



دور الأخصائي النفسي في تخفيف الضغط النفسي على

أسر الأشخاص في وضعية إعاقة ذهنية:

منظور نظري وتطبيقي

جواد داکر، طالب في سلك الدكتوراه

تحت إشراف وتأطير: الدكتور محمد الرکبي

كلية الآداب والعلوم الانسانية، جامعة القاضي عياض مراكش

المغرب

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل الدور الجوهري الذي يلعبه الأخصائي النفسي في تخفيف الضغط النفسي الذي تواجهه أسر الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، والذي ينشأ نتيجة للتحديات اليومية المتعلقة بالرعاية، والقلق المستقبلي، والعزلة الاجتماعية. اعتمدت المنهجية على مراجعة تحليلية نقدية للأطر النظرية والدراسات السابقة المحلية والعالمية، مما أتاح تحديد مصادر الضغط وتقييم فعالية التدخلات النفسية المختلفة.

كشفت النتائج أن الضغط النفسي يُمثل عبئاً ثقيلاً على كاهل أفراد الأسرة، لا سيما الأمهات كمقدمات الرعاية الأساسيات، مما يعرضهن لمخاطر عالية من الإجهاد والقلق والاكتئاب. وأظهرت الأدلة المستخلصة من الدراسات، مثل دراسة رانتا وزملاؤها (2024) وجونزاليس وزملاؤها (2018)، أن التدخلات التي يقدمها الأخصائي النفسي - وخاصة القائمة على العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والتحليل السلوكي التطبيقي (ABA) والعلاج الجماعي - ذات فعالية كبيرة ومستدامة في تعزيز الصحة النفسية للأسر وتمكينها.

يتجلى دور الأخصائي في عدة مستويات: تقديم الدعم العاطفي والإرشاد لحظات الأزمة كإعلان التشخيص، وتدريب الأسرة على استراتيجيات التكيف وإدارة السلوك، وتيسير الاندماج في مجموعات الدعم النظير، والوصول إلى الخدمات المجتمعية. كما أكدت الدراسة على الحاجة الملحة لتكييف هذه التدخلات مع السياق الثقافي والاجتماعي العربي، الذي يتميز بخصوصية العلاقات الأسرية والدعم الديني.

خلصت الدراسة إلى توصيات عدة أهمها: ضرورة تعزيز التدريب المتخصص للأخصائيين النفسيين على العمل في هذه السياقات، ودمج الخدمات النفسية في المراحل المبكرة للتشخيص، والتوسع في إنشاء برامج جماعية داعمة، وإجراء مزيد من الدراسات Longitudinal في البيئة العربية. يبقى الأخصائي النفسي حجر الزاوية في بناء منظومة دعم متكاملة تعزز مرونة الأسرة وتخفف من معاناتها، مما ينعكس إيجاباً على جودة الحياة للفرد ذي الإعاقة وأسرته على حد سواء.



Abstract

This study aims to analyze the essential role that psychologists play in alleviating the psychological stress faced by families of people with intellectual disabilities, which arises as a result of daily challenges related to caregiving, future anxiety, and social isolation. The methodology was based on a critical analytical review of theoretical frameworks and previous local and international studies, which made it possible to identify sources of stress and evaluate the effectiveness of various psychological interventions.

The results revealed that psychological stress places a heavy burden on family members, especially mothers as primary caregivers, exposing them to high risks of stress, anxiety, and depression. Evidence from studies such as those by Ranta et al. (2024) and Gonzalez et al. (2018) showed that interventions provided by psychologists—particularly those based on cognitive behavioral therapy (CBT), applied behavioral analysis (ABA), and group therapy — are highly effective and sustainable in promoting the mental health and empowerment of families.

The role of the specialist is evident on several levels: providing emotional support and guidance, especially in moments of crisis such as the announcement of a diagnosis; training the family in coping and behavior management strategies; facilitating integration into peer support groups; and accessing community services. The study also emphasized the urgent need to adapt these interventions to the Arab cultural and social context, which is characterized by the specificity of family relationships and religious support.

The study concluded with several recommendations, most importantly: the need to enhance specialized training for mental health professionals working in these contexts, integrate mental health services in the early stages of diagnosis, expand the creation of supportive group programs, and conduct more longitudinal studies in the Arab environment. Psychologists remain the cornerstone in building an integrated support system that promotes family resilience and alleviates their suffering, which positively reflects on the quality of life of both the individual with disabilities and their family.



المقدمة

تشكل الإعاقة الذهنية تحديًا وجوديًا ونفسيًا واجتماعيًا مركبًا للأسرة، لا يقتصر تأثيره على الفرد ذاته، بل يمتد ليشكل ضغوطًا نفسية مستدامة ومتراكمة على الوالدين والإخوة على حد سواء، مما يهدد التوازن الداخلي للنظام الأسري والسلامة النفسية لأفرادها. وتعرف الإعاقة الذهنية، وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، بأنها حالة من القصور الواضح في الأداء الفكري والوظائف التكيفية في المجالات المفاهيمية والاجتماعية والعملية، تنشأ خلال فترة النمو. وغالبًا ما تكون هذه الحالة مصحوبة بصعوبات نمائية متعددة، تشمل التعلم، والتواصل، والسلوك التكيفي، مما يفرض مسؤوليات رعوية وإدارية ونفسية إضافية وغير متوقعة على الأسرة، تستنزف مواردها وتعيد تشكيل دينامياتها بشكل جذري.

وفقًا لتقارير منظمة الصحة العالمية، فإن ما يقارب 1-3% من سكان العالم يعيشون مع إعاقة ذهنية، مما يجعلها قضية صحية عامة ذات أولوية. وتواجه الأسر، لاسيما في البلدان النامية والمنخفضة الدخل، عبئًا مضاعفًا؛ فبالإضافة إلى التحديات اليومية، فإنها تعاني من شح الخدمات التشخيصية، والتأهيلية، والدعم النفسي والاجتماعي المنهجي، مما يزيد من هشاشة وضعها ويعمق أزمتها. في هذا السياق المعقد، يبرز دور الأخصائي النفسي كعامل تمكين مركزي وحاسم، لا يقتصر على تقديم الدعم الإرشادي التخفيفي فحسب، بل يتعداه إلى بناء قدرات الأسرة وتعزيز مرونتها النفسية، من خلال تدخلات مهنية مبنية على الأدلة العلمية تسهل عملية تكيفها مع الواقع الجديد وتحول التحدي إلى فرصة للنمو الأسري.

وانطلاقًا من هذا الإطار، فإن الضغط النفسي الذي تعيشه هذه الأسر لا يُفهم بشكل شامل إلا من خلال النماذج السياقية الدينامية، كنموذج لازاروس وفولكمان (1984) للضغط والتكيف، الذي يفسر كيفية تقييم الأسرة للموقف (كتهديد أو تحدي) وتقييمها لإمكاناتها الداخلية والخارجية للتكيف. فالمتطلبات اليومية لرعاية فرد من ذوي الإعاقة الذهنية، المقترنة بالقلق المستمر بشأن المستقبل، والوصمة الاجتماعية المحتملة، والعزلة، والتحديات السلوكية، تمثل ضغوطًا أولية مزمنة. وتكمن المفارقة في أن موارد التكيف المتاحة – الشخصية، والأسرية، والاجتماعية – غالبًا ما تكون غير كافية أو غير مُستثمرة بشكل فعال، مما يؤدي إلى حالة من الخلل والضيق المستمر.

وعليه، تهدف هذه المقالة إلى سد فجوة معرفية وعملية من خلال تقديم استعراض أكاديمي معمق وشامل لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي والاستشاري في تخفيف هذا العبء النفسي عن أسر ذوي الإعاقة الذهنية. ستسعى لتحقيق هذا الهدف عبر تحقيق غايات عدة: أولاً، تحليل الإطار النظري الذي يعرف الإعاقة الذهنية و منشأها وأنواعها و يفسر طبيعة وآليات الضغط النفسي في هذا السياق الخاص. ثانياً، استعراض نقدي للدراسات السابقة المحلية والعالمية التي قاست فعالية التدخلات النفسية المختلفة، من علاج سلوكي معرفي، وبرامج تدريبية للوالدين، وجلسات الدعم الجماعي، والإرشاد الأسري. ثالثاً، استخلاص أنماط التدخلات الأكثر فعالية والآليات التي تعمل من خلالها. وأخيراً، الخروج بتوصيات عملية قابلة للتطبيق لتطوير الممارسة المهنية ودفع عجلة البحث العلمي في هذا المجال، مع التركيز بشكل خاص على السياق العربي وضرورة تكيف التدخلات لتناسب خصائصه الثقافية والاجتماعية. وستعتمد هذه الورقة في سبيل ذلك على مراجعة منهجية للأدبيات والدراسات الرصينة، ساعيةً للجمع بين الأصالة الأكاديمية والملاءمة التطبيقية.

الإشكالية المحورية للمقال :

تكمن الإشكالية الأساسية لهذا المقال في التساؤل عن الكيفية التي يمكن من خلالها للأخصائي النفسي، في ظل النقص الحاد في الدعم المؤسسي والوصمة الاجتماعية السائدة في العديد من السياقات (لاسيما العربية منها)، أن يلعب دورًا فاعلاً وملموساً في تخفيف العبء النفسي المزمّن والمتعدد الأبعاد الذي تواجهه أسر الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، وكيف يمكن لتدخلاته المبنية على الأدلة أن تعزز من مرونة هذه الأسر وقدرتها على التكيف، بدلاً من الاقتصار على التعامل مع الأعراض الانفعالية السلبية



الأسئلة الجوهرية للمقال :

انبنقت عن هذه الإشكالية المحورية مجموعة من الأسئلة الفرعية الجوهرية التي تسعى المقالة إلى الإجابة عنها:

1. كيف تُعرّف النماذج النفسية النظرية (كنموذج لازاروس وفولكمان) طبيعة وآليات الضغط النفسي الفريدة التي تتعرض لها أسر ذوي الإعاقة الذهنية، وما هي العوامل الرئيسية المولدة لهذا الضغط (داخلية كانت أم خارجية)؟
2. ما هو الدور المتوقع والممارس فعليًا للأخصائي النفسي في هذا السياق؟ وإلى أي درجة تختلف أدواره (كالمقّيم، والمرشد، والمدرّب، وميسر الدعم الاجتماعي) بناءً على مرحلة تقبل الأسرة وشدة الضغوط؟
3. ما هي أنواع التدخلات النفسية (كالعلاج المعرفي السلوكي، التدريب على المهارات الوالدية، العلاج الجماعي، والدعم في مرحلة التشخيص) التي تثبت الأدلة العلمية فعاليتها في تخفيف حدة هذا الضغط النفسي وتعزيز التكيف الأسري؟
4. ما هي التحديات والعوائق الخاصة (كالثقافية، والتنظيمية، والمجتمعية) التي تحول دون وصول هذه الأسر إلى الخدمات النفسية الفعالة، وكيف يمكن للأخصائي النفسي تصميم تدخلات حساسة ثقافيًا لتذليل هذه العقبات، خاصة في البيئة العربية؟
5. ما هي التوصيات والسياسات العملية التي يمكن طرحها لتعزيز دور الخدمات النفسية ودمجها ضمن منظومة شاملة للدعم الأسري، وكيف يمكن قياس فعالية هذه التدخلات على المدى الطويل؟

الإطار النظري

1. لعاقة الذهنية وفقًا لـ DSM-5

تُعرف **الإعاقة الذهنية (Intellectual Disability)** في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) على أنها اضطراب في النمو العصبي يتميز بقصور في الأداء الفكري والسلوك التكيفي، ويظهر خلال فترة النمو المبكر. يتم التشخيص بناءً على تحقيق المعايير الثلاثة الأساسية التالية:

المعيار أ: القصور في الأداء الفكري (Deficits in Intellectual Functions)

يقصد به وجود قصور ذو دلالة إحصائية في الوظائف العقلية العامة، مثل **المنطق، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير المجرد، والحكم على الأمور، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من الخبرة**. يتم التأكد من هذا القصور من خلال **التقييم السريري** و**اختبارات الذكاء المعيارية والمقننة** (مثل مقياس وكسلر للذكاء). يُعتبر حاصل الذكاء ** (IQ) حوالي 70 أو أقل** (أي بانحرافين معياريين عن المتوسط) مؤشرًا على هذا القصور، مع مراعاة هامش الخطأ القياسي (عادة $5 \pm$ نقاط) في الاختبار.

المعيار ب: القصور في الأداء التكيفي (Deficits in Adaptive Functioning)

وهو القصور الذي يؤدي إلى فشل الفرد في تلبية معايير الاستقلالية والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم في فئته العمرية وضمن جماعته الثقافية. يجب أن يؤدي هذا القصور إلى **حدوث مشاكل مستمرة في الحياة اليومية**. يتجلى هذا القصور في واحدة أو أكثر من المجالات الثلاثة التالية:

1. المجال المفاهيمي (Conceptual): يشمل المهارات في اللغة والقراءة والكتابة، والحساب، والمنطق، والمعرفة، والذاكرة.



2. المجال الاجتماعي (Social): يشمل مهارات التعاطف، والحكم الاجتماعي، ومهارات التواصل interpersonal، والقدرة على تكوين الصداقات والحفاظ عليها.

3. المجال العملي (Practical): يشمل مهارات العناية الشخصية (كالنظافة، إدارة النقود)، وإدارة المهام، والمسؤولية الشخصية، وتنظيم العمل والدراسة.

المعيار ج: بداية الاضطراب خلال فترة النمو (Onset During the Developmental Period)

يجب أن تظهر علامات و symptoms القصورين الفكري والتكيفي ** خلال فترة النمو المبكرة** (أي في مرحلة الطفولة أو المراهقة). هذا المعيار يميز الإعاقة الذهنية عن الاضطرابات المعرفية التي قد تكتسب لاحقاً في الحياة، مثل الخرف (Dementia) أو إصابات الدماغ الرضوية (TBI).

تحديد مستوى الشدة (Severity Specifiers)

يحدد الـ DSM-5 شدة الإعاقة الذهنية بناءً على مستوى الضعف في الأداء التكيفي، وليس على درجة الذكاء (IQ) alone. هذا لأن مستوى الأداء التكيفي هو الذي يحدد نوع الدعم المطلوب. المستويات هي:

1. إعاقة ذهنية خفيفة: (Mild)

المظهر: قد لا يبدو عليهم أي مظاهر جسدية. يتأخرون أكاديمياً ولكن يمكنهم اكتساب مهارات القراءة والحساب الأساسية. التكيف: يمكنهم تحقيق الاستقلالية في المجال العملي (رعاية الذات، العمل) ولكنهم بحاجة إلى الدعم في التنظيم، واتخاذ القرارات، والمهارات الاجتماعية المعقدة.

2. إعاقة ذهنية متوسطة: (Moderate)

المظهر: قد يكون تقدمهم في المهارات الأكاديمية (كالقراءة والحساب) بطيئاً ومحدوداً. التكيف: يحتاجون إلى درجة كبيرة من الدعم في المجال الاجتماعي (تفسير الإشارات الاجتماعية، تكوين صداقات) والمجال العملي (إدارة النقود، التسوق). يمكنهم تعلم مهارات الرعاية الذاتية ولكن تحت الإشراف.

3. إعاقة ذهنية شديدة: (Severe)

المظهر: ضعف كبير في الفهم واللغة، أو تكون محدودة للغاية. التكيف: يحتاجون إلى دعم مستمر في جميع أنشطة الحياة اليومية، بما في ذلك الرعاية الذاتية (الأكل، اللباس، النظافة). يعتمدون اعتماداً كلياً على الآخرين.

4. إعاقة ذهنية عميقة: (profond)

المظهر: معظم الأفراد لديهم حالات طبية عصبية محددة سبباً للإعاقة. القدرة على الفهم والاستجابة للتعليمات أو التوقعات الاجتماعية محدودة للغاية. التكيف: يعتمدون اعتماداً تاماً على الآخرين في جميع جوانب الحياة، بما في ذلك الرعاية البدنية الأساسية. يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين.

ملاحظات منهجية هامة من: DSM-5



التشخيص سريري في جوهره: يجب أن يعتمد التشخيص على **التقييم السريري الشامل** الذي يشمل التاريخ التطوري والطبي، ووظائف الأداء الحالية، ونتائج الاختبارات النفسية المقننة. لا يمكن الاعتماد على درجة اختبار الذكاء وحدها.

السياق الثقافي واللغوي: يجب أن تأخذ عملية التقييم في الاعتبار الخلفية الثقافية واللغوية للفرد، وكذلك العوامل الحسية (مشاكل السمع أو البصر) والحركية، والتي قد تؤثر على أداء الاختبارات.

نقاط القوة والضعف: يشجع الـ DSM-5 على اتباع نهج يقوم على تقييم نقاط القوة والضعف في الشخصية، لتحديد الدعم المطلوب بدقة.

1.1.2. أبعاد الإعاقة الذهنية وتأثيرها على الأسرة

الإعاقة الذهنية ليست مجرد قصور شخصي، بل تمتد آثارها إلى الأسرة كنظام بيئي شامل، حيث تشكل الأسرة مركز الرعاية الأولى والداعم الاجتماعي للطفل. تتسبب الإعاقة الذهنية في خلق ضغوط وتحديات نفسية واجتماعية كبيرة للأسر، تتمثل في :

- **المسؤوليات المتزايدة لرعاية الطفل:** تعني التزام الأسرة المستمر بالرعاية الصحية والتعليمية والتأهيلية، مما يولد أعباء جسدية ونفسية على أفراد الأسرة. (Baker et al., 2020)
- **الضغط النفسي والعاطفي:** يواجه أولياء الأمور مشاعر الحزن، الإحباط، القلق المستمر بشأن مستقبل الطفل ومستوى رعايته، بالإضافة إلى الشعور بالوحدة أو العزلة الاجتماعية. (Olsson & Hwang, 2001)
- **التحديات الاقتصادية:** الإعاقة الذهنية غالباً ما ترتبط بتكاليف علاجية وتعليمية وتأهيلية مرتفعة، تقلل من فرص العمل للأهل وتؤثر على الاستقرار المالي للأسرة. (Emerson et al., 2010)
- **العزلة الاجتماعية والوصمة:** يعاني الكثير من أسر ذوي الإعاقة الذهنية من ممارسات التمييز أو الوصمة الاجتماعية، مما يقيد قدرتهم على المشاركة المجتمعية ويزيد من الشعور بالغرابة. (Smith & Jones, 2018)

2.1.2. التأثير النفسي والاجتماعي للأسرة

الأدبيات تشير إلى أن هذه الضغوط يمكن أن تؤدي إلى تعرض أفراد الأسرة، لاسيما الوالدين، لمشكلات نفسية مثل الاكتئاب، اضطرابات القلق، والضغوط النفسية المزمنة التي قد تؤثر على أدائهم الوظيفي والإنساني كأسرة. (Olsson & Hwang, 2001) ويرتبط هذا الواقع بعدم توافر الدعم النفسي والاجتماعي الكافي، ما يزيد من حاجتهم إلى آليات تكيف فعالة لمواجهة هذه الأعباء.

3.1.2. أهمية دراسة الإعاقة الذهنية من منظور شامل

إن دراسة الإعاقة الذهنية لا تقتصر على الجوانب الطبية فقط، بل تتطلب مقاربة شمولية تشمل الأبعاد النفسية والاجتماعية والاقتصادية، لتوفير فهم متكامل لكيفية تأثيرها على الأسرة وطرق تعاملهم معها. (Schalock et al., 2010) فهم هذه الأبعاد يساعد في تصميم برامج دعم فعالة تستجيب للاحتياجات الحقيقية للأسر، وتحسين جودة الحياة لكل من الأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم.

2.2. تعريف الضغط النفسي في سياق الأسر ذوي الإعاقة الذهنية :

الضغط النفسي هو استجابة الجسم والعقل للتحديات الخارجية، وفقاً لنموذج لازاروس وفولكمان (1984)، الذي يميز بين الضغوط الأولية (تقييم التهديد) والثانوية (تقييم القدرة على التكيف). في أسر الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، ينشأ الضغط من عوامل مثل المسؤوليات



اليومية، القلق من المستقبل، العزلة الاجتماعية، والصعوبات السلوكية للطفل. دراسات تشير إلى أن الأمهات يعانين أكثر من الآباء بسبب دورهن الرئيسي في الرعاية، مما يؤدي إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب والقلق. والضغط النفسي لدى أسر ذوي الإعاقة الذهنية هو ** حالة من التوتر الجسدي والعاطفي والنفسي المستمر، الناتج عن التحديات الفريدة والمتراكبة التي تواجهها الأسرة بسبب رعاية فرد من ذوي الإعاقة الذهنية. ** مجرد شعور عابر بالقلق، بل هو عملية ديناميكية معقدة تتفاعل فيها متطلبات الرعاية مع موارد الأسرة وقدراتها على التكيف.

هذا الضغط هو استجابة طبيعية لمواقف غير عادية ومستمرة، ويشكل عبئاً ثقیلاً يؤثر على جميع جوانب الحياة الأسرية.

1.2.2. الأسباب والعوامل المساهمة (ضغوطات محددة) :

ينبع هذا الضغط من مصادر متعددة ومتداخلة:

1. التحديات اليومية للرعاية :

المتطلبات المستمرة: الحاجة إلى الإشراف الدائم والمساعدة في المهارات الأساسية (الأكل، اللباس، النظافة الشخصية) حتى في مراحل عمرية متقدمة.

التحديات السلوكية: التعامل مع نوبات الغضب، السلوكيات النمطية المتكررة، العدوانية أو إيذاء الذات التي قد تصاحب بعض الإعاقات الذهنية.

اضطرابات النوم: الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية يعانون من مشاكل في النوم، مما يحرم مقدم الرعاية من الراحة الكافية.

2. الضغوط المالية والاقتصادية :

تكاليف العلاج والتأهيل: النفقات الباهظة للجلسات العلاجية (علاج نطق، علاج وظيفي، علاج سلوكي) والأدوية والأجهزة المساعدة.

خسارة الدخل: غالباً ما يضطر أحد الوالدين (عادة الأم) إلى التخلي عن عمله أو تقليل ساعات العمل لتكريس الوقت للرعاية.

التكاليف المستقبلية: القلق المستمر بمستقبل الابن بعد وفاة الوالدين أو تقدمهم في السن.

3. التحديات الاجتماعية والعاطفية :

الوصمة الاجتماعية: التعامل مع نظرات الشفقة أو الرفض أو سوء الفهم من المجتمع، مما قد يؤدي إلى عزل الأسرة ذاتياً.

إهمال الذات والعلاقات: انشغال الوالدين بالرعاية يؤدي إلى إهمال صحتهم الشخصية، وعلاقتهم الزوجية، والوقت المخصص للأبناء الآخرين (الإخوة).

الحزن المستمر: الحزن على فقدان الأحلام والتوقعات التي كانت معلقة على الابن، والتعامل مع واقع الإعاقة الدائمة.

مخاوف المستقبل: القلق الدائم حول "ماذا سيحدث له بعد أن أموت؟".

4. التحديات النظامية:

تعقيدات البيروقراطية: الصعوبة في التنقل بين مؤسسات الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية والحصول على الدعم المالي والقانوني.

نقص الدعم: عدم كفاية خدمات الرعاية النهارية أو مراكز الرعاية المؤقتة التي تمنح الأسرة فرصة للراحة.

2.2.2. مظاهر الضغط النفسي :



تظهر هذه الضغوط بأشكال مختلفة:

جسديًا: الإرهاق المزمن، الصداع، آلام العضلات، اضطرابات النوم والأكل، إهمال الصحة الشخصية.

نفسياً وعاطفياً: القلق، الاكتئاب، الشعور بالذنب أو اللوم، الغضب، الإحباط، انخفاض تقدير الذات، الشعور بالعزلة.

سلوكياً: الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، التوتر والخلافات الزوجية والأسرية، الإفراط في الأكل أو التدخين أو استخدام العقاقير.

3.2.2. التأثير على ديناميكية الأسرة :

العلاقة الزوجية: يمكن أن يكون مصدرًا للتقارب أو للتوتر والصراع والانفصال.

الإخوة: قد يشعر الإخوة بالإهمال، أو يتحملون مسؤوليات تفوق أعمارهم، أو يشعرون بالخجل أو الخوف من المستقبل.

4.2.2. عوامل التخفيف (ما يقلل من حدة الضغط) :

ليست كل الأسر تعاني بنفس الدرجة. تلعب عدة عوامل دورًا في التكيف:

الدعم الاجتماعي: من العائلة والأصدقاء ومجموعات الدعم.

الدعم المؤسسي: جودة وكفاءة الخدمات المتاحة.

المرونة النفسية: قدرة الأسرة على التكيف وإيجاد طرق جديدة للتعامل مع التحديات.

السمات الشخصية للفرد ذي الإعاقة: حيث يمكن أن تكون شخصيته المحبة وسلوكه الإيجابي مصدرًا للسعادة والقوة للأسرة.

3.2. الأخصائي النفسي و دوره :

الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو *خبير متخصص في الصحة النفسية* يتمتع بكفاءات عالية في فهم وتشخيص وتقييم وعلاج الاضطرابات النفسية والسلوكية، مستندًا في ذلك إلى *أدلة علمية رصينة* وإطار نظري شامل يدمج العوامل البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، والنمائية. يعمل الأخصائي وفق *منهجية علمية* صارمة في التقييم باستخدام أدوات مقننة، ويقدم تدخلات علاجية متنوعة (فردية وجماعية) قائمة على البراهين، مثل العلاج المعرفي السلوكي وغيره، بهدف تعزيز الصحة النفسية، والوقاية من الاضطرابات، وإعادة التأهيل. كما يتحلى بمهارات اتصال متقدمة، وقدرة عالية على *التفكير النقدي* والتأمل الذاتي، والالتزام *بأعلى المعايير الأخلاقية* والمهنية في ممارسته، مع التركيز على بناء تحالفات علاجية قوية والاستجابة للاحتياجات المتنوعة للمرضى وعائلاتهم في مختلف السياقات الثقافية والمجتمعية.

يُعد الأخصائي النفسي عمودًا فقريًا في دعم الأسر التي تعيش تحديات رعاية أفراد ذوي إعاقة ذهنية، حيث يلعب دورًا حيويًا في تخفيف الضغط النفسي الناتج عن الظروف المعقدة التي تواجهها هذه الأسر. يتجسد دور الأخصائي في عدة محاور أساسية:

1.3.2. الدور الاستقصائي والتقييمي

يتبنى الأخصائي النفسي بدايةً دورًا استقصائيًا شاملاً يهدف إلى تشخيص الحالة النفسية للأسرة. يتمثل هذا الدور في تطبيق أدوات القياس النفسي المقننة (مثل مقاييس الضغط النفسي، والقلق، والاكتئاب) لتقييم المستوى الأساسي للضغوط لدى مقدمي الرعاية الأساسيين. يتعدى هذا التقييم الأعراض السطحية ليشمل تحليل ديناميكيات التفاعل الأسري، وجود العلاقة الزوجية، والتأثير النفسي على الإخوة، إضافة إلى تحديد موارد الأسرة الداخلية (كالتماسك والمرونة) والخارجية (كشبكة الدعم الاجتماعي). يُشكل هذا التقييم الشامل الخريطة التشخيصية التي تُبنى عليها خطط التدخل اللاحقة.

2.3.2. دور التوعية والتحصين النفسي (Psychoeducation)



يُمثل تثقيف الأسرة حول طبيعة الإعاقة الذهنية وآثارها النفسية حجر الزاوية في عمل الأخصائي. من خلال جلسات التوعية، يعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة، وتطبيع المشاعر التي تمر بها الأسرة (كالخزن، الغضب، الذنب)، وتقديم إطار واقعي لتوقعات تطور الحالة. يهدف هذا الجهد إلى تحويل الأسرة من موقع المتلقي السلبي للخدمات إلى شريك فاعل ومُدرِك في عملية التأهيل، مما يخفف من حدة الضغوط الناجمة عن الغموض والخوف من المجهول، ويمنحهم إحساسًا أكبر بالسيطرة والكفاءة.

3.3.2. تصميم وتنفيذ برامج التدخل العلاجي

يتمحور الدور العلاجي للأخصائي النفسي حول تصميم تدخلات قائمة على الأدلة لتعزيز مهارات المواجهة والتكيف. تشمل هذه التدخلات:

العلاج المعرفي السلوكي (CBT) لمساعدة أفراد الأسرة على تحديد الأنماط المعرفية غير المتكيفة (مثل "حياتي انتهت" أو "هذا عقاب") التي تساهم في استمرار وتفاقم الضغط النفسي، واستبدالها بأخرى أكثر واقعية وتكيفًا.

تدريب مهارات إدارة الضغط: * يتضمن ذلك تعليم تقنيات الاسترخاء (كالتنفس العميق والاسترخاء العضلي التدريجي)، وإدارة الوقت، واستراتيجيات حل المشكلات للتعامل مع التحديات السلوكية اليومية.

الإرشاد الأسري والزوجي: يهدف إلى تحسين أنماط التواصل داخل الأسرة، وتوزيع أعباء الرعاية بشكل عادل، وإيجاد مساحة للعلاقة الزوجية وللإخوة، مما يعزز من تماسك النظام الأسري ويحميه من التفكك تحت وطأة الضغط.

4.3.2. التيسير والتوصيل إلى موارد الدعم المجتمعي

لا يعمل الأخصائي النفسي بمعزل عن السياق المجتمعي، بل يؤدي دورًا حيويًا كحلقة وصل ووسيط (Broker) يقوم بتعريف الأسرة بالخدمات والموارد المتاحة (كالجمعيات الأهلية، ومراكز الرعاية النهارية، وبرامج الدعم المالي، والخدمات القانونية) ويسهل وصولهم إليها. يُخفف هذا الدعم من العبء التنظيمي والمادي على الأسرة، ويوفر لها شبكة أمان مجتمعية، مما يقلل من مشاعر العزلة والاستنزاف.

5.3.2. إنشاء وتسهيل مجموعات الدعم والأقران

يسهم الأخصائي النفسي في إنشاء وتيسير عمل مجموعات الدعم المتبادل بين الأسر التي تمر بتجارب متشابهة. تقدم هذه المجموعات فضاءً علاجيًا فريدًا يسمح بالتعلم من خلال النمذجة، وتبادل الخبرات العملية، والتعبير العاطفي في بيئة آمنة خالية من الأحكام. يؤدي المشاركة في هذه المجموعات إلى تقليل الشعور بالوصمة والوحدة، وبناء رأس مال اجتماعي يدعم الصحة النفسية للأسرة على المدى الطويل.

الخلاصة :

يتجلى دور الأخصائي النفسي، كدور (multidimensional) ومتكامل، يتراوح بين المستوى الوقائي والعلاجي والتنموي. من خلال الجمع بين المهارات التشخيصية، والمعرفة النظرية باضطرابات النمو، وتقنيات التدخل المثبتة علميًا، فإنه لا يهدف إلى تخفيف المعاناة الآنية، بل إلى تمكين الأسرة وبناء مرونتها النفسية، مما يمكنها من تحقيق أعلى مستويات التكيف والوظيفة في مواجهة التحديات المستمرة لرعاية فرد من ذوي الإعاقة الذهنية.

3. الدراسات السابقة

شهدت الدراسات السابقة تركيزًا متزايدًا على فعالية التدخلات النفسية في دعم أسر ذوي الإعاقة الذهنية. على سبيل المثال، في مراجعة منهجية أجرتها رانثا وزملاؤها (2024)، تم تحليل 21 دراسة تشمل 1825 مشاركًا، ركزت على تدخلات الأبوة النفسية لتحسين سلوكيات الطفل وسعادة الآباء. أظهرت النتائج أن التدخلات المبنية على التحليل السلوكي التطبيقي (ABA) والعلاج المعرفي السلوكي (CBT)



حققت تأثيرات متوسطة إلى كبيرة في تقليل الضغط، مع تأثيرات مستدامة بعد 6 أشهر. كما أبرزت الدراسة دور الأخصائيين النفسيين في تقديم الجلسات الجماعية، حيث يوفر دعمًا من الأقران وتعليمًا نفسيًا.

في مراجعة سردية أخرى، استعرضت جونزاليس وزملاؤها (2018) التدخلات النفسية الاجتماعية لآباء الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية، مشيرين إلى أن هذه التدخلات تحسن الصحة النفسية، خاصة في البيئات ذات الدخل المنخفض حيث تكون الخدمات محدودة. أظهرت 21 دراسة مختارة فعالية في تقليل الاكتئاب والضغط، مع التركيز على دور الأخصائي النفسي في تسهيل البرامج الجماعية والفردية.

من الدراسات العربية، بحثت دراسة لعبد الوهاب (2023) دور الأخصائي النفسي في إعلان تشخيص الإعاقة، مشيرة إلى أن الدعم النفسي المبكر يقلل من الصدمة ويساعد الأسرة على التقبل. أوصت بتدريب الطواقم الطبية على المهارات النفسية لتعزيز الدعم. كما استعرضت دراسة أخرى للصبيح (غير محدد التاريخ) أساليب الإرشاد النفسي للأسر، مؤكدة أن الإرشاد الفردي والجماعي يخفف الضغوط من خلال تعزيز المهارات البينشخصية وإعادة التأطير.

1.3. جدول يلخص بعض الدراسات الرئيسية :

الدراسة	المنهجية	دور الأخصائي النفسي	النتائج الرئيسية
رانتا et al (2024)	مراجعة منهجية (21 دراسة)	تسهيل الجلسات الجماعية وتقديم الدعم العائلي	تأثيرات كبيرة في تقليل الضغط عبر ABA و CBT
جونزاليس et al (2018)	مراجعة سردية (21 دراسة)	تطوير برامج ثقافية حساسة لتقليل الضغط	تحسين الصحة النفسية في سياقات الدخل المنخفض
عبد الوهاب (2023)	دراسة نظرية	إعلان التشخيص بحساسية ومرافقة الأسرة	دعم نفسي مبكر يقلل الصدمة
الصبيح (غير محدد)	استعراض أدبي	بناء علاقات ثقة وتدريب على المهارات	الإرشاد الجماعي يعزز التكيف

2.3. مناقشة النتائج

تشكل النتائج المستخلصة من الدراسات السابقة، بما في ذلك مراجعة رانتا وزملاؤها (2024) وجونزاليس (2018) et al. ، بالإضافة إلى الدراسات العربية مثل عبد الوهاب (2023) والصبيح، إجماعًا علميًا متزايدًا على **فعالية التدخلات النفسية المنظمة في تخفيف الضغط النفسي وتحسين جودة الحياة لأسر ذوي الإعاقة الذهنية.**

تعزز هذه النتائج ما أكدته **النظرية النظامية** (Systemic Theory) لعلم النفس الأسري، والتي ترى أن أي ضغط يهدد أحد أفراد النظام الأسري (الطفل ذو الإعاقة) سيؤثر حتمًا على ديناميكيات ووظائف النظام بأكمله. (Cox & Paley, 1997) لذلك، فإن استهداف الأسرة كوحدة واحدة، كما في التدخلات الجماعية والزوجية، ليس رفاهية بل هو ضرورة علاجية. هذا يتوافق أيضًا مع **نموذج



الضغوط والتكيف ** (Double ABCX Model) للوفين وآخرين (1985)، حيث تعمل هذه التدخلات على تعزيز موارد الأسرة (العامل B) وإعادة صياغة إدراكها للتحدي (العامل C)، مما يؤدي إلى تكيف أكثر إيجابية (العامل X).

التطابق في النتائج بين الدراسات الغربية (رانتا، جونزاليس) والعربية (عبد الوهاب، الصبيح) يثير نقطة بالغة الأهمية: ** حاجة هذه الأسر للدعم النفسي وخصوصية تطبيقه **. بينما تتفق جميعها على فعالية منهجيات مثل العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والتحليل السلوكي التطبيقي (ABA)، تلفت الدراسات العربية الانتباه إلى حاجة ماسة لتكييف هذه التدخلات مع السياق الثقافي والاجتماعي العربي. فمسائل مثل ** الوصمة الاجتماعية الثقافية، دور العائلة الممتدة، والمفاهيم الدينية والاجتماعية حول الإعاقة ** تشكل عوامل فريدة يجب أن تصمم البرامج العلاجية بأخذها في الاعتبار. (Al-Kandari, Al-Qashan, & Abdulwahab, 2017) دراسة عبد الوهاب (2023) حول دور الأخصائي في مرحلة التشخيص تؤكد ذلك، حيث أن طريقة إعلان الخبر وتلقي الأسرة له تتشكل بشكل كبير عبر المنظور الثقافي.

علاوة على ذلك، تقدم مراجعة رانتا (2024) et al. دليلاً قوياً على ** استدامة تأثير هذه التدخلات (عند متابعة 6 أشهر) **، مما يشير إلى أنها لا توفر راحة عاجلة فحسب، بل تساهم في بناء ** المرونة النفسية ** (Psychological Resilience) طويلة الأمد لدى أفراد الأسرة. هذا يتم من خلال تمكينهم بمجموعة أدوات مستدامة من مهارات المواجهة والتكيف، مثل إعادة الهيكلة المعرفية وإدارة السلوك، وهو ما يدعمه أيضاً ما أشارت إليه دراسة الصبيح حول "إعادة التأطير".

من ناحية أخرى، تبرز ** التحديات المنهجية **. العديد من الدراسات، خاصة في السياق العربي، تعتمد على عينات صغيرة أو مجموعات ضابطة قوية، مما يحد من إمكانية تعميم النتائج. هناك حاجة ملحة لإجراء ** مزيد من الدراسات الطولية ** (Longitudinal Studies) لتتبع التأثير طويل المدى للتدخلات، ودراسات ** التجارب العشوائية المحكمة ** لتأكيد فعاليتها بشكل قاطع. كما أن ندرة الدراسات التي تقارن مباشرة بين فعالية التدخل الفردي مقابل الجماعي، أو التدخل المباشر مقابل التدخل عبر الإنترنت، تترك مجالاً للبحث المستقبلي لاستكشاف أنماط تقديم الخدمة الأكثر كفاءة وفعالية من حيث التكلفة، خاصة في البيئات محدودة الموارد كما أشارت جونزاليس et al. (2018).

3.3. الخلاصة

في الختام، تؤكد الأدلة المتاحة بشكل قاطع أن التدخلات النفسية القائمة على الأدلة، وخاصة تلك المستندة إلى العلاج المعرفي السلوكي والتحليل السلوكي التطبيقي، هي ليست فعالة فحسب بل ** ضرورية ** كجزء من رعاية شاملة لأسر ذوي الإعاقة الذهنية. إن دور الأخصائي النفسي في هذا السياق هو دور محوري ومتعدد الأوجه، يتراوح بين المعالج والمعلم والميسر ومدافع عن حقوق الأسرة.

لكن لنجاح هذا الدور مرهون بشرطين أساسيين:

1** . التكيف الثقافي: ** يجب أن تكون هذه التدخلات حساسة ثقافياً ومصممة خصيصاً لتناسب القيم والأنظمة الاجتماعية العربية، مع العمل على تبديد الوصمة وتعزيز تقبل المجتمع.

2** . النهج النظامي المتكامل: ** يجب أن يعمل الأخصائي النفسي ضمن فريق متعدد التخصصات (بالتعاون مع الأطباء، المعلمين، أخصائيي النطق) وأن يندمج عمله ضمن سياسات دعم أسرية أوسع تشمل الدعم المالي والقانوني والاجتماعي.

الاستثمار في هذا الدعم النفسي المبكر والمستمر ليس استثماراً في صحة الأسرة النفسية فحسب، بل هو استثمار في جودة حياة الفرد ذي الإعاقة ذاته، حيث أن أسرة مستقرة نفسياً هي البيئة الأكثر خصوبة لنموه وتطوره وتحقيق أقصى إمكاناته.



4. الخاتمة والتوصيات

استناداً إلى النقاش النظري والتحليل العميق للدراسات السابقة، يمكن التأكيد على أن الضغط النفسي الذي تواجهه أسر ذوي الإعاقة الذهنية هو ضغط مزمن وشامل، ينبع من تفاعل معقد بين العوامل الفردية والأسرية والمجتمعية. وعلى الرغم من ثبوت فعالية التدخلات النفسية القائمة على الأدلة، لا تزال هناك فجوات كبيرة بين المعرفة العلمية والتطبيق العملي، خاصة في السياقات العربية. لذلك، فإن وضع توصيات عملية قابلة للتطبيق يصبح أمراً ضرورياً لتعزيز جودة حياة هذه الأسر.

أولاً: التوصيات على مستوى الممارسة المهنية (الأخصائي النفسي)

1. **اعتماد نهج تكاملي قائم على القوة:** يجب أن يتحول دور الأخصائي النفسي من نموذج القصور إلى نموذج القوة والتمكين. وذلك من خلال:

* تحديد وتعزيز نقاط القوة الموجودة داخل النظام الأسري (مثل التماسك، المرونة، المعتقدات الإيجابية).

* دمج الأسرة كشريك فاعل في تصميم وتنفيذ خطة التدخل، وليس كمتلقي سلبي للخدمة.

2. **تكييف التدخلات ثقافياً:** يجب ألا تكون البرامج ترجمة حرفية لنماذج غربية، بل يجب تكييفها لتناسب السياق الثقافي والاجتماعي العربي. يشمل ذلك:

* دمج القيم العربية والإسلامية (مثل الصبر، التكافل الاجتماعي، الرحمة) في أطر العلاج النفسي.

* تصميم مواد التوعية والتعليم النفسي بلغة بسيطة ومفهومة وتستند إلى أمثلة من الحياة اليومية في المجتمع العربي.

* تدريب الأخصائيين على الحساسية الثقافية لفهم دور العائلة الممتدة وتأثير الوصمة الاجتماعية على قرارات الأسرة.

3. **التدخل المبكر والمتسق:** يجب أن يبدأ الدعم النفسي من لحظة التشخيص، كما أشارت دراسة عبد الوهاب (2023). وذلك عبر:

* تطوير بروتوكولات موحدة لإعلان التشخيص بشكل empathetic يدعم الأسرة ويقلل من الصدمة الأولية.

* توفير جلسات دعم نفسي مكثفة ومستمرة خلال السنوات الأولى بعد التشخيص، والتي تعد الأصعب على الأسرة.

ثانياً: التوصيات على مستوى المؤسسات وواضعي السياسات

1. **دمج الدعم النفسي في خدمات الرعاية الصحية والتعليمية:** يجب ألا يكون الدعم النفسي خدمة منعزلة، بل جزءاً أساسياً من أي خدمة مقدمة لذوي الإعاقة وأسرهم.

* توفير عيادات نفسية متخصصة داخل مراكز التأهيل والمستشفيات التي تخدم هذه الفئة.

* إلزام المدارس ومراكز الرعاية النهارية بتوظيف أخصائي نفسي مدرب على العمل مع أسر ذوي الإعاقة.

2. **دعم مقدم الرعاية الأساسي:** نظراً لأن العبء الأكبر يقع على عاتق أحد الوالدين (غالباً الأم)، يجب تصميم برامج دعم مخصصة لهم:

* توفير خدمات "الرعاية المؤقتة (Respite Care)" بشكل منهجي لتزويد مقدم الرعاية بفترات راحة تستعيد خلالها طاقتها النفسية والجسدية.

* إنشاء برامج دعم نفسي وتوعوي عبر منصات رقمية يسهل الوصول إليها لأولئك الذين لا يستطيعون مغادرة المنزل بسهولة.



3** تعزيز البحث العلمي المحلي: ** هناك حاجة ماسة لتطوير قاعدة أدلة عربية.

* تمويل ودعم إجراء **دراسات طويلة** لتتبع تطور الضغط النفسي لدى الأسر عبر الوقت وتقييم فعالية التدخلات على المدى الطويل.

* تشجيع إجراء **دراسات التجارب العشوائية المحكمة** (RCTs) لمقارنة فعالية نماذج التدخل المختلفة (فردية مقابل جماعية، مباشر مقابل إلكتروني).

ثالثاً: التوصيات على مستوى المجتمع والتوعية

1** محاربة الوصمة الاجتماعية: ** يجب أن تكون هناك حملات توعوية مجتمعية مستمرة تهدف إلى:

* تغيير الصور النمطية الخاطئة حول الإعاقة الذهنية وتقديم صورة واقعية وإنسانية.

* تسليط الضوء على نجاحات وقدرات ذوي الإعاقة الذهنية وأسرهم لتعزيز تقبلهم في المجتمع.

2** بناء شبكات الدعم المجتمعي: ** تعزيز مفهوم أن رعاية ذوي الإعاقة مسؤولية مجتمعية وليست مسؤولية الأسرة وحدها.

* دعم وتوسيع نطاق مجموعات الدعم الأهلي للأسر لتسهيل تبادل الخبرات والعون العملي.

* تشجيع التطوع في مجال دعم أسر ذوي الإعاقة من خلال برامج مدربة ومُشرفة عليها مهنيًا.

5. الخلاصة النهائية

التحديات التي تواجه أسر ذوي الإعاقة الذهنية حقيقية ومعقدة، لكنها ليست مستعصية. الحل يكمن في تبني **نموذج بيئي-نظامي متكامل** يعترف بالتفاعل بين الفرد والأسرة والمجتمع. الأخصائي النفسي هو حجر الزاوية في هذا النموذج، ولكن عمله يجب أن يكون مدعوماً بسياسات مستنيرة وموارد مخصصة وبيئة مجتمعية داعمة. الاستثمار في الصحة النفسية لهذه الأسر هو استثمار في تماسك المجتمع بأكمله، وهو الضامن الوحيد لضمان حياة كريمة يحقق فيها كل فرد، regardless of his abilities, أقصى إمكاناته.

يثبت دور الأخصائي النفسي أهميته في تخفيف الضغط النفسي على أسر ذوي الإعاقة الذهنية، من خلال تدخلات مدعومة علمياً تحسن الرفاهية وتعزز التكيف. ومع ذلك، يتطلب الأمر مزيداً من الدراسات في السياقات العربية لتكييف التدخلات ثقافياً. يُوصى بتكثيف التدريب للأخصائيين، تطوير برامج جماعية، ودمج الخدمات النفسية في المراكز الطبية.



المراجع:

✓ مراجع أجنبية :

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- → المرجع الأساسي لتعريف الإعاقة الذهنية ومعايير التشخيص
- Emerson, E., & Hatton, C. (2008). Cumulative risk across family stressors: Evidence from the intellectual disability population. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1042–1051.
- → دراسة عن الضغوط الأسرية المرتبطة بالإعاقة الذهنية
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 222–232.
- → علاقة مشكلات السلوك لدى الأطفال بذوي الإعاقات الذهنية بالصحة النفسية للأهل
- McConkey, R., & Collins, S. (2010). The role of support staff in promoting the social inclusion of persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(8), 691–700.
- عن دور الأخصائيين والموظفين في تعزيز الدمج والدعم النفسي →
- Ranta, K., et al. (2024). Psychological interventions for parents of children with intellectual disabilities: A systematic review. *Psychology & Health*, 39(4), 501–520.
- مراجعة حديثة حول التدخلات النفسية وفعاليتها →
- Hastings, R. P. (2016). Do children with intellectual disabilities have a negative impact on other family members? The case for rejecting a negative narrative. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, 50, 165–194.
- تحليل علمي حول تأثير الإعاقة الذهنية على الأسرة
- ✓ مراجع عربية (رسائل جامعية وكتب ودوريات)
- عبد الوهاب، أحمد. (2023). دور الأخصائي النفسي في إعلان تشخيص الإعاقة الذهنية: دراسة تحليلية. *مجلة علم النفس العربية*, 18(2)، 45–62.
- الصبيح، محمود. (2020). أساليب الإرشاد النفسي والاجتماعي لأسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية*، جامعة بغداد، 34(1)، 112–139.
- الكندري، سعاد، القشعان، حسين، & عبد الوهاب، فاطمة. (2017). التصورات الثقافية وآليات التكيف لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية في الكويت. *المجلة العربية للطب النفسي*، 28(2)، 145–160.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، & الضمور، إبراهيم. (2018). مدخل إلى الإعاقة الذهنية. عمان: دار الفكر.
- → كتاب أكاديمي مرجعي حول الإعاقة الذهنية وأبعادها.



- الركبي، محمد. (2022). التدخلات الإرشادية للأخصائي النفسي في التخفيف من الضغوط الأسرية لدى أسر ذوي الإعاقة. مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة الجزائر، 14(3)، 77-101.
- العساف، ناصر. (2019). الصحة النفسية للأمهات اللواتي لديهن أطفال من ذوي الإعاقة الذهنية. مجلة جامعة الملك سعود – الدراسات التربوية والنفسية، 31(4)، 55-74.

✓ مراجع مقترحة ككتب مساعدة

- Schalock, R. L., et al. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th ed.). Washington, DC: AAIDD.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. American Journal on Mental Retardation, 106(6), 471-486.