصاب بالإعاقة الذهنية (شيريل، 2016، ص.842).

في نظرة تكاملية لمختلف الجوانب في تعريف الإعاقة العقلية، حدد سليمان ثلاث معايير لتعريف الإعاقة الذهنية وهي كالتالي:

1. أداء وظيفي عقلي منخفض عن المتوسط بدرجة جوهريّة، ويتحدد الأداء الوظيفي من خلال النتائج المحصل عليها من خلال تطبيق واحد من اختبارات الذكاء العام المقننة.

2. تلازم انخفاض الأداء الوظيفي العقلي مع قصور واضح في السلوك التكيفي للفرد.
3. أن يحدث الانخفاض الجوهري في الأداء الوظيفي العقلي والقصور الملاحظ في السلوك التكيفي أثناء الفترة النمائية وقبل اكتمال البلوغ، أي منذ فترة الحمل إلى غاية سن الثامنة عشر(عبد الرحمان سيد ،2001،ص.120).

يعتبر المعاق ذهنيا من ذوي الاحتياجات الخاصة، لأنه فرد غير قادر على الأداء الوظيفي العقلي المرتبط بالقدرة العقلية المتمثلة في الذكاء، إذ يلاحظ عليه قصور في الأداء العقلي، وانخفاض ملحوظ في مستوى الذكاء مقارنة مع من هم في مثل سنه وأقرانه هذا من جهة، و من جهة أخرى يلاحظ عليه عدم القدرة على التكيف مع البيئة الاجتماعية ويحدث هذا في مراحل النمو المتقدمة (المرحلة الجنينية، مرحلة الطفولة، مرحلة المراهقة المحددة ب: 18 سنة)، ويعود سبب إعاقة إلى عدة عوامل منها الوراثية والمكتسبة التي تؤثر عليه في مجالات الحياة كالتعلم والعمل مؤثرة بذلك على توافقه النفسي.

3- خصائص المعاقين ذهنيا:

إن الإعاقات التي قد يعاني منها الإنسان عديدة ومتنوعة، غير أن لكل منها ما يميزها عن غيرها، إذ يمكن التعرف وتحديد نوع الإعاقة تبعا لما لها من خصائص ومؤشرات. التي من خلالها يمكن التعرف على احتياجات كل إعاقة كما هو الحال في الإعاقة الذهنية، ولعل أهم خاصية للإعاقة الذهنية هي بطئ أو توقف النمو العقلي.

3-1 الخصائص الجسمية للمعاقين ذهنيا:

يميل معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين ذهنيا إلى تراجع وتدهور في سيرورة النمو بشكل عام، وتزداد درجة الانخفاض بعمق شدة الإعاقة، فالمعوقين ذهنيا اضعف بدنيا من أقرانهم العاديين. وفي معظم حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة، يبدو ذلك واضحا على مظهرهم الخارجي. وتصاحب درجات الإعاقة الشديدة في غالب الأحيان تشوهات جسمية بادية خاصة في الرأس والوجه وفي الأطراف العليا والسفلى(القمش،2011، ص.40-41)،

ناهيك كثرة الإجهاد، وسرعة التعب، وعدم القدرة على التحمل سواء أثناء اللعب أو أثناء المرض.

يعاني المعاقون ذهنيا من صعوبات حركية، وقصور في النشاط الحركي، وصعوبة في التآزر البصري الحركي، والتحكم والتوجه الحركي، وصعوبة في استخدام العضلات الصغيرة، هذا ما ذهب إليه سارسون سنة 1980، بحث أكد أن المعوقون ذهنيا يعانون من تأخر في النمو الجسمي الحركي، ولديهم اضطرابات تعلم المشي، فغالبا ما يكونون أبطئ من غيرهم من الأطفال العاديين، في نمو العضلات ومرونة الحركة مما يصعب عليهم تعلم الأعمال الضرورية مثل: القبض والجلوس لمدة طويلة (عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد، 2009، ص.128).

3-2 الخصائص المعرفية للمعاقين ذهنيا:

يرى كروكشانك أن الخاصية الأساسية للمعاقين ذهنيا تنحصر في اضطراب نموهم العقلي، الراجع إلى قصور في نمو الخلايا العصبية في المخ، والتي تكون مسؤولة عن الأداء العقلي الوظيفي، وهذا ما يظهر في الجوانب التحصيلية، والمعرفية، والانفعالية والاجتماعية. (عبد الغني شريت، 2009، ص.81).

إن الحديث عن الخصائص المعرفية يتطلب نوعا من التدقيق والتفصيل، لما له من أهمية على مآل الإعاقة وأثرها على سيروية النمو من مختلف جوانبها.

3-2-1 ضعف الانتباه: من ابرز الخصائص التي يتميز بها الطفل المعاق ذهنيا، هي عدم القدرة على توجيه التركيز في نشاط محدد ومخصص بنفس الدرجة التي يستطيع بها الطفل العادي، مما يضعف انتباهه ويشتته، ويرجع ذلك إلى ضعف المنبهات الداخلية للمثير، مما يستدعي مساعدته قصد تنبيهه إلى ما يدور حوله ويشده ويثبته إلى الموضوع الأساسي من خلال اقترانه مع عنصر التشويق، في هذا الصدد يرى موندي وآخرون 1988 ان أهمية استخدام المثيرات البصرية من شأنه أن يحسن الانتباه عند الأطفال المعاقين ذهنيا(محمود عبد المنعم، 2008، ص. 29).

3-2-2 اضطراب معالجة المعلومات: وهي عملية إدخال المعلومات من خلال وحدات الإدخال، ألا وهي الحواس لتنتقل هذه الأخيرة المعلومات إلى الدماغ حيث تتم معالجتها وترميزها وترجمتها، إذ لكل حاسة منطقة معالجة في الدماغ مثل: الفص الصدغي المسؤول عن السمع، والفص القفوي المسؤول عن البصر مع اشتراك مجموعة من العمليات الأخرى، كالانتباه والإدراك و الاسترجاع، والاضطراب يكون في حالة تحريفات وتشوهات إما على مستوى المسجلات الحسية، أو تلف بخلايا الدماغ فتصل المعلومات مشوهة(الفرماوي، والنساج،2010،ص. 82-83).

3-2-3 ضعف الذاكرة: الذاكرة هي عملية معرفية على مستوى الدماغ تتمثل في الاحتفاظ بالمعلومات. وتتكون من ثلاث مراحل أساسية وهي: مرحلة الترميز، مرحلة التخزين، مرحلة الاسترجاع. من أنواعها الذاكرة طويلة المدى والذاكرة قصيرة المدى. والنسيان مرتبط بذاكرة طويلة المدى، أما ضعف الذاكرة فهو مرتبط بالذاكرة قصيرة المدى مثل: نسيان الأحداث القريبة كضعف المعاق ذهنيا في تذكر الدروس وما هو مرتبط بالتعلم(يزيد بن عبد العزيز،2010،ص.30).

3-2-4 قصور الإدراك والتفكير: الإدراك هو عملية فهم واستيعاب المعلومات التي تأتي من الانطباعات الحسية فيتم تحليلها واستيعابها في الدماغ، وهو عملية واعية وشعورية من خلال التقاط خصائص الأشياء وتحويلها ومعالجتها، أما قصور الإدراك فهو تشوه في فهم واستيعاب المعلومات كما في حالة المعاقين ذهنيا، من خلال عدم قدرتهم على الإدراك الزماني، أو المكاني والتفكير المجرد والتمييز بين خصائص الأشياء(القمش،2011،ص.43).

3-2-5 قصور القدرة على التمييز: إن القدرات العقلية كل مترابط، فاضطراب أحدها يعني اضطراب الكل، بما في ذلك القدرة على التمييز التي تواجه قصورا لدى المعاقين ذهنيا، وتكون أقل من مستوى التمييز لدى الأطفال العاديين من نفس العمر الزمني، وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعا لدرجة الإعاقة الذهنية ومتغيرات أخرى كالبيئة

الاجتماعية وطبيعة التكفل بالطفل المعاق ذهنيا، وتكون الصعوبة في التمييز واضحة بين الأشكال، والأحجام، والأوزان، والروائح، والأذواق المختلفة. (القمش، 2010، ص.42)

3-2-6 محدودية السعة : إن النمو المعرفي يتضمن معالجة المعلومات، والتي تتطلب زمن محدود ومصادر معرفية معينة تختلف هذه المطالب بين الصغار والكبار، والعاديين والمعاقين ذهنيا، والتي تتطلب ذاكرة والقدرة على استرجاع المعلومات، وعليه فالسعة المعرفية هي معالجة المهام العقلية المختلفة من البسيطة إلى المعقدة ومن السهل إلى الصعب، غير أن المعاقين ذهنيا سعتهم المعرفية لا تستطيع احتواء العديد من المهام العقلية في آن واحد أو فترة زمنية محددة بسبب سعتهم المعرفية المحدودة (الفرماوي، والنساج، 2010، ص. 88-89)

3-3 اللغة عند المعاقين ذهنيا: إن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية عادة ما يكون لديهم تأخر في تطور اللغة، وصعوبات في الكلام والتعبير عن أنفسهم وحاجياتهم وآلامهم الجسدية، ودرجة الشدة تتباين تبعا لمستوى الخلل في القدرات العقلية. فالحالات الطفيفة يمكن أن تتطور لديهم مهارات لغوية أقل بقليل من الأطفال الذين تتطور لغتهم بشكل طبيعي، بينما الحالات الشديدة أو بالغة الشدة قد لا يمكنها التواصل على الإطلاق، أو تتمكن فقط من استعمال كلمات قليلة أو إشارات أو أصوات كصراخ مثلا، قصد التعبير عن الألم واللذة على حد سواء. يشير ميلر في أبحاثه 1981 إلى أن مدى ودرجة اضطراب اللغة عند المعاقين ذهنيا مرتبط أساسا بدرجة الإعاقة العقلية، فذوي الإعاقة البسيطة يتخلفون عن الكلام ولكنهم يطورونه، أما ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة تتصف لغتهم بصعوبة الفهم من قبل الآخرين والنمطية، أما ذوي الإعاقة العقلية الشديدة فهم غالبا ما يعجزون عن النطق، وتنحصر أساليب التواصل عندهم في أصوات كالصراخ ولا تكون مفهومة في الغالب (القمش، 2011، ص. 43-44)

3-4 الخصائص الانفعالية والاجتماعية للمعاقين ذهنيا:

ما يجدر الإشارة إليه أن مضامين الإعاقة الذهنية تفرض التداخل بين جوانبها، إذ أن عدم اكتمال القدرات العقلية وتوقف نموها يؤثر ويتأثر بباقي الجوانب الجسمية والانفعالية والاجتماعية، ومن الخصائص الانفعالية والاجتماعية للمعاقين ذهنيا نذكر بعض النماذج من بينها:

3-4-1 العدوان: يغلب على الطفل المعاق ذهنيا السلوك العدواني، النابع غالبا عن الإحباط المتكرر من قبل المجتمع، ويتجسد هذا الأخير في إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين أو تدمير الممتلكات، يؤكد الباحثين أن هذا السلوك العدواني ناتج عن افتقار الطفل المعاق ذهنيا إلى المهارات الاجتماعية المناسبة (محمود عبد المنعم، 2008، ص.33).

3-4-2 السلوك الانسحابي: ويتجسد في التجنب والتذمر من المواقف الاجتماعية، والحساسية الزائدة مع بعض الأفكار مثل أنه فاشل أو مريض، والانسحاب هو تفادي المجتمع بمختلف فئاته وفي مختلف المواقف الاجتماعية سواء الحزينة أو السعيدة أو المضحكة... الخ، في هذا الصدد أثبت كل من **كيرك وجونسون** في دراسة سوسيو مترية مقارنة بلغ عدد أفرادها 689 من الأطفال الأسوياء والمعاقين ذهنيا، وتوصلت إلى أن أغلب الأطفال المعاقين ذهنيا يتصف سلوكهم بالانسحاب، ورفض الجماعة لهم والابتعاد عنهم نظرا لسلوكاتهم العدوانية والمزعجة لهمة (قحطان، 2008، ص. 94).

3-4-3 النشاط الزائد غير موجه: ويتمثل في نشاط غير عادي أكثر من المألوف من حيث الحركة وعدم الاستقرار والجهد العضلي المبذول، يترتب عن الفرط في حركة والنشاط نقص في الانتباه وضعف في التركيز، ما يتطلب المراقبة الدائمة لسلوكاتهم. (محمود عبد المنعم، 2008، ص.33)

3-4-4 نمطية السلوك: نجد المعاق ذهنيا يداوم على أداء حركة أو فعل ما بصورة تكرارية، لا تتناسب مع ما طلب منه، أو الموقف الموجود فيه (عبد الغني شريت، 200، ص.84).

3-4-5 الإحباط: وهو شعور بالإخفاق أو بوجود أشياء غير مرغوبة، والتي قد يعيشها المعاق عقليا مثل: ضعف الإنجاز، وعدم القدرة على النجاح، أو انه سوف يفشل بما هو متوقع منه. وهذا يتطلب نوعا من الذكاء والوعي إذ أن المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة قد يعانون من الإحباط بدرجات كبيرة (الفرماوي، النساج، 2010، ص. 251)

4-عوامل الإعاقة الذهنية:

الإعاقة الذهنية اضطراب نفسي عقلي وسلوكي وليس مرض، سنحاول حصر أسبابه، فبالرغم من جهود العلماء وتطور الأبحاث في هذا المجال، إلا أنه لا يمكن الجزم أن للإعاقة الذهنية أسباب محددة تؤدي إليه، فلا تزال بعض الأسباب مجهولة إلى حد الآن، والأسباب المعلومة إنما هي أسباب نسبية وليست حتمية وعليه سندرج أسباب الإعاقة الذهنية إلى أسباب طبية، وأسباب بيئية، وأخرى نفسية انفعالية.

4-1 عوامل قبل الولادة:

4-1-1 اختلاف العامل الريزي سي : RH وهو اختلاف في الزمرة الدموية بين الأم والأب الموجبة أو السالبة، والتي تكون مخالفة لزمرة الأم فعندما يرث الجنين الصفة الموجبة أو السالبة التي تكون مخالفة لزمرة الأم، في الحمل الثاني وفي حالة إذا لم تخضع الأم لحقن إبرة Gamma Globulin ، فإن هذا الطفل الثاني أو الحمل الثاني سوف يتعرض الجنين فيه إلى خلل على مستوى الجهاز العصبي بسبب الأجسام المضادة التي يفرزها جسم الأم فتهاجم الجنين مما يؤدي إلى إصابته بإعاقة ما، أو اضطراب ما، من بينها الإعاقة الذهنية. (متولي، 2010، ص. 34-35)

4-1-2 حالات الإعاقة الذهنية الناتجة عن اضطراب التمثيل الغذائي: والمعروفة بعملية الهدم والبناء والاضطرابات الأيضية في عملية حمض الأيض، والذي هو عبارة عن اضطرابات جينية في بعض الإنزيمات الهاضمة مثل: البروتين والكربوهيدرات والدهون، هذا ما يعتبر عامل لتسمم الدماغ وتلف الخلايا العصبية للدماغ. (القمش، 2011، ص. 29)

4-1-3 شذوذ جيني أو خلل على مستوى الصبغيات: أو الكروموسومات إما في النوع، أو العدد كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (3): يوضح بعض التشوهات الجينية وعلاقتها ببعض التشوهات الخلقية (العقلية)

فئة الإعاقة الذهنية	الشذوذ الجيني	عدد الكروموسومات
متلازمة داون من نوع ثلاثي 21 Trisomy 21	-تكرار الكروموسوم رقم (21) ثلاث مرات بدلا من مرتين في الخلايا العادية	47 كروموزوم
متلازمة داون من نوع انتقالي Translocation	-انتقال جزء من احد الكروموسومات و التحامه بالكروموسوم (21)	46 كروموزوم
متلازمة داون من نوع فسيفسائي Mosaicisms	-خلل في الكروموسوم (21) في بعض الخلايا دون الأخرى	46 كروموزوم
متلازمة باتيو Pataw's Syndrome	-تكرار كروموسوم رقم(13) ثلاث مرات	47 كروموزوم
متلازمة ادوارد Edward's syndrome	-تكرار الكروموسوم رقم(18) ثلاث مرات	47 كروموزوم
متلازمة تيرنر Turner's syndrome	-غياب احد كروموسومات الجنس فيكون زوج الكروموزوم رقم(23) فردي x0	45 كروموزوم
متلازمة xxx Trisomy xxx	-زيادة كروموزوم x في الزوج (23) فيكون بدلا من xx و xy يكون xxx أو xxy	47 كروموزوم
متلازمة كليفلتر Klinefelter's Syndrome	-زيادة كروموزوم الجنس y الى زوج الكروموزوم رقم (23)	47 كروموزوم

	الانثوي فيكون xxy	
47 كروموزوم	زيادة كروموزوم الجنس y الى الزوج رقم (23) الذكري فيكون xxy	متلازمة xyy Xyy Syndrome
47 كروموزوم	زيادة في كروموسومات المجموعة D التي تضم الكروموسومات رقم (13) Trisomy- D(15)(14)	الميكروسفالي Microcephaly
45 كروموزوم	فقد الكروموزوم رقم (15) الأبوي	متلازمة برادر ويلي Prader-willi's Syndrome
46 كروموزوم	طفرة في جين FMR1 FMRP	متلازمة كروموزوم x الهش Fragile x
	نقص في الكروموزوم رقم (15) ينجم عنه تخلف عقلي شديد و نوبات تشنجية و فقدان التوازن و مشية الدمى	متلازمة أنجلمان Angelman Syndrome
	اضطراب ولادي يحدث فيه أورام في الاوعية الدموية في الوجه و ينجم عنه تخلف عقلي و نوبات تشنجية و شلل نصفي و ضعف بصري	متلازمة ستيرج ويبر Sturge-wiber Syndrome
	اضطراب وراثي في تركيب حمض البول يرافقه تخلف عقلي و تأخر حركي	متلازمة لش نايان Leech Nyhan Syndrome
	حالة ينتج عنها سلوك نمطي و	متلازمة توريت

	عادات شاذة و حركات لا ارادية و أفعال قهرية	Tourette Syndrome
	خلل وراثي في المواد الدهنية في الجسم يرافقه تخلف عقلي و إعاقة سمعية	متلازمة هنتر Hunter Syndrome

(الفرماوي، والنساج، 2010، ص. 34-33)، (الخطيب، والحديدي، 2009، ص. 59)

4-1-4 إصابة الأم أثناء فترة الحمل بالالتهابات والأمراض والأوبئة مثل:

- **الحصبة الألمانية:** وهي من أخطر الأمراض التي قد تصاب بها المرأة الحامل في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، والتي قد تسبب للجنين خلل في الجهاز السمعي والبصري والقلب، والدماغ نظرا لانتقال الميكروب من الأم إلى الجنين عبر المشيمة (محمود عبد المنعم، 2008، ص. 24)

- **الحمى الصفراء:** وكغيرها من الأمراض المعدية فإنها تتسبب بمشاكل صحية للجنين من خلال إصابة الخلايا العصبية في تكوين الدماغ والتي تكون سببا في الإصابة بالإعاقة العقلية (عبد الرؤوف عامر، عبد الرؤوف محمد، 2009، ص. 54)

- **السل:** ومختلف الأمراض المعدية بحيث تنتقل من الأم إلى طفلها من خلال الرضاعة أو اللمس، وكذلك في الفترة الجنينية إذ يؤثر في عملية تكوين ونمو الطفل، الذي يؤدي إلى خلل في مختلف أجهزة النمو بما فيها الجهاز العصبي (القمش، 2011، ص. 31)

- **الأمراض المنتقلة جنسيا مثل:** الزهري، الايدز، داء الحلا البسيط أو القوباء Herpes simplex، والتي إذا انتقلت إلى الجنين فإنها تسبب له إعاقة ذهنية (ليب فراج، 2002، ص. 33)

- **التهابات السحايا:** يسمى بهذا الاسم نسبة إلى منطقة الإصابة وهي أغشية السحايا التي تحيط بالدماغ والنخاع الشوكي، والذي يؤدي إلى مضاعفات خطيرة كالحمى والنوبات

والتشنجات ومختلف الإعاقات، وفي بعض الأحيان فإنها تتسبب بمقتل ووفاة الجنين والرضيع (الخطيب، الحديدي، 2009، ص.55)

• **الحمى المضخمة للخلايا HCMV:** بسبب إصابة الأم بالأوبئة والفيروسات قد يصاب الجنين ب: صغر حجم الدماغ، الأنيميا أو فقر الدم، اليرقان، تضخم الكبد والطحال، استسقاء الدماغ، تكلس المخ، إعاقة عقلية، فقدان البصر. (عبد الله جلامدة، 2007، ص.20)

توجد أسباب أخرى قد تؤدي إلى حدوث الإعاقة الذهنية ويمكن جملها فيما يلي:

استعمال الأم للعقاقير والأدوية أثناء فترة الحمل، أو الإدمان على الكحول والمخدرات، والتعرض للأشعة السينية X التي تؤدي إلى تشوهات خلقية، سوء التغذية إما من خلال نقص التغذية، أو من خلال نقص البروتينات والفيتامينات والمعادن التي تساهم في بناء ونمو الجسم، أو العكس من خلال التغذية غير سليمة والمفرطة التي تسبب السمنة وبعض الاضطرابات. من خلال وجود الدهون والسكريات بكثرة التي تتسبب بتكتل الدهون في الشرايين وانسدادهما، فتغلق الأوعية الدموية التي تنقل الغذاء إلى الدماغ والقلب (عثمان لبيب فراج، 2002، ص.33-34).

4-2 عوامل أثناء الولادة:

4-2-1 مشاكل مرتبطة بالولادة مثل: الولادة الصعبة أو الولادة المتعسرة والولادة القيصرية، الولادة المبكرة، الولادة المتأخرة، الولادة الجافة، نقص الأكسجين أثناء الولادة والتفاف الحبل السري حول رقبة الجنين، ومختلف الحوادث التي قد يتعرض لها الجنين أثناء الولادة من سقوط، أو استعمال أدوات حادة كالشفط والجفت بالملقط في الولادة أو استعمال المنظار (سيد فهمي، 2007، ص.240).

4-2-2 **العدوى التي تصيب الطفل كالتهابات السحايا:** يسمى بهذا الاسم نسبة إلى منطقة الإصابة وهي أغشية السحايا التي تحيط بالدماغ والنخاع الشوكي، والذي يؤدي إلى

مضاعفات خطيرة. كالحمى والنوبات والتشنجات ومختلف الإعاقات، وفي بعض الأحيان فإنها تتسبب بمقتل ووفاة الجنين والرضيع(القمش،2011،ص.33)

4-2-3 الصدمات الجسدية: الحوادث والإصابات التي قد يتعرض لها الطفل في المراحل الأولى من العمر حيث يكون الدماغ في حالة نمو وعدم اكتمال، فالمعلوم أن الخلايا العصبية عند إصابتها فإنها تموت ولا تنمو أو تتجدد. عكس بعض الخلايا الأخرى مثل الخلايا الجلدية (الببيب الفراج،2002،ص.33).

4-3 عوامل ما بعد الولادة:

أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث أن الأمراض التي تصيب الطفل في المراحل الأولى من الطفولة جراء عدم التطعيم ضد الأمراض المعدية والخطيرة قد تكون سبب في حدوث إعاقات خطيرة مثل: الكساح، الدفتيريا، السعال الديكي، الحصبة، الشلل الدماغي(القمش، 2010، ص.33)

الحوادث التي قد يتعرض لها الطفل مثل: السقوط على مناطق حساسة من الجسم، الحروق، الأدوية الخاطئة، الإصابة بصعقة كهربائية. إن تعرض الطفل لمثل هذه الحوادث وما ينتج عنها من إصابات ينعكس سلبا على نموه وتطوره.(عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد ، 2008 ، ص.52-53).

4-4 الأسباب الاجتماعية: تعتبر البيئة الاجتماعية المسؤول عن نسبة عالية جدا من حالات الإعاقة الذهنية من حيث:

- الظروف الاقتصادية المزرية كالفقر وسوء التغذية وعدم توفر الخدمات الصحية.
- التعرض للتلوث: كتلوث الماء والهواء في المناطق الصناعية والمناطق الريفية السكنية النائية.
- التسمم بالإشعاعات النووية في المناطق الحربية الأهلة بالسكان .
- التخلف البيئي والثقافي، الجهل والأمية وتدني المستوى الثقافي مثل: تقدم سن الأم في الإنجاب، والولادات المتكررة أو إنجاب المرأة المصابة بالسرطان.

- كبر حجم العائلة وغياب الأب، بالإضافة إلى الإصابات والحوادث كالسقوط، أو الدهس، أو إصابة فرد من أفراد العائلة بمرض ما، أو إعاقة ما. (فكري لطيف متولي، 2010، ص.45)

4-5 الأسباب النفسية والانفعالية:

• استعمال القسوة في العقاب أو الصرامة والعنف الأسري التي قد ينجم عنها بعض الاضطرابات مثل: فقدان البصر، الإعاقة الذهنية، الصرع، الشلل الدماغي (القمش، 2010، ص.34).

- الإهمال والإساءة وعدم توفير العناية والرعاية للطفل.
- المشاكل والصراعات العائلية والزوجية، والتفكك الأسري (خليل عبد الرحمان، 2007)
- الحرمان العاطفي وشعور الطفل بالرفض والنبذ و عدم التقبل أو الغيرة (عبد الرؤوف عامر، وعبد الرؤوف محمد، 2008، ص.60)
- نقص الدافعية والخبرات الملائمة للنمو العقلي السليم، والاضطراب الانفعالي المزمن في مرحلة الطفولة المبكرة التعيسة التي يخبرها الطفل، يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة الذهنية (عبد الغني شريت، 2009، ص.79).

5- تصنيفات الإعاقة الذهنية: تعتبر درجة الإعاقة والقصور في الأداء الوظيفي والسلوك التكيفي الأساس الذي يقوم عليه تصنيف الإعاقة الذهنية، لما تثيرانه من اختلاف في المهارات والقدرات ضمن فئات الإعاقة الذهنية المختلفة، وكما يتضح هذا الاختلاف جليا وجب عرض مجموعة من التصنيفات أهمها:

5-1 تصنيف قائم على أساس أسباب الإعاقة الذهنية:

يعتمد هذا التصنيف على السبب الكامن وراء الإعاقة الذهنية، عكف الأطباء على البحث في هذا التصنيف لغرض حصر الأسباب وتحديد طرق التدخل ومن أشهرها:

تصنيف تريد جولد: صنف هذا الأخير الإعاقة العقلية إلى (عبد الله جلامدة، 2007، ص.14):

- **إعاقة ذهنية أولى:** تشمل هذه الفئة الحالات التي يعود سببها للوراثة.
- **إعاقة ذهنية ثانية:** تشمل هذه الفئة الحالات التي يعود سبب الإعاقة فيها إلى عوامل بيئية أو مرضية. كالتشوهات التي تحصل قبل وأثناء وبعد الولادة.
- **إعاقة ذهنية مختلطة:** تعود إلى تزاوج الأسباب البيئية والوراثية والمرضية واقتترانها.
- **إعاقة ذهنية غير محددة السبب:** تشمل هذه الفئة غالبية الحالات والتي لا يمكن تحديد الأسباب والعوامل التي أدت إلى وجود إعاقة.

يضيف أحمد صالح عثمان أن هناك تصنيف آخر لكل من مارلين وإريكسون وهو كالتالي:

- 1- إعاقة ذهنية ناتجة عن الأمراض المعدية والتسمم.
- 2- إعاقة ذهنية ناتجة عن الإصابات والعوامل الطبيعية.
- 3- إعاقة ذهنية ناتجة عن الأمراض والحالات التي تصيب الأم قبل الولادة.
- 4- إعاقة ذهنية ناتجة عن سوء التغذية واضطراب التمثيل الغذائي.
- 5- إعاقة ذهنية ناتجة عن عوامل وراثية.
- 6- إعاقة ذهنية ناتجة عن اضطرابات الحمل.
- 7- إعاقة ذهنية ناتجة عن عوامل بيئية.
- 8- إعاقة ذهنية ناتجة عن اضطرابات عصبية
- 9- إعاقة ذهنية ناتجة عن عوامل غير محددة (عبد الغني شريت، 2009، ص. 61-62)

يعاب على هذا التصنيف كثيرا لكونه ليس معيارا محددا وكاشفا عن الكثير من أسباب الإعاقة الذهنية من جهة، ومن جهة أخرى لا يقدم أي مساعدة في مجال تعليم المعاقين ذهنيا وتدريبهم وتأهيلهم.

5-2 تصنيف قائم على الأعراض والمظاهر الإكلينيكية:

يعتمد هذا التصنيف على المظهر الجسمي الخارجي واقتترانه مع الإعاقة الذهنية في التصنيف، وهذا ما أطلق عليه الأنماط الإكلينيكية، يمكن حصرها في الإعاقات الذهنية

الأكثر شيوعاً مثل: فئة التريزوميا 21، فئة كبار الجمجمة ، فئة صغار الجمجمة، الاستسقاء الدماغى.(الشربيني، 2004، ص 72). أنظر الجدول رقم(3).

يعاب على هذا التصنيف بأنه لا يقدم المعلومات الكافية والمفيدة التي يمكن توظيفها في مجال التربية الخاصة والتأهيل.

5-3 التصنيف السيكولوجي للإعاقة الذهنية:

5-3-1 تصنيف على أساس درجة الذكاء:يعتمد التصنيف النفسي السيكولوجي على القياس أي قياس نسب الذكاء، إذ تحدد درجة الإعاقة الذهنية عند الأفراد بناء على الدرجة المتحصل عليها في اختبارات الذكاء أهمها اختبار وكسلر للذكاء، أو بينيه (الشربيني، 2004، ص.71).

أ- الإعاقة الذهنية البسيطة **Mild mental Disability** : تتراوح نسب ذكائهم ما بين 55 و 70 درجة على مقياس وكسلر، يصعب اكتشافهم إلا بعد الدخول المدرسي يتمتعون بخصائص جسمية واجتماعية جيدة، يمكنهم العناية بأنفسهم وتعلم بعض المهارات المهنية.

ب- الإعاقة العقلية المتوسطة **Moderate Mental Disability** : تتراوح نسب ذكائهم ما بين 40-55 درجة على مقياس وكسلر، غير قادرين على مواصلة التعلم، يعانون من سوء توافق اجتماعي، ويتميزون بصفات جسمية تميزهم عن العاديين كما أنهم قابلين للتدريب.

ت- الإعاقة العقلية الشديدة **Sever Mental Disability** : تتراوح نسب ذكائهم ما بين 25 و 40 درجة على مقياس وكسلر، يعانون من قصور واضح في عدة مجالات أكاديمية و اجتماعية كما لا يستطيعون العناية بأنفسهم.

ث- الإعاقة العقلية الشديدة جداً **Profound Mental Disability** : تقل نسب ذكائهم عن 25 درجة على مقياس وكسلر، تعد هذه الفئة أشد عجزاً وقصوراً عن غيرها،

وذلك لعجزهم في أداء أي عمل بما ي ذلك الأكل والإخراج، يحتاجون إلى عناية واهتمام، أو إيداعهم بمراكز الإيواء كما قد يصاحب تخلفهم العقلي بعض التشوهات الجسمية.

جدول رقم (4): يوضح توزيع نسب نكاء المعاقين ذهنيا على مقياس وكسلر.

نوع الإعاقة	نسبة الذكاء	القدرات و المهارات	نسبة انتشارها
إعاقة ذهنية بسيطة	ما بين 55 و70 درجة	قابليين للتعلم، يمتلكون مهارات أكاديمية و اجتماعية جيدة	80%
إعاقة ذهنية متوسطة	ما بين 40 و 55 درجة	قابليين للتدريب	12%
إعاقة ذهنية شديدة	ما بين 25 - 40 درجة	تحتاج إلى عناية وتكفل	7%
إعاقة عقلية شديدة جدا	اقل من 25 درجة	تعاين من عجز شديد في كل المجالات، يودعون بمراكز إيواء خاصة	1%

5-3-2 تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية: يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية الأكثر شيوعا وقبولا في أغلب الأوساط، نظرا لعدم احتواءه على تسميات سلبية معتمدين على تصنيف **جروسمان Grossman 1983** للإعاقة الذهنية كما هي موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم(5): يمثل درجات الإعاقة الذهنية مع أهم الخصائص المميزة لكل درجة.

الدرجة	نسبة الذكاء	نسبة الانتشار	أهم الخصائص
الإعاقة الذهنية البسيطة	ما بين 55-70 درجة	85%	قصور في السلوك التكيفي، القدرة على تحمل المسؤولية، إمكانية تعلم المهارات الأكاديمية، تحتاج إرشاد وتوجيه في بعض الحالات.

الإعاقة الذهنية المتوسطة	ما بين 40-55 درجة	10%	تأخر في النمو العقلي إذ أن عمرهم العقلي اقل من عمرهم الزمني ب 3 سنوات أو أكثر، يمكن تدريبهم على بعض المهارات الأساسية.
الإعاقة الذهنية الشديدة	ما بين 40 - 25 درجة	4%	-محدودية النمو اللغوي و المهارات الحركية، وجود إعاقات جسمية اخرى ، يمكن تعليمهم بعض المهارات البدائية كالأكل والنظافة.
الإعاقة الذهنية الشديدة جدا	أقل من 25 درجة	1%	-تدهور الحالة الصحية و قصور في التآزر الحركي كالمشي المختل والمتأرجح، نمو جسمي غير مكتمل، يودعون بمراكز إيواء خاصة، الاعتماد على الآخر بصفة دائمة

(الشربيني، 2004، ص.61)

3-3-5 تصنيف الإعاقة الذهنية وفقا للـDSM5: ما ورد في DSM5 كان مغايرا نوعا ما عما ورد في DSM4، بحيث أن تحديد مستويات شدة الإعاقة الذهنية يعتمد أساسا على الأداء التكيفي بالدرجة الأولى، وليس على أساس قياس معدل الذكاء، ذلك لان معدل الذكاء يبقى ذو قيمة تقريبية للأداء الفكري. وهو غير كاف لتقييم قدرات التفكير في الحياة الواقعية وإتقان المهام العملية.

جدول رقم (6): يوضح مستويات شدة الإعاقة الذهنية وفقا للـDSM5

(V.Jeste,M.D,& al,2015,p39)

المستويات	المجال المفاهيمي	المجال الاجتماعي	المجال العملي
الإعاقة الذهنية	- لا يوجد اختلاف فكري واضح بالنسبة	-عدم النضج في التفاعلات الاجتماعية	- يستطيع التصرف بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية.

الخفيفة	للأطفال و البالغين في سن المدرسة. -توجد صعوبة في تعلم المهارات الأكاديمية مثل القراءة و الكتابة، الحساب. -الحاجة إلى المساعدة في تلبية التوقعات من نفس العمر.	صعوبة في إدراك القواعد الاجتماعية. -التواصل واللغة والمحادثة غير ناضج بالنسبة لما هو متوقع من نفس العمر. -الفهم المحدود للخطر في المواقف الاجتماعية.	- يحتاج للمساعدة في المهام الأكثر تعقيد في الحياة اليومية كالشراء مثلاً. - يحتاجون إلى الدعم و المساعدة التي تكون ضرورية.
الإعاقة الذهنية المتوسطة	-قدرات فكرية أقل بكثير مما لدى أقرانهم تطور المهارات اللغوية ببطء قبل سن التمدرس. -المساعدة تكون ضرورية وطويلة المدى لتنفيذ المهام اليومية -يكون من الضروري أن يتحمل الآخرون مسؤوليته بدلاً منه.	وجود اختلافات كبيرة مقارنة بغيرهم في التواصل الاجتماعي . مستوى اللغة أقل تعقيدا من غيرهم. عدم القدرة على فهم الرموز الاجتماعية المتجلية في العلاقات الاجتماعية. محدودية التواصل الاجتماعي.	-القدرة على تلبية الحاجات الأساسية الشخصية بمفرده بعد فترة طويلة من التعليم للوصول إلى الاستقلالية. -سلوك اجتماعي غير متوافق و هو سبب المشاكل الاجتماعية. -فترة التعليم طويلة ومستمرة.
الإعاقة الذهنية الشديدة	-الحاجة إلى المساعدة في جميع الأنشطة اليومية ، بما في ذلك ارتداء الملابس ، النظافة. -يحتاج إلى المساعدة	-اللغة المنطوقة محدودة من ناحية المفردات والقواعد. تمحور الخطاب والتواصل حول هنا والآن.	-اكتساب المهارات المفاهيمية محدود. -فهم محدود للغة الدالة على مفاهيم وأرقام. -تقديم المساعدة كبير في حل المشكلات طول فترة الحياة.

	المستمرة. -يتطلب اكتساب المهارات تعليمًا طويلاً ومستمرًا. -يتطلب الإشراف المستمر. -لا يستطيع اتخاذ القرارات بمفرده.	-يستخدم اللغة للتواصل وليس للشرح. -الكلام بسيط و التواصل محدود. --سلوكه غير تكيفي بما في ذلك عدوانية موجهة نحو الذات.	
الإعاقة الذهنية العميقة	-يعتمد على الآخرين في جميع جوانب الرعاية والسلامة. -الحالة تتطلب المساعدة والعالية. -تشكل حالات العجز الجسدي والحسي عقبات أمام المشاركة أو القيام بالأنشطة اليومية. -السلوك غير التكيفي موجود في أغلب الحالات.	-فهم محدود للتواصل الرمزي (الشفهي والإيماءات). -يعتمد في تواصله على تواصل غير رمزي. -يجد متعته مع أسرته ومقدمي الرعاية. -العجز الحسي الحركي يمنعه من أداء الأنشطة الاجتماعية. -يستجيب للتفاعلات الاجتماعية عن طريق الإشارة الاجتماعية	-تمركز المهارات الفكرية حول العالم المادي بدلاً من الرمزي. -يمكن اكتساب بعض المهارات البصرية والمكانية مثل: فرز الأشياء والمطابقة وفقاً لخصائصها الفيزيائية. -العجز الحسي الحركي يمنعه من استخدام الأشياء.

5-4التصنيف التربوي:

وهو التصنيف الذي وضعه علماء التربية وعلى رأسهم العالم كريك، حيث اعتمدوا في تصنيفهم للإعاقة الذهنية على مهارات التعلم، فقسموا الإعاقة الذهنية إلى ثلاث أقسام هي(عبد الرؤوف عامر، عبد الرؤوف محمد، 2009، ص. 88-89):

5-4-1 الفئة القابلة للتعلم: سميت بالفئة القابلة للتعلم نظرا لقدرتها على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية، ولكن قدرتهم على الاكتساب تكون بطيئة مقارنة بالعاديين. لذا فهم بحاجة بنوع من البرامج المخصصة لزيادة التوافق الاجتماعي والتوجيه المدرسي والمهني، تتراوح نسب ذكائهم ما بين 70/50 درجة، وهم يمثلون 80% من مجموع المعاقين ذهنيا (شعبان ، وحجازين ، 2017، ص. 937).

5-4-2 فئة القابلين للتدريب: هي فئة غير قابلة للتعليم التربوي أو التكيف في بيئتهم الاجتماعية، ولكن تبقى لديهم الإمكانية لاكتساب بعض أساليب الرعاية الذاتية، تنحصر نسب ذكائهم ما بين 50/30 درجة ، تبلغ نسبتهم 12% من مجموع المعاقون ذهنيا، تحتاج هذه الفئة إلى الإشراف والمساعدة طول الحياة.(أمال محمود عبد المنعم، 2008، ص. 21)

5-4-3 فئة غير القابلين للتدريب: تتميز هذه الفئة بعد قدرتها التامة للتعليم والاكتساب، تبلغ نسبة الذكاء لديهم أقل من 30 درجة، تمثل هذه الفئة 1% من مجموع المعاقون ذهنيا، تحتاج إلى الرعاية والعناية التامة والإشراف الكامل من قبل الآخرين، نظرا للانخفاض الحاد في الوظائف العقلية والقصور في السلوك التكيفي الذي يصل لحد العجز.(القمش، 2011، ص.23).

5-5 التصنيف الاجتماعي:

يقوم التصنيف الاجتماعي للإعاقة الذهنية على معيار السلوك التكيفي والذكاء على حد سواء، حيث قسم هذا الأخير الإعاقة الذهنية إلى أربع فئات وهي:(قحطان، 2008، ص 71-72):

5-5-1 المعتوهون Idiots: يقل معدل ذكائهم عن 25 درجة، و يتراوح عمرهم العقلي في حدود 3 سنوات مهما كبر عمرهم الزمني، و هو اشد حالات الإعاقة الذهنية، إذ أنهم غير قادرين على العناية بأنفسهم أو التقاهم مع الغير أو حماية أنفسهم أو العودة إلى المنزل بمفردهم كما يعانون من عجز حركي و لغوي.

5-5-2 البلهاء Imbeciles: يقل معدل ذكائهم عن 50 درجة، ويتراوح عمره العقلي بين 3 و7 سنوات، يستطيعون حماية أنفسهم، يبتعدون عن مصادر الخطر بسبب خوفهم الشديد.

5-5-3 المارون Maron: يقل ذكائهم عن 70 درجة يمتلكون بعض المهارات الأكاديمية كالقراءة، والكتابة، وبعض المهارات المهنية خاصة مع التكفل الجيد.

5-5-4 ضعاف العقول Feeble-minded : يقل ذكائهم عن 80 درجة، يتصفون بسلوك عدواني، وعدم الالتزام بالقوانين والقواعد، وعدم التزام بالنظام، ولا يقومون بالأعمال الموجهة لهم.

6- تشخيص الإعاقة الذهنية:

لا يختلف تشخيص الإعاقة الذهنية عن أسبابها وتصنيفاتها وخصائصها من حيث الأبعاد، فكما قد سبق الذكر إن الإعاقة الذهنية هي مشكل أو اضطراب متعدد الأبعاد، منه ما هو طبي واجتماعي وتربوي ونفسي، وفي دراستنا هذه سنعرض أهم الأساليب التشخيصية والقياسية للإعاقة الذهنية تبعا لكل بعد من الأبعاد السابق ذكرها.

6-1 البعد الطبي:

يعتمد التشخيص الطبي على بعض الأساسيات مثل: تاريخ الحالة وأسبابها ومظاهر النمو الحسي والجسمي الحركي والنمو العصبي، بالإضافة إلى بعض الفحوصات الطبية والتحاليل المخبرية للدم والبول من بينها:

-**اختبار كلوريد الفيريك**: يتم هذا التحليل بإضافة حمض الفيريك إلى بول الطفل وأذا تغير لونه فهذا يدل على وجود حالة اضطراب التمثيل الغذائي PKU أي حالة الفينيل كيتون

يوريا . Pheny.ketoun.urea

-**اختبار شريك حامض الفيريك**: يتم هذا التحليل أيضا من خلال البول وذلك بوضع شريط في بول الطفل أو الحفاض ويقارن لونه مع لوحة ألوان أخرى خاصة ويكشف هذا التحليل أيضا عن وجود حالة PKU من خلال مقارنة الألوان.

-**اختبار جثري:** يتم هذا التحليل عن طريق الدم وإذا كشف هذا التحليل عن وجود في ملغ في مستوى الفئلين فذلك يعني وجود، بالإضافة إلى قياس محيط رأس الطفل بعد الولادة، فإذا كان محيط رأسه ما بين 32-36 سم فذلك يدل على حالات كبر أو صغر الدماغ أو الجمجمة أو المنغولية كما يقوم بفحص حركة الجذع والساقين والطول والوزن. (الشربيني، 2004، ص.75)

6-2 البعد التربوي:

وهو التشخيص الذي حدده ووضعه علماء التربية بصفة عامة وعلماء التربية الخاصة بصفة محددة، إذ اعتمدوا في تشخيصهم للإعاقة الذهنية على المقارنة أثناء العملية التعليمية للمعاقين والعادين، فتشترك معلمة التربية الخاصة مع المعلمة العادية في تحديد الصعوبات والاحتياجات التي يواجهها المعاق ذهنيا داخل أو خارج الصف. من خلال كتابة تقرير يداع في ملف الطفل بالاستعانة ببعض الاختبارات والمقاييس مثل:

- قياس المهارات اللغوية للمعاقين ذهنيا المتكون من خمس أبعاد و هي: الاستعداد اللغوي، التقليد اللغوي، المفاهيم اللغوية، اللغة الاستقبالية اللغة التعبيرية.

- قياس مهارات القدرة العددية للمعاقين ذهنيا التي تحتوي عل مهارات مثل: التآزر البصري الحركي، مهارات العد الآلي، مهارات تمييز الأعداد وفهمها، مطابقة الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والكميات، تصنيف الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والكميات، التعرف على الأشكال الهندسية والألوان والأحجام والأوزان والأطوال والنقود وأيام الأسبوع وأشهر السنة، كتابة الأرقام وجمعها وطرحها، بالإضافة مقياس مهارات القراءة ومقياس مهارات الكتابة للمعاقين ذهنيا (قحطان، 2008، ص. 86-87)

6-3 البعد الاجتماعي:

يقوم التشخيص الاجتماعي على قياس مستوى السلوك التكيفي القائم على التفاعلات الاجتماعية والقدرات الاجتماعية لفرد داخل الجماعة، ولذلك نجد الاختبار الشائع جدا في قياس الإعاقة الذهنية من المنظور الاجتماعي مقياس السلوك التكيفي، المكون من جزئين

والذي يشمل المهارات اليومية الأساسية ومظاهر السلوك مثل: التواصل، الرعاية الشخصية، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية، المهارات الأكاديمية ، وقت الفراغ، العمل) (القمش، 2011، ص.47).

6-4 البعد النفسي السيكلوجي:

و يقوم هذا الاتجاه على قياس نسب الذكاء في تشخيص الإعاقة الذهنية، ومن بين هذه المقاييس نجد (متولي، 2010، ص.60):

➤ **مقياس ستانفورد بينيه:** أستخدم في فرنسا وتطور في أمريكا، يعد من أهم الاختبارات الصادقة من حيث الخصائص السيكومترية وأشهرها، يطبق فردياً أو جماعياً، يستغرق 30 من إلى 90 دقيقة، ويحتوي على 30 فقرة متدرجة الصعوبة كما يطبق على الأطفال ابتداء من 2 إلى 18 سنة .

➤ **مقياس وكسلر :** وهو عبارة عن ثلاث اختبارات لثلاث فئات عمرية وهي: اختبار وكسلر للكبار، اختبار وكسلر للأطفال، اختبار وكسلر للأطفال ما قبل التمدرس، يظهر هذا الاختبار سمات شخصية مميزة كالمدافعية، والمثابرة، والضبط الذاتي، ويقوم بقياس التفكير العقلاني والتفاعل البيئي الجيد يستغرق من 50 إلى 70 دقيقة.

➤ **مقياس جودانيف- هاريس للرسم:** يطبق عن طريق الرسم "رسم الرجل" وهو اختبار إسقاطي يعبر فيه الطفل عن أفكاره، يطبق بشكل إما فردي أو جماعي، له وقت محدد، يحصل فيه على درجة خام ثم تحول إلى معيارية للحصول على درجة الذكاء من خلال حساب معدل العمر العقلي على العمر الزمني للطفل، كما يكشف هذا الاختبار عن قدرات الطفل العقلية من تفكير وانتباه و ملاحظة وإدراك التفاصيل بالإضافة إلى الذكاء والقدرة على التخطيط.

➤ **مقياس مكاثري للقدرة العقلية للأطفال :** يهدف هذا الاختبار إلى قياس الذكاء العام لدى الطفل، ويتألف من ستة مقاييس أساسية هي: المقياس اللفظي، المقياس الأدائي

الإدراكي، المقياس الحركي، المقياس الكمي، مقياس التذكر، المقياس المعرفي العام(مفلح كوافحة، فواز عبد العزيز، 2003، ص.77).

➤ **الإعاقة الذهنية والدليل التشخيصي DSM-5** : ما أسفرت عليه مراجعة تصنيف DSM4 هو اقتراح تغيير اسم هذه المجموعة من الإعاقات الذهنية إلى (الاضطرابات التطورية الذهنية)، مع اعتماد أقل على معامل الذكاء IQ في التشخيص.

وفق هذا المقترح، فإن تشخيص الاضطرابات التطورية الذهنية سوف يتطلب:

✓ خلل في القدرات العقلية العامة ك: المنطق، حل المشاكل، التخطيط، التفكير المجرد، القدرة على إعطاء أحكام، التعلم الأكاديمي والتعلم من الخبرات، مع وجود معامل ذكاء أقل بانحرافين معياريين عن متوسط المجموعة السكانية العمرية والثقافية للفرد (معامل ذكاء أقل من 70).

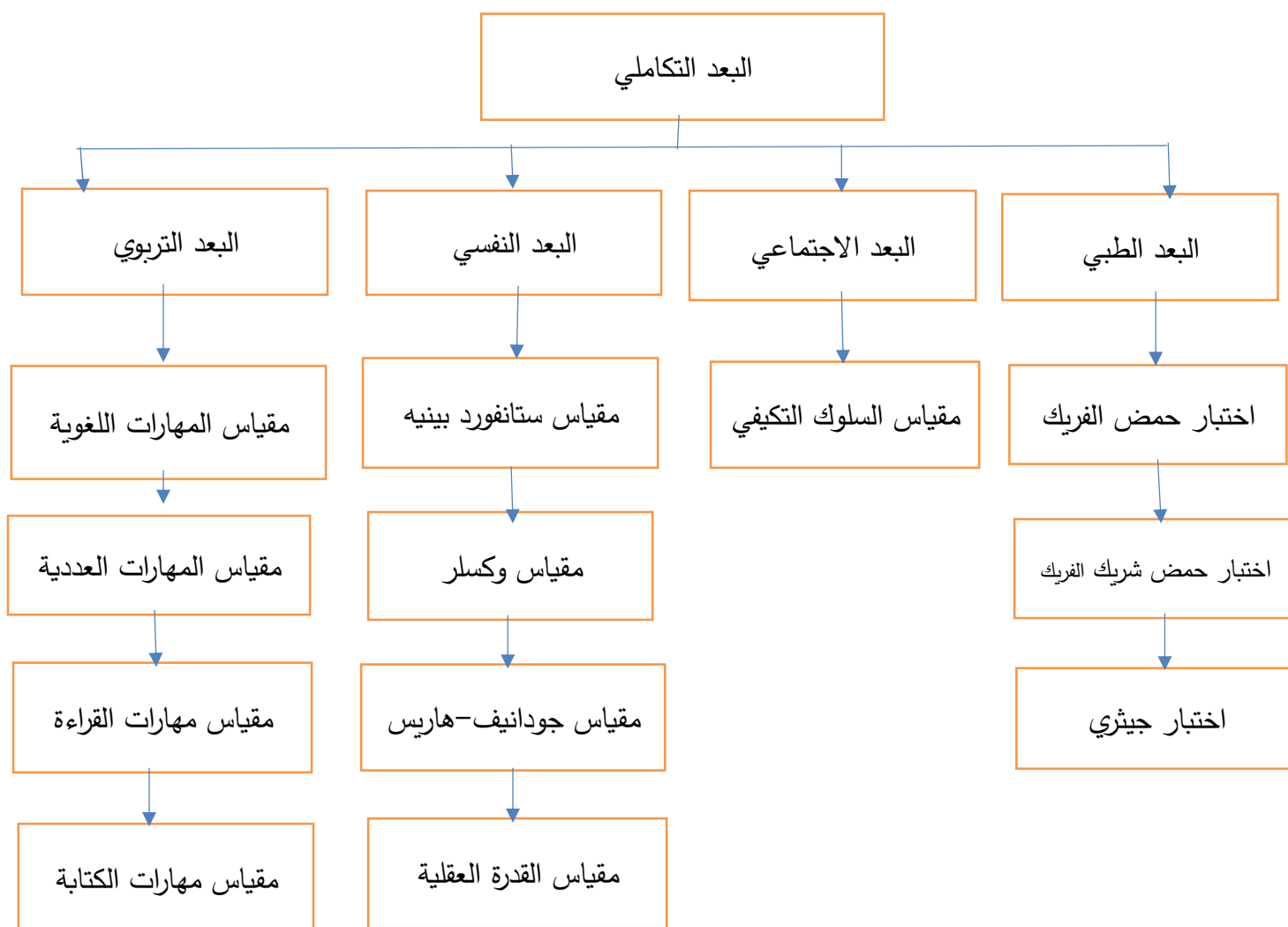
✓ هذا الخلل يعيق الوظائف. ويفرض قيود على مشاركة الفرد وأدائه في جانب أو أكثر من الحياة اليومية ك: التواصل، المشاركة الاجتماعية، أداء المهام في المدرسة أو العمل، والاستقلالية في المنزل والمجتمع. وهذه القيود تتطلب دعم مستمر في المدرسة والعمل والحياة المستقلة.

✓ ظهور الإعاقة الذهنية خلال فترة التطور والنمو.

(pascal, et christine,2012 ,p.10)

5-6 البعد التكاملي:

يقوم البعد التكاملي على ضرورة ارتباط واشتراك كل الأبعاد معا، لإعطاء تشخيص دقيق وشامل، بالإضافة إلى ضرورة وجود لجنة مكونة من طبيب عام، أو طبيب أطفال، أخصائي اجتماعي، ومعلمة تربوية خاصة، وأخصائي نفسي. (القمش، 2011، ص. 46)



شكل رقم (10): يوضح أبعاد تشخيص الإعاقة الذهنية.

7-أساليب الوقاية والتكفل بالإعاقة الذهنية:

7-1 الوقاية من الإعاقة الذهنية:

تتعلق الوقاية من الإعاقة الذهنية بالتدخل المبكر أو الكشف المبكر، وهي مجموعة من الإجراءات والاستراتيجيات التي يجب القيام بها، تمس أسباب الإعاقة الذهنية، لغاية الحد من ظهورها وتطورها أو تخفيف من حدتها وشدتها، ولتجنب الآثار السلبية النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية على الفرد والأسرة والمجتمع، ومن بين الإجراءات الوقائية نجد:

- إجراء التطعيم أو التلقيح ضد الأمراض المعدية الخطيرة.
- إرشاد الأسرة خاصة الأم بالإرشاد الجيني الوراثي مثل حالات داون .

- مساندة الأفراد الذين يعانون من أي ضعف أو إعاقة.
 - القيام ببرامج تدريبية أو إرشادية وتعليمية.
 - منع زواج الأقارب خاصة إذا وجدت إعاقات سابقة للحماية من الشذوذ الجيني.
 - الحماية من الإصابات و الحوادث المختلفة.
 - إجراء الفحوصات الطبية أثناء فترة الحمل باستخدام الموجات فوق صوتية للجنين للكشف عن أي إعاقات.
 - منع الأم الحامل من تعاطي أي أدوية ضارة بما فيها المواد الكحولية.
 - ضرورة الكشف المبكر عن الإعاقة العقلية لمعالجة أسبابها والحد من تداعياتها.
- رفع المستوى الاقتصادي للأسر وتحسين أغذية الحامل وأغذية الطفل.(عبد الفتاح ،2011، ص373)

7-2 الأساليب التكفل بالمعاقين ذهنيا:

7-2-1 التكفل الطبي: من خلال التدخلات الطبية كالجراحة مثلا، و يكون ذلك في الأسابيع الأولى من ولادة الطفل، أو من خلال استخدام بعض العقاقير كحامض جلوتاميك **glutamic acid** الذي له فائدة في الرفع من درجة الذكاء من 5-10 درجات بعد عام أو عامين من الاستخدام مما يقلل من شدة الإعاقة العقلية، و استخدام عقار انسيغابول **encephabolhg** الذي يزيد من سرعة التمثيل الغذائي في الخلية العصبية المخية مما يقلل من الآثار الناجمة عن الإعاقة العقلية خاصة نسبة الذكاء (عبد الفتاح ،2011، ص376).

إن القيام بتحويلات الدم ونقله خاصة مع وجود اختلاف العامل الريزي (فكري لطفي متولي،2015،ص232)، وإعداد نظام غذائي متوازن للأم والطفل، واستخدام العلاج الطبي مع الإعاقة الذهنية من الدرجة البسيطة مثل: العقاقير الطبية في علاج النشاط الزائد كستيلازين **stelaziene**، ليبريوم **librium** كمضاد للقلق، والتوفرانيل **tofranil**، وتريتيبزول **triypzol** لعلاج الاكتئاب،(قحطان ،2008،ص310)، أو استعمال هرمون

الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية في علاج حالات القزامة أو القصاع، له الدور الفعال في التخفيف من حدة الإعاقة الذهنية والمشاكل السلوكية المرتبطة بها.

7-2-2 التكفل الاجتماعي: من خلال التركيز على المثيرات البيئية المختلفة التي لها أثر في تقويم سلوك الفرد وصورته لذاته، ورفع الثقة بالنفس والشعور بالرضا ومختلف المشاعر الإيجابية لدى المعاق، بالاستثمار في هذه الجوانب وإعطائه أدوار اجتماعية تساعد على الاندماج والتكيف مع أفراد الأسرة وأقرانه بالمدرسة وأفراد المجتمع، وقبوله الاجتماعي بهدف التخلص من السلوكيات الغير مرغوبة والجوانب السلبية عند المعاق دون التركيز عليها . وتحسين الظروف البيئية. (قحطان ،2008)

7-2-3 التدخل التربوي: الذي يتم من خلال تعليم وتدريب المعاقين ذهنيا على اكتساب المهارات الأساسية، كما يعتمد التكفل التربوي على أساليب هادفة في استثمار قدرات الطفل وطاقاته وتعليمه، أو تدريبه على المهارات الأساسية كالمهارات الأكاديمية من قراءة وكتابة وحساب، ومهارات اجتماعية بالإضافة إلى المهارات المهنية، من خلال تجسيد استراتيجيات تربوية تتوافق مع مستويات الإعاقة الذهنية المختلفة (عبد الفتاح ،2011، ص.376)، ولهدف دمجهم في الشغل وتعليمه تحمل المسؤولية بتعلم بعض الحرف وتكوينه فيها بدرجة عالية من الإتقان. لذلك وضع علماء التربية المدارس أو الفصول الخاصة ومجهزة بمختلف الوسائل والوسائط التعليمية الحديثة التي تساهم في رفع مستويات تحصيلهم الدراسي.

7-2-4 التكفل النفسي: وذلك لتخطي الظروف والاتجاهات السلبية المحيطة به من طرف الآخرين نحوه، فيقدم العلاج النفسي بمختلف تقنياته السلوكية والمعرفية لمعالجة بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمعاق ذهنيا، و تقديم برامج إرشاد نفسي للوالدين لتقبل طفلهم وإيضاح طرق المعاملة ودورها في تقويم وتعديل سلوك الطفل المعاق ذهنيا وإعداد برامج تدريبية تهدف إلى إكساب الطفل سلوكا جديدا.

كما يستعمل العلاج النفسي مع المعاقين ذهنيا لمحاولة فهم الطفل لنفسه، وماهية مشاكله ، وتحديد حاجاته، ومساعدته على تنمية مهاراته، واستغلالها في تحقيق أهدافه من جهة،

ومن جهة أخرى مساندة الأولياء وتقديم الدعم لهم بتوجيههم وإرشادهم ليتمكنوا من فهم أطفالهم، وكيفية التعامل معهم بإيجابية، وتوضيح دورهم في العناية وتأهيل أطفالهم. لما لهم من أهمية في بناء الأمن والتوافق النفسي ورفع الدافعية وتعزيز ثقتهم بنفسمهم.(قحطان، 2008، ص.312)

يتطلب التكفل بالطفل المعاق ذهنيا تدخل الأخصائي الأطفوني لغاية علاج اضطرابات النطق والكلام، من خلال تصحيح النطق للأطفال المعاقين ومساعدتهم على التعبير اللفظي السلس والتخلص من الكلام الطفولي، لما للغة والكلام من دور حاسم في النمو الكلي للأطفال.(القمش، 2011، ص.58)

8- الأسرة والطفل المعاق ذهنيا:

إن اتجاه الأسرة نحو الإعاقة الذهنية قد يأخذ مظهرين إما ايجابي أو سلبي، فالموقف الإيجابي هو محرك أساسي للعناية والتكفل وحماية الأسرة لطفلهم المعاق ذهنيا، مع توفير الحاجات الأساسية له، ودعمه بالتقبل والاهتمام، الناشئ عن الدعم النفسي بين الزوجين والمساندة من أجل تنمية قدرات طفلهم المعاق ذهنيا ومحاولة دمجهم في الأسرة والمجتمع، أما الموقف السلبي المصحوب بمشاعر الألم والحزن والشعور بالذنب والغضب والضيق واليأس والرفض والإنكار لطفلهم المعاق وعدم تقبله، فنجد هذه الأسرة تتخبط في مشاكل نفسية مثل: القلق والتوتر والكآبة التفكك الأسري والإهمال، إذ يتبادل الزوجان التهم في من هو المسؤول عن ميلاد طفل معاق مما يؤدي بهم إلى الطلاق في كثير من الأحيان خاصة مع تدني المستوى الثقافي والاقتصادي.

ظلت أسر الأطفال المعاقين - خاصة الأطفال المعاقين ذهنيا- على مدى عقود من الزمن مركز اهتمام الباحثين ، حيث تم التوصل إلى أن أسرة الطفل المعاق تعاني من الضغط الناتج عن رعاية الطفل المعاق والتواصل معه حسب كل من: Datta ,Russell,et Gopalakrishna (2002)، وكذلك مستويات أعلى من الضغط

والحزن المرتبط بتربية الطفل المعاق **Rayner & Moore (2007)**، كما تؤدي الإعاقة إلى تغير العلاقات الاجتماعية للأسرة. (عايش، 2021، ص. 233)

في دراسة لكل من **Antonna et Livenh** سنة 1991، تبين أن ردود الفعل في استجابة الوالدين لوجود إعاقة هي عملية هرمية تمر بثمانية مراحل و هي على الترتيب : الصدمة، القلق، الإنكار، الكآبة، الغضب الداخلي، العداء الخارجي، الاعتراف و أخيرا التكيف، وخلصت هذه الدراسة أيضا إلى أن والدي الطفل المعاق يعانون من ضغوط نفسية واجتماعية مستمرة إلى ما بعد تشخيص الإعاقة. وفي دراسة أخرى قام بها **الحديدي** وآخرون عام 1994 المتمحورة حول الضغوط التي يعاني منها أولياء الطفل المعاق في مدينتي عمان والزرقاء في الأردن، تبين أن أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا هم أكثر ضغطا من أولياء الأطفال المعاقين سمعيا، وبصريا، وحركيا (اللوزي، الفايز، 2008، ص. 93-94).

إن الدراسات التي أجريت في أمريكا وبريطانيا قد أكدت على أن الأسر التي تحوي معاقون فكريا تعاني من مشكلات وصراعات وصعوبات، فالكثير من الأسر تتعطل عن العمل والارتباطات الاجتماعية. بسبب المشكلات التي يسببها طفلها المعاق، كما أنها تعاني من العزلة الاجتماعية والضغوط النفسية والاكتئاب، وفي دراسات الأكثر حداثة والتي أجريت في نطاق أسر المعاقين قد أكدت على أن انتشار الضغوط والاضطرابات النفسية يعتبر السمة المميزة لحياة أسر المعاقين، وقد تختلف هذه الضغوط والحاجات باختلاف الثقافات والمجتمعات (الوكيل، 1436هـ، ص. 132).

وفي دراسة أجراها **كوفمان** وآخرون سنة 1990، لهدف التعرف على المشكلات والضغوط النفسية التي يتعرض لها عينة من الآباء الذين يقومون برعاية أبنائهم المعاقين ذهنيا، والتي تراوحت أعمارهم ما بين 20-41 عاما، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من 57 أبا من آباء المعاقين ذهنيا ممن تراوحت أعمارهم ما بين 64-80 عاما، وأكدت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين الضغوط النفسية التي

يتعرض لها الوالدان وبين كل من عمر الابن المعاق، وحجم الأسرة، والسلوك اللاتوافقي الذي يعاني منه ويتسم به سلوك الابن المعاق عقليا(الوكيل،1436هـ،ص.144).

من خلال ما سبق عرضه من دراسات، والتي خلصت إلى أن الكثير من آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، يعانون من ضغوط واضطرابات ومشكلات نفسية واجتماعية عديدة تفوق غيرهم من آباء وأمهات الأطفال العاديين، أي الذين لا يوجد لديهم أطفال معاقين ذهنيا، من هنا ستكون انطلاقة الباحثة في محاولة الكشف عن درجة القلق والاكتئاب لدى آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ومدى ارتباط هذه الاضطرابات النفسية باستراتيجيات التنظيم الانفعالي المستخدمة لكليهما، بتوسط مجموعة من المتغيرات: كجنس الطفل المعاق، درجة الإعاقة الذهنيةالخ.

خلاصة

ختاما، تمثل الإعاقة الذهنية تحديا كبيرا للفرد ذاته وللأولياء والأسرة ككل، يتطلب تضافر الجهود وتكاتفها على جميع الأصعدة والمستويات، لتوفير القدر المتاح من التوافق النفسي والاجتماعي. فالإعاقة الذهنية ليست بالحالة الطبية فقط. بل هي واقع نفسي اجتماعي يتطلب توفير الدعم الشامل، خاصة منه التعليمي الذي يساهم في تطوير المهارات الأساسية وتعزيز الاستقلالية.

إضافة إلى ذلك لابد من تعزيز الدعم الاجتماعي والوعي المجتمعاتي حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، ودحض الصورة النمطية السلبية التي قد تؤثر على توافقهم واندماجهم في المجتمع. فتوفير بيئة ملائمة لهم يزيد من حضهم في تحسين أسلوب معيشتهم، خاصة إذا تم الاستثمار في تعليمهم وتدريبهم وتدعيم دمجه ومشاركتهم في المجتمع بجهود الأفراد والعائلات والمؤسسات التعليمية والمنظمات الحكومية وغير حكومية لهدف إبراز إمكاناتهم الكاملة.

إن تبني نهجا سليما يتخلله الفهم، والدعم، والتعاطف، والعمل الاجتماعي، يجعل من الانعكاسات السلبية للإعاقة الذهنية تتلاشى، خاصة بنسبة الأولياء الذين هم في تخطيط دائم بين تطوير المستوى الأدائي لطفلهم والتحرر من أزمة الإعاقة الذهنية.

الجانِبُ التَّطْبِيقِي

الفصل السادس: إجراءات منهجية للدراسة الميدانية.

تمهيد.

1- الدراسة الاستطلاعية.

2-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية.

3-1 ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية.

4-1 عينة الدراسة الاستطلاعية.

5-1 أدوات الدراسة الاستطلاعية.

1-5-1 مقياس التنظيم الانفعالي.

2-5-1 مقياس القلق لبيك.

3-5-1 مقياس الاكتئاب لبيك.

2- الدراسة الأساسية.

1-2 منهج الدراسة الأساسية.

2-2 حدود الدراسة.

3-2 طريقة اختيار عينة الدراسة الأساسية وخصائصها.

4-2 أدوات الدراسة الأساسية.

5-2 تطبيق أدوات الدراسة الأساسية.

6-2 إجراءات تفريغ البيانات.

7-2 الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة البيانات.

خلاصة.

لإحداث التكامل في أي بحث علمي، لا بد من المزاوجة بين جانبين: الجانب النظري والجانب التطبيقي، من خلال نقل متغيرات الدراسة من صيغتها الكيفية إلى صيغتها الكمية، عن طريق دلالات رقمية تعطي للموضوع مصداقية علمية، فبعد الانتهاء من عرض الإطار النظري لهذه الدراسة، سوف يتم التطرق إلى الدراسة الميدانية التي احتوت في بدايتها على الدراسة الاستطلاعية التي تعد خطوة منهجية في غاية الأهمية، إذ كان الهدف من ورائها الوقوف على بعض الأخطاء والهفوات التي قد تؤثر على مصداقية وموضوعية الدراسة ونتائجها، ثم ضبطها فعزلها وقت إجراء الدراسة الأساسية.

1- الدراسة الاستطلاعية: يرى الباحث: "مجدي عزيز إبراهيم" أن الدراسة الاستطلاعية لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة المقابلة، وفي جعله يتأكد من أن ما يفكر فيه له أساس في الواقع. لذلك فإنه على الباحث أن يكرر الدراسة مرات ومرات حتى يطمئن على سلامة محتوى الأسئلة وصياغتها (حامل، 2012، ص98).

1-1 ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية:

- لم يكن الهدف من وراء الدراسة الاستطلاعية التحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة فقط، بل قامت الباحثة أيضا باستطلاع موسع لغرض جمع أكبر قدر ممكن من المراجع ذات الصلة بمتغيرات الدراسة من أجل طرح إشكالية أكثر وضوحا وشمولية.
- خلال القيام بالدراسة الاستطلاعية واجهنا صعوبات كبيرة تكمن أهمها في القيود التي فرضتها جائحة كورونا والسياسة الوقائية الهادفة إلى تجنب انتشار الوباء قدر الإمكان، وكان غلق المراكز البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا من أولها، ناهيك عن التعليق المؤقت لكل التربصات الميدانية، مما أثر سلبا على سيرورة الدراسة الميدانية.
- عدم تعاون إدارة المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا فيما يتعلق بتوفير مكتب خاص لجراء الدراسة، وتخصيص زمن محدد يربطنا بأولياء الأطفال المنتمين للمركز، مما جعل تطبيق أدوات الدراسة أمر عسر.

- عدم التفاعل التام والمشاركة الفعالة من العديد من أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً، باعتبارها لا تمس أبناءهم بالدرجة الأولى، ولا تعود بفائدة ملموسة بالنسبة لهم.
- رغم كل الظروف الصعبة التي وقفت في طريق الباحثة، إلا أنه تم البحث جاهداً عن الحلول المتاحة لكل العوائق والسعي لتجاوزها، كتخصيص وقت موسع لتجسيد أهداف البحث مما يتوافق مع الوقت متاح لأولياء أمور الأطفال، وتولي أمر البحث عن مكان للقيام بمقابلات مع أولياء الأطفال، لتقديم الشرح الموسع للغاية من وراء القيام بهذه الدراسة، وكذا تطبيق أدواتها.

1-2 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- تجريب أدوات الدراسة بشكل أولي، وذلك قبل تطبيقها بشكل نهائي في الدراسة الأساسية، وحتى يتسنى للباحثة التأكد من مستوى فهم عينة الدراسة الحالية للغة وعبارات المقاييس المستخدمة، ويتسنى لها أيضاً الاستفادة من نتائجها في التعديل والتنقيح.
- تقدير درجات صدق وثبات الأدوات المعتمدة في الدراسة الحالية، بطرق مختلفة حرصاً على دقة القياس وموضوعيته.
- استكشاف ميدان البحث وتقدير مدى صعوبات ومعوقات الدراسة ميدانياً بغية الاستعداد لتداركها لاحقاً في الدراسة الأساسية، والتعرف على العينة، والوقوف على مدى تجاوبها وتقبلها للمشاركة في البحث.
- تهيئة الأرضية العلمية لمباشرة الدراسة الأساسية.

1-3 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية: أجريت الدراسة الاستطلاعية على مستوى

المركز النفسي البيداغوجي لولاية سيدي بلعباس، تمثل مجتمع الدراسة الاستطلاعية في 40 فرداً (20)، أباً، و(20) أما لأطفال معاقين ذهنياً مدمجين في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً لولاية سيدي بلعباس، تم اختيار العينة بطريقة مقصودة حيث تتوفر خاصية الدراسة، في الفترة الممتدة مابين: (سبتمبر 2019 - مارس 2020)، والجدول رقم: (7) يوضح خصائصها:

جدول رقم(7): يوضح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.

خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.							
جنس ولي الطفل المعاق ذهنيا	=ن	جنس الطفل المعاق ذهنيا	=ن	شدة الإعاقة الذهنية	=ن	سن الطفل المعاق ذهنيا	=ن
أب	20	ذكر	24	خفيفة	7	من 5 الى 11	19
أم	20	أنثى	16	متوسطة	14	سنة	
				عميقة	19	من 12 الى 18 سنة	21
المجموع	40	المجموع	40	المجموع	40	المجموع	40

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية قد تنوعت، من حيث جنس أولياء الطفل المعاق ذهنيا، إذ شملت (20 أبا، و20 أما)، وتضمنت عينة الدراسة الاستطلاعية كلتا الجنسين من ذكور معاقين ذهنيا بلغ عددهم (24)، و(16) أنثى، تراوح تركز عينة الدراسة الاستطلاعية في مستويات الإعاقة الذهنية على النحو التالي: إعاقة ذهنية خفيفة (7) أطفال، إعاقة ذهنية متوسطة(14)، إعاقة ذهنية عميقة (19)، تم تقسيم الفئة العمرية للأطفال المعاقين ذهنيا إلى فئتين الأولى (من 5 الى 11 سنة)، بلغ عددهم (19)، والفئة الثانية (12 الى 18 سنة) بلغ عددهم (21).

1-4 أدوات الدراسة الاستطلاعية: تضمنت أدوات الدراسة الاستطلاعية: مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي **CERQ** ، ومقياس القلق **BAI** ، ومقياس الاكتئاب **BDI-II**.

1-4-1 مقياس التنظيم الانفعالي:

أولاً: وصف المقياس: بعدما لوحظ وجود ندرة في المقاييس النفسية الخاصة بالتنظيم الانفعالي، عكف كل من **Garnefski** وآخرون سنة 2007 على تطوير استبيان التنظيم

الانفعالي ومراجعته من قبل كل من : Nadia Garnefski & Vivian Kraaij سنة 2007 ، يتضمن هذا الأخير تسعة استراتيجيات للتنظيم الانفعالي مبنية على أسس علمية ونظرية، تم التأكد من صدق وثبات المقياس في نسخته الأصلية بعدة طرق منها: حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس التنظيم الانفعالي التسعة مع المقياس ككل، وتراوحت معاملات الثبات ما بين: 0,75 و 0,87، كما تم حساب معامل ارتباط بيرسون لإعادة التطبيق بفارق زمني بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني قدر بسنة كاملة، تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع ما بين: 0,48 و 0,65.

(Nadia Garnefski & Vivian kaaraj,2007,p.144-145)

تمت ترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية من قبل الباحث **محمد زكي جاسر عفانة**، ليتم بعدها التأكد من صدق المقياس بعدة طرق منها صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلي الذي تراوحت فيه معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس والمقياس ككل ما بين: (0,01 و 0,05)، كما تم حساب صدق المقياس عن طريق المقارنات الطرفية أو الصدق التمييزي، الذي كانت نتائجه عالية كذلك، أما عن ثبات المقياس فقد تم التحقق منه عن طريق التجزئة النصفية، ومعامل ثبات ألفا كرونباخ. اللذان أظهرتا درجة عالية من الثبات، ومنه اتضح للباحث أن جميع معاملات الارتباط دالة وبالتالي فإن الاختبار يعتبر مناسباً، ويتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات (عفانة، 2018، ص. 70-77).

يتكون المقياس في صورته النهائية بعد الترجمة من 36 فقرة، تغطي الأبعاد التسعة الفرعية التي تمثل استراتيجيات للتنظيم الانفعالي **CERQ** وهي: (لوم الذات، التقبل، الاجترار، إعادة التركيز الإيجابي، التركيز على الخطئ، إعادة التقييم الإيجابي، وضع الأمور في نصابها، التهويل، لوم الآخرين)، حيث تكون كل مجال من (4) فقرات.

جدول رقم (8): يوضح توزيع أبعاد وعدد فقرات مقياس التنظيم الانفعالي وتسلسلها.

رقم البعد	الأبعاد الفرعية	رقم العبارات وتسلسلها	عدد العبارات
-----------	-----------------	-----------------------	--------------

1	لوم النفس	1، 10، 19، 28.	4
2	التقبل	2، 11، 20، 2.	4
3	الاجترار	3، 12، 21، 30.	4
4	إعادة التركيز الايجابي	4، 13، 22، 31.	4
5	التركيز على الخطط	5، 14، 23، 32.	4
6	إعادة التقييم الايجابي	6، 15، 24، 33.	4
7	وضع الأمور في نصابها	7، 16، 25، 34.	4
8	التحويل	8، 17، 26، 35.	4
9	لوم الآخرين	9، 18، 27، 36.	4
المجموع			36

ثانيا: الخصائص السيكومترية لمقياس التنظيم الانفعالي في الدراسة الحالية:

1- صدق مقياس التنظيم الانفعالي: لهدف التحقق من صدق المقياس قامت الباحثة بتطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية، التي تم اختيارها بطريقة مقصودة. شملت 40 ولما لأطفال معاقين ذهنيًا (20 أبًا و 20 أمًا)، تم التحقق من صدق المقياس بطرق عدة اعتمادا على البرنامج الإحصائي (SPSS.20)، ونذكر منها ما يلي:

1-1 صدق الاتساق الداخلي للمجموع الكلي لفقرات مقياس التنظيم الانفعالي مع بعدها: تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معامل الارتباط بيرسون بين المجموع الكلي للفقرات والبعد الخاص بها وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم(9): يوضح صدق الاتساق الداخلي للمجموع الكلي لفقرات مقياس التنظيم الانفعالي مع بعدها.

رقم البعد	أبعاد المقياس	معامل الارتباط "ر"	مستوى الدلالة
1	لوم النفس	0,46**	0,01
2	التقبل	0,37*	0,05
3	الاجترار	0,43**	0,01
4	إعادة التركيز الايجابي	0,36*	0,05

5	التركيز على الخطط	0,34*	0,05
6	إعادة التقييم الايجابي	0,32*	0,05
7	وضع الأمور في نصابها	0,49**	0,01
8	التحويل	0,33*	0,05
9	لوم الآخرين	0,53**	0,01

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين كل أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي والمجموع الكلي للمقياس دال عند مستوى دلالة (0,01) و(0,05)، وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الإتساق الداخلي، مما يطمئن الباحثة على اعتماده كأداة من أدوات الدراسة الأساسية.

1-2 صدق الاتساق الداخلي لفقرات مقياس التنظيم الانفعالي مع بعدها: تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معامل الارتباط بيرسون بين فقرات مقياس التنظيم الانفعالي والبعد الخاص بها، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم(10): يوضح صدق الاتساق الداخلي لفقرات مقياس التنظيم الانفعالي مع بعدها.

الرقم التسلسلي	البعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط ر	مستوى الدلالة
1	لوم النفس	1	0,77**	0,01
		10	0,83**	0,01
		19	0,41**	0,01
		28	0,70**	0,01
2	التقبل	2	0,65**	0,01
		11	0,61**	0,01
		20	0,52**	0,01
		29	0,62**	0,01
3	الاجترار	3	0,80**	0,01
		12	0,78**	0,01

0,05	0,38*	21	إعادة التركيز الايجابي	4
0,01	0,87**	30		
0,01	0,78**	4		
0,01	0,70**	13		
0,01	0,78**	22		
0,01	0,57**	31	التركيز على الخطط	5
0,01	0,72**	5		
0,01	0,73**	14		
0,01	0,46**	23		
0,01	0,68**	32		
0,01	0,70**	6	إعادة التقييم الايجابي	6
0,01	0,71**	15		
0,01	0,46**	24		
0,01	0,64**	33		
0,01	0,81**	7	وضع الأمور في نصابها	7
0,01	0,81**	16		
0,01	0,78**	25		
0,05	0,39*	34		
0,01	0,65**	8	التحويل	8
0,01	0,71**	17		
0,01	0,78**	26		
0,01	0,71**	35		
0,01	0,93**	9	لوم الآخرين	9
0,01	0,95**	18		

0,01	0,69**	27		
0,01	0,91**	36		

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين كل فقرات مقياس التنظيم الانفعالي وأبعاده التسعة: لوم الذات، التقبل، الاجترار، إعادة التركيز الإيجابي، التركيز على الخطأ، إعادة التقييم الإيجابي، وضع الأمور في نصابها، التهويل، لوم الآخرين، دالة عند مستوى الدلالة (0,01 و 0,05). وهذا ما يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي ويشجع الباحثة على اعتماده كأداة من أدوات الدراسة الأساسية.

1-3 الصدق التمييزي: تقوم المقارنة الطرفية لهدف حساب الصدق التمييزي على أساس تقسيم المقياس إلى قسمين، ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، كما هو موضح في الجدول أدناه.

الجدول رقم(11): يوضح نتائج اختبار صدق المقارنة الطرفية للكشف عن الفروق بين منخفضي

ومرتفعي الدرجات في استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

المتغير	تنظيم انفعال عالي ن=13	تنظيم انفعالي منخفض ن=13	مستوى الدلالة	الملاحظة
مقياس التنظيم الانفعالي	م	ع	0,00	دالة
	134,54	5,53		
	ع	م		
	5,53	117,31		
		7,30		

من خلال الجدول يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات التنظيم الانفعالي بين مرتفعي الدرجات الذين حصلوا على مجموع عالي بمتوسط قدره (134,54)، وبين الفئات التي حصلت على مجموع منخفض في مقياس التنظيم الانفعالي بمتوسط قدرة (117,31)، عند مستوى الدلالة (0,00)، وبالتالي فإنه يميز بين الأفراد ذوي الدرجات العليا والأفراد ذوي الدرجات الدنيا في الدرجة الكمية للمقياس، مما يعني بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق التمييزي.

2- ثبات مقياس التنظيم الانفعالي في الدراسة الحالية: تم تقدير ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية باستخدام طريقتي التجزئة النصفية ومعادلة الارتباط ألفا كرونباخ.

2-1 معامل ثبات المقياس ككل عن طريق معامل الثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية: تم التأكد من ثبات المقياس بتطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية، وذلك باستخدام طريقتي التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ لمقياس التنظيم الانفعالي ككل وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم(12): يوضح معامل ثبات مقياس التنظيم الانفعالي ككل عن طريق معامل الثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

المقياس	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
التنظيم الانفعالي	0,75	0,63

يتضح من خلال نتائج الجدول أن قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس التنظيم الانفعالي قدرت بـ (0.75)، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، أما عن طريق التجزئة النصفية فقدرت قيمتها بـ (0.63)، وهي قيمة تسمح باعتماد المقياس سيكومترياً.

2-2 معاملات الثبات لأبعاد مقياس التنظيم الانفعالي مع المقياس ككل: تم التحقق من ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية، وذلك باستخدام معامل ارتباط ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس التنظيم الانفعالي والمقياس ككل وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم(13): يوضح معاملات الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس التنظيم الانفعالي.

رقم البعد	الأبعاد الفرعية	عددها العبارات	معامل الثبات
1	لوم النفس	4	0,77
2	التقبل	4	0,72
3	الاجترار	4	0,77
4	إعادة التركيز الايجابي	4	0,78
5	التركيز على الخطط	4	0,76
6	إعادة التقييم الايجابي	4	0,74

7	وضع الأمور في نصابها	4	0,70
8	التحويل	4	0,78
9	لوم الآخرين	4	0,83

يتبين من خلال ما سبق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات بطريقة ألفا كرومباخ، فبعد عرض النتائج اتضح للباحثة أن جميع معاملات الارتباط دالة، إذ تراوحت ما بين: (0.70 و 0.83). وبالتالي فإن الاختبار يعتبر مناسباً ويتمتع بدرجة مناسبة من الصدق والثبات. مما يسمح للباحثة باستخدامه كأداة في الدراسة الأساسية.

1-4-2 مقياس بيك للقلق BAI :

ظهرت الصورة الأولى من مقياس بيك للقلق عام 1988 **Beck anxiety inventory** علي يد بيك **Beck** وزملائه، واستمدت مفرداتها من أدوات التقرير الذاتي التي تقيس أنواعاً مختلفة من القلق التي استعملت في مركز العلاج المعرفي، وهذه الأدوات هي:

1. قائمة فحص القلق ACL.

2. قائمة المراجعة الظاهرية السريرية PDR.

3. قائمة المقياس الجسدي، والمعرفي للقلق SAC.

طبق المقياس في صورته الأولى من 86 مفردة التي تعكس أعراض القلق، على عينة أولية مؤلفة من 180 من حالات تعاني من اضطراب القلق، واضطراب المزاج، وأظهرت نتائج التحليل العاملي استبعاد (20) مفردة تقيس نفس المحتوى لبعض المفردات المذكورة في المقياس، كما أظهرت نتائج التحليل العاملي ضرورة استبعاد 19 مفردة أخرى ليصبح عدد مفردات المقياس 47 مفردة، ومن خلال تطبيقه على عينة قوامها 116 شخصاً قلصت بنوده إلى 37 مفردة لضعف ارتباطها بالمقياس، لتصل بنود المقياس انطلاقاً من تحليل المفردات إلى 21 بنود، وذلك بعد تطبيقها على العينة المؤلفة من 160 مريضاً التي اعتمدت نتائجها في البناء النهائي للمقياس (ياسين، 2015، ص. 47).

أولاً: وصف المقياس: يستخدم مقياس بيك للقلق لقياس شدة القلق للأفراد الذين تزيد أعمارهم على 17 سنة. يعد مقياس بيك لأعراض القلق 1990 مقياساً يقيس القلق والمصمم بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-III النسخة الثالثة، والنسخة الثالثة المعدلة، والمتعلقة باضطرابات القلق بمدى عمري منحصر بين 17-76 سنة.

تعرض مؤلفو المقياس إلى مؤشرات الثبات والصدق، بحيث أن مؤشرات الاتساق الداخلي كانت عالية (ألفا كرونباخ = 0,67)، ومؤشرات ثبات بفارق زمني قدره أسبوع واحد بلغ (0,67)، ومعامل اتساق داخلي دال على ثبات المقياس بلغ (0,94)، ومعامل استقرار بلغ (0,75) بفارق زمني قدره أسبوع واحد، فيما يتعلق بصدق المقياس بصورته الانجليزية الأصلية، فدلّت مؤشرات الصدق التلازمي على ارتفاعه من خلال علاقة الأداء على مقياس هاملتون ر = (0,51)، ومقياس القلق حالة - سمة لسيلينبيرغر (ر = 0,58) و (0,47) على التوالي، تم التأكد كذلك من خلال الصدق التمييزي الذي كانت مؤشرات عالية. (النهار، الزبيدي، 2000، ص.90)

يتكون المقياس من 21 عبارة وصفية تقيس شدة أعراض القلق وفقاً للأعراض الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية عام 1980-III-DSM، والدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية DSM-III-R عام 1987، وتقيس الجوانب المختلفة للقلق مقدرة على مدرج من أربعة نقاط : أبداً (0)، بشكل خفيف (1)، معتدل (2)، شديد (3). (ياسين، 2015، ص.48).

تمت ترجمة المقياس من قبل الباحثة سهى ياسين في دراستها المعنونة: **بالكفاءة السيكمترية لمقياس بيك للقلق على عينة من الأسوياء والمرضى النفسيين**، تطرقت هذه الأخيرة إلى التأكد من صدق مقياس **BAI** بطرق عديدة من بينها: صدق المحتوى من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المختصين في اللغتين الانجليزية، والعربية، وعدد من الأخصائيين النفسيين، والتربويين ممن تتوافر فيهم شروط إتقان اللغة الإنجليزية، وبعد القيام

بالتعديلات المتعلقة بصحة الترجمة، وسلامتها، و مدى توافقها مع البيئة المحلية، تم عرضه على مجموعة من الأساتذة المحكمين في قسم القياس والتقويم، وعلم النفس، وذلك للتأكد من ملائمة بنوده من حيث الصياغة، والوضوح لهدف التطبيق على عينة الدراسة الأساسية، كما تم التحقق من الصدق المحكي لمقياس **BAI** باستخدام ثلاث طرائق هي: التحقق من صدق مقياس **BAI** باستخدام مقاييس محكية وهي: مقياس تايلور للقلق الصريح، ومقياس سبيلبرجر للقلق، ومقياس بيك لليأس، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس أكسفورد للسعادة، وتم التحقق كذلك من صدق مقياس **BAI** بطريقة الفرق المتقابلة، وكذا بطريقة المجموعات الطرفية. وكل النتائج كانت دالة مابين: (0,01 و 0,05)، إضافة إلى طرق أخرى لحساب الصدق البنوي منها: صدق الاتساق الداخلي المتمثل في ارتباطات كل بند مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، وكانت نتائجه دالة إحصائيا عند مستوى (0,01)، إضافة إلى ارتباطات درجة كل بعد من أبعاد مقياس بيك للقلق مع الأبعاد الأخرى والدرجة الكلية للمقياس وكلها كانت دالة عند مستوى (0,01)، إضافة إلى حساب الصدق عن طريق التحليل العاملي التي كانت نتائجه جد مرضية، تم التحقق كذلك من قبل الباحثة سهى ياسين من ثبات المقياس بعدة طرق منها: الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، والثبات بإعادة التطبيق، كانت نتائج معادلات الثبات دالة عند (0,01)، يتكون المقياس من 21 عبارة موزعة على أربعة أبعاد وهي:

جدول رقم (14): يوضح توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس بيك للقلق وتسلسلها.

رقم البعد	الأبعاد الفرعية	رقم العبارات وتسلسلها	عددها العبارات
1	البعد العصبي	1، 3، 6، 8، 12، 13، 19	7
2	البعد الشخصي	4، 5، 9، 10، 14، 17	6
3	بعد الهلع	7، 11، 15، 16	4
4	البعد اللاإرادي	2، 18، 20، 21	4
21	المجموع		

ثانيا: الخصائص السيكومترية لمقياس بيك للقلق BAI : لهدف التحقق من صدق وثبات المقياس قامت الباحثة بتطبيقه على نفس عينة الدراسة الاستطلاعية، التي تم اختيارها بطريقة مقصودة شملت 40 ولداً لأطفال معاقين ذهنياً (20 أباً و 20 أمًا)، وتم التحقق من صدق وثبات المقياس بطرق عدة اعتماداً على البرنامج الإحصائي (SPSS.20)، ونذكر منها ما يلي:

1- صدق المقياس: جرى التحقق من صدق المقياس بتطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 40 ولداً لأطفال معاقين ذهنياً تم اختيارها بطريقة قصدية، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS.20)، وكانت النتائج كالتالي:

1-1 صدق الاتساق الداخلي لل فقرات مقياس بيك للقلق مع المجموع الكلي للمقياس:

جدول رقم(15): يوضح صدق الاتساق الداخلي لفقرات مقياس بيك للقلق مع المجموع الكلي

للمقياس.

البعد	الفقرة	معامل الارتباط "ر"	مستوى الدلالة
البعد العصبي	1	0,64**	0,01
	3	0,44**	0,01
	6	0,68**	0,01
	8	0,67**	0,01
	12	0,65**	0,01
	13	0,62**	0,01
البعد الشخصي	19	0,59**	0,01
	4	0,41*	0,05

0,05	0,35*	5	
0,05	0,40*	9	
0,05	0,35*	10	
0,05	0,34*	14	
0,01	0,57**	17	
0,01	0,72**	7	بعد الهلع
0,01	0,64**	11	
0,01	0,49**	15	
0,05	0,35*	16	
0,01	0,67**	2	البعد اللاردي
0,01	0,62**	18	
0,01	0,56**	20	
0,01	0,54**	21	

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس بيك للقلق BAI، والدرجة الكلية للاستبانة دالة عند مستوى دلالة (0,05 و 0,01). وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة من الاتساق الداخلي، مما يطمئن الباحثة على تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

1-2 صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس بيك للقلق مع الفقرات المنتمية إليه:

جدول رقم (16): يوضح صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس بيك للقلق مع الفقرات المنتمية إليه.

البعد	الفقرة	معامل الارتباط "ر"	مستوى الدلالة
البعد العصبي	1	0,69**	0,01
	3	0,53**	0,01
	6	0,80**	0,01
	8	0,69**	0,01
	12	0,67**	0,01
	13	0,69**	0,01
	19	0,60**	0,01
البعد الشخصي	4	0,51**	0,01
	5	0,48**	0,01
	9	0,59**	0,01
	10	0,57**	0,01
	14	0,43**	0,01
	17	0,75**	0,01
	7	0,70**	0,01
بعد الهلع	11	0,75**	0,01
	15	0,64**	0,01
	16	0,41**	0,01

0,01	0,81**	2	البعد اللارادي
0,01	0,66**	18	
0,01	0,78**	20	
0,01	0,76**	21	

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين الأبعاد الأربعة لمقياس بيك للقلق والفقرات المنتمية إليها دالة كلها عند مستوى دلالة (0,01 و 0,05)، وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي.

1-3 صدق المجموع الكلي لمقياس بيك للقلق مع الأبعاد:

جدول رقم(17): يوضح صدق المجموع الكلي مع أبعاد مقياس بيك للقلق.

البعد	قيمة "ر"	مستوى الدلالة
العصبي	0,91**	0,01
الشخصي	0,58**	0,01
الهلع	0,87**	0,01
اللاإرادي	0,78**	0,01

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط المجموع الكلي لمقياس بيك للقلق BAI والأبعاد الأربعة المنتمية إليها دالة عند مستوى دلالة (0,01 و 0,05)، وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

2- ثبات مقياس بيك للقلق:

تم حساب ثبات المقياس بتطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية وذلك باستخدام معامل ارتباط ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

2-1 معامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لأبعاد مقياس بيك للقلق والمقياس

ككل:

جدول رقم(18): يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لأبعاد مقياس بيك للقلق.

البعد	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
العصبي	0,79	0,68
الشخصي	0,57	0,54
الهلع	0,50	0,52
اللاإرادي	0,74	0,68

يتضح من خلال نتائج الجدول أن قيم معامل ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس القلق لبيك تراوحت بين (0.50 و 0.79)، بينما تراوحت قيم معامل ثبات التجزئة النصفية لها بين (0.52 و 0.68) وهي قيم مقبولة إحصائياً، وبذلك اعتبرت الباحثة أن مقياس التنظيم الانفعالي يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات، ومن ثم يمكن الاعتماد عليه في الحصول على نتائج دقيقة عند التطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

2-2 معامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمجموع الكلي لفقرات مقياس بيك للقلق:

جدول رقم(19): يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمجموع الكلي لفقرات مقياس بيك للقلق.

الطريقة	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
المجموع الكلي	0,86	0,84

يتضح من خلال نتائج الجدول أن قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس بيك للقلق قدرت ب (0.86)، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، أما عن طريق التجزئة النصفية فقدرت قيمتها ب(0.84)، وهي قيمة تسمح باعتماد المقياس سيكومترياً.

1-4-3 سلم بيك الثاني للاكتئاب:

أولاً: التعريف بسلم بيك الثاني للاكتئاب:

تعد قائمة آ.ت. بيك الثانية BDI-II لقياس الاكتئاب، أحدث صورة لقوائم بيك لقياس الاكتئاب. تتكون من 21 مجموعة وبند لقياس شدة الاكتئاب ابتداء من عمر 16 سنة، تتميز هذه القائمة بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع DSM-IV للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994 تم إجراء تعديلات على القائمة سواء في صورتها الأولى BDI 1961، أو في صورتها الأولى المعدلة 1979 BDI-IA، ليصبح في صورته الحالية أداة لقياس الأعراض للاكتئاب وهي كالتالي:

- 1- الحزن ، 2- التشاؤم، 3- الفشل السابق، 4- فقدان الاستمتاع، 5- مشاعر الإثم، 6- مشاعر العقاب ، 7- عدم حب الذات، 8- نقد الذات، 9- الأفكار الانتحارية، 10- البكاء، 11- التهيج الاستثارة، 12- فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي، 13- التردد في اتخاذ القرارات، 14- انعدام القيمة، 15- فقدان الطاقة، 16- تغيرات في نمط النوم، 17- القابلية للغضب أو الانزعاج، 18- تغيرات في الشهية، 19- صعوبة التركيز، 20- الإرهاق أو الإجهاد، 21- فقدان الاهتمام بالجنس. (معمرية، 2010، ص. 95)

ويستعمل سلم بيك الثاني للاكتئاب في مجال البحث النفسي وفي مجال التشخيص العيادي للمراهقين والبالغين ابتداء من عمر 16 سنة، ترجم سلم بيك الثاني لقياس الاكتئاب على يد غريب عبد الفتاح غريب عام 2000، حيث عمل على ذلك بناء على خبرته الطويلة في بحوثه حول الاكتئاب، وكان قد ترجم عام 1981 قائمة بيك الأولى المعدلة IA-BDI لقياس الاكتئاب في مصر والإمارات العربية المتحدة كما قام بإجراء دراسات عديدة حول الاكتئاب. (يحياوي، 2014، ص. 299).

ثانيا: الخصائص السيكومترية لمقياس بيك Beck للاكتئاب BDI-II :

تمت دراسة صدق قائمة بيك الثانية للاكتئاب بطرق متعددة منها: صدق المحتوى، صدق المفهوم، الصدق الإتفاقي التقاربي، الصدق التمييزي، أما عن الثبات فقد تمت دراسته بطريقة إعادة التطبيق، وبطريقة التجانس، كل النتائج كانت جد مرضية عكست مدى كفاءته

للاستعمال بكل اطمئنان سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي. قام الأستاذ الدكتور بشير معمريّة بتقنين قائمة بيك الثانية للاكتئاب على البيئة الجزائرية والتأكد من الخصائصها السيكومترية بتطبيقه على عينة دراسة شملت 998 فردا من كلا الجنسين، تراوحت أعمارهم من: 19-49 سنة، بحيث عكف على التأكد من صدق المقياس بطرق عديدة منها: الصدق التمييزي الذي كانت نتائجه دالة على أن القائمة لها القدرة على التمييز بين مرتفعي ومنخفضي الاكتئاب من ذكور وإناث، كما أن معاملات الصدق الإثفاقي للقائمة كلها كانت دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، تم التحقق كذلك من صدق القائمة بحساب الصدق التعارضي للقائمة مع مقياس توكيد الذات ل: أرنولد لازاروس وأرلوند وولب، واستبيان لقياس السعادة، واستبيان لقياس التفاؤل، كانت معاملات الصدق التعارضي كلها دالة عند مستوى (0.01)، تم التأكد من ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا كرونباخ، بينت معاملات الثبات التي تم الحصول عليها أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية مما يجعلها أداة ذات كفاءة سيكومترية للكشف عن الاكتئاب.

1- صدق مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II من خلال تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية بحساب صدق الاتساق الداخلي لكل بند من البنود مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II مع المقياس ككل:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بتطبيقه على العينة الاستطلاعية التي تم اختيارها بطريقة قصدية، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول أدناه.

جدول رقم (20): يوضح معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس

بيك للاكتئاب BDI-II .

رقم المجموعة	البند	معامل "ر"	مستوى الدلالة
1	الحزن	0,50**	0,01
2	التشاؤم	0,78**	0,01
3	الفشل السابق	0,72**	0,01
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0,41**	0,01
5	مشاعر الإثم(تأنيب الضمير)	0,55**	0,01
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	0,56**	0,01
7	عدم حب الذات	0,43**	0,01
8	نقد الذات و لومها	0,43**	0,01
9	الأفكار و الرغبات الانتحارية	0,35*	0,05
10	البكاء	0,50**	0,01
11	الهيجان والإثارة(عدم الاستقرار)	0,45**	0,01
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب و الاجتماعي	0,76**	0,01
13	التردد في اتخاذ القرارات	0,65**	0,01
14	انعدام القيمة	0,66**	0,01
15	فقدان الطاقة على العمل	0,51**	0,01
16	تغيرات في نظام النوم	0,41**	0,01
17	القابلية للغضب و الانزعاج	0,36*	0,05

18	تغيرات في الشهية	0,39*	0,05
19	صعوبة التركيز	0,63**	0,01
20	الإرهاق أو الإجهاد	0,49**	0,01
21	فقدان الاهتمام بالجنس	0,35*	0,05

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين فقرات مقياس بيك للاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى دلالة (0,01 و 0,05)، هذا ما يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي. مما يطمئن الباحثة على إمكانية استخدامه في الدراسة الأساسية.

2- ثبات مقياس بيك للاكتئاب BDI-II ككل بطريقة معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية: تم تقدير ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية وذلك باستخدام طريقتي التجزئة النصفية ألفا كرونباخ وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (21): يوضح ثبات مقياس بيك للاكتئاب ككل بطريقة معامل ألفا كرونباخ و التجزئة النصفية.

المقياس	معامل ألفا كرونباخ	معامل التجزئة النصفية
الاكتئاب BDI-II	0,84	0,85

يتضح من خلال نتائج الجدول أن قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس بيك للاكتئاب قدرت بـ (0.84)، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، أما عن طريق التجزئة النصفية فقدرت قيمتها بـ (0.85)، وهي قيمة تسمح باعتماد المقياس سيكومترياً.

2- الدراسة الأساسية: بعد انتهاء إجراءات الدراسة الاستطلاعية، والتحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في الدراسة والضبط الكلي لمتغيراتها، نتطرق في هذا الجزء الميداني إلى إجراءات الدراسة الأساسية.

1-2 منهج الدراسة الأساسية:

يعرف **المنهج العلمي** بأنه: " عبارة عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق اهداف بحثه، وبالتالي فالمنهج ضروري للبحث فهو ينيّر الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد ومساعي وأسئلة وفروض البحث" (قشوش، 2012، ص.197).

يتمحور الموضوع رهن الدراسة حول الكشف عن حقيقة وجود علاقة ارتباطيه بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا، لذا فإن أكثر المناهج الملائمة له هو المنهج الوصفي الارتباطي، حيث أنه يوفر أوصافا دقيقة للظاهرة المراد دراستها عن طريق جمع البيانات ووصف الممارسات، كما يعمل على تنظيمها وتحليلها وتفسيرها في إطار منهجية علمية مصممة.

من أجل بلوغ الأهداف المحددة للدراسة، قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، الذي نسعى من خلاله إلى وصف الظاهرة قيد الدراسة وتحليل البيانات المتعلقة بها، ودراسة العلاقات بين مختلف جوانبها ومكوناتها، حيث يتناول المنهج دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة ومتاحة للدراسة دون أف يتدخل الباحث في مجرياتها، وعلى الباحث أف يتفاعل معها بالوصف والتحليل (الأغا، 1997، ص 41)، ويعتبر المنهج طريقة في البحث عن الحاضر ظاهرة ما للإجابة عن تساؤلات محددة بموضوعية دون أن يتدخل الباحث في ضبط المتغيرات أو إلحاق معالجات جديدة، بل يدرس ما هو موجود كما هو كائن (دياب، 2003، ص82).

2-2 عينة الدراسة الأساسية: بعد التحقق من صدق وثبات مقاييس الدراسة (مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي، مقياس بيك للقلق، ومقياس بيك للاكتئاب) قامت الباحثة بتطبيقها على مجتمع الدراسة على الشكل التالي:

1-2-2 طريقة اختيار عينة الدراسة الأساسية:

توجد عدة طرق لاختيار عينة الدراسة الأساسية، وتهدف هذه الأساليب إلى اختيار عينة ممثلة لمجتمع الدراسة الأصلي تمثيلاً صادقاً، بحيث تشمل العينة المختارة على وخواص المجتمع الأصلي.

تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بطريقة قصدية، حيث توجهت الباحثة للمراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنياً المتواجدة بولاية سيدي بلعباس، منها المركز النفسي البيداغوجي لولاية سيدي بلعباس، المركز النفسي البيداغوجي لدائرة تلاغ، مركز النعمة للمعاقين ذهنياً، وتم التواصل مع عيادة الأمل الارطفونية وجمعية التميز، قصد البحث عن أكبر عدد من العينة التي تمثل خصائص المجتمع الكلي للدراسة الأساسية، أشرفت الباحثة على تطبيق أداة الدراسة على أفراد العينة بصفة شخصية.

2-2-2 خصائص عينة الدراسة الأساسية وخصائصها:

تتميز عينة الدراسة الأساسية بما يلي:

جدول رقم(22): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية على المراكز المتخصصة.

العينة	المركز النفسي البيداغوجي سيدي بلعباس	المركز النفسي البيداغوجي لدائرة تلاغ	مركز النعمة للمتخلفين ذهنيا	عيادة الأمل الارطفونية	جمعية التميز
أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً	45	30	15	17	13
المجموع	120				

إن توزيع عينة الدراسة الأساسية على المراكز النفسية البيداغوجية كان مختلف العدد، فنجد أن أكبر عينة أخذت من المراكز النفسية البيداغوجية العمومية، مقارنة مع المراكز الخاصة مثل عيادة الأمل وجمعية التميز.

الجدول الموالي يوضح العدد الكلي لأفراد العينة، وخصائصها من حيث جنس أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً، وعدد الأطفال المعاقين ذهنياً من حيث الجنس والسن، وشدة الإعاقة الذهنية.

جدول رقم (23): يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية.

خصائص عينة الدراسة الأساسية							
جنس ولي الطفل المعاق ذهنيا	=ن	جنس الطفل المعاق ذهنيا	=ن	شدة الإعاقة الذهنية	=ن	سن المعاق ذهنيا	=ن
أب	54	ذكور	83	خفيفة	20	من 5 الى 11 سنة	46
				متوسطة	32		
أم	66	إناث	37			من 12 الى 18 سنة	74
				عميقة	68		
المجموع	120	المجموع	120	المجموع	120	المجموع	120

يتضح من خلال الجدول أن خصائص عينة الدراسة الأساسية قد تنوعت، من حيث جنس أولياء الطفل المعاق ذهنياً حيث شملت (54 أباً و 66 أما)، وشملت عينة الدراسة الأساسية كلتا الجنسين من ذكور معاقين ذهنياً بلغ عددهم (83)، و(37) أنثى، بحيث فاق عدد الذكور عدد الإناث، تراوح تمركز عينة الدراسة في مستويات الإعاقة الذهنية على النحو التالي: إعاقة ذهنية خفيفة (20) طفلاً، إعاقة ذهنية متوسطة (32)، إعاقة ذهنية عميقة (68)، تم تصنيفهم بناءاً على تقييم اللجنة النفسية البيداغوجية التي تشمل: الأخصائي النفسي، المساعد الاجتماعي، طبيب المركز، ورئيس المصلحة البيداغوجية لتسجيل بعد

ذلك في ملفات خاصة بكل تلميذ، شملت عينة الدراسة الأساسية الفئات العمرية التالية: الفئة الأولى (من 5 إلى 11 سنة)، بلغ عددهم (46)، والفئة الثانية (12 إلى 18) بلغ عددهم 74.

2-3 حدود الدراسة الأساسية:

شملت الدراسة الحالية الحدود والمجالات التالية:

2-3-1 المجال البشري: تم إجراء الدراسة الحالية على عينة من أولياء (آباء وأمهات) الأطفال المعاقين ذهنياً التابعين للمراكز النفسية البيداغوجية لولاية سيدي بلعباس، منها: المركز النفسي البيداغوجي لدائرة تلاغ، مركز النعمة للمعاقين ذهنياً، عيادة الأمل الارطفونية وجمعية التميز.

2-3-2 المجال المكاني: تم إجراء هذه الدراسة في المراكز النفسية البيداغوجية التابعة لولاية سيدي بلعباس وهي كتالي: المركز النفسي البيداغوجي لولاية سيدي بلعباس، المركز النفسي البيداغوجي دائرة تلاغ، مركز النعمة، جمعية التميز، عيادة الأمل الارطفونية.

2-3-3 المجال الزمني: تم إجراء الدراسة الميدانية خلال السنتين الدراسيتين (2021-2022) و (2022-2023)، الفترة الممتدة ما بين: سبتمبر إلى غاية شهر جوان من كلا السنتين.

2-4 أدوات الدراسة الأساسية: اعتمدت الباحثة على المقابلة والمقاييس والأدوات التالية:

2-4-1 استمارة جمع المعلومات العامة من إعداد الباحثة:

الهدف من هذه الاستمارة ضبط المتغيرات الديموغرافية الخاصة بأفراد العينة وتشمل التالي:

- ❖ اسم المركز البيداغوجي.
- ❖ جنس الولي (أب/أم).
- ❖ الحالة المدنية لأولياء: متزوجان، مطلقان، متوفيان أحدهما أو كلاهما.
- ❖ جنس الطفل المعاق ذهنياً.

❖ سن الطفل المعاق ذهنيا وترتيبه بين الإخوة.

❖ المستوى التعليمي والمعيشي للأولياء.

❖ شدة الإعاقة الذهنية.

ولقد تم تفرغ المعلومات المحصل عليها في استمارة جمع المعلومات بالترميز

التالي:

❖ جنس ولي الطفل المعاق ذهنيا: أب=1 / أم=2.

❖ جنس الطفل المعاق ذهنيا : ذكر=1 / أنثى=2.

❖ شدة الإعاقة الذهنية: خفيفة=1 / متوسطة=2 / عميقة=3.

2-4-2 مقياس التنظيم الانفعالي:

يتكون المقياس في صورته النهائية وبعد التحقق من خصائصه السيكمترية من 36 فقرة، تشمل الأبعاد التسعة الفرعية التي تمثل استراتيجيات للتنظيم الانفعالي CERQ وهي: (لوم الذات، التقبل، الاجترار، إعادة التركيز الإيجابي، التركيز على الخطئ، إعادة التقييم الإيجابي، وضع الأمور في نصابها، التهويل، لوم الآخرين)، حيث تكون كل بعد من (4) فقرات.

تتم الاستجابة على المقياس، بوضع المستجيب إشارة (x) أمام كل فقرة بما يتناسب وقناعته حول مضمون هذه الفقرة، وذلك من خلال سلم تدريجي مكون من خمس درجات، وفقاً لتدرج ليكرت (Likert) الخماسي، وهي: لا تنطبق أبداً، لا تنطبق، متردد، تنطبق، تنطبق تماماً، وبالتالي تراوحت الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على المقياس بين (36) درجة، وهي أدنى درجة، و(180) درجة، وهي أعلى درجة. (عفانة، 2018، ص69).

جدول رقم (24): يوضح توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس التنظيم الانفعالي وتسلسلها.

رقم البعد	الأبعاد الفرعية	رقم العبارات وتسلسلها	عددها العبارات
1	لوم النفس	1، 10، 19، 28.	4
2	التقبل	2، 11، 20، 2.	4

3	الاجترار	3، 12، 21، 30.	4
4	إعادة التركيز الايجابي	4، 13، 22، 31.	4
5	التركيز على الخطط	5، 14، 23، 32.	4
6	إعادة التقييم الايجابي	6، 15، 24، 33.	4
7	وضع الأمور في نصابها	7، 16، 25، 34.	4
8	التهويل	8، 17، 26، 35.	4
9	لوم الآخرين	9، 18، 27، 36.	4
المجموع			36

2-4-3 مقياس بيك للقلق BAI :

يتكون المقياس في صورته النهائية وبعد التأكد من خصائصه السيكمترية من 21 عبارة تقيس شدة أعراض القلق، وكل فقرة تقيس عرضا معروفا من أعراض القلق، مقدرة على مدرج ليكرت المكون من أربعة نقاط : أبدا(0)، بشكل خفيف(1)، بشكل معتدل(2)، بشكل حاد(3) وهي موزعة على النحو التالي :

جدول رقم(25): يوضح توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس BAI وتسلسلها.

رقم البعد	الأبعاد الفرعية	رقم العبارات وتسلسلها	عدد العبارات
1	البعد العصبي	1، 3، 6، 8، 12، 13، 19	7
2	البعد الشخصي	4، 5، 9، 10، 14، 17	6
3	بعد الهلع	7، 11، 15، 16	4
4	البعد اللاإرادي	2، 18، 20، 21	4
المجموع			21

2-4-4 سلم بيك الثاني للاكتئاب BDI-II

يحتوى المقياس في صورته النهائية من 21 فقرة تقيس الأعراض للاكتئاب وهي كالتالي:

- 1- الحزن،
- 2- التشاؤم،
- 3- الفشل السابق،
- 4- فقدان الاستمتاع،
- 5- مشاعر الإثم،
- 6- مشاعر العقاب،
- 7- عدم حب الذات،
- 8- نقد الذات،
- 9- الأفكار الانتحارية،
- 10- البكاء،

11- التهيج الاستثارة، 12- فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي، 13- التردد في اتخاذ القرارات، 14 - انعدام القيمة، 15- فقدان الطاقة، 16- تغيرات في نمط النوم، 17- القابلية للغضب أو الانزعاج، 18- تغيرات في الشهية، 19- صعوبة التركيز، 20- الإرهاق أو الإجهاد ، 21- فقدان الاهتمام بالجنس. (معمرية، 2010، ص 95)

أما عن طريقة تصحيح القائمة فقد سبقت الإشارة إلى أن القائمة تتكون من 21 مجموعة أعراض، ويتكون كل عرض من أربعة عبارات (ما عدا المجموعتين اللتين تقيسان تغيرات في نمط النوم وتغيرات في الشهية فإنهما تتكونان من سبع عبارات لكل مجموعة) تقيس العرض بطريقة متدرجة من لا وجود للعرض إلى وجود بدرجة مرتفعة، وبالتالي توجد أربع درجات في مقابل ذلك متدرجة من صفر (لا وجود للعرض إلى ثلاث درجات العرض موجود بدرجة مرتفعة)، وتتص التعليمات على أنه عند الإجابة على القائمة يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي يختارها من العبارات الأربعة سواء كانت: (0،1،2،3)، بحيث تكون العبارة التي يختارها تصف بصورة واضحة حالته خلال الأسبوعين الماضيين، بما في ذلك اليوم الذي يجيب فيه عن العبارة، ليتم بعدها جمع الأرقام الواحد والعشرون التي وضع عليها المفحوص دائرة فيحصل على الدرجة الخام لكل مفحوص وبهذا تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين: صفر (لا يوجد اكتئاب) و(63 أقصى درجات الاكتئاب) (معمرية، 2010، ص.101).

بعد استلام أدوات الدراسة (استمارة جمع المعلومات، مقياس التنظيم الانفعالي، مقياس القلق لبيك، مقياس الاكتئاب لبيك)، تم التأكد من استيفائها للشروط التطبيق، ثم حساب النتائج العامة، ليتم تخزينها وحفظها في برنامج الرزم الإحصائية (SPSS.20).

2-5 تطبيق أدوات الدراسة:

قامت الباحثة شخصيا بعملية تطبيق أدوات الدراسة باستدعاء أفراد العينة بصفة فردية لمكتب الأخصائي النفسي لخصوصية التعامل والاتصال بعينة الدراسة، إذ كان من الضروري التوضيح للمشارك الهدف من الدراسة وشروط المشاركة فيها، كما تم التأكيد على

سرية المعلومات وعلى ضرورة تمتعها بالمصداقية والموضوعية، لم يقع أي ضغط على المشاركين للتطوع في هذه الدراسة، إذ تباينت المواقف من الرغبة في المشاركة إلى الرفض الذي يرجع إلى بواعث شخصية.

2-6 إجراءات تفريغ البيانات:

فيما يخص النتائج المحصل عليها من خلال تطبيق مقياس التنظيم الانفعالي، مقياس القلق لبيك، مقياس الاكتئاب لبيك، فقد تم تفريغها وفق الترميز المشار إليه في سلم التصحيح لأدوات الدراسة الأساسية.

2-7 الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة البيانات:

لقد تم استخدام كلا من الإحصاء الوصفي الارتباطي والاستدلالي على حد سواء، فبالنسبة للإحصاء الوصفي استعملنا المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والنسب المئوية، أما بالنسبة للإحصاء الاستدلالي وللتأكد من صحة الفرضيات استخدمنا معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وأعراض القلق والاكتئاب، كما استخدمت الباحثة (T.test) لدراسة الفروق في استراتيجيات التنظيم الانفعالي ودرجات القلق والاكتئاب المحصل عليها تبعا لعدة متغيرات (جنس ولي الطفل المعاق ذهنيا، جنس الطفل المعاق ذهنيا)، كما تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way anova) للكشف عن الفروق بين المجموعات من حيث شدة الإعاقة، واختبار المقارنات البعدية (LSD) للكشف عن اتجاه الفروق الناتجة عن تحليل التباين. ناهيك عن استعمال الباحث لمعامل ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية ومعامل الارتباط سبيرمان براون لحساب معاملات ثبات المقياسين المعتمدين في الدراسة، وتمت معالجة البيانات باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.20.

خلاصة:

تناولت الباحثة في هذا الفصل إجراءات الدراسة الميدانية في شقيها الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، التي تضمنت كليهما خطوات وأهداف مرتبطة بكل مرحلة، فكان أهم غاية في الدراسة الاستطلاعية هو استكشاف الأرضية الميدانية، والتحقق من الكفاءة السيكمترية لأدوات الدراسة، والتأكد من مدى جاهزيتها للتطبيق في الدراسة الأساسية، التي كان الغاية منها الإجابة عن إشكالياتها الأساسية وتساؤلاتها، باعتماد المنهج الوصفي الارتباطي، وأساليب إحصائية لمعالجة الفرضيات بالاعتماد على البرنامج الإحصائي الخاص بالعلوم الاجتماعية (SPSS.20) قصد الدقة في معالجة البيانات المدروسة.

الفصل السابع: عرض وتحليل النتائج.

- 1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
- 2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
- 3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
- 4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.
- 5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.
- 6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.
- 7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة.
- 8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى: والتي جاء نصها كالتالي: "توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً".

من أجل اختبار صحة الفرضية تم حساب معامل الارتباط "ر" بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وأعراض القلق والاكتئاب وجاءت النتائج كالتالي:

جدول رقم (26): يبين الارتباطات بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي والقلق والاكتئاب لأولياء الأطفال المعاقين ذهنياً.

المتغير	استراتيجيات التنظيم الانفعالي	مستوى الدلالة	الدلالة
القلق	$r = 0,24^{**}$	0,008	دال إحصائياً
الاكتئاب	$r = 0,27^{**}$	0,003	دال إحصائياً

يتضح من خلال الجدول أعلاه وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أولياء المعاقين ذهنياً على مقياس القلق ودرجاتهم على مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي ككل، والمقدرة ب "ر" $= 0,24^{**}$ عند مستوى الدلالة (0,01)، ووجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أولياء المعاقين ذهنياً على مقياس الاكتئاب ودرجاتهم على مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي ككل المقدرة ب "ر" $= 0,27^{**}$ عند مستوى الدلالة (0,01).

ولغاية الحصر الدقيق لهذه العلاقة، تم التطرق إلى حساب معاملات الارتباط بين الدرجات المحصل عليها في مقياس القلق وبين الدرجة المحصل عليها في كل إستراتيجية من استراتيجيات التنظيم الانفعالي على حدة، و جاءت النتائج كالتالي:

جدول رقم (27): يبين الارتباطات بين متغير القلق وأبعاد التنظيم الانفعالي لأولياء الأطفال المعاقين ذهنياً.

المتغير	الأبعاد	قيمة "ر"	مستوى الدلالة	الدلالة
	لوم النفس	$0,18^*$	0,04	دالة إحصائياً
	التقبل	-0,07	0,39	غير دالة إحصائياً

الاجترار	0,19*	0,03	دالة إحصائية
إعادة التركيز الايجابي	0,02	0,76	غير دالة إحصائية
التركيز على الخطط	0,02	0,81	غير دالة إحصائية
إعادة التقييم الايجابي	-0,07	0,42	غير دالة إحصائية
وضع الأمور في نصابها	0,09	0,32	غير دالة إحصائية
التحويل	0,18*	0,04	دالة إحصائية
لوم الآخرين	0,19*	0,03	دالة إحصائية

يتبين من خلال الجدول أنه توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين درجات أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا على مقياس القلق ودرجاتهم على مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي في الأبعاد التالية: لوم النفس والتحويل عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا ما وجد في بعد الاجترار، ولوم الآخرين أي مستوى الدلالة عند (0.05)، في حين لم تجد الدراسة علاقة ارتباطيه دالة بين درجات أولياء الأطفال المعاقين على مقياس القلق، ودرجاتهم على استراتيجيات التنظيم الانفعالي في أبعادها: التقبل، إعادة التركيز الايجابي، والتركيز على الخطط، إعادة التقييم الايجابي، وضع الأمور في نصابها.

ولغاية الحصر الدقيق لهذه العلاقة كذلك في شقها الثاني، تم التطرق إلى حساب معاملات الارتباط بين الدرجات المحصل عليها في مقياس الاكتئاب وبين الدرجة المحصل عليها في كل إستراتيجية من استراتيجيات التنظيم الانفعالي على حدا، وجاءت النتائج كالتالي:

جدول رقم(28): يبين الارتباطات بين متغير الاكتئاب وأبعاد التنظيم الانفعالي لأولياء الأطفال المعاقين ذهنيا.

المتغير	الأبعاد	قيمة "ر"	مستوى الدلالة	الدلالة
الاكتئاب	لوم النفس	0,19*	0,03	دالة إحصائية
	التقبل	-0,15	0,10	غير دالة إحصائية
	الاجترار	0,22*	0,01	دالة إحصائية
	إعادة التركيز الايجابي	0,11	0,20	غير دالة إحصائية

التركيز على الخطط	0,04	0,62	غير دالة إحصائياً
إعادة التقييم الايجابي	-0,08	0,33	غير دالة إحصائياً
وضع الأمور في نصابها	0,06	0,64	غير دالة إحصائياً
التهويل	0,19*	0,03	دالة إحصائياً
لوم الآخرين	0,18*	0,04	دالة إحصائياً

يتبين من الجدول السابق أنه توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين درجات أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً على مقياس الاكتئاب ودرجاتهم على استراتيجيات التنظيم الانفعالي في الأبعاد التالية: لوم النفس والتهويل عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا ما انطبق في بعد الاجترار ولوم الآخرين، أي مستوى الدلالة عند (0.05)، في حين لم تكشف النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه دالة احصائياً بين درجات أولياء الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب ودرجاتهم على استراتيجيات التنظيم الانفعالي في أبعادها: التقبل، إعادة التركيز الايجابي، والتركيز على الخطط، إعادة التقييم الايجابي، وضع الأمور في نصابها.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية والتي تنص: "أكثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي استخداماً لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً هي استراتيجيات ايجابية".

من أجل اختبار صحة الفرضية، تم حساب المتوسطات الحسابية للدرجات المحصل عليها في مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي وترتيبها حيث جاءت النتائج كالتالي:

جدول رقم (29): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لترتيب استراتيجيات التنظيم الانفعالي

(ن=120).

استراتيجيات الانفعالي	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الفقرات	التنظيم
لوم النفس	9	3,39	11,58	4	
التقبل	1	2,23	15,62	4	
الاجترار	4	2,82	15,30	4	
إعادة التركيز الايجابي	7	2,45	13,22	4	

3	2,29	15,48	4	التركيز على الخطط
2	2,15	15,55	4	إعادة التقييم الايجابي
6	2,16	14,63	4	وضع الأمور في نصابها
5	3,13	14,72	4	التحويل
8	2,82	12,02	4	لوم الآخرين

يتبين من الجدول السابق أن إستراتيجية التقبل تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بمتوسط حسابي قدره (15,62)، يليها بعد ذلك إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي بمتوسط حسابي قدره (15,55)، ثم إستراتيجية التركيز على الخطط بمتوسط حسابي قدره (15,84) ، يليها بعد ذلك إستراتيجية الاجترار بمتوسط قدره (15,30)، وفي المرتبة الخامسة تأتي إستراتيجية التحويل بمتوسط قدره (14,72)، يليها وضع الأمور في نصابها بمتوسط حسابي قدره (14,63)، وجاءت إستراتيجية إعادة التركيز الايجابي بمتوسط قدره (13,22)، ليليها بعد ذلك إستراتيجية لوم الآخرين بمتوسط حسابي قدره (12,02)، وجاءت إستراتيجية لوم النفس في المرتبة الأخيرة في الاستخدام من قبل أولياء الأطفال المعاقين بمتوسط حسابي قدره (11,58).

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة: والتي تنص على: "يوجد فرق وتباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء المعاقين ذهنيا تبعا لمتغير الجنس (أب/أم)".
وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" للفروق للمقارنة بين متوسط درجات أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا (ن=66)، ومتوسط درجات آباء الأطفال المعاقين ذهنيا (ن=54) في استراتيجيات تنظيم الانفعال.

جدول رقم (30): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي حسب جنس ولي الطفل

المعاق ذهنيا (الآباء - الأمهات)".

المتغير	الآباء ن=54	الأمهات ن=66	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
---------	-------------	--------------	----------	---------------

استراتيجيات التنظيم الانفعالي	م	ع	م	ع	م	ع
	125,80	10,04	129,98	8,90	-2,41	0,01**

يتبين من خلال الجدول أنه: توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء والأمهات من أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا في استخدامهم لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي ككل لصالح الأمهات بمتوسط قدره (129,98) عند مستوى الدلالة (0,01).

ولهدف معرفة الاستراتيجيات التي تكمن فيها الفروق ارتأت الباحثة أن تدرس الفروق في استراتيجيات التنظيم الانفعالي كل على حدة، و كانت النتائج كالتالي:

جدول(31): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي حسب متغير جنس أولياء الطفل المعاق ذهنيا (الآباء - الأمهات)

استراتيجيات التنظيم الانفعالي	الآباء ن=54		الأمهات ن=66		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
لوم النفس	11,61	3,40	11,55	3,42	0,10	0,91
التقبل	15,75	2,62	15,52	1,85	0,54	0,58
الاجترار	14,11	2,49	16,27	2,72	-4,49	0,00**
إعادة التركيز الايجابي	13,78	2,82	12,76	2,01	2,30	0,02**
التركيز على الخطط	15,81	2,51	15,20	2,06	1,47	0,14
إعادة التقييم الايجابي	15,74	2,06	15,39	2,23	0,87	0,38
وضع الأمور في نصابها	14,56	2,32	14,70	2,05	-0,35	0,72
التحويل	13,74	3,23	15,52	2,83	-3,20	0,00**
لوم الآخرين	10,70	4,25	13,09	3,87	-3,21	0,00**

يتبين من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء والأمهات من أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا في استخدامهم لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي، المنحصرة في استخدام إستراتيجية الاجترار لصالح الأمهات بمتوسط قدره (16,27)، عند مستوى

الدلالة (0,00)، واتضح كذلك وجود فرق دال إحصائياً بين مجموعتي الآباء والأمهات من أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً في استخدامهم لإستراتيجية التهويل لصالح الأمهات بمتوسط قدره (15,52) عند مستوى الدلالة (0,00)، ووجود فرق دال إحصائياً بين مجموعتي الآباء والأمهات من أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً في استخدامهم لإستراتيجية لوم الآخرين لصالح الأمهات بمتوسط قدره (13,09) عند مستوى الدلالة (0,00)، وكذا وجود فرق دال إحصائياً بين مجموعتي الآباء والأمهات من أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً في استخدامهم لإستراتيجية إعادة التركيز الإيجابي لصالح الآباء بمتوسط قدره (13,78) عند مستوى الدلالة (0,02)، في حين لم تجد الدراسة فروقا دالة إحصائياً بين متوسطات المجموعتين من أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً في بقية استراتيجيات التنظيم الانفعالي الخمسة، أي أن المجموعتين تستخدمان استراتيجيات التنظيم الانفعالي المتبقية بنفس المستوى.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة: والتي تنص على: "وجود فرق و تباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير جنس الطفل (ذكر/أنثى)"

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" للفروق للمقارنة بين متوسط درجات الأولياء الذين لديهم ابن معاق ذهنياً من جنس ذكر (ن=83)، وابنة معاقة ذهنياً من جنس أنثى (ن=37) وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (32): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى الأولياء حسب جنس

الطفل المعاق ذهنياً (ذكور - إناث)

المتغير	ذكور ن=83		إناث ن=37		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
استراتيجيات التنظيم الانفعالي	م	ع	م	ع	-0,10	0,91
	128,04	10,52	128,24	7,34		

يتضح من خلال الجدول أعلاه عدم وجود فرق دال إحصائياً في استراتيجيات التنظيم الانفعالي المستخدمة من قبل الأولياء تبعاً لجنس أطفالهم (ذكر/أنثى)، بحيث قدرت قيمة "ت" للفروق (0,10-)، عند مستوى الدلالة (0,91).

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة والتي تنص: "يوجد فرق و تباين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)".

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One way anova)، لدراسة الفروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى الأولياء الذين لديهم ابن معاق ذهنياً، ممن لديهم إعاقة ذهنية خفيفة (ن=20)، وإعاقة متوسطة (ن=32)، وإعاقة عميقة (ن=68)، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (33): يوضح تحليل التباين الأحادي في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي ككل لدى أولياء المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة).

المتغير	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحرافات	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
استراتيجيات التنظيم الانفعالي	بين المجموعات	2	2110,749	1055,374	13,846	0,000
	داخل المجموعات	117	8918,051	76,223		
	المجموع	119	11028,800			

يتضح من خلال جدول مصدر التباين بين المجموعات، بأنه توجد فروق دال إحصائياً في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي من قبل أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لشدة

إعاقتهم الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)، بحيث قدرت قيمة "ف" (13,846) عند مستوى الدلالة (0,000).

وللتأكد من صحة الفروق ولصالح أي فئة تم الاعتماد على اختبار LSD للمقارنات البعدية، فدلّت النتائج على:

جدول رقم (34): يوضح نتائج اختبار (LSD) بنسبة لمتغير التنظيم الانفعالي تبعاً لشدة الإعاقة

الذهنية.

شدة الإعاقة	عميقة	متوسطة	خفيفة
	م=128,43	م=122,66	م=135,70
خفيفة ن=20	7,27* دالة عند 0,001	13,04* دالة عند 0,000	—
متوسطة ن=32	—5,77* دالة عند 0,03	—	
عميقة ن=68	—		

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك فروق بين الفئات الخاصة بشدة الإعاقة الذهنية في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً، حيث يوجد فرق بين فئة ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والعميقة بقيمة "ف" قدرها (7,27)، دالة عند مستوى الدلالة (0,001)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً بشدة خفيفة بمتوسط حسابي قدره (135,70)، و يوجد فرق بين فئة ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والمتوسطة بقيمة "ف" قدرها (13,04)، دالة عند مستوى الدلالة (0,000)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً بدرجة "خفيفة" بمتوسط حسابي قدره (135,70)، كما يوجد فرق بين فئة ذوي الإعاقة ذهنية المتوسطة وعميقة بقيمة "ف" قدرها (—5,77)، دالة عند مستوى الدلالة (0,03)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً بدرجة عميقة بمتوسط حسابي قدره (128,43).

كان من الضروري بعد التوصل إلى وجود فروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير شدة الإعاقة، أن نحدد الاستراتيجيات التي اختلف فيها أفراد المجموعات الثلاث (أولياء أطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة- المتوسطة- العميقة)

جدول رقم(35): يوضح التباين الأحادي في استخدام أبعاد استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء

المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير شدة الإعاقة الذهنية(خفيفة/متوسطة/عميقة).

المتغير	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحرافات	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
لوم النفس	بين المجموعات	2	121,556	60,778	5,68	0,004*
	داخل المجموعات	17	1251,769	10,699		
	المجموع	19	1373,325			
التقبل	بين المجموعات	2	26,125	13,063	2,69	0,05*
	داخل المجموعات	17	566,241	4,840		
	المجموع	19	592,367			
الاجترار	بين المجموعات	2	34,584	17,292	2,21	0,11
	داخل المجموعات	17	914,616	7,817		
	المجموع	19	949,200			
إعادة التركيز	بين المجموعات	2	23,696	11,848	2,00	0,14
	داخل المجموعات	17	692,671	5,920		

			716,367	19	المجموع	الإيجابي
0,33	1,09	5,752	11,504	2	بين المجموعات	التركيز على الخطط
		5,234	612,421	17	داخل المجموعات	
			623,925	19	المجموع	
0,32	1,12	5,221	10,441	2	بين المجموعات	إعادة التقييم الإيجابي
		4,643	543,259	17	داخل المجموعات	
			553,700	19	المجموع	
0,34	1,08	5,098	10,169	2	بين المجموعات	وضع الأمور في نصابها
		4,68	549,671	17	داخل المجموعات	
			559,867	19	المجموع	
0,16	1,84	17,863	35,727	2	بين المجموعات	التحويل
		9,681	1132,640	17	داخل المجموعات	
			1168,367	19	المجموع	
0,00*	11,12	167,946	335,892	2	بين المجموعات	لوم الآخرين
		15,095	1766,075	17	داخل المجموعات	
			2101,967	19	المجموع	

يتضح من خلال جدول عرض نتائج مصدر التباين بين المجموعات، بأنه يوجد فرق دال إحصائياً في استخدام إستراتيجية لوم النفس من قبل أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لشدة إعاقتهم الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)، بحيث قدرت قيمة "ف" (5,68) عند مستوى

الدلالة (0,004). كما توجد فروق دال إحصائياً في استخدام إستراتيجية التقبل من قبل أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لشدة إعاقاتهم الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)، بحيث قدرت قيمة "ف" (2,69) عند مستوى الدلالة (0,05). وتوجد فروق دال إحصائياً في استخدام إستراتيجية لوم الآخرين من قبل أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لشدة إعاقاتهم الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)، بحيث قدرت قيمة "ف" (11,12) عند مستوى الدلالة (0,004).

أما عن باقي الاستراتيجيات المستخدمة من قبل أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لشدة إعاقاتهم الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة) لم تكن دالة إحصائياً.

وللتأكد من صحة الفروق ولصالح أي فئة تم الاعتماد على اختبار LSD للمقارنات البعدية، فدلّت النتائج على:

جدول رقم (36): رقم يوضح نتائج اختبار (LSD) بنسبة لمتغير استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي (لوم النفس، لوم الآخرين، التقبل) تبعاً لشدة الإعاقة الذهنية.

إستراتيجية لوم النفس			
شدة الإعاقة	عميقة	متوسطة	خفيفة
	م=11,50	م=10,47	م=13,60
خفيفة	2,10*	3,13*	—
ن=20	دالة عند 0,013	دالة عند 0,001	
متوسطة	—	—	
ن=32			
عميقة	—		
ن=68			
إستراتيجية لوم الآخرين			
شدة الإعاقة	عميقة	متوسطة	خفيفة
	م=11,50	م=10,81	

م=15,70			
خفيفة	4,20*	4,88*	–
ن=20	دالة عند 0,00	دالة عند 0,00	–
متوسطة	–	–	–
ن=32	–	–	–
عميقة	–	–	–
ن=68	–	–	–
إستراتيجية التقبل			
شدة الإعاقة	عميقة	متوسطة	خفيفة
م=15,97	م=14,88	م=15,60	م=15,70
خفيفة	–	–	–
ن=20	–	–	–
متوسطة	–0,09*	–	–
ن=32	دالة عند 0,02	–	–
عميقة	–	–	–
ن=68	–	–	–

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك فروق بين الفئات الخاصة بدرجة الإعاقة الذهنية في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي المتعلقة بلوم النفس، لوم الآخرين، التقبل لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً، حيث يوجد فرق بين فئة أولياء أطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والعميقة في استخدام إستراتيجية لوم النفس بقيمة "ف" قدرها (2,10)، دالة عند مستوى الدلالة (0,013)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً بشدة خفيفة بمتوسط حسابي قدره (13,60)، و يوجد فرق بين فئة ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والمتوسطة في استخدام إستراتيجية لوم النفس بقيمة "ف" قدرها (3,13)، دالة عند مستوى الدلالة

(0,001)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة "خفيفة" بمتوسط حسابي قدره (13,60)، كما نلاحظ من خلال الجدول أن هناك فروق بين الفئات الخاصة بدرجة الإعاقة الذهنية في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي المتعلقة بلوم الآخرين لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا، حيث يوجد فرق بين فئة أولياء أطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والعميقة في استخدام إستراتيجية لوم الآخرين بقيمة "ف" قدرها (4,20)، دالة عند مستوى الدلالة (0,00)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بشدة خفيفة بمتوسط حسابي قدره (15,70)، ويوجد فرق بين فئة ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والمتوسطة في استخدام إستراتيجية لوم الآخرين بقيمة "ف" قدرها (4,88)، دالة عند مستوى الدلالة (0,00)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة "خفيفة" بمتوسط حسابي قدره (15,70)، كما يوجد فرق بين فئة ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة والعميقة في استخدام إستراتيجية التقبل بقيمة "ف" قدرها (-0,09)، دالة عند مستوى الدلالة (0,02)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة عميقة بمتوسط حسابي قدره (15,97).

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة: والتي تنص: "يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء المعاقين ذهنيا تعزى لمتغير الجنس (أب/أم)".

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" للفروق للمقارنة بين متوسط درجات أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا (ن=66)، ومتوسط درجات آباء الأطفال المعاقين ذهنيا (ن=54) في نتائج مقياس القلق والاكتئاب كانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (37): يبين الفرق في نتائج مقياس القلق والاكتئاب تبعا لمتغير جنس ولي الطفل المعاق ذهنيا (الآباء - الأمهات).

المتغير	الآباء ن=54		الأمهات ن=66		قيمة "ت"	الدلالة
القلق	م	ع	م	ع	-0,98	0,32
	38,43	7,91	39,83	7,67		غير دال

الاكتئاب	36,63	8,18	37,48	7,07	-0,61	0,54
						غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه عدم وجود فرق دال إحصائياً في الدرجات المحصل عليها في مقياس القلق عند أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لجنسهم (أب/أم)، بحيث قدرت قيمة "ت" للفروق (-0,98)، عند مستوى الدلالة (0,32).

يتضح من خلال الجدول أعلاه كذلك عدم وجود فرق دال إحصائياً في الدرجات المحصل عليها في مقياس الاكتئاب عند أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لجنسهم (أب/أم)، بحيث قدرت قيمة "ت" للفروق (-6,61)، عند مستوى الدلالة (0,54).

7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة والتي تنص: "يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير جنس الطفل (ذكر / أنثى).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" للفروق للمقارنة بين متوسط الدرجات المحصل عليها في مقياس القلق والاكتئاب تبعاً لمتغير جنس الطفل المعاق ذهنياً، حيث بلغ عدد الذكور (ن=83)، و الإناث (ن=37) وكانت النتائج كالتالي:

الأولياء الذين لديهم ابن معاق ذهنياً من جنس ذكر (ن=83)، وابنة معاقة ذهنياً من جنس أنثى (ن=37) وكانت النتائج كالتالي:

جدول (38) : يبين الفرق في درجات القلق والاكتئاب لدى الأولياء حسب جنس الطفل المعاق ذهنياً

(ذكور / إناث).

المتغير	ذكور ن=83		إناث ن=37		قيمة "ت"	مستوى الدلالة	الدالة
القلق	م	ع	م	ع	0,54	0,58	غير دال
	39,46	7,42	38,68	8,61			
الاكتئاب	37,49	7,53	36,22	7,68	0,85	0,39	غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه عدم وجود فرق دال إحصائياً في الدرجات المحصل عليها في مقياس القلق لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير الجنس (ذكر/أنثى)، بحيث قدرت قيمة "ت" للفروق (0,54)، عند مستوى الدلالة (0,58). ويتضح كذلك من خلال الجدول أعلاه عدم وجود فرق دال إحصائياً في الدرجات المحصل عليها في مقياس الاكتئاب لأولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لجنسهم (ذكر/أنثى)، بحيث قدرت قيمة "ت" للفروق (0,85)، عند مستوى الدلالة (0,3).

8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة: والتي تنص: "يوجد فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One way anova)، لدراسة الفروق في درجة القلق والاكتئاب لدى الأولياء الذين لديهم ابن معاق ذهنياً، من من لديهم إعاقة ذهنية خفيفة (ن=20)، وإعاقة متوسطة (ن=32)، وإعاقة عميقة (ن=68)، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (39): يوضح تحليل التباين الأحادي في درجة القلق لدى أولياء المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ شديدة).

المتغير	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحرافات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	147,996	2	73,998	1,22	0,29 غير دال إحصائياً
	داخل المجموعات	7065,204	117	60,38		
	المجموع	7213,200	119			

الاكتئاب	بين المجموعات	363,184	2	181,592	3,28	إحصائيا دال 0,04
	داخل المجموعات	6463,616	117	55,245		
	المجموع	6826,800	119			

يتضح من خلال جدول مصدر التباين بين المجموعات، وبالنظر لقيمة "ف" أنه لا توجد فروق دال إحصائيا في درجات القلق لأولياء الأطفال المعاقين ذهنيا تبعا لشدة إعاقاتهم الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)، بحيث قدرت قيمة "ف" (1,22) عند مستوى الدلالة (0,29).

يتضح من خلال نفس جدول مصدر التباين بين المجموعات، بأنه توجد فروق دال إحصائيا في درجات الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا تبعا لشدة إعاقاتهم الذهنية (خفيفة/ متوسطة/ عميقة)، بحيث قدرت قيمة "ف" (3,28) عند مستوى الدلالة (0,04). وللتأكد من صحة الفروق ولصالح أي فئة تم الاعتماد على اختبار LSD للمقارنات البعدية، فدلّت النتائج على:

جدول رقم (40): يوضح نتائج اختبار (LSD) بنسبة لمتغير درجة الاكتئاب تبعا لشدة الإعاقة الذهنية.

الفئات	عميقة	متوسطة	خفيفة
	م=36,97	م=35,19	م=40,60
خفيفة ن=20	3,62* دالة عند 0,05	5,41** دالة عند 0,01	—
متوسطة ن=32	0,26 مستوى الدلالة عند 1,78-غير دال	—	
عميقة	—		

			ن=68
--	--	--	------

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك فروق بين الفئات الخاصة بدرجة الإعاقة الذهنية في درجات الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً، حيث يوجد فرق بين فئة ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والعميقة بقيمة "ف" قدرها (3,62)، دالة عند مستوى الدلالة (0,05)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً بدرجة الخفيفة بمتوسط حسابي قدره (40,60)، كما يوجد فرق بين فئة ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والمتوسطة بقيمة "ف" قدرها (5,41)، دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، لصالح أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً بدرجة "خفيفة" بمتوسط حسابي قدره (35.19).

الفصل الثامن: تفسير ومناقشة النتائج.

- 1- تفسير ومناقشة النتائج الفرضية الأولى.
- 2- تفسير ومناقشة النتائج الفرضية الثانية.
- 3- تفسير ومناقشة النتائج الفرضية الثالثة.
- 4- تفسير ومناقشة النتائج الفرضية الرابعة.
- 5- تفسير ومناقشة النتائج الفرضية الخامسة.
- 6- تفسير ومناقشة النتائج الفرضية السادسة.
- 7- تفسير ومناقشة النتائج الفرضية السابعة.
- 8- تفسير ومناقشة النتائج الفرضية الثامنة.

تفسير ومناقشة النتائج:

بعد عرض نتائج الفرضيات في الجداول السابقة وتحليلها سيتم التطرق في هذا الفصل إلى مناقشتها، وفق الإطار النظري والدراسات السابقة.

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

من خلال النتائج المحصل عليها تحقق صدق الفرضية الأولى بوجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً.

ذلك لأن التنظيم الانفعالي هو العملية التي يتم من خلالها التأثير في مجموع الانفعالات الايجابية منها والسلبية، وفقاً لديناميكية معقدة تتضمن إدارة مكونات عديدة: معرفية وسلوكية وثقافية وسياقية، واختلالها يؤكد وجود علاقة بين أساليب الفرد المستخدمة في تنظيم الانفعال والاضطرابات العيادية والمشكلات النفسية المتولدة عن المحاولات غير فعالة لتنظيم الخبرات غير المرغوبة والأفكار والمعتقدات المؤلمة. (فوهمان ا سجي، 2012، ص.30-31)

هذا ما أشارت إليه نتائج دراسة **Garnefski et al (2001)**، بحيث كشفت عن وجود علاقة ارتباطية قوية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية منها (الاجترار، الكارثية، لوم الذات، ولوم الآخرين) وأعراض الأمراض النفسية لدى المراهقين والبالغين. حيث تعتبر هذه الطرق عامل خطر بالنسبة للفرد لأنها المحرك والدافع الأساسي من وراء المشكلات النفسية والاجتماعية. وان هذه الأساليب تميل إلى فرض معتقدات خاطئة تجعل الفرد غير قادر على التكيف الصحيح، فكان من الضروري حسب (شاروف 2002) إعادة هيكلة المعتقدات المعرفية لتحدي مشكل الاجترار والتفكير الكارثي (التهويل)، ولوم الذات والآخرين، وتدعيم منطق إعادة التقييم الإيجابي والتركيز على الخطط لمواجهة أي موقف انفعالي (Garnefski, v. kraaij, 2007). نفس النتائج أكدتها دراسة **عمران (2011)**، الرامية إلى معرفة طبيعة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي والقلق والاكتئاب لدى

عينة من الطلبة، وخلصت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين القلق والاكتئاب، وأساليب: لوم الذات، والاجترار، والتصور الكارثي للأمور. كما خلصت إلى عدم ثبات هذه العلاقة (أي العلاقة السلبية) مع استراتيجيات التركيز الايجابي، التخطيط، التقليل من أهمية الأحداث السلبية.

ولتوضيح النتيجة المتوصل إليها أكثر في شقها الأول تبين وجود علاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية منها فقط (لوم النفس، الاجترار، التهويل، لوم الآخرين)، وبين أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا. هذا ما يتفق مع دراسة **Marganska (2013)** بعنوان التعلق وعلاقته بقصور التنظيم الانفعالي وأعراض القلق العام والاكتئاب، بحيث كشفت هذه الأخيرة عن دور استراتيجيات تنظيم الانفعال التي كانت وسيطا بين أنماط التعلق وأعراض القلق العام والاكتئاب. من زاوية أنه كلما اعتمد الفرد على أساليب سلبية في التنظيم الانفعالي كلما زاد مؤشر أعراض القلق العام والاكتئاب والعكس صحيح، أي كلما اعتمد الفرد على أساليب ايجابية في تنظيم الانفعال كلما تراجع مؤشر القلق العام والاكتئاب، وهذا ما يوضح التباينات والاختلافات الفردية.(عفانة،2018، ص.49).

وبالعودة إلى التراث النظري يرى **بكر محمد سعيد عبد الله (1422هـ)** أن تنظيم الانفعال له دور محوري في تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي، على خلفية أن قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته يسمح له باستثمارها في فهم الآخرين فهما عميقا وبلورة علاقات بين شخصية سوية(ص216). وعليه فإن استراتيجيات تنظيم الانفعال في نظر **Albert felur saler (2017)** يمكن اعتبارها عوامل خطر أو عوامل وقاية ضد أعراض القلق والاكتئاب. حيث أكدت نتائج دراسته بعنوان " psychometric properties of the cognitive émotion régulation questionnaire CERQ in patients with fibromyalgia syndrome أن استراتيجيات إعادة التركيز الايجابي، والتركيز على الخطط، ووضع الأمور في نصابها، والتقبل قد ارتبطت بأعراض أقل من أعراض القلق

والاكتئاب، في حين أن استراتيجيات لوم الذات، ولوم الآخرين، والتهويل، والاجترار ارتبطت مع أعلى مؤشرات القلق والاكتئاب.

تشير أدبيات البحث إلى أن إستراتيجية الاجترار المتمثلة في المداومة على الانزعاج دون إيجاد حل فعلي يزيد من احتمالية تفاقم وزيادة حدة القلق (موشني، وجيرالد، 2016). هذا ما تجسد ميدانيا من خلال ما ذكره (ALBERT FEILU-SOLER)، ص 68 في دراسة لـ (Holen Hoeksema, wesco et lyubrmirsky : 2008) الذي توصل من خلالها إلى أن أسلوب لوم الذات، والاجترار، ترتبط بمستويات عليا من القلق. كما ناقش نولين هوكسما Holen Hoeksema (1987) مفهوم التشتت الذي يعتبر من المفاهيم الموصولة بالاجترار، وأكد انه سبب في ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى الأفراد. أما عن إستراتيجية الاجترار، فيرى هذا الأخير أن هذه الطريقة تزيد من مخاطر الاكتئاب، ويعرف الاجترار بأنه الميل إلى إعادة وتكرار التجارب والأفكار السلبية، وهي أشبه بإعادة مضغ شيء ما مرة بعد مرة، وأوضح أشكال الاجترار. فهو الميل إلى الشعور بالندم والحسرة والتساؤل عن أسباب وقوع الأحداث.

تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع ما سبق عرضه، حيث أن أسلوب لوم النفس وتأنيب الأبوين لأنفسهما ارتبط مع ظهور أعراض القلق والاكتئاب، وكذا الاجترار الذي يجسد ميل أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا إلى التركيز على الأفكار والمشاعر السلبية المتولدة عن وجود طفل معاق ذهنيا، زيادة على التبعات المنجرة عن هذه الوضعية، ناهيك عن إستراتيجية التهويل المتضمنة لأسلوب تفكير كارثي يضخم فيه الأولياء حجم وضعية الإعاقة الذهنية الموجودة لدى طفلهم. وتركيز الاهتمام حول المشاكل المترتبة مستقبلا، لذا يلجأ الأولياء لأسلوب لوم الآخرين لإسقاط نصيب من الضجر والسخط على المجتمع، خاصة من ناحية التكفل الخدماتي لأطفالهم، والنقد السلبي المسلط عليهم المتجسد في لومهم الدائم للطاغم البيداغوجي الذي يسهر على رعاية أبنائهم في المؤسسات البيداغوجية للمعاقين ذهنيا.

كما كشفت هذه الدراسة في شقها الثاني عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين ظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا وبعض الأساليب (الايجابية منها) كإستراتيجية التقبل - والتي يعنى بها الاستكانة والتسليم للحدث، وإستراتيجية إعادة التركيز الايجابي (أي التفكير المسلط حول الخبرات الايجابية بدلا من التفكير حول ما يثيره الموقف من مشاعر سلبية)، وأسلوب التركيز على الخطط المنصب حول التفكير الايجابي في الخطوات الواجب إتباعها للتعامل مع الوضعية. ثم أسلوب إعادة التقييم الايجابي القائم على دينامية توليد تفسيرات إيجابية للموقف الضاغط، بهدف خفض حدة الانفعالات السلبية خاصة القلق والاكتئاب، وكذلك إستراتيجية وضع الأمور في نصابها، التي يلجأ لها الأولياء للتقليل من حدة وشدة وضعية وجود طفل معاق ذهنيا، بمقارنتها بوضعيات أخرى أكثر خطورة مثل: مرض مستعصي. لذا تم تصنيفها ضمن الاستراتيجيات الايجابية التي غالبا ما تستخدم في علاج الكثير من الأمراض النفسية.

اعتبر كروس(2002) أن الاستراتيجيات الايجابية لتنظيم الانفعال السابقة الذكر منصبة حول الموقف الانفعالي، وتهدف إلى التخفيف أو الزيادة في شدة ومدة الاستجابة. أشارت نتائج دراسة كل من **Nadia garnefski et vivian (2007)** و **Albert felliu** و **soler** وآخرون (2017)، إلى أن أسلوب التقبل، وإعادة التركيز الايجابي، وإستراتيجية وضع الأمور في نصابها، ارتبطت عكسيا مع ظهور أعراض القلق والاكتئاب، ما تعارض مع ما توصل إليه ألداو(2010) من نتائج تثبت أن أسلوب التقبل يرتبط ارتباطا وثيقا بظهور أعراض القلق .

كما تتوافق نتائج الدراسة مع ما توصل إليه كل من **هند سليمان** و **عبد العزيز موسى** في دراسة بعنوان: إستراتيجيات التأقلم لدى أهالي المعاقين، حيث بينت النتائج المحصل عليها بوجود علاقة ارتباطية بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق ودرجاتهم على إستراتيجيات التأقلم(السلبية): التفكير بالتمني، التجنب، وإستراتيجية الانتماء، إستراتيجية الارتباك والهروب. كما أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات

أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق ودرجاتهم المحصل عليها في أساليب التأقلم (الإيجابية): التخطيط لحل المشاكل، إعادة التقييم، تحمل المسؤولية، التحكم بالنفس. ونفس النتائج تكررت بخصوص الاكتئاب أي وجود علاقة ارتباطيه بين إستراتيجية التفكير بالتمني، والتجنب والارتباك والهروب مع درجة الاكتئاب. وعدم ثبوت هذه العلاقة مع أساليب التخطيط لحل المشاكل، والانتماء، وتحمل المسؤولية، والتحكم بالنفس.

2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية: من خلال ما تم عرضه من نتائج، تبين تحقق الفرضية الثانية والتي جاء نصها: "أكثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي استخداما لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا هي استراتيجيات إيجابية.

كشفت نتائج الدراسة الحالية على أن المراتب الثلاثة الأولى المستخدمة من قبل أفراد العينة، كانت استراتيجيات إيجابية لتنظيم الانفعال وهي على التوالي: (التقبل، إعادة التقييم الإيجابي، التركيز على الخطط)، وهذا ما يعتبر مؤشرا إيجابيا لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا. ويعكس الجهود الرامية إلى التأقلم مع وضعية وجود إعاقة ذهنية والتعايش معها من قبلهم، مقارنة مع الاستراتيجيات الأقل استخداما والتي نوردتها على النحو والترتيب التالي: (الاجترار، التهويل، وضع الأمور في نصابها، إعادة التركيز الإيجابي، لوم الآخرين، لوم النفس).

هذا ما توافق مع دراسة هند سليمان، وعبد العزيز ثابت (2009)، من حيث أن أكثر استراتيجيات التأقلم استخداما هي أساليب إيجابية تصدرتها (إستراتيجية إعادة التقييم)، ثم استراتيجيات التأقلم السلبية (كالتجنب، الهروب، والارتباك)، كذلك نفس النتيجة تأكدت من خلال دراسة **Heaman (1995)**، التي هدفت إلى الكشف عن الضغوطات التي يواجهها الآباء واستراتيجيات التكيف المستخدمة من قبلهم، وحصرها منهم آباء الأطفال الذين يعانون من إعاقات في النمو، مع الأخذ بعين الاعتبار تأثير الجندرة (أب/ أم). كما أظهرت نتائج الدراسة اختلافهم حصرا في استخدام أسلوب الانتماء، وإعادة التقييم، والتحكم بالنفس وكلها

استراتيجيات تكيفية استخدمها الأولياء لمواجهة الضغط المتولد عن قلق المستقبل المنصب حول طفلهم .

إن ولادة طفل معاق ليس أبدا بالأمر الهين على الوالدين إذ ورد لصالح حمدان وعبد الكريم متعب في مقال لهما، دراسة لـ (Antonak et Livne) 1991 ، أن ردود الفعل والاستجابة لوجود إعاقة تمر بثمانية مراحل هرمية: الصدمة، القلق، الإنكار، الكآبة، الغضب الداخلي، العداء الخارجي، ثم الاعتراف، وأخيرا التكيف. حل هذه الدراسة **Marche** وآخرون(2020) وتوافق معها من منظور أن الاستجابة العاطفية في البداية تكون سلبية، ولكنها تتغير مع مرور الوقت فتصبح أكثر إيجابية بتوسط استراتيجيات فعالة ومتكيفة لتنظيم الانفعال.

بالنظر إلى ما توصلت إليه الدراسة الحالية فإن إستراتيجية التقبل احتلت الصدارة عن باقي الأساليب، إذ أن اغلب أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا عندما استفسرت الباحثة عن رد فعلهم لولادة طفل معاق ذهنيا كانت إجاباتهم " قضاء الله وقدره، هذا رزق ربي أعطاه لنا، هذا الطفل سيكون سبب دخولنا الجنة..."، مما زاد في فضول الباحثة ودفعها إلى محاولة فهم هذه المعطيات من خلال تسليط الضوء على مدخلات التقييم الايجابي للوضعية التي غلب عليها الوازع الديني، فوجهت انتباههم إلى الاستنتاجات الايجابية التي تعزز لديهم عملية إعادة التقييم الايجابي للحدث السلبي، والبحث عن سبل الرعاية والتكفل الملائم لطفلهم من خلال رسم خطط والتركيز ايجابيا على هدف تجسيدها واقعيًا. هذا ما ذهب إليه **Kershaw** (1986) الذي اعتبر أن الخلفية الدينية للعائلة تلعب دورا مؤثرا في تحديد نوع ومستوى رد فعل العائلة اتجاه إنجابها لطفل معاق وكيفية التأقلم مع الأزمة.(براهمي ، 2007 ، ص.43) إن احتكاك الأولياء مع بعضهم البعض في مختلف المناسبات (كالا اجتماعات الدورية، والحفلات المتعلقة بالمناسبات الدينية والوطنية التي تنظمها إدارة المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا، تنمي لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا استخدام الآخرين(كنماذج) ونقاط مرجعية في تعديل التصور والاعتقاد للإعاقة الذهنية. فهذه اللقاءات تسمح لمن يعاني من

مخلفات صدمة ولادة طفل معاق ذهنيا إلى توجيه الفكر وإعماله نحو معتقدات الآخرين. خاصة من الأولياء الذين نجحوا في تطوير مستويات أبنائهم من جميع نواحي النمو (الانفعالي، الحركي، اللغوي، المعرفي، السلوكي، الاجتماعي...)، وظهر على أطفالهم نتائج إيجابية على أرض الواقع. الأمر الذي جعلهم يلاحظون التناقض الموجود بين الأداء الفعلي لهم في تطوير مستويات أبنائهم، وبين ما يرونه موضوعيا وواقعيا من الجهود المبذولة للآخرين. ومن ثم تتحرك لديهم إستراتيجية إعادة التقييم للوضعية ورسم تفسيرات إيجابية وإسقاطها نحو هذا الأخير. ومنه تجسيد فعلي لمخطط جاد في التعامل مع مخلفات الإعاقة الذهنية وما تفرضه من رهانات وتحديات مستقبلية.

لقد أثبتت العديد من البحوث والدراسات أن ولادة طفل معاق ذهنيا، يقف حجر عثرة أمام تقبله، ما يؤثر على عملية التكيف التي تصبح أكثر تعقيدا لما يفرض على الأولياء من متطلبات إضافية تعتبر الأقوى مقارنة مع متطلبات إعاقات أخرى. إذ أن رعاية أطفال ذوي إعاقة ذهنية يؤدي إلى توليد ضغوط ذات أثر على النمو (الجسمي، العاطفي، المعرفي...) لجميع أفراد الأسرة. (Aldousari, & A. pufpaff, ph.D, p.2014).

هذا ما توافق مع نتائج الدراسة الحالية من خلال الجدول رقم (29) الذي يشير إلى أن أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا يلجئون أيضا إلى استخدام استراتيجيات سلبية للتنظيم الانفعالي، تشكل إستراتيجية الاجترار فيها رابع مرتبة، والتي تدفعهم إلى التركيز على الأفكار المرتبطة بما يثيره الموقف أو الحدث من مشاعر سلبية ومؤلمة محركة من طرف وصمة العار المتلازمة (ولادة طفل معاق ذهنيا)، التي لا ملجئ من التنصل منها، ما يدفع العديد من الأولياء إلى حجز أطفالهم بين جدران البيت وعدم مغادرتها إلا للضرورة القصوى.

وكخامس مرتبة يعتمد أولياء الأطفال المعاقون ذهنيا على إستراتيجية التهويل أو ما يصطلح عليه التفكير الكارثي، الذي يؤكد بوضوح هول الصدمة وأثرها عليهم، لتستكين بعدها الأمور باعتماد إستراتيجية سادسة تعرف بوضع الأمور في نصابها، أي تحية خطورة الوضعية وتوجيه الأفكار إلى تفسيرات أكثر إيجابية باعتماد أسلوب المقارنة لسيما فيما

يتعلق بشدة الإعاقة. حيث نجد أن الأسرة التي تحوي طفل معاق بدرجة بسيطة يختلف مستوى الضغوط لديها عن تلك التي يعاني ابنها من إعاقة شديدة.

ويتذلل الترتيب إستراتيجية إعادة التركيز الايجابي في سابع مرتبة، والتي تتجسد على شكل التفكير المتأمل في الخطوات الواجب إتباعها للتعامل مع الحدث السلبي، وإعادة البحث عن الطرق الأكثر فعالية لإخراج الأسرة من براثن الاضطرابات النفسية والمشاكل المتعلقة بوجود طفل معاق ذهنيًا، وآخر إستراتيجية يلجأ أفراد العينة إلى تبنيها إستراتيجيتي لوم الآخرين ولوم النفس. وهذا ما استطاعت الباحثة التوصل إليه من خلال صبر أراء الأولياء في طبيعة المركز ونوع الخدمات المقدمة والتي كانت تعبر عن عدم رضاهم على النحو التالي: (رانا نجيبوا ولادنا ياكلوا برك، يتلاهوا، ما تعلم ولدي والوا...)، وما زاد عدم التقبل هو رفض إدارة المراكز البيداغوجية أحيانا الإفصاح للأولياء وإشراكهم في بناء البرامج ودليل العمل مع أطفالهم في البيوت، وكيفية إيجاد طرق تأهيلهم وإدماجهم. مما يترك لديهم علامات استفهام لم تجد الجواب على الإطلاق، إلى حين خروج الطفل من المركز النفسي البيداغوجي في سن الثامن عشر. مصحوب باستهجان واستنفار من قبل الأولياء. الأمر الذي يحيي لديهم إستراتيجية لوم النفس كإشارة إلى عدم التوفيق في اختيار ما هو أنسب لطفلهم المعاق وضياح الوقت.

3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

من خلال جدول عرض النتائج رقم(31) تبين وجود اختلاف في اعتماد استراتيجيات التنظيم الانفعالي تبعا لجنس ولي الطفل المعاق ذهنيًا(آباء ، أمهات).

إن الاختلافات الفطرية بين الذكور والإناث في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لفتت انتباه العلماء والباحثين، الذين توصلوا إلى أن النساء أكثر استخداما لأساليب التعبير الانفعالي، في حين أن الرجال هم أكثر قمعا وكبتا لها. وهذا ما تحقق من خلال النتائج المتوصل إليها، حيث تبين وجود فرق في الميل إلى استخدام إستراتيجية الاجترار لصالح أمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا، ذلك لأن العبء اليومي الذي تتعرض له أم الطفل المعاق

ذهنيا يشكل حاجزا أمام استخدام الموارد الشخصية لتنشيط أساليب التنظيم الانفعالي الايجابية، مما يؤدي إلى توتر وتهيج يحد من إمكانية التكيف السليم. وردت العديد من الدراسات التي تناولت الاختلاف في استخدام استراتيجيات تنظيم الانفعالي، وكانت أكثر اتفاقا حول استخدام أسلوب الاجترار لصالح النساء أكثر من الرجال، وقد حددت هذه الأخيرة على أنها إستراتيجية غير قادرة على التكيف، إضافة إلى أن المرأة أكثر لوما للآخرين على مشاكلها، أرجع الباحثون ذلك إلى الثوابت الثقافية المتعلقة بالعاطفة وما يتعلق بالتعبير عنها، إضافة إلى طبيعة التنشئة الاجتماعية لأدوار المرأة والرجل، وانعكاسها السلبي على الصحة النفسية.(Faedra,2013,p.24-25) ، عكفت العديد من الدراسات للبحث في هذا الموضوع وأرجعت السبب الكامن من وراء ذلك هو أسلوب التنشئة الاجتماعية التفاضلي، الذي يجعل مسارات التربية مختلفة بين الآباء والأمهات مختلفة بعد ولادة طفل لهم، فالفتاة تربي اجتماعيا على تقديم الرعاية، في حين يربي الذكور اجتماعيا على أن يكونوا أقوياء، كما أن الاستعداد البيولوجي يسمح للأم بتغيير عالمها النفسي الداخلي والتكيف مع دور الأمومة أكثر من الرجال.(Adam D.kayfitz,2006,p.24)

هذا ما تأكد بالضبط من خلال دراسة براهيم براهيم (2007) المعنونة بـ "ردود أفعال العائلة الجزائرية بعدما عرفت أن ابنها معاق عقليا"، إذ بينت نتائجها وجود فرق بين الآباء والأمهات في بعد عدم إمكانية مراقبة سلوك المعاق عقليا، والتي تكشف أن النساء هم أكثر احتكاكا ومداومة لمتطلبات الطفل المعاق عقليا، هذا ما لاحظته الباحثة على أرض الواقع، حيث أن 70% من الأطفال المعاقين ذهنيا يصطحبون إلى المراكز النفسية البيداغوجية بمرافقة أمهاتهم، وهم الأدرى والأعلم بكل كبيرة وصغيرة تخص سلوك أطفالهم، ما يخلق لديهم ضغط ومشاكل في التفاعل والتعامل معهم. واختلفت نفس الدراسة في نتائجها حول جنس الرجال، حيث كانوا أكثر ميلا إلى التجنب والهروب والغياب عن التكفل الفعلي بالمشاكل اليومية لأطفالهم، ما دفع الأمهات حسب تفسير الباحثة إلى تحريك استراتيجيات تنظيم انفعالي أقل تكيفا وتوافقا، ناهيك عن العقلية السائدة في المجتمع الجزائري، التي تحمل

عبء ومسؤولية التكفل بالأطفال للأمهات وتبيح مبدأ الاستقلالية للآباء (هذا لما يتعلق الأمر بالطفل العادي فما بال الطفل المعاق؟).

تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة **دوميس وسكيلزي** وآخرون (2010)، والتي كشفت أن النساء أكثر استجابة انفعالية للمثيرات السلبية مقارنة مع الرجال، فإستراتيجية الاجترار تدفع أم الطفل المعاق ذهنيا إلى تحريك مشاعر الألم والخيبة المصاحبة لوضعية طفلها. خاصة عند مواجهة صعوبة في إدارة الاضطرابات السلوكية التي تزداد مع نمو الطفل، أما الرجال فهم أكثر اعتمادا لأسلوب إعادة التركيز الايجابي، الذي يعكس ميلهم أكثر من الأمهات إلى تحدي المعتقدات غير القادرة على التكيف مع أزمة تولدت عن وجود إعاقة ذهنية. وفي هذا الشأن أكدت **مونتروي** على أن الآباء الذين يتمتعون بمهارات جيدة للتنظيم الانفعالي يوفرون بيئة أكثر دعما لأطفالهم، من خلال إيجاد حل لنزاعات الطفل المختلفة مما يساعدهم على توفير البيئة المناسبة لتنمية مهاراتهم.(محمودي، ومرباط، 2022، ص.94).

كشفت نتائج الدراسة كذلك عن وجود فروق في استخدام إستراتيجية التهويل ولوم الآخرين لصالح الأمهات، وهذا ما اعتبره **شاروف** (2002)، من الأساليب السلبية التي تتطلب إعادة الهيكلة المعرفية، وإيقاف الفكر وتحويل الانتباه لغاية تغيير إدراك الفرد وتعطيله (Garnefski, v. kraaij, 2007, p.147).

كما تتوافق نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي آلت إليها دراسة **سلوم** (2015)، بعنوان استراتيجيات تنظيم الانفعال وعلاقتها بحل المشكلات، والتي دلت على وجود فروق دالة إحصائية في أسلوب الاجترار والإلهاء تبعا لمتغير الجنس لصالح الإناث.

تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه **هند سليمان وعبد العزيز ثابت** (2009)، التي كشفت أن النساء هم أقل استخداما لإستراتيجية الارتباك والهروب مقارنة مع الآباء، ولم تكشف النتائج عن وجود اختلاف في باقي أساليب التأقلم الست: (التفكير

بالتمني والتجنب، التخطيط لحل المشاكل، إعادة التقييم، الانتماء، تحمل المسؤولية، التحكم بالنفس).

أما عن باقي الاستراتيجيات الأخرى للتنظيم الانفعالي (التقبل، لوم النفس، وضع الأمور في نصابها، التركيز على الخطط، إعادة التركيز)، فلم تسجل فروق بين الأمهات والآباء، وترجع الباحثة ذلك إلى طبيعة التركيبة والبنية النفسية المشتركة بين الآباء والأمهات، وإلى حتمية إيجاد حلول مشتركة لمواجهة التحديات والصعوبات المستقبلية التي تتعلق بطفلهم المعاق ذهنياً.

4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص على وجود فرق وتباين في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي تبعا لمتغير جنس الطفل المعاق ذهنياً (ذكر أنثى). والتي لم تتأكد من خلال عرض النتائج في الجدول رقم(32).

لطالما كان ينظر إلى أهمية الذكورة والأنوثة بنظرة مبالغ فيها منذ الأزل، إلا انه سرعان ما بدأت تتلاشى هذه النظرة، بتأثير عدة مدخلات جديدة شهدتها المجتمع الجزائري الذي كان يقدس ولادة الطفل الذكر ويسهجن وينتكس بولادة الأنثى، مست ملامح التغير هذه حتى الدراسة الحالية، من خلال عدم وجود فروق دالة إحصائية في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي كلها بين آباء وأمهات الأطفال تبعا لجنس الطفل المعاق. وكأن ولادته أبادت الشعور والإحساس بالأبوة كما أطفأت نور التطلع إلى جنس المولود.

تري الباحثة أن تلقي الوالدين خبر أن مولودهم معاق هو أمر غير متوقع، شكل أزمة نفسية وصدمة كبيرة لم يعد فيها هناك حيز أصلا للتفكير في جنسه، ذلك أنه سواء كان هذا الطفل المعاق ذكر أو أنثى، فإنه يعتبر حدثا ضاعطا يفرض العديد من المتطلبات (النفسية، الاجتماعية، المادية، المعرفية، الإرشادية والعلاجية...)، والتي في الغالب ما تشكل بداية محور صراع يفرز الكثير من المتاعب والمشاكل على غرار (الطلاق، الانفصال، الإهمال..)، وبالتالي استراتيجيات التنظيم الانفعالي في المراحل الأولى للطفولة قد لا تتأثر

بجنس المعاق، وربما يرد هذا التأثير في مراحل لاحقة من النمو (كالمراهقة والرشد....، وكبر سن الوالدين).

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما خلصت إليه كل من **جينيفر (2002)**، و**سمية طه جميل (1998)**، في دراستيهما اللتان توصلتا من خلالهما إلى عدم وجود فروق في مستوى الضغوط لدى الوالدين ترد لجنس المعاق (سليمانى، بن عبد السلام، 2018، ص.117)، كما تتطابق مع ما آلت إليه نتائج دراسة **صلاح أحمد اللوزي وعبد الكريم متعب الفايز (2008)**، بعنوان "أثر وجود طفل معاق على الوالدين" بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الوالدين تبعاً لعدة متغيرات مستقلة شملت (عمر الطفل، نوعه، ترتيبه بين إخوته)، وبين كل المتغيرات التابعة المتعلقة ب: (وجود الضغط النفسي، أداء الأسرة لوظيفتها، العلاقة الزوجية).

بالعودة إلى التراث النظري نجد انه أصبح من المسلم به كمفهوم عام في مجال الإعاقة أنها تؤثر على كل من الفرد المعاق وأسرته، حيث تعيش أسرته تجربة مختلفة، تتميز باليأس والخوف والإرهاق. كما تدخل في تحديات تخرجها عن معيار الأسر (العادية)، الأمر الذي يؤثر على إدراك أفراد الأسرة للحياة التي يعيشونها في ظل وجود طفل معاق ذهنياً، بمعنى أنها تؤثر على جودة الحياة للوالدين والأسرة ككل. باعتبار أن مفهوم الجودة يشير إلى الصحة الجيدة والسعادة وتقدير الذات والرضا عن الحياة والصحة النفسية. (عياش ، 2021، ص.233).

توافقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل إليه **البسطامي 2013** في محافظة نابلس، بحيث هدفت دراسته إلى الكشف عن مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء والأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتوصل إلى أن أكثر الأساليب استخداماً كانت: حل المشكلات - الدعم الاجتماعي - البناء المعرفي - الاسترخاء و التجنب - الهروب والكران - ممارسة الرياضة، كما لا توجد فروق في استخدامها تبعاً لمتغير: جنس

الطفل ، شدة الحالة، ونوع الإعاقة، هذا ما توصلت إليه كذلك دراسة الزهراني (2019)، من ناحية عدم وجود فرق في أساليب التأقلم تبعاً لمتغير النوع (ضحى، 2023، ص.106).

تتعارض نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بحث Harasymin (1981)، حول الإعاقة العقلية، والذي كشف من خلاله أن ولادة طفل معاق ذكر يخلف ردود فعل سلبية عند الأب، في حين أن ولادة طفلة معاقة ذهنياً تولد لدى الأمهات ردود فعل سلبية أكثر (براهمي، 2007، ص.43). كما كشفت دراسة أخرى لـ Hauser- Cram وآخرون، أن آباء الفتيات لديهم زيادة حادة في ضغط الأبوة والأمومة، خاصة في المراحل المبكرة من الطفولة، ما يعكس استخدامهم لاستراتيجيات غير تكيفية إزاء الوضعية المجهدة (براهمي، 2007).

كما خلصت دراسة صباح الجبالي (2013)، بعنوان الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات المصابين بمتلازمة داون ، إلى أن أمهاتهن تعانين من ضغوط حادة، وتعتمد تلك الأمهات على استراتيجيات إيجابية لمواجهتها، كما دلت النتائج على وجود اختلاف في مستوى الضغوط وكذا أساليب التأقلم تبعاً لمتغير الجنس (علي حسن وآخرون، 2018، ص.316)، ناهيك عن دراسة ضحى عمران المغربي (2023)، بعنوان مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من أمهات أطفال الصم، التي كشفت نتائجها على أن أمهات الفتيات ضعاف السمع هم أكثر ميلاً لاستخدام أسلوب البناء المعرفي وحل المشكلات مقارنة مع أمهات ذكور ضعاف السمع.

5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

والتي تنص على أنه توجد فروق دالة إحصائية في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً، تبعاً لمتغير شدة الإعاقة (خفيفة، متوسطة، عميقة).

تأكدت صحة الفرضية بوجود فرق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي (المقياس ككل) لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً، تبعاً لمتغير شدة الإعاقة (خفيفة، متوسطة، عميقة).

بحيث وجدت فروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي بين أولياء لديهم أبناء بإعاقة ذهنية خفيفة، وآخرين لديهم أبناء بإعاقة ذهنية عميقة (لصالح أولياء الأطفال بإعاقة خفيفة)، ولأولياء لديهم أبناء بإعاقة ذهنية خفيفة وآخرين لديهم أبناء بإعاقة ذهنية متوسطة . وترجع الباحثة طبيعة هذا التباين والاختلاف إلى مجموعة من العوامل منها وقع الصدمة، فالإعاقة الذهنية العميقة وحتى المتوسطة من الممكن جدا تشخيصها في مراحل متقدمة من النمو، أما الخفيفة منها فقد لا يكاد اكتشفها وتشخيصها إلا بعد يقظة شديدة من الأولياء، أو من خلال مقارنة ابنهم بأبناء الآخرين، وملاحظة أوجه القصور والتبليغ بها للطبيب المختص، أو من خلال حنكة وتجربة المختصين. العامل الثاني يمكن إجماله في مستوى القدرات والتكيف والتوافق والتي نجدها مقبولة عند ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة مقارنة العميقة والمتوسطة. وهناك عامل آخر يعتبر أكثر أهمية وهو التواصل والتفاعل الاجتماعي، فشتان بين طفل يتكلم، يطلب، يحاور، يناقش، يلعب، يتفاعل.... وبين طفل بإعاقة متوسطة أو عميقة يفترق لكل هذه الخصائص.

كما يمكن إضافة عاملين مهمين آخرين، ألا وهما تفاؤل والدي الطفل المعاق إعاقة ذهنية خفيفة بإمكانية إعادة دمج وتأهيله... ووضع آمال حتى في الدراسة وغيرها، وهذا ما يفترقه ولا حتى يحلم به أولياء الطفل المعاق ذهنيا بإعاقة متوسطة أو عميقة. وكآخر عامل يمكن إضافته وهو ظروف تنشئة طفل معاق إعاقة خفيفة، فبالنسبة لوالديه قد تختلف ظروف تنشئة طفل من مثله بإعاقة متوسطة أو عميقة من عدة نواحي (الاستقلالية الذاتية للطفل، التبعية، التكفل، طرق الرعاية...).

كشفت النتائج كذلك في شقها الآخر على وجود فروق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي، بين الأولياء الذين لديهم طفل بإعاقة ذهنية متوسطة ومن لديهم طفل بإعاقة ذهنية عميقة (لصالح الإعاقة العميقة). ترجع الباحثة هذا الاختلاف والتباين إلى حكم العوامل السابقة، وإلى كون أولياء الأطفال المعاقين إعاقة ذهنية عميقة هم أكثر تقبلا. إضافة إلى بصيص الأمل الذي نجده عند الأولياء ذوي الأطفال المعاقين بإعاقة متوسطة.

وفطرة الأبوة حيث كلما رأو نورا وإلا ساروا خلفه، بينما أولياء الأطفال المعاقون ذهنيا إعاقة عميقة، فقد يكون ضل الخيبة قد خيم عليهم وبالتالي يسندون ويسلمون أمرهم لله وللقضاء والقدر .

هذا ما أشار إليه دونوفان حينما صرح بأن رد فعل الأولياء إزاء الإعاقة الذهنية مرتبط بشدتها.

ولمعرفة أي إستراتيجية من استراتيجيات التنظيم الانفعالي يتباين عليها ويختلف أولياء الطفل المعاق ذهنيا حسب شدة الإعاقة، قامت الباحثة بالاعتماد على اختبار LSD الذي كشف عن وجود الفروق في ثلاث استراتيجيات هي: (لوم النفس، لوم الآخرين، التقبل)، في حين باقي الاستراتيجيات لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية، وإنما كانت فروق على مستوى المتوسطات فقط.

أما بخصوص إستراتيجيتي التنظيم الانفعالي (لوم النفس، ولوم الآخرين)، فقد كشفت النتائج عن وجود فروق في استخدام هاتين الإستراتيجيتين، بين الأولياء الذين يعاني أطفالهم من إعاقة ذهنية بسيطة وإعاقة ذهنية عميقة (لصالح أولياء ذوي الأطفال بإعاقة بسيطة).

هذا ما تفسره الباحثة بسعي أولياء ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة إلى إيجاد سبب مقنع يعلل وجود إعاقة ذهنية لدى أحد أبائهم، فنجدهم تارة يلقون اللوم على أنفسهم - (أسقطته على رأسه، لم أتكفل به طبيا باكرا، لم أدرك الحلول لشغائه..)- من ناحية القيام بالمسؤوليات الشخصية والاجتماعية اتجاه طفلهم، ما يحرك لديهم مشاعر النقد لما يقومون به إزاء وضعية ابنهم وما يجب القيام به، ونجدهم تارة أخرى يلقون اللوم على المجتمع وعلى الآخرين، خاصة أنظمة الدعم الخارجي المسيرة من قبل مختصين في رعاية الأطفال المعاقين ذهنيا (Marche,L.,brow,M.& Mccann,e.,2020) ، فجل أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة بسيطة ينظرون إلى هذه المؤسسات بنظرة سلبية، خاصة عندما يشعرون أنهم مستبعدون من من قبل المختصين في المراكز النفسية البيداغوجية، لسيما عند محاولتهم التطلع على طرق وأساليب التكفل بأبنائهم، أو من خلال الاستفسار عن منحى

الاكتساب والتطور المعرفي السلوكي لديهم. ما يؤدي إلى ضعف التواصل وتبادل المعلومات بين الطرفين، ولعل هذا التهميش يخلق غموض لدى الأولياء حول عملية التكفل المؤسساتي مما يوقظ لديهم الإحساس بالندم على دمج طفلهم في هكذا مراكز، فيعيشون في حلقة مغلقة (لوم نفس، لوم للآخرين).

من ناحية أخرى، فإن الإعاقة الذهنية البسيطة تبقى على أمل الأولياء في إمكانية تقدم وتحسن ابنهم، فنجدهم دائمي البحث عن السبل الرامية إلى تطوير مستويات أبنائهم والرقى بها، خاصة لما تتوفر لديهم بعض الخصائص كالاستقلالية الذاتية (الاستحمام، ارتداء الملابس، الغذاء..)، والقدرات الاجتماعية (كالقدرة على التواصل، والتفاعل مع الآخرين..). جملة هذه العوامل كلها أو بعضها تفرض على الأولياء الوقوع في مواقف انفعالية ضاغطة، لا تسمح لهم بتنظيم استجاباتهم وتسييرها وفق مبدأ البحث عن المعلومة الصحيحة لتوظيفها في حل الصراع الكامن في زمان ومكان محدد.

في حين نجد أن أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة عميقة هم أقل استخداما لإستراتيجيتي (لوم النفس ولوم الآخرين)، ذلك لأن تقييمهم لوضعية الإعاقة المشخصة على أنها عميقة، قد كسرت لديهم أمل البحث عن حلول للنهوض بطفلهم والبحث عن سبل لتطوير مستواه التكيفي والأدائي. خاصة وأنها نجد أن هذه الفئة من الأطفال صلتهم بالواقع محدودة وعلاقاتهم الاجتماعية وتفاعلاتهم الاجتماعية شبه معدومة، ما يجعل الأولياء يسعون إلى تلبية الحاجات الأساسية لطفلهم، والمتواجدة بقاعدة هرم ماسلو (الحاجات الفسيولوجية، الحاجة إلى الأمن)، دون غيرها من الحاجات الأخرى (الحاجة إلى الانتماء والحب، الحاجة إلى تحقيق الذات)، إن التصنيف الهرمي للحاجات ينظم وفق لأهميتها وقدرته على إشباعها تدريجيا (علي مبروك، 2011، ص. 63-64). ما جعل الباحثة تجزم بأن هؤلاء الأولياء لديهم بناءات معرفية وتقييمات سلبية للوضعية جعلت منهم يكفون عن إيجاد حل أرقى لهم لأبنائهم.

كما كشفت نتائج الدراسة أن أولياء أطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة هم أكثر ميلا لاستخدام إستراتيجية (لوم النفس ولوم الآخرين)، مقارنة بأولياء الأطفال بإعاقة ذهنية متوسطة. هذا ما تدره الباحثة إلى مدى تأثير الإعاقة الذهنية ووقعها المؤلم على الأولياء، لما تخلفه من جروح نرجسية لديهم تثير لديهم الرغبة للتخلص منها، ما يجعلهم دائمي اليقظة عما يبدر منهم من أخطاء أو من غيرهم. الأمر الذي يؤثر سلبا في مهام الأبوة والأمومة المتعلقة بالطفل المعاق ذهنيا ويجعلهم يعيشون ضغطا رهيبا يصعب تجاوزه.

دلت نتائج الدراسة الحالية كذلك عن وجود فرق بين أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بإعاقة متوسطة والمعاقين بإعاقة عميقة في إستراتيجية التقبل ولصالح الفئة الثانية (العميقة). وهذا ما أرجعته الباحثة إلى كون أولياء الأطفال عميقي الإعاقة يدركون جيدا التشخيص الذي وضعه المختصين لأبنهم، وتفهموا ذلك من خلال مقارنته مع ما يلاحظونه في مستوى أداء ابنهم دون البحث عن ما يمكن فعله إزاء التكفل به والرفع من مستواه. وكأنهم استسلموا مبكرا لأمر الواقع وقضاء الله وقدره. والأمر ليس سيان بالنسبة لأولياء الطفل المعاق بإعاقة متوسطة لأن إيمانهم بأمل تحسن ابنهم دوما قائما.

هذا ما توافق مع ما أقر به سكورجي وسبساي، (Scorgie and Sabsy (2000)

على أن تقبل الإعاقة لا يكون إلا عن طرق القيم الفلسفية (تقييم الأولياء للوضعية)، والقيم الروحية (قضاء الله وقدره)، (عايش ، وحبيش، 2018، ص.149).

6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة: التي تنص على: وجود فرق في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير جنس الولي (أب، أم) .

من خلال ما أسفرت عليه نتائج الدراسة الحالية تبين عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا تبعا لمتغير الجنس (أب-أم)، حيث بلغ متوسط درجة القلق عند الآباء (36.63)، أما عند الأمهات فبلغ (37.48) وهو ما يوحي إلى قلق متوسط عند كلا الفئتين، أما بخصوص الاكتئاب فقد بلغ متوسط درجته عند

الآباء (38.43) أما عند الأمهات فقد بلغ (39.38) وهو ما يوحي كذلك باكتئاب متوسط لدى كلا الفئتين.

تري الباحثة أن أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عامة، والطفل المعاق ذهنيا خصوصا يواجهون ضغوطا نفسية يلعب فيها عامل استمرارية الإعاقة الذهنية باعثا للعديد من التحديات، منها الرعاية الوالدية التي تكتسي طابع الوجوب لضرورة تكفل صحي ونفسي وبيداغوجي واجتماعي من نوع خاص. كما أن مخلفات وجود إعاقة ذهنية لدى احد الأبناء تشمل كما هائلا من المواقف الضاغطة عبر أزمنة مختلفة (ماضي، حاضر ، مستقبل)، كل هذا من شأنه أن يثير العديد من المشاعر السلبية الكفيلة بظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى الوالدين. تأكدت هذه النتائج مع ما توصل إليه كل من دumas et آخرون (1991)، وإزنهور و آخرون Eisenhower et al (2005)، وهاملين راييت Hamlyn-wight (2007)، وكوجل وآخرون Koegel et al (1992)، الذين خلصت نتائج دراساتهم إلى أن أولياء الأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية خاصة التوحد يعانون من قلق واكتئاب شديد، وهم أقل رفاهية من العامة، وأكثر ضغوطا حياتية ومتاعب يومية.

(Hayes,s.,et watson,s.,2013,p.22)

هذا ما يتوافق مع دراسة كل من أنتوناك و ليفين (1991)، ودراسة بالشات وآخرون (2005)، ودراسة كل من هولرويد وريشمان (1974)، حيث توصلوا إلى أن القلق من بين الاستجابات الانفعالية التي يعاني منها أولياء المعاقين (سليمان، بن عبد السلام، 2018، ص.117).

يعتبر عامل إجهاد الوالدين إزاء هذه الوضعية من أكثر العوامل المنبئة بأعراض القلق والاكتئاب، حيث أشار وودمان وآخرون Woodman et al (2019) إلى أن آباء الأطفال ذوي الإعاقات العقلية تزيد لديهم احتمالية خطر الضغوط النفسية أكثر مقارنة مع بقية الآباء. (بنت هلال المعمرية، 2021، ص.127).

وبالعودة إلى التراث النظري ترى درويش أن ضغوط وجود إعاقة ذهنية لدى احد الأبناء كفيل برفع مستوى القلق لدى كل من الأب والأم على حد سواء، كونه احد المشكلات النفسية الأكثر شيوعا لدى كلتا الفئتين. وان هذه الاستجابة ورد الفعل منبعث عن المشكلات والصعوبات والأزمات المنجرة عن الإعاقة العقلية، والتي تؤثر سلبا على طبيعة حياة الأسرة ككل(بنت هلال المعمرية، 2021، ص. 336).

ناهيك عن وقع تجربة الإعاقة بصفتها حرمان واستبعاد اجتماعي ووصم، تدفع بالأولياء إلى الشعور بالذنب والإحساس بعدم الكفاءة، زيادة عن الصعوبات المعاشة والرمزية للوصول إلى بعض الهياكل والخدمات الثقافية والاجتماعية لفئة المعاقين.

أشار جاك س. استيورت(1996) أن وجود طفل معاق في الأسرة يغيرها كوحدة اجتماعية بعدة طرق، فيصاب الآباء والأبناء بصدمة وخيبة أمل وغضب واكتئاب وشعور بالذنب وحيرة.(طه بخش، دت، ص4).

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصل إليها كل من ستيفن وآخرون (2008) في دراسة بعنوان: الاعتلال النفسي لدى آباء الأطفال المصابون بإعاقة ذهنية، بحيث تم قياس درجة القلق والاكتئاب لديهم ومقاييس الدعم الاجتماعية وسلوكيات الطفل ونوعية النوم وعبئ الرعاية المتصور، أين كشفت النتائج أن أولياء الأطفال المعاقون ذهنيا يعانون من درجة عالية من القلق والاكتئاب المنبعث من عبئ الرعاية والشعور بالذنب.

(Al Kayed,2020,p.337)

كما ترى الباحثة أن عدم التوصل إلى فرق إحصائي ذو دلالة في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقون ذهنيا، يعكس التغير الذي يشهده أسلوب التربية، فبعدما كان يقتصر على أساس تحديد دور كل من الأب والأم، أصبح اليوم قائما على أساس المشاركة والتعاون في كل دور سواء كان داخل البيت أو خارجه. مما جعل الحمل الانفعالي للإعاقة المرتبط برعاية الطفل المعاق ذهنيا أمرا مشتركا يلقي بضلاله على كل من الوالدين، ناهيك

عن خاصية المجتمع الجزائري المتميز بالتعاون والتكافل بين أفرادهِ. الذي يعتبر مؤشرا حقيقيا للدعم الاجتماعي، ومصدرا للتكيف والتوافق الأسري.

تختلف نتائج الدراسة الحالية مع ما آلت إليه دراسة **زيد صالح الكايد** (2020)، التي كشفت عن وجود فرق ذو دلالة إحصائية في مستوى القلق على مقياس تايلور تبعا لمتغير الجنس (أب، أم). وكانت هذه الفروق لصالح الآباء أي أنهم أكثر قلقا من الأمهات. وكذلك دراسة **Bwenge Bwira Aaran** (2022)، التي دلت على أن أمهات الأطفال المعاقين يصابون بالاكتئاب أكثر من الآباء (الذكور)، والتي فسرت من قبل الباحث تفسيراً بيولوجياً (التقلبات الهرمونية)، بالإضافة إلى تأثير العوامل الاجتماعية المتعلقة بعدم الاستقرار، وأخرى اقتصادية (الأجر الزهيد).

7- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة: والتي تنص على: "يوجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير جنس الطفل المعاق ذهنياً".

أوضحت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً تعزى لمتغير جنسه (ذكر/أنثى). حيث بلغ متوسط درجة القلق عند أولياء أطفال معاقين ذهنياً من جنس ذكر (39.46)، وعند أولياء أطفال معاقين ذهنياً من جنس أنثى (38.68)، وهو ما يوحي إلى قلق متوسط عند كلا الفئتين، أما بخصوص الاكتئاب فقد بلغ متوسط درجته عند أولياء ذكور معاقين ذهنياً (37.49)، أما عند أولياء فتيات معاقات ذهنياً فقد بلغ (36.22)، وهو ما يوحي كذلك باكتئاب متوسط لدى كلا الفئتين.

ترى الباحثة أن تربية طفل ذو إعاقة ذهنية هو مهمة صعبة وشاقة، في ظل حتمية تربية خاصة مكيفة مع مطالب التي تفرضها هذه الأزمة، والتي تستدعي بالضرورة تنمية معارف الوالدين وتطويرها، من جانب التعامل معها بجوانبها السلبية والإيجابية دون الأخذ بعين الاعتبار نوع الطفل، إذ أن الضغوط ألا متناهية كفيلة بإثارة انفعالات سلبية لكلا الوالدين،

يتصدرها القلق والاكتئاب، الذي يؤثر على قدرة الأداء الشامل لديهما، مهما كان جنس الطفل ذكرا كان أم أنثى، يرى هامر **Hammer**، في هذا الصدد أن هناك ستة مراحل تثير انفعالات سلبية حادة لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا وهي:

- عند ولادة طفل معاق أو الشك بوجود إعاقة لدى هذا الطفل.
 - عند التشخيص وخلال فترات العلاج.
 - عندما يقترب الطفل من الدخول المدرسي.
 - عندما يقترب عمر الطفل من سن البلوغ.
 - عندما يقترب عمر الطفل من الحياة المهنية.
 - التفكير في مستقبل الطفل المعاق بعد وفاة الوالدين. (القمش، 2011، ص.80).
- وعليه ترى الباحثة أن مخلفات الأزمة مشتركة بين الجنسين، من حيث تحمل أعباء الإعاقة، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات النفسية والمعرفية والانفعالية للطفل، صراعات والدية متمخضة عن اضطراب دور الوالدية، وصعوبة أدائه نظرا لعدم القدرة على إقامة علاقة تفاعلية مع طفلهم. إضافة إلى مشكلات التكفل الاجتماعي والدعم الخارجي الذي يلقي عليه الوالدين اللوم الدائم من حيث أنه لا يرقى إلى المستوى المطلوب.
- تلعب صعوبة التحكم وإدارة الاضطرابات السلوكية هاجسا للأبوين مهما كان جنس الطفل المعاق، في هذا الصدد يقول كورف سوسة **korff sausse (2010)**: "إن هذا الحدث غير متوقع يضفي على الذات عدم القدرة على القيام بمهمتها المعتادة، وينتج عن ذلك عدم القدرة على إحداث التكامل بين عناصر العالم الخارجي، ما يؤثر على قدرة الفرد العقلية لتحدي هول الصدمة المؤلم الذي يتجاوز حدود فهم الوالدين".

(fanny gazel,2021,p.30)

توافقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل إليه كل من عبد الله سليمان وعبد الله بن عبد السلام، (2018)، في دراستهما حول القلق عند الأولياء وعلاقته بمعدل ذكاء أبنائهم المعاقين ذهنيا، إلى عدم وجود فرق في درجة القلق لدى أولياء الطفل المعاق عقليا حسب

متغير جنس الأبناء (ذكور/إناث)، والذي فسره الباحثان على أن المجتمعات الحديثة أصبحت تنتظر للإناث نفس النظرة للذكور، طالما أصبحن يمارسن جل أدوار الرجال في المجتمع كالعامل، الدراسة، المشاركة السياسية. (سليمان، بن عبد السلام، 2018، ص.128). توافقت هذه النتائج مع دراسة **شاهين و خليل (2013)**، اللذان توصلا إلى عدم وجود فروق في درجة جودة الحياة لدى أسر المعاقين عقليا من وجهة نظر الوالدين، تبعا لاختلاف جنس المعاق. (عايش، 2021، ص.253)، كما أثبتت دراسة كل من **صلاح وعبد الكريم متعب (2008)**، بعنوان أثر وجود طفل معاق على الوالدين، أن حدوث القلق والضغط النفسي لدى الآباء لأطفال معاقين تبعا لمتغير عمر الطفل، نوعه، ترتيبه بين الإخوة ومستوى تعليم الأم والأب، ونمط العائلة لا يؤثر في ارتفاع أو انخفاض درجة القلق (اللوزي، والفايز، 2008، ص.101).

تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة **لتباسيم ومحسن، Tabassum, mohsin (2013)**، غايتها الكشف عن طبيعة العلاقة بين القلق والاكنتاب لدى أمهات وآباء الأطفال المعاقين، ومقارنة درجة الاكنتاب والقلق لديهم بناء على العجز، تم استخدام مقياس التوتر، والقلق والاكنتاب، وقد توصل الباحثان إلى وجود علاقة دالة إحصائيا مابين القلق والاكنتاب لدى آباء و أمهات المعاقين، ووجود فروق دالة إحصائيا في مقياس الاكنتاب بين آباء وأمهات المعاقين الذكور، وآباء وأمهات المعاقات الإناث لصالح أولياء الذكور. (الكايد، وآخرون، 2020، ص.338).

8- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة: والتي تنص على: " وجود فرق في درجة القلق والاكنتاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا تبعا لمتغير شدة الإعاقة (خفيفة-متوسطة- عميقة).

من خلال ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية تبين عدم وجود فرق دال إحصائيا في الدرجات القلق لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا تبعا لمتغير شدة الإعاقة الذهنية (خفيفة-

متوسطة- عميقة)، في حين دلت النتائج على وجود فرق دال إحصائياً في درجات الاكتئاب تبعاً لمتغير شدة الإعاقة لصالح أولياء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة.

إن قصور الأداء العقلي والوظيفي والتكيفي الملاحظ في المهارات الاجتماعية، من شأنه أن يثير أعراض القلق لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً بمختلف المستويات (خفيفة-متوسطة- عميقة)، وما يبعث إلى ذلك في نظر الباحثة هو أن جميع أفراد العينة لديهم عوامل مشتركة نابعة عن نقطة التقاء. ألا وهي أزمة وجود إعاقة ذهنية جعلت الأولياء يخضعون إلى وصم اجتماعي في محيطهم، يرى السرطاوي أن ضغوط الإعاقة الذهنية منبثقة عن عدة عوامل مشتركة بين كل فئات الإعاقة الذهنية، تحديداً المشكلات النفسية والاجتماعية والمعرفية، التي تجعل الأولياء في حيرة دائمة على مستقبل طفلهم في ظل محدودية إمكانياته وقدراته، إضافة إلى مشكل الأعباء التي تفرض احتياجات مادية ومعنوية مرهقة للأبوين (بنت هلال المعمرية، 2021، ص.128)، لذا فإن المساندة الاجتماعية هي أهم مصادر الدعم التي يبحث عنها أولياء الطفل المعاق، وذات الأثر الجلي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب، ولكن عدم الرضا المصرح به من أغلبية عينة الدراسة الحالية عن مستوى الأداء الفعلي للمراكز النفسية البيداغوجية مهما كانت درجة الإعاقة الذهنية، كان من البواعث التي أدت ارتفاع درجات القلق لديهم بنفس المستوى.

من الدراسات التي تعارضت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية دراسة عبد الله سليمان وعبد الله بن عبد السلام (2018)، بعنوان: القلق عند الأولياء وعلاقته بمعدل ذكاء أبنائهم المعاقين ذهنياً، بحيث كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سلبية قوية بين معدل الذكاء ودرجة القلق، بحيث أن انخفاض معدل ذكاء الأبناء يؤدي إلى ارتفاع درجة القلق عند الأولياء و العكس صحيح (سليمان، وبن عبد السلام، 2018، ص.122).

دلت نتائج الفرضية في شقها الثاني عن وجود فرق في درجات الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير شدة الإعاقة، بين أولياء المعاقين ذهنياً بشدة خفيفة

وعميقة، لصالح أولياء المعاقين ذهنيا بشدة خفيفة، وبين أولياء المعاقين ذهنيا بشدة خفيفة ومتوسطة لصالح الخفيفة.

إن ولادة طفل معاق وإعلان التشخيص يتسبب في عديد من المشاكل النفسية، لاسيما الحزن الشديد لدى الوالدين، المنبعث عن عدم تجانس وتطابق تمثيلهم الخيالي وتصوراتهم الفانتازمية لطفلهم في المرحل الجنينية مع الطفل الحقيقي الحديث الولادة، ما خلف حالة حداد عند الوالدين. نظرا لوجود فجوة في سيناريوهات الأبوة بين الطفل المثالي والطفل الحقيقي، وبالتالي فالإكتئاب عامة هو حالة حداد يعيشها الوالدين لفقدان صورة الطفل المثالي (fanny gazel,2021,p.31). هذا ما ذهب إليه كذلك **Typhaine Mahè** (2005)، من حيث أن تمثيلات الإعاقة غير متجانس ومختلف بين الوالدين يتأثر بعامل النوع، ودرجة الإعاقة، ومدى تأثير النموذج الفردي، أو الاجتماعي، أو النموذج الفردي الاجتماعي على تصورات الوالدين.

تفسر الباحثة وجود فرق في درجات الإكتئاب بين أولياء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة والمتوسطة والشديدة لصالح أولياء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة، باعتمادهم على استراتيجيات سلبية للتنظيم الانفعالي أكثر من أولياء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة والعميقة كاستراتيجية لوم الذات، ولوم الآخرين، فالشعور بالذنب ولوم الآخرين هو من أكبر عوامل الخطر المؤدية إلى ظهور أعراض الإكتئاب، هذا ما توافق مع عديد الدراسات منها دراسة **الدو وآخرون Aldao et al** الذين توصل والى وجود علاقة بين استراتيجيات تنظيم الانفعال وبعض الأمراض النفسية خاصة منها الاجترار ولوم النفس ولوم الآخرين والتهويل (النادبي، 2019، ص.48).

يرى **هوسر كارم وآخرون hauser-carm et al** (2001)، أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لأبوين لهما طفل معاق عقليا قلت الضغوط التي يتعرضان لها. (Adam Dkayfitz,2006,p.13)

تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل إليه سلوبر وآخرون **sloper et al** (1991)، التي خلصت إلى أن المستويات الأعلى من سلوكيات الأطفال والمستويات المنخفضة من الاكتفاء الذاتي لديهم ارتبطت بزيادة الضغط الوالدي لديهم.

يرى **Typhaine Mahè** (2005) أن ردود فعل الآباء إزاء الإعاقة تتباين، فمنهم من يبدي حالة من التقبل الذي قد يكون متحفظا أو مختلطا في بعض المواقف، ومن الأولياء من ينكر الإعاقة ولا يتقبلها، خاصة إذا ما كان نوع الإعاقة ذهني أو نفسي، وهناك من يعترف بها ولكن قبوله ليس صريحا بل يبقى غامض، فهم لا يستطيعون إدراك حقيقة أن طفلهم معاق، بل هو طبيعي في كل الحالات. (Typhaine,2005,p.121)، هذا ما تجسد في الدراسة الحالية كون أولياء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة يميلون بدرجة أقل إلى اعتماد إستراتيجية لوم النفس ولوم الآخرين، مما جعل الفرق في درجة الاكتئاب لصالح أولياء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة، بالإضافة إلى هذا فان اعتماد أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة شديدة على إستراتيجية التقبل، أثر إيجابا على صحتهم النفسية وجعلهم أقل اكتئابا مقارنة مع الفئات الأخرى.

المساهمة العلمية للدراسة:

انطلاقاً من المعطيات النظرية المتاحة والنتائج الميدانية المتوصل إليها في سبيل إثراء البحث العلمي والنفسي، بإبراز مدى تأثير استراتيجيات التنظيم الانفعالي على الصحة النفسية للفرد عامة وعلى أولياء الطفل المعاق ذهنياً خاصة، بالزيادة أو الحد من شدة أعراض القلق والاكتئاب من خلال توسط مجموعة من الاستراتيجيات المخولة بمراقبة وتسيير الانفعالات كما وكيفا، وفقاً للأسلوب المعتمد من بين تسعة استراتيجيات: التقبل، وضع الأمور في نصابها، إعادة التقييم الإيجابي، إعادة التركيز الإيجابي، التركيز على الخطأ، لوم النفس، الاجترار، التهويل، لوم الآخرين، ما من شأنه أن ينعكس إيجاباً أو سلباً على التوافق النفسي والاجتماعي لمجتمع الدراسة، وعليه فقد أسهمت الدراسة الحالية في إثراء موضوع استراتيجيات تنظيم الانفعال وعلاقتها بأعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً من نواحي امبريقية، نظرية ومنهجية.

1- من الناحية الامبريقية:

يعتبر البحث الراهن إحدى الدعائم الأساسية لموضوع استراتيجيات التنظيم الانفعالي وتأثيرها على درجة القلق والاكتئاب في البيئة العربية والجزائرية خاصة، فتتطلب الانفعال هو العملية التي يهدف الفرد من خلالها إلى توجيه وتعديل مستوى الاستجابة الانفعالية باستخدام استراتيجيات واعية وغير واعية لتحقيق هدف محدد، فيعبر كل منا عن انفعالاته بسلوك ملائم اجتماعياً، يضمن له التواصل الفعال والتأقلم السوي، المركب من كل معقد(نواحي معرفية، سلوكية، ثقافية، سياقية)، ذات الأثر على الصحة النفسية والجسدية.

يستند مفهوم تنظيم الانفعال على الأفكار والمعارف والخبرات المخزنة لكل فرد، والقائمة لخدمة الوظيفة التكيفية والتوافقية للعمليات الانفعالية، التي تضمن تناسق عديد من التغيرات العصبية والفسولوجية والمعرفية المتداخلة التي تبلور الاستجابة لمثيرات البيئة المختلفة، والحديث عن استراتيجيات سلبية التنظيم الانفعالي لدى أولياء الطفل المعاق ذهنياً (لوم النفس، لوم الآخرين، التهويل، الاجترار)، هو محاولة لتفسير ظهور أعراض القلق والاكتئاب

بتأثير مكونات ذات صلة بتنظيم الانفعال، منها السيطرة على الانفعالات، الكفاءة الذاتية لتوليد خبرة انفعالية ايجابية، التركيز التلقائي، إعادة تقييم المدركات المخزنة في تفسير الحزن والكآبة تخفيف مدة وشدة الاستجابة الانفعالية السلبية وتعديل الاستجابة. (عبد العزيز فرحان الحوطي، دت، ص. 90).

تعتبر الدراسة الحالية إضافة جديدة للدراسات العربية في مجال استراتيجيات التنظيم الانفعالي بتسليط الضوء على علاقتها بظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء المعاق ذهنيًا، لهدف تمكين الأخصائيين النفسيين العاملين في المراكز النفسية البيداغوجية والمربين والساشرين على قطاع النشاط الاجتماعي والفاعلين في ميدان ذوي الاحتياجات الخاصة من فهم الاستجابات الانفعالية لأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والاهتمام بمشاعرهم والعمل على توجيه طاقاتهم الانفعالية، من خلال إعداد برامج ارشادية علاجية لتصحيح المدركات الواعية والمكونات الواعية لغاية التحكم في الاستجابة الوجدانية وتنظيم ردود أفعالهم كإجراء وقائي استباقي من الأمراض النفسية منها القلق والاكتئاب.

تعد الدراسة الراهنة ميدان خصبا للبحث والتقصي من قبل الطلبة والباحثين و العاملين في ميدان الإعاقة الذهنية، سعيا لفهم معمق لآثار وجود إعاقة ذهنية داخل الأسرة وانعكاساتها على الأولياء في حد ذاتهم، لما لصحتهم النفسية وتوافقهم الاجتماعي من آثار ايجابية على الطفل خاصة.

وعليه فان النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية تعتبر إسهاما امبريقيا لدعم دراسات توصلت إلى وجود علاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وظهور أعراض القلق والاكتئاب، ودراسات أخرى توصلت إلى وجود فرق في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي تبعا لمتغير الجنس (ذكور/ إناث)، وأبحاث مغايرة كشفت عن معانات أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من أعراض القلق والاكتئاب اللذان تختلفان درجاتهما تبعا لمتغيرات منها: جنس الولي (أب/أم)، جنس الطفل المعاق (ذكر/أنثى)، شدة الإعاقة الذهنية.

2- من الناحية النظرية:

أسهمت الدراسة الحالية في رصد العديد من النماذج النظرية لمفاهيم البحث والدراسات السابقة التي كانت انطلاقة نظرية ومنهجية للباحثة، حيث شمل الجانب النظري أربعة فصول تناولت: الانفعال والتنظيم الانفعالي، القلق، الاكتئاب، الإعاقة الذهنية، كما تم التطرق إلى عدد الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة علاقة التأثير والتأثر بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وأعراض القلق والاكتئاب عند عينات بحث مغايرة للدراسة الحالية.

يعتبر البحث الحالي في جانبه النظري سندا علميا ومرجعا للبحوث النفسية لتناوله عدد المتغيرات وأحدثها خاصة مفهوم تنظيم الانفعال الذي أستخدم أول مرة من قبل كروس سنة 1990 عندما قدم تحليله الخاص بتعديل ديناميات الانفعال (عبد العزيز فرحان الحوطي، دت).

3- من الناحية المنهجية:

اعتمدت الدراسة الراهنة في جانب القياس النفسي على ثلاث مقاييس، تمثلت في مقياس التنظيم الانفعالي CERQ لكل من **Garnefski et vivian kaaij** سنة 2007، وقام **محمد زكي جاسر عفانة** بترجمته من الانجليزية إلى العربية سنة 2018، لهدف قياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي السائدة والمفضلة لدى الأفراد لحضة التعرض إلى موقف انفعالي يواجه أيا كان في حياته اليومية، وذلك بتقدير كمي لمدى تفضيل استراتيجية من الاستراتيجيات التالية: التقبل، وضع الأمور في نصابها، إعادة التقييم الايجابي، إعادة التركيز الايجابي، التركيز على الخطط، لوم النفس، الاجترار، التهويل، لوم النفس، لوم الآخرين.

تم الاعتماد كذلك على مقياس **بيك للقلق BAI** المطور سنة 1990، تمت ترجمة المقياس من الانجليزية إلى العربية من قبل **سهى ياسن** سنة 2015، تهدف هذه الأداة إلى قياس شدة أعراض القلق المنحصرة في: البعد العصبي، البعد الشخصي، بعد الهلع، البعد اللاإرادي، يتجسد التقدير الكمي في 21 عبارة موزعة على الأبعاد السابقة الذكر.

كما تم الاستعانة بمقياس بيك للاكتئاب BDI-II، المعد خصيصا لتقييم شدة أعراض الاكتئاب الموزعة على 21 بند، قام الأستاذ الدكتور بشير معمريه بتقنين المقياس على البيئة الجزائرية سنة 2010.

تم التحقق من الخصائص السيكومترية من خلال تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة الاستطلاعية، وكانت النتائج معبرة على درجة عالية من الصدق والثبات. تعتبر المساهمة العلمية للدراسة الحالية تجسيدا لبعض الأهداف التي سطرته الباحثة، وانطلاقة لعدد البحوث والدراسات الميدانية والنظرية لما لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي من أهمية في حياتنا اليومية، الأمر الذي يستدعي تطوير برامج إرشادية وعلاجية قصد تنمية هذه الاستراتيجيات لتجنب الوقوع في مشكل الاضطرابات النفسية.

ومن بين الدراسات المقترحة:

- ❖ فاعلية برنامج إرشادي علاجي (معرفي سلوكي) لتطوير مهارات الفرد في تنظيم الانفعالات.
- ❖ استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بالصحة النفسية لدى المراهقين.
- ❖ دراسة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي والسلوك الإجرامي.
- ❖ دراسة نمط الشخصية وعلاقتها باستراتيجيات التنظيم الانفعالي.
- ❖ صعوبات التنظيم الانفعالي وعلاقته باضطراب القلق والاكتئاب.

خاتمة:

كانت الغاية من الدراسة الحالية المعنونة ب: استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً، هي إبراز مدى أهمية استراتيجيات التنظيم الانفعالي في خفض أو الرفع من شدة أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً، اعتمدت الباحثة لتجسيد هذا الهدف على جانب نظري سلط الضوء من خلاله على المفاهيم الأساسية المتعلقة بموضوع البحث: الانفعال، التنظيم الانفعالي، القلق والاكتئاب، والإعاقة الذهنية، وجانب تطبيقي شمل الإجراءات المنهجية والميدانية لكل من الدراسة الاستطلاعية التي خصصت إلى اكتشاف معطيات الواقع الميداني لمتغيرات الدراسة والتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، المتمثلة في مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس القلق والاكتئاب لبيك، لتنتقل الباحثة في الدراسة الأساسية للإجابة عن الإشكالية الأساسية للدراسة وما انبثق عنها من تساؤلات وفرضيات للتحقق من مدى صحتها أو عدم تحققها.

إن النتائج المتوصل إليها كشفت عن العلاقة الارتباطية الدالة إحصائياً بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية منها أو الأقل تكيفاً وظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً والمنحصرة تحديداً في: إستراتيجية لوم النفس، الاجترار، التهويل ولوم الآخرين، وفي محاولة للكشف عن أكثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي استخداماً لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً اتضح أن استراتيجيات التنظيم الانفعالي الايجابية احتلت الصدارة، فإستراتيجية التقبل أتت في المرتبة الأولى، يليها بعد ذلك إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي، ثم إستراتيجية التركيز على الخطأ، و يليها بعد ذلك إستراتيجية الاجترار، وفي المرتبة الخامسة تأتي إستراتيجية التهويل، يليها وضع الأمور في نصابها، وجاءت إستراتيجية إعادة التركيز الايجابي، ليليها بعد ذلك إستراتيجية لوم الآخرين، وجاءت إستراتيجية لوم النفس في المرتبة الأخيرة في الاستخدام من قبل أولياء الأطفال المعاقين.

كما كشفت النتائج وجود فرق وتباين في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء المعاقين ذهنيا تبعا لمتغير الجنس (أب/أم)، والمنحصرة في استخدام إستراتيجية الاجترار، والهويل، ولوم الآخرين لصالح الأمهات، وكذا وجود فرق دال إحصائيا بين مجموعتي الآباء والأمهات من أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا في استخدامهم لإستراتيجية إعادة التركيز لصالح الآباء، دلت النتائج المتوصل إليها عدم وجود اختلاف في استراتيجيات التنظيم الانفعالي المستخدمة من قبل أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا تبعا لجنسهم (ذكر/أنثى)، بمقابل ذلك يوجد فرق واختلاف في استخدام استراتيجيات تنظيم الانفعال تبعا لشدة الإعاقة الذهنية (خفيفة - متوسطة - عميقة).

كما أظهرت النتائج عدم وجود اختلاف في الدرجات المحصل عليها في مقياس القلق لبيك، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا بتأثير مجموعة من المتغيرات والعوامل وهي: وجنس ولي الطفل المعاق ذهنيا (أب/ أم)، جنس الطفل المعاق ذهنيا (ذكر/ أنثى)، وشدة الإعاقة الذهنية (خفيفة - متوسطة - عميقة) التي لم تكن عاملا لاختلاف درجات القلق لدى أفراد العينة ولكن كانت عكس ذلك بنسبة لمتغير الاكتئاب.

تعد الدراسة الحالية إسهاما علميا يزود الطلبة والباحثين بمادة علمية فريدة، جمعت بين متغيرات بحث لم يسبق دراستها من حيث علاقة التأثير والتأثر (حسب اضطلاع الباحثة)، ناهيك عن الإسهام العملي الهادف إلى الالتفاف جديا حول فئة المعاقين ذهنيا من حيث التكفل المؤسساتي لغاية تطوير المستوى الأدائي للفرق البيداغوجية من ناحية، وتقديم برامج علاجية للأبوين وتوجيههم إلى الاستخدام الأمثل لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي والأخذ بيدهم من اجل معرفة مدى تأثير التقييمات المعرفية الايجابية وبناء الخطط والتركيز عليها وتجسيدها ميدانيا على توافقهم النفسي والاجتماعي، مما ينعكس إيجابا على المستوى الأدائي الشخصي والاجتماعي لطفلهم.

يلعب الدعم الاجتماعي لأولياء الأطفال المعاقين ذهنيا خاصة المؤسساتي اللبنة الأولى التي من شأنها الرفع من مستوى الضغوط أو الخفض منها، لذا لا بد من بناء علاقة تفاعل

ايجابي بين المراكز البيداغوجية والأولياء، حتى يتسنى لهم تطوير مكتسباتهم ومعلوماتهم حول الإعاقة ومسارها والمآل الذي تنتهي إليه في ضل كل الاحتمالات، إضافة إلى تنمية مهارات الاستجابة العادية والمتخصصة في سياق يضمن تلبية حاجيات الطفل الطبية والنفسية والاجتماعية والتعليمية.

المراجع

1- قائمة المراجع باللغة العربية :

- أبو زعيزع، عبد الله يوسف.(2013). الاضطرابات السلوكية الانفعالية في مرحلة الطفولة، (ط.8). زمزم ناشرون وموزعون. عمان.
- أبو عيادة سليمان سالم، هند ، وثابت عبد العزيز، موسى. (2009). القلق والاكتئاب لدى والدي المعاقين، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد23، 138-152.
- أحمد قعدان، هنادي.(2014). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند داون سندروم، (ط.1)، دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان.
- الأغا، إحسان.(1997). البحث العلمي التربوي عناصره منهجه أدواته. مطبعة مقداد. غزة.
- آف. إي. كاس وآخرون.(2009). في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي (ترجمة سامر جميل رضوان، ط.1). دار الكتاب الجامعي. غزة ، فلسطين.
- الأنصاري، بدر محمد.(1999). مقدمة لدراسة الشخصية. شركة ذات السلاسل. الكويت.
- أوسم، وصفي .(2012). القلق و أنواعه. أوفير للطباعة والنشر. عمان، الأردن.
- محمودي، إيناس ، ومرابط، راوية.(2022). استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء التلاميذ في وضعية إعاقة والمدمجين في المدارس العادية. مذكرة لنيل شهادة الماستر منشورة . جامعة الشهيد حمة لخضر. الوادي.
- باترسن. س .(1990). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ترجمة حامد عبد العزيز الفقي ، ط. 1). دار القلم للنشر والتوزيع. الكويت.
- براهمي، إبراهيم.(2007). ربود فعل العائلة الجزائرية بعدما عرفت أن ابنها معاق عقليا ، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه. جامعة الجزائر.
- البعلبكي، منير.(1992). المنجد في اللغة والإعلام. (ط.3). دار المشرق. بيروت لبنان.

- بسمة، علي، وحامد، حمودة.(2020). الاكتئاب لدى الأطفال. *المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة*. جامعة المنصورة، 7(2).
- بكر محمد سعيد، عبد الله.(1442هـ). فعالية برنامج قائم على النمذجة في تنمية تنظيم الانفعال في مرحلة الطفولة. *كلية الدراسات الإنسانية و الإدارية*. جامعة بعنيزة، 312-386.
- بلحسيني، وردة، والإمام سعيدة.(2019). تشخيص الاكتئاب كما نفهمه من منظور DSM5، *مجلة أفاق للبحوث و الدراسات*. المركز الجامعي اليزي، العدد4، 148-160.
- بن أحمد الوائلي، عبد الله. (2003). *فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات*، رسالة ماجستير منشورة. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض. المملكة العربية السعودية.
- بنت هلال المعمرية، وآخرون.(2020). مستوى الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأمهات ذوي الإعاقة العقلية عبر الأزمنة (الماضي، الحاضر، المستقبل). *مجلة دراسات لجامعة عمار ثلجي الأغواط*، الجزائر، العدد(100).
- بن خنيش، أمينة. (2022). دور التسيير المعرفي للانفعالات في الصحة والمرض تناول نظري. *مجلة دراسات في علم الصحة النفسية*، 7(2).
- بن دايل، أفنان.(2020). الضغوط النفسية وعلاقتها بالاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى طلبة الجامعات المقبلات على التخرج في مدينة الرياض. *المجلة الدولية للدراسات التربوية النفسية*، 8(2)، 409-430.
- بن سالم بن سيف النادبي، يوسف.(2019). استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفية وعلاقتها بالقلق الاختبار لدى طلبة الجامعة، دراسة مقارنة بين طلبة جامعتي السلطان قابوس ومحمد الأول. *مجلة أكاديمية شمال أوروبا للعلوم والبحث العلمي(الدنمارك)*، 1(4).

- بن عمر، الصقهان، والناصر بن عبد العزيز. (2005). تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير منشورة. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. المملكة العربية السعودية.
- بن يونس، محمد محمود. (2006). سيكولوجية الدافعية والانفعالات. دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
- بوغمبوز، زينب ، والسحيري زينب. (2022). مستوى القلق والاكتئاب عند أمهات أطفال التوحد دراسة ميدانية لـ (15 حالة). مجلة العلوم الاجتماعية، 16(3)، 132-144.
- تيسير، النهار، وعبد القوي الزبيدي. (2000). الخصائص السيكومترية لمقياس بيك للقلق في دولة الإمارات العربية المتحدة. مجلة مركز البحوث التربوية جامعة قطر، العدد الثامن ، 87-106.
- جبار، شهيدة. (2016). الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري، إسهامات اختبار الروشاخ والـ TAT مقارنة سيكوديناميكية، رسالة دكتوراه ثنائية منشورة، كلية العلوم الاجتماعية أحمد بن احمد وهران 2، جامعة باريس- ديكارت-.
- الجمعية الأمريكية للطب العقلي، ترجمة أنور الحمادي (2014): الدليل الخامس لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية (نسخة مصغرة).
- جونسون، شريل، وآخرون. (2016). علم النفس المرضي، ترجمة أمثال هدى الحويلية، وآخرون. مكتبة أنجلو المصرية.
- الحارثية، أماني بنت سالم، وآخرون. (2023). أثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي في الانفعالات والقرارات العقلانية لدى معلمات الحلقة الأولى في سلطنة عُمان، مجلة العلوم التربوية كلية التربية جامعة قطر، العدد 21، 117-141.
- حامل، فايضة. (2012). الاختلاف في المستوى التعليمي والثقافي والاقتصادي وعلاقته بالتوافق الزوجي للزوجين العاملين، رسالة ماجستير منشورة. جامعة تيزي وزو. الجزائر.

- حسن المسحر، ماجدة أحمد.(2007).إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة كما تدركها طالبات الجامعة وعلاقتها بأعراض الاكتئاب. رسالة ماجستير منشورة. جامعة الملك سعود. المملكة العربية السعودية.
- الحسن حسين، محمد سيد.(2019). الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وعلاقتها بالهناء الذاتي الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية. جامعة الملك سعود، العدد 11، 71-112.
- فوزى أبو العلا دسوقي، حنان .(2022). فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على الرضا عن الحياة لديهم. مجلة العلوم التربوية، 38(12)، الجزء الثاني .
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى.(2009). التدخل المبكر: مدخل إلى التربية الخاصة في الطفولة المبكرة . دار الفكر . الأردن.
- شهان، دافيد. (1988). مرض القلق، ترجمة عزة شعلان. عالم المعرفة. الكويت.
- دخيل الله علي الحارثي، نورة.(2021). استراتيجيات تنظيم الانفعال معرفيا وعلاقتها بالصمود الأكاديمي لدي طالبات جامعة الطائف، المجلة العلمية، كلية التربية أسيوط، 37(1).
- دسوقي، راوية محمود .(1995). تقدير الذات وعلاقته بكل من القلق والاكتئاب لدى متعاطي المخدرات، مجلة علم النفس الهيئة العامة للكتاب، العدد 25.
- دفيد جي، وآخرون.(2015). الوقاية من القلق والاكتئاب، النظرية والبحث والممارسة، ترجمة عبد الله سيد عسكر، ط1.المركز القومي للترجمة. الجزيرة. مصر.
- دياب، سهيل. (2003). مناهج البحث العلمي أدواته وأساليبه. مكتبة أفاق. غزة.
- رشاد، علي عبد العزيز.(1998). دراسات في علم النفس المرضي. ط 2. مؤسسة المختار للنشر والتوزيع. القاهرة.

- رمضان مظلوم، مصطفى علي.(2017). تنظيم الانفعال وعلاقتها بالاليكسيثيميا لدى عينة من طلبة الجامعة: دراسة سيكومترية، دراسات عربية في التربية وعلم النفس، جامعة بنها مصر، العدد 82، 141-212.
- زعتر، نور الدين.(2010). سلسلة الأمراض النفسية: القلق. ط(1). جامعة زيان عاشور. الجلفة.
- زهدي كمال مرعي، رزان. (2019). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالقلق لدى طلبة جامعتي الاستقلال والقدس، رسالة ماجستير منشورة، جامعة القدس عمادة الدراسات العليا.
- زيدنر، موشني، وماثيوس جيرالد.(2016). القلق(ترجمة معتز سيد عبد الله، والحسين محمد عبد المنعم). عالم المعرفة، الكويت.
- زيزي، السيد إبراهيم.(2006). العلاج المعرفي للاكتئاب(ط.1). دار غريب، القاهرة.
- ساتر، جان بول. (2001). نظرية في الانفعالات (ترجمة سامي محمود علي، وعبد السلام القفاش). مكتبة الأسرة. مصر.
- السباعي، زهير أحمد، وشيخ إدريس عبد الرحيم.(1991). القلق وكيف تتخلص منه. دار القلم. بيروت.
- سرحان وليد، التكريتي عدنان ، حباشنة محمد(2013): القلق، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- سطوح، سعد رحيم.(2011).الاكتئاب النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من الطلاب المصريين والوافدين بجامعة الأزهر وفعالية برنامج إرشادي في تخفيف حدته. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة، العدد 76. الجزء الأول.
- سليمان سالم أبو عيادة، هند.(2008). استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين وعلاقتها بالقلق والاكتئاب في المنطقة الوسطى- غزة. مذكرة ماجستير منشورة، جامعة القدس.

- سليمانى، عبد الله ، وبن عبد السلام ،عبد الله.(2018). القلق عند الأولياء وعلاقته بمعدل ذكاء أبنائهم المعاقين ذهنيا. مجلة إضاءات، المجلد(1)، العدد(1)، 116-130.
- ياسين، سهى.(2010). الكفاءة السيكمترية لمقياس بيك للقلق على عينة من الأسوياء و المرضى النفسانيين، مذكرة ماجستير منشورة. كلية التربية. جامعة دمشق.
- السيد عثمان، فاروق.(2001). القلق وإدارة الضغوط ط(1). دار الفكر العربي. القاهرة.
- سيد فهمي، محمد .(2007). التأهيل المجتمعاتي لذوي الاحتياجات الخاصة ط(1). دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر. الإسكندرية.
- الشرايينى، زكرياء أحمد.(2004). طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات: تعريف وتشخيص ط(1). دار الفكر العربي. القاهرة.
- الشربيني، لطفي عبد العزيز.(2001).الاكتئاب.:المرض والعلاج ط(1). منشأة المعارف. شركة الجلال للطباعة. الإسكندرية.
- الشربيني، لطفي عبد العزيز.(2012). الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب، كتاب إلكتروني. إصدارات شبكة العلوم العربية النفسية. العدد 23.
- الشربيني، لطفي.(دت). معجم مصطلحات الطب النفسي. مركز تعريب العلوم الصحية. الكويت.
- شعبان، هبة، وحجازين، احمد إبراهيم.(2017). برنامج قائم على الوعي بالجسم لتنمية بعض المهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقليا.مجلة الطفولة، العدد 27، جامعة القاهرة.
- الشناوي، محمد محروس.(1997). التخلف العقلي: الأسباب، التشخيص، البرامج، سلسلة سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ط(2). دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.

- شيريل، كوهسم. (2016). علم النفس المرضي (ترجمة أمثال هادي الحويلة وآخرون، ط2). مكتبة أنجلو المصرية.
- شوقي، ضيف. (2003). معجم علم النفس وعلوم التربية. الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية. مصر.
- ضحى، عمر المغربي. (2023). أساليب مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى أمهات ضعاف السمع بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، *journal of education and psychological sciences (JEPS)* , 98-126.
- طايبي، مريم. (2016). قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق ذهنيا. مجلة الحكمة للدراسات النفسية و التربوية. جامعة الجزائر 2، 4، (8)، 178-186.
- طه بخش، أميرة. (د.ت). أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعاديين في المملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى مكة المكرمة.
- عايش، صباح، وحبيش، بشير. (2018). أثر الإعاقة على الأسرة بين السلبية والإيجابية، مجلة دراسات اجتماعية مركز البحث في العلوم الإنسانية والحضارة، العدد 2، 133-153.
- عايش، صباح. (2021). جودة الحياة الأسرية لدى أسر المعاقين عقليا، مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، 5(1)، 231-258.
- عبد الرحمان سيد، سليمان. (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. ج(1) ، مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.
- عبد الرؤوف عامر، طارق ، وعبد الرؤوف محمد، ربيع. (2008). *التخلف العقلي*. ط(1). مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع. القاهرة.

- عبد الستار، إبراهيم.(1978). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت.
- عبد الستار، إبراهيم.(2002). القلق قيود من الوهم. ط(1). مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.
- عبد الستار، إبراهيم.(2008). الاكتئاب والكر النفسى: فهمه وأساليب علاجه، منظور معرفي - نفسي. ط(2). دار الكاتب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الستار، إبراهيم، وعسكر، عبد الله. (2008). علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسى. ط (4). مكتبة الانجلو المصرية.
- عبد العزيز فرحان الحوطي، زينب.(2020). الخصائص السيکومرتية لمقياس تنظيم الانفعال لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بدولة الكويت. مجلة الجمعية التربوية للدراسات الاجتماعية، 17(125)، 78-111.
- عبد العزيز موسى، رشا.(2008). علم نفس الإعاقة. مكتبة أنجلو المصرية. القاهرة.
- عبد الغني شريت، أشرف محمد.(2009). الطفل المعاق عقليا سلوكه ومخاوفه. مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع. الإسكندرية.
- عبد الفتاح، عبد المجيد الشريف.(2011). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. ط(1)، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الله جلامدة، فوزية.(2007). فعالية برنامج تعليمي في تحسين مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة العقلية لدى أولياء الأمور في الأردن، رسالة دكتوراه منشورة. كلية التربية الخاصة. جامعة عمان.
- عبد المجيد إبراهيم، مروان.(2002). الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة تربويا- نفسيا رياضيا- تأهيل. الوراق للنشر والتوزيع. الأردن.

- عتاب، حميمي.(2018). تأثير اضطراب القلق على التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال المتدربين المرضى بالتوحد وعلاجه. دراسات أطفونية وعلم النفس العصبي. جامعة البويرة. مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية، 2018(5)، 30-43.
- عفانة، محمد زكي جاسر.(2019). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير منشورة. جامعة غزة. فلسطين.
- عكاشة، أحمد.(1998). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الانجلو مصرية. القاهرة.
- عكاشة، أحمد.(2008). الاكتئاب مرض العصر: أسبابه وأنواعه وعلاجه. ط(1). مركز الأهرام للترجمة والنشر. القاهرة.
- كفاي، علاء الدين. (1990). الصحة النفسية. ط(3). هجر للطباعة والنشر والتوزيع. الجيزة. مصر.
- كفاي، علاء الدين، وآخرون.(2014). الانفعالات. ط(1). دار الفكر. عمان. الأردن.
- علي حسن، نورة، وآخرون.(2018). ميكانيزمات التكيف لدى عينات من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. مجلة العلوم البيئية. جامعة عين الشمس، 3(43)، 309-333.
- علي رجب، أحمد مصطفى، وآخرون.(2014). مقياس الاكتئاب. مجلة القراءة والمعرفة مصر، العدد152، 21-44.
- علي عبد الغفار عليوة، سهام.(2018). إستراتيجيات تنظيم الانفعال وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى المراهقين الموهوبين: دراسة سيكومترية، مجلة كلية التربية بينها، كلية التربية جامعة كفر الشيخ، 4(116)، 1-50.
- علي فايد، حسين.(2004). العدوان والاكتئاب. مؤسسة طبية للنشر والتوزيع. الإسكندرية. مصر.

- علي مبروك، رشا محمد.(2011). الحاجات النفسية في ضوء نظرية ماسلو دراسة مقارنة بين الكفيف والمبصر. كلية مجلة التربية جامعة بور سعيد، يونيو 2011(10)، 59-88.
- عمارة، الزين عباس.(1986). مدخل الى الطب النفسي. دار الثقافة. بيروت. لبنان.
- عيسى حماد، علا فؤاد جلة.(2022). التنظيم الإنفعالي وعلاقته بالتعلق بالرفاق لدى طلبة مرحلة المراهقة المتوسطة في محافظة عمان. جرش للبحوث والدراسات، 23(1) ، 1119-1155.
- غانم، حسن محمد.(2011). الاضطرابات النفسجسمية. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.
- غراب، م .(2000). القلق وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الثانوية العامة بمدارس محافظات غزة، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة. فلسطين.
- الغريب، أسامة محمد.(2011). أبعاد حل المشكلات الاجتماعية المنبئة بكل من القلق والاكتئاب لدى طلاب كلية التربية الأساسية. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 10(2)، 215-225.
- فاروق مصطفى، أسامة.(2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسباب التشخيص، العلاج). ط(1). دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان.
- الفرماوي حمدي علي، النساج وليد رضوان (2010): في التربية الخاصة، الإعاقة العقلية(الاضطرابات المعرفية والانفعالية)، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- فلاح حسين ، حسين .(2015). علم النفس المرضي والعلاج النفسي. ط(2). مركز دبيونو لتعليم التفكير. عمان.
- فوزي أبو العلا دسوقي، حنان .(2022). فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على الرضا عن الحياة لديهم. كلية التربية جامعة المنيا، ج(2)، 38(12)، المجلد 38، العدد 12، 2-70.

- فوهمان، اس. جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، الحلول النفسية لمشكلات الصحة النفسية (ترجمة مراد علي عيسى، ط1) دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة. مصر.
- قاسم، سميرة، وبوضياف بن زعموش، نادية. (2017). مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ورقلة، الجزائر، العدد 29.
- قحطان، أحمد الظاهر. (2008). مدخل إلى التربية الخاصة. ط(2). دار وائل للنشر. عمان.
- قشوش، صابر. (2012). العلاقة بين أنماط التفكير (الأنظمة التمثيلية) وأنماط الهيمنة الدماغية لدى الجانحين بمصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح بالمسيلة. رسالة ماجستير منشورة. كلية الآداب والعلوم الاجتماعية. جامعة المسيلة. الجزائر.
- القمش، مصطفى نوري. (2011). الإعاقة العقلية النظرية والممارسة. ط(1). دار الميسرة للنشر والتوزيع عمان الأردن.
- كارين.ك. برييس. (2010). الدليل الصحي الشامل لكل ما يتعلق بالاكْتئاب (ترجمة بدر محمد العدل، ط1). مكتبة الشقري بالرياض. المملكة العربية السعودية.
- كاس، آف.إي، وآخرون. (2009). في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي (ترجمة سامر جميل رضوان) . دار الكتاب الجامعي. غزة. فلسطين.
- كاملة الفرخ، شعبان، وعبد الجبار، تيم. (1999). النمو الانفعالي عند الطفل ط(1). دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان.
- كحلة، ألفت. (د.ت). العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب. إيتراك للنشر. القاهرة.
- لبيب، فراج عثمان. (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة: تعريفها، تصنيفها، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي. ط(1). المجلس العربي للطفولة والتنمية. القاهرة. مصر.

- اللوزي، صلاح حمدان، و الفايز، عبد الكريم متعب .(2008). أثر وجود طفل معاق على الوالدين: دراسة ميدانية. *المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية*، 1(1)، 91-113.
- متولي، فكري لطيف.(2010). *الإعاقة العقلية: المدخل، النظريات المفسرة، طرق الرعاية*. ط(1). مكتبة الرشد- ناشرون. الرياض.
- محمد أحمد مرسي، صفاء.(2020). *الإعاقة الذهنية، الماهية والخصائص*. جامعة أسيوط، 1(11).
- محمد عبد الله، مجدى أحمد.(2000). *دراسة في الشخصية بين الاضطراب و السواء*. ط(1). دار المعرفة الجامعية. الأزريطة.
- محمود عبد المنعم، آمال. (2008). *استراتيجيات التدخل المبكر و رعاية الأطفال المعاقين عقليا*، ط (1)، زهراء الشرق القاهرة مصر.
- المحمود، محمد، و رزق أمينة.(2017). *السلوك العدواني وعلاقته بالقدرة على تنظيم الانفعال لدى عينة من طلبة جامعة دمشق. مجلة جامعة البعث للعلوم الإنسانية*، 39(20)، 107-141.
- محمودي، إيناس، ومرابط، راوية .(2022). *استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى أولياء التلاميذ في وضعية إعاقة مدمجين في المدارس العادية*. مذكرة لنيل شهادة ماستر. جامعة الشهيد حمة لخضر. الوادي.
- معمريّة، بشير.(2010). *تقنين قائمة أرون ت. بيك الثانية للاكتئاب، على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية، صورة الراشدين B.D.I-II، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، العدد 25-26، 92-105.
- مفلح كوافحة، تيسير، وفواز عبد العزيز، عمر.(2003). *مقدمة في التربية الخاصة*. ط(1). دار الميسرة للنشر والتوزيع عمان. الأردن.

- منتهى مطشر، عبد الصاحب، وسن ناصر، محمد.(2019). التصلب الفكري وعلاقته بالتنظيم الانفعالي لدى طلبة الجامعة. شبكة المؤتمرات العربية كلية التربية للعلوم الصرفية ابن الهيثم بغداد، 2876-2894.
- منصور، طلعت، والشرقاوي، أنور.(2003). أسس علم النفس العام. مكتبة الأنجلو المصرية.
- مهند، محمد، رفعت، رمضان سليمان.(2014). فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة، رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الإسلامية غزة. فلسطين.
- مواهب، الرشيد، وإبراهيم، محمد.(2018). القلق لدى طالبات كلية التربية بالزلفى وعلاقته ببعض المتغيرات. المجلة الالكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الأبحاث العلمية والتربوية، العدد 5.
- مولى ناهد شنن، وفاء.(2021). التنظيم الانفعالي كمتغير وسيط في العلاقة بين قلق المستقبل ومعنى الحياة لدى المراهقين الأيتام في محافظات غزة، مذكرة ماجستير منشورة. جامعة الأقصى غزة.
- شحادة العبويني، ميساء.(2012). الاكتئاب، القلق لدى البالغين المرضى بحساسية القمح وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الإسلامية غزة. فلسطين.
- نايف، عبد العزيز، وهذال الدوسري.(2022). اضطراب الاكتئاب وعلاقته بالإدمان على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المدمنين بمجمع إرادة والصحة النفسية في مدينة الدمام. المجلة العربية للنشر العلمي(AJSP)، العدد(45).
- الندابي، يوسف سالم سيف.(2019). استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفية وعلاقتها بقلق الاختبار لدى طلبة جامعتي السلطان قابوس ومحمد الأول. مجلة أكاديمية شمال أوروبا المحكمة- الدنمارك، الإصدار (4)، 34-58.

- هوفمان، إس جي.(2010). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية (ترجمة مراد علي عيسى). دار الفجر للنشر والتوزيع.
- الوكيل، سيد أحمد محمد . (1436هـ). الضغوط والحاجات النفسية والاجتماعية لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقليا، دراسة فارقة عبر حضرية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (35).
- ياسر، سليمة عبدو.(2013): بطء التعلم عند الأطفال بين إهمال الآباء وطرق التدريس التقليدية، جريدة المراقب العراقي.
- يحيوي وردة (2014). اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج أرنولد لازاروس) دراسة ميدانية ببيدي عقبة، رسالة دكتوراه منشورة. جامعة محمد خيضر. بسكرة. الجزائر.
- يزيد عبد العزيز، ناصر.(2010). تدريس القراءة لذوي الإعاقة الفكرية البسيطة. مطابع الحميضي. الرياض.

2- قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- Abdi Salman ,& Shahin Taban,& Aisun Ghaemian.(2012).emotion regulation questionnaire :validity and relialitiy of the persian translation of the CERQ(36) item. *university of tabriz ;iran,procedia .social and behavioral sciences* ,32(2012).
- Adam D. kayfitz, B.A.(2006).*stress and positive expériences of mothers and fathers of children with autism*, thesis of master. university windsor. Canada.
- Albert, felur saler.(2017) . psychometric properties cognitive émotion régulation questionnaire CERQ in patients with fibromyalgia syndrome. *frontiers in psychology. original reserch* :13 december.

- Aldousari Mubark,s. ,& A.pufpaff, ph.d lisa .(2014).sources de stress among parents of children with intellectual disabilities : A deliminay investigation in saudi arabia . *the journal of speciale education apprenticeship*, 3(1), 04-21.
- Al Kayed, Z,& Sawlmah, M.,Abu Zeid, H, & Melhem , A. (2020). The Differences in the Level of Anxiety among Parents of Disabled Children and Parents of Normal Children. *Dirasat : Educational Sciences*, 47(1), 332-343.
- American psychiatrique association. (1996). *mini dsm4 critères diagnostique*, Traduire Julien Daniel guelfi. Masson. paris .
- American Psychiatric Association. (2013).*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (trad. coord par: M.-A. Crocq ,& J.-D.Guelfi, 5e éd.) . Elsevier Masson .Paris,.
- Antonio damasio. (2010). *l'autre moi-même : les nouvelle du cerveau ,de la conscience et des émotions* (TR :jean-luc fidel). odile jacob .paris
- Antony M M,suinson R .P.(1996). *anxiété disorders and Thier tratmant :artical riview of the évidence-based literature* . ottawa :santè canada.
- Armelle Desauw.(2014) . *stratégies de la régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une nouvelle en cancérologie*. thèse doctoral, université Lile 3. France.

- Bruchon–Scweitzer, M.,(2002). Psychologie de la santé modèles concepts et méthodes. Paris: Armand colin.
- Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *Personality and social psychology bulletin*, 28(6), 724–731.
- Bwenge, Bwira Aaran.(2022). *handicaps des enfant et dépression chez leurs parents*. université de goma ann. unigo, XII, 2, goma.
- Caroline ,claisse.(2017). *études des mécanismes de régulation émotionnelle chez les individus alcoolo– dépendants abstinents à l’alcool à court et a long terme*, lille3, France.
- Catherine, chabert, & al.(2005). *figure de la dépression*. Dunod. Paris.
- Caver.s.(1996). cognitive interference and the structure of behavior :in I–G sarason G .R .Pierce and B.R. sarason (EDS), cognitive interférence théories, méthodes, and findings. Mahwah. NJ :Erlbaum . 25–45.
- Chevalier, christen.(S.A). *faire face aux émotion pour gérer au quotidien larmes, conflits, stress, activité*, inter Editions.
- Christina, Bartha,& Carol, Parker, & Cathy, Thomson, & Kate, Kitchen.(2014). *La dépression Guide d’information*, Édition Revisie, .Centre de la toxicomanie et la santé Montale. Français.

- Christophe, V, & autre.(2008). évaluation de deux stratégies de la régulation émotionnelle: suppression expressive et la évaluation cognitive . *revu européen de la psychologie appliqué*,59 ,59–67.
- Cyrielle–Sandra, Konne.(2012). La dépression : Physiopathologie, prise en charge, rôle du pharmacien d’officine dans le suivi du patient dépressif. *Sciences pharmaceutiques*. université de lorraine.
- Daniel, Ravon.(2008). *apprivoise ses émotion l’intelligence des situations*. group Eyrolles. paris.
- Delelis, Gérald,& Christophe, Véronique,& Berjot, Sophie,& décembre, caroline. (2011). stratégies de la régulation émotionnelle et de coping, quels liens. *bulletin de psychologie*. Tom 64(5)515.
- El BIALI, Myriam, & SOUDRY, Choulamite .(2010). La dépression : *une maladie ou une construction sociale ?*. Immersion en communauté .
- Emmanuel, Persad, & Mark, Berber.(2020). *Dépression*. Document de travail à l’intention du Tribunal d’appel de la sécurité professionnelle et de l’assurance contre les accidents du travail (TASPAAT).
- Esenberg, Nancy, & Richard Fabes.(1992).Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Research output: Contribution to journal , Psychology, Child and*

Family Success, Center for, Social and Family Dynamics, T. Denny Sanford School of (SSFD), 14(2), 131.

- Faedra, backus.(2013). *the relationship between cognitive emotion regulation and clinical symptons: A Gendred analisis.* boston college. électronique thesis dissertation.
- Fanny , Gazel.(2021). *Place du l’handicap dans la relation parents– enfant: quelles répercussions sur la famille ? pousser l’accompagnement de la dynamique familiale dans le processus de soin en psychomotricité.* mémoire présenté pour l’obtention eu diplôme de l’état psychomotricien. Institut de Formation en Psychomotricité Pitié Salpêtrière Faculté de Médecine Sorbonne Université. paris.
- Fanny, Echegaray .(2023). *La régulation émotionnelle, un processus clé dans l’expérience vécue d’un trouble psychique : études auprès de personnes ayant des troubles bipolaires.* Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur. université de bordeaux, français.
- Frijida ,Nico.h(1988)the laws of èmotion .American psychologist ,34(5), p-p :349–358 .
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire, personality and individuelal differences. *European Journal of Psychological Assessment*, 40(2006), 1659–1669.

- Garnefski, N., Kraaij, V..(2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149.
- Garnefski, N., Kraaij, V..(2016). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, (40), p. 1659–1669.
- Gross, J.J.(1998) . The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative. *Review of General Psychology, Stanford University* 2(5),271–299 ,.
- Gross, J.J. (1999) . émotion régulation : past, present, future . *cognition and émotion*.13(5), 551–573.
- Gross ,j.j..(2001).émotion regulation in adult hood :timing is evry theng . *curennt directions in psychological science*,10. 214–219.
- Gross, J.J..(2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, combridge univercity pres, USA* , 39, 281– 291.
- Gross, J., & Thompson, R.. (2007). **Emotion regulation: Conceptual foundations**. In J. J. Gross (Ed). *Handbook of emotion regulation*, New York: Guilford Press, 3–24.

- Gross, J.J.. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In: Gross, J.J., Ed., Handbook of Emotion Regulation, 2nd Edition, Guilford, New York, 3–20.
- Hayes,s.,& watson,s..(2013).The impact of parenting stress: ameta–analysis of studies coparing the exparience of parenting stress in parents of children without autism, spectrum disorder. *journal of autism and dèvelopmental disorders*,43(3),62, 9–642.
- Hèlene, denis.(2019). traiter les troubles anxieux chez l’enfant et l’adolescent du diagnostic à la prise en charge. Dunod. malakof.
- Heman,D.J..(1995).perceived stressors and coping strategies of parentes who children with devlopemental disabilitiy : acomparisan of mathers wither fathers. *jornal of pediatic nursing*,10, 311–320.
- Keltner, D., & Cross, J.J..(1999). Functional Accounts of Emotions. Cognition and emotion. *University of California–Berkeley, USA*, 13,467–480.
- Kevien, N.Ochsner, & Cross, J.J..(S.A).thenking make it so : Ascosial cognitive neuroscience. Approach to émotion régulation, *the handbook of self régulation, erlbaum :N.G, stanford university*, 1–53.
- Koole, Sander L..(2009).The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23(1), 4– 41.
- Lazarus,R.S..(1991). rogress on the cognitive motivationel relation theory of emotion. *American psychologist*, 46(8), 819–834.

- Liliana Patricia, Sequeira Amaro.(2013). *Régulation Émotionnelle Attachement et Satisfaction de vie*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Maître en Psychologie du Développement à la Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Coimbra.
- M .Kring ann,& M.sloan denise.(2010). *emotion regulation and psychopathology*. the guilford press. newyork.
- Marsh,L. , brouw.M.,& Mccann,E..(2020) . the viwes and experiences of the father of the children with intellectual : A systematic of the international evidence . *journal of policy and practice in intellectual disabilities*,17(1), 79–90.
- Maurice, ferarrei,& al.(2002) .*travail, stess et adaptation*. éditions scientifique et médical Elsevier SAS. paris .
- Michelle, Shiota ,& James W. Kalat .(2011). *Emotion , Wadsworth Publishing Co Inc; International* (ed of 2nd Revised ed édition 1).
- Mischel, W,& Shoda, Y,& Rodriguez, M. L..(1989). Delay of gratification in children. *Science*, 244 (4907), 933–938.
- Nadia, Garnefski, & Vivian, Kraaij.(2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*. University of Leiden ,23(3),141–149.

- Neil, A.Rector ,Ph.D ,& Danielle, bourdeau,M.D, & Kata, kichen, MSS,& Linda josfph. Massiah, I,& Judith M.Laposa, PH.D. (2017), *les troubles anxieux guide d'iformation*. Camh. canada.
- Nugier,a .(2009).histoire et grands courants de recherche sue émotion. *revue électronique de psychologie social*, Clermont Université ,4 ,8-14.
- Ommran, M.(2011).relation shep betwin cognitive émotion régulation stratégies withe dèpression and anxiety. *open journal of psychiatry*,1,106-109.
- Pascal, menotte, & Christine, Gosselin.(2012). Handicape Montale et santé mentale, institut Wallon pour la santé mentale. *Plat forme de concertation en santé mentale des régions du centre et de Charleroi*.
- Philippot ,p..(2007). *émotion et psychothérapie*. wavre mardaga.
- Philips,k.F.,& V,power,M .J ..(2007). A new self repot mesure of émotion régulation in adolescents :the régulation of émotion questionnaire. *clinical psyhchology and psychothérapie*, 14, 145-156
- Pool, Éva.(2011).*régulation émotionnel consciente et biais attentionnels les stimule positifs :quel sont les liens avec l'optimiste* .archive ouvert unigo. Université Gnève.
- Sander, L. Koole, & Amelia Aldao.(2015). *The Self-Regulation of Emotion: Theoretical and Empirical Advances*. To appear in: Vohs,

K. D., & Baumeister, R. F. (Eds.). Handbook of Self-Regulation. (3rd edition). New York: Guilford Press.

- Silvia, Krauth- Gruber.(2009). la régulation du émotions. *revue électronique de la psychologie sociale*, université paris sescartes, 4.

- Typhaine, Mahè .(2005). *le vécu des parent(s)handicapé*. CTNERHT.

- V. Jeste, M.D. ,& A. Lieberman, M.D.,& David Fassler, M.D,& Roger Peele, M.D..(2015).*MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX*(TR Marc-Antoine Crocq & Julien Daniel Gueli) . Elsevier Masson. France.

المواقع الالكترونية:

- <https://www.studocu.com/fr/document/universite-toulouse-jean-jaures/psychologie-et-societe/4-la-regulation-emotionnelle/1999259>.

- https://www.researchgate.net/publication/337499566_ktab_al_qlq.

الملاحق

ملحق رقم(1): مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي CERQ

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان " استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بظهور أعراض القلق والاكتئاب لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا" وذلك للحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس تخصص " عيادي"، من أجل ذلك استخدمت الباحثة المقاييس التالية لتجسيد أهداف الدراسة.

لذا نرجو منكم التكرم بإبداء رأيكم السديد بشأن فقرات الاستبيان، وذلك بوضع علامة (X) أمام الاختيار الذي يمثل وجهة نظرك (تنطبق تماما، تنطبق، أحيانا، لا تنطبق، لا تنطبق تماما)، علما بأنه ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك بصدق.

من فضلك لا تترك عبارة دون الإجابة عليها، وأحيطكم علما بأن إجاباتكم لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

البيانات الشخصية :

اسم المركز البيداغوجي:

جنس الولي:

أب ☐ أم ☐

المستوى التعليمي:

دون ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

جنس الطفل :

ذكر ☐ أنثى ☐

شدة الاعاقة :

خفيفة ☐ متوسطة ☐ عميقة ☐

سن الطفل : ☐

مع خالص الشكر والتقدير

الملاحق :

رقم العبارة	الفقرة	تنطبق تماما	تنطبق	أحيانا	لا تنطبق	لا تنطبق أبدا
1	أشعر أنني الشخص الملام عند التعرض إلى موقف محرج					
2	أقبل حقيقة الواقع بأن الأمر حدث وانتهى					
3	أفكر كثيرا في المشاعر المؤلمة التي عشتها في الماضي					
4	عند التعرض إلى موقف مزعج أفكر في أمور أخرى					
5	أستطيع تركيز انتباهي فيما يجب ان اعمله					
6	أتعلم العديد من الدروس من الأحداث والمواقف					
7	اعتقد أنه كان من الممكن ان تسير الأمور بصورة أسوء مما قد حدث					
8	أعتقد أن ما عايشته أسوء بكثير من تجارب الآخرين					
9	ألوم الآخرين عما حدث لي					
10	أشعر أنني مسؤول عما يحدث لي					
11	اعتقد أنه يجب علي تقبل المواقف التي تواجهني					
12	غالبا ما يسيطر علي مشاعري وتفكيري ما عايشته خلال الموقف السلبي					
13	أفكر في الأشياء السارة التي لا تكلفني شيئا					
14	أتعامل بموضوعية مع المواقف التي تواجهني					
15	أشعر بأنني أقوى بعد كل موقف أو خبرة تواجهني					
16	أعتقد أن الآخرين أيضا يمرون بتجارب سيئة					
17	غالبا ما يلازمني التفكير فيما عايشته من أحداث فضيحة خلال الموقف					
18	أشعر أن الآخرين مسؤولون عما حدث لي					
19	لدرك الأخطاء التي ارتكبتها بخصوص ما حدث					
20	أعتقد أنني لا أستطيع تغيير أي شيء حول الموقف الذي حدث					
21	لم اجد تفسيراً للسلوك الذي حدث					
22	أفكر بالأشياء الجميلة بدا من التفكير بالأحداث المؤلمة					
23	أفكر في كيفية إحداث تغيير للوضعية التي تواجهني					
24	أعتقد ان وضعي له جوانب إيجابية					
25	أعتقد أن الوضع لا يبدو سيئا مقارنة بأشياء أخرى					
26	أعتقد بان ما عايشته هو أسوء شيء قد يحصل لشخص ما في الحياة					
27	اشعر بالأخطاء التي يرتكبها الآخرون بخصوص الموقف					
28	ارد اسباب الأحداث إلى نفسي					
29	اتعلم ان أتعايش مع الوضع					
30	تسيطر علي المشاعر السلبية التي أثارها الموقف					
31	اتذكر تجارب وخبرات سارة في حياة الآخرين					
32	أفكر بعمق مخطط له في أفضل طريقة للتعامل مع الموقف					
33	أنظر بإيجابية حول ما يحدث					
34	أؤمن أن هناك أشياء سيئة في الحياة					
35	أفكر باستمرار في الآلام المستقبلية المحتملة للموقف					
36	أشعر أن السبب الأساسي للأحداث يكمن في الآخرين					

ملحق رقم (2): مقياس بيك للقلق BAI

اسم المركز البيداغوجي:

جنس الولي ☐ أب ☐ أم
 جنس الطفل : ☐ ذكر ☐ أنثى
 شدة الاعاقة : ☐ خفيفة ☐ متوسطة ☐ عميقة
 سن الطفل : ☐

التعليمة: يتضمن هذا الاختيار 21 مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بعناية ، ثم تختار عبارة واحدة التي تصف شعورك عند التعرض لموقف ، فضلا لا تترك سؤال بدون إجابة .

العبارات	لا	أعراض طفيفة	أعراض متوسطة	أعراض شديدة
الإحساس بالتنميل والخدران في الأطراف				
موجات من الحرارة				
الآلام، وأوجاع في الساقين				
عدم القدرة على الاسترخاء				
التوجس والشك وتوقع وقوع الأسوأ				
الدوار و بأن راسك خفيف				
سرعة ضربات القلب				
إحساس بعدم الثبات				
الشعور بالرعب				
الشعور بالعصبية والتوتر				
الشعور بالحنقة في الرقبة				
الرعشة أو الارتجاف في الأيدي				
الرعشة أو الارتجاف العام في الجسم				
الخوف من أن تصبح مجنونا أو أن تفعل أشياء تكون غير قادر على السيطرة عليها				
صعوبة في التنفس (ضيق التنفس) أو الإحساس بالاختناق				
الخوف من الموت				

الملاحق :

				الشعور بالخوف الشديد
				الغثيان والشعور بالألم بالبطن
				الدوار والدوخة
				احمرار الوجه
				العرق الغزير

ملحق رقم (3): مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II

اسم المركز البيداغوجي:

جنس الولي ☐ أب ☐ أم ☐
 المستوى التعليمي: ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐
 جنس الطفل: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐
 شدة الاعاقة: ☐ خفيفة ☐ متوسطة ☐ عميقة ☐
 سن الطفل: ☐

التعليمة: يتضمن هذا الاختيار 21 مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بعناية، ثم تختار عبارة واحدة التي تصف شعورك عند التعرض لموقف، فضلا لا تترك سؤال بدون إجابة .

البند		
1- الحزن	0	لا أشعر بالحزن
	1	أشعر بالحزن أغلب الوقت
	2	أنا حزين طول الوقت
	3	أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا أستطيع التحمل
2- التشاؤم	0	أنا متفائل فيما يتعلق بمستقبلي.
	1	أشعر بالفشل فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكبر مما اعتدت.
	2	لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.
	3	أشعر بأن وضعي سوف يزداد سوءا.
3- الفشل السابق	0	لا أشعر بأني شخص فاشل
	1	لقد فشلت أكثر مما ينبغي.
	2	كلما نظرت إلى الوراء أرى الكثير من الفشل
	3	أشعر بأني شخص فاشل تماما
4- فقدان الاستمتاع	0	أستمتع بالأشياء قدر استمتاعي بها من قبل..
	1	لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه
	2	أحصل علي قدر قليل جدا من الاستمتاع من الأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها.
	3	لا أستطيع الحصول علي أي استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها.
5- مشاعر الإثم (تأبين الضمير)	0	لا أشعر بالإثم (تأنيب الضمير)
	1	أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها.
	2	أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) أغلب الوقت.
	3	أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) طول الوقت .
6- مشاعر العقاب	0	لا أشعر بأنه يقع علي عقاب.
	1	أشعر بأنه يقع علي عقاب.
	2	أتوقع بأن يقع عي عقاب .

أشعر بأنه يقع علي عقاب.	3	
شعوري نحو نفسي كما هو .	0	7- عدم حب الذات
فقدت الثقة في نفسي.	1	
خاب رجائي في نفسي.	2	
لا أحب نفسي.	3	
لا أنقد أو ألوم نفسي أكثر من المعتاد.	0	8- نقد الذات
أنقد نفسي أكثر مما اعتدت.	1	
أنقد نفسي علي كا أخطائي.	2	
ألوم نفسي علي كل ما يحدث من أشياء سيئة.	3	
ليس لدى أى أفكار انتحارية.	0	9- الأفكار أو الرغبات الانتحارية
لدى أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها.	1	
أريد أن انتحر.	2	
قد انتحر لو سنحت لي الفرصة.	3	
لا أبكي أكثر مما اعتدت.	0	10- البكاء
أبكي أكثر مما اعتدت	1	
أبكي بكثرة من أي شيء بسيط.	2	
أشعر بالرغبة في ولكنى لا أستطيع.	3	
لست أكثر انفعالا أو استشارة عن المعتاد.	0	11- التهيج أو الاستثارة
أشعر بالانفعال أو الاستثارة أكثر من المعتاد.	1	
انفعل أو استثار لدرجة أنه من الصعب علي البقاء بدون حركة.	2	
انفعل أو استثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما.	3	
لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة .	0	12- فقدان الاهتمام
أهتم بالآخرين أو بالأمر أقل من قبل.	1	
فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين والأمر الأخرى.	2	
من الصعب أن أهتم بأي شيء.	3	
اتخذ القرارات بنفس كفاءة المعتادة.	0	13- التردد
أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات.	1	
لدى صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات.	2	
لدى مشكلة في اتخاذ أي قرارات.	3	
لا أشعر بأنني عديم القيمة.	0	14- انعدام القيمة
لا أعتبر نفسي ذو قيمة وذو نفع كما اعتدت أن أكون.	1	
أشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.	2	
أشعر بأنني عديم القيمة تماماً.	3	
لدى نفس القدر من الطاقة كالمعتاد .	0	15- فقدان الطاقة
لدى قدر من الطاقة أقل مما اعتدت.	1	
ليس لدى طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.	2	
ليس لدى طاقة كافية لعمل أي شيء.	3	

16- تغيرات في نمط النوم	0	لم يحدث لي اى تغير في نمط (نظام) نومي.
	1	أ- أنام أكثر من المعتاد الي حد ما. ب- أنام أقل من المعتاد الي حد ما.
	2	أ- أنام أكثر من المعتاد بشكل كبير. ب- أنام أقل من المعتاد بشكل كبير.
	3	أ- أنام أغلب اليوم. ب- أستيقظ من نومي مبكرا ساعة او ساعتان ولا أستطيع أن أعود للنوم مرة أخرى.
17- القابلية للغضب أو الانزعاج	0	قابليتي للغضب أو الانزعاج لم تتغير عن المعتاد.
	1	قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر من المعتاد.
	2	قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد.
	3	قابليتي للغضب أو الانزعاج طول الوقت.
18- تغيرات في الشهية	0	لم يحدث أي تغير في شهيتي.
	1	أ- شهيتي أقل من المعتاد الي حد ما. ب- شهيتي أكبر من المعتاد البحد ما.
	2	أ- شهيتي أقل كثيرا من المعتاد. ب- شهيتي أكبر كثيرا من المعتاد.
	3	أ- ليست لي شهية علي الإطلاق. ب- لدى رغبة قوية للطعام طول الوقت.
19- صعوبة التركيز	0	أستطيع التركيز بكفاءة المعتاد.
	1	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة.
	2	من الصعب علي أن أركز عقلي علي أي شيء لمدة طويلة.
	3	أجد نفسي غير قادر علي التركيز علي أي شيء.
20- الإرهاق أو الإجهاد	0	لست أكثر إرهاقا أو إجهادا من المعتاد.
	1	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد بسهولة أكثر من المعتاد
	2	يعوقني الإرهاق أو مجهد جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها.
	3	أنا مرهق أو مجهد جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها .
21- فقدان الاهتمام بالعلاقة الزوجية الشرعية	0	لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالعلاقة الزوجية الشرعية حديثاً.
	1	أنا أقل اهتماما بالعلاقة الزوجية الشرعية مما اعتدت.
	2	أنا أقل اهتماما بالعلاقة الزوجية الشرعية الآن بدرجة كبيرة.
	3	فقدت الاهتمام بالعلاقة الزوجية الشرعية تماما.

ملحق رقم(4): ملخص الدراسة باللغة الانجليزية:

The study's abstract:

The study's goals were to find out what kind of relationship there is between emotional regulation strategies and anxiety and depression symptoms in parents of a child with mental disabilities, as well as whether there are differences in the use of these strategies and the level of anxiety and depression based on the father or mother's sex, the child's sex, and the child's intellectual disability severity (mild, moderate, or profound).

To accomplish the study's objectives, the researcher employed a descriptive and correlational approach, given the study's relevance and nature. They utilized the following tools: the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ), by Garnefski & Kraaij (2007); the Beck Anxiety Scale BAI (1990), and the Beck Depression Scale. BDI-II (1979).

The study included a deliberately selected sample of 120 fathers and mothers affiliated with both public and private psychological and pedagogical centers in the city of Sidi Bel Abbes. the study concluded with the following findings:

- Research demonstrates a correlation between negative emotional regulation strategies, such as (Self-blame, Rumination, Dramatization, Blame others), and the emergence of anxiety and depression symptoms in parents of children with mental disabilities. Conversely, there is no correlation between adaptive emotional regulation strategies, such as acceptance, positive focus, action focus, positive reappraisal, and perspective-taking, and the emergence of anxiety and depression symptoms in parents of children with mental disabilities. Parents of children with intellectual disabilities also prioritize adaptive emotional regulation strategies over less frequently used strategies such as rationalization, dramatization, perspective-taking, positive focus, blaming others, and blaming oneself.
- We found that the guardian's gender (father/mother) did not significantly influence the adoption of emotional regulation strategies, despite their effectiveness. The gender of the child with mental disabilities, whether (boy/girl), significantly influences whether guardians choose to rely on one strategy over another. Regarding the severity of mental disability, there are differences in the use of these methods between parents who have children with mild mental disabilities and those who have children with profound mental disabilities, indicating a preference for parents of children with mild mental disabilities, as well as for parents of children with moderate mental disabilities.
- Regarding the magnitude of the effect of the variable of the guardian's gender (father/mother) in creating differences in the degree of anxiety and depression, its effectiveness was not achieved, and no effect of the variable of gender was demonstrated. The gender of the child with mental disabilities (male/female) created a divergence among guardians in the occurrence of symptoms of anxiety and depression. As for the variable of severity of mental disability (mild, moderate, / profound), it was found that there was no statistically significant difference in the anxiety scores of the parents, while the results indicated that there was a statistically significant difference in the depression scores. Parents of children with mild mental disabilities favored the disability severity variable.

Keywords: emotional regulation strategies, anxiety, depression, mental disability

ملحق رقم(5): ملخص الدراسة باللغة الفرنسية:

Résumé de l'étude :

Les objectifs de l'étude étaient de découvrir quel type de relation il y a entre les stratégies de régulation émotionnelle et les symptômes d'anxiété et de dépression chez les parents d'un enfant handicapé mental, ainsi que s'il existe des différences dans l'utilisation de ces stratégies, et le niveau d'anxiété et de dépression en fonction du sexe du père ou de la mère, du sexe de l'enfant et de la gravité de la déficience intellectuelle de l'enfant (légère, modérée ou profonde).

Pour atteindre les objectifs de l'étude, le chercheur a utilisé une approche descriptive et corrélationnelle, compte tenu de la pertinence et de la nature de l'étude. Ils ont utilisé les outils suivants : le questionnaire de régulation émotionnelle cognitive (CERQ), de Garnefski & Kraaij (2007) ; l'échelle d'anxiété de Beck (BAI) (1990) ; et l'échelle de dépression de Beck. BDI-II. (1979)

L'étude a porté sur un échantillon délibérément sélectionné de 120 pères et mères affiliés, à des centres psychologiques et pédagogiques publics et privés de la ville de Sidi Bel Abbes. l'étude a conclu avec les résultats suivants :

La recherche démontre un lien entre les stratégies de régulation émotionnelle négatives, telles que: (Blâme de soi, Rumination, Dramatisation, Blâme d'autrui), et l'émergence de symptômes d'anxiété et de dépression chez les parents d'enfants handicapés mentaux. Inversement, il n'y a pas de corrélation entre les stratégies de régulation émotionnelle adaptative, telles que : (Acceptation, Centration positive, Centration sur l'action, Réévaluation positive, Mise en perspective)., et l'émergence de symptômes d'anxiété et de dépression chez les parents d'enfants handicapés mentaux. Les parents d'enfants handicapés mentaux privilégient également les stratégies de régulation émotionnelle adaptative:(acceptation, réévaluation positive, Centration sur l'action), par rapport aux stratégies moins fréquemment utilisées telles que: (Rumination, Dramatisation, Mise en perspective, Centration positive, Blâme d'autrui, Blâme de soi).

-Nous avons constaté que le sexe du tuteur (père/mère) n'influait pas significativement l'adoption de stratégies de régulation émotionnelle, malgré leur efficacité. Le sexe de l'enfant handicapé mental (garçon/fille) influence significativement le choix des tuteurs de s'appuyer sur une stratégie plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la gravité du handicap mental, il existe des différences dans l'utilisation de ces méthodes entre les parents qui ont des enfants avec des handicaps mentaux légers et ceux qui ont des enfants avec des handicaps mentaux profonds, indiquant une préférence pour les parents d'enfants avec des handicaps mentaux légers, ainsi que pour les parents d'enfants avec des handicaps mentaux modérés.

- En ce qui concerne l'ampleur de l'effet de la variable du sexe du tuteur (père/mère) dans la création de différences dans le degré d'anxiété et de dépression, son efficacité n'a pas été atteinte, et aucun effet de la variable du sexe n'a été démontré. Le sexe de l'enfant handicapé mental (garçon/fille) a créé une divergence entre les tuteurs dans l'apparition de symptômes d'anxiété et de dépression. En ce qui concerne la variable de gravité du handicap mental (léger, modéré ou profond), il a été constaté qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans les scores d'anxiété des parents, alors que les résultats ont indiqué qu'il y avait une différence statistiquement significative dans les scores de dépression. Les parents d'enfants ayant un handicap mental léger ont favorisé la variable de gravité du handicap.

Mots-clés : stratégies de régulation émotionnelle, anxiété, dépression, handicap mental