

المجلد (١٤)، العدد (٤٩)، الجزء الأول، يوليو ٢٠٢٢، ص ٢٧ – ٨٣

فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لأمهات أطفال الأوتيزم

إعداد

الزهراء مهني عراقي

معلمة – بمدرسة التربية الفكرية ببناها

دكتورة في التربية الخاصة

كلية التربية النوعية – جامعة بنها

فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لأمهات أطفال الأوتيزم

إعداد

الزهراء مهني عراقي^(*)

ملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم. كما هدفت إلى التعرف على مدى امتداد فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة. كذلك التعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة. تكونت عينة الدراسة من (٥) من أمهات أطفال الأوتيزم. اشتملت أدوات الدراسة على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والبرنامج القائم على الحل على العلاج المختصر المرتكز على الحل. تمثل منهج الدراسة في المنهج التجريبي. أشارت نتائج الدراسة إلى كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الأوتيزم - العلاج المختصر المرتكز على الحل - اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

(*) معلمة - بمدرسة التربية الفكرية ببها - دكتوراة في التربية الخاصة - كلية التربية النوعية - جامعة بنها

The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy in Reducing Post-Traumatic Stress Disorder among Mothers of Children with Autism Disorder □

By

Elzahraa Mehany Eraky^(*)

Abstract

The study aimed to investigate the effectiveness of the program based on Solution-focused brief therapy in reducing post-traumatic stress disorder in a sample of mothers of children with autism disorder. It also aimed to identify the extent of the effectiveness of the program based on Solution-focused brief therapy in reducing post-traumatic stress disorder among the study sample. Also, to identify the extent of the continuity of effectiveness of the program based on Solution-focused brief therapy in reducing post-traumatic stress disorder among the study sample. The study sample consisted of (5) mothers of autistic children. The study tools included the post-traumatic stress disorder scale and the Solution-focused brief therapy program. The study curriculum is represented in the experimental method. The results of the study indicated the efficacy of Solution-focused brief therapy in reducing post-traumatic stress disorder among the study sample of mothers of children with autism disorder.

Keywords: Autism disorder - Solution-focused brief therapy - post-traumatic stress disorder.



(*) Teacher - School of Intellectual Education in Benha - PhD in Special Education - Faculty of Specific Education - University of Benha

مقدمة:

لا شك أن هناك حلم يراوض كل أم وهو ميلاد طفل طبيعي، ولكن اذا حدث ما لم تأمله الأم وهو ميلاد طفل يعاني من اضطراب الأوتيزم يؤدي إلى حدوث صدمة للأُم ومواجهتها للعديد من الضغوط نظراً لما يترتب على هذا الاضطراب من العديد من المشكلات السلوكية، والاجتماعية، والانفعالية.

هذا بالإضافة إلى أن أغلب أسر الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم يعيشون في مجتمعات لا توفر الوصول إلى أنظمة الرعاية الصحية الصحيحة، تاركة أولياء الأمور لتتولي الدور الأساسي في توفير الرعاية لأبنائهم. إن توفير الرعاية لهؤلاء الأطفال يتطلب المزيد من الوقت والمال، والذات يمثلان عبئاً على عاتق الوالدين مما يؤثر ذلك سلباً على صحتهم الجسدية والعقلية؛ والذي بدوره ينعكس بشكل سلبي على الأداء العام لجميع أفراد الأسرة ومستوى الرضا بينهم (Parker et al., 2019,1).

ومن المعروف أن ميلاد طفل أوتيزم يترتب عليه انخفاض جودة الرعاية المقدمة للأم، وعدم الرضا عن جودة العلاقات الأسرية (Hartley et al., 2018)، وضعف قدرة الأمهات على المواجهة (Wang et al., 2011; Das et al., 2017)، وعدم قدرتهن على التكيف مع الوضع الراهن (Siman-Tov & Kaniel, 2011)، كما يجعلهن أكثر عرضة للمعاناة من القلق والاكتئاب (Aliaj, 2016; Kiani et al., 2014; Hou et al., 2017). بالإضافة إلى ما يفرضه هذا الاضطراب على الأمهات من تولية المزيد من الاهتمام، والإشراف، والرعاية الطبية المتخصصة والتدخلات العلاجية، وكذلك مواءمة وتعديل توقعاتهن للمستقبل، تتكاتف كل هذه العوامل لتضغط عليهن، وهذا بدوره يزيد من تعرضهن للإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Bozkurt et al., 2019, 142).

إن اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية عبارة عن زملة من الأعراض أو مجموعة من المظاهر أو الملامح المرضية الحقيقية التي تمثل خطراً على حياة الإنسان وعلى مستقبل توافقاته، وأن سببها حدث صدمي يتسم بأنه: يحدث للإنسان من الناحية النفسية أقدراً من الضغوط والضيق والهم والقلق. هذا بالإضافة إلى أن كل مريض يعاني من هذا الضيق والضغط بدرجة تختلف عما يعانيه مريض آخر، ويكون ذلك فوق طاقة الفرد وقدراته، بمعنى أنه لا قبل له به لأنه يقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية التي يمكنها مواجهة أحداث الحياة المثيرة للمشقة أو الضغوط النفسية

على مدار اليوم أو الحياة بكاملها، وأن الفرد قد يحتاج للتدخلات العلاجية للتغلب الاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة (محمد الصبوة، ٢٠١٩، ٢٠).

هذا ويعد العلاج المختصر المرتكز على الحل من أنسب الأنماط العلاجية التي يمكن من خلالها التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم ؛ وذلك لأنه يعد بمثابة تدخل قائم على نقاط القوة يقوم على الاعتقاد بأن العملاء لديهم المعرفة والحل لحل مشاكلهم. حيث يهتم المعالج بالتعرف على نقاط قوة العميل، وإقامة علاقة تعاونية مساعدة، ووضع أهداف تعاونية مع العميل، واستخدام العواطف الإيجابية (أي الأمل)، والعمل مع العميل لإيجاد حلول لمشكلاته (Kim et al., 2019,127).

كما يُستخدم في هذا العلاج الأسئلة المطروحة بعناية من خلال لغة بناءً مشتركة، إلى جانب تحديد الأهداف التعاونية، واستخدام تقنيات بناء الحل من قبل المعالج مع العميل بدلاً من قيام المعالج بحل المشكلات التي تواجه العميل (Kim & Franklin, 2009, 464)، فالتعاون والتشارك في إنشاء الإجابات من العناصر المهمة في عملية التغيير التي يستخدمها المعالج. فالحل هو تغييرات في التصورات والتفاعلات، لا يتم وضعها من قبل المعالج بمفرده بل يتم تشكيلها مع العميل. كما أن عملية التعاون والمشاركة تهدف إلى ربط الحاضر بالمستقبل من خلال إبراز ما يفعله العملاء بالفعل وهذا أمر جيد بالنسبة لهم، كما يساهم في استكشاف الماضي لنجاحات العملاء؛ وبالتالي يركز على نقاط القوة لديهم (Kim, 2008, 107-108).

مشكلة الدراسة

يعد اضطراب الأوتيزم أحد الاضطرابات النمائية الذي لا يقتصر تأثيره السلبي على جميع جوانب الطفل بل يمتد ليشمل جميع أفراد الأسرة بصفة عامة والأم بصفة خاصة نظراً لما يقع على عاتقها من دور محوري في تقديم الرعاية المتكاملة للطفل. لذا نجد أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم أكثر عرضة للاكتئاب والقلق والضغوط مقارنة بنظرائهم من أمهات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات كدراسة (Cohrs & Leslie, 2017)، ودراسة (Hutchinson et al., 2016)، ودراسة (Landon et al., 2018)، بالإضافة إلى ما

أكدته دراسة (Brewer, 2018)، ودراسة (Hodgetts et al., 2016) أن تشخيص الطفل باضطراب الأوتيزم يؤثر بالسلب على الصحة العقلية والبدنية للأمهات مقارنة بالآباء.

ففي السنة الأولى التي تلي التشخيص، تعاني الأمهات من فقدان أحلامها المرتبطة بطفلها. كما أن الآثار المترتبة على القصور في مجالات التواصل والتفاعل الاجتماعي واللعب والسلوكيات الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم قد يكون لها تأثير سلبي فريد على الأمومة والتي بدورها تؤدي إلى تفاقم الضغط لدى الأم. كذلك يقع على عاتق الأم مسؤولية الرعاية والاهتمام بطفلها والتي تتطلب منها الاهتمام بالوصول إلى خدمات العلاج المكثف لطفلها، وكذلك الاهتمام بخدمات التعليم الخاص، وكذلك الرعاية المؤقتة. قد تأتي هذه الخدمات المكثفة مع أعباء مالية إضافية تساهم في حدوث اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لها (Petrongolo, 2014,2).

هذا بالإضافة إلى ما أشارت إليه نتائج العديد من الدراسات السابقة كدراسة (Stewart et al., 2020) ودراسة (Schnabel et al., 2020) ودراسة (Casey et al., 2012) أن أمهات أطفال الأوتيزم أكثر عرضة لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. إن هذا الاضطراب هو اضطراب نفسي قد يتطور بعد التعرض للأحداث المؤلمة مثل التهديد بالقتل، والإصابة الخطيرة، والتهديدات للسلامة الجسدية. كما أن تلك الأحداث ليست مجرد مصدر أساس للإزعاج، بل تمثل ضغط شديد وسريع لم يواجهه الشخص في حياته من قبل، بغض النظر عن مدة التعرض لتلك الأحداث (Maeng & Milad, 2017,1).

لذا كان لزاماً علينا البحث عن أحد الأنماط العلاجية الملائمة التي تساهم في مساعدة أمهات أطفال الأوتيزم على التخلص من أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية المتمثلة في التعرض لحدث صادم والمتمثل في لحظة تشخيص الطفل باضطراب الأوتيزم، وتجنب تذكر لحظة التشخيص، وتكرار تذكر لحظة التشخيص.

ومن المعروف أن اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية له بعد نفسي ينطوي على قدرة الفرد على التأقلم والتعافي من تجربة مروعة أو مؤلمة. فقد تؤدي العديد من الأحداث إلى إصابة الأفراد بهذا الاضطراب. ومع ذلك، يجب التأكيد على أن هذه الأحداث ليست فريدة للعملاء، ولكن

ردود الفعل والمواقف هي التي تفرد كل عميل. هذا هو الأساس الذي يقوم عليه العلاج المختصر المرتكز على الحل. فهذا النمط من العلاج ينطوي على إدراك تفرد نقاط القوة لدى العملاء والتركيز عليها للانتقال من الحاضر الصادم إلى مستقبل إيجابي أفضل. كما أنه يدعو إلى الدعم الاجتماعي كأداة للحد من الآثار المترتبة على هذا الاضطراب (Ogunsakin, 2015,16).

بالإضافة إلى ما أكدته نتائج العديد من الدراسات على كفاءة هذا النوع من العلاج مع أمهات أطفال الأوتيزم كدراسة (Zhang et al.,2014) والتي أشارت إلى كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحل في تعزيز النمو لمرحلة ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم، ودراسة (Kenney,2010) والتي أشارت إلى كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض حدة الضغوط الوالدية والتشوه المعرفى لدى عينة من مقدمى الرعاية للأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم، بالإضافة إلى نتائج دراسة عبيير سماحة (٢٠١٩) والتي أشارت إلى فعالية برنامج الإرشاد الأسري قائم على المنحى قصير المدى المرتكز على الحل في تحسين تواصل الأسرة مع طفلها ذوي اضطراب الأوتيزم.

وانطلاقاً مما سبق عرضه لم يتوفر لدى الباحثة-في حدود إطلاعها- أي دراسة تناولت العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم في البيئة العربية بشكل عام والمصرية بشكل خاص؛ مما دفعهما للقيام بالدراسة الحالية؛ ولذلك فقد بلورت الباحثة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات الرئيسة التالية:

- ما فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم؟
- هل تمتد فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم؟
- هل تستمر فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- التعرف على فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.
- التعرف على مدى امتداد فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.
- التعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.

أهمية الدراسة

تنقسم أهمية الدراسة الحالية إلى ما يلي:

أولاً: الأهمية النظرية

- تتمثل الأهمية النظرية للدراسة الحالية في مساهمة الاتجاهات العالمية في مجال الصحة النفسية وذلك لتناولها للعلاج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل والذي نشأ في ضوء النظرية البنائية الاجتماعية، وكذلك مساهمة الاتجاهات العالمية في مجال التربية الخاصة لتناولها أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.
- كما تتمثل أهمية الدراسة في إثراء المكتبة المصرية بصفة خاصة والعربية بصفة عامة بالأدب النظري في مجال التنظير لمتغيرات الدراسة، والأدوات التشخيصية، وكذلك البرامج العلاجية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

- تساهم الدراسة الحالية في توفير أداة سيكومترية مناسبة للبيئة العربية في قياس وتشخيص اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.
- كما تساهم أيضاً في تقديم برنامج علاجي قائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.

مصطلحات الدراسة

Solution focused brief therapy العلاج المختصر المرتكز على الحل

يعرف على أنه أحد المناحي العلاجية التي تهتم بالتركيز على نقاط القوة التي يمتلكها العميل بدلاً من حل مشكلاته السابقة مما يساهم في بناء الحلول المستقبلية (Zhang et al. , 2014 , 2052).

Post-traumatic stress disorder اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

اضطراب عقلي يمكن أن يتطور بعد تعرض الشخص لحدث صادم، مثل الاعتداء الجنسي أو الحرب أو التصادمات الجسيمة أو غيرها من التهديدات التي تؤثر على حياة الشخص (American Psychiatric Association, 2013).

إجرائياً: الدرجة التي تحصل عليها المفحوصة على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من إعداد الباحثة.

Mothers of Children with Autism أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم

عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم المترددين على مدرسة التربية الفكرية بينها.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

ينقسم الإطار النظري للدراسة الحالية إلى محورين يعقب كل محور مجموعة من الدراسات السابقة؛ وفيما يلي عرض للمحورين على شئ من التفصيل:

Solution-Focused Brief Therapy المحور الأول: العلاج المختصر المرتكز على الحل

نشأ العلاج المختصر المرتكز على الحل على يد دي شازير وزملائه (De-Shazer and his colleges, 1985) رئيس مركز العلاج الأسري الموجز Brief Family Therapy Center في ميلووكي Milwaukee بولاية ويسكونسين الأمريكية؛ والذي استهدف في بداية الأمر علاج المشكلات الأسرية التي تنشأ بين الأزواج (Bannink, 2007, 87). فالعلاج المختصر المرتكز

على الحل يشير إلى نهج العلاج النفسي الذي لا يرى أي قيمة كبيرة في الاستكشاف الطويل أو التاريخي للمشاكل الشخصية أو علم النفس المرضي. وبدلاً من ذلك، يقترح أنه يمكن تقديم العلاج الفعال في غضون بضع جلسات قصيرة، حيث يتم التركيز على الحلول التي تقع في نطاق قدرة العميل، والتي قد يكون العميل قد حددها بالفعل إلى حد ما (Neipp & Foy, 2017, 7; Beyebach, 2022, 1).

يقوم هذا النوع من العلاج على النظرية البنائية الاجتماعية *social constructivism*؛ والتي ترى أن واقع الفرد يتم تطويره من خلال التفاعلات والمحادثات مع الآخرين. كما ترى أن الثقافة واللغة تؤديان أدواراً رئيسية في كيفية اكتساب الأفراد للمعرفة واتخاذ القرارات، كما تعطي معنى لأفكارنا ومشاعرنا وأفعالنا. تقترح تلك النظرية أن المعنى يتطور ويتغير من خلال الحوار بين الناس أثناء تبادلهم تجاربهم وخبراتهم. تدرك هذه النظرية أن الفكر أو السلوك أو الحدث يمكن اعتباره طبيعياً تماماً من قبل مجتمع ما، ولكن يمكن اعتباره غير طبيعياً تماماً من قبل مجتمع آخر. لذا فالتركيز الأساسي لهذه النظرية هو تحديد كيفية بناء الأفراد والجماعات لحقائقهم الاجتماعية (Anderson, 2018, 18).

هذا ويعد العلاج المختصر المرتكز على الحل بمثابة تدخل نفسي فعال لتعزيز تحسينات جوهرية في حياة الأشخاص الذين استفادوا منه؛ وذلك لكونه لا يركز على الأسباب السابقة للمشكلة كما هو في العلاجات الأخرى، بل يركز على الحل والتغيرات التي يستطيع الأفراد تحقيقها في الحاضر والمستقبل (Ciuffardi et al., 2013, 44). بالإضافة إلى أنه في هذا النوع من العلاج يظهر المعالج إحساساً حاداً بالفضول أثناء جلسة العلاج مع العميل عن طريق طرح العديد من الأسئلة بدلاً من إعطاء الملاحظات والإجابات أو تشخيص المشكلات وذلك من أجل مساعدة العميل على إعادة النظر إلى الموقف من منظور مختلف واستخدام التقنيات التي تركز على الحل. خلال عملية العلاج، قد يؤثر سلوك المعالج على العميل للتغيير في المناقشات المستقبلية في العلاج (Taylor, 2013, 22).

- هذا وقد حدد دي شازير (De-Shazer, 1985) كما جاء فى (Foy,2017,7) ثلاثة أنواع من سلوكيات المعالج والتي قد تؤدي إلى ميل العملاء أكثر لمناقشة الحلول والتغيير:
- ١- طرح الأسئلة *Eliciting questions*: ما هو الأفضل؟ "ما هو أفضل منذ أن التقينا آخر مرة؟"
 - ٢- أسئلة حول التفاصيل *Questions about details*: يمكن أن تتضمن هذه الأسئلة، هل يمكنك أن تخبرني المزيد عن كيفية حدوث ذلك؟ كيف تمكنت بالضبط من تحقيق ذلك؟ هل ما فعلته كان مختلفاً؟
 - ٣- المكافآت اللفظية *Verbal rewards*: هنا يحاول المعالج تأكيد الكثير من العمل الذي قام به العميل بالفعل في التعامل مع المشكلة. فالمعالج ينبغي أن يكون دائماً على دراية بالثقافة والسياق عند تقديم المديح للعميل.

مبادئ العلاء المآصر المرآز على الءل

- للعلاء المآصر المرآز على الءل مجموعة من المبادئ يوردها كل من (Richmond, 2007, 16; Foy,2017,9) على النحو الآلى:
- التركيز على الإيجابيات وعلى الحلول المستقبلية؛ بالإضافة إلى أن التركيز على نقاط القوة والحديث عن الءل سيزيد من احتمالية أن يكون العلاء قصيراً.
 - أن الأفراد الذين يأتون للعلاء لديهم القدرة على التصرف بشكل فعال. ومع ذلك، يتم حظر هذه السعة مؤقتاً بسبب الإدراك السلبي.
 - هناك استثناءات لكل مشكلة.
 - يميل العملاء إلى تقديم جانب واحد من المشكلة؛ بينما يقوم المعالجون الذين يركزون على الءل بدعوة العملاء لعرض مشاكلهم من جوانب مختلفة.
 - التغيير الصغير يعزز التغيير الأكبر.
 - يرغب العملاء فى التغيير، ولديهم القدرة على التغيير ويبدلون قسارى جهودهم لإحداث التغيير.
 - نظراً لأن كل فرد فريد من نوعه، كذلك كل حل.

كما يذكر (Kim,2006,15-16) أن هناك مجموعة من المبادئ التي يقوم عليها العلاج المختصر المرتكز على الحل؛ والتي تتمثل فيما يلي:

- **التأكيد على الصحة النفسية:** العلاج المختصر المرتكز على الحل هو نهج غير مرضي يركز على الجوانب الإيجابية والصحية للعيش بدلاً من المشاكل أو المرض. لذلك، يركز المعالج على نقاط قوة العميل وموارده وقدراته بدلاً من عجزه وإعاقته. حتى عند وجود مشاكل، لا ينظر العلاج المختصر المرتكز على الحل إلى تلك المشاكل على أنها تمثل أمراض أو عجز كامن.
- **الانتفاع:** يبني العلاج المختصر المرتكز على الحل من خلال الاستفادة من نجاح العميل السابق والموارد الداخلية لتحقيق الأهداف العلاجية. إن دور المعالج هو فقط استخلاص تلك الصفات التي يمتلكها العميل باستخدام لغة العميل الخاصة، والإطار المرجعي، والقدرة على تخيل المستقبل عندما لا تعد المشكلة موجودة.
- **وجهة نظر غير تقليدية وغير معيارية يحددها العميل:** لا يركز العلاج المختصر المرتكز على الحل على افتراضات حول الطبيعة "الحقيقية" لمشاكل العميل. يقبل آراء العميل حول المشكلة، وبالتالي يُنظر إلى العميل كخبير يعرف الحل أيضًا ويُنظر إلى المعالج على أنه متعلم يقبل وجهة نظر العميل دون فرض أي افتراضات. لا يساعد المعالجون العملاء إلا على تحسين الحلول واقتراح حلول إضافية ضمن العلاقة التعاونية.
- **عدم التركيز على تفاصيل مشكلات العميل:** يتبع العلاج المختصر المرتكز على الحل بشكل أساسي نموذجًا استشاريًا موجزًا، من خلال افتراض أن "القيام بما هو ناجح هو المفتاح" بدلاً من تكريس الوقت لاستنباط أوصاف تفصيلية لمشكلات العميل. وبعبارة أخرى، هناك حاجة إلى الحد الأدنى من التغييرات فقط لبدء حل المشكلات، وبمجرد بدء التغيير، فإنه يؤدي بشكل طبيعي إلى تغييرات أخرى وبالتالي إلى مزيد من التغييرات في النظام ككل.
- **التغيير أمر لا مفر منه:** "التغيير مستمر ولا مفر منه" في منظور نموذج العلاج المختصر المرتكز على الحل. وبعبارة أخرى، لأن العملاء لا يمكنهم المساعدة في تغيير المعالجين الذين يركزون على الحلول، عن طريق تحديد الأوقات التي لا تحدث فيها المشكلة أو عندما لا تكون المشكلة شديدة، تسمى "الاستثناءات".

- **التوجه الحالي والمستقبلي:** يركز العلاج المختصر المرتكز على الحل بشكل أساسي على مساعدة العملاء في تعديلهم الحالي والمستقبلي. يعتبر الماضي انعكاساً لكيفية عيش العملاء في الوقت الحاضر. فالسؤال المعجزة و "ماذا بعد؟" يتم استخدامهما لتوجيه العميل لوصف شيء بارز في الحاضر ولتخيل المستقبل عندما تكون المشكلة لم تعد موجودة.
- **التعاون:** لا يركز العلاج المختصر المرتكز على الحل على تعاون العميل فحسب، بل يعمل المعالج معاً من خلال رؤية المشكلة من وجهة نظر العميل والتفاوض على هدف علاج مقبول من الطرفين، واستخدام نقاط القوة والموارد الموجودة في محاولة لحل المشكلة.

مميزات العلاج المختصر المرتكز على الحل

- يتميز العلاج المختصر المرتكز على الحل بمجموعة من المميزات والتي تتمثل فيما يلي:
- يمكن الأفراد من استخدام ما لديهم من موارد وخبرات سابقة في تطوير حلولهم الخاصة
(Connell, 2014,45).
- يضع تركيزه على الحل مبكراً، ويقضي معظم الوقت المرتبط بالحديث عن المشكلة والتشخيص. بشكل عام، كما يتم التركيز بشدة على التدخل في الجلسة الأولى، بناءً على الأهداف المعلنة للفرد.
- يرى هذا النوع من العلاج أن هدفه هو الشروع في التغيير، كما ينظر إلى العملاء على أنهم يتغيرون باستمرار، وقادرون على التغيير بمجرد قيامهم بتأسيس اتجاه مفيد وتقدير لما يقومون به بالفعل، فإن ذلك يجعلهم أقرب إلى أهدافهم ويمكنهم الحفاظ على جهود التغيير بشكل مستقل.
- يشدد على تعريفات العميل للأهداف، وبالتالي، لا يضع سوى القليل من الوقت والتركيز على المقاومة والعمل على التغلب عليها.
- يركز على نشاط العميل بين الجلسات، مع الاقتراحات المباشرة لـ "القيام بشيء مختلف" إذا كانت الاستراتيجيات الحالية لا تعمل بفاعلية، والقيام بما هو أكثر فعالية
(Rees,2005,55-56).

مكونات جلسات العلاج المختصر المرتكز على الحل

يشير كل من (Wettersten, 2000, 30-32; Rees, 2005, 70-73; Kok-Mun et al., 2012, 212-213 ; Wilson, 2015, 41-45; Hsu & Wang, 2011, 324-326) إلى أن مكونات العلاج المختصر المرتكز على الحل تتمثل فيما يلي:

- ١- الانضمام *Joining*: وتشير إلى العملية المتبادلة التي يشارك فيها كل من المعالج والمعلماء، حيث يتقنون ببعضهم البعض، ويولون اهتمامًا وثيقًا لبعضهم البعض ويقبلون وجهة نظر بعضهم البعض على أنها صالحة وقيمة وذات مغزى. من خلال قبول رؤية العميل للعالم، يمكن للمعالج أن يساعد على حل الشكوى ببساطة وسهولة.
- ٢- تحديد التغيير قبل الجلسة *Identification of pre-session change*: إن تحديد التغيير قبل الجلسة هو جزء من سلسلة من التقنيات المصممة لتحديد الاستراتيجيات الناجحة لحل المشكلات التي يشارك فيها العميل خارج العلاج. في هذه الحالة، يعمل المعالج مع العميل لمساعدته على تحديد أي تغييرات إيجابية حدثت منذ وقت المكالمات الهاتفية إلى الجلسة الأولى. إذا تم تحديد التغييرات الإيجابية، فإن العميل والمعالج يعملان على مواصلة هذه التغييرات وتضخيمها في إطار المبدأ التوجيهي المتمثل في "القيام بالمزيد من الأعمال الناجحة".
- ٣- الحديث الحر عن المشكلات *Problem Free Talk*: تبدأ جلسات العلاج المختصر المرتكز على الحل بإتاحة الفرصة من قبل المعالج للعميل للحديث الحر عن المشكلات التي تواجهه، كما يهتم المعالج بتوجيه مجموعة من الأسئلة للعميل للتعرف على هواياته واهتماماته، وما الذي يستمتع به، وما يجيده، والمشكلات التي يعاني منها بالإضافة إلى اهتمام المعالج بالتعرف على الصفات الشخصية، ومهارات، وقدرات، وكفاءات العميل.
- ٤- تشكيل الهدف *Goal formation*: يتكهن أصحاب العلاج المختصر المرتكز على الحل بأن تطوير العميل لأهداف محددة جيدًا هو العمل الرئيسي للعلاج. لكي ينجح تمرين الأهداف المحددة جيدًا، يجب على المعالج مساعدة العميل في صياغة أهدافه بشكل إيجابي، كما يجب أن تتضمن تلك الأهداف أفعال يمكن قياسها، كذلك يجب أن تكون الأهداف ضمن إطار زمني.

- ٥- **تطوير أفضل للآمال أو المستقبل المفضل** *Elaborating best hopes or preferred future* بعد الانتهاء من تحديد أهداف العميل، يقوم المعالج بطرح مجموعة من الأسئلة لمساعدة العملاء على وصف أفضل لآمالهم أو مستقبلهم المفضل بالتفصيل، وكذلك لمساعدتهم على وصف شكل حياتهم عندما تنتهي المشكلة.
- ٦- **تحديد استثناءات أو حالات النجاح** *Identifying exceptions or instances of success* في هذا النمط من العلاج تعتبر جميع المشكلات بغض النظر عن صعوبتها لها استثناءات. لذا على المعالج طرح المزيد من الأسئلة التي تبدأ بـ "ماذا" و "متى" و "كيف" و "من" لاستكشاف مزيد من التفاصيل زالت من شأنها أن تساهم في تحقيق أفضل آمال العميل أو مستقبله المفضل، كما تساعده على معرفة ما لديه من نقاط القوة، والقدرات اللازمة لإجراء التغييرات اللازمة، وأن لديه بالفعل حلولاً ناجحة لمشكلته القائمة وأنه يعرف بالفعل ما الذي يساهم في نجاحه.
- ٧- **لغة توقع التغيير** *Change-expectant language*: خلال التفاعل الكامل مع العملاء، يعمل المعالجون الذين يركزون على الحلول على استخدام اللغة التي تفترض مسبقاً إمكانية التغيير. يتشكل هذا في افتراض المستقبل في حالة عدم وجود المشكلة ("عندما تأكل بشكل أفضل. مقابل" إذا بدأت في تناول الطعام بشكل أفضل..")، وافتراض أن المشكلة ليست حالة أو سمة مزمنة ("يبدو أنك تشعر أنك ليس على ما يرام" مقابل "أنت مكتئب"). لذا فإن مناقشة التغيير والأمل والإمكانيات المتاحة هي خطوة مؤثرة في تحريك الفرد نحو خلق المعنى والصفات المختلفة والمأمولة والموجهة نحو الاحتمالات.
- ٨- **نهج الفريق** *Team approach*: تمشيا مع نهج "ليس لدينا كل الإجابات"، كثيراً ما يستخدم معالجوا العلاج المختصر المرتكز على الحل مرآة أحادية الاتجاه كوسيلة لتطبيق نهج جماعي للعلاج. أثناء عملية العلاج، يكون لأعضاء الفريق الذين يقفون خلف المرآة الحرية في الاتصال بالجلسة، كما يتاح للمعالج أن يطلب مزيداً من المعلومات (على سبيل المثال، الحصول على مزيد من التفاصيل بشأن استثناء معين). يعمل الفريق أيضاً مع المعالج أثناء استراحة التشاور لتطوير المجاملات، وبيان الجسر، ورسالة التدخل.

- ٩- استراحة التشاور *Consultation break*: وفيها يبتعد المعالجون عن عملائهم لمدة تتراوح من ٥ إلى ١٠ دقائق من أجل الحصول على الوقت للتفكير بوضوح فيما يتعلق بالإطراء الحقيقي المرتبط بنقاط قوة عملائهم ومهارات التأقلم، وتطوير التدخل.
- ١٠- ردود الفعل والختام *Feedback and closing*: من الممارسات الشائعة للمعالج أن يأخذ قسطاً من الراحة قرب نهاية الجلسة ويترك المجال لبضع دقائق للتفكير في ردود الفعل التي يرغب في منحها للعميل. تنتهي الجلسات عادةً بمعرفة المعالج بمشكلة العميل، والتحقق من صحة ما يفعله العميل، والتفكير في المهارات والصفات والقوة التي أصبحت واضحة خلال الجلسة والتي تتعلق بمستقبل العميل.
- ١١- جلسات المتابعة *Follow-up sessions*: وتهدف إلى ملاحظة التقدم والنجاح؛ وتبدأ جلسات المتابعة بطرح السؤال التالي: "ما الذي سُررت بمشاهدته منذ آخر مرة رأيتك فيها؟"؛ حيث أنه غالباً ما تمر علامات التحسن دون أن يلاحظها العميل، وعندما يلاحظ ذلك، يسارع العميل في استبعادها أو التقليل منها. عندما يصف العميل أي علامات على التحسن، يُطلب منه وصف هذه التغييرات بأكبر قدر ممكن من التفصيل مع أسئلة "ماذا" و "متى" و "من" و "كيف". يتم تشجيع العميل على تهنئة نفسه بنجاحها، للتأمل فيما فعله مما أدى إلى التغيير ('كيف فعلت ذلك؟').

فنيات العلاج المختصر المرتكز على الحل

يشير كل من (*Nicholas, 2005, 70-73; Wettersten, 2000, 30-32; Ogunsakin, 2015, 210-214*) إلى وجود مجموعة من الفنيات التي تستخدم في هذا المنحى العلاجي، والتي منها:

- ١- السؤال المعجزة *Miracle question*: عادةً ما يُطرح السؤال المعجزة خلال الجلسة الأولى، وهو عبارة عن تقنية تهدف إلى بناء جسر بين التوافق مع العميل أو المشكلة والحل. على الرغم من وجود اختلافات عامة، إلا أن السؤال الذي يتأهب عادة ما يكون قريباً مما يلي: "إذا عدت إلى المنزل هذا المساء، وذهبت إلى النوم، وأثناء نومك حدثت

معجزة وذهبت المشكلة التي أتت بك إلى هنا للحصول على المساعدة، هل ستكون حالتك مختلفة عندما تستيقظ في صباح اليوم التالي؟". تتم متابعة هذا السؤال بشكل متكرر مع الأسئلة ذات الصلة التي توفر مزيداً من التفاصيل حول ما ستكون عليه المعجزة، وأسئلة الاستثناء التي تبحث عن الأوقات التي ربما حدثت فيها المعجزة كلها أو جزء منها بالفعل.

٢- أسئلة الاستثناء الاستقصائي *Exception-finding questions*: من الافتراضات

الهامة لنهج العلاج المختصر المرتكز على الحل هو أن الأشخاص في حالة مستمرة من التدفق. وبالتالي، فإن مشاكل الأفراد هي أيضاً في حالة تغير مستمرة. الغرض من أسئلة الاستثناء الاستقصائي هي المساعدة في تحديد الأوقات التي تكون فيها مشكلة العميل أقل أو قد لا تكون على الإطلاق، واستكشاف ما هو مختلف عن تلك الأوقات. من خلال القيام بذلك، يخرط العميل والمعالج بنشاط في بناء الحلول. كما هو الحال مع السؤال المعجزة، تتبع أسئلة استقصاء الاستثناء بأسئلة تؤكد على التفاصيل.

٣- أسئلة القياس *Scaling questions*: يتم استخدام أسئلة القياس في العلاج المختصر

المرتكز على الحل لتزويد المعالجين والعملاء بمواصلة لغوية مشتركة لتعبير العملاء عن تجاربهم الذاتية والتقدم نحو الأهداف.

٤- أسئلة التأقلم *Coping questions*: وتسعى إلى إبراز الموارد التي يستخدمها العملاء

بالفعل للتعامل مع مشكلاتهم. يتم استخدام هذه الأسئلة مع العملاء كوسيلة لتحديد نقاط قوتهم ومرونتهم وإبداعه من خلال التركيز على الإيجابيات، بدلاً من المشاكل. على سبيل المثال، قد يطلب معالج العلاج المختصر المرتكز على الحل من العملاء الذين يعانون من الاكتئاب الشديد كيف تمكنوا من الوصول إلى الجلسة ومتابعة الأسئلة التي تتطلب من العملاء توضيح الموارد الشخصية التي حددها للتو.

٥- المجاملات ورسالة التدخل *Compliments and intervention message*: والهدف

منها قيام المعالج بإبراز نقطة قوة أو أكثر أو موارد الشخصية حددها العميل خلال الـ ٤٥ دقيقة الماضية. يتم تقديم هذه القوة أو الموارد الشخصية للعميل في شكل مجاملة. بعد

تقديم المجاملة، يوفر المعالج جسراً بين رسالة التدخل والمديح ويعرض أخيراً رسالة التدخل نفسها. تتكون رسالة التدخل من مهمة أو واجب منزلي متعلق بالإطراء وبالهدف المحدد كجزء من تمرين الهدف المحدد جيداً.

٦- **تساؤلات العلاقة *relationship questions***: ويستخدمها المعالج للتعرف على الأفراد الذين يساندون العميل في التغلب على المشكلات التي يواجهها.

٧- **الجوائز *Accolades***: وتتمثل في قيام المعالج بمنح الجوائز والثناء للعملاء عندما يحرزون تقدماً في علاجهم. يمكن أن يشجعهم ذلك على القيام بمزيد من الثناء والثقة بالنفس واستعادة ثقتهم بأنفسهم. كما أنه يضمن للعملاء أن المعالجين مهتمون حقاً بتقدمهم. فالجوائز تبني الثقة وتعزز جلسات العلاج كجهد جماعي يعمل فيه الجميع من أجل النصر والنجاح.

هذا وقد اهتمت العديد من الدراسات باستخدام العلاج المختصر المرتكز على الحل مع أمهات أطفال الأوتيزم؛ كدراسة (Zhang et al., 2014) والتي هدفت إلى التعرف على كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحلول في تعزيز النمو لمرحلة ما بعد الصدمة لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم. تكونت عينة الدراسة من (١٨) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب كمجموعة تجريبية، و(٢٥) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم كمجموعة ضابطة. اشتملت أدوات الدراسة على قائمة النمو لمرحلة ما بعد الصدمة - النسخة الصينية. تمثل منهج الدراسة في المنهج التجريبي. توصلت نتائج الدراسة إلى كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحلول في تعزيز النمو لمرحلة ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

وهدفت دراسة (Kenney, 2010) إلى استخدام العلاج المختصر المرتكز على الحلول لخفض حدة الضغوط الوالدية والتشويه المعرفي لدى عينة من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم. تكونت عينة الدراسة من (٣) من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم. تمثلت أدوات الدراسة في مقاييس التشويه المعرفي **Cognitive Distortion**

Scales، وقائمة الضغوط الوالدية **Parenting Stress Index**. تمثل منهج الدراسة في المنهج التجريبي. أشارت نتائج الدراسة إلى كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض التشوه المعرفي والضغوط الوالدية لدى عينة الدراسة.

كما هدفت دراسة **عبير سماحة (٢٠١٩)** إلى التعرف على فعالية برنامج إرشاد أسري قائم على المنحى قصير المدى المرتكز على الحل لتحسين تواصل الأسرة مع طفلها من ذوي اضطراب الأوتيزم، مما قد يسهم في تحسين حالة الطفل وفي مساعدة الآباء على التعامل معه. تكونت عينة الدراسة من (٢٠) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم وأبنائهم الذين تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٣-٦) سنة. اشتملت أدوات الدراسة على مقياس المهارات التواصلية للطفل من ذوي اضطراب الأوتيزم من إعداد الباحثة. تمثل منهج الدراسة في المنهج التجريبي. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية استخدام برنامج الإرشاد الأسري القائم على المنحى قصير المدى المرتكز على الحل لتحسين تواصل الأسرة مع طفلها من ذوي اضطراب الأوتيزم.

المحور الثاني: اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

مفهوم اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية **Post-traumatic stress disorder**

سمي هذا الاضطراب بأسماء ومصطلحات متعددة، ولأنه ارتبط أصلاً بالحرب الفيتنامية، فإنه اصطلح على تسميته بمتلازمة ما بعد فيتنام (**Post-Vietnam Syndrome**)، والحالات الصدمية ما بعد فيتنام (**Post-Vietnam Traumatic States**)، ومتلازمة معسكرات الأسر (**Concentration Camps Syndrome**)، ومتلازمة استجابة ضغط ما بعد المعركة (**Post - Combat Stress Response**)، وعصاب الصدمة النفسية (**Traumatic Neurosis**). ثم استقر في التصانيف الطبية النفسية بصورها الأخيرة على تسميته باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، بالإضافة إلى ذلك ترجم هذا المصطلح إلى اللغة العربية بصياغات مختلفة. فمنهم من ترجمه إلى "اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة"، ومنهم من ترجمه إلى "عقبى الكرب الرضحي"، وآخرون ترجموه إلى "اضطراب عقابيل الضغوط النفسية"، و"اضطراب الاجهاد ما

بعد الشدة"، و" اضطراب عقابيل التعرض للشدة النفسية"، و" اضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية" (قاسم صالح، ٢٠١٥، ٣٣٤-٣٣٥).

هذا ولقد أثار اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية اهتماما كبيرا منذ ظهوره الأول في الدليل التشخيصي الإحصائي الإصدار الثالث (*DSM-III*) الصادر عام ١٩٨٠، ولقد عرف في الدليل التشخيصي الإحصائي الإصدار الخامس (*DSM-V, 2013*) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (*American Psychiatric Association*) على أنه اضطراب عقلي يمكن أن يتطور بعد تعرض الشخص لحدث صادم، مثل الاعتداء الجنسي أو الحرب أو التصادمات الجسدية أو غيرها من التهديدات التي تؤثر على حياة الشخص (*American Psychiatric Association, 2013*).

كما يعرف أيضاً على أنه مرض نفسي *psychiatric illness* منهك *debilitating* يتسم بضغط عاطفي وعقلي مستمر بعد التعرض للصدمة (أي التعرض لحدث بما في ذلك الموت أو التهديد بالقتل، أو التعرض لإصابة خطيرة فعلية أو مهددة، أو العنف الجنسي الفعلي أو التهديد) (*Fonkoue et al., 2020, 409*). كذلك يعرف على أنه أحد الاضطرابات السلوكية والفسولوجية الأكثر شيوعاً التي قد تظهر بعد مشاهدة أو التعرض لظروف مروعة أو مرعبة. قد تكون الأحداث الصادمة أحداثاً خطيرة تهدد الحياة مثل القتال العسكري، والكوارث، والمواقف المرعبة مثل الهجمات الإرهابية والاعتصاب الجسدي أو الحسي (*Hendawy et al., 2020, 172*).

هذا ويتميز اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بمجموعة من الأعراض والتي تتمثل فيما يلي:

- إعادة المرور بنفس الأعراض *Re-experiencing symptoms*: مثل ظهور كوابيس مزعجة.
- تجنب المنبهات *Avoidance of stimuli*: مثل الأنشطة والأماكن والأشخاص، التي تذكر المصاب بالحدث؛ قد يكون غير قادر على تذكر التفاصيل الرئيسية للحدث أو الشعور بالخدر العاطفي *emotionally numb*.

- أعراض فرط الإثارة *Hyper arousal symptoms* : بما في ذلك التهيج الشديد وضعف التركيز والأرق والاستجابة المفاجئة للمفاجأة (Panisch&Audrey,2020,541; Gabriele et al.,2021,2).
- *Intrusion* التطفل : ذكريات متكررة، لا إرادية، مزعجة، أحلام مزعجة (ذكريات الماضي)، ضغوط نفسية شديدة أو مطولة، أعراض جسدية مثل عدم انتظام دقات القلب والتعرق، وأفكار مخيفة.
- *Negative Alternation in Cognition and Mood* التناوب السلبي في الإدراك والمزاج : عدم القدرة على تذكر أي أدلة مهمة تتعلق بالأحداث الصادمة بسبب فقدان الذاكرة الانفصالي، والأفكار والمعتقدات السيئة المفرطة والمستمرة عن الذات والآخرين والعالم (لا يمكن الوثوق بأحد). يبدأ الشخص في إلقاء اللوم على نفسه أو على الآخرين بسبب الإدراك المستمر المشوه. عادة ما يعانون من حالة عاطفية سلبية وانخفاض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية الرئيسية (Hendawy et al., 2020,173; Crombie et al., 2021,1).

معايير تشخيص اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

أورد أنور الحمادي (٢٠١٤، ١٤٧-١٤٨) معايير تشخيص اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية كما جاء في (DSM-5) على النحو التالي:

أ) التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

- ١- التعرض مباشرة للحدث الصادم.
- ٢- مشاهدة الحدث عند حدوثه للآخرين.
- ٣- المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.

٤- التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل المثال، أو المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار (أ-٤) إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذات صلة بالتعرض.

ب) وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

- ١- الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.
- ٢- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم / أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
- ٣- ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردة الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي المحيط).
- ٤- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.
- ٥- ردود الفعل الفزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي تشبه جانباً من الحدث الصادم.

ج) تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم وتبدأ بعد وقوع الحدث، كما يتضح واحد مما يلي أو كليهما:

- ١- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة أو الأفكار أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
- ٢- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، الأشياء والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة والأفكار والمشاعر عن الحدث الصادم.

(د) التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت**أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:**

- ١- عدم القدرة على تذكر جوانب هامة من الحدث الصادم.
- ٢- المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات أو الناس أو العالم (مثل "أنا سيء" "لا يمكن الوثوق بأحد" "العالم خطير بشكل كامل").
- ٣- المدركات الثابتة والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه أو غيره.
- ٤- الحالة العاطفية السلبية المستمرة (مثل الخوف والرغب والغضب والشعور بالعار).
- ٥- تساؤل بشكل ملحوظ للاهتمام أو المشاركة في الأنشطة الهامة.
- ٦- مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.
- ٧- عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (مثل السعادة والرضا والمحبة).

(هـ) تغيرات ملحوظة في الاستثارة وردود الفعل المرتبطة بالحدث الصادم، والتي تبدأ**أو تتفاقم بعد الحدث، ويتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:**

- ١- سلوك متوتر ونوبات غضب والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
- ٢- التهور أو سلوك تدميري للذات.
- ٣- التيقظ المبالغ فيه.
- ٤- استجابة عند الخوف مبالغ بها.
- ٥- مشاكل في التركيز.
- ٦- اضطراب في النوم (مثل صعوبة النوم، البقاء نائم أو النوم المتوتر).

(و) مدة الاضطراب معايير (أ، ب، ج، د) أكثر من شهر واحد.**(ز) يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية****أو غيرها من المجالات الهامة.**

ح) لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية أو الكحول) أو حالة طبية أخرى

هذا وقد اهتمت بعض الدراسات بدراسة اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم كدراسة صلاح آدم (٢٠١٩) والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للتخفيف من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لأمهات أطفال الأوتيزم. تكونت عينة الدراسة من (٢٠) من أمهات أطفال الأوتيزم. اشتملت أدوات الدراسة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لأمهات أطفال الأوتيزم والبرنامج التدريبي. تمثل منهج الدراسة في المنهج التجريبي. أشارت نتائج الدراسة إلى كفاءة البرنامج التدريبي في التخفيف من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من أمهات أطفال الأوتيزم.

كما هدفت دراسة (Stewart et al.,2020) إلى المقارنة بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم، وأمهات الأطفال ذوي الأمراض النادرة، وأمهات الأطفال العاديين في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. تكونت عينة الدراسة من (١٣٩) من أمهات الأطفال ذوي الأمراض النادرة، و(٢٢٦) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم، و(٣٠) من أمهات الأطفال العاديين. اشتملت أدوات الدراسة على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. تمثل منهج الدراسة في المنهج الوصفي المقارن. توصلت نتائج الدراسة إلى أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم أكثر معاناة من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية مقارنة بأمهات الأطفال ذوي الأمراض النادرة، وأمهات الأطفال العاديين.

فروض الدراسة

- من خلال الإطار النظري للدراسة الحالية والدراسات والبحوث السابقة، صاغت الباحثة الفرضان التاليان ليكونا بمنزلة إجابات محتملة لما أثير في مشكلة الدراسة من تساؤلات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة وذلك لصالح القياس البعدي.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة.

المنهجية والإجراءات المتبعة في الدراسة :

منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة).

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة التجريبية من خمسة من أمهات أطفال الأوتيزم كمجموعة تجريبية.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

استخدمت الباحثة: برنامج الرزم الإحصائية (SPSS 18) في التوصل إلى النتائج بالأساليب الإحصائية الآتية:

- ١- اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب الدرجات المرتبطة Wilcoxon Signed Ranks Test، لحساب الفرق بين متوسطي رتب أزواج الدرجات المرتبطة.
- ٢- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة Matched- Pairs Rank biserial (r_{prb}) correlation لمعرفة حجم تأثير البرنامج (أو قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع) الذي يتم حسابه من المعادلة التالية:

$$r_{prb} = \frac{4(T1)}{n(n+1)} - 1$$

- حيث: r_{prb} = حجم التأثير أو قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة).
T1 = مجموع الرتب ذات الإشارة الموجبة. n = عدد أزواج الدرجات.

أدوات الدراسة:

تتمثل أدوات الدراسة فيما يلي :

- ١- مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم من إعداد الباحثة.
- ٢- البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل من إعداد الباحثة.

وفيما يلي عرض لأداتي الدراسة على النحو التالي:

١- مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم من إعداد الباحثة

نظراً لكون أن هذه الدراسة تسعى إلى خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم وذلك من خلال برنامج قائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل؛ كان لابد من اختيار الأداة المناسبة لتحقيق هذا الهدف؛ لذا حاولت الباحثة إعداد هذا المقياس استناداً على ما جاء في الإطار النظري لمتغير اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، وما ورد من أدوات لقياسه خلال الدراسات السابقة التي تناولت هذا المتغير، وما اطلعن عليه الباحثة من مقاييس هدفت إلى قياسه:

مبررات إعداد المقياس:

- هناك مجموعة من المبررات دفعت الباحثة إلى إعداد هذا المقياس وهذه المبررات هي:
- قلة المقاييس العربية المصممة والمقننة على عينات عربية أو مصرية من أمهات أطفال الأوتيزم - في حدود اطلاع الباحثة - والتي تقيس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية التي يقيسها المقياس المعد.
- تشبع المقاييس الأجنبية بعوامل ثقافية تختلف عن ثقافة البيئة المصرية.

الهدف من المقياس:

يهدف المقياس إلى قياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم.

خطوات إعداد المقياس:

- مرّ تصميم المقياس بعدة مراحل كالتالي:
- مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة الخاصة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والاستفادة منها في بناء المقياس الحالي وتحديد أبعاده.
- الإطلاع على أهم المقاييس التي تناولت اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

الخصائص السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس:

لحساب صدق المقياس تم استخدام صدق المُحكّمين، والصدق الظاهري، والصدق الذاتي، وذلك على النحو التالي:

صدق المُحكّمين:

١- تم عرض المقياس في صورته الأولية على (١١) مُحكّمًا من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة وكذا بعض المُعلّمين ممن لهم خبرة في هذا المجال، وذلك بهدف الحكم على المقياس من حيث ما يلي:

- مناسبة المقياس لعينة الدراسة.
- صلاحية العبارات، وانتماء كل عبارة للبعد الخاص بها، ودقة الصياغة.
- تعديل العبارات التي تحتاج إلى تعديل، وإضافة ما يروّنه مناسبًا لطبيعة المقياس، وما وضع لقياسه.

ويوضح الجدول التالي النسب المئوية لاتفاق السادة المُحكّمين على عبارات مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية:

جدول رقم (١) نسب اتفاق السادة المُحكّمين على عبارات مقياس اضطراب

ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم (ن = ١١)

| رقم العبارة | نسبة الاتفاق | رقم العبارة | نسبة الاتفاق | رقم العبارة | نسبة الاتفاق |
|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| ١ | %١٠٠ | ١ | %١٠٠ | ١ | %٩٠,٩١ |
| ٢ | %١٠٠ | ٢ | %١٠٠ | ٢ | %٩٠,٩١ |
| ٣ | %٨١,٨٢ | ٣ | %٨١,٨٢ | ٣ | %١٠٠ |
| ٤ | %١٠٠ | ٤ | %٩٠,٩١ | ٤ | %١٠٠ |
| ٥ | %٩٠,٩١ | ٥ | %٨١,٨٢ | ٥ | %٨١,٨٢ |
| ٦ | %١٠٠ | ٦ | %٩٠,٩١ | ٦ | %١٠٠ |
| ٧ | %١٠٠ | ٧ | %٩٠,٩١ | ٧ | %٨١,٨٢ |
| ٨ | %٩٠,٩١ | ٨ | %٩٠,٩١ | ٨ | %١٠٠ |
| ٩ | %٩٠,٩١ | ٩ | %٨١,٨٢ | ٩ | %١٠٠ |
| ١٠ | %٨١,٨٢ | ١٠ | %٨١,٨٢ | ١٠ | %٨١,٨٢ |

٢- تبين للباحثان بعد تحكيم المقياس، أنّ السادة المُحكّمين قد اتفقوا على إبقاء بعض العبارات على صياغتها، كما اتفقوا على تعديل بعضها الآخر، بل واتفقوا على حذف بعض العبارات التي لا تتناسب مع وجهة نظرهم مع طبيعة المقياس. وفي ضوء ما أسفر عنه تحكيم سيادتهم فقد أقيمت الباحثة كل العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق بين المُحكّمين بلغت ٨٠% فأكثر، وقد بلغت عدد هذه العبارات المُتفق على إبقائها (٣٠) عبارة.

ومن ثمّ توصلت الباحثة إلى إعداد الصورة الأولية للمقياس، بحيث تكون درجة النهائية الصغرى هي: (٣٠) درجة، في حين تكون درجة النهائية العظمى هي: (٩٠) درجة.

الصدق الظاهري:

قامت الباحثة بتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية على عينة التقنين، والتي بلغ قوامها: (٨٠) من أمهات أطفال الأوتيزم، ولقد اتضح للباحثة أن التعليمات الخاصة بالمقياس واضحة ومحددة، وتتصف بالوضوح التام وسهولة الفهم؛ مما يؤكد أن مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يتمتع بالصدق الظاهري.

الصدق الذاتي:

ويُحسب الصدق الذاتي بالجزر التربيعي لمعامل الثبات، وعليه فقد بلغت نسبة الصدق الذاتي للمقياس ككل ولكل بعد من أبعاده، بعد حساب معامل الثبات، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٢) يوضح قيم معاملات الصدق الذاتي لأبعاد مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وللمقياس ككل

| البعد | عدد المفردات | معامل الثبات | معامل الصدق الذاتي |
|-------------|--------------|--------------|--------------------|
| الأول | ١٠ | ٠,٨٧٧ | ٠,٩٣٦ |
| الثاني | ١٠ | ٠,٨٢٦ | ٠,٩٠٩ |
| الثالث | ١٠ | ٠,٨٦٦ | ٠,٩٣١ |
| المقياس ككل | ٣٠ | ٠,٩٠٢ | ٠,٩٥٠ |

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الصدق الذاتي لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل مرتفعة جداً مما يجعل المقياس صالحاً لقياس ما وُضِعَ لقياسه.

الصدق التمييزي:

للتحقق من القدرة التمييزية لمقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية؛ تم حساب الصدق التمييزي؛ حيث تم أخذ ٢٧% من الدرجات المرتفعة من درجات العينة الاستطلاعية (٨٠) من أمهات أطفال الأوتيزم، ٢٧% من الدرجات المنخفضة للعينة الاستطلاعية، وتم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للتعرف علي دلالة الفروق بين هذه المتوسطات. وفيما يلي جدول يوضح نتائج الفروق بين متوسطى درجات الطلاب وقيمة (ت) بين المجموعتين، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (٣) نتائج الفروق بين متوسطى درجات طلاب العينة الاستطلاعية

وقيمة (ت) بين المجموعتين لمقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

| المجموعة | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة (ت) | درجات الحرية | مستوى الدلالة |
|---------------------------------|-------|---------|-------------------|----------|--------------|---------------|
| مجموعة المستوى الميزاني المرتفع | ٢٢ | ٧٧,١٨ | ٤,٣٣ | ١٤,٦٥٥ | ٤٢ | ٠,٠١ |
| مجموعة المستوى الميزاني المنخفض | ٢٢ | ٥٠,٤٥ | ٧,٣٧ | | | |

ويتضح من الجدول وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين المستويين مما يوضح أن مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية على درجة عالية من الصدق التمييزي. الصدق التكويني:

وتم حساب الصدق التكويني للمقياس من خلال حساب قيمة:

أ- الاتساق الداخلى بين درجة المفردة فى كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد.

ب- الاتساق الداخلى بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

أ) الاتساق الاتساق الداخلى بين درجة المفردة فى كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد:

تم حساب صدق مفردات المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة المفردة فى كل بعد والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه المفردة، والجدول التالي يوضح معاملات صدق مفردات المقياس للأبعاد الثلاثة المكونة للمقياس:

جدول (٤) معاملات صدق مفردات مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (ن = ٨٠)

| البعد الثالث | | البعد الثاني | | البعد الأول | |
|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
| معامل الارتباط | المفردة | معامل الارتباط | المفردة | معامل الارتباط | المفردة |
| **٠,٦٠٦ | ١ | **٠,٦٦٠ | ١ | **٠,٦٥٩ | ١ |
| **٠,٥٥٢ | ٢ | **٠,٦٢٧ | ٢ | **٠,٦٨٠ | ٢ |
| **٠,٦٦٣ | ٣ | **٠,٦٨٤ | ٣ | **٠,٧٣٥ | ٣ |
| **٠,٦٨٣ | ٤ | **٠,٧٤٦ | ٤ | **٠,٥٩٥ | ٤ |
| **٠,٧٠٠ | ٥ | **٠,٦٧١ | ٥ | **٠,٧٣٣ | ٥ |
| **٠,٧٦٢ | ٦ | **٠,٣٢٨ | ٦ | **٠,٥٨٨ | ٦ |
| **٠,٧٠٨ | ٧ | **٠,٦٨٧ | ٧ | **٠,٦٣٦ | ٧ |
| **٠,٧٨٤ | ٨ | **٠,٥٧٨ | ٨ | **٠,٦٥٠ | ٨ |
| **٠,٦٠٢ | ٩ | **٠,٦٢٣ | ٩ | **٠,٨١١ | ٩ |
| **٠,٦٨٠ | ١٠ | **٠,٦٩٠ | ١٠ | **٠,٨٠٣ | ١٠ |

(** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

ب) الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

تم حساب صدق الأبعاد الفرعية للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة

البعد والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح معاملات صدق أبعاد المقياس:

جدول (٥) معاملات صدق أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (ن = ٨٠)

| البعد | البعد الأول | البعد الثاني | البعد الثالث |
|----------------|-------------|--------------|--------------|
| معامل الارتباط | **٠,٧٤٨ | **٠,٦٩٧ | **٠,٨٥٥ |

(** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١)

يتضح من الجدولين السابقين أن قيم معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١)

مما يحقق الصدق التكويني للمقياس.

ثانياً : ثبات المقياس:

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات على عينة الدراسة الاستطلاعية؛ والتي بلغ عددها (٨٠) من أمهات أطفال الأوتيزم، حيث تم رصد نتائجهن في الاستجابة على المقياس، وقد استخدمت الباحثة طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية لكل من: سبيرمان Spearman، وجتمان Guttman، باستخدام برنامج (SPSS V.18) وذلك على النحو التالي:

طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، ومن خلال استخدام برنامج التحليل الإحصائي للبيانات (SPSS V.18)، وكانت قيم معاملات ألفا كما هي موضح بالجدول التالي:

جدول (٦) يوضح قيم معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

| البعد | عدد المفردات | معامل الثبات |
|-------------|--------------|--------------|
| الأول | ١٠ | ٠,٨٧٧ |
| الثاني | ١٠ | ٠,٨٢٦ |
| الثالث | ١٠ | ٠,٨٦٦ |
| المقياس ككل | ٣٠ | ٠,٩٠٢ |

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ جميعها مرتفعة، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية، تجعلنا نطمئن إلى استخدامه كأداة للمقياس في الدراسة الحالية.

طريقة التجزئة النصفية:

تعمل تلك الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات نصفى مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، حيث تمّ تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، حيث يتضمن القسم الأول: درجات الطلاب في الأسئلة الفردية، في حين يتضمن القسم الثاني: درجات الطلاب في الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بينهما، ويوضح الجدول التالي ما توصلت إليه الدراسة في هذا الصدد:

جدول رقم (٧) يوضح الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

| المفردات | العدد | معامل ألفا لكرونباخ | معامل الارتباط | معامل الثبات لسبيرمان براون | معامل الثبات لجتمان |
|--------------|-------|------------------------|----------------|--------------------------------|------------------------|
| الجزء الأول | ١٥ | ٠,٨٢٦ | ٠,٩١٤ | ٠,٩٥٥ | ٠,٩٥٥ |
| الجزء الثاني | ١٥ | ٠,٧٩٠ | | | |

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية مرتفعة، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية، تجعلنا نطمئن إلى استخدامه كأداة للمقياس في الدراسة الحالية.

٢- البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل من إعداد الباحثة.

الهدف من البرنامج:

تم إعداد البرنامج بهدف خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.

الأسس النظرية التي يقوم عليها البرنامج:

تضمن الكتابات النظرية التي تناولها الباحث العلاج المختصر المرتكز على الحل وكفائته في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.

المصادر التي تم الاعتماد عليها عند بناء البرنامج:

- اعتمدت الباحثة في بناء محتوى البرنامج على مصادر عديدة، منها ما يلي:
- الإطار النظري للدراسة، والذي تناول العلاج المختصر المرتكز على الحل واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.
- بعض الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت العلاج المختصر المرتكز على الحل واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم.

الأسس النفسية والتربوية التي يقوم عليها البرنامج

يقوم البرنامج الحالي على الأسس التالية:

- ١- مراعاة خصائص أمهات أطفال الأوتيزم.

- ٢- مراعاة أسس ومبادئ العلاج المختصر المرتكز على الحل عند بناء البرنامج.
- ٣- تهيئة جو من الحب والطمأنينة والتفاعل الإيجابي البناء.
- ٤- الاستفادة من مرونة جلسات البرنامج أثناء التدريب مع عينة الدراسة.
- ٥- الحرص على اشترك عينة الدراسة في الأنشطة المتضمنة في البرنامج الحالي.

الغنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج

من خلال مراجعة الباحثة لبعض الدراسات التي تناولت البرامج القائمة على العلاج المختصر المرتكز على الحل وجد أنه يتم استخدام مجموعة مختلفة من الغنيات أثناء تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم والتي تتمثل في فنية الحديث الحر عن المشكلات، وفنية استخدام أسئلة الاستثناء الاستقصائي، وفنية السؤال المعجزة، وفنية أسئلة القياس وأسئلة التأقلم، وفنية فنية المجاملات.

الحدود الإجرائية للبرنامج

- **الحدود الزمنية:** تم تدريب عينة الدراسة من أمهات أطفال الأوتيزم بهدف خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، وذلك على مدى زمني يمتد لثلاثة عشر أسبوعاً، تتراوح مدة الجلسة الواحدة تراوحت بين (٢٠ - ٣٠) دقيقة، بالإضافة إلى ١٠ - ١٥ دقيقة متروكة لمناقشة الأم في أنشطة وتدريبات الجلسة أو أي استفسار.
- **الحدود المكانية:** تم تطبيق البرنامج في مدرسة التربية الفكرية ببنها.
- **الحدود البشرية:** تم تنفيذ البرنامج على عينة من أمهات أطفال الأوتيزم.

خطة جلسات البرنامج

يحتوي البرنامج على مجموعة من الجلسات القائمة على العلاج المختصر المرتكز على الحل من أجل خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. ويتكون البرنامج من (١٢) جلسة، بواقع (٣) جلسات أسبوعياً، وتتراوح مدة كل جلسة من (٢٠ - ٣٠) دقيقة، بالإضافة إلى ١٠ - ١٥ دقيقة متروكة لمناقشة الأم في أنشطة وتدريبات الجلسة أو أي استفسار.

أساليب وطرق تقييم البرنامج التدريبي

يحتوى البرنامج على جلسات قائمة على العلاج المختصر المرتكز على الحل من أجل خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، وقد اعتمدت الباحثة على الجلسات كمؤشر على مستوى تقدم مهات ومدى صلاحية الإجراءات والفنيات التي تستخدم فى كل مرحلة.

التقييم البعدى:

تم تقييم فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة من أمهات أطفال الأوتيزم، وذلك من خلال القياس البعدى لدرجات هؤلاء الأمهات على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

التقييم التبعى:

تم تقييم استمرارية فعالية البرنامج القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل من خلال القياس التبعى (بعد مرور شهر ونصف) لدرجات الأطفال عينة الدراسة على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

نتائج الدراسة**عرض النتائج الخاصة بالفرض الأول:**

لاختبار صحة الفرض الأول للدراسة والذى ينص على أنه "يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل وفى كل بعد من أبعاده الفرعية بين التطبيقين القبلى والبعدى لصالح متوسط رتب درجات التطبيق البعدى" تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات رتب الدرجات المرتبطة بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل وفى كل بعد من أبعاده الفرعية بين التطبيقين القبلى والبعدى ، ولقياس حجم تأثير المعالجة التجريبية فى تقليل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى مجموعة الدراسة، تم حساب حجم التأثير أو قوة العلاقة، والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (٧) البيانات الوصفية لعينة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل وفي كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين القبلي والبعدي

| الأبعاد | التطبيق | العدد | المتوسط | الإ انحراف المعياري |
|-------------|---------|-------|---------|---------------------|
| الأول | القبلي | ٥ | ٢٤,٢٠ | ١,٦٤ |
| | البعدي | ٥ | ١٣,٤٠ | ١,٥٢ |
| الثاني | القبلي | ٥ | ٢٥,٢٠ | ١,٣٠ |
| | البعدي | ٥ | ١٣,٨٠ | ١,٩٢ |
| الثالث | القبلي | ٥ | ٢٥,٨٠ | ٠,٨٤ |
| | البعدي | ٥ | ١٢,٦٠ | ٠,٨٩ |
| المقياس ككل | القبلي | ٥ | ٧٥,٢٠ | ٢,٩٥ |
| | البعدي | ٥ | ٣٩,٨٠ | ٠,٤٥ |

جدول (٨) نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق

بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل

وفي كل بعد من أبعاده الفرعية بين التطبيقين القبلي والبعدي (ن = ٥)

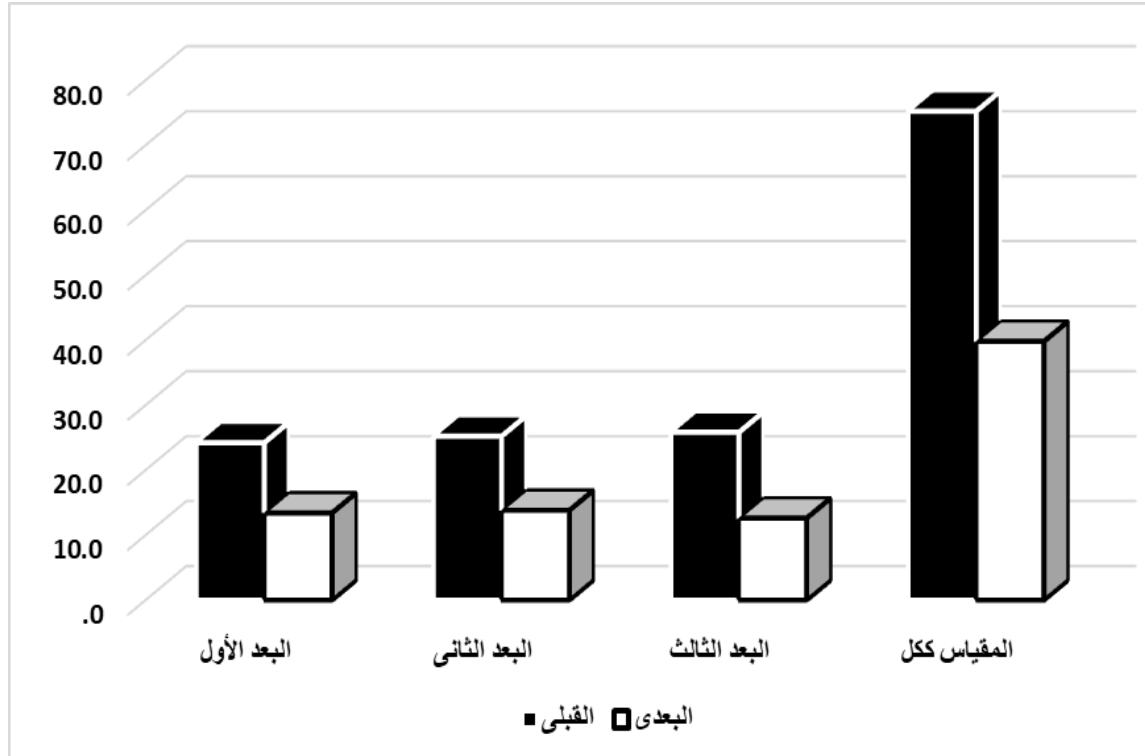
| المهارات | الإشارات (البعدي - القبلي) | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (Z) | مستوى الدلالة | حجم التأثير (r _{prb}) | مستوى التأثير |
|--------------|----------------------------|-------|-------------|-------------|----------|---------------|---------------------------------|---------------|
| البعد الأول | السالبة ^(*) | ٥ | ٣,٠٠ | ١٥,٠٠ | ٢,٠٢٣ | ٠,٠٥ | ١ | قوي جدًا |
| | الموجبة ^(**) | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | | | | |
| | صفريية ^(***) | ٠ | | | | | | |
| البعد الثاني | السالبة | ٥ | ٣,٠٠ | ١٥,٠٠ | ٢,٠٤١ | ٠,٠٥ | ١ | قوي جدًا |
| | الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | | | | |
| | صفريية | ٠ | | | | | | |
| البعد الثالث | السالبة | ٥ | ٣,٠٠ | ١٥,٠٠ | ٢,٠٣٢ | ٠,٠٥ | ١ | قوي جدًا |
| | الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | | | | |
| | صفريية | ٠ | | | | | | |
| المقياس ككل | السالبة | ٥ | ٣,٠٠ | ١٥,٠٠ | ٢,٠٣٢ | ٠,٠٥ | ١ | قوي جدًا |
| | الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | | | | |
| | صفريية | ٠ | | | | | | |

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: البعدي > القبلي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: البعدي < القبلي.

(***) الإشارة صفريية: عندما يكون: البعدي = القبلي.

والرسم البياني التالي يوضح الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية في التطبيقين القبلي والبعدي:



شكل (١) يوضح الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة

على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية في التطبيقين القبلي والبعدي

يتضح من الجدولين السابقين والرسم البياني ما يلي:

- وجود فرق دال إحصائياً (عند مستوي ٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل وفي كل بعد من أبعاده الفرعية بين التطبيقين القبلي والبعدي لصالح متوسط رتب درجات التطبيق البعدي، أي أن متوسطات أفراد الدراسة في التطبيق البعدي في المقياس ككل وعند كل بعد من أبعاده، أقل بدلالة إحصائية عن نظائرها في القياس القبلي، مما يؤكد انخفاض درجة اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية عند مجموعة الدراسة.

- وتشير قيم معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (I_{prb}) إلى: وجود تأثير قوي جداً للمعالجة التجريبية في انخفاض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة في التطبيق البعدي مقارنةً بالتطبيق القبلي.

عرض النتائج الخاصة بالفرض الثاني:

لاختبار صحة الفرض الثاني للدراسة والذي ينص على أنه "لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل وفي كل بعد من أبعاده الفرعية بين التطبيقين البعدي والتتبعي" تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات رتب الدرجات المرتبطة بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وفي كل بعد من أبعاده الفرعية بين التطبيقين البعدي والتتبعي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٩) البيانات الوصفية لعينة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل

وفي كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين البعدي والتتبعي

| الأبعاد | التطبيق | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري |
|--------------|---------|-------|---------|-------------------|
| البعد الأول | البعدي | ٥ | ١٣,٤٠ | ١,٥٢ |
| | التتبعي | ٥ | ١٢,٨٠ | ١,١٠ |
| البعد الثاني | البعدي | ٥ | ١٣,٨٠ | ١,٩٢ |
| | التتبعي | ٥ | ١٣,٦٠ | ١,١٤ |
| البعد الثالث | البعدي | ٥ | ١٢,٦٠ | ٠,٨٩ |
| | التتبعي | ٥ | ١٣,٢٠ | ١,٤٨ |
| المقياس ككل | البعدي | ٥ | ٣٩,٨٠ | ٠,٤٥ |
| | التتبعي | ٥ | ٣٩,٦٠ | ١,٥٢ |

جدول (١٠) نتائج اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon Signed Ranks Test** عند دراسة الفرق بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل وفي كل بعد من أبعاده الفرعية بين التطبيقين البعدي والتتبعي (ن = ٥)

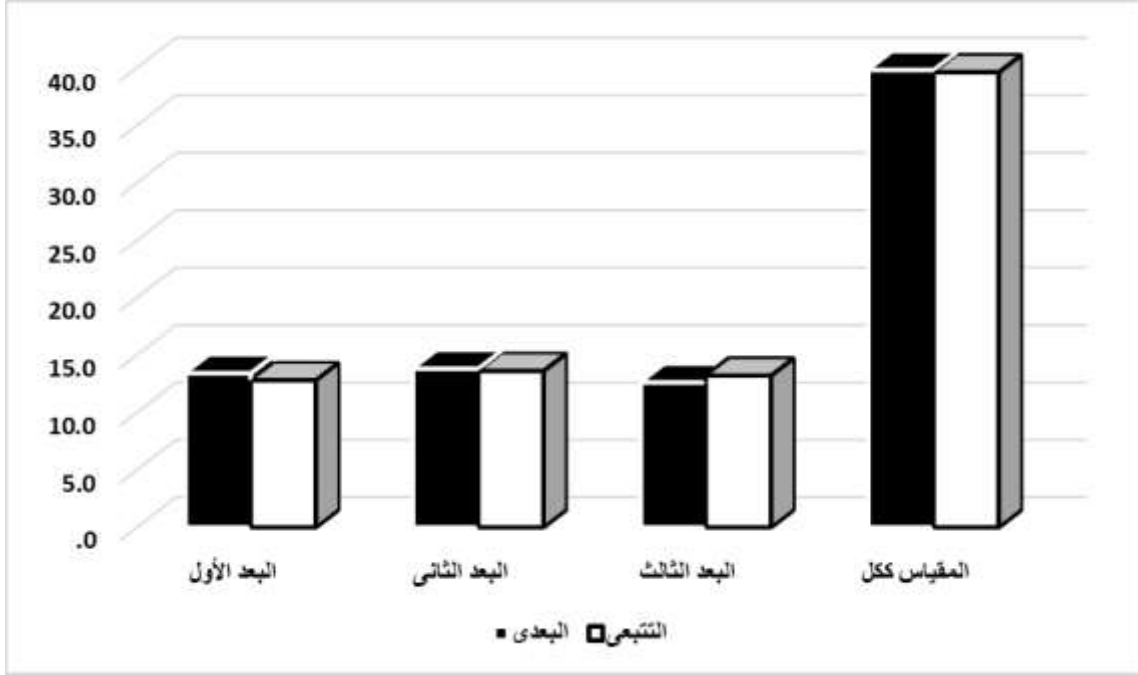
| المهارات | الإشارات (البعدي - التتبعي) | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة (Z) | Sig | الدلالة عند (٠,٠٥) |
|-------------------|--------------------------------|-------|----------------|----------------|-------------|-------|-----------------------|
| التواصل البصري | السالبة (*) | ٣ | ٢,٦٧ | ٨,٠٠ | ١,١٣٤ | ٠,٢٥٧ | لا يوجد |
| | الموجبة (**) | ١ | ٢,٠٠ | ٢,٠٠ | | | |
| | صفرية (***) | ١ | | | | | |
| التقليد | السالبة | ٣ | ٣,٠٠ | ٩,٠٠ | ٠,٤٤٧ | ٠,٦٥٥ | لا يوجد |
| | الموجبة | ٢ | ٣,٠٠ | ٦,٠٠ | | | |
| | صفرية | ٠ | | | | | |
| استخدام الإيماءات | السالبة | ١ | ١,٥٠ | ١,٥٠ | ٠,٨١٦ | ٠,٤١٤ | لا يوجد |
| | الموجبة | ٢ | ٢,٢٥ | ٤,٥٠ | | | |
| | صفرية | ٢ | | | | | |
| المقياس ككل | السالبة | ٢ | ١,٧٥ | ٣,٥٠ | ٠,٢٧٢ | ٠,٧٨٥ | لا يوجد |
| | الموجبة | ١ | ٢,٥٠ | ٢,٥٠ | | | |
| | صفرية | ٢ | | | | | |

والرسم البياني التالي يوضح الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الدراسة على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية في التطبيقين البعدي والتتبعي:

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: البعدي > القبلي.

(**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: البعدي < القبلي.

(***) الإشارة صفرية: عندما يكون: البعدي = القبلي.



شكل (٢) يوضح الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الدراسة

على مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية في التطبيقين البعدي والتتبعي

يتضح من الجدولين السابقين والرسم البياني ما يلي:

- عدم وجود فرق دال إحصائياً (عند مستوي ٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة في مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ككل وفي كل بعد من أبعاده الفرعية بين التطبيقين البعدي والتتبعي، مما يؤدي إلى تحقق الفرض الثاني.

مناقشة نتائج الدراسة

أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة الدراسة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم؛ وذلك من خلال مساعدتهن على النظر إلى الجانب الأكثر إشراقاً في وجود طفل يعاني من اضطراب الأوتيزم والذي يتمثل في أنه هبة من المولى عز وجل لاختبارهم في الدنيا وجزاءهم بالإحسان في الآخرة.

إن اعتماد البرنامج الحالي على العلاج المختصر المرتكز على الحل ساهم في إيقاف تقدم اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وبالتالي ساهم ذلك في الحد من مضاعفات هذا الاضطراب على أفراد عينة الدراسة. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات؛ كدراسة (Zhang et al.,2014) والتي أشارت إلى كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحل في تعزيز النمو لمرحلة ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم، ودراسة (Kenney,2010) والتي أشارت إلى كفاءة العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض حدة الضغوط الوالدية والتشوه المعرفي لدى عينة من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم، بالإضافة إلى نتائج دراسة عبير سماحة (٢٠١٩) والتي أشارت إلى فعالية برنامج الإرشاد الأسري قائم على المنحى قصير المدى المرتكز على الحل في تحسين تواصل الأسرة مع طفلها ذوي اضطراب الأوتيزم.

هذا وترى الباحثة أن نجاح البرنامج الحالي القائم على العلاج المختصر المرتكز على الحل في تحقيق أهدافه يعود إلى ما ذكره (Ciuffardi et al., 2013,44) في أن هذا النوع من العلاج لا يركز على الأسباب السابقة للمشكلة كما هو في العلاجات الأخرى، بل يركز على الحل والتغيرات التي يستطيع الأفراد تحقيقها في الحاضر والمستقبل.

كذلك يعود نجاح البرنامج إلى المبادئ التي يقوم عليها العلاج المختصر المرتكز على الحل والتي توصي بكيفية تطبيقه؛ وذلك من أجل مساعدته في إحداث تغييرات إيجابية في حياة العميل؛ مما ساعد ذلك الأمهات في التعايش مع الاضطراب الذي يعاني منه أبنائهن والتفكير في كيفية تحسين حالة أبنائهن.

كما ترى الباحثة أن نجاح البرنامج يعود أيضاً إلى استخدام فنيات هذا النمط من العلاج؛ ويمكن توضيح مدى مساهمة كل فنية تم استخدامها على النحو التالي:

- **فنية الحديث الحر عن المشكلات:** ساعد استخدام تلك الفنية في معرفة بعض المواقف الإيجابية وإنجازات الأمهات في الماضي، وتم استخدام هذه الاكتشافات كأدوات للتغلب على الوضع الحالي. كما ساعد استخدامها أيضاً في توفير جو من الراحة لدى الأمهات.

- **فنية استخدام أسئلة الاستثناء الاستقصائي:** والتي من شأنها أمدت عينة الدراسة ببريق من الأمل في قدرتهن على التغلب على اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وما يترتب عليه من آثار سلبية مما أثر ذلك بشكل إيجابي على العديد من جوانب حياتهن وتعزيز ثقتهن في تكرار ما جلب الراحة لظروفهن في الماضي وتشجيعهن على اتخاذ خطوات أكثر إيجابية للوصول إلى الهدف المنشود.
- **فنية السؤال المعجزة:** ساعد الأمهات على معرفة نقاط القوة والضعف لديهن، واستغلال وتطوير نقاط القوة الداخلية لديهن والأهداف الإيجابية التي من شأنها تعديل الطريقة التي يرون بها وضعهن الحالي، وتحسين وضعهن الحالي من خلال الاهتمام بطفلهن وتقديم الرعاية المتكاملة له واستغلال ما لديه من قدرات وتمييزها، وإكسابه المهارات الجديدة الضرورية للتفاعل والتواصل مع المجتمع المحيط به.
- **فنية أسئلة القياس وأسئلة التأقلم:** ساعدت في تشجيع الأمهات على التفكير في تقدمهن نحو أهداف البرنامج الحالي.
- **فنية المجاملات:** تم استخدام المجاملات التي ترتبط بشكل واقعي بما تفعله وتقولها الأمهات المشاركات في برنامج الدراسة؛ والتي أبدت للمشاركات اهتمام الباحث بهم والاستماع إليهم بعناية.

التوصيات

- في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية توصي الباحثة بما يلي :
- ١- تفعيل وحدات الإرشاد النفسي بكليات التربية من أجل تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية لأمهات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
 - ٢- تفعيل توصيات المؤتمرات المحلية والدولية بالتربية الخاصة فيما يخص أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأطفالهن.
 - ٣- توعية أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وأمهات أطفال الأوتيزم بخصائص أطفالهن وكيفية تقديم الخدمات بشكل مناسب لأطفالهن.

البحوث والدراسات المقترحة:

استكمالاً للجهد الذي بدأته الدراسة الحالية، وفي ضوء ما انتهت إليه من نتائج، تقترح الباحثة بعض الموضوعات التي ترى أنها لازالت في حاجة لمزيد من البحث والدراسة في هذا الميدان وهي:

- فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في خفض الشعور بفقدان الاستمتاع بالحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.
- فعالية العلاج التحليلي المعرفي في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.
- اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وعلاقتها بفقدان الاستمتاع بالحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أنور الحمادي (٢٠١٤). الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5. بيروت: الدار العربية للعلوم.
- صلاح آدم (٢٠١٩). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للتخفيف من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لأمهات الأطفال التوحديين. مجلة الخدمة الإجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الإجتماعيين، ٦١ (٢)، ٤٠٥-٤٥٨.
- عبير سماحة (٢٠١٩). فاعلية برنامج ارشاد أسري قائم على المنحى قصير المدى المرتكز على الحلول لتحسين التواصل مع الطفل التوحدي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة المنصورة.
- قاسم صالح (٢٠١٥). الإضطرابات النفسية والعقلية "نظرياتها، أسبابها، طرق علاجها". عمان: دار دجلة للنشر والتوزيع.
- محمد الصبوة (٢٠١٩). دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة "العلاج المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي والتقبل والالتزام والعلاج بمعالجة المعلومات الصدمية والعلاج النفسي السلوكي". القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Aliaj,B. (2016). The level of stress, anxiety and depression in mothers of autistic, down syndrome and typical development children in albania. *Journal of Education & Social Policy*, 3 (6), 32-35.
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-(5th Ed)*. Washington , DC.
- Anderson, E. (2018). Externalizing behavioral symptoms in adjudicated youth and solution-focused brief therapy delivered through video conferencing. *Ph.D*, University of Central Arkansas.

- Bannink, F. (2007). Solution-focused brief therapy. *J Contemp Psychother*, 37, 87-94.
- Bozkurt, G., Uysal, G. & Düzkaya, D. (2019). Examination of care burden and stress coping styles of parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 142-149.
- Brewer, A. (2018). “We were on our own”: Mothers’ experiences navigating a fragmented system of professional care for autism. *Social Science & Medicine*, 215, 61–68.
- Casey, L., Zankas, S., Meindl, J., Parra, G., Cogdal, P., & Powell, K. (2012). Parental symptoms of posttraumatic stress following a child’s diagnosis of autism spectrum disorder: A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1186–1193.
- Ciuffardi, G., Scavelli, S & Leonardi, A. (2013). Solution-focused brief therapy in combination with fantasy and creative language in working with children: A Brief Report. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 1 (1), 44-51.
- Connell, M. (2014). Modifying academic performance using online grade book review during solution-focused brief therapy. *PhD*, Walden University.
- Crombie, K., Ross, M., Letkiewicz, A., Sartin-Tarm, A & Cisler, J. (2021). Differential relationships of PTSD symptom clusters with cortical thickness and grey matter volumes among women with PTSD. *Scientific reports*, 1-14.
- Das, S., Das, B., Nath, K., Dutta, A., Bora, P & Hazarika, M. (2017). Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having

- children with autism: A North East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry*, 28 , 133–139.
- Fonkoue,I., Michopoulos,V & Park,J. (2020). Sex differences in post-traumatic stress disorder risk: autonomic control and inflammation. *Clinical Autonomic Research*,30,409-431.
- Foy,S. (2017). *Solution focused brief therapy: An introduction*. Springer.
- Gabriele,D., Ceccarelli,G., Santinelli,L., Vassalini,P., Innocenti,G., Alessandri,F et al. (2021). Post-Traumatic Stress Symptoms in Healthcare Workers Dealing with the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18 (2),1-16.
- Hartley,S., Papp,L & Bolt,D. (2018). Spillover of marital interactions and parenting stress in families of children with autism spectrum disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 47, 1-23.
- Hendawy,O., Alharbi,K., Parmbi,D., Alshammari,M & Shah,M. (2020). Post-traumatic Stress Disorders (PTSD). In Mathew,B & Parambi,D. (2020). *Principles of Neurochemistry*. Springer.
- Hodgetts, S., McConnell, D., Zwaigenbaum, L., & Nicholas, D. (2016). The impact of autism services on mothers 'psychological wellbeing. *Child: Care, Health and Development*, 43(1), 18–30.
- Hou,Y., Stewart,L., Iao, L & Wu,C. (2017). Parenting stress and depressive symptoms in Taiwanese mothers of young children with autism spectrum disorder: Association with children's behavioural problems. *J Appl Res Intellect Disabil*, 1-9.
- Hsu, W & Wang, C. (2011). Integrating Asian clients' filial piety beliefs into solution-focused brief therapy. *Int J Adv Counselling*, 33, 322-334.

- Hutchinson, L., Feder, M., Abar, B., & Winsler, A. (2016). Relations between parenting stress, parenting style, and child executive functioning for children with ADHD or autism. *Journal of Child and Family Studies*, 25,3644–3656.
- Kenney, J. (2010). Solution focused brief intervention for caregivers of children with autism spectrum disorder: A Single Subject Design. *Ph.D*, Walden University.
- Kiani,F., Khodabakhsh,M & Hashjin,H. (2014). Comparison of parenting-related stress and depression symptoms in mothers of children with and without autism spectrum disorders (ASD). *International Journal of Pediatrics*, 2 (3), 31-37.
- Kim,H. (2006). Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. *PhD*, University of New York.
- Kim,J& Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*,31(4),464-470.
- Kim,J. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 18 (2), 107-116.
- Kim,J., Jordan,S., Franklin,C & Froerer,A. (2019). Is solution-focused brief therapy evidence-based? An update 10 years later. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 100(2), 127–138.
- Kok-Mun, N., Parikh, S & Guo, L. (2012). Integrative solution-focused brief therapy with a Chinese Female college student dealing with relationship loss. *Int J Adv Counselling*, 34, 211-234.

- Landon, J., Shepherd, D., & Goedeke, S. (2018). Predictors of satisfaction with life in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 1640–1650.
- Maeng,L & Milad,M. (2017). Post-traumatic stress disorder: the relationship between the fear response and chronic stress. *Chronic Stress*, 1, 1-13.
- Nicholas,A. (2015). Solution focused brief therapy with children who stutter. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 209-216.
- Neipp,M& Beyebach,M. (2022). The Global Outcomes of Solution-Focused Brief Therapy: A Revision. *The American Journal of Family Therapy*,1-19.
- Ogunsakin,O. (2015). Post-traumatic stress disorder: Perspective on the role of solution-focused brief therapy. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*, 4 (3), 17-33.
- Panisch,L&Audre,H. (2020). The Effectiveness of using neurofeedback in the treatment of post-traumatic stress disorder: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3) 541-550.
- Parker, M., Diamond,R.& Guercio,D. (2019). Care coordination of autism spectrum disorder: A solution-focused approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-9.
- Petrongolo, M. (2014).Stress in mothers of newly diagnosed children with autism spectrum disorders: barriers to care, use of support services, and child behavior. *PhD*, Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Rees,I. (2005). Solution focused brief therapy as perceived by educational psychologist and adolescent client. *PhD*, University of Wales.
- Richmond,C. (2007). A study of intake and assessment in solution-focused brief therapy. *PhD*, Faculty of the Graduate College.

- Schnabel, A., Hallford, D., Stewart, M., McGillivray, J., Forbes, D & Austin, D. (2020). An initial examination of post-traumatic stress disorder in mothers of children with autism spectrum disorder: challenging child behaviors as criterion a traumatic stressors. *Autism Research*, 1-10.
- Siman-Tov, A & Kaniel, S. (2011). Stress and personal resource as predictors of the adjustment of parents to autistic children: a multivariate model. *J Autism Dev Disord* , 41,879–890.
- Stewart, M., Schnabel, A., Hallford, D., McGillivray, J., Foster, M., Shandley, K & Austin, D. (2020). Challenging child behaviours positively predict symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of children with autism spectrum disorder and rare diseases. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 69, 1-9.
- Taylor, W. (2013). Effects of solution-focused brief therapy group counseling on generalized anxiety disorder. *PhD*, Walden University.
- Wang, P.; Michaels, C & Day, M. (2011). Stresses and coping strategies of Chinese families with children with autism and other developmental disabilities. *J Autism Dev Disord* , 41,: 783–795.
- Wettersten, K.(2000). Solution-focused brief therapy, the working alliance, and outcome: A comparative analysis. *PhD*, University of Kansas.
- Wilson, J. (2015). Hope-focused solutions: A relational hope focus of the solution-building stages in solution-focused brief therapy. *PhD*, Nova Southeastern University.
- Zhang, W., Yan, T., Du, Y & Liu, X. (2014). Brief report: Effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. *J Autism Dev Disord*, 44, 2052–2056.