

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة وهران -2- محمد بن احمد  
كلية العلوم الاجتماعية



قسم علم النفس والارطوفونيا  
تخصّص علم النفس العيادي  
أطروحة نيل شهادة الدكتوراه

في علم النفس المرضي والنمو للطفل والمراهق

بعنوان :

التكفل بالإحتراق النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا

تحت إشراف الأستاذة

ميموني - معتصم بدرة

من إعداد الطالبة :

رايس نعيمة ناريمان

أعضاء لجنة المناقشة:

الإسم واللقب	الصفة	الرتبة	الجامعة
بقال أسمى	رئيسا	أستاذة	جامعة وهران 2
ميموني - معتصم بدرة	مقررا ومشرفا	أستاذة	جامعة وهران 2
جبار شهيدة	مناقشا	أستاذة محاضرة - أ-	جامعة وهران 2
لعيادي خالد	مناقشا	أستاذ	جامعة وهران 1
عابد محمد	مناقشا	أستاذ محاضر - أ-	جامعة معسكر

السنة الجامعية: 2024/2023

## كلمة شكر وتقدير

الحمد والشكر لفاطر السموات والأرض، رب كل شيء، ومليكه، نشكره سبحانه وتعالى إلهنا الذي أنعم علينا بنعمة العقل وملكاته الذهنية والذي أماننا على إتمام هذه المذكرة.

نخص بجزيل الشكر والعرفان كل من أشعل شمعة في دروب عملنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربنا.

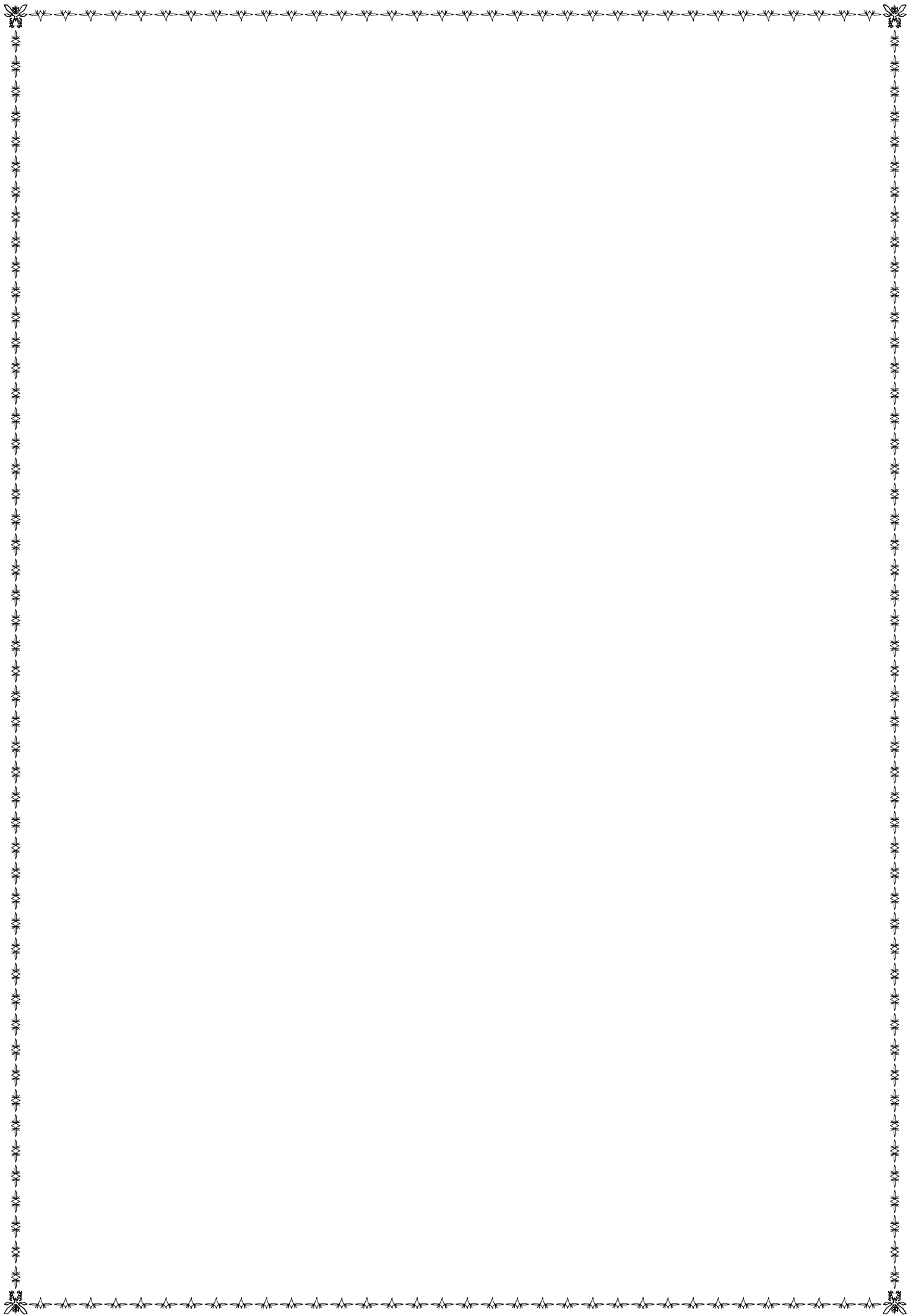
ونتوجه بالشكر الجزيل إلى أستاذتنا الفاضلة ميموني-معتصم بدرة.

التي تفضلت بالإشراف على هذا البحث العلمي وعلى مساهمتها الفعالة في إسقاط المعارف النظرية المتعلقة بالموضوع على الواقع من خلال الميدان، فجزاها الله عنا كل خير ولها منا فائق التقدير والإحترام.

كما نشكر أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة بحثنا وحضورهم شرف لنا.

إلى الأساتذة الكرام في كلية العلوم الإجتماعية قسم علم النفس والأرطفونيا.

كما نوجه شكرنا الخالص إلى البروفيسور لعيادي خالد رئيس مطلة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي على مساندة لأخصائيين النفسانيين وعلى نصابه القيمة ومساهمته المعرفية والمنهجية.



## الإهداء

أهدي جهودى المبذولة وثمره نجاحي بصفة خاصة إلى بناتي، إلى قرة عيني "مريم" ولؤلؤتي  
البراقة "جوانة"

إلى عائلتي الكريمة...

إلى الصدر الذي يضميني كلما خافت بي الدنيا وكلما أحاطت بي المخاطر.. إلى قمرى  
الذي لا يغيبه وشمسي التي لا ينقطع دهنها أبدا.. إلى من تحملت مشاق الحياة من أجل  
سعادتنا وسهرت الليالي تدعو الله لنا... صاحبة النفس الطيبة والقلب الواسع.. إلى من الجنة  
تحت قدميها وأغلى هدية من عند الله عز وجل أمي... أمي... أمي أطال الله في عمرها إن شاء  
الله وجعل سائر الأمهات في مقامها إزاء أبنائها.

إلى رمز العطاء والتضحية، إلى القلب الحنون، إلى سعة الصدر، إليك بكل معاني الحب  
والوفاء، يا من جاهد وكافح من أجل راحتنا وسعادتنا.. إلى من لو عشت الدهر كله لن  
أوفى قدرها من فضله علي.

أيي... أيي... أيي أطال الله في عمره إن شاء الله وجعل كل الآباء في حبه وعطفه.

إلى جدتي الحنون صاحبة الطلعة البهية الطيبة.. إلى التي بفضل دعواتها تيسرت الصعاب  
ووصلت لما أنا عليه...

إلى أغلى الحبايب.. إلى من علمني معنى الحب والعنان.. إلى من وقف معي دائما بحبه  
وبقلبه.. إلى... من تعاونت روحه روحي.. إلى زوجي وشريك حياتي

إلى من وقفوا جنبي بحبهم دائما.. إلى من لو جلبت العالم بأسره لن أجد مثلهم مثيل.. إلى  
إخوتي وأخواتي الأعمام وبنات عمي وإلى من يحملن مقام أمي خالتي الحبيبات

نريمان رايس

## العنوان:

التكفل بالإحتراق النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا

دراسة عيادية لثمانية حالات بالمستشفى الجامعي بوهران *CHU d'Oran*

## ملخص البحث:

يسعى البحث الحالي إلى تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي لأمهات الأطفال المشلولين دماغيا يعانون من يوميات شاقة ومتعبة نفسيا وجسديا بسبب إعاقة أطفالهن ونظرة المجتمع لهم. كما يهدف أيضا إلى الكشف عن وجود إختلاف في مستويات الضغط والإحتراق النفسي للأمهات بإختلاف أساليب المواجهة لديهن. وتزويدهن بإستراتيجيات تكيفية وصحية تساعدن على التوافق مع إعاقة أطفالهن والتكفل بهم .

تضمن البحث ثلاث مراحل: الأولى تم فيها تشخيص الإحتراق النفسي وإستراتيجيات المواجهة التي تستعملها الأمهات لمجابهة عبئ إعاقة أطفالها، حيث تم تطبيق كل من مقياس الضغط النفسي المدرك **Leveinstein**، مقياس الإحتراق النفسي الوالدي **Parental Burnout Assasement (PBA)** ومقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية "**Coping**".

المرحلة الثانية تضمنت إختيار مجموعة البحث مكونة من ثمانية أمهات اللاتي تترددن مع أطفالهن المشلولين دماغيا على مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

أما المرحلة الثالثة بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، توصلنا إلى عدد من النتائج أهمها ما يلي:

- العلاج النفسي الجماعي يخفف من الإحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.
- وجود إختلافات في مستويات الإحتراق النفسي للأمهات بإختلاف أساليب المواجهة لديهن.
- أمهات الأطفال المشلولين دماغيا يلجأن للإعتماد على إستراتيجيات المواجهة الإيجابية حتى تتمكن من مواجهة الموقف الضاغط.

- تقنية الإسترخاء لها دور فعال في التقليل من حدة القلق والتوتر والتخلص من الإضطرابات الإنفعالية.

وبهذا نستخلص أن المساهمة العلاجية المستخدمة إنطلاقاً من البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة الجماعية، لعب الأدوار، السيكودراما وتقنية الكرسي الفارغ)، إضافة إلى التدريب على التنفس العميق الصحيح وحصص الإسترخاء، لها أثر وفعالية إيجابية للتخفيف من الإحترق النفسي لدى مجموعة أمهات الأطفال المشلولين دماغياً والمتأخرين حركياً.

**Titre :** Prise en charge du burnout parental et des stratégies d'adaptation chez les mères d'enfants atteints de paralysie cérébrale

Une étude clinique de huit cas au CHU d'Oran

**Résumé:** La recherche actuelle vise à mettre en œuvre un programme psychothérapeutique de groupe pour les mères d'enfants présentant une infirmité cérébrale (IMC) qui souffrent psychologiquement et physiquement au quotidien de par les exigences du handicap de leurs enfants et du regard que la société a sur eux. Elle vise également à révéler l'existence d'une différence dans les niveaux de stress et d'épuisement psychologique des mères en fonction de leurs stratégies d'adaptation. Leur fournir des stratégies adaptatives et saines qui les aident à faire face aux handicaps de leurs enfants et à prendre soin d'eux.

La recherche comprend trois étapes : la première consistait à diagnostiquer le burnout parental (l'épuisement psychologique) et les stratégies d'adaptation que les mères utilisent pour faire face au fardeau du handicap de leurs enfants, à l'aide des échelles suivantes : L'échelle de stress psychologique perçu de **Leveinstein**, l'échelle d'évaluation du burnout parental (**PBA**) et L'échelle des stratégies d'adaptation au stress psychologique (**Coping**).

La deuxième étape a consisté à sélectionner un groupe de recherche composé de huit mères ayant fréquenté le service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle du CHU d'Oran avec leurs enfants paralysés cérébraux.

Quant à la troisième étape, après la mise en œuvre du programme de prise en charge psychologique de groupe, nous avons atteint un certain nombre de résultats dont les plus importants sont les suivants :

La psychothérapie de groupe réduit l'épuisement psychologique chez les mères d'enfants paralysés cérébraux.

- Il existe des différences dans les niveaux d'épuisement psychologique des mères en fonction de leurs modes d'adaptation.

Les mères d'enfants paralysés cérébraux ont recours à des stratégies d'adaptation positives afin de pouvoir faire face à la situation stressante.

La technique de relaxation joue un rôle efficace dans la réduction de l'anxiété et du stress et dans l'élimination des troubles émotionnels.

Ainsi, nous concluons que l'apport thérapeutique utilisé sur la base du programme psychothérapeutique de groupe (méthode de discussion de groupe, jeux de rôle, psychodrame et technique de la chaise vide), en plus de l'entraînement aux cours corrects de respiration profonde et de relaxation, a un impact positif et efficacité dans la réduction de l'épuisement psychologique au sein d'un groupe de mères d'enfants atteints de paralysie cérébrale et de retard moteur.



## **Research Title:**

Dealing with psychological burnout and coping strategies among mothers of cerebral palsy children

A clinical study of eight cases at University Hospital in Oran .

### **Research Summary:**

The current research seeks to implement a group psychotherapeutic program for mothers of cerebral paralyzed children who suffer from arduous, psychologically and physically tiring daily lives due to their children's disability and society's view of them. It also aims to reveal the existence of a difference in the levels of stress and psychological burnout of mothers depending on their coping methods. Providing them with adaptive and healthy strategies that help them cope with their children's disabilities and take care of them.

The research included three stages: the first was to diagnose psychological burnout and the coping strategies that mothers use to confront the burden of their children's disability. The **Leveinstein** Perceived Psychological Stress Scale, the Parental Burnout Assasement (**PBA**) scale, and the **Coping** Strategies Scale for coping with psychological pressures were applied.

The second stage included the selection of a research group consisting of eight mothers who, with their children who have cerebral palsy, attend the Department of Physical Medicine and Occupational Rehabilitation at the University Hospital in Oran.

As for the third stage, after applying the group psychotherapeutic program, we reached a number of results, the most important of which are the following:

Group psychotherapy reduces burnout among mothers of cerebral palsy children.

- There are differences in the levels of psychological burnout of mothers according to their different coping methods.
- Mothers of children with cerebral palsy resort to relying on positive coping strategies in order to be able to face the stressful situation.

The relaxation technique has an effective role in reducing anxiety and stress and getting rid of emotional disturbances.

Thus, we conclude that the therapeutic contribution used based on the group psychotherapeutic program (group discussion method, role-playing, psychodrama, and the empty chair technique), in addition to training in correct deep breathing and relaxation classes, has a positive impact and effectiveness in reducing psychological burnout among a group. Mothers of cerebral palsy and motor retardation children.

## فهرس محتويات البحث

الصفحة	المحتويات
أ	كلمة الشكر والتقدير
ب	الإهداء
ج	ملخص الدراسة
د	فهرس المحتويات
و	قائمة الجداول
هـ	قائمة الأشكال
01	المقدمة
	<b>الجانب النظري</b>
	<b>الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة</b>
ص13	- الإشكالية.
ص14	- الفرضية.
ص14	- دواعي إختيار موضوع البحث.
ص15	- أهمية الدراسة النظرية العلمية والتطبيقية العملية.
ص16	- أهداف الدراسة.
ص18	- تحديد المفاهيم الإجرائية.
ص20	- مكانة الدراسة الحالية وموقفها من الدراسات السابقة .
ص21	- تعقيب عام على الدراسات السابقة.
	<b>الفصل الأول:</b>
	<b>الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي</b>
ص25	- تمهيد.
ص26	- التطور التاريخي لمصطلح الإحتراق النفسي ومفهوم الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي
ص35	- مفهوم الإحتراق النفسي .
ص39	- التعريف بالإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي.

ص42	-علاقة الإحتراق النفسي بالضغط النفسي .
ص45	-علاقة الإحتراق النفسي بالأمومة .
ص46	- أبعاد الإحتراق النفسي .
ص51	- مؤشرات الإحتراق النفسي .
ص53	- عواقب الإحتراق النفسي .
ص54	- أعراض الإحتراق النفسي .
ص64	-الخصائص النفسية للأمهات المعرضات للإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي .
ص65	- أسباب الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي .
ص69	- المشكلات المؤدية لظهور الإحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا .
ص70	- مراحل الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي .
ص74	- النظريات المفسرة للإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي .
ص77	- النماذج المفسرة للإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي .
ص89	- التشخيص الفارقي للإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي .
ص99	- الوقاية والعلاج من الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي .
ص109	- خلاصة الفصل .
	<b>الفصل الثاني:</b> <b>الضغط النفسي و إستراتيجيات المواجهة</b>
	<b>. المبحث الأول: الضغط النفسي</b>
ص111	- تمهيد .
ص112	- لمحة تاريخية حول مصطلح الضغط النفسي .
ص114	- تعريف الضغوط النفسية وبعض المفاهيم المرتبطة بها .
ص115	- عناصر الضغط النفسي .
ص116	- الوصف العيادي للضغط النفسي .
ص117	- أنواع الضغط النفسي .
ص120	- أسباب الضغط النفسي .
ص121	- نظريات الضغط النفسي .
ص124	- أعراض الضغط النفسي .
ص125	- الآثار المرتبطة بالضغوط النفسية .
ص127	- قياس الضغوط النفسية .

ص128	علاج الضغط النفسي
ص132	- خلاصة المبحث الأول من الفصل "الضغط النفسي".
ص134	. المبحث الثاني: إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية
ص135	-تمهيد.
ص136	- تطور مفهوم المواجهة .
ص138	- تعريف إستراتيجيات المواجهة.
ص140	- الفرق بين المواجهة وبعض المصطلحات "الدفاع ، التكيف".
ص141	- فعالية إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.
ص151	- النظريات المفسرة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.
ص153	- نوعي إستراتيجيات المواجهة.
ص154	- خصائص المواجهة.
ص155	- وظائف إستراتيجيات المواجهة.
ص157	- التقييم المعرفي لإستراتيجيات المواجهة.
ص163	- تصنيفات إستراتيجيات المواجهة.
ص168	- طرق قياس إستراتيجيات المواجهة.
	- خلاصة المبحث الثاني من الفصل "إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية"
	<b>الفصل الثالث:</b>
	<b>الشلل الدماغي</b>
ص171	. المبحث الأول: الشلل الدماغي.
ص172	-تمهيد.
ص174	- لمحة تاريخية عن الشلل الدماغي.
ص176	- تعريف الشلل الدماغي .
ص178	- أهمية التشخيص المبكر والعلامات التحذيرية المبكرة للشلل الدماغي .
ص181	- تصنيف الشلل الدماغي.
ص183	- أسباب حدوث الشلل الدماغي.
ص185	- الإعاقات الثانوية المصاحبة للشلل الدماغي .
ص186	- التطور الحركي عند أطفال الشلل الدماغي.
	- المشاكل الخاصة التي يعاني منها أطفال الشلل الدماغي.

ص 188	- طرق الوقاية والتكفل بأطفال الشلل الدماغي.
ص 190	- التكفل بالإعاقة في الجزائر.
	<b>. المبحث الثاني: أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.</b>
ص 193	- مفهوم الأمومة.
ص 194	- مراحل الأمومة.
ص 195	- العلاقة أم - طفل.
ص 198	- تصورات الأم حول الطفل المنتظر.
ص 199	- كيفية الإعلان عن تشخيص الإعاقة.
ص 199	- التعلق بين الأم وطفلها المشلول دماغيا.
ص 200	- تأثير إعاقة الطفل على أمه.
ص 201	- ردود فعل الوالدين ( الإستجابة الوالدية)، ومراحل التعامل مع الإعاقة.
ص 204	- إستراتيجيات التعامل مع ردود الفعل النفسية لأمهات وآباء الاطفال المشلولين دماغيا.
ص 205	- المشاكل والصعوبات النفسية والإجتماعية التي تقابل أسر وأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
ص 209	- الحاجات الخاصة بأسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
ص 211	- خلاصة الفصل.
	<b>الفصل الرابع:</b> <b>العلاج النفسي الجماعي</b>
ص 213	- تمهيد.
ص 214	- لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي.
ص 216	- تعريف العلاج النفسي الجماعي.
ص 217	- الأسس النفسية والإجتماعية للعلاج النفسي الجماعي.
ص 218	- مجالات إستخدام العلاج النفسي الجماعي.
ص 219	- أهداف العلاج النفسي الجماعي.
ص 220	- نظريات العلاج النفسي الجماعي.
ص 222	- مراحل وخطوات العلاج النفسي الجماعي.
ص 227	- أساليب وتقنيات مختلفة للعلاج النفسي الجماعي.
ص 233	- تقييم العلاج النفسي الجماعي ( مزايا، عيوب).

ص 234 ص 236	<ul style="list-style-type: none"> <li>- العلاج النفسي الجماعي في نظر الإسلام.</li> <li>- خلاصة الفصل.</li> </ul>
	<p><b>الجانب التطبيقي</b></p> <p><b>الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الإستطلاعية الميدانية</b></p>
ص 239 ص 240 ص 240 ص 246 ص 247 ص 268 ص 306 ص 308	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تمهيد.</li> <li>- الدراسة الإستطلاعية.</li> <li>- حدود الدراسة.</li> <li>- صعوبات الدراسة.</li> <li>- منهج البحث المتبع والأدوات العيادية المستخدمة في الدراسة الميدانية.</li> <li>- عرض الحالات ونتائج القياس القبلي للمقاييس النفسية المطبقة في الدراسة الميدانية.</li> <li>- إستنتاج عام عن حالات الدراسة.</li> <li>- خلاصة الفصل.</li> </ul>
	<p><b>الفصل السادس:</b></p> <p><b>الدراسة الأساسية وعرض مسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي ونتائج القياس البعدي للمقاييس النفسية المطبقة في الدراسة الميدانية</b></p>
ص 310 ص 311 ص 313 ص 320 ص 325 ص 333 ص 334 ص 345 ص 348	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تمهيد.</li> <li>- البرنامج العلاجي النفسي الجماعي المطبق.</li> <li>- مسار الجلسات العلاجية الجماعية.</li> <li>- التقنيات المعتمدة خلال البرنامج العلاجي النفسي الجماعي.</li> <li>- التقنيات العلاجية المدعمة المستعملة في البرنامج العلاجي النفسي الجماعي.</li> <li>- إعادة تطبيق مقياس إدراك الضغط ل <b>Levenstein</b>، ومقياس الإحترق النفسي الوالدي " <b>PBA</b>"، ومقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية " <b>Coping</b>"، بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي.</li> <li>- مناقشة المقاييس البعدية للحالات الثمانية.</li> <li>- حوصلة نتائج القياس البعدي للحالات الثمانية.</li> <li>- خلاصة الفصل.</li> </ul>

	الفصل السابع: عرض نتائج البحث ومناقشة الفرضيات
ص 350	- تمهيد.
ص 351	- عرض وتحليل نتائج الدراسة.
ص 352	- مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها في ضوء الفرضية.
ص 364	- إستنتاج عام.
ص 366	- التوصيات والإقتراحات.
ص 367	- خاتمة.
	- قائمة المراجع .
	- الملاحق.



## قائمة الجداول

الصفحة	المحتوى	الرقم
60	أعراض الإحترق النفسي الوالدي/ الأمومي	01
63 -61	أعراض الإحترق النفسي حسب Burisch Matthias 2010	02
89- 88	مصادر الإحترق النفسي وأبعاده ومظاهره	03
93-92	الفرق بين أعراض الإكتئاب والإحترق النفسي	04
119	المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية حسب Killy 1994	05
126-125	آثار الضغط النفسي	06
139	الفرق بين المواجهة والدفاع	07
140	الفرق بين المواجهة والتكيف	08
158	الفرق بين الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الإنفعال	09
186-185	التطور الحركي عند الطفل المشلول دماغيا مقارنة بالطفل العادي	10
205-204	إستراتيجيات التعامل مع ردود الفعل النفسية للآباء والأمهات	11
241	خصائص مجموعة البحث	12
251	أدوات القياس النفسي المطبقة في الدراسة الميدانية	13
254	كيفية تنقيط إختبار إدراك الضغط النفسي لـلفنستاين	14
258	مقياس ليكوت المكون من سبعة نقاط	15
259	تصنيف أبعاد مقياس الإحترق النفسي الوالدي وكيفية تنقيطه	16
264	توزيع بنود إستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي	17
265	التنقيط على أساس بدائل إجابة إستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي	18
265	تصحيح الإستجابة الكلية لإستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي	19

267	معاملة ألفا كرونباخ لثبات إستبيان إستراتيجيات المواجهة	20
267	معاملة ثبات إستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بطريقة التجزئة النصفية	21
296	نتائج المقاييس القبلية للحالات الثمانية لمقياس إدراك الضغط النفسي لفرنستين	22
300	عرض نتائج القياس القبلي لمقياس الإحترق النفسي الوالدي PBA على مجموعة البحث	23
302	نتائج القياس القبلي للحالات الثمانية لمقياس إستراتيجيات الضغوط النفسية Coping	24
319-315	مخطط الجلسات العلاجية النفسية الجماعية	25
334	نتائج القياس البعدي لمقياس إدراك الضغط النفسي لفرنستين	26
338	نتائج المقاييس البعدية لمقياس الإحترق النفسي الوالدي PBA لمجموعة البحث	27
341	نتائج القياس البعدي لمقياس إستراتيجيات المواجهة للضغوط النفسي لدى مجموعة البحث Coping	28
345	المقارنة بين نتائج المقاييس القبلية والبعدي لمقياس إدراك الضغط النفسي لفرنستين لكل الحالات الثمانية	29
346	المقارنة بين نتائج المقاييس القبلية والبعدي لمقياس الإحترق النفسي الوالدي لدى الحالات الثمانية PBA	30
347	المقارنة بين نتائج المقاييس القبلية والبعدي لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لكل الحالات الثمانية Coping	31

## قائمة الأشكال

الصفحة	المحتوى	الرقم
74	مخطط مراحل الإحترق النفسي كمتلازمة حسب النموذج ثلاثي الأبعاد ل كريستينا ماسلاش و جاكسون	01
78	أطوار الإستجابة للإحترقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية هانز سيلبي	02
79	مراحل الإستجابة للضغوط ومظاهرها حسب نموذج سيلبي	03
80	نموذج كوبر للإحترق النفسي	04
81	الصياغة البيانية للضغط المهني المسبب للإحترق النفسي حسب نموذج كوبر <b>Cooper</b>	05
83	نموذج متطلبات التحكم ل كارازك و تيورل	06
85	نموذج ليتز للإحترق النفسي	07
87	الرسم التخطيطي لنموذج لازاروس وفولكمان 1984	08
115	عناصر الضغط النفسي	09
118	أنواع الضغط النفسي	10
121	المرحلة الفيزيولوجية للضغط النفسي حسب كانون	11
122	حدوث الضغوط النفسية وفقا لنظرية هانز سيلبي	12
122	نظرية التقدير المعرفي ل لازاروس للضغوط	13
147	حلقة سيرورة عمليتي التقييم الأولي والثانوي حسب <b>Graziani</b>	14
149	السيرورات المتعلقة بالتفاعلات الضاغطة حسب لازاروس وفولكمان	15

159	حلقة سيرورة العملية التفاعلية للضغط لازاروس وفولكمان 1984	16
223	التقسيمات العلاجية من حيث الحجم	17
311	صلة علم النفس العلاجي بالعلوم الأخرى	18
314	مراحل بناء وتطبيق البرامج العلاجية ميدانيا	19

## مقدمة :

إن ولادة طفل جديد في الأسرة يعد حدثا هاما، يحتم على الوالدين توفير الإمكانيات المادية، النفسية والاجتماعية من أجل حياة أفضل لهذا الطفل، إذ يتمنى الآباء والأمهات إنجاب أطفال أسوياء، وهم يرسمون لهم صورا مثالية في أذهانهم، غير أن الوالدين الذين قدر لهم إنجاب طفل يعاني من الشلل الدماغي (معاق) فيعتبر صدمة بالنسبة للأسرة عامة والأم خاصة.

قد حظيت الضغوط الناتجة عن الإصابة بالإعاقة بإهتمام العديد من الباحثين لأنه غالبا ما تمتد الإعاقة إلى أبعد من إصابة الفرد لتشمل أفراد الأسرة، خصوصا الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل وتحديدًا إذا كان مصابا بالشلل الدماغي والتأخر النفسي الحركي **paralysie cérébrale** لأنها من أعقد الإعاقات وأصعبها لما تتسم به من إعاقة حركية، ضعف للقدرات العقلية، وخلل وظيفي في الكلام والنطق...بحكم مكان الإصابة الدماغية بمناطق الجهاز العصبي المركزي. ولما تتطلبه من رعاية خاصة وتكفل مستمر وهذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها (أم، ربة بيت، عاملة..). وبين الإهتمام بأبنائها وإضطرارها في الكثير من الأحيان إلى التنازل والتضحية بأشياء أخرى من أجل تحقيق نوع من التوافق الأسري.

سرعان ما يبدأ لدى الأم إحساس بالحزن والأسى، بل إنها تعتبر نفسها فاشلة فيما كانت تعتبره من أهم أهدافها في الحياة، لأنه بقدم هذا الطفل المشلول دماغيا ستخلق مشكلات عاطفية، نفسية وإجتماعية، ونظرا لنقص المؤسسات المتخصصة في التكفل بمؤلاء الأطفال المعاقين، فغالبا ما تتحمل الأم مسؤولية العبء الكبير الذي تعيشه جراء إعاقة طفلها لوحدها، وهذا ما يضاعف النزيف الطاقوي للأمهات وبالتالي يتضاعف الألم النفسي مما يولد لديهن وضع من القلق الشديد، ينتج عنه درجة مرتفعة من الضغط والإحترق النفسي نسبة لآثاره السلبية من إنهاك بدني،عقلي وإنفعالي. وهذا ما يجعلها تعاني من عدم الإستقرار النفسي والإجتماعي، وظهور إضطرابات سيكوسوماتية (كالقرحة المعدية، الصدفية، الثعلبة، مرض السكري، الأرق...) ومن خلال سرد الحالات لمعاشهن النفسي الذي يغزوه الشعور بالذنب، الإحباط والقلق على مستقبل أطفالهن عامة، وطفلهن المعاق خاصة، الذي يدل أنهن يشعرن بضغط مميت وتعشن حالة توتر مما يتسبب لها بالإنهاك والتعب الفكري، كما قد يمكن أن يبرز لنا على شكل رفض لهذا الواقع وبالتالي التخلي عن الطفل أو إهماله. هناك عدة عوامل ضاغطة نذكر منها: مشكل السكن، بطالة الزوج، صراعات علائقية زوجية أو عائلية، عدد الأطفال ورتبة الطفل المعاق، إضافة إلى ذلك عبء الإعاقة...

وهذا ما يؤكد أن الأمهات اللواتي عادة ما يقدمن الرعاية الأساسية لأطفالهن هن أكثر عرضة لمواجهة مخاطر الإحترق النفسي بمستويات عالية ولأسباب عديدة تم ذكره بعضها، خاصة عندما تجمع الأمهات بين أعمال المنزل، العمل المهني ورعاية الأطفال (خاصة ذوي الإحتياجات الخاصة).

وبهذا فإنهن معرضات بشكل أكبر ليس لمستويات عالية من الضغط فقط، بل أيضا يكن عرضة إلى الكثير من المخاوف، القلق المزمن، أعراض الإكتئاب، الشعور بالذنب، الإزعاج، الضيق، الحرج الاجتماعي... ومعاناتهن من إنتقاد وحكم الآخرين بسبب إعاقة أبنائهن وعبئ المسؤولية التي تسبب لهن الإحساس بالعجز، الدونية والجرح النرجسي، فقد الثقة وتشوه صورة الذات، وعدم القدرة على مواجهة الواقع مما قد يساهم في تطوير متلازمة الإحترق النفسي.

إن الضغط النفسي الذي تفرضه إصابة الطفل على الأم، يدفعها إلى اللجوء لإستعمال إستراتيجيات مواجهة تمكنها من التعايش مع إصابة إبنها، بغض النظر عن نوع الأساليب المتبعة. فإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعتبر عوامل الإستقرار التي تعين الفرد على الإحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي في مواجهة الأحداث الضاغطة في حياته، فإتباع هذه الأساليب من شأنها أن تساعد على التعامل اليومي مع الضغوط النفسية والتقليل من أثارها السلبية قدر الإمكان.

لذا تلجأ أم الطفل المصاب بالشلل الدماغي إلى إنتهاج إستراتيجيات مواجهة في محاولة منها للتخفيف من شدة الضغوط التي تسببها إصابة إبنها، كالهروب عن طريق إنكار إصابة إبنها أو قد تلقي اللوم على نفسها لتكفر عن مشاعر الذنب التي تعيشها، كما أنها قد تلجأ إلى تقبل إصابة ابنها بالرجوع إلى الجانب الديني، أو قد تحاول جمع معلومات كافية تمكنها من وضع خطط مستقبلية تتناسب ووضعية ابنها المصاب بالشلل الدماغي.

ومن هنا جاءت فكرة هذا البحث لتسليط الضوء على هذه الفئة من الأمهات التي تعاني من مستويات مختلفة من الضغط والإحترق النفسي جراء إصابة ابنها بالشلل الدماغي، والتي تجعلها تلجأ إلى إستراتيجيات مواجهة قد لا تكون دائما إيجابية، ونحن نسعى في بحثنا هذا إلى معرفة مستوى الإحترق النفسي الذي تعاني منه أم الطفل المصاب بالإعاقة ونوع الإستراتيجيات الذي تتبعها لمواجهة هذه الضغوط. وما مدى فعالية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في التخفيف من معاناتها.

حيث قامت معتم ميموني (Moutassem-Mimouni et al,2021) ومساعدتها بدراسة في إطار مجموعة بحث دولي حول الإحترق النفسي الوالدي (PBA) بترجمة وتطبيق مقياس الإحترق النفسي

الوالدي المصمم من طرف (Roskam et al, 2018) وخلصت الدراسة أنّ النساء أكثر عرضة للاحتراق النفسي وخاصة أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقاة.

شملت هذه الدراسة الإستكشافية 337 مستجيباً ، 61.13% من الإناث (أم) و(39.3%) أب. بلغ معدل الإحتراق النفسي الوالدي(3.9%) بفارق 1.3 بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات (3.1% و4.4% على التوالي). تظهر هذه النتيجة أن الأمهات أكثر عرضة للإرهاق من الآباء، لأنهن تتعرضن لضغوط كبيرة، وخاصة في الأسرة الكبيرة. (Moutassem- Mimouni,2016)

وفي دراسة حول متلازمة الإحتراق النفسي الوالدي من طرف: (Mikolajczak et al ,2018)، تبين أن هذا الاضطراب يظهر عندما يختل التوازن بين الموارد الانفعالية (أي الطاقة النفسية) ومتطلبات الدور الوالدي . هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف بعض العوامل السياقية والنفسية المرتبطة بالاحتراق الأمومي، وبشكل عام أشارت النتائج إلى أن التوظيف، والعمل بدوام كامل، والعيش بدون شريك، واستخدام استراتيجيات الكوبين المركزة على المشكلة يرتبطان سلبيًا بالاحتراق الأمومي.

في أوروبا، ظهرت دراسات حول الإحتراق الوالدي خصوصاً لدى الأمهات في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين في السويد وتركيا، ومؤخراً في دراسة بلجيكية اقترح (Mikolajczak,2018) نموذج عامل خطر للإحتراق الوالدي يشمل هذا النموذج العصائية، وتجنب التعلق، وتقييد الدور الوالدي والتعرض للصراع في العلاقة الزوجية وعدم التنظيم الأسري كعوامل خطر للإحتراق الوالدي. ومن ناحية أخرى وجد أن الذكاء العاطفي والإعتقاد في الكفاءة الذاتية، الأبوة الإيجابية، الإتفاق المشترك، والرضا الزوجي تكون عوامل وقائية ضد الإحتراق الوالدي. ومع ذلك لاتزال هناك حاجة إلى استكشاف العوامل السياقية والنفسية الأخرى المتأصلة في تربية الأطفال، مثل الاستيعاب المثالي لدور الوالدين، والحاجة إلى الكمال، وتأثير وجود/ غياب والد الطفل، وإستراتيجيات التكيف التي وصفها (لازاروس وفولكمان،1984) المستخدمة في سياق محدد من الوالدية والإحتراق الوالدي.

كما درس (Taishi Kawamoto et al ,2018) الإحتراق النفسي الوالدي الياباني وعلاقته بصفة المثالية لديهم (perfectionnisme) كعامل خطر.

زادت هذه الدراسة في تحسين فهم الإحتراق الوالدي بطريقتين هما:

أولاً: السعي إلى التحقق من صحة النسخة اليابانية لمقياس الإحترق النفسي الوالدي (PBI-J).

ثانياً: لفهم ما إذا كان الإحترق الوالدي سائداً أيضاً خارج أوروبا أو مجرد ظاهرة محددة ثقافياً.

يبدو أن صفة المثالية التي تحمل خاصية المخاوف التقييمية من أنفسهم ومن غيرهم، هي واحد من عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإحترق النفسي الوالدي. وإنه منشأ التحريات عبر الثقافات عن الإحترق الوالدي أن تنشط تطوير النظريات والنماذج وكذلك تساعد على رؤية صورة كاملة عن الإحترق الوالدي، والتي يُعتقد أنها ستؤدي إلى انخفاض معدل إنتشار الإحترق النفسي الوالدي.

ومن أهم ما إكتشفناه في دراسة " صلاحية تقييم الإحترق النفسي المرتبط بالأبوة عند العاملين الألمان " ل:

(Van Bakel et al, 2018)، هو أن الرجال أظهروا مستويات أعلى في الإحترق النفسي وخاصة الإبتعاد العاطفي وانخفاض الإنجاز الشخصي فيما يخص واجباتهم اتجاه أبنائهم وإتمام مهامهم في المنزل على أكمل وجه أما النساء فقد أظهرن مستويات أعلى في الإحترق النفسي المتعلق بالعمل والصراعات بين العمل والأسرة. وهذا معناه أن كلا النساء والرجال لا يكونون مرتاحين بدمج كلا الوظيفتين معا. دور المرأة بارز جدا في المنزل مما يستنفذ وقتها وطاقتها أما الرجل فيسعى دوماً لأن يكون مسيطراً في العمل مما قد يؤدي إلى ابتعاده عاطفي عن المنزل والأسرة.

و منذ اللحظة الأولى التي تدرك فيها الأسرة حالة الإبن المعاق سواء عن طريق فريق التشخيص أو طبيب الأطفال أو بأية وسيلة كانت، تصبح الأسرة في حالة ضغط نفسي وتشعر بأنها في أزمة قاسية لا تستطيع الخروج منها.

وتؤثر إعاقة الطفل على طبيعة علاقات الأم الأسرية إذ أن العلاقات بين الزوجين والإخوة والآباء والأبناء تتأثر بمجيء الطفل المعاق. وهذا ما سعت إليه دراسات كل من **Mink, Meyers, Nihira (2001)**، للتعرف على الآثار النفسية لدى أمهات الأطفال المعوقين التي تندرج عن حدوث الإعاقة على المستوى الأسري والعلاقات الأسرية وذلك لتحليل مشاكل أسر المعاقين.

كما يتأثر إخوة المعاق ويشعرون بالتخلي وتقديم حاجيات أخيهم المعاق على حاجياتهم (قلو ومعتصم-ميموني، 2021) وهذا ما توصلت إليه دراسات أخرى لا يمكن رصدها كلها والتي كشفت عن صور متعددة لعدم التكيف الأسري، وحدثت العديد من التباين بين أفراد الأسرة حول سبل رعاية وتأهيل المعاق، وخلصت الدراسة



إلى وصف أسرة المعاق بأنها أسرة متعددة المشاكل "Multi problems family"، حيث تتميز بعدم الإتران العاطفي والإنفعالي، والمناخ السيكولوجي غير الملائم. (محمد عبد الرحمن، 2006، ص155).

حيث أشارت العديد من الدراسات السابقة إلى أن وجود طفل معاق في الأسرة يؤثر على صحة الوالدين النفسية والجسمية خاصة الأم، ومن بين الآثار النفسية التي حظيت إهتمام الباحثين هي الضغط النفسي، وذلك بسبب شعور الأم بالقلق والحصر والإحباط كون هذا الطفل بدون مستقبل، كما قد يتولد على هذه الصدمة سلوكيات لدى الأم قائمة على الشعور بالذنب والجرح النرجسي. (Beckman, Bell, 1980)

وقد أشارت العديد من الدراسات التي إهتمت بالجانب النفسي لأسر المعاقين إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد يمكن أن يصل عند بعضها إلى درجة المرض، وحيث تشير إلى أن وجود طفل معاق في الأسرة سواء أكانت إعاقة جسمية أم عقلية أم حسية تعتبر صدمة قوية للأسرة بشكل عام، وللأم بشكل خاص. وينعكس ذلك على شكل محاولات للوم نفسها أو لوم زوجها، أو الطبيب أو المستشفى التي تمت فيه الولادة. (الدهيمات وأحمد يحيى، 2008، ص37)

ويؤكد العديد من الباحثين أن أمهات الأطفال المعاقين لديهم متطلبات تتجاوز تلك التي يواجهها أولياء الأطفال العاديين، وهذه المتطلبات هي عموماً عامل من عوامل توتر الأمهات.

(Morin S & Lacharité C , 2004, p164)

كما أن الضغوط والمعاناة الإنفعالية والمالية التي يسببها الطفل المعاق تؤثر بدورها على العلاقات الأسرية للأم، فرعاية الطفل المعاق تكون متعبة، شاقة وضاغطة حتى تحت أحسن الظروف وقد يتطلب الأمر رعاية يومية متخصصة والجلوس إلى الطفل لبضعة ساعات يوميا وإجراءات خاصة مطلوبة للعناية البدنية والتدريب ومشاكل النمو البطيء، فكل هذا يخلق ضغوطا تؤثر على التوازن الأسري وهذا ما أشار إليه (Farber 1960) بأنه في ظل الضغوط الإجتماعية والإقتصادية التي تسيطر على الحياة الأسرية، فإن إضافة عضو معاق إلى أفراد الأسرة غالبا ما يؤدي إلى إرتفاع مستوى التوتر في الجو الأسري.

(الشيراوي، 2010، ص78)

ويرى كل من (Pelchat, Levert , Lefebvre 2005) أنه إذا كان مجيء الطفل في الأسرة يحتاج إلى بعض التعديل، فإنه وجود طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة يفرض مزيدا من الضغط على الأسرة، فبالإضافة

إلى فقدان الطفل المثالي يتطلب مجيء هذا الطفل المعاق إعادة تنظيم وظائف الأسرة التي تشمل كل من الرعاية المطلوبة من أجل الطفل، ومواعيد الأطباء والبحث عن الخدمات، وهذه المتطلبات تزيد من حدة الضغوط التي تعيشها الأمهات، ويمكن أن تزعزع الاستقرار في علاقات الزوجين، كما يجب على جميع أفراد الأسرة أن يتعودوا العيش مع الاختلاف. (Annie,2008,p29)

ويرى **Featherstone(1980)** في هذا الصدد أنه غالبا ما يتهدد الثبات والاستقرار الزوجي بمطالب الطفل المعاق، فالأمهات يحاولن تدبير الوقت لصنع مستقبلهن المهني وإشباع حاجات أطفالهن الآخرين، إضافة إلى المهام المنزلية الوظيفية الأخرى لا يكدن يجدن الوقت الكافي لرعاية الطفل المعاق، وغالبا ما يكون تدبير الوقت لرعاية هذا الطفل الأخير على حساب العلاقة الزوجية. (روزماري لامبي،2001، ص91).

وهكذا بينما يرى الكثير من الباحثين أن الطفل المعاق هو مصدر يعزز إرتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات وزعزعة العلاقات الأسرية ووظائفها، يرى آخرون أن وجود مستوى عال من الضغط لدى أولياء الأطفال المعاقين لا يؤدي بالضرورة إلى الاختلال الوظيفي فوفقا ل **Kazaket Marvin(1984)**، إن الضغط النفسي لدى أسر المعاقين هو واقعي وعمام، وتتكيف معه الأسرة بصورة واقعية.

(Morin & Lacharité, 2004,p164)

و على أية حال فإن هذه الدراسات تشير إشارة واضحة إلى تعرض أمهات الأطفال المعاقين لضغوط نفسية عالية، وهذا راجع إلى دور الأم في حياة الطفل فهي أكثر أعضاء الأسرة قلقا عليه واهتماما به وحرصا على حمايته وإشباع حاجاته اليومية، فالعناية بآبن مصاب بالشلل الدماغى يتطلب جهدا مضاعفا تبذله الأم ليظهر بشكل مقبول أمام الآخرين كما يتطلب إشرافا مكثا واهتماما خاصا وتكاليف مادية باهضة لتعليمه، وهذا ما لا يتوفر أحيانا فتعرض الأم لردود فعل عضوية وإنفعالية سيئة، فضلا عن تعرضها للمشكلات المادية والأسرية والزوجية وتغيير الأدوار والتوقعات تجعلها في دوامة من الصراع والقلق والضغط المستمر هذا الأخير لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال تنمية إستراتيجيات مواجهة مناسبة وفعالة لخفض مستوى هذه الضغوط النفسية حيث يذكر **فولكمان وآخرون (1979)** أنه يمكن التغلب على المواقف المحدثة للضغوط النفسية من خلال تنمية إستراتيجيات مواجهة **coping stratégies**، وتشمل هذه الإستراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة الأفراد على إحداث التغييرات اللازمة لخفض مستوى التعرض للضغوط النفسية مثل الصحة العامة لأفراد الأسرة، والطاقة الكامنة لديهم

ومهارات حل المشكلات، وإدراك أفراد الأسرة لوضعهم الأسري، والعلاقات الأسرية السائدة ومصادر الدعم الاجتماعي المتوفرة. (عبد الله الضريبي، 2010، ص 680)

كما تشير دراسة **السرطاوي (1998)** إلى أن الدعم المادي والاجتماعي وإشباع الاحتياجات المعرفية للوالدين من شأنه أن يخفف من حدة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة أبنائهم. (أحمد عربيات، 2008، ص 206)

وقد توصل كل من **مودجيل وآخرون (1987)** إلى أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعانون من وجود مشاعر مكتئبة وقلقة والإحساس بالعبء والتمزق في العلاقات الزوجية والأسرية، كما وجد أن الأمهات اللاتي يعانين أبنائهن من الإعاقة الذهنية يلجأن إلى إستعمال إستراتيجيات مواجهة محددة تتمثل في طلب المساندة الاجتماعية مما يجعل شدة الضغوط تنخفض.

كما أشار **بومان (Bouman, 2004)** إلى أن إتباع أساليب مواجهة من شأنه تخفيف الضغوط النفسية، وقد توصل إلى أن المساندة الاجتماعية والممارسة المهنية لها تأثير مخفف للضغوط التي تواجهها أم الطفل المعاق ذهنيا. (وليد السيد خليفة، 2008، ص 308).

والجدير بالإهتمام هو أنه يجب أن يكون لأمهات هؤلاء الأطفال نصيبا من الإهتمام كونهن يواجهن مجموعة من المشكلات والصراعات والضغوط النفسية من جراء تربيتهن لطفل معاق، والذي لاحظناه أن هناك مراكز للتكفل وإعادة التأهيل الوظيفي لهذه الفئة من الأطفال، ولكن لا تهتم بالتكفل النفسي والتوعوي بأمهاتهم بإعتبارهن الأكثر تعرضا للضغط والقلق، وهذا ما دفع العديد من الباحثين والمختصين في علم النفس إلى البحث عن سبل علاجية مناسبة لمساعدة أمهات الأطفال المشلولين دماغيا على التخفيف من الضغوطات النفسية التي يواجهونها يوميا مع أطفالهن، وكذلك من خلال ملاحظاتي أثناء قيامي بعملية كأخصائية نفسانية بمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران، تبين لي أن أمهات هذه الفئة يعشن معاناة وضغوط نفسية تؤثر بشكل كبير على نفسيتهن، وهذا ما دفعني إلى تبني العلاج النفسي الجماعي مع مجموعة من الأمهات، وذلك لما حققه من نجاح في علاج العديد من الإضطرابات النفسية، وهذا ما سنتبته من خلال هذه الدراسة لمعرفة مدى فعالية هذا العلاج في التخفيف من الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.

ولقد سعت الدراسات لإبراز أهمية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من الضغط النفسي والتكيف الاجتماعي، حيث قام **الدهيمات (2008)**، بتطبيق برنامج علاجي جماعي يستند على المعرفية السلوكية من

خلال دراسة عينة مكونة من 36 أم (طفل معاق)، وقد أثارت الدراسة إلى إنخفاض درجة الضغط النفسي لديهن. كما ترى دراسة أميرة طه بخش (2001) التي تمحورت حول فعالية البرنامج الإرشادي الجماعي لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا في تنمية السلوك التكيفي لأطفالهن، حيث تهدف الدراسة الراهنة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا في تحسين وتنمية بعض المهارات ذات صلة بالسلوك الاجتماعي، من خلال زيادة وعي الأمهات بطبيعة التخلف العقلي، وإلقاء الضوء على أهم جوانب السلوك الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقليا تمهيدا لتنميتها، ومن نتائج الدراسة حدوث تحسن في أبعاد السلوك التكيفي المحددة لدى أعضائها بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهاتهم. وحدث تحسن في أبعاد السلوك التكيفي المحددة للمجموعة التجريبية بعد التكفل بهن.

ويرى (Linehan (1988) فعالية استخدام العلاج النفسي الجماعي بإستعمال أسلوب المناقشة والحوار في مقابل العلاج بالعقاقير لعينة ممن يعانون من ضغط نفسي كبير وأعراض إكتئابية نتيجة اضطراب الشخصية الحدية، والذين كانوا يحاولون الإنتحار فوجدوا أن أفراد المجموعتين أبدوا قدرا من التحسن فيها يتعلق بالأعراض الإكتئابية. إلا أن أفراد المجموعة الأولى والذين تلقوا أسلوب المناقشة والحوار، من خلال ديناميكية الجماعة والسيكودراما فقد تحسنوا بشكل أفضل وقل سلوكهم الموجه نحو إلحاق الأذى بالذات مقارنة وقياسا بأقرانهم في المجموعة الثانية الذين تلقوا العلاج بالعقاقير. (عادل محمد، 2000، ص 385)

لماذا العلاج الجماعي ؟ انطلاقا من الدراسات السابقة الذكر ومقابلاتنا منذ سنوات مع أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، استخلصنا وجود ضغط كبير وعزلة أولياء المعاقين وخاصة الأم نظرا :

(1) لعمق الإصابة ومتطلباتها.

(2) للوصم الاجتماعي الحقيقي أو المتصور .

(3) السلوك الإنعزالي لدى الأم "لحماية طفلي" لأنه بحاجة إليها هي فقط "أنا الوحيدة التي أعرف حاجياته". هذا التمركز والتوقع حول الطفل هو نتيجة خوف معقول على المصاب وفي نفس الوقت يوحي بوجود شعور بالذنب ورغبة ربما في عقاب الذات وتكفير الذنوب. هذه الوضعية تحتاج إلى علاج جماعي ولعلاج فردي. لأنه يجب إيجاد طريقة علاجية تخرج الأم من هذه القوقعة أو الحلقة المغلقة التي تستنزف قواها.

فبعد قراءة دراسات **Didier Anzieu (1996)**، حول الجماعة (الصغيرة) وأدوارها، أدركنا أنّ الجماعة ستساعدنا على الحصول على نتائج أحسن من العلاج الفردي لأن الجماعة المنتظمة تشكل غلاف يحوي أعضاء الجماعة ما يشعروهم بالاطمئنان والأمان وخلال التفاعلات الشعورية واللاشعورية تتقوى التقمصات والتي يمكنها أن تساعد أمهات المعاقين على مقارنة وضعية كل واحدة مع الأخريات وأن تنتفع من خبرة الأخريات وتنمي الودية والتضامن فيما بينها.

ومن خلال ما سبق من الدراسات والآراء المتباينة حول الإحترق والضغط النفسي الذي تعيشه أمهات الأطفال المشلولين دماغيا ونوعية الإستراتيجيات المواجهة المتبعة من طرفهن، كذلك أهمية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من الإحترق النفسي وتحسين التكيف الإجتماعي، وعليه نحاول دراسة هذا الموضوع الهام والذي يمس فئة كبيرة من مجتمعنا.

وتمشيا مع ما تم ذكره قامت الطالبة بمعالجة موضوع الدراسة إنطلاقا من عنوان عام: **التكفل بالإحترق النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا**. ولكي نوفي الموضوع حقه، فقد حاولت الطالبة عرض محتوى الدراسة ومختلف ما إنتهت إليه من نتائج في سبعة (07) فصول تعاقبت على النحو التالي:

إشتمل البحث العلمي على جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي. أما الجانب النظري فيحتوي على أربعة (04) فصول:

**الفصل التمهيدي** ويتناول جزئين هما: مدخل إلى الدراسة وتم فيه تحديد إشكالية البحث وصياغة الفرضية، دواعي إختيار موضوع البحث، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة النظرية العلمية والتطبيقية العملية، مع تحديد مفاهيم ومتغيرات البحث إجرائيا وضبطها. أما الجزء الثاني فخصص للدراسات السابقة، مكانة الدراسة الحالية وموقعها من الدراسات السابقة وتعقيب عام على الدراسات السابقة.

أما **الفصل الأول** فقد دارت فقراته حول الإحترق النفسي الوالدي تطرقنا من خلاله الى التطور التاريخي لمفهوم الإحترق النفسي، مفهومه، أسبابه وأعراضه، أبعاده، تشخيصه وبعض النماذج المفسرة له علاجه وطرق الوقاية منه. وقسمنا **الفصل الثاني** إلى قسمين، خصص فيه المبحث الأول للضغط النفسي، وإشتمل على لمحة تاريخية عن تطور تداول مصطلح ومفهوم الضغوط النفسية وقد خصص الجزء الأكبر لأنواع الضغوط وخصائصها ومصادرها وبعض النظريات التي تناولتها، أما المبحث الثاني فخصص لإستراتيجيات المواجهة أو التعامل وإشتمل على تطور

مفهوم المواجهة، مفهوم إستراتيجيات المواجهة، تصنيفها، فعاليتها، التقييم المعرفي للمواجهة، النظريات المفسرة وطرق قياسها. وفي **الفصل الثالث** تم التركيز فيه على الشلل الدماغى من خلال مبحثين هامين: المبحث الأول دارت فقراته حول الطفل المشلول دماغيا، أما المبحث الثاني فركزنا فيه على معاش ومآل أمهات هذه الفئة من الأطفال المشلولين دماغيا. وقد حاولنا تخصيص **الفصل الرابع** للعلاج النفسى الجماعى الذى اشتمل على أهم الأسس النفسية والإجتماعية والأساليب والتقنيات المختلفة للعلاج، كما تم التطرق فيه إلى نظريات، مراحل وخطوات العلاج النفسى الجماعى، كذلك تقييم العلاج من خلال مزاياه وعيوبه.

أما فيما يتعلق بالجانب **التطبيقى الميدانى**: فلقد حاولنا من خلاله إثبات وتنقيح ما تناولناه فى المقارنة النظرية وإشتمل على ثلاث فصول أخرى وهي:

تناول **الفصل الخامس** الدراسة الإستطلاعية وعرض المنهج المتبع والإجراءات المنهجية، إطارها الزمانى والمكانى، والعينة المراد دراستها، مع وصف أدوات الدراسة والتي شملت أولا مقياس الضغط النفسى لـ **Levenstein**، ثانيا الإحتراق النفسى " **PBA** " وأخيرا إستمارة إستراتيجيات المواجهة " **Coping** "، والأدوات، الإختبارات والطرق العلاجية مع عرض الحالات. أما **الفصل السادس** سيكون الفصل المخصص للدراسة الأساسية وعرض البرنامج العلاجى النفسى الجماعى المطبق على الحالات. وخصص **الفصل السابع** لعرض النتائج ومناقشة الفرضيات، وختم الفصل بجملة من **الإقتراحات والتوصيات** لصالح أسر الأطفال المشلولين دماغيا.

# الجانب النظري

# الفصل التمهيدي

(1). الإطار العام للدراسة :

- الإشكالية.

- الفرضية.

- دواعي إختيار موضوع البحث.

- أهمية الدراسة النظرية العلمية والتطبيقية العملية.

- أهداف الدراسة.

- تحديد المفاهيم الإجرائية.

(2). الدراسات السابقة:

- مكانة الدراسة الحالية وموقفها من الدراسات السابقة.

- تعقيب عام على الدراسات السابقة.



## إشكالية البحث:

إن ميلاد طفل جديد يجلب معه تغيرات في تركيب الأسرة ويضيف المزيد من المسؤوليات الملقاة على عاتق الوالدين، ومن الطبيعي أن يتوقع الوالدين قدوم طفل سليم ومعافى ويحلمان بشكله ويخططان حتى قبل قدومه لمستقبله وكيف سيكون، ويبدو أن هذه العملية تتطور بشكل تلقائي في حالة مجيء الطفل يتمتع بصحة جسدية وعقلية سوية، في حين تندهور صورة الوليد المتالي عندما يأتي الطفل بإعاقة ما سواء كانت وراثية أو مكتسبة.

فوجود طفل معاق (مشلول دماغيا) في الأسرة يعتبر مشكلة بالنسبة للوالدين عامة، وللأم خاصة لأنها هي التي تسمح لطفلها المعاق بإكتساب مختلف المهارات الضرورية له وتنمية قدراته وتدريبه على السلوك التكيفي ولكن لا يمكن ذلك إذا كانت إعاقة الطفل تؤثر على نفسية الوالدين خاصة الأم، وما تخلقه لها من ضغوطات نفسية، خاصة عندما يتعلق الأمر برعاية طفل مشلول دماغيا ويعاني من تأخر حركي (IMC).

و لهذا الأمر، إقترح برنامج علاجي نفسي جماعي لمهات الأطفال المشلولين دماغيا والذين يعانون من تأخر حركي لتقديم تدخلات علاجية نفسية مصممة مستندة على روح ديناميكية الجماعة. حيث أن موضوع دراستي يتميز بالجدة ولم يرد إلا قليلا في دراسات سابقة مشاهة وليست بمماثلة، فقد أثمرت الدراسات التي إهتمت بالضغوط النفسية الوالدية ومحاولات منظمة لتقديم تدخلات علاجية مستندة على العلاج المعرفي السلوكي الذي لقي إنتشارا واسعا في صفوف المعالجين المهتمين بالتكفل بأسر الأطفال المعاقين، أما فيما يخص دراستي فتتعلق بمدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي وما يمكن أن يحققه من نتائج إيجابية بحكم ممارستي العيادية في هذا المجال إضافة إلى ملاحظاتي العلمية الممنهجة، لاحظت بأن مثل هذه الحالات (مهات الأطفال المشلولين دماغيا) لا ينفع معها العلاج الفردي (حيث تعود إلى الإنتكاسة بعد فترة من العلاج)، وعليه فكرت في تبني المقاربة العلاجية الجماعية والتي من شأنها أن تعطي نتائج مغايرة لتلك التي تعطيها علاجات أخرى .

وإنطلاقا مما سبق يتسنى لنا طرح الأسئلة التالية:

1 - هل للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من الإحترق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا؟

2- ما هي طبيعة إستراتيجيات المواجهة التي تستعملها أمهات الأطفال المشلولين دماغيا في مواجهتهن للإحترق النفسي ؟

## فرضية البحث :

1- للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من الإحترق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.

2- تستخدم أمهات الأطفال المشلولين دماغيا إستراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للضغط والإحترق النفسي.

## دواعي إختيار موضوع البحث:

من أهم الدوافع والأسباب التي أدت بي لإختيار هذا الموضوع ما يلي:

- بحكم أنني أخصائية نفسانية في مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران، وإهتمامي العلمي الزائد بالأطفال المشلولين دماغيا الذين يحتلون المراتب الأولى إحصائيا بالمصلحة ولهذا أردت البحث أكثر في هذا المجال.

- إعدادي لرسالة الماجستير وتناولي لجزء من هذا الموضوع من خلال دراستي لمعاش أم الطفل المشلول دماغيا، مما زادني شغف وحماس لأبحث أكثر في هذا المجال.

- الحاجة الماسة والشديدة لأمهات هذه الفئة من الأطفال المشلولين دماغيا إلى من يساندهن ويخفف عنهن معاناتهن النفسية، لذلك أردت من دراستي أن تكون سندا لهن كنتيجة لإهتمامي بمرض الشلل الدماغي رغبت أن أبحث عن برنامج علاجي نفسي يتلاءم ومميزات شخصياتهن وكذا معاناتهن النفسية.

- الرغبة الملحة للتعرف على الصعوبات اليومية التي يواجهها أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، ومحاولتي فهم أكثر للمعاش النفسي لهن، والكشف عن الجرح النرجسي (إن وجد).

- قلة الدراسات والتكفل النفسي بهذه الفئة من أمهات أطفال الشلل الدماغي، وإتاحة فرص للتخفيف من حدة توترهن وذلك من خلال حصص علاجية نفسية جماعية لمجموعة أمهات يتقاسمن نفس المصير.

## أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها موضوع يتميز بالجدة، حيث يتناول دراسة مجموعة من أمهات الأطفال المشلولين دماغيا في إطار الجماعة، مع إلقاء الضوء على معاشهن وحالتهم النفسية وما يتعرضن له من ضغوطات نفسية في

تربيتهم لطفل معاق، وإهتمنا بهذا الموضوع لنقص الدراسات حوله، حيث صادفنا خلال البحث العلمي النظري دراسات مشابهة وليس بالمماثلة مما عزز عندنا حب الإستطلاع والتوسع أكثر في الموضوع، ومن خلال تطلعاتنا النظرية وجدنا أن أغلب الدراسات السابقة تهتم بالتكفل بالطفل المعاق وتحمل التكفل بأوليائه خاصة الأم باعتبارها العنصر الأكثر عرضة للضغط النفسي والمشكلات الإنفعالية.

### الأهمية العلمية النظرية:

تقديم بحث علمي في مجال إختصاصنا ألا وهو العلاجات النفسية وذلك لإثراء البحوث العلمية في هذا المجال ومحاولة المساهمة ولو بقدر قليل في إضافة بعض المعلومات والبحث في الموضوع قصد الإفادة والإستفادة.

وتعتبر هذه الدراسة إحدى المحاولات العلمية للتعرف على الضغوط النفسية التي تواجهها أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، والتي من خلال الديمومة تصبح تعيش في حالة من الإحترق النفسي نتيجة ما تعانيه من مشاكل في التكفل بطفل معاق، كما تضيء لنا الطريق في أسلوب المعالجة الذي سيتم تطبيقه وهو أسلوب العلاج النفسي الجماعي وكل الأمل من هذه الدراسة هو التوصل إلى نتائج إيجابية لها جوانبها التأصيلية ودلالاتها العيادية المشجعة للعاملين في الميدان العيادي والباحثين في وضع إستراتيجيات لعلاج الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، وفتح آفاق جديدة أمام المعالجين لإستخدام أو تبني أساليب علاجية أخرى.

### الأهمية العملية التطبيقية:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية عمليا في النقاط التالية:

- إن العلاج النفسي الجماعي حديث النشأة وتطبيقاته في الجزائر لا يزال ضمن حدود ضيقة في مجال معالجة الضغط والإحترق النفسي، حيث أن كل الممارسات العلاجية سواء في المستشفيات النفسية العامة أو العيادات الخاصة أو مراكز علاج الإدمان...تقوم على أساس جهود فردية لا تحظى بالإهتمام من قبل الممارسين أو الباحثين بحيث تسمح تلك الممارسات بإجراء البحوث العيادية.

- إن هذه الدراسة ستؤدي إلى تشجيع تطبيق البرامج العلاجية النفسية الجماعية في معالجة جميع الإضطرابات النفسية حتى لا تحدث لهم إنتكاسة وهم منتظمين في برنامجهم العلاجي.

- إن هذه الدراسة تتبنى منهج دراسة الحالة الذي تقوم عليه معظم الدراسات العيادية، ويمكن قياسه وملاحظته والتأكد من نتائجه.

- الكشف عن دور العلاج النفسي الجماعي في تحقيق التوافق الشخصي والإجماعي حيث يجد الفرد سعادته في تفاعله الإجماعي .

كذلك تهيئة فرصة تفاعل كل فرد بإيجابية ومشاركة ورؤية نفسه في الآخرين وإعترافه بالمشاعر المكبوتة.

## أهداف الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية من خلال ما تتوصل إليه من نتائج أن تبين بوضوح مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من الإحترق النفسي، ويمكن بإختصار إيجاز أهداف الدراسة كما يلي:

قمنا بإختيار هذا الموضوع بهدف الكشف عن طبيعة حالة الإحترق النفسي الذي تعاني منها أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، ومدى تأثيرها على الطفل المعاق وأسرته، وبهدف إختبار فعالية العلاج النفسي الجماعي في مساعدة الأمهات على تغيير نظرتهم السلبية حول إعاقة أطفالهن والتخفيف من الإحترق النفسي الذي تتعرضن له من خلال تربيتهن لأطفالهن.

والهدف الرئيسي من هذه الدراسة يكمن في الكشف عن مستويات الضغط والإحترق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا بإختلاف أساليب المواجهة لديهن. كما جاءت هذه الدراسة لتزويد أمهات هذه الفئة الخاصة بإستراتيجيات تكيفية وصحية، تساعدن على التوافق مع إعاقة أطفالهن والتكفل بهم من خلال تطبيق برنامج علاجي جماعي.

كما تمكننا الدراسة الحالية من الكشف عن أنواع العوامل المتسببة في إحداث الضغوط المختلفة، والبحث عن السلامة النفسية للأمهات.

- تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة على الكثير من التساؤلات التي كثيرا ما يرددها أولياء الأطفال المعاقين والتي تكمن في التساؤل عن المعاش اليومي المصيري المشترك بينهن والمتعب بالنسبة لهن.

- كما يهدف البحث إلى توعية الأسر التي لها طفل معاق ومحاوله دمجها مع الجماعة لتفادي العزلة الإجتماعية والتكيف مع الإعاقة.

- تبصير أمهات الأطفال المشلولين دماغيا بحالتهم النفسية والضغط التي يواجهونها قبل العلاج، ليتسنى لهن إدراك أثر البرنامج العلاجي النفسي بعد تطبيقه.

- إدراك أمهات الأطفال المشلولين دماغيا أنه يوجد من يقاسمهن معاناتهن وبالتالي عليهن البحث عن الحل الأحسن معاً.

- محاولة لفت إنتباه الأمهات لمدى أهمية ديناميكية الجماعة للوصول لأفضل الحلول وتقاسم المعاناة.

- تسليط الضوء على أهمية العلاج النفسي الجماعي بالنسبة لأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى والتأخر الحركى.

## تحديد المفاهيم الإجرائية:

### الشلل الدماغى:

هو إعاقة نفسية وجسمية كبيرة، تتفاوت هذه الإعاقة في حجمها من طفل لآخر والمقصود بالحجم هو ثقل الإصابة وحجم المنطقة المصابة من الجهاز العصبى المركزى "المخ وتوابعه"، كذلك مخلفات الإصابة وما يخص القدرات العقلية والجسمية.

**تعريف الأطفال المشلولين دماغيا إجرائيا:** مجموعة من أطفال الشلل الدماغى المتواجدون بمصلحة الطب الفيزيائى وإعادة التأهيل الوظيفى من أجل التكفل الحركى والنفسى والأرطفونى والذين يعانون من تغيرات وظيفية عدة منها: التهتكات الجسمية والحركية، خلل وظيفى فى الكلام والنطق والصوت، كذلك فى السمع والنظر علاوة على ضعف القدرات العقلية، بطيء وعدم التوازى أو التناسق بالنسبة للوظائف والعمليات الحيوية الجسمية، مع تغيرات سلوكية خلال فترة النمو الجسمى تختلف عن الأقران فى العمر وعدم التطابق مع عملية التطور للنمو النفسى والعقلى والجسمى. ويكون لها أهمية فى التأثير على علاقة الطفل فى الوسط الإجتماعى.

**تعريف أمهات الأطفال المشلولين دماغيا إجرائيا:** مجموعة من الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن من 25 إلى 42 سنة، المترددات أسبوعيا على مصلحة الطب الفيزيائى لسبب إعادة التأهيل الوظيفى لأبنائهن من طرف مجموعة من المختصين، ويعانين من الضغط النفسى والتوتر. حيث دامت مدة التكفل بهن من خلال ثلاثون(30) حصة علاجية بمعدل حصة واحدة كل أسبوع، مع تقويم شهري للمتابعة.

## الضغط النفسي:

هو الإستجابة الفيزيولوجية التي ترتبط بعملية التكيف، فالجسم يبذل مجهودا لكي يتكيف مع الظروف الخارجية والداخلية محدثا نمطا من الإستجابات غير النوعية التي تحدث سرورا أو ألما.

إجرائيا: هي الدرجات التي تتحصل عليها أمهات الأطفال المشلولين دماغيا لدى تطبيق أداة القياس المتمثلة في مقياس إدراك الضغط النفسي ل **لفنستاين**.

## الإحترق النفسي:

هو كل ما يفشل وينهار أو يصبح منهكا نتيجة العمل الزائد على الطاقة المقدرة، فإن الإحترق النفسي يشمل التغيير في إتجاهات وعلاقات المهني نحو عمله بجانب الشعور بالإرهاك والشد العصبي الذي يحدث بعض الأحيان.

إجرائيا: هي الدرجات التي تتحصل عليها أمهات الأطفال المشلولين دماغيا لدى تطبيق أداة القياس المتمثلة في مقياس الإحترق النفسي الوالدي (**PBA**).

## إستراتيجيات المواجهة:

عرفها لازاروس **Lazarus (1984)**: بأنها مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المستعملة في تسيير طلبات خاصة داخلية أو خارجية والتي يقيمها الفرد على أنها مستهلكة لموارده أو تتجاوزها.

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p70)

إجرائيا: هي الدرجة التي تحصل عليها أم الطفل المشلول دماغيا في إستمارة إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، والتي تعتبر جملة الجهود التي تبذلها أمهات الأطفال المشلولين دماغيا على شكل إستجابات للوضعيات الضاغطة المهددة لهم. وهذه الإستراتيجيات تختلف باختلاف تصوراتهن إزاء هذه الوضعيات وطريقة تعاملهن مع الضغط والإحترق النفسي.

## التكفل النفسي:

هو مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد، وفقا لإمكانياته وقدراته الجسمية والعقلية بهدف علاجهم وإعادة دمجهم وتأهيلهم نفسيا وإجتماعيا وذلك داخل المؤسسات الإستشفائية. (Norbert Sillamy, 1991)

إجرائياً: نقصد به العلاج النفسي الجماعي الذي يعتبر أحد أشكال العلاج النفسي، وهو عبارة عن برنامج علاجي نفسي مخطط ومنظم مبني على ديناميكية الجماعة حسب مقارنة مورينو العلاجية السيكوديناميكية، كما أنه يعتمد على مجموعة من التقنيات العلاجية المستندة على خلفية نظرية في علاج جماعة من أمهات الأطفال المشلولين دماغياً واللاتي لهن بعض الخصائص النفسية والاجتماعية، ويتقاسمن نفس المعاش اليومي مع أطفالهن المعاقين حركياً.

## الجزء الثاني من الفصل:

### 2/ الدراسات السابقة:

#### مكانة الدراسة الحالية وموقعها من الدراسات السابقة:

يتميز بحثنا الحالي بالجدّة ، فمعظم الدراسات السابقة كانت بمثابة دراسات مشابهة وليس بالمماثلة، التي تناولت موضوع الإحترق النفسي الوالدي أو الأوموي، ولقد تناولت متغير واحد أو متغيرين من موضوع البحث والدراسة الحالية. ودراستنا الحالية مثل معظم الدراسات السابقة تهدف إلى دراسة الإحترق النفسي لدى مجموعة من الأمهات لأطفال مشلولين دماغياً، وتتبع في ذلك المنهج العيادي الإكلينيكي، وفي ضل مقارنة علاجية سيكوديناميكية.

كما أن هناك العديد من الباحثين الذين تناولوا بالدراسة الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين سواء الوالدين معا أو الأمهات فقط بحكم تحملهن الجزء الأكبر من أعباء الطفل المعاق والحث على ضرورة التكفل بهن وبالعلاج النفسي، كما تتفق كل الدراسات العربية منها والأجنبية على معاناة أمهات المعاق من الضغوط النفسية كما أكدتبعض الدراسات مثل : ( Featherstone ,1980 )و( Beckman Bell ,1980 ) و(أحمد يحيى، 2008). ولكن ظهر الاختلاف في كيفية التكفل بهذه الفئة، ومن خلال ما تم ذكره من الدراسات والبحوث يمكن القول:

- إتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث أهمية العلاج النفسي في التخفيف من الإحترق والضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين وذوي الإحتياجات الخاصة مثل دراسات كل من (Linehan,1988) و(2008، الدهيمات ) و(Cooper et Mcramack,1992).

- قلة عدد الدراسات العربية المتعلقة بالإحتراق النفسي الوالدي والعلاج النفسي الجماعي وذلك مقارنة بكثرة عدد الأبحاث والدراسات الأجنبية للإحتراق النفسي والعلاج النفسي الجماعي للإضطرابات النفسية وهذا ما دفع الطالبة إلى التطرق لهذا العلاج داخل البيئة الجزائرية.

- ذكرت معظم الدراسات العربية (في حدود علم الطالبة) العلاج الجماعي بالشكل العام بوصفها طريقة علاجية، ولم يتم التطرق إلى توضيح أو تفصيل لتقنيات هذا العلاج، وكيف تمت تطبيقاتها على المتعالجين.

- في ضوء الدراسات السابقة إستفادت الطالبة في إعداد البرنامج العلاجي المقترح، وبذلك تميز هذا البحث عن غيره من الأبحاث بما يلي:

أ- محاولة إعداد برنامج علاجي نفسي جماعي لجماعة من الأمهات للأطفال المشلولين دماغيا.

ب- إهتم هذا البحث إهتماما أساسيا بوضع مخطط خاص بكل جلسة علاجية بتوضيح محتواها حتى تكون الإستفادة شاملة لكل الجماعة .

ج- إهتم هذا البحث بتوضيح إستخدام التقنيات العلاجية الجماعية المطبقة على جماعة الأمهات.

و يمكن إعتبار هذا البحث خطوة مبدئية في مجال إعادة البرامج العلاجية الجماعية.

### تعقيب عام على الدراسات السابقة:

فمن خلال إطلاعي على الدراسات والأبحاث السابقة التي تناولت موضوع دراستي المتمثل في التكفل بالإحتراق النفسي لأمهات أطفال الشلل الدماغي. ولم أجد دراسات مماثلة لموضوع بحثنا، وواجهت ندرة للدراسات المشابهة التي تناولت متغير واحد من دراستنا أو متغيرين. فلقد أشارت معظم الدراسات حول أهمية العلاج النفسي الجماعي ومدى فعاليته في تعديل سلوك الفرد وتبصيره بمشاكله، ومن هذه الدراسات ( حداد ودحداحة، 1998) و(الوايلي، 2003) و( Carway, 1983 ) و( Chantel Birman , 1988 ).

و أيضا يظهر لنا من الدراسات السابقة ما يلي:

- استخدام الباحثين لمقياس ماسلاش للإحتراق النفسي في معظم الدراسات، وذلك بعد تعريبه واستخراج دلالات الصدق والثبات له.



- أظهرت نتائج بعض الدراسات إختلافا من حيث تأثير الجنس على الإحتراق النفسي، وهناك دراسات أظهرت عدم وجود فروق دالة في مستوى الإحتراق النفسي بين الذكور و الإناث. وهناك دراسات أخرى أثبتت عكس ذلك مثل دراسة داووني التي بينت أن النساء أكثر عرضة للإحتراق النفسي من الرجال.

- أظهرت بعض الدراسات وجود فروق دالة بين مستويات الخبرة والإحتراق النفسي بينما أظهرت دراسات أخرى عكس ذلك.

- كما إستخدمت معظم الدراسات المنهج الوصفي والدراسة الميدانية.

- ركزت معظم الدراسات السابقة للكشف عن أهم الأسباب والعوامل التي تساعد على حدوث الإحتراق النفسي لدى العمال، وقلة قليلة في الأبحاث الحالية خاصة العربية التي تناولت الإحتراق النفسي عند الوالدين أو الأمهات.

كما كشفت العديد من الدراسات السابقة سواء العربية منها أو الأجنبية عن الإحتراق النفسي الوالدي أو الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعوقين بصفة عامة، وتناولت المعاش النفسي لهذه الفئة. ويتضح لنا من الدراسات السابقة أن أمهات المعاقين وذوي الإحتياجات الخاصة يعيشون ضغوطات نفسية ومشاكل إنفعالية متعددة، وبالتالي فهن بحاجة إلى مساعدة ومساندة نفسية للتوافق والتخفيف من هذه الضغوطات المعاشة نفسيا والتي أصبحت جزء مهم في معاشهم النفسي وذلك بالإعتماد على برنامج علاجي نفسي والذي وجد في أغلب الدراسات السابقة علاج معرفي سلوكي أو علاج نفسي جماعي مبني على النظرية المعرفية السلوكية.

ومن خلال إستعراض الدراسات السابقة التي تخص العلاج النفسي الجماعي، يمكن ملاحظة الآتي:

- أن العلاج النفسي الجماعي قد يكون أعطى مؤشرا واضحا، عن مدى فعاليته في حفظ أعراض الإضطرابات النفسية ( بصورته الجماعية).

- عدم وجود أي تعارض بين نتائج جميع الدراسات التي أجريت على مختلف الجماعات بواسطة البرامج العلاجية النفسية الجماعية.

- تتفق هذه الدراسات في إستخدام المنهج التجريبي أو شبه التجريبي أو الإكلينيكي للتأكد من فعالية هذه البرامج العلاجية الجماعية والدليل على وجود تحسین بين القياس القبلي والبعدى لأفراد العينة، حيث أن إستخدام المنهج

الإكلينيكي بشكله العلمي الصحيح من الدلائل القوية على صدق النتائج وصحتها بالرغم من صغر حجم العينات المستخدمة فيها، مما يشير إلى فعالية العلاج الجماعي لخفض الإضطرابات النفسية المختلفة.

وهذا من الأسباب التي أرشدت الطالبة إلى إستخدام أسلوب العلاج الجماعي في تصميم البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة، كما أن الطالبة إستفادت من الدراسات السابقة في:

- التعرف على الأساليب المختلفة للعلاج الجماعي.

- التعرف على الأسس النفسية التي بنيت عليها البرامج العلاجية التي إستخدمت في الأبحاث السابقة وكذلك إجراءات تطبيق البرامج ومراحلها، والإستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.

- الإطلاع على الخلفية النظرية والمنهجية للبرامج المستخدمة في البحوث السابقة والإستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.

## الفصل الأول

### الإحتراق النفسي الوالدي (الأمومي) Le Burn-out Parental

- تمهيد.
- التطور التاريخي لمصطلح الإحتراق النفسي ومفهوم الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي.
- مفهوم الإحتراق النفسي والتعريف بالإحتراق النفسي الأمومي.
- علاقة الإحتراق النفسي بالضغط النفسي وبالأمومة.
- أبعاد الإحتراق النفسي.
- مؤشرات الإحتراق النفسي وعواقبه.
- أعراض الإحتراق النفسي.
- الخصائص النفسية للأمهات المعرضات للإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي.
- أسباب الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي.
- المشكلات المؤدية لظهور الإحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.
- مراحل الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي.
- النظريات والنماذج المفسرة للإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي.
- التشخيص الفارقي للإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي.
- الوقاية والعلاج من الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي.
- خلاصة الفصل.

## تمهيد:

ظهر مفهوم الإحترق النفسي في بادئ الأمر متعلقا بالمجال المهني، حيث تناولته عدة دراسات بوصفه ناتجا عن الضغوط المهنية ونسب بأنه أكثر حدوثا لدى أصحاب المهن الإنسانية والخدماتية التي تقدم فيها المساعدة للآخرين مثل عند عمال الصحة ( خاصة الذين يعملون في مصلحة الإستعجالات وعند أساتذة التعليم والشرطة...) وعرف منذ القديم بـ le burnout professionnel، حيث يعيش العامل حالة من القلق والضغط النفسي المتكرر يوميا في مجال عمله مما ينتج عنه سلوكيات سلبية تؤثر على نوعية أداء الفرد لعمله.

ثم أخذت ظاهرة الإحترق انفعالي إهتماما بارزا بالأبحاث السيكولوجية في السنوات الأخيرة، حيث ظهر مفهوم متلازمة الإحترق النفسي الوالدي أو الأمومي في الدراسات الحديثة، وأخذ إهتمام كبير من طرف الباحثين في علم النفس والإجتماع، إذ ظهر أن الأمهات هن اللواتي عادة ما يقدمن الرعاية الأساسية لأطفالهن وهن أكثر عرضة لمواجهة مخاطر الضغط النفسي، القلق المزمن وأعراض الإكتئاب وذلك عندما يحاولن أن يجمعن بين العمل المهني ورعاية الأطفال (خاصة إذا كان فيه طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة "معاق")، مما قد يساهم في تطوير متلازمة الإحترق النفسي الوالدي ( الأمومي).

وهذه المعاناة التي تواجهها الأمهات هي وليدة المواجهة الدائمة للمتطلبات المتناقضة: متطلبات الأداء الجيد ومتطلبات إرضاء عائلتها جراء ممارساتها اليومية من غسل، مسح، طبخ، رعاية وتدريس للأطفال والتكفل بطفل معاق..، والمتطلبات الداعية للحفاظ على الصحة العامة. وحين تبدي الأم ضعفا في الموازنة بين كل هذه المتطلبات فإن الواقع سيضعها أمام فشلها فتتولد عندها مشاعر العجز، الإحباط، الغضب، ليتأزم الوضع أكثر ويصبح إحترقا نفسيا أموميا.

## التطور التاريخي لمصطلح الإحترق النفسي ومفهوم الإحترق النفسي الوالدي/الأمومي:

لقد وردت مصطلحات كثيرة وتسميات متعددة لظاهرة الإحترق النفسي التي جذبت إهتمام الباحثين على مدى أكثر من أربعين عاما الماضية، وكلمة إحترق نفسي تعني إتهاك نفسي هو تشبيه لإحترق السعيرات الحرارية للجسم، وبالتالي يصبح الفرد منهكا جسديا ونفسيا.

واستعمل أيضا مصطلح « إرهاق المعارك *épuisement du guerres* » خلال الحرب العالمية الأولى والثانية للدلالة على الأعراض المتشابهة لأعراض الإحترق النفسي المتعارف عليها حاليا وفي عام 1959 بفرنسا كتب الطبيب العقلي « **Claude Veil** » عن حالات الإتهاك في العمل « *Le Surmenage* ».

(M. Jullian, 2007)

ولقد إستعمل مفهوم الإحترق النفسي كمفهوم علمي لأول مرة في سنوات السبعينات وبالضبط في سنة 1974 على يد المحلل النفسي الأمريكي (**Freudenberger Herbert**) حيث أدخل مفهوم

*Burn out*، إلى حيز الدراسة الأكاديمية بأنه يعني يجهد أو يرهق ويصبح منهكا. (البтал، 2000)

ولقد قام فرويدنبرجر من خلال كتابه « *La brulure interne* » المنشور بمنطقة كيبك في عام 1987 بدراسة مصطلح *Burn out* وضح فيه أن الضغوط الناتجة عن الحياة المعقدة تسبب إتلاف للموارد الداخلية للفرد وتسبب للفرد الإحترق النفسي حتى ولو بدا الفرد سليما من الخارج. (Benferhet, 2008)

وذلك من واقع تجربته الخاصة على بعض المتطوعين بمدينة نيويورك بإحدى العيادات الخاصة بالمدمنين. عندما كتب دراسة أعدها لدورية متخصصة *journal of social issues* فأورد المعنى الوارد بالقاموس للفعل (*Burn out*)، ومعناه أن الفرد يصاب بالضعف والوهن، أو يجهد ويهرق، ويصبح منهكا بسبب الإفراط في إستخدام الطاقات والقوى، وتوالت مجهوداته بعد ذلك وصفا للمصطلح. ثم قام كل من:

**H. Freudenberger** و **Richelson** بتعديل مفهوم الإحترق النفسي، حيث وجد أنه عبارة عن حالة تعب، إحباط وإكتئاب ناتج عن إستنفاد الفرد لطاقاته وفشل توقعاته. (Truchot, 2004,p8)

والجدير بالذكر أنه بكاليفورنيا في سنة 1976 كل من كريستينا ماسلاش (أستاذة علم النفس بجامعة بيركلي الأمريكية)، وزميلتها سوزان جاكسون و(1993) A. Pines مثلث الريادة في تطوير مفهوم الإحترق النفسي، وباشرت دراستها حول المعلمين، المحامين والمهنيين بالمصالح الإجتماعية، ومثلت الركيزة الأساسية لمعظم البحوث التي جاءت فيما بعد، وتوصلت إلى أن الإحترق النفسي هو عبارة عن تعب وإستنزاف إنفعالي ناتج عن ضغوط العمل، ويؤدي إلى فقدان الإهتمام بالآخرين. (P.Canoui, 2004, p7)

ثم في سنة 1982 عرفت كل من كريستينا ماسلاش وزميلاتها سوزان جاكسون الإحترق النفسي على أنه عبارة عن زملة أعراض ( syndrome ) ناتجة عن ضغط العمل، ويظهر من خلال: الإجهاد والإستنزاف الإنفعالي، تبدل الشخصية والشعور، وفقدان الشعور بالإنجاز الشخصي.

بالإضافة إلى تصميمها لأداة قياس الإحترق النفسي من خلال أبعاده الثلاثة والتي أطلق عليها إسم:

### Maslach Burnout Inventory

وقد زاد تطور مفهوم الإحترق النفسي في الآونة الأخيرة ليرتبط بمفهوم الوالدية أو الأمومة، وتم بناء عدة مقاييس لقياسه من خلال دراسات وبحوث سواء في العالم العربي أو الأجنبي ونذكر منها الدراسة الآتية والتي هي ركيزة هذا البحث . (Maslach,Jackson,1981)

حيث أشارت البروفيسور د. ميموني بدرة المعتصم ومساعدتها في دراسة جزئية من بحث دولي حول الإحترق النفسي الوالدي (PBA) ، ولقد مست الدراسة الإستكشافية 341 مستجيباً منهم 134 أب (39.3%) و207 أمهات (60.7%). ولا يتعلق الأمر بتحقيق تمثيلي ، وإنما يمثل تحقيقاً استكشافياً. كما تم تخصيص مجموعة من طلاب الدكتوراه والمجستير والممارسون الذين حققوا بهذا الإستجواب في بيئتهم الاجتماعية والمهنية. بهدف أن يكون إحصاء إختياري حقيقي. وتوزع التحقيق في الولايات الآتية على النحو التالي:

- (4) ولايات شمالية غربية: وهران، مستغانم، تلمسان، عين تموشنت.

- (3) غرب ( الهضاب العليا): غليزان، الشلف، البيض.

- (3) ولايات في شرق البلاد: عنابة، قسنطينة، أم البواقي.

تم تجنيد ما يقرب من نصف السكان الذين شملهم الاستطلاع في وهران (46.9%) ، وتأتي في المرتبة الثانية تلمسان بنسبة 17.8% ، ثم الشلف 12.3% ؛ مستغانم 9.67% ؛ قسنطينة 6.74% ، وفي الأخير عنابة وعين تموشنت بنسبة 3.22% على التوالي.

وتراوحت الفئة العمرية ما بين عشرين و60 سنة وما فوق.

تظهر النتائج مصداقية هذا الاستبيان الذي ينطبق على السكان الجزائريين. وتسمح لنا البيانات الاجتماعية والديموغرافية التي تم جمعها على المقياس الأول بتحديد حصة كل عامل وتبسيط الضوء على العوامل التي تحمي أو تزيد من خطر الإحترق.

من بين 337 شخصًا شملهم الاستطلاع (بعد إكمال الاستبيان بالكامل) لدينا 61.13% من الإناث (الأمهات). نلاحظ أن 93.1% من الآباء أعلنوا عدم تعرضهم للإرهاق مقابل 77.2% من الأمهات. في حين أن معدل نضوب الآباء المتوسط والعالي منخفض جدًا بين الآباء (2.3 و 0.0) ، فهو مرتفع جدًا بين الأمهات (4.9 للمعتدين و 3.9 للمخاطر العالية).

بلغ معدل الإرهاق الإجمالي 4 تقريبًا (3.9%) بفارق بين الآباء والأمهات 1.3 لصالح الأمهات (3.1% و 4.4% على التوالي).

تظهر هذه النتيجة أن الأمهات أكثر عرضة للإرهاق من الآباء. في حين افترضنا أن الأسرة متعددة الأجيال ، بالنظر إلى عدد الأشخاص (الأجداد على وجه الخصوص وأحيانًا الأعمام والعمات) ، تقدم، من حيث المبدأ ، بدائل الوالدين التي يمكن أن تخفف من عبء الوالدين. تظهر المقابلات مع النساء في العائلات متعددة الأجيال أنهن يتعرضن لضغوط أكبر نظرًا للعدد الكبير (Moutassem-Mimouni، 2016) من الأشخاص الذين يقومون بزيارات متعددة إلى الأجداد.

وفي مقال علمي حول متلازمة احتراق الأم "العوامل المرتبطة بالسياق والنفسية" للكاتبة: (موراميكولا جيكراك، Moira Mikolajczak)، هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف بعض العوامل السياقية والنفسية المرتبطة بالاحتراق الأمومي، وبشكل عام أشارت النتائج إلى أن التوظيف، والعمل بدوام كامل ، والعيش بدون شريك ، واستخدام استراتيجيات الكوبين المركزة على المشكلة يرتبطان سلبيًا بالاحتراق الأمومي. في المقابل، يدعم الاتساق الداخلي العالي للإرهاك العاطفي فكرة الإحترق كمفهوم أحادي الأبعاد. ل"باينز" (1981) و"ميلان" (2006) و"شرون" وآخرون الذين جادلوا بأن الإحترق هو حالة عاطفية، عقلية و فيزيائية للإرهاك لا تشمل أبعاد تبعد الشخصية وتدني الإنجاز الشخصي في الواقع، يعتبر الإرهاك العاطفي عادةً المفهوم المركزي للاحتراق وتؤكد نتائجنا هذا الافتراض :

يبدو أن بنية متلازمة إحتراق الأم ترتبط بربط العوامل النفسية والسياقية المرتبطة بالإرهاك الأمومي.

في أوروبا، ظهرت دراسات حول الإحتراق الوالدي خصوصا لدى الأمهات في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين في السويد وتركيا، ومؤخرا في دراسة بلجيكية اقترح ميكولاجزك **Mikolajczak** وآخرون (2018) نموذج عامل خطر للإحتراق الوالدي يشمل هذا النموذج العصائية، وتجنب التعلق، وتقيد الدور الوالدي والتعرض للصراع في العلاقة الزوجية وعدم التنظيم الأسري كعوامل خطر للإحتراق الوالدي. ومن ناحية أخرى وجد أن الذكاء العاطفي والاعتقاد في الكفاءة الذاتية، والأبوة الإيجابية، والاتفاق المشترك، والرضا الزوجي تكون عوامل وقائية ضد الإحتراق الوالدي.

وأظهرت دراسة فرنسية حول سمات الشخصية أن الآباء الذين لديهم مستويات عالية من العصائية ومستويات منخفضة من الوعي والمواءمة (*agréabilité*) كانوا أكثر عرضة لتطوير أعراض الإحتراق الوالدي، ومع ذلك لا تزال هناك حاجة إلى استكشاف العوامل السياقية والنفسية الأخرى المتأصلة في تربية الأطفال، مثل الإستيعاب المثالي لدور الوالدين، والحاجة إلى الكمال، وتأثير وجود/ غياب والد الطفل، وإستراتيجيات التكيف التي وصفها ("الازاروس وفولكمان" 1984) المستخدمة في سياق محدد من الوالدية والإحتراق الوالدي.

وفي 20 جانفي 2018 تم نشر دراسة أولية للتحقق من النسخة اليابانية لمقياس الإحتراق النفسي الوالدي وعلاقته بصفة المثالية لديهم نشرها كل من:

تايشي كواموتو (قسم علم النفس، جامعة تشوبو، كاسوغاي، اليابان) وكايشيرو فوروتاني (كلية إدارة الأعمال، جامعة هوكاي فاكون، سابورو اليابان) ومريم علي مرداني ( قسم العلوم المعرفية والذكاء الاصطناعي، جامعة تيلبورغ، تيلبورغ، هولندا).

- **Taishi Kawamoto** Department of Psychology, Chubu University, Kasugai, Japan
- **Kaichiro Furutani** Faculty of Business Administration, Hokkai-Gakuen University, Sapporo, Japan
- **Maryam Alimardani** Department of Cognitive Science and Artificial Intelligence, Tilburg University, Tilburg, Netherlands

سعت الدراسة لفهم احتراق النفسي الوالدي في اليابان من خلال التحقق من PBI-J مع التركيز على صفة المثالية الوالدية كعامل خطر. سعت هذه الدراسة إلى زيادة تحسين فهم الإحتراق الوالدي بطريقتين.



أولاً: السعي إلى التحقق من صحة النسخة اليابانية لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي (PBI-J) استناداً لأعمال **Roskam et al. (2017)** يعتبر التحقق من القياسات الخطوة الأولى لفهم ما إذا كان الإحترق الوالدي سائداً أيضاً خارج أوروبا أو مجرد ظاهرة محددة ثقافياً؟

قام الباحثون بترجمة PBI الأصلي إلى اللغة اليابانية، واختبروا صلاحية إنشاء نسخة يابانية PBI-J من خلال تحليل العوامل المؤكدة (CFA) والتحليل الارتباط. ثانياً: ركزت الدراسة على صفة المثالية كعامل جديد يساهم في حدوث الإحترق الوالدي، وعلى الرغم من أن الدراسات السابقة كشفت أن صفة المثالية ترتبط بالإرهاق في مجالات العمل والرياضة والتعليم. تسعى الدراسة لايجاد الترابط سواء كان الأمر نفسه بالنسبة للوالدين لكن يبقى الأمر غير واضح حيث تسعى الدراسة إلى توسيع ما وصلت إليه البحوث السابقة من خلال التحقيق في الارتباط بين متغيرات الإحترق النفسي الوالدي وصفة المثالية لدى الوالدين والعمال. (Mikolajczak, 2017)

بعد تكيف المقياس PBI-J حسب البيئة اليابانية وضم عنصر (صفة المثالية الوالدية) كعنصر مفترض أساسي في التسبب بالإحترق الوالدي. خلصت إلى توفير أدلة أولية على صحة PBI-J بالإضافة إلى ذلك يبدو أن صفة المثالية التي تحمل خاصية المخاوف التقييمية من أنفسهم ومن غيرهم، هو واحد من عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإحترق النفسي الوالدي. وهذا يوضح بعض الاختلافات بين الدراسة الحالية والدراسة التي أجراها **روسكام** وآخرون (2017) **Roskam**. التي تضمنت أن الحاجة إلى التحقيق في القواسم الثقافية المتعارف عليها له علاقتها بالإحترق الوالدي، (هنا يظهر العامل الثقافي والبيئي لإختلاف المجتمعات فلكل مجتمع خواصه والعوامل المؤثرة فيه، لكن بتوالي الأبحاث وغزارتها سنجد العوامل المشتركة التي تؤدي إلى الإحترق الوالدي ثم وضع إطار عام دولي للحد من انتشار هذا الاضطراب الذي يورق الوالدين في أنحاء العالم)، ومن شأن التحريات عبر الثقافات عن الإحترق الوالدي أن تنشط تطوير النظريات والنماذج وكذلك تساعد على رؤية صورة كاملة عن الإحترق الوالدي، والتي يُعتقد أنها ستؤدي إلى انخفاض معدل انتشار الإحترق النفسي الوالدي.

ومن أهم ما إكتشفناه في دراسة " صلاحية تقييم الإحترق النفسي المرتبط بالأبوة عند العاملين الألمان " ل: **هيدويغج. أ. فان بيكل مارلوس ل. فان أنجن وباسكال بيترز** هو أن الرجال أظهروا مستويات أعلى في الإحترق النفسي وخاصة الابتعاد العاطفي وانخفاض الإنجاز الشخصي فيما يخص واجباتهم تجاه أبنائهم وإتمام مهامهم في المنزل على أكمل وجه أما النساء فقد أظهرن مستويات أعلى في الإحترق النفسي المتعلق بالعمل والصراعات بين العمل والأسرة. وهذا معناه أن كلا النساء والرجال لا يكونون مرتاحين بدمج كلا الوظيفتين معا.

دور المرأة بارز جدا في المنزل مما يستنفذ وقتها وطاقاتها في المجال المهني أما الرجل فيسعى دوماً لأن يكون مسيطراً في العمل مما قد يؤدي إلى ابتعاده عاطفياً عن المنزل والأسرة.

التوقعات المعيارية من أولياء لا تزال تشدد على أن دور المرأة يكون في المنزل أما الرجل فيكون المعيل رغم كل التغيرات الحاصلة في العائلات المزدوجة الرعاية والإعالة. هذه التوقعات تكون عادة مصحوبة بالشعور بالذنب عندما يقوم الأولياء بانتهاكها. (Mikolajczak, 2018)

وفي دراسة قام بها كل من: **بيير جيرينو إيمانويل زيش** حول التساؤل التالي هل يؤدي تقديم الرعاية غير الرسمية إلى الاحتراق النفسي؟ مقارنة أولياء الأطفال أو بدون أطفال مع المشاكل الجسدية والفكرية.

التجارب سلطت الضوء على احتراق نفسي أكبر لدى أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وكان لذلك تأثير على حالات العصبيّة وكذا موافقات الأبوة والأمومة المشتركة وكل هذا قد يعطي نتائج سلبية على الفرد كالاتبعاد والإنهاك العاطفيين. ومع ذلك فإن الأولياء الذين لديهم طفل واحد فقط أظهروا نسب احتراق أقل.

وجود عدة حالات في الأسرة يرتبط مباشرة بالاحتراق النفسي لولي الأمر المقدم للرعاية مما يبرز أهمية الدعم المشترك بين الوالدين ويشير إلى أن إدراك هذين الأخيرين لوضعهما يبقى عاملاً مهماً في فهم النتائج المترتبة عن ذلك.

مقدمو الرعاية غير الرسميون يكونون عادة أفراد أسرة، غير مأجورين، يقدمون الرعاية لشخص لهم علاقة شخصية معه، ولهذا فحسب التعريف فإن كل الآباء هم مقدمو رعاية غير رسميون. لحد الآن، عدة أبحاث قامت باستكشاف ما إذا كان أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أكثر عرضة للاحتراق النفسي من أولياء الأطفال النموذجيين. وبتحويل الانتباه من الأطفال إلى الأولياء، عدة أنواع من الاحتراق النفسي قد تظهر للعيان مما يفتح المجال لبحث مدى تأثير عدد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقدمي الرعاية وكذا الدور الذي قد تلعبه سمات الشخصية في ذلك.

باختصار، الدراسة الحالية تضع ثلاثة أهداف للبحث والمناقشة:

1- المقارنة بين الأولياء المعتنين بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أولياء ليس لديهم أي أطفال ذوي احتياجات خاصة.

2- فهم أي وضع رعاية أكثر خطورة، طفل واحد أو عدة أطفال.

3- تقييم تأثير المتغيرات الوصفية، العصابية، النزاعات حول الأبوة المشتركة والتأثيرات المتصورة عن الاعتناء بطفل ذي احتياجات خاصة.

النتائج المترتبة على الأولياء مقدمي الرعاية يمكن أن تعطينا نظرة على الاحتراق النفسي لكل من الأولياء ومقدمي الرعاية غير الرسميين.

أولاً، التأثير الشخصي لوجود طفل ذي احتياجات خاصة يمكن أيضاً دراسته ما بين الأولياء الذين سيرزقون بطفل للمرة الأولى أو طفل آخر.

محور الاهتمام لهذه الدراسة هو تأثير الاعتناء بطفل ذي احتياجات خاصة على الأولياء لكن هذا الأثر يمكن دراسته لكل حالات الأمومة أو الأبوة.

ثانياً، هذا البحث يعطي نظرة عن أدب تقديم الرعاية غير الرسمية على الاحتراق النفسي على نطاق أوسع والنتائج كانت مشابهة لبحث سابق عن الثقل الشخصي الذي يعيشه مقدمو الرعاية، مظهرة بأن هذا الحمل متنبئ كبير للإرهاك العاطفي.

في الأخير، نتائج التأثير المماثل للمتغيرات لكل من أولياء الأطفال النموذجيين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تشير إلى أن مقدمي الرعاية هم أيضاً أولياء وبذلك يمكن لكل مجال أن يتعلم من الثاني.

### التطور التاريخي لمفهوم الاحتراق النفسي الوالدي / الأمومي :

أول استخدام لمصطلح الاحتراق النفسي خارج النطاق الوظيفي كان سنة 1983 في شهادة أمّ مسيحية اسمها إديثلانستروم (EdithLanstrom) والتي نشرتها في كتابها: "الاحتراق النفسي لوالد كاثوليكي"

(Le burnout d'un parent catholique) (Mikolajczak , 2017)

بعدها قام كل من (بروكاتشيني و كيفافر Kiefafer&Procaccini) الباحثان الأكاديميان في الاحتراق النفسي بنشر كتاب سنة 1984 بعنوان "الاحتراق النفسي الوالدي" (Burnout Parental).

(Procaccini, 1984)

لكن يعتبر **Pelsma** أول من قام بدراسة علمية أكاديمية منشورة حول موضوع الاحتراق النفسي الوالدي سنة **1989**، حيث قام بتطبيق مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي على عدد "100" من الأمهات غير العاملات ووجد أن بُعدي الانهك الانفعالي والانجاز الشخصي قد خدما بجنه أما بُعد بلادة المشاعر ف"لا". ورغم أن عينة البحث تكوّنت من أمهات فقط إلا أن تسمية المفهوم ظلت نفسها الاحتراق النفسي دون تغيير ينسبه للأمهات أو للوالدين، كما لم يستخدم مقياسا جديدا يخدم الاحتراق النفسي الوالدي واكتفى بتطبيق مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي الوظيفي. ( Gervais, 1991 )

وأهملت دراسته بعد ذلك، وعرف المفهوم ركودا علميا لقراءة عقدين من الزمن ولم يتم خلالها تطوير أية الأبحاث في الموضوع، إلى غاية **2007** حيث أجرت أنيكا ليندال نوبرغ ( **Annika Lindhal-Noberg** ) رفقة فريق من الباحثين بسلسلة من الأبحاث لدراسة عوامل الخطر التي تسبب الاحتراق النفسي الوالدي عند أولياء الأطفال المصابين بسرطان الدماغ على عينة بحث مكوّنة من 24 أما و 20 أبا في أول تجربة سنة **2007**، ثم على عينة بحث مكوّنة من 252 من الوالدين في تجربتها الثانية سنة 2010 مستخدمة استبيان (SMBQ) **Burnout Shirom-Melamed** والمكون من 10 بنود فقط تقيس مستوى الاحتراق النفسي في شقّه الوظيفي. (Melamed & al. 1992)

وحتى تتأكد من وجود عوامل أخرى تسبب الإصابة بالاحتراق النفسي غير العوامل والأسباب السوسيوديمغرافية أو الطبية التي لمستها في تجربتيها السابقتين، أعادت ( **Lindhal-Noberg** ) التجربة على أولياء الأطفال المصابين بمرض السكري سنة **2011** ووجدت أن الأسباب الحقيقية وراء الإصابة بالاحتراق النفسي هو نقص الدعم الاجتماعي وغياب الترفيه بالإضافة إلى المشاكل المادية. هذا وقد أشارت في نتائج دراستها أن سبب إصابة أمهاتهم بالاحتراق النفسي هو معاناتهن من نقص تقدير الذات. ثم بعدها قامت بدراسة أخيرة رفقة فريقها سنة **2014** على عدد 159 أما و 123 أبا من أولياء أطفال مرضى خضعوا لعملية زرع الخلايا الجذعية باستخدام نفس الاستبيان (SMBQ) أيضا.

لقد كانت أبحاث ليندالنوبرغ ( **Lindhal-Noberg** ) التي قامت بها بين **2007** و **2014** تصبّ جميعها نحو إثبات أن الآباء والأمهات يُصابون بالإرهاق النفسي والجسدي الشديدين بسبب معاناة أبنائهم من المرض، ووجدت أن هذا الإرهاق يظل معهم حتى بعد تعافي الطفل من مرضه. لكن ما يتناقض في هذه الأبحاث أنه رغم أنها كانت موجهة لأولياء الأطفال المرضى دون سواهم ومقارنة نتائجها مع أولياء الأطفال الأسوياء، إلا

أنها كانت تستخدم مقياس SMBQ الخاص بالاحترق النفسي المهني، ولم تكن تدرك بأنها كانت في الواقع تدرس الاحتراق النفسي الوالدي، حتى أنها لم توثق ذلك ولم تُشر إليه في منشوراتها. لكن يظل لها الفضل كله في إعطاء أول إثبات بوجود إحترق نفسي خاص بالوالدين وبأنه يوجد بعض الأمهات والآباء اللذين يُظهرون أعراض الاحتراق النفسي في مستواه العالي دون أن يمتنون أية مهنة.

كانت الدراسات والأبحاث خلال تلك الفترة تشتمل على كلا الوالدين دون التفريق بين الأب والأم، وكان المقياس وقتها يُطبّق على كليهما على اعتبار أن كلاهما يستثمر نفسه وجهده في تربية ورعاية الأطفال المرضى بنفس القدر والتفاني، إلى غاية 2008 حيث أعلنت فيولين غيريتو (Guéritault Violaine) كمتخصصة في دراسة الاحتراق النفسي المهني في كتابها عن وجود إحترق نفسي خاص بالأمهات عنونته بـ: "الإنهك الجسمي والانفعالي للأمهات: الاحتراق النفسي الأمومي"، ليبدأ حينها أول استخدام لهذا المفهوم لكن دائما بنفس أبعاد الاحتراق النفسي المهني.

وتوال إصدار الكتب الخاصة بوصف الاحتراق النفسي الوالدي في أوروبا تحديدا أين عرف المفهوم تطورا ملحوظا، نذكر كتاب ستيفاني ألينو (Allénou Stéphanie) سنة 2012 بعنوان "أمهات منهكات" التي قامت فيه بوصف تجربتها الشخصية مع الاحتراق النفسي الأمومي، ثم ليليان هولشتاين (Lilliane Holstein) وكتابتها "الاحتراق النفسي الوالدي".

إلى غاية سنة 2017 حيث تمّ إصدار هامّ لدراسة بلجيكية قام بها فريق من الباحثين وهم: مويرا ميكولازاك (Mikolajczak Moira)، إيزابيل روسكام (Roskam Isabelle) وماري- إيميلي رايس (Marie- Raes Emilie) نُشرت في فبراير 2017 في مقال بعنوان: "آباء مرهقين: تطوير والمصادقة الأولية على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي" حيث قاموا بإنشاء مقياس خاص بالاحتراق النفسي الوالدي (PBI) اعتمادا على مقياس (ماسلاش & آخرون، 1981، 2010) للاحتراق النفسي الوظيفي ونُشر بموافقة الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) سنة 2014 بعد الدراسة الأولى التي أجريت على عينة مكونة من 379 أباً وأما. بعدها قاموا بإجراء دراسة ثانية على عينة أكبر: 1723 من الآباء والأمهات، عمدوا فيها على بناء وتطوير وضبط الأبعاد الثلاثة لمقياس (PBI) من خلال تكيفه وملائمته مع الإطار الوالدي، حيث استبدلوا بُعد بلادة المشاعر ببُعد آخر هو الانفصال الانفعالي لعدم ملائمته لمشاعر الآباء والأمهات اتجاه أطفالهم.

وتعدّ هذه الدراسة هي الأهمّ على الإطلاق، وقد أجريت على عيّنتين لضبط البناء الداخلي للمفهوم وملائمة أبعاد المقياس الخاص به مع الوالدين من خلال حساب ثباته. جاء ذلك بطلب من "معهد الأبحاث للعلوم النفسية بالجامعة الكاثوليكية لمدينة لوفان البلجيكية". وفي الأخير أصدرت ( **Mikolajczak** ) رفقة ( **Roskam** ) مؤلفاً بعنوان "الاحتراق النفسي الوالدي: تفاديه والخروج منه"، عرضت فيه بعض الطرق والوسائل لتساعد الأمهات ومرافقيها من أفراد أسرتها وأصدقائها المقربين وممن تتعاطى معهم بشكل يومي على تحطّي حدود الاحتراق النفسي الأمومي نحو برّ الصحة النفسية . ( Le Vigouroux , 2017 )  
وأمام التقدم التكنولوجي والعلمي المستمر، ومع تغير مفهوم الإحتراق النفسي الذي يمس عدة مجالات في الحياة، فإن الإحتراق النفسي هو ناتج عن التفاعل المتبادل بين مميزات الفرد مع بيئته ( في العمل، في البيت، مع الأطفال، مع الزوج أو الأقارب...).

وإن مفهوم الإحتراق النفسي سيتغير باستمرار، ويتوقف ذلك على التطورات التي تمس البيئة وعلى كيفية إدراك الفرد لهذه البيئة.

## مفهوم الإحتراق النفسي:

أولاً:

لغويًا: تطرقت المعاجم اللغوية العربية إلى أن الإحتراق النفسي هو نوع من الضغوط بمعنى: الضيق، الإكراه على فعل شيء وكلمة **burnout** هي إصطلاح لغوي انجليزي، وتعني أحرق بالنار أو أحرق عن آخره حتى الإنطفاء مثل: المصباح والشمعة، والذي ورد في oxford English إتهيار جسدي أو عقلي ناتج عن عبء العمل أو مستوى عال من الإجهاد يبذله الفرد، يؤدي به إلى الإنهك. وباللغة الفرنسية: **épuisement professionnelle**: يعني الإنهك المهني، و **l'épuisementmaternel** الذي يعني التعبير عن الإرهاق والإستنزاف الذي تعاني منه الأمهات حتى تستنفذ قواهن وطاقتهن.

كما يستعمل مصطلح الإحتراق النفسي كتعبير مجازي أو تشبيه إحتراق نفسية الفرد بإحتراق السعيرات الحرارية لجسم الفرد، فيصبح منهك جسديا ونفسيا، وقد صار هذا المصطلح واسع الإنتشار وسمة من سمات المجتمع المعاصر.

ثانياً:

في إصطلاح علم النفس: الأبحاث التي تناولت ظاهرة الإحترق النفسي أوردت العديد من التعاريف لهذا المصطلح، ويعد المؤتمر الدولي الأول للإحترق النفسي الذي عقد بمدينة فيلادلفيا **Philadelphia** في نوفمبر 1981 البداية الحقيقية لتطور مصطلح الإحترق النفسي حيث شارك فيه الرواد الأوائل للإحترق النفسي وهم: **Cherniss, Pines, Maslash et Freudenberger**

وبالرغم من الإختلاف في التعريفات إلا أن هناك نقاطاً أجمع عليها معظم الباحثين، وهي أن الإحترق النفسي عبارة عن خبرة نفسية سلبية داخلية، تتضمن المشاعر والإتجاهات والدوافع، وتشمل إستجابات سلبية وغير ملائمة نحو الغير ونحو الذات، وأن الإحترق يحدث على المستوى الفردي.

### تعريف الإحترق النفسي:

الإحترق النفسي هو عبارة عن متلازمة ناجمة عن حالة من الإجهاد والإنهاك النفسي، البدني والإنفعالي تكون بصورة دائمة مستمرة ومزمنة، تنتج عن التعرض لمواقف مشحونة إنفعالياً وتكون ضاغطة جداً.

الإحترق النفسي هو أيضاً عبارة عن خبرة نفسية سلبية داخلية تتضمن المشاعر والإتجاهات والدوافع وتشمل إستجابات سلبية وغير ملائمة نحو الغير ونحو الذات يعيشها الفرد وتسبب له الكثير من المشكلات وعدم الشعور بالإرتياح.

ولوضع تعريف شامل للإحترق النفسي إرتأينا عرض أهم التعريفات الواردة في مختلف الدراسات:

- تعريف **Herbet Freudenberger (1974)**: هو حالة من الإنهاك الناتج عن الإختلاف بين قدرات وتطلعات الفرد وبين أعباء ومتطلبات عمله الزائدة والمستمرة الملقاة على حساب طاقة وقوة الفرد، ويمكن التعرف على هذه الحالة عبر مجموعة من الأعراض النفسجسدية والتي تختلف من فرد لآخر.

- تعريف **Richelson و Freudenberger (1980)**: هو حالة من التعب، الإحباط والإكتئاب والتي يسببها نمط الحياة والعلاقة الناتج عن فشل النتائج المتوقعة. (Truchot,2004,p09)

- تعريف **C.Maslach (1982)**: هو حالة من الإنهاك الجسدي والإنفعالي والعقلي تظهر على شكل إعياء شديد وشعور بعدم الجدوى وفقدان الأمل وتطور مفهوم ذات سلبي وإتجاهات سلبية نحو العمل والحياة والناس. (نشوة، دردير، 2007)

الإحترق النفسي هو فقدان الموارد، قلة الدافعية، فقدان الطاقة، قلة الإنجاز الشخصي، مخاوف متعلقة بالضغط أن ضحية الإحترق النفسي يكون منهكا ومستنزف داخليا، ويتعرض لصراع داخلي، لديه رغبة في تحقيق نتيجة مسبقة، وعدم القدرة على بلوغها. (البتال، 2000، ص20)

- تعريف **S.Jackson (1984)**: الإحترق النفسي إرهاق إنفعالي وجسمي وسخط على الذات وعلى الآخرين وعلى العمل، وفقدان الحماس، البلادة وإنخفاض مستوى الإنتاجية.

واعتبرت كل من ماسلاش وجاكسون **Jackson and Maslach (1984)**: أن الإحترق النفسي مفهوما يتكون من ثلاثة أبعاد هي كالاتي:

### - البعد الأول: الإجهاد العاطفي **Emotional Exhaustion**

وهو أن غالبية العمال الذين يصابون بالإحترق النفسي تكون لديهم زيادة في الشعور بالتعب والإرهاق العاطفي.

### - البعد الثاني: تبرد المشاعر **Depersonalization**

هو بناء إنطباع وإتجاه سلبي من طرف العمال بإتجاه العملاء .

### - البعد الثالث: إنخفاض الإنجاز الشخصي **accomplishment Low Personal**

الشعور بالنقص في الإنجاز المهني، ويتمثل في ميل العمال إلى تقييم أنفسهم سلبيا والإحساس بإنعدام الفاعلية أمام الآخرين. (شرقي، 2010)

### - تعريف لازاروس وفولكمان **Lazarus and Folkman (1984)**: يمثل الإحترق النفسي المرحلة

النهائية لعجز الفرد عن التكيف مع مطالب العمل. إذ يعكس الإحترق النفسي حالة من الإنهاك تحدث كنتيجة للأعباء والمتطلبات الزائدة المستمرة الملقاة على عاتق الأفراد بما يفوق طاقتهم وقدراتهم، ويمكن التعرف على هذه الحالة عبر مجموعة الأعراض النفسية والجسدية التي تصيب الأفراد بدرجة تختلف من فرد .



ويشير **Carter(2001)** إلى أن الإحترق النفسي إعياء يصيب الجسم والعواطف لدى الفرد، حيث يبدأ بالشعور بعدم الإرتياح وفقدان الحماس لمزاولة العمل. (Carter, 2001)

و عرف كل من **Reece and Brandt(2002)** الإحترق النفسي بأنه الشعور بالإستنزاف العاطفي والعقلي والجسمي يوما بعد يوم حتى يصل الفرد إلى ما بعد الإجهاد وحالة من الشعور بفقدان الإحساس.

ويرى شيرنس **C. Cherniss (1995)** أن الإحترق النفسي هو سيرورة يفقد الفرد المتفاني فيها نفسه في إستجابة لمتطلبات وأعباء العمل. (Cherniss, 1995)

ويعرفه كل من بينز وأرونس **Pines and Aronson (1988)** بأنه حالة من الإجهاد البدني، الذهني، العصبي والإنفعالي وهي حالة تحدث نتيجة التعرض لفترة طويلة لوضعيات تستدعي تفاعلا عاطفيا معهم وتحتاج إلى بذل مجهود إنفعالي كبير. (Pines,A ,and Aronson ,E .1990)

ثم عادت **Maslach** وعرفته سنة **2001**، رفقة مايكل ليتر (**M . Leiter**) بأنه: "مؤشر لتمزق الفرد بين ما هو عليه وبين ما يجب أن يكون فهو بإختصار تأكل للنفس البشرية، هي معاناة تتعزز تدريجيا وباستمرار إلى أن ينحدر الفرد في دوامة ويصبح من الصعب عليه الخروج منها. (C.Maslach, M.leiter, 2001 .P17)

كما عرف تايلر **Taylor(1986)** الإحترق النفسي بأنه عبارة عن الإرهاق وإستنفاد القوة والنشاط.

وعرف كيرياكو **kyriacou (1987)** الإحترق النفسي بأنه مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة. (شهاب، 2001)

وإستنادا على ما سبق ظهر مفهوم الإحترق النفسي الوالدي (الأمومي) الذي لا يقتصر على الإرهاق بالعمل أو القلق أو الإكتئاب فقط، ويؤكد إنتشار الإحترق النفسي الوالدي أن بعض الآباء والأمهات قد إستنفدوا قواهم إلى حد أن مصطلح " الإحترق النفسي " هو المناسب لوضعيتهم المعاشة.

فالأبوة أو الأمومة مهمة معقدة ومرهقة لدرجة أن الآباء يشعرون أحيانا أنهم يفتقدون إلى الطاقة اللازمة لذلك، فالإرهاق لن يؤثر على الآباء أنفسهم ولكن أيضا على المقربين، وتشعر الأم أنها مستنزفة عاطفيا لدرجة أنها قد تتبعد عن أطفالها وتقتصر تفاعلاتها على الحد الأدنى من الجوانب الوظيفية وكل ذلك على حساب العاطفة.

(Lebert, Wendland, 2018)

## - تعريف الإحترق النفسي الأمومي:

هو حالة من الإتهاك الجسمي والإنفعالي والعقلي تعيشها الأم إستجابة للإتهاك طويل المدى في مواقف مشحونة إنفعاليا بسبب التعرض لضغوط الأعباء المنزلية الزائدة إتجاه الأطفال، وتكون مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الأم، ويتضمن الشعور بالإتهاك العاطفي والإنفصال الإنفعالي والشعور بنقص الإنجاز الشخصي. ويتم قياسه وتقييمه من خلال الدرجة الكلية التي تحصل عليها الأم على مقياس تقدير الإحترق النفسي الوالدي (PBA)، والذي سنستخدمه في هذه الدراسة :

تُعدّ المعالجة النفسانية والمتخصصة في إدارة الضغوط الفرنسية فيولين غيريتو (Gueritault. V) أول من استعمل مصطلح الاحترق النفسي الأمومي لشرح الإتهاك الذي تعاني منه الأم، حيث كان مصطلح الإحترق النفسي في البداية يستخدم فقط لوصف التعب الوظيفي في الوسط المهني أو لوصف تعب الوالدين معا في رعاية أطفالهم المصابين بأمراض خطيرة، لكنها استغلت أبعاده وطاقتها بامتياز مع تجربة المرأة مع الأمومة بعيدا عن الوسط المهني على اعتبار الأمومة أنبل وظيفة قد تشغلها الأم مدى الحياة ، لتصدر بعدها مؤلفها

(La fatigue émotionnelle et physique des mères) سنة 2004 لترفع به الستار

عن أحد أكبر الطابوهات قهرا للأمّ: معاناتها في رعايتها لأطفالها.

تعريف " فيولين غيريتو: (V. Gueritault, 2004) " الاحترق النفسي الأمومي هو حالة نفسية انفعالية وجدانية ناتجة عن تراكم الضغوطات المتنوعة التي تتميز بشدة معتدلة وطبيعية مزمنة ومتكررة.

يرمي الاحترق النفسي جذوره مع الوقت، لهذا يعتبر كنوع من النهايات وكذروة للإجهاد وكنتيجة لرد فعل الأم على الإستنزاف اليومي والذي ينتهي في آخر مراحلها باستهلاك كل قواها وإستنفاد كل طاقتها.

تعريف ستيفاني ألونو (S. Alléno, 2011) وهي مؤلفة كتاب "أمهات مرهقات" ترى أن الاحترق النفسي الأمومي هو سلسلة متتابعة لانتهاكات صغيرة، منخفضة الشدة والتواتر والتي تعمل بطريقة مستمرة ودائمة على استنفاد طاقات الأم ومصادر قوتها الجسدية وأيضاً النفسية، فتتأثر بذلك إلى درجة تشعر فيها أنها لم تعد لديها أية قدرة على الأداء.

تعريف ليتيسيا أوتري (L. Autret, 2014) وهي مرشدة ممارسة متخصصة في شؤون الوالدين، تعتبر الاحتراق النفسي الأمومي فقداناً عميقاً للإحساس بالأهوية راجعاً للتكرار المتواصل لأداء نفس الأعمال والنشاطات بشكل يومي، والتي تستنفذ بطريقة عنيفة موارد الأم ومصادر طاقتها، حتى تفقد معنى أمومتها ووجودها مع أبنائها وأن تفقد الأم شعورها بأمومتها معناه أنها تفقد ذاتها: فلن تتعرف على نفسها لا في طريقة كلامها ولا في سلوكياتها مع أبنائها وعائلتها .

وبذلك يتم تعريف الاحتراق النفسي الأمومي كحالة من الإجهاد التام والاستنفاد للطاقة، تعاني منه الأمهات اللواتي تستثمرن قواهن في أداء نشاط ما موجه لرعاية أطفالها، وتتفاعلن في أدائه بطريقة مثالية. فالأم المنهكة والمجتهدة تفقد كل رغبة في الحديث، في الحركة، في رعاية أولادها وزوجها وبيتها، والأصعب من ذلك أن تبدأ يومها الجديد لتؤدي نفس الأعمال. فتستيقظ صباحاً في حالة من القلق دون أدنى رغبة في بدء يومها، فلا تجد أية طاقة للدخول في سباق مع الوقت، ولا لتحمل الضوضاء ولا لمواجهة عائلتها وطلباتهم، وفي بذل أي جهد أو عطاء من أي نوع كان سواء من وقتها أو من حديثها، وقد تفقد حتى الرغبة في رؤية أبنائها، حيث تتزايد عندها الرغبة في الانعزال والبقاء لوحدها.

و لقد قامت كل من:

### **Isabelle Roskam et Marie-Emilie Raes et Moira Mikolajczak**

باحثات في معهد البحوث في العلوم النفسية بالجامعة الكاثوليكية في لوفان لانوف بيلجيكا (2017) بدراسة كان الهدف منها فحص الصلاحية المفاهيمية لمفهوم الإحتراق النفسي الوالدي ( الأمومي) الذي يقصد "إستنفاد الوالدين"، والهدف الثاني من الدراسة هو تزويد الباحثين بأداة لقياس الإحتراق النفسي الوالدي والذي كانت خلاصة تعريفاتهم كما يلي: هو عبارة عن حالة من الإنهك الجسمي والإنفعالي والعقلي تنتج عن الإنهك طويل المدى في مواقف مشحونة إنفعاليا وضاغطة مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الوالدين وتكون الضغوط طاغية على المكافآت، والأمهات المعرضات للإحتراق انفسي هن اللاتي يرغبن في الشعور بأنهن يفعلن شيئاً مفيداً ومهماً بأفضل صورة وفي وقت قصير.

(Roskam,Raes,2017)

كما عرفت الإحتراق النفسي الوالدي بأنه متلازمة من الإرهاق البدني والعقلي والإنفعالي والدافعي نتيجة في الزيادة المستمرة في الأعباء والمتطلبات الواقعة على كاهل الآباء والأمهات (خاصة إذا كان لديهم طفل معاق

أو أكثر)، وعدم المقدرة على التحمل ولا سيما عندما تتطابق الطموحات مع الواقع العقلي الذي لا يستطيع تحقيقه بالفعل.

وعليه يعرف الإحترق النفسي في ثلاثة أبعاد هي: الإحساس بالإستنفاد الإنفعالي المرتبط بإرهاق جسدي وعقلي، وتبلد الإحساس، والصورة السلبية للذات. (Brianda,Roskam,2018)

كما يجدر بنا الإشارة على أن الإحترق النفسي ظهر في التصنيفات الحديثة للطب النفسي ( التصنيف العاشر للأمراض وللإضطرابات النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية) تحت عنوان:

" المشكلات المصاحبة للتعامل مع صعوبات الحياة "

ومن هذا المنطلق يمكن أن نستنتج أن الإحترق النفسي:

- ناتج عن ما يحيط الفرد من ضغوطات مختلفة.

- يضعف الأهداف وتقدر الشخص لذاته.

- تكون أعراضه داخلية نفسية وخارجية جسمية.

- إنخفاض حيوية الفرد مما يؤدي إلى خفض إنتاجه .

- يهدم ثقة الفرد بنفسه وذلك نتيجة شعوره بالعجز وعدم القدرة على الإنجاز.

. وإستخلاصا لما سبق من التعاريف الخاصة بالإحترق النفسي يمكن إقتراح تعريفا شاملا:

" الإحترق النفسي هو حالة نفسية سلبية دائمة تكون إما مرتبطة بمجال العمل أو البيت ( تربية الأطفال، مشاكل عائلية...) تؤثر على الأشخاص الطبيعيين، وتتميز بإجهاد مصحوب بالقلق والتوتر مما يسبب ضغط نفسي شديد والشعور بالتدني في الأداء وهبوط الدافعية. تتصاعد هذه الحالة النفسية وتزداد مع الوقت دون أن يشعر بذلك الفرد. وهي ناتجة عن إختلال التوازن بين إتهاماته ورغباته وبين الواقع المهني والأسري، يستقر الإحترق النفسي نتيجة إستراتيجيات المواجهة السلبية والسيئة للتكيف المرتبطة بهذه المتلازمة.

(Le Vigouroux,2017)

إجمالاً وتماشياً مع ما تم ذكره يعتبر الإحترق النفسي حالة من الإنهاك الجسدي والإستنزاف الجسمي، الإنفعالي والعقلي يصيب الفرد بالضعف والوهن، فيصبح الجسد منهكاً ومجهداً والجانب النفسي مرهقاً بسبب الإفراط في إستخدام الطاقات والقوى، مما يؤدي به للإصابة بالإحترق النفسي.

### علاقة الإحترق النفسي بالضغط النفسي:

يعتبر الإحترق النفسي إحدى نتائج التعرض المستمر للضغوط النفسية في مجالات الحياة المتعددة.

ومن أهم آثار الضغوط على الجانب النفسي هو:

الإحترق النفسي **Burnout** الذي يعتبر كإستجابة للضغط المزمن ويكون عبارة عن حالة من الإنهاك الجسمي والإنفعالي والعقلي ينتج عن التعرض لمواقف مشحونة إنفعالياً وضاغطة مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الفرد. ( جمعة سيد يوسف، 2007، ص 37 )

وكلما تحدثنا عن الإحترق النفسي فنجد أنفسنا نشير ضمناً إلى الضغط النفسي، ويصعب التفريق بين هذين المفهومين، وعادة ما يكون هناك إلتباس وغموض عن مفهوم الإحترق النفسي وإرتباطه بالضغوط النفسية نتيجة التداخل في التعريف بين المصطلحين، فالإحترق النفسي والضغط النفسي كلاهما يعبر عن حالة من الإجهاد أو الإنهاك النفسي والبدني، لكن يختلف الإحترق عن الضغط، فغالباً ما يعاني الفرد من ضغط مؤقت، ويشعر كما لو كان محترفاً نفسياً، لكن بمجرد التعامل مع مصدر الضغط ينتهي هذا الشعور، فقد يكون الضغط داخلياً أو خارجياً، وقد يكون طويلاً أو قصيراً، وإذا طال هذا الضغط فإنه يستهلك أداء الفرد، ويؤدي إلى إنهيار في أداء وظائفه. أما الإحترق النفسي فهو عرض طويل المدى يرتبط حدوثه بالضغوط النفسية، وبمصادر وعوامل أخرى، وبذلك فإن الضغط النفسي يكون سبباً في الإحترق النفسي إذا ما إستمر، ولم يستطع الفرد التغلب عليه.

وقد فرق نيوهاوس Niehause بينهما في ثلاث خصائص:

- 1- يحدث الإحترق النفسي من ضغوط العمل النفسية نتيجة تضارب الأدوار وإزدياد حجم العمل.
- 2- يحدث الإحترق لهؤلاء الذين عادة ما يتبنون رؤية مثالية لأداء الأعمال والإضطلاع بالمسؤوليات المهنية.
- 3- يرتبط الإحترق عادة بالمهام التي يتعذر على الشخص تحقيقها.

ويرى باحثون آخرون أن الإحترق النفسي هو المحصلة النهائية أو المرحلة المأساوية المتطرفة للضغوط النفسية، أي أن الإحترق هو عرض من أعراض الضغوط النفسية.

(Mikolajczak,Roskam,2020)

وتماشيا مع ما تم ذكره، فقد رأى الكثير من الباحثين أن هناك علاقة متبادلة ووثيقة بين المصطلحين على الرغم من عدم تطابقهما، فقد ذكر (فاربر Farber) أن الضغوط النفسية يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية. وبالمقابل فإن الإحترق النفسي يكون دائما وأبدا سلبيا كذلك يرى " فاربر " أن الإحترق النفسي في أحوال كثيرة لا يكون نتيجة للضغوط النفسية المحضة أي لمجرد حدوث الضغوط النفسية وإنما يكون نتيجة للضغوط النفسية التي لا تحظى بالإهتمام ولا تجد المساندة الضرورية على الوجه الذي يؤدي إلى تلطيف آثارها والحد من مضاعفاتها.

(هارون توفيق الرشيدى،1999)

ويشير أيضا فاربر(1984)، إلى أن الإحترق النفسي والضغوط مفهومان متشابهان وليس متطابقان.

وبالرغم من العلاقة الرابطة بين الإحترق النفسي والضغط النفسي إلا أنهما مفهومان متميزان أحدهما عن الآخر، ومن هذا المنطلق يجدر بنا الإشارة إلى:

- النقاط المشتركة - نقاط الاختلاف.

- **النقاط المشتركة:** غالبا ما يشترك الضغط النفسي مع الإحترق النفسي في نفس الأسباب، فالضغط الذي يشعر به الفرد ينتج عنه دواعي ومتطلبات يفرضها موقف أو وضعية معينة، لكن في المقابل يجد الفرد نفسه عاجزا عن الإستجابة لها.

(Le Vigouroux,2017)

- **نقاط الاختلاف:** يرتبط مفهوم الإحترق النفسي بالمجال المهني وبمحيط العمل، بينما يدل الضغط النفسي على الشعور بالتوتر في مختلف مراحل الحياة. ثم إن الإحترق النفسي لا ينحصر فقط في الشعور بالتوتر المرتبط بالضغط ( الإنحماك الإنفعالي) فقط لكن يأخذ بعين الإعتبار العلاقات ما بين الأفراد والتقييم الذاتي للعمل، مما يعني أنه يتعدى بكثير مفهوم الضغط، هذا بالإضافة إلى أنه قد يتم الشعور بالضغط النفسي في مواجهة أزمات حادة. أما الإحترق النفسي فيحدث نتيجة التعرض للضغط المزمّن ولا يستقر إلا تدريجيا ( من سنة إلى 05 سنوات).

(Manger,2007)

حيث لا يستطيع الفرد التغلب عليه، الشيء الذي يجعل الضغط النفسي سببا في الإحترق النفسي.

غير أن الإحترق النفسي لا يعني بأن الفرد يعيش حالة ضغط مهنية فقط، إذ يحدث الضغط كلما توفرت حالة عدم التوازن بين متطلبات المحيط وقدرات الفرد للإستجابة، فالإحترق النفسي يحدث إذا ما إفتقر الفرد لعوامل التخفيف من شدة الموقف الضاغط وفي مثل هذه الحالات يصاد الفرد في كل أبعاد حياته ويتضح هذا من خلال زملة من أعراض الإحترق النفسي. (Gilliland and James :1997)

وبالتالي فالتعرض المزمن لضغط مهني شديد ومتكرر يعمل على تكديس الضغط عند الفرد وينتج عن ذلك إتهاك موارده وطاقته وقدراته. (Freudenberger :1974)

وتبعا لهذا المفهوم وضح (Cherniss 1980) العلاقة بين الإحترق والضغط النفسي بإعتبار الإحترق النفسي مجموعة من المراحل أين يقوم فيها العامل الذي كان سابقا ملتزما، بالتخلي عن إلتزامه إتجاه عمله إستجابة للضغوط التي يشعر بها. (Cherniss ,1980)

كما يعتبر Cherniss الإحترق النفسي حالة دائمة من الإجهاد بسبب التعرض المستمر للضغوط النفسية، وينوه إستنادا على ما سبق على أن ظاهرة الإحترق النفسي كعملية "Process" تتكون من ثلاث (3) مراحل هي كالتالي:

- المرحلة الأولى: وجود ضغط سواء ضغط نفسي في المحيط الطبيعي للفرد أو ضغط في العمل.

- المرحلة الثانية: حدوث التعب، الإجهاد والإتهاك البدني والنفسي.

- المرحلة الثالثة: حدوث مجموعة من التغيرات في الإتجاهات والسلوك المهني كقلة الإلتزام، الآلية في معاملة الآخرين. أي حدوث الإحترق النفسي. (عشوي،2008)

يعد الإحترق النفسي شعور عام بالإجهاد ومستوى عال من الإرهاق يتعرض له الفرد نتيجة الضغوط الكثيرة في عمله. (هيجان عبد الرحمن، 1998)

فالإحترق النفسي مجموعة من ردود الأفعال مترتبة عن وضعيات مطولة من الضغط المهني أي أن الإحترق النفسي ليس بضغط حاد الشدة وإنما تكرر لضغط مزمن في بيئة العمل. (Aronson and Pines, 1988)

وإستخلاصا لما سبق فإن الشخص المضغوط يتحسن بمجرد الإحساس بأن كل شيء تحت السيطرة، وإذا طال هذا الضغط فإنه يستهلك أداء الفرد ويؤدي إلى إهمار في أداء وظائفه، أما الشخص المحترق نفسيا فهو يعاني من الشعور بالفراغ، وتجنب الدافعية وهو غير قادر على رؤية أي أمل في التغيير الإيجابي.

## علاقة الإحترق النفسي بالأمومة :

بعيدا عن المجال الوظيفي، أصبح مصطلح الاحترق النفسي يُستخدم في عدّة مجالات مرتبطة بالاستنزاف الجسدي والانفعالي معا، ولعلّ أهمّها هي المجال الاجتماعي الأسري وما يحقّه من علاقات الحب بين أفراد الأسرة الواحدة وتحديدًا بين الآباء وأبنائهم وما يضبطها من مسؤوليات منوطة بهم .

وتعدّ الأمومة درجة عليا من المسؤولية، فلا يوجد أمر أكثر تعقيدا من تربية الطفل حتى يصبح إنسانا كاملا. فهي وظيفة لا تقبل أيّ أجر أو جزاء مادّي لكن تتطلّب تدخلا دائما ومستمرًا، واستعدادا على مدار الساعة والأسبوع والسنة !

لكن قليلا ما تحظى الأم بالاعتراف بالفضل والإقرار بالعرفان ممن حولها (أسرتها وأبنائها)، لأن رعايتها لأبنائها والاهتمام بهم غالبا ما يُعتبر شيئا عاديا وطبيعيا، بل قد يعتبره البعض "فرصة" قد لا تُتاح لكلّ النساء ! هذا لأنّ هؤلاء الأشخاص الذين لم يتعرّضوا لمثل هذه المواقف يجهلون كيف يمكن أن تكون الأمومة عملا قاسيا وضاعطا جدا على المرأة. فالأمّ لا تُجزى على عطائها ولا على خدماتها المقدّمة بأجر مادي، بل وأكثر من هذا إن الأم لا تُحال إلى التقاعد كباقي المستخدمين. ( Scott, 2001 )

وكلما زاد عدد الأطفال وتقارب سنّهم من بعضهم البعض كلما زاد عبء العمل: تنظيف أكثر، كيّ ملابس أكثر، التسوّق، تحضير الطعام... كما أن بعض الأمهات يُضاف إليهن عبء التسيير المال للبيت، وعبء التمريض لعلاج أطفالها ورعايتهم صحيا، عبء دور المختص النفسي للتخفيف والترويح عن الأطفال، عبء التدريس للأطفال ومساعدتهم على أداء الفروض المنزلية، عبء فض النزاع بين الأبناء، عبء تنظيم حفلات أعياد الميلاد والأعراس والأفراح داخل البيت، دور سكرتيرة لأخذ المواعيد عند طبيب الأسنان، طبيب العيون، طبيب الأطفال، استخراج الأوراق ونسخها...إلخ. وأعمال أخرى غيرها حيث لا قدرة لنا على حصرها جميعها. لكن يظلّ دائما عند المرأة هاجس وشعور بأنها عاجزة عن التركيز في عمل واحد، حيث غالبا ما تنقطع عن أداء عمل ما مقابل طلب عارض من طفلها أو أطفالها توجّب تلبيته وقضائه لهم. (Mikolajczak,2018)



فمن المدهش إذن تحيّل القوة التي تمتلكها الأم لتقاوم بها كلّ هذه الضغوط حتى لا تنهار. إلى أن تأتي لحظة التي لا تستجيب فيها هذه الأم لصراخ الابن ولا لإنقاذه حين يسقط مثلا وكأنّ صوتا داخليا يقول لها: "هو يصرخ.. هو إذن حيّ.. لن أذهب إليه!". أو يحدث أن تجد الأم نفسها لا تحتمل أبناءها، تحبّهم لكن لا تحتملهم لكلّ ما يحملون لها من معاني التعب والإجهاد والإعياء على المستويين الجسمي والنفسي. كما قد يبدو لهذه الأم أنه من المستحيل إتمام كلّ العمل الواجب القيام به في اليوم، لدرجة أنّها قد لا تجد القدرة حتى على تغيير حفاظات طفلها!.. هي بداية المعاناة إذن.. بداية الاحتراق النفسي.

### أبعاد الاحتراق النفسي الأمومي:

تعتبر متلازمة الإحترق النفسي مرحلة غير مرغوب فيها، بسبب التأثير السلبي على جوانب الحياة المختلفة، وهذا راجع للتعرض المستمر والطويل للضغوط النفسية والمواقف الضاغطة اليومية التي لا يمكن تحملها أو التعامل معها، ويعتبر التعريف الذي قدمته كل من **ماسلاش وجاكسون (1981)** التعريف الأكثر تداولاً للإحترق النفسي كمتلازمة ثلاثية الأبعاد إستنادا إلى أبعاده الثلاثة المختلفة والتي سوف يتم لاحقاً.

يظهر الاحتراق النفسي الأمومي في مراحله الأخيرة في شكله المرضي بعد مرور الأم بعدة مراحل من المعاناة النفسية والجسمية نتيجة الضغوط التي تُمارس عليها يوميا داخل البيت وخارجه أيضا.

وقد حدّتها **V. Gueritault** في أبعاد ثلاثة، نقلتها عنها الصحافية الفرنسية المتخصصة في الميدان الوالدي **كانديس ساتارا (Candice S.B., 2014)**.

وشرحتها المحامية الكندية (**M.E. Landreville, 2016**) باعتبارها ناشطة في جمعية **ALPABEM**

الكندية لدعم الوالدين المصابين بالأمراض النفسية والعقلية، نذكرها فيما يلي :

### – البعد الأول:

**Emotional Exaustion**

أ/ الإتهاك الانفعالي ( الوجداني ) أو الإستنفاد العاطفي:

**L'épuisement émotionnel**

يتصف هذا البعد بالإرهاق والضعف وإستنزاف الموارد الإنفعالية لدى الفرد إلى المستوى الذي يعجز به عن العطاء ويختلف الإنهك الإنفعالي عن الإنهك الجسدي أو التعب الذهني بحيث أنه مؤشر من مؤشرات عجز الفرد على مواجهة المتطلبات الإنفعالية للعمل نظرا لعدم كفاية الموارد الفردية في تلبية متطلبات المهنة .

ويعد هذا البعد العنصر الأساسي والمركزي للإحتراق النفسي ويظهر على شكل أعراض جسمية ونفسية.

وقد أوردت ماسلاش بأن الإنهك الإنفعالي ليس بتجربة عابرة وإنما تجربة تدفع بالفرد إلى أخذ مسافة إنفعالية ومعرفية تبعده عن العمل الذي يزاوله. ويعتبر (Schutte et al (2000) الإنهك الإنفعالي كسمة لتناذر الإحتراق النفسي والذي يشير إلى إستنزاف الموارد الإنفعالية للفرد. (Schutte et al,2000)

- ومن هذا المنطلق، يجدر بنا الإشارة على أنه لكل أم مخزون للطاقة الجسمية والنفسية منحه الله لها لتتحمل به متطلبات أطفالها وبيتها بصورة كاملة مهما كثرت وتزايدت. لكن مسؤولياتها اليومية قد تنهك قواها شيئا فشيئا وتستنفد مخزون تلك الطاقة حتى اللحظة التي ستفرغ كل موارد طاقتها ومصادرهما البدنية والنفسية، فتفقد حيويتها ونشاطها الذي كانت تتمتع بهما في الماضي، وتنهار وتفشل قواها. وهو الشعور بزيادة التوتر الإنفعالي وضعف القدرة على التحكم بالانفعالات لأقل مثير تتعرض له، وتبدأ بإظهار بعض نوبات الغضب المتكررة التي قد تفضي إلى سلوكيات عنيفة نحو أبنائها بعد استقرار مشاعر الحقد والمرارة في نفسها. ومع بداية يوم جديد تستحوذ عليها فكرة واحدة : ماذا ينتظرها هذا اليوم ! هو استفهام استنكاري يمنحها الشعور والإحساس بالغرق في دوامة بيتها في بداية اليوم ونهايته وحتى آخر ثانية منه، فتجد نفسها أشبه بالروبوت أو اللعبة الميكانيكية أو الآلية تؤدي نفس الأدوار كل يوم وعلى مدار اليوم. (أنور الشرقاوي،1988)

وخلاصة القول إن الإستنفاد العاطفي يعني فقدان الفرد للقدرة على العمل والأداء، ويكون هذا الإجهاد جسيما ونفسيا في ذات الوقت وكنتيجة لذلك شعور الفرد بإستنفاد الموارد الإنفعالية وإفتقاده لمصادر التزويد بالطاقة يؤدي به إلى إتخاذ مسافة بينه وبين من هم في حاجة إلى خدماته. وعلى سبيل المثال:

. إحساس أم طفل معاق بأنها مستنفدة عاطفيا بسبب رعاية أطفالها وإحساس التعب الذي يلازمها، والذي لا يتحسن حتى بعد أخذ قسط من الراحة وبأن عملها اليومي للتكفل بالأسرة يصبح صعبا يوم بعد يوم، مما يجعلها تتفادى خدمتهم، ففي هذه الحالة يشعر الفرد كأنه فارغ داخليا، وليس له أي قدرة على التجاوب مع مشاعر

الآخرين. فنلاحظ بعدها على الفرد إنفجارات عاطفية مثل: نوبات الغضب والهجمات العصبية، ومتاعب معرفية كصعوبة التركيز وسرعة النسيان. وبالتالي يأخذ الإجهاد مظهر برودة العواطف.

## – البعد الثاني:

ب/ تبدد الشخصية وبلادة المشاعر (الإنفصال الإنفعالي): **Cynicism**

### **La Dépersonnalisation**

كما يذكره بعض الباحثين بالتجرد من الإنسانية في علاقاته مع الآخرين، ويعد النواة الأساسية لمتلازمة الإحترق النفسي. ويعبر تبدد المشاعر عن تغير سلبي في الإتجاهات والإستجابات نحو الآخرين من خلال مظاهر اللامبالاة البلادة، البرودة أو غالبا ما يكون مصحوبا سرعة الغضب والإنفعال وفقدان التقدير للعمل، وكذلك الإتجاهات الساخرة للأفراد. (Yacine, 2013)

ويظهر أيضا من خلال أخذ مسافة إتجاه الأفراد محل المساعدة كما يدل على عد الموازنة في التوفيق بين المتطلبات الإنفعالية للعمل وقدرات الفرد وإمكانياته، بالرغم من أن الأحاسيس الإنسانية تعد جوهر هذه المتطلبات .

تبدد الشخصية هو شعور الفرد بأنه سلبي وصارم، مع إختلال حالته المزاجية، فيتميز بعامل الرفض والعنف وبالإنفصال وبجفاف علائقي يكون أقرب إلى السخرية. (Leiter MP ,Maslach C ,1986)

ويعتبر تبني المواقف السلبية كنقطة رئيسية في تشخيص متلازمة الإحترق النفسي، فالفرد في بداية حياته المهنية يكون في قمة حماسه، ثم يبدأ في إتخاذ المظهر اللإنساني الذي لا يلاحظ بسهولة لأنه يستقر في الفرد مع الوقت ورغمما عنه دون أن يلاحظ أو يشعر هو بذلك.

وينطوي تبدد المشاعر على إتجاهات سلبية حيادية منفصلة ومفرطة إتجاه الآخرين مصحوبة ببناء الفرد لإعتقادات وضيعة عن العملاء تنجم عنها تطوير لمشاعر السخرية، الإهمال، القسوة وعدم الإحترام. (Taris et al,1999)

ويضيف شيوت وآخرون أن تبدد الشعور يشير إلى : إتجاهات ومشاعر الفرد السلبية والساخرة والمستقلة والمبنية للمجهول إتجاه الأفراد الآخرين، ويتضمن أيضا الشعور السلبي والشعور بالقسوة والإهمال وتطور مشاعر السخرية وعدم الإحترام، وعليه يطور هؤلاء إعتقادات وضيعة وحقيرة عن الأشخاص الآخرين ويتوقعون الأسوأ لهم، وتنتابهم

مشاعر الكراهية ضدهم، ففي هذه المرحلة يفقد هؤلاء الأفراد الإهتمام بالغير والتطابق معهم كفرد منهم. (مزياني، 2010)

وإستنادا إلى ما سبق نأخذ مثال الأم التي ترسم علاقة باردة مع أطفالها، من نقص الإهتمام والتعبير العاطفي لهم. بمعنى لا تستطيع أن تعبر لهم عن حبها لا باللغة الجسدية ( إيمائية الوجه، الحزن، التقبيل...) ولا باللغة اللفظية حيث يصبح عندها بلاذة إنفعالية ومشاعر سلبية إتجاه الأبناء، إضافة إلى مشكل في الحوار والتواصل، وهو شعور الأم تدريجيا بأن زمام الأمور بدأت تفلت منها. فتبدأ بعض ردود الأفعال بالميل إلى الاختفاء فتصبح الأم لا مبالية أحيانا لما قد يحدث لأطفالها، وهذا الشعور هو بالضبط ما يُميّز البُعد الثاني من الاحتراق النفسي الأمومي . الانفصال الانفعالي عن أبنائها وعن أسرتها كميكانيزم دفاعي لحماية لنفسها وهروبا من الوضع المتأزم الذي وصلت إليه، حتى تقتصد في القليل من الطاقة التي بقيت لها. فتظل هذه الأم تُنجز وتؤدي ما عليها من أعمال يومية لكن بشكل آلي وميكانيكلي خال من أي عواطف مهما كانت طبيعتها، لتقطع كليا أي استثمار انفعالي وعاطفي مع أبنائها وباقي أسرتها، وتشعر فجأة وكأنها قد ابتعدت عاطفيا وانفعاليا عن أبنائها وعن زوجها. هو إذن السقوط الحر لكل مبادئ الأمومة: هنا تنسحب الأم كليا ، ويُجسم الأمر.

### - البعد الثالث:

ج/ نقص الشعور بالإنجاز الشخصي Reduced Personal Accomplishment :

#### La diminution de l'accomplissement personnel ou travail

يأتي هذا البعد إما كنتيجة لبعدي الإجهاد الإنفعالي وبلاذة المشاعر، أو أنه يجمع بينهما، حيث تتطور في هذا البعد مظاهر البعدين السابقين من حيث الدرجة والديمومة، أين يفقد الفرد رغبته في العمل والذي يترجم في أحيان كثيرة بكثرة الغيابات مبهر أو بدونه أو الهروب منه أو التفكير في تغييره، كما تنقص كفاءته المهنية بسبب شعوره بالفشل وتدني تقديره لذاته وعدم ثقته بنفسه، فتظهر لدى العامل مشكلات جسمية أو صحية وتطغى عليه السلبية ومشاعر الإكتئاب، وكل هذه الأعراض تدل على عمق وتطور درجة الإحتراق النفسي.

وتعتبر كل من **ماسلاش وجاكسون (1981)** تدني الشعور بالإنجاز الشخصي والمهني بأنه: "إحساس الفرد بتدني نجاحه وإعتقاده أن مجهوده لا فائدة له".

ويعتبره شيوت وآخرون: "إنخفاض شعور الفرد بكفاءته وميله إلى التقييم السلبي لذاته خاصة فيما يتعلق بعمله مع الأفراد الآخرين". (مزياي، 2010)

ويعتبر الشعور بالنقص في الإنجاز المهني أو الفعالية المهنية، عن عدم القدرة على البذل النفسي وعدم الشعور بفعالية الجهد المبذول، وبالتالي خفض الطاقة المسخرة لإنجاز العمل وحل المشكلات الوظيفية التي يتلقاها في محيط عمله، إضافة إلى ميله إلى تقييم نفسه بصورة سلبية ترجح شعوره بإنعدام الفاعلية أمام المستفيدين من خدماته.

(شهاب عبد الرحمن، 2001)

وحسب (Rubino,2009) تدني الشعور بالإنجاز الشخصي: هو إحساس الفرد بتدني قيمته وإعتقاده بأن مجهوداته تذهب سدى، فيبدأ الفرد في التشكيك بقدراته فينقص تقديره بذاته ويبدأ في الشعور بالذنب وبعدم الدافعية إلى العمل. فتتعدد النتائج، فمثلا في مجال العمل: كثرة الغيابات بمبرر أو بدون مبرر، الهروب من العمل، ويبدأ في التفكير في تغيير المهنة، أو بالعكس يضاعف نشاطه المهني، ويمدد ساعات عمله، ورغم ذلك يكون أداؤه ومكاسبه في تناؤل.

(Michel Delbrouk,2003)

- أما الأم في البيت ومع أسرتها فيتمثل في الشعور بكفاءة منخفضة في تأدية دورها كأم أو كزوجة... بحيث تفقد ثقته في نفسها، وبالتالي يلزمها الشعور بالخوف والقلق من مواجهة متاعب الحياة ( دراسة الأبناء أو مرضهم...).

(أحمد النماس، 2000)

الآن وقد أدركت الأم عمق الفكرة التي كانت تحملها عن الأمومة ومثالياتها، وبين واقعها الذي تعيشه الآن بعد معاشتها لتجربة الأمومة: فتبدأ كل أحلامها عن الأم الحارقة والأم الكاملة بالتحطم.

- كما تصفها **Violaine -Gueritault** فتشعر بأنها في حالة فشل شخصي. فتبدأ بتقييم نفسها بطريقة سلبية مع إدراكها بضعف قدرتها على تحقيق أدنى إنجاز وتنخفض الدافعية لديها لتحقيق ذلك، مع الشعور بعدم حصولها على التقدير الكافي من الآخرين لكل ما قامت به وتقوم به. فتفقد الأم حينها ثقته بنفسها وتنطوي على ذاتها .

## مؤشرات الإحترق النفسي:

على الرغم من أن التعب أو التوتر قد يشكل العلامات الأولى للإحترق النفسي، إلا أن ذلك ليس كافياً للدلالة عليه، خاصة إذا كانت قصيرة الأمد، فالإحترق النفسي يتصف بحالة من الثبات النسبي فيما يتعلق بالتغيرات السلبية كفقدان الإهتمام بالعمل، والسخرية من الآخرين، الكآبة والشك في قيمة الحياة وفي العلاقات الإجتماعية، بالإضافة إلى الشعور بالعجز وسوء تقدير الذات.

للإحترق النفسي مؤشرات عديدة تشمل كل جوانب حياة الفرد، وفي هذا الصدد تأخذ مثال عن الممرض وتشير **Barbara Braham (1992)** إلى وجود أربع (04) مؤشرات أولية تدل على أن الفرد في طريقه إلى الإحترق النفسي كالآتي:

(1) - الإنشغال الدائم والإستعجال في إنهاء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد لنفسه كل يوم، فعندما يقع "الممرض" شراك الإنشغال الدائم فإنه يضحى بالوقت الحاضر وما يتطلبه من عمل، وهذا يتجسد في تواجده جسدياً وليس ذهنياً، وعادة ما ينجز الممرض في هذه الحالة مهامه بصورة ميكانيكية (آلية)، دون أي إتصال عاطفي بالمريض، حيث أن ما يشغل باله هو السرعة والعدد وليس الإتقان والإهتمام بما بين يديه.

(2) - العيش حسب قاعدة "يجب أن...ينبغي أن..."، ويترتب عن هذه القاعدة زيادة حساسية "الممرض" لما يظنه الآخرين، فيصبح غير قادر على إرضاء نفسه، حتى في حالة الرغبة في إرضاء الآخرين التي تصاحب هذه القاعدة، فإنه يجد بأن تنفيذ ذلك ليس بالأمر السهل عليه.

(3) - تأجيل الأمور السارة والأنشطة الإجتماعية من خلال الإقتناع الذاتي بأن هناك وقتاً لهذه الأنشطة ولكن "فيما بعد" لن يأتي أبداً، ويصبح التأجيل القاعدة أو المعيار في حياة "الممرض".

(4) - فقدان الرؤية أو المنظور بحيث يصبح كل شيء مهم وعاجل، وتكون النتيجة بأن ينهمك "الممرض" في عمله إلى درجة يفقد فيها روح المرح، ويجد نفسه كثير التردد عند إتخاذ القرارات. ويرتبط ذلك بما يعرف "بالإدمان على العمل"، إذ يصبح العمل المحور الأساسي في حياة "الممرض" وفي مركز إهتماماته الشخصية بصورة محلة بالتوازن المطلوب لتفادي المشكلات البدنية والإنفعالية التي تصاحب مثل هذا الحلل. (علي عسكر، 2009)

وإستمر الإهتمام بتحديد مؤشرات الإحتراق النفسي، بحيث وضع (Dion,1992) قائمة تضم مؤشرات الإحتراق النفسي وهي تمس المستويات التالية:

- مستوى الشعور: عدم الرضا، سرعة الإنفعال، التصلب على مستوى الجسد، الأرق، القرحة، ألم الظهر والصداع.

- مستوى الحياة الشخصية: إفراط في تناول الكحول، إفراط في تعاطي الأدوية، مشاكل مع الزوج أو الزوجة، مشاكل عائلية.

- مستوى العلاقات: إنسحاب، جنون العظمة، التنازل.

- مستوى العمل: غياب الحماس، الروح المعنوية المنحطة. ( Dumont : 1992 )

. وعموما يمكن الإستدلال على حدوث الإحتراق النفسي من خلال الشعور بالإنهاك النفسي والجسمي المؤدي إلى فقدان الطاقة النفسية وضعف الحيوية والنشاط، وفقدان الشعور بتقدير الذات، والإتجاه السلبي نحو العمل، وفقدان الدافعية، والإحساس باليأس والعجز.

إضافة إلى القيام بالعمل بشكل روتيني مع الإفتقار إلى عنصر الإبداع والإبتكار، وضعف الرغبة في مزاولة العمل والتغيب الغير مبرر، والإحساس بالإنهاك والتعب، وتجنب الحديث مع الزملاء في شؤون العمل.

كما تجدر الإشارة إلى أن الإستمرار في العمل لا يعتبر مؤشرا لغياب الإحتراق النفسي، فالفرد قد يستمر في عمله بالرغم مما يعاينه من إحتراق نفسي لأسباب عديدة منها: الراتب الجيد، وجود ضمان وظيفي، وفي أسوأ الحالات عدم وجود فرص الإلتحاق بوظائف أخرى.

الإحتراق النفسي له عدة عواقب هي كالتالي:

- **عواقب على الوالدين:** قد تكون على شكل أفكار إنتحارية، إدمان، الفرار: وهي شكل من أشكال الهروب الجسدي. بمعنى أن الوالدين وبفعل المعاناة من الإحتراق النفسي قد ينحازون إلى تعاطي المخدرات، التدخين، شرب الخمر أو الإفراط في التسوق ( خاصة الأمهات)، تناول الطعام، إهدار الوقت من خلال: المكالمات الهاتفية والتواصل على الشبكات الإجتماعية. وهذا يعتبر شكل من أشكال الهروب النفسي.

كما قد يظهر على الشخص الذي يعاني من إحتراق نفسي حاد بعض الأمراض النفس-جسدية:

" des maladies psychosomatiques " كالقرحة المعدية الإكزيمية وغيرها من الإضطرابات كالأرق، وإضطرابات النوم والأكل بأشكالها نتيجة القلق المزمن والمستمر.

- عواقب على الشريك: قد يؤدي الإحتراق النفسي إلى ظهور مشاكل علائقية روحية :

" trouble relationnelle conjugale " كإهمال الزوج وإنعدام أو نقص الحوار معه مما يؤثر على العلاقة الحميمة.

- عواقب على الأطفال: يظهر من خلال العنف الجسدي كالضرب المبرح أو التعذيب الحاد، كذلك يظهر من خلال العنف اللفظي كالإهانات أو الصراخ المهستيري.

وهنا يبرز دور العلاج النفسي الأسري النسقي الذي يعتبر مهم في مثل هذه الحالات، بحيث يجب على أفراد الأسرة الواحدة التعاون فيما بينهم، فالحوار والإتصال أساسي جدا في تسوية المشاكل العلائقية.

### أعراض الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي:

توصل الباحثين إلى مجموعة من الأعراض التي تساعدنا في الكشف عن حالة الإحتراق النفسي، فلا يمكن أبدا التأكد من الوقت الذي بدأت تشعر فيه الأم قد تعدت إحتمال الضغط النفسي المتكرر الذي يمارسه أبناؤها عليها بمطالبهم اللامنتهية، ولا حتى متى بدأت طاقتها تستنفذ منها، لأن الإحتراق النفسي لا يظهر فجأة فهو:

إضطراب له أعراضه المرضية التي تستمر مع الوقت وتختلف شدتها ومدتها من أم لأخرى حسب قوة تحملها النفسية والبدنية.

- أعراض الإحتراق النفسي الأمومي متعددة ومتفاوتة وتختلف من أم لأخرى حسب تكوينها الجسدي والنفسي. قد نجدها أو بعضها تتشابه مع أعراض الإحتراق النفسي الوظيفي ذلك لأن **V.Guéritault** إنطلقت في مفهومها للإحتراق النفسي الأمومي من خلال مطابقة أبعاده مع أبعاد الإحتراق النفسي الوظيفي ل **Maslach** و **H.Freudenberger** شأنها شأن **M.Mikolajczak** أيضا حين وضعت إستبياننا خاصا لقياس مستويات الإحتراق النفسي الوالدي.



وتبرز أعراض ومظاهر الإحترق النفسي في عدة أشكال تلائم الفرد وهي التي تكشف تعرضه لحالة الإحترق النفسي أهمها:

### أ- الأعراض الأساسية: «Spécifique»

ترى كل من "كريستينا ماسلاش" و"سوزان جاكسون" أن الإحترق النفسي يتكون من ثلاث أعراض أساسية وهي:

#### 1- الإجهاد الإنفعالي: l'épuisement émotionnel

#### 2- تبدال الشخصية Dépersonnalisation

#### 3- نقص الإنجاز الشخصي La réduction de l'accomplissement personnel

- ولا يمكننا تشخيص حالة إحترق نفسي، إلا بتوفر هذه الأعراض الثلاثة معا (تم شرحها في عنصر أبعاد الإحترق النفسي).

- إضافة إلى إنحطاط شديد مع إنخفاض للنشاطات المعتادة بحوالي 50% لمدة لا تقل عن ستة أشهر. مع إستبعاد كل الأمراض التي يمكن أن تقود إلى النقطة الأولى.

### ب- الأعراض الثانوية: «Non spécifique»

وهذه الأعراض تكون ناتجة بوضوح عن الأعراض الأساسية الثلاثة السابقة الذكر (الإجهاد الإنفعالي، تبدال الشخصية، نقص الإنجاز الشخصي).

وتعتبر هذه الأعراض ثانوية لأن وجودها فقط دون الأعراض الأساسية لا يكون مؤشرا على وجود حالة إحترق نفسي لأنها يمكن أن تمثل أعراض لعدة اضطرابات أخرى.

#### 1- الأعراض الجسدية: (من دون وجود مرض عضوي سابق عند الأم)

. تعب عام وإرهاك شديد عند بذل الجهد (لم يكن يظهر في السابق).

. آلام متعددة في كامل الجسم وآلام في الرأس مع صداع مستمر (الشقيقة) وتوتر عالي.

- . أرق وإضطراب في النوم أو حاجة شديدة للنوم.
- . تغير في عادات الأكل، تغيير مفاجيء في الشهية.
- . إضطرابات هضمية أو تشنجات معوية، القيء ، الغثيان والإسهال أو عسر الهضم.
- . إضطرابات هرمونية، زيادة في الوزن أو نقصانه بشكل مفاجيء، آلام الظهر والرقبة والكتفين.
- . ضعف في العضلات، آلام في المفاصل والعضلات.
- . حرارة أو برودة الجسم، الدوار والإغماء، التعرق المفرط والإرتعاش.
- . حساسية العقد الليمفاوية.
- . إتهاب في البلعوم.
- . فقدان الطاقة أو تنميل اليدين والقدمين.
- . عدم إنتظام دقات القلب وعدم إستقرار ضغط الدم، ظهور مرض السكري.
- . فقدان الدافع الجنسي، إضطراب في الليبيدو.
- . نقص المناعة لمقاومة الأمراض.

## 2- الأعراض الإنفعالية:

- . سرعة الإنفعال وتقلب في المزاج كثرة البكاء، الصراخ.
- . نوبات غضب شديدة والإحساس بالذنب.
- . التبرير الدائم والإنكار واللامبالاة والإستخفاف بالآخرين.
- . اللامبالاة العاطفية وعدم التحكم في الإنفعالات، الهيجان.
- . المقاومة الشديدة للتغيير، الإنطواء والإنعزال.
- . زيادة مشاعر العجز والفشل، إنعدام الكفاءة.

- . سرعة الغضب، الحزن والقلق المبالغ فيه.
- . النظرة السلبية نحو الذات، التذمر والملل، اليأس.
- . أسلوب التعبير أو الإنكار، الإكتئاب واللامبالاة ( اللاإنسانية).
- . النفور من أداء أي نشاط معتاد.
- . سرعة الإستشارة والحساسية المفرطة.
- . نقص القدرة على التواصل.

### \* الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية:

- . الإرتياب، الشك والعدوانية.
- . غياب الرغبة الجنسية وفقدان الإهتمام بالشريك.
- . غياب الثقة غير المبررة بالآخرين ولومهم.
- . التهكم والسخرية من الآخرين والتفاعل مع المستفدين بشكل آلي.

### 3- الأعراض العقلية المعرفية:

#### على الصعيد الفكري:

- . إضطرابات في الذاكرة/ النسيان، شروذ الذهن والسهو.
- . صعوبة الحكم وضعف مهارات صنع القرار.
- . صعوبة في التركيز.
- . الشعور بالخلط والإرتباك.
- . عيوب في معالجة المعلومات، مع التفكير المفرط.

. عدم القدرة على الحكم على الأشياء.

. عدم القدرة على إتمام المهام.

. الخلط ومشكلات الوقت.

. صلابة التفكير وفقدان التركيز مع تزايد الأخطاء المهنية.

#### 4- الأعراض السلوكية:

. ضعف الدافعية وفقدان الحماس للعمل.

. تراجع الفرد في علاقاته مع الآخرين ورغبته في الهروب من الواقع.

. الغيابات المتكررة والرغبة في تغيير الوظيفة أو تركها.

. عدم الرضا عن العمل وميل العامل لتقويم ذاته بطريقة سلبية فيما يتعلق بعمله، إلى جانب إدراكه بإنعدام

المساندة الإدارية له، والإحساس بالفشل والعجز عن العطاء.

. فقدان المرونة (manque de flexibilité) وتدني مستوى الأداء.

. إهمال المظهر العام وإهمال العمل.

. نقص الإبداع وفقدان اللذة والتحكم.

. العجز على مواجهة أدنى المشاكل.

#### 5- الأعراض الإجتماعية:

. الإنسحاب الإجتماعي، قلة الإتصالات الشخصية.

. الميل إلى الإنعزال بسبب نقص الثقة بالنفس.

. الإتجاهات السلبية نحو العمل والزملاء.

. إتسام العلاقات بالبعد النفسي ووضع مسافة نفسية.

. السخرية والفاعلية المنخفضة مع الدعابة الساخرة لجل مواقف .

. تفرغ الضغط في البيت والإرتباطات المنفرة والعزلة الإجتماعية. (طايبي، 2013)

## 6- الأعراض النفس- عاطفية:

. التبرير الدائم أو الإنكار.

. الغضب، الإكتئاب.

. جنون العظمة واللامبالاة ( اللانسانية).

. إنتقاص الذات ( الإستخفاف بها).

. الإتجاهات المتحجرة والمقاومة الشديدة للتغيير.

## 7- الأعراض الروحية:

. عندما يصل الإحتراق النفسي لمرحلة نهائية، فإن الأنا تصبح مهددة من كل شيء تقريبا، وتصبح أعراض الضغط الجسدية منتظمة فتتدنى الثقة بالنفس، كما تضع العلاقات الإجتماعية بشكل كبير وتصبح الحاجة إلى التغيير أو الهروب من الواقع هي الفكرة على تفكير الشخص. (أحمد عوض، 2007)

وعندما لا يدرك الموظف سوى خيارات التقاعد، وتغيير الوظيفة، العلاج النفسي، الحزن والإنتحار في بعض الحالات.

ومن هذا المنطلق، إن الأعراض وردات الفعل في الإحتراق النفسي الأمومي هي متغيرة من أم لأخرى، وتظهر في مراحل متقدمة من الإنهك، فالإنفعال والإجهد هما متلازمان كأنهما تنذران الأم بضرورة البقاء على قيد الحياة، لكن يأتي الإحتراق النفسي كحالة مزمنة يصعب توقيفها وكسر تقدمها. (أحمد نايل، 2009)

. كما قد يتجلى تناذر الإحتراق النفسي عامة في مجموعة أعراض تختلف من فرد لآخر، وهذا ما قد حاول كل من

الباحثان ( Gilliland et james, 1997 ) بجمعه في الجدول الموالي:

الجدول رقم ( 01 ) : أعراض الإحتراق النفسي الوالدي/الأمومي.

الأعراض السلوكية	الأعراض الجسدية	الأعراض العلائقية	الأعراض الموقفية
- إنخفاض في كمية وفاعلية العمل.	- تعب مزمن.	- الإنسحاب من الأسرة .	- الإكتئاب.
- الإفراط في إستعمال الكحول والموارد المخدرة .	- زكام أو إصابات جرثومية .	- عدم النضج في التفاعلات.	- الشعور بالفراغ.
- التغيب أو التأخر عن العمل.	- إصابة الأعضاء الضعيفة.	- الريبة اتجاه الآخرين.	- المرور من القدرة على فعل كل شيء إلى عدم الكفاءة.
- زيادة سلوك الخطر .	- عدم التنسيق.	- فصل المهنة عن الحياة الإجتماعية.	- جنون العظمة والقهرية وعدم الرأفة والتعاطف.
- إزدیاد المداواة ومراقبة الساعة.	- صداع وقرحة معدية.	- الوحدة.	- الشعور بالذنب.
- الشكوى والتذمر.	- أرق، كوابيس، نوم مفرط.	- فقدان المصدقية.	- الإنزعاج، الضجر والعجز.
- إضطرابات معدية وعائية.	- إضطرابات معدية وعائية.	- فقدان القدرة على الحديث حتى مع الزبائن .	- الأحاسيس والأفكار المرعبة والتشاؤم.
- تغيير العمل أو مغادرته .	- لازمات الوجه.	- علاقات لا شخصية .	- النمطية.
- العجز على مواجهة أدنى المشاكل.	- توتر عضلي.	- الإنطواء والإنكار.	- العجز عن مواجهة أدنى المشاكل العلائقية .
- نقص الإبداع .	- إدمان الكحول أو المخدرات.	- الشك وعدم الثقة.	- المزاج سيء خصوصا اتجاه الزبائن.
- فقدان اللذة والتحكم.	- زيادة تناول التبغ والقهوة.	- الشك وعدم الثقة.	- فقدان الثقة في الناس.
- الخوف من العمل .	- سوء التغذية أو	-	- مواقف إنتقادية مفرطة

- إستجابة آلية . الإفراط فيها.
- زيادة القابلية لحوادث - حركية زائدة.
- العمل .
- الإحساس بعدم الكفاية والدونية.
- الإنقطاع عن الإنتماء - نقصه بصفة مفاجئة.
- الدينني .
- محاولة الإنتحار. - ضعف دموي مرتفع، ربو، مرض السكري...
- زيادة التوتر ما قبل الحيض.
- اتجاه المؤسسة وزملاء العمل.
- الإحساس بعدم الكفاية والدونية.
- تأرجح سريع للمزاج.

### أعراض الإحترق النفسي الوالدي/الأمومي:

يمكننا حصر الأعراض المحتملة للاحترق النفسي في سبع (07) فئات كبرى كما عرضها المختص النفسي الألماني (ماتياس بوريتش **Burisch Matthias**) سنة 2010 بالتفصيل في الجدول التالي:

#### 1 . إستهلاك مفرط للطاقة: إفراط في النشاط - المداومة

في العمل واستخدام ساعات إضافية غير مأجورة - الشعور بأن وجوده ضروري ولا غنى عنه - الشعور بضيق الوقت وعدم امتلاك الوقت الكافي - رفض أي نوع من الفشل والإحباطات - حصر علاقاته الاجتماعية مع العملاء فقط والمستخدمين.

#### الأعراض التحذيرية في المرحلة الأولى

#### 2. الإنهاك: استحالة التوقف أو تسجيل أي انقطاع في

العمل - انعدام الطاقة - ارتفاع احتمال خطر الحوادث.

#### 1. مع العملاء، المرضى، الخ: التحرر من الوهم -

#### إنخفاض الإلتزام

فقدان المشاعر الإيجابية تجاه العملاء- خلق مسافات  
وحدود في العلاقات مع العملاء وزملاء العمل-  
استبدال علاقة المساعدة بعلاقة المراقبة والحذر- إصاق  
مشاكل العمل كلها في العملاء- إبداء قبول للإجراءات  
العقابية - اللا شخصية أو فقدان الصفة الإنسانية.

**2. اتجاه الآخر عموماً:** عدم القدرة على العطاء- برودة  
المشاعر- فقدان التعاطف- عدم التفهم - صعوبة في  
الإنصات أو الاستماع للآخر- السخرية والتهكم.

**3. اتجاه العمل:** فقدان المثالية- خيبة الأمل-  
استعدادات وقواعد سلبية تجاه العمل- التحفظ  
والاحتياط- فقدان الرغبة في الذهاب إلى العمل- المراقبة  
المستمرة للساعة وللوقت- أفكار و أوهام عن الهروب-  
أحلام اليقظة- مضاعفة الأوقات المستقطعة في العمل-  
الوصول في وقت متأخر- المغادرة في ساعة مبكرة-  
تكرار الغياب- إعطاء أهمية كبرى لأوقات الفراغ وبعث  
النشاط في العطل الأسبوعية- الأهمية الزائدة لظروف  
العمل المادية.

**4. رفع درجة المتطلبات:** إعادة التركيز في المتطلبات  
الخاصة- انطباع بانعدام الاعتراف والتقدير- الاعتقاد أنه  
يتم إستغلاله- الغيرة- صراعات عائلية، مع أطفاله.

**1 . الاكتئاب:** الشعور بالذنب- ضعف حب  
الذات- الشعور بالعجز- الشرود في الأفكار- الشفقة  
على الذات - الخوف، القلق، العصبية- عدم الاستقرار

ردود أفعال عاطفية: رفض الخطأ



العاطفي - الشعور بالمرارة - الشعور بالفراغ - الشعور  
بالضعف - الرغبة الشديدة في البكاء - الهيجان -  
الشعور بفقدان الأمل، وفقدان القدرة والضعف - التشاؤم  
والنكبة - اللامبالاة - أفكار انتحارية.

**2. العدوانية:** إرجاع سبب الحالة والوضعية للآخرين  
وللنظام ككل - اللوم موجه للآخر - الاستعجال ونفاذ  
الصبر - مزاج عابس ومتذمر - التعصب وعدم  
التسامح - عدم القدرة على التسوية وإيجاد حل وسط -  
التهيج - السلبية - الغضب والاستياء - تصرفات دفاعية  
مُصاحَب بجنون العظمة - الشك وانعدام الثقة - الصراع  
المتكرر مع الآخر.

## فقدان المعنويات

**1. انخفاض الفعالية المعرفية:** اضطرابات التركيز  
والذاكرة - عدم الكفاءة في أداء النشاطات المعقّدة -  
انعدام الدقة - التشويش - التردّد وعدم القدرة على اتخاذ  
القرارات.

**2. الإندفاعية:** فقدان القدرة على المبادرة - فقدان  
الإنتاجية - إضراب الحماسة.  
**3. فقدان الحس الإبداعي:** غياب المرونة - قلة الخيال .

**4. فقدان التميّز:** مقاومة أي شكل من أشكال  
التغيير .

## السطحية

**1. في الحياة العاطفية:** السطحية في ردود الأفعال  
العاطفية - اللامبالاة .

## 2. في الحياة الاجتماعية: التقليل في الشعور بالتعاطف

أو المبالغة في ربط العلاقات مع بعض الأشخاص -  
تجنب الأشخاص غير الرسميين - البحث عن علاقات مع  
أشخاص مهمين - تجنب الأحاديث التي ترتبط بعمله -  
الغربة في التصرفات - إعادة تركيز الإهتمام حول الذات

## 3. في الحياة الروحية: التخلي عن الهوايات - فقدان

الإهتمام بكل شيء - الملل والضجر.

### ردود الأفعال النفسجسدية

ضعف المناعة - اضطرابات النوم - اضطرابات جنسية -  
خفقان القلب - احمرار - الشعور بضيق الصدر - تنفس  
قصير - تسارع النبض - ارتفاع ضغط الدم - توتر  
العضلات - آلام الظهر - الصداع النصفي - العزات أو  
( Les Tics ) - اضطرابات هضمية - الغثيان - قرحة  
المعدة والإثني عشر - زيادة أو فقدان في الوزن - تغييرات  
في العادات الغذائية - ارتفاع إستهلاك القهوة، التبغ،  
المخدرات، الكحول، ...

### فقدان الأمل

قيمة سلبية للحياة - العدمية وفقدان المعنى - أفكار  
انتحارية - فقدان الأمل في الوجود.

الجدول رقم ( 02 ) : أعراض الاحتراق النفسي حسب ( Burisch,2010 ) .

الخصائص النفسية للأمهات المعرضات للاحتراق النفسي الأمومي :

هناك خصائص نفسية معينة تتوفر عند بعض الأمهات اللواتي تعتبر مرشحات مثيلات للإصابة بالاحتراق النفسي الأمومي حيث يُظهرن بعض علامات التحذير من خلال بعض السلوكيات التي قد تكون شديدة الإضرار بهن حين تتضخم أبعادها. نذكر منها:

- الالتزام بلا حدود بأعمال البيت ورعاية الأبناء، مع حس عالي بالواجب في أعلى مستوياته تجاههم.
- اعتبار الأعمال المرتبطة بالأمومة هي مركز اهتمامها الوحيد ومحور حياتها.
- الالتزام والمثالية في أدائها لأعمالها اليومية بعيدا عن ترتيب الأولويات.
- توقعات عالية جدا نحو نفسها تنجر عنها معايير نجاح وأداء عالية. لكن أحيانا تكون غير متاحة ولا قابلة للتحقيق. (حامد زهران، 2005)

- الكمال والحماسة في أعلى المستويات.
- ضمير إنساني عالي: حمل أعباء ومشاكل العمل والبيت معا.
- الميل إلى إهمال تفرغ التوتر والضغط من خلال ممارسة النشاطات المجددة للحياة (من نشاط بدني، هوايات، إسترخاء،...).
- نكرانها لذاتها ولحاجاتها الشخصية، وصعوبة وضع حدود خاصة بها (خصوصا في الفترات التي تكثر فيها أعباء العمل كأيام الامتحانات، الأعياد...)
- إنتقاد النفس دائما.

- صعوبة تفويض الأعمال التي تعودت القيام بها إلى أشخاص آخرين. (عامر، 2017)
- الاعتقاد جزما بعدم قدرتها على الرفض وقول كلمة "لا"، وعلى ضرورة إرضاء الجميع، وخصوصا بضرورة البقاء قوية دائما.
- صعوبة في تحديد معاناتها وآلامها والإقرار بهما، والميل إلى إهمال عيائها وتعبها وكلّ إشارات الإجهاد التي تظهر على جسمها.

- صعوبة إدارة انفعالاتها وتسييرها (صعوبة في تحديدها وأيضا في التعبير عنها).

- ميل للشعور بالقلق ولتوقع أحداث مقلقة أيضا.

- ضعف في تقدير الذات وانخفاض في الكفاءة الذاتية كشعورها بعدم القدرة على المواجهة، أو بعدم النجاح.

- الميل إلى الخلط بين الفاعلية في العمل (كالقيام بالأعمال الصحيحة بالشكل الصحيح)، والقيم الشخصية (أي ما ينبغي أن يكون).

- العيش في مناخ دائم المنافسة.

### أسباب الإحترق النفسي الوالدي/الأمومي:

إن البحث عن أسباب الإحترق النفسي الوالدي الأمومي لا يختلف عن أسباب الضغوط المهنية، وذلك من منطلق تشابه الظروف علما أن ظروف العمل صعبة أو خلفية التكفل بالأسرة ( طبخ، كنس، أكل، لباس، تربية و تعليم الأطفال...) تؤدي إلى ضغوط داخلية وخارجية يتعرض لها الفرد وتجعله يعاني من إستنزاف جسمي وإنفعالي لتعدد المصادر المسببة للإحترق النفسي. وبشكل خاص تتعرض الأم إلى تشكيلة متنوعة من العوامل التي يمكن أن تضعها في دائرة خطر الإصلبة بالإحترق النفسي وقد حاولنا إستخلاصها من الدراسات السابقة وإدراج بعضها وهي الأكثر شيوعا عن الأمهات نذكرها كما يلي:

### - وجود طفل معاق في الأسرة:

إن الطفل المعاق ليس له القدرة كباقي الأطفال العاديين على أداء الوظائف الإستقلالية ( كعدم المحافظة على نظافته، عدم القدرة على اللباس لوحده، اتكالي في الأكل والشرب، وعدم القدرة على استخدام الحمام..) مما يجعل الأم تعيش تحت ضغط رهيب للتوفيق بين التكفل بطفل معاق، إضافة على باقي الوظائف المنزلية التي تنتظرها مع باقي أفراد الأسرة وأطفالها. ونظرا لنقص المؤسسات المتخصصة في التكفل بهذه الفئة من الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة فغالبا ما تتحمل الأم مسؤولية العجز الكبير النفسي والجسدي جراء إعاقة طفلها، وهذا ما يضاعف عندها النزيف الطاقوي والألم النفسي مما يشكل لها صدمة أو جرح نرجسي وتعيش وضع من الضغط النفسي الشديد ينتج عنه درجة مرتفعة من الإحترق النفسي نسبة لآثاره السلبية من إنهاك بدني عقلي وإنفعالي، وهذا ما يجعلها تعاني من عدم الإستقرار النفسي والإجتماعي وظهور إضطرابات سيكوسوماتية .

كما أن الأم جراء معاشها اليومي الروتيني الصعب والشاق ستدخل في حالة من التوتر التي ستسبب لها الإنهاك والتعب الفكري وتجعلها تعاني من الحرج الاجتماعي وتنحاز إلى الإنعزال عن العالم الخارجي. كما قد تبرز على شكل رفض للواقع بالتالي التخلي عن الطفل أو إهماله. ( العزة حسني، 2010 )

في مجتمعنا استخلصنا وجود عزلة أولياء الطفل المعاق نظرا ل:

- نوع وعمق الإصابة وشدتها، مكانة الطفل المعاق في الأسرة، رتبته وجنسه .

- المستوى التعليمي والثقافي والديني للأسرة.

- الإمكانيات المالية.

-الإمكانيات العاطفية (الطلاق، التهرب، تحمل المسؤولية).

- الإمكانيات الاجتماعية ( السند العائلي والاجتماعي، الأصدقاء...).

-أيام العمل المزدوجة وعبء العمل وتعدد الأدوار :

هناك مقولة أمريكية قديمة تقول:

"عمل الرجل يدوم من شروق الشمس لغروبها، لكن عمل المرأة لا ينتهي أبدا "

تقوم المرأة الأم بالأعمال المنزلية، ووظائف الأمومة، كما قد تؤدي عملها المأجورة عليه خارج البيت، هذا دون احتساب بعض المسؤوليات العامة (السياسية، الجموعية...): فتعمل المرأة الأم على أداء نشاطاتها الاعتيادية داخل البيت كدور عائلي مفروض لا جدال في أدائه لكونها امرأة تشغل هذا الدور بطبيعتها الأنثوية كشيء مُسلم به مع إنكار الزوج لهذا الأمر بحثا عن الراحة والرفاهية في بيته. وباعتبارها موظفة سيتحتم عليها مداومة نشاطها الوظيفي داخل مكان عملها، ولن يرضى أي مستخدم أن تُقحم هذه المرأة الأم شؤون بيتها وظروف أبنائها وزوجها في أدائها ومردودها داخل محلّ العمل. فتسعى لرعاية بيتها وأبنائها وزوجها بدوام كامل، وأيضا إلى تأمين ساعات عملها الوظيفي وتأديتها دون تراجع، هذه الازدواجية في العمل وتعدّد الأدوار قد يجعل مهمّة الأم تبدو مستحيلة، مما يثقل كاهل الأم. وحتى تحافظ على جودة أدائها ستفقد حسنها الاجتماعي وتنسحب بذاتها وتنعزل عن الآخرين فتفقد تقديرها لذاتها وتصبح فريسة سهلة للإنهاك الانفعالي وللإكتئاب. (أبو زيد عبد الحميد، 2002)

## -عدم تقدير و اعتراف الزوج:

الأم هي امرأة وأنتى قبل أن تكون أما. لكن بعد ولادة الأبناء يعتاد الزوج أن يرى في زوجته أم أولاده وكفى، ولن يحضره أبدا أن رعايتها له ولأبنائها قد تحتاج إلى شكر أو امتنان أو حتى لإعتراف وتقدير للجهد المبذول فيها لأنه يعتبر ذلك شيئا عاديا. هي فكرة ساقتها المجتمعات لأجيال عديدة مفادها أن كل أم هي شخص مثالي ومن العادي أن تتعب وتجهد نفسها لترعى بيتها، وذلك هو في الأصل الغرض من زواجه بها.

وحتى عندما يعمل كلا الزوجين خارج البيت، تعود المرأة إلى مكانها "الأصلي" لتأدية الأعمال المنزلية كاملة لأنها امرأة وزوجة وجب عليها ذلك، وفي المقابل يتوقع الزوج رعاية الزوجة له ولأبنائه دون منحها الحق في التعبير عن التعب أو الشكوى أو حتى طلب المساعدة، ولن تستحق بعد ذلك شكرا ولا تقديرا، فقط عبارة "عادي" فأنت إمراة.. أنت زوجة.. أنت أم، ومسؤوليتها الأولى هي الاستجابة لمتطلبات بيتها وأسرتها قبل أي شيء آخر.

## -عدم الإبتهاج والإزدهار في دور ربة منزل:

تكون الزوجة في فترة الحمل قد كوّنت لنفسها اتجاهات ايجابية عن دور الأم الذي ستلعبه بعد الولادة والتنامي بدور الأمومة من خلال رعايتها لأطفالها. لكن بعد الولادة ومعاشيتها لدور الأم يتضح لها أن هذا الدور يأخذ منها كل مأخذ وكل طاقتها وجهدها، وأن رعايتها لأطفالها قد أخذ منها فضاءً أوسع مما توقعت، فتبدأ بتشكيل صورة عن نفسها تخلو من أي لون من ألوان الفرح وتطوير الذات، صورة تشمل فقط التنظيف والمسح والطبخ والتسوق والتطبيب والتمريض والخياطة والتدريس.. وهي أعمال روتينية لا تجد فيها هذه الأم أي إضافة لها بل بالعكس تجد فيها تحقيرا لنفسها وإجهادا لطاقتها وإخضاعا لها لمتطلبات بيتها كل يوم على مدار الساعة .

## -إنعدام الدعم وتقاسم المهام المنزلية مع الزوج:

ما زالت كل المجتمعات عموما والعربية خصوصا تولي كل أعمال البيت للزوجة بالإضافة إلى رعايتها لأبنائها، وتعتبر أي مساعدة للزوج انتقاصا لرجولته وتشكيكا في كفاءتها كامرأة وكزوجة وكأم. فالزوجة الأم يجب بالضرورة وبقينا أن نتقن كل المهام والأعمال المنزلية وتسيطر على الأمور وليس العكس، ولن تحتاج لأية مساعدة في أداؤها، وليس على الزوج تحديدا مدد يد العون لها لأنه سيعطي لأبنائه صورة سيئة عن "رجل البيت" ونموذج "مشوها" عن الزوج المتحكم الذي لا يحق له أبدا أن يشارك زوجته في الأعمال التي - ومنذ الأزول - خصّصت للنساء فقط.

(أسامة الراضي، 1990)

## - الإنعزال و قلة الدعم الاجتماعي :

إن شعور الأم بالمسؤولية الكبيرة التي أُلقيت على عاتقها فجأة بعد الولادة قد يدفعها إلى إنكار فكرة الأمومة والرغبة في التراجع عن هذه المسؤولية فيشعرها ذلك بالخوف وينشأ عندها صراع بين المفروض والمستحيل، فتتضاعف عوامل الضغط عليها بعد تنامي أفعالها لأنها تشعر أنها وحدها من تقوم بالأعمال اليومية، لأنها ببساطة أم، والمجتمع لا يعترف لها بأدنى مجهود لأن مكانتها هذه تفرض عليها جملة من الأدوار المتعددة التي ألصقت بها فقط لكونها أما، فلا يحق لها الشكوى ولا التذمر ولا حتى الشعور بالتعب والمرض، وينتهي بها الحال أن يتشكل لها عالما خاصا خاليا من أي امتنان ولا اعتراف، فتت عزل عن هذا المجتمع لشعورها الكبير بالوحدة.

## - بناء هوية تستند على نموذج " الأم المثالية":

"لا يمكن التسامح ولا التغاضي أبدا عن أي فشل للأمّ في تربية الأطفال". بهذه العبارة يضغط المجتمع باستبداد على الأم و يطالبها باستمرار أن تتبنى صورة الأم الجيدة، والأم المثالية وتعزز ذلك وسائل الإعلام التي تنقل دائما قيم الأداء وتحقيق الذات لتغدي به رغبة النساء في أن يصبحن أمهات جيدات. غالبا ما تسخر الأمهات من هذا الخطاب الساخر والمثير للتهكم، لكن شيئا فشيئا توقعن بأنفسهن دون قصد في حصار هذه الفكرة تدريجيا وتجندن أنفسهن منخدعات في وهم اسمه " الأم المثالية".

## - الإفراط في الاستثمار في دور الأم على حساب الذات:

الأم هي المسؤولة عن تربية وتعليم الأطفال وتحديد مستقبلهم، وعليها تسخير كل طاقاتها ووقتها في أداء مهام الأمومة ونسيان نفسها وذاتها. ويشجع المجتمع ذلك بل ويدفعهن إلى تقمص دور المرأة المثالية بدوام كامل. هذا الضغط المجتمعي هو الذي يجعل من الاحتراق النفسي الأمومي طابوها يدفع الأم دائما إلى إظهار صورة الأم السعيدة الراضية التي لا تفشل أبدا.

## - المشكلات المؤدية لظهور الإحترق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا:

**1- المشكلات الصحية:** يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والتوتر، التي تلازم أم الطفل المعاق جراء المشكلات الصحية التي تعاني منها. والتي غالبا ما تتمثل في العيوب الخلقية لأجهزة الجسم الداخلية أو ضعف جهاز مقاومته ومناعته للأمراض مما يجعله كثير التعرض للأمراض.

**2- المشكلات العضوية:** يتضمن المظاهر العضوية التي تظهر على أم المصاب بمتلازمة إعاقه ما، كتسارع التنفس وزيادة ضربات القلب وغيرها من المظاهر الجسدية والإضطرابات السيكوسوماتية.

**3- المشكلات الإنفعالية:** يتضمن ما تعانيه أم الطفل المعاق من مشاعر عدم الراحة والشعور بالذنب الذي يلازمها، وكأنها هي السبب في إعاقه إبنها وبأنها فشلت في إنجاب طفل سوي ولن يكون مثل باقي أفراد الأسرة، وسيبقى مختلف عن أقرانه.

**4- المشكلات الإجتماعية:** يتضمن المشكلات التي تعاني منها الأم في علاقاتها الإجتماعية والتي تظهر بوصمة العار التي ينسبها لها الوصم الإجتماعي الحقيقي أو المتصور، والجرح النرجسي. فمكانة الطفل الذكر في المجتمع الجزائري والعربي ككل له ميزة خاصة، فالذكر يمثل إستمرارية النسل ويحمل الإسم العائلي ويعطي مكانة وقوة لأم الطفل الذكر خاصة في الثقافة العربية الإسلامية.

ولهذا نجد بعض الأمهات ينسبون مرض أولادهن إلى: العين، الحسد أو السحر. وهذا راجع إلى حالة التقبل من عدمها.

أيضا زيادة على عيء التكفل بالإعاقه، تتدخل عدة عوامل إجتماعية ضاغطة نذكر منها: مشكل السكن، بطالة الزوج، الصراعات العائلية ( خاصة في الأسرة الكبيرة)، مما قد يساهم في تطوير متلازمة الإحتراق النفسي.

**5- مشكلات الخوف من المستقبل:** يتضمن مشاعر الخوف والقلق على مستقبل الطفل المعاق، ويحدث ذلك عند إدراك الأم بأن إبنها لن يستطيع أن يعيش حياة طبيعية بسبب إعاقته لمحدودية إمكانياته. وتراودها بإستمرار عدة تساؤلات حول مستقبل وإمكانيات الدراسة، التمكن من النظافة الشخصية، الزواج، الإنجاب، العمل....

**6- مشكلات الوظائف الإستقلالية:** يتضمن هذا العامل مشاعر الأم النفسية والتعب الفكري الذي يسبب لها نزيف طاقوي نتيجة معاشها النفسي، الجسمي، واليومي الروتيني بسبب صعوبة في أداء الوظائف الإستقلالية الضرورية للحياة والمتمثلة في : عدم القدرة على إرتداء الملابس أو إستخدام الحمام، عدم المحافظة على نظافة



الملابس، العجز عن الأكل أو الشرب لوحده. مما يجعل التكفل بطفل معاق عبي كبير يسبب إضطرابات سيكوسوماتية ونوع من عدم الإستقرار النفسي والإجتماعي للأمهات.

**7- المشكلات المادية:** التكفل بطفل معاق يستلزم متطلبات كثيرة المترتبة عن حاجاته الدائمة لأكل صحي متوازن- الحفاضات- الأدوية- والمستلزمات الطبية، المتبعة الدائمة عند الطبيب، الأشعة والتحليل... والتي غالبا ما تفوق كثيرا القدرة المالية للأسرة مما يؤدي بها إلى التخلي عن العديد من إحتياجات أفراد العائلة خاصة تضحيات الوالدين.

### مراحل تطور الاحتراق النفسي الأمومي :

يمر الاحتراق النفسي الأمومي بعدة مراحل حتى يصل إلى شكله الأخير الواضح المعالم. ويأتي استقراره تدريجيا بعد مروره بأربعة (04) مراحل (Landreville (2016) ، تتسارع وتيرتها أو تتباطأ حسب التكوين الشخصي للمرأة وحسب درجة مقاومة هذه الأم للضغوط وأيضا حسب ظروف حياتها ومتغيراتها الشخصية .

تتعاقب هذه المراحل إبتداءا بالمثالية، مرورا بالاستياء وخيبات الأمل، وصولا إلى مرحلة الانهيار، نشرحها في الآتي:

**1- مرحلة المثالية:** خلال هذه المرحلة تكون الأم في قمة مستوى الطاقة والقوة مستعدة للعطاء، مفعمة جدا بالطموحات والمثل العليا حول الأمومة ومعانيها السامية والأعمال والنشاطات المنوطة بها. فتتمثل في صورة الأم المثالية بكل المقاييس التي سطرها لها المجتمع وساقها لها عبر أزمنة طويلة، فتكترس نفسها كاملة في خدمة أسرتها ورعاية طفلها (أو أطفالها) وتستثمر كل وقتها وجهدها وطاقتها في أداء كل النشاطات المقترنة بهم حتى ولو كانت ظروف أدائها غير مقبولة وكانت تلك النشاطات مشروطة .

**2- الوصول إلى أقصى الحدود:** وهو الوقت التي تدرك فيه الأم أنها رغم كل الجهود التي تبذلها والطاقة التي تستنفذها في أدائها إلا أن النتائج التي كانت ترجوها وتطمح إليها لم تحققها بل ولم تكن في مستوى إنتظاراتها المرجوة، فمازال الكل يطالب بالمزيد دون أن يعترف أحد بجهودها، وفي مقابل كل هذا الإنكار تضاعف الأم من حماسها ومعمل في أوقات راحتها وأيام عطلها ولأوقات متأخرة من الليل وخلال الساعات الأولى من الصباح لإرضائهم واستعطاف واستجداء الاعتراف منهم بجهودها وإرضاء نفسها أيضا كونها تشعر في هذه المرحلة بان كل جهودها السابقة كانت غير كافية .

**3- مرحلة التحرر من الوهم:** تشعر الأم بالإحباط وبالتعب وبخيبة الأمل وبحقيقة الوهم الكاذب بالأمومة المثالية. فما تتوقعه أسرتهما منها هي توقعات كبيرة، لكن اعترافها بجهود هذه الأم مازالت قيد الانتظار، فليس على الطفل أن يشكر أمه لأنها طبخت له أو أنها نظفته وساعدته على النوم وشرحت له دروسه.. الخ، كما أن الزوج أصبح يرى فيها أم أولاده أكثر من أي مكانة أخرى (زوجة، أُنثى..)، حينها تشعر الأم أن لا قدرة لها أبداً على مجاراة ذلك وتحقيق مثلها العليا التي نصبتهما هدفاً لها، فتظهر عليها علامات التذمر والملل ونفاذ الصبر، وتصبح سريعة الغضب وحادة الطباع، ما تبدأ بالتهكم والسخرية في أدنى شيء .

هي مرحلة الشعور بالإحباط قد تبدأ فيها الأم بالاستعانة بالمنشطات الدوائية وبالمنومات حتى تستكمل عملها و أشغالها اليومية، وحتى تخلد للنوم لتستحضر الراحة الجسدية.

**4- مرحلة الانهيار وإضعاف المعنويات:** تصل فيها الأم إلى النهاية، حيث تفقد فيها كل اهتمام بأمر أسرتهما وبيتها و أبنائها وزوجها وكل من حولها، فقد استنفذت كل قواها الكامنة واستنفذت كل طاقاتها، فتشعر بتثييط عزيمتها وبأنها غير قادرة أبداً على العمل وأداء أي نشاط من أي نوع كان. هو الاحتراق النفسي الأمومي إذن.

وحتى وإن اختلف الباحثون في تقسيم مراحل الإحتراق النفسي إلا أنهم يؤكدون كلهم على أنه لا يمكن إكتشاف نقطة بداية وحدوث الإحتراق النفسي الذي يتسم بالتبثاب فيما يتعلق بالتغيرات السلبية التي تم ذكرها. إلا أن متلازمة الإحتراق النفسي تصبح جلية حينما ينهك الفرد إلى درجة تدفع به للتفكير في الإقلاع عن العمل، مع بروز إضطرابات نفسية - جسدية معتبرة . (Maslach,1982)

- يمثل الإحتراق النفسي مشكلة نفسية ذاتية وتجربة سلبية يعاني منها الفرد عبر سلسلة من الحلقات المتدرجة التي تبدأ بالضغوط النفسية والشد والتوتر، وتتعاظم آثارها مع مرور الوقت. إلا أن الفرد لا يصل إلى حالة الإحتراق النفسي بشكل مفاجئ بل هي نتيجة لسياق بطيء، إذ يأخذ الإحتراق النفسي مساراً يتطور عبر مراحل مختلفة و متتابعة يصفها Cherniss (1980) كالآتي:

1- مرحلة أولية مع تجند مفرط من أجل تحقيق الأهداف، نفي الحاجات الشخصية، الحد من الإتصال الإجتماعي، وأخيراً إتهاك وتعب دائمين.

2- مرحلة تجند منخفض يصحبه فقدان للأحاسيس الإيجابية تجاه الآخر واللجوء للمواد المؤثرة على السلوك كالمهدئات، إضافة إلى فقدان المشاعر الإيجابية تجاه العمل والزملاء، إلى جانب الإحساس بالإستغلال .

3- مرحلة ردود الأفعال الإنفعالية مع عدائية، وإلقاء اللوم على الآخرين وعلى النظام.

4- مرحلة إنحطاط تتسم بإنخفاض في القدرات المعرفية، من صعوبة في التركيز وإضطراب الذاكرة، يصاحبها عجز في إعطاء تعليمات واضحة، مع فقدان الإبداع وتنفيذ للخدمة بالمعنى الضيق.

5 - مرحلة فقر في الإنفعالية تتضمن إضطراب في الحياة الإجتماعية التي تنجم عنها عزلة، وكذا الفكرية المرفوقة بالضجر.

6- مرحلة ردود الأفعال النفس - جسدية.

7- مرحلة فقدان لمعنى العمل مما يؤدي على الإدمان أو الإنتحار. ( Cherniss,1980 )

في حين يرى رواد المقاربة الفيزيوطبية أن الاحتراق هو استجابة تصدر من الفرد لمثيرات البيئة غير المرغوب فيها وغالبا ما تكون هذه الاستجابة عامة وغير محددة المعالم، وأهم رواد هذه المقاربة هو "هانز سيلبي" (Selye.H)، الذي يرى أن الاحتراق النفسي هو استجابة عامة تمر بـ 03 مراحل أطلق عليها اسم "تناذر التكيف العام" أو "syndrome adaptation General" وهذه المراحل هي:

\* **مرحلة الإنذار بالخطر** : في هذه المرحلة يبدي الفرد مجموعة من الاستجابات نتيجة وجود المثيرات (ضغط العمل). (Selye, 1977)

\* **مرحلة المقاومة** : في هذه المرحلة يحاول الفرد مقاومة الضغط، ثم التكيف والتأقلم معه، إلا أن استمرار الضغط يجد من هذه المقاومة.

\* **مرحلة الإنهك** : في هذه المرحلة يؤدي استمرار الضغط إلى فشل جهاز المقاومة لدى الفرد ، لتبدأ الأعراض بالظهور. إلا أن استمرار هذه المرحلة يؤدي إلى الاحتراق النفسي . (محمد مقداد، 2004، ص 261)

في حين يرى **Lubau (1995)** أن الإحتراق النفسي يحدث بشكل تدريجي عبر المراحل التالية:

1- الشعور بالإحباط المصحوب بطاقة وإلتزام عاليين في البداية، وقد يطور الشخص بعض الإتجاهات السلبية نحو العمل في هذه المرحلة .

2 - سيطرة الشعور بالوهم على النواحي التالية: توهم الشخص نفذ الصبر والتعب، والتقييم السلبي لذاته، وسهولة الاستسلام للإحباط.

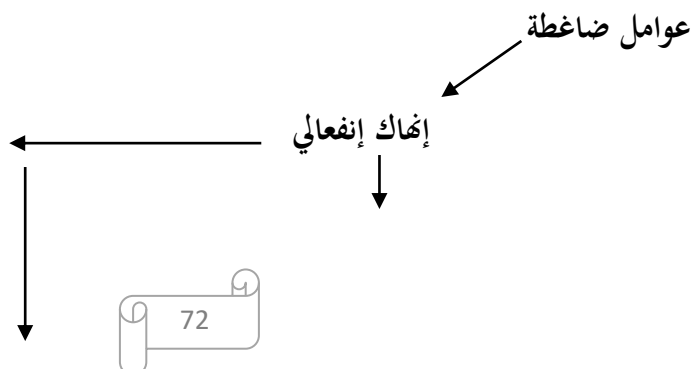
3- إنخفاض الطاقة والإلتزام بالعمل وخاصة عند التعرض للضغوط وتداخلات الخارجية في العمل، وفي هذه المرحلة يعاني الشخص من نقص في الشهية وسلوكيات إنسحابية مثل تناول الكحول الذي يتحول إلى إدمان .

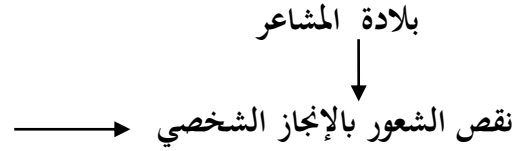
4- فقدان الحماس والسخرية من زملاء العمل، حيث يشعر الشخص بأن عمله بلا هدف أو معنى إذا قورن بمشاكل حياته، الأخرى فيصبح العمل في أدنى سلم أولوياته .

5- اليأس والإستسلام، حيث يشعر الشخص في هذه الحالة بالأعراض التالية: شعور هائل بالفشل، التشاؤم، الشك بالنفس، والفراغ، وفي هذه المرحلة أيضا يرغب الشخص بالهروب من العمل وينتج عن هذه الأعراض تأثيرات جسمية وإنفعالية تتطور إلى عجز مزمن. (Selye, 1977)

وعموما يمر الإحترق بمراحل متتالية من الشعور بالتعب والإجهااد واليأس والإحباط ومن ثم النظرة السلبية المتشائمة اتجاه العمل الوظيفي، وبالتالي يؤدي إلى الدافعية والتحفيز وضعف الإرتقاء والتطور المهني، مما يؤثر سلبيا على نقص الشعور بالإنجاز وكراهية العمل والرغبة في ترك المهنة .

في حين تعتبر كل من **ماسلاش وجاكسون** الإحترق النفسي كمتلازمة ثلاثية الأبعاد تجمع بين الإجهاد الانفعالي، بلادة المشاعر وأيضا نقص الإنجاز أو الأداء الشخصي، تظهر عند الأفراد المخلصين والمتفانيين في خدمة الآخر. وبأن الإحترق النفسي هو استجابة سالبة للضغوط التي يمرّ بها الفرد في عمله بسبب عدم قدرته على مسايرتها لأسباب متعددة. (ملال، 2010)





الشكل رقم(01): مخطط مراحل الإحترق النفسي كمتلازمة حسب النموذج ثلاثي الأبعاد لكريستينا ماسلاش وجاكسون.

### النظريات والنماذج المفسرة للاحترق النفسي :

لم يدرس مفهوم الاحترق النفسي بشكل محدد واضح في النظريات النفسية، وإنما بدأ بصورة استكشافية، وتم ربطه بضغوط العمل. وعلى أي حال فقد تناولته بعض النظريات من خلال الإطار العام لها، وفقا لما سنستعرضه من أهم النماذج والنظريات التي وضعها لنا أشهر من اهتموا بدراسة متلازمة الاحترق النفسي، حيث حدّدوا لنا - كلٌّ حسب رؤيته ومنظور اختصاصه- أهم الأسباب الفاعلة في تحقيق الإصابة بالاحترق النفسي.

### 1- النظريات المفسرة لمفهوم الاحترق النفسي:

أ. نظرية التحليل النفسي: يعتبر الاحترق النفسي سلوكا دفاعيا، نوعا من الهروب، وطريقة للتكيف، لهذا تعتبر نظرية التحليل النفسي الاحترق النفسي جرحا نرجسيا عميقا، فاختيار الفرد لمهنة ذات طابع إنساني يساعد من خلالها الآخر قد يعود في الأصل إلى استعماله لميكانيزم دفاعي ألا وهو الإيثار، بمعنى الإخلاص للآخر والتفاني في خدمته، وهو ما يسمح للشخص بالهروب من الصراع. هذا الإيثار قد يكون نمطا خاصا من التكوين التفاعلي الذي يسمح له بتجنّب العدوانية أو العدائية المكبوتة، كما قد يمثّل له متعة ولذة، فالفرد يساعد الآخرين للحصول على لذة يرفضها لنفسه، لكن في المقابل يخرج بحالة من الرضا بفضل تماهيه في الأشخاص الذين قام بمساعدتهم. كما قد يكون هذا الإيثار مظهرا من مظاهر المازوشية، فالشخص يبحث عن التضحيات من وراء الإيثار، لكن تتعرّض نظريته المثالية إلى المسّ بالسوء نتيجة مواجهته للواقع المهني: من هنا يظهر الاحترق النفسي كنتيجة لفشل أو تصلّب ميكانيزماته الدفاعية.

وعلى ذكر الميكانيزمات الدفاعية، فإنّ السخرية والتجرد من النواحي الشخصية لدى الفرد الذي يعاني من الاحتراق النفسي، يمكن أن يُفسّر على أنه نقيض فرط التماهي في بُعد يميّز المواقف اتجاه العمل في صورة المستفيد. وفرط التماهي هذا يدل على موقف الفرد الذي يتماهى كلياً في العمل المستفيد من خدماته، إلى درجة يصعب عليه أن يميز بين ذاته وبين ذات العميل.

كما فسرت نظرية التحليل النفسي الاحتراق النفسي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة، وذلك مقابل الإهتمام بالعمل، مما قد يمثل جهداً مستمراً لقدرات الفرد، مع عدم قدرة الفرد على مواجهة تلك الضغوط بطريقة سوية، أو أنه ناتج عن عملية الكبت أو الكف للريغبات غير المقبولة بل المتعارضة في مكونات الشخصية، مما ينشأ عنه صراع بين تلك المكونات ينتهي في أقصى مراحلها إلى الاحتراق النفسي، أو أنه ناتج عن فقدان الأنا المثل الأعلى لها وحدوث فجوة بين الأنا والآخر الذي تعلق به، وفقدان الفرد جانب المساندة التي كان ينتظرها. (الفريجات، 2010).

ب. **النظرية السلوكية:** في ضوء عملية التعلم، تفسّر النظرية السلوكية الاحتراق النفسي على أنه سلوك غير سوي تعلمه الفرد نتيجة ظروف البيئة غير المناسبة، (...) وإذا لم يتعلم الفرد سلوكيات تكيفية مقبولة فإنه قد يتعلم سلوكاً غير سوي يسمى (Burnout) (الفريجات، 2010)، لأنّ مشاعر الفرد وأحاسيسه وإدراكاته تتأثر إلى حد كبير بهذه العوامل البيئية. ولما كان الاحتراق النفسي حالة داخلية مثل المشاعر والقلق والأحاسيس وغيرها، فإنّ النظرية السلوكية تنظر للاحتراق النفسي على أساس أنه نتيجة لعوامل بيئية، وعلى الفرد إذا ضبطت هذه العوامل ليتمكن من التحكم في الاحتراق النفسي، لذلك ترفض هذه النظرية أن يعود سبب الاحتراق النفسي إلى تعامل الموظف مع عملائه فحسب، بل وإلى العوامل البيئية أو الضغوط التي يتعرض إليها. (الرشدان وآخرون، 1995)

ت. **النظرية المعرفية:** ترى النظرية المعرفية أن السلوك الإنساني ليس محددًا بموقف مباشر يحدث فيه، إذ أنّ المعرفة تُعدّ عاملاً يتوسط بين الموقف والسلوك. فالإنسان يفكر عادة عندما يكون في موقف معين، أي أنه يفكر بالموقف، ومن ثم يستجيب وفقاً لطبيعة فهمه إدراكه لهذا الموقف.

و عليه فإنّ النظرية المعرفية تعطي الشخص درجة كبيرة من الاستقلالية عن البيئية في سلوكه أو في طرق تفكيره، لكن هذه النظرية لم تقتصر على الإدراك في تفسير السلوك فقط، بل أضافت إليه أثر محددات السلوك وبشكل خاص الدافعية (موقار، 2010). وبالتالي فإنّ الاحتراق النفسي يحدث لدى الفرد في ضوء آراء هذه النظرية إذا كان إدراكه للموقف سلبياً وكانت دافعيته منخفضة.

ث. النظرية الوجودية: تركز النظرية الوجودية في تفسيرها للاحتراق النفسي على فقدان الحياة معناها عند الشخص. فحين يفقد الفرد معنى الحياة والمغزى من وجوده، فإنه سيعاني من الفراغ الوجودي الذي يجعله يشعر بعدم أهمية حياته، وهو ما سيحرمه من التقدير الذي يشجعه على الاستمرار في حياته، فلا يحقق بعدها أي أهداف، مما يمهّد تعرضه للاحتراق النفسي. لذلك فالعلاقة بين الاحتراق النفسي وعدم الإحساس بالمعنى هي علاقة تبادلية، وجهان لعملة واحدة، حيث يمكن للاحتراق النفسي أن يؤدي لفقدان المعنى في حياة الفرد، كما أن فقدان المعنى يمكن أن يؤدي بالفرد إلى الاحتراق النفسي. (الفريجات، 2010).

### ج. نظرية الجشطت (أو المضمون الإدراكي):

تمثل النظرية الجشطتية أهمية كبيرة في عملية إدراك المثيرات الأمر الذي يجعلنا نستفيد من هذه النظرية وتوظيفها في إدراك الضغوط النفسية، ويرى أصحاب هذه النظرية أن الإدراك العام سابق على التحليل والتعرف على الأجزاء. ومن الأسئلة التي يحاول الإجابة عليها أنصار النظرية الجشطتية هو التساؤل التالي:

كيف يدرك الفرد الموقف الموجود فيه؟ وكيف يستجيب له في إطار معرفي؟

يرى علماء نفس الجشطت أن إدراك الفرد للعناصر الموجودة في المجال الذي يوجد فيه وكذلك إدراكه للعلاقات التي تربط بين عناصر وأجزاء المجال من شأنه أن يؤدي بالكائن الحي إلى إعادة تنظيم المجال في صورة جديدة وهذا الكل أو هذه الصورة هي ما يفسره أصحاب النظرية بالتعلم الذي ينشأ عملية الاستبصار والذي يتضمن عمليتين من أهم العمليات العقلية التي يمارسها الفرد في موقف التعلم وإدراك العلاقات. (خليل الشراوي، 1993).

والاستبصار عملية تتوقف على قدرة الفرد العقلية وعلى درجة نضوجه كما تحتاج إلى قدر من الخبرة السابقة والتي تساعد على فهم الموقف وإدراك عناصره. كما أن أهم ما يميز عملية الاستبصار هو إمكانية استخدام الحلول التي تعلمها الفرد عن طريق الاستبصار في مواجهة المواقف الجديدة. (رائدة الحمر، 2006).

ويمكن توظيف عملية الاستبصار في إدراك الضغوط النفسية وتحقيق ما يسمى الاستبصار بسمات الحدث الضاغط عن طريق محاولة الإدراك الكلي للحدث الضاغط وما يتضمنه من عناصر أو مكونات كإدراك مسبباته وظروف وقوعه وإدراك أهميته و دلالاته ومعناه بالنسبة للفرد وما يتضمنه من تأثيرات إيجابية أو سلبية وإدراك الحلول الملائمة للتعامل معه. ويؤدي الإدراك دوراً حيوياً في عملية إدراك الضغوط وحل المشكلات حيث تمثل وظيفة الإدراك المدخل الأساسي والإطار الثابت الذي يؤدي إلى حل المشكلة أو يؤخر حلها، فالمفاهيم والمبادئ ما هي

إلا صيغ معرفية تعلن عن الوصول إلى الحل الصحيح والطريق السليم لحل مشكله ما هو تحديد كيف يمكن إدراك هذه المشكلة فهم متطلباتها وعندئذ سوف نجد الحل سريعاً.

ولذلك، فالمشكلات من وجهة نظر علماء الجشططت هي في الأساس مشكلات إدراكية تظهر إلى الوجود عندما يحدث للفرد توتر أو إجهاد نتيجة للتفاعل بين الإدراك وعوامل التذكّر عند التفكير بهدف حل مشكلة أو بهدف فحصها من زوايا مختلفة، وعند تقليب الأمور إزائها يبرز على السطح - في لحظة هي أقرب للحظة الفجائية- الحل الصحيح وفقاً لمبدأ الاستبصار. (عايش العنزي، 2004)

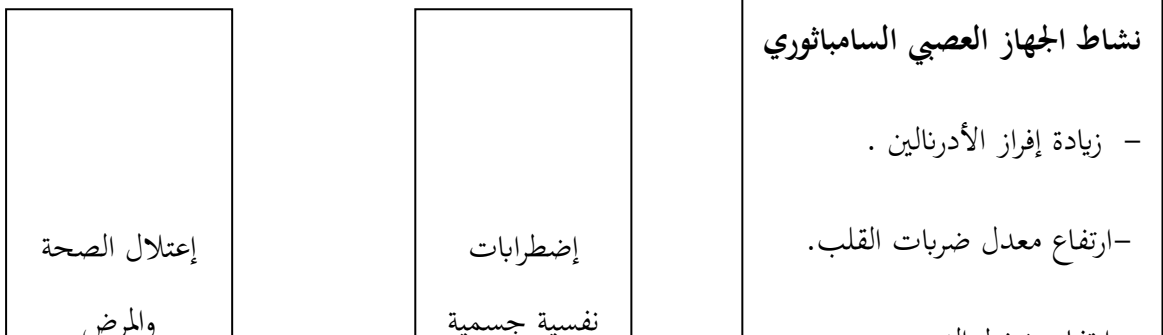
## 2- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي:

### نموذج هانز سيلبي:

نموذج زملة التكيف العام عند **Seyle** : وذلك في مجال الطب و البيولوجيا Stress يعتبر هانز سيلبي أول من استخدم مصطلح الضغط عام 1926 ، وكان مفهومه عن الضغط آنذاك مفهوماً فسيولوجياً ، ثم طوره بعد ذلك وأوضح الجانب النفسي للمفهوم. (نشوة دردير : 2007 ص41)

قدم سيلبي نظريته عام 1956 ثم أعاد صياغتها مرة أخرى عام 1976 وأطلق عليها متلازمة التوافق العام Syndrome Adaptation General وفيها يقرر سيلبي أن التعرض المتكرر للاحتراق يترتب عليه تأثيرات سلبية على حياة الفرد؛ حيث يفرض الاحتراق الوظيفي على الفرد متطلبات قد تكون فسيولوجية، أو اجتماعية، أو نفسية، أو تجمع بينها جميعاً، ورغم أن الاستجابة لتلك الضغوط قد تبدو ناجحة فإن حشد الفرد لطاقاته لمواجهة تلك الاحتراقات قد يدفع ثمنه في شكل أعراض نفسية وفسيولوجية، وقد وصف سيلبي هذه الأعراض على أساس ثلاثة أطوار للاستجابة لتلك الاحتراقات.

والتي تتضح من الشكل التخطيطي التالي الذي يوضح أطوار الاستجابة للاحتراقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية سيلبي:





الطور الأول: الإنذار ← الطور الثاني: المقاومة ← الطور الثالث: الإنهاك

الشكل رقم ( 02 ): أطوار الاستجابة للإحتراقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية سيلبي.

وكما نرى من الشكل فإن النموذج عبارة عن سلسلة من الاستجابات الجسمية والنفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية وتتم بثلاث مراحل هي:

**المرحلة الأولى : رد فعل الإنذار بالخطر**

وتعد استجابة أولية للخطر، وفيما يميز الجسم مواقف الخطر، ويستعد لمواجهةها، ويصاحبها بعض التغيرات الفسيولوجية مثل : زيادة نبضات القلب، وسرعة التنفس، وتوتر النسيج العضلي.

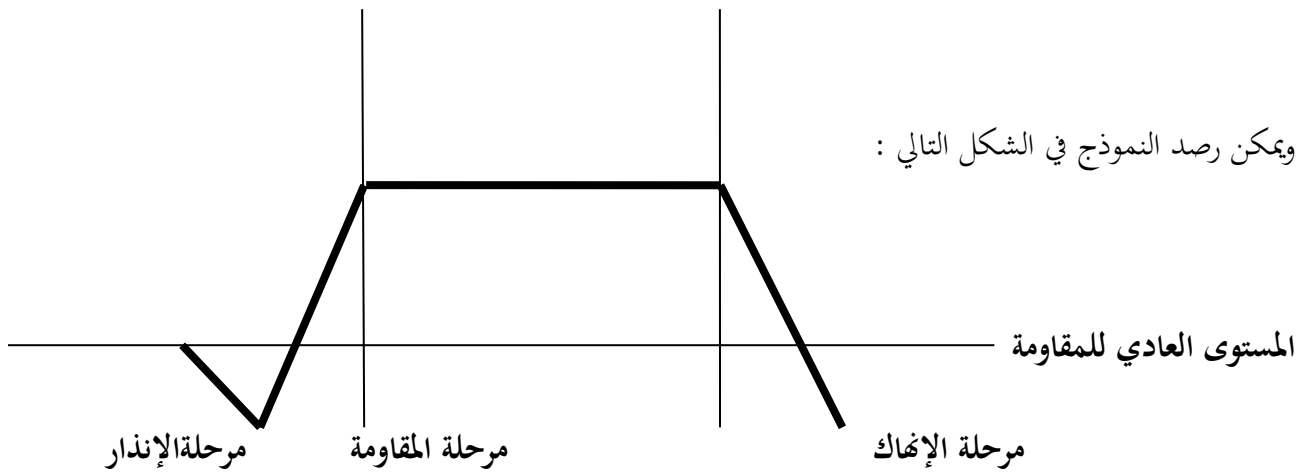
**المرحلة الثانية : المقاومة**

يلاحظ في هذه المرحلة وجود بعض الحيل الدفاعية لمواجهة الضغوط، وعندما لا تستطيع الحيل إعادة التوازن للجسم، نتيجة الضغوط المستمر، تظهر علامات الاستنزاف والتعب الشديدين.

### المرحلة الثالثة : الإنهاك

عندما تفشل أساليب المواجهة، وتتدهور المقاومة مع استمرار الضغوط، يحدث الإنهاك، وقد تظهر بعض الاضطرابات النفسجسمية حيث أوضح سيلبي أن تكوين الاضطراب السيكوسوماتي يمر بمراحل؛ حيث يبدأ بمثير حسي، يعقبه إدراك وتقدير معرفي للموقف، مما يؤدي إلى استثارة انفعالية، وعندئذ يحدث اتصال الجسم بالعقل وينتج عن ذلك استثارة جسمية، ثم آثار بدنية تؤدي إلى المرض .

يشير هذا النموذج إلى أن مرحلة الإنهاك ناتجة عن الضغوط المستمرة، كما أن الأعراض التي أشار إليها النموذج والناجمة عن العجز عن مواجهة الضغوط، تقترب كثيرا من أعراض الاحتراق الوظيفي، والتي أطلق عليها سيلبي في نموذج الإنهاك .  
( نشوة دردير : 2007 )

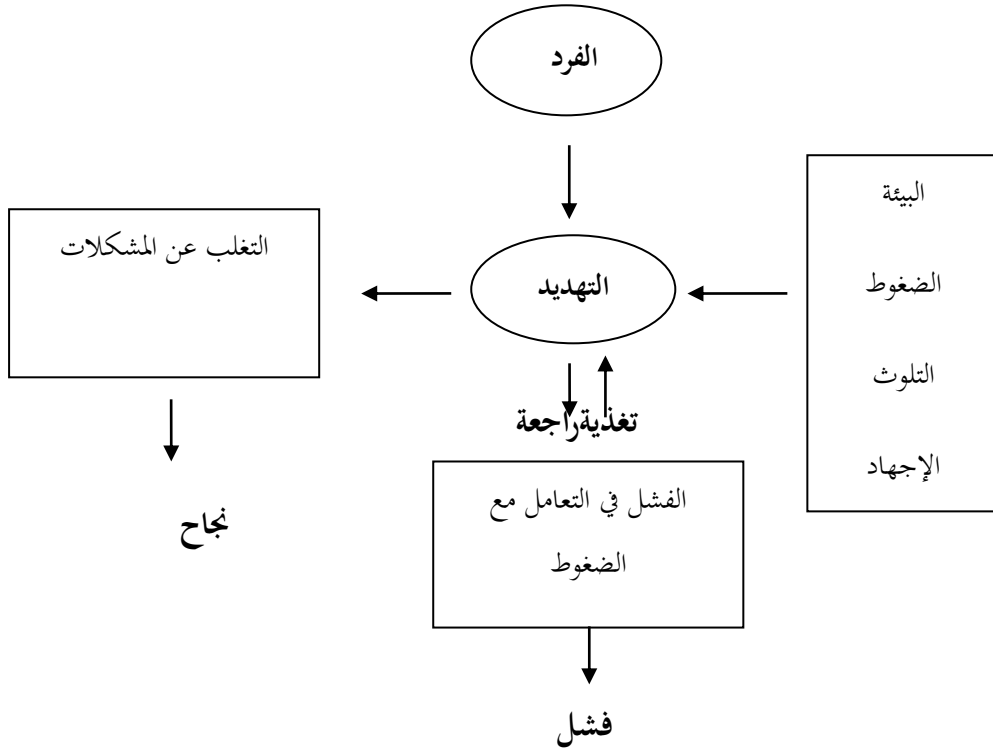


الشكل رقم (03) : مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها حسب نموذج سيلبي.

يشير هذا النموذج إلى أن مرحلة الإنهاك ناتجة عن الضغوط المستمرة، كما أن الأعراض التي أشار إليها النموذج، والناجمة عن العجز عن مواجهة الضغوط؛ تقترب كثيراً من أعراض الاحتراق النفسي، والتي أطلق عليها سيللي في نموذجها "الإنهاك".

### نموذج كوبر Cooper :

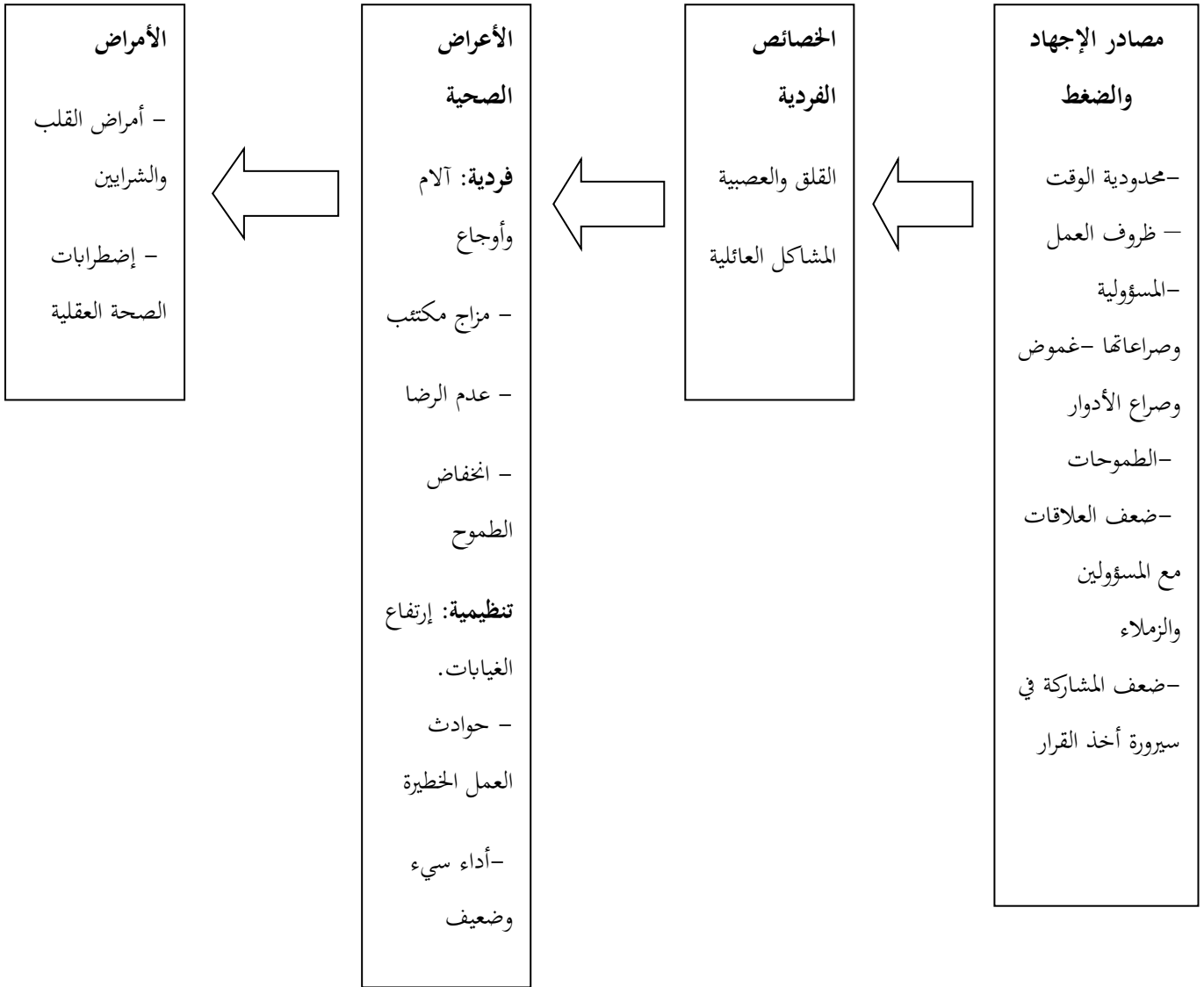
وضّح كاري كوبر سنة 1986 أسباب وتأثير الضغوط على الفرد وذكر أن بيئة الفرد تعتبر مصدراً للضغوط، مما يؤدي إلى وجود تهديد لحاجة من حاجات الفرد، أو يشكل خطراً يهدده وأهدافه في الحياة، فيشعر بحالة الضغط فيحاول استخدام بعض الاستراتيجيات للتوافق مع الموقف الضاغط، فإذا لم ينجح في التغلب على المشكلات، واستمرت الضغوط لفترات طويلة، فإنها تؤدي بالفرد إلى الإصابة بالاحتراق النفسي. كل ذلك رصده في النموذج الظاهر في الشكل التالي:



(Cooper, 1986)

الشكل رقم (04): نموذج كوبر للاحتراق النفسي.

ولأن مصادر الإجهاد تتعدد في البيئة المهنية، فقد جمع كوبر في نموذج المصادر المتعلقة بالعمل ذاته، ببنية المنظمة، بالعلاقات داخل المنظمة، بدور الفرد في المنظمة، وعوامل أخرى مرتبطة بالحدود الخارجية للمنظمة. تتعزز تلك المصادر ببعض الخصائص الفردية التي تميّز شخصية الفرد من خلال سلوكياته ومواقفه وأيضا بمشكلاته العائلية ومطالب أسرته، مما سيشكّل لديها موقفا ضاغطا قل ما يتحمّله الفرد لتظهر تبعات ذلك على صحته وعلى أدائه المهني. وهذا ما يظهر في الشكل التالي:



الشكل رقم (05) : الصياغة البيانية للضغط المهني المسبب للإحتراق النفسي حسب نموذج: Cooper .

## نموذج العلاقات البنائية:

حسب ( Angel et al, 2003 ) يقدم هذا النموذج وصفا للعلاقات المتبادلة بين أبعاد الاحتراق الوظيفي: الانجاز الشخصي، ومشاعر الإجهاد من حيث تأثير كل منها على الآخر، فيشير إلى أن بعد الإنجاز الشخصي يؤثر على الإجهاد الانفعالي، بمعنى أنه كلما ارتفع إنجاز الفرد قل إحساسه بالإجهاد، وكذلك إحساسه بتبلد المشاعر، هذا من جانب. ومن جانب آخر يوضح النموذج تأثير استراتيجيات المواجهة على الاحتراق الوظيفي والتي صنفتم إلى استراتيجيات فعالة، وأخرى غير فعالة، وأوضح ارتباط استراتيجيات المواجهة الفعالة بالإنجاز الشخصي، بينما ارتبطت الاستراتيجيات غير الفعالة بمشاعر الإجهاد، بمعنى أن هناك نوع من العلاقات المتبادلة بين استراتيجيات المواجهة بنوعيتها وبين الاحتراق الوظيفي، وكذلك بين أبعاد الاحتراق الوظيفي ببعضها البعض وهما بعدي تبلد المشاعر والإجهاد الانفعالي، وبين البعد الثالث للاحتراق والذي يدل ارتفاعه على انخفاض الاحتراق الوظيفي، بينما يدل انخفاضه على ارتفاع الاحتراق النفسي وهو بعد الإنجاز الشخصي.

(نشوة دردير: 2007)

## - نموذج كارازك Karasek : متطلبات-تحكم

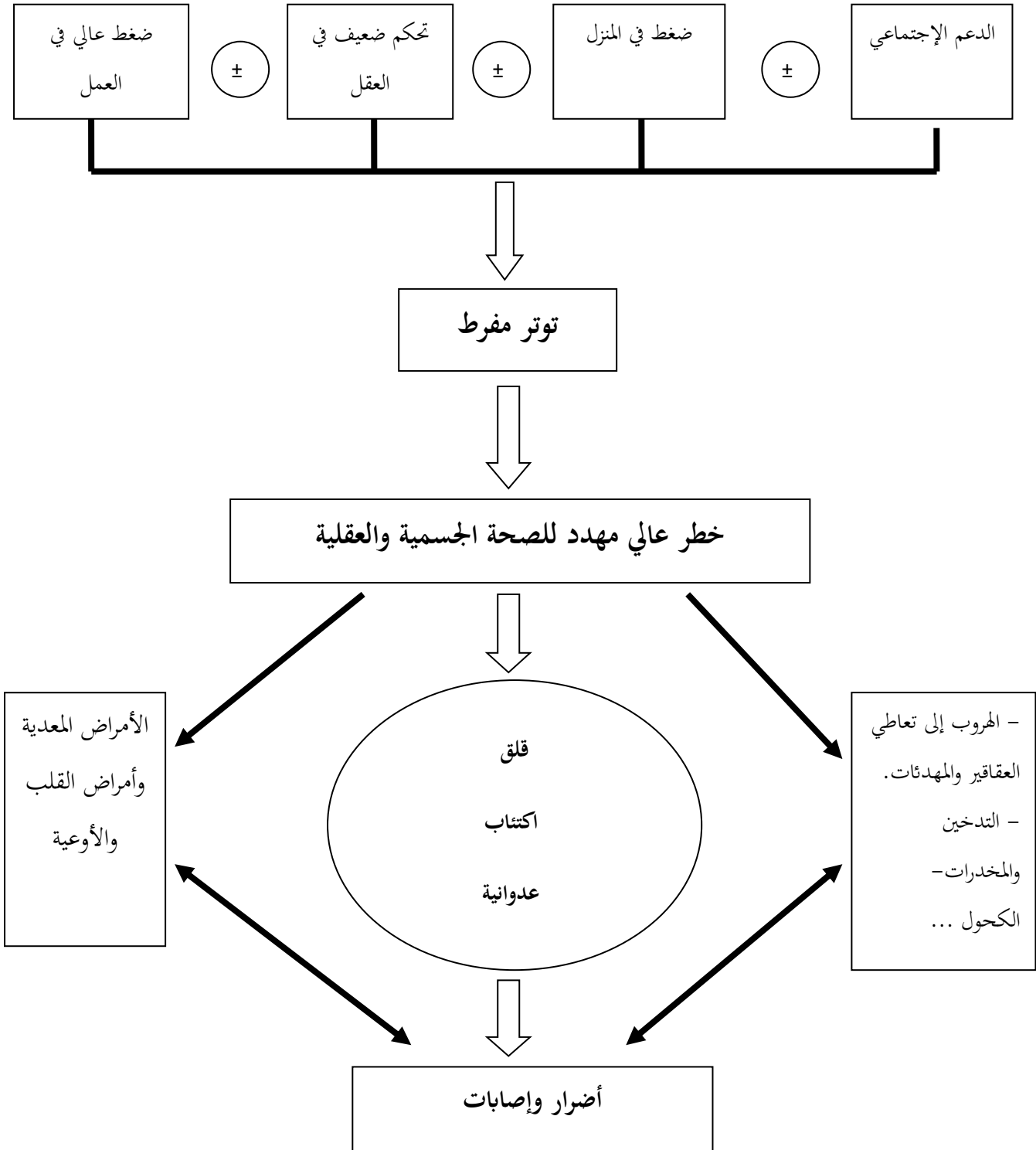
سنة 1979 ، اقترح Karasek نموذجا أسماه نموذج "المتطلبات-التحكم" مبينا فيه أن تدهور الصحة في العمل لا يرتبط مباشرة بزيادة متطلبات الفرد، بل إنه يتوقف على درجة تحكمه في النشاط الذي يمارسه داخل العمل، وعلى حريته في اتخاذ القرارات. وعليه، فإنّ الصحة الجسمية والنفسية للفرد داخل عمله تتوقفان على مدى تفاعل المتطلبات النفسية للفرد وحريته في اتخاذ القرار.

( البنا حسن، 1990 )

إن تحكّم جيد في المتطلبات الكثيرة يساعد الفرد على تأدية نشاطه جيدا، إضافة إلى الروح الإبداعية التي سيّسم بها. لكن إذا كانت المتطلبات كثيرة مع تحكّم ضعيف في النشاط فسيؤدي ذلك حتما إلى شعور عالي وكبير بالضغط. أما إذا كانت متطلبات العمل قليلة والتحكم ضعيف في النشاط، فذلك سيؤدي إلى جمود وسلبية في العمل. وإذا كانت متطلبات العمل قليلة تحت تحكّم عالي، فسيعاني الفرد من ضغط ضعيف يسهل عليه تجاوزه والتغلب عليه.

(Karasek & al,1990)

لكن في 1990 أكمل نموذجة رفقة ثيورل (Theorell) بإدخال عامل جديد هو "الدعم الاجتماعي" بمعنى إمكانية الحصول على الدعم والتفهم من طرف المحيطين بالفرد، وأظهر أن غياب ذلك يعدّ عاملاً في تدهور الصحة كما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (06) : نموذج المتطلبات - التحكم لكارازك و ثيورل. (Theorell & Karasek, 1990)

## نموذج ليدر للإحترق النفسي (1993):

ينطلق نموذج ليدر للإحترق النفسي (Leiter Model of Burn out) من منطلقين إثنين:

1 - تؤثر أبعاد الإحترق النفسي في بعضها البعض من خلال تطورها عبر الوقت .

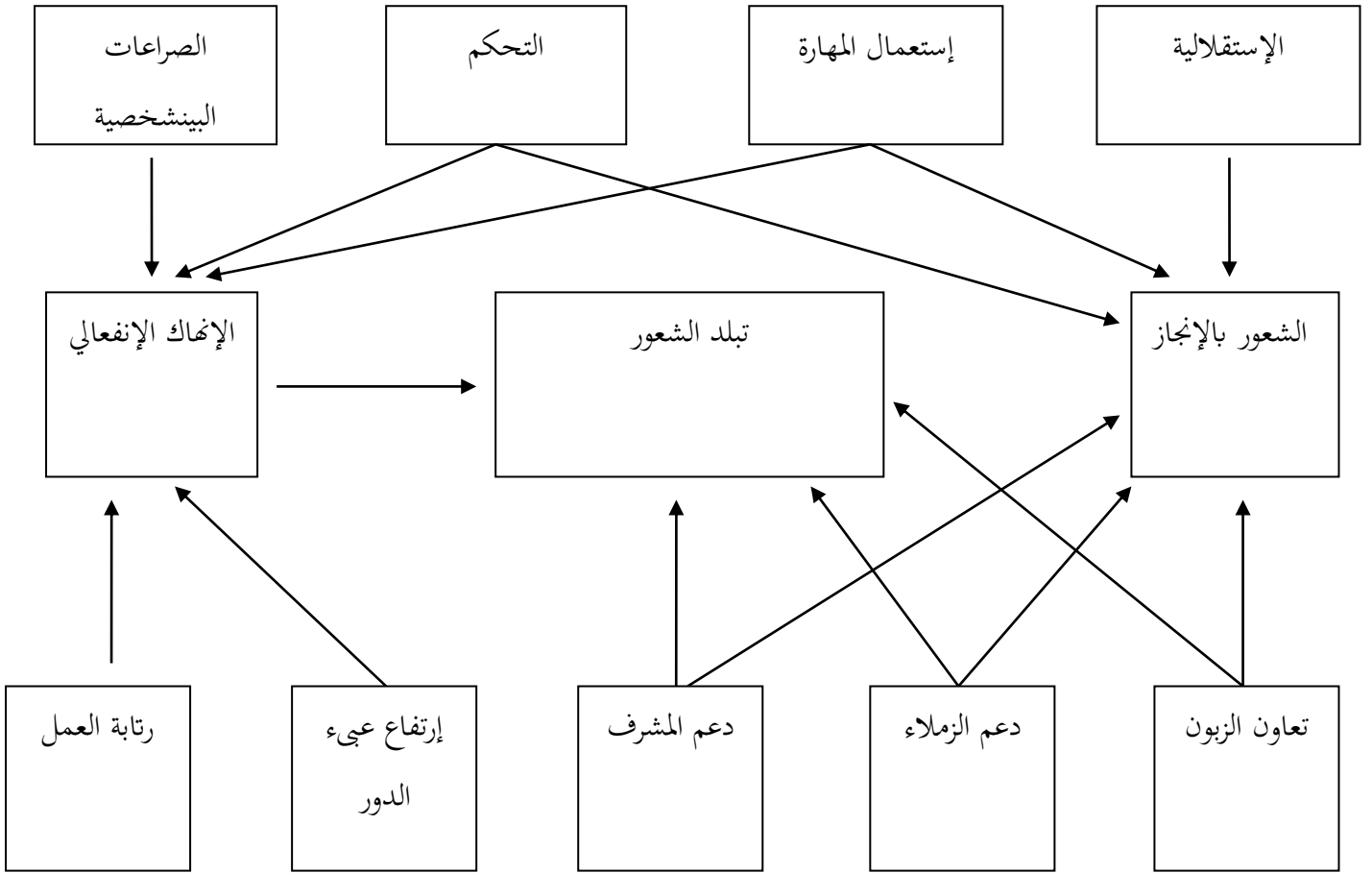
2 - الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي تختلف علاقتها بالظروف المحيطة والعوامل الفردية.

وقد كان مركز إهتمام (Leiter, 1993) منذ البداية يخص الإنهك الإنفعالي بحيث يعرفه على أنه عبارة عن رد فعل لضغوط العمل، كما يعتبر أيضا الإنهك الإنفعالي كوسيط لأثار الضغوط على عدة مخرجات مثل اللأانسنة ، الإلتزام المهني ، الولاء التنظيمي والغيابات، لذلك فإن اللأانسنة أو تبدل الشعور يعتبر هو العرض الخاص بالإحترق النفسي . (الفرماوي حمزة، 2009)

كما يفترض هذا النموذج أيضا بأن الشعور بالإنجاز المهني يتطور بصفة مستقلة عن الإنهك الإنفعالي، حيث أن الإرتباط الذي يوجد بينها يمكن إرجاعه للعلاقة التي يتقاسمها مع متغيرات أخرى .

تتمثل الضغوط التنظيمية (المتطلبات) لهذا النموذج في: إرتفاع عبء الدور، الصراعات في العلاقات الشخصية والرتابة. يكون تأثير هذه الضغوط على تبدل الشعور بطريقة غير مباشرة عبر الإنهك الإنفعالي. كما يؤدي توفر الموارد المساندة مثل الدعم الموجود في أماكن العمل والتعاون من طرف الزبائن إلى تخفيض أثر الإنهك الإنفعالي على تبدل الشعور وفي نفس الوقت إرتفاع الشعور بالإنجاز المهني.

ويستمد **Leiter** هذه العلاقات من سلسلة من الدراسات والبحوث ونظرية المحافظة على الموارد (The Conservation of Resource theory)، هذه الأخيرة تشير إلى أن الأفراد يكونون أكثر تأثرا للمتطلبات بالمقارنة مع نقص الموارد؛ لذلك فإن المتطلبات (الضغوط) ترفع من الإرغامات التي يعبر عنها على شكل إنهك إنفعالي، في حين أن متغيرات الموارد (الدعم من قبل المنظمة والتعاون من طرف العملاء) تؤدي إلى خفض الحاجة إلى إستعمال إستراتيجيات المواجهة الدفاعية Defensive Coping مثل تبدل الشعور، كما تؤدي الموارد أيضا إلى رفع الشعور بالإنجاز المهني. (عبد الحميد عشوي: 2008)



( Leiter ,1993)

الشكل رقم (07) : نموذج ليدر للإحتراق النفسي.

### نموذج التعاملات التقييمية للازاروس Lazarus: اضطراب أساليب المواجهة

حسب ( Lazarus& al,1988 ) فإنّ الإحتراق النفسي ينتج عن اضطراب في أساليب مواجهة موقف ضاغط ما ( Coping ). فالضغط والانفعالات لا يصدران من الفرد نفسه ولا من بيئة محيطة به، بل ينتج عن العلاقة الفاعلة بين الفرد وبيئته معا. ولأنّ هذه العلاقة متغيرة بدلالة الزمن وحسب الظروف، فإنّ استراتيجيات التكيف تتغير أيضا شيئا فشيئا وفق تعامل الفرد وتفاعله مع بيئته، ومدى تطور هذه العلاقة. وتتميز نظرية لازاروس التي قدمها سنة 1960 رفقة فولكمان، بأنّها تعتمد على المنحى التفاعلي، الذي ينظر إلى المواجهة على أنّها ناتجة عن



تفاعل المتغيرات الشخصية، والظروف النفسية للفرد مع بيئته الفيزيائية، كما أشار إلى عمليات التقييم الأولي والثانوي ودورها في المواجهة، و هي :

-عملية تقييم أولي؛ وفيها يقدر الفرد كون الحدث الضاغط مهدد أم لا.

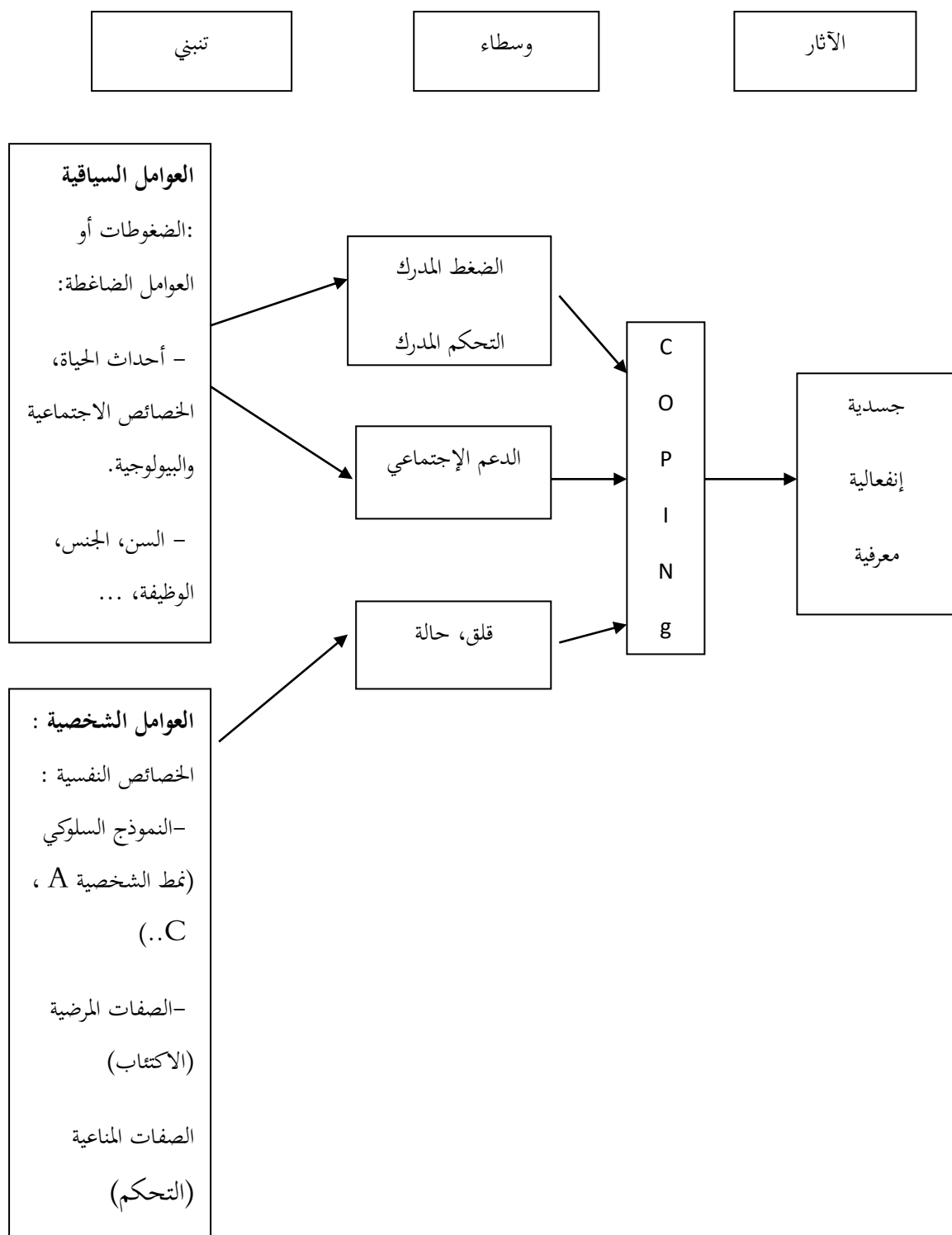
-عملية تقييم ثانوي؛ وفيها يفكر الفرد في ما يمكنه فعله أو القيام به .

وقد صنّف الحدث الضاغط إلى:

- أحداث ضاغطة خارجية؛ وهي الأحداث المحيطة بالفرد في البيئة الخارجية .

- أحداث ضاغطة داخلية؛ وهي نابعة من داخل الشخص، وتتكون من خلال إدراكاته للعالم الخارجي.

وركز لازاروس في نمودجه على التقدير الشخصي للحدث الضاغط؛ حيث إنه يعد ذو تأثير على عملية المواجهة، كما أشار إلى دور المشاعر الايجابية والسلبية، وأهميتها في التأثير على الأحداث الضاغطة؛ إذ افترض لازاروس أن المشاعر السلبية تزيد الحدث الضاغط سوءاً؛ أما المشاعر الإيجابية فإنها تزود الفرد بالاسترخاء والراحة النفسية التي تدعم مجهودات المواجهة، ويمكنها إشباع المصادر التي استنفذت من جزاء الضغوط ويقترح لازاروس وآخرين (Lazarus & al,2000) أن يُنظر إلى الضغوط نظرة إيجابية أي كتحدّي وليس كتهديد. فاختصر ذلك في نمودجه الذي يؤكد على أن الضغط النفسي يتحدد بالإدراك الشخصي للعلاقة الخاصة مع بيئة العمل. هذا الإدراك هو ناتج عن العوامل الفردية والعوامل السياقية أو البيئية. ويستنتج كلٌّ من لازاروس وفولكمان (1984) لا يكفي الأخذ بعين الاعتبار بالعوامل التنبؤية (المتغيرات الشخصية والمتغيرات البيئية) لشرح عواقب ذلك على صحة الفرد وعلى سلوكاته، فالواجب تحديد رد الفعل في مواجهته للمتطلبات البيئية، ووصف كيف يمكن أن تؤثر هذه المتطلبات على عملية تكيف الفرد في المدى البعيد. وهذا ما يبينه لنا الشكل التالي:



الشكل رقم (08) : رسم تخطيطي لنموذج لازاروس وفولكمان. (Folkman & Lazarus, 1984)

## النموذج الوجودي ل Pines (1993):

يظهر الإحترق النفسي حسب النموذج الذي تقدمت به (Pines Ayala, 1993) في مناخ ثقافي أين يصبح العمل بالنسبة لعدد من الأفراد موضوع البحث عن معنى الوجود، وهذا ما يفسر بأن "الأسباب الأولى للإحترق النفسي تنبع من حاجة الأفراد للإعتقاد بأن حياتهم لها معنى وأن الأشياء التي يقومون بها ذات فائدة وأهمية على عكس ما يقترحه نموذج شرنيس، ترى (Pines, 1993) أن الضغوط كعبء العمل والإرغامات التنظيمية ... لا تتسبب في حدوث الإحترق النفسي لأنها تعرقل إستعمال الكفاءات والمؤهلات، بل لسبب أكثر عمقا وهو أن إستحالة إستعمال هذه الكفاءات تحرم الفرد من المعنى الذي يبحث عنه من خلال ممارسة عمله.

فبالنسبة (Pines, 1993) الإحترق النفسي ليس نتيجة لغياب كلي للمعنى، بل يتعلق الأمر بكون الفرد يرى أن مساهمته الشخصية ليست لها معنى أو غير مهمة مما يؤدي إلى حدوث الإحترق النفسي، ومن هذا المنطلق كلما بدأ الفرد العامل في ممارسة مهنته بتعلق وإلتزام كبير، كلما كان إحتمال تعرضه للإحترق النفسي أكبر في ظل شروط عمل غير مناسبة. (Hallberg, 2005)

في هذا النموذج، تتنوع مصادر التوقعات، ففي بعض الحالات قد تكون عامة وشاملة، أي على الأقل تكون القاسم المشترك بين كل من يدخل إلى الحياة المهنية، وعلى العموم يفترض هذا النموذج بأن الأشخاص الذين لديهم حافز كبير للعمل هم من يميلون للتعرض للإحترق النفسي.

## نموذج شفاف وآخرون للإحترق النفسي 1986 :

يشير هذا النموذج الى المصادر والمظاهر السلوكية للإحترق النفسي كما هو موضح في الشكل التخطيطي التالي:

### مصادره

#### عوامل و متغيرات شخصية

- الجنس - السن - سنوات الخبرة
- المستوى التعليمي.
- التوقعات المهنية.

#### عوامل خاصة

- صراع الدور - غموض الدور.
- عدم المشاركة في القرار.
- تأييد اجتماعي رديء.

1. إستنزاف انفعالي. - ترك المهنة.
2. فقدان الهوية الشخصية. - زيادة معدل الغيابات.
3. نقص في الإنجاز الشخصي. - التعب لأقل مجهود.

الجدول رقم (03): يوضح مصادر الإحترق النفسي وأبعاده ومظاهره.

وبعد استعراض أهم النماذج والنظريات التي فسّرت مفهوم الإحترق النفسي والأسباب المؤدية إلى الإصابة به، يتبيّن لنا أن أغلب النماذج قد أشارت إلى أن الإنهاك هو آخر مراحل الإحساس بالضغط، كما أنه ينشأ نتيجة مجموعتين من الأسباب، إحداهما ترتبط بشخصية الفرد، والأخرى ترتبط ببيئة العمل، ويرجع ذلك إلى اختلاف رؤاها واختلاف الأطر النظرية التي تبنتها وذلك تبعاً لأسس فسيولوجية، نفسية أو اجتماعية أو تفاعلية ...

### التشخيص الفارقي للإحترق النفسي:

هناك دائماً احتمال وقوع التباس في التعرف على متلازمة الإحترق النفسي، وإمكانية الخلط بينه وبين اضطرابات نفسية أخرى، كالإكتئاب، القلق والإعياء النفسي... الخ .

فهذه الاضطرابات من شأنها أن تأخذ شكل عياديا مشابه لحالة الإحترق النفسي. وبالتالي عند محاولة تشخيصه يتوجب الأخذ بعين الاعتبار كل الأبعاد بالإضافة إلى مجموع الأعراض الجسمية التي عادة ما تظهر في هذا التناذر.

حيث أنه غالباً ما يشكل " تناذر التعب المزمن " بداية لظهور الإحترق النفسي، كما أن مجموع التظاهرات الجسمية لحالات آلام الظهر يمكنها هي الأخرى أن تكون مؤشرات أولية تسبق ظهور حالة الإحترق النفسي.

(Delbrouck,2003)

## إشكالية تصنيف وتشخيص الإحترق النفسي:

لا يوجد مبحث للأعراض خاص بالاحترق النفسي، إذ لم يشخص بشكل رسمي نظرا لعدم إدراجه ضمن التصنيفات الدولية للأمراض العقلية والنفسية (Canoui & al, 2004) حيث أدرج في التصنيف الدولي للأمراض: المراجعة العاشرة CIM 10- تحت الرمز F43.2، اعتبره اضطرابا في التكيف كرد فعل لعامل الضغط الحاد. هو إذن رد فعل غير متكيف تتسبب فيه عدة عوامل ضاغطة نفسية-اجتماعية يظهر في شكل استجابات تدوم ثلاثة (03) أشهر متواصلة، وتظهر مباشرة بعد تعرّض الفرد للعوامل الضاغطة، فيصاب عندها باضطراب في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية و/أو يصبح يعيش معاناة كبيرة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن ردود أفعال الفرد هذه لا تتوافق مع العوامل الضاغطة التي تعرّض لها بل تكون استجابات مبالغ فيها.

وبالتالي يظهر أنه من غير المفيد محاولة اعتبار متلازمة الإنهاك المهني كفتة تشخيصية جديدة تنتمي للاضطرابات النفسية، فالدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض النفسية والعقلية (DSM- IV) لم يتناول هذه المتلازمة بشكل رسمي ضمن تصنيفاته، حيث كتب غرابثام (H. Grabtham) سنة 1986 يقول: "...عند الحديث والتعامل مع حالة الإحترق النفسي فإننا سنواجه حقيقتين مختلفتين: فإما أن يتم تشخيص هذه المتلازمة عن طريق الخطأ فنعتبر أنه حالة إحترق نفسي في حين أنه من الممكن أن تكون الحالة المقدمة الشخصية...).

وإما أن يكون تشخيص حالة الإحترق النفسي صحيحا، إلا أننا سنجد صعوبة في تقديم التدخل العلاجي الملائم نظرا لنقص الوسائل والطرق العلاجية الخاصة به... (موقار، 2010).

وعليه، فإننا نلاحظ أن هناك الكثير من أعراض الإحترق النفسي التي تدفعنا في نفس الوقت إلى اقتراح تشخيص آخر مختلف، نظرا لأن هذه المتلازمة لا تنتمي لفتة تشخيصية معينة، لكن إذا توجب الأمر إدراج حالة الإحترق النفسي ضمن فتة تشخيصية معينة فإننا نفضل اعتباره أحد اضطرابات التكيف، ومنه يكون من الممكن التعامل مع هذه المتلازمة كشكل عيادي لاضطراب التكيف.

فمتلازمة الإنهاك المهني لا تعتبر كفتة تشخيصية ولكن كتشخيص لحالة عيادية بهدف تفريقها عن الاضطرابات الأخرى واستبعاد الحالات المشابهة لها عياديا، فهو بمثابة عملية تتطلب الوصف والتحديد بشكل واضح، عندها فقط يكون بإمكاننا التعرف على الاضطراب الذي يختفي وراء هذه العملية، فإما أن يكون اضطرابا نفسيا مرضيا،

أو أن يكون عبارة عن اضطراب في التكيف يعود إلى عوامل متعددة : شخصية، بين شخصية و/أو تنظيمية (مرتبطة ببيئة العمل) . (Canoui & al ,2008)

#### - الإحترق النفسي والإكتئاب:

تتداخل الكثير من أعراض الإكتئاب مع أعراض الإحترق النفسي كإضطرابات المزاج، إضطرابات النوم والشهية، إنخفاض الطاقة، إنخفاض تقدير الذات، لكن هذه الإضطرابات لا تمثل الإكتئاب الكلي كالإنطواء والظروف الحادة التي تهدد الحياة الإجتماعية والمهنية، أو نوع من المعاناة التي تتطلب الدخول إلى المستشفى.

(سامر جميل رضوان، 2007)

قد يشعر الفرد وهو يعاني من الاحترق النفسي ببعض الميل إلى الإحساس بالاكتئاب ، إذ كلما كانت مستويات الاحترق النفسي عالية كلما زاد خطر الإصابة بالاكتئاب. إضافة إلى هذا، تكون معاناة شخص مكتئب أكبر منها عند شخص غير مكتئب أو عند شخص عاش الاكتئاب في مرحلة ما في الماضي.

( Ahola & al., 2005)

فالإحترق النفسي مرتبط أشد الإرتباط بالميدان المهني حيث يتمثل في صعوبة الحصول على الموارد والمصادر الكافية لمواجهة متطلبات العمل أما الإكتئاب فمصدره إيثولوجي متعدد الجوانب ومركب من تجارب متعددة للفقدان والخسارة والعزوف والإنفصال والميل إلى التقييم السلبي للذات والمستقبل.

(Demerouti et al, 2001)

فالإكتئاب يرتبط أشد الإرتباط بالمواقف الضاغطة الداخلية والخارجية التي تخلق نوعا من فقدان تقدير الذات إلى جانب العديد من الفقدانات.

(2000، حسين فايد )

وقد ظهر أن الإحترق النفسي غالبا ما يكون مترافقا مع اضطرابات الاكتئاب، كما أنه من الممكن أن يسبق أو يعقب ظهور الاكتئاب. ففي سنة 1974 ، قام "Freudenberger" بوصف حالة الإحترق النفسي بأن الشخص المصاب بهذه الحالة يبدو وكأنه يعاني من حالة اكتئاب، إلا أنه تدارك ذلك سنة 1980 حيث أكد على أن حالة الإحترق النفسي تختلف كليا عن اضطرابات الاكتئاب، فهي عادة ما تكون مقتصرة على الميدان المهني (وذلك نظرا لأن أعراضها تختفي ولا تظهر على الفرد عندما يكون بعيدا عن ميدان عمله)، إضافة إلى عدم

شعور الفرد بمشاعر الذنب والتي عادة ما تكون مرافقة لاضطراب الاكتئاب وإنما نلاحظ شعوره بالغضب والسخط.

لكن بالإمكان التعقيب على ما جاء به **Freudenberger**، حيث أن مجمل الملاحظات التي أشار إليها صحيحة إذا كان الإحترق النفسي في بدايته (بداية ظهوره)، لكن وبمرور الوقت ومع تطوّر متلازمة الإحترق النفسي، ستصل إلى الشكل النهائي الذي سيؤثر عندها على كل ميادين حياة الفرد، وسيظهر ذلك بأعراض جد مشابهة لأعراض الاكتئاب (العزلة، اللامبالاة، اضطرابات النوم، انخفاض تقدير الذات، مع محاولات الانتحار في حالات نادرة).

كما أن الإحترق النفسي يشترك مع مقياس الإكتئاب ل Beck خصوصا في البنود المتعلقة بالسلبية وصعوبة مباشرة الأفعال. فالإنهك الإنفعالي يشبه تعب الإكتئاب، وتبلد الشعور يوافق الإنطواء حول الذات في حالات الإكتئاب، أما نقص الشعور بالإنجاز الشخصي فيوافق الشعور بعدم القدرة وفقدان الأمل وإنخفاض الفعالية التي نجدها بكثرة في حالات الإكتئاب .

بالإضافة إلى أن المعاناة الجسمية والشكاوي الجسدية حاضرة في كل من الإحترق النفسي والإكتئاب الذين يصاحبان بإضطرابات صحية جسمية (مشاكل قلبية، إضطرابات الجهاز الهضمي، الألام المفصلية) والتي تزداد شدتها بإرتفاع حدة الإنفعالية السلبية التي نجدها في كل من الإحترق النفسي والإكتئاب .

(Zellars et al, 1999)

وفيما يلي نستعرض جدولاً يبين الفروق بين أعراض الاكتئاب والإحترق النفسي كما يوضحها (Demerouti, 2004) :

الجدول رقم ( 04): الفرق بين أعراض الاكتئاب والإحترق النفسي

الإحترق النفسي	الإكتئاب
-عدوانية وغضب .	- مزاج مكتئب ( حزين يائس).
- ضعف المتعة والسرور .	-غياب المتعة والسرور .
-فقدان أو زيادة الوزن بشكل طفيف .	-فقدان الوزن.
-المخاوف قليلة .	-المخاوف شديدة.
-مشاكل النوم (صعوبة الدخول في مرحلة النوم).	- مشاكل النوم (الإستيقاظ المبكر).
-قلة التفكير بالإنتحار .	-أفكار إنتحارية.
- اللاقرار .	-اللاقرار .
-الإسناد السببي: العمل .	-الإسناد السببي : المرض.
إكتئاب في العمل فقط .	-إكتئاب عام في كل المجالات .
-مستوى الحيوية متوسط.	- مستوى الحيوية ضعيف.

وبالتالي فإن التمييز بين الإحترق النفسي والاكتئاب هو أمر يصعب تحقيقه، لكن ليس من الجانب الفيزيولوجي وبالرجوع إلى الفحص البيولوجي وقياس نسبة الكورتيزول ( cortisol ) في الدم. فقد اكتشف الباحثون أن المصاب بالاحترق النفسي لا يفرز هذا الهرمون أو يفرزه بكمية قليلة جداً على عكس الأشخاص المصابين بالاكتئاب الذين يفرزون الكورتيزول بكمية كبيرة جداً تكاد تغرق الجسم كله به، وفي كلا الحالتين يوجد خطر كبير جداً على جسم المصاب.

( Lupien,2017)



إضافة إلى أن بعض السلالم المخصصة لقياس وتقييم الإحترق النفسي تحتوي على بعض البنود التي تنتمي إلى مقاييس الإكتئاب وهذه الأسباب لم يتم تصنيف الإحترق النفسي كهوية عيادية. بالرغم مما يحمله من مجموعة الخصائص والمؤشرات العيادية المميزة له إلا أنه يمكن التفرقة بينهما فيما يلي :

أوجه التشابه:

- وجود مشاعر اكتئابية في حالة الإنهاك الانفعالي، وتظهر بالخصوص في الشعور بانخفاض الإنجاز الشخصي.  
- ظهور الاضطرابات الجسمية عند الفرد من شأنه أن يدفعنا إلى وضع تشخيص لحالة اكتئاب مقنع أو اكتئاب أساسي .

كل هذه الأسباب دفعت ببعض المختصين في الطب النفسي إلى الاختلاف مع من سبقهم بقولهم أن التعامل مع الإحترق النفسي كشكل عيادي للاكتئاب، وأن كل من الإحترق النفسي والضغط النفسي المزمن بإمكانهما تشكيل قاعدة حقيقية مهيئة لظهور الاكتئاب (Canoui & al, 2008) . هو إثبات على ضرورة ووجوب التمييز بينهما كحالتين مختلفتين نظرا لأن أحدهما من الممكن أن تسبق ظهور الأخرى أو تعقبها، وهذا يعني أنهما لا تعبران عن الحالة نفسها.

أوجه الاختلاف:

- الإحترق النفسي يظهر نتيجة ضغط نفسي انفعالي مزمن نتيجة ظروف وعوامل مهنية خارجية، أما الاكتئاب فله أصول داخلية بالدرجة الأولى إضافة إلى عوامل خارجية مفجرة لظهوره.

- الإحترق النفسي يتطور بشكل تدريجي ولا يتميز بتبدل المزاج كما هو الحال بالنسبة للاكتئاب.

- المظاهر المعرفية السلبية للإحترق النفسي تكون عموما محدودة في مجال العمل، بينما في حالة الاكتئاب فهناك نوع من التثبيط (الكف) للنشاط والتفكير والذي يمتد تأثيره على الحياة المهنية والشخصية على حد سواء.

- إن محاولة الفرد الابتعاد عن عمله (كأخذ عطل مرضية) من شأنها أن يخفف من شدة متلازمة الإحترق النفسي، إلا أن الأمر لا ينطبق مع حالة الاكتئاب حيث لا تفيد العطل وفترات الراحة في التقليل من حدته.

- إن تناول الشخص للأدوية النفسية والعلاجات الدوائية الأخرى من شأنه أن يخفف من حالة الاكتئاب، بعكس حالة الإحترق النفسي، حيث غالبا ما تكون هذه الأدوية قليلة الفعالية.

### الإحترق النفسي واضطرابات القلق:

كما في حالة الاكتئاب، فقد يشكل الإحترق النفسي مهدا حقيقيا لظهور أعراض القلق النفسي، إلا أنه يعتبر كسيرورة وكعملية أكثر منه كمرض.

ولأن الإحترق النفسي هو النتيجة التعرض الدائم والمستمر للضغط النفسي المزمّن، فإنه قد يطور بعض الأفراد شعورا بالقلق النفسي وهذا بدلالة قدرتهم على التكيف مع الضغوطات التي يتكبدونها.

إن كل من القلق، الضغط النفسي، والإحترق النفسي عبارة عن حالات متشابهة وقرية من بعضها البعض، إلى درجة أنه غالبا ما تستعمل هذه الكلمات (قلق، ضغط، إحترق نفسي) لوصف نفس الحالة النفسية، إلا أنه من الأكد وجود اختلاف فيما بينها. فاضطرابات القلق معرفة كإحدى الاضطرابات النفسية، لها أعراضها وتقنياتها العلاجية، وبالرغم من إشتراكها مع الضغط النفسي في بعض العناصر إلا أنه يجب التأكيد على أن الضغط النفسي لا يعد اضطرابا نفسيا، فالآليات الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية المعروفة لحد الآن والمتعلقة بحالة الضغط النفسي تختلف عن آليات القلق . (رائدة، 2006)

وأما بالنسبة للإحترق النفسي فمن شأنه أن يشكل قاعدة مهيئة لظهور اضطراب القلق مثل ما هو الحال بالنسبة للاكتئاب، فالإحترق النفسي يعتبر في حد ذاته عملية أكثر منه إضطراب. وإن اعتباره كرد فعل لحالة الضغط النفسي المزمّن لا يعني بالضرورة تطوره إلى اضطراب قلق، وإنما يتوقف هذا على الأفراد ويختلف باختلاف قدرتهم على التكيف مع الوضعيات التي يواجهونها.

### الإعياء النفسي - النوراستينيا : ( Neurasthénie )

سنة 1868 ، وصف طبيب الأمراض العصبية الأمريكي جورج بيرد ( Beard George ) ظاهرة جديدة من ظواهر المجتمع والتي أسماها، "النوراستينيا Neurasthénie"، ووصفها بأنها شكل من الإنهاك العصبي يحدث نتيجة ضغوط الحضارة العصرية وأساليب الحياة الحديثة، حيث أنها تمس بالخصوص المهنيين الذين يعملون عدة ساعات بدون انقطاع. كما نجد هذا الاضطراب غالبا في الطبقات الاجتماعية المترفة الذين يعيشون في

الرفاهية (Mangen, 2007) . وتتميز النوراستينيا بتعدد الأعراض غير المحددة ولا المميّزة والتي قد تكون ذات طابع نفسي أو جسيمي (Goetz , 2001) فقد يشعر الفرد بوهن دائم في العضلات، وباضطرابات وظيفية (هضمية، وفي الغدد الصماء) وحسية (كالإحساس بالصداع ، وبآلام في العضلات)، وبالشعور بالقلق، وبحالة من الشعور الدائم باليأس، مع الإحساس بالحزن ذو المنشأ النفسي. وكل هذه الأوصاف قد تنطبق على الاحتراق النفسي غير أن هذا الأخير لا تعود الإصابة به إلى وجود اضطراب عصبي. (Glen,2010)

كما أن مفهوم النوراستينيا تغيّر عبر التاريخ، وأصبح لا ينتمي لميدان علم الأعصاب بل انضم إلى علم الأمراض العقلية والنفسية. فجدده مدرجا في تصنيفات الأمراض العقلية والنفسية وبالضبط في التصنيف الدولي للأمراض (CIM- 10) حيث يظهر ضمن الاضطرابات الجسمية (Troubles Somatoformes ) تحت الرمز (F45) أو ضمن الاضطرابات العصائية الأخرى تحت اسم متلازمة الإعياء الوظيفي ورمزه (F48).

وقد أصبح باستطاعتنا اليوم أن نميزها وبشكل أساسي عن الإحتراق النفسي على اعتبار أنها تابعة لتشخيصات الأمراض العقلية وأن ظهورها غير مرتبط بميدان العمل. (Douki,2011)

### جسدنة المرض (somatisation) والمرض النفسجسمي (psychosomatique) :

تحتلّ جسدنة المرض مكانة خاصة ضمن المؤشرات العيادية لمتلازمة الاحتراق النفسي، حيث يتكرّر ظهورها كثيرا عند الأفراد الذين يعانون من حالة الإستنفاد (L' épuisement) ، إلا أن مؤشرات الجسدنة ليست خاصة بحالة الاحتراق النفسي ولا مميزة له، فمن الممكن أن تكون حالة الإنهاك المهني خالية من مؤشرات جسدنة المرض وأعراضه، كما أنه من المفيد معرفة أن إضرابات الجسدنة كثيرة التكرار والظهور في حالات الاحتراق النفسي .

(زاوي،2018)

وجسدنة المرض هي مجموع من الاضطرابات تظهر في شكل أعراض جسمية متنوعة ومتغيرة بمرور الوقت، يعاني منها الفرد لعدة سنوات بالرغم من أنّ الفحوص والكشوف الطبية تشير إلى غياب أي إصابة أو تلف جسدي حقيقي، كما يمكن ترتبط أن مجموع أعراضه بأي جزء أو عضو من الجسم، وتكون عبارة عن أعراض خارجة عن سيطرة الفرد، فأسبابها أساسا لا شعورية، حيث نلاحظ غياب أي إصابة جسدية فعلية بعكس الاضطرابات السيكوسوماتية التي يكون فيها الاضطراب الجسدي متوافقا مع تلف حقيقي يتطور ويتأثر بالعوامل النفسية. لكن

هذه العلامات أو الأعراض قد تكون ترجمة لمشاعر خاصة مثل إرادة البقاء والوجود ومصاعب الحياة، خصوصا وأن هذه المظاهر والأعراض ليست خاصة فقط بالاحتراق النفسي . (Gérain,2018)

كما نشير أيضا إلى أن حالة الاحتراق النفسي تختلف عن حالة تناذر توهم المرض (L'hypochondrie) حيث أن الفرد لا يعاني من مخاوف الإصابة بالمرض، وتختلف أيضا عن حالة متلازمة التحويل: (Syndrome de conversion) ذلك لأن الفرد لا يعاني من إصابات في الوظيفة الجسدية.

**الملل الوظيفي Bore-Out**: كان أول من استعمل مصطلح الملل الوظيفي السويسريان بيتر وردر وفيليب روثين (Werder P , W Rothlin ,2007) ، لكن جذوره تمتد إلى سنة 1958 حين أشار كل من هيربرت سايمن و جايمس مارتش (James G. March, Herbert A. Simon) إلى عدم وجود حدود لكمية اللانشاط التي يمكن للتنظيمات إمتصاصها (Bourion & al ; 2011) وبعدهما جيريمي ريفكين (Rifkin Jeremy, 1995) الذي استشعر المفهوم في كتابه "نهاية العمل".

(Work Of The End)

ومتلازمة "الإرهاك الوظيفي بسبب الملل" أو كما سُمي أيضا ب"مرض العمل المخزي (Bourion,2011) أو "العمل العار" (Lumineau ,2016) ، هو اضطراب نفسي ناتج عن الملل وغياب العمل والتحدي الوظيفي (Baumann,2016) بسبب غياب النشاط والرضى عن المهنة والروتين في أداء النشاط المهني. يُشخص بفقدان الإهتمام والدافع للعمل، ويفقد الفرد تقديره لذاته ويشعر بعدم الجدوى من وجوده وعن دوره في المجتمع. وكل ذلك يسبب له القلق وصعوبة في أداء أدنى نشاط، فيفقد ثقته في نفسه ويبدأ الشعور بالذنب في إمتلاكه، فيعزل ليصبح في النهاية فريسة الإصابة بالاكتئاب. وهذا أقصى ما قد يصيبه، إلى جانب بعض الشكاوى الجسمية، ليكون هذا أساسا ما يفرقه عن الإحتراق النفسي . (Baumann,2016)

**عدم الرضا المهني**: يعدّ الاحتراق النفسي وعدم الرضا المهني كِلَيْتَان مختلفتان، حيث يحتوي الأول الثاني، والعكس غير صحيح. فالرضا الوظيفي هو الشعور النفسي بالقناعة والارتياح والسعادة لإشباع الحاجات والرغبات والتوقعات مع العمل نفسه وبيئة العمل، مع الثقة والولاء والانتماء، وهو أيضا مشاعر العاملين تجاه أعمالهم وأنه ينتج عن إدراكهم لما تقدمه الوظيفة لهم ولما ينبغي أن يحصلوا عليه من وظائفهم من تقدير للذات على وجه

الخصوص. كما أنه محصلة للإتجاهات الخاصة نحو مختلف العناصر المتعلقة بالعمل والمتمثلة بسياسة الإدارة في تنظيم العمل ومزايا العمل في المنظمة، الأمان بالعمل ومسؤوليات العمل وانجازه والاعتراف والتقدير.

( Beverly, 2005 )

أما عدم الرضا فيعرف على أنه تجربة سلبية يعيشها الفرد وتكون مرتبطة بالعمل، كما أن فقدان الشعور بالانجاز في العمل هو في حد ذاته مظهر من مظاهر عدم الرضا، وعليه فإن عدم الرضا المهني مستبعد الإنهاك الانفعالي وبلادة المشاعر ( اللاشخصانية في التعامل مع الآخر في علاقة مساعدة).

. متلازمة "فقدان الطاقة" **Brown- Out** :

هي متلازمة "فقدان الطاقة" أو "الفقدان التدريجي للحافز" هي اضطراب نفسي مشابه جدا لمتلازمة الاحتراق النفسي. ففي بداية 2013، أشار الأثنروبولوجي الأمريكي ديفيدغريير (D. GRAEBER , 2016) إلى ما أسماه بـ"الوظائف المقرفة" أو (Bullshit Jobs) بمعنى الأعمال الفاقدة للمعنى. وجاء بعده الألماني: "Michael E. Kibler"، وهو مؤسس موقع المفاهيم العمومية للشركات، وقام بإعطائها الإسم الذي تُعرف به الآن وهو "Brown-out" بعد أن نشر مقال عنها بمجلة Harvard Business Review في جانفي 2015 شرح فيها أعراضها التي تتقارب من أعراض الاحتراق النفسي والاكتئاب، عرفها بالشعور بالاستنزاف المستمر للطاقة الجسمية والنفسية على مدار اليوم والأسبوع، وبالإنهاك الجسيمي الراجع لسنوات الإهمال بالعناية بالنفس، يعاني منها الشخص المصاب من إضطرابات هضمية، اضطراب النوم، الانعزال عن الأصدقاء، عدم القدرة على التركيز في محادثات خارج العمل، تناقص في الإهتمامات الشخصية، وأيضاً بضعف العلاقات مع أفراد أسرته (Kibler, 2015) يظل في العمل لساعات دون أن يولي أدنى إهتمام للنشاط ولا للأداء. يفقد الشخص حسه الفكاهي ويتحول إلى شخص عدواني، كثير المرض بالرشاح والزكام، كما يعاني من الصداع النصفي.

(Boudoukha, 2016)

يُصاب بهذه المتلازمة أساسا المتخرجون الجُدد أصحاب الشهادات الذين يفقدون الدافعية في عملهم الجديد بسبب سخافة نشاطهم المهني اليومي الذي يتميز بالأعمال المتكررة مقارنة مع مستواهم ومؤهلاتهم العلمية، فيفقد

هذا العمل معناه، ويصبح مضيعة للوقت وعديما للفائدة. ويبدأ الموظف بعدها يعيش صراعا بين قيمه الشخصية وعمله الذي يسبب له ضغطا شديدا نتيجة فقدان التآلق فيه كما كان متوقعا له. فيستقيل نفسيا من عمله.

### الإهتراء النفسي (The Worn-out):

هو استنفاد الطاقة والفاعلية، يصاحبه الشعور بالتعب الشديد والإرهاق التام من شدة الإفراط في العمل فيفقد الفرد نصارته فلم يعد يُرجى منه أي فائدة ويصبح عديم القيمة. (Boudarene,2005)

### متلازمة الألم العضلي الليفي (le syndrome de fibromyalgie):

هو شكل من أشكال الألم العضلي الليفي يظهر في شكل آلام في جميع أنحاء الجسم وتيبس في العضلات والأوتار والأربطة ، يرافق ذلك أعراضاً أخرى مثل التعب والإجهاد، اضطرابات النوم وغياب النوم المصلح، اضطرابات المزاج وصعوبات في الإدراك مثل ضعف الذاكرة والضبابية العقلية. كما يرتبط وجوده بالاكتئاب والقلق. أسبابه ما زالت غير معروفة، وهو يصيب في الغالب النساء في منتصف العمر. يمكن أن يصاب به الرجال أيضا والأشخاص من جميع الأعمار. (Hachelafi,2020)

### الوقاية والعلاج من الإحتراق النفسي الوالدي/ الأمومي:

حالة الإحتراق النفسي ليست بالدائمة وبالإمكان تفاديها والوقاية منها، كما أنه ظاهرة من الظواهر النفسية التي تمس الأفراد في مجالهم المهني، وقد اعتدنا في مجال الاضطرابات النفسية أن يخصّ العلاج الأعراض وليس المرض ذاته، حيث أنه بزوال العرض يزول المرض، وهكذا بالنسبة لظاهرة الاحتراق النفسي.

ويعتبر قيام الفرد العامل بدوره المتمثل في حياة متوازنة من حيث الأغذية، النشاط الحركي، الإسترخاء الذهني من الأمور الحيوية والمكملة للجهود المؤسسية في تفادي الإحتراق النفسي (Hubert,2018) ، ولقد قام الباحثين بوضع استراتيجيات لمقاومة هذه الظاهرة في محاولة منهم لخفض درجة المعاناة في العمل وتجنبهم إن لزم الأمر . وسنعرض في هذا الجزء بعض طرق الوقاية من الاحتراق النفسي وأيضا سبل التغلب عليه.

وبصورة عامة يوصي الباحثون بإتباع الخطوات التالية :

1. إدراك الفرد أو تعرف الفرد على الأعراض التي تشير إلى قرب حدوث الإحتراق النفسي .

2. تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو باللجوء إلى الإختبارات التي توضح له الأسباب.
  3. تحدي الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوات السابقة. فمن الناحية العملية يصعب التعامل معها دفعة واحدة . (Gordon,1993)
  4. تطبيق الأساليب واتخاذ خطوات عملية لمواجهة الضغوط منها :
    - تكوين صداقات لضمان الحصول على دعم اجتماعي.
    - إدارة الوقت.
    - تنمية هوايات وحضور الأنشطة الترويحية.
    - مواجهة الحياة كتحدى للقدرة الذاتية .
    - الإبتعاد عن جو العمل كلما أمكن .
    - الإستعانة بالمتخصصين .
    - الإعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الإيجابية في مواجهتها .
  - 5- تقييم الخطوات العملية التي اتبعها الفرد لمواجهة المشكلة للحكم على مدى فعاليتها واتخاذ بدائل إذا لزم الأمر. (علي عسكر،2003)
- ويضيف بعض الباحثين:
- أخذ الإجازات باستمرار.
  - ممارسة بعض التمارين الرياضية مثل الركض والسباحة.
  - إجراء بعض التمارين لتخفيف الضغط مثل تدليك العضلات والتنفس العميق.
  - تنويع المهام التي يقوم بها الشخص أثناء العمل حتى لا يصبح عمله روتينيا. (أحمد عوض،2007 )

## 1. الوقاية من الاحتراق النفسي:

بالرغم من نقاط التشابه بين الاحتراق النفسي وبين المرحلة الأخيرة من الضغط النفسي الذي وصفه (سيلي Selye)، إلا أن الاحتراق النفسي هو إصابة غير رجعية تسير وفي اتجاه واحد لا ينعكس، كما أن الضغط النفسي لا يتكون فقط من الاستجابات عفوية للتأثيرات غير المحددة للعوامل الضاغطة، بل تتدخل في ذلك أيضا عوامل أخرى. كما أن التقييم المعرفي للحالة وللمصادر المتاحة للمواجهة والتعرف على العوامل الكامنة للضغط النفسي والدور الإيجابي الذي يلعبه الدعم الاجتماعي... كل هذا سيسمح بالنظر في كيفية استخدام وسائل الوقاية من الإصابة بالاحتراق النفسي، وتكون بالأحرى فعالة ليتمكن المصاب بالاحتراق النفسي من استحقاق نصيبه من التعافي . (مفتاح، 2001)

وعلى العموم تبقى الوسائل التي يمكنها أن تساعد المهني على المعافاة من الاحتراق النفسي هي نفسها وسائل وقاية منها، إلا إذا ظهرت ظروف عمل جديدة تؤمن للمهني استقلالية أكثر، دعم تنظيمي أكبر وعملا أكثر فائدة و إهتماما.

وكما هي الأشكال الأخرى للضغط المهني ، فإننا نجد صنفان من وسائل الوقاية أو التخفيف من حدة الاحتراق النفسي وتقليص عواقبه على التنظيم وعلى الفرد نفسه.

الصنف الأول ويهتم بتعديل بيئة العمل، أما الصنف الثاني فيهتم بقدرات الفرد في مواجهة الضغط النفسي.

(Plaisant ,2010)

إن تقليص العوامل الضاغطة إلى المصدر يشكل الطريقة المباشرة والأكثر نجاعة للتخفيف من الضغط النفسي داخل المنظمة. ففي الأدبيات التي عالجت موضوع تسيير الضغط النفسي، أدرج هذا الصنف من التدخلات تحت اسم " الوقاية الأولية" (Martel (2003 ، لهذا لا يمكن أبدا التغلب أو التحكم بنجاعة في مشاكل الضغوط المهنية والاحتراق النفسي إلا إذا وجد شعور واع بوجود الضغط النفسي في العمل ورغبة وإرادة حقيقية في التغلب على الأسباب الأولى له.

ويمكن اقتراح الحلول التالية للوقاية في الاحتراق النفسي وذلك من خلال محاولة تعديل بيئة العمل:

- تعزيز مشاركة المهنيين في القرارات وتوسيع العمل على دائرة المعلومات أثناء تبادلها.



- تسهيل عملية تطوير الدعم الاجتماعي في جانب زملاء العمل الأكثر خبرة.
- تحسين الإشراف في العمل مع تحديد أهداف العمل، المسؤوليات، الاختصاصات ، والحقوق لمختلف الفئات المهنية.

- تنظيم دورة للنشاطات بغرض توسيع الخبرة من خلال تكوين ملائم.

- إعادة النظر في أعباء العمل وتنظيم العمل بهدف تقسيم النشاطات والمهام بطريقة عادلة، مع تأمين دورة تكوينية خاصة لمجموعات صغيرة بهدف تحديد المستوى. (John,1991)

أما الطريقة الأخرى التي تسمح بتقليص الضغط النفسي والاحتراق النفسي فهي تنادي بتدخلات من أجل تحسين قدرات التكيف عند الفرد وذلك من خلال تحفيز الجهود الفردي وصياغة أسلوب فردي للمواجهة، وذلك بما يلي:

- اكتساب مهارات معرفية ، تعريف وتحسيس الفرد بطريقة تفكيره والكشف عن الإعوجاجات في مسار تقييم المواقف واقتراح طرق مختلفة للتفكير ومواقف جديدة، مع إدخال نمط معرفي مختلف في الحالات التي تم إعتبارها مواقف ضاغطة.

- تطبيق تقنيات معينة ومحددة للارتقاء.

- التوصل إلى معرفة كيفية التحكم وتسيير الوقت.

و هناك ما يسمى بـ"التدرب على تلقيح الضغط النفسي" «Stress Inoculation Training» "أو SIT، هي تقنية علاج لصاحبها دايفيد مايشينبوم (Meichenbaum D , 1988) باحث نفسي من جامعة واترلو أونتاريو كندا (Waterloo, Ontario, Canada) ، تعلم كيفية مواجهة المواقف الضاغطة وذلك بالتلقيح " بالمضادات النفسية" ، حيث ركز فيها على النظرية الانفعالية المعرفية من خلال التعلم لتنمية مهارات التكيّف المعرفية ومهارات الاسترخاء للحد من القلق .

وبالاعتماد على الاقتراحات السابقة، يُذكر أنه تمّ تحقيق نتائج ايجابية مسّت على وجه التحديد المواقف السلبية، فحصل أن ارتفع تقدير الذات عند الفرد، وزادت ثقته بنفسه وزاد عنده مقدار الرضى المهني، وانعكس ذلك إيجابا في تقييم المشرفين ، الزملاء ، وحتى في الترقّيات ...

حاليا هناك دراسات نادرة حول برامج التدخل على مستوى التنظيمات تعمل على فرض تسيير الضغط النفسي ومن ثمّ تقدير النتائج .

وحسب بورك وريشاردسون (Richardson A. M & Burke R. J ,2004) ترجع أسباب التقصير في المصادقة على المقاييس المقترحة لمعالجة الاحتراق النفسي أساسا إلى غياب التمييز الواضح والتفريق بين مفهومي الاحتراق النفسي والضغط النفسي، وأيضا إلى غياب الموافقة على نموذج إيتيولوجي يبحث في أسباب هذا الاضطراب، والاكتفاء بالميل إلى تركيز التدخلات على عدد محدد من العوامل والأسباب المؤدية إلى هذا الاضطراب .

• وإذا كان تركيز الأدبيات التي اعتنت بتسيير وإدارة الاحتراق النفسي تركيزا نسبيا في حد ذاته، فإنّ الحال أسوأ بالنسبة لموضوع الوقاية منه . وبعيدا عما سبق ذكره حول تقليص الضغط النفسي إلى مصدره، فإنه لا توجد لا صفات ولا مقاييس ولا أدوات علاج مصادق عليها من أجل الوقاية من الاحتراق النفسي. لهذا سيظل حقل التجربة حول البحث في الوقاية من هذه المتلازمة مفتوحا على مصراعيه أمام الباحثين.

## 2. كيفية التغلب على الاحتراق النفسي :

أ. أساليب مواجهة المشكلات (Styles de Coping) : تعرف أساليب مواجهة المشكلات بأنه الأساليب التي تستخدم وتوظف في التعامل مع المشكلات التي تواجه الفرد. وقد صنف شارل كارفر وزملاؤه (Carver et al , 1989) ، أساليب مواجهة هذه إلى اثني عشرة أسلوبًا من أساليب مواجهة المشكلات، صنفها (مصطفى الشرقاوي، 1993) إلى ثلاث فئات هي: أساليب المواجهة ، أساليب التماس العون، أساليب التجنّب نشرحها في ما يلي:

أساليب المواجهة: فتشمل ما يلي:

• **المواجهة الفعّالة (Coping Actif)** : اتخاذ إجراءات حاسمة للتخلص من المشكلة، وتعتمد على التعامل النشط والمبادرة والمواجهة الفعّالة لحل المشكلة.

• **التخطيط (Planification)** : وهو وضع خطة للخروج بحل للمشكلة.

• **إزاحة الأنشطة التنافسية: (concurrentielles Activités des Suppression)**

وذلك باستبعاد التفكير في المشاكل الأخرى، والتركيز على المشكلة الحالية، بمعنى عزل المشكلة عن باقي المشكلات؛ للتركيز فيها والعمل على حلها .

. **التمهل وضبط النفس (Retenue de Coping)** : وذلك بانتظار اللحظة المناسبة لاتخاذ الإجراء والأسلوب المناسب لحل المشكلة .

أساليب إلتماس العون: وتشمل ما يلي:

• **اللجوء إلى الدين (Religion la à Recours)** : أو التوجه نحو تبني فلسفة حياة جديدة بالتحول نحو القيم (باتخاذ موقف إيماني) من خلال استرجاع الثقة بالله واللجوء إليه والتماس العون منه باعتبار الله سبحانه وتعالى قوة لا تقهر، يستمدّ منه الفرد القدرة على الاستمرار بالتوكّل والاحتساب.

• **الدعم الاجتماعي الفعال (Recherche de Soutien Social Performant)** :

بمعنى التماس الدعم الاجتماعي؛ من خلال طلب المشاركة العملية من الآخرين.

• **الدعم الاجتماعي العاطفي (Chercher le Soutien Social Emotionnel)** :

من خلال الرغبة بالحديث والتماس المشاركة الانفعالية من الآخرين؛ لمشاركة المشاعر تجاه المشكلة ومقاسمتهم شعوره بالمعاناة.

• **إلتماس التفريغ العاطفي (Chercher la Décharge Emotionnelle)** :

وهو الميل إلى التركيز على التخلص من المشاعر السلبية التي خلفتها الصعاب واضطرابات المزاج. وهو ميكانيزم يستخدمه الفرد لتفريغ الضغوط والتوترات والذي يستجيب في شكلها لمنحني الدكتور ويلهايمرايش **Wilhelm Reich** (Grauer, 2002) بأزمة أربعة (04) : توتر، تحميل، تفريغ، استرخاء .

وتشمل أساليب التجنّب:

• **الإنكار : Le Déni** كميكانزم دفاعي غير تكيفي يستخدمه الفرد لرفض الاعتقاد بوجود الموقف

الضاغط، ويجاوب التصرف كما لو كان الموقف الضاغط شيئاً طبيعياً وعادياً في محاولة منه لتجنب الشعور بالواقع المؤلم. يساعد الفرد على جعل التهديدات ومواقف الخطر نسبية وأكثر تقبلاً وسهولة التسيير.

• **التحرر وفكّ الالتزام الذهني Désengagement mental** : كنوع من التكيف المقترن بالضعف والعجز والموجه نحو العواطف. إقترحه كل من لازاروس وفولكمان (Lazarus et Folkman, 1984) ، وهو يعمل على تخفيض الإنهيار العاطفي (Traeger, 2013) ، من خلال صرف النفس عن التفكير في المشكلة وبالنشغال بأعمال أخرى.

• **التحرر أو فكّ الالتزام السلوكي Désengagement comportemental** من خلال تخفيض الاستثمار شيئاً فشيئاً في مجال العمل والوظيفة (Finn, 1989) ، وبصرف النفس عن الاستمرار في بذل الجهد لحل المشكلة.

• **التقبل: l'Acceptation** بتقبل الفرد للموقف الضاغط والاستسلام للمشكلة والتعايش معها، ويتناوب التقبل مع الإنكار ليشكلا ميكانيزمات تسمح في وقت ثاني بتكيف أكثر استقراراً للفرد .

ب. كما يمكن الاعتماد على عدة طرق ونشاطات تنقسم إلى جزأين :

**فالأول** هو إتباع مجموعة نشاطات وتقنيات وقائية أو علاجية تتمركز في أثرها حول محيط العمل، أما **الثاني** فهو مجموع النشاطات التي تستهدف الفرد وتركز عليه بالدرجة الأولى.

فبالنسبة للنشاطات المتمركزة حول محيط العمل نجد أنها تهدف بالدرجة الأولى إلى خفض من تأثير العوامل الضاغطة ويكون ذلك من خلال عدة طرق مثل زيادة عدد العمال في المنظمة، إعادة النظر في المهمات الموكلة للموظفين، العمل على دعم الفرد بواسطة تعزيز علاقته مع زملاء العمل، إضافة إلى تحسين عملية الإشراف على العمال وتكوين ما يعرف بمجموعات المحادثة (**les groupes de paroles**) أما فيما يخص النشاطات المتمركزة حول الفرد، فتهدف إلى تحسين قدراته على التكيف مع مختلف الوضعيات ويكون ذلك باعتماد تقنيات **الإسترخاء**، إدارة الوقت، واللجوء إلى مختلف تقنيات العلاج النفسي (العلاج التحليلي أو العلاج المعرفي السلوكي، العلاج النفسي الجماعي على وجه الخصوص). كما ينصح أغلب الباحثين باللجوء إلى ممارسة النشاطات الرياضية. إلا أن المعارف والمعلومات الحالية لا تشير إلى وجود طرق أو تقنيات علاجية خاصة بحالة **الإرهاك المهني**.

- علاج الاحتراق النفسي:

يقترح سونين (Soininen. H , 1996) عدة طرق لمعالجة ومنع الإصابة بالاحتراق النفسي منها:

-التوقف عن إنكار المشكلة :

على الشخص أن يعترف بوجود ضغوط جسدية وعقلية وانفعالية، و بأنه يعاني منها .

-التخلص من التوتر اليومي :

يجب على الشخص تحديد الأمور التي تزيد من توتر والضغط النفسي والعمل على إزالته وتجنبها .

-تعلم قول لا :

وذلك عن طريق رفض الطلبات والأعمال الإضافية التي تكون على حساب وقت الشخص وإنفعالاته وأوليائه، وهي طريقة مثلى لتأكيد الذات .

-تعلم مسايرة النفس :

ويعني ذلك التعامل مع الحياة بشكل وسطي، حيث يتعرف الشخص على إمكاناته وطاقاته، ثم يعمل على خلق توازن بين العمل والمتعة والاسترخاء.

-العناية بالجسم :

ويعني عدم تجاهل وجبات الطعام، أو إجهاد الجسد بالحمية القاسية أو تجاهل أوقات النوم.

- التخلص من القلق والخوف : وذلك بتقليل الوقت الذي يهدره الشخص في الشعور بالخوف والقلق، والالتفات إلى الحاجات الحقيقية . (Vanderheyden,2013)

-المحافظة على روح الدعابة:

مازالت بعض المؤسسات تفرض على مستخدميها التحلي بروح الدعابة كشكل رفيع للذكاء، لأن القدرة على الانسحاب والتراجع واتخاذ مسافة فاصلة بين الشخص والموقف الضاغط يدل على نضجه (2014) Parrouty ، كما أن الأشخاص المرحين أقل تعرضاً للاحتراق النفسي لأن الضحك والمرح هما أدوات قوية

ومعدلة للضغط النفسي حتى أنهم وضعوا يوماً عالمياً للضحك يصادف "07 ماي" من كل سنة. وكان الدكتور مادان كاتاريا ( **Kataria Madan** ) هو استحدث حركة العلاج بالضحك سنة 1995 بالهند، وأصبحت فيما بعد تقليداً، حيث بدأ الدكتور باتش أدامس (**Adams Patch**) في استخدام الضحك في الثمانينات كوسيلة علاجية حين كان يلبس زيّ المهرج لمرضاه .

كما يرى الدكتور بيفرلي بوتر ( **Beverly P , 2005** ) أستاذ علم النفس التوجه والإرشاد بجامعة ستانفورد وسان فرانسيسكو، يرى أن علاج الاحتراق النفسي يكمن في الآتي:

### التحكم في الضغوط (الإجهاد):

من المهم جداً أن يعرف الفرد كيف يعمل جسم جهازه النفسي، وكذلك المواقف التي تطلق الاستجابات المكبوتة لديه. إن هذا المفهوم يمكنه أن يُستغل لرفع أو خفض التوتر لديه للمستوى الذي يحتاجه.

إن القوة الشخصية تأتي من معرفة الشخص أنه بالرغم من كونه لا يجب أن يواجه المواقف الصعبة، إلا أنه يستطيع معالجتها، وهذا الشعور يجعله يرقى لمستوى الأحداث بمنحه القدرة على معالجة المشكل وتجاوز الصعوبات بمهارة بدلاً من تجنب المواقف الضاغطة.

إن الاسترخاء يسمح للجسم بالتجدد والراحة، كما يهيئه للعمل على نحو أفضل ويوصله إلى العافية المنشودة. إن الممارسة قادرة على أن تؤدي بأي شخص كي يتعلم كيف يستخدم الاسترخاء للسيطرة على الإجهاد. إن قوة الشخصية تزداد تبعاً لقدرة الشخص على الاسترخاء. مثلاً عندما يواجه شخص موقفاً حرجاً فإنه يستطيع أن يحتفظ بنشاطه إلى حد كبير وقد يصل إلى قمة الحيوية والنشاط في العمل، لكن في المقابل يجب أن يظل يقظاً لبحث عن الطرق التي تساعد في كيفية التعامل مع هذا الموقف. وإن ثقة شخص بنفسه تزداد كلما ظل هادئاً أمام الموقف المثير ويشعر بعدها بقدر من التحكم وضبط النفس بدل البقاء عاجزاً. (Dominique,2005)

### - برمجة الأفكار :

يستخدم الفرد الميكانيزمات اللاواعية في تكوين الأفكار، فيشعر أحياناً وكأنه قد فقد السيطرة على أحاسيسه فيصبح عندئذ ضحية التفكير المنسحب ولن يعرف كيف يكبح جماح أفكاره، مما يجعله يستجيب لكل فكرة أو خاطرة تمر به .

إن القوة الذاتية تكمن في أن يعرف الفرد كيف يتمكّن من تفرّغ ذهنه من سلبيات اللغو من خلال تغيير الصورة الذهنية التي يحملها عن نفسه أو عن وضعية، وبأن يسمح لنفسه بفتح آفاق جديدة لأفكار إيجابية بقرار واضح وصادق تحضيراً لمنهج حياة متوازن.

#### – استخدام لغة مُقنعة:

إذا تأمل الفرد كل الإحباطات التي تعرض لها فسوف يكتشف أن التفكير السلبي والقلق هما اللذان يجعلانه يشعر بالضعف، عندئذ سيغدو عرضة لما يسمى بالاحتراق النفسي، وفي الحقيقة سيكون عرضة للدوران في دوامته الفاسدة، وما أن يقع ضحية ذلك التفكير الضعيف حتى تراه ينغمس أكثر فأكثر فيه مما يعجّل في بلوغه مرحلة الاحتراق. لذلك فمن الضروري أن يتناغم الفرد مع تفكيره ويحاول أن يستخدم لغة تعبّر بقوة عنه – باعتبار " اللغة أفضل مرآة تعكس بصورة دقيقة وأمينة آليات التفكير في عقل الإنسان" (yapo , 2007) كما ورد في النظرية التوليدية التحويلية لتشومسكي (Chomsky, 1995) فيتّخذ نهجاً إصلاحياً إذا أحس أنه يميل إلى ذلك التفكير الضعيف وما يحتاج أن يفعله سوى أن يستبدل تفكيره الضعيف هذا بتفكير قوي، فإنه سيشعر بإحساس عظيم نابع من قوته الذاتية.

#### – الإكثار من الضحك :

عندما يشعر الفرد أنه يأخذ الأمور بجدية بالغة عليه بالضحك، فليفكّر بالضحكة الخافتة، وليكن لديه نظاماً خاصاً يتدرب فيه على اكتشاف المرح في المصائب. فإذا فعل ذلك فقد حافظ على سلامة جسده وعقله وسلامة قدرته الهائلة على الرؤية الصائبة. كما أن الضحك وروح المرح لديهما قدرة عالية في رفع مستويات الهرمونات المضادة للاكتئاب مثل: الأندورفينات ( Andorphines ) أي المورفينات الطبيعية، والدوبامين (Dopamine) والكورتيزول (Cortisol) التي تجعلنا نشعر بالسعادة وتسرع من التحسن والشفاء، ويمكن أن يوفر الفرد فرصة الهروب من الضغوط ومنع حدوث نوبات قلبية والإهيار العصبي والميل للانتحار.

(Galiowski,2003)

كما أشارت ويسكوف (Weiskopf. E. P, 1980) إلى مجموعة من الإجراءات الوقائية منها:

– أن يحدد المهني أهدافاً واقعية لنفسه ولعميله .

- أن يفوض بعض مسؤولياته وصلاحياته إلى الآخرين (زملائه مثلاً) حتى يخفف الضغط والحمل الوظيفي الملحق على عاتقه.

- تجنب الانعزال عن الزملاء والموظفين.

- البقاء بحالة عقلية متيقظة يعدّ من الأسباب المهمة لمنع الاحتراق النفسي.

- ممارسة الأنشطة الرياضية.

- المشاركة في البرامج المسلية وممارسة الهوايات التي تساهم في إزالة التوتر والقلق الذي يتراكم على مدار اليوم.

(Roskam,2021)



## خلاصة الفصل:

يعبر الاحتراق النفسي عن حالة نفسية تصيب الفرد بالإرهاق نتيجة وجود متطلبات وأعباء إضافية حيث يشعر الفرد بأنه غير قادر على التكيف معها مما ينعكس سلبا عليه وعلى من يتعامل معهم، بل يمتد ذلك إلى التقليل من مستوى الخدمة المقدمة. فالاحتراق النفسي عبارة عن ظهور أعراض ضعف فيزيولوجية ونفسية للعمال مرتبطة بكيفية التعايش مع أوضاع العمل، في البداية تكون الأعراض غير واضحة المعالم، وقد لا يدركها العامل نفسه، إذ تفسر غالبا على أنها استجابة عادية لتراكم الضغط النفسي، غير أن استمرار هذه الأعراض يتسبب في الاحتراق النفسي للعامل، الذي يظهر معاناة تكتسح مختلف جوانب حياته النفسية، الجسمية، الانفعالية، الاجتماعية، و المعرفية. ويتكون مفهوم الاحتراق النفسي من ثلاث مكونات، تتمثل في الإنهاك العقلي والإنفعالي والجسمي والتي تنشأ نتيجة التعرض المستمر للضغوط.

من أهم العوامل التي تساعد على التخفيف من مشكلة الاحتراق النفسي هو معرفة النفس وما تحتاج إليه، وإقامة علاقات متوازنة مع الأسرة والأصدقاء، إذ لا بد من استعادة التوازن الداخلي واعتبار المصالح الشخصية في أولوية الخيارات. وهذا أكثر ما أصرّ عليه ذوي الاختصاص ممن درسوا الاحتراق النفسي وتبعاته، وممن حاولوا رسم الإطار الوقائي لهذه المتلازمة، مع الاعتراف بصعوبة علاجه إذا كان الاضطراب قد تأصل في الفرد. كما أن المحافظة على وتيرة الحياة الطبيعية من خلال ترتيب الأولويات التي تهم الفرد في نفسه، جسمه، عائلته ثمّ طموحه المهني ستساعده في استعادة قوة التحكم في مآل الأمور وبالتالي في إدارة ضغوطه وتجنب الوقوع ضحية الاحتراق النفسي مستقبلا. على الفرد أن يمنح نفسه الوقت للإهتمام بنفسه ولتجديد ذكائه وللتحكم في عواطفه ولتعلم كيفية تسيير ضغوطه، سيساعده ذلك في تلبية احتياجاته العاطفية والانفعالية والجسمية ومشاركة ذلك مع أقربائه من عائلته وأصدقائه، وكلما شعر بالراحة النفسية كان حسن المعاملة مع الآخرين سواء في العمل أو داخل البيت.

## الفصل الثاني

### الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة

#### المبحث الأول:

#### الضغط النفسي:

- تمهيد.
- لمحة تاريخية حول مصطلح الضغط النفسي.
- تعريف الضغوط النفسية وبعض المفاهيم المرتبطة بها.
- عناصر الضغط النفسي.
- الوصف العيادي للضغط النفسي.
- أنواع الضغط النفسي.
- أسباب الضغط النفسي.
- نظريات الضغط النفسي.
- أعراض الضغط النفسي.
- الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية.
- قياس الضغوط .
- علاج الضغط النفسي.
- خلاصة المبحث الأول من الفصل.

## تمهيد:

تعد الضغوط النفسية أحد المظاهر الرئيسية المميزة لمجتمعاتنا المعاصر، وقد شاع إستخدام كلمة **Stress** في ميدان الهندسة والدراسات الفيزيائية لتشير إلى قوة خارجية تؤثر بشكل مباشر على موضوع طبيعي ونتيجة لهذه القوة يحدث الإجهاد الذي يؤثر ويغير من شكل وبناء الموضوع، هذا المفهوم الذي إستعاره علم النفس للدلالة على نطاق واسع من الخبرات الإنفعالية التي يترافق ظهورها مع حدوث تغيرات فيزيولوجية، معرفية وسلوكية ناتجة عن المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات وأحداثا قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر، عوامل الخطر والتهديد في كافة مجالات الحياة، كل ذلك من شأنه أن يزيد من تعقيد الحياة وظهور الكثير من الصعوبات والمشاكل التي تلعب دورا في نشأة الأعراض النفسية المرضية، وظاهرة الضغوط النفسية من الظواهر الإنسانية والنفسية المعقدة التي تتجمع في مضامين بيولوجية، نفسية، إقتصادية، إجتماعية ومهنية، ولقد تعددت التفسيرات النظرية لهذا المفهوم إذ يعتبر من المواضيع التي حازت على إهتمام الباحثين في علم النفس والعلوم الإنسانية عموما.

## 1/لمحة تاريخية حول مصطلح الضغط النفسي:

إستعمل مصطلح " **stress** " لأول مرة خلال القرن الرابع عشر، ولم يكن بصورة ثابتة، ووجد في بعض الكتب الإنجليزية للدلالة على الضغط منها: stress, straisse, stres ومشتقاتها وجدت. وبالرغم من أن الكلمة منذ قرون إلا أن أصلها غير معروف إلى حد الآن.

لا يمكن دراسة أو فهم ظاهرة ما دون العودة إلى جذورها التاريخية، فالضغط مثلا مفهوم مستعار من العلوم الفيزيائية إذ استخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر ميلادي لتصف الشدة والصعوبات الهندسية، غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط إستمر إلى غاية اليوم متأثرا بأعمال المهندس "روبرتهوك" أواخر القرن السابع عشر، فلقد كان مهتما بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة دون أن تنهار، كتب عن فكرة الحمولة أو العبء، وكان له تأثير واسع كنموذج تفسيري لمصطلح الضغط على الجهاز الفيزيولوجي والنفسي. (طه عبد العظيم، 2006، ص 17)

أما الفيزيولوجي الأمريكي والتر كانون ( **Walter Cannon** ) والذي يعتبر من الأوائل الذين إستخدموا عبارة الضغط، وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري بسبب إرتباطها بإنفعال القتال أو المواجهة، وقد كشفت أبحاث كانون عن وجود ميكانزم أو آلية في جسم الإنسان تساهم في إحتفاضه بحالة من الإلتزان الحيوي أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه. (عسكر، 2000، ص 34)

وفي عام (1928) إهتم بضرورة الإهتمام بالعامل الإنفعالي في تطور الأمراض وفكر في مصطلح **stress** بمعنى فيزيولوجي ونفسي في آن واحد. (مرزوق عيسى، 2011، ص 30)

لقد إهتم أفلاطون **Platon** خلال أعماله بتقديم شرح للطرق أو الإستراتيجيات التي يتبعها الأفراد من أجل

التعامل مع المواقف الضاغطة التي تمر في حياتهم، كما قدم وليام شكسبير **W. Shakspear** وصفا

لإستراتيجيات الفرد في المواقف الضاغطة كالصرع، فقدان شخص عزيز، الأزمات، الإعاقة... ، وبعد ذلك توالى الدراسات العلمية لمفهوم الضغط بإستخدام تصورات ونظريات متعددة. (Stora, 1995, p03)

فهذه الكلمة مشتقة من الكلمة اللاتينية **Stringer** وهي تعني شد، ضيق، عقد أو ربط.

أما هانز سيلبي ( **Hans Selye** ) يعتبر من أشهر الباحثين الذين إرتبطت أسماءهم بموضوع الضغوط من جراء

كتابات ومحاضراته في المجال الطبي بتأثير الضغوط على الإنسان، كما أنه أول من وضع الضغط حيز التطبيق عام 1946م، ومنذ بداية الستينات أخذ مصطلح الضغط في التبلور والتكيف أكثر فأكثر، خاصة بعد إثبات خطورته حيث أن عدم التوازن بين الإمكانيات والمنظمات وعدم التوازن بين حاجيات الفرد والتصارع بين الأهداف والحقيقة الموجودة في المحيط، كل هذا يؤدي للضغط الذي يتولد عنه أعراض نفسية وفيزيولوجية وسلوكية. (الشريف، 2007، ص 27)

وفي القرن السابع عشر إستعملت الكلمة اللاتينية "stress" للتعبير عن العذاب، الحرمان، الحن والضجر وهي نتاج لقصور الحياة اليومية تعبر عنها بكلمة واحدة. (وقاد، 2014، ص 34)

كما إهتم لازاروس (Lazarus) عام 1966م، بصورة خاصة بالتقييم المعرفي للمواقف الضاغطة التي يواجهها الفرد، أما جوردن (Gordon) عام 1993م فيرى أن الضغوط هي إستجابات نفسية، إنفعالية وفيزيولوجية للجسم إتجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد. ثم بدأ إنتشار كلمة

stress خلال القرن التاسع عشر، يقول الفيزيولوجي كلود برنارد (Claude Bernard) أن التغيرات

الخارجية في البيئة يمكنها أن تعطل الكائن العضوي، ولكي يحافظ على نفسه يجب أن يتكيف بطريقة مناسبة مع هذه التغيرات، وأنه من المهم أن يحصل العضو على التكيف ويبدو أن هذا أول إعتراف بالنتائج المضرة الكامنة في عملية الإجهاد التي تخل إتزان الجهاز العضوي. (كشروود، 1995، ص 303)

ويعتبر شافير (Schafer) عام 2000م الضغوط بأنها إثارة العقل والجسد ردا على مطلب مفروض عليهما ويوضح هذا أن الضغوط موجودة دائما وأنها خاصية الحياة. (صادق عبود، 2011)

هذه عبارة عن لمحة تاريخية موجزة حول مصطلح الضغط النفسي وإستعماله في مجال علم النفس فيعد كل من

Canon, Selye, Lazarus بمثابة الرواد الأوائل الذين إستخدموا هذا المصطلح إلا أنه قد أجريت العديد من الدراسات والنظريات عن الضغوط النفسية، سيتم التطرق إلى البعض منها في الأجزاء اللاحقة من البحث.

## 2./تعريف الضغط النفسي:

تتعدد مفاهيم الضغط النفسي باختلاف الخلفية النظرية للباحثين ومن حيث مصادرها لمسبباتها أو نتائجها وآثارها.

### أولاً- التعريف بالمفهوم لغة:

يشير المعجم "الوجيز" إلى أن الأصل اللغوي لكلمة الضغط النفسي هو ضغطه وضغطا، عصره وزحمه، والكلام بالغ في إنجازة وعليه شدد وضغط.

ولقد ذكر هنكل Hinkel عام 1977م في سياق حديثه عن العلوم الطبيعية كلمة stress ليعني بها درجة التأثير الداخلي التي تظهر بفعل قوة خارجية. (رفيق عوض الله، 2004، ص 12)

**إصطلاحاً:** في معجم علم النفس الضغط النفسي هو كلمة إنجليزية استعملت منذ 1936 بعد أعمال Selye لتحديد الحالة التي تكون فيها العضوية مهددة بفقدان التوازن تحت تأثير عوامل أو ظروف تضع ميكانيزمات التوازن البيولوجي في خطر، وكل العوامل التي يمكنها أن تفسد هذا التوازن سواء أن كانت فيزيائية (صدمة، برد) أو كيميائية (سم)، أو نفسية (الإنفعال) تسمى عوامل ضاغطة فكلمة ضغط تعني فعل العامل المعتدي ورد فعل الجسم في نفس الوقت. (Norbert Sillamy, 1999,p256)

عرف كانون (1932) الضغط بوصفه لإستجابة الكر والفر، وهي إستجابة تكيفية فيزيولوجية تعمل على تهيئة العضوية لمواجهة مصدر التهديد أو الهروب، وبين من ناحية ثانية أن الضغط النفسي قد يسبب الأذى للعضوية لأنه يعطل الوظائف الإنفعالية والسيكولوجية ويمكن أن يسبب مشاكل صحية مع مرور الوقت .

(شيلي تايلور، 2008، ص345)

### ثانياً: تعريفات الضغط النفسي:

من الملاحظ أن هناك العديد من التعريفات للضغط النفسي، إلا أنه لا يوجد إتفاق تام على تعريف واحد محدد لهذا المفهوم ويرجع ذلك إلى إختلاف وجهات نظر وخلفيات العلماء.

ويعتبر هانز سيلبي الرائد الأول الذي قدم مصطلح الضغط النفسي stress على الساحة العلمية وعرفه بأنه: "إستجابة الجسم غير المحددة نحو أي مطلب يفرض عليه".

(Pierre Loo ,2003,p102)

أي أن الطريقة اللاإرادية التي يستجيب لها الجسم باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع وهو يعبر عن مشاعر التهديد والخوف. (فاخر عاقل، 1985)

أما لازاروس (1984-1966) فيعرفه بأنه نتيجة لعملية تقييمية يقيم بها الفرد مصادر الذاتية ليرى مدى كفاءتها لتلبية متطلبات البيئة أي مدى الملائمة بين متطلبات الفرد الداخلية والبيئة الخارجية.

(أحمد نايل العزيز، 2009، ص 24)

أما موراي Murray (1978) يربط بين مفهومي الضغط والحاجة، حيث يرى أن الضغط هو الصفة الخاصة لموضوع بيئي أو لشخص قد تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، وهكذا فإن الضغط يظهر عندما تحدث إعاقة عن الإشباع. (طه عبد العظيم حسن، 2006، ص 19)

ويشير علي عبد السلام (2000) إلى أن الضغوط النفسية عبارة عن سلسلة من الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد نتيجة التعامل مع البيئة ومتطلباتها مما يفرض عليه سرعة التوافق في مواجهة الأحداث لتجنب الآثار النفسية والاجتماعية السلبية والوصول إلى تحقيق التوازن. (مراد علي عيسى، 2008، ص 131-132)

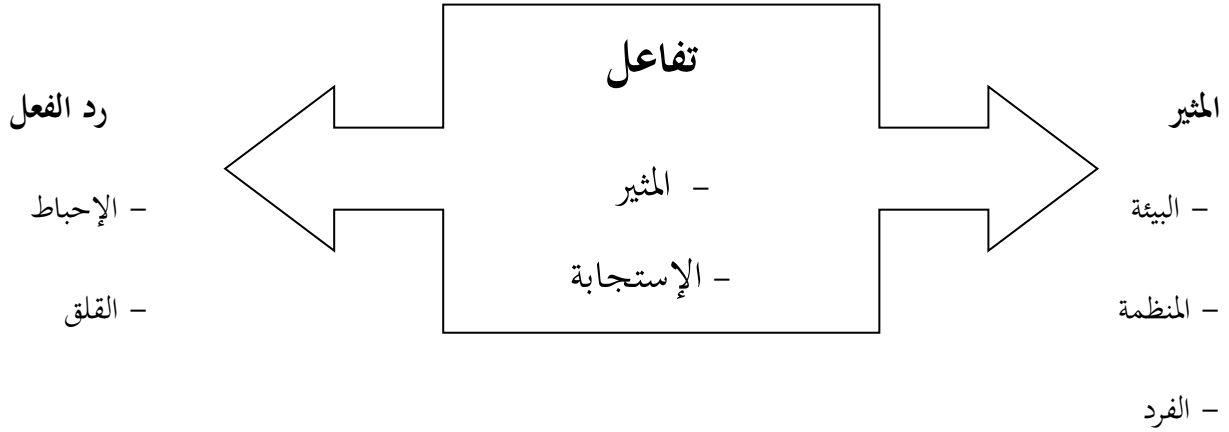
3/. وما يمكن أن نستنتجه من هذه التعريفات أن هناك ثلاث عناصر للضغط النفسي وهي:

- الضغط كمثير: هو عبارة عن القوة التي تبدأ بها حالة الضغط النفسي لدى الفرد ومصدرها البيئة.

- الضغط كإستجابة: هي عبارة عن ردود الفعل النفسية والسلوكية المتمثلة في الإحباط والقلق .

- الضغط كعلاقة تفاعلية: وتعني التفاعل بين عوامل المثيرات والإستجابات، ويأتي ذلك من العوامل التنظيمية في العمل، ومن المشاعر الإنسانية .

الشكل رقم (09): يوضح عناصر الضغط النفسي.



\* نستخلص مما سبق أنه لكي يحدث الضغط لا بد من التفاعل بين المثيرات والإستجابة لها، بمعنى أن الضغوط النفسية تنجم عن التفاعل الدائم بين الفرد وعوامل داخلية وخارجية مثل مصاعب الحياة كالمريض أو الإعاقة.

تؤثر الضغوط سلبا على التوافق النفسي والإجتماعي للفرد وإستمرارية التعرض للمواقف الضاغطة يؤثر سلبيًا على الجانب النفسي والجسدي للفرد، وتختلف الإستجابة للضغط من شخص لآخر كل حسب قدرته على السيطرة والتحكم في الموقف الضاغط. إن وجود مستوى معين من الضغط لا يشكل ظاهرة مقلقة، لكن إرتفاع مستوى الضغط قد يرافقه بعض الآثار السلبية على صحة الفرد.

#### 4./ الوصف العيادي للضغط النفسي:

إن الصلة بين مختلف الإستشارات الداخلية والخارجية يعتبر كتهديد الإتزان النفس- بيولوجي، كما أن إختلاف الأحداث ما بين الإشباع والتحكم والضببط يؤدي إلى تشكل ردود فعل نفس- وظيفية، وأيضًا يؤدي إلى تصلب الدفاعات النفسية الداخلية والغدية العصبية. وهذا التسلسل التدريجي يمكن أن يطور آلية معرفية تخص مختلف درجات العمل النفسي والمتمثلة فيما يلي:

1- التقييم L'évaluation: يسمح بتحديد معنى الوضعية الجديدة.

2- التوقع L'anticipation: يتعلق بعمق الآلية العقلية التي تنظم ديناميكية الضغط والإستجابة للمواقف الضاغطة من خلال المدركات.



3- عتبة التحمل *Seuil de prédiction*: تحدد مستوى هشاشة الفرد وشروط إعادة التسوية، والدعم الذي يمكن أن يشكله.

4- الصدمات *Les traumatismes*: مرتبطة بالأحداث المبكرة في حياة الفرد والتي عايشها لمدة طويلة، والتي تطور أمراض نفسية، بسيكوسوماتية أو أرضية قلقه والتي تظهر على الفرد من خلال الشعور بالذنب، الميل للإكتئاب وخبرة الفشل.

5- الأنساق الاجتماعية *Les contextes sociaux*: تعتبر كمعبر مهم لدينامكية الضغط بسبب مختلف الأدوار والبناءات التي يتفاعل معها الفرد، إن تحديد الوظائف الاجتماعية يبرز إستجابات القلق، الانفصال، الصراع والإحباط.

6- الأجهزة المنظمة للعمل و المؤسسة *Les systemes organisationnelle*: تعتبر كمصدر مهم لإخلال توازن الفرد، كما تشكل نماذج للإستجابات الدفاعية لكون الإنفعالات في إطار العمل من تسيير لأحداث الحياة اليومية بمختلف الصدمات غالبا ما تكون متبوعة بإكتئاب إرتكاسي وإضطرابات سيكوسوماتية تصيب الأجهزة الهضمية، النفسية، والغدية. إن الوصول إلى هذه المرحلة من الضغط يطلق عليه فعياديا حالة ضغط ما بعد الصدمة. " *ESPT*:Etat de Stress Post Traumatique".

(Mahfoud Boudarene,2005,p100-101)

## 5./أنواع الضغط النفسي:

يظهر الضغط بأنواع متعددة تختلف باختلاف المواقف الضاغطة، كما تختلف الإستجابة تبعا للفروق الفردية في الإستجابة، أي يمكن أن نحصرها في أنواع لأنها ترتبط بقدرة الإنسان على تقبلها والتعايش معها. وهي كالتالي:

- الضغوط المؤقتة: هي التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة، ثم تنتهي ولا يدوم أثرها لفترة طويلة كالإمتحانات، الزواج الحديث... (فيولا والبيلاوي، 1989، ص 07).

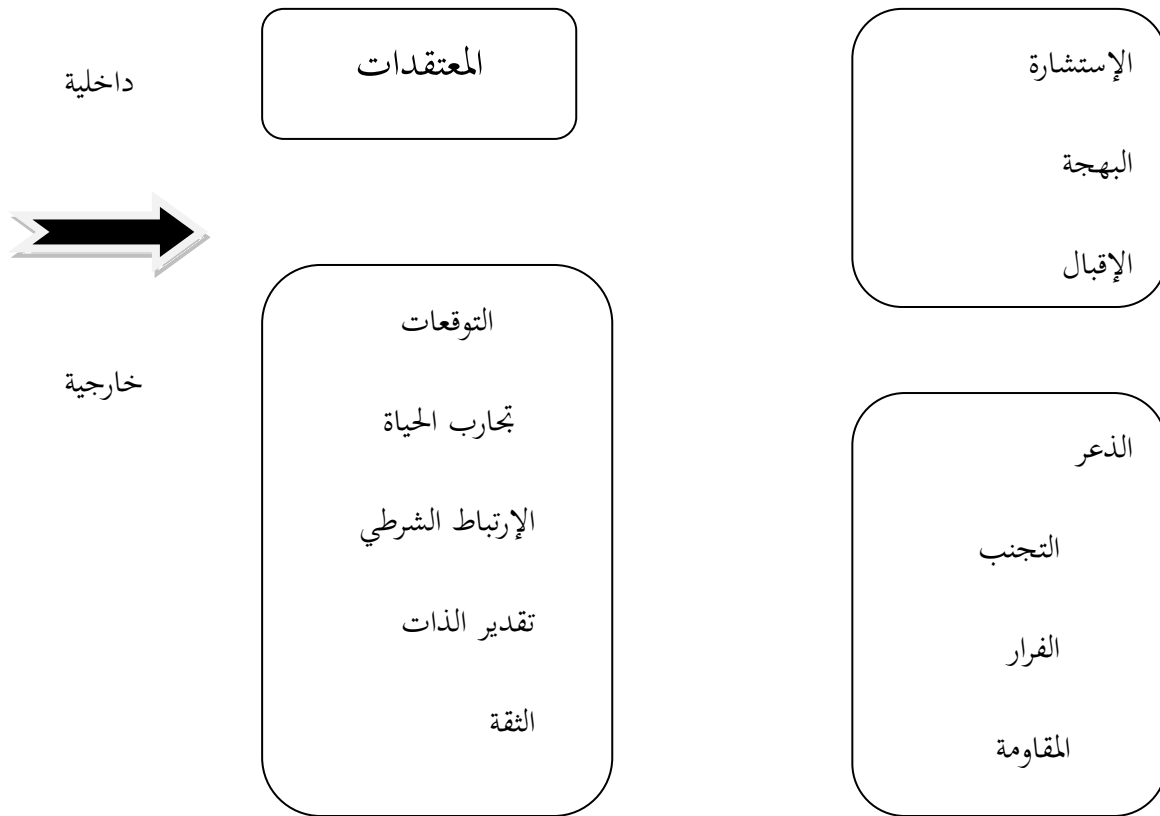
- الضغوط المزمنة: هي التي تحيط بالفرد لفترة طويلة نسبيا مثل تعرض الفرد لآلام مزمنة أو وجود الفرد في أجواء إجتماعية، إقتصادية غير ملائمة بشكل مستمر. مما يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات الجسدية والنفسية للفرد وإختلال الصحة النفسية والإتهاك. (Servant,2007,p155)

- الضغوط النفسية الإيجابية: وهي تحدث توترا يؤدي إلى الشعور بالسعادة والرضى، أي الإتزان النفسي كتلقي مكافئة في العمل نظير نجاحه بمهمة ما.

- الضغوط النفسية السلبية: هي التي تؤدي إلى التوتر، وبالتالي تؤدي إلى الشعور بالتعاسة، والإحباط وعدم الإتزان النفسي ويذكر موريس (Morris) أن الإحساس بالضغوط النفسية السلبية والإيجابية تعتمد على تقويم الفرد للموقف فقد يشكل ضغطا سلبيا لشخص، بينما قد يشكل ضغطا إيجابيا للآخر.

(غري، 2012، ص52)

الشكل رقم 10: يوضح أنواع الضغوط النفسية.



الضغط السلبى:

وقسم البعض أنواع الضغوط حسب مسبباتها إلى :

1. الضغوط الأسرية (التنافر الأسري، الانفصال، وفاة، فقر...).
2. ضغوط النقص (نقص الممتلكات، نقص الأصدقاء).
3. ضغوط العدوان (سوء المعاملة من العائلة، من الأقران والأصدقاء).
4. ضغوط السيطرة (التأديب، العقاب القاسي).
5. ضغوط الجنس (الإغراء والعرض).
6. الضغوط البدنية (القصور البدني أو العقلي أو الاجتماعي). ( محمد حسن حمادات، 2008، ص168 )

جدول رقم (05): يوضح المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية حسب Killy (1994)

الضغوط السلبية	الضغوط الإيجابية
تسبب إنخفاض في الروح المعنوية وتراكم العمل	تمنح دافعا للعمل ونظرة تحدي للعمل
تولد إرتباكاً وتدعو للتفكير في المجهود المبذول	تساعد على التفكير والتركيز على النتائج
تعمل على ظهور الإنفعالات وعدم القدرة للتعبير	توفير القدرة على التعبير عن الإنفعالات والمشاعر
تؤدي للشعور بالقلق والفشل	تمنح الإحساس بالمتعة والإنجاز
تسبب للفرد الضعف والتشاؤم من المستقبل	تمد الفرد بالقوة والتفائل بالمستقبل
تسبب للفرد الشعور بالأرق	تساعد الفرد على النوم الجيد
عدم القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.	تمنحه القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.

(عبد الرحمن الهيجان، 1998، ص36)

ويعز كل من لازاروس وكوهين (Lazarus et Cohen 1997) بين نوعين من الضغوط:

ضغوط خارجية بيئية: تمتد من الأحداث البسيطة التي تحدث في كل يوم إلى الأحداث الحادة القوية.

ضغوط داخلية شخصية: تشير إلى الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي.

(أبو حبيب نبيلة، 2010، ص45)

كما أشار مور Moor (1972) إلى بعض أنواع الضغوط المتمثلة في :

- الضغوط الناشئة عن المشكلات البسيطة التي يواجهها الفرد في حياته اليومية.

- الضغوط النمائية المرتبطة بمراحل نمو الفرد كالمراهقة.

## 6/. أسباب الضغط النفسي:

تعددت تصنيفات مصادر وأسباب الضغط النفسي، ويمكن تصنيفها إلى:

مسيبات خارجية: تتمثل في المنبهات التي تحيط بالإنسان والتي يتعرض لها بشكل مباشر أو غير مباشر، وتتكون مصادر الضغوط التالية:

الأسباب البيئية: تكمن في الوسط الذي يعيش فيه الفرد، في البيئة الطبيعية مثل درجة الحرارة والبرودة، الكوارث، ضغط السكان وقلة الخدمات.

(عبد المنعم، 2006، ص62)

الأسباب الاجتماعية: تلعب العوامل الاجتماعية دورا كبيرا في حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد ويختلف من حيث شدته ومصدره كالفقر، البطالة، التفاوت الحضاري، الثقافي، قلة الرفاهية، الوسائل التكنولوجية، الضغط السكاني وقلة الخدمات، صراع الأجيال وإختلافات الميول والإتجاهات. (شقيير زينب، 1998، ص178)

-إضافة إلى الأحداث المؤلمة كفقدان شخص عزيز، والمرض العضوي تعتبر من مسببات الضغط.

(Dominique,2005,p130)

الأسباب المادية والإقتصادية: كضغوط البطالة والفقر، التفاوت الطبقي. ويكون هنا التباين بين متطلبات الفرد و قدرته على الإستجابة لها وعدم التوافق مع الأوضاع الإقتصادية. (عبد المنعم أمال، 2006، ص62)

الأسباب الأكاديمية : ترتبط من المجال الأكاديمي وظروف الدراسة كصعوبة التعامل مع زملاء، ضعف القدرة على التركيز، الانتقال إلى مدرسة جديدة، الفشل في الإمتحانات.. (Marc Bourgeois,1996.p213)

المسببات الداخلية (نفسية كالطبيعة الشخصية للفرد):

الأسباب النفسية الإنفعالية: وهي التي تنبع من داخل الفرد (عوامل ذاتية فردية) كما حددها ميلر **Miler**

(1979) كالطموحات والأهداف، وأخرى نفسية كإنخفاض تقدير الذات، القلق، الإكتئاب، الإحباط، الصراع النفسي، طرق التفكير السلبية، الإنتقادات غير المنطقية... (جمعة سيد يوسف، 2007، ص37)

الأسباب الصحية: يوجد ضغوط ترتبط بالصحة الجسمية والفيزيولوجية كالصداع، إرتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، صعوبات في النوم... كذلك نشاط الغدد وتضخم غدة الأدرينالين بشكل خاص وتزايد إفرازه عندما نواجه ضغوطا ومشكلات صحية، ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في الإفرازات تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب دائم، فالمرض يعتبر مصدرا أساسيا للضغط النفسي ونتيجة منطقية للشعور بتزايد الضغوط. (جريدة معيزة، 2002، ص33-34)

الأسباب الكيميائية: للمواد الكيميائية كما في ذلك المواد المخدرة تدخل في إصابة الشخص بالضغط النفسي، فإن المادة المخدرة تؤدي إلى التغيرات في المزاج فيصبح متوترا وقلقا. (حمدي علي الفرماوي، 2009)

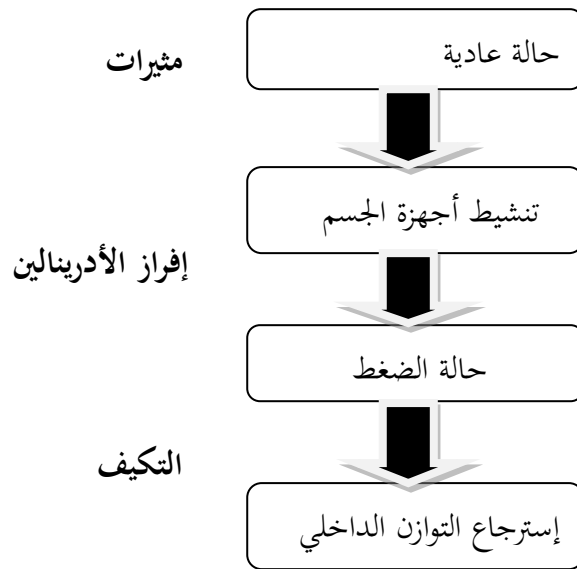
## 7/. نظريات الضغط النفسي:

تختلف النظريات التي إهتمت بدراسة الضغط بإختلاف الأطر النظرية والعلمية التي تبنيتها وإنطلقت منها نظرا لتعقيد الظاهرة التي هم بصدد بحثها، ومن أهم النظريات التي درست الضغط النفسي هي:

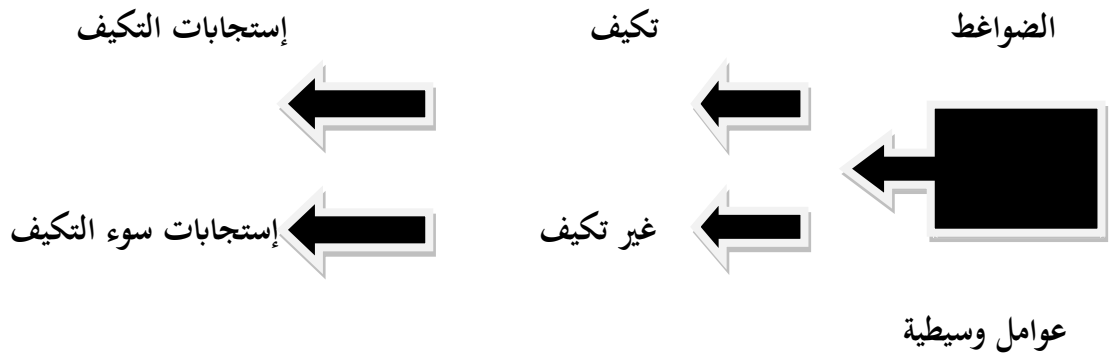
- النظرية الفيزيولوجية: سمي بالإتجاه الفيزيولوجي للضغط ومن أهم رواده **كانون وهانز سيللي**، يرى أن الضغوط هي إستجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة، ويركز هذا الإتجاه على الحالة الداخلية للكائن العضوي وبذلك يشار إلى الضغط على أنه ردود الفعل الإنفعالية والفيزيولوجية، وبذلك ركزت الدراسات على دور الجهاز العصبي المركزي والجهاز الغدي وكذلك على ردود الفعل الإنفعالية جراء التعرض للضغط.

(هارون الرشيد، 1999، ص49)

الشكل رقم(11): يوضح المرحلة الفيزيولوجية للضغط النفسي حسب كانون.



الشكل رقم (12): يوضح حدوث الضغوط النفسية وفقا لنظرية هانز سيللي.



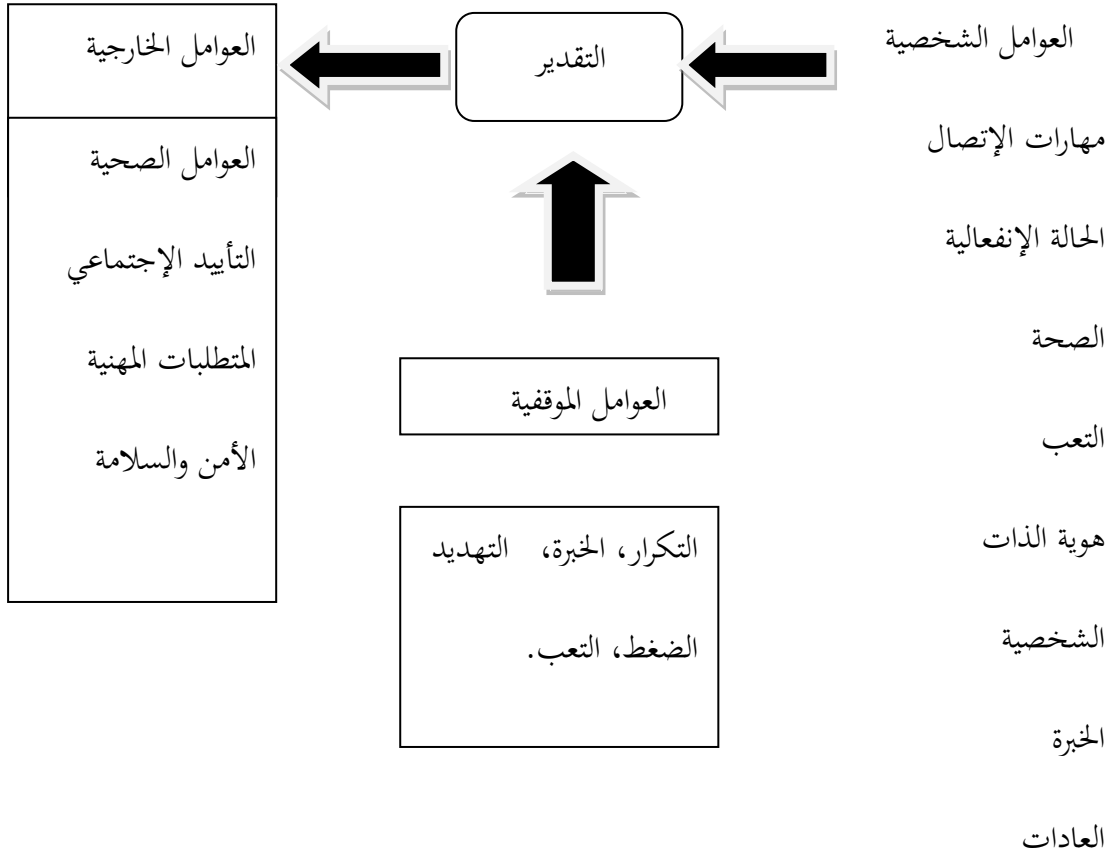
– النظرية المعرفية السلوكية:

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن حالة الضغط أو الإجهاد ترجع إلى إفتقار الفرد لنموذج معرفي مناسب للموقف الضاغط، فالضغط لا يتوقف على الموقف الخارجي بقدر ما يتوقف على الإستجابة المعرفية وتوقعات الفرد.

( سمير شيخاني، 2003 )

أ. نظرية التقدير المعرفي أو التفاعلية للازاراروس: إنصب إهتمامه على التقييم الذهني ورد فعل الفرد إتجاه المواقف الضاغطة، وأسس نموذج التقييم المعرفي وفق ثلاث مراحل: التقييم الأولي، التقييم الثانوي، ومرحلة المواجهة. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص101)

الشكل رقم (13): يوضح نظرية التقدير المعرفي للازاروس للضغط.



ب. النظرية الإدراكية لسيلبرجر **Spielberger**: تعرف بنظرية الدوافع إذ يرى أن الضغوط تلعب دورا هاما في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها ويحدد نظريته في ثلاثة أبعاد نسبية :

الضغط - القلق - التعلم وفي ضوء هذه الأبعاد يتحدد محتوى النظرية في ما يلي :

التعرف على طبيعة الضغوط، قياس مستوى القلق الناتج عن الضغوط في المواقف المختلفة، قياس الفروق الفردية في الميل إلى القلق وتوفير السلوكيات المناسبة للتغلب على القلق الناتج عن الضغوط وتحديد مستوى الاستجابة.

( عبد الرحمن سليمان الطريفي، 1994 )

ج. نظرية الـ **Ellis** : الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد لا توجد في ذاتها، وإنما تتوقف على الأسلوب والطريقة التي يدرك بها الفرد الظروف التي يواجهها، وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي قد يكونها حول هذه الظروف والأحداث الضاغطة.

د. نظرية موراي **Murray**: يعرف الضغط بأنه خاصية لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تفوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، ويميز هذا موراي بين نوعين من الضغط :

- **ضغط بيتا**: وهي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها الأفراد.

- **ضغط ألفا**: وهي خصائص الموضوعات البيئية، كما توجد في الواقع. (علي عسكر، 2009، ص145)

- **النظرية الاجتماعية**: الفرد كائن إجتماعي لا يستطيع العيش بمعزل عن الآخرين، فهو في تفاعل دائم معهم ولا شك بأن سلوك الفرد يتأثر بطبيعة العلاقة بهم. ويشير **كارسون Carson** إلى أن الضغوط النفسية التي يعانيتها الفرد تغزو إلى أنماط التفاعل المختلفة وظيفيا بين الأفراد والضغوط النفسية كسلوك غير توافقي ينشأ من العلاقات الإجتماعية. (ماجدة بهاء عبيد، 2008)

- **نظرية التحليل النفسي**: يرى فرويد أن الزيادة في الضغط النفسي تولد الإحساس بالألم وانخفاضه يؤدي إلى الإحساس باللذة والأنا بطبيعته يسعى دائما لتحقيق اللذة وتجنب الألم ويعمل على حفظ الذات من العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية المهددة له، إما بالعدول عنها أو الهروب منها أو التكيف معها. فحسب التحليل النفسي الصراع والتفاعل المتبادل بين مكونات الجهاز النفسي وعدم قدرته على تحقيق التوازن ينتج عنه الضغط النفسي، ويتأثر إدراك الفرد للموقف الضاغط بتجاربه الداخلية.

(الملتقى الدولي حول سيكولوجية الإتصال والعلاقات الإنسانية، 2005).

## 8/ أعراض الضغط النفسي:

عندما يفشل الفرد في التحكم بالمصادر التي تسبب له ضيق أو انزعاج فإنه يمر بخبرة أو حالة تعرف بالواجهة أو الهرب مع إستمرار المصادر المسببة للضغط تظهر الأعراض، ويجدر التنبيه إلى أن الأعراض المختلفة لا تظهر جميعها في وقت واحد ولا على جميع الأشخاص وتصنف الأعراض الناتجة عن الضغوط كالتالي:

- **الأعراض الفيزيولوجية**: يؤثر الضغط سلبا على النواحي الفيزيولوجية للفرد ويظهر التأثير كآآتي:

- إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وإرتفاع ضغط الدم وزيادة نسبة السكر فيه وإضطرابات الأوعية الدموية.



- إرتفاع مستوى الكوليسترول في الدم مما قد يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية، جفاف الفم وإتساع حدقة العين. (Pierre Loo,2003,p03 )

- **الأعراض الجسدية:** العرق الزائد، التوتر العالي، الصداع بأنواعه، ألم في العضلات وخاصة الرقبة والأكتاف، عدم الإنتظام في النوم، إحتكاك الأسنان، الإمساك، آلام الظهر، الإسهال والمغص، إلتهاب الجلد والطفح الجلدي، عسر الهضم، القرحة المعدية، التغير في الشهية، التعب، زيادة التعرض للحوادث التي تؤدي إلى إصابات جسدية. (هيجان عبد الرحمن،1998)

- **الأعراض الإنفعالية:** سرعة الإنفعال، تقلب المزاج، العصبية، سرعة الغضب، العدوانية واللجوء إلى العنف، الإكتئاب وسرعة البكاء.

- **الأعراض المعرفية:** النسيان، صعوبة التركيز، صعوبة إتخاذ القرار، إضطراب في التفكير، ذاكرة ضعيفة أو صعوبة في إسترجاع الأحداث، إستحواذ فكرة واحدة على الفرد، إنخفاض في الإنتاج أو دافعية منخفضة، إنجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ، تزايد عدد الأخطاء، إصدار أحكام غير صائبة.

- **الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية:** عدم الثقة الغير مبررة بالآخرين، لوم الغير، نسيان المواعيد، أو إلغائها قبل فترة وجيزة، تصيد أخطاء الآخرين، التهكم والسخرية، تبني سلوك وإتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين. (علي عسكر، 2009، ص45)

## 9/ الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية:

تختلف الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية من فرد لآخر بإختلاف الأحداث الضاغطة ولهذا فقد إهتم الباحثون بدراسة التأثيرات السلبية الناجمة عنها وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (06): يوضح آثار الضغط النفسي.

التأثيرات السلوكية العامة	التأثيرات الإنفعالية	التأثيرات المعرفية لزيادة الضغوط	النتائج الفيزيولوجية لزيادة الضغوط
زيادة الضغوط	زيادة الضغوط	صعوبة في التركيز، نقص الإلتباه، وقلة الإستجابات السريعة مما يؤدي إلى إتخاذ الإنسجام والإسترخاء.	إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم. - إضطرابات الدورة
زيادة الضغوط	زيادة التوتر الفيزيولوجي	زيادة القدرة على التخاطب والتواصل كالتأناة والتلثم.	- زيادة مشاكل

- الدموية وأمراض القلب. - قرارات خاطئة ومتسرة. - حدوث تغيرات في - إنخفاض مستوى
- زيادة إفراز الغدة - ضعف قوة الملاحظة. - الصفات الشخصية، تزايد الطاقة.
- الدرقية مما يؤدي لزيادة - تدهور الذاكرة، - المشاكل الشخصية. - إلقاء اللوم على
- إستنفاد الطاقة. - بنقصان القدرة على - القلق والحساسية - الآخرين
- إجهاد ونقص في الوزن - إستدعاء الذكريات. - المفرطة. - ظهور سلوكات شاذة.
- وإختيار جسيمي - زيادة في - ظهور الشعور بعدم - نقص الحماس
- إفراز الكوليسترول. - زيادة الأخطاء - الرضى والإكتئاب. - والإهتمام والميولات،
- تصلب الشرايين - على حل المشكلات. - إنخفاض تقدير الذات. - والتخلي عن الأهداف.
- والأزمات القلبية - زيادة - صعوبة معالجة - سرعة الإستثارة - زيادة معدلات الغياب
- إفراز الكورتيزون بالدم. - المعلومات وعدم القدرة - والخوف. - عن العمل وعدم الرضا.
- إضطرابات التنفس - على إتخاذ القرارات. - عدم القدرة على - إضطراب النوم وإهمال
- كضيق التنفس وأمراض - فقدان القدرة على - التحكم في الإنفعالات. - الصحة.
- الحساسية. - التقييم الصحيح للموقف. - الأفكار الوسواسية - عدم الثقة في الآخرين
- إضطرابات هضمية - إضطراب التفكير. - وإختفاء الإحساس - والإنسحاب منهم.
- كإضطراب المعدة - التعبيرات الذاتية - بالبهجة - التخلي عن الواجبات
- والأمعاء. - الغثيان - السلبية التي يتبناها الفرد - زيادة معدل القلق ، - والمسؤوليات وإلقائها على
- والإمسك. - عن ذاته والآخرين. - العدوانية والإكتئاب . - عاتق الآخرين.
- تفاعلات جلدية - كشحوب الجلد، الإكزيما -
- والصدفية. - تغيرات وظائف - الأعضاء وإفرازات الغدد.

وقد عرض أخصائيوون في الضغط النفسي مجموعة من الأمراض المرتبطة بالضغط أو الناشئة عنه وأهمها:

- تعاطي العقاقير والكحول والمخدرات.

- ظهور الأمراض المزمنة والإضطرابات الأساسية في الصحة العقلية والإنهيار العصبي.

(Stora,1995,p38)

ومن أهم آثار الضغوط على الجانب النفسي:

- الإحترق النفسي **Burn out** : عبارة عن حالة من الإنهالك الجسمي والإنفعالي والعقلي، ينتج عن التعرض للمواقف المشحونة إنفعاليا مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الفرد.

(جمعة سيد، 2007، ص39)

ويعتبر الإحترق النفسي خبرة نفسية سلبية يعيشها الفرد وتسبب له الكثير من المشاكل وعدم الشعور بالإرتياح مما يؤدي لحدوث نتائج سلبية ويتضمن ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى: تتضمن عدم التوازن بين مطالب الفرد ومصادره.

المرحلة الثانية: تتضمن حدوث التوتر الإنفعالي فوري لدى الفرد، أي حدوث التعب والإنهالك على المدى القصير.

المرحلة الثالثة: تتضمن عدد من التغيرات في إتجاهات الفرد وسلوكه. (طه عبد العظيم، 2006، ص28)

- اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (ESPT) : هو جملة من الأعراض التي يعانيتها الفرد عقب تعرضه لأحداث صدمية بفترة وتمثل في إعادة معايشة الحدث الصادم عن طريق الأحلام والكوابيس المصاحبة لاضطراب النوم، سرعة الإنفعال، الاستثارة، التهيج والعدائية. وأهم ما يميزها هو العودة إلى الماضي وتذكر الأحداث الصدمية بشكل لاإرادي . (Farid Kacha,1996,p113)

يشير إلى مجموعة من الأعراض المميزة التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم، من خلال الأنماط العادية للسلوك وخاصة في غياب المساندة الإجتماعية فيشعر الفرد بالعجز في مواجهة الحدث.

## 10./ قياس الضغط في المختبر (المقاييس الفيزيولوجية):

من الطرق المعاصرة الشائعة في دراسة الضغط القيام بتعريض مجموعة من الأفراد في المختبر لأحداث تسبب الضغط لفترة قصيرة، ثم ملاحظة التأثير ثم ملاحظة التأثير الذي يحدثه الضغط عن طريق قياس ردود أفعالهم الفيزيولوجية ونشاط الغدد الصماء واستجاباتهم السيكلوجية وهذا يرتبط بظهور المؤثرات على مستوى النشاط السمبتاوي كزيادة ضربات القلب، لزوجة الدم، ارتفاع ضغط الدم، شدة الإفرازات العصبية الغدية، مما يقدم دليلا على زيادة نشاط الأجهزة الهيبيوثلاموس والغدة النخامية المنشطة لقشرة الأدرينالين (HPA) كزيادة إفراز الكورتيزول. (شيلي تابلور، 2008، ص375)

كل هذه المهام الفيزيولوجية تسبب أيضا معاناة نفسية لفترة قصيرة المدى، هذه الأخيرة تقاس بطرق أخرى هي :

-المقاييس و الاختبارات النفسية : توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط وقياسها منها الملاحظة، المقابلة، الاستبيانات وتعد الاختبارات أكثر الطرق استخداما في دراسة الضغوط، فهناك منها من تقيس الضواغط المثيرة عن طريق قياس أحداث الحياة كمقياس هولمز و راهي (Holmes et Rahé 1967).

( Levenstein, 1993)

ويعتبر هولمز وراهي من رواد في ميدان بحوث الضغط. قاما بتطوير قائمة بعنوان مقياس تقدير وإعادة التكييف الاجتماعي (SRRS) حيث قاما بتحديد الأحداث التي تدفع الأفراد لإجراء أهم التغييرات في حياتهم.

(محمد الحجار، 2000، ص378)

## 11./ علاج الضغط النفسي:

هنالك علاجات مختلفة نذكر منها:

-العلاج المعرفي: الأفكار والإعتقادات التي يكونها الفرد عن الموقف بإعتباره يمثل تهديدا وضررا له هو السبب في حدوث الضغط النفسي، فالتقييم المعرفي هو الخطوة الأساسية لمواجهة المواقف الضاغطة وذلك لتغيير الأفكار غير المنطقية تؤدي إلى تغيير الإستجابة الإنفعالية والسلوكية وهناك عدة فنيات تساعد على التعامل مع الضغوط نذكر منها :

- إيقاف الأفكار السلبية إذ ينبغي تغيير الأفكار السلبية لدى الفرد تدريجيا إلى أفكار أكثر عقلانية تساعد على التصرف بالطريقة المناسبة.

- إدارة الذات وهي أسلوب معرفي سلوكي يساعد الأفراد على إحداث التغيير في سلوكهم وخفض إستجابات القلق الناتجة عن الموقف الضاغط بهدف تعليم الفرد كيفية ملاحظة سلوكه وصياغة أهدافه.

- أحاديث الذات تقوم على فكرة أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة التي تجعله يشعر بالخوف، والتخلص منها عند مواجهة الحدث الضاغط.

- التخيل أو التصور البصري يتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط، ويكون التخيل مقترن بالإسترخاء وهكذا يستطيع التدرّب على الحدث الذي يتوقع أن يسبب له الضغط.

- حل المشكلات وتشير إلى قدرة الفرد على إدراك عناصر الوقت أو المشكلة وصولاً إلى خطة محكمة لحل المشكلة التي هو بصدد حلها، ويعتبر فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف الضاغطة وتهدف إلى تنمية مهارات الفرد، ولها أهمية كبيرة تتمثل في زيادة كفاءة الفرد وفعاليته مما يؤدي إلى التعامل بنجاح في المواقف الضاغطة من خلال مروره بالخطوات المتمثلة في التعرف على المشكلة وجمع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة وتقييم الحلول البديلة ووضع حل نهائي موضع التنفيذ. (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص135)

والهدف من العلاج المعرفي هو محاولة إكساب المفحوص عدة مهارات تمكنه من التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة، فالهدف من العلاج النفسي هو ليس تغيير الوضعية وإنما هو تغيير طريقة إدراك الفرد للوضعية.

- **العلاج السلوكي:** يستخدم السلوكيون في علاجهم للضغط الإسترخاء فهو مرادف للصحة والهدوء، ويظهر كأنه نوع من مضادات الضغط النفسي ومن أهم تقنياته المستعملة هي:

. **تمارين التنفس الإسترخائي:** في حالات الضغط يشتكى الشخص من حالة التوتر وضيق التنفس التي تعتبر توترات عضلية في مستوى الحزام البطني وفي مستوى الصدر والعنق، وهذه التوترات العضلية هي مصدر الإحساس بضيق التنفس وللتدريب على التنفس بطريقة معينة يشكل ضيق في إخراج الهواء، مما يساعد الشخص على التخفيف من الضغط النفسي من خلال عملية الشهيق الطويلة. تتم عملية الزفير كاملة مع تكرار هذه العملية يشعر الإنسان بالراحة والإسترخاء، بالإضافة إلى التنفس بطريقة جيدة للحفاظ على صحة الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي . (جبالي صباح، 2012، ص75)

- **الإسترخاء العضلي والفكري:** فيه يقوم المريض في الإستلقاء على فراش مريح ووضع الوسادة خلفه مع إغماض عينيه ويتخيل نفسه في المكان الذي يفضل، ومحاولة الإسترخاء التام للعضلات والمفاصل بدءاً من أصابع القدم، الكاحل، الركبة، الظهر، الكتفين، فأصابع اليد، ويجب أن يكون هذا التمرين في سكون تام محوياً إبعاد جميع الأفكار عن الذهن، وجعله خالياً وهذا ممكن بالتمرين والتكرار وذلك لمدة عشر دقائق تتكرر من مرتين إلى ثلاث

مرات يوميا. وتتمثل الفوائد النفسية للإسترخاء في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالذات، وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة أيضا، يعمل على خفض التوتر وتحقيق الراحة. (آيت حمودة حكيمه، 2005)

- **التغذية الرجعية:** تعتبر وسيلة هامة تساعد على الإسترخاء وهي عبارة عن معلومات تعطى للفرد عقبه أداءه لتوضيح صحة إستجاباته أو خطئها بناء على ذلك قد يستمر الفرد أو يعدل سلوكه أو يتوقف لأنه حقق هدفه.

- تعديل أسلوب الحياة: يمثل أسلوب الحياة أهداف الفرد كما يشمل أيضا قدرته ودوافعه وهو كل ما يتعلق بشخصية الفرد وليس ثابت تماما بل يمكن تعديله أو تطويره تبعاً لمتطلبات البيئة التي يعيش فيها وعلى هذا فالإستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف الضاغطة قد تضعف من قدرته على المقاومة.

- **التدريب على السلوك التوكيدي:** يعني التدريب على قول "لا" ورفض الطلبات غير المقبولة والقدرة على التعبير على المشاعر الموجبة والسالبة، وهذا ما يكسب الشخص فعالية في الإستمرار في التفاعلات الإجتماعية ويمكنه من تنظيم إنفعالاته في ضوء ما تقدم . (الدهيمات، 2008)

- **التدريب على إدارة الوقت:** يهدف هذا الأسلوب إلى زيادة الكفاءة لدى الفرد في إستخدام الوقت، توظيفه وإستثماره فيما يفيد، وتستخدم إدارة الوقت في خفض الضغوط والتخطيط للتعامل معها، تحديد الهدف، جدولة الأنشطة، المهام والعمل على التنفيذ. (Crnic, Low, 2002)

- **العلاج الجماعي :** هو عبارة عن إقامة العلاقات والقيام بالأنشطة الخاصة في وسط الجماعة بهدف إحداث التفاعل الجماعي بين الأفراد لتسهيل فهم الفرد لذاته، فالعلاج النفسي الجماعي فيه إقتصاد أو توفير للوقت المطلوب للشفاء، فهو منهج إقتصادي وذلك لأن معالج واحد يستطيع أن يساعد عدد من الأفراد دفعة واحدة. يوفر هذا المنهج من خلال الجماعة خبرات في الإتصال والتواصل مع الآخرين والتفاعل معهم أي حصول التأثير أو التأثير المتبادل بين أعضاء الجماعة، بعض الأفراد يستجيبون إيجاباً للعلاج الجماعي أكثر من العلاج الفردي، فهناك من تتطلب حالاتهم المزج والإستفادة من المنهجين معاً، خاصة في حالة الإكتئاب والضغط النفسي. ففي الجماعة فرصة جديدة للفضضة والإفصاح بما يجول في الصدر وتحرير الإنفعالات والمشاعر الحبيسة وتفريغ الشحنات الإنفعالية، وتنمية المهارات في التعامل مع الغير وإكتساب الثقة.

ويعرف **ستيوارت (1977):** العلاج الجماعي بأنه تفاعل المعالج مع الجماعة خلال المناقشة الجماعية بهدف نشر المعلومات وإثارة معلومات الجماعة حول موضوع معين مثل الضغوطات التي يواجهونها يوميا، وذلك من خلال عملية التفاعل بين أعضاء الجماعة في إطار جديد يشعر فيه الفرد بالأمن والطمأنينة للقيام بأساليب سلوكية أكثر فعالية في تحقيق الذات والإستبصار بالسلوك المقبول إجتماعيا وفي مواجهة المشاكل المختلفة والتفاعل السوي مع الآخرين. (عبد الفتاح الخواجة، 2010، ص14)

كما يشترط على أفراد الجماعة أن يعانون من نفس المشكل أو يكونوا تحت نفس الضغط ويعملوا كفريق واحد متكامل لتحدي معاشهم النفسي ومواجهته بهدف التحسين والتعديل، كما يمكن إستخدام عدة تقنيات علاجية جماعية منها لعب الأدوار والمناقشة الجماعية التي خصص لها عنصر في فصل العلاج النفسي الجماعي بهذا البحث.  
(طه بنخش أميرة، 2001)

- **العلاج الكيميائي:** يتم اللجوء إلى بعض مضادات الضغط وبعض الأدوية المهدئة مثل مضادات القلق والإكتئاب وبعض الفيتامينات، ومن أهم العقاقير الحيوية المضادة للضغط النفسي نذكر:

. **مضادات القلق:** تهدف إلى التقليل من حدة القلق والتوتر النفسي لدى الشخص. ولها خمس مميزات من ناحية المفعول هي:

- خاصة مضادة للقلق.

- خاصة منومة.

- خاصة منشطة للنعاس.

- خاصة مضادة للإرتعاش.

- خاصة تحقق إسترخاء العضلات.

**المهدئات:** تستخدم كآلية مهدئة للتوتر والضغط النفسي لدى الأشخاص ومن هذه المواد  
" **Méprobamate** " و " **Benzodiazepine** " .

**مضادات الإكتئاب:** تهدف هذه المضادات والأدوية إلى علاج تعكر المزاج وحالات التوتر الشديد وتحسن القدرة على التفكير وتعالج إضطراب النوم، ومن بين هذه المضادات :

« **Laroscyl** » و « **Athymie** » و « **Praymaren** » وهي قادرة على التقليل من الشعور بالضغط النفسي لدى الفرد غير أن إستعمالها لمدة طويلة وبكيفية غير طبية يجعله يدخل في حالة إرتباط فيزيولوجي تكون له آثار جانبية سلبية وتتحول من مفعوله المضاد للضغط النفسي إلى مفعول مخفف للضغط مع آثار جانبية.  
(عايش العنزي، 2004، ص75)

## خلاصة المبحث الأول "الضغط النفسي" :

لقد تناولنا في الجزء الأول من هذا الفصل مفهوم الضغط النفسي الذي هو بمثابة إستجابة نفسية فيزيولوجية غير تكيفية إتجاه مواقف الحياة. والتي يختلف الأفراد في إدراكها على أنها أحداث ضاغطة أم لا، فكما يبدو أن الضغط النفسي أصبح مجال مسيطر على أغلب ميادين الدراسات الحديثة وفي مجالات الصحة النفسية والعلاج النفسي، لما له من آثار هامة ناتجة عن كثرة الأعباء والمطالب التي تفوق قدرة الفرد على تحملها ومواجهتها والسيطرة عليها، وقد تعددت الآراء و تعريفات الضغط نظرا لكثرة النظريات المفسرة له وإتجاهاتها.

وفي الأخير تمت الإشارة إلى مجموعة من الطرق والأساليب العلاجية المتبعة، والتي تهدف إلى التخفيف من حدة الضغط النفسي، وتسعى إلى تحقيق تكيف الفرد مع مختلف المواقف الحياتية. ومثلما تختلف طرق العلاج من حالة لأخرى فإن الإستراتيجيات والأساليب التي يتبعها الأفراد في مواجهتهم للضغط النفسي والتعامل مع مصادره تختلف أيضا.



## تابع للفصل الثاني

### الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة

#### المبحث الثاني:

#### إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

- تمهيد.
- تطور مفهوم المواجهة.
- تعريف إستراتيجيات المواجهة.
- الفرق بين المواجهة وبعض المصطلحات " الدفاع، التكيف".
- فعالية إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.
- النظريات المفسرة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.
- نوعي إستراتيجيات المواجهة.
- خصائص المواجهة.
- وظائف إستراتيجيات المواجهة.
- التقييم المعرفي لإستراتيجيات المواجهة.
- تصنيفات إستراتيجيات المواجهة.
- طرق قياس إستراتيجيات المواجهة.
- خلاصة المبحث الثاني من الفصل.

## تمهيد :

يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف والظروف الضاغطة تتضمن خبرات غير مرغوبة فيها يمكنه تجنبها بل يتحتم عليه التكيف معها، ومحاولة التعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة تبعد الخطر عنه وتجعله في حالة من التوازن، وتتراوح هذه المواقف ما بين السلبية كخطر فعلي أو الإيجابية كتحقيق النجاح.

لذا فإن الاستجابة لضغوط وانتهاج أساليب إستراتيجيات مواجهة معينة هي التي تحدد تأثير المواقف الضاغطة على الأفراد، وتختلف استراتيجيات المواجهة تبعاً لاختلاف خصائص الشخصية وطبيعة الموقف نفسه، وذلك تبعاً لنوع مصادر المواقف الضاغطة سواء كانت داخلية أو خارجية، فهناك شخص يتعامل مع الموقف الضاغط بمرونة وآخر يتعامل بقوة واندفاعية حيال الحدث أو الموقف نفسه الأمر الذي يؤدي إلى زيادة حدة الشعور بالضغط لديه.

وللتوضيح أكثر سنتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم إستراتيجيات المواجهة والفرق بينه وبين التكيف والدفاع، كما سنتناول أهم النظريات المفسرة لها وخصائص المواجهة ومختلف العوامل المؤثرة في تحديد إستراتيجيات المواجهة، تصنيفات إستراتيجيات المواجهة وطرق قياسها. كذلك العلاقة بين التعامل مع الضغط النفسي المرتكز حول الانفعال والمرتكز حول المشكل مستدلين بفعالية التعامل مع الضغط النفسي ونتائجه. وأخيراً تناولنا طرق قياس استراتيجيات المواجهة.

## تطور مفهوم المواجهة :

من الناحية اللغوية اختلفت تسميتها فهي في الأصل كلمة انجليزية "coping" تعني بالفرنسية "faire face" ويقصد بها التسوية أو التعامل أي استجابات تكيفيه للتغيرات التي تحدث في البيئة المحيطة بالفرد

. (Mahmoud Boudarene, 2005,p8)

تاريخيا مفهوم المواجهة "coping" يتصل بمفهومين هما :

- ميكانيزمات الدفاع "défense de mécanismes" الذي تطور مع نهاية القرن 19 من طرف نظرية التحليل النفسي. (عبد المنعم الحنفي، 1995)

- التكيف "adaptation" الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19 معتمدا في ذلك على علم البيولوجيا، علم الطبائع، وعلم نفس الحيوان (خاصة خلال تطور نظرية النشوء والارتقاء لداروين).

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002,p69)

يعد **Morphy (1962)** من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم المواجهة في أبحاثه، حيث أشار إلى

الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها.

(Lazarus,R.S et folkman.S,1984, P14)

أما مصطلح **coping** فقد جاء به العالم الأمريكي لازاروس وشركاؤه **Lazarus.S.R** وطوره في سنوات 1978 ، 1984 ، 1990 على التوالي.

(Bloche,H et all, 1999, p68)

## تعريف إستراتيجيات المواجهة:

تباينت التعاريف بإختلاف العلماء وتعدد وجهات نظرهم واهتماماتهم البحثية، حيث يعتبر (**Haan, 1982**) المواجهة بأنها الإستجابة التي تصدر عن الفرد إزاء الأحداث الضاغطة والتي تكون خارجية أكثر منها داخلية.

يقصد (Ray et al ,1982) بالمواجهة الطريقة المستعملة للتوافق مع الوضعيات الصعبة من جراء حدث ضاغط حقيقي أو خيالي. (Paulhan & Bourgeois ,1995)

ويشير Folkman et Lazarus (1984) بأن المواجهة هي الجهود السلوكية والمعرفية بإستمرار، التي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، حيث تم تقديرها من جانب الفرد على أنها ترهق موارده وتتجاوز مصادره وإمكاناته، وتعرض هذه الجهود المعرفية والسلوكية إلى تغير تبعا لتقييمات وإعادة تقييمات دائمة للعلاقة (فرد / محيط) والتي تتغير هي الأخرى بإستمرار. (Folkman et Lazarus, 1984)

كما يعرفها "فلاشمان Fleishman" : هي تلك المجهودات المعرفية والسلوكية، الموجهة نحو التحكم أو تحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز إمكانياته الشخصية، لذلك فهي تشمل نشاطا ما أو عملية فكرية للتخلص من الضيق النفسي أو الموقف الضاغط.

كما يرى Cox (1985) بأن المواجهة هي صورة من سلوك حل المشكلة تتضمن مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها ومع الخبرات الإنفعالية الناتجة عنها. (Cox,1991)

ويعرف Dantchev (1989) المواجهة كمجموع المجهودات المعرفية والسلوكية لمواجهة وتحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد أو تفوق طاقة الفرد. (Schweitzer et Dantzer , 1994)

وEverly (1989) من جهته يرى بأنه يمكن الحديث عن مواجهة الضغوط من ناحيتين مختلفتين، الأولى وهي الناحية المعرفية وتعني التفكير في أساليب معرفية لإضعاف وتقليل معدل إستجابة الضغط، والثانية ناحية فيزيولوجية وتعني محاولة إعادة الإتران لدى الكائن الحي. (Everly,1989)

وعلى نطاق آخر يعتبر كل من Parker وEndler (1990) المواجهة كعامل مصدر (Factor Buffer) يتوسط العلاقة بين الضواغط ونتيجة الضغوط أو بين مقدمات الأحداث الضاغطة والنتائج الناجمة عنها. (Parker & Endler, 1990)

ويعرف **Lewis و Frydenberg (1991)** المواجهة بأنها مجموعة الأفعال المعرفية والوجدانية التي يقوم بها الفرد في الإستجابة للمواقف الضاغطة، وذلك بهدف إستعادة الإتزان للفرد أو نحو الإضطراب والتوتر لديه بمعنى محو المثير أو الموقف الضاغط والتكيف معه. ( Lewis & Frydenberg, 1991)

وفي نفس السياق يعتبر **Thoits (1995)** المواجهة كمجموعة من المعلومات والسلوكيات الوجدانية والمعرفية والإجتماعية المكتسبة والتي يستخدمها الأفراد عند التعرض للضغوط، ويمكن للمواجهة أن تكون فعالة أو غير فعالة، وهي تتضمن قدرة الفرد على إدراك الحدث وتقييمه وإعادة تقييم الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتوافق مع الحدث. ( Thoits , 1995)

ويضيف **Callan ( 1993 )** بأن المواجهة في بيئة العمل هي جهود يبذلها الفرد للحصول على معلومات تزيد من قدراته على التنبؤ بالموقف وتساعده على إدراك الضغط في التعامل مع المشكلات التي تحدث في المستقبل. وفي هذا الصدد يرى **Marais(1997)** بأن المواجهة هي جهود يقوم بها الفرد لإدارة أو تعديل الحدث الضاغط مثل تغيير منظمة بيئة العمل عن طريق تحسين نوعية العمل وتحسين مستوى الإنتاجية.

(مريم الشيراوي، 2006)

ويعد **(Ferreri, 2002)** المواجهة كطريقة يفكر بها الفرد ويسلكها لإيجاد حلول للجوانب السلبية لمواقف ما ضاغط في العمل. ( Ferreri et al , 2002)

وفقا لإستراتيجيات معرفية أو سلوكية هادفة للتحكم في التظاهرات الفيزيولوجية والنفسية الناجمة عن الضغط النفسي. (Parquet et Servant, 1995)

بالإستناد إلى ما تقدم من تعاريف يمكن تعريف المواجهة بأنها الطرق والأساليب المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد مع التعامل مع المواقف الضاغطة والصعوبات التي تواجهه في حياته والتي تشمل تهديدا وتحديا لشخصية الفرد، وذلك محاولة منه لتجنب إمكانية حدوث إضطرابات في الوظائف الإجتماعية والإنفعالية والجسمية عقب التعرض للمواقف الضاغطة.

ومن خلال التعاريف السابقة تستخلص الطالبة أن إستراتيجيات المواجهة عبارة "عن مجموعة من الاستجابات السلوكية والمعرفية والانفعالية التي يستخدمها الفرد لمواجهة المواقف الصعبة والتعامل مع الأحداث الضاغطة، حيث تعمل على تحقيق الراحة النفسية والجسدية من خلال التخفيف من حدة الحدث الضاغط.

الفرق بين المواجهة وبعض المصطلحات :

## 1/ الفرق بين المواجهة والدفاع: Coping et Défence

انطلاقاً من سنوات الستينات والسبعينات من القرن الماضي وبعدما كانت كل الأبحاث مكرسة للبحث في ميكانزمات الدفاع اتجهت للبحث في مصطلح المواجهة وقد استعمل هذا المصطلح لأول مرة من طرف لازاروس سنة 1978 .

في الفترة ما بين 1960 و1980 كان هناك إلتباس وتداخل بين المصطلحين الدفاع والواجهة، مع أن ميكانيزمي التسامي والدعابة كانا هما الأكثر تكيفا مع المفهوم الجديد، إلى أن جاءت محاولة "هان HAAN" في (1977) لتبين الفروق بينهما :

-ميكانزمات الدفاع : صلبة ، تعمل على مستوى اللاشعور ، لا يمكن للفرد مقاومتها ، ترتبط بصراعات نفسية داخلية بشخصية وبأحداث الحياة الماضية ، تهدف إلى خفض القلق الذي يسببه الموقف إلى مستوى قدرة الفرد على التحمل.

-إستراتيجيات المواجهة : تتميز بالمرونة، تعمل على مستوى الشعور، تتغير حسب ما يتطلب الموقف، مرتبطة بالواقع الحالي، وظيفتها السماح للفرد بالسيطرة وتخفيض أو تحمل الاضطرابات الناتجة عن المواقف الحالية الضاغطة، تختلف المواجهة عن الدفاع في أنها محاولات شعورية لمواجهة المشاكل الحالية الحديثة.

( Cooper,1992 )

ظهر مفهوم الدفاع في نهاية القرن 19 مرتبطاً بتطور التحليل وعلم النفس الدينامي، تحدث Freud et Breuler في أبحاثهم الأولى بأن الأفكار المزعجة والمشاعر المؤلمة يمكن أن تتسرب إلى الشعور عندما يفشل الكبت في السيطرة عليها، كما وصف فرويد في النصوص الأولى لنظريته مختلف الميكانزمات الدفاعية التي يلجأ إليها الفرد من أجل تحويل أو تشويه أو إنكار الأفكار الغير مقبولة من أجل الحفاظ على كيانه واتزانه الداخلي .

بعد تطور مفهوم الدفاع، تطرق فرويد إلى مفهوم الكبت مشيراً إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم وهذا ما وضعه في كتابه "الكف والعرض والقلق" سنة 1926 حيث عرف الدفاع بأنه "صراع الأنا ضد الأفكار والمشاعر المؤلمة" معتبرا الكبت كواحد من الميكانيزمات الدفاعية الأساسية. (مسعودي، 2020)

جدول رقم (07): الفرق بين المواجهة والدفاع.

المواجهة	ميكانزمات الدفاع
- مرنة .	- صلبة.
- شعورية .	- لاشعورية.
- مرتبطة بالفرد والبيئة.	- مرتبطة بصراعات بينشخصية.
- مرتبطة بالواقع الحالي.	- مرتبطة بأحداث الحياة الماضية.
- تهدف إلى خفض الاضطرابات الناتجة عن الموقف الضاغط الحالي.	- تهدف إلى خفض القلق إلى مستوى قدرة الفرد على التحمل.

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002,p69)

## 2/ الفرق بين المواجهة والتكيف: Coping et Adaptation

ميز لازاروس وفولكمان (Folkman et Lazarus , 1984) كل من التكيف والمواجهة بشكل واضح -فالتكيف هو مفهوم واسع يشمل كل من علم النفس وعلم الأحياء ، ويشمل جميع الوسائط وردود أفعال الكائنات الحية التي تتفاعل مع الظروف البيئية المتغيرة، أما المواجهة تتضمن مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد، إزاء وضعيات البيئة يدركها الفرد على أنها مهددة له.

(Chaban,2011,p60.61)

إن مفهوم المواجهة أخذ مرجعيته من النظريات المتعلقة بالتكيف وتطور الأجناس، التي ترى بأن الفرد يمتلك مجموعة من الاستجابات سواء كانت فطرية أو مكتسبة تسمح له بالبقاء والاستمرار تجاه مختلف التهديدات،

خاصة عندما يتعرض إلى موقف خطير أو عدو (الهجوم، الهروب)، وهذا ما أكده العديد من الباحثين باعتبار أن العملية الدينامية التي تربط الضغط بالمواجهة تعتبر كجزء من ميكانيزمات التكيف للتصدي لصعوبات الحياة.

(دحادحة عفاف، 1998)

حدد لازروس وفولكمان (1984) **folkman et Lazarus** كل من المواجهة والتكيف بشكل واضح، فالتكيف مفهوم واسع جدا يضم كل من علم النفس والبيولوجيا، كما أنه يتضمن كل ردود أفعال الكائنات الحية خلال تفاعلها مع ظروف ومتغيرات المحيط، بالمقابل فإن المواجهة مفهوم خاص ونوعي حتى وإن كان يتضمن مختلف استجابات التوافق لدى الفرد إلا أنه لا يختص إلا بردود الأفعال تجاه المواقف البيئية التي يدركها الفرد على أنها مهددة له، ويمكن تفصيل الفرق أكثر من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (08): يبين الفرق بين المواجهة والتكيف.

**التكيف** Adaptation

**المواجهة** Coping

- مفهوم واسع.

- مفهوم ضيق ومحدد.

- يشمل كل الكائنات الحية.

- يخص الإنسان.

- يضم كل ردود أفعال الكائنات الحية خلال تفاعلها مع مختلف الظروف البيئية.

- يضم ردود الفعل إزاء وضعيات في البيئة .  
- يدركها الفرد على أنها مهددة له .

- ردود أفعال متكررة وآلية.

- تستخدم جهود معرفية وسلوكية واعية.

مما سبق نجد أن التكيف يندرج ضمن ردود الأفعال المتكررة والأوتوماتيكية، في حين يبذل الفرد عند المواجهة مجهودات معرفية وسلوكية شعورية نوعية متغيرة وأحيانا أخرى جديدة بالنسبة إليه، ولهذا فضل لازروس أخيرا استعمال مصطلح التوافق **Ajustement** بدل مصطلح التكيف **Adaptation** لأنه أكثر مرونة ويعتبر كمصطلح معياري ونهائي. (Folkman et Lazarus 1984, p284)



## فعالية إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

من الصعب الحكم على مدى فعالية أو عدم فعالية استراتيجيات المواجهة المنتهجة من قبل الفرد، فالإستراتيجيات الفعالة على المدى القصير يمكن أن تكون ضارة على المدى البعيد، لذا فإن لازاروس يرى أن أساليب التعامل تتعلق بمدى تلاؤمها مع متطلبات البيئة الخارجية والمتطلبات النفسية الداخلية، لذا فإن إستراتيجيات المواجهة تعرف بأنها جهود ناجحة أو غير ناجحة يقوم بها الفرد بهدف معالجة متطلبات المحيط.

(Pierluigi. Graziani, 2004,p78)

وتكون استراتيجيات المواجهة فعالة إذا سمحت للفرد بتسيير والسيطرة على الوضعية الضاغطة أو التخفيف من أثرها على راحته النفسية والجسدية ، حتى يتمكن الفرد من حل المشكلة أو التحكم فيها وتعديل انفعالاته السلبية تجاه المواقف الضاغطة. (حامد زهران، 2005)

استراتيجيات المواجهة الفعالة تتضمن سلوكيات تساعد الفرد على حل المشكلة (البحث عن المعلومة، طلب المساندة الاجتماعية،....)، في حين أن استراتيجيات المواجهة الغير فعالة عبارة عن مجموعة السلوكيات التي يقوم بها الفرد لتجنب التعامل مع المشكلة (التجنب، الإنكار، سلوك عدواني، إدمان،....).

إلا أنه توجد استراتيجيات قد يستخدمها شخص ما ويجد أنها فعالة في خفض الضغوط، في حين إذا استخدمها شخص آخر يجد أنها غير فعالة، كما أن الإستراتيجيات التي تكون فعالة في موقف ضاغط معين قد لا تكون كذلك في مواقف ضاغطة أخرى . (حسين فايد، 2000)

إذن لا توجد استراتيجيات مواجهة فعالة في حد ذاتها بغض النظر عن بعض خصائص الأفراد (عملية التقييم)، وخصائص الوضعيات الضاغطة (الشدة، المدة، القابلية للتحكم)، هذا إضافة إلى أن المواجهة تختلف حسب الوضعية الانفعالية والجسدية للفرد، هذا ما يؤكد أن المواجهة هي آلية تسوية بين الفرد والمحيط.

## النظريات المفسرة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

المدخل النظرية للمواجهة عديدة، يأتي في مقدمتها مدخل التحليل النفسي، فهو يعد النظرية الأولى عن المواجهة حيث ركز الإهتمام على إستخدام ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية لدى الشخص، والمدخل الثاني إرتبط بأعمال لازاروس وتلاميذه. بالإضافة إلى (Taylor1989) و (Meichenbaum1977) و Moos وهو مدخل الشخصية يركز على خصائص الشخصية كمتغير هام في عملية المواجهة، ويركز المدخل الأخير الذي يمثله Obrein و Delongis (1996) وغيرهم، على دور كل من الخصائص الموقف الضاغط الذي يتعرض له الفرد والمتغيرات الشخصية لدى الفرد في تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الموقف. وفيما يلي سوف نستعرض هذه المدخل الثلاث بالتفصيل:

## المقاربات التقليدية: (المتناولات الكلاسيكية):

### النموذج الحيواني:

يقوم هذا المفهوم على البحوث القائمة على الحيوانات واستنادا إلى هذا النموذج حدد مفهوم المواجهة كاستجابة سلوكية فطرية أو مكتسبة لمواجهة الخطر مثال الهرب أو التجنب ناجم عن الخوف والمواجهة أو الهجوم ناجم عن الغضب والمعيار الأساسي لنجاح المواجهة عند الحيوان يتمثل في بقاءه حيا، وحسب هذا التصور فإن إستراتيجيات المواجهة تضم مجموع السلوكيات المكتسبة نفسيا، لمواجهة التهديدات الحياتية والمستعملة لتجنب المواقف الضاغطة. (مرازقة، 2009، ص64)

ويرى الباحث "ميلر" (Miler, 1980) أن هذا التناول ينظر إلى المواجهة على أنها عبارة عن سيرورة من السلوكيات المتعلمة، ذات الفعالية في تخفيض مستوى الاضطراب أو التخفيف من حدته، من خلال الوصول إلى إزالة أو إلغاء خطر معين. (سعادي، 2009، ص104)

يعد هذا النموذج متأثرا بنظرية النشوء والارتقاء لداروين (1859) التي تدور حول مبدأ الصراع من أجل البقاء ، فالكائنات التي تبقى هي التي تكون أقدر على التلاؤم في مواجهة التغيرات البيئية الطبيعية وهو ما عبر عنه داروين بالانتخاب الطبيعي أو البقاء للأصلح. (Lazarus et Folkman,1984,p69)

حسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر على الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة لمواجهة أي تهديد حيوي ، وقد أشار **Canon(1932)** إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب **Fight or flight** التي قد يسلكها الكائن الحي حيال تعرضه للمواقف المهددة في البيئة، وهي الاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفيزيولوجية والتي من خلالها ينخفض تأثير المثيرات الضاغطة مثلا هروب الدب من الأسد تجنباً أن يفترسه، ان هذا الأسلوب يكون غير ملائم للعديد من المواقف التي يتعرض لها الفرد لأنه لا يجسد العنصر الإنفعالي أو المعرفي في الإستجابة للمواقف. (زينب محمود شقير، 1998، ص133)

أي أن الفرد يلجأ إلى نوعين من الميكانيزمات التكيفية:

-ميكانيزم الهروب (التجنب): في حالة الخوف والفرع.

-ميكانيزم الهجوم: في حالة الغضب .

إذن رد فعل الكائن تجاه المواقف المهددة يقود الجسم للاستجابة إما بالمواجهة أو بالبحث عن إستراتيجية انسحاب ملائمة، وذلك لأن العضوية خلقت مهياًة لمواجهة التحديات إما بالتحفز أو بالتوقف .

(حمدي علي الفرماوي وآخرون، 2009، ص26)

**النموذج التحليلي (النموذج السيكوديناميكي):**

وتعرف أيضا بنظرية "فرويد" في الشخصية، تتكون الشخصية لدى فرويد **Freud.S** من جوانب ثلاثة وهي : **الهو**: يمثل المصدر البيولوجي للذة، فهو مستودع الرغبات والغرائز الفطرية .

**الأنا**: يشير إلى الجانب العقلاي من الشخصية، يسعى إلى إشباع رغبات الهو بما يناسب الواقع والمحيط والإمكانات المتاحة ويعمل وفق مبدأ الواقع.

**الأنا الأعلى**: يمثل القيم والمثل والمعايير الأخلاقية للوالدين والمجتمع، يعمل وفق مبدأ الأخلاق .

أما تفسير الضغط النفسي طبقاً لوجهة نظر **فرويد** يرجع الى التفاعلات المتبادلة بين ديناميات الشخصية الثلاثة والصدام بينها، فالهو يسعى دائماً إلى إشباع الدوافع الغريزية لكن الأنا لا يسمح لهذه الرغبات بالإشباع، مادام هذا الإشباع لا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع ويتم ذلك عندما تكون الأنا قوية، أما في حالة ما إذا كانت الأنا

ضعيفة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات والتهديدات، ومن ثم لاتستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين متطلبات الهو والواقع، وبذلك ينتج الضغط النفسي.

( نجاتي عثمان، 1988، ص 110 )

تناول **فرويد (1933)** مفهوم ميكانيزمات الدفاع والعمليات اللاشعورية التي سيستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات والقلق، حيث تعد ميكانيزمات الدفاع من أهم استراتيجيات المواجهة التي سيستخدمها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة ليحمي بذلك نفسه من الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة، فهي آليات عقلية تعمل على مستوى اللاشعور تقوم بتشويه إدراك الفرد للواقع وتزييف الأفكار كوسيلة لخفض ما يهدد الفرد من ضغط وتوتر .

يرى **فرويد** أن الميكانيزمات الدفاعية بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لاشعوريا للتخفيف من التوتر والقلق والصراع الداخلي، والفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة بل يستخدم أكثر من أسلوب.

ترى نظرية التحليل النفسي أن المواجهة عملية نفسية داخلية *Intra psychique* تنبع من داخل الفرد وتتضمن ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية .  
(الشربيني لطفي، 2003)

ولقد أشارت **Anna Freud (1930)** إلى أن الحيل الدفاعية اللاشعورية تنقسم إلى نوعين :

**1. الحيل الدفاعية السوية:** تساعد الفرد على حل مشكلته .

**2. الحيل الدفاعية الغير سوية:** ترتبط بظهور الأعراض والمشكلات النفسية لدى الأفراد.

ومن أهم ميكانيزمات الدفاع نذكر مايلي:

**الكبت (Refoulement):**

عملية عقلية يهدف الشخص من خلالها إلى دفع التصورات (أفكار، انفعالات، ذكريات) المرتبطة بالنزوة إلى الجانب اللاشعوري.  
( جان لابانش، ج، ب بونتاليس، 1997، ص416 )

أي أنها عملية سحب الصراع من دائرة الشعور إلى اللاشعور لتجنب الإنسان شعوره بعدم الارتياح والقلق والذنب.  
(رشيد حميد زغيد، 2010، ص293)

## النكوص (Regression):

عملية نفسية يتضمن مسارها العودة في اتجاه معاكس للوصول إلى مرحلة نمائية سابقة .

(campbell,1989 )

ويلجأ إليه الإنسان عندما يعجز عن التغلب على الضغوط والصراعات والإحباط الذي يعانیه وذلك بالرجوع إلى مراحل نمائية السابقة التي كانت تشبع رغباته ودوافعه، وذلك قصد التخفيف عما يعانیه.

**التسامي:** يشير فرويد إلى أن ميكانيزم التسامي يستخدمه الفرد ليظهر في شكل (فنون جميلة، إبداع فني، استقصاء ذهني مواضيع ذات قيمة). (أسعد رزوق، 1979، ص174)

يمثل الدين أعلى درجات التسامي بالنسبة للإنسان في ظروف الضغوط والأزمات، فحالات الوسواس والأفعال التسلطية لا يمكن مواجهتها إلا بالتسامي من خلال التمسك بالدين الذي سوف يخلص الفرد من مشاعر الذنب. (جابر عبد الحميد، 1989، ص163)

**الإسقاط (Projection):** يستعمله الفرد لنسب النواقص والرغبات المكبوتة على الناس والأشياء وذلك تنزيها لنفسه وتخوفا مما يشعر به من قلق أو نقص أو ذنب. (رشيد حميد زغيد، 2010، ص297)

ويرتبط مفهوم المواجهة في هذا النموذج بالعمليات التي يستعملها الشخص لمعالجة الاضطرابات المتوقع حدوثها وهما:

**أ.دفاعات الأنا (Les Défenses de moi):** تعني مجموعة العمليات ألاشعورية التي تهدف إلى تقليص أو محو كل ما يمكن أن يحدث القلق أو يزيد من حدته مثل : الإنكار ، العزل والعقلنة، فالمعيار الأساسي لإستراتيجيات المواجهة الناجحة هنا، هو نوعية السياق من حيث ليونته ومرونته، ودرجة ملائمته للواقع، ونوعية وطبيعة المستقبل الجسدي والنفسي للفرد. (حسن عبد القادر، 1993، ص104)

وقد تم صهر مفهوم المواجهة مع دفاعات الأنا، وعرفت على أنها مجموع العمليات المعرفية ألا شعورية التي تهدف في الأخير إلى خفض أو حذف كل ما يمكن أن يحدث تطورا في القلق. (مرازقة ، 2009 ، ص64)

ب. سمات الشخصية: تصور آخر يندرج تحت نظرية الدفاعات والذي يعتبر بأن إستراتيجيات المواجهة سمة من سمات الشخصية، ويعتبر بأن بعض المميزات (صفات) الثابتة في الشخصية مثل: القمع وسرعة التأثر ل "بيرن" (1961)، Byrne، وسمة القضاء والقدر (الاحتمية) لواتين (Wheaton, 1983) وسمة الصبر ل"كوباسا" و"كاهن" (Kahn et Kobassa, 1982)، حيث تضع السمات السابقة الفرد في استعداد لمواجهة الضغط بطريقة ما، وحسب هذه النظريات فإن الفرد يسلك سلوكا بطريقة مماثلة ومتشابهة عند حدوث أي وضعية ما، وفي الواقع أظهرت أبحاث عديدة أن مقياس السمة هي منبهات ضعيفة لإستراتيجيات المواجهة وهناك العديد من الأساليب لتفسير ذلك:

-**الطبيعة المتعددة الأبعاد للسياق الحالي للمواجهة:** مثلا: في حالة مرض جسدي، يتوجب على المريض مواجهة مختلف مصادر الضغط، ألم، عجز، ظروف الاستشفاء، وفي نفس الوقت عليه أن يحافظ على توازنه الانفعالي وعلى صورة جيدة عن الذات، مع مراعاة مصادره المالية، علاقات جيدة مع العائلة، هذه الاهتمامات المتعددة تتطلب إستخدام إستراتيجيات مواجهة جد متنوعة، والتي لا يمكن التنبؤ بها بواسطة مقياس أحادي البعد مثل مقياس السمة. (مراقة، 2009، ص65)

-**الطبيعة المتحركة والمتغيرة لسيرورة المواجهة:** وحسب "لازاروس وفولكمان" (1988) فإن إستراتيجيات المواجهة تتأثر بشكل قوي من خلال نوعية الموقف أو الوضعية، وكذلك فإن الفرد نفسه بإمكانه وضع سياقات معرفية لإستراتيجيات المواجهة من اجل التقليل من شدة الانفعال الناتج عن الموقف الضاغط، ووضع سياقات سلوكية لإستراتيجيات المواجهة لحل المشكل. (سعادي، 2009، ص106)

وتبدو الإستراتيجيات المعرفية أكثر في الحالات التي يكون فيها الحدث غير قابل لتحكم (مرض) بينما تبنى الإستراتيجيات السلوكية في حالات أين يمكن للجهد المبذول إحداث تغير في الوضعية، وتبعاً لهذه النتائج يبدو أنه من الصعب النظر إلى المواجهة من وجهة نظر ثابتة، فحسب لازاروس وفولكمان ما تظهره سمات الشخصية غير كاف للتنبؤ بالطريقة التي يواجه بها الفرد الضغط. (ابن هادية، 1991، ص66)

المتنوعات الحديثة لمفهوم إستراتيجيات المواجهة :

النموذج المعرفي للمواجهة (النموذج التفاعلي):

ارتبط هذا النموذج بإسهامات كل من "لازاروس وفولكمان" (1984)، قد جاء كردة فعل على النموذج السيكودينامي الذي استمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي، أكد هذا النموذج أن استجابة لضغوط تظهر كنتيجة التفاعل بين مطالب البيئة وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب مصادر الشخصية لديه، حيث تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذه النظرية أو النموذج، ففي عملية المواجهة يستخدم الفرد ثلاثة أنواع من التقييم وهي:

-التقييم الأولي ( المبدئي): وفيه يقيم الفرد المواقف من حيث هو مهدد أولا.

-التقييم الثانوي: فيه يحدد خيارات المواجهة والموارد المتاحة لديه لتعامل مع الموقف .

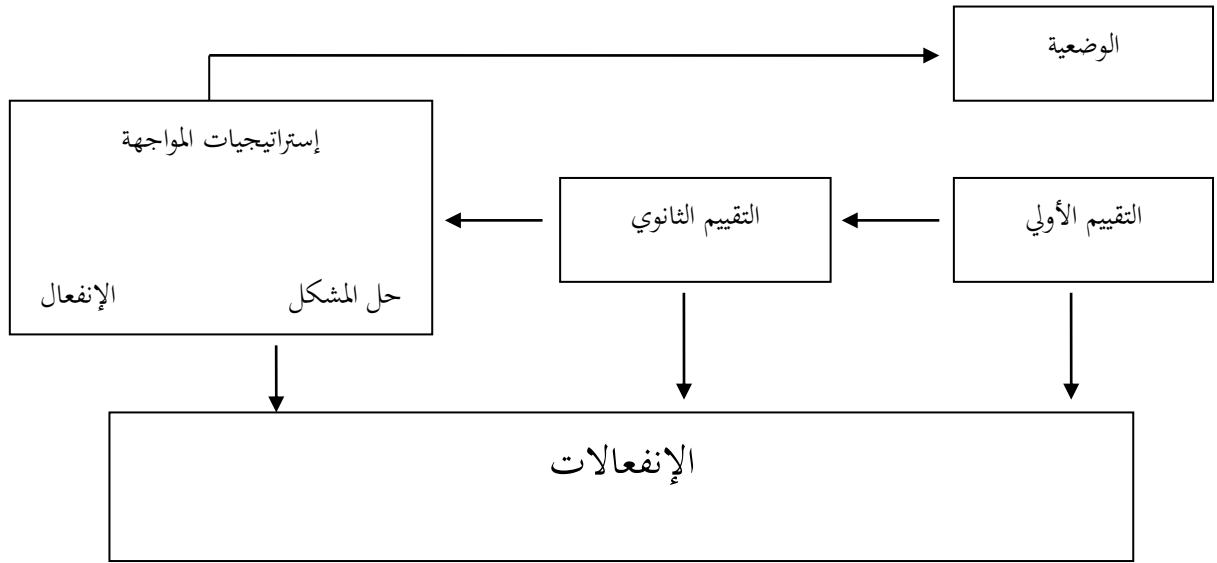
-إعادة التقييم: وفيه يقوم الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخص الموقف الضاغط. (محمود عكاشة، 1999، ص349)

كما أن ميتشبنوم **Meichenbaum(1982)** قال أن المواجهة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد حيث أنه في مواجهة المواقف التي يقيمها الفرد على أنها ضاغطة يقوم الفرد باختيار الأسلوب المناسب في مواجهة الموقف ( ملاحظة الذات، تحديد الأهداف، الحديث الإيجابي...) وبذلك يستطيع الفرد أن يحسن نفسه من الضغط وهذا ما أطلق عليه ميتشبنوم بالتدريب التحسيني من الضغط، أي أن الفرد يواجه الأحداث الضاغطة وهو يحمل خطة واضحة في دماغه ومدى واسع من الأساليب التي من الممكن اتخاذها قبل أن تصبح الخبرات الضاغطة غامرة يصعب السيطرة عليها. (شيلي تايلور، 2008، 468 )

كما يشير **كالن callan (1993)** إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى إعادة التقييم الإيجابي لقدراته وإمكانياته، وأن الأفراد الذين يفشلون في مواجهة الضغوط تكون لديهم إعادة تقييم معرفي سلبى لقدراتهم على مواجهة الضغط.

وفي عام **1999** أشار **لازاروس** إلى أنه لا يوجد إجماع على أن هنالك استراتيجيات فعالة وأخرى غير فعالة، بل إن نجاح المواجهة يعتمد على مدى تلاؤم الإستراتيجية المفضلة لدى الفرد وبين الظروف والعوامل الموقفية .

وفيما يلي يوضح الشكل رقم ( 14 ) عمليتي التقييم الأولي والثانوي:



الشكل رقم ( 14 ) : حلقة سيرورة عمليتي التقييم الأولي والثانوي لـGraziani

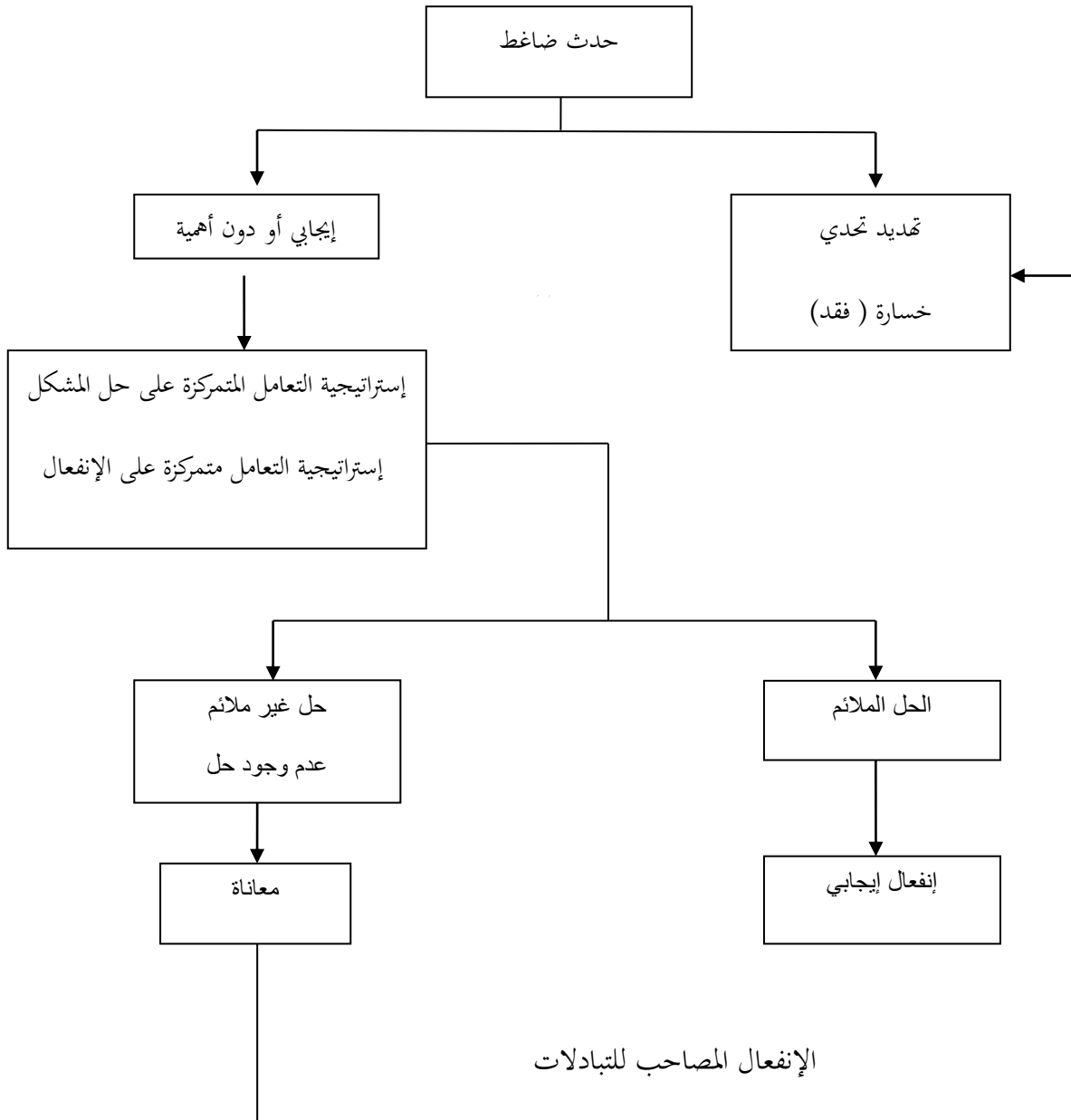
(Graziani et al: 1998,p101)

من خلال ما تم عرضه في النظريات المفسرة للمواجهة تستخلص الطالبة أن التناولات الكلاسيكية لإستراتيجيات المواجهة وحسب النموذج الحيواني فإن المواجهة "هي مجموعة السلوكيات المكتسبة التي يقوم بها الفرد لتخفيف من مستوى الاضطراب أو التخفيف من حدته"، أما النموذج التحليلي ينظر إلى المواجهة على "أنها العمليات التي يستعملها الفرد لمواجهة الاضطرابات المتوقعة حدوثها وذلك من خلال دفاعات الأنا : التي هي عمليات لاشعورية تهدف إلى التقليل من القلق، ومن خلال أيضا سمات الشخصية التي تعتبر إستراتيجيات المواجهة سمة من سمات الشخصية وأن الفرد يسلك سلوكا بطريقة ماثلة ومتشابهة عند حدوث أي وضعية ما".

أما التناولات الحديثة للمواجهة تتمثل في النموذج المعرفي "لازاروس وفولكمان" للمواجهة أو إستجابة لضغوط هي نتيجة تفاعل بين مطالب تقييم الفرد لهذه المطالب وذلك حسب شخصيته، ويعتبر مفهوم التقييم المعرفي مفهوما أساسيا في هذا النموذج، عملية المواجهة يستخدم الفرد ثلاثة أنواع من التقييم وهي (التقييم الأولي ، التقييم الثانوي، إعادة التقييم). (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 89-90)



وفيما يلي يوضح الشكل رقم (15): السيرورات المتعلقة بالتفاعلات الضاغطة حسب لازاروس وفولكمان:



الشكل رقم(15): حلقة السيرورات المتعلقة بالتفاعلات الضاغطة حسب لازاروس وفولكمان.

(Graziani, Swendrew, 2004, p49)

## مدخل التقارب بين الشخصية والمواجهة :

أدت البحوث التي قام بها **Lazarus وFolkman** إلى ظهور مدخل جديد يركز على التقارب بين عوامل الشخصية والسياق الموقفى وبين المواجهة، فقد اغفلت المداخل السابقة دور العوامل الموقفية في تحديد سلوك المواجهة عند الأفراد ومن ثم ظهر هذا المدخل ليؤكد من خلال البحوث التي قام بها كل من:

**Delongis & Obrien (1996)** وغيرهم على أهمية كل من عوامل الموقفية والعوامل الشخصية في تفسير قدر كبير من التباين والتفاوت في سلوك المواجهة لدى الفرد. بحيث أن الخصائص الشخصية كالمعتقدات والأهداف من شأنها أن تؤثر على إدراك الفرد الحسى للوضعية وفي إختياره لأساليب المواجهة التي يستعملها .

(طه فرج عبد العظيم ، 2006)

إذ يعتبر **Delongis** بأن تنظيم الشخصية وإستعداداتها يؤثر على تبني طريقة للإستجابة لمختلف المواقف ومواجهة الضغوط.

( يخلف عمار، 2001)

ويركز هذا المدخل على دور كل من خصائص الموقف الضاغط الذي يتعرض له الفرد والمتغيرات الشخصية لدى الفرد في تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الموقف، كما يقوم هذا المدخل على إفتراض مؤداه أن الناس الذين يتعرضون بشكل متكرر للمواقف الضاغطة ويكونون غير قادرين على التحكم والسيطرة على هذه المواقف يعانون من العجز، ومن ثم يصبحون سلبيين بشكل متزايد في جهود المواجهة التي يقومون بها للتعامل مع المواقف الضاغطة.

(Schweitzer : 2002)

و على هذا يختلف هذا المدخل عن كل من المداخلين السابقين وهما مدخل التحليل النفسى ومدخل الشخصية اللذان يفترضان أن التكيف مع المواقف الضاغطة يكون دالة لخصائص شخصية الفرد في تجاهل لدور المطالب الموقفية والبيئية وتأثيرها على سلوك المواجهة.

( طه فرج عبد العظيم، 2006 )

من سياق ما سبق، يمكن القول بأن كل مدخل من المداخل المذكورة أبدت وجهة نظر تختلف الواحدة عن الأخرى فيما يتعلق بمفهوم المواجهة الذي يظم مجموعة غير متجانسة من المعارف والمواقف السلوكية والقدرات النفسية، والتي تعتبر كعنصر ديناميكي تكيفي مقابل الإلتزامات الداخلية والخارجية، وبذلك فهي تعتبر أكثر من إستجابة بسيطة لوضعية الضغط، بل وتهدف كذلك إلى تغيير الوضعية المهددة ورد الإعتبار للذات.

## نوعي إستراتيجيات المواجهة:

اهتمت العديد من البحوث التي قام بها كل من:

Schooler & Pearlin (1978) \_Folkman& Lazarus(1984) \_

Billing & Moos(1981) \_ Stone&al (1991) \_Reker&Wong (1984)

بجرد أنماط المواجهة وفقا لنمطين من الاستراتيجيات: إحداهما استراتيجيات مواجهة متمركزة حول حل المشكل، والثانية استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال. (Graziani,2005)

وفيما يلي يتم عرض هذين النوعين من الاستراتيجيات :

### استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل:

يشير **Lazarus&Folkman (1984)** إلى أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل هي مجموعة الجهود المستعملة لتعريف وتحديد المشكلة والبحث عن المعلومات، ووضع مخططات عمل، وخلق حلول بديلة للمشكلة والاختيار بين البدائل بغرض تنفيذ البديل المناسب. (Dantchev,1989)

وقد يكون البعض من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل موجهة نحو الذات مثل: تنمية واكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل مستوى الطموح لدى الفرد أو تعلم مهارة جديدة، أما البعض الآخر من الاستراتيجيات فيكون موجهة نحو البيئة مثل: البحث عن الدعم الاجتماعي .

وعليه تتجه جهود الفرد حسب **Lazarus&Folkman (1984)** إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو إستبعاد مصدر الضغط والتعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة من خلال:

1- التعرف على المشكل وتحديدده.

2- البحث عن الحلول المناسبة.

3- تقييم هذه الحلول .

4-اختيار الحل المناسب.

5-التنفيذ .

6- تقييم النتائج .

وتتمثل هذه الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل في ما يلي:

- **البحث عن حل المشكل:** يضع الفرد خطة عمل ويتبعها بهدف الوصول إلى الحل المرغوب فيه وذلك بأن يقبل الحل الذي يوصله إلى الراحة النفسية وبالتالي يخرج من هذه المواجهة أكثر قوة.

- **البحث عن الدعم الاجتماعي:** يقوم الفرد بمحاولة جمع معلومات كثيرة تخص الوضعية كما يبحث عن دعم معنوي أو مادي من الأفراد المحيطين به من أجل فهم أعمق للمشكل. (Sarason & al , 1997)

فالاستراتيجيات المركزة على حل المشكل تحتوي على عملية تحليل ذاتية تركز بصفة أولية على المحيط أو البيئة، وتضم المقاومة المركزة على المشكل استراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة أو اختيار إمكانياته وقدراته على حل المشكل المطروح. (Graziani et al , 2005)

- **إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال:**

تتعلق إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال بالإستجابات الإنفعالية وتهدف إلى تنظيم الإنفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد من خلال إستخدام عدة إستراتيجيات فرعية مثل التجنب والإنكار والتقليل من الشأن وإعادة التقييم الإيجابي:

- **التجنب:** هي الاستراتيجية الأكثر إستعمالا وتتمثل في تحويل الانتباه عن مصدر الضغط وتتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي فمثلا الأشخاص يتجهون نحو الكحول أو المخدرات للتقليل من حدة الانفعال أو إخفاء المزاج السيء. إلا أن هذا النمط لا يتميز فقط بتحويل الانتباه عن مصدر الضغط أو ردة فعل الشخص أمام الضغط ولكن أيضا صورة الذات الانفعالية قوية. «Image de soi émotionnelle robuste»

(لظفي عبد الباسط ابراهيم، 1987)

- إتهام الذات : يبقى الفرد من خلال هذه الاستراتيجية جامداً أمام كل محاولات التغيير أو التأثير في الموقف الضاغط، فهي تتضمن نوع من التقبل للوضعية إضافة إلى ذلك فإن الفرد يعتمد إلى لوم نفسه وبتهمها بأنها سبب المشكل الذي يعاني منه. (حسن مصطفى عبد المعطي، 1994)

-إعادة التقييم الايجابي: يحاول الفرد أن يظهر قويا أمام الوضعية معتبرا إياها عاملا يساعده في التغيير إلى الأحسن أو أن الفرد يعمل على تركيز مجهوداته على الجانب الايجابي في الوضعية الذي قد يساعده على التغلب على التوتر أي الخروج أكثر قوة من التفاعل الضاغط. (Graziani et Al , 1998)

#### -خصائص إستراتيجيات المواجهة:

للمواجهة خصائص عديدة، سيتم عرضها فيما يلي:

- المواجهة عملية وليست سمة، بمعنى أن العلاقة بين الفرد والبيئة علاقة متبادلة ودينامية، فكل منهما يؤثر يتأثر بالآخر، وكل منهما يسهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد والتي تحدث نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط. (Scheuch & Schroeder : 1990)

-تحدد المواجهة من خلال نتائجها وليس من خلال الإفتراضات القبلية التي تشكلها على أنها توافقية وغير توافقية، وهذا يعني أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناء على نتائجها.

تختلف المواجهة عن السلوك التوافقي التلقائي، فالأفعال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف التي يتعرض لها لا يطلق عليها مواجهة، فعندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوفاً لديه فإن إستجابة الفرد تصبح تلقائية تجاهه، ولكن إذا كان الموقف جديداً فإن إستجابات الفرد لا تكون تلقائية . (النايلسي، 1991)

-عملية المواجهة هي نوعية وموقفية وليست عامة.

- ترتبط المواجهة بتقدير وتقييم كل ما يمكن القيام به لتغيير الموقف، فإذا بين التقييم أن هناك شيء يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على المشكل، في حين إذا أسفر التقييم بأنه لا يوجد شيء يمكن القيام به تسيطر المواجهة المتمركزة حول الإنفعال .

-عندما يكون الموقف الضاغط من النوع الثابت كالعامل والصحة والعائلة يظهر أن للرجال والنساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا .

-تتغير إستراتيجية المواجهة منذ المرحلة الأولى للموقف الضاغط إلى مرحلة أخرى لاحقة .

-تعد سلوكيات المواجهة كوسيط قوي للنتائج الإيجابية، حيث ترتبط بعض إستراتيجيات المواجهة بنتائج إيجابية، في حين ترتبط إستراتيجيات أخرى بنتائج سلبية.

- تعبر المواجهة عن جهود تستخدم في إدارة المطالب البيئية، بحيث أن المواجهة تتكون من أي شيء يستطيع أن يفعله الفرد أو يفكر فيه لإدارة الموقف الضاغط بصرف النظر عن نجاح هذه الجهود التي يقوم بها الفرد.

- إدارة الضغوط تتضمن التقليل من الضواغط أو تجنبها أو تحملها أو تقبلها وكذلك أيضا التمكن من السيطرة على البيئة. (الديدي،1997)

### وظائف إستراتيجيات المواجهة:

حسب " اسبريس - بيستر" (Pister-Esparbes, 1997) يدير الفرد الموقف الذي يجد نفسه فيه بفعالية بمحاولته المستمرة لتغيير علاقته بذلك الموقف وهذا من أجل أن يجد ظروف تتوافق مع رغباته وإمكانياته لتسيير الطلبات الضاغطة والانفعالات الناتجة عنها من خلال الوظيفتين التاليتين وهما:

-**تسيير الانفعال** : يتوقف تسيير الانفعال على تعديل الضيق الناتج عن موقف الضغط، وعلى التخفيض من الآثار النفسية التي يخلفها هذا الأخير، فيقوم الفرد بإعداد مجموعة من الأفعال يحاول من خلالها تفادي الوقوع في التوترات التي يواجها في الحياة، فالمواجهة لا تهدف فقط إلى القيام بالفعل ضد عامل الضغط ( مواجهة متمركزة حول المشكلة)، و إنما تهدف أيضا إلى تعديل الحالات الانفعالية المرتبطة بنتيجة الضغط ( المواجهة متمركزة حول الانفعال).

-**تسهيل عملية التكيف** : وذلك بمساعدة الأفراد على الحفاظ على التكيف النفسي الاجتماعي خلال فترات الضغط التي يمر بها، تعد طريقة إدراك موقف الضغط والحلول الممكنة جزءا كبيرا من استجابة الفرد للضغط .

( مزياني،2007 ، ص ص66-67)

## التقييم المعرفي لاستراتيجيات المواجهة:

يرى لازاروس وفولكمان أن عملية التقييم ترتبط بعمليات معرفية تتدخل ما بين الوضعية التي يواجهها الفرد ورد فعله تجاهها. (خير الزراد، 1988، ص134)

فالتقييم في عملية المواجهة يعتبر عملية معرفية مستمرة يستطيع الفرد من خلالها تقييم الوضعية الضاغطة (تقييم أولي) وتقييم مصادره للمواجهة (تقييم ثانوي)، لذا فإن كل تغيير أو تعديل في العلاقة بين الفرد والبيئة تمنح للفرد الفرصة لإعادة تقييم الموقف الضاغط والمصادر المتاحة لديه للمواجهة .

(Cohen, 1988, p71)

ويتم التقييم المعرفي عبر مرحلتين:

### التقييم الأولي:

يكون منصبا على الموقف الضاغط ويشير إلى العملية التي يدرك بها الفرد متطلبات الوضعية الضاغطة.

(Pierre loo et autre, 1999,p97)

فعندما يتعرض الفرد لوضعية أو موقف ما فإنه يقوم بمعالجة معرفية لما يتعرض له من حيث التهديد والضرر الذي قد يلحقه به، بغض النظر إن كان التأثير سلبيا أو ايجابيا، فعند تعرض الأفراد لنفس الحادث الضاغط يمكن التقييم على أحد الأشكال الثلاثة:

-**الخسارة La perte**: سواء كانت خسارة تمس الجانب العاطفي، المادي أو الجسدي والتي ترافقها مشاعر الحزن، الغضب، الإهتبار.

-**التهديد La menace**: قد لا يكون حقيقي بقدر ما يكون تهديد متوقع حدوثه مستقبلا ويرافقه مشاعر القلق والخوف.

-**التحدي Le défi**: يحمل مفهوم الريح والتطور ويكون عادة مرافق لمشاعر الفرح، الافتخار، والإثارة

(Caleca,2013)

هذه الأشكال الثلاثة للضغط يمكنها أن تظهر مجتمعة أو متمايزة، أي أن الفرد يمكنه أن يقيم الوضعية الضاغطة على أنها خسارة وفي نفس الوقت تحدي فالفرد يعطي لنفس الحدث الضاغط أكثر من معنى .

(Pierluigi Grazion, Joel Swendsen,2004,p54)

**التقييم الثانوي:** في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مصادره وقدراته لمواجهة الحادث الضاغط .

فيحاول الفرد تقييم الوسائل المستخدمة وما إذا كانت مناسبة لمواجهة الموقف الضاغط وما يجب عليه فعله أو تجنبه لتسيير الضغط فتكون استجاباته في شكل ( البحث عن المعلومة، وضع مخطط عمل، طلب المساعدة والنصح، التعبير عن الانفعالات، تجنب المشكل، الترفيه، التقليل من شأن الموقف.....).

(Gil Monte, Moreno, 2006, p71)

إن عملية التقييم الثانوي تقوم على أساس مدى احتمالية الخسارة الناتجة عن التهديد إزاء موقف ما ومدى قدرات ومصادر الفرد في مواجهة ذلك، وقد أطلق عليها **مونت ولازاروس (1991) Lazarus et Monat** معادلة (المصادر-الأخطار)، وتقوم هذه المعادلة على تقييمات ذاتية إذ أن شخصين يملكان قدرات ومصادر مواجهة متشابهة يتصرفان تجاه نفس الوضعيات المهددة بطرق مختلفة.

(Pierluigi Grazion,Joel Swendsen,2004,p56)

### إعادة التقييم :

هي العملية التي يعيد الفرد من خلالها كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط حيث يتطور أو يغير أساليب مواجهته وفقا لإدراكه مدى جدوى هذه الأساليب .

أي أن الفرد عندما يدرك استجابة المواجهة للحدث الضاغط تكون أقل فاعلية عما هو متوقع أو عند حصوله على معلومات جديدة عن الموقف أو عن نفسه، فإنه يقوم بتغيير تقييمه للموقف الضاغط أو يعيد النظر في استجابة المواجهة ويبحث عن استجابات أخرى أكثر فاعلية وملائمة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين ، 2006، ص 57)



إن كل من عملية التقييم الأولي والثانوي وإعادة التقييم معقدة حسب لازاروس وفولكمان، فهي لا تخضع لترتيب محدد ومنظم إذ أنها تتداخل وتتفاعل فيما بينها لتحديد درجة الضغط وشدته ونوعية الاستجابة الملائمة له.

(Le vigoureux,2017,p56)

### تصنيفات إستراتيجيات المواجهة:

لا يوجد إلى حد الآن اتفاق حول عدد معين لأبعاد المواجهة المأخوذ بها، حيث تختلف النماذج الحالية في عدد الإستراتيجيات التي تضمها، فهناك من يحددها ببعدين (2) مثل: لازاروس وفولكمان وهناك من يحددها بسبعة (7) أبعاد مثل: شير، وقد جاء مقال **Ridder(1997)** الذي تم فيه إحصاء الإستراتيجيات من 2 إلى 28 بعد في مقاييس المواجهة مكونة من 10 إلى 118 عبارة، هذا ما جعل الإتفاق على عددمعين غير ممكن ، وهذا راجع إلى اختلاف وتعدد الاستراتيجيات المتبعة من طرف الأفراد ولدى الفرد الواحد باختلاف الأزمات التي يتعرض لها وكذا باختلاف شدتها . (Reece, Barry ,1999 ,p74)

وفيما يلي أهم التصنيفات التي اهتمت بإستراتيجيات المواجهة:

تصنيف فولكمان ولازاروس (1980-1984): ويقدم نوعين من المواجهة هما:

### المواجهة المتمركزة حول المشكلة **le coping centré sur le problème** :

عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الفرد والبيئة، فيحاول من خلالها تغيير أنماطه السلوكية أو تعديل الموقف الضاغط. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 91)

تهدف هذه الإستراتيجية إلى خفض متطلبات الوضعية الضاغطة أو زيادة مصادر الفرد الشخصية وقدراته الخاصة حتى يتمكن من مواجهة الموقف الضاغط. (Marcel,Rouet, 2010, p71)

وقد حدد لازاروس وفولكمان شكلين للمواجهة المتمركزة حول المشكلة وهما:

- جمع المعلومات.

- اتخاذ إجراءات لحل المشكلة.

حيث أن الفرد في مواجهة الضاغطة يقوم بجمع المعلومات واتخاذ الإجراءات المناسبة من خلال وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات المشكل للتخفيف من شدة الموقف الضاغط أو التحرر منه وإيقافه.

(Pierluigi Grazion, Joel Swendsen,2004,p85)

يتبين مما سبق أن جمع المعلومات يساعد في الكشف عن طبيعة المشكل والعناصر الغامضة مما يؤدي إلى إيجاد استجابة مناسبة وملائمة لحل المشكلة.

### المواجهة المتمركزة حول الانفعال: le coping centré sur l'émotion

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط. (شيلي تايلور، 2008، ص 433) ومن بين الأساليب المتبعة في هذه الإستراتيجية نجد:

**التجنب:** هو تحويل الانتباه عن الوضعية الضاغطة من خلال استعمال بدائل تتمثل في نشاطات سلوكية (رياضة)، أو نشاطات معرفية (التلفاز، القراءة)، وهذه الوسائل ذات فعالية نسبية وهي تختلف عن الهروب إلى سلوكيات خطيرة مثل: اللجوء إلى الكحول أو التبغ والمخدرات. (Ronald Deron,1991)

**الإنكار:** تشبه إستراتيجية الهروب حيث تعمل على تأجيل المشكلة حيث يسعى الفرد لتغيير المعنى الحقيقي للوضعية الضاغطة بتجاهل خطورة الموقف أو رفض الإعتراف بما حدث فعلا.

(Chair and Sigafoods,2001,p 36)

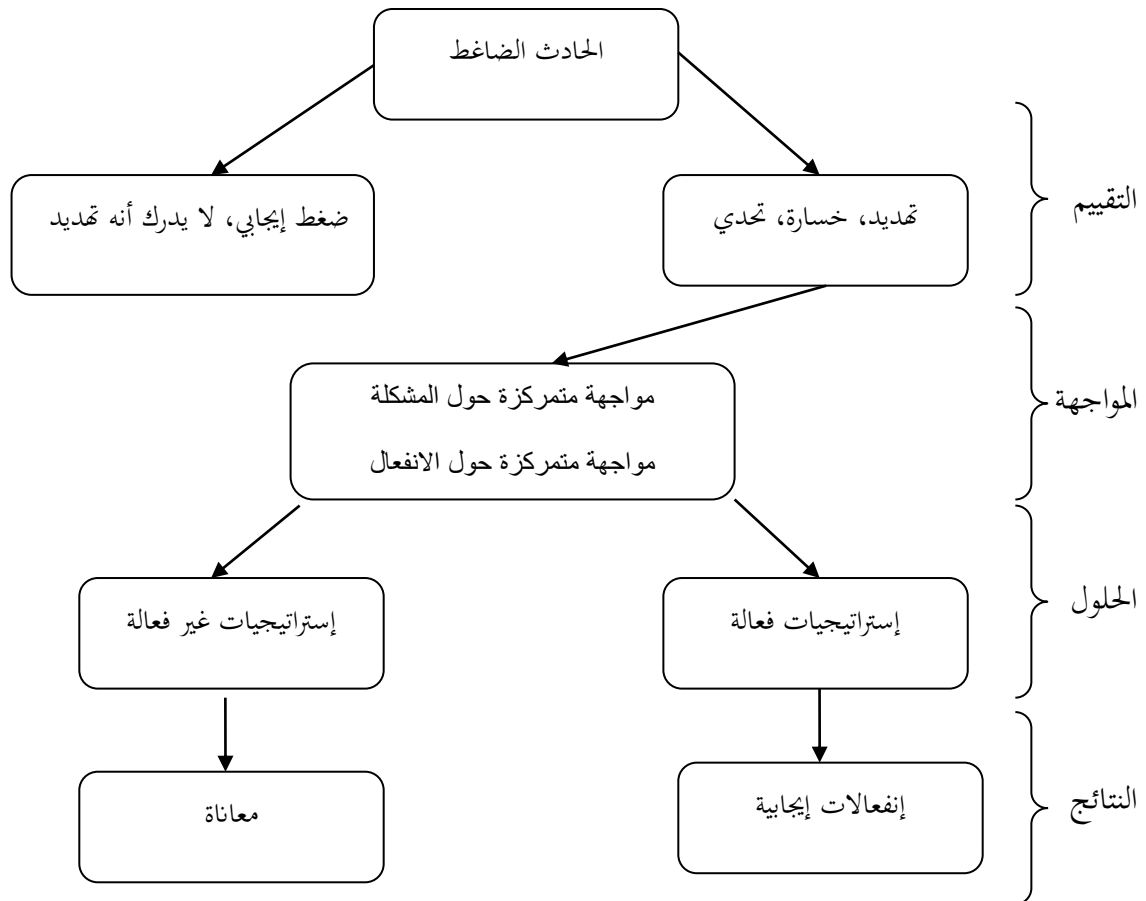
**جدول رقم (09):** الفرق بين الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الإنفعال .

العيوب	المميزات	العيوب	المميزات
- إستمرار العامل الضاغط.	- قليل الكلفة.	- تكلفة عالية.	- تخفيض العامل الضاغط .
	- المحافظة على النشاطات المعتادة.	- التركيز على المشكلة على حساب النشاطات المعتادة.	- تكيف السلوكيات مع الوضعية الضاغطة (تطور)

(Pierre loo et autres, 2003, p136)

أحيانا تعمل استراتيجيات المواجهة المتمركزة على حل المشكلة والمواجهة المتمركزة على الانفعال معا بحيث يصعب الفصل بينهما. (Feiberg,Kan,2012)

لذا فإنه لا توجد هناك مواجهة فعالة بنفسها أو فعالة دائما دون الارتباط بخصائص انفعالية شخصية وخصائص إدراكية معرفية للفرد وكذلك خصوصية الوضعيات الضاغطة، فالمواجهة المتمركزة حول المشكلة تكون فعالة على المدى الطويل خاصة عند مواجهة حدث قابل للسيطرة والتحكم أما المواجهة المتمركزة حول الانفعال فتكون فعالة على المدى القصير خاصة إذا كان الحدث غير قابل للسيطرة مما يسمح للفرد بالمحافظة على تقديره لذاته وحمائته لنفسه. (Kazak and Marvin, 1984, p77-78)



الشكل رقم (16): حلقة سيورة العملية التفاعلية للضغط لازاروس وفولكمان (1984)

(Pierluigi Grazian et Joel Swendsen ,2005,p49)

تصنيف موس (1986):

كما يمكن استخدام أساليب مواجهة مختلفة منها حسب ما ذكر موس **Moss** :

الإستراتيجيات الإقدامية: وهي الأساليب التي يوظفها الفرد في اقتحام المواقف الضاغطة وتجاوز آثارها، وذلك من خلال الأساليب الإيجابية التالية:

التحليل المنطقي للموقف الضاغط: وذلك من أجل فهمه والاستعداد الذهني له ولمخلفاته.

إعادة التقييم الإيجابي للموقف: حيث يحاول الفرد معرفيا استجلاء الموقف وإعادة بنائه بطريقة إيجابية مع محاولة تقبل الواقع كما هو.

البحث عن المعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط: من الأفراد أو مؤسسات المجتمع المتوقع ارتباطها بالموقف الضاغط.

أسلوب حل المشكلة: للتصدي للأزمة بصورة مباشرة.

الإستراتيجيات الإحجامية: يوظفها الفرد في تجنب المواقف الضاغطة والإحجام عن التفكير فيها، وذلك من خلال الأساليب السلبية التالية:

الإحجام المعرفي: تجنب التفكير الواقعي والممكن في الأزمة.

التقبل الإستسلامي: ترويض النفس على تقبل الأزمة.

البحث عن المكافآت البديلة: عن طريق المشاركة في أنشطة بديلة والاندماج فيها بهدف توليد مصادر جديدة للإشباع والتكيف بعيدا عن مواجهة الأزمة.

التنفيس الانفعالي: وهو التعبير لفظيا عن المشاعر السلبية الغير سارة أو فعليا عن طريق المجهودات الفردية المباشرة لتخفيف التوتر. (عبد الله الضريبي، 2010، ص 680-681)

تصنيف شور وآخرون (1986) **Sheier et al** :

قام شور **Sheier** بتحديد أساليب التعامل مع الضغط في عدة أنواع هي:

-الإنكار: يشير إلى رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو محاولة تجاهله كلياً.

-التعامل الموجه مع المشكلة: هو أن يقوم الفرد بوضع خطة معينة وأن يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث الضاغط.

-لوم الذات: حيث يرى الفرد أنه هو المسؤول عن تعرضه للموقف الضاغط .

-التقبل والإستسلام: يشير إلى تقبل الفرد للموقف نظراً لعجزه وانعدام الحيلة لديه أو نتيجة لرفضه القيام بأي شيء اتجاه الموقف.

-إعادة التفسير الإيجابي للموقف: كأن يحاول الفرد إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس.

-الهروب من خلال التخيل: يبدو ذلك من خلال اللجوء إلى أحلام اليقظة.

-المساندة الاجتماعية: تشير إلى سعي الفرد نحو الآخرين لطلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة.

(حامد زهران، 1997)

إن أساليب المواجهة النشطة تتضمن الاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على المعلومات حول هذه المواقف وحلها، أما استراتيجيات التجنب فتتضمن النزعة حول تشتيت و صرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب الحصول على معلومات بشأنه والهروب منه.

تصنيف كوهن 1994 (Kohen):

يصنف كوهن **Kohen** استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الضغوط إلى الأبعاد التالية:

- التفكير العقلاني: أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الفرد بحثاً عن مصادر الضغط وأسبابه .

-التخيل: يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته كما يتجه بها إلى التفكير في المستقبل عند مواجهة هذه المواقف.

- الإنكار:** يسعى الفرد من خلالها إلى إنكار المواقف الضاغطة بالتجاهل والانغلاق كأنها لم تحدث مطلقاً.
- حل المشكلة:** هي نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام حلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط .
- الفكاهة:** تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح والدعابة وبالتالي التغلب عليها وقهرها.
- الرجوع إلى الدين:** تشير إلى رجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط وذلك بالإكثار من العبادات والمداومة عليها كمصدر للدم الروحي والإنفعالي. (عبد الله الضريبي، 2010، ص 682)

### تصنيف سوليس و فليتشر (Suls et Fletcher):

اللذان يصنفان استراتيجيات المواجهة إلى فئتين وهما :

- التجنب:** وهي استراتيجيات سلبية ( التجنب، الهروب، الإنكار، والتقبل ...).
  - اليقظة:** وهي استراتيجيات فعالة تعارض الآلي ( البحث عن المعلومة، السند الاجتماعي ومخططات الفعل).
- ( سلمى جمعة، 2005، ص 71 )

### تصنيف استراتيجيات المواجهة في البيئة العربية:

أما في البيئة العربية فقد صنف **لطفى عبد الباسط (1994)** استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي إلى :  
**الإستراتيجيات الإيجابية:** تتمثل في قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة مع محاولة مستمرة لزيادة الجهد أو تعديله وعدم التسرع والتريث في محاولته لمواجهة الموقف الضاغط، وقد يقتضي ذلك استرجاع الفرد لخبراته السابقة في المواقف الضاغطة.

**الإستراتيجيات السلبية:** تتمثل في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى كالنوم وعزل الذات والإنكار والانسحاب المعرفي العقلي أو الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة. (حامد زهران، 1994)

أما طه عبد العظيم حسين (2006) فقد صنفها إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

التخطيط والسعي لحل المشكلة مقابل الإنكار والهروب من المشكلة.

المساندة الاجتماعية في مقابل المواجهة الدينية.

أساليب مواجهة على المستوى المعرفي في مقابل أساليب انفعالية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص106-107)

### طرق قياس استراتيجيات المواجهة:

تتعدد طرق تقدير استراتيجيات المواجهة بتعدد تصنيفاتها، ومن أبرز المقاييس التي استخدمت في قياسها:

#### - قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة Parker et Endler (1990):

وتعرف بـ CISS ، يتكون من 48 عبارة تتضمن ثلاثة أبعاد لمواجهة الضغوط:

1) استراتيجيات مرتكزة على المشكلة .

2) استراتيجيات مرتكزة على الانفعال .

3) استراتيجيات مرتكزة على التجنب (الأحجام).

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p76)

#### - مقياس المواجهة للمراهقين Adolescent Coping:

أعدّه "فريدنبرخ" و"لويز" (FrydenbergetLewis)، ويتكون من 79 عبارة تعتمد على طريقة

ببطاقات الخماسية ويقاس أسلوب المواجهة هي : القلق، التفكير الرجائي، العمل الاجتماعي، الانغلاق على

النفس، اللجوء إلى الأصدقاء، عدم المواجهة، تجاهل المشكلة، البحث عن الدعم الروحي، البحث عن الانتماء،

خفض التوتر، تأنيب النفس، التركيز على الإيجابيات، البحث عن الاسترخاء، تجديد النشاط البدني، البحث عن

(جدو، 2014، صص 117-118)

المساندة المختصين والدعم الاجتماعي.

## -مقياس WCC من طرف لازاروس وفولكمان(1988):

يتكون الاستبيان من 66 بند تقيس استراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية التي سيستخدمها الأفراد للتعامل مع

المواقف الضاغطة، يضم ثمانية أبعاد أساسية هي:

التحدي: الجهود العدائية في مواجهة الموقف الضاغط.

الإبتعاد: الابتعاد عن الموقف للتقليل من أهميته.

ضبط الذات: تنظيم الفرد لانفعالاته وسلوكياته.

طلب المساعدة الاجتماعية: سعي الفرد للحصول على المساندة سواء كانت مادية، معرفية، أو اجتماعية في أوقات الضغوط.

تحمل المسؤولية: إدراك الفرد لدوره في حل المشكلة.

الهروب: تجنب الموقف الضاغط.

حل المشكلة: جهود يقوم بها الفرد لتحليل المشكلة.

إعادة التقييم الايجابي: إعطاء معنى إيجابي.

(روحي مروح، السرطاوي، 2011، ص112)

## - قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد Multi Dimensional :

أعدده "كارفر" و "شيرر" (Scheirer et Carver, 1989) وتتكون من (53) مفردة أو عبارة موزعة على (13) بعدا أو إستراتيجية فرعية من استراتيجيات المواجهة .

-خمسة أبعاد تقيس جوانب مختلفة من استراتيجيات المواجهة التي تتركز على المشكلة.

- خمسة أبعاد تقيس جوانب مختلفة من استراتيجيات المواجهة التي تتركز على الإنفعال.



-ثلاثة أبعاد استجابات المواجهة أقل فائدة وسلبية أما الأبعاد فهي على النحو التالي:

**المواجهة الفعالة:** يشير إلى قيام الفرد بخطوات فعالة في محاولة للتخفيف أو القضاء على الحدث الضاغط.

**القمع للأنشطة التنافسية:** تجنب الفرد أن يصبح مشتتا عن طريق أحداث أخرى.

**التحول إلى الدين:** الإكثار من ممارسة العبادات.

**التباعد العقلي:** اللجوء إلى أحلام اليقظة أو الإفراط في الأكل أو مشاهدة التلفزيون في لتجنب التفكير في الموقف الضاغط.

**الإنكار:** يتمثل في عدم الاعتراف بوجود المشكلة.

**التخطيط:** التفكير في كيفية مواجهة الحدث الضاغط باتباع أفضل الخطوات للتعامل مع المشكلة.

**طلب المساندة الاجتماعية:** الجهود التي يقوم بها الفرد طلبا للمساعدة والنصيحة والمعلومة من قبل الأشخاص المحيطين.

**التقبل:** تقبل الفرد للموقف الضاغط نظرا لعدم وجود ما يمكنه القيام به نحوه أو تغييره.

**التباعد السلوكي:** التوقف عن بذل أي مجهود في المواقف الضاغطة .

**التركيز على الانفعالات:** يشير إلى المحاولات التي يقوم بها الفرد لخفض الانفعالات السلبية الناتجة عن الموقف الضاغط.

**تعاطي المخدرات و الكحول:** تشير إلى اللجوء إلى المخدرات أو الكحول لخفض التوتر الناتج عن المواقف الضاغطة .

**إعادة التفسير الايجابي:** محاولة إيجاد الفرد معنى وتفسير جديد. (حسين فايد، 2000، ص118)

**مقياس المواجهة (Paulhan):**

قام **Paulhan** وآخرون ( 1994 ) بتكييف النسخة المختصرة ل**Vitaliano** وآخرون (1985) مع البيئة الفرنسية وكانت النتيجة الإبقاء على 29 بندا ويأخذ بنود الاختبار بعين الاعتبار محور عام للمواجهة يضم

استراتيجيات متمركزة حول الانفعال وأخرى متمركزة حول المشكلة ويعكس بنود المقياس 05 مستويات للمواجهة و هي كالتالي:

- حل المشكلة .

- التجنب .

-البحث عن الدعم الاجتماعي.

-إعادة التقييم .

-التأنيب الذاتي . (دعو، وشنوبي،2013 )

إستبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون "المكيف على المجتمع الجزائري" (جامعة باتنة،2012):

يتضمن الاستبيان نوعين من استراتيجيات المواجهة وهي : الاستراتيجيات الايجابية : وتتكون من 20 بند موزعة على 4 أبعاد بحيث أن كل بعد يتضمن 5 بنود . وهي كالتالي:

1. طلب المعلومة :هي سعي الفرد لطلب العون والنصيحة والمعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط من الآخرين أو مؤسسات المجتمع للحصول على راحة وجدانية.

2.التدين:الرجوع إلى الدين في أوقات الضغوط عن طريق الإكثار من الصلاة والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والانفعالي والأخلاقي .

3 . التخطيط :سعي الفرد إلى بذل جهد عمدي وقصدي لحل المشكلة ويشمل التفكير في كيفية المواجهة كوضع خطة معينة على المدى القريب أو البعيد.

4.التقبل: قبول الفرد لذاته والآخرين والقدرة على تحمل الأخطاء والعيوب وإيمانه بالقدرة على مواجهة الموقف الضاغط.

والإستراتيجيات السلبية : وتتكون من ( 15 ) بند موزعة على (3)أبعاد بحيث أن كل بعد يتضمن ( 5 ) بنود.  
وهي كالاتي:

1. **الإنسحاب**: عزل الفرد نفسه عن الموقف الضاغظ كمحاولة التفكير في أشياء أخرى غير المشكلة.

2. **الإنكار** : رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغظ أو محاولة تجاهل الموقف كليا .

3. **لوم الذات**: عدم قيام الفرد بأي سلوك ايجابي تجاه الضغط وإلقاء اللوم على الذات واتهامها بأنه سبب كل ما يحدث .  
(جبالي صباح، 2012)

\* هذا المقياس للمواجهة هو الذي سيتم الاعتماد عليه في هذه الدراسة.

## خلاصة المبحث الثاني " إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية " :

تعد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ضرورة قصوى خاصة في عالمنا اليوم لأن الأفراد يواجهون مواقف ضاغطة بشكل متزايد، وتختلف استراتيجيات المواجهة المتبعة من فرد لآخر فهناك من يلجأ إلى استراتيجيات ايجابية لمواجهة الضغوط في حين هناك من يلجأ إلى استراتيجيات سلبية لنفس الموقف الضاغط، وهذا يرجع أساسا إلى كيفية إدراك الفرد للموقف الضاغط وتقييمه ومن ثم تقييم مصادره وإمكانياته التي تساعد في مواجهة الموقف الضاغط ، لذا ونظرا لعدم وجود قاعدة ثابتة في انتهاج استراتيجيات المواجهة حتى عند نفس الشخص، فقد اختلف العلماء كثيرا بخصوص تصنيفها وتحديد أهم أنواعها لأنها تبقى بكل بساطة ترتبط بالموقف المحدث للضغط وكيفية تقييم الفرد له في تلك اللحظة. فالفرد دائما يسعى إلى تحقيق التكيف مع هذه المواقف.

فمثلا ميلاد طفل معاق داخل الأسرة يعتبر حدثا ضاغطا إذ تلجأ الأم إلى استخدام إحدى استراتيجيات المواجهة سواء كانت إيجابية (متمركزة حول المشكلة) أو سلبية (متمركزة حول الانفعال) لمواجهته، لأن وجود طفل معاق داخل الأسرة يزيد من مسؤولياتها كأم .

# الفصل الثالث

## الشلل الدماغي La Paralyse Cérébrale

المبحث الأول :

أ. الطفل المشلول دماغيا

- تمهيد.

- 1- لمحة تاريخية عن الشلل الدماغي.
- 2- تعريف الشلل الدماغي.
- 3- أهمية التشخيص المبكر والعلامات التحذيرية المبكرة للشلل الدماغي.
- 4- تصنيف الشلل الدماغي.
- 5- أسباب حدوث الشلل الدماغي.
- 6- الإعاقات الثانوية المصاحبة للشلل الدماغي.
- 7- التطور الحركي عند أطفال الشلل الدماغي.
- 8- المشاكل الخاصة التي يعاني منها أطفال الشلل الدماغي.
- 9- طرق الوقاية والتكفل بأطفال الشلل الدماغي.
- 10- التكفل بالإعاقة في الجزائر.

## المبحث الثاني:

### ب. أمهات الأطفال المشلولين دماغيا

- 1- مفهوم الأمومة .
  - 2- مراحل الأمومة.
  - 3- العلاقة أم - طفل.
  - 4- تصورات الأم حول الطفل المنتظر.
  - 5- كيفية الإعلان عن تشخيص الإعاقة.
  - 6- التعلق بين الأم وطفلها المشلول دماغيا.
  - 7- تأثير إعاقة الطفل على أمه.
  - 8- ردود فعل الوالدين (الإستجابة الوالدية) ومراحل التعامل مع الإعاقة.
  - 9- إستراتيجيات التعامل مع ردود الفعل النفسية لأمهات وآباء الأطفال المشلولين دماغيا.
  - 10- المشاكل والصعوبات النفسية والإجتماعية التي تقابل أسر وأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
  - 11- الحاجات الخاصة بأسر الأطفال المعاقين حركيا والمشلولين دماغيا.
- خلاصة الفصل.

## تمهيد:

يعتبر الشلل الدماغي من أكثر الإعاقات النمائية أو الإضطرابات العصبية الحركية صعوبة وتعقيدا، لتأثيرها الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة، والتي تكون على المستوى الإرتقائي اللغوي، الإجتماعي والحسي - الحركي، وفي عمليات الإنتباه والإدراك...، والتي تكون مرتبطة بتلف دماغي يحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، والمرض ليس معديا، كما أنه ليس قابلا للشفاء ولا يتوقف تأثير الشلل الدماغي على الطفل فقط، وعلى جوانب حياته المختلفة بل يمتد إلى الأم التي تحاول أن تتكيف مع الوضع وإلى المجتمع الذي يسعى لتوفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها هذا الطفل، كما تقوم التنشئة الإجتماعية بغرس تصور لا شعوري يقدر الأمومة، ويعتبر الحمل كتثبيت للزواج وضمنا لإستمراره وشهادة لأنوثة المرأة.

و لهذا تسعى الكثير من الأمهات إلى أن يكن أمهات مثاليات غير أن هذا المطلب يصعب تحقيقه في الكثير من الحالات خاصة عندما تصطدم الأم بواقع إبنها المشلول دماغيا، مع ما يحمله من خصائص ومميزات غير مرغوبة تجعل كل آمالها وطموحاتها تتبخر، ولأن الأم هي من تتحمل المسؤولية الكاملة عن سلوك الطفل وتطوره، هذه المسؤولية تجعلها تحس بالإرهاق والقلق والإكتئاب ومشاعر الذنب، وكثير من الأمهات يتأثرن بهذا الضغط النفسي ويعتقدن أن قصور أبنائهن ناجم عن عدم كفاءتهن أو عدم قدرتهن على الوفاء بمطالب هذا الدور.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى تطور مفهوم الشلل الدماغي، أنواعه، أسبابه، وخصائص الأطفال المشلولين دماغيا مع التطرق إلى مفهوم الأمومة ومراحلها، والعلاقة أم - طفل، وإدراك الأم لإصابة إبنها وتأثير الإصابة عليها.

## أولاً: الطفل المشلول دماغياً:

### 1/لحة تاريخية عن متلازمة الشلل الدماغى:

إن مصطلح متلازمة الشلل الدماغى حدىث نسبىا مقارنة بالتسمية الشائعة وهى مصطلح الشلل الدماغى أو المخى، وإنه لغاية عصرنا الحاضر، مازالت الأبحاث تؤكد عدم تجدد خلاىا الدماغ البشرى أو نموها بعد تلفها أو تعرضها للإصابة أو الأذى وهناك مقولة شائعة فى مجال علم الأعصاب تقول "إن الخلايا الدماغية لا تنمو ولا تتجدد". وبشكل عام لقد دلت الإشارات التى تعاقبت لنا مع الأيام والأجىال إلى أن متلازمة الشلل الدماغى كانت معروفة منذ قديم الزمان حيث كانت هناك حالات كثيرة تم وصفها من خلال الجداريات، الأحافىر، اللوحات القديمة، المنحوتات الجدارية، الصور والتماثىل الفرعونية القديمة التى تم إكتشافها فى آثارهم أنها كانت لأشخاص كانوا يعانون من إضطرابات وأعراض متلازمة الشلل الدماغى التى تم تعريفها أو وصفها فى العصور اللاحقة للحضارة الفرعونية. (ماجدة عبيد،2012)

لم تحظ متلازمة الشلل الدماغى بالإهتمام الكافى من قبل العلماء إلا فى بدايات القرن التاسع عشر مىلادى وذلك بعدما قام إختصاصى جراحة العظام الدكتور **وىلىام جون لىتل W.J.Little** فى عام **1843** م، بوصف مجموعة من الأعراض المصاحبة للشلل الدماغى وصفا طبىا لأول مرة. وذلك من أجل الكشف المبكر عن هذه الحالات وقد قام بتدوین هذه الأعراض المصاحبة فى ورقة عمل خاصة به أسماها "التشوهات"، التى تم نشرها فى عام **1853**م، وقد ذكر فىها أن التشوهات بشكل عام تعود إلى تأثير عصبى المنشأ. كذلك تم نشر هذه الملاحظات والمدونات حول مجموعة الأعراض المصاحبة للإصابة بالشلل الدماغى فى عام **1862**م فى كتاب له وصف فىه أطفال الشلل الدماغى الرباعى البسىط، وبدأ يطلق علیها منذ ذلك الحىن "مرض لىتل"، ولهذا نجد بعض المراجع أو بعض الأطباء یستخدمون هذه التسمية للدلالة على الإصابة بمتلازمة الشلل الدماغى الرباعى البسىط، ویرجع السبب وراء الإصابة الدماغية حسب لىتل إلى التعقيدات التى تحدث أثناء عملية الولادة التى تؤدى إلى نقص الأكسجىن وعدم وصوله إلى الدماغ، مما يؤدى إلى تخرب فى الأنسجة وقصور فى قدرتها على تأدیة وظائفها بشكل طبیعى. وفى عام **1897**م قام **سىجموند فروید** إختصاصى الأعصاب فى مجال الطب النفسى بعمل على مجموعة 35 طفل وطفلة لديهم مجموعة أعراض الشلل الدماغى، وذلك لمعرفة الأسباب الكامنة وراء الإصابة به، هذا وقد أشارت نتائج هذا البحث الذى قام به إلى وجود علاقة إىجابية بین الأطفال الخدج ( وهم الأطفال الذىن یولدون قبل إكتمال نموهم فى المرحلة الجنىنية) وإحتمالية الإصابة بما یعرف الآن



بمتلازمة الشلل الدماغى (مرض لىتل)، كما لاحظ س. فروىد أن بعض هؤلاء الأطفال قد تكون لىهم مشاكل مصاحبة مثل التلخلف العقلى وإضطرابات فى عملىة الرؤىة والنوبات الصرعىة، وقد إقترح أن السبب الكامن وراء هذه الإصابة قد يكون ناتجا عن إصابة دماغىة فى مرللة عمرىة أبكر قبل الولادة، أى خلال فترة تطور الدماغ عندما يكون الجنىن داخل الرحم، وفى نهایات القرن التاسع عشر المىلادى فى أواخر 1800م، إقترح ولىام أوسلر W. Osler وهو طىبىب برىطانى أن ىتم إستخدام مصطلح الشلل الدماغى وذلك للذلالة على المصابىن بمجموعة هذه الأعراض. أما فى عام 1900 م بداة القرن العشرىن فقد بدأ الإهتمام فى عملىة علاج الشلل الدماغى والأعراض المصاحبة لها بالظهور إلى حىز الوجود، وكانت أهم هذه البداةىات عندما قام اللىكتور برنسون بعمل مجموعة من التمارىن العضىلىة الخاصة لمعالجة الأطفال المصابىن بمتلازمة الشلل الدماغى.

(Bobath, 1986)

وفى عام 1916 م قامت جىنى كولى متخصصه فى مجال التربىة الرىاضىة، ولدىها إهتمام خاص بالتلىك العلاجى، وإستخدمته خاصة لعلاج الأشخاص المصابىن بالشلل الدماغى لتقوىة العضىلات للقىام بوظائفهم الحىاتىة المختلفة، ولىزال إستخدامها قائم حتى عصرنا هذا مع إدخال بعض التعدىلات.

(فوزى یوسف، 2011، ص18)

وفى عام 1937م تم إنشاء أول مركز رىسى متخصص فى مجال تأهىل الأطفال ذوى الإحتىاجات الخاصة، ومن بىنهم ففة الشلل الدماغى، حىث قام بإنشاء هذا المركز اللىكتور وىنتر وىفلىبىس هو أول من قدم الأسلوب ذو التخصصات المتعدده فى مجال تأهىل الأطفال والأشخاص ذوى الإحتىاجات الخاصة. (Sami, 1998)

بعء إنتهاء الحرب العالمىة الثانىة تزاىد الإهتمام بالشلل الدماغى حىث ظهر علم العلاج الطبىعى كفرع متخصص من العلوم الطبىة اللىة وكان إهتمامه بشكل خاص بالأطفال المشلولىن دماغىا، وفى عام 1947م تمت ولادة الأكادمىة الأمرىكىة للعناىة بمتلازمة الشلل الدماغى بمىة شىكاغو:

American Academy for Cerebral Paralysis (AAPC)

أما فى أوربا وىدولة السوىد، أنشأت العىادة متخصصه للشلل الدماغى فى مستشفى سانت لوىس الجامعى فى عام 1951 م لدراسة أسباب المرض. والإهتمام بالعلاج العضىوى الجسدى والنطقى للأطفال المشلولىن دماغىا. أما

في الدول العربية قد بدأ الإهتمام بعلاج هذه الفئة بشكل متخصص في فترة السبعينيات لقد تم تأسيس قسم العلاج الطبيعي بالعمل عام 1971 م بمدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، ولقد تم تأسيس مؤسسة للعناية بهم في المملكة الأردنية الهاشمية عام 1977م. في عام 1999 م أعلن قيام قسم العلاج الطبيعي والوظيفي لتقديم الخدمات العلاجية بشكل أساسي لأطفال الشلل الدماغي. (Claudine,2004,p79 )

ومع بداية القرن الواحد والعشرين 2000 م، تعالت الأصوات ليطلق على مجموعة الأعراض هذه إسم متلازمة الشلل الدماغي وإلغاء التسمية القديمة وذلك لأنها تتكون من جمع مختلف من أعراض والتي تتنوع بين شخص وآخر ومن النادر أن نجد شخصين لديهما نفس الجمع بين هذه الأعراض. (محمد فهمي،2007)

أما في زمننا الحالي فهناك العديد من المؤسسات والمنظمات والمستشفيات والمراكز المتخصصة في مجال علاج وتأهيل وتمكين الأشخاص أو الأطفال الذين لديهم متلازمة الشلل الدماغي منتشرة في كافة أرجاء الوطن العربي، بالإضافة إلى مراكز الأبحاث الخاصة والمنظمات والمؤسسات الدولية والمحلية للحد من مخاطر ومعالجة النتائج للإصابة بمتلازمة الشلل الدماغي.

## 2/تعريف الشلل الدماغي:

**كلمة الشلل:** تشير إلى عدم تمكن الطفل من تحقيق التطور الطبيعي في الحركة مثل السيطرة على عضلات الرقبة والجذع وإستعمال اليدين والجلوس والزحف والوقوف والمشي. (رزق أسعد،1987)

**كلمة الدماغي:** تشير إلى أن السبب في ذلك يعود غلى عدم إكتمال نمو أو خلل في خلايا المناطق المسؤولة عن الحركة والقوام والتوازن في الدماغ (الجهاز العصبي المركزي). (حمدي،2007،ص32)

إذن فالشلل الدماغي مصطلح ذو مدلول واسع يستخدم عادة للإشارة إلى أي شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي.

الشلل الدماغي هو إضطراب نمائي ينتج عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز في الأداء الحركي يصحبه غالبا إضطرابات حسية أو معرفية أو إنفعالية، كما أنه عبارة عن إصابة مبكرة وغير متطورة تصيب الأنسجة العصبية في الدماغ وتؤدي إلى مجموعة من الأعراض التي تؤثر بمجملها على أجهزة الجسم المختلفة ويعتمد ذلك على شدة ومكان الإصابة الدماغية.

الشلل الدماغى هو وصف غير محدد لعجز فى الحركة يبدأ عند الولادة أو خلال الأشهر الأولى من الحياة بصورة اضطراب فى توتر العضلات وبعجز فى المقدرة على كسر طوق المنعكسات البدائية أو الغريزية والتي يجب أن تتطور إلى حركات إرادية وفقدان السيطرة على وظيفة العضلات الأوتوماتيكية. ( فوزى يوسف، 2011، ص22)

**الطفل المشلول دماغيا :** هو الذى يعانى من اضطراب حسي حركي يحدث نتيجة عدم إكمال فى نمو الدماغ وقد يصاحبه مشكلات فى عمليات النطق والسمع والإبصار وأنماط متعددة من اضطرابات الإدراك والتخلف العقلي ونوبات الصرع، مع الإضطراب فى عملية الحركة وإستقامة الجسم عند الطفل الناتج عن تلف فى المناطق المسؤولة عن الحركة فى الدماغ وهذا الإضطراب فى الأداء الحركي أو التلف لا يزداد سوءا مع الأيام، فهو عبارة عن خلل دائم ولكن قابل للتغيير فى الحركة والوضعية الجسمية ويكون الخلل ناتج عن إصابة غير متطورة تصيب الدماغ الحديث النمو. (Alain, 2003)

يمكن حصر الشلل الدماغى عند الطفل فى النقاط التالية:

- عبارة عن متلازمة أى مجموعة من الأعراض المتصاحبة والتي تتجمع بدمج مختلف من العوارض تختلف من شخص لآخر .

- الشلل الدماغى ناتج بشكل أساسى عن تلف فى الأنسجة الدماغية أو أحد أجزائه.

- تكون الإصابة أو التلف فى الأنسجة الدماغية فى المراحل العمرية الأولى أو المبكرة.

- الإضطراب يتمثل بشكل أساسى فى الأنماط الحركية و الأوضاع الجسمية للطفل.

- الإضطراب فى الأداء الحركي يظهر على شكل مزمن، والأعراض الناتجة عن الإصابة فى بعض الحالات النادرة يمكن أن تسوء مع تقدم الطفل بالعمر إلا أنها فى النهاية تستقر عند حد معين فى معظم الحالات.

- الشلل الدماغى يستجيب للتدخل العلاجي والتأهيل وخصوصا المبكر منه ولكن فى الوقت ذاته فهو غير قابل للشفاء التام.

- الشلل الدماغى ليس وراثى بإستثناء بعض الحالات النادرة. (فايز، 1992)

### 3/ العلامات التحذيرية المبكرة لمتلازمة الشلل الدماغي :

أهمية التشخيص والتدخل العلاجي المبكر: لبرامج التدخل المبكر ومدى فعاليتها أهمية بالغة في مجال الوقاية والتقليل من الإعاقة أو الحاجة الخاصة بشكل عام بالإضافة إلى العمل على الحد من مخاطرها ونتائجها المحتملة، فقد دلت الأبحاث أن أطفال الشلل الدماغي لديهم قابلية للإستفادة من برامج التعليم والتأهيل والتدريب المبكر، وتساعد هذه البرامج بشكل فعال في تطوير قدراتهم بالإضافة إلى التقليل من النتائج المتوقعة من مخاطر العجز في المستقبل، وكلما كان البدء في تقديم الخدمات التعليمية والتدريبية والتأهيلية باكراً كانت النتائج المتوقعة أفضل .

(Alain de Broca,2001)

وهناك مجموعة من الدلائل والتي يمكن ملاحظتها بشكل مبكر من خلال متابعة نمو الأطفال من قبل المحيطين بهم والتي قد تحمل مؤشرات إيجابية على إمكانية الإصابة بالشلل الدماغي، ومن أهم هذه العلامات المبكرة :

- صعوبة بعملية الرضاعة لدى الطفل أو وجود صعوبة في عملية البلع بصورة طبيعية عند مقارنته بأقرانه. وقد تكون هذه الصعوبة ناتجة عن مشاكل عضلية عصبية المنشأ.

- تأخر في ظهور بعض أو كل المنعكسات الأساسية الأولية لدى الرضيع، أو إستمرار البعض الآخر منها لفترات طويلة لدى الطفل وتحولها إلى منعكسات مرضية أو تتحول هذه المنعكسات البدائية إلى حركات إرادية كنوع من التطور الطبيعي في الأداء الحركي لدى الأطفال. (Claudine ,2004,p229)

- يكون الطفل إما شديد الهدوء أو شديد البكاء أو أن يبقى الطفل في حالة بكاء مستمر من دون أي سبب معروف كالجوع أو الإتساخ أو الألم.....

- ظهور بوادر تشنج أو شد زائد في الأطراف العلوية أو السفلية لدى الطفل، قد تجد الأم صعوبة في إبعاد أرجل طفلها عند غيار الحفاظ كما قد يلاحظ الأهل تقارب وتضارب أرجل الطفل مع بعضها البعض بشكل دائم وملفت للإنتباه، وكلما فصلت أو عدلت عادت إلى الوضع السابق بسرعة.

- إرتحاء واضح في عضلات الأطراف العلوية والسفلية أو إرتحاء في عضلات العنق أو الجذع.

- خروج اللسان بشكل متكرر خارج الفم أو سيلان مبالغ في إفراز اللعاب من فم الطفل أو إبقاء الفم مفتوحاً.

- التأخر في عملية إستخدام الأيدي أو تكرار إستخدام إحدى اليدين دون أستخدام اليد الأخرى.
- إزرقاق في الشفاه أو رؤوس الأصابع (للقدمين أو اليدين) أو الشحوب في الوجه خصوصا إذا لوحظ هذا الإزرقاق في الأيام أو الساعات الأولى بعد الولادة.
- نوبات من التشنج أو حالة من الصرع أو فقدان الوعي.
- التأخر في الإستجابة للمثيرات الخارجية بشكل عام كمهارات الإبتسام والتعرف على الأم والتفاعل معها أو متابعة الأشياء أو الإهتمام باللعب أو المناغاة والضحك أو الإستجابة للأشخاص وغيرها.
- ضعف القدرة على التركيز البصري على المثيرات البصرية المحيطة بالطفل. (كاشف إيمان، 201)
- التأخر بالتحكم أو ضعف السيطرة على الرأس، حتى بعد عمر شهرين، قلة إستخدام عضلات الرقبة مع سقوط الرأس إلى أي إتجاه يميل فيه الجسم.
- بقاء يد الطفل منقبضة بإستمرار، مع بقاء الإبهام داخل قبضة اليد، وعند فرد اليد سرعان ما تعود إلى الإنكماش بسرعة وترجع كالسابق مغلوفة.
- ضعف وتأخر ملحوظ في أداء المهارات الحركية الكبيرة من إنقلاب أو تحريك للأطراف، أو الجلوس بحيث يكون الجسم مرتخي والظهر مقوس.
- عدم الإستقرار بالنوم بدون سبب مقنع، يمكن الإستمرار بالصحيان لأيام أو النوم لفترات طويلة جدا أي وجود إضطراب ملحوظ في مراحل النوم واليقظة لدى الطفل.
- الطفل المشلول دماغيا يجذب عملية البقاء بوضعية واحدة دون تغييره لفترات طويلة والبكاء كلما تم تحريكه.
- تكرار ظهور مشاكل في الجهاز التنفسي أو إرتفاع متكرر في درجة حرارة الجسم.

( فوزي يوسف، 2011، ص33 )

**ملاحظة:** يجب الأخذ بالإنتباه إلى أنه ليست بالضرورة إذا توافرت إحدى هذه العلامات دليلا قاطعا على وجود الشلل الدماغي لدى الطفل، ولكن علينا أن نبحث بشكل جدي عن الأسباب الحقيقية وذلك للوصول إلى التشخيص السليم والدقيق، وبالتالي التدخل المبكر الفعال، فلا يجب على الأهل التهاون، بل عرض طفلهم على

الطبيب، ووضعه تحت المتابعة والمراقبة أو عمل الفحوصات التشخيصية والنمائية اللازمة وتقديم البرامج التأهيلية والعلاجية المناسبة، إن لزم في الأوقات الملائمة. هذا وبشكل عام فإن تشخيص الإصابة الدماغية عملية غير صعبة خلال السنة الأولى من عمر الطفل. إلا أن المشكلة تحدث عندما تقوم الأسرة بتجاهل مثل هذه العلامات التحذيرية والتي سبق ذكرها والإعتماد عليها على أقوال الآخرين وتطميناتهم ورواياتهم لقصص مشابهة، والتي تجمع بالقول كلها على أن الطفل بخير وعندما يكبر سيكون أفضل.

#### 4/ تصنيف الشلل الدماغى:

يصنف الشلل الدماغى تبعاً لشدة الإعاقة الحركية إلى الأنواع التالية:

1- **الشلل الدماغى البسيط:** يعاني الطفل من مشكلات بسيطة لا تستلزم العلاج، فهو يستطيع الإعتناء بنفسه، ويستطيع المشي دون إستخدام أجهزة أو أدوات مساندة.

2- **الشلل الدماغى المتوسط:** يكون النمو الحركى لدى الطفل بطيئاً جداً، إلا أن الأطفال المصابين بهذا النوع تتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة ويتعلمون المشي في النهاية بإستخدام أدوات مساندة، وهم بحاجة إلى الخدمات العلاجية للتغلب على مشكلات الكلام والعناية بالذات.

3- **الشلل الدماغى الشديد:** تكون الإعاقة الحركية شديدة فتحد من قدرة الطفل على العناية الذاتية، والحركة المستقلة والكلام، لذا فهؤلاء الأطفال بحاجة إلى علاج مكثف، ومنظم ومتواصل. (حمدي، 2007، ص35)

لقد تم وضع تصنيفات وتقسيمات عدة للشلل الدماغى، ونذكر منها تلك التي تناسب الإحتياجات السريرية العملية والتي وضعها (بارفوسستيوارت) ونسقتها (فورد) حسب التقسيمات التركيبية البنيوية للجسم وهي :

أولاً: الأشكال المتماثلة وهي:

أ. دماغية.

ب. نخاعية شوكية.

ثانياً: الأشكال غير المتماثلة وهي :

أ. الشلل النصفى الجانبي للجسم Hémiplégie Cérébrale Infantile

ب. الشلل الأحادي Monoplégie

ج. الشلل الثلاثي Triplégie

د. الشلل الرباعي Tétraplégie, Quadriplégie

- عند حالات شلل الأطفال الدماغي الرباعي تكون جميع الأطراف الأربعة مصابة، أما بالنسبة للشلل الثلاثي فتكون ثلاثة أطراف مصابة، والشلل النصفى الجانبي فيكون نصف الجسم الأيمن أو الأيسر مصابا.

(Finnie,1979)

- عند حالات الشلل الأحادي يكون أحد الأطراف مصابا، حسب العلامات السريرية للشلل الدماغي فإن هذا الشلل يمكن تقسيمه إلى الأقسام التالية:

1- الشلل التشنجي التقلصي : Diplégie Spastique ou maladie de Little

إكتشفه الدكتور ليتل فيلندن عام 1961م، ويظهر هذا المرض على الشكل التالي: يفقد الطفل توازنه وتظهر حركات لاإرادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الإصابة. إذن تقلصي يعني وجود شد أو تقلص في العضلات مما يجعل الحركات بطيئة وضعيفة نتيجة إصابة الجزء الحركي من الغلاف الدماغي وهذا يجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة وغير الطبيعية لأي ظهور الإنعكاسات المرضية، بطئ النمو النفسي الحركي وعدم قدرة الطفل على المشي في الوقت المناسب ويمكن أن تتكون تشوهات مثل إنحناء الظهر أو تشوه الحوض أو الركبتين أو الأصابع أو القدمين، وضعف في عضلات الجسم، وتؤدي الحركة المفاجئة إلى إنقباض شديد في العضلات.

2- الشلل الإرتهائي:

يسمى بنقص حالة توتر العضل، يتميز الطفل بنقصان الإنكماش العضلي الطبيعي وإرتخاء لكل عضلاته، وغالبا ما يكون مصحوبا بتخلف عقلي.

### 3- الشلل الإرتهاعي:

تظهر في هذا النوع من الشلل الدماغى أشكال مختلفة من الإرتهاع قد يكون شديدا أو خفيفا، كما قد يكون سريعا أو بطيئا. إلا أن الإرتهاع يكون عادة مقتصرًا على مجموعات معينة من العضلات ويبدو على وتيرة واحدة ويكون لا إراديا تماما، وتحدث هذه الحالة نتيجة لعدم المقاومة لأي حركة للعضلات مثل الحركات الإهتزازية البطيئة غير المتناسقة.

### 4- الشلل التخلى اللاتوازى: L'Ataxie

ينتج عن إصابة المخيخ الذى هو مركز ومنسق حركات العضلات والتوازن وتكون حركات الطفل غير متزنة يسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن، كما أنه يؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركى المكاني، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشى، فيمشى ويدها ممتدتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه.

### 5- الشلل التيبسى: Régidité

يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغى بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف ونظرا لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشى أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، وتكون الإصابة رباعية وقد يصحبها صغر الرأس وتخلف عقلى شديد.

### 6- الشلل الإلتوائى: L'Athétose

ينتج عن إصابة الجزء الأمامى الأوسط من الدماغ ويترتب على هذا العجز درجة أكبر مما يحتوي عليه النوع التشنجى وتبدو مظاهر الشلل الإلتوائى واضحة من بعض الأعراض منها: الإهتزاز المستمر، الحركة غير المعتدلة، سيلان اللعاب، إلتواء الوجه، عدم إتران وضع الرأس والرقبة والكتفين، التقلصات اللاإرادية في العضلات التي تنتج عن درجة واضحة من عدم القدرة على التنسيق العضلى الحركى، وتكون قدرتهم على الكلام محدودة لعدم قدرة الطفل على ضبط العضلات المسؤولة عن الكلام مما يجعل كلام الطفل غير واضح وغير مفهوم، وتعاني نسبة كبيرة من بعض أشكال الإعاقات السمعية . (حمدي، 2007، ص33-34-35).



و يصنف الشلل الدماغي الإلتوائي إلى نوعين رئيسيين هما:

- **الشلل التوتري:** يتصف بتوتر عضلي شديد، يختلف عن التوتر المصاحب للشلل التشنجي، ففي الشلل الإلتوائي التوتري تؤدي حركة الطرف بشكل متكرر إلى الإسترخاء، في حين يؤدي ذلك إلى التيبس في حالة الشلل الدماغي التشنجي.

- **الشلل غير التوتري:** فيتصف بحركات إلتوائية دون حدوث توتر عضلي شديد، وهذه الحركات أنواع عديدة منها الحركات الدورانية والأوضاع الخاطئة والحركات الراقصة. (Bobath,1986 ,p185)

## 7- الشلل المختلط:

هذا النوع يتشكل من نوعين معا هما: الشلل التشنجي والشلل الإلتوائي، لذا يسمى بالشلل المختلط وفي هذه الحالة تكون مصحوبة بأعراض النوعين السابقين وسببها إصابة أكثر جزء من أجزاء الدماغ.

(فايز النماس، 2000، ص28).

- جميع هذه الأشكال التي ذكرناها يمكن أن يصاحبها نقص وخلل في كثير من الوظائف الحيوية كالصوت، السمع، النظر، الكلام والإحساس، ولكن أغلب هذه المضاعفات هو الخلل الذي يحصل في النطق والكلام غير المنسق وغير المفهوم، كذلك الخلل البصري كالحول وأخيرا الخلل في جهاز السمع كضعف السمع.

## 5/أسباب الشلل الدماغي:

### أسباب ما قبل الولادة:

-تشمّل على الأمراض الفيروسية في الأسابيع الأولى من الحمل عندما تكون خلايا الدماغ للجنين في وضع نمو وتطور مثل الحصبة الألمانية .

- الإلتهابات الأخرى التي تصيب الحامل ولا يتم تشخيصها أثناء الحمل فرّما تسبب شلل دماغي أو ربما تحدث مشاكل في الرحم .

- أسباب أخرى وهي إذا كان ضغط الدم للحامل مرتفع بشكل كبير أو كانت مصابة بسكري متقدم أثناء الحمل وغير مسيطر عليه بالأدوية.

- نقص كمية الأكسجين أو المواد الغذائية اللازمة لتغذي حجيرات الدماغ في فترة نمو الجنين وأثناء الولادة أو بعد الولادة.

- إصابة الحامل بالتنزيف الشديد في الأشهر الأولى أو الأشهر الأخيرة من الحمل أو تسمم الحمل.

- تعرض الحامل لمحاولة الإجهاض أو أشعة إكس أو تناول العقاقير المضرة بالحمل بالأشهر الأولى من الحمل.

(Finnie, 1979, p66).

### أسباب أثناء الولادة:

إذا كانت عملية الولادة طويلة ولم يتنفس الطفل بشكل مباشر بعد الولادة، ممكن أن يحدث شلل دماغي مع الطفل، قبل الولادة يحصل الدماغ على الأكسجين من خلال الدم الذي يزود به الطفل بواسطة الحبل السري، حالما يولد الطفل تصدر الأوامر بالحصول على الأكسجين أو يلجأ الطفل للحصول على الأكسجين من رئتيه. فالخلايا الدماغية تحتاج إلى الأكسجين لتستمر بالحياة وإذا لم يحصل عليه فإن بعض هذه الخلايا سوف تموت ومن الممكن حدوث شلل دماغي.

- اليرقان أيضا سبب آخر من أسباب حدوث الشلل الدماغي، فإنه ناتج عن عدم قيام الكبد بوظائفه كما ينبغي في الأيام القليلة الأولى من الحياة، أو نتيجة عدم تفريغ الكبد لإفرازاته في مجرى الدم مما يسبب تلف في الدماغ الغير مكتمل أو ناضج.

- عدم توافق دم الوالدين من ناحية العامل الرايزيسي فتؤدي إلى تكسر الكريات الدموية للطفل فيصاب باليرقان الشديد بعد الولادة وترسب المادة الصفراء في الدماغ الأوسط مما يؤدي إلى الشلل الدماغي.

- الولادة العسرة أو الولادة المبكرة.

- إلتهاب الدماغ والسحايا لدى الرضيع في سن مبكرة بعد الولادة.

- حوادث السقوط مباشرة على الرأس عند الولادة أو في الأشهر الأولى للرضيع.

(Jean Sebastien ,2012)

أسباب بعد الولادة: وتشمل على:

- الإلتهابات الفيروسية التي تصيب الدماغ عندما يكون غير مكتمل وخاصة إلتهاب السحايا (أغشية الدماغ) فإذا أصيبت تتضخم وتسبب تحطم في أنسجة الدماغ نفسها ينتج إلتهاب السحايا عن أنواع مختلفة من الفيروسات، ومن المهم دائما أنه إذا لوحظ على الطفل أية أعراض غير طبيعية وعلى الأخص إرتفاع درجة الحرارة يجب مراعاة الطبيب.

- الحوادث التي تسبب إصابات الرأس ممكن أن يكون نتيجتها شلل دماغي في الأطفال الصغار وذلك بسبب أن عظام الجمجمة لا تلتحم بشكل كلي إلا عندما يبلغ عمر الطفل من 9-12 شهرا.

- الحرارة العالية جدا: إرتفاع الحرارة الناتج عن الإلتهابات أو عن فقدان السوائل كما في الإسهال وكل ذلك ممكن أن يسبب شلل دماغي، فالأطفال حديثي الولادة تكون أجسامهم صغيرة ممكن حدوث الجفاف بسرعة، والجفاف الشديد أوفقدان السوائل الشديدة يسبب ورم أو إنتفاخ في أنسجة الدماغ وتلفها في مرة أخرى في حالات الإسهال عند الأطفال ويجب إتباع إرشادات الطبيب بدقة. (حمدي، 2007، ص38).

## 6/ الإعاقات الثانوية المصاحبة للشلل الدماغي:

هناك مجموعة من الإضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي بشكل عام، والتي غالبا ما تؤثر بشكل سلبي على الأطفال المشلولين دماغيا من خلال تأثير القدرات والأداء الحركي الناتج عن الإصابة الدماغية، فالدماغ هو الجزء المتحكم في جميع أنشطة ووظائف الإنسان الحياتية، ومن أهم هذه الإضطرابات التي قد تظهر عند الطفل وقد لا تكون عند طفل آخر هي:

-الإعاقاة العقلية الذهنية وصعوبات التعلم: لقد أشارت الدراسات أن من (50-60 %) من أطفال الشلل الدماغي لديهم تأخر في القدرات العقلية بشكل عام.

وأن هناك حوالي 10 % تكون نسبة ذكائهم فوق المتوسط وحوالي (30-40 %) تكون قدراتهم العقلية في المستوى الطبيعي، وذلك من خلال تطبيق مقاييس نسبة الذكاء والقدرات العقلية على مجموعة من الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي، ولكن لوحظ وجود صعوبة في عملية قياس درجة الذكاء الخاصة بهذه الفئة، حيث أن هذه المقاييس تعتمد بشكل كبير على المهارات اللفظية والأدائية، فلهذا فإن عدم إستجابة هذه الفئة لا تدل

بالضرورة على عدم فهمهم للمهارات المطلوبة وإنما هم لا يتمكنون من التعبير أو التجاوب أو القدرة على إخراج الإجابة.

**-الإعاقاة السمعية والمشكلات النطقية:** لقد لوحظ بشكل عام على عملية النطق لدى الأطفال المشلولين دماغيا علامة مميزة حيث أنهم يكترون الوقوف خلال عملية الكلام وأصبح يطلق على طريقة لفظهم "نطق متلازمة الشلل الدماغى". (Le Métayer, 1993)

فى دراسة تم إجراؤها على 1293 طفل وطفلة مشلولين دماغيا شلل رباعى تشنجى وجد أن 64% من هؤلاء الأطفال لديهم مشاكل بالنطق و18% لديهم إعاقاة سمعية (حاجة سمعية خاصة). كذلك أن ضعف التحكم بالرأس وزيادة إفراز اللعاب يزيد من مشاكل النطق عند الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغى، وتأخذ عيوب النطق، الكلام واللغة أشكال متعددة منها: الحبسة، عسر الكلام، تأخر الكلام، بعض الأطفال المشلولين دماغيا يعانون من عدم القدرة على إختيار الكلمات المناسبة وتنظيمها. وهذا كله يؤشر بشكل مباشر على النواحي الإدراكية والنفسية والإنفعالية والإجتماعية لهذه الفئة.

#### **-الإعاقاة أو المشاكل البصرية:**

حوالى 50 % من المصابين بالشلل الدماغى لديهم مشكلات بصرية سواء كانت تتمثل فى عيب عصبي أوعضلي، فإنهم يعانون مثلا من وجود حركات لاإرادية، كما أنهم يعانون من مشكلة الحول (إنحراف العين)، وأحيانا تظهر لديهم حالات الفقدان التام للبصر، وظهور عدد من العيوب البصرية المتنوعة والتي تختلف من طفل لآخر، وأشارت الدراسات أن حوالى 30-35 % من أطفال الشلل الدماغى يعانون من قصر أو طول فى النظر، ويلجأون إلى إستخدام النظارات الطبية وذلك لتصحيح هذه العيوب وتحسين قدرتهم على الإبصار.

#### **-نوبات الصرع:**

إن حوالى ثلث أطفال الشلل الدماغى لديهم مشاكل فى كهربية الدماغ، ولكن فإن النوبات لديهم تختلف عنها عند الكبار حيث تكون النوبة الصرعية أقل شدة وغالبا ما تكون سريعة ولا يقعون على الأرض أو يعضون لسانهم ولا يتبع نوبة الصرع هذه غالبا الإعياء أو الإجهاد.

بشكل عام عند حدوث النوبة الصرعية عند الطفل يجب أن نقوم بالتعامل مع الوضع بالشكل التالي:

- المحافظة على الهدوء والعمل على طمأنة الأطفال الآخرين.

- وضع الطفل على جانبه.

- التأكد من أن مجرى التنفس لدى الطفل غير مغلق، وتجنب وضع أي شيء في فمه.

- عدم محاولة تقييد حركات الطفل في أثناء التشنج.

- لا داعي لإستدعاء الطبيب إلا إذا بدأ الطفل ينتقل من نوبة إلى أخرى دون توقف.

- إزالة كل الأشياء التي تؤذي الطفل أو تجرحه في أثناء التشنج. (فوزي يوسف، 2011، ص59-60)

## 7/ التطور الحركي عند الأطفال الذين لديهم متلازمة الشلل الدماغي:

بشكل عام هناك صعوبة بالغة في عملية تقدير التطور الحركي عند أطفال الشلل الدماغي والجدول التالي يوضح

لنا التطور الحركي عند هذه الفئة مقارنة بالأطفال الطبيعيين وذلك خلال العام الأول من عمر الطفل.

جدول رقم(10): يوضح التطور الحركي عند الطفل المشلول دماغيا مقارنة بالطفل العادي.

العمر التقريبي	معدل التطور الحركي الطبيعي	معدل التطور الحركي عند أطفال الشلل الدماغي
المرحلة الرحمية	أنماط حركية عشوائية طبيعية منتقاة	أنماط حركية كلية
بعد الولادة مباشرة	أنماط حركية عشوائية إنتقائية، عدم التحكم بالعضلات .	أنماط حركية كلية إنتقائية، وتنوع من طفل لآخر.
من 0 إلى 03 أشهر	تبدأ مهارات التحكم وتحريك الرأس.	غياب عملية التحكم بالرأس، عدم المقدرة على التنفس والأكل.
من 03 إلى 05 أشهر	تطوير مهارات الجسم الثنائية	حركات غير متماتلة، ضعف في

المتماثلة، ظهور ردود فعل التوازن. عملية التوازن الجسمي.

من 05 إلى 06 أشهر  
ظهور مهارات المد والتباعد تراجع الرأس إلى الخلف، بقاء  
والإلتفاف حول المحور، حمل ثقل منعكس مورو، عدم الجلوس حتى  
الجسم ونقله، بدء إختفاء منعكس بالإستناد، عدم تطور مهارة  
مورو. الإلتفاف حول المحور.

من 06 إلى 08 أشهر  
تبدأ مهارات التحكم بالجزع غياب مهارات التحكم بالجزع و  
و الوسط و تحرر حركات الوسط، عدم الجلوس. و  
الأطراف.

من 08 إلى 10 أشهر  
تزداد مهارات الإلتفاف وإستخدام لا يوجد مهارات إستخدام الأيدي  
الأيدي لعملية الدعم والحماية في الدعم أو الحماية، عدم الجلوس  
الجانبية، تسلسل المهارات الحركية والسقوط إلى الخلف، غياب  
بشكل عام بالإتجاه التصاعدي. التسلسل التصاعدي للحركات.

من 10 إلى 12 شهر  
إستمرار تطور المهارات الحركية إستمرار تطور المهارات الحركية  
تصاعديا، وتمكن الطفل من المشي والذي يختلف من طفل لآخر،  
بعد إكتمال عامه الأول. والتوقف عن التطور عند مرحلة  
معينة.

(محمد فوزي يوسف، 2011، ص61-62-63)

## 8/ المشاكل الخاصة التي يعاني منها الأطفال المصابون بالشلل الدماغي:

يتميز الشلل الدماغي بجملة من الإضطرابات في النمو الحركي والنمو الحسي والإنفعالي والنمو النفسي الإجتماعي، وغيرها من التفاعلات ما بين كل مرحلة من مراحل نمو الطفل وشخصيته و بيئته. ولذلك نجد من ناحية النمو الجسمي والحركي ودون تحديد العمر أو درجة الإصابة:

- صعوبة في إمتصاص حلقة الثدي.

- صعوبة في البلع نتيجة ضعف عضلات البلع.
- صعوبة في التأزر الحركي البصري.
- صعوبة في الإخراج .
- عدم الإستجابة للأصوات الخارجية.
- الكثير من الحالات يعاني من حالات تشنج (صرع خفيف).
- صعوبة في رفع الرأس والجذع عند وضعه على بطنه.
- عدم التفاعل مع من حوله وعدم تعرفه عليهم، غياب الضحك والتأزر البصري وعدم متابعة الأشياء المتحركة.
- إشتداد في الأوتار والعضلات في الأطراف والظهر أو البطن (صعوبات في حركة المفاصل). وإهمال مثل هذه التشنجات ينتج عنها تشوهات عظيمة وخاصة في الأطراف والعمود الفقري.
- عدم القدرة على الجلوس في الوقت المحدد لنموه، وحتى بمساعدة الأشياء والآخرين.
- تأخر في النهوض من وضع الجلوس والوقوف.
- عدم القدرة على الوقوف الناتج عن تشنج في الأوتار العضلية وعدم مقدرته على مسك الأشياء المساعدة في عملية النهوض والوقوف. (Jean Rondel, 1997)
- ومن هنا نستنتج أن تأخر الطفل في النمو النفسي الحركي الحسي وخاصة في سن الطفولة المبكرة يؤخر حتى في جميع نواحي النمو الأخرى مثل الإجتماعية الإنفعالية والحسية.
- ولذلك نلاحظ عند الطفل المشلول دماغيا منذ ولادته إلى بلوغ سن ال 12 مطالب النمو التي على أساسها نحكم بمدى طبيعة نمو الطفل ونجد أن:
- الطفل المصاب يعاني من صعوبة في تناول الأطعمة الصلبة.
- صعوبة في تعلم المشي أو الكلام أو ضبط الإخراج.
- لا يحاول إستكشاف البيئة.
- تأخر في تعلم النطق أو قد يكون معدوما.

- إضطرابات في نمو الثقة بالذات وبالآخرين.

- عدم التمييز بين الأشياء مثل الخطأ أو الصواب، بين الحار أو البارد.

- لا يستطيع إلباس نفسه ولا يستطيع أن يحافظ على نظافته.

- تأخر في الدراسة والكتابة.

- عدم تعلم المهارات الحسية والإجتماعية. (Le Métayer,1993,p28 )

## 9/ طرق الوقاية والتكفل بأطفال الشلل الدماغي:

إن معرفة أسباب الإصابة بمتلازمة الشلل الدماغي ضرورية جدا، ولكنها غير كافية للوقاية من الإصابة بالمرض لأنها ليست بالأمر الهين وتحتاج إلى تضافر جهات ومؤسسات ومنظمات محلية ودولية عديدة تكون قائمة على أسس علمية حديثة ومدروسة ويمكن تقسيم الإجراءات الوقائية للشلل الدماغي إلى ثلاث مستويات رئيسية وذلك على النحو التالي:

-**الوقاية الأولية:** تتضمن هذه المرحلة جميع الإجراءات الضرورية التي يلزم القيام بها قبل حدوث الإصابة بالشلل الدماغي، بهدف التقليل من نسبة عدد الأطفال حديثي الولادة المصابين بالشلل الدماغي إلى أدنى مستوى ممكن ويمكن حدوث ذلك من خلال مجموعة من الوسائل نذكر منها:

- التثقيف الصحي من قبل المراكز المتخصصة بالأمومة والطفولة ومستشفيات الولادة، ووسائل الإعلام المختلفة حول صحة الحامل وكيفية تغذيتها ومضار إستعمال الأدوية والإعتناء بالمشاكل النفسية والإجتماعية ودراسة آثارها السلبية على الحامل. وبالتالي إنعكاسها على الجنين، كذلك من خلال الإرشاد الجيني والفحص الطبي قبل الزواج وبرامج الكشف المبكر عن الحالات المرضية. (Copping,2007)

- إجراء الفحوصات المخبرية الأساسية لكل حامل.

- تطعيم الفتيات ضد الحصبة الألمانية تطعيما إلزاميا في المدارس في عمر 11-12 سنة مع حملات تطعيم منظمة للمراهقات والمقدمات على الزواج والأمهات اللواتي لم يسبق لهن التطعيم .

- إسداء النصح بالإبتعاد قدر الإمكان عن الحمل في سن أقل من 18 سنة أو أكثر من 40 سنة.



- العناية بالحوامل المعرضات أكثر من غيرهن لمضاعفات الحمل والولادة كالصغيرات والكبيرات في السن واللواتي لهن تاريخ مرضي سابق أو مؤشرات غير مطمئنة.

- عقد دورات تدريبية متخصصة للقبالات حول أساليب الولادة الصحية والحديثة، ووضع المراقبة والتدخل الجراحي الفوري عند الضرورة والإبتعاد عن الولادات من دون الإشراف الطبي المتخصص المباشر.

- التشخيص المبكر من خلال الفحص الدقيق للرضع بعد الولادة مباشرة وإجراء الفحوصات اللازمة بأسرع وقت ممكن في حال وجود علامات مبكرة تعطي مؤشرات الإصابة الدماغية.

- تطعيم الأطفال في الأوقات المحددة، بالإضافة إلى التطعيم ضد الأمراض المعدية التي قد تؤدي إلى حدوث التلف الدماغى مثل إلتهاب السحايا.

- توفير العناية الغذائية الملائمة للأطفال والأمهات والتشجيع على الرضاعة الطبيعية لأطول فترة ممكنة لما لها من فائدة في الحماية من الإلتهابات، ونشر الوعي الصحى لكيفية التعامل مع الأطفال في الحالات الطارئة مثل إرتفاع درجة الحرارة والجفاف. ( Daniel,Marcelli, 2003)

### الوقاية الثانوية:

تبدأ هذه المرحلة فور إكتشاف الإصابة بالشلل الدماغى والبدء ببرامج التدخل المبكر حيث تهدف إلى تدريب وتعليم الأطفال القدرات بشكل عام وخصوصا القدرات الحركية التي تتناسب مع العمر الزمني ومحاولة تقليل الفجوة بين العمر الفعلي والعمر الزمني ومن أجل منع ظهور مظاهر التشوهات المفصلية وتحول الضعف في الأداء إلى عجز والحفاظ على مدى حركى سليم. ويتم التركيز على البيئة الخاصة بالطفل وإثرائها بكل المحفزات والأدوات اللازمة والتي تساعد على تحسين وتطوير قدرات الطفل ودعم نفسية وحاجات الأهل.

(Aurélia,Schneider,2018)

وهذه المرحلة تتطلب تكاتف فريق عمل متكامل يبدأ على شكل فريق التدخل المبكر في المنزل أو المركز ثم يستمر على شكل مجموعة من التخصصات من خلال فريق طبي مؤهل ومتكامل لا يقتصر على الرعاية الطبية فقط بل يتعداها إلى الرعاية الإجتماعية والأكاديمية والعلاج الأسرى والسلوكى والنفسى وغالبا ما يشمل هذا الفريق ويضم الأطباء من تخصصات متنوعة:

طبيب الأطفال، طبيب المخ والأعصاب، طبيب العظام والجراحة، طبيب العيون، طبيب القلب، طبيب أمراض الحنجرة و الأنف والأذن، الأخصائي الأرتفوني، الطبيب الفيزيائي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الإجتماعي، المؤهل الحركي والمدرب المتخصص في إعادة التأهيل الوظيفي لذوي الإحتياجات الخاصة، المعلم النفسي الحركي، المدرب على العلاج بالشغل. (Albin Michel,2003)

بحيث يساهم كل إختصاص على طريقته الخاصة من خلال الفحوصات الدورية وكتابة التقارير اللازمة وعمل التحويلات الضرورية بالإضافة إلى وصف العلاجات الأدوية وإجراء العمليات الجراحية وذلك حسب الحاجة إليها. كما أن بعض الأطفال المشلولين دماغيا هم بحاجة ماسة إلى إختصاصي الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية: من خلال تشخيص ومعرفة مدى الحاجة إلى الأجهزة والجائر وتفصيل هذه المعدات والأجهزة والإشراف على إستخدامها بالإضافة إلى تدريب الطفل والأهل على كيفية الإستفادة من هذه الأدوات والعينات الحركية التي تعود إلى المشكلات العضلية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ويتم وصفها وفقا لإحتياجات فردية للطفل والتي قد تساعد في تحسين نوعية وكيفية الحركة. (Dalla,2006,p377)

### الوقاية الثلاثية:

وهي المرحلة الأخيرة والتي تهدف بشكل أساسي إلى منع تحول حالة العجز عند الأشخاص إلى إعاقة كاملة وكذلك تهدف إلى منع تدهور حالة الطفل ومحاولة المحافظة على القدرات الحركية الحالية وتعديل التشوهات الحاصلة وتثبيت مدى حركة المفاصل وتتركز الجهود في هذه المرحلة إلى تدريب الطفل على التكيف مع حالة العجز الحاصل وتدريبه على المهارات الحياتية اليومية وتزويده بالوسائل المساعدة لأداء هذه المهارات بدون الإعتماد على الآخرين قدر الإمكان ويكون المحور الأخير في هذه المرحلة الأهل حيث تتركز على تدريب وتوجيه الأهل إلى أفضل السبل والطرق للعناية بالطفل داخل المنزل بالإضافة إلى تأمين الدعم النفسي والعاطفي للأهل وتوجيه طاقاتهم من أجل مساعدة الطفل على الإعتماد على نفسه بأكبر قدر ممكن، ومحاولة الحد من القيود الوظيفية والإجتماعية وتشمل إجراءات متعددة ومتنوعة من الخدمات والتي تستمر من المرحلة السابقة ولكن بأهداف واتجاهات مختلفة. ( فوزي يوسف،2011،ص71)

## 10- التكفل بالإعاقة في الجزائر:

في اليوم العالمي للمعاق المصادف لـ 03 ديسمبر من كل سنة، تحدث البروفيسور العيادي خالد عن التكفل الطبي بالمرضى داخل مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

أصبح الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي ضرورة ملحة للمريض الذي يتوق إلى إستعادة حركته البدنية للأعضاء المتضررة نتيجة الإصابات التي تعرض لها والعودة بسرعة إلى الحياة الطبيعية والإندماج في المجتمع.

مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الإستشفائي الجامعي لوهراڤ إكتست في السنوات الأخيرة حلة جديدة بعد إعادة تهيئتها، وأضحت تعرف إقبالا كبيرا من قبل المرضى لإجراء حصص التأهيل الوظيفي بعد عمليتي التشخيص والتقييم لحالة المصاب، ويزداد الوعي بأهمية إعادة التأهيل الوظيفي يوم بعد يوم لدى المرضى بوهراڤ، خصوصا بالإعاقات الناجمة عن حوادث المرور والمنزلية والضغط الدموي وأمراض أخرى تستدعي هذا النوع من العلاج، حسبما أكده البروفيسور خالد العيادي رئيس مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الإستشفائي الجامعي الدكتور بن زرجب، الذي كان لنا لقاء معه بمناسبة اليوم العالمي للمعاق المصادف للثالث من شهر ديسمبر كل سنة، حيث تطرق إلى عدة جوانب فيما يتعلق بالتكفل الصحي، النفسي والإجتماعي لهاته الشريحة .

### أ. تقييم وضعية المعاق في الجزائر:

الإعاقة هي قضية معقدة جدا، لأنها تخص شريحة معينة من المجتمع، وهناك إعاقات تولد مع الإنسان، وإعاقات مكتسبة، والإعاقة تحدث خلالا في النمو سواء على المستوى الجسدي أو الذهني أو النفسي، أو ما يترتب عن ذلك من صعوبة في التعامل مع المريض بالوسط العائلي والإجتماعي، والوضعية تتطلب تجند الجميع من أجل التفكير جديا في المعاق بتوفير كل السبل والإمكانيات اللازمة التي يحتاجها المريض بصفة عامة والمعاق بصفة خاصة، على سبيل المثال خلق مؤسسات تربوية خاصة بهاته الشريحة لأنها شريحة مهمة ويمكن أن تكون لها إعاقة في مجال معين وقادر أن يكون باهرا في مجالات أخرى حسب الإمكانيات الذهنية للمعاق.

الشرائح التي تستقبلها مصلحة الطب الفيزيائي والتأهيل الوظيفي من أجل العلاج:

هناك عدة إصابات في مقدمتها الجلطات الدماغية والكسور الناجمة عن الحوادث المنزلية وحوادث العمل وحوادث المرور، لكن يمكننا الإشارة إلى تنامي حالات الشلل الدماغى في السنوات الأخيرة حيث بعد من الإعاقة المكتسبة تأتي في الصغر بعد الولادة لدى الأطفال وبعض الأحيان لدى الرضع لما يسمى بالشلل الدماغى الذي ليس لنا في الجزائر إحصائيات عنها، وهؤلاء أطفال يصابون بشلل نتيجة لخلل على مستوى الدماغ.

وهذا الخلل سببه فترة قليلة بعد الولادة أو تعقيدات أثناء وبعد الولادة تصل إلى سنتين بعد ذلك الخلل يؤدي إلى حدوث إعاقة يمكنها أن تصيب الجوانب الحركية أو الحواس، أيضا الجانب الذهني، وفي بعض الأحيان إعاقة تولد مع الطفل وتشوهات خلقية في مراحل العمر، لا يوجد مؤسسات خاصة بهم وأيضا نقص في الجانب البشري للتكفل بهم.

#### ب. تفادي بعض الإعاقات عند الأطفال:

عند الأطفال يمكن تفادي الإعاقات التي تصيب العضلات "وهن في العضلات Myopathie" وفي الكثير من الأحيان يكون سببها زواج الأقارب، حيث لا زالت لحد الآن بعدد من الأماكن النائية تحدث مثل هذه الزيجات رغم مخاطرها الصحية وعواقبها على الأطفال الناتجين عن هذا الزواج، وتحدث كوارث في مجتمعنا من شأنها الرفع من حالات الإعاقة وسط الأطفال.

#### ج. الإصابات التي تحدث إعاقات كبيرة:

الإصابات الناجمة عن حوادث المرور، وحتى البرامج التوعوية والتحسيسية لم تتطرق إليها رغم الإرتفاع في عدد الإصابات المسجلة يوميا والتي تنتهي في الغالب إما بالإعاقة أو الموت، فحوادث المرور صعبة في الحالتين في مسألة التكفل وأيضا آثارها الوخيمة جدا على كل المستويات. ففي أغلب الأحيان تحدث صدمات للمخ التي تصيب حواس وسلوك المصاب ونفسيته، والإعاقة الناجمة عن صدمات النخاع الشوكي التي تحدث شللا على مستوى الأطراف منها الآثار السلبية، وحالات الجلطات الدماغية والتي ارتفعت بشكل كبير في الآونة الأخيرة نظرا لإرتفاع أمراض الشرايين وضغط الدم وأمراض القلب، آثارها كبيرة جدا على صحة المصاب والعائلة والمجتمع، وهناك التصلب اللويحي ومرض الرعاش والإصابات على مستوى الجهاز الحركي، اعوجاج العمود الفقري وإصابات الجهاز الحركي والإعاقات الذهنية وحتى القلق وآلام الظهر والرقبة.

وصنف البروفيسور العيادي الإصابات التي تستقبلها مصلحته بالمستشفى الجامعي بوهران كالتالي: تأتي في المقدمة الإعاقات العصبية الناجمة عن الجلطات الدماغية، والإعاقات الأخرى الصدمات المتسبب الرئيسي فيها هي حوادث المرور، وهناك إعاقات لا يهتم بها وغير مصنفة وهي إصابة الوظائف المعرفية وإضطرابات في الدماغ بعد صدمة دماغية خفيفة وتشكل له إعاقات مثل النسيان والذاكرة والتركيز.

#### د. عدد المعاقين في الجزائر:

حسب الأستاذ العيادي خالد رئيس مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي: لا يوجد إحصائيات ثابتة بالجزائر، لكن عدد المعاقين وفقا لإحصائيات 2019 بنسبة مائة مائة يبلغ 334 ألف معاق، رقم كبير بحاجة إلى إعادة النظر في وضعية هاته الشريحة، من بينهم 23 ألف طفل معاق.

وقدم بعض التوصيات والنصائح للمواطنين عموما والمعاقين على وجه الخصوص:

"التوصيات التي يمكن إستخلاصها هي تغيير الذهنيات إتجاه هاته الفئة المهمشة ضمن المجتمع الجزائري حيث أن الدولة يجب عليها تكثيف الإهتمام بهاته الشريحة والإرتقاء بها كرفع منحة المعاق وتقديم تسهيلات أخرى تتعلق بفتح المجال أمامه لقضاء حوائجه بالمرافق العمومية مع تخصيص ممرات وحفظ حقوقهم من خلال تخصيص مدارس ومراكز علاج خاصة بهم، فضلا عن تصنيف أنواع أخرى من الأمراض ضمن الإعاقات، كما يمكن للمواطن الوقاية من الأمراض المؤدية إلى الإعاقة، وتجنب زواج الأقارب، يعني معالجة الأسباب المؤدية للإعاقة لتخفيف تكاليف التكفل بالنتائج، وأتمنى الشفاء لكل المرضى و رفع الوباء عنا."

#### ثانيا: أمهات الأطفال المشلولين دماغيا :

**1- مفهوم الأمومة:** هي علاقة بيولوجية ونفسية بين الأم وأطفالها، لعل الحدث الأهم في حياة المرأة هو أن تضع في هذا العالم مولودها، فالولادة تعني تحولا كبيرا في حياتها ويتمثل ذلك بشعورها العميق بالنضج وقدرتها غير المحدودة على العطاء فهي تستطيع أن تغدي كائن آخر من جسمها وتشعر بأنها مسؤولة عنه و عن تطوره وأمنه، فتجربة الولادة تنطوي على إنقلاب عاطفي كبير وعلى شعور متعاضم المسؤولية ويمكن أن يترافق ذلك بالخوف والشك بعدم القدرة على رعاية المولود الجديد. ( Allain Michel,2003,p99 )

مند أن تحمل الأم جنينها في أحشائها وهي ترسم خط حياته فهو مكلف بحمل كل أمانيتها ورغباتها التي لم تحققها بنفسها، هذا الحدث العظيم في حياة كل أم يتحول فجأة إلى خيبة أمل وحزن فتبخر كل آمالها وطموحاتها من هول الصدمة والمفاجئة، إنه طفل مختلف عن الآخرين ولا يشبه والديه أو إخوته إنه مصاب بالشلل الدماغي مع ما تحمله هذه الإصابة من تبعيات . (Jean Marie,Delassus,1998)

قد تختلف ردة الفعل من أم إلى أخرى من حيث تلقي الصدمة التي تحدث لهن المفاجئة بالحدث المنتظر، الخوف، عدم التصديق، الحزن، الغضب والشعور بالذنب، وهي مشاعر طبيعية يشاركها فيها حتى الآباء الذين أصيب أطفالهم بالشلل الدماغي، ورغم تطور برامج التربية الخاصة والخدمات التي تقدم للأطفال الشلل الدماغي في السنوات الأخيرة، إلا أن هذا التطور لم يشمل تقديم الخدمات لأمهات هؤلاء الأطفال بشكل كاف مما عرضهن للكثير من المشاكل النفسية والعضوية التي تسبب ارتفاع مستوى الضغط النفسي لديهن، والذي يكون في الغالب مرتبط بالاحتياجات الخاصة لهذا الطفل، وبالقلق على مستقبله، ومما يزيد من حدة تلك الضغوط على الأم إيماديته المطلقة عليها، وما يفرضه وجوده عليهما من أعباء سواء داخل المنزل أو خارجه، وما تبذله من طاقة كبيرة ليظهر الطفل بصورة مقبولة أمام الناس. (Jean Marie, 1998,07p)

-الأمومة تمنح المرأة سببا بأن وجودها في الحياة له معنى وغرض، بحيث يلعب الأطفال دورا هاما في دفعها وحثها على الحياة، وترى بعض الأمهات أن الأمومة نوع من الإستثمار الإجتماعي والعاطفي فهي تحيي من أجل تربية هذا الطفل الذي يصبح أملا تترقبه وتحلم به فهو المستقبل الذي تعيش به و له، إن المرأة وبسبب ظروفها الاجتماعية متوقع منها الاعتماد على الغير فالشعور الذي يعطيه الطفل لها من إيماده الكلي عليها يعوضها هذا الإحساس بالضعف والإعتمادية. (فايز قنطار، 1992، ص 68)

فأحيانا تجد الأم في وليدها الوسيلة الوحيدة لتحقيق ذاتها وطموحاتها التي حرمت هي من تحقيقها وترى في حياة طفلها فرصة كي تحيي مرة أخرى من خلاله، وقد يكون محور حياتها فقط حول هذا الطفل ولو على حساب إيمادات أخرى تمهها كفرد أو تؤثر على الزوج أو باقي أفراد الأسرة .

( مرفت عبد الناصر، د. س ، ص 136 – 137 )

## 2- مراحل الأمومة:

تنقسم الأمومة إلى ثلاثة مراحل هي:

**مرحلة الإحتواء:** تبدأ بفترة الحمل حتى المرحلة الأولى بعد الولادة وفيها تشعر الأم بأن الطفل جزء منها ولا تستطيع الإحساس بأنه كائن مستقل عنها وترفض تماما رؤيته بأي صورة أخرى، وهي فترة طبيعية إن لم تتعد الفترة المتوقعة لاعتماد الطفل على الأم.

**مرحلة الإمتداد:** حيث تعتبر الأم أن الطفل إمتداد لها وكأنه ظل لها يتحرك فقط بإرادتها وقد تصبح هذه المرحلة مرضية إذا ما إستمرت بعد مرحلة الطفولة الأولى.

**مرحلة الأمومة الناضجة:** تتمثل في مقدرة الأم أن ترى ابنها بصورة منفصلة له احتياجاته وأفكاره ومشاعره الخاصة ووجوده المستقل في الحياة، ليست من أجل إشباع احتياجاتها النفسية ولكن من أجل نفسه وتطوره الخاص.

أما هيلين دوتش **Helene Deutch** فقد قسمت الأمومة إلى ثلاث مراحل تعيشها الأم خلال ممارستها الأمومة هي :

**المرحلة الأولى:** تعيد الأم خلالها معايشة تجربة الطفولة من خلال الإشباع والإحباط.

**المرحلة الثانية:** خلالها يعاد بناء العلاقة أم- الطفل التي قطعت بعد الميلاد من خلال الملامسات والنظرات والإهتمام بالطفل وفهم إحتياجاته.

**المرحلة الثالثة:** يتم فيها بناء دعائم الشخصية خلال مرحلة ما بعد العمليات النرجسية ومن خلال النضج النفسي الحسي. ( Didier Anzieu et autre, 2003, p221 )

### 3- العلاقة أم - طفل:

الحب الأمومي، أو القدرة على أن تكون أم هي ظاهرة عالية التعقيد لأنه وإنطلاقا مما كتبه **Helene Deutch** سنة 1945 في كتابها بيولوجية النساء فإن المرأة عندما تكون أم تقوم بعمليتين وهما:

. بناء علاقة أم- طفل بطريقة متناسقة. (Jean Marie, 1998)

. انهاء علاقة أم- طفل فيما بعد.

وهذا العمل المتناسق الذي تقوم به الأم يعتبر مؤلماً وطويل الأمد يرتبط بمراحل النمو عند الطفل من الطفولة إلى الرشد يتخلله الكثير من المشاكل والإضطرابات منها:

- إضطرابات الأم خلال مرحلة الفطام.

- إضطرابات خلال الإنفصال الأولي.

- عدم القدرة على تحمل بعض حركات المراهقة عند المراهق.

- حالة التردد التي تصيب الأم عند اختيار الإبن لشريكة الحياة. فرعاية الأطفال حتى الكبر وتقبل استقلاليتهم يتطلب عمل نفسي كبير من الأم الذي غالباً ما يكون خارج إطار وعي المجتمع.

كما أن كل أم تعيش مأساة الولادة حسب هيلين فتقول أن كل أم عاشت آلام قطع الوحدة أم- طفل عند قطع الحبل السري الذي يربط الأم بالطفل، هذا القطع الذي يؤثر في كلا الطرفين الأم والطفل، رغم أن الطفل عند الولادة يسعى للإنفصال والأم تسعى للحماية والإبقاء عليه. (René Kaes,2000)

كما تحدثت هيلين عن العلاقة الطبيعية بين الأم والطفل، فالأم ونظراً لطبيعتها النفسية تسمع وتتقبل رغبات الطفل وتتفهم حاجاته الخاصة، إضافة لذلك فالأم تعيش نوعاً من الصراع النفسي نتيجة كون الأم تعيش حالة ولادة الطفل مرتين:

- من خلال الولادة الطبيعية تمنح الأم للطفل الميلاد والخروج من الرحم إلى الحياة.

- من خلال ما بعد الميلاد وخلال عدة أشهر تمنح الأم للطفل الميلاد النفسي، هذا الأخير الذي يمنح مساحة للأم تتوهم خلالها أن العلاقة أم- طفل مازالت قائمة من خلال مفهوم **Winnicott** وهو ما يعتبر من المنظمات النفسية للأم والذي يمنع إصابة الأم بذهان ما بعد الولادة.

أما فرويد **Freud** فيرى أن الأم تتعامل مع الطفل بناء على رغبات قديمة مكتوبة لذا فإنه ومن خلال مقالته سنة 1931 حول الجنسية الأثوية، شدد على ضرورة الإهتمام بالفتاة خلال المرحلة قبل الجنسية فيجب أن تكون الفتاة قريبة جداً من أمها. ( Didier Anzien et autre,2003,p219-221 )



## -موقف الأسرة حيال إعاقة ابنها:

كثيرا ما يلجأ الآباء والأمهات إلى تكوين صورة مثالية عن أطفالهم قبل ولادتهم، ولكن عندما يولد الطفل عكس هذه الصورة (معاق) فإن هذا الموقف يوقعهم في سلسلة من الحيرة والألم، وبالتالي يتغير الجو الإنفعالي داخل المنزل وينشأ جو من خيبة الأمل والإحباط لأنهما كانا يتوقعان أشكال الإثابة التي ترتبط بالأبوة والأمومة أو الإحساس بالسعادة مع طفل قابل للإستجابة والتفاعل والفخر بإنجاب طفل سليم، هذه المشاعر تتحطم في حالة الطفل المعاق والإستشارة الإنفعالية الناتجة عن الوالدين غالبا ما تتميز على أنها قلق، حزن وإكتئاب، مما يدفعهم إلى البحث عن أساليب دفاعية تشير إلى النبذ وعدم التقبل لضخامة الجرح النرجسي للتخفيف من حدة المعانات النفسية:

- فبعض الوالدين يفضلون وضع أطفالهم المعاقين في مؤسسات رعاية دائمة حيث يوفرون لهم مكانا مخصصا في مثل حالاتهم ويكتفون بدفع المصاريف المطلوبة، وزيارتهم مرة أسبوعيا أو شهريا أو حسب ما تسمح به الظروف.

- بعض الأسر أو الأمهات يجلبون لهم خدما ويخصصون لهم مكانا منعزلا عن البيت، من دون أن يتورط الأب والأم فيه عاطفيا أو تربويا، وكأنه شيء مهمل في الحياة، المهم أن لا يكون مصدر إزعاج أو حرج إجتماعي لهم.

- وأحيانا أخرى يقبل الأهل بوجود الطفل معهم ظاهريا لكنهم منفصلون عنه نفسيا ولا يطيقون الإقتراب منه بحميمية، كأنه شخص غريب ولا تربطهم به صلة، يذكرون عيوبه وكأنهم يعلنون أمام الآخرين عدم إنتمائهم إليهم، نظراتهم إليه كلها عدوانية ومحتقرة، ونبرة أصواتهم جارحة، وأحيانا لا يذكرونه ضمن أطفالهم، ينكرون وجوده في الحياة لأنه من وجهة نظرهم غير جدير بها. ( Daniel Rotten, 2005)

- ويصل الأمر أحيانا ببعض الأسر إلى هجر الطفل والتنازل عنه نهائيا بحجة أنهم لا يتحملون التواجد معه وتفتقر الأم القدرة على مساعدته والقيام بدورها إتجاهه .

هذا النبذ للطفل المعاق وعدم تقبله من طرف أسرته يكون عندما الحب الأمومي والأبوي يكون حبا مشروطا، ولا يمكنهم تجاوز الجرح النرجسي، فهذا الطفل الذي لم تتوفر فيه الشروط المطلوبة أصبح عثرة أمام إحساسهم بالرضى النفسي فهو دائما يذكروهم بالخيبة والفشل، وبأنهم أقل من الآخرين الذين نجحوا في إنجاب أطفال بمواصفات سحرية. لذا لا يستطيعون مواجهة واقع مؤلم، فنجدهم شعوريا أو لا شعوريا يصبون غضبهم على الطفل وكأنه تعمد وضعهم في خانة آباء فاشلين . ( Dalla, Bernard,2006)

فالألم تقع في صراع مع ذاتها بين فكرة أن هذا الطفل قد خرج منها (جرح نرجسي) وبين السؤال الذي يدور في ذهنها هل هذا هو الطفل الذي إنتظرته تسعة أشهر (فجوة عميقة بين الواقع والصورة الخيالية)، فقد تلجأ إلى أمرين:

1/ رفض هذا الكائن وإعتباره خارج كيانها وهذا يساعد على التخلص من جرحها النرجسي، ولكن هذا الشعور يولد بدوره شعور بالذنب تجاه هذا الكائن الضعيف فتدخل في دوامة صراع لا تخرج منها، فكل شعور ينتابها يرافقه الشعور الآخر، وهكذا يستمر هذا الصراع مما يسبب الألم للأم والطفل والأسرة بكاملها .

2/ تدخل الأم مع الطفل بعلاقة ذوبانية ناتجة عن شعور يتولد لديها منذ لحظة معرفتها بإصابة ابنها فهي تعتبره جزءا منها ضعيف ويجب حمايته حتى لا يصبح عرضة للأذى والسخرية من قبل الآخرين، فيمتزج هذا الشعور بشعور الذنب تجاه الطفل فيؤدي الى حماية مفرطة ومبالغ فيها، فيتدخل الطفل والأم بعلاقة ذوبانية فالطفل يعتبر نفسه جزء من الأم وغير مستقل ولا يدرك واقعه، وهنا إذا لم يمارس الأب دوره الصحيح في الأسرة تستمر هذه العلاقة ليكون الطفل وأمه كيانا مستقلا عن الأسرة ويمنعان أي إنسان من فصلهم، وينتج عن ذلك إضطرابات في تكوين شخصية الطفل وقدرته على العيش مستقل في المجتمع خاصة في سن المراهقة .

(فايز قنطار، 1992، ص169- 170)

#### 4- تصورات الأم حول الطفل المنتظر :

حتى قبل أن يأتي الطفل فالأم تعرفه عن طريق اللاواعي، هذه الصورة اللاواعية عن الطفل تتشكر إنطلاقا من ميراثين هما :

- طاقة الليبدو والوضعية النرجسية الأولية .

إن الطفل المتصور(المنتظر) هو نتاج اللاواعي عند كل أم ومصدر هذا النتاج هو :

- مثالية الأنا: وهي تكوين نرجسي للعقدة الأبوية.

(Anna,1949,p54)

- الأنا المثالي: وهو تكوين مرتبط بالنرجسية الأولية.

هذا وأن التكوينان هما المسؤولان عن إعطاء صورة الطفل المتصور، فالأنا المثالي يحدد في اللاوعي صورة محددة "الذات"، وهي تختلف عن الإحساس بالذات، وخبرة الذات عند كل فرد تكون مجزأة مثلا إن الشخص لا يمكنه أن يرى أعلى الرأس أو الظهر أو حتى الوجه لكنه يدركها كجزء من الذات، وهذا الإدراك جاء إنطلاقا من إدراكه لصورة الأم عندما كات تنظر إليه حيث يقول **Winnicott (1971)**: "ماذا يرى الطفل عندما يجول ببصره في وجه الأم عامة، ماذا يرى، يرى نفسه". (Deater -deckard,2014,p31)

فالأنا المثالي عبارة عن تكوينات نرجسية تستدخل خلال المراحل الأولى في بناء الشخصية، والتي تعتبر إحدى المكونات التي تحدد العمل النفسي، والهدف من الأنا المثالي هو التجديد والتصليح والحماية.

فالطفل المتصور "المنتظر" هو جزء من أهداف الأنا المثالي فهو يشكل لدى الأم إمكانية تجربة فريدة يجب حمايتها من الخبرات المجزأة. ويكون كنتيجة للبحث الذي كانت بدايته في القديم عندما كان الطفل الصغير يرغب في صورة ذات كحقيقة واقعية خارجية.

إضافة إلى النرجسية الأولية فإن الطفل المتصور يخضع أيضا إلى نرجسية أخرى لها علاقة بمثالية الأنا، وهي المثالية التي لها علاقة بالجماعة الاجتماعية والعائلية والمتضمنة في العقدة الأبوية، فمثالية الأنا تخضع لتضاد كل من صورة الذات وخبرات الذات. (Alain Bouregba,s .d,p33-32)

## 5- كيفية الإعلان عن تشخيص الإعاقة:

الإعلان عن تشخيص الإعاقة يتم بصورة تدريجية، فليس من السهل إبلاغ الأهل بوجود إعاقة عند طفلهم حيث أن كل أسرة تتوقع طفلا سليما معافى، لذلك يجب مراعاة ما يلي قبل إبلاغ الأهل والكشف عن إعاقة إبنهم:

- التأكد بوجود الإعاقة وشدتها وطبيعتها ولو كان ذلك بتكرار الفحوصات عدة مرات.

- البدء بالجوانب الإيجابية للطفل.

- إبلاغ أكثر الأشخاص وعيا من أقرباء الطفل.

- العمل على المماثلة في الإبلاغ إذا كان ذلك ضروريا للوصول لإقناعه بأن الطفل معاق.

- إعطاء الأهل معلومات عن غبنهم بشكل غير مبالغ فيه.

## 6- التعلق بين الأم وطفلها المشلول دماغيا :

إذا كانت الأم غير مدركة لمشكلة الطفل يمكن أن تتطور علاقتها به على نحو إعتيادي، لكن في حال معرفة الأم بحقيقة المشكلة منذ الولادة ستشعر أنها أصيبت في الصميم. وهنا يطرح تساؤل هل سينمو حبها للصغير بشكل إعتيادي أم لا؟ إن ردة الفعل الأولى لدى الأم عادة تكون الصدمة والشعور بالقلق، بعدها تتمكن بعض الأمهات من تجاوز الأزمة التي تلي ذلك ويظهرن سلوك الأمومة نحو طفلهن المعاق بشكل مقبول، إن نجاح التواصل بين الطفل والأم يعتمد على سلوك الطرفين، فالإعاقة التي يعاني منها الطفل قد تجعله فيوضع لا يمكنه من إدراك أو الإحساس بالمؤثرات التي تصدرها الأم مما ينعكس سلبا على التفاعل القائم بينهما، فالطفل المعاق ينتج لنفسه محيطا فقيرا بالمؤثرات التي تكون أقل تطورا مع الطفل العادي، فتدخل الأم أكثر في تفاعلها مع الطفل المعاق بالمقارنة مع الطفل العادي ويرجع هذا إلى إعتقاد الأم بأن طفلها يتميز بالسلبية وعليها أن تكون أكثر تدخلا وتوجيها، فالعلاقة بين الإثنين تتسم بهيمنة الأم وإتكالية الطفل .

## 7- تأثير إعاقة الطفل على أمه:

إن الانتقال من الحياة الجنينية إلى الحياة الخارجية يؤدي إلى تغيرات هامة من الناحية البيولوجية والنفسية للطفل، إذ أن العلاقة التي يؤسسها الطفل مع أمه في هذه المرحلة هي علاقة إندماجية تتميز بالتأثر، وتحقق هذه العلاقة إذا كان الطفل مرغوب فيه وخاصة في مثل حالات الشلل الدماغي فالعلاقة بينهما وبين الموضوع الأولي "الطفل"، تنحرف إلى الإضطراب وعدم الإنسجام، مما يتولد لدى الطفل الشعور بالإضطهاد وعدم الشعور بالأمن، وتتميز الآثار الناتجة عن الشلل الدماغي لدى الأم، أنها تعتبر صدمة بالنسبة لها، وعليه تشعر الأم في حالة إنجابها لطفل غير عادي بالوحدة من خلاله، كما يتولد لديها الشعور بالحرمان أكثر من أي أم أخرى لديها طفل عادي وبالتالي تقوم بتمثيل دور الأمومة تاركة طفلها في عالمها الهوامي.

وهناك أمهات تتناهن مشاعر الحزن، الخوف، الحيرة، القلق والحسرة لذلك تستجيب بالرفض أو عدم استيعاب الحقيقة ويتشككن في تشخيص الأخصائيين، لهذا نجدهن ينتقلن بين العديد من المتخصصين لعل أحدهم يبعث فيهن الأمل في الشفاء لابنهن وعودته طبيعيا، وفي نهاية المطاف تدرك الأمهات هذه الحقيقة، وقد تتناهن بعض المشاعر السلبية من الإحساس بالذنب والمسؤولية والحجل من أطفالهن وقد يخفين طفلهن المعاق عن الآخرين أو

يتجنبان الخوض معهم في حديث عنه ليتجنبن الإحراج ومشاعر الخجل لإنجاب طفل معاق، فلا يذكرونه إلا نادرا وهناك من يرضخن للواقع ويتقبلن الأمر ويكرسن كل جهدهن في رعاية الطفل وتعليمه وجعله يتكيف مع إعاقته ويحقق الإستقلالية والإندماج الإجتماعي .

(إيمان كاشف، 2001، ص146)

## 8- ردود فعل الوالدين (الإستجابة الوالدية) ومراحل التعامل مع الإعاقة:

إن وجود طفل لديه متلازمة الشلل الدماغى في العادة يحدث مجموعة من ردود الفعل المختلفة وتكون نفسية في أغلبها، وقد تختلف ردود الفعل هذه بين عائلة وأخرى، إلا إنه في الغلاب تمر الأسر بمجموعة من المراحل الإنفعالية المتشابهة وهي:

1- **مرحلة الصدمة:** وهي أول رد فعل نفسي يحدث للوالدين وينجم من جراء تلقي الخبر من طرف الطبيب أو غيره (ومهما كانت طريقة التصريح به)، بحيث لا يستطيعان تصديق حقيقة أن الطفل غير عادى، وقد يصل رد الفعل إلى حد الصراخ، الإغماء، الإنهيار او الإنعزال، فإدراك حقيقة الإصابة يعث على خيبة الأمل والحزن، ويبدؤون في طرح عدد من التساؤلات التي تعبر عن الصدمة، ويتبعها الشعور خبعدم القدرة المطلقة على التحمل، وهذا أمر طبيعى وكل ما يحتاج إليه الوالدان في هذه المرحلة هو الحاجة إلى الدعم والتفهم.

2- **مرحلة الإنكار(النكران):** من الإستجابات الطبيعية للإنسان أن ينكر كل ما هو غير مرغوب وغير متوقع ومؤلم، خاصة عندما يتعلق الأمر بأطفاله والذين يعتبرون إمتدادا له، وهي وسيلة أو آلية دفاعية يلجأ إليها الوالدان في محاولة للتخفيف من القلق النفسى الشديد الذي تحدثه الإصابة، وتتمثل في التشكيك بتشخيص الطبيب والإنتقال من مختص لآخر أملا في إعطاء تشخيص ينافى الأول، فتأتى مرحلة النكران على شكل عدم الإعتراف بأن هناك حاجة خاصة لدى الطفل بحيث قد يصل الأمر في بعض الحالات إلى التشكيك في أبوة الطفل فيطلب تحليل ADN ، وكلما كانت الإعاقة شديدة كان الإنكار كبير، وقد تنتج ردة الفعل هذه نتيجة الأشخاص المحيطين عندما يحاولون طمأنتهم، كذلك يكون لدى الأهل الرفض للإستماع إلى الآراء والتقارير غير المشجعة ويبحثون عن أي شيء يؤكد رغباتهم الداخلية، كما يرفضون أي نوع من التوقعات المستقبلية.

وهنا نشير أن الإنكار ليست عملية عشوائية، غير هادفة سلبية، أو غير بناءة، ولكنها آلية تساعد الوالدان على التعايش مع المتغيرات التي تهددهما وتشكل خطرا بالنسبة لهما، حيث أن الإنكار يزودهما بفترة زمنية للبحث عن القوة الداخلية (الذاتية) والقوى الخارجية (الجمعيات، الأهل، الأصدقاء...) اللازمة للتغلب على المشكلة.

3- **مرحلة الحداد والحزن:** وهي فترة حداد وعزاء يعيشها الوالدان حزنا على الحلم بأن يكون الطفل عاديا بدون أية مشاكل، وبعد فقدان الأمل نهائيا بتحسن حالة الطفل والتأكد من إعاقة إبنهما بعد الفشل في مرحلة الإنكار، فيتميز إنفعالهما بالحزن والشعور بالألم وخيبة الأمل بعدما يدركان أن طفلهما يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته. وهنا يشعر الوالدان بعدم القدرة على السعادة الحياتية والحميمية، يرافقه النفور من العملية الجنسية وقد تطول لأشهر بسبب ربط العلاقة الحميمية بإنجاب طفل معاق، ويتوافق أيضا بالتعاسة، الشعور بالأسى، الإنطواء والبكاء، وربما بعض الأعراض الجسمية كالأرق وفقدان الشهية، ويشبه الحداد هنا الحداد لوفاة شخص عزيز. وفي هذا الصدد يقول **Parks (1977)**: "الحداد يشكل إستجابة طبيعية لفقدان الطفل الإستهامي الذي كانت تنتظره الأسرة وتتوقع قدومه". (Alain Bouregba, 2000)

ويقول **China (1978)**: "إن الوالدان بحاجة لفترة وفرصة لتعرف بعضها البعض بالطفل الطبيعي الذي مات في أحلامهما لكي يستطيعان قبول الطفل المعاق". (Alain de Broca, 2001, p99-100)

4- **مرحلة الخجل والخوف:** يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الآباء والأمهات لإتجاهات الآخرين وخاصة المقربين منهم إتجاه إصابة إبنهم، نظرا للإتجاهات السلبية للمجتمع نحو الإعاقة مما يدفعهما إلى تجنب التعامل مع الناس أو التفاعل معهم، وعزل الطفل خوفا وخجلا من أي موقف قد يتعرضون له نتيجة لإتجاهات المجتمع السلبية نحو الإعاقة والمعوقين.

5- **مرحلة اليأس والإكتئاب:** وقد يكون هذا الأمر نتيجة للفشل في محاولة إيجاد حلول شافية للطفل الذي لديه الشلل الدماغى، فيشعر الأهل بالتعب وعدم القدرة على التحمل، وهذا الأمر قد يؤدي إلى تغيرات جذرية في طبيعة العلاقات الإجتماعية للأسرة. (فوزي يوسف، 2011، ص140)

6- **مرحلة الغضب والشعور بالذنب:** وهي من المشاعر التي قد تتعرض لها بعض الأسر، هي من ردود الفعل التي قد تظهر لدى الوالدين وهي متوقعة، فهي تعتبر كنتيجة ومحصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط، وغالبا ما

يكون الغضب موجها نحو الذات كتعبير عن الشعور بالذنب أو الندم على شيء فعلاه أو لم يفعله، وقد تكون موجهة إلى مصادر خارجية كالطبيب أو المرابي أو أي شخص آخر.

7- **مرحلة التمني والآمال غير الواقعية:** قد يلجأ بعض أولياء أمور الأطفال بالتعلق بجمال الأمل والأمنيات غير الواقعية مما يجدو بالأهل بالبحث عن وسائل علاجية متنوعة عليها تكون الحل السحري الذي ينقذ طفلهم.

8- **مرحلة الرفض أو الحماية الزائدة:** قد تتطور لدى بعض الأسر مواقف سلبية إتجاه الإعاقة وإتجاه المستقبل ويأخذ هذا الرفض أشكالاً متعددة مثلاً يتبنى بعض أولياء الأمور مواقف رافضة لطفلهم المصاب مما يعرض الطفل للإهمال وإساءة المعاملة الجسمية والنفسية كحجز الطفل وعدم السماح له بالخروج، أو أن يطلب منه أشياء لا يستطيع فعلها فيعاقب عليها. وبالمقابل يلجأ البعض إلى الحماية المفرطة لأبنائهم فيفعلون كل شيء نيابة عنهم مما يولد لدى الطفل الإعتمادية على الآخرين، مما يفقده القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات.

(سعيد عبد العزيز، 2008، ص159)

والرفض هنا شكلا: رفض صريح معلن ورفض مستتر.

1- **الرفض الصريح:** يشمل التخلي عن الطفل كلياً في مؤسسة متخصصة أو التخلي الجزئي في المؤسسة مع التكفل بمصاريفه العلاجية.

2- **الرفض المستتر:** ويشمل تلك المشاعر النفسية من الجرح النرجسي، الإحباط والشعور بالذنب، حيث يمثل رد فعل عاطفي شديد للغاية يرافقه إحساس بتحمل المسؤولية لحدوث الإعاقة، ليؤدي هذا إلى العدوانية حيث يصفها فرويد أنها نتاج صدمة نرجسية يتعرض لها الأنا بسبب عدم إشباع رغبته نتيجة إحباط يتم عن عرقلة إشباع واقعي. وبالتالي يعبران عن الإحباط من خلال العدوانية التي تكون موجهة للطفل، والمتمثلة في الحرمان العاطفي، الحنان ونقص الرعاية، كما تكون موجهة للطبيب الذي شخص حالة إبنهما، كما تكون موجهة لبعضهما البعض حيث يحمل كل منهما الآخر مسؤولية إصابة الطفل.

(Albin,2003,p89)

9- **مرحلة التكيف والتقبل:** وبعد كل المعاناة السابقة وبالرغم من المصاعب والمراحل التي يمر بها الأهل، فلا يجد الوالدان مفراً من تقبل الأمر الواقع والإعتراف بإصابة طفلهم وإدراكهما أن لدى طفلهم مشكلة مزمنة غير قابلة للشفاء، ويبدئون في تحمل ومعرفة وتفهم حاجات طفلهم لكن من المهم أن يصل الأهالي إلى المرحلة الأخيرة

بسرعة، لأن التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الاستفادة من الرعاية الطبية والتأهيلية التي يجب أن يحصل عليها والتي قد تتأخر بسبب إنكار الأهل لوجود المشكلة، أما التكيف فيتمثل في القدرة على تحمل وتفهم الحاجات الخاصة للطفل ويحدث هذا تدريجياً بعد أن يكون الوالدان قد تخلصا من الشعور بالذنب، لكن الوصول إلى هذه المرحلة لا يعني عدم الشعور بالألم أو إنتهاء الأحران . (محمد سيد فهمي، 2007، ص262)

وبهذا نستنتج أن هذه المرحلة هي آخر المراحل وتتميز بمرحلة البحث عن البرامج العلاجية والتدريبية والمراكز المتخصصة، وحضور الدورات لإكتساب مهارات التعامل مع الإبن المعاق، كما تتميز بإجتياز عقدة الوضع الإجتماعي والشعور بالخزي والعار، ومواجهة نظرات وأحكام المجتمع.

كما نشير إلى أن هذه المراحل لا تحدث بالضرورة كلها وبالترتيب المذكور، فهي تختلف من حالة إلى أخرى، فهناك من العائلات من تمر من مرحلة الصدمة إلى مرحلة التقبل مباشرة وبزمن يسير، ومن الأسر من تتوقف في مرحلة الرفض سواء المعلن أو المستتر، وهذا يتوقف على مدى تأثر إستجابات الأسرة لإعاقة طفلها بالعوامل التالية:

- نوع الإعاقة وشدتها وأمل شفاؤها أو تحسنها أي الوضع المستقبلي المتوقع.

- مركز وترتيب وجنس المعاق.

- تعدد الإعاقة في الأسرة.

- المستوى التعليمي والثقافي والديني للأسرة.

- الإمكانيات المالية.

- الإمكانيات العاطفية ( الطلاق، التهرب، تحمل المسؤولية...).

- الإمكانيات الإجتماعية (السند العائلي والإجتماعي، الأصدقاء...).



## 9- إستراتيجيات التعامل مع ردود الفعل النفسية للآباء وأمهات الأطفال المشلولين دماغيا:

جدول رقم (11): إستراتيجيات التعامل مع ردود الفعل النفسية للآباء والأمهات.

ردة الفعل	الإستجابة المطلوبة من الأخصائيين
الصدمة	إدعم الوالدين وتفهم عواطفهما، فالإعاقة تؤدي إلى الشعور بخيبة الأمل والحزن. والدعم لا يعني تشجيعهما على تبني الآمال غير الواقعية.
النكران	لا تواجه الوالدين بالحقائق بشكل مباشر ولعل أفضل الطرق للتعامل معهما هي إتاحة الفرصة لهما ليقارنا أداء طفلهما بأداء الأطفال الآخرين من نفس عمره. ساعدهما على تقييم الوضع بموضوعية ولكن بطريقة لطيفة تتضمن وصف أولي وغير معقد لخصائص الطفل وحاجاته. وأن يحصل الطفل على الخدمات اللازمة وأن لا يؤدي النكران إلى حرمانه من تلك الخدمات.
الحداد	قدم المساعدة العملية للوالدين وعبر عن تعاطفك معهما.
الخجل والخوف	- كن إلى جانب الآباء الذين يعبرون عن مخاوفهم . - زودهم بالمعلومات الحقيقية عن الإعاقة (وقد تكون مجموعات الآباء ذات فائدة كبيرة).
اليأس والإكتئاب	- شجع الوالدين على حضور الندوات والبرامج التربوية. - تقبل إنفعالاتهما دون أن تطلق الأحكام عليها.
الغضب	- تقبل تعبير الوالدين عن الغضب ووجه غضبهما بطريقة صحيحة. دعهما يعبران عما في داخلهما وتفهم شعورهما بالإحباط.
الرفض أو الحماية الزائدة	- وجه الوالدين وقدم لهما الإرشادات المناسبة ولعل أفضل الطرق وأكثرها فائدة هي التعامل مع الطفل إيجابيا والتي تركز

على التحسن في أدائه.

-دع الوالدين يشاركان في تقديم الخدمات لطفلهما وزودهما بالمعلومات التي يحتاجان إليها للتعامل مع طفلهما بطريقة مناسبة.

## التكيف والقبول

### 10- المشاكل والصعوبات النفسية والإجتماعية التي تقابل أسر وأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغى:

يرتبط حجم المشاكل والصعوبات النفسية والإجتماعية إرتباطا وثيقا بحالة الفرد المعاق، فكلما إزدادت حالة المعاق حركيا والمشلول دماغيا، كلما إزدادت المشاكل تعقيدا وخاصة الحالة النفسية والإجتماعية على المعاق نفسه وعلى أسرته، ويمكن توضيح جملة المشاكل في ما يلي:

- **المشكلات الإقتصادية:** حيث أن الإصابة بالشلل الدماغى حالة مزمنة، وتؤثر إقتصاديا على ميزانية الوالدين فهذه الإعاقة بحاجة إلى الكثير من المصاريف المادية المتتالية، بالإضافة إلى الأعباء النفسية والإجتماعية، وتحمل الكثير من نفقات العلاج، وإذا كان المستوى الإقتصادي للأسرة منخفضا، فإن ذلك سينعكس على الخدمات التي يجب أن يتلقاها الطفل المعاق، فهذا التأثير يتضمن كلا من التكاليف المباشرة مثل النفقات على رعاية الطفل الطبية والتجهيزات الخاصة، والتكاليف غير المباشرة مثل ضياع وقت العمل للتفرغ لرعاية الطفل.

**المشكلات الإجتماعية:** الناتجة عن الإصابة وتشمل:

-**المشكلات الأسرية:** بالإضافة إلى المراحل التي تمر بها العائلة عند ولادة طفل مصاب بالشلل الدماغى من إنكار، غضب، إكتئاب، تقبل، فإن إعاقة الطفل هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت خاصة الأم، حيث أن الأسرة بناء إجتماعى يخضع لقاعدة التوازن، والطفل المعاق في الأسرة يسبب إضطراب لعلاقاتها، والتقليل من التوازن الأسرى وتماسكها والذي قد يؤدي أحيانا إلى الطلاق، وهذا يتوقف على المستوى التعليمى للوالدين وثقافتهما ومدى الإلتزام الدينى بين أفراد الأسرة. (نادية ابو السعود، 2008)

كما قد يتسبب في إنعزال الأسرة عن الوسط الإجتماعي الداعم والذي يتمثل في الأقارب والأصدقاء الذين يمكنهم تقديم العون والدعم النفسي للأسرة. كذلك تطرف أدوار أفراد الأسرة، حيث يلقي عبئ العناية بالطفل المعاق على الأم وميل الأب بدوره إلى العمل والبقاء خارج المنزل، وتأثر إحترام الذات وإدراك الوالدين لمكانتهما الإجتماعية وينعكس ذلك في طريقة معاملة الآخرين لهما، إذ يشعران بأنه لم يعد لهم مكانة عالية في المجتمع بعد إنجاب طفل معاق. وخوف الوالدين من مستقبل الطفل المعاق الذي يحتاج لرعاية خاصة، في حالة وفاتهما وتبادر عدة تساؤلات تثير الخوف والقلق لدى الوالدين حول من سيساعده وكيف سيتدبر أموره...

(حمدي، 2007، ص 160-161)

- **مشكلات الصداقة:** وفي أعمار متقدمة للمصابين بالشلل الدماغى بصفة خاصة وكإعاقة حركية بصفة عامة، وخاصة ممن يتمتعون بقدرات عقلية جيدة، فإن المعاق يشعر بعدم المساواة بين زملائه وأصدقائه خلال مراحل حياته وإستنباطه لعدم كفايته لمثل هذه الصداقات، مما يؤدي بالشخص المعاق إلى إستجابات سلبية تؤدي إلى إنكماشه على نفسه وإنسحابه من هذه الصداقات، والتي قد تتطور إلى مرحلة إكتئاب عند المعاق، مما يؤثر سلبا على أسرة المعاق بصفة عامة، وعلى أمه بصفة خاصة.

- **المشكلات الترويحية:** حيث أن الإصابة تؤثر في قدرة المعاق على الإستمتاع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده، كذلك الأسرة لا تتمتع بأوقات الفراغ خاصة الأم، بسبب الرعاية المتواصلة للطفل، كذلك قلة وجود الأماكن الترفيهية للمعاقين حركيا. (ماجدة عبيد، 2012، ص 333-334)

- **المشكلات السلوكية:** يجد الوالدين أن الإهتمام بالحاجات الجسمية للطفل يميل إلى التناقض مع تقدم عمر الطفل، في المقابل يتزايد القلق على سلوك الطفل مع الآخرين عبر الوقت، وهناك تظهر الحاجة لتطويع أو تطبيع سلوك الطفل للبيئة المحيطة، وبالتالي يواجه الوالدان المشكلات من جديد والتي تظهر في بعض المواقف الإجتماعية وينتج عنها ضغوط نفسية شديدة منها:

- المناسبات الإجتماعية الرسمية، حيث لا ينسجم الطفل مع الأطفال الآخرين (الفشل في مجاراتهم).

- الدعوات في بيوت الآخرين، حيث يكون توجيه سلوك الطفل صعب. (سي بشير، 2017)

- الأماكن العامة حيث يكون التحكم في سلوك الطفل مشكلة .

- الأماكن المقيدة التي لا تسمح للطفل بالحركة ولا للوالدين بالإنسحاب من الموقف (زيارة المركز الصحية ومقابلة الاختصاصيين).

- المواقف الاجتماعية حيث يدخل الطفل في أشكال منحرفة من السلوك عند التفاعل مع الآخرين.

وهنا يشعر الوالدان بالضغط خاصة عندما يستدعي سلوك الطفل إنتباه الآخرين ومحاولتهم لتفسير سلوكه للأصدقاء والغرباء. (روزماري، دانيلز مورنج، 2000)

### - المشكلات الطبية والعلاجية:

يحتاج المعاق بالشلل الدماغى في كثير من الأحيان إلى العناية الطبية والإقامة في المستشفى للعلاج والتعرض للألم وذلك نتيجة للتدخلات الطبية أو الجراحية مما يجعل الطفل منفصلا عن والديه وأسرته و ينفرد عنهم عادة مع الأم التي تشعر أنها لا تستطيع مساعدته على تخطي هذه المشاعر، ومن المشكلات الطبية للمعاق وأسرته ما يلي:

- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الشلل الدماغى والإعاقة الحركية بشكل عام.

- طول فترة العلاج الطبي لهذه الحالات والتكاليف الباهضة لعلاج هذه الحالات وما يلزمها من أجهزة تعويضية ومساندة.

- عدم توفر المراكز المتخصصة والكافية لتعلم حالات الشلل الدماغى وخاصة في المناطق النائية عن المدن مثل مراكز العلاج الطبيعي والنطقي. وعدم توفر الأخصائين المعالجين والأجهزة الفنية لهذا العلاج .

- غياب التشريعات الصحية المتعلقة بتقديم الخدمات العلاجية والأجهزة المجانية لهؤلاء الفئة من المعاقين.

### - المشكلات التعليمية والتربوية:

إن عملية تعليم المصابين بالشلل الدماغى خاصة وذوي الإعاقة الحركية عامة تتصادم بعدة مشكلات أهمها:

- عدم توفر مدارس خاصة وكافية للفئات العقلية المتوسطة والمتخلفين منهم.

- المناهج والوسائل التعليمية النادرة أو المعدومة لهذه الفئات العقلية من المعاقين حركيا. أما المعاقين حركيا فقط

والذين يتمتعون بقدرات عقلية جيدة فيترتب على إلحاقهم بالمدارس العادية. (كفاي، 2000)

وهناك العديد من القضايا التي يجب العمل على حلها، ومنها:

- الآثار النفسية لإلحاق الطفل بالمدارس العادية والنتائج عن قلة الوعي لدى الطلاب العاديين والذي هو واجب وزارة التربية والتعليم ممثلة بدوائرها التربوية والإدارات المدرسية ووسائل الإعلام.
- كذلك شعور الرهبة والخوف الذي ينتاب الطلاب عند رؤية زميلهم المعاق، وإنعكاس ذلك على سلوك المعاق الذي يكون إنسحابيا أو عدوانيا كعملية تعويضية.
- عدم مراعاة قدرات الإعاقة الحركية والإضطرابات المصاحبة لمثل هذه الحالات في عملية التكيف المدرسي سواء بالمنهج أو المباني أو المرافق العامة أو وسائل المواصلات. (Annie, Georgette,2008)

### - المشكلات النفسية الناتجة عن الإعاقة:

تعتمد شدة وحجم هذه المشكلات على:

- شخصية المصاب.
  - تاريخ حدوث الإصابة (العمر).
  - درجة الإصابة وشدها.
  - الإعاقات المصاحبة لهذه الإعاقة.
- أما بالنسبة للأسرة (الأم) فنقص مهارات العناية بالطفل المعاق قد تشعرهم بأنهم لا يحسنون العناية به وليس لديهم مهارة في التعامل معه، وذلك لعدم توفر المعلومات أو إنعدام التجارب الشخصية والعائلية، مما يزيد أعباء الوالدين وسعيهما إلى التعرف على الإجراءات التي يجب إستخدامها لتلبية إحتياجات الطفل المعاق وأهم هذه المشكلات النفسية هي:

- الشعور الزائد بالنقص والعجز وهو الإستسلام للإعاقة والإعتماد على الغير .

- عدم الشعور بالأمن وعدم الإتزان العاطفي.

- سيادة مظاهر السلوك الدفاعي كالإنكار والتعويض والإسقاط والتبرير التي يكونها لتكون بمثابة حماية لذاته المهتدة دائما من الآخرين وإستخدام مثل هذه الظاهرة في حياته وإتصالاته اليومية مع الأفراد العاديين.

(Jean Sebastien,2012,p 34)

## 11- الحاجات الخاصة بأسر الأطفال المعاقين حركيا والمشلولين دماغيا :

-الحاجة إلى الدعم النفسي بسبب ما تعانيه الأسرة من وجود معاق حركيا كأحد أفراد الأسرة عن طريق إجراءات الإرشاد الأسري للوصول إلى التكيف مع حالة الإعاقة.

- الحاجة إلى الدعم الإجتماعي بسبب ما تعانيه الأسرة من تمييز ضدها نظرا لوجود فرد من أفراد الأسرة يعاني من إعاقة حركية وتعديل الإتجاهات السلبية في المجتمع نحو الإعاقة والمعاقين.

- الحاجة إلى توفير المعلومات الدقيقة عن طبيعة الإعاقة وعن المصادر المجتمعية والمراكز والمؤسسات التي يمكن أن تقدم الخدمات التي يحتاجها الطفل المعاق. (حمدي الصفدي،2007)

- الحاجة إلى الراحة والإستمتاع بأوقات الفراغ بسبب إستنزاف طاقات أفراد الأسرة ووقتهم لرعاية طفلهم خاصة في حالة شديدي الإعاقة بالتعرف على مراكز رعاية المعاق لأوقات محددة يمارس فيها الوالدين نشاطات إجتماعية أو ترفيهية هم بحاجة لها.

- الحاجة إلى الدعم المادي للعناية بالمعاق حركيا وشراء المستلزمات التي تساعد على التكيف.

- الحاجة إلى تشكيل جمعيات أو نواد تضم أسر الأفراد المعاقين حركيا ولبناء المعلومات ودعم بعضهم البعض والدفاع عن حقوقهم ومطالبة الجهات الرسمية بتوفير ما يحتاجه أبناؤهم. (سعيد عبد العزيز، 2008)

## خلاصة الفصل:

إن تجربة الأمومة تنطوي على إنقلاب عاطفي كبير وعلى شعور متعاضم بالمسؤولية لدى الأم، ويمكن أن يترافق ذلك بالخوف والشك بعدم القدرة على رعاية المولود الجديد خاصة إذا كان مصابا بالشلل الدماغي، فتصطدم الأم بواقع مرير يحطم أحلامها وآمالها حول طفلها المتوقع، فتحاول جاهدة للتغلب عليه من خلال ردود فعل تتراوح ما بين السلبية والإيجابية تبدأ من إنكار الإصابة والغضب والخجل المرافق للخوف إلى أن تصل إلى تقبل إصابة ابنها والتكيف مع الوضعية الجديدة، هذه الأخيرة التي لا تخلو من الألم وخيبة الأمل بالنظر إلى خصائص وسمات الطفل المصاب والأعباء التي يتطلبها التكفل به خاصة من الناحية الصحية والسلوكية، الفكرية، المادية و الإجتماعية.

# الفصل الرابع

## العلاج النفسي الجماعي:

- تمهيد.
- لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي.
- تعريف العلاج النفسي الجماعي.
- الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي.
- مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي.
- أهداف العلاج النفسي الجماعي.
- نظريات العلاج النفسي الجماعي.
- مراحل وخطوات العلاج النفسي الجماعي.
- الأساليب والتقنيات المختلفة للعلاج النفسي الجماعي.
- تقييم العلاج النفسي الجماعي (مزايا وعيوب).
- العلاج النفسي الجماعي في نظر الإسلام .
- خلاصة الفصل.



## تمهيد:

يعتبر العلاج النفسي الجماعي من الأساليب التي تزايد أهميتها لعلاج المشكلات والصراعات النفسية وكذا الضغوط، فيساعد في التحكم فيها، والسيطرة عليها وعلى المشاكل التي تصيب الفرد، فقد أصبح العلاج النفسي الجماعي يتماشى مع العلاج الطبي حيث تكمن أهميته في تقديم علاج فعال للجانب النفسي لعدد كبير من الناس، ولفترات أطول كما يوفر لهم الفرصة لتعديل أنماط غير تكيفية في العالم المصغر المتمثل في الجماعة التي تعتبر بمثابة الغلاف النفسي والإجتماعي الذي يحمي الفرد. وسنحاول في هذا الفصل التفصيل في العلاج النفسي الجماعي.

## 1/لحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي:

لقد طبق المعالجون العلاج النفسي الجماعي منذ القدم ولكن بصورة غير رسمية وغير علمية، وبعد عدة سنوات تبين لعلماء النفس والإجتماع والطب العقلي أن للعلاج النفسي الجماعي علمية علاجية ينبغي أن تدرس وتخطط كأى منهج آخر. (الزاد، 1984، ص121)

و تؤرخ البداية الحديثة للعلاج النفسي الجماعي للدكتور جوزيف برات **J.H. Prat (1907)** الذي عاش بمدينة بوسطن الأمريكية والذي حاول جمع مرضاه المصابين بالالتهاب الرئوي في جلسات تثقيفية ولقاءات أسبوعية جماعية، ووجد بأن هذا الجمع قد أفاد في رفع معنويات المرضى وزادت النتائج الإيجابية للعلاج، فإن الكثير من المصادر تعتبر أن العلاج النفسي الجماعي هو فكرة أمريكية نشأت عن الفلسفة البرجماتية الأمريكية. وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى إستعمل الدكتور لازال **Lazell** في الو.م.أ بواشنطن الأسلوب الجماعي، وذلك بإجراء التجاوب الجماعية على مرضى الفصام وعلاج الحالات المرضية العقلية.

(وقاد سمية، 2014، ص61)

وكان أول من يفعل ذلك ثم شاعت دراسته على المحاربين القدامى. وقد زادهم العلاج النفسي الجماعي ذو الصبغة التحليلية في أواخر الثلاثينيات من هذا القرن واتضح في تلك الحقبة تطور العلاج النفسي الجماعي في الأخذ بعدد كبير من التوجهات، ثم ما لبث أن إنتشر استخدامه والإهتمام به مع حلول الخمسينيات، حيث إتجه العلاج الجماعي للتطبيق بصورة رسمية في المؤسسات وفي جميع المجالات بعد إنشاء الجمعية العالمية للعلاجات الجماعية سنة **1950م**، وفي الستينيات والسبعينيات إتجه العلاج الجماعي خصيصا للحالات غير الشديدة أو الحالات الأقل إضطرابا أو الأسوياء الذين يعانون من بعض الإضطرابات في مجالات غير طبية.

(العزة حسين، 2010، ص409)

وفي أوربا إتجه ألفرد أدلر **Adler Alfered** إليه النظرة الإجتماعية في العلاج، فإستخدم منهجا جماعيا في توجيه الأطفال في فيينا **Vienna** والذي أكد على أهمية وضرورة تنمية المرضى للميول والإتجاهات الإجتماعية.

(علي كمال، 1994، ص449)

في التطبيقات الأولى لهذا المنهج على مرضى العصاب، محاولة مارش **March** سنة (1909) وللعلاج النفسي تاريخ ممتد وذي جذور قديمة، كما ظهر ذلك في الدراما الإغريقية ومسرحيات العصور الوسطى وجلسات التنويم المغناطيسي التي عقدها أنطوان مسمر **Mesmer Antuane**.

(فطيم، 1994، ص45)

في العشرينيات كان **مورينو Morino** في النمسا أول أطباء العلاج النفسي الجماعي وهو أول من أطلق مصطلح العلاج الجماعي وأوصى باستخدامه كوسيلة لخلق جو علاجي وهذه الوسيلة أدت إلى ظهور أو تطور الطريقة المبتدعة المسماة السيكودراما والسوسيوودراما ثم نقلها إلى الولايات المتحدة الأمريكية في الثلاثينيات حيث دلت الشواهد على أن العلاج النفسي الجماعي هو نتائج الحرب العالمية الثانية (1939-1945) حيث نشط العلاج الجماعي بسبب عدم وجود عدد كافي من الأطباء العقلانيين لعلاج الأفراد ذوي الحسائر النفسية في المجال العسكري، وذلك عندما طلب من الأخصائيين النفسانيين في المؤسسات العسكرية أن يقوموا بالعلاج النفسي الجماعي وذلك بسبب العجز في أفراد الفئات الأخرى من العلاج النفسي حيث تكونت مثل هذه الجماعات في السجون ومراكز النقاهة والمستشفيات، ومراكز التدريب "جلسات التذمر والشكوى" إذ كان الافتراض الأكثر شيوعا هو انه إذا استطاع المرضى أن يتخلصوا من العدوانية المكبوتة بالتعبير أو التحدث عنها، فإنهم سيصبحون اقل عداوة لمطالب السلطة أو أكثر إدراكا لها. وفي عام 1946 اخذ **كارل روجرز Karl Rogers** في تدريب الأخصائيين النفسيين على ممارسة العلاج الجماعي لرجال الإدارة في القوات البحرية الأمريكية.

(الخواجة، عبد الفتاح، 2010، ص33)

يقول **كارل روجرز** في كتابه الشهير "جماعات المواجهة": أن الجماعات وجدت وستظل باقية طالما وجد الإنسان على ظهر الكوكب، غير أن الجماعة التي اعنيها هي الخبرة المكثفة التي أعدت بتدبير وقصد العيش في جماعة، وهي في رأيي أعظم إنجاز شاع في هذا القرن، بل لعلها أقوى إنجاز على الإطلاق.

(فطيم، 1994، ص39)

في عام 1954م أشاد **سلاسفون Slasvon** إلى مدى أهمية الحالات والأعمال الجماعية والسفر والألعاب لمعالجة أطفال ما قبل المعالجة، وبالإشتراك مع **جابريل Gabriel** عام (1939) أطلق على هذا العلاج إسم النشاط العلاجي الجماعي والمقابلة العلاجية الجماعية. (عبد الله أبو زعينة، 2014، ص15)

ومن هنا نستخلص أن ظهور مصطلح العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عند **مورينو Moreno** في 1932 حيث رأى أنه يمكن التحسين الأحوال الإجتماعية تلقائيا نتيجة للتفاعلات بين الجماعة، بحيث كانت بداية هذا النوع من العلاج عن طريق الإعتبارات الإقتصادية والتي هي الدافع الرئيسي لإبتداعه، ولكن سرعانما تبين أن فوائد هذا العلاج تتعدى إختصار الوقت وتخفيض التكلفة العلاجية لتشمل بعض الجوانب المتعلقة بمنظور العلاج النفسي ومنهجيته وتطبيقاته العملية.

(Moreno, 1965)

ومما سبق يتضح أن العلاج النفسي الجماعي لم يظهر في صورته الأولى كاملا بل أنه كان نتيجة الكثير من الإتجاهات والمعتقدات المتعددة في تلك الحقبة الزمنية لذا فإن المصادر الرئيسية للجماعات العلاجية في وقتنا

الحاضر، تكمن في الإحتياجات الإجتماعية العملية، والبحوث التجريبية والممارسات الإكلينيكية. ولعل ما يعكس الإهتمام بالعلاج اليوم هو صدور الكثير من الكتب والمقالات وعقد المؤتمرات الدولية وكذلك تطبيقه في المستشفيات والعيادات والمؤسسات التربوية ومراكز التوجيه وفي المدارس وغير ذلك من أماكن التجمعات البشرية.

## 2/تعريف العلاج النفسي الجماعي:

هو علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معا في جماعة علاجية صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم وبين المعالج مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب. (إجلال سري، 1998، ص17)

ولقد عرف مورينو **Morino (1932)** العلاج النفسي الجماعي: "بأنه أسلوب علاجي يجمع بين تقنية توزيع الأدوار أو المهام وبين تقنية العلاج التلقائي المباشر". (Morino, 1965, p21)

في حين يصفه **Slasvon** بأنه تطبيق خاص لمبادئ العلاج الفردي على شخصين أو أكثر في وقت واحد، فيما يتعلق بظواهر ومشكلات العلاقات بين الأشخاص. (عبد الله بن أحمد الويلي، 2003، ص64)

### -العلاج النفسي الجماعي بإعتباره وسيلة لتعديل السلوك:

تعريف حامد زهران: هو علاج عدد من المرضى ممن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم، وذلك بوضعهم بجماعات صغيرة تتيح لهم فرص التفاعل والتأثير المتبادل بين بعضهم البعض وبين المعالج. مما يؤدي بدوره إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرهم للحياة وتصحيح نظرهم إلى أمراضهم. (زهران، 2005، ص307)

### -العلاج النفسي الجماعي بإعتباره تفاعل نفسي وإجتماعي:

تعريف محمد أحمد النابلسي: هو طريقة علاجية نفسية يعتمد فيها المعالج إلى إستخدام طرق التفاعل بين أفراد الجماعة بهدف مساعدة أفرادها على تخطي صعوباتهم الإنفعالية والعلائقية. (النابلسي، 1991، ص176)

### -العلاج النفسي الجماعي بإعتباره بنية:

تعريف شيلدون كاشدان: يتضمن العلاج الجماعي تجمعا من الأفراد يجتمعون مرة أو مرتين في الأسبوع في العادة لمدة تبلغ ساعة ونصف، وجماعة تتألف في العادة من الغرباء يلتقون بانتظام لمدة تتراوح بين ستة أشهر وسنة. (شيلدون كاشدون، 1984، ص210)

## -العلاج النفسي الجماعي باعتباره أداة التنفيس الإنفعالي:

تعريف أسعد زرق: هو المعالجة الجماعية للإضطرابات العقلية أو العاطفية لدى جماعة من الناس بالوسائل السيكلوجية من قبل إستخدام السيكودراما والسوسيوودراما، القائمين على الإرتجال الموجه للمشاهد وغايته حمل المرضى على تمثيل تصرفاتهم في الحياة بغية مساعدتهم. ( زرق أسعد، 1987، ص186)

## 3/الأسس النفسية والإجتماعية للعلاج النفسي الجماعي:

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى قواعد نفسية وإجتماعية رئيسية، لابد من مراعاتها لتقويم سلوك المريض في العملية العلاجية وتقتضي الإستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الإجتماعي للمريض، ومن هذه الأسس مايلي:

- حاجيات الفرد ككائن إجتماعي لديه حاجات نفسية وإجتماعية لابد من إشباعها في إطار إجتماعي كالحاجة إلى الأمن، النجاح، التقدير، الشعور بالإنتماء، الإستقرار النفسي، النصح، التوجيه والحاجة لحب الآخرين والتفاعل معهم. (Nicole Calvio,2009)

- المعايير الإجتماعية والأدوار التي تحدد سلوك الفرد وأدواره في المجتمع بحيث يشعر الفرد بالإنتماء والتفاعل مع الجماعة لأنه بوجود الآخرين يرتاح الفرد وهذا يساعد على بذل الجهد وزيادة الحصييلة الإنتاجية، عن طريق التأثير والتأثر بالجماعة. (علي كمال، 1994، ص445)

- التوافق الإجتماعي كهدف للعلاج النفسي الإجتماعي يرتبط بالتوافق الشخصي وسعادة الفرد في تفاعله الإجتماعي. ورغم وجود فروق فردية بين الأفراد إلا أن هناك تشابه بينهم في بعض السمات الشخصية وفي بعض الحاجات وبعض المشاكل كالعزلة الإجتماعية.

- أثر التفاعل الإجتماعي بين أفراد الجماعة وبين المعالج بإعتبار كل فرد في الجماعة معالجا للآخر، وذلك من خلال جعل كل واحد منهم مرسل ومستقبل للتأثيرات العلاجية فلا يعتمد العلاج على المعالج النفسي وحده بل يصبح الأفراد مصدر من مصادر العلاج وعضوا فعلا فيه.

ويرى العديد من المختصين في العلاج النفسي الجماعي أنه لابد من الإعداد الجيد للعملية العلاجية سواء كان ذلك من حيث إعداد أعضاء الجماعة العلاجية أو إستعداد المعالج أو غير ذلك. (Norbert,Dipl,2003)

حيث أن نجاح العلاج النفسي الجماعي يعتمد على مدى قدرة وكفاءة المعالج وأعضاء الجماعة، إدارتها وقدرته على التفسير و الملاحظة، تغيير نظرة الفرد نحو ذاته و الآخرين. (المحارت إبراهيم، 1997، ص18)

و أنه عند إختيار الجماعة لابد للمعالج من القيام بعملية الفحص والتشخيص من خلال إجراء مقابلة شخصية لكل عضو ويراعي فيها مدى حرص الفرد وإستعداده ليصبح عضو في الجماعة، وقد لخص **Wolf** عام 1967 عملية إعداد المريض في عدة نقاط هي:

- أن يتم إعداد المريض على تحمل ضغط الجماعة.
- إعداده على الثقة في بقية أعضاء الجماعة العلاجية .
- العمل على تهيئة المريض على أن يكون عضو في الجماعة.
- تدريبه على عدم المقاومة أثناء العملية العلاجية.
- توضيح أهمية المشاركة للمريض بما يعود عليه وعلى أعضاء الجماعة العلاجية بالفائدة.

(حافظ خيرى، حسن محمود، 1989)

#### 4/مجالات إستخدام العلاج النفسي الجماعي :

إن هذا النوع من العلاج النفسي يتم تطبيقه في المستشفيات العقلية والنفسية والعصبية، في العيادات الخارجية اليومية، في الملاجىء، العيادات الخاصة، المؤسسات والمدارس، كما تم إستخدامه أيضا في المستشفيات العامة غير العقلية كعامل مساعد للعلاج الطبي.

وإستخدم أيضا في مجال التوجيه ورفع الروح المعنوية لأفراد القوات المسلحة ولتدريب المرشدين والعاملين في المؤسسات المختلفة لأغراض التوجيه التربوي والتوجيه المهني ولمعالجة المشاكل السلوكية لدى الطلاب كالجنوح، وإقامة علاقة إيجابية بين البيت، المدرسة و للتعليم العلاجي كالقراءة، الكتابة و الكلام، كذلك يستخدم العلاج الجماعي للإرشاد في الزواج وإرشاد الأطفال كما يفيد العلاج في شفاء جماعات معينة من المرضى ذوي المشكلات الخاصة مثل:

- المرضى العقليين، مدمنوا المخدرات والخمور، مرضى السمينة، أصحاب الشذوذ الجنسي، المجرمون، الجانحون والحالات المنحرفة، حالات الإنطواء، الإنعزال، الإكتئاب والحجل. (سري محمد، 2000)
- يساعد في علاج المراهقون، الشيوخ، الكبار، الأطفال، الأرامل والمطلقات.
- توجيه الأولياء الذين يعانون من مشكلات متشابهة والذين يتابعون وسائل التربية الخاصة مع الأطفال.
- معالجة الأسر التي لها مشاكل متشابهة فيما بين أفرادها.

- مساعدة العمال في مواجهة المشاكل المهنية من أجل تحقيق التوافق بين العامل ومهنته مما يوثق العلاقة في ميادين الإنتاج المختلفة وينعكس عليها إيجاباً. (حنان المالكي، 2013)

- مساعدة المريض للتخلص التدريجي من عملية التحويل التي تتكون بينه وبين المعالج النفسي الفردي.

أما الحالات التي يستحسن فيها عدم استخدام العلاج النفسي الجماعي فأهمها:

- الشخصية السيكوباتية، مرضى الهداء (البارانويا)، حالات الهوس الشديد المصاحب بالذعر، الحالات الجنسية المثلية، حالات الضعف العقلي. (وقاد، 2014، ص 65)

## 5/أهداف العلاج النفسي الجماعي:

يهدف العلاج النفسي الجماعي إلى تعريف الأفراد (الطبيعيين، المرضى) بصراعاتهم وتغيير طريقة إدراكهم للوضعية والضاغطة وتعليمهم كيفية التعامل معها وذلك من خلال:

- تطوير الثقة بالنفس وتعزيزها وزيادة قبول النفس وتحقيق الذات في البيئة المحيطة.

(أبو زعيزع، 2014، ص 17)

- تنمية القدرة على البوح الذاتي التي تؤثر على الفرد لإخراج ما بداخله من مشاعر وأحاسيس لكونها أداة علاجية ووسط علاجي للقيام بالمهمة ذاتها .

- إيجاد موارد الأنا ودجمه من خلال إعادة التنظيم عن طريق تحسين صورة الذات ورفع كفاءة الأنا أي تنشيط التوظيف النفسي بصورة إيجابية ويتوقف ذلك على الأسلوب العلاجي المتبع. (Anna Freud, 1949)

- حل مشاكل المقاومة والتخلي عن المبادئ الخاطئة التي نتجت عنها مشاعر الدونية، العزلة، تحقيق الأمان الحقيقي الداخلي والسير في الحياة بثقة وموضوعية.

- فك العزلة الاجتماعية التي تعتبر أهم أسباب المرض النفسي وذلك من خلال التفاعل الاجتماعي بين أفراد العملية العلاجية.

- تسهيل التعبير عن المشاعر وتحسين مهارات الفرد وتقوية تقدير الذات من خلال تشجيعه على إبداء الرأي والمناقشة والمساهمة الفكرية من خلال التفاعلات الإنفعالية وتكوين تصورات جماعية تهدف لخدمة الفرد والجماعة. (سامي محمود، 1962، ص 61)

- تعميم الرؤية العلاجية على الأوضاع المختلفة في حياة الأفراد اليومية والوصول بهم إلى التنفيس الإنفعالي وتكوين علاقات إجتماعية وتفريغ الشحنات وبالتالي يصبح لديهم إستبصار جديد لأنفسهم ومشاكلهم.
- زيادة الوعي بالذات وتحسين الرؤية الداخلية المستقبلية، وإستخدام الجماعة في تدعيم الفرد والفرد في تدعيم الجماعة في علاقة دائرية متصلة، مستمرة ومقننة. (فطيم لظفي، 1994، ص90)
- تنمية الشعور بالمسؤولية والقدرة على حل المشكلات السابقة'الراهنة والمستقبلية بحيث تصل الجماعة إلى النضج العلاجي .

## 6/ نظريات العلاج النفسي الجماعي:

الهدف من هذا العنصر هو تزويد الممارس بخلفيات عن النظريات الرئيسية في العلاج النفسي الجماعي ومناقشة ما تتضمنه من أسس لفنيات المعالج، وتقديم تبرير نظري للتدخلات العلاجية المطبقة من طرف المعالج وهي:

-**النظرية التحليلية النفسية:** يجب عدم الخلط بينهما وبين نظريات ديناميكيات الجماعة لأنه يوجد تصنيفات فرعيان في النظريات التحليلية النفسية الأصلية والنظريات النفسية الديناميكية في العلاج النفسي الجماعي، فلقد إهتم كل من المحللين النفسيين **وولف وشورتز Wolf and Schwartz (1967-1971)** و**فوكس وأنتوني Foulkes and Anthony (1965)** و**إزرائل Ezriel (1973)** بالعلاج النفسي الجماعي وتحليل الجماعة والعلاج الجماعي التحليلي النفسي، تهتم هذه النظريات بالمصطلحات التحليلية النفسية مثل: التحويل والمقاومة، وتؤكد على أهمية العوامل التاريخية والنفسية الداخلية مثل الدوافع اللاشعورية، ويختلفون في التأكيد على التركيز على التفاعل بين الفرد والجماعة أو بين المعالج والجماعة. (الوالي، 2003)

- **النظرية النفسية الديناميكية:** تقوم هذه النظرية على الإهتمام بديناميكيات اللاشعور وبمفاهيم مثل النكوص ودفاع الأنا، وتركز على العلاقات البينشخصية، مثلما تركز على أمور خاصة بالعمليات النفسية الداخلية والجماعة، لأنها متأثرة جدا بأفكار **سلافسون Slavson (1950)** و**روتان وستون Rutan and Stone (1984)**، فقد أعدا وصفا ممتازا للنظرية النفسية الديناميكية وفنيتها.

أما **ويلفريد باين Wilfred Bion (1961)** فلقد ساهم في وصف الموضوع الضمني أو الكامن بالنسبة للجماعة ، ويعتمد في ذلك إلى حد كبير على حاجة الجماعة للإعتماد على قائد الجماعة ، وهي الحاجة التي يعتبر أنها غير ممكنة التحقيق وغير صحية. (ناصر بن إبراهيم، 1998، ص47)

-**نظرية ديناميكية الجماعة:** ترجع نشأة هذه النظرية إلى علم النفس الإجتماعي والصناعي، لفهم أثر الجماعة على سلوك الفرد وإنتاجيته في مكان العمل وفي الجماعات البشرية، يعرف كل من :



كارتررايت زاندر **Cartwright and Zander (1968)** ديناميكيات الجماعة في كتابهما الكلاسيكي " مجال البحث الخاص بإثراء المعرفة حول طبيعة الجماعات وقوانين تطورها وعلاقتها المتبادلة مع الأفراد والجماعات الأخرى والتجمعات التي هي أكبر من ذلك"، إنصب إهتمامه على عملية التغذية الراجعة في المجموعة حتى يتعرف الفرد على علاقاته بالتفاعل داخل المجموعة. (Pierre de visscher,2001)

أما نظرية فرويد في الجماعة هي الأقرب إلى وجهة النظر الديناميكية الجماعية منها إلى النفسية التحليلية، ولقد حاول تفسير إستعداد الفرد لأن يكون تابع لقائد الجماعة ويتنازل عن مصالحه وإهتماماته في سبيل مصالح وإهتمامات القائد أو الجماعة.

-**النظرية البيئشخصية:** تركز هذه النظرية على العلاقات بين أفراد الجماعة لحظة حدوثها وفي مكانها (هنا والآن) وعلى السلوكيات البيئشخصية الملاحظة بين أفراد الجماعة، كما تركز على الجماعة والموضوعات الجماعية الضمنية، وتأثر أرفين يالوم (1985) بنظرية هاري ستاك سولفان (1953) والتي ترجع العلاقات البيئشخصية كعامل علاجي في العلاج النفسي الجماعي يشبه مفهوم التغذية الراجعة البيئشخصية. وترجع الإضطرابات المرضية النفسية إلى التشوهات الإدراكية الشخصية ، ولذلك يركز يالوم على التفاعل بين الشخصي الزماني (الآن)، والمكاني (هنا). (الحسين أسماء، 1997)

- **النظرية السلوكية:** تعتمد النظرية على تطبيق قواعد التعلم المستخلصة من معامل علم النفس التجريبي في تغيير السلوك المختل أو المنحرف ( الأمراض النفسية). وتحديد الأنماط السلوكية التي يوافق كل من المعالج والعميل على ضرورة تعديلها كل على حدة. وتقديم المعالج للعميل بعض الاستراتيجيات اللازمة للمحافظة على الأنماط السلوكية الجديدة. تستخدم فنيات العلاج السلوكي في العلاج النفسي الجماعي قصير المدى ذي الموضوع الواحد، مثل التدريب على تأكيد الذات والمهارات الإجتماعية، بالإضافة إلى استخدامها في العلاج الجماعي للمقيمين داخل المستشفيات وخارجها . كما يفيد التدريب التحليلي المعالج الذي يتولى الجماعات التي يستخدم فيها العلاج النفسي التحليلي، فإن التعود والتدريب على القواعد التعلم والتدعيم تفيد المعالج الذي يطبق العلاج الجماعي السلوكي. (Jean,Aubry,2005)

- **النظرية المعرفية السلوكية:** العلاج النفسي المعرفي السلوكي من الأساليب التي طورت حديثا و هو مبني على النظريات المعرفية لكل من:

أرونبيك **Beck (1976)** وألر تاليس **Ellis (1962)** ودونالدميكنبوم **Meichenbaum (1977)**، والفنيات المستخدمة فيها تشمل على الواجبات المنزلية، لعب الأدوار، التدريب على السلوك وإعادة البناء المعرفي للعميل، وعلى المعالج أن يتبع التعليمات خلال توليه إدارة جلسات العلاج النفسي الجماعي من خلال كتيبات

تفصيلية لكيفية تطبيقه مثل "الدليل المختصر للمعالج الجماعي المعرفي السلوكي"، الذي كتبه سانك وشافير (1984) . (مرغني، 2009)

– النظرية العقلانية الإنفعالية: طورت من قبل ألبرت إليس (1913) وإقترح أن الإضطرابات النفسية تنتج عن التفكير غير العقلاني لدى الإنسان. وفي عرض نظرية إليس نجد العناصر التالية:

– الحدث أو الموقف: وهو شيء وقع بالنفوس أو إتجاه من جانب شخص ما.

– الأفكار أو التصورات التي يتحدث بها الفرد لنفسه حول ذلك الحدث.

– النتيجة وهي ردة الفعل التي يستجيب بها الفرد كالضيق والقلق، وتحدث بسبب الأفكار والمعتقدات التي يكونها الفرد عن نفسه وليس بسبب الموقف أو المثير. ( الخطيب، ص379 )

– النظرية الجشطالتيّة: يرتكز العلاج الجشطالتي على وعي الفرد بخبراته (هنا والآن) وتبعاً لنظرية الجشطالت، فإن مركز الإهتمام هو أفكار ومشاعر الفرد الذي يجربها في الوقت الحاضر والسلوك العادي الصحي يحدث عندما يسلك الفرد ككيان كلي، متكامل أجزاؤه أي جسمه، إنفعاله وأفكاره، إحساساته وإدراكاته ولا يمكن فهم إحداها منفصلة أو خارج الشخص ككل. فالعلاج الجشطالتي يركز على مساعدة المريض على زيادة وعيه بذاته ويحقق ذاته ويستقر توازنه النفسي والحيوي.

وعلى هذا الأساس يوجد ثلاث أشكال للعلاج الجشطالتي وهي: العلاج الجشطالتي الفردي ويقوم على الأسس العلاجية المتمثلة في العلاقة العلاجية، التركيز على الحاضر، تجنب التشخيص، تنمية إعتقاد المريض على نفسه ومساهمته في العلاج. و العلاج الجشطالتي الجماعي الذي يقوم على المواجهة بين المعالج والمريض لكي يواجه بنفسه ما يقلقه، ويقوم على المصارحة. كذلك العلاج الجشطالتي الذاتي الذي يقوم على ملاحظة الذات بإعتبارها المدخل للوعي بالذات والعمل على تغييرها وإستعانتها بالمعالج كمستشار وموجه.

(سري، 2000، ص87)

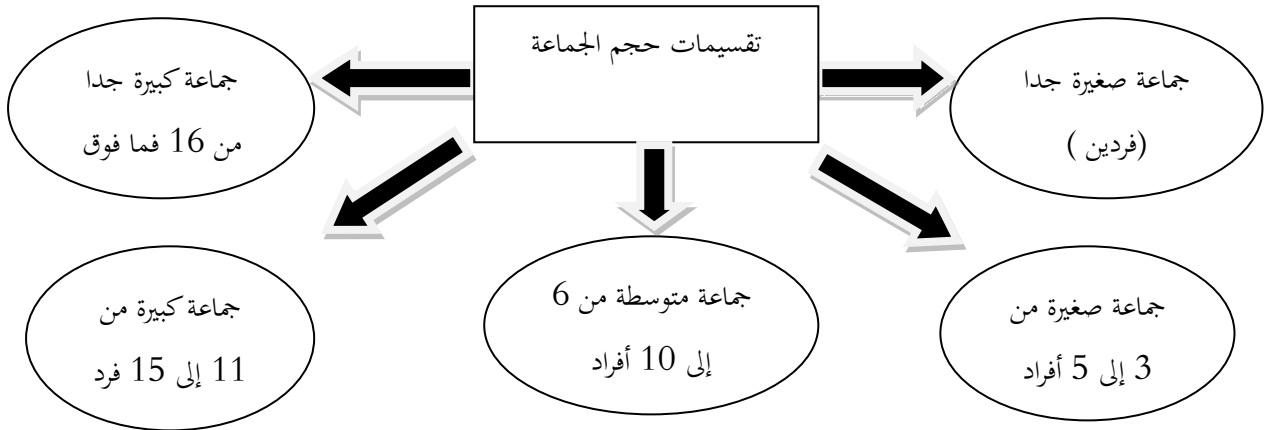
كما أنه هناك العديد من الطرق للنظر في الجوانب النظرية والتجريبية للجماعات العلاجية، والتقدير الواعي لهذه الإتجاهات هو العامل المهم في مساعدة المعالج لتطوير علاج جماعي وهو البرنامج المطبق في الجلسات العلاجية عند غياب أي إشراف أو كتب علمية.

## 7/ خطوات ومراحل العلاج النفسي الجماعي:

يقع التخطيط المسبق لكل مراحل وخطوات الجماعة العلاجية على عاتق المعالج لأن الكفاءة المهنية والتدريب يلعبان دور هام في نجاح العلاج، مما يشترط الكثير من عوامل الخبرة والتدريب والإلمام النظري والأكاديمي بالمعرفة النفسية والإجتماعية فضلا عن الوعي بالذات، وهناك العديد من القضايا التي يجب أن يخطط لها المعالج النفسي الجماعي مثل:

- **حجم العينة:** يتوقف حجم أعضاء الجماعة على عدة إعتبارات نجتمعها فيما يلي: عموما إن الجماعات الصغيرة والمتوسطة الحجم تعد من أفضل الجماعات وفقا لمتغيرات التفاعل العلاج والإستفادة العلاجية، وعلى المعالج أن يقرر أن تكون جماعته متجانسة، أو غير متجانسة أو متوسطة التجانس ويكون التجانس حسب الجنس، العمر، المستوى الإجتماعي، نوع المشكل، اللغة والديانة... (وقاد، 2014، ص70)

### الشكل رقم(17): يوضح التقسيمات العلاجية من حيث الحجم.



- فكلما زادت خبرة المعالج وإطمئنانه لمهاراته، وقدرته القيادية، كلما كان بالإمكان زيادة حجم الجماعة العلاجية والعكس صحيح أيضا. ويتوقف الحجم أيضا على مدى تعقيد الإجراءات العلاجية المستخدمة، فإذا إستخدمنا شكلا واحدا من العلاج، مثلا التدريب على الإسترخاء أو التطمين التدريجي فإنه لا بأس أن يزيد حجم الجماعة إلى عشرة (10) أو إثني عشر (12) شخص، أما إذا كان الأمر يتطلب إستخدام تقنيات أكثر فإنه من الأفضل للمعالج التعامل مع جماعة صغيرة، ويتوقف حجم الجماعة أيضا على مقدار المعالجين المتواجدين أثناء الجلسات العلاجية، فكلما زاد المعالجون كان من الممكن زيادة حجم الجماعة إلى عشرة (10) أو عشرون (20) فردا.

(سلمى محمود، 2005، ص93)

- إختيار المرضى: هناك محكين يتم إتخاذهما لتحديد أعضاء الجماعة العلاجية وهما :

- المحك الأول: توفر الرغبة لدى المريض في أن يصبح عضو في الجماعة وأن يسعى ويعمل من أجل أن يتحسن أي لابد من الدافعية.

- المحك الثاني: أن تكون الجماعة العلاجية متجانسة وخاصة في العديد من العوامل مثل: السن، الذكاء، المرض، أو طبيعة المشكلات التي يعانون منها.

وعموما فقد دلت العديد من التجارب للعديد من الممارسين على عدم خلط مرضى الزهان الحاد مع مرضى العصاب، لذا من الأفضل أن تكون القاعدة الأساسية التجانس، مع وجود قدر من التباينات يساهم في إثراء التفاعل داخل الجماعة. ( Foulkes , Anthony,1969 ,p53 )

- عدد الجلسات: نوع المشكلة هو الذي يحدد مقدار الجلسات، ومن الخطأ أن تحدد عددا معيناً من الجلسات، ونحن لم نعرف مدى عمق المشكلة، أو تجارب الشخص وتفاعله وبما أن المشكلات والأهداف تتباين من جماعة إلى أخرى فلا نستطيع أن نجازف بالقول محتملين عددا معيناً من الجلسات، وهناك عوامل أخرى تتدخل في تحديد عدد الجلسات منها مستوى التعليم لأنه كلما كان مستوى التعليم مرتفعاً، كلما قل عدد الجلسات والعكس صحيح كما يفضل غالبية المعالجين أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، ولو أنه من الأفضل أن تكون الجلسات في البداية مرتين أسبوعياً للمساعدة على تسيير التفاعل بين أفراد الجماعة، ومراقبة المشكلات وتحديد الأهداف العلاجية لكل مريض على حدة. (Felix ,1972 ,p266)

- مقدار أو طول كل جلسة: تختلف أيضاً الأمور حول هذه المسألة، فهناك بعض الجماعات التي تفضل أن يكون وقت الجلسة في العلاج النفسي الجماعي مثل الوقت المخصص للعلاج النفسي الفردي أي 45د، في حين أن آخرين يفضلون أن تكون مدة الجلسة ساعة واحدة أو ساعتان، أو ثلاث ساعات مع إعطاء من 10-15 د كل ساعة للإستراحة. ثم إعادة الإجتماع مرة أخرى، لكن هذه الطريقة يمكن أن تقطع التواصل والإنفعال لأنه قد يثور في الجلسة العديد من المشاعر والإجراءات العلاجية والتي يجب أن يفهمها المعالج أو يتدخل لشرحها وتفسيرها أو التدريب عليها في الوقت المناسب. (شيهان، 2015)

- إختيار المكان الملائم للجلسات: يتوقف إختيار المكان على نوع المشكلة المطلوب علاجها، ولهذا فكلما كان اللقاء في البيئة الطبيعية والتي سيتفاعل معها المريض بعد علاجه، كلما كان ذلك أفضل كما يقترح بعض المعالجين أنه من الأفضل للأفراد الذين يعانون من مشكلات عدم توكيد الذات أن تجرى بعض الجلسات تحت إشراف المعالج ومراقبة الزملاء في مواقف طبيعية كالمحلات التجارية وأماكن الترفيه وغيرها من الأماكن والأشخاص المفترض أن يتعامل معهم المريض. ومثل هذه الأمور لا تثير المشاكل في البيئات الأجنبية، عكس البيئة العربية التي

لا تزال تنظر إلى المريض النفسي والعقلي كأنه وصمة عار. ولهذا من الأفضل أن تعقد الجلسات في جو هادئ  
بغرفة خاصة في المستشفى. ( Pierre,2001,p43)

- **تعريف أفراد الجماعة بأهداف وخطّة العلاج:** ويقوم هذا الهدف على ضرورة إحترام إنسانية المرضى ولهذا  
يجب أن يشرح المعالج للمرضى ككل هدف وخطّة العلاج النفسي وواجباتهم بصورة عامة ولا داعي للإستعراضات  
النظرية، كما نجد بعض المعالجين يصرون على توقيع عقد بينهم وبين المريض لما لها من فائدة لأنها تحدد منذ البداية  
التوقعات المتبادلة بين الطرفين ورسم الحقوق والواجبات وتعريف المريض بأهداف العلاج، فهذه العوامل هامة جدا  
في نجاح وإثراء التفاعل العلاجي بين أعضاء الجماعة.

(FelixGuattari,1972,P43)

### -التسجيل أثناء الجلسة العلاجية الجماعية :

إن التسجيل هام جدا أثناء الجلسة، لأنه يلاشي عامل النسيان والحذف كما أن مسالة التسجيل قد تثير قلق  
البعض ممن يعانون من بعض الإضطرابات الذهانية، وقد يتم سؤال المعالج عن مغزى ما يكتبه؟ وما هي الجهة أو  
الجهات التي ستطلع عليه؟ وقد يستغرق المعالج وقت طويل لإقناع المريض بوجهة نظره، وهل سيتم التسجيل كتابة  
أم من خلال مسجل الصوت. وكل هذه التساؤلات أثارت العديد من وجهات النظر كالتالي:

- وجهة النظر الأولى يرى أصحابها بضرورة أن لا يتم التسجيل بأية صورة من الصور، إبان الجلسة العلاجية  
الجماعية، وأن يتم ذلك عقب إنتهائها من خلال تدوين المعالج لملاحظاته وطرق التفاعل وسير المناقشة، وذلك  
لتفادي إثارة مقاومة المرضى وتشتت جهودهم وإنشغالهم عن الهدف الأسمى الذي جاؤوا لأجله.

- وجهة النظر الثانية: يرى أصحابها ضرورة توضيح هذه الأمور إما مباشرة إلى المرضى، أو من خلال كتيب يقدم  
لهم قبل إجراء الجلسة الأولى، وهذا لتوضيح الهدف من التسجيل لنمو أعضاء الجماعة العلاجية والعملية  
العلاجية. (لويس كامل مليكة، 1997، ص64)

### - مراحل العلاج النفسي الجماعي:

يمكن إيجاز مراحل العلاج النفسي الجماعي التي ضمنها **مورجان** في ثلاث مراحل هي:

-**المرحلة الأولى:** وتتضمن:

أ. القلق والدافعية وتأرجح المشاعر إتجاه المعالج.

ب. ظهور روح الجماعة ونمو الثقة وتبادل الخبرات.

إن بداية الجلسات العلاجية الجماعية تثير القلق والصمت والشك عند المرضى، بحيث على المعالج أن يقطع الصمت ويكسر الشكوك ويصل بالجماعة العلاجية إلى درجة التفاعل المطلوبة للسير في الخط العلاجي. والحث على ضرورة الإلتزام بالصراحة والصدق وحفظ الأسرار، ويطلب المعالج من كل عضو أن يكتب قائمة بالمشكلات التي يريد التخلص منها. (Pierre, 2001, p31)

#### - المرحلة الثانية: وتتضمن:

أ. تفاعل كل فرد بإيجابية، مشاركة ورؤية نفسه في الآخرين و إقراره بالمشاعر المكبوتة.

ب. ظهور التنافس في الكشف عن المخاوف والقلق والصراعات.

ج. احتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج والإعتماد على الدفاعات . (سعيد العزة، 2010، ص110)

وتمثل هذه المرحلة البداية الفعلية للعملية العلاجية بحيث يعمل المعالج النفساني الجمعي على تطبيق التقنيات العلاجية التي يراها مناسبة في العلاج، وهذا يتوقف على نوعية المشكل المراد علاجه، وخصائص الجماعة، ومن التقنيات المستعملة في الجلسات العلاجية نجد: تبادل الأدوار، المناقشات والمحاضرات التعليمية، أسلوب المواجهة.

#### - المرحلة الثالثة: وتتضمن:

أ. الإستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة كل فرد.

ب. احتمال حاجة بعض الأفراد إلى علاج نفسي فردي.

مثلما كانت البداية صعبة ومتوترة تكون النهاية صعبة ومثيرة للعديد من المشاعر والأحاسيس، ومن الأساليب التي يلجأ إليها المعالج في هذا الأمر :

- إخبار أعضاء الجماعة بنهاية الجلسات الجمعية قبل نهايتها بفترة كافية.

- أن يوضح لهم أي شخص يحتاج معونة نفسية عليه أن يحضر في أي وقت .

- أن يطلب المعالج من كل فرد أن يحدد سلوكا كان قد دخل إلى العلاج الجماعي، بهدف تغييره وقد تغير بالفعل.

- أن يطلب من كل فرد من المجموعة أن يحدد لنفسه مجموعة من الأهداف التي يجب أن يسعى إلى تحقيقها وما توقعه للعقبات التي سيواجهها وكيفية المواجهة. (محمد حسن غانم، 2004، ص98)

## 8/ الأساليب والتقنيات المختلفة للعلاج النفسي الجماعي:

هناك تقنيات، وأساليب عديدة ومختلفة للعلاج النفسي الجماعي، ومن أهمها مايلي:

**لعب الأدوار:** تم تطوير تقنية لعب الأدوار من تقنية العلاج باللعب التي تستخدم مع الأطفال على يد **مورينو** لكي يتلائم مع الكبار، وإستخدم **كيرت ليفين** أيضا هذا الأسلوب كما إستخدمه **فريدريك بيرلز** في العلاج الجشطالتي. والأساس النظري لهذه الطريقة هو التعلم التلقائي والتي تعني أن جانبا هاما من عملية التعلم يتم عن طريق الإستجابة النشطة للتعلم، وبالتالي التخلص من عوائقه وإحباطاته والتعبير عن أفكاره وخبراته التي لا يعي بها في الغالب وذلك عن طريق قيامه بتمثيل أدوار أشخاص آخرين أوتمثيل أجزاء من أدواره في الحياة.

(Marie François,2014)

ويرى البعض من الأخصائيين النفسانيين أن لعب الأدوار إذا إستخدم في المجال الإجتماعي أطلق عليه السوسيوودراما وإذا إستخدم في المواقف ذات الطابع النفسي أطلق عليها السيكودراما ففي لعب الأدوار يعطى للأشخاص أمثلة أو نماذج أو أدوار لكي يتعلموها ويكرروها، أما في السيكودراما السوسيوودراما فالتركيز لا يكون على تكرار وتعلم دور معين وإنما على خلق التلقائية وتنمية القدرة على إتخاذ القرار ومهما إختلفت وجهات النظر فالمهم هو التخلص من القلق وحل الصراع وإكتشاف بعض النقائص والأخطاء التي يمكن تداركها، وسيتم الآن عرض بعض أشكال لعب الأدوار:

**أ.السيكودراما:** التمثيل النفسي المسرحي السيكودراما **Psychodrama** رائد هذا الأسلوب ومؤسسه هو **جالوب مورينو1932** وهذه الطريقة العلاجية هي عبارة عن تصوير تمثيل مسرحي لمكالات نفسية في شكل تعبير حربي موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي يقوم بها المرضى.

(Moreno,1965,p19)

**السيكودراما** هي العلم الذي ستكشف الحقيقة الإنسانية من خلال استخدامه لطرق دراماتيكية حيث يقوم المريض من خلال هذه الطريقة بتمثيل دور يتصرف فيه بطريقته الخاصة وذلك ضمن تمثيلية أو مسرحية يشترك فيها أفراد المجموعة.

(النابلسي، 1991، ص182)

وفي أثناء التمثيل يمكن أن يقوم المعالج بلفت نظر الجماعة لمشاهدة مفاتيح لحلول معينة في لعب الدور كمشاهدة الحركات التعجيزية بحيث يستطيع كل فرد أو ممثل أن يوقف التمثيل ويرفع إصبعه فيوقف المعالج العرض ويسمح له بالحديث، وذلك لإتاحة الفرصة أمام الممثلين وأعضاء الجماعة للتعبير عن مشاعرهم لما يقومون به ويشاهدونه.

(Moreno,1965,p228)

وبعد انتهاء التمثيل يعبر كل ممثل عما شعر به وذكر فيه أثناء لعب الدور، كذلك تعبر الجماعة عن ردود الفعل عندها ولا مانع من ظهور خلافات في الرأي بين أعضاء الجماعة . كما يعتمد لعب الأدوار على عدة افتراضات منها أن الحياة كلها مسرح وأن الحياة الاجتماعية ما هي إلا عبارة عن لعب دور ويوصف الناس بالنجاح إذا لعبوا أدوارهم بطريقة جيدة والفرضية الأخرى أن تفهم المشاكل بطريقة أفضل إذا عرضت علينا، وإذا أصبحت حقيقة، وإننا في الحياة نتعلم من النماذج .

( Apter et Harvard,2003 ,p37)

وتتلخص عناصر العلاج السيكودرامي في النقاط التالية:

- المسرح، المخرج (حيث تتحدد وظائفه في مهام مسرحية، مهام علاجية)، البطل الأنا المساعدة.

السيكودراما هي منهج من مناهج العلاج النفسي وتعتبر أحد أنواع العلاج النفسي الجماعي، وهي أسلوب تشخيص وأسلوب علاج في نفس الوقت، ومن أهم صفاتها هي أنها تشمل العلاج خلال عملية التشخيص وهي تستعمل مع جميع أنواع المشاكل ومع جميع فئات الأعمار، السيكودراما هي مجتمع إنساني مصغر، أين يشارك الشخص عن طريق التمثيل في إعادة موقف من مواقف الحياة ، فيقوم العميل بتمثيل دور أمام المعالج وغيره من المشاهدين، ومن هذا العرض يكشف عن مشاعره وعلاقاته وإنفعالاته ووجهة نظره في العلاقات الاجتماعية القائمة بينه وبين غيره من الناس.

(Calvio,2009,p26)

وغاية السيكودراما هي تشجيع المسترشد على تمثيل تصرفاتهم في الحياة العادية والأدوار التي يقومون بها كدور الأب الزوجة، الإبن، الرئيس، الموظف... ويعرفها تشارلز راكروفت **C.Rycroft (1972)** بأنها نمط من أنماط العلاج النفسي . ويمكن تمييز أربعة عناصر تشارك في عملية التمثيل هي:

- العميل، المرشد، الممثلون الآخرون، جمهور المشاهدين ويتكون من الجماعة العلاجية.

أما عن موضوع المسرحية فقد يتضمن المواقف التي عاشها العميل مع ذويه وأهله أو التي يعاني منها في الحاضر أو التي يخاف من مواجهتها، وقد تدور المسرحية حول المواقف الخاطئة، الأوهام، الأمراض والإتجاهات السالبة المشحونة إنفعاليا أو ذات دلالات خاصة في مشكلة العميل وموضوع المسرحية قد يقوم العميل بإعدادها أو يساعده المعالج في ذلك. ومن خلال عملية التمثيل يكشف العميل عن عناصر شخصيته كدوافعه وصراعاته وآلياته الدفاعية كالإسقاط والتبرير. وقد تتضمن المسرحية عدة مراحل وخطوات منها : عملية التسخين وإعداد المشهد أو المنظر، عملية التمثيل، التعامل مع المادة التي تولدت مع المشهد الدرامي. ( سي بشير،2016)



والمبدأ الأساسي في السيكدوراما هي التلقائية التي عرفها مورينو بأنها قدرة الشخص على مواجهة كالموقف جديد على نحو سليم وبطريقة تلقائية وما تهدف إليه السيكدوراما هو أن تنمي في الفرد القدرة على لعب أدواره في الحياة لمواجهة مطالبه في المواقف الجديدة.

(Morino, 1965, p174)

## ب- السوسيو دراما: Sociodrama

التمثيل الاجتماعي المسرحي يعتبر توأم التمثيل النفسي المسرحي ويتناول المشكلات الاجتماعية والمجتمعية، ومن أشهر أساليب التمثيل النفسي المسرحي قلب الأدوار، وترتكز السوسيو دراما على الفرضية أن الجماعة في السوسيو دراما التي تتكون من المشاهدين هي مشكلة أصلا من أدوار ثقافية واجتماعية. أهم شيء في السوسيو دراما هي الجماعة حيث تتناول المشاكل ذات الطابع الجماعي وتعالج مشاكل اجتماعية، إقتصادية، أو دينية، أما في السيكدوراما فهي تركز على الفرد.

(الخواجة، 2010، ص30)

هناك فرق بين لعب الدور وكل من السيكدوراما والسوسيو دراما، ففي لعب الدور يعطي الأشخاص أمثلة أو نماذج أو أدوار لكي يتعلموها ويكرروها، أما في السيكدوراما والسوسيو دراما فإن التركيز لا يكون على تكرار وتعلم دور معين، وإنما على خلق التلقائية وتنمية القدرة على إتخاذ القرارات.

## ج- الكرسي الفارغ:

هي تقنية من تقنيات العلاج النفسي الجماعي، جاءت به المدرسة الجشطاطية ولها نتائج مذهلة على العميل بتحسن مشاكله الشخصية والعلاقية والهدف منها هو مساعدة العميل على الشفاء الذاتي.

حسب سعفان (2006) عن وقاد (2014) تهدف هذه الطريقة إلى تسهيل حوار أخذ الدور بين العميل وآخرين وبين أجزاء شخصيته وعادة ما يستخدم فيه موقف جماعي، حيث يوضع كرسيان يواجه كل منهما الآخر، فيمثل أحدهما العميل أو يمثل أحد مظاهر شخصيته على سبيل المثال المظهر المتسلط القوي أو المتجبر، ويمثل الكرسي الآخر شخصا آخر أو المظهر المعارض للمظهر الأول من مظاهر الشخصية ( الخاضع المراوغ)، ويقوم العميل بتمثيل الدورين بالتبادل والانتقال من أحد الكرسيين إلى الآخر.

يقوم المعالج بإعطاء تعليماته للعميل محددًا وقت إنتقاله من كرسي لآخر أو يقترح عليه بعض الجمل ليقولها أو يوجه إنتباهه إلى ما قاله أو يكرر بعض الكلمات أو الأعمال وخلال الحوار قد تظهر الإنفعالات والصراعات وبهذه الطريقة يتحقق الوعي والتكامل.

(Barbe Rémy, 2012)

د- سرد الحياة: في هذه التقنية التقرب من الحالة يكون في إطار ديناميكي، حيث نعطي للحالة موضوع عام ونتركه يعبر مادام أنه يشعر بأن الموضوع لا يخصه لوحده فقط. (لويس كامل، 1997)

والطريقة الجماعية هي الأحسن لأن التفاعل يكون جماعي ويجعل الفرد يعبر ويتكلم عن مشكل ويجد كل واحد الحل للآخر ويحاول البحث عنه، وهنا يقوم الأخصائي النفسي بتحليل محتوى الخطاب.

والهدف من هذه التقنية هو توضيح أهمية التفسيرات الممكنة لمختلف العوامل بحيث يوضح برونر

**Bruner** في دراساته أنه ما يهمنا كأخصائيين عياديين في توظيف الفكر الإنساني ليس معالجة المعلومة:

"Traitement de l'information"، وإنما بناء الدلالة :

## Construction de la signification

**Bruner** في كتاب أساسي لمنهج دراسة الحالة في إطار علم النفس الثقافي المعنون ب :

« Car la culture donne forme à l'esprit » يطرح فيه التحليل النفسي في إطار

ثقافي وحسب رأيه دراسة الحالة تكون في إطار دراسة الفرد في نظام علائقي بمعنى أن مركبات النظام العلائقي

تحدد في المحيط الأسري، الاجتماعي، والثقافي المحدد للمجتمع. وهذا ما يعرف ب:

« Personnalité de base الشخصية القاعدية »

التي تمثل النواة الجوهرية أين يلتقي الأفراد في ثقافة واحدة ويحملون نفس التصورات والإعتقادات .

**Bruner** يقول أن المفحوص يجد ماضيه في ذاكرته وعندما يدخل الفرد في حوار يدخل في كل المحطات

التي عاشها الموجودة بذاكرته معناه يكون واعي بها، أما في حالة إذا لم يتكلم عن مشكل معناه هو مكبوت في

(فهمي، 1998)

اللاشعور .

الهدف من استعمال هذه التقنية هو الخروج من الحوار الداخلي للحالة إلى الحوار الخارجي أي يتمكن الفرد من

خلال سرد الحياة من التعبير عن ما هو حسي بداخله والخروج من التفاعل مع الذات إلى التفاعل مع الآخر.

## -المحاضرات والمناقشات الجماعية:

من رواد هذا الأسلوب الذي يعرف بالعلاج التعليمي **ماكسويل جونز**، وتعتمد هذه الطريقة العلاجية على إمتداد

المعالج النفسي للمحاضرات والموضوعات المتنوعة سواء كانت طويلة أو قصيرة، وذلك من أجل إعطاء صورة

واضحة عن سلوك الفرد في المجتمع وتعامله مع باقي أعضاء الجماعة وتفاعله معهم وكذلك إعادة الثقة بنفس المريض وتصحيح المفاهيم الخاطئة لديه . (عيسوي، 1984، ص226)

حيث يكون أعضاء الجماعة العلاجية عادة متجانسين من حيث نوع الإضطرابات، ويشمل موضوع المحاضرات الصحة النفسية وأسباب الإضطرابات النفسية ومشكلات التوافق النفسي ويكون المحاضر هو المعالج أو بعض المتخصصين ويهدف هذا الأسلوب إلى تغيير الإتجاه لدى المريض كما يستخدم على نطاق واسع في الوقاية، وخاصة في المدارس والمؤسسات. (Pierre,2001,p44)

ويرى زهران أن هذا الأسلوب العلاجي يركز على عنصر التعليم حيث يجب أن يسود المناخ العلمي وأنه يعود إلى العالم كلامبان **Klampane** تأثير المحاضرات التعليمية والمناقشات الإجتماعية على تعديل السلوكات وتغيير الإتجاهات كتجارب كيرثليفين **Levin (1947)**. وتجارب كوشن وفرانشي **Franchi et Coshan** والتي توصلت إلى أن المنافسة الجماعية تؤدي إلى تعديل السلوك لدرجة جيدة.

ومن أهم الآثار العلاجية لتقنية المناقشة الجماعية هي تحقيق المساندة الإنفعالية وتخفيف التوتر الإنفعالي عن طريق المشاركة في الخبرات التي تهدف إلى التنفيس والتفريغ الإنفعالي والتحرر من أثر الخبرات المؤلمة، تنشيط التفاعل الإجتماعي، والتأثير المتبادل بين أعضاء الجماعة العلاجية وجعل كل فرد من أفراد الجماعة مصدر من مصادر العلاج بتقديم المساندة من خلال التفاعل الإجتماعي لتحقيق الإستبصار والتوافق الإجتماعي وتنمية الثقة بالذات لدى الجماعة المشاركين وتحملهم مسؤولية التعلم والإلتزام بمعيار الصدق والصراحة وشعورهم بالأمن والتقبل والتخلص من الشعور بالإختلاف، تركيز الإنتباه على المشكلات على أنها مشكلات جماعية وعامة بدلا من التركيز عليها كمشكلات شخصية وفردية مما يساعد على التخلص من الحساسية التي توجد لدى بعض الأفراد إتجاه العلاج الفردي وإتاحة فرصة إجتماعية لإكتساب مهارات إجتماعية تفيد في تحقيق التوافق النفسي.

(عيسوي، 1984)

## - العلاج الأسري العائلي :

هو أسلوب من أساليب العلاج الجماعي النفسي يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد وهو كعلاج يعمل على كشف المشكلات والإضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق إجتماعي ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة وهناك كثير من نماذجه ومن دواعيه إستخدامه ما يلي :

. إضطراب العلاقات الأسرية وتبادل الإتهامات والإسقاطات.

.إضطراب العلاقات الزوجية وتحقيق التوازن والتماسك والإستقرار الأسري . (أحمد مطر،1997)

.إضطراب الأسرة وإختيارها ونقص الحوار والإتصال فيها ويهدف العلاج الأسري إلى ما يلي:

- مساعدة الأسرة على كشف نقاط الضعف التي تؤثر في علاقات وتفاعل الأفراد .

- مساعدة الأسرة على تدعيم القيم الموجبة وإهمال جوانب السلوك السالب.

- مساعدة الأسرة على تخطي بعض العقبات الخاصة ببعض أفرادها ورفع مستوى الأداء الإجتماعي للأسرة .

-**التحليل النفسي الجماعي:** وفي هذا النوع من العلاج. يترك المعالج النفسي للمرضى الحرية الكاملة للتعبير عن مشاكلهم بإستخدام طريقة التداعي الحر، دون أن يشاركون في مناقشة مشاكلهم وما يتعرضون له من صراعات، إلا أنه يعمل على ملاحظة سلوكهم، وما يعاني منه كل فرد داخل الجماعة.

(ناصر بن إبراهيم، 1998، ص25)

- **جماعة المواجهة الأساسية:** ويعرف بأسماء منها جماعة التدريب العملي في ديناميات الجماعة، أو حلقة عمل جماعي في العلاقات الإنسانية أو الخبرة المكثفة في جماعات المواجهة، ومن رواده **كارل روجرز** نظرياته مبنية على العلاج المتمركز حول العميل، أو العلاج الجشطالتي، يستخدم في مراكز الإرشاد والعيادات النفسية وفي أماكن قضاء العطل، ويقوم المعالج بدور الميسر للتفاعل والتفاهم، وتمر الخبرة الجماعية بالمراحل التالية:

التجمع، المقاومة، وصف المشاعر السلبية، التعبير عن المشاعر السالبة، التعبير عن المواد الشخصية والمشاعر المباشرة في الجماعة، نمو طاقة علاجية في الجماعة، خلع الأقنعة، تلقي التغذية المرتدة، التحدي (وجها لوجه)، علاقة المساعدة الجماعية، المواجهة الأساسية، التعبير عن المشاعر الموجبة ، التغيرات السلوكية في الجماعة.

(Foulkes et Anthony, 1969, p232)

- **العلاج النفسي الجماعي المتمركز حول الجماعة:** حسب (زهران، 2005)، وعن (وقاد، 2014) يطبق هذا النوع نظريات العلاج الفردي المتمركز حول العميل على الجماعة، ومن رواده **هوبز (Hobbs, 1951)**، يجسد فعالية التفاعل الإجتماعي والعلاقات الإنسانية ويتيح فرصة مباشرة لإكتشاف طرق أكثر فعالية للتعامل مع الأفراد عن قرب، من خلال تعلم الأخذ والعطاء والمساندة الإنفعالية وإكتساب الشعور بالأمن المتبادل في الجماعة.

-**النادي العلاجي:** ينشئ بعض المعالجين أندية علاجية خاصة تتيح فرصة العلاج النفسي الجماعي القائم على نشاط العملاء العملي والترفيهي والإجتماعي بصفة عامة، وكثيرا ما تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي، مثل

كرة الطائرة، أو السباحة أو اللجوء إلى الملاكمة في حالة الرغبة في تفريغ النزاعات العدوانية، أو نشاط في مثل الموسيقى والغناء أو الرقص. (إبراهيم،1983)

ويحدد سلافسون (1947) ملامح العملية العلاجية من خلال نشاط العملاء الذي يحل محل الكلام. ويحدد نجاح هذا الأسلوب العلاجي من خلال تكوين علاقات شخصية وخبرات إجتماعية بناءة. (علي كمال،1994)

## 9- تقييم العلاج النفسي الجماعي:

أ. مزايا العلاج النفسي الجماعي:

إن العلاج النفسي الجماعي يتميز كأسلوب علاجي نفسي، بالعديد من المميزات التي تساعد المعالج على إتمام العملية العلاجية بنجاح، ومن هذه المميزات مايلي:

- الجماعة هي الغلاف النفسي للفرد حيث تعطيه فرصة لتعلم الكثير من جوانب السلوك وممارستها من خلال إستجابته الدائمة لمتطلبات الجماعة.

- العلاج النفسي الجماعي يتيح للأفراد إقامة علاقات إجتماعية مع بعضهم البعض، غرضها هو التفاعل الدائم بين أفرادها وإستبصارهم بأخطائهم ومحاولة تعديلها من خلال تقييم أنفسهم وما يصدر عنهم من سلوكيات.

- يصبح أفراد الجماعة أكثر إدراكا للمشكلة التي يواجهونها، من خلال وضع ضوابط وقيود على بعض السلوكيات غير المرغوب فيها، وهنا ينصاع الفرد لمعايير الجماعة والتي تكون مرتبطة بالقيم السائدة في المجتمع.

(René Kaes,1993)

- العلاج النفسي الجماعي يهيء فرصة للتنفيس عن إنفعالات الأفراد في جو إجتماعي، مع تغيير المعايير الخاطئة التي قد تنشأ في الجماعة كالميل إلى التهجم، أو النقد غير المنطقي واللامبالاة وغيرها من السلوكيات الخاطئة.

- العلاج النفسي الجماعي يتيح للمريض وللأفراد مجالا للتحدث عن مشاكلهم، كما يتيح لهم فرصة للتخفيف من حدة توترهم وذلك بإفصاحهم عن مشاكلهم لأقرانهم وتعلم عادات تكيفية.

- يسمح بتعدد الآراء والتشخيص في دراسة الحالة ويعطي فرصة في حلها بأفضل الحلول، كما أنه يقلل من حدة التمركز حول الذات وتنمية الثقة بالنفس.

- يمتاز بالإقتصاد في المال والوقت، وقلة التكلفة المادية والبشرية، ففي جلسة واحدة يستطيع معالج واحد أن يرى ما يقرب من 7-10 أشخاص قد يتوصل بهم إلى نتائج إيجابية تماثل أو تفوق نتائج العلاج الفردي .

## ب. عيوب العلاج النفسي الجماعي:

إن الأساس في العملية العلاجية شخصان، شخص المعالج وشخص أو أشخاص المرضى، ففي المعالج لا بد من توفر شروط أهمها: التدريب مع توفر العديد من الصفات، أما المرضى فيجب أن تتوفر لديهم الدافعية والاستعداد وغيرها من العوامل، لكن إذا حدث خطأ من طرف أو الطرفين معا، فمن ذلك ينعكس سلبا على المرض من خلال المضاعفات السيئة التالية:

- قد يزداد القلق عند المريض، وقد يستمر في رفض هذا العلاج خوفا من الآخرين له أو عدم لفت إنتباه المعالج، وينصرف عن العلاج النفسي تماما. (عثمان يخلف، 2001)

- قد يلجأ المريض إلى سياسة الدفاع، مما قد يجعل الجلسات العلاجية وإستمرارها أشد خطرا من قطع العلاج.

- قد يلجأ المريض إلى العلاج الطبي فقط، وقد يبالغ في تعاطي الأدوية ويدمنها.

- قد يحدث نوع من التوافق والتكيف لدى المريض، ولكنه لا يحدث تغيرات جذرية في شخصية الفرد.

- إنه لا يفيد بعض المرضى الذين يعانون من صراعات داخلية عنيفة ولا يصلح للمرضى الذين يعانون من هوس، إضطرابات لا إجتماعية وإكتئاب شديد، ولا يناسب مرضى الذهان وخاصة الفصام والهذاء (البارانويا)، والذين لديهم حساسية لتوترات وإضطرابات الآخرين، والذين يسعون دائما لجذب أنظار الآخرين وأصحاب الشخصية السيكوباتية، والشخصية النرجسية. (حامد زهران، 1994، ص 309)

- إن العلاج النفسي الجماعي عملية فيها نوع من الصعوبة والتعقيد، فهذا العلاج يتطلب مرونة، خبرة وقدرة على القيادة بالنسبة للمعالج وإلا أفلت زمام المجموعة من يده.

## 10- العلاج النفسي الجماعي في نظر الإسلام:

نستطيع القول بأن صلاة الجماعة لها دور وقائي و علاجي، حيث يتبين دورها الوقائي في شعور المسلم بالطمأنينة والأمن، وإدراكه لما أمر الله به وما نهى عنه، وتبصره بالواجبات التي تجعله يتبع السلوك القويم، وقد إتضح ذلك جليا في قوله صلى الله عليه وسلم: "علموا أولادكم الصلاة لسبع وإضربوهم عليها لعشر".

بينما يظهر العلاج خاصة يوم الجمعة، حيث أنها تساعد المسلم على الإستبصار والمعرفة والتفكير في المعاني والعبر وتدبرها، ومن ثمة العمل بموجبها عند مواجهة المواقف والأحداث اليومية بالطرق السليمة التي تكفل له العيش بسلام.

ويرى نجاتي بأن صلاة الجماعة بشكل عام، وفي يوم الجمعة بشكل خاص، تؤدي دورا علاجيا نافعا ومساوي مع ما يقوم به المعالج النفسي الجماعي الذي يستخدم الأسلوب التعليمي في تقوية إستبصار المريض بمشكلته، ونقاط الضعف في شخصيته من خلال الجماعة العلاجية. (نجاتي، 1988، ص23)

وهنا يمكن القول بأن إستخدام أسلوب العلاج النفسي الجماعي التعليمي، له أثر إيجابي على الأفراد في كثير من المواقف الحياتية اليومية، حيث أنه يساعد على التعلم والمعرفة، ومن ثمة التفكير بطريقة عقلانية في كل ما يعترضه من أحداث، وأن تلك المحاضرات التعليمية تقوم على ألتماس النقاط السلبية في شخصية الفرد، وكيفية التغلب عليها من خلال الجماعة العلاجية، والتفاعل مع أعضائها.

هذا ويرى البنا بأن الجماعة التي تقوم على طاعة الله ورسوله بفعل الأوامر وترك النواهي، أمر واجب على كل مسلم، لأنها تساعد الفرد على إكتساب سلوكيات إيجابية عن طريق تقوية العلاقات الإنسانية، ورفع درجة الثقة بالنفس لدى كل عضو وكذلك إستغلال أوقات الفراغ، بما يعود على الفرد بالنفع وعلى بقية أفراد الجماعة أيضا.

(البنا، 1990، ص545)

وقد أوضح الراضي في دراسته ما للجماعة من فوائد كثيرة على الفرد، حيث أن دراسته تركزت على فاعلية العلاج النفسي الجماعي بعد صلاة الجماعة في المسجد للتخفيف من الإضطرابات المختلفة، وقد تم تطبيقها على أربعين مدمنا في مستشفى الطائف لمعرفة أثر الصلاة في المسجد. وقد أظهرت النتائج إرتفاع في نسبة الإقلاع عن المخدرات بحوالي **75%** بعد مرور سنتين من التجربة، علما أنهم وضعوا تحت المراقبة.

(الراضي، 1990، ص29)

## خلاصة الفصل:

يتضح مما سبق أن العلاج النفسي الجماعي أحد المناهج التطبيقية في ميدان العلاج النفسي، والتي عرفت تطورا كبيرا منذ بدايات إستعماله، وذلك نتيجة لفاعليته في علاج العديد من الإضطرابات النفسية كما أكدته الممارسة العيادية للكثير من علماء النفس في المجال، وكذا البحوث المتعاقبة التي أجريت لمعرفة مدى فعاليته كتقنية علاجية.

علاوة على أهميته من الناحية الإقتصادية، سواء من حيث الوقت أو الإمكانيات البشرية التي يتطلبها، والذي ظهر أثرها أثناء الأزمات التي تعرضت لها الدول كالحروب والكوارث الطبيعية، وما نجني عنها من أعداد كبيرة للمتضررين الذين يحتاجوا للتكفل والدعم النفسي كما شكل أحد الحلول الناجحة في تغطية العجز المسجل في كثير من الدول النامية، من حيث المتخصصين في مجال العلاج النفسي.

كل ذلك جعل البحث في مجال العلاج النفسي الجماعي، وكغيره في مجالات العلاج النفسي الآخر يتواصل، لتطوير أساليبه ومناهجه، بما يتلاءم والحقائق المذهلة المتوصل إليها فيما يتعلق بالسلوك الإنساني في سواءه وإضطرابه.



# الجانب التطبيقي

## الميداني

# الفصل الخامس

## الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- تمهيد.
- الدراسة الإستطلاعية .
- حدود الدراسة .
- صعوبات الدراسة.
- منهج البحث المتبع والأدوات العيادية المستخدمة في الدراسة الميدانية.
- عرض الحالات ونتائج القياس القبلي للمقاييس النفسية المطبقة في الدراسة الميدانية.
- إستنتاج عام عن حالات الدراسة.
- خلاصة الفصل.

## تمهيد:

بعدها تطرقنا في الجانب النظري لموضوع البحث وأسباب إختياره وتحديد إشكاليته العامة وفرضيته والهدف من البحث والأهمية وإستعراض فصوله، نتطرق الآن للجانب التطبيقي الميداني في محاولة لتحقيق هدف البحث والتحقق من صدق الفرضية .

يتم تسليط الضوء في الدراسة الحالية على ظاهرة الإحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا نظرا لآثاره السلبية من إنهاك بدني وعقلي وإنفعالي نتيجة الضغوط النفسية، المتطلبات والأعباء التي تفوق قدرة الفرد على تحملها، كما سيتم الكشف عن إستراتيجيات المواجهة لديهم.

لهذا الغرض، يعد ضبط الإطار المنهجي من المراحل الأساسية التي تخضع لها الدراسة العلمية حيث أن قيمة كل بحث تكمن في التحكم السليم في منهجية متسقة ومنظمة. ومن أجل ذلك سنتناول في هذا الفصل الإجراءات الميدانية التي تتبعناها إنطلاقا من: منهج البحث المستخدم، مكان إجراء الدراسة، مجموعة البحث، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة وعرض الحالات.

## 1- الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية دراسة مسحية إستكشافية، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لإرتباطها المباشر بالميدان، مما يضيفي صفة الموضوعية على البحث. (مصطفى العشوي، 1994، ص135)

كما لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة دليل المقابلة وجعله يتأكد من سلامة مستوى الأسئلة وصياغتها. (مجدي عزيز، 1981، ص187)

إن الدراسة الإستطلاعية أول مرحلة من مراحل البحث الميداني التي توجهنا وتساعدنا على إختيار العينة المراد دراستها (أمهات الأطفال المشلولين دماغي اللاتي يعانين من الإحترق النفسي)، من أجل التكفل بهن نفسيا من خلال تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي والتدريب على الإسترخاء بخصص علاجية جماعية.

فبحكم أنني أخصائية نفسانية عيادية بمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهرا، قد لاحظت أن جل أمهات الأطفال المشلولين دماغيا والمتأخرين حركيا يعانين من الضغط النفسي، وهن بحاجة ماسة لمن يساندنهم ويخفف عنهن حدة القلق، الحزن، التوتر ومعانتهن النفسية، وكتيجة لإهتمامي العلمي بمرض الشلل الدماغي إخترت مجموعة للدراسة متكونة من ثمانية حالات.

حيث تهدف هذه الدراسة الاستطلاعية إلى جمع المعلومات الأولية التي تمكن الباحث من التأكد من الإشكالية المطروحة في الميدان ، حيث تعتبر هذه المرحلة مرحلة تجريب الدراسة بقصد اختبار سلامة الأدوات المستخدمة في البحث ومدى صلاحيتها ، ويمكن اعتبارها صورة مصغرة للبحث، وهي تهدف إلى اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه أمام الباحثة قبل أن يبدأ التطبيق الكامل للخطوات التنفيذية .

## 2- حدود الدراسة :

عند الإعداد لأي بحث علمي يجب على الباحث أن يرسم جملة من الحدود التي تعتبر الإطار العلمي الذي يضع البحث في قالب الصيغة العلمية وهي:

**2.1- الحدود البشرية:** ضمنت عينة الدراسة التطبيقية ثمانية (08) حالات في سن الرشد ( أمهات لأطفال مصابين بالشلل الدماغي هن من المترددات أسبوعيا على مصلحة الطب الفيزيائي من أجل إعادة التأهيل الوظيفي والتكفل النفسي والأرطفوني لأطفالهن ذوي الإحتياجات الخاصة، ومن نفس الجنس) (أنثى)، تتراوح أعمارهن من 25 إلى 42 سنة، تتوزع حسب مستويات تعليمية مختلفة من السنة أولى متوسط إلى شهادة اليسانس، كما تعيش الحالات أوضاع إجتماعية متباينة، إلا أنهن يشتركن ويتقاسمن نفس المعاناة، المصير والمعاش النفسي اليومي مع أطفالهن المصابين بالشلل الدماغي، والتي تظهر على شكل ردود أفعال نفسية

مصحوبة بمشاعر الحزن الأسي، الإكتئاب، عدم الرضا، الإستهجان، مشاعر الخوف والعار والذنب إتجاه أطفالهن المعاقين.

### - خصائص مجموعة البحث:

مجموعة البحث تم إختيارها حسب طبيعة البحث العلمي وقد تم هذا الإختيار بطريقة غرضية وقصدية، إذ أن الغرضية إستعملناها للتعرف على أنواع معينة من الحالات لدراستها دراسة معمقة أما القصدية من أجل إختيار حالات معينة لتحقيق الغرض من البحث.

جدول رقم (12): خصائص مجموعة البحث.

الحالات	السن	المستوى الدراسي	جنس الطفل	عمر الإبن	سن إستكشاف المرض	نوعية الإصابة
أم "أ"	25 سنة	الثالثة ثانوي	ذكر	04 سنوات	6 أشهر	شلل دماغي تشنجي
أم "ب"	27 سنة	الثانية متوسط	ذكر	سنتين ونصف	9 أشهر	شلل دماغي إرتخائي
أم "ج"	27 سنة	الثالثة ثانوي	أنثى	5 سنوات	12 شهر	شلل دماغي إلتوائي
أم "د"	30 سنة	الثالثة ثانوي	أنثى	6 سنوات	8 أشهر	شلل دماغي تشنجي
أم "س"	31 سنة	السنة أولى متوسط	أنثى	3 سنوات	10 أشهر	شلل دماغي تشنجي
أم "م"	32 سنة	السنة أولى جامعي	ذكر	8 سنوات	7 أشهر	شلل دماغي مختلط
أم "ل"	39 سنة	شهادة اليسانس	أنثى	6 سنوات	8 أشهر	الشلل التخليجي اللاتوازي
أم "هـ"	42 سنة	الثالثة متوسط	أنثى	سنتين	4 أشهر	شلل دماغي تشنجي

- كل الأمهات لديهن مستوى تعليمي وبالرغم من أنه متفاوت إلا أنه ساعدهن على تقبل الحصص العلاجية النفسية والتجاوب معها : الثالثة مستوى متوسط، الثالثة مستوى ثانوي والثانية مستوى جامعي. كما أن عدة

عوامل ساعدت في ذلك نذكر منها: متوسط السن للأمهات المتمثل في: **31,62** سنة . حيث كان فارق السن متقارب فيما بينهن مما ساعدهن على فهم بعضهن وتقاسم إنفعالاتهن وخبراتهم .

كذلك متوسط عمر الأطفال قدر ب : **4,5** سنة، فكل أبنائهن في مرحلة نمو نفسي حركي ويتطلبون تكفل شامل متكامل من طرف الأمهات والفريق الطبي. أما فيما يخص متوسط سن اكتشاف الإصابة فإنحصر في: **ثمانية (8) أشهر**، وهو الوقت المناسب لتشخيص مبكر للمرض والسعي نحو البحث عن العلاج عند فريق طبي وشبه طبي متعدد التخصصات لما تشمله هذه الإعاقة (الشلل الدماغي) من تعقيدات وصعوبات التي تتجمع بدمج مختلف من العوارض تختلف من شخص لآخر، ويعتمد ذلك على شدة ومكان الإصابة الدماغية.

## 2.2- الحدود الزمانية:

قمنا بإجراء بحثنا الميداني هذا خلال الفترة الزمنية الممتدة ما بين **06-01-2019** إلى غاية **12-02-2020**.

## 2.3- الحدود المكانية:

قمنا بتحديد مكان إجراء الدراسة بمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي ب**بهران CHUO**. كما قد تفاوت مكان تواجد الحالات التي تمت دراستها، بين مكتب الأخصائية النفسانية بالمصلحة وقاعة إعادة التأهيل الوظيفي الخاصة بالنساء، وذلك راجع لحجم وراحة العينة أثناء عملية الإسترخاء بالإستلقاء الجماعي أو الفردي.

## التعريف بالمصلحة:

مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي ب**بهران (CHUd'Oran)** تتواجد عند المدخل الغربي للمستشفى، مقابل تماما لمصلحة الإستعجالات الطبية الجراحية (**UMC**) ولقد تم تجهيز المصلحة بالأجهزة الطبية المتطورة شهدتها قاعات الرياضة، التدليك، التأهيل الحركي والوظيفي، وذلك من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات بغية التكفل بالمرضى في **أكتوبر 2017** .

## تتكون المصلحة من:

الطابق السفلي يحتوي على:

- مكتب الإستقبال **Bureau d'accueil**

- مكتب المنسق الطبي **Bureau de coordinateur**

بالمداواة بالعمل - مكتب المختصين في العمل بالأشغال اليدوية أو ما يعرف:

**L'ergothérapie**

\_ مكتب المختصين في الحركة النفسية **La psychomotricité**

\_ ثلاث (03) مكاتب للأطباء المقيمين **Les Résidents**

\_ غرفة المناوبة **Chambre de garde**

\_ غرفة العلاج **Salle de soin**

\_ جناحين للإستشفاء: **L'hospitalisation**

في الجهة اليمنى عند دخول المصلحة يوجد جهة أو جناح الإستشفاء الخاص بالرجال ويحتوي على **04** غرف، كل غرفة تحتوي على سريرين وحمام وجهاز للتكييف الهوائي.

وفي الجهة اليسرى عند دخول المصلحة يوجد جناح الإستشفاء للنساء ويحتوي على **04** غرف أيضا، كل غرفة تحتوي على سريرين وحمام ومكيف هوائي.

- كما يوجد في الطابق السفلي أيضا : صيدلية، قاعة الأفرشة والأغطية، مطبخ، فناءين، مصعد، مراحيض.

في الطابق الأول يوجد:

\_ أمانة السر **Secrétariat**

\_ مكتب الأخصائية النفسانية **Bureau de psychologue clinicienne**

\_ مكتب الأخصائية الأرتفونية **Bureau de l'orthophoniste**

\_ مكتب رئيس المصلحة **Bureau de Médecin Chef**

\_ رواق يتواجد فيه أربعة مكاتب للأطباء المختصين (**Assistants et Maitre assistants**)

\_ مكتب للمؤهلين الموظفين والحركيين **Les kinésithérapeutes**

\_\_ قاعة المحاضرات **Salle de conférence**

\_\_ قاعة الرياضة والتأهيل الحركي الوظيفي خاصة بالنساء.

\_\_ قاعة الرياضة والتأهيل الحركي الوظيفي خاصة بالرجال.

\_\_ قاعة الرياضة والتأهيل الحركي الوظيفي خاصة بالأطفال.

\_\_ ثلاث قاعات للإنتظار، مراحيض، مصعد.

### التعريف بمهام المصلحة:

مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي تتنوع مهامها فهي تستقبل المرضى الذين يعانون من الحد الوظيفي وعدم التأقلم الحركي أو من إعاقة ما.

ومن الأنشطة الممارسة في المصلحة :

## 1. الوحدة الخاصة بالمشي **L'unité Ambulatoire**

.الفحص اليومي متعدد التخصصات.

. الفحص الأسبوعي المتعدد التخصصات كل يوم أحد وهو خاص بأطفال الشلل الدماغى (**IMC**)

. الفحص الأسبوعي المتخصص كل يوم إثنين وهو خاص بالمرضى المصابين بالحدوث الوعائى الدماغى

(**AVC**) ومرضى الباركنسون (**Parkinson**)

. الفحص الأسبوعي المتخصص كل يوم ثلاثاء وهو خاص بمرضى ال (**SPA**)

**Spondylarthritis Ankylosante**

. الفحص الأسبوعي المتخصص كل يوم أربعاء وهو خاص بمرض التصلب اللوحي (**SEP**)

**Sclérose en plaque**

. المنصات التقنية الرياضية والعلاج الفيزيائى الطبيعى

**La kinésithérapie, La physiothérapie, La balnéothérapie**



## - التخصصات المساعدة:

العلاج بالشغل Ergothérapie: التكفل في وقت واحد، إعادة التأهيل وإعادة التكيف

مثلا من خلال تعلم إستخدام الكرسي المتحرك في البيئة الخارجية مع التوعية بالإعاقة من خلال الأشغال .

. تقييم وإعادة التأهيل للإضطرابات النفسعصبية .

. تقييم وإعادة التأهيل لإضطرابات الكلام (الأرطفونيا).

. إعادة التأهيل لإضطرابات البلع La déglutition

. إعادة تأهيل الحركة النفسية Psychomotricité

. التكفل بالعلاج النفسي La psychothérapie

## 2. وحدة الإستشفاء الجزئية ( Hopital du jour ):

. تقييم وعلاج الألم (Infiltration , Traitement...)

. علاج أمراض الروماتيزم Traitement de fond par Biothérapie des maladies

Rhumatismales

. إعادة التأهيل للحركة النفسية Psychomotricité

. إعادة التأهيل النفسعصي Neuropsychologie

## 3. وحدة الإستشفاء ( Hopital du jour ):

. يهتم بهم فريق متعدد التخصصات من مؤهل حركي، نفساني، أرطفوني.

Ergothérapeute et psychomotricien et médecin traitant spécialiste

الوحدة الخاصة بالتوجيه التشخيصي والعلاجي:

. علاج حالات الشلل التشنجي:

Injections de toxine botulique pour le traitement de la spasticité.

## Les épreuves fonctionnelles et les bilans neuro-urologie...

الوحدة الخاصة للتوجيه النورولوجي، تستقبل مرضى الإصابة الدماغية والنخاعية لأسباب الأوعية الدموية والحالات الإنتكاسية..

## Traumato-orthopédique رضوض العظام اضطرابات توجيه إضطرابات رضوض العظام

تستقبل المرضى الذين أسباب إنتكاساتهم ( المنتكسون لأسباب الأمراض الإلتهابية الروماتيزمية، أو إضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة والمنهكة:

Post traumatique complexes et invalidantes (scolioses, genou et hanche opérées chirurgie fonctionnelle du handicap du membre supérieur du tétraplégique, des troubles neuro-orthopédiques de la spasticité, chirurgie des escarres) .

## التعليم العلاجي: L'éducation thérapeutique

يسمح للمرضى بإكتساب والإحتفاظ بقدرات وكفاءات تساعدهم لعيش حياتهم بطريقة مثالية تناسب وضعية إعاقتهم أو عجزهم.

فقدرة المريض على مواجهة عدة ساعات لإعادة التأهيل يستلزم حالة عامة جيدة وتكفل من طرق فريق متعدد التخصصات، وبتكرار حصص العلاج وإعادة التأهيل يكتسب مهارات تكيفية لنوع إعاقته.

### 3. صعوبات الدراسة:

أما الصعوبات التي واجهت الطالبة عند قيامها بتطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا فتكمن في:

- على الجانب النظري واجهت صعوبة أثناء إطلاعي على الدراسات والأبحاث السابقة التي تناولت موضوع دراستنا، فلم نجد دراسات مماثلة لموضوع البحث، بل واجهنا دراسات مشابهة تناولت متغير واحد من الدراسة فقط.

- بعض العراقيل في كيفية ضبط الزمان والمكان، حيث أخذت بعض الوقت من أجل وضع رزنامة المواعيد لإجراء الجلسات العلاجية، فالجلسة تحتاج إلى توفر حالات المجموعة العلاجية لمدة ساعتين ونصف على الأقل ويجب مراعاة ظروف كل حالة، وبعد إقتراحات عديدة توصلنا إلى ضبط موعد يساعد كل أطراف الجماعة.

- صغر حجم المكتب الخاص بالجلسات العيادية النفسية لتطبيق تقنية الإسترخاء بالوضع المستلقي، مما إستدعى تغيير المكان إلى قاعة إعادة التأهيل الوظيفي الخاصة بالنساء والتي كانت جد ملائمة، واسعة ومجهزة بطاولات الفحص التي إستعملناها للإستلقاء.

- إستصعب علينا وضع التقييم الشهري للحالات والمتابعة العلاجية بعد ظهور جائحة كورونا.

#### 4- المنهج المتبع والأدوات العيادية المستخدمة في الدراسة الميدانية:

تبعاً لطبيعة الموضوع تم إختيار المنهج العيادي إستناداً على مقارنة علاجية سيكوديناميكية بإنتهاج تيار "مورينو Moreno" الذي يعتمد على دراسة الحالة بطريقة معمقة، ولأن دراستنا تعتمد على تقديم علاج نفسي جماعي بهدف تخفيف الضغط والإحتراق النفسي لمجموعة من أمهات الأطفال المشلولين دماغياً، من خلال عرض معاشهن النفسي في ظل بيئتهن.

**المنهج العيادي الإكلينيكي:** يعد المنهج العيادي أحد المناهج الأساسية في مجال الدراسات النفسية، ولقد إعتدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضياتنا وموضوع الدراسة من جهة، ولفردانية الحالات من جهة أخرى، حيث يسمح لنا بالوقوف على الواقع النفسي للفرد من خلال دينامية الميكانزمات الدفاعية والصراع النفسي فهو يهتم بدراسة الحالة لتكوين صورة معمقة ومتكاملة عن شخصية متفردة لها تاريخ وماضي، ولها أبعادها في واقعها الحاضر، ولها تعلقاتها إلى المستقبل. ويعتمد على عدة تقنيات نفسية، وله عدة مناهج فردية نذكر منها:

- المنهج الوصفي: إستعمال الملاحظة والمقابلة العيادية.

- المنهج التاريخي: لمعرفة تاريخ الحالة.

- المنهج التشخيصي: بإستعمال الإختبارات النفسية الإسقاطية والموضوعية.

- وصف الأساليب الإكلينيكية والأدوات العيادية المستخدمة في الدراسة:

**دراسة الحالة:** إعتدنا على دراسة الحالة كطريقة مثلى لوصف الأعراض بالرجوع إلى المراحل الأولى من حياة الحالة وبملاحظة سلوكها الحالي والتعرف على صراعاتها المعاشة.

فدراسة الحالة هي المجال الذي يقدم للأخصائي النفسي أكبر قدر من المعلومات حتى يتمكن من فهم معمق للحالة، فهي دراسة تركز على الفرد وتهدف إلى التوصل إلى الفرضيات، كما عرفها **K. Shaw** بأنها: "طريقة تركز على دراسة سلوك الفرد داخل الموقف الكلي وتحليل الحالات ومقارنتها لتكوين الفرضيات". ففي دراسة

الحالة نبحث عن العوامل الحقيقية النابعة من الشخص، ونبحث عن العوامل المفجرة النابعة من المحيط. كما أن التفسير ينبع من الثقافة. (البكري، 2009، ص199)

- **المقابلة العيادية:** حسب **ChilandColette (1983)**: "هي تبادل كلامي ما بين شخصين أو أكثر..". . المقابلة العيادية هي نشاط مركزي للأخصائي النفسي، حيث أن المقابلة العيادية تعتبر حوار وليس إستجواب وهي تحمل أهداف مسطرة وهدف علاجي بمعنى العلاقة المتبادلة بين الفاحص والمفحوص، تكون محدودة في إطار علاجي محض وفي المقابلة الأولى يدخل الأخصائي النفسي مع الحالة في عقد نفسي معنوي: « le contrat morale » (Colette Chiland, 1983, p09)

إن طبيعة موضوع بحثنا تطلبت منا الإعتماد على مختلف أنواع المقابلات، حتى تكون مكية أكثر مع وضعية الحالات المدروسة، ومن أجل هذا سوف نقوم بتحديد أنواع هذه المقابلات التي تبيينها في دراستنا هذه كما يلي:

- **المقابلة الغير موجهة:** هي نوع من المقابلة المتمركزة حول المفحوص، إذ يترك الفاحص المجال للمفحوص للحديث في إجاباته على الأسئلة المطروحة والمعدة مسبقا، يتجنب مقاطعته أو إرباكه بالتدخلات، كما يحترم فترات صمت المفحوص وتوقفاته وإنقطاعاته في الكلام. وتكمن أهميتها في الوصول إلى تفسير وتحليل خطاب الحالة أو المفحوص أو المضمون الذي أتى به المفحوص، وهنا نقف أمام مختلف التوظيفات النفسية والميكانيزمات الدفاعية. (Benony et Chahraoui , 1999, p63)

- **المقابلة النصف موجهة:** إن طبيعة موضوع بحثنا تستدعي إستعمال هذا النوع من المقابلات لأنها تخدم موضوع الدراسة، فهي ليست مفتوحة تماما، إذ أنها تحدد للمفحوص مجال السؤال ونترك الحرية للحالات للتعبير عن معاناتهن في حدود الدراسة، بحيث كنا نضطر في بعض الأحيان بالتقيد ببعض الأسئلة وتغيير نوع التقنية (المقابلة)، وذلك بهدف جمع أكبر قدر من المعلومات. بحيث قمنا بتحضير بعض الاسئلة التي تتناسب مع المواضيع المقترحة على عينة البحث، كما إعتدنا على " دليل المقابلة **Le guide d'entretien** " المعد مسبقا ليساعده على سير المقابلة العيادية وذلك من خلال تحضير مجموعة من الأسئلة التي تتماشى مع موضوع البحث أوالدراسة، وهذه الأسئلة لا تطرح بطريقة مرتبة ومتسلسلة وإنما تطرح في الوقت المناسب أثناء المقابلة العيادية، وجمع المعطيات يتحدد بتلك الأسئلة التي يتدخل بها الفاحص ويترك المجال لإجابة المفحوص.

وهكذا يمكن للمعالج النفسي أن يحافظ على المظهر التلقائي للتداعيات التي يقدمها المفحوص لأن إصطياد المعلومات يحد من تلقائية الحالة.

– **الملاحظة العيادية:** هي أداة من أدوات البحث تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة بحثه وإختيار فرضياته، فهي تعني الإنتباه المقصود أو الموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين، بقصد متابعته ورصد تغيراته للوصول إلى وصف هذا السلوك أو وصفه وتحديدده أو وصفه وتقييمه.

(البكري، 2009، ص89)

وقدم معجم أكسفورد الدقيق **Oxford** تعريفا للملاحظة حيث يرى أنها مشاهدة صحيحة تسجل الظواهر كما في الطبيعة وذلك بأخذ الاسباب ونتائج العلاقات المتبادلة بعين الإعتبار. (مزبان، 2008، ص97)

والملاحظة العيادية أساسية بنوعها (المباشرة، غير المباشرة) في المقابلة العيادية، وقد إعتدنا في دراستنا على **الملاحظة المباشرة**، والتي يتم عن طريقها دراسة السلوك الظاهري للشخص بموضوعية وبصورة مباشرة وجمع البيانات والمعلومات اللازمة لفهم السلوك وفهم الأسباب التي تكمن وراءه والظروف التي تؤثر فيه.

#### تقنية سرد الحياة:

إستعملنا هذه التقنية للإهتمام بعلاقة الحالات مع المحيط الطبيعي، الإجتماعي، الثقافي، وتكون له القدرة على التفكير والتأويل والتفسير يكون نفسي، إجتماعي وثقافي. فسرد الحياة يكون في إطار العلاج السيكوديناميكي، تفاعل المرض في إطار العلاقة مع الآخر، من خلال تعبير الحالات عن مواضيع معينة خاصة بما أن جماعة الأمهات (عينة الدراسة) لهن نفس المشكل، فهنا الإقتراب من مشكلة خاصة يستدعي إستعمال آليات دفاعية لدى الإسقاط الجماعي يسمح بالمعايشة مع الذات، أي الفرد يعيش مع ذاته ومع مشاكله وهي تعد فرصة للتحدث مع الذات.

#### الملاحظة في سرد الحياة: **Le cadre de l'observation**

هي تفاعل بين الأخصائي والحالة فهناك عوامل لاشعورية تلعب دور فعال في هذا التفاعل أي يجب أن يلاحظ الأخصائي ما هو مرئي وما يظهر من خلال الخطاب الجسدي من إيماءات، إشارات، نبرة الصوت... فمن خلال اللاخطاب نصل إلى معاني كثيرة، كما أنها تسمح بالتعرف على درجة القلق ودرجة تفاعل الحالة مع صراعاته وهذا ما يعرف بالتعبير الغير لفظي للانفعالات.

**Valera et Tomson** تكلمتا عن الملاحظة في كتاب التسجيل الجسدي في الفكر المعنون ب :

«Inscription corporelle de l'esprit »

يقول الباحثان أن الملاحظة هي عبارة عن إدراك وملاحظة حدث أساسي وتكون في طريقتين:

**الطريقة الأولى:** إما أن ندرك هذا الحدث لحدث طبيعي وبالتالي يقتصر عملنا على ملاحظة السلوكيات، مع محاولة إعطاء المعنى لكل ما يصدر عن الحالة منذ دخوله وطريقة جلوسه ...

**الطريقة الثانية:** نلاحظ تجربة الفرد وتفاعلاته ويقتصر عملنا في هذه الطريقة على دراسة المعاني والدلالات.

(الفتلي هاشم، 2014، ص110)

### المقاربة العلاجية السيكوديناميكية تيار مورينو :

لقد عرف مورينو **Morino (1932)** العلاج النفسي الجماعي: "بأنه أسلوب علاجي يجمع بين تقنية توزيع الأدوار أو المهام وبين تقنية العلاج التلقائي المباشر".  
(Morino, 1965, p21)

كان مورينو **Morino** في النمسا أول أطباء العلاج النفسي الجماعي وهو أول من أطلق مصطلح العلاج الجماعي وأوصى باستخدامه كوسيلة لخلق جو علاجي، وهذه الوسيلة أدت إلى ظهور أو تطور الطريقة المبتدعة المسماة السيكودراما والسوسيودراما.

ظهر مصطلح العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عند مورينو **Moreno** في 1932 حيث رأى أنه يمكن التحسين الأحوال الاجتماعية تلقائياً نتيجة للتفاعلات بين الجماعة، بحيث كانت بداية هذا النوع من العلاج عن طريق الإعتبارات الإقتصادية والتي هي الدافع الرئيسي لإبتداعه، ولكن سرعانما تبين أن فوائد هذا العلاج تتعدى إختصار الوقت وتخفيض التكلفة العلاجية لتشمل بعض الجوانب المتعلقة بمنظور العلاج النفسي ومنهجيته وتطبيقاته العملية.  
(فطيم، 1994، ص41)

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى قواعد نفسية وإجتماعية رئيسية، لا بد من مراعاتها لتقويم سلوك المريض في العملية العلاجية وتقتضي الإستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الإجماعي للمريض. الوصول إلى التوافق الإجماعي كهدف للعلاج النفسي الإجماعي يرتبط بالتوافق الشخصي وسعادة الفرد في تفاعله الإجماعي، ورغم وجود فروق فردية بين الأفراد إلا أن هناك تشابه بينهم في بعض السمات الشخصية وفي بعض الحاجات وبعض المشاكل كالعزلة الإجماعية.

كما يساعد الحالات على حل مشاكل المقاومة والتخلي عن المبادئ الخاطئة التي نتجت عنها مشاعر الدونية والعزلة وتحقيق الأمان الحقيقي الداخلي والسير في الحياة بثقة وموضوعية.

## – الإختبارات المستعملة والمقاييس النفسية:

الإختبار النفسي: هو كأى وسيلة من وسائل المنهج العيادي، وهو أداة مساعدة لجمع البيانات والمعطيات عن الحالات، ويعرفه **Ckronbasch** بأنه: "أداة محددة منظمة لملاحظة السلوك ووصفه وذلك بإستخدام التقدير الكمي أو لغة الأرقام". (محمد شحاتة، 2000، ص35)

### أدوات القياس في البحث:

إستخدمت الباحثة في الدراسة الحالية مجموعة من وسائل القياس بهدف جمع معلومات وبيانات حول عينة البحث، والتي تمثلت في ملف الأم وطفلها المعاق بغرض جمع معلومات شخصية، عائلية، مهنية، إجتماعية وإقتصادية، من خلال تقنية سرد الحياة للتعرف على تاريخ وراهن الحالات. أيضا بهدف الكشف عن المعاش النفسي اليومي لأمهات الأطفال المشلولين دماغيا.

. **ملف الأم وطفلها المعاق:** إعتدنا في بحثنا الحالي على ملف خاص لكل أم وطفلها من أجل الحصول على البيانات الشخصية، الإجتماعية والمهنية الإقتصادية، من حيث الجنس، السن ( مرتبة الطفل المعاق بين الإخوة)، الحالة المادية الإقتصادية، التكفل ورعاية الطفل المعاق أغلبية الوقت، كيفية الوصول إلى المستشفى أو غيره (هل لديهم سيارة، منطقة السكن بعيدة أم لا، الطريق معبدة أو لا...).

أنظر في الملاحق، حيث سمحت لنا هذه المعلومات بالتعرف على خصائص عينة البحث أيضا.

وفي هذه الدراسة سيتم الإعتماد على إختبار فحص الهيئة العقلية للدكتور **نصرة** "رحمه الله". بالإضافة إلى بطارية من المقاييس النفسية التي يوضحها لنا الجدول التالي:

عدد البنود	المقياس النفسي
30	إدراك الضغط النفسي <b>Levenstein</b>
22	الإحتراق النفسي الأمومي <b>PBA</b>
20	إستراتيجيات المواجهة <b>coping</b>
15	الإستراتيجيات السلبية

الجدول رقم (13): يوضح أدوات القياس النفسية المطبقة في الدراسة الميدانية.

وسيتم فيما يلي عرض وتقديم كل مقياس على حدا من حيث وصفه وتبيان كيفية تصحيحه، ومدى صدقه وثباته.

#### أ. إختبار فحص الهيأة العقلية:

هو عبارة عن وسيلة تحليلية للوصول إلى التشخيص الملائم الخاص لكل حالة، وضع من طرف الدكتور نصره قويدر رحمه الله سنة 1978، يعتمد هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية والحركية، ويحصل الفاحص على المعلومات الرئيسية، إما من خلال إعطاء التفسيرات أو تقديم التوضيحات المهمة أو من خلال ذكر الفاحص لمشكلته.

ويعتمد على النقاط التالية خلال فحص الهيأة العقلية:

**1- الاستعداد والسلوك العام:** المظهر، اللباس، النظافة، التعبير، السلوك العام خلال الحديث، السلوك خلال الفحص، الانقطاعات في الحديث، تغيرات السلوك الحركي، مؤشرات القلق كالارتجاف، الاضطراب الحركي، التنفس السريع، الاستثارة والاستجابات الحركية غير المراقبة.

**2- النشاط العقلي:** الإنتاجية التلقائية، الكمية، الإجابة، التكرار الآلي، الشرود الذهني.

**3- المزاج و العاطفة:** الاستجابات العاطفية للشخص خلال المقابلة، الاكتئاب، القلق، البلادة، تضخم الأنا، الإحساس بالذنب، أفكار تعكس احتقار الذات، نزعة الإنتحار.

**4- محتوى التفكير:** محتوى التغير، التلقائية في الإجابات، انشغالات تدمير الذات، العدوانية الموجهة نحو الآخرين، شكاوي توهم المرض، أفكار العظمة والإضطهاد.

**5- القدرة العقلية :** التوجه المكاني والزمني، الانتباه، الذاكرة الحديثة والبعيدة، الحساب، الكتابة، الفهم، القراءة، المعارف العامة والذكاء.

**6- الاستبصار والحكم:** القدرة على التكيف بوضع علاقة بين إمكانية المفحوص على استيعاب مشكلته والظروف التي ساهمت في ظهور المشكل، مدى درجة استيعابه للسلوكيات المتكررة السابقة لمواجهة المشكل وميزات شخصيته، أسلوب مقاومة المرض المشكل، المراقبة الاندفاعية والمخططات السابقة لمواجهة المشكل.



ولتقويم الحكم نطرح الأسئلة التالية:

ماذا تفعل إذا كنت أول من اكتشف وجود النار في السينما؟

ماذا تفعل إذا وجدت نفسك تائه في مدينة غريبة؟

#### 7-التشخيص:

يجب أن يأخذ متسعا من الوقت كي لا يترك أي مجال للشك في التشخيص المتوصل إليه.

#### 8-الملخص:

يضم العناصر المهمة في تاريخ الحالة، سلوكها، الآليات الدفاعية المستعملة والتشخيص الفارقي.

- أما من ناحية المقاييس السيكومترية فلقد إستخدم في تنفيذ هذا البحث مخطط المجموعة الواحدة لقياس قبلي وبعدي ويتمثل هذا المخطط كما يلي:

قياس قبلي للمجموعة ← تطبيق البرنامج العلاجي ← قياس بعدي للمجموعة

ويحكم على تأثير المعالجة بموجب التغير في الدرجات بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل حالة على حدة. وتم ذلك من خلال ما يلي:

### ب. مقياس إدراك الضغط questionnaire de la perception du stress

#### 1- وصف الإختبار:

صمم هذا الإختبار من طرف الباحث لفنستين وآخرين سنة 1993 بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط، يتكون هذا الإختبار من 30 عبارة تتوزع وفقا لنوعين من البنود تميز منها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.

البنود المباشرة: تتضمن 22 عبارة وتمثل في العبارات رقم:

(30,28,27,26,24,23,22,20,19,18,16,15,14,12,11,9,8,6,5,4,3,2)

وتدل هذه العبارات على وجود مؤشر ضغط مرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول إتجاه الموقف، وعلى مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب عليها بالرفض.

وتنقط هذه العبارات من { 1 إلى 4 } من اليمين (تقريبا - أبدا) إلى اليسار (عادة).

البنود غير المباشرة: تشمل 08 عبارات المتمثلة في العبارات رقم:

(29,25,21,13,17,10,7,1)

ويستدل على وجود مؤشر إدراك الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض، وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالقبول.

وتنقط هذه البنود بصفة معكوسة من {4 إلى 1} من اليمين (تقريبا- أبدا) من اليسار (عادة).

## 2- كيفية تطبيق المقياس:

يقوم الفاحص بشرح التعليمات (La consigne) للفرد المعروض لوضعية القياس النفسي وتتمثل التعليمات:

أمام كل عبارة من العبارات التالية ضع العلامة (X) في الخانة التي تصف ما ينطبق عليك عموما، وذلك خلال سنة أو سنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزج نفسك بمراجعة إجابتك، وإحرص على وصف مسار حياتك بدقة خلال هذه المدة، هناك أربعة إختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات الإختيار وهي بالترتيب:

تقريبا أبدا . أحيانا . كثيرا . عادة .

## 3- كيفية تنقيط المقياس و تصحيح الإختبار:

إن كيفية تصحيح وتنقيط عبارات الإختبار ليتم التدرج فيها من واحد(1) إلى أربعة(4) نقاط، وهذه الدرجات تتغير حسب نوع البنود، فالبنود المباشرة تنقط من (1) إلى (4) من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

أما البنود غير المباشرة فتتقط من (4) إلى (1) من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

والجدول رقم ( 14 ) يوضح ذلك إذ بعد تنقيط كل بند، نقوم بجمع الدرجات المحصل عليها لإيجاد الدرجة الكلية للإختبار.

بنود غير مباشرة	بنود مباشرة	البنود الإختبار
4 نقاط	نقطة	1- تقريبا أبدا
3 نقاط	نقطتان	2- أحيانا
نقطتان	03 نقاط	3- كثيرا
نقطة	04 نقاط	4- عادة

جدول رقم ( 14 ): يمثل كيفية تنقيط إختبار إدراك الضغط النفسي لـ (Levenstein).

#### 4- الأساليب الإحصائية الخاصة بالمقياس:

يتغير التنقيط حسب نوع البنود المباشرة أو غير المباشرة، ويستنتج قيمة مؤشر إدراك الضغط في هذا المقياس، وفق المعادلة التالية:

### مجموع الدرجة الخام - 30

مؤشر إدراك الضغط =

90

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الإختبار من البنود المباشرة والغير مباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من الصفر (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط (lowest possible level of stress)، إلى واحد (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط (highest possible level of stress). (حكيمه آيت حمودة، 2005، ص226)

## 5- ثبات وصدق المقياس:

-الصدق: حسب دراسة لفنستين **Levenstein (1993)** التي قام بها للتحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي (concurrent validity)، الذي يركز على مقارنة مقياس إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط، أظهرت النتائج أن هناك إرتباطا قوي بهذا المقياس مع " سمة القلق" يقدر ب 0,75 . ومع مقياس إدراك الضغط "كوهن **Cohen**" يقدر ب 0,73 . بينما سجل إرتباط معتدل يقدر ب 0,56 مع مقياس الإكتئاب وإرتباط ضعيف مع مقياس قلق الحالة يقدر ب 0,35.

- الثبات: قام لفنستين بقياس التوافق الداخلي (internal consistency) للإستبيان بإستعمال معامل (ألفا **coefficient Alpha**) فأظهر وجود مستوى تماسك قوي يقدر ب 0,90 . كما أظهر قياس ثبات الإستبيان بإستعمال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق للإختبار بعد فاصل زمني يقدر بثمانية أيام، وجود معامل ثبات مرتفع يقدر ب 0,80 يشير ل **لفنستين** و آخرون سنة (1993) إلى أن مقياس الضغط المدرك يعتبر أداة ثمينة تساهم في إثراء البحوث النفسية الجسدية، كما يمكن أن يكون عاملا تنبؤيا هاما لمستقبل الحالة الصحية للفرد لاحقا. (حكيمة آيت حمودة، 2005، ص226)

## ج. مقياس تقدير الإحتراق النفسي الوالدي: (PBA) the Parental Burnout Assessment

### وصف القياس:

مقياس الإحتراق النفسي هو سلم إقترحه في بادئ الأمر كل من **Jackson Maslach** et لمهن القطاع الصحي ومهن المساعدة (الأساتذة، المدرسين، الشرطة) ليقاس أعراض الإحتراق النفسي، ومنذ الثمانينات إكتسب مفهوم متلازمة الإحتراق الوالدي مزيدا من الإهتمام وتدرجيا ظهر مفهوم الإحتراق الأمومي والذي ينبع بدوره من مفهوم الإحتراق المهني وقد تم تقييمه لأول مرة من قبل فرويدنيبرجر (**Frendenberger 1974**) و **ماسلاش** و **جاكسون (1981)**، إذ وجد الباحثون بعض أوجه التشابه بين الإحتراق المهني وبين الصعوبات التي يواجهها البالغون في أدوارهم الأبوية، وفي الآونة الأخيرة ظهرت دراسة بلجيكية ل **ميكولاجزك** **Moira Mikolajczak** وآخرون (2018) على الوالدية (الأمهات) بناء على النسخة الأصلية، معتمدا على إستراتيجيات التكيف التي وصفها "لازاروس وفولكمان" (1984) والمستخدمة في سياق محدد من الوالدية والإحتراق الوالدي.

تم قياس إحتراق الأمهات من خلال مقياس ماسلاش للإحتراق النفسي المكيف على الوالدية (MBI-P) من طرف مجموعة من الباحثين منهم:

**Moira Mikolajczak ,Isabelle Roskam and Marie- Emilie Raes**

وذلك من أجل تقييم شدة الإحتراق الأمومي (L'épuisement maternel)، ولقد تم إعادة بناء وتعديل تعليمات الإستبيان حيث وضعوا كلمة "طفلي" بدلا من "متلقياتي أو مستلزماتي" و"كوني أما" بدلا من "وظيفتي أو عملي".

المستويات الأربعة لتقدير الإحتراق النفسي الوالدي:

يتكون هذا المقياس من 23 بنداً يسمح بعرض المستويات الأربعة للإحتراق النفسي، تمت الإجابة عنها حسب نموذج ليكرت Likert Scale المثبت والمصادق عليه المكون من سبعة نقاط:

(من 0 : "أبدا" إلى 6: "كل يوم").

يتضمن المقياس أربعة نقاط فرعية تتمثل في المستويات الأربعة للإحتراق النفسي وهي كالآتي:

**1-الإرهاك الوالدي: PBA-Exhaustion**

**L' épuisement Parentale**

يقيس الإرهاق الوالدي بسبب رعاية الأبناء مثال: " لدي إحساس أنني متعب(ة) تماما بسبب دوري كوالد(ة)".

ويتضمن البنود التالية: PBA-18 , PBA-32 , PBA-2 , PBA-33 , PBA-50 PBA-  
PBA-58 , PBA-31, PBA-40, PBA-19.

**2-تباين الطابع الشخصي وتبدد الشخصية : PBA-Contrast**

**Dépersonnalisation**

يقيس المشاعر السلبية إتجاه الأبناء مثال: " أصبحت أستحي من نفسي كوالد(ة)".

ويضم البنود التالية: PBA-16 ,PBA-48 ,PBA-47 ,PBA-45 , PBA-37 , PBA-22 .

### 3- التشبع وتدني الشعور بالإنجاز الشخصي مع فقدان المتعة: PBA-Saturation

#### Diminution de l'accomplissement personnel

يقيس الرغبة في النجاح والإنجاز الشخصي لمواجهة مرض الأبناء ومتاعبهم مثال:

" لم أعد أتحمّل كوني والد(ة)".

ويشمل البنود التالية: PBA-34 , PBA-35 , PBA-29 , PBA-42 , PBA-27

### 4- الانفصال العاطفي والإرهاق: PBA-Distancing

#### Epuisement Emotionnelle

يقيس المشاعر الإنفعالية والإرهاق العاطفي بسبب رعاية الأبناء مثال:

" لم يعد بإمكانني أن أظهر لأولادي مدى حيي لهم".

ويتضمن البنود التالية: PBA-49 , PBA-53 , PBA-38

وقد تم بناء بنود المقياس على شكل عبارات تسأل عن شعور الفرد إتجاه أبنائه، بحيث يجب الفرد حسب سلم متدرج من 6 احتمالات تتراوح من (1) حيث يحدث الشعور قليلا في السنة، إلى غاية درجة (6) حيث يحدث الشعور يوميا.

#### كيفية تنقيط المقياس:

على الأمهات أن تجن على كل بند بالتعبير عن شدة ردود أفعالهن، وللتنقيط إستخدمت أرقام تتراوح من بين 1 و6 لتدل على درجة هذه الشدة حيث تنقط كالاتي:

الجدول رقم (15): يوضح مقياس ليكرت المكون من سبعة نقاط.

النقطة	ما ترمز إليه
0	أبدا
1	بضع مرات في السنة
2	مرة في الشهر أو أقل
3	بضع مرات في الشهر
4	مرة كل أسبوع
5	بضع مرات في الأسبوع
6	كل يوم تقريبا

(CPS, Feinberg et al. 2012)

والفرد حسب هذا المقياس لا يصنف على أساس أنه يعاني أو لا يعاني من الإحترق النفسي، ولكن يصنف على أساس أن درجة الإحترق عنده تتراوح ما بين مرتفعة أو معتدلة أو منخفضة.

الجدول رقم(16): يوضح تصنيف أبعاد مقياس تقدير الإحترق النفسي الوالدي وكيفية تنقيطه.

كل يوم	عدة مرات في الأسبوع	مرة في الأسبوع	عدة مرات في الشهر	مرة أو أقل في الشهر	عدة مرات في السنة أو أقل	أبدا	
6	5	4	3	2	1	0	وزن البنود وفقا لسلم الإجابة
6	5	4	3	2	1	0	الإفهام الوالدي إذا
(6=1×6)	(6=1×6)	(6=1×6)	(6=1×6)	(6=1×6)	(6=1×6)	(0=0×6)	6 من أصل 9 بنود تحصلت على درجة...
6	5	4	3	2	1	0	تبدد الشخصية و تباين الطابع الشخصي إذا 4 من أصل 6 بنود تحصلت على درجة...
(24=6×4)	(20=5×4)	(16=4×4)	(12=3×4)	(8=2×4)	(4=1×4)	(0=0×4)	
6	5	4	3	2	1	0	التشبع وتدني الشعور بالإنجاز الشخصي مع فقدان المتعة إذا 3 من أصل 5 بنود تحصلت على درجة...
(18=6×3)	(15=5×3)	(12=4×3)	(9=3×3)	(6=2×3)	(3=1×3)	(0=0×3)	
6	5	4	3	2	1	0	الإنفصال العاطفي إذا 2 من أصل 3 بنود تحصلت على درجة...
(12=6×2)	(10=5×2)	(8=4×2)	(6=3×2)	(4=2×2)	(2=1×2)	(0=0×2)	
6	5	4	3	2	1	0	الإحترق النفسي التام إذا 15 من أصل 23 بنود (65%) تحصلت على درجة...
90=6×15)	75=5×15)	60=4×15)	(45=3×15)	=2×15)	=1×15)	=0×15)	(15 (15 (30 (



التفسير	من 0 إلى 30:	من 31 إلى 45	من 46 إلى 61	من 61 إلى 76 درجة
درجة الشخص	لا يوجد إحتراق نفسي.	درجة= خطر ضعيف	60 درجة = خطر معتدل	75 درجة= و أكثر = إحتراق نفسي.

وليتم تشخيص الإصابة بالإحتراق النفسي، يجب أن يكون لدى الشخص 65% من الأعراض (البنود) يوميا. ومن أجل الحصول على شدة الإحتراق النفسي يتم جمع إجابات كل مستوى على حدى وهذا من أجل الوصول إلى درجة وشدة كل بعد من الأبعاد الأربعة ثم وفقا لما هو مبين في الجدول أعلاه يتم إستخلاص شدة الإحتراق النفسي بحيث أن:

- يوجد إحتراق نفسي: إذا كان مجموع الدرجات  $\leq 76$ .
  - الإحتراق النفسي مرتفع الشدة: إذا كانت النتيجة ما بين 61 و 75 درجة.
  - الإحتراق النفسي معتدل الشدة: إذا كانت النتيجة ما بين 46 و 60 درجة.
  - الإحتراق النفسي منخفض الشدة: إذا كانت النتيجة ما بين 31 و 45 درجة.
  - لا يوجد إحتراق نفسي: إذا كان مجموع الدرجات  $\geq 30$ .
- ولمعرفة مدى إنتشار الإحتراق النفسي قامت كل من:

**Mikolajczak et Moira Isabelle Roskam** في سنة 2018 بدراسة عينة من 901 من

الآباء الناطقين بالفرنسية أو الإنجليزية وكانت النتائج كالتالي:

- من 30 درجة أو أقل ( $\geq 30$ ): لا يوجد إحتراق نفسي (70,3 %).
- من 31 إلى 45 درجة: خطر الإصابة بالإحتراق النفسي ضعيف (12,4 %).
- من 46 إلى 60 درجة: خطر الإصابة بالإحتراق النفسي معتدل (6,4 %).
- من 61 إلى 75 درجة: خطر الإصابة بالإحتراق النفسي مرتفع (5,0 %).

- من 76 درجة أو أكثر : يوجد إحتراق نفسي (5,9 %).

Mikolajczak M., Roskam I. (2018)

## صدق وثبات المقياس:

لقد قامت كل من:

**Moira Mikolajczak et Isabelle Roskam et Raes Marie- Emilie**

في سنة 2017 بمعهد البحوث في العلوم النفسية بالجامعة الكاثوليكية في لوقان لانوف ببلجيكا بدراسة كان الهدف منها فحص الصلاحية المفاهيمية لمفهوم الإحتراق النفسي الوالدي من أجل تزويد الباحثين بأداة لقياسه. أجرت الباحثات عبر الأنترنت إستبيانين متتاليين، الأول مع عينة تتكون من 379 من الآباء، بإستخدام تحليلات المكون الرئيسي، والثاني مع عينة بلغت 1723 من الآباء، بإستخدام كل من تحليلات المكون الرئيسي وتحليلات عامل التأكيد، كما قامت بدراسة ما إذا كان تم الإحتفاظ بالهيكل ثلاثي الأبعاد لتلازمة "الإرهاق، عدم الكفاءة، إبطال الشخصية" في سياق الوالدين ثم قامت بعد ذلك بفحص خصوصية الإحتراق النفسي الوالدي مقابل الإحتراق النفسي للعمل المقيم في مقياس ماسلاش، كما تم تقييم القلق الوالدي من خلال إستبيان القلق والإكتئاب ل بيك **Beck** .

وفي الدراسة المذكورة، ألفا كرونباخ هي مرضية، بإستثناء البعد الفرعي لإزالة الهوية.

MBI-P EE = 0,92 ; MBI-PD =0,51 ; and MBI-P PA = 0,78

تؤكد النتائج صحة متلازمة الإرهاق ثلاثية الأبعاد متضمنة الإرهاق، عدم الكفاءة والمسافة العاطفية، مع توضيح الفروق بين 53,96 و 55,76% في الدراسات 1 و 2 وموثوقية تتراوح بين 0,89 إلى 0,94.

تتضمن النسخة النهائية لمقياس الإحتراق النفسي الوالدي 22 بند وتعرض خصائص سيكومترية قوية.

(CFI= 0,95 ; RMSEA= 0,06 )

تشير الإرتباطات المنخفضة إلى المتوسطة بين الإحترق النفسي للعمل والإحترق النفسي الوالدي، والإرهاق الوالدي للقلق والإكتئاب إلى أن الإحترق النفسي الوالدي لا يقتصر على الإرهاق بالعمل أو القلق والإكتئاب. ويؤكد إنتشار الإحترق النفسي الوالدي أن بعض الآباء والأمهات قد إستنفذوا قواهم إلى حد أن مصطلح "الإحترق النفسي" هو المناسب لهم.

وحسب دراسة Moira Mikolajczak and all ... فتتراوح نسبة الوالدين الذين يعانون من الإحترق النفسي ما بين 2 إلى 12% ، وتناقش النتائج في ضوء آثارها على المستويات الجزئية، المتوسطة والكلية.

(Roskam I, Brianda M-E and Mikolajczak , 2018)

## د. مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية: Coping

### وصف الإستبيان:

لقد تم بناء هذا الإستبيان من طرف الباحثة جبالي صباح ومجموعة من أساتذة هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة باتنة سنة 2012، في إطار دراسة ميدانية بالمركز الطبي البيداغوجي لدراسة الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الاطفال المصابين بمتلازمة داون، وذلك بعد الإطلاع على الإطار النظري والدراسات التي تناولت إستراتيجيات التعامل ومواجهة الضغوط النفسية بصفة عامة والبحوث السابقة التي تناولت إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بصفة خاصة، ومن أهم المقاييس التي إقتسبت منها بعض الأبعاد أو البنود هي:

- مقياس التعرف على مراحل الأزمة الأسرية المرتبطة بالإعاقة العقلية من إعداد محمد السيد حلاوة (2000).

- مقياس أساليب المواجهة من إعداد أحمد قويبان العنزي (1999).

- مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية من إعداد محمد نجيب الصبوة (2003).

(جبالي صباح، 2012)

قامت الباحثة بالرجوع إلى الإستجابات الخاصة بإستمارة الدراسة الإستطلاعية، وقامت بإعادة صياغة الإجابات وانتقاء الأنسب منها ليوضع في الإستبيان المراد تصميمه، وقد إستفادت الباحثة من الدراسة الإستطلاعية من

خلال الإحتكاك عن قرب بعينة البحث ومعرفة أهم الطرق التي تلجأ إليها الأمهات في مواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء.

### صياغة البنود:

لقد تم صياغة البنود بشكل سهل وواضح، إستناداً على ما جمعه الباحثة من الإجراءات التي ذكرت سابقاً مع إحتواء كل بند على فكرة واحدة فقط، الإبتعاد عن البنود المركبة والتي تحمل أكثر من معنى وأن تكون الإستجابة لكل بند لا تحتاج إلى تأويل، كما تم إقتباس بعض البنود من المقاييس السابقة الذكر بعد إجراء بعض التعديلات بما يتناسب وموضوع وعينة الدراسة.

**التعليمة:** تم إعداد التعليمة المتعلقة بالإجابة على بنود الإستبيان بحيث راعت فيها الباحثة الوضوح ومدى قدرتها على إيصال ما وضعت لأجله، وتضمنت عدد بنود الإستبيان وطريقة الإجابة على البنود، بحيث طلب من المفحوصة إبداء إجابتها عن ما تشعر به وما يتناسب مع وضعيتها.

يتكون الإستبيان من **35** عبارة، إقرئي كل منها بإهتمام وأجبي عنها بإختيار إجابة واحدة من الإجابات الموضحة أمام كل عبارة وذلك بوضع الإشارة (x) تحت الإجابة التي تناسبك، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما تعبر الإجابة عن وجهة نظرك.

إن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا تطلع عليها سوى الباحثة لإستخدامها في البحث العلمي. ونشكركن على تعاونكن معنا.

**تفسير أبعاد إستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:**

**النوع الأول: الإستراتيجيات الإيجابية:**

**1. طلب المعلومة:** هي سعي الفرد لطلب العون والنصيحة والمعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط من الآخرين أو مؤسسات المجتمع للحصول على راحة وجدانية.

**2. التدين:** الرجوع إلى الدين في أوقات الضغوط عن طريق الإكثار من الصلاة والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والإنفعالي والأخلاقي. (محمد نجيب، سهير فهم الغباني، 2004، ص 45)

**3. التخطيط:** سعي الفرد إلى بذل جهد عضلي وقصدي لحل المشكلة ويشمل التفكير في كيفية المواجهة، كوضع خطة معينة على مدى القريب أو البعيد.

4. **التقبل:** قبول الفرد لذاته و للآخرين، والقدرة على تحمل الأخطاء والعيوب، وإيمانه بالقدرة على مواجهة الموقف الضاغط. ( طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص96-100)

**النوع الثاني: الإستراتيجيات السلبية:**

1. **الإنسحاب:** عزل الفرد نفسه عن موقف ضاغط كمحاولة التفكير في أشياء أخرى غير المشكلة.

2. **الإنكار:** رفض الفرد الإعتقاد بحدوث مواقف ضاغطة أو محاولة تجاهل الموقف كليا.

3. **لوم الذات:** عدم قيام الفرد بأي سلوك إيجابي إتجاه الضغط وإلقاء اللوم على الذات وإتهامها بأنه سبب كل ما يحدث. ( خالد عبد الوهاب، 2006، ص71-72)

**- وصف إستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:**

يتضمن الإستبيان نوعين من إستراتيجيات المواجهة وهي:

**الإستراتيجيات الإيجابية:** وتتكون من عشرون (20) بند موزعة على أربعة (4) أبعاد، بحيث أن كل بعد يتضمن خمس (5) بنود.

**الإستراتيجيات السلبية:** وتتكون من خمسة عشر (15) بند موزعة على ثلاث (3) أبعاد، بحيث أن كل بعد يتضمن خمس (5) بنود.

الجدول رقم (17): توزيع بنود إستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

أرقام البنود	الأبعاد	الأنواع
29،16،15،2،1	طلب المعلومة	الإستراتيجيات الإيجابية
30،18،17،4،3	التخطيط	
31،20،9،6،5	التقبل	
35،28،27،14،13	التدين	
34،22،21،8،7	الإنكار	الإستراتيجيات السلبية
33،26،25،12،11	الإنسحاب	
32،24،23،19،10	لوم الذات	

التنقيط على أساس البدائل:

وتتم الإجابة بوضع علامة (x) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس ثلاثي التدرج ( نعم، أحيانا، لا)، وقد وزعت بدائل الإجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (18): تنقيط على أساس بدائل إجابة إستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

لا	أحيانا	نعم	البدائل الإجابة
1	2	3	وزن البند
20	40	60	درجة الإستراتيجيات الإيجابية
15	30	45	درجة الإستراتيجيات السلبية
35	70	105	الدرجة الكلية

علما أن كل البنود إيجابية ولا يحتوي الإستبيان على أي بند سلبي.

- مفتاح التصحيح:

الجدول رقم (19): تصحيح الإستجابة الكلية لإستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

الدرجة المتحصل عليها على كل نوع من الإستراتيجيات	نوع الإستراتيجية المتبعة
من 60 إلى 20	الإستراتيجيات الإيجابية
من 45 إلى 15	الإستراتيجيات السلبية

وعليه فإن أعلى درجة محتملة للإستبيان هي 105 وأقل درجة محتملة هي 35، لكن لا يمكن الأخذ بالدرجة الكلية دون تنقيط كل نوع من الإستراتيجيات على حدى بمعنى يصحح الإستبيان على قسمين قسم يمثل النوع

الأول من الإستراتيجيات، وهي الإيجابية حيث تتراوح الدرجة بين 60 و20 وقسم آخر يمثل النوع الثاني من الإستراتيجيات وهي السلبية حيث تتراوح الدرجة من 45 إلى 15، وتشير إرتفاع الدرجات التي تتحصل عليها أم الطفل المشلول دماغيا في كل نوع من الإستراتيجيات على أنها تعتمد على الإستراتيجية بدرجة كبيرة في حين أن إنخفاض الدرجات التي تتحصل عليها الأم يدل على عدم إنتهاجها لذلك النوع من الإستراتيجيات .

#### - طريقة تطبيق الإستبيان:

يتم تطبيق هذا المقياس فرديا أو جماعيا، بحيث في كلتا الحالتين يطلب من المفحوصات ( أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي) أن تقرأن التعليمات بتمعن، وبعدها تقمن بإختيار البنود التي ترين بأنها تنطبق عليهن. ونطلب منهن وضع البيانات الشخصية المخصص لها جزء في ورقة الإستبيان المقدمة للمفحوصات ثم نطلب منهن قراءة التعليمات بدقة وتمعن لمعرفة الغرض من الإستبيان وطريقة الإجابة عليه.

#### - الخصائص السيكومترية للإستبيان:

##### أولا: عينة التقنين:

تم فيها تطبيق الإستبيان في صورته النهائية على 30 أم طفل مصاب بمتلازمة داون، وذلك لحساب الخصائص السيكومترية للإستبيان، علما أن هذه العينة لم تؤخذ في العينة الأساسية .

##### ثانيا: الصدق:

. **صدق المحتوى:** تم عرض الإستبيان في صورته الأولية على 13 محكم من ذوي الإختصاص بهدف التأكد من مدى ملائمة الإستبيان لقياس ما وضع لأجله والسلامة اللغوية للبنود ومدى إنتمائها للأبعاد التي تقع ضمنها، وفي ضوء ملاحظات وإقتراحات المحكمين تم إجراء التعديلات المناسبة وأصبح الإستبيان في شكله النهائي. تراوحت نسب إتفاق المحكمين على مدى قياس البنود والأبعاد لما وضعت لأجله ما بين 69,23% و100% بمتوسط حسابي قدره 89,05% ، كما كان هناك إتفاق بين كل المحكمين على أن بعد الفكاهة لا يقيس ما وضع من أجله وكانت نسبته المئوية أقل من 60% فقامت الباحثة بحذفه ليصبح المتوسط الحسابي 94,03% وهي نسبة مرتفعة تدل على أن الإستبيان يتمتع بصدق مرتفع.

. **الصدق التمييزي:** قامت الباحثة بسحب 33% من أفراد العينة من طريقي التوزيع، ثم قارنت بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا، بإستعمال إختبار "ت" لعينتين مستقلتين، ويتضح أن قيمة"ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0,01، مما يدل أن الإستبيان يتوفر على القدرة التمييزية بين العينتين المتطرفتين، إذن يمكن القول بأن الإستبيان صادق.



### ثالثا: الثبات:

– معامل ألفا كرونباخ: يعتبر معامل ألفا كرونباخ من أهم مقاييس الإتساق الداخلي، حيث يرتبط ثبات الاختبار بثبات بنوده. (بشير معمرية، 2007، ص184)

الجدول رقم (20): معامل ألفا كرونباخ لثبات إستبيان إستراتيجيات المواجهة

الأبعاد	عدد البنود	معامل a كرونباخ
طلب المعلومة	5	,758
التخطيط	5	,601
التقبل	5	,784
التدين	5	,734
الإنكار	5	,606
الإنسحاب	5	,694
لوم الذات	5	,763
الثبات الكلي	35	32,7

يتضح من خلال الجدول أن معامل الثبات لأبعد الإستبيان تراوح ما بين 0,60 و0,76، بينما بلغ معامل الثبات الكلي 0,72، وهذا يدل على أن الإستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

– التجزئة النصفية: قامت الباحثة بحساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية وذلك بتقسيم بنود الإستبيان إلى فردية وزوجية وحساب معامل الارتباط بيرسون، وبعد ذلك تصحيح الطول عن طريق معادلة سبيرمان براون.

ويتضح من خلال الجدول الآتي أن معامل الثبات بعد تصحيح الطول قدر ب 0,86، مما يدل أن الإستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

الجدول رقم (21): معامل ثبات إستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بطريقة التجزئة النصفية.

التجزئة النصفية	البنود الفردية	البنود الزوجية	سبيرمان براون
معامل الثبات	0,76	0,76	0,86

(جبالي صباح، 2012، ص 122 - 123)

- عرض الحالات ونتائج القياس القبلي للمقاييس النفسية المطبقة في الدراسة الميدانية:

- الإختبارات المستعملة لدى الحالات الثمانية :

- فحص الهياة العقلية.

- مقياس إدراك الضغط لفنستين.

- مقياس الإحتراق النفسي الوالدي « PBA »

- مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية « Coping »

- العلاج النفسي المطبق على الحالات الثمانية :

- العلاج النفسي الجماعي المطبق على مجموعة من أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.

- حصص تدريبية على التنفس العميق الصحيح، مع تطبيق تقنية الإسترخاء خلال خمس حصص.

- عرض الحالات:

- عرض الحالة الأولى:

التقرير السيكولوجي للحالة أم "أ":

- البيانات الأولية عن الحالة:

الإسم واللقب: ح.ز.

الجنس: أنثى.

السن: 25 سنة.

رتبة الحالة بين الإخوة: البنت الصغرى من أربعة إخوة ذكور.

الحالة المدنية: متزوجة.

المستوى التعليمي للحالة: الثالثة ثانوي.

الحالة الإقتصادية: متوسطة.

المهنة: سكرتيرة في إطار عقود ما قبل التشغيل.

الحالة الصحية: تعاني من اضطراب سيكوسوماتي ( قرحة معدية).

مصدر الإحالة: رسالة توجيه من طرف طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

سبب الإحالة: القلق الدائم على إبنتها المعاق (مشلول دماغيا متأخر حركيا، يبلغ من العمر 04 سنوات، مما

تسبب لها في اضطرابات سيكوسوماتية.

مكان التقويم: مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

\*الطفل المشلول دماغيا :

الإسم : " أ "

السن : 04 سنوات.

الجنس : ذكر .

رتبة الطفل المعاق بين الإخوة: الطفل الوحيد L'enfant unique.

نوع الإعاقة: شلل دماغي تشنجي.

- إختبار فحص الهياة العقلية لأم "أ":

- الإستعداد والسلوك العام: **Attitude et Comportement Générale**

الحالة (ح.ز) أم "أ" إمراة تبلغ من العمر 25 سنة، بيضاء البشرة، طويلة القامة، ممتلئة الجسم، لا تعاني من إعاقات أو تشوهات، ترتدي الحجاب الشرعي جديد ونظيف، تظهر أكبر من سنها مقارنة مع النساء في سنها، كما تبدو عليها ملامح الخجل.

تظهر الحالة من خلال السلوك العام إستعدادا وتركيزا أثناء المقابلات، لديها بعض الإنقطاعات في الكلام وذلك عند عجزها عن التعبير عن معاناتها، كما تلازمها حركات هز للرجلين خلال تحدثها، كما تتخللها إشارات عديدة تدل على تعاستها وقلقها تظهر من خلال إيمائية الوجه والإنفعال الظاهر كالإحمرار الشديد للوجه، أو رقرقة العين بالدموع، كما أنها قليلة الإبتسامه.

- النشاط العقلي: **Activité Mentale**

تتكلم الحالة (ح.ز) أم "أ" بطريقة واضحة ومفهومة، كما أن لها القدرة على التعبير عن ما تريد للإدلاء به، وإجاباتها المنسجمة مع نوع الأسئلة المطروحة عليها وتميزت بالدقة والتسلسل والعفوية لا يظهر على الحالة شروذ ذهني وليس لها ما يعرف بالتكرار الآلي للكلام، وفيها يخص الإنتاجية للحديث كانت معبرة عن القلق المعاش.

- المزاج والعاطفة: **L'humeur et l'émotion**

إن ردود الأفعال والإستجابات العاطفية والحياة الإنفعالية للحالة أم "أ" تراوحت ما بين الحزن والقلق، وإمتلاء فكرها بمشاعر الدونية، الإحساس بالذنب، نقص الثقة بالذات، جرح نرجسي عميق من جراء إنجابها لطفل معاق.

## - محتوى التفكير : Le contenu de la pensée

إن محور حديث الحالة يدور حول معاشها النفسي مع إنها المعاق وعن مشاكلها العائلية والإجتماعية المنجزة على هذه الإعاقة، كما أنها تبحث دائما عن إيجاد طرق تربوية لمساعدة إنها على إكتساب الإستقلالية والإندماج الإجتماعي. كما تتسم الحالة بمحتوى تفكير عميق وقدرة على التعبير عن أفكارها بشكل عقلائي.

## -القدرة العقلية: La capacité mentale

الحالة لها توجه زماني ومكاني جيد، كما لها القدرة بالإحتفاظ في ذاكرتها بالأحداث البعيدة المدى (طفولتها...) وكذا الأحداث القريبة المدى، أيضا لها القدرة على الإلتباه والتركيز. أما فيما يخص القدرات المعرفية (القراءة، الكتابة، الفهم، الذكاء والمعارف العامة). فهذا يعكسه لنا مستواها التعليمي وكذلك تمكنها من اللغة الفرنسية بشكل جيد.

## -الإستبصار والحكم: Insight et jugement

الحالة (ح.ز) أم "أ" مدركة تماما لوضعيتها الحالية ولظروف نشأة معاناتها ومشاكلها النفسية، كما أنها تحمل نفسها ظروف إنجاب طفل معاق، كما أنها دائمة البحث على إيجاد حلول لمشاكلها، وتحاول جاهدة إلى أن تعيش في إستقرار نفسي، أسري وإجتماعي، وحاليا الحالة تحاول التأقلم والتكيف مع وضعها الحالي إلا أنها تعاني من ضغوطات نفسية، تسعى الحالة أن تخفف منها ولهذا ترغب في العلاج النفسي من أجل مساعدتها على تخطي كل مشاكلها والعيش كباقي الأمهات.

## -الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والإجتماعي للحالة أم "أ":

الحالة (ح.ز) أم "أ" امرأة تبلغ من العمر 25 سنة، حيث ترعرعت في أسرة بسيطة، بحي شعبي مكونة من الوالدين وهما على قيد الحياة، و4 إخوة ذكور كلهم يتمتعون بصحة جيدة عدا الأم، والتي تعاني من مرض السكري والروماتيزم، الحالة تحتل المرتبة الأخيرة في الأسرة، ظروف الحمل بها ورضاعتها وسنوات طفولتها ومراهقتها كانت طبيعية وسعيدة، كانت الحالة شخصية مرحة لديها الكثير من الأصدقاء والعلاقات مع زميلاتها بالدراسة. كما أن علاقاتها بأفراد الأسرة والعلاقة بين والديها كانت جيدة، إجتازت جميع سنوات دراستها بنجاح، وعند بلوغ الحالة 24 سنة تزوجت مع ابن جيرانهم والذي كان يكبرها بخمس سنوات وهو تاجر وذو مستوى تعليمي محدود (سنة أولى متوسط)، وانتقلت للعيش في بيت الزوج المكون من والدته الأخت الكبرى وأخوان ذكور، تقول الحالة بأنها كانت تعيش بإستقرار بحالتها الزوجية ولكن بعد مرور الوقت وبالضبط بحملها الأول بدأت تظهر بعض الصراعات في الأسرة بين الحالة وأخت الزوج الكبرى بسبب أشغال المنزل. تتحدث الحالة عن حملها وتقول أنه كان أجمل ذكرى، كان طفلا مرغوب فيه والذكر هو الجنس المفضل لديها، وكانت فترة الحمل

جد عادية رغم المشاكل العائلية اليومية مع أخت الزوج والقلق النفسي الذي كانت تتسبب لها به. إلا أن جاء يوم الولادة بعد دخولها في الشهر التاسع، شعرت بالآلام حادة وكانت ولادة ابنها عسيرة جدا، وعند ولادته ولادة طبيعية بالمستشفى الجامعي بوهران تحت إشراف قابلتين. والحدث غير الطبيعي هو أنه لم يصرخ صرخة الميلاد وكان أزرق اللون وبوزن ضعيف 2 كغ وكانت صدمة بالنسبة للأم حيث قالت "حسبت ولدي زاد ميت". ولم يتمكن من الرضاعة بسهولة حيث بقي لمدة أسبوعان في المستشفى تحت المراقبة الطبية، لأن له إضطرابات في التنفس، وهذا ما إضطر الأم لمتابعة صحة ابنها عند طبيب مختص في أمراض الأطفال. وعند بلوغ الطفل 4 أشهر بدأت الشكوك تراود الحالة لأنه لم يبتسم والشهر الثامن لم يجلس حيث تقول "بديت نشك كي لحق ربع شهرو ماضحكش معانا ولحق ثمن شهر ومقعدليش" ولاحظت أيضا إنغلاق يده اليسرى "يده ليسرى ديما مبلعة". فأرجعته عند طبيبه من أجل هذه الأمور، فطلب منها إجراء ( EEG ) فحص التخطيط الكهربائي وإجراء المساح الضوئي Scanner ثم التصوير بالرنين المغناطيسي ( IRM ) وأخذته لطبيب الأعصاب ومن خلال هذا تبين أنه مشلول دماغيا IMC ويعاني من تأخر نفسي حركي، تقول الحالة أنها دهشت لمعرفة ذلك خصوصا بعد بحثها في الأنترنت وتعرفها على عواقب الشلل الدماغي L'infirmité motrice cérébrale .

وظلت في تلك الأثناء لمدة وهي تبكي بسبب الصدمة، وخصوصا عند رؤية طفلها فلا تمالك نفسها بالبكاء، فهو يمثل الطفل الذكر الذي سيعطيها مكانتها في المجتمع في حين أن الزوج لم يتقبل التشخيص وظل يردد " ابني مشي معوق" حسب قول الحالة وذلك لأنه سيحمل إسم العائلة. ولم تتلقى السند لا من الزوج ولا من عائلته، ومنذ ذلك الحين هي التي تتكفل بالطفل حاليا وهي المسؤولة عن أخذه لمواعيد إعادة التأهيل الوظيفي، وحصص العلاج النفسي والأرطفوني، ويتضح من خلال المقابلات أن أم "أ" متعلقة كثيرا بطفلها المعاق حيث قالت " الحاجة لي تهمني في هاذ الدنيا نبقي مع ولدي وندير قاع شانقد باش يريح"، وهذا ما يفسر وجود عناية كبيرة وحماية مفرطة له مما تسبب ضغط نفسي كبير للأم بما أنها تعمل وتظل مشغولة البال به وهو بالحضانة التي قرب موقع عملها، فتذهب تتفقده من حين لآخر، كما أنها تتفاهم مع زميلاتها في العمل على الأوقات التي تلائمها وهكذا تكون قد كسبت وقتا أطول للبقاء مع ابنها، رعايته واللعب معه، فهي تهتم به حتى على حساب حياتها الشخصية والعملية.

## - عرض الحالة الثانية:

التقرير السيكولوجي للحالة أم (ب):

البيانات الأولية عن الحالة:

الإسم و اللقب: ب. ن

الجنس: أنثى

السن: 27 سنة

رتبة الحالة بين الإخوة: الثانية بعد أخت كبرى وقبل أخوين.

الحالة المدنية: متزوجة.

المستوى التعليمي للحالة: السنة الثانية متوسط.

الحالة الإقتصادية: متوسطة.

المهنة: ربة بيت.

الحالة الصحية: جيدة.

مصدر الإحالة: رسالة توجيه من طرف طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

سبب الإحالة: حالة التوتر التي تلازم الأم عند كل موعد مراقبة لطفلها المشلول دماغيا والمتأخر دماغيا.

مكان التقويم: مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

**\*الطفل المشلول دماغيا :**

الإسم : "ب"

السن : سنتين ونصف.

الجنس : ذكر .

رتبة الطفل المعاق بين الإخوة : الثالث Le Benjamin

نوع الإعاقة : شلل دماغي إرتخائي.

- إختبار فحص الهيأة العقلية لأم "ب":

### - الإستعداد والسلوك العام: Attitude et Comportement Générale

الحالة (ب.ن) أم "ب" إمراة تبلغ من العمر 27 سنة، سمراء البشرة، متوسطة القامة، نحيفة الجسم نوع ما، لا تعاني من إعاقات أو تشوهات، مظهر الحالة العام ملائم، ملابسها أنيقة جدا ومتبرجة وهي كثيرة الإبتسام، تعابير وجهها شاحبة قليلا، لها نظرة حائرة وتبدو متوترة رغم الإبتسام التي تملأ وجهها، أما نشاطها الحركي العام قلق (تتحرك كثيرا بالكرسي)، تتحدث بصوت مرتفع قليلا، تتكلم بالإشارات كثيرا، الإلتصال مع الحالة كان شبه سهل.

### - النشاط العقلي: Activité Mentale

لدى الحالة القدرة على توصيل ما تريد التصريح به، لكن تعبيرها بالكلام تتخلله فترات صمت كثيرة، تحاول أن تغطيها الحالة من خلال الإبتسام وكأنها مترددة للبلوح بما يجول بخاطرنا ولهذا تظهر الحالة شاردة الذهن من حين لآخر، أما فيما يخص الإنتاجية، التلقائية والكمية في الكلام، فإجاباتها منسجمة مع نوع الأسئلة المطروحة لكنها ليست دقيقة بسبب التوتر الواضح لدى الحالة.

### - المزاج والعاطفة: L'humeur et l'émotion

الحالة ذات مزاج حزين تحاول تغطيته من خلال الإبتسام، كما سرعانما تبدو عليها علامات الإحباط، وكانت لها إرادة في التكلم من أجل الفضفضة وكانت تتجاوب معي، إلا أنها من حين لآخر يشرذ ذهنها، وتصمت لفترة، كما تظهر من خلال تصريحاتها أفكار سلبية عن ذاتها مثل مشاعر الدونية ونقص الثقة بالذات والخرج الإجتماعي.

### - محتوى التفكير: Le contenu de la pensée

تتميز الحالة بمحتوى تفكير سطحي وقدرتها على التعبير محدودة، ويظهر ذلك من خلال فترات الصمت التي تحد من تلقائية الإجابات، والتي تمنعها أو تعرقل لها التصريح عن إنشغالها الفكرية وتظهر لدى الحالة عدوانية موجهة نحو الآخرين إضافة إلى شعورها بالذنب والإضطهاد.

### - القدرة العقلية: La capacité mentale

من خلال المقابلات تبين لنا أن الحالة أم "ب" لا تعاني من أي إضطراب في الذاكرة، فذاكرتها قوية، سواء للأحداث القريبة أو البعيدة، والدليل على ذلك هو تقديمها لبعض المعلومات الدقيقة حول طفولتها وحول مراحل



نمو أطفالها الثلاث وحول معاشها اليومي الحالي مع إعاقة طفلها، لدى الحالة فهم عام لبعض المعارف وكذا قدرتها على القراءة، الكتابة، الحساب ومستواها الدراسي.

### -الإستبصار والحكم: Insight et jugement-

الحالة أم "ب" مدركة بصفة جيدة للوضعية التي تمر بها وهي تنسب ما يحدث لها إلى الإصابة بالعين والحسد من طرف الآخرين، وخاصة أفراد عائلة الزوج، وفي نفس الوقت تصدر أحكام وأفكار قاسية إتجاه نفسها، وتحمل نفسها ظروف إنجاب طفل معاق وتبحث عن ما يمكنه مساعدتها في التأقلم مع الوضع.

### -الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والإجتماعي للحالة أم "ب":

الحالة أم "ب" امرأة تبلغ من العمر 27 سنة، نشأت في أسرة متكونة من الوالدين وأخت كبرى وأخوين ذكور، أصغر منها في حي راق نوعا ما، ظروف الحمل بها وطفولتها ومراهقتها كانت عادية، إلى أن توفي والدها إثر نوبة قلبية، مما سبب للحالة صدمة وحزن شديد، لأنها كانت جد متعلقة بالأب، وتزامن ذلك مع فشلها في الدراسة (إعادة السنة الثانية متوسط مرتين)، حيث تقول الحالة " ملي مات بويا، الفرحة ما دخلت للدار وأصبحت تعاني من اضطرابات في النوم (الأرق)، وفي سن الـ 19 تزوجت من أحد أفراد عائلتها وعاشت في إستقرار نفسي، مادي وإجتماعي مع زوجها، ورزقت بطفلها الأول، وبعد سنتين أنجبت طفلها الثاني (بنت)، وهما في صحة جيدة، وبعدها حملت بالثالث وكان حمل مرغوب فيه ومنتظر من قبل كلا الوالدين، مثل الحمل الأول والثاني، كما أن ظروف الحمل والولادة كانت طبيعية، تقول الأم "عياني الحمل بصح مشي بزاف، كيفو كي لوالا"، ولكن تصرح أنها خافت عندما لم يصرخ وليدها صرخة الميلاد وتقول "خفت مين ما بكاش وشفتهم يفظو فيه، خاطرش خاوته خرجو بيكو"، ومن هنا بدأت عملية مقارنة الأم لابنها الأخير مع إخوته اللذان سبقاه، حيث لاحظت الأم على إبنها سلوكيات غريبة لم تكن تلاحظها عند إخوته، فهو لا يستجيب لإبتسامتها، ولم يحاول الجلوس في شهره السادس، ولا يمسك باللعب، كما أنه لا يحرك الجهة اليمنى من جسده، وهذه الأمور زرعت الشكوك فيها فأخذته إلى طبيب عام، حيث وجهها بدوره إلى طبيب أطفال الذي طلب منها القيام بالماسح الضوئي، وفحص التخطيط الكهربائي وبعدها تم تشخيص الطفل أنه يعاني من شلل دماغي وتأخر نفسي حركي، فكانت صدمة كبيرة بالنسبة للام والأب تقول الحالة أن الحياة العائلية الشخصية لم تتغير لأن زوجها متفهما وجد قلق على ابنه، بحيث يساعدها في البيت عندما يكون له وقت فارغ، إلا أنها وجدت صعوبات في التأقلم مع إعاقة إبنها وأصبحت تفكر كثيرا في مستقبله كما تقول " أنا ماغاديش ندومله لوكاني خطيه كي يسراله"، وتظهر علامات اليأس والحيرة من خلال قولها "ماعندو حتى مستقبل ولدي"، مرضه صعب وقاع الناس قالولي ما يبراش". وتضيف كل ما يكبر غادي تكبر المسؤولية معاه وكلام الناس يزيد وبعدها كانت تعيش الحالة في وضعية مقارنة بين إبنها الأصغر وإخوته الأكبر منه، بعد التشخيص أصبحت تقارنه أكثر بأولاد عمومه أقرانه والأصغر

منه و تقول " زادو غي لبارح موراه راهم يتمشو و ... " وأصبحت تشعر بالحرج إزاء مرض ابنها وتحدث بعدوانية وصوت مرتفع عن أبناء عائلة زوجها وعن تطورهم النفسي الحركي مقارنة بإبنها المريض وبهذا يتضح لنا أنها تشعر بالضيق والتوتر بعد إكتشاف مرض ابنها ولم تقبل الأمر، ويتملكها جرح نرجسي لإنجاب طفل معاق يترتب عنه أيضا الشعور بالذنب، الإحساس بالدونية.

## - عرض الحالة الثالثة:

### التقرير السيكولوجي للحالة أم "ج":

#### البيانات الأولية عن الحالة:

الإسم و اللقب: ر.خ

الجنس: أنثى

السن: 27 سنة

رتبة الحالة بين الإخوة: الأخت الكبرى لثلاثة أخوات وأخ صغير.

الحالة المدنية: متزوجة.

المستوى التعليمي للحالة: الثالثة ثانوي.

الحالة الإقتصادية: فقيرة.

المهنة: ربة بيت.

الحالة الصحية: جيدة.

مصدر الإحالة: رسالة توجيه من طرف طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

سبب الإحالة: طلب الحالة من الطبيب لتحويلها نحو مختص نفسي من أجل المساعدة النفسية.

مكان التقويم: مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

\*الطفل المشلول دماغيا :

الإسم : "ج"

السن : 05 سنوات.

الجنس : أنثى.

رتبة الطفل المعاق بين الإخوة : الكبرى قبل أخت صغرى (L'ainé)

نوع الإعاقة : شلل دماغي إتوائي.

- إختبار فحص الهياة العقلية لأم "ج":

- الإستعداد والسلوك العام: **Attitude et Comportement Générale**

أثناء المقابلات كانت الحالة أم "ج" متحمسة للكلام، حيث صرحت أنها أخيرا وجدت من يحاول فهم معاشها النفسي ويبحث عن الأمر الذي يضايقها قاصدة المختصة النفسانية. الحالة أم "ج"، امرأة تبلغ من العمر 27 سنة، سمراء البشرة، ممتلئة الجسم، متوسطة القامة، مظهرها الخارجي وهندامها يدل على بساطتها، لباسها عادي ونظيف، تظهر الحالة من خلال السلوك العام إستعدادا وتركيزا أثناء المقابلات ويظهر ذلك من خلال الحديث معها حيث لها القدرة على التعبير عن معاناتها، كما تعاني الحالة من حزن وقلق وضغط نفسي كبير يتبين هذا من نبرة صوتها وطريقة كلامها وملامح وجهها المعبرة عن ذلك كما تظهر مؤشرات القلق كالنشاط الإشاري البارز من خلال حركات اليدين والتنفس السريع والتنهد من حين إلى آخر.

- النشاط العقلي: **Activité Mentale**

تتكلم الحالة بطريقة واضحة ومفهومة وبأفكار متسلسلة ومنطقية، إنتاجها للكلام كثير وهذا ما لحضناه من خلال المقابلات، إلا أنها في بعض الأحيان تعجز عن إيجاد العبارات المناسبة للتعبير عن معاناتها، وذلك بسبب عدم فهمها للأسئلة، وما إضطرننا إلى إعادة صياغة الأسئلة بطريقة واضحة وبسيطة، كما تتميز الحالة بالصراحة والإجابة على كل الأسئلة وعدم التكرار الآلي أو الشروذ الذهني، وهذا ما ساعدنا في إدراك أمور كثيرة حول معاش الحالة النفسي.

- المزاج والعاطفة: **L'humeur et l'émotion**

لقد أبدت الحالة إهتمام كبير لإجراء هذه المقابلات العيادية، وكانت جد متجاوبة خلالها، إلا أن الحالة ذات مزاج هادىء ومحبط، وكأنها فقدت السيطرة على الوضعية الآنية، فتظهر يائسة وغير مفعمة بالنشاط رغم رغبتها الشديدة في تحسين معاشها النفسي وتغيير أفكارها التي تعكس للحالة الإحساس بالدونية وإحتقار الذات.

## - محتوى التفكير : Le contenu de la pensée

لا يوجد إضطراب في محتوى تفكير الحالة حيث تتسم بقدرتها على التعبير عن أفكارها بشكل عقلائي ويظهر ذلك من خلال التلقائية والإنتاجية في الإجابات والتصريح عن إنشغالها اليومية، كما أنها ترغب في حل مشاكلها والخروج من وضعيتها إلى وضعية أحسن تجعلها تتخلص من الشعور بالنبذ والإضطهاد من طرف الآخرين.

## -القدرة العقلية: La capacité mentale

الحالة لا تعاني من سوء التوجه الزمني والمكاني، بل لها توجه جيد وهي واعية تمام الوعي بما يدور حولها من أوضاع عائلية، إجتماعية، إقتصادية وسياسية... تحتفظ في ذاكرتها بالأحداث البعيدة المدى (تتكلم عن تفاصيل في طفولتها)، وكذا الأحداث قريبة المدى، كما تتميز الحالة بالفطنة والإنتباه، ويظهر هذا بمحاولتها تفسير كل ما يقوله أعضاء المجموعة، أما فيما يخص معارفها العامة من الحساب، القراءة والكتابة، فهي في حدود مستواها الدراسي.

## -الإستبصار والحكم: Insight et jugement

الحالة أم "ج" تدرك بصفة جيدة الوضعية التي تمر بها، كما أنها تستطيع تحديد مشكلتها بالضبط وتعرف الظروف التي ساهمت في ظهور صراعاتها النفسية وتنسبها بشكل واضح إلى ولادة طفلة معاق في أسرتها مما سبب لها مشاعر الخجل والإنكار من جهة، ومشاعر الشفقة عليه والإحساس بالدونية والنقص من جهة أخرى، ولهذا ترغب الحالة بإجراءات علاجية تحسيسية لأولياء الأطفال المشلولين دماغيا خاصة وكل الأطفال المعاقين عامة، في سبيل مواجهة هذه الصدمة والتغلب عليها.

## -الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والإجتماعي للحالة أم "ج":

الحالة أم "ج" امرأة تبلغ من العمر 27 سنة، من أسرة متواضعة فقيرة بحج شعبي، مكونة من الوالدين وثلاث أخوات وأخ صغير كلهم يتمتعون بصحة جيدة إلا الأب فهو مريض بالحادث الوعائي الدماغي تسبب له بشلل نصفي، والأم مريضة بالضغط الدموي والحالة دائمة القلق على حالة أمها الصحية، تلقت تعليمها بشكل طبيعي إلا أن بعض الظروف المادية بسبب مرض أبيها جعلتها تترك مقاعد الدراسة وتساعد أمها بالشغل بما أنها البنت الكبرى، وتبقى في المنزل لرعاية إخوتها، فلقد تحملت المسؤولية وهي بعمر 14 سنة، حيث تقول "مين نتاجاتي كانوا يلعبو فالزنقة أنا كنت رافدة دار، ومن صغري وأنا نعاني"، وبعد أن بلغت الحالة سن الـ 25 سنة، تقدم لخطبتها أحد جيرانهم فالعمارة، فتزوجت منه وأصبحت تجاور عائلتها وتذهب لمساعدة أمها يوميا، وعاشت الحالة نوع من الإستقرار النفسي والإجتماعي في بيت الزوجية مع عائلة الزوج المكونة من أبيه وإخوانه الذكور ولكن تأخر حملها

إلى حين 05 سنوات بعد الزواج، بحيث كانت تراجع طبيب أمراض النساء والتوليد متابع لحالة زوجها الذي يكبرها بعشر سنوات وكانت فرحتها بالحمل كبيرة جدا، ومرت بظروف حمل صعبة نوعا ما، فقدت الشهية ولازمها القيء حتى آخر يوم من الحمل، أي طيلة تسعة أشهر كما أن حالة والدها كانت غير مستقرة، وكان يمرض كثيرا ودخل للإستشفاء مدة شهر بالمستشفى الجامعي وكان كل أفراد الأسرة يعيشون تحت ضغط نفسي، بما فيهم الحالة خوفا من فقد الأب، وحين جاء موعد الولادة تعسر الأمر، وكانت ولادة طفلتها قيصرية، وكانت الرضاعة طول الوقت نائمة ولا تبحث عن الحليب مثل بقية الرضع، إلا أن بلغت شهرين فحصلت له نوبة صرعية، صدمت الحالة أم "ج" وهي تحاول إرضاعها، فأسرعوا بها إلى المستشفى، أين بقيت فترة إستشفاء لمدة 10 أيام بإستعجالات الأطفال، ومنذ ذلك الوقت وهي تحت تأثير دواء "Dépakine" للتقليل من النوبات الصرعية، وأصبحت حرارة جسمها ترتفع كثيرا ودائما، ولاحظت الحالة أنه لا تبتسم معها ولا تمسك رأسها وهي في الشهر الخامس وعندما أخبرت أهلها بذلك قالوا لها بأن أسنانها تنمو، فلقد بدأت التسنين مبكرا، ولكن عندما بلغت سنة واحدة كان عندها موعد مراقبة عند طبيب الأطفال من أجل النوبات الصرعية والغيابات التي تعاني منها Les convulsions et les absences، وبعد فحصها طلب منها القيام بفحص تخطيط كهربائي آخر والتصوير بالرنين المغناطيسي، ومن خلاله تبين أنها تعاني من شلل دماغي نتيجة تعسر الولادة، ومعاناة الرضاعة أثناءها... ومنذ ذلك الحين والحالة في معاناة نفسية نتيجة الصدمة والجرح النرجسي الذي تلقته بعد إنتظارها مدة خمس سنوات لهذا المولود. تقول الحالة أنها دهشت لمعرفة ذلك وظلت أيام و هي تبكي وصرحت قائلة "كنت غي في بويا وعشيت في بنتي" وإنهارت بالبكاء. ومنذ ذلك الوقت وهي تبحث عن ما يساعدها في التعرف على إعاقه إبنتها وكيفية التكفل بها، ومع مرور الوقت كبر جسمها (قوية البنية)، وأصبح يشكل مصدر إزعاج وتوتر عند إنزالها أو إصعادها إلى المنزل، للعلم الحالة أم"ج تسكن في الطابق الخامس بعمارة دون مصعد. وتصرح قائلة "مين يكون عندها كونترول ولا rééducation نشد قلبي شايهودهالي، بوها خدام وحمياني تاني. " وتضيف "ولي تكهني هدره الناس وخزرتهم لبنتي، قاع يقعدو عليا مسكينا مسكينا...خلوني في حالي"، ومن هذا تبين لنا أن الحالة تعيش حالة قلق وتوتر، جراء ولادة طفلتها الأولى وكانت بمثابة جرح نرجسي للحالة وتسبب لها في الشعور بالذنب لعدم قدرتها على إنجاب طفل سوي أو عجزها عن حمايته من أنظار وأحكام الآخرين.

- عرض الحالة الرابعة:

التقرير السيكولوجي للحالة أم "د":

البيانات الأولية عن الحالة:

الإسم و اللقب: ب. غ

الجنس: أنثى

السن: 30 سنة

رتبة الحالة بين الإخوة: الأخت الأولى لأخوان ذكور.

الحالة المدنية: متزوجة.

المستوى التعليمي للحالة: الثالثة ثانوي.

الحالة الإقتصادية: فقيرة.

المهنة: بائعة في محل تجاري.

الحالة الصحية: جيدة.

مصدر الإحالة: رسالة توجيه من طرف طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

سبب الإحالة: شكوى الأم الدائمة عن حالتها النفسية والقلق الذي تعيشه، وبكاؤها الشديد لعدم تأقلمها مع إعاقة إبنتها.

مكان التقويم: مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

\*الطفل المشلول دماغيا :

الإسم : "د"

السن : 06 سنوات.

الجنس : أنثى.

رتبة الطفل المعاق بين الإخوة : الطفلة الثانية بعد أخ أكبر وقبل أخ أصغر La cadette

نوع الإعاقة : شلل دماغي تشنجي .

- إختبار فحص الهياة العقلية لأم "د":

- الإستعداد والسلوك العام: **Attitude et Comportement Générale**

من حيث الهياة العامة للحالة والشكل المورفولوجي، أم "د" لها قامة متوسطة وهي نحيفة الجسم ولون بشرتها سمراء، لا تهتم بهندامها الخارجي، أما فيما يخص إيماءات وتعابير وجهها يبدو عليها الحزن وفي بعض الأحيان علامات الغضب، ويظهر ذلك من خلال نبرات صوتها أثناء الحصص العلاجية، فأحيانا تكون هادئة، وسرعانما ترفع من حدة صوتها مع إستعمال النشاط الإشاري باليدين، الإتصال مع الحالة كان شبه سهل، فكان لها رغبة في التجاوب مع الأخصائية النفسانية والإندماج في الجماعة.

- النشاط العقلي: **Activité Mentale**

كانت لغة الحالة أم"د" واضحة نوعا ما، تتكلم بالعامية وتستعمل الحكم والأمثال الشعبية بكثرة بحيث لا تجد صعوبة للتعبير، إنتاجها للكلام كثير وهذا ما لاحظناه من خلال المقابلات، أفكارها متسلسلة ومفهومة، كما أنها تريد أن تبرز كمسيطرة ومهيمنة وسط الجماعة، ويظهر ذلك من خلال توجيه النصائح تارة والإنتقادات تارة أخرى لأفراد مجموعتها العلاجية، لا تعاني الحالة من الشروذ الذهني ولا التكرار الآلي.

- المزاج والعاطفة: **L'humeur et l'émotion**

الحالة لها مزاج متقلب، فتارة نجدها هادئة وتارة أخرى غاضبة وقلقة، حيث أبدت الحالة سلوكيات وإستجابات دالة على حدة التوتر والقلق الذي تعيشه، بحيث تبين لنا أن كل الإنتقادات وردود الأفعال إتجاه الآخرين ما هي إلا ترجمة لأفكارها المملوءة بالمشاعر الدونية ونقص الثقة بالذات، وذلك من خلال إنجابها لطفلة معاقة، بعد طفل ذكر، وهذا ما كانت تتمناه دائما، وما أثبتته المقابلات العيادية من خلال تقنية سرد الحياة ظهر الشعور بالذنب مسيطر عليها.

-محتوى التفكير : **Le contenu de la pensée**

الحالة أم"د" لها تلقائية في الإجابات، محتوى التعبير لديها كان يدل على نوع من التفرغ للحالة الإنفعالية المعاشة راهنا، والسيطرة على أفكارها مع غياب إنشغالات تدمير الذات أو العدوانية الموجهة نحو الآخر، إن محور حديث الحالة يدور حول معاشها اليومي مع إعاقة إبتتها وما إنجر عنها من مشاكل، كما أنها تبحث دائما على لإيجاد

طرق وحلول لإكتساب الإستقلالية عند طفلتها ولو بجزء صغير ومحاولة دمجها إجتماعيا قدر المستطاع لأنها تخاف كثيرا من المستقبل الذي ينتظر إبنتها المعاقة حركيا. خاصة وأن ظروفهم المادية سيئة جدا.

### -القدرة العقلية **La capacité mentale** :

من خلال المقابلات تبين لنا أن الحالة أم "د" لا تعاني من أي إضطراب في الذاكرة، فذاكرتها قوية، سواء للأحداث القريبة أو البعيدة، فهي تتحدث عن طفولتها، دراستها، وعن الحاضر بكل تفاصيل ودقة، أما فيما يخص التوجه الزمني والمكاني لدى الحالة فهو جيد، لها القدرة على الإلتباه والتركيز، كذلك القدرة على الحساب، القراءة، الكتابة، الفهم والمعارف العامة والذكاء، وهذا ما يعكسه مستوى الحالة التعليمي.

### -الإستبصار والحكم: **Insight et jugement**

الحالة أم "د" مدركة تماما لوضعيتها الحالية ولظروف نشأة معاناتها ومشاكلها النفسية، كما أنها دائمة البحث على إيجاد حلول لمشاكلها وتحاول جاهدة إلى أن تعيش إستقرار نفسي وأسري وإجتماعي، ولكن الظروف المعيشية الصعبة وبطالة الزوج تؤول دون ذلك، وحاليا الحالة تحاول التأقلم والتكيف مع وضعها الحالي بمساعدة الحصص العلاجية النفسية لإكتساب القدرة على التكيف لإستبصار وإستيعاب المشاكل بطريقة موضوعية.

### - الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والإجتماعي للحالة أم "د":

الحالة أم "د" امرأة تبلغ من العمر 30 سنة، ترعرعت في عائلة بسيطة مكونة من الوالدين، وأختان وأخ، ولها أخت صغرى تعتبرها بمثابة نصفها الثاني فهي صديقتها أكثر مما هي أختها كما تقول "ختي الصغيرة راني صابيتها بزاف وهي نصي الثاني"، حيث تساعدها في تربية أطفالها وتقاسمها كل أشغال المنزل، والفارق العمري بينهما هو سنة ونصف، عاشت الحالة طفولة ومراهقة عادية، تلقت الحالة تعليمها بصورة طبيعية إلى أن وصلت الثالثة ثانوي وفضلت الزواج على الدراسة، كما صرحت "أنا بغيت الزواج وفرطت في قرابتي"، رغم مخالفة الأولياء لهذا الأمر فتقول "أنا عمدت والديا مابغاوش"، وعبرت عن هذا بملامح حزينة وهنا نلتمس شعورها بالذنب لأنها لم تكمل دراستها العليا، تزوجت الحالة وعمرها 22 سنة، وعاشت إستقرار نفسي وإجتماعي في بيت مستقل عن عائلة الزوج (كراء)، وبعد سنتين أنجبت طفل بصحة جيدة، وبعد مرور سنتان أخرى على ولادة طفلها الأول، مرت الحالة بظروف عصيبة، حيث أن زوجها طرد من عمله بسبب قضية سرقة، ودخل إلى السجن لمدة سنة ونصف، وفي هذه الأثناء وجدت الحالة نفسها حامل، فبدأت تبحث عن عمل لأنها كانت تمر بظروف مادية صعبة، ولم ترغب بهذا الحمل (*grossesse non-désirée*) لأنه كما تقول "ماجاش قاع في وقتها هاذ البنت، عليها خرجت هاكا خاطرش حملي بيها فات غي بكا وزعاف"، فعملت في محل تجاري كبائعة ملابس من أجل كسب قوتها، وبعد مرور مدة كراء المنزل، ذهبت للعيش في بيت أهلها بسبب غلاء تكلفة الكراء



وتقول "دراهمنا راحو غي فالكرا"، وفي هذه الأثناء أنجبت طفلتها الثانية من خلال عملية قيصرية، وهي تعاني من الشلل الدماغى والتأخر النفسى الحركى، تصرح الحالة أن لها بنية جسدية هشة، فتقول " شفتيها دقول مولات عام مشي ست سنين" وتبرر الحالة ذلك بأنها لم تكن تتغذى جيدا عندما كانت بالحمل به، وبأنها كانت دائما تبكي وحزينة على الحالة التي آلت إليها بعدما دخل زوجها السجن، فبهذا يتبين لنا حجم الشعور بالذنب الذي تحمله الأم وكأنها هي السبب الوحيد في أن إبنيتها معاقة، وتقول دائما " هذا الحمل كان غلطة " بسبب مشكلة السكن وقلة الدخل المادى، ومن خلال هذا نستخلص أن هذا الحمل غير مرغوب فيه، فقد دامت مدته سبعة أشهر (**prématuré**) ومن خلاله مرت بظروف جد صعبة، كما أنها حاولت في العديد من المرات بالأشهر الأولى من الحمل إجهاض الجنين وذلك بتناولها لحبوب دون إستشارة طبيب، شرب خل الليمون والقفز بالسلام، كما قالت في هذه الفترة أنها لم تكن تتغذى جيدا وكانت تتقيء كثيرا، وهذا ما أثر على صحتها بفقر الدم خلال الحمل، أما فيما يخص الولادة فمرت بعملية قيصرية بالمستشفى الجامعى بوهران والأمر غير الطبيعى هو أن الرضیعة لم تصرخ صرخة الميلاد الأولى ووضعوها في الحاضنة لأن نموها لم يكتمل بعد، وكان هذا صدمة أخرى للأم، والذي بدأ يشكل لها الإحساس بالذنب، ولدت الطفلة بوزن ضعيف 1 كغ و نصف، وبإضطراب بالتنفس، وعند بلوغها الشهر الثانى أصابها نوبة صرعية، وهذا ما إضطرت الأم لأخذ إبنيتها عند طبيب مختص في أمراض الأطفال بمستشفى الأطفال بكانستال، أعطاهها حبوب مضادات النوبات **Dépakine**، وعند بلوغه الشهر السادس لاحظت الأم أنه لا تمسك بعد رأسها، وأنها لا تبتسم معها مثلما كان يفعل أخوها الأكبر منها، بدأت تراودها الشكوك في أن طفلتها غير عادية، حسب قولها "أنا مين ما شدتتش راسها كيما كان خوفا وحسيتها ما تعرفنيش وشتها ما تضحكش معايا عرفتها بلي مشي نورمال"، وعند بلوغها الشهر التاسع أصبحت تعاني من إرتفاع الحرارة المتكررة، والنوبات أصبحت تأتيها عدة مرات في اليوم، فأرجعتها لمستشفى الأطفال أين طلبوا منها إجراء فحص التخطيط الكهربائى للمخ مرة أخرى، وبعدها غيروا لها الأدوية وطلبوا منها إجراء المسح الضوئى، أين تبين أنها تعاني من شلل دماغى منذ ولادتها. ومن هنا والحالة تلوم نفسها على أنها السبب فيما هي عليه إبنيتها الآن وعبرت عن ذلك بالبكاء، ونستنتج من ذلك أن الحالة تعيش حالة من عدم تقبل هذه الإعاقة وتطغى على تفكيرها مشاعر القلق والذنب، كما ذكرت الحالة أن زوجها في هذه الأثناء خرج من السجن، وأهلها ساندوها كثيرا، وخصوصا أختها الصغرى، وحتى الآن فالحالة تعيش في بيت أهلها لأن زوجها لم يجد عمل ثابت ذو مردود شهري، ومع ذلك وجدت نفسها حامل بالطفل الثالث، ولكنها حاولت تقبله، وعدم تكرار التجربة التي مرت بها، وولد إبنها الثالث في بيت أهلها وتكفلت به أختها الصغرى فهي تساعدها حتى في الإعنتاء بطفلها المعاق، لأن زوجها هو في حالة دائمة مشغول بالبحث عن عمل وكسب قوت يومه.

- عرض الحالة الخامسة:

التقرير السيكولوجى للحالة أم (س):

## البيانات الأولية عن الحالة:

الإسم و اللقب: ه.ر.

الجنس: أنثى.

السن: 31 سنة.

رتبة الحالة بين الإخوة: الأخت الرابعة من ثلاث أخوات بنات وأخوان ذكور.

الحالة المدنية: متزوجة.

المستوى التعليمي للحالة: السنة الأولى متوسط.

الحالة الإقتصادية: متوسطة.

المهنة: ربة بيت.

الحالة الصحية: جيدة.

مصدر الإحالة: رسالة توجيه من طرف طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

سبب الإحالة: حالة التوتر التي تلازم الأم عند كل موعد مراقبة لطفلها المشلول دماغيا والمتأخر دماغيا.

مكان التقويم: مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

### \*الطفل المشلول دماغيا :

الإسم : "س"

السن : 03 سنوات.

الجنس : أنثى.

رتبة الطفل المعاق بين الإخوة : الثاني.

نوع الإعاقة : شلل دماغي تشنجي.

- إختبار فحص الهياة العقلية لأم "س":

### - الإستعداد والسلوك العام: Attitude et Comportement Générale

الحالة (ه.ر) أم "س" إمراة تبلغ من العمر 31 سنة، سمراء البشرة، طويلة القامة، ممتلئة الجسم نوع ما، لها مظهر عام ملائم، ملابسها أنيقة جدا، ولها إمائية وجه حزينة تغزوها نظرة حسرة وتبدو متوترة رغم الإبتسامة التي تعلق وجهها من حين لآخر، أما نشاطها الحركي العام قلق (تتحرك كثيرا بالكرسي)، تتحدث بصوت مرتفع قليلا، تتكلم بالإشارات كثيرا، الإتصال مع الحالة كان سهل جدا.

### - النشاط العقلي: Activité Mentale

تتكلم الحالة بطريقة واضحة، مفهومة وبأفكار متسلسلة ومنطقية، إنتاجها للكلام كثير وهذا ما لاحظناه من خلال المقابلات، وهذا إن دل فيدل على معاشها النفسي اليومي الذي يغزوه القلق، ولكن لها القدرة التامة على التعبير عن ما تريد الإدلاء به، ولا يظهر خلال تحدثها أي شروذ ذهني.

### - المزاج والعاطفة: L'humeur et l'émotion

الحالة أم "س" لها مزاج متقلب (كلمات حزينة ومعبرة عن التعاسة، ثم تعود للإبتسام لتغطي حزنها)، كما أنها تحاول التخفيف من توترها من خلال الكلام الكثير، هي جد إجتماعية وسريعة التجاوب في المقابلة العيادية. الإستجابات العاطفية للحالة تراوحت ما بين القلق، التوتر ومشاعر الدونية .

### - محتوى التفكير: Le contenu de la pensée

تتميز الحالة بمحتوى تفكير لا بأس به، إلا أنه تغزوه مشاعر النبذ والإحساس بالدونية، وقدرتها على التعبير جيدة ولها إنتاجية بالكلام يسيطر عليها القلق والغضب. ويظهر ذلك من خلال نبرة صوتها المرتفعة.

### - القدرة العقلية: La capacité mentale

تبين لنا من خلال المقابلات العيادية أن الحالة أم "س" لها ذاكرة جيدة للأحداث القريبة والبعيدة، فهي تسرد لنا مقاطع عن ذكريات طفولتها، ومعاشها اليومي مع إعاقه إبنتها بكل دقة ووضوح، ولها فصاحة في اللسان ومحتفظة بكل قدراتها العقلية من ( ذاكرة، التركيز، الإنباه....)

## - الإستبصار والحكم: Insight et jugement

الحالة (ه.ز) أم "س" مدركة تماما لظروف نشأة معاناتها التي تسببت في ظهور مشاكلها النفسية، وتحاول جاهدة أن تعيش في إستقرار نفسي، أسري وإجتماعي، ولكن لا تستطيع مما يجعلها تحاول التأقلم والتكيف مع وضعها الحالي إلا أنها تعاني من ضغوطات نفسية حادة، تسعى أن تخفف منها و هذا ترغب في العلاج النفسي من أجل مساعدتها على تخطي كل متاعبها.

### - الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والإجتماعي للحالة أم "س":

أبدت المفحوصة معاملة جيدة ورغبة في المشاركة بالمقابلات العيادية ، حيث كان كلامها واضحا ومفهوما ، وهي امرأة مرتبة الهيئة وفصيحة اللسان، من أسرة ميسورة الحال، عاشت في ظروف عائلية متماسكة وذات علاقات جيدة. لم تحب الدراسة، وكانت تهوى الحلاقة والتجميل، لهذا السبب تركت مقاعد الدراسة ، وبعدها تزوجت في سن مبكرة 17 سنة ،حدثني عن حالة إبنتها قبل إكتشافها أنها مصاب بالشلل الدماغي، حيث قالت : " بنتي كانت ديما ملي زادت تجيها الحمى بزاف " ، حدثتني كذلك عن حملها الأول بتوأم فعند الولادة حدث لهما إختناق وتوفيا بعد ظروف حمل صعبة جدا، " وليداتي زادو في زوج زروقة" ، وتأثرت كثيرا وهي تتكلم بحسرة. ثم باشرت في الحديث عن طفلتها المريضة وتقول بعدها "لاحظت أنو إبتني متناغيش ومتبتشمش بزاف كيما خوها قلت بالك مزال برك كيما نقولوا دمها ثقيل. بعد أشهر لاحظت عندها التأخر الحركي أيضا مقارنة بأخوها، مما زاد قلقي " ، فقامت بإستشارة طبيب عام ، الذي بدوره وجهها إلى طبيب مختص ليشخص حالة إبنتها على أنها مصابة بالشلل الدماغي ، وكان إكتشافها لمرض إبنتها بمثابة صدمة شديدة أشعرتها بألم حاد فتقول : " حسيت طرافي بردو شغل واحد سيح عليا بيدون ماء بارد " .

- عرض الحالة السادسة:

التقرير السيكولوجي للحالة أم (م):

البيانات الأولية عن الحالة:

الإسم و اللقب: إ.ش

الجنس: أنثى.

السن: 32 سنة.

رتبة الحالة بين الإخوة: الأخت الثانية بعد أخت كبرى.

الحالة المدنية: متزوجة.

المستوى التعليمي للحالة: السنة أولى جامعي.

الحالة الإقتصادية: متوسطة.

المهنة: ربة بيت.

الحالة الصحية: جيدة.

مصدر الإحالة: رسالة توجيه من طرف طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

سبب الإحالة: حالة التوتر التي تلازم الأم عند كل موعد مراقبة لطفلها المشلول دماغيا والمتأخر دماغيا.

مكان التقويم: مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

\*الطفل المشلول دماغيا :

الإسم : " م "

السن : 08 سنوات.

الجنس : ذكر.

رتبة الطفل المعاق بين الإخوة : الطفل الوحيد ( لديه ثلاث إخوة ذكور من أبيه فقط).

نوع الإعاقة : شلل دماغي مختلط.

- إختبار فحص الهياة العقلية لأم "م":

**Attitude et Comportement Générale**: الإستعداد والسلوك العام:

الحالة (إ.ش) أم "م" امرأة تبلغ من العمر 32 سنة، سمراء البشرة، متوسطة القامة، نحيفة الجسم، ترتدي الحجاب، تظهر أكبر من سنها مقارنة مع أقرانها، كما تبدو عليها ملامح الحزن والخيرة.

تظهر الحالة من خلال السلوك العام إهتماما أثناء المقابلات، لديها فترات صمت كثيرة في خطاباتها، وكأنها تأخذ قسط من الراحة، وتتنهد وتكمل الحديث، ويظهر ذلك عند عجزها عن التعبير عن معاناتها، وكأن جهازها النفسي في حالة تشاور، فهي تستعمل الكثير من الآليات الدفاعية لتخفي ضعفها وحزنها، كما تلازمها حركات هز للرجلين خلال تحدثها، وتتخللها إشارات عديدة تدل على تعاستها وقلقها تظهر من خلال إيمائية الوجه والإنفعال الظاهر كالإحمرار الشديد للوجه، أو رفرقة العين بالدموع، كما أنها قليلة الإبتسامة.

**Activité Mentale**: النشاط العقلي:

للحالة أم "م" لغة فقيرة من حيث الكلمات نوعا ما، ولكنها واضحة المعنى، تتكلم بالعامية وبتأني وكأن لها صعوبة للتعبير، إنتاجها للكلام قليل وهذا ما لاحظناه من خلال المقابلات، أفكارها مشوشة، كما أنها تعاني من الشروذ الذهني والتكرار الآلي للمعلومات.

**L'humeur et l'émotion**: المزاج والعاطفة:

إن الحياة الإنفعالية للحالة أم "م" يغزوها الحزن والقلق، كما لديها تفكير سلبي متأثر بمشاعر الدونية، الإحساس بالذنب، نقص الثقة بالذات، وهي تعاني من جرح نرجسي عميق جراء إنجازها لطفل معاق. ولهذا جل ردود أفعالها والإستجابات العاطفية لها تكون بصورة سلبية.

**Le contenu de la pensée**: محتوى التفكير:

لدى الحالة محتوى تفكير عميق جدا، فهي تفكر في كل كبيرة وصغيرة، وما يمكن أن ينجر عنها من مشكلات، وقدرتها على التعبير محدودة، ويظهر ذلك من خلال فترات الصمت التي تحد من تلقائية الإجابات والتي تمنعها أو تعرقل لها التصريح عن إنشغالاتها الفكرية وتظهر بصورة مشوشة وتشاؤمية، كما أنها تعاني من الشعور بالذنب والإضطهاد.

## -القدرة العقلية: La capacité mentale-

تبين لنا من خلال الملاحظة والمقابلة العيادية أن الحالة أم "م" تعاني من اضطراب خفيف في التركيز وإدراك الأمور من أول مرة، لأن فكرها مشوش، وتعيش ضغط رهيب، كما أنها تحتفظ بقدراتها العقلية الأخرى بصورة جيدة فهي لا تعاني من أي اضطراب في الذاكرة، فذاكرتها قوية، سواء للأحداث القريبة أو البعيدة، أما فيما يخص التوجه الزمني والمكاني لدى الحالة فهو جيد، كذلك لها القدرة على الحساب، القراءة، الكتابة، الفهم والمعارف العامة، وهذا ما يعكسه مستوى الحالة التعليمي.

## -الإستبصار والحكم: Insight et jugement-

الحالة أم "م" تدرك خطر الحالة التي هي بها، وترغب في التخفيف من معاناتها النفسية، لكي تستطيع الإعتناء بطفلها بصفة جيدة، وهي مشمئزة من حالتها الآن وترغب في تغيير الوضعية التي تمر بها، وهي تحمل مسؤولية ما يحدث لها إلى زوجها الذي ظلمها وطفلها، وفي نفس الوقت تصدر أحكام وأفكار قاسية إتجاه نفسها لأنها تركت دراستها وفضلت الزواج بشخص أناني، وتحمل نفسها أيضا ظروف إنجاب طفل معاق وتبحث عن ما يمكنه مساعدتها في التأقلم مع الوضع.

## - الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والإجتماعي للحالة أم "م":

الحالة أم "م" امرأة تبلغ من العمر 32 سنة، نشأت في أسرة متكونة من الوالدين وهي الثانية بعد أخت كبرى وقبل أخوين ذكور، أصغر منها تربت في حي راق نوعا ما، طفولتها ومراهقتها كانت عادية، واصلت دراستها حتى السنة أولى جامعي، وتوقفت بعدها لأنها فضلت الزواج على إتمام سنواتها الجامعية. وتزوجت من رجل ميسور الحال، حمل الأم كان غير مرغوب فيه من طرف الأب، ومنتظر من طرف الأم فقط ظروف الحمل والولادة كانت صعبة جدا تقول الأم " زوجي كان ماشي راضي بهذا الحمل لخطرش أنا المرأة الزاوجة وهو عندو 03 أولاد مع المرأة الأولى...رماني في دارنا بعد شهرين من الحمل" كانت الأم متوقعة مرض ابنها بسبب المشاكل حسب قولها "كنت حاسة بلي لي فكرشي ميزيدش نورمال لخطرش كانوا عندي مشاكل بزاف كنت عارفة بلي راح ياثرو عليه" ، كانت ولادة الأم عادية في تلك اللحظة لكن فيما بعد لاحظت سوكات غير عادية على طفلها حيث تقول "كنت نشوفه ميتحركش وميخزرش كيما الذراري لخرين ولونه باين ماشي عادي وهو ما يقولولي راه نورمال حتى شافو طبيب أعصاب وقلي المشكل فالأكسجين مطلعش لراسه ومدله ديباكين " الخير شكل صدمة للأم و عدم تقبل في البداية وخوف شديد رغم توقعاتها . " قالي الطبيب وجدي روحك ولدك قادر يصراوله حاجات بزاف...تصدمت ..متقبلتش...خفت من المسؤولية وحدي خاصة راجلي معالبوش بينا." بالنسبة للحياة العلائقية للأم قبل الحمل كانت حسنة مع الزوج لكن بعد الحمل توترت العلاقة وبعد الولادة أثرت حالة الطفل على علاقة الأم مع أهلها أيضا رفضا لتحمل مسؤوليتها لأنه من ذوي الإحتياجات الخاصة حيث تقول " مقبلونيش دارنا

وخطرات يحاوزوني يقولولي عنده باباه .. تغلقو البيان في وجهي". كانت الأم تتوقع أن مرض الطفل سوف يؤثر إيجابيا على الأب وانه سوف يتعاطف معه لكن حدث العكس... لم يتقبل الطفل من قبل ولادته، فما بالك أنه ولد مريض، لم تتلقى الأم الدعم منه حسب قولها " قالي دبيري راسك قتلك ملول منسحقوش"، تشكل عند الأم ضغط وخوف شديد على الطفل حيث تقول " مصبتش وين نروح بيه حتى واحد مراهو متقبله خفت منقدرلهش وحدي نضل نخمم على حالتنا"، حيث كان تعامل الأم مع الوضع صعب جدا نظرا لعدم توفرها على الإمكانيات المادية والمعنوية قالت " سمحت في روعي نظل نجري من الجمعية للجمعية باش نوفله واش يلبس وباش يداوي... تبكي الأم بحرقه شديدة. وهذا ما جعلها غير قادرة على مواجهة كل هذه الظروف لوحدها إضافة على خوفها من مستقبل طفلها خاصة أن التكفل به ليس بالأمر السهل حيث تقول " مقدرتش نتحمل كل هذا 08 سنين من المعاناة ومزال.. راني خايفة عليه بزاف شكون بيه لوكان كاش ميصرالي باباه لي أقرب الناس ليه وماشي متقبله. بالنسبة للطفل فدرجة إعاقته شديدة وتوجهت به الأم إلى مراكز التكفل بذوي الإحتياجات الخاصة وعند عدد كبير من الأخصائيين النفسانيين والأرطفونيين في المراكز الإستشفائية والصحة الجوارية حيث تقول "جريت بيه في كل بلاصة بصح عييت ودخلته في المركز يشدوه نهار كامل وأنا نروح للجمعيات... ملقيتتش شكون يوقف معايا لا دارنا لا راجلي وزيد هدرت الناس لي مترحمش" من خلال المقابلة مع الأم يتضح أنها متقبلة لمرض ولدها لكن تحتاج للدعم من الأب والأهل ولو بشكل بسيط وهذا ما أتعبها كثيرا، أما فيما يتعلق بالمسؤولية ترى الأم أنها تقوم بواجباتها من كل النواحي حسب قولها"، أنا لي نظل في الجمعيات باش نصرف عليه ونظل نجري بيه ونحلل في الناس... حاملة فوق طاقتي"، يتضح أن الحالة شديدة التوتر وظهر هذا من خلال بكائها وحركاتها وهروبها من الواقع تقول "دائما نتخيل ونقول بالك راجلي يعاود يوليلي ويحن قلبه على ولده ويحمل المسؤولية معايا".

## - عرض الحالة السابعة:

التقرير السيكولوجي للحالة أم (ل):

البيانات الأولية عن الحالة:

الإسم و اللقب: ن.ب

الجنس: أنثى.

السن: 39 سنة.

رتبة الحالة بين الإخوة: الثالثة من بعد أختين، وقبل أخ وأخت.



الحالة المدنية: متزوجة.

المستوى التعليمي للحالة: شهادة ليسانس "علم المكتبات".

الحالة الإقتصادية: متوسطة.

المهنة: ربة بيت.

الحالة الصحية: جيدة.

مصدر الإحالة: رسالة توجيه من طرف طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

سبب الإحالة: حالة التوتر التي تلازم الأم عند كل موعد مراقبة لطفلها المشلول دماغيا والمتأخر دماغيا.

مكان التقويم: مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

**\*الطفل المشلول دماغيا :**

الإسم : "ل"

السن : 06 سنوات.

الجنس : أنثى.

رتبة الطفل المعاق بين الإخوة : الطفل الثالث Le Benjamin.

نوع الإعاقة : الشلل التخليجي اللاتوازي.

- إختبار فحص الهياة العقلية لأم "ل":

**- الإستعداد والسلوك العام: Attitude et Comportement Générale**

الحالة أم "ل"، امرأة تبلغ من العمر 39 سنة، بيضاء البشرة، ممتلئة الجسم، طويلة القامة، مظهرها الخارجي وهندامها يدل على بساطتها، لباسها عادي ونظيف، تظهر الحالة من خلال السلوك العام إستعدادا وتركيزا أثناء المقابلات ويظهر ذلك من خلال الحديث معها حيث لها القدرة على التعبير عن معاناتها، كما تعاني الحالة من حزن وقلق وضغط نفسي كبير يتبين هذا من نبرة صوتها وطريقة كلامها وملامح وجهها المعبرة عن ذلك كما تظهر مؤشرات القلق كالنشاط الإشاري البارز من خلال حركات اليدين والتنفس السريع والتنهدات البطيئة.

## – النشاط العقلي : Activité Mentale

لدى الحالة القدرة على الإدلاء بما تريد التصريح به، لكنها تعبر بطريقة بطيئة، تحاول أن تغطيها الحالة من خلال الإبتسامة من حين لآخر، وكأنها مترددة للبوح بما يجول بخاطرهما خوفا من مواجهة الواقع، ولهذا تظهر الحالة شاردة الذهن من حين لآخر، أما فيما يخص الإنتاجية، التلقائية والكمية في الكلام، فإجاباتها متلائمة مع نوع الأسئلة المطروحة عليها لكنها ليست دقيقة بسبب التوتر الواضح لدى الحالة.

## – المزاج والعاطفة: L'humeur et l'émotion

الحالة ذات مزاج حزين مكتئب غالبية الأحيان، تحاول تبين عكس ذلك من خلال الإبتسامة ، ولكن سرعانما تبدو عليها علامات الإحباط، التي تقلل من تجاوبها أثناء المقابلة ، فمن حين لآخر يشرد ذهنها، ثم تصمت لفترة، كما تظهر من خلال تصريحاتها أفكار سلبية عن ذاتها مثل مشاعر الدونية ونقص الثقة بالذات والخرج الإجتماعي.

## – محتوى التفكير : Le contenu de la pensée

الحالة أم "ل" لها محتوى تعبير ضعيف نوعا ما، ومحتوى تفكير سلبي إلى حد ما، لديها تلقائية محدودة في الإجابة على التساؤلات، وهذا يدل على نوع من التفرغ للحالة الإنفعالية المعاشة راهنا، والسيطرة على أفكارها مع غياب إنشغالات تدمير الذات أو العدوانية الموجهة نحو الآخر، إن محور حديث الحالة يدور حول معاشها اليومي مع إعاقة إبنها وما إنجر عنه من مشاكل، كما أنها تخاف كثيرا من المستقبل الذي ينتظر إبنها المعاق حركيا.

## – القدرة العقلية: La capacité mentale

من خلال المقابلات تبين لنا أن الحالة أم "ل" لا تعاني من أي إضطراب في الذاكرة، فذاكرتها قوية، سواء للأحداث القريبة أو البعيدة، والدليل على ذلك هو تقديمها لبعض المعلومات الدقيقة حول طفولتها وحول مراحل نمو أطفالها الثلاث وحول معاشها اليومي الحالي مع إعاقة طفلها، لدى الحالة فهم عام لبعض المعارف وكذا قدرتها على القراءة، الكتابة، الحساب ومستواها الدراسي.

## – الإستبصار والحكم: Insight et jugement

الحالة أم "ل" ليس لها القدرة الكافية على التكيف بوضع علاقة بين إمكانياتها على استيعاب مشكلته والظروف التي ساهمت في توترها، وهي مدركة بصفة جيدة للوضعية التي تمر بها، وفي نفس الوقت تصدر أحكام وأفكار قاسية إتجاه نفسها وتحمل نفسها ظروف إنجاب طفل معاق وتبحث عن ما يمكنه مساعدتها في التأقلم مع الوضع لأنها تفقد السيطرة عليه.

## - الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والإجتماعي للحالة أم "ل":

الحالة (ن.ب) أم " ل " امرأة تبلغ من العمر 39 سنة، متحصلة على شهادة الليسانس في علم المكتبات، كما أنها عاشت طفولة ومراهقة عادية، وتربت في أسرة ذات مستوى إجتماعي مستقر، ثم تزوجت وهي تعيش في سكن للإيجار وتعاني من مشكلات مادية، لأن زوجها بطل، ويعمل كمساعد بناء، بحيث مدخوله قليل جدا، بعدها جاءت فترة الحمل ومرت في ظروف طبيعية والولادة كانت عادية لكن صعبة نوعا ما، على حد قولها حيث تعرضا للرضيع للإختناق بالحبل السري وكما قالت "وليدي زاد زرق، معياو يضربوه ما بكاش".

كان قليل المناغاة: " نادرا وين يناغي ولا يضحك "، " حيرني ديتة لطيب، وبعد عدة فحوصات.. " تظهر بعض الدموع في عينيي الأم ثم تواصل وتقول: " عند بلوغه 08 أشهر تم تشخيصه على أنه مصاب بالشلل الدماغى. " ظلمت الدنيا في وجهي لليوم "، أما بالنسبة لردة فعل زوجها فقالت أنه لم يقتنع: " باباه مكانش فاهم ومقتنعش وقاعد يضحك عليا في بالو الشلل الدماغى قاع نفس الدرجة في الإعاقة الجسدية وتبان على الطفل ، ووليدي كان يهبل " ، لكن مع مرور الوقت تقبل وزاد تعلق به . ومن ناحية العلاقة بين الأم وبين الإبن علاقة ممتازة تعامله كإخوته العاديين، أما من ناحية نظرة الأم للحياة المستقبلية فهي نظرة تشاؤمية، فهي تفكر بطريقة سلبية كثيرا ، ومن خلال تقنية سرد الحياة صرحت بتصريحها بأنها رغم معرفتها بالبرامج المناسبة للتكفل به إلا أنها لم تستطع تطبيقها من شدة الصدمة، فهي تتفادى واقعها بأي طريقة. وقالت " ما نحش نروح لبلايص يفكروني بإعاقة وليدي. " وهذا إن دل فيدل على عدم تقبل الأم لإعاقة طفلها، مما سينعكس سلبا عليهما. فهي تخشى نظرة الشفقة وأحكام الناس، مما يجعلها تشعر بالضيق والخرج الإجتماعى.

### عرض الحالة الثامنة:

#### التقرير السيكولوجي للحالة أم (ه):

#### البيانات الأولية عن الحالة:

الإسم واللقب: خ.ب

الجنس: أنثى.

السن: 42 سنة.

رتبة الحالة بين الإخوة: الأخت الكبرى لأربعة إخوة .

الحالة المدنية: متزوجة .

المستوى التعليمي للحالة: السنة الثالثة متوسط.

الحالة الإقتصادية: متوسطة.

المهنة: ربة بيت.

الحالة الصحية: جيدة.

مصدر الإحالة: رسالة توجيه من طرف طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي.

سبب الإحالة: حالة التوتر التي تلازم الأم عند كل موعد مراقبة لطفلها المشلول دماغيا والمتأخر دماغيا.

مكان التقويم: مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران.

**\*الطفل المشلول دماغيا :**

الإسم : "ه"

السن : 02 سنتين.

الجنس : أنثى.

رتبة الطفل المعاق بين الإخوة : الطفل الرابع Le Benjamin.

نوع الإعاقة: الشلل التخليجي اللاتوازي.

- إختبار فحص الهياة العقلية لأم "ه":

**- الإستعداد والسلوك العام: Attitude et Comportement Générale**

الحالة (خ.ب) أم "ه" امرأة تبلغ من العمر 42 سنة، سمراء البشرة، قصيرة القامة، ممتلئة الجسم نوع ما، لا تعاني من إعاقات أو تشوهات، مظهر الحالة العام ملائم، ملابسها نظيفة وهي كثيرة البكاء، تعابير وجهها شاحبة قليلا، لها نظرة حائرة وتبدو متوترة، تتحدث بصوت منخفض قليلا، أما نشاطها الحركي العام قلق فهي تتكلم بالإشارات كثيرا (تتحرك وتتعرق كثيرا عند الحديث).

## - النشاط العقلي: Activité Mentale

تتحدث أم "هـ" بكل طلاقة محاولة التعبير عن معاناتها مع إعاقة إبنتها، وتستعمل جمل واضحة المعنى، تتكلم بالعامية تارة بتأن وتارة أخرى بسرعة وهذا حسب الموضوع الذي تتطرق له ، إنتاجها للكلام كثير وهذا ما لاحظناه من خلال المقابلات، أفكارها منظمة ومعلوماتها متسلسلة . كما أنها لا تعاني من الشرود الذهني خلال تكلمي معها مطولا.

## - المزاج والعاطفة: L'humeur et l'émotion

تعاني الحالة من مزاج سيء غالبية الأوقات، كما لديها الإستجابات عاطفية سلبية خلال المقابلة، يبدو أنها تعاني من حالة إكتئاب، بسبب القلق والضغط النفسي الذي تعيشه يوميا، ليس لديها أي نزعة للإنتحار، رغم الإحساس بالذنب الذي يلازمها، والأفكار التي تسيطر عليها والتي تعكس احتقار الذات.

## -محتوى التفكير: Le contenu de la pensée

تتميز الحالة بمحتوى تفكير جيد وقدرتها على التعبير جيدة، ولكن يغزوه السلبيات التي تؤثر على نفسياتها لإقتناعها بها، يخلو حديثها من فترات الصمت التي تحد من تلقائية الإجابات، لهذا لا يوجد ما يمنعها أو يعرقل لها التصريح عن إنشغالها الفكرية بكل عفوية، ولا تظهر لدى الحالة عدوانية موجهة نحو الآخرين، أو إنشغالات تدمير الذات.

## -القدرة العقلية: La capacité mentale

الحالة لا تعاني من سوء التوجه الزماني والمكاني، بل لها توجه جيد وهي واعية تمام الوعي بما يدور حولها من أوضاع عائلية، إجتماعية، إقتصادية وسياسية... تحتفظ في ذاكرتها بالأحداث البعيدة المدى (تتكلم عن تفاصيل في طفولتها)، وكذا الأحداث قريبة المدى، كما أنها تحتفظ بكل قدراتها العقلية فيما يخص معارفها العامة من الحساب، القراءة والكتابة، وهي في حدود مستواها الدراسي.

## -الإستبصار والحكم: Insight et jugement

الحالة أم "هـ" تدرك جيدا ما يدور حولها من أحداث ، ولكن تحاول تفسيرها من زاوية سلبية فقط، وهذا راجع للكمية المكبوتات نتيجة الصراعات العلائقية والضغوط النفسية التي تعرضت لها خلال السنوات الأخيرة الماضية، وتنسبها بشكل واضح إلى ولادة طفلة معاق في أسرتها مما سبب لها مشاعر الخجل والإنكار من جهة، والإحساس بالدونية والنقص من جهة أخرى. كما انه لها القدرة على التكيف مع الوضع إذا إستطاعت استيعاب مشكلتها والظروف التي ساهمت في ظهورها.

## - الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والإجتماعي للحالة أم "ه":

الحالة (خ.ب) أم "ه" امرأة تبلغ من العمر 42 سنة، ذات مستوى السنة الثالثة متوسط، تربت في أسرة ذات مستوى إجتماعي متوسط، تزوجت وعاشت مع الأسرة الكبيرة ، ولم تخلو حياتها من المشاكل العلائقية العائلية، ركزت الحالة في تربية أطفالها وعيش يومياتها كباقي ربات البيوت، متفادية أي صراعات قدر المستطاع، إلى أن جاءت فترة حملها بإبنتها الثالثة، فلقد مرت في ظروف جد عسيرة، مرضت الأم عدة مرات وأخذت الكثير من الأدوية، كما أنها تعرضت لحادث مروري، والذي أثر في نفسيتها نتيجة الصدمة النفسية التي تعرضت لها، والحمل لم يسقط. أما الولادة فكانت جد صعبة ، ولم تقوى على الولادة الطبيعية، فحولوها إلى غرفة العمليات بعد أن فقدت الوعي .

تقول وهي تتنهد ببطء " فتحتولي لجراح " وبدأت المفحوصة تتكلم دون انقطاع أو تردد والدموع تسيل من عينيها، أي أم تحلم أن يكون لديها طفل طبيعي وشعورها بالذنب حسب ما قالت بسبب الإعاقة ، وبعد الولادة بثلاث أشهر ، راودتها شكوك بحركات طفلتها الغير طبيعية مقارنة بإخوتها ، فأخذتها إلى الطبيب أخبرها أنها تعاني من الشلل الدماغي، وطلب منها إجراء عدة فحوصات، وتصرح قائلة بأن معاناتها الحقيقية بدأت منذ ذلك اليوم " جريت جريت واحد ما عاوني لقيت روحي وحدي نجري بينتي " هذه الإعاقة سببت لها ألما كبيرا وقلق وأمراض المعدة والكولون. كما تقول أنها ستعمل جاهدة لمساعدة إبنتها على التحسن ولو كلفها الأمر السفر بها خارج الوطن "واش تجيني فكرة في راسي نديرها لها ، حببت نروح بيها لأمريكا وماديا ما قدرتش " "كون جات ابنتي في بلد أخرى كونها لباس عليها. "

قامت بأخذها للعديد من الأطباء، وكأنها في حالة الرفض أو النفي للواقع، " ما صدقتش بلي ابنتي مريضة " ، وأخذتها أيضا للراقي، رحلت للعشاب، درت لعشاش، لقيت روحي جهلت ونخسر في صواردي " .

## - نتائج القياس القبلي للمقاييس النفسية المطبقة على الحالات في الدراسة الميدانية:

### 1. التطبيق القبلي لمقياس إدراك الضغط النفسي لLevenstein:

بعد تطبيق مقياس الضغط النفسي على 30 أم، تم إنتقاء ثمانية أمهات اللاقي تحصلنا على مؤشر إدراك للضغط جد متقارب وبمستوى مرتفع ، وتظهر النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

جدول رقم (22): يبين نتائج المقاييس القبلية للحالات الثمانية في مقياس إدراك الضغط النفسي

Levenstein ل

مقياس إدراك الضغط	الحالات
مؤشر إدراك الضغط	
مستوى الضغط	
مستوى مرتفع	أم (أ) 0,72
مستوى مرتفع	أم (ب) 0,62
مستوى مرتفع	أم (ج) 0,76
مستوى مرتفع	أم (د) 0,73
مستوى مرتفع	أم (س) 0.73
مستوى مرتفع	أم (م) 0,77
مستوى مرتفع	أم (ل) 0,71
مستوى مرتفع	أم (هـ) 0,65

#### - مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم "أ":

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين بالجدول رقم (22) تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب (مج=95)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم "أ" مقدر ب 0,72 ، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط. ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود (17) (25)، (29) وهي بنود غير مباشرة بالرفض، فأم "أ" لا تشعر بالأمن والحماية وليس لديها الوقت الكافي لتريح نفسها، فهي الوحيدة التي تتكفل بإبنها ولا تتلقى أي مساعدة من زوجها أو عائلته التي تعيش معهم، وهذا ما قد أثر عليها سلبا وقد أجابت على البند رقم (05) بكثيرا يعني أنها تشعر بالوحدة.

#### مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم "ب":

بعد القيام بتنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول رقم (22) تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب (مج=86)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تم الحصول على مؤشر إدراك الضغط عند أم "ب"

مقدر ب0,62 ، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط لأنها تقع فوق المتوسط، ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود غير المباشرة بالرفض مثل (01)،(07)،(10)،(17)، فهي لا تشعر بالراحة ولا بالهدوء، وإتضح ذلك من خلال قولها في المقابلة أن صراخ إبنها ومرضه يزعجها ويحملها فوق طاقتها، كما أنها تشعر بالتوتر ولديها الكثير من المخاوف المستقبلية، وهذا يتضح من خلال إجاباتها على البندين (14)،(18) بكثيرا.

### -مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم"ج":

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول رقم (22) تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب(مج=99)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم "ج" مقدر ب0,76، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط النفسي. ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود(14)،(18)،(26) بكثيرا ، أن الحالة تعيش حالة توتر وقلق شديد مما يتسبب لها من إتهاك وتعب فكري، كما يظهر من خلال المقابلات أن الحالة تتحمل المسؤولية منذ صغرها في رعاية إخوتها الصغار والتكفل بأبيها المريض ومساعدة أمها بالشغل، إضافة إلى ذلك عيء المسؤولية لإبنتها المريضة الذي شكل صدمة وجرح نرجسي للأم، وهذا ما يظهر من خلال إجابتها على البنود غير المباشرة بالرفض وهي: (17)،(25)،(29).

### -مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم"د":

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط للحالة لأم"د" وجمع النقاط كما هو مبين للجدول رقم (22) تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب(مج=96)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم"د" مقدر ب0,73، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط حسب المقياس، وهذا ما يرتبط بالمقابلات العيادية أيضا من خلال تصريحات الحالة عن معاشها النفسي الذي يغزوه الإحباط، التوتر والقلق على مستقبل أطفالها عامة، وطفلنها المعاقة خاصة، هناك عدة عوامل ضاغطة تساهم في ذلك نذكر منها السكن، بطالة الزوج، غلاء المعيشة...ويبدو هذا من خلال إجابتها على البند (30)،(19)، الذي يدل أنها تشعر بضغط مميت عادة، وأنها تحس كثيرا نفسها تحت ضغط كبير مقارنة بالأشخاص الآخرين ويظهر ذلك من خلال قولها "الناس مين تتزوج تتهنى وأنا راني غي فلمشاكل ومرض وقلة الشئ"، كما تبدو لها أن مشاكلها في حالة تراكم حسب إجابتها على البند (15) بكثيرا. فهي تريد رد جميل عائلتها في حضنها هي وأطفالها وزوجها، وإعطائهم الأمن والحماية، بدلا من تهديدات الكراء وإخلاء المنزل من حين لآخر بسبب الظروف المادية الصعبة التي تمر بها الحالة وزوجها.



## - مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم "س":

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط للحالة لأم "س" وجمع النقاط كما هو مبين للجدول رقم (22) تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب(مج=96)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم "س" مقدر ب0,73، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط حسب المقياس، فالحالة تعاني من ضغط نفسي رهيب، جراء تراكم هائل من المشكلات وهذا ما وضحته إجابتها على البند (15)، كما إستوقفتها البنود (26)،(27)،(28) إذ كانت تجيب عليها وفي نفس الوقت توضح أنها تعبت من التفكير في مصير إعاقة طفلها، وأحيانا تفكر في لو كان لها العون من طرف زوجها فهذا سيساعدها على رعاية ابنها وينقص من عبء المسؤولية. كما ان أم "س" لديها صعوبات في الإسترخاء حسب البند (27) وتشعر بأنها تحت ضغط مميت ويتضح هذا من إجاباتها على البند (29) بكثيرا.

## -مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم "م":

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط للحالة أم "م" وجمع النقاط كما هو مبين للجدول رقم (22) تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب(مج=100)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم "م" مقدر ب0,77، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط حسب المقياس، وإنطلاقا من هذه النتائج يمكننا إستنتاج أن أم "م" تعيش وضع من القلق والإكتئاب والضغط النفسي لأنها تتحمل مسؤولية ابنها لأن زوجها تحلى عنهما بعدما كان رافض لهذا الحمل من قبل ولادة طفله معاقا، فعاقبها لتتحمل نتائج رغبتها بالحمل، إضافة إلى شغل البيت لوحدها، وأعباء الحياة، مما هذا شكل لها عدم الإستقرار النفسي والإجتماعي، وظهرت عندها بعض الإضطرابات السيكوسوماتية (قرحة معدية)، وأصبحت سريعة الإستشارة والغضب ويمكن تفسير هذا لتظافر عدة مشاكل وضغوطات لقولها "نكون دايمن مقلقة بصح كي نتلهي بولدي وندير واجبي نرتاح، وهذا هو الحل لي لقيته، mais toujours نتخيل ونحلم نكون مع ولدي وبوه يقولي كلام ما يجرحنيش ونعيشو كي الناس". وذكرت أن هذه الأفكار رغم أنها لم تتحقق في الواقع إلا أنها تسعدها، كما أن كلام وإستفسارات الأقارب عن حالة ابنها تشعرها بالحرج والإحباط مما جعلها لا تزور العائلة إلا في الضرورة. وأظهرت الحالة أم "أ" من خلال المقابلات رغبتها في العلاج النفسي من أجل التكيف مع إعاقة ابنها.

## -مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم "ل":

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط للحالة أم "ل" وجمع النقاط كما هو مبين للجدول رقم (22) تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب(مج=94)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم "ل" مقدر ب0,71، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط حسب المقياس، وهذا ما إرتبط أيضا

بالمقابلات العيادية ومن خلال تصريحات الحالة عن معاشها اليومي المقلق، فالمسؤولية وعيء التكفل بإعاقة إبنتها بصفة دائمة يشعرها بالتوتر ومخاوفها تتجلى في قلقها على مستقبله ونظرة الشفقة وأحكام الناس، وهذا ما ظهر من خلال إجابتها على البند (24) بكثير. فهي تشعر أنها وضع إنتقاد وحكم للآخرين، وهذا ما أكدته المقابلات العيادية إذ ذكرت أثناءها أن مرض إبنتها مسؤولية تسبب لها الإزعاج والضيق، إذ يعتبر الشلل الدماغي **IMC** إضطرابا محيرا ومؤلما للأولياء يصعب عليهم فهمه.

-مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم" ه":

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين بالجدول رقم (22) تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب (مع=89)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم "ه" مقدر ب 0,65، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط. ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود (19) (06)،(04)، وهذا يصادف ما صرحت به لأفراد الجماعة العلاجية بقولها " أنا همومي رايحة وتزيد"، وهي تقصد الصراعات العلائقية الأسرية التي أنهكتها، إضافة إلى عيء تحمل مسؤولية طفلة معاقة، فهي تقول أنها أصبحت "جسد بلا روح يقضي في أيامه الباقية فقط"، كما تضيف أنها أصبحت لا تعرف معنى للسعادة. وهذا ما أصبح يشعرها بالتعب والإرهاك الفكري .

كما أنه من خلال المقابلات صرحت الحالة أنه تحتاج لمن يفهم حالتها ومعاناتها، حيث لا تجد وقت لنفسها وهذا ما دلت عليه البنود التالية (21)،(29)، بالإجابة بتقريبا أبدا، ومن خلال البند المباشر(15)، يبين محتوى تفكير الحالة حول حجم كبر المسؤولية لديها كلما كبرت طفلتها، خصوصا أن الظروف المادية والإجتماعية غير مساعدة فحتى السكن، أصبح عبئ كبير بالنسبة للوالدين فكيف لطفل متعدد الإعاقات، أن يسكن في الطابق الخامس بعمارة بدون مصعد، فهذا يبدو على للحالة أن مشاكلها تتراكم وبالتالي يتضاعف الضغط النفسي عندها.

## 2. التطبيق القبلي لمقياس الإحتراق النفسي الوالدي PBA:

بعد إنتقاء ثمانية (08) أمهات من أصل ثلاثين (30) أم، و اللاتي بدورهن تحصلنا على مؤشر إدراك للضغط النفسي جد متقارب وبمستوى مرتفع، قمنا بإجراء مقابلتين عياديتين مع الحالات (الأمهات الثمانية)، كل واحدة (أم) على حدى (مقابلات عيادية منفردة)، بهدف إقامة تحالف علاجي وعقد معنوي ومن أجل جمع معلومات حول تاريخ وراهن الحالة، وبعدها جمعناهن في حصة واحدة، وتم تطبيق مقياس الإحتراق النفسي الوالدي **PBA** ( صعوبات الأدوار الوالدية) في المقابلة الثالثة في إطار تطبيق جماعي مع مجموعة متكونة من ثمانية (08) أمهات لأطفال مشلولين دماغيا ومتأخرين نفسيا وحركيا، وتظهر النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

مقياس الإحترق النفسي الوالدي PBA		الحالات
القياس القبلي		
مستوى الإحترق	مؤشر الإحترق	
مرتفع	82,17	أم (أ)
مرتفع	84,13	أم (ب)
مرتفع	86,73	أم (ج)
مرتفع	83,47	أم (د)
مرتفع	82,82	أم (س)
مرتفع	78,26	أم (م)
مرتفع	69,78	أم (ل)
مرتفع	82,82	أم (هـ)

الجدول رقم (23): عرض نتائج القياس القبلي لمقياس الإحترق النفسي الوالدي PBA على مجموعة البحث.

- مناقشة نتائج المقاييس القبلية لمقياس الإحترق النفسي الوالدي PBA لدى حالات الدراسة:

يبين الجدول رقم (23) أن كل الحالات تعاني من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي، وإنطلاقاً من المقابلات العيادية والنتائج القبلية لمقياس الإحترق النفسي الوالدي "PBA"، يمكننا إستنتاج أن الحالات تعاني من عدم الإستقرار النفسي الإجتماعي، وظهور اضطرابات سيكوسوماتية (كالقرحة المعدية، الصدفية، الثعلبة، مرض السكري، الأرق...)، فأم "أ" مثلاً تصرح بأنها لم تعد تشعر الفرحة وليس لها أي رغبة لأي إنجاز شخصي، أما أم "ب" فتقول خلال إحدى المقابلات العيادية بأنها لم تعد تتحمل كونها أم، وليس قادرة على مواجهة مرض أطفالها ومتاعبهم. وهذا ما يظهر من خلال تعدد إجابتهن على بنود تدني الشعور بالإنجاز الشخصي وفقدان المتعة بالحياة وهي: (PBA27)، (PBA35)، (PBA42)، ومن خلال سرد الحالات لمعاشهن النفسي

هناك عدة عوامل ضاغطة تساهم في ذلك نذكر منها: مشكل السكن مثل التي تواجهها كل من الأمهات التالية: ("أماً"، "أم ج"، "أم د"، "أم م") وبطالة الزوج ("أم ل" و"أم د").

ومن خلال تشابه إجابتهن على البند (PBA58) من مقياس الإحترق النفسي، الذي يدل أنهن يشعرن بضغط ممت. وذلك نتيجة لإرتفاع مستوى الإحترق النفسي لدى الحالات، أيضا نظرا لآثاره السلبية من إنهاك بدني، عقلي وإنفعالي، وهذا ما يؤكد أن الأمهات اللواتي عادة ما يقدمن الرعاية الأساسية لأطفالهن هن أكثر عرضة لمواجهة مخاطر الضغط والإحترق النفسي بمستويات عالية، وعندما تجمع الأمهات بين أعمال المنزل، العمل المهني ورعاية الأطفال (خاصة ذوي الإحتياجات الخاصة)، فإنهن يكن عرضة إلى القلق المزمن وأعراض الإكتئاب مما قد يساهم في تطوير متلازمة الإحترق النفسي.

وهذا ما تبينه كل من أم "ج" و أم "د" من خلال إجابتهما على بنود الإرهاق الوالدي، (PBA2)، (PBA33)، (PBA18)، فلقد صرحت غالبية الأمهات بأنه يلازمهن إحساس التعب الشديد جراء قيامهن بأدوارهن كأمهات وبسبب رعاية الأبناء، مستلزمات البيت المختلفة، إضافة إلى التكفل بطفل معاق. وقالت أم "س" في إحدى المقابلات العيادية بأنها لم يعد بإمكانها أن تظهر لأولادها مدى حبها لهم، بمعنى أصبح عندها بلادة عاطفية، وهذا ما أكدته لنا أيضا من خلال إجابتها على البنود التي تقيس الانفصال العاطفي والإرهاق الإنفعالي مثل: (PBA38) ، (PBA53) ، (PBA49) ، أما أم "م" فكانت جل شكاواها بأنها لم تصبح المرأة السابقة ( الحساسة، الصبورة)، وهي لا تتعرف على نفسها في غالب الأحيان من خلال تصرفاتها السيئة، لأنها أصبحت كثيرة الصراخ، وجد منفعة حتى على أنفه الأمور، مما يجعلها محبطة أكثر. وهذا ما عززته لنا إجاباتها على بند من بنود تباين الطابع الشخصي وتبدد الشخصية مثل: (PBA16). والتي تقيس لنا المشاعر السلبية إتجاه الأبناء.

كما تعاني أم "ل" من التوتر لأنها لا تعرف كيف تتصرف في حياتها اليومية خصوصا مع أطفالها، فمعاملتها لهم تزداد سوء يوم بعد يوم، وظهر هذا من خلال إجابتها على بندين من بنود تباين الطابع الشخصي وتبدد الشخصية والتي تكشف لنا المشاعر السلبية إتجاه الأبناء مثل: (PBA48) و (PBA37)، أما أم "هـ" فتصرح وتقول بأنها تحب ابنها كثيرا، حتى أكثر من أي شيء في هذه الدنيا، ولكنها تجد مشكلة كبيرة في التعبير عن حبها له، إذ يعتبر مصدر إرهاق وتعب كبير بالنسبة لها. حتى أصبحت تستحي كونها أم ( حسب أقوالها)، ويظهر لنا هذا من خلال إجابتها على بند التبدد في الشخصية التالي: (PBA45). ويتبين لنا أيضا من خلال إجابتها على بند الإرهاق الوالدي الآتي: (PBA40) .

### 3. التطبيق القبلي لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية Coping:

قمنا أيضا بتطبيق القياس القبلي لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية على نفس المجموعة من الأمهات الثمانية اللاتي يعانين من الضغط والإحترق النفسي، وذلك ببرمجة جلسة جماعية خلال المقابلة الرابعة، حيث تم خلالها توزيع إستبيانات ال Coping.

ومن أجل الحصول على نوع الإستراتيجيات المستعملة لمواجهة الضغط النفسي يتم تحديد درجة الإستراتيجيات الإيجابية والسلبية كل على حدى، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (24): يبين نتائج القياس القبلي للحالات الثمانية لمقياس إستراتيجيات الضغوط النفسية.

إستراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية		الحالات
درجة الإستراتيجيات السلبية	درجة الإستراتيجيات الإيجابية	
31	41	أم (أ)
29	40	أم (ب)
29	35	أم (ج)
26	42	أم (د)
28	40	أم (س)
27	31	أم (م)
31	32	أم (ل)
26	37	أم (هـ)

## – مناقشة المقاييس القبلية لمقياس إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية للحالات الثمانية:

وتختلف إستراتيجيات مواجهة الأمهات للضغوط النفسية تبعاً لإختلاف خصائص شخصية كل أم ونوعية الموقف وكذلك تبعاً لتنوع مصادر المواقف الضاغطة سواء كانت داخلية أو خارجية، فحدث ضاغط معين تدركه الأمهات بطريقة مختلفة.

بمعنى أن كل أم تواجه الكثير من الضغوط النفسية، إضافة إلى الظروف المعيشية والخبرات الضاغطة في حياتها، فهي تحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة تبعد الخطر عنها وتجعلها في حالة من التوازن، وهذا راجع طبعاً إلى الفروق الفردية وتنوع الأحداث.

من خلال الجدول رقم (24) نلاحظ أن أم " أ " تستعمل في مواجهتها للضغط النفسي الإستراتيجية السلبية بدرجة تقدر ب: (31) مثل: الإنسحاب ولوم الذات، فمن خلال المقابلة يتضح أن الحالة تتجنب مناقشة زوجها والوصول إلى حل يرضي كليهما، وكأنها تنسحب من الموقف الضاغط، حتى على حساب راحتها النفسية، خصوصاً عند مواجهتها لصراعات علائقية مع العائلة، وهذا ما تؤكد إجابتها ب " لا " على البعد (18)، إضافة إلى أنها تقتصر علاقتها الإجتماعية على الناس الذين كانت تعرفهم من قبل إنجاب طفلها، ويظهر من خلال إجابتها أيضاً ب " نعم " على البعد (11).

كما أنها تستعمل بعض الإستراتيجيات الإيجابية بدرجة تقدر ب: (41) كالتقبل والتخطيط لحل المشكل ولكن بشكل قليل، أو بالأحرى تستخدمها مع طفلها فقط، حيث أنها تلجأ إلى حماية إبنتها والإهتمام به بطريقة مفرطة وتعتبر هذا هو الحل الوحيد للمشكل، حتى على حساب حياتها الشخصية والعملية، فرعايتها لإبنتها تنقص من مستوى الضغط النفسي الموجود لديها إذ تقول " نكون دوماً مقلقة بصح كينتهلى بوليدي وندير واجبي نرتاح ، هذا هو الحل لقدرت نديرو ". وهذا ما تبينه لنا أكثر إجابتها ب " أحياناً " على البعد ( 6 ) وب " نعم " على البعد (3).

أما بالنسبة ل أم " ب " ففي الجدول يظهر لنا أن الإستراتيجيات الإيجابية المستعملة بدرجة تقدر ب: (40) تفوق بكثير الإستراتيجيات السلبية بدرجة تقدر ب: (29)، والتي إنحصرت على إحساسها بتأنيب الضمير وإستعمال الإنكار، نتيجة إحساسها بالدونية، فهي تقارنه كثيراً بأقرانه وبأبناء عمه الأصحاء، مما أصبح يسبب لها الحرج الإجتماعي وتنسحب شيئاً فشيئاً من اللقاءات العائلية، ومع الجيران أيضاً، ولا تحب أخذ أطفالها إلى الحدائق حتى لا يسخروا الأطفال من إبنتها ولا ينظرو لها وله نظرة الشفقة، كما أنها أصبحت جد عدوانية وكثيرة الصراخ، وهذا ما أكدته إجاباتها ب " أحياناً " على البعد (10) وب " نعم " على البعد (11) وب " نعم " على البعد (25) وب " نعم " على البعد ( 33 ).

وفيما يخص أم "ج" ففي الجدول الخاص بالقياس القبلي لإستراتيجيات المواجهة رقم (24)، نرى أنها تستخدم إستراتيجيتي التدين والإنسحاب بكثرة ، حيث أن الأولى تنسب إلى الإستراتيجيات الإيجابية المستعملة بدرجة تقدر ب: (35)، والثانية تعتبر من الإستراتيجيات السلبية المستخدمة من طرف الأم بدرجة تقدر ب: (29)، فأم "ج" لا تسعى للحصول على معلومات بخصوص كيفية التعامل مع طفلتها، ولا تساعد على كيفية الإعتماد على نفسها، كماكتساب بعض المهارات في الأكل، اللبس، النظافة... وكأنها تتجنب التفكير في مرض إبنتها ومسؤولياتها إتجاهها، لأن ولادة طفلة معاقة بعد إنتظار للحمل دام 5 سنوات شكل صدمة كبيرة للوالدين، خصوصا الأم، وذكرت في المقابلة أن كلام وإستفسارات الأقارب عن إبنتها يشعرها بالحرج، وهذا ما تؤكدته إجاباتها ب "لا" على الأبعاد التالية: (1)، (2)، (3)، (4)، (5)، (6)، (7)، (8)، (9)، وفي المقابل تفسر مرض إبنتها على أساس الوازع الديني، وتعطي للضغوط النفسية التي تواجهها معنى ديني لتقبل المواقف المشحونة إنفعاليا. و هذا ما أكدته مرة أخرى إجاباتها ب " نعم" على الأبعاد التالية: (13)، (14)، (28)، (35)، وب "أحيانا" على البعد التالي: (27).

من خلال الجدول رقم: (24) يظهر لنا أن أم "د" تستعمل الإستراتيجيات الإيجابية بدرجة تقدر ب: (42) أكثر من السلبية التي تقدر ب: (26)، وذلك راجع إلى الدعم العائلي والسند المعنوي الذي يقدمه لها زوجها، فبالرغم من دخوله السجن فترة حملها إلا أنه تقبل بسهولة مقارنة بها مرض إبنته، ويقول بأنه إبتلاء ولا بد منهما الصبر، ومنذ خروجه من السجن وهو دائما يبحث عن عمل ليلبي طلبات زوجته وليعالج إبنته، وهذا ما صرحت به الأم بقولها "ماعلا باليش بلا دارنا وأختي وراجلي شا كنت غادي ندير، رافدين معايا بزاف". فأم "د" جد حساسة وكثيرة البكاء، لم تقبل بعد مرض إبنتها، فهي تسعى دائما للبحث عن أسباب شللها وكيف يمكن التخفيف عنها، وما أكد كل ما صرحت به أثناء المقابلة العيادية، هو إجاباتها ب " أحيانا" على البنود التالية: (1)، (2) وب "نعم" على البعد (3)، (28) وب "أحيانا" على البعد (31).

يظهر من خلال الجدول رقم (24) أن مواجهة أم "س" للضغط والإحتراق النفسي يطغى عليها إستعمال الإستراتيجيات الإيجابية بدرجة تقدر ب: (40) مقارنة بالإستراتيجيات السلبية بدرجة تقدر ب: (28). إلا أن الحالة خلال المقابلة كانت تستعمل العديد من العبارات التي تعبر عن الإنفعال أكثر من تعبيرها عن حل المشاكل أو مواجهته إذ تقول: "نحس روحي مقلقة"، "نحس بلي واحد ميفهمني"، "حسيت روحي كرهت الناس"، "الضربات جاوني متابعين"، "راني عارفة بلي بنتي ماتبراش"...، وهكذا من العبارات السلبية، فلقد فقدت رضيعين توأم ، وبعدها رزقت بطفل، وكانت تتمنى ولادة طفلتها وتحلم بها، وجاءت الصدمة النفسية عند ولادتها مريضة، وهذا ما أكدته لنا إجاباتها ب "لا" على الأبعاد الإيجابية التالية: (4)، (14)، (15)، (18). وب "نعم" على الأبعاد السلبية التالية: (19)، (23)، (24).

نلاحظ من خلال الجدول رقم (24) أن أم"م" تستخدم إستراتيجيات مواجهة إيجابية للضغط بدرجة تقدر ب: (31)، وتتقارب مع درجة إستراتيجيات المواجهة السلبية للضغط التي تقدر ب: (27)، فأثناء حصص سرد الحياة صرحت الحالة بأنها تعيش ضغط رهيب لا تعرف كيف تتصرف معه، لأنها تتحمل مسؤولية مرض طفلتها لوحدها، بعد أن تخلى عنهما زوجها لأنه كان رافض لهذا الحمل من أول الزواج وتقول "زوجي مشي قابل خاطر شانا لمرا الزاوجة، سمح فينا نورمال وهو ديجا عنده 3 أولاد"، كما فقدت السند العائلي أيضا وقالت "حتى دارنا سمحو فيا، قالولي عندها بوها مانصرفوش عليها." وإنطلاقا من إجاباتها على أبعاد مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي التالية ب "لا": (9)،(14)،(16). ومن هنا نستنتج أنها تحمل عبء كبير جراء التكفل بإعاقه طفلتها لوحدها، إضافة إلى هذا مواجهتها لظروف مادية صعبة، ظهرت خلال إجابتها ب "لا" على البعد (27)، وفي ظل كل ما يحصل لها إلا أنها لمواجهتها للمواقف الضاغطة الناجمة عن معاشها اليومي مع طفلتها المعاقه ومشاكلها مع زوجها، هي تلجأ إلى التخيل وتحدثت عن هذا الأمر أثناء إجابتها على أبعاد المقياس قالت بحسرة وهي تبكي: "نتخيل ونحلم نكون مع ولدي وباباه يعاوني، ونعيشو كي الناس، ونفهمو مرض بنتنا ونتعاونو عليه، ويقولو الشيرة تجي عزيزة على بوها وهو عنده غي الشاشرة"، وذكرت أن هذه الأفكار التي تراودها رغم أنها لن تتحقق في الواقع إلا أنها تسعدها، كما أنه يراودها كثيرا الشعور بالذنب ولوم الذات، فهي ترجع إصابة إبنها بالمرض إلى فترة حملها التي كانت فيها بحالة نفسية جد سيئة، لرفض لأن زوجها تخلى عنها وهي في الشهر الثاني من الحمل. وهذا ما تؤكد إجابتها ب "أحيانا" على البعد (10) و(24)، وب "نعم" على البعد (23)، (32).

يظهر في الجدول رقم (24) بأن أم "ل" تحصلت على درجات جد متقاربة بين الإستراتيجيات الإيجابية والتي تقدر درجتها ب(32) والإستراتيجيات السلبية التي تقدر درجتها ب (31)، وبالتالي إعتدنا على تصريحاتها في المقابلات العيادية لتأكيد معلومات المقياس النفسي، فالحالة تعيش حالة من تراكمات المواقف الضاغطة التي تنحط أمامها، فمن مشكل السكن، إلى بطالة الزوج والظروف المعيشية الصعبة، إلى ولادة طفل معاق...، وأثبتت كل هذا من خلال إجاباتها على البعد التالي ب "أحيانا": (3)، (32)، وب "لا": (17)،(18)، (27)،(30) وب "نعم": (23)، (33).

يظهر من خلال الجدول رقم (24) أن مواجهة أم "ه" للضغط والإحتراق النفسي يطغى عليها إستعمال الإستراتيجيات الإيجابية بدرجة تقدر ب: (37) مقارنة بالإستراتيجيات السلبية بدرجة تقدر ب: (26). إلا أنها خلال المقابلة العيادية كانت تبدو جد متؤثرة بالمشاكل العلائقية العائلية، فقد تراكت عليها العديد من الصراعات النفسية التي سببت لها معاناة داخلية (المكبوتات)، لأنها ذات طبع كتوم، وكانت تحاول التركيز في حياتها اليومية وإشغال نفسها بتربية أطفالها والقيام بواجباتها المنزلية كربة بيت، لتفادي الصراعات قدر المستطاع، إلى أن مرت بفترة حمل جد صعبة بعد أن تعرضت لحادث مروري وولادة جد عسيرة كانت نتيجتها طفلة معاقه،



مما زاد من حالتها النفسية سوءاً، وهذا ما أكدته من خلال إجابتها ب "لا" على الأبعاد التالية: (4)، (9)، (17)، وب "نعم": (12)، (13)، (23)، (35).

### إستنتاج عام عن حالات الدراسة :

يعتبر الشلل الدماغى من أكثر الإضطرابات التطورية صعوبة وتعقيداً، نظراً لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة، ولا يتوقف هذا الأثر على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض ابنها وضعيات ومسؤوليات جديدة، وهذا ما يجعلها تحاول التكيف. ويشير مصطلح الإحتراق النفسى الوالدى للصعوبات العديدة التي يعايشها الوالدين عامة، والأمهات خاصة عند مواجهتها للأحداث الضاغطة، ففشل الأم في تحقيق التكيف وعجز قدراتها وإمكاناتها عن مواجهة المتطلبات الخارجية قد يجعلها عرضة للضغط بكثرة وبالتالي للإحتراق النفسى، ولهذا أردنا من خلال دراستنا التعرف على مدى درجة الضغط والإحتراق النفسى عند حالات الدراسة المتمثلة في مجموعة من ثمانية أمهات لأطفال مشلولين دماغياً ومتأخرين نفسياً وحركياً.

ولقد تم تطبيق مقياس إدراك الضغط النفسى على مجموعة البحث (الأمهات الثمانية)، وتحصلنا على مؤشر إدراك الضغط بمستوى مرتفع ومتقارب جداً بين الحالات.

ثم قمنا بتطبيق مقياس الإحتراق النفسى الوالدى (PBA)، وإستنتجنا أن كل الأمهات تعاني من مستوى مرتفع من الإحتراق النفسى. وهذا يدل أنهن يشعرن بضغط مमित، نظراً لآثار الإحتراق النفسى السلبية من إنهاك بدنى، عقلى، عاطفى وإنفعالى. ويدل هذا على أنهن تتقاسمن نفس المعاناة النفسية وتشتكن في نفس المعاش اليومي مع إعاقة أطفالهن، مما يسبب لهن الإحباط، القلق والتوتر، كذلك كثرة التعب والإنهاك الفكرى. وهذا ما ظهر من خلال البند (26)، حيث كانت الإجابة عليه ب "كثيراً"، من طرف كل الأمهات الثمانية.

ولاحقاً، قمنا بتطبيق مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية للحالات، والذي إكتشفنا من خلاله أن جميع الأمهات تتبعن إستراتيجيات مواجهة إيجابية تتمثل في: طلب المعلومة، التخطيط، التقبل، التدبير. وأخرى سلبية تتمثل في: الإنكار، الإنسحاب، لوم الذات. وتختلف إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات تبعاً لإختلاف خصائص شخصية كل أم وكذلك تبعاً لتنوع مصادر المواقف الضاغطة سواء كانت داخلية أو خارجية، فحدث ضاغط معين تدركه الأمهات بطريقة مختلفة، وبالتالي إستنتجنا أنها تختلف بإختلاف تصوراتهن إزاء هذه الوضعيات الضاغطة وطريقة تعاملهن مع الإحتراق النفسى.

كما تستعمل الأمهات جهود فردية معرفية وسلوكية للتخفيف من آثار الأحداث الضاغطة أو تخفيف تأثيرها الجسمي والإنفعالي عليها، ولاحظنا أن الأمهات اللاتي يتعاملن مع الحدث الضاغط بمرونة، تنقص حدة الضغط عندهن، مقارنة بالأمهات اللاتي يتعاملن مع الحدث الضاغط بقوة وإندفاعية، فتزيد حدة الضغط لديهن.

وتبين لنا أخيرا أنه من خلال المقابلات العيادية ونتائج المقاييس النفسية القبلية الثلاث (مقياس إدراك الضغط النفسي، مقياس الإحترق النفسي، مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية)، أن كل أم من المجموعة تحمل على عاتقها عبء كبير جراء التكفل بطفل معاق ( الشلل الدماغى)، ومتضايقة من حجم مسؤولية ( الواجبات المنزلية، تربية الأطفال، الطبخ، العمل...)، إضافة إلى الجرح النرجسى الذى تعانين منه لعدم قدرتهن على إنجاب طفل سليم، مما يجعل الشعور بالذنب، لوم الذات، الحرج الإجتماعى والإحساس بالدونية يتغلب عليهن، لعدم قدرتهن أو عجزهن عن حماية أطفالهن من أنظار الشفقة، السخرية وأحكام الآخرين.

## خلاصة الفصل:

بعدها تم التعرض في هذا الفصل للمنهج المعتمد عليه في البحث والمتمثل في المنهج العيادي وكيفية إختيار مجموعة البحث، وكذا مختلف الأدوات والإختبارات النفسية المستعملة ، وبعد أن تم عرض الحالات الثمانية المتمثلة في مجموعة من أمهات أطفال الشلل الدماغي، وعرض نتائجهن للمقاييس القبيلية لإدراك الضغط النفسي، الإحتراق النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، سيتم في الفصل الموالي عرض مسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي وعرض نتائج المقاييس البعدية للحالات الثمانية.

## الفصل السادس

الدراسة الأساسية وعرض مسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي ونتائج القياس البعدي للمقاييس النفسية المطبقة في الدراسة الميدانية.

-تمهيد.

- البرنامج العلاجي النفسي الجماعي المطبق.

- مسار الجلسات العلاجية الجماعية.

- التقنيات المعتمدة خلال البرنامج العلاجي النفسي الجماعي.

- التقنيات العلاجية المدعمة المستعملة في البرنامج العلاجي النفسي الجماعي.

- إعادة تطبيق مقياس إدراك الضغط، ومقياس الإحترق النفسي الوالدي " PBA " ومقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (القياس البعدي) على الحالات الثمانية.

- مناقشة المقاييس البعدية لكل حالة.

- حوصلة القياس البعدي للحالات (ثمانية أمهات).

- خلاصة الفصل.

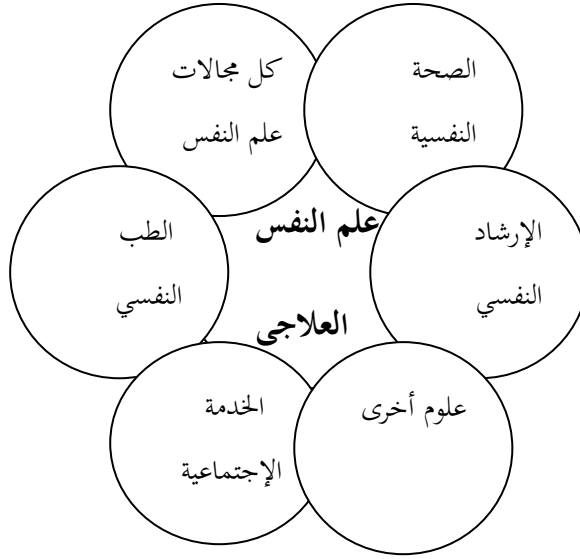
## - تمهيد :

بعدها تطرقنا في الفصل السابق إلى المنهجية والأدوات المستخدمة في الدراسة، وبعد تطبيق المقاييس النفسية القبلية وعرض نتائجها ومناقشتها، قمنا بتحديد مجال الدراسة المتمثل في جانبها الميداني وسيعقب ذلك مرحلة الشروع في إجراء الجلسات العلاجية العيادية، سيتم من خلال هذا الفصل المخصص لعرض مسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، التطرق إلى الدراسة الأساسية من خلال تطبيق أهم تقنيات وأساليب العلاج النفسي الجماعي والإستناد على الإسترخاء كوسيلة علاجية مدعمة.

## 1- البرنامج العلاجي النفسي الجماعي المطبق:

لعلم النفس العلاجي صلة بالعلوم الأخرى، يأخذ منها ويعطيها، ويوضح الشكل رقم (18) صلة علم النفس العلاجي بالعلوم الأخرى.

الشكل رقم (18): يوضح صلة علم النفس العلاجي بالعلوم الأخرى.



### أ-العلاج النفسي الجماعي:

حاولنا إعداد برنامج علاجي نفسي جماعي، بهدف التخفيف من الضغط والإحترق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، والتعرف على مختلف إستراتيجيات المواجهة للمواقف الضاغطة التي تتعامل معها الأمهات من خلال إتباع أساليب عديدة لمحاولة حل المشكل أو تخفيف التوتر الإنفعالي المترتب عليها تجعلها في حالة من التوازن النفسي يكون مبني على مجموعة من الخطوات المنظمة المستمدة من المقاربة النفسية الجماعية ونظرياتها وأساليبها، حيث يتضمن مجموعة من التقنيات هي:

- سرد الحياة، تقنية المناقشة الجماعية، تقنية لعب الأدوار والتمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما) والكرسي الفارغ.

بحيث إعتدنا على هذا الأسلوب العلاجي لأنه يجمع بين تقنية توزيع الأدوار أو المهام، وبين تقنية العلاج التلقائي المباشر الذي تحدث عنه مورينو Morino (1932). وقمنا بذلك من خلال تنشيط التوظيف النفسي للحالات الثمانية بصورة إيجابية، والذي ساهم في التخفيف من المقاومة والتعبير الحر وصولا إلى التنفيس الإنفعالي

والتححر من التوتر النفسي الذي يقيد أمهات الأطفال المشلولين دماغيا ومساعدتهن على مواجهة مواقف يخفن مواجهتها في الواقع.

## ب-الإسترخاء: La relaxation

إعتمدنا في البرنامج العلاجي النفسي الجماعي للتخفيف من الضغط النفسي لدى مجموعة الدراسة (أمهات الأطفال المشلولين دماغيا) وتدريبهن على الإسترخاء ، وهي طريقة تتيح لهن أن تتدربن على إراحة عضلاتهن وإلى زوال الآثار التي يخلفها النشاط الذهني والإضطرابات الإنفعالية، التي تتلاشى بصورة تدريجية بالإعتماد على موسيقى هادئة (صوت أمواج البحر وطائر النورس).

والهدف من الإعتماد على هذه التقنية العلاجية المدعمة، هو السعي من أجل الإرتخاء العضلي والتوقف الكامل لكل الإنقباضات العضلية المشدودة لدى الحالات الثمانية والتي يصحبها الإحساس بالراحة والتقليل من الإنفعالات المصاحبة للآلام والمتاعب الجسدية والنفسية. والهدف من دمج الموسيقى الهادئة في الحصص العلاجية بالإسترخاء هو رفع المزاج والتخلص من بعض الإضطرابات الإنفعالية، وجعلهن يتقبلن العلاج في حالة من البهجة، السرور، الهدوء والإنشراح.

لقد أظهر الإسترخاء في دراسات سابقة نتائج إيجابية في علاج الضغط النفسي، وأفضل طرق الإسترخاء المعتمدة في دراستنا هي ثلاث: التدريب على :

- التنفس العميق والصحيح.

- الإسترخاء العضلي التدريجي.

- الإسترخاء الذهني.

إعتبرت الباحثة الإسترخاء كأنه نوع من مضادات الضغط والتوتر، وبما أن أمهات الأطفال المشلولين دماغيا يعانون من بعض المشاعر والأحاسيس التي لا يستطيعون السيطرة عليها كالقلق، إضافة إلى أنهم ليست لهم القدرة على التعبير عن رغباتهم وإنفعالاتهم بسبب إنشغالهم الدائم بالطفل المعاق وبمخاطباته ومشاكله، وهذا من شأنه أن يكون أفكار لا منطقية حول ذواتهم وحول الطفل المشلول دماغيا والمتأخر حركيا، لذلك هن بحاجة ماسة إلى أسلوب يساعدهن على التخفيف من الضغوطات والإنفعالات المكبوتة الناتجة عن وجود طفل معاق في الأسرة، وعليه سنقوم بإستعمال تقنية الإسترخاء والذي يعتمد على عدة تمارين ( تمرين التنفس، الإرتخاء العضلي، التخيل بالإسترخاء الذهني)، فهذه الطريقة تساهم في تحقيق الراحة النفسية والجسمية.

## 2- مسار الجلسات العلاجية الجماعية:

### العقد العلاجي:

بعد الإنتهاء من عملية الفحص النفسي للحالات أم(أ)، أم(ب)، أم(ج)، أم(د)، أم(س)، أم(م)، أم(ل)، أم(هـ)، وجمع المعلومات المتعلقة بالجانب النفسي، الإجتماعي والعائلي لمن. والذي إستغرق منا ثلاثة مقابلات وكانت مدة كل مقابلة من ساعة ونصف إلى ساعتان ونصف، تميز فيها الإتصال بسهولة، حيث لاحظت مما سبق حاجة الحالات إلى النصح والمساندة وتقديم الطلب الأصلي الواضح بدافع إستشاري مبني على الرغبة في العلاج والمساعدة النفسية، وهذا ما دفعني إلى الإقتراح عليهن العلاج النفسي الجماعي مع شرح كل خصائصه للحالات، وأهم خاصية هي أن العلاقة العلاجية في هذا النوع من العلاجات النفسية هي علاقة تعاونية بين أفراد المجموعة العلاجية والمختص النفسي لأن العلاج النفسي الجماعي له دور كبير في التخفيف من الضغوط النفسية من خلال التعبير الحر والتنفيس الإنفعالي الذي يكون أثناء المناقشة الجماعية ولعب الأدوار...، وأكدنا على تطبيق كل تعليمات العلاج وذلك بهدف الوصول إلى نتائج جيدة.

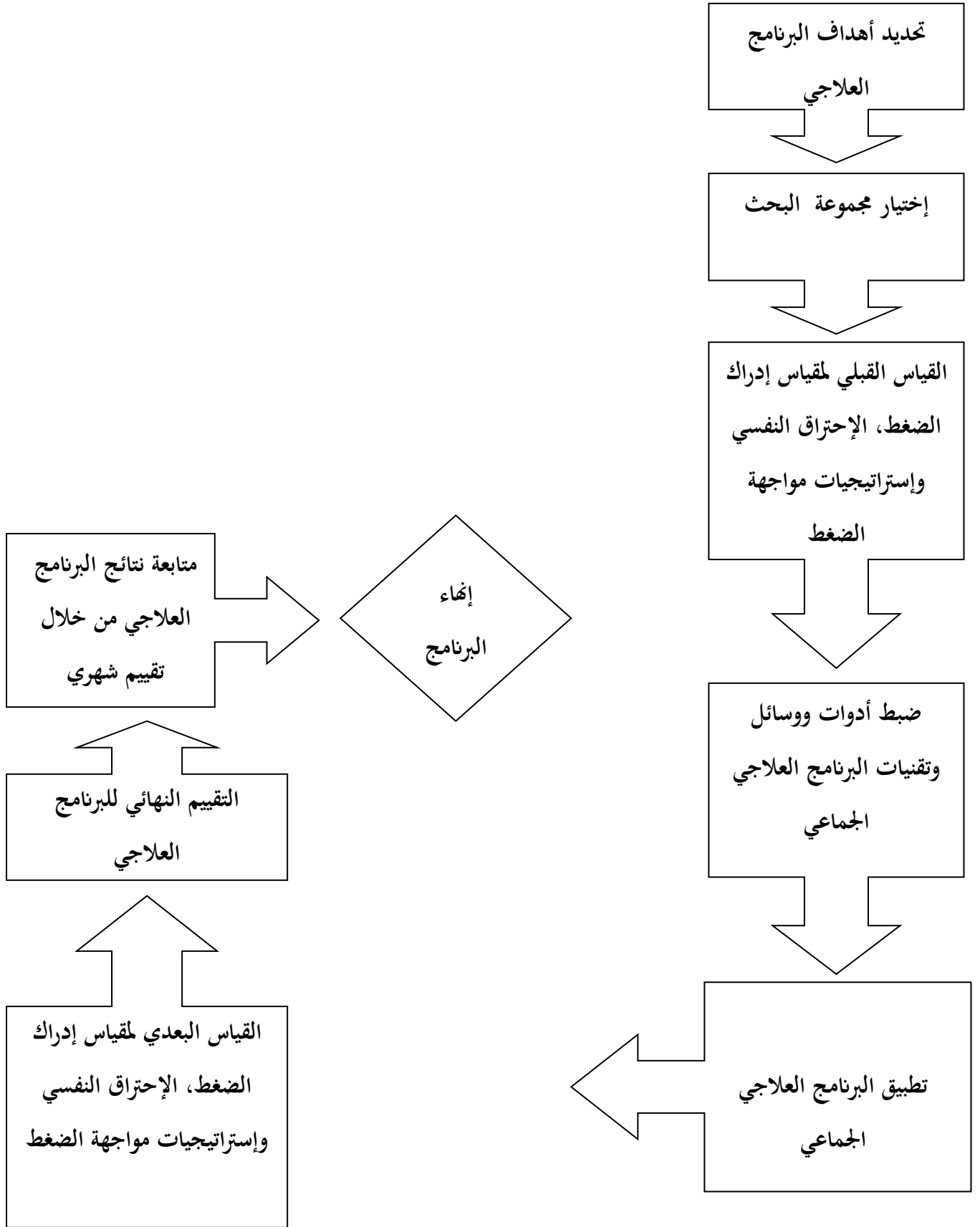
كما حددنا عدد الحصص العلاجية والتي تمثلت في (30 حصة) منها (27 حصة علاجية)، ومدة كل حصة تراوحت ما بين ساعة ونصف إلى ساعتان ونصف، بمعدل تكرار المقابلات أو الجلسات العلاجية عموماً تكون مرة أسبوعياً وحددنا مكان الحصص العلاجية الجماعية الذي كان في مكتب الأخصائية النفسانية بمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي، وأما فيما يخص حصص الإسترخاء الجماعي فكان في قاعة التدريب الوظيفي وإعادة التأهيل الخاصة بالنساء لإتساع المساحة والتهوية الجيدة وتوفر طاولات الفحص للإستلقاء عليها. وافقت الحالات الثمانية على ذلك ودون تردد.

### - طريقة إجراء البحث:

قمنا بإجراء بحثنا هذا خلال الفترة الزمنية الممتدة من شهر جانفي 2019 إلى غاية شهر جانفي 2020، إذ تم مقابلة الحالات الثمانية في إطار الجماعة وبمعدل حصة كل أسبوع وتم هذا وفق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي والتدريب على الإسترخاء. وحتى يسهل فهم خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي الجماعي، إرتأيت أن أقدم لكم المخطط رقم (19) والذي من شأنه حوصلة جميع المراحل التي مرت بها الباحثة في بنائه وتطبيقه ميدانياً وقياس أثره على عينة الدراسة، ويجدر الإشارة أن الإنتقال من مرحلة إلى أخرى كان بتوظيف عدة تقنيات ووسائل وأدوات تختلف حسب خصوصية كل مرحلة من مراحل تجسيد وتطبيق هذا البرنامج العلاجي.

المخطط رقم (19): يبين مراحل بناء وتطبيق البرنامج العلاجي ميدانياً.





## محتوى جلسات البرنامج العلاجي المطبق:

يحتوي البرنامج العلاجي النفسي الجماعي على 27 جلسة علاجية قائمة على تقنيات وأساليب علاجية إضافية إلى حصص إسترخاء نفسي عضلي، كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (25): يبين مخطط الجلسات العلاجية النفسية الجماعية.

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	هدف الجلسة	التقنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	2019/01/06	إقامة علاقة تحالف علاجي، تكوين عقد معنوي، وضع تعهد أخلاقي مهني كتابي لحفظ الأسرار، كسب ثقة الحالات وإفهامهن مهام الأخصائي النفسي، التعريف بالبرنامج العلاجي، جمع معلومات أولية عن الحالات، معرفة الطلب والهدف، توضيح الدافع الاستشاري للحرص العلاجية، تهيئة الإتصال مع الحالات بالترحاب والإستقبال الجيد والإصغاء، وضع رزنامة المواعيد ومكانها.	الملاحظة العيادية بنوعيتها المقابلة الموجهة والنصف موجهة.	ساعة ونصف

الجلسة الثانية	2019/01/13	تعزير التحالف العلاجي . - التعرف على تاريخ الحالات	سرد الحياة في إطار مقابلة علاجية، مع الملاحظة .	ساعتان
----------------	------------	---	---	--------

Anamnèse

وعلى التاريخ المرضي للعائلة.

- التعرف على رهن الحالات

Catamnèse

الجلسة الثالثة	2019/01/20	القياس القبلي بتطبيق مقياس الإحتراق النفسي "PBA". تطبيق مقياس الإحتراق النفسي الوالدي "PBA". ونصف
الجلسة الرابعة	2019 /01/27	– تطبيق القياس القبلي لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية. Coping تطبيق مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية. Coping.
الجلسة الخامسة	2019/02/03	التعبير الحر للحالات عن المعاناة النفسية الداخلية (الحوار الذاتي الداخلي) وإعادة البناء للمشكلة في ظل المناقشة الجماعية لتحقيق المساندة الإنفعالية وتخفيف التوتر الإنفعالي والتحرر من أثر الخبرات المؤلمة. سرد الحياة المقابلة العيادية العلاجية والملاحظة العيادية
الجلسة السادسة	2019/02/17	مناقشة الأفكار السلبية المسيطرة سابقا من طرف المختصة النفسانية العمل على المناجاة الذاتية للحالات لتنمية الثقة بالنفس وتحقيق الإستبصار والتوافق الإجتماعي. إعادة البناء للمشكلة La reformulation المناقشة الجماعية. تقنية سرد الحياة الملاحظة المباشرة.

الجلسة السابعة	2019/02/24	سرد الحياة والمناقشة الجماعية بين الحالات والمختصة النفسانية، إبراز نقاط القوة لدى الحالات وتعزيزها.	الملاحظة بنوعيتها، والمقابلة العلاجية. سرد الحياة. والمناقشة الجماعية.	ساعتان ونصف
الجلسة الثامنة	2019/03/03	التمثيل النفسي المسرحي لمشكلات الحالات النفسية على شكل تعبير حر في موقف جماعي، التنفيس الإنفعالي التلقائي والإستبصار الذاتي من خلال لعب الأدوار.	تقنية لعب الأدوار، التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما) وتقنية الكرسي الفارغ.	ساعتان ونصف
الجلسة التاسعة	2019/03/10	التعلم من الخبرة الجماعية وتحقيق التوافق والتفاعل الإجتماعي للحالات. والتدرب على الإسترخاء من خلال التنفس الصحيح .	المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، التدريب على التنفس والإسترخاء، تقنية الكرسي الخالي.	ساعة ونصف
الجلسة العاشرة	2019/03/24	تسهيل الحوار للحالات مع المحيط من خلال التحدث للكرسي الفارغ. إبراز الإنفعالات، الصراعات المكبوتة بهدف تحقيق الوعي والتكامل للحالات.	مناقشة جماعية. المقابلة العلاجية، الملاحظة بنوعيتها، تقنية لعب الأدوار والكرسي الفارغ.	ساعة ونصف
الجلسة الحادية عشر	2019/04/14	السيكودراما، التدريب على عملية التنفس العميق الصحيح لإبراز أهمية التنفس وعلاقته بالإرتخاء العضلي والتنفسي، إدراج تقنية التخيل مع التنفس وإعطائه كواجب منزلي.	حصة إسترخاء من خلال التدريب على التنفس والتخيل. التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما)	ساعتان

2019/04/21	الجلسة الثانية عشر	التدريب على التنفس، من خلال مراجعة الواجب المنزلي، التدريب على الإسترخاء وإبراز أهميته في التخفيف من شدة القلق والتوتر والإرهاق.	حصة إسترخاء جماعي، المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية.	ساعتان
2019/05/05	الجلسة الثالثة عشر	تطبيق تقنية الكرسي الفارغ. مناقشة جماعية هدفها إثارة الديناميات النفسية في الجماعة العلاجية.	تقنية الكرسي الفارغ. سرد الحياة في إطار مقابلة علاجية نصف الموجهة . المناقشة الجماعية.	ساعتان ونصف
2019/05/19	الجلسة الرابعة عشر	إثارة ديناميكية الجماعة، طرح مشاكل الحالات وكيفية تطورها بعد الحصص العلاجية في إطار المناقشة الجماعية.	التمثيل النفسي المسرحي. الإصغاء. المقابلة العيادية العلاجية. الملاحظة المباشرة. مناقشة جماعية.	ساعة ونصف
2019/05/26	الجلسة الخامسة عشر	تطبيق حصة إسترخاء جماعية بموسيقى هادئة لأمواج البحر. نخصص نصف ساعة للترفيه والمرح.	حصة إسترخاء جماعية. حكايات وطرائف تعرضت لها الأمهات مع أطفالهن	ساعة ونصف
2019/06/16	الجلسة السادسة عشر	التمثيل النفسي المسرحي، بالمشاركة الإختيارية للإندماج في عملية المناقشة.	لعب الأدوار والسيكودراما. الملاحظة في إطار سرد الحياة.	ساعة ونصف

ساعة ونصف	تقنية المناقشة الجماعية في إطار ديناميكية الجماعة. الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية العلاجية.	لعب وتمثيل أدوار معينة تتعلمها وتكررها الحالات في إطار الجماعة، إعطائهن حرية الاختيار للتقنية.	2019/06/23	الجلسة السابعة عشر
ساعة ونصف	مناقشة جماعية . المقابلة والملاحظة العيادية.	مناقشة جماعية لأحداث التمثيلية النفسية والتعليق عليها.	2019/07/14	الجلسة الثامنة عشر
ساعتين	تقنية الكرسي الفارغ. المقابلة والملاحظة العيادية.	تطبيق تقنية الكرسي الفارغ، بهدف الكشف عن الدلالات العميقة لمختلف المظاهر السلوكية التي تبديها الحالات على المسرح العلاجي.	2019/07/28	الجلسة التاسعة عشر
ساعة ونصف	حصة إسترخاء جماعية، الملاحظة العيادية المقابلة غير الموجهة	حصة إسترخاء جماعية لتخفيف القلق، التوتر.	2019/08/04	الجلسة عشرون
ساعة ونصف	المناقشة الجماعية وديناميكية الجماعة، الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية العلاجية،	التنفيس الإنفعالي عن طريق إعطاء فرصة للأهميات للتعبير عن التغيير الذي طرأ لمن بعد حصص العلاج النفسي.	2019/09/15	الجلسة الواحدة وعشرون
ساعة ونصف	تقنية التداخي الحر. الإصغاء والملاحظة.	التعبير الحر للحالات عن المعاناة النفسية الداخلية (الحوار الذاتي الداخلي)، وما الذي تغير بعد العلاج النفسي.	2019/10/13	الجلسة الثانية وعشرون

2019/10/27	الجلسة الثالثة وعشرون	مناقشة الأفكار السلبية والإيجابية عند الحالات، من أجل الوصول إلى الإستبصار الذاتي الجيد، والتوافق الإجتماعي.	المناقشة الجماعية في ظل ديناميكية الجماعة. المقابلة العيادية العلاجية.	ساعتين
2019/11/10	الجلسة الرابعة وعشرون	نخصص حصة خاصة بالترفيه والمرح. حكايات وطرائف تعرضت لها الأمهات مع أطفالهن		ساعة ونصف
2019/11/17	الجلسة الخامسة وعشرون	حصة إسترخاء جماعية، التمهيد لنهاية الحصة العلاجية	إسترخاء جماعي بالتنفس الصحيح وتقنية التخيل. الملاحظة العيادية.	ساعة ونصف
2019/12/08	الجلسة السادسة وعشرون	تهيئة الحالات بوضع الحداد بمناقشة حوصلة الحصة، وإبداء آرائهن منخلالالتبادل الآراء حول البرنامج العلاجي النفسي المطبق.	الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية العلاجية، حصة إسترخاء جماعية، المناقشة الجماعية في ظل ديناميكية الجماعة.	ساعة ونصف
2019/12/22	الجلسة السابعة وعشرون	المناقشة الجماعية حول التغيرات السلوكية و التوافق النفسي والتكيف مع الإعاقة.	تقنية المناقشة الجماعية. تقنية المناقشة الجماعية.	ساعة ونصف
2020/01/19	الجلسة الثامنة وعشرون	تقييم العلاج من خلال القياس البعدي بإعادة تطبيق مقياس إدراك الضغط النفسي للفنستائين، والإحترق النفسي الوالدي.	التطبيق البعدي لمقياس الضغط والإحترق النفسي. الملاحظة العيادية.	ساعة ونصف

الجلسة 2020/01/05 تقييم العلاج من خلال القياس البعدي بإعادة تطبيق مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية .  
التاسعة وعشرون  
التطبيق البعدي لمقياس مواجهة الضغوط النفسية. الملاحظة العيادية.

الجلسة 2020/01/12 إنهاء العلاج بتقديم مجموعة من التوصيات لكل حالة، وإعطائهن موعد بعد شهر من أجل متابعة نتائج العلاج وتطورات الحالات ووضع التقييم الشهري.  
ثلاثون  
المقابلة العيادية الملاحظة العيادية

### 3- التقنيات المعتمدة خلال البرنامج العلاجي النفسي الجماعي:

وإنطلاقاً من الأفكار والسلوكيات المشكّلة عند الحالات والأهداف العلاجية إختارنا التقنيات العلاجية التالية:

#### -ديناميكية الجماعة والمناقشة الجماعية:

تمثل دوري كعلاج نفسانية في بناء خطوات رئيسية لتطبيق البرنامج العلاجي الذي هو عبارة عن نشاط جماعي يأخذ طابع الحوار الكلامي المنظم الذي يدور حول مشاكل الحالات الثمانية، بحيث قمنا أثناء المناقشة بتحديد الجوانب المختلفة للمشكلة، ثم يتم تحليلها، ويشترك في المناقشة جميع أعضاء الجماعة (كل أم) محاولات تبادل أكبر قدر من الحقائق والمعلومات خلال وقت محدد، وفي نهايتها يمكن لكل أم أن تكتسب أفكاراً جديدة وحققت تجانس أفضل داخل الجماعة. وقمنا بتوفير جو ملائم ومكان يتيح الخصوصية والهدوء وعدم المقاطعة وكان في مكتب الأخصائية النفسانية مع وضع لافتة في الباب رجاء عدم الإزعاج بعلامة **STOP** مع توضيح الأهداف والحدود العلاجية وتشجيع أفراد الجماعة وإستدراجهن للمشاركة في النقاش والتعبير عن أنفسهن بطريقة منظمة وذلك من خلال طرح مواقف واجهتهن وكيف تعاملن معها. حيث تمكنت جماعة الأمهات من الإتصال ببعضهن البعض، وزيادة الثقة بالنفس لهن والفهم المشترك بينهن أصبح يعزز الثقة والقدرة على التغلب أو تحطيم



الصعب، كما صرحن قائلات بأنهن إستمددن الراحة والدعم من ملاحظة أن الأخريات أيضا لديهن مشكلات مماثلة أو أكثر حدة.

وقمنا بالإستناد على أهم مبادئ تقنية المناقشة الجماعية المتمثلة في الإلتزام بمقتضيات أصول المناقشة كعدم التدخل في الحديث، وعدم مقاطعة حديث الأمهات، وألا يستأثر المعالج بالمناقشة أو يدع أحدا يستأثر بها وحده، مع التأكيد لجماعة الأمهات بأن الخلاف في الرأي أمر طبيعي ولا يؤثر على العلاقات، وأن المشاركة تكون إختيارية بمعنى أن تترك حرية الإختيار للأعضاء للإندماج في عملية المناقشة.

كما المعالجة النفسانية المشاركة بطريقة فعالة وبأسلوب غير مباشر بحيث يكون دورها المسير والمشجع للأعضاء على المشاركة، فهو الذي يشير الأسئلة ويوزعها بصورة متكافئة، ويسمع الأسئلة ويتعاون مع الجماعة للإجابة عنها، وبهذا حاولنا المحافظة على المسار الطبيعي والعلاجي للمناقشة، ولقد حاولنا عدم إنهاء المناقشة إلا بعد التأكد من شعور كل أفراد الجماعة بالرضى والقناعة. وتمثلت الفكرة من تطبيق المناقشة الجماعية وديناميكية الجماعة على مجموعة أمهات الأطفال المشلولين دماغيا اللاتي يعانين من الإحتراق النفسي لأجل مايلي:

أن يقمن بطرح مشاكلهن وأصبحن بعدها يتداولن حول الطرق التي يتعاملن بها مع إعاقة أطفالهن، وصوابها من خطئها وغايتها من ذلك هو أن يساعدن بعضهن البعض بتبادل الخبرات والأفكار في جو يسوده الإحترام والرغبة الصادقة أن يتجاوزن مشاكلهن ويجدن الحلول لبعضهن البعض. وبعد مرور بعض الحصص أصبحت الأمهات تتقربن أكثر من بعضهن وأصبحن يشتركن في المشاعر أكثر بالتعمق في فهم أوضاعهن، كما أصبحن يتعلمن الإتصال بالآخرين، فالهدف العلاجي هو جعلهن يناقشن صراعاتهن وإنشغالاتهن في حضور الجميع وذلك بتشجيع جماعة الأمهات على الكشف عن مشاعرهن، وتنمية روح الوحدة بينهن، ومن العوامل المساعدة على تحقيق هذه الأهداف المرغوب فيها هو رغبتهن في التعلم والمعرفة لمواجهة الضغوط النفسية المسيطرة على معاشهن اليومي وتغيير طريقة إدراكهن للوضعيات الضاغطة، ولهذا لا بد من تأسيس علاقة علاجية ودية بين المعالج والجماعة يسودها الإحترام والثقة والإنسجام لتحقيق ما سبق ذكره. ولا بد من الإشارة إلى أن الحالات أصبحت يطلبن هذا النوع من المناقشة الجماعية والإتصال، ويجاولن ذلك حتى خارج إطار الحصص العلاجية بزيارة بعضهن البعض.

ولقد تم تطبيق هذا النوع من أساليب العلاج النفسي الجماعي خلال الحصص العلاجية التالية:

الجلسة الخامسة (05)، الجلسة السادسة (06)، الجلسة السابعة (07)، الجلسة العاشرة (10)، الجلسة الثالثة عشر (13)، الجلسة الرابعة عشر (14)، الجلسة السابعة عشر (17)، الجلسة الثامنة عشر (18)، الجلسة

الواحدة وعشرون (21)، الجلسة الثالثة وعشرون (23)، الجلسة السادسة وعشرون (26)، الجلسة السابعة وعشرون (27). والجدول رقم (25) المدون سابقا يوضح ذلك.

## – سرد الحياة: Récit de vie

حاولنا من خلال تقنية سرد الحياة التقرب من الحالات في إطار ديناميكي، حيث نعطي للأمهات موضوع عام ونتركها تعبر مادام أنها تشعر بأن الموضوع لا يخصها لوحدها فقط، بل هناك من يقاسمها الأمر. والطريقة الجماعية هي الأحسن لأن التفاعل يكون جماعي مما جعل الحالات يتكلمن عن شعورهن، ويجدن الحلول لبعضهن البعض أو يحاولن البحث عن الحل معا، حيث أصبحت كل أم تحدد حل مشكلتها في الأخرى. وهنا قامت المعالجة بتحليل محتوى الخطاب وتفسيره في إطار نفسي، إجتماعي وثقافي. كما حاولنا من خلال الحوار الوصول إلى الهدف العلاجي بالتقرب من الحالات في إطار العلاج السيكوديناميكي من خلال التداييعات الحرة للتعبير عن الصراعات، حيث يتفاعل المشكل في إطار العلاقة مع الآخر، فلاحظنا أنه من خلال تعبير الحالات عن إعاقاة أطفالهن ومعاشهن النفسي مع الوضعيات الضاغطة خاصة، فإن هذا إستدعى إستعمال آليات دفاعية لدى الإسقاط الجماعي مما يسمح بالمعايشة مع الذات.

إعتمدنا على تقنية سرد الحياة خلال الحصص الأولى (الجلسة الثالثة، الرابعة، الخامسة والسادسة، ثم في المقابلة الثالثة عشر) بهدف الوصول إلى دلالات معينة لأعراض مقدمة من طرف الحالات بمعنى دراسة الحالات في إطار نظام علائقي (محيط أسري، إجتماعي، وثقافي...) ومن خلال سرد الأمهات لروايتهن ومشاكلهن فلقد تمكن من إخراج المشكلة من الباطن والتي كانوا يرونها بطريقة ذاتية بالنسبة لكل أم، وأصبحن يرونها بطريقة موضوعية مما تسبب في حدوث إرتياح نفسي لديهن.

فمن خلال إستعمالنا لتقنية سرد الحياة في إطار العلاج السيكوديناميكي، سمحنا للحالات بتقاسم التجربة الإنفعالية وأصبح اللاشعور الجماعي هو الذي يتكلم ويعبر عن المعاناة، ويحاول بنفس الوقت إيجاد الحلول. وذلك إبتداءا من تفاعل الحالات مع ذواتهن وصولا إلى التفاعل مع بعضهن البعض، فكل حالة كانت تروي قصة تعبر عن معاش نفسي لها، أين وجدن أنفسهن يحملن نفس التصورات ونفس الإعتقادات الموجودة في ثقافة واحدة ونفس المجتمع. مما سمح لهن أن يعبرن بطريقة تلقائية في وسط الجماعة. ومن أجل نجاح التقنية، قمنا بتوفير الراحة والإصغاء للحالات مع عدم إصدار الأحكام عليهن، وإستعمال نفس لغة الحالات والقدرة على توجيه الخطاب لكل أم .

بحيث إعتمدنا أيضا على الملاحظة في إطار سرد الحياة لما لها من دور فعال في بناء المعنى من اللاخطاب نصل إلى معاني كثيرة، كما أنها سمحت لنا بالتعرف على درجة قلق الأمهات ودرجة تفاعلهن مع صراعاتهن من خلال

التعبير غير اللفظي للإنفعالات. فالملاحظة في سرد الحياة يظهر من خلالها الخطاب الجسدي من إيماءات الوجه، حركات اليدين، نبرة الصوت، الإشارات الجسدية... كما ساعدتنا في الكشف عن رقابة الأنا الأعلى عند عدم تمكن الحالات في بعض الأحيان من التصريح بما في داخلهن.

## - تقنية لعب الأدوار:

أ. التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما): طبقنا هذه التقنية خلال الحصص العلاجية الجماعية التالية: الجلسة الثامنة (8)، الحادية عشر (11)، الرابعة عشر (14)، السادسة عشر (16).

طلبنا من الحالات الثمانية أن يقمن الواحدة تلو الأخرى بتفريغ إنفعالاتهن ومشاعرهن الدفينة من خلال تمثيل أدوار لها علاقة بالمواقف التي حدثت لهن في الماضي أو التي تحدث في الحاضر أو التي قد ستحدث لهن في المستقبل حيث توفرت العلامات التي تنذر لحدوثها، وهذا بهدف التخفيف من أي صراع نفسي يدور بداخلهن، وهذا كله كان بنفس لغة المفحوص (بالعامية)، فالتمثيل المسرحي هو عبارة عن تصوير تمثيلي لمشكلات نفسية على شكل تعبير حر في موقف جماعي، يتيح فرصة التنفيس الإنفعالي والتلقائي والإستبصار الذاتي للحالات. بحيث أصبحن يعبرن عن إتجاهاتهن ودوافعهن، وإحباطاتهن، مما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الإجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية.

فالسيكودراما على المستوى الجماعي تنصب على علاج مختلف أنواع العلاقات حيث تعمل على إزالة الستار عن المشكلات والقضايا والصعوبات التي تعيشها الأمهات بشكل يومي مع إعاقة أطفالهن أو مع المحيط الأسري والإجتماعي... وذلك من خلال أداء دور مسرحي وسط جماعة.

والعمل المسرحي هنا تكون من:

-المعالجة المخرجة: قمت بخلق المناخ التفاعلي بين أفراد الجماعة المتمثلة في أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، بإعلامهن أنه يجب توجيه التركيز على السلوك وليس على اللفظ فقط. تم إختيار الممثلين بأزواج [ أم (أ) مع أم(م) ] و [ أم(س) مع أم(ج) ] و [ أم (هـ) مع أم (ب) ] و [ أم (ل) مع أم (د) ] ذلك بالتوافق مع بطل العرض حتى يحدث الإنسجام وبالتالي التعبير الصحيح عن المشاعر بدون حرج أو قلق، مع إعطاء حرية إختيار الموضوع للممثلين في تأدية أدوارهن بالتوجيه، ومع التأكيد على سرية الأحداث فيما بيننا في المقام الأول، وقمنا بتوجيه المجموعة العلاجية بشكل غير مباشر وذلك من خلال إستخدام الأساليب العلاجية النفسية لأن المسرحية ما هي إلا جلسة علاجية في النهاية.

- **المجموعة:** عدد أفراد الجماعة ثمانية أمهات لأطفال مشلولين دماغياً، فكلما قل العدد كلما كان العلاج ناجحاً، وكلما زادت القدرة على التعبير عن المشاعر والإنفعالات، والبطل يتواجد وسط الجماعة، والعلاج يتم وسط الجماعة وليس فردياً ومن حق الممثلين إظهار مشاعرهم وعواطفهم بحرية تامة حتى لو كانت تعكس آراء مضادة للجماعات الإجتماعية التي يعيش الفرد بداخلها مثل أفراد الأسرة، صاحب العمل...

ولقد تناوبت الأمهات بالتوالي على أساليب السيكودراما المتمثلة في: قلب الأدوار، أسلوب المرأة، أسلوب النموذج، وغيرها من الأساليب الأخرى المستخدمة كمناجاة النفس والتحدث على إنفراد. وذلك من خلال تنمية مهارات النقاش والتخيل والتغير عن الحالات.

- **البطل:** بطل العمل المسرحي هو الحالة التي يتمركز حولها أحداث العمل المسرحي، وكل مرة كانت أم من الأمهات الثمانية هي البطل بدأ من أم (أ)، ثم أم (م)، أم (س)، أم (د)، أم (هـ)، أم (ب)، أم (ل)، وصولاً إلى أم (ج)، وفي كل جلسة علاجية طبقت فيها تقنية السيكودراما فلقد تناوبت الحالات بالتوالي على التمثيل النفسي المسرحي، وكانت تقمن بتمثيل واقع مؤلم لهن بكافة تفاصيله من أجل حل العقدة التي سببت لهن المكبوتات، دور الممثل هنا يشبه تماماً دور الممثل الحقيقي على خشبة المسرح حيث يتقمص شخصية لها علاقة بالبطل وتعكس حياته الطبيعية لكي تحدث له المواجهة من أجل أن يرى ويعي سلوكه.

- **مكان العمل التمثيلي (المسرح):** وهنا ليس المقصود به مسرح بالمعنى المتعارف عليه، وإنما تم إختيار المكان المناسب الذي تتوافر فيه عوامل الإطمئنان والأمان والراحة للحالات من أجل أن يؤدي الممثلات أدوارهن بطريقة طبيعية. أي إيجاد مكان يعطي نفس الإحساس بالتواجد فوق خشبة المسرح وكان ذلك في مكتب الأخصائية النفسانية.

## - ب. تقنية الكرسي الفارغ:

إعتمدنا في دراستنا الميدانية على هذه التقنية المتمثلة في الكرسي الفارغ أو الخالي في موقف جماعي، حيث قمنا بوضع كرسيين، كل منهما يواجه الآخر تجلس إحدى الأمهات في كرسي، ويقابلها الكرسي الآخر فارغ، بحيث طلبنا من الحالات الثمانية التناوب على التوالي في الجلوس مع شخص وهمي أو له علاقة سواء إن كانت عاطفية أو ودية كالوالدين، الزوج، الأصدقاء، المدير في العمل... أو أنه يمثل شخصاً آخر قد تسبب لهن بمشكلة أو ترك جزء سلبي في شخصياتهن، ويمثل الكرسي الثاني الفارغ أحد مظاهر شخصية معينة كالمظهر المتسلط القوي- المتجبر أو المظهر الضعيف-الخاضع أو المراوغ، ويقمن بمحادثته والبدء في الحوار وبتمثيل الدورين بالتبادل والإنتقال من أحد الكرسيين إلى الآخر. وبالتالي تصبح كل أم تمثل دور الكرسي الفارغ وتقابل الكرسي الذي كانت تشغله فارغاً، من أجل توصيل كيفية تفكير الشخص الآخر الوهمي، وتصبح قادرة على مواجهة المفاجآت

من البيئة، من أجل أن تصبح أكثر وعياً بسلوكياتها وسلوكيات الشخص الآخر. وفي نفس الوقت نقوم بملاحظة وتسجيل السلوكيات التي تقوم بها الأمهات وذلك من أجل التحليل وتقييم بما أن مجموعة الأمهات يعانون من مشاكل شخصية وعلائقية، كما قمنا بإعطاء التعليمات للحالة محددتين وقت إنتقالها من كرسي إلى آخر، مع إقتراح بعض الجمل لتقولها الأمهات وتقوم بتكرار بعض الكلمات أو السلوكيات، وخلال الحوار قد ظهرت عدة إنفعالات وصراعات، وبهذه الطريقة وصلت الحالات إلى تحقيق الوعي والتكامل . والهدف من هذه التقنية هو مساعدة الأمهات على الشفاء الذاتي وتنمية الوعي بالذات.

لقد عملنا على تكييف هذه التقنية حسب طبيعة موضوع الدراسة، حيث دارت جل المناقشات الجماعية مع الأمهات حول كيفية تقبل إعاقه أطفالهن، والتكيف الإجتماعي والتوافق النفسي مع تنمية الثقة بالذات للتخلص من الضغوطات النفسية والتخفيف من حدة التوتر والقلق، من خلال التنفيس الإنفعالي والإستبصار الذاتي. ولقد تم تطبيق هذه التقنية خلال الجلسات العلاجية التالية:

الجلسة الثامنة (08)، الجلسة التاسعة (09)، الجلسة العاشرة (10)، والجلسة الثالثة عشر (13)، والجلسة التاسعة عشر (19)، وقامت الحالات بالتناوب التالي في كل حصة: أم (أ)، أم (م)، أم (س)، أم (ج)، أم (ب)، أم (ل)، أم (هـ)، أم (د). والغرض الأساسي من هذه التقنية للكرسي الفارغ هو التفريغ الإنفعالي للأمهات من أفكار ومشاعر وسلوك وأحاسيس وأحلام، وبالتالي محاولة رفع وعيهم في بيئتهم ( العائلة، العمل، الأصدقاء، الجيران...).

وتمثل دوري كمعالجة في مراقبة تصرفات الحالات ومدى تقدمها في الحوار، وإبداء الملاحظات مع إرشاد الحالات عندما يغيرن الكرسي، وإقتراح جملاً أو لفت نظرهن لما قيل.

## التقنيات العلاجية المدعمة المستعملة في البرنامج العلاجي النفسي الجماعي:

### تقنية الإسترخاء والتنفس الصحيح والعميق:

بما أن عينة الدراسة يعانون من القلق، التوتر وإرهاق الأعصاب لدرجة تكون في كثير من الأحيان أقوى من قدراتنا على التحمل قمنا ببرمجة حصص إسترخاء التي تعد أحد أهم الأساليب المضادة للضغط النفسي. وبالتالي قمنا بإدراج أساليب الإسترخاء الحديثة التي تقوم على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس للحالات الثمانية، وذلك عن طريق التنفس العميق وتمارين الجسم كله على الإرتخاء وزوال الشد العضلي لتحقيق الهدوء النفسي والذهني كما أخبرنا الحالات أنه يمكنهن أن يقمن بالإسترخاء حتى خارج الحصص

العلاجية وبأن يلجأ إلى الإسترخاء بمجرد الإحساس بالتعب والتوتر الذي قد يصادفهن في المنزل أو في العمل، ويتجهن على الفور إلى حجرة هادئة ذات أضواء خافتة.

- **التنفس الصحيح:** أخبرنا مجموعة الأمهات أن جل الذين يعانون من اضطرابات القلق النفسي يتنفسون بطريقة غير صحيحة (تنفس غير عميق)، وهذا ما يؤدي إلى زيادة اضطرابات القلق لديهم، ويكون التنفس سريعاً ويحدث في أعلى الصدر، أما عند الإسترخاء فالتنفس يكون أعمق، وبشدة أكثر، ويكون من البطن حيث أخبرنا كل الأمهات بأنه من الصعب أن تتنفس من بطنك وأنت في حالة توتر وحتى تتمكن من تعلم الطريقة الصحيحة للتنفس عليكن بالتمارين التالية:

. بداية هذا التمرين إما بالإستلقاء على الظهر بالأرض أو أي شيء مستو كطاولات الفحص الطبي التي سنستعملها أو الوقوف في وضع إستقامة أو الجلوس على كرسي والظهر مستقيم، مع وضع اليدين على منطقة البطن.

. يتم التنفس بشكل طبيعي وعادي مع ملاحظة الأيدي أو الصدر وهي ترتفع مع التنفس، وللتأكد من أن التنفس يتم بشكل صحيح، لا بد وأن ترتفع منطقة البطن كلما تمدد الحجاب الحاجز، لا بد من البدء بالتنفس عن طريق الأنف مع العد حتى خمسة في حين تدفع الأيدي برفق لأعلى مع حركة البطن (الشهيق أسرع من الزفير).

. حبس النفس مع العد من واحد (1) إلى خمسة (5).

. إخراج الزفير ببطء من الفم مع العد من واحد (1) إلى ثمانية (8) في حين الضغط على البطن برفق للداخل.

. تكرار نفس الخطوات لمدة خمسة دقائق.

. إذا داومتين على التنفس بهذه الطريقة سوف تقمن بأدائها بشكل طبيعي طوال اليوم.

. من فوائد هذا التمرين أنه بمجرد الإعتياد عليه، ستستطعن القيام به مع نوبات القلق التي قد تدهمكن أو أي موقف ضاغط يحدث بظرف طارئ وحينئذ ستشعرن بالإسترخاء التام.

. لا تغضبين أو تستسلمين إذا لم تستطعن أدائه بطريقة صحيحة لأنه يحتاج إلى ممارسة ووقت.

- كما قمنا بتلقين الحالات أوضاع النوم والإسترخاء الصحيحة:

. الإستلقاء على الظهر في وضع إستقامة.

. الوسادة لا بد أن تكون لينة، وغير مرتفعة ( بحيث تحافظ على إستقامة الرقبة مع العمود الفقري وتساعد على الإنحناء الصحيحة للعنق).

. تمديد الأرجل وملامسة القدمين للفرش.

. الحفاظ على إستقامة الظهر للتخلص من الآلام.

. وضع الذراعين بجانب الجسم في حالة إسترخاء، والنوم بهذا الشكل الصحيح يساعد الجسم على التحرر من أية علامات للقلق أو الإرهاق أو الآلام.

. خلال الجلسة التاسعة (9)، قمنا بتمرين الحالات وتدريبهن على مبادئ التنفس الصحيح والعميق لإبراز أهميته في التخفيف من الضغط النفسي، من أجل التمهيد لتطبيق حصص إسترخاء عضلي وذهني، بالتنفس الصحيح والعميق، وأعطينا هن كواجب منزلي للتدرب أكثر عليه.

. أما في الحصة الحادية عشر (11)، قمنا بإدراج تقنية التخيل مع التنفس من أجل إسترخاء عضلي وذهني.

. في الحصة الخامسة عشر (15) والعشرون (20)، قمنا بتطبيق حصة إسترخاء جماعية بموسيقى هادئة لأمواج البحر وطيور النورس. دامت لمدة ساعة ونصف.

. في الحصة الخامسة والعشرون (25)، أعددنا حصة إسترخاء جماعية للأمهات بهدف التمهيد لنهاية الحصص العلاجية.

- ومن أجل نجاح الحصص الإسترخائية قمنا بتوفير وتهيئة الظروف المادية والبشرية لتطبيق الإسترخاء.

### تهيئة الظروف المادية والبشرية لتطبيق الإسترخاء :

لتطبيق الإسترخاء لا بد من توفر ما يلي:

**الغرفة :** يجب أن تكون هادئة لا تحتوي على مثيرات مشتتة للانتباه مما يعرقل سيرورة الإسترخاء، حرارة الغرفة تكون معتدلة، تحتوي الغرفة على شموع معطر، تجنب الضوضاء وكل العوامل المثيرة لذلك، مع إطفاء الهاتف وإغلاق باب الغرفة أو المكتب (قاعة إعادة التأهيل الوظيفي).

**الإضاءة:** يجب أن تكون إنارة خافتة متوسطة.

التهوية: من الأفضل أن تكون الغرفة ذات حرارة معتدلة، وتتوفر على تهوية ووضع رائحة طيبة ترتاح لها الحالة مع شموع معطرة .

ملابس الحالة: يجب أن يتخلص الفرد من كل مل يعيق شعوره بالراحة، أي كل ما هو مشدود على الحزام أو النظارات، كما يجب أن يرتدي ملابس مريحة وغير ضيقة. (الطيب قاسم، 1994، ص76)

### إختيار وضعية الإسترخاء :

يكون الإختيار للوضعية المناسبة للإسترخاء حسب رغبة الحالات فهي تتعدد كالتالي:

أولاً: وضعيات الجلوس:

أ-الجلوس على كرسي مسند (أريكة) Dans un fauteuil

ب- الجلوس على مقعد بسيط Position du coucher

ج- الإسترخاء بإستخدام المكتب Au bureau

ثانياً: الوضع المستلقي:

وهو الوضعية المناسبة للإسترخاء التي اتفقت على اعتمادها مع الحالات .

في أية طريقة للإسترخاء، فأحسن وضعية هي الإستلقاء ويكون السرير صلب Table deconsultation

وعليه وسادة قطنية مع غطاء تحتي قطني أيضا وبألوان فاتحة، مرشوشان برائحة الورد.

-لابد أن نأخذ بعين الإعتبار البنية البشرية للقفص الصدري، فعندما تكون هذه الأخيرة منتفخة ربما تؤدي إلى سقوط الكتفين مؤدية بذلك إلى ضغط كبير على الصدر، في هذه الحالة تؤدي إلى ظهور أعراض غير مرغوبة فيها، آلام صدرية وغيرها.. لذلك يجب عند الإستلقاء جعل تحت الكتفين وسادتين، بطريقة تجنب سقوط الكتفين.

وتكون الأرجل مستقيمة موجهة نحو الأعلى En position de garde à vous ومتباعدتين بمسافة

40سم تقريبا.

(John,1965,p17)

إذا كان مناخ الغرفة منعش نضع غطاء خفيف على الحالة حتى نحمي جسمها، حيث أن الغطاء لا يتجاوز



الصدر فالوضعية الجيدة للاستلقاء هي أن يكون الرأس أفقياً مع ملاحظة وضعية الذراعين يكونان يشكلان الحرف V ، والذراع يشكل الزاوية 120° درجة بواسطة المرفق و الساعد يتجه نحو الخصر.

(Schultz, 1965, p32)

وكل هذا يساهم في إزالة ما قد يشعر به الفرد من شعور مؤلم، ويعمل على تهدئة الأعصاب والوصول بالحالة إلى السكينة مع التخفيف من حدة القلق، الضغط، الإرهاق والوقاية من الإنهيار العصبي.

وذلك مروراً بمراحل الإسترخاء كالتالي:

- الإسترخاء الجسمي .

- الراحة النفسية (التأمل والتخيل).

- السيطرة العقلية والتوجيه الذاتي.

(الطيب قاسم، 1994، ص76)

#### تعليمات الإسترخاء:

- 1- عليكن البقاء واعيات، يقظات وفي الوقت نفسه مسترخيات داخليا.
- 2- الإسترخاء وسيلة لضبط الذات والسيطرة على أعضاء الجسم وليس فقدان السيطرة أو النوم .
- 3- التمدد والإستلقاء على السرير (طاولات الفحص)، الرجلان ممدتان واليدين مسترخيتان على الجانبين والرأس مسنود جيداً.
- 4- تركيز الإنتباه على التنفس فإنه يمنع من إقترحام الأفكار غير المرغوبة أو الأفكار المرتبطة بالعالم الخارجي، تخيلن أن كل شهيق هواء يتم في جو نقي ويدخل معه إلى الجسد الراحة، الشفاء، العافية، السعادة وكل ما هو إيجابي، وتخيلن أن كل عملية زفير للهواء يخرج عبره القلق، التوتر، المرض، الفضلات وكل ما هو سلبي في حياتك.
- 5- تركيز الإنتباه على العضل المراد توتيره أو إرخاؤه.

(دحداحة، 1998، ص12)

## مبادئ عامة لتحقيق الإسترخاء :

- إختيار الكلمات المناسبة وقد استعملت تقريبا "الدرجة" لجعل الاسترخاء أكثر إيجاء لدى الحالات .
- الحصول على التغذية الراجعة في نهاية كل جلسة (معرفة المشاعر وردود الأفعال والمقاومات النفسية ) لتطوير أو تبديل الطريقة إذا لزم الأمر.
- إبراز هدف الإسترخاء والحث على التدريب عليه ذاتيا بمعنى استخدامه في الحياة اليومية لمواجهة التوترات ولتحقيق مشاعر الهدوء والحفاظ على طاقة الجسم (من خلال التدريب اليومي).

## كيفية إجراء الإسترخاء للحالة المدروسة:

على سرير بغطاء ووسادة قطنيين وبرائحة طيبة مع موسيقى هادئة (لأصوات أمواج البحر) وأنوار خافتة مع شموع معطرة في غرفة هادئة بعيدة عن الانزعاج (في مكتب الأخصائية النفسانية).

التدريب على الإسترخاء يتم من خلال:

تقنية التنفس العميق وتقنية التخيل وهنا يمكن تصميم سلم تدريجي للتقرب من الموقف الضاغط المقلق أي المثير المزعج، ونسجل جميع العوامل النفسية المثيرة للإرتخاء العضلي والتنفسي ونسجل كل العوامل التي تؤدي إلى الإنقباض وقد يكون نفسي، فكري أو تخيلي (كف أو إنسداد).

يمكن أن نعطي الحالات صورة خيالية عن ما يقلقهن ويربكهن وفي المقابل نعطينهن إرتياح نفسي بقولنا هن "أنت مرتاحة ومسترخية". وبهذه ندخل في إزالة التحسس، فالمعالج يتحكم في حصة الإسترخاء إنطلاقا من الخبرات النفسية والاجتماعية للحالة. (Schultz,2000)

## - أسلوب الإسترخاء المطبق :

الإسترخاء المطبق على الحالات هو عبارة عن نموذج ممزوج من أسلوب الاسترخاء ل:

## Schultz et Jacobson

Schultz وتكلم عن نمودجه المأخوذ به في الإسترخاء كطريقة:

Auto-traininig ويمكن القيام بهذه الطريقة كل صباح وعند النوم وكأن الفرد يحاول من خلالها الإستعداد

لمقابلة يوم الغد أو يوم ملء بالأحداث.

هذا النوع من الإسترخاء هو عبارة عن إرخاء العضلات وتخيل مشاهد تبعث على الهدوء والسكينة مع موسيقى هادئة لأمواج البحر ويشمل الدخول في التدريب والإسترخاء في جلسة واحدة تستغرق من 20 إلى 25د.

والتكلم مع الحالة سيكون بضمير أنا، لكي تحس الحالة أنها تكلم نفسها وحتى تستطيع التدرب على هذه التقنية. التكلم مع الحالة كان بالعامية. (Schultz, 1965, p42)

1- الإستلقاء على السرير .

2- أغمض عيني وأحاول أن أرى في نقطة واحدة فقط وأخذ نفسا عميقا مع حبس الهواء في صدري لمدة 15 ثانية ونحسب مع الحالات ثم اخرج الهواء من صدري بزفير عميق، أكرر ما سبق ثلاث مرات. وفي هذا الحين أترك الحالات تكرر العملية لوحدها وأقوم بتشغيل الموسيقى الهادئة لأمواج البحر.

3 - أركز إنتباهي على العضلات وفروة الرأس والجبهة والحاجبين والجفنين والخدين والشفتين والفك السفلي واللسان وأرخي هذه المجموعات العضلية بالترتيب وأجعل تيار الاسترخاء يسري فيها تلقائيا من أولها لآخرها تاركا إياها ملساء خالية من أي توتر .

4 - سألاحظ أنه أثناء شد أو إرخاء أي مجموعة عضلية لا بد من وضع باقي عضلات الجسم في حالة من الإسترخاء.

5 - أرفع حاجبي إلى أعلى وأبعد جبهتي، واستشعر التوتر في عضلات الجبهة وفروة الرأس أثناء الشهيق، ثم أرخ هذه العضلات وأستشعر الاسترخاء، أكرر ذلك، لاحظت عضلات الوجه وراحتها مع الاسترخاء .

6 - أغمض عيني بشدة وأرفع أنفي إلى أعلى، أستشعر التوتر في العضلات، ثم استرخي وأتمتع بالاسترخاء، ثم أكرر ذلك مرتين .

7 - أرفع كتفي إلى الأمام، أشد العضلات ثم أرخها، ثم ارفع كتفي إلى الخلف، أكرر ذلك مرتين، ألاحظ خروج التوتر من هذه العضلات واستمتع بتيار الإسترخاء .

8 - وتر عضلات الذراع مع ثنيه وشد عضلات الساعد الأيمن مع الشهيق، استشعر هذا التوتر ثم أرخ العضلات مع الزفير بإعادة الذراع كما كانت، تمتع بإحساس الاسترخاء، أكرر ذلك مرتين، أكرر ماسبق مع اليد والذراع اليمنى .

- 9- الآن أثنى قبضة يدي إلى خلف المعصم مع الشهيق، استشعر التوتر والشد الناتج ثم أرخ عضلات يدي مع الزفير واستمتع بالإسترخاء .
- 10 - ادفع بتيار الاسترخاء أعلى الظهر وجانبي العمود الفقري ثم أسفل الظهر ثم عضلات القفص الصدري مع تخيل مجرى الهواء ودخوله وانسيابه إلى رتتيك ثم خروجه إلى الخارج وإستشعر وكأن جسمك يطفو فوق الماء ثم دع تيار الاسترخاء يسري وينساب إلى عضلات البطن والوسط، و تأكد من شعورك بالسكينة والهواء.
- 11 - لا أنسى أن أتنفس بعمق وبيطء عند التوتر، الآن أملاً صدري بالهواء ببطء، لاحظت توتر عضلات الصدر، اصبر لحظة، أخرج الهواء من صدري ببطء، أركز على مشاعر الاسترخاء، أكرر هذا مرتين.
- 12 - أشد عضلات بطني وأوترها، استشعر التوتر ثم أرخ العضلات، واستشعر الاسترخاء، أتنفس بانتظام .
- 13 - الآن أركز انتباهي لعضلات الفخذين والساقين والكعبين وأصابع القدمين، أرخ هذه العضلات واستشعر فيها النقل والهدوء وتدفق الدم.
- 14 - شد عضلات الفخذ اليمنى، استشعر التوتر فيها، ثم أرخها، استشعر الاسترخاء، شد عضلات الساق اليمنى وأوترها، ارفع أصابع القدم إلى أعلى، أوتر الأصابع، أرخ عضلة الساق وأرخ الأصابع.
- 15 - أشد أصابع القدم وأثنيها إلى أسفل، أستشعرها بالتوتر ثم أرخ الأصابع، أركز انتباهي على الإحساس بالاسترخاء، أتنفس بانتظام.
- 16 - أكرر نفس العملية مع الفخذ الساق والقدم اليسرى .
- 17 - الآن أصبح جميع جسدي مسترخي وهادئ، أنا الآن أشعر بالراحة والهدوء والإسترخاء والسكينة والطمأنينة تغمر جسدي ونفسي، كما أشعر بهروب التوتر، العصبية، الإنفعال، القلق والخوف.
- 18 - أنا أشعر بالراحة والحيوية والإنعاش لقد حققت الإسترخاء العام والتام لجميع عضلات جسمي، أستشعر لذة الإسترخاء.
- بعد أن تمر الحالات بكل المراحل السابقة من مراحل الإسترخاء، وما إن تصلن إلى هذه المرحلة وهي في حالة الإسترخاء الجسدي، سنحاول إدخال الحالات في إسترخاء ذهني وذلك من خلال تمرين التخيل أين أخذنا بعين الإعتبار المكان المفضل لدى الحالات وهو: البحر مع إختيار نوع الموسيقى المفضلة لديهم التي تجعلهن في إرتخاء نفسي، وتكون كالتالي :

- دائما أبقى مغمض العينين وأحاول أن أرى في نقطة واحدة فقط، أنا مسترخي وفي راحة تامة، الآن سوف أبقى مغمض العينين حتى أرتاح وأتعمق في الراحة والاستمتاع .

أنا في البحر، إنه هادئ، الشمس دافئة، أسمع لصوت الأمواج، أنا مرتاح أحس بالدفء، أنا الآن أحس بدفء يغمري وأنا مرتاحة وأتمتع بهذه الجلسة، راحة تغمري وتمدد عضلاتي أحسن برأس وعنقي الكل يتمدد، البحر واسع ونظيف، الشمس دافئة والسماء صافية أنا استرخي أحس بسعادة ونشاط يغمري، أحس بدفء يغمري وراحة كبيرة تغمر جسدي.

أحس بعضلات كتفي، ذراعي مرتاحة أشعر بسعادة تغمري، صدري يتسع ويحس بالدفء، أستمتع بيومي الجميل في البحر أصوات الأمواج تعجبني، أصوات طيور النورس تشعرني بالسعادة، الرمال دافئة، أطرافي مسترخية تماما، ظهري ممدد ومرتاح عضلاتي مرتاحة أحس بدفء الشمس يغمري ونسيم البحر يشعرني براحة كبيرة تغمر جسدي.

أنا هادئة أتنفس ببطء شديد يساعدي على راحة كبيرة، بطني مسترخية أحس بدفء شديد يرحني أكثر فأكثر، أنا هادئة، أنا مطمئنة جدا يغمر جسدي الإطمئنان والراحة .

ذهني مسترخي، أطراف جسمي كلها مسترخية وهادئة، أنا سعيدة بالاسترخاء وسعيدة بحالي الآن، أنا هادئة أتنفس بعمق وراحة، أنفاسي تغمري بقوة إيجابية وراحة كبيرة.

رجلاي مسترخيتان تماما إني مرتاحة وسعيدة بيومي الجميل في البحر الهادئ، أنا أتنفس بعمق وراحة

أنا هادئة أستمتع بنعمة التنفس في الهواء النقي، نسيم البحر جميل يدخل أنفاسي ويغمري بسعادة.

أنا بحالة شهيق وزفير هادئ، طويل وعميق دفء يغمري ويساعدي على استرخاء تام لجميع عضلات جسمي وذهني مرتاح ومسترخي تماما.

الآن تأكدت أنني قد حققت الإسترخاء التام لجميع عضلات جسمي، أستشعر دائما بلذة الإسترخاء الآن أصبح جميع جسدي مسترخي وهادئ، الآن أشعر بالراحة والهدوء، الإسترخاء والسكينة، والطمأنينة تغمر جسدي ونفسي، وأشعر أيضا بهروب التوتر، العصبية، الإنفعال، القلق والخوف بينما أنا أشعر فقط بالراحة والحيوية والإنتعاش.

سأدع هذا الإسترخاء يسري في جميع أجزاء جسدي خلال خمس دقائق أخرى، أنا مسترخية، أنا هادئة أستمتع بيومي الجميل والرائع في البحر الهادئ وتحت أشعة الشمس الدافئة .

أحرك قدمي برفق...أحرك يدي برفق...أحرك رأسي برفق...أحرك رقبتي برفق...أفتح عيناي ببطء شديد...أحاول الجلوس بسكينة وهدوء تام...إنتهى التدريب.

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن تقنيات العلاج النفسي الجماعي والتدريب على التنفس الصحيح العميق والإسترخاء العضلي والذهني، قد ساعدت الحالات الثمانية على تغيير أفكارهن السلبية واللامنطقية حول نظرة الآخرين لهن لسبب إعاقة أبنائهن، وبفضل العلاج المقدم للحالة بدأ شعورهن بالخرج الاجتماعي يختفي شيئاً فشيئاً، حيث لاحظت تحسن تدريجي في نفسيتهن من خلال الحصص العلاجية، كما طلبت منها تكرار كل ما تعلمناه كلما أحسسن بالقلق أو الضغط، أو كلما راودتهن تلك الأفكار السلبية من إحساس بالدونية والشعور بالذنب .

- إعادة تطبيق مقياس إدراك الضغط، و مقياس الإحترق النفسي الوالدي " PBA " ومقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (المقياس البعدي) على الحالات الثمانية :

### 1. نتائج القياس البعدي لمقياس إدراك الضغط النفسي:

بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الجماعي بمختلف تقنياته وتدريب الحالات الثمانية على التنفس الصحيح والعميق وعلى الإسترخاء العضلي والذهني، قمنا بإستخلاص النتائج التي خرجت بها الحالة، حيث لاحظنا تغير إيجابي في سلوكيات الأمهات وطريقة كلامهن الإيجابية، وكان لابد من التأكد أكثر من خلال إعادة تطبيق مقياس إدراك الضغط (المقياس البعدي).

بينت نتائج القياس البعدي لمقياس إدراك الضغط، وجود تحسن في وضع الحالات بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي حيث لاحظنا إنخفاض هام في مؤشرات الإدراك للضغط النفسي لدى الحالات الثمانية، مما أثبت ودعم ما لاحظناه من خلال الحصص العلاجية ومن خلال الملاحظة العيادية لنقص في درجة القلق والضغط النفسي لدى جماعة الأمهات، حيث أصبحن يفكرن بطريقة إيجابية وأكثر عقلانية مما كانت عليه في السابق، كما صرحت الحالات بأنهن أصبحن يثقن بفعالية العلاج النفسي وأنهن ستتبنينه في حياتهن اليومية.

وكانت النتائج كالتالي للحالات الثمانية في الجدول رقم (26).

الجدول رقم (26): يبين نتائج القياس البعدي لمقياس إدراك الضغط النفسي.

مقياس الضغط النفسي		القياس النفسي	
القياس البعدي للضغط		الحالات	
مستوى الضغط	درجة مؤشر الضغط	مجموع الدرجات	
منخفض	0,23	51	أم (أ)
منخفض	0,18	47	أم (ب)
منخفض	0,14	43	أم (ج)
منخفض	0,24	52	أم (د)
منخفض	0,14	43	أم (س)
منخفض	0,08	38	أم (م)
منخفض	0,13	42	أم (ل)
منخفض	0,1	39	أم (هـ)

القياس البعدي ومناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (أ):

بعد جمع النقاط كما هو مبين في الجدول رقم (26) نتائج القياس البعدي للحالة أم (أ) الموجود بالملاحق، تم التحصل على نقطة خام مقدرة ب(مح=51)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تم التحصل على مؤشر إدراك الضغط عند أم (أ) بدرجة تقدر ب0,23، هذه الدرجة تدل على مستوى منخفض من الضغط لديها كونها تقع تحت المتوسط وذلك يبدو عليها من خلال إيجابتها على البنود غير المباشرة بالقبول مثل (1)،(7)،(10)،(17) فهي تشعر بالراحة والهدوء كما تحس بالأمن والحماية نظرا للدعم الذي تلقتة من خلال البرنامج العلاجي النفسي الجماعي.

### القياس البعدي ومناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (ب):

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط، تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب(مع=47)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم (ب) قدر ب0,18، هذه الدرجة تدل على مستوى منخفض من الضغط، ويتضح هذا من خلال إجابتها على البنود (1)، (7)، (10) ب"عادة"، حيث أنها عادة ما تشعر بالراحة والهدوء وتحس أنها تتمتع بالحياة، كما أنها أجابت على البند (13) ب"كثيرا" فالحالة أم (ب) تحس بالأمن والحماية نتيجة الدعم الذي تلقتة خلال الجلسات العلاجية، وما ساعدها أكثر هو الدعم النفسي الأسري الذي تتلقاه من زوجها في مساعدته لها بالتكفل بطفلها المعاق. وبالتالي هناك من يساعد الأم ويخفف عنها ولو قليلا من عبء مسؤوليتها.

### القياس البعدي ومناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (ج):

بعد القيام بتنقيط مقياس إدراك الضغط، تم التحصل على نقطة خام مقدرة ب(مع=43) وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تم التحصل على مؤشر إدراك الضغط عند الأم يقدر ب0,14، هذه الدرجة تدل على مستوى منخفض من الضغط لديها كونها تقع تحت المتوسط، وذلك يبدو عليها من خلال إجابتها على البنود (16)، (18)، (23) ب"تقريبا أبدا"، فالحالة تخلصت من مخاوفها ولا تشعر بأنها وضع إنتقاد وحكم من طرف الآخرين كما أنها لا تشعر بالإرهاك والتعب الفكري الذي كانت تعاني منه قبل العلاج النفسي كما أصبح بإمكانها أن تجد وقت لراحته النفسية. وهذا ما أظهرته إجابته على البنود التالية (1)، (7)، ب"كثيرا".

### القياس البعدي ومناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (د):

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب(مع=52)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى الحالة قدر ب0,24، هذه الدرجة تدل على مستوى منخفض من الضغط. ويتضح هذا من خلال إجابته على خانة "تقريبا أبدا" بكثرة مثل البنود التالية (3)، (5)، (15)، (19)، (20)... فالحالة لم تصبح سريعة الغضب وضيقة الخلق وهي لا تشعر بالوحدة، كما أنها أصبحت بإمكانها إدارة الأمور لبلوغ أهدافها ولا تشعر بالإحباط والتوتر وتخلصت من مخاوفها المستقبلية.

### القياس البعدي ومناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (س):

لقد تبين لنا من خلال حصص التنفس الصحيح مع الإسترخاء العضلي والذهني أن أم (س) أحيانا تشعر بالتعب والإرهاك الفكري، ويتضح هذا من خلال إجابته على البند (26) ب"أحيانا"، فهي تفكر كثيرا فيما يمكن أن تقوم به لأجل تحسين حالة إبنتها خاصة وعائلتها عموما، ومقارنة بالقياس القبلي لإدراك الضغط لدى أم (أ) نجد



فارق كبير في درجة مؤشر الضغط حيث كان مجموع الدرجات الكلي قبل تطبيق البرنامج النفسي العلاجي الجماعي (مج=96) درجة بمعدل مؤشر ضغط يقدر ب0,73، بينما إنخفض مجموع الدرجات الكلي بعد تطبيق البرنامج النفسي العلاجي الجماعي ليصل إلى (مج=43) درجة بمعدل مؤشر ضغط يقدر ب0,14، وهذا يبين لنا نجاح البرنامج العلاجي النفسي الجماعي مع الحالة أم (س) للتخفيف من الضغط النفسي لديها.

#### القياس البعدي ومناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (م):

بعد القيام بتنقيط مقياس إدراك الضغط، تم التحصل على نقطة خام مقدرة ب(مج=38) وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تم التحصل على مؤشر إدراك الضغط عند الأم يقدر ب0,08، هذه الدرجة تدل على مستوى منخفض من الضغط لديها كونها تقع تحت المتوسط، ولقد صرحت خلال المقابلات العيادية، بأنها ترى الأمور بإيجابية الآن، مما جعلها تخصص وقت لترريح به نفسها، وهذا ما أكدته لنا القياس البعدي من خلال إجاباتها على البنود التالية: (19)، (26)، (27)، (30) ب " تقريبا أبدا"، وهذا الذي أظهرته لنا الحالة خلال المقابلات الأخيرة من تحسن مزاجها والتحدث عن ابنها دون خوف أو توتر. وبهذا يتضح لنا نجاح البرنامج النفسي العلاجي الجماعي مع الحالة أم (م) في التخفيف من حدة الضغط النفسي.

#### القياس البعدي ومناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (ل):

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط تم الحصول على نقطة خام مقدرة ب (مج=42)، وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى الحالة تقدر ب0,13، هذه الدرجة تدل على مستوى منخفض من الضغط، حيث بعد تطبيق البرنامج النفسي الجماعي وحرص الإسترخاء، أصبحت أم (ل)، تحاول أن تمتع جسمها ونفسها من حين لآخر. وهذا ما أظهرته إجاباتها على البنود (29)، (21) ب "كثيرا"، وهذا ما أكدته المقابلات العيادية أيضا من خلال تصريحات الأم، بحيث أصبحت لا تخشى نظرة الشفقة وأحكام الناس، وأصبحت تشعر بالضيق والحرج الإجتماعي.

ومقارنة بالقياس القبلي لإدراك الضغط لدى أم (ل) نجد فارق كبير في درجة مؤشر الضغط حيث كان مجموع الدرجات الكلي قبل تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي ب(مج=98) درجة بمعدل مؤشر ضغط يقدر ب0,75 بينما إنخفض مجموع الدرجات الكلي بعد تطبيق البرنامج النفسي العلاجي الجماعي، وهكذا يتضح لنا نجاح التكفل بالحالة أم (ل) .

## القياس البعدي ومناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (ه):

بعد القيام بتنقيط مقياس إدراك الضغط، تم التحصل على نقطة خام مقدرة ب(مع=39) وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تم التحصل على مؤشر إدراك الضغط عند الأم يقدر ب0,01، هذه الدرجة تدل على مستوى منخفض من الضغط لديها كونها تقع تحت المتوسط، بعد العلاج النفسي أصبحت الحالة تستمتع بالإسترخاء ولا تشعر بأنها تحت ضغط ممت، إلا أنها أحيانا تحس بأنها تحت ضغط بالمقارنة مع أشخاص آخرين. ومقارنة بالقياس القبلي لإدراك الضغط لدى أم (ه) نجد فرق كبير جدا في درجة مؤشر الضغط حيث كان مجموع الدرجات الكلي قبل تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي ب(مع=96) درجة بمعدل مؤشر ضغط يقدر ب0,73، بينما إنخفض مجموع الدرجات الكلي بعد التكفل النفسي. وهكذا يتضح لنا نجاح البرنامج العلاجي الجماعي وما حققه من نتائج إيجابية مع الحالة أم (ه).

## 2. نتائج القياس البعدي لمقياس الإحترق النفسي الوالدي "PBA":

إن مؤشرات الإحترق النفسي بين الحالات الثمانية كانت متقاربة في القياس البعدي وبمستوى منخفض لأن أمهات الأطفال المشلولين دماغيا تقاسمن نفس المعاش النفسي، والتفاوت في الدرجات لدى الأمهات راجع إلى الإستعدادات الشخصية لكل أم لتلقي العلاج النفسي، وراجع أيضا إلى العوامل المساعدة أو المثيرة لمحيط كل أم في المجموعة العلاجية. وبهذا يتوضح لنا مدى أهمية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي و أثره الفعال والإيجابي في ظهور تحسن في الشكل العام للصورة الإكلينيكية للحالات، حيث دلت النتائج على إنخفاض في مؤشرات الإحترق النفسي لجماعة الأمهات بعد خضوعهن للمداخلة العلاجية.

الجدول رقم (27): يوضح نتائج المقاييس البعدية لمقياس الإحترق النفسي الوالدي لمجموعة البحث (08 أمهات).

مقياس PBA		الحالات
مستوى الإحترق	مؤشر الإحترق	
مستوى منخفض	11,73	أم (أ)
مستوى منخفض	7,17	أم (ب)
مستوى منخفض	11,08	أم (ج)
مستوى منخفض	9,78	أم (د)

مستوى منخفض	7,82	أم (س)
مستوى منخفض	8,47	أم (م)
مستوى منخفض	11,08	أم (ل)
مستوى منخفض	7,17	أم (هـ)

### - مناقشة المقاييس البعدية لمقياس الإحترق النفسي الوالدي (صعوبة الأدوار الوالدية) للحالات الثمانية:

بعد التكفل النفسي من خلال جلسات جماعية للحالات انخفض مستوى الضغط النفسي لدى الأمهات كثيرا كما يوضحه الجدول الأول والثاني. خاصة عند الحالات أم "أ"، أم "ج"، أم "س"، أم "م".

و أما فيما يخص كل من أم "م"، أم "ب"، أم "ل"، أم "د" و أم "هـ"، لاحظنا إنخفاض هام في مؤشرات الإحترق النفسي، مع وجود تحسن في وضع الحالات بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، مما أثبت ودعم ما لاحظناه من خلال الحصص العلاجية ومن خلال الملاحظة العيادية لنقص في درجة القلق والضغط النفسي لدى جماعة الأمهات، حيث أصبحن يفكرن بطريقة إيجابية وأكثر عقلانية مما كانت عليه في السابق، كما صرحت الحالات بأنهن أصبحن يثقن بفعالية العلاج النفسي وأنهن ستبنيهن في حياتهن اليومية. وطلبن حصص فردية يدلين فيها ما لم يستطعن الإدلاء به في الجماعة، وكانت أم "م" حالة إستثنائية لتضافر عدة عوامل معيقة لها منعتها من مداومة حصصها العلاجية الفردية، لغياب المساعدة في البيت من طرف زوجها أو أي أحد من أطراف العائلة لعدم تقبلهم ورفضهم للإبنة المعاقمة، ومحاولة تحببته بالمنزل، إضافة إلى ذلك المستوى المادي المتدني التي تعاني منه، إلا أنها سعت جاهدة لعلاج إبنتها ولتحسين حالتها النفسية من اجل تكفل أحسن بها. وهكذا يتضح لنا نجاح البرنامج العلاجي وما حققه من نتائج إيجابية مع الحالات.

كما يبين الجدول رقم (27) أن كل الحالات تعاني من مستوى منخفض من الإحترق النفسي، وإنطلاقا من المقابلات العيادية والنتائج البعدية لمقياس الإحترق النفسي الوالدي "PBA"، يمكننا إستنتاج أن الحالات أصبحت لا تعاني من عدم الإستقرار النفسي والإجتماعي، وإنخفاض كبير في ظهور الإضطرابات السيكوسوماتية (كالقرحة المعدية، الصدفية، الثعلبية، مرض السكري، الأرق...) عندهن، فأما "أ" مثلا صرحت بأنها أصبحت تعرف معنى للفرح بعدما فقدته لمدة طويلة، كما أنها ترغب أن يكون لها إنجاز شخصي، يتمثل في التكفل الجيد

بطفلها المعاق، بدون ملل ولا تحسر، أما أم "ب" فتقول خلال إحدى المقابلات العيادية بأنها تسعى جاهدة لإسعاد نفسها وأسرتها بأي طريقة، ومواجهة كل الصعاب بتفكير إيجابي ومنطقي، بتقبل الواقع كيف كان بمحاولة التعايش والتكيف معه، وهذا ما يظهر من خلال تعدد إجابتهن ب "مطلقا أبدا" على بنود تدني الشعور بالإنجاز الشخصي وفقدان المتعة بالحياة وهي: (PBA27)، (PBA35)، (PBA42).

ولقد تشابهت إجابتهن ب "مطلقا أبدا" على البند (PBA58) من مقياس الإحترق النفسي، والذي يدل على أنهن يتقبلن مرض أطفالهن ولا يعشن تحت ضغط مميت، كما كان الوضع قبل التكفل النفسي، وذلك نتيجة لإنخفاض مستوى الإحترق النفسي لدى الحالات، أيضا نظرا لرغبتهم في التغيير نحو الأفضل، لأن طلب المساعدة كان واضح عند كل أم، وهذا جد أساسي في نجاح العلاج النفسي. كما أصبحت الأمهات توفق أكثر من قبل بين أعمال المنزل، العمل المهني ورعاية الأطفال (خاصة ذوي الإحتياجات الخاصة)، بتنظيم وقتهم تباديا لأن يكن عرضة إلى القلق .

وهذا ما أكدته الأمهات من خلال القياس البعدي لمقياس الإحترق النفسي الوالدي ( صعوبات الأدوار الوالدية)، حيث كانت أغلبية إجابتهن ب " مطلقا أبدا" على بند تبدد الشخصية: (PBA22)، وبند الإنهاك الوالدي: (PBA32)، وبند تدني الشعور بالإنجاز الشخصي مع فقدان المتعة: (PBA34)، كما صرحت غالبية الأمهات خلال المقابلات العيادية، بأنه لم يعد يلازمهن إحساس التعب الشديد جراء قيامهن بأدوارهن كأمهات أو للقيام بمستلزمات البيت المختلفة، كما في السابق، فهن أصبحن يرونها كواجب عليهن القيام به لتكن لهن بصمة رائعة وسط العائلة وفي المجتمع أيضا، وهذا ما توصلنا له من خلال العلاج النفسي والمناقشة الجماعية، أما فيما يخص أم "س" فلقد تخلصت من البلادة الإنفعالية التي كانت تلازمها، حيث أصبح بإمكانها أن تظهر لأولادها مدى حبها لهم، مما حسن من مزاجها أكثر فأكثر، وكان بمثابة إنجاز بالنسبة لها، لأن الأمر كان يضيقها فعلا. وهذا ما أكدته لنا أيضا من خلال إجابتهن على البنود التي تقيس الانفصال العاطفي والإرهاق الإنفعالي ب "مطلقا أبدا" مثل: (PBA38)، (PBA50)، (PBA49)، أما أم "م" فأصبحت تسيطر أفضل من السابق على نفسها، خاصة في التخلص من تصرفاتها التي كانت تضيقها كثيرا كالصراخ، والإنفعال على أتفه الأمور، مما كان يجعلها محبطة أكثر بعد الموقف. وهذا ما عززته لنا إجاباتها ب " عدد من المرات في العام أو أقل" على بند من بنود تباين الطابع الشخصي وتبدد الشخصية مثل: (PBA16). والتي تقيس لنا المشاعر السلبية إتجاه الأبناء.

كما لاحظنا إنخفاض في مستوى الضغط لدى أم "ل" ظهر لنا من خلال إيمائية وجهها، طريقة كلامها الإيجابية مع الأمهات الأخريات، الإهتمام بمظهرها وبأطفالها، وأيضا من خلال إجابتهن ب " مطلقا أبدا" على بنود من بنود تباين الطابع الشخصي وتبدد الشخصية والتي تكشف لنا المشاعر السلبية إتجاه الأبناء مثل: (PBA16)

و(PBA22) و(PBA27) ، أما أم "هـ" فتصرح وتقول بأنها تحب إبنها كثيرا، حتى أكثر من أي شيء في هذه الدنيا، ولم تعد تجد مشكلة كبيرة في التعبير عن حبها له، ولن تستحي كونها أم لطفل معاق، وأصبحت تخرجها معها للحدائق العامة، وعند الأقارب. ويظهر لنا هذا من خلال إجابتها ب " مطلقا أبدا" على بند التبدد في الشخصية التالي: (PBA45). ويتبين لنا أيضا من خلال إجابتها ب عدد من المرات في العام" على بند الإرهاق الوالدي الآتي: (PBA40) .

### 3. نتائج القياس البعدي لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي " Coping ":

بعد تطبيق البرنامج النفسي العلاجي الجماعي، على مجموعة الأمهات بهدف التخفيف من الإحترق النفسي الوالدي، والذي لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال تنمية إستراتيجيات مواجهة مناسبة وفعالة لخفض مستوى الضغوط النفسية.

بالتالي إستنتجنا أن كل أم تتبع إستراتيجية مختلفة عن الأخرى، كما تستعمل الأمهات جهود فردية معرفية وسلوكية للتخفيف من آثار الأحداث الضاغطة أو تخفيف تأثيرها الجسمي والإنفعالي عليها. ويلجأن إلى طلب المساندة الإجتماعية، وإستعمال إستراتيجيات مواجهة محددة تتمثل في: الإستراتيجيات الإيجابية والإستراتيجيات السلبية، مما يجعل شدة الضغوط تنخفض.

والجدول التالي رقم (28) يوضح لنا درجات الإستراتيجيات الإيجابية والسلبية التي تحصلت عليها مجموعة الأمهات من خلال مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.

الجدول رقم: (28) يعرض لنا نتائج القياس البعدي لمقياس إستراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية لدى مجموعة البحث ( coping ) :

إستراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية		الحالات
درجة الإستراتيجيات السلبية	درجة الإستراتيجيات الإيجابية	
18	57	أم (أ)
21	53	أم(ب)
21	50	أم (ج)
17	52	أم (د)

22	59	أم (س)
20	66	أم (م)
23	55	أم (ل)
18	56	أم (هـ)

### - مناقشة المقاييس البعدية لمقياس إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية للحالات الثمانية:

من خلال الجدول رقم (28) نلاحظ أن أم " أ " تستعمل في مواجهتها للضغط النفسي الإستراتيجية الإيجابية بدرجة تقدر ب: (57) مثل: التدين والتقبل ، فمن خلال تصريحات الحالة أثناء المقابلة العيادية إتضح أن أم "أ" أصبحت تفضل أسلوب المواجهة والحوار للتوصل إلى حل يرضي الطرفين، بعدما كانت تتجنب مناقشة زوجها، وهذا ما تؤكدته إجابتها ب " لا" على البعد (24)، وب "أحيانا" على البعد (18)، حيث وضعت مع زوجها برنامج عائلي خاص بالعطل ونهايات الأسبوع، يتمشى مع إعاقه طفلها، ومناسب لحالتها المادية، وإستنتجنا أيضا أنها أصبحت تفرغ كل الشحنات السلبية من خلال الكلام، وترتاح نفسيا، مع محاولة الوصول إلى نقاط إيجابية مبنية على التفاهم. ويظهر من خلال إجابتها أيضا ب " نعم" على البعد (16) و(31).

كما أنها تستعمل بعض الإستراتيجيات السلبية بدرجة تقدر ب: (18) كالإنكار ولكن بشكل قليل وغير مؤثر، حيث أصبحت تواجه الموقف الضاغط وتبحث عن النقاط الإيجابية في حياتها، لتقوية وضعيتها أكثر ولكي تقدر على مواجهة الصعاب، وعدم الفشل في تحدي الضغوط النفسية، وكل هذا من أجل تحقيق راحتها النفسية. وأصبحت تخرج مع طفلها وتأخذه معها في المناسبات العائلية، كما أنها تفسر وتنسب مرضه للنزاع الديني (القدر و المكتوب).

أما بالنسبة ل أم " ب " ففي الجدول رقم (28) يظهر لنا أن الإستراتيجيات الإيجابية المستعملة بدرجة تقدر ب: (53) تفوق بكثير الإستراتيجيات السلبية بدرجة تقدر ب: (21)، كما لاحظنا أنه بعدما كانت تستخدم عدة إستراتيجيات سلبية كتأنيب الضمير والإنكار، أصبحت لا تحس بالدونية ولا بالذنب، كما أنها توقفت عن مقارنة إبنها بأقرانه وأقربائه، وأصبحت تأخذه معها إلى الحفلات واللقاءات العائلية، وإلى الحدائق العامة، فهذا لم يعد يسبب لها الحرج الإجتماعي لأنها تتقبل إعاقه إبنها أكثر من ذي قبل، وترجع تقول بأنه "أمر الله، ولا بد من تقبله والرضى به".

وهذا ما أكدته إجاباتها ب "أحيانا" على البعد (21) وب " نعم" على البعد (20) ، (06) ، (28). والتي توافقت مع ما سردته لنا الحالة أثناء المقابلات العيادية، فهي لم تعد تهمها نظرات الشفقة، وتسعى جاهدة أن تمتلك أعصابها، وأصبحت تسيطر على تصرفاتها وتتحكم في سلوكياتها السيئة التي كانت تضايقها كثيرا، كالصرخ والعدوانية الموجهة لأطفالها.

وفيما يخص أم "ج" ففي الجدول الخاص بالقياس البعدي رقم (28)، نرى أنها تستخدم إستراتيجية التدين بكثرة، والتي تنسب إلى الإستراتيجيات الإيجابية المستعملة بدرجة تقدر ب: (50)، أما الإستراتيجيات السلبية المستخدمة من طرف الأم قدرت بدرجة: (29)، فأم "ج" وإضافة إلى إستراتيجية التدين أصبحت تستخدم إستراتيجيتي طلب المعلومة والتخطيط بدلا من الإنكار كما في السابق قبل العلاج النفسي، فالحالة تحاول أن تجمع القدر الكافي من المعلومات على مرض إبنتها، وكيف يمكنها مساعدتها على إكتساب البعض من الإستقلالية والإعتماد قليلا على نفسها، وهذا ما تؤكد إجاباتها ب " نعم" على الأبعاد التالية: (1)، (3)، (4)، (5). ولم تعد تنزعج من إستفسارات الأقارب والناس عن مرض إبنتها، وقل عندها الشعور بالحرج الإجتماعي، ومساعدتها في تقبل مرض إبنتها هو تمسكها بالوازع الديني لمواجهة كل المواقف المشحونة إنفعاليا. وهذا ما أثبتته مرة أخرى إجاباتها ب " نعم" على الأبعاد التالية: (09)، (13)، (20)، (35)، وب "أحيانا" على البعد التالي: (34).

من خلال الجدول رقم (28) يظهر لنا أن أم "د" تستعمل الإستراتيجيات الإيجابية بدرجة تقدر ب: (52) أكثر من السلبية التي تقدر ب: (17)، هذه الحالة من قبل بدء العلاج النفسي، تبين لنا من خلال القياس القبلي أنها تستخدم الإستراتيجيات الإيجابية بكثرة مقارنة بالسلبية، وهذا راجع إلى الدعم العائلي المادي والسند المعنوي الذي يقدمه لها زوجها، فبالرغم من دخوله السجن فترة حملها إلا أنه تقبل (بسهولة مقارنة بها) مرض إبنته، ويقول بأنه إبتلاء ولا بد منهما الصبر، ومنذ خروجه من السجن وهو دائما يبحث عن عمل ليلبي طلبات زوجته وليعالج إبنته، وهذا ما صرحت به الأم بقولها " ماعلا باليش بلا دارنا وأختي وراجلي شا كنت غادي ندير، رافدين معايا بزاف". وما أثبت كل ما صرحت به أثناء المقابلات العيادية، والقياس البعدي لإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، هو إجاباتها ب " نعم" على البعد (6)، (13)، (28) وب "لا" على البعد (24).

يظهر من خلال الجدول رقم (28) أن مواجهة أم "س" للضغط والإحترق النفسي يطغى عليها إستعمال الإستراتيجيات الإيجابية بدرجة تقدر ب: (59) مقارنة بالإستراتيجيات السلبية بدرجة تقدر ب: (22). منذ القياس القبلي تفوقت نتائج الإستراتيجيات الإيجابية على السلبية، ولكن المشكل كان يكمن في تركيز الحالة على التعبير اللفظي السلبي المتشائم، وعلى الإنفعال أكثر من حل المشكل، فبعد حصص العلاج النفسي بدلت أم "س" حديثها مع ذاتها، ومع الناس بأسلوب إيجابي، وتمكنت من التحرر من المكبوتات العاطفية التي لازمتها منذ

وفاة توأميها، وبعدها إنجاب طفلة مريضة، وساعدها على ذلك عند إحتكاكها بالأمهات الأخريات، وسماع كل واحدة معاناة الأخرى، وبالتالي عرفن نوع من التقاسم الإنفعالي. ساعدهن على تجاوز المواقف الضاغطة.

وهذا ما أكدته لنا إجاباتها ب "لا" على الأبعاد الإيجابية التالية: (10)، (11)، (19)، (25). وب "نعم" على الأبعاد السلبية التالية: (6)، (9)، (16).

نلاحظ من خلال الجدول رقم (28) أن أم "م" تستخدم إستراتيجيات مواجهة إيجابية للضغط بدرجة تقدر ب: (66)، تفوق بكثير درجة إستراتيجيات المواجهة السلبية للضغط التي تقدر ب: (20)، فأثناء حصص سرد الحياة صرحت الحالة بأن إحساسها بالضغط الرهيب الذي كان يلازمها طوال اليوم، بدأ يتلاشى وينقص لأنها لا تعطي نفسها فرصة للتفكير السلبي، لأنها إستبدلت طريقة مواجهتها للضغوط النفسية وأصبحت تتحكم أكثر بتصرفاتها فسرعانما تقوم بتغيير المكان أو إلهاء نفسها بشيء تحب فعله، ولقد أثبتت هذا إنطلاقاً من إجاباتها على أبعاد مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي التالية ب "لا": (10)، (19)، (23). وتعمل واجباتها بدون أن تنتظر مساعدة أحد (الزوج، أهلها)، فهي تتحمل المسؤولية لوحدها قدر استطاعتها وأن لا تراها كعبيء بل كواجب يجب أن تقوم به لأن طفلتها هي مفتاح جنتها. وهذا ما تؤكدته إجاباتها ب "نعم" على البعد (5)، (6)، (13).

يظهر في الجدول رقم (28) بأن أم "ل" تستخدم إستراتيجيات إيجابية تقدر درجتها ب(55) والإستراتيجيات السلبية التي تقدر درجتها ب (23)، وبالتالي إعتدنا على تصريحاتها في المقابلات العيادية لتأكيد معلومات المقياس النفسي، فالحالة تحاول تقبل وضعها المعيشي والإبتعاد عن لوم الذات قدر المستطاع بهدف تحقيق راحة نفسية تجعلها تقوم بواجبها مع أطفالها وزوجها، والتفكير في توفير مستقبل أفضل لطفلها المعاق، وهذا ما أثبتته من خلال إجاباتها على الأبعاد التالية ب "نعم": (3)، (6)، (13)، (20) وبدلاً من تفضيل الجلوس لوحدها والتأمل في أحوالها السيئة، فهي تحاول أن تصنع نقاط قوة وأمل تكون إيجابية في التفكير، السلوك، التعبير اللفظي وغيرها من الأمور التي تساعدها على التعامل مع معاشها اليومي بضغط أقل وتتكفل بإبنها المعاق بكل أريحية. وهذا ما أثبتته من خلال إجاباتها على الأبعاد التالية ب "لا": (10)، (13)، (19).

يظهر من خلال الجدول رقم (28) أن مواجهة أم "ه" للضغط والإحترق النفسي يطغى عليها إستعمال الإستراتيجيات الإيجابية بدرجة تقدر ب: (52) مقارنة بالإستراتيجيات السلبية بدرجة تقدر ب: (18). حيث أن الحالة أصبحت لا تعطي إهتماماً للمشاكل العلائقية العائلية وكل تركيزها على أسرتها الصغيرة وطفلتها المريضة، وأصبحت تستعمل إستراتيجية طلب المعلومة، التخطيط، التدبير، وتنفاذ لوم الذات والإنسحاب.



ولقد قامت بالتنفيس عن كل الصراعات الداخلية والمكبوتات عن طريق تقنية سرد الحياة، والكرسي الفارغ، مما أعطاهما شعور بالراحة النفسية، وهذا ما أكدته من خلال إجابتها ب "نعم" على الأبعاد التالية: (3)، (4)، (6)، (29)، وب "لا": (12)، (26).

حوصلة نتائج القياس البعدي للمقاييس النفسية للحالات (ثمانية أمهات): بينت نتائج القياس البعدي ل:

- مقياس إدراك الضغط النفسي. **Levenstein**.

- مقياس الإحترق النفسي الوالدي "صعوبات الأدوار الوالدية" **PBA**.

- مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية **Coping**.

وجود تحسن في وضع الحالات بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي حيث لاحظنا إنخفاض هام في مؤشرات الإدراك للضغط النفسي لدى الحالات الثمانية، مما أثبت ودعم ما لاحظناه من خلال الحصص والمقابلات العيادية والعلاجية، وأيضا من خلال الملاحظة العيادية نظرا لنقص في درجة الضغط والإحترق النفسي لدى جماعة الأمهات، حيث أصبحن يفكرن بطريقة إيجابية وأكثر عقلانية مما كانت عليه في السابق، وكما صرحت الحالات بأنهن أصبحن يثقن بفعالية العلاج النفسي وأنهن ستبنيهن في حياتهن اليومية.

وبالتالي إستنتجنا أن كل أم تتبع إستراتيجية مختلفة عن الأخرى، سواء إيجابية أو سلبية، كما تستعمل جهود فردية معرفية وسلوكية للتخفيف من آثار الأحداث الضاغطة أو تخفيف تأثيرها الجسمي والإنفعالي عليها.

الجدول رقم (29): يوضح المقارنة بين نتائج المقاييس القبلية والبعدي لمقياس إدراك الضغط النفسي للفرنستين لكل الحالات الثمانية.

مقياس إدراك الضغط <b>levenstein</b>				الحالات
القياس البعدي		القياس القبلي		
مستوى الضغط	مؤشر إدراك الضغط	مستوى الضغط	مؤشر إدراك الضغط	
منخفض	0,23	مرتفع	0,72	أم (أ)
منخفض	0,18	مرتفع	0,62	أم (ب)
منخفض	0,14	مرتفع	0,76	أم (ج)
منخفض	0,24	مرتفع	0,73	أم (د)
منخفض	0,14	مرتفع	0,73	أم (س)

أم (م)	0,77	مرتفع	0,08	منخفض
أم (ل)	0,71	مرتفع	0,13	منخفض
أم (هـ)	0,65	مرتفع	0,1	منخفض

ونلاحظ من خلال الجدول رقم (29) أن مؤشرات الضغط بين الحالات الثمانية كانت متقاربة في القياس القبلي والبعدي لإدراك الضغط لأن أمهات الأطفال المشلولين دماغيا تتقاسمن نفس المعاش النفسي، والتفاوت في الدرجات لدى الأمهات راجع إلى الإستعدادات الشخصية لكل أم لتلقي العلاج النفسي، وراجع أيضا إلى العوامل المساعدة أو المثيرة لمحيط كل أم في المجموعة العلاجية.

الجدول رقم (30): يوضح المقارنة بين نتائج المقاييس القبلي والبعدي لمقياس الإحترق النفسي الوالدي PBA لدى الحالات الثمانية.

مقياس PBA				الحالات
القياس البعدي		القياس القبلي		
مؤشر الإحترق	مستوى الإحترق	مؤشر الإحترق	مستوى الإحترق	
منخفض	11,73	مرتفع	82,17	أم (أ)
منخفض	7,17	مرتفع	84,13	أم (ب)
منخفض	11,08	مرتفع	86,73	أم (ج)
منخفض	9,78	مرتفع	83,47	أم (د)
منخفض	7,82	مرتفع	82,82	أم (س)
منخفض	8,47	مرتفع	78,26	أم (م)
منخفض	11,08	مرتفع	69,78	أم (ل)
منخفض	7,17	مرتفع	82,82	أم (هـ)

- وبهذا يوضح لنا الجدول رقم (30) مدى أهمية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي وأثره الفعال والإيجابي في ظهور تحسن في الشكل العام للصورة الإكلينيكية للحالات، حيث دلت النتائج على إنخفاض في مؤشرات الإحتراق النفسي لجماعة الأمهات بعد خضوعهن للمداخلة العلاجية.

الجدول رقم (31): يوضح المقارنة بين نتائج المقاييس القبلية والبعدي لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لكل الحالات الثمانية. "Coping"

إستراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية القياس البعدي		إستراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية القياس القبلي		الحالات
درجة الإستراتيجيات السلبية	درجة الإستراتيجيات الإيجابية	درجة الإستراتيجيات السلبية	درجة الإستراتيجيات الإيجابية	
18	57	31	41	أم (أ)
21	53	29	40	أم (ب)
21	50	29	35	أم (ج)
17	52	26	42	أم (د)
22	59	28	40	أم (س)
20	66	27	31	أم (م)
23	55	31	32	أم (ل)
18	56	26	37	أم (هـ)

يوضح لنا الجدول رقم (31) أن أكثر الأساليب استخداما من طرف الأمهات، هي الإستراتيجيات الإيجابية، ويرجع ذلك إلى معرفة الأمهات بأهمية وفاعلية مثل هذه الأساليب في مواجهة وتخفيف الضغوط التي يتعرض لها

جاء إصافة أبنائهن ومحاولة التكيف معها، فإن مجموعة الأمهات يلجان إلى استراتيجيات مواجهة إيجابية تتمثل أساسا في البحث عن الدعم والنصيحة والمساعدة من خارج النظام الأسري، تختلف نوع إستراتيجيات المواجهة لديهن حسب درجة الضغط والإحتراق النفسي.

## خلاصة الفصل:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، وعرض مسار الجلسات العلاجية الجماعية، والتعرف على مختلف التقنيات العلاجية والمدعمة، المعتمدة خلال البرنامج العلاجي النفسي، قمنا بإعادة تطبيق المقاييس النفسية (الضغط، الإحتراق النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي). وسنتطرق في الفصل الموالي إلى عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث المتوصل إليها، مع تقديم بعض التوصيات والإقتراحات .

## الفصل السابع

### عرض نتائج البحث ومناقشة الفرضيات

- تمهيد.

- عرض وتحليل نتائج الدراسة.

- مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها في ضوء الفرضية.

- إستنتاج عام.

- التوصيات والإقتراحات.

- خاتمة.

- تمهيد:

سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة ومناقشتها وتفسيرها وتحليلها للإجابة عن تساؤلات الدراسة، والتحقق من الفرضيات في ضوء إطارها النظري وبناءا على الدراسات السابقة.

## - عرض وتحليل نتائج البحث أو الدراسة :

بعد إجراء الدراسة الميدانية وتطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي على الحالات الثمانية المتمثلة في مجموعة أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، وذلك من أجل دراسة غرض البحث وإشكاليته المتمثلة في الأسئلة المطروحة التالية:

- هل للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من الإحترق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا؟

- ما هي طبيعة إستراتيجيات المواجهة التي تستعملها أمهات الأطفال المشلولين دماغيا في مواجهتهن للإحترق النفسي ؟

صممنا خطة علاجية مبنية على أساس جلسات جماعية طبقنا من خلالها عدة تقنيات منها:

- أسلوب المناقشة الجماعية وتقاسم الخبرات.
- لعب الأدوار، السيكودراما وتقنية الكرسي الفارغ.
- التفويج.
- الإسترخاء.

### سير العلاج وصعوباته :

من خلال الحصص وجدنا ترحيب وتقبل كبير لدى الأمهات لأنها تعيش عموما في عزلة نظرا للعبء الكبير الذي تعيشه جراء عمق الإعاقة من جهة ونقص المؤسسات المتخصصة في التكفل بمؤلاء المعاقين، فكانت تعيش هذه الحصص كتفويج وتسلية. وأصبح لقاءهن عادة بالنسبة لهن، وأصبحن يلتقين في دوريات بمنزلهن مع أطفالهن. لأن المجتمع عادة ما يتفادى دعوتهن مع أطفالهن المعاقين.

إن تقاسم العبء والتجربة والمعاناة الإنفعالية والعاطفية ساعدن على نسبية الأمور وكل واحدة منهن تقول "لست الوحيدة التي تعاني من هذا الوضع..."

واستخلصنا من المقابلات المشاعر التالية : الشعور بالذنب والخرج الاجتماعي، حدة التوتر والقلق، تذبذب صورة الذات والإحساس بالعجز والدونية، إختلال الثقة بالذات ومواجهة الواقع.



وتبين لنا وجود إختلاف في مستويات الإحتراق النفسي للامهات بإختلاف أساليب المواجهة لديهن، فالإحتراق النفسي ينشأ نتيجة للضغوط اليومية المستمرة، ويساعد على تفاقمه كل من المحيط وشخصية الفرد، اما أساليب المواجهة فإنها تتوسط العلاقة بين أسباب الإحتراق النفسي وبين الإصابة به، وباعتبار الفرد هو المستقبل الرئيسي لهذه الضغوط سواء كانت داخلية أو خارجية فإنه معرض للإصابة بآثارها النفسية والجسدية عندما يفشل في صدها ومواجهتها.

ومن خلال العرض السابق لنتائج الدراسة، يتضح أن يوميات الأمهات مع أطفالهن هي في حد ذاتها مصدرا للضغط والإحتراق النفسي نظرا لدورهن الشاق جدا في الإعتناء بالطفل المعاق، والذي يتطلب قوة جسدية وقوة سيكولوجية تؤدي بالأمهات أحيانا إلى فقدان الرغبة في الأمومة، وأحيانا أخرى إلى الإنهيار العصبي والعدوانية سواء إتجاه نفسها أو إتجاه الآخرين، هذا من جانب ومن جانب آخر قد تصيبها عدة إصابات جسدية، إبتداء من آلام وتشنجات عضلية على مستوى الظهر، أضف إلى ذلك خطر الإصابة ببعض الإضطرابات السيكوسوماتية والنفسية كالإكتئاب مثلا. ومن هنا تستخدم الأمهات سلسلة من الإستراتيجيات والأساليب المعرفية والسلوكية المختلفة بعضها يركز على التعامل مع مصدر الضغط أو المشكلة وتغييرها أو إعادة تقييم الموقف الضاغظ بصورة إيجابية بعضها الآخر يستهدف خفض الآثار الإنفعالية المرتبطة بالمواقف الضاغطة.

وهذه النتائج سمحت لنا، خلال العلاج الجماعي، بالعمل على هذه المشاعر لتقليلها وتخفيفها كي لا تضاعف النزيف الطاقوي للأمهات، وتضاعف الألم والعبء النفسي.

هناك نتيجة توضح أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في خفض مستوى الضغط، والإحتراق النفسي لدى الأمهات المشلولين دماغيا، بحيث أسفرت نتائج الدراسة الإكلينيكية عن تحقق صحة الفرضية، إذ دلت المقابلات الإكلينيكية والجلسات العيادية العلاجية ونتائج القياس بأدوات الدراسة (مقياس إدراك الضغط، مقياس الإحتراق النفسي الوالدي، مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية)، أن دور البرنامج النفسي الجماعي كان فعال في تخفيف مستوى الضغط والإحتراق النفسي لدى الأمهات، فالزيادة المتدرجة بالتحسن كانت ملحوظة أثناء وبعد الجلسات الجماعية أين لاحظنا تحسنا في الحالة النفسية للحالات وإنعكاسا إيجابيا على ملاحظهن، كما أن الحالات تفاعلت إيجابيا مع التدريب على التنفس الصحيح العميق وتقنية الإسترخاء ولم تحمل القيام بها كواجب منزلي. وأصبحت بعدها أكثر الأساليب استخداما من طرف الأمهات، هي الإستراتيجيات الإيجابية، ويرجع ذلك إلى معرفة الأمهات بأهمية وفاعلية مثل هذه الأساليب في مواجهة الضغوط وتخفيف الإحتراق النفسي الذي يتعرضن له جراء إصابة أبنائهن ومحاولة التكيف معها، فإن مجموعة الأمهات يلجأن إلى استراتيجيات مواجهة

إيجابية تتمثل أساسا في البحث عن الدعم والنصيحة والمساعدة من خارج النظام الأسري، تختلف نوع إستراتيجيات المواجهة لديهم حسب درجة الضغط والإحترق النفسي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم دراسة ثمانية حالات ( 8 أمهات أطفال الشلل الدماغى ) عن طريق سلسلة من المقابلات العيادية (30 جلسة حسب مقارنة مورينو العلاجية السيكوناميكية)، ودراسة معاشهن النفسي وإنعكاساته على أفكارهن وسلوكاتهن وملاحظهن مع محاولة بناء علاقة علاجية تعاونية مع أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، واللاتي لهن بعض الخصائص النفسية والإجتماعية، ويتقاسمن نفس المعاش اليومي مع أطفالهن، وقمنا بتبني مجموعة من التقنيات العلاجية المستندة على خلفية نظرية في العلاج النفسي الجماعي كلعاب الأدوار (السيكونودراما والكرسي الفارغ)، وإحياء روح المناقشة الجماعية من خلال ديناميكية الجماعة، وبفضل هذا إستطاعت الحالات التخلص تدريجيا من الضغوطات، وبالتالي التخفيف من الإحترق النفسي الذي كانت تعيشه، وحتى طريقة تفكيرهن أصبحت إيجابية وأكثر منطقية.

فيما يخص نتائج الفرضية وتفسيرها فقد تحققت صحة هذه الفرضية، حيث أن النتائج لكل مرحلة دلت على ظهور تحسن في الشكل العام للصورة الإكلينيكية للحالات عما كانت عليهن بعد خضوعهن للمداخلة العلاجية المتمثلة في البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، مما يوضح تأثير العلاج بفتياته المختلفة في خفض مستوى الضغط والإحترق النفسي، وهذا ما توضحه بشكل أكثر نتائج المقاييس النفسية البعدية لإدراك الضغط، الإحترق النفسي وإستراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية، الموجودة في جداول المقارنة بين القياس القبلي والبعدى للمقاييس النفسية: رقم (29)، رقم (30)، رقم (31) المذكورة سابقا. حيث يوضح مدى إرتفاع مؤشرات إدراك الضغط، ومستوى الإحترق النفسي للأمهات خلال القياس القبلي والتي كانت بنسب متقاربة بين الحالات وهذا يعكس لنا تقاسمهن لنفس المعاش النفسي والمواقف الضاغطة لإعاقة أولادهن وما تحلّفه من جرح نرجسي وأفكار سلبية غير منطقية زيادة على الشعور بالذنب الذي يولد الضغط النفسي والحرج الإجتماعي.

كما يبرز لنا مدى تجانس المشكل في جماعة تفاعلية علاجية، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، إنخفضت مؤشرات الضغط والإحترق النفسي للأمهات، وهذا ما ظهر من خلال المقابلات العيادية العلاجية والتحسّن التدريجي الملحوظ للحالات، من خلال إيمائية الوجه، الإهتمام بالمظهر الخارجي، طريقة الكلام والتعبير، كما قد أثبتته القياس البعدى، وظهر من خلال تدني مستوى إدراك الضغط والإحترق النفسي من مستوى ضغط مرتفع إلى مستوى ضغط منخفض، وذلك بتطبيق معادلة مؤشر الضغط على الحالات الثمانية في إطار قياس

نفسى قبلى وبعدي للضغط، وحساب درجات الإحتراق النفسى، وتحديد درجة الإستراتيجيات الإيجابية والسلبية كل على حدى.

الإستراتيجية الأكثر إستخداما هي الإستراتيجيات الإيجابية وأولها هي التدين مما قد يوحي بأن الأمهات يواجهن الضغط الناجم عن إصابة الأبناء بالشلل الدماغى بالرجوع إلى الدين، فيعطون للحدث الضاغط معنى دينى. وقد احتلت إستراتيجية التقبل المرتبة الثانية، مما يعنى أنه يتوصلن إلى مرحلة تقبل الإعاقة بعد مرورهن بالمراحل الأولى وهي الصدمة والإنكار والرفض ليتوصلن أخيرا إلى تقبل الإبن كما هو، واحتلت إستراتيجية طلب المعلومة المرتبة الثالثة مما يدل أن أغلب الأمهات حتى وإن كن أميات فإنهن يلجأن إلى طلب معلومات بخصوص إصابة أبنائهن بالشلل الدماغى من عند أخصائين حتى يتسنى لهن التعرف أكثر على الإعاقة وكيفية التعامل مع الطفل المصاب، وقد تلتها مباشرة إستراتيجية الإنكار وهي من الإستراتيجيات السلبية حيث نرى أن الأمهات يلجأن لا شعوريا لإنكار إعاقة أبنائهن وتجاهلها حتى يستطعن التكيف مع المجتمع الذى غالبا ما يعتبر الإعاقة وصمة عار للعائلة وللأم خصوصا، وقد جاءت فى المرتبة الخامسة إستراتيجية التخطيط ما يدل أن الأمهات يحاولن التخطيط لمستقبل أبنائهن وذلك من خلال تدريبهن وتعليمهن وبإلتحاقهن بالمركز المتخصص لذلك. أما الإستراتيجيات الأقل تواترا فهي على التوالي إستراتيجية الإنسحاب وإستراتيجية لوم الذات، وهذا يعنى أن الأمهات أصبحن لا يملن إلى الإنسحاب من المشكلة والإنعزال عن المحيطين كما أنهن لا يلقين اللوم على أنفسهن وبأنهن لسن السبب فى إصابة أبنائهن بالشلل الدماغى.

كما لاحظنا من خلال جلسات سرد الحياة انه تعاني أمهات الإناث المصابات بالشلل الدماغى من مستوى مرتفع من الإحتراق النفسى إلا أنهن يعشن فى المجتمع الجزائرى الذى يختلف عن المجتمع الغربى لأنه تحكمه العادات والتقاليد والاتجاهات التى تعتبر الأنثى حاملة لشرف عائلتها وسمعتها، فالفتاة منذ نشأتها تربيها الأم على الحياء والشرف حتى وإن كانت من ذوى الإحتياجات الخاصة، فالأم دائما تقوم بتوعية الإبنة وتحذيرها وحتى تخويفها أو قد يصل الأمر إلى عزلها فى المنزل ومنعها من الخروج، لكن إدراك الأم بأن طفلتها المعاقة مع ما تعانیه من قصور حركى وذهنى يجعلها غير واعية لهذه المفاهيم، فتحمل الأم هذه المهمة نيابة عنها مما يجعل مستوى الضغوط النفسية لديها مرتفع مقارنة إذا ما كان الطفل المصاب ذكرا رغم القيمة الرفيعة التى يحظى بها الطفل الذكر فى مجتمعنا.

كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة لاحظنا أن أمهات الأطفال الذكور يلجأن لإستراتيجية الإنكار أكثر من أمهات البنات، وإن تفسيرنا لهذه النتيجة يرجع إلى طبيعة العلاقات العائلية التى تتمحور حول الديمومة من خلال الإبن الذكر، فالذكر دائما أعلى من الأنثى لأنه يمثل إستمرارية النسل ويحمل الإسم العائلى، ففي بيئتنا الإجتماعية الإبن الذكر له مكانة مميزة حيث تصب عليه كل الإهتمامات (روزا الأشقر، 1997)، وترتفع مكانة الأم التى

تنجب ذكرا في الأسرة فتصبح ذات قيمة رفيعة على عكس الأم التي تنجب إناثا فإنها تكون أدنى مستوى ومنبوذة ولا يؤخذ برأيها في أي أمر حتى فيما يتعلق بأسرتها، فالمرأة عند إنجابها للطفل الذكر كأنها تقوم بتعويض عقدة النقص التي تعيشها في المرحلة الأوديبية حسب (سيجموند فريد، 1920)، دون أن ننسى أن المجتمع يثمن ولادة الذكر عن الأنثى، ويعطي قوة لأم الولد في كل الثقافات وخاصة في الثقافة الإسلامية، ففرحة الأم بإنجاب مولود ذكر (خاصة عند ما يكون أول ذكر أو الفريد) سرعانما تزول ويحل محلها شعور بالألم النفسي، بالوصم، بالعار وخيبة الأمل، فالابن الذكر الذي سيمنح للأم المكانة التي طالما انتظرتها ولد مصاب وناقص وغير كفى ولا يمكن الإعتماد عليه ويستحيل أن يحقق الآمال المنتظرة.

كما يمكن تفسير شكوى الأمهات من الأمراض السيكوسوماتية على أنه إنجاب أم في الثلاثين لطفل معاق يجعلها تدخل في دوامة من الشك والحيرة عن السبب فقد تلقي باللوم على نفسها أو زوجها أو حتى البيئة المحيطة بها للتخلص من مشاعر الذنب التي تعيشها، فتظهر إستجابتها للإصابة على شكل أعراض مختلفة :

**الأعراض العضوية:** فتصبح كثيرة الشكوى من آلام في مناطق مختلفة من الجسم، الإحساس بالدوار، الصداع، التعب عند بذل أبسط مجهود، مع قلة النوم والأكل، تسارع التنفس وزيادة ضربات القلب، وغيرها من المظاهر العضوية والجسدية والحالات التي تظهر عندها هذه الاضطرابات هي: أم"ب" و أم"هـ" خاصة في بداية الحمص العلاجية ولكن سرعانما تناقص الإحساس بها بتفاعلهم مع الجماعة ومن خلال تقوية الثقة بالنفس والعمل على الذات بإيجابية.

**الأعراض الانفعالية:** يتضمن ما تعانيه أم الطفل المصاب من مشاعر عدم الراحة لإحساسها بأنها سبب إعاقة ابنها، وبأن الطفل لن يكون مثل باقي أفراد الأسرة وظهرت هذه الإضطرابات لدى كل من أم"ب"، أم"ج" وأم"س"، حيث نسبن إعاقة أطفالهن إلى عدم العناية بهم في فترة الحمل نتيجة المشاكل العائلية والضغوطات النفسية التي عشنها تقريبا يوميا، مما تسبب في قلة نومهن، أكلهن، وعدم المتابعة الطبية...

**المشكلات الصحية:** يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والتوتر التي تصيب أم الطفل المصاب جراء المشكلات الصحية التي يعاني منها ابنها، والتي غالبا ما تتمثل في العيوب الخلقية لأجهزة الجسم الداخلية أو ضع جهاز مقاومته للأمراض مما يجعله كثير التعرض للأمراض، وظهرت هذه المشكلة عند جل الأمهات لقلقهن الدائم على صحة أطفالهن لما لهذه الإعاقة من تعقيدات.

**المشكلات الإجتماعية:** يتضمن المشكلات التي تعاني منها الأم في علاقاتها الإجتماعية التي تظهر بوصمة العار التي تحسها أم الطفل المعاق بالشلل الدماغى، والتي تشكل تحديدا لعلاقاتها الإجتماعية وحدا لتفاعلها مع الآخرين وذلك بسبب مشاعر الحرج التي تعيشها الأم. وظل هذا الخوف والتجنب يلزم الأمهات الثمانية خصوصا عند

تعرضهن لنظرات الشفقة أو الحيرة من طرف المجتمع، وظهر بصورة إستثنائية لدى أم "ل" عندما أجهشت بالبكاء قائلة: لا شيء يقتلني كنظرة خوف الأطفال من إبنتي، وإبعاد الأولياء لأطفالهم من أمامها وكأنها وحش !! ، وحاولنا جاهدا من خلال الجلسات الجماعية بالعمل على تخليص الأمهات من هذه النظرة السلبية للمجتمع، حيث سردت كل أم تجربتها مع طفلها.

**مشكلات الخوف من المستقبل :** يتضمن مشاعر الخوف والقلق على مستقبل الطفل المصاب وذلك لإدراك الأم بأن إبنتها سوف يقضي بقية حياته مصابا بالإعاقة (الشلل الدماغي)، وبأنه لا يستطيع أن يعيش حياة طبيعية وذلك لمحدودية إمكانياته. ويظهر هذا الخوف والقلق لدى جميع الأمهات دون إستثناء.

**مشكلات الوظائف الإستقلالية :** يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والألم التي تعيشها أم الطفل المصاب بسبب الصعوبة في أداء الوظائف الاستقلالية الضرورية للحياة، والمتمثلة في عدم القدرة على إرتداء الملابس وإستخدام الحمام، وعدم المحافظة على نظافة ملابسه. ولاحظنا هذا القلق يزيد عند الأمهات كلما كبر طفلها، حيث صرحت أم "م" بأن خوفها يزيد كلما كبرت إبنتها قائلة: "أنا لست دائمة لها ، وأتمنى أن تكتسب إستقلالية ولو ضئيلة، المهم تمكنها أن تنظف نفسها في الحمام، تأكل وتلبس بدون مساعدة أحد". أما بالنسبة لأم "هـ" فتقول: "أخشى أن أموت ولا تجد إبنتي من يعتني بها"، فهي لا تعرف أي شيء، كما أنها تتساءل دائما إذا أن إبنتها ستبقى هكذا للأبد أم ممكن أن تتحسن حالتها؟؟"

**المشكلات المادية:** يتضمن هذا العامل المتطلبات الكثيرة المترتبة على وجود طفل مصاب بالشلل الدماغي في الأسرة والتي تفوق كثيرا قدرتها المادية مما يؤدي إلى تخليها عن الكثير من الأشياء. يظهر هذا العائق عند غالبية الأمهات لما تتطلبه إعاقة أطفالهن من مستلزمات طبية من أدوية، الصور الإشعاعية، المساح الضوئي، التصوير بالرنين المغناطيسي، مخطط كهربية الدماغ (لأن غالبية الأطفال المشلولين دماغيا يعانون من النوبات الصرعية...)، أجهزة ومعدات مساعدة للجلوس أو المشي، حصص العلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي، حصص التأهيل الأرتفوني، إضافة إلى مشكل التنقل بطفل معاق فغالبيةهم ليس لديهم سيارة، ولا أزواجهن، وبالتالي يعتمدن في تنقلهن مع أطفالهن المعاقين على كراء وسيلة نقل أو الدفع الإضافي لسائق سيارة الأجرة من أجل أن يعود لإقالتهم مع أطفالهن إلى المستشفى أو أي مكان آخر..، أو إنتظارهن في حين ينتهين من حصص التأهيل الوظيفي أو غيرها من الفحوصات الطبية المتكررة.

حيث أن الأم الشابة تسعى لأن تتمتع بحياة زوجية مثالية ولتحقيق رغباتها كما تسعى لإرضاء زوجها لكن إصابة إبنتها مع ما تحمله من أعباء يجعل من الصعب عليها التوفيق بين رعاية طفلها المعاق ورغبتها في التمتع بالحياة، فيكون ذلك على حساب العلاقة الزوجية والتي تكون مهمة في مثل هذا العمر وأشارت الحالات التالية إلى هذه الصعوبة (أم "أ"، أم "ب"، أم "ج" وأم "س"). كذلك فإن الأم الشابة التي لها طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة

غالبا يكون لها أطفالا صغارا لا يستطيعون الإعتماد على أنفسهم ويحتاجون إلى رعايتها إضافة إلى المهام المنزلية، وهي لا تتمكن من ذلك بسبب التعب الجسدي والنفسي الذي تسببه إصابة الإبن، كما أنها قد تكون عاملة لكن حاجة إبنها للرعاية وضرورة وجودها دائما إلى جانبه تنعكس أدائها في العمل وقد تضطر إلى ترك الوظيفة مما يؤثر على مستقبلها المهني. وهذا ما أشارت له كل من أم "د" وأم "ل" وأم "م".

وعند تحليلنا لهذه النتائج نستطيع التوصل إلى فهم مدى معانات أم شابة لطفل معاق من ضغوط نفسية، هذه الأخيرة تنعكس سلبا وبصورة أساسية على صحتها مما يجعلها مع تقدم العمر تعاني من أمراض سيكوسوماتية حسب نموذج سيللي **Selly** للإجهاد (معتصم - ميموني، 2011) خاصة إذا تعدت مرحلة الإنذار إلى المقاومة التي قد تؤدي إلى إتهيار بعض وظائف الجسد. وظهرت هذه النتائج على أم "م" بصفة خاصة حيث عانت من ضغط نفسي كبير من طرف المحيط العائلي الذي لم يتقبل إعاقة إبنتها، ورفض علاجها، وهذا ما دعى الأم لتحمل عبئ الإعاقة لوحدها، إضافة لأشغال المنزل الشاقة، مما أدى لظهور عدة اضطرابات نفسية جسدية كالإكتيزما والقرحة المعدية.

كلّ الأمهات مهما كان مستواها التعليمي تخاف من المستقبل وتسيطر عليها فكرة "من سيرعى إبنّي/إبنتي من بعدي؟". ثم في كثير من الأحيان يراودها قلق موته، لكن لاحظنا أن الأمهات ضعيفة المستوى تنشأ علاقة ذوبانية مع الطفل في محاولة إحتوائه فتبلي كل متطلباته حتى وإن كانت في غير متناولها لأنها على يقين بأن إبنها سيفارقها قريبا، عكس الأمهات ذوات المستوى الجامعي فهن يساعدن الطفل على التدريب والتعلم حتى يستطيع تحقيق الإستقلالية الذاتية في المأكل والملبس والإستحمام، وحتى بعض المهارات الإجتماعية كتكليفه بمهمات خارج المنزل (عندما يكون قادرا على ذلك وحسب نوع الإعاقة ودرجتها) حتى يتعود على التعامل مع الناس.

ومن هنا نستنتج أن أمهات الأطفال المشلولين دماغيا تعاني من ضغوطات نفسية مختلفة بإختلاف العوامل والظروف المحيطة بكل أم، مما تسبب بإرتفاع مستوى الإحتراق النفسي لديهن. كما تختلف نوع إستراتيجيات المواجهة لديهن حسب درجة الضغط، الإحتراق النفسي، المستوى الدراسي وعامل السن.

هذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة رياض يعقوب ملكوشو خولة يحيى (1995) حيث توصل إلى أن مستوى الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين مرتفع كما إتفقت مع دراسة أولي ووليام **olley et william(1997)** ودراسة أنسي وسيس (1986) حيث تناولوا الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا، وخلصت كلتا الدراستين إلى أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعانون من مستويات عالية من الضغوط. (وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى سعد، 2008)

وإذا حاولنا تفسير نتيجة هذه الفرضية فإننا نرجع بالدرجة الأولى إلى يوم الولادة حيث أن ولادة طفل معاق ليست سهلة التحمل لأن الآباء يشعرون بجرح نرجسي وشعور بالقصور، ويعاش خاصة من طرف الأم كقصور يقلل من قيمتها فتشعر بزعزعة مكانتها مما يجعلها تعيش في اللاأمن.

(بدره معتصم ميموني، 2011، ص204)

فولادة طفل مصاب بالشلل الدماغى يعتبر حدثا مؤلما وضاعطا للوالدين، وللأم خصوصا لأنه يسمح صورة الطفل المثالى الذى كانت تحلم به، فهو طفل مصاب ومريض غير قابل للشفاء يمثل إعاقة لمدى الحياة للطفل والعائلة معا. إن إدراك الأم لعدم نضج وليدها يجعلها غير فخورة به كما لا يمكنها الإستمتاع بلحظات ولادته فهي تعلم إنه مختلف لا يشبهها ولا يشبه أباه، فالأم لا يمكنها أن تعيش مثالية إنها بل إن كل ما تعيشه هو الألم.

(Daniel Rotten, PP168-175)

هذا ما يجعل الأم تعيش في دوامة المتناقضات بين وليد غير فخورة به وبين مشاعر الأمومة التي ترغبها على رعاية هذا الإبن الذى يسبب لها الألم والحزن، خاصة وأن الأسرة التي لديها طفل معاق تلقي بكامل مسؤولية إدارية شؤون الطفل على عاتق الأم، فتنشأ علاقة ثنائية وثيقة بين الأم والطفل حيث إن الكثير من مهارات الحياة اليومية ومهارات إجتماعية يقع ضمن مسؤولية الأم، فتظهر مشكلة إستمرارية الرعاية، ومن هنا تظهر الضغوط النفسية والتي يمكن أن تكون قاسية وتنهك الأم جسديا ونفسيا وماديا أيضا.

(وليد السيد خليفة، 2008، ص178)

ومن هنا ترجع المعاناة الأساسية للأم الطفل المشلول دماغيا إلى أن رعاية هذا الأخير مع ما يميزه من خصائص أبرزها الإعاقة الذهنية التي تسبب عجزا في النمو العقلي مع قصور في السلوك التكيفي، ومن هنا نستخلص أن المعاناة واقعية لأن هذا الطفل يعجز في تحقيق طموحات عديدة ويثير مخاوفه لا متناهية : أولا لا يمكنه أن يستقل ولا يحقق مبتغاه، ثانيا أنه لا يغذي الوالدية بنجاحاته وزواجه وإنجابه لأحفاد يمددون اسم والده، ثالثا فالطفل المصاب غير قادر على تعلم مهارات العناية بالذات ما يثير مخاوف عن المستقبل في السؤال الوجودي الأليم "من سيتكفل به بعد موتى؟" ورابعا مخاوف من الموت تطفئ أحلام الوالدين في أنّ "ابني/بنتي يدفني، أصبحت أخاف أن أدفنه/ها" ، ما يضع الأم في حالة حيرة، فهي لا تستطيع وضع خطط للمستقبل خاصة، وخامسا ترغب الخروج منهذا الانغلاق عن طريق متنفس خارج محيط الأسرة، فتصطدم بالمجتمع الذي يعتبر إصابة الطفل وصمة عار تلحق بالأسرة وبالأم خصوصا.

فالعلاج الجماعي قدم للأمهات مجالا محميا متفهما ساعدها على الإفصاح عن مشاعرها ومعاناتها وتقاسمها مع نظيراتها، هذا أدى إلى الإحساس بأنها ليست الوحيدة التي تعان من هذه الوضعية. تعلمت الأمهات كيف تدعم

قدرة الطفل المصاب على أداء الوظائف الاستقلالية الضرورية للحياة كدعم قدرته على ارتداء الملابس أو الأكل بمفرده...، المحافظة على نظافة ملابسه قدر المستطاع... وهذه النجاحات البسيطة تقلص من عبئها ما ينقص من قلقها انزعاجها.

إذن الفرضية تحققت حيث أن للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من الإحترق النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي حيث أصبح يعتمدون على استراتيجيات المواجهة الايجابية في التخفيف من الضغوط النفسية.

هذه النتيجة اتفقت مع دراسة (Donvan ( 1988) حيث توصل إلى أن أمهات الأطفال المعاقين يلجأ إلى استراتيجيات مواجهة ايجابية تتمثل أساسا في البحث الناشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة من خارج النظام الأسري. ( Crnic, K., and Low, C. 2002)

نجد أن أكثر الأساليب استخداما من طرف الأمهات، المدروسة في هذا البحث وبعد العلاج الجماعي، هي الإستراتيجيات الايجابية، ويرجع ذلك إلى معرفة الأمهات بأهمية وفاعلية مثل هذه الأساليب في مواجهة وتخفيف الضغوط التي يتعرض لها جراء إصابة أبنائهن ومحاولة التكيف معها.

**ويمكن تلخيص النتائج المتوصل إليها في ضوء هذه الفرضية فيما يلي:**

عدم إنكار إصابة أبنائهن وتقبل الإبن كما هو مع محاولة تحسين قدراته من خلال تدريبه وتعليمه.

اللجوء إلى الآخرين لطلب المعلومات والمساندة من خلال الإتصال بأخصائيين في مجال إعاقه أبنائهن أو من خلال الإحتكاك بأمهات يعانين من نفس مشكلتهن وذلك لتبادل الخبرات وإثراء المعلومات.

الإنشغال بالموقف الضاغط والتفكير في المستقبل والتخطيط له مع تمني التغيير وتحسن حال أبنائهن.

والنجاح الأساسي لهذه التجربة: أن الأمهات تفتحت وتشاركت الخبرات فيما بينها وخرجت من عزلتها عن طريق التقاسم الإنفعالي من خلال المشاركة في الحصص الجماعية من جهة، وخاصة من جهة أخرى إنما كوّنت علاقات فيما بينها خارج المصلحة وبدأت تلتقن في بيوتهن.



## مناقشة النتائج في ضوء الفرضية :

سنتطرق إلى مناقشة وتفسير النتائج، وذلك بالرجوع إلى التناولات النظرية المعتمدة في البحث والدراسات السابقة من خلال موضوع بحثنا.

التكفل بالإحترق النفسي الوالدي وإستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا (دراسة عيادية لثمانية حالات). وإنطلاقا من مبدأ قابلية العلاج النفسي الجماعي للتحقق، ولتقييم نتائجه قامت الطالبة بمعالجة الموضوع من خلال جانبين نظري وتطبيقي، أين تم إقتراح برنامج علاجي نفسي جماعي وتم تطبيقه على ثمانية (08) حالات متمثلة في أمهات أطفال الشلل الدماغي يعانون من الضغط والإحترق النفسي الوالدي، وعلى ضوء نتائج هذه الدراسة سيتم مناقشة الفرضية.

تذكير بنص الفرضية:

- للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من الإحترق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.

- تستخدم أمهات الأطفال المشلولين دماغيا إستراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للضغط والإحترق النفسي.

وعلى ضوء نتائج هذه الدراسة سيتم مناقشة الفرضية من خلال أهم ما توصلنا إليه في التخفيف من حدة الضغط والإحترق النفسي من حيث :

● - التخلص من الشعور بالذنب والحرص الإجتماعي.

● - التخفيف من حدة التوتر والقلق.

● - تحسين صورة الذات والتخلص من الإحساس بالعجز والدونية.

● - تأكيد الثقة بالذات ومواجهة الواقع.

وبالتالي غياب الأعراض الإكلينيكية الدالة على الضغط والإحترق النفسي لدى الحالات.

حيث أسفرت نتائج الدراسة الإكلينيكية عن تحقق صحة الفرضية من خلال نتائج توظيف الملاحظة والمقابلة وإعتمادا على التغيرات التي ظهرت من خلال القياس القبلي والبعدي لمقياس إدراك الضغط والإحترق النفسي الوالدي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط، المطبقة على الحالات، والتي أوضحت وجود تأثير إيجابي للتقنيات

النفسية الجماعية المطبقة في البرنامج العلاجي عن طريق التحسن التدريجي الملحوظ لدى الحالات أثناء وبعد الجلسات العلاجية.

- ساهم العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية، القلق، العدوان والإحباط. هو كتاب **Caleca, C. و DidierAnzieu(1999) « Le groupe et l'inconscient »** (2013)، أين تحدثنا على اللاشعور الجماعي، بحيث أن المجموعة تمثل الغلاف النفسي والاجتماعي الذي يحمي الفرد. وبالتالي إنخفاض مستوى الضغط والإحترق النفسي.

إختلفت إستراتيجيات المواجهة وإستجابات الأمهات للوضعيات الضاغطة المهدة لهن بإختلاف تصوراتهن على هذه الوضعيات وطريقة تعاملهن مع الضغط والإحترق النفسي، وإستنتاجنا أنه تستخدم الأمهات سلسلة من الإستراتيجيات (الإيجابية والسلبية)، والأساليب المعرفية والسلوكية المختلفة بعضها يركز على التعامل مع مصدر الضغط أو المشكلة وتغييرها أو إعادة تقييم الموقف الضاغط بصورة إيجابية، وبعضها الآخر يستهدف خفض الآثار الإنفعالية المرتبطة بالمواقف الضاغطة.

كما أن نتائج هذه الدراسة لا تختلف عن نتائج ما أكدته العديد من الدراسات السابقة في هذا الموضوع، على أن وجود طفل معاق في الأسرة يؤثر على صحة الوالدين النفسية خاصة على الأمهات، ومن بين هذه الآثار النفسية التي حظيت بإهتمام الباحثين النفسانيين هي الضغط النفسي، كما تمثل نظرة الآخرين وإتجاهاتهم السلبية نحو الطفل المعاق تعد مصدرا من مصادر الضغط النفسي لدى الأم وهذا ما يترتب عنه إحساسه بالدونية. وهذا ما أشارت إليه دراسة ميلز(1986) كما أشارت دراسات أخرى ل **Behle, Wolf, Johnson, Eric**، على أن الأطفال المعاقين يشكلون خطرا وضغطا وقلق مرتفعا لدى أمهاتهم، وإن إعاقة أطفالهن يكون لها نتائج عكسية على السعادة الأسرية وخاصة الأم، ونظرا لما أكدته العديد من الدراسات مثل دراسة (أ.د عبد العزيز السرطاوي وروحي مروح عبدات) حول الشلل الدماغى وما يترتب عنه منذ إعلام الأسرة عن إعاقة إبنها حيث تحدث الصدمة ومشاعر الإنكار والرفض للوالدين، وقد يمتد الأمر إلى الشعور بالذنب والإكتئاب، وهذا ما بينته دراسة صلاح حمدان اللوزي وعبد الكريم متعب الفايز (2008)، والتي هدفت إلى معرفة أثر وجود طفل معاق على الوالدين عن طريق قياس مستوى القلق والضغط النفسي. كما أنه هناك العديد من الباحثين الذين تناولوا بالدراسة الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين سواء الوالدين معا أو الأمهات فقط، بحكم تحملهن الجزء الأكبر من أعباء الطفل المعاق، أو الإخوة لأنهم غالبا ما يكونون في طبيعة المعاناة الوالدية، وتتفق كل الدراسات العربية منها والأجنبية على معاناة أسرة المعاق من ضغوط نفسية، حيث توضح كل من دراسة :

**Rimerman (1989)** التي فحصت التغيرات في الضغط النفسي لدى أمهات المعاقين ومواجهتها حيث تؤكد الدراسة أن العناية بالطفل في المنزل دون الرعاية البديلة تمثل مصدر للضغوط النفسية، نتيجة أعباء رعاية الإبن المعاق وصعوبة التواصل معه، وهذا ما تؤكدته دراسات **Tymchuck et Rivest (2002)etBoutet(1993)** التي بينت أن أمهات المعاقين منقسمات بين الشعور بالإحباط نتيجة المهام التربوي وفي نفس الوقت الشعور بنقص تقدير الذات، كما أظهروا أن 64% من أمهات المعاقين يصلن إلى العتبة السريرية للضغط في تفاعل الوالدين مع طفلهم المعاق، وهذا ما وجدناه عند دراستنا لهذه الحالات، وما أوضحه وأثبتته مقياس إدراك الضغط النفسي للفنستين، من خلال القياس القبلي. وعلى هذا الأساس قمنا بإختيار العلاج النفسي الجماعي وتطبيقه على الحالات، حيث إستخلصنا أن هذا العلاج فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بصفة عامة، وأمهات المشلولين دماغيا بصفة خاصة. والدليل على ذلك نجاحه مع الحالات الثمانية المقدمة للدراسة وتسجيل إختلاف وإنخفاض في الدرجات الخام ومؤشرات الضغط من خلال المقياس المطبق بعد العلاج، ونظرا لما أكدته العديد من الدراسات مثل دراسة **Starvinsky(1994)** حول تطبيق العلاج النفسي الجماعي على مرضى الإكتئاب الحاد والضغط النفسي، بحيث أعطت نتائج إيجابية كشف عنها مقياس هاملتون للإكتئاب من خلال قياس قبلي وبعدي.

والهدف من العلاج الجماعي هو الوصول بالحالات إلى التخفيف من المقاومة، التعبير الحر والتنفيس الإنفعالي. وهذا ما توصلنا إليه كذلك من خلال تطبيقنا للعلاج النفسي الجماعي على الحالات :أم (أ)، أم (ب)، أم (ج)، أم (د)، أم (س)، أم (م)، أم (ل)، أم (هـ)، وكذلك الإستعانة بتقنيات علاجية مدعمة أخرى وهي كالتالي: تدريب الحالات على التنفس الصحيح العميق وتقنية الإسترخاء العضلي والذهني.

إنطلاقا من النتائج المذكورة يمكن القول أن العلاج النفسي الجماعي، والإستعانة بالتدريب على التنفس والإسترخاء قد ساعد الحالات على التخفيف من الضغط والإحترق النفسي الذي كانت تعيشه الأمهات جراء تحمل عيب الإعاقة لأطفالهن. وبالتالي قد تحققت الفرضية. وهذا ما تطابق مع الدراسات السابقة التي أثبتت أن العلاج النفسي الجماعي لأمهات الأطفال المعاقين يسمح بتصحيح الأفكار والسلوكات السلبية لديهن. وعليه تم تحقيق فرضية البحث.

في الأخير وبناء على ما تقدم، يمكن القول أن البحث الحالي قد حقق الأهداف المسطرة، واستطاع الإجابة على التساؤلات المطروحة من خلال الفرضيات المتبناة.

## إستنتاج عام:

توصلت الباحثة من خلال هذا البحث إلى مجموعة من النتائج، تم عرضها وتحليلها وتفسيرها في ضوء الأطر النظرية المتاحة، والدراسات السابقة المتوفرة، ويمكن إجمال ما إنتهى إليه البحث فيما يلي:

- العلاج النفسي الجماعي له دور مهم في التخفيف من الضغط والإحترق النفسي لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي.

- التدريب على التنفس الصحيح والعميق وتقنية الإسترخاء العضلي والذهني له دور هام في التخفيف من مؤثر إدراك الضغط والإحترق النفسي لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي.

نستخلص مما سبق أن الإحترق النفسي يحدث عندما تفشل أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، في التغلب على العوامل الضاغطة المرتبطة بأمور المنزل المختلفة من ( طبخ، كنس، غسيل، تربية الأطفال ودراساتهم...)، إضافة إلى التكفل بطفل معاق. كذلك ظروف العمل الصعبة ( في حالة إذا ما كانت الأم عاملة)، فالإحترق النفسي ينشأ عن التعب والمعاناة لمدة طويلة، والذي ينتج عن عدم ملائمة مصادر تكيف أمهات الأطفال مشلولين، ونقص المكافآت وغياب الدعم والمساعدة، وغيرها من الأسباب التي تصل بالأمهات إلى المراحل النهائية للإحترق النفسي، كما نستخلص أن الإحترق النفسي يحدث نتيجة لأسباب تتعلق ببيئة الفرد أو المحيط الطبيعي الذي يتواجد فيه، الفرد بعوامل أخرى تتعلق بشخصية الفرد.

- تتبع كل أم من أمهات الأطفال المشلولين دماغيا إستراتيجية مختلفة عن الأخرى لمواجهة الضغوط النفسية، سواء إيجابية كالتمدين، التقبل، طلب المعلومة و التخطيط. أو سلبية كالإنكار، لوم الذات و الإنسحاب، و تختلف نوع إستراتيجيات المواجهة لديهن حسب درجة الضغط و الإحترق النفسي.

كما تستعمل الأمهات جهود فردية معرفية وسلوكية للتخفيف من آثار الأحداث الضاغطة أو تخفيف تأثيرها الجسمي و الإنفعالي عليها.

- تفاعل إيجابي بين أفراد الجماعة سواء بأنفسهن مع أطفالهن المعاقين أو مع أسرهن و محيطهن، حيث كانت من قبل المشاركة في البرنامج العلاجي لهن مواقف سلبية مع إعاقه أطفالهن، وسرعانما توضح الأثر الإيجابي لتطبيق البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغوطات النفسية والتقليل من حدة الضغط والإحترق النفسي لدى الأمهات.

كما أن البرنامج العلاجي النفسي الجماعي المطبق في هذا البحث، أتاح الفرصة للأمهات للتدريب على حل الصراعات والمشكلات في مواقف جماعية قريبة ومشابهة لمواقف الحياة الواقعية العملية وإتاحة الفرصة للنظر إلى مشكلاتهن من جوانب وأبعاد جديدة، وأنهن ليست الوحيدات اللاتي تعانين من الإضطرابات النفسية، مما يقلل آثار الإنزعاج والقلق لديهن وساعدها على التحكم في مواجهة المثيرات المقلقة والمواقف الضاغطة، وذلك من خلال أيضا دمج تقنية الإسترخاء والتنفس الصحيح العميق كمدعم للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي.

## - التوصيات والإقتراحات:

إن قيمة أي بحث تتمثل في ما يصل إليه من نتائج، فكل دراسة تبدأ من حيث إنتهت إليه الدراسات الأخرى، كما تكون نتائجها بمثابة نقطة بداية لدراسات أخرى تتبعها من هذا المنطلق، وفي ضوء نتائج هذه الدراسة تتوجه الطالبة بمجموعة من المقترحات والتوصيات إلى الباحثين المتخصصين والمراكز المتخصصة في الإعاقة الحركية والجمعيات، والتي يمكن إنجازها فيما يلي:

- إستثمار البرنامج العلاجي المقترح والمطبق على حالات الدراسة والذي أثبت فعاليته في تقديم الدعم الوقائي وإمكانية تطويره وتحسينه والإستفادة منه في مجال تأثير إعاقه الشلل الدماغى على دورة حياة الأسرة.

- ضرورة وجود برامج متابعة متعددة التخصصات « **Multidisciplinaire** » في المستشفيات ومصالح الصحة الجوارية المتعددة الخدمات، من أجل التكفل بأطفال الشلل الدماغى، وأسرههم (خاصة الأمهات)، لتحقيق مستويات واعدة من الصحة النفسية الأسرية.

- إقامة البرامج التثقيفية والندوات العلمية والملتقيات التي تقوم بتوعية الأمهات خاصة وتبصر الأسر عامة بتعريفهم الإعاقة (الشلل الدماغى) وأسبابها والنتائج المترتبة عليها ومخاطرها كي نحد منها قدر الإمكان. من خلال تقديم الإقتراحات والإرشادات التربوية والعلاجية .

- ضرورة إجراء حملات توعوية وتحسيسية لتعريف أفراد المجتمع بالضغوط ومصادرها، وآثارها السلبية وكيفية مواجهتها.

- متابعة الأمهات من طرف الأخصائيين النفسانيين لمساعدتهن على إيجاد وإستثمار قدراتهن الأمومية وتزويدها بالطرق التربوية الملائمة لحالة طفلها.

- تكوين الأخصائيين النفسانيين وكل الطاقم الطبي والشبه الطبي على طريقة الإعلان عن الإعاقة.

- العمل على التنسيق بين الجمعيات والمراكز المتخصصة في الإعاقات مع الباحثين المتخصصين في التربية الخاصة للإستفادة من جديد التأهيل والعلاج.

## خاتمة:

حاولنا من خلال هذا البحث العلمي أن نعرض صورة عن معاناة أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، وما يتعرضون له من ضغوطات نفسية مختلفة وما يعيشه من إحترق نفسي ، وهذا ما بينته الدراسات النفسية التي تعاقبت على هذه الفئة، وما أكدته دراستنا الحالية أيضا. لقد قدمنا للأمهات فضاءات للتعبير وتقاسم المعانات والخبرات والمعرفة، ما فتح لهن آفاق جديدة في التعامل مع أطفالهم ومع أنفسهم وأسره من جهة، ومن جهة أخرى احتوتهم الجماعة وأمنتهم وفتحت لهن أبواب الإجتماعية (تكوين علاقات صداقة ومودة وتضامن فيما بينها)، ما أخرجهن من القوقعة التي كانت كل واحدة تعيش فيها. وهذه الإجتماعية الجديدة عادت بالإيجابي على أسرهم وعلى أطفالهن.

وبالتالي إتضح لنا من خلالها أن هؤلاء الأمهات قابلين للتعايش مع ظروف إعاقة أطفالهن إذا أحسن فهمهن ومساندتهن وتوجيههن توجيهها مناسبا. والمثال على ذلك النتائج الفعالة في تخفيف الضغط والإحترق النفسي من جراء تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي على مجموعة أمهات أطفال الشلل الدماغي. ولا يكفي أن يفهمهم المختصون النفسيون في قاعات العلاج فقط، بل لابد من إثارة الوعي العام حتى يستطيع المجتمع أن يقدر حالة هؤلاء الأفراد تقديرا مناسبا، وأن ينظر إليهم بالنظرة الملائمة ويساعدهم في الإندماج بالمجتمع دون تمييز أو تفرقة بسبب الإعاقة فنحن بحاجة إلى أن نتعاون جميعا كنفسيين، إجتماعيين، تربويين ومسؤولين لكي نكسب هذه الفئة من أطفال الشلل الدماغي ومساعدة أمهاتهم على تحقيق التوافق النفسي والإجتماعي.

## قائمة المراجع

### المراجع بالعربية:

- أحمد نايل العزيز، أحمد لطيف أبو السعود. (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية*، الطبعة الأولى، رام الله: دار الشروق.
- أحمد محمد عوض بن أحمد. (2007). *الإحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس*، الطبعة الأولى، الأردن: دار الحامد.
- أحمد يحي خولة. (2008). *إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة*، الطبعة الثانية، عمان، الأردن: دار الفكر.
- أنور محمد الشرقاوي. (1988). *التعلم، نظرياته وتطبيقاته*، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أمجد فايز النماس. (2000). *الألعاب واللعب للأطفال المصابين بالشلل الدماغي*، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- العزة سعيد حسني. (2010). *الإرشاد النفسي*، الطبعة الثالثة، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- أبو زيد مدحت عبد الحميد. (2002). *العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية*، إسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- أسامة الرازي. (1990). *العلاج الجماعي في المنهج الإسلامي والثقافة الإسلامية*، مركز الدراسات النفسية، دار النهضة الغربية العدد الثاني (2)، المجلد الأول، الإسكندرية.
- البنا حسن. (1990). *مجموعة رسائل*، بيروت، لبنان: دار القلم.
- الفرماوي علي حمزة، رضا عبد الله. (2009). *الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة*، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الأشقر روزا. (1997). *الإين البكر وجه مميز*، ترجمة خليل أحمد خليل، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان: دار الفكر العربي.
- السيد خليفة وليد، مراد علي عيسى سعد. (2008). *الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي*، الطبعة الأولى، مصر: دار الوفاء لدينا.
- النابلسي محمد أحمد. (1991). *مبادئ العلاج النفسي ومدارسه*، بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.



- المحارب ناصر بن إبراهيم. (1998). *ممارسة العلاج الجمعي*، المرشد للأخصائي النفسي، المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود.
- الديدي عبد الغني. (1997). *المراهقة والتحليل النفسي*، بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- الشرييني لطفي. (2003). *الطب النفسي ومشكلات الحياة*، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- بدره معتصم ميموني. (2011). *الإضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق*، الطبعة الثالثة، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- جمعة سيد يوسف. (2007). *إدارة الضغوط*، الطبعة الأولى، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، القاهرة، مصر: دار الكتب المصرية.
- جلييلة معيزة. (2002). *مدخل إلى علم النفس المعاصر*، الطبعة الثانية، عمان، الأردن: دار المطبوعات الجامعية.
- حامد زهران عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، الطبعة الرابعة، القاهرة، مصر: عالم الكتب.
- حامد زهران عبد السلام. (1994). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر: عالم الكتب.
- حامد زهران عبد السلام. (1997). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، الطبعة الثانية، القاهرة، مصر: عالم الكتب.
- حسين فايد. (2000). *دراسات في الصحة النفسية*، ط1، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- حمدي علي الفرماوي، رضا عبد الله. (2009). *الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة*، الطبعة الأولى، عمان: دار الصفاء.
- خير الزراد محمد فيصل. (1988). *علاج الأمراض النفسية والإضطرابات السلوكية*، بيروت: دار المعرفة للملايين.
- روحي مروح، عبد العزيز السرطاوي. (2011). *الآثار النفسية والإجتماعية للإعاقة على إخوة الأشخاص المعاقين*، الإمارات العربية المتحدة، الشارقة: مدينة الشارقة للنشر.
- روزماري لامي، ديبى دانيلز مورنج. (2000). *الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة*، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر: دار القباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- زيد محمد البتال. (2000). *الإحترق النفسي (ضغوط العمل النفسية) لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، ماهيتها- أسبابها -علاجها*، الرياض: سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة.
- سامر جميل رضوان. (2007). *الصحة النفسية*، ط2، عمان، الأردن: دار المسيرة.
- سمير شيخاني. (2003). *الضغط النفسي*، ط1، بيروت، لبنان: دار الفكر العربي.
- سري إجلال محمد. (2000). *علم النفس العلاجي*، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

- سعيد عبد العزيز. (2008). *إرشاد ذوي الإحتياجات الخاصة*، الطبعة الأولى، عمان، الأردن: دار الثقافة.
- سعيد حسني العزة. (2010). *الإرشاد الجماعي العلاجي*، الطبعة الثانية، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- سلمى محمود جمعة. (2005). *ديناميكية طريقة العمل مع الجماعات*، الإسكندرية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- سي بشير كريمة. (2017). *مدخل إلى سيكولوجية الإعاقة*، بن عكنون، الجزائر: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع.
- سي بشير كريمة. (2016). *الإرشاد النفسي الجماعي*، بن عكنون، الجزائر: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع.
- شقير محمود زينب. (1998). *الشخصية السودة والمضطربة*، الطبعة الثالثة، مصر: مكتب النهضة المصرية للنشر والتوزيع.
- شيلي تايلور، وسام درويش. (2008). *علم النفس المرضي*، الطبعة الأولى، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين. (2006). *إستراتيجيات مواجهة الضغوط التربوية والنفسية*، الطبعة الأولى، الأردن: دار الفكر.
- عبد الرحمن المهيجان. (1998). *ضغوط العمل، مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها*، الرياض، السعودية: معهد الإدارة العامة.
- عبد الله عبد الرحمن. (2006). *سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية*، الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الفتاح الخواجة. (2010). *برامج الإرشاد و العلاج الجماعي*، عمان، الأردن: دار البداية للنشر.
- عثمان يخلف. (2001). *علم نفس الصحة*، الطبعة الأولى، قطر: دار الثقافة.
- عبد الرحمن سليمان الطيريري. (1994). *الضغط وطرق علاجه ومقاومته*، الرياض: مطابع شركة الصفحات الذهبية.
- علي عسكر. (2009). *ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها*، الطبعة الثالثة، الكويت: دار الكتاب الحديث.
- علي كمال. (1994). *العلاج النفسي حديثا وقديما*، مصر: المؤسسة العربية للنشر والتوزيع.
- عبد الله محمد عبد الرحمن. (2006). *سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية*، الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- علاء الدين كفاقي. (2000). *الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة*، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر: دار القباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن عيسوي. (1984). *العلاج النفسي*، الإسكندرية، مصر: دار الفكر الجامعي.
- عبد الله أبو زعينع. (2014). *العلاج النفسي الجمعي للأطفال*، الطبعة الأولى، عمان، الأردن: مجدلاوي للنشر والتوزيع.

- عبد المنعم أمال محمود. (2006). الإرشاد النفسي والأسري ومواجهة الضغوط النفسية لدى أسر المتخلفين عقليا، مكتبة زهراء الشرق، مصر.
- عبد الخالق أحمد مطر. (1997). أسس علم النفس، الطبعة الثالثة، الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الستار إبراهيم. (1983). العلاج النفسي الحديث، الطبعة الثانية، القاهرة، مصر: مكتبة مدبولي للنشر.
- عصام حمدي الصفدي. (2007). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، عمان، الأردن: دار اليازوي العلمية للنشر.
- فطيم لطفي. (1994). العلاج النفسي الجماعي، القاهرة، مصر: مكتبة أنجلو المصرية.
- فهمي محمد. (1998). التحليل في طريقة العمل مع الجماعات، الإسكندرية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- فايز فنطار. (1992). الأمومة نمو العلاقة بين الأم والطفل، الكويت: عالم المعرفة للنشر.
- فاروق السيد عثمان. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية، مصر: دار الفكر العربي.
- فيولا منصور، الببلاوي طلعت. (1989). قائمة الضغوط النفسية للمعلمين، القاهرة، مصر: مكتبة أنجلو.
- كاشف إيمان. (2011). الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه، القاهرة: دار قباء للنشر.
- كشورود عمار الطيب. (1995). علم النفس الصناعي والتنظيمي الحديث مفاهيم ونظريات، بنغازي، ليبيا: دار الكتاب الوطنية.
- لويس كامل مليكة. (1997). العلاج النفسي، مقدمة وخاتمة.
- محمد فوزي يوسف. (2011). متلازمة الشلل الدماغي، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة: منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
- محمد حسن غانم. (2004). تمهيد لعلم النفس، القاهرة، مصر.
- مصطفى خليل الشرقاوي. (1993). علم الصحة النفسية، لبنان، بيروت: دار النهضة العربية.
- مفتاح محمد عبد العزيز. (2001). علم النفس العلاجي، القاهرة، مصر: دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.
- ماجدة بهاء الدين سيد عبيد. (2008). الضغط النفسي وأثره على الصحة النفسية، الطبعة الأولى، لبنان، بيروت: دار الفكر.
- ماجدة السيد عبيد. (2012). ذوي التحديات الحركية، الطبعة الأولى، عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- محمد حمدي الحجار. (2000). العلاج اللادوائي لارتفاع الضغط الدموي الأساسي، الطبعة الأولى، دمشق، سوريا: دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع.

- محمد سيد فهمي (2007). *التأهيل المجتمعي لذوي الإحتياجات الخاصة*، الطبعة الأولى، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء.
- محمود فتحي عكاشة (1999). *مدخل إلى علم النفس الإجتماعي*، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- مرفت عبد الناصر. *هموم المرأة، تحليل شامل لمشاكل المرأة النفسية*، مصر: مكتبة مدبولي.
- نجاتي محمد عثمان (1988). *النفس في حياتنا اليومية*، الطبعة الثانية، القاهرة، مصر: مكتبة مدبولي للنشر.
- نادية إبراهيم أبو السعود (2008). *الطفل التوحدي في الأسرة*، الطبعة الأولى، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- هارون توفيق الرشيد (1999). *الضغوط النفسية، طبيعتها، نظرياتها، برامج لمساعدة الذات في علاجها*، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- هيجان عبد الرحمن أحمد بن محمد (1998). *ضغوط العمل مصادرها وتناجها وكيفية إدارتها*، الرياض، السعودية: معهد الإدارة العامة.
- وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى (2008). *الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي*، الطبعة الأولى، الإسكندرية: دار الوفاء.
- يخلف عمار (2001). *علم النفس الصحة، الدوحة، قطر: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.*

### - المعاجم، الموسوعات والقواميس:

- ابن هادية، علي وآخرون (1991). *"القاموس الجديد للطلاب"*، الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- أسعد، رزوق (1979). *"موسوعة علم النفس"*، الطبعة الثانية، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- جان لابانش، ج. ب بونتاليس، ترجمة: مصطفى حجازي (1997). *"معجم مصطلحات التحليل النفسي"*، الطبعة الأولى، الجزائر: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- جابر عبد الحميد (1989). *"معجم علم النفس في الطب النفسي"*، الجزء الأول، القاهرة: دار النهضة العربية.
- حسن عبد القادر محمد وآخرون (1993). *"موسوعة علم النفس والتحليل النفسي"*، الكويت: دار سعاد الصباح.
- رزق أسعد (1987). *"موسوعة علم النفس"*، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والبحوث.
- عبد المنعم الحنفي (1995). *"المعجم الموسوعي للتحليل النفسي"*، الطبعة الأولى، القاهرة: مكتبة مدبولي، مطبعة الأطلس.
- فاخر عاقل (1985). *"معجم علم النفس إنجليزي، فرنسي، عربي"*، الطبعة الرابعة، بيروت: دار العلم للملايين.

### الأطروحات والرسائل الجامعية:

- الدهيمات، يحيى أحمد حسين.(2008).مستويات الضغط النفسي لدى أسر الأطفال المعاقين سمعياً وفاعلية برنامج إرشادي مقترح لخفصها في مدينة عمان، رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية. عمان.  
<http://search.mandumah.com/Record/54572021>
- الحسين أسماء عبد العزيز.(1997).فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود. الرياض.
- أحمد أبو حبيب نبيلة.(2010).الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظة غزة، رسالة ماجستير، جامعة غزة. فلسطين.
- الشريف مرشدي.(2007).مصادر الضغط المهني وإستراتيجيات التعامل لدى الجراحين، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر. الجزائر.
- آيت حمودة حكيمة.(2005).دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر. الجزائر.
- جبالي صباح.(2012).الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة فرحات عباس، سطيف. الجزائر.
- رائدة حسن الحمير.(2006). دراسة مستوى الاحتراق النفسي لمعلمي التربية الخاصة مقارنة بالمعلمين العاديين في مملكة البحرين، مذكرة بكالوريوس، كلية التربية، جامعة البحرين.البحرين.
- رفيق عوض الله.(2004).الضغط النفسي وعلاقته بالتوافق النفسي والإجتماعي، رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة وهران. الجزائر.
- زاوي أمال.(2018). الإحتراق النفسي الأمومي وأثر بعض المتغيرات الشخصية على مستوياته لدى الأمهات العاملات والأمهات غير العاملات في ولاية تلمسان، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة وهران 2. الجزائر.
- شيهان عبد المالك.(2015).أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الإمتناع عن الإدمان على المخدرات عند المراهق، رسالة دكتوراه، جامعة وهران. الجزائر.
- شرقي حورية.(2010).الإحتراق النفسي وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى أعضاء الفريق الطبي، المدرسة الدكتورالية دراسة الجماعات والمؤسسات، جامعة وهران 2، الجزائر.
- شهاب عبد الرحمن إيناس.(2001). دراسة مقارنة لمستويات الإحتراق النفسي لدى المشرفين التربويين ومديري المدارس الثانوية في محافظة إربد، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، إربد. الأردن.

- صادق عبدو حسن.(2011).الضغوط النفسية وعلاقتها بالدكاء الوجداني لدى طلبة جامعة اليمن والجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.الجزائر.
- طايبي نعيمة.(2013). علاقة الإحترق النفسي ببعض الإضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى المرضين، رسالة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.الجزائر.
- طه بخش أميرة.(2001).أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والإكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعادين،رسالة دكتوراه، كلية التربية-جامعة أم القرى.السعودية.
- عبد الحميد عشوي.(2008).أبعاد ومصادر الإحترق النفسي لدى موظفي مصلحة الزبائن، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر. الجزائر.
- عايش بن سمير معزي العنزي.(2004).علاقة الضغوط النفسية ببعض المتغيرات الشخصية لدى العاملين في المرور بمدينة الرياض، رسالة ماجستير،جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. السعودية.
- عبد الله بن أحمد الوائلي.(2003).فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. السعودية.
- عامر، ز.ب.(2017).مستويات الإحترق النفسي لدى معلمي الأقسام النهائية، أطروحة دكتوراه في علم النفس، جامعة سيدي بلعباس. الجزائر.
- غربي صابرينة.(2012).مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى المرضين،رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر.الجزائر.
- ملال خديجة.(2010).تقنين مقياس الإحترق النفسي لماسلاك وجاكسون في الوسط شبه الطبي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة وهران 2. الجزائر.
- مرغني وفاء.(2009).دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة القلق والإكتئاب عند المعاقين حركيا والمصابين بتقرحات جلدية.رسالة ماجستير.جامعة الجزائر.الجزائر.
- مسعودي وثام، عريوة سوسن.(2020).الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المتوحدين، رسالة ماستر في علم النفس العيادي،جامعة محمد بوضياف، المسيلة.الجزائر.
- نشوة كرم عمار، وأبو بكر دردير.(2007).الاحترق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ،ب) و علاقته بأساليب مواجهة المشكلات،رسالة ماجستير،جامعة الفيوم. مصر.

- وقاد سمية.(2014). دور العلاج النفسي الجماعي وتقنية الإسترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات ، رسالة ماجستير، جامعة وهران. الجزائر .

## - المجالات و الدوريات:

- حافظ أحمد خيرى، حسن مجدي محمود.(1989). " أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدواني، وإزدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصائية"، مجلة علم النفس، العدد(14).
- حنان عبد الرحيم المالكي.(2013). " فاعلية برنامج إرشادي قائم على إستراتيجيات السيكودراما في التخفيف من الضغط النفسي"، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد2، العدد2.
- دجادحة باسم حداد عفاف.(1998). " فاعلية برنامج علاجي إرشادي جمعي في التدريب على حل المشكلات والإسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي"، مجلة البحوث التربوية، العدد 13، السنة السابعة، جامعة قطر .
- عمار الفريجات ووائل الربضي.(2010). "مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال في محافظة عجلون"، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، المجلد 24 العدد 05، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن.
- قلو نسيمة ومعتصم- ميموني بدرة.(2021، مارس). "تأثير إعاقة أحد الأولاد على إخوته". مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد "15" العدد 01.
- مريم عيسى الشيراوي، فتحي السيد عبد الرحيم، زيد مشاري خالد الخبيزي.(2010). "الضغوط الوالدية في أسر متلازمة داون وتأثيرها بالتدخل المبكر في رعاية الأبناء"، مجلة التعاون لدول الخليج العربية.

المراجع باللغة الأجنبية:

-Alain Braconnier, Colette Chiland et Marie Choquet. (2003).*Les parents aujourd'hui*.Paris : Masson.

- Alain de Broca. (2001).*Deuils et endeuillés* (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Masson.
- Anna Freud. (1949).*Le moi et les mécanismes de défense*(1<sup>ère</sup> édition). Paris, France : PUF.
- Anzieu, D. (1996).*Le groupe et l'inconscient: l'imaginaire groupal*.Paris : Dunod.
- Anzieu Didier & al. (2003).*L'Enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris : Ed.Bayard compact.
- Abdel Halim, Boudoukha. (2016).*Burnout et stress post traumatique*.Paris : Dunod.
- Aurélia, Schneider. (2018).*La charge mentale des femmes et celle des hommes, comment prévenir le burnout ?* France : Larousse.
- Aronson Elliot, Kafry Ditsa, Pines Ayala.(1990).*Le burnout : comment ne pas se vider dans la vie et au travail*. Québec : Ed. Le Jour.
- Albin Michel. (2003).*L'enfant chef de la famille*.Paris : Daniel Marcelli.
- Alain Bouregba. (2000).*Les troubles de la parentalité, approche clinique etsocio-éducative*.Paris : Dunod.
- Baumann, François. (2016).*Le Burn-out. Quand l'ennui au travail rend malade*, Lyon : Ed. Josette.
- Beverly A, Potter.(2005).*Over coming Job Burnout: How To Renew Enthusiasm For Work*, California : Ed Ronin Publishing Ink- Oakland.
- Burisch,M.(2010).*Das Burnout Syndrom –Theorie derinnerenErschöpfung* (Springer, 4th Ed). Berlin : Ed. Heidelberg.
- Bobath, B.Bobath, K. (1986).*Developpement de la motricité chez les IMC*. Paris : Masson.
- Boudarene Mahfoud. (2005).*Le stress entre bien etre et souffrance*.Alger : Ed Berti.
- Coppin,B.(2007).*Etre parent et en situation de handicap* (vol 4).Paris : Reliance.
- Caleca, C., Didier, A. (2013). *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal* (1975), Dunod, 1999. Dans : Didier Drieu éd., *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle* (pp. 299-305). Paris: Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.drie.2013.01.0299>



- Cohen, J.(1988).*Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup>ed).
- Canouï Pierre, Mauranges Aline, Florentin Anne, Lesage Isabelle. (2008). *Le burn out à l'hôpital Le syndrome de l'épuisement professionnel* (4<sup>e</sup> Ed), Paris : Ed Masson.
- Canouï Pierre, Mauranges Aline. (2004). *LeBurnout. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses* (3<sup>ème</sup> édition). Paris : Masson.
- Carter, S. (2001).*Teacher stress and burnout, children and youth* (Vol3), p23. 81
- Cherniss, C. (1995).*Beyond Burnout*, New York: Routledge.
- Daniel Rotten, Hélène Decroix, Jean-Mar Levaillant. (2005).*Trisomie21, prise en charge du diagnostique anténatal à l'adolescence*, France : EDK du four kriaf édition.
- Dominique, Servant. (2005).*Gestion du stress et l'anxiété*. Paris : Masson.
- Dalla, Piazza et Bernard, Dan. (2006).*Handicaps et déficiences de l'enfant*, 1<sup>ère</sup> édition, Bruxelles, Belgique.
- Daniel, Marcelli. (2003).*L'enfant chef de la famille*. Paris : édition Ablin Michel.
- Deater-deckard, K. (2014). *Parenting Stress*. Yale, MI: University Press.
- Freudenberger, H. (1987). *L'épuisement professionnel, la brulure interne*. Gaétin Morin éditeur.
- Finnie, N. (1979).*Education à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral*. Paris : Masson.
- Freud, Sigmund. (1920). *Introduction générale à la psychanalyse*. New York : G. Stanley Hall.
- Félix, Guattari. (1972).*Psychanalyse et transversalité*. Paris : François Mapéro.
- 12- Farid Kacha. (1996).*Psychiatrie et psychologie médicale*. Alger : Entreprise nationale du livre.
- Gervais, C. (1991).*Comprendre et prévenir le burnout*, Ottawa :édition Agence d'Art.

- Gil-Monte.P, Moreno.B, Neuveu.J.P. (2006).*Violence et épuisement professionnel*, In A.El Akremi, S.Guerrero, J.P. Neveu (Sous direction de), comportement organisationnel : justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel, Bruxelles : de boeck.
- Gordon, J. (1993). *A Diagnostic Approach to Organizational Behavior*, (4 th Ed) . London : Allyn and Bacon.
- Gilliland, B.E& James, R .k . (1997). *Crisis intervention strategies*, Brooks, California, USA : Cole publishing company.
- Glen, O & Gabbard, M.D. (2010).*Psychothérapie psychodynamique, les concepts fondamentaux*, paris, France : Elsevier Masson.
- Hubert, S., and Isabelle, A. (2018). *Parental burnout: when exhausted mothers open up*. *Front. Psychol.* 8:1021. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.01021
- Hachelafi Hamid. (2020). *Le Burn out chez la femme*, Editon El Mouthakaf, Oran, Algérie.
- John, O. P., Donahue, E. M., and Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory-Versions 44 and 54*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- Jean Marie,Aubry. (2005).*Dynamique des groupes*, Québec,Canada : Les éditions de l'homme.
- Jean Marie Delassus. (1998).*Devenir mère*.Paris : Dunod.
- Jean Adolphe Rondel etJean-luc lambert. (1997). *Le mougolisme*.Bruxelles : mardaga.
- Jean émile, Vanderheyden. (2013).*LeBurn out des Quinquas*, Bruxelles Belgique : Edition de Boeck.
- Jean sebastien Morvan. (2012).*Le sujet handicapé*. Paris : L'harmattan.
- Lazarus, R .S, and Folkman, S. (1984).*Stress, apparaisal and coping*, NewYork : Springer.
- Le Vigouroux, S, (2017). *The big five personality traits and parental burnout*. *A center for research on the psychology of cognition*.

- Lebert-Charron, A., Dorard, G., Boujut, E., and Wendland, J. (2018). *Maternal burnout syndrome: contextual and psychological associated factors*. *Front. Psychol.* 9:885. Doi:10.3389/fpsyg.2018.00885
- Le Vigouroux Sarah, Scola Marie-Emilie, Raes Céline, Mikolajczak Moira, Roskam Isabelle. (2017). *Center for research on the psychology of cognition, language and emotion (psy clé)*, France : Aix- Marseille University.
- le métayer, M. (1993). *Rééducation cérébro-motrice sur jeune enfant, éducation thérapeutique, kinésithérapies pédiatrique*. Paris : Masson.
- Mikolajczak M., Roskam I. (2018). *Un cadre théorique et clinique pour l'épuisement parental : l'équilibre entre les risques et les ressources (BR<sup>2</sup>)*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00886/full>
- Mikolajczak M., Roskam I. (2018). *Le Burn out parental : comprendre diagnostiquer et prendre en charge, préface de liliane holstein*, Bruxelles, Belgique : éditeur Deboeck supérieur.
- Moira Mikolajczak, Isabelle Roskam. (2020). *Le Burn out parental : l'éviter et s'en sortir*, Les états unis : Odile Jacob.
- Maslach, C., Jackson, S. E., and Leiter, M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Maslach C. (1982 b). *Burnout : The Cost of caring*, New York : Prentice Hall Press. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00886/full>
- Michel Delbrouk. (2003). *Le Burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, France : De boeck université, éditeur Amazon.
- Marilou Bruchon. (2002). *Schweitzer, psychologie de la santé*, Paris : Dunod.
- Maria Elena Brianda, Isabelle Roskam et Moira Mikolajczak. (2018). *Comment traiter le burn-out parental ?* France : Deboeck carrefour des psychothérapies.
- Moreno J. L. (1965). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, presses universitaires de France.
- Marie- François valois. (2014). *Se former au psychodrame psychanalytique individuel et en groupe*, Paris : Société parisienne d'aide à la santé mentale.
- Marcel, Rouet. (2010). *Relaxation psychosomatique « de la conscience du corps à la maîtrise du mental »* (2<sup>ème</sup> édition). Algérie : édition Mehdi.
- Nicole Calvio. (2009) *Le psychodrame une thérapie par le jeu*, Bruxelles : VincentMargot.

- Norbert Apter, Dipl Harvard. (2003). *La vision de l'être humain dans le psychodrame de J.L. Moreno*, international journal of psychotherapy.
- Pierre de visscher. (2001). *La dynamique des groupes d'hier à aujourd'hui* (1ère édition). Paris, France.
- Pierre, loo et galinowski, Andri. (2003). *Le stress parmanent, reaction-adaptation de l'organisme* (3ème édition). France, Paris : Masson.
- Reece, Barry & Brandt, Rhonda. (1999). *Effective Human Relations in Organizations*, (6th Ed), New York : Houghton Mifflin Company.
- René kaes. (2000). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.
- René kaes. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris : Dunod.
- Roskam, I. and al. (40 countries). (2021). *Parental Burnout Around the Globe, A 40-Country Study*. *Affective Science*, <https://doi.org/10.1007/s42761-020-00028-4>
- Sami Ali. (1998). *corps réel corps imaginaire* (3ème ED). Paris : Dunod.
- Selye, H. (1977). *The stress of life-revised*, New York : Edition Maccran Hall.
- Selye, H. (1974). *Stress-with out distress*, Philadelphia : Lippincott.
- Stephanie Allenou. (2011). *Mère épuisée*, France : Edition les liens qui libèrent.
- Schultz, j. (2000). *Le training autogène*, PUF, Paris.
- S.H.Foulkes et E.J.Anthony. (1969). *Psychothérapie de groupe*, France, Paris : Marabout service.
- Stora, J.B. (1995). *Le stress* (2ème édition). Algérie : Edition Dahlab.
- Truchot Didier. (2004). *Epuisement professionnel et Burn out*, Paris : Dunod.
- violaine gueritault. (2008). *La fatigue émotionnelle et physique des mères : le burnout maternel*, Les états unis : Odile Jacob.

### **Les Dictionnaires :**

- Bloche, H et all. (1999). *Grand dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.
- Campbell River. (1989). *Psychiatrique dictionnaire*, EG, oxford universite presse.
- Norbert Sillamy. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.

-Norbert Sillamy. (1999).Dictionnaire de psychologie. Paris : Edition Janine Faure.

-Ronald Deron. (1991).Dictionnaire de psychologie (1ère édition).France : Presse universitaire.

## **Thèses et mémoires :**

- Mélanie Jullian. (2007).*Comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants*, mémoire de l'école nationale de la santé publique –ENSP- Université Lumière Lyon 2 .France.

- Benfarhet Amirouche. (2008).*Etude du syndrome du burn-out chez une population a risque, cas des medecins des Samu*, mémoire de magister en psychologie clinique faculté des sciences sociales, département de psychologie et des sciences de l'éducation, université d'Oran. Algérie.

- Hallberg, U.E. (2005). *A Thesis on Fire: Studies of work Engagement, Type A Behavior and Burn out*, Doctoral dissertation, Department of psychology, Stockholm University, Intellecta DocuSys Sweden.

## **- les revues :**

-Ahola K., Honkonen T., Isometsä E. (2005). " The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study", *Journal of Affective Disorders*, 88, 1

- Annie, P et georgette, G. (2008)."Perception des parents québécois sur l'annonce d'un diagnostic de trouble envahissant du developpement",*journal on developmental disabilities*, volume 14, (number 3), pp29-39.

-Bakker AB., Demerouti E., Euwema MC. (2005).»Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout ,"*Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 2.

-Barbe Rémy.(2012 janvier). "Parentalités Psychothérapies ",*Ed. Médecine & Hygiène*, (Vol. 32).

-Bourion Christian,Trebucq Stéphane.(2011)." Le bore-out-syndrome",*Revueinternationale de psychosociologie* ; Éd. ESKA, Vol. XVII, (41).

- Christina Maslach/Susan Jackson. (1981). "The measurement of experienced burnout" - *Journal of occupation behaviour*2, 99-113
- Crnic, K., and Low, C. (2002). "Everyday stresses and parenting», in *Handbook of Parenting, ed M. Bornstein*, (Vol 5), Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 243–267.
- Cooper, A., & McCormack, W. A. (1992). "Short-term group treatment for adult children of alcoholics". *Journal of Counseling Psychology*, 39(3), 350–355. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.3.350>
- Chair B, J and Sigafoods, J. (2001). "Does respite care reduce parental stress in families with developmentally disabled children ?child and youth care forum", human sciences press, pp253-263.
- Demerouti, E, Bakker, AB, Jonge, J, Janseen, P.PM, Schaufeli, W.B. (2001). "Burnout and engagement at work as a function of demands and control", *Scand J work health*, vol 27(4), 279-86.
- Dumont, D. (1992). "Burn-out mythe ou réalité", *recherche en soins infirmiers*, (n°28), p5-14.
- Feinberg, M. E., Brown, L. D., and Kan, M. L. (2012). " A multi-domain self-report measure of coparenting". *Parent. Sci. Pract.* 12, 1–21. doi: 10.1007/s11121-009-0142-0
- Furutani K, Kawamoto T, Alimardani M, Nakashima K. Furutani K, et al. (2018). " Exhausted parents in Japan: Preliminary validation of the Japanese version of the Parental Burnout Assessment". *New Dir Child AdolescDev.* 2020 Nov;2020(174):33-49. Doi: 10.1002/cad.20371. Epub 2020 Oct 7. *New Dir Child AdolescDev.* 2020. PMID: 33029919 Free PMC article.
- Folkman, S& Lazarus, R.S. (1988). "Coping as a mediator of emotion". *Journal of Personality and Social Psychology*, (54), 466-475. 96
- Folkman, S& Lazarus, R.S. (1984). "Coping and adaptation, in W .D, gentry(ED)". *Handbook of behavior medecine*, new york : guilford, pp 282-325.
- Folkman, S& Moskowitz, J.T. (2000). "Positive affect and the other side of coping". *American Psychologist*, (55), 647- 654.

- Gérain, P., and Zech, E. (2018). "Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children with mental and physical issues". *Front. Psychol.* 9:884. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00884
- Herbert J. Freudenberger. (1974). "Crisis Intervention, Individual and Group Counseling, and the Psychology of the Counseling Staff burnout in a Free Clinic«, *Journal of Social Issues*, Volume 30, Issue 1 First published.
- Kazak, A.E. and Marvin, R.S. (1984). " Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Network in Families with a Handicapped Child". *Family Relations*, 33, 67-77.  
<http://dx.doi.org/10.2307/584591>
- Levenstein, S, et al. *J Psychosomres.* (Jan, 1993). "Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research". *Gastroenterology Department*, 37(1), 19-32, Nuovo Regina Margherita Hospital, Rome, Italy. Doi: 10.1016/0022-3999(93)90120-5.
- Lindhal-Norberg, A. (2007). "Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour". *J. Clin. Psychol. Med. Settings*, (14), 130–137. Doi: 10.1007/s10880-007-9063-x
- Leiter, M.P. (1991). "The dream denied professional burnout and the constraints of human service organizations", *Canadian Psychology*, (vol 32), 547-555.
- Le Vigouroux, S., Scola, C., Raes, M.-E., Mikolajczak, M., and Roskam, I. (2017). "The big five personality traits and parental burnout: protective and risk factors". *Pers. Individ. Dif.* 119, 216–219. Doi: 10.1016/j.paid.2017.07.023
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., and Leiter, M. P. (2001). "Job burnout". *Annu. Rev. Psychol.* 52, 397–422. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Maslach, C and Jackson, S .E(1981). "The measurement of experienced burnout", *Journal of Occupational Behavior*, vol 2, p 99-113.
- Mikolajczak, M., Raes, M.-E., Avalosse, H., and Roskam, I. (2017). "Exhausted parents: socio demographic, child-related, parent-related, parenting and family-functioning correlates of parental burnout". *J. Child Fam. Stud.* 27, 602–614. doi: 10.1007/s10826-017-0892-4
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., and Roskam, I. (2018). "Consequences of parental burnout: a preliminary investigation of escape and

suicidal ideations, sleep disorders, addictions, marital conflicts, child abuse and neglect". *Child Abuse Neglect*. 80, 134–145. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.03.025

- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). "Burnout and Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Behavioral Medicine*", 18, 53-60.

<http://dx.doi.org/10.1080/08964289.1992.9935172>

- Moutassem-Mimouni B., Kellou N., Medjahdi O. (2021). "Validation Of "parental Burnout Scale" On An Algerian Population And The Impact Of Certain Socio-demographic And Anthropologic Factors". *مجلة الروائز*, Volume 5, Numéro 1, Pages 474-490

-Moutassem-Mimouni B. (2016). "La famille et les séniors face à la *h'ouana* en transformation" (الأسرة و المسنون أمام الحوانة في تحول). *Insaniyatn*°s 72-73, avril - septembre 2016, p. 25-45

- Morin, S., & Lacharité, C. (2004). " Retard de développement et contributions positives à l'expérience parentale << l'autre histoire >>". *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, v15, N (2), 157.

- Norberg, A. L. (2010). "Parents of children surviving a brain tumor: burnout and the perceived disease-related influence on everyday life". *J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 32, e285–e289. Doi: 10.1097/MPH.0b013e3181e7dda6.

- Pelsma, D. M. (1989). "Parent burnout: validation of the maslach burnout inventory with a sample of mothers". *Meas. Eval. Couns. Dev.* 22, 81–87.

- Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Srivastava, S., Mendelsohn, G. A., et al. (2010). "Histoire des "Big Five": OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité; Introduction du Big Five Inventory Français ou BFI-Fr" [Big Five History: OCEAN of personality factors. Introduction of the French Big Five Inventory or BFI-Fr]. *Ann. Méd. Psychol.* 168, 481–486. doi: 10.1016/j.amp.2009.04.016

- Pines, A. (1993). "Burnout: An existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach et T. Marek (Eds) ", *Professional burnout: Recent developments in Theory and Research*, Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 19-32.

-Roskam I, Brianda M-E and Mikolajczak M. (2018). "A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA) ". *Front. Psychol.* 9:758. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00758



- Roskam Isabelle, Raes Marie-Emilie, Mikolajczak Moira. , et al. *Front Psychol.* (2017). "Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory". *Psychological sciences research institute, université catholique de Louvain- la Neuve, Belgium.* Feb9;8:163. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00163. Ecollection 2017. *Front Psychol.* 2017. PMID: 28232811 Free PMC article.
- Schute, N Toppinen, S, Kalimo, R& Schaufeli, W.B. (2000). "*The factorial validity of the maslach burnout inventory general survey across occupational and organizational psychology*", 73p 53 - 66.
- Scott, JC. (2001). "Depression and Burnout in hospital health care professional", *Advances in psychiatric Treatment*, -213-247-
- Van Bakel HJA, Van Engen ML et Peters P. (2018). "Validity of the Parental Burnout Inventory Among Dutch Employees". *De face. Psychol.* 9:697. Doi: 10.3389/fpsg.2018.00697
- Van Bakel HJA, Van Engen ML, Peters P. Van Bakel HJA, et al. (May2018). "Validity of the Parental Burnout Inventory Among Dutch Employees". *Front Psychol.* 23;9:697. doi:10.3389/fpsyg.2018.00697. Ecollection 2018. *Front Psychol.* PMID: 29875711 Free PMC article.
- Yacine, T. (2013). " Plantée comme un garçon dans l'Algérie coloniale ". *L'Homme & la Société*, 189-190,35-62. <https://doi.org/10.3917/lhs.189.0035>
- Zellars.K.L, Perrewe. P.I, Hochwarter.W.A. (1999). "Mitigating Burnout Among High-NA Employees in health care: what can Organization Do ? ", *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 11, p 2250-2271.

# الملاحق

مقياس الإحتراق النفسي الوالدي:

صعوبات الأدوار الوالدية :

يمثل الأولاد بالنسبة لوالديهم مصدرا هاما للسعادة و الازدهار. في نفس الوقت بإمكانهم أن يشكلوا بالنسبة لبعض الوالدين مصدر إرهاق و تعب كبير ( و لا يعتبر ذلك متناقضا: فقد يقترن الازدهار بالإرهاق ؛ يمكن أن يجب المرء أولاده و في نفس الوقت قد يشعر بالإرهاق/التعب من دوره كوالد(ة)). تتعلق الاستمارة التالية بالإرهاق الذي بإمكانك الإحساس به كوالد(ة). اختر/اختاري الإجابة التي تتناسب أكثر مع ما

تشعر(ين) به شخصيا. لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة. في حال لم يراودك هذا الشعور إطلاقا، اختر/اختاري «مطلقا/أبدا». في حال ما راودك هذا الشعور حد(د)ي) كم مرة شعرت به من خلال اختيار الإجابة التي تصف أحسن وصف إلى أي مدى تشعر(ين) بذلك.

الرمز	السؤال	مطلقا/ أبدا	عدد من المرات في العام أو أقل	مرة في الشهر أو أقل	عدد من المرات في الشهر	مرة في الأسبوع	عدد من المرات في الأسبوع	كل يوم
PBA_2	أنا متعب(ة) للغاية من دوري كوالد(ة) لدرجة أنه لدي انطباع أن النوم لا يكفي.							
PBA_16	لدي إحساس أنني لم أعد أتعرف على نفسي كأب/كأم.							
PBA_18	لدي إحساس أنني متعب(ة) تماما بسبب دوري كوالد(ة).							
PBA_19	لم تعد لدي طاقة لتسيير أولادي.							
PBA_22	أعتقد أنني لم أعد الأب الجيد/الأم الجيدة الذي/التي كنت من قبل لأولادي.							
PBA_27	لم أعد أتحمّل كوني والد(ة)							
PBA_29	كوالد(ة) لدي إحساس بتجاوز قدراتي ("بزّاف علي").							
PBA_31	لدي انطباع أحيانا أنني أعتني بأولادي بطريقة آلية.							
PBA_32	لدي إحساس أنني لم أعد أتحمّل فعلا كوني والد(ة).							
PBA_33	عندما أستيقظ صباحا و يكون عليّ مواجهة يوم آخر مع أولادي، أشعر بالتعب مسبقا.							
PBA_34	لا أشعر بالمتعة عندما أكون مع أولادي.							
PBA_35	كوني والد(ة) يجعلني أشعر أنني مرهق(ة) إلى حد كبير.							
PBA_37	أقول لنفسي أنني لم أعد الوالد(ة) الذي/التي كنت من قبل.							
PBA_38	أقوم فقط بما يجب فعله لأولادي لا أكثر.							
PBA_40	دوري كوالد(ة) استنفد كل طاقاتي.							
PBA_42	أنا لم أعد أتحمّل دوري كأب/كأم.							
PBA_45	أصبحت أستحي من نفسي كوالد(ة).							
PBA_47	لم أعد فخّورا(ة) بنفسي كوالد(ة).							
PBA_48	عندما أتعامل مع أولادي أشعر بأنني لم أعد أنا.							
PBA_49	لم يعد بإمكانني أن أظهر لأولادي مدى حبي لهم.							
PBA_50	يرهقني التفكير في كل ما يتوجب القيام به من أجل أولادي.							
PBA_53	لدي انطباع أنه ما عدا الأمور الروتينية (النوم، الأكل،...) لم يعد بإمكانني بذل الجهد مع أولادي.							
PBA_58	في دوري كوالد(ة) أنا متعب إلى حدّ أنني في وضعية الصراع من أجل البقاء على قيد الحياة فقط							

مقياس الضغط النفسي ل لفنستين :

التعليمة :

في كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (X) في الخانة المناسبة التي تصف ما ينطبق عليك عموما، وذلك من خلال سنة أو سنتين الماضيتين،  
أجب بسرعة دون أن تزج نفسك بمراجعة إجاباتك و احرص على مسار حياتك خلال هذه المدة.

الوضعية الضاغطة      تقريبا أبدا      أحيانا      كثيرا      عادة

1. تشعر بالراحة

2. تشعر بوجود متطلبات لديك

3. أنت سريع الغضب و ضيق الخلق

4. ليك أشياء كثيرة للقيام بها

5. تشعر بالوحدة

6. تجد نفسك في مواقف صراعية

7. تشعر بأنك تقوم بأشياء تجبها فعلا

8. تشعر بالتعب

9. تخاف من عدم إستطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك

10. تشعر بالهدوء

11. لديك عدة قرارات لإتخاذها

12. تشعر بالإحباط

13. أنت مليء بالحيوية

14. تشعر بالتوتر

15. تبدو مشاكلك أنها تتراكم

16. تشعر أنك بعجلة من أمرك

17. تشعر بالأمن و الحماية

18. لديك عدة مخاوف

19. أنت تحت ضغط مقارنة بأشخاص آخرين

20. تشعر بفقدان العزيمة

21. تتمتع بنفسك

22. أنت خائف من المستقبل

23. تشعر أنك قمت بأشياء ملزما بها و ليس لأنك تريدها

24. تشعر بأنك وضع إنتقام و حكم

25. أنت شخص خال من الهموم

26. تشعر بالإرهاك و التعب الفكري

27. لديك صعوبات في الإسترخاء

28. تشعر بعباء المسؤولية

29. لديك الوقت الكافي لتريح نفسك

30. تشعر بأنك تحت ضغط مमित

المجموع

المجموع العام

. مقياس إستراتيجيات المواجهة للضغط و الإحتراق النفسي:

لا أحيانا نعم

العبارات

1 إطلعت على كتب و مقالات تتحدث عن إعاقاة إبني

- 2 أسعى للحصول على معلومات بخصوص التعامل مع إبني من أي مختص
- 3 أفكر في توفير مستقبل أفضل لإبني المعاق
- 4 وضعت خطة مدروسة لتعليم إبني مهارات تفيده في حياته
- 5 أساعد إبني في جعله يعتمد على نفسه في لبسه و أكله و نظافته
- 6 أشعر بالرضا عن نفسي لما أبذله من جهد في تربية إبني المعاق
- 7 بإمكان إبني الإلتحاق بالمدرسة
- 8 إن إبني ذكي و لا يعاني من إعاقة ذهنية
- 9 لا يسبب لي إبني أي إحراج عندما نخرج سويا
- 10 ألوم نفسي عندما يفشل إبني في أداء أمر كلف به
- 11 أفضل عدم الذهاب إلى الحفلات العائلية لتجنب نظرات الشفقة
- 12 أفضل قضاء العطل و نهايات الأسبوع في المنزل مع إبني المعاق
- 13 إبني المعاق هو إبتلاء من ربي و أنا راضية بما قسمه لي
- 14 أصبحت أؤدي صلاة و صيام التطوع شكرا لله على كل نعمه
- 15 تابعت سلسلة أشرطة وثائقية تبين معاناة المصابين بهذه الإعاقة
- 16 أسعى للإتصال بأشخاص عانوا من نفس مشكلتي
- 17 إدخرت مبلغا من المال من أجل إبني المعاق
- 18 لدينا برنامج عائلي خاص بالعطل يتماشى مع إعاقة إبني
- 19 أنا السبب في إعاقة إبني
- 20 أنا راضية بأبني و بكل ما يحققه مهما كان بسيطا
- 21 أرى بأن إبني أحسن بكثير من الأطفال العاديين
- 22 عندما يكبر إبني سيشفى من إعاقته
- 23 إن تهاوني في متابعة حملي هو سبب ما يعاني منه إبني

- 24 لن يساعني زوجي أبدا بسبب إعاقة إبنني
- 25 لا آخذ إبنني إلى الحدائق حتى لا أكون محل سخيرية و إستهزاء
- 26 أتردد كثيرا قبل دعوة الأهل و الأصدقاء إلى المنزل
- 27 إزداد رزقي منذ ولادة طفلي المعاق
- 28 إن طفل يحبني لهذا إبتلاني بهذا الأمر
- 29 اتبع برنامج قدم لي من أجل تعديل سلوكيات إبنني
- 30 أفكر في تأسيس مشروع بإسم إبنني المعاق
- 31 أستطيع التعامل مع المشكلات المرتبطة بإعاقة إبنني
- 32 ألوم نفسي بشدة عندما يواجه إبنني المعاق أي مشكلة
- 33 أفضل الجلوس وحدي و التأمل في أحوالي
- 34 أرى بأن إبنني مثله مثل أي طفل عادي في تصرفاته
- 35 إن إبنني هو مفتاح جنتي



المرکز الإستشفائي الجامعي بـهران  
Centre Hospitalier Universitaire d'Oran

مرکز الإستشفائي الجامعي بـهران  
مستشفى الطب الكلي و إيداع الكليين الوظيفي  
CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE D'ORAN  
SERVICE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉHABILITATION FONCTIONNELLE

**Histoire de la maladie** :.....

.....

Présence de symptômes corporels:.....



.....  
La lésion : .....

.....  
Convulsions : oui ( ) non ( )

Antécédents médicaux personnels ou familiaux : .....

.....  
Antécédents pathologique : .....

Hospitalisations/opérations : .....

Différentes prise en charge : .....

.....  
**COMPORTEMENT DU PATIENT DURANT L'EXAMEN :**

**A) Présentation et aspect extérieur (sémiologie générale) :**

L'habillement et le comportement : .....

Autonome ( ) non autonome ( )

La mimique du visage : .....

La structure corporelle : .....

L'activité gestuelle : .....

La communication : .....

Le langage : verbal ( ) non verbal ( )

L'humeur : .....

L'attention et la concentration : .....

La perception : .....

L'orientation dans le temps et l'espace (tempo-spatiale) : .....

Les relations sociales : .....

.....  
**B) Activité instinctive**

**1) L'activité du sommeil :**

Insomnie :

Insomnie aiguë ( )

Insomnie psychophysiologique ( )

Mauvaise perception du sommeil ( )

Insomnie idiopathique ( )

Insomnie en relation avec un trouble mental ( )

Mauvaise hygiène de sommeil ( )

Insomnie comportementale de l'enfant ( )

Insomnie due à une drogue ou à une substance ( )

Insomnie en relation avec un trouble médical ( )

Insomnie non spécifiée ( )

Réveil matinal : ( )

Hypersomnie ( )

Bon ( )

Agité ( )

Très agité ( )

Rituels ( )

**2) L'alimentation :**

Autonome ( ) non autonome ( )

Liquide ou mixé ( )

Solide ( )

Salivation ( )

Problème de la déglutition ( )

Refus alimentaire ( )

L'anorexie ( )

La boulimie ( )

Alimentation sélective obsessionnelle ( )

Pica ( )

Autres :.....  
.....

**3)La sexualité :**

Sexualité assumée ( )

Éjaculation précoce ( )

Frigidité ( )

Impuissance ( )

Diminution de la libido névrotique-dépressive : ( )

Autres :.....  
.....

**VIE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE :**

Relations et adaptation sociales durant les études :.....  
.....

Relations et adaptation sociales au travail :.....  
.....

Contacte avec les autres :.....

Relations amicaux :.....

**SITUATION FAMILIALE DU PATIENT**

Nombre d'enfants :.....

Vivant sous le même toit :.....

Type d'habitation :.....

Conditions socio-économique :.....

La Relation entre le patient et son conjoint :.....

La Relation entre le patient et ses enfants :.....

Relations familiaux :.....

.....

Informations concernant la belle- famille du patient :.....

.....

1

Pr. K. LAYADI  
Chef de Service

## DOSSIER DU PATIENT PARALYSIE CEREBRALE

Pr. MEL. BEMAOULI  
Pr. S.H. LAHOUEL

Maîtres Assistants  
Dr. B. CHAGANE  
Dr. Z. TALEM  
Dr. C. HAMOUDE

Spécialistes de Santé  
Publique  
Dr. H.S. MOUFFOKES  
Dr. A. ZENTOUT  
Dr. N. GUEN  
Dr. A. ABDRAGIM

Mr. B. MECHERS  
Coordinateur

Mr. S. BELKADI  
Surveillant Médical  
Kinésithérapeute

Mme. N. TAMACHA  
Psychologue

Mlle. H. FELLAH  
Orthophoniste

Mme. F. HADEK  
Assistante Sociale

SECRETARIAT  
Mme. N. SAADIA  
Tel / Fax (041) 81.24.16

### Bilan Psychologique

Numéro de dossier :

#### Identification :

Nom : ..... prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Sexe : Masculin ( ) féminin ( )

Assuré : oui ( ) non ( )

Carte ~~chifa~~ : .....

Profession : ..... niveau scolaire : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

Situation matrimoniale : .....

Motif de consultation : .....

Adressé par : .....

Diagnostic : .....

Groupage : .....

**1/ LES ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

Père :..... Age :..... Profession :..... groupage.....

Mère :..... Age :..... Profession :..... Groupage.....

Fratricité :..... Nom :..... âge :.....

Lien de parenté : (parents).....

Le choc paternel/maternel.....

**F.C ( ) morts ( ) vivants ( )**

Vivant sous le même toit :.....

Type d'habitation :.....

Conditions socio-économique :.....

**2/LES ANTECEDENTS MATERNELS :**

Grossesse : désirée ( )

Non désirée ( )

Problèmes vécus :.....

Traitement pris :.....

Accouchement : milieu .....assisté par :.....

Position :..... cris :..... teint :.....

Poids :.....

Autres :.....

.....

.....

**Premiers développements psychomoteurs :**

Sourire :..... Maintien de la tête :.....

Retournements partiels :.....

Retournements complets :.....

Prise et lâcher :.....

Station assise :.....avec appui :..... sans appui :.....

Le passage dos-assis :.....

La ramper :.....

La quadrupédie :.....

La tenue et la marche à genoux dressés :.....

Le passage en chevalier :.....

Le passage assis-debout :.....

La fréquence des chutes :.....

Arrêt sur ordre ou devant un obstacle : par ordre ( ) par obstacle ( )

Station debout : .....avec appui :.....sans appui :.....

Marche :.....

Vocalisation :.....sous entendus.....

Premier mot :.....

Première phrase :.....

Les reflexes archaïques :

Succion ( )

Signe de moro ( )

Tonus axial normal ( )

Réactions aux stimuli sonores ( )

**Histoire de la maladie :**

Les premiers symptômes qui ont amené les parents à consulter :.....

.....

Poussées fébriles : oui ( ) non ( )

Convulsions : oui ( ) non ( )

Autres maladies :.....

Antécédents pathologique :.....

Différentes prise en charge :.....  
.....

**Observation et examen de l'enfant :**

Réaction visuelles : oui ( ) non ( )

Réactions auditives : oui ( ) non ( )

Prise : oui ( ) non ( )

Lâcher : oui ( ) non ( )

Latéralité : droitier ( ) gaucher ( )

Sociabilité :.....

Coopération :.....

Mouvements anormaux :.....

**2) COMPORTEMENT DU PATIENT DURANT L'EXAMEN :**

**A) Présentation et aspect extérieur (sémiologie générale) :**

L'habillement et le comportement :.....

Autonome ( ) non autonome ( )

La mimique du visage :.....

La structure corporelle :.....

L'activité gestuelle :.....

La communication :.....

Le langage : verbal ( ) non verbal ( )

L'humeur :.....

L'attention et la concentration :.....

La perception :.....

L'orientation du temps et l'espace (tempo-spatiale) :.....

Les relations sociales :.....  
.....



**B) Activité instinctive**

**1) L'activité du sommeil :**

Insomnie :

Insomnie aigue ( )

Insomnie psychophysiologique ( )

Mauvaise perception du sommeil ( )

Insomnie idiopathique ( )

Insomnie en relation avec un trouble mental ( )

Mauvaise hygiène de sommeil ( )

Insomnie comportementale de l'enfant ( )

Insomnie due a une drogue ou à une substance ( )

Insomnie en relation avec un trouble médical ( )

Insomnie non spécifiée ( )

Réveil matinal : ( )

Hypersomnie ( )

Bon ( )

Agité ( )

Très agité ( )

Rituels ( )

**2) L'alimentation :**

Autonome ( ) non autonome ( )

Liquide ou mixé ( )

Solide ( )

Salivation ( )

Problème de la déglutition ( )

Refus alimentaire ( )

L'anorexie ( )

La boulimie ( )

Alimentation sélective obsessionnelle ( )

Pica ( )

Autres :.....  
.....

**3)La sexualité :**

Sexualité assumée ( )

Éjaculation précoce ( )

Frigidité ( )

Impuissance ( )

Diminution de la libido névrotique-dépressive : ( )

Autres :.....  
.....

Les troubles vésico- sphinctériens ano-rectaux :

Apprentissage de la Propreté :.....  
.....

Propreté Acquise :.....

Non acquise :.....

Enurétique :.....1<sup>ere</sup>.....2<sup>eme</sup>.....

**Programme De Travail De Psychothérapeute dans le cadre de  
l'étude Au Sein Du Service De Médecine Physique Et  
Réadaptation Fonctionnelle CHUO**

<b>psychothérapeute</b>	Rais Naima Narimene
<b>La durée</b>	<b>DU06/01/2019AU12/01/2020</b>
<b>Déroulement des séances</b>	Chaque Dimanche
<b>Lieu de déroulement des séances</b>	Bureau De Psychologue Clinicienne
<b>Problématique de travail</b>	<p>Le stress psychologique, et le Burn-out maternel.</p> <p>Les difficultés de la patiente dans l'ici et maintenant.</p> <p>La désensibilisation systématique d'expositions graduées aux situations provoquant une anxiété.</p>
<b>Objectifs visés</b>	<p>La psychodynamique du groupe.</p> <p>Intervenir sur le comportement, les croyances, les représentations, et leur processus de construction.</p> <p>L'exposition en imagination, la relaxation, la restructuration cognitive.</p>
<b>Type de thérapie appliquée</b>	La psychothérapie du groupe.
<b>Les patientes</b>	mères d'enfants atteints de la paralysie cérébrale.

وهران في :

**Pr. K. LAYADI**  
Chef de Service

إقرار و تعهد المعالج النفساني

Pr. MK. REMAOUN  
Pr. KF. LAHOUEL

Maitres assistante  
Dr. B. CHARANE  
Dr. Z. TALEM  
Dr. CH. HAMMOUDI

Spécialiste de santé  
Publique  
Dr. N. GUEN  
Dr. H. S. MOUFFOKES  
Dr. A. ZENTOUT  
Dr. A. ABDERAHIM

Mr. D. MECHERI  
Coordinateur

Mr. S. BELKADI  
Surveillant Médical  
Kinésithérapeute

Mme N. RAÏS  
Psychologue  
Clinicienne

Mlle S. BOUNOUA  
Orthophoniste

Mme F. HADEK  
Assistante Sociale

SECRETARIAT  
Mme N. SAAIDIA  
Tel / Fax (041) 41.34.16

طبقا لأحكام و أنظمة الإلتزام بأخلاقيات المهنة، التي تضم حفظ أسرار المفحوص.

أنا المعالجة النفسانية رايس نعيمة نريمان لمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل  
الوظيفي بالمستشفى الجامعي بهران، أتعهد بالإلتزام التام و الكامل بحفظ أسرار  
المفحوص المباح بها خلال المقابلات العلاجية.

كما أتعهد و ألتزم إلتزاما صريحا بمراعاتي لجميع قوانين أخلاقيات مهنتي .

توقيع العميل



توقيع الأخصائية

  
Mme N. RAÏS  
Psychologue  
Clinicienne  
Service de Psychiatrie  
CHU B. ORAN

وهران في :

**Pr. K. LAYADI**  
**Chef de Service**

إقرار و تعهد المعالج النفساني

Pr. MK. REMAOUN  
Pr. KF.LAHOUEL

Maitres assistante  
Dr. B.CHARANE  
Dr. Z.TALEM  
Dr. CH.HAMMOUDI

Spécialiste de santé  
Publique  
Dr.N GUEN  
Dr.H.S.MOUFFOKES  
Dr. A.ZENTOUT  
Dr. A.ABDERAHIM

Mr. D. MECHERI  
Coordinateur

Mr. S. BELKADI  
Surveillant Médical  
Kinésithérapeute

Mme N. RAIS  
Psychologue  
Clinicienne

Mlle S. BOUNOUA  
Orthophoniste

Mme F. HADEK  
Assistante Sociale

SECRETARIAT  
Mme. N .SAAIDIA  
Tel / Fax(041) 41.34.16

طبقا لأحكام و أنظمة اللإلتزام بأخلاقيات المهنة ,التي تضم حفظ أسرار المفحوص.

أنا المعالجة النفسانية رايس نعيمة نريمان لمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بهران ,أتعهد بالإلتزام التام و الكامل بحفظ أسرار المفحوص المباح بها خلال المقابلات العلاجية .  
كما أتعهد و ألتزم إلتزاما صريحا بمراعاتي لجميع قوانين أخلاقيات مهنتي .

توقيع العميل

توقيع الأخصائية

وهران في :

**Pr. K. LAYADI**  
**Chef de Service**

إقرار و تعهد المعالج النفسي

Pr. MK. REMAOUN  
Pr. KF.LAHOUEL

Maitres assistante  
Dr. B.CHARANE  
Dr. Z.TALEM  
Dr. CH.HAMMOUDI

Spécialiste de santé  
Publique  
Dr.N.GUEN  
Dr.H.S.MOUFFOKES  
Dr. A.ZENTOUT  
Dr. A.ABDERAHIM

Mr. D. MECHERI  
Coordonateur

Mr. S. BELKADI  
Surveillant Médical  
Kinésithérapeute

Mme N. RAIS  
Psychologue  
Clinicienne

Mlle S. BOUNOUA  
Orthophoniste

Mme F. HADEK  
Assistante Sociale

SECRETARIAT  
Mme. N. SAAIDIA  
Tel / Fax(041) 41.34.16

طبقا لأحكام و أنظمة اللإلتزام بأخلاقيات المهنة ,التي تضم حفظ أسرار المفحوص.

أنا المعالجة النفسية رايس نعيمة نريمان لمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل  
الوظيفي بالمستشفى الجامعي بهران ,أتعهد بالإلتزام التام و الكامل بحفظ أسرار  
المفحوص المباح بها خلال المقابلات العلاجية .  
كما أتعهد و ألتزم إلتزاما صريحا بمراعاتي لجميع قوانين أخلاقيات مهنتي .

توقيع العميل



توقيع الأخصائية



وهران في :

Pr. K. LAYADI  
Chef de Service

إقرار و تعهد المعالج النفساني

Pr. MK. REMAOUN  
Pr. KF.LAHOUEL

Maitres assistante  
Dr. B.CHARANE  
Dr. Z.TALEM  
Dr. CH.HAMMOUDI

Spécialiste de santé  
Publique  
Dr N GUEN  
Dr.H.S.MOUFFOKES  
Dr. A.ZENTOUT  
Dr. A.ABDERAHIM

Mr. D. MECHERI  
Coordinateur

Mr. S. BELKADI  
Surveillant Médical  
Kinésithérapeute

Mme N. RAIS  
Psychologue  
Clinicienne

Mlle S. BOUNOUA  
Orthophoniste

Mme F. HADEK  
Assistante Sociale

SECRETARIAT  
Mme. N. SAAIDIA  
Tel / Fax(041) 41.34.16

طبقا لأحكام و أنظمة اللإلتزام بأخلاقيات المهنة ,التي تضم حفظ أسرار المفحوص.

أنا المعالجة النفسانية رايس نعيمة نريمان لمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل  
الوظيفي بالمستشفى الجامعي بهران ,أتعهد بالإلتزام التام و الكامل بحفظ أسرار  
المفحوص المباح بها خلال المقابلات العلاجية .  
كما أتعهد و ألتزم إلتزاما صريحا بمراعاتي لجميع قوانين أخلاقيات مهنتي .

توقيع العميل

توقيع الأخصائية

وهران في :

**Pr. K. LAYADI**  
**Chef de Service**

إقرار و تعهد المعالج النفسي

Pr. MK. REMAOUN  
Pr. KF.LAHOUEL

Maitres assistante  
Dr. B.CHARANE  
Dr. Z.TALEM  
Dr. CH.HAMMOUDI

Spécialiste de santé  
Publique  
Dr.N.GUEN  
Dr.H.S.MOUFFOKES  
Dr. A.ZENTOUT  
Dr. A.ABDERAHIM

Mr. D. MECHERI  
Coordinateur

Mr. S. BELKADI  
Surveillant Médical  
Kinésithérapeute

Mme N. RAIS  
Psychologue  
Clinicienne

Mlle S. BOUNOUA  
Orthophoniste

Mme F. HADEK  
Assistante Sociale

SECRETARIAT  
Mme. N. SAAIDIA  
Tel / Fax(041) 41.34.16

طبقا لأحكام و أنظمة اللإلتزام بأخلاقيات المهنة, التي تضم حفظ أسرار المفحوص.

أنا المعالجة النفسية رايس نعيمة نريمان لمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل  
الوظيفي بالمستشفى الجامعي بهران, أتعهد بالإلتزام التام و الكامل بحفظ أسرار  
المفحوص المباح بها خلال المقابلات العلاجية.  
كما أتعهد و ألتزم إلتزاما صريحا بمراعاتي لجميع قوانين أخلاقيات مهنتي .

توقيع العميل

توقيع الأخصائية



رزمة المواعيد

الأيام	المواقيت	مدة الحصص
الأحد	06/01/2019	ساعة ونصف
الأحد	13/01/2019	ساعتان
الأحد	20/01/2019	ساعتان ونصف
الأحد	27/01/2019	ساعتان
الأحد	03/02/2019	ساعتان
الأحد	17/02/2019	ساعتان
الأحد	24/02/2019	ساعتان ونصف
الأحد	03/03/2019	ساعتان ونصف
الأحد	10/03/2019	ساعة ونصف
الأحد	24/03/2019	ساعة ونصف
الأحد	14/04/2019	ساعتان
الأحد	21/04/2019	ساعتان
الأحد	05/05/2019	ساعتان ونصف
الأحد	19/05/2019	ساعة ونصف
الأحد	26/05/2019	ساعة ونصف
الأحد	16/06/2019	ساعة ونصف

ساعة ونصف	23/06/2019	الأحد
ساعة ونصف	14/07/2019	الأحد
ساعتان	28/07/2019	الأحد
ساعة ونصف	04/08/2019	الأحد
ساعة ونصف	15/09/2019	الأحد
ساعة ونصف	13/10/2019	الأحد
ساعتان	27/10/2019	الأحد
ساعة ونصف	10/11/2019	الأحد
ساعة ونصف	17/11/2019	الأحد
ساعة ونصف	08/12/2019	الأحد
ساعة ونصف	22/12/2019	الأحد
ساعة ونصف	19/01/2020	الأحد
ساعة ونصف	05/01/2020	الأحد
ساعة ونصف	12/01/2020	الأحد

مكان الحصص العلاجية : مكتب الأخصائية النفسانية بمصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي

بوهران .