

فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي

(سلوكي-معرفي)

في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون

أ/مهديّة وداد
أستاذة محاضرة قسم ب
قسم علم النفس وعلوم التربية
والأرطوفونيا (جامعة الجزائر 2)

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة تطبيق استراتيجية هادفة للتخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، والتي تتمثل في برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي)، ولبلوغ ذلك اعتمدنا التصميم التجريبي ذي المفحوص الواحد، باستخدام تقنيات القياس التالية:

المقابلة العيادية، الملاحظة المباشرة وتقنية مراقبة الذات (الملاحظة الذاتية: Self-monitoring، مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

(MPSS-S.R) (Modified PTSD Symptom Scale-Self-Report)، اختبار الشعور بالذنب، مقياس (Beck) للاكتئاب المترجم والمقنن من طرف إبراهيم عبد الستار، وقد تكونت مجموعة البحث الحالي من (10) أفراد من الأمهات، كما خضع كل أفراد مجموعة البحث لنفس الاستراتيجيات: استراتيجية التشخيص والعلاج والتقييم والمتابعة، وقد أكدت الدراسة فعالية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي).

إشكالية الدراسة:

يقول (D.W.Winnicott): "إنه لمن الطبيعي جدا أن ترغب الأم في التعرف على مولودها عند ازدياده مباشرة، وذلك بسبب شوقها لرؤيته واحتضانه من جهة، ومن جهة أخرى للتأكد

من سلامته الجسمية والعقلية خاصة ، لأنها قد لا تفارقها طيلة الحمل أفكار غريبة كوضعها لطفل مشوه ، ونفس الشيء ينطبق على الأب ، فإنه يعاني من نفس درجة معاناة الأم ، فلذلك يعتبر التعرف على الطفل بعد الميلاد ، مسألة مستعجلة مما يخفف من قلق الانتظار" (D.W. Winnicott, 1971, p21).

فحسب (D.W. Winnicott) دائما يكون الوضع مريحا بالنسبة للأم التي تتجذب طفلا سليما ، بينما يختلف الأمر تماما بالنسبة للأم التي تضع طفلا مشوها. "فإنها لم تنتهيا لأن تصبح أما لطفل مصاب بمتلازمة داون مثلا أو أي تشوه آخر ، فهي تصدم بشكل عنيف عند اكتشافها لإعاقة لا محالة" (R.Mises et all, 1994, p185).

أما (S.Korff- Sausse) فتقول "أن جميع الأمهات يكن في حالة ذهول وصمت Sidération Sans (voix) ويثير هذا الخبر ألما يصعب وصفه (douleur indicible) لدى الأمهات ، كما هو الحال بالنسبة لمصدومي الحرب أو الناجين من الكوارث الطبيعية" (S.Korff- Sausse, 1966, p33).

وترى نفس المحللة بأنه عندما يواجه الآباء والأمهات حدثا غير منتظر (يصاب به الآخرون حسب رأيهم) ، أو بالعكس منتظر جدا ، كخوف أغلب النساء الحوامل من إنجاب طفل مشوه ، فإنهم يكونون تحت وطأة صدمة قد تدمر جميع دفاعاتهم المألوفة وتظهر غيرها أقل سوءا.

ومن بين الخصائص الأخرى للصدمة النفسية التي وصفها كل من (Freud و Ferenczi) نذكر: البغمة (Soudaineté) ، عدم التهيؤ لمثل هذا الوضع الذي يعجز اللسان عن وصفه ، اختراق التنظيم النفسي فجأة (L'affraction du moi) ، ثم تعطل ملكة تفكير الفرد على الترميز وصعوبة أو استحالة إيجاد التصورات والعواطف ، كما تثير هذه الصدمة الرعب (L'effroi) ، الذهول (Sidération) ، وتجزئة الأنا (Fragmentation du moi) ، فجميع هذه الخصائص والسلوكيات تعرف بالعصاب الصدمي (Névrose traumatique) (S.Korff- Sausse, 1995).

وفي نفس السياق تؤكد (S.Korff- Sausse) على " أن الإعاقة بمثابة صدمة تغمر قدرات الأنا ولا تسمح له باستيعاب الحدث الجديد ، المفاجئ والمؤلم في آن واحد ، حيث لا يمكن للعقل تقبله ولا الهروب منه ، وذلك بسبب توقف النشاطات العقلية والنفسية للآباء والأمهات ، وكان مثل هذا الخبر يعمل كمخدر (Un anesthésique). ودرجة الذهول هذه قد تجعلهم عاجزين عن تقبل دورهم كأولياء لما تتركه الصدمة من أثر عنيف (S.Korff- Sausse, 1995, p45).

فبعد مرحلة التشخيص تصاب الأم بالصدمة من وقوع الخبر محاولة رفضه وإنكاره، وقد تشعر بالذنب ولوم نفسها أو لوم زوجها، وقد تعاني من الإحساس بالغضب ويمكن أن يكون موجهاً إلى أي شخص آخر الفريق الطبي مثلاً الذي ساعد في تشخيص المرض. فالأم في مثل هذه المواقف تلجأ إلى نوع من الاستجابات أو ما قد نسميه نوعاً من الآليات السلوكية، لأنها تحدث دون وعي منها من شأنها أن تساعد في التخفيف من أثر صدمتها، فتستغرق في عملية استبدال الإنكار بالحزن وقد تمر أيام أو حتى أسابيع حتى تستقبل هذه الحقيقة، وقد تصل إلى شهور وأعوام وهذا ما عرفناه في الميدان عندما سألنا بعض أفراد مجموعة بحثنا، سواء على المستوى النفسي كما ذكرنا فيما سبق كاستجابات الإنكار والكف أو تدفق الإثارات (Débordement des excitations)، أم على المستوى الجسمي كالأضطرابات الجلدية على سبيل المثال: البرص (Vitiligo) أو ارتفاع ضغط الدم وذلك مباشرة بعد ميلاد طفل مصاب بمتلازمة داون عند البعض من الأمهات.

فهذه التعبيرات الجسدية تدل على العجز المؤقت لمواجهة الصدمة، والتي قد تتطلب ترتيباً نفسياً أليماً حيث يؤكد ذلك (Ferenczi) قائلاً " بأن العضوية تبدأ بالتفكير في اللحظات التي يخفق فيها التنظيم النفسي، (S.Korff- Sausse, 1995).

إن الجهاز النفسي لا يستطيع احتواء هذه الإثارات المفترقة الناتجة عن حدوث الصدمة، فتتدفق عندئذ على شكل سلوكيات أو أمراض جسدية.

فمعظم الآباء والأمهات يصفون هذه الفترة بالغموض وبالفرغ، فصدمة اكتشاف إصابة أطفالهم تحدث جرحاً مفتوحاً في التنظيم النفسي، والذي يستدعي الانغلاق باستمرار، ولكن بدون جدوى، فكان سياق الالتئام لا نهاية له، ولن تعود الأمور كما كانت سابقاً (S.Korff- Sausse, 1995).

فبعد إعلان الأطباء عن التشوه، تجد الأمهات أنفسهن في حالة نفسية أليمة، لا تستوعب كل ما يدلي به الطبيب في تلك اللحظة، لذا ترى البحوث الخاصة بهذا الموضوع أنه من المستحسن أن يقدم التشخيص للأمهات بعد التأكد من الخريطة الكروموزومية (Caryotype) للطفل، وتوضيح هذا التشخيص بشكل مبسط ودقيق قدر الإمكان، مع تفادي التركيز أكثر على الجوانب السلبية المرتبطة بالإعاقة، والمحافظة على التواصل بين المختصين (أطباء نفسيين، مربين مختصين) والأمهات للتخفيف من حدة الصدمة التي قد

تخرب سلامة التوظيف النفسي، وربما تجعل صورة الطفل المنتظر تبتعد أكثر عن صورة الطفل الحقيقي (J.Roy, J.P. Visier, 1997).

كما أن اكتشاف التشوه سواء كان مبكراً أم متأخراً، يعتبر دوماً صدمياً بالنسبة للأباء والأمهات، فالعديد منهم يتألمون دائماً لمجرد استحضار تلك اللحظات الخاصة بإعلان الإصابة، مهما مضت من سنوات عن ميلاد طفلهم.

فهذه الوضعية الصادمة تأتي لتمس على وجه الخصوص نرجسية الأمهات، فهي جرح حقيقي قد يخل بالتوازن النفسي وصعوبة إدماج واقعهن النفسي في نظامهن الفكري، وقد تجد الأمهات أنفسهن أمام ضغوط خارجية وأخرى داخلية قد تفشل قدرتهن على مواجهة محيطهن الخارجي وعالمهن الداخلي (D.Anzieu, C. Chabert, 1983).

فميلاد طفل مصاب بمتلازمة داون بالأسرة يمثل حادثة ضغط أو أزمة في المجال الأسري والتي فيها تتأرجح وتباین مشاعر وردود أفعال الأم من الإنكار والحزن والقلق والخوف إلى الرفض واللوم والتأنيب، ويظهر لدينا ما يسمى بموقف الأزمة والذي يبدأ بمرحلة التعرض للخطر أو الصدمة.

ونتيجة الأزمة التي تمر بها الأم فإنها تواجه مستويات مرتفعة من الضغط الذي يرتبط مباشرة بإدراكها لحقيقة تشخيص حالة الطفل المعاق، الأمر يزداد حدة في حالات الأمراض الخلقية كالأمراض المرتبطة بخلل في الكروموزومات كمتلازمة داون، والذي يعتبر من الأمراض المرتبطة بالتغيرات الكروموزومية العددية (محمد السيد حلاوة، 1998، ص 69).

كما يمثل ميلاد طفل مصاب بمتلازمة داون في الأسرة بداية لسلسلة هموم نفسية لا تحتمل وتكليف بأعباء مادية شاقة وخلق لمخاوف وشكوك متزايدة للأباء والأمهات، وبداية لصراعات من وجهات النظر واختلافات في الآراء، وتبادل للاتهامات، ولوم الذات وللآخرين، وسيطرة لنزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم للثقة في الذات، وتعطيل للإرادة.

ومع تقدم العمر بالطفل، وتراكم متاعبه ومشاكله، وزيادة اليقين بعجزه وتأخره، تبدأ مرحلة الخصام والشقاق بين أبي وأم الطفل، يتبادلان إلقاء اللوم كل على الآخر، ويرى كل منهما نفسه أنه مظلوم، ويعتبر كل منهما نفسه خاسراً، ويبقى كل منهما مقتنعاً بأنه غير مسؤول، وكأنهما يبحثان عن فاعل ليوجها إليه الاتهام ويحملانه بعضاً مما يصعب عليهما تحمله (شاكر قنديل، 1996، ص 235).

فتشخيص الطبيب وقراره بأن الطفل مصاب بمرض خلقي وهو متلازمة داون يؤدي إلى حدوث صدمة مؤلمة للوالدين وخاصة الأم كما أشرنا إلى هذا فيما سبق، فتمارس الأم العديد من الضغوط بدءاً من ردود الأفعال الفردية وصولاً إلى المشكلات المؤثرة على مقومات التكامل الأسري، وعندما تفوق شدة المشكلة قدرة الأم على مواجهتها، فإن هذه المشكلة تتأزم وتزداد تعقيداً وعندما يتزايد التوتر والضغط تصبح الأم أقل قدرة على إيجاد حل، وعادة ما لا تستطيع أن تخطو خطى إيجابية لحل المشكلة أو التخفيف من أثرها لأنها تكون تحت تأثير ما يسمى باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

فالموقف الذي تجد الأم نفسها فيه يكون أكثر تعقيداً وأشد خطورة، فيتكاتف ما يعاني منه الطفل من إعاقة وبطء في نموه، وما يتطلبه من ترتيبات خاصة للعناية بحاجاته الجسمية وما يلزمه من تدريب ومراقبة، بالإضافة إلى ما يفرض على الأم من مواءمة وتعديل توقعاتها للمستقبل، تتكاتف كل هذه العوامل لتضغط على الأم، وهذا بدوره يزيد من تعزيز إصابة الأم باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إضافة إلى عامل تشخيص الطفل ومن ثم اختلال التوازن الطبيعي للأم (B. Davidson, D. Adosser, 1983, p116).

إن الإصابة الصدمية والتي هي في حقيقة الأمر انفعالات سريعة لضغط متجاوز متبوعة بتفريغات انفعالية مباشرة، بمعنى تناذر صدمي نفسي عارض ومتبوع على المدى الطويل بآثار مرضية مزمنة، ويطلق على هذه الحالات في الطب النفسي الحديث، اضطراب الضغط اللاحق للصدمة ويطلق عليه باختصار (PTSD) (Post Traumatic Stress Disorder).

من الممكن أن تزيد الصدمة وآثارها اللاحقة من قيمتها وتساعد من الضغط اللاحق خصوصاً إذا جاء الحدث الصدمي على نحو غير متوقع ومفاجئ، وعدم استعداد الفرد للحدث (L. Crocq, 1999, p375) كحدث إصابة طفل بمرض خلقي وهو متلازمة داون والذي قد يؤدي إلى ظهور وتطور مشاكل نفسية سلوكية ومعرفية لدى الأم، كما يمكن أن نعلق أهمية فائقة على البنية النفسية المعرفية والاجتماعية وقدرات المواءمة مع الحادث الصدمي، على غرار ما تمليه البحوث الكلاسيكية من أهمية السياق اللاشعوري، فيما يخص العلاقة بين الأحداث السلبية (التي تؤثر سلباً على البنية النفسية للفرد) وميكانيزمات الدفاع لمواجهة القلق والتهديد (L. Crocq, 1987, p110).

وعلى هذا الأساس فإن استراتيجيات غير ملائمة مع الأحداث الصدمية قد تسبب جروحاً نفسية، مثل أعراض الاضطراب النفسي في صورة قلق وتوتر دائمين، هلع (قلق حاد)،

ذكريات أليمة والمرتبطة بالحدث الصدمي، تقتحم تفكير الفرد غالباً في اليقظة وفي النوم على شكل كوابيس فيسبب ذلك شعوراً بالألم والضيق، العزلة، ردود انفعال التشتت الذهني، الانتباه الزائد (المفرط)، ردود أفعال عصبية لكل ما يذكر بالصدمة والشعور بالاكْتئاب، ناهيك عن الاضطرابات العصابية، كالقلق الذي يظهر في البداية ثم يتبع بحالات اكتئابية شديدة. كما يربط البسيكوسوماتيون بين الكارثة وبين ظهور الوسواس المرضية في حالة ما إذا كان الجسد موضع تهديد له، أو الخوف من تشوه الجسد حسب (Marie Sylvine) أو الهجاس (Hypochondrie) وكذلك التعرض لإصابات قلبية، الرهاب، عياء نفسي (Neurasthénie)، التجنب، الكف، النكوص والتبعية.

ان الأعراض التي لا تظهر مباشرة عقب التعرض للصدمة، قد يتأخر ظهورها لشهور وسنوات حيث يحدث تشكل إعادة معايشة الصدمة خصوصاً لدى الشخصية النرجسو-نكوصية (طفلية نزوية)، وهي ما تتميز به شخصية المصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بالإضافة إلى خلل في التمثيلات المعرفية، فقدان الحس وانخفاض تقدير الذات (C. Damiani, 1997, p235).

في هذا الشأن تعددت وجهات النظر للكيفية والطريقة التي تحدث بها حالة (PTSD)، فنظرية التحليل النفسي تشدد على وجود خبرات سابقة لدى الفرد منذ المراحل الأولى للنمو، فالاستعداد المسبق لأفراد دون غيرهم للتفاعل مع مواقف التهديد أثناء الأزمات يولد الاضطراب، ووجود عوامل اجتماعية وسوابق مرضية قد تكون مجرد عوامل إضافية تؤثر في الحالة وطبيعة الأعراض، ولا تسبب في حدوثها أو عدم حدوثها.

أما النظرية السلوكية، فتفسر (PTSD) كنتيجة شرطية بين الصدمة من جهة والاضطرابات من جهة أخرى، وتظهر الأعراض المرضية نتيجة التعميم السلبي.

إلا أن النظرية المعرفية تأخذ بعين الاعتبار طبيعة الفرد وتعاليمه في فهم معنى الضغط المسلط عليه، ومن ثم استجابته للأزمة، فيحدث الفعل الصدمي فعلته، يعيشه المصدوم إجهاداً نفسياً فيهدد كيانه الانفعالي والجسدي (C. Damiani, 1997, p236)

إذن يتضح أن أهم الأعراض الناتجة تتميز بنكوص المشاعر لمستوى أدنى، ويشمل هذا إسقاطات هشة قد سجلت في تاريخ حياة الفرد وتكوينه البنيوي، وتشكلت معها لواحق صدمية (C. Damiani, 1997, p238).

ومن أهم الأعراض الظاهرة كذلك أن حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، يسمح بتمييز إما عجز كلي مؤقت (ITT)(Impuissance Totale Temporelle) أو عجز جزئي دائم (IPP)(Impuissance Partielle Permanente) (L. Crocq, 1987, p113)

يفسر (M.F.Bacques) في ضوء جوانب الشخصية التي تظهر فيها الأعراض، وطبيعة الصدمة (كارثة، حرب، أعمال عنف، إصابة بمرض) فمن الأعراض الحسية، تكون الاستجابات سريعة لأي منبه خارجي يشبه بشكل من أشكال الحادث الصدمي، فهي فائض من الإحساس المتداول، وتظهر هذه الأعراض في سلسلة من الانقباضات الحادة والسريعة المسببة لفقدان الأمل، الشعور بالذنب، الحزن، الأسى، الانطواء، ويكون الفرد المصدوم سريع الغضب تجاه عائلته وأصدقائه، وتجاه المصير، كما يمتاز بالعدوانية والخوف من الأزمة العصبية، ومن أن يصبح مجنوناً، ومن الموت ومن الإحساس بالوحدة، وهي تظهر على شكل مخاوف مرضية، حيث يبتعد فيها الشخص المصدوم عن كل ما يذكره بالحادث، يأخذ المصدوم حالة فقدان الوعي مع تقلص عضلي وتشنجات من أجل الهروب وذلك لعجز الذات عن مواجهة الموقف الذي هو فيه، أيضاً يصاب بالانهيار والاكنتاب بحيث يكون نظرة سيئة عن نفسه وهذا ما يسبب له خمول فكره ويكون في حالة من الحزن المتكرر، ومن الأعراض السلوكية التي تظهر عليه: ضعف في النشاط الوظيفي العام، العجز عن إيجاد الراحة، نشاط زائد (مفرط)، الشعور بالتعب الشديد، البكاء كوسيلة للتعبير عن الحزن والتخفيف منه، كما يظهر مواقف سلبية تجاه المحيط كتوبيخه لذاته وسوء تقديره لها (M. F. Bacques, 1992, pp72- 92).

وانطلاقاً من كل ما سبق، فإنه في حالة اختلال التوازن السوي لأم الطفل المصاب بمتلازمة داون، يتدخل المعالج النفسي لمساعدة الأم في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد صدمتها الناتجة عن إصابة طفلها بمرض خلقي، ورغم وجود هذا الاضطراب وشيوعه وما يترتب عليه من عواقب أليمة، إلا أن نسبة كبيرة من أمهات الأطفال المصابين، واللواتي تعرضن للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة نتيجة حدث مؤلم (إصابة الطفل بمتلازمة داون)، لا يتقدمن للاستشارة النفسية ولا يتلقين أي علاج، وأن نسبة أكبر منهن لا يتلقين العلاج النفسي المناسب.

لقد دفع هذا الوضع بالباحثين والأطباء وعلماء النفس إلى إيجاد عدة تقنيات علاجية حصل البعض منها على بعض الدعم الإمبريقي، لأنها تثبت فعاليتها في مواجهة الآثار النفسية والجسمية المترتبة على اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كما أن هناك أساليب عدة تستخدم في العلاج النفسي للتخفيف من حالات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون.

ومن بين هذه الأساليب نذكر:

العلاج التوجيهي في مقابل العلاج غير التوجيهي، العلاج السطحي في مقابل العلاج العميق، العلاج محدود الهدف في مقابل العلاج طويل المدى، وكذا العلاج الجماعي في مقابل العلاج الفردي.

وأول اعتبار يهتم به المعالج النفسي في حالات أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا عامة والمصابين بمتلازمة داون خاصة، هو مشكلة هذا النوع من الإصابات في تأثيره على نمو الأفراد المصابين، ونمو هؤلاء الذين يعيشون معهم.

وقد لخص (Smith and Neisworth) هذا الشعور كالتالي:

"إن أي شيء تقدمه أو تفعله للطفل سواء كان علاجاً أم تدريباً أم تعليماً، أم أي شيء نقوم به من أجله، أو نقدمه لعائلته سواء كان في شكل نصيحة أم إرشاد أم مساندة أم علاج، يجب أن يكون في ظل اعترافنا بحقيقة أن الأسرة تمثل نظاماً من الادميين يتفاعل فيها الواحد منهم مع الآخر لدرجة أن ما يؤثر على أحدهم ينتقل أثره في الحال إلى الآخرين، فلا يمكننا أن نأخذ الطفل ونعزله عن الأسرة أو نغيره بطريقة أو بأخرى كما لو كان منعزلاً (R.M. Smith, Neisworth, 1975, p41)

هذا ما يؤكد أن التفاعل بين الأفراد والانخراط في جماعة له دور في تخفيف أو علاج بعض الاضطرابات النفسية بما فيها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

فعندما يتناول المعالج النفسي في وقت واحد عدداً من المرضى، حيث يشفى المريض من خلال تفاعله مع الجماعة ومن خلال علاقته بغيره من المرضى، وعلاقته بالمعالج نكون أمام نوع من أنواع العلاج النفسي وهو العلاج النفسي الجماعي. (عبد الرحمن العيسوي، 1984، ص213).

وتجدر الإشارة إلى أنه من خلال مطالعات الباحثة وجدت أنه بالإمكان تطبيق كل أنواع العلاجات النفسية الفردية في جماعة، فيمكن تطبيق العلاج النفسي التحليلي والسلوكي،

والسلوكي المعرفي، إلى غير ذلك من العلاجات النفسية الفردية والتي من الممكن تحويل طريقة تطبيقها من الفرد إلى الجماعة أو إلى جماعة من الأفراد، وبذلك تصبح هذه العلاجات تسمى مثلاً: علاجاً نفسياً جماعياً تحليلياً أو علاجاً نفسياً جماعياً سلوكياً، أو علاجاً نفسياً جماعياً سلوكياً معرفياً.

إن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من أهم التطورات في علم النفس الحديث، فهو يبدو كتحويل جذري عن السلوكية الكلاسيكية، ومن الجدير بالذكر أن التعلم الشرطي يعد هو الأسلوب الذي يلعب الدور الرئيسي في نشأة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة موضوع دراستنا، ومن ثم فإن العلاج السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي هما الأكثر شيوعاً والأفضل في نتائجهما في هذا الميدان، وإن تفوق العلاج المعرفي السلوكي نظراً لاعتماده على فنيات انفعاليته تعتمد على استخراج المشاعر العميقة والتأثير عليها حتى يصبح الفرد أقل تشدداً في حكمه على الموقف، ويصبح بإمكانه أن يتقبل الأمر برمته. (عادل عبد الله محمد، 2000، ص 235).

ويمكن في هذا الإطار أن يقوم الفرد بكتابة ما يشعر به من مشاعر متنوعة تتضمن الشعور بالذنب نظراً لما يكون قد قام به حتى يبقى على قيد الحياة، والأفكار التي تتوارد على ذهنه، ويتم التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية على أن يتم التعامل مع كل فكرة على حدة، كذلك يجب أن يتم تدريب الفرد على السلوك التوكيدي حتى نساعد على أن يسترد ثقته بنفسه، تلك الثقة التي افتقدها على إثر الصدمة، إلا أن هذا التدريب يجب أن يكون مصحوباً بالمساندة الاجتماعية سواء من باقي أعضاء الأسرة أم من الأصدقاء أم من الهيئات المختلفة في المجتمع (عادل عبد الله محمد، 2000، ص 236).

كذلك يمكننا في هذا الإطار أن نستخدم استراتيجيات للمواجهة كأن يتم تدريب الفرد الضحية على أسلوب حل المشكلات (Problem Solving)، هذا الأسلوب الذي يدخل في إطار برنامج تعلم مهارات التأقلم والذي نعمل فيه على التخفيف أو التخلص من الانفعالات الحادة المترتبة على الأزمة، وهنا يمكننا أن نستخدم تقنية التعريض ومنع الاستجابة سواء كان هذا التعريض واقعياً أم تخيالياً، وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية ولكنها تخيفه وتثير القلق لديه، ويمكن أن يكون هذا التعريض متدرجاً، وهنا نستخدم التحصين التدريجي ضد القلق أو فقد الحساسية المنظم، كما يمكن أن يكون التعريض غير متدرج، وهو الأمر الذي يتطلب أن نستخدم أسلوب الغمر (Flooding) وذلك بأن يستحضر الفرد في

ذهنه كل الأحداث المرتبطة بالخبرة الصدمية مع التركيز عليها حتى يتناقص القلق ويتبعه اختفاء تلك الأفكار التي تقتحم عقله، ومن ناحية أخرى يمكن أن نستخدم برنامج مهارات التأقلم متبوعاً باستخدام التدريب على الاسترخاء مما يساعد الفرد على تحديد مناظر الحدث الصدمي وعزلها، ويمكنه من أن يعايشها بشكل متكرر وهو الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلى خفض أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، هذا ويجب أن تتضمن استراتيجيات العلاج المعرفية السلوكية تمكين الفرد الضحية من القيام بما يلي:

- إعادة تحديد الحادث حتى يكتسب معنى متسقاً في العالم وذلك بمقارنة ذلك الفرد بمن هم أقل حظاً منه، والنظر إلى الاستفادة الممكنة من تلك الخبرة.
- إيجاد معنى وغرض في تلك الخبرة.
- تغيير السلوك لمساعدة الفرد على منع ذلك الحادث من أن يعاود الحدوث.
- البحث عن المساندة الاجتماعية (عادل عبد الله محمد، 2000، ص237).

تجدر الإشارة إلى أنه بعد البحث والاطلاع على عدة كتب لباحثين وعلماء نفس فيما يخص العلاج النفسي الجماعي (السلوكي _ المعرفي)، وفعاليتها في التخفيف أو زوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون، وبعد الاطلاع على عدة رسائل ما جستير ودكتوراه، لم تجد الباحثة دراسات سابقة حول ما سبق.

إلا أن الباحثة استطاعت أن تجد بعض الدراسات السابقة والقليلة جداً حول فعالية العلاج النفسي الجماعي في حالات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند عموم الناس، وليس عند فئة معينة من فئات المجتمع كـ فئة أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، هذه الفئة التي هي موضوع دراستنا.

من بين هذه الدراسات نذكر:

1_ بعض الدراسات السابقة التي أوضحت فعالية العلاج النفسي الجماعي لاضطراب الضغط ما

بعد الصدمة:

إذا كان العلاج النفسي الفردي هو الأكثر إستعمالاً في معالجة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فهذا لا يعني أن تقنيات العلاج الجماعي لا تفيد، حيث يعتقد قسم من الباحثين والمعالجين بأن العلاج النفسي الجماعي مفيد في حالات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

ويعتقد كل من (Walker وNash) بأن العلاج النفسي الجماعي مع الجنود المقاتلين في الفيتنام قد أعطى نتائج إيجابية، وبالأخص في الحالات التي يفشل فيها العلاج الفردي، إذ عندما يرى المريض أشخاصاً آخرين يعانون من المشكلة نفسها، فإن المقاومة تنخفض لديه ويصبح أكثر انفتاحاً وتعاوناً (Walker, Nash, 1981).

ولكي نتأكد من فعالية العلاج فإنه من المفيد أن نطرح على الشخص المصدوم الأسئلة التالية:

1- ماذا حدث، أو ماذا جرى لك؟

2- لماذا حدث ذلك؟

3- لماذا تصرفت بهذا الشكل أثناء الصدمة؟

4- لماذا تتصرف الآن بهذا الشكل مع العلم أن الصدمة قد مرت؟

5- كيف تتصرف إذا تعرضت لحدث مماثل أو مشابه في المستقبل؟

إذا تمكن الشخص من وصف الصدمة بشكل عادي دون بكاء وانفعال شديد، فهذا مؤشر إيجابي لفعالية العلاج وإمكانية التحسن، ولكي يتكامل العلاج، يجب أن يتابع الشخص جلسات العلاج الفردي والجماعي (Figley, 1985).

2- بعض الدراسات السابقة التي أوضحت فعالية العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الضغط ما

بعد الصدمة:

هناك العديد من الدراسات التي اتخذت من مواقف صدمية معينة خاصة الحروب موضوعاً لها كتلك الدراسات التي تناولت اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الناتج عن حرب الفيتنام والحرب اللبنانية والغزو العراقي للكويت، ولكنها تعتبر دراسات وصفية اهتمت فقط بتناول تلك الآثار السلبية التي خلفتها مثل هذه الحروب على عينات مختلفة من الأفراد في تلك البلاد.

أما الدراسات العلاجية التي تمكنت الباحثة من الحصول عليها فقد انحصرت فيما يلي:

- استخدم فيليب صايغ (Saigh) تقنية الغمر كتنقية من تقنيات العلاج السلوكي المعرفي في علاج ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المرتبط بالحرب اللبنانية، وتضمن البرنامج العلاجي عدة مشاهد مثل سماع صوت إنفجار، والاقتراب من منطقة

الانفجار، ورؤية أفراد مصابين، وكان يطلب من الطفل خلال كل مشهد أن يقوم بتقدير شدة القلق، ثم طلب منهم بعد ذلك أن يتواجدوا في مكان الانفجار.

وأشارت نتائج القياس البعدي أن نسبة التحسن قد بلغت (F.Saigh,1986)95%.

- أجرى (Butcher et al) دراسة على عينة من اللاجئين استخدموا خلالها أربع استراتيجيات علاجية، تم استخدام كل منها مع إحدى المجموعات التي تضمنتها العينة، وتمثلت تلك الاستراتيجيات في:

- تدخل الأزمة
- العلاج السلوكي المعرفي.
- العلاج الفردي الدينامي.
- العلاج الأسري والزواجي.

هذا وقد تم تقسيم العينة إلى تلك المجموعات بناء على السمات السيكوباتولوجية العامة لأفراد العينة والديناميات بين الشخصية التي تميزهم، ووفقا لثقافتهم التي ينتمون إليها أيضا، وقد أثبتت هذه الاستراتيجيات فعاليتها في تخفيف حدة هذا الموقف الصدمي بالنسبة لهم، وكان العلاج السلوكي المعرفي هو الأفضل في الفاعلية في هذا الصدد (Butcher et al,1988).

3- بعض الدراسات السابقة التي أوضحت فعالية العلاج النفسي الجماعي (السلوكي_المعرفي) لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

يرى (Marafiotte) بأن تطبيق المنهج السلوكي_المعرفي في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وخاصة على الجنود المقاتلين في الفيتنام، يمكن أن يعطي نتائج إيجابية، وهناك مبادئ لا بد من الالتزام بها حتى نصل إلى تحقيق الأهداف المنشودة:

- حجم الجماعة أو الفريق من 6_10 أشخاص.
- عدد الجلسات الإجمالي من 8_12 جلسة.
- مدة الجلسة من ساعة ونصف الساعة إلى ساعتين ونصف الساعة
- التشديد على الحضور والمشاركة من جانب الأعضاء

- التعزيز والتشجيع وتحقيق الانسجام داخل أفراد المجموعة

- التشجيع على الانفتاح والتعبير عن الذات

- تعزيز السلوك الإيجابي والتدعيم اللفظي (Marafiote ، 1980)

ويحدد (Marafiote) ثلاث مراحل للعلاج الجماعي:

- **في المرحلة الأولى:** يشرح المعالج الأهداف والتوقعات ويحاول أن يحصل على عقد إتفاق

موقع من جانب الأعضاء ، بحيث يلتزم كل منهم بالحضور والمشاركة والتصميم على التقدم.

- **في المرحلة الثانية:** وبعد أن ينتظم أفراد المجموعة ويلتزمون بالاجتماعات ، يحاول المعالج

أن يقوم بتقويم الصعوبات التي تواجه أعضاء الفريق بما في ذلك التصرفات وطريقة التفكير وطبيعة العلاقة ومدى انعكاس ذلك على سير العمل والجلسات ، هنا يمكن استخدام بعض الأسئلة والاختبارات لتقويم السلوك واحتمالات النجاح والفشل ، في هذه المرحلة يتم أيضا تحديد الأهداف والأطر والمعايير بغية تحقيق التقدم في عمل الفريق.

- **المرحلة الأخيرة** تضم مجمل التقنيات التي يمكن استخدامها من خلال المنهج

السلوكي المعرفي بما في ذلك التدريب على الاسترخاء (حيث يطلب من الأعضاء في بداية الجلسة إجراء تمارين في الاسترخاء العضلي والتنفس العميق) وطريقة التفكير ووقف التفكير السلبي ((Marafiote ، 1980).

يتضح من نتائج هذه الدراسات أنها تكاد تجمع على أن العلاج النفسي الجماعي

(السلوكي_المعرفي) يعد أسلوبا مناسباً للتخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المختلفة ، وبذلك نلاحظ أن هذه الدراسات في مجملها تدعم فعالية العلاج النفسي الجماعي(السلوكي_المعرفي) لعلاج هذا الاضطراب إجمالاً ، حيث كشفت عن انخفاض حدة الأعراض لدى المرضى بعد العلاج ، وربما اختفائها تماماً في بعض الحالات ، وقد يرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب العلاجي بما يضمنه من استراتيجيات متنوعة من حوار ونقاش يتعامل مع الأفكار والمشاعر والانفعال ، ويؤدي نجاح تنفيذه إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكي المرغوب ، ويؤدي بالتالي إلى قدرة الفرد على استعادة توافقه من جديد ، وعلى الرغم من عرضنا لدراسات قليلة فإنها تؤكد على فعالية العلاج النفسي الجماعي (السلوكي_المعرفي) في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، وهو الأمر الذي يتفق مع مكوناته العلاجية

المعرفية والوجدانية والسلوكية الأمر الذي يجعله يهاجم الاضطراب بقوة ثلاثية تساعده على تحقيق الفعالية.

إن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، المتواجدين بالمركز الطبي التربوي للأطفال المعاقين ذهنياً بالمدينة يشتكين من جملة أعراض تظهر على مستوى:

-السلوكيات الظاهرة:

خمول وانخفاض مستوى النشاط، شكاوي جسمية(الألم والتعب)، الأرق، فقدان الشهية.

-الجانب الإنفعالي:

إستثارة مفرطة أو فائقة (Surexcitation)، الشعور بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل(وذلك لعدم وجود علاج نهائي لمرض الطفل، فالتكفل بالمرضى المصابين بمتلازمة داون من الأطفال، يتوقف على تعديل سلوكهم وتدريبهم فيما يخص إعاقتهم الذهنية فقط بمراكز خاصة لذلك وليس العلاج التام للمرض)، شعور بالندم والأسى والحسرة والأسف (حيث تعتبر الأم نفسها هي المتسبب الرئيسي بمرض طفلها)، هذا بالإضافة إلى التوتر والغضب، القلق في المواقف الإجتماعية، الضيق والملل والخجل.

-الجانب الاجتماعي:

تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبلد في الاستجابات العامة (évitement)، صعوبات في الاندماج الاجتماعي وعجز في الاحتجاج أو المعارضة عندما تهضم حقوق الأمهات، فقدان الاهتمام بالآخرين.

-الجانب المعرفي:

إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة (Reviviscence) وجود أفكار إنتحارية قليلة نسبياً، لوم النفس وتآنيب الذات مع تقدير منخفض للذات، أفكار سلبية وتشوهات معرفية، ضعف التركيز، إنشغال البال، الرغبة في التركيز الشديد، تشتت الانتباه، التوتر الذهني.

تجتمع هذه الأعراض لتكون ما يسمى بأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) والمتمثلة في:

- أ- إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة (Reviviscence): حادث يوم إعلان تشوه الطفل.
 ب- تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبدل في الاستجابات العامة (évitement) كتجنب الدخول إلى المستشفى الذي ولد فيه الطفل.
 ج- استثارة مفرطة أو فائقة (Surexcitation) خاصة عند تذكر يوم إعلان تشوه الطفل والمعلن عن التشوه وطريقة الإعلان.

أما عن الأعراض المصاحبة فتتمثل في أعراض اضطراب الاكتئاب والشعور بالذنب، واللذان يعتبران أهم ما يصاحب أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وهذا ما تمت معرفته في الميدان من الأمهات، حيث أن أم الطفل المصاب بمتلازمة داون ينتابها شعور بأنها هي السبب في مرض ابنها، وذلك بإهمال شخصي منها أثناء الحمل، وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالذنب، كما تنتابها أيضا حالة من الشعور بالحزن واليأس لعدم وجود علاج نهائي لمرض طفلها، مما يسبب لها حالة من الاكتئاب قد تؤدي أحيانا إلى وجود بعض من الأفكار الانتحارية، ليأسها من عدم علاج طفلها وأن مرض طفلها هذا يبقى ملازما له مدى حياته.

كما أن هناك دراسات توضح أن اضطراب الاكتئاب والشعور بالذنب أهم ما يصاحب اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وذلك فيما يخص الصدمة الناتجة عن الحروب، فقد توصلت (Tarch 1985) في محاولة معمقة لفهم جنود حرب الفيتنام، معتمدة في ذلك على المقابلة العيادية التي أجرتها مع 36 حالة من الفيتناميين الذين تلقوا العلاج، وخلصت إلى أن هؤلاء الأفراد يعانون بشكل عام من حالة اكتئاب على شكل عزاء مستمر لموت أصدقائهم، كما أنهم يشعرون بالذنب لنجاتهم (M.Tarch, 1985, p18).

وكشفت دراسة (Frederick 1983) عن وجود ارتباط وثيق بين صدمة الحرب وظهور بعض الاضطرابات النفسية، إذ شخصت حالات الجنود الذين شكلوا عينة بحثه على أنها حالات تعاني من الاكتئاب واضطرابات أخرى كاضطراب الشخصية والإدمان (Frederick,1983,p1177).

وتوصل (Solomon 1988) في دراسة مماثلة إلى أن أهم الاضطرابات التي يعاني منها العائدون من المعركة، الشعور بالوحدة والذنب، الانسحاب العاطفي والانفعالي (Z.Solomon, 1988, p279).

كما يعتقد العديد من الباحثين: (Izard 1974)، (Dougherty 1974)، (Bloxom 1974)، (Kotsch 1974)، (Pultchik 1980)، (Harder and Lewi 1987)، (Hostetler 1992) بأهمية هذا العرض في مصاحبه لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لأنه من أهم الانعكاسات النفسية لدى الأشخاص المصابين به، أما اضطراب الاكتئاب فيتواجد عادة بشكل شائع مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ويعتبر جزء من الصور العيادية الأشمل والأكثر تعقيدا.

(K. C. Peterson, M. F. Prout, R. A. Schwarz, 1991, pp36- 41)

والملاحظ أنه بعد تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، ومع ضرورة التكفل النفسي بالأمهات المصابات بهذا النوع من الاضطرابات والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب واضطراب الاكتئاب) نتيجة إصابة أطفالهن بمتلازمة داون، تحاول الباحثة تطبيق برنامجا علاجيا نفسيا جماعيا (سلوكيا - معرفيا) للتعرف على مدى فعالية هذا العلاج في التخفيف من الاضطراب وما يصاحبه من أعراض، وذلك في مختلف جوانب شخصية الأمهات (الجانب السلوكي الظاهري، الجانب الإنفعالي، الجانب الاجتماعي، الجانب المعرفي).

بعبارة أخرى تهتم الباحثة بالإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي) في التأثير على مختلف أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة، تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبدل في الاستجابات العامة، إستثارة مفرطة أو فائقة) عند أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون؟

- هل للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي) فعالية إيجابية على الشعور بالذنب كعرض مصاحب لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون؟

- هل للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي) فعالية إيجابية على اضطراب الاكتئاب باعتباره مصاحبا لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون؟

فرضيات البحث:

بما أن الفرضيات هي تفسيرات مقترحة للعلاقة بين متغيرين أو أكثر، وهي تمثل في ذهن الباحث احتمالا لحل مشكلة البحث، فيقوم الباحث بوضع الفرضيات التي يعتقد أنها تؤدي إلى تفسير مشكلة البحث.

إنطلقت الباحثة من ثلاث فرضيات، فرضية عامة وفرضيتين جزئيتين:

-الفرضية العامة:

- يوجد فرق جوهري بين القياس القبلي والقياس البعدي يشير إلى انخفاض مستوى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون يعود لفعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي).

-الفرضيات الجزئية:

الفرضية الأولى: هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي) وتخفيف أو زوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (إعادة معيشة الحادث بصفة مستمرة وملحة، تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تلبد في الاستجابات العامة، إستثارة مفرطة أو فائقة) عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

الفرضية الثانية: هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي) وتخفيف أو زوال الشعور بالذنب كعرض مصاحب لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

الفرضية الثالثة: هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي) وتخفيف أو زوال أعراض الاكتئاب باعتباره اضطرابا مصاحبا لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

إجراءات الدراسة:

1-مجموعة البحث وخصائصها:

تتكون مجموعة البحث من 10 أمهات يعانين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الناتجة عن إصابة الطفل بمتلازمة داون، حيث تكون هذه الأعراض مصحوبة بالشعور بالذنب وبأعراض الاكتئاب.

وأما عن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الناتجة عن إصابة الطفل بمتلازمة داون فتتمثل في:

أ - إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة (Reviviscence): حادث يوم إعلان تشوه الطفل.

ب - تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبدل في الاستجابات العامة (évitement): كتجنب الدخول إلى المستشفى الذي ولد فيه الطفل.

ج- استثارة مفرطة أو فائقة (surexcitation): خاصة عند تذكر يوم إعلان تشوه الطفل والمعلن عن التشوه وطريقة الإعلان.

وأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة سابقة الذكر تكون مصحوبة بـ:

د- الشعور بالذنب (شعور أم الطفل المصاب أنها السبب في مرض ابنها، وذلك بإهمال شخصي منها أثناء الحمل).

هـ - أعراض الاكتئاب (لعدم وجود علاج نهائي لمرض طفلها الذي يبقى ملازماً له طوال حياته).

يتراوح سن الأمهات ما بين 25 إلى 40 سنة ولقد حددنا السن في هذه الفئة العمرية للأسباب التالية:

- أن معظم المصابات باضطراب الضغط ما بعد الصدمة المصاحب بالشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب، من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، يتراوح سنهن ما بين 25-61 سنة، ولتفادي سن اليأس فيما يخص أعراض الاكتئاب المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، أهملنا الحالات الأخرى التي يفوق سنها 40 سنة وأقصيناها من مجموعة البحث.

- تضم مجموعة البحث مختلف الطبقات الاجتماعية الاقتصادية ومختلف المستويات التعليمية ، وهكذا تم ضبط جميع المتغيرات المتعلقة بالمفحوصات والتي قد تؤثر على المتغير التابع.

ولقد لخصنا خصائص مجموعة بحثنا في الجدولين التاليين:

جدول رقم(1) و(2): خصائص مجموعة البحث:

جدول(01):

الخصائص الحالات	السن	الحالة المدنية	المستوى الاقتصادي	المستوى التعليمي	الحالة المهنية	عدد الأطفال
أم أيوب	40 سنة	متزوجة	متوسط	دون مستوى	دون عمل	03
أم محمد	39 سنة	متزوجة	متوسط	دون مستوى	دون عمل	03
أم الهام	40 سنة	متزوجة	جيد	ثانوي	دون عمل	02
أم مريم	40 سنة	متزوجة	متوسط	دون مستوى	دون عمل	08
أم مهدي	38 سنة	أرملة	متوسط	ابتدائي	عاملة تنظيف	05
أم عبد القادر	28 سنة	مطلقة	متوسط	متوسط	موظفة بالبلدية	02
أم إبراهيم	30 سنة	متزوجة	جيد	ثانوي	دون عمل	03
أم عبد السلام	25 سنة	متزوجة	متوسط	ابتدائي	دون عمل	02
أم ياسين	32 سنة	متزوجة	جيد	ثانوي	دون عمل	04
أم سعيد	30 سنة	متزوجة	متوسط	متوسط	دون عمل	03

جدول(02):

ملاحظات	طريقة الإعلان	المعلن عن التشوه	يوم إعلان تشوه الطفل	بداية الكفالة في مركز نفسى بيداغوجي	سن الطفل المصاب	سن الأم عند ميلاد الطفل المصاب	الأمهات
لم تستوعب لحد الآن إصابة طفلها	عادية حسب قول الأم	طبيبة النساء والتوليد بالمستشفى	بعد الولادة بساعات	8 سنوات	18 سنة	22 سنة	1- أم أيوب
إصابتها بمرض السكر بعد ميلاد الطفل بشهر	طريقة غير واضحة	طبيبة الأطفال بالمستشفى	اليوم الثاني من الولادة	5 سنوات	5 سنوات	33 سنة	2- أم محمد
قلق شديد وضيق في التنفس وتناول أدوية مهدئة	طريقة غامضة	طبيب أطفال خاص	أسبوعين من ميلاد الطفلة	6 سنوات	15 سنة	24 سنة	3- أم إلهام
عدم تقبل التشخيص والإغماء	طريقة مطمئنة	طبيب الأطفال بالمستشفى	بعد 3 أسابيع من الولادة	6 سنوات	6 سنوات	33 سنة	4- أم مريم
تقبل التشخيص	طريقة غير مطمئنة	طبيب الأطفال بالمستشفى	بعد الولادة بساعات	7 سنوات	10 سنوات	27 سنة	5- أم مهدي
إنكار الإصابة	طريقة عنيفة وصادمة	طبيبة الأطفال بالمستشفى	بعد الولادة بساعات	5 سنوات	5 سنوات	22 سنة	6- أم عبد القادر

ملاحظات	طريقة الإعلان	المعلن عن التشوه	يوم إعلان تشوّه الطفل	بداية الكفالة في مركز نفسي بيداغوجي	سن الطفل المصاب	سن الأم عند ميلاد الطفل المصاب	الأمهات
عدم الاقتناع بالإصابة في البداية	طريقة واضحة وصريحة	طبيب (القلب خاص)	بعد أسبوع من الولادة	7 سنوات	10 سنوات	19 سنة	7- أم إبراهيم
إغماء الأم لمجرد سماع التشخيص	طريقة غير مقنعة وغير مفهومة	ممرضة بالمستشفى	اليوم الثاني من الولادة	4 سنوات	7 سنوات	17 سنة	8- أم عبد السلام
آلام جسمية وتناول أدوية مهدئة بسبب إصابة الطفل	طريقة عادية ومطمئنة	قابلية بالمستشفى	يوم الولادة	11 سنة	12 سنة	19 سنة	9- أم ياسين
عدم توقع الإصابة جعلها في ذهول وتوتر	طريقة صادمة وجارحة	قابلية بالمستشفى	يوم الولادة	8 سنوات	9 سنوات	20 سنة	10- أم سعيد

2- أدوات البحث ووسائله:

أ - المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية أم التقنيات، إنها ضرورية لإجراء التشخيص الصحيح والعلاج الملائم والتقييم، إذ إنها عبارة عن علاقة مهنية تجمع بين الممارس العيادي والمفحوص، في مكان معد خصيصا لممارسة الفحص النفسي، وتهدف المقابلة إلى قيام الممارس العيادي (الفاحص)

بمساعدة المفحوص على التوصل إلى الراحة والتخفيف أو القضاء على المشاكل والاضطرابات التي يعانيها (والتربندي بنجهام، 1961، ص269).

اعتمدنا في بحثنا الحالي على أربعة أنواع من المقابلات هي كالتالي:

-المقابلات التشخيصية:

تكون فردية، أي إنها تتم بشكل فردي مع الحالة، والتي تهدف إلى جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات التي تخص المفحوص (الأمهات)، وقد أجريت مقابلتان فرديتان مع كل أم.

-المقابلات العلاجية:

تتم بشكل جماعي حيث يتم فيها تطبيق الخطة العلاجية المتمثلة في العلاج النفسي الجماعي - السلوكي المعرفي- للتخفيف أو القضاء على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة التي تعانيها الأمهات، وقد تم هذا النوع من المقابلات في (14) جلسة علاجية جماعية ومع مجموعة مكونة من ثماني مفحوصات.

-المقابلات التقييمية:

تهدف إلى اختبار مدى فعالية العلاج النفسي المطبق، وتتم بشكل فردي مع كل حالة، وقد أجريت مقابلة فردية تقييمية واحدة مع كل أم، بهدف تقييم العلاج النفسي المستخدم.

-مقابلات المتابعة:

تمت في مقابلتين فرديتين، مقابلة للمتابعة الأولى بعد شهرين من انتهاء العلاج، أما مقابلة المتابعة الثانية فكانت بعد انتهاء المتابعة الأولى بمدة زمنية تقدر بأربعة أشهر.

تجدر الإشارة هنا إلى أننا استخدمنا في بحثنا المقابلة نصف الموجهة لأنها تعد أفضل طريقة تخدم أغراض التشخيص والعلاج، وتمكن في نفس الوقت من توفير معلومات حول سلوك المفحوص وتسمح له بالتعبير عن معاناته بارتياح (A.Adouceur, sans date de parution, p30).

ب- الملاحظة:

1. **الملاحظة المباشرة:** تدرج الملاحظة هنا كتقنية مساعدة ومتداخلة مع المقابلة وأثناءها، وليس كتقنية قائمة بذاتها كما يستخدمها الباحث الأكاديمي، وتهدف إلى وصف السلوك المشكل وتسجيله وتحديد الظروف المحيطة به (A.Adouceur, sans date de parution)

2. **الملاحظة الذاتية أو المراقبة الذاتية (Self- Monitoring):** تعتبر الملاحظة الذاتية أو المراقبة الذاتية إحدى التقنيات التي يزداد شيوعها واستخدامها يوماً بعد آخر في التقدير السلوكي وفي التقدير المعرفي، إذ يمكن استخدامها لقياس الوقائع الظاهرة والكامنة، وهي تقنية تشخيصية وعلاجية في آن واحد، يتم استخدامها في كل مراحل التقدير، أي قبل العلاج وأثناء العلاج وبعده.

ج- المقاييس والاختبارات:

1. **مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المعدل**

:(Modified PTSD Symptome Scale- Self Report (MPSS- SR)

وضع هذا المقياس من طرف كل من (Fallsetti.S, Resnick.H, Resick.P, Kilpatrick.D) (1993)، ومن تعريب "أحمد محمد عبد الخالق" (1998) بتصريح من مؤلفيه، يشمل هذا المقياس على 17 بنداً (سؤالا)، تتطابق مع محكات الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويقدر هذا المقياس كلا من التكرار (Frequency) والشدة (Intensity).

2. **اختبار الشعور بالذنب:**

وضع هذا الاختبار من طرف "أمال عبد السميع مليحي باضة" (1996) لتقدير مشاعر الذنب المرتفعة أو المنخفضة، يتكون من (57) بنداً، بحيث تعكس شدة الشعور بالذنب حسب أربعة مستويات للإجابة (أبداً - أحياناً - بدرجة متوسطة - دائماً)، وتقابلها الدرجات (0، 1، 2، 3).

3. مقياس (Beck) للاكتئاب:

يترجم كل مقياس الأحكام الإكلينيكية إلى نتائج كمية، ويهدف إلى قياس شدة وتكرار ونوع الاضطراب المدروس.

ويعتبر مقياس (Beck) الأكثر استعمالاً في حالات الاكتئاب إذ يستعمل للتشخيص والتقدير في نفس الوقت.

وقد تم وضعه من طرف الطبيب النفساني الأمريكي (Aron Beck) تحت اسم (Beck (BDI (Depression Inventory) انطلاقاً من الملاحظات العيادية التي استقاها من مرضاه المكتئبين، ونشر لأول مرة سنة (1961)، تتكون صورته الأصلية من (21) بنداً، وكل بند يتكون من (04) عبارات تصف الأعراض بطريقة متدرجة من أقلها شدة إلى أكبرها شدة وتنقط من 0 إلى 3. كما خضع أفراد مجموعة البحث لنفس الاستراتيجيات المتبعة في الدراسة: **استراتيجية التشخيص والعلاج والتقييم والمتابعة**، مما يساهم في التقريب بين الممارسة العيادية والبحث الأكاديمي، ويبرهن على وجوب إرساء الممارسة على أسس المنهج العلمي.

تصميم البحث:

أ - التصميم التجريبي:

استعملنا في بحثنا الحالي التصميم ذا الفحوص الواحد، والذي يهدف إلى تحديد العلاقة السببية بين متغيرات مستقلة من جهة، وأخرى تابعة من جهة ثانية (Jean. Cottraux, 1979, p73)، وهذا من خلال الدراسة المعمقة والمكثفة لسلوك فرد واحد، وهذا النوع من التصميم يعتمد على المقارنة بين استجابات الحالة الواحدة قبل وبعد إدخال المتغير المستقل، ومن هنا ضرورة إدخال متغير واحد فقط حتى يكون التحكم أكثر سهولة (A. Adouceur, sans date de parution, p40).

وتجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من التصميم يقتضي قياساً متكرراً ومتتابعاً للمتغيرات التابعة (أعراض الاكتئاب)، قبل تقديم نوع العلاج النفسي المستخدم في البحث (العلاج النفسي الجماعي السلوكي - المعرفي)، أثناء العلاج وبعده.

ب- تقدير مفعول العلاج:

اعتمدنا في دراستنا على تمثيل النتائج في رسومات بيانية تعكس تطور سلوك الفرد خلال الفترات العلاجية، حيث يشير كل من (Kazdin 1977) و (Risley 1970)، وذلك حسبما ذكره (Jean.Cottraux) إلى وجود معيارين لتقدير وتحليل النتائج المحصل عليها في البحث:

- **المعيار التجريبي:** الذي يعتمد على التقنيات والدلالة الإحصائية.

- **المعيار العيادي:** الذي يعتمد على مدى التغيير الحاصل على مستوى السلوك الشاذ، بحيث يسهل التكيف الصحيح، واستعمال المعيار العيادي يغني عن استعمال التقنيات الإحصائية (Jean.Cottraux, 1979, p75-76).

ج- تعميم نتائج البحث:

يهدف كل بحث إلى ضبط العلاقة السببية بين المتغير المستقل والتابع، ثم تعميم هذه العلاقة من مجموعة البحث إلى المجتمع العام، ذلك أن الدراسة غير القابلة للتعميم تفقد أهميتها، وفي حالة استعمال التصميم التجريبي ذي المفحوص الواحد يمكن استعمال القياس المتكرر، أو تقنية الإعادة لتحقيق التعميم، ولهذا الغرض لا بد من ضبط كل الظروف التي تظهر فيها العلاقة السببية، إذ يمكن استعمال الإعادة المباشرة التي تهدف إلى بحث فعالية العلاج على المدى الطويل، وهو أحد أهداف هذا البحث، إذ تقضي هذه التجربة التشابه في كل المتغيرات مع التجربة الأصلية كالإجراءات التجريبية، الظروف الفيزيقية، البحث العيادي، الاضطراب المدروس، العلاج المطبق ومجموعة البحث (Jean.Cottraux, 1979, p78).

وهو ما حاولت الباحثة القيام به لتحقيق تعميم النتائج المحصل عليها، إذ عمدنا إلى إجراء القياس قبل البدء في العلاج وخلال وبعد نهايته، ثم خلال الحصة التتبعية ستة أشهر بعد نهاية العلاج.

عرض حالة نموذجية: (أم أيوب):

أ- تقديم الحالة:

السيدة فاطمة الزهراء (أم أيوب) متزوجة في 40 من عمرها، دون مستوى تعليمي، مأكثة بالبيت، مستواها الاقتصادي متوسط على حد قولها، زوجها متقاعد، لديها 3 أولاد (2 ذكور و1 أنثى)، أصغرهم أيوب المصاب بمتلازمة داون والذي يبلغ من العمر (18 سنة) مواليد: 8

ديسمبر 1990، وهو الوحيد المصاب بهذا التشوه الكروموزومي 21، حيث إنه لا توجد إعاقات أو أمراض مزمنة بالأسرة، كما أنه لا توجد قرابة بين الوالدين.

ب. استراتيجيات التشخيص:

- **المقابلة الأولى:** ارتكزت المقابلة الأولى حول التعريف بدور الأخصائية النفسانية وكسب ثقة المفحوصة بالإصغاء الإيجابي الذي يخلو من أي حكم قيمي والزائر بالاهتمام الإيجابي، ثم انتهجت الباحثة مقابلة نصف موجهة استقت منها المعلومات الكافية عن الحالة.
- **المقابلة الثانية:** سعت الباحثة إلى تعريفها بالبرنامج العلاجي الذي ستتبعه معها، وأن توضح لها الأسلوب المتبع في الجلسات العلاجية للقضاء أو التخفيف من معاناة المفحوصة، وهنا عملنا على بناء العقد العلاجي مع أم أيوب للزيادة من اكتساب الثقة في العلاقة العلاجية التي ما فتئت الأطر النظرية النفسية تنوه بأهميتها في الموقف العلاجي النفسي.

ج- استراتيجيات العلاج:

- 1- **عرض بروتوكول البرنامج العلاجي:**
 - **المسمى:** مهارات التأقلم (Coping Skills).
 - **الاتجاه العلاجي:** العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy).
 - **الخصائص:** برنامج علاجي مقنن (Standardized)، وغير حر (Non Free)، منظم (Systematic)، قصير الأمد (Short-Term).
 - **هدف البرنامج العام:** المساعدة في التخفيف أو القضاء على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب والاكْتئاب) سواء كانت أعراضاً سلوكية ظاهرة، انفعالية، اجتماعية ومعرفية.
 - **طبيعة البرنامج:** علاجي جماعي (Group-Therapy).
 - **حجم المراحل العلاجية:** سبع مراحل.
 - **طبيعة الجلسات:** مغلقة (Closed).
 - **حجم الجلسات:** 12 جلسة.

- تكرار الجلسات: جلستان في الأسبوع.
- مدة الجلسة: ساعة ونصف (90 دقيقة).
- قيادة الجلسة: المعالجة النفسية (الباحثة).
- الملاحظون والمعاونون: لا يوجد.
- حجم الجماعة وطبيعتها: تحوي مجموعة بحثنا عشر (10) مفحوصات يعانين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وأعراضا مصاحبة له نتيجة إصابة أطفالهن بمتلازمة داون.
- مدة المقرر العلاجي: ستة أسابيع (شهران).
- تاريخ إجراء البرنامج: أكتوبر 2008 إلى غاية ديسمبر 2008.
- مكان تنفيذ البرنامج: قاعة أعدت خصيصا لتطبيق البرنامج العلاجي الجماعي وذلك بالمركز الطبي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمدية.
- مصدر البرنامج: تم اقتباس البرنامج من برنامج المعهد القومي للكحوليات والذي قام بإعداده رونالد كادين مع آخرين عام 1992 (Kadden et al, 1992).
- 2- التصور الهيكلي للبرنامج:
 - المرحلة الأولى: الإعداد القبلي (جلسة رقم 1).
 - المرحلة الثانية: التقويم القبلي (جلسة رقم 2).
 - المرحلة الثالثة: التوجه التعليمي (جلسة رقم 3).
 - المرحلة الرابعة: التدخل الأساسي (ست جلسات، من الجلسة رقم 4 إلى الجلسة رقم 9) وهي كالآتي:
 - جلسة رقم 4: المواقف ذات الخطورة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له.
 - جلسة رقم 5: مهارات التأقلم مع إصابة الطفل بمتلازمة داون المسببة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له.

- جلسة رقم6: التعامل مع الأفكار السلبية المتعلقة بالاضطراب.
- جلسة رقم7: تعلم أسلوب حل المشكلات.
- جلسة رقم 8: التعامل مع القرارات الخاطئة.
- جلسة رقم9: التخطيط للوقاية من الهوة أو الارتكاس (خطة الطوارئ المستقبلية).
- المرحلة الخامسة: الاستبصار الكلي (جلسة رقم10).
- المرحلة السادسة: تذكير بالتقويم البعدي (جلسة رقم11).
- المرحلة السابعة: الإنهاء (جلسة رقم12).

د- استراتيجية التقويم:

طبقت هذه الاستراتيجية في مقابلة تقييمية واحدة لكل فرد بمقدار جلسة واحدة مدتها 45 دقيقة.

وفي آخر هذه المقابلة ترك للمفحوص الاختيار للعودة إلى الاستشارة النفسية كلما شعرت أنها بحاجة إليها، وتحديد موعد لها بعد شهرين للمتابعة.

هـ- استراتيجية المتابعة:

بعد شهرين من انتهاء العلاج، سعت الباحثة إلى الوقوف على فعالية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي) في علاج أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له، لجأت الباحثة إلى اتباع نفس الاستراتيجية التي اتبعت أثناء التشخيص، العلاج، التقويم (المتابعة الأولى)، ثم تحدد موعداً آخر للمفحوص بعد أربع أشهر، وقد تم فيها تطبيق نفس المقاييس المطبقة في التشخيص للتأكد من فعالية البرنامج العلاجي المقرر (المتابعة الثانية).

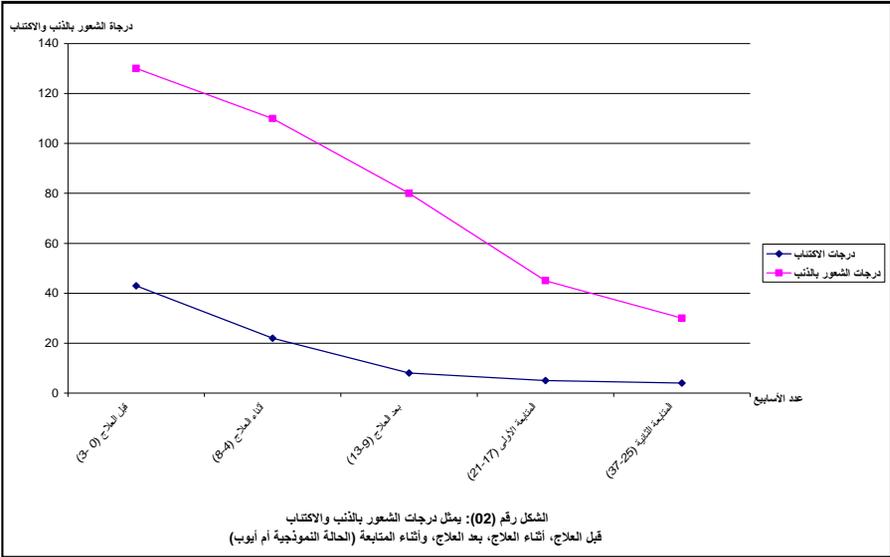
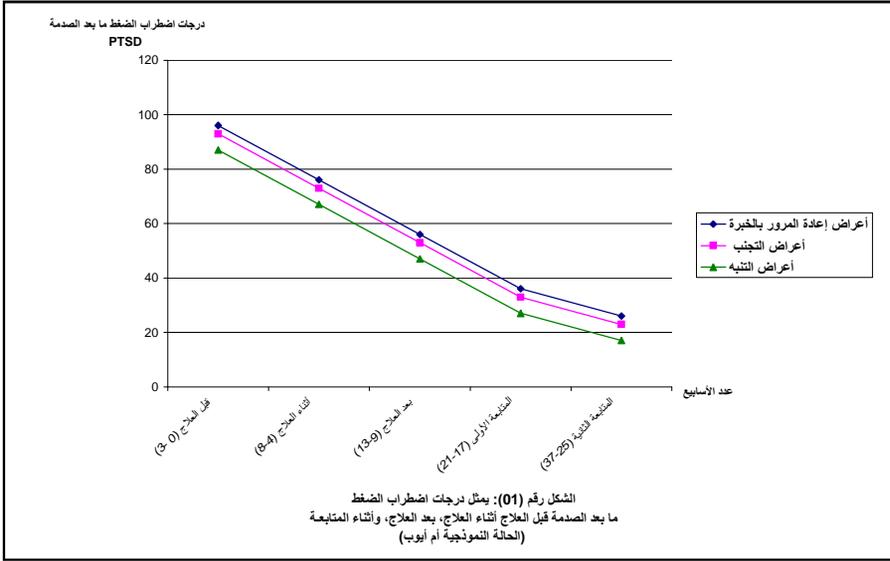
-التقييم العام للحالة:

1-الحالة النموذجية (أم أيوب):

جدول رقم (03): يبين نتائج تقدير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب)

مقياس الاكتئاب "BDI"	اختبار الشعور بالذنب	مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة "PTSD"				مراحل العلاج	الاستراتيجيات المتبعة
		قيم التكرار	قيم الشدة	أعراض إعادة المرور بالخبرة	أعراض التجنب		
43	130	96	45	قيم التكرار	أعراض إعادة المرور بالخبرة	قبل العلاج	إستراتيجية التشخيص
			51	قيم الشدة			
		93	41	قيم التكرار	أعراض التجنب		
			52	قيم الشدة			
		87	42	قيم التكرار	أعراض التنبه		
			45	قيم الشدة			
22	110	76	35	قيم التكرار	أعراض إعادة المرور بالخبرة	أثناء العلاج(بعد شهر من تطبيق البرنامج العلاجي	استراتيجية العلاج:برنا مج علاجي نفسى جماعي(سل وكي- معرفي)
			41	قيم الشدة			
		73	31	قيم التكرار	أعراض التجنب		
			42	قيم الشدة			
		67	32	قيم التكرار	أعراض التنبه		
			35	قيم الشدة			
08	80	56	25	قيم التكرار	أعراض إعادة المرور بالخبرة	في نهاية العلاج	إستراتيجية التقويم
			31	قيم الشدة			

			21	قيم التكرار	أعراض التجنب		
		53	32	قيم الشدة			
			22	قيم التكرار	أعراض التتبه		
		47	25	قيم الشدة			
05	45		15	قيم التكرار	أعراض إعادة المرور بالخبرة	المتابعة الأولى (بعد شهرين من انتهاء العلاج)	إستراتيجية المتابعة
			36	قيم الشدة			
			11	قيم التكرار	أعراض التجنب		
		33	22	قيم الشدة			
			12	قيم التكرار	أعراض التتبه		
		27	15	قيم الشدة			
04	30		10	قيم التكرار	أعراض إعادة المرور بالخبرة	المتابعة الثانية (بعد أربع أشهر من انتهاء المتابعة الأولى)	
			26	قيم الشدة			
			6	قيم التكرار	أعراض التجنب		
		23	17	قيم الشدة			
			07	قيم التكرار	أعراض التتبه		
		17	10	قيم الشدة			



توضح البيانات الواردة في الجدول رقم (01) وفي الشكل رقم (01) التقديرات الأولية لأعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب) التي انطلق منها البرنامج العلاجي، حيث تبين أن المفحوصة كانت تعاني من نوبات ضغط ما بعد صدمة شديدة قدرت بـ 96 درجة فيما يخص أعراض إعادة المرور بالخبرة، و 93 درجة فيما يتعلق

بأعراض التجنب، و87 درجة بخصوص أعراض التنبه وذلك قبل العلاج وبعد إدخال البرنامج العلاجي الجماعي (السلوكي المعرفي) لمدة ستة أسابيع (12 جلسة علاجية جماعية)، انخفض مستوى نشاط اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى 76 درجة فيما يخص أعراض إعادة المرور بالخبرة، و73 درجة بخصوص أعراض التجنب، و67 درجة فيما يتعلق بأعراض التنبه، ليصبح في نهاية العلاج (الجلسة العلاجية الثانية عشرة)، 56 درجة لأعراض إعادة المرور بالخبرة، و53 درجة لأعراض التجنب، و47 درجة لأعراض التنبه، وتواصل أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في الانخفاض أثناء المتابعة الأولى وذلك بعد مرور شهرين من العلاج لتصل إلى 36 درجة فيما يخص أعراض إعادة المرور بالخبرة، و33 درجة فيما يتعلق بأعراض التجنب، و27 درجة بخصوص أعراض التنبه، وتستقر الدرجات بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة 26 لأعراض إعادة المرور بالخبرة، و23 درجة لأعراض التجنب، و17 درجة لأعراض التنبه، مما يدل على تخفيف أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بشكل كبير.

أما فيما يتعلق بدرجات الشعور بالذنب فقد قدرت قبل العلاج بـ 130 درجة، لتتخفف إلى الدرجة 110 أثناء العلاج، وتستمر درجات الشعور بالذنب في الانخفاض لتصل إلى الدرجة 80 في نهاية العلاج، و45 درجة بعد شهرين من انتهاء العلاج وذلك أثناء المتابعة الأولى، وكذا 30 درجة بعد أربعة أشهر من انتهاء المتابعة الأولى وذلك أثناء المتابعة الثانية، مما يدل أن هناك تناسبا عكسيا بين درجات الشعور بالذنب ومدى التقدم في تطبيق البرنامج العلاجي.

وفيما يخص درجات الاكتئاب فقد سجل مقياس (BDI) الدرجة 43 كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه أم أيوب، وهو مؤشر مرتفع للاكتئاب، لينخفض بعد أربعة أسابيع من تطبيق العلاج النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي) إلى الدرجة 22، ثم ينخفض بعد إتمام تطبيق المقرر العلاجي ليصل إلى الدرجة 8، ويزداد الانخفاض أثناء المتابعة الأولى بعد مرور شهرين من العلاج ليصل إلى 5 درجات، ويستقر بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج في الدرجة 4، والتي تدل على عدم وجود اكتئاب بمعنى اختفاء وزوال كل أعراض الاكتئاب.

تحليل النتائج ومناقشتها:

يظهر من خلال العرض السابق للنتائج، بأن جميع الحالات المدروسة كانت تعاني من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة الناتجة عن إصابة الطفل بمتلازمة داون والمتمثلة فيما يلي:

1- إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة (reviviscence) (حادث يوم إعلان تشوه الطفل).

2- تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبدل في الاستجابات العامة (évitement) (كتجنب الدخول إلى المستشفى الذي ولد فيها الطفل).

3- استثارة مفرطة أو فائقة (surexcitation) خاصة عند تذكر يوم إعلان تشوه الطفل والمعلن عن التشوه وطريقة الإعلان).

كما أن الحالات كانت تعاني من أعراض مصاحبة والمتمثلة في:

1- الشعور بالذنب (شعور أم الطفل المصاب أنها السبب في مرض ابنها وذلك بإهمال شخصي منها أثناء الحمل).

2- أعراض اكتئابية (لعدم وجود علاج نهائي لمرض طفلها الذي يبقى ملازما له طوال حياته).

فاعمل إصابة الطفل بمتلازمة داون يساعد على ظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وأعراض أخرى مصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب) عند الأمهات.

- هناك فرق بين درجات القياس القبلي (قبل العلاج) وأثناءه، ودرجات القياس البعدي في نهاية العلاج، ودرجات القياس أثناء المتابعة الأولى والثانية (بعد شهرين من انتهاء العلاج)، ودرجات القياس أثناء المتابعة الثانية (بعد 4 أشهر من انتهاء المتابعة الأولى) حيث كلما كانت هناك استمرارية في تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي)، كلما انخفضت درجات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب)، أي أن هناك تناسباً عكسياً بين العلاج المطبق ودرجات الضغط ما بعد الصدمة والشعور بالذنب ودرجات الاكتئاب.

إذن فالفرق بين القياسات أشار إلى انخفاض درجات الاضطراب وما يصحبه من أعراض في كل مرحلة من مراحل البرنامج العلاجي المقرر، وذلك بشكل ملحوظ مما يؤكد أن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له قد تعدلت وانخفضت أو زالت نهائياً، ويعني ذلك أن البرنامج العلاجي أثبت فعاليته في خفض درجات الاضطراب عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

فتأكيد فاعلية العلاج النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي) من خلال مهارات التأقلم يتفق مع دراسات عديدة سابقة سلف ذكرها في الجانب المنهجي والنظري من الدراسة الحالية.

كما أن تأثير الجماعة العلاجية ذاتها ساعد في التخفيف أو القضاء نهائياً على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وما يصاحبه من أعراض، مما جعل العلاج النفسي الجماعي فعالاً من خلال تفاعل أفراد الجماعة.

خلاصة عامة لنتائج الدراسة:

قمنا في البحث الحالي باختبار الفرضيات التالية:

-الفرضية العامة:

- يوجد فرق جوهري بين القياس القبلي والبعدي يشير إلى انخفاض مستوى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب) عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون يعود لفعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي).

-الفرضيات الجزئية:

- هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي) وتخفيف أو زوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

- هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي) وتخفيف أو زوال الشعور بالذنب كعرض مصاحب لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

- هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي - معرفي) وتخفيف أو زوال أعراض اضطراب الاكتئاب المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

وقد اعتمدنا في البحث الحالي على التصميم الدوري ذو المفحوص الواحد، الذي يعتبر أحسن التصميمات التجريبية لتقويم فعالية العلاج، نظراً لأنه يعتمد على التقييمات المتتابعة والمتكررة: قبل العلاج، وأثناءه، وفي نهاية العلاج، وخلال المتابعة، ولقد تم الحصول على الخطوط القاعدية للمتغير التابع بعد القيام بتقييمات مستمرة، من خلال التقنيات التي اعتمدها في البحث: المقابلة العيادية، الملاحظة المباشرة، تقنية المراقبة الذاتية، مقياس

التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المعدل، اختبار الشعور بالذنب، مقياس الاكتئاب ل(Beck).

فقد لاحظنا بعد إدخال المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي)، ثم القيام بعملية التقييم، ظهور تحسن في إحداث تغيير على المتغير التابع وهو أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب).

أما عن مجموعة البحث فقد تكونت من 10 حالات (أمهات يعانين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب)، تتراوح أعمارهن بين 25 إلى 40 سنة.

وقد خلص البحث إلى جملة من النتائج نعرضها فيما يلي:

- تحققت فرضيات البحث والمتعلقة بالعلاقة العكسية المتواجدة بين تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي)، وزوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب والاكتئاب)، بعد إدخال البرنامج العلاجي المقرر، فكلما زاد تواصل الجلسات العلاجية الجماعية كلما انخفضت درجة الاضطراب عند الأمهات، حتى بعد المتابعة التي دامت 6 أشهر.

إذن من خلال نتائج هذه الدراسة ومن خلال التطبيقات العلاجية للمفحوصات، تبين أن تدخل البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي) له فعالية في حفظ واستمرار النتائج التي حققها (زوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له - الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب).

المراجع باللغة العربية:

- 1- أبو زيد مدحت عبد الحميد، العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية: الأسس والديناميات والتطبيق والمشكلات، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002.
- 2- أبو زيد مدحت عبد الحميد، العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، بروتوكولات تحليلية وسلوكية، الجزء الثاني، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2002.
- 3- أحمد صبري محمد، مقدمة في الجماعات العلاجية، الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعي، القاهرة، 1982.

- 4- أحمد مصطفى حسن، الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين، دار النهضة العربية، القاهرة، 1982.
- 5- القذايفي رمضان محمد، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ليبيا، 1994.
- 6- القذايفي رمضان محمد، رعاية المتخلفين ذهنياً، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1996.
- 7- النابلسي أحمد محمد، الصدمة النفسية: علم النفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، ط5، 1991.
- 8- بيك أرون، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة: مصطفى عادل، دار النهضة العربية، بيروت، 2000.
- 9- تركي راجح، المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، 1982.
- 10- حلاوة محمد السيد، التخلف العقلي في محيط الأسرة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، مصر، 1998.
- 11- شعلان محمد، الطب النفسي والعلاج الجماعي، القاهرة، 1985.
- 12- شو مارتن، ديناميات الجماعة، ترجمة: مصري حنورة، محي الدين حسين، دار المعارف، القاهرة، 1986.
- 13- عبد الخالق أحمد محمد، الصدمة النفسية، مع إشارة خاصة للعنوان العراقي على دولة الكويت، مطبوعات جامعة الكويت، ط1، 1998.
- 14- عبد الستار إبراهيم، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئ تطبيقه، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 1994.
- 15- علي سامي محمود، دراسة في الجماعة العلاجية، دار المعارف، القاهرة، 1962.
- 16- محمد عادل عبد الله، العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات، دار الإرشاد، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر، 2000.
- 17- والترينداي بنجهام، سيكولوجية المقابلة، ترجمة: عزت سيد إسماعيل، فاروق عبد القادر، دار النهضة العربية، القاهرة، 1961.

18- يعقوب عنان، سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، دار الفارابي، بيروت لبنان، ط1، 1999.

- المراجع باللغة الأجنبية:

- 1- Adouceur.A,Bouchar,Granger, **Principe et Aplications des Thérapies Behaviorales**,Maloine, SA,Paris,sans date de parution.
- 2- ANZIEU. D, **La Dynamique des Groupes Restreints**, P U F, Paris, 1976.
- 3- BASQUIN.M, BRACONNIER.A et all:**Le Jeune Handicapé et sa Famille**,Paris,ESF,1982.
- 4- BOUCEBCL.M: **Maladie Mentale,Handicap Mentale**,Alger,ENAL,1984.
- 5- BOUJOBZA.G: **Face au Traumatisme**, Paris, Harmattan,2000.
- 6- CELESTE.B, LAURAS.B:**Le jeune enfant porteur de trisomie**,Paris, Nathan,1997.
- 7- COHEN.S: **Handicapés l'Accueil Depuis l'Enfance**, Paris, PUF,1999.
- 8- COTTRAUX.J, **Les Thérapies ComportementalesStratégie du Changement**, Masson, Paris,1979.
- 9- DELEMENT.J,LUCH.F,**Guide Pratique de Psychiatrie**,Berti, Edition, 1995.
- 10- EIDELMAN-REHAHLA.B: **L'Abord Psychosomatique de l'Enfant Trisomique**,Paris,Masson,1995.
- 11- EITINGTON.J.e,**Savoir Travailler en Groupe Exercices et Documents**, Edition d'Organisation, paris, 1990.
- 12- GEORGE.M.Beal, **Les Secrets de la Dynamique des Groupes**, Chataud et Associer, Paris, 1969.
- 13- GILL.Amado, ANDRE.Guettet, **La Dynamique des Communications dans les Groupes**, 3éme édition,Amond Colin, Paris, 1997.
- 14- GOURGANT.Pierre, **Les Techniques de Travail en Groupe**, Ed, Privat,Paris, 1989.
- 15- GUILLERET.M: **Les Trisomiques Parmi Nous**, Paris, SIMEP,1981.
- 16- GUILLERET.M: **Trisomique 21 Aides et Conseils**, Paris, Masson,2000.
- 17- KORFF-SAUSSE.S;**Le Miroir Brisé**,Paris,CALMANNE-LEVY,1996.
- 18- KORKINA, **Leçon Pratique de Psychiatrie**, Edition Mir, Moscou, 1982.
- 19- KUPER.Jessica_**Social Problems and Mental Health**, Boputeldge and Kegan Paul, London and New york, 1987.

- 20- LAFLEUR.L: **Le Langage de l'Enfant Trisomique 21**, Montréal, Hospital Sainte justine, 1993.
- 21- LAMBERT.GI, RONALMD.Ga, **Mongolisme**, Pierre Mardaga, Bruxelles, 1978.
- 22- LAPASSADE.George, **Groupes Organisations et Instructions**, 2ème édition, Gauthier, Villanded, Paris, 1970.
- 23- LONERGAN.E, **Using Théories of Group Therapy**, The Guilford, press New York, 1944.
- 24- LUFT.Joseph, **Introduction La dynamique des Groupes: Les Petits Groupes et Leur Role dans la Pratique Sociale et d'Educative**, Edouart, Privat, Paris, 1958.
- 25- MAISONNEUVE.Jean, **La dynamique de groupes**, Press Univ de france(Puf), paris, 1976.
- 26- MARTY.P: **Les mouvements individuels de vis et de mort**, Paris, Payot, 1976.
- 27- MARTY.P: **L'ordre Psychosomatique Désorganisations et régressions**, Paris, Payot, 1980.
- 28- MARTY.P: **Psychosomatique de l'adulte**, Paris, PUF, 1990.
- 29- MARTY.P: **Mentalisation et psychosomatique**, Paris, coll. Les Empicheurs de penser en rond, 1991.
- 30- MAX.Pagés, **La vie d'effective des groupes**, 2ème édition, Dunord, Paris, 1975.
- 31- MISES.R, PERRON.R, SALBREUX.R: **Retard et troubles de L'intelligence de l'enfant**, Paris, ESF, 1994.
- 32- ROBERT.A, **Crises intervention hand books Assesment treatment and research**, wads worth publishing company, Belmont, California, 1990.
- 33- RONDAL.J.A, LAMBERT.J.L: **Questions et réponses sur le mongolisme**, Québec, la liberté, 1982.
- 34- SARRON.Mirabal, VEARA.L, **L'entretien en thérapie comportementale et cognitive**, Dunord, Paris, 1995.
- 35- VAGINAY.D: **Accompagner l'enfant trisomique, Trsomie 21 et quête d'identité**, Lyon, Ed chronique Sociale, 2000.
- 36- WILSON.D, SMITH.M: **L'enfant trisomique 21, le mongolisme**, Paris, Centurion, 1976.
- 37- WINNICOTT.D.W: **L'enfant et sa famille, les premières relations**, Paris, Payot, 1971.
- 39- ZAZZO.R, **Les débilités Mentales**, Librairie Amond Colin, paris, 1969.