



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم
في علم النفس العيادي

استراتيجيات المواجهة لدى أولياء طفل متلازمة داون
وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيدة(ة): بن قو أمينة

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
كبداني خديجة	أستاذة	جامعة وهران 2	رئيسا
محززي مليكة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة وهران 2	مقرر
ملال خديجة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة وهران 2	مناقشا
بن عمور جميلة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة الشلف	مناقشا
تلمساني فاطمة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة سيدي بلعباس	مناقشا
توهامي سفيان	أستاذ محاضر -أ-	جامعة سعيدة	مناقشا

السنة الجامعية 2021/2020

أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس
تخصص علم النفس العيادي
الموسومة بـ

استراتيجيات المواجهة لدى أولياء طفل متلازمة داون
وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي

إشراف الأستاذة :

محرزي مليكة

إعداد الطالبة :

بن قو أمينة

الإهداء

إلى أبي رحمه الله

إلى أمي الغالية حفظها الله ومنحها الصحة والعافية

إليك أسـامـة

إلى ابنتي لجين وزوجي - شفاء الله -

إلى أخي هشام.. وأخواتي أمل، أسماء، سارة

إلى خالي محمد

إلى صديقتي صفية، خديجة، زهرة، فايذة

إلى كل أولياء وأطفال متلازمة داون

إلى وطني الحبيب الجزائر

أمينة

كلمة شكر

أشكر الله تعالى على توفيقه لي لإتمام هذا العمل

أتقدم بالشكر الخالص إلى الأستاذة المؤطرة محرزى مليكة على تفانيها وتفهمها... على جهدها وحرصها...

على تحفيزها لي وحرصها على نجاحي

الشكر الكبير للتوأم الأستاذة ملال صافية والأستاذة ملال خديجة على وقوفهما معي في كل الظروف، على تشجيعهما وتحفيزهما، إرشادتهما و جهوداتهما ودعمهما المعنوي.. واللذان منحتاني من وقتها ويسرتا لي أسباب

النجاح وإتمام هذه الأطروحة

أشكر الأستاذ رحالي محمد والأستاذة عبد الحق زهرة والأستاذة بلخير فائزة على دعمهم لي في كل الظروف

أشكر أعضاء اللجنة المناقشة لقبول مناقشة هذه الأطروحة وعلى رأسهم الأستاذة كبداني خديجة

أشكر جميع الحالات التي شاركت في الجانب الميداني للدراسة

أشكر رئيسة جمعية الوطنية للإدماج المدرسي والمهني للأطفال التريزوميين ANIT فرع غليزان السيدة" واضح

عائشة" و السيد "بوكري حسان" رئيس جمعية أصدقاء تينينان .

الملخص

تهدف الدراسة الحالية والموسومة باستراتيجيات المواجهة لدى أولياء طفل متلازمة داون وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي إلى البحث في تأثير الاستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف الأولياء على النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون ومعرفة أكثر استراتيجيات المواجهة استخداما من طرف أمهات طفل متلازمة داون ومستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون والفروق تبعا لمتغير الجنس.

ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الوصفي باستعمال الملح النفسي الاجتماعي للطفل (PSA) (1997) لجون دوماس وآخرون طبق على عينة قوامها 102 طفل مصاب بمتلازمة داون متواجدين بالمراكز الطبية البيداغوجية للتخلف الذهني بواد رهيو وواد جمعة والجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للأشخاص المصابين بالتريزوميا (ANIT) فرع غليزان وذلك لقياس مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون.

كما تم استخدام المنهج العيادي موظفين في ذلك المقابلة العيادية وشبكة الملاحظة وسلم الكوينغ لجامعة تولوز (ETC) لبيار تاب وآخرون (1997) للتوصل الى استراتيجيات المواجهة التي تستخدمها امهات طفل متلازمة داون، واستخدام الملح النفسي الاجتماعي للطفل (PSA: 1997) لجون دوماس وآخرون للكشف عن البروفيل النفسي الاجتماعي لأطفالهن، تم اختيار خمسة أطفال شملت أربع إناث وذكر وأمهاتهم متواجدين بالجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للأشخاص المصابين بالتريزوميا ANIT فرع غليزان بهدف معرفة تأثير تلك الاستراتيجيات على النمو النفسي الاجتماعي للطفل، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- تأثر استراتيجيات المواجهة لدى أمهات طفل متلازمة داون على نموه النفسي الاجتماعي بحيث أن إستراتيجية المواجهة المتمثلة في التركيز على المشكل من خلال البحث عن المعلومة والتنظيم والتخطيط والمراقبة المعرفية ساهمت في النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون من خلال كشف الغموض عن خصائص هذه المتلازمة ومتطلباتها وحاجاتها العاطفية ومعرفة طرق التعامل معه وبالتالي تعزيز العلاقة ما بين الأم وطفلها وتفاعلاتها معه مما انعكس على نموه النفسي الاجتماعي، في حين أن إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال المتمثلة في تجنب

- مواجهة الوضعية، والإنكار، والمراقبة الانفعالية جعل الأمهات يسكنن أساليب تعامل خاطئة وبالتالي خلق علاقات مضطربة مع أطفالهن وغير آمنة تعكس تثبيتهن في الصدمة الأمر الذي نجم عنه تأخر في النمو النفسي الاجتماعي لدى طفلهن المصاب بمتلازمة داون.
- تستخدم الأمهات إستراتيجية المواجهة المتمثلة في البحث عن المساعدة الاجتماعية بنوعها الانفعالية والمعرفية كأكثر إستراتيجية استخداما من طرفهن.
- لدى طفل متلازمة داون مستوى متوسط إلى مرتفع في النمو النفسي الاجتماعي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون تبعا لمتغير الجنس.
- وعلى ضوء هذه النتائج تم تقديم اقتراحات أهمها ضرورة التكفل النفسي بالأولياء منذ الإعلان عن التشخيص، قبل التكفل بالطفل، وكذا إرشادهم في المراكز النفسية الطبية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنيا، كخطوة أولية لبداية العمل مع الطفل لأنه لا يمكن الوصول بنتيجة مع الطفل بدون التكفل بالأولياء وتوجيههم. إعداد دليل حول متلازمة داون يحتوي على معلومات حول متلازمة داون، خصائصها، حاجاتها، أنواع التكفل بها، الاتصالات الممكنة، وتوزيعها على الأولياء المعنيين منذ ولادة الطفل، بالإضافة إلى إعداد دليل كيفية الإعلان عن التشخيص وتوزيعه على المستشفيات ومصحة التوليد والأمومة، وخصوصا القابلات، وإقامة دورات تكوينية حقيقية وملموسة حول العلاقات مع عائلات الأشخاص المعاقين للأطباء المقيمين الذين هم في طور التكوين.
- الكلمات المفتاحية:** استراتيجيات المواجهة، النمو النفسي الاجتماعي، طفل متلازمة داون.

قائمة المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	الإهداء
ب	كلمة الشكر
ج	الملخص
د	قائمة المحتويات
هـ	قائمة الجداول
و	قائمة الملاحق
01	المقدمة
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
04	1- مشكلة الدراسة
15	2- فرضيات الدراسة
15	3- أهمية الدراسة
15	4- أهداف الدراسة
16	5- التعاريف مفاهيم الدراسة
الفصل الثاني: طفل متلازمة داون	
19	تمهيد
19	1- تعريف متلازمة داون
19	2- نبذة تاريخية عن متلازمة داون
21	3- شذوذ الكروموزومات
23	4- المظاهر الإكلينيكية لمتلازمة داون
25	5- عوامل الإصابة بمتلازمة داون
26	6- طريقة الكشف عن متلازمة داون
27	7- الخصائص الأساسية لطفل متلازمة داون
29	8- الاضطرابات المصاحبة لمتلازمة داون
34	9- التكفل بطفل متلازمة داون

37	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: النمو النفسي الاجتماعي	
39	تمهيد
39	1- تعريف النمو
39	2- مظاهر النمو
40	3- خصائص النمو
41	4- العوامل المؤثرة في النمو
42	5- نظريات النمو
54	6- النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون
54	7- علاقة نوعية التعلق الامومي بتطور طفل متلازمة داون
56	8- النمو العاطفي لطفل متلازمة داون
58	9- استجابات الأولياء مع طفل متلازمة داون
60	-خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الوالدية والإعاقة	
62	تمهيد
62	1- تعريف العلاقة
62	2- تعريف العلاقة أبوين / طفل
63	3- الوالدية
71	4- التصورات والاستهجمات لميلاد طفل
72	5- المواجهة مع الطفل الخيالي
73	6- التناقل عبر الأجيال
75	7- صدمة الإعلان عن التشخيص
83	8- ردود أفعال الوالدين اتجاه إصابة الطفل بمتلازمة داون
86	9- تأثير ردود أفعال الأبوين على علاقتهم بطفلهم
88	10- الآليات الدفاعية وأساليب تكيف الأولياء مع وضعية طفلهم الصعبة
93	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: استراتيجيات المواجهة	
95	تمهيد
95	1- تاريخ استراتيجيات المواجهة
96	2- مفهوم استراتيجيات المواجهة
98	3- التناولات النظرية لمفهوم استراتيجيات المواجهة
105	4- المحددات المنظمة للاستراتيجيات المواجهة
106	5- مراحل التقييم
108	6- التحكم والمراقبة
109	7- الاستراتيجيات العامة للاستراتيجيات المواجهة
110	8- تصنيفات استراتيجيات المواجهة
118	9- أهم مقاييس استراتيجيات المواجهة
121	10- المقاييس التي تتضمن استراتيجيات المواجهة لدى أولياء الطفل في وضعية صعبة
122	خلاصة الفصل
الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
123	تمهيد
123	1- المنهج المتبع وأدواته
124	2- أدوات الدراسة
150	3- الدراسة الاستطلاعية
155	4- الدراسة الأساسية
الفصل السابع: عرض الحالات	
159	1- دراسة الحالة الأولى
181	2- دراسة الحالة الثانية
202	3- دراسة الحالة الثالثة
226	4- دراسة الحالة الرابعة
247	5- دراسة الحالة الخامسة

الفصل الثامن: مناقشة الفرضيات	
268	1- مناقشة الفرضية العامة
276	2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى
280	3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية
283	4- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة
286	استنتاج عام
287	خاتمة وتوصيات
290	قائمة المراجع
306	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
45	مراحل النمو النفسي الاجتماعي في مرحلة الطفولة حسب اريك ايريكسون	1
101	الميكانيزمات الدفاعية وسيرورات الكوبينغ القاعدية حسب(1995 Pultchik)	2
122	بعض المقاييس استراتيجيات المواجهة لدى الأولياء وردود أفعالهم اتجاه الانفعالات السلبية لأطفالهم في وضعية صعبة	3
131	المجالات واستراتيجيات المواجهة	4
135	معاملات ارتباط بعد المعلومة باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC	5
136	معاملات ارتباط بعد الفعل باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC:	6
136	يوضح معاملات ارتباط بعد الانفعال باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC	7
136	معاملات ارتباط بعد المراقبة والتحكم باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC	8
137	معاملات ارتباط بعد الإبدال والتحويل باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC	9
137	معاملات ارتباط بعد الحفاظ والتركيز باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC	10
137	يوضح معاملات ارتباط بعد المساعدة الاجتماعية باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC:	11
138	معاملات ارتباط بعد الرفض باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC	12
138	معاملات ارتباط بعد الإنسحاب باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC	13
138	يوضح قيم ثبات سلم الكوبينغ ETC	14
139	تقدير درجات الفقرات الموجبة	15
139	تقدير درجات الفقرات السالبة	16
140	ورقة التفريغ رقم (1) لسلم الكوبينغ ETC	17
141	ورقة التفريغ رقم (2) لسلم الكوبينغ ETC	18
144	الفقرات حسب القطب (الفقرات) الايجابي والقطب (الفقرات) السلبي للأبعاد القاعدية للملمح النفسي الاجتماعي PSA	19
146	لجون دوماس PSA معاملات ارتباط أبعاد مقياس الملمح النفسي الاجتماعي للطفل J.Dumas,et al وآخرون	20
149	لجون دوماس وآخرون PSA قيم ثبات ملمح النمو النفسي الاجتماعي للطفل J.Dumas,et al	21
150	تقدير درجات الفقرات الموجبة	22

150	تقدير درجات الفقرات السالبة	23
152	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الأولياء	24
152	توزيع عينة الدراسة حسب متغير سن الأولياء	25
153	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الطفل	26
154	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير درجة إعاقة الطفل	27
156	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير جنس الطفل	28
170	تقديم نتائج سلم الكوبينغ للحالة الأولى نادية	29
172	ورقة التفريغ رقم (2)	30
174	نتائج الملمح النفسي الاجتماعي PSA للحالة ليلى	31
190	تقديم نتائج سلم الكوبينغ للحالة الثانية فاطمة	32
192	ورقة التفريغ رقم (2)	33
194	الملمح النفسي الاجتماعي PSA للحالة رحيم	34
211	:تقديم نتائج سلم الكوبينغ للحالة الثالثة عايدة	35
214	ورقة التفريغ رقم (2)	36
216	الملمح النفسي الاجتماعي PSA للحالة رانية	37
235	تقديم نتائج سلم الكوبينغ للحالة الأولى نادية	38
237	ورقة التفريغ رقم (2)	39
239	الملمح النفسي الاجتماعي PSA للحالة رميسة:	40
255	تقديم نتائج سلم الكوبينغ للحالة صليحة	41
257	ورقة التفريغ رقم (2)	42
259	للحالة فريال PSA الملمح النفسي الاجتماعي	43
280	مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون	44
283	الفروقات في النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون تبعا لمتغير الجنس	45

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
	الملح النفسي الاجتماعي للطفل ما قبل المدرسي PSA	01
	ورقة التفريغ رقم (1) للملح النفسي الاجتماعي للطفل ما قبل المدرسي PSA	02
	ورقة التفريغ رقم (2) للملح النفسي الاجتماعي للطفل ما قبل المدرسي PSA للاناث	03
	ورقة التفريغ رقم (2) للملح النفسي الاجتماعي للطفل ما قبل المدرسي PSA	04
	سلم استراتيجيات المواجهة لجامعة تولوز تاب وآخرون ETC	05
	ورقة التفريغ رقم (1) لسلم استراتيجيات المواجهة لجامعة تولوز تاب وآخرون ETC	06
	ورقة التفريغ رقم (2) سلم استراتيجيات المواجهة لجامعة تولوز تاب وآخرون ETC	07
	قائمة الأساتذة المحكمين	08

المقدمة

مما لاشك فيه أن متلازمة داون من الاضطرابات التي تؤثر على القدرات المعرفية، الحركية، الحسية، النفسية والاجتماعية للطفل المصاب بها، وتعرف على أنها الزيادة في عدد الكروموزومات على مستوى الصبغي 21، لكن بالرغم من أن هذه المتلازمة معروفة إلا أنها تحمل العديد من الخلفيات ومحط أحكام مسبقة، تجعل المحيطين بها لا يرون الإمكانيات التي يتمتع المصابين بها وتطويرها، ويركزون على الجانب السلبي منها فقط.

فوجود طفل مصاب بمتلازمة داون يعتبر من الومضيات الصعبة التي تُحدث تغييرات في دورة حياة الأسرة عامة والوالدين خاصة وبالتالي يفرض تعلم أدوار جديدة مع هذا الطفل الذي لديه حاجات خاصة تتطلب التكفل والرعاية ومضاعفة مجهودات الرعاية والعناية.

فإعاقة الطفل تُعاش لدى الوالدين كصدمة ينتج عنها آثار نفسية تتحكم في ردود أفعالهم وعلاقتهم مع طفلهم كإنكار الإعاقة والإسقاط على الآخر، والحماية المفرطة، وغيرها، كلها أشكال من العلاقات تعمل على التخفيف من حالة عدم الارتياح الناتجة عن الاستثارة الانفعالية التي تنتج من الشعور بالقلق والشعور بالذنب، خيبة الأمل، الجرح النرجسي، صدمة فقدان الطفل المثالي، الغضب، الإنكار، الانعزال والتخفيف من حدة هذه الاستثارة هو الذي يقوي الأشكال الدفاعية عند الوالدين، ويقومان في النهاية بإعادة تنظيم حياتهم بما تقتضيه حالة الطفل، وفي هذا الصدد ترى مارغريت ميروكسي (Mergherit Mirokcci) أن الإحساس بالكفاءة الأبوية تضطرب عند ولادة طفل معاق لأنهم أمام وضعية مجهولة وإمكانيات الطفل غير واضحة، وسيرورة تبعية-استقلالية غير مفهومة، فيميل الوالدين إلى الانغلاق على أنفسهم مما يؤدي إلى فقر في المجال العلائقي. (Ringler,2004,p56) ما يستدعي منهم استعمال استراتيجيات مواجهة للتقليل من صعوبة الوضعية والتخفيف منها وبالتالي التكيف معها.

فالدراسات النفسية التي تطرقت إلى مفهوم استراتيجيات المواجهة كدراسة هيني ورن (Heaney & Ryn 1990) عرفت على أنها " الطرق التي يقاوم بها الناس وضعياتهم الصعبة ويتعاملون بها مع مواقف التهديد والتحدي وتعد بمثابة حواجز تحمي الفرد من النتائج الضارة للصعوبة على الصحة الجسدية والنفسية والعقلية" (خليفة، 2012، ص 15)

فالأولياء في تعاملهم مع الطفل يستخدمون أساليب مواجهة وتعامل مختلفة لكالمبحث عن الدعم والمساندة من المجتمع، أو تغيير الإطار العام لمفهوم إعاقة الطفل بالتركيز على حل المشكل، النظر إلى الجوانب الإيجابية ومحاولة تطوير قيم واستجابات تتناسب مع إعاقة الطفل، التركيز على الانفعال والانسحاب والإنكار والرفض، فهي تختلف بأنواعها لكنها تشترك في التخفيف من الصعوبة وخفض الحدث المهدد، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو هل ستخدم هذه الاستراتيجيات نمو الطفل وتحديد نمو النفسي الاجتماعي وهل ستؤثر عليه بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، وعليه جاءت الدراسة الحالية لمعرفة تأثير استراتيجيات المواجهة لدى أولياء طفل متلازمة على نمو النفس الاجتماعي ولتحقيق هذا الهدف اشتملت الدراسة على جانبين أولهما جانب نظري احتوى على خمس فصول تمثلت في الفصل الأول الخاص بمدخل إلى الدراسة وتضمن طرح الإشكالية، الفرضيات، أهمية وأهداف الدراسة ومصطلحات الدراسة إجرائياً، والفصل الثاني خاص بطفل متلازمة داون ضم تعريف لطفل متلازمة داون، الاضطراب الكرموزومي، خصائص طفل متلازمة داون، وأنواع التكفل به، فصل ثالث خصص للنمو النفسي الاجتماعي ضم تعريفا للنمو النفسي الاجتماعي، العوامل المؤثرة فيه، نظرياته، خصائص النمو النفسي الاجتماعي عند طفل متلازمة داون، وفصل رابع خصص للوالدية والإعاقة ضم تعريف الوالدية، الكفاءة الوالدية والممارسة الوالدية أثناء إعاقة الطفل، ردود الأفعال والميكانيزمات الدفاعية، صدمة الإعلان ونوعية التشخيص وتأثيره على الوالدين، تأثير ردود أفعال الوالدين على العلاقة بينهما وبين الطفل، وفصل خامس خصص لاستراتيجيات المواجهة تعريفها أهم النظريات المفسرة لها، أنواعها، وأهم مقاييس الكوبينغ، ومقاييس استراتيجيات المواجهة عند أولياء الأطفال المعاقين، أما الجانب الثاني فخصص للدراسة الميدانية والجانب التطبيقي واشتمل على فصل سادس خاص بالإجراءات المنهجية للدراسة وتم فيه عرض المنهج والأدوات المطبقة في الدراسة، والفصل السابع ضم عرض النتائج المتمثلة في دراسة الحالات، أما الفصل الثامن فكان لمناقشة النتائج واشتملت الدراسة على استنتاج عام وخاتمة شاملة لما ورد في الدراسة مع إدراج بعض الاقتراحات، ثم المراجع المعتمدة والملاحق.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

1. إشكالية الدراسة

متلازمة داون (Syndrome de Down)، تثلث الصبغي (Trisomie 21) أو المنغولية (Le Mongolisme) كلها أسماء ذات معنى واحد لحالة تتميز بتأخر في النمو الحسي الحركي، اللغوي والمعرفي نتيجة لانحراف في التوزيع العادي للكروموزومات ، بحيث يحتوي الكروموزوم 21 على ثلاثة كروموزومات بدل اثنين، وبهذا يصبح عدد الكروموزومات في هذه الحالة 47 كروموزوما بدل 46، حيث تقدر الإصابة بمتلازمة داون بحوالي مصاب واحد لكل 800 مولود، بمعدل 3 ذكور مقابل 2 إناث (Sylvain Fortin, 2012)، ويولد كل عام ما يقارب 3000 إلى 5000 طفل يعاني من هذا الاضطراب (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 21 مارس 2020)

وتبلغ نسبة المصابين بمتلازمة داون في دولة الجزائر مولود واحد لكل 900 مولود، ويوجد أكثر من 25000 مصاب في الجزائر، بمعدل 6000 حالة جديدة كل سنة، كما يضم العالم العربي 8 ملايين مصاب، وفي أوروبا 400 ألف حالة بمعدل حالة واحدة لكل 650 ولادة، أما الولايات المتحدة الأمريكية قدر عدد المصابين فيها بـ 250000 مصاب (مريم غنيم، 2013).

يتميز أطفال متلازمة داون بالمرونة في المفاصل والعمود الفقري، بالتأخر الحركي والفكري، بالتأخر في اكتساب الاستجابة، والنقص الحسي (Serge Lobovici, 2000 ;P 787) وتتضمن متلازمة داون مجموعة من الشذوذ المتنوعة مثل: العيوب الخلقية بالقلب، مظاهر خاصة بالإبصار، اضطرابات الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي المركزي، بالرغم من هذا الشذوذ الجسمي وال ذهري فان أغلب الآباء والمتخصصين النفسيين يسعون إلى دمج الأطفال في المجتمع وتقريبهم من الطفل العادي، وأكثر عامل مساعد في هذا الهدف هو النمو النفسي الاجتماعي لهذا الطفل، وهو مجموع التغيرات التي تحدث للطفل من خلال مجموعة من المراحل التي تقوده إلى المحيط الاجتماعي من الحالة البدائية إلى حالة أكثر تطورا، وبمشاركة الميكانيزمات التي تسمح بالمرور من مرحلة إلى أخرى ، ومن مظاهر النمو النفسي الاجتماعي هي التكيف مع المجتمع، الاستقلالية، القدرات الاجتماعية ، حيث أن الطفل سيكتشف سلوكا خاصا به في المراحل المبكرة من النمو، فيعمل على تأكيد إحساسه بالاستقلال الذاتي من خلال أداء بعض الأعمال بمفرده دون مساعدة الآخرين، كما يسعى إلى اكتساب أنماط سلوكية مقبولة اجتماعيا المعتمدة على قيم وعادات وأنظمة المجتمع الذي ينتمي إليه (محمود عبد الله خوالدة، 2007، ص 101). كما ينمو لديه الشعور بالثقة والتلقائية والمبادأة والتوافق الاجتماعي، ويزداد وعيه بالبيئة الاجتماعية ونمو الألفة وزيادة المشاركة الاجتماعية، كما تتسع دائرة العلاقات والتفاعل الاجتماعي، ويتعلم بعض المعايير

الاجتماعية مثل التعاون، ويستطيع التواصل مع الراشدين، يحب الزعامة ويميل إلى المنافسة، بالإضافة إلى الميل نحو الاستقلال في بعض الأمور كالاعتماد على النفس في تلبية حاجاته، وينمو الضمير والأنا الأعلى المتمثل في القيم والمعايير الاجتماعية ومبادئ السلوك السوي ، بالإضافة إلى اللعب الخيالي والتقليد. (علاء الدين كفاي، 2003: 302) ، كما أن أطفال متلازمة داون يستجيبون ايجابيا إلى رؤية وجه الإنسان أو سماع صوته ووجه الأشخاص المؤلفين وغيرها من التفاعلات الأولية، وهذا ما يساهم في النمو النفسي السليم لدى الطفل من خلال التعلق السليم عن طريق التبادلات التفاعلية مع الأم والأب، كما يعتبر حجر الأساس للنمو الاجتماعي وهذا ما يحتاجه هؤلاء الأطفال في مرحلة من مراحل نضجهم الاجتماعي، وتكوين الشخصية الفريدة والمميزة لطفل متلازمة داون، حيث تبدو عليه خصائص مقبولة تعد شائعة أيضا لدى غيره من الأطفال المصابين بنفس الأعراض، ومثل هذه الخصائص تتضمن الميل إلى المرح والانسراح والاستمتاع بالأشياء وحب التقليد (عبد الرحيم، 1984، ص16)، من خلال الإقبال على الناس والمصافحة، والتقرب منهم في البيت والمدرسة والميل إلى المحاكاة والتقليد وحب الموسيقى (كمال مرسي، 1996، ص127). وقد أوضح سيرافিকা (Serafica:1976) أن اكتساب أطفال متلازمة داون السلوك الملائم يتأثر بسلوكيات الأقران (Serafica,1976,p137)، حيث يرى لاريو وجولي (Larrieu et Julie :1986) أن أطفال متلازمة داون تتصف شخصيتهم بالمشاركة الوجدانية والسلوك التفاعلي والتوافقي، ويستخدمون مهارات اجتماعية كالتعاون والمشاركة والرعاية والمساعدة. (Vanwalleghem,2016,p46) وفي هذا الصدد أوضحت دراسة ليفيلاند وكيلي (Leveland et Kelley:1991)، التي هدفت إلى القيام بقياس النمو الاجتماعي لدى فئتين من الأطفال هما الأطفال المصابين بمتلازمة داون والمصابين بالتوحد في المرحلة ما قبل المدرسة ، تكونت عينة الدراسة من مجموعة أولى تضم(24) طفلا مصاب بمتلازمة داون، ومجموعة ثانية تضم(16) طفلا مصاب بالتوحد، تتراوح أعمارهم بين (1- 4) سنوات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أطفال متلازمة داون كانت قدرتهم على النمو الاجتماعي أفضل من الأطفال المصابين بالتوحد ، وأظهر أطفال متلازمة داون قدرتهم على التكيف بصورة أفضل من الأطفال المصابين بالتوحد سواء في مهارات الاستقلالية أو السلوك الاجتماعي. (صادق، 1982، ص304)

بالإضافة إلى دراسة هوجس وكازاري (Hughes et Kasari :2001) التي هدفت إلى كشف الاعتماد على النفس لدى مجموعة من أطفال متلازمة داون ومقارنتهم بمجموعة من المعاقين ذهنيا ، وقد أسفرت نتائج الدراسة على وجود فروق لصالح أطفال متلازمة داون حيث أظهروا صورا وجدانية أكثر ايجابية مثل

النظر المباشر إلى الراشدين، التركيز على إكمال المهمة، محاولة إثبات الذات، القيام بأعمال موكلة إليهم
(Kasari, & Hughes. 2001, p 106)

كما ترى دراسة بوكلي، بريد وساكنس (Buckley, Bride et Sacks ,p2002) حول النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون، أن السلوكيات النفسية والاجتماعية لطفل متلازمة داون هي سليمة وغير متضررة، حتى وان كان هناك تخلف معرفي ملحوظ، فطفل متلازمة داون لديه طبع الجماعة ويندمج بسهولة فيها، التي تعطيهم قاعدة وأساس للتفاعل مع أقرانهم، ومن بينها اللعب الرمزي. حيث أنهم يُختارون دائما من أجل اللعب أو من أجل الأكل في المطعم المدرسي، وغير مضطرين إلى دعوتهم للعب، حيث أنهم يبادرون إلى اللعب مع الأطفال، كما يمتازون بالصدقات مع الأطفال العاديين، مما يسمح لهم بالتطور المعرفي والاجتماعي في عدة ميادين كحل الصراعات، الثقة، والاستقلالية في عادات الحياة اليومية. (Stéphanie Vanwalleghem,2016,p65)

كما أن دراسة أديبارشكي، رافي، كاميلو وآخرون (Adibershki, Rafi, Kamilo. et al : 2014) ترى أن النمو النفسي الاجتماعي من أهم العوامل التي يركز عليها أطفال متلازمة داون في عملية التكيف النفسي والتكيف الاجتماعي والتواصل مع المحيطين بهم ، فهم يُعْتَبَرُونَ من فئة القابلين للتعلم ويتميزون بأنهم اجتماعيون ويكتسبون مهارات عديدة تمكنهم من الاختلاط بالحياة الطبيعية في المجتمع ، (Stéphanie Vanwalleghem,2016,p50) وتوصلت دراسة جمال الخطيب (1988) حول

المظاهر السلوكية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا الملتحقين بمدارس التربية الخاصة إلى وجود علاقة ارتباطية بين السلوك التكيفي ودرجة الإعاقة، وعدم وجود علاقة بين السلوك التكيفي وعمر الطفل المعاق وجنسه (الخطيب، 1988)، إذن نستخلص أن هذه المتلازمة تحمل العديد من الخصائص سواء فيزيائية، فكرية، وجدانية، اجتماعية، وبالرغم من أنها شائعة إلا أنها غير معروفة عند بعض المتخصصين نظرا للأحكام المسبقة عن هذه الفئة، وكما هو الحال بالنسبة إلى عامة الناس فالصفات الجسمية المميزة لهذه الفئة تجلب العديد من الأحكام المسبقة والاعتقادات الخاطئة، والمشكل الأكبر هي أنها غير معروفة عند الأولياء الذين في غالب الأحيان ما يتلقون معلومات خاطئة عن هذه الإعاقة، وكذلك طريقة الإعلان عن التشخيص التي لا تكون بطريقة صحيحة، مما ينعكس سلبا على الأم والأب معًا في تقبل هذا الطفل، إذ كانت لديها تصورات واستهجمات عن الطفل المنتظر، لكنه ولد مختلفا ولم يتطابق مع تلك التصورات، فميلاد هذا الطفل يعتبر خيبة أمل حيث يرى الباحث ترونبال Turnbulle (2001) أن الوالدين يختبران دورة من الحزن تشبه تلك التي يمر بها من فقد شخصا عزيزا عليه فتحدث

صدمة فقدان الطفل الخيالي المثالي ويصبح الوالدين في تقهقر وتراجع نرجسي يصاحبه الانعزال،
الغضب، الإنكار (Turnbull,2001, p 102), ويضيف في هذا الصدد الباحث ألبيرت
سيكون (Siccone Albert :1999) إن معاش الانهيار لدى الوالدين هو أثر لخيبة أمل حقيقية تعكس
جرحهم النرجسي وهذه الخيبة ستتكرر بقسوة لان الطفل المعاق في وضعية اضطهادية لإعادة خيبة
الأمل، بحيث سيرجع الوالدين إلى خيبة الأمل الأولى وسيكرر الجرح في كل مرحلة من مراحل نمو هذا
الطفل، وهذا الجرح سيتلف المكونات الأساسية للمحيط الأسري التي يحتاجها الطفل في نموه ويضعه في
وضعية حساسة ورهيفة (Siccone, 1999, p113), وبالتالي كل ما يتعلق بالطفل المعاق سي طرح
مشكلا منذ المراحل الأولى للنمو، بدءا من المشاكل الصحية المرافقة لهذا الخلل إلى مشكل الاستقلالية،
الت مدرس، المركز، فميلاد هذا الطفل يسبب صراعات تُغير نمط رحلة حياة الأسرة، وتعتبر من أصعب
الظروف التي تواجهها خلال أدائها لوظائفها، حيث يحدث تغير جذري في المسار النفسي الاجتماعي
الاقتصادي والسلوكي للأسرة عامة وللوا لذين خاصة، هذه الخبرة تخلق آثارا سلبية على حياة الوالدين
ومشاعرهم ومعتقداتهم وسلوكياتهم وتحملهم أعباء ثقيلة تتعكس على نشاطاتهم الحياتية المختلفة،
وتفاعلاتهم الاجتماعية وصعوبة التكيف، مما يتطلب منهم امتلاك مجموعة من الميكانيزمات والمهارات
للتصدي ومواجهة هذه الوضعية، بهدف تجاوز الصراع والتكيف والتأقلم مع ال وضعية الصعبة الجديدة
حيث يرى الباحثان هالير وآخرون (Heller et al : 1997) أنه لكي يستطيع الوالدين مواجهة إعاقة
طفلهما يفرض عليهم ا تعلم أدوار جديدة داخل الأسرة ، وتنمية إستراتيجيات مواجهة كالتبحث عن الدعم
والمساندة من المجتمع، تغيير الإطار العام لمفهوم إعاقة الطفل، النظر إلى الجوانب الإيجابية ومحاولة
تطوير قيم واستجابات تتناسب مع نوع إعاقة الطفل، (Heller et al ,1997,p 35) حيث تختلف
استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأولياء من ولي لآخر تبعا لبنية شخصيته وطبيعة الوضعية
الصعبة التي يواجهها، فمنهم من يستخدم أساليب أكثر فعالية للتعامل مع هذه الوضعية والبعض الآخر
يستخدم أساليب غير تكيفية لمواجهة هذه الوضعية، وفي هذا الصدد هدفت دراسة دونوفان (Donovan
:1988) إلى معرفة الاختلاف في إدراك الأمهات للضغط الأسري الناجم عن الإعاقة الذهنية للأبناء،
وأساليب مواجهته، شملت عينة الدراسة (450) أما لأطفال معاقين ذهنيا إعاقة بسيطة وإعاقة ذهنية
شديدة، تتراوح أعمارهن من (29) سنة إلى (59) سنة، وأعمار الأطفال من (06) سنوات إلى (18) سنة
إلى وجود فروق ذات دلالة في معاني إدراك الأمهات للضغط الأسري وفقا لسن الابن المعاق وجنسه،
عدد الأبناء في الأسرة، وتعدد إعاقاتهم، سن الأم، والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، لصالح

الأمهات كبار السن، أمهات الأبناء الكبار، أمهات الذكور، ووجود فروق ذات دلالة بين أمهات الأبناء المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة وأمهات الأبناء المعاقين ذهنياً بدرجة شديدة في مواجهة الضغوط، لصالح أمهات المعاقين بدرجة بسيطة، أي أنهم أكثر قدرة على مواجهة الضغوط، وتختار الأمهات مواجهة الضغوط بواسطة أساليب البحث النشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة خارج النظام الأسري (خليفة، 2008، ص 273)، بينما سعت دراسة يعقوب وبجي (1995) إلى التعرف على الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في عمان، وقد استخدم الباحثان مقياس الضغوط النفسية، ومقياس الدعم الاجتماعي، واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي، أظهرت النتائج أن والدي الطفل المعاق عقلياً يعانون من ضغوط نفسية شديدة منها الحزن والأسى والشعور بالذنب والاكئاب، وكلما ارتفعت درجة الضغوط النفسية احتاج الوالدان إلى المساندة الاجتماعية (عبد الغني، 2008، ص 84)، في حين هدفت دراسة أولي وويليام (Olley et Willaim :1997) إلى معرفة مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً ومعرفة أساليب المواجهة التي تتبناها الأمهات لمواجهة هذا الضغط النفسي، وقد تكونت العينة من (200) أمّاً للأطفال المعاقين ذهنياً واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي وعلى مقياس الضغوط النفسية، ومقياس أساليب المواجهة، توصلت النتائج إلى أن الأمهات يعانين من ضغوط نفسية شديدة أهم مصادرها (رعاية الطفل، الضغوط المالية، العناية الطبية بالطفل، الضغوط الأسرية)، وتستعمل الأمهات أساليب مواجهة ايجابية وتتمثل في (44) % من الأمهات تستعمل أساليب الهروب، تقادي حل المشكلة، إنكار الإعاقة، و(41%) من الأمهات تستعمل أساليب تقبل الطفل وظروفه، و(23.5%) من الأمهات تستخدم أساليب التذمر والشكوى والبكاء ولوم الذات، و(12.5%) من الأمهات تستخدم أساليب مواجهة وتحدي الضغوط ومواجهة الموقف (خليفة، 2008، ص 296)، أما دراسة نوجين وولاندر (Noojin & Wallander, 1997) هدفت إلى معرفة مدى مساهمة مهارات إدراك حل المشكلات في التكيف لأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وتجنب المواجهة، تكونت عينة الدراسة من (16) أمّاً للأطفال معاقين، تتراوح أعمارهم بين عامين و 20 عاماً، أظهرت النتائج أن الكفاءة لدى الأمهات في استخدام حل المشكلات يرتبط بالتكيف الجيد، وقد ظهر جزء من العلاقة من خلال أسلوب المواجهة للأمهات، كالثقة بأن استخدام أسلوب حل المشكلات يزيد من احتمالية اختيار أساليب تكيفية عند مواجهة توترات لها علاقة بالإعاقة، وكذلك أظهرت النتائج أن مهارات حل المشكلات تساهم بشكل كبير في مواجهة التوترات الناجمة عن الإعاقة، وأساليب التكيف وزيادة خبرة الأمهات ووعيهن في حل مشكلات قادمة. في حين هدفت دراسة أميرة طه بخش (2001)

إلى التعرف على الضغوط الأسرية التي تواجه أمهات الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية كوسيلة لخفض حدة تلك الضغوط، ضمت عينة الدراسة (100) أم لأطفال معاقين عقليا من مدينة جدة ملتحقين بمركز الإنماء الفكري، تتراوح أعمار الأمهات ما بين (24) سنة و(45) سنة، وأعمار الأطفال تتراوح بين (06) سنوات إلى (14) سنة، اعتمدت الدراسة على مقياس الضغوط للأمهات الأطفال المعاقين عقليا، ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا، ومقياس المساندة الاجتماعية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه يوجد ترتيب للضغوط والاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية وفقا لأهميتها النسبية للأمهات الأطفال المعاقين عقليا، وتوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من الضغوط والاحتياجات الأسرية للأمهات الأطفال المعاقين عقليا والمساندة الاجتماعية المقدمة لهن كل على حدة، وكذلك بين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية لهن وتوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الضغوط والاحتياجات الأسرية عند عزل المساندة الاجتماعية، وبين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية عند عزل الضغط. في نفس السياق هدفت دراسة كفاقي (2002) إلى التعرف على الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها بالاحتياجات والدعم الاجتماعي كوسيلة لخفض حدة تلك الضغوط حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها (100) أم للأطفال المعاقين عقليا الملتحقين بمركز الإنماء الفكري في مدينة جدة وقد تراوحت أعمار الأمهات بين (24- 42) سنة بينما تراوحت أعمار الأطفال المعاقين عقليا بين (6 - 14) سنة ومن الأدوات التي تم استخدامها: مقياس الضغوط ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا ومقياس الدعم الاجتماعي وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود ترتيب للضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا حيث احتلت الضغوط المرتبطة برعاية الطفل المرتبة الأولى تليها ضغوط التفكير في المستقبل ثم الضغوط المادية وضغوط التوافق الزوجي، وبالنسبة لمصادر الدعم الاجتماعي جاء دعم الزوج والأبناء غير المعاقين ثم دعم الأهل والأصدقاء، ووجود علاقة ارتباطية بين كل من الضغط النفسي والدعم الاجتماعي المقدم للأمهات. (البسطامي، 2013، ص 49)، بينما دراسة ويلسون (Willson:2002) هدفت إلى فحص نموذج مبني على نظرية التكيف من خلال استخدام أسلوب المواجهة حل المشكلات وسلوك الطفل والضغوط النفسية المدركة بسبب الإعاقة وأسلوب التكيف التي تتبعه الأمهات وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (30) أمًا في كندا، وأظهرت النتائج أن الأمهات اللواتي يواجهن المشكلات اللاتكيفية المرتبطة بالدخل وسلوك الطفل وصعوبة تخمين حل مناسب

للمشكلات لديهن صعوبات في مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بالإعاقة العقلية وتحديد نمط التكيف معها (البسطامي، 2013، ص50).

في حين سعت دراسة هيل ونيومان ولوغرانج (Le Grange, Hill, Newman:2003) إلى التعرف على الإدراك الموضوعي للضغط النفسي وإستراتيجية مواجهتها لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً، أجريت الدراسة على عينة تتكون من (12) أما لأطفال معاقين في أمريكا، تم استخدام مقياس مصادر الضغوط النفسية ومقياس إستراتيجية مواجهة الضغوط، وبعد تطبيق المقياسين تم إجراء مقابلات شبه مقننة مع الأمهات، أظهرت النتائج أن الأمهات مررن بسلسلة من المشاعر كانت مرتبطة بكونهن أمهات لأطفال معاقين عقلياً، كالغضب، والاستنكار، والخوف من الرفض الاجتماعي، ومشاعر الحزن والذنب، والحزن والفرح والاعتزاز، ومن ثم قبول الإعاقة والتعايش معها لاحقاً، وقد استخدمت الأمهات مجموعة من استراتيجيات المواجهة مثل التفكير التأملي، القدرة على التحمل، والبحث عن الدعم الاجتماعي والعاطفي، والتقبل السلبي، كما استنتجت الدراسة أيضاً أن الأمهات المشاركات قد استفدن بشكل جيد من الدعم المحدود المتوفر لهن، وبينت الدراسة حاجة هؤلاء الأمهات إلى الدعم حتى يتمكن من تقديم الدعم لأبنائهن. (البسطامي، 2013، ص 49)

وأشارت دراسة أبيدوتو وآخرون (Abbeduto et al :2004) حول المقارنة بين الراحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات أطفال متلازمة داون وأمهات أطفال لديهم توحّد وأمّهات أطفال x fragil تكونت العينة من (174) أمّاً لأطفال متوحدين و 39 أمّاً لأطفال متلازمة داون و 22 أمّاً ل x fragil ومتوسط العمر للأطفال هو 16 سنة في المجموعات الثلاث توصلت نتائج الدراسة إلى أن أمهات أطفال متلازمة داون هن أقل تشاؤماً ولديهن علاقة جيدة مع أطفالهن ولديهن أعراض اكتئابية قليلة، ويستخدمن استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل أكثر من استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، وتوصلت الى أن استراتيجيات المواجهة يمكن أن تقلص من آثار الاضطرابات السلوكية والراحة النفسية للأمهات. وحاولت دراسة سالسيدو (Salcedo : 2006) اكتشاف كيفية قيام الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقين بالتغلب على مستويات الضغط النفسي المتزايد كنتيجة من تقديم العناية لهؤلاء الأطفال وكشفت الدراسة عن كيفية تأثير استراتيجيات التكيف في الرضا عن علاقات المشاركين مع أسرهم وتكونت عينة الدراسة من (21) أمّاً، من خلال (21) مركزاً إقليمياً في كاليفورنيا، وتم جمع البيانات من خلال الاستبيانات التي تم عملها بواسطة الرسائل والإجابات، والتي تعمل على تعريف استراتيجيات التكيف لحل المشكلات من أجل تقليل الضغط الذي يعانون منه إذ توصلت النتائج إلى أن

الدعم الاجتماعي هو ثاني أكثر إستراتيجية شيوعا وهو مميز بالنسبة لهن كما وجد أن الاستراتيجيات الوقائية للتكيف هي أقل استخداما وتشير الاستجابات بشكل مقبول لمستويات عالية من العلاقات المرضية ولا يوجد علاقات ذات دلالة إحصائية موجودة بين نماذج التكيف والرضا عن العلاقات. كما هدفت دراسة العويضة (2008) إلى التعرف على الفروق في استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها والدا الأطفال المعاقين والدا الأطفال العاديين في مدينة الدمام وقد استخدم الباحث المقياس الذي قامت بإعداده الخفش (2001) كما اختار الباحث عينة مكونة من (206) من والدي الأطفال العاديين ومن والدي الأطفال المعاقين، الذين ينتمون الى مراكز التكفل بالمعاقين وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات التعامل بين والدي الأطفال المعاقين ووالدي الأطفال العاديين على استراتيجيات (إعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات، والتمارين الرياضية واللياقة البدنية، والتقبل والثقة، والترفيه، والعدوان لوم الذات، والانشغال الذاتي، ومراقبة الضغط)، وتوصلت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها والدا الأطفال المعاقين تبعا لمتغير نوع الإعاقة، إذ أن والدي الأطفال المعاقين عقليا كانوا أكثر استخداما لإستراتيجية الدعم الاجتماعي مقارنة مع والدي الأطفال المعاقين بصريا وحركيا، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها والدا الأطفال المعاقين تبعا لشدة الإعاقة.

أما دراسة باستر وبراندوين وولش (Baster, Brandwein et Walsh :2009) هدفت إلى مقارنة استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات وأمهات الأطفال ممن ليس لديهم إعاقات وآبائهم، اشتملت عينة الدراسة على (112) شخصا (50) منهم آباء الأطفال ذوي إعاقات وأمهاتهم و(62) آباء أطفال غير معاقين وأمهاتهم، وقد تم الحصول على النتائج من خلال تطبيق استبانة على العينة العشوائية واشتملت متغيرات الدراسة على متغير الجنس، والعمر، والتعليم، والدخل الأسري والحالة الاجتماعية، وغطت الإستبانة ثماني استراتيجيات وهي السعي للحصول على الدعم الاجتماعي، والتحكم بالذات، وتجنب الهروب، وقبول المسؤولية، والابتعاد، وحل المشكلات التخطيطي، والتكيف التواجمي، وإعادة التقييم الإيجابي. وبينت الدراسة أن استراتيجيات المواجهة التي تم توظيفها كانت مختلفة بصورة ذات دلالة بين المجموعتين من الآباء والأمهات، وتبين أيضا أن أسلوب السعي للحصول على الدعم الاجتماعي هو الأكثر شيوعا للتكيف لدى الآباء وأمهات ذوي الإعاقات وقد انطبق ذلك أيضا على أسلوب تجنب الهروب وإعادة التقييم الإيجابي. وهدفت دراسة دابروسكا وبيزولا (Dabrowska et

(Pisula 2010) إلى التعرف على الضغوط الوالدية والعلاقة بينها وبين استراتيجيات المواجهة لدى أسر الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون والتوحد، وأسر الأطفال العاديين، وتكونت عينة الدراسة من (162) أسرة واستخدم استبيان هارويد للضغط النفسي للأسر، وبطارية التوافق مع الأحداث الضاغطة، أظهرت النتائج وجود مستويات عالية من الضغط النفسي لدى أسر الأطفال التوحديين، وأسر أطفال متلازمة داون، وكانت الضغوط أعلى لدى الأمهات من الآباء، ووجود فروق بين أسر الأطفال العاديين وأسر التوحديين وأسر متلازمة داون في إستراتيجية المواجهة فقد كانت المواجهة المرتكزة على حل المشكلة هو الأهم لدى أسر العاديين في حين كانت المواجهة المرتكزة على الانفعال هي الأهم عند أسر التوحديين ومتلازمة داون. وسعت دراسة درويش (2011) إلى تحديد الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا وأساليبهم في المواجهة تكونت عينة الدراسة من (40) أبا و(20) أما وتم استخدام مقياس الضغوط النفسية ومقياس أساليب المواجهة، أظهرت النتائج أن الممارسات الهروبية هي أكثر الأساليب شيوعا في مواجهة الضغوط، تليها الممارسة المختلطة، ثم الممارسات المعرفية العامة، ثم الممارسات المعرفية المتخصصة، وأخيرا الممارسات الوجدانية والعفائية، ووجود علاقة ايجابية بين الضغوط وأساليب مواجهتها، ولم تظهر فروق دالة إحصائية في مواجهة الضغوط بين الآباء والأمهات. أما دراسة البسطامي سلام (2013) هدفت إلى التعرف على استراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية التي يستخدمها آباء الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، تكونت العينة من (255) من الأولياء، (209) أمًا و (46) أباً واستخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية من إعدادها وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أكثر استراتيجيات المواجهة استخداما هي التدين، يليها على التوالي حل المشكلات، والدعم الاجتماعي، والبناء المعرفي، والاسترخاء والتجنب والهروب والتمارين الرياضية ووجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس، كما خلصت النتائج الى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة لاستراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية لدى آباء أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم في محافظة نابلس تعزى لمتغير جنس ولي الأمر، والمستوى الاقتصادي والوضع الاجتماعي وجنس الطفل وشدة الحالة ونوع الإعاقة، ومكان السكن، بالإضافة الى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة لاستراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم تعزى لمتغير المستوى التعليمي لولي الأمر. وفي دراسة بسام الطويل (2018) التي هدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها بأساليبهم في التعامل

مع هذه الضغوط تكونت عينة الدراسة من 30 ولي (12) أبا و (18) أما لأطفال معاقين عقليا من الدرجة البسيطة والمتوسطة، استخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية وكلاهما من إعداد السرطاوي والشخص (1998) توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة عند المستوى المتوسط، وترتيب أفراد عينة الدراسة لأساليب التعامل مع الضغوط من الأكثر تفضيلا إلى الأقل كالاتي: الممارسات المعرفية المتخصصة، الممارسات المعرفية العامة، الممارسات الوجدانية والعفائية، الممارسات الهروبية، الممارسات المختلطة. كما توصلت الى وجود ارتباط ايجابي دال إحصائيا بين أساليب التعامل والضغوط النفسية، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الضغوط النفسية تبعا لمتغير جنس الوالدين، ووجود فروق دالة إحصائيا تبعا لمتغير درجة إعاقة الطفل، لصالح الدرجة المتوسطة، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا في أساليب التعامل مع الضغوط تبعا لمتغير سن الوالدين، ووجود فروق دالة إحصائيا في أساليب التعامل القائمة على الممارسات الهروبية والممارسات المختلطة تبعا لمتغير درجة إعاقة الطفل، لصالح الدرجة المتوسطة، وعدم وجود فروق دالة في أساليب التعامل الأخرى، وفي الدرجة الكلية. وفي دراسة سهام عباس عباس (2019) التي هدفت إلى التعرف على أساليب استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون وكذلك التعرف على الفروق في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعا لمتغيرات المستوى التعليمي للأُم، جنس الطفل، وعمر الطفل، تم استخدام مقياس إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية يتضمن (36) بندا وتكونت عينة الدراسة من (96) أمًا لأطفال مصابين بمتلازمة داون، بإتباع المنهج الوصفي التحليلي، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن درجة تقدير أفراد عينة الدراسة من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون لمواجهة الضغوط النفسية باستخدام الاستراتيجيات الايجابية جاءت مرتفعة، وأن تقديرهم لمواجهة الضغوط النفسية باستخدام الاستراتيجيات السلبية جاءت منخفضة، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة حول إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لأمهات المصابين بمتلازمة داون تعزى لم تغير المستوى التعليمي للأُم، لصالح (أقل من تاسع ومن تاسع إلى ثانوي)، ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيري جنس وعمر الطفل. (عباس، 2019، ص 641)

انطلاقا من الدراسات السابقة التي قدمناها نلاحظ أنها ارتبطت بصورة مباشرة وغير مباشرة بالدراسة الحالية فمن حيث الهدف هدفت أغلب الدراسات الى معرفة أساليب المواجهة التي يستخدمها أولياء الأطفال المعاقين ذهنيا لمواجهة الضغوط النفسية: دراسة (Donovan 1988)، (Olley et William

(1997)، (Le grange, Hill, Newman 2003)، (Abbeduto et al 2004)، (العويضة
2008)، (Salcedo 2006)، (Baster, Brandwein et Walsh 2009)، (Dabrowska et
2010)، (Pisula 2010)، (درويش 2011) (البسطامي سلام 2013)، (بسام الطويل 2018)، (سهام عباس
عباس 2019)

كما هدفت إلى المقارنة بين استراتيجيات المواجهة بين أولياء الأطفال المعاقين والأطفال بدون إعاقة
دراسة العويضة (2008) ودراسة (Baster, Brandwein et Walsh 2009) وكذا المقارنة بين
استراتيجيات المواجهة لدى أسر أطفال متلازمة داون وأسر أطفال التوحد دراسة (Dabrowska et
2010) إلى جانب ذلك هدفت إلى التعرف على الفروق في إستراتيجية مواجهة الضغوط تبعاً
لمتغير المستوى التعليمي للأم، وجنس الطفل وسنه. (دراسة عباس 2019) في حين هدفت بعض
الدراسات إلى معرفة استراتيجيات المواجهة لدى الأمهات بتحديد نوعها كإستراتيجية الدعم الاجتماعي
وحل المشكلات دراسة (أميرة طه بخش 2001)، (Noojin & Wallander 1997)، (يعقوب ويحي
1995)، (كفافي 2002)، (Willson 2002)، أما الدراسة الحالية فتهدف إلى معرفة تأثير استراتيجيات
المواجهة التي يستخدمها أمهات طفل متلازمة وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي.

كما شملت أغلب الدراسات عينة الأمهات ماعدا دراسة العويضة (2008) دراسة (Baster,
2009)، (Brandwein et Walsh 2009)، دراسة (Dabrowska et Pisula 2010)، دراسة درويش
(2011)، دراسة البسطامي سلام (2013)، ودراسة بسام الطويل (2018) شملت الآباء والأمهات. أما
الدراسة الحالية تشمل أطفال متلازمة داون وأمهاتهم، كما أن كل الدراسات السابقة قد اعتمدت على
المنهج الوصفي التحليلي، في حين أننا سنعتمد في دراستنا على المنهج العيادي، من خلال الدراسات
السابقة لاحظنا أنها ركزت على معرفة أنواع الاستراتيجيات المواجهة لدى الأولياء الاطفال المعاقين ذهنياً
لكن لم تقم ولا دراسة بالبحث عن تأثير ونتائج هذه الاستراتيجيات في سلوك الطفل وتحديد نمو النفسي
الاجتماعي، وعلى ضوء ما سبق جاءت الدراسة الحالية لتسليط الضوء على موضوع متلازمة داون ونموه
النفسي الاجتماعي وتأثير استراتيجيات المواجهة التي تتخذها الأمهات على هذا النمو، وعليه تم صياغة
التساؤل التالي:

هل تؤثر استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها أولياء طفل متلازمة داون في النمو النفسي الاجتماعي
لديه؟

وتفرعت عن هذه المشكلة التساؤلات الجزئية التالية:

1. ما هي استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما من طرف أولياء طفل متلازمة داون؟
2. ما هو مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون تبعا لمتغير الجنس؟

2. فرضيات الدراسة:

انطلاقا من الإشكالية المطروحة صيغت الفرضية العامة على النحو التالي:
تؤثر استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها أولياء طفل متلازمة داون في النمو النفسي الاجتماعي لديه.
وتفرعت عن هذه الفرضية الفرضيات الجزئية التالية:

1. استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما من طرف أولياء طفل متلازمة داون هي إستراتيجية المساندة والدعم الاجتماعي.
2. لدى طفل متلازمة داون مستوى متوسط في النمو النفسي الاجتماعي.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون تبعا لمتغير الجنس.

3. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الموسومة "باستراتيجيات المواجهة لدى أولياء طفل متلازمة داون وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي" إلى معرفة تأثير استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها أولياء طفل متلازمة داون وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي، وكذا معرفة استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما من طرف أولياء طفل متلازمة داون، بالإضافة إلى معرفة مستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون والفروق في هذا المستوى تبعا لمتغير الجنس عند طفل متلازمة داون.

4. أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية مرحلة الطفولة عند الطفل المصاب بمتلازمة داون وأساليب تعامل أوليائه مع وضعيته الصعبة لما لها من انعكاسات على تكيفه واندماجه الاجتماعي وكذا لضرورة التكفل بالأولياء والأطفال معا، فلا نستطيع الوصول إلى النتائج المبتغاة إلا من خلال تكفل ذو قطبين الأولياء والأطفال لنتائج أفضل، وكذا وضع إضافة علمية بمثل هذه الدراسة تثري ميدان البحوث النفسية من جهة

وكقاعدة علمية بحثية تنطلق منها الدراسات القادمة لتتكامل من أجل الكشف عن باقي المتغيرات والعوامل المحتملة التي تساهم في تسهيل عملية التكفل بالأولياء وبأطفالهم المصابين بمتلازمة داون، أي فتح الآفاق للدراسات النفسية بمتغيرات أخرى، وتزويد المكتبة الجزائرية مثل هذا النوع من الدراسة وما تسفر عنه من نتائج وبمختلف المعارف السيكلوجية المتعلقة بموضوع الدراسة. كما أن هذه الدراسة تساهم في إعطاء تصورات واضحة عن النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون من جهة وأيضاً استراتيجيات المواجهة للأولياء والعلاقة بينهما من جهة أخرى.

5. تعريف مفاهيم الدراسة:

1. استراتيجيات المواجهة:

- اصطلاحاً: تعرف استراتيجيات المواجهة (الكوبينغ) على أنها الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد للتحكم في مسببات الضغوط التي تفوق طاقته الشخصية أو الحد منها أو إدارتها أو تحملها. (معروف، 2001، 34)

- إجرائياً: تعرف استراتيجيات المواجهة إجرائياً على أنها مجموعة من الطرق التي تستخدمها أمهات طفل متلازمة داون بالجمعية الوطنية للاندماج المهني والمدرسي للأطفال التريزوميين ANIT فرع غليزان من أجل التكيف مع الوضعيات الصعبة، وهي الدرجة المتحصل عليها في المقياس الكوبينغ لجامعة تولوز ETC المطبق من إعداد تاب وآخرون (Tapp. P et al 1997) والمكيف في الجامعة الجزائرية جامعة وهران 2 من طرف الأستاذ فراحي فيصل وآخرون سنة 2016، وحسب طريقة استخدامنا لهذا المقياس فإن أمهات طفل متلازمة داون تحصلن على درجة معينة في كل المجموعات الرئيسة للأساليب التالية وهي تتكون من ثلاثة مجالات: مجال الفعل (السلوك) - مجال المعلومة (معرفي) - مجال الانفعال (عاطفي).

2. أولياء طفل متلازمة داون: هو كل أم وأب لديهم لطفل مصاب بمتلازمة داون.

إجرائياً: يعرف بأمهات طفل متلازمة داون والمتواجدات بالجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للأطفال التريزوميون فرع غليزان ANIT.

3. تعريف طفل متلازمة داون:

- اصطلاحاً: متلازمة داون عبارة عن شذوذ خلقي مركب وشائع في الكروموزوم 21 يظهر زوج الكروموزومات ثلاثياً لدى الجنين وبذلك يصعب عدد الكروموزومات 47 بدلا من 46 مثل ما هو الحال في

الأجنة العادية، نتيجة اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي، وقد تم التعرف عليه لأول مرة عام 1966 من طرف الطبيب جون لانجدون داون (John Langdan Down) .

-إجرائيا: هو الطفل الذي تم تشخيصه في التقارير الطبية أنه مصاب بمتلازمة داون بوجود شذوذ في الكروموزوم 21، ويتراوح عمره من (4 إلى 11 سنة) وملتحق بالمركز النفسي الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا (واد ارهيو - واد جمعة) بولاية غليزان، وبالجمعية الوطنية للإدماج المدرسي والمهني للأطفال التريزوميون ANIT فرع غليزان، ولديهم تخلف عقلي بسيط ومتوسط حسب تصنيف وتشخيص المختصين النفسيين في المركزين والجمعية.

4. النمو النفسي الاجتماعي:

إصطلاحا: النمو النفسي الاجتماعي يتكون من عدة مراحل كل مرحلة مكملة للمرحلة السابقة ومتداخلة معها لتكوين الهوية، انطلاقا من تحديد جذور الأنا في التنظيم الاجتماعي للفرد، حيث أن الأنا يتشكل بالمجتمع، وأن النمو عملية تطور مستمرة ومتغيرة، وكل قدرة تكتسب في مرحلة سابقة يعاد برمجتها في مرحلة لاحقة من النمو وتُضيف تطورا لتكوين الشخصية وتؤثر على المرحلة التي تليها، ومراحل النمو النفسي الاجتماعي تشبه لحد كبير عملية التطور العضوي للكائن الحي، هذا ما دعمه جيزل في مقولته "القدرات النفسية والاجتماعية للطفل تنمو مع الوقت مثل باقي أعضاء الجسم" (Rondel,2000 ,p15)

إجرائيا: النمو النفسي الاجتماعي هو مجموعة من السمات النفسية والاجتماعية لطفل متلازمة داون من خلال الدرجات المتحصل عليها في الملمح النفسي الاجتماعي للطفل PSA لجان دوماس، بيتر لافرونييه وآخرون (Dumas.La frenière, Capaune et During :1997) لتقييم القدرات الاجتماعية وصعوبات التكيف عند الطفل، ابتداء من أربع سنوات، من خلال قياس :

التكيف العاطفي: ويقصد به الخصائص العاطفية النفسية للطفل.

التفاعل مع الأقران: ويقصد به نوعية تفاعلات الطفل مع أقرانه .

التفاعل مع الراشدين: ويقصد به نوعية تفاعلات الطفل مع الراشدين.

القدرات الاجتماعية: وهي تلخص مجموع السلوكات التي تعكس النضج العاطفي، المرونة، والتكيف

الاجتياي في التفاعل مع الراشدين والأقران.

الفصل الثاني

متلازمة داون

تمهيد:

في هذا الفصل سوف نتطرق لدراسة طفل متلازمة داون ، وقد ارتأينا أن نأخذ لمحة تاريخية عن هذه المتلازمة ومعرفة شنوذ الكروموزومات لفهم الشنوذ الكروموزومي وأنواعه في متلازمة داون .ولتسهيل عملية التكفل بهذا الطفل يجب معرفة أهم الخصائص المميزة له سواء من الناحية العضوية، النفسية، السلوكية، الحسية والحركية.

1. **تعريف متلازمة داون:** هي مجموعة من الصفات تعود إلى اضطراب الكروموزوم 21 بحيث يحتوي على ثلاثة كروموزومات بدل اثنين، وبهذا يصبح عدد الكروموزومات لدى الجنين في حالة متلازمة داون 47 كروموزوما عوض 46 كروموزوما كما هو الحال في الأجنة العادية، و يتميز الأطفال المصابين بهذه المتلازمة بالمرونة في المفاصل والعمود الفقري والتأخر الحركي والفكري والتأخر في اكتساب الاستجابة والنقص الحسي (Lobovici,2000,P787)

وفي العالم العربي تم إحصاء ثمانية ملايين طفل مصاب بمتلازمة داون، بينما تحصي أوروبا 400 ألف حالة في كل 650 ولادة، في حين أحصت الجزائر أكثر من 25 ألف مصاب، أي بمعدل 6000 حالة جديدة كل سنة (حوام،2008/03/23)، و ارتفعت هذه النسبة إلى 80000 طفل مصاب عام 2012 (HAMDAOUI, AOUAR, MOQADDEM, KHATER, BELKHATIR, MOUSSOUNI, 2020)

2. نبذة تاريخية عن متلازمة داون:

هناك أعمال ودراسات في بحوث علم الإنسان ووصف السلالات البشرية والتماثيل القديمة من بينها دراسات الباحث أ.بوشي (A.Bouchet) وهو -أخصائي في تاريخ الطب وأستاذ في كلية الآداب بجامعة ليون بفرنسا- تشير إلى وجود أشخاص يحملون نفس الصفات المميزة لمتلازمة داون منذ التاريخ القديم، ولكن لم يثبت وجود أي دليل على تحديد السبب وراء هذه الصفات أو حتى الإشارة إليها، بطريقة واضحة إذ يوجد تماثيل لأشخاص قصيري القامة، ممثلئي الجسم ووجه مستدير يميزه الخدود المسطحة والعيون المائلة والأنف المفلطح والشفاه المفتوحة واللسان العريض و الرقبة القصيرة جدا، حيث تبدو هذه التماثيل أنها كانت تظهر أشخاصا كانوا يعانون من أعراض داون التي تم وصفها فيما بعد، لكن لم يتم اكتشاف ولو هيكل عظمي واحد يرجع لهذه الفترات التاريخية القديمة، واستند الدليل على وجود هؤلاء

الأشخاص على التماثيل والصور الجدارية لأشخاص يحملون صفات داون رسمت في القرنين الخامس والسادس عشر ميلادي (Cuilleret, 2007,p05)

إلا أن الباحث ادوارد سغان (E.Seguin) كان أول مؤسس لمدرسة خاصة تستقبل ذوي الإعاقة الذهنية بهدف تربيتهم سنة (1846) إذ قدم ملاحظة حول مراهقين يعانون من متلازمة داون، ولم يعرف حينها الصفات المميزة لهذه الفئة، إلا بعد مرور عشرين عاما وبال تحديد سنة (1866) فأطلق عليه اسم "Crétinisme furfuracé" والتي تعني التخلف العقلي من ناحية ، ومن ناحية أخرى تدل على نوع البشرة لديهم (Cuilleret, 2007, p05)

في نفس السنة الطبيب الانجليزي جون لونغدون داون (John Longdon down) أعطى وصفا آخرًا لهذه المتلازمة وقام بتقديم قائمة الأعراض والصفات المصاحبة لهذه المتلازمة ، فقد كان يعمل في مركز طبي يدعى The ear iswou asylun for idiot وهو مركز إيواء خاص بالمعاقين عقليا حيث قام بإجراء دراسة بحثية تحمل عنوان "ملاحظات حول تصنيف سلالات البلاهة" ومن خلال هذه الدراسة لاحظ الطبيب وجود عدد من الصفات المشتركة لهذه المجموعة دون غيرها ، لكنه لم يفهم أو يتعرف على مرضهم لذلك عمل فقط على وصف صفاتهم. ولأن صفاتهم الشكلية تشبه لحد كبير الشعب المنغولي فقد أطلق على هذه المتلازمة اسم المنغولية واستمرت التسمية رسميا الى غاية سنة (1968) وبعد ضغط كبير من حكومة منغوليا على منظمة الصحة العالمية تقرر تغيير هذا الاسم بشكل رسمي تكريما للطبيب جون لوغدون داون أطلق على هذه الفئة اسم ذوي متلازمة داون. وفي سنة (1924) قدم نظريته وهي hérédosyphilis - مرض الزهري الوراثي- بحيث أن ولادة طفل يعاني من متلازمة داون بمثابة عامل كاشف لمرض الزهري لدى الوالدين، وهذا ما كان له آثار سلبية والتي تمثلت في إخفاء الأسر لأبنائهم المصابين بهذه المتلازمة.(Goffinet ,2008,p17)

وفي سنة (1959) توصل الباحثون الفرنسيون جيروم لوجون، غايموند تران ومات قوتيي (Jérôme Lejeune, RAYMOUND TURPIN ET MATH GAUTIER) إلى أن السبب الحقيقي لمتلازمة داون هو وجود 47 كروموزوما بدلا من 46 كروموزوما على المستوى الخلوي، وذلك لوجود كروموزوم زائد متصل بزواج الكروموزومات 21 حيث يصبح هذا الزوج ثلاثيا، وبما أن زوج الكروموزومات 21 مسؤول عن التوتر العضلي والصفات الشكلية الوجهية وبعض العناصر والأجزاء الحيوية المهمة في جسم الإنسان فان ذلك يؤدي الى ظهور الأعراض والصفات المميزة لهذه المتلازمة.(Marcelli ,1999,p266).

ومن هنا بدأ مصطلح تثالث الصبغي 21 Trisomie 21 يستعمل شيئاً فشيئاً ، عوض تسمية المنغولية التي لازالت لحد الآن تستعمل ، أما في الكتب العلمية فإن مصطلح متلازمة داون هو الأكثر استعمالاً. و يمكن أن نستخلص أن متلازمة داون ليست بمرض وإنما هي عبارة عن شذوذ خلقي مركب وشائع في الكروموزوم 21 نتيجة اختلال في تقسيم الخلية يترافق معه تأخر ذهني وجسمي ومشاكل صحية سببها الخلل الكروموزومي، فالشخص المصاب بمتلازمة داون لديه 47 كروموزوما بدلا من 46 ويكون هذا الكروموزوم الزائد مجاورا مع زوج الكروموزومات 21 حيث يصبح ثلاثيا بدلا من كونه ثنائيا وهو ما يعرف بشذوذ الكروموزومات من حيث العدد ويسمى ثلاثية الكروموزومات أو الانقسام الثلاثي وتتضمن متلازمة داون مجموعة من الشذوذ المتنوعة مثل: العيوب الخلقية بالقلب، مظاهر خاصة بالإبصار، اضطرابات في الجهاز التنفسي، والهضمي، وعلى مستوى الجهاز العصبي المركزي... لهذا نجد الخلفية المليئة بالمظاهر الشاذة لهذه المتلازمة هي المسؤولة عن الشذوذ الجسمي والعقلي للمصابين بها، وبما أن متلازمة داون مرتبطة بعدد كروموزومات الخلية فمن الأهمية تناول موضوع الشذوذ الكروموزومي بشيء من التفصيل.

3. شذوذ الكروموزومات :

الكروموزومات عبارة عن مخلوقات صغيرة جدا تحمل كل واحدة مئات الجينات ويوجد في كل خلية زوجا من الكروموزومات بالإضافة إلى كروموزوما الجنس اللذان يظهران عند الأنثى xx وعند الرجل xy وبذلك يكون في كل خلية جسمية 46 كروموزوما، أما خلايا الأمشاج Autosomes التي تتكون عن طريق الانقسام الميوزي، فتضم نصف هذه الكروموزومات حيث يتكون كل مشيج ذكري حيوان منوي أو أنثوي البويضة من 23 كروموزوما فقط وعندما يلتقي المشيج الذكري مع المشيج الانثوي يكونان معا الخلية الأولى وتسمى زيكوت Zygote وتضم 46 كروموزوما، حيث يلتصق كل كروموزوم من مشيج الأم مع نظيره من مشيج الأب ليكونوا 23 زوجا من الكروموزومات (Marcelli,1999,p26)

ويعتمد نمو الخلية الأولى زيكوت على عاملين هما: سلامة الكروموزومات وسلامة عملها، فأبي خطأ في الكروموزومات أو في عملها يؤدي الى اضطرابات بيوكيميائية تتلف خلايا الدماغ ، وتؤدي الجهاز العصبي، ومن هذه الأخطاء زيادة كروموزوم في الخلية، أو غياب كروموزوم آخر ليس نظير له ، وتنتج أخطاء الكروموزومات عن فشل انفصال أزواج الكروموزومات أثناء الانقسام الميوزي (Division Cellulaire) لخلايا الجسم فإذا حدث الفشل أثناء انقسام الخلية الأولى الزيكوت نتجت خلية بها 47

كروموزوما وهكذا تستمر عملية تكاثر الخلايا بالانقسام الميوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا بكل منهما كروموزوما زائدا، ويظهر عرض المرض في هذه الحالة جليا (Touraine & Fréminville, 2008)

أما إذا انقسمت الخلية الأولى الزيكوت الى خليتين سليمتين وحدث فشل انفصال الكروموزومات في انقسام إحدى الخليتين ولم يحدث في الخلية الثانية ، نتجت أربعة خلايا سليمة: خليتان سليمتان وثالثة بها 47 كروموزوما ورابعة بها 45 كروموزوما، تموت الخلية الأخيرة ولا تتكاثر عادة، أما الخليتان السليمتان فتنقسمان الى أربعة خلايا سليمة وتنقسم الخلية المريضة الى خليتين بكل منهما 47 كروموزوما وهكذا تستمر عملية تكاثر الخلايا بالانقسام الميوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا سليمة وأخرى غير سليمة ويظهر عرض هذا المرض غير جليا.

و تنتج أخطاء الكروموزومات أيضا عن انفصال أزواج الكروموزومات أثناء الانقسام الميوزي لتكوين الأمشاج حيث يكون المشيج كروموزوم زائد أو ناقص أو به جزء من كروموزوم آخر ، فإذا حدث تلقيح من هذا المشيج كانت الخلية الأولى مريضة، فإذا استمرت في الحياة انقسمت الى خليتين مريضتين وانقسمت الأخيرتان الى أربع خلايا مريضة وهكذا يستمر تكاثر الخلايا بالانقسام الميوزي حيث يتكون جسم الجنين من خلايا غير سليمة ويظهر عرض المرض جليا. (Lambert, 1979,p15)

وتسبب أخطاء الكروموزومات اضطرابات بيوكيميائية تؤثر على عملية التمثيل الغذائي للخلية وتؤدي الى موتها وعدم استمرار الحمل، أو تؤدي الى تشوه الجنين وإصابته بالتخلف العقلي، وهناك بعض الأعراض المرتبطة بعدد كروموزومات الخلية وأهم هذه الاعراض:

-متلازمة كلينفيلتر Syndrome de Klinefelter

-متلازمة تيرنر Syndrome de Turner

-متلازمة ثلاثي إيكس Syndrome de Triple X

-متلازمة هشاشة الكروموزوم إيكس Syndrome de Fragilité du Chromosome X

-الهيموفيليا Hémophilie

-عمى الألوان Daltonisme (Bee & Boyd, 2003 ,p50)

4. المظاهر الإكلينيكية لمتلازمة داون:

في متلازمة داون يوجد ثلاثة أسباب تفسر تثلث الكروموزوم 21، وهي :

-80% من الحالات الخطأ في التوزيع الكروموزومي يكون قبل عملية الإخصاب أو عند أولى انقسامات الخلية وهو النوع الأكثر شيوعاً (Le type homogène)

-40% من الحالات يكون الخطأ في موقع الكوموزوم 21 أو ما يسمى النوع الانتقالي (Translocation)

-16% من الحالات يقدمون النمط الفسيفسائي (Mosaïque)(Lambert, 1979,p15)

1.4. النوع الأول لتثلث الكروموزوم 21 (Le type homogène) :

جاءت التسمية لوصف للحالة الكروموزومية التي تكون عليها خلايا الشخص المصاب حيث يوجد في الكروموزوم 21 ثلاثة كروموزومات بدل اثنين، و يعتبر هذا النوع من أكثر أنواع متلازمة داون شيوعاً وتصل نسبته إلى 80% من مجموع الأشخاص ذوي متلازمة داون والتي تظهر في حال وجود خلل جيني في عملية الانقسام المنصف، أو ما يعرف بفشل الانفصال السليم للزوج الكروموزومي الأصلي في خلية المبيض أو خلية الخصية مما يعني بقاء زوج الكروموزومات 21 بدون انفصال (Goffinet,2008,p19)

وعند حدوث الإخصاب أو الحمل وتكوين خلية الجنين التي تنمو لتصبح جنينا محتويا على ثلاثة كروموزومات في زوج الكروموزوم 21 بدلا من اثنين في جميع خلايا الجسم ، في حالات أخرى قد يوجد لدى الأبوين التوزيع الطبيعي من الكروموزومات إلا انه أثناء انشطار البويضة المخصبة يحدث خلل في توزيع الكروموزومات ، فيولد الطفل بكروموزوم إضافي في زوج الكروموزومات 21 وحتى وقتنا هذا لا يوجد تفسير لحدوث هذا الخلل أو الفشل في عملية الانفصال الكروموزومي أثناء مراحل الانقسام.

2.4. نمط الخطأ في موقع الكروموزوم 21 أو النوع الانتقالي (Translocation):

ويسمى أيضا بالنوع الانتقالي وهو عملية انتقال جزء من الكوموزوم 21 إلى موقع آخر أثناء عملية إعادة ترتيب الكروموزومات، وفي العادة يحدث الانتقال إلى الكروموزوم رقم 14 ونسبة حدوث هذا النوع حوالي 04% من حالات متلازمة داون. (Cuillert, 1981, p20)

تحدث هذه العملية في قمة الكروموزوم 21، بحيث ينتقل هذا الكروموزوم إلى موضع كروموزومي جديد مما يؤدي إلى حدوث هذه الظاهرة، و لغاية الآن لا يوجد تفسير علمي لذلك خاصة و أن هذه الحالة لا ترتبط بعمر الوالدين، و تشير بعض الافتراضات العلمية ب أن هذا الخل قد ينتج عن طفرة جينية أثناء عملية الانقسام، وقد تحدث عملية انتقال هذا الجزء من الكروموزوم 21 إلى أحد الكروموزومات ذات الأرقام التالية : 13، 14، 15، 22 أو أحيانا إلى الكروموزوم 14، وفي بعض الحالات تحدث عملية الانتقال إلى الجزء العلوي من الكروموزوم، لان الجزء صغير من الناحية الجينية فيمكن أن يفقد بدون أية ظواهر مرضية، أو أية آثار جانبية، لذا من الضروري إجراء عملية دراسة الكروموزومات لوالدي جميع الأطفال اللذين تظهر عندهم أعراض متلازمة داون وتحديد نوع الخلل الحاصل في الكروموزوم، حيث وجد أن ثلث الأطفال اللذين تظهر لديهم هذا النوع يكون أحد الوالدين هو الحامل لهذه المتلازمة لكن بدون آثار جانبية (Cuilleret 1981, p21)، حيث يكون لديهم استعداد أكثر من غيرهم لإنجاب أطفال من ذوي متلازمة داون، كما أن الأشخاص ذوي متلازمة داون من هذا النوع لا يختلفون عن الأشخاص ذي متلازمة داون من نوع ثلاثي الكروموزومات 21.

3.4. النوع الفسيفسائي (Mosaïque):

نسبة شيوعه 16% من مجموع الأطفال ذوي متلازمة داون ويظهر هذا النوع على شكل وجود كروموزوم إضافي في زوج الكروموزومات 21 ولكن في بعض خلايا الجسم دون غيرها، أي تحتوي بعض خلايا الجسم على ثلاثة كروموزومات بدلا من اثنين في زوج الكروموزومات 21، أما بقية الخلايا فتكون طبيعية وتحتوي فقط على كروموزمين في الزوج الكروموزومي 21 ومن هنا جاء اختيار هذا الاسم لأن خلايا الجسم تظهر على شكل الفسيفساء، بحيث تظهر سليمة في مواقع معينة ومصابة في مواقع أخرى (Cuillret, 1981, p21) لذلك فان الأعراض والصفات التي تترافق مع هذا النوع تكون اقل حدة من الأعراض والصفات التي تظهر على شكل حالات فردية مختلفة عن غيرها، وهذا يتوقف على نوعية

الخلايا المصابة، وكذلك فإن المعالم الشكلية تكون قليلة إضافة الى التطور الوظيفي لهذا النوع يكون اقرب الى المدى الطبيعي، وتتوقف الأعراض على نوعية الخلايا المصابة، فقد تؤدي إصابة خلايا القلب مثلا الى اضطرابات قلبية وإصابة خلايا الجلد الى اضطرابات جلدية وهكذا... وهذه الحالة تحدث أثناء المرحلة الثانية من عملية انقسام الخلية أو يمكن في المرحلة الثالثة للانقسام.

5. عوامل الإصابة بمتلازمة داون :

إن السبب في حدوث متلازمة داون هو وجود كروموزوم اضافي في الزوج 21 لكن ما هي العوامل المؤدية لهذا الانحراف في التوزيع الكروموزومي؟ ، فلحد الآن لا نعرف أسباب دقيقة ومحددة وراء هذا الخلل الكروموزومي لكن هناك بعض الافتراضات والاحتمالات. في رأي بعض الباحثين أنه من العوامل المؤدية إلى هذا الانحراف الكروموزومي هناك العوامل الوراثية وهي مسجلة وجد محتملة في الحالات التالية :

- أن تكون الأم تعاني من متلازمة داون وباحتمالية 50% يولد الطفل مصابا بهذه المتلازمة.

- أن يكون هناك أطفال مصابين بمتلازمة داون في العائلة أو في النسب وهي حالات نادرة جدا والأسباب المحددة غير معروفة.

- في حالة النوع الانتقالي احتمالية ميلاد طفل آخر مصاب بمتلازمة داون بنسبة 1% إلى 2% وهي حالة نادرة الحدوث (Boucebci ,1984 ,17p)

- هناك عوامل أخرى مرتبطة بعمر الأم فقد لاحظ العلماء أن ميلاد طفل داون يكون بنسبة أكبر عندما تكون الأمهات متقدمات في السن وخصوصا بعد سن 35 فهناك إحصاءات تبين أن 3/2 من أطفال متلازمة داون يولدون من أمهات يفوق سنهن 30 سنة واحتمالية 5/1 ما بعد سن الأربعين.

و قد استخلص الباحث جون جاك لامبير J.Lambert عوامل أخرى خارجية وتتمثل في:

- تأثير الفحص بالأشعة X .

- تأثير الفيروسات على الجينات لفيروس الحصباء والتهاب الكبد الفيروسي .

- تأثير المواد الكيميائية.

- نقص بعض الفيتامينات خصوصا فيتامين (أ) وهذا ما يؤثر على الجهاز العصبي فهو يؤثر على النظام الجيني ويحدث خلل على مستواه، يبقى هذا سبب مبتعد لكن يمكن حدوثه إذ أن نقص الفيتامينات يحضر الأرضية لكي يحدث خلل في نظام الجينات إلى حد أن يضطرب النظام العام .

- هناك أيضا علاقة محتملة بين متلازمة داون واضطرابات الغدة الدرقية عند الأم وبالتحديد في حالة التهاب الغدة الدرقية .

- كما لا يمكن حذف بعض العوامل النفسية كالاكتئاب مثلا عند الأمهات التي تسهل ظهور العوامل البيولوجية المميزة لمتلازمة داون.

لكن لحد الآن لا يوجد أي مؤشرات واضحة تؤكد لنا هذه الفرضيات (Lambert 1979 ,p20.)

6. طريقة الكشف عن حالات متلازمة داون:

يتم الكشف في العادة عن متلازمة داون لدى الطفل المولود عند الطبيب ويظهر ذلك من خلال المظاهر الجسمية المميزة له، وتشخص عن طريق فحص الدم للطفل، حيث يقوم المختص بزراعة من 20 الى 25 خلية من خلايا الدم، والتي تمثل بقية الخلايا في جسم الطفل المصاب، فإذا كانت جميع الخلايا تحمل نفس العدد من الكروموزومات 47 فان هذا النوع هو متلازمة داون المعروفة بحالة ثلاثي الكروموزومات 21، أما إذا كانت بعض الخلايا تحمل 47 كروموزوما والبعض الآخر يحمل 46 كروموزوما فيكون الطفل مصابا بمتلازمة داون الفسيفسائية. كما يمكن الكشف عن وجود متلازمة داون في الأسابيع الأولى من الحمل، حيث يمكن إجراء فحص الأم الحامل انطلاقا من 35 سنة إذ يتم الكشف عن متلازمة داون من خلال سحب خزعة من الأهداف المشيمية في أول ثلاثة أشهر من الحمل أو سحب خزعة من السائل الامينيوني Amniocentèse في الشهر الرابع أو الخامس أو السادس من الحمل. (Paul Dick ,96)

وتعد الفحوص المرتبطة بالسائل الأمينيوني وعينة من المشيمة من الفحوص المكلفة والخطرة على حياة الجنين، رغم تطور هذه التقنيات في السنوات الأخيرة لكن اختبارات الدم التي تطورت حديثا لا تحمل هذه المخاطرة ولكنها تشير فقط إلى احتمالات وجود حالة "طفل داون". وتحسن طريقة الكشف عن طريق تقنية الأمواج فوق الصوتية Echographie التي تساعد في الشهر الرابع من فترة الحمل في الكشف عن "متلازمة داون" من خلال قياس محيط رقبة الطفل عن طريق الأمواج فوق الصوتية حيث تعد من الطرق الناجحة في الكشف حيث أن سن المرأة أثناء الحمل ، إضافة إلى محيط رقبة الطفل يعد مؤشرا يكشف عن

63% من الحالات وأن تكون الفحوصات إرادية من خلال التوجيه الغير مباشر (Lambert ,1979 ;p156)

7. الخصائص الأساسية للمصابين بمتلازمة داون:

1.7. خصائص النمو: خلال السنوات الثلاثة الأولى لطفل متلازمة داون لا تظهر فروق بينه وبين الطفل العادي بالرغم من أن منحنى النمو لأطفال متلازمة داون عادة أدنى من منحنى النمو للأطفال العاديين، وذلك في مختلف سنوات العمر. كما أن الدراسات تؤكد وجود فروق بين أطفال متلازمة داون في اكتساب المهارات والقدرات الأساسية للنمو (Cuilleret ,56p,1981)

غير أن الاختلاف بين أطفال متلازمة داون والأطفال العاديين تبدأ في الظهور مع تقدم العمر خاصة في السن الرابعة والخامسة وما يميزهم هو مشكلات النمو إذ يعانون من المشكلات النمائية التالية:

- صعوبات في الحواس المختلفة وخاصة حاستي اللمس والسمع.
- صعوبات في التفكير المجرد والاستيعاب.
- صعوبات في الإدراك اللمسي والإدراك السمعي.
- صعوبة الانتقال من مرحلة إلى أخرى في النمو الحس حركي.
- الذاكرة طويلة المدى جيدة (Lambert ,1979 ,p56)

2.7. الخصائص الإكلينيكية لطفل متلازمة داون: إن الأعراض والصفات الجسمية لأطفال متلازمة داون قابلة لعملية التشخيص الإكلينيكي مباشرة بعد الولادة و بدون اللجوء إلى الفحوصات المخبرية وتبرز هذه الصفات الخاصة على النحو التالي:

- **الوجه:** يتميز المصابون بمتلازمة داون بوجه مستدير ومسطح والعيون تكون مائلة للخارج والأعلى العيون الضيقة ذات الاتجاه العرضي، وكبر حجم الأذنين وظهور اللسان خارج الفم، ويكون شق جفن العين مائلا للخارج ووجود ثنية واضحة في منطقة أعلى الأنف من جهة العين ولهم أنوف صغيرة بقاعدة منبسطة وعريضة ونقص واضح في عظام الفك ومناطق الجيوب الأنفية وفتحات العيون، ويكون التوتر منخفضا بشكل ملموس في عضلات الفم الدائرية والوجنية والصدغية والماضغة واللسان ويؤدي انخفاض توتر عضلة اللسان إلى انحراف في الشفة السفلية، وانخفاض الفك السفلي، و كذلك انفتاح الفم وبالتالي اندفاع اللسان إلى الأمام، وتأخر واضطراب

نمو الأسنان ويلاحظ أن تجويف الفم أقل من المعدل الطبيعي وتكون الأذن منخفضة للأسفل عن مستواها الطبيعي وقصر الرقبة أما بالنسبة لعظام الرأس فإن الشيء الأكثر تميزا هو تبسط العظمة الفذالية - الجزء الخلفي من الرأس - (Goffinet , 2008 ;p30)

- **الأطراف:** وتنسم بأنها أقصر وأسمن من الطبيعي ، ووجود ثنية واحدة أي ظهور خط هاللي واحد في وسط راحة اليد بدلا من خطين وازدياد المسافة بين الأصبع الكبير والثاني في القدم، ويعانون من قصر الأصابع لان عظام السلاميات تكون اقصر من المعدل الطبيعي وفي بعض الأحيان قد تحتوي الأصابع على مفصل واحد فقط بدلا من مفصلين.
- **الوزن والطول :** يتأثر وزن وطول القامة لدى أطفال متلازمة داون حيث وزن الأطفال عند الولادة أقل من المعدل الطبيعي ثم يصبح الوزن بعد ذلك أكثر من الطبيعي، وتدل سماكة الشايبا الجلدية على وجود الشحم تحت الجلد بشكل اكبر من المعدل الطبيعي حيث يطور 87% من أطفال متلازمة داون العديد من الاضطرابات الجلدية (Lampert ,1979 ;p28) ، وزيادة في مستوى الدهون ويلاحظ ذلك في الساقين والصدر ، والعنق، ويظهر الميل الطبيعي إلى الوزن الزائد لديهم مبكرا نتيجة القصور في عمل الغدة الدرقية، أما بالنسبة للطول فإن معدل طولهم عند الولادة يكون بحدود 48 سم أي أقل من المعدل الطبيعي الذي يبلغ 50 سم وفي سن الثالثة يصل طول الطفل إلى 85 سم كمعدل وسطي مما يعني انه اقل طولاً بحوالي 11 سم تقريبا بالمقارنة مع المعدل الطبيعي ويصل الطول النهائي لهم حوالي 155سم للذكور وحوالي 145سم للإناث، ومن الملاحظ أن النقص في الطول يشمل الساقين أكثر من منطقة الصدر والعنق(Goffinet , 2008 ;p30)
- **العضلات:** يلاحظ وجود انخفاض واضح في مستوى التوتر العضلي ومقدار مقاومة العضلات لبداية الحركة في جميع أنحاء الجسم ونتيجة لانخفاض مستوى التوتر العضلي وزيادة المرونة في المرباط والأنسجة بالمفاصل يزيد مدى المفاصل عن الحد الطبيعي.

3.7. الخصائص الفكرية لطفل متلازمة داون : وتتمثل في القدرة العقلية بين المتوسطة والبسيطة إذ تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من 45 درجة إلى 70 درجة على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية كما يمكن أن يصل حاصل الذكاء إلى 80 درجة فيكون كأقصى حد و كحالة استثنائية لهذه الفئة (Boucebci ,1984 ,p178)

مما يعني أن لدى أشخاص متلازمة داون القدرة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب ومهارات العناية بالذات والتواصل ، حيث يمكن تصنيفهم ضمن فئة الأطفال القابلين للتعلم والقابلين للتدريب.(Lambert ,1979,p159) ، كما أن المصابين بمتلازمة داون يتميزون بقلة الانتباه وأن لهم الذاكرة المكانية وذاكرة الأرقام جيدة، كما لديهم القدرة على الفهم (Lambert,1979,p36)

أما العلاقة بين المستوى العقلي للآباء والمستوى العقلي لأطفالهم المصابين بمتلازمة داون هي نفس العلاقة الموجودة بين المستوى العقلي للآباء والمستوى العقلي لأطفالهم العاديين، فإذا كان حاصل ذكاء الأولياء مرتفع، فإن أطفالهم المصابين بمتلازمة داون يكون لديهم حاصل ذكاء مرتفع.

كما يشير بعض الباحثين أن وتيرة النمو العقلي لدى أطفال متلازمة داون تقل كلما تقدموا في السن فالنمو العقلي لا يتماشى مع النمو الزمني، فهم ضحايا لسيرورة التلف العقلي المبكر.

4.7. الخصائص السلوكية: أما الخصائص السلوكية والاجتماعية التي تميز أطفال متلازمة داون فإنهم من الناحية الاجتماعية يتميزون بالود والإقبال على الآخرين وبيدون المرح والسرور باستمرار ، وتقل لديهم المشكلات السلوكية، لكن يمكن أن تظهر لديهم بعض السلوكيات كالثرثرة، الصراخ بدون سبب، الاستهزاء، الضحك بدون سبب، الارتداء على الأرض، إذ يتم الحكم على سلوك ما انه مشكلة في حال تحقيقه لدرجات عالية من التكرار والاستمرار مما يتطلب مواجهته والسيطرة عليه والتقليل من حدوثه، وهذا النوع من المشكلات قد يؤدي بهم إلى سلوك غير مقبول اجتماعيا مما يضعف ثقتهم بأنفسهم وتقل فعاليتهم وقابليتهم للتعلم. إذن هذه المشكلات السلوكية التي يظهرها بعضهم يمكن إرجاعها إلى اختلافات الظروف الأسرية والبيئية التي يوجد فيها هؤلاء الأطفال كما أن هناك فروق فردية من الناحية السلوكية والمزاجية العامة بين أطفال متلازمة داون(Cuilleret ,2007,p20)

08. الاضطرابات المصاحبة لمتلازمة داون :

كما ذكرنا سابقا أن المصابين بمتلازمة يعانون من مشاكل صحية عديدة نتيجة لذ لك الاختلال الكروموزومي والذي نذكر من بينها:

1.8. مرض الصرع: حيث دلت الدراسات على أن ما نسبته 05 على 10 من هؤلاء الأشخاص يعانون من مرض الصرع ويبدأ عند هذه الفئة إما خلال السنتين الأوليتين من عمر الطفل أو في المرحلة العمرية من 12 إلى 25 سنة.

2.8. اضطراب في الجهاز الدوري والدم: وتظهر على شكل عيوب خلقية بالقلب حيث أن 40% من الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يعانون من مشكلات وعيوب خلقية سواء في الجهاز التنفسي أو القلب وفيما يلي أهم أشكال هذه العيوب:

- وجود خلل في الحاجز الأذيني البطيني: حيث يشكل هذا الخلل ما نسبته 40% من مجموع العيوب الخلقية في القلب.
- وجود خلل في الحاجز الأذيني: ونسبته كذلك حوالي 20% من مجموع هذه العيوب.
- وجود خلل في الحاجز البطيني: ونسبته كذلك حوالي 20% من مجموع هذه العيوب.
- خلل رباعية فالوت: ونسبتها حوالي 8% من مجموع العيوب القلبية.
- اضطرابات قناة الشريان (Cuilleret, 2007; p29)، وتسمى أحيانا قناة بوتالز حيث تبقى هذه القناة مفتوحة مما يعيق العمل المثلي للعضلة القلبية ويؤدي إلى مشاكل صحية كثيرة و يحتاج معالجة العيوب القلبية إلى التدخل الجراحي المبكر.

وتعاني نسبة كبيرة منهم من سرطان الدم حيث يزداد خطر إصابة أطفال متلازمة بسرطان الدم بأكثر من 10 إلى 20 ضعفا من الأطفال العاديين.

3.8. اضطراب الجهاز الهضمي: وتظهر هذه الاضطرابات على عدة أشكال منها خلل في تطور ونمو الجهاز الهضمي، تضيق في الأمعاء الدقيقة، وانسداد في المعى الأثني عشر وتضخم القولون، كما هناك عدد قليل من الأطفال ذوي متلازمة داون يولدون بتشوهات في المجرى المعدي المعوي، وتجرى الجراحة في مرحلة مبكرة جدا إلا أنها لا تكون فعالة بشكل تام حيث يعانون من مشكلات دائمة في التحكم في عملية الإخراج، كما يعاني بعضهم من الإمساك المزمن.

4.8. ضعف أو نقص المناعة: حيث يعتبر نظام المناعة لدى أطفال متلازمة داون بأنها أدنى من الطبيعي اتجاه الالتهابات و الأجسام الغريبة وتزداد احتمالية الإصابة بأمراض مختلفة مثل سرطان الدم، وتكرار حدوث أمراض الغدة الدرقية، والسكري والتهاب الجهاز التنفسي.

5.8. اضطراب العناصر الغذائية: تظهر لديهم اضطرابات في مستوى العناصر الغذائية الرئيسية في الجسم مثل الفيتامينات والأملاح المعدنية، حيث يظهر لديهم نقص في فيتامين **B** وخصوصا **B1, B2, B6** ونقص في كل من فيتامين **A** و فيتامين **C** ويظهر لديهم نقص في الأنزيمات المهمة

لعمليات الاستقلاب الغذائي، وكذلك نقص في الأملاح المعدنية مثل الزنك واليوتاسيوم والحديد والسيلينيوم والمنغنيزيوم، وزيادة في كل من الكالسيوم والفسفور الألمنيوم وتشير بعض الدراسات إلى أن متلازمة داون ترتبط بنسبة كبيرة بظهور اضطرابات الهضم المعوية بنسبة تصل إلى حوالي طفل واحد من 14 طفلاً.

6.8. اضطراب الهرمونات والغدد: مثل اضطرابات منطقة تحت المهاد، والغدة النخامية والغدة الدرقية

والغدة التناسلية، وتشير بعض الدراسات فيما يتعلق بالنضج الجنسي إلى أن لدى الذكور قدرات ورغبات جنسية مع أن احتمالية الإنجاب قد تكون معدومة، أما الإناث فمنهن من تملك القدرة على الحمل والإنجاب حيث أشارت دراسة حديثة للنمو الجنسي للإناث إلى أنهم يصلون إلى سن البلوغ بمتوسط عمري يبلغ 12.2 سنة ونسبة النمو الجنسي للإناث طبيعي على مستوى الهرمونات الجنسية الأنثوية وأشارت دراسة أخرى حول النمو الجنسي للأفراد ذوي متلازمة داون إلى ظهور الخصائص الجنسية الأولية والثانوية لدى البالغين الذكور ذوي متلازمة داون لا تختلف كثيراً عن أقرانهم العاديين (Goffinet, 2008, p32)

وأن الفحوص العلمية للهرمون الذكري تستتبرون لديهم بمستوى مشابه للبالغين العاديين وما يزال هناك تساؤلات حول أدائهم الجنسي وإنتاجية الحيوانات المنوية لديهم وخصوبتها ، أما معدل العمر لظهور الدورة الشهرية لدى الإناث البالغات من ذوي متلازمة داون فهو 12.5 سنة وهذا يعني عدم اختلافهن في ذلك عن العاديات حيث أن المعدل الطبيعي للدورة الشهرية يبلغ 12 سنة ولديهن القدرة على الحمل نتيجة وجود الهرمونات الجنسية بمستوى طبيعي وحصول الإباضة. وبشكل عام يؤدي الاختلال الكروموسومي إلى اختلال في النظام الهرموني يجب أن يتم تشخيصها ومن أهم هذه المشكلات الاضطرابات التي تصيب الغدة الدرقية وتؤدي إلى خطر الوزن الزائد وداء السكري و يظهر ذلك جلياً في تأخر النمو عموماً عن المعدل الطبيعي، وتشكل حالات القصور في عمل الغدة الدرقية ما نسبته حالة واحدة من أصل 400 طفل (Goffinet, 2008, p32) لدى الأطفال العاديين ومن أهم العلامات التي تدل على وجود اضطرابات في الغدة الدرقية الارتفاع السريع في الوزن وتوقف النمو والركود النفسي والحركي كما أن نسبة ظهور السكري لديهم أعلى نسبتها لدى الأطفال العاديين.

7.8. اضطرابات الجهاز العظمي: وتظهر على عدة أشكال أهمها التوزيع الغير منتظم للكالسيوم في عظام

الجسم، وتأخر ملحوظ في نمو الأسنان الدائمة حيث يتأخر ظهور أسنان الحليب إلى ما بعد الشهر الثامن لديهم وهي تظهر لدى الأطفال العاديين في الشهر السادس، ولا يتبع ظهورها الترتيب المعهود فأضراس الحليب الطاحنة قد تثبت قبل الأضراس القاطعة، ويلحظ هذا التأخر في نمو الأسنان النهائية وقد يكون عدد

الأسنان أقل من الطبيعي وأصغر حجما من الأسنان الطبيعية ومصفوفة على نحو خاطئ ، ويزيد الضغط الذي يمارسه اللسان على الأسنان الأمامية من سوء ترتيب الأسنان وزيادة في تقوس فقرات الرقبة الأمامية وكذلك يكون القفص الصدري للأولاد منهم عميقا وعريضا وفي بعض الأحيان يتكون القفص الصدري من 11 زوجا من العظام في حين أن العدد الطبيعي هو 12 زوجا وتقوس في بعض المفاصل نتيجة ضعف المرابط المحيطة بمفاصل الجسم وخصوصا مفصل الركبة، ومشكلات في عظام الأنف، إن هذه الصفات لا تظهر مجتمعة عند شخص واحد كما أن عددا منهم لا يعانون من أية اضطرابات عضوية وهم الأشخاص الأكثر تحسنا واستجابة للعمليات التربوية العلاجية و التدريبية .

8.8. الهرم: تظهر انتشارات التقدم بالعمر والهرم على وجوه هؤلاء الأشخاص بشكل سريع فتغزو أجسامهم أمراض الشيخوخة مبكرا، ويطلق العديد من الأطباء اللذين يعالجون حالة متلازمة داون اسم متلازمة العجز المبكر حيث يعانون مبكرا من أمراض الدم والتهاب المفاصل وتآكلها وأعراض الزهايمر ، إذ تشير بعض الإحصاءات إلى أن 50% منهم يصابون بهذا المرض مبكرا. كما أشارت دراسة قام بها دالتون وآخرون إلى أن جميع الأشخاص ذوي متلازمة داون يصابون بهذا الداء في عمر 60 سنة وهي تعادل تسعة أضعاف مقارنة بنسبة الإصابة الطبيعية التي تصل إلى 11% في هذا العمر للأشخاص العاديين، وتشير بعض الدراسات إلى أن أسباب الهرم المبكر لدى أطفال متلازمة داون تكمن في الضمور الذي يصيب الغدد داخل الجسم وخاصة الغدة الزعترية كما تظهر الإحصاءات أن نسبة 20% منهم لا يعيشون حتى عامهم الثاني وتشكل نسبة كبيرة منهم لا تصل سن البلوغ ومع ذلك قد يعيش عدد منهم فترة تتراوح ما بين 40-60 سنة (Cuilleret ;1981 ;p36) ، ورغم أن الدراسات تشير إلى زيادة احتمالية تعرض الأشخاص ذوي متلازمة داون للوفاة عن أقرانهم العاديين وإلى أن أكثر الأسباب التي تؤدي إلى وفاتهم العيوب القلبية الخلقية، والتهابات الجهاز التنفسي، إلا أن تقدم الطب الحديث ووسائل العناية الصحية وخدماتها خلال الخمسين سنة الماضية قد أدت إلى تحسن نسبة النجاة لهم في عامهم الأول حيث كانت أقل من 50% وأصبحت الآن 90% إلا أن معظم هذه الدراسات كانت على الأطفال ذوي البشرة البيضاء.

8.9. اضطرابات النطق واللغة: من المعروف أن تطور التواصل غير اللفظي يسبق النطق وتطور اللغة وبما أن التواصل البصري لا يتحقق قبل الأسبوع الثامن أي بتأخر شهر إلى شهرين عند الطفل العادي، فإن ذلك يسبب تأخرا فيما يتعلق بتطوير اللغة والمفردات ويزداد هذا التأخر مع العمر، إذ لا ينطق الطفل ذو متلازمة داون بالكلمات الأولى إلا في السنة الثانية والنصف أي بتأخر عام واحد عن المعدل الطبيعي، كما

يلاحظ بان الكلمات التي يتعلمها ترتبط بواقع الطفل اليومي، وتفتقر إلى الدقة ، فالكلمة الواحدة يمكن أن تحمل معاني متعددة، وفي سن البلوغ يمكن أن تكون جملاً متوسطة الطول تتميز بقلّة العبارات، أمّا الأزمنة والصيغ الكلامية فيتم استيعابها بصعوبة ، حيث يتم استخدام الفعل المضارع في معظم الأحيان بصورة عفوية، ويلاحظ بأن الشخص ذو متلازمة داون يعاني من مشكلات في التواصل اللفظي يمكن أن تظهر على شكل تكرار جميع الكلمات، أو مقاطع منها وذلك أثناء تفكيره في إعداد الجزء الآخر من الجملة مثل: « هذا...هذا...هذا ولد» ووقفات طويلة في منتصف الجملة عندما لا يوجد ما يقوله لإتمام الجملة مثل «إنها.....كرة»، ووقفات غير ملائمة في مواضع ما من الجملة أثناء الكلام وغالبا ما تكون متبوعة بكلمتين أو ثلاث كلمات ذات اندفاع سريع ، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة في فهمها، فمثلا: « أريد أن انزل لألعب مع الأولاد» يقدمها: «أريد أن أنزل.....لعمل ولاد» ، وتنتج هذه الوقفات والبدء في الكلام عن اضطرابات في العضلات المسؤولة عن إصدار الكلام، فأصدار الكلام بطلاقة يعتمد على مدى الانتظام في اندفاع الهواء في الرئتين والتشديد في مواضع خاطئة من الجملة وهذا يحدث نتيجة لعدم الدقة في عمل النظام اللغوي بالمخ وعدم التحكم في حركات العضلات المسؤولة عن الكلام ، كما انه يبذل مجهودا كبيرا لإيجاد الأصوات المناسبة للبدء بها مثل: «أ...أ...أ...أنا ذاهب للملعب» وأحيانا تؤدي الصعوبة في البدء في إصدار الصوت المناسب إلى خروج أصوات ذات طبقة صوتية مرتفعة أو أصوات عالية الحدة .

ومن الممكن أن تكون المشكلة عند إسماعه للآخرين، أو عند ملاحظة بأن ما تكلم به غير مفهوم هذا قد يؤدي إلى عدم الثقة وتردده في مواصلة الكلام وقطع عملية التواصل بين الشخص الذي لديه متلازمة داون وبين الآخرين وقد تعود بعض مشكلات النطق لدى هؤلاء الأطفال إلى الاضطرابات التي تظهر في اللسان حيث أن نسبة منهم تقدر بحوالي 20% ويعاني من مشكلة اللسان المشقوق و نسبة 11.2% منهم يعاني من التشققات اللسانية. (Mathieu, 1998,p165)

10.8. الاضطرابات الحسية الحركية : تميل عضلات أطفال متلازمة داون إلى الضعف والتهدل والتراخي في معظم الحالات مما يساهم في تأخر اكتساب القدرات الحركية الدقيقة والكبيرة لديهم، وينعكس ذلك على شكل صعوبات في مهارات الجري والوثب والقذف والمسك والالتقاط والكتابة ومسك القلم، كما يواجه الأطفال ذوي متلازمة داون بعد الولادة انخفاضا ملحوظا في مستوى التوتر العضلي، مما يؤثر سلبا في عملية التطور الحسي الحركي السليم ويظهر جليا على شكل اضطرابات في التوازن بين قوة العضلات

القابضة والباسطة والذي يؤدي إلى تأخر في عملية التحكم بالرأس وارتداد الرقبة الزائد للخلف وتأخر القدرة على الجلوس الحر والزحف والحبو والوقوف والمشي والمسك (Lambert & Rondal ,1979,p197)

9. التكفل بطفل متلازمة داون:

بعد عرضنا لأهم للاضطرابات التي تصاحب هذه المتلازمة فإننا نستخلص أن طفل متلازمة داون يحتاج لمجموعة من أنواع التكفل خصوصا التكفل المبكر الذي سيساعده ويسهل عليه التكيف والعيش في المجتمع والتعايش مع صعوباته، ففي الجزائر تتكفل وزارة التضامن ب 2500 مصاب عبر 82 مركز وتتكفل الدولة 3700 مريض من مجموع 25 ألف مصاب ، ما يدل على أنه عدد ضئيل بالمقارنة مع عدد المصابين (حوام، 2008)، إذ يعد التكفل المبكر من أفضل الوسائل للعلاج ومن أهدافه:

- مساندة الأسرة لتحقيق أهدافها وتقوية التفاعل بين الأطفال وأسرهم.

- حث الطفل على الانضباط والاعتماد على النفس والنجاح و تحقيق الاستقلالية.

- استثارة وتحفيز النمو الحس حركي و النفسي.

- بناء ودعم الكفاية الاجتماعية للأطفال.

- إمدادهم بخبرات الحياة العادية و إعدادهم لها.

- منع ظهور المشكلات المستقبلية الخاصة بالإعاقة.

- زيادة وعي الأسرة بالبرامج الاجتماعية الأخرى.

ومن أهم برامج التكفل مايلي:

1.9. التكفل الطبي: والذي يتمثل في معالجة مختلف الأمراض والتخفيف من حدتها خصوصا وأن هذا

الاختلال في الكروموزومات يصاحبه العديد من الأمراض الجسدية والتي غالبا ما تكون خطيرة ، وما يساعد على التغلب عليها والتحكم في مضاعفتها هو الكشف المبكر لهذه الاضطرابات.

2.9. إعادة التربية الحس حركية: التي تكون من طرف مختص في التربية الحس حركية باستعمال وسائل

مختلفة كالسباحة، الرياضة وآلات لتقويم الأعضاء الجسمية، مختلف التمارين الحس حركية التي تساهم في

تطوير القدرات الحركية الدقيقة للأطفال ومنع تدهور عضلات الجسم وتقويم التشوهات وتمتية القدرات الحركية الكبيرة إذ تمكن الطفل من التوازن والتحكم في الجسم من خلال التعرف على صورته الجسمية وكذا تحفيز حواسه.

3.9. التكفل الأطفوني: إن متلازمة يصاحبها العديد من اضطرابات النطق واللغة ولهذا يجب أن يكون التدخل الأطفوني مبكرا للحد من هذه الاضطرابات وكذا تحسينها إذ يتجلى التكفل الأطفوني في:

- تحسين الاتصال اللفظي والغير لفظي للأطفال.

- تقوية وتدعيم التفاعل بين الطفل ووالديه.

- إعادة تحسين الصوت والكلام وأيضا النطق والكتابة.

وكلما كان التكفل الأطفوني مبكرا كلما كانت النتائج أفضل في اكتساب اللغة وتحسينها.

4.9. التكفل التربوي: يشتمل على إعادة تربية الطفل بأساليب تربية خاصة تمكنه من استغلال قدراته وإمكانياته واستعداداته بأفضل طريقة ممكنة فهي تساعد على تعليمه المبادئ الأساسية البسيطة للتعلم التي تتمثل في تعليم المهارات الأكاديمية كالحساب والقراءة ومختلف الأنشطة التربوية. سواء في المؤسسات التعليمية العادية بدمجه مع الأطفال العاديين وهذا لزيادة تحفيزهم على التقدم والتطور كالتجربة الجزائرية للجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للأطفال التريزوميون ANIT، أو في المراكز الطبية النفسية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنيا CMPPP. كما يمكن إعدادهم مهنيا على الحرف البسيطة التي تتفق مع قدراتهم واستعداداتهم. بحيث تحتوي على البرامج التربوية الخاصة التي يقوم بها المتخصصون في علم النفس والتربية، التي تراعي القدرات والإمكانات، والخصائص والسمات التي يتميز بها هؤلاء الأطفال في نواحي التعلم والتدريب، و تتمثل هذه البرامج في إعادة التربية الطفل بأساليب تربية خاصة، وذلك من خلال وضعه في مدارس متخصصة ومكيفة لإمكانيات الطفل حتى تساعده على استثمار وتطوير ذكائه المحدود وطاقاته بأفضل الطرق، كما تساعده على الاندماج وإخراجه من الانغلاق والعزلة والحياة النباتية في المنزل، وتطوير حركته ومهاراته اليدوية، إلى جانب ذلك تحضير المتخلف عقليا إلى حياة الرشد وذلك من خلال مساعدته على تعلم عمل مفيد يكسب منه قوت عيشه مستقبلا. كما يساعده على تطوير التنشئة الاجتماعية وتحمل المسؤولية من خلال النشاطات الجماعية، وإدماجه في جماعات لها نفس السن والمستوى، وتدريبه على السلوك الاجتماعي السوي، وحمايته من الاستغلال، بالإضافة إلى نشاطات

متنوعة تهدف إلى تنمية لغته ومهاراته الحركية والحد من النكوص، والهدف الأساسي الذي تسعى إليه هذه المدارس هو تحقيق استقلالية الطفل على الأقل في تلبية حاجاته الأولية والاندماج الاجتماعي والمهني، وتخفيف العبء على الأسرة وتسوية العلاقات بين الأسرة والطفل . (Canoui,1993 ,p59)

ومن جهة أخرى يهدف إلى إخراج القدرات المحدودة لدى هؤلاء الأفراد وتمييزها عن طريق التدريب على المهارات الشخصية والاجتماعية لمواجهة الحياة الاجتماعية اليومية، والتفاعل الإيجابي مع الآخرين ممن يعيشون بينهم، والاندماج في المجتمع، وبهذا تقل المشكلات النفسية والاجتماعية المترتبة عن التخلف العقلي (ميموني، 2003، ص217)

5.9. التكفل النفسي: هذا التكفل يكون من طرف الأخصائي النفسي ويبدأ منذ الأيام الأولى من الإعلان عن الإعاقة إذ يشمل الأسرة وبالأخص الأبوين لتجاوز مرحلة الصدمة والأحاسيس والمشاعر المصاحبة لها، وإحداث التوازن ومساعدتهم على التكيف مع طفلهم وإيقاعات نموه وحاجاته الخاصة وكذا مساعدتهم على تقبل هذا الطفل وتقديم المعلومات عن نمو هذا الطفل وخصائصه لكن تدريجياً وحسب سن الطفل، فالتكفل النفسي يكون من خلال العلاج الأسري، الإرشاد الأبوي والعلاج الجماعي، هذا من جهة ومن جهة أخرى التكفل النفسي بالطفل والذي يتمثل في تقييم النمو المعرفي والقدرات الاجتماعية والانفعالية وكذا المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي لطفل متلازمة داون ومعالجة مختلف الاضطرابات السلوكية.

ويمكن تلخيص أهداف فالتكفل النفسي في:

- التخلص من مواقف الإحباط وتجنبها عن طريق علاج العوامل الانفعالية المحبطة.
- توفير الإشباع العاطفي للطفل عن طريق إحاطته بجو اسري آمن يحميه من الخوف والقلق وإشعاره بتقبل أسرته ووقوفها بجانبه.
- تغيير مشاعر الطفل نحو توقع الفشل وشعوره بعجزه عن النجاح كالأخرين ورفضه لذاته عن طريق إتاحة الفرص له للنجاح وتحمله مسؤوليات بسيطة تناسب قدراته والتدرج فيها حتى ينجح في تحملها.
- كما أن التكفل النفسي يساعد الوالدين في كيفية التعامل مع طفلهم وعدم إشعاره بالنبذ والرفض.
- المساهمة في تحقيق الشعور بالأمن والانتماء والشعور بالنجاح.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا العرض لعناصر هذا المتغير توصلنا الى أن طفل متلازمة داون لديه خصائص نفسية واجتماعية وحسية وحركية وذهنية، يتحكم فيها الخلل الكروموزومي إلا أن هذا لا ينفى أن لديه حاجات مثل باقي الأطفال، كالحاجة الى الحب والرعاية والاهتمام والعلاقات الجيدة والتعلق الآمن مع والديه الذي يتحكم في نموه النفسي والاجتماعي بالدرجة الأولى، لأن الطفل سينمو تبعاً لطبيعة العلاقة للأم والتبادلات الانفعالية معها ومع المحيط الخارجي الأمر الذي يجعله يتجاوز التأخر ويسرع من وتيرة النمو وبالتالي الوصول الى تكيفه النفسي والاجتماعي الذي يدمجه في المجتمع ومن هذا المنطلق سنتطرق في الفصل الموالي إلى الوالدية والطفل المعاق وكيف تتأثر العلاقة أم طفل وما ينجم عنها من ايجابيات وسلبيات على الطفل وعلى الوالدين.

الفصل الثالث

النمو النفسي الاجتماعي

تمهيد:

إن الطفل يخطو خطواته الأولى في مرحلة الطفولة المبكرة نحو العالم الخارجي الأكثر تعقيدا هذه الخطوات تعتبر حجر الأساس في تكوين شخصيته المتبلورة من اندماجه مع بيئته فكل مظاهر النمو من النفسي، العقلي الاجتماعي ما هي إلا تشكيل للقالب الموجودة في محيطه فهو يكتسب معارف ومعلومات عن المعايير والقيم الاجتماعية استنادا الى أن النمو النفسي الاجتماعي من أهم مظاهر النمو لأنه يتيح الفرصة للطفل لفهم العالم الذي يعيش فيه لذلك سنعرض في هذا الفصل الى النمو ومظاهره وأهم العوامل المؤثرة فيه والنظريات المفسرة له والنمو النفسي الاجتماعي كأحد مظاهره بالتحديد سنتطرق الى النمو النفسي الاجتماعي عند طفل متلازمة داون والعوامل التي تساعده على هذا النمو كونه طفل لديه خصائص تجعله يختلف عن الطفل العادي في سنه.

1. تعريف النمو:

يعرف النمو في قاموس علم النفس " النمو مفهوم جد عام يعني مجموعة تطورات وتحولات التي تؤثر على الأعضاء الحية أو المجموعات الإنسانية" (Renald,1997 .p140) أما النمو بمفهومه الخاص يتضمن كافة التغيرات الجسمية والفيزيولوجية كالطول والوزن والحجم نتيجة التفاعلات البيوكيميائية التي تحدث في جسم الإنسان كتأثير الغدد، أما النمو بمعناه النفسي فيشمل كافة التغيرات في السلوك والمهارات والنواحي العقلية والانفعالية والاجتماعية (عويضة، 1996 ،ص16) كما أنه سلسلة متتابعة متماسكة من التغيرات البنائية الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي يرتقي بها الإنسان تهدف إلى غاية واحدة هي اكتمال النضج (زيدان، 1972، ص 71) وعليه يعمل يعني النمو التغيرات التقدمية متجهة نحو بلوغ الفرد النضج

2. مظاهر النمو: للنمو مظهران:

1.2. النمو التكويني: ويقصد به نمو الفرد في الجسم والشكل والوزن والتكوين نتيجة لنمو طوله ووزنه فالفرد ينمو ككل في مظهره الخارجي العام وينمو داخليا تبعا لنمو أعضائه المختلفة (عوض، 1999، ص13) فالنمو في أبسط مظاهره ما هو إلا زيادة كمية في الطول والحجم إضافة الى تطور نوعي ففي الأول نلاحظ تغير أبعاد الجسم فهو يولد بمعدل معين ومادام يزيد فحتما تظراً عليه زيادة تدريجية وبالمثل لزيادة الوزن، أما المظهر الثاني فهناك تغير نوعي في السلوك فالطفل ينتقل من حركة الذراع الكلية الى

حركة الأصابع وحدها ومن الأصوات الى الحروف الى الكلمات، ومن الزحف إلى الحبو
(الريماوي،2008، ص 20)

2.2. النمو الوظيفي : ونقصد به الوظائف العقلية والجسمية والاجتماعية لتنمashi مع تطور حياة الفرد
واتساع نطاق بيئته (عوض، 1999، ص 13)

3. خصائص النمو:

1.3. النمو عملية داخلية : النمو عملية تحدث داخل الكائن الحي، وآثار هذا النمو يظهر في التغيرات
في الجانب الجسمي كما تظهر تغيرات في سلوك الفرد في اتجاه القيم الاجتماعية...الخ والنمو الداخلي لا
يعني أنه عملية داخلية لا تتأثر بالعوامل الخارجية وإنما تعني أن النمو عملية انبثاق قوية داخلية كامنة
ولكنها تتأثر بعوامل خارجية عديدة.

2.3. النمو عملية كلية: نقصد به أن الفرد ينمو ككل وليس في جانب واحد فقط دون الآخر وإنما يحدث
في جميع الجوانب (الكفافي،2008،ص 27)

3.3. التغير الكمي والكيفي في النمو : بمعنى أن الطفل ينمو ويزيد في الحجم، وفي نفس الوقت هو
يختلف عن باقي من هم أكبر منه سنا وحجم جسمه يختلف عن الراشد سواء في الطول أو الوزن، كما أن
التغير في الحجم يليه تغير في الوظيفة ففي صغره تحكمه في أطرافه وضبطه لعضلاته تختلف عن
البالغين فمثلا الطفل لا يتحكم في عضلاته الدقيقة لأصابع يده مما يجعل كتاباته تكون بالحجم الكبير
غير المتناسق على عكس ما يكتبه الشخص الراشد.

4.3. النمو عملية مستمرة ومنتظمة: إن النمو عبارة عن سلسلة متتابعة متماسكة من التغيرات بهدف
اكتمال النضج، وبهذا فان هذه الخاصية تشتمل على جانبين مهمين الأول هو أن النمو يستمر بشكل
طبيعي ولا يتوقف إلا إذا أعيق النمو بسبب عائق خارجي، أما الجانب الثاني وهو أن عملية النمو تستمر
في المراحل المختلفة حتى يبلغ الكائن الحي النضج وبالتالي فهي منتظمة وتسير وفق قوانين طبيعية وما
يحدث في مرحلة سابقة له تأثير على التي تليها وتعتبر تحضيرا لها والمرحلة التالية هي مكملة للمرحلة
السابقة.

5.3. وتيرة النمو ليست متساوية: ونعني أن للنمو معدل خاص لا يسير بوتيرة ثابتة فهناك فترات من النمو السريع وفترات من النمو البطيء، ففي فترة المهد تشهد نمواً سريعاً لتتباطأ في المرحلة التي تليها كما تشهد المراهقة تغيرات كبيرة في نواح مختلفة حتى يبلغ الفرد مرحلة النضج والتي يتعين عليه أن يحافظ ويحسن استغلال القدرات المختلفة التي نمت وتطورت (زيدان، 1972، ص 85)

لهذا فإن لكل مرحلة سرعتها ووتيرتها الخاصة وحدودها فهي تبدأ في فترة خاصة من حياة الطفل وتتطور بسرعة مرسومة وتقف عند حد معلوم يميزها عن المرحلة التي ستليها.

6.3. النمو من الاستجابات العامة الى الاستجابات الخاصة: تكون استجابات الطفل في البداية عامة ثم تتخصص وتصبح أكثر دقة، فلما يصل الطفل الى شيء يحرك كامل جسمه في أول الأمر ثم بمرور الوقت يحرك يديه ثم الجلوس ثم الحبو المشي كما أن النظر يبدأ بالأشياء الكبيرة ثم الصغيرة فالأدق.

7.3. الفروق الفردية: ينمو كل طفل بطريقته الخاصة بمعنى ليس متساوياً من حيث الكمية ولا النوعية فقد ينمو طفل ما في مدة سنة في المقابل ينمو طفل آخر نفس العمر وليس في نفس المدة إما أكثر أو أقل وهذا بتأثير عوامل عديدة ومختلفة كالعوامل الوراثية والبيئية. فقد توصل العديد من الباحثين أن هناك فروق فردية بين المواليد في النمو بالرغم من التشابه الذي يبدو في أول الأمر إلا أن هناك اختلاف كبير فيما بينهم في مستوى النشاط العام، الانتظام في العمليات البيولوجية وكذا التكيف، كما أن هناك اختلاف بين الذكور والإناث حيث لا يتساوون في مظاهر نموهم (زيدان، 1972، ص 95)

4- العوامل المؤثرة في النمو:

يوجد العديد من العوامل التي تؤثر في النمو ومظاهره المختلفة الجسمية، الاجتماعية والنفسية ومن بينها نذكر:

1.4. العامل الوراثي: وهو المميزات والصفات التي تنقلها الجينات من الآباء الى الأبناء حيث أن للعامل الوراثي دور الحفاظ على السمات العامة للنوع بتناقلها من جيل لآخر واستمرارية السلالة.

2.4. التكوين الوظيفي : ويقصد عمل الهرمونات وسيطرتها على وظيفة أعضاء الإنسان المختلفة وتكاملها لتعطي شكل الجسم عن طريق تأثيرها على نمو الجنين وتحكمها في تطوره إذ أن التباين في إفراز الهرمونات يؤدي إلى تغير وتحول مجراه فيتوقف في نواحي ويزداد في نواحي أخرى هذا ما يؤدي

الى المرض أو الموت حيث أن لتوازن الهرمونات وتناسق وظائفها دور كبير في تكيف الفرد الجسمي والنفسي والاجتماعي مع مختلف المواقف المحيطة به (البيئة) التي تؤثر فيه ويؤثر فيها.

3.4. عامل الغذاء: إن لنوع الغذاء وكميته تأثير في نمو الفرد بحيث يعمل على توفير الطاقة التي يحتاجها للقيام بنشاطاته الداخلية والخارجية (النفسية والجسمية) فأهميته النفسية تكمن في أنه الدعامة التي تقوم عليها العلاقة أم/ طفل (الرضاعة)

4.4. العامل البيئي والاجتماعي: تزداد سرعة نمو الطفل بتنوع الخبرات التي يمر بها في وسط البيئات الاجتماعية المختلفة التي تحيط به بحيث لها تأثير قوي في نموه.

5.4. عامل النضج والتعلم: للنضج العصبي والجسمي دور كبير في نمو الطفل فهو ملائمة الجانب العضوي للاحتياجات الداخلية المستقلة عن المؤثرات الخارجية للبيئة فهو من الشروط الأساسية للنمو ويسمح بقيام الأعضاء بوظائفها في الوقت الملائم لها. والتعلم هو كل التغيرات التي تحدث للطفل نتيجة التفاعلات مع البيئة المحيطة وعملية التعلم هي مكملة لعامل النضج وكلاهما عاملان أساسيان في النمو.

5- نظريات النمو:

1.5. نظرية النمو في التحليل النفسي: مؤسس هذه النظرية هو سيغموند فرويد (S.Freud)، ويمر النمو من خلال المراحل التالية:

- **المرحلة الفمية:** وهي المرحلة التي تمثل السنة الأولى من حياة الطفل حيث أن الفم هو المنطقة الأولى للذة وهي المنطقة التي يحصل فيها الإشباع إذ انه لا يميز بين نفسه وأمه ويعتبرها جزءا منه.
- **المرحلة الشرجية:** وهي تتزامن وفترة تدريب الطفل على عملية الإخراج حيث يجد اللذة في هذه العملية فيشعر أن أمه قادرة على عقابه ومدحه ولديه أساليب تبين استقلالته عن الأم برفضه التعاون معها ومخالفة النظام إن لهذه الفترة أهمية كبيرة في النمو وسلوك الأم له دور مهم في تحفيز هذا النمو بالأخص الاستقلالية.
- **المرحلة القضيبية:** هذه المرحلة تبدأ من السنة الثالثة حيث أن الأعضاء التناسلية هي مصدر الحصول على اللذة وتتزامن مع مرحلة الأوديب التي تعتبر من أهم مظاهر النمو في هذه المرحلة.

- **عقدة أوديب:** تعتبر عقدة أوديب المنظم الأساسي في بناء الشخصية وهي نتيجة الصراع في العلاقة الثلاثية أب/ أم/ طفل، بحيث يكون الابن منافس لأبيه في حب أمه والابنة تنافس أمها في حب أبيها، فالمشكلة في عقدة أوديب عند الذكر تتمحور حول القضيبي والخوف من فقدانه فتفسيره لفقدان الفتاة للقضيبي هو عقاب لها، فيخاف من أن يلق نفس المصير مع مشاعر الذنب يتماهى مع أبيه. ومصطلح التماهي أخذ اهتماما كبيرا من طرف سيغموند فرويد فمن خلاله تتكون شخصية الفرد، فالتماهي ليس مجرد تقليد وإنما الجمع والتوفيق بين خصائص وأسباب عديدة لتكوين شخصية الفرد. أما عند الأنثى فالمشكلة ناتجة عن عدم امتلاكها للقضيبي ورغبتها في امتلاكه وهذا الفرق بينها وبين الذكر يجعلها تشعر بالنقص وترجع السبب الى الأم وتحملها المسؤولية مما يجعلها تبتعد عنها وتختار الأب كموضوع حب لكن خوفا من فقدان حب الأم تتماهى معها. (Bee & Boyd,2003,p16)

ولعقدة أوديب أهمية كبيرة لما تؤديه من وظائف، كوظيفة اختيار موضوع الحب الذي يتأثر بتوظيف الموضوع والتماهيات التابعة لعقدة أوديب، ووظيفة العبور الى الحياة التناسلية ووظيفة بناء الشخصية من خلال تكوين الأنا الأعلى، فمشاعر الذنب التي يشعر بها الذكر والأنثى هي ناتجة عن تكوين الأنا الأعلى لهذا سمي بوريت الأوديب فهو يمثل الأخلاق والقواعد والقوانين الأبوية والاجتماعية وهذا نتيجة استدخال الصورة المثالية للوالدين، بالإضافة الى أن آنا فرويد ترى أن بناء الأنا الأعلى ينتج باستدخال تدريجي لقواعد سلوك الراشد عند الطفل وتنظيم شخصيته، وبالتالي يحدث التوفيق بين النزوات وما هو مخالف للواقع .

إضافة إلى المراحل التالية:

- **مرحلة الكمون:** من 6 سنوات الى 12 سنة نمو الأنا الأعلى.
- **المرحلة التناسلية:** من 12 سنة الى 18 سنة وهي تمثل مرحلة النضج.

2.5. نظرية النمو النفسي الاجتماعي: عندما نقول النمو النفسي الاجتماعي نقول اريك اريكسون

(1902-1980) فهو صاحب هذه النظرية تتكون من عدة مراحل كل مرحلة مكتملة للمرحلة السابقة ومنداخله معها لتكوين الهوية، فقد ركز على تحديد جذور الأنا في التنظيم الاجتماعي للفرد، فنظرية اريك اريكسون تركز على ثلاث مفاهيم أساسية وأولها أن الأنا يتشكل بالمجتمع، والثاني أن النمو عملية تطور مستمرة ومتغيرة، والثالث أن كل قدرة تكتسب في مرحلة سابقة يعاد برمجتها في مرحلة لاحقة من النمو وتضيف تطوراً لتكوين الشخصية وتؤثر على المرحلة التي تليها.

إن مراحل النمو النفسي الاجتماعي تشبه لحد كبير عملية التطور العضوي للكائن الحي، حيث يرى جيزل في مقولته " القدرات النفسية والاجتماعية للطفل تنمو مع الوقت مثل باقي أعضاء الجسم " (Rondel,2000 .p15)

كما يتأثر النمو النفسي الاجتماعي بالتبادل بين الأجيال -التبادلية- فهناك عملية تأثر وتأثير بين الوالدين وطفلهما، الواحد يؤثر على الآخر في عملية النمو.

إن نظرية النمو النفسي الاجتماعي لإيريك اريكسون تقوم على مبدأ تطوري، حيث يؤكد على فاعلية الأنا وسعيه للتكيف من جانب، وتأثره بعدد من العوامل البيولوجية والاجتماعية والشخصية من جانب آخر، فالنمو النفسي الاجتماعي حسب اريكسون هو نتيجة تفاعل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والشخصية والعوامل البيئية فالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد يترك بصمات تؤثر في نمو الأنا وهذا النمو بعد ذاته مكون أساسي من مكونات الشخصية.

ولقد حدد اريكسون ثمانية مراحل للنمو النفسي الاجتماعي للفرد من الميلاد الى الشيخوخة كما أعطاها اريكسون مصطلح آخر وهو مصطلح أزمت النمو وكل مرحلة تعتبر نقطة تحول تدريجي في القدرات والمهارات والفكر والمشاعر والعلاقات الاجتماعية، والمراحل الثمانية للنمو تنقسم الى أربعة مراحل، الأولى خاصة بالطفولة، والمرحلة الخامسة خاصة بالمرحلة والمراحل الثلاثة الأخيرة تتعلق بمرحلة النضج.

جدول رقم (1) : مراحل النمو النفسي الاجتماعي في مرحلة الطفولة حسب اريك ايريكسون :

مرحلة النمو	المرحلة العمرية
الثقة مقابل انعدام الثقة	السنة الأولى
الاستقلالية مقابل الشعور بالذنب	السنة الثانية
المبادرة مقابل الشعور بالذنب	الطفولة المبكرة
الثبات مقابل الشعور بالنقص	الطفولة المتوسطة
هوية الأنا مقابل اضطراب الدور	المراهقة
الألفة مقابل العزلة	الشباب
الإنتاجية مقابل الركود	أواسط العمر
التكامل مقابل اليأس	أواخر العمر

2.5. نظرية النمو النفسي الاجتماعي حسب اريك ايريكسون : تتمثل المراحل في:

- الإحساس بالثقة مقابل عدم الثقة: تتزامن المرحلة الأولى من مراحل النمو النفسي الاجتماعي حسب اريك ايريكسون مع العام الأول من الميلاد وتتزامن مع المرحلة الفمية حسب سيغموند فرويد للنمو النفسي الجنسي وتتمثل هذه المرحلة في خبرة الطفل لأزمة الثقة مقابل عدم الثقة، بحيث أن الحاجة الى الثقة في الأم هي حاجة أساسية وهي الأساس في نمو الشخصية والذات بشكل صحيح، ويتمكن الطفل من الحصول على الإحساس بالثقة من خلال أسلوب وطريقة رعاية الأم له من جميع جوانب احتياجاته ينمي فيه شعورا قويا بالثقة، فالإحساس بالثقة لا يتوقف على مقدار الغذاء الذي يتلقاه الطفل ولا على تعبيرات العطف، بل على مدى توفير الألفة والانسجام واستمرار العطاء من قبل الأم لطفلها، فنوعية الحياة التي يعيشها الطفل ومشاعره البدائية نحو البيئة تعتمد على علاقات الطفل بمن حوله من ناحية الحب والاهتمام واللمس والتغذية خاصة من طرف الأم المتمثلة في عملية الإرضاع عن طريق الفم، فمن خلالها يشعر الطفل باللذة والاستمتاع والحصول على الغذاء الى جانب الشعور بالأمن النفسي عن طريق الفم، وهذا الشعور هو الثقة التي تكسب الطفل القدرة على الاعتماد على الآخرين، وعندما تتحقق مرحلة أو أزمة الثقة بشكل صحيح فهذا يعني تحقيق الطفل للنمو السوي، ويخلق لديه الشعور

بالأمل والتفاؤل اتجاه المحيط، وهو دافع أساسي للحياة وبدونه لا يستطيع الإنسان الاستمرار في حياته.

أما العلاقة السلبية بين الأم والطفل فهي تكون من خلال عملية الرضاعة بالقلق والغضب والتجاهل لجوع الطفل، والانفعال والاقتصار على إشباع الحاجات البيولوجية دون الانفعالية، ما يؤدي إلى الشك وتزعزع الثقة بين الطفل وأمه والآخرين (Bee & Boyd,2003,p160)

• الإحساس بالاستقلالية مقابل الشعور بالخجل والشك: في هذه المرحلة يكون جهاز الطفل العضلي ناضج لدرجة تجعله يتحرك بعيدا نوعا ما عن الأم، وجذب الأشياء ودفعها، وقدرته على تناول الطعام بنفسه، بالإضافة إلى الضبط العضلي الاختياري بدون مساعدة أحد خاصة تحكم الطفل في وضعية الإخراج، كما أن لدعم الأم وتشجيعها لاستقلالية الطفل تأثير كبير، فأساس نمو الشعور بالاستقلالية الذاتية والخروج من التبعية والاعتمادية (العجز) الخاصة بالمرحلة السابقة للنمو، هو الشعور بالقوة والقدرة على التأثير في من حوله من خلال ردود أفعال الآخرين ومشاعر الفرحة عندما يعلن الطفل عن رغبته في التبول أو الإخراج، والانزعاج في عدم الإعلان عن هذه الرغبة.

كما أن التعزيز ضروري للضبط الداخلي للطفل من خلال تشجيع الاستقلالية من جهة، وتوفير الحماية الضرورية من جهة أخرى، فكلما قام الطفل بعمل - بحجم استطاعته - بحرية وبأسلوبه الخاص كلما زاد نموه الوجداني والانفعالي، فمرحلة الاستقلالية هذه لا تتم إلا بتجاوز المرحلة السابقة وهي كسب الثقة، وعدم حل الأزمة بسبب عدم إشباع حاجته للاستقلالية من خلال الإهمال والتساهل والتسلط والإفراط في الحماية يؤدي إلى الشعور بالخجل والشك ما ينتج عنه فقدان إرادة النمو والاستقلالية للطفل وشعوره بعدم القدرة على ذلك مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية، فالطفل يعالج الشعور بعدم الاستقلالية بالنكوص إلى المرحلة الفمية، كما أن الاهتمام المبالغ والحماية المفرطة تمنع الطفل من التحرك والقيام بما يستطيع القيام به نتيجة الخوف عليه يعرقل شعوره بالاستقلال الذاتي في هذه المرحلة، ولا يستطيع الاعتماد على ذاته يجعله ذو ثقة مهزوزة وعدم الشعور بالأمن، مما يؤدي به إلى البحث عن من يساعده ويعتمد عليه في القيام بالأعمال. (Bee & Boyd,2003,p162)

- **المبادرة مقابل الشعور بالذنب:** وهي تبدأ من السن الثالثة الى السن السادسة وتتزامن مع الطفولة المبكرة التي تترافق مع تطور النضج الجسدي والمعرفي للطفل واكتسابه لقدرات أكبر للتفاعل الاجتماعي، ومن أهم هذه القدرات اللغة وزيادة التفاعل مع الآخرين وزيادة الأسئلة التي تعكس حب الاكتشاف لدى الطفل ويرغب في تأدية الأعمال بنفسه وعدم قبول مساعدة الآخرين، ويصبح يشارك في الكثير من الأنشطة الجسمية واللعب وبناء أهداف محددة وبيادر في حلها ويقوم بمشاريع وهمية ويتقمص الأدوار لشخصيات بارزة ومحبوبة لديه، ومن هنا تبدأ قدرة الطفل على تحديد أهداف يحاول تحقيقها، فالتوازن في المعاملة والتوجيه والتقبل للطفل ومحاولة تحقيق أهداف يعيشها من خلال اللعب يزرع في نفسه روح المبادرة ومعرفة الصحيح من الخطأ، هذه المرحلة تعتمد على اجتياز المرحلتين السابقتين الثقة والاستقلالية، وتمكن الطفل من اكتساب الفرضية والتي تعني أن الطفل يبدأ يرسم أهداف يسعى الى تحقيقها بشكل اجتماعي، أما إذا حصل العكس نتيجة التنشئة الخاطئة كالعقاب المستمر والسخرية من أفكاره وأدواره، فإنه سيولد لديه الإحساس بالذنب وعدم تحمل المسؤولية والاعتماد على الآخرين مستقبلاً، مما ينقص من تقدير الذات لديه ويضعفها، وانعدام روح المبادرة لديه لتعرضه للاحتباطات الكثيرة يجعله يعيش الخوف والفشل وعدم وضع الأهداف.

- **المثابرة مقابل الإحساس بالنقص:** هذه المرحلة تتزامن مع مرحلة الطفولة المتوسطة من السن السادسة الى بداية المراهقة، تتميز هذه المرحلة بابتعاد الطفل عن الأسرة خلال تواجده بالمدرسة فيبدأ يتعلم القواعد والقوانين ويمتثل لها ويحترمها بالإضافة الى اللعب في وسط جماعي كبير ما يمنحه النمو النفسي الفعال بالنقد وإتباع قوانين اللعب الجماعي، كما أن الطفل في هذه المرحلة يميل الى الاستطلاع والنشاط والحركة والخيال، حيث يمكن أن نقول أنها فترة نمو جسمي معرفي اجتماعي، ومن العوامل المساهمة في حل أزمة النمو في هذه المرحلة هو البيئة الاجتماعية السليمة والمناسبة التي تشمل المدرسة، الأسرة، الأقارب... فهذه العوامل تجعل الطفل يشعر بالكفاءة والانجاز أو بالنقص والدونية.

ولعل أهم ما يؤثر في الشعور بالانجاز والشعور بالدونية في هذه المرحلة هي المدرسة والمعلمين وأساليب التدريس، فهي التي تساهم في تنمية الإحساس بالتنسيق والتحصيل والكفاءة لدى الطفل وتقديم ما يقوم به يعتبر كحافز له للمثابرة، وتجعله يشعر بقيمته كطفل ناجح وفاعل اجتماعياً، فهذه المرحلة تحقق المشاعر

الاجابية بالمثابرة والانجاز والى كسب الأنا لفاعلية جديدة تتمثل في الشعور بالكفاءة أما إذا لم يتمكن من حل هذه الأزمة ايجابيا فان حلها السلبي ينتج مشاعر النقص والدونية وتعيق انجازات الفرد بشكل عام(Bee & Boyd,2003,p168)

3.5. نظرية النمو المعرفي: عندما نقول النظرية المعرفية للنمو نقول جون بياجيه فقد اهتم بالعمليات العقلية للنمو من مرحلة الطفولة الى غاية مرحلة الرشد عن طريق الملاحظة، فخلال دراسته للنمو المعرفي قام بإعطاء مشكلات للأطفال بهدف حلها ثم لاحظ وعابن الكيفيات التي اتبعوها في حل هذه المشكلات في مراحل عمرية مختلفة، فقد حدد المراحل التي يتطور بها التفكير لدى الإنسان. وتتمثل مراحل النمو النفسي حسب جون بياجيه فيما يلي:

• **المرحلة الحس حركية :** من 0 الى 2 سنتين وهي اكتساب مفهوم الموضوع الدائم حتى عمر السنتين هذه المرحلة تسمح بتنمية الذكاء من خلال الإدراك والحركة وانجاز تصنيفات عملية لتصور العالم فالمكتسبين الأساسيين لهذه المرحلة هما ديمومة الأشياء عندما يصبح الطفل قادرا على تصور وجود ونقل شيء ما قد اختلف من حقله البصري، وتنظيم المساحة بحيث يسمح للطفل بتنظيم تنقلات جسده بمعنى أن الطفل يتعلم من خلال الإحساس بوجود الأشياء التي يتحرك وسطها وقد قسم بياجيه هذه المرحلة إلى ستة مراحل فرعية:

- المرحلة الانعكاسية: من صفر الى شهر وهي مرحلة تمرين الانعكاسات وهي تركيب ضروري يحتاجه الطفل للتكيف مع الواقع الخارجي، فعملية المص تؤدي الى الحصول على الحليب وبالتالي سكون الإحساس بالجوع.

- مرحلة الاستجابات الدائرية الأساسية : من شهر الى أربعة أشهر وهي مرحلة العادات الأولى (ردات الفعل الدائرية الأولى) تثبيت النظر والمتابعة البصرية، بداية إدراك يتعلق باللفظ والسمع، بدايات استخدام اليدين، محاولة التنسيق بين المص والالتقاط، والبصر والالتقاط، محاولة الرضيع إمساك ما يراه لكن لا يبحث عن الشيء إن اختلف.

- الاستجابات الدائرية الثانوية: من الشهر الرابع الى الشهر الثامن وهي مرحلة التكيف الحسي الحركي ألقصدي مع ردات الفعل الدائرية الثانوية والتي تسمح بظهور القصدية على مستوى تصرفات الطفل فالطفل يبدأ يبحث عن الشيء المخبأ بدون إحاح ثم تدريجيا يزداد اهتمامه به للعب.

- مرحلة المشكلات البسيطة : من الشهر الثامن الى الشهر اثني عشرة، وهي مرحلة تنسيق التعميمات الثانوية وتطبيقها على الوضعيات الجديدة فالطفل يبدأ بالتأثير على محيطه.

- مرحلة الاستجابات الدائرية الثلاثية: من الشهر 12 الى 18 شهرا هي مرحلة اكتشاف الوسائل الجديدة عن طريق الاختبار الفاعل فتظهر ردود الفعل الدائرية الثلاثية تجعل تصرف الطفل غير متوقع ويتصرف ويتلاعب بالوضعيات.

- التنظيم العقلي: من 18 شهر الى 24 شهر يكتشف الطفل في هذه المرحلة أنظمة جديدة بواسطة الدمج العقلي من خلال التقليد مثلا، حيث يبدأ الطفل التفكير في الأشياء والحوادث التي تقع أمامه، ويستعمل وسائل جديدة للوصول إلى أهدافه وتظهر لديه درجة بسيطة من التذكر والتخطيط (Bee & Boyd, 2003, p170)

- **مرحلة ما قبل العمليات (من 2 إلى 7 سنوات)**: تزداد قدرة الطفل في التقليد والتمثيل تدريجيا، تصبح الألعاب الرمزية ووسائل تكيف فكرية بقدر ما هي عاطفية، ويستخدم الرموز اللغوية بزيادة عدد المفردات وتطويل الجمل بالكلمات، مما سمح لجون بياجيه بدراسة المنطق اللفظي واكتشف أن فكر الطفل أنوي حيث يرى العالم من خلال نظرتة لنفسه، وهي مرحلة طبيعية للنمو حيث نجد الأنوية الأخلاقية، الأنوية الاجتماعية، الأنوية الفكرية.

تنقسم هذه المرحلة الى مرحلتين:

- **مرحلة ما قبل التصورية** : (2- 4 سنوات) في هذه المرحلة الطفل لا يدرك العالم إلا من خلال

علاقته المباشرة به، حيث تتميز بالتفكير المتمركز حول الذات وتفكيره ينطلق من الخاص الى الخاص.

- **مرحلة التفكير الحدسي** : (4 سنوات - 7 سنوات) تحتوي تكوين صور أكثر تعقيدا يستند الى

خصائص حسية بسيطة وليس لدى الطفل المنطق ولا مفاهيم الثبات حيث أنه لا يستطيع تصور التحولات ولا يستطيع أن يستوعب أكثر من علاقة واحدة في وقت واحد، فمرحلة التفكير الحدسي لدى الطفل يكون البناء المعرفي فيها قائم على أساس المظهر السطحي، لان الطفل يعتمد على حواسه وخياله بدرجة كبيرة، إلا انه ابتداء من السن السابقة يمكن له أن يكون انساقاً من العلاقات يقيم عليها تفكيره، وبالتالي يصبح تفكيراً منطقياً، فتكوين تلك الأنساق هو عملية عقلية معرفية.

- **مرحلة العمليات المادية:** من 7 سنوات الى 10 سنوات في هذه المرحلة يبدأ الطفل بالتمييز بين ذاته والعالم الخارجي ويقل تدريجيا تمركزه حول ذاته.
- **مرحلة العمليات المجردة:** من 10 سنوات الى بداية المراهقة تصبح لدى الطفل المراهق القدرة على التفكير المجرد ويمكن أن يصل إلى مستوى تفكير الراشدين.

4.5. نظرية هانري فالون: إن هنري فالون يفترض أن النمو هو عبارة عن مراحل متقاطعة ومتداخلة تعترضها أزمات (المعارضة، المراهقة... والنزاعات والتغيرات فكل مرحلة بالنسبة لفالون تخوض في الماضي من جهة، وتدفع نحو المستقبل من جهة أخرى وهو يعطي أهمية التداخل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والنمو النفسي فقد قسم مراحل النمو الى:

- المرحلة الاندفاعية من 0 الى 3 أشهر : وتتميز بتبعية الرضيع المطلقة للام.
- المرحلة الانفعالية من 3 أشهر الى 12 شهرا: وتتميز بالاندماج العاطفي والتعبير الانفعالي والذي يعتبر كنوع أول من العلاقات الاجتماعية.
- المرحلة الحسية الحركية من 12 شهر الى 24 شهرا: وهي مرحلة ظهور ردات الفعل الدائرية والمشى والكلام، فالطفل ينتقل ويكتشف العالم المحيط به، ويمسك الأشياء ويتعرف إليها، ويبدأ الذكاء العملي أو فهم المواقف بالظهور، فهذه المرحلة متجهة نحو العالم الخارجي.
- المرحلة الإسقاطية: هي مرحلة التخليط المتميز بالحركة تستحث النشاط العقلي، فالطفل يَمُرُ بمرحلة التقليد والتخيل ومن ثم يصبح قادر على تذكر حدث أو شيء غير موجود فالطفل يبدأ يفهم الوظيفة الرمزية واللغة هي الشكل الأكثر تنظيما.
- مرحلة الشخصية: من سنتين ونصف حيث أن الطفل في السن الثالثة يبدأ بالمعارضة والسلبية، وردة الفعل المترفعة -النرجسية- ، مراحل التقليد، ألعاب التعاقب من السلبية الى النشاط، ومن أربعة الى خمسة سنوات مرحلة التمثل والاندماج والتبعية ضمن الإطار العائلي، والسن السادسة مرحلة الشخصية ذات الأبعاد المتعددة: ألعاب جماعية، أدوار ضمن الجماعة..... (تأكيد الذات والموضوعية) وهدف هذه المرحلة الاستقلالية وإثراء الأنا والشعور بالجسد والشعور الاجتماعي.
- المرحلة التصنيفية: من سنة سنوات الى إحدى عشرة سنة وهي مرحلة الفكر التوفيقى وهو فكر مع المزوجة (التمييز الإدراكي البسيط)

- مرحلة المراهقة: من إحدى عشرة سنة إلى ستة عشرة سنة وهي مرحلة بناء وتقوية الشخصية
ومرحلة الوعي بالذات (Bee& Boyd,2003,p114)

5.5. نظرية روني سبيتز (Spitz) : إن مراحل النمو النفسي التي يصفها سبيتز تشبه لحد ما مراحل بياجيه حول تكوين الذكاء، كما توفق أعماله بين التحليل النفسي وعلم النفس التجريبي، لقد تناولت أعمال سبيتز مشكلة « بناء الصلة الغيرية » بحيث أن الرضيع المولود حديثاً لا يستطيع التمييز بين نفسه ومحيطه، إلا أن ظهور الابتسامة القصدية لوجه الأم تعتبر المنظم النفسي الأول للنمو، فمن خلالها يتم التعرف إلى الأم كموضوع للحب ثم ظهور المنظم الثاني للنمو وهو قلق الشهر الثامن أو الخوف من الآخر أو الوجه الغير المألوف هذا ما يدل على أن الطفل يميز بين أقربائه والآخرين، ثم المنظم الثالث وهو الرفض والذي يؤكد هويته بمواجهة الآخر ورفض ذاته.

إن المرحلة اللاتمايزية أو ما قبل الغيرية عند سبيتز تتماشى وتتطابق مع المرحلة النرجسية عند سيغموند فرويد بحيث أن الرضيع ليس لديه القدرة على التمييز بين المحيط الخارجي والأفراد ونفسه ولا يستطيع التمييز بين الأصوات التي يسمعها ويصدرها إذ أن هذه المرحلة اللاتمايزية تستمر منذ الولادة إلى غاية الشهر الثالث عند ظهور الابتسامة القصدية التي يوجهها الطفل إلى الوجه البشري المتحرك ويتعرف إلى وجه أمه بين الشهر الرابع والسادس.

المنظم الثاني في الشهر الثامن ظهور قلق الشهر الثامن وبداية العلاقات مع الآخر التمايزية بحيث يتعرف على الوجه الغريب أو ذهاب الأم من خلال ردة فعله المتمثلة في الخوف والانطواء والبكاء، حيث يتميز هذا القلق بثلاث مراحل هي:

- التغيرات الفيزيولوجية لظاهرة القلق هي حالة عادية من التوتر.

- رد فعل التجنب

- الإدراك النفسي الداخلي المتميز (قلق الشهر الثامن)

ثم ظهور المنظم الثالث وهو ظهور الرفض من خلال (اللا) وهي دليل على إدراك الطفل لذاته ورفض إرادته (Bee& Boyd,2003,p16)

6.5. نظرية جون بولبي: يرى جون بولبي أن تعلق الطفل بصورة الأم يشكل جزءاً أساسياً من أعماق الجنس البشري فهو يؤكد على أهمية قلق الانفصال، فبالنسبة لجون بولبي الحاجات الأساسية للمولود الجديد تتحدد بنوعية العلاقات الجسدية، فالطفل بحاجة غريزية الى الثدي والى ملامسة الأم الجسدي والنفسي، بحيث يفسر دافع التعلق من خلال تحديد خمسة أنواع من الأفعال الغريزية أثناء السنتين الأوليتين للطفل يجب على الأم الاستجابة لها وهي المص والعناق والصراخ والابتسامة والاتجاه للذهاب نحو التمسك، فيؤكد بولبي بهذا الشكل القدرة الاجتماعية المبكرة للرضيع، إلا انه ليس بالضرورة أن تكون الأم هي الأم البيولوجية، بحيث انه إذا لم يتوفر التفاعل الكافي فالتعلق لا يتحقق بين الطفل وأمه فينجح التعلق إذا كانت الاستجابة مناسبة من المحيط لكل إشارات الطفل فتبنى شعور الثقة بالنفس والأمان عنده فيتمكن في المستقبل من مواجهة الانفصال بشكل أفضل، كما يعتبر بولبي أن الحاجة الاجتماعية عند الرضيع تظهر قبل اختباره عناية الأم له، عكس نموذج التحليل النفسي الذي جعل التغذية من العلاقة الفمية بداية علاقة الأم بالطفل وبناء جهازه النفسي. (Bee & Boyd,2003,p201)

7.5. نظرية مارغريت ماehler : لقد ركزت مارغريت ماehler في نظريتها على دراسة الطفل في نموه وتفاعله مع المحيط الذي يعيش فيه، فنظريتها تركز على سيرورة الانفصال والتفرد في بناء تمثّل داخلي وواضح يساهم في استقلالية الفرد، قسمت النمو الى ثلاث مراحل:

- المرحلة التوحيدية العادية: وهي تبدأ منذ الولادة الى غاية شهر وفيها الطفل لا يعي بما حوله وليس له القدرة على التمييز بين ذاته والعالم الخارجي لهذا سميت بالمرحلة التوحيدية.
- المرحلة التكافلية: وهي تمتد من الشهر الثاني الى الشهر الرابع حيث أن الطفل يكون في تبعية كاملة للام بالرغم من إدراكه للمصدر الخارجي لإرضاء حاجياته، بحيث تكون علاقات تبادلية بين الطفل والأم على غرار العلاقة الفمية، يوجد التبادلات الجسدية والمداعبات والتواصل البصري واللغوي (الصوت والإثارة) بحيث أن الطفل لديه تمايز عن الآخر لكن تحت غلاف واحد (مزودج الأم والطفل) يعطي للطفل انطباع على أن ما يأتي من الأم جيد وما هو من المصدر الخارجي محبط.
- مرحلة الانفصال -التفرد- تبدأ من الشهر الرابع سيرورة الانفصال:

←الاتجاه الأول هو الانفصال الذي يؤدي الى التمايز وتشكيل حدود مع الأم
←الاتجاه الثاني وهو يؤدي الى التفرد وتطور في الوظائف المستقلة (الاستقلال الذاتي، الإدراك والمعرفة، إدراك الواقع.....) وتتوفر هذه السيرورة على مراحل صغرى :

أ- مرحلة التمايز: تمتد من الشهر الرابع الى الشهر التاسع وتتميز بنمو النشاطات وذلك بسبب التنسيق الحركي.

ب- مرحلة المحاولات: من الشهر التاسع الى 16 شهرا بعد النمو الحركي والتحسن في الأداء الحركي بفضل التنقل (الحبو والمشي...) يعمل على استكشاف المواضيع من حوله مما يجعله قادرا على الابتعاد الجسمي عن أمه.

ج- مرحلة الاقتراب: 18 شهر الى 24 شهرا يقوم الطفل باهتمام ما يصدر من حركات وأفعال مع ظهور قلق الانفصال.

ث- مرحلة التفرد: تتميز بسيرورة بطيئة تؤدي بالطفل الى القدرة على العيش لوحده نسبيا ضمن العالم الداخلي والخارجي، كما يدرك أنه منفصل عن الآخر ومحدد في مميزاته الجنسية الخاصة

(Bee& Boyd,2003,p22)

حسب ما هلر النمو هو التدرج من التبعية التامة التي يعتمد فيها الطفل على أمه الى الاستقلالية والانفصال شيئا فشيئا.

8.5. نظرية إيريك فروم: وتسمى بنظرية العلاقات المتبادلة بحيث يركز على أهمية ودور العلاقات الاجتماعية لنمو الطفل، بحيث يرى أن ضرورة اتحاد الفرد مع الكائنات الحية الأخرى والاتصال حاجة ماسة تتوقف على صحة الإنسان العقلية، وهذه الحاجة تكمن في كل ظاهرة من ظواهر العلاقات الإنسانية وكل لون من ألوان العطف والمحبة، وهناك عدة وسائل تمكن الفرد من تحقيق هذا الاتحاد يكون إما بالخضوع لشخص أو جماعة وبالتالي يتجاوز عزلة وجوده الفردي (بانصياحه لشخص آخر)، ومن جهة يمكن أن يتجاوز الفرد عزلته من خلال اتصاله بالعالم بسلطته وبالتالي يجعل غيره جزء منه وعليه يتجاوز وجوده بالسيادة، فكل منهما يفقد وجدانيته وحرية ويعيش كل منهما على الآخر، وركز إيريك فروم على العلاقة مع الآخرين من خلال الأخذ والعطاء، فالمعرفة الموضوعية الملموسة لمشاعر الآخرين ورغباتهم واحترام حقهم في التطور والنمو هو ما يوجه خصائص الشخصية التي تتوقف على العالم الخارجي. كما يرى إيريك فروم أن الطفل يتعلم ببطء التمييز بين الأنا والآخر وذلك من خلال الاتصال بالبيئة تنمو لديه الإحساس بالهوية.

9.5. نظرية التعلم الاجتماعي: وهي للعالم باندورا الذي قدم ظاهرة التقليد كنموذج يوضح اكتساب الطفل عدد من السلوكيات طبقا للمحيط الاجتماعي حيث أثبتت الدراسات أن تأثير المحيط الاجتماعي يزيد من اكتساب سلوكيات جديدة تستدخل وتخزن عن طريق الملاحظة، وعليه التعلم بالملاحظة يسمح للملاحظ باكتساب تمثيلات رمزية للسلوك العام استنادا على نموذج واضح، كما أظهرت بحوث باندورا 1969 أن السلوك الاجتماعي يدعم السلوك الانفعالي والحركي التنظيم الداخلي حيث يستطيع الفرد أن يكون دلالات متغيرة بالملاحظة، إضافة الى أن دراسة كل من ماكوبي و بيلوني بانادورا وهاريس إمكانية التعلم لبعض القدرات اللغوية بواسطة نموذج -راشد- في وضعية طبيعية بالملاحظة التي توجهه لاكتساب قدرات تدريجية للاتصال وذلك بشرطين الأول يخص الموضوع يجب ملاحظته في وضعيات مختلفة أما الثاني الموضوع المتعلم يتبع القواعد الملاحظة ويستخدمها لإنتاج استجابات متماسكة.

(Bee&Boyd,2003,p27)

6. النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون:

في أغلب الحالات ولادة طفل متلازمة داون هو حدث فجائي والعامل الوحيد في الإصابة بهذه المتلازمة والمعروف في الوقت الحالي هو سن الأم (خطورة الإصابة بمتلازمة داون يرتفع بتقدم سن الأم)، وانعكاسات هذا الخلل الجيني على نمو الفرد يمكن أن تكون متعددة حيث قبل ذلك نذكر ما قاله روندا (Rondal,2010) أعراض متلازمة داون ليست بطبيعتها معروفة وحتمية ولكن احتمالية هذا الظهور بدرجات مختلفة وأن أي فرد يحمل هذه المتلازمة لا يقدم المجموعة الكاملة للخصائص الفيزيائية، المعرفية، اللغوية، وليس بنفس الدرجة (Rondal, 2010,p 26) إذن توجد اختلافات كبيرة في مظاهر متلازمة داون وكل فرد هو فريد ووحيد.

7. علاقة نوعية التعلق الامومي بتطور الطفل المتخلف ذهنيا:

ترى الباحثة غوتوغي M.O.Rethooré (2001) أنه لا يوجد أما أو أبا اختارا أن يلبدا طفلا هشا جسميا أو ذهنيا قد يقودهما الى مسار مجهول وأنهما لا يشككا لحظة واحدة أنهما سيسلكانه يوما ما والذي يجعلهما يعيدان النظر في ذاتهما بدون انقطاع.

قد تتعلق الأم بطفلها عاطفيا عند اكتشافها له تدريجيا لكي تزيح تلك الصورة السلبية، بفضل المرافقة والسند النفسي الذي تتلقاه من طرف الأسرة والمختصين، ويمكن أن تكون سلوكياتها التربوية غير منسجمة

كالإفراط في الحماية أو غياب الإثارة والتحفيز الضروريين مما يفقدها كل تلقائية في نسج تفاعلات عاطفية عادية (Sausse,1995)

الأولياء وخاصة الأمهات اللواتي تبالغن في حماية طفلهن تمنعهن من الخوض في تجربة الاكتشاف والتعلم فتعطل نموهم (Ringler ,2004,p 19)

ترى B.Celeste (2000) أنه ليس من السهل تكوين البناء المنسجم للتفاعلات الأولى مع الطفل المتخلف ذهنيا وبالتحديد مع الطفل المصاب بمتلازمة داون مقارنة بالطفل العادي وذلك بسبب التشبيه بينهما في حين أن هذا التشبيه يطرح صعوبات لنسج العلاقات المبكرة بينهما.

نظرا لضعف مطالب الطفل المصاب بمتلازمة داون يتساءل الباحثون عن نوعية التعلق عند هذا الأخير فاستعملوا لتقييمه " الوضعية الغريبة situation estrangère " للباحثة اينسورث (M.S.Ainsworth) حيث قام كل من F.C.Serafacia و D.Cichetti (1976) بمقارنة سلوكات أطفال مصابين بمتلازمة داون وأطفال عاديين ذوي ثلاث سنوات في هذه الوضعية فلاحظوا اختلافات بين المجموعتين خصوصا عند غياب ثم رجوع أمهات هؤلاء الأطفال فلا يظهر الأطفال المصابين بمتلازمة داون قلقا عند غياب أمهاتهم ولا يبادرون بسلوكات التعلق مثل الأطفال العاديين.

تتجلى التفسيرات المحتملة لهذا السلوك في تأخر الأطفال المصابين بمتلازمة داون في صعوبة تصورهم لأمهاتهم عند غيابهن تجعل الوضعية أقل تنبئها وإثارة عندهم من الأطفال العاديين. (Celeste :2000)

سلوك التعلق ومظاهره عند الطفل المصاب بمتلازمة داون ذو تنبئه غير كاف في الوضعية الغريبة وبسبب تأخر النمو الشامل يؤدي الى بناء ديمومة الشخص بشكل متأخر مع العلم أن مثل هذا البناء المعرفي يساهم في إنشاء التعلق.

بالإضافة الى أن الأمهات والأولياء والأسر بصفة عامة تفتقر للمرافقة والمساعدة النفسية الضرورية لمواجهة الصعوبات منذ المراحل الأولى لتحقيق ذلك الارتباط، فالأمهات بحاجة الى التعرف على خصائص أطفالهن خصوصا تلك المتعلقة بالتواصل البصري لربط العلاقات مع أطفالهن، وهذا يربحهن ويشجع عملية التعلق في إطار المرافقة الوالدية بالرغم من تأخر التواصل لدى الطفل المصاب بمتلازمة داون .

يوجد العديد من الدراسات تؤكد بأن استجابات أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون في وضعيات التفاعل تتميز بهيمنة التوجيه (directivité) وذلك لضعف الاستجابات ومبادرات الأطفال فهن يسعين رغم ذلك التكيف مع سلوكات أبنائهن، وهذه القدرة التي يتمتعن بها تساعد الطفل على أن يكتسب بعض القدرات بشكل تدريجي حسب الميادين الأكثر قابلية للتدريب والتعلم. كما أن للسنوات الأولى من حياة الطفل أهمية كبيرة في نموه المعرفي اللغوي النفسي الحركي والاجتماعي وذلك ما أكدت عليه دراسات جيزال وجون بياجى وبلوم (Gesell, Piaget, B.S.Bloom) فإذا لم يتلق الطفل التنبهات والتحفيز الكافيين قد تؤدي إلى القصور على المستوى العاطفي النفسي المعرفي والاجتماعي يصعب استدرأكه.

كما أثبتت دراسات أخرى بان التدخل المبكر لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون فعال جدا وبشكل ايجابي على النمو عامة والاندماج في الأسرة والمجتمع (Juhel:2004) فبرامج التدخل المبكر تستفيد منها الأم وحتى الأب عن طريق المرافقة الوالدية مما يساعد ويشجع التفاعل بينهما وبين طفلها ويعزز التعلق بينهم.

8. النمو العاطفي للطفل المصاب بمتلازمة داون:

8.1. التعلق والتفاعلات الأولية: العلاقات العاطفية التي تحاك بين الرضيع والراشد في محيطه هي أساس لبناء وتكوين الثقة في الذات، هذا الرابط العاطفي النوعي سيسمح للطفل ببناء وتعلم الاستقلالية مستقبلا بالنسبة للباحث سيلاست (Céleste.B) أربع سلوكات استقلالية تابعة لهذا الرابط:

-البحث عن التقرب من وجه التعلق (Vanier,2005,p110,111)

-تجنب الظواهر أو الأحداث التي تستدعي الخوف أو الأشخاص الخطرين.

-التفاعل الاجتماعي في اللعب.

فمنذ ميلاد الطفل تظهر دينامكية تفاعلات الرضيع بمحيطه، من خلالها وأثناء السنة الأولى تنسج روابط التعلق الخاصة. يرى جون بولبي (J.Bowlby) أن لهذه البناءات الأولية أهمية أساسية من أجل النمو اللاحق للشخص حيث تشكل القاعدة التي توجه مستقبله العاطفي والاجتماعي (Celeste,2000,p99)، فالطفل يُظهر انفعالاته عن طريق البكاء، الضحك، الإيماءات، الصراخ...، هذه الظواهر تفسر من طرف محيطه كعلامات للحالة الجيدة أو الحالة السيئة، والاستجابات لهذه الظواهر هي المكون الأولي لعناصر

الاتصال والتفاعل بين الرضيع ومحيطه، ولكن لا يعد تكوين هذه التفاعلات الأولية بالعملية السهلة مع طفل ذو إعاقة مقارنة مع الطفل العادي، بحيث ترى معظم البحوث ضرورة تجنب أسلوب المقارنة بين الطفل العادي والطفل المصاب بمتلازمة داون وكذا ضرورة المرافقة الوالدية كسند هام يسمح للطفل المصاب بمتلازمة داون وأمه خاصة لنسج التفاعلات الأولية بشكل أفضل. (Laroche, 2006)

فالإيماءات، الوضعيات والمناغاة المرتبطة بمظاهر التفاعلات هذه تشكل مجموعة المؤشرات التي تسمح للام برد الفعل أو الاستجابة مع وضع العناصر الأولى للتواصل.

هذه المظاهر العاطفية تستمد طاقتها من النظام العضلي الحركي إلا أنها أقل شدة عند الطفل المصاب بمتلازمة داون، نظرا للارتخاء العضلي الشامل الذي يميزه، فذلك ما يقلل من استجاباته الانفعالية لاستثارت المحيطين به. فطفل متلازمة داون أقل تعبيراً عن قوة انفعالاته، وبهذا فإنه لا المحيطين به للتفاعل معه وناذرا ما يبادر بالاتصال والتواصل والتفاعل، بحيث يحتاج المحيطين بالطفل المصاب بمتلازمة داون وخصوصا الأم أثناء رعايته اليومية المقدمة له في الطفولة الأولى أن ينتبهوا الى نقطتين أساسيتين النقطة الأولى هي الاستعداد واليقظة في الرد على جميع المظاهر الانفعالية الصادرة من الطفل المصاب بمتلازمة داون حتى ولو كانت بسيطة جدا فهو قليل البكاء عند الشعور بالضيق لذلك الاستجابة لمثل هذه المنبهات تُعد حيوية ليفهم فعالية التواصل (Vanier,2005,p13). والنقطة الثانية هي عدم التردد في تقديم التشجيع في جميع الوضعيات حتى الصعبة منها حيث يجب أن تُعطى معنى لهذه الوضعيات والإشارة الى طبيعتها الغير المقبولة والغير مرضية.

2.8. النظر (le regard) : يلعب دورا مهما في تكوين علاقات التعلق عند الرضيع المصاب بمتلازمة داون وهو أحد التقنيات المستخدمة في تنشيط التفاعلات بين الأم وطفلها، حيث يلعب دورا هاما في بناء روابط التعلق باعتباره الوسيلة المبكرة التي يمتلكها الرضيع للاستجابة وضبط التقرب من الآخرين (Celeste,2000,p100)

إلا أن الطفل المصاب بمتلازمة داون يكون تواصله البصري متأخرا نوعا ما مقارنة مع الطفل العادي، حيث تثبتت النظر في الأشهر الأولى يتم في فترات قصيرة جدا، وعليه تصعب المحافظة على تبادل هذه التفاعلات بينه وبين أمه لمدة أطول، بحيث هو بحاجة إلى وقت طويل للتعرف على وجه الأم بسبب

العسر المعرفي الذي يعاني منه في معالجة المعلومات، فهذا ما يخل بنظام التعلق ومنه التأثير على مختلف جوانب النمو (Mellier&Courbois : 2005)

3.8. تواصل الطفل مع محيطه: كما هو معروف في علم النفس النمو أن المناغاة تعد من البوادر الأولى للتواصل في الأشهر الأولى ثم تتطور وتنظم لنترك المكان للغة وهذا بفضل التفاعلات بين الأم وطفلها، في البداية يكون الإنتاج الصوتي عند الطفل المصاب بمتلازمة داون مشابهة للطفل العادي في حين يسجل تأخرا هاما خلال تطور هذا النشاط الصوتي في المراحل اللاحقة.

غالبا ما يغفل المحيطون بالطفل المصاب بمتلازمة داون عن ثغثته (babillage) ك رغبة في التواصل ومنه لا يقدمون له التفسيرات الضرورية والكافية فذلك قد يعطل نمو اللغة عنده.

بالإضافة الى أن الطفل يميل الى تكرار الأصوات دون ترك الفرصة لجواب المحيطين به وهذا ما يصعب عملية التدخل المناسبة في هذا المجال، كما أن العجز في بناء التبادلات يشكل صعوبة إضافية لوضع التواصل المبكر وهذا ما يركز عليه المختصون أثناء التكفل بالطفل المصاب.

ضمن هذه التفاعلات والتواصل مع الطفل بمختلف الطرق والوسائل، بداية بالأصوات، الحركات الإيماءات الوجهية، والوضعية الجسمية تحضر للغة (Rondal) وعليه يجب محادثته والتقرب منه ووضعه في أفضل الظروف لتشجيعه على التواصل مع أخذ المبادرة في ذلك لكونه يفتر لها ويتم هذا بتنظيم التفاعلات.

يعد التواصل حاجة ضرورية وحيوية للإنسان، ويتطلب مجموعة من الوظائف الحسية والحركية والمعرفية والسلوكية لإيصال الرسالة للآخر، وباعتبار الطفل المصاب بمتلازمة داون يعاني من ضعف في هذه الوظائف تصبح عملية التواصل من المهام الصعبة عنده كما تشعر الأم بها وتتأثر بهذه الوضعية المختلفة عن العادي والمحبة لها ولطفلها في نفس الوقت.

وهذا يدل على أن الأم بحاجة الى معرفة أهمية وضرورة المثابرة في تنبيه وإثارة الطفل لفظيا وغير لفظيا بشكل مستمر في إطار التفاعلات المبكرة بينهما ونفس الأمر بالنسبة لبقية أفراد العائلة .

9. استجابات الأولياء: تشير الدراسات الى أن الوالدين لديهما الاستعداد والتجهيز النفسي للتجاوب والتواصل مع طفلها، لكن يتوقف هذا تبعا لحالتهم النفسية، وخاصة الأم فهناك عوامل تميز التزامها

كشريك في هذا التفاعل، كـرغبتـها في الحياة، في التواصل مع طفلها وثقتها فيه بالرغم من ما يحمله من اختلاف (Guidetti & Tourette : 1999)

وهنا تتقارب العديد من أحاسيس الأمهات بالشعور بالعنف عند لحظة الإعلان عن تشخيص الإعاقة وحالة الذهول التي تتبعها والاكنتاب الذي ينتابهن مع إعادة الترتيبات النفسية الضرورية لمواجهة مثل هذه الوضعية الصدمية وهذا ما يصعب عملية التكيف مع أطفالهن والذين يتميزون ببطء التواصل

(Celeste,2000,p16)

إن إصابة الطفل بمتلازمة داون تجعل الأم تشعر بالحزن والعجز وعدم الثقة في كفاءتها لانعدام نموذج التكفل الذي تتبعه، لهذا فمن الضروري مرافقتها مباشرة بعد إعلان التشخيص لتبدأ مرحلة التواصل مبكرا معه.

في دراسة ماندي (P.Mundy) وزملائه (1988) قارن بين أطفال رضع مصابين بمتلازمة داون يبلغون 22 إلى 43 شهرا مع أمهاتهم وبين رضع عاديين من نفس السن مع أمهاتهم، لوحظ يقظة الأمهات في المجموعتين للإجابة على منبهات التواصل لرضعهن بينما مدة التبادلات وعدد التدخلات قصد تشجيع أطفالهن كانت أكثر بكثير عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

إذن تدل هذه النتيجة على أنهم أكثر تنبيها، كما أن هناك اختلافات واضحة بين المجموعتين فأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تظهرن كمربيات أكثر من أمهات الأطفال العاديين حيث تهدف معظم تنبيهاتهن الى تحقيق حركة أو سلوك بشكل سليم مع أطفالهن، فاللعب المقترح يبقى موجها نظرا لرغبتهن أن يكون ذلك ترويا ومفيدا لأطفالهن.

تتفق دراسات أخرى كدراسة Z.Stonema وزملائه (1983) مع هذه النتيجة معتبرين سلوك أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تشبه سلوك المعلم وتتصف تفاعلاتهن بالهيمنة والتوجيه غالبا في حين تكون عند أمهات المجموعة الضابطة من النمط المتساوي وتكون أساسا كشريكات لأطفالهن في إطار هذه التفاعلات.

يعتبر الميل الشديد لتوجيه الأمهات لأطفالهن من عوائق التعديل وفق أطفالهن أثناء الكفالة فهناك بعض الأخصائيين لا يرضون حضورهن أثناء الحصص الارطفونية والنفسية والحركية.

تشير دراسة S.B.Crawley وزملائه 1983 بأن هذا التوجيه لا يحول دون حساسية الأمهات والتعبير عن عواطفهن فالتنبهات والاستثارات التي تقدمها تعتبر ذات نوعية جيدة عاطفيا ومعرفيا.

برر هؤلاء الباحثين سبب هذا السلوك التوجيهي باعتباره تعديل لضعف استجابات ومبادرات الطفل المصاب بمتلازمة داون (Celeste,2000,p13)

لكن هذا يدل ويترجم التعديل الامومي الجيد بمعنى أنهم يتمكن من التكيف وفق سلوكيات أطفالهن على حسب قول لامبير (Lambert,1998).

خلاصة الفصل:

توصلنا من خلال هذا الفصل إلى أن النمو النفسي والاجتماعي عند الطفل تتحكم فيه عدة عوامل فيزيولوجية، وراثية، اجتماعية، لكن أكثر ما يؤثر فيه سواء ايجابيا أو سلبيا هي التفاعلات مع الوالدين ونوعية التعلق أم طفل حيث أن طفل متلازمة داون ينمو نموا نفسيا اجتماعيا عاديا كباقي الأطفال وسيختل هذا النمو إذا ما اختلت العلاقات الأولية مع أمه لأن هذه الأخيرة هي التي تتحكم في ردود الأفعال واتجاهات الوالدين مع طفلهم المصاب بمتلازمة داون، وبالتالي تؤثر في استراتيجيات المواجهة التي يتخذونها لمواجهة الوضعيات الصعبة التي تتلقاها أثناء معاشهم النفسي اليومي مع طفل متلازمة داون.

الفصل الرابع

الوالدية والإحافة

تمهيد:

إن موضوع الوالدية من الدراسات النفسية الأساسية، حيث تعتبر نظام تتفاعل فيه خصائص الطفل وخصائص الوالدين وأحداث الحياة في آن واحد. فالأسرة تتفاعل داخلها عناصر متعلقة بالطفل والوالدين وأحداث الحياة، وتؤثر الوالدية على الطفل بتأثيرها بالمواقف والوضعيات الصعبة التي تواجهها في رحلة الحياة، كما أن سمات الطفل وخصائصه تساهم في تشكيل الإتجاهات الوالدية، فكل من الوالد والطفل يؤثر في الآخر ويتأثر به، وهذه الإتجاهات تؤثر في طريقة تعامل الوالدين مع أطفالهم وتؤثر في سلوكهم، والعلاقة بين الطفل ووالديه تعتمد أساسا على إتجاهات الوالدين وتعاملهم مع الطفل وبالتالي سنتناول في هذا الفصل مفهوم الوالدية بالتركيز على العلاقة وكيفية تأثير الوالدية عند مواجهتهم لوضعية صعبة والمتمثلة في إصابة طفلهم بإعاقة (متلازمة داون) وأهم ردود الأفعال والميكانيزمات الدفاعية التي يتخذونها منذ الإعلان عن التشخيص إلى المعاش النفسي اليومي مع طفل متلازمة داون.

1. تعريف العلاقة:

تعني رابطة تجمع بين شخصين ، وفي هذا الإطار جاءت مدرسة التحليل النفسي بمفهوم علاقة الموضوع التي هي الناتج التام لنوع من التنظيم للشخصية، وفهم تخيلي للمواضيع. كما يرى لاغاش (D.Lagache) بأن هذا التصور يسجل في حركة أفكار يقود إلى عدم اعتبار الشخص في حالة منزلة بل في تفاعله مع المحيط. (Laplanche & pontalis ,1994 p404)

وبالتالي فان العلاقة هي ذلك التفاعل الذي يحدث بين شخصين فيؤثر على كلاهما بإحداث تصور لكل منهما لدى الآخر، ومن خلال هذا التصور تتم المعاملة، إذن فالعلاقة هي تلك الجاذبية الوجدانية والتفاعل الواقع بين الأفراد الذي يحدد كيفية اتصالاتهم وتبادلاتهم وكذا سلوكياتهم وردود أفعالهم اتجاه بعضهم البعض.

2. تعريف علاقة الأبوين مع الطفل: لدراسة الطفل يجب الرجوع إلى أهمية العلاقات الأولية في حياته إذ يرى جون بولبي (J.Bowlby) أن نوعية العلاقة بين الطفل وأمه هي التي تمكننا من التنبؤ

بمدى تكيف الطفل مع محيطه وأن تجربة الحنان خلال العلاقات الأولية تسمح للطفل أن يفتح على العالم.

فمنذ اللحظات الأولى عندما يكون الطفل في حضن أمه يمارس أول تجربة للعلاقة الأحادية التي يعتبرها كاستيليون (Y.Castellion) تمهيد لكل أنواع التنشئة الاجتماعية (من ستيرن دانيال، 1982، ص56)

حيث تبدأ تهيئة الطفل منذ البداية لتزويده بمبادئ عقد العلاقات السوية، التي يحتاجها للاستمرار في النمو والتعلم، وتجسد الأم هذه العلاقة بحضورها واستجابتها لحاجات الطفل الأساسية إذ أن عملية الرضاعة وخاصة الطبيعية، تسمح للطفل بتحقيق أولى رغباته في الحياة، وهذه العلاقة تبدأ منذ المرحلة الجنينية للطفل، عن طريق التصورات واستهامات الأم لطفلها التي تسهل فيما بعد التفاعل والتعلق المبكر.

3. الوالدية:

إن ولادة طفل تغير دور الرجل والمرأة، فالثنائي الذي كانا زوجين يصبحان زوجان والدان وأبوان، فتتغير الأدوار تدريجياً وتتدخل العديد من التعديلات، ولكي تصبح والد أبا أو أما يتطلب إعادة تعديل نفسي كبير، وسيرورة الوالدية في حد ذاتها تتوافق مع أزمة الهوية والرجسية، حيث تبدأ الوالدية منذ الرغبة في الطفل.

1.3. الرغبة في الطفل: الرغبة في الطفل موجودة عند كل فرد منذ الطفولة، هذه الرغبة تسمح بالوصول إلى الوالدية لأن الطفل سيضمن الوالدين على هويتهما، إذ بحث العديد من المحللين النفسانيين والمختصين النفسانيين وحتى النسقيون في الطريقة التي تتطور وتنمو بها الرغبة في الطفل لدى الرجل والمرأة حيث يرى د.هوزال (D.Houzel) أن الحب الأمومي احتمال أنه أقدم حتى من الإنسانية (Houzel.2008.p134)

ويرى الباحثان برازيلتون وكرامر (Brazelton & Cramer) أن الرغبة في أن تصبح والدا تسبق الرغبة في الطفل، هاتان النزوتان وُلِدَتَا منذ أن خلق الإنسان. (Brazelton & Cramer.1991.p22) إن الرغبة في أن تصبح والدا هي منافسة للقدرة والكفاءة الوالدية، كما أن الجانب الثقافي له دور في هذه الرغبة فكل ما تعلمه الفرد يُستثمر لكي يلعب ويُتقن دور الوالد جيداً. ويرى سيغموند فرويد

(S.freud) أن الرغبة في الطفل تأتي من الحب النرجسي، حيث تسجل في حل عقدة أوديب، الطفلة الصغيرة تكتشف الفرق بين الجنسين وفقدانها للقضيبي، فتنقل من الأم إلى الأب واستثمارها الليبيدي يريد طفلا من أبيها لتعويض القضيبي، الأم تصبح موضوع منافس والأب موضوع الحب، في هذه الأثناء الطفلة الصغيرة تسرع بضرورة التنازل عن رغباتها المحرمة بسبب التهديدات الخيالية من الأم، فتغير رغبتها في الطفل على شريك مستقبلي ذكر. عند المرأة الرغبة في الطفل لديه جذور في طفولتها الخاصة، أما الطفل الذكر الصغير عندما يستنتج الاختلاف بين الجنسين ويواجه قلق الخساء يتنازل عن رغباته في امتلاك أمه ويصنع منها طفلا ويزيحها حول شريكة أنثى مستقبلية.(Houzel.2008.p135)

أما النسقيون يصفون الرغبة في الطفل كدين حياة، فلوالدين يعطون حياة لفرد، يخلقون أيضا دينا، حيث يجب أن يسدده عندما يصبح والدا، العمل الوحيد لتركهم جسديا وخاصة نفسيا هو أن يدخل الفرد في سيرورة الفردانية التي تخلق هذا الدين، فالفرد وبطريقة عادلة ولتعويض الدين المترتب عليه من الجيل السابق، عليه أن يصبح بدوره والدا إنتماني ومدين ينقل الحياة التي تلقاها.
(Houzel.2008.p 137)

2.3. الحمل: إن الحمل هو عبارة عن تمجيد نرجسي حيث تصبح المرأة أكثر حذرا في فترة الحمل كأنها بصدد تأدية عمل مقدس وقد أظهر العديد من الباحثين بيرتاند، كرامر، فرانسيسكو، بلاسيو اسباسيا (Bertand. Cramer. Francisco. Placio espasa :1993) أن الحمل هو عبارة عن فترة نمو حقيقية للمرأة (Camus. 1995.p 13-14).

إن التوظيف النفسي الأمومي يبدأ من الأسابيع الأولى للحمل حيث يتميز بسماح كبير للاشعور المكبوت أن يتدفق في اللاشعور، والمرافقة النفسية المعتادة تصبح أقل فعالية « ليس غريبا أن نلتقي بنساء في حالة انجذاب ونفور وسرحان في التفكير في ما سيخلفونه».(Bydlowsk.1995.p 895).
هذه المرحلة تتميز باستثمار كبير للتاريخ الشخصي للأم المستقبلية وإعادة الذاكرة الطفولية، استهجمات نكوصية وإعادة المعاشات البدائية ما قبل الأوديبية تظهر في الشعور ولكن لكل امرأة استهجمات الخاصة بها. فالحمل هو المكان الذي تعود فيه الصدمات الماضية كالاعتصاب، الاعتداء الجنسي، تذكر حداد قديم، إذ تعمل هذه الحساسية الأمومية، بتحديث الصراعات المتراكمة

فتترجم بمصطلح الأزمة، والخضوع إلى الاختيار وإمكانية الهشاشة واردة، لكن في نفس الوقت هي مصدر لإعادة البناء النفسي الوظيفي (Missonnier & Lebovici, 1970)

في هذه المرحلة الأم المستقبلية تتوقع حول نفسها وتتمركز على ذاتها حتى أنها لا تصل إلى تصورات ذهنية أو عقلية واعية منطقية مرتبطة بالطفل الذي سيأتي.

3.3. الاهتمامات الأمومية الأولية: الاهتمامات الأمومية الأولية أو الانشغالات الأمومية الأولية بهذا المصطلح لدونالد فينيكوت (D.winnicott) يصف هذه المرحلة عياديا والتي تعني الأشهر التي تسبق الولادة وبعد الولادة حيث تتمكن الأم من القدرة على التكيف مع الحاجات الأولية لرضيعها، برهف وحساسية كبيرين وهي حالة تتطور تدريجا للوصول إلى درجة من الإحساس تتناسب مع إيقاعاته ورهافته (winnicott.1956.p 286)

هذه الحالة تتميز بإحساس كبير من طرف الأم مع مختلف الحالات النفسية لرضيعها، تتعرف على علامات طفلها التي تحللها وتفسرها بفعالية كبيرة، هذه الحالة الخاصة بالأم هدفها استقبال الرضيع وإعطائه شعور متواصل بالتواجد، وتستمر خلال الثلاثة أشهر الأولى التي تتبع الولادة. هذه الحالة تتميز بانطواء معرفي، بانفصال وبحالة فصامية كما سماها دونالد فينيكوت " جنون أمومي مؤقت، وهو مرض عادي" (winnicott.1956.p 286)

ويضيف دونالد فينيكوت أن بعض الأمهات ينجحن مع طفل ويفشلن مع طفل آخر ، وأنه يوجد فروقات فردية بين الأمهات ، فكما تنجح أمهات مع طفل وتفشلن مع طفل آخر يوجد أمهات يتخلين عن طفلهن، وأن في هذه المرحلة يحدث تقمص نكوصي للأم لرضيعها.

كما يرى الباحث ستوليرو (S.stoléru) أن إعادة التعرف على تبعية الطفل الكاملة واستحالة تلبية حاجاته بنفسه، هو الذي يصنع الإحساس بأن تكون والدا (stoléru & lebovici.2003.p 131)

أما الباحث ف. توستان (Tustin. 1972) استخدم مصطلح الحمل النفسي الذي يتبع الحمل التشريحي أو الجسدي والذي يجعل هذه الوضعية الخاصة للطفل الرضيع كموضوع خارجي وأيضا داخلي (Golse & bydlowski.1997.p 32) ، حيث أن الطفل لا يحس بالضيق والقلق ويتكيف بطريقة جيدة مع حاجاته وتسمح له باتخاذ الوضعي الطفولية الكاملة.

4.3. تعريف الوالدية: يعرفها الباحث ستوليرو (Stoléru) على أنها سيرورة نفسية تحدث لدى الفرد عندما يصبح أبا أو أما (Stoléru, 1989. P 113).

ولوصف هذه السيرورة الوالدية ، استوحى طبيب الأعصاب والمحلل النفسي راكاميي (Racamier) من أعمال الباحث بيبرينج (G.Bibring) بوضعه لأول مرة مصطلح الوالدية والأمومة في نصف سنة (1961) ، لوصف التغيرات الشخصية والتوظيف النفسي للأم أثناء الحمل وفي بداية تواجد الطفل. (Houzel , p137-139) ويرى الباحث راكاميي (Racamier) أن الأمومة هي مرحلة نمو نفسي عاطفي بتصدعاتها وصراعاتها، وتشبه نوعا ما أزمة المراهقة. وبالنسبة للباحث لبانديك (Benedek) الوالدية هي سيرورة نضج نفسي ، تتطور وتتمو لدى الأم الأمومة ، ولدى الأب الأبوة، فسيرورة الأمومة ترتكز على قاعدة بيولوجية مرتبطة بشكل حميمي بالنمو النفسجنسي للمرأة، هذه السيرورة يمكن أن لا تظهر أو تضطرب. كما يرى الباحث ديدي هوزال (Houzel) أن هذه السيرورة هي جزء مندمج في النمو النفسي العاطفي الأنثوي ، بمعنى مرحلة يكون فيها الموضوع يتواجه مع تقمصات عميقة تملئها عليه إعادة معايشة الصراعات القديمة بمناسبة المرحلة الجديدة التطورية للشخصية (Houzel.2002. p62)

وفي الثمانينات أصبحت هذه المفاهيم أكثر استعمالا في الكتب وتطبيقاتها على الآباء والأمهات. وفي التسعينات أصبحت تظهر أيضا مصطلح "الأبوة" بعد أن أدخلها Carle لأول مرة سنة (1974). يصف الباحث سيلان (C.Sellent) الوالدية على أنها "حاجة ملحة في نمو وتطور الفرد، وهي بمثابة خط يُظهر الانتقال من الطفولة إلى الرشد وهي حركة انتقالية تدخل تغيرات في مختلف أعمار الحياة. كما يرى أن كل ولادة جديدة يمكن أن تفتح على والدية مختلفة تماما ولنفس الفرد. بمعنى أن الوالدية هي سيرورة حرة متغيرة من ولادة إلى أخرى ، بالرغم من أنها من نفس الوالدين في نفس المكان، لكن تلك الوالدية تختلف من طفل لآخر، أي أنها غير ثابتة ومتحركة.

كما أعطى الباحثان باراكو ولامور (Lamour & Barraco) تعريف لفكرة الحركة الوالدية وهي مجموع التغيرات وإعادة التشكيل النفسي والعاطفي الذي يسمح للراشدين أن يصبحوا أولياء ، بمعنى الاستجابة لحاجات طفلهم على ثلاث مستويات: الجسم، الحياة العاطفية، الحياة النفسية، فهي سيرورة ناضجة. (Lamour & barraco.1998)

ترتكز الوالدية حسب الباحث سيلان (C.Sellenet) على الميل والاستعداد الفطري عند الراشد لإطعام وحماية الطفل وإدخال العناية التي تلقونها الوالدان في الطفولة، إذن الوالدية هي امتحان نفسي. بمعنى أن الفرد لديه الاستعداد الغريزي للحماية والعناية بالطفل كما أن الفرد سيعيد استعمال نفس العناية والحماية التي تلقاها في الطفولة على طفله في ممارسة الوالدية.

أما سارج لوبوفيسي (S.Lobovisi) فرق بين الوالدية أو الأبوية *Parentalité* والقراية *Parenté* والتي تعني سيرورة إنتاج بالمعنى البيولوجي. يقول الباحث لوبوفيسي " لدينا طفل لا يعني أننا أبوان الطريق الذي يأخذنا إلى الوالدية يتطلب أن نكون مساهمين في الإنتاج مع الطفل وجدّيه - شجرة الحياة - اللذان يمثلان الاتصال بين الأجيال ووجود سيرورتان اثنتان للوالدية والبنوة، بفضلها الوالدان يستطيعان أن يكونا أبا وأما". (Lobovisi. 1999) والتفكير في الوالدية يتطلب تقبل أن هذه الظاهرة الإنسانية تحمل تشابك وتداخل عناصر بيولوجية نفسية وثقافية (Solis-ponton. 2001) كما أن الوالدية هو مفهوم متناقض ففي وقت واحد هو طبيعي على المستوى البيولوجي و أيضا في وجهة نظر النظام الاجتماعي، ولكنه معقد جدا على المستوى النفسي والثقافي، إذ يتطلب سيرورة التناقل ما بين الأجيال لأصل الإنسان ولكي تصبح والدا، هو إنعاش مراحل ما بين الأجيال لمناعة التثاقل أين يكون المنتوج هو الطفل (Solis-ponton.2001)

5.3. محاور الوالدية: أعطى الباحث ديديي هوزال (D.Houzel) ثلاث محاور للوالدية:

1.5.3. ممارسة الوالدية: هذا المفهوم يعني الإطار الأساسي للنمو والتطور الجيد لمجموع الإنسان ويرجع للتوازن الأساسي والرئيسي للحياة العائلية والاجتماعية، وممارسة الوالدية هي مجموع التصورات المعرفة من طرف الجماعة وهي مزيج الحقوق والواجبات المفروضة على كل الوالدين لضمان الحماية، التربية، والعناية منذ ولادة طفلهما، بدون احتساب السلطة الوالدية هذه التصورات تعني "على المستوى الرمزي المكانة الوالدية وتطبيقها في البنوة والنسب". (Sellent. 2002.p 29) ولكن أيضا في مجموعة ثقافية لديها التبادل بين ممارسة الوالدية والتنشئة الاجتماعية للطفل، ترتكز على نوع جماعته التي ينتمي إليها. ومن وجهة نظر نفسية ديناميكية هذا المفهوم لممارسة الوالدية هو مرجع للمنعوات المستخدمة لكل فرد، خاصة منع المحرمات ضمن الاستمرارية والانقطاع مع أوليائنا وتوضح وتفرق بين أدوار كل واحد وكلا الجنسين.

2.5.3. تجربة وخبرة الوالدية: التجربة الوالدية تعني " الخبرة الذاتية الشعورية واللاشعورية

عندما نصبح أولياء ونقوم بالأدوار الوالدية".

هي الخبرة الذاتية لإحساس المعاش الذي أصبح والد يحس بالوالد تعني أيضا استهجمات، تصورات الأولياء فيما يخص شريكهم، أوليائهم في حد ذاتهم الطريقة التي يُنظر اليهم بها كأولياء، خاصة طفلهم هذه التجربة ترجع إلى العلاقة الخيالية والعاطفية لكل والد مع طفله هي تتطلب مواجهة بين

مختلف مستويات التصورات: الطفل الخيالي، الاستهامي، الواقعي، هذا المعاش الذاتي للوالدية الشعوري أولاً هو حميمي وخاص مرتبط بنوعية التصورات المتلقاة من الأجيال السابقة للوالدية العلاقات والدين- طفل، التي تلقب في هذه التجربة بالوالدية تستطيع أيضاً أن تكون غير متناسقة وفوضوية وتتميز بالانقطاع وعدم الاستمرارية في هذه العلاقات ويمكن أن تتميز برابط زائد وإضافي مفرط التمايز أو عن طريق الحرمان (الرفض أو سوء المعاملة). أيضاً هذه الخبرة هي تعرف عن طريق تاريخ الأولياء وحياتهم النفسية والعاطفية، التجارب الداخلية والعلاقات مع الهومات الوالدية لهم دور أساسي في ديناميكية النقاء طفل - والدان «أن تصبح والد هو سيرورة صعبة ومعقدة لكل فرد من حيث الوظيفة الجديدة للقيام بها بالأعماق مثل تاريخه الفردي والعائلي». (Momo.1998.p175)

- 3.5.3. تطبيق الوالدية :** تعني مجموع العنايةات الوالدية المقدمة للطفل وهي مهام يومية، عاطفية، مباشرة لك العناية بالطفل وتربيته فلأولياء عليهم أن يتفاعلوا يومياً مع الطفل، سواء على الصعيد المنزلي (الملابس، الوجبات) وعلى الصعيد التقني (ترتيب الفضاء، التكيف مع المحيط) أو على الصعيد التربوي والعائلي تطبيق الوالدية الأمر الذي دفع الباحثين بأن يضعوا نظرية التعلق ومفاهيم قدرات الرضيع وهي القوى الأساسية لتفاعل الطفل مع محيطه. (Houzel.2009.p 156) ومفهوم تفاعل والدين- طفل الذي يسمح بتحديد المشاركات الفعالة للطفل في سيرورة تأسيس علاقات بينه وبين أوليائه. (Houzel.2009.p 157) كما تعمقوا في مفهوم التفاعلات بإعطائهم ثلاثة مستويات لوصف جيد للاتصالات بين والد - طفل، بالتركيز على الدور الفعال للرضيع في سيرورة الوالدية:
- التفاعلات السلوكية: التي تعني التبادلات الجسدية، الحسية الملاحظة مباشرة بين الطفل والأولياء.
 - التفاعلات العاطفية: الملاحظة بطريقة غير مباشرة، التي تسمح بانتقال الطفل إلى داخل ذاتية، التي تعني الاتصال العاطفي بين الأم ورضيعها وسيجري عليهما «ترابط عاطفي».
 - التفاعلات الاستهامية: وهي تعني الجانب اللاشعوري للتبادلات والد - طفل، تنتظم بوظيفة التصورات اللاشعورية وبالتاريخ الشخصي للوالدين.
 - التفاعلات الرمزية: التي تخص مميزات الانتقال الرمزي داخل العائلة.

إذن عن طريق هذه التبادلات التفاعلية بين الأولياء وطفلهم الضرورية ل نمو والتطور الجيد تتجسد الاهتمامات والعنايات الوالدية، والتفاعلات السلوكية والعاطفية في تطبيق الوالدية وأيضاً التفاعلات الاستهامية والرمزية تكشف خبرة وتجربة الوالدية. حيث يؤكد دونالد فينيكوت (Winnicott) على أنه يجب أن تكون هناك والدية «جيدة كافية» لكي تصنع طفلاً بصحة جيدة، ولكي يصبح راشداً بصحة جيدة أيضاً يجب أن يكون طفلاً «جيداً كافية» لكي يصبح الأولياء أباً وأماً ويستطيعان ملاً وظائفهم الأبوية والأمومية بطريقة متناسقة، لكن كثيراً ما نجد الإصابة الفرجسية الكبيرة لدى أولياء الأطفال المعاقين، الطفل المعاق يُؤدّد لدى الأولياء الإحساس ب « أنتما والدان سيئان » فقوم طفل معاق يحدث للأولياء تغيير كبير لن يكون أي شيء كما في السابق، ونتائج الإعاقة كثيرة ومتعددة، حيث يتضرر الأولياء في سيرورتهم النفسية للقيام بالممارسات الضرورية للوالدية (Angel,1996)

6.3. الكفاءة الوالدية: تعتبر الكفاءة الوالدية من العوامل المهمة التي يمارس من خلالها الآباء تربية صحية داخل الأسرة، فهي تشير إلى اعتقاد الأم والأب بأنهما قادران على التأثير إيجابياً في سلوك أبنائهم (الخطيب، 2010).

وقد عرف تروديل ومونتامبولت (Trudelle & Montambault :1994) الكفاءة الوالدية على أنها "التاريخ الداخلي للوالد، أي الصورة التي يمتلكها عن نفسه كأب، يمثل الوالد المواقف والمشاعر والتوقعات والصراعات والمعتقدات التي يواجهها في تعليم طفله (Baiverlin & Blavier,2020)، كما تعرف على أنها المشاعر والقدرات والمهارات التي يمتلكها الوالدان ، بحيث أنه اعتماداً على تطور هذه الكفاءة سيتمكن الآباء من تعزيز أنماط الحياة الصحية في أطفالهم (Cayetana, Inmaculada & Agurtzane, 2018)

ومفهوم الكفاءة الوالدية هو مفهوم متعلق بالثقافة ، حيث يعتقد الآباء أنهم مسؤولون عن رعاية أطفالهم وأن معتقداتهم الدينية هي دافع مهم لرعاية الأطفال (Fateme, Mahnaz, Zahra , Najaf, & Mark;2020) ، وعلى الرغم من اعتباره مصطلحاً غامضاً من الناحية المفاهيمية ، فهو يشير عموماً إلى قدرة الوالدين ومشاعرهم حول أداء المهام والسلوكيات والمسؤوليات الأبوية (2001) (Sadler, Stephen & Sabatelli, 1984) وقد اقترح بيلسكي (Belsky :1984) أن الكفاءة الوالدية تتأثر بثلاثة مصادر عامة:

- الموارد النفسية الشخصية للوالدين.

• خصائص الأطفال.

• المصادر الاجتماعية للتوتر والدعم (Marthe, Peter , de Haan & Alithe,2015)

وتظهر التربية الأسرية الفعالة من خلال الممارسات السلوكية اليومية التي يمارسها الآباء أثناء تفاعلهم اليومي مع أطفالهم داخل وخارج المنزل، ومن الطبيعي أن تتأثر هذه الممارسات بالناحية المعرفية التي يمتلكها الآباء عن أطفالهم. وتتلخص أهم الكفاءات اللازمة لتحقيق تربية أسرية فاعلة فيما يلي:

- كفاءات الجانب المعرفي للآباء وتتمثل في معتقدات الآباء عن الوالدية والتربية الأسرية بالإضافة الى مستوى معرفة الآباء عن أطفالهم من حيث مراحل النمو ومتطلباته النمائية.
- كفاءات متعلقة بالجانب السلوكي للآباء، وفهم انفعالات الأطفال، وفهم أسباب السلوك الغير مرغوب فيه لدى الأطفال.
- كفاءات مهارة تطبيق القواعد الأساسية في التربية الأسرية، ومهارة الاستماع الجيد (الخطيب، 2010)

ويرى باندورا (Bandura) أن الكفاءة الوالدية الذاتية تتكون من ثلاثة أبعاد هي:

- الكفاءة الذاتية السلوكية: والتي تدفع وتشجع على الاستمرار والمواجهة للصعوبات، وعلى المبادأة في سلوكات جديدة، ويمكن تقييمها من خلال المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي.
- الكفاءة الذاتية المعرفية: وتشير إلى إدراك الفرد أن لديه قدرة على السيطرة على أفكاره ومعتقداته، حيث أن سلوكه يقاد من خلال أفكاره، وتقيم هذه الأفكار من خلال القدرة على السيطرة على الغرائز والأفكار الاكتنابية.
- الكفاءة الذاتية الانفعالية: وتشير إلى معتقدات الفرد حول قيامه بأفعال تؤثر على حالته الانفعالية ومزاجه، وإلى إحساس الأفراد الذين يبحثون عن علاج نفسي بسبب توقعاتهم واعتقادهم باستمرار اضطراباتهم، وأن مشاعرهم خارجة عن سيطرتهم، وتقيم هذه الكفاءة من خلال القدرة على السيطرة على المزاج أو المشاعر في مواقف محددة (الخطيب، 2010)

ويرتكز إحساس الوالدين بالكفاءة على نظرية باندورا المعرفية الاجتماعية (1997) ، وتفسر بأنها اعتقاد الآباء بأنهم يستطيعون إدارة مهام الأبوة بشكل فعال ، ففي الدراسات القليلة التي فحصت محددات شعور الوالدين بالكفاءة ، كان التركيز بشكل أساسي على الخصائص الأبوية ، مثل شخصية الوالدين أو اكتئاب الوالدين (Marthe, Peter , Dekovic, de Haan & Alithe,2015) ومن العوامل المؤثرة في مزاج الوالدين وحالتهم الانفعالية، الضغوط الأسرية والحياتية المختلفة التي تعمل على تعطيل أدائهم وممارستهم، وتجعل نظرتهم سلبية لأطفالهم كما تجعلهم أقل رعاية لهم وغير قادرين على حل المشكلات مع سرعة الغضب وكثرة الانتقاد واستخدام العنف، وبالتالي فإن امتلاك الوالدين لأساليب مواجهة بناءة يساعد على اتزانهم الانفعالي ويعمق لديهم الشعور بالكفاءة في تربية أطفالهم (الخطيب، 2010)

كما يتأثر الإحساس بكفاءة الوالدين بأربعة عوامل-تتبع من نموذج التعلم الاجتماعي لهندورا-، وهي: تجارب الإتقان النشط ، والخبرات غير المباشرة ، والإقناع اللفظي ، والحالات الفسيولوجية والعاطفية للوالد، وقد أظهر العديد من المؤلفين (Mouton & Roskam؛2009 ، Roskam et al.؛2015 ، Duclos, 2015) أن الكفاءة الوالدية تتأثر بالإحساس بالكفاءة الأبوية، بحيث أن دراسة الإحساس بكفاءة الوالدين بالنظر إلى أن كيفية إدراك الآباء لأنفسهم لها تأثير كبير على كيفية قيامهم بدورهم ، وبالتالي على مواقف الوالدين في الحياة الواقعية ، حيث أثبتت الدراسات أنه عندما يكون الآباء واثقين من قدرتهم على التصرف، يكون لذلك تأثير إيجابي على ممارسات الأبوة والأمومة في الحياة الواقعية ، والتي بدورها لها عواقب إيجابية على سلوك أطفالهم ، بما في ذلك تقليل حدوث الاضطرابات السلوكية (Baiverlin & Blavier,2020)

4. التصورات والاستهجمات لميلاد الطفل:

إن الأم أثناء الحمل تكون لديها تصورات واستهجمات عن طفلها فهي تبني و تطور صورة عن طفلها الذي سيولد، هذه الصورة عبارة عن مزيج من مدركات الذات و الأشخاص القريبين الآخرين في حياة الزوجين السابقة كالأم ، الأب ،الإخوة والأطفال السابقين ...، تتضمن هذه التصورات النموذج الثقافي للطفل المثالي، أي ذلك الطفل الذي يمتلك خصائص وقدرات تمكنه من المنافسة الناجحة، والقيام بنجاح الأدوار الذي يسندها المجتمع إلى أعضائه، تشمل التصورات كذلك الانجازات التي يكون والدي الطفل قد طورها في مخيلتهما، في حين أن القيم الأسرية تختلف من أسرة لأخرى

فالتصورات تتضمن أن يكون الطفل قادرا على تجاوز أو على الأقل تحقيق مستوى الوالدين من الانجازات الثقافية والاجتماعية. تصبح هذه التصورات متناقضة تماما مع الواقع عندما يتم الإعلان عن تشخيص إعاقة الطفل ويصل الطفل مصابا بشكل من القصور كما هو الحال حينما يصل مصابا بمتلازمة داون فالتباعد بين التصورات و بين الواقع يمثل تحديا أساسيا لقدرات الوالدين على مسابرة الموقف والتوافق والتكيف معه.

5. المواجهة مع الطفل الخيالي:

في الوقت الذي يسبق ويلي الولادة، يكون لدى الأم بعض التصورات على طفلها تحدث الباحث ساغج لوبوفيسي (S.Lebovisi) عن ثلاث مصطلحات مهمة:

- الطفل الخيالي : L'enfant imaginaire
- الطفل الاستهامي : L'enfant fantasmatique
- الطفل الوهمي أو الأسطوري : L'enfant mythique

➤ . **الطفل الخيالي:** بالنسبة ل S.Missionnier الطفل الخيالي هو متجذر ومغروس في ما قبل

الشعور، هو ثمرة الرغبة في الحمل (Missionnier. 2005.p 110)

ويرى الباحث بودلوييسكي (M.Bydlowski) أنه يوجد في كل امرأة حق تلك التي ترفض الأمومة، سيأتي يوما وترغب فيها، هو ذلك الطفل الذي ينقص المرأة وتملاً به رغبتها في الإنجاب، ولكن ليس رغبتها في الطفل، والذي يجب عليه أن يُصلح ويملاً الحداد، الوحدة، الشعور بالضياح والقدر. (Bydlowski 1997.p 65)

فالمراة تضمن تحقيق رغبتها الطفولية أكثر من الطفل الملموس ، والطفل الذي يكبر في جسم أمه يبقى في المجال الخيالي، وتحضر على طول فترة الحمل مشاعر تعلق قوية تولد مع الطفل الخيالي هذا الطفل يحمل كل التوقعات وآمال الوالدين، فهو سيرث التاريخ الأسري. أثناء الولادة التصورات التي تتعلق بالطفل الخيالي ستتواجه مع الطفل الحقيقي، إذ يعتبر حدث أساسي وجوهري للأبوين، وحب الرضيع من الولادة يتطلب التعلق بالطفل الخيالي وبعض الامتثال للرضيع الحقيقي، ولكن يمكن أن يأتي الطفل حاملا للإعاقة في هذه الحالة لا يوجد امتثال وتواصل بين الطفل الخيالي

والطفل الحقيقي، وانطلاقاً من هذه المرحلة يمكن أن تنتج صعوبات علائقية بين الأولياء ورضيعهم. وعلى الأولياء القيام بالحداد على الطفل الخيالي لتقبل الطفل الحقيقي، وهي تجربة غالباً ما تكون مؤلمة.

➤ **الطفل الاستهامي:** تحدث الباحثة لوبوفيسي (Lobovisi) عن الطفل الاستهامي والطفل

الوهمي حيث أن الطفل الوهمي يعكس المرجعية الثقافية التي تحيط بالوالدية وتربية الطفل بعد الولادة. والطفل الاستهامي هو لا شعوري، ونتيجة صراعات طفولية ورغبات في الأمومة الممنوعة والمحرمة (Missonnier . 2003.p 46)

إن الطفل الاستهامي هو تحقيق لعقدة أوديب، وهو نتاج الرغبة في الأمومة، ويستقر بتقمصات أوديبية. بالنسبة للوبوفيسي (S.Lobovici) الطفل الاستهامي هو رمز الحلم الأبوي والحلم الأمومي وهو نسيج التقمصات الإسقاطية ما قبل وأثناء الولادة للأولياء.

6. التناقل عبر الأجيال: إن الوالدان اللذان سيعطون الحياة يحملون تصورات، سيناريوهات أكثر أو أقل شعوراً، تظهر بطريقة عبر الأجيال في قصتهم التي سينقلونها لطفلهم بدون أن يعرف وفي نفس الوقت سينقلون بصمتهم البيولوجية. هي دلالات جسمية تدل على أن لا شعور كل والد يأتي ليأخذ جسد في المكان النفسجسدي للطفل، والطفل هو حامل لسيرة ذاتية وليبيدية ومكان لإسقاط الرصيد التصوري لكل والد، ولن بتغيير في نظام والتصميم الذي سيعطيه مميزاتة الفريدة والخاصة " (Bydlowski.1997.p 67)

ميلاد طفل يحدث تغير في الأدوار لكل زوج من الزوجين، الفتاة تصبح أما، الفتى يصبح أبا. دخول هذان الوالدين الجديدين إلى الوالدية يترافق مع تقمصات لأوليائهم في حد ذاتهم، هذا ما يدخل إعادة تفعيل الصراعات الطفولية ويعاد التفكير من جديد في الانفصال عن الوالدين. هذا التغير في الدور يدخل في أزمة هوية ونرجسية « لكي تصبح والداً، ضروري أن تقوم بعمل على الذات، الذي يتطلب أولاً فهم أننا نرث بعض الأشياء من أولياننا في حد ذاتنا » (Lobovici. 2002. P 8)

أيضا أن يصبح والد يفرض ضرورة معرفة ما استقبله من أوليائه بمعنى استحضر سيرورة نفسية، ونقلها إلى أطفاله. بالنسبة ل سولي بوتون (Soli – ponton) الوالدية مثل النسب، هي بناء نفسي وهما سيرورتان متكاملتان تتكونان من التاريخ الطفلي، تاريخ الوالدين في حد ذاتهم، وأيضا تاريخ الأجداد.

كل واحد يدفع دين سابق، الجدين يتمنون رؤية ولادة طفل من طفلهم، الوالدين يقومان بإسقاط نرجسي على الطفل، إسقاط لطفولتهما الخاصة، كل واحد يسعى إلى تكرار الطفل عن طريق التناقل النفسي الذي يحدث من جيل إلى جيل آخر، الطفل الذي يولد سيكبر أيضا في مجال من التصورات، والسيناريوهات الموجودة قبله، كما عبر سارج لوبوفيسي الطفل هو حامل لتسديد دين متناقل عبر الأجيال، هذه التصورات سوف تخدمه على مستوى بناء هويته وقيمه، هذه التناقلات ما بين الأجيال لديها تأثير على التفاعل والدان - طفل.

1.6. تأثير التناقل عبر الأجيال على التفاعل بين الوالدين - الطفل:

يرى الباحث لوبوفيسي (S.Lobovici) «أن الطفل يصنع الأم» (Lobovici.2002.p 30) إن الأبحاث حول التفاعلات الأولية والدان - طفل ركزت على أهمية قدرات الرضيع، التي ستدخله في علاقة مع أمه كنوع تناقلي حيث لكل واحد منهما م سرار فعال في الثنائي أين كل واحد يمارس تأثيرا على استجابات الآخر. (Solis. ponton.2002.p27) يعطي الطفل أيضا لوالديه الوالدية، يبني نفسه بنفسه في الوقت ذاته، بفضل قدراته التي تلعب دورا كبيرا في التفاعلات، يجامل ويتودد لنرجسية الوالدين، اللذان يحسان أنهما أبا وأما لطفلها، مثل مفهوم المرأة عند Winnicott بمجرد أن يُرى الطفل من طرف أمه سيعطي للطفل الإحساس بالوجود، وللأم الإحساس أنها أم عن طريق نظرات طفلها. عن طريق هذه التفاعلات الأولياء سيتصورون الطفل بطرق مختلفة، حيث أن Lobovici يرى أن الأم لديها خمسة تصورات مختلفة عن طفلها قبل وبعد الولادة:

- الرضيع الاستهامي: الذي يأتي من استهجمات اللاشعورية للأم ومراعاتها الطفولية المكبوتة، الرضيع هو وريث عقدة أوديب عند الأم.
- الرضيع الخيالي: هو الطفل الذي فكر فيه من طرف الأم، بطريقة واعية وقبل شعورية، هي ثمرة رغبتها في الطفل.

- الرضيع النرجسي: الرضيع يستثمر نرجسية والديه.
- الرضيع الثقافي: هو الذي يرتبط مع ثقافة أمه.
- الرضيع الحقيقي: الطفل في جسده.

إذن الرضيع لديه حاجات على الأولياء وعليهم أن يتكيفوا معها أولاً، إذن هذه التصورات ستتواجه مع التفاعلات مع الرضيع الحقيقي، انطلاقاً من هذه المواجهة يمكن أن تظهر صعوبات في التفاعلات بين الوالدين والطفل. الباحثان لوبوفيسي وستوليغو Lobovici et Stoleru يميزان ثلاثة أنواع من التفاعلات الأولية بين الوالدين والرضيع: التفاعلات الجسدية، التفاعلات العاطفية، والتفاعلات الاستهامية.

- التفاعلات الجسدية: هي التبادلات الجسدية عن طريق الحفاظ الجسدي، النفسي للطفل من طرف أمه والعناية المعطاة من طرف أمه كمرافقة مع اللام ، وأيضاً تبادل النظرات والكلام، هذه التفاعلات تلاحظ في السلوكيات.

- التفاعلات العاطفية: وهي تعني التبادلات العاطفية اللاشعورية بين الطفل وأمه.

- التفاعلات الاستهامية: هي التعابير الاستهامية للشريكان وتأثيرها المتبادل .

(Missonnie.2003.p 39)

الباحثون كرامر وبلاسيو اسباسا (Cramer et Palacio- Espasa) يصفون هذه التفاعلات كتجسيد للاستثمارات النرجسية والنزوية للوالدين، إلى غاية أن يأوي إلى مجالهم النفسي الداخلي، والذي سيعيد توزيعها في المجال الداخلي للأشخاص أو بينهم في علاقة طفل حقيقي واستهامي.

(Cramer & Palacio- Espasa.1993)

7. صدمة الإعلان عن التشخيص:

إن الإعلان عن إعاقة الطفل يعتبر فريد لدى الوالدين، فهو يحدث توقف المواصلات وتوقف لتصورات الوالدين، هذه التجربة تعتبر صدمة حقيقية بما تحمله من ضغط انفعالي وعاطفي يتجاوز قدرات الوالدين النفسية. ترى كاترين غريندوجج (Catherine graindorge) أن هناك مرحلتين من الصدمة:

الصدمة المباشرة التي تتميز ببوادرها الانفعالية الأولية كالحزن، العدوانية، الاكتئاب، الغضب والضجر وكلها مشاعر وأفعال عادية وطبيعية فالدهشة تكون كبيرة ، ثم شيئاً فشيئاً الآليات النفسية الدفاعية

تتجمع وتأخذ شكل مكونات ، تشبه إلى حد كبير مكونات الاكتئاب، وفي معظم الحالات تكون هناك مرحلة ثانوية متعلقة بميكانيزم ما بعد الصدمة : وهي عندما يأتي الواقع ليعاود تقوية وإرجاع ما يؤلم في الماضي ، إذ أن إعاقة الطفل تعطي معنى لنظريات لاشعورية مرتبطة بصراعات طفولية من مراحل نمو الوالدين (Graindorge, 2005,p145)

ففي المفهوم الفرويدي من يقول صدمة يقول كبت ، حيث أن السيرورة العادية التي تسمح بالرجوع والعودة ما بين الحاضر والتصورات ، التي تأتي من ماضي الوالدين تتوقف ، فهما يفقدان معالمهم ويكونان في حالة دهشة أمام هذا الطفل الغير مألوف، الشاذ والغريب (Safraty, 1998,128) وفي مقاربة نفسية تحليلية بنى سيمون كورف سوس (korff-sausse) أن الطفل المعاق يعكس لوالديه مرآة مكسرة وصورة مشوهة ، تتدخل فيها أفكار الغرابة، الموت والجنس الغير عادي ، والنسب الخاطئ(Korff-Sausse, 1996 ,p 297)

ويفقد الوالدين عند الإعلان عن التشخيص ما كانوا ينتظرونه فيحدث اصطدام بين الطفل الخيالي الاستهامي، والطفل الحقيقي، وهذا ما يعتبر منبع أساسي للصراع النفسي لدى الوالدين . أما الباحث ديكانت (Decant) يرى أن المثلث الأوديبى يتكسر ويتهشم بالإعلان عن التشخيص . كما وضع باحثون آخرون خمسة مراحل لما بعد الصدمة : وأولها الإنكار يتبعه الغضب، القلق، الحزن والشعور بالذنب، ثم يتخذ الوالدين حالة توازن أولية، ويتبعها في أحسن الحالات مرحلة التنظيم الصعبة، وفي المرحلة الأخيرة تشبه إلى حد كبير الحداد ، وهـو حداد عـلى الطفل الاستهامي . (Mazet ,2004, p610)

إن الإعاقة تحدث صدمة كبيرة ومفاجأة "تسيطر على النفسية " تشتت وتحدث فوضى في وظائفها الدفاعات كلها تفيض بعضها أكثر مرضية يمن أن تظهر(Sausse.1996.p 36)

تكلم الباحث فرانزكي (Ferenczi) في أول الأمر حول هذه الحالة للانحصار في الصدمة الذي يقضي على قدرات الفكر النفسية ، ولا تستطيع إطلاقا تعمل عناصر خارجية ، كما شرحت كورف صوس Sausse " يتبع تعليق الهيئات العقلية ضربة غير متوقعة غير محضر لها ومحطمة، ويمكن أن نقول كتخدير ولكن كيف يكون هذا؟، في نظري عن طريق إيقاف جميع أنواع أعمال النفس " (Sausse.1996.P36) وتضيف: "هو حدث لا نريد بعده أبدا العودة إلى الوراء،

الحدث الصدمي يقسم نهائيا خط الوقت". لهذا يلزم الكثير من الوقت لكي يُدمج هذا الحدث الصدمي في البنية النفسية الوالدية. و"إعادة التكوين يمر بمراحل مستحيل أن ت تسرع من وتيرتها. (Sausse.1996.p38)، بمعنى أن كل والد لديه إيقاعه الخاص في إعادة تكوين بنيته النفسية حسب خبراته وتكون شخصيته والظروف المساعدة الداخلية والخارجية. ومن المهم أيضا أن يفهم المعالجون استحالة التوظيف النفسي الوالدي للإدماج مرة واحدة للحدث الصدمي، ما يدفع بإدخال سلوكيات وعادات والدية، كالعوانية، الرفض التي تستطيع أن تكون مشتتة بالنسبة للمتخصصين، فلإعلان عن الصعوبة للأولياء يشمل ظاهرة صعبة التي تدخل في عدم التواصل، انفصال في التصورات الوالدية، هذه الخبرة تعتبر تغير جذري حقيقي، وصدمة تجمع القلق الكبير والضغط الانفعالي يفيض ويصبحان من المصادر النفسية للأولياء. إذن يمكن تعريف الصدمة على أنها: ظاهرة في حياة الفرد، التي تتميز بشدتها وعجزها حيث يجد الفرد نفسه يستجيب للتغيرات الجذرية والنتائج المرضية التي تحدثها في التنظيم النفسي. (Laplanche & pontalis 1967.p 499)

كما تكلم الباحث بيدلوسكي (M.Bydlowski) عن الإعلان عن الإعاقة كغزو واجتياح للتصورات الصدمية التي يحصر الحركة ، فالصدمات الطفولية للأولياء ستجتاح إلى فكرهم، الإعلان عن الإعاقة يخلق « فراغ » في السيرورة العقلية التي تتطلب الحداد، الذي يحمي جزئيا الأولياء من القلق الشديد نتيجة هذا الحدث. ويعتبر الشعور بالذنب لئهممة للأولياء يمكن أن تتراقق مع تصورات الموت لهذا الطفل، حيث أنه منذ الولادة يخلق تناقض في المشاعر ناتج عن التأثير النفسي للإعلان عن الإعاقة للأولياء. كما أن الباحث دروتار وآخرون (Drotar et al :1975) طوروا نوع تفسيري مازال صالح لوقتنا الحالي درسوا المراحل المختلفة التي سيمر بها الأولياء بعد الصدمة الأولية للإعلان عن التشخيص، حيث وصفوا خمسة مراحل انطلاقا من الصدمة العاطفية (1) إلى الإنكار (2) ثم الغضب، القلق، الحزن والشعور بالذنب (3) ثم يأخذون حالة استقرار (4) والتي تتبع في أفضل الحالات بمرحلة إعادة التنظيم (5). ومن هنا نلاحظ التشابه مع نوع الحداد: " حيث الوالدان يفهمان عند الإعلان عن الإعاقة، فقط فقدان الطفل الذي انتظراه ، والترابط بين الطفل الخيالي والحقيقي هو في حد ذاته مصدر صراع عند ميلاد طفل عادي، بينما سرياً بعد خاص ودرامي حزين في هذه الحالة خاصة " (Schauder & Duand.2004.p 610)

كما أن بعض الأمهات يحسون بالذنب لأنهما أنجبن «وحش» واستثمارهن للطفل يتناقض أحيانا بالرفض وأحيانا بالحماية المفرطة ، كثيرا هذه الأمهات يُسقطن خيبة أملهن وعدوانيتهن على محيطهن.

يرى ديكونت (Decont : 1989) أنه فيما يخص معاش الآباء كثيرا ما يصابون في خصوبتهم والمثلث الأوديبى يتحطم بالإعلان عن الإعاقة، ومن الضروري أن يعطي المتخصصون المساندة للأمهات وللآباء لإعادة إطلاق سيرورة الوالدية، بسبب الظاهرة المؤلمة والتي تأخذ بعين الاعتبار الإصابة النرجسية الشديدة للأولياء (Mozet & Stolem.2003)

1.7. نوعية الإعلان عن التشخيص: تطرق علماء النفس لأهمية نوعية الإعلان عن الإعاقة لما لها من تأثير نفسي على الأبوين ، وكان لامبير وغوندا (Lambert et Rondel :1979) أول من حللوا المتغيرات التي تكون حول الإعلان عن تشخيص متلازمة داون ، إذ يؤكدان على ضرورة قول الحقيقة فقط، لكن بعد تفكير معمق حول طريقة القول وكذا تقديم المعلومات عن أنواع التكفل بهذا الطفل (Lambert & Rondal, 1979)

أما قاليت (Gallet :1983) درس دور الطبيب أمام هذا الطفل وعائلته، تحت مبادئ الإعلان والتدخل عند الإعاقة، ففي نظره على الطبيب أن يتبنى عند الإعلان عن الإعاقة الإصغاء الحساس للأبوين أين يكون الحكم عليهم غائبا.

وعالج (Decant :1985) هذا المشكل في إطار التحليل النفسي في حين أن باربو وتيغري (Barbot et Terrier : 1989) أكدوا على الوقت المقدم للعائلة من طرف المختصين وتحفظهم وكتمانهم السر والثقة التي يجب أن يقدموها (Barbot F. et Terrier F 1989, p210)

كما قدم فولد (Gold :1995) نصائح عملية ك شروط للإعلان التي لها كل الأهمية في تحديد مكانة العلاقة بين الأولياء وطفلهم المعاق ، إذ يجب اختيار المصطلحات المستعملة من طرف الطبيب والمعلومات المقدمة يجب أن تكون بسيطة، واضحة ومفهومة، صادقة وتقريبية ، إذ لها الأهمية الكبيرة على الإمكانيات والقدرات العلائقية (Gold, 1995,p 22)

وفي دراسة للباحثة مونيكا كايغي (Monique Cuielleret) قدمت بروتوكول الإعلان عن تشخيص متلازمة داون الذي وضع على أساس نقاط يجب أن تحترم:

- تفادي الإعلان في قاعة التوليد أو بعد الولادة مباشرة.
- إعلان التشخيص في حضور الأب و الأم معا.
- المحاولة قدر الإمكان أن يكون هذا الإعلان على مرحلتين:
- مرحلة الشك و تثار بالتحاليل الطبية.
- مرحلة اليقين ونتائج تحليل الوراثة الخلوية.

هذا الإعلان يعتبر الطريق الأول لتقديم التفسيرات والشرح الكافي للسماح للأولياء بإعادة البناء والتقييم وكذا طبيعة الأفكار التي ستوجه لهم، إذ يجب أن تكون هذه التفسيرات والمعلومات واضحة، محددة وكثيرة وتقديم المساعدة والسند ، عن طريق اقتراح حلول لهذا الطفل ، لترك على الأقل إمكانية لمستقبل هذا الطفل.

ثم تأتي مرحلة النضج واتخاذ القرارات من طرف الأولياء وحدهم، ومهما كان التشخيص الطبي في نظر مونيكا كايغي Monique cuielleret " فهو تشخيص موت الطفل المستهام، وموت الطفل الخيالي".

2.7. تأثير الاعلان عن إعاقة الطفل على الأبوين: إن الإعاقة تؤثر على الوالدين من حيث إنجاب طفل سوي ومستحسن من طرف الآخرين، يزيد من قيمة الأبوان واعتزازهما، أما طفل متلازمة داون أو الطفل المعاق بشكل عام يسبب جرح نرجسي ، ويتفق العديد من علماء النفس على هذا الرأي إذ يرى مانوني (M.Mannoni) أن قصور الطفل يمس الأم في نرجسيتها ، وكل نقص من قيمته تعتبره مس لشخصيتها الخاصة، إذ أن ميلاد الطفل يعتبر نوع من الانجاز الذاتي وبالتالي فان الطفل المعاق سيعكس درجة الملائمة لشخصية الأم (Mannoni, 1964,p 26)

وبالرغم من أن الطفل هو نتاج مشترك بين الأب والأم معا ، إلا أن بعض الأمهات ينظرن إلى الطفل كشيء أنتجته للزوج، لجعله أبا، وكثيرا ما ينتظرن انطباع الزوج بعد رؤية الطفل ، أما إذا كان الطفل معاقا، فان الأم تدرك خيبة الأمل عند الزوج على أنها خيبة أمل في نفسها. كما يؤكد سال

(Scelles) أن ميلاد طفل معاق هو دائما جرح نرجسي بالنسبة للأبوين ، وأن الإعاقة تتسبب في شعور الأبوين بالذنب، إما لعدم قدرتهم على إنجاب طفل سوي، أو عجزهما عن حمايته.

(Scelles, 1997,p29)

وفي نفس الوقت قد يأخذ معنى ميلاد الطفل على أنه هبة من الله، وعلامة من علامات الرضا والقبول فإذا كان الطفل معاقا يفسر على أنه دلالة على الخزي والعار وأنه عقاب نتيجة لذنوب وآثام اقترفها الأبوين وتكون مشاعر الدونية لديهم واردة، إذ لدى الأبوان شعور داخلي بأنهما مسئولان عن حالة الطفل . كما أن لدى الوالدين تصورات للطفل ولمراحل وفترات النمو التي سيمر بها ، ففي كل مرحلة من مراحل النمو يتقربان الخطوة التالية ، ويسطران خطط حياتهما بناءا على تلك التصورات ، ومعظم هذه الخطوات المميزة في الحياة تعتبر من الخبرات التي تحمل الإثابة للوالدين ، طالما أن الطفل يصل إلى تحقيقها، لكن في حالة تواجد طفل متلازمة داون تصبح هذه التصورات محدودة وأحيانا مستحيلة فمراحل النمو لا تكون واضحة ، ولا تتوفر لدى الأبوين مراجع يمكن اللجوء إليها للتعرف على مراحل النمو عند هذا الطفل الفريد من نوعه ، وكما أن خبرات الوالدين الماضية لا تكون دليلا موجهها عندما يكون الطفل استثنائي من كل القواعد والنظم ، فيتميز معاش الأبوين بالشكوك والقلق اتجاه وضعية عجزهما عن إعطاء طفلهما العناية الضرورية التي يحتاج إليها، فمعاش طفل متلازمة داون يعتبر شيء غريب على الآباء فهم عاجزون عن تصور ما يحس به الطفل وبالتالي غير قادرين على مساعدته في تمثيل ما يشعر به والتعبير عنه، فتحدث حاجات الطفل إحباطا لدى الأبوين لعدم قدرتهم على إرضائه ولدى الطفل إحساس بعدم الفهم من طرف الآخر ويؤكد الباحث سال Scelles هذا الرأي باعتبار أن التفاعلات بين الطفل المعاق وأقربائه تصبح مصدرا للإحباطات مما يدفعهما إلى البحث عن ميكانيزمات دفاعية ، عبارة عن ردود أفعال للتخفيف من حدة هذه المشاعر ، وهذا ما يؤدي إلى تشويه مدركات الواقع ، ومن ثم يعقد عملية البحث عن التفسيرات السببية ، وهذه الأساليب ستؤثر على العلاقة بين الأبوين والطفل تأثيرا سلبيا بعيد المدى. (Scelles, 1997,p35)

إن نوعية الإعلان عن الإعاقة عامل جد مهم والباحثان لمبار وغونداال (Lamber et Randal 1979) هم أول من درسوا المتغيرات الخاصة بالإعلان عن تشخيص متلازمة داون، فقد أكدوا على أهمية

قول الحقيقة لكن أيضا بإعطاء تفكير حول طريقة القول وإعلان الوالدين بطريقة مناسبة، وتبصيرهم بأنواع التكفل بهذا الطفل، من الشروط المهمة التي تساعد الأولياء على التفكير والقدرة على تشكيل مستقبل طفلهم واستثماره. كما يرى روي وفيزي (Roy et Visier: 1991) أنه يوجد إحساس بالعجز الكبير لدى الأطباء الذين يتخللهم الشعور بالوحدة أمام الإعلان الصعب ويتمنون هم في حد ذاتهم المساعدة. كما حلل الباحث قالان (Gallant) دور الطبيب أمام الطفل المعاق وأسرته خصوصا مميزات الإعلان، الوقاية وغياب الحكم خصوصا في حالة وضع الطفل في مؤسسة. كما ألقوا على ضرورة توفيق المتخصصين الوقت للأولياء وعلاقة الثقة ، ووزن الكلمات التي تؤثر على نفسية الأولياء.

حيث درس الباحث فولدو (Goldlu :1995) شروط الإعلان ورأى من الأساسي إعلان الإعاقة بحضور الأم والأب والطفل معا والاختيار الجيد للمكان والوقت والإعلان، كما تطرق الباحثون إلى عوامل خطر التخلي عن الطفل المعاق، حيث حذروا من الإعلان في قاعة العمل، وأسموه الإعلان « بين بابين » أي بين مُعالج عنيف يريد أن يتخلص من انفعالاته المتعبدة، والإعلان للأم وحدها أو الأب وحده. حيث أن أول العبارات والكلمات التي يقولها الأطباء للأم لديها أهمية كبيرة " كل العبارات التي تقال حول الطفل تترسخ وتسجل في ذاكرة الوالدين... هي ميزة من مميزات الحدث الصدمي، الذي يبقى على طول السنين والذي لا يتناقص مع الزمن والوقت " (Sausse.1996.p 25) ويعبر عنه الباحثان شواذر ودوران Schoauder. Durand " حقيقي واقعي أولا الكلمات تؤخذ كما سجلت كشريط غنائي يكرر نفس الكلمات، الإعلان عن الإعاقة... سيغير الحياة إلى سيناريو مغلق، قاسي، غير معقول، والذي لا يترك خيار إلا الخضوع له، الإعلان يعمل كحكم يجمد الوقت ويغرق تواجد الوالدين في المأساة " (Schoauder & Durand.2004.p 611-612)

3.7. مميزات نوعية الإعلان:

لمن نقول؟؟: العديد من الدراسات ترى أن الإعلان لكلا الوالدين في نفس الوقت لديه آثار إيجابية على شدة الصدمة وهي إعطائهم أحسن الفرص للمواجهة، التحمل وتقاسم المحنة التي تواجههم هي مسجلة منذ البداية منذ الكلمات الأولى ووالديتهم التي من الصعب أخذها على عاتقهم، طفلهم معاق، واضح، لكنه طفلهم، نتعامل معهم كزوج والدي، أخذ الأم أو الأب لوحده، وخلق انفصال وانشطار (Sausse.1996.p26-27)

كما حددت سيمون كورف صوس (Sausse) : الأطباء غالبا ما يختارون إعلان التشخيص الإعاقة للأب وحده، والذي يصبح كرسالة لزوجته، بخوف أن الأم تكون أكثر قلقا وحساسية نسبيا، أكدوا على رعب هذا الوقت ، أين الوالد أمام هذه الوحدة، قبل أن يكون قادرا على إعلان تشخيص الطفل لشريكته، حيث " أن الوحدة تقوي صدمة الإعلان عن الإعاقة" (Sausse.1996.p 26) ومن الضروري تسجيل تقاسم المسؤوليات الوالدية، ولأنه يوجد حركة تلقائية للوالدين لتقاسم الشعور بالذنب. بالإضافة يجب أن يكون خاصة يقضا لسير المعلومة المقدمة من طرف الطبيب، لأن هذه الأخيرة « تتبع أصوات لا شعورية، التي تحدد الصراعات الأسرية قبل وجودها، تأثير التشخيص لديه أثر تقجيري على الصعوبات الزوجية الداخلية، » (Sausse.1996.p 27)

➤ في أي وقت يجب الإعلان للأولياء:

ركزت سيمون كورف صوس (Sausse) على مقولة طبيب أمريكي « قل الحقيقة، لا شيء غير الحقيقة، ولكن ليس ضروري كل الحقيقة في مرة واحدة » (Sausse.1996.p29) ليس مبكرا وليس متأخرا، أيضا من الأفضل الإعلان عن الإعاقة عندما يكون الطفل في إتصال جسمي مع والديه، ويجب أن نعلن عن التشخيص بحضوره كما سطر (Gold :1995) إذا سمحت الشروط الطبية «عن طريق جسده، رائحته، جانبه الفيزيائي، الإتصال مع بشرته، هو موجود قبل أن يصبح منبع ومصدر قلق، إذا سبق إعلان الإعاقة أول لقاء ، يصبح معاق قبل أن يكون طفلا» (Sausse.1996.p29) يعني إعطاؤه تشخيص وملصق ووصمة قبل أن يأخذ اسما.

4.7. النرجسية الأولية المهاجمة من طرف الإعلان عن الإعاقة: النرجسية الأولية تعني حالة بدائية أين سيستثمر فيها الطفل الليبيدو الخاص به حول نفسه(LAplanche & Pontalis.1967.p263) عند الولادة الرضيع لا يفرق بين العالم الداخلي والخارجي (يعتقد أنه هو والأم شخص واحد)، هنا أين تتطور النرجسية، التي سماها سيغموند فرويد S.Freud النرجسية الأولية. ليبيدو الطفل هو موجه نحو نفسه الطفل يستثمر نفسه كموضوع حب قبل استثمار المواضيع الخارجية، مصدر هذه النرجسية تأتي من إرادة الوالدين ورغبتهم في حب والعناية بطفلهم بإخلاص كبير، كما كانوا يتمنون هم في السابق أن يكونوا محبوبين. هذه النرجسية تقدم للطفل غلاف نفسي وجسدي مستقر وتجربة وخبرة للاستثمارية التي تسمح له ببناء «الذات» والاختلاف والتفريق عن أمه. الأولياء يسقطون على الطفل الحب والرغبات الغير مشبعة الآتية من نرجسيتها في حد ذاتهما، الطفل أيضا يمكن أن

يحقق الأحلام التي لم تحقق من طرف والديه الأنا الوالدي يلجأ إلى الطفل، كل التوقعات والرغبات التي لا تتجز من طرف الطفل، تثير جرح نرجسي والدي شديد.

في الوقت العادي أثناء الحمل النرجسية الأولية الوالدية سيعاد تفعيلها وستسمح لهما بأن يكونا والدين جيدين ويمارسان والديتهما، لكن عندما يولد الطفل بإعاقه، هذه الولادة سيتحدث هجوم نرجسي بدون مقدمات فتحس الأم بعدم القدرة على صنع طفل «كامل» بصحة جيدة.

8. ردود أفعال الوالدين اتجاه إصابة الطفل بمتلازمة داون:

إن ردود أفعال الأبوين اتجاه طفل متلازمة داون تختلف باختلاف الأساليب النفسية الدفاعية والاختلاف في تكوين شخصية الأبوين ، فكل منهما لديه نوع من النظام الدفاعي الذي يتخذه ، وهذا انطلاقاً من ماضيه وبنية شخصيته ، فيكون هناك: رفض للتشخيص والبحث عن آراء منافية لهذا التشخيص، التمرد والعصيان وثورة ضد الطبيب والجانب الطبي ككل، أو رفض الطفل تماماً ورفض رؤيته، الحماية المفرطة من إحدى الأبوين أو كلاهما، الانطواء الأسري والعزلة الاجتماعية..... فلآباء ردود أفعال كثيرة تنعكس على العلاقة بين الطفل ووالديه التي تعتبر كاستراتيجيات للدفاع ضد هذه الأحاسيس كالشعور بالذنب، الحزن، الغضب و الدونية. نذكر من بينها:

- **إنكار الإعاقه:** في هذه الحالة يظل هناك تباعد بين الصورة الاستهامية المتوقعة للطفل السليم وبين حقيقة الطفل المصاب بمتلازمة داون أمراً بعيد التصديق من قبل الوالدين ، مما يؤدي بهما إلى أن يعيشا خرافة الاعتقاد أن طفلها لم يصب بأي ضرر ، وهذا النوع من خداع الذات يؤدي إلى تخفيف حدة القلق عند الأبوين ، فإنهما يتمسكان بالطفل ويحاولان إبقائه على تلك الصورة إذ يرى الباحث موريس غانغلي (Ringler Maurice) أن هذا النوع من رد الفعل يعتبر كحماية انفعالية عاطفية لطفلهم المعاق ، وهي أساساً تعدل إشكالية الشعور بالذنب في الحياة اليومية. (Ringler, 2005,p35)

ويمكن أن يأخذ شكلين:

الشكل الأول: هنا يكون ذلك الجرح النرجسي لرؤية هذا الطفل أقوى من الأولياء ، فلا يعبرون عن انفعالاتهم لأجل القدرة على التعايش مع هذه الإعاقه فلا يحسون بشيء نحوه ولا يختبرون قدراته -لا خيبة أمل اتجاه رسوب أو إخفاق، لا افتخار بنجاحه لا اهتمام ولا مبالاة -، فالطفل يصبح كشيء

حيادي يملكونه يمكن تركه في البيت بدون أي انفعال أو إحساس اتجاهه، ويترك بدون رعاية ومتابعة طبية وتربوية، أي انه متخلى عنه فكريا وعاطفيا بالرغم من تواجده الجسدي في المنزل ،هذه المشاعر المخ ذرة نحو الطفل هي دائما غير مفهومة ويحس بها المحيط بطريقة خاطئة وحتى المختصين، إذ تدفع بهم إلى الحكم المبكر بدون البحث عن ذلك الجرح النرجسي وخيبة أمل الأولياء التي هي سبب التخلي والتنازل وإنكار الذات.

الشكل الثاني: الأولياء يتبنون فكرة عمل كل شيء ممكن لكي يكون لدى طفلهم المعاق حياة مثل كافة الأطفال، فمن ناحية الدورة العائلية يعامل الطفل كباقي إخوته وتعطى له نفس المسؤوليات والأفعال، فهذا الطفل في نظرهم يجب أن يكون مثل الآخرين ، وكأنهم يعطونه الفرص لأن يكون عاديا، عندما نتمعن في رد الفعل هذا الذي يتمثل في إجباره على المسؤولية، نستخلص عدم احترامهم هذا الطفل إذ لا يأخذون بعين الاعتبار أن الطفل بحاجة إلى أن يؤكد وجوده ويقبل بكونه عادي ومختلف في نفس الوقت ، وهذا لكي يستطيع أن يطور انطلاقا من تصور صحيح وسليم وكامل عن نفسه، فهم يرفضون فهم وإدراك الصعوبات المصاحبة لإعاقته ، فالأولياء رغم نيتهم الحسنة ولا شعوريا سيصنعون فراغ في شخصية هذا الطفل الذي لا يحس إلا بالتخلي والرفض لهويته العميقة، إذ هذا الطفل لديه الحق في الاختلاف والضعف والليوننة ، ولهذا يجب على الأولياء فهم وتقبل طفلهم بحقيقته، فسوف يمر هذا الطفل من إخفاق لآخر ، ومن رسوب مدرسي إلى آخر ، في المدرسة العادية، مما ينعكس سلبا على نفسيته وشخصيته معا.

- **الإسقاط أو إلقاء اللوم على الآخر :** في بعض الأحيان يكون لدى الأولياء أحاسيس عدوانية داخلية سوف يسقطونها على أشخاص من محيطهم ويعتبر هذا النوع الدفاعي للأنا بدائي، إذ يكون لدى الأولياء قلق ولوم يحملونه للشريك، أو قريب، أو المجتمع بأكمله... فليس الأولياء (الأب أو الأم) اللذان يشعران بخيبة الأمل والضيق والقلق اتجاه الطفل المعاق ، وأحيانا تمني التخلص منه ، ولكن دائما يُجملانه لشخص آخر غيرهم ، أو الطفل بحد ذاته .
(Jonckere, Salbreux & Chislain, 2007,p 45)

وهذا ما سيقف كحاجز أمام استثمار هذا الطفل لإمكاناته. وكثيرا ما يتهم الأبوان الأخصائيين بنقص الخبرة، الفهم والاهتمام في عملهم و أنهم لا يستطيعون الرؤية الحقيقية للطفل وليس الآباء وبالتالي فان الخطأ يكمن في الأخصائيين الذين يفشلون في التعرف على حقيقة حالة هذا الطفل.

• **الرغبة في عقاب الذات :** هنا يكون للوالدين مشاعر عدائية اتجاه أنفسهم ، فتنمو لديهم

الحاجة والرغبة في عقاب أنفسهم ، وهذا الدافع الداخلي للعقاب لا يكون مصاحب للرافة والحميمية التي تميز دائما علاقة الوالدين مع الطفل، وعقاب الذات سوف يبقى متمركز نحو نفسه نتيجة لحاجتهم الخاصة لعقاب أنفسهم ومن تم يشعرون بالتخفيف والترويح، هنا الطفل سيكون كشيء داخلي لوالديه في محتوى عاطفي، أي طعام أو خدمة تقدم له تكون للحفاظ ودوام واستمرار مآساتهم ، والعجز عن معالجة تناقض مشاعرهم، و الأولياء الذين يحملون هذا النوع من تسيير انفعالاتهم السلبية ، يطرحون مشكل حساس للطاقت المتخصصة الذي يتكفل بطفلهم، فهم يتقبلون من جهة تدخلات الأخصائيين بدون تحفظ ، لكن من جهة أخرى يقدمون مقاومة صماء لتقدم وتحسن الطفل ، إذ يتعلمون كل التفسيرات والنصائح المقدمة لهم، لكن في الواقع لا يقدمون حقيقة الحق أو الفرصة لطفلهم في المواجهة وحسن الإبداء والتحسين، فعوض مساعدة الطفل لإخراجه من الإعاقة وتجاوزها، يعملون على حصره وتقييده في محتوى عاطفي متناقض ، الذي لا يعطيه أي فرصة للقدرة على التفتح بشكل متناسق ، وفي نفس الوقت لا يعطي فرصة لذلك الشعور بالذنب في اتخاذ مسار ايجابي.

• **الحماية المفرطة:** والتي يعتبرها Roger Salbreux كاستثمار مضاد يعطي للأولياء شعور

جيد في الرغبة في الإصلاح والتعويض عن هذه الإعاقة (Jonckere, Salbreux,) (Chislain,2007, p50) فهي تنطلق من فكرة أن طفل متلازمة داون أكثر ليونة وهشاشة من الطفل العادي، فالحماية رد فعل شائع ويعتبر طبيعي عند الإنسان والحيوان معا ، لكن يصبح غير عادي عندما يمارسها الأولياء بإفراط ، فإعاقة الطفل توقظ لديهم قلق كبير فيحسون أنهم مرغمون وانه من الضروري أخذ مراقبة لمجموع تصرفات طفلهم وسلوكه وأفعاله، فمنذ إعلان الإعاقة يصبح الطفل كشيء جد حساس وكأنه مصنوع من الخزف ، وأن أي شيء يمكن أن يشكل له خطر ولو إهمال صغير ، وكأن الأولياء يعملون دائما على إرجاع الطفل إلى حضن الأم لكي يجنبوه مواجهة العالم الخارجي، وهذا ما يؤثر على الطفل

ويؤدي به إلى الاختناق نتيجة الإفراط في الحماية ويفقد معنى الحرية التي تعتبر ضرورية لنمو نفسي واجتماعي سليم وجيد لاستقلاليته ومجموع إمكانيات شخصيته.

- **محاولة الإصلاح والتعويض:** محاولة الإصلاح والتعويض عن الإعاقة للخروج معا منها - الطفل والأولياء-، هناك بعض الأولياء يحاولون جاهدين فهم حالة وموقف الطفل للوصول إلى أجوبة وحلول مقبولة ، فيجدون اغلبهم وسائل كالإشارات، الكلام، الأفعال التي تحميهم وتحسسهم بالراحة، ورد الفعل هذا هو تسيير جيد لتلك المشاعر: كالذنب والحزن... ونتيجة لذكاء وصبر الأولياء في التعامل مع هذا الطفل، وموقفهم وطريقة مساعدتهم للطفل دائما غني ويحمل نتائج، وهذا راجع إلى شخصية الأولياء ورؤية منطقة الظل والنور معا في طفلهم، فرغبتهم في الحياة تتبع من رغبتهم في حماية ورعاية ومساعدة طفلهم ليتجاوز هذه الإعاقة.

9. تأثير ردود أفعال الأبوين على علاقتهم بطفل متلازمة داون: يرى معظم الباحثين في علم النفس أن ردود أفعال الوالدين المتمثلة في علاقتهم مع طفلهم تبقى وتستمر من خلال آثارها ونتائجها كإنكار الإعاقة والإسقاط على الآخر ، والحماية المفرطة ، وغيرها ، كلها أشكال من العلاقات تعمل على التخفيف من حالة عدم الارتياح الناتجة عن الاستثارة الانفعالية التي تنتج من الشعور بالقلق والشعور بالذنب، والتخفيف من حدة هذه الاستثارة هو الذي يقوي الأشكال الدفاعية عند الأبوين، إذ يبدأ الأبوان في النهاية بإعادة تنظيم حياتهم بما تقتضيه حالة الطفل ، ويكيفون أساليب حياتهم طبقا لنواحي العجز والقصور لديه ، وهذا ما يعتبر شكلا من أشكال تقبل الإعاقة لكن قبل الوصول إلى هذه المرحلة وهي مرحلة التكيف يمران بعدد من المشاعر وهي:

- الصدمة وعدم تصديق التشخيص.
- إنكار الإعاقة.
- الغضب والشعور بالذنب والإحباط.
- المساومة على حالة الطفل.
- الشعور بالاكئاب.

- إعادة تنظيم الموقف و التكيف معه.

لكن خلال هذه المراحل تكون هناك ديناميكية نفسية في علاقة الأبوبين مع الطفل راجعة لشخصية الأبوبين وماضيهم، وهذه الديناميكية تلعب دورا هاما في نمو شخصية الطفل وتطورها إذ يمكن أن تنمو علاقات ذات الأثر السلبي على شخصية هذا الطفل نلخص هذه العلاقات فيما يلي:

1.9. علاقة خلطية تتميز بالخلط والارتباك: هنا يهتم الأبوبين بالطفل لكنهما لا يعرفان طرق

التعامل مع مشكلات الطفل فيحاولان إعادة التعامل معه دون تحقيق أي نجاح فيشعران بالإحباط والفشل ومشاعر الذنب تكون واردة أما التأثير على الطفل فيتمثل في قلقه الكبير وتنعكس هذه العلاقة الخلطية على مفهوم الذات لدى الطفل.

2.9. علاقة غير متناسقة: يستخدم الوالدان في هذه العلاقة أساليب متنوعة لضبط سلوك الطفل ولا يتبعان نمط واحد ومحدد فينقلان للطفل رسالتين متناقضتين في نفس الوقت، هذا ما يخلق لدى الطفل نوع من الارتباك والقلق وقد يؤدي به إلى الانسحاب الاجتماعي والعزلة وكثيرا ما يظهر التمرد والعصيان.

3.9. علاقة الإنكار: يقلل الأبوبين من مشكلات الطفل ولا يتقبلانها، وقد يكون لديهم شعور وآمال في شفائه، وتصبح تصوراتهما وتوقعاتهما مهددة بالفشل، ونتيجة لهذا التناقض بين الواقع الذي يعيشه الطفل وبين إنكار الأبوبين لهذا الواقع، يحدث لدى الطفل الإحباط وقد يؤدي به إلى العزلة الاجتماعية والإحساس بالتهديد و انعدام الأمن والطمأنينة، كما تهتز ثقة الطفل بنفسه ولا يستطيع تنمية شخصية مستقلة.

4.9. علاقة تكافلية اندماجية: هنا يعتبر الأبوبان الطفل كشيء داخلي غير منفصل عنهم إذ يقومان بكل شيء لأجل هذا الطفل، وهذه العلاقة تعكس الصراع النفسي المتأصل عند الأبوبين في الماضي، فيعجز ويخاف الطفل في هذه الحالة عن الانفصال عن الأبوبين وتظهر لديه استجابات طفولية، والنكوص إلى المراحل الأولى من الطفولة وهذا ما سيعيق المسار نحو الاستقلالية.

5.9. العلاقة التي تتميز بالحماية المفرطة: هذا النوع من العلاقة يعكس مشاعر الذنب لدى

الأبوبين إذ يحاولان حماية الطفل من المصاعب اليومية العادية من الحياة للتخفيف من تلك

المشاعر، ويقومان بكل الأعمال عوضا عنه ، فاهتمامات الأبوين بشؤون الطفل لا تنتهي ، في هذه الحالة تنخفض ثقة النفس لديه ويقل تقديره لذاته وتصبح الإعاقة مبالغاً فيها ولا تتناسب مع الواقع.

6.9. الإفراط في التسامح: تعكس هذه العلاقة أيضا مشاعر الذنب لدى الأبوين، فلا يضع الأبوين حدودا لسلوك الطفل وتصرفاته ولا يضبطانها وبالتالي يفقد الأبوين التأثير والتحكم في الطفل فيصبح سلوك الطفل مخالفا للنظم والمعايير الاجتماعية ويعتمد على الآخرين إلى ابعد الحدود.

7.9. علاقة تتميز بالتشدد والجمود: يظهر الأبوين في هذه الحالة متسلطين ويضعان مستويات عالية للسلوك والنظام من جانب الطفل وتكون توقعاتهما أعلى من قدرات الطفل وإمكانياته ، هنا سيشعر الطفل بخيبة الأمل اتجاه الأبوين نتيجة للإعاقة ، ويدخل الطفل في صراع للوصول إلى الكمال المتوقع من الأبوين ، لكن عندما يفشل يلجأ إلى الانسحاب والنكوص ، ويظهر التمرد والعصيان.

8.9. الإهمال: يكون لدى الأبوين نقص في الإحساس بالمسؤولية اتجاه الطفل وتخلق الإعاقة لديهم أحاسيس سلبية اتجاه الطفل وهذا ما يجعل الطفل يحس بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه مما ينقص من تقدير الذات لديه ويكون مفهوما سلبيا عن ذاته ، ويحس بالدونية والعجز والضعف ويزيد من مشاعر الخوف من الآخر مما يصعب عليه الاندماج والتكيف الاجتماعي .

10. الآليات الدفاعية وتكيف الأولياء مع إعاقة أطفالهم الذهنية:

الإعلان عن الإعاقة لدى الطفل تحرك العديد من الميكانيزمات لدى الأولياء الم ذهلين التائبين لكي يتمكنوا من مواجهة الصدمة.

➤ **الإنكار:** ميكانيزم أساسي في أول مرتبة والذي يكون عمليا مؤقتا، على طول مراحل الحداد عند الطفل العادي، والإنكار يمكن أن يكون فعالا على المدى الطويل أو القصير على حسب مرض التخلف العقلي إذا كان ظاهرا أو معروفا أو لا، على حسب درجة التخلف، وعلى حسب شخصية الأولياء وتاريخهم وسوابقهم الشخصية (أولياء عصبيين، لديهم اضطرابات في الشخصية، يمكن أن يكون لديهم أخ أو أخت معاقة عقليا، ويمكن أن يكون هو في حد ذاته حامل للإعاقة...)

الإنكار لا يفقد فعاليته إلا تدريجياً ولا يختفي أبداً كلياً ، وحتى إذا غير شكله بقناع فلوالدان ينكران في البداية كلياً حقيقة الوضعية، ثم يبدؤون بالوعي التدريجي بالتجزيء (تأخر حركي، تأخر لغوي، سلوك غير ناضج)، ثم يدركان الوالدان التأخر الشامل ثم يتقبلان ديمومته. في هذه المرحلة ستوقظ أشكال الإنكار التي تصبح أكثر مرونة، وسيركزون دائماً على تحريف الحقيقة (المستوى العائلي، العادات العائلية الخاصة التي تزيد ذلك)

➤ **عيش اليوم للهوم:** هو شكل من أشكال النفي لكن متكيف جيداً وفعال وهو شكل آخر من النفي لكن أكثر مرونة، عندما يقبل ديمومة التخلف العقلي بحيث تنكسر النتائج، بالإضافة يعتقد أنه قادر على رعاية وتربية طفله بأي طريقة فإعاقته لا توقفه على الإدماج في القسم العادي، أكثر نتائج الإنكار العميقة يمكن أن تكون: عن طريق خلق جو يتميز بالتحفيز المفرط والغير ملائم له وإلحاح غير محتمل على الطفل، مما يخلق صراعات وضغوطات مع المتخصصين المتكلفين بمتابعة الطفل بسبب أهداف تغييرات متكررة للمعالجين للمدرسة الخ، مع الإحساس بالإحباط وعدم الاقتناع التي تقوي الإنكار.

➤ **البحث عن المرض بأي ثمن:**

هي نتيجة إلزامية للإنكار، ولكن أيضاً دليل على حداد لا يطابق هذه الآلية الدفاعية هي البحث عن الحلول السحرية أو الإعجازية التي تخفي وتمحي التخلف الذهني، عن طريق هذا البحث عن مرض الإعاقه، الأولياء يحاولون هنا التنفيس عن مشاعرهم الشديدة للشعور بالذنب، ويريدون أن يتأكدوا أنهم قاموا بكل شيء وحاولوا القيام بكل شيء، ولا يريدون أن يقترحوا بشيء في المستقبل

➤ **رفض الطفل:** هذا الميكانيزم يمكن أن يكون في البداية المناسب للأولياء ويتميز بترك الطفل

نهائياً في مؤسسة وزيارات والدية قليلة أو منعدمة. في بعض الحالات يشرعون في إجراءات وضعه في المؤسسة ثم يتبعها التخلي، هذه الظاهرة تفسر حاجة الأولياء لإثبات ضعف الطفل الذي كان بحاجة لأن يكون مرغوباً من طرف والديه، وهي ناتجة من سيورة غير فعالة للإعلان عن إعاقه الطفل لوالديه ففي حالة ما إذا مروا بسيورة فعالة يعيدون تجديد هذا الطفل، في هذه الحالات يسمح بالتعلق شيئاً فشيئاً بين الوالدين والطفل، هنا يمكن التكلم

عن رفض الطفل كميكانيزم تكيفي لأنه توجد ظاهرة إعادة التجديد للطفل . وفي حالة أخرى للرفض الطفل يعيش مع أسرته لكنه غير مستقر، مهمل، ومهمش، يذهب إلى المدرسة والمستشفى النهاري لكنه متخلى عنه بين أيدي الموظفين، ولا يأخذ الأولياء مسؤولياتهم على عاتقهم. وهناك احتمال لسوء المعاملة الذي يظهر من خلال الإهمال الكبير والذي يعني بوضوح الرغبة في موت الطفل.

➤ **الحماية المفرطة للطفل** : هذا الميكانيزم التكيفي هو الحفاظ الطويل على مواقف معينة

للتكيف مع الطفل ، فبالنسبة لهم صحته دائما حساسة وقدراته لمواجهة المخاطر في الحياة اليومية الضعيفة. كما يحاول الوالدان تقليص ضعف مهاراته. أو أن الوالدان مرهقان، ليس لديهم الوقت لانتظاره أن يستقل، كما أنهما هنا لا يصححان الأخطاء المتكررة للطفل. ومن هنا العادات سنترسخ عند الطفل المعاق، الذي سيصبح أكثر مقاومة لتغير الروتين ويعارض كل تقدم نحو الاستقلالية، بالإضافة إلى عوامل مرضية أخرى لدى الأولياء يمكن أن تظهر: • عندما يقوم الوالدان بكل شيء مكان طفلهم، قصوره وعجزه يصبح أقل ويتقادون مواجهة هذا القصور والعجز (وهذا الذي يرجع إلى النفي والإنكار).

• لتعويض الشعور بالذنب لا يتجرؤون الطلب من طفلهم المعاق حيث يمكنهم أيضا أن يبالغوا في تضخيم العجز لديه.

• الأولياء يبحثون عن تعويض الجرح النرجسي بالتعمق والدخول بطريقة غير معروفة للرباط التكافلي مع الطفل التكافلي (Symbiotique) ، يجدون توازن موقفي نرجسي بصعوبة، مكافأة أن يكون الشخص الوحيد القادر على حماية وتأمين الرعاية الجيدة لحياة هذا الطفل الحساس والتابع يمكن ان يقوي ويزيد من الميكانيزم للحماية المفرطة، إذن يمكن أن تظهر

سلوكات غير مناسبة من طرف الأولياء المفرطو الحماية، مثل رفض العلاج، رفض تـمدرس
الطفل، وأيضاً رفض التعرف على قدرات الطفل.

- يمكن للأولياء أن يـخجلوا ويكرهون طفلهم الذي يحمونه حماية مفرطة، هذا الشكل كرد الفعل
يغطي ويخبئ الرغبة في الموت، الرفض أو الغضب على هذا الطفل يأتي ليثبت التوازن
العائلي، في هذه الحالة الحماية المفرطة تقريبا دائما تترافق مع عدوانية لا شعورية، متغيرة
الإتجاه لصالح الرفض.

➤ مثالية الطفل:

هو شكل آخر لرد الفعل لكي لا يشعر بأهمية الجرح النرجسي الطفل المتخلف ذهنيا يعتبرونه ك
« هدية من الله » التي ستغير العائلة وتعطيها معنى آخر من جديد، هنا مشاعر السلبية مقصاة من
لغة الأسرة في حين أن العمق الإكتنابي كامن ويهدد اندماج الأولياء إلى العائلة الكلية.

➤ الإعلاء:

عمق الرغبة في تصليح الطفل المتخلف يمكن أن يعلى، الأولياء يكافحون من أجل أسباب تخص
الطفل، وهو ميكانيزم جد فعال، بالرغم من ما يحمله من فخاخ، بحيث يمكن أن يكونوا في صراعات
المصالح وتنافس بعض المتخصصين.

➤ صعوبة التعاون التربوي: هنا النفي هو دائما السبب في المشاكل، أهداف الأولياء وأهداف
المتدخلين في صراع دائم، آمال الأولياء تخيب بشكل مكرر أي في كل مرة من الناحية
المدرسية، الطفل لا يتطور كما يرغب الأولياء حتى وإن كان المعلمون يشيدون ويمدحون
تقدم الطفل، وبالتالي عرقلة التعاون التربوي، تهديد التخلي يظهر عند الأولياء ومن تم لا
يوجد أي أمل لدى الطفل.

➤ الانطواء على الذات وانعزال العائلة : هذا الميكانيزم الدفاعي يأتي كرد فعل لرفض التخلف
الذهني لدى الطفل الأولياء يمكن أن يلجؤون إلى عالم م غرق ويفرضون كل مساعدة

خارجية. أو يوقفون ويحدون التجمعات العائلية والأعمال المتعلقة بإعاقة الطفل (جمعيات، مراكز العطل، مدارس متخصصة) الأسرة تنتهي بقطع العالم وتعميم هذا القطع.

➤ **آلية دفاعية خاصة للأولياء:** قدوم الطفل المعاق يولد الضغط والقلق، ويرغم الوالدين على البقاء على قيد الحياة وقد أسماها الباحثون بـ " خرافة البقاء على قيد الحياة" وهذا للحفاظ على هوية الطفل (Gaillard :1999)

كما أن الأم تبحث بأي ثمن على المساندة النفسية من زوجها وتتمنى التحدث والتواصل معه، في حين أن الأب يرغم نفسه على عدم التفكير ويدخل في الصمت، هذه الوضعية يمكن أن تؤدي على الطلاق أو تؤدي إلى « الأم الحاضنة والأب في الخارج» (Guilland :1999)

هذا الإهمال القام لزوجته يفسر على أنه إلغاء متكرر لولادة الطفل حيث لا تتوقف الأم عن الحزن في حين الأب يستثمر في الخارج (Schauder & Durand.2004.p 15)

ويصف الباحث غيلاند (Guilland) حالة الأم الملبسة والأب في الخارج (Guilland .1999)، وتعني إزاحة ونقل لاستثمار طفلهم إلى ملابسه وبطريقة استحواذية، بإهمال الملابس المناسبة لحاجات الطفل (ملابس بالية، يلبس كثيرا) ويصف الأم المثالية والتي لا ترتاح أبدا، وأيضا حالة الوالدين المربون اللذين هم على تواصل دائم لأدنى ما يظهر في مرض طفلهم، وأيضا حالة اللاوالدي وهم الهاربون اللذين يتواجدون دائما في المحاكم لإهمال المتخصصين، وأيضا حالة الجدين الوالدين. كل هذه الحالات تساعد الأولياء على أن لا يتعمقوا في حزنهم لكن لا يقومون في أي حالة بإعادة بناء العلاقات الإتصالية الاجتماعية لأنهم جد متحيزين للخصوصية.

(Schouder & Durand.2004.p616)

ولتكفل مناسب للأولياء يجب أن نعرف تقسيمات هذه الآليات الدفاعية الخاصة لمساعدتهم على إعادة البناء من جديد.

➤ **دورة حياة العائلة تتوقف :** تواجد الطفل في العائلة ي فرض إعادة تنظيم في مجموع

الوظائف الأسرية والأزمة المعاشة من طرف الوالدين تقود غالبا إلى الانغلاق والانزغال،

الذي يهشش نرجسيتهم المجروحة (Gardou.19996)

يرى الباحث فاربر (Farber :1960) أن الوالدين ينفون من الجماعة الإنسانية، والذي يقودهم أحيانا

إلى رفض المساعدة من المتخصصين المتكفلين بطفلهم المعاق، ويذهبون إلى منفى آخر.

كما يرى أن الوالدين يقومون بلهوارهم ويغيرونها حسب مراحل نضج الطفل وتطوره ولكن في حالة وجود الطفل المتخلف ذهنيا أدوار الوالدين تبقى تقريبا مستقرة، بدون الأخذ بعين الاعتبار ترتيبه في الأختوة، فالطفل المتخلف ذهنيا دائما على الصعيد الاجتماعي هو الأصغر في العائلة (Farber.1959.p8)، فللطفل المعاق يأتي ليوقف دورة حياة الأسرة، ويحبط على المدى الطويل آمال وتوقعات الوالدين فهم غالبا لا يقومون بتزويج هذا الطفل ولا يصبحون جدين عن طريقه. (Schauder & Durand.2004.p 613)

خلاصة الفصل:

إن ميلاد طفل بإعاقه يعتبر حدثا صدميا ويخلق جرحا نرجسيا لدى الوالدين، يفرض عليهم تعلم أدوار جديدة في الأسرة للتكيف مع إعاقه الطفل، لكن هذا لا يعني أنهم تخطوا الآثار النفسية الناجمة عن تلك الصدمة وإنما هنا تحضر بنية وماضي شخصية الوالدين في مواجهة الوضعية واستعمال الميكانيزمات الدفاعية المناسبة للتخفيف من صعوبة الوضعية والألم النفسي، والنوع الذي يتخذونه هو الذي سيتحكم في نوعية العلاقة مع هذا الطفل وهذه الأخيرة هي أساس النمو النفسي والاجتماعي لدى الطفل.

الفصل الخامس

استراتيجيات المواجهة

تمهيد:

يمر الأفراد في حياتهم بالعديد من المواقف والوضعية الصعبة التي تستلزم عليهم مواجهتها والتكيف معها فيبتنون استراتيجيات لمواجهتها والتعامل معها بحيث إن إدراك الفرد للوضعية الصعبة من أهم الاستجابات الأولى للفرد لمواجهة الخطر الذي يتلقاه يوميا في حياته وسمى علماء النفس هذا بأساليب التعامل وعندما يستخدمها الأفراد فهم يستجيبون بطريقة من شأنها أن تساعدهم على تجنب ذلك الموقف الصعب والتقليل من شدته بهدف الوصول إلى إحداث التوازن، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى أهم تعاريف استراتيجيات المواجهة نبذة تاريخية عن تطورها والمفاهيم المرتبطة بها أنواعها والعوامل المؤثرة فيها وبعض الأمثلة عن المقاييس التي تقيسها.

1. تاريخ مصطلح استراتيجيات المواجهة الكوبينغ:

إن مصطلح الكوبينغ (COPING) لم يظهر إلا حديثا في علم النفس ، والكوبينغ هو نتيجة دراسة ميكانيزمات الدفاع لكنه منذ البداية كان يبحث في السيرورات النفسية المعقدة الموجودة في ردود الأفعال السلوكية والمعرفية للشخص ، في البداية كانت الميكانيزمات الدفاعية المكيفة تعتبر كتطبيق للكوبينغ (Aker 1968) لكن بعدها أصبح مصطلح الكوبينغ يدرس مستقلا ومنفردا عن الآليات الدفاعية، حدث هذا التغيير عندما بدأت دراسة الاستراتيجيات المكيفة تهتم بالاستراتيجيات الشعورية الواعية التي تستعمل لمواجهة الوضعية الصعبة هذه الاستراتيجيات عرفت في الكتب "كاستجابات الكوبينغ" (Parker & Endler 1996).

ظهر مصطلح الكوبينغ أول مرة في كتاب ريشارد لازاروس (Richard Lazarus : 1966) بعنوان « *Psychological Stress and Coping process* » حيث تمثل مجموع ردود الأفعال والاستراتيجيات المطورة من طرف الأفراد لمواجهة المواقف الضاغطة الصعبة.

أخذ مصطلح الكوبينغ مكانة كبيرة منذ (1975) في البلدان الأنجلوساكسونية ، حيث ظهر المفهوم الانجلوساكسوني "الكوبينغ" على يد لازاروس بعد أن فشل نموذج سيليه الذي ركز على الاستجابات البيولوجية التي تنتج عن محاولة الفرد التكيف مع متطلبات المحيط (Klaus & scheaer ,1992)

كما أخذ الكوبينغ مكانا في المئات من البحوث والأعمال العلمية ومحاولات تطبيقها وبدأت تأخذ مكانا وشعبية في فرنسا في سنوات التسعينيات ومنذ ذلك الوقت أضيفت له العديد من التصنيفات كأنواع الكوبينغ، تقييم الكوبينغ...الخ.

2. مفهوم استراتيجيات المواجهة الكوبينغ:

في الأصل كلمة المواجهة هي كلمة انجليزية "Coping" تعني To cope with أي "التعامل مع" وقد اقترحت عدة ترجمات لهذه الكلمة كاستراتيجيات المواجهة أو أساليب وطرق المواجهة التوافق أو التعامل مع المشكلات، أو التغلب على الضغوط...الخ (يوسف، 2000) وفي اللغة العربية استخدمت الكثير من المصطلحات كالمقاومة أو المواجهة أو التعامل أو التكيف وكذا استراتيجيات التوافق.

- **المعجم الأساسي لعلم النفس:** يعني مصطلح المواجهة طريقة التعامل مع وضعية صعبة والتحكم فيها وضبطها، وقد تكون عبارة عن استجابة مباشرة كحذف مصدر التهديد والخطر وقد تكون استجابة مخففة كتقليل الإدراك الخاص بالخطر مثل نفي الوضعية واللجوء إلى الأدوية فالمواجهة قبل كل شيء هي ميكانيزم نفسي ويؤثر في استجابات الجهاز العصبي والغدي (Bloch & al, 1993)

- يعرفه **سبيلبرجر (Spélperger)** أنه عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على انه مهدد له.

- حدد **لازاروس ولويني (Lazarus & Launier :1978)** مفهوم استراتيجيات التعامل كمؤشر لمجموعة من السياقات التي يلجأ إليها الفرد في تعامله مع الأحداث التي يدركها على أنها مهددة وهذا بهدف التحكم التحمل أو تخفيف أثرها على توازنه النفسي الجسدي.

(Paulhan, Nuissier, Quinfard, Cousson & Bourgeois, 1994)

- في رأي **عبد الباسط لطفى (1994)** إن استراتيجيات المواجهة هي مجموعة من النشاطات والاستراتيجيات السلوكية أو المعرفية التي يسعى من خلالها الفرد لمواجهة الموقف الصعب وحل المشكلة وتخفيف التوتر الانفعالي الناتج عنه.

- وعرفه **سعد الأمانة (2001)** على انه استراتيجيات تهدف إلى إحداث التوازن ومحاولة التخفيف من شدة الضغط و هي استجابات يلجأ إليها الفرد بهدف الراحة و التوازن النفسي و الجسدي.

من خلال الدراسات التي قاما بها لازاروس وفولكمان (1984) يريان أن المواجهة هي كل الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار ، والتي يتخذها الفرد في إدارة متطلبات الموقف والتي يتم تقديرها من طرف الفرد على أنها مرهقة وتتجاوز إمكاناته حيث أشارا لازاروس وفولكمان أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد أن إمكاناته الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق والتعامل مع متطلبات المحيط ولذلك يشعر بالتهديد، وبالتالي تنتج الضغوط بعد أن يقوم الفرد بنوعين من عمليات التقييم المعرفي وهي عملية التقييم الأولي وتحدث عندما يقيم الفرد الموقف على أنه ضاغط وصعب ومهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يحدد ما إذا كانت مصادر المواجهة المتاحة للفرد ستخفف الموقف الضاغط الصعب من جهة وكذلك تعمل على خفض الانفعالات السلبية التي يحدثها الموقف الضاغط الصعب، ومن هذا فالمواجهة طبقا للنموذج التفاعلي هي عملية وليست سمة ، وهي أيضا عملية أكثر من كونها نتيجة (حسين ط وحسين س، 2006)

إذن من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن استراتيجيات المواجهة ت عني التسوية والتعامل والوصول إلى استجابات تكيفية للتغيرات التي تحدث في محيط الفرد عند تواجده في وضعية صعبة، وإن الفرد لا يخضع لمواقف الحياة الحادة والمزمنة بطريقة سلبية وإنما يحاول أن يواجهها وهنا نتكلم عن الكوينغ لتحديد الاستجابات وردود الأفعال التي سيطورها الفرد للتحكم ولتحمل الوضعية الصعبة ، ومعناه تعريف وتحليل الأنواع التي يتخذها الفرد لمواجهة الموقف الصعب وهو بعض ال تكيف النفسي الاجتماعي، فهو يشير في الأساس إلى أساليب التعامل بمعنى الطريقة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع المواقف الصعبة.

وينطوي تعريف لازاروس وفولكمان (1984) للمواجهة على خصائص تتمثل فيما يلي:

- أن المواجهة عملية وليست سمة بمعنى أن العلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة وديناميكية، فكل منها يؤثر ويتأثر بالآخر، وكل منهما يسهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد والتي تحدث نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الوضعية الصعبة.

- أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناء على نتائجها.

- أن عملية المواجهة لا تكون مقتصرة على الجهود الناجحة، بل تتضمن المحاولات التي يقوم بها الفرد لإدارة الضغوط بصرف النظر عن فاعليتها.

-إن إدارة الضغوط تتضمن التقليل من الضواغط أو تجنبها أو تحملها أو تقبلها وكذلك أيضا التمكن من السيطرة على البيئة.(حسين ط وحسين س، 2006)

كما أنه يمكن للكوبينج أن يأخذ أشكالاً مختلفة يمكن أن تشمل المعرفة، العاطفة، والسلوك:

- المعرفة (تقييم الوضعيات الصعبة تقييم مصادرها البحث عن المعلومة.....)
- العاطفة التعبير أو بالعكس كبت وقمع الخوف الغضب والشعور بالضيق...
- السلوك حل المشكلة البحث عن المساعدة.....

هذه الأشكال تسمح للفرد بمواجهة الوضعيات الصعبة ومحاولة تحويلها وتغييرها لجعل هذه الوضعيات الصعبة أكثر تحملاً (Bruchon, 2001, p67)

إذن الكوبينج هو مصطلح حديث ظهر لأول مرة في مرجع ريتشارد وفولكمان Folkman et Richard: (1969) حيث عرفا الكوبينج على "انه مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يتخذها الفرد لتسيير متطلباته الخاصة الداخلية والخارجية التي تستتفز وترهق إمكانياته"(Bruchon & Boujut, 2014, p474)

ومن هنا فان الكوبينج هو سيرورة ديناميكية وسيطة بين الفرد والمحيط وترتكز على المحتوى حيث الخصائص تكون قابلة للتنوع وبالتالي إدخال سلوكيات ضبط أخرى، كما يظهر الكوبينج كسيرورة لظروف خاصة كالظروف المقلقة وليس كخاصية ثابتة للفرد(Folkman, Lazarus, 1984)

بحيث أن الكوبينج احتوائي تطوري بمعنى تبعا لمحتواه وقابل للتطور بالرغم أن لازاروس و فولكمان ربطاه بالدور الهام للعوامل الداخلية -الشخصية - التي تتدخل في اختيار استراتيجيات المواجهة . (Dinca & septembre, 2008,p37)

3. التناولات النظرية لمفهوم الكوبينج أو المواجهة:

1.3. النموذج الحيواني أو التكيف: وهو في طبيعة كل الكائنات الحية التي ترغب في التكيف والتعايش في محيطها إن كان حيوانا نباتا أو إنسانا كلهم بدون استثناء يتبنون طرق نموذجية للتعايش التي يأخذنا إلى النظرية التطورية لشارل داروين (Charles Darwin) التي تتناسب مع كل الكائنات الحية وتحتوي على استجابات سلوكية آلية من نوع الهجوم أو الهروب الفطري أو المكتسب ضد أي نوع من التهديد أو الانفعالات الداخلية كالهروب والتجنب في مواقف الخوف أو المواجهة والهجوم في حالات الغضب.

مفهوم المواجهة في هذا النموذج الحيواني يحدد بالاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة التي يوظفها الفرد اتجاه تهديد حيوي مثل الهرب، التجنب، أو الهجوم حيث تتمتع هذه السلوكات بقيمة أدائية اتجاه الموقف المثير (Bruchon & al, 1994)

نستنتج من هذا أن المواجهة في هذه النظرية مفهومها يقتصر على سلوك التجنب والهجوم فقط ولا يسمح بالكشف عن أساليب مواجهة أخرى ومن هذا المنطلق ظهرت نماذج أخرى توضيحية لهذا المفهوم.

3. 2. نموذج سيكولوجية الأنا أو النوع التحليلي :

3. 2. 1. الكوبينغ والآليات الدفاعية : الكوبينغ والآليات الدفاعية تخدم الفرد في تكيفه الإجمالي والطريقة التي يستخدم بها وسائله هي تعود لوظيفة شخصيته.

هذا المنظور يرى بأن الكوبينغ ينخرط ضمن الميكانيزمات الدفاعية ، بعض أفكار سيغموند فرويد (S.Freud) والتحليل النفسي بصفة عامة لديه تأثير وصدى كبيرين في العلوم الاجتماعية، بمعنى أن كل فرد يستخدم مجموعة من الآليات الدفاعية أو نوع دفاعي معين يمكن أن يكون مصاحبا لاضطراب معين وبعض هذه الآليات الدفاعية تكون وظيفية ، وأخرى تكون مضطربة (Perry & Cooper , 1989) وبعضها تكون غير ناضجة وبعضها عصابية وبعضها ناضجة ، والأفراد الذين يستعملون دفاعات بليوننة لديهم صحة عقلية جيدة ومن هنا فسيرورة الكوبينغ تخضع لميكانيزمات الدفاع (Vaillani & al,1986)

الآليات الدفاعية واستراتيجيات المواجهة مسجلان في بعد مشترك من الناحية الوظيفية، بمعنى أن هذا النموذج يمثل نموذج سيكولوجية الأنا فالمواجهة مكافئة لدفاعات الأنا، والتي تشير إلى مجموعة العمليات المعرفية اللاشعورية التي تهدف إلى تقليص كل ما يمكن أن يؤدي إلى تطوير القلق أو حذفه، كما تم تحديد العديد من السيرورات المعرفية الموجهة إلى تقليص القلق الناتج عن حدث ضاغط مثل الإنكار، حيث يدرك الفرد ويرى الواقع بنفي بعض عناصره المحقرة المنتقصة من قدره أو إنكارها أو غير المحتملة مثل خطورة المرض، والعزل حيث يتعرض سير التفكير للتجمد مما يمنع فهم ما يحدث أو العقلنة حيث يبحث الفرد عن تفسير منطقي وعقلاني لما يحدث.

كما يرى بعض الباحثون أن بعض الميكانيزمات الدفاعية مثل الإنكار، العزل، التفكير المكافح والنضالي تحمي الفرد من القلق أكثر من الميل إلى الإسقاط، أو الغضب أو العدوانية (Bruchon& al, 1994)

أولاً. نظرية هان (Hann)

اقترح هان Hann نوع "ثلاثي الجوانب لوظيفة الأنا" يتضمن مختلف الأبعاد التي تشكل ميكانيزم الكوبينغ المثالي، وميكانيزم دفاعي غير مثالي، ونوع من فشل الأنا (*ego failure*).

في نظر هان الكوبينغ كمبدأ يتميز بأنه مختار، لين، متحرك مع الأخذ بعين الاعتبار الواقع الحالي، والآليات الدفاعية هي لاشعورية صلبة تغير الواقع، وتتطلب إدخال السيرورات البدائية أو الأولية للتفكير، تعمل على المحو الارغامي للعاطفة المؤثرة وتسمح بمكافأة نزوية بمعنى عن طريق الحيلة، لكن يجب أن نذكر بلأن هذا الفرق كان في وقت أن الكوبينغ مازال كدراسة للدفاع المتبنى (Parker & Endler, 1996)

إن أنواع ضعف الأنا تفسر السيرورات المميزة للموضوع العصبي، حيث استجابات الموضوع تتواجه مع قلق شديد وغير محتمل، وضعف الأنا يتميز بسلوكيات آلية لا تأخذ بعين الاعتبار الحقيقة ولا تؤثر عليها، تعرف هذه السلوكيات بالنزوات أو النزعات (*pulsion*)، الموضوع يفيض بالعاطفة المؤثرة والمقلقة، هذه السلوكيات تسمح بمكافأة غير محدودة للنزوات.

تحت عنوان "سيرورة الأنا" (*Ego Process*) وضع هان عشرة وظائف للأنا تشترك أنواع الكوبينغ، الدفاع والضعف الخاص، هذه المجموعات وضعت في قاعدة عقلانية بتفكير نظري، في نظر هان هذه السيرورات للانا تشرح القدرة حيث ظهور (الكوبينغ / الدفاع / الضعف والعجز) تابعة للحالة الراهنة للموضوع ومحتوى الموقف والوضعية: ".الموضوع الذي يواجه باستعمال الفكر يدافع بالأفكار، وإذا كان القلق الداخلي أو الخارجي كبير وكاف، فان فشل عمليات الأنا يمكن أن تظهر مجدداً وبالإحاح...." (Hann, 1977 : p20)

يأخذ أيضاً مثال لسيرورة الأنا المسماة: "بالحساسية" « *sensitivité* » وهي فهم مشاعر الآخرين التي تعتبر كميكانيزم كوبينغ والتعاطف (*l'empathie*) والإسقاط كميكانيزم دفاعي، والأفكار الهذيانة كفشل للانا.

قدرات سيرورة الأنا ترجع أساساً لأنماط معرفية، هذه الأنماط المعرفية ممكن أن تلخص السلوك الذي يظهر في التخلف الأولي للتجربة المبكرة ذات التأثير الفاشل، هان يرى أن هناك عناصر معرفية يمكن أن تكون احتمالياً متنوعة تبعا للسيرورات (Chabrol.2013 ;p93)

هذه الرؤية أو النظرية لها سلبيات أولا المصطلحات المستعملة لتسمية مختلف أنواع الكوبينغ، الدفاع ، عجز وفشل الأنا ليست معرفة عمليا وغير واضحة ويغلبها الغموض والإبهام.

أيضا مختلف تجمعات لنوع كوبينغ ، دفاع، عجز الأنا، المقدمة باستمرار تعمل على التقاطي من توظيف الموضوع وتتواجه مع ضغط كبير ومتزايد غير مبرر نظريا وعدم إعطاء أمثلة عيادية.

هذا النوع من توظيف الأنا لم يضع هدف لدراسة تقييمية إذن تقييم نوع هان يتطلب دراسة طويلة للأفراد بعد تقييم ميكانيزمات دفاعهم و الكوبينغ في وضعية الحياة العادية يمكن أن يتابع ويعاد تقييمه في حالة الفلق المتوسط أو الكبير.

ثانيا. نظرية بلوتشيك (la théorie de plutchik):

يرى بلوتشيك أن ميكانيزمات الدفاع وسيرورات الكوبينغ هي انحراف لانفعالات والقاعدة هي : كل ميكانيزم دفاعي لاشعوري وكل نوع كوبينغ طور لمساعدة الفرد لمواجهة انفعال خاص، الآليات الدفاعية تظهر في الطفولة في حين أن أنواع الكوبينغ تعتبر كاستراتيجيات واعية شعورية لحل المشكل ، تكتسب في مراحل متطورة من النمو نتيجة لتجارب الحياة، أيضا عند كل دفاع بدائي لا شعوري للانا يحتوي على نوع من الكوبينغ الواقعي والشعوري (Pultchik, 1995,p 26. 27) هذا الجدول يقدم ثمانية ميكانيزمات دفاعية وسيرورات الكوبينغ الأساسية على حسب بولتشييك Pultchik:

جدول رقم (2) يمثل الميكانيزمات الدفاعية وسيرورات الكوبينغ القاعدية حسب (1995 Pultchik):

الكوبينغ	الآليات الدفاعية
التفادي أو التجنب (محاولة حل المشكل بتجنب الشخص أو الموقف المسببان للمشكل عن طريق "توقف التفكير")	1-الكبت، العزل (إقصاء أو حذف الشعور لفكرة أو انفعالات مشتركة لتفادي الصراعات والتهديد)
الاستصغار (محاولة حل مشكل بعدم اعطائه أهمية كبيرة مثلما يعطونه الآخريين)	2-النفى والإنكار (فقدان الشعور ببعض الأحداث، تجارب أو مشاعر مؤلمة)
الاستبدال substitution (محاولة حل المشكل بالقيام بنشاط أو عمل ممتع ومسل لا علاقة له	3-الإزاحة (تفريغ الانفعالات المكبوتة كالغضب أو أشياء أو حيوانات أو أشخاص أقل خطورة من

الشخص المعني أساسا بهذه الانفعالات)	بالمشكل كتقليل الضغط بممارسة نشاط بدني...)
4-النكوص والانتقال للفعل (انطواء تحت تأثير القلق بأشكال فوائد بدائية وغير ناضجة)	البحث عن المساعدة الاجتماعية (طلب المساعدة من الآخرين لحل مشكلة ما)
5-التفكير بالإعلاء، الإلغاء، العقلانية (مراقبة لاشعورية للانفعالات وللنزوات بتبعية متتالية لتغيرات عقلانية للوضعية)	البحث عن المعلومة (البحث عن أكبر قدر ممكن من المعلومات حول المشكل قبل أخذ القرار أو رد الفعل)
6-الإسقاط projection(رفض لاشعوري لتفكير، لرغبة أو ميزة لشخصية انفعاليا غير مقبولة ويسندھا لشخص آخر)	إلقاء المسؤولية على الآخرين (إسناد مسؤولية مشكل لشخص آخر أو لنظام)
7-تكوين رد الفعل formation reactionnelle (استحضار معاني الرغبات الغير مقبولة خاصة الجنسية أو العدوانية بتطوير وترغيم سلوكات عكسية)	الاقبال renversement (حل المشكل بالقيام بعكس ما يحسه الشخص مثال الضحك عندما نحس بالغضب)
8-التعويض، التقمص، الاستهام(تطوير النوعية في مجال ما لتعويض ضعف حقيقي أو مفترض)	الاستبدال (حل مشكلة بتطوير ضعف في وضعية ما أو في الشخص)

إذن بعكس هان فان بلوتشيك لم يضع في الأول رابط وظيفي بين هذه الأزواج للميكانيزمات الدفاعية وسيرورة الكوبينغ لكن وضع فقط رابط نظري : "... مصطلح المشتقات لا يعني فقط مختلف المجالات المترابطة سواء كانت متشابهة أو مترابطة بشكل كبير بعضها البعض إذا كان الفرد يستعمل دائما وبكثرة الكبت كميكانيزم دفاعي هذا لا يعني بالضرورة استعماله للتفادي والتجنب كنوع كوبينغ شعوري....." (Pultchik, 1995,p 27)

أساس أهمية هذه النظرية هي المساهمة في اقتراح ضرورة دراسة مماثلة للدفاع والكوبينغ أما الجانب العيادي لهذه النظرية يظهر محدودا جدا.

ثالثا. الدفاع والكوبينغ:

• **التحالف الداخلي والخارجي :** الدفاع والكوبينغ يوجهان معا نحو الصراعات والمخاطر الداخلية والخارجية، الأحداث الخارجية تعزز المخاوف الداخلية ، مثلا مرض خطير لوالد يمكن أن يظهر تمنيات لاشعورية للموت أو رسوب مدرسي يمكن أن يظهر للتلميذ أن يبقى تابعا للأبد وخاضعا لرعاية والديه.

وأكثر الصراعات في الحياة اليومية حدوثا الصراعات بين الأشخاص والصراعات بين الأزواج أو الصراعات مع الأطفال وهذه الصراعات تكون في تفاعل مع الصراعات الخاصة بالمواضيع الداخلية والهوامات الوالدية، هذا التحالف بين الداخل والخارج ممكن أن يظهر عن طريق تدخل ميكانيزم الإسقاط والإزاحة حيث تتطلب لعب دور معقد تابع داخليا لميكانيزم الدفاع ولسيرورات الكوبينغ.

• المفهوم الكلاسيكي الكوبينغ يسبق الدفاع :

نسبة إلى الباحثين : منينجير (1963: Menninger)، هان (1977: Haan) وفيلان (Vaillant 2000) الميكانيزمات الدفاعية تستخدم عندما تتجاوز سيرورة الكوبينغ.

وجهة النظر هذه بسيطة وسطحية ولا تأخذ بعين الاعتبار الاختلاف الوظيفي للنظام الدفاعي أين الدفاع والكوبينغ يمكن أن يشتركان ويتتابعان.

نستطيع في علم النفس العيادي ملاحظة لعب الدور المتكامل لميكانيزم الدفاع وسيرورة الكوبينغ نحو وضعية خارجية صعبة، الفرد يمكن أن يستعمل في نفس الوقت أنواع الكوبينغ المركزة حول المشكل وبعض درجات الإنكار لصعوبة المهمة، تسمح له بإخراج وتقادي اليأس والفضل، يمكن للفرد في نفس الوقت أن يستعمل الإسقاط مما يؤدي إلى خطر خارجي، مثال صراع بين أشخاص في العمل، ويستعمل الكوبينغ المركز حول المشكلة للمواجهة. إن تدخل ميكانيزمات الدفاع يمكن أن يسبق الكوبينغ، وعندما لا تستطيع تنتقل إلى نوع من الكوبينغ المركز حول المشكل، الفرد يجب أولا أن يكبت حدث ثم يزيحه وهنا استعمل نوع من الكوبينغ المركز حول المشكلة.

إن وجهه نظر الباحثين هذه تكون عند الأفراد الأكثر وظيفيا في استعمال قائمة سيرورة الكوبينغ، في كل مرة الميكانيزمات الناضجة كالمزاح، القمع، التوقعات ممكن أن تظهر أولا عند الأفراد الغير الوظيفيين

والأكثر تشتتاً أو تظهر متأثرة باضطراب نفسي مرضي، حيث أن التشغيل الآلي للميكانيزمات الدفاعية العصابية والغير ناضجة تكون أول درجة دفاعية.

• المفهوم الجديد للدفاع يسبق الكوبينغ:

في كتابهما شابغول وكالاهان (2004) Chabrol & Callahan اقترحا نوعاً جديداً اندماجي نسبياً أين الدفاع يسبق الكوبينغ، في القاعدة العامة للميكانيزمات الدفاعية تشغل آلياً بحضور تهديد داخلي أو خارجي وهي أول عملية دفاعية متدخلة، إذا الميكانيزمات الدفاعية لم تقص ولم تمنح أي إدراك للتهديد، سيرورات الكوبينغ تتدخل فيما تبقى مما يمكن إدراكه بعد التغيير الذي أحدثته الميكانيزمات الدفاعية.

(Chabrol & Callahan, 2019, p205)

عرف كرامر (Kramer: 2010) الجديد والأهمية لهذا النوع الإدماجي للدفاع وللكوبينغ في مجلته العلاقات بين الدفاع والكوبينغ *Coping and defense mechanism : what's the difference ?* عند الأفراد التوظيف الأكثر تكيفاً هو تصور التهديد، يمكن أن يرتفع عن طريق التسبيق الانفعالي الذي يشعر بالتغيرات العاطفية للمشاكل وهي التي تسهل حركة الكوبينغ. وإدراك التهديد يمكن أن يقوى أو بالعكس أن ينقص عن طريق القمع والكبح الذي يتدخل عندما لا يمكن أن يحل المشكل في ذلك الوقت والذي سيمحي من الشعور إلى حين أن نوع الكوبينغ يأخذ لعب الدور ويمكن أن تنقص عن طريق المزاح الذي هو وسيلة ترابطية للمشاكل كنتيجة وكأدنى حد لحركة الكوبينغ (Chabrol & Callahan, 2019, p210)

3.3. النموذج التفاعلي (Le modèle Transactionnel)

بالنسبة للمقاربة التفاعلية لا يوجد إستراتيجية فعالة أو غير فعالة بالذات، تابعة لوضعية المواجهة، فعالية الإستراتيجية تابعة لشروط مختارة: التوازن الانفعالي، الراحة، نوعية الحياة، الصحة الجسمية.....

يمكن لإستراتيجية أن تحمي الفرد مثلاً ضد العواطف السلبية التي تضر بصحته كتناول الكحول،

التدخين، الخ... (Bruchon. 2002, p355)

إن محددات الكوبينغ انطلاقاً من المقاربة التفاعلية الكوبينغ هو مجموع الاستجابات للوضعيات الضاغطة الخاصة، وهو سيرورة ديناميكية تتغير بوظيفة الوضعيات وبوظيفة الطريقة التي يقيم بها الفرد الوضعيات

الصعبة، عند بعض الباحثين محددات الكوبينغ هي منظمة ومرتبطة (خصائص معرفية، وعلمية للفرد) وبالنسبة للبعض الآخرين الكوبينغ يعرف عن طريق خصائص الوضعيات (طبيعة المشكل، المراقبة...)

(Bruchon. 2002, p361)

4. المحددات المنظمة للكوبينغ:

بالنسبة لكوستا وآخرون (Costa et al: 1996) يوجد أنواع من الكوبينغ مستقرة، كل فرد يحرك بالأفضلية بعض الاستراتيجيات عن أخرى أمام تنوع واختلاف الوضعيات الصعبة للحياة والذي يدلنا على انه ليست الخصائص الموضوعية للأحداث أو الظواهر التي تؤثر على الفرد وإنما الطريقة التي يستقبلها بها ويفسرها والتي تتبع الخصائص المعرفية والعلمية لكل فرد وأيضا تاريخه.(Cohen & al. 1983)

1.4. المحددات المعرفية : بالنسبة للمحددات المعرفية للتقييم يوجد الاعتقادات (على الذات، العالم،

مصادره، قدراته وامكانياته في حل المشاكل....) والمحفزات العامة (مبادئ، أهداف، اهتمامات..)

بالنسبة لفانهاك Van Heck 1997 يوجد محدد معرفي آخر للتقييم الذي يرجع ويحدد عن طريق قدرات الفرد وسلوكاته (الداخلية) وأيضا عن طريق دوافع خارجية كالحظ، والصدفة، القدر (الخارجية) فيستقبل الوضعية المسيطرة وعن طريق امكاناته المناسبة تكون استراتيجيات مركزة على المشكل أي أن الاشخاص لديهم تحكم خارجي.(Bruchon & Emili, 2014, p479)

2.4. المحددات الاعترافية (من العزم والإرادة): بالنسبة لفان هاك (Van Heck: 1997) بعض

خصائص الشخصية يمكن أن تعرف على الأقل التقييمات (الأولية والثانوية) واستراتيجيات الكوبينغ تتكون أمام وضعية صعبة ومقلقة، أيضا الحصر، العصاب، الاكتئاب، العدوانية تنتبأ بالتقييمات الخاصة (توتر كبير ضعف في فعالية الذات) واستراتيجيات الكوبينغ المركزة حول الانفعال، ومن جهة أخرى اللدونة *la résilience*، م ركز المراقبة والتحكم، معنى الترابط المنطقي بين الأفكار، أن يكون واعيا ، مشتركة بالتقييمات الملائمة ولها امتياز وفائدة لاستراتيجيات الكوبينغ المركزة على المشكل . بعض الباحثين : كوستا، فولرالث، م.س.كراي(Costa, vollrath & MC Crae) ، توصلوا الى أن التقييم والكوبينغ يعرفان بخصائص نفسية اجتماعية مستقرة وثابتة لدى الأفراد، هذا ما يفسر لماذا استجابات الكوبينغ لديها صلابة مؤقتة جيدة من وضعية لأخرى(Bruchon. 2002, p362)

4. 3, المحددات التابعة للوضعية و التعاملية للكوبينغ:

الكثير من الباحثين أمثال شوارتزر وكوستا وآخرون (Schweitzer: 1999, Costa : 1996) يرون أن التقييم (الأولي أو الثانوي) والكوبينغ يعتبران كسيرورات تعاملية تابعة لخصائص الأفراد وفي نفس الوقت لخصائص الوضعيات التي يواجهونها، أيضا التقييم يمكن أن يتأثر بمختلف خصائص المحيط: طبيعة التهديد، الوقت، الحدة وسيطرة التوتر، توفر ونوعية الدعم الاجتماعي يمكن أن يساعد الفرد في حالة الحاجة والضرورة، أيضا التقييمات واستراتيجيات الكوبينغ يمكن أن تعرف على الأقل، جزئيا عن طريق متغيرات تحاول تسيير الاستراتيجيات المركزة حول المشكل.

لازاروس ولونبي (Lzarus & Lunier : 1978) اقترحا تصنيف الظواهر ليس بطريقة موضوعية لكن حسب التقييم الأولي الذي يقوم به الأفراد، أيضا اكتشفا أن المظاهر أو الأحداث يمكن أن تدرك على أساس فقدان، تهديدات، أو تحديات من طرف مختلف الأفراد .

و في دراستين مختلفتين عام 1984 قام كراي (MC Crae) أضافوا التقييم الأولي للوضعية الصعبة هي التي تحدد اختيار إستراتيجية الكوبينغ، حدث يعاش كفقدان مستحث، التعبير الانفعالي وحتمية القدر (الخضوع)، إذا أدرك كتهديد، يتطلب تقليص الخطر وإعادة التقييم الايجابي وإعادة تفعيل المعتقدات الدينية، ظاهرة تقيم كتحدي يمكن أن يستدعي مختلف الاستراتيجيات: لحل المشكل، التفكير الايجابي، السخرية والمزاح.... وأيضا عوامل شخصية ومحيطية (المحيط الحقيقي أو المدرك) تساهم في التقييم الأولي والثانوي في تكوين استراتيجيات الكوبينغ.

5. مراحل التقييم:

الكوبينغ هو سيرورة ديناميكية تحتوي سيرورتان وهما: التقييم المعرفي واستراتيجيات الكوبينغ.

التقييم المعرفي يتكون من خلال مصادر الشخصية وعوامل المحيط وهذا التقييم المعرفي يتكون من مرحلتين من التقييم وهو التقييم الأولي والتقييم الثانوي.

بالنسبة للازاروس وفولكمان (1984) السيرورتان تابعتان لشبكة تفسير الواقع المتأثرة بالخصائص الشخصية للفرد (الشخصية، الحوافز، الدوافع، الخبرات السابقة، علامات القلق، الفعالية الشخصية، التفاؤل.....)

5, 1, التقييم الأولي: هو سيرورة وسيلة يبحث بها الفرد عن معرفة ما إذا كانت الوضعية التي يواجهها ملائمة له أو لا، وبأي درجة تفوقه للتقرب من أهدافه وبالعكس تبعده عنها، تسمح للفرد بتحديد معنى لهذه الوضعية المتأثرة بالقيم والاعتقادات والدوافع الشخصية ومنبهاته ومواضيعه، فالتقييم الأولي هو أن يضع الفرد معنى للوضعية وفي نفس الوقت يحدد القيم المشتركة.

إذن التقييم الأولي هو تقييم الوضعية الصعبة من طرف الفرد، كيف يدركها؟ هل يراها ظاهرة ايجابية، بدون أهمية، وبدون صعوبة؟ هل القلق والتوتر يعتبره كطريقة سلبية لاستقبال وإدراك الوضعية؟... فنظرة الفرد تتأثر بتجاربه الداخلية أكثر من الوضعية في حد ذاتها.

في حالة أن الفرد يحس أن الوضعية صعبة وضاغطة، الباحثان لازاروس وفولكمان (1984) أعطيا ثلاثة تفسيرات محتملة للتوتر والضغط: التهديد (الفقدان)، تحدي (فائدة وامتنياز) أو يمكن أن تصور كفقدان لمعاش داخلي سابق من طرف الفرد (جسدي، علائقي، مادي...) إدراك الفقدان أو التهديد يشمل الانفعالات والمشاعر السلبية كالغضب أو الخوف في حين إدراك التحدي يشمل الانفعالات والمشاعر الايجابية كحافز، هذا النظام التقييمي الأول يتأثر بالنظام التقييمي الثاني، النظام التقييمي للإمكانيات.

5. 2. التقييم الثانوي: وهي سيرورة التقييم المعرفي التي تركز على ما يجب أن يفعله الفرد في العلاقة شخص/ محيط، عن طريق هذا التقييم يبحث عن الإمكانيات المحتملة للأفعال الضرورية لتطوير العلاقة المضطربة بينه وبين المحيط .

هذا التقييم الثانوي يحتوي على الأفعال المحتملة للضبط والتحكم للوصول الى الهدف والنتيجة المبتغاة، لكن أيضا الآثار التي يمكن أن تنجم، إذن اختيار استراتيجيات الكوبينغ التي يتخذها الفرد لمواجهة الضغط تابعة لنتائج هذه التقييمات .

ونقول أيضا انه نظام التقييم الثانوي للإمكانيات المتوفرة، الفرد سيقوم بالمساعدات الاجتماعية لكي يتخطى الوضعية في محيطه وبإمكانياته الشخصية الداخلية - القدرة على المراقبة -، والتحكم المدرك من طرف الفرد هو عامل حماية لصحته وفقدان التحكم قد يكون مضرًا.

المساعدة والدعم الاجتماعي المدرك هو الإحساس باحتمال وجود المساعدة والحماية من طرف المحيط، بالإضافة الى انه يعمل على الإسقاط بتخيله ما سيحصل إذا استعمل إمكانية ما والنتيجة التي سيتوصل إليها. الإمكانيات التي تحرك من طرف الفرد تختلف حسب إدراكه للوضعية المقلقة والصعبة .

6. التحكم والمراقبة:

قابلية التحكم في حدث ما لديه تأثير على التوتر والضغط، الاعتقاد أن الوضعية قابلة للتحكم تعطي الفرد إمكانية للتغيير وإبعاد الضغط والتوتر عن طريق إستراتيجية الكوبينغ التي يختارها، بصفة عامة الوضعيات الغير قابلة للتحكم هي الأكثر ضغطا و توتيرا للفرد لأنه لا يمكن أن يتحكم في النتيجة كالزلازل مثلا.

قابلية التحكم إدراك التحكم والمراقبة هو دائما مستقر وثابت بالنسبة ل م س كرا 1984 القواعد الاجتماعية تؤثر بشكل كبير على إدراك قابلية التحكم للحدث، وسوء إدراك التحكم يمكن أن ينتج مشاكل انفعالية وسلوكية.

يوجد نوعين من التحكم: السلوك و المعرفة

- التحكم السلوكي يتضمن استخدام الملموس (إذا كان الشخص مريضا يأخذ الدواء ليشفى)
- التحكم المعرفي وهو تأثير ظاهرة معينة بطريقة غير مباشرة على إستراتيجية ذهنية أي تسمح برؤية المفعول والنتيجة.

إذن النظامان الاثنان للتقييم يتأثران ببعضهما البعض، الطريقة التي يقيم بها الوضعية تابعة لتقييم الإمكانيات والطريقة التي تقيم بها الإمكانيات تابعة لتقييم الوضعية.

و استخرج لازاروس وفولكمان (1984) عاملين شخصيين يؤثران في النظامين الأولي والثانوي للتقييم .

- **العامل الأول** هو الالتزام والتعهد: الشخص في هذا المحتوى يدرك الأهمية والقيمة التي يضعها الشخص لشيء ما وحوافزه هي التي توصله الى هدفه، هذا سيؤثر على الشخص بإبعاده أو تقريبه من الوضعية الصعبة .
- **العامل الثاني** هو اعتقادات الشخص : وهي معاني موجودة في فكر وروح الفرد متأثرة بمحيطه الشخصي والثقافي ، يسمح له بتفسير الواقع فهي تؤثر مثلا في شعور التحكم للوضعية الصعبة للفرد.

7. الاستراتيجيات العامة للكوبينغ :

بالنسبة للازاروس و زملائه الكوبينغ لديه وظيفتين رئيسيتين : يستطيع أن يسمح بتغيير المشكل الذي هو مصدر للتوتر والضغط ويستطيع أن يعدل الاستجابات الانفعالية التي تصاحب هذا المشكل إذن التغيير الذاتي.

استراتيجيات الكوبينغ هي المجهودات المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد لتغيير المطالب الداخلية والخارجية التي تتجاوز إمكانياته وقدراته .

هي تعمل على إنقاص تأثير الوضعية على الراحة النفسية للفرد، يوجد نوعين من الاستراتيجيات: الاستراتيجيات الفعالة والاستراتيجيات الغير فعالة.

➤ **استراتيجيات الكوبينغ الفعالة** تركز على حل المشكل وتعمل على الإنقاص من مصدر القلق والضغط ، الفرد هو يعمل بنفسه على محيطه و يحاول تعديله لإنقاص عوامل الضغط، الفرد إذن يعمل على الوضعية وسيتواجه مع المشكل بتقبل إمكانياته يبحث عن الدعم الاجتماعي الضروري يقوم بمخطط عمل و يتتبعه.

➤ **الاستراتيجيات غير فعالة** هي مركزة على انفعالات الشخص، و هنا الشخص لا يعمل على الوضعية، وإنما على الانفعالات التي يحس بها ويحاول أن ينقص منها لإنقاص الضغط الانفعالي الذي يحس به.

التجنب هو جزء من الاستراتيجيات الغير فعالة الفرد يوجه اهتمامه وانتباهه حول شيء آخر، كمشاركته مثلا في أعمال تعويضية كالرياضة، الألعاب.... الخ.

واستراتيجيات كوبينغ أخرى **مركزة حول الانفعال** : الهروب يظن الفرد انه إذا بقي في إنكار الوضعية الصعبة ستختفي. فلهروب ليس إستراتيجية كوبينغ فعالة، حيث انه غالبا ما يصاحب مع القلق والحصر والاكتئاب .

استراتيجيات البحث عن المعلومة و ضرورة وجود مبادئ ايجابية أو المزاح والسخرية يمكن أن تكون من الاستراتيجيات المركزة حول الانفعالات الفعالة .

استراتيجيات الكوبينغ المركزة حول المشكل تثبت أنها فعالة لمدة أطول في حين استعمال استراتيجيات الكوبينغ المركزة على الانفعالات لا تثبت إلا مدة قصيرة وتنتج مجموع من الاضطرابات.

- الكوبينغ المركز على المشكل: يوجه نحو الفعل بهدف تغيير العلاقة بين الشخص والوضعية، أي تعديل عناصر المشكلة بشكل مباشر سواء عن طريق التصدي أو التخطيط .
- الكوبينغ المركز على الانفعال : هو يحتوي على مختلف محاولات الفرد في تعديل الضغط الانفعالي الناتج عن الوضعية و يتميز ب:

-العجز واليأس (إحباط ، فقدان التحكم ، التشاؤم)

-اتهام الذات (الإحساس بالمسؤولية ، الشعور بالذنب.....)

-التجنب الانفعالي (الانغلاق ، النفي ، الفكر الخيالي ، اللاواقعية....)

-التغيير الانفعالي (أزمة بكاء، حالة حصر ، تهيج ، غضب.....)

-العدائية (الغضب ، العدوانية ، العدوانية نحو الذات، التهيج....)

➤ الكوبينغ المركز حول المشكل والكوبينغ المركز على الانفعال هما الإستراتيجيتان الرئيسيتان للكوبينغ

البحث عن الدعم الاجتماعي تظهر أحيانا كإستراتيجية ثالثة للكوبينغ ، وهي جهود الفرد للوصول إلى التعاطف أو الدعم ولكن ليس من طرف الشبكة الاجتماعية أو المساعدة الاجتماعية، لكن هذه الإستراتيجية تشمل أحيانا محاولة جمع المعلومات أو مساعدة مادية لتسوية الصعوبات.

البحث عن الدعم الاجتماعي يمكن أن يعتبر ككوبينغ مركز حول المشكل ، أي أن البحث عن الإصغاء والاستماع والطمأننة ولإنقااص الانفعالات السلبية يمكن أن يندرج ضمن الكوبينغ المركز حول الانفعال .

8. تصنيفات استراتيجيات المواجهة:

توصلت العديد من الدراسات الى وجود تنوع كبير في استراتيجيات المواجهة منها الفردية ومنها ما هو متعلق بعلاقة الفرد مع الآخرين (*inter et intra-individuelle*) وسنتطرق الى أهم التصنيفات :

8. 1. تصنيف بيلينغ وموس (Billing et Moos :1981):

لقد حدد هذان الباحثان ثلاثة أنواع لاستراتيجيات المواجهة :

الاستراتيجية السلوكية الفعالة : وتمثل المجهودات والمحاولات السلوكية الظاهرة للتعامل مع المشكل مباشرة.

الاستراتيجيات المعرفية الفعالة: وتمثل المجهودات المعرفية الموجهة لتقدير الحدث بأنه صعب وضغط، بمعنى أنها تتضمن القيام بالمحاولات المعرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكل.

الاستراتيجيات التجنبية: وهي المجهودات والمحاولات لتجنب مواجهة المشكل وتفاديه أو محاولة مواجهة المشكل بصفة غير مباشرة وتقليص الضغط والتوتر من خلال سلوك الأكل والتدخين... الخ أي تحتوي هذه الاستراتيجيات على محاولات معرفية بهدف الإنكار والتقليل من التهديدات التي تسببها الوضعية والقيام بمحاولات لتجنب التصدي مع هذه الوضعية، وهذه الاستراتيجيات التجنبية هي ناتجة ومتكونة من استراتيجيات فرعية مثل الإنكار والتشتت والكبت والقمع والتقبل والاستسلام.

إذن استراتيجيات المواجهة التجنبية تحتوي على نزعة التشتت وصرف الذهن عن الحدث أو الوضعية الصعبة وتجنب الحصول على معلومات بشأن هذه الوضعية واستخدام أساليب معرفية وسلوكية للهروب من الموقف الصعب الضاغط، كما تتضمن تجنب التفكير الواقعي في المشكل وتقبلها والاستسلام لها وللتفيس الانفعالي و الانفعالات السلبية الناجمة عن الوضعية الصعبة (حسين ط وحسين س، 2006)

8. 2. تصنيف سولس وفليتشر (Suls et Fletcher :1985):

من خلال أعمال هذان الباحثان توصلنا إلى تصنيفين أساسيين للمواجهة:

➤ المواجهة التجنبية: وتمثل الاستراتيجيات السلبية والاستسلامية مثل التجنب، والتهرب، والنفي والتقبل الإرادي.

➤ المواجهة اليقظة: وتمثل الاستراتيجيات النشطة كالبحث عن المعلومات، وعمل مخططات حل المشكل والدعم الاجتماعي (Paulhan & al,1994)

8. 3. تصنيف سيشير وآخرون (Scheier & al : 1986):

يرى الباحثون أن استراتيجيات المواجهة تحدد في عدة أنواع:

- الإستراتيجية الموجهة نحو المشكلة: وهو وضع الفرد لخطة معينة ويقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث والوضعية الصعبة.
- الإنكار: وهو رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الصعب ومحاولة تجاهل هذا الموقف كلية.
- التقبل والاستسلام: ويعني تقبل الفرد للموقف نتيجة عجزه وانعدام الحل لديه ونتيجة لرفضه القيام بأي شيء اتجاه الموقف.
- لوم الذات: هنا الفرد يرى أنه هو المسئول عن تعرضه للموقف الصعب.
- إعادة التفسير الايجابي للموقف: وهو محاولة الفرد إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف ما يجعله يشعر بالثقة في النفس.
- الهروب من خلال التخيل: ويعني لجوء الفرد الى أحلام اليقظة.
- المساندة الاجتماعية: وهي سعي الفرد نحو الآخرين لطلب الإعانة والنصيحة والمعلومات والمساعدة (حسين ط وحسين س، 2006)

8, 4, تصنيف اندلر وباركر (1998):

- استراتيجيات المواجهة التي تركز على المهمة: وتهدف إلى حل المشكلة وإعادة البناء المعرفي لدى الفرد عن المشكلة ومحاولة تغيير الموقف وهي تعتبر أسلوب مواجهة فعال بحيث تستخدم أساليب سلوكية ومعرفية في مواجهة الوضعيات والمواقف الصعبة وتؤدي إلى تحقيق التوافق الايجابي للفرد.
- استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال: هذه الإستراتيجية هدفها هو التركيز على الانفعالات المرافقة للمواقف الصعبة من أجل خفضها بدلا من التعامل مع المواقف الصعبة بحد ذاتها.
- استراتيجيات المواجهة التجنبية أو الاحجامية: هنا الفرد يتجنب المشكلة، وهذا النوع يتضمن فرعين هما التشتت والتحويل الاجتماعي، فالتشتت هو يسمح للفرد بتجنب المشكلة عن طريق

اندماجه في نشاطات أخرى بعيدة عن المشكلة، أما التحويل الاجتماعي يهدف الى خفض الضغط وتجنب المشكلة، هذه الاستراتيجيات غير فعالة وترتبط بنتائج سلبية كالأعراض الاكتئابية.

8. 5. تصنيف كوهين (1994 :Cohen):

- التفكير العقلاني: وهي أنواع التفكير العقلاني والمنطقي التي يقوم بها الفرد اتجاه الموقف الصعب بالبحث عن مصادره وأسبابه.
- التخيل: وهو تخيل الفرد للمواقف الصعبة التي واجهته وتخيل السلوك والأفكار التي يمكن القيام بها في المستقبل عند مواجهة نفس المواقف السابقة.
- الإنكار: وهو إنكار الفرد المواقف الصعبة وتجاهلها كأنها لم تحدث.
- حل المشكلات: هي إستراتيجية معرفية يسعى من خلالها الفرد الى استخراج الأفكار والحلول الجديدة لمواجهة الموقف الصعب.
- الدعابة والمرح: وهي التعامل مع المشكلة أو الموقف الصعب بنوع من المرح والمزاح والدعابة.
- الرجوع إلى الدين: وهو أن يلجأ الفرد إلى الدين عن طريق الإكثار من الصلاة والعبادة والمداومة عليها والتي تعتبر كدعم روحي وأخلاقي وانفعالي بالنسبة له في مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة.

8. 6. تصنيف فولكمان ولازاروس (1984 :Folkman et Lazarus) :

صنفا الباحثين نوعين لمواجهة الوضعيات الصعبة هما المواجهة التي تركز على المشكل والمواجهة التي تركز على الانفعال، إضافة إلى أنواع أخرى.

- إستراتيجية المواجهة التي تركز على المشكل: وهي المجهودات الناتجة عن تفاعل الفرد مع البيئة لتغيير المواقف الصعبة وحسب شافير (1992)Schafer تعني الجهود التي يبذلها الفرد للتعامل الفعال مع عوامل الضغط النفسي مباشرة، وزيادة على ذلك كوبر وباين Cooper et Payne (1991) يريان أن المواجهة المركزة على المشكل هي عبارة عن استجابة سلوكية ومعرفية لمواجهة الضغط النفسي عن طريق التعامل مع الوضع وهي عبارة عن سلوكيات لتغيير الوضع، ويضيف لازاروس Lazarus (1993) أن هذه الإستراتيجية هي محاولة للسيطرة على الموقف الصعب الضاغط مباشرة باستعمال الفرد مصادره الذاتية في حل الموقف ومواجهته مباشرة،

واتخاذ إجراءات للتخفيف من تأثيره، وتتضمن تحليل الموقف ووضع خطط وبدائل حلول تؤدي الى تغيير الموقف الصعب الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط.

إذن تهدف استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل مصدر الضغط أو استبعاده وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة فبالتالي هي مجهودات تهدف إلى إزالة الموقف المهدد وتقليل تأثيراته (Carver & al, 1994)، فهذه الإستراتيجية الموجهة نحو المشكل تعمل على تحديد المشكل وإيجاد حلول بديلة ودراسة فعالية هذه الحلول الجديدة وعواقبها ثم اختيار واحدة منها وتطبيقها فهي تعمل مباشرة على تغيير المشكلة كما تؤدي هذه الإستراتيجية الى تغيير الحالة الانفعالية بصفة مباشرة (Lazarus & folkman, 1984)

وتحتوي هذه الاستراتيجيات على مجموعة الأساليب منها البحث عن المعلومات ومخططات حل المشكل والتصدي وسنتطرق إليها بالتفصيل فيما يلي:

- إستراتيجية البحث عن المعلومة: تهدف إلى البحث للحصول على معلومات لها علاقة بالموقف الصعب ونتائجه، والبحث عن أساليب بديلة للعمل واستبصار نتائجها المحتملة وقد يبحث الفرد عن القواعد والإجراءات التي ينبغي اتخاذها والعمل بها، وقد يتوجه البعض إلى أسلوب عقلي وهو التحليل المنطقي للأحداث لاستعادتهم الإحساس بالتحكم والضبط من خلال تعلمهم المطالب التي ينبغي أن يقوموا بها (الرشيدي وآخرون، 2001)
- إستراتيجية التصدي: وهي عبارة استراتيجيات عدوانية اتجاه الأشخاص المسؤولين عن المشكل إذن هي المجهودات العدوانية لتغيير الوضعية (Graziani et al, 1998)
- إستراتيجية مخططات حل المشكل: هي استراتيجيات البحث عن الحلول من خلال تسخير مجهودات مدروسة تركز على المشكل بهدف تغيير الوضعية وبتناول تحليلي لحل المشكل فيسعى الفرد الى مضاعفة الجهود ويضع مخططات عمل لإيجاد الحلول ويصل الى مواجهة أكبر واكتشاف الأهم في الحياة.

إن التخطيط والتنظيم والاستفادة من الخبرات السابقة والتعامل العقلاني يؤدي الى نتائج ايجابية في مواجهة المواقف الصعبة والتخفيف من الضغط الناجم عنها وإدارتها بشكل ايجابي فالمواجهة الفعالة للمشكلة وعدم الانسحاب منها يؤثر بشكل ايجابي في التخفيف من الضغط النفسي.(شريف،2002)

إن حل المشكل هو عملية يحاول بها الفرد أن يخرج من مأزق أو موقف صعب وضابط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأفراد معارفهم السابقة (الشناوي وعبد الرحمن،1998) ويضيف ل من ويدسايد ومكلام (Woodside & Mecclam) بان حل المشكل عملية عقلية معقدة ومركبة تتم على مراحل وتتضمن فهم المشكلة، ووضع الخطة وتنفيذها ثم فحص وتقويم الحلول وتؤثر الخبرات الماضية في الحلول التالية للمشكلات.أما نيزو (Nezu :1987) فيعتبر أن أسلوب حل المشكلات هو العملية المعرفية السلوكية التي يحدد الفرد بواسطتها استراتيجيات وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة.

فمن خلالها يضاعف الفرد جهوده لحل المشكل ويضع مخطط عمل للوصول الى الحلول ويتقبل أفضل الحلول وفقا لما يريده والخروج من المواجهة بقوة أكبر واكتشاف ما هم مهم في الحياة (Servent,2005)

➤ إستراتيجية المواجهة التي تركز على الانفعال: وتتضمن الأفكار والأفعال التي تهدف الى تقليص الأثر الانفعالي للضغط وهي المجهودات لتقليل الانفعالات السلبية التي تنشأ كاستجابة للتهديد وتعتمد على الجهود التي يبذلها لتنظيم انفعاله عن طريق ضبط الأهمية العاطفية للأحداث الصعبة أو تعديلها أي التنظيم الانفعالي المركز على التعامل مع الخوف أو الغضب أو الشعور بالذنب وتتضمن المواجهة التي تركز على الانفعال مواجهة سلوكية وانفعالية ومواجهة معرفية انفعالية (شريف،2002)، ويمكن أن تأخذ هذه الجهود عدة أشكال ونشاطات أولها نشاط تغيير درجة الانتباه ، التجنب أو التهرب أو تمنى مصدر الضيق والانزعاج فهي تعمل على تغيير اتجاه الانتباه من مصدر الضغط محدثة بذلك راحة مؤقتة ولهذه الميكانيزمات أثر مؤقت وأقل فعالية، أما ثاني نشاط يتمثل في النشاط المعرفي الذي يغير المعنى الذاتي للتجربة كإعادة تقييم الوضعية وتضخيم الجوانب الايجابية للحدث، أو إعادة التقييم الايجابي الي يتضمن تحويل التهديد الى تحدي، وتعتبر هذه النشاطات فعالة في التخفيف من المستوى الانفعالي وتقليصه. هدف هذه المواجهة هو ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها الوضعية الصعبة، مع الاحتفاظ بحالة من الاتزان الوجداني(الرشيدي وآخرون،2001)

عادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيدا في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكل (عبد الرحمن، 2000)، فالجهود الموجهة لضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها الوضعية الصعبة تأخذ عدة أشكال وقد اقترح لازاروس وفولكمان مجموعة من أساليب المواجهة الموجهة نحو تقليص الضيق الانفعالي منها: التجنب والتهرب، اتخاذ المسافة، تغيير المعنى المعرفي للحدث للجانب الايجابي، وتحمل المسؤولية وضبط الذات والدعم الاجتماعي. وسنتطرق لها فيما يلي:

- إستراتيجية التهرب أو التجنب : وهي تعني التفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل وتجنبه فيتخيل الفرد نفسه في عالم أفضل أو مكان آخر، يتمنى إمكانية تغيير حدث ما وأن تنتهي المواجهة سريعا، بالإضافة إلى أن إستراتيجية التهرب تتجلى من خلال النوم والأكل وتناول الكحول والأدوية والمخدرات فالتهرب والتجنب يسمحان للفرد بالخروج من التفاعل الضاغط دون تغييره (Graziani et al,1998)
- إستراتيجية اتخاذ المسافة : وهي تصغير معنى الوضعية الصعبة وأهميتها والتقليل منها فهي مجهودات معرفية لتحرير الذات (Lazarus & Folkman,1988)
- إستراتيجية ضبط الذات : وهي الضبط الذاتي للانفعالات والتصرفات وترتكز على التنظيم الوجداني والجهود التي يبذلها الفرد لضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الصعبة، من خلال تحمل الغموض والتناقض وتحكم الفرد في مشاعره (الرشيدى وآخرون، 2001)، وهي تسمح للفرد بضبط نفسه والاطمئنان ومراجعة ذاته ومناقشتها (Servent,2005)
- إستراتيجية تحمل المسؤولية: وهي اعتراف الفرد بدوره في المشكلة وما يصاحب ذلك من محاولات لجعل الأشياء صحيحة وهي تتضمن الوعي بالمسؤولية الشخصية في المشكل مع محاولة الاستدراك (Servent,2005).

• إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي : هي تغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم

الوضعية والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى ايجابي (Dantchev,1989)

➤ إستراتيجية الدعم والمساندة الاجتماعية: تمثل البيئة الاجتماعية للفرد مجموعة من المصادر التي

يمكن للفرد أن يلجأ إليها طلبا للمساعدة، كالأسرة والأصدقاء والأقارب والزملاء وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لديهم أهمية في حياة الفرد ومنها المادية والمعنوية وغيرها... التي يحصل عليها الفرد من خلال علاقاته الاجتماعية مع المصادر المتوفرة في بيئته الاجتماعية بالدعم

والسند الاجتماعي (شكري،1995)

يرى سارازون (Sarason) وآخرون المساندة الاجتماعية تعبر عن مدى وجود أشخاص وتوفرهم الذي

يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد انه بوسعهم العناية به ويحبونه ويقفون بجانبه عند الحاجة.

ويضيف ليبور (Lepore : 1994) المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية والمدركة للمصادر

المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق، ويتزود الفرد

بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال

اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد وتضم في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل.

كما أن بعض الباحثين من أمثال هالي (Haley :1996) يرون أن الدعم الاجتماعي هو شكل من

أشكال المواجهة الهادفة إلى تنظيم الاستجابات العاطفية، والجهد الذي يقوم به الناس للحصول على

المساندة الاجتماعية للتخفيف من الوضع الضاغط ومن آثاره، فهذا البحث عن الدعم الاجتماعي له دور

في تخفيف الضغط النفسي عن طريق التواصل الاجتماعي الجيد والعلاقات الاجتماعية المرنة الحميمة.

والسند الاجتماعي يشعر الفرد بأنه محبوب ومقبول اجتماعيا ومرغوب فيه وينتمي إلى شبكة دعم

اجتماعية تقدم له الدعم المادي والعاطفي اللازم عند الحاجة إليه والذي من خلاله يشبع حاجاته المادية

والنفسية وتجعله شخصا أكثر تكيفا وقدرة على مواجهة مشكلاته المادية والاجتماعية (الشقيرات وأبو

عين،2001)

أما بالنسبة للباحث كوهان (Cohen : 1997) يرى أن الفرد لا يرى الموقف ضارا وصعبا وضاعطا إذا اعتقد أن شبكته الاجتماعية ستساعده على المواجهة ويتم الدعم والمساندة الاجتماعية بثلاثة طرق دعم اجتماعي: دعم مادي ويتمثل في المساعدات المادية والقروض خصوصا إذا كانت المشكلة تتطلب المال أو السكن....

- دعم معلوماتي: ويتمثل في إعطاء النصائح والآراء حول كيفية مواجهة الوضعية، ويكون عن طريق إعطاء الآخرين نتائج خبراتهم في المواقف المتشابهة لموقف الفرد أو تزويد الفرد بالمعلومات الهامة التي يتوقع أن تساعده في التعامل مع المشكلة
- دعم عاطفي: ويتمثل في التعاطف الذي يحصل عليه الفرد من أفراد أسرته أو أصدقائه... حيث يساهم هذا التعاطف ومشاركة الألم في التخفيف من الإحساس بالقلق والحزن.

9. أهم مقاييس استراتيجيات المواجهة (الكوبينغ) :

هناك العديد من الوسائل وضعت لتقييم استراتيجيات الكوبينغ نسبة الى مختلف أبعاد الكوبينغ المحتملة (علامات ، حالات) أو نسبة لاختلاف البحث في مجالات مختلفة من الحياة و كذا العينة المختارة والوضعية المراد بحثها من هذه الدراسات نذكر بعضها .

أولا. مؤشر إستراتيجية المواجهة (Coping strategy indicator CSI) :

صمم من طرف Amirkhan سنة 1990 يحتوي على 33 بندا يقيس المقياس ثلاثة استراتيجيات أساسية: البحث عن حل للمشكلة، البحث عن السند والتجنب (Cramer,2005)

ثانيا. مقياس استجابة المواجهة : Coping reponse inventory :

صمم من طرف Moos et Billing سنة 1981 ويقيس ثلاثة أبعاد للمواجهة: مواجهة مركزة على الإقدام، مواجهة مركزة على المشكل وتضم البحث عن المعلومات، والبحث عن الحل، ومواجهة مركزة على الانفعال وتتضمن ضبط الوجدان، والتفريغ الانفعالي (Cramer,2005)

ثالثًا. مقياس المواجهة للتفكير البناء: Constructive thinking inventory

صمم من طرف Epstein et Meier سنة 1989 يقيس جوانب الخبرات التي يطلق عليها أيضا ذاكرة ما قبل الشعور للفرد يضم المقياس المقاييس الفرعية التالية:

-مواجهة انفعالية

-مواجهة سلوكية

-تفكير فنوي

-تفكير خرافي وهمي

-تفاوض ساذج

-تفكير سلبي

رابعًا. مقياس حل المشكل PSI Problem solving inventory :

صممه كل من Baker et Heppner سنة 1997 يهدف الى قياس المواجهة كاستراتيجية مركزة على المشكل ويتضمن المقياس 32 بندا يتوزع على ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

-الثقة في حل المشكل

-نمط الإقدام أو التجنب

-الضبط الشخصي

خامسًا. مقياس الضغط وسيرورة المواجهة Stress and coping process questionnaire:

صمم من طرف Perrez et Reicherts سنة 1999 يحتوي على سلسلة من الحلقات (تضم ميادين اجتماعية ومهنية) تقدم للفرد تضم كل منها ثلاثة عبارات وتوضح لنا ما هي إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها تجاه الوضعية المقترحة والالتزام والامتنال للقواعد المعرفية - السلوكية لإدارة الضغط تعكس درجة توافق الفرد للواقع وهذا ما يهدف المقياس لقياسه.

سادسا. مقياس المواجهة المركزة على الانفعال Coping centré sur l'emotion

صمم من طرف Staten et al سنة 2000 يقيس ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

-تحديد الانفعالات

-السيرورة الانفعالية

-التعبير الانفعالي

سابعا. مقياس استراتيجيات المواجهة لفولكمان ولازاروس Ways of coping

صمم المقياس من طرف Lazarus et Folkman سنة 1988 يتكون المقياس من 50 عبارة موزعة على 8 مقاييس للمواجهة وتتمثل فيما يلي:

إستراتيجية التصدي، إستراتيجية مخططات حل المشكل، إستراتيجية اتخاذ مسافة، إستراتيجية ضبط الذات، إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي، إستراتيجية تحمل مسؤولية، إستراتيجية التجنب، إستراتيجية إعادة التقدير الايجابي

ثامنا. مقياس التعامل Le COPE :

وضع من طرف كرافر وآخرون (Craver & al 1989) هؤلاء الباحثين وضعوا أداة انطلاقا من جزء و جانب صغير من الكوبينغ. توصلوا إلى 970 طالب بعبارة (ماذا تفعل إذا كنت قلقا أو متوترا) النسخة النهائية ب 42 بندا و COPE يحتوي 13 سلما ب 4 بنود .

تاسعا. سلم CHIP Copig with health problems and injuries scale Enderl et Summerfeldt 1998

لآندر وسمارفلدت وهو موجه نحو الأشخاص الذين يعانون من أمراض جسمية، CHIP وضع في البداية للأشخاص الذين يعانون من السرطان، ثم أعيدت مراجعته لتطبيقه على العديد من مجموع الأمراض الأكثر اختلافا، هذه الأداة تحتوي على 32 بندا وتسمح بتقييم أربعة أبعاد :

-الكوبينغ المهدئ أو المسكن : palliatif محاولة المريض التخفيف من المظاهر المؤلمة لحالته (النوم ، الراحة ...)

-الكوبينغ الفعال : و يحتوي على البحث المعلومة و الرأي الطبي حول مرضه .

-الإلهاء: تعني محاولة المريض التفكير في أمور رائعة .

-الكوبينغ الانفعالي : وهو يضع التركيز حول العواطف المصاحبة للحالة الصحية (الغضب، الإحباط، الخوف....)

10. المقاييس التي تتضمن استراتيجيات المواجهة لدى أولياء الطفل في وضعية صعبة:

هناك العديد من المقاييس ، منها فيما يلي:

مقياس **CCNES** (*CCNES Coping with children negative emotion scale*): وهو مقياس

حول ردود أفعال الوالدين اتجاه الانفعالات السلبية من طرف أطفالهم ومواجهتها، بالإضافة إلى مقياس

QRPEPE هو استبيان ردود أفعال الوالدين اتجاه الانفعالات الايجابية و السلبية وهي النسخة التي

دمجت (QRPEPE و CNNES. VF) هذه النسخة تسمح برؤية تقييم ردود أفعال الوالدين اتجاه

الانفعالات الايجابية والسلبية ومواجهتها في استبيان واحد وهي تحتوي على 06 سينياريوهات التي يشعر

فيها الطفل بانفعال سلبى (خوف، حزن، غضب) و 02 سينياريوهان التي يشعر فيها بالسعادة، والوالدين

عليهما أن يشيرا في معلم ليكرات من 1(نادرا) إلى 07 (دائما) لمعرفة الاستراتيجية التي يستعملونها في

المواجهة .

هذه المقاييس تسمح بالوصول على الأقل على نوعين من المواجهة فالأول متعلق بردود الأفعال

المساعدة على المواجهة والأخرى متعلقة بردود الأفعال الغير مساعدة على المواجهة تحتوي على أصناف

ردود الأفعال الأكثر خصوصية.الجدول يلخص المقاييس التي نستعمله مع أولياء المعاقين وخصوصا

اتجاه انفعالاتهم، هذه الاستبيانات يمكن أن تكون جد نافعة وعملية في العيادات عندما نريد المعرفة

السريعة لمجموع الاستراتيجيات المستعملة من طرف الوالدين لمواجهة انفعالات أطفالهم المعاقين.

جدول رقم (3) بعض المقاييس الاستراتيجية لمواجهة لدى الأولياء وردود أفعالهم اتجاه الانفعالات السلبية لأطفالهم في وضعية صعبة

المقياس	العينة	الانفعالات	مواجهة الأولياء
PACES	أولياء الطفل من 6 سنوات الى 11 سنة	ايجابية سلبية	المراقبة التقبل
CCNES	أولياء الطفل مرحلة ما قبل المدرسية	سلبية: الغضب الحزن الخوف الملل والضيق	المساعدة: التشجيع على التعبير الانفعالي التركيز على الحاجة للمساندة التركيز على حل المشكلات الغير مساعدة: العقاب التقليص من الانفعالات الملل والضيق
QRPEPE	أولياء الطفل مرحلة ما قبل المدرسية	ايجابية: الفرح التحمس الفضول الفخر	المساعدة: الاجتماعية التشجيع الغير مساعدة: التأنيب والانتزاع

(Coutu & al,2002,p230-234)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تناولناه في هذا الفصل وجدنا أن الفرد يستخدم استراتيجيات المواجهة لتحقيق حالة من التوازن والتكيف مع المواقف الجديدة والوضعية الصعبة، فتنوع هذه الاستراتيجيات يرتبط بخصائص مهمة كالفروق الفردية، أو طبيعة الموقف، وتكمن فعالية استراتيجيات المواجهة بمدى قدرتها على تحقيق التحكم والرضا في مختلف المواقف، أما إذا فشلت في ذلك ستسبب صعوبات أخرى وهو ما يؤثر على الفرد وسلوكه وتعاملاته وتفاعلاته مع الآخرين.

الفصل السادس

الاجراء المنهجية للدراسة

تمهيد:

بعد التطرق إلى متغيرات الدراسة نظريا، والإلمام بمختلف الجوانب النظرية الخاصة بطفل متلازمة داون ونموه النفسي والاجتماعي، استراتيجيات المواجهة، والمعاش النفسي لأولياء الأطفال المعاقين، سنتطرق الى الجانب التطبيقي الذي نهدف من خلاله إلى اختبار الفرضيات والإجابة على التساؤلات، وذلك باستخدام أدوات لقياس المتغيرات بداية بتحديد المنهج المتبع وأدواته ثم الدراسة الاستطلاعية والأساسية .

1. المنهج المتبع وأدواته:

المنهجية هي الطريقة المسطرة من طرف الباحث بهدف الوصول إلى الحقيقة وتعطي البحث مصداقيته العلمية وتحاول اكتشاف الظاهرة المدروسة، كما يمكن أن يشترك منهجان في بحث علمي واحد **كالمنهج الوصفي التحليلي والمنهج العيادي** ، هذا ما سنستخدمه في دراستنا الحالية تماشيا مع فرضيات الدراسة بهدف فحص متكامل للحالة التي تهدف إلى دراستها بالارتكاز على أهم الوسائل والتقنيات الأساسية للوصول إلى الهدف المسطر وبغرض فحص فروض الدراسة وتحليل وتفسير نتائجها والتي على أساسها بنيت الدراسة. **فالمنهج الوصفي التحليلي** يصف ويحلل ويفسر ويقوم للوصول إلى النتائج المبتغاة وهي فرضيات الدراسة التي تتمثل في الكشف على مستوى النمو النفسي الاجتماعي عند هؤلاء الأطفال واختلافه تبعا لمتغير الجنس ودرجة الإعاقة الذهنية ومعرفة أنواع أساليب المواجهة المتخذة من طرف الأولياء التي تساهم في النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون، لهذا ارتأينا إلى أن المنهج الوصفي هو من المناهج التي تستعمل في البحوث النفسية وهو يصف ويتلاءم مع الظاهرة التي نحن بصدد دراستها كليا، بالإضافة إلى أن هذا الموضوع يتطلب دراسة معمقة للحالة الفردية تم الاعتماد أيضا على **المنهج العيادي** فحسب نوباغ سيلامي N. Sillamy " المنهج العيادي هو أسلوب خاص لفهم السلوكات الإنسانية التي تسمح بتحديد كل ما هو نمونجي وشخصي لدى الفرد، يعتبر كأنه موجود في تصارع مع وضعية محددة " (Sillamy.2003.P58) ، حيث أن المنهج العيادي يسعى لفهم السلوك وتحليل الصراعات الشخصية والاجتماعية لحظها، كما يعتمد هذا المنهج على تقنيات تجريبية كالاختبارات الإسقاطية والموضوعية، ملاحظة السلوك، المقابلة مع تواجد الحالة.

فالمنهج العيادي يسعى للوصول إلى شمولية علمية مقبولة، ركيزته الأساسية هي دراسة الحالة " وهي ملاحظة معمقة للفرد تسمح بجمع كل المعطيات الممكنة الخاصة بهذا الفرد معلومات حول محيطه الذي يعيش فيه التأثيرات النفسية لبعض الأحداث الاجتماعية وحول الصدمات الصحية، وفي مجمل العناصر

التي تم جمعها نقوم بأخذ المعلومات الهامة " (Sillamy.2003.P50) ولكي نتمكن من الفهم الدقيق للفرد والكشف عن الاستراتيجيات التي يستعملها الأولياء في مواجهة الوضعي الصعبة الناتجة عن إصابة الطفل بمتلازمة داون وتأثيرها على الأفراد المحيطين بهم، اعتمدنا على المقابلة العيادية والملاحظة العيادية وسلم الكوبينغ لجامعة تولوز بيار تاب وآخرون (Tap & al :1997) ETC والملح النفسي الاجتماعي للطفل PSA لجون دوماس وآخرون et al (1997: J.Dumas).

2- أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات الدراسة في المقابلة العيادية والملاحظة العيادية، بالإضافة إلى استخدام سلم استراتيجيات المواجهة لجامعة تولوز (Tap & al :1997) ETC لاستخراج مختلف استراتيجيات المواجهة التي تستخدمها الأمهات أمام وضعية صعبة، و مقياس الملح النفسي الاجتماعي للطفل PSA لمعرفة النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون(Dumas, La frenière, Capaune & During : 1997)

1.2. المقابلة العيادية:

للمقابلة العيادية أهمية في منهج البحث في علم النفس العيادي وهي وسيلة فحص للاقتراب من الحالة تساعد في التشخيص. لقد اعتمدنا من خلال بحثنا على المقابلة العيادية، وهي تعتمد على الاستماع والإصغاء، تسمح لنا بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات الشخصية والعائلية للحالة، وتعتبر كقاعدة أساسية في علم النفس العيادي وهي متعددة الأشكال، إما أن تكون فردية أو جماعية، أو موجهة أو غير موجهة ولقد تم الاعتماد في دراستنا على نوع المقابلة النصف موجهة. في هذا النوع من المقابلة يعتمد الفاحص على دليل المقابلة، حيث يقوم بجمع المعطيات وبتحديد محاور وأسئلة معينة تطرح على المفحوص مع ترك المجال للإجابة، مع تجنب المقاطعة وتركه يعبر ويجيب عن الأسئلة المطروحة فقط.

إن اختيار نوع من أنواع المقابلة لا يتم على أساس ما هو جيد وما هو سيء، إنما على أساس التكيف مع الوضعية التي يكون فيها المفحوص والأخصائي النفسي لا يتبنى تقنية صلبة سواء كانت موجهة أو غير موجهة، إذ ينصح بالمقابلة الغير موجهة في بداية الدراسة عندما تكون إشكالية البحث غير محددة وهذا بهدف تحديد فرضيات البحث ثم بعدها يضيف المقابلة الموجهة أين يبحث عن إجابة لأسئلته وعلى حسب الهدف المطلوب للدراسة يتحدد نوع المقابلة (Bénony & Chahraoui :1999)

تم توظيف مع الحالات المدروسة مقابلات نصف موجهة، والتي من خلالها يتم التعرف على المعاش النفسي والحياة الاجتماعية لهذه الفئة من الأمهات اللواتي لديهن طفل متلازمة داون واستراتيجيات المواجهة التي يتخذنها لمواجهة الوضعيات الصعبة لأطفالهن في حياتهن اليومية، وعدم التقصير والمبالغة فيما تعيشه الحالات وإنما اعتمدنا على خاصية الإصغاء الجيد، لأن معظمهن أظهرن عندهن الحاجة الماسة إلى التعبير والإفصاح عن أحاسيسهن.

ولإثراء المقابلات أكثر لجأنا إلى تحديد المحاور التي تتماشى مع الدراسة للوصول إلى الهدف المسطر، الذي يساعد الأخصائي النفسي على سير المقابلة العيادية وذلك من خلال تحضير مجموعة من الأسئلة تتماشى مع موضوع الدراسة وهذه الأسئلة لا تطرح بطريقة متسلسلة ومرتبطة، وإنما تطرح في وقت مناسب أثناء المقابلة العيادية يعرف الباحث أ. بلانشي (A. Blanchet) دليل المقابلة: "على أنه تنظيم لمجمل الوظائف الإجرائية والمرشدة التي تُنظم نشاط الإصغاء وتدخل المُستجوب" (Blanchet, 1992, p.19) ولقد اعتمدنا في دليل المقابلة الخاص ببراقتنا على خمسة محاور:

المحور الأول: والذي يشمل على تاريخ الحالة بالتركيز على أهم الجوانب النفسية والاجتماعية للحالة وما تحمله من معاني وما تعرضت له من صعوبات، وأيضا الوقوف أمام الأسباب التي شكلت أزمات وعراقيل والمواقف التي سجلت بها نقاط القوة ونقاط الضعف وهذا من خلال مراحل الحياة خاصة مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة والوضعية الحالية أي معرفة المعاش النفسي الاجتماعي الحالي الذي تعيش فيه الحالات وهذا لأهمية تاريخ الحالة الذي يسمح لنا باكتشاف أهم المعلومات التي تساعد على فهم الشخص وتوجيهه حيث يعرفه نوبار سيلامي N.Sillamy: "مجموع المعلومات المجمعَة بالقرب من الحالة وعن محيطه، تتعلق بتاريخه الشخصي وصراعاته ... وهذا يسمح للفاحص بدقة اكتشاف علاقات سببية بين بعض الأحداث" (Sillamy, 2003, p.22)

المحور الثاني: الدخول في الوالدية والتفكير في الإنجاب وتجارب الحمل والاستعدادات النفسية للأمهات للحمل، والمشاعر التي تحملها الأمهات أثناء الحمل وكذا ظروف الحمل النفسية والجسمية ونوع الولادة والعلاقات الزوجية وتأثيرها في هذه المرحلة من حياة المرأة.

المحور الثالث: وجود طفل معاق في الأسرة بالتركيز على كل تفاصيل الإعلان عن التشخيص: من أعلن عن التشخيص، كيف تمت طريقة الإعلان عن التشخيص، ومتى تم هذا الإعلان، التعرف على

مختلف المشاعر التي مر بها الوالدين : الصدمة النفسية، ردود الأفعال اتجاه الطفل، الإنكار، الغضب، فترة الحداد، الانفصال، كيفية التقبل وإعادة بناء العلاقة مع الطفل .

المحور الرابع : استراتيجيات المواجهة، ما هي أهم ردود الأفعال اتجاه الطفل في وضعية صعبة منذ الإعلان عن التشخيص، الممارسات السلوكية، الممارسات الانفعالية، والممارسات المعرفية، البحث عن المساندة الاجتماعية، دعم العائلة، دور الزوج في وجود طفل في وضعية صعبة.

المحور الخامس: التعرف على خصائص النمو النفسي الاجتماعي للطفل المصاب بمتلازمة داون وتأثير أساليب المواجهة المستخدمة من طرف الوالدين في هذا النمو : الخصائص السلوكية، الخصائص الاجتماعية، النمو اللغوي، التفاعل مع الأقران، التفاعل مع الراشدين، التكيف النفسي والعاطفي.

2.2. الملاحظة العيادية : الملاحظة هي وسيلة علمية منظمة تستخدم لتثبيت فرض ما أو نفيه حول ظاهرة سلوكية معينة بحيث يكون التركيز على متضمنات محددة فيها، وتهدف الى اختيار الأداء السلوكي لفرد ما في موقف معين، ومدى علاقته بسلوكياته الأخرى في المواقف المتباينة وذلك من خلال فترة زمنية تختلف مدتها حسب طبيعة الظاهرة السلوكية المراد ملاحظتها، مع شرط الوضوح والتكامل وتمثل الملاحظة الأساس الأول لجمع المعطيات والتي تبني عليه كل المهارات والفنيات الممارسة في المقابلة، بحيث يقوم الباحث بملاحظة الظاهرة موضوع البحث بشكل دقيق وموضوعي، وهي مجموعة من المهارات الضرورية للأخصائي النفسي والتي تتجلى في ملاحظة الحالة بوجه عام من المظهر الخارجي إلى تغيرات الوجه، نبرات الصوت، حركات الجسم وتكون الملاحظة مباشرة من طرف الأخصائي النفسي وغير مباشرة تحصل بالتقارير التي أعدها الآخرون(ماهر، 1987: ص104،102)

وقد استخدمنا نوعان من الملاحظة العيادية وهما :

1.2.2 الملاحظة المباشرة: ونعني بها ملاحظة مباشرة لسلوكيات الأفراد، تم استخدامها في الدراسة الحالية بهدف:

- تسجيل انفعالات وسلوكيات أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأطفالهن في اتجاهات ومواقف محددة، لمعرفة استراتيجيات المواجهة التي يستعملنها مع أطفالهن عن طريق ردود أفعالهن اتجاه سلوكيات الأطفال وخصائصهم النمائية، وكيفية التعامل معها في المواقف المختلفة من الحياة اليومية، من خلال ملاحظة الانفعالات الخاصة كالعدوانية نحو الذات أو الآخر، الشعور بالذنب، الاستفادة من التجارب

الماضية، الحاجة للعمل والتعاون مع الآخرين، البحث عن المساعدة الاجتماعية للحصول على المعلومات حول وضعية الطفل، أو البحث عن المساعدة الانفعالية مثل الحاجة الى الحديث مع الآخر، مساعدة الزوج أو الأم أو الأصدقاء، أيضا ملاحظة الانسحاب الاجتماعي والانطواء على النفس وتقادي العلاقات مع الآخرين، أو الانسحاب الفكري كالتناسي، اللجوء الى الخيال، التعويض من خلال الإدمان (طعام، أدوية، تدخين..)، اللجوء إلى الدين، التعامل مع موقف معين بالسخرية، رفض التعامل مع الوضعية والانشغال بشيء آخر، الإنكار والنظائر بعدم وجود مشكل، بالإضافة إلى ملاحظة العياء النفسي عند عدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهن.

- ملاحظة نمو الطفل النفسي الاجتماعي من خلال التركيز على :

- الخصائص النفسية والانفعالية: المزاج الجيد، الضحك بسهولة، التعب، الحزن، البكاء، الخجل، تحمل الإحباط، الثقة بالنفس.
- الخصائص الاجتماعية والسلوكية: التفاعل مع الأطفال، الانعزال، الانسحاب، الاندماج، البحث عن الأطفال للعب، العدوانية، الأنانية، التفاعل مع الراشدين، الاستقلالية، التعاون، المعارضة، التبعية، العمل بسهولة في المجموعة، طلب الإذن من الراشدين واحترام قوانين القسم، تقادي المواقف الجديدة، النشاط والاستعداد للعب، مص الإبهام، قضم الأظافر.

2.2.2. الملاحظة غير المباشرة: تعرف على أنها ملاحظة السلوكيات بطريقة غير مباشرة فقد يتحصل عليها الباحث بالتقارير التي أعدها الآخرون أو يقوم بدراسة سطحية لجميع المعلومات والبيانات، و تم استخدام هذا النوع من الملاحظة مع الأطفال المصابين بمتلازمة داون من خلال التعاون مع الأمهات والمربية والمعلمة.

3.2. سلم استراتيجيات المواجهة لجامعة تولوز (Echelle Toulousaine de Coping)

صمم هذا السلم من طرف مجموعة من الباحثين بجامعة تولوز بفرنسا: سيلفي إيسباغباس، وفلورغونس صوغداس أدر، وبيار تاب (Esparbés, Sordés-Ader, & Tap) لقياس استراتيجيات المواجهة لدى الأفراد إذ انطلقوا بفكرة أن الوضعية الصعبة هي معاملة وعلاقة بين الفرد ومحيطه وهي تعتبر مصدر من مصادر تهديد راحته النفسية، فالوضعية تتلقى بموضوعية وإجبارية (الحداد، مرض خطير، انتحار...) لكن الإكراه والتهديد يأخذ معنى انطلاقا من التقييم الذي يقوم به الفرد تبني طرق التكيف أي أساليب

المواجهة (كوينغ) و هي تعكس درجة تفاعل الفرد مع المحيط . وفي كل استراتيجيات المواجهة (الكوينغ) نجد ظهور أبعاد سلوكية (الفعل)، أبعاد معرفية (المعلومة)، وأبعاد انفعالية (العاطفة) تتداخل بطريقة أين يكون الموضوع متكونا من متطلبات الوضعية والعواطف التي تثيرها هذه الوضعية .

تم توظيف هذا السلم في الدراسة الحالية لمعرفة أسلوب ونوع استراتيجيات المواجهة المتخذة من طرف أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون باعتبار هذه المتلازمة وخصائصها هي الوضعية الصعبة التي تواجه الأمهات، ينقسم هذا السلم إلى ثلاث مجالات:

- مجال الفعل L' action (المجال الإفهامي (Conatif).
- مجال المعلومة L' information (المجال المعرفي (Cognitif).
- مجال الانفعال L' émotion (المجال العاطفي (Affectif).

وتتفرع منه ستة استراتيجيات:

- الاحتفاظ والتركيز (Focalisation)
- الدعم والمساعدة الاجتماعية
- الانسحاب
- التبدل والتحويل (Conversion)
- المراقبة والتحكم
- الرفض

كل مجال يتكون من ستة أبعاد وكل إستراتيجية تحتوي على 03 أبعاد، يتكون السلم من 18 بعدا، كل بعد يقاس عن طريق ثلاث أسئلة 03 أسئلة يجيب عنها الفرد انطلاقا من سلم ذو خمسة 05 نقاط.

و تتمثل الاستراتيجيات وأبعادها فيما يلي:

أولا. الاحتفاظ والتركيز على الفعل والجانب المعرفي: يتضمن التركيز على المشكل وأنواع القرارات والأحكام، أو التركيز على العاطفة والانفعال أين تتغلب الانفعالات الخاصة (العدوانية، الشعور بالذنب..).

- التركيز على الفعل Focalisation active : وهو يعني المواجهة والذهاب مباشرة للمشكل.

• التركيز على المعرفة Focalisation cognitive: وهي تحليل الوضعية والموقف بتوظيف التجارب الماضية والاستفادة منها، لوضع استراتيجيات لحل أفضل للمشكل.

• التركيز على الانفعال (Focalisation émotionnelle): وهي أن الفرد يصبح هائج وثنائر وعدواني اتجاه الآخرين أو نحو نفسه نتيجة شعوره بالذنب.

ثانيا. الدعم والمساعدة الاجتماعية: يتضمن طلب المساعدة بصفة معرفية أي عن طريق المعرفة كطلب النصائح والمعلومات أو بصفة عاطفية التي تتمثل في الحاجة للاسئتماع، للتحدث والاستكشاف، يتضمن أيضا أفعال تعاونية كوسيلة ضد الوضعية الصعبة:

• الحاجة للعمل والتعاون مع الآخرين.

• المساعدة الاجتماعية بالرجوع إلى أشخاص لرؤية المعلومات حول موضوع الوضعية التي تطرح مشكلا.

• المساعدة الاجتماعية الانفعالية: وهو الحاجة إلى الحديث والكلام مع الآخر، تعود للأشخاص الذين يستطيعون المآزة والمواساة.

ثالثا. الانسحاب: يعني أن الفرد ينطوي على نفسه، ويحاول أن لا يفكر في المشكل بالجوء إلى الحلم أو إلى الخيال أو بتبني سلوكات تعويضية إدمانية (الأكل، تعاطي المخدرات، تدخين السجائر، تناول الأدوية):

• الانسحاب السلوكي والاجتماعي: هنا الفرد ينطوي على نفسه، يتقاضي الآخرين أي ينسحب بالنسبة للآخرين.

• الانسحاب الذهني أو العقلي: هنا الفرد يبحث عن اصطياد المشكل من الروح والنفس، يرفض التفكير الصائب والمنطقي، يجب النسيان (نسيان عاطفي) الذي يملؤه عن طريق الأحلام في الخيال لنسيان الصعوبات والعراقيل.

- التعويض والإدمان: يحاول الفرد التعويض من خلال تناول الطعام أو تعاطي المخدرات أو أخذ الأدوية وتدخين السجائر.

رابعاً. التحويل، الإقلاب أو التبديل (La conversion): تعني أن الفرد يقوم بتحويل الوضعية إلى سلوكات، وعن طريق وضعيات معرفية (التقبل) أو عن طريق القيم (يلجأ إلى الله، يعطي فلسفة للحياة، يسخر ويُمازح حول الموضوع):

- التحوّل والتبديل السلوكي: بحيث يغير الفرد سلوكاته، أفعاله، بطريقة عيشه بتوظيف المشكل.
- التقبل: وتعني الفرد يتقبل المشكل مهما كان ويتعلم التعايش والعيش معه.
- التبديل عن طريق القيم: هنا يضع الفرد ثقته في الله سبحانه وتعالى (سلوك ثقة)، كما يرجع إلى فلسفة أخرى للحياة، أو يتخذ الموقف بطريقة هزلية (السخرية، الضحك).
- خامساً. المراقبة والتحكم: يتضمن التحكم في الوضعية، ارتباط السلوكات والأفعال، أو التناقض بين الانفعالات:

- تعديل الأفعال: يقاوم الفرد الاندفاع لكي لا يعطي أحكام غير مدروسة أو يتخذ قرارات متسارعة، يتخذ مقاومة بالنسبة للوضعية، يأخذ الوقت للمواجهة، هذه الاستراتيجيات هي تهدف الى منع الفعل المنذفع عندما يكون ضرره أكثر من نفعه.
- المراقبة المعرفية التخطيطية: تعطي أهدافا ومخططات وتعالج المشكل بطريقة منطقية، مجردة.
- المراقبة الانفعالية: هنا الفرد لا يتبك لا ينسب انفعالاته للآخرين ولا يسقطها عليهم.
- سادساً. الرفض: يتظاهر الفرد وكأن المشكل لم يقع أو غير موجود، ينشغل ويتسلى بشيء آخر رائع، وتكون لديه صعوبة في التعبير عن انفعالاته:

- الانشغال، الإلهاء: يبحث عن التفكير والانشغال بشيء آخر غير المشكل والموقف، ويبدأ بالقيام بأفعال أخرى لكي لا يفكر في المشكلة، ويبحث عن الإشباع في مجالات أخرى.
- الإنكار: يتظاهر الفرد و كأن المشكل غير موجود.
- العياء النفسي: هنا الفرد لا يستطيع التعبير عن انفعالاته.

جدول رقم (4) : المجالات واستراتيجيات المواجهة

الانفعال	المعلومة	الفعل	المجال الإستراتيجية
الحفاظ على الانفعال M	الحفاظ على المعرفة G	الحفاظ على الفعل A	الحفاظ والتركيز
المساعدة الاجتماعية الانفعالية N	المساعدة الاجتماعية بالمعلومة H	التعاون B	المساعدة الاجتماعية
التعويض O	انسحاب فكري I	سلوكي اجتماعي C	الانسحاب
التحويل بالقيم P	التقبل J	التحويل السلوكي D	التحويل والتبديل
مراقبة الانفعال Q	مراقبة معرفية وتنظيمية K	تعديل الأفعال E	المراقبة والتحكم
العياء النفسي R	الإنكار L	الانشغال والإلهاء F	الرفض

نلاحظ من خلال الجدول رقم () الخاص بمجالات واستراتيجيات المواجهة في سلم ETC أنه يوجد ستة

استراتيجيات مقسمة على ثلاث مجالات هي التي تحدد نوعها وفيما يلي توضيح أكثر لمحتوى الجدول

1. إستراتيجية لها علاقة بالفعل

A-التركيز والحفاظ على الفعل:

1. أواجه الوضعية والموقف.
2. أهاجم المشكل في القيمة .
3. أتوجه مباشرة إلى المشكل.

B-التعاون:

4. أعمل بالتعاون مع الآخرين لتحريكي.
5. أبحث عن أعمال جماعية لكي لا أفكر في المشكل.

6. أساعد الآخرين كما أحب أن يساعدونني.

C- الانسحاب السلوكي والاجتماعي:

7. أتفادى الالتقاء بالناس.

8. يتراءى لي أن لا أفعل ما قررتة.

9. أنسحب وأعزل نفسي عن الآخرين.

D- التحول السلوكي :

10. أغير طريقة عيشي.

11. أغير طريقة تصرفي.

12. أغير وأعدل أفعالي حسب المشكل.

E- تعديل وتصحيح الأفعال:

13. لا أفكر في المشاكل إلا إذا كانت حاضرة وموجودة (تصحيح الفعل).

14. أقاوم رغبة الرد والتصرف إلى حين تسمح لي الوضعية أو الموقف (المقاومة).

15. أتصرف بتسرع أو أسلك تصرفا بسرعة.

F- الإنشغال أو الإلهاء:

16. أقوم بأشياء أروع.

17. أذهب إلى السينما أو أشاهد التلفاز لكي لا أفكر في المشكل.

18. أشغل نفسي بأمور وأعمال أخرى.

2. إستراتيجية مرتبطة بالمعلومة:

G- التركيز المعرفي:

1. أحل الموقف لكي أفهمه جيدا.

2. أسترجع تجاربي السابقة لتساعدني في مواجهة الموقف.

3. أفكر في استراتيجيات أستخدمها لفهم أفضل لمشكلتي.

H- المساعدة الاجتماعية بالمعلوماتية :

4. أطلب نصائح وإرشادات من المتخصصين (أساتذة، أطباء....)

5. أناقش المشكل مع والداي أو مع أشخاص راشدين.

6. أطلب من الناس الذين لديهم نفس التجربة ماذا فعلوا.

I- الانسحاب الفكري:

7. أحاول أن لا أفكر في المشكل.
8. ألبأ إلى الخيال والأحلام.
9. أحاول بكل جهدي أن أفكر في شيء آخر.

J- التقبل:

10. أتقبل المشكل إذا كان حتمياً.
11. أتعلم أن أعيش مع المشكل.
12. أتقبل فكرة ضرورة حل المشكل.

K- المراقبة المعرفية والتخطيطية أو التنظيمية:

13. أعمل على مخطط الفعل ولا أطبقه.
14. أعرف ماذا أفعل وأضعف مجهوداتي لأصل.
15. أضع أهداف للوصول إليها.

L- الإنكار:

16. أرفض تحليل وجود مشكل.
17. أتصرف وكأن المشكل لا وجود له.
18. أقول لنفسني أن هذا المشكل ليس له أهمية.

3. إستراتيجية لها علاقة بالانفعال

M- غزو الانفعال:

1. أطلب من الآخرين الترويح عني أو ألبأ للآخرين للتفيس عني.
2. أضرب شيء ما لأحرر قلقي.
3. أعطي تدرج وتسلسل حر لانفعالي.

N . المساعدة الاجتماعية الانفعالية:

4. أشعر بالحاجة إلى أن أقاسم أقربائي بما أحس بداخلي.
5. أبحث عن مساعدة أصدقائي لتهدئة قلقي الشديد.
6. أبحث عن تعاطف وتشجيع الآخرين لي.

O . التعويض:

7. أحس أنني أفضل عندما أكل.
8. أنسى مشاكلني بتناول الدواء.
9. آخذ مخدرات أو أدخن لأهدئ من قلقي.

P . التحويل أو التبديل بالقيم:

10. أطلب من الله أن يساعدني.
11. أبحث عن إعطاء فلسفة للحياة لكي أواجهها.
12. أسخر وأضحك من الموقف الذي أعيشه.

Q . المراقبة الانفعالية:

13. أحاول أن لا أرتبك.
14. أراقب انفعالاتي.
15. أحاول أن لا أترك ارتبائي يربك أو يؤثر على حياتي.

R . العياء النفسي:

16. أجد صعوبة في استعمال الكلمات لوصف ما أحسه وأشعر به عندما أواجه موقف صعب.
17. أحاول أن أجد نفسي، لا أحس بشيء عندما تأتي الصعوبة.
18. انفعالاتي تختفي بسرعة أكثر من ظهورها.

1.3.2. الخصائص السيكومترية لسلم الكوبينغ لجامعة تولوز 1997 ETC P.Tapp:

أولا. صدق المقياس:

يتمتع هذا المقياس بالخصائص السيكومترية التي تسمح لنا باستخدامه في دراستنا وهو معتمد من طرف جامعة محمد بن أحمد وهران 2 الجزائر سنة 2016 / 2017 وقد تم تكييفه في مشروع البحث التابع للجنة الوطنية لتقييم مشاريع البحث الجامعي CNEPRU 2014/2017 من طرف الأساتذة الباحثين التالية أسمائهم:

- مسئول المشروع: الأستاذ فراحي فيصل

-العضو الأول: الأستاذ فسيان حسين

-العضو الثاني: الأستاذة شعبان فاطمة الزهراء

وفيما يلي عرض للنتائج المتحصل عليها:

بعد المعلومة:

جدول رقم (5) يوضح معاملات ارتباط بعد المعلومة باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC:

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحفاظ على المعرفة	11.81	2.562
المراقبة المعرفية	11.57	2.378
التقبل	10.86	2.726
المساعدة الاجتماعية للمعلومة	10.62	2.729
الإنكار	8.67	1.494
الانسحاب الفكري	7.90	2.508
المعلومة	60.71	10.213

بعد الفعل:

جدول رقم (6) يوضح معاملات ارتباط بعد الفعل باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC:

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحفاظ على الفعل	10.86	3.229
تعديل الأفعال	10.10	2.364
التحويل السلوكي	9.76	1.998
الانشغال والإلهاء	9.67	2.517
الانسحاب السلوكي	8.29	2.572
الفعل	58.00	5.950

بعد الانفعال:

جدول رقم (7) يوضح معاملات ارتباط بعد الانفعال باستراتيجيات سلم الكوينغ ETC:

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد
1.256	10.00	التحويل بالقيم
2.811	10.00	التحكم الانفعالي
2.833	9.86	المساعدة الاجتماعية الانفعالية
1.975	9.00	العياء النفسي
2.327	7.71	الحفاظ على الانفعال
1.470	4.81	التعويض
7.283	49.62	الانفعال

بعد المراقبة والتحكم:

جدول رقم (8) يوضح معاملات ارتباط بعد المراقبة والتحكم باستراتيجيات سلم الكوينغ ETC:

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد
5.747	31.67	المراقبة
2.364	10.10	التحويل بالفعل
2.378	11.57	المراقبة المعرفية
2.811	10.00	المراقبة الانفعالية

بعد الإبدال أو التحويل:

جدول رقم (9) يوضح معاملات ارتباط بعد الإبدال والتحويل باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC:

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الإبدال	30.62	4.511
الإبدال	09.76	1.998
التقبل	10.86	2.726
الإبدال بالقيم	10.00	1.265

بعد الحفاظ والتركيز:

جدول رقم (10) يوضح معاملات ارتباط بعد الحفاظ والتركيز باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC:

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحفاظ	30.38	5.220
التركيز على الفعل	10.6	3.229
التركيز المعرفي	11.81	2.562
التركيز الانفعالي	07.71	2.327

بعد المساعدة الاجتماعية

جدول رقم (11) يوضح معاملات ارتباط بعد المساعدة الاجتماعية باستراتيجيات سلم الكوبينغ ETC:

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المساعدة الإجتماعية	29.57	5.836
التعاون	09.10	2.508
المساعدة الاجتماعية بالمعلومة	10.62	2.729
المساعدة الاجتماعية بالإنفعال	09.86	2.833

بعد الرفض:

جدول رقم (12) يوضح معاملات ارتباط بعد الرفض باستراتيجيات سلم الكوينغ ETC:

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الرفض	27.33	4.163
الإنتغال	09.67	2.517
الإنكار	08.67	1.494
العياء النفسي	09.00	1.975

بعد الانسحاب:

جدول رقم (13) يوضح معاملات ارتباط بعد الإنسحاب باستراتيجيات سلم الكوينغ ETC:

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الانسحاب	21.00	4.025
الانشغال	08.29	2.572
الانسحاب الفكري	07.90	2.508
التعويض	04.81	1.470

ثبات سلم الكوينغ ETC:

جدول رقم(14) : يوضح قيم ثبات سلم الكوينغ ETC :

الأبعاد	قيم ألفا كرونباخ
الحفاظ والتركيز على الفعل	0.77
التركيز على المعرفة	0.72
المساعدة الاجتماعية بالمعلومة	0.75
التقبل	0.80
المراقبة الانفعالية	0.70
المساعدة الاجتماعية الانفعالية	0.64

انطلاقاً من النتائج المتحصل بحساب الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) تشير إلى أن المقياس يتمتع بالخصائص السيكومترية الكافية فقد تمثلت في:

بعد الحفاظ والتركيز على الفعل ب (0.77)، ثلاث أبعاد في مجال المعلومة قدموا درجات مرتفعة في الصدق "التركيز على المعرفة" (0.72) " المساعدة الاجتماعية بالمعلومة" (0.75)، "التقبل" (0.80) في بعد الانفعال "المراقبة الانفعالية" أعطت (0.70) والمساعدة الاجتماعية الانفعالية (0.64) .

5.2. كيفية تطبيق المقياس وإعطاء الأوزان:

كل التعليمات مسجلة في ورقة الاختبار، بعد الملاحظات الأولية الضرورية لبناء علاقة أو اتصال جيد مع الفرد والفاحص تعطى الورقة للمفحوص ويطلب منه مملأها بعد مملأ الصفحة الأولى الخاصة بالمعلومات الشخصية ويأخذ ورقته، إذن الورقة الأولى تخص المعلومات الشخصية، والثانية تخص التعليمات الخاصة بالبحث، بالنسبة لتقدير الدرجات فقد تم تقدير كل فقرة على سلم ليكارت (خماسي): وتقديراتها تتراوح من درجة إلى خمسة درجات إذا صيغت الفقرة صياغة موجبة وفي اتجاه الخاصية كما و مبين في الجدول رقم ()

جدول رقم (15): تقدير درجات الفقرات الموجبة

البدائل	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
الدرجات	05	04	03	02	01
اتجاه الخاصية	←				

وتعطى الدرجات معكوسة إذا كانت الصياغة سالبة، بمعنى إذا كانت في عكس اتجاه الخاصية كما هو مبين في الجدول رقم ()

جدول رقم (16) : تقدير درجات الفقرات السالبة

البدائل	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
الدرجات	01	02	03	04	05
اتجاه الخاصية	←				

يمكن أن يمرر الاختبار فردياً أو جماعياً، ونأخذ احتياطات لتفادي النقل والإيحاءات.

الفاحص يؤكد على ضرورة وأهمية النتائج للوصول إلى صدقها، لتمرير هذا الاختبار نحتاج إلى 15 دقيقة ممكن أن نراجع لهم العبارات كما أن الإجابة يجب أن تكون تلقائية. التصحيح يطبق بوضع أرقام للوضعيات في ورقة التفريغ رقم (01) من 1 إلى غاية 54 بترتيب الاختبار. ثم 05 أنواع من النقاط النهائية المحتملة بالاختبار والمتمثلة في:

جدول رقم (17) يمثل ورقة التفريغ رقم (1) لسلم الكوينغ ETC:

18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الفقرة
																		الدرجة
36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	الفقرة
																		الدرجة
54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	الفقرة
																		الدرجة

المجموع الكلي	المجموع	N	G	F	M	L	E	R	K	D	Q	J	C	P	I	B	O	H	A	
																				الفعل
																				المعلومة
																				الانفعال
																				الايجابي
																				السلبي

➤ نقطة تابعة للبعد: هي مجموع ثلاثة جمل تتضمن البعد الكيفي جمع الأرقام الثلاثة لنفس الخط أو

السطر (مثلا من أجل البعد A: جمع النقاط نتحصل في الجملة على: 1، 19، 37 هذا يسمح

لنا برؤية البعد الأكثر استعمالا من طرف الفرد في وضعية معينة).

➤ نقطة تابعة للمجال: هي مجموع 6 أبعاد المكونة للمجال (الخانة البيضاء وليس الرمادية) يكفي

جمع 6 خانات بيضاء لكل مجال ووضع المجموع في الخانة.

(مثلا من أجل مجال الفعل: نج مع A، B، C، D، E، F ونسجل المجموع في الخانة الخاصة بالمجموع الكلي). أيضا نستطيع ملاحظة ردود أفعال الفرد الأولية في المجالات الثلاثة.

➤ نقطة عامة للكوبينغ: وهي مجموع 3 نقاط الخاصة بثلاث مجالات أولاً، يكفي وضع النقطة في الخانة الكلية **G**.

➤ نقطة خاصة بالكوبينغ الإيجابي والكوبينغ السلبي: وهو جمع نقاط كل بعد في الأسطر الإيجابية في الخانات البيضاء، نضع مجموع 9 أبعاد إيجابية للكوبينغ نتحصل على نقطة الكوبينغ الإيجابي ويكفي تسجيلها في الخانة الكلية لهذا السطر ونفس الشيء بالنسبة للكوبينغ السلبي ، بفضل هاتان النقطتان الكوبينغ السلبي والإيجابي نستطيع مراقبة توافق وتطابق أجوبة الفرد مع أجوبة المتحصل عليها أثناء دراسة الحالة.

جدول رقم (18) يمثل ورقة التفريغ رقم (2) لسلم الكوبينغ ETC:

المجموع	الانفعال	المعلومة	الفعل	
	M	G	A	الإبقاء والحفاظ
	N	H	B	المساعدة الاجتماعية
	O	I	C	الانسحاب
	P	J	D	التحويل والتبديل
	Q	K	E	المراقبة والتحكم
	R	L	F	الرفض

نقطة كلية للإستراتيجية: يكفي جمع بالسطر (مثلا: الفعل A، B،C، D ، E، F) والنقاط المتحصل عليها من الأبعاد من ورقة التفريغ رقم (01) ، ونسجلها في ورقة التفريغ رقم (02) ونقوم بحساب المجموع بالسطر ، نتحصل على نقطة لكل إستراتيجية، هذا يسمح لنا بمعرفة الإستراتيجيات الأكثر استخداما من طرف الفرد في وضعية معينة.

4.2. ملامح النمو النفسي الاجتماعي Le Profil socio-affectif de l'enfant PSA لجهون دوماس، بيتر لافرونيي وآخرون (1997) J.Dumas, P.La frenière, Capaune et During :

صمم هذا الملمح من طرف مجموعة من الباحثين الكنديين والفرنسيين وهو يعتبر نتيجة أبحاث عدة سنوات من طرف بيتر لافرونيي (Peter La Frenier) بجامعة مينوسوتا (Minnesota) وبجامعة كيبك (Québec) وبجامعة مونتريال (Montréal) وضع هذا المقياس لتقييم القدرات الاجتماعية وصعوبات التكيف عند الطفل من سنتين ونصف إلى ستة سنوات، وهو يستخدم في دور الحضانة، الروضة، القسم التحضيري، أقسام التقطين للأطفال المتخلفين ذهنيا منذ سنة (1990) والنسخة التي استعملناها في دراستنا هي النسخة الفرنسية لسنة (1997) بهدف معرفة الخصائص النفسية والاجتماعية لطفل متلازمة داون وقياسها وبالتالي التوصل الى مستوى نمو هذا الطفل انطلاقا من الملمح PSA.

تحتوي هذه النسخة من المقياس على ثمانية أبعاد أساسية وأربعة أبعاد شاملة وعامة، تسمح بمعرفة ملامح النمو النفسي الاجتماعي للطفل ابتداء من أربع سنوات ويتكون هذا المقياس من 80 فقرة.

تحتوي الأبعاد الثمانية على عشرة فقرات:

- خمسة فقرات تصف المظهر الايجابي لتكيف الطفل.
- خمسة فقرات تصف المظهر السلبي لتكيف الطفل.
- و قطب ايجابي وقطب سلبي :
- ثلاثة أبعاد تصف التكيف العاطفي للطفل (الفقرات من 1 الى 30) : سعيد، مكتئب - قلق، واثق - سريع الغضب، متسامح.
- ثلاثة أبعاد تصف تفاعل الطفل مع أقرانه (الفقرات من 31 الى 60) : منعزل، مندمج - عدواني، متحكم - أناني، اجتماعي.

▪ بعدان يصفان **تفاعل الطفل مع الراشدين** (الفقرات من 61 الى 80) : متعاون، مقاوم - تابع، مستقل.

التكيف العاطفي وتمثله الفقرات من (1-30): ويقصد به الخصائص العاطفية للطفل بالاستناد الى ثلاثة ساللم:

- سعيد/ مكتئب: وهو يقيم المزاج العام للطفل كالمزاج الجيد، كأن يضحك بسهولة، أيضا أن يكون نشيط مستعد للعب، أو أن يظهر متعبا، حزينا مكتئبا..

- قلق/ واثق: هذا السلم يقيم الى أي درجة يحس الطفل بالراحة في وسط المجموعة، أو القسم ويظهر واثقا من نفسه، أو يخاف ويقلق في المجموعة أو يهرب ويتفادى المواقف الجديدة...

- سريع الغضب/ متسامح: يقيم هذا السلم قابلية الطفل على تحمل الإحباط والتعامل معه الذي هو جزء من الحياة اليومية والتقبل الايجابي للصعوبات.

تفاعل الطفل مع أقرانه وتمثله الفقرات من (31-60): ويقصد به نوعية تفاعلات الطفل مع أقرانه بالاستناد الى ثلاثة ساللم:

- منعزل/ مندمج: وهو يقيم الى أي درجة يكون اندماج الطفل في مجموعة الأقران، كأن يبحث عنه الأطفال للعب معهم، العمل بسهولة في المجموعة، أو كأن لا يقوم بأي شيء في المجموعة ويكتفي بمشاهدة الأطفال وهم يلعبون، أو لا يكثر بدعوة الأطفال للعب معهم..

- عدواني/ متحكم: يقيم نوعية علاقات الطفل مع أقرانه وخاصة في وضعيات الصراع.

- أناني/ اجتماعي: يقيم قدرة الطفل على أخذه بعين الاعتبار آراء أصدقائه، وحاجاتهم وما يفضلونه أيضا.

تفاعل الطفل مع الراشدين تمثله الفقرات من (61-80): ويقصد به نوعية تفاعلات الطفل مع الراشدين بالاستناد الى سُلَمين:

- متعاون/ مقاوم: وهو يقيم الى أي درجة الطفل قادر على التعاون مع الراشد، أو مقاومته كطلب الإذن إذا كان ضروريا، أو المساعدة في تقسيم الصابرة مثلا...

- تابع/ مستقل: يقيم درجة الاستقلالية التي يظهرها الطفل في المحيط.

كلها مجتمعة في أربعة أبعاد جامعة وشاملة وهي كالتالي :

* **القدرات الاجتماعية:** وهي تلخص مجموع السلوكيات التي تعكس النضج العاطفي، المرونة، والتكيف الايجابي في التفاعل مع الراشدين والأقران.

* **المشاكل الداخلية:** تقيم بطريقة عامة القلق، الاكتئاب، العزلة الاجتماعية، والتبعية العاطفية.

* **المشاكل الخارجية:** تقيم سرعة الغضب، العدوانية، الأنانية، الصراع مع الأقران، ومقاومة الراشد.

* **التكيف العام:** يقيم المستوى العام لتكيف الطفل في المحيط والتي تعتبر كمؤشر للنمو النفسي الاجتماعي للطفل.

➤ **توزيع بنود الـ PSA حسب الأبعاد القاعدية :**

جدول رقم (19) : الفقرات حسب القطب (الفقرات) الايجابي والقطب (الفقرات) السلبي للأبعاد

القاعدية للملمح النفسي الاجتماعي PSA (1997):

الأبعاد	القطب الايجابي	القطب السلبي
مكتئب / سعيد	1، 12، 15، 17، 26	2، 6، 14، 19، 24
قلق / واثق	5، 9، 13، 20، 21	4، 11، 23، 25، 28
سريع الغضب / متسامح	3، 16، 18، 22، 29	7، 8، 10، 27، 30
منعزل / مندمج	37، 41، 52، 56، 58	34، 36، 38، 49، 57
عدواني / متحكم	35، 39، 48، 50، 51	31، 32، 42، 44، 59
أناني / اجتماعي	43، 45، 53، 55، 60	33، 40، 46، 47، 54
مقاوم / متعاون	63، 66، 68، 78، 80	62، 65، 71، 74، 77
تابع / مستقل	61، 64، 67، 73، 76	69، 70، 72، 75، 79

➤ التوزيع حسب الأبعاد الشاملة:

- القدرات الاجتماعية : وهو المجموع المتحصل عليه للقطب الايجابي للأبعاد القاعدية.
 - المشاكل الداخلية: وهو مجموع القطب السالب للأبعاد: مكتتب / سعيد، مندمج / منعزل، قلق / واثق، مستقل / تابع.
 - المشاكل الخارجية : وهو مجموع القطب السالب للأبعاد: سريع الغضب / متسامح، عدواني / متحكم، أناني / اجتماعي، مقاوم / متعاون.
 - التكيف العام : وهو مجموع الأبعاد الثلاثة الشاملة (القدرات الشاملة، المشاكل الداخلية، المشاكل الخارجية) التي تتساوى مع المجموع المتحصل عليه من الأبعاد القاعدية.
- 1.4.2. الخصائص السيكومترية للمقياس :

أولاً. صدق المقياس:

تم إثبات صدق المقياس بعدة طرق وذلك للتأكد من صلاحيته وهي كالتالي:

أ- صدق المحتوى (المحكمين) : تم توزيع المقياس، بعد ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، على مجموعة من الأساتذة ينتمون لقسم علم النفس وعلوم التربية بالمركز الجامعي أحمد زبانة بغليزان، وجامعات أخرى (أنظر ملحق رقم)

وهذا بهدف تحديد مدى انتماء الفقرات إلى الأبعاد ومدى سلامة البنية اللغوية للفقرات. وحسب آراء وتقييم المحكمين فقد تم الإبقاء على كل الفقرات، كما بينوا أن الفقرات واضحة وأن البنية اللغوية للمقياس سليمة.

ب. الاتساق الداخلي: تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس PSA ليجون دوماس، وآخرون J.Dumas,et

al (1997) باستخدام معامل الارتباط الخطي وذلك لحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد

الذي ينتمي إليه وحسب معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس اتضح أن قيم معاملات

الارتباط التي تم الكشف عنها هي دالة عند مستوى أصغر من 0.01، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط

بين كل فقرة والمقياس ككل ما بين 0.56 و 0.93 بينما تراوحت قيم معاملات ارتباط كل فقرة بالبعد الذي

تندرج تحته ما بين 0.61 و 0.95 وهي قيم أكبر من قيم معاملات ارتباط كل فقرة بالمقياس ككل،

واصغر من قيم معاملات ارتباط كل عامل بالدرجة الكلية للمقياس والتي تراوحت ما بين 0.79 و 0.94

وهي نتيجة تبدو منطقية وتعبّر عن الانسجام الكبير الذي يتمتع به المقياس، وبما أن قيم معاملات

الارتباط كلها كانت تفوق 0.50 فهذا يدل على اتساق الفقرات مع المقياس ككل و مع أبعاده و هذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (20) معاملات ارتباط أبعاد مقياس الملح النفسي الاجتماعي للطفل PSA لجون دوماس وآخرون (1997) J.Dumas,et al

رقم الفقرة	بعد مكتتب سعيد	بعد قلق واثق	بعد سريع الغضب متسامح	بعد منعزل مندمج	بعد عدواني متحكم	بعد أناني اجتماعي	بعد متعاون مقاوم	بعد تابع مستقل	الدرجة الكلية
1	0.87								0.80
2	0.90								0.85
3	0.80								0.77
4	0.84								0.80
5	0.90								0.88
6	0.87								0.80
7	0.74								0.70
8	0.95								0.90
9	0.80								0.76
10	0.91								0.89
1		0.80							0.77
2		0.85							0.83
3		0.90							0.85
4		0.91							0.88
5		0.90							0.79
6		0.88							0.80
7		0.95							0.83
8		0.82							0.80
9		0.96							0.90
10		0.80							0.76
1			0.90						0.85
2			0.86						0.90
3			0.95						0.90
4			0.94						0.84
5			0.80						0.75
6			0.77						0.73

0.86						0.88			7
0.89						0.90			8
0.79						0.82			9
0.85						0.76			10
0.76					0.80				1
0.89					0.92				2
0.90					0.95				3
0.79					0.88				4
0.85					0.90				5
0.87					0.87				6
0.77					0.79				7
0.90					0.93				8
0.94					0.95				9
0.70					0.73				10
0.75				0.88					1
0.89				0.91					2
0.80				0.84					3
0.76				0.80					4
0.80				0.86					5
0.93				0.95					6
0.88				0.86					7
0.85				0.90					8
0.90				0.87					9
0.83				0.73					10
0.80			0.81						1
0.89			0.90						2
0.80			0.79						3
0.79			0.84						4
0.90			0.95						5
0.95			0.93						6
0.88			0.87						7
0.80			0.85						8
0.77			0.79						9
0.79			0.80						10

0.70		0.80							1
0.80		0.81							2
0.88		0.90							3
0.85		0.91							4
0.77		0.85							5
0.70		0.75							6
0.80		0.88							7
0.93		0.98							8
0.75		0.79							9
0.82		0.86							10
0.79	0.82								1
0.76	0.80								2
0.89	0.95								3
0.85	0.92								4
0.70	0.88								5
0.87	0.93								6
0.81	0.91								7
0.83	0.90								8
0.90	0.92								9
0.77	0.80								10
	0.85	0.90	0.84	0.94	0.92	0.84	0.90	0.80	الدرجة الكلية

➤ **ثبات المقياس:** لقياس ثبات المقياس اعتمدنا على ثلاث أساليب إحصائية وهي : معامل ثبات جوتمان، معامل ثبات كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية. وقد بينت النتائج أن معاملات ثبات المقياس ككل عالية، وهي دالة عند مستوى 0.01، وكذلك معاملات ثبات أبعاد المقياس، والتي تراوحت بين 0.70 و 0.96، وهي قيم تدل على تمتع المقياس في صورته الكلية بثبات عال، وهو ما يؤكد تمتع المقياس بالصفات السيكمترية الجيدة التي تؤهله للاستخدام في جمع معطيات الدراسة الأساسية.

جدول رقم (21) : قيم ثبات ملامح النمو النفسي الاجتماعي للطفل PSA لجون دوماس وآخرون
: (1997) J.Dumas,et al

التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	جوتمان	طرق قياس الثبات الأبعاد
0.88	0.92	0.84	مكتئب / سعيد
0.96	0.90	0.91	قلق / واثق
0.88	0.80	0.78	سريع الغضب / متسامح
0.89	0.81	0.82	منعزل / مندمج
0.94	0.90	0.92	عدواني / متحكم
0.80	0.85	0.88	أناني / اجتماعي
0.89	0.87	0.88	متعاون / مقاوم
0.90	0.85	0.80	تابع / مستقل
0.95	0.90	0.85	القدرات الاجتماعية
0.95	0.93	0.90	المشاكل الداخلية
0.83	0.80	0.75	المشاكل الخارجية
0.96	0.92	0.89	التكيف العام
0.90	0.87	0.85	المقياس

➤ طريقة إعطاء الأوزان لملامح النمو النفسي الاجتماعي PSA:

بالنسبة لتقدير الدرجات تم تقدير كل فقرة على سلم ليكارت (سداسي) : دائما، غالبا، بانتظام، أحيانا، نادرا، أبدا، وتقديراتها تتراوح من درجة إلى ستة درجات إذا صيغت الفقرة صياغة موجبة، بمعنى إذا كانت في اتجاه الخاصية، كما هو مبين في الجدول التالي

جدول رقم (22): تقدير درجات الفقرات الموجبة

أبدا	ناذرا	أحيانا	بانتظام	غالبا	دائما	البدائل
01	02	03	04	05	06	الدرجات
→						اتجاه الخاصية

وتعطى الدرجات معكوسة إذا كانت الصياغة سالبة، بمعنى إذا كانت في عكس اتجاه الخاصية كما هو مبين في الجدول رقم ()

جدول رقم (23) : تقدير درجات الفقرات السالبة

أبدا	ناذرا	أحيانا	بانتظام	غالبا	دائما	البدائل
01	02	03	04	05	06	الدرجات
←						اتجاه الخاصية

II. الدراسة الاستطلاعية

1. الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التحقق من سلامة الأدوات المستعملة والتحقق من ملائمة العينة وكيفية اختيارها، وتقدير الوقت الملائم والمناسب لتطبيق هذه الأدوات، بما في ذلك طريقة التطبيق وشروطها لأن الدراسة الموضوعية تتطلب استخدام أدوات ملائمة مضبوطة حتى لا تصبح دراسة تحكمها العوامل الذاتية، إلى جانب هذه الأهداف هدفت دراستنا الحالية أيضا إلى التأكد من السلامة اللغوية لمقياس النمو النفسي الاجتماعي للطفل مرحلة ما قبل المدرسة PSA، وبالتالي التأكد من أن عينة الدراسة الأساسية لن تجد صعوبة في التعامل مع المقياس وفهمه، مما سيمكننا من الحصول على معطيات صحيحة، بالإضافة إلى ذلك التأكد من أن المقياس يتوفر على الخصائص السيكومترية التي يتطلبها البحث العلمي الجيد وهي الصدق والثبات أي أنها ثابتة وتقيس ما وضعت لقياسه.

2. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية:

لقد تم إجراء الدراسة الحالية بالجمعية الوطنية للإدماج المدرسي والمهني للأطفال المصابين بمتلازمة داون ANIT فرع ولاية غليزان، والمركزين الطبيين النفسيين البيداغوجيين للأطفال المتخلفين ذهنياً بواد رهيو وواد جمعة ولاية غليزان ، وذلك في الفترة الممتدة من شهر ديسمبر 2015 إلى غاية شهر جوان 2016.

3. مجتمع الدراسة الاستطلاعية:

إن مجتمع الدراسة يعني هو الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون مشكلات البحث، لكن ما يجب الإشارة إليه هو أن مجتمع الدراسة الحالي لا يشمل كل أطفال متلازمة داون وأوليائهم على مستوى الجزائر ككل ولا حتى على مستوى ولاية غليزان، بل يشمل فقط الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأوليائهم المستفيدين من التكفل على مستوى الجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للأطفال المصابين بمتلازمة داون وعلى مستوى المركز بين الطبيين النفسيين البيداغوجيين بواد رهيو وواد جمعة بولاية غليزان وعددهم على التوالي:

الجمعية 25 طفلاً والمركز الطبي النفسي البيداغوجي بواد رهيو 50 طفلاً والمركز الطبي النفسي البيداغوجي بواد جمعة 50 طفلاً.

4. عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها:

العينة هي مجموعة من الأفراد تتمثل فيهم جميع الصفات الرئيسية للمجتمع الأصلي، وتعد طريقة عملية ومنطقية في البحث تحقق أغراض البحث وتُغني الباحث عن مشقات دراسته للمجتمع الأصلي، يختارها بأساليب مختلفة وتضم عدداً من أفراد المجتمع الأصلي. وتتم عملية اختيار العينة بخطوات يتفق عليها الباحثون والمختصون تتمثل في تحديد المجتمع الأصلي، تحديد أفرادها، ثم اختيار عينة تضم عدداً كافياً من الأفراد تتوفر فيهم خاصية التجانس.

من هذا المنطلق تم اختيارنا للمركز والجمعية التي أجرينا فيها الدراسة والتي ضمت أطفال متلازمة داون وأوليائهم وعددهم 125 ، وتميزوا بالمواصفات التالية:

➤ عينة الأولياء:

أ. متغير الجنس:

جدول رقم (24) : توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الأولياء

النسبة	التكرار	الجنس
32 %	40	ذكور
68 %	85	إناث
100 %	125	المجموع

يتبين من الجدول الخاص بتوزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الأولياء أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور، حيث بلغت نسبة كل منهما على التوالي 32 % لصالح الذكور، و 68 % لصالح الإناث وهو ما يوضح أن الأمهات أكثر اهتماماً بأطفالهن وهن اللواتي يتكفلن بإحضار أطفالهن إلى المركزين والجمعية.

ب. متغير السن:

جدول رقم (25) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير سن الأولياء

النسبة	التكرار	السن
04.00 %	05	30-20
28.00 %	35	40-31
44.80 %	56	50-41
20.80 %	26	60-51
02.40 %	03	60+
100 %	125	المجموع

يتبين من الجدول رقم (02) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سن الأولياء أن أغلبية العينة تتراوح أعمارهم ما بين (41 - 50 سنة) وذلك بنسبة 44.80 % وتليها الفئة العمرية (31- 40 سنة) حيث بلغت نسبة 28.00 % ثم الفئة العمرية ما بين (51 - 60 سنة) بنسبة 20.80 % ثم تليهم الفئة العمرية ما بين (20 - 30 سنة) بنسبة 4.00 % وفي المرتبة الأخيرة تأتي الفئة العمرية 60 سنة فما فوق بنسبة 02.40 % .

➤ عينة الأطفال:

تكونت عينة الدراسة من 125 طفلة وطفل مصابون بمتلازمة داون ينتمون الى الجمعية الوطنية للإدماج المدرسي والمهني فرع غليزان، والى مركزي الطب النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بواد الجمعة وبواد أرهيو بولاية غليزان ، تم اختيار العينة بطريقة قصدية تبعا لشروط معينة وضوابط محددة وهذه الشروط تتمثل في:

- أن يكون أفراد العينة ينتمون الى فئة المصابين بتثلث الصبغي 21 (متلازمة داون).

- أن يكون سنهم يتراوح ما بين 4 سنوات الى 11 سنة.

- أن الأطفال يستفيدون من التكفل في المركز أو الجمعية أو كلاهما.

- أن تكون درجة الإعاقة بسيطة أو متوسطة حسب تصنيف المختصين بالجمعية وبالمركزين.

وتميزت عينة الدراسة الاستطلاعية بالمواصفات التالية:

أ. توزيع عينة الأطفال حسب متغير الجنس:

جدول رقم (26) : توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الطفل

المتغير	التكرار	النسبة المئوية
إناث	59	47.20%
ذكور	66	52.80%
المجموع	125	100%

يمثل الجدول رقم () توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الطفل، حيث يلاحظ أن نسبة الذكور فاقت نسبة الإناث حيث بلغت نسبة الذكور ب 52.80% مقابل نسبة الإناث ب 47.20%.

ب. توزيع عينة الأطفال حسب متغير درجة الإعاقة:

جدول رقم (27) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير درجة إعاقة الطفل

درجة الإعاقة	التكرار	النسبة المئوية
البسيطة	54	43.20%
المتوسطة	71	56.80%
المجموع	125	100%

يتبين من خلال الجدول رقم () الخاص بتوزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير درجة إعاقة الطفل أن نسبة درجة الإعاقة المتوسطة فاقت نسبة درجة الإعاقة البسيطة حيث بلغت نسبة درجة الإعاقة الذهنية المتوسطة 56.80% مقابل نسبة درجة الإعاقة الذهنية البسيطة 43.20%

5. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية:

بدأ توزيع مقياس النمو النفسي الاجتماعي PSA في الفترة الممتدة من ديسمبر 2015 إلى غاية ماي 2016 بالمركز الطبي النفسي البيداغوجي وبالجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للأطفال المصابين بمتلازمة داون، لكن قبل هذه الفترة كنا نتردد على المركز والجمعية من أجل جمع معلومات الأولية حول الأطفال المصابين بمتلازمة داون المتواجدين في المركز والجمعية والقيام بإجراء مقابلات مع الأولياء وبالأخص الأمهات من أجل جمع معلومات حول الطفل وأسرته، والقيام أيضا بملاحظة الأطفال داخل الأقسام، وأثناء اللعب وأثناء الأكل، وفي تفاعلهم مع بعضهم البعض ومع المربين ومع والديهم أثناء دخولهم وخروجهم من المركز والجمعية، وأيضا جمع المعلومات حول الأطفال وأوليائهم من طرف الأخصائيين النفسيين المتواجدين بالمركز والجمعية وكذلك المربين والمربيات المتواجدين بالمركز، إلى

جانب مساعدتنا في تطبيق المقياس على الأطفال المصابين بمتلازمة داون بحكم أنهم أكثر احتكاكا معهم وأكثر معرفة بهم. وتم التأكد من خلال نتائج هذا العمل من عدم وجود صعوبة لدى هذه المعلمات والمربيات في الفهم والاستيعاب، والإجابة على عبارات هذا المقياس.

6. صعوبات الدراسة الاستطلاعية:

لا نتم أي دراسة علمية بدون أن يتعرض الباحث إلى صعوبات، ومن بين الصعوبات التي واجهتنا في هذه الدراسة ما يلي:

- استغرق وقت أطول مما كان متوقعا في اختيار عينة الدراسة الأساسية بسبب رفض الحالات المختارة مواصلة الحصص والمقابلات نتيجة بُعد المسافة بين منازلهم والمركز والجمعية أو لالتزامات عائلية أو مهنية أحيانا.

- عدم التزام بعض الحالات بمواعيد المقابلات.

- رفض آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون الحضور للمقابلات العيادية بحجة التزامات العمل وضيق الوقت، بالرغم من توجيهنا لهم الدعوة للمشاركة في المقابلات عدة مرات ، مما صعب علينا الاتصال بهم وتمت المقابلات مع أمهات الأطفال.

- حجز مكتب مديرة الجمعية -الذي كان مخصصا للمقابلات العيادية- بغرض الاجتماعات أو لتسوية أمور الجمعية مما يحتم علينا تأجيل المقابلات العيادية المبرمجة.

III. الدراسة الأساسية:

1. الهدف من إجراء الدراسة:

. تطبيق أدوات الدراسة (سلم الكوينغ والملح النفسي الاجتماعي للطفل)

.اختيار عينة الدراسة الأساسية.

. اختبار فرضيات الدراسة.

2. زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية:

تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من شهر فيفري 2017 إلى غاية شهر مارس 2018، وذلك في مقر الجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني ANIT - غليزان -

3. عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها:

تم إجراء الدراسة على عينة قوامها 102 طفل مصاب بمتلازمة داون لمعرفة مستوى النمو النفسي الاجتماعي لمتلازمة داون تبعا لمتغير الجنس، ويتميزون بالمواصفات التالية :

أ. متغير الجنس:

-جدول رقم (28): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير جنس الطفل

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
إناث	48	%47.05
ذكور	54	%52.94
المجموع	102	%100

يظهر من خلال الجدول رقم () الخاص بتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير جنس الطفل أن نسبة الذكور فاقت نسبة الإناث حيث بلغت نسبة الذكور ب %52.94 مقابل نسبة الإناث ب%47.05 كما تم اختيار خمسة أطفال مصابين بمتلازمة داون من مجموع العينة 102 طفلا كحالات لدراستها دراسة عيادية معمقة وأمھانھم، تتراوح أعمارھن ما بين 37 سنة الى 56 سنة وخمسة أطفال مصابين بمتلازمة داون تتراوح أعمارھم ما بين 04 سنوات الى 11 سنة متواجدون بالجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للمصابين بمتلازمة داون، بهدف معرفة تأثير استراتيجيات المواجهة المتخذة من طرف الأمھات وتأثيرھا على النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون، ولقد تم اختيار أفراد عينة الأمھات بطريقة قصدية تبعا لتوفر الشروط التالية:

. أن تكون أما لطفل مصاب بمتلازمة داون.

. أن لا تكون أرملة أو مطلقة.

. أن يكون سن الأطفال من 4 سنوات فما فوق ولا يتعدى السن 11 سنة.

. أن توافق الأم على إجراء المقابلات معنا.

. أن تكون الأم منخرطة في الجمعية.

. أن يكون الطفل متمدرس في القسم الخاص بالجمعية ويستفيد من الحصص الارطوفونية بالجمعية.

خلاصة الفصل:

إن مشكلة دراستنا الحالية تتمثل في التعرف على استراتيجيات المواجهة لدى أمهات طفل متلازمة داون وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي، لهذا قمنا بتتبع الخطوات الضرورية في أي دراسة بداية بالدراسة الاستطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس PSA واختيار العينة وبعد التأكد من صلاحية المقياس تم تطبيقه في الدراسة الأساسية على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم من أربع سنوات ونصف الى 12 سنة لديهم إعاقة ذهنية متوسطة وبسيطة في المنهج الوصفي لمعرفة مستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون تبعاً لمتغير الجنس ودرجة الإعاقة، ثم استخدمنا المنهج العيادي الذي وظفنا فيه دراسة الحالة، المقابلة والملاحظة العيادية ومقياسي سلم الكوبينغ لجامعة تولوز ومقياس الملح النفسي الاجتماعي للطفل PSA، لخمسة حالات (أمهات وأطفالهن) دراسة معمقة بهدف الكشف عن استراتيجيات المواجهة والبروفيل النفسي الاجتماعي للطفل والعلاقة بينهما، فتحصلنا على مجموعة من النتائج التي سنعرضها ونناقشها في ضوء فرضيات الدراسة في الفصل التالي.

الفصل السابع

عرض المحال

لإجراء المقابلات العيادية ولم يلبي دعوتنا له عدة مرات، بحجة العمل وانعدام الوقت للحضور للجمعية، حالته المهنية غير مستقرة ولا يزاول مهنة محددة، أحيانا يعمل كدهان في المنازل أو بناء، وأحيانا حارس ليلي في الأراضي الفلاحية، وأحيانا في مؤسسات عمومية يعقود مؤقتة مما يجعل حالتهم المادية متدهورة.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

أولا. السوابق العائلية:

ترعرعت نادية في أسرة محافظة مكونة من الوالدين وخمسة إخوة ذكور وثلاث إناث، تحتل نادية المرتبة الثانية في ترتيب الإخوة بعد أخيها الأكبر، كانت نادية تحب الدراسة لكن رسبت في السنة الثانية ثانوي وتوقفت عن الدراسة لأنها لم تتقبل الرسوب وتوجهت الى التكوين المهني ونالت شهادة الكفاءة المهنية في صنع الحلويات "... خواتاتي كملو قرابتهن وحدة مخرجة في الإذاعة والصغيرة دارت اقتصاد وأنا فالثانوية كملتي ليسانس (تضحك)..."، لكنها تشعر بالندم لعدم مواصلتها الدراسة ونيلها شهادة جامعية. عندما بلغت نادية سن 25 سنة تزوجت مع أب ليليا الذي يكبرها بعشرة سنوات بعد تعرفها عليه عند قيامها بالتريص بالرغم من عدم اقتناعها به إلا أن إصراره جعلها تقبل الزواج به.

علاقة نادية بوالديها جيدة خصوصا والدتها التي تعتبرها سند ودعم لها في كل الصعوبات التي واجهتها خصوصا في التكفل والعناية بابنتها ليليا. ترى نادية نفسها أنها مترددة لأن رأيها لا يؤخذ بعين الاعتبار في العائلة، ترجع سبب ذلك الى عدم التحاقها بالجامعة مثل أختيها "...أنا أخواتاتي كي يقولوا رأي ماما تقول واه وبويا يقول واه، بصح أنا تقول مارانيش نهدر، قراو في الجامعة، وخدمات، أنا لا.."، علاقة نادية بإخوتها الذكور والإناث جيدة وتعتبرهم مصدر دعم مادي ومعنوي في وضعية ابنتها ليليا. علاقة نادية بزوجها مضطربة تشوبها المشاكل والخلافات وترجع ذلك الى عصبية زوجها كما ترى انه غير مسئول ولا يهتم بأبنائه، خصوصا ابنه الأكبر الذي يعنفه كثيرا، ولا يساعدها في رعاية ابنتها المصابة بمتلازمة داون، كما ترى أن دوره يقتصر على جلب الطعام للمنزل فقط.

ثانيا. السوابق الشخصية:

وُلِدَتْ الطفلة ليليا بعد حمل غير مرغوب فيه إذ مرت الأم نادية بتجارب صعبة في فقدانها لطفلين قبل الحمل بليليا، توفيت رضيعتها في أسبوعها الأول من الولادة والذي اعتبرته أمرا مؤلما وشديدا "...الوقت لي ماتت فيه ابنتي فات عليا كارثة كانت ف couveuse -الحاضنة- عيطلي راجلي وقال لي بنتك

ماتت، حسيت خدمي دخلي في قلبي هنا (تشير الى القلب، صمت واحمرار الوجه وظهور ملامح الحزن في وجهها)،" وبعدها بخمسة أشهر حملت نادبة بجنين آخر لكن أجهضت في شهرها الرابع وترجع السبب الى شجارها مع زوجها "...أربعة أشهر كلشي راحلي..."، بعد هاتان التجربتان قررت نادبة عدم الإنجاب مرة أخرى نتيجة تضررها الجسدي والنفسي حيث تُصرح: "...من بعد واش صرالي قلت مانسحقش الدراري مانزيدش نولد غير مصطفى بزاف عليا، تعذبت مرتين، كي وليت نشوف الكسوة تاع الدراري ندور راسي،(تقوم بإدارة رأسها الى الجانب الآخر وإخفاء عينيها بيديها) ابنتي خرجت عادي وأنا ناكل في لحمي ومن بعد تموت بزاف... (تنتهد بقوة وتستغفر) "، حملت نادبة بعد مرور بضعة أشهر بليليا عن طريق الخطأ حسب قولها الأمر الذي اعتبرته صدمة وغير متوقع، عبرت بقولها: "...كي عرفت راني بالحمل صاعقة..." كانت مدة الحمل تسعة أشهر إلا أنها مرت بظروف صعبة وذلك بسبب الحالة الصحية للام، مما استدعى استشفائها عدة مرات منذ الشهر الثالث حيث قامت بعملية ربط عنق الرحم لتفادي سقوط الجنين وقد اتبعت تعليمات واحتياطات كثيرة لتفادي إجهاضه وعدم الوقوع في معاناة التجربتين السابقتين. وبما أن الإنجاب يعزز مكانة الأم ويصل للاقتدار فان حمل نادبة بليليا الغير مرغوب فيه أصبح حتميا ولزامًا عليها تقبله لتفادي تكرار تجربة الإجهاض المؤلمة جسديا ونفسيا، وفي نفس الوقت المحاربة من أجل فرصة إثبات قدرة الإنجاب مرة أخرى وقدرة إعطاء الحياة لطفل آخر، أما الولادة فقد كانت طبيعية وسهلة، تمت في المستشفى، حسب قول نادبة أن ليليا صرخت بشكل طبيعي وكان وزنها عادي إلا أنها كانت مختلفة عن باقي الأطفال عند الولادة، لكنها لم تعر ذلك اهتماما: "...ليليا كي زادت بكات بزاف، زادت كحلوشة والسماط تاعها تاع وحدة شيبانية، ليلة كاملة وأنا نشوف فيها... ". بالرغم من أن نادبة لم تكن لديها رغبة في الحمل إلا أنها كانت تتمنى أن تُنجب طفلة، اعتبرت نادبة ميلاد ابنتها ليليا تعويضا عن ابنتها المتوفاة ومكافأة لمعاناتها في تجاربها السابقة وظهرت رغبتها في إنجاب طفلة في أحلامها .. كانت تجيني امرأة فالمنام وتقولي عندك طفلة.."، حيث أن "...الطفل المُنتظر يُعاش هُواميًا من طرف الأم ويستثمر وجوده النفسي في أحلام الأم حتى قبل وجوده الجسدي، كما تمنحه خصائص معينة وتتمنى أن تجدها بعد ميلاده، إذ أن هذا الطفل يعتبر كمكمل نرجسي لنقائص الأم ويعزز مكانتها.."

(Bourrat.M et al,2003 ,78)

بعد ميلاد ابنتها ليليا فرحت نادبة كثيرا واعتبرتها تعويضا عن ابنتها المتوفاة تقول نادبة: "... كنت باغية طفلة فرحت بزاف وقلت ربي عوضني على ابنتي زينب الله يرحمها..." هذا ما سمح للرضيعة ليليا من

إقامة العلاقات الأولية الضرورية في الأشهر الأولى من الولادة التي يحتاجها الرضيع للنمو النفسي والجسمي والذهني والاجتماعي. في الشهر الرابع بدأت إثارة شكوك من طرف العائلة حول إصابة ليليا بمتلازمة داون لشبهها بهم من الناحية الجسمية، ما جعل نادبة تعيش حالة قلق وخوف، وإثارة هذه الشكوك كانت بداية الإحساس بالصدمة "غير دخلت عند الطبيب قلته شد عليا هاذ الحية راهم يقولولي مونغوليان الليل قاع مرقدتهش وقستهاله -إن شاء الله ربي يسمحلي- (ترفع يديها للسماء)... قعد يفحص فيها ويديرلها في الحركات ... قالي تشبهلهم غير فالوجه وأعطاني التحاليل بعد شهرين تظهر النتيجة... كنت متأكدة ماتجيني ش مونغوليان قلت غير تشبهلهم.. بقيت نادبة بعدها في **مرحلة الإنكار** حيث يرى موريس غانقلي Maurice Ringler: " أن **الإنكار** رد فعل يعتبر كحماية انفعالية عاطفية لطفلهم المعاق... (Maurice Ringler,2004,35)، حيث أن هناك تباعد بين الصورة الاستهامية المتوقعة للطفل السليم وبين حقيقة الطفل المصاب بمتلازمة داون. ترى نادبة أنها عاشت صدمة كبيرة عند إعلان تشخيص ابنتها بمتلازمة داون وتتذكر يوم الإعلان بأدق التفاصيل الذي تم من طرف والدتها "... ماما جات عندي في وقت غير لي موالفة تجي فيه كانت عارفة... الكل كان مخبرهم خويا غير أنا هو أخرج التحاليل، بدأت ماما دير فالمقدمات فلانة عندها ولدها مريض وفلانة ولدها غير صغير ومريض وقانلي ابنتي ودارتلي براسها هاك (إشارة بالرأس تدل على نعم) فهمت بلي ابنتي مونغوليان حسيت جهة من راسي حتى لرجلي تاملت..."، في هذا الصدد تقول كورف سوص Korff Sausse (1995): "...إعاقة الطفل هي صدمة بالنسبة للوالدين، تشوه حاد وانقلاب في جميع الميادين مطالب محطمة وبدون صدى تماما كمصدوم الحرب أو الناجي من الزلزال.. (Korff Sausse,S. 1995,43.44)، وحسب قول نادبة فان زوجها أيضا عاش صدمة إعلان تشخيص ابنته إصابتها بمتلازمة داون، عبر عنها بالبكاء والحزن "... كي جاء راجلي أخبرته دار مخدة فوق رأسه وبدأ يبكي ما بغاش يسكت قعدت نصبر فيه وما بغيتش نبكي قدامه باش نديرله courage ونقوله هذا ربي سبحانه بصح ما قديتس تقابلنا وبدينا نبكو مع بعض...". هذا الحدث المفجر فتح الباب لحالة حزن لدى الأم والأب، والإحساس بالمرارة والألم، حيث أن صدمة الإعلان عن الإعاقة كانت صدمة لكل العائلة حتى الأب الذي ظهر من خلال البكاء الشديد الذي يعبر عن الحزن والحداد على فقدان الطفل الخيالي والاستهامي وأبدية العيش مع الطفل الحقيقي المصاب بمتلازمة داون، في هذا الصدد يقول توريت Tourette: "... مهما كان الوقت ومهما كانت النتائج فان لحظة الإعلان عن إعاقة الطفل دائما تُعاش بشدة انفعالية من طرف الوالدين...." (Tourette,2001,421)، هنا نلتمس مشاعر فقدان الموضوع، والحداد المرتبط بفقدان شخص مثالي

لصورة الذات ما يدل على وجود إصابة نرجسية لدى الوالدين وشعورهما بالحزن والتغيير الكبير لصورة الذات والشعور بالتهديد للمستقبل، هذا الطفل الحقيقي لا يشبه صورة ما كان متوقعا، أي صورة الموضوع المفقود، لهذا رفضت نادية إصابة ابنتها ليليا بمتلازمة داون وظهر هذا من خلال نفورها لها وفطامها وقطع الرضاعة الطبيعية التي كانت تتلقاها لمدة ستة أشهر وأصبحت تنفادي كل علاقة معها سواء بالتواصل البصري أو الجسدي "...ما وليتس نبغي نشوف فيها ولا نشدها...قطعتها صدري ودرتلها القرعة بوها كان يرضعها مشي أنا..." واقتصرت نظرتها لها بالغرابة وترديد العبارة التالية بصفة تكرارية "...وليت نخزر فيها خزرة تاع شاهاذ الحية لي عطاهاالي ربي ؟..."، رفضتها ولم تعد تقوم بدورها معها كأم وعبرت عن ذلك بكرهها لها: "...شغل كرهتها...." في هذا الصدد يقول غيدناي Guedeny: "...أن بعض التشوهات أو إعاقات الرضيع يمكن أن تؤدي إلى الرفض والإهمال وفي أغلب الأحيان تغير في المشاعر واختلاط شعور الحب بشعور الكراهية.. " (Guedeny et al,2005,58).

بعد مرور 15 يوما من تشخيص وضعية ليليا ورفض نادية لابنتها في هذه الوضعية، تداركت واستطاعت تقبل ابنتها فبعد الانفصال عنها من خلال رفض الاهتمام بالطفلة وعدم التجاوب لحاجاتها لمدة 15 يوما، كان كفيلا بأن يُرمم ويُعيد بناء العلاقة بين الأم وطفلتها، مُؤشر على أن نادية كانت تقوم بعملية الحداد، فالحداد ضروري لمواجهة الوضعية الصعبة، والألم والقلق هما ردود أفعال عادية مرتبطان بفقدان الطفل الخيالي ورد فعل على الخطر الذي يحتوي هذا الفقدان، فأصبحت نادية ترفض دورها كأم حيث يقول بالشا Pelchat : "... سيرورة الحداد وقرار فقدان الطفل الخيالي يمثلان مرحلة هامة في التقبل، لأنها تساعد الوالدين على التعلق بطفلهم الحقيقي والعناية به" (Pelchat,1994,20)، وانعكس ذلك من خلال شعورها بالندم وارتكاب الخطأ ورجوعها إلى الأمومة حيث تصرح بقولها: "...قلت شاراني ندير استغفرت ووليت لابنتي عنقتها وزيرتها...بغيت نرجعها صدري لكن نشفلي الحليب..".، أي من خلال إعادة التواصل الجسدي والعاطفي بينها وبين طفلتها، حيث يوجد إعادة بناء العلاقة ومحاولة استرجاع دور الأم بمحاولة إرجاع الرضاعة الطبيعية، والتواصل الجسدي من خلال العناق والتقبيل، حيث أن التواصل الجسدي يعتبر على المستوى العلائقي تفاعلا ثريا بالإحساسات والانفعالات، يضمن التقارب على المستوى النفسي وهذا يمكن الأم من تخيل استمرارية أشهر الحمل أين كان هذا الطفل جزء لا يتجزأ من كيائها، وهنا الحالة نادية أعادت العلاقة من خلال التواصل الجسدي لاستمرار العلاقة التي قطعتها، الذي يمنح للأم تقديرا نرجسيا وإحساسا بتكامل دورها الأمومي ويكونها تؤديه بامتياز، يضيف في هذا

السياق غويينغ أوفغاي Robert-Ouvray : ..أن التعلق يحدث في الأساس عن طريق الملامسات والمداعبة والتواصل الجسمي والحمل أيضا holding...".

S.Robert-Ouvray cité dans (Souchon,2012,27)

هذا التعلق الذي ساهم في النمو النفسي والجسمي والحركي والمعرفي والاجتماعي للحالة ليليا، إذ تلقت ليليا رضاعة طبيعية لمدة ستة أشهر، ثم بعدها الرضاعة الاصطناعية، ظهرت الابتسامة والمناغاة في الشهر الرابع وانطلاقا من هذه الفترة كانت استجاباتها للمنبهات التفاعلية واضحة ومشجعة للتقرب منها مما جعل جميع أفراد العائلة (الأم والأب والجد والجددة) يشاركون في التفاعل معها من خلال تتبعها لهم بنظرها والابتسامة وتقليد الإيماءات. لم تكن ليليا تعبر في الأشهر الأولى عن رغباتها في الأكل والنظافة، لكن ابتداء من الشهر الخامس بدأت تعبر عن حاجاتها البيولوجية بالبكاء والاحتجاج، أصبحت تعرف أمها وتبكي عند غيابها وتبحث عنها، مما يدل على أن ليليا تمكنت من التعرف على الموضوع والتعلق به الذي ساعدها على اكتساب ديمومة الموضوع. تمكنت من الجلوس في الشهر العاشر، والوقوف في الشهر الخامس عشر أما المشي في الشهر السادس والعشرون، بعد اكتسابها للمشي بدأت تتعلم استقلالية النظافة ونزع الحفاضات، الى أن اكتسبت استقلالية الإخراج أولا ثم التبول في السن الثالثة، بعد اكتسابها استقلالية النظافة دخلت الروضة بهدف الاندماج الاجتماعي مع أقرانها والمحيط الخارجي إذ تحاول نادية العمل على إدماج ليليا في المجتمع بداية بالتفاعل مع الأطفال: "... دخلتها الروضة تتخالط مع الأطفال باش تتعلم وتتدمج...". ترى نادية أن ابنتها ليليا تحسنت بعد دخولها الروضة وأنها تسعى لتحضيرها للدراسة في الأقسام العادية ".زادت تطورت ليليا غاية مین دخلت الروضة باش كي تجي في القرابة تقدر تقرأ إن شاء الله يا ربي راني نحضرها وأمهد لها الطريق بإذن الله (رفع اليدين في وضعية الدعاء)... "

أما النمو اللغوي تمكنت من قول كلمة "ماما" عند بلوغها حوالي السنتين وبدأت تعبر عن رغباتها وتحاول التواصل عن طريق الإيماءات والإشارات والحرف جملة، ثم بعدها أصبحت تعبر بالكلمة جملة، بدأت المتابعة من طرف المختصة الارطوفونية ابتداء من السن الثالثة، الأمر الذي ساهم في اكتسابها للعديد من الكلمات وتصحيح مخارج الحروف.

ثالثا . الحالة الراهنة:

ليليا تبلغ من العمر أربع سنوات ونصف مصابة بمتلازمة داون، بيضاء البشرة شقراء الشعر وعينان بنيتان، جسمها يتلاءم مع سنها، صوتها غليظ ويمتاز بالبحّة، ملابسها نظيفة ومتناسقة الألوان، طريقة المشي غير متزنة لعدم تناسق حركة الرجل اليمنى مع الرجل اليسرى بدون سبب طبي بل راجع إلى انعدام التربية الحس حركية، ليليا هادئة ومستقرة انفعاليا، تحب فرض رأيها على الأطفال والتحكم فيهم بالرغم من أنهم أكبر منها، كان الاتصال معها سهلا، اجتماعية تحب تكوين علاقات مع الآخرين لديها اضطرابات في اللغة خصوصا مخارج الحروف، تتكلم بكلمتين جملة، تستفيد ليليا من التكفل الارطفوني منذ سنة وبمعدل حصة واحدة أسبوعيا، تنتبه وتركز لكن لوقت قصير هذا لم يمنعها من اكتساب بعض المعارف مثل الأشكال، الألوان وكذلك اكتسابها للاستقلالية في النظافة (الإخراج، التبول، وتنظيف نفسها في الوقت الحالي أي في سن الأربع سنوات ونصف، غسل الوجه والأسنان واليدين والرجلين) ولبس بعض قطع الثياب السهلة ونزعها ، تتناول الأكل بمفردها وبدون مساعدة، وتعبّر نادية "...تعبت شوية بصح كانت النتيجة مليحة..."(ظهور ملامح الفرح على وجهها)

من خلال الملاحظة أثناء المقابلات توصلنا الى أن ليليا تحب لفت الانتباه والأنظار وتحب تقليد دور المعلمة في التدريس والسيطرة على الأطفال، تفرض وجودها مع الأطفال والراشدين، تحب القلم والورقة بهدف الرسم. علاقتها مع أخيها جيدة حسب قول الأم "خوها يبغيتها بزاف، يقولي ندافع على أختي ما نخلي حتى واحد يحقرها، يعاوني فيها ويقربها ويلعب معاها.." كما أنها تعاملها نفس المعاملة: "... كيما نعامله نعاملها مكانش فرق، كي يديرو الطوايش لزوج يتعاقبو، نحرهم من الحاجة لي يبغوها.." ، ليليا متعلقة بأخيها وتلعب معه تتسم علاقتها بالنقاوم والغيرة أحيانا تحاول تقليده في كل حركاته وسلوكه وتصرفاته، تظهر غيرتها من خلال الاستحواذ على حاجياته خصوصا أدواته المدرسية، كما لاحظنا أن ليليا دائمة الابتسامة والمرح وتظهر سعيدة، في أغلب الأحيان تُغني وتُمثل وتُقلد السلوكات التي تعلمتها من المعلمة، مزاجها جيد تعبر عن رغباتها، نشيطة ودائمة الاستعداد للعب، واستنتجنا من ملاحظتنا أن أكثر ما يميز ليليا أنها تُثبت ثققتها بنفسها في القسم مع المعلمة والمربية والأصدقاء، تحاول أن تفرض وجودها تحب اكتشاف المحيط من حولها بفضولها والتعرف على مختلف الأشياء، كما أنها تتكيف مع المواقف الجديدة ولا تخاف من الغرباء، والحفلات والتجمعات، غالبا ما تحاول أداء مقطع من مسرحية أو رسوم متحركة ليشاهدا الجميع ويصفقوا عليها، تحب الانضمام إلى المجموعة، عند التحدث معها ترى

مباشرة في العينين. فالاهتمام بها من طرف أمها وعائلتها سمح بنسج علاقات تواصل وتفاعل من النوع الجيد، مما يجعل الملاحظ للطفلة ليليا يدرك الخفة واليقظة مقارنة مع الأطفال المصابين بمتلازمة داون في مثل سنها. وما لوحظ في سياق المقابلات أن ليليا تتمتع بمكانة وشعبية في وسط أقرانها في الروضة والقسم الخاص في الجمعية، بحيث يبحثون عنها للعب، تلعب دور القائد المسير في المجموعة، تقترح الألعاب والأدوار أما ألعابها المفضلة هي الألعاب الجماعية، وفي حالة حدوث شجار في المجموعة تحاول المصالحة بين الأطفال المتخاصمين أو إخبار المعلمة للتدخل. يتميز سلوك ليليا مع المعلمة والمربية في القسم بالاحترام والتعاون كترتيب القسم، جمع الألعاب وتقسيم الصابرة، عند رغبتها في شيء معين تطلب الإذن من المعلمة، أما في المنزل فهي تساعد أمها في ترتيب الطاولة وجمعها بعد الانتهاء من الأكل وجمع الألعاب وتنظيف الغرف، وما ساعدها في ذلك هو سلوك نادية اتجاها حيث أنها تصطحبها معها في كل مكان وتحاول إشراكها في كل النشاطات والجلسات العائلية " نديها معايا وين ما نروح إذا دخلت للكوزينة راها معايا وإذا جمعت راها معايا، ملي كان عندها عام دائما نجمعها في طاولة الأكل ونهدر معاها، باش ما تحسش بالاختلاف معنا وفي نفس الوقت نتعلم آداب الأكل، هي تبغي تقلدنا بزاف وتقلد أخوها كيما يدير دير، تعلمت هاذ الأساليب من الكتب والانترنت..". فهذه المعاملة مكنت ليليا من بناء ثقها بنفسها تحضيرا للدخول في علاقات اجتماعية خارج المنزل، وهذا ما لوحظ خلال المقابلات أن الحالة نادية لها علاقة ايجابية مع ابنتها، تثق في قدرات ليليا وتشجعها كثيرا، تاركة مجال للتباعد الجسدي وتراقبها عن بعد كما تترك لها مجال للاختلاط مع الآخرين في الجمعية بحيث لا نلمس وجود حماية مفرطة، ما انعكس على ليليا وفي تعاملها مع أصدقائها. في نفس الوقت تعبر نادية عن وعيها بإمكانيات ليليا لكنها تسعى لاستغلالها وتطويرها "... راني عارفة الإمكانيات تاعها وما رانيش نقارعها تولي طيبية ولا نحلم أكثر من الإمكانيات تاعها لكن على الأقل تستقل ماديا كي تكبر ودير صحابات ودير حرفة طبخ، حلاقة، هي بروحها تحب الشعر النهار كامل وهي تمشط وتمشطلي (تضحك) "...". تتمتع ليليا بالاستقلالية عن المربية والمعلمة، لا تلتصق بهما ولا تبكي عند مغادرة والدتها، ما يدل على استقرارها النفسي، تفهم ليليا التعابير الانفعالية وتحليلها من فرح وحزن وغضب وذلك يظهر من خلال استجابتها على كل انفعال بالسلوك المناسب. تمكنت ليليا من بناء العلاقات الأولية الضرورية للنمو فقد كان الإعلان بعد ستة أشهر انعكست على نموها النفسي العاطفي والاجتماعي وهذا بغياب أي تثبيت في المرحلة الفمية كمص الإبهام أو مشاكل في الاستقلالية حيث كان اكتسابها للنظافة في سن مبكرة إذا ما قارناها مع تأخرها الذهني المصاحب لمتلازمة داون فتطورها النفسي ونموها

الاجتماعي سبق نموها العقلي، بالإضافة الى تكيفها مع المحيط في الروضة وفي القسم الخاص بالجمعية واندماجها دليل على النمو النفسي الاجتماعي السليم ولم تشهد أي اضطراب انفعالي وتتكيف مع أي وضع سواء غياب الأم أو الأب، كما أن اللعب دليل على التنشئة الاجتماعية. ما ساعدها على ذلك هو معاملة الأم لها وإتباع أساليب مواجهة ايجابية لمواجهة وضعية ابنتها إذ ترى نادية أن تفكيرها تغير كثيرا بعد الإعلان عن تشخيص ليليا بإصابتها بمتلازمة داون وبعد تقبلها لها، أصبحت تسأل المتخصصين وذوي الخبرة عن حالة ابنتها واكتسبت جرأة أكبر في التحدث مع الأشخاص تقول "... مين عرفت بلي ابنتي مونغوليان وتقبلتها الحمد لله تبدلت بزاف في عقليتي ما وليتس نحشم وليت نسقي الناس لي يعرفولهم كيفاش نربيهما ونتعامل معاها ركزت على ابنتي... " بحيث أن الصعوبات التي عاشتها عملت على نضجها، صارت نادية تقوم بالبحث في الانترنت عن طرق تربيتها وتمكنت من الخروج لوحدها بدون اصطحاب الأب أو الزوج أو الأخ للطبيب "... وليت نخرج وحدي نديها للطبيب ما نقارعش... " وهذا ما يعتبر من الفوائد الثانوية للام لتمكنها من الاستقلال وأصبحت عملية وتفكر في حياة ابنتها لانها لم تعد تفكر في الآخرين، فقد تخلصت من اعتمادها عليهم في الخروج من المنزل بهدف البحث عن التكفل المبكر لابنتها سواء من الناحية الجسمية أو الذهنية، حيث تمكنت من تخطي المُحَرَم في بيئتها (خروج المرأة لوحدها من المنزل) من أجل مواجهة وضعيتها الصعبة. كما أصبحت تطالع باستمرار كل ما يخص متلازمة داون وتلجأ الى وسيلة الانترنت للاطلاع على الموضوع وكثيرا ما تجد الإجابة على تساؤلاتها مما ساعدها في التعامل مع ابنتها ليليا : "وليت ندير الأبحاث فالانترنت... وليت نحوس نفهم ونتعلم ونعرف عليهم كيفاش يتعلموا ومدام هي من ذوي الاحتياجات الخاصة يعني كايئة تربية خاصة بيهم وبدأت رحلة البحث (تتكلم بحماس وتضم كلتا تعبيرها عن حماسها وتضحك)..."، نتيجة للمعلومات التي كانت تقرؤها بدأت نادية القيام بعملية التدليك massage يوميا لرجلي ليليا وجسمها، ساعدتها في هذه العملية والدتها باعتمادها على عملية التدليك التقليدية، كما أن نادية أصبحت تتحدث مع ابنتها كثيرا وتلاعبها وتقبلها وتعانقها بكثرة "...كنت قريت بلي كي تعني الصغار لي كيفهم نسبة الذكاء تاعهم تزيد ويطورو في النمو، كنت كل يوم ندير لها massage أنا وماما عاونتني فيها بزاف، نهدر معاها بزاف، نلعبها منخليهاش قاع وحدها ونعنقها ونبوسها.." هذا ما ساعد ليليا على اكتساب الاستجابات الانفعالية المناسبة لكل سلوك، وتدارك التأخر، والنطق ابتداء من السن الثانية.

عانت نادبة في البداية من عدم وجود من يوجهها من متخصصين في مجال التكفل بالأطفال المصابين بمتلازمة داون بولايتها مما زاد من صعوبة الوضعية "... كاين غير طبيب أطفال واحد مليح دائما نروح نسقسيه على الحالة تاع ليليا هو كان يفهمني يعاوني ويوجهني..." ، إلا أن نادبة لم تستسلم لهذه العراقيل وبدأت في البحث عن الحلول بطريقة ذكية تقول: "... تفكرت بلي كاين مركز تاع الصم والبكم هنا في غليزان روجت عند orthophoniste، ما بغاتش مع البداية بصح رجعتلها شعال من مرة وقعدت ندقلها باش قبلت تخدم مع بنتي خطرات تشنف وتخطب الباب في وجهي بصح نوليلها شاباغية ندير على جال ابنتي،(هز الرأس) تخدم غاية وخطرات نقولها وريلي غي ليا بلا ماندي معايا ليليا، وكى نروح للدار أنا نديرها التمارين ونطبقهم على ليليا...." فبالرغم من تلقيها الرفض من طرف المختصة الارطوفونية إلا أنها أصرت على متابعة ابنتها، واستفادتها من التكفل الارطفوني، وغالبا ما تحاول إفادة أمهات الجمعية وتعليمهن الطرق التي تعلمتها في التكفل بابنتها وكذا تزويدهن بالوسائل التربوية لأنها تحس بأنهن يشتركن في نفس المشكلة.. ما تحسيس روجك وحدك كاين بزاف كيما حنا ولا أكثر... " حيث أنها أصبحت تحس بالمشاركة الجماعية للمشكلة الواحدة وأنها ليست الوحيدة في الولاية. الوضعية المادية لنادبة ضعيفة وتمنعها من شراء الألعاب التربوية الضرورية ليليا إلا أنها عملت على صنعها يدويا وبأدوات بسيطة "... ما عنديش باش نشري الأدوات والألعاب التربوية لي نشوفهم عند المختصة الارطوفونية ولا في الانترنت، كي نفوت على الفيالات نلقاهم قايسين علب تاع حليب Candia نديهم نغسلهم (تهمس وتتكلم بصوت منخفض جدا) ونخدمهم أشكال ونلونهم مثلث، دائرة، مربع، منها تتعلم الأشكال ومنها تتعلم الألوان، الحاجة أم الاختراع (تضحك) ومرات يحطو الببالا تاع الخارج -التياب المستعملة- فيهم هاذ الألعاب بثمن رخيص نشريهم ونغسلهم مليح ونقري بيهم ابنتي ... " فقد لوحظ من خلال المقابلات أن ليليا تكتسب تسمية الألوان والأشكال والأرقام وتلوين الرسومات.

رغم تعبير نادبة عن تعبها مع ليليا ونفاذ صبرها أحيانا إلا أنها ترى النمو والتطورات الايجابية في ابنتها وتمكنها من التعلم "...ولات تعرف تحسب وتعرف شعال في عمرها، أنا ابنتي ساجية (تضحك) خدمت معاها بزاف باش تعلمت تأخذ وقت طويل، راني نقريها دائما نتشجع كي تتعلم ونزيد مجهودات معاها..." غالبا ما نلاحظ أثناء المقابلات استعمال نادبة لمصطلحات علم النفس التربوي ومصطلحات علمية وحتى طبية تدل على مطالعاتها في موضوع متلازمة داون ما أكسبها معارف ومعلومات تستخدمها مع طفلتها ليليا. إلا أن عدم معرفة الخطر من طرف ليليا يشكل لدى نادبة بعض التخوف، خصوصا أنها لا تتلقى

المساعدة من طرف زوجها على حسب قولها: "... مازال ما تعرف الخطر تبغي تقلدنا، وأبوها مشي معاوني فيها راخف كلشي عليا حتى مصروف الدار مرات نجبيه من دارنا هو إنسان اتكالي وزيد معندهش خدمة ثابتة...". تُصِرِح نادية بتعلق ليليا بوالدها وتدليله لها لكن لا يثق في قدراتها ولا يساعدها ما تعتبره حاجزا وعامل لكسر معنوياتها-نادية- إذ تقول: "... ليليا أبوها مقلشها تمسيه في عينيه وما تمسيش فيها هي ثاني تبغيه بزاف لو كان يغيب عليها غير ليلة تتوحشه، كي نقوله قريها يقريها غي شوية يتقلق وما يصبرلهاش، يقولي شا تقرأ وشاغادية دير بيها، يطحلي المورال، ماشي قاع معاوني فيها وما نتكلش عليه، وحتى ولده مشي لازه ليه يظل يعاير فيه، ليليا تبغي بوها ...".

واكثر ما لوحظ في سياق المقابلات أن نادية دائما متفائلة وترى الجانب الايجابي في ابنتها ليليا وتتوقع لها مستقبلا جيدا تقول: "...راني نقارع باش يكون عند ليليا مستقبل زاهر، كاين صوالح راني نشوفهم تبغي تقرأ معظم الوقت تقلد في المعلمة دير وسايد زعمة تلاميذ أيا تقابلهم وتقعدهم تقريهم قاع لي ديرلهم المعلمة فالنهار تعاوده فالدار (تضحك) ...".

علاقة ليليا مع عائلة أبيها عادية على حسب قول الأم لكن مع عائلة أمها فهي محبوبة جدا ومكانتها خاصة بينهم، كما يُعتبرون الدعم والسند الأكبر للام ولليليا بمرافقتهم لهما منذ إعلان التشخيص "... دارنا مايخطونيش دائما معاونيني في ليليا واخوها، ماما عاونتني بزاف فيها".

3. تطبيق الاختبارات :

1.3. ظروف تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة :

تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة في مكتب المديرية بمقر الجمعية أين كانت تجرى المقابلات العادية، تم إعلام الحالة بتطبيق المقياس في الحصة المقبلة ثم شرح المقياس للحالة، تمت موافقتها وأظهرت التفهم والتعاون معنا، أعطينا الورقة للحالة لقراءة الفقرات ثم أعدنا قراءة الفقرات لها وشرحها فقررة فقررة وترك الوقت الكافي لإعطاء إجاباتها، لم تتلق صعوبة في فهمها كونها متعودة على المطالعة باللغة العربية وحتى في إعطاء الدرجة المناسبة لكل فقررة أظهرت ثقة كبيرة وبدون تردد أو تراجع، وأكثر ما لاحظناه على وجه الحالة هو ابتسامتها خصوصا إذا توافقت الفقررة مع سلوكياتها وأحاسيسها "...إيه هادي عليا..". بالإضافة الى إعطائها لأمثلة عن الفقرات التي تتناسب مع معاشها اليومي مع ليليا.

جدول (29) : تقديم نتائج سلم الكوينغ للحالة الأولى نادية

		18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الفقرة
		5	5	3	2	2	1	2	4	1	4	3	1	3	1	5	1	5	5	الدرجة
		36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	الفقرة
		4	1	1	2	2	3	5	2	5	2	5	2	2	2	4	1	5	5	الدرجة
		54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	الفقرة
		5	5	2	2	2	5	2	5	1	2	2	1	1	1	5	1	5	5	الدرجة
المجموع الكلي	المجموع	N	G	F	M	L	E	R	K	D	Q	J	C	P	I	B	O	H	A	
158	53			06			10			04			04			14			15	الفعل
	60		15			06			14			07			03			15		المعلومة
	45	14			05			07			10			06			03			الانفعال
	106	14	15	06					14		10	07				14		15	15	الايجابي
	48				05	06	10	07		04			04	06	04		03			السلبى

انطلاقاً من ورقة التفريغ رقم (1) للحالة نادية تحصلنا على النتائج التالية :

*نقطة البعد:

- التركيز أو الحفاظ على الفعل ويرمز لها ب A = (15)

- التعاون ويرمز لها ب B = (14)

- الانسحاب السلوكي والاجتماعي ويرمز له ب C = (4)

- التحول السلوكي ويرمز له ب D = (4)

- تعديل وتصحيح الأفعال ويرمز له ب E = (10)

- الانشغال أو الانتهاء ويرمز له ب F = (6)

- الإبقاء أو الحفاظ على المعرفة ويرمز له ب G = (15)

- المساعدة الاجتماعية للمعلومة ويرمز لها ب H = (15)

- الانسحاب الفكري ويرمز له ب A = (3)

- التقبل ويرمز له ب J = (7)

- المراقبة المعرفية والتخطيطية والتنظيمية ويرمز لها ب K = (14)

- الإنكار ويرمز له ب L = (6)

- غزو الانفعال ويرمز له ب M = (5)

- المساعدة الاجتماعية الانفعالية ويرمز لها ب N = (14)

- التعويض ويرمز له ب O = (3)

- التحويل أو الاقلاب بالقيم ويرمز له ب P = (6)

- المراقبة الانفعالية ويرمز لها ب Q = (10)

- العياء النفسي ويرمز له ب R = (7)

إذن نلاحظ أن الحالة نادية استعملت بكثرة الأبعاد التالية وهي بعد التركيز على الفعل ب (15) نقطة بالتساوي مع بعد التركيز على المعرفة ب (15) نقطة وبعد المساعدة الاجتماعية للمعلومة ب (15) نقطة ثم بعد المراقبة المعرفية والتخطيطية والتنظيمية ب (14) نقطة بالتساوي مع بعد التعاون ب (14) نقطة ثم يليه بعد المراقبة الانفعالية ب (10) نقاط بالتساوي مع بعد تعديل وتصحيح الأفعال ب (10) نقط

نقطة المجال :

من خلال نتائج سلم الكوبينغ توصلنا إلى أن المجال الأكثر استعمالا من طرف الحالة هو مجال المعلومة ب (60) نقطة ويليها مجال الفعل ب (53) نقطة و المجال الأقل استعمالا هو الانفعال ب (45) نقطة .

نقطة عامة للكوبينغ:

تحصلت نادية على نقطة عامة للكوبينغ تمثلت في (158) نقطة.

نقطة الكوبينغ الايجابي:

تحصلت الحالة على نقطة كوبينغ ايجابية ب (106) نقطة.

نقطة الكوبينغ السلبي:

تحصلت نادية على نقطة كوبينغ سلبية ب (48) نقطة .

جدول (30) : ورقة التفريغ رقم (2)

المجموع	الانفعال	المعلومة	الفعل	
35	05 M	15 G	15 A	الإبقاء والحفاظ
43	14 N	15 H	14 B	المساعدة الاجتماعية
10	03 O	03 I	04 C	الانسحاب
17	06 P	07 J	04 D	التحويل والتبديل
34	10 Q	14 K	10 E	المراقبة والتحكم
19	07 R	06 L	06 F	الرفض

• انطلاقا من ورقة التفريغ رقم (2) للحالة نادية تحصلنا على النتائج التالية :

نقطة عامة لكل إستراتيجية:

من خلال تطبيق سلم استراتيجيات المواجهة (الكوبينغ) ETC P.Tap et al 1997 على الحالة

تحصلت على إستراتيجية المساعدة الاجتماعية كأكثر إستراتيجية استعمالا ب (43) نقطة تتقاطع بأعلى

مجال المعلومة ب (15) ومجالي الفعل والانفعال ب (14) نقطة بالتساوي، أي أنها تستعمل إستراتيجية

المساعدة الاجتماعية بالبحث عن المعلومة والمعرفة هذا ما ظهر من خلال المقابلات العيادية في

بحثها في الانترنت وسلوك القراءة والتوجه إلى المتخصصين من أجل طلب المعلومات التي تخص طرق

التكفل بابنتها ليليا وكيفية تطويرها، ثم المساعدة الاجتماعية المركزة على الفعل أي البحث على التعاون

مع الآخر ثم المساعدة الاجتماعية المركزة على الانفعال من خلال البحث عن المساعدة من الأقرباء وهذا

ما لاحظناه من خلال علاقتها مع الأم والأخ ومساندتها لها في الوضعيات الصعبة .

ثم استعملت إستراتيجية التركيز أو الحفاظ ب(35) نقطة على مجال الفعل والمعلومة بالتساوي ب(15)

نقطة ويظهر هذا من خلال السعي إلى البحث عن المعلومة حيث تتضمن هذه الإستراتيجية التركيز على

المشكل وعلى أنواع القرارات والأحكام فهي تواجه وتذهب مباشرة للمشكل وتحلل الوضعية والموقف

وتوظف وتستفيد من التجارب الماضية وتضع استراتيجيات أفضل لحل المشكل.

ثم استعملت إستراتيجية المراقبة ب(34) نقطة وهي تتضمن التحكم في الوضعية وارتباط السلوك

والأفعال على مستوى مجال المعلومة ب(14) نقطة والتي تعني المراقبة المعرفية والتنظيمية والتخطيطية

تعطي أهداف ومخططات تعالج المشكلة بطريقة منطقية

ثم إستراتيجية الرفض ب(19) نقطة وإستراتيجية الاقلا ب (17) نقطة كأضعف نقطتين في استعمالها

لهذه الإستراتيجيتين.

2.3. تقديم نتائج الملصح النفسي الاجتماعي PSA للحالة ليليا:

تم إجراء المقياس عن طريق الملاحظة بمساعدة المريبة كونهما الأكثر احتكاكا مع الطفلة ، ومعظم فقرات

المقياس متعلقة بالقسم والأصدقاء، لم تتلق أي صعوبات في ذلك، وقد تم الإجابة على المقياس بسهولة

دون الحاجة الى إعادة الشرح.

جدول (31) : نتائج الملح النفسي الاجتماعي PSA للحالة ليليا

النسبة	النقطة	الأبعاد
57%	43	مكتئب/ سعيد
55%	40	قلق / واثق
43%	29	سريع الغضب / متسامح
59%	45	منعزل / مندمج
44%	30	عدواني / متحكم
58%	39	أناني / اجتماعي
50%	42	متعاون / مقاوم
61%	45	مستقل / تابع
61%	147	القدرات الاجتماعية
41%	62-	المشاكل الداخلية
61%	94-	المشاكل الخارجية
53%	303	التكيف العام

➤ التكيف النفسي العاطفي:

- في سلم مكتئب/ سعيد: النتيجة التي تحصلت عليها الحالة ليليا هي 43 نقطة وهي نتيجة عليا في المجال العادي وتميل إلى مجال سعيد فهي دائمة الابتسامة والمرح، تتحمس لإظهار الأغاني والسلوكات التي تعلمتها، تضحك بسهولة، ذات مزاج جيد، تعبر عن رغباتها للأشياء، نشيطة ومستعدة للعب، لا تظهر متعبة، وكان ذلك بنسبة 57% في ورقة التفريغ الخاصة بالمقياس.

- في سلم قلق/ واثق: تحصلت ليليا على نتيجة 40 نقطة وهي في المجال العادي بحيث ليليا لا تبدو قلقة غالبا ما تثبت ثقتها بنفسها في القسم ومع المريبة وأصدقائها وأيضا في استكشاف محيطها، ترى مباشرة في العينين عند التحدث معها، فضولية وتتجذب نحو الجديد، تتكيف بسهولة مع المواقف الجديدة، لا تخاف ولا تتفادى الأحداث الجديدة، تحب الانضمام الى المجموعة، تميل إلى مجال واثق بنسبة 55%

- في سلم سريع الغضب/متسامح: تحصلت ليليا على 29 نقطة مما يعني أنها ليست قاسية وليست غاضبة وهي نتيجة متوسطة في هذا السلم حيث أنها تتكيف جيدا مع التغيرات في الروتين اليومي وترحب بالأشخاص الجدد في القسم سواء أطفالا أو راشدين، تتميز بأنها صبورة، وتُظهر التحمل، لا تصرخ ولا تغضب وتصغي باهتمام عند التحدث معها، وكان ذلك بنسبة 43%

➤ التفاعل الاجتماعي مع الأصدقاء:

- في سلم منزول/مدمج: بالربط مع تكيفها العاطفي الجيد نتيجة ليليا تعد من النتائج المرتفعة في المجال العادي لسلم مدمج/منعزل ب45 نقطة أي بنسبة 59% فهي طفلة لها شعبيتها ولديها العديد من الصديقات اللواتي يبحثن للعب معها، تقترح ألعاب على الأطفال وأهمها لعبة تقليد المعلمة والتلاميذ، تلعب بطريقة منظمة في الألعاب الجماعية التي تحبها أكثر من الألعاب الفردية.

- سلم عدواني متحكم: قدمت ليليا نتيجة أعلى من 20 نقطة مما يدل على أن لديها القدرة في هذا السلم فهي طفلة مرحة وتحظى باهتمام صديقاتها اللواتي يسعين للتقرب منها كما أنها قادرة على مقايضة حلول عندما يحدث صراع بين الأصدقاء من خلال إخبار المعلمة أو المربية من أجل المساعدة، لا تبحث عن الشجار مع الأطفال، لا تستعمل العنف والعدوانية مع الأطفال أو الراشدين أو مع ذاتها، ليس لديها رغبة في إيذاء الأطفال الأصغر منها سنا وغالبا ما تحرسهم.

- سلم أناني /اجتماعي: تتموقع نتيجة ليليا في المجال العادي المرتفع ب 39 نقطة وهي تميل الى الاجتماعية أكثر بنسبة 58% في بعض الأحيان تحب كثرة الاهتمام بها وتحب أن تحتل المرتبة الأولى في مختلف النشاطات التي تقوم بها صديقاتها وفي نفس الوقت تعتني بالأطفال الأصغر سنا وتحاول أن تلعب معهم على سبيل المثال من خلال دفعهم في الأرجوحة ومشاركتهم اللعب.

➤ التفاعل الاجتماعي مع الراشدين:

- سلم متعاون/مقاوم: قدمت ليليا 42 نقطة وهي نتيجة تنتمي الى المجال العادي فوق المتوسط فهي طفلة تقدم خدمات كترتيب القسم جمع الألعاب وأيضا متعاونة وتبحث عن بعض المسؤولية كتقسيم الصابرة أو الأوراق على الزملاء في القسم وتفتخر عندما تنفذ ما طلب منها، ليليا تحترم الراشدين وتطلب الإذن عندما يستلزم الأمر.

- **سلم مستقل/تابع**: كانت نتيجة ليليا مرتفعة تنتمي الى المجال العادي وهي 45 نقطة أي بنسبة 61% هذا يعني أنها مستقلة غالبا ما تنظم نفسها بنفسها ويمكنها أن تقوم بنشاطات مهمة في القسم لوحدها، لا تلتصق بالمربية أو بالأشخاص الراشدين في النزاهات، لا تبكي عند مغادرة والدتها.

➤ **الأبعاد الشاملة:**

من خلال الأبعاد القاعدية التي تشكل الأبعاد الشاملة توصلنا إلى أن ليليا متكيفة من خلال النتائج التي قدمتها حيث أن في كل مجال تقع نتائجها في المتوسط أو أكبر من المتوسط، سلوكها الاجتماعي وتكيفها العاطفي وقدراتها الاجتماعية مرتفعة 174 نقطة تعكس مجموعة خصائص ومميزات اجتماعية التي تظهر في علاقاتها الجيدة المختلفة وبالتحديد نتائجها في التكيف العام والقدرات الاجتماعية تقع في أكثر من 10 نقاط من المجال المتوسط وهي كالتالي:

- **التكيف العام**: تحصلت على 303 نقطة وهي نتيجة تنتمي الى المجال العادي فوق المتوسط بنسبة 53% مما يدل على انها تتمتع بالتكيف العام في مختلف المجالات بالإضافة الى النتائج التي تحصلت عليها في **المشاكل الداخلية** ب - 162 وهي تنتمي الى المجال العادي فوق المتوسط ويدل على أن ليليا ليس لديها مشاكل داخلية تعيقها على التكيف النفسي والاجتماعي وكان ذلك بنسبة 57% في حين النتائج التي تحصلت عليها في **المشاكل الخارجية** هي -94 نقطة وهي نتيجة في المجال العادي فوق المتوسط مما يدل أنه ليس لديها مشاكل خارجية تعيقها على التكيف الاجتماعي والنفسي مع الأطفال والراشدين والمحيط.

خلاصة عامة عن الحالة:

- الحالة نادية بحاجة إلى التفريغ، لم يكن لديها أي تكفل نفسي من قبل، فالمقابلة العيادية هي وسيلة مساعدة ونوع من التفريغ الذي يعتبر خطوة أساسية من خطوات العلاج النفسي "...كي ندير مقابلة معاك نفرغ ونريح...". حسب شابري فيردون (Chabret.B.Verdon): "للمقابلة العيادية وظيفتين أساسيتين هما التقويم والعلاج، فكلما تكلم الفرد عن مشكلاته وصراعاته كلما ساهم في تخفيف الضغط النفسي لديه وزاد فهمه لتلك الصراعات والمشاكل." (Chabret.B.Verdon :2008)

- تبحث نادية عن أهميتها في العائلة، تشعر أن رأيها لا يؤخذ بعين الاعتبار، مما جعلها تحس أنها أقل أهمية من أختيها: "...أنا أخواتاتي كي يقولوا رأي ماما تقول واه وبويا يقول واه، بصح أنا تقول مارانيش

نهدر.."، كل فرد يبحث ويسعى أن يكون مهما في عائلته من خلال الإصغاء إليه وإبداء رأيه في مختلف الأمور وأخذ هذا الرأي بعين الاعتبار، كما تُرجع نادبة أصل الأهمية والمكانة في العائلة الى المستوى التعليمي للفرد وعمل المرأة، في نظرها أن المرأة لا تستطيع أن تبدي رأيها إذا لم يكن لديها دعم مادي متمثل في الشهادة الجامعية والعمل الذي سيُخرجها من التبعية للرجل سواء الزوج أو الأب أو الأخ، حيث لم تكن تستطيع أن تناقض رأي أحد ولا أن تتخذ قرارات مادامت غير مستقرة ماديا وتابعة لهم "...هو ما قرأوا في الجامعة وخدمات أنا لا.."، في هذا الصدد تقول سناء الخولي: "...أن حصول المرأة على درجة جامعية هو سلاح تحتاج إليه في المستقبل...". (الخولي، 2016، ص 241)

- كأسلوب دفاعي اتخذت نادبة سلوك التجنب الناجم عن الخوف من إعادة تجربة وألم فقدان الطفل المنظر سواء بإجهاضه اللاإرادي أو موته بعد ولادته، ولتتقادي الألم مرة أخرى أصبحت تتبعد عن كل ما يذكرها بالأطفال، لأنها مرتبطة بما عاشته من تجارب مؤلمة وبالتالي تتذكر فشلها في أن تكون أمًا مرة ثانية، وعجزها في إعادة الإنجاب، لأن المرأة في مجتمعنا تُظهر كفاءتها وجدارتها من خلال خصوصيتها وإنجابها المتكرر.

- عاشت نادبة صدمة نفسية عند إعلان التشخيص ومرت بمراحلها ابتداء من إنكار الإعاقة، الحزن والغضب الرفض والحداد ثم التقبل واتباع رد الفعل المتمثل في محاولة الإصلاح والتعويض عن الإعاقة للخروج منها معا -الطفلة والأم- من خلال محاولة فهم وضعية الطفلة للوصول إلى أجوبة وحلول مقبولة فوجدت وسائل للكلام والأفعال التي تحميهم نفسيا وتحسسهما بالراحة، ورد الفعل هذا هو تسيير جيد لمشاعر: الذنب والحزن...، انعكس على طريقة التعامل مع الطفلة ليلى، وطريقة مساعدتها التي تحمل نتائج جيدة، هذا راجع إلى شخصية الأم ورؤية منطقة الظل والنور معا في طفل نهدر، فرغبتها في الحياة تنبع من رغبتها في حماية ورعاية ومساعدة طفلتها لتجاوز هذه الوضعية.

- الاستثمار النفسي والنجسي لليلى هو عبارة عن ترميم نرجسي للام واسترجاع مكانتها المفقودة داخل العائلة الموسعة بالإضافة الى حصولها على نوع من الاستقلالية التي كانت تفنقدها داخل الأسرة نتيجة المستوى التعليمي وتعويضه هذا من خلال الاطلاع المكثف وجمع المعلومة حول مرض ابنتها وكيفية تعليمها من خلال التواصل الاجتماعي والاتصال بالمتخصصين ومحاولة تدريب الأمهات وتلقينهم كل ما تعلمته عن ذلك المرض.

- بعد مرحلة التقبل غيرت نادية من طريقة تفكيرها بفرض ذاتها واعتمادها على نفسها في الخروج من المنزل والاستقلال أصبحت عملية وتفكر في ابنتها لا في الآخرين، حيث خرجت الى المجتمع لطلب المعلومة والمساندة الاجتماعية من المتخصصين (طبيب الأطفال، المختصة الارطفونية، المتخصصين في الانترنت)، لفهم وضعيتها ليليا وكيفية التعامل معها، وعملت على الدخول في علاقات اجتماعية جديدة (الانخراط في الجمعية)، هذا ما لاحظناه خلال المقابلات في أسئلتها واهتمامها الكبيرين بطرق التكفل بليليا وأساليب معاملتها، بحيث تحصلت في مقياس إستراتيجية المواجهة على 43 نقطة في إستراتيجية المساندة الاجتماعية المتقاطعة مع مجال المعلومة ب 15 نقطة، التي تدل على استعمالها إستراتيجية المساندة الاجتماعية بالبحث عن المعلومة والمعرفة يظهر من خلال سلوك المطالعة، البحث في الانترنت التوجه الى المتخصصين، "...مادام هي من ذوي الاحتياجات الخاصة يعني يوجد تربية خاصة بهم ومن هنا بدأت رحلة البحث...."، لان هذه الإستراتيجية تتضمن جهود لتعريف المشكلة جعلها تفهم خصائص طفلتها ليليا واحتياجاتها وتخلق حلول بديلة لهذه الوضعية الصعبة وتنفذها...كنت قريت بلي كي تعني الصغار لي كيفهم نسبة الذكاء تاعهم تزيد ويطورو في النمو، كنت كل يوم نديرلها massage... نهدر معاها بزاف، نلعبها منخليهاش قاع وحدها ونعنفها ونبوسها.. هذه التفاعلات العاطفية ساعدت ليليا على اكتساب الاستجابات الانفعالية المناسبة لكل سلوك، وتدارك التأخر، والنطق ابتداء من السن الثانية، لان اكتساب نادية المعرفة الكافية فيما يخص ارتخاء العضلات وبطء عملية النمو الحركي والذهني، شجعها على عملية التعلق ومنه تحفيز التنبيهات النفسية والحركية بشكل سليم " نهدر معاها بزاف، نلعبها منخليهاش قاع وحدها ونعنفها ونبوسها" مما دفع الطفلة ليليا الى تخفيض بوادر الخمول والتأخر، فتطورها النفسي ونموها الاجتماعي سبق نموها العقلي، ما اتضح بغياب الاضطرابات السلوكية مثل تلك التي تدل على التثبيت في المرحلة الفمية، واستقرارها النفسي ما أكدته نتائج الملح النفسي الاجتماعي PSA في بُعد التكيف النفسي حيث تحصلت ليليا على درجات تنتمي الى المجال العادي في السلام الثلاثة مكتئب / سعيد 43 نقطة، قلق / واثق 40 نقطة، سريع الغضب/ متسامح 29 نقطة، وما توصلنا إليه من خلال الملاحظة أن ليليا لا تبدو قلقة غالبا ما تثبت ثقتها بنفسها في القسم ومع المريبة وأصدقائها وأيضا في استكشاف محيطها، ترى مباشرة في العينين عند التحدث معها، فضولية وتنجذب نحو الجديد، تتكيف بسهولة مع المواقف الجديدة، لا تخاف ولا تنقادى الأحداث الجديدة، تحب الانضمام الى المجموعة، وباكتسابها المبكر لاستقلالية النظافة مقارنة مع أقرانها في نفس الوضعية

-إعطاء نادبة خصوصية إمتيازية لعلاقتها بليليا من خلال مناداتها "بالقووليان تاعي" تحاول من خلالها تقليص المرض وتراه من وجهة نظرتها التفاؤلية " .. إن شاء الله يكون عندها مستقبل زاهر .." وثقتها في إمكانيات ليليا، أسلوب المواجهة هذا سمح لها بتقليص صعوبة الوضية وزيادة قدراتها الخاصة لمواجهة أفضل.

-اتبعت نادبة أسلوب المساندة الاجتماعية المركزة على الفعل ب14 نقطة بالبحث على التعاون مع الآخر والذي لوحظ من خلال انخراطها في الجمعية والتعاون مع الأمهات لاشتراكهن في المشكلة الواحدة، وتزويدهن بالمعلومات التي اكتسبتها خلال تجربتها مع وضية ليليا، مما ساعد ليليا في الاندماج في القسم الخاص وتوسيع دائرة تفاعلاتها الاجتماعية مع الأطفال والراشدين من معلمات ومربيات.

-استخدمت نادبة المساندة الاجتماعية المركزة على الانفعال ب 14 نقطة تتمثل في علاقاتها مع الأم والإخوة والأخوات ومساندتهم لها في وضية ليليا منذ إعلان التشخيص مما ساعدها في تخطي الصدمة ومواجهة الصعوبات والضغوط النفسية ف التكايف العائلي ضروري في هذه الوضية الصعبة في هذا الصدد يشدد بالشا (Pelchat (1989 على أهمية السند والمساعدة من طرف المحيط خاصة العائلة فالسند والدعم الكافي من طرف الأشخاص المهمين يتحول الى عامل ايجابي في العلاقة أبوين- طفل هذا، ما ساعد نادبة في العناية بليليا. (Bouchard et al,1994,ح25)

-ركزت نادبة على حل المشكلة من خلال التركيز على الفعل بتنمية سلوكات جديدة واكتسابها، جعلها تُعَدِّل مستوى الطموح لديها وتتعلم قدرات جديدة "...وليت نخرج وحدي..." ، "...وليت نحوس على les orthophonistes ..."، "...حوست على الجمعية وانخرطت فيها ونحاولو نفيديو بعضانا"...وليت نصنعها الأدوات التربوية بعلب الحليب ...". حيث يرى الباحثون " أن الفرد في الوضية الصعبة يقوم بجمع المعلومات واتخاذ الإجراءات المناسبة عن طريق وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات الوضية للتخفيف من صعوبتها وشدتها أو التحرر منها أو إيقافها"

(Bruchon, Quintard et Tapp, 2001,p19-18)

اتضح هذا من خلال نتائج مقياس الكوينغ، تحصلت على 34 نقطة في إستراتيجية المراقبة والتحكم التي تتضمن التحكم في الوضية وارتباط السلوك والأفعال وتتقاطع مع مجال المعلومة ب 14 نقطة التي تعني المراقبة المعرفية والتنظيمية والتخطيطية فنادية تعالج المشكلة بتحديد أهداف ووضع مخططات،

التمسنا ذلك من خلال الملاحظة والمقابلة كل معلومة تتلقاها تطبقها مع طفلتها لياليا بهدف الوصول الى نتيجة معينة وكمثال على ذلك هدف التفاعل مع الأقران بإدخالها الروضة، عملية التدليك بهدف تنمية الجانب الحس حركي، وإثراء التفاعلات العاطفية من خلال تكثيف التواصل الجسدي والبصري (التقبيل، العناق، التحفيز...) ما انعكس على نمو الطفلة لياليا الاجتماعي والنفسي وتكيفها العاطفي الجيد ويتطابق مع ملاحظتنا لها فهي ذات شعبية كبيرة تلعب بطريقة منظمة في الألعاب الجماعية التي تحبها أكثر من الألعاب الفردية، كما تقترح ألعاب على الأطفال وأهمها لعبة تقليد المعلمة، إذ تحصلت في الملح النفسي الاجتماعي PSA بعد التفاعل مع الأصدقاء في سلم منعزل/ مندمج على نتيجة مرتفعة قدرت ب45 نقطة بنسبة 59% وتحصلت في سلم أناني/ اجتماعي على نسبة مرتفعة تميل الى اجتماعية ب58% .

-عدم حضور الأب هو مقاومة للتقبل وعلى المستوى النفسي عدم التحدث عن المرض هو عدم وجوده أي استخدام أسلوب دفاعي المتمثل في الإنكار، وحاجات الطفل قد تتغلب على حاجات الأولياء وبالتالي أب لياليا يعطي الأولوية للطفلة من خلال أيام التكفل ولا يولي أهمية لحضوره (احتياجاته هو) للتغلب على صعوباته النفسية التي تعترضه خلال التكفل ومعاشه النفسي، وقد يرجع هذا الى المنظور الثقافي حيث نرى الآباء في مجتمعنا يفتخرون بإنجازات أبنائهم وينسبونها الى أنفسهم في حين عند فشلهم يرجعون الفشل الى الأمهات، وقد يرى الآباء أن الأم بحكم الغريزة الأمومية تُخَوِّلُها وتؤهلها أكثر منه للتكفل بهذا الطفل كما أنه في مجتمعنا الجزائري الاعتناء بالأطفال هو من مسؤولية الأم وموكل إليها دون الأب في حين الأب هو مسئول عن الاحتياجات المادية للطفل، في هذا الصدد يرى شوبر ودوناد (2004)
Schauder, Dunad : " أن الأم لا تتوقف عن الحزن في حين أن الأب يستثمر في الخارج "
(Schauder & Dunad,2004,p615) .

دراسة الحالة الثانية

1. تقديم الحالة:

الحالة فاطمة تبلغ من العمر 41 سنة تبدو اصغر من سنها، سمراء البشرة، سوداء العينين، نحيلة الجسم وقصيرة القامة، ترتدي الحجاب هدامها نظيف ومرتب، دائمة الابتسامة لكن عيناها حزینتان يبدو عليها التعب، وغالبا ما تكون عيناها متورمتان من البكاء، لا تعاني من أي تشوهات أو إعاقات، منضبطة في مواعيدها ومتحمسة لإجراء المقابلات بهدف معرفة الطرق التي تساعد في التعامل مع أبنائها خصوصا رحيم المصاب بمتلازمة داون، تم إجراء 18 مقابلة بواقع حصة واحدة أسبوعيا، كانت مدة المقابلة من 45 دقيقة الى ساعة حسب هدف كل مقابلة، كان الاتصال معها سهلا في أغلب المقابلات، اتضح من خلال المقابلات أن فاطمة أم لثلاث أطفال ابنة ذات اثني عشرة سنة، رحيم ذو التسع سنوات مصاب بمتلازمة داون، وابن ذو ثلاث سنوات. كثيرا ما تبكي فاطمة أثناء المقابلات عندما تتحدث عن طفولتها الصعبة وعن والدتها المتوفلة ومعاملة والدها لهم وكذا جدتها التي تكفلت بها وربتها، لكنها في نفس الوقت تعبر وتتكلم عن وضعية معيشتها الصعبة وظروفها الاقتصادية بنوع من الفكاهة والسخرية.

تركز فاطمة في حديثها أثناء المقابلات على إيجاد طرق التعامل مع أبنائها الثلاث خصوصا رحيم، ففي كل المقابلات كانت تحمل سجل وقلم لتدوين المعلومات عن متلازمة داون وطرق تعليمهم «...ما دابيا نتعلم باش نعلم ولدي...» تبدو شديدة الحرص على تعليم أبنائها وبالأخص رحيم. تميزت لغة فاطمة بالوضوح والخلو من أي اضطراب، تتكلم بوتيرة منخفضة، أفكارها متسلسلة ومتراصة في الحدث والزمن إذ تُكلم ما بدأته سابقا، ما يدل على أنها تتمتع بذاكرة قوية لقدرتها على استرجاع وسرد الأحداث القريبة والبعيدة المدى، إلا أن ما يميزها عند تكلمها هو نظرتها التجنبية، حيث تنقادي النظر إلى الأخصائية فهي تنتظر إما في الباب أو النافذة أو الأرض، علاقات فاطمة الاجتماعية بعائلتها جيدة أما مع عائلة الزوج فهي متوترة، كما أنها اجتماعية وتبادر لإقامة علاقات مع أمهات الجمعية، مندفعة وجريئة في الدفاع عن ابنها وحقوقه "... وصلت حتى للإذاعة وهدرت فيها على ولدي رحيم و متلازمة داون مرتين وديت رحيم زيارة للإذاعة وشافهم كيفاش يخدمو وفرحو بيه...."

والد رحيم زوج فاطمة رفض القدوم لإجراء المقابلات العيادية ولم يلبي دعوتنا له عدة مرات، عبرت فاطمة عند دعوتنا لزوجها بالضحك والسخرية: ".في الأحلام وما يجيش ما يستعرفش بهاذ الصوالح..". حالته المهنية مستقرة يعمل كبناء، لكن ظروفهم المعيشية ضعيفة وصعبة.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

أولا. السوابق العائلية:

لم تترعرع فاطمة في جو عائلي متكامل فقد تكفلت بها جدتها منذ صغرها حيث كانت طفولة فاطمة صعبة نتيجة لوفاة أمها وهي في عمر السنة ونصف عبرت بقولها "...أنا طفولتي مميزة حتى واحد ما يطيق ينساها، فقدت الوالدة في عمري عام ونص ما عنديش حتى تصويرتها (بكاء وانقطاع عن الكلام)، ماتت صغيرة بزاف ثلاثين عام، عاشت الميزيرية الكحلة، بويا كان غابنها بزاف، كانت متحملة المسؤولية وحدها..." (بكاء شديد وعدم استطاعتها مواصلة المقابلة). لدى فاطمة خمسة إخوة ، ثلاث إخوة ذكور وأختين أنثيين، تحتل المرتبة ما قبل الأخيرة في ترتيب الإخوة، لم يتزرعوا معا، فقد تخلى عنهم الأب بعد وفاة والدتهم تعبر بقولها: ".الوالد تفنن كيفاش فرقنا مدنا للناس ، ومن بعد لايمتنا جداتي ورياتنا ، لكن مقدرتش في أربعة هي بروحها أم يتامى (بكاء) رجعت خوتي لبويا وأنا خلاتني عندها..." (تبكي وتستغفر). تعتبر فاطمة جدتها بمثابة أمها وملتقة بها لحد كبير وتحس أنها مدينة لها ".جداتي هي أمي وأبي..". ولا تستطيع الابتعاد عنها ".كي بغيت نترج شرتت نسكن حداها...مشي حاجة ساهلة هي كي كبرت أنا نسمح فيها..." (بكاء). عاشت فاطمة محرومة من حنان الأب ولا تعرف معنى وجود الأب ولا الإحساس به "...أنا ما نعرفش شوالا أب، بدون إحساس، صح بويا عايش لكن ميت ولا حي نفس الشيء...". زاولت فاطمة دراستها إلى غاية الثالثة ثانوي، توقفت عن الدراسة وتوجهت للقيام بالعديد من التكوينات المهنية الإسعافات الأولية، إعلام آلي، سكرتارية، حلاقة ، وترغب في أن تتكون كمرية لكي تعمل في المركز الذي يدرس فيه ابنها رحيم أو تفتح روضة، كما أنها ترغب في النجاح في شهادة البكالوريا بعدما اجتازتها العام الماضي بالمراسلة ورسبت. تزوجت فاطمة زواج تقليدي في سن السادسة والعشرين من رجل يكبرها بأربعة سنوات، علاقتها الزوجية يسودها التفاهم، أما علاقتها مع أهل زوجها فهي متوترة، بسبب مشاكل عائلية. كما أن علاقتها مع إخوتها وأخواتها جيدة.

ثانيا. السوابق الشخصية:

وُلدَ رحيم نتيجة حمل مرغوب فيه فبعد إنجابها للبنات الكبارى بأربعة سنوات قررت فاطمة وزوجها إنجاب طفل آخر ذكر، حيث كان حملا مخططا له من الطرفين، "حيث أن الرغبة في الطفل هي رغبة مسجلة في اللاشعور تحت اسم الحاجة إلى ضمان الحياة وانتقال الجينات من جيل لآخر فالطفل هو إرادة وحاجة كلا الشريكين رمز لهما وكرمز للذة والرضا المتقاسم بينهما في الحياة." (Dutch D.J. 1983, 24)

كانت ظروف الحمل سهلة بالنسبة لفاطمة وبدون مشاكل صحية، إلا أن هناك حادثة تتذكرها قبل ميلاد رحيم بأيام قليلة تخص ابنتها التي دخلت الإنعاش لابتلاعها دواء جدها جعلتها تعيش حالة من الخوف والقلق الشديدين عبرت بقولها " .. خفت عليها بزاف قريب نموت، بعدها 15 يوم زيدت رحيم (تضحك) .."

تعتبر فاطمة ولادة ابنها رحيم مميزة لأنه وُلد في السيارة بالقرب من محطة الحافلات، وقامت جدتها بتوليدها ولادة طبيعية، ترى أن رحيم جالب حظ للمكان الذي وُلد فيه " ... من ذلك الوقت بناو محطة جديدة ولدي رحيم ربح عليهم (تضحك) ..."، حسب قول فاطمة أن رحيم صرخ بشكل طبيعي، كان وزنه في المعدل العادي، لم تلاحظ فيه أي اختلاف عن أخته، وفرحت كثيرا بولادته فهو الطفل الذكر المنتظر، لكن اختناقاته المتكررة وصعوبة عملية المص عند الرضاعة جعلها تتجه نحو الطبيب بعد عشرين يوما من ولادته لاستشارته وليصف له الحليب الاصطناعي كون حليبها لا يكفي، وعندها مباشرة أعلن الطبيب عن تشخيص إصابته رحيم بمتلازمة داون بالإضافة إلى إصابته بتشوه في القلب " ...روحت عند الطبيب أنا وأخت زوجي، غي شافه قالي ولدك مونغولياني وعنده ثقب في القلب (صمت) ثم تواصل .. أنا نبغي ليمونغولياني من بكري بصح ما نعرفش كيفاش يربوهم وكيفاش يعيشو معاهم والديهم (تتنهد بعمق) ..."

لم تكن لدى فاطمة تحضيرات نفسية للإعلان عن التشخيص حيث تم بطريقة فجائية وغير متوقعة، الأمر الذي شكل لها صدمة عنيفة عبرت عنها بقولها " ..خرجت مشوكية من عند الطبيب بكيت بزاف الطريق كاملة وأنا نبكي كي شغل واحد يجي ويخبطك بزواج صفاعي ويخروضلك راسك (تقوم بحركة الصفع وتحريك رأسها بشكل دائري) ... بكيت بزاف، زوج صوالح مشي غي حاجة وحدة مونغولياني والقلب، قلت غادي يموتلي (قلق وانفعال من خلال التحرك من مكانها وكثرة استعمال الإشارات والتنهيدات المتواصلة)"

عاشت فاطمة صدمة حقيقية وهي صدمة فقدان الطفل الخيالي المثالي والاصطدام بالطفل الحقيقي المصاب بمتلازمة داون وبتشوه في القلب المهدد بالموت "حيث أن الإعلان عن الإعاقة هو عبارة عن كسر وقطع فجائي للصورة التي صنعها الوالدين لطفلهم، الطفل المثالي الذي عليهم فعل حداد عليه"

(Céleste & Lauras,1997)

لم يتسنى لفاطمة إخبار زوجها بإعاقة طفلها بالطريقة المناسبة فهي ترى أن أخت زوجها قد أساءت إليها والى طفلها وأعلنت للعائلة عن إصابة ابنها بدون علمها: "... أخت زوجي تكلمت في ظهري وقالت لراجلي ودارهم بلي جابت معوق (هز الرأس بتحسر وتتنهد بقوة)". عاشت فاطمة في عالم رحيم بعزلة وحيرة واندهاش فقد انحصرت علاقاتها الاجتماعية مع الأطباء فقط ولم تعد تقوم بلزيارات العائلية ولا الذهاب إلى الأفراح والمناسبات تقول فاطمة: "...أنا ما كنت نعرف حتى طبيب ودروك قاع الأطلبل وليت نعرفهم ويعرفوني...." وكانت علاقتها في البداية برحيم علاقة تتسم بالحماية المفرطة، إذ تعتبر فاطمة أن خوفها الكبير كان حول صحة ابنها أما وتيرة النمو البطيئة لم تشكل لها خوفاً، فقد كانت تخصص كل وقتها لابنها ورعايته "...كنت نخاف عليه حتى من الهواء لي يتنفسه ... وحتى كي يرضع ويختنق نقول هاذي هي التالية تاعه، المرض تاع قلبه كان مخوفني بزاف..."، حيث تعمل الصدمة على تشتيت وإحداث فوضى في وظائف الجهاز النفسي وكل الدفاعات تفيض فينحصر الفرد في الصدمة ، وهذا الانحصر يقضي على كل قدرات الفكر النفسية ولا تستطيع هذه القدرات تحمل عناصر خارجية هذا ما أدى بفاطمة إلى الانعزال والانغلاق عن الحياة الاجتماعية وتوقعت في عالم الأطباء والمستشفيات حيث وجدت نفسها تستجيب للتغيرات الجذرية والنتائج المرضية التي تحدث في التنظيم النفسي وقد بررت انعزالها بخوفها فقدان طفلها "...كنت خايفة يموتلي... قعدت غير مع السيطارات نجري بيه ومخلوعة عليه ... ما بوضحه لنا Korff Sauss "بأن الإعاقة تُحدث صدمة كبيرة ومفاجئة تسيطر على النفسية وتخلق انزعاج ولكن بالأخص تثير الخوف فهي تواجهنا مع حدود الإنسان" (Sausse, 2008, p28)

حيث أن ذلك الانشغال والاهتمام الكبيرين برحيم مكناه من بناء العلاقات الأولية الضرورية للنمو النفسي والتعلق بين الأم وطفلها، إذ تلقى رحيم رضاعة مزدوجة طبيعية واصطناعية لمدة عامين ظهرت الابتسامة والمناغاة في الشهر الخامس وكانت استجاباته للمنبهات التفاعلية واضحة ومشجعة للتقرب منه مما جعل الأم والأب والجدة والأخت يشاركون في التفاعل معه من خلال تتبعه لهم بنظرة والابتسامة وتقليد الإيماءات. لم يكن رحيم يعبر في الأشهر الأولى عن رغباته في الأكل والنظافة، لكن ابتداء من الشهر

السابع بدأ يعبر عن حاجاته البيولوجية بالبكاء والاحتجاج، أصبح يعرف أمه ويكي عند غيابها ويبحث عنها، مما يدل على أن رحيم تمكن من التعرف على الموضوع والتعلق به الذي ساعده على اكتساب ديمومة الموضوع. تمكن من الجلوس في الشهر الحادي عشرة، والوقوف في الشهر السابع عشر أما المشي في الشهر الثامن والعشرون، بعد اكتسابه للمشي بدأ يتعلم استقلالية النظافة ونزع الحفاضات، الى أن اكتسب استقلالية الإخراج أولاً ثم التبول في ثلاث سنوات ونصف، بعد اكتسابه استقلالية النظافة دخل المدرسة القرآنية بهدف الاندماج الاجتماعي مع الأطفال والمحيط الخارجي وتعلم مخارج الحروف تصرح فاطمة: "...كنت آخذ رحيم للجامع باش يندمج ويتعلم مخارج الحروف كان رحيم صغير كنت نعلمه وحوست نطقه بسيف والحمد لله نطق وراه يهدر بصح يتعقن شوية..." فمن الناحية اللغوية تمكن من نطق الحروف ابتداءً من الشهر العاشر " ما، طا، دا، كا.." وبدأ يعبر عن رغباته ويحاول التواصل عن طريق الإيماءات والإشارات والحرف جملة، ثم بعدها أصبح يعبر بالكلمة جملة، لم يستفد من التكفل الارطفوني قبل دخوله المركز في السن السادسة، لكن فاطمة كانت تطالع الكتب وتتصفح مواقع الانترنت لتتعلم طرق وكيفيات تعليمه الحروف، الأمر الذي ساهم في اكتسابه للعديد من الكلمات والجمل للتعبير والتواصل.

في سياق المقابلات اتضح أن علاقة فاطمة الزوجية اضطرت وكادت أن تفشل بعد انعزالها مع ابنها والتكفل به، لكنها أعادت بناء علاقتها بزوجها بعد الاطمئنان على رحيم وتحسن وضعيته الصحية: "...أنا قعدت قريب عام كي المخلوعة في رحيم ما عرفت ما ندير، نسيت راجلي شوية، دارهم بداو يدوروه عليا وبدا يدير علاقات مع النساء من تحت أمه وخواتاته ولا غير مع التيليفونات والخرجات..." تشعر بالذنب ولوم ذاتها على تصرفات زوجها تضيف الحالة: "... أنا هملت شوية الحياة الزوجية و لم أدي دوري كزوجة كنت غي نجري مع رحيم، رحى حتى للعاصمة باش نداوي...الثقة تاع القلب بشوية بدات تتبلع بدون عملية الحمد لله (ترفع يديها للسماء وتنتهد بعرق) من بعده ا تكايت وفطنت بروحي وبراجلي..."

علاقة فاطمة مع عائلة زوجها متوترة ومضطربة ترى أنها أسوء إليها من طرف عائلة زوجها من خلال نظرتهم السلبية لها ولابنها وسبها واعتبار ابنها المصاب بمتلازمة داون كمرض مُعدي لجميع أجنّة النساء الحوامل بقولها "...عجوزتي غبنتني بزاف ... ولات تقول لسلافتي ما تروحوش عندها خيما تجيبو غريان مهبول كيما ولدها... وحتى إذا تحتمت وروحت يخزنو وما يقابلونيش يخافوا اذا يجيبو كيما ولدي..."(تستعمل كلمات شتم وسب). ترى فاطمة أنها تغيرت بعد ميلاد رحيم وأصبحت عدوانية إذ تعبر

بقولها: "... بكرى كنت عاقلة لكن كي جاني رحيم تبدلت وليت قبيحة وليت نرد على روعي وندافع عليه خاطرش نعرفه ما يدافعش على روحه ويحقره، لي يقرب رحيم نمحيه من الأرض، وحد المرأة هدرت فيه (انفعال)، حظيت زيارة عليها في سيدي عدة تخرج فيها إنشاء الله (رفع اليدين للدعاء) رحيم خط أحمر مكانش لي يقربه"

ثالثا. الحالة الراهنة:

رحيم يبلغ من العمر تسع سنوات ، مصاب بمتلازمة داون، أسمر البشرة ذو عينان بنيتان، جسمه لا يتلاءم مع سنه يبدو اصغر من سنه، هندامه مرتب ونظيف، حركاته متناسقة في المشي والجري وخفيف الحركة إلا انه سريع التعب بسبب مشكل القلب لديه، يدرس بالمركز الطبي النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بغليزان، يعاني من ضعف في البصر ويرتدي نظارة طبية، يعاني من الحساسية وكثيرا ما تسبب له اختناقات في الليل وصعوبة التنفس، رحيم هاديء ومستقر انفعاليا، دائم الابتسامة والفرح نشيط وحيوي، كان الاتصال معه سهلا، اجتماعي ويحب تكوين علاقات مع الآخرين، لديه تشوه في نطق بعض الحروف، ينتبه ويركز، ينظر مباشرة في العينين عند التحدث معه لديه مكتسبات معرفية كالألوان والأشكال والحساب والكتابة والقراءة، وكذلك لديه استقلالية النظافة والأكل والاستحمام وارتداء ونزع قطع الثياب السهلة وأحيانا الشراء من متجر الحي بمراقبة الأم أو الأب أو الأخت، كما أنه يستقل الحافلة الخاصة بالمركز بمفرده ذهابا وإيابا. من خلال الملاحظة أثناء المقابلات توصلنا الى أن رحيم كثير الحركة يقوم بالدرجة على الأرض والقفز من أعلى الطاولة تقليدا للرسوم المتحركة -الرجل العنكبوت- يحب أن يلفت الأنظار بحركاته لتشجيعه والتصفيق له، يفرض وجوده مع الأطفال والراشدين. علاقة رحيم مع إخوته جيدة وكثيرا ما تتسم بالغيرة والتنافس، فالأخت الكبرى تغار منه على حسب قول الأم وهو يغار من أخيه الأصغر، ويتشاجرون كثيرا على الألعاب أو الأدوات المدرسية، كما تحاول فاطمة أن تعامله مثل أخويه من خلال حصة الطعام، العقاب، الهدايا والألبسة "...نبغي نعامله كيفه كيف خوته باش ما يحسش روحه غير عادي ، يدخل معايا للكوزينة ويعاوني ونعطيه الأوامر بزاف باش يقفز..." . كما لاحظنا أن رحيم دائم الابتسامة والمرح ويظهر سعيدا في أغلب الأحيان، يقرأ السور القرآنية، يُمثل ويُقلد السلوكات التي تعلمها في المركز، مزاجه جيد يعبر عن رغباته، نشيط ودائم الاستعداد للعب، واستنتجنا من ملاحظتنا أن أكثر ما يميز رحيم حبه لاكتشاف المحيط من حوله بفضوله والتعرف على مختلف الأشياء، كما أنه يتكيف مع المواقف الجديدة ولا يخاف من الغرياء، والحفلات والتجمعات، غالبا ما يحاول

أداء مقطع من مسرحية أو رسوم متحركة ليشاهده الجميع ويصفقوا عليه، يحب الانضمام إلى المجموعة، عند التحدث معه يرى مباشرة في العينين، فالاهتمام به من طرف أمه وجدته وتلك العلاقة الاندماجية الأولية التي عاشتها فاطمة وحماتها المفردة المبررة، سمحت بنسج علاقات تواصل وتفاعل من النوع الجيد، مما يجعل الملاحظ للطفل رحيم يدرك الخفة واليقظة التي يتميز بها. وما لوحظ في سياق المقابلات أن رحيم يحب الاهتمام بمظهره من خلال تفقد شعره ولباسه في المرأة، غير عدواني يحب الأطفال الصغار ما لاحظناه خلال لعبه معهم والخوف عليهم من السقوط، اجتماعي ويحب العناق ودائم الابتسامة، يتمتع بمكانة وشعبية في وسط أقرانه في المركز والقسم الخاص في الجمعية، بحيث يبحثون عنه للعب، يقترح أحيانا الألعاب والأدوار، أما ألعابه المفضلة هي الألعاب الجماعية، وفي حالة حدوث شجار في المجموعة يحاول المصالحة بين الأطفال المتخاصمين أو إخبار المعلمة للتدخل. يتميز سلوك رحيم مع المعلمة والمربية في القسم بالاحترام والتعاون كترتيب القسم، جمع الألعاب وتقسيم الصابرة، عند رغبته في شيء معين يطلب الإذن من المعلمة ويتبع آداب التعامل كالقاء التحية، أما في المنزل فهو يساعد أمه في ترتيب الطاولة وجمعها بعد الانتهاء من الأكل وجمع الألعاب وتنظيف الغرف، وما ساعده في ذلك هو سلوك فاطمة اتجاهه حيث أنها تصطحبه معها في كل مكان وتحاول إشراكه في كل النشاطات والجلسات العائلية " ...وبين مانروح نديه معايا للجامع، عند خالاته، للسوق، للمكتبة باش يتعلم" فهذه المعاملة مكنت رحيم من بناء ثقته بنفسه تحضيراً للدخول في علاقات اجتماعية خارج المنزل، وهذا ما لوحظ خلال المقابلات أن الحالة فاطمة لها علاقة ايجابية مع ابنها، تثق في قدرات رحيم وتشجعه كثيراً، تاركة مجال للتباعد الجسدي وتراقبه عن بعد كما تترك له مجال للاختلاط مع الآخرين في الجمعية بحيث، ما انعكس على رحيم وتعامله مع أصدقائه. في نفس الوقت تبالغ فاطمة في توقعاتها يعكس عدم وعيها لإمكانيات رحيم المحدودة، بحيث تضغط عليه أكثر من قدراته. يتمتع رحيم بالاستقلالية عن المربية والمعلمة، لا يلتصق بهما ولا يبكي عند مغادرة والدته، ما يدل على استقراره النفسي، يفهم رحيم التعبيرات الانفعالية وتحليلها من فرح وحزن وغضب، وذلك يظهر من خلال استجابته على كل انفعال بالسلوك المناسب. تمكن رحيم من بناء العلاقات الأولية الضرورية للنمو فقد استفاد من تلك الحماية المفردة والاهتمام الكبير في الأشهر الستة الأولى انعكس على نموه النفسي العاطفي والاجتماعي وهذا بغياب أي تثبيت في المرحلة الفمية كمص الإبهام أو مشاكل في الاستقلالية، بالإضافة الى تكيفه مع المحيط في المركز وفي القسم الخاص بالجمعية واندماجه دليل على النمو النفسي الاجتماعي السليم ولم يشهد أي اضطراب انفعالي ويتكيف مع أي وضع سواء غياب الأم أو الأب، كما

أن اللعب دليل على التنشئة الاجتماعية. لدى رديم أصدقاء ويذكر أسمائهم، يحب المعلمين والمربين ويسميهم بأسمائهم، كما انه محبوب من طرف الجميع في المركز. ما ساعده على ذلك هو معاملة الأم له وإتباع أساليب مواجهة ايجابية لمواجهة وضعية ابنها إذ ترى فاطمة أنها بعد الاطمئنان على صحة ابنها بدأت فاطمة تسأل الأطباء في ولايتها وتشاهد الحصص التلفزيونية التي لها علاقة بتربية ابنها، وتطالع كتب التربية الخاصة، الأمر الذي ساعدها في تعلم الطرق التربوية مع ابنها، إذ تصرح: "وليت نسقي بزاف على تربيته وكيفاش وأين يتعلم، وليت نقرأ الكتب ونتفرج فالانترنت طرق التعليم والتدريب ونطبقها على رديم"، فأسلوب المواجهة هذا هو عبارة عن مجهودات معرفية وسلوكية لتغيير المطالب الداخلية والخارجية للوضعية الصعبة التي تفوق إمكانياتها وقدراتها ، حيث أنها توجهت الى البحث عن المعلومة التي ساعدتها في تعلم وتسيير وضعية رديم، بدأت بالتربية الحس حركية بالطريقة التقليدية للتدليك بمساعدة جدتها التي تعتبرها دعما وسند قوي لها في تقبل وضعية ابنها وتعليمه الاستقلالية في النظافة والأكل، تسرد له الحكايات وهو صغير وتلاعبه كثير " .. ماما (الجدة) عاونتني في رديم رباته معايا كانت تهدر عليا بزاف وديرلي الكوراج ..."، ونتيجة لتعلقها برديم ضاعفت تفاعلها الجسدي والعاطفي معه " ... دائما نهدر معاه ونلعبه .. حتى وانا في شغل المطبخ نديره في ظهري .. نخدم ونلعب .." هذه الطريقة ساعدت رديم كثيرا في نموه النفسي والاجتماعي واكتساب الاستجابات الانفعالية المناسبة لكل سلوك، وتدارك التأخر وبطء النمو، ما حفز فاطمة وشجعها على مواصلة التكفل والاعتناء برديم. لكنها في نفس الوقت تتذمر من عدم وجود المتخصصين في ولايتها وانعدام الدعم والتوجيه المتخصص لزيادة مستوى ابنها على حسب قولها " ... ما لقيتس اليد لي تعاوني لو كان نلقى لو كان راه يقرى فالمدرسة العادية " (كثرة الإشارات باليد والسرعة في الكلام). في السن السادسة التحق رديم بالمركز النفسي الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا، والذي يبعد عن المنزل ب 30 كم، الأمر الذي تعتبره فاطمة متعبا ومرهقا لابنها، في سياق المقبلات اتضح أن فاطمة تبذل جهدا لتدريس ابنها وتكثف له البرنامج الدراسي في المنزل: "... راني نعلمه الرياضيات عملية الزائد والناقص، الحروف، الألوان ونحفظه القرآن، كي نكون داياته للمركز الصباح هو و أخوه نراجعله بالطريق بصح فنيان يقولون قولتي ل خويا يقولك... (تضحك) ..." فمن خلال ملاحظتنا توصلنا الى أن فاطمة تقوم بمجهودات كبيرة ومتفائلة لكنها تضغط على رديم وتحمله أكثر من إمكانياته وغالبا ما تقارنه بأخته ولا تحترم قدراته الفكرية المحدودة، من ناحية ساعده هذا في التعلم والنمو النفسي والاجتماعي والاندماج والتكيف مع المحيط لكن من ناحية أخرى يعمل على إحباط رديم وإجهاده الفكري. كما ترى فاطمة أن المركز لا يساعده في التطور كون

قدراته تفوق مستوى المركز على حسب قولها: "... في المركز هو الأول بصح ما غاديش يزيد يطور فيه، رحيم المستوى تاعه عالي عليهم راني باغية يدخل للمدرسة العادية بصح ما عنديش العرف، يليق يتعلم كامل العمليات الحسابية والقراءة والكتابة، نعلمه ونتعب ومن بعد مدة ينسى...نبغي نهبل يليق يتعلم.."

ترى أيضا فاطمة أنه من الضروري تعليم رحيم تحسبا ليوم لا تكون فيه معه وكثيرا ما تفكر في الوقت الذي لا تكون معه تقول: "... منبغيش يضيع ... اليوم راني معاه وغدوة كي م ا نكونش في هاذ الدنيا يليق يقرأ ويمارس مهنة (حزن)...."

علاقة رحيم مع والده جيدة لا ينام إلا بجانبه في الليل كما تتسم بالحماية المفرطة والتدليل يظهر هذا من خلال إعطائه الحصة الأكبر في الأكل وتمييزه عن إخوته، ومنعه من الذهاب إلى المركز عندما يكون الجو باردا أو ممطرا على حسب قول الأم فاطمة "... أبوه مقلشه بزاف ما يعاملهش كيما خوته ... كي يكون البرد يقولي ما تديهش يقرى البرد عليه خليه يرقد مسكين..." كما تعتبر فاطمة أن أب رحيم كثير الانشغال في العمل كبناء، ولهذا هي من تصطحب رحيم في الذهاب والإياب من المركز و نفس الشيء بالنسبة لباقي الأبناء "... هو م اشى واصل في قرابته باش يوقف مع ولاده مي أنا الحمد لله نفهم شوية ونقدر نتبعهم، كلشي عليا، هو عليه مصروف الدار، هو يجيب القفة (تضحك)...."

3. تطبيق الاختبارات

1.3. مقياس استراتيجيات المواجهة :

أولا. ظروف تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة :

تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة في مكتب المديرية بمقر الجمعية أين كانت تجرى المقابلات العادية، تم إعلام الحالة بتطبيق المقياس في الحصة المقبلة ثم شرح المقياس للحالة، تمت موافقتها وأظهرت التفهم والتعاون معنا، أعطينا الورقة للحالة لقراءة الفقرات ثم أعدنا قراءة الفقرات لها وشرحها فقرة فقرة وترك الوقت الكافي لإعطاء إجاباتها، لم تتلق صعوبة في فهمها كونها متعوده على المطالعة باللغة العربية لكنها في إعطاء الدرجة المناسبة لكل فقرة أظهرت أحيانا بعض التردد، وأكثر ما لاحظناه على وجه الحالة هو فضولها لمعرفة نتيجة المقياس لتقييمها في رأيها، ومعرفة نفسي

جدول (32) :تقديم نتائج سلم الكوينغ للحالة الثانية فاطمة

		18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الفقرة
		5	4	4	4	3	1	3	4	3	2	3	4	3	1	4	1	5	5	الدرجة
		36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	الفقرة
		3	5	2	1	3	5	4	4	3	3	3	4	5	3	4	1	5	5	الدرجة
		54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	الفقرة
		3	5	5	3	3	4	3	5	4	3	3	1	1	3	3	1	5	5	الدرجة
المجموع الكلي	المجموع	N	G	F	M	L	E	R	K	D	Q	J	C	P	I	B	O	H	A	
189	64			10			10			09			09			11			15	الفعل
	67		14			09			13			09			07			15		المعلومة
	49	11			08			10			08			09			03			الانفعال
	115	11	14	10					13		08	09				11		15	15	الايجابي
	74				08	09	10	10		12			09	09	07		03			السلبى

نقطة البعد:

الإبقاء أو الحفاظ على الفعل ويرمز لها ب A = (15)

التعاون ويرمز لها ب B = (11)

الانسحاب السلوكي والاجتماعي ويرمز له ب C = (9)

التحويي السلوكي ويرمز له ب D = (09)

تعديل وتصحيح الأفعال ويرمز له ب E = (10)

الانشغال أو الانتهاء ويرمز له ب F = (10)

الإبقاء أو الحفاظ على المعرفة ويرمز له ب G = (14)

المساعدة الاجتماعية للمعلومة ويرمز لها ب H = (15)

الانسحاب الفكري ويرمز له ب A = (7)

التقبل ويرمز له ب J = (9)

المراقبة المعرفية والتخطيطية والتنظيمية و يرمز لها ب K = (13)

الإنكار ويرمز له ب L = (9)

غزو الانفعال ويرمز له ب M = (8)

المساعدة الاجتماعية الانفعالية يرمز لها ب N = (11)

التعويض ويرمز له ب O = (3)

التحويل أو الاقلاب بالقيم ويرمز له ب P = (9)

المراقبة الانفعالية ويرمز لها ب Q = (8)

العياء النفسي ويرمز له ب R = (10)

إذن نلاحظ أن الحالة نادية استعملت بكثرة الأبعاد التالية وهي الحفاظ على الفعل والذي يعني المواجهة والذهاب مباشرة إلى المشكل ب (15) نقطة بالتساوي مع المساعدة الاجتماعية بالمعلومة ب (15) نقطة وأيضا تتساوى مع بعد التقبل ب (15) نقطة ويليهما بعد الإبقاء على المعرفة ب (14) نقطة وبعد المراقبة المعرفية التنظيمية التخطيطية ب (13) نقطة ثم ليها البعدين التاليين بالتساوي ب (11) نقطة بعد المساعدة الاجتماعية الانفعالية وبعد التعاون

نقطة المجال :

من خلال نتائج سلم الكويينغ توصلنا إلى أن المجال الأكثر استعمالاً من طرف الحالة فاطمة هو مجال المعلومة ب(67) نقطة ويليها مجال الفعل ب (64) نقطة ثم المجال الأقل استعمالاً هو الانفعال ب(49) نقطة .

نقطة عامة للكويينغ: حصلت فاطمة على نقطة عامة للكويينغ تمثلت في (189) نقطة.

نقطة الكويينغ الايجابي: حصلت الحالة فاطمة على نقطة كويينغ الايجابي ب(115) نقطة.

نقطة الكويينغ السلبي: حصلت فاطمة على نقطة كويينغ السلبي ب (74) نقطة .

جدول (33) : ورقة التفريغ رقم (2)

المجموع	الانفعال	المعلومة	الفعل	
37	08 M	14 G	15 A	الإبقاء والحفاظ
37	11 N	15 H	11 B	المساعدة الاجتماعية
19	03 O	07 I	09 C	الانسحاب
27	09 P	09 J	09 D	التحويل والتبديل
31	08 Q	13 K	10 E	المراقبة والتحكم
19	10 R	09 L	10 F	الرفض

انطلاقاً من ورقة التفريغ رقم(2) للحالة فاطمة تحصلنا على النتائج التالية:

نقطة عامة لكل إستراتيجية:

من خلال تطبيق سلم استراتيجيات المواجهة (الكوبينغ) ETC P.Tap et al 1997 على الحالة فاطمة تحصلت على إستراتيجية الحفاظ والتركيز كأكثر إستراتيجية مستعملة ب(37) نقطة تتقاطع بأعلى نقطة في مجال الفعل ب(15) نقطة، يليها مجال المعلومة ب(14) نقطة، يعني أن فاطمة تستعمل إستراتيجية الإبقاء على الفعل ثم المعلومة اتجاه الوضعية الصعبة ويظهر هذا من خلال لجوئها إلى البحث عن المتخصصين في الولاية وعن المعلومة حيث تمثل هذه الإستراتيجية التركيز على المشكل وعلى أنواع الحلول فهي تواجه وتذهب مباشرة للمشكل وتحلل الوضعية والموقف وتوظف وتستفيد من التجارب الماضية وتضع استراتيجيات أفضل لحل المشكل.

وهذا بالتساوي مع إستراتيجية المساعدة الاجتماعية ب(37) نقطة تتقاطع بأعلى مجال في المعلومة ب(15) نقطة، يليها مجالي الفعل والانفعال ب(11) نقطة بالتساوي ومن خلال المقابلات العيادية مع فاطمة توصلنا الى أنها تبحث عن المساعدة الاجتماعية للمعلومة عن طريق التواصل مع الأطباء والمتخصصين والمعلمين والبحث في الكتب، وتبحث عن المساعدة الاجتماعية في الفعل والانفعال بسعيها الى الحصول على المعلومات بغرض المساعدة والفهم الجيد للوضعية بالإضافة الى سعيها الى التأييد والدعم الاجتماعي والتعاطف.

ثم بعدها إستراتيجية المراقبة ب(31) نقطة تتقاطع بأعلى مجال في المعلومة ب(13) نقطة ثم يليها مجال الفعل ب(10) نقاط والذي تعتبر كإستراتيجية فعالة للتحكم في الوضعية والبحث عن السند وكذا ارتباط في السلوكات والأفعال، فقد استعملت فاطمة إستراتيجية مراقبة المعلومة بكثرة والتي تعني أنها تحاول معالجة الوضعية بطريقة منظمة ومخططة ويظهر هذا من خلال إتباعها مخطط في التكفل برحيم.

ثم إستراتيجية الرفض ب(30) نقطة تتقاطع بأعلى مجال في الانفعال ب(11) نقطة يليها مجال المعلومة ب(10) نقاط، هذه الإستراتيجية تظهر عند فاطمة في رفضها لإمكانيات طفلها المحدودة وعدم تقبلها لذلك وغالبا ما تحاول الضغط عليه وتحميله أكثر من طاقته، كما يظهر من خلال تعبيرها عن تعبها النفسي وملاحظتها الحزينة والبكاء المتكرر.

وتحتل إستراتيجية الانقلاب والتبديل المرتبة الأخيرة في الاستراتيجيات المستعملة لدى فاطمة ب(18) نقطة كأضعف نقطة.

2.3. تقديم نتائج الملح النفسي الاجتماعي PSA للحالة رحيم:

تم إجراء المقياس عن طريق الملاحظة بمساعدة المربية المعلمة كونهما الأكثر احتكاكا مع الطفلة ومعظم فقرات المقياس متعلقة بالقسم والأصدقاء لم تتلق صعوبات في ذلك وقد تم الإجابة على المقياس بسهولة دون الحاجة الى إعادة الشرح.

جدول (34) : الملح النفسي الاجتماعي PSA للحالة رحيم

النسبة	النقطة	الأبعاد
%65	48	مكتئب/ سعيد
%68	48	قلق / واثق
%62	43	سريع الغضب / متسامح
%68	47	منعزل / مندمج
%64	46	عدواني / متحكم
%67	45	أناني / إجتماعي
%65	43	متعاون / مقاوم
%64	45	مستقل / تابع
%75	175	القدرات الاجتماعية
%41	98-	المشاكل الداخلية
%61	96-	المشاكل الخارجية
%89	369	التكيف العام

➤ التكيف النفسي العاطفي:

- في سلم مكتئب/ سعيد:

النتيجة التي تحصل عليها الحالة رحيم هي 48 نقطة وهي نتيجة مرتفعة في المجال الجيد ويميل أكثر إلى مجال سعيد فهو دائم الابتسامة ولا تفارق وجهه ودائم المرح وكانت النسبة 65%

- في سلم قلق/ واثق: تحصل رحيم على نتيجة 48 نقطة وهو في المجال الجيد ويميل الى -واثق- لا يبدو قلقا غالبا ما يثبت رحيم ثقته بنفسه في القسم بالمركز ومع المريية وأصدقائه وأيضا في استكشاف المحيط وتميل إلى مجال واثق بنسبة 68%

- في سلم سريع غاضب/متسامح: تحصل رحيم على 43 نقطة وهي نتيجة تنتمي الى المجال العادي المرتفع ويعني أن رحيم ليس سريع الغضب إنما يغضب في المواقف التي يستدعي فيها الغضب أي أنه يتكيف مع المثيرات والتغيرات اليومية ليس قاسيا وغاضبا بل متسامحا في معظم الأحيان يرحب بالأشخاص الجدد في القسم سواء أطفالا أو راشدين وكان نتيجته في المجال العادي وتميل الى المجال الجيد وذلك بنسبة 62%

➤ التفاعل الاجتماعي مع الأصدقاء:

- في سلم منجزل /مدمج: بالربط مع تكيفه العاطفي الجيد نتيجة رحيم تعد تنتمي الى المجال الجيد لسلم مدمج /منجزل ب 47 نقطة أي بنسبة 66% فهو يميل الى -مدمج- حيث رحيم طفل له شعبيته في المركز والجمعية ولديه العديد من الأصدقاء الأطفال ويلعب بطريقة منظمة وأيضا في الألعاب الجماعية التي يحبها أكثر من الألعاب الفردية.

- في سلم عدواني / متحكم : قدم رحيم نتيجة جيدة في المجال الجيد ب 46 نقطة وينتمي الى المجال الجيد بنسبة 64% فهو لا يتميز بالعدوانية ومسالم لديه الكثير من الأصدقاء لا يستعمل العنف في اللعب أكثر ما يميزه هو المرح كما أنه قادر على مقايضة حلول عندما يحدث صراع بين الأصدقاء من خلال إخبار المعلمة أو المريية من أجل المساعدة.

- سلم أناني / اجتماعي: أكثر ما يميز رحيم هو اجتماعيته وحبه للأطفال الآخرين ومشاركته ألعابه واعتناؤه بالأطفال الأصغر منه سنا والدفاع عنهم حيث تتوقع نتيجة رحيم في هذا السلم في المجال الجيد ب45 نقطة وبنسبة 67% .

➤ التفاعل الاجتماعي مع الراشدين :

- في سلم متعاون /مقاوم : قدم رحيم نتيجة 43 نقطة وهي نتيجة تقع في المجال العادي المرتفع بنسبة 65% فهو طفل يقدم خدمات كترتيب القسم جمع الألعاب وأيضاً متعاون و يبحث عن بعض المسؤولية كتقسيم الصابرة أو الأوراق على الزملاء في القسم ويفخر عندما ينفذ ما طلب منه،رحيم يحترم الراشدين ويطلب الإذن عندما يستلزم الأمر .

- في سلم مستقل/تابع: كانت نتيجة رحيم في المجال العادي ب 45 نقطة أي بنسبة 64% بحيث انه مستقل وينظم نفسه بنفسه ويمكنه العناية بذاته والقيام بنشاطات مهمة في القسم لوحده وحتى في المنزل .

➤ الأبعاد الشاملة:

من خلال الأبعاد القاعدية التي تشكل الأبعاد الشاملة توصلنا إلى أن رحيم متكيف من خلال النتائج التي قدمها حيث أن في كل مجال تقع نتائجه في العادي المرتفع أو الجيد، سلوكه الاجتماعي وتكيفه العاطفي وقدراته الاجتماعية مرتفعة تعكس مجموعة خصائص ومميزات اجتماعية التي تظهر في علاقاته الجيدة المختلفة وبالتحديد نتائجه في التكيف العام والقدرات الاجتماعية تقع في المجال الجيد ب 175 نقطة وبنسبة 65% والذي يميل الى أكبر قدر ممكن من القدرات الاجتماعية بصفة ايجابية أكثر، في حين النتائج التي تحصل عليها في المشاكل الداخلية هي - 98 يعني مشاكله الداخلية ضعيفة أما نتيجته في المشاكل الخارجية فهي -96 وهي نتيجة جيدة تدل على ضعف كبير في المشاكل الخارجية لدى رحيم.

خلاصة عامة عن الحالة:

- عاشت الحالة فاطمة حرمانا عاطفي أمومي، وتلقت تعويضا من طرف جدتها بتوفير الرعاية والاهتمام الضروريين، فالوظيفة الأمومية تعتبر كمحرك أساسي للتطور النفسي العاطفي للطفل وهذا الرابط البيولوجي بين الأم والطفل حسب رأي رودوف شافر (Rudoff Schaffer) من الممكن تعويضه بأشخاص آخرين يُكوّنون روابط تعلق ، فيمكن للوظيفة الأمومية أن تمارس من طرف شخص آخر تعويضي (Wallbridge & Davis .p87) وهنا الشخص التعويضي هو الجدة.

- تعاني فاطمة من قلق الانفصال عن الجدة ولا تستطيع الابتعاد عنها هذا ما اتضح من خلال المقابلات والملاحظات بخوفها الشديد من فقدانها، "...جداتي هي أمي هي أبي هي حياتي شرطت نسكن حداها

وكل يوم عندها ما نقدرش نبعدها عليها...". فالجدة تعتبر مصدر التعلق والأمان والاهتمام; الحماية وتوفير ضروريات الحياة، حيث أعادت ترميم العائلة بالحفاظ على الروابط العلائقية بين الإخوة، كما لدى فاطمة الشعور بضرورة تسديد الدين لها وإعادة تلك الرعاية التي تلقتها إلى جدتها.

- فاطمة عاشت الحرمان العاطفي الأبوي لتخلي الأب عنهم: "...أنا ما نعرفش معنى الأب بدون إحساس...". هذا الإهمال الأبوي يعرفه بولانسكي وشالمس (Polansky et Chalmes :1981): " أنه حالة يقوم فيها الأب بترك الطفل يعاني بطريقة إرادية وتعمدية من الإهمال ونقص في تلبية الحاجات التي تعتبر أساسية لتطور القدرة الجسدية الفكرية والعاطفية للفرد." (Pelletier, 2004, p20) فالمكانة الهامة لحضور الأب ضرورية في تقوية الرابط العلائقي والوصول بالطفل إلى طفولة مثالية حيث يعتبرها لابلانز وبونتاليس هذه المكانة على: " أنها مجموعة من الرغبات المنظمة للحب والكرهية... تشكل نموذج تقمصي أساسي لمرجسية الطفل فهي تساهم في بناء شخصية صلبة ومستقرة بدخوله إلى الأسطورة العائلية" (Laplanche & Pantalès, 1967, p499)، إذ تتميز شخصية فاطمة بالحزن وذلك يظهر من خلال بكائها وملاحظها الحزينة في أغلب الأوقات وكذا قلقها الذي يظهر من خلال تحركها الكثير أثناء المقابلات يعكس طفولتها المحرومة وانعدام مصدر الأمان (الأب) في حياتها، حسب ألفريد أدلر Adler: " القلق النفسي هو ناتج عن الشعور بعدم الأمن النفسي"، إذ يجعلها دائما في حالة تيقظ وتأهب واستعداد لا تتحمل أي كلمة أو عتاب من أحد حيث تشعر أنها مضطهدة وغالبا ما تكون ردة فعلها العدوانية التي تدل على عدم الشعور بالأمن النفسي .

- الانعزال والانغلاق كرد فعل و ظهور الاستجابات التعويضية المفرطة عند فاطمة كميكانيزم دفاعي، ولوم المجتمع لتحيزه ضدها وتشعر بأنها تعامل بطريقة غير عادلة فتتجنب الاتصالات الاجتماعية مع الغير وتعمل على التمركز حول ذاتها،" فالانغلاق والانعزال ميكانيزم دفاعي يأتي كرد فعل لرفض إعاقة الطفل وتخلفه الذهني حيث يحد ويوقف الوالدين التجمعات العائلية" (Mazet & Stolery, 2003, p105) فوجدت فاطمة نفسها محصورة بين مرض طفلها وإعاقته والخوف من فقدانه من جهة وعدم تلق المساندة من العائلة، هذا ما يفسره الباحثون بأن "الوالدين يفقدون معالمهم ويجدون أنفسهم مشتتين كليا وفي حالة انحصار أمام هذا الطفل المستقبل كشيء خارجي ودخيل." (Schauder & Dunand, 2004, p610)

- العدوانية اتجاه الأفراد الآخرين وفي حالة استعداد وتأهب للهجوم، حيث أنها تسقط معاشها الطفولي المحروم والمضطهد وتحاول أن تخلق جوا من الدفاع والأمان الذي افتقدته في صغرها وشعورها بالتهديد " كل هذه الآليات تبقى مرتبطة أكثر بتاريخ الوالدين فعندما تكون الهشاشة النرجسية تعمل على إحياء الصراعات الطفولية للوالدين في الحاضر بالإضافة إلى الوضعية المقلقة والمشغولة للوالدين التي تطرح نفسها بقوة." (Graidorge,2005,p162)، وغالبا ما تعبر عن عدوانيتها لأهل زوجها الذين تخلوا عنها وللمحيطين نتيجة نظرتهم لابنها وحتى المتخصصين التي تراهم غير كفيئين للتكفل بابنها وهم سبب لتأخره الذهني في هذا الصدد يقول (Ringler Maurice : 1999) : " كثيرا ما يلجأ الوالدين إلى إصاق مشاعرهم العدوانية الداخلية إلى أشخاص من محيطهم " (Ringler, 1999,p 95)، هذه العدوانية هي عبارة عن اكتئاب مقنع ، فردود الأفعال من النمط العدوانية تعتبر كحالة خفية للاكتئاب الذي يرتبط بالمعاناة نتيجة انحطاط الصورة النرجسية (Bergeret et al 2000, p186) فمن خلال المقابلات والملاحظات مع فاطمة كثيرا ما تعبر عن مشاعر الحزن والألم من خلال البكاء سواء عند تذكر طفولتها الصعبة التي عاشت فيها حرمانا عاطفيا نتيجة وفاة الأم وتخلي الأب عنها أو عند تذكر وقت الإعلان عن تشخيص إصابة ابنها بمتلازمة داون سواء عند التحدث عن جدتها التي ربتها ... ما يدل على أنها افتقدت إلى موضوع الحب الأولي، حيث أن كل فرد يفقد موضوع حب أولي يحس بالكآبة والحزن ويقوم بحداد نفسي والحداد هو آلية نفسية معقدة يلجأ إليها الفرد أمام مواقف الفقدان حيث يحول استثماراته الوجدانية من الموضوع المفقود نحو مواضيع أخرى بفرض مواصلة التطور والعيش في غيابه وغالبا ما يرتبط مفهوم الحداد بالموت. وفي حالة فاطمة نجد الخوف من (موت الجدة، الخوف من موت ابنها ، الخوف من موتها وترك ابنها ...)، ففي نظر فرويد s.freud الحداد يعتبر نشاط نفسي يكون كاستجابة لتجربة أليمة يعيش فيها الشخص حالة اكتئاب جراء فقدان موضوع محبوب بعد فقدان موضوع حب خارجي جد مستمر يظهر الليبيدو إلى اتخاذ إجراء الانسحاب المليء بالقلق والألم حتى يتمكن الأنا من استرجاع حريته (شراي، 2011، ص189) والبكاء لدى فاطمة هو تعبير عن الاحتياج إلى الأمان والراحة، وتنفيس عن ما يعاناه الفرد من ألم نفسي وضغوط عصبية وتفرغ لشحنة انفعالية ووسيلة فعالة لاستعادة الفرد هدوءه واتزانه النفسي. وما يبرر احتياج فاطمة إلى الأمان والإحساس بالضعف وعدم الدعم خصوصا من طرف الوالدين الغائبين إما بالوفاة أو التخلي هو عند تعرضها لأي موقف أو في حالة غضب تلجأ إلى الضريح في هذا الصدد ترى فراح زينب أن لجوء المرأة إلى الضريح باعتباره قوة عظمية تلتمس فيه السلطة الروحية الكريمة، فالمرأة باعتبارها ذلك المخلوق الضعيف المقهور تبحث دائما عن قوة

تلجأ إليها فوجدت الضريح يمثل فضاء الحرية النفسية لها تقضي من خلالها حاجاتها النفسية والاجتماعية وتمحي جميع عوارضها (فراح، 2001)

- بعد اطمئنان فاطمة على صحة رحيم أصبحت تبحث وتطلب المعلومة والمساندة الاجتماعية من المتخصصين (الأطباء، والانترنت) لفهم وضعية رحيم وكيفية التعامل معه، وعملت على الدخول في علاقات اجتماعية جديدة (الانخراط في الجمعية)، هذا ما لاحظناه خلال المقابلات في أسئلتها واهتمامها الكبيرين بطرق التكفل برحيم وأساليب معاملته وتعليمه، بحيث أنها ركزت على وضعية ابنها هذا ما اتضح من خلال المقابلات والملاحظات بصب اهتمامها على التكفل برحيم وطرق تعليمه وتأهيله ما تؤكدته نتائج مقياس الكوبينغ ETC بتحصلها على (37) نقطة في استراتيجية التركيز على المشكل بالفعل ب(15) نقطة وبالمعلومة ب14 نقطة بالتساوي ب(37) نقطة إذ استعملت أسلوب الهواجهة المركز على المشكلة (وهي وضعية ابنها) بالبحث عن المعلومة أي الإستراتيجية التي تعمل على تنشيط الفعل من خلال الفكر والتي تعتبر إستراتيجية مواجهة ايجابية بتركيزها على المشكلة عن طريق جمع المعلومات من مختلف المصادر وإتباع الخطوات الأساسية لحل الوضعية الصعبة

في إستراتيجية المساندة الاجتماعية المتقاطعة مع مجال المعلومة ب(15) نقطة، التي تدل على استعمالها إستراتيجية المساندة الاجتماعية بالبحث عن المعلومة والمعرفة يظهر من خلال سلوك المطالعة، البحث في الانترنت التوجه الى المتخصصين، لان هذه الإستراتيجية تتضمن جهود لتعريف المشكلة تجعلها تفهم خصائص طفلها رحيم واحتياجاته وتخلق حلول بديلة لهذه الوضعية الصعبة وتنفذها هذا ما سهل عليها الصعوبة التي عاشتها والتي كانت ترى استحالة تخطيها فبالمعلومات التي تلقتها استطاعت أن تكتشف خصائص إعاقة رحيم وما يحتاجه في الوقت الراهن وفي المستقبل فحسب توزينيانl "Tousignanl...إن إستراتيجية البحث عن المعلومة تعمل على توضيح الوضعية وطبيعتها وكل ما يشوبها من غموض ما يساعد الفرد على الوصول إلى حل الوضعية وهي تعمل على إنقاص تأثير الوضعية على الراحة النفسية للفرد" (Tousignanl,1998,p71)، هذه التفاعلات العاطفية ساعدت رحيم على اكتساب الاستجابات الانفعالية المناسبة لكل سلوك، وتدارك التأخر، والنطق ابتداء من السن الثانية، لان اكتساب فاطمة المعرفة الكافية فيما يخص ارتخاء العضلات وبطء عملية النمو الحركي والذهني، شجعها على عملية التعلق ومنه تحفيز التنبيهات النفسية والحركية بشكل سليم، مما دفع الطفل رحيم الى تخفيض بؤادر الخمول والتأخر، فتطوره النفسي ونموه الاجتماعي سبق نموه العقلي، ما اتضح بغياب الاضطرابات

السلوكية مثل تلك التي تدل على التثبيت في المرحلة الفمية، واستقراره النفسي ما أكدته نتائج الملمح النفسي الاجتماعي PSA في بُعد التكيف النفسي حيث تحصل رحيم على درجات تنتمي الى المجال العادي الجيد في السلام الثلاثة مكتئب / سعيد (48) نقطة، قلق / واثق (48) نقطة، سريع الغضب / متسامح (43) نقطة، وما توصلنا إليه من خلال الملاحظة أن رحيم لا يبدو قلقا غالبا ما يثبت ثقته بنفسه في القسم ومع المريية وأصدقائه وأيضا في استكشاف محيطه، يرى مباشرة في العينين عند التحدث معه، فضولي وينجذب نحو الجديد، يتكيف بسهولة مع المواقف الجديدة، لا يخاف ولا يتقادم الأحداث الجديدة، يحب الانضمام الى المجموعة، وباكتسابه المبكر لاستقلالية النظافة مقارنة مع أقرانه في نفس الوضعية. كما تحصلت على (11) نقطة في أسلوب المواجهة المساعدة الاجتماعية بالانفعال التي تظهر من خلال الحاجة للجدة واعتبارها السند والدعم في وضعيتها الصعبة " .. جداتي عاونتني بزاف .. كانت تهدر عليا وتواسيني .." الأمر الذي انعكس على رحيم واستفادته من إثراء التفاعلات والتحفيزات الضرورية لنموه النفسي والاجتماعي هذا ما أكدته نتائج الملمح النفسي الاجتماعي PSA في القدرات الاجتماعية بتحصله على (175) نقطة بنسبة 65% وهي نسبة تنتمي الى المجال العادي ما ساعده على التكيف النفسي والاجتماعي مع الأصدقاء والراشدين.

-استعملت فاطمة أسلوب المواجهة المراقبة والتحكم ب (31) نقطة تتقاطع بأعلى مجال في المعلومة ب(13) نقطة الذي تعتبر كإستراتيجية فعالة للتحكم في الوضعية والبحث عن السند وكذا ارتباط في السلوكات والأفعال، فقد استعملت فاطمة إستراتيجية مراقبة المعلومة بكثرة والتي تعني أنها تحاول معالجة الوضعية بطريقة منظمة ومخططة ويظهر هذا من خلال إتباعها مخطط في التكفل برحيم، ما ساعده في اكتساب العديد من المهارات كالاستقلالية التي سهلت عليه عملية الاندماج الاجتماعي بدون مشاكل داخلية (-98) أو خارجية (- 96) وهذا ما ظهر في الملمح النفسي الاجتماعي PSA تعيق هذا الاندماج الذي يدل على النمو النفسي والاجتماعي السليم .

- فاطمة ترى أن نجاحات رحيم كانت دائما تشجعها في المواصلة وكل نجاح كان ينسيها الأوقات الصعبة التي مرت بها ورؤية قدرات رحيم التي لم تكن تراها في السابق في ه ذا الصدد يقول بولان (1994) I.Paulhan " أسلوب البحث عن المعلومة هدفه تغيير الوضعية وفهمها وتغيير التصور الشخصي لها"، فالكوبينغ المركز على المشكل يوجه نحو الفعل بهدف تغيير العلاقة بين الشخص والوضعية أي تعديل عناصر المشكلة بشكل مباشر سواء عن طريق التصدي أو التخطيط. ويضيف

لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman :1984) " أن استراتيجيات الكوبينغ الفعالة تتمركز حول حل المشكل، وتعمل على الإنفاص من مصدر القلق ويعمل الفرد بنفسه على محيطه ويحاول تعديله ، الفرد إذن يعمل على الوضعية وسيتواجه مع المشكل بتقبل إمكاناته، يبحث عن الدعم الاجتماعي الضروري ويقوم بمخطط عمل و يتتبعه."

-تمكنت فاطمة من الابتعاد العقلي والانفعالي عن ألمها وظروفها واللحظات الصعبة بالتوجه نحو البحث عن المعلومة ما يدل على استعمالها لإستراتيجية مواجهة ذكية ، ما ساعد على تقليص وتصغير صعوبة الوضعية للمواجهة بشكل ايجابي ، ينطبق مع ما تكلمت عنه ماريلو بروشن شويتزر Bruchon سنة 2001 في البحث الدائم عن المعلومة وحب المقاومة ككوبينغ متمركز حول المشكل عند أولياء الأطفال المعاقين ، حيث تتميز هذه الإستراتيجية بمجهودات انفعالية وجسمية جيدة (Bruchon).
(Marilou ,Quintard & Tapp , 2001, p113)

-سعي فاطمة لتعليم ابنها مهارات العناية بالذات اليومية، تحفيظه القرآن، الحساب، القراءة....الخ يعتبر كتحميل رحيم أكثر من طاقته وتوقع منه أكثر من قدراته وتضغط عليه ولا تتقبل فشله ولا تتفهم تعبته وقدراته المحدودة بالرغم من معاملتها الصحيحة المتمثلة في عدم التفرقة بينه وبين إخوته في القيام بالواجبات المنزلية والعقاب وحصص الطعام إلا أنها لا تتفهم قدراته وخصائصه الذهنية المحدودة فهي تسعى لتدريسه في المدرسة العادية وتزويجه مستقبلا ورؤية أبنائه ... وترجع اللوم لقدراته المحدودة إلى المتخصصين وهذا ما يعتبر شكلا من أشكال رفض الإعاقة وعدم تقبلها فهي مفيدة من ناحية التعليم والنمو النفسي والاجتماعي إلا أنها سلبية من ناحية الضغط على الطفل وتحمله فوق قدراته. في هذه النقطة يقول Korff Sausse: " يفقد والدي الأطفال المعاقين أي تلقائية فغالبا ما سيعمل هذا الطفل على جعل كل وضعيات الحياة اليومية إلى مشاهد تأهيل" (Sausse 1995,p 445)

دراسة الحالة الثالثة

1. تقديم الحالة:

الحالة عايدة تبلغ من العمر 50 سنة، بيضاء البشرة طويلة القامة، ترتدي الحجاب العصري، هندامها نظيف ومرتب وأنيق، تهتم كثيرا بأناقته وتنسيق ملابسها والتعطر والتفاصيل الدقيقة، لا تعاني من أي إعاقات أو تشوهات، دائمة الابتسامة تبدو واثقة من خلال مشيتها وطريقة كلامها تبدو حيوية، نشيطة، متحمسة ومنضبطة في مواعيد المقابلة، تم إجراء 30 مقابلة بواقع حصة واحدة في الأسبوع، تراوحت مدة المقابلة من 45 دقيقة الى ساعة حسب هدف المقابلة، كان الاتصال معها سهلا في جميع المقابلات، اتضح من خلال المقابلات أن عايدة أم لطفلة واحدة مصابة بمتلازمة داون تبلغ من العمر 10 سنوات، متقاعدة تقاعدا نسبيا، ذات مستوى معيشي واقتصادي جيد على حسب تصريحها. تبدو عايدة اجتماعية من خلال بنائها للعديد من العلاقات مع أمهات الجمعية وكذا زملائها في العمل، غالبا ما تتفعل أثناء المقابلات من خلال ارتفاع نبرات صوتها واستعمال الإشارات بكثرة، خصوصا عند التحدث عن الصعوبات التي واجهتها عند التكفل بابنتها. كثيرا ما كانت تركز في حديثها أثناء المقابلات على إيجاد حلول لتلك الصعوبات، وكيفية التعامل مع ابنتها والبحث عن طرق تربية لمساعدتها على الاستقلالية والاندماج الاجتماعي والتعلم المدرسي، تميزت لغة عايدة بالوضوح والخلو من أي اضطراب كما أنها تتكلم بوتيرة مرتفعة عند انفعالها، أفكارها متسلسلة ومترابطة في الحدث والزمن إذ تُكْمِلُ ما بدأته سابقا ما يدل على أنها تتمتع بذاكرة قوية لقدرتها على استرجاع وسرد الأحداث القريبة والبعيدة المدى، كما تتميز بالانتباه والتركيز أثناء المقابلات، وبإصغائها الشديد لكل المعلومات التي تقدم لها، غالبا ما تطلب معلومات وتفاصيل وشرح أكثر لكي تجيب إجابة دقيقة. علاقات عايدة الاجتماعية جيدة مع عائلتها وعائلة زوجها، كما تتميز عايدة بكثرة علاقاتها الاجتماعية ومعارفها. علاقتها بزوجها متوترة، يعمل كميكانيكي، رحب بفكرة المقابلة العيادية، لكنه لم يلب دعوتنا ولم يحضر للجمعية بحجة انشغالاته الكثيرة وضيق الوقت.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة :

أولاً. السوابق العائلية:

عايدة تبلغ من العمر 50 سنة، ترعرعت في أسرة تتكون من الأم والأب وستة إخوة ، أربع إناث وذكورين تحتل المرتبة الأولى في ترتيب إخوتها، عاشت طفولتها بذكريات سعيدة مع إخوتها "...صغري معمر بالمغامرات مع خواتاتي ...". كانت شقية ومشاعبة في صغرها وذات شعبية وسط مجموعة الأقران في مراهقتها "...كنت طابرة في صغري، وفي المراهقة كنت ندير الطوايش مع صحاباتي و خواتاتي"

تصرح عايدة بأن أمها كانت متسلطة نوعا ما وغير متسامحة معهم، هي الأمر والناهي والمديرة في شؤون المنزل، أما الأب كان عطوفا ومتفهما معهم ولا يعاقبهم، في حين أن الأم لا تتهاون في عقابهم وتهديدهم، حتى أنهم كانوا يفرحون عندما كانت تغيب عن المنزل "...كي تغضب ماما ولا تروح لدارهم نفرحو ...بويا يقلشنا ...كان خسائري الدراهم يأكلهم في نهار واحد ...قاع الصوالح لي في قلبنا يشريهملنا.... هو كان يشرب بصح مايضربنا ما والوكان حنين بزاف الله يرحمه..."

تلقت عايدة دراستها إلى غاية السنة التاسعة أساسي، تلقت تكوينا في السكرتارية والمحاسبة، مكثت بعدها في المنزل، لكنها كانت تتعرض لمضايقات من طرف أمها فقد خيرتها بين العمل أو الزواج ومقارنتها بقربياتها من نفس السن، ما كان يشكل لدى عايدة ضغط ودفعها للاجتهاد في البحث عن العمل "كنت نخرج من الصباح حتى للمساء نحوس على خدمة حتى رجليا يسيلو بالدم" إلى أن تلقت موافقة من طرف مديرية الولاية وعملت فيها كسكرتيرة لمدة عشرة سنوات، حيث بدأت العمل وسنها 17 سنة، تصرح بأن ظروف عملها كانت صعبة من الناحية الأمنية، أثناء العشرية السوداء التي كانت تمر بها الجزائر وولاية غليزان، ثم اتجهت بعدها إلى البنك وعملت به مدة 21 سنة أين قضت أجمل أيامها على حسب قولها: "...خدمت 21 عام فالبنك ...أحلى أيامي مع صحاباتي...." إلا أن عايدة اضطرت للخروج من العمل وطلبت التقاعد النسبي للاعتناء بابنتها وإعطائها وقت أكبر.

عاشت عايدة قصة حب مع رجل يكبرها ب6 سنوات تكللت بالزواج عند بلوغها سن 40 ، كانت علاقتها جيدة معه في البداية لكنها بدأت تتوتر بعد ولادة رانية.

علاقة عايدة بوالدتها جيدة تعتبرها سند ودعم في رعاية ابنتها رانية، بالإضافة إلى أخواتها اللواتي ساهمن في الاعتناء والتكفل برانية، كما أنها تمتلك وزنا ومكانة هامة في عائلتها، باعتبارها الأخت الكبرى

وضرورة إشراكها ومشاورتها في أمورهم الشخصية والعائلية، علاقة عايدة بزوجها مضطربة كونها الزوجة الثانية وكثرة الخلافات الأسرية غالبا ما تمنعه من الاعتناء برانية من الناحية المعنوية كونها الابنة الخامسة بالنسبة له.

ثانيا. السوابق الشخصية:

ولدت الطفلة رانية بعد حمل مرغوب فيه ومنتظرا ومخططا له من طرف الزوجين وكان من بين أحلام عايدة الإنجاب فقد حملت مباشرة بعد زواجها: "... تزوجت كبيرة ولازم نعمل في الحمل باش نجيب دراري لكن.... (بدون إكمال الجملة ترفع اليدين وتهز الرأس وكأنها تتحسر)"

كانت ظروف الحمل سهلة بالنسبة لعايدة وفترة سعيدة "... كنت فرحانة .." وكانت متحمسة للولادة لان أمنيتها ورغبتها كبيرة في أن تصبح أما على حسب قولها: "...الحمل كان سهل وكنت فرحانة بزاف وقلت وأخيرا ربي هادي يرزقني بغريان نلقاه لعقايبي ونولي أم...."، كانت عايدة جد حذرة في فترة الحمل على صحتها الجسمية والنفسية بهدف الحفاظ على جنينها وكثيرة التحمس ليوم الولادة "... كنت نحرز روعي بزاف، نتبع روعي عند الأطباء، نأكل مريح، وكنت نشري الصوالح تاع les bébés وفرحانة وعجلانة غير وقتاش نزيد ونرفد ابنتي، مين قاتلي الطيبية عندك بنت بغيت نظير من الفرحة..."، بحيث أن الرغبة في الطفل هو حلم المستقبل والاستغراق في هذا الحلم لا ينمو إلا بعد تمجيد نرجسي بمعنى لقد أصبحت حاملا هذا الفخر يؤدي بالمرأة الحامل بأن تكون أكثر حذرا في تلك الفترة كأنها بصدد تأدية عمل مقدس، فالحمل هو عبارة عن فترة نمو حقيقية للمرأة (Le Camus, 1995,p13 , 14)

فقد عاشت عايدة الاهتمامات الأمومية الأولية من خلال العناية بنفسها وبحملها، وترقب ولادته فهذه الحالة تتميز بإحساس كبير من طرف الأم لجنينها وقد وصف دونالد فينيكوت Winincott.D: "هذه الحالة بأنها الأشهر التي تسبق الولادة وبعد الولادة حيث تسمح وتخلق للأم القدرة على التكيف مع الحاجات الأولية لرضيعها، برهف وحساسية كبيرين" (Winincott, 1956 .p268)، كما أن التوظيف النفسي الأمومي يبدأ منذ الأسابيع الأولى من الحمل حيث يتميز هذا التوظيف بسماح كبير للاشعور المكبوت أن يتدفق في الشعور ويحيي بعض الصراعات في نظر بيدلوسكي (Bydlowski,1995,p895) مما يجعل الأم في هذه المرحلة تتموقع حول نفسها وتتمركز على ذاتها

حتى أنها لا تصل الى تصورات ذهنية أو عقلية واعية حول الطفل الذي سيأتي، والحالة عايدة غالبا ما كان لديها تصورات حول طفلها كيف سيكون وكيف سيعتني بها في المستقبل.

وُلدت رانية ولادة طبيعية في مستشفى خاص، حسب قول عايدة أن رانية صرخت بشكل طبيعي وكان وزنها عادي، لم تلاحظ أي اختلاف أرجعت ذلك الى نقص خبرتها وتجربتها وعلى أنه حملها الأول.

بعد ميلاد ابنتها رانية فرحت عايدة كثيرا وبدأت باستثمار علاقاتها العاطفية ودفع ابنتها للتقرب منها، هذا ما سمح للرضيعة رانية من إقامة العلاقات الأولية الضرورية في الأشهر الأولى من الولادة التي يحتاجها الرضيع للنمو النفسي والجسمي والذهني والاجتماعي. تلقت رانية رضاعة اصطناعية لأنها كانت تعاني من صعوبة في مص الثدي. بدأت إثارة الشك حول الإصابة بمتلازمة داون في الشهر الأول من طرف إحدى الصديقات عند زيارتها لها إلى المنزل، لكن عايدة لم تعره أي اهتمام .. قائلتي مشي بنتك تشبه لليمونغوليان، قلت هاذي غير الغيرة ..."

عند بلوغ رانية الشهر الثالث أصيبت بنزلة برد شكلت لها صعوبة في التنفس والاختناق، فتوجهت عايدة إلى طبيب الأطفال لفحصها عندها مباشرة تم الإعلان عن تشخيص إصابتها بمتلازمة داون .. كي ديتها عند الطبيب قالها لي، وياريت ماقالها لي، تشوكيت قلت علاش ياربي استغفر الله (تنتهد بعمر) بكيت بزاف وما قدرتش نتقبل في البداية" (تتكلم بهدوء) عاشت عايدة صدمة نفسية نتيجة الإعلان عن الإعاقة، فاصطدام عايدة مع الواقع وتمني الطفل المثالي يمثل صدمة، هذا الحدث يتعلق بموضوع غير ممثل لا يسمح للنفس بالقيام بوظيفتها في إستدخال عناصر العالم الخارجي نتيجة العجز الناتج عن أسباب نفساقتصادية لفيض الإثارة التي تعمل على تعطيل وظائف الأنا، يرى لوستان و آخرون *Lustin et al* " أن خصوصيات هذا الطفل تؤثر على الوالدين ويحدث اضطراب خطير في الاقتصاد المتوازن للوالدين ويمكن تتسبب في صدمة نفسية خاصة الأم فهي جرح نرجسي لها، كل باتولوجيا عند الطفل يؤدي الى إخفاق في اللولب التبادلي" (*Lustin, J,J, et al 1986, 249*) بحيث أن عايدة لم تتقبل إصابة رانية ولم تستطع العناية بها واتضح ذلك من خلال الابتعاد الجسدي والعاطفي عنها "...ما نجمتش نقربها ولا حتى نشوف فيها، خليتها لأمي واخواتاتي وروحت لداري، قعدت غير نبكي، وقعدت نلهي في روعي بالخدمة، ما قدرتش... ما بغاتش تدخل لراسي كيفاه بعد هاذ السنين كامل وأنا نقارع تجيني رانية مريضة ..." (استعمال إشارات اليد بكثرة) رفض عايدة لإعاقة ابنتها في البداية كان كرد فعل للصدمة حيث أن هناك تباعد بين الصورة الاستهامية المتوقعة للطفل السليم وبين حقيقة الطفل المصاب

بمتلازمة داون، هنا نلتمس مشاعر فقدان الموضوع، والحداد المرتبط بفقدان شخص مثالي لصورة الذات ما يدل على وجود إصابة نرجسية لدى عايدة وشعورها بالحزن والتغيير الكبير لصورة الذات والشعور بالتهديد للمستقبل، هذا الطفل الحقيقي لا يشبه صورة ما كان متوقعا، أي صورة الموضوع المفقود، لهذا رفضت عايدة إصابة ابنتها رانية، ظهر من خلال نفورها منها وتفادي كل علاقة معها سواء بالتواصل البصري أو الجسدي، باستخدام التجنب والهروب كأسلوب دفاعي لحماية نفسها، فابتعدت عايدة عن ابنتها لمدة عشرون يوما "... قعدت نلهي في روحي بالخدمة، حتى وحد النهار رحت عندها جبدتها عندي عنقتها وقعدت نبكي ونقولها سمحيلي، بعد 20 يوم تكايت لبنتي وروحي عاونتني أمي واخواتاتي دايمًا يجو عندي ويصبروني ويديروني الكوراج وراجلي عاوني باش نتقبلها..."

بعد مرور 20 يوما من تشخيص وضعية رانية ورفض عايدة لابنتها في هذه الوضعية، تداركت واستطاعت تقبل ابنتها بمساعدة عائلتها ومساعدة زوجها، فبعد الانفصال عنها من خلال رفض الاهتمام بالطفلة وعدم التجاوب لحاجاتها لمدة 20 يوما، كان كفيلا بأن يُرمم ويُعيد بناء العلاقة بين الأم وطفلتها، مؤشّر على أن عايدة كانت تقوم بعملية الحداد، فالحداد ضروري لمواجهة الوضعية الصعبة، والألم والقلق هما ردود أفعال عادية مرتبطان بفقدان الطفل الخيالي ورد فعل على الخطر الذي يحتوي هذا الفقدان، فأصبحت عايدة ترفض دورها كأم حيث يقول بالشا Pelchat (1994): "... سيرورة الحداد وقرار فقدان الطفل الخيالي يمثلان مرحلة هامة في التقبل، لأنها تساعد الوالدين على التعلق بطفلم الحقيقي والعناية به...." (Pelchat, 1994, p20)، وانعكس ذلك من خلال شعورها بالندم وارتكاب الخطأ ورجوعها إلى الأمومة حيث تصرح بقولها: "... تكايت لروحي ولإبنتي..". ، أي من خلال إعادة التواصل الجسدي والعاطفي بينها وبين طفلتها، حيث يوجد إعادة بناء العلاقة ومحاولة استرجاع دور الأم والتواصل الجسدي من خلال العناق والتقبيل، حيث أن التواصل الجسدي يعتبر على المستوى العلائقي تفاعلا ثريا بالإحساسات والانفعالات، يضمن التقارب على المستوى النفسي وهذا يمكن الأم من تخيل استمرارية أشهر الحمل أين كان هذا الطفل جزء لا يتجزأ من كيانها، وهنا الحالة عايدة أعادت العلاقة من خلال التواصل الجسدي لاستمرار العلاقة التي قطعنها، الذي يمنح للأم تقديرا نرجسيا وإحساسا بتكامل دورها الأمومي وبكونها تؤديه بامتياز، يضيف في هذا السياق غوبيغ أوفغاي (Robert-Ouvray : 2012) : "... أن التعلق يحدث في الأساس عن طريق الملامسات والمداعبة والتواصل الجسمي والحمل أيضا (S.Robert-Ouvray cité dans Souchon, 2012, p27) (...holding

هذا التعلق الذي ساهم في النمو النفسي والجسمي والحركي والمعرفي والاجتماعي للحالة رانية، إذ تلقت رانية رضاعة اصطناعية لمدة سنتين، ظهرت الابتسامة والمناغاة في الشهر الرابع وانطلاقاً من هذه الفترة كانت استجاباتها للمنبهات التفاعلية واضحة ومشجعة للتقرب منها مما جعل جميع أفراد العائلة (الأم و الأب، الجدة والخالات) يشاركون في التفاعل معها من خلال تتبعها لهم بنظرها والابتسامة وتقليد الإيماءات. لم تكن رانية تعبر في الأشهر الأولى عن رغباتها في الأكل والنظافة، لكن ابتداءً من الشهر السادس بدأت تعبر عن حاجاتها البيولوجية بالبكاء والاحتجاج، أصبحت تعرف أمها وتبحث عنها، مما يدل على أن رانية تمكنت من التعرف على الموضوع والتعلق به الذي ساعدها على اكتساب ديمومة الموضوع. تمكنت من الجلوس في الشهر التاسع، والوقوف في الشهر السادس عشر أما المشي في الشهر الخامس والعشرون، بعد اكتسابها للمشي بدأت تتعلم استقلالية النظافة ونزع الحفاضات، إلى أن اكتسبت استقلالية الإخراج أولاً ثم التبول في السن الثالثة والنصف، بعد اكتسابها استقلالية النظافة دخلت الروضة بهدف الاندماج الاجتماعي مع أقرانها والمحيط الخارجي، بدأت حصص التكفل الارطفوني منذ السنة الأولى بالجزائر العاصمة بواقع حصة واحدة أسبوعياً، ثم وهران بواقع ثلاث حصص أسبوعياً فمن ناحية النمو اللغوي تمكنت من قول كلمة "ماما" عند بلوغها حوالي السنة ونصف وبدأت تعبر عن رغباتها وتحاول التواصل عن طريق الإيماءات والإشارات والحرف جملة، ثم بعدها أصبحت تعبر بالكلمة جملة. اعتبر زوج عائدة إعاقة رانية قضاء وقدر وحاول مساعدة عائدة في تقبل ابنتها "... هو قالي مكتوب الله ري عطاها لنا الحمد لله وقعد بديرلي فالكوراج لكن هو عنده أولاده، علابيها جاته عادي بصح أنا عندي غير هي وخرجت مريضة (تهز رأسها كإشارة تحسر) "، كثيراً ما كانت أمها وأخواتها الإناث يهتمن برانية أثناء غيابها في العمل وتصرح بأنها تلقت المساعدة والدعم الكبيرين من طرف والدتها وأخواتها"...ماما عاوننتي بزاف في رانية هي وخواتاتي..." إلا أنها لجأت إلى التقاعد النسبي لرعاية ابنتها رانية بعد مرض أمها وزواج أخواتها ولتكثيف عملية التكفل بها.

علاقة عائدة مع أهل زوجها تصفها بالعادية ومحصورة في بعض المكالمات الهاتفية وانعدام الزيارات بينهم "...مكانش اتصال كبير بيننا، حتى هوما ماعلابالهمش برانية كايينة ولا ما كايماش كيفكيف تحسب مشي من دمهم..."

ثالثا. الحالة الراهنة:

الطفلة رانية تبلغ من العمر 10 سنوات مصابة بمتلازمة داون، بيضاء البشرة، سوداء الشعر والعينين، ممثلة الجسم، جسمها يتلائم مع سنها، صوتها غليظ ويمتاز بالبحّة، ملابسها نظيفة ومتناسقة الألوان، طريقة مشيها متوازنة متناسقة، كثيرا ما تتمايل في مشيتها للتباهي والتفاخر، كثيرة الضحك والمرح خاصة في حضور أمها، تعاني من مرض الحساسية، ولديها شهية كبيرة للأكل. رانية هادئة ومستقرة انفعاليا، كان الاتصال معها سهلا، اجتماعية تحب تكوين علاقات مع الآخرين، لديها اضطرابات في اللغة المتمثلة في التأتأة وتشوه في نطق بعض الحروف، تتكلم بكلمتين جملة، تستفيد رانية من التكفل الارطفوني منذ السنة الأولى، تتنبه وتركز تحب المدرسة تتمتع باكتساب مهارة الكتابة والقراءة والحساب ومعرفة الأشكال والألوان. لديها الاستقلالية في النظافة كالإخراج، التبول، وتنظيف نفسها، غسل الوجه والأسنان واليدين والرجلين، وتحب الاستحمام كثيرا، تلبس بعض قطع الثياب السهلة وتنزعها وتحب اختيار ملابسها لوحدها فالملابس الرياضية التي تحمل أرقام هي المفضلة بالنسبة لها، تتناول الأكل بمفردها وبدون مساعدة، من خلال الملاحظة أثناء المقابلات توصلنا الى أن رانية تحب لفت الانتباه والأنظار وتحب تقليد الأدوار بهدف إضحاك المحيطين بها وتحب التمثيل كثيرا، تفرض وجودها مع الأطفال والراشدين، كما لاحظنا أن رانية كثيرة الضحك والابتسامة والمرح وتظهر سعيدة، مزاجها جيد تعبر عن رغباتها، نشيطة ودائمة الاستعداد للعب، واستنتجنا من ملاحظتنا أن أكثر ما يميز رانية أنها تثبت ثقته بنفسها في القسم مع المعلمة والمربية والأصدقاء، تحاول أن تفرض وجودها تحب اكتشاف المحيط من حولها بفضولها والتعرف على مختلف الأشياء، كما أنها تتكيف مع المواقف الجديدة ولا تخاف من الغرباء، والحفلات والتجمعات، تحب الانضمام إلى المجموعة، عند التحدث معها ترى مباشرة في العينين. فالاهتمام بها من طرف أمها وعائلتها سمح بنسج علاقات تواصل وتفاعل من النوع الجيد، مما يجعل الملاحظ للطفلة رانية يدرك الخفة واليقظة مقارنة مع الأطفال المصابين بمتلازمة داون في مثل سنها. وما لوحظ في سياق المقابلات أن رانية تتمتع بمكانة وشعبية في وسط أقرانها في القسم الخاص في الجمعية، بحيث يبحثون عنها للعب، تلعب دور القائد المسير في المجموعة، تقترح الألعاب والأدوار، أما ألعابها المفضلة هي الألعاب الجماعية، وفي حالة حدوث شجار في المجموعة تحاول المصالحة بين الأطفال المتخاصمين أو إخبار المعلمة للتدخل. يتميز سلوك رانية مع المعلمة والمربية في القسم بالاحترام والتعاون كترتيب القسم، جمع الألعاب وتقسيم الصابرة، عند رغبتها في شيء معين تطلب الإذن من

المعلمة، أما في المنزل فهي تساعد أمها في ترتيب الطاولة وجمعها بعد الانتهاء من الأكل وجمع الألعاب وتنظيف الغرف، وما ساعدها في ذلك هو سلوك عايدة اتجاهها حيث أنها تصطحبها معها في كل مكان وتحاول إشراكها في كل النشاطات والجلسات العائلية " دائما معايا نخرجها وبين مانروح واخواناتي نفس الشيء الحديقة، العمل، السوق، المطبخ، العائلة، الأقارب، لازم تحس روحها كيفنا باش نتدمج وما تحسش بالاختلاف درت تكوين تاع مربيات وتعلمت هاذ المعاملة، وقرت فالانترنت واليوتوب هاذ الطرق دايمنا نبحت فالمجال تاع ابنتي"، فهذه المعاملة مكنت رانية من بناء ثقتها بنفسها التي ساعدتها في الدخول في علاقات اجتماعية خارج المنزل، وهذا ما لوحظ خلال المقابلات أن الحالة عايدة لها علاقة ايجابية مع ابنتها، تثق في قدرات رانية كثيرا وتشجعها وتحفزها بشراء الهدايا التي غالبا ما تكون قصص أطفال أو ألعاب تربية، كما لاحظنا أنها تترك مجال للتباعد الجسدي وتراقبها عن بُعد كما تترك لها مجال واسع للاختلاط مع الآخرين في الجمعية، بحيث لا نلمس وجود حماية مفرطة أو علاقة اندماجية، هذا ما انعكس على رانيا وفي تعاملها مع أصدقائها ومع الراشدين. في نفس الوقت تعبر عايدة عن وعيها بإمكانيات رانية لكنها تسعى لاستغلالها وتطويرها وتريدها أن تمارس حرفة معينة كالحلاقة أو الطبخ "...راني عارفة القدرات تاع رانية محدودة بصح نتمنى دير حرفة باش تحس روحها بلي كاينة وموجودة هي تبغي الكوزينة والطبخ علاش لا تتعلم وتوليلها حرفة..."

تتمتع رانية بالاستقلالية عن المربية والمعلمة، لا تلتصق بهما ولا تبكي عند مغادرة والدتها، ما يدل على استقرارها النفسي. تفهم رانية التعابير الانفعالية وتحللها من فرح وحنين وغضب، يظهر ذلك من خلال استجابتها على كل انفعال بالسلوك المناسب. تمكنت رانية من بناء العلاقات الأولية الضرورية للنمو فقد كان الإعلان بعد ثلاثة أشهر انعكست على نموها النفسي والعاطفي والاجتماعي وهذا بغياب أي تثبيت في المرحلة الفمية كمص الإبهام أو مشاكل في الاستقلالية حيث كان اكتسابها للنظافة في سن مبكرة إذا ما قارناها مع تأخرها الذهني المصاحب لملازمة داوون فتطورها النفسي ونموها الاجتماعي سبق نموها العقلي، بالإضافة الى تكيفها مع المحيط في القسم الخاص بالجمعية واندماجها دليل على النمو النفسي الاجتماعي السليم ولم تشهد أي اضطراب انفعالي وتتكيف مع أي وضع سواء غياب الأم أو الأب، كما أن اللعب دليل على التنشئة الاجتماعية. ما ساعدها على ذلك هو معاملة الأم لها وإتباع أساليب مواجهة ايجابية لمواجهة وضعية ابنتها إذ ترى عايدة أنها قررت التكفل برانية وتقريب مستواها الى العادي لتندمج وتتكيف مع المجتمع بدأت بالتوجه الى المختصين وذوي الخبرة في المجال خارج ولايتها الجزائر العاصمة

وهران، لتحسين الجانب اللغوي وعند معرفتها ضرورة تكثيف برامج التكفل والعناية اضطرت الى اللجوء للتقاعد النسبي للتفرغ لابنتها، فصارت تبحث في الانترنت ومواقع اليوتيوب وكذا الدورات التكوينية في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة لتتعلم طرق التعامل معها وكثيرا ما كانت إحدى أخواتها يرافقنها في الدورات أو السفر تصرح بقولها " نروح عند الأطباء والمختصين في الارطفونيا في الجزائر العاصمة وهران، باش نتعلم ونعلم ابنتي، كايين ناس عندهم خبرة كبيرة عاونوني فيها" بهدف البحث عن التكفل المبكر لابنتها سواء من الناحية الجسمية أو الذهنية، من أجل مواجهة وضعيتها الصعبة، حيث ركزت عايدة على وضعية رانية باستعمالها أسلوب المواجهة المركز على المشكلة بالبحث عن المعلومة أي الإستراتيجية التي تعمل على تنشيط الفعل من خلال الفكر والتي تعتبر إستراتيجية مواجهة ايجابية بتركيزها على المشكلة عن طريق جمع المعلومات من مختلف المصادر وإتباع الخطوات الأساسية لحل الوضعية الصعبة. كما أصبحت تطالع باستمرار كل ما يخص متلازمة داون للاطلاع على الموضوع وكثيرا ما تجد الإجابة على تساؤلاتها مما ساعدها في التعامل مع ابنتها رانية، ونتيجة للمعلومات التي تحصلت عليها بدأت عايدة القيام بعملية التديك اليومي لجسم رانية ودحرجتها، ساعدها في هذه العملية أخواتها ووالدتها، وكانت تتميز عملية التديك باللعب والتحفيز الكبيرين والغناء والتصفيق والتقبيل والعناق ما ساهم في إثراء التفاعلات العاطفية والاجتماعية التي ساعدت رانية على اكتساب الاستجابات الانفعالية المناسبة لكل سلوك، وتدارك التأخر. بالرغم من عدم وجود من المتخصصين في مجال التكفل بالأطفال المصابين بمتلازمة داون بولايتها إلا أنها لم تستسلم وبحثت عن جمعيات خاصة بمتلازمة داون في الجزائر العاصمة وانخرطت فيها وكذا في وهران قبل أن يفتح فرع في ولاية غليزان، " رحنت تبادل الخبرة والتجربة، ونشوف الأطفال وين يوصلوا في الاندماج المدرسي والمهني، ونتخالط مع الأمهات باش ما نحسش روجي وحدي ودرت علاقات معاهم..". بعد تجربتها غالبا ما تحاول عايدة إفادة أمهات الجمعية ومواساتهم ودعمهم في وضعيتهم الصعبة لأنهن يشتركن في نفس المشكلة، جعلتها تستفيد من الإحساس بالمشاركة الجماعية للمشكلة الذي ينقص من صعوبة الوضعية.

عملت عايدة على توفير الألعاب التربوية التي تحتاجها رانية فالجانب المادي والوضع الاقتصادي لعائدة ساعدها في التكفل برانية، بالإضافة الى تلقيها دعم وسند كبير من طرف أمها وأخواتها في اقتنائهن الأدوات التربوية اللازمة لتعليم رانية ومحاولتهن توفير كل الوسائل الضرورية التي تحتاجها رانية لكي

تتعلم سواء الاستقلالية أو المهارات الأكاديمية بداية من اللغة الى القراءة والكتابة والحساب، ما انعكس على المستوى التعليمي لرائية ونموها النفسي والاجتماعي.

3. تطبيق الاختبارات:

1.3. مقياس استراتيجيات المواجهة :

أولاً. ظروف تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة : تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة في مكتب المديرية بمقر الجمعية أين كانت تجرى المقابلات العيادية، تم إعلام الحالة بتطبيق المقياس في الحصة المقبلة ثم شرح المقياس للحالة، تمت موافقتها وأظهرت التفهم والتعاون معنا، أعطينا الورقة للحالة لقراءة الفقرات ثم أعدنا قراءة الفقرات لها وشرحها فقرة فقرة وترك الوقت الكافي لإعطاء إجاباتها، لم تتلق صعوبة في فهمها كونها متعود على المطالعة باللغة العربية وحتى في إعطاء الدرجة المناسبة لكل فقرة أظهرت ثقة كبيرة وبدون تردد أو تراجع، وأكثر ما لاحظناه على وجه الحالة هو ابتسامتها خصوصا إذا توافقت الفقرة مع سلوكياتها وأحاسيسها تعبر باللغة الفرنسية "exactement" كما أعطت أمثلة عن الفقرات التي تتناسب مع معاشها اليومي مع رائية.

جدول (35) :تقديم نتائج سلم الكوينغ للحالة الثالثة عابدة

الفقرة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
الدرجة	5	5	4	5	4	5	1	3	3	3	4	4	3	2	3	4	4	4
الفقرة	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
الدرجة	4	4	1	5	3	4	3	4	2	3	5	3	4	3	3	2	4	4
الفقرة	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
الدرجة	4	3	1	5	3	4	2	4	3	4	5	3	4	3	3	4	4	4
المجموع الكلي																		
المجموع الكلي	188	65																
الفعل	13			15				06		10					11	10		
المعلومة											14			08			12	
الانفعال																		
الايجابي	13																	
السلبي																		

انطلاقاً من ورقة التفريغ رقم (1) للحالة عابدة تحصلنا على النتائج التالية :

*** نقطة البعد:**

- التركيز أو الحفاظ على الفعل ويرمز لها ب **A** = (13)
- التعاون ويرمز لها ب **B** = (15)
- الانسحاب السلوكي والاجتماعي ويرمز له ب **C** = (6)
- التحول السلوكي ويرمز له ب **D** = (10)
- تعديل وتصحيح الأفعال ويرمز له ب **E** = (11)
- الانشغال أو الإلهاء ويرمز له ب **F** = (10)
- الإبقاء أو الحفاظ على المعرفة ويرمز له ب **G** = (12)
- المساعدة الاجتماعية للمعلومة ويرمز لها ب **H** = (12)
- الانسحاب الفكري ويرمز له ب **I** = (10)
- التقبل ويرمز له ب **J** = (11)
- المراقبة المعرفية والتخطيطية والتنظيمية ويرمز لها ب **K** = (14)
- الإنكار ويرمز له ب **L** = (8)
- غزو الانفعال ويرمز له ب **M** = (9)
- المساعدة الاجتماعية الانفعالية يرمز لها ب **N** = (12)
- التعويض ويرمز له ب **O** = (6)
- التحويل أو الانقلاب بالقيم ويرمز له ب **P** = (13)

- المراقبة الانفعالية ويرمز لها ب Q = (6)

- العياء النفسي ويرمز له ب R = (10)

من خلال ورقة التفريغ رقم (1) نلاحظ أن الحالة عايدة استعملت بكثرة الأبعاد التالية: وهي بعد التعاون B ب(15) نقطة، ثم بعد المراقبة المعرفية التخطيطية ب (14) نقطة، يليها بالتساوي بعدي الحفاظ على الفعل والاقلاب بالقيم ب(13) نقطة، ثم بعد الحفاظ على المعرفة ب(12) نقطة وبعد المساعدة الاجتماعية بالمعلومة ب(12) نقطة وبعد المساعدة الاجتماعية الانفعالية ب(12) نقطة، يليها بعد تعديل وتصحيح الفعل ب(11) نقطة وبعد التقبل ب(11) نقطة، يليها بعد التحويل السلوكي ب(10) نقاط وبعد الإلهاء ب(10) نقاط، وبعد الانسحاب الفكري ب(10) نقط، وبعد الانسحاب الفكري العقلي ب(10) نقاط وبعد الإعياء النفسي ب(10) نقط، بعد الإنكار ب(8) نقط، يليها بعد الانسحاب السلوكي والاجتماعي ب(6) نقط بالتساوي مع بعدي التعويض وبعد المراقبة الانفعالية.

نقطة المجال :

من ورقة التفريغ رقم (1) لحالة عايدة توصلنا إلى أن المجال الأكثر استعمالا من طرف الحالة هو مجال المعلومة ب(67) نقطة ويليها مجال الفعل ب (65) نقطة والمجال الأقل استعمالا هو مجال الانفعال ب(58) نقطة .

النقطة العامة للكوبينغ:

تحصلت نادية على نقطة عامة للكوبينغ تمثلت في(188) نقطة.

نقطة الكوبينغ الايجابي:

تحصلت الحالة على نقطة كوبيينغ ايجابية ب(107) نقطة.

نقطة الكوبينغ السلبي:

تحصلت نادية على نقطة كوبيينغ سلبية ب (83) نقطة .

جدول (36) : ورقة التفريغ رقم (2)

المجموع	الانفعال	المعلومة	الفعل	
34	09 M	12 G	13 A	الإبقاء والحفاظ
39	12 N	12 H	15 B	المساعدة الاجتماعية
10	06 O	10 I	06 C	الانسحاب
33	13 P	11 J	10 D	الاقلاب والتبديل
31	06 Q	14 K	11 E	المراقبة والتحكم
19	10 R	08 L	10 F	الرفض

انطلاقا من ورقة التفريغ رقم (2) للحالة نادية تحصلنا على النتائج التالية :

نقطة عامة لكل إستراتيجية:

من خلال تطبيق سلم استراتيجيات المواجهة (الكوبينغ) ETC P.Tap et al 1997 على الحالة عايدة تحصلت على إستراتيجية المساعدة الاجتماعية كأكثر إستراتيجية استعمالا ب (39) نقطة تتقاطع بأعلى مجال الفعل ب (15) نقطة ومجالي المعرفة والانفعال ب (12) نقطة بالتساوي، أي أنها تستعمل إستراتيجية المساعدة الاجتماعية بالفعل ظهر هذا من خلال المقابلات العيادية مع عايدة في البحث على التعاون مع الآخر من خلال التوجه الى الجمعيات بالجزائر العاصمة وهران، بحثها عن ذوي الخبرة في هذا المجال -متلازمة داون- والمساعدة الاجتماعية المركزة على الانفعال من خلال البحث عن المساعدة من الأقرباء وهذا ما لاحظناه من خلال علاقتها مع الأم وأخواتها ومساندتها لها في معظم الوضعيات

الصعبة التي واجهتها مع ابنتها رانية " ...ماما عاونتني بزاف في رانية هي وخواتاتي... " اخواتاتي وقفوا معايا ومعاها علموها قاع هاذ الصوالح ..."، كما أنها تستعمل إستراتيجية المساعدة الاجتماعية بالمعلومة والانفعال والذان يظهران من خلال سلوك البحث في الانترنت ومواقع التواصل الاجتماعي والكتب المتخصصة والتوجه الى المتخصصين لإيجاد المعلومات الخاصة بوضعية ابنتها رانية، بالإضافة الى المساندة الاجتماعية الانفعالية التي تدل على حاجتها الى الكلام مع الآخر والاتصال مع الأشخاص الذين لهم نفس المشكلة والذي يظهر من خلال الانخراط مع في الجمعيات والاحتكاك بالأمهات في نفس وضعيتها.

ثم استعملت إستراتيجية التركيز أو الحفاظ ب(34) نقطة تتقاطع بأعلى نقطة مجال الفعل ب (13) نقطة ثم يليها مجال المعلومة ب(12) نقطة بمعنى عابدة تستعمل مجال الحفاظ على الفعل والمعلومة ويظهر هذا من خلال القيام بعملية التكفل برانية من خلال دخولها دورات تدريبية وتكوينية في التربية الخاصة وتطبيق ما تعلمته على رانية بالإضافة الى سعيها وبحثها الدائم عن المعلومة حيث تتضمن هذه الإستراتيجية محاولة التركيز على المشكل واتخاذ القرارات اللازمة لحله فهي هنا تواجه وتذهب مباشرة الى المشكل وتحلل الوضعية الصعبة لرانية وتوظف وتستفيد من التجارب والخبرات المكتسبة.

ثم استعملت إستراتيجية الاقلاب ب(33) نقطة تتقاطع بأعلى مجال في الانفعال وتعني هذه الإستراتيجية أن الحالة عابدة تحويل انفعالاتها السلبية حول وضعية رانية نحو الرجوع الى القيم من خلال وضع ثقته في الله والرجوع الى الله الذي ظهر في بداية الإعلان عن الإعاقة إلا أنه لم تتوضح لنا جيدا هذه الإستراتيجية من خلال المقابلات العيادية إلا من خلال استعمالها الألفاظ التالية: "الحمد لله"، "أستغفر الله ..."، كما استعملت الاقلاب بالتقبل ويظهر هذا من خلال تقبلها لوضعية ابنتها.

ثم استعملت إستراتيجية المراقبة ب(31) نقطة وتتقاطع بأعلى نقطة في مجال المعلومة ب(14) نقطة ومجال الفعل ب(11) والتي تعني التحكم في الوضعية ويوجد ارتباط في السلوك والأفعال وقد استعملت عابدة المراقبة المعرفية والتنظيمية والتخطيطية أي انه لديها أهداف محددة ومسطرة ومخططات تعالج بها الوضعية بطريقة منطقية من خلال العمل على تدريب وإكساب رانية مهارات العناية بالذات، ثم إدماجها مع الأطفال والعمل على تحسين تفاعلها الاجتماعي، ثم العمل على إكسابها المهارات الأكاديمية من خلال إدماجها في القسم الخاص ثم تسعى الآن لإدخالها الى القسم العادي في السنة أولى ابتدائي أي راعت متطلبات كل مرحلة لابنتها بطريقة منطقية منظمة ومخططة.

2.3. تقديم نتائج الملص النفسي الاجتماعي PSA للحالة رانية

تم إجراء المقياس عن طريق الملاحظة بمساعدة المربية المعلمة كونهما الأكثر احتكاكا مع الطفلة ومعظم فقرات المقياس متعلقة بالقسم والأصدقاء لم تتلق صعوبات في ذلك وقد تم الإجابة على المقياس بسهولة دون الحاجة الى إعادة الشرح.

جدول (37) : الملص النفسي الاجتماعي PSA للحالة رانية

النسبة	النقطة	الأبعاد
62%	47	مكتئب/ سعيد
64%	48	قلق / واثق
62%	44	سريع الغضب / متسامح
70%	50	منعزل / مندمج
59%	44	عدواني / متحكم
58%	43	أناني / إجتماعي
64%	49	متعاون / مقاوم
63%	47	مستقل / تابع
69%	193	القدرات الاجتماعية
63%	95-	المشاكل الداخلية
52%	84-	المشاكل الخارجية
72%	372	التكيف العام

➤ التكيف النفسي العاطفي

- سلم مكتئب/ سعيد: النتيجة التي تحصلت عليها الطفلة رانية في سلم مكتئب/سعيد هي 47 نقطة وهي نتيجة مرتفعة في المجال العادي وتميل إلى مجال سعيد فأكثر ما يميز رانية هو ابتسامتها الدائمة وكثرة ضحكها ومرحها والحالة المزاجية الجيدة في أغلب الأوقات، متحمسة لإظهار الأغاني التي تعلمتها والحركات الرياضية، كما تعبر عن رغباتها وعن ما تريده، وبلغت النسبة في هذا السلم 62% .

- في سلم قلق/ واثق: تحصلت رانية في سلم قلق/ واثق على نتيجة 48 نقطة وهي تنتمي الى المجال المرتفع، حيث أن رانية لا تبدو قلقة، تثبت رانية ثقته بنفسها في أغلب الأوقات سواء في القسم ومع المريبة وأصدقائها وفي الحفلات وأيضا في استكشاف محيطها، تظهر ثقته من خلال النظر مباشرة الى العينين عند التحدث معها أو عند إعطائها أمرا ما، تتكيف بسهولة مع المواقف الجديدة، وتميل إلى مجال واثق و بنسبة 64%

- في سلم سريع الغضب/متسامح: تحصلت رانية في سلم سريع الغضب/ واثق على نتيجة 44 نقطة مما يعني أنها ليست قاسية وليست غاضبة وهي نتيجة مرتفعة تنتمي الى المجال العادي في هذا السلم حيث أنها صبورة وحساسة بصعوبات الأطفال الآخرين، كما تظهر التحمل تتقبل أحيانا المضايقة، وتتكيف جيدا مع التغيرات في الروتين اليومي وترحب بالأشخاص الجدد في القسم سواء أطفالا أو راشدين وكان ذلك بنسبة 62%

➤ التفاعل الاجتماعي مع الأصدقاء

- في سلم منعزل /مندمج: بالربط مع تكيفها العاطفي الجيد نتيجة رانية تعد من النتائج الجيدة في المجال المرتفع لسلم مندمج / منعزل ب50 نقطة أي بنسبة 70% هذا ما يؤكد ما لاحظناه فهي طفلة لها شعبيتها ولديها العديد من الصديقات وتلعب بطريقة منظمة وبسهولة في الألعاب الجماعية التي تحبها أكثر من الألعاب الفردية، حيث في أغلب الأوقات يبحث عنها الأطفال الآخرين للعب سواء في المدرسة أو الجمعية وحتى الأطفال العاديين من الجيران والأقارب.

- في سلم /عدواني متحكم : قدمت رانية نتيجة تتمثل في 44 نقطة وهي نتيجة تنتمي الى المجال العادي وتدل على أن رانية تميل الى مجال التحكم أكثر من العدوانية بنسبة 59% حيث أنها لما تكون في صراع مع طفل تقايض وتجد الحل دون اللجوء الى العنف أو العدوانية، بالإضافة الى أنها تأخذ رأي الأطفال الآخرين في اللعب مثلا عندما يقترح عليها لعبة ما، كما أنها تشارك الأطفال الآخرين ألعابها، وما لاحظناه أيضا هو أنها تعتني بالأطفال الأصغر منها سنا من خلال حراستهم أو الانتباه عليهم، بالإضافة الى أنها لا تحب الصراعات مع الأطفال ومشاجرتهم، مما يدل على أن لديها القدرة في هذا السلم.

- سلم أناني / اجتماعي: تحصلت رانية في سلم أناني/ اجتماعي على نتيجة 43 نقطة وهي نتيجة مرتفعة تنتمي الى المجال العادي إذ من خلال ملاحظتنا توصلنا الى أن رانية تتعاون مع الأطفال الآخرين في العمل الجماعي بالقسم أو الجمعية أو في عملية التشجير أثناء النزاهات، كما تساعد الأطفال عندما تواجههم صعوبة مثل حمل المحفظة، كما أنها تعتذر تلقائياً عندما تقترف حماقة ما ولا تحب أن تغضب أحداً، تعمل على جمع الأشياء المبعثرة في الأرض خصوصاً في مقر الجمعية تلقائياً، بالإضافة الى اعتنائها بالألعاب والأدوات المدرسية.

➤ التفاعل الاجتماعي مع الراشدين

- في سلم متعاون / مقاوم : تحصلت رانية في سلم متعاون / مقاوم على 49 نقطة وهي نتيجة جيدة تنتمي الى المجال المرتفع بنسبة 64%، والذي يعني أنها متعاونة مع الراشدين وغير مقاومة، حيث يظهر هذا من خلال ملاحظتنا في مساعدتها للمربية في توزيع الصابرة على زملائها بالقسم الخاص، أو المساعدة في توزيع الحلويات في الحفلات، كما أنها تتقبل بالتسوية كحل إذا شرحنا لها ذلك مثلاً ادرسي جيداً لكي تحسني على أكلتك المفضلة، تتبع ما يملى عليها من المعلمة أو المربية أو المختصة النفسية ولا تعارضهم، بالإضافة الى أنها تطلب الإذن عندما يتطلب الأمر ذلك.

- في سلم مستقل/تابع: تحصلت رانية في سلم مستقل / تابع على نتيجة 47 نقطة وهي نتيجة جيدة تنتمي الى المجال المرتفع بنسبة 63% وهي نتيجة تدل على أن رانية تميل الى الاستقلالية فغالبا ما تنظم نفسها بنفسها ويمكنها أن تقوم بنشاطات مهمة في القسم لوحدها، تبادر في المواقف مع الأشخاص الجدد، واضحة وصريحة عندما تريد شيئاً ما، تحاول أن تحل مشاكلها بنفسها، لا تلتصق بالمربية أو الأشخاص الراشدين في النزاهات والرحلات، لا تحتاج الى المربية في القيام بحاجاتها أو الأعمال والأشغال ونادراً ما تطلب المساعدة.

➤ الأبعاد الشاملة:

من خلال الأبعاد القاعدية التي تشكل الأبعاد الشاملة توصلنا إلى أن رانية متكيفة من الناحية النفسية والعاطفية فمن خلال النتائج التي قدمتها لاحظنا أن في كل مجال تقع نتائجها في المجال العادي المرتفع الأكبر من المتوسط أو المجال المرتفع ، سلوكها الاجتماعي وتكيفها العاطفي وقدراتها الاجتماعية مرتفعة تعكس مجموعة خصائص ومميزات اجتماعية التي تظهر في علاقاتها الجيدة المختلفة سواء مع الأقران

أو مع الراشدين وبالتحديد نتائجها في **التكيف العام** بلغت 372 نقطة أي بنسبة 72 % وهي نسبة تنتمي الى المجال المرتفع مما يدل أن لديها تكيف عام بالإضافة الى **القدرات الاجتماعية** التي بلغت نتائجها 193 نقطة وهي نتيجة جيدة تنتمي الى المجال المرتفع بنسبة 69% ما يدل على أن رانية تتمتع بالقدرات الاجتماعية اللازمة للتكيف مع نفسها ومع الآخرين والمحيط، أما عن **المشاكل الداخلية** فقد حصلت رانية على - 95 نقطة أي بنسبة 63% وتنتمي الى مجال أقل نسبة من المشاكل الداخلية يعني أن رانية مشاكلها الداخلية ضئيلة ولا تمنعها من التكيف النفسي والاجتماعي كذلك بالنسبة الى **المشاكل الخارجية** حصلت فيها رانية على - 84 أي بنسبة 52% وتنتمي الى المجال العادي من المشاكل الخارجية وتتمثل هذه المشاكل في انزعاجها أحياناً عندما تولي المربية أو المعلمة اهتمامها بالآخرين، تفضل أن تكون دائماً الأولى، كما أنها أحياناً ترغب الآخرين بإتباع قوانينها في اللعبة وفي بعض المرات تصرخ وتعبّر بصوت مرتفع لجلب الاهتمام بها، إلا أن هذه المشاكل الداخلية لم تؤثر على تكيفها الاجتماعي والنفسي.

خلاصة عامة عن الحالة:

- عايدة عاشت في جو اسري مختلف عن التقليدي، دور السلطة كانت تمثله الأم، يوجد تبادل للأدوار بين الأم والأب، يرى سيموننتز: " أن الأم المتسلطة تفرض قدراً كبيراً من السيطرة على الطفل وتكون صارمة ومستبدة معه وتؤنّبهُ.. " (غالبا، 2009، ص 60) عانت عايدة وإخوتها من إفراط في استخدام السلطة من طرف الأم، والأب كان يلعب دور تقديم الحنان والتدليل عكس ما هو وارد في الأسرة التقليدية وهذا ما أسماه مصطفى بوتفنشوت: " ربح تحرير العلاقات الاجتماعية " (مصطفى بوتفنشوت، 1984.ص242)، حيث أن دور الأب تغير وبدأ يتراجع شيئاً فشيئاً ضمن الأطر الاجتماعية المعاصرة، حيث يمثل الأب هنا مركزاً مستشاراً مسموعاً وليس مركزاً للسلطة أي أنه أصبح يعنتي بأبنائه وما عاد يعاقبهم بل يستمع إليهم ويحاورهم، فقد وضع الأب نفسه هنا في موقف الأب الصديق الحنون بعدما كان في الأسرة التقليدية موضع التسلط.

- الحالة عايدة تتمتع بثقة كبيرة بالنفس ومكانة مهمة في العائلة ووسط الأصدقاء يتضح هذا من خلال المقابلات في طريقة كلامها ولباسها وتعاملها مع أمهات الجمعية فالجو الأسري المتفتح المتقف ساعدها في تكوينها النفسي وتحقيق طموحاتها كدخول عايدة مجال العمل لإثبات ذاتها، والتعويض عن فشلها الدراسي، فالعمل بالنسبة لها كان كإثبات وتحقيق لذاتها ومشروع حياة يظهر من خلال قولها " أحلى

أيامي"، فعلى صعيد البناء النفسي الداخلي خلق العمل لعابدة وضعا جديدا لم تعد أمام نضال من أجل ضرورة الزواج، إنما احتجاج على الأسر النفسي الذي كانت فيه، فقد أوجدت عابدة مجموعة من الاحتياجات والاهتمامات التي تناسبها وتحقق ذاتها بدل الخضوع والتبعية، وبالتالي تأكيد ذاتها. فالعمل بالنسبة للمرأة هو حب في الظهور والحاجة لتحقيق الذات يقول حسن رشوان في هذا الصدد: "تخرج المرأة للعمل تحت إلهام ضغط انفعالي لشعورها بالوحدة أكثر من خروجها تحت ضغط الحاجة الاقتصادية" (رشوان 1997، ص 98) وهذا ما ينطبق مع حالة عابدة فضغط الأم عليها ورغبة تحقيق ذاتها هي التي دفعتها للخروج الى العمل.

- إعلان التشخيص شكل لدى عابدة صدمة وخيبة أمل كبيرين وعبرت بقولها " ...تشوكيت بزاف وقلت علاش ياربي .. " عبرت عن حزنها وألمها في تلك اللحظة بقولها "بكيت بزاف" فعندما لا يتوافق الطفل الحقيقي مع الطفل الخيالي لا يمكن للأب والأم الامتثال لهذا الطفل ولا يوجد تواصل بين الطفل الحقيقي والطفل الخيالي مما يمكن أن ينتج صعوبات علائقية بين الأولياء والطفل، لهذا على الأولياء القيام بالحداد النفسي على الطفل الخيالي لتقبل الطفل الحقيقي وهي تجربة غالبا ما تكون مؤلمة، مثلما اتضح لنا مع الحالة عابدة التي عاشت هجوما نرجسيا نتيجة عدم انجاز التوقعات والرغبات من طرف الطفل الحقيقي - رانيا - فيفسر ديدي هوزال Houzel.D ذلك بأن الأم تحس بعدم القدرة على وضع طفل كامل. فقد عبرت عابدة عن صدمتها بقولها "تشوكيت بزاف" ويفسر هذا كورف سوس Korff-Sausse: "إن ولادة الطفل بإعاقه تحدث صدمة كبيرة ومفاجئة غير متوقعة وتسيطر على النفسية فتشتتها وتحدث فوضى في وظائفها، الدفاعات كلها تفيض وفي بعض الأحيان تكون مرضية" Korff-Sausse, (1996 .p36)

- اتخذت عابدة أسلوب التجنب والهروب كميكانيزم دفاعي في بداية الصدمة وعدم التقبل والرفض، بالإضافة الى قولها " علاش يا ربي " ، وهذه العبارة تدل على شعور عابدة في تلك اللحظة بالاضطهاد وعدم الإنصاف من قضاء الله في نظرها لحظة الإعلان عن التشخيص، لان الصدمة تخلق فراغ في السيرورة العقلية التي تمنع التفكير الصحيح، وما مرت به عابدة من انفعالات وأحاسيس عبارة عن مراحل الصدمة النفسية، لهذا فانه يلزم الكثير من الوقت لكي يستطيع الفرد إدماج الحدث الصدمي في البنية النفسية، وتكوين هذا الحدث الصدمي يمر بمراحل يستحيل أن نُعجلها أو نُسرّعها إنما على الفرد أن يأخذ

وقته في اجتياز هذه المراحل، فقد عبرت عابدة عن ألمها وحزنها بالبكاء والدخول في حالة الحداد النفسي على الطفل الخيالي المنتظر في هذا الصدد يقول كورف سوس Korff-sausse " أن الاصطدام بالطفل الحقيقي يأخذ بُعد درامي حزين في حالة إعاقة الطفل" (Schauder, 2004 .p610)، كما لاحظنا من خلال دراسة الحالة أن رد فعل عابدة اتجاه إصابة رانيا بمتلازمة داون تمثل في رفض وضعيتها ورفض تقبلها في البداية، وهنا الرفض كان كميكانيزم مناسب لها حيث يعمل هذا الرفض على تجديد هذا الطفل ويخلق تعلقاً شبيهاً فسيئاً بينها وبين طفلتها، أي يُعتبر الرفض هنا كميكانيزم تكيفي يساعد في إعادة بناء وترميم العلاقة بين عابدة وابنتها رانية وهذا ما حصل "... بعد 20 يوماً وليت لابنتي وعنقتها.." أرجعت بناء العلاقة من خلال التواصل الجسدي والعاطفي كما أنها أحست بالشعور بالذنب لرفضها رانية والتخلي عنها في البداية وقد عبرت بقولها "...قلنتها سمحيلي.." فالتواصل الجسدي هنا كان من خلال العناق، التقبيل والحمل، والذي يعد من الممارسات التي تقوم عليها العلاقة بين الأم والطفل، لأنها علاقة قائمة على الاحتكاك والتواصل الجسدي بين الأم وطفلها، في نظر أ.ت.هال E.T.Hall (1978): "التواصل الجسدي يتيح المجال للاتصال عن طريق تبادل النظر، وتيرة التنفس، الخ... فهي علاقة اندماجية واحتوائية مما يسمح للأُم بتفعيل مجموعة من المتغيرات والعناصر، من بينها التعلق، وظيفة الاحتواء، اللاتمايز، الاستقلالية والتحاور الجسدي، وكأنه إشعار بالأمن النفسي للطفل من طرف الأم وإعادة ترميم العلاقة أم-طفل بعد فترة الرفض والحداد. " وهذا ما مكن رانية من الاستفادة من الاستثمار الأمومي لعابدة ومساعدتها في النمو النفسي والاجتماعي السليم.

- بعد مرحلة التقبل لجأت عابدة الى مواجهة الوضعية باتباع مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية للتحكم في الوضعية الصعبة، وتقليص المطالب الداخلية والخارجية وتحملها، فقد ركزت على وضعيتها الصعبة وعلى كيفية مساعدة ابنتها على النمو النفسي والجسمي والذهني، فبدأت بالبحث في خصائصها وعن كيفية مساعدتها عن طريق بحثها الدائم في الانترنت ومواقع التواصل الاجتماعي على طرق التكفل

بأطفال متلازمة داون، والاطلاع على الكتب المتخصصة في هذا المجال، هذا ما لاحظناه خلال المقابلات في أسئلتها واهتمامها الكبيرين بطرق التكفل برانيا وأساليب معاملتها، بحيث تحصلت في مقياس إستراتيجية المواجهة ETC على (43) نقطة في إستراتيجية المساندة الاجتماعية المتقاطعة مع مجال المعلومة ب (15) نقطة، التي تدل على استعمالها إستراتيجية المساندة الاجتماعية بالبحث عن المعلومة والمعرفة يظهر من خلال سلوك المطالعة، البحث في الانترنت التوجه الى المتخصصين أي أن عايدة ركزت على المشكل وحاولت القيام بكل ما يمكن لتغيير الوضعية وتقييمها بأن هناك ما يمكن فعله اتجاهها، بمعنى أن التركيز على المشكل هو: "التصدي ووضع مخططات لحل المشكل فهي تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات لتغيير الوضعية التي يواجهها مما يؤدي الى تغيير الحالة الانفعالية لديه" (آيت حمودة ، 2018).

ولان إستراتيجية المواجهة التي تركز على المشكل فهي تتطلب جهود لتعريف الوضعية أو المشكلة وتحديدنا عن طريق البحث عن المعلومة وخلق حلول بديلة للمشكلة وحساب الفوائد لهذه البدائل والاختيار بين هذه البدائل البديل المناسب وتنفيذه أيضا "... وليت نقرا من جديد ... الأبحاث في الانترنت، الكتب...."، أيضا التوجه الى طلب المعلومة من المتخصصين لتزويدها بالمعلومات التي تريدها حول وضعية ابنتها.

كما أنها استعملت إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكلة الموجهة نحو الذات مثل تنمية سلوكيات جديدة واكتسابها، وتعديل مستوى الطموح لديها وتعلم مهارات جديدة ("...نروح للعاصمة ندير تكوينات...")، "وليت نحوس على les orthophonistes" " ...روحت حتى للعاصمة ووهران .."، " ...حوست على الجمعية وانخرطت فيها... " (فقد تحدث عايدة ظروف المنطقة والمرافق الصحية التربوية والنفسية المحدودة في ولايتها إن لم نقل منعدمة، وهذا بلجوئها للولايات الأخرى، هنا نرى أن عايدة تعلمت سلوكيات جديدة ومهارات للتكفل بوضعية رانية ومواجهتها، كما أنها استخدمت استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة الموجهة نحو البيئة التي تتمثل في البحث عن المعلومة ومحاولة الحصول على

المساعدة من الآخرين، حيث قامت بإعادة تنظيم علاقتها مع بيئتها ومع الوضعية الصعبة المتمثلة في وضعية رانية عن طريق مجهودات تتمثل في ممارسات معرفية كاستخدام الانترنت والتعرف على مصادر الدعم الموجودة في المجتمع، بالإضافة إلى تعلمها المزيد عن وضعية ابنتها وكيفية مواجهتها عن طريق الانخراط في الجمعية وحضور الندوات وكذا الذهاب إلى المتخصصين ومحاولة الحصول على برامج تدريبية.

ففرى أنها استعملت استراتيجيات سلوكية المتمثلة في الانتقال من ولاية لأخرى، استراتيجيات معرفية وهي القيام بالبحوث والبحث عن المعلومة وكذا البحث عن السند من المجتمع، يرى الرشدي وآخرون (2001): "...أن جمع المعلومات يساعد في الكشف عن طبيعة الوضعية والعناصر الغامضة مما يؤدي إلى إيجاد استجابة مناسبة لحل الوضعية أو المشكلة..." (الرشدي وآخرون، 2001، ص 67) إذ استعملت الإستراتيجية التي تنشط الفعل التي تساعد في سلوك القراءة والبحث وسلوكات تعليمية، حيث أن الفعل يأتي من الفكر والفعل هو الذي يهدف إلى البحث عن المعلومة وأصبحت تبحث على طرق تربية وتعليم أطفال متلازمة داون في الانترنت ومواقع التواصل الاجتماعي والذهاب إلى المتخصصين للاستفسار والتعلم بهدف التكفل، إذن هنا استعملت عايدة إستراتيجية المواجهة ايجابية المركزة حول المشكلة من خلال جمع المعلومات واتخاذ الإجراءات اللازمة لحل الوضعية الصعبة "...حيث أن الفرد في الوضعية الصعبة يقوم بجمع المعلومات واتخاذ الإجراءات المناسبة عن طريق وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات الوضعية للتخفيف من صعوبتها وشدتها أو التحرر منها أو إيقافها..." (حسين ط وحسين س، 2006)

بحيث أن استراتيجيات المواجهة التي استعملتها سمحت لها بالنقل من صعوبة الوضعية وزيادة قدراتها الخاصة من أجل مواجهة أفضل، فحسب لازاروس وفولكمان (Lzarus et Folkman : 1984): "الكوبينغ المتمركز حول المشكل يكون موجه اتجاه الفعل ويهدف إلى تغيير العلاقة ما بين الشخص ووضعيته بتخفيض الأفعال التي تريد الإطاحة به وتهديده، في هذه الحالة الفعل هو الذي يهدف للقيام بأي شيء لحل المشكلة."

وغالبا ما كانت تبحث عايدة عن المتخصصين في المجال وتسعى إليهم بالرغم من اضطرارها الى السفر احيانا وما يؤكد احتياجها للمتخصصين في الولاية قولها: "... حاجة مليحة وتفرح مين كاين متخصصين

يحوسو علينا ويعاونونا في هاذ الولاية enfin الحمد لله ..."، ففي هذا الصدد يقول (Bouchard et al 1994): "الأبوين بحاجة إلى المتخصصين سواء للتكفل أو الإصغاء وهي دليل على الإنسانية في نظرهم، يتقون فيهم لاستقبال المعلومة، المساعدة والسند ينتظرون أن يصلوا بهم إلى فهمهم واحترام حاجاتهم"، ويظهر الكوبينج المتمركز حول المشكل عند أولياء الأطفال المعاقين يظهر في الدراسات حسب بعض الباحثين من خلال البحث المستمر عن المعلومة حب النضال والمقاومة.... أي أن هذه الإستراتيجية تتوفر على مجهودات انفعالية وجسمية سلوكية جيدة .

(Bruchon et bruno, 2001,p19-18)

وهذا ما لاحظناه لدى الأم عايدة فهي بالرغم من بعد المسافة بين غليزان ووهران والجزائر العاصمة إلا أنها لم تستسلم واستمرت في التوجه الى المتخصصين وتكوين نفسها في المجال الذي تحتاجه ابنتها وتحتاجه هي في حد ذاتها، كما أن إصرار عايدة جعلها تدخل رانية الى الحضانة في أول الأمر ثم الى القسم الخاص بالمدرسة العادية بالرغم من العراقيل والرفض الذي كانت تتلقاه في كل خطوة تريد أن تخطوها مع رانية الى الأمام ما جعلها تصل إلى استفادتها من التفاعل الاجتماعي مع أقرانها والأشخاص الراشدين كالمربية والمعلمة، إذن يمكننا القول أن عايدة استعملت استراتيجيات مواجهة ذكية وهي طلب المعلومة وبذلك استطاعت الابتعاد العقلي والانفعالي عن ألمها والأوقات الصعبة واتجهت نحو البحث عن المعلومة.

كما تلقت عايدة الدعم والمساعدة من طرف عائلتها في التكفل بابنتها مثل الأم، والأخوات في مساعدتها المادية والمعنوية في العناية برانية وتعليمها وتعويض دور الأم عند غيابها عن المنزل، حيث أن إعلان التشخيص هو صدمة لكل العائلة وحدث استثنائي وغير اعتيادي، والتكاثف العائلي ضروري في هذه الوضعية الصعبة، في هذا الصدد يشدد بالشا (1989) Pelchat على: "أهمية السند والمساعدة من طرف المحيط خاصة العائلة فالسند والدعم الكافي من طرف الأشخاص المهمين يتحول إلى عامل

إيجابي في العلاقة أبوين - طفل"، وهذا ما ساعد عابدة في تخطي الوضعية الصعبة لابنتها والتمكن من عنايتها والوصول بها الى مستويات جيدة (Bouchard et al,1994,p25)

حيث أن هذا الدعم والسند من العائلة (الجدة والخالات في هذه الحالة) يساعد على النظرة المستقبلية الايجابية للطفل في الوضعية الصعبة، وأفضل دعم تحتاجه الأم والأب معا هو مؤازرة أفراد العائلة ببعضهم البعض، فما يحتاجونه هو الدعم العاطفي لتحقيق الهدوء والانسجام والتعايش مع المشكلات التي قد تطرأ على حالة الطفل أو الأم أو الأب.

ويضيف الباحث بوشلي (Buchley,2002): "عندما يولد الطفل بإعاقه، سلوكيات وردود أفعال العائلة والأصدقاء يمكن أن يساعد أولياء الطفل على المواجهة والتصدي...." هذا ما استنتجته من خلال دراسة حالة عابدة فعائلتها كانت كمصدر داعم ومصدر للمعرفة والثقة بالنفس مما ساهم في إنقاص صعوبة الوضعية ومساعدتها في تبني استراتيجيات مبتكرة تعمل على إعادة بناء الاتصال والتكفل الجيد بالطفلة. فبالرغم من غياب دور الأب في التكفل برانية إلا أنها بمساندة عائلتها تمكنت من تجاوز هذا الغياب واستدراكه، فقد اقتصر دور الأب على توفير الجانب المادي واصطحابها في بعض الأحيان الى اللعب خارجا، وهنا يمكن أن نقول أن عابدة أو الأم هي التي تأخذ على عاتقها التكفل بالطفلة في وضعية صعبة والأب اتخذ سلوك تجنبى وانسحابى من الوضعية وهو إستراتيجية انفعالية غير فعالة، خصوصا وأن الانفصال العلائقي بينه وبين زوجته اشتد بعد ميلاد رانية مما يؤكد استعماله لهذه الإستراتيجية التجنبية الهروبية وعدم إيجاد حلول للمشكلة وعدم مساعدة الأم على هذه الحلول، واكتفت مساعدته لها في مرحلة الإعلان عن الإعاقة من خلال استعمال الجانب الديني وتقبل التشخيص واعتباره قضاء الله ظاهريا، بدون المبادرة الفعلية لمساعدة الطفلة وأمها وما يؤكد ذلك هو عدم تلبية دعوتنا له الى الجمعية من أجل المقابلة العيادية

دراسة الحالة الرابعة

1. تقديم الحالة:

الحالة نوال تبلغ من العمر 40 سنة، بيضاء البشرة، نحيلة الجسم، متوسطة القامة، ترتدي الحجاب وجهها تكتسيه بعض التجاعيد، هدامها نظيف ومرتب لا تبتسم، كثيرة البكاء، يبدو عليها الحزن والاكتئاب والتعب، لا تعاني من أي تشوهات أو إعاقات ترحب بإجراء المقابلات وغالبا ما تطالب بمقابلات إضافية بهدف التفريغ "... قلبي معمر ونبغي نفرغ...."، تم إجراء 19 مقابلة بواقع حصة واحدة أسبوعيا، كانت مدة المقابلة من 45 دقيقة الى ساعة حسب هدف المقابلة، كان الاتصال معها سهلا في جميع المقابلات. اتضح من خلال المقابلات أن نوال أم لثلاثة أطفال أنثى رميسة مصابة بمتلازمة داون وطفلين ذكرين.

علاقة نوال مع عائلتها متوترة وأيضا عائلة زوجها، ليست اجتماعية وتفضل العزلة لا تحب التحدث كثيرا مع أمهات الجمعية وكذا الحيران والأهل والأقارب، علاقتها مع زوجها مضطربة وتشوبها صراعات عديدة وتبررها بعدم مسؤوليته في المنزل وفي رعاية أبنائه. كثيرا ما تبكي نوال وتتوتر عندما تتكلم عن معاملة أمها لها وفقدانها لأبيها بعد موته وأيضا عند التكلم عن إعاقة ابنتها.

تميزت لغة نوال بالوضوح والخلو من أي اضطراب كما أنها تتكلم بوتيرة مرتفعة عند انفعالها، أفكارها متسلسلة ومتربطة في الحدث والزمن إذ تكمل ما بدأته سابقا ما يدل على أنها تتمتع بذاكرة قوية لقدرتها على استرجاع وسرد الأحداث القريبة والبعيدة المدى، كما تتميز بالانتباه والتركيز أثناء المقابلات. علاقات نوال الاجتماعية ضئيلة إن لم نقل منعدمة، أكثر ما يميز نوال الإجهاش بالبكاء أثناء المقابلات. والد رميسة يعمل موظف بالبلدية، رفض القدوم لإجراء المقابلات العيادية بدون تقديم أي مبرر.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

أولا. السوابق العائلية:

ترعرعت نوال في أسرة تتكون من الأم والأب وسبعة إخوة، خمسة إناث وذكورين، تحتل نوال المرتبة الرابعة في ترتيب الإناث والمرتبة الخامسة في ترتيب الأبناء، ترى نوال أنها مختلفة عن باقي إخوتها منذ الصغر

بسبب إصابتها بمرض الأمعاء المزمن "... من صغري وأنا مختلفة عن إخوتي، إسهال مزمن، فقر الدم
هاذ المرض في وقتي مكانش معروف ..."

تعتبر نوال أن مرضها قريبها من والدها وجعل علاقتها مع بعضهما متماسكة "...هاذ المرض خلاني
المفضلة عند بويا هو لي تكفل بيا، هو لي يعجن لي الخبز تاع الذرة، ويطيب لي ماكلتي..."
كانت والدة نوال دائمة الانشغال والغياب عن المنزل بسبب عملها بالتجارة خارج الوطن: "... ماما دائما
غايبة تسافر دائما ... كانت سامحة فينا بصح الجانب المادي موفراتلنا كل شيء..."

تلقت نوال دراستها الى غاية السنة الأولى ثانوي وبعدها توقفت عن الدراسة بسبب علاجها: "... ما كملتش
قرايتي ... كنت نروح لفرنسا نداوي..." كانت لديها رغبة البقاء خارج الوطن لكن العادات والتقاليد منعتها
من ذلك "...بغيت نقعد وأمي ما بغاتش خاطرش عيب بنت نقعد وحدها تماك والعادات والتقاليد تاعنا ...
(تتنهد بعمق)"، ترى نوال أن علاقتها بأُمها متوترة اذ تعبر بقولها: "... أُمي نبغيها بالرغم من أنها ما
تبغينيش و باردة معايا ما تحسش بيا أُمي جافية ..."، أما علاقتها مع والدها فهي متعلقة به كثيرا تقول:
"...الحب الكامل تاعي كان لأبي هو عطاني كلش ... أُمي متسلطة ... غير كلمتها لي تقوت نخافو
منها، كانت متشدة معانا، بويا كان يشفني مسكين..." وترجع نوال سبب ذلك الى المستوى التعليمي
والثقافي للام " أُمي مستواها كان عالي جدا تعرف اللغة الفرنسية وكانت قارية وقافزة بزاف..."

كانت نوال مقربة جدا من والدها اذ تعبر بقولها: "...كنت قريبة بزاف من بويا عيشني مثل الأميرة الله
يرحمه، كان حنين بزاف معايا، نرقد الداخل عنده في la veste تاعه (تشير الى حضنها وتحضن
نفسها بقوة) هو الأب وهو الأم في نفس الوقت ... (بكاء)

ترى نوال أن كل الذكريات الجميلة في طفولتها كانت مع والدها وأختها الصغيرة، بعدما تخلت نوال عن
دراستها قامت بتكوين في السكرتارية لكنها لم تعمل كونها لم تكن بحاجة الى العمل في نظرها كانت كل
حاجياتها متوفرة تقول: "... ما حوستش على خدمة وما خممتش فيها كان كلشي موفرهلي بويا علاش
نخدم، لي نبغيها يجييهالي ..."

تزوجت نوال في سن 28 سنة من زوج اختارتها لها أختها وأُمها، كونه يناسبها ويشبهها في شخصيتها
على حسب رأيها بالرغم من أنها كانت ترفض فكرة الزواج مبدئيا إلا انه تم الضغط عليها من طرفها
على حسب قولها: "...أنا ما كنتش واجدة للزواج ومن بعد كلشي صرا في تسعة أشهر، هبلوني في الدار

حتى قبلت بيه، دخلوه لحياتي بسيف..."، كما أن نوال ترجع موافقتها على الزواج الى رغبتها في الهروب من مشاكل أمها: "... ما قبلتش في البداية ما عجبنيش، كرهت المشاكل تاع ماما وبغيت نهرب منهم ..."

ترى نوال أنها عاشت صدمة بعد زواجها مباشرة لعدم تطابق كلام وعود زوجها مع الواقع من ناحية الظروف المعيشية تصرح بقولها: "... بعد الزواج انصدمت لقيت نفسي في بيت يتكون من غرفتين مليء بالأقارب يعيشو فيه حتى أنني معنديش غرفة نوم خاصة بيا... في هاذيك اللحظة حسيت أختي خدعتني..". (علامات الدهشة في وجهها). تعتبر نوال أن حياتها الزوجية كانت منعقدة لعدم وجود خصوصية في حياتها، كما تعبر نوال عن كرها لزواجها منذ أول يوم لزواجها به باعتباره خدعها بإخفاء حقيقة ظروفه المعيشية "...أنا مين خدعني وكذب عليا كرهته منذ البداية، وأبي عاهدني يزورني ويصرف عليا، كان يحاول يخفف عليا مسكين...".

ثانيا. السوابق الشخصية:

وُلدت الطفلة رميسة بعد حمل غير متوقع ومن دون أن تستعد نوال للحمل إلا أنها اعتبرت خبر حملها حدثا سعيدا يمكن أن ينسيها الظروف الصعبة التي تعيشها مع زوجها وعائلته: "... فرحة تنسيني فالوضعية لي نعيش فيها ...". فالطفل المنتظر يعاش هواميا من طرف الأم ويستثمر وجوده النفسي في أحلام الأم حتى قبل وجوده الجسدي، كما تمنحه خصائص معينة وتتمنى أن تجدها بعد ميلاده، إذ أن هذا الطفل يعتبر كمكمل نرجسي لنقائص الأم ويعزز مكانتها (Bourrat. M et al 2003, 78) ظروف الحمل كانت عادية من ناحية الصحة الجسمية للأم، إلا أنه من الناحية المادية والمشاكل العائلية كانت صعبة وكثيرا ما تؤثر على نفسية نوال على حسبها.

تمت ولادة الطفلة رميسة ولادة طبيعية في المستشفى الحكومي، صرخت رميسة بشكل طبيعي حسب تصريح الأم نوال، كان وزنها عادي. بعد ميلاد رميسة فرحت الأم نوال واعتبرتها عاملا تعويضيا يمكن أن ينسيها في مشاكلها اليومية واعتبرتها دميتها "...pour moi c'était ma poupée...". إلا أن ارتخاء عضلاتها وعدم ظهور الأسنان واختناقاتها الليلية المتكررة اضطرها لزيارة طبيب الأطفال، فقد لاحظت منذ البداية أن ابنتها مختلفة لكن لم تعر ذلك اهتماما كبيرا إلا حين أحست بأن هناك تأخرا بالمقارنة مع الأطفال العاديين: "... دينها عند الطبيب قتله راني نشوفها مرخية بزاف وتختنق في الليل وكلما تشرب الحليب تختنق، وحتى أسنان ما نوضتهمش، وما تجمعش.. حيرتني رميسة هي ولادتي الأولى ما كنتش

نعرف بصح حسيت عندها حاجة مشي عادية ... الطبيب طلب مني التحاليل وما قالي حتى شيء.."

بعد القيام بالتحاليل الطبية المطلوبة تم الإعلان عن التشخيص بإصابة رميسة بمتلازمة داون، ترى نوال أنها عاشت صدمة كبيرة جعلتها تعجز عن الوقوف: "... قالي الطبيب ابنتك مونغوليان... كي قالهالي ما قديتش نوقف... قعدت نحو في وسط العيادة ما نجمتش نتمشى (تجهش بالبكاء وتوقف لفترة عن الكلام) " في هذا الصدد تقول سيمون كورف صوص S.Korff Sausse : "إعاقة الطفل هي صدمة بالنسبة للوالدين تشوه حاد وانقلاب في جميع الميادين مطالب محطة وبدون صدى تماما كمصدوم الحرب أو الناجي من الزلزال" (S.Korff Sausse 1996,43,44) لم تكن تتوقع هذا التشخيص لابنتها وتقول: "... قلت ما عليش حياتي عوجة ما عنديش زهر بصح عندي ابنتي هي زهري وهي لي تنسيني هي une poupée ... ابنتي بيضاء عندها الزين شعرها طويل وقاع... (بكاء واستئناف الكلام)... كنت مشي حاسة بالدنيا واللي فيها... صدمة كبيرة... (التوقف عن الكلام والبكاء الشديد).

بعد تلقي نوال صدمة الإعلان عن التشخيص بإصابة رميسة بمتلازمة داون لم تتلق سندا ولا دعما من طرف أهلها ولا أهل زوجها إلا والدها الذي كان يدعمها ويساندها، وتصرح بأنها تلقت صدمة أخرى من طرف حماتها والدة زوجها وزادت ألمها: "...عجوزتي عيطت لأبي في الهاتف وقائله ولدي الوحيد ما يعانيش في هاذ الدنيا... أنا ولدي ما يتكفلش بابنتكم وابنتها المعوقة تكفلوا بيها وحدكم هو ما يتكفلش بيها... أنا ولدي ما يسوفريش بيها..."

ترى نوال أن زوجها غير مسئول وليس لديه شخصية في نظرها: "...راجلي كاين ولا مكانش كيفكيف هو غير مسئول ما يقول والو أمه تتحكم فيه كيفما تحب... " بحيث أنها طردت من بيت زوجها من طرف حماتها والدة زوجها وفي نفس الوقت لم تتقبلها أمها في منزلها: "...حاولزتي عجوزتي من الدار وماما ما قبلتنيش نجي للدار... "، إلا أن حاول والدها احتواء الوضعية من خلال بناء سكن فوضوي في إحدى الأحياء الشعبية وتأثيثه، لم تتقبل نوال هذه الوضعية لأنها لا تناسب ومستوى عائلتها المعيشي الذي ترعرعت فيه: "...ما عجبتنيش هاذيك الدار ليس نمط الحياة لي موالفاته... قبلت كنت نحوس غي ندرق راسي بهاذيك البنت..."

بعد تلقي نوال صدمة تشخيص رميسة الإصابة بمتلازمة داون اتخذت أسلوب الحماية المفرطة واستثمار كل طاقتها الجسدية والنفسية مع ابنتها رميسة، وكثيرا ما كانت تحس بالوحدة وعدم المساعدة والدعم من طرف العائلة ماعدا والدها، فكثرة المشاكل العائلية وغياب السند جعل نوال تتغلق في وضعية ابنتها،

بتلبية كل حاجاتها البيولوجية بدون إثراء التفاعلات النفسية والجسدية، وأغلب الأوقات كانت تبكي بشدة واضطرت الى أخذ المهدئات للتخفيف من القلق والتوتر الذي عانتته نتيجة ضغوطات المشاكل العائلية ووضعية رميسة الصعبة، التي تعتبر حدث مثير لحالة الحزن لدى نوال والإحساس بالألم الذي ظهر من خلال بكائها الشديد الذي يعبر عن الحزن والحداد على فقدان الطفل الخيالي المنتظر، يقول توريت Tourette " مهما كان الوقت ومهما كانت النتائج فان لحظة الإعلان عن إعاقة الطفل دائما تُعاش بشدة انفعالية من طرف الوالدين" (Tourette 2001, 421)، هنا نلتمس مشاعر فقدان الموضوع والحداد المرتبط بفقدان شخص مثالي لصورة الذات والشعور بالتهديد للمستقبل.

بعدها أنجبت نوال طفلين ذكرين محمد تسعة سنوات، وهاب خمسة سنوات، وترى أن الله قد عوضها وفي نفس الوقت تعتبرها أكبر غلطة اقترفتها "...نقول ربي عوضني جبت طفلين ذكرين... ومرات نقول غلطة حياتي درتها كي زدت ولدت الأطفال وغبنتهم معايا..."، كما أنها في نفس الوقت تعتبر نوال إنجابها لطفلين ذكرين تحدي واثبات للناس وخاصة والدة زوجها على أنها قادرة على إنجاب أطفال عاديين تصرح بقولها: "...عجوزتي كانت تعيرني بالإعاقة بزاف وهدرتها تقعدلي في راسي تقولي جبتي وحدة معوقة... بغيت نبينلها بلي كرشتي تجيب الدراري العاديين وجاء محمد وجاء وهاب بدون إعاقة والحمد لله..."

(تنتهد بعمق وتهز رأسها)

ترى نوال أن أصعب فترة مرت بها وأنها كانت منرجا في حياتها هي وفاة والدها "... ما كنتش نتصور بلي يجي النهار ويتوفى... (بكاء)... كي كان في فراش الموت قتله نوض ما قدرتش بلا بيك خيما هادي نطيح نمرض معاك (نوبة بكاء)... نهار لي مات بويا كان نهاية العالم بالنسبة ليا... وياريت راني معاه لوكان غير داني معاه ياريت..." (بكاء شديد والضرب باليدين على الفخذين).

كانت تعتبر نوال والدها سندها الوحيد في هذه الحياة كونه يحس بها ويحاول إبعاد الألم عنها خصوصا مع ابنتها رميسة التي لم تكن تتكلم ولم تكن تقول كلمة ماما وتناديها بها تقول نوال: "... كانت غايضتني بزاف ابنتي ما تقوليش ماما ... بويا ولا يلغالي ما وأنا كنت نلغاله حبيبي... (بكاء) وصح كان حبيبي كان مساندني كان موقفني..."

بعد موت والدها عاشت نوال حزنا كبيرا عليه خصوصا أنها لم تجد من يساعدها في ابنتها وكذلك تخلي زوجها عن مسؤولياته اتجاهها وعن رعاية أبنائه، علاقة زينة مع إخوتها منعدمة وترجع ذلك الى مستواهم المعيشي العالي ومستوى معيشتها المتدني: "... تجيهم عيب يجو عندي ساكنة في الفوضوي... وعندي ابنتي مونغوليان... أنا ما درتلهم والو... ما يجونيش للدار يحشمو بيا... ما يعرفوش اولادي كيدايرين..."

علاقة زينة بزوجها متوترة حيث تعتبره غير مسئول وبدون شخصية ومهمل لأبنائه: "... قالي حصلي بأولادك... كان يعنفني ويضرني بزاف وراء موت أبي..."، كما انه لم يعد يسكن معها في نفس المنزل بل في منزل أمه لأنه لا يشعر بالراحة مها في ذلك المسكن.

ثالثا. الحالة الراهنة:

تبلغ رميسة من العمر عشرة سنوات مصابة بمتلازمة داون، تحتل المرتبة الأولى في ترتيب الإخوة من مجموع بنت وذكورين، رميسة بيضاء البشرة سوداء العينين والشعر، نظيفة وهندامها مرتب، حركاتها غير متناسقة بطيئة الحركة وهذا راجع الى انعدام التربية الحسية الحركية، تعاني من الحساسية والربو والتهاب الغدة الذرقية، كما تعاني من السمنة والشراهة في الأكل.

تلقت رميسة روضة اصطناعية ولم تتلقى روضة طبيعية لصعوبة في عملية المص، ظهرت الابتسامة والمناغاة في الشهر السابع وبدأت استجاباتها للمنبهات التفاعلية، لم تكن رميسة تعبر في السنة الأولى عن حاجاتها ورغبتها في الأكل والنظافة لكن ابتداء من السنة الثانية بدأت تعبر عن حاجاتها البيولوجية بالبكاء والاحتجاج، وتعرف أمها وجدها وتبكي عند غيابهما، تمكنت من الجلوس في السنة الثانية والوقوف في السن الثالثة أما المشي في السن الخامسة بعد اكتسابها للمشي بدأت تتعلم الاستقلالية في النظافة ونزع الحفاضات الى أن اكتسبت استقلالية الإخراج أولا ثم التبول في السن السادسة، لم تسند رميسة من أي تكفل حسي حركي أو نفسي ولم تدخل الروضة أو المسجد أو أي مركز نفسي طبي بيداغوجي، فحسب قول الأم أنها تخاف عليها ولا تستطيع الابتعاد عنها وأنها غير قادرة على الاندماج مع الأطفال لأنها مختلفة عنهم كما أن نوال تخاف أن يتم ضربها من طرف الأطفال، أو تعرضها للعنف والاحتقار " ... هي ما تعرف والو وأنا نخاف عليها وما نقدرش نبعد عليها..".

أما النمو اللغوي تمكنت رميسة من قول "ماما" في السن الرابعة، تنطق بعض الحروف وقد ازداد اكتسابها للحروف ونطقهم بعد استفادتها من التكفل الأرففوني في الجمعية مؤخرا. بعض الحروف والإشارات

المفتاحية التي تتواصل بها، لا يفهمها إلا المحيطين بها الأم والإخوة، لديها الاستقلالية في النظافة والأكل والشرب خجولة وتحب الانعزال لا تحب اللعب مع الأطفال تحب العناق والتقبيل.

من خلال الملاحظة أثناء المقابلات توصلنا الى أن رميسة خجولة لا تحب لفت الانتباه والأنظار، علاقتها مع أخويها عادية حسب قول الأم " ... عادي يحبوها... " لا تعاملهم نفس المعاملة هي المفضلة والمدللة من طرف الأم، لا تعاقبها، كما لاحظنا أن رميسة قليلة الابتسامة وتظهر حزينة، لا تعبر عن رغباتها إلا نادرا، كسولة وغير مستعدة للعب مع الأطفال، واستتجنا من ملاحظتنا أن رميسة ليس لديها ثقة في نفسها مع أصدقائها في الجمعية، لا تحاول أن تفرض وجودها ولا تحب اكتشاف المحيط من حولها، كما أنها لا تتكيف مع المواقف الجديدة وتخاف من الغرباء، والتجمعات والحفلات، لا تحب الانضمام الى المجموعة، خجولة وتتفادى النظر مباشرة في العينين، فنوعية العلاقة والمعاملة المتخذة من طرف الأم نوال المتمثلة في الحماية المفرطة جعل علاقات التواصل لدى رميسة ضئيلة وتفاعل من النوع الضعيف، مما يجعل الملاحظ للطفلة رميسة يدرك العزلة والخوف والقلق الظاهرين عليها. وما لوحظ في سياق المقابلات أن رميسة تحب اللعب الفردي وتتفادى اللعب الجماعي مع مجموعة الأقران، كما أنها لا تحب ترتيب القسم أو تقسيم الصابرة، ونادرا ما تطلب الإذن عند رغبتها في شيء معين، أما في المنزل فهي لا تقوم بأي مجهود وما شجع هذا هو سلوك نوال اتجاهها ومعاملتها باعتبارها عاجزة وغير قادرة على فعل شيء وتقوم بتلبية كل رغباتها ولا تعطيها الأوامر ولا تحفزها، فعلاقة رميسة مع أمها نوال تتسم بالحماية المفرطة من خلال تلبية كل حاجياتها بدون ترك لها الفرصة للمحاولة وإتباع إيقاعاتها " ... هي ثقيلة باش دير الصالحة وأنا مقلقة باش ما نضيعش الوقت نلبسها ونغسلها ... أنا ما نقدرش نصبرلها حتى دير الصالحة في غرضها... نخاف على رميسة بزاف ما نقدرش نخليها تلعب مع الدراري..."

هذه المعاملة جعلت رميسة تفقد ثقتها بنفسها وتتعزل ولا تدخل في علاقات اجتماعية خارج المنزل، وهذا ما لوحظ خلال المقابلات أن الحالة نوال لها علاقة سلبية مع ابنتها، ولا تثق في قدراتها ولا تشجعها على الاستقلالية والاجتماعية بحيث لا تترك مجال للتباعد الجسدي ولا تترك لها مجال الاختلاط مع الأقران في الجمعية بحيث نلمس وجود الحماية المفرطة وعلاقة اتكالية، ما انعكس على رميسة وتعاملها مع الأطفال، بحيث تعبر نوال عن عدم ثقتها في إمكانيات رميسة ولا تسعى الى استغلالها وتطويرها إذ تُصرح نوال أنها لم تحاول إدخال رميسة الى المركز النفسي الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا

ولا لأي مدرسة أو حضانة أو أي تكفل آخر سوى التكفل الطبي لأنها تمرض كثيرا ولا تستطيع إخراجها من المنزل في الظروف الجوية الباردة والأمطار: "... نخم غير في مرضها... لو كان نخرجها بزاف تمرض... وزيد نسكن بعيد كلشي بعيد عليا... ما عنديش السيارة باش نديها ونجيبها... أنا لاهية غير في أكلهم وشرابهم مشي عاد نقرىها...". كما ترى أنه لا فائدة من تدريسها وأنها متقبلة حالة رميسة كما هي ولا تسعى الى تحسين نموها: "راني قابلة ابنتي كيما هي عنده تأخر بصح ما عندي مانديرلها .. علاه نتعبها..".

كما لاحظنا أن رميسة تلتصق بوالدتها وبالمرية وتبكي عند مغادرة والدتها، مما يدل على عدم استقرارها النفسي وتعاني من قلق الانفصال، إلا أنها تفهم التعابير الانفعالية من فرح وحزن وغضب وذلك يظهر من خلال استجابتها على كل انفعال بالسلوك المناسب، وهذا راجع الى استفادتها من العلاقات الأولية الضرورية للنمو إذ تم الإعلان عن التشخيص في شهرها السادس، ليس لدى رميسة تثبيت في المرحلة الفمية كمص الإبهام، إلا أن اكتسابها للاستقلالية كان في سن متأخرة نوعا ما، بالإضافة الى عدم تكيفها مع المحيط وعدم اندماجها راجع الى الحماية المفرطة وعدم الخروج من المنزل إلا لزيارة الطبيب، ما عمل على تأخر نموها النفسي الاجتماعي ووجود اضطراب انفعالي وعدم التكيف مع وضعية غياب الأم، ورفض اللعب الجماعي، وما عزز ذلك معاملة الأم نوال لها وإتباع أساليب مواجهة سلبية لمواجهة وضعية ابنتها، إذ ترى نوال أنها انعزلت عن المجتمع وانحصرت علاقاتها الاجتماعية في الذهاب الى الطبيب فقط، وكانت تتمنى أن تتلقى الدعم والمساعدة من عائلتها "... تمنيت لو كان يعاونوني فيها غير بكلمة ... نبكي الليل مع النهار..". وغالبا ما كانت تبكي بشدة حتى الإغماء أو تتناول المهدئات لكي تتمكن من النوم.

كثيرا ما تصاب رميسة بوعكة صحية تستلزم الاستشفاء لعدة أسابيع، ترى نوال أنها تعبت وعانت كثيرا مع رميسة: "... ابنتي تدخل بزاف لمستشفى، تعذبت بزاف معاها... مرات تختنق في الليل نخرج للشارع وحدي نجري نحوس شكون يعاوني ويديني للمستشفى... وأنا خوافة..."(بكاء).

علاقة رميسة بالأطفال منعدمة إلا مؤخرا عند بدايتها الاحتكاك مع أطفال الجمعية، حيث بدأت تبني معهم علاقات من خلال اللعب وتقليدهم والضحك معهم أما عن خروجها من المنزل فهو منعدم ويقتصر على الخروج الى المستشفى فقط: "...ما نخليش رميسة تخرج.. يحقروها الدراري ما تعرفش... رميسة خرجتها غير للطبيب... أنا ما نخرج ما نروح عند العائلة ما نخرجها لأي مكان..."

علاقة رميسة بوالدها تقتصر على زيارته لها الى المنزل أحيانا وتخليه عن رعايتها ماديا ومعنويا لكنها تحبه على حسب قول الأم نوال: "...رميسة مسكينة تبغي أبوها بالرغم هو سامح فيها... لما يدخل من الباب تفرح وتقعده غير تعنق فيه..."

أكثر ما لوحظ في سياق المقابلات أن نوال متشائمة ولا ترى الجانب الايجابي في ابنتها رميسة ولا تطمح في أن يكون لها مستقبل مستقل عنها ولو جزئيا.

3. تطبيق الاختبارات:

1.3 مقياس استراتيجيات المواجهة ETC :

أولا. ظروف تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة ETC : تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة في مكتب المديرية بمقر الجمعية أين كانت تجرى المقابلات العيادية، تم إعلام الحالة بتطبيق المقياس في الحصة المقبلة ثم شرح المقياس للحالة، تمت موافقتها وأظهرت التفهم والتعاون معنا، أعطينا الورقة للحالة لقراءة الفقرات ثم أعدنا قراءة الفقرات لها وشرحها فقرة فقرة وترك الوقت الكافي لإعطاء إجاباتها، لم تتلق صعوبة في فهمها إلا أنها كثيرا ما كانت تعيدها بمصطلحات اللغة الفرنسية وحتى في إعطاء الدرجة المناسبة لكل فقرة، وأكثر ما لاحظناه على الحالة هو التتهد العميق عند قراءة فقرة تتناسب واستجاباتها وسلوكاتها وأحاسيسها في معاشها اليومي مع رميسة

جدول (38) : تقديم نتائج سلم الكوينغ للحالة الأولى نادية

		18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الفقرة
		5	2	3	2	4	3	4	2	2	2	2	4	5	2	2	3	2	1	الدرجة
		36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	الفقرة
		3	3	2	5	1	1	1	1	3	3	3	2	3	5	3	4	2	4	الدرجة
		54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	الفقرة
		5	3	2	5	2	2	1	3	3	1	3	4	1	3	4	1	3	2	الدرجة
المجموع الكلي	المجموع	N	G	F	M	L	E	R	K	D	Q	J	C	P	I	B	O	H	A	
137	47			07			06			08			10			09			07	الفعل
	36		08			07			06			08			10			07		المعلومة
	54	13			12			06			06			09			08			الانفعال
	71	13	08	07				06			06	08				09		07	07	الاجبائي
	76				12	07	06	06		08			10	09	10		08			السلببي

انطلاقاً من ورقة التفريغ رقم (1) للحالة نوال تحصلنا على النتائج التالية :

*نقطة البعد:

- التركيز أو الحفاظ على الفعل ويرمز لها ب A = (07)

- التعاون ويرمز لها ب B = (09)

- الانسحاب السلوكي والاجتماعي ويرمز له ب C = (10)

- التحول السلوكي ويرمز له ب D = (08)

- تعديل وتصحيح الأفعال ويرمز له ب E = (06)

- الانشغال أو الانتهاء ويرمز له ب F = (07)

- الإبقاء أو الحفاظ على المعرفة ويرمز له ب G = (08)

- المساعدة الاجتماعية للمعلومة ويرمز لها ب H = (07)

- الانسحاب الفكري ويرمز له ب A = (10)

- التقبل ويرمز له ب J = (08)

- المراقبة المعرفية والتخطيطية والتنظيمية ويرمز لها ب K = (06)

- الإنكار ويرمز له ب L = (07)

- غزو الانفعال ويرمز له ب M = (12)

- المساعدة الاجتماعية الانفعالية ويرمز لها ب N = (13)

- التعويض ويرمز له ب O = (08)

- التحويل أو الاقلاب بالقيم ويرمز له ب P = (09)

- المراقبة الانفعالية ويرمز لها ب Q = (06)

- العياء النفسي ويرمز له ب R = (06)

إذن نلاحظ أن الحالة نوال استعملت بكثرة الأبعاد التالية وهي بعد المساعدة الاجتماعية الانفعالية ب(13) نقطة، ثم بعد غزو الانفعال ب(12) نقطة، يليها بعد الانسحاب السلوكي والاجتماعي ب(10) نقاط بالتساوي مع بعد الانسحاب الفكري ب(10) نقاط، ثم بعد التحويل والاقلاب بالقيم ب(09) نقاط بالتساوي مع بعد التعاون ب(09) نقاط، يليها بعد التحول السلوكي وبعد الحفاظ على المعرفة وبعد التقبل وبعد التعويض بالتساوي ب(08) نقاط، ثم بعد الإنكار وبعد المساعدة الاجتماعية للمعلومة وبعد الانشغال وبعد الحفاظ على الفعل بالتساوي ب(07) نقاط، وبعد تعديل وتصحيح الأفعال وبعد المراقبة المعرفية التخطيطية وبعد المراقبة الانفعالية وبعد العياء النفسي بالتساوي ب(06) نقاط كآخر الأبعاد استعمالاً من طرف الحالة نوال.

نقطة المجال :

من خلال نتائج سلم الكويينغ توصلنا إلى أن المجال الأكثر استعمالاً من طرف الحالة نوال هو مجال الانفعال ب(54) نقطة وبليها مجال الفعل ب (47) نقطة والمجال الأقل استعمالاً هو المعلومة ب(36) نقطة .

نقطة عامة للكويينغ:

تحصلت نوال على نقطة عامة للكويينغ تمثلت في (137) نقطة.

نقطة الكويينغ الايجابي:

تحصلت الحالة نوال على نقطة كويينغ ايجابية ب(71) نقطة.

نقطة الكويينغ السلبي:

تحصلت نوال على نقطة كويينغ سلبية ب (76) نقطة .

جدول (39) : ورقة التفقيغ رقم (2)

المجموع	الانفعال	المعلومة	الفعل	
27	12 M	08 G	07 A	الإبقاء والحفاظ
29	13 N	07 H	09 B	المساعدة الاجتماعية
28	08 O	10 I	10 C	الانسحاب
25	09 P	08 J	08 D	التحويل والتبديل
18	06 Q	06 K	06 E	المراقبة والتحكم
20	06 R	07 L	07 F	الرفض

- انطلاقاً من ورقة التفريغ رقم (2) للحالة نادية تحصلنا على النتائج التالية :

نقطة عامة لكل إستراتيجية:

من خلال تطبيق سلم استراتيجيات المواجهة (الكوبينغ) ETC P.Tap et al 1997 على الحالة نوال تحصلت على إستراتيجية المساعدة الاجتماعية كأكثر إستراتيجية استعمالاً ب (29) نقطة تتقاطع بأعلى مجال الانفعال ب (13) ومجال الفعل ب(09) نقاط ومجال المعلومة ب (07) نقاط، أي أنها تستعمل إستراتيجية المساعدة الاجتماعية المركزة على الانفعال هذا ما ظهر من خلال المقابلات العيادية في بحثها عن الاهتمام والرعاية من طرف العائلة والأهل ومساعدة الأب لها في الوضعيات الصعبة .

ثم استعملت إستراتيجية الانسحاب ب(28) نقطة على مستوى مجال الفعل والمعلومة بالتساوي ب(10) نقاط ويظهر هذا من خلال انعزالها وعدم المبادرة في التكفل بالوضعيات الصعبة لرميسة عدم التوجه الى المتخصصين. والانسحاب على مستوى مجال الانفعال ب (08) نقاط الذي يتجلى من خلال انعزالها عن المجتمع وانحصار علاقاتها الاجتماعية.

ثم استعملت إستراتيجية الحفاظ والتركيز ب(27) نقطة على مستوى مجال الانفعال ب (12) أي أنها ركزت على الانفعال وهذا يظهر من خلال البكاء والحزن والشعور بالاضطهاد.

ثم استعملت إستراتيجية الاقلام والتبديل ب (25) نقطة على مستوى مجال الانفعال ب (09) نقاط، ثم مجال الفعل والمعلومة ب(08) نقاط

ثم استعملت إستراتيجية الرفض ب(20) نقطة تتقاطع بأعلى مجالي الفعل والمعلومة ب(07) نقاط بالتساوي ثم مجال الانفعال ب (06) نقاط

وكأخر إستراتيجية استعملتها نوال هي إستراتيجية المراقبة ب(18) نقطة بالتساوي مع المجالات الثلاث
 الفعل، المعلومة والانفعال ب(06) نقاط كأضعف نقطة تم استعمالها.

2.3. تقديم نتائج الملح النفسي الاجتماعي PSA للحالة رميسة:

تم إجراء المقياس عن طريق الملاحظة بمساعدة المربية المعلمة كونهما الأكثر احتكاكا مع الطفلة ومعظم فقرات المقياس متعلقة بالقسم والأصدقاء لم تتلق صعوبات في ذلك وقد تم الإجابة على المقياس بسهولة دون الحاجة الى إعادة الشرح.

جدول (40) : الملح النفسي الاجتماعي PSA للحالة رميسة:

النسبة	النقطة	الأبعاد
10%	23	مكتئب/ سعيد
09%	22	قلق / واثق
10%	22	سريع الغضب / متسامح
08%	20	منعزل / مندمج
05%	14	عدواني / متحكم
05%	18	أناني / إجتماعي
06%	19	متعاون / مقاوم
12%	24	مستقل / تابع
11%	44	القدرات الاجتماعية
29%	66	المشاكل الداخلية
05%	50	المشاكل الخارجية
04%	160	التكيف العام

➤ التكيف النفسي العاطفي:

- في سلم مكتئب/ سعيد: النتيجة التي تحصلت عليها الحالة رميسة هي 23 نقطة وهي نتيجة ضعيفة في المجال الأدنى وتميل إلى مجال مكتئب فهي نادرا ما تبتمس وقليلة المرح، غير متحمسة لإظهار الأغاني والسلوكيات التي تعلمتها، لا تضحك بسهولة، لا تعبر عن رغباتها للأشياء، كسولة و غير مستعدة للعب، تظهر متعبة، وكان ذلك بنسبة 10% في ورقة التفريغ الخاصة بالمقياس.

- في سلم قلق/ واثق: تحصلت رميسة على نتيجة 22 نقطة بنسبة 09% وهي في المجال الضعيف بحيث رميسة تبدو قلقة أحيانا، لا تثبت ثقتها بنفسها في الجمعية ومع أصدقائها وأيضا في استكشاف محيطها، ترى مباشرة في العينين عند التحدث معها، ليست فضولية ولا تنجذب نحو الجديد، لا تتكيف بسهولة مع المواقف الجديدة، غالبا ما تخاف وتتفادى الأحداث الجديدة، لا تحب الانضمام الى المجموعة، تميل إلى مجال قلق .

- في سلم سريع الغضب/متسامح: تحصلت رميسة على 22 نقطة مما يعني أنها في معظم الأحيان غاضبة وهي نتيجة ضعيفة في هذا السلم حيث أنها لا تتكيف مع التغيرات في الروتين اليومي، بحيث لا ترحب بالأشخاص الجدد في القسم الخاص بالجمعية سواء أطفالا أو راشدين، غير صبورة، أحيانا تصرخ وتغضب، وتصغي عند التحدث معها، وكان ذلك بنسبة 10%

➤ التفاعل الاجتماعي مع الأصدقاء:

- في سلم منعزل/مدمج: تحصلت رميسة في هذا السلم على 20 نقطة وهي نتيجة ضعيفة، ليس لديها صديقات، لا تبادر للعب وات تقترح ألعاب، تحب اللعب الفردي أما الألعاب الجماعية فهي تحب المراقبة فقط وكانت نسبتها 08% وهي تعني أن رميسة تميل للانعزال.

- سلم عدواني متحكم: قدمت رميسة نتيجة 14 نقطة يدل على أن رميسة بالرغم من أنها لا تبحث عن الشجار مع الأطفال إلا أنها لا تسعى للتقرب من الأصدقاء ولا تبحث عن حلول عند حدوث صراع في المجموعة كما أنها لا تستعمل العنف والعدوانية مع الأطفال أو الراشدين أو مع ذاتها، ليس لديها رغبة في إيذاء الأطفال الأصغر منها سنا.

- **سلم أناني / اجتماعي** : تتموقع نتيجة رميسة في المجال الضعيف ب 18 نقطة هي تحب كثرة الاهتمام بها وتحب أن تستحوذ على الألعاب لنفسها ولا تحب مشاركة أصدقائها لعبها، فنتيجتها في هذا السلم تدل على أنها تميل الى الأنانية وليست اجتماعية.

➤ **التفاعل الاجتماعي مع الراشدين :**

- **سلم متعاون /مقاوم** : قدمت رميسة 19 نقطة في هذا السلم وهي نتيجة تنتمي الى المجال الضعيف فهي طفلة لا تقدم خدمات كترتيب القسم جمع الألعاب وأيضا غير متعاونة ولا تحب المسؤولية كتقسيم الصابرة أو الأوراق على الزملاء في القسم، وغالبا ما تناقض الراشدين (المربية، الأم) ولا تطلب الإذن عندما يستلزم الأمر.

- **سلم مستقل/تابع** : كانت نتيجة رميسة منخفضة تنتمي الى المجال العادي وهي 24 نقطة أي بنسبة 12% هذا يعني أنها مستقلة نوعا ما، لكنها لا تنظم نفسها بنفسها ولا يمكنها أن تقوم بنشاطات في القسم لوحدها بدون مرافقة، تلتصق بالمربية و بالأشخاص الراشدين في النزاهات، أحيانا تبكي عند مغادرة والدتها.

الأبعاد الشاملة:

من خلال الأبعاد القاعدية التي تشكل الأبعاد الشاملة توصلنا إلى أن رميسة غير متكيفة من خلال النتائج التي قدمتها حيث أن في كل مجال تقع نتائجها في الضعيف، سلوكها الاجتماعي وتكيفها العاطفي وقدراتها الاجتماعية منخفضة تعكس مجموعة خصائص ومميزات سلوكية اجتماعية التي تظهر في علاقاتها المضطربة وبالتحديد نتائجها في التكيف العام والقدرات الاجتماعية تقع في المجال الضعيف وهي كالتالي:

- **التكيف العام** : تحصلت على 160 نقطة وهي نتيجة تنتمي الى المجال بنسبة 04% مما يدل على انها لا تتمتع بالتكيف العام في مختلف المجالات بالإضافة الى النتائج التي تحصلت عليها في **المشاكل الداخلية** ب66 نقطة وهي تنتمي الى المجال الأدنى في المستوى العادي ويدل على أن رميسة لديها مشاكل داخلية تعيقها على التكيف النفسي والاجتماعي وكان ذلك بنسبة 29% في حين النتائج التي تحصلت عليها في **المشاكل الخارجية** هي 50 نقطة وهي نتيجة في المجال

الضعيف فوق مما يدل أن لديها مشاكل خارجية تعيقها على التكيف الاجتماعي والنفسي مع الأطفال والراشدين والمحيط.

خلاصة عامة عن الحالة :

-تبين لنا أن نوال بحاجة الى التفريغ والتحدث، فقد كانت كثيرة الطلب على إجراء المقابلات وفي أغلب المقابلات العيادية كانت تعبر عن انفعالاتها بالبكاء وأحيانا نوبات بكاء وقد صرحت بقولها: " قلبي معمر ونبغي نفرغ" مما يدل على أنها عاشت صراعات كثيرة وتحتاج الى تفريغها فبالإضافة الى كون أن المقابلة العيادية هي أداة ووسيلة لجمع المعلومات والمعطيات الضرورية للبحث إلا أن لها دور علاجي وهو التفريغ وإعطاء الفرصة للحالة بالتحدث عن معاشه النفسي وصراعاته وكلما يتحدث عنها يستطيع إفراغ الشحنات الانفعالية المصاحبة لها بالإضافة الى أن التحدث عن المعاش النفسي وعن الصراعات يمكن الحالة من فهمها لها وبالتالي الوصول الى التحكم فيها أو التغلب عليها وتجاوزها.

- تعتبر نوال أنها منذ طفولتها كانت تختلف عن باقي إخوتها بسبب مرضها المزمن - مرض الأمعاء- ولأنها كانت تتبع نظام غذائي معين ولا يسمح لها بالأكل العادي مثل بقية الأطفال هذا ما زاد إحساسها بالاختلاف، وأرجعت مكانتها المميزة مع والدها الى إصابتها بهذا المرض " أنا من صغري قريبة لأبي وعلاقتي معه جيدة لأنني كنت المريضة في أخوتي" وعلاقتها الجيدة مع والدها كانت كتعويض للحرمان من اهتمام أمها بها ومن حنانها نظرا لغيابها المتكرر عن المنزل، ففي نظر نايت عبد السلام: "الطفل المصاب بمرض مزمن يكون بحاجة الى الشعور بالأمن النفسي العاطفي والشعور بالحب والانتماء الى إنسان قريب وغالبا ما تكون الأم الأقرب والأحب الى الطفل فوجود الأم بجانب طفلها يعطيه التشجيع والدعم." (نايت ، 2018) وفي حالة نوال نجد الأب هو الذي لعب دور الأم كما نلاحظ أن هناك حماية مفرطة من طرف الأب منذ صغرها ثم تطورت هذه العلاقة وأصبحت نوال جد متعلقة بوالدها ويمكن أن نقول عنها علاقة اندماجية واثكالية. " فالمرض المزمن عادة ما يقوي من علاقة التبعية والحماية بين الطفل والراشد، فالمريض يبالغ في علاقة التبعية بدون تجاهل المعاناة والالتزامات المفروضة من طرف المرض" (Ginette, 2008,p 185) فالحماية المفرطة التي تلقتها في طفولتها لم تسمح لها بالنمو العادي لشخصيتها، لأنه سببها في مرحلة الطفولة للإسراف في الرعاية والحنان ينتج فرد كسول لا هدف له " علاش نخدم، علاش نتزوج.." فهو يجعله في غنى عن كل مبادرة يوظف فيها إمكانياته الذاتية بشكل لازم بين نضجه ومتطلبات الواقع مما يجعله لا يعرف معنى الرفض والحرمان والغضب ويعجز

عن الاعتماد على نفسه كما أنه لا يتيح الفرصة لتحمل المسؤولية والحياة الجسدية والنفسية بعيدا عن أسرته أو عن الشخص الذي يفرض في حمايته وينهار أمام كل أزمة تواجهه لأنه لم يتعلم كيف يحقق النجاح ويتحمل الفشل. (زيدان، 1986، ص167)

- نوال في جميع مراحل حياتها لم تستطع الاعتماد على نفسها وتحمل مسؤوليتها وبقيت معتمدة كلية على والدها، أي أن تلك المعاملة ولدت لدى نوال الاعتمادية والانتكالية ما صعب عليها تقبل موت والدها والانفصال عنه وشكل لديها رغبة الموت معه ودخلت في مزاج اكتئابي الأعراض، الذي يظهر من خلال الرغبة في الموت والانعزال والبكاء الشديد والحزن والكآبة الظاهرة على وجهها في كل المقابلات العيادية.

- ترعرعت نوال في أسرة الأم فيها هي التي تمثل السلطة في المنزل لأنها كانت مصدر الجانب المادي للعائلة ومستواها الدراسي العالي في ذلك الوقت مقارنة بزوجها، بحيث كان هناك تبادل للأدوار بين الأم والأب فالأب أخذ دور الأم، والأم أخذت دور الأب في التكفل بالجانب المادي للأسرة ما جعل نوال تتعلق بوالدها تعلقا شديدا وجعلها في علاقة نوعا ما اندماجية وانتكالية مع الأب هذا ما إلتمسناه خلال المقابلات عند عدم قدرتها على الانفصال عنه بعد الزواج، واصطدامها بطريقة عيش مختلفة مستوى معيشي متدني زاد من قلقها وخوفها وانتكاليتهما على أبيها ما جعل الأب يواصل عنايته بها ورعايته لها حتى بعد زواجها وإيجاد حلول لكل صعوباتها ومشاكلها، فبالرغم من محاولات الأم أن تجعل نوال تستقل وتتحمّل مسؤوليتها إلا أن والدها في كل مرة يعزز تلك التبعية والانتكالية من خلال محاولته إبعاد كل المشاكل والصعوبات التي تواجهها مما أدى الى انتكالية زوجها عليه هو أيضا.

- اعتبرت نوال حملها عامل تعويضي عن المعاناة التي عاشتها في زواجها واستثمرت جميع مشاعرها في انتظار هذا الطفل ورسم تصورات عنه فالحمل والرغبة في الطفل، والطفل في حد ذاته سيُطمئن الأم والأب على هويتها، فمشروع الطفل الخيالي المستقبلي نسخة خاصة بالوالدين يحققان من خلالهما رغباتهما الغير مشبعة "فرحت وقلت هاذي لي هاذي تنسيني" بمعنى أنها اعتبرته حدثا جديدا سيغير مجرى حياتها الى الأحسن فغالبا ما كانت نوال تبني آمالا كبيرة على الطفل المنتظر والمتوقع يقول في هذا الصدد موريس غانغلي Maurice Ringler 1998 "إن الطفل منتظر قبل وصوله ينتظره الأولياء ويكونون تصورات عنه، وهذه التصورات تمثل القيم الاجتماعية التي يؤسس عليها الضمير الطبيعي لما يريده الأولياء ويتمنونه من الأفضل لأبنائهم" (Ringler, 1998,p 143) فالطفل هو حامل لآمال الأولياء والطفل يكمل نقائص والديه التي يشعرون بها اتجاهه من حولهم ولهذا فان الطفل الخيالي يترجم

صورة خاصة بهما يحققان من خلالها رغباتهما الغير مشبعة. ولهذا دائما يتوقع الأولياء السواء والكمال لطفلها.

- استثمرت نوال كل جهودها في رعاية رميسة دون مراعاة ذلك الإحساس بالاختلاف والتأخر الذي كانت تشعر به في البداية، الأمر الذي ساعد في استفادة رميسة من العلاقات الأولية الضرورية للنمو.

- عاشت نوال صدمة الإعلان عن الإعاقة والإحساس بالألم الذي لا زالت تعبر عنه بالبكاء أثناء المقابلات العيادية، مما يدل على أن الإعلان عن وضعية رميسة شكل لها جرح نرجسي كبير جعلها تدخل في حالة حزن وألم وبالتالي الحداد على الطفل الخيالي فميلاد طفل بإعاقة يعتبر خيبة أمل لدى الأبوين يقول ترينبول Turnbull في هذا الصدد أن " الوالدين يختبران دورة من الحزن تشبه تلك التي يمر بها من فقد شخصا عزيزا عليه فتحدث صدمة فقدان الطفل الخيالي المثالي ويصبح الوالدين في تقهقر وتراجع نرجسي يصاحبه الانعزال، الغضب والإنكار" (Turnbull,1986,p 196) حيث أنها لم تتقبل توافق صورة متلازمة داون مع شكل ابنتها التي تعبر عنه " .. أنا ابنتي عندها الزين ... " أي أن ابنتي لا تشبه متلازمة داون " هي دميتي" ما يدل على عدم التقبل والرفض.

- عدم تقبل عائلة زوجها إعاقة رميسة زاد تعميق الألم والجرح النرجسي لدى نوال، فصدمة الإعلان عن الإعاقة كانت صدمة لكل العائلة التي قابلتها بالرفض وعدم التقبل ما عدا والدها (نوال) الذي كان سندا لها.

- عملت نوال على إثبات قدرتها على أنجاب أطفال عاديين لذاتها ولمن حولها ممن رفضوا وضعية رميسة، فأعادت الإنجاب لطفلين ذكرين عاديين وعبرت بقولها " بغيت نبين بلي كرشى تجيب الدراري" وبهذا كانت نوال تحاول إعادة بناء وترميم نرجسيتها والعمل على تعزيزها.

- تبنت نوال أسلوب الحماية المفرطة نحو ابنتها رميسة حيث نجدها تعيد تلك العلاقة الاندماجية الاتكالية التي كانت تعيشها مع والدها وتسقطها على علاقتها مع ابنتها، بمحاولة إبعاد كل المخاطر عنها ولم تبادر بتعليمها لأنها ترى أنه لا فائدة لذلك فهي تقوم بكل شيء لها وتلبي كل حاجاتها بدون ترك الفرصة للمحاولة " ..هي ثقيلة.. " فالحماية المفرطة تُعَلِّم "العَجْز المُتَعَلِّم" ولا يترك للطفل الفرصة للتجربة والتعلم. هذ ما انعكس على الحالة رميسة ونموها النفسي والاجتماعي فقد توصلنا من خلال الملاحظة أن رميسة طفلة منعزلة وغير مندمجة مع الأطفال، منعدمة الثقة في النفس، قلقة ما أكدته نتائج الملح النفسي

PSA للطفل حيث تحصلت على نتائج ضعيفة في بعدي التفاعل مع الأطفال ومع الراشدين ف في سلم منزل/ مندمج تحصلت على 20 نقطة وهي نتيجة ضعيفة، بحيث ليس لديها صديقات، ولا تبادر للعب ولا تقترح ألعاب، تحب اللعب الفردي أما الألعاب الجماعية فهي تحب المراقبة يعني أن رميسة تميل للانعزال، كما أنها تحب كثرة الاهتمام بها وتحب أن تستحوذ على الألعاب لنفسها ولا تحب مشاركة أصدقائها لعبها فهي تميل الى الأنانية ما يدل على أن الأم تستعمل معها التذليل الزائد والحماية المفرطة.

- نجد لدى نوال مشاعر الرفض والخجل والانسحاب السلوكي والانسحاب الاجتماعي الذي يظهر من خلال انعزالها عن الناس وعدم الخروج مع رميسة الى الشارع إلا بالسيارة وتفادي الزيارات العائلية وهذا ما توصلت إليه نتائج مقياس الكوبينغ بتحصلها على (28) نقطة في إستراتيجية الانسحاب على مستوى مجال **الفعل والمعلومة** بالتساوي ب(10) نقاط ويظهر هذا من خلال انعزالها وعدم المبادرة في التكفل بالوضعية الصعبة لرميسة وعدم التوجه الى المتخصصين، والانسحاب على مستوى مجال **الانفعال** ب(08) نقاط الذي يتجلى من خلال انعزالها عن المجتمع وانحصار علاقاتها الاجتماعية، في هذا الصدد يرى أوكوه Okoh (1985) أن الأولياء يقابلون الإعاقة بالخجل والرفض وإخفاء الطفل ولا يبذلون جهدا في التكفل به وتعليمه أو تدريبه. (براهيمي ، 2006 ، ص42)، هذه الاستراتيجية المتخذة من طرف نوال لم تسمح لها بتحسين الوضعية الصعبة بل عملت على زيادة صعوبة وضعية رميسة من خلال تعميق التأخر الذهني بعزلها عن العالم الخارجي وعدم تعليمها هذا ما توصلت إليه نتائج الملح النفسي الاجتماعي للطفل PSA بتحصلها على نتائج ضعيفة في التكيف النفسي العاطفي 23 نقطة في سلم مكتئب/ سعيد وهي تميل مجال مكتئب فهي نادرا ما تبتسم وقليلة المرح، لا تضحك بسهولة، لا تعبر عن رغباتها للأشياء، كسولة و غير مستعدة للعب، تظهر متعبة، تبدو قلقة أحيانا، لا تثبت ثقتها بنفسها في الجمعية ومع أصدقائها وأيضا في استكشاف محيطها، ترى مباشرة في العينين عند التحدث معها، ليست فضولية ولا تتجذب نحو الجديد، لا تتكيف بسهولة مع المواقف الجديدة، غالبا ما تخاف وتتفادى الأحداث الجديدة، لا تحب الانضمام الى المجموعة.

- غالبا ما تعاني الحالة نوال من مشاعر الذنب " لو كان غير ما رددت في هاذيك الظروف" والحزن والبكاء المتكرر والحزن ودونية الإعاقة، مما يجعلها تستعمل أسلوب الحماية المفرطة فهذا النوع من الدفاع لديه منطلق من ماضي نوال الذي عاشته وبنيته شخصيتها.

- اتخذت نوال إستراتيجية المواجهة التي تركز على الانفعال من خلال التجنب أي تجنب مواجهة
الوضعية " شانديرلها" وكذا تناول المهدئات والهروب الى الخيال " نقول لو كان قعدت في فرنسا خير"، ما
يمكن اعتبارها أسلوب مواجهة سلبي يحول دون التخفيف من ضغط الوضعية وصعوبتها.

- تبحث نوال عن المساعدة الاجتماعية الانفعالية " مكانش لي يوقف معايا"، "قاع يحشموا بيا"،
"مايعرفوش أولادي" أي البحث عن مساعدة العائلة والمقربين بالاهتمام والسؤال أي مساعدة معنوية هذا ما
توصلت إليه نتائج مقياس الكوبينغ ETC فقد حصلت على نتيجة (29) نقطة في إستراتيجية المساندة
الاجتماعية الانفعالية هذا ما ظهر من خلال المقابلات العيادية في بحثها عن الاهتمام والرعاية من
طرف العائلة والأهل ومساعدة الأب لها في الوضعيات الصعبة، الأمر الذي زاد من تقوية الإحساس
بالدونية لديها فبالرغم من حاجتها الكبيرة الى التعاطف الذي كانت تلقاه من طرف والدها إلا أنها لم تعد
تبحث عنه وولد لديها اليأس في الكثير من الأحيان الرغبة في الموت فالمساعدة الاجتماعية الانفعالية
تلعب دورا فعالا في التخفيف من صعوبة الوضعية بحيث نوال تحتاج الى المساعدة الاجتماعية العاطفية
بالدرجة الأولى كما أن هذه المساعدة الاجتماعية تخفف من الاكتئاب يقول فايد حسين محمد 1998: "إن
الفرد بحاجة الى التعاطف والمساندة المعنوية العاطفية" (فايد ، 1998 ، ص157)

- تستعمل نوال إستراتيجية المواجهة التجنبية تظهر من خلال تناولها المهدئات اعتقادا منها أنها
ستخلص من الوضعية الصعبة وضغطها حيث يرى سولس وفليتشر Suls et Fletcher " إن
استراتيجيات المواجهة التجنبية تُحدث راحة مؤقتة وهي أقل فعالية إذا استمر الموقف المهدد" (Suls et
Fletcher, 1985, p126) لهذا نجد لدى نوال أعراض اكتئابية حيث يرى بروشون شويتزر
(Bruchon et al) أن هناك ارتباط بين إستراتيجية التجنب وأعراض القلق والاكتئاب والاضطرابات
السيكوسوماتية. (Bruchon-Schweitzer, 2001, p121) كما أنها تتجنب مواجهة مشكلة رميسة
محاولة تقليص الضيق والتوتر الانفعالي لكي يسهل عليها التعايش مع الوضعية.

- عدم حضور الأب هو يعبر عن الرفض وعدم التقبل لوضعية رميسة، الذي يظهر من خلال التخلي
عن مسؤولياته اتجاهها، والابتعاد النفسي والجسدي عنها لتقادي مواجهة ألم فقدان الطفل الخيالي من جهة
والجرح النرجسي من جهة ثانية، جعله هذا يهمل واجباته وعلاقاته الضرورية لنمو الطفلة رميسة بالإضافة
الى تحميل كل أعباء المسؤولية للام نوال وعدم مساعدتها ومساندتها في مواجهة الوضعية الصعبة الأمر
الذي دفع بالحالة نوال لاتخاذ إستراتيجيات مواجهة سلبية لا تساعد على تخطي الوضعية ولا على النمو
النفسي الاجتماعي للطفلة رميسة.

دراسة الحالة الخامسة

1. تقديم الحالة:

الحالة صليحة تبلغ من العمر 52 سنة طويلة القامة ونحيلة الجسم سمراء البشرة ترتدي الحجاب، هندامها نظيف غير مرتب، لا تهتم بأناقته، ذات عينين لامعتين كثيرة الابتسامة، يبدو عليها التعب وكثيرة التجاعيد على وجهها، لا تعاني من أي تشوهات أو إعاقات، غير متحمسة لإجراء المقابلات، وغير منضبطة في مواعيد المقابلة، وكثيرة الغياب، زيارتها للجمعية قليلة جدا بحجة انشغالاتها الكثيرة في المنزل، والزيارات الكثير للأهل والأقارب. تم إجراء 15 مقابلة بواقع حصة واحدة في أسبوعين كانت مدة المقابلة من 45 دقيقة الى ساعة على حسب هدف المقابلة، الاتصال معها سهلا في جميع المقابلات، قليلا ما تبادل صليحة بالكلام مترددة في طرح الأسئلة وخجولة. اتضح من خلال المقابلات أن صليحة أم لخمس أبناء ثلاثة ذكور وأنثيين الطفلة الصغرى فيال مصابة بمتلازمة داون، غالبا ما تتفعل وتبكي صليحة عند التحدث عن إعلان إعاقة ابنتها، وكثيرا ما كانت تركز في حديثها أثناء المقابلات على طرق تعليم طفلتها الاستقلالية في مهارات العناية بالذات. تميزت لغة صليحة بالوضوح والخلو من أي اضطراب كما أنها تتكلم بوتيرة منخفضة، أفكارها متسلسلة ومترابطة في الحدث والزمن إذ تكمل ما بدأت سابقا ما يدل على أنها تتمتع بذاكرة جيدة فهي تستطيع استحضار ذكريات طفولتها بسهولة وسرد الأحداث القريبة والبعيدة المدى، علاقتها مع زوجها جيدة، وكذلك علاقتها بعائلتها وعائلة زوجها جيدة، تتبادل معهم الزيارات بشكل دائم ومنتظام ولمدة تفوق الأسبوع "...هاذي هي عادتنا هوما يقعدو عندي 15 و20 يوم وأنا نقعد عندهم حتى لشهر...زوجي يبغي هاك..."، بالإضافة الى علاقاتها الجيدة مع أمهات الجمعية. يعمل والد فيال موظف بالولاية، يصطحب ابنته وزوجته للجمعية لكن يمتنع الدخول، ورفض إجراء المقابلة العيادية.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

أولا . السوابق العائلية:

ترعرعت صليحة في أسرة محافظة مكونة من الأب والأم وسبعة إخوة أربع إناث وثلاثة ذكور، تحتل المرتبة الثالثة في ترتيب الإخوة والثانية في ترتيب الأخوات الإناث، علاقتها بوالدتها جيدة أما والدها فكان متشددا ومتسلطا على حسب قولها: "...بويا كان قبيح بزاف مكانش لي يهدر قدامه كي يدخل للدار قاع

نتخبوا... ما كان يديرنا والو غير نهيبوه، ما يهدرش كامل معنا... " وكانت والدتهم هي همزة الوصل بينهم وبين والدهم عندما يريدون شيئاً ما، وهي التي تخبر زوجها ولا مجال للتواصل بينهم.

كانت أسرة صليحة تعتمد على التربية التقليدية أين الأب هو السلطة والقانون والأم هي الحب والحنان حيث لم تكن تربطها مع الأب أي رابطة عاطفية، بل يوجد مسافة بين الأب وأبنائه ولا يوجد لقاء نفسي بين الأب والحالة، والأم هي التي كانت همزة وصل بين الأب وأبنائه وهذا ما كان يميز أغلب العائلات في المجتمع الجزائري في ذلك الوقت، يقول في هذا الصدد ح.فسيان (2006): "... العلاقة بين الأب وأبنائه مبنية على الخوف وهذا الخوف لا يبرره الأب بقدر ما تبرره الأم فالخوف من الأب بحذ ذاته هو بفعل الأم خاصة هي التي تبلغه..." (Fsian H., 2006, 112) إذ تُصرح الحالة بقولها: "...كنا نخافو من بويّا كي يدخل للدار قاع نتخبوا، مكان يديرنا والو غي نهيبوه..." أي أن وظيفة الأب داخل الأسرة هي السلطة والقانون والهبة، يضيف جاك لاقان (J.Lacan, 1996): " إن داخل اسم الأب نتعرف على الركيّة للوظيفة الرمزية التي منذ بداية زمن التاريخ تَمَاهِي شَخْصِهِ إلى صورة القانون" (J.Lacan, 1996) في نظر صليحة الأب كان خط أحمر لا يجب التقرب منه ولا التكلم معه فهو السلطة في المنزل، لأنه في معتقدتهم السائد أنه بمجرد التكلم مع الأبناء في الأمور العادية اليومية سوف يفقد الأب هيئته وسلطته.

زاولت صليحة دراستها إلى غاية السنة التاسعة أساسي بعد رسوبها توجهت إلى التكوين المهني وتكونت في السكرتارية وبعدها مكثت في المنزل مدة من الزمن ثم بدأت تبحث عن عمل، بالرغم من التربية التقليدية والظروف الأمنية الصعبة للبلاد في تلك الفترة حاولت صليحة الخروج من التبعية المادية للأب والإخوة ومحاولة إثبات ذاتها ومكانتها من خلال دخول مجال العمل كعون إداري بالولاية، في نظرها العمل سيعطيها استقلالية مادية ويمكنها من شراء ما يلزمها من حاجيات دون اللجوء إلى الأب أو الأخ في هذا الصدد يدعم رأيها الباحث عوفي مصطفى (2003) بقوله: "... العمل يضمن للمرأة حياة اجتماعية واقتصادية ملائمة بدلا من الاعتماد على مساعدة وإحسان الآخرين بالإضافة إلى الاحترام بما تقدمه من إسهامات اجتماعية واقتصادية على مستوى الأسرة والمجتمع ككل..." (عوفي، 2003، ص 143)

عملت صليحة بمقر الولاية لمدة 25 سنة، وتعتبر أن فترة عملها هي أجمل الفترات التي عاشتها، دخول صليحة مجال العمل لم يمكنها من الاستقلالية المادية واثبات ذاتها فقط، وإنما مكنتها أيضا من اكتشاف

الحب وتوظيف العاطفة، لان الفرد مهما كان يحتاج للتشبث بشخص ما وبحاجة إلى دور ومكانة في الوسط الذي ينتمي إليه، ما يقوي ويزيد من تقديره لذاته لان وجوده مرتبط بوجود الآخر، وهذا ما يشجع علاقاته بالآخرين، إذ تزوجت صليحة في السن 27 عاما، تعرفت على زوجها في العمل الذي كان زميلا لها، وعاشا قصة حب على حسب تصريحها: "... تلاقيت راجلي في الخدمة عجبني وعجبته، كنا نتلاقوا فالمكتب تاع صحبتي درنا بزاف مغامرات فوتتا أيام شابين، (تبتسم، وتفرح) أحلى أيامي، بغينا بعضانا بالرغم صغير عليا بخمس سنين، درنا المستحيل باش نكونو مع بعض، دارهم ما بغاونيش مين كبيرة عليه بصح هو هبل باش داني ومن بعد كي عرفو عقليتي بغاوني..."، فميدان العمل مكن الحالة صليحة من تحقيق رغباتها تماشيا مع متطلبات الواقع (المتمثل في الجانب المادي، الاستقلالية والحب) فالعمل كان كمشروع حياة بالنسبة لها زاد من تقديرها لذاتها، وحدث ما يسمى بتساوي بين الواقع والرغبة فالواقع يتطلب التكيف والاندماج والرغبة تتطلب الإرادة لتأكيد الذات والحاجة الملحة للتنفيذ، لكن ممكن عدم ضرورة تماشي الواقع مع الرغبة، إذ يمكن للرغبة أن تصبح مستقلة يقول الباحث هوتو M.Huteau 1993: " الرغبة يمكن أن تصبح مستقلة وتتطور في الخيال أي استقلالية من كل الواجبات الاجتماعية وهنا الفرد يأخذ ويتبنى هذه الرغبات من أجل الواقع، وكما يمكن أن تكون منعدمة وهذا لتعرضها للضغوطات الاجتماعية وهنا الفرد يأخذ ويتبنى الواقع من أجل رغباته"، (Huteau, 1993, p11) هذا ما جعل صليحة تثقتها بنفسها تزيد وشجاعة أكبر للاستمرار في علاقتها العاطفية بالرغم من رفض العائلة وتحدي فكرة وجوب أن يكون الرجل أكبر سنا من المرأة كشرط من شروط الارتباط والزواج..." بالرغم صغير عليا بخمس سنين، درنا المستحيل باش نكونو مع بعض..." . تؤكد صليحة على استمرارية حب زوجها إلى يومنا هذا "...مازلنا نحبو بعضانا كيما الأول علابيها جبنا خمس دراري (تضحك) بصح غيار بزاف حبسني من الخدمة كي ولدت الولد الثالث قالي قعدي في الدار ما نعملش تخدمي فالبيرويات مع الرجال وربي ولادك"، بعد إنجابها للطفل الثالث عادت صليحة إلى نقطة البداية والعودة إلى القيود التي يفرضها المجتمع بعاداته وتقاليده، حيث أن المرأة مكانها في المنزل ودورها يقتصر على الولادة وتربية الأطفال والعمل للرجل، بحجة غيرة الزوج عليها استطاع إرجاعها إلى نقطة البداية، وهي الهيمنة الذكورية ورجوعها إلى التبعية للرجل في هذا الصدد يقول الباحث كولومب (Collomb.H : 1985): " المرأة في مجتمع شمال إفريقيا مكانتها الاجتماعية هي وضعية التبعية والخضوع ويقتصر دورها في الولادة والأعمال المنزلية وتربية الأطفال" (Collomb, 1985) فالمجتمع هو الذي أعاد تحديد مكانتها يضيف هنا الباحث فسيان.ح: "تبقى المكانة خاضعة لمحددات نفسية اجتماعية ترسخ في الواقع الاجتماعي وتحاول

تعيين كل جنس مكانه " (Fsian H. ,2006, 223)، فالمرأة والأم الجيدة في مجتمعنا هي التي تكمل الطقوس والعادات وتحترم الممنوعات الموجودة في الحياة اليومية " راجلي ماحملش نخدم معاه في بيرو واحد ويشوفوني الرجال، غيار قالي قعدي فالدان ربي ولادك...".

وبما أن الطفل يعتبر امتدادا للنسل ورمز لدوام الاسم العائلي واستمراره في أحلام الأبوين حول مصيره وكيفية جعله كنموذجهم أو بالصورة التي يرونها، أنجبت صليحة خمسة أطفال ثلاث ذكور وأنثيين، الابن الأكبر 20 سنة ثم البنت 17 سنة وابن 15 سنة وابن 8 سنوات وابنة 6 سنوات فريال تعاني من متلازمة داون، وعبرت عن حبها هي وزوجها للأطفال والإنجاب تقول : "....حنا نبغو الدراري علابيها ولدنا بزاف...." فالأم هي قبل كل شيء الوالدة التي تعطي أبناء لخلف زوجها ومن هنا تجد وضعيتها وتفرض احترامها في العائلة بواسطة إنتاجها الديموغرافي، وكلما أعطت عدد أكبر من الأولاد الذكور كلما زاد تحسن وضعها في عائلة زوجها: " فإشكالية الزوجين يعطي لها الحمل معنى وتستقر في نموذج التوازن العائلي والذي تتطوي عليه الضرورات الثقافية وتعاقب الأجيال" (Bourrat et al 2003,78) علاقة صليحة مع عائلتها عادية، أما علاقتها مع عائلة زوجها جيدة خصوصا حماتها (أم زوجها) التي تعتبرها مصدر دعم وسند في حياتها اليومية خصوصا مع ابنتها فريال.

ثانيا. السوابق الشخصية:

وُلِدَتِ الطفلة فريال بعد حمل مرغوب فيه، لان صليحة وزوجها يحبان إنجاب الأطفال وتوسيع عدد أفراد العائلة على حسب قولها: "... حنا نبغو الدراري، وكنت باغية نزيد بنت وحد أخرى...". كانت ظروف الحمل بالنسبة لصليحة سهلة وتمت ولادة فريال طبيعيا في المستشفى، حسب قول صليحة أن فريال صرخت بشكل طبيعي وكان وزنها عادي، لكنها لم تتلق رضاعة طبيعية بسبب الصعوبات التي كانت لديها في المص والبلع وكثرة الاختناقات، لهذا وبعد شهر من ولادتها توجهت صليحة إلى طبيب الأطفال لمعالجة هذه الاختناقات وعندها تم الإعلان عن تشخيص إصابة فريال بمتلازمة داون بدون تحضيرات: "...كي ديتها للطبيب قالي بلي مونغوليان (تغير نبرة الصوت واحمرار الوجه) سكين وضربوني بيه للقلب (تضرب يدها في صدرها بقوة مكان القلب وتبكي)، حياتي ما توقعت نجيب مونغوليان (صمت والإجهاش بالبكاء)..."، كما تلقى زوج صليحة صدمة هو الآخر عند الإعلان عن إصابة ابنته بمتلازمة داون على حسب قولها "... راجلي مين عرف بكا بزاف، لزوج نضرينا..." صرحت

صليحة أنه كان لديها إحساس بان طفلتها غير عادية لأنها لاحظت فيها أعراض لم تلاحظها في أبنائها السابقين كإرتخاء العضلات، وعدم الاحتجاج عند الجوع وعبرت بقولها: "... كانت مرخية بزاف لو كان ما نوضهاش ترضع ما تطلبش الحليب وحدها وما تبكيش عاقلة بزاف مشي كيما أولادي لي قبلها..."

عاشت صليحة حالة حزن بعد الإعلان عن إصابة فريال بمتلازمة داون وانعزلت عن العالم الخارجي وقد اعتبرت وضعية فريال وضعاً غريباً مجهولاً مليء بالخطر من جهة، والإحساس اتجاهها بالشفقة من جهة أخرى: "... كنت نبكي بزاف وكل وقت، تشفني بنتي مسكينة، كنت هايتها وخايفة عليها"

تلقت صليحة السند والدعم من عائلتها وخصوصاً عائلة زوجها "... عجوزتي عاونتني فيها كانت دايماً تقولي هاذي عطاها لك ربي، ربي يمدهم غير للناس لي بيغيهم، تقولي هاذي تكبر وتولي شابة وتقرى، لو كان مشي عجوزتي كانت تردلي الرأي وتهدر عليا لو كان راني هبلت، أصعب حاجة هي تكون بنتك مريضة مونغوليان (بكاء)...". اقتصرت علاقات صليحة بابنتها فريال بتلبية حاجاتها البيولوجية، بدون إثراء التفاعلات الأولية "... ما كنتش نلعب معاها ولا نحوس عليها نوكلها نشربها وخلص ولو كان ما نتفكرهاش بالماكلة ما تبكيش قاع لو كان تقعد بالجوع..." هذا ما أثر على نوعية التعلق بين الأم وابنتها وتأثيره على النمو النفسي والحسي والحركي والاجتماعي للطفلة فريال، بحيث أنها لم تتلق الرضاعة الطبيعية، لا تتذكر الأم صليحة ظهور الابتسامة الأولى لفريال، لم تكن فريال تعبر عن حاجتها للأكل والنظافة، تمكنت من الجلوس في الشهر 24، والوقوف في السن الثالثة أما المشي في السن الرابعة ما يعني أن فريال كان لديها تأخر حسي حركي واضح، تعلمت استقلالية الأكل في حوالي السن الرابعة، فالتفاعل النفسي والتحفيز كان ضعيف جداً من الأولياء والإخوة، ما عمل على تعميق التأخر لدى فريال النفسي والاجتماعي والحركي والمعرفي، بالإضافة إلى انعزال الأم وطفلتها عن العالم الخارجي فكثيراً ما كانت تصورات صليحة حول فريال غامضة "... قلت شاغادية ندير معاها هاذي، زعمة تعيشلي، الصراحة كنت دائماً قاطعة لياس بلي تعيش..."

تري صليحة أنها انعزلت بعض الشيء بعد ميلاد فريال "...كنت نتفادي نروح عند الاقارب باش ما يشوفوهاش غير دار راجلي ولا دارنا...منبغيش كي يقعدو يسقسو فيا عليها ويشوفو فيا ديك الشوفة...."

تعتبر صليحة أن تربية فريال هي الأسهل من بين إخوتها ".....ما غبنتنيش في تربيتها ما تكيش قاع لا في جوع ولا في مرض ولا في سنين ما عبيتلهاش قاع حتى نلقى سنة باينة....عجوزتي كانت تدلكلها كرعيعها باش تقصاح"

ثالثا. الحالة الراهنة:

فريال تبلغ من العمر ستة سنوات مصابة بمتلازمة داون، جميلة وتشبه الدمى الى حد كبير، بيضاء البشرة شعرها اسود وأملس ممتلئة الجسم وغالبا ما يلقبونها بالدمية، هدامها نظيف ومرتب ومتناسق، تعاني من نقص إفراز الغدة الذرقية، الحساسية والتهاب اللوزتين المتكرر، حركتها بطيئة ولا تستطيع النزول أو الصعود من وإلى السلالم لوحدها، بحيث لديها صعوبة في تنسيق حركات رجليها وهذا راجع الى انعدام التربية الحس حركية، فريال تبدو خجولة ومترددة، تبكي لأتفه الأسباب ولا تدافع عن نفسها يسيطرون عليها بسهولة، بالرغم من أنهم أصغر منها سنا، كان الاتصال معها صعبا، منعزلة وغالبا ما تبقى جالسة في حضن أمها، ليست اجتماعية وليس لديها أصدقاء سوى أطفال الجمعية، لغة فريال عبارة عن بعض الحروف والإشارات وتعبير عن الجملة بحرف معين يبقى -ككلمة مفتاحية- بينها وبين من يحيطون بها. لم تكتسب فريال استقلاليتها بعد في النظافة لا تزال تلبس الحفاضة، استقلاليتها تنحصر في الأكل والشرب فقط. أما في تعاملها مع الأشخاص الراشدين تتميز بالخوف والخجل والاختباء في أغلب الأحيان وراء الأم. من خلال الملاحظة أثناء المقابلات توصلنا الى أن فريال خجولة، تحب اللعب بالهاتف النقال ومشاهدة الرسوم المتحركة، علاقتها بإخوتها تتسم بالتدليل : "... إختها بيغوها ومقلشينها خطرات خوها الصغير يلعب معاها ويكره مين ما تفهمش بلخف وثقيلة في الفهامة..." كما لاحظنا أن فريال نادرا ما تبتم وتظهر حزينة في أغلب الأحيان، مزاجها متقلب، لا تعبر عن رغباتها، كسولة وغير مستعدة للعب، كما استنتجنا من ملاحظتنا أن أكثر ما يميز فريال أنها لا تملك ثقة بنفسها لا في القسم مع المعلمة والمربية والأصدقاء، لا تحب اكتشاف المحيط من حولها، تبدو أحيانا قلقة وغير واثقة لا تستطيع أن تقوم بما يطلب منها، ولا تبادر في القيام ببعض الأشغال في القسم الخاص بالجمعية مع المربية أو المختصة النفسية أو مع أصدقائها ولا تميل الى استكشاف محيطها ، لا تتكيف مع التغيرات التي تطرأ في الروتين اليومي ولا ترحب بالأشخاص الجدد بعدم مبالاتها بهم في القسم سواء أطفالا أو راشدين، كما لاحظنا أن فريال ليس لديها صديقات ولا تلعب بطريقة منظمة ولا تحب الألعاب الجماعية بل تفضل الألعاب الفردية،

وفي أغلب الأحيان تكون غائبة في المجموعة، لا تعبر عن رغبتها في اللعب مع الأطفال كما أنها تعمل بصعوبة في المجموعة وتكتفي بمراقبتهم.

توصلنا من خلال الملاحظة أنها طفلة غير عدوانية بحيث لا تبحث عن الشجار مع الأطفال الآخرين، تبقى هادئة عندما يكون صراع في المجموعة، لا تعض ولا تترك الأطفال الآخرين لكن في نفس الوقت هي غير متحكمة في تفاعلها مع الأطفال الآخرين بحيث أنها لا تتعاون مع الأطفال في العمل الجماعي، لا تعترف بانشغالات الآخرين ولا تساعد تلقائيا في جمع الأشياء المبعثرة، كما أنها ترفض مشاركة ألعابها مع الأطفال الآخرين، وكثيرا ما تغار من الأطفال الأصغر منها سنا ولا تحب اهتمام الراشدين بهم. أكثر ما يميز فريال أنها لا تتقبل تدخل الآخرين في لعبتها أو نشاطها، لا تساعد في الأعمال بانتظام كتوزيع الصابرة، لا تقبل بالتسوية حتى وان شرحنا لها ذلك، تتجاهل إلتباع الأوامر وتواصل أعمالها، وأحيانا تُناقض ما تمليه عليها المربية، كما أنها لا تطلب الإذن عندما يتطلب الأمر ذلك.

لا تبادل فريال مع الأشخاص الجدد في الجمعية أو خارجها، غير مستقلة في النظافة وغير مستقلة عن والدتها في تلبية حاجاتها البيولوجية، لا تنظم نفسها بنفسها، لا تحاول حل مشاكلها بنفسها، وهي دائما بحاجة الى شخص راشد سواء المربية أو المختصة النفسية أو الأم لكي تشتغل في نشاط معين، وغالبا ما تلتصق بالمربية أو الأم في النزعات وحتى الحفلات، بالإضافة الى بكائها عند مغادرة أمها القاعة أو القسم. تمكنت من المشي في السن الرابعة وستة أشهر، لا تحب الابتعاد عن أمها، تبقى في المنزل وليس لديها أي نشاط تقوم به حيث أنها لم تلتحق بأي روضة ولا مركز فقط الجمعية ولا تستفيد من أي تكفل متخصص، متعلقة جدا بالهاتف النقال حيث تصرح الأم صليحة: "... باش ما تهبلنيش نمدلها التليفون تقعد قاع النهار وهي تلعب بيه، لا مأكلة لا شراب تحسب قاع ما كايناش، تعرفله خير مني....(تضحك)"

أما عن تعليمها فترجع الأم صليحة ذلك بانشغالها الدائم بأعمال المنزل: "... ما عنديش الوقت باش نلتها بيها ولا نعلمها..."، وغالبا ما تلمح بعدم فائدة تعليمها وان قدراتها محدودة جدا حيث تصرح بقولها: "... قاع إذا علمتها شاغادية دير... غير نفورصي عليها على باطل راها قاعدة معايا فالدار وراني رافدتها ". علاقة فريال بأبيها جيدة لكن تتسم بالحماية المفرطة: "...تبغي بوها بزاف ويبغيها، لو كان ما ترقدتش حداه ما تخمضتش عينها هو مقلشها بزاف تمسيه في عينها وما تمسيش فيها... "

تري صليحة أن فريال لا زالت صغيرة على التعلم، وكثيرا ما تشفق عليها خصوصا في إكسابها وتعليمها الاستقلالية "... تشفني مسكينة نقلعلها la couche في البرد نخافها تنفخ على روحها وتبرد... "

تقوم صليحة بتلبية كل حاجيات فريال وكل مهارات العناية بالذات منذ أن كانت رضیعة الى غاية الحالة الراهنة "... ما عندي ما ندير هي ما تفهمش وما تعرفش ما نعيها باش تتعلم ووالو... "

3. تطبيق الاختبارات:

1.3 مقياس استراتيجيات المواجهة ETC:

أولا. ظروف تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة ETC:

تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة في مكتب المديرية بمقر الجمعية أين كانت تجري المقابلات العيادية، تم إعلام الحالة بتطبيق المقياس في المقابلة المقبلة ثم شرح المقياس، تمت الموافقة من طرف الحالة صليحة وأظهرت التفاهم والتعاون معنا، أعطينا الورقة للحالة لقراءة الفقرات كانت لديها بعض الصعوبة في القراءة لضعف بصرها، ثم أعدنا قراءة الفقرات لها وشرحها فقرة فقرة وترك الوقت الكافي لإعطاء إجابتها، لم تتلق صعوبة في فهمها وحتى في إعطاء الدرجة المناسبة لكل فقرة، لم تكن مترددة أو متوترة وأظهرت الثقة والتأكد في إجاباتها.

جدول (41) : تقديم نتائج سلم الكوبينغ للحالة صليحة

الفقرة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
الدرجة	1	2	5	2	2	4	2	2	2	2	2	5	3	4	3	3	3	4
الفقرة	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
الدرجة	2	3	1	2	2	2	5	3	2	2	2	4	1	2	3	3	2	2
الفقرة	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
الدرجة	2	2	1	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	4	3	2	4
	A	H	O	B	I	C	P	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N
المجموع الكلي																		
الفعل	5			7			12			7			7			9		47
المعلومة		7					07				6			9			7	43
الانفعال								6				12			10			54
الايجابي	5	7		7				6	7						9	7	10	64
السلبي										7			12	9	7			80

انطلاقاً من ورقة التفريغ رقم (1) للحالة صليحة تحصلنا على النتائج التالية :

نقطة البعد:

الإبقاء أو الحفاظ على الفعل ويرمز لها ب A = (5)

التعاون ويرمز لها ب B = (7)

الانسحاب السلوكي والاجتماعي ويرمز له ب C = (12)

التحول السلوكي ويرمز له ب D = (7)

تعديل وتصحيح الأفعال ويرمز له ب E = (7)

الانشغال أو الانتهاء ويرمز له ب f = (9)

الإبقاء أو الحفاظ على المعرفة ويرمز له ب G = (7)

المساعدة الاجتماعية للمعلومة ويرمز لها ب H = (7)

الانسحاب الفكري ويرمز له ب I = (7)

التقبل ويرمز له ب J = (7)

المراقبة المعرفية والتخطيطية والتنظيمية ويرمز لها ب K = (6)

الإنكار ويرمز له ب L = (9)

غزو الانفعال ويرمز له ب M = (10)

المساعدة الاجتماعية الانفعالية يرمز لها ب N = (10)

التعويض ويرمز له ب O = (7)

التحويل أو الاقلاب بالقيم ويرمز له ب P = (9)

المراقبة الانفعالية ويرمز لها ب Q = (6)

العياء النفسي ويرمز له ب R = (12)

إذن نلاحظ أن الحالة صليحة استعملت بكثرة الأبعاد التالية وهي الانسحاب السلوكي والاجتماعي ب (12) نقطة بالتساوي مع العياء النفسي ب (12) نقطة يليها بعد غزو الانفعال ب (10) نقطة بالتساوي مع بعد المساعدة الاجتماعية الانفعالية ب (10) نقطة ثم يليها بعد التحويل والاقلاب ب (9) نقطة بالتساوي مع بعد الانشغال والالتقاء ب (9) نقطة بالتساوي مع بعد الانكار ب (9) نقطة .

نقطة المجال :

من خلال نتائج سلم الكوبينغ توصلنا إلى أن المجال الأكثر استعمالا من طرف الحالة هو مجال الانفعال ب (54) نقطة يليها مجال الفعل ب (47) نقطة والمجال الذي يليه بخمسة نقاط هو المعلومة ب (43) نقطة .

نقطة عامة للكويينغ:

تحصلت صليحة على نقطة عامة للكويينغ تمثلت في (144) نقطة.

نقطة الكويينغ الايجابي:

تحصلت الحالة صليحة على نقطة كويينغ ايجابية ب (64) نقطة.

نقطة الكويينغ السلبي:

تحصلت صليحة على نقطة كويينغ سلبية ب (80) نقطة .

جدول (42) : ورقة التفريغ رقم (2)

المجموع	الانفعال	المعلومة	الفعل	
22	10 M	07 G	05 A	الإبقاء والحفاظ
24	10 N	07 H	07 B	المساعدة الاجتماعية
26	07 O	07 I	12 C	الانسحاب
23	09 P	07 J	07 D	التحويل والتبديل
19	06 Q	06 K	07 E	المراقبة والتحكم
30	12 R	09 L	09 F	الرفض

انطلاقا من ورقة التفريغ رقم (2) للحالة صليحة تحصلنا على النتائج التالية :

نقطة عامة لكل إستراتيجية:

تحصلت صليحة على إستراتيجية الرفض كأكثر إستراتيجية استعمالاً ب(30) نقطة تتقاطع بأعلى نقطة في مجال الانفعال ب(12) نقطة، أي أن صليحة تستعمل إستراتيجية رفض المواجهة الانفعالية للوضعية الصعبة لابنتها فريال وظهر هذا من خلال المقابلات العيادية في قولها "... مازالت صغيرة باش تتعلم...". وتتظاهر كأن المشكل -إعاقة- لم يقع أو غير موجود وتتشغل بأمر أخرى وتبحث في أمور أخرى كالأعمال المنزلية، الزيارات العائلية "... ما عنديش الوقت قاع باش نلهاها..."

تليها إستراتيجية الانسحاب ب(26) نقطة تتقاطع بأعلى نقطة في مجال الفعل ب(12) نقطة، يعني انسحاب الفعل يظهر من خلال المقابلات بعدم المبادرة في تعليمها مهارات العناية بالذات والاستقلالية، وفي التعليم الأكاديمي بعدم إدخالها إلى الروضة أو المركز "... شاغادية دير علاه نقيهاها..." والانسحاب السلوكي الاجتماعي وظهر هذا من خلال انطوائها على نفسها، وتقادي الالتقاء بالآخرين "... نتقادي نروح عند الأقارب باش ما يشوفوهاش غير دار راجلي ولا دارنا، منبغيش كي يقعدو يسقسو فيا عليها ويشوفو فيا ديك الشوفة..." بالإضافة إلى زيارتها القليلة جداً إلى الجمعية وتقادي التحدث مع الأمهات، ثم انسحاب المعلومة والانفعال بحيث ترفض التفكير الصائب وتعمل على النسيان العاطفي لنسيان الصعوبة والعراقيل "...قاع إذا علمتها شاغادي دير، غير نفورصي عليها على باطل راها قاعدة معايا فالدار وراني رافدتها..."

ثم إستراتيجية المساندة الاجتماعية ب(24) نقطة تتقاطع بأعلى نقطة مع مجال الانفعال ب(10) نقاط، أي المساندة الاجتماعية الانفعالية وتعني الحاجة للآخر وتعود للأشخاص الذين يستطيعون المآزرة والمساندة وفي حالة صليحة نجد الحماية أم الزوج "... لو كان مشي عجوزتي كانت تردلي الرأي وتهدر عليا لو كان راني هبلت..."

ثم إستراتيجية الاقلاق ب(23) نقطة تتقاطع بأعلى نقطة في مجال الانفعال ب(09) نقاط، أي اقلاب الانفعال وهنا نجد عند صليحة الاقلاب والتبديل عن طريق القيم حيث ترجع إلى الله والقضاء والقدر "...ندير ربي في قلبي..."

ثم إستراتيجية الحفاظ والإبقاء ب(22) نقطة تتقاطع بأعلى نقطة في مجال الانفعال ب(10) نقاط أي إستراتيجية الإبقاء والتركيز على الانفعال هذا ما اتضح من خلال المقابلات في التعبير عن انفعالاتها بالبكاء الكثير، وغياب التصورات حول ابنتها فريال وربطها بالعجز الدائم.

وفي الأخير إستراتيجية المراقبة ب(19) نقطة كأضعف نقطة تتقاطع بأعلى نقطة في مجال الفعل ب(7) نقاط.

2.3. تقديم نتائج الملح النفسي الاجتماعي PSA للحالة فريال

تم إجراء المقياس عن طريق الملاحظة بمساعدة المريية والمعلمة كونهما الأكثر احتكاكا مع الطفلة ومعظم فقرات المقياس متعلقة بالقسم والأصدقاء، لم تتلقيا صعوبات في ذلك وقد تم الإجابة على المقياس بسهولة دون الحاجة إلى إعادة الشرح.

جدول (43): الملح النفسي الاجتماعي PSA للحالة فريال

النسبة	النقطة	الأبعاد
30%	17	مكتئب / سعيد
34%	20	قلق / واثق
30%	16	سريع الغضب / متسامح
30%	14	منعزل / مندمج
41%	30	عدواني / متحكم
30%	16	أناني / إجتماعي
30%	14	متعاون / مقاوم
41%	30	مستقل / تابع
%	44	القدرات الاجتماعية
%	37	المشاكل الداخلية
%	68	المشاكل الخارجية
%	149	التكيف العام

➤ التكيف النفسي العاطفي:

- في سلم مكتئب/ سعيد: النتيجة التي تحصلت عليها الحالة فريال في هذا السلم هي 17 نقطة وهي نتيجة منخفضة جدا وتنتمي الى المجال الضعيف لهذا السلم وهي بذلك تميل بقوة الى -مكتئب- هذا ما لاحظناه عند فريال فنادرا ما تبتسم أو تعبر عن انفعال الفرح وبلغت نسبة هذا السلم 30%

- في سلم قلق/ واثق: تحصلت فريال على نتيجة 20 نقطة وهي في المجال الضعيف تبدو أحيانا قلقة وغير واثقة لا تستطيع أن تقوم بما يطلب منها، ولا تبادر في القيام ببعض الأشغال في القسم الخاص بالجمعية مع المريبة أو المختصة النفسية أو مع أصدقائها ولا تميل الى استكشاف محيطها فهي تميل الى -قلق- وتمثل النسبة في هذا السلم 34%

- في سلم سريع الغضب/متسامح: تحصلت فريال على 16 نقطة مما يعني أنها غاضبة وليست متسامحة وهي نتيجة تنتمي الى المجال الضعيف جدا وبنسبة أقل من 30% حيث أنها لا تتكيف مع التغيرات التي تطرأ في الروتين اليومي ولا و لا ترحب بالأشخاص الجدد ولا تنبالي بهم في القسم سواء أطفالا أو راشدين .

➤ التفاعل الاجتماعي مع الأصدقاء:

- في سلم منغل/مدمج: تحصلت فريال على 14 نقطة وهي نقطة تنتمي الى المجال الضعيف ويعني ذلك أنها غير مندمجة ومنعزلة ففريال ليس لديها صديقات ولا تلعب بطريقة منظمة ولا تحب الألعاب الجماعية بل تفضل الألعاب الفردية لا يبحث عنها الأصدقاء، ولا تكون حاضرة في المجموعة في أغلب الأحيان، لا تعبر عن رغبتها في اللعب مع الأطفال كما أنها تعمل بصعوبة في المجموعة وتكتفي بمراقبتهم يلعبون وبهذا لم تتجاوز النسبة في هذا السلم 30%

- في سلم عدواني متحكم : قدمت فريال نتيجة عادية تمثلت في 30 نقطة مما يدل على أن لديها القدرة في هذا السلم فهي طفلة غير عدوانية بحيث لا تبحث عن الشجار مع الأطفال الآخرين، تبقى هادئة عندما يكون صراع في المجموعة، لا تعض ولا تتركل الأطفال الآخرين لكن في نفس الوقت هي غير متحكمة في تفاعلها مع الأطفال الآخرين، وقد بلغت النسبة في هذا السلم 41% وهي نتيجة عادية وقريبة من المتوسط.

- سلم أناني / اجتماعي: تتمثل نتيجة فريال في هذا السلم في 16 نقطة وهي نتيجة جد ضعيفة وتنتمي الى المجال الضعيف بنسبة تقل عن 30% بحيث أن فريال تميل الى -أناني- إذ أنها لا تتعاون مع الأطفال في العمل الجماعي، لا تساعد طفل في صعوبة، لا تعترف بانشغالات الآخرين، لا تساعد تلقائيا في جمع الأشياء المبعثرة، كما أنها ترفض مشاركة ألعابها مع الأطفال الآخرين، وكثيرا ما تغار من الأطفال الأصغر منها سنا ولا تحب اهتمام الراشدين بهم.

➤ التفاعل الاجتماعي مع الراشدين :

- في سلم متعاون /مقاوم : تحصلت فريال في هذا السلم على 22 نقطة وهي نقطة تنتمي الى المجال الضعيف في هذا السلم فأكثر ما يميزها أنها لا تتقبل تدخل الآخرين في لعبتها أو نشاطها، لا تساعد في الأعمال بانتظام كتوزيع الصابرة، لا تقبل بالتسوية حتى وان شرحنا لها ذلك، تتجاهل إتباع الأوامر وتواصل أعمالها، أحيانا تناقض ما تمليه عليها المرية، كما أنها لا تطلب الإذن عندما يتطلب الأمر ذلك وبهذا فقد كانت نسبة فريال في هذا السلم 30% .

- في سلم مستقل/تابع: نتيجة فريال في هذا السلم ضعيفة جدا وتنتمي الى المجال الضعيف للمقياس تمثلت في 12 نقطة وهي نسبة أقل من 30 % إذ أنها لا تبادر مع الأشخاص الجدد في الجمعية أو خارجها، غير مستقلة في النظافة وغير مستقلة عن والدتها في تلبية حاجاتها البيولوجية، لا تنظم نفسها بنفسها، لا تحاول حل مشاكلها بنفسها، وهي دائما بحاجة الى شخص راشد سواء المرية أو المختصة النفسية أو الأم لكي تشتغل في نشاط معين، وغالبا ما تلتصق بالمرية أو الأم في الخرجات والنزهات وحتى الحفلات، بالإضافة الى بكائها عند مغادرة أمها القاعة أو القسم.

➤ الأبعاد الشاملة:

من خلال الأبعاد القاعدية التي تشكل الأبعاد الشاملة توصلنا إلى أن فريال غير متكيفة من خلال النتائج التي قدمتها حيث أن في كل مجال تقع نتائجها في المجال الضعيف ما عدا سلم عدواني / متحكم فكان في المجال العادي، سلوكها الاجتماعي وتكيفها العاطفي وقدراتها الاجتماعية منخفضة تعكس مجموعة خصائص اجتماعية التي تظهر في انعدام علاقاتها وتفاعلها مع الأطفال والراشدين كما أن نتائجها في التكيف العام بلغت 149 نقطة وهي نتيجة ضعيفة جدا تعكس عدم تكيفها ووجود صعوبات اجتماعية حيث بلغت نتيجة القدرات الاجتماعية 44 نقطة وهي تعبر على ضعف فريال في هذه القدرات ودليل على

وجود مشاكل داخلية وخارجية حيث بلغت نتيجة المشاكل الداخلية 37 نقطة وتشير الى وجود عدد كبير من هذه المشاكل كمشاكل الاستقلالية، ومشاكل التبعية، ومشكل الانعزال الاجتماعي، أما المشاكل الخارجية فقد بلغت 68 نقطة وهي نتيجة منخفضة في المجال العادي.

خلاصة عامة عن الحالة صليحة:

- عاشت الحالة صليحة صدمة نفسية عند إعلان التشخيص بإصابة ابنتها فريال بمتلازمة داون، ولازالت تحس بنفس الألم الذي أحسته في أول إعلان عن التشخيص من خلال البكاء الشديد أثناء المقابلة والتعبير عن تلك الصدمة بقولها "...سكين وضربوني بيه للقلب (تضرب بيدها بقوة على مكان القلب وتبكي)...". فالصدمة ذات شدة تعمل على تحطيم النفس وتحدث خلا في دفاعات الأنا تقول سيمون كورف صوس Korff Sausse: "إعلان الإعاقة هي صدمة تتجاوز قدرات الأنا ولا تسمح له باستيعاب الحدث الجديد المفاجيء والمؤلم في آن واحد الذي لا يمكن للفرد تقبله ولا الهروب منه ذلك ما يتسبب في توقف النشاطات العملية والنفسية للأباء والأمهات فدرجة الذهول تجعلهم عاجزين عن تقبل دورهم كأولياء لما تتركه الصدمة من أثر عنيف" (Sausse, 1996, p85) وهذا ما لاحظناه بالضبط لدى الحالة صليحة مما جعلها تدخل دائرة حزن وانغلاق وانعزال عن العلاقات الاجتماعية، فخبرة ميلاد طفل معاق تخلق آثار سلبية على حياة الوالدين ومشاعرهم ومعتقداتهم وسلوكياتهم وتحملهم أعباء ثقيلة تنعكس على نشاطاتهم الحياتية المختلفة وتفاعلاتهم الاجتماعية.

- تعاني الحالة صليحة جرح نرجسي نتيجة إصابة طفلتها فريال بمتلازمة داون حيث أن كل قصور في الطفل يمس الأم في نرجسيتها وكل نقص من قيمته تعتبره نوع من الانجاز الذاتي وبالتالي فإن الطفل سيعكس درجة الملائمة لشخصية الأم مما عمل على زعزعة ثقة صليحة بنفسها وانطوائها على ذاتها وعدم مواجهة المجتمع تفاديا للأسئلة حول نمو وتطور أنفال "...منبغيش كي يقعدو يسقسو فيا عليها..." وهي شكل من أشكال رفض الإعاقة وعدم تقبلها وأي عجز سيعمل على إيقاظ ذلك الجرح النرجسي فاتخذت أسلوب التجنب والانسحاب الاجتماعي كحماية انفعالية وعاطفية لنفسها هذا ما اتضح من خلال نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة بحصولها على (27) نقطة في إستراتيجية الانسحاب واتضح من خلال المقبلات العيادية والملاحظة بتفادي التحدث مع أمهات الجمعية وتفادي أسئلتهن حول حالة فريال.

- تصورات صليحة حول ابنتها غامضة، فالتصورات محدودة، وأحيانا مستحيلة، ومراحل النمو غير واضحة، ولا تتوفر لدى الوالدين مراجع يمكن اللجوء إليها للتعرف على مراحل النمو عند هذا الطفل الفريد من نوعه وكما أن خبرات الوالدين الماضية: "... مشي كيما ولادي لخرين ..." لا تكون دليلا موجها عندما يكون الطفل استثنائي من كل القواعد والنظم، فيتميز معاش الوالدين بالشكوك والقلق اتجاه وضعية عجزهما عن إعطاء طفلهما العناية الضرورية التي يحتاجها "... ما عرفتش قاع شانديرلها..." فمعاش الطفل المصاب بمتلازمة داون يعتبر شيء غريب على الأبوين فهم عاجزون عن تصور ما يحس به الطفل، وبالتالي غير قادرين على مساعدته في تمثيل ما يشعر به والتعبير عنه، فتحدث حاجات الطفل إحباطا لدى الوالدين لعدم قدرتهم على إرضائه، ولدى الطفل إحساس بعدم الفهم من طرف الآخر ويؤكد الباحث سال Scelles. R 2010 هذا الرأي: " باعتبار أن التفاعلات بين الطفل المعاق وعائلته تصبح مصدرا للإحباط مما يؤدي إلى تبني أسلوب معاملة يخفف من كل هذا..." (Scelles, 2010, p15)

وفي حالة صليحة نجد أسلوب الحماية المفرطة حيث أن الإحساس بان الطفل المعاق أكثر حساسية من الأطفال العاديين وبالطبع الحماية هي ضرورية وعادية عند الإنسان إلا أن الوضعية تختلف إذا استعملها الأبوان بكثرة وإفراط، بمعنى إن هذه الإعاقة توظف قلق كبير لدى الأبوين يشعرون بضرورة مراقبة التواجد الكلي للطفل، فمنذ ولادته يعتبر كقطعة خزف حساسة يجب الحفاظ عليها ولا أحد يقرب منها وكل شيء يشكل خطر عليه، وأحيانا كأن يحاول الأبوين إرجاع طفلهم إلى ثدي وحضن الأم لكي لا يواجه العالم الخارجي مما يخلق لدى الطفل بما يسمى "بالعجز المتعلم"، فغالبا ما تعتبر الحالة صليحة ابنتها فريال غير قادرة، ومحل شفقة بالنسبة لها، وتحاول أن تحميها من كل شيء حتى من نظرة الأقارب لها، هذا ما أكدته الباحثة مارغريتا ميروكسي Margherita Merucci: " إن الإحساس بالكفاءة الأبوية تضطرب عند ولادة طفل معاق حيث أنه أمام وضعية مجهولة وإمكانيات الطفل غير واضحة، وسيرورة التبعية / استقلالية غير مفهومة، فيميل الوالدين إلى الانغلاق على أنفسهم مما يؤدي إلى فقر في المجال العلائقي" (Merucci , 2003,p12-13)

-الحدث الصدمي هذا فتح الباب لحالة حزن لدى الأم، البكاء لمدة طويلة والإحساس بالمرارة والألم وتقليص اهتماماتها وسحبها تقريبا لبعض الليبيدو من باقي الأقارب حيث يرى سترارك اوسوليني "أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة يعانون من انفعالات تتسم بالحزن كما لو كان هذا الحزن ناتج عن حالة وفاة" (حلاوة. 1998 ص 75). هذا ما انعكس على المجال العلائقي بين صليحة وفريال حيث اعتبرت

ابنتها منذ أن كانت رضية غير مزعجة بتعبيرها: "...عاقلة ما تبكيش بزاف...". ما اعتبرته شيئاً ايجابياً وكفائدة لعدم إتعابها كباقي إخوتها وعاملتها على أساس تلبية لحاجاتها البيولوجية "... ما كنتش نلعب معاها ولا نحوس عليها نوكها نشربها وخلص ولو كان ما نتفكرهاش بالماكلة ما تبكيش قاع لو كان تقعد بالجوع..." ولم تتوجه لأي تكفل نفسي أو أي مركز وليس لديها أي حافز لتعليمها "... زعمة شاغادية دير..." وما لاحظناه من خلال المقابلات وكلامها أن هناك ضعف في التفاعلات العاطفية بينها وبين طفلتها منذ الإعلان عن التشخيص الذي يزيد من تأخر الطفلة فريال، وهذا التأخر يزيد من إحباط الأم صليحة وحصر وتقليص اكتسابات فريال، ففي أغلب الأحيان تبكي وتحس بالعجز اتجاه وضعيتها ابنتها.

-افتقاد صليحة للسند النفسي الضروري لتجاوز الصعوبات المتعددة والمصاحبة لإصابة ابنتها بمتلازمة داون وعدم تمكنها من بناء علاقات عاطفية سليمة التي تسمح لفريال بالتطور بشكل أفضل والنمو النفسي السليم ومشاكل على مستوى التكيف النفسي، هذا ما توصلنا إليه من خلال نتائج الملح النفسي الاجتماعي للطفل PSA الذي أظهر درجات ضعيفة على مستوى التكيف النفسي فالنتيجة التي تحصلت عليها الحالة فريال في هذا سلم مكتتب/ سعيد هي 17 نقطة وهي نتيجة منخفضة جدا وتنتمي الى المجال الضعيف لهذا السلم وهي بذلك تميل بقوة الى -مكتتب- هذا ما لاحظناه عند فريال فنادرا ما تبتسم أو تعبر عن انفعال الفرح، كما تبدو أحيانا قلقة وغير واثقة لا تستطيع أن تقوم بما يطلب منها، ولا تبادر في القيام ببعض الأشغال في القسم الخاص بالجمعية مع المريبة أو المختصة النفسية أو مع أصدقائها ولا تميل الى استكشاف محيطها و تحصلت فريال على نتيجة 20 نقطة في سلم قلق/ واثق وهي في المجال الضعيف فهي تميل الى -قلق-، أما من ناحية الغضب والتسامح تحصلت فريال على 16 نقطة مما يعني أنها غاضبة وليست متسامحة وهي نتيجة تنتمي الى المجال الضعيف جدا، حيث أنها لا تتكيف مع التغيرات التي تطرأ في الروتين اليومي ولا ترحب بالأشخاص الجدد ولا تبالي بهم في القسم سواء أطفالا أو راشدين، هذه النتائج تعكس اضطراب العلاقات الأولية ما بين الأم وابنتها وعدم وجود تعلق آمن، وتحكم الجرح النرجسي وصدمة التشخيص في نوعية العلاقات التي جعلت الأم تتخذ أساليب مواجهة تركز على الانفعال وعلى الانسحاب والرفض أثر على النمو النفسي الاجتماعي للطفلة فريال.

- الحالة صليحة لديها كف وفرض مراقبة هامة على انفعالاتها وعواطفها اتجاه طفلتها فريال.

- أكثر ما يميز صليحة بابنتها وأيضا أباهما(من خلال قول الحالة) هي الحماية المفرطة من خلال قولها: "مازالت صغيرة باش تتعلم تشفني مسكينة نحاف عليها تبرد علايها مانقلعلهاش لاكوش.. لوكان

ما ترقدتش حداه ما تغمضتش عينها... هو مقلشها بزاف تمسيه في عينها وما تمسش فيها...." كما أنها تقوم بتلبية كل حاجياتها حتى الصعود والنزول من السلالم، فأسلوب المعاملة المتمثل في الحماية المفرطة كميكانيزم تكيفي وعندما يقوم الأبوين بكل شيء مكان طفلهم، يصبح قصوره وعجزه أقل وينقادون لمواجهة هذا القصور والعجز، ويرجع هذا إلى النفي والإنكار فالأولياء يبحثون عن تعويض الجرح النرجسي بالتعمق والدخول بطريقة غير معروفة للترابط التكافلي مع الطفل يجدون توازن موقفي نرجسي بصعوبة.

- غالبا ما تستعمل صليحة أسلوب الهروب والتجنب من خلال تجنب العلاقات مع الآخرين كما تتفادى الحديث والتكلم عن الاستقلالية لدى ابنتها وإعطاء تبريرات فالتبرير: " هو عملية يحاول من خلالها الفرد إضفاء تفسير متماسك من وجهة نظر منطقية أو مقبولة من وجهة نظر خلقية لموقف أو فعل أو فكرة أو شعور الخ تغرب دوافعها الحقيقية عن باله ويجري الحديث بشكل أكثر تحديدا عن تبرير عارض أو اضطراب دفاعي، أو تكوين عكسي" (لابلانث و بونتاليس 1997، ص151)

- استعملت صليحة من خلال المقابلات إستراتيجية مركزة على الانفعال حيث تتفادى التدخل في الوضعية الصعبة (إعاقة ابنتها) لحماية نفسها فتنبنى سلوك لإبقاء المسافة وتركز على تسيير الانفعالات، حيث تبنت سلوك التجنب لمواجهة الوضعية الصعبة والانغلاق في أعمال المنزل وتربية الأطفال وكأنها تحاول أن تحمي تقديرها لذاتها "الإستراتيجية الانفعالية المتمثلة في التجنب تحمي تقدير الذات ولها دور الحماية للشعور أفضل والتعايش مع الوضعية" (Greer et al .1979 .p787) ، إلا أنها لا تزال تشعر بالحزن والعجز (البكاء، وعدم معرفة كيفية التصرف مع ابنتها)

- تستعمل صليحة أسلوب الانسحاب السلوكي الاجتماعي من خلال الانطواء على نفسها وتفادي الالتقاء مع الآخرين ويتضح هذا من خلال نتائج مقياس الكوبينغ حيث تحصلت على (26 نقطة في إستراتيجية الانسحاب تتقاطع بأعلى نقطة في مجال الفعل ب(12) نقطة، يعني انسحاب الفعل يظهر من خلال المقابلات بعدم المبادرة في تعليمها مهارات العناية بالذات والاستقلالية، وفي التعليم الأكاديمي بعدم إدخالها إلى الروضة أو المركز "... شاغادية دير علاه نقرها..." والانسحاب السلوكي الاجتماعي وظهر هذا من خلال انطوائها على نفسها، وتفادي الالتقاء بالآخرين "... نفادى نروح عند la famille باش ما يشوفواش غير دار راجلي ولا دارنا، منبغيش كي يقعدو يسقسو فيا عليها ويشوفو فيا ديك الشوفة..." بالإضافة إلى زياراتها القليلة جدا إلى الجمعية وتفادي التحدث مع الأمهات، ثم انسحاب المعلومة

والانفعال بحيث ترفض التفكير الصائب وتعمل على النسيان العاطفي لنسيان الصعوبة والعراقيل "...قاع إذا علمتها شاغادي دير، غير نفورصي عليها على باطل راها قاعدة معايا فالدار وراني رافدتها "... هذا ما انعكس على نمو الطفلة فريال النفسي الاجتماعي واتضح هذا من خلال الملاحظات أثناء المقابلات ونتائج الملح النفسي الاجتماعي PSA توصلنا إلى أن فريال غير متكيفة من خلال النتائج التي قدمتها حيث أن في كل مجال تقع نتائجها في المجال الضعيف ما عدا سلم عدواني / متحكم فكان في المجال العادي، سلوكها الاجتماعي وتكيفها العاطفي وقدراتها الاجتماعية منخفضة تعكس مجموعة خصائص اجتماعية التي تظهر في انعدام علاقاتها وتفاعلها مع الأطفال والراشدين كما أن نتائجها في التكيف العام بلغت 149 نقطة وهي نتيجة ضعيفة جدا تعكس عدم تكيفها ووجود صعوبات اجتماعية حيث بلغت نتيجة القدرات الاجتماعية 44 نقطة وهي تعبر على ضعف فريال في هذه القدرات ودليل على وجود مشاكل داخلية وخارجية حيث بلغت نتيجة المشاكل الداخلية 37 نقطة وتشير الى وجود عدد كبير من هذه المشاكل كمشاكل الاستقلالية، ومشاكل التبعية، ومشكل الانعزال الاجتماعي، أما المشاكل الخارجية فقد بلغت 68 نقطة وهي نتيجة منخفضة في المجال العادي.

- تلقت الدعم من طرف حماتها أم زوجها التي كانت عملت على خلق تصور جيد عن ابنتها واللجوء إلى الدين تقول الحالة: "... ملي زادت أنفال وأنا نبكي ما عرفتش شاندير ما توقعتهاش قاع عجوزتي كانت تقولي هاذي تكبر وتولي شابة وتتمشى وتقولي ديري ربي في قلبك "... هذه الكلمات كانت تعتبرها تخفيفا لألمها.

الفصل الثامن

مناقشة الفرضيات

مناقشة النتائج:

➤ مناقشة نتائج الفرضية العامة:

والتي تنص على أن استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأولياء تؤثر على النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون، ولفحص هذه الفرضية قمنا بدراسة عيادية لخمسة حالات (خمسة أمهات وخمسة أطفال مصابين بمتلازمة داون) متواجدين بالجمعية الوطنية للإدماج المدرسي والمهني للأطفال التريزوميين ANIT فرع ولاية غليزان، ومن خلال المقابلات العيادية، والملاحظة، وسلم الكوينغ لجامعة تولوز لبيار تاب وآخرون (P.Tap & al ETC :1997)، والملح النفسي الاجتماعي للطفل PSA لجون دوماس وآخرون (J.Dumas & al :1997) للحالات، توصلنا إلى أن استراتيجيات المواجهة التي تستخدمها الأمهات تؤثر في النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون، حيث أظهرت حالات الأطفال الذين لديهم درجات مرتفعة في الملح النفسي الاجتماعي PSA على مستوى التكيف النفسي، وعلى مستوى التفاعل مع الأقران والتفاعل مع الراشدين التي تدل على النمو النفسي الاجتماعي السليم، أن أمهاتهم استخدمن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل، بحيث أن الحالة الأولى نادية، والحالة الثانية فاطمة، والحالة الثالثة عايذة استخدمن استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل تتمثل في: أسلوب طلب المساعدة الاجتماعية بالبحث عن المعلومة والمعرفة، أسلوب التركيز والحفاظ على الفعل والمعلومة، وأسلوب المراقبة التخطيطية والتنظيمية.

وهذا ما يتفق مع دراسة دونوفان (Donovan: 1988) التي توصلت إلى أن الأمهات تختار مواجهة الضغوط بواسطة أساليب البحث النشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة خارج النظام الأسري (خليفة، 2008، ص 273)، وتتفق مع دراسة أبيدوتو وآخرون (Abbeduto et al :2004) التي توصلت إلى أن أمهات طفل متلازمة داون استخدمن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل. كما تتفق مع نتائج دراسة بسام الطويل (2018) التي ترى أن أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً يستخدمون الممارسات المعرفية المتخصصة والعامة، كأسلوب من أساليب مواجهة الضغوط النفسية. واتفقت مع دراسة البسطامي سلام (2013) التي توصلت إلى أن من بين الأساليب التي يستخدمها أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لمواجهة الضغوط النفسية هو أسلوب حل المشكلات، والبناء المعرفي. فاستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل تتمثل في التخطيط والدعم الملموس والتعامل الفعال بجمع المعلومات والعناصر الغامضة في المشكلة، وهي ترفع من قدرات الفرد من أجل مواجهة الموقف الصعب، بحيث تتطلب البحث عن

المعلومة من جهة، ومن جهة أخرى بذل جهود موجهة نحو المشكل لتجسيد الحل، فقد أظهرت الحالات الثلاثة الحالة الأولى نادية، الحالة الثانية فاطمة، والحالة الثالثة عايدة، قدرتهن على مواجهة صدمة الإعلان عن تشخيص الإصابة بمتلازمة داون لأطفالهن وكيفية التعايش مع وضعيتهن الصعبة بشكل ايجابي قدر الإمكان، ما مكنهن من نسج تفاعلات جيدة مع أطفالهن بداية من لحظة التقبل، وهنا أكدت دراسة حنان الميل (2005) على الصلة الوثيقة بين تقبل الأمهات لأبنائهن المعاقين ذهنياً وبين ما يتميز به هؤلاء الأطفال من مهارات اجتماعية وسلوك تكيفي.

وإن معرفة الأمهات بأهمية التفاعلات في تحفيز نمو أطفالهن، التي كانت نتيجة البحث عن المعلومة والتخطيط المعرفي للتكفل بأطفالهن، ومواجهة الصعوبات الناتجة عن هذه المتلازمة، سواء من خلال سلوك المطالعة، أو البحث في الانترنت أو التوجه إلى المتخصصين، أو الانخراط في الجمعية، لان هذه الإستراتيجية تتضمن جهود لتعريف المشكلة تجعلهن يفهمن خصائص أطفالهن (الطفلة ليلى، الطفل رحيم، الطفلة رانية) واحتياجاتهم، ويخلقن حلول بديلة لهذه الوضعية الصعبة وتُفدِّئُهَا، إذ أن " أسلوب البحث عن المعلومة هدفه تغيير الوضعية وفهمها وتغيير التصور الشخصي لها" (Paulhan, 1994) فكل من الحالة الأولى نادية، الحالة الثانية فاطمة، والحالة الرابعة عايدة ركزن على التفاعلات العاطفية مع أطفالهن نتيجة بحثهن ومطالعاتهن، هذا ما ساعد الأطفال (الطفلة ليلى، الطفل رحيم، الطفلة رانية) على اكتساب الاستجابات الانفعالية المناسبة لكل سلوك الذي يظهر من خلال فهمهم للتعبير الانفعالية وتحليلها كالغضب والفرح والحزن والبكاء، وتدارك التأخر، والنطق في سن مبكرة، لان اكتساب الأمهات المعرفة الكافية فيما يخص ارتخاء العضلات وبطء عملية النمو الحركي والذهني، شجعهن على عملية التعلق ومنه تحفيز التنبهات النفسية والحركية بشكل سليم، " فالتعلق هو رابطة انفعالية قوية تنمو بين فرد وآخر، تعزز الاستقلالية والأمن النفسي لدى الفرد، مما يساعد على النمو الاجتماعي والنفسي والانفعالي السليم فيما بعد." (علاء الدين الكفافي، 1997، 199)، مما دفع الأطفال (الطفلة ليلى، الطفل رحيم، الطفلة رانية) الى تخفيض بؤادر التأخر والخمول، فتطورهم النفسي ونموهم الاجتماعي سبق نموهم العقلي، ما اتضح بغياب الاضطرابات السلوكية مثل تلك التي تدل على التثبيت في المرحلة الفمية، واستقرارهم النفسي، ما أكدته نتائج الملمح النفسي الاجتماعي PSA في بُعد التكيف النفسي، إذ تحصل الأطفال (ليلى، رحيم، رانية) على درجات تنتمي الى المجال العادي والمجال العادي الجيد في السلام الثلاثة لبعده التكيف النفسي. ليلى: سعيدة ب (43) نقطة، واثقة ب (40) نقطة، متسامحة ب (29) نقطة.

رحيم: سعيد ب(48) نقطة، واثق ب(48) نقطة، متسامح ب(43) نقطة.

رانيا :سعيد ب (47) نقطة، واثقة ب (48) نقطة، متسامحة ب (44) نقطة.

حيث أن (ليليا ورحيم ورانيا) يثبتون ثقتهم بنفسهم في القسم ومع المربية ومع أصدقائهم، وأيضا في استكشاف المحيط، يرون مباشرة في العينين عند التحدث معهم، يتكيفون بسهولة مع المواقف الجديدة، لا يخافون ولا يتفادون الأحداث الجديدة، يحبون الانضمام الى المجموعة، ولديهم اكتساب مبكر لاستقلالية النظافة مقارنة مع أقرانهم في نفس الوضعية.

فقد سمحت استراتيجيات المواجهة هذه في بناء تفاعلات عاطفية ساهمت في استقرارهم النفسي واكتسابهم الاستقلالية والتعلم بدرجات متفاوتة، كما ساعدت الأمهات على استثمار العلاقة عن طريق الرعاية والاهتمام العاطفي وعملت على بناء تجارب تتعلق مع أطفالهن وتقبلهم وإزالة الصورة السلبية المتخذة عنهم تدريجيا، واكتشاف الجانب الايجابي فيهم، ساهم في إقامة العلاقات العاطفية الضرورية لتحفيز نموهم النفسي الاجتماعي والحسي والحركي، ما انعكس على أطفالهن وتطورهم بشكل واضح هذا ما ظهر من خلال نتائج المقابلات والملاحظات والملح النفسي الاجتماعي PSA التي تدل على نموهم النفسي والاجتماعي، فقد حصلت ليليا على 303 نقطة في التكيف العام وهي درجة فوق المتوسط مما يدل على أنها تتمتع بالتكيف العام في مختلف المجالات، وتحصل رحيم على 338 نقطة في التكيف العام وهي درجة جيدة، كما حصلت رانيا على 372 نقطة أي بنسبة وهي نسبة تنتمي الى المجال المرتفع مما يدل أن لديها تكيف عام، إذن يمكن القول أن أسلوب المواجهة المتخذ من طرف الأمهات نادية، عايدة وفاطمة المتمثل في التركيز على المشكل من خلال طلب المعلومة والتخطيط والتنظيم ساهم في النمو النفسي الاجتماعي لأطفالهن المصابين بمتلازمة داون هذا ما يتفق مع دراسة ستيفاني فانوالغان (Stéphanie Vanwalleghe: 2016) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة بين نوعية التعلق والنمو والسلوك الاجتماعي والمعرفي للأطفال المصابين بمتلازمة داون، ويتفق مع دراسة أبيدوتو وآخرون (Abbeduto et al: 2004) التي توصلت إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل بطلب المساعدة بالمعلومة والمعرفة من طرف الأمهات ساهمت في التقليل من المشكلات السلوكية للأطفال وتحقيق نمو نفسي اجتماعي قريب من العادي. كما تتفق مع دراسة نوجين وولاندر (Noojin & 1997) التي توصلت إلى أن أسلوب التركيز على المشكلة يساهم في مواجهة التوتر الناجم عن إعاقة الأطفال العقلية، ويساهم في زيادة خبرة الأمهات ووعيهم في حل مشكلات قادمة.

فقد كانت لدى الحالات الثلاث (الحالة الأولى نادية، الحالة الثانية فاطمة، الحالة الثالثة عايدة) حاجة ملحة في التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم، ظهر من خلال انخراطهم للجمعية التي يعتبرونها كمتنفس لهم، ويحثهن عن كل ما يتعلق بوضعية أطفالهن وكيفية التعامل معهم إذ ترى الباحثة إيمان كاشف أن تقديم المعلومات والنصائح للوالدين وتبصيرهم بإعاقه أطفالهم يعتبر بالنسبة لهم مجال للحوار وتبادل الخبرات والتنقيص والتعبير عن مشاعرهم المكبوتة وانفعالاتهم وتفريغها (الكاشف، 2001)، كما يسمح لهم بتكوين قناعات واعتقادات جديدة من شأنها مساعدتهم على تغيير أساليب تعاملهم مع أطفالهم المتأخرين عقليا هذا من جهة ومن جهة أخرى تكون مجالاً لتنقيص على المكبوتات والمشاعر ومجال للحوار الذي يفنقونه بسبب رعايتهم لأطفالهم والتي تأخذ منهم كل وقتهم جهدهم النفسي والجسدي (كامل، 2005،

إن توجه الحالات (الحالة الأولى نادية، الحالة الثانية فاطمة، الحالة الثالثة عايدة) نحو البحث عن المعلومة مكنهن من الابتعاد العقلي والانفعالي عن ألمهن وظروفهن واللحظات الصعبة، ما ساعد على تقليص صعوبة الوضعية للمواجهة بشكل ايجابي، ينطبق مع ما تكلمت عنه ماريلو بروشن شويتزر (2001: Bruchon Schweitzer Marilou) في البحث الدائم عن المعلومة وحب المقاومة، ككوبينغ متمركز حول المشكل عند أولياء الأطفال المعاقين، حيث تتميز هذه الإستراتيجية بمجهودات انفعالية وجسمية جيدة. (Bruchon, Quintard & Tapp, 2001, p 113)

بالإضافة إلى استخدامهن أسلوب البحث عن المساعدة الاجتماعية المركزة على الانفعال تتمثل في السند النفسي العائلي ومساندتهن في وضعية أطفالهن منذ إعلان التشخيص مما ساعدهن في تخطي الصدمة ومواجهة الصعوبات والضغط النفسية والتكاثف العائلي ضروري في هذه الوضعية الصعبة، في هذا الصدد يشدد بالشا (Pelchat :1989) على أهمية السند والمساعدة من طرف المحيط خاصة العائلة فالسند والدعم الكافي من طرف الأشخاص المهمين يتحول إلى عامل ايجابي في العلاقة أبوين- طفل هذا ما ساعد الأمهات نادية، فاطمة، عايدة في العناية بأطفالهن (Bouchard & al, 1994, p25)

هذا ما اتفق مع دراسة بخش (2002) التي توصلت إلى أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يستخدمن أسلوب المواجهة المتمثل في البحث عن الدعم والمساندة الاجتماعية النفسية (البسطامي 2013، ص 49)

فالسند النفسي والاجتماعي القوي والمستمر طيلة المراحل الأولى الصعبة، ساعد الأمهات في تقبل أطفالهن وإزالة الصورة السلبية تدريجياً واكتشافهم لهم شيئاً فشيئاً والتعلق بهم عاطفياً، ويعتبر هذا العامل المساهم في تنوع الاستنارات والتببيهاات والتحفيزات النفسية والاجتماعية الضرورية، ما انعكس بشكل واضح على تطور أطفالهن. بالإضافة الى تركيز الأمهات (الحالة الأولى نادية، الحالة الثانية فاطمة و الحالة الثالثة عايدة) على حل المشكلة من خلال التركيز على الفعل جعلهن يقمن بتتمية سلوكات جديدة واكتسابها، ويُعدّلن مستوى الطموح لديهن ويتعلمن قدرات جديدة، إذ يتميزن بالعطاء والحب والحوار والمساعدة والتشجيع، ذلك ما جعلهن يتمتعن بعلاقة مشبعة بالعطف والمرونة والتوازن العلائقي، كما كان التواصل مع أطفالهن من النوع الجيد والمستمر، إذ يشكل الاحتواء العاطفي للأمهات العامل الأساسي المساهم في بناء قاعدة أمن مستقرة استثمرتها مع أطفالهن المصابين بمتلازمة داون، ويتضح ذلك من خلال مظاهر التعامل معهم في مواقف مختلفة، ساعدت أطفالهن على بناء العلاقات الأولية الضرورية للنمو، ما انعكس على نموهم النفسي والعاطفي والاجتماعي وهذا بغياب أي تثبيت في المرحلة الفموية كمص الإبهام أو مشاكل في الاستقلالية حيث كان اكتسابهم للنظافة في سن مبكرة إذا ما قارناها مع تأخرهم الذهني المصاحب لمتلازمة داون فتطورهم النفسي ونموهم الاجتماعي سبق نموهم العقلي، بالإضافة الى تكيفهم مع المحيط (الروضة، القسم الخاص بالجمعية، المركز الطبي النفسي البيداغوجي) واندماجهم، دليل على النمو النفسي الاجتماعي السليم ولم يشهدوا أي اضطراب انفعالي ويتكيفون مع أي وضع سواء غياب الأم أو الأب، كما أن اللعب دليل على التنشئة الاجتماعية لديهم فهم يتميزون بشعبية وسط أصدقائهم، فقد توصلنا من خلال نتائج الملح النفسي الاجتماعي PSA أن كل من الطفلة ليلى، والطفل رحيم، والطفلة رانية، يتمتعون بتفاعل جيد مع الأقران والراشدين. حيث تحصلوا على درجات متوسطة إلى مرتفعة في بعدي التفاعل مع الأقران والراشدين: ليلى مندمجة ب 45 نقطة، اجتماعية ب39 نقطة، متعاونة ب42 نقطة مستقل ب 45 نقطة، القدرات الاجتماعية 88 نقطة.

رحيم: مندمج ب 47 نقطة، اجتماعي ب 45 نقطة، متعاون ب 43 نقطة، مستقل ب 45 نقطة، القدرات الاجتماعية ب 175 نقطة.

رانيا: مندمجة ب 50 نقطة، اجتماعية ب 43 نقطة، متعاونة ب 49 نقطة، مستقلة ب 47 نقطة، القدرات الاجتماعية ب 193 نقطة.

هذا ما يعكس مجموعة خصائص ومميزات اجتماعية التي تظهر في علاقاتهم الجيدة المختلفة سواء مع الأقران أو مع الراشدين.

أما الحاليتين الحالة الرابعة نوال، والحالة الخامسة صليحة، استعملتا استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، حيث يتفادين التدخل في الوضعية الصعبة (إصابة الطفل بمتلازمة داون) لحماية أنفسهن، ففتنبيان سلوك لإبقاء المسافة، ويركزن على تسيير الانفعالات، حيث يتخذن سلوك التجنب لمواجهة الوضعية الصعبة، والانغلاق في أعمال المنزل وتربية الأطفال، وكأنهن يحاولن أن يحمين تقديرهن لذاتهن وفي هذا الصدد أشار غري وآخرون (Greer.s. et al :1979) "إلى أن الإستراتيجية الانفعالية المتمثلة في التجنب تحمي تقدير الذات ولها دور الحماية للشعور أفضل والتعايش مع الوضعية "

(Greer & al 1979 :p787)

كما لاحظنا أن الحاليتين الرابعة نوال والخامسة صليحة لا زالتا تشعران بالحزن والعجز (البكاء، وعدم معرفة كيفية التصرف مع أطفالهن) بحيث تعانين من أعراض إكتئابية وألم معنوي، وغالبا ما تستعملن أسلوب الانسحاب السلوكي الاجتماعي من خلال الانطواء على أنفسهن وتفادي الالتقاء مع الآخرين، الهروب من الواقع والشعور بالإثم ولوم الآخرين للتخلص من الشعور بالذنب الذاتي نتيجة رفض هذا الطفل المختلف (الطفلة رميسة والطفلة فريال) الذي لم تستطع الحالة الرابعة نوال والحالة الخامسة صليحة استثماره لأنه لا يشبه الطفل المثالي الذي تتمناه كل أم، نجد أيضا إعادة استثمار الحالة الخامسة نوال العلاقة الإندماجية الإتكالية مع والدها مع ابنتها حاليا، كميكانيزم دفاع الأنا نتيجة صعوبة الوضعية (إعاقة الطفلة)، بالإضافة إلى شعورهن بالإحباط والنقص والخجل عن طريق إخفاء الطفل في المنزل الذي يعكس أسلوب التجنب وعدم التمكن من استثمار الطفل (رميسة وفريال) نظرا للخصائص التي يتميز بها طفل متلازمة داون ومن شعور دائم بالحزن وفقدان الأمل، وهذا ما اتفق مع دراسة أولي وويليام (Olley & Willaim: 1997) التي توصلت إلى أن 44 % من الأمهات تستعمل أساليب الهروب، تفادي حل المشكلة، إنكار الإعاقة، و 23.5% من الأمهات تستخدم أساليب التذمر والشكوى والبكاء ولوم الذات. وتتفق مع ما توصلت إليه نتائج دراسة درويش (2001) أن الممارسات الهروبية هي أكثر الأساليب شيوعا في مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بالإعاقة العقلية وتحديد نمط التكيف معها (البسطامي، 2013، 50).

وتتفق مع دراسة هيل ولوقرانج (Hill & le Grange :2003) التي توصلت نتائجها إلى أن أمهات الأطفال المعاقين عقليا يعبرن عن مشاعرهن بالغضب والإنكار والخوف من المستقبل والخوف من الرفض الاجتماعي والحزن والشعور بالذنب.

كما تعاني الحالة الرابعة نوال والحالة الخامسة صليحة من الإحباط والخجل من الإعاقة الذي يبعث صورة مشوهة عند هذه الأم ويؤدي بها إلى الانعزال وتقليص الاهتمامات وفقدان الآمال والشعور بالخوف، هذا ما أكدته كورف صوس (Korff Sausse :1995) ودورتر (Droter :1975) اللذان بينا أن أولياء هذا الطفل يشعرون بالخوف وضياح الأمن. ودراسة ميلان (Millan :1977) التي خلصت إلى أن الأم تعيش قلق دائم ويأس من حالة ابنها المعاق، بالإضافة إلى الباحث مرسي (1996) الذي توصل إلى أن القلق واليأس والشعور بالعجز عند أولياء الطفل في وضعية إعاقة.

كما لمسنا عدم تمكن الحالتين نوال وصليحة من السيطرة على الحدث وعلى وضعية طفليهما رميسة وفريال الصعبة، أدى إلى عدم التركيز على المشكلة وتحديد عدم القدرة على تجاوز الصدمة وظهور عنصر التثبيت على الصدمة (صدمة الإعلان عن الإعاقة) فتذكر هذا الحدث يشعرون بالرغبة في البكاء، ومحاولة الهروب من الموقف وما يعمق هذه الحالة أن خاصية التخلف العقلي في هذه المتلازمة بالنسبة لهم وضعية مزمنة ويعتبر عبء مع عدم جدوى الجهد المبذول معه ويؤدي الى الشعور بالعجز ونظرا لأنه غير قابل للشفاء تظهر حالة خوف من المستقبل والشعور بالتهديد حول من يتكفل بهذا الطفل بعد موت الأم. فالتخلف العقلي يخلق فجوة في الجهاز النفسي ويعتبر سيرورة دائمة للجرح تتسبب في تأثيرات مزمنة لهذه الأمهات فحالة الإحباط ومشاعر العجز والنقص وحالة القلق الدائم، الانطواء والعزلة، تقليص الاهتمامات من شأنها أن تؤدي الى اكتئاب الأمهات، بحيث أن الحالة الرابعة نوال والحالة الخامسة صليحة لديهما خطاب غير منسجم مع تركيزهن فقط على الجوانب السلبية لقصة حياتهن، وعلى وجه الخصوص وضعية أطفالهن، حيث وجدنا أن الحالتين يخرجن عن الموضوع ويتجنبن الحديث عن وضعية أطفالهن، إضافة الى استرجاع ذكريات الطفولة، حيث كان محتوى خطابهن مركزا على المشاكل اليومية المبتدلة، كما أظهرن انشغالا واضحا لجوانب حياتية بديهية ومألوفة عند جميع الأفراد، مما منعهن من تقديم العناية الضرورية والمناسبة لأطفالهن، فيلجأن الى المبالغة والإفراط في الحماية، إذ يعتبر هذا النوع من الرعاية ضعيفا وغير كافيا لتلبية حاجات الطفل العاطفية خاصة، هذا ما اتفق مع دراسة ويلسون (Wilson :2002) التي توصلت إلى أن أمهات الطفل ذو الإعاقة الذهنية يواجهن مشكلات في

التكيف، وصعوبة إيجاد حل مناسب للمشكلات، لديهم صعوبات في مواجهة الوضعية الصعبة المرتبطة بإعاقة طفلهم وتحديد نمط التكيف معها (البسطامي، 2013، 50)

إن هذا النوع من الرعاية سينعكس بالضرورة على علاقة الأم بالطفل وعلاقة الطفل بأفراد أسرته، من جهة واستجاباته النمائية من جهة أخرى، والتي تعد متأخرة بحكم الخلل الكروموزومي الموجود، وعند افتقاد الأمهات المعرفة الكافية فيما يخص بطء وصعوبة بناء المجال البصري لهؤلاء الأطفال، وأنهم بحاجة الى وقت أطول لذلك، فهذا لا يشجع عملية التعلق، وبالتالي فإنه يعيق تحفيز التنبهات النفسية والحركية بشكل سليم، ما يعني تعطيل عملية التطور والنمو النفسي والاجتماعي السليم، هذا ما اتضح من خلال نتائج الملح النفسي الاجتماعي PSA للطفلة رميسة والطفلة فريال، حيث تحصلنا على درجات ضعيفة في التكيف النفسي، رميسة تميل إلى مجال مكتئب ب 23 نقطة، ومجال قلق ب 22 نقطة، ومجال سريعة الغضب ب 22 نقطة، وتميل فريال إلى مجال مكتئب ب 17 نقطة، ومجال قلق ب 20 نقطة، ومجال سريع الغضب ب 16 نقطة، فنادرا ما تبتسمان وتعبيران عن الفرح، تبدوان غير واثقتان لا تستطيعان أن تقوموا بما يطلب منهما، ولا تبادران في القيام ببعض الأشغال في القسم الخاص بالجمعية مع المربية أو المختصة النفسية أو مع أصدقائهما ولا يحبان اكتشاف المحيط.

وكذا علاقتهما مع الأقران والراشدين حيث تميل رميسة إلى الانعزال ب 20 نقطة، والعدوانية ب 30 نقطة، والى الأنانية ب 18 نقطة، ومقاومة ب 19 نقطة وتابعة ب 24 نقطة، وتميل فريال إلى الانعزال ب 14 نقطة، والأنانية ب 16 نقطة، ومقاومة ب 22 نقطة، وتابعة ب 12 نقطة. وهذه نتائج كلها تنتمي الى المجال الضعيف، وبالتالي فان قدراتهم الاجتماعية محدودة إن لم نقل منعدمة لوجود درجات مرتفعة من المشاكل الداخلية والخارجية التي تعيق تفاعلهم مع الآخرين وبالتالي نموهم النفسي والاجتماعي السليم. بحيث تحصلت كل من رميسة وفريال على 44 نقطة في القدرات الاجتماعية وهي درجة ضعيفة تعكس وجود صعوبات اجتماعية كمشاكل الاستقلالية، ومشاكل التبعية، ومشكل الانعزال الاجتماعي.

هذا ما اتفق مع نتائج دراسة ستيفاني فانوالغان (Stéphanie Vanwalleghem : 2016) التي توصلت إلى إلى وجود مميزات في النمو لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون تتمثل في استعمالهم لشكل من التصورات الصلبة، كلما كانوا في علاقة غير آمنة استدخلوا نوع علائقي سلبي يظهر من خلال آليات أولية بدائية، وبالتالي يدخلون في سياق أقل اجتماعية مع الأقران وتُقوي العدوانية في المواقف المثيرة.

حسب ما سبق فإن أساليب المواجهة المركزة على الانفعال تعتبر أقل كفاءة من أساليب المواجهة المركزة على المشكل، حيث هذه الأساليب لم تمكن الحالة نوال والحالة صليحة من التطرق إلى المشكلة والموقف الصعب بشكل مباشر إنما ساعدتهن في تنظيم انفعالاتهن فقط من خلال سلوك طلب الدعم العاطفي، وتلجأ الأمهات الى هذا النوع من الأساليب عندما تقنعن أنفسهن بأن هذه الوضعية غير قابلة للتغيير أو التعديل وأنه يجب عليهن تحملها.

➤ مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص على أن إستراتيجية المواجهة الأكثر استخداما هي إستراتيجية المساندة والدعم الاجتماعي ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام دراسة عيادية لخمسة حالات أمهات لأطفال مصابين بمتلازمة داون بتطبيق سلم الكوبينغ ETC لجامعة تولوز لبيار تاب وآخرون (Tap et al :1997)، وقد توصلنا إلى أن أمهات طفل متلازمة داون لا يستخدمون نوع واحد من استراتيجيات المواجهة للوضعية الصعبة

(إصابة الطفل بمتلازمة داون) وإنما يعتمدن على مجموعة من أساليب المواجهة، لكن يختلفن في درجات استخدام كل أسلوب ونوعه، بحيث أن كل من الحالة الأولى نادية، والحالة الثانية فاطمة، والحالة الثالثة عايده، والحالة الرابعة نوال، والحالة الخامسة صليحة، استخدمن في مواجهة وضعية أطفالهن الصعبة (الإصابة بمتلازمة داون) إستراتيجية المساندة الاجتماعية التي تتضمن المساعدة بصفة معرفية عن طريق اللجوء الى ذوي الاختصاص لطلب المعلومة حول موضوع الوضعية الصعبة، أو بصفة انفعالية كالحاجة إلى الاستماع والتحدث مع الأشخاص الذين يستطيعون الموازنة، والحاجة الى العمل والتعاون مع الآخرين. وكلهن اشتركن في استخدام هذا الأسلوب حيث تحصلت الحالة الأولى نادية على (43) نقطة، وتحصلت الحالة الثانية فاطمة على (37) نقطة، وتحصلت الحالة الثالثة عايده على (39) نقطة، وتحصلت الحالة الرابعة نوال على (29) نقطة، وتحصلت الحالة الخامسة صليحة على (24) نقطة، وهي درجات مرتفعة تدل على كثرة استخدام هذه الاستراتيجيات لمواجهة وضعية أطفالهن الصعبة واشتراك الأمهات الخمسة فيها، مقارنة باستراتيجيات أخرى، هذا ما يتفق مع دراسة دونوفان (Donovan :1988) التي توصلت نتائجها إلى أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يستخدمون أسلوب المواجهة المتمثل في البحث عن المساعدة والدعم الاجتماعي، ويتفق مع دراسة يعقوب وبجي (1995) التي توصلت إلى أن أولياء الأطفال المعاقين يحتاجون إلى المساندة والدعم الاجتماعي، كما يتفق مع دراسة كفاي (2002) التي توصلت الى أن المساندة والدعم الاجتماعي يساهمان في مواجهة الوضعية الصعبة من

طرف أمهات الأطفال المعاقين عقليا، كما يتفق مع دراسة هيل ولوجرانج (Hill et le Grange : 2003) والتي توصلت إلى أن أمهات الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية يستخدمون أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، ويتفق مع دراسة سان ويارتسيفر (Sen et Yertsever . 2007) ، ودراسة سلام البسطامي (2013) التي توصلنا إلى أن الاستراتيجيات الأكثر استخداما من طرف أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة هي إستراتيجية حل المشكلات والدعم الاجتماعي، كما يتفق مع دراسة باستر وبرانديون وولش (Baster, Brandwein & Walsh:2009) إذ توصلت النتائج إلى أن أسلوب المواجهة المتمثل في السعي للحصول على الدعم والسند الاجتماعي هو الأكثر شيوعا لدى أولياء ذوي الإعاقات، كما اتفقت النتائج مع دراسة العويضة (2008) التي توصلت الى أن والدي الأطفال المعاقين عقليا كانوا أكثر استخداما لإستراتيجية الدعم الاجتماعي، واتفقت نتائج دراستنا أيضا مع دراسة سالسدو (Salcedo :2006) الذي وجد أن الدعم الاجتماعي هو أكثر الاستراتيجيات استخداما من طرف أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

حيث أن العلاقات الاجتماعية بين الفرد والآخرين تعتبر مصدر مهم يمنحه الاهتمام والمساعدة المعنوية والمادية وقت الضرورة، وتزوده بمجموعة من الخبرات والمعلومات لمواجهة الوضعية الصعبة في هذا الصدد يرى بعض الباحثين "أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية التي يتعرض لها" (أرجايل مايكل ، 1993، شعبان جاب الله 1993، محمد محروس وآخرون ، 1994)، وهو وسيط يخفف من آثار الوضعية الصعبة (السرسي وعبد المقصود، 2001، ص 06)، وقد أكدت دراسة روس وكوهين (Roos & Coheen) على أهمية الدور الفعال لأسلوب المساندة الاجتماعية من الأسرة في تخفيف الآثار السلبية لمواجهة الفرد للمواقف والوضعية الصعبة ويصبح إدراكه للأحداث الخارجية على أنها أقل صعوبة عندما يحس بأنه مدعم ومساند اجتماعيا، وبالتالي سيتمكن من مواجهة الوضعية الصعبة بطريقة ايجابية (جعيرير ، ص06).

كما يرى لازاروس وفولكمان (1984) أن المساندة الاجتماعية هي عامل مهم في الوضعية الصعبة التي تساعد الأفراد في التعامل معها والتنبؤ بأساليب المواجهة التي يستخدمها مثل أسلوب حل المشكلة، وإعادة التقييم الايجابي للوضعية، الذي يرتبط بشكل قوي بالمساندة الاجتماعية (شويخ ، 2007 : 288). وقد أكد سباكابانن وآخرون (1988) أن المساندة الاجتماعية تملك القوة بجعل الفرد يغير إدارته للموقف والوضعية الصعبة ومنحه القوة والقدرة على التحكم والتعامل مع الصعوبات لأنها تعمل على إضعاف

الصعوبة وتزيد من قوة الفرد بجعله أكثر إدراكاً لقدراته. كما أن المساندة الاجتماعية في نظر جريغوري وبوركس (Gregory et Burroughs :1989) تمنح الفرد الشعور بالتحكم والضبط الذي يشير إلى الدرجة التي يستطيع الفرد التنبؤ بالوضعية وكيفية مواجهتها وبالتالي تقلل من الضرر المحتمل للصعوبة. وقد اعتبرت دراسة الجوهرة بنت السعد (2013) أن المساندة الاجتماعية تقوم بدور حماية الفرد لتخفيفها من شدة الصعوبات الناتجة عن وضعية أو موقف ضاغط (بنت سعد، 2013، ص 04) فالمساندة الاجتماعية تعزز الشعور بالثقة بالنفس وتزيد من تقدير الذات وتجعل الفرد قادر على حل المشكلات بطريقة ايجابية.

كما استعملت الحالة الأولى نادية والحالة الثانية فاطمة والحالة الثالثة عايدة استراتيجية التركيز والحفاظ على الفعل والمعلومة ب (35) نقطة للحالة نادية و(37) نقطة للحالة فاطمة و(34) نقطة للحالة عايدة، باعتمادهن على سلوك المطالعة، البحث في الانترنت التوجه إلى المتخصصين أي التركيز على حل المشكل عن طريق الفعل والمعلومة، وهذا ما يتفق مع دراسة بسام الطويل (2018)، ودراسة درويش (2011)، ودراسة أبيدوتو وآخرون (2004)، ودراسة نوجين ولاندر (Noojin et Wallander: 1997)، ودراسة سن ويارتسيفر (2007)، وتختلف النتائج مع دراسة نيومان ولوغرانج (2003)، ودراسة العويضة (2008)، ودراسة أولي ووليام (1997)، ودراسة دونوفان (Donovan)، ودراسة يعقوب ويحي (1995) إن أسلوب المواجهة المركز على المشكل هو أسلوب نشط وهو موجه لهدف خفض متطلبات الوضعية الصعبة، والرفع من إمكانيات الفرد من أجل مجابتهها. ويرى كل من لازاروس وفولكمان أن المواجهة المركزة على المشكل تتطلب البحث عن المعلومة من جهة، ومن جهة أخرى بذل جهود موجهة نحو المشكل لتجسيد الحل (والي ، 2015، ص 130)

وينتطلب حل المشكلة تقويم ذات الفرد وسلوكه ومشاعره اتجاه الوضعية، وتقويم محيط الفرد، هذا ما لاحظناه لدى الحالة الأولى نادية والحالة الثانية فاطمة والحالة الثالثة عايدة حيث غيرن من علاقتهن بالمحيط .

استعملت الحالة الرابعة نوال والحالة الخامسة صليحة استراتيجية الحفاظ والتركيز على الانفعال ب (27) نقطة للحالة نوال و(23) نقطة للحالة صليحة الذي يظهر من خلال البكاء والحزن والشعور بالاضطهاد، ورفض التفكير الصائب والعمل على النسيان العاطفي لنسيان الصعوبة والعراقيل أي أنهما استعملتا

أسلوب التركيز على الانفعال في مواجهة الوضعية الصعبة (إصابة الطفل بمتلازمة داون) وهذه النتيجة تتفق مع دراسة دابروسكا وبيزولا (Dabrowsk & Pisula :2010) إن إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال قد تكون فعالة في تقليص التوتر والأثر الانفعالي إلا أن هذه الفعالية ترتبط بدرجة صعوبة الوضعية حيث لا يمكنها تحقيق فوائد كبيرة في وضعيات صعبة وبالتالي فإنها تكون عاجزة عن تحقيق التكيف وهو ما يستلزم اللجوء إلى أساليب المواجهة المركزة على المشكل. (Dabrowsk & Pisula 2010)

كما يرى لازاروس وفولكمان أن الأساليب المركزة على الانفعال تؤثر بدرجة ما في الأساليب المركزة حول المشكل فالانفعال المرتفع والتوتر الشديد الذي لا يمكن للفرد السيطرة عليه يؤثر في العمليات الفكرية والمعرفية وبالتالي في الجهود اللازمة لمواجهة الوضعية (Swendsen & Graziani, P83) وهذا ما لاحظناه لدى الحالتين الحالة الرابعة نوال والحالة الخامسة صليحة اللتان لم تستطعا مواجهة وضعية طفليهما بالتركيز على المشكل وإيجاد الحلول إنما ركزتا على الإنكار، والانسحاب السلوكي والرفض .

كما استعملت الحالات الخمسة إستراتيجية المواجهة المتمثلة في المراقبة لكنها تختلف في نوعها فالحالات الثلاث الأولى استعملن إستراتيجية المراقبة بالمعلومة والتي تعني المراقبة والتخطيط والتنظيم لحل المشكلة بحيث الحالة الأولى نادية استعملت إستراتيجية المراقبة ب (34) نقطة بالمعلومة ب (14) نقطة، مع الحالة الثانية فاطمة ب (31) نقطة لإستراتيجية المراقبة وبالمعلومة ب (13) نقطة، وكما هو الحال بالنسبة للحالة الثالثة عايدة استعملت إستراتيجية المراقبة ب (31) نقطة بالمعلومة ب(14) نقطة.

إذ يعالج المشكل بتحديد أهداف ووضع مخططات، التمسنا ذلك من خلال الملاحظة والمقابلة كل معلومة يتلقينها يطبقنها مع أطفالهن (ليليا،رحيم، رانيا) بهدف الوصول الى نتيجة معينة وكمثال على ذلك هدف التفاعل مع الأقران بإدخالهم (الروضة، المسجد)، عملية التخليك بهدف تنمية الجانب الحس حركي، وإثراء التفاعلات العاطفية من خلال تكثيف التواصل الجسدي والبصري.

أما الحالتين نوال وصليحة استعملتا إستراتيجية المراقبة الانفعالية حيث تحصلت الحالة الرابعة نوال على (18) نقطة، والحالة الخامسة صليحة على (19) نقطة. والتمسنا هذا من خلال عدم الارتباط بين السلوك والأفعال، والتناقض بين الانفعالات.

➤ مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

والتي تنص على أن لدى طفل متلازمة داون مستوى متوسط في النمو النفسي الاجتماعي ، ولاختبار هذه الفرضية تم تطبيق الملمح النفسي الاجتماعي للطفل PSA لجون دوماس وآخرون J.Dumas et al (1997) على عينة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون وعددهم 102 طفلا متواجدين بالمركزين الطبيين البيداغوجيين للأطفال المتخلفين ذهنيا بواد رهيو وواد جمعة بغيلزان وبالجمعية الوطنية للإدماج المهني والمدرسي للأطفال الترزوميين ANIT فرع ولاية غليزان، وقد تم استعمال النسب المئوية، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (44) : مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون

النسبة المئوية	التكرار	مستوى النمو النفسي الاجتماعي	فئات النمو النفسي الاجتماعي
%27.45	28	منخفض	133 - 00 %20 - %37
%35.29	36	متوسط	266 - 133 %38 - %62
%37.25	38	مرتفع	400 - 266 %63 - %70
%100	102	المجموع	

يتضح من خلال الجدول الخاص بمستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون، أن أغلب العينة تتمركز في الفئة (266-400) والتي تشير الى مستوى مرتفع بنسبة %37.25، ويليهما المنتمون الى الفئة (133-266) والتي تشير الى مستوى متوسط بنسبة %35.29، وأخيرا المنتمون الى الفئة (00-133) والتي تشير الى مستوى منخفض بنسبة %25.45. مما يجعلنا نقول أن النمو النفسي الاجتماعي ظهر لدى أطفال متلازمة داون (عينة الدراسة) بمستويات مختلفة، لكن الأغلبية أظهرت نمو نفسي اجتماعي يتميز بمستوى مرتفع أو متوسط.

هذه النتائج تدل على أن الطفل المصاب بمتلازمة داون ينمو نموا نفسيا واجتماعيا عاديا فمن خلال الدراسة الميدانية، أظهرت العينة مستوى مرتفع الى متوسط من النمو النفسي الاجتماعي. هذه المستويات ارتبطت بمدى تكيف الأطفال بأنفسهم ومع الآخرين من خلال تفاعلهم مع أقرانهم وتفاعلهم مع الراشدين، لذلك كانت درجاتهم في الفئة (266-400) والفئة (133-266) والتي تمثلت في البحث واللعب الجماعي مع الأقران، الاستقلالية في عادات الحياة اليومية (النظافة، الأكل، لبس بعض الثياب، الشراء..) عدم الالتصاق بالأمهات والمربيات، المشاركة في مهام في القسم كتنظيم الصابرة وتنظيف القسم، طلب الإذن وإتباع أوامر الراشدين والنظام العام، غياب مظاهر النكوص والتثبيت كمص الإبهام وقظم الأظافر، التعاون مع الأطفال والراشدين ، وهذا يتوافق مع دراسة بوكلي، بريد وساكس (Buckley, 2002) حول النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون. حيث أن السلوكات النفسية والاجتماعية لطفل متلازمة داون هي سليمة وغير متضررة. حتى وان كان هناك تخلف معرفي ملحوظ، فطفل متلازمة داون لديه طبع الجماعة ويندمج بسهولة في الجماعة، في هذا الصدد يرى بعض الباحثين (Nader-Grosbois, Millasheva & Manolova, 2006) أن كل أطفال متلازمة داون لديهم طبع عاطفي جيد ، فهم يطورون القدرة الجيدة على اللعب التي تعطيهم قاعدة وأساس للتفاعل مع أقرانهم، ومن بينها اللعب الرمزي. حيث أنهم يُختارون دائما من أجل اللعب أو من أجل الأكل في المطعم المدرسي، وغير مضطرين الى دعوتهم للعب، حيث أنهم يبادرون الى اللعب مع الأطفال. كما يمتازون بالصدقات مع الأطفال العاديين، مما يسمح لهم بالتطور المعرفي والاجتماعي في عدة ميادين كحل الصراعات، الثقة في النفس، الاستقلالية في عادات الحياة اليومية ، كما تتفق هذه النتائج مع دراسة أبيدارشكي، رافي، كاميلو وآخرون (Adibershki.N, Rafi, Kamilo.M & al, 2014) التي ترى أن النمو النفسي الاجتماعي من أهم العوامل التي يركز عليها أطفال متلازمة داون في عملية التكيف النفسي والتكيف الاجتماعي والتواصل مع المحيطين بهم. فهم يعتبرون من فئة القابلين للتعلم، ويتميزون بأنهم اجتماعيون ويكتسبون مهارات عديدة تمكنهم من الاختلاط بالحياة الطبيعية في المجتمع. كما تتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه الباحثان بوشون وديكلارك (Pochon & Declercq, 2013) أن أطفال متلازمة داون ينجحون مثل الأطفال في نفس سنهم للنمو العقلي ، ولديهم استعداد لتحليل العناصر التي يقدمها الوجه الواحد ليطبقها على محيطه وهي مؤشرات انفعالية (مثل نبذة الصوت، حركات الجسم) وفي هذه الحالة يمكن أن يصل إلى السلوك المعين بدون أن يعرف أسمه ـ ـ الانفعالات. (Pochon & Declercq, 2013)

كما توصل الباحث هوزر كرام (Hauser Cram : 2009) إلى أن أطفال متلازمة داون لديهم الاستعداد للنمو النفسي الاجتماعي الجيد ويقدمون مستوى عادي من ناحية النمو النفسي الاجتماعي. حيث أن الباحثان كافاجال وايقلاصياس (Cavajal & Iglasias :2002) وجدوا أنه أثناء التفاعلات التلقائية يقدم أطفال متلازمة داون تعبيرات وجهية خاصة تتشارك بمختلف الانفعالات ، مما يسهل عملية التواصل لديهم مع الآخر وبالتالي يدل على نمو نفسي واجتماعي عادي.

ومن هنا يمكننا القول أن النمو النفسي الاجتماعي من أهم العوامل التي يركز عليها أطفال متلازمة داون في عملية التكيف النفسي والتكيف الاجتماعي والتواصل مع المحيطين بهم فهم يعتبرون من فئة القابلين للتعلم ويتميزون بأنهم اجتماعيون ويكتسبون مهارات عديدة تمكنهم من الاختلاط بالحياة الطبيعية في المجتمع.

ومن جهتها توصلت دراسة ماكوبي ومارتين (Maccoby et Martin :1983) الى أن طفل متلازمة داون خلال المرحلة ما قبل المدرسية يستحضر ارتفاع في النشاطات والتفاعلات بين الأقران عن طريق التقاطع مع مختلف الوضعيات في المحيط الاجتماعي هذه الوضعيات تدفع الطفل الى التحرر والاستقلالية عن الراشد والانفتاح نحو العالم الاجتماعي للأقران (Vanwaleghem, 2016, p32)

كما انفتحت نتائج دراستنا مع دراسة باكلي وفريقها (1999) ببريطانيا حول العناية التعليمية لمتلازمة داون التي توصلت الدراسة الى أن التطور والتقدم الذي يحرزه أطفال متلازمة داون بالدمج في المدارس العادية أكثر ايجابية بفضل الخدمات والدعم الذي قدم لهم.

أما دراسة (Grosbois, Millasheva & Manolova, 2006) فتوصلوا إلى أن طفل متلازمة داون لديه علاقات ايجابية اجتماعية انفعالية، وبعض المجالات المعرفية مرتبطة ببعض الخصائص والمجالات الاجتماعية الانفعالية.

كما يرى الباحثون (Bridges & Cicchetti, 1982, Cunningham, 1994, Greenberg & Field 1982, Motti, Cicchetti et Sroufe, 1983, Ruskin, Mundy, Kasari & Sigman, 1994) إلى أن طفل متلازمة داون ليس لديه صعوبة في التكيف والتفاعل مع الراشدين والأقران.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ليفيلاند وكيلي (Leveland & Kelley : 1991) و دراسة هوجس وكازاري (Hughes & Kasari : 2000) التي هدفت إلى كشف الاعتماد على النفس لدى

مجموعة من أطفال متلازمة داون ومقارنتهم بمجموعة من المعاقين ذهنيا. وقد أسفرت الدراسة على وجود فروق لصالح أطفال متلازمة داون حيث أظهروا صورا وجدانية أكثر ايجابية مثل النظر المباشر الى الراشدين، التركيز على إكمال المهمة، محاولة إثبات الذات، القيام بأعمال موكلة إليهم، أما الأطفال الذين قدّموا مستوى منخفض في النمو النفسي الاجتماعي، فهم الذين لم يتمكنوا من التكيف مع الآخرين من خلال نقص التفاعل الاجتماعي مع الأقران ومع الراشدين، وبالتالي نقص القدرة على خلق علاقات اجتماعية مع الأقران والراشدين.

➤ عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية على أنه توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون تبعا لمتغير الجنس ولاختبار هذه الفرضية تم استعمال اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (45) يوضح الفروقات في النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون تبعا لمتغير الجنس

ن = 102					الأسلوب الإحصائي	
الدالة	درجة الحرية	قيمة t	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأبعاد	
0.18	100	1.90	1.70	21.11	إناث	مكتئب / سعيد
			1.82	22.87	ذكور	
0.11	100	1.77	1.72	28.01	إناث	قلق / واثق
			1.78	30.66	ذكور	
0.80	100	0.36	1.69	11.56	إناث	سريع الغضب / متسامح
			1.85	13.01	ذكور	
0.50	100	1.78	1.91	11.74	إناث	منعزل / مندمج
			2.00	12.50	ذكور	
0.78	100	0.96	1.61	20.04	إناث	عدواني / متحكم

			1.98	22.14	ذكور	
0.09	100	0.83	1.52	18.23	إناث	أناني / اجتماعي
			1.73	20.56	ذكور	
0.53	100	0.90	1.61	20.55	إناث	متعاون / مقاوم
			1.80	21.96	ذكور	
0.66	100	0.54	1.70	15.58	إناث	تابع / مستقل
			1.68	14.52	ذكور	
0.88	100	1.51	0.82	14.10	إناث	القدرات الاجتماعية
			0.85	15.84	ذكور	
0.83	100	1.29-	0.75	12.32	إناث	المشاكل الداخلية
			0.80	14.39	ذكور	
0.90	100	0.07-	0.76	22.18	إناث	المشاكل الخارجية
			0.88	24.48	ذكور	
0.81	100	0.88	23.24	67.85	إناث	التكيف العام
			23.35	68.40	ذكور	

يتضح من خلال الجدول الخاص بالفروقات في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون، تبعاً لمتغير الجنس، أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي بين الذكور والإناث.

إذن أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون تبعاً لمتغير الجنس بين الذكور والإناث (المقياس ككل بأبعاده)، هذا ما اتفق مع دراسة أسماء محمود السرسري (1984) التي توصلت إلى عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين

الذكور والإناث المصابين بمتلازمة داون في مرحلة الطفولة من حيث نموهم النفسي الاجتماعي (حسونة، 2007: ص79)، حيث أن كلا الجنسين لديهما اكتساب المعايير الاجتماعية والقواعد من البيئة الأولى التي نعني بها الأسرة، بالإضافة إلى البيئة الثانية المتمثلة في المدرسة، الجمعية، والمركز، والتي تعتبر مكملية ومدعمة للنمو النفسي الاجتماعي للطفل. حيث يتسع عالم الطفل ويخرج من المنزل الى المحيط ليختلط بمجموعة الأقران. وكلما تعلم مهارة ما تزداد رغبته في حب الاستطلاع والتعلم وبداية الاعتماد على النفس، وبالتالي ينمو الشعور بالاستقلال نوعا ما شيئا فشيئا، ومن ثم تنمية مهارات التواصل وزيادة التفاعل مع الأصدقاء والراشدين. كما تتفق هذه النتائج مع دراسة داين، هوداب، ايفانز (Dykens, Hodapp & Evans, 1994) التي توصلت إلى عدم وجود فروقات في السلوك التكيفي ومستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون بين الذكور والإناث، وهذا يتفق مع دراسة بوكلي، بريد وساكس (Buckley, Bride & Sacks, 2002) حول النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون. حيث توصلت النتائج إلى أن السلوكيات النفسية والاجتماعية لطفل متلازمة داون هي سليمة وغير متضررة حتى وان كان هناك تخلف معرفي ملحوظ، فطفل متلازمة داون لديه طبع الجماعة ويندمج فيها بسهولة كما توصلت الى أنه لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث في مستويات النمو النفسي الاجتماعي. كما اتفقت نتائج دراستنا مع دراسة العبري (2003) التي توصلت الى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في جميع مظاهر النمو عند أطفال متلازمة داون. واتفقت أيضا مع نتائج دراسة ذكرى يوسف جميل الطائي (2006) التي خلصت الى عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث من التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في التوافق النفسي والاجتماعي (الطائي، 2006)

الاستنتاج العام:

تمثل موضوع دراستنا في استراتيجيات المواجهة لدى أولياء طفل متلازمة داون وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي حيث هدفت إلى معرفة تأثير استراتيجيات المواجهة التي يتخذها أولياء طفل متلازمة داون اتجاه وضعية طفلهم على نموه النفسي الاجتماعي وهدفت إلى معرفة أكثر إستراتيجية مواجهة استعمالا لدى الأمهات بالإضافة إلى معرفة مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون والتحقق من وجود فروق دالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس وقد توصلنا إلى النتائج التالية:

- تؤثر استراتيجيات المواجهة لدى أمهات طفل متلازمة داون على نموه النفسي الاجتماعي بحيث أن إستراتيجية المواجهة المتمثلة في التركيز على المشكل من خلال البحث عن المعلومة والتنظيم والتخطيط والمراقبة المعرفية ساهمت في النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون من خلال كشف الغموض عن خصائص هذه المتلازمة ومتطلباتها وحاجاتها العاطفية ومعرفة طرق التعامل معه وبالتالي تعزيز العلاقة ما بين الأم وطفلها وتفاعلاتها معه مما انعكس على نموه النفسي الاجتماعي، في حين أن إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال المتمثلة في تجنب مواجهة الوضعية، والإنكار، والمراقبة الانفعالية جعل الأمهات يسكنن أساليب تعامل خاطئة وبالتالي خلق علاقات مضطربة مع أطفالهن وغير آمنة تعكس تثبيتهن في الصدمة الأمر الذي نجم عنه تأخر في النمو النفسي الاجتماعي لدى طفلهن المصاب بمتلازمة داون.
- تستخدم الأمهات إستراتيجية المواجهة المتمثلة في البحث عن المساعدة الاجتماعية بنوعها الانفعالية والمعرفية كأكثر إستراتيجية استخداما من طرفهن.
- لدى طفل متلازمة داون مستوى متوسط إلى مرتفع في النمو النفسي الاجتماعي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون تبعا لمتغير الجنس.

خاتمة وتوصيات:

تعتبر متلازمة داون من المتلازمات التي تصاحبها العديد من الخصائص وأولها التأخر الذهني والحركي والحسي والمعرفي وبالرغم من أنها شائعة إلا أن لها خلفية تجعلهم عرضة لأحكام مسبقة عند عامة الأفراد وبعض المتخصصين مما يجعل الوالدين اللذان يرزقان بطفل يعاني من متلازمة داون يعيشان صدمة الإعلان عن التشخيص وما ينتج عنها من جرح نرجسي وألم وحداد نفسي على الطفل الخيالي وصولاً إلى التقبل الذي يكون بداية من استعمال استراتيجيات مواجهة للتغلب على الوضعيات الصعبة التي تعترضهم أثناء ممارستهم للوالدية في معاشهم النفسي اليومي مع هذا الطفل، فاستخدام أساليب المواجهة الفعالة يخلق نوعاً من التوازن النفسي لدى الوالدين، ولقد تطرقت العديد من الدراسات سواء المحلية أو الأجنبية إلى موضوع استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أولياء الأطفال المتخلفين ذهنياً وكان من بينها من ركزت على عينة الأمهات فقط أو ركزت على كل أنواع الإعاقة الذهنية وهدفت إلى التعرف على أنواع استراتيجيات المواجهة لدى الأولياء دون التطرق إلى دراسة أنواع هذه الاستراتيجيات وكيفية استخدامها وتأثيرها على الطفل، وعليه جاءت الدراسة الحالية لتسليط الضوء على استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأولياء وتأثيرها على النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون، وقد استخدمنا المنهج العيادي ودراسة حالة بالاعتماد على دليل المقابلة وشبكة الملاحظة وتطبيق سلم الكوبينغ لبيار تاب وآخرون 1997 لاستخراج استراتيجيات المواجهة ودرجة استخدامها على عينة تتكون من خمسة أمهات لأطفال مصابين بمتلازمة داون، وتطبيق الملح النفسي الاجتماعي للطفل لجون دوماس (1997) لمعرفة البروفيل النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون على عينة تتكون من خمسة أطفال مصابين بمتلازمة داون، والربط بين نوع الإستراتيجية ومستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون.

وأُسفرت النتائج إلى أن استراتيجيات المواجهة لدى أمهات طفل متلازمة داون تؤثر على النمو النفسي الاجتماعي للطفل، حيث أن إستراتيجية المواجهة المتمثلة في التركيز على المشكل عن طريق البحث عن المعلومة والتنظيم والتخطيط والمراقبة المعرفية ساهمت في النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون من خلال مساعدتهن على كشف الغموض عن خصائص هذه المتلازمة ومتطلباتها وحاجاتها العاطفية ومعرفة طرق التعامل معها وبالتالي تعزيز العلاقة ما بين الأم وطفلها وتفاعلاتها معه وتشجيع التحفيز مما انعكس على نموه النفسي الاجتماعي حيث قدم أطفالهن درجات من متوسطة إلى

مرتفعة في مستوى النمو النفسي الاجتماعي وتميز البروفيل النفسي الاجتماعي لديهم تقريبا بانعدام المشاكل الداخلية والخارجية بالتكيف العام ، في حين أن إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال المتمثلة في تجنب مواجهة الوضعية، والإنكار، والمراقبة الانفعالية جعل الأمهات يسلكن أساليب تعامل خاطئة وبالتالي خلق علاقات مضطربة وغير آمنة مع أطفالهن تعكس تثبيتهن في الصدمة وبقاؤهن حبيسات للجرح النرجسي وعدم معرفة قدرات الطفل والتقدم به واستثماره، الأمر الذي جعل الأطفال يتأخرون في النمو النفسي الاجتماعي حيث قدموا نتائج ضعيفة في مستوى النمو النفسي الاجتماعي وملح يتميز بمشاكل داخلية وخارجية وعدم التكيف. كما توصلت الدراسة إلى أن الأمهات تستخدم إستراتيجية المواجهة المتمثلة في البحث عن المساعدة الاجتماعية بنوعها الانفعالية والمعرفية كأكثر إستراتيجية استخداما من طرفهن. كما تبين أيضا أن لدى طفل متلازمة داون مستوى متوسط إلى مرتفع في النمو النفسي الاجتماعي. ولم نلمس فروق دالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون تبعا لمتغير الجنس.

انطلاقا من النتائج المتحصل عليها يتبين لنا القيمة العلمية التي تتميز بها لكن تبقى نتائجها غير قابلة للتعميم نظرا لاشتمالها من جهة على عينة صغيرة خمسة حالات ومن جهة أخرى كشفت لنا استراتيجيات المواجهة التي تستخدمها الأمهات، أما فئة الآباء فتعذر علينا الوصول إليهم نظرا لرفضهم إجراء المقابلات العيادية معنا، وما أمكننا تفسيره هو خصائص المنطقة و ذهنياتها، بالإضافة إلى أن الأب منشغل بتوفير الجانب المادي للطفل، أو أن رفض إجراء المقابلات العيادية ما هو إلا قناع لرفض الإعاقة وعدم التقبل وأن الألم أكبر من أن يواجهه ويعبر عنه، إلا أننا حاولنا أن نستخلص دور الأب ومعايشه النفسي مع الطفل من خلال أقوال الأمهات أثناء المقابلات العيادية.

وقد ساهمت دراستنا بإضافة علمية للبحث في ميدان علم النفس بالجزائر من خلال توفير مقياس الملح النفسي للطفل بنسخته العربية للاستفادة منه في الروضات وأقسام التحضيرية والمراكز الطبية النفسية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنيا، أو مراكز الطفولة المسعفة، باقتراح:

- دراسة عدد كبير من المشاركين من المصابين بمتلازمة داون وأولياهم لتقييم وتعميق PSA في الجزائر.

- إعداد دليل حول متلازمة داون يحتوي على معلومات حول متلازمة داون، خصائصها، حاجاتها، أنواع التكفل بها، الاتصالات الممكنة، وتوزيعها على الأولياء المعنيين منذ ولادة الطفل.

- إعداد دليل كيفية الإعلان عن التشخيص وتوزيعه على المستشفيات ومصحة التوليد والأمومة، وخصوصا القابلات.
- إعداد دورات تكوينية حقيقية وملموسة حول العلاقات مع عائلات الأشخاص المعاقين للأطباء المقيمين الذين هم في طور التكوين.
- إدراج التكفل النفسي بالوالدين وإرشادهم في المراكز النفسية الطبية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنيا، كخطوة أولية لبداية العمل مع الطفل لأنه لا يمكن الوصول بنتيجة مع الطفل بدون التكفل بالأولياء وتوجيههم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم، براهيمى نجلاء، وعبد الحميد هالة. (2006). الفروق بين أداء أفراد متلازمة داون والأطفال العاديين في الاسترجاع لمهمة التشابه الصوتي والكلمات عديمة المعنى في الذاكرة قصيرة المدى، مجلة كلية التربية جامعة بنها. المجلد (17) . العدد (70) .مصر.
- ابراهيم، علا عبد الباقي. (2000). *مدى فاعلية برنامج للتدريب على بعض المهارات المنزلية في تنمية مفهوم الذات لدى الأطفال المعاقين* . رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- أرجايل، مايكل. (1993). *سيكولوجية السعادة*، (ترجمة فيصل يونس)، عالم المعرفة. الكويت.
- اسماعيل، محمد عيسى و الفيلكاوي، غريب محمد. (2007) *الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت* . رسالة ماجستير في التربية الخاصة. جامعة الخليج العربي. الكويت.
- الإمارة، سعد ، (2001). *المشقة والضغط النفسية*. مجلة النبأ. العدد 54.
- آيت حمودة، حكيمة، طيبي، الحاج وآيت حمودة، ديهية. (2018) . *استراتيجيات المواجهة لضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية والجسدية* . ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- بخش، أميرة. (2002) . *الضغط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية* . مجلة دراسات . المجلد (29) . العدد (02) . ص 237 - 2015.
- البسطامي، سلام. (2013). *مستوى استراتيجيات المواجهة للضغط النفسية لدى آباء ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهم في محافظة نابلس*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.
- بنت سعد، الجوهرة. (2013). *الضغط النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية والاكنتاب لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية* . رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس. المملكة العربية السعودية.
- بوتفتشوت، مصطفى ، (1984) . *العائلة الجزائرية التطور والخصائص الحديثة* (ترجمة دمري أحمد). ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية. الجزائر.
- جعير، سليمة، (2016) ، *المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية ودورها في العلاقة بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية* . أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر (02).

- الجمعية العامة للأمم المتحدة، (2020). الدورة السادسة والستون، **البند (69) من جدول الأعمال**، المجلد (2020).
- حداد، عفاف شكري. (1995). **سمة القلق وعلاقتها بمستوى الدعة الاجتماعي**. مجلة دراسات العلوم الإنسانية. المجلد 22(أ). العدد الثاني. ص 929-949.
- حسونة، أمل محمد. (2007). **المهارات الاجتماعية للطفل المتخلف ذهنيا**. الدار العالمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجيزة.
- حسين، طه عبد العظيم وحسين، سلامة عبد العظيم. (2006). **استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية**. الطبعة الأولى. دار الفكر. الأردن.
- الخطيب، إيمان عبد الله عمر. (2010). **أثر تغيير المفاهيم الوالدية الخاطئة في تحسين الكفاءة الوالدية للأمهات المسيئات الى أبنائهن وخفض الإحساس بالتهديد لديهم**، رسالة ماجستير، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.
- الخطيب، جمال. (1988). **المظاهر السلوكية غير التكيفية الشائعة لدى المتخلفين ذهنيا**. دار الفكر. الأردن.
- خليفة، فاضل عباس. (2012). **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى معلمي نظام الفصل بمملكة البحرين**. مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية. العدد (09). البحرين.
- خليفة، وليد السيد. (2008). **الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة**. دار الوفاء للطباعة والنشر، الاسكندرية.
- خوالدة، محمود علي والشوار، أسيل أكرم. (2007). **النمو الخلفي والاجتماعي**. دار الحامد. الطبعة الأولى. عمان.
- الخولي، سناء. (2016). **الأسرة والحياة العائلية**. دار المعرفة الجامعية. الطبعة الأولى. الإسكندرية. مصر.
- درويش، فاطمة. (2011). **الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين عقليا وأساليب مواجهتها** مجلة جامعة دمشق، مجلد (27) ص 755-756.
- رشوان، حسين عبد الحميد أحمد. (1997). **العلاقات الإنسانية في مجالات علم النفس**، علم الاجتماع، علم الإدارة. المكتب الجامعي الحديث. الإسكندرية. مصر.
- الرشيد، بشير. (2001). **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية**، الطبعة الأولى. الديوان الأميري. مكتبة الإنماء الاجتماعي. الكويت.
- الريماوي، محمد عودة. (2008). **علم النفس الطفل**. المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. عمان.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج. (2015). **التدخل المبكر النماذج والإجراءات**. الطبعة الرابعة. دار المسيرة. الأردن.

- زيدان، محمد. (1972). *النمو النفسي للطفل والمراهق*. الطبعة الأولى. منشورات الجامعة الليبية. ليبيا.
- السرسري، أسماء وأمانى عبد المقصود عبد الوهاب. (2001). *المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقون وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية*. مجلة كلية التربية. جامعة بنها. العدد 44.
- شرادي، نادية. (2011). *التكيف المدرسي للطفل والمراهق على ضوء التنظيم العقلي*. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- شريف، ليلى. (2002). *أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمط الشخصية (أ-ب) لدى أطباء الجراحة*. أطروحة دكتوراه غير منشورة في الصحة النفسية. كلية التربية. جامعة دمشق. سوريا.
- شعبان، جاب الله. (1993). *علم النفس الاجتماعي والصحة النفسية*. في زين العابدين درويش. علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته. مطابع زمزم. القاهرة. مصر.
- الشقيرات، محمد عبد الرحمن ويوسف زايد أبو عين (2001). *علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعاقين جسدياً*. مجلة جامعة دمشق. المجلد (17)، العدد الثالث. ص 59-87.
- الشناوي وعبد الرحمن. (1998). *التخلف العقلي الأسباب والتشخيص والبرامج*. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.
- الشناوي، محمد محروس ومحمد السيد عبد الرحمن. (1994). *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية*. الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر. القاهرة. مصر.
- الشويخ، أحمد، (2007). *أساليب التخفيف من الضغوط النفسية*. الطبعة الأولى. ايتراك للطباعة والنشر. مصر.
- صادق، فاروق. (1982). *سيكولوجية التخلف العقلي*. جامعة الملك سعود. مطبوعات جامعة الرياض.
- صحراوي، عقيلة. (2020) *المرافقة الوالدية خلال التكفل المبكر بالطفل المعاق بالجزائر حالة تناذر داون كنموذج*. مجلة أفكار وآفاق. المجلد (08) العدد (01). ص 69-82.
- الطائي، عبد المجيد حسن، (2008). *طرق التعامل مع المعاقين*. الطبعة الأولى. دار حامد. عمان.
- الطويل، بسام. (2018). *الضغوط النفسية لدى أولياء الأمور الأطفال المعاقين عقليا وأساليبهم في التعامل معها* - مجلة جامعة دمشق. المجلد (34) العدد الأول. سوريا.

- العباس، رقية السيد الطيب. (2011). **تقدير الذات لدى أطفال متلازمة داون وعلاقتها بالاتجاهات الوالدية**. مؤتمر إتحاد مجالس البحث العلمي العربية الطبعة الأولى مطبعة الحرية أم درمان، السودان.
- عباس، سهام عباس. (2019). **استراتيجيات المواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون**. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية . سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية . المجلد (41). العدد (3). دمشق. سوريا.
- عبد الرحمن، سيد سليمان، (2000)، **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة** . الطبعة الأولى. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.
- عبد الغني، خالد محمد (2008). **احتياجات وضغوط أسر ذوي الاحتياجات الخاصة** . مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- العبري، وليد حسن . (2003). **دراسة لبعض مظاهر النمو عند أطفال متلازمة داون مقارنة بنظرائهم من المتخلفين عقلياً**. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الدراسات العليا. مجال الدراسات التربوية. جامعة الخليج العربي. البحرين.
- عوض، عباس محمد. (1999). **مدخل إلى علم النفس النمو** . دار المعرفة الجامعية. جامعة الاسكندرية. مصر.
- عوفي، مصطفى. (2003). **خروج المرأة الى ميدان العمل وأثره على التماسك الأسري** عدد 19 جوان 2003 ص 131 - 150. مجلة العلوم الإنسانية .جامعة منتوري قسنطينة. الجزائر.
- العويضة، خالد نايف. (2008). **الفروق في استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية بين والدي المعاق عقليا وعلاقتها بالصحة النفسية، جامعة عين شمس، مصر**.
- عويضة، كامل محمد .(1996). **علم النفس الاجتماعي** . دار الكتب العلمية. الطبعة الأولى. مصر.
- غنيم. مريم. (2013). **عائلات 100000 طفل تعاني مرض المانغوليا في صمت رهيب**. جريدة السلام. يوم 07-10-2013.
- فتحي، السيد عبد الرحيم . (1984). **نمو الطفل المنغولي** . إدارة التربية الخ اصة في دولة الكويت.
- فتحي، السيد عبد الرحيم .(1982). **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات الاعتماد على النفس للأطفال المعاقين عقليا**، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والطفولة، جامعة عين شمس.
- فراح، زينب، (2001) . **الزيارة النسوية للأضرحة مقارنة انتروبولوجية** . رسالة ماجستير. جامعة وهران

- القمش، مصطفى. (2011). *الإعاقات المتعددة*. الطبعة الأولى. دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان.
- كاشف، إيمان فؤاد. (2004). *الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه*. دار قباء للطباعة والتوزيع. القاهرة.
- كاشف، محمد إيمان. (2001). *الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه*. دار قباء للطباعة للنشر والتوزيع. القاهرة.
- كامل، وحيد مصطفى. (2006). *فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيات لأطفالهن المعاقين عقليا*. مجلة دراسات نفسية. المجلد (15). الجزء الثاني. ص 231-262 مصر.
- الكفافي، علاء الدين. (2003). *مهارات الاتصال والتفاعل في عمليتي التعليم والتعلم*. الطبعة الأولى. دار الفكر. الأردن.
- كفافي، علاء الدين. (2008). *علم النفس الأسري*. دار الفكر. عمان.
- ماهر، محمود عمر. (1987). *المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي*. الفنية للطباعة والنشر. الإسكندرية. مصر.
- مرسي، كمال، (1996) *مرجع في علم التخلف العقلي*. دار القلم. الكويت.
- مرسي، كمال إبراهيم. (1996). *علم التخلف العقلي*. دار القلم. الكويت.
- معروف، اعتدال (2001). *مهارات مواجهة الضغوط في الأسرة وفي العمل وفي المجتمع* ، مكتبة الشقري، الرياض، السعودية.
- من ستبرن ، دانيال. (1982). *الحب الأول بين الأم وطفلها* . (ترجمة حسن محمد أحمد) . منشورات صيدا. بيروت . لبنان.
- ميموني، بدرة معتصم. (2003). *الاضطرابات النفسية والعقلية للطفل والمراهق* . ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- نايت، عبد السلام. (2018). *دراسة الغضب واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول الانفعال كعوامل استهدافية للإصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني الأساسي* دراسة ميدانية مقارنة بين المرضى وغير المرضى. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية المجلد (9) العدد (2) الجزء الأول جويلية. 262-291.
- والي، وداد. (2015). *استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين*. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس. جامعة وهران. الجزائر.
- الوزنة، طلعت. (1998). *دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة*. جامعة الخليج العربي.

- يوسف، جمعة سيد.(2000). *دراسات في علم النفس الاكلينيكي* . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة. مصر

2. المراجع باللغة الأجنبية:

- Abbeduto, L., Pavetto, M., Kesin, E., Weissman, M. D., Karadottir, S., O'Brien, A. & Cawthon, S. (2001). The linguistic and cognitive profile of Down syndrome: evidence from a comparison with fragile X-syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 7, 9-15. doi: 10.3104/reports.109.
- Abric , J. (1994). **Pratique sociales et représentation**.2éme édition. PUF. Paris 3.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Ass.
- Ainsworth, M.D , & Wittig, B. (1969). **Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation in determinants of infant behavior**. Methuen .London.
- Alain. B. (2009): **Aspect Neuro-psychosensoriel de développement de l'enfant**. 4éme édition. Masson.
- André -Fustier, F. (2002). Les adaptations familiales défensives face au handicap, *Divan familial*, 8, p. 13-23.
- Andrea, Dinca.(2008). **Stratégies de coping, mécanismes de défense et leur influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sport d'opposition**. Thèse de doctorat en psychologie. Université Reims.
- Angel ; Pierre & Mazet ; Philipp.(2004). **guérir les souffrances familiales**, 1er ed, PUF. Paris. France.
- Baiverlin,A , A. Gallo & A. Blavier (2020). Impact of different kinds of child abuse on sense of parental competence in parents who were abused in childhood. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4):1-9 (DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100150>)
- Bandura, Albert. (1979) **Self efficacy, the exercise of control**, W.H.Freeman, New York.
- Barbot F. et Terrier F.(1989). L'annonce du handicap d'un enfant à ses parent, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, N 4. P 210-215.
- Bee, Helen & Boyd, Denise ,(2003).**Psychologie du développement**. 2éme Deboeck. Canada.

- Blanchet ; Alain & Ionescu ; Serban. (2009). **Méthodologie de la recherche en psychologie clinique**. PUF. Paris.France.
- Bloch. C.A. & P.Clémons, M.A (1993). Developmental and situational differences in coping among children and adolescent with diabetes. *Journal of applied developmental psychology*. Volume 16, issue 4, p 559-554.
- Boucebci, Mahfoud, (1984) ,**Maladie mentale et handicap mentale**, écrits des oliviers, Alger.
- Bouchard J.M, Pelchat D. (1994). **La relation de confiance lors de l'annonce de la déficience motrice cérébral et de incapacités, point de vue des parents, des médecins et des professionnels. Biental de l'éducation et de la formation**.5ème congres de l'association international de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales AIRHM. Presses universitaires de Namur. Dakar. 149-171.
- Bower, A & Hayes, A: (1994): Short-term memory deficits and Down's syndrome: A comparative study, *Down's syndrome: Research and Practice*, vol. (2), pp 47-50.
- Bowlby .J. (1978). Attachement et perte, Tome I, *Attachement*, PUF. Paris.
- Brazelton. T & Berry Cramer (1991). **Les premiers liens .L'attachement parent-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre**. Calmann-Lévy.
- Bruchon-Schweitzerm M, & Emilie Boujut (2014) **psychologie de la santé**. Dunod.
- Bruner, JS. (1993). **le développement de l'enfant : savoir faire savoir dire**, 4 éd.PUF. Paris .France.
- Bruner. J.(1993) : **le développement de l'enfant savoir faire savoir dire**. Ed PUF. 4 ème édition.
- Buckley, S, & Sacks, B. (2012) **an overview of the development of children with Down syndrome (5-11years)**. Retrieved from <http://www.dseinternational.org>
- Bydlowski Monique. (1997) **la transparence psychique de la grossesse**. PUF. France.
- Carvajal, F., & Iglesias, J. (2000). Looking behavior and smiling in Down syndrome infants. *Journal of Nonverbal Behavior*, 24, 225-36.
- Carvajal, F., & Iglesias, J. (2002). Face-to-face emotion interaction studies in Down syndrome infants. *International Journal of Behavioral Development*, 26(2), 104-112.

- Cayetana , Ruiz-Zaldibar, Inmaculada , Serrano-Monzóa & Agurtzane, Mujika. (2018).Parental competence programs to promote positive parenting & healthy lifestyles in children: a systematic review. *Journal Pediatr* (Rio J). 2018;94(3):238-250
- Céleste, B & L'auras, B. (2000). **Le jeune porteur de trisomie 21**.Paris. Nathan université.
- Chabrol, Henri & Callahan, Stacey. (2019). **Mécanismes de défense et coping** . 3éme édition. Dunod.
- Chahraoui .K, Bénony. H. (2003):**méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**. Dunod. Paris.
- Chahraoui ; Khadîdja & Bénony, Hervé.(2003).**méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**, Dunod, Paris.
- Ciccone, A.(1997). **Empiètement imagoïque et fantasme de transmission** , (dans Eiguer A. & coll), Le générationnel, Paris, Dunod, p. 151-185.
- Claude .J. (2001) . **Le parent responsabilité et culpabilité en question**. 1^{er} édition. De boeck. Bruxelles.
- Cohen, S, (1999), **Handicapés, l'accueil depuis l'enfance**. Puf. Paris.
- Coutu S,Dubeau, Provost, Royer N & Lavigreur S. (2002) validation de la version française du quistionnaire coping with children's negative emotion scale CCNES. *Canadian journal of behavioral science revue canadiennene des sciences du comportement*. 34 (4) 230-234.
- Cramer B & Placio Espasa F (1993). **la pratique de psychothérapies mères- bébé**. PUF. Paris.
- Cuilleret ; Monique,(2007), **Trisomie 21et handicapé génétique associes potentialité, compétence, devenir**;5éme édition, Masson
- Cuilleret, M . (1981) **,les trisomique parmi nous ou le mongolisme ne sont plus** . Simep. France.
- Dabrowska-Zimakowska & Ewa Pisula.(2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of intellectuel Disability Research* .Volume 54 (3): 266-80.March 2010.
- Dantchev, N .(1989) .stratégie de coping et pattern A coronarogéne, *revue de médecine psychosomatique*, 17/18, 21-30.
- Decant. D.(1989). l'annonce du handicap, le point de vue du psychanalyste, *l'enfant*, N6, P 28-36.
- Dick ; Paul,(2000). **Dépistage et Diagnostic prénatals pour la prévention de Trisomie 21**, Université de Toronto, Ontario division de pédiatrie générale.

- Dykens, E. M., Hodapp, R. M., & Evans, D. W. (2006). Profiles and development of adaptive behavior in children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 9, 45-50
- Esparbés ; Sylvie, Florence ; Sordes & Pierre Tap, (1997). Les stratégies de Coping, Laboratoire personnalisation et changements sociaux. Journées du Labo 93, saint CRICQ.
- Farber, B. (1959): Effects of a Severely Mentally Retarded Child on family integration, *Monographs of the Society For Research in Child Development*, Vol. 24, No. 2, pp 5-108, Illinois, USA.
- Fateme, Mohammadi ; Mahnaz, Rakhshan ; Zahra , Molazem ; Najaf, Zareh & Mark Gillespie,(2020); Development of Parental Competence Scale in Parents of Children with Autism , *Journal of Pediatric Nursing*, 50 (2020): 77–84
- Fonagy, P, (2004), **théorie de l'attachement et psychanalyse**. Erés. Paris. France.
- Fortin ; Sylvain. (2012). **Expérience d'une journée mondiale de la trisomie au Québec**, CNADA, 20 Mars 2012.
- Freud , Anna. (1968). **le normale et le pathologique chez l'enfant**, Ed Gallimard.
- Fsian H, (2006), **Identité féminine- identité masculine : à propos des relations homme/ femme en Algérie**, thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, université d'Oran.
- Goffinet ; Marie, (2008) .**vécu des parents de personnes trisomiques 21 et attentes vis avis du médecin traitant**. thèse de garde de docteur en médecine présentée à l'université Claude Bernard .
- Golze B. (1999) . **Du corps à la pensée**, PUF. Paris.
- Graindorge, Catherine. (2005). **Comprendre l'enfant malade**, Dunod, Paris. France.
- Graziani (1998). Source of stress, coping strategies, emotional experience effects of the level of experience in primary school teachers in France. *Journal de therapie compartmental et cognitive* (8) 100-112.
- Greer, S , Morris, T, & Pettingale, K.W.(1979).**psychological response to breast cancer. Effect on out- come**. *Lancel*, 2, 785-787.
- Gregory, W. Larry & Jeffrey; Burroughs.(1989). **Introduction to Applied Psychology**. Glenview, III, scott, foresman.
- Grobois ; Nader & Fiassa,C. (2001) .**Théorie de l'esprit chez des enfants avec trouble du comportement et caractéristiques développementales, cognitives, affectives et innadaptation sociale**. Lauvain-la neuve, DeBoeck .Belgique.

- Guedeney. N & Guedney. A. (2006). **L'attachement concepts et application**, Masson. Paris.
- Guidetti.M & Tourette. C. (1999).**Handicaps et développement psychologique de l'enfant**. A.collin. Paris.
- Gutman L , Sameroff A, & Cole R : Academic growth curve trajectories from 1 st to 12 th grade, effects of multiple social risk factors and child factors. *Developmental psychology*, 2003, 39.
- HAMDAOUI, Houari, AOUAR, Amaria, MOQADDEM, Zakarya, KHATER, Sarra, BELKHATIR, Djamel, MOUSSOUNI, Abdellatif, 2020 , Sociodemographic and anthropological profile of children with Down syndrome in Tlemcen's population from the northwestern Algeria: Comparative study in the Mediterranean scale. *Journal of Anthropology of Religions* .Volume 16; issue 01.559-573
- Hann; Norma .(1977).**coping and defending**. Academic press. 28th Marsh 1977.p 368-399.
- Hauser cram penny (2009). Early predictors of behavior problems tow years early intervention. *Journal of early intervention*.32 (1), 3-16.
- Heller, et al.(1997). Maternal and parental caregiving of person with mental retardation Across the life span. *Interdisciplinary Journal of applied family studies*, Vol 46, N2.
- Henny. R, (1967).**Indication des traitements des parents, in le choix thérapeutique en psychiatrie infantile**, (par J .de AURIAGUERRA et coll). Masson, Paris.
- Henri Chabrol. (2013).Mécanismes de défense et coping. Dunod.
- Hill, f,Newman, r, Le grange, L.(2003). Subjective perception of stress and coping by mothers of children with an intellectual disability: a need assessment, *international journal of special education*, 18(1): 36-43.
- Holyat, Renald, F, (2000). *Psychologie de l'enfant et de l'adolescent*. Ed Labor. France.
- Houzel .Didier, Mazet Philippe .(1978). **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**. 5éme tirage. Volume 2. Maloine S.A éditeur. Paris.
- Houzel ; Didier.(2008).**les enjeux de la parentalité**. Fayard. Paris.
- Houzel, D. (1992). **Enveloppe institutionnelle et temporalité**, dans G. Bleandonu (sous la direction de), *Cadre thérapeutique et enveloppes psychiques*, Césura Lyon édition, p. 23-54.
- Houzel. D. (1978). **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**. 5éme tirage ;volume 2 ,ed Maloine. Paris.
- Jean E. Dumas, Peter J. La Freniere, France Capuano & Paul Durning (1997) **évaluation des compétences sociales et des difficultés d'adaptation des enfant de 2 ans ½ à 6 ans**, ecpa, Paris.

- Jonckheere ; Paul, Roger Salbreux & Chislain Margerotte & Lacier, (2007) **Handicap Mentale Prévention et Accueil.** de Boeck,1erédition, Bruxelles.
- Juhel. I.A. (2004). La déficience intellectuelle. Canada. Cronique sociale.
- Kasari, C., & Freeman, S. F. N. (2001). Task-related social behavior in children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106(3), 253-264. (doi: 10.1352/0895-8017(2001)106<0253:TRSBIC>2.0.CO;2.)
- Kasari, C., Freeman, S. F. N., & Bass, W. (2003). Empathy and response to distress in children with Down syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (3), 424-431. doi: 10.1111/1469-7610.00132.
- Kasari, C., Freeman, S. F. N., & Hughes, M. A. (2001). Emotion recognition by children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 59-72. doi: doi:10.1352/0895-8017(2001)106<0059:ERBCWD>2.0.
- Kasari, C., Freeman, S. F. N., Mundy, P. & Sigman, M. D. (1995). Attention regulation by children with Down syndrome: coordinated joint attention and social referencing looks. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 128-36.
- Kasari, C., Mundy, P., Yirmiya, N., & Sigman, M. (1990). Affect and attention in children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 55-67.
- Kerr, S., & McIntosh, J.(2000). Coping when a child has a disability: Exploring the impact of parent to parent support. *Child health care and development*, 26 (4), 309-322.
- Korff -Sausse. S. (1996) : **L'enfant handicapé et sa famille et le psychanalyste.** Calmann-lévy éd. Paris.
- korff-sausse, S(1996). **Le miroir brisé.** Calamann- Levy. Paris.
- korff-sausse, S.(1990).A l'écoute de l'enfant trisomique 21 et de ses parent, *aspects psychologiques.* Annales de Pédiatrie, 137 (8),522-526.
- Korff-Sausse, S.(1997). L'enfant handicapé, une étude psychanalytique , *Psychiatrie de l'enfant*, XI, 2, p. 297-341.
- korff-sausse, S.(1995). Le handicap figure de l'étrangeté, in Dayan, M , *trauma et devenir psychique* .PUF.Paris. (pp 39-89).
- Lacombe .D. Brun. V. (2008).**Rencontre en éducation trisomie 21 communications et insertion.** Masson.
- Lambert .J. (1978) **.l'arriération mentale.** Éd pierre Mardaga. Bruxelles.
- Lambert J . Rondal. A (1979) **.Le mongolisme.** Éd Pierre Mardaga. Bruxelles.

- Lamour ;M & .barraco,M. (1998). **Souffrance autour du berceau**. Gaetan Morin. EUROPE.
- Laplace, J & Pontalis, J.B. (1994), **Vocabulaire de la psychanalyse**. Presses Universitaire de France. Paris, France.
- Laroche. S.E. (2006). Etude du style interactif maternel et des compétences socio communicatives des enfants. Une étude comparative entre enfant porteur de trisomie et enfant typiques. *Psychologies Française*,51,p427-444.
- Larrieu, F.M. & Julie R. P (1986). Some personality and motivation correlates of children's prosocial behavior. *The J of genetic school*, 47(7), 529-542 .
- Lazarus, RS & Folkman, S. (1984) **stress appraisal and coping**. Springer publishing company, New-york.
- Le camus J, (2011), un **père pour grandir essais sur la parentalité**, Robert Laffont, Paris.
- Lebovici, S. & Soulé, M. (1970). **Connaissance de l'enfant par la psychanalyse**, Paris, PUF.
- Lemay .M. (2004): **l'autisme aujourd'hui**, Odile Jacob, Paris.
- Leveland , K. A. ET Kelley, M.L (1991). Development of adaptative behavior of preschool with autism and Down syndrome. *American journal of mental retardation*, 96 (1) 13-19
- Lobivici. S Diatkine. R & Soulé. M. (2004) . **Nouveaux traités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**. 2eme éd. volume 2. PUF. Paris.
- Lois S. Sadler, Stephen A. Anderson, Ronald M. Sabatelli,(2001), Parental Competence Among African American Adolescent Mothers and Grandmothers, *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 16, No 4 (August), 217-233
- Mannoni .M. (1964). **L'enfant arriéré et sa mère**. Ed. Seuil.
- Maque. T. (2007). **se former à la relation d'aide**. Dunod. Paris.
- Marcelli .D. (1999). **Enfance et psychopathologie**. 6eme édition Masson Paris.
- Marilou Bruchon-Schweitzer & Pierre tap. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Revue recherche en soin infirmiers* N67- decembre 2001- p68-83.
- Marthe, R. Egberts, Peter , Prinzie, Maja, Dekovic, Amaranta, D. de Haan & Alithe L. van den Akker;(2015), The prospective relationship between child personality and perceived parenting: Mediation by parental sense of competence, *Personality and Individual Differences*, 77 (2015) 193–198

- Mathieu .A .(1998).**les trisomiques et le langage autour d'une rééducation, entretien d'orthophonie**, expansion scientifique française .
- Mellier, D. (2000). **L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés**, Toulouse, ères.
- Mellier, D.(2005). **Les bébés en détresse, travail de lien et intersubjectivité. Une théorie de la fonction contenante** (préface de B. Golse), Paris, PUF, collection « Fil Rouge », Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant.
- Miller. J .F. (1993): Development of speech and language in children with Down syndrome. In McCoy (Eds), *Down syndrome advances in medical care*. New York: Wiley- liss.
- Monique .C. (2007) : **Trisomie et handicap génétique associes potentialité, compétence, devenir**;5éme édition, Masson.
- Mozet & Stoleru. (2003). Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Masson.
- Noojin, A. & Wallander, J. (1997). Perceived problem-solving ability, stress, and coping in mothers of children with physical disabilities: Potential cognitive influences on adjustment. *International. journal of Behavioral Medicine*,4, 415-432.
- Olley; lidia .B. & William R. Brieger. (1997). Perceived stress factors and coping mechanism among mothers of children with sickle cell disease in western Nigeria. **Health education research**, volume 12, issue 2, p.161-170.
- Parker, J.D.A , & Endler, N.S.(1992) Coping and coping assessment. A critical review. *European journal of personality*,6,5, 321-344.
- Paster,A.,Brandwein, D. and Walsh, J.,(2009).A comparison of coping strategies used by parent of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Research in developmental Disabilities*, 30 (6),1337-1342.
- Paulhan, I. (1994). **Les stratégie d'ajustement, ou coping**. In M. Bruchon-Schweitzer & R.Dantzer, introduction à la psychologie de la santé. Paris. PUF. Chap. 4, 99-124.
- Piquet ; Emiline. (2017). **Le développement socio-affectif des jeunes porteurs de trisomie 21**, université Rennes 2, haute Bretagne.
- Pochon.R, Declerqu .C, (2013). Emotion recognition by children with Down syndrome, A longitudinal study. *Journal of intellectual and developmental disability* (38). 4, 332-343.
- Pultchik, R, (1995). Relationships between defense mechanisms and coping strategies. *journal Lencéphale* 32, (3), 315-324.

- Renald, D & Parrot ; Françoise. (1997). **Dictionnaire de psychologie**. PUF. France.
- Rey .A. (1967) .**Arriération mentale et premiers exercices éducatives** .édit dalachaux et niestlé. Suisse
- Ribas. D. (2004). **Controverses sur l'autisme et témoignages**, PUF. Paris.25 .
- Ringler, Maurice, (2004) **Comprendre l'enfant handicapé et sa famille**, Dunod, Paris,
- Rondal.J.A & Comblain. A.(2001).**Manuel de psychologie des handicaps**. Mardaga. Belgique.
- Roskan. I. (2003) . **évolutions des théories implicites des mères à propos du développement de leur enfant handicapé**. volume 35. PUF. Paris.
- Roux - Levrat, J. (2001). **Et si l'attention pouvait être de quelque utilité pour l'accompagnement d'un enfant porteur de handicap et ses parents**, dans D. Mellier (sous la direction de), *Observer un bébé : un soin*, Toulouse, érès, p. 129-138.
- Safraty.J.(1998). **le temps de la parentalité**, contraste, N8; p123-128.
- Salcedo, F. (2006). **Mothers with developmentally disabled children: Coping skills and relationship satisfaction with partner** (doctoral dissertation). California State University, Long Beach, U.S.A.
- Scelles Régine, (2010), **lien fraternels et handicap**, ERES, Toulouse, Paris
- Scelles. Régine.(1997). **fratrie de handicap**. ED l'harmattan, France.
- Schauder, Silke. (2004). **Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui**. Dunod.
- Selvini M. (2008): **Rienventer la psychothérapie** 1^{er} édité édition de Boeck Université, Bruxelles.
- Sen., E, yurtsever, S. (2007), difficulties experienced by families with disabled children, *journal for specialists in pediatric nursing*. 12(4): 238-252.
- Serafica F.C & Cicchetti D. (1976). **Down's syndrome children in a strange situation : attachement and exploration behaviors**. Merrill-Palmer Quaterly, 22, 137-150.
- Serge L. René Diatkine & Michel Soulé, (2007) : **Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, Volume 2, 2^{ème} édition, PUF, Paris.
- Servant. Dominique. (2005).Gestion de stress et de l'anxiété. *Pratique en psychothérapie*.2^{ème} édition. Masson.

- Sillamy, N.(1983). **Dictionnaires usuel de psychologie**. Edition bordas. Paris. France.
- Simmerman, S., Blacher, J. & Baker, B. (2001). *Fathers' and Mothers' perception of father involvement in families with young children with disability*. Journal of intellectual Developmental Disability, 24, 325-338.
- Simon. J. (1964) : **La débilité mentale chez l'enfant**. Edouard .Privat Ed 2eme. Edition.
- Simone Korff-Sausse, (1996), **le miroire brisé l'enfant handicapé sa famille et la psychanalyse**, Calmann Lévy.
- Solis- ponton (2001).en serge lebovici **le bébé**. Erés.
- Stéphanie .V. (2016) : **L'enfant porteur d'une trisomie 21 et ses relations aux autres**, UNV Paris 8.
- Stoléru.S. (1989). **la parentificatin et ses troubles**. PUF. France.
- Tourette. C. (2006). **évalué les enfants avec déficience ou troubles de développement**. Paris.
- Turnbull & Turnbull, (1997).**Families, professionals, and exceptionality**. Merrill Publishing Company. USA.
- Vanier ; Alain.(2005). **Une introduction à la psychanalyse**. Armond colin. paris.
- Vanwallegem ; Stéphanie.(2016). **L'enfant porteur d'un trisomie 21 et ses relations aux autres liens entre les représentations d'attachement le comportement social et l'attribution d'intention chez les enfants âges de 8- A12 ans**. Thèse de doctorat en psychologie. Université Paris 8.
- Wallon. H. et all. (1994). **l'enfant turbulent**. PUF.
- Winnicott, D.W. (1974). La crainte de l'effondrement, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 1975, p. 35-44.

الملاحق

ملحق رقم (01) الملح النفسي الاجتماعي للطفل ما قبل المدرسي

Profil socio-affectif (PSA) des enfants

اسم الطفل:
تاريخ الميلاد:
اسم المربي:
الفوج:
المركز:
تاريخ الإجابة عن الاستبيان:

التعليمة:

إليك مجموعة من السلوكيات التي يمكن أن تلاحظها عند الطفل نطلب منكم تنقيط سلوك الطفل الملاحظ حسب التسلسل التالي: هذا السلوك أبدا لا يظهر، نادرا، أحيانا، بانتظام، غالبا، دائما.

بعد التكيف النفسي:

أبدا	نادرا	أحيانا	بانتظام	غالبا	دائما	
						1-متحمس لإظهار الأغاني، الألعاب وسلوكات أخرى تعلمها
						2-يبقي على تعبير وجهي محايد لا يضحك و لا يبتسم
						3-صبور، حساس بصعوبات الآخرين
						4-يبلل (يتبول) أو يلوث لباسه الداخلي
						5-فضولي يجذب نحو الجديد
						6-يظهر متعبا
						7-سرع القلق و الإحباط
						8-يظهر غير راض عندما توقف أعماله
						9-يرى مباشرة في العينين عندما تكلمه
						10-سريع الغضب و يقلق بسرعة
						11-يخاف، الكثير من الأشياء تخيفه

						12-يضحك بسهولة
						13-يتكيف بسهولة مع المواقف الجديدة
						14-يضعف بسهولة و يظهر القليل من الاهتمام
						15-ذو مزاج جيد
						16-يظهر التحمل و الصبر
						17-يعبر عن رغباته للأشياء
						18-يتقبل المضايقة
						19-يصعب مواساته
						20-يظهر الثقة في النفس
						21-يستكشف محيطه
						22-يتكيف بسهولة مع الصعوبات
						23-يخاف، يهرب أو يتفادى المواقف الجديدة
						24-يظهر حزينا، مكتئب و غير سعيد
						25-قلق، عصبي (مثال: قضم الأظافر...)
						26-نشيط، مستعد للعب
						27-يشتهي بسهولة
						28-يحدث له كف و ينزعج في المجموعة
						29-يصغي باهتمام عندما تحدثه
						30-يصرخ، يرفع صوته بسرعة.

التفاعل مع الأقران:

						31-يبحث عن الشجار مع أطفال اضعف منه
						32-يرغم الآخر بالقيام بأشياء
						33-ينزعج عندما أولي اهتمامي على طفل آخر
						34-لايفعل شيئا، أو يراقب الأطفال يلعبون
						35-يقايض عندما يكون في صراع مع طفل
						36-يبقى وحيدا في مكانه
						37-يبحثون عنه الأطفال للعب

					38- لا يبالي بدعوة الطفل للعب معه
					39- يأخذ بعين الاعتبار الطفل الآخر ورأيه
					40- ينشغل باهتماماته و لا يعترف بانشغالات الآخرين
					41- يكون حاضرا عندما تلعب المجموعة
					42- يضرب، يعض، يركل الأطفال الآخرين
					43- يتعاون مع الأطفال الآخرين في العمل الجماعي
					44- تجده في صراعات مع الأطفال
					45- يساعد طفل في صعوبة
					46- يريد أن يكون دائما الأول
					47- يرفض مشاركة ألعابه
					48- يشارك ألعابه مع الأطفال الآخرين
					49- غير نشيط (لا يتكلم، لا يتفاعل) في العمل الجماعي
					50- ينتبه و يحرس الأطفال الأصغر سنا
					51- يبقى هادئا عندما يكون صراعا في المجموعة
					52- يقترح ألعابا على الأطفال
					53- يأخذ بعين الاعتبار الآخر أو يعتذر تلقائيا عندما يقترب خطأ
					54- يجعل نشاطات اللعبة تنافسية
					55- يساعد تلقائيا بجمع أشياء طفل مبعثرة
					56- يعبر عن رغبته في اللعب مع الأطفال
					57- يدخل متسللا إلى مجموعة
					58- يعمل بسهولة في مجموعة
					59- يعبر عن رغبته في إيذاء الأطفال
					60- يعتني بالألعاب.

التفاعل مع الراشدين:

أبدا	نادرا	أحيانا	بانتظام	غالبا	دائما
					61- يتعافى بسرعة عندما يسقط أو يضرب (لا يبكي طويلا)
					62- يضرب المربي أو يحطم الأشياء عندما يغضب
					63- يساعد في الأعمال بانتظام كتوزيع الصابرة مثلا
					64- يستمر في حل مشاكله بنفسه
					65- يراعي المربي
					66- يقبل بالتسوية كحل وسيط إذا شرحنا له الأسباب
					67- واضح و صريح عندما يريد شيئا ما
					68- يتوقف بسرعة عن الكلام عندما يطلب منه ذلك
					69- بحاجة إلى حضور المربي لكي يشتغل جيدا
					70- يطلب المساعدة من المربي حتى و إن كان غير ضروري
					71- يناقض ما يمليه عليه المربي
					72- يبكي بدون سبب واضح
					73- مستقل ينظم نفسه بنفسه
					74- يتحدى المربي (برأسه) عندما يوبخه
					75- يلتصق بالمربي في المواقف الجديدة (نزهاة،رحلات..)
					76- يبادر في المواقف مع أشخاص جدد
					77- يتجاهل إتباع الأوامر و يواصل أعماله
					7- يتقبل تدخل المربي في لعبته أو عمله
					79- يبكي عندما يغادر أوليائه
					80- يطلب الإذن عندما يكون ضروريا

ملحق رقم (2) ورقة التفريغ الأولى

FICHE DE CORRECTION ASSISTÉE

1. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(1)} + \frac{\text{---}}{(12)} + \frac{\text{---}}{(15)} + \frac{\text{---}}{(17)} + \frac{\text{---}}{(26)} = \text{◇}$	Déprimé- Joyeux	◇ ◇	41. 0	1	2	3	4	5
2. 0	1	2	3	4	5				42. 5	4	3	2	1	0
3. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(2)} + \frac{\text{---}}{(6)} + \frac{\text{---}}{(14)} + \frac{\text{---}}{(19)} + \frac{\text{---}}{(24)} = \text{□}$	Agité- Calmé	◇ ◇	43. 0	1	2	3	4	5
4. 0	1	2	3	4	5				44. 5	4	3	2	1	0
5. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(3)} + \frac{\text{---}}{(7)} + \frac{\text{---}}{(10)} + \frac{\text{---}}{(27)} + \frac{\text{---}}{(30)} = \text{◇}$	Irritable- Tolérant	◇ ◇	45. 0	1	2	3	4	5
6. 0	1	2	3	4	5				46. 5	4	3	2	1	0
7. 0	1	2	3	4	5	$\frac{\text{---}}{(4)} + \frac{\text{---}}{(11)} + \frac{\text{---}}{(23)} + \frac{\text{---}}{(25)} + \frac{\text{---}}{(28)} = \text{□}$	Isolé- Intégré	◇ ◇	47. 5	4	3	2	1	0
8. 0	1	2	3	4	5				48. 0	1	2	3	4	5
9. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(5)} + \frac{\text{---}}{(9)} + \frac{\text{---}}{(13)} + \frac{\text{---}}{(20)} + \frac{\text{---}}{(21)} = \text{◇}$	Égoïste- Prosocial	◇ ◇	49. 5	4	3	2	1	0
10. 0	1	2	3	4	5				50. 0	1	2	3	4	5
11. 0	1	2	3	4	5	$\frac{\text{---}}{(3)} + \frac{\text{---}}{(16)} + \frac{\text{---}}{(18)} + \frac{\text{---}}{(22)} + \frac{\text{---}}{(29)} = \text{◇}$	Problèmes intériorisés	□ □ □ □	51. 0	1	2	3	4	5
12. 5	4	3	2	1	0				52. 0	1	2	3	4	5
13. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(7)} + \frac{\text{---}}{(8)} + \frac{\text{---}}{(10)} + \frac{\text{---}}{(27)} + \frac{\text{---}}{(30)} = \text{○}$	Agressif- Contrôlé	○ ○ ○ ○	53. 0	1	2	3	4	5
14. 0	1	2	3	4	5				54. 5	4	3	2	1	0
15. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(37)} + \frac{\text{---}}{(41)} + \frac{\text{---}}{(52)} + \frac{\text{---}}{(56)} + \frac{\text{---}}{(58)} = \text{◇}$	Égoïste- Prosocial	○ ○	55. 0	1	2	3	4	5
16. 5	4	3	2	1	0				56. 0	1	2	3	4	5
17. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(34)} + \frac{\text{---}}{(36)} + \frac{\text{---}}{(38)} + \frac{\text{---}}{(49)} + \frac{\text{---}}{(57)} = \text{□}$	Résistant- Coopératif	○ ○	57. 5	4	3	2	1	0
18. 5	4	3	2	1	0				58. 0	1	2	3	4	5
19. 0	1	2	3	4	5	$\frac{\text{---}}{(35)} + \frac{\text{---}}{(39)} + \frac{\text{---}}{(48)} + \frac{\text{---}}{(50)} + \frac{\text{---}}{(51)} = \text{◇}$	Adaptation générale <small>(Somme des trois sous-échelles des Échelles globales ci-dessus)</small>	○ ○	59. 5	4	3	2	1	0
20. 5	4	3	2	1	0				60. 0	1	2	3	4	5
21. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(31)} + \frac{\text{---}}{(32)} + \frac{\text{---}}{(42)} + \frac{\text{---}}{(44)} + \frac{\text{---}}{(59)} = \text{○}$	Problèmes extériorisés	○ ○	61. 0	1	2	3	4	5
22. 5	4	3	2	1	0				62. 5	4	3	2	1	0
23. 0	1	2	3	4	5	$\frac{\text{---}}{(43)} + \frac{\text{---}}{(45)} + \frac{\text{---}}{(53)} + \frac{\text{---}}{(55)} + \frac{\text{---}}{(60)} = \text{◇}$	Somme des huit Echelles de base	+	63. 0	1	2	3	4	5
24. 0	1	2	3	4	5				64. 0	1	2	3	4	5
25. 0	1	2	3	4	5	$\frac{\text{---}}{(33)} + \frac{\text{---}}{(40)} + \frac{\text{---}}{(46)} + \frac{\text{---}}{(47)} + \frac{\text{---}}{(54)} = \text{○}$	Dépendant- Autonome	□ □	65. 5	4	3	2	1	0
26. 5	4	3	2	1	0				66. 0	1	2	3	4	5
27. 0	1	2	3	4	5	$\frac{\text{---}}{(63)} + \frac{\text{---}}{(66)} + \frac{\text{---}}{(68)} + \frac{\text{---}}{(78)} + \frac{\text{---}}{(80)} = \text{◇}$	Vérifier que les totaux sont les mêmes	+	67. 0	1	2	3	4	5
28. 0	1	2	3	4	5				68. 0	1	2	3	4	5
29. 5	4	3	2	1	0	$\frac{\text{---}}{(62)} + \frac{\text{---}}{(65)} + \frac{\text{---}}{(71)} + \frac{\text{---}}{(74)} + \frac{\text{---}}{(77)} = \text{○}$	Somme des huit Echelles de base	+	69. 5	4	3	2	1	0
30. 0	1	2	3	4	5				70. 5	4	3	2	1	0
31. 0	1	2	3	4	5	$\frac{\text{---}}{(61)} + \frac{\text{---}}{(64)} + \frac{\text{---}}{(67)} + \frac{\text{---}}{(73)} + \frac{\text{---}}{(76)} = \text{◇}$	Somme des huit Echelles de base	+	71. 5	4	3	2	1	0
32. 0	1	2	3	4	5				72. 5	4	3	2	1	0
33. 0	1	2	3	4	5	$\frac{\text{---}}{(69)} + \frac{\text{---}}{(70)} + \frac{\text{---}}{(72)} + \frac{\text{---}}{(75)} + \frac{\text{---}}{(79)} = \text{□}$	Somme des huit Echelles de base	+	73. 0	1	2	3	4	5
34. 0	1	2	3	4	5				74. 5	4	3	2	1	0
35. 5	4	3	2	1	0	Somme des huit Echelles de base			75. 5	4	3	2	1	0
36. 0	1	2	3	4	5	Somme des huit Echelles de base			76. 0	1	2	3	4	5
37. 5	4	3	2	1	0	Somme des huit Echelles de base			77. 5	4	3	2	1	0
38. 0	1	2	3	4	5	Somme des huit Echelles de base			78. 0	1	2	3	4	5
39. 5	4	3	2	1	0	Somme des huit Echelles de base			79. 5	4	3	2	1	0
40. 0	1	2	3	4	5	Somme des huit Echelles de base			80. 0	1	2	3	4	5

ملحق رقم (5) سلم استراتيجيات المواجهة لجامعة تولوز تاب وآخرون

(P.Tap et al 1997) ETC

دائما

أبدا

					1. أقوم بمواجهة الموقف أو الوضعية
					2. أطلب النصائح والإرشادات من المتخصصين (أساتذة، أطباء...)
					3. أحاول أن أشعر نفسي أنني أفضل بالأكل
					4. أعمل بالإشتراك مع الآخرين لتحريكي أو لكي أتحرك
					5. أحاول أن لا أفكر في المشكل
					6. أطلب من الله مساعدتي
					7. أتفادى الإلتقاء مع الناس
					8. أتقبل المشكل إذا كان من المستحيل تفاديه
					9. أحاول أن لا أتوتر
					10. أغير طريقة عيشي
					11. أقوم بخطة عمل وأطبقها
					12. يصعب استعمال كلمات لوصف ما أعانيه في مواجهة موقف صعب
					13. لا أفكر في المشاكل إلا عندما تكون حاضرة
					14. أرفض الإستسلام للمشكل
					15. أصل إلى الإحساس بالعدوانية اتجاه الآخرين
					16. أقوم بشيء رائع
					17. أحلل الوضعية لكي أفهمها جيدا
					18. أحس بالحاجة لتقاسم مع أقرائي ما أشعر به في داخلي
					19. أهجم وأواجه المشكل من جذوره أو من أصله
					20. أناقش المشكل مع والداي أو مع أشخاص راشدين
					21. أنسى مشاكلني بتناول الدواء
					22. أبحث عن أعمال جماعية لكي لا أفكر
					23. ألجأ إلى الخيال و إلى الأحلام
					24. أبحث عن إعطائي فلسفة للحياة لكي أقاومها

					25. يظهر لي عدم القيام بما قررته
					26. أتعلم العيش مع المشكل
					27. أراقب انفعالي
					28. أغير طريقة تصرفي
					29. أعرف ماذا أفعل وأضعف مجهوداتي لكي أصل
					30. توصلت إلى عدم الإحساس بشيء عند تحضر الصعوبات
					31. أقاوم رغبة التصرف إلى أن تسمح لي الوضعية
					32. أتصرف وكأن المشكل غير موجود
					33. أشعر أنني مذنب / بالذنب
					34. أذهب إلى السينما وأشاهد التلفاز لكي أقلل من التفكير
					35. أفكر في تجارب قابلة لمساعدتي لمواجهة الوضعية
					36. أبحث عن مساعدة أصدقائي لتهدئة قلقي
					37. أذهب مباشرة للمشكل
					38. أطلب من الناس الذين لديهم نفس المشكل ما قاموا به
					39. أخذ مخدرات أو أدخن لأهديء من قلقي
					40. أساعد الآخرين كما أحب أن يساعدوني
					41. أحاول بكل ثمن أن أفكر في شيء آخر
					42. أمزح وأسخر على الوضعية التي أكون فيها
					43. أسحب نفسي عن الآخرين
					44. أتقبل الفكرة التي يجب أن تحل المشكل
					45. أنظر لنفسي بمشاعري
					46. أغير أفعالي بوظيفة المشكل
					47. أعطي أهداف لوصولها
					48. إنفعالاتي تخفني بسرعة مما تظهر
					49. أكبح تصرفي بسرعة
					50. أقول لنفسي أن هذا المشكل ليس لديه أية أهمية
					51. إنفعالاتي تتحكم في
					52. ألجأ إلى أعمال أخرى لأسلي وألهي نفسي
					53. أفكر في استراتيجيات أستطيع توظيفها لحل أفضل لمشكلتي
					54. أبحث عن التعاطف والتشجيع من الآخرين

ملحق رقم (06): ورقة التفريع رقم (2) لسلم ETC

المجموع	الانفعال	المعلومة	الفعل	
	M	G	A	الإبقاء والحفاظ
	N	H	B	المساعدة الاجتماعية
	O	I	C	الانسحاب
	P	J	D	التحويل والتبديل
	Q	K	E	المراقبة والتحكم
	R	L	F	الرفض

ملحق رقم (08) قائمة الأساتذة المحكمين

اسم الأستاذ	جامعة الانتماء
الأستاذة ملال صافية	جامعة وهران 2
الأستاذة بلخير فايذة	جامعة غليزان
الأستاذة بن خليفة فاطمة	جامعة غليزان
الأستاذة سبع هجيرة	جامعة عين تموشنت
الأستاذة بن زرجب فزيلات	جامعة غليزان
الأستاذة رجال سامية	جامعة الشلف
الأستاذة ملال خديجة	جامعة وهران 2
الأستاذ لونيس زهير	جامعة الشلف
الأستاذ قايد عادل	جامعة تيارت

« Stratégies d'adaptation des parents d'un enfant trisomique et leur impact sur son développement psychosocial »

Résumé :

L'étude portait sur le thème 'Stratégies d'adaptation des parents d'un enfant trisomique et leur impact sur son développement psychosocial'. Pour mener à bien cette étude, une étude statistique a été menée sur un échantillon composé de 102 enfants trisomiques et une étude clinique a été réalisée sur un échantillon composé de cinq mères et de leurs enfants trisomiques. Les outils suivants ont été utilisés: les entretiens d'observation, l'échelle d'adaptation et le profil psychosocial de l'enfant. Les résultats atteints sont :

- les stratégies d'adaptation maternelles influencent le développement psychosocial de l'enfant trisomique
- la stratégie d'adaptation la plus utilisée par les mères est la stratégie de demande d'aide sociale
- un enfant trisomique dispose d'un niveau de développement psychosocial de modéré à élevé.

Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans le niveau de développement psychosocial chez un enfant atteint du syndrome de Down selon le genre

Mots clés : Stratégies d'adaptation, Développement psychosocial, Trisomique. Enfant

« Coping strategies of parents of a child with Down's syndrome and their impact on his psychosocial development »

Abstract :

The present study focused on the subject matter "Coping strategies of parents of a child with Down's syndrome and their impact on his psychosocial development". To carry out this study, a statistical study was carried out on a sample of 102 children with Down's syndrome and a clinical study was carried out on a sample made up of five mothers and their children with Down's syndrome. The tools which are used were the observed interview, the Coping scale and the child's psychosocial profile. The results achieved were as the following:

- the maternal coping strategies influence the psychosocial development of children with Down's syndrome
- the coping strategy most used by mothers is the social assistance application strategy
- a child with Down's syndrome has a moderate to high level of psychosocial development
- there were no statistically significant differences in the level of psychosocial development in a child with Down syndrome by the variable of sex.

Key words : Coping strategies, Psychosocial development, Down's syndrome. Child

"استراتيجيات المواجهة لدى أولياء طفل متلازمة داون وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي"

الملخص:

استهدفت الدراسة موضوع "استراتيجيات المواجهة لدى أولياء طفل متلازمة داون وتأثيرها على نموه النفسي الاجتماعي"، لإجراء هذه الدراسة تم القيام بدراسة إحصائية على عينة قوامها 102 طفل متلازمة داون، كما تم القيام بدراسة عيادية على عينة تتكون من خمسة أمهات وأطفالهن المصابين بمتلازمة داون، وقد تم استخدام الأدوات التالية: المقابلة الملاحظة، سلم الكوبينغ والملح النفسي الاجتماعي للطفل وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- تؤثر استراتيجيات المواجهة لدى الأمهات على النمو النفسي الاجتماعي لطفل متلازمة داون
- استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداماً من طرف الأمهات هي إستراتيجية طلب المساعدة الاجتماعية.
- يتمتع طفل متلازمة داون بمستوى نمو نفسي اجتماعي يتراوح من متوسط إلى مرتفع.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى النمو النفسي الاجتماعي لدى طفل متلازمة داون حسب متغير الجنس.

كلمات مفتاحية : استراتيجيات المواجهة. النمو النفسي الاجتماعي. متلازمة داون. الطفل.