Université Sétif2

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة فرحات عباس – سطيف– (الجزائر)

مذكرة

بكلية الآداب و العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا

لنيل شهـــــــــــــادة

الماجستيـــــــــــــــــــــــــر

من طرف

السيدة ابن الطيب فتيحة

الموضوع

التخلف العقلي عند الطفل وآثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم

دراسة عيادية لأربع حالات بمركز المتخلفين عقليا لمدينة المسيلة

بتاريخ

أمام اللجنة المكونة من:

شرفي محمد الصغير	أستاذ التعليم العالي بجامعة سطيف	رئيسا
كربوش عبد الحميد	أستاذ التعليم العالي بجامعة قسنطينة	مشرفا
بوشلوخ محفوظ	أستاذ محاضر بجامعة قسنطينة	ممتحنا

كلمة شكر

الحمد لله الذي بحمده تتم النعم والشكر للقائل في محكم تنزيله: "لئن شكرتم لأزيدنكم"

والصلاة والسلام على نبينا وحبيبنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد:

أتقدم بخالص الشكر والتقدير وعبارات الثناء إلى الأستاذ الدكتور كربوش عبد الحميد على كل الجهد والوقت الذي منحني إياه وعلى التوجيهات التي أفادني بها إلى أن أتممت هذا العمل في أحسن صورة فلقد أفادني وكان نموذجا للمشرف المشجع، ونعم المؤطر المعلم، أرجوا أن أكون قد وفقت في تقديم ما يرضيه وما يليق بإسمه الكبير الذي كان لي عظيم الشرف أن أضعه في أطروحتي العلمية.

كما أتوجه بالشكر والتقدير الخاص للأستاذ الدكتور شرفي

محمد الصغير الذي رافقنا طيلة مدة الدراسة لنيل شهادة الماجستير والذي لم يبخل علينا بتوجيهاته وتشجيعاته التي كانت أكبر دافع للسير قدما نحو النجاح والإنجاز.

أتقدم كذلك بالشكر والعرفان لكل من الأستاذة الدكتورة نادية بعيبع، الأستاذ الدكتور كسكاس السعيد، الأستاذ الدكتور عمار جبة نصر الدين، الأستاذ جابر نصر الدين الذين لم يبخلوا علينا بالمعلومات والخبرات خلال السنة الأولى ماجستير.

أتقدم كذلك بالشكر الجزيل إلى كل عائلتي وخاصة زوجي الكريم الذي تحمل معي أعباء القيام بهذا العمل ورافقني طيلة مشواري هذا، إلي إبنتي الغالية "تقوى"، أمي الحبيبة وأختي العزيزة زبيدة.

وإلى كل من قدم لي يد العون والمساعدة زميلات الدفعة، خاصة منيرة، فوزية، إلى سهام، أسماء، فطيمة، عبلة.

إلى كل هؤلاء أقدم أسمى عبارات الثناء والعرفان.

الفهرس

الفهرس

كلمة الشكر	
الفصل التمهيدي	
مقدمة، إشكالية	02
الدراسات السابقة	07
الجانب النظري	
الفصل الأول: التخلف العقلي	
تمهيد	11
1-نظرة تاريخية على التخلف العقلي	11
2-مصطلح التخلف العقلي	12
3- تعريف التخلف العقلي	13
3-1- تعريف 1941 Edgard doll	13
3-2-تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي	13
3-3 كمال مرسي 1996	13
4- أسباب التخلف العقلي	13
4-1-الأسباب الوراثية والجينية	13
4-2-الأسباب الثانوية	14
4-2-1الأسباب التي تحدث قبل الميلاد	14
4-2-2 أسباب راجعة للولادة	14
4-2-3 أسباب بعد الولادة	15
4-3-العوامل الاجتماعية	15
4-4-العوامل العلائقية	15
5-تصنيف التخلف العقلي	15
5-1- التخلف العقلي العميق	15
5-2- التخلف العقلي المتوسط	16
5-3- التخلف العقلي الخفيف	16

6- خصائص المتخلفين عقليا	16
1-6 الخصائص العامة	16
2-6 الخصائص الجسمية والحركية	17
3-6 الخصائص العقلية المعرفية واللغوية	17
4-6 الخصائص الانفعالية	17
5-6 الخصائص الاجتماعية	18
7-التكفل بالمتخلفين عقليا	18
7-1-التكفل الطبي	18
7-2-التكفل النفسي	19
7-3-التكفل البيداغوجي	20
الفصل الثاني: العلاقة أم طفل	
تمهيد.	22
1- الطفل الحلم	23
2 – العلاقة أم طفل	23
2-1 الطفل الهوامي	24
2 1-1- مراحل تطور الطفل الهوامي	24
2-1-1-1 الطفل الفمي	24
2-1-1-2- الطفل الشرجي (التبرزي)	24
2-1-1-3 – الطفل القضيبي	24
2-1-1-4- الطفل غير الممثل	25
2-2 – الطفل الخيالي	25
2-3 – الطفل الواقعي	26
3- نظرية التعلق والعلاقة أم طفل	26
3 – 1 – الأم والطفل لولب تبادلي	26
3-2-مفهوم التعلق	27
3-4- صورة التعلق	27
3-5-التفاعل	27
3-6- دينامية العلاقة	28
4- العلاقة أم طفل والتخلف العقلي	28
4-1- الطفل الكابوس	28

4-2-المواقف الوالدية تجاه الطفل المتخلف عقليا	29

الفصل الثالث: الإضطرابات النفسية

I – الصدمة النفسية	32
تمهيـــــد	32
1-تاريخ الصدمة النفسية	33
1-1-ما قبل المسيح	33
1-2-القرون الوسطى	33
1-3-القرن 17 و 18	33
1-4-خلال القرن التاسع عشر	34
1-5 -الطب العقلي العسكري وبداية القرن 20	35
1-6-المرحلة الحالية	36
2 – الحدث الصدمي	36
2-1 أنواع الحدث الصدمي	36
2-1-1 :حدث صدمي ذوا أصل طبيعي	36
2-2-2 : حدث صدمي ذو طبيعة إنسانية	36
2-2- أنماط الحدث الصدمي	36
2-2-1 حدث ضخم	36
2-2-2 تراكم أحداث مختلفة الأهمية	37
2-2-3 تذكر حدث قديم ذو قوة صدمية	37
2-2-4 حداد غير محلول	37
3- الصدمة والضغط	37
3-1 الصدمة:	37
3-1-1 تعريف الصدمة النفسية	38
3-2 الضغــط:	38
4-النظريات التفسيرية للصدمة النفسية	39
4-1 النظرية التحليلية	39
4-1-1 – حسب فرويد	39
4-1-2 حسب LACAN	39
4-2 النظرية الظواهرية	40

3-4 – النظرية السلوكية	40
4-4- النظرية المعرفية	40
5- إكلينيكية الصدمة النفسية	41
5-1 – كيفية حدوث الصدمة النفسية	41
5-2 – النتائج الإكلينيكية للصدمة النفسية	42
5-2-1 الآثار المبكرة والمباشرة	42
5-2-2 الاضطرابات بعد المباشرة	42
5-2-3 المرحلة المؤجلة أو المزمنة	42
5-2-3-1 العصاب الصدمي	42
5-2-3-2 أعراض خاصة	43
5-2-3-3إعادة تنظيم الشخصية	43
5-2-3-4ردود فعل ذهانية	43
6- حالة تناذر الضغط بعد الصدمي	44
6-1 المعايير التشخيصية لحالة تناذر الضغط بعد صدمي (P T S D)	44
7-الصدمة والإعاقة	46
II- القلق	47
تمهيد	47
1- تعريف القلق	47
2- النظريات المفسرة للقلق	48
2-1 نظرية التحليل النفسي	48
2-1-1 حسب فرويد	48
2-1-2 حسب أدلر	49
2-1-3 حسب أريكسون	49
2-1-4 حسب هاري سوليفان	49
2-1-5 حسب كارن هورني	49
2-2 النظرية السلوكية	50
2-3 التفسير الوجودي الإنساني للقلق	50
2-4 التفسير المعرفي للقلق	51
3- أنواع القلق	51
3-2 القلق كحالة والقلق كسمة	51
3-3 القلق خارجي المنشأ وداخلي المنشأ	51

3-4 القلق الموضوعي والقلق العصابي	52
3-5 قلق المواقف الصعبة أو الظروف المحيطة	52
4- أعراض القلق	52
4-1 الأعراض البدنية	52
4-1 الاعراض النفسية	53
5- أسباب القلق	53
5-1 الإستعداد الوراثي	53
5-2 الاستعداد النفسي العام	54
5-3 العوامل الاجتماعية	54
5-4 العوامل الفيزيولوجية	54
6- القلق والإضطراب النفسي	55
7- القلق والإكتئاب العصابي	55
III- الإكتئاب	56
تمهيـــــد	56
1- تعريف الاكتئاب	56
2- أعراض التناذر الاكتئابي	57
2-1- الأعراض الجسدية	57
2-2- الأعراض النفسية	58
2-3- الأعراض العامة وأهمها	58
3- العوامل المؤدية إلى الاكتئاب	59
3-1- العوامل الوراثية	59
3-2-العوامل النفسية	59
3-3-العوامل البيئية	59
3-4-التجارب السابقة	59
3-5-الضغط عقب الإصابة	60
3-6- الاعتماد على بعض المواد الكيميائية	60
3-7- بعض الأمراض المزمنة	60
4- أنواع الاكتئاب	60
4-1- الاكتئاب الداخلي المنشأ	60
4-1-1- الذهان الهوس اكتئابي	60

4-1-1-1 الشكل ثنائي القطب	61
4-1-1-2الشكل أحادي القطب	61
4-1-2- الاكتئاب الحاد أو السوداوية	61
4-2-الاكتئاب العصابي (النفسي المنشأ)	61
4-3- الاكتئاب حسب DSM IV الحلقات الاكتئابية الحادة	62
5- بعض النظريات المفسرة للاكتئاب	63
5-1 الاكتئاب من المنظور التحليلي	63
5-1-1-الاكتئاب العصابي	64
5-2- الاكتئاب من منظور نظرية التعلم	64
5-3- الاكتئاب حسب المنظور المعرفي	65
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: منهجية البحث	
1-الدراسة الاستطلاعية	69
2- منهج الدراسة	71
3- مكان الدراسة	71
4-زمن الدراسة	71
5- مجموعة الدراسة	71
6- أدوات البحث	72
6-1 – المقابلة	72
6-1-1تحليل المقابلات	74
6-2 – اختبار الرورشاخ	74
الفصل الخامس: عرض وتحليل الحالات	
الحالة الأولى: أم و	77
الحالة الثانية: أم س	87
الحالة الثالثة: أم ش	97
الحالة الرابعة: أم ع	106
الخاتمة	119
قائمة المراجع	122
الملخص	
الملاحق	

الفصل التمهيدي

مقدمة إشكالية

مقدمة-إشكالية:

يعتبر التخلف العقلي مشكلة من أهم المشكلات التي تهم علماء النفس، التربية وعلم الاجتماع والطب، فهو حالة تظهر منذ الطفولة المبكرة يضعف فيها النمو العقلي ويسوء فيها التوافق النفسي والاجتماعي متعذرة الشفاء، يعجز فيها الفرد عن إدراك أكثر المفاهيم بساطة وعن ممارسة مهنة والاستغراق في العلاقات الاجتماعية، وعن العناية بالذات.

كما يرتبط التخلف العقلي ببعض التشوهات الجسمية والاضطرابات النفسية وعدم الاستقرار، وقيام المصاب به بحركات غير هادفة وغير متحكم فيها، يتصف بالعدوانية وعدم الانسجام، وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات والعواطف، و بالخمول وقلة النشاط، وعدم التعاون مع الغير، عدم الاستيعاب والفهم للنظم والعلاقات الاجتماعية، وصعوبات التفكير، والتركيز والتذكر والانتباه، ونقص القدرة على التعبير وعدم وضوح الألفاظ في كثير من الأحيان، كما يتميز المتخلف عقليا بحالة صحية قابلة للإصابة بالأمراض.

والتخلف العقلي من الاضطرابات المعروفة منذ بداية التاريخ، حيث عاملت الحضارات القديمة المتخلفين ذهنيا بوحشية، وعملت على التخلص منهم وطردهم من المجتمع وعزلهم عنه، وفي المجتمع الجزائري كان التخلف العقلي في زمن ليس ببعيد موضوع طابوا، حيث كانت الأسرة تخفي طفلها المصاب به، وأحيانا يعتبر كمسكين يستحق الشفقة والرحمة وأحيانا أخرى يطلق عليه لفظ مجنون من بعض الناس .

فمما لا شك فيه أن إكتشاف التخلف العقلي عند الطفل في الأسرة يعتبر حدث كارثي خاصة على الأم التي لم تتهيأ له، حيث تقول (korff-sausse) في هذا الشأن "إن جميع الأمهات يكن في حالة ذهول وصمت ويثير هذا الخبر ألما يصعب وصفه لدى الأمهات كما هو الحال بالنسبة لمصدومي الحرب أو الناجين من الكوارث الطبيعية.

(Korff-sausse,s,1995, p33)

وتضيف (Korff-sausse) أن الإعاقة بمثابة صدمة تتجاوز قدرات الأنا ولا تسمح له باستيعاب الحدث الجديد، المفاجئ والمؤلم في آن واحد، الذي لا يمكن للعقل تقبله ولا الهروب منه، ذلك ما يتسبب في توقف النشاطات العقلية و النفسية للآباء والأمهات، كأن هذا الخبر كمخدر، فدرجة الذهول تجعلهم عاجزين عن تقبل دورهم كأولياء له، لما تتركه الصدمة من أثر عنيف". (نفس المرجع ، ص45).

فالأم ترغب دائما في التعرف على مولودها عند ازدياده مباشرة وذلك بسبب شوقها لرؤيته واحتضانه وللتأكد من سلامته الجسمية والعقلية، لأنه مما لا شك فيه أن هذا الطفل حتى قبل وجوده الجسدي موجود في تركيبة أحلامها، حيث أنها تمنحه خصائص معينة تتمنى أن تجدها بعد ميلاده، أو مميزات نفسية تحب أن يتصف بها طفلها عندما يكبر.

فالثنائية أم طفل تشكل وحدة نفسية والعناية الأمومية هي التعبير عن هذه الوحدة، لكن تصورات المعارف حاليا حول العلاقة أم طفل أظهرت أنه لا يوجد شريك واحد ينظم هذه العلاقة، وأن كل واحد منهما له دور، ففي الوقت الحالي لا يمكن اعتبار وسلوكات الأم كمتغيرات مستقلة وسلوكات الطفل كمتغيرات تابعة، فالطفل يلعب دور نشط في هذا لتفاعل بفضل خصائصه الفردية، موقفه تجاه القبلة، كمية البكاء، وضوح إشاراته...الخ.

فهذا الأخير يبدي ميولات فطرية تسمح له بالاقتراب من أمه، ما يدفع الأم إلى الاهتمام به وإعطائه الحنان والحماية، و تقوم هي بدورها بتلبية حاجاته لأنه يحتج ويجبرها على الاهتمام به.

لكن في حالة وجود تشوهات مرضية أو إصابة كالتخلف العقلي فالأمر هنا مختلف، فهذه الإصابة التي تمس الطفل في أهم ما يملك الذكاء و وظائفه التكيفية، ما يمثل حاجز في تفاعلها مع هذا الطفل ويعرقل استثمارها له، فالطفل بخصائصه، بجسمه، بحواسه التي يتصل بها مع أمه ويثيرها بها والتي هي بدورها تعطيها معنى.

فهذا التشخيص قد يحدث عصاب صدمي، مواجهة حدث غير منتظر "لا يحدث إلا للآخرين" إنها تحت وطأة الصدمة التي تحطم كل الدفاعات المعتادة، وتعمل على إحياء أخرى أكثر مرضية، نجد كل خصائص الصدمة تماما كما وصفت من طرف Freud وferenczi: الفجائية، عدم التحضير النفسي الذي يتسبب في تدمير وإفشال القدرة على الترميز عند الفرد، ظاهرة تسبب الرعب، الذهول، تجزئة الأنا. (Korff-sausse,s,1995, p44).

هذا ما يعمل على افتراض أن للإعاقة أثر صدمي، لأنها تعمل على تجاوز قدرة الأنا في إدماجها في النسيج النفسي، فالإعاقة تضع الطفل في مصاف الغرابة (كل الأولياء يصفون هذه المرحلة بالضباب فراغ في الأبيض عدة أشهر لم أفكر في شيء) يقول أحد الآباء: "لا يمكن تصور هذا الطفل كصغير، كراشد...لا هذا غير ممكن" وتقول إحدى الأمهات "لم أستطع أن أنظر إليها عدة أيام ما هذا الشيء".

فاكتشاف طفل معاق له أثر تحطيمي، فهو كسر مفتوح والذي يستدعي وبدون توقف إعادة التشكيل، كصيرورة غير منتهية للجرح، فشل في الميكانيزمات الدفاعية المعتادة "لا شيء كالمعتاد"، لا يوجد ميدان في شخصية الوالدين لم ينقلب كل شيء يحمل معنى آخر فالإعاقة تزلزل معالم الهوية والنسل، تقسم خط الزمن نهائيا، ليس لها وزن فقط في الحاضر، فهي علامة تحمل للمستقبل لكن كذلك هي تغيير لإدراك الماضي، الوالدين مصابين حتى في ذاكرتهم ميلاد هذا الطفل المعاق قد يخلق فجوة نفسية للوالدين والتي تستدعي باستمرار محاولة غلقها وتضميدها، كجرح نرجسي طويل الأمد.
(korff- Sausse,S,1995, pp44.45)

صدمة تحرك اقتصادهم النفسي، تُخل بنظام صاد الإثارات وبالتالي قد تظهر عندهم سلوكات غير عادية لوضعية غير طبيعية على الإطلاق كالإنكار لإصابة هذا الطفل، الانطواء على أنفسهم والانعزال عن المحيطين بهم، الإصابة بخلل جسمي كارتفاع ضغط الدم، أو أي اضطراب آخر، هجران مباهج الحياة، تفريغ لكل معنى في الحياة، نزعات التشاؤم والانكسار النفسي، تحطيم الثقة في الذات، تعطيل الإرادة، وخنق الآمال، القلق، والحزن، ولقدأظهر كل من Uhlenhuth و Paykel 1973 نقلا عن (آيت حمودة، 2006، ص109) بأن هناك علاقة بين الأحداث الحياتية الصادمة والضغوطات ونشأة الإضطرابات كالقلق والإكتئاب.

أو تركيزهم على البعد الديني أمام هذا الوضع المؤلم كقضاء وقدر، فردود أفعال الوالدين تتراوح بين عدم التصديق والإنكار، القلق، الخوف، والحزن والإحباط والاكتئاب إلى الرفض واللوم والتأنيب والخجل.

فبعدما كان هذا الطفل حلم باكتشاف الإعاقة يتحول هذا الحلم إلى كابوس. وأمام هذا الحدث الصدمي الذي تعيشه الأم كتهديد كبير لوجودها و جهلها كيفية التصرف معه باعتباره حمل ثقيل و مربك كما يقول (Ringler) "خطأ كيف يمكن تصحيحه؟".(Ringler, M, 1998, p75)
ونظرا لأن التخلف العقلي يعتبر إصابة نرجسية لها تمس هويتها، ويشكل هذا الطفل عبأ على كاهلها،و نظرا لأن هذه الإصابة مزمنة وغير قابلة للشفاء.

انطلاقا من هذا كله تأتي أهمية دراسة موضوعنا هذا من أجل إلقاء الضوء على هذه الفئة من المجتمع المتمثلة في أولياء الأطفال المتخلفين عقليا، ويأتي تركيزنا في هذه الدراسة على الأمهات تحديدا باعتبارهن الأكثر احتكاكا بالطفل وباعتبار هذا الأخير امتداد بيولوجي

للأم، ولقلة الدراسات التي تناولت أمهات الأطفال المعاقين عقليا في بلادنا في حدود علمنا تكمن أهمية هذه الدراسة والتي تهدف إلى التعرف على معاناة هاته الأمهات وذلك من خلال الوقوف على التأثيرات النفسية التي يسببها إكتشاف التخلف العقلي عند الطفل لديهن، ومن أجل إثراء البحث العلمي وإضافة دراسة ممكن أن تفتح الباب مستقبلا لدراسات أخرى تسير في نفس المنحى،أودراسات أخرى تسعى للتكفل وإيجاد حلول كوضع استراتيجيات تكفل نفسي بهذه الأمهات ما يسمح بالتخفيف عن العبء الثقيل الذي تعاني منه هذه الأمهات، وتعمل كذلك كعامل تحسيسي للمهنيين وكل من حولهم من أجل مرافقتهن في مسيرتهن ومساعدتهن ومساعدة أطفالهم المصابين، لكي يتسنى لهن تقبل وضعهن والتكيف معه.

ومن خلال ما تقدم توضيحه عن الوضع النفسي المؤلم لهاته الأمهات ومختلف ردود الفعل المحتمل حدوثها أمام هذه الإصابة والصدمة والاضطرابات النفسية التي تعيشها الأم الناجمة عن هذا الحدث، والمسؤولية الملقاة على عاتقها في التكفل به مع عدم جدوى الجهد المبذول أحيانا في رعايته والشعور بالخوف واليأس، تتمحور إشكالية موضوعنا هذا والمتمثلة في التساؤل التالي:

- **ما هي التأثيرات النفسية المحتمل ظهورها لدى أم الطفل المصاب بالتخلف العقلي ؟**

وللإجابة على هذا التساؤل قمنا بطرح الفرضية التالية:

- **يتسبب وجود التخلف العقلي عند الطفل في ظهور اضطرابات نفسية عند الأم.**

وللتحقق من هذه الفرضية إعتمدنا على المنهج العيادي وعلى دراسة الحالة كطريقة في هذا المنهج و للتأكد من هذا وامتثالا لمنهجية البحث العلمي قسمنا دراستنا إلى جانب نظري وجانب تطبيقي.

يشمل الجانب النظري ثلاثة فصول: حيث خصصنا الفصل الأول للتخلف العقلي وتطرقنا فيه إلى نظرة تاريخية ، ثم التعرف على مصطلح التخلف العقلي، تعريفه، أسبابه، تصنيفه، خصائص المتخلفين عقليا وأخيرا سبل التكفل بهم.

- الفصل الثاني يصف العلاقة أم طفل، حيث تعرضنا للطفل الحلم ، العلاقة أم طفل، نظرية التعلق، العلاقة أم طفل والتخلف العقلي.
- الفصل الثالث خصص للاضطرابات النفسية المبحث الأول تناول الصدمة النفسية: تاريخها، الحدث الصدمي، الصدمة والضغط، النظريات التفسيرية للصدمة النفسية، إكلينيكية الصدمة النفسية، حالة تناذر الضغط البعد صدمي، وأخيرا الصدمة والإعاقة.

- المبحث الثاني تناول القلق، تعريفه أنواعه، النظريات المفسرة له، أعراضه، أسبابه القلق والإضطراب النفسي.
- المبحث الثالث خصص للاكتئاب: احتوى على تعريف الاكتئاب، أعراض التناذر الاكتئابي، العوامل المؤدية له، تصنيفه، الاكتئاب كاضطراب مصاحب للتعرض للصدمة النفسية.
- أما الجانب التطبيقي: فقد قسم إلى فصلين تمثل الفصل الرابع في الفصل المنهجي تم التعرض فيه لمنهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، مكان وزمان الدراسة، مجموعة الدراسة، أدوات الدراسة.

الفصل الخامس: تعرضنا فيه لعرض الحالات الأربع: المقابلة، ملخص المقابلة، تحليلها، اختبار الرورشاخ، تحليله ثم تحليل المقابلة على ضوء نتائج الرورشاخ، النتيجة العامة، التحليل العام للحالات وأخيرا الخاتمة.

الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة مصدر خصب يتم على أساسه صياغة الإشكالية واستنباط الفروض لمحاولة التحقق منها. وبعد البحث في الميدان عن الدراسات التي تناولت موضوعنا هذا تم التوصل إلى الدراسات التالية:

ففي دراسة لـــ (Droter) حول ردود فعل الوالدين تجاه أزمة التخلف العقلي خلص هذا الباحث إلى خمس مراحل وهي: الصدمة والتمزق النفسي، الإنكار والحزن وعدم التصديق بتخلف الطفل، القلق، والخوف على الطفل ومستقبله، الغضب لتخلفه على أقرانه وضياع الآمال فيه. (Droter & al, 1975) (نقلا عن: مرسي، 1996،ص 234) .

في حين أشار (Farber) فيما يخص تأثير التخلف العقلي على الحالة النفسية للوالدين وجد أن الوالدين يعيشون في حالة حزن دائم وكأن أطفالهم يحتضرون، وآخرون يواجهون الأزمة بصبر واحتساب، وغيرهم ينزعجون ويقلقون. (Farber, 1975)
(نفس المرجع السابق، ص 235).

ويضيف (Millan,M) في دراسته لأثر أزمة التخلف العقلي على الأمهات بولاية" شيفليد بالمملكة المتحدة" تبين له أن الأم تعيش قلق زائد ويأس من حالة ابنها ما يجعلها تتمنا موته وقد تسعى لقتله. (Millan,M,1977) (المرجع السابق، ص237).

وقد أظهرت احد الدراسات لـــ(Friedirich, 1983) حول المشكلات التي يسببها وجود طفل متخلف عقليا بالأسرة وجد أن التخلف العقلي يؤدي إلى مشكلات مرتبطة بنشاط الأسرة، مشكلات اجتماعية، عاطفية و متابع انفعالية للوالدين،بالإضافة إلى اليأس و الإحراج المرتبط بمرافقة هذا الطفل. (Friedirich, 1983) نقلا عن(حلاوة، 1998، ص89).

وهناك دراسة لـــ (Cubbin. & Patterson, 1983) تهدف إلى التعرف على العوامل المؤثرة في تكيف الأمهات اللواتي لديهن طفل متخلف عقليا خلصت الدراسة إلى أن نسبة الأعراض الإكتئابية بلغت (47%) .

كما يرى الدكتور بن مشري أن ولادة طفل معاق ليست سهلة التحمل على الوالدين الذين يشعرون بجرح نرجسي، وبالقصور وأن هذا الطفل المعاق تعيشه الأم كنقص يقلل من قيمتها و يشعرها بالذنب، وتعتبره كعقاب وعلة.

(بن مشري،1982) نقلا عن(ميموني، ب م، 2005،ص204) .

أما (Blacher) في دراسته للأزمة التي يولدها التخلف العقلي فوجد أن الأولياء يمرون بثلاث مراحل و هي : الإصابة بالصدمة التي تجعلهم لا يصدقون و ينكرون وجود التخلف العقلي عند الطفل، الاضطراب الانفعالي الذي يتضمن الغضب و الشعور بالذنب والاكتئاب، الخجل، الحط من قيمة الذات ثم ينتهون إلى الرضا بالأمر الواقع و التوافق مع التخلف العقلي. (Blacher ,1984)، (نقلا عن مرسي،1996، ص 234).

وقد لاحظ (Conchie,1986) في دراسة لمحاولة معرفة كيفية استجابة الوالدين للضغط الناجم عن التخلف العقلي للطفل و جد هذا الباحث أن الأمهات تعانين ضغط أكبر في مواجهة المشكلات المرتبطة بالطب النفسي أو العقلي كالقلق والاكتئاب.

(Conchie,M1986) (نقلا عن حلاوة، 1998، ص 91).

كما قام (Mote & Schuckit, 1986) بدراسة الإكتئاب و سوء استخدام العقاقير الطبية لدى المعاقين و أسرهم فبينت النتائج أن الأمهات تعانين من المشكلات المتعلقة بتعاطي الكحول، ويعاني الآباء من كثرة استخدام الأدوية المهدئة.

(نقلا: عن رشاد ع ع ،1994، ص ص 26-27).

عدة دراسات أقيمت لاختبار أثر وجود هذا الطفل على الصحة العقلية للأولياء توصلت إلى أن الاضطرابات النفسية متواترة عند والدي هذا الطفل.

Cath et Gumley,1986.Quine et Pohl 1985. Tomkievicz ,1987.Westbon, 1992. Wilton et Renaut) (In Michel dery,1997,p52) .(1986

وفي دراسة أخرى مماثلة لمعرفة المشاكل التي يسببها التخلف العقلي للأمهات لوحظ أن (53.3%) من الأمهات على الأقل تعانين في حياتهن من اضطراب، و الاضطراب الأكثر تواترا هو الإكتئاب الحاد متبوع بإضطراب المزاج ثم اضطراب الرعب، كظهور لأول مرة خلال حياة هؤلاء الأمهات (نفس المرجع ،1997، ص54).

كما بينت دراسة (Hamel) حول أثر مجيئ طفل معاق في الأسرة أظهرت الدراسة أنه يسبب ضيق شديد لها و يمثل صدمة نظرا لطبيعة هذه الإعاقة التي تصيب الإنسان في أهم ما يملك الذكاء و وظائفه التكيفية، و هذا الضيق يكون أكثر في الجانب النفسي والإجتماعي للوالدين (Hamel & al, 1993, p 40-42).

وأظهر تحقيق لجريدة الحياة رقم (253) في مارس 1994 بمرسيليا وحسب الدكتور (Mattei J.F) مدير مركز التشخيص القبل ولادي لمستشفى الأطفال الذي ذكر أن " خلال 15 عاما من العمل الميداني لاحظ أن ثلاثة نساء فقط من اللواتي عرفن أن الجنين الذي

ينتظرنه سندروم 21 (منغولي) يقررن الاحتفاظ به و هذا ما تؤكده مجلة الأرشيف الفرنسي لطب الأطفال التي تبين أن نسبة كبيرة من المنغوليين الرضع يتركون لحظة ميلادهم من طرف أوليائهم " (Ringler, M, 1998, p36).

ويرى كل من (Assoully, &al) في دراسة اثر الإعلان عن الإعاقة على الوالدين فوجد أن هذه الإعاقة تسبب صدمة عند الميلاد يضاف إليها مسيرة اكتئاب مع تمني الموت لهذا الطفل واحتمال انفصال هذين الوالدين . (Assoully et al, 1995, p40-42).

وخلص مرسي من خلال دراسة مواجهة الوالدين لمشكلة التخلف العقلي لأبنائهم إلى وجود القلق والشعور بالذنب، الإحباط اليأس والعجز حتى يصل الأمر الى النبذ الصريح للمتخلف عقليا .(مرسي ،1996، ص237).

وانتهى (Little& al,2002) في دراسة العوامل المؤثرة على تكيف أمهات الأطفال المتخلفين عقليا أن الأعراض الاكتئابية كانت مرتفعة وهذا لنقص الدخل، سلوك الطفل المعاق وعدم وجود دعم و حماية.

وفي دراسة محلية لـــ:(عواشرية) بمدينة باتنة تحت عنوان الاتجاهات الوالدية نحو المعاق ذهنيا توصل الباحث إلى أن الوالدين يتجهون سلبيا نحو أبنائهم المتخلفين عقليا وكنتيجة لذلك يرفض الوالدين هذه الإعاقة نتيجة الصدمة النفسية التي تثيرها هذه الإعاقة في الوالدين .(عواشرية ،2006، ص 155-157)

من خلال كل هذه الدراسات تبين أن التخلف العقلي للطفل يمثل صدمة نفسية للوالدين وخاصة الأم، ووجوده يعتبر علة في حياة الأسرة ويؤدي إلى مشاكل نفسية للوالدين كالشعور باليأس والإحباط، الحزن ، القلق ، الغضب ،وفقدان الآمال قد يصل الأمر إلى الاضطراب الانفعالي كالاكتئاب والقلق .

الفصل الأول

التخلف العقلي

تمهيـــد.

يعتبر التخلف العقلي ظاهرة من أهم الظواهر التي تهم علماء النفس والتربيـــة وعلـــم الاجتماع والطب، وهو حالة تظهر منذ الطفولة المبكرة يضعف فيها النمو العقلـــي ويـــسوء التوافق النفسي والاجتماعي. (زهران، ح، 1997، ص405) .

وهي حالة متعذرة الشفاء تظهر قبل سن 18 سنة بحيث يعجز فيها الفرد عـــن إدراك أكثر المفاهيم بساطة وعن ممارسة مهنة، وعن الاستغراق في العلاقات الاجتماعية والعنايـــة بالذات.

وحسب الإحصائيات الدولية تقدر منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف) أن طفلا واحد من كل عشرة أطفال يعاني من عاهة تمتد بين العمى والصمم والتخلف العقلي 80 % منهم في الدول النامية . وتشكل نسبة المتخلفين عقليا حوالي 3 من أفراد المجتمع. (كمر، ش، ص55).

رغم هذا العدد إلا انه وحتى هذه السنوات الأخيرة مازالت الأعمال الإكلينيكية التـــي كرست له قليلة مقارنة بالأعمال التي كرست للاضطرابات النفسية الأخـــرى ، أيـــن هـــي الأعراض أكثر وضوحا وجاذبية، واقل خطورة على المستوى الاجتماعي والفردي هذا مـــا أدى إلى إهمال التخلف العقلي واعتباره كمفهوم بسيط ذو أصل عضوي متعذر شفاؤه. (Mazei , p , et al , 1978, p93) .

غير أن أفكار جديدة بدأت ودراسات حالية مختلفة تتضافر من اجل تناول هذا المشكل القديم تحت نظرة جديدة لفهم تعقيداته وتنوع أشكاله.

1- نظرة تاريخية على التخلف العقلي:

يعتبر التخلف العقلي من الاضطرابات المعروفة منذ بداية التـــاريخ، حيـــث عاملـــت الحضارات القديمة المتخلفين ذهنيا بوحشية واعتبرتهم لا يستحقون الحياة كما عملـــت علـــى التخلص منهم ، فقد عمل الإغريق والرومان على عزل المتخلفـــين ذهنيـــا وطـــردهم مـــن المجتمع بينما عمل بعض الأثرياء الرومان على الاحتفاظ بهم من أجـــل المتعـــة والتـــسلية. (القذافي، ر، م، 1988، ص98).

ثم عاد الاهتمام بهذه الفئة مع بداية النصف الأول من القرن التاسع عشر على أساس أنهم مرضى يمكن علاجهم . وأول دراسة وصفت التخلف العقلي وقدمت بيداغوجية وعلاج هي الدراسة التي قام بهاإتارد الذي قام بتربية فيكتور «متوحش الافيرون» حيث قدم مذكرة «تربية رجل متوحش».

وقام اسكيرول 1918 بعزل التخلف العقلي على أساس اللغة ، وجود لغة وبساطتها، المستوى الثاني اللغة ضعيفة كلمات وجمل بسيطة ، المستوى الثالث بعض الأصوات ، انتقد سيقان هذا التصنيف ، وقدم تصنيف آخر : المعتوه ، الأبله ، المأفون .

بينما أدخل ديير مفهوم التأخر العقلي أو التخلف العقلي (La débilite mentale) وفرق بين الإعاقة العقلية والإعاقة الحركية، بقي هذا المفهوم غير مضبوط بوسائل علمية واضحة ومقننة رغم محاولات كريبلين، سومر، وشولتر .

وفي 1905 قدم بينه وسيمون اختبار الذكاء وقنناه بطرق إحصائية علمية ما أثار بحوث لا تحصى، تكمن أهميته في تحديده حسب العمر مستويات الذكاء، حيث حدد اسكيرول التخلف العقلي الحاد، المتوسط، البسيط .

2- مصطلح التخلف العقلي:

فضل الباحثون استعمال« التخلف العقلي » على عبارة(القصور العقلي) التي إقترحتها منظمة الصحة العالمية في 1954 لتركيزه على إرجاع سبب العجز العقلي إلى توقف النمو الذي يتعرض له الفرد بصورة أو بأخرى. (ميخائيل، س ، 1994، ص434) .

وفي 1955 استعمل مصطلح «العقل الغير سوي» من قبل العلماء البريطانيين مثل بيرت وكلارك ومن قبل منظمة الصحة العالمية، في الطبعات الحديثة (Icd9) فضلت منظمة الصحة العالمية « مصطلح التخلف العقلي»، بينما يستعمل المختصون الأورببون العاملين في هذا الميدان مصطلحات مثل «الأفراد الاستثنائيين»،ومصطلح العجز العقلي الذي كان معروف عند العامة لم يعد مستعملا، وقد أصبح علماء النفس المعاصرون والأطباء النفسانيون يستخدمون مصطلح المتخلف عقليا أو الضعيف عقليا (كار، س، 2001،ص51) .

3- تعريف التخلف العقلي :

3-1- تعريف دول1941 :« هو عدم قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه بسبب إعاقته العقلية ، وان حالته غير قابلة للشفاء».

(الزغبي، أ، 2003، ص106) .

3-2-تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي :

وضعت هذه الأخيرة تعريف للإعاقة العقلية عام 1992 على أنها :«حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد بحيث ينخفض الأداء العقلي (الذكاء) عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين، يترافق مع خلل واضح في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التوافقي التالية: العناية بالذات، التواصل، الحياة المنزلية المهارات الاجتماعية، استخدام وقت الفراغ، مهارات العمل، وتظهر هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشرة.

3-3 أما كمال مرسي 1996 : فيعرف التخلف العقلي تعريف اقرب للشمول حيث يرى أن التخلف العقلي هو : « حالة بطئ ملحوظ في النمو العقلي تظهر قبل سن الثامنة عشرة يتوقف فيها العقل عن اكتمال نموه وتحدث لأسباب وراثية أو بيئية أو وراثية بيئية معا ويستدل عليهما من انخفاض مستوى الذكاء العام بدرجة كبيرة عن المتوسط، ومن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يصاحبهما أو ينتج عنهما». (نفس المرجع السابق، ص107) .

4- أسباب التخلف العقلي :

رغم مرور قرنين من الزمن في دراسة التخلف العقلي إلا أن المفهوم لا زال غير محدد بدقة، وهذا لاتساع مجاله وغموض أسبابه ، فإذا كانت أسباب التخلف العقلي العميق عضوية عامة فان التخلف الخفيف ناتج عن سببية واسعة حتى وان كانت عضوية في البداية فهي مدعمة بأسباب اجتماعية ونفسية .

4-1-الأسباب الوراثية والجينية :

يرث الفرد إعاقته من والديه أو أجداده عن طريق الجينات الوراثية وقد بينت البحوث أن نسبة التخلف ترتفع في العائلات ذات اضطرابات عقلية متنوعة، تريدقول في بريطانيا يشير إلى أن 10% من آباء المتخلفين عقليا يعانون من تخلف عقلي، و 50% من المتخلفين عقليا يعطون أطفال يعانون من نفس الإصابة .

تحدث الوراثة عن طريق الجينات التي تحملها صبغيات الخلية التناسلية والتي تحتوي على عيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ، أو تحدث تغييرات مرضية تطرأ على المورثات التي تحملها الكروموزومات وذلك أثناء انقسام الخلية ، وقد يؤدي اختلاف الجينات إلى قصور في التمثيل الغذائي الذي يؤثر في نمو الدماغ .

ومن الأسباب الجينية زيغ السبغيات والذي يؤدي إلى خلل في الهرمونات أو هدم المواد (بروتينات، سكريات).

4-2-الأسباب الثانوية: وتنتج عن قروح دماغية (التهابات دماغية ، نزيف)، والتي تؤدي إلى توقف نمو الجهاز العصبي و تصحب في كثير من الحالات بأعراض عضوية ونفسوحركية.

4-2-1الأسباب التي تحدث قبل الميلاد:

ضعف الأكسجين أو خلل في الدورة الدموية في الرحم يمكنها التأثير على الجنين ونموه، صدمة كبيرة في بطن الأم، محاولات الإجهاض، إصابة الأم بمرض معدي مثل الزهري (السيفيليس) والريبيول كلها تؤدي إلى أعراض متفاوتة الخطورة مع تشوهات الجنين وتخلف عقلي هام.

- عامل الريزيس عندما يكون سلبي عند الأم و ايجابي عند الطفل .
- الأدوية التي تستهلكها الأم يمكن أن تؤثر على جنينها ، كذلك العوامل الإشعاعية التي قد تتعرض لها الأم خلال فترة الحمل .
- اضطرابات الغدد كنقص إفرازات الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى نقص القدرات العقلية وبعض الاضطرابات العضوية .

4-2-2 أسباب راجعة للولادة :

الولادة العسيرة واستعمال العملية القيصرية ،أو الملقط مما يسبب صدمات دماغية أو التهاب أو نزيف .

صدمة الولادة تسبب حوالي 6-10% من المتخلفين عقليا الذين أصيبوا بجراح ولادية تؤدي إلى تلف المخ . (صفوت ،و، م ، 2005 ، ص94) .

4-2-3 أسباب بعد الولادة :

- الأمراض المعدية التي تؤدي إلى التهابات بالدماغ وتشنجات (التهاب سحائي) .

- الأمراض المختلفة التي تصيب الدماغ كالحوادث والإصابات .(القذافي، م، ر ، 1988،ص102).

- بالإضافة إلى ذلك مشاكل البلدان النامية التي لا تعطي أهمية للتغذية وتنظيمها فسوء التغذية يؤدي إلى نقص في البروتينات والفيتامينات والقيمة الحرارية مما يؤثر على النمو الجسمي والفكري، حيث يشير د. بوسبسي إلى أن 30% من الأطفال على الأقل من 6 سنوات يعانون من نقص غذائي. (ميموني ، ب ، م ، 2005 ،ص201) .

4-3- العوامل الاجتماعية:

أثبتت عدت دراسات أن حاصل الذكاء يرتفع مع ارتفاع المستوى المعيشي والثقافي، وهذا يخص أكثر التخلف العقلي الخفيف والمتوسط بنسب متباينة، لكن لا نجد نفس السبب في التخلف العميق (العضوي) الذي ليس له سببية واضحة.

4-4- العوامل العلائقية:

نحن نعلم أهمية العلاقة مع الأم أو بديلها وأهمية العلاقات الاجتماعية ودورها في النمو الجسمي والفكري والاجتماعي وتأثير سوء المعاملة على التوازن النفسي والعقلي للطفل.

عدم الاهتمام بالطفل، ا للامبالاة، أو الاهتمام المفرط، أو التعذيب أو القمع والضرب كلها عوامل لا تخدم الصحة النفسية للطفل، وتزداد خطورتها عند طفل هش وخاصة إذا تراكمت مع اضطرابات عضوية.

5-تصنيف التخلف العقلي:

إن تصنيف التخلف العقلي أمر صعب لا يمكن إرجاعه إلى الأسباب المشار إليها فقط، وذلك لان الموضوع شائك ومعقد تتداخل فيه عدة جوانب ، فالبحوث العلمية المعتمدة عالميا والدراسات التي أجريت لمعرفة تصنيفه لم تصل إلى نتيجة حاسمة ونهائية وانه لا يمكن رسم الحدود الفاصلة بينها بدقة.

5-1- التخلف العقلي العميق:

وتبلغ نسبتهم حوالي 5% من مجموع المتخلفين عقليا وحاصل ذكائهم بين (0-25) درجة، لا تكون للمصاب به لغة ، ولا يتعدى مستواه العقلي 3 سنوات، لا يستطيع القيام

بحاجاته الأساسية مما يجعله في تبعية تامة لمحيطه ويلاحظ عليه نقائص في تكوينه الجسمي تلف المخ يكون كبير، مع قابلية الإصابة بالأمراض .

5-2- التخلف العقلي المتوسط :

وتبلغ نسبتهم حوالي 20 %من مجموع المتخلفين عقليا ،وتتراوح نسبة ذكائهم بين (25-50/45) درجة، عمره العقلي في أقصاه بين 7-8 سنوات، يتعلم اللغة ويكون آلية الكتابة والقراءة دون الفهم، يستعمل كلمات وجمل بسيطة ويمكن تدريبه على عمل بسيط آلي لا يستدعي المبادرة ولا التغيير، لا يستطيع التوافق اجتماعيا، وقد يلاحظ عليه بعض النقائص الاجتماعية.

5-3- التخلف العقلي الخفيف:

تبلغ نسبتهم حوالي 75% من مجموع المتخلفين عقليا وتتراوح نسبة ذكائهم بين (50-75/70) درجة ، ويبلغ عمرهم العقلي بين 8-10 سنوات ، يتعلم القراءة والكتابة ويستطيع هذا الصنف متابعة الدراسة حتى نهاية مرحلة الابتدائي في مدارس خاصة للتعليم المكيف حسب قدراتهم، عاجزين عن التجريد والتنبؤ وتوقع نتائج أفعالهم ، وبالتالي إمكانية الانحراف الاجتماعي ، بإمكانهم الوصول إلى الاستقلالية الاقتصادية والاجتماعية مع القيام بعمل بسيط تحت الرقابة والتوجيه، وقد تظهر لديهم بعض النقائص الجسمية الطفيفة .

(ميموني ، ب ، م ، 2005 ، ص ص196-197).

6- خصائص المتخلفين عقليا :

6-1- الخصائص العامة :

- تأخر النمو العام .
- قابلية التعرض للإصابة بالأمراض ، قصر متوسط العمر .
- قرب الرغبات من المستوى الغريزي .
- نقص القدرة على ضبط السلوك وتكييفه حسب المواقف (سلوك طفولي) .
- جمود ورتابة السلوك .
- عدم القدرة على التركيز .
- عدم القدرة على التحكم في الحركة وأحيانا الخمول والكسل الشديد.
- سرعة الاستثارة والغضب والعنف .

6-2- الخصائص الجسمية والحركية :

- بطء النمو الجسمي ، صغر الحجم والوزن عن الحجم الطبيعي .
- نقص حجم ووزن المخ عن المتوسط .
- تشوه شكل وتركيب حجم الجمجمة والأذنين والعينين ، الفم ، الأسنان واللسان .
- بطء النمو الحركي وتأخر الحركة وبعض الاضطرابات الحركية .
- حركات متطفلة مع صعوبة الارتخاء الكامل .
- اضطراب وعدم اتزان الطفل أثناء السير .
- صعوبة تكيف الحركة مع الأشياء .

6-3-الخصائص العقلية المعرفية واللغوية :

- بطء النمو العقلي والمعرفي .
- انخفاض معدل الذكاء عن 70 درجة .
- صعوبة التجريد مع الارتباط بالواقع وعدم القدرة على تجاوز مرحلة العمليات الواقعية كما حددها (بياجي وراي).
- ضعف الذاكرة والانتباه والتركيز وعدم القدرة على: التعميم، التخيل، التصور، التفكير والفهم .
- ضعف التحصيل ونقص المعلومات والخبرة .
- اضطراب الكلام وصعوبة تنظيم الجمل ونقص الرصيد اللغوي والتأخر في اكتساب اللغة.

6-4-الخصائص الانفعالية :

- التقلب والاضطراب الانفعالي .
- سوء التوافق الانفعالي أو الهدوء والاستقرار الانفعالي .
- سرعة التأثر .
- بطء الانفعال وغرابته .
- قرب ردود الأفعال من المستوى البدائي .
- عدم القدرة على تحمل القلق والإحباط .
- عدم القدرة على ضبط الانفعالات .

6-5-الخصائص الاجتماعية :

-صعوبة التوافق الاجتماعي .

-اضطراب التفاعل الاجتماعي والجنوح ونقص الميول والاهتمامات .

-الانسحاب والعدوان .

-عدم تحمل المسؤولية ومغايرة المعايير الاجتماعية .

-اضطراب مفهوم الذات والميل إلى مشاركة الأصغر سنا في النشاط الاجتماعي .

-سرعة التصديق لكل ما يقال له وبالتالي تعرضه لأفراد يستغلونه .

-سرعة التعب .

-اللامبالاة والسلبية والاستسلام لأي صعوبة .

7-التكفل بالمتخلفين عقليا :

تقبل المتخلف ذهنيا كانسان له كرامته وحقوقه و الحق في أن يعمل بأقصى ما تسمح به طاقاته وإمكانياته، وان تتاح له الرعاية المناسبة كالطفل العادي، فالإعاقة لاتعني العجز الكامل وفقدان كلي لمقومات الشخصية.(القاضي ، 1981، ص419) هذه الإمكانيات التي يجب تنميتها وتطويرها من اجل القدرة على التكيف والاندماج في المجتمع وتحقيق الاستقلالية حسب الحالة التي هو عليها إذا أعطي الشعور بالأمن والقيمة والمعاملة المتوازنة البعيدة عن الحماية المفرطة أو الرفض والإنكار .

ففي فرنسا وبعد الأفكار الأساسية لروسو في العقد الاجتماعي ومع التطور الصناعي وبعدها القوانين الكبرى للجمهورية الثانية : «الدولة تقدم المساعدة المالية ومختلف طرق العون والمساعدة العائلية » . إلا انه أصبحت الآن هناك قناعة بان المساعدة لا تكون إلا بدمج المعاقين في محيطهم وتعليمهم حرف، والقانون التوجيهي المؤرخ في 30 /1975/06 والذي ينص على التوجيه المهني وتوظيف صغار وراشدي المعاقين كإلزام وطني، من خلال بعض النصوص التطبيقية التي تلزم المؤسسات بإدماجهم وتهيئة مناصب عمل لهم وتكوينهم.

.(Ringler , M , 1998 , pp 29-30)

7-1-التكفل الطبي :

تقديم العلاج الطبي حسب الحالة، والرعاية الصحية العامة، وخاصة عندما يكون التخلف العقلي مصحوبا بأمراض جسمية وعلاج أي خلل في أعضاء الحس، علاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء مثل إعطاء هرمون الثيروكسين في حالات القزامة، علاج الأم

والطفل في حالات استسقاء الدماغ، إتباع نظام غذائي خاص في حالات البول الفينيلكيتوني، نقل الدم في حالات العامل الريزيسي، استخدام الأدوية المهدئة للتحكم في السلوك المضطرب والنشاط الزائد وتنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة.

(زهران، ح،1997،ص415) .

يجب استعمال الأدوية بحذر عند ظهور أعراض حصر واكتئاب أو اضطرابات طبع الأدوية المهدئة تستعمل من أجل مراقبة الاضطرابات الحادة للسلوك، فيجب أولا تقديم كميات قليلة ثم تدريجيا يتم رفع الكمية .

علاج أزمات الصرع بقياس الحساسية الفردية، هل يجب استعمال دواء أو اثنين اختيار التي لها اقل تأثير على الحيوية ، ويجب التوفيق بين حدة الأزمات والتأثيرات الثانوية للأدوية . (Canouni , P & al , 1994 , p59).

7-2-التكفل النفسي :

يتم هذا العلاج من اجل التوافق النفسي وإكساب الطفل المتخلف استقلالية ،فحسب الظروف التي يعيش فيها المتخلف يضطرب انفعاليا وتظهر لديه الأعراض العصابية التي تزيد في كفه وعدم توازنه .

يجب التكفل بهؤلاء الأطفال عن طريق علاج نفسي على شكل (علاج بالمساندة) يتمثل في إقامة أفواج للتعبير عن طريق اللعب ، الرسم ، لعب الأدوار...الخ .

(نفس المرجع السابق ، 1994 ،ص 59)

علاجات نفسية تتوجه نحو المحيط العائلي تتمثل في مساندته وتوجيهه وإرشاده كي يغير من مواقفه العلائقية والتربوية ، والتي تنعكس بدورها على الطفل مما يساعده على تخفيض القلق والتوتر والشعور بالقصور واللاقيمة ، وتنمية إحساس موجب نحو الذات ومساعدته على تقبل ذاته .

- الاسترخاء والذي يفيد في التخفيف من التوتر العضلي ويقلل الاضطراب الحركي .
- إعادة التربية النفسوحركية : نشاطات حركية تساعد الطفل على التكيف مع النشاطات اليومية، الرياضة والتمارين الخاصة بالتوجيه في المكان والزمان وتطور الجانبية مما يساعد على تعلم الكتابة والقراءة.

- استعمال نشاطات وتقنيات متنوعة لمساعدة الطفل على التعبير، والتكيف، وتطوير إمكانياته العضوية، النفسية والعقلية، الإبداع، الحس الجمالي (مسرح، بسيكودرام، رسم، طلاء بالأيدي ...) . (ميموني، ب، م، 2005، ص217)

7-3-التكفل البيداغوجي :

وضع الطفل في مدارس متخصصة مكيفة حسب إمكانياته مع أطفال من نفس المستوى كي لا ينمو لديه شعور بالدونية والفشل .

الدروس ترتكز على أعمال واقعية تستدعي كمال النشاط الخاص بالطفل أي نشاطه الحسي الحركي مثلما تستدعي العمليات الفكرية : يبحث بمفرده يكتشف ويجرب لتطوير حركته ، مهاراته اليدوية هام جدا .

-استثمار ذكائه المحدود إلى أقصى حد ممكن وتعليمه المبادئ الأساسية البسيطة للمعرفة .

-إعطاء مكانة للاندماج المهني وبذل مجهود لتحضير المتخلف عقليا لحياة الراشد ، وتطوير تنشئته الاجتماعية وإشعاره بروح المسؤولية لتحقيق التوافق الاجتماعي من خلال النشاطات الجماعية ودمجه في جماعات من سنه ومستواه .

-مساعدته على الاستقلالية على الأقل في حاجاته الأولية .

-التدريب على السلوك الاجتماعي السوي والمقبول وتصحيح السلوك الخاطئ أو المضاد للمجتمع لمساعدته للحفاظ على حياته وحمايته من استغلال الآخرين .

-الشيء الذي ينقص في الجزائر هو عدم وجود ورشات محمية للتكوين المهني وورشات عمل تجعل المتخلفين عقليا القادرين على العمل والحصول على استقلالية اقتصادية واجتماعية .

-في أوربا هناك محاولات لإدماج عدد من المتخلفين ذهنيا في المدارس العادية .

وأخيرا بعد ما تم التعرض في هذا الفصل للتخلف العقلي كحالة عدم اكتمال النمو العقلي وما يعتريها من سوء للتوافق النفسي والاجتماعي للفرد المصاب به،هذا ما يجعله عبء على والديه وخاصة أمه، الأمر الذي قد يؤدي إلى سوء العلاقة أم طفل، ورفض استثمار هذا الوليد والتفاعل معه، ما يدعو بنا إلى ضرورة دراسة هذه العلاقة ومحاولة فهمها وخاصة عندما يكون هذا الطفل له خصائص مميزة كخصائص التخلف الذهني.

الفصل الثاني

العلاقة أم طفل

تمهيد.

لا يوجد شخص في يومنا هذا يشك انه وحتى قبل الوجود الجسدي للفرد يميز الطفل من طرف أمه، فالطفل المرغوب فيه أو غير المرغوب فيه يشغل مكانة في العالم النفسي لوالديه أنه منتظر قبل وصوله، الأمهات والآباء يتخيلونه ويكونون فكرة تتعلق بتصوراتهم عنه: «ابني طبيب، مهندس، حرفي، سيعمل مثلي، سيدير أعمالي...الخ».

(Ringler, M ,1998, pp67-68). إن هذه العبارات تمثل آليا ما يقول كل الناس، إنها القيم الجماعية التي يؤسس عليها الضمير الطبيعي لما يريده الأولياء وما يتمنونه من الأفضل لأبنائهم ، ودفعهم ذلك بأقصى ما يمكن أن يمتلكوه من قدرة.

بالنسبة للأم الطفل الخيالي كالبكر يمكن أن يشكل حلم المستقبل والاستغراق في هذا الحلم لا ينمو إلا بعد تمجيد نرجسي، بمعنى «لقد أصبحت حامل»، هذا الفخر يؤدي بالنساء الحوامل بان يكن أكثر حذرا في تلك الفترة كأنهن بصدد تأدية عمل مقدس ففي كتاب ل: (1993 bertand, cramer, francisco, palacio espasa) اظهروا أن الحمل هو عبارة عن فترة نمو حقيقية للمرأة. (Le Camus , J ,1995, pp 13-14)

1- الطفل الحلم :

إن أي طفل سيأتي إلى هذا العالم يمثل ثمرة حلم سابق ونتيجة تقاطع خيال الأم والأب متجسدا في لقائهم، و يعبر عن المنطق الذي يسمح لهذين الحلمين أن يظلا مترابطين، فبعض الأولياء يفترقا بعد فقدانه أو نتيجة فشل في تربيته، أي أن كل طفل هو الوريث بالمعنى الكامل للكلمة والحامل لمخاوف وآمال الأولياء الذين هم أنفسهم كانوا وريثي هوامات أوليائهم، فهذا الطفل يمثل امتداد النسل العائلي ورمز الدوام لهذاالاسم واستمرار يته وأحلامهم حول مصيره وكيفية جعله كنموذج لهم بالصورة التي يرونها، وبمصطلح آخر على الأطفال أن يكملوا نقائص أوليائهم التي يشعرون بها تجاه من حولهم، كأن هذا الطفل مسبقا يمتلك ماضي في وقت ميلاده، لا يوجد ولي ليس له تفكير مسبق قبل مجيء ابنه، كل أب أو أم من الضروري أن يكون لهما آمال تجاه ابنهما، فالإنسان تتكون لديه حياة هوامية يفكر و يجهز مشاريع تماما «كما يتنفس»، فهي تمثل النشاطات الإبداعية للاكتشاف والتحضير للواقع، وتعتبر سيرورات طبيعية وتلقائية وهي ضرورية لحفظ وبقاء حياة الفرد تماما كما هو الحال بالنسبة للسيرورات البيولوجية والفزيولوجية المسؤولة عن الحفظ والتكامل الفيزيائي للعضوية، لأن التوقف عن الحلم والتخيل يؤدي حتما وفي وقت قصير إلى إزالة معايشة العالم والنتيجة هي الموت النفسي للفرد، فضلا عن ذلك يمثل الحلم الأمل بالنسبة للحياة . (Ringler ,M , 1998 ,pp 69 – 72)

2 – العلاقة أم طفل :

عند الميلاد يشكل الرضيع والأم وحدة نفسية، والعناية الأمومية هي التعبير عن هذه الوحدة، بحيث تشكل هذه العناية في البداية استجابة للطلب البيولوجي للرضيع، بينما تظهر مراقبة وضعية التغذية تنوع في علاقة الأم برضيعها، هذا يعني أن حركات وأفعال الأم ليست فقط استجابة لاحتياجات الطفل ، بل تمثل تعبيرا عن احتياجاتها هي أيضا.

(Gutton , P , 1983 , p 70)

إن إقامة علاقة ما يتطلب وجود تصور لهذا الشخص وصورة عقلية له فبالنسبة لـ(S.lebovici 1983) تكلم عن عدة تصورات للأم عن الطفل، واعتبر أن الرغبة في الأمومة تنمو و تتكون من خلال الصراعات الليبيدية والتنظيمات النرجسية للطفل الأوديب.

(Bourrat , M & al , 2003 p 78)

واعتبر Bergeret أن الطفل المستقبلي نتيجة قصة طويلة قبل ميلاده، فهو موجود منذ القـــدم في المعاش الهوا مي للأم. (Bergeret , J , 2000 ,p 35)

2-1 الطفل الهوامي :

إن الرغبة في الأمومة شيء تعرفه كل النساء، بحيث تسمح الهوا مات التي تنظمهـــا هذه الرغبة بالتكلم عن طفل هوامي، طفل الحياة السابقة، هذه الرغبة التي تظهر منذ الطفولة المبكرة والتي يعبر عنها من خلال لعبة الطفلة الصغيرة بدماها، ولعبة المعلمـــة المدرســـية، وتمثيليات الأب والأم...الخ، وفي هذا الصدد اظهر فرويد في وصفه لهوام المشهد الأولـــي كيف يبني الأطفال روايتهم العائلية حيث تندمج انشغالاتهم حول الوالدية في صـــراعات لا شعورية تتطور بالتوازي مع نموهم. (Lebovici , S ,1970 , p 258)

2 1-1- مراحل تطور الطفل الهوامي:

2-1-1-1 الطفل الفمي :

الطفل التغذية جيد أو سيئ كما تصورته نظريات التخصيب عن طريـــق الفـــم (مـــع المعادلة الرمزية حليب = مني) وهوامات مزج القضيب بواسطة الأم .

2-1-1-2- الطفل الشرجي (التبرزي) :

الطفل الذي تبقيه الأم لديها حسب ميلاني كلاين الذي يرغب في المهاجمة ، تجزئـــة هذا الطفل البرازي المسروق من الأم و الذي هو في نفس الوقت موضوع جزئي لقـــضيب الأب ، لذا يحمل الحمل وبعض الولادات لذة الحجز وهذا ما يفسر التوتر الـــديناميي فـــرط التوتر وخمول الرحم عند الإخراج عند ذوي القبض المزمن كتثبيت شرجي قوي.

2-1-1-3 - الطفل القضيبي :

والذي يسمح بتعويض فقدان الموضوع القضيبي والترميم النرجسي، هذا الطفل يسمح بإنكار النقص المرتبط من اجل سد ثغرة الجرح على هذا المـــستوى فوظيفتـــه كموضـــوع جزئي وليس كشخص يمكن أن يؤسس فرديته ويكون شخصيته وجود تثبيت في هذه المرحلة القبل تناسلية، بنفس الطاقة التي بواسطتها تتعامل بعض النساء مع أطفالهن كأنه عضو مـــن أعضاء أجسامهن، كجزء حيوي يسمح بإعطائهن كل القدرة وفي نفس الوقت الضامن لهـــذه القدرة.

2-1-1-4- الطفل الغير ممثل:

هي الأم التي عالجت الإشكالية الأوديبية، الطفل الهوامي هو عبارة عن شخص مدرج ضمن المشهد الأول التناسلي أين صورت أبوين منفصلين وتناسليين، إذن هو فقط موضـــوع جزئي مندرج في هوامات الوالدين المتحدين. (lusin. J,&al 1986. p 247)

2-2 – الطفل الخيالي:

هو نتيجة الرغبة في الحصول على طفل والتي تترسخ في إشكالية الزوجين، والحمل هو الذي يعطي لها معنى، وتستقر كذلك في نموذج التوازن العائلي، والذي تنطـــوي عليـــه الضرورات الثقافية وتعاقب الأجيال.(Bourrat.M & al , 2003, P 78).

إن الطفل الخيالي هو نتاج أحلام اليقظة، فهو بناء هوامي يرتكز على الرغبـــة فـــي الأمومة وهواماتها، انه مشروع يغطي بطريقة أو بأخرى الطموحات النرجسية لـــلام حيـــث تترسم العلاقات مع الأب والد الطفل، والصراعات الاودبية مع الأم. (Bergert , J 2000 ,p37)

و أثناء الحمل يصبح الطفل المستقبلي حيا، فتحضر الأم لقدومه، وقد تفضل جنسا معين ذكر أو أنثى وتتوقع شكله وشبهه، تتنبأ له بمستقبل ما وتشكل له طقم ملابسه وتقلق على بقائـــه على قيد الحياة، وتخشى أن يولد بتشوهات، وتختار له اسم بالمشاركة مع الأب، أو كل واحد منهما يحاول أن يتحيز لشجرة نسبة في اختيار الأسماء، في الواقع كل واحـــد ســـيحاول أن يسجله في نسب نشط، يبصم هذا التسجيل بهواماته حول والدي الوالدين المستقبليين ، بتعبير آخر يبصم بعناصر الرواية العائلية المبنية من طرف هؤلاء، ويتعلق الأمر بقـــصة عـــابرة للأجيال التي تنقل للطفل المستقبلي كل أسرار العائلة التي هو حاملها.

. (Vaginaux, D,&al, 1997 , p87)

فالحمل يؤدي إلى تغيير اقتصادي مهم ، زيادة في الليبيدو النرجسي علـــى حـــساب ليبيدو الموضوع .

من هذا الوقت الطفل الخيالي يحمل وزن كبير وحضور ، حيث تمنح لـــه هـــذه الأم مقدما جسم خيالي هلوسي و بعض الخصائص النفسية (وجه معين، شعر...الخ) والتي تتمنى أن تجدها بعد الميلاد. (Lustin , J ,1986, p248)

2-3 - الطفل الواقعي :

الولادة هي لحظة لقاء الأم بوليدها، المولود حقيقي الآن، ككتلة حية عزيزة على الأم تضمها بين ذراعيها و لا يكون الطفل حقيقيا إلا إذا كان منطوقا .

تبدأ الأم عند الولادة ببناء تصورات حول ما هو عليه وليدها، وكيف يمكن أن يصبح، عادة ما تجري الأم إعادة بناء هذا الطفل وفقا للخصائص العامة التي هو عليها هذا المولود، وستظهر هوامات فترة الحمل من جديد ولكن سيعاد ارصانها استجابة للواقع الموجود، بتعبير آخر سينمحي الطفل الخيالي بهدوء لصالح الطفل الواقعي . (Stren , D , 1992 , p79) .

3- نظرية التعلق والعلاقة أم طفل :

3-1- الأم والطفل لولب تبادلي :

من الميلاد وحتى قبل، هناك قصة تدور بين شخصين لكن لأيهما يرجع التأثير هناك تياران متضادان فيما يخص العلاقات بين الأم والطفل وباتولوجيا التخلف والذهان.

بالنسبة لمانوني اللاشعور والرغبة عند الأم لهما التأثير الكامل على الطفل .

أما عند ميلاني كلاين الطفل يصنع أم خيالية والتي يشطرها، يستعملها، يقصيها ويسقط عليها، يجتافها من خلال نزواته وهواماته الأولية ،فكل نظرية تحاول أن تبين المكان الذي يشغله احدهما بالنسبة للآخر في هوامات الأم عند M . Mannoni ، وفي هوامات الطفل عند M . Klein . (Lustin , J ,J ,&al, 1986 , p220) .

لكن مع ظهور مفاهيم جديدة من خلال نظرية التعلق لـ Bowlby والتي تتكلم عن أهمية العلاقة العاطفية التي تجمع الأم مع رضيعها ، وان الطفل مدفوع لان يتقرب من أمه أو بديلها كحاجة أولية، وحسب Spitz السنتين الاولتين لحياة الطفل تعتبر كحوار محدود بين ثنائي العلاقة وسلوكات التعلق التي يعبر عنها الرضيع كأفعال توجه للام بغرض الحماية. (Le Camus , J , 1995 ,p91)

فمع بداية نمو الرضيع هناك نشاط خاص والذي أكد عليه بيتلهايم ، حيث بين أن للرضيع إشارات (الصراخ) كجواب على طريقته على الإشارة المستقبلة من الأم، هذه الإشارات تشحن تدريجيا بالنسبة لكل منهما (Spitz) هذا معناه أن هناك تفاعل تصاعدي، واتصال ليس له اتجاه واحد بل يحضر بشكل تركيبي السبب الذي أدى ب lebovici إلى استعمال بعد T.benedek بوجه خاص مصطلح سعيد من شكل التعاملات اللولبية spirale transactionnelle. (Lustin , J,J ,1986, p249)

3-2-مفهوم التعلق :

حسب بولبي «التعلق هو نتاج نشاط بعض الأنظمة السلوكية التي تهدف إلى تقرب الطفل من أمه والتي تتمثل في المص، الصراخ، الحضن، الابتسامة»، وهو حاجة أولية ليست نتاج لذة الأكل ولا العناية الأمومية ،فالتبعية الجسدية تولد تبعية نفسية ،حيث أن الأم بإشباعها الحاجات الفيزيولوجية تسمح للطفل بتوليد العاطفة والحاجة إلى الآخرين، هذا ما يوازي النموذج الذي تكلم عنه فرويد: نزوات هدفها الإشباع، خفض التوتر، وإذا تعلق الأمر بنزوات حفظ الذات فوسيلة الوصول إلى ذلك هي التغذية، هذه الأخيرة مرتبطة بالأم ، فإشباع حاجة يرتبط بحاجة أخرى و التي كانت بداية مجرد فائدة ثانوية أي (مصدر لذة)، ذات نمط ليبيدي ، تستند إلى إشباع حاجة الغذاء مصدرها شبقي (الفم) وموضوعها(الثدي). و يصبح التكرار كحاجة تؤدي إلى انفصال اللذة الجنسية عن الحاجة إلى الغذاء.

(Berclaz , M , 2001 ,p30)

3-4- صورة التعلق :

للطفل ميل فطري للتعلق، خاصة إلى صورة ما، هذا يعني انه في مجموعة مستقرة من الراشدين، هناك صورة تصبح المفضلة للتعلق بها.

.(Guedeney . A,&al, 2005 , p17)

فالطفل من أجل أن ينمو نموا طبيعيا من الأشهر الأولى و كحاجة أولية يتجه نحو إقامة روابط مع الراشد ، حتى تصبح صورة التعلق مستقرة بها، موثوقة ، مقدرة في المتناول ، قادرة على فهم حاجاته وخفض توتراته والتي تسمح له بالإحساس بالأمن في كل مرة يشعر فيها بالضيق. (Berger ,M , & al , 2007 ,p10)

3-5-التفاعل :

منذ ميلاده يبدي الطفل ميولا إلى الاقتراب من الأم، وهذا ليس نتيجة تعلم بل هو نتيجة حاجة فطرية تدفع بالأم إلى الاهتمام بصغيرها وإعطائه الحنان والحماية وتلبي حاجياته.

فهذا السلوك أساسي لتكوين هذه العلاقة وحسب دراسة لـ: أنيس ورث " تقول الأمهات أنهن يهتممن بأطفالهن أكثر مما يردن لان الطفل يحتج ويجبر الأم على الاهتمام به، بصراخه، بمتابعته لها، بإغرائها". (ميموني ، ب . م ، 2005 ، ص179) .

فحسب نظرية التعلق وباعتمادها على نظرية الاتصال في أهمية التفاعل، فهذه النظرية ترى أن الأفراد مترابطون حسب نموذج دوراني يتضمن «الارتداد » والمفعول الارتجاعي «beck Feed » ، فالأمر يتعلق بعلاقة غير خطية من فرد نحو الآخر بل بعلاقة تبادلية حيث يتأثر كلا من الطرفين الواحد بالآخر ، حتى ولو كانا ليسا متساويان.

(Cohen , 1999, P30)

فانطلاقا من أعمال بولبي العلاقة أم طفل لم تعد تعرف أن لها مسار وحيد الاتجاه بل هي علاقة تفاعلية، والتحليليون تحدثوا بدورهم عن تبادلية بين الأم والطفل .

(Lebovici , S , 1970 , p350)

مما سبق يظهر أن الاتصال العاطفي موجود مبدئيا عند المولود الجديد والتفاعلات بين الأم ووليدها الجديد تحدث مباشرة بعد الولادة، حيث تعتبر الأيام الأولى بعد الولادة فترة حساسة، والتي تكون فيها الأم بصفة خاصة مستعدة لتشكيل روابط تعلق مع رضيعها، وهو بدوره يشجعها على ذلك من خلال إشاراته هذا ما يفسر تبادلات التشجيع بينهما.

فالتفاعل إذن هو مجموع السياقات الديناميكية التي تحدث بين الرضيع وأمه، حيث يخضع الرضيع لتأثيرات الأم ، ولكنه أيضا يسبب بدوره في تغيرات لديها، فاكتشاف الأم لمهارات طفلها يسهل بداية هذه التفاعلات والتعلق المبكر .

3-6- دينامية العلاقة :

حسب فرويد يشكل الطفل وحدة مع العناية الأمومية، وتصورات المعارف حول العلاقة أم طفل وحول دور كل واحد منهما في الدينامية المنشطة لهذه العلاقة أظهرت انه لا يوجد شريك واحد ينظم هذه العلاقة ، بل كل شريك يؤثر على الآخر.

(Lebovici , s , 1991)

4- العلاقة أم طفل والتخلف العقلي :

4-1- الطفل الكابوس:

بعد ما تم التحدث على الطفل الحلم وما يقوم به الرضيع بعد ميلاده من نشاطات تسهل تفاعل الأم معه، من اجل توضيح ما يمكن أن يمثله خبر ميلاد طفل معاق، من السهل إذن التفكير من ما سبق في الصدمة التي يمثلها خبر كهذا في العائلة ، فالحلم بطفل مثالي سيتحول إلى كابوس مع اكتشاف هذه الإعاقة ، فهي تعتبر تجربة قاسية تمس هوية الوالدين و فشل يتسبب في انهيار كل الآمال المعلقة من الأم على هذا الطفل .

فإعاقة هذا الطفل تعاش عند الوالدين كشدة و مفاجأة لأنها لا يمكن أن تكون موجودة في تركيبة أحلامهم أو تصوراتهم ، فهؤلاء الأولياء يحسون بالتهديد النهائي بسبب وجـــودهم في ذلك الوقت ، يشعرون فجأة بالرغبة في جو من الوهمية واللامعقولية .

فالألبسة والألعاب هي للطفل المنتظر بلهفة، السرير المختار، المشتريات، الذهاب إلى المستشفى من اجل ميلاد(الطفل الحلم) والرجوع بشيء غير حقيقي ، مرعب ، مربك معيق لا يعرفون كيف يتصرفون معه. (Ringler , M , 1998, pp73-75)

4-2-المواقف الوالدية تجاه الطفل المتخلف عقليا:

في الوقت الحالي لا يمكن اعتبار سلوك الأم كمجموع متغيرات مستقلة وسلوك الطفل كمجموع متغيرات تابعة، فالطفل يلعب دور نشط في هذا التفاعل بفضل خصائصه الفرديـــة، موقفه تجاه القبلة، كمية البكاء، وضوح إشاراته...الخ .

ووجود تشوهات مرضية عند الميلاد يمكن أن تكون حاجز في التفاعلات التقمــصية للام تجاه رضيعها، فالطفل فعال بفضل خصائصه الوظيفية، بجسمه، حواسه التي يتصل بها مع أمه، والتي يثير بها الأم و هي بدورها تعطيها معنى.

فخصوصيات هذا الطفل لها اثر على الوالدين، العيوب والعاهات تحـــدث اضـــطراب خطير في الاقتصاد المتوازن للوالدين، وممكن أن تتسبب في صدمة نفسية خاصة للأم فهي جرح نرجسي لها، بمصطلح آخر كل باتولوجيا عند الطفل تؤدي إلى إخفـــاق فـــي اللولـــب التبادلي. (Lustin , J.J, &al, 1986, p249)

وبعض هذه التشوهات الخاصة بالرضيع يمكن أن تـــؤدي إلـــى الـــرفض والإهمـــال الأمومي (Guedeney . A, &al , 2005 , p58) .

والوالدية في هذه الحالة يعبر عنها بمصطلح «الرفض» أو«الحماية المفرطة» كموقفين متناقضين لكن يمكن ملاحظة مواقف وسيطية يتجه بها الآباء نحو أبنائهم وقبول هذا الطفـــل كما هو وتكييف سلوكاتهم تجاه تنظيم حياتهم في ظروف ملائمة لنمو أحسن في حالة تظـــافر الجهود بين الأولياء والمهنيين .

وعلى مستوى العائلة كل شيء ممكن: التخلي، إنكار المعاق، الاكتئاب، إدانة اسقاطية تجاه المدرسة، الطبيب والمجتمع، سلوك جد نشط ومناضل في جمعيات للأولياء على شكل هوسي اضطهادي من اجل إدماجه وتقبله والتعامل الحسن معه، بعض الأمهات يسلكن سلوك متناقض تجاه هذا الطفل مما يؤدي إلى عدم قدرته على تكوين فرديته.

(Mazei , ph & al 1978 , pp100-101)

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى العلاقة أم طفل والتي تم توضيح أهميتها ومراحل تطورها وكيف أن الطفل يعاش هواميا من طرف الأم ويستثمر وجوده النفسي في أحلام الأم حتى قبل وجوده الجسدي، هذه الأخيرة التي تمنحه خصائص معينة و تتمنى أن تجده بعد ميلاده وكيف أن هذا الطفل يعتبر كمكمل نرجسي لنقائص الأم ويعزز مكانتها، وحسب ما أتت به نظرية التعلق لـ Bowlby، التي اعتبرت أن المولود الجديد مزود بإمكانيات يمكن للأم التعرف عليها والاستجابة لها، وبعد ما كان اعتبار العلاقة أم طفل علاقة خطية أصبحت علاقة تفاعلية، وكما أشار إلى ذلك أيضا التيار التحليلي والذي اعتبرها تبادلية، هذا يعني أن وجود تشوهات جسدية أو إعاقة ذهنية قد يعرقل هذا التفاعل ويؤدي إلى إصابة الأم باضطرابات نفسية، وهذا ما سنتناوله في الفصل الثالث.

الفصل الثالث

الاضطرابات النفسية

I – الصدمة النفسية:

تمهيد

إن للصدمة تاريخ قديم قدم الإنسان، وجذور عميقة ممتدة فيه فهي مرتبطة بحياة الإنسان في صراعه مع الطبيعة ومختلف حوادث الحياة، هذا ما جعلها محل اهتمام العلماء من مختلف التوجهات والتي كانت نتيجتها عدة دراسات وأبحاث حاولت فهمها و توضيحها، ولهذا وقبل التطرق إلى فهم هذه الظاهرة ودراستها من مختلف جوانبها كان لازما علينا التطرق إلى معظم المحطات التاريخية التي مر بها هذا المصطلح من أجل إعادة التذكير بالتراث السيكولوجي لهذه الظاهرة، ما يعكس لنا مدى أهمية دراسة هذا الموضوع القديم تحت نظرة جديدة.

1-تاريخ الصدمة النفسية:

1-1-ما قبل المسيح:

إن تاريخ الصدمة هو تاريخ قديم جدا تماما كالقلق والعنف عند الإنسان حيث وجدت آثارها في أقدم الحقب التاريخية لفترة ما قبل المسيح (2200 ق.م). من خلال المعاناة بسبب القلق الدائم الناتج عن ظروف الحرب التي تمثل مواجهة الموت في كل وقت.
(Chorfi M. S , Mezhoud. N,2006, P 15).

مثال على ذلك حالة ابزلوس المروية من طرف هيرودوت الذي أصبح أعمى خلال المعركة وطوال حياته استجابة لخوفه من رؤية عدو ذو حجم كبير، مسلح مخيف، قتل صديقه أمامه فقام بتحويل هستيري بعد هذه الصدمة أدرك ابزلوس حقيقة موته «صدمة» ,
(Declercq, M, &al, 2001, P 24).

1-2-القرون الوسطى:

وفي القرون الوسطى بعد مجزرة (Barthélemy) ظهر لدى الملك الفرنسي شارل التاسع هلاوس وأحلام من نمط صدمي تعكس معاناته .

وخلال هذه الفترة كذلك والتي تميزت بالحروب ظهرت الصدمة النفسية في الكتابات الأدبية والأشعار التي تصف المعاناة الناجمة عن المعارك العنيفة والشرسة التي يتم فيها اللقاء مع الموت.

1-3-القرن 17 و 18:

وخلال القرن17و18عشر التعبير عن اضطرابات الآثار الصدمية حمل طابع الحكايا والقصص والكتابات الفلسفية(JOLLY, A, 2002,p91).

بعدها هناك ملاحظات منظمة لاضطرابات بعد الصدمة، لكن لابد من الانتظار حتى القرن التاسع عشر من أجل إظهار اهتمام العالم الطبي بهذا الموضوع. ففي 1809 تم أول وصف لعصاب صدمي من طرف (Pinel)الطبيب العقلي الفرنسي (JOSSE . E , 2007) من خلال حالة عسكري قديم أحيل على التقاعد بعد 50سنة عمل في هذا الميدان ،قدم(Pinel) جدول إكلينيكي يتميزب: كوابيس ،هبوط انفعالي ارتعاش تظاهرات نفسوجسمية ،أعراض حصر واكتئاب .

ومع ذلك فان الاضطرابات المباشرة التي ظهرت في ذلك الوقت والتي كانت محل اهتمام الأطباء العسكريين: الاضطرابات النفسومرضية الملاحظة عند المحاربين الذين لم يكن لديهم إصابات خطيرة خلال المعارك، هذه الاضطرابات تمثلت في غيبوبة ، ذهول مصحوب بحساسية مفرطة لأي ضجيج، أرق وكوابيس خلال الحرب (JOLLY .A,2002, P 92)

1-4-خلال القرن التاسع عشر:

كان يجب الانتظار إلى النصف الثاني من القرن 19 الذي تميز بظهور ردود الفعل النفسية للحوادث الصدمية بالمعنى الكامل للمصطلح، حيث بدأت تدرس بشكل منظم من طرف الأطباء العقليين المدنيين لضحايا حوادث السكك الحديدية، ففي هذه الفترة

(Duchesne) من فرنسا و(Ericksen) من بريطانيا و (waltom) و(Putnam) من أمريكا اهتم هؤلاء بضحايا حوادث العمل في السكك الحديدية الذين لم يكونوا مصابين بأي إصابة جسدية أو عصبية .

- وفي(1884) اقترح(Oppenheim) الطبيب العقلي الألماني مصطلح « العصاب الصدمي» الذي وصفه كوحدة مرضية مستقلة عن الهستيريا والنورستانيا وأطلق عليها اسم الصدمة النفسية، أربع سنوات من بعد في كتابه « Dietraumotischen . neuroson» الممثل ب 42حالة عصاب نتيجة حادث عمل في السكة الحديدية وصف (Oppenheim)إكلينيكية الصدمة كما يلي :- ذكريات صدمية ، حصر أمام المثيرات التي تذكر بالحدث ، اضطراب في النوم وكوابيس ، سرعة انفعال مع حساسية مفرطة، انطواء على الذات . ولاحظ أن الأعراض ممكن أن تظهر بعد فترة من الوقت

(Jolly، A ,2002 ،p93).

وفي سنة (1888) في دروس الثلاثاء ب (Salpetriére) انكرشاركوا (Charchot) استقلالية العصاب الصدمي، وأكد على الدور الذي يلعبه الرعب في تطور المرض، ووصف اضطرابات مرتبطة بردود فعل تحويلات صدمية «الهستيريا الصدمية»، إعادة إحياء نهارية، كوابيس إعادة الحدث الصدمي، حالات استنفار، عدم استثمار العالم الخارجي مع تغيير في موعد ظهور الأعراض الأولى والتي سماها فترة وسيطية (نفس المرجع السابق ،2002 ، ص94) .

في (1889) قدم(Janet) 20 حالة عصاب معظمها راجع لأحداث صدمية حرر Janet بعض المفاهيم من اجل إعطاء تفسير لهذه الاضطرابات: «تفكك الشعور والافكار الثابتة») حيث تناول هذه المفاهيم في رسالته للدكتورا تحت عنوان « les modalités inferieures et archiques de l'activité mentale» .

(Chorfi . M . S .Mezhoud .N 2006 .p 23)

سنوات من بعد وتحديدا في (1899) طور(kreapelin) مفهوم عصاب الرعبd'effroi Nevrose الذي يشبه كثيرا العصاب الصدمي، وعرض أولا الحالة النفسية للفرد خلال فترة الحدث وأكد على انه ليس ضروري أن يكون الفرد قد وقع عليه الحدث، وإنما قد تحدث المعاناة عندما يكون فقط مشاهد. (lebigot, F,2006, P5)

ولاحظ كريبلين عند هؤلاء المرضى اجترار الأحداث الصدمية، اضطراب النوم، صعوبات علائقية انخفاض في حقل الاهتمامات، تعب وعدم إقبال على العمل، علامات اكتئاب، خواف الفضاء كذلك شكاوى بتوهم المرض.

1-5 –الطب العقلي العسكري وبداية القرن 20:

تميزت بداية هذا القرن بالحرب العالمية الأولى والتي خلفت ملايين الموتى والجرحى والمصابين نفسيا بسبب عنف المعارك .

وعلى شكل موازي لما شخص في عهد نابليون باسم «ريح المدفع» للجندي الذي عانى من تناذر صدمي، نفس التشخيص استعمل خلال الحرب العالمية مع تغيير المدفع بالقذيفة أو القنبلة. (Chorfi . M . S .Mezhoud .N 2006 .p 23)

طوال هذا القرن وخصوصا خلال الحربين العالميتين ولاسيما حرب الفيتنام، شكلت هذه الأحداث ميدان خصب للدراسات النظرية والتجارب التطبيقية للطب العقلي العسكري الذي أقام معسكرات لعلاجات فورية خلال الحرب الروسية اليابانية 1904-1905 .

- Freud، p Janet،ferenczi، k Abraham : اغنوا الحقل المعرفي بواسطة أفكارهم وتأملاتهم للسيرورات النفسية وأول إسهام للتحليل النفسي هو تسمية هذا التناذر باسم «عصاب الحرب»، حيث طوروا النظرية التحليلية لعصاب الحرب وحتى أنه تم إقامة مركز تحليلي من اجل علاج هذا النوع من العصاب.

- قدم أطباء عقليين وأخصائيين نفسيين من جميع أنحاء العالم طرق جديدة لتقليص ردود الفعل الصدمية .

1-6-المرحلة الحالية:

والتي طبعت بواسطة النظام الأمريكي لتصنيف الأمراض العقلية (DSM) والذي تلقى مراجعتين خلال 20 سنة ، وفي ما يتعلق بالصدمة النفسية وتبعا للآثار الصدمية المزمنة الظاهرة على الجنود بعد حرب الفيتنام ادخل(DSM) في تصنيفه PTSD "Post traumatic syndrom disorder"، ووصفت الصدمة خاصة تحت شكل عرضي بدون الرجوع إلى مفاهيم نظرية اقتصادية، هذه المقاربة العرضية البحتة فتحت الباب أمام مناقشات حول هذا الموضوع وسمحت بمواصلة التأمل والتفكير في مفهوم الصدمة. (M.S.P, Bouslimane, A, 2002, P32)

وحسب L . Crocq تكريس وحدة «الضغط بعد الصدمة» في الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM) جلب الانتباه إلى حالة مرضية أظهرت تكرارها وشيوعها أكثر مما كان متوقع في المجتمعات الحديثة المليئة بالحوادث ، الإعتداءات والعنف .

2 – الحدث الصدمي:

هو عبارة عن حدث خطير فجائي خارج عن ما هو مألوف يدخل في دائرة العنف يتسبب في إثارة شديدة القوة تعمل على تحطيم الحياة النفسية للفرد الذي يحس برعب كبير ويعيش وضعية اللقاء وجها لوجه مع الموت والذي يمكن التعرض له بشكل فردي أو جماعي .

ويعرف DSM IV الحدث الصدمي على أنه: تلك الوضعية التي تسبب الموت أو تهدد به وتسبب جروح وإصابات خطيرة تضع السلامة النفسية والجسمية للذات أوالأقارب في خطر، والتي يستجيب لها الفرد بالرعب وفقدان التحكم . (DSM. IV, 1996, P448)

2-1 أنواع الحدث الصدمي:

2-1-1 :**حدث صدمي ذوا أصل طبيعي:** يكون العامل الصدمي من أصل طبيعي كالزلازل، البراكين، الفيضانات، المد والجزر ومختلف الكوارث الطبيعية .

2-2-2 : **حدث صدمي ذو طبيعة إنسانية:** الحروب، حوادث المرور، الاعتداءات (مسلح جنسي)، اعتقال ...الخ ومختلف الكوارث الإنسانية. (Chorfi . M . S ,Mezhoud .N ,2006 ,p9)

2-2- أنماط الحدث الصدمي:

2-2-1 حدث ضخم: الكوارث الطبيعية، الاعتداءات (الجسمية، الجنسية، عمل إرهابي، حوادث، حرائق...الخ) .

2-2-2 تراكم أحداث مختلفة الأهمية: في بعض الحالات طبيعة المعاناة الصدمية ليست نتيجة حدث ضخم لكن نتيجة حلقات دنيا تعمل على وضع الشخص بعيدا عن درجة التحمل، فهي نتيجة ثقل تراكمي لعوامل ضاغطة في بعض الأحيان، صغيرة غير متوقعة ومكررة أو هي نتيجة مجموعة أحداث صعبة في العمل أو على المستوى الخاص.

2-2-3 تذكر حدث قديم ذو قوة صدمية: ضغط كبير أو وضعية صعبة تؤدي بصفة مباشرة أو رمزية الى تذكر حدث قديم فمن المحتمل أن ينشط الحدث الصدمي القديم الذي بالرغم من قوته الصدمية إلا انه لم ينتج أعراض في وقت حدوثه.

2-2-4 حداد غير محلول : الأحداث الشخصية المؤلمة الحديثة العهد (قطع علاقات عاطفية، حادثة أو مرض خطير للفرد أو لأحد أقربائه ، موت قريب، ضياع عمل...الخ) تضعف الأفراد وكذلك ليس نادرا أن حدث ضاغط يفجر الأعراض الصدمية عند ما تكون الضحية لم تحل حداد ذا معنى. (Josse, E, 2007)

وتجدر هنا الإشارة إلى أن إصابة الطفل بالتخلف العقلي يعتبر سبب قوي لحدوث صدمة لأمه،باعتباره مرض مزمن غير قابل للشفاء وبالتالي يسبب هذا الطفل حالة حداد غير محلول.

3- الصدمة و الضغط:

مفهومان يمكن أن يرتبطا لكن ليس لهما نفس المعنى، حيث يعود ارتباط مصطلح الضغط بمفهوم الصدمة النفسية أساسا إلى التسمية التي أطلقها المجتمع الأمريكي للطب النفسي(A.P.A) على العصاب الصدمي وعلى عصاب الحرب، عندما أراد هذا الأخير التخلي عن مصطلح العصاب باعتباره يمد بالصلة إلى التحليل النفسي، هذا ما جعل العلماء الأمريكان يعودون إلى مفهوم الضغط. (سي موسى، ع.رو زقار، ر، 2002 ،ص 80-81).

3-1 الصدمة:

كلمة الصدمة ذات أصل إغريقي قديم (traumatismos) دلالة على الجرح وهي مأخوذة من طب الجراحة ، والتي تعني إصابة مع تحطم أو كسر، انتقلت إلى علم النفس المرضي وأصبحت صدمة نفسية (traumatisme psychique ou trauma).
(Crocq. L,2007, p6)

3-1-1 تعريف الصدمة النفسية:

هي ظاهرة تجري في النفس تحت تأثير حدث ذو قوة عنيفة، تعاش برعب وذعر وشعور بالعجز في غياب النجدة، والتي لا تعمل فقط على تحطيم الدفاعات النفسية للفرد ولكن هي أيضا المواجهة المفاجئة مع الموت للفرد أو للآخر ، بدون وجود وساطة لنظام دال يحمي الفرد خلال الحياة العادية من هذا اللقاء المفاجئ مع الموت .(Crocq. L,2001, p4)

- **ويعرف Barrois 1988:** الصدمة النفسية على أنها قطيعة الروابط مع العالم،اجتياح بواسطة قلق الفناء ، تفكك وحدة الفرد وتركه في اللامعنى .

- **أما Damiani 1997 فيقول** : بواسطة الصدمة النفسية ندخل في الميدان الفظيع الخالي من التصورات، أي ميدان الرعب والفزع ،فعنف اللقاء الحقيقي مع الموت يؤدي إلى إثارة كبيرة في الأنا تسقط الفرد في خطر العدم . (Declercq & al ,2001,p16).

3-2 الضغـط:

كلمة ضغط هي المقطع الأول من كلمة distress الآتية من الكلمة الفرنسية القديمة بمعنى ضيق، شدة، إشارة خطر . (Pedinielli J. L,2004,P10) نعتبر شخص يعيش ضغط عندما يشعر بالفيض أو في خطر حصول ذلك نتيجة مواجهة حدث جديد، كذلك نعتبر الضغط الظاهر « كحالة اختلال»بين مقتضيات الوضعية الجديدة كما يدركها الشخص والفكرة التي يكونها عن إمكانياته في الاستجابة لها مع فقدان إمكانية الوقاية، هذه الوضعية هي دائما المسؤولة عن التغيير مصحوبة بتظاهرات فيزيولوجية ونفسية تعكس التوازن الداخلي للفرد. .(Boudarene, M, 2005, P8)

-**يعرفه Selye** :«بأنه الاستجابة الغير نوعية التي يعطيها الجسم لأي طلب يوجه له» (Lôo.p , Lôo . H ,& Galinowski. A, 2003,p2)

ويضيف SELYE أنه «الرد فعل البيوفيزيولوجي لحالة إنذار دفاع الجسم تجاه اعتداء معين»مفهوم الضغط سماه SELYE ب:«التناذر العام للتكيف»(Syndrome général d'adaptation) .

حسب ما سبق الضغط هو نشاط بيوفيزيولوجي والصدمة هي ظاهرة نفسية في الضغط نتكلم عن المنابع الطاقوية وفي الصدمة نتكلم عن تحطيم الدفاعات النفسية وفي الضغط توصف الاضطرابات العصبواعاشية(neurovégétatifs) وفي الصدمة نتكلم عن إكلينيكية الظاهرة . (Crocq. L, 2007, p12) .

4-النظريات التفسيرية للصدمة النفسية :

4-1 النظرية التحليلية :

4-1-1 – حسب فرويد :

انطلق فرويد من حيث عجز Kreaplin، Bernhein، Charcot وغيرهم حول سيرورة الهستيريا والصدمة النفسية ، حيث لم يتم التفكير في التكرار وآلية التظاهرات المرضية إلا على مستواها الشعوري ، انطلق Freud من فكرة Charcot القائلة أن الأعراض حتى ولو كان لها علاقة بالدماغ إلا أن لها دينامكية وظيفية. (Barrois . C,1998,p.113) .

إن للصدمة مكانة أساسية في النظرية التحليلية ذلك من خلال الانتقال بين ثلاث وجهات نظر، اعتبر فرويد في البداية أن الصدمة مسببة للعصاب، حيث أرجع الهستيريا إلى أسباب جنسية. عرض فرويد نظرية الإغراء الفعلي في كتاباته بين 1877 و1892 ثم انتقل من المشهد الفعلي للإغراء إلى إغراء هوامي يعاش في الواقع النفسي وليس في الواقع الفعلي وأخيرا ربط فرويد الصدمة بكمية الطاقة النفسية النزوية التي يستثيرها الحدث الصدمي ومدى تحمل الصاد-اثارات للجهاز النفسي ،هذه الفكرة هي التي سمحت ببدء التفكير في الاستثمارات الخارجية وكيفية تعامل الجهاز النفسي معها.

فبعد الحرب العالمية الأولى في كتابه «ما وراء مبدأ اللذة»1921 والذي ميز فيه فرويد بين القلق والخوف والرعب والكوابيس المكررة في العصاب الصدمي التي هي نتيجة إجبار التكرار، فحسب فرويد ما يسبب الصدمة هو فجائية الحدث الصدمي وتحطيم الدفاعات النفسية، فالمصطلح الثاني للصدمة إذن هو تحطيم الصاد-اثارات بواسطة عنف الإثارة، أين ذكرى هذا الحدث تصبح كجسم غريب ، يعمل بشكل متواصل على إحداث الإثارة.

فبهذا أصبح لمصطلح الصدمة إلا المعنى الاقتصادي، الذي يعنى فيض الاستثارة النفسية التي تفوق شدتها العتبة التي يستطيع الفرد تحملها ، الأمر الذي يؤدي إلى خلق اضطرابات دائمة في استعمال الطاقة النفسية. (Damiani, 1997,P.91)

4-1-2 حسب LACAN:

يعتمد نموذج الصدمة النفسية حسب Lacan على مفهوم الدلالات، بالنسبة له الصدمة هي اختراق عميق للصاد-اثارات وفجوة في عالم الدلالات، فهي لا تمس فقط مستوى اللاشعور بحيث أنه من الممكن عن طريق العلاج أن تصبح هذه الصدمة محسوسة، لكن هذه الأخيرة تخترق المكان المنيع والمتعذر الوصول إليه من اللاشعور المتمثل في منطقة

الكبت الأصلي «الأولى» قبل اللغة مكان التجارب الأولية للرضيع التجارب المفرحة والتجارب المدمرة نتيجة التواصل مع الأم ، فالتجربة الصدمية تمنع العودة إلى اللغة، كذلك يعمل الكبت الأصلي على جعل الشخص راغب ومنجذب نحو تجاربه القديمة المدمرة أو المفرحة، فهو مرعوب لأنه أمام العدم، أمام الأصل، ومنجذب لأنه كذلك أمام الموضوع المفقود (ثدي الأم)، أين يتم الارتباط المرضي بالصدمة. (Crocq . L , 2007, P.11)

فالتجربة الصدمية إذن حسب Lacan هي لقاء عنيف وفضيع في غياب الهوام الحامي مع استحالة الكلام والتمثيل الدال أو المعنى. (Chorfi . M . S& ,Mezhoud .N ,2006 ,p47)

4-2 النظرية الظواهرية T.phénomenologique :

يقول Barrois 1988نستطيع أن نعتبر أن الحدث الصدمي «كزمن دفعي تسييري في الظهور المباغت، المرعب ورؤية نهاية العالم وكشف العدم والإعلان عن حقيقة الموت النهائي، فعلى مستوى المعاش الإكلينيكي تحدث الصدمة اضطراب (بلبلة) في حياة الفرد، مما يؤدي إلى تغيير جذري في شخصيته وتغيير عميق في مفهوم الزمن كأن هذا الأخير توقف، تجمد على حالة الرعب والهلع من دون إمكانية لمعايشة الحاضر أو التفكير في المستقبل ولا حتى إعادة اعتبار للماضي». مع فقدان إمكانية إعطاء معنى للأشياء ، فكلما فقدنا المعنى كلما كانت الصدمة إذن هي اللامعنى، هذا الممر الذي نترك فيه عالم الأشياء الممثلة للدخول في عالم العدم. (Crocq . L ,2007,P.11)

4-3 - النظرية السلوكية :

هذه النظرية ترى أن العصاب الصدمي هو عبارة عن تعميم مرضي لاستجابة أساسية تكيفيه، الاستجابة الأولية المشروطة للسلوك التجنبي تتلقى تعزيز سلبي قبل تعميمها على كل المثيرات.

4-4- النظرية المعرفية:

تعتمد هذه النظرية على الفرضية الأساسية القائلة أن الفرد لديه معرفة بالخطر(كبنية افتراضية) تحضره للدفاع أو للهرب، وعندما لا يستطيع الفرد إعطاء معنى الخطر لوضعية ما، فهذا يعني أن هذه البنية الافتراضية قد اضطربت وبالتالي ظهور الأعراض العصبو- اعاشية وسلوكات التجنب، مما يسمح بإعادة معايشة الحدث مع فرط في النشاط في مصدر المعلومات والدلالات الخاصة بالخطر، فالنسبة لـ: Chemtob (1988) تنشط الصدمة بعض

المراكز لمعالجة المعلومات وتوقظ مراكز التثبيط الأمر الذي يتسبب في ردود فعل التأهب وغزو للصور والأفكار الدخيلة (المتطفلة). (Chorfi . M . S,& ,mezhoud . N ,2006,P45)

5- إكلينيكية الصدمة النفسية:

5-1 - كيفية حدوث الصدمة النفسية :

لإظهار كيفية حدوث الصدمة مثل فرويد الجهاز النفسي بكرة القدم المغلفة بغشاء محكم سماه «الصاد-اثارات»، حيث يوجد في هذه الكرة التصورات و كميات قليلة من الطاقة،و يتمثل دور هذا الأخير في تصفية الطاقة الآتية من الخارج وتوقيف التي تتجاوز قدرة معينة وتحدث اضطراب داخل هذه الكرة، بواسطة كمية الطاقة الايجابية التي يحتوي عليها الجهاز النفسي.

فبينما تعمل الصدمة كمثير لتهديد التكامل الفيزيائي و/أو النفسي، تعمل الصورة الصدمية على اختراق الصاد-اثارات عندما يكون الجهاز النفسي في حالة راحة، هذا معناه أن الثقل الحمائي للطاقة الايجابية يكون في حالة ضعف، وحسب تعبير فرويد يحدث (تحطيم للصاد-اثارات) وينغرس (الجسم الغريب) داخل الجهاز النفسي، هذا الجسم الذي هو من طبيعة مختلفة لتصورات الفرد والمعبأ بالطاقة، يتسبب في اضطراب وظيفة الجهاز ويمكن أن يبقى داخله طوال حياة الفرد ،ويعاود الظهور في الشعور على شكل ظاهرة ذكروية، الأمر الذي يسمح بما يسمى بـ: «تناذر التكرار».بواسطة المشهد الذي يظهر كامل في الشعور بتفاصيله كما حدث أول مرة. (Lebigot . F ,2006,PP10-13)

فالمشهد الصدمي الآتي من الخارج يعتبر ككتلة تعبر الصاد-اثارات ومنطقة التصورات وتثبت على خط الكبت الأصلي، وخلال عبورها تدفع الانفعالات والتصورات المرتبطة بها على الرعب والهلع في غياب تام للتفكير، فالفرد يكون في حالة امتناع عن الكلام كأنه مجرد من إنسانيته، في حين أن الإنسان كائن لغوي وكنتيجة لذلك يظهر شعور قوي ومستمر من الخجل والترك غير مفهوم بسبب هذه التجربة الصدمية الغير إنسانية، وبما أن هذه الأخيرة تجلب للشخص معرفة خاصة بواقع الموت والعدم ، فالصورة المغلفة لها تعمل على إعادة التذكير الدائم بالموت، فالموت الذي هو في كل مكان يعتبر أصل للتظاهرات المتعددة للحصر، وبسبب اختراق الصدمة لمنطقة الكبت الأصلي هذا الجزء المنيع من الجهاز النفسي فيظهر الأمر كأنه ارتكاب للمحرم، ويشعر الفرد كأنه عبر جدار

الممنوعات أي انه في حالة انتهاك، ما يسمح من جديد بتناذرية للتكرار، مشاعر ذنب، الخجل، الم الحضور الدائم للموت، الرعب والفزع. (نفس الرجع ،ص 22-14)

5-2 - النتائج الإكلينيكية للصدمة النفسية :

5-2-1 الآثار المبكرة والمباشرة: تمثل الرد الانفعالي المباشر والذي قد يدوم عدة ساعات أو يوم، و التي ممكن أن تسمى كذلك ضغط مكيف أو متجاوز المصحوب بحالة ذهول، إثارة، هلع، أفعال أوتوماتيكية، غيبوبة، حصر بعض حالات الضغط تظهر مكيفة لكن هي سريا صدمية، إذا لا يوجد هناك علاقة محدودة بين المتضادين ضغط مكيف نقيض الضغط المتجاوز ، وغياب الآثار نظير فجائية الآثار .

5-2-2 الاضطرابات بعد المباشرة : هي مرحلة تطور وملاحظة بل ومرحلة كمون قبل استقرار العصاب الصدمي يلاحظ فيها قلق ، حصر اضطرابات الطبع كالحساسية، سرعة الغضب، الانطواء على الذات الأعراض التي توصف في العصاب الصدمي، يمكن ان تظهر في هذه المرحلة بدرجة أكثر أو اقل قوة، ما عدا تناذر التكرار، القلق بكل أشكاله، الاكتئاب ،اضطرابات الطبع ،أمراض سيكوسوماتية، مرحلة الكمون هذه تتوقف عندما يظهر تناذر التكرار الذي يعتبر علامة الدخول الرسمي في العصاب الصدمي.(نفس المرجع، ص 23)

5-2-3 المرحلة المؤجلة أو المزمنة : هي مرحلة استقرار التناذر الصدمي بعد فترة تأجيل لمرحلة ضغط ، هذه المرحلة ممكن أن تبقى انتقالية أو تتطور نحو تناذر مزمن طويل الأمد وحتى عصاب صدمي أو حالة قريبة من الذهان.(Declercq, M, &al,2001,PP5-6)

5-2-3-1 العصاب الصدمي: يتميز العصاب الصدمي بأعراض بعد صدمية مميزة ترتكز على الرعب تتمثل في:

- فيض انفعالي، ارتجاف، بكاء، في بعض الحالات استثارة حركية ، حساسية مفرطة للمثيرات:المرئية، الجلدية وخاصة السمعية، حالة استنفار .
- تعطل في وظائف الأنا ممكن أن تمتد حتى السبات (الغيبوبة)، البلادة واللامبالاة مع فقدان الاهتمام العاطفي والجنسي.

الظواهر التكرارية :

- في حالة اليقظة على شكل اجترار شعوري ، أزمات غضب ، إشارات دفاع أو هجوم لها طابع اللزمات .
- في الأحلام على شكل كوابيس، أين يعاود الشخص معايشة الحدث الصدمي .

5-2-3-2 أعراض خاصة :

ذات أنماط مختلفة وأحيانا تأتي مشتركة في ما بينها :

-اضطرابات وظيفية:

تعب، حساسية، شعور بالاختناق، اضطراب عصبو- اعاشي أعراض معوية والتي تسبب قلق للمصاب .

- تحويلات هستيرية:

مشهدية (أزمات، عدم القدرة على المشي والوقوف، عمى) غالبا مخفية (ارتجاف، شلل ناقص) .

- الاكتئاب:

متواتر بكثرة لكن يظهر بشكل مخفي بواسطة أعراض تتمثل في الخمول والانطواء، مشاعر الحط من قيمة الذات، الشعور بالذنب ، نقص الشهية ، اضطراب النوم .

- الفوبيا:

استثمار المواضيع أو الظروف المرتبطة بالصدمة كفوبيا الأماكن، فوبيا وسائل النقل.

5-2-3-3 إعادة تنظيم الشخصية:

والتي تتمثل في اضطرابات السلوك ونقص المبادرة، حيث ينكص المريض نحو تبعية سلبية طفولية يبحث فيها عن الأمن والتقدير من طرف المحيط، الحاجة إلى الاهتمام والتقييم من أجل إعادة القيمة للذات. (Lemperiére. Th, Feline.A,& al,2000,pp117-118)

5-2-3-4 ردود فعل ذهانية:

هي نادرا ما تكون ويمكن أن تعاش على شكل حالة خلط مع بلادة وفقدان التوجيه الزماني والمكاني (غالبا تكون نتيجة سببية عصبية أكثر من صدمة انفعالية)، تدوم بعض الساعات إلى عدة أيام، يمكن كذلك أن تعاش على شكل هذاءات حادة خاصة عند مصابين ذوي استعدادات (أشخاص سبق وان قدموا هذاءات أو أشخاص ذوي تخلف عقلي)، وممكن معايشة حلقات افتتاحية أو إيقاظ لذهان مزمن (هوس-اكتئابي أو هذيان مزمن حتى فصام)، منشطة بسبب الحدث الصدمي . (Crocq,L, 2000, p27).

6- حالة تناذر الضغط بعد الصدمي :

مفهوم حالة الضغط بعد الصدمة هو اكتشاف أمريكي بدأ العمل به عــام 1980 فــي الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي DSM وأعيد تثبيته في المراجعة الثالثــة DSMعـام 1987 وبعدها عام 1994 في المراجعة الرابعة لــ: DSM لاستحقاقه كوحــدة تشخيــصية منفردة، مقابل العصاب الصدمي الذي اختفى كمصطلح إكلينيكي يمت بالصلة إلــى التحليــل النفسي، فبعد عهد الحرب العالمية رفض لــ: DSM مصطلح العصاب واستبدله بمــصطلح ضغط (الذي يحمل طابع بيوفيزيولوجي). (Crocq . L , 2000, p33).

- وفي الطبعة الرابعة عام 1994 تحددت بصفة أكثر دقة معايير التشخيص حيــث ميــزت الاضطرابات الحادة عن حالة تناذر الضغط بعد صدمي (P T S D) باعتباره حالة إزمــان، وهــذه المرحلــة يــسمى الاضــطراب عــصابا صــدميا عنــد الممارســين الفرنــسيين (Damiani,1997,p11)

6-1 المعايير التشخيصية لحالة تناذر الضغط بعد صدمي (P T S D):

حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي (A P A) من خلال الدليل التشخيصي الإحصائي D S M . يتعلق الأمر بمجموعة استجابات أو أعراض يمكــن أن تظهــر عنــد الشخص عند معايشته أو مشاهدته لصدمة أي حدث تسبب في الموت أو إصابة خطيــرة، أو تضمن التهديد بالموت أو التهديد بإصابة خطيرة ووضع السلامة الجسمية والنفــسية للفــرد او لاشخاص آخرين، في خطر تسبب له خوف شديد وشعور بالعجز والرعب.

(D S M. IV, 1996, P498)

يتم الحديث عن اضطراب الضغط بعد الصدمي P T S D عندما تطول المدة بالاضــطراب أكثر من شهر، ففي الشهر الأول يسمى في هذه الحالة الاضطراب بحالة الضغط الحاد.

المعيار A: تعرض الشخص لحدث صدمي حسب هذين الحالتين.

– معايشة الشخص للحدث الصدمي أو أن يكون شاهد عليه بحيث يتمثل هذا الحــدث فــي خطر الموت أو التعرض لجروح خطيرة أو وضع السلامة الجسدية والنفسية له أو لأحد من أقربائه في خطر.

– أن يترجم رد فعل الشخص تجاه الحدث بحالة خوف شديد ، شعور بالعجز أو الرعب.

المعيار B: بعد معايشة الحدث الصادم إذا اظهر المصاب ثلاث أعراض أو أكثر من الأعراض التالية :

1- ذكريات مكررة واجتياح شديد للحدث مع صور و أفكار .

2- أحلام تكرارية للحدث تتسبب في الضيق للشخص المصاب .

3- انطباع فجائي للحدث في شكل (أوهام، هلاوس،) .

4- إحساس بالضيق الشديد عند التعرض لأحد المؤشرات الداخلية أو الخارجية التي تتعلق بالحدث أو احد جوانبه.

5- نشاط مفرط عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية للحدث.

المعيار C : (أعراض تجنب)

- تجنب دائم للمؤثرات المرتبطة بالصدمة وإنهاك عام، وعلى الأقل يجب توفر ثلاث عناصر من المظاهر التالية :

1- بذل مجهود من اجل تجنب الأفكار، المشاعر أو الحوادث المرتبطة بالصدمة.

2- بذل مجهود من اجل تجنب الأعمال، الأماكن أو الأشخاص الذين يتسببون في تذكر الصدمة.

3- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة.

4- انخفاض الاهتمامات بالنسبة للنشاطات المهمة أو التقليل من المشاركة في هذه النشاطات.

5- حصر العواطف كعدم القدرة على إعطاء الحنان.

6- مشاعر العزلة أو الإحساس بالغربة مع الآخرين.

7- عدم القدرة على متابعة السير العادي للحياة كإنجاب الأطفال، الزواج، التقدم في العمل...الخ .

المعيار D : أعراض عصبو-اعاشية .

توفر عنصرين أو أكثر من بين هذه العناصر لترجمة نشاط عصبي-اعاشي .

1- صعوبات في النوم أو نوم متقطع .

2- حساسية مفرطة أو غضب .

3- صعوبات في التركيز .

4- يقظة مفرطة .

5- ارتجاف مبالغ .

المعيار E : يجب أن تدوم الأعراض المذكورة في المعايير D . C . B شهر أو أكثـــر بعـــد الصدمة.

المعيار F : هذه الاضطرابات قد تؤدي إلى معاناة أو فساد في الوظائف الاجتماعية، المهنية أو في مجالات أخرى مهمة في الحياة.(Declercq. M, 2001,pp104-106)

7-الصدمة والإعاقة :

إنه لمن البديهي أن إعاقة أي طفل هي صدمة بالسبة لوالديه، تشوه حاد و انقلاب في جميع الميادين مطالب محطمة وبدون صدى، تماما كمـــصدوم الحـــرب أو كالنـــاجي مـــن الزلزال، فالإعلان عن تشخيص طفل معاق سيحدث عصاب صدمي، مواجهة حدث غيـــر منتظر " لا يحدث إلا للآخرين " أو على العكس منتظر "هوام الطفل الغير طبيعي هو دائما حاضر خلال فترة الحمل" . (korff – sausse,s.1995,pp43-44)

لذالك فإن ردود فعل هؤلاء الوالدين تتمثل في العدوانية، جنون المطالبة، السوماتية، الاكتئاب الإنكار، ونستطيع القول أن الإعاقة العقلية هي وضعية نموذجية تجمع كل عناصر الـــصدمة كما تم وصفها كلاسيكيا من طرف فرويد وفرنزي:

- فجائية الحدث .
- عدم التحضير النفسي .
- ظاهرة تسبب الرعب أكثر من الخوف والقلق .
- فشل في القدرة على الترميز.
- الذهول وتجزئة الأنا .

هذه الدراسة هي نتيجة بحث دكتورا بعنوان : Figures et devenir de l'étrangeté المتمثلة في مقاربة نفسوتحليلية للإعاقة قام بها (Maurice Dayan) مـــن جامعـــة Denis Direrot، ونوقشت في سبتمبر 1996 بباريس في فرنسا .

(Marty.F, &al, 2001,pp101-102)

- فالوالدين تحت وطأة صدمة ذات شدة تعمل على تحطيم النفس، وتحدث اضطراب فـــي دفاعات الأنا وأحيانا يكون هذا الاضطراب مرضي حيث يسمح بتغيير معقد، مـــؤلم ودائمـــا مشوه.

فيظهر هؤلاء الأولياء كأشخاص مصدومين تماما كضحايا الكوارث الطبيعية أو الحروب، وهذا ما أظهرته المقاربة الإكلينيكية بين أولياء الأطفال المعاقين والدراسات التي أقيمت على مصدومي الحرب (Bailly 1996 Maqueda 1999) . (Marty,F,2001,p103)

فهذه الصدمة الصاعقة تجعل الوالدين في حالة ذهول أو صمت، الإصابة بأعراض، أو ظهور سلوكات مرضية، هذا ما يفسر أن هذا الحدث يتعلق بموضوع غير ممثل فهذا الحدث الكارثة لا يسمح للنفس بالقيام بوظيفتها في إستدخال عناصر العالم الخارجي نتيجة العجز الناجم عن أسباب نفسو اقتصادية لفيض الإثارة التي تعمل على تعطيل وظائف الأنا والتي قد تنجم عنها آثار مرضية كالقلق والاكتئاب.

II- القلق:

تمهيد:

إنه لدارسة القلق أهمية كبيرة في علم النفس لأنه الانفعال الأساسي الذي تقف خلفه العديد من الإضطرابات النفسية وخاصة العصابية منها، فالمتصحف لأي معجم من معاجم علم النفس والطب النفسي سيجد موضوع القلق يستحوذ على إهتمام شديد حيث كشفت الدراسات العلمية التي تناولت القلق أنه من أهم المفاهيم في نظريات علم النفس، كما أصبح القلق اليوم من المشاكل النفسية الاكثر إنتشارا بين مختلف فئات المجتمع، نظرا للصدمات والضغوط النفسية والإنهاك والتوتر والخوف والفوبيا، التي باتت تشكل جزء من ميراث ثقافة الإنسان المعاصر فكل هذه العوامل زادت من حدة القلق.

وبما أن البحث الذي نحن بصدده يتحدث عن الازمة التي تحدث للأم التي لديها طفل متخلف عقليا وما يمكن ان ينتج عنها من إستجابات مرضية فإنه من الضروري تناول هذا الإضطراب كإستجابة مرضية نتيجة هذه المشكلة.

1- تعريف القلق:

يشير مصطلح القلق في المعاجم العربية إلى حالة الإنزعاج والحركة المضطربة، ويوصف بانه حالة إنفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث.

ويعرفه Nobert (1966) بان كلمة القلق لغويا مشتقة من الكلمة اليونانية "Angor" وتعني مكان ضيق أو ممر ضيق أو موقف صعب، وقلق، قلقا لم يستقر في مكان واحد وقلق لم يستقر على حال (عبد الله، 2001، ص169)

وحسب معجم (Oxford) "هو أحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل". (Hornby 1989) نقلا عن (تونسي، 2002، ص 21).

أما فرويد فيرى أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان، ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والشخص القلق يتوقع الشر دائما، وهو يتشكك في كل أمر يحيط به، يخشى أن يصيبه ضرر، ويبدوا متوتر الأعصاب، مضطرب النفس. (عبد الله، 2001، ص169).

وتجدر الإشارة إلى انه لا يمكن قول أن هناك تعريف موحد للقلق فهو يختلف حسب التوجهات النظرية لمتناوليه، ولهذا سوف نتعرض إلى أهم النظريات المفسرة للقلق في العنصر الموالي.

2- النظريات المفسرة للقلق:

2-1 نظرية التحليل النفسي:

2-1-1 حسب فرويد:

يعتبر فرويد أول من تحدث عن القلق في علم النفس، بل ويرى البعض أن هذا المفهوم لم يشع إستخدامه إلا عندما شاع في كتابات فرويد حيث يعود إليه الفضل في توجيه العلماء إلى الدور الهام الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان.

وينشأ القلق كميكانيزم داخلي لا شعوري عندما تهدد الهو بالتغلب على دفاعات الآنا لإشباع النزوات التي لا تتوافق مع المجتمع والتي تسعى الآنا لكبتها، فالقلق إشارة إنذار تطلق للآنا لتحفيزها على العمل على كبت تلك الرغبات، بالميكاميزمات الدفاعية، غير أن إستخدام هذه الأخيرة لا يؤدي إلا لراحة مؤقتة، ويشتد القلق وتلجأ الآنا لا شعوريا إلى وسيلة أخرى لتحقيق إستمرارية الكبت، هذه الخبرات الأشد إيلاما من القلق نفسه، ويرى فرويد أن القلق العصابي يمكن أن يظهر في صورة قلق عام لا يرتبط بموضوع محدد، ويشعر فيه الفرد بحالة من الخوف العام غير المحدد، كما يمكن أن تظهر المخاوف كمخاوف عصابية حتى وإن كانت لموضوعات محددة إذا فاقت في شدتها ماهو متوقع، أو إذا كانت المثيرات لا تثير القلق أساسا لدى الأفراد العاديين ومن ذلك الخوف عند رؤية الدم، الحشرات.

وأخيرا فإنه يمكن أن يظهر في صورة قلق مصاحب لإضطرابات أشد كالهستيريا مثلا، إن الشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بقلق أحيانا من توقع حدوثها، إن هذا التوقع يجعله في حالة تهديد (فهمي، 1997) نقلا عن (تونسي، 2002، ص24).

2-1-2 حسب أدلر:

ويرى أدلر أيضا في نظريته الخاصة عام النفس الفردي، حيث ربط القلق بمشاعر العجز والنقص مبرزا اهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد الذات وخاصة الأسرية، ويمكن لمشاعر العجز أن تزيد من حدة القلق.

3-1-2 حسب أريكسون:

وتأتي نظرية Erikson 1963، لتأخذ جميع المتغيرات حيث ربط بين الإضطرابات النفسية ومنها القلق والإكتئاب بالفشل في نمو الأنا نموا طبيعيا حيث يفشل الفرد في حل أزمات النمو في مراحل العمر المختلفة، وخاصة في المراحل الأولى حلا إيجابيا، ولقد أورد أيركسون أمثلة عديدة من إرتباط هذه الإضطرابات بهذا الفشل في حياة الكثير من المحاربين والأطفال الهنود.

4-1-2 حسب هاري سوليفان:

يرى ان القلق حالة مؤلمة للغاية تنشأ من معاناة عدم الإستحسان في العلاقات البينشخصية، ويعتقد أن القلق حين يكون موجود لدى الأم تنعكس آثاره على الوليد لأنه يحدث من خلال إرتباطه العاطفي بها، ويرى أن الإنسان يسعى لخفض التوترات الناشئة عن القلق، فالقلق في نظره هو احد المحركات الأولية لحياة الفرد.

5-1-2 حسب كارن هورني:

ترى هورني أن القلق استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، كما ترى أن القلق يرجع إلى ثلاث عناصر هي :

- الشعور بالعجز
- الشعور بالعداوة
- الشعور بالعزلة

فالقلق حسبها يرجع إلى علاقة الفرد بالآخرين (عثمان، 2001، ص23)

واعتمادا على ما سبق يمكن القول أن التحليليين يربطون ظهور الإضطرابات النفسية ومنها القلق بخبرات الفرد المؤلمة المعيقة للنمو السوي كنتيجة لسيطرة بعض الرغبات المكبوتة من جانب ،ولضعف نمو الأنا القادر على التكيف في المقابل وكذلك يرى البعض أنه يكون ناتج عن الشعور بالعجز والعزلة والعداوة والمعاناة في العلاقات البينشخصية ما يدعوا

بنا إلى تصور أن التخلف العقلي للطفل بإعتباره تهديد للأم ويُشعرها بالنقص والعزلة والعجز بالتالي تظهر لديها معاناة القلق.

2-2 النظرية السلوكية:

يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالا على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يــتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي، ويرى واطسون على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي وبالتالي يــستجيب الفــرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المثير الشرطي دافعا مكتسبا، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف و/أو القلق يلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الفرد أن يخاف أو يقلق منها والأكثر شبها بها، هي الأكثر إثارة للقلق أو الخوف.

ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق وفقا للتطور في المدرسة السلوكية، حيث حــاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر وادسون آخذين في اعتبــارهم العمليــات العقلية كعوامل وسيطية بين المثير والإستجابة، ولعل من أهمهم Dolard و Miller حيــث نظرا إلى القلق كنتاج لتوقع الألم ، والذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب والعمليــات الداخلية من جانب آخر (Mont، 1987) نقلا عن (تونسي، 2002، ص26).

2-3 التفسير الوجودي الإنساني للقلق:

تمثل المدرسة الإنسانية امتداد للفكر الوجودي، حيث يرى الإنسانيون أن القلق ينــتج من الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، ولهذا فإن المثير الأساسي للقلق كما يرون هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفــشله فــي إختيــار أسلوب حياته وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحي الحياة التي هو يريــدها. (عبــد الغفار، 1976) ولعل من أهم ما يمثل هذا الفكر Maslow و Rogers حيث يعتقــد Maslow أن الإنسان يهتم بالنمو بدلا من عمله على تجنب الإحباطات أو إعادة التوازن، إلا أن عــدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى القلق، كما يرى روجرز أن الإنسان يشعر بــالقلق حيث يجد تعارض بين إمكانياته وطموحاته، أو بين الذات الواقعية والذات المثالية، وبالتــالي فإن القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الإنسان وبين مفهوم الذات (أبو العلاء، 1990) نقلا عن (تونسي، 2001، ص26).

4-2 التفسير المعرفي للقلق

يفسر كل من Beck و Ruch 1979 الإضطربات النفسية المرضية وبالأخص الإكتئاب والقلق إلى وجود إضطرابات في معالجة المعلومات التي بدورها تربط بمخططات معرفية مضطربة.

كما أظهرت دراسة Beck و Emery أن هناك محتوى تفكير خاص لدى الأفراد المصابين بهجمات الهلع أو القلق العام، فالأشخاص القلقون يدركون البيئة وفق عمليات معرفية خاطئة وتتضمن اضطرابات التفكير أربعة أنواع من الأخطاء المعرفية وهي الاستنتاج المعرفي ويتمثل في وضع استنتاجات دون توفر براهين، تعميم كل الوضعيات الممكنة انطلاقا من تجربة فريدة، تعظيم المخاطر وتصغير الوضعيات الأمنية وأخيرا الذاتية وتفسير ما يحدث بتأثير فردي (آيت حمودة، 2006، ص170)

3- أنواع القلق:

يمكن تصنيف القلق حسب أعراضه أو أسبابه ودوافعه أو الظروف المحيطة به أو النظريات المفسرة لحدوثه إلى انواع متعددة كالتالي:

3-1 القلق كعرض أو متقدم لاضطرابات أو أمراض نفسية أخرى وأحيانا ما يكون عاملا مشتركا في جميع الأمراض أو الاضطرابات النفسية، كالخوف الاجتماعي أو الوسواس أو توهم المرض وغيرها.

3-2 القلق كحالة والقلق كسمة: حسب (1966 spielberger)

- **القلق كحالة** : وهو حالة يشعر بها الإنسان في مواقف التهديد ويزول بزواله، وهي حالة مؤقتة، مرحلية تزول بزوال الموقف.
- **القلق كسمة:** وهو عبارة عن استعداد نفسي يظل كامن حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية.

وتختلف ردود الفعل في مواقف الإحباط حسب استعداد كل فرد، فالشعور بالقلق مسألة نسبية (تونسي، 2002، ص30)

3-3 القلق خارجي المنشأ والداخلي المنشأ:

- **القلق خارجي المنشأ:** وهو قلق مستثار يأتي من الخارج وهو إستجابة سوية للضغط، إيجابي يساعد على النجاح.

- **القلق داخلي المنشأ:** وهو قلق مرضي سلبي يؤدي إلى الفشل وسوء التكيف (Shehan 1988) نقلا عن (أسماء، 2002، ص268)

3-4 القلق الموضوعي والقلق العصابي:

- **القلق الموضوعي:** يعرفه فرويد على أنه رد فعل لخطر خارجي معروف يتناسب مع كم وكيف التهديد ويدفع الإنسان ليجد طريقة لمواجهة التهديد.
- **القلق العصابي او المرضـــي:** يعرفه فرويد على أنه خوف غامض غيـــر مفهـــوم لا يستطيع الشخص أن يشعر به أو يعرف سببه، فهو رد فعل لخطر داخلـــي، ويميـــز فرويد بين ثلاث أنواع من القلق العصابي وهي :
  - **القلق الهائم الطليق:** وهو قلق يتعلق بأي فكرة مناسبة أو أي شيء خـــارجي، والمصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائما أسوء النتائج ويفسرون كل مـــا يحدث لهم أنه نذير سوء.
  - **قلق المخاوف المرضية:** وهو عبارة عن مخاوف تبـــدو غيـــر معقولـــة ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها وهذا النوع من القلق يتعلق بشيء خـــارجي غير معقول لا يجد ما يبرره.
  - **قلق الهستيريا:** يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يكون واضح فـــي بعـــض الاحيان وغير واضح في أحيان اخرى، فأعراض كالرعشة، الإغماء، صعوبة التنفس، إنما تحل محل القلق وبذلك يزول الشعور بالقلق.(عثمان، 2001، ص21)

3-5 قلق المواقف الصعبة أو الظروف المحيطة: يمكن أن يدخل تحت القلق كحالة ويتميـــز هذا النوع من القلق بشعور الفرد بأن الموقف يتميز بالصعوبة او التحدي بالنسبة له، ويـــرى أنه غير قادر على مواجهته، ويتوقع الفشل.

3-6 القلق الخلقي: يكون مصدر الخطر الأنا الأعلى، بسبب الحكم الذي يـــصدره نتيجـــة ارتكاب الشخص ذنب، لذلك يظهر القلق على شكل الشعور بالذنب.(أسماء، 2002، ص269-270).

4- أعراض القلق:

يمكن تصنيف أعراض القلق إلى نوعين: (عثمان، 2001، ص30)

4-1 الأعراض البدنية:

- ضربات زائدة أو سرعة دقات القلب.
- نوبات من الدوخة أو الإغماء.

- تنميل اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- غثيان أو اضطراب المعدة
- الشعور بألم في الصدر
- فقد السيطرة على الذات
- سرعة النبض أثناء الراحة
- نوبات العرق التي لا تتعلق بالحرارة أو الرياضة البدنية
- الأحلام المزعجة
- التوتر الزائد

4-1 الاعراض النفسية:

- نوبة الهلع التلقائي
- الإكتئاب وضعف الاعصاب
- الإنفعال الزائد
- عدم القدرة على الإدراك والتمييز
- نسيان الأشياء
- زيادة الميل إلى العدوان

5- أسباب القلق:

تجدر الإشارة إلى النظرة التكاملية لأسباب القلق من خلال ما تم عرضه من آراء مختلفة للعلماء تبعا لخلفياتهم النظرية ونتيجة البحوث والدراسات المختلفة للقلق لذا يتوجب النظرة الشمولية للأخذ في عين الإعتبار جميع الأسباب المحتملة و فيما يلي تلخيص أهم أسباب القلق:

5-1 الإستعداد الوراثي:

تشير بعض الدراسات إلى احتمال تدخل العامل الوراثي كعامل من عوامل الاستعداد للقلق، فقد أثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقبل واستجابته للمنبهات الخارجية لدى التوائم (التوأم القلق)، وقد وُجد في بعض الدراسات كما يشير (محمد ومرسي 1997) أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى 50% في مقابل 04% فقط بين التوائم المتشابهة، وان 15% من أباء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض.

5-2 الاستعداد النفسي العام:

تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العـــام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنـــسبة لمكانـــة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، وتعـــود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة وعدم تقبل مد الحياة وجزرها كما يؤدي فـــشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد او لطبيعة الـــضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة (زهران، 1997، ص485)

5-3 العوامل الاجتماعية:

تعتبر العوامل الإجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلـــق، إذ تؤكد اهمية هذه العوامل كأسباب أساسية لإحداث القلق، ولاشـــك أن حـــصر مثـــل هـــذه الأسباب أمر مستحيل لتعددها وتشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بـــالقلق، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحـــضارية والثقافيـــة والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة، وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري، تفكك الأسرة، وأسلوب المعاملة الوالدية، الفشل في الحياة الدراسية، المهنية، الزواجية.

5-4 العوامل الفيزيولوجية:

يشير (عكاشة 1992) نقلا عن (تونسي،2002، ص37) إلى ارتباط القلق أحيانا ببعض العوامـــل البنائية ومن ذلك عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضمور هذا الجهـــاز فـــي الشيخوخة، وما يتبع ذلك من خلل في الوظائف الفيزيزلوجية والنفسية ويمثل القلق واحد من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية.

بالرغم من تحديد أسباب القلق السابقة إلا أنها تبقى أسباب عامة تختلف من شـــخص إلى آخر، وبالنسبة إلى الدراسة الحالية فمن المتوقع أن يرتبط القلق بأزمة التخلـــف العقلـــي للطفل لدى الأمهات وما يترتب عليها من خوف وشعور بالتهديد نتيجة العجز ناحية نمو هذا الطفل الذي يتسم بنقص الذكاء وبالتالي عدم القدرة على التكيف واكتساب الاســـتقلالية مـــا يجعله عبء على هذه الأم وبما ان الإصابة مزمنة وغير قابلة للشفاء هذا معناه وجود تهديد وخطر دائم كأحد أهم العوامل التي تؤدي إلى ظهور القلق.

6- القلق والإضطراب النفسي:

لا يقف القلق كونه ظاهرة نفسية فقط بل إنه يدخل في معظم الاضطرابات النفسية، وذلك لأنه يظهر في الحالة الأولى لمواجهة موقف يهدد ذات الشخص، فيثير طاقة الشخص للدفاع عن ذاته من أجل سلامتها والمحافظة عليها،وحين تفشل ميكانيزمات الدفاع في وظيفتها تزداد حالة القلق وبدلا من أن تنتهي عملية الدفاع بسلامة تظهر النتيجة في صورة اضطرابات في البنية النفسية، والقلق إنفعال مركب من الخوف وتوقع التهديد والخطر مما يثير حالة من التوتر الشامل ويعتبر القلق عرضا لبعض الاضطرابات النفسية، إلا انه قد تغلب حالة القلق لتكون هي نفسها اضطراب نفسي مثل عصاب القلق.

(عويضة، 1996، ص110) نقلا عن (آيت حمودة، 2006، ص168).

7- القلق والإكتئاب العصابي:

الإكتئاب العصابي هو حالة من الحزن الشديد يعيش فيها الفرد والوظيفة التوافقية لهذا النوع من الإكتئاب هو تهدئة مشاعر القلق وإخفاء العدوان، وكبته ولفت الإنتباه ويرى (Stronogmaux 1996) أن القلق هو الاستجابة المبدئية لمواقف الضغط وإذا حدث وإن تعقد الموقف لدرجة لا يمكن التحكم فيه، فإن القلق يتم إستبداله بالإكتئاب.(نفس المرجع السابق، ص169)

III- الإكتئاب:

تمهيـــــد.

الاكتئاب كلمة آتية من اللاتينية Depressio وتعني كسر، ولقد استخدم هذا المصطلح عند الأطباء وعامة الناس منذ 30-40 سنة وهو مرض كثير الوقوع يصيب حـوالي 20% من الناس، ولقد لوحظ تواتر هذا الاضطراب في العشرية الأخيرة، هذه الظاهرة المرتبطـة بنمط حياة مرضي. (Lemperiére , th &al , 2000 , pp194-195)

وهذا الاضطراب مهمل في العلاج إذ أن العديد من المرضى الاكتئابيين يعبرون عنه عن طريق شكاوى سوماتية متعددة ولا يفصحون عــن أعراضـــهم الانفعاليـــة ،فـــأعراض كالحصر، اضطرابات النوم هي دائمة الحضور عند الاكتئابيين و تمثل شـــكاوى إكلينيكيـــة أخرى متواترة عند هؤلاء المرضى ملاحظة من طرف الأطباء العامين فالثقافـــة يمكـــن أن تؤثر على التعبير عن الأعراض الاكتئابية ففي بعض الثقافات التجربة الاكتئابية ممكـــن أن يعبر عنها بشكل رئيسي بواسطة الشكاوى السوماتية كالأعصاب،آلام الدماغ، المشاكل القلبية، الضعف، التعب أكثر منه من الحزن والشعور بالذنب، فالثقافة إذن ممكن أن تؤثر على تقييم حدة تجربة اضطرابات الميزاج أو عن طريقة التعبير عنها، فأحيانا يتم إعطاء اهتمـــام إلـــى سرعة التهيج أكثر منه إلى الحزن أو الانسحاب. (DSM . IV , 1998 , p42)

- فمما سبق توضح لنا أن العامل الثقافي ممكن أن يلعب دور فـــي إخفـــاء أعـــراض الاكتئاب حيث يتم التعبير عليها غالبا بأعراض جسدية.
- وتجدر الإشارة إلى أن الاكتئاب احد الاضطرابات التي تعقـــب التعـــرض للـــصدمة النفسية كما تم توضيحه في مبحث الصدمة النفسية، خاصة إذا تعلق الأمر بميلاد طفل معاق فهذا حتما سيؤدي إلى إفقاد الوالدين الطموحات التي كانوا يتوقعونها قبل ميلاده وشعورهم باليأس وخيبة الأمل وبالتالي إصابتهم بالاكتئاب ،هذا الاضطراب المرضي الذي سنحاول توضيحه في هذا المبحث. .

1- تعريف الاكتئاب:

يعرفه سعيد حافظ يعقوب على انه اضطراب نفسي يتطور بفعل تركيب غير سوي في الشخصية إلى أمراض نفسوجسمية ، ومن جهة أخرى يعرفه على انه رد فعل الـــنفس إزاء حالة الشدة أو الحرمان الناجمين من حادث مفاجئ كخسارة أو مصيبة أو خيبة أمـــل، وقـــد

يكون الاكتئاب بهذا المعنى شكلا مجسما لما يحدث للشخص العادي حين تصيبه نكبة طارئة أو صدمة نفسية عنيفة لا يتوقع حدوثها. (الوافي ، ع.ر، 2007، ص256)

من خلال هذا التعريف يظهر لنا كيف أن الإكتئاب ممكن أن يرتبط ظهوره بتعرض الشخص لخيبة أمل كبيرة تماما كخيبة أمل الأم في ميلاد طفل غير طبيعي مصاب بالتخلف العقلي .

- **ويعرف الاكتئاب كذلك على أنه :** «زملات عرضية إكلينيكية تتكون من انخفاض في طبيعة الحالة النفسية، وغالبا ما يصاحبها انخفاض في الحركة، النشاط، صعوبة التفكير والتركيز الشكوى من التعب وفقدان الطاقة، مشاعر اللامبالاة، الإحساس بالذنب وتحتوي الأعراض البيولوجية للاكتئاب على اضطراب النوم، الحالة المزاجية، فقدان الشهية والوزن والرغبة الجنسية أو انقطاع الطمث عند المرأة، الإمساك. (سعد. ر، 2003، ص10)

كذلك لفظة (اكتئاب) نفسها تصف حالة مزاجية ليست بالضرورة مرضية، وقد تكون عرض أو مجموعة أعراض. (يوجين.ل ، لوبين. ب، 1985 ،ص10)

من خلال ماتقدم وصفه فالاكتئاب اضطراب نفسي قد يعقب التعرض للصدمة النفسية والذي ممكن أن يكون مخفي بواسطة أعراض أخرى ،أوانه يأتي على شكل عرض أو مجموعة من الأعراض .

2- أعراض التناذر الاكتئابي:

- تغيرات في المزاج.
- تثبيط في وظائف الأنا.
- حصر.
- أعراض جسدية . (Lemperiére , th , & al -2000 , p210)

2-1- الأعراض الجسدية :

- انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المقنع .
- فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن والإمساك .
- الصداع والتعب لأقل جهد وخمول الإرادة والألم وخاصة آلام الظهر .
- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي والضعف والبطء الحركي وتأخر زمن الرجع
- الرتابة الحركية والأزمات الحركية .

- نقص الرغبة الجنسية (الضعف الجنسي عند الرجال و البرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية عند النساء) .

- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية .

2-2- الأعراض النفسية :

- البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه.

- اضطراب المزاج وتقلبه والتمركز حول الذات.

- عدم ضبط النفس وضعف الثقة بها والشعور بالنقص والتقليل من الذات والشعور بعدم القيمة والتفاهة .

- القلق والتوتر والأرق .

- فتور الانفعال والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والسكون والشرود حتى الذهول .

- التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة واجترار الأفكار السوداء والاعتقاد بان لا أمل في الشفاء ، البكاء ، أحيانا التبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها.

- اللامبالاة بالمحيط ونقص الميول والاهتمامات ، نقص الدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصي والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمور العادية في (المنزل ، العمل وقت الفراغ).

- بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد وقلة الكلام وانخفاض الصوت.

- الشعور بالذنب واتهام الذات وتصعيد أخطاء الذات وتضخيمها وتوقع العقاب.

- أفكار الانتحار، ومحاولة الانتحار في الحالات الحادة ويلاحظ أن اغلب محاولات الانتحار عند الإناث وأكثر الوسائل شيوعا هي تناول جرعات كبيرة من الأدوية .

2-3- الأعراض العامة وأهمها:

- نقص الإنتاج عن ذي قبل والشعور بالفشل وعدم التمتع بالحياة كما كان الحال من قبل .

- سوء التوافق الاجتماعي .

وهكذا نلاحظ أن المكتئب حزين ضعيف الأنا ومعظم الأعراض تعتبر سلوكا مضاد للذات. (زهران، ح، ع، 1997 ، ص ص516-517) .

-ويرى كل من «قوي» و «ريمر» بان المحتوى الظاهري للاكتئاب يكمن في التدمير الذاتي وإيقاع الأذى بالنفس وانتهاك لطبيعة الكائنات الحية بشان المحافظة عل الذات.

(يوجين ، ل و لوبين ، ب ، 1985 ، ص10).

3- العوامل المؤدية إلى الاكتئاب :

الاكتئاب كباقي الأمراض النفسية له أسباب متعددة بيولوجية، نفسية، وعوامل المحيط الاجتماعي أو العائلي . كذلك معايشة أحداث صدمية أو صراعات والدية مهمة خلال الطفولة الأولى، عوامل أخرى تتداخل مع بعضها قبل أن تفجر الاكتئاب .

3-1- العوامل الوراثية :

تؤدي العوامل الوراثية دورا في العديد من الأمراض البشرية، فالقابلية الموروثة لمرض معين تحدث حين تخفق جينة معينة في منح التعليمات الصحيحة لوظيفة الخلية فالعديد من الدراسات بينت خلل الوظائف النوروبيولوجية عند الأشخاص الاكتئابيين .

3-2-العوامل النفسية :

مشاعر فقدان الموضوع والصراعات اللاشعورية، الأفكار السلبية، سوء تقدير الذات (لا استطيع فعل أي شيء، لا أريد أي شيء) ذات أصل طفولي (العلاقة مع الوالدين، التجارب الأولى المرتبطة بمشاعر الفقدان، الوحدة، عدم القدرة، الذنب أو الخجل...) أو لأسباب حالية كالصدمات، الحداد المرتبط بفقدان شخص مثالي لصورة الذات

3-3-العوامل البيئية :

ما من أحد يعيش الحياة من دون مشاكل ، فالضغط الناجم عن الصراعات اليومية ، المشاكل المالية كالخسارة المفاجئة، أو مرض عزيز ، الأحداث الأساسية في الحياة كنهاية علاقة مهمة أو موت في العائلة،... فكل هذه العوامل تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب .

3-4-التجارب السابقة :

إن الأشخاص الذين واجهوا أحداث سلبية في الماضي مثل سوء المعاملة خلال الطفولة بسبب العنف العائلي، الطلاق، الصراع داخل العائلة، مرض واحد من الأهل، مشاهدة جريمة خطيرة، معايشة معارك أو حروب هم أكثر عرضة للاكتئاب من الذين لم يعيشوا هذه التجارب، فالضغط المفرط قد يسبب عدد من الاستجابات في الجسم مع تأثيرات طويلة الأمد في الصحة الجسمية والعقلية .

حاول العلماء شرح الرابط الموجود بين الصدمات الماضية والاكتئاب، يتعلق هذا الرابط جزئيا بطريقة استجابة الجسم البشري للخطر والضغط ، فعند مواجهة خطر حقيقي أو مدرك يستعد الجسم لمواجهة التحدي (الهجوم) أو يستجمع القوة الكافية للابتعاد عن المشكلة (الهروب)، وتنجم استجابة الهجوم أو الهروب عن إطلاق هرمونات تدفع الجسم إلى العمل

على نحو أسرع و قد تأثر هذه التغييرات على نشاط الدماغ وتنبهه أكثر فأكثر للضغط. (كراملينغر ،ك،2002،ص ص32-33)

3-5-الضغط عقب الإصابة :

الأشخاص الذين عاشوا حدثا مرعبا في المعارك العسكرية وكذا الأحداث التي تسبب اضطرابات الضغط بعد الإصابة يمكن أن تشمل : الاغتصاب ، التعذيب ، حوادث السير المروعة ، الكارثة الطبيعية فهؤلاء الأشخاص يكونوا أكثر عرضة للاكتئاب.

3-6- الاعتماد على بعض المواد الكيميائية:

إن لاعتماد على الكحول أو العقاقير قد يزيد من خطر الاكتئاب، فحوالي 20% تقريبا من المدمنين يصابون بالاكتئاب، وكذا الاستعمال الطويل الأمد لبعض الأدوية الموصوفة.

3-7- بعض الأمراض المزمنة قد تسبب الاكتئاب كالأمراض الهرمونية، المفاصل السرطان مرض القلب،...الخ. (نفس المرجع السابق، 2002، ص ص 34-35)

4- أنواع الاكتئاب :

يمكن للاكتئاب أن يتخذ أشكالا عدة وما يميز هذه الأشكال عن بعضها هي العوارض والظروف المرتبطة بكل منها ، فضلا عن مدة هذه العوارض وشدتها، إلا انه يوجد في الغالب تمييز واضح بين مختلف أنواع الاكتئاب فهي تتشارك في العديد من الخصائص ، ويحتمل أيضا أن تعاني من أكثر من نوع واحد في اضطرابات الميزاج .

وينقسم الاكتئاب حاليا إلى :

4-1- الاكتئاب الداخلي المنشأ:

هذا النوع غير مرتبط ببيئة المريض أو طريقة معيشته ويعزى إلى الجذور العميقة للوراثة أو البنية الجسمية أو الأيض، والمكتئب السوداوي يجهل الجانب المرضي لحالته ويرفض المساعدة الطبية .

والاكتئاب الداخلي المنشأ هو دائما التعبير عن :

4-1-1- الذهان الهوس اكتئابي :

والذي يتميز بفجائية الاضطراب الدوري على شكل نوبة هوسية أو اكتئابية والمريض يجد حالته العادية بين هاتين النوبتين، والذي ينقسم بدوره إلى فرعين رئيسيين :

4-1-1-1 الشكل ثنائي القطب :

والذي يتميز بنوبة اكتئابية ونوبة هوسية وهؤلاء المرضى يتميزون بشخصية تآلفية دورية والإصابة الوراثية هي جد مرتفعة في هذا النمط .

4-1-1-2الشكل أحادي القطب :

وهو الأكثر تواترا، يصيب النساء أكثر، هؤلاء المرضى يتميزون بشخصية قاعدية ضعيفة الحيوية (الوهن) مثبطة ، وهو المعروف بالتكرارية لنفس النمط من النوبات عموما اكتئابية والخطر الوراثي اقل تأثيرا كما هو في الشكل ثنائي القطب.

. (Lemperiére , th ,& al , 2000, p209)

4-1-2- الاكتئاب الحاد أو السوداوية :

هو عبارة عن اكتئاب يتميز بعمق الألم المعنوي، تثبيط نفسي وحركي مع بطء وخمول وفقدان الإرادة، اضطراب في الوظائف البيولوجية، اضطراب النوم، اضطراب التغذية السوداوية تتطور تلقائيا نحو الشفاء بدون تنبؤ لكن هناك خطر الانتحار المحتمل حصوله طول مدة الأزمة والذي يتطلب مراقبة مستمرة، والسوداوية بدورها لها أشكال إكلينيكية :

سوداوية بسيطة، الذهول السوداوي، السوداوية المثارة، السوداوية الهذائية .

(نفس المرجع السابق ،2000، ص ص ،202-206) .

وهناك نوع آخر يسمى الاكتئابات الثانوية الراجعة لتناول بعض الأدوية, الإصابة بمرض عضوي أو لإصابة عقلية وكذلك الاكتئاب الارتدادي الذي يؤدي إلى بعض التغييرات في الجسم بسبب تقدم السن والتي تضعف حيويته ، مثل انقطاع الدورة الطمثية لدى المرأة إبان سن اليأس .

4-2-الاكتئاب العصابي (النفسي المنشأ) :

وهو متواتر بكثرة ذو أصل نفسي حيث أن الاضطرابات البيولوجية في علاقة إرتباطية مع الاضطرابات الانفعالية وتختفي معها، وهي لشخصية من نمط عصابي، أو إلى محيط غير ملائم،أو نتيجة صراعات لا شعورية منشطة بظروف حالية .

والاكتئاب العصابي لا يكون وحدة متجانسة فهو مجموعة اتصالية من «الاكتئاب الاستجابي الثانوي والانتقالي حتى الحالة القريبة من الحزن العادي» إلى الاكتئاب الحاد والإنسحابي . (نفس المرجع السابق، 2000، ص 214)

4-3- الاكتئاب حسب DSM. IV الحلقات الاكتئابية الحادة :

أ- يتحقق هذا الاضطراب إذا توفرت على الأقل خمسة أعراض من تسعة التالية وإذا استمرت مدة أسبوعين و يكون فيها تغيير بالنسبة إلى الوظائف الداخلية: سواء مزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام أو اللذة .

ب-مزاج مكتئب طيلة اليوم ، تقريبا كل الأيام، مصرح به من طرف الفرد (مثلا يشعر انه حزين أو فارغ) أو ملاحظ من طرف الآخرين (مثلا يبكي) .

ج- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات أو اللذة بالنسبة لكل النشاطات أو معظمها خلال اليوم وتقريبا كل الأيام (مصرح به من الشخص أو تكون ملاحظة من طرف الآخرين).

د-فقدان أو زيادة في الوزن ملحوظ في غياب حمية (مثلا تغيير في الوزن على الأقل بنسبة 5% انخفاض أو زيادة في الشهية تقريبا كل يوم.

هـ- قلة النوم أو العكس تقريبا كل يوم.

و- إثارة أو بطء نفسوحركي تقريبا في كل يوم (ملاحظ من طرف الآخرين ، بدون حدود بإحساس ذاتي تهيج أو بطء داخلي).

ي- تعب وفقدان الطاقة تقريبا كل الأيام.

م- مشاعر التقليل من القيمة والشعور بالذنب المفرط، الشكوى الغير ملائمة (التي ممكن أن تكون هذائية) تقريبا كل يوم (ليس فقط الشكوى، التظلم، الاعتراف أو الإحساس بأنه مذنب لأنه مريض).

ن- نقص في التفكير أو في التركيز أو في الإرادة تقريبا يوميا (مصرح بها من طرف المريض أو ملاحظة من طرف الآخرين).

و- تفكير متواتر في الموت (ليس فقط خوف من الموت) أفكار انتحارية متكررة بدون خطة محددة أو محاولة انتحار أو خطة محددة من اجل الانتحار .

ع- هذه الأعراض لا تتوافق مع مقاييس اضطراب الحلقة المختلطة (الهوس-اكتئابية).

غ- هذه الأعراض تولد معاناة دالة عياديا أو تغيير في الوظائف الاجتماعية، المهنية، أو في ميادين أخرى مهمة.

س- لا تعزى الأعراض إلى تأثيرات فيزيولوجية ناتجة عن مادة (دواء مثلا) أو تأثير طبي عام مثل (نقص إفراز الغدة الدرقية).

ش–هذه الأعراض ليست راجعة إلى حداد بعد موت شخص عزيز ، الأعراض تبقى مدة أكثر من شهرين أو تصاحب بتغيير ملحوظ في الوظائف والاهتمامات ، عدم القيمة أفكار انتحارية أعراض ذهانية أو بطء نفسوحركي. (DSM. IV , 1996 , pp161-163)

5- بعض النظريات المفسرة للاكتئاب:

5-1 الاكتئاب من المنظور التحليلي:

فقط التحليل النفسي في يومنا هذا هو الذي قدم لنا محاولة مترابطة الأفكار لفهم السببية المرضية للاكتئاب، فالنوروعلميين لم يتمكنوا حتى يومنا هذا في إعطاء سببية كافية للأمراض العقلية والعلاجات البيولوجية الموجودة لا تعالج إلا الأعراض، والعلاج التحليلي أوضح لنا أن الاكتئاب ينمو في جو مهيأ، في إطار بنية، في تنظيم معين للشخصية، فالاكتئاب حتى يظهر يجب أن يكون هناك استعداد، والسؤال المطروح هو من أين يأتي هذا الاستعداد؟

نضع جانبا أهم الاكتئابات الذهانية التي تدخل في إطار الذهان الهوس-اكتئابي أين لا يمكن إقصاء الأسباب البيولوجية التكوينية ذات الأصل الوراثي كما وضحتها بعض الدراسات.

نستخلص عند المكتئب مهما كان نمط اكتئابه أعراض يمكن تسميتها عامة «génériques» انخفاض في النشاط الحركي، مشاعر عدم القيمة، أفكار الانهيار، الحط من قيمة الذات، الخجل، مشاعر الذنب بسبب أخطاء حقيقية أو خيالية، هذه الأفكار تشهد على تغيير عميق في التفكير ممكن أن يتطور حتى الهذيان، وممكن أن يؤدي إلى الانتحار الخطر الأعظم لكل اكتئاب فماذا يعني هذا الاكتئاب الذاتي، هذا الفقدان لتقدير الذات والذي يكون الظاهرة المرضية للاكتئاب، في الحقيقة كل اكتئاب هو بطريقة ما «رد فعلي» فهو نتيجة حداد داخلي، فقدان الموضوع النرجسي المكون للذات معناه مشاعر تقييم الذات، الحرمان هو نتيجة عدم تقدير ذاتي للصورة النرجسية، هذا ما يفسر قلق فقدان الموضوع الذي يميز اقتصادية الاكتئاب، كذلك العلاقة بالموضوع هي إتكالية «Anaclitique» التي تمثل نوع من المحاولة الايجابية لتعويض النقص الداخلي.

فمهما كان فقدان الموضوع النرجسي الداخلي عند الاكتئابي فهو لم يتكون أبدا بصفة كافية وكاملة، الحداد يمكن أن يكون نتيجة عدم التكوين وليس الفقدان ، خلال الطفولة أثناء نمو الجهاز النفسي (نتيجة حرمان أو تعقيدات في العلاقات الأولية على المستوى النرجسي)،

فالاكتئاب إذا هو اضطراب نمو نرجسي الذي ممكن أن يكون دائم عند بعـض الأفـراد أي بنيوي. (Bergeret , J ,&al,2000, pp31-32)

وتجدر الإشارة هنا إلى تبني هذه الفكرة أي تفسيـر الاكتئـاب مـن هـذا المنظـور واعتباره كرد فعل للحداد الداخلي وعدم تقدير الذات للصورة النرجسية، كمـا هـو الحـال بالنسبة لمجموعة الدراسة، حيث يعتبر الطفل العادي بالنسبة للأم كجزء مكمل لنرجـسيتها ،لكن عندما يكون هذا الأخير مصاب بالتخلف الذهني فمن المؤكد أن هذا سيؤدي إلى إصابة نرجسية والى سوء تقدير وانحطاط ذاتي لديها واختلال في الاقتصاد النرجسي لهذه الأم.

5-1-1-الاكتئاب العصابي :

إن الاكتئاب العصابي يصعب وصفه إكلينيكيا ويمكن أن يكون مقنع فالمريض يعبـر عن اكتئابه بمصطلحات لأمراض عضوية، قلة النوم، التعب، فقدان الشهية ...الخ.

والمعاناة ترتبط بانحطاط الصورة النرجسية ، مهما كـان الظـرف الحـالي تغييـر سيرورة التفكير كل شيء يحدث وكأن الحياة على شكل آلة تنخر في الفـرد مـن الـداخل وتختار الخبايا الأكثر إيلاما وتشمل الوظائف العقلية إلى درجـة الانـسحاب مـن معظـم الاستثمارات، مستهلكا بذلك كل الطاقة النفسية المتوفرة .

قبل فقدان التوازن الاكتئاب يظل خفي ومقنع ، يتعلق الأمر بضيق مـألوف والـذي يخلف ردود فعل من نمط عدواني يسمى «اضطرابات الطبع» الاكتئاب يظهر علـى شـكل عدوانية غير مبررة، عدم صبر، تجربة عادية وعدم ارتياح عام غير محـدد، اضـطرابات وظيفية ، هذه الحالة تظهر كأنها عصاب فشل، عصاب التخلي .

الطبيعة العصابية للاكتئاب تظهر بواسطة القدرة على استعمال الألـم الاكتئـابي ذي الأصل النفسي بالرغم من أعراض الاجترار بل حتى الإنكار.(نفس المرجع، ص 185-186)

5-2- الاكتئاب من منظور نظرية التعلم :

حسب هذه النظرية هناك معدل منخفض لأفعال التعزيز الايجابية لاستخراج وإظهـار المنبه لبعض السلوك المكتئب كما هو الحال في نواحي الفتور اللفظية والإجهاد والأعـراض الجسمية الأخرى .المعدل المنخفض للدعم الايجابي والذي يـشكل شـرحا وافيـا للأجـزاء الأخرى من أعراض الاكتئاب كما هو الحال في حالة انخفاض معدل النشاط والسلوك اللفظي حيث أننا نلاحظ أن الشخص المكتئب يدخل في عداد حالات الخمود والانطفاء .

إن عدة أحداث بيئية مختلفة والتي منها على سبيل المثال لا الحصر (الوفاة، الانفصال والهجر والطرد والفقر وسوء الحظ وحالات العجز العضوي وقصور المهارة الاجتماعية والجهل ...) تعتبر أسباب قوية ووطيدة الصلة بحالة من التدعيم الايجابي المنخفض، على أن المهارة الاجتماعية تحدد على أساس خروج وانبعاث أنواع من السلوك التي تدعم ايجابيا بسلوك آخر وكل هذا يبدو كما لو كان «منطقة عجز »، ولاسيما أن ذلك هام في تنمية وتطوير السلوك المكتئب، هذا التصنيف ينادي به كل من: ليفينسون وفريديريك وريزنيك وفرستار (1970-1973)، وحسب التصور السابق نرى أن الاكتئاب نتيجة عجز وعدم قدرة الفرد على التصرف واستدعاء الإثارة ورد فعل البهجة والسرور ، إن حالة الاكتئاب المزمن ما هي إلا نتيجة لنقص وقصور في المهارات الاجتماعية .

(يوجين ، ل ، لوبين ، ب ، 1985 ،ص ص59-60)

5-3- الاكتئاب حسب المنظور المعرفي :

حسب (Beck) باك إن الاضطرابات النفسومرضية وبالخصوص الحالات الاكتئابية وحالات القلق، يمكن تفسيرها من ناحية بوجود اضطراب أو خلل في معالجة المعلومة، هذه الأخيرة التي تكون مدعمة بتمثيلات معرفية مضطربة.

إن الفرضية الأساسية التي اقترحها النموذج المعرفي في ما يخص الاكتئاب تنص على أن الأشخاص المكتئبين يظهرون تمثيلات معرفية لا شعورية تقع في الذاكرة طويلة المدى والتي تصفي المعلومة بحيث لا تحتفظ إلا بالجوانب السلبية للتجربة المعاشة، إن هذه التمثيلات تشمل مجموعة قواعد غير مرنة والتي تظهر على شكل جمل حتمية مثل :«يجب علي أن انجح وفي جميع الميادين»، «يجب أن أكون محبوب لدى الجميع» تكون هذه المسلمات ضمنية ونادرا جدا ما تكون شعورية وهي التي تقود إلى الأحكام التي يضعها الفرد على نفسه: ففقدان حب الذات، التردد، التشاؤم، فقدان الأمل .... كل هذا ما هو إلا الترجمة العيادية لاختلال معالجة المعلومة.

فتلك المسلمات الضمنية هي التي تكون لدى الشخص ما يسمى بالمخاطبة الذاتية الداخلية والتي مفادها على سبيل المثال (أنت لا قيمة لك)، (لن تفعل أي شيء) والتفكير الآلي، إن نظرية Beck تعتبر التشوهات المعرفية الكلية كاضطراب أساسي مسؤول عن كل الأعراض وكل أشكال الاكتئاب ومع مرور الوقت اتجه Beck نحو إدراك متعدد العوامل

للاكتئاب، أي اعتبر الاضطراب المعرفي كعنصر مركزي للاكتئاب، وليس السبب المبدئي الوحيد له .

وفي إطار نفس النظرية نجد تفسير آخر للاكتئاب، ففي عام 1967 اقترح سليغمان ما يسمى بنظرية العجز المتعلم والتي أعيد صياغتها بعد 10 سنوات ففي هذه النظرية تم التركيز على الإحساس بفقدان المراقبة الذي يبديه الشخص المكتئب تجاه الأحداث السلبية، هذا الإحساس يرتبط بالانتسابات السببية التي توضع بصفة آلية والتي تأتي نتيجة حادث صدمي غير مراقب وتقود الشخص إلى أن ينسب إلى نفسه كل المسؤولية الخاصة بالفشل (داخليا) واعتبار هذا نهائي (ثابت) وتعميمه على نفسه (كلي) .

لقد استمد سليغمان عدة نقاط تشابه بين العجز المتعلم والاكتئاب أو الانهيار ووضع الفرضية القائلة بان العجز المتعلم يمكن أن يكون نوع من الأنواع العديدة للاكتئاب كما يمكن اعتبار نظرية العجز المتعلم نموذج ممتاز للاكتئاب فيما يخص أسبابه، أعراضه الوقاية منه، الشفاء.

وأخيرا يمكن القول أن تعرض الأم لصدمة إنجاب طفل متخلف عقليا هل يمكن أن تعتبر كحالة اكتئاب استجابي (Réactionnels)؟. نتيجة هذه الإصابة النرجسية والشعور بالعجز والخوف، والتغيير الكبير لصورة الذات وفقدان القيمة، الشعور بالتهديد للمستقبل بسبب هذا الطفل المحبط، المعيق، العبء المشوه، فهذا الأخير الذي لا يشبه صورة ما كان متوقع أي صورة الموضوع المفقود، فهل هذا يؤدي حتما إلى خضوع الأم للاكتئاب ؟ وهذا ما سنحاول التحقق منه من خلال الدراسة الميدانية.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية الدراسة

بغرض اختبار صحة فرضيات البحث والتأكد من صحتها، قمنا في بحثنا هذا بدراسة ميدانية بالمركز الطبي البيداغوجي للمتخلفين عقليا بالمسيلة، قصد الوصول إلى الغاية التي تسعى لها كل البحوث العلمية ألا وهي الكشف عن الحقائق ومنه الخروج بتوصيات واقتراحات، وقبل التطرق لحيثيات الدراسة الميدانية تجدر الإشارة إلى ضرورة التذكير بإشكالية وفرضيات البحث، حيث تمثل التساؤل المطروح في هذه الدراسة في مايلي: هل يؤدي وجود التخلف العقلي عند الطفل إلى إصابة الأم باضطرابات نفسية؟، وللإجابة على هذا التساؤل قمنا بطرح الفرضية التالية : يتسبب وجود التخلف العقلي عند الطفل في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم، و لقد اتبعنا الخطوات التالية :

1-الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية جزء مهم من الدراسة في جانبها الميداني وفي البحث ككل، فهي تسمح بالتقرب أكثر من فهم الموضوع والإلمام به وتوظيف المعلومات النظرية التي تحصلنا عليها لإزالة كل غموض أو التباس يحيط بالموضوع.

ومن جهة أخرى التعرف على مدى ملائمة ظروف القيام بهذه الدراسة وخاصة أن الاضطرابات النفسية متعددة والأعراض متشابكة مما يصعب تحديد نوع الاضطراب الذي تعاني منه مجموعة الدراسة.

ولذلك القيام بهذه الدراسة ضروري جدا، ما يسمح لنا بالصياغة السليمة لفروض البحث وضبطها على ضوء ما تم استخلاصه ميدانيا وليس نظريا فقط وبالتالي جمع أكبر عدد من المعلومات.

ولتسهيل مهامنا كان لازما علينا أخذ موافقة الجهات الرسمية للبت في هذا الموضوع، حيث قمنا بالتقرب من مديرية النشاط الاجتماعي التي بدورها وجهتنا إلى المركز الطبي التربوي البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا بالمسيلة خلال شهر نوفمبر، ومن ثم إتمام مجريات هذه الدراسة، ولقد رحبت مديرة هذا المركز بهذه المبادرة كالتفاتة إنسانية لهذه الفئة من المجتمع و وعدتنا بتقديم كل المساعدات المادية والبشرية التي يتوفر عليها المركز.

وبما أن الموضوع يخص الأمهات تم الاتصال بكل من الأخصائية النفسانية والأخصائية الأرطفونية، حيث تم عرض الموضوع وأهدافه والتساؤلات التي كانت لدينا ومحاولة توجيههما لنا في ضوء تجربتهما الميدانية للتعامل مع هذه الأمهات خلال سنوات عملهما.

كان أول لقاء مع هذه الأمهات هو المقابلة الجماعية والتي تمت بمكتب الأخصائية الأرطفونية وهي بصدد تنظيم حصة للتوجيه العائلي لهن وفور ما تمت هذه الحصة شرحت هذه الأخصائية لهن أهداف هذه الدراسة لكي تتجاوب معنا هذه الأمهات و لتدلين لنا بما تشعرنا به في إطار هذا الموضوع، وهذا لأن المقابلة الجماعية تسمح بتشجيع ودفع الآخرين على الكلام والمساهمة في الحوار، فإذا تكلمت أحد الأمهات عن معاناتها فهذا يؤثر على باقي الأمهات ويجرهن للحديث هن أيضا عن معاناتهن بلا حرج لأنهن تحمل نفس المعاناة، لقد كانت الآراء مختلفة فبعضهن لا ترى بأن هذه الإصابة تشكل عبء عليها وترى أنها إصابة عادية وقد تكيفت معها وهذا طبعا راجع لتأثير ميكانيزم الإنكار ورفض الإعاقة، بينما أدلت أخريات بأنهن تعانين من تأثيراتها وتعشن صعوبات كالأرق، الخوف من المستقبل، الشعور بالعجز أمام هذه الإصابة ولذلك حاولنا الحصول على معلومات أدق من خلال القيام بمقابلات فردية، على خمس أمهات من اللواتي كن تتوافدن على المركز للاستعلام أو لمتابعة أبنائهن من خلال بعض الأسئلة النصف موجهة حول ما تمثله هذه الإعاقة في حياتهن؟ وما هي تأثيراتها النفسية عليهن؟.

فكانت نتائج هذه المقابلات في صميم الموضوع فما تم التوصل إليه نظريا وجدناه فعلا في الميدان وتمكنا من معرفة بعض التأثيرات التي كانت تعاني منها هذه الأمهات نتيجة إعاقة أبنائهن، إذ أن معظم الأمهات تعانين من الانطواء، الإحباط، الشعور بالعجز، الأرق، الحزن، الخوف الدائم على مستقبل هؤلاء الأبناء، الشعور بالخجل...

انطلاقا من هذه النتائج توضحت لنا فكرة أكثر عن طبيعة الاضطرابات التي ممكن أن تعاني منها أمهات الأطفال المتخلفين عقليا.

ومن ثم استخلاص محاور المقابلات التي سيتم إجرائها على مجموعة الدراسة الحقيقية.

2- منهج الدراسة :

إن الشروع في انجاز أي بحث علمي لا يتم إلا بوضع منهجية ترشد الباحث إلى كيفية معالجة الإشكالية المطروحة في موضوع دراسته، لكن طبيعة هذه الأخيرة هي التي تفرض على الباحث إتباع منهجية معينة ، وبما أن طبيعة البحث الحالي تتناول موضوع الاضطرابات النفسية تم اختيار المنهج العيادي والاعتماد على دراسة الحالة والتي تسمح للباحث بالاهتمام المباشر بالفرد ومحاولة فهمه بشكل معمق، وهذا طبعا باستعمال الأدوات التي تسمح بذلك وهي المقابلة النصف موجهة والاختبار الاسقاطي، وقد تم اختيار اختبار الرورشاخ نظرًا للمميزات التي يتصف بها والتي تسمح بالكشف عن الصدمة والاضطرابات النفسية. وقد تم تبني التيار التحليلي لتفسير نتائج المقابلة النصف موجهة ونتائج اختبار الرورشاخ ضمن إطار الإشكالية المطروحة في البحث وفرضياته التي تنص على أن:

وجود التخلف العقلي عند الطفل يؤدي إلى إصابة الأم باضطرابات نفسية.

3- مكان الدراسة:

تمت الدراسة بالمركز الطبي التربوي للأطفال المتخلفين ذهنيا الكائن بالمسيلة والذي تم افتتاحه خلال الموسم الدراسي 1992-1993، وتبلغ قدرة استيعابه 120 طفل، 80 منهم يتمتعون بالنظام الداخلي و 40 منهم يتمتعون بالنظام النصف الداخلي، ويتكفل المركز بالتخلف الذهني بمختلف درجاته ما عدى حالات التخلف العميق المصحوب بإعاقة حركية والتي تبدأ أعمارهم من 6سنوات مع قسم للتكفل المبكر من 3-6 سنوات، وتدوم فترة الإقامة بالمركز حتى سن 16 سنة.

4-زمن الدراسة:

دامت الدراسة الميدانية مدة 6 أشهر، حيث بدأت في شهر جانفي 2008.

5- مجموعة الدراسة :

تمت هذه الدراسة على أربع أمهات لأطفال متخلفين عقليا تم اختيارهم بمساعدة كل من الأخصائية النفسية والأخصائية الأرطفونية من الأطفال ذوي الإعاقة المتوسطة،وهذا ضمن الإمكانيات المتوفرة حيث تم استبعاد الحالات التي دخلت في سن المراهقة.

6- أدوات البحث:

6-1-الملاحظة : الخطوة الأولى في البحث العلمي وتعتبر من أهم خطوات البحث ،وهــي توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أوظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه.

شبكة الملاحظة : تم استعمال مجموعة مقاييس الشبكة انطلاقا من الفرضية المطروحة في البحث

6-2 – المقابلـــة: وهي الوسيلة التي يتم بموجبها جمع المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة على تساؤلات بحثه واختبار فروضه. (عبد الهادي ،ن أ، هــ 2006، ص 76) .

تم استخدام المقابلة النصف موجهة وذلك لأنها الأنسب لنوع الدراســة التــي نحــن بصددها فحسب (Benony , M , 1999). «يقترح الإكلينيكي دليل المقابلة بحيــث يعتمــد على بعض الأسئلة التي يرى أنها تتعلق بتدخلاته والتي لا يطرحها بشكل ترتيبي وإنمــا في الوقت الذي يتناسب مع المقابلة ومع ترابطها بالموضوع، كذلك في هذا النــوع مــن المقابلة يطرح الإكلينيكي سؤال لكي يترك حرية الكلام للعميل ، فمــا يطرحــه يعتبــر كمحطة من خلالها يدور حديث العميل كذلك في هذه المقابلة هناك نوع من عدم التوجيه بحيث تترك الحرية للعميل في التعبير الحر لكن في إطار الموضوع المعالج الذي يخــدم أهداف البحث».

وقد قمنا بتقسيم محاور المقابلات التي أجريت مع مجموعة الدراسة كالآتي :

المحور الأول :

يهدف هذا المحور إلى جمع المعلومات المتمثلة في البيانات الشخصية لكل مــن الأم والطفل المتخلف ذهنيا .

-**بالنسبة للأم:** السن، المستوى التعليمي، المهنة، عدد الأولاد، مهنة الزوج ظروف الحمــل، وهل كان حمل مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه، ظروف الولادة، زواج أقارب أم لا.

- **بالنسبة للطفل:** السن، الرتبة بين الإخوة، تشخيص الطبيب ، وجود اضطرابات اخرى.

كذلك قمنا بجمع معلومات من طرف كل من الأخصائية النفسانية والأخــصائية الارطفونيــة لمعرفة الحالة النفسية للأطفال هذا لفهم نوع العلاقة مع الأم كذلك معرفة مدى تكيف الطفــل واكتسابه الاستقلالية في النظافة، اللغة وبالتالي معرفة نوع الحماية لهذه الأم هل هي مفرطة

أم هل هناك رفض لهذا الطفل، وان كان يعاني من بعض الاضطرابات المشتركة أم لا، كذلك حاولنا التعرف على طبيعة العلاقات التي تربط الأمهات بالمركز هل هن من المتعاونات، المترددات على المركز، هل هذه العلاقة سيئة، عادية، حسنة، هل هن من المهتمات بتطوير مكاسب النمو لأطفالهن أم لا، وأي معلومات أخرى تساعدنا أكثر في الوصول إلى المعلومات التي تدعم الدراسة (الإطلاع على الملفات الطبية وتاريخ الحالة للأطفال المصابين).

المحور الثاني :

يتعلق بكيفية اكتشاف حالة الطفل وآثار ذلك على الأم للحصول على تداعيات الأفكار للأمهات لاستنباط الحالة النفسية للام ، نوع الاستجابة التي ظهرت عند الأم نتيجة تشخيص الإعاقة كحدوث الصدمة النفسية والآثار الناجمة عن هذا الحدث على حياة الأم من خلال السؤال المفتوح :

كيفاش عرفتي الحالة انتاع ابنك(ة) وكيفاش كانت حالتك ذاك الوقت ؟

المحور الثالث :

يتعلق بالتغييرات التي تسببت فيها حالة الطفل هذه من تقليص للنشاطات العلاقات مع المحيط، أي في ما يخص إعادة تنظيم حياة الأم بعد إصابة ابنها (ابنتها) بالتخلف العقلي من خلال السؤال المفتوح :

احكيلي كيفاش وليتي عايشة حياتك مع الحالة انتاع ابنك(ة) أو لا كشما تبدل فيها ؟

المحور الرابع :

يهدف هذا المحور إلى فهم كيفية رؤية هذه الأمهات للمستقبل مع وجود هذا الطفل المصاب لمعرفة إن كان هناك إحساس بالعبء الراجع للتخلف العقلي وكذلك المسؤولية الملقاة على كاهلهن نتيجة ذلك ، هل هذا الموضوع تم تجاوزه مع الوقت أم لا يزال يشكل خطر وتهديد لكيانها لا يمكن تجاوزه ؟ من خلال السؤال المفتوح:

كيفاش راكي تشوفي في المستقبل ؟

6-2-1 تحليل المقابلات :

انطلاقا من المعلومات التي تم جمعها واعتمادا على طريقة التحليل الإكلينيكي الكيفي الذي يتم من خلاله تجزئة نص المقابلة إلى مواضيع مسيطرة، لمعرفة كيفية ربطها ، في أي وقت ظهرت، كيف كان التعبير، التصورات، عمل ميكانيزمات الدفاع . التحليل يشمل الكلمات، الملاحظات، الإيماءات ، الإشارات ، للبحث عن الدلالة الغير مباشرة للكلمات والتعليقات وكل ما يصدر عن هؤلاء الأمهات ومحاولة ربطها مع إشكالية و فرضيات الدراسة .

وهذا العمل يتطلب شرح واستثمار المحتوى الكامن والشكلي انطلاقا من معالم موضوعية تحويها العبارات. (Guittet , A , 2002 , p75)

كذلك نعتمد في هذا التحليل عن المعلومات التي تم جمعها عن الحالات وعن الأطفال المصابين وذلك لتدعيم ما تم التعبير عنه في المقابلات .

6-3- اختبار الرورشاخ :

اكتشفه هرمان رورشاخ سنة 1920 وهو اختبار لبقع الحبر والذي يسمح ليس فقط بدراسة الخيال وإنما الحصول كذلك على تشخيص نفسي لشخصية الطفل، المراهق، والراشد حساسيته سمحت بالتحري عن العلامات المخفية وإظهار ما لم يتم كشفه بالملاحظة والمقابلة، التعرف على علامات المرض المتطور أو العكس على نمو محتوى مرضي كامن مقلق .
(Chabert , C , 1998 , p47)

وهو من أهم الأساليب الإسقاطية في تقييم الشخصية لأنه يعتمد على أسلوب تداعي الأفكار وهو مؤلف من عشر بطاقات لبقع حبر بعضها ملون اختارها هرمان رورشاخ .

خمس بطاقات منها تحتوي على درجات مختلفة من التظليل، بطاقتان تحتويان على اللونين الأسود والأحمر، ثلاثة تتكون من ألوان متعددة عدى الأسود.
(عطوف، م ب، 1986، ص585) .

و الرورشاخ يعمل على كشف جوانب الحياة العاطفية والنضج الفكري كما يبين طبيعة الصراعات والأضطرابات النفسية وحسب (Schafer) الرورشاخ اختبار يكشف الخيال الشخصي ويوقظ السيرورات الإبداعية للشخص للخصائص المذكورة أعلاه.

ولهذه الدوافع تم اختياره في هذه الدراسة لتأكيد وتدعيم النتائج المتوصل إليها في المقابلات، وهو يعتبر من انسب الوسائل التي تساعد على الكشف عن الاضطرابات والصدمات النفسية وهذا للتحقق من الفرضية المطروحة في هذه الدراسة.

الفصل الخامس

عرض و تحليل الحالات

الحالة الأولى: أم و

1-المقابلة:

1-1 تقديم الحالة:

الأم:

الإسم: ح ع

السن: 39 سنة

المهنة: شبكة إجتماعية

المستوى التعليمي للأم : ثالثة ثانوي

عدد الأولاد : 3 إناث و ذكر 01

رتبة الطفلة : الثالثة

زواج أقارب

الحمل: مرغوب به

ظروف الحمل: عادية

الولادة: في أوانها ولادة عسيرة

نوع العلاقة بالطفلة: عناية كبيرة

الطفلة:

السن : 11 سنة .

الرتبة : الثالثة.

تشخيص الطبيب : تخلف عقلي مع تأخر نفسوحركي مهم .

1-2 ملخص المقابلات :

بدت هذه الأم جد متعاونة تقدم معلومات بدون أي تحفظات تتكلم والدموع ترغرغ عينيها فهذه الطفلة اكتشفت إعاقتها من الولادة ، فالإضافة إلى التخلف العقلي لديها مشاكل نفسوحركية ، تشوه في الأسنان هذا ما جعل إعاقتها واضحة و ما سبب للام معاناة كبيرة فهي لم تتحمل هذه الصدمة فلقد صرحت بأنها عانت من حالة إكتئاب أدت بها إلى شرب الأدوية المهدئة و إنسحاب من الحياة الاجتماعية، حيث أنها أهملت نفسها عدم الاستحمام، عدم مشط الشعر، ارق و تستعمل دواء من أجل النوم فهذه الأم استجابت إستجابة حادة للصدمة، لكن تقول بفضل مساعدة الأهل لها والزوج خاصة، التكفل الطبي تخلت عن شرب الأدوية المهدئة، و عبرت عن تقبل الحالة بكلمة "الحمد لله" وهذا من أجل إظهار حالة التكيف مع الوضع ، لكن يبدو أن هذا التكيف سطحي فهي الآن تعاني من ضغط دموي ترفض الإنجاب بالرغم من طلب الزوج منها ذلك وخاصة عند ما أنجبت الطفلة الثانية وهي كذلك معاقة بعد 05 سنوات من ولادة الحالة، ولأن هذا يدخل في المكتوب وحسب الزوج هي الآن في حالة بحث دائم عن سر الإعاقة فهي تذهب إلى الكشف الطبي بشكل مستمر لمعرفة سبب هذه الإعاقة و إن كانت مصابة بأي مرض وراثي أدى إلى إنجاب الطفلتين المصابتين بهذه الإعاقة، مع مرور السنوات فلقد سبب لها هذا الوضع تغيير دائم في حياتها كأنه حدث عجز دائم فلقد صرحت لنا أنها قلصت أعمالها المنزلية ولم تعد تهتم لها كما في السابق بالبيت تذهب بابنتيها إلى منزل أهلها لكي يتسنى لها الخروج لتنفس عن حالتها، تحصلت على عمل حتى وإن لم تكن وظيفة ذات دخل مهم فهي فقط (شبكة اجتماعية) العمل فقط من اجل التسلية وتمضية الوقت علما أن الزوج يملك محل للتصوير وهي رغم إعاقة ابنتيها فهي غير مستسلمة لذلك كأنها ترفض هذه الإعاقة وتريد تغيير هذا الواقع، فهي تتردد كثيرا على كل من الأخصائية الارطفونية والنفسية بالمركز وخارجه للاستفهام والرغبة في التحسين وتبذلا مجهودا كبيرا لمحاولة تعليمها اللغة وأمور أخرى، وإلى حد الآن رغم تأكدها من الإعاقة فهي تريد أن تعمل لها مخطط المخ ما يفسر لنا الرفض الدائم لهذه الإعاقة رغم تصريح الأطباء والأخصائية الأرطفونية بأن إمكانياتها محدودة في ذلك، فهذا الجرح النرجسي الذي لم يلتأم مع مرور الوقت فالأم في حالة بحث دائم عن العلاج والترميم لكن بدون جدوى، وأمام هذا العبء الكبير الذي تحس به الأم ومحاولة إستدخال الأمور من خلال عمل مقارنة لحالتها بمشاكل أخرى تعاني منها أمهات أخريات، لا تريد أن يقال عليها مسكينة، رفض

الشفقة، تعيش في الحياة و ليس لديها تصور أو ترفض أن تفكـر فـي المـستقبل، حيـث صرحت لنا راني عايشة هكذا وخلاص وفي الأخير صرحت بأن الأمر صعب جداً تكلمت وهي تحاول حبس دموعها.

1-3-تحليل المقابلة:

حسب المعلومات التي جمعناها من المركز والملاحظات على الأم والطفلة وكذا مـن خلال الاطلاع على الملف الطبي للطفل سبب المشكل، هذه الأم جد متعاونة تحـاول دائمـا التكيف مع إعاقة ابنتيها عن طريق الاتصال الدائم بالمركز وطلب أكبر عدد من المعلومـات من المهنيين، و بذل مجهودات في المنزل لتحسين حالة هذه الطفلة، و كـذلك أختهـا التـي ولدت معاقة لكنها لم تدخل إلى المركز بعد، ودائما تشعر أن ابنتها لا تحرز إلا نمو بطـيء جدا الذي هو في الحقيقة العلمية الخاصية التي تميز التخلف العقلي، لكن رفض الإعاقة يدفع الأولياء إلى محاولة تحميل الأطفـال المعـاقين مـا لا يطيقـون حيـث تقـول المحللـة النفسانية Korff-Sausse في هذا الصدد :"يفقد والدي الأطفال المعاقين أي تلقائية فأحيانا هـذا الطفل سيعمل على جعل كل وضعيات الحياة اليومية إلى مشاهد تأهيل"

(Korff- Sausse, 1995, p44)

فالإعاقة الواضحة لهذه الطفلة من خلال تشخيصها مباشرة بعد الولادة و تأخر نموها النفسو حركي ،شذوذ الأسنان، ونقص النظر جعل الأم تعيش حالة إكتئاب حاد، بعد الصدمة التي حدثت لها بعد اكتشاف الحالة، حيث صرحت الأم أنه تم علاجهـا بواسـطة الأدويـة المهدئة المقدمة من طر ف الطبيب كاستجابة حادة لهذه الصدمة كما أشـار لـذلك ابـراهيم كمال مرسي:

"إن بعض الأولياء شعروا بالصدمة والخوف والغضب والذنب والحزن والإنكار دفعة واحدة".(مرسي. ك. م، 1996، ص 235)، ورغم من تعبير الأم عن تقبلها الآن لحالة ابنتها وتكيفها مع الوضع لكن اتجاهها للمعاينة الطبية المتواصلة للكشف عن أسباب الحالة، وتخوفها مـن الإنجاب مرة أخرى وخاصة عند ما ولدت طفلة أخرى معاقة أدى بها إلى سـلوك التجنـب الناجم عن الخوف من إنجاب أطفال معاقين آخرين، والتشكيك المتواصل في الحالـة رغـم وضوحها بإعادة عمل مخطط المخ ما يفسر لنا الجرح النرجسي الذي تعرضت له هذه الأم والذي لم يلتأم مع مرور الوقت ورغبتها المتواصلة في تغيير هذا الواقع أي عدم تمكـن الأنا من استدخال الواقع والتكيف معه، فحسب Korff-Sausse: "صدمة اكتشاف طفل معـاق

لها أثر تحطيمي و تتسبب في إصابة مفتوحة على مستوى النفس والتي تستدعي وبدون توقف وبشكل عبثي، إعادة التشكيل فهي سيرورة غير منتهية للجرح، فشل الميكنزمات الدفاعية المعتادة لا شيء كالمعتاد ، لا يوجد ميدان في الحياة الشخصية للوالدين لم ينقلب كل شيء يحمل معنى آخر فالإعاقة تزلزل معالم الهوية و النسل".

(Korff Sausse s, 1995, p p 45-46)

ما يفسر التغير الذي حدث في الحياة العلائقية للأم كذلك و التخوف من الإنجاب رغم طلب الزوج، محاولة البحث عن اهتمامات خارجية من خلال خروجها للعمل رغم الدخل الضعيف الذي تحصل عليه وحجم المسؤولية الملقاة على عاتقها، رفض تصور المستقبل وفقدان الأمل فيه (فقدان المعالم) ما يميز الشخص المصدوم والمضطرب" عايشة هكذا وخلاص"، والتصريح المباشر بأن الأمر صعب جداً ما يوضح لنا أن الأم لم تتكيف مع الواقع إلا تكيف سطحي، وأن حالة الاكتئاب لازالت موجودة متجددة وواضحة من خلال الحزن الدائم الذي أوضحته لنا نبرة صوتها والدموع التي رافقتها خلال حديثها ما يفسر عدم القدرة على التحكم ونقول أن هذه الأم في الأخير لم تتمكن من التكيف حيث كشفت لنا عن عدم تقبلها لهذا الوضع المؤلم والشعور بالقلق والخوف من المستقبل المجهول وصعوباته .

2-إختبار الرورشاخ

2-1 البسيكو غرام

15=R

متوسط زمن الإستجابة : (T/R = 1 د و 8 ثا

ك = 13	ك%= 86 %	
ج= 2	ج%= 13.33 %	
جت= 1	ب = 1	ب%= 20 %
ش+ = 09	(ب) = 1	
ش- = 1	ب جــ = 1	
مج ش = 10	حيــ= 7	
ش%= 66.66 %	(حيــ) = 2	حيــ%= 60 %
ح ب = 1	د م = 01	
ح حيــ = 6	نار = 01	
	نبات= 02	
ل = 1	شيء= 02	
ل ش =1	تجريد =1	
ش فق= 1		

نمط الخبرة

ج ب < مج ل = $\frac{1}{3}$ منبسط

شاء = 4	شاء%= 27 %

صدمة= في 07 بطاقات

تناظر 1

عدد ل %= 33 %

رفض =3

معادلة القلق:= $\frac{\text{(ب ج + تشر + دم + جنس + نار) X 100}}{\text{عدد الإستجابات}}$

نسبة القلق= 20 %

علامات الصدمة:

- إنخفاض إنتاجية المفحوصة
- وجود أشكال سلبية ش-
- عدم وجود استجابات لونية في البطاقات الملونة VII، IX،X
- استجابات غريبة طفلية
- استجابات تعبير عن مشكلة المفحوصة خوف ، حزن و قلق

2-2 ملخص البروتوكول :

أعطت هذه الأم فقط 15 استجابة هذا ما يدل على إنتاجية ضعيفة في زمن 17 دقيقة و 34 ثا و التي قد تكون علامات كف انفعالي وأحد علامات الاكتئاب. نلاحظ أن هذه المفحوصة اكتفت بالشموليات و هذا من خلال نسبة الاستجابات الكلية و التي بلغت 86 % وهي نسبة جد مرتفعة، وعدم الخوض في التفاصيل وهذا ما توضحه نسبة الاستجابات الجزئية حوالي 13 % ومع وجود إستجابة تخلفية التي تعتبر علامات مرضية تدل على الخوف و نقص الاطمئنان، غياب استجابات الفراغ الأبيض والجزئيات الصغيرة هذا يعني أن المفحوصة تتعامل بأسلوب صلب غير مرن فهي "تعاني من كف إنفعالي و صراع ضد ظهور الحياة الداخلية في الواقع الخارجي وهروب من الواقع " حسب (Chabert,1998,p,69) سيطرة المحددات ذات الطابع الشكلي بنسبة 66% وهي نسبة مرتفعة مما يدل على قدرة على الإرصان النفسي والتكيف مع الواقع الخارجي وحسب Chabert " محاولة إخفاء الحياة النفسية و الشخصية مع فقدان التعامل التلقائي مع المحيط و مع الذات، او ميول اكتئابية" (نفس المرجع ، ص 71) ووجود ش- الذي يدل على الانزلاق و الإخفاق في التعامل مع الواقع.

أما بالنسبة للحركة فكانت معظمها حيوانية ما يدل على "ميول طفولية و كذلك تدل على انطواء و توقف انفعالي وكذا تسهيل التعبير عن الصراعات".

(نفس المرجع السابق، ص 75-76)

مع وجود حركة بشرية واحدة في البطاقة IX كمواجهة المفحوصة لنفسها . أما بالنسبة للإستثارات الحسية والتي تعبر عن قدرة المفحوصة على ربط علاقات مع الآخرين لوحظ وجود استجابات لونية متعددة، وجود ل محض والذي يدل على اندفاعية و ل ش والتي توحي بالانفعالية في محاولتها للتكيف مع وجود ش ل التي تبرز إمكانيات المفحوصة في ضبط الانفعالات، وهذا ما يفسر النسبة العالية للاستجابات الشكلية مع احتواء بروتوكول

المفحوصة على استجابة أكروماتيكية والتي هي تعبير عن الحزن بشكل قوي و التي جاءت كحاجة للتعبير عن رغبه في التنفيس عن عواطف حزينة اكتئابية، وعن القلق الذي يظهر واضحا في رفض المفحوصة لعدد من البطاقات وكذلك من خلال معادلة القلق. والتي كانت نسبتها 13% وهي نسبة تعبر عن قلق كبير، وهذا القلق عبرت كذلك عنه المفحوصة خلال مدة الاختبار من خلال إبعاد بعض البطاقات والتعليق في بعض الآخر عن شعورها بالخوف والقلق بسبب المنبهات التي سببتها مادة الاختبار والتي سمحت بعودة المكبوت.

أما بالنسبة لنمط الرجع الحميم الذي جاء منبسط (حب> مج ل) والذي يمثل ميول المفحوصة لمحاولة التنفيس عن الحياة الانفعالية الداخلية ومحاولة إيجاد توازن وكذلك السيطرة على القلق الذي تعكسه الاستجابة ش فق والتي تؤكد لنا الاكتئاب الذي تعاني منه المفحوصة .(Chabert, 1998, p 79)

أما بالنسبة للمحتويات فغلبت عليها المحتويات الحيوانية بنسبة 60% وهي نسبة جد مرتفعة بالنسبة لراشد سوي، بينما البشرية فكانت حوالي 20 % و هذا ما يدل على قولبة الفكر ،و وجود استجابات دم و نار التي تدل على وجود اضطراب انفعالي ونقص في مراقبة الحياة الانفعالية خاصة العدوانية الذي تؤكده كذلك الاستجابات ش – و استجابة شيء حاد (سلاح) و التي تؤكد العدوانية والشعور بالتهديد والخطر، واستجابات نبات التي تؤكد نقص النضج الإنفعالي للمفحوصة والطابع النكوصي الذي ربما يعني محاولة هروب المفحوصة من الواقع المؤلم الذي تعيشه.

أما بالنسبة للاستجابات الشائعة و التي كان عددها 4 والتي تبين انه رغم الصعوبات التي تعيشها إلا أنها مازالت منتمية للواقع الاجتماعي.

أما بالنسبة للاختبار التفضيلي فقد اختارت المفحوصة البطاقتان رقم VIII،X

VIII و ذكرت أن هذه البطاقة لم تخفها لأنها فقط تعتبر لعبة نتاع الأولاد وأنها في الأخر لعبة و لأن ألوانها زاهية " وما تقلقنيش " "ومتخوفنيش".

وكذلك X لأن ألوانها تعجبني وارتاح لها هذا ما يدل على الاتجاه نحو الانبساط والرغبة في التخلص من القلق والخوف الذي يحاصر المفحوصة .

أما بالنسبة للبطاقتان المكروهتان فهي رقم II وهي بطاقة العدوانية والتي أظهرت فيها المفحوصة بشكل صريح الشعور بالعجز الكامل في عبارة "كلي إنسان تقصو أجنحته كلي

كان بقوته وراحت تلك القوة اي الصح كلو راح" الذي يبين ما سببته الإعاقة وهذا ما أدى إلى انفجار العدوانية حيث سجلت في هذه البطاقة صدمة اللون الأحمر.

أما بالنسبة للبطاقة رقم VII والتي تمثل بطاقة الأمومة، وفي غياب الحركة الأنثوية فهذا يعني تأثر المفحوصة بالعلاقة أم الطفل ودليل وواضح يعكس اضطراب العلاقة أم طفل من خلال استجابة العنكبوت الذي هو دليل على الأم الشريرة، والذي يؤكد الشعور بالذنب اتجاهها كأم نحو إعاقة ابنتيها وتخوفها من ذلك رغم الدفاع المحكم التي تحاول التحكم به في الوضع بقولها لكنها صغيرة " ما متخوفنيش"

وفي الأخير نقول أن هذا البروتوكول يعكس لنا بشكل واضح الصدمة التي تعاني منها المفحوصة التي اعيد تنبيهها بمادة الاختبار وما تعكسه الاستجابات المنخفضة للمفحوصة ووجود إدركات ناقصة (ش-) وصدمات اللون الأحمر والأسود واللون وعبارات هذا مخيف ، قلقوني و إبعاد البطاقات ورفض بعضها.

(سي موسى، 2002 ،ص 124).

كذلك غياب الاستجابة الملونة في البطاقات الملونة الذي يدل على الخوف من الشحنات الوجدانية وعدم القدرة على التعامل معها، الاستجابات الكلية التي توحي بالكبت الشديد وبروز القلق والرغبة في التخلص من الوضعية، الدفاع ضد بروز التصورات والعواطف المؤلمة التي يصعب التحكم فيها هذا ما يؤكد لنا التثبيت على الصدمة وتنشيط الذكريات الصدمية التي سببها الاختبار .

أما بالنسبة للمعاش الاكتئابي فقد ظهر واضح من خلال:

علامات الاكتئاب:

- ارتفاع زمن البطاقات
- وكذا زيادة الاستجابات الحيوانية
- وقلة الاستجابات الإنسانية والحركية الجامدة والقولبة الفكرية
- التعبير الصريح عن الحزن
- والاستجابات فق وصدمة الأسود هذا اللون الذي يعبر عن الحزن والبؤس .

3- تحليل عام للمقابلة على ضوء نتائج الرورشاخ

تعرضت الحالة للصدمة النفسية مباشرة بعد ولادة ابنتها مما تسبب في حالة اكتئاب حاد شفيت منها ... بالعلاج الطبي وبما أن الإعاقة العقلية حالة غير قابلة للشفاء و نظرا للخصائص التي يتميز بها الطفل المتخلف عقليا، فحالة شفاء الأم لم تتم بشكل نهائي بل فقط تم زوال الأعراض الظاهرة للاكتئاب أي هناك تثبيت على الصدمة، ومن انعكاساته سلوك التجنب الذي يتميز به الشخص المصدوم تجسد في الرغبة بعدم الإنجاب دامت خمس سنوات وهذا ما تؤكده نتائج الرورشاخ المتمثلة في الكف الإنفعالي والكبت وظهورا لقلق والخوف بسبب إعادة تنشيط اختبار الرورشاخ للصدمة، هذه الصدمة التي مست الأم في هويتها وشكلت لها حرج نرجسي من غير الممكن إعادة التئامه، وهذا ما تؤكده لنا نتائج الرورشاخ المتمثلة في الخوف ونقص الاطمئنان، وظهور سلوكات طفولية نكوصية نتيجة الشعور بالعجز الذي سببته هذه الصدمة خاصة مع تكرار الحدث بميلاد طفلة ثانية مما عمق هذا السلوك الدفاعي (النكوص) كمحاولة للهروب من الواقع المؤلم، كما أوضحته لنا نتائج الرورشاخ في تعبير المفحوصة "واحد وتقصو أجنحته أي الصح كلوز راح"، وكذلك الميزاج الحزين والرغبة في البكاء خلال المقابلات الشيء الذي تم أيضا التعرف عليه من تحليل استجابات الرورشاخ في ظهور علامات الاكتئاب والانطواء والحزن والخوف نتيجة هذا الواقع الصدمي المؤلم، وكرغبة في التنفيس عن حالتها تماما كما يفعل الاشخاص المصدومين في البحث عن التعويض سعت الحالة إلى محاولةإستثمار العالم الخارجي المتمثل في العمل والرغبة في تمضية الوقت بعيدا عن المشكل كذلك ظهر هذا في نتائج اختبار الرورشاخ في نمط الرجع الحميم المنبسط، وما ميز كذلك الاضطراب والصدمة عند هذه لحالة هو الشعور بالذنب الذي نتج عنه اهتمام مفرط بالطفلة المعاقة، ومحاولة مستمرة لتحسين حالتها والاحتكاك الدائم بالمركز لمتابعة حالتها بالرغم من التأكد من الإعاقة ترغب الحالة في عمل مخطط المخ ما يفسر لنا عدم القدرة على استثمار العلاقة أم طفل بسبب الإصابة هذا أظهرته نتائج الرورشاخ في اضطراب العلاقة أم طفل، ونظرا لميلاد طفلة أخرى معاقة هذا ما زاد التثبيت على الصدمة وظهورا لاضطرابات، وصعوبة الإستقلاب النفسي والذي كذلك تبين في الصدمات التي أظهرتها لنا استجابات الرورشاخ، وكذلك سلوك

الاندفاع والعدوانية التي تعتبر كأعراض للقلق والاكتئاب، ولأن هذه الإصابة تعتبر فقدان لمعالم المستقبل فهذا الجانب عبرت عنه الحالة بسلوك تجنبي تمثل في عدم الرغبة في تصور الأمور و حتى التفكير فيه الأمر الذي أبرزه اختبار الرورشاخ في الشعور بالتهديد والخطر.

4-النتيجة العامة

يتضح لنا من خلال الملاحظة ومحاولة تحليل نتائج المقابلات مع نتائج الرورشاخ أن نستخلص أن هذه الحالة تعرضت لاستجابة اكتئاب حادة نتجت عن صدمة إنجاب الطفلة المعاقة، ورغم الشفاء الطبي للحالة من الأعراض الاكتئابية إلا أن نتائج الاختبار والمقابلة كشفت لنا مواصلة معاناة الحالة من مظاهر الصدمة النفسية والقلق والاكتئاب.

الحالة الثانية: أم س

1- المقابلة مع "أم س"

1-1تقديم الحالة :

الأم :

السن : 46 سنة

المستوى التعليمي : 3 ثانوي

المهنة : ماكثة بالبيت .

عدد الأولاد 05، 02 ذكور ، 3 إناث .

ظروف الحمل ، نزيف في 03 أشهر الأولى .

حمل غير مرغوب فيه .

الولادة : بعد أوانها بأسبوع .

حوادث اعترضت الجنين أثناء الولادة: ازرقاق مع اختناق.

زواج أقارب

الطفلة :

الإسم : س.

السنة : 11 سنة

الرتبة بين الإخوة : الرابعة.

تشخيص الطبيب: عدم اكتمال المخ، صرع .

2-1 ملخص المقابلات :

هذه الأم تحضر للمركز كل ما تمكن ذلك أومن خلال استدعاءها، تسعى جاهدة محاولتا مساعدة ابنتها لكنها حسب رأي كل من الأخصائية الأرطفونية والأخصائية النفسانية تحيط ابنتها بحماية مفرطة فلقد تأخرت هذه الطفلة في الانفصال عن الأم لدرجة اضطرار الأم أحيانا البقاء معها في المركز ومع تدخل الأخصائية النفسانية تمكنت هذه الطفلة بعد فترة حوالي السنة من الانفصال عن الأم والبقاء في المركز لوحدها لكنها إلى يومنا هذا لا تتحكم في النظافة ....

غير مستقلة في الأكل ذكرت الأم أنها في البداية كانت تعتقد أن تخلف ابنتها بسيط وأنها فقط تعاني من مرض عضوي وسيشفى مع الوقت فلقد تأخرت ابنتها عن المشي وعند ما راودتها الشكوك اخذتها للطبيب الذي لم يرد أن يصدم الأم وقال لها أن لديها فقط تأخر بسيط، بينما أخبر الأب عن حقيقة إصابتها والذي بدوره أخفى عنها هذه الحقيقة حيث صرح بأنها ناقصة شوية فقط وأنها ستشفى بالعلاج.

حاولت الأم إدخال ابنتها المدرسة وعندما رفضت يئست من ذلك وأدخلتها المركز، وحسب هذه الأم انها عرفت حقيقة إعاقة ابنتها فقط عندما سمعت ذلك من طرف الأخصائية النفسانية للمركز والمرة الثانية في بيت والدها من طرف ابن أخيها الذي اشار إليها بأنها معاقة، هذه الحادثة سببت للأم ألم كبير وبكاء متواصل لا زالت تتأثر بالحادثة إلى يومنا هذا فلقد ترغرغت عيناها أثناء الكلام عن هذه الحادثة لكنها حاولت اللجوء للدين لكي تحاول تقبل الموضوع وعلى أثر ذلك ذكرت لنا الأم أنها مرضت عدة أيام وهذا خاصة عندما تعقدت حالة البنت بتعرضها لنوبات صرع حادة .

هذا أدى إلى تغييرات في حالة الأم، فلقد ذكرت لنا أنها أصبحت لا تخرج كثيرا بسبب تعرضها للحرج نتيجة سؤالهم عن حالة ابنتها " واش راهي بنتك المريضة " دون سؤالهم لها عن باقي أفراد الأسرة، حتى إلى بيت الأهل التي أحست هي أنهم تضايقوا من حالة ابنتها خاصة من ناحية التبول، وصرحت كذلك هذه الأم عن تراجع اهتمامها ببيتها حيث قالت أنها قلصت أعمال البيت لتكثيف اهتمامها بالبنت والسهر عليها أما بالنسبة لرؤيتها للمستقبل فإن الأم جد متخوفة عليها وتعاني من قلق كبير حول مصير هذه الطفلة وخاصة موضوع التعدي الجنسي عليها رغم الحماية المفرطة التي تحيطها بها والمرافقة الدائمة لها عدا أثناء تواجدها بالمركز وتشعر بحزن كبير وقلق حول من يهتم بها بعد موتها وزواج أختها.

3-1 تحليل المقابلة :

لتدعيم النتائج المتوصل إليها تم جمع معلومات من الملف الطبي وتاريخ الحالة وملاحظة الحالة وكذلك الطفلة المصابة

عاشت هذه الأم المقابلات بتأثر كبير ورغم أنها في البداية لم تكن تصدق اعاقة ابنتها رغم وضوح معالم التخلف عليها، حيث اعتبرت أنها فقط حالة مرض في الحنجرة وسيشفى هذا ما يفسر محاولة ادخالها المدرسة بالرغم أنها لم تكتسب اللغة والنظافة إلا أن الرفض الشديد للإعاقة جعلها تتمسك بالأمل الذي بثه فيها الطبيب بالشفاء متناسية الإعاقة الظاهرة على ابنتها و الأعراض التي تعاني منها، حتى عند ادخالها المركز هذه الخطوة التي تعتبر اعتراف الأولياء بإعاقة أبنائهم إذ بقيت هذه الأم مواصلة رفضها وانكارهاهذا الموضوع حتى سماعها الصريح لكلمة معاقة في هذه الآونة تعرضت الأم لصدمة كبيرة وجمود حيث قالت أنها (تمسرت)، وفي هذا تقولKorff,Sausse " صدمة اكتشاف طفل معاق لها أثر تحطيمي " (Korff,Sausse, 1995,p45) هذا التصريح المعلن من طرف لأخصائية لحالة البنت و التي حاولت الام ابعادها عن تفكيرها وتمسكها بالأمل الذي بثه الطبيب فيها الآن أصبح حقيقة لا مفر منها مواجهة حقيقة مع الحدث الصدمي وهنا تضيف (Korff,Sausse)في هذا الباب " أمام التشخيص غير متحمل الأولياء يتجمدون عند اكتشاف الإعاقة "

(Korff,Sausse, 1995,p48)

هذا الحدث المفجر البعدي والذي أصبحت به الإعاقة ذات طابع رسمي فتح الباب لحالة حزن لدى الأم ، بكاء لمدة طويلة ، الإحساس بالمرارة والألم، وبما أن الحمل كان غير مرغوب به ما أدى الى شعور بالذنب هذا يدعوا بنا الى الإعتقاد بوجود اكتئاب لدى الأم كمخلفات للصدمة النفسية التي تعرضت لها وحالة ابنتها المتواصلة، وهذا مايفسر كذلك سلوك الأم المتمثل في الحماية المفرطة لهذه الطفلة كتكفير عن الذنب وكتعويض عن هذا الرفض.

بالإضافة إلى تقليصها إهتماماتها وسحبها تقريبا لبعض الليبيدوا من باقي أفراد العائلة للتركيز أكثر على هذه الطفلة المعاقة ربما كتكفير عن الشعور بالذنب الذي تحس به نتيجة عدم الرغبة في هذا الحمل وهنا يرى ستراك وسوليني ان امهات الأطفال ذوي الاعاقة يعانين من انفعالات تسمم بالحزن كما لو كان هذا الحزن ناتج عن حالة وفاة " .

(حلاوة م، س، 1998، ص 75).

اضافة إلى ذلك تخوفات الأم حول مصيرها بعد موتها وتزوج اختها والخوف من الاعتداء الجنسي عليها كتعقيد آخرمن تعقيدات الإعاقة ما يعني حالة من القلق الدائم تعيشه الام نتيجة ذلك وحزن عبرت عنه بشكل صريح من خلال التنهدات والبكاء هذا ما يفسر لنا ان هذه الإعاقة هي صدمة حقيقة للأم سببت لها اكتئاب لم يتم الترميم مع مرور الوقت، بل بالعكس أصبحت هذه الإعاقة مصدر تهديد دائم للأم خاصة عند مرحلة البلوغ و طرح المشكلة الجنسية حيث تقول "Korff,Sausse "تضج الطفل يسبب للوالدين حالة اكتئابية وقلق حول ماسيكون عليه بعدهم لعدم الكفاية .... والنضج الجنسي"

(Korff,Sausse, s ,1998 ,p59)

2- اختبار الرورشاخ :

2-1البسيكو غرام

R= 30 استجابة

(T/R) = 1د و 1 ثا

ك = 12 ك40 %

ج= 13 ج 43 %

جج= 4 جح 13 %

جت = 1

ش+= 14

ش- = 1

ش %= 46

حب = 5

حي جـــ =03

حجيـــ =5 مج حجي = 08

جغ = 1

ل= 1

ل ش = 5 مج ل 5/6

ل %= 40

ش ظ = 01

ش فق = 02

ب= 5 (ب) = 2، ب جـــ = 03

ب. %= 33.

حيـــ = 9 جحي = 04

نسبة حي% = 43

تشـــ = 01

جغ = 01

دم = 01

طبيعة = 01

نبات = 01

شيء = 01

لباس = 04

جنس = 01

نمط الخبرة = $\frac{5}{6.5}$

ح ب < مج ل منبسط

نمط الخبرة منبسط

معادلة القلق

ق = 20%

شائعة = 07

رفض = 02

صدمة = 04

تناظر = 01

تعليق = 01

الإختبار التفضيلي :

البطاقتان المكروهتان : VI القوة الجبروت و التسلط على الآخر

II دم ، الشجار ، القوة

البطاقتان المحبوبتان : III القبول و التسامح .

x ألوان زاهية، البحر .

VII الطفولة رمز البراءة ، الأرنب رمز الطيبة .

2-2 ملخص الحالة :

قدمت هذه الأم بروتكول يحوي 30 استجابة بمعدل 61 ثا للإستجابة كزمن مرتفع، نسبة الكليات 40% و هي نسبة مرتفعة عن المعدل المتوسط مما يعني وجود كف انفعالي وكبت في تناول شمولي للمواضيع، الدخول في التفاصيل بنسبة أكبر حوالي 43 % حسب (Charbert 1998) (استجابات كلية تعني تكيف صلب أو كف وصراع ضد الظهور الداخلي للواقع الموضوعي أو نتيجة عوامل الكبت) (Chabert, 1998, p 69)، وقد تعني كذلك هروب من الواقع هذا ما يؤكده الكف الصادر من خلال تعليقات الحالة (كم بطاقة بقيت) (وش اداني نشوف)..الخ. وهذا ما يفسر كذلك اعادة احياء الصدمة التي عاشتها الحالة بسبب مادة الاختبار، كذلك حالات الرفض والخوف والقلق الحاد الظاهر على الحالة خلال الاختبار، والصعوبات التي واجهتها في محاولة استكمال الاستجابات، محاولة الهروب من هذه

الوضعية الصعبة هذا ما يفسر اعطاء عدد كبير من الاستجابات في البطاقة الأخيرة بسبب السرور من انتهاء الاختبار.

استعمال للجزئيات الصغيرة كدفاع صارم وممكن كذلك أن تعبر عن حالة اكتئابية مع وجود استجابة تخلفيه و التي قد تكون علامة مرضية، إلا أنه يمكن القول أن هذه الحالة تتمتع بأسلوب معالجة نوعا ما مرن.

جاءت نسبة الاستجابات الشكلية أقل من النسبة المتوقعة (45%) و التي هي دلالة على انخفاض الضبط و مراقبة الحياة الانفعالية هذا ما تؤكده انفعالات الحالة خلال الاختبار والتعليقات حول الشعور بالخوف و القلق الحاد و الذي تؤكده كذلك النسبة المرتفعة المتحصل عليها من خلال معادلة القلق و التي كانت 20 %.

أما بالنسبة للحركة فنلاحظ أن الحركة الحيوانية أكبر من الحركة البشرية وهذا ما قد يفسر لنا طفولية عاطفية لدى الحالة، كذلك نلاحظ أن هناك صراع في مواجهة التمثيل الإنساني ما يفسر المشاكل الجنسية للحالة التي قد تكون تأثرت بسبب صدمة إنجاب الطفلة المعاقة بل نلاحظ أن هناك مشاكل بشكل كامل تظهر من خلال الارتباك و القلق الكبير الذي لوحظ على هذه الحالة في البطاقةIII، بطاقة التقمص وكذلك في البطاقة V بطاقة الذات والتي تعبر كذلك عن نقص التكيف مع الواقع نتيجة توقف انفعالي واضح لدى الحالة والمعبر عنه من خلال الرغبة في عدم إكمال الاختبار، ووجود عبارات (الشجار، صراع، افتراس، غير طيبة) ما يعكس لنا الصعوبات التي تواجهها المفحوصة في العلاقات والتكيف مع الواقع، وإدراك صورة الذات بعد هذه الإصابة النرجسية، ونلاحظ كذلك العلامات الاكتئابية التي تبرزها صدمة الظلال بسبب الكتلة السوداء.

أما بالنسبة لاستجابات الحالة على البطاقة VIII التي تمثل الأمومة نلاحظ أن هناك طفولية وتشوه في هذا الإدراك ، فبدلا من إدراك نساء جاءت الاستجابة طفولية (2 بنات) والجسم كشكل (أرنب) ما قد يفسر تزعزع العلاقة أم الطفل ومحاولة الهروب من هذا الدور العبء، حيث ذكرت الحالة أنهما (واقفتين على حجرة) معناه الخوف من الانهيار، أي عدم قدرة هذه الأم على تحمل هذا الدور الصعب ومواجهة هذه الصدمة، عدم القدرة على تجاوزها وبالتالي التكيف مع هذه الإعاقة و تقبل الواقع .

أما بالنسبة للاستثارة الحسية نلاحظ أن نمط الخبرة جاء منبسطا وكذلك حاولت الحالة إعطاء استجابات لونية في البطاقات اللونية (40%) كرد فعل دفاعي ضد الانطواء ومحاولة التغلب على الميول الاكتئابية التي تعاني منها، وجود تعليقات نقدية (ضحك) كرغبة في السيطرة على هذه الوضعية المنبهة للصدمة.

أم بالنسبة للمحتويات نلاحظ أن هناك تنوع كبير فيها مع ارتفاع في نسبة الاستجابات الحيوانية (43%) مقارنة بالاستجابات البشرية (33%) و الذي قد يكون ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الآخرين (سي موسى، زقار،2002، ص140)، وكذلك تدل على قولبة الفكروطفولية هذا ما تؤكده المحتويات الأخرى، نبات، طبيعة، اللباس، كحاجة للحماية والاختفاء من الآخرين والتي تعتبر كمحتويات ذات طابع نكوصي (Charbert, 1998,p81) كدفاع ضد الصدمة .

رغم ما تعانيه الحالة من صدمات وقلق حاد واكتئاب إلى أنها تحاول الإنتماء إلى الواقع وهذا ما تؤكده لنا الاستجابات الشائعة والتي عددها 4 .

أم بالنسبة للاختبار التفضيلي هو أيضا بين لنا الاضطراب المتمثل في الصدمة الذي تعاني منها الحالة من خلال البطاقة رقم IV التي استجابت لها بصدمة فق، و البطاقة رقم II صدمة الأحمر .

أما بالنسبة للباطاقتان المحبوبتان اختارت الحالة رقم X لأنها ذات ألوان زاهية و رقم VII كرمز للطفولة و الطيبة و البراءة كتفسير لتثبيت الحالة على مشكلتها المتعلقة بإعاقة ابنتها وتفاؤلها حول حلول ممكنة مستقبلا في تحسن ابنتها.

هذا البروتوكول يوحي لنا أن هذه الحالة ورغم مرور عدة سنوات على إعاقة ابنتها إلا أنها لم تتمكن من تجاوزها حيث تتوضح لنا الصدمة في عدة علامات:

- ارتفاع زمن الرجع، الرفض و تدوير البطاقات، وجود تعليقات نقدية، القلق الحاد والخوف، استجابات غريبة طفولية، عبارات كـــ (الرعب، مخيف ، قوي ، بشع) ، صدمة الدم.

و علامات الاكتئاب الذي تعاني منه الحالة من خلال :

- وجود استجابات ظل واستجابات فق، حركات مقولبة جامدة، رفض الأفعال وانكار كل حركة " كأنها ، كي شغل.." الخ.
- استجابة جت .

وكذلك علامات الضيق والقلق المرتفع .

3- تحليل المقابلة على ضوء نتائج الرورشاخ :

جاءت نتائج الرورشاخ لتأكد لنا نتائج المقابلات والملاحظة فتعرض الحالة "أم س" للصدمة النفسية كان واضح تمثل بداية في الإنكار و الرفض وعدم التصديق ، ثم المواجهة وجها لوجه للحدث الصدمي الذي أصبح حقيقة لا مفر منها من خلال سماع كلمة معاقة وظهور حالة من الجمود والتثبيط و الحزن العميق وشعور كبير بالألم النفسي، وهذا كذلك ما أظهره اختبار الرورشاخ الذي يعتبر مادة سمحت بإعادة إحياء الصدمة، من خلال القلق الحاد، رفض إكمال الاختبار، محاولة إخفاء مظاهر الصدمة بالضحك، محاولة الهروب والنكوص كدفاع ضد الصدمة.

هذه الأخيرة تسببت في حالة اكتئابية تمثلت في حزن المزاج، معاناة و آلم نفسي كبير ما بينه كذلك اختبار الرورشاخ في العلامات الاكتئابية، التثبيط، انخفاض في الليبيدو ومحاولة سحبه من عناصر العالم الخارجي (الزوج، الأولاد، أعمال البيت) لاستثماره في المشكل، وهذا ما تظهره لنا الحماية المفرطة لابنتها المصابة، كتغطية كذلك للشعور بالذنب (حمل غير مرغوب و زواج الأقارب)، ما أظهره كذلك اختبار الرورشاخ المتمثل في مظاهر الكف الإنفعالي، الكبت و المشاكل الجنسية وتزعزع العلاقة أم الطفل و عدم النضج، الطفولية العاطفية، في أسلوب معالجة هذه الأم ما يبرر سلوك الحماية المفرطة .

تمثل كذلك الاكتئاب في حالة من الانطواء وتقليص العلاقات الاجتماعية لهذه الام تمحورت في الامتناع عن الذهاب للمسجد وكذلك عدم الرغبة في الزيارات الكثيرة للأهل نتيجة الشعور بالخجل الناتج عن الإعاقة ومشاعر الحط من القيمة، والذي تجسد كذلك من خلال اختبار الرورشاخ في الهروب من الواقع، مشاكل التكيف مع الواقع ، سوء تقدير الذات، تجنب ربط العلاقات مع الآخرين، الحاجة إلى الحماية و محاولة الاختفاء.

هذه الإصابة مست كذلك المستقبل وبما أن التخلف العقلي يعتبر حالة يتعذر شفاؤها ونتيجة الخوف من النضج الجنسي لهذه الطفلة المصابة، أصبحت الحالة تعتبر المستقبل مصدر تهديد نتيجة هذا العبء الذي تحمله ما سمح بظهور قلق وخوف كبيرين الشيء الذي تؤكده نذلك نتائج اختبار الرورشاخ من خلال ظهور دفاعات النكوص، الكبت، القلق الحاد، كعناصر مهمة تميز الاكتئاب ،القلق والخوف من المستقبل.

2-1-3 النتيجة العامة :

من خلال الملاحظة و تحليل كل من المقابلة وتفسير نتائج الرورشاخ و محاولة الدمج بينهما نستنتج أن هذه البنت المصابة بإعاقة عقلية سببت لهذه الأم صدمة نفسية نتجت عنها حالة اكتئابية تتجدد في كل مرحلة نمو، وأدت إلى شعور بالقلق على المستقبل نتيجة الشعور بالتهديد حول كفالة ابنتها و المسؤولية التي تشعر بها هذه الأم بسبب هذه الإعاقة العقلية .

الحالة الثالثة: أم أش

1 -المقابلة مع أم. أش

1-1 تقديم الحالة

الأم:

السن : 27 سنة

المهنة : ماكثة بالبيت.

مهنة الزوج : معلم .

عد الأولاد 02 ذكور ، 01 أنثى .

ظروف الحمل : مرغوب–مع شعور بالتعب والوهن.

الولادة عادية.

الطفلة المعاقة :

الاسم : ش

تاريخ الدخول إلى المركز: 2008/25/25.

السن : 10 سنة.

الرتبة : البكر.

تشخيص الطبيب : نقص نمو المخ، صعوبة التناسق، صرع.

1-2ملخص المقابلة :

أم هذه الطفلة المصابة هي شابة جميلة جدا، ترغب في مساعدة ابنتها حسب الأخصائية الارطفونية والأخصائية النفسانية، إن هذه الطفلة رغم سنها إلى أنها إلى يومنا هذا لم تكتسب النظافة ولا اللغة ولو لغة بسيطة فهي تعرف بعض الكلمات فقط، تعاني من سيلان اللعاب من فهما تحاول لفت انتباه الآخرين، وجلب اهتمامهم، الأم تزور المركز حسب استدعائهم لها، تتميز بعلاقة عادية مع المهنيين تحاول تنمية بعض المهارات لابنتها بمساعدة الأخصائيات.

أتت للمقابلة بعدما تم استدعائها من طرف الأخصائية الارطفونية وبعد شرح أهداف الدراسة قبلت هذه الأم التعاون معنا وتزويدنا بالمعلومات التي نريدها، كانت هذه الأم متجاوبة معنا مركزة في اهتمامها على ابنتها المتخلفة ذهنيا والتي تسعى قدر الإمكان في تحسين حالتها وتغيير هذا الواقع، هذه الطفلة المتخلفة عقليا هي البنت البكر لهذه الأم التي تزوجت في سن صغيرة (16 سنة) وأنجبتها وعمرها (17 عاما) تعيش مع زوجها في بيت أهله المتمثل في شقة تحتوي فقط على ثلاث غرف، والذي يعمل معلم، انتقلت هذه الام من مدة قليلة فقط حوالي شهر من المقابلة فقط للعيش في بيت مؤجر من طرف الزوج لوحدها، بعد خروجها من المسكن العائلي لأب الزوج، حسب الأم فإن التخلف الذهني للبنت لم يتم اكتشافه إلا عند دخولها المدرسة والتي تم إخراجها منها في منتصف العام بسبب عدوانيتها مع الأولاد في القسم وعمل الفوضى. ولما كان أبوها معلم أعيد إدخالها للمدرسة مرة أخرى، وفي الأخير ادخلوها المركز، وعندما استفسرنا عن تاريخ اكتسابها للمشي والكلام والنظافة ذكرت الأم أنها مشت وهي في عمر14 شهرا وتكلمت جيدا وعمرها سنة ولم تكتسب بعد النظافة .

مع العلم أن هذه الطفلة لم تتكلم جيدا حتى يومنا هذا وهي تسيل اللعاب من فهما وذكرت الأم خلال المقابلة أنها تأتي من المركز وهي أحيانا متبرزة وكذلك تتبرز في الليل أثناء النوم. تحدثت الأم عن معاناتها الكبيرة نتيجة لذلك وهي تتنهد وتسكت أحيانا، وما زاد هذه المعاناة هو ضيق السكن وضغط أهل الزوج عليها بسبب رفضهم التعامل مع هذه الطفلة نتيجة لخصائصها غير المتقبلة لهم، فهي لم تجد من يساعدها حتى الزوج كان ينام في سرير وهي في سرير مع ابنتها التي كان من الضروري متابعة حالتها باستمرار خوفا من نوبات الصرع التي كانت تنتابها من حين لآخر، بقيت مدة خمس سنوات ثم أنجبت طفلها الثاني

نظرا لرفض الزوج الإنجاب خوفا من أن يأتي الجنين هو كذلك مصاب بالتخلف الذهني، اهتمامات هذه الأم هي محصورة فقط في أعمال البيت ما تسبب في إهمالها وقسوتها على هذه البنت كثيرا وخاصة عندما تجلب لها لوم أهل الزوج، فلقد ذكرت لنا أنها كانت تقوم بأعمال تخريبية وعدوانية معهم لأنهم يرفضونها، أما المتنفس الوحيد لها هو فقط عند زيارة بيت أهلها الواقع بالريف في مدينة سطيف حيث تجد هذه الحالة الراحة لأنهم يسمحون لابنتها بأن تلعب بكل حرية،هذه الأم رغم صغر سنها إلا أنها تشعر كأنها عاشت خمسون عاما في عالم مغلق، آهات عميقة تتلفظ بها، ليس لها آمال في هذا العالم إلا ابنتها وكيف تستطيع تأمين حياتها بعد موتها.

3-1 تحليل المقابلة:

من خلال الاطلاع على الملف الطبي للطفلة المصابة والمعلومات المدونة والملاحظات التي تمت على الأم والطفلة سبب المشكل يظهر أن هذه الأم أنكرت إعاقة ابنتها كرد فعل لصدمة اكتشاف التخلف العقلي من خلال نفيها اكتشاف الحالة إلى بعد دخولها المدرسة مع أنها ذكرت خلال المقابلة تأخر نموها النفسو حركي وعدم اكتسابها الجيد للغة والنظافة، وأنها فقط أصيبت بحمى كبديل عن اعترافها المباشر بحالة ابنتها البكر، بالرغم من أنها كانت تتكلم عن الموضوع بألم كبير وأحيانا تسكت كعلامات للصدمة التي تلقتها الأم، وكنتيجة لذلك رفض الإعاقة وعدم تصديق الموضوع وفي هذا الصدد يقول (Blacher1984) : ًيصاب الأولياء بصدمة تجعلهم لا يصدقون وينكرون وجود التخلف العقلي عند الطفل ً . (نقلا عن مرسي إبراهيم ،ك، 1996، ص243).

وحسب ما يبدو هذه الإعاقة تسببت في تعميق مشاكلها مع أهل الزوج فهي ترى أنا ابنتها المعاقة مرفوضة لديهم مما أدى إلى تعميق الجرح عندا لأم وبالتالي التخلي والإهمال لهذه الطفلة كرد فعل لهذا الرفض العائلي وعدم التقبل للإعاقة ، لأنه في الحالة العادية الإنجاب يعزز مكانة الأم و ربما يصل الأمر للافتخار خاصة إذا كان هذا الطفل يتميز بخصائص معينة في الجسم أو الكلام كما يقول Ringler ًيمثل الطفل امتداد للنسل ورمز لدوام الاسم العائلي واستمرار يته، وأحلام الوالدين حول مصيره وكيفية جعله كأنمذجتهم، أو بالصورة التي يرونهاً.(Ringler,M 1998, p69)

ولما يصبح هذا الطفل بالعكس عبء بسبب الخصائص التي يتميز بها المتخلف عقليا، ونظرا لضيق السكن وتبدد أحلام استمرارية النسل وتشويهه بهذه الإعاقة ووصمه بالعار حيث تقول (Korff-Sausse, 1995) : " الطفل المعاق كالمرآة المكسرة يبعث في والديه صورة مشوهة" كذلك (مخلوف إ.1991) ترى أن العاهة تفقد الفرد احترامه ومكانته الاجتماعية في الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه، نتيجة عجزه عن الاستقلال، والاعتماد على النفس في قضاء حاجاته الضرورية وقد تضيق الأسرة به وتشعر أنه عبء، عليها وينعكس ذلك في معاملتها له". (مخلوف، 1991، ص 72).

حتى الأب تجلى رفضه لهذه الإعاقة في عدم مشاركة هذه الأم في تحمل المسؤولية، فرغم مهنته كمعلم إلا أنه يرفض تعليم ابنته ابسط المفاهيم، والتأثير شمل حتى العلاقة مع الأم من خلال رفضه الإنجاب مدة خمس سنوات "كسلوك تجنبي نتيجة هذه الصدمة، هذا ما عبر عنه (Ringler) تعتبر الاعاقة تجربة قاسية تمس هوية الوالدين" (Ringler, 998,p73). فهذا السلوك للأب زاد من تعميق الجرح النرجسي للأم، وربما زعزع مكانتها لدى هذا الزوج الذي رفض الإنجاب هذا ما أدى بها إلى رفضها بدورها لهذه الطفلة، فلقد صرحت الأم لنا أنها أهملتها " قسيت عليها بزاف"، وفي هذه الصدد يرى (Guedeney & al)، " أن بعض تشوهات الرضيع يمكن أن تؤدي إلى الرفض والإهمال الأمومي" (Guedeney, et al , 2005, p 58).

هذا الرفض الذي انعكس على هذه الطفلة في عدم اكتسابها النظافة واللغة، وعدم التقبل الذي لم يسمح لها بتكوين ذاتها. الامر الذي بدوره سبب للأم شعور بالذنب كبير، الإحباط، وإحساس بالتقصير، فخصائص هذه الطفلة الراجعة لتخلفها الذهني لم تسمح بالاستثمار، بالتعلق كما تعرض له (Bowlby) " أن الطفل مدفوع لان يتقرب من أمه أو بديلها كحاجة أولية " (Le camus, J, 1995; p91).

فهذا الشعور بالذنب كذلك هو ظاهر عند الأب الذي يحاول ضمها من حين لآخر حسب الأم كتعويض عن رفضه لها حيث ترى (Korff-Sausse) في هذا الصدد أن: "الاعاقة تضع الطفل في مصاف الغرابة، وتصيب الوالدين المولودون لهذا الشذوذ بالذهول، هذا ما لا يسمح لهم بتحمل مسؤولياتهم الوالدية اتجاهه و وظائفهم التربوية هي مفرطة وغير متناسقة ..... نقص الإثارة ، الحصر، الشعور بالذنب...." (korff-Sausse, 1995, p44).

تسببت هذه الإصابة كذلك في انطواء هذه الأم، فلقد عبرت عن ذلك في قولها أنا أعيش في عالم مغلق، و كذلك في فقدانها الأمل "فرغم صغر سنها ترى أنها ليس لديها أي أمل " فقط الاهتمام بابنتي" "و كيف أضمن لها مستقبلها"،هذا التقليص للاهتمامات بالإضافة إلى شعورها العميق بالحزن " أنا خلاص ذاقت عليا" "كأنني عشت 50 سنة" فحالة الاكتئاب تبدو جلية و واضحة عند هذه الأم .

فحسب (L.Crocq) " الاكتئاب يكون متواتر يظهر بشكل مخفي بواسطة أعراض تتمثل في الخمول ونقص الاهتمام ، الانطواء، مشاعر الحط من قيمة الذات، الشعور بالذنب ..." (Crocq, L ,2000,p 27).

و يبدو أن هذه الأم لا تزال تعاني من هذه الحالة، فالاعاقة تسببت في جرح لا يشفى مع الوقت ، حيث تصف (korff-sausse) "الطفل المعاق بالموضوع الغير مدمج " .

(korff-sausse,1995,p57).

ونرى كذلك أن نضج هذا الطفل يتسبب للوالدين في حالة اكتئابية،" قلق حول ما سيكون عليه بعدهم"، فتبعية هذا الطفل جعلت الأم في حالة قلق دائم وخوف من المستقبل حول مصير هذا الطفل والعبء الذي ينتظرها مستقبلا، واكبر من ذلك الخوف على من يتكفل بها بعد موتها، هذا ما يبرر حالة الحزن الدائم واليأس التي تشعر بها هذه الأم.

2 -اختبار الروروشاخ :

بروتكول أم ش :

2-1 البسيكو غرام :

R= 20

T/R = 1د .

ك = 12   ك % = 60.

ج = 10   ج % = 50.

ش= 18   ش % 90.

ح حي = 02.

ل ش = 03

ش ل = 1.

ش ظ = 01

ش فق = 01

ب = 02   ب%= 15%.

ب ج = 01

حي = 08.   حي %=45%.

حيج= 1

تشر = 04

جنس = 01.

طبيعة = 01.

نبات = 2.

شيء = 01.

جغ= 02.

نمط الخبرة = $\frac{0}{3.5}$

حب > مج ل منبسط

شائعة = 06.

ل % = 42 %

صدمة = 05.

رفض = 01 .

نسبة القلق ق % = 30 %

الاختبار التفضيلي :

البطاقتان المحبوبتان : IIIV ، X. لأنهما تمثلان الطبيعة .

البطاقتان المكروهتان : VI بقعة سوداء

II شمس لكن فيهما غيوم سوداء .

2-2ملخص البروتوكول :

عاشت هذه الأم وقت الاختبار قلق حاد ورغبة في التخلص من هذه الوضعية، حيث انها كانت ذات انتاجية ضعيفة (20) استجابة في زمن 20 دقيقة بمعدل 1 د للبطاقة وهو زمن مرتفع ما يدل على تثبيط وكبت.

جاءت استجابة المفحوصة شمولية حيث كانت الكليات ك % 60 و هي نسبة مرتفعة مما يوحي بالكبت الشديد ضد بروز القلق والرغبة في التخلص من الوضعية في أقرب وقت ممكن كدفاع ضد بروز التصورات والعواطف المؤلمة التي يصعب التحكم فيها .

(سي موسى، زقار، 2002، ص80).

رغم هذا الكبت إلا أن المفحوصة تحاول التكيف مع الواقع وهذا ما تبرزه نسبة الاستجابات الجزئية ج (50%.)

أما المحددات فقد غلب عليها الطابع الشكلي ش 90% مما يوحي بالتمسك الكبير بالواقع والحياة الخارجية و الرقابة الصارمة، هذا ما يفسر قلة الاستجابات وطول زمن الرجع وحسب (Chabert 1998) هي علامة تضيق وخنق للحياة النفسية الشخصية أو ميول إكتئابية . (Chabert, 1998,p71).

غياب الحركة البشرية وقلة المحددات الحركية عموما فقط تجلت في الحركة البشرية وقلة المحددات الحركية وتمثلت في حركة حيوانية فقط وعددها 02 والتي تمثل الميول الطفولية وعدم النضج .(نفس المرجع السابق، ص 75).

أما الاشارات الحسية فقد اعطت المفحوصة استجابة لونية أغلبها من نوع **ل ش** والتي تعكس الحياة الانفعالية في محاولتها للتكيف والتمركز حول الذات .

جاءت محتويات المفحوصة : متنوعة حيث كانت نسبتها 45% حيوانية، والذي يؤكد عدم النضج العاطفي،20% تشريحية والتي تدل على اهتمامات صحية وتعتبر شاشة مسقطة على نقاط الضعف لشخصية المفحوصة ومشاعر النقص .(نفس المرجع السابق، ص82)

وهذا من خلال استجابات المخ الذي يعكس مشكلة الإعاقة، ما يفسر التثبيت على عنصر الصدمة، ثم تأتي المحتويات البشرية ب 15%، والاستجابة الجنسية التي كانت كذلك تعكس مشكلة المفحوصة وتثبيتها على عناصر الصدمة (الرحم) الذي هو رمز الولادة ولما كانت هذه الطفلة معاقة فبالتالي هذا ما يوضح الإصابة النرجسية لهذه المرأة المرتبطة بالإنجاب وتشوه في صورة الذات التي سببتها هذه الإعاقة، كذلك وجود الطبيعة مع التظليل والتي تعتبر علامة قلق واكتئاب .

كما تدلنا معادلة القلق على تسجيل نسبة قلق عالية 30% جدا و هذا ما يعكسه كذلك كثرة تدوير البطاقات والرفض واستجابة " لاأعرف، لم أقدر ".

وكذلك الصدمات التي تعرضت لها هذه المفحوصة في عدة بطاقات، صدمة الظلال والكف للعواطف المؤلمة التي أيقظتها مادة الاختبار .

أما بالنسبة للإختبار التفضيلي فقد عبرت المفحوصة عن اكتئاب واضح من خلال البقعة السوداء للبطاقة IV وصدمة الظلال للبطاقة II حيث ذكرت المفحوصة أنها شمس لكن فيها غيوم سوداء كإسقاط واضح لما تعانيه هذه المفحوصة في حياتها بسبب عبئ التخلف العقلي لابنتها .

رغم هذا الكف و الكبت الذي تعاني منه المفحوصة إلا أنها تحاول التمسك بالواقع والانتماء إليه فقد أعطت 06 شائعات وكذلك نمط الخبرة الذي يميل للانبساط وحبها للطبيعة من خلال البطاقتان المفضلتان VII وX وهذا كنوع من التفريج مما تعانيه من اكتئاب بسبب هذه الإعاقة .

3- تحليل المقابلة على ضوء نتائج اختبار الرورشاخ:

تعرضت " أم ش" للصدمة النفسية نتيجة إنجاب هذه الطفلة " ش" ابنتها البكر و نظرا لصغر سنها وخبرتها لم تدرك معنى هذه الإعاقة أو أنكرتها وهذا ما يميز أزمة إنجاب طفل مختلف عقليا وخاصة إذا كان هذا الطفل البكر، فبالتالي عدم التصديق كأحد خصائص الصدمة النفسية وهذا ما تؤكده لنا نتائج الرورشاخ المتمثلة في الكبت والتثبيط كدفاع ضد التصورات المؤلمة التي أعيد إحياؤها بواسطة مادة الاختبار، لكن القلق الحاد الذي تميزت به الحالة أثناء المقابلة وسلوكات التجنب التي تمثلت في عدم الإنجاب مدة 05 سنوات بسبب رفض من الزوج للخوف من تكرار التجربة واضطراب العلاقة بالزوج نتيجة هذا المشكل، وكذا سوء معاملة أهل الزوج لهذه الطفلة المعاقة أدى إلى نتائج وخيمة على هذه الطفلة المعاقة، وساهم في النتيجة الوخيمة للحالة الناتجة عن الصدمة " الكارثة "، مما سمح بظهور حالة حزن و يأس كبيرين هذا ما أكدته نتائج الرورشاخ المتمثلة في ظهور العواطف المؤلمة والإهمال و بالتالي سوء العلاقة أم طفل وظهور عدوانية عند طرفي الإعاقة، تترجم في رفض كل طرف للآخر ما تؤكده لنا نتائج الرورشاخ في إعطاء المفحوصة استجابات تعكس المشكل أي إسقاط هذا الرفض اللاشعوري على مادة الاختبار المتمثلة في الاستجابات التشريحية (مخ، رحم) هذا الذي يفسر عنصر التثبيت على الصدمة و القلق الحاد نتيجة ذلك. وكذلك بروز الشعور بالعجز نتيجة عبء المسؤولية الملقاة على هذه الأم ما يؤكده اختبار الرورشاخ من خلال ظهور التمركز حول الذات وطفولية تعكس الرغبة في النكوص إلى المرحلة الأكثر أمنا كدفاع ضد الصدمة.

كذلك الانطواء وفقدان الأمل كنتيجة لذلك ما عكسه لنا كذلك الرورشاخ في ظهور الميول الإكتائبية وكذا الشعور بالذنب والتقصير المعبر عنه كذلك في الرورشاخ بالشعور بالنقص والشعور العميق بالحزن.

2-1-3 النتيجة العامة :

هذه الحالة رغم صغر سنها إلا أنها تشعر بإنهاء مشوار حياتها و اقتصار اهتمامها فقط في التركيز على حالة ابنتها الأمر الذي يدعوا بنا إلى الافتراض بأن (أم ش) تعرضت لصدمة نفسية قوية سمحت بحالة اكتئاب مزمن تمثل في تقليص الاهتمامات، الانطواء، التمركز حول الذات ، الشعور بالذنب، حالة الحزن العميق واليأس، والشعور بالتهديد، بالإضافة إلى القلق والخوف من المستقبل وفقدان الأمل.

الحالة الرابعة: أم ع

1-المقابلة:

1-1 تقديم الحالة

الأم:

اسم الأم : ل.

المستوى التعليمي : 3 ثانوي.

المهنة : موظفة.

مهنة الزوج : أستاذ.

عدد الأولاد : 02 ذكر.

ظروف الحمل : عادية و حمل مرغوب.

الولادة : عادية.

الطفل المعاق:

الاسم : ع.

السن : 8 سنوات.

الرتبة : البكر.

تشخيص الطبيب للحالة : عدم إكتمال نمو الدماغ.

2-1 ملخص المقابلات :

هذه الأم هي جد مهتمة بمظهرها تتمتع بشكل وهندام جد أنيق ، تعمل في وظيفة إدارية لا بأس بها لديها سيارة حسب كل من الأخصائية الأرطفونية والنفسانية لم تتقدم هي للمركز لتسجيل ابنها فيه ، قليلة الزيارات و كذلك هناك علاقة سيئة مع المركز فلقد سبق وان تم تقديم شكوى من طرفها والزوج ضد المركز حول إهمال إبنها وتعرضه للضرب من طرف المربي .

قبلت هذه الأم مساعدتنا في البحث رغم أنها موظفة إلا أنها لبت النداء و قبلت للحضور لإجراء المقابلات و كذا اختبار الرورشاخ .

أما بالنسبة لهذا الطفل فهو الحالة الأكثر اضطرابا بالمركز فبالإضافة لإعاقته فهو يعاني كذلك من إضطربات مشتركة، لا يمكن ان يجلس في مكان واحد فهو غير منضبط تماما ويعاني من فرط الحركة، خاصة مع الأم بالبيت ليست لديه لغة مفهومة، وحسب الأخصائيات والمربي لا يتم استبدال ملابسه بصفة منتظمة فهو ذو مظهر غير لائق هذه الأم لم تنكر إعاقة إبنها فلقد لاحظتها منذ الأشهر الأولى لولادته من خلال رخاوة جسمه وعدم تماسك الرأس، وعند الشك أخذ للطبيب الذي أكد الموضوع من خلال عمل اشعة للدماغ وكنتيجة لذلك أحست الأم بالعجز وانتابتها حالة بكاء شديد وحزن دامت حوالي شهران، هذه الإعاقة أدت بالأم إلى تغير طبيعة عملها بالشركة كسكريتيرة الى عمل بمصلحة أخرى، تقليص الإتصال الخارجي، لأنه حسبها يجلب لها الأنظار ويشعرها بالخجل بسبب تصرفاته، حتى بيت أهلها قالت أنها لا يمكنها المكوث هناك ما دام موجود وبالتالي لا تأخذه معها فيضطر الاب للبقاء معه بالبيت، هذه الأم الشابة بقت مدة 07 سنوات بلا إنجاب بعد هذا الطفل المعاق خوفا من تكرار التجربة وإعادة إنجاب آخر في نفس الحالة، لكن بعد مجهود من الأهل تم إقناعها بالإنجاب مرة أخرى، ولاكنها ظلت متخوفة من إنجاب طفل آخر معاق طوال فترة الحمل ولحسن الحظ هذا المولود أتى سليم مما سمح للام بنوع من الارتياح، لكن وجود الآخر المزعج بالنسبة للأم دائما يسبب لها القلق فهي تعتبره خطر على أخيه و أبدت تخوفات كبيرة نتيجة ذلك فلقد قالت راني نفكر "ندير لوا سرير لفوق" وهي خائفة من ان يتعلم من أخيه المعاق بعض السلوكات، هذه الأم أبدت شعور كبير بالخيبة قالت انه لا يوجد مكان يرفع المعنويات وحتى الزوج غير متفهم، وخوف من المستقبل نتيجة كبر هذا الطفل

وبالتالي خوفها من تفاقم حالته وربما خطورة سلوكا ته وعدم قدرتها على التحكم بـــه ومـــا يترتب على ذلك من مشاكل بالنسبة لهذه الأم .

3-1 تحليل المقابلة :

لقد أظهرت لنا الملاحظة وكذلك المعلومات المستقاة من تاريخ الحالـــة الموجـــودة بالملف الطبي للطفل المصاب والمقابلة مع الحالة بالاستنتاجات التالية:

لم تنكر هذه الأم أبدا إعاقة ابنها بل بالعكس كانت أول من شك في وجـــود هـــذه الإعاقة التي تم تأكيدها بواسطة تشخيص الطبيب ، لكن هذا الإكتشاف بعد ماتم التأكد منه سبب للأم صدمة تجلت في ظهور بعض الأعراض كالبكاء الشديد وحالـــة حـــزن دامـــت حوالي شهرين، وإحساس بالرعب وكرد فعل على ذلك رفضت هذه الأم هذا الطفل تمامـــا كما يفعل بعض والدي الأطفال المتخلفين عقليا مثل ما تم التعرض له في الدراسات السابقة للهروب من هذه الوضعية، هذا ما يفسر الإضطرابات المشتركة التي يعاني منها هذا الطفل نتيجة عدم تقبل الأم له، فرط الحركة، التخريب لكل ما حوله، عدم انضباطه خاصة مع أمه هذه الأعراض تم التخفيف منها تدريجيا بعد دخوله للمركز مع عنايـــة المربـــي المخـــتص ومتابعة كل من الأخصائية الأرطفونية والنفسانية، لكن عند رجوعه إلى المنزل تقـــوم الأم بربطه وضربه حتى تتمكن من السيطرة عليه هذا ما يبين لنا ان هذه الإعاقة رفضت تمـــام من طرفها ما تسبب في رفض إستثمار هذا الطفل كمـــا تقـــول" korff-Sausse " " الأوليـــاء المولدون لهذا الشذوذ يصابون بالذهول هذا الذي لا يسمح لهم بتحمل مسؤولياتهم الوالديـــه إتجاهه" (korff-Sausse , 1995 p 44)

هذه الأم التي ظهرت في المقابلات ذات شخصية متسلطة مهتمة كثيرا بمظهرها ذات هندام أنيق جدا، حتى " تغير لون العينين" ففي هذه الحالة هذا الطفل المشوه يعتبر صـــدمة كبيرة وإصابة نرجسية حيث ترى korff-Sausse " الطفل المعاق يزعزع الأسس النرجسية لوالديه" (korff-Sausse,s , 1995 , p 46) ، فلقد ذكرت لنا هذه الأم أن الإنسان يظهر بمظهر لكي يخفي أمر آخر فيعيش بكم شخصية ، مايدعوا بنا إلى الافتراض أن الاهتمام بالمظهر يعتبر كرد فعل للشعور بالنقص الذي سببته الإعاقة والرغبة في التعويض نتيجة ذلك .

وكذلك إن هذا الرفض لم يتم الاعتراف به من طرف الأم، بل تم إسقاطه على المركز من خلال اتهامهم بالتقصير وسوء المعاملة له كميكانزم دفاعي لحماية الأنا من الشعور بالذنب وإلصاق التهمة بالأخر وفي هذا الصدد يقول(Ringler) " يلجأ الأولياء إلى إلصاق مشاعرهم العدوانية الداخلية إلى اشخاص من محيطهم" (Ringler , M , 1999, p 95)

كذلك التناقض الوجداني الذي ميز شعورهذه الأم فلقد قالت أنها تضربه لكن عند ما ينام في الليل تذهب لتقبله كتكفير عن عدم تقبلها له وعدوانيتها تجاهه, هذا ما أكدته (korff-Sausse) " الوالدين محملين بمشاعر تناقض تجاه هذا الطفل". (korff-Sausse,S,1995,p95)

عقب هذه الصدمة كذلك التي تلقتها هذه الأم ظهرت سلوكات التجنب التي تجسدت في رفض الإنجاب مرة ثانية لمدة سبع سنوات، علما أن لديها هذا الطفل فقط، نتيجة الخوف من إنجاب طفل آخر يحمل نفس الحالة، حتى بعد الحمل الثاني تجسدت هذا التجنب في تغيير الطبيب النسائي نظرا للتشاؤم من الطبيب الأول الذي تابع الحالة خلال فترة حمل الطفل المصاب.

هذه الإصابة أدت إلى شعور كبير بالخجل ومشاعر نقص نتيجة ذلك لا تستطيع هذه الأم اصطحاب ابنها معها، حتى إلى بيت اهلها لا يتقبلونه، وقالت "نتبهدل" لأن الناس ينظرون له ويصفونه بالمهبول، هذا ما يدعوا بنا للتصور إلى أن الأم تشعر كأن هذه العاهة اصيبت بها هي، وبالتالي ترغب في إخفائها وكرد فعل لهذه الاصابة كذلك ظهر السلوك العدواني الذي يميز نمط شخصية هذه الأم المتجسدة في الشكوى ضد المركز، صراعات في العمل، ضرب الطفل المصاب ، الشعور بعدم الإرتياح ووصل الأمر إلى درجة التصريح بالرغبة في التخلص من هذا الطفل " يقنطني" وتجسيد ذلك بيديها لعملية الخنق فحسب Bergeret (ردود الفعل من النمط العدواني تعتبر كحالة خفية للإكتئاب الذي يرتبط بالمعاناة نتيجة انحطاط الصورة النرجسية) .(Bergeret ، & al, 2000 ,P 186) حتى في حفلة اليوم العالمي للمعاق رغبت في عدم إحضاره معها حيث تقول (korff-Sausse) " الطفل المعاق كالمرآة المكسرة يبعث في والديه صورة مشوهة ".(korff-Sausse S , 1995 , P 57)

فرغم إعترافها بإعقاته إلا أنها تحاول دائما تجنب هذا الحدث المؤلم حسب ما يبدوا أن هذه الأم لم تستطيع القيام بالحداد على الطفل المثالي لكي تتمكن من قبول هذا الطفل الواقعي " فهو دائما حاضر" هذا ما يفسر حسب korff-Sausse " خاصية التجمد، عدم تحرك الزمن الخاصية التي تميز العلاقة التي تربط الوالدين بالطفل المعاق هذا الموضوع الغير مدمج" (نفس المرجع , ص 57).

و في آخر المقابلة ابدت الام عدم إرتياح عام صرحت به وأنه لا يوجد اي مكان يرفع المعنويات و يبعث الأمل فيها، بالإضافة إلى الخوف الكبير من المستقبل عندما ما يصبح هذا الطفل راشد بصوت خافت يعبر عن حزن عميق تشعر به الأم نتيجة ذلك ما أكدته korff-Sausse "نضج الطفل يسبب للوالدين حالة إكتئابية "

(نفس المرجع السابق , ص 59).

وكذلك العديد من الدراسات أظهرت أن أولياء المتخلفين عقليا يعيشون حالة حزن دائم على أطفالهم كأنهم يحتضرون " (مرسي ك إ، 1996، ص 233) .

كما هي حالة هذه الأم التي كما هو ظاهر لم تتمكن من تقبل هذه الإعاقة و التي تعاني من قلق كبير وحالة اكتئاب تتجسد في حالة الحزن، الشعور بالإحباط، ومشاعر النقص ... هذا ما قد يفسر كذلك عدوانيتها التي تعتبر كنمط من أنماط الاكتئاب كما سبق الإشارة إليه .

2- اختبار الرورشاخ

بروتوكول أم ع

2-1البسيكو غرام

R= 27

T/R = 40 ثا

ك = 14	ك %= 52 %
ج= 13	ج% = 48 %
ش= 25	ش% = 93 %
جت = 1	
حب= 02	
ل ش = 4	
ب = 5	ب% = 30
بج = 3	
حي= 9	حي% = 33 %
تشر= 3	
نبات= 2	
طبيعة = 1	
شيئ= 01	
معمار = 1	
تجريد= 02	

نمط الخبرة = حب > مج ل 2 > 4 $\frac{2}{4}$ منبسط

ل% = 48 % الإنبساط

شائعة = 4

صدمة = 4

نسبة القلق ق = 22 %

الإختبار التفضيلي :

البطاقتان المحبوبتان:

رقم1 : لأنها حشرة لطيفة و10 تمثل الطبيعة، المسؤولية

البطاقتان المكروهتان:

رقم 4 : التنين لأنه يمثل الشر

رقم 5 إنفصام الشخصية، مخيف، إرتكاب الآثام

2-2 ملخص الحالة :

أعطت المفحوصة إنتاجية مقبولة 27 إستجابة في زمن 18 دقيقة بمعدل 40 ثا للإجابة، جاءت استجابات المفحوصة بين نمطين كلية 52% وجزئية بنسبة 48 % فهذه المفحوصة تتمتع بتفكير شمولي وهو معدل مرتفع وحسب 1998chabert " قد تعن الاستجابة الكلية هروب من الواقع و العلاقة " (Chabert, 1995, p 69)

اما الإستجابة الجزئية حسب (Chabert 1998 ,P70) " تعبرعن مراقبة موضوعية متكيفة واجتماعية " .

وهكذا جاء نمط المعالجة غير متنوع يتراوح بين الاستجابات الكلية والجزئية أي عدم مرونة الذات.

لوحظ غزارة الاستجابات الشكلية نسبة 93 % وهي نسبة ترتفع بكثير عن النسبة المتوقعة وهذا يعتبر مؤشر على أن الحياة الإنفعالية للمفحوصة محددة تحديدا شديدا بالعمليات الفكرية حيث يسودها جمود التفكير والتعصب وعدم المرونة والأفكار الثابتة وحسب (Charbert 1998,P71) " هي علامة خنق الحياة النفسية والشخصية، منع الحوار المباشر التلقائي مع العالم المحيط والذات أو ميول إكتئابية "

استعملت المفحوصة حركة من نوع بشرية وهذا معناه حياة داخلية ثرية والاتجاه نحو الداخل بالنسبة للإستجابة الحسية إستعملت المفحوصة اللون من نوع ل ش وهذا ما يفسر الانفعالية في محاولتها للتكيف، والتمركز حول الذات .

وحسب Chabert 1998 " اللون يبين الاستثمار الدفاعي من أجل تجنب ظهور تصورات مؤلمة ومزعجة (نفس المرجع ، ص 77) .

وجاء استعمال اللون في البطاقة 2 بطاقة العدوانية و حسب chabert 1998 كتنشيط حركات عدوانية أو ليبيدية، نلاحظ تنوع في محتوى بروتوكول هذه المفحوصة حيث

أن الاستجابات البشرية بلغت نسبة 30 % و كانت ب > ب ج وهذا يعني قدرة على تكوين علاقات بشرية ، وجود استجابات بشرية جزئية مرتبطة بالتشريح حسب (1998,Chabert) بشكل متتالي تعني قلق حاد فيما يخص المعاش الجسمي ، قلق عدم الإستدخال (نفس المرجع السابق، ص 80) وخاصة استجابة المفحوصة "رأس"، " مخ" هذا العضو المرتبط بمشكلة ابن المفحوصة أي المخ سبب التخلف العقلي معناه نقطة ضعف المفحوصة وهذا ما تؤكده معادلة القلق التي بلغت 22 % والتي تعتبر علامة قلق كبير، اما بالنسبة للمحتويات الأخرى فالاستجابات الحيوانية بلغت نسبتها 33 % والتي قد تعني قولبة الفكر كذلك نبات 2 وطبيعة 1 قد تعبر على النكوص. (Chabert, 1998, p 81)

كذلك اعطت المفحوصة عبارات تجريدية كإسقاط مباشر لعقدة أو علامة اكتئابية مما تعانيه المفحوصة لمحاولة إخفاء مشكلتها المتمثلة في تشويه صورتها النرجسية بسبب هذه الإعاقة حيث أعطت عدة استجابات المتمثلة في " مختفي واخفاء الشخصية، إنفصام " .

أما بالنسبة للإختبار التفصيلي فلقد كان تعبير واضح لمشكلة المفحوصة من خلال كره بطاقة 4 خاصة في غياب الإستجابة الشائعة اي ممكن تحول العدوانية لاكتئاب

كره البطاقة 2 بطاقة العدوانية وإثارة خوف المفحوصة والشعور بالإثم والحيرة نتيجة الإعاقة .

رغم ما تعانيه هذه المفحوصة من صدمة، قلق، واكتئاب وشعور بالذنب إلا أنها تحاول التمسك بالواقع والإنتماء الإجتماعي وهذا ما تفسره الإستجابات الشائعة ونمط الخبرة المنبسط للمفحوصة وكذلك الإختبار التفضيلي للبطاقتان 1 و10 والتي تمثل حسب المفحوصة الطبيعية وكذلك المسؤولية ما قد يفسر محاولة تغلب هذه الأم على مشكلتها المتمثلة في التخلف العقلي لابنها البكر.

3-تحليل نتائج المقابلة على ضوء نتائج الرورشاخ

من خلال نتائج المقابلات والملاحظة ونتائج اختبار الرورشاخ تأكد لنا أن هذه الحالة تعرضت لصدمة نفسية قوية مست هويتها النرجسية فهذه الأم تعرفت على حالة الطفل منذ الشهر الأول للولادة هذا ما تؤكده نتائج الرورشاخ من خلال الصدمات المتكررة التي ظهرت أثناء الإستجابة والقلق الحاد، هذه الإصابة النرجسية التي سببها الصدمة النفسية المتمثلة في التخلف العقلي للابن البكر لم تكن سهلة التقبل على هذه الأم التي تتميز بشخصية قوية

والمرأة المهتمة بالمظهر الجمالي والرغبة في الظهور (سياقة السيارة ،السيطرة في مجال العمل) فهذا الحدث يعتبر تشويه كبير لهذه الصورة هذا ما تم كشفه كذلك بالرورشاخ من خلال ظهور استجابات تعكس قلق حاد تجاه المعاش الجسمي، والاستجابات التشريحية خاصة المتعلقة بالمشكلة (الرأس، مخ)، وهذا يفسر كذلك التثبيت على الصدمة وعدم القدرة على التجاوز، تسببت هذه الاصابة كذلك في حالة اكتئاب كبيرة تميزت ببكاء والم معنوي، انطواء لمدة شهرين لكن الآثار لا زالت حسب هذه الأم إلى يومنا هذا (ما نقدرش ننسا)، وهذا أظهره لنا كذلك الرورشاخ من خلال ظهورا لعلامات الاكتئابية تجنب ربط العلاقات مع الآخرين، هروب من الواقع والشعور بالإثم ...إلخ، والعدوانية والتي تعتبر كذلك كميكانزم دفاعي إسقاطي للشعور بالتقصير وما يميز كذلك الاكتئابي الذي يحاول دائما لوم الآخرين للتخلص من الشعور بالذنب الذاتي، نتيجة رفض هذا الطفل الذي على ما يبدوا أن هذه الأم لم تستطع إستثماره لأنه لا يشبه الطفل المثالي الذي تتمناه كل أم، وخاصة هذه الأم المتميزة بالاهتمام بالمظهر كما بينه كذلك الرورشاخ في تعبير الأم عن المسؤولية وارتكاب الآثام والشعور بها وكذلك النكوص الذي كشفه لنا الرورشاخ كميكانزم دفاع الأنا نتيجة هذه الصدمة المؤلمة التي تلقتها الأم في ابنها , فرغم ظهور الام بمظهر جد انيق والتحدث بقوة ومحاولة فرض الذات في (العمل) إلا أنها تخفي وراء ذلك إحباط كبير ووشعور بالنقص والخجل عبرت عنهم هذه الأم في خيبة الأمل (ومحاولة إخفاء هذا الطفل بحبسه في البيت وعدم الرغبة في مرافقته إياها نتيجة الخجل كسلوكات تميز الشخص المصدوم و هذا أظهره لنا إختبار الرورشاخ كذلك من خلال التمركز حول الذات، الشعور بالذنب، الشعور بالإثم كذلك ظهرت سلوكات التجنب والتي تمثلت في رفض الإنجاب مدة 07 سنوات و تغيير الطبيب النسائي نتيجة التثبيت على الصدمة ورغم مرور ثمانية سنوات على هذه الحالة إلا، أن هذه الأم لا زالت إلى يومنا هذا تعاني نتيجة إعاقة ابنها البكر المتخلف عقليا التي لم تمكنها من استثمار العلاقة (أم–طفل) نظرا للخصائص التي يتميز بها الطفل المتخلف عقليا ومن شعور دائم بالحزن وفقدان الأمل وخوف كبير من المستقبل، ما يعبر عن حالة الاكتئاب التي تعيشها هذه الأم الأمر الذي اكده لنا كذلك إختبار الرورشاخ في ظهور الميول الإكتئابية، ورغم محاولتها إخفاء ذلك إلا أنها عبرت عنها بواسطة إختبار الرورشاخ الذي سمح بالكشف عن خصائصها الشخصية المتمثلة في إخفاء الشعور والضعف والظهور بالمظاهر

التي لا تعكس الداخل (بعبارة إنفصام الشخصية، شخص يختفي وراء شخـــصية "مخبيهــا") كإسقاط لحالتها المتناقضة، وما عبرت عنه كذلك في المقابلة من خلال إحـــساسها بالخيبـــة والمعنويات المنخفضة.

النتيجة العامة :

يمكننا ان نفترض من خلال الملاحظة و نتائج الرورشاخ و نتائج المقابلة ام " أ م ع " عانت و لا زالت تعاني من الصدمة النفسية التي مست هويتها , وكذلك ظهرت لديها حالـــة إكتئابية تتمثل في الحزن وخيبة الأمل والسلوك العدواني وقلق وخوف من تطور الاصابة في المستقبل .

المناقشة العامة للنتائج:

لقد تبين من خلال تحليل نتائج الملاحظة والمقابلة وكذا اختبار الرورشاخ معاناة الحالات الأربع التي تناولتهم الدراسة من اضطرابات نفسية ما يؤكد الفرضية المطروحة في البحث.

تمثلت هذه الاضطرابات أولا في الصدمة النفسية التي حدثت للحالات لحظة الإعلان عن هذه الإعاقة، والتي تعتبر بداية للآلام والمعاناة، فمظاهر تلك الصدمة تراوحت بين الرفض، الانطواء، الإنكار، عدم التصديق، حتى الاكتئاب الحاد كما ظهر عند أم و، مباشرة بعد إكتشاف الإصابة، البكاء والحزن عند أم ع، وعدم تصديق ورفض الحالة بالنسبة لأم ش وأم س، كذلك سلوكات التجنب التي ظهرت عند أم ع وأم ش المتمثلة في الرغبة في عدم الإنجاب، نظرا للخوف من تكرار الحدث الصدمي، إن هذه النتائج تؤكدها أغلب الدراسات السابقة كدراسة (1984, Blacher)، التي خلصت إلى أن الأزمة التي يولدها التخلف العقلي تؤدي إلى إصابة الوالدين بالصدمة وإنكار هذه الإعاقة عند الطفل والإضطراب الانفعالي المتمثل في الاكتئاب، وكذلك ما جاءت به المقاربة النفسوتحليلة لحالة أولياء المتخلفين عقليا، ومقارنتها مع حالة مصدومي الحرب والزلزال (korff-Sausse,1995) وظهور علامات الصدمة تماما كما وصفت كلاسيكيا من طرف فرويد وفرنزي، كذلك دراسة (Droter,1975) الذي أكد بدوره على حدوث الصدمة والتمزق النفسي، الإنكار،الحزن، عدم التصديق بتخلف الطفل، القلق، والخوف على مصيره.

وأظهر التحليل كذلك أثار نفسية عند هذه الحالات بالرغم من مرور سنوات على هذه الإصابة، المتمثلة في حالة الحزن الدائم الذي تعيشه الأمهات أمام هذه الوضعية الدائمة الجرح، فمعاناة هؤلاء الأمهات تتكرر مع كل مرحلة نمو يمر بها الطفل: الجلوس، المشي، النظافة، اللغة، الدخول المدرسي...

ما يعني تكرار حالة الحداد، الأمر الذي وضحته بعض الدراسات (Fraber,1975) أن الوالدين يعيشون حالة حزن دائم.

كذلك معاناتهن من الإحباط، الخجل من التخلف العقلي الذي يبعث صورة مشوهة عند هذه الأم، ويؤدي بها إلى الانعزال وتقليص الاهتمامات وفقدان الآمال والشعور بالخوف، وهذا ما أكدته (Korff-Sausse,1995) و(Droter,1975) الذي بين أن أولياء هذا الطفل يشعرون بالخوف وضياع الأمن.

أظهر التحليل كذلك معايشة الأمهات لحالة قلق متواصل نظرا للفروقات التي يحملها هذا الطفل في جسمه ونفسه مقارنة بالطفل العادي، وهي علامة حاضرة تسبب القلق، بالإضافة إلى القلق والخوف الدائم حول مستقبله، الآلام الخاصة بالطفل نفسه هي جرح ثاني لهذه الأم، وعدم إحرازه لأي تقدم رغم بذل المجهودات كما في حالة أم و، وأم س، وأم ش، هذا ما أكدته كذلك بعض الدراسات كدراسة (Millan,1977) التي خلصت إلى أن الأم تعيش قلق دائم ويأس من حالة إبنها، كذلك (مرسي، 1996) الذي وصل إلى نفس النتائج من معاناة القلق والإحباط، اليأس والشعور بالعجز عند أولياء الطفل.

ظهرت كذلك من نتائج التحليل عدم التمكن من السيطرة على الحدث عند الحالات الأربع، ما يعني عدم قدرة هذه الأمهات على التجاوز، وظهور عنصر التثبيت على الصدمة، فتذكر هذا الحدث يشعرهن بالرغبة في البكاء، ومحاولة الهروب من الموقف وما يعمق هذه الحالة هي أن التخلف العقلي وضعية مزمنة ويعتبر عبء مع عدم جدوى الجهد المبذول معه ويؤدي إلى الشعور بالعجز، ونظرا لأنه غير قابل للشفاء تظهر حالة خوف من المستقبل والشعور بالتهديد حول من يتكفل بهذا الطفل بعد موت الأم، كما في حالة أم س، أم ش، وكذلك الخوف من تطور الحالة عند أم ع.

فالتخلف العقلي يخلق فجوة في الجهاز النفسي ويعتبر صيرورة دائمة للجرح، تتسبب في تأثيرات مزمنة لهذه الأمهات، فحالة الإحباط ومشاعر العجز والنقص، حالة القلق الدائم، الانطواء والعزلة، تقليص الاهتمامات، من شأنها أن تؤدي إلى اكتئاب الأمهات، والذي ظهر بدرجات مختلفة بدءً من الاكتئاب الحاد عند أم و، إلى حالة الاكتئاب البسيط والحزن الدائم عند أم ش، وأم س، وهذا ما أظهرته دراسة كل (Little,2002) التي خلصت إلى معاناة أمهات المتخلفين عقليا من الأعراض الإكتئابية، كذلك ما جاءت به دراسة (Assoully,1995) إلى الحالة الاكتئابية التي تعيشها أم الطفل المتخلف عقليا، ونفس النتائج أكدها كل من (Cubbin & Patterson) و(Conchie,1986)، حتى حالة أم ع التي تعاني من الطبع العدواني، فحسب (Bergeret, 2000) هذا السلوك أحد مظاهر الاكتئاب.

وما يمكن قوله أن هذه الحادثة الصادمة والوضعية الضاغطة المثيرة للقلق والاكتئاب تجعل الأمهات في حالة معاناة دائمة إن لم يتم التكفل بهن نفسيا وفك عزلتهن ومساعدتهن على التكيف مع الحالة.

الخاتمة

خاتمة :

إن اهتمامي بموضوع الصدمة النفسية قادني إلى التفكير في حالة تبدو فعلا صادمة وأليمة ولها مخلفات مرضية بالنسبة للوالدين والتي تتمثل في إصابة الطفل بالتخلف العقلي. فالبحث الحالي يهدف إلى الكشف عن دور التخلف العقلي في ظهور الاضطرابات النفسية عند أم الطفل المصاب به من خلال دراسة إكلينيكية لأربع حالات.

تكمن أهمية هذا البحث في إبراز دور هذه الإصابة المزمنة في ظهور الصدمة النفسية والاضطرابات الأخرى كالقلق والاكتئاب عند أم الطفل المصاب به، وذلك بهدف لفت الانتباه الى هذه الفئة من المجتمع والمتمثلة في أمهات الأطفال المتخلفين عقليا والتي حسب حدود علمنا لم تولى الأهمية الكافية في دراستها والكشف عن معاناتها، فمعظم الدراسات التي تناولت مشكلة التخلف العقلي حاولت التطرق الى الفرد المصاب به متناسية أولياؤه وخاصة الأمهات اللاتي تعانين في صمت نظرا لغياب من يتكفل بهن او يمد يد العون لهم ويرافقهن في مسيرتهن في التكفل بهذا الطفل الذي يمثل عبء، فالتعرف على هذه المعاناة وكشف الآثار المرضية الناجمة عنها يسمح بالتفكير في إيجاد سبل للمساعدة واستراتيجيات تكفل لتخفيف هذه الآثار من طرف المختصين في هذا المجال، فمفهوم الصدمة النفسية لا يقتصر فقط على الكوارث الطبيعية والحوادث والإرهاب والفقدان، فاصابة كالتخلف العقلي حدث يهز الأمهات ويجعلهن في حالة ذهول ورعب، فشعور أم هذا الطفل يعادل شعور الناجي من الزلزال أو الحرب، وأحيانا أخرى وكما جاءت به بعض الدراسات الألم الذي تشعر به هذه الام يفوق ألم فقدان الطفل، وكما بينته كذلك دراسات اخرى أن بعض الأولياء يتمنون موت هذا الطفل وكذلك المقاربات النفسوتحليلية التي أظهرت أن هذه الأمهات تشعرن بالصدمة تماما كما يحدث لأي مصدوم حرب أو كارثة طبيعية وخلصت الى ظهور نفس الآثار الصدمية يضاف إليها مسيرة قلق واكتئاب، لقد ركزت في دراستي هذه على المقاربة التحليلية في تفسير النتائج المتوصل اليها، لكن تمت الإشارة الى دراسات اخرى لتاكيد نفس النتائج وتدعيمها .

ولتحقيق الأهداف المرجوة من هذا البحث والإجابة على تساؤلاته والتحقق من فروضه استخدمنا وسائل المنهج الاكلينيكي المتمثلة في الملاحظة والمقابلة النصف موجهة واختبار الرورشاخ

وبعد تحليل النتائج الخاصة بمجموعة الدراسة المكونة من أربع أمهات توصلنا إلى النتائج التالية:

- يؤثر إكتشاف التخلف العقلي للطفل في ظهور الصدمة النفسية عند الأم.
- يؤثر التخلف العقلي عند الطفل في ظهور إضطراب القلق عند الأم .
- يؤثر التخلف العقلي للطفل في ظهور الإكتئاب عند الأم .

ومنه يمكننا القول أن وجود التخلف العقلي عند الطفل يشكل صدمة نفسية لدى أمه لحظة إكتشافها لهذه الإصابة والتي تخلف أثار نفسية مرضية عندها كالقلق والإكتئاب وبالإضافة إلى ذلك وبما أن هذه الإصابة من النوع الثقيل وكحالة مزمنة يتعذر شفائها وأنها تشكل عبء كبير على هذه الام فيما يخص عملية التكفل بهذا الطفل والتهديد الدائم لها لمن يتكفل به بعدها ما يضاعف خطر هذه الآثار المرضية ويهدد صحتها النفسية، ما يعني مسيرة متواصلة لإعادة الجرح وما ينجم عنهما من قلق وإكتئاب دائمين، وربما اضطرابات أخرى كالأمراض السيكوسوماتية وهذا ما أكدته بعض الدراسات السابقة التي تم تناولها البحث.

بالرغم من النتائج المتوصل اليها والتي تبين تحقق الفرضية المطروحة في البحث أي معاناة الأمهات من الاضطرابات النفسية إلا انه يبقى مشكل تعميم النتائج المتوصل اليها غير وارد نظرا لخصوصية كل حالة ولحدود البحث التي اقتصرت على اربع حالات فقط هذا ما يدعو بنا الى فتح المجال الى دراسات اخرى تؤكد الدراسة الحالية او دراسات اخرى تكشف عن معاناة الآباء كذلك وما قد يترتب عنها من آثار، لكن السؤال الذي يطرح نفسه في هذا البحث: هل توجد أمهات جلودات تواجهن هذه الإصابة بصبر واحتساب ؟

وهل التركيز على الجانب الديني يلعب دور في هذا الجلد ؟خاصة في اطار ما يتمتع به أفراد مجتمعنا من ايمان وتقبل للقضاء والقدر ؟

وفي الأخيرا وبعد ما تم توضيحه في هذا البحث من آثار بعد صدمية للحادثة وما يرتبط بها كذلك من اضطرابات نفسية ندعو الى ضرورة تفهم هذه المشكلة من طرف المختصين وخاصة في مراكز استقبال هؤلاء الأطفال، وتخصيص حصص للتكفل النفسي بالأولياء لحمايتهم وتخفيف ضغطهم ومساعدتهم على التكيف، وكذلك ضرورة اهتمام الدولة بالطفولة والأمومة وتوفير سبل الوقاية من هذه الأصابة التي تكون في العديد من الحالات مكتسبة كما تم الاشارة إلي ذلك في ارتفاع نسبة الإصابة في الدول النامية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

الكتب بالعربية:

1. أسماء عبد العزيز حسين، 2002، المدخل المسير في الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، عالم الكتب، الرياض.
2. الزغبي أحمد محمد، 2003، التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم، ط1، المطبعة العلمية، دمشق.
3. القاضي مصطفى يوسف، فطيم لطفي، عطا محمود حسين، 1981، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار المريخ، الرياض السعودية.
4. القذافي محمد رمضان، 1988، سيكولوجية الإعاقة، ط1، دار العربية للكتاب، طرابلس.
5. الوافي عبد الرحمان، 2007، مدخل إلى علم النفس، ط2، دار هومة الجزائر.
6. برونو كلوبفر، هيلين ديفيد سون، 2003، تكنيك الرورشاخ ترجمة حسين عبد الفتاح، منشورات جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
7. حلاوة محمد السيد، 1998، التخلف العقلي في محيط الأسرة، الشاطئ، الإسكندرية.
8. دليو فضيل وآخرون، 2008، دراسات في المنهجية، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
9. رشاد علي عبد العزيز موسى ،1994، بحوث في سيكولوجية المعاق ،دار النهضة العربية ،القاهرة .
10. زرواتي رشيد، 2008، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط3، بدون دار النشر والبلد.
11. زهران حامد عبد السلام، 1997، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب.
12. سعد رياض، 2003، الاكتئاب، تشخيص وعلاج، دار الكلمة، المنصورة.
13. سي موسى عبد الرحمان، زقار رضوان، 2002، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق- نظرة الإختبارات الإسقاطية، ط1، جمعية علم النفس، الجزائر العاصمة.
14. شبلي محمد، د يفارج بول، 1999، إختبار الرورشاخ، مطبوعات جامعة منتوري، قسنطينة.

15. صفوت وفيق مختار، 2005، سيكولوجية الأطفال ضعاف العقول، ط1، دار العلم والثقافة، بدون بلد.
16. عبد الله محمد قاسم، 2001، مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، دار الفكر، الأردن.
17. عبد الهادي نبيل أحمد، 2006، منهجية البحث في العلوم الإنسانية، ط1، الأهلية، الأردن.
18. عثمان السيد فاروق، 2001، القلق إدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
19. عطوف محمد ياسين، 2006، علم النفس العيادي، ط 2، دار العلم للملايين، بيروت ، لبنان.
20. كار سمانتي، 2001، الأطفال غير العاديين سيكولوجيتهم وتعليمهم، ترجمة الأحمر عدنان إبراهيم، زحلوق مها إبراهيم، ط1، الرسالة، بيروت.
21. كمر صالح شيخ ،بدون تاريخ، الجوانب الصحية والنفسية للتخلف العقلي في الطفولة، دار الهدى ،عين مليلة، الجزائر.
22. كيث كراملنغر، 2002، حول الإكتئاب، ط1، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
23. مخلوف إقبال إبراهيم، 1991، الرعاية الإجتماعية وخدمة المعوقين، دارالمعرفة الجامعية، الإسكندرية.
24. مرسي كمال إبراهيم ، 1996، علم التخلف العقلي، ط1، دار القلم، الكويت.
25. معاليم صالح، 2002، التقنيات الإسقاطية الرورشاخ نظرية وتطبيق، مطبوعات جامعة منتوري قسنطينة.
26. مياسا محمد، 1998، الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية وقاية وعلاج، ط1، دار الجيل، بيروت.
27. ميخائيل أسعد، 1994، علم الإضطرابات السلوكية، ط1، دار الجيل، بيروت.
28. ميموني بدرة معتصم، 2005، الإضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
29. يوجين ليفيت، لوبين برنارد، 1985، سيكولوجية الاكتئاب ترجمة ونقد وتعليق الطويل عزت عبد العظيم، دار المريخ، الرياض.

الرسائل الجامعية والأطروحات:

30. آيت حمودة حكيمة، 2006، دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية دراسة ميدانية بمدينة عنابة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
31. تونسي عديلة حسن طاهر، 2002، القلق والإكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة ، دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الإرشاد النفسي، ام القرى، السعودية.
32. صحراوي عقيلة، 2002، تسيير الصدمة النفسية لدى أم الطفل المصاب بتناذر داون، رسالة لنيل الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

المجلات والدوريات:

33. المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين، 1999، المرشد المنهجي للمراكز الطبية التربوية للأطفال المتخلفين ذهنيا، المديرية الفرعية للبرامج والمناهج والوسائل البيداغوجية والمستندات.
34. عواشرية السعيد، 2006، الاتجاهات الوالدية نحو المعاق ذهنيا دراسة ميدانية مجلة تنمية الموارد البشرية العدد الثالث، جامعة فرحات عباس، سطيف.

القواميس والمعاجم:

35. سهيل إدريس ، 1998 ، المنهل قاموس فرنسي عربي، ط 18، دار الآداب بيروت، لبنان.

الكتب الأجنبية:

36. Américain Psychiatrique Association, 1998, DSM-IV, soins primaires Masson, Paris.
37. Américain psychiatrique association,1996,Mini,DSM-IV criteres diagnostiques, Masson, paris.
38. Barrois C: 1998, Les Nevroses Troumatiques, , 2em ed dunod Tunod, Paris, P13.
39. Benony,M&, Chahraoui.K, 1999, l'entretien clinique, Dunod, paris.
40. Berclaz, M, 2001, Agressivité, Hostilite et violence a l'usage des intervenants, HUG.
41. Berger, M, Bonneville, E, 2007, Protection de l'enfance : l'enfant oublié, Henry Ingberg, Bruxelles.
42. Berger, M,1999, l'enfant instable approche clinique et thérapeutique; Dunod, Paris.
43. Bergeret,J, 2000, Psychologie- pathologie :théorique et clinique, Masson, paris.
44. Boudarene, M, 2005, le stress – entre bien être et souffrance, Berti Alger.
45. Bourrat, M,M ,& Reger .G,2003, les relations parents enfants :de la naissance â la puberté, Armand colin, paris.
46. Canouni, P, & al, 1994, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, maloine , Paris.
47. Chabert Catherine, 1998, psychanalyse et méthodes projective, Dunod, Paris.
48. Chorfi, M, mezhoud N, 2006, type de reaction post- traumatique suite â une catastrophe naturelle chez des adolescents scolarisés, cas de séisme de Boumardes, édition de l'université mentouri, constantine.
49. Cohen, S, Y, J 1999, Au Début de laVie psychique, Jacob, paris.
50. Crocq ,L ,Vitry ,M , 2000 ,Séminaire De Formation des formateures prise en charge psychologiques des enfants traumatises par la violence liée Au terrorisme ,Institut pasteur sidi fredj,Alger
51. Crocq, L, &al, 2007, traumatismes psychique prise en charge psychologique des victimes, Masson, paris.
52. Damiani, C, 1997, Les Victimes, Violences Publiques et Crimes Prives, Boyard, Paris.
53. De Clercq, M & al, 2001, les traumatismes psychiques, Masson, paris.
54. . Guedeney, N, & al, 2005, l'attachement conceptes et applications, Masson ,Belgique.
55. Guittet, A, 2002, l'entretien techniques et pratiques, sixième édition, Armand Colin Paris.
56. Gutton, P, 1983, le bébé du psychanalyste, le centurion, paris.
57. Korff-sausse, S, 1995, Le handicap, figure de l'étrangeté, In maurice Dayan, trauma et devenir psychique, 1ére édition , PUF.
58. Le camus, J, 1995, Péres et Bébés, l'Harmattan, paris.

59. Lebigot, F, 2006, le traumatisme psychique, Henry Ingberg, bruxelles.
60. Lebovici, S, Soule, M, 1970, La connaissance de l'enfant par la psychanalyse, PUF, paris.
61. Lemperiere, Th, féline, A, &al, 2000, psychiatrie de l'adulte, Masson, Paris.
62. Lôo.p , Lôo . H ,& Galinowski, A, , 2003, le stress, 3é édition, Masson, paris.
63. Lustin J-J, Bergeret, J,&al 1986, Psychologie pathologie théorique et clinique,8 édition, Masson, paris.
64. Marty.F& al, 2001, Figures et traitementents du traumatisme , Dunod, paris.
65. Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, 2002, pratiques de soins et psychotrauma, Algérie.
66. Pedinielli, J-L, Graziani, p, Swendsen, J, 2004, le stress emotions et stratégies d'adaptation, Nathan, paris
67. Ringler, M,1998, l'enfant défferent , accepter un enfent handicapé, 2 éme édition, Dunod, Paris.
68. Stern, D, 1996 , La constellation maternelle ,Calmann , levy ,Paris .
69. Vaginay, D & al, 2000, Transmission et Integration pour quelle éthique, chronique sociale, lyon.
70. Vaginay, D, 1997, Accompagner l'enfant trisomique, chronique social, lyon.

المقالات والأطروحات المستقاة من مواقع الإنترنت:

71. Azar, M, 1983, facteurs d'adaptation des méres d'enfant déficient mental, mémoire pour l'obtention d'un DEA en sciences infirmiéres.pdf
72. Centre.doc.@.ap.hop.paris.fr
73. Déry, M, 1997, la santé mentale des méres d'enfants ayant une déficience grave, in Revue franco phone de la déficience, p52-53. www.RFdi.org/Files/DERY_V18.PDF.
74. Hamel, H, & al, 1993, les familles d'enfants handicapés: de la détresse de la reconnaissance de l'hôpital psychiatrique a l'établissement spécialisé, de l'éducation précoce â l'intégration, In Journal de pédiatrie et de puériculture, N 01, P 40 – 42 .
http://documentation.aphp.fr/handicap/annonceapres.Htm
75. Jolly, A, 2002, Stress et traumatisme Approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence, thése pour obtenir le grade de docteur de l'université de Riems. http://anne-Jolly.com/Publications/these/these.php.
76. Josse, E, 2007, le traumatisme psychique quelques repéres notionnels, http://www.resilence, netfirms.com.pdf

الملخص

مخلص الدراسة

في محاولة للكشف عن دور وجود التخلف العقلي للطفل في ظهور الاضطرابات النفسية عند أم الطفل المصاب به، قمنا بهذه الدراسة والتي تمت على أربع أمهات لأطفال متخلفين عقليا، من أجل التحقق من الفرضية المطروحة في هذا البحث والتي تنص على أن وجود التخلف العقلي عند الطفل يؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية عند أم الطفل المصاب به، مستخدمين في ذلك المنهج العيادي بوسائله المعروفة والتي تمثلت في هذا البحث في الملاحظة، المقابلة النصف موجهة وكذلك اختبار الرورشاخ الإسقاطي، وبتحليل النتائج توصلت الدراسة إلى مايلي:

- يؤدي وجود التخلف العقلي عند الطفل إلى ظهور اضطرابات نفسية عند أم المصاب بحيث تمثلت هذه الاضطرابات أولا في حدوث صدمة نفسية للأم لحظة اكتشافها للإصابة لقد تم التحقق من ذلك عند الحالات الأربع كذلك تم التحقق من وجود اضطرابي القلق والاكتئاب بدرجات مختلفة عند الحالات الأربع.
- وقد انتهت الدراسة اعتمادا على النتائج السابقة إلى تأكيد دور التكفل النفسي بأمهات الأطفال المتخلفين عقليا للتخفيف معاناتهم ومساعدتهم على التكيف مع هذه الإصابة.

Resumé:

Pour tenter de découvrir le rôle du retard mental chez l'enfant et son effet sur l'émergence des troubles psychologiques chez la mère de l'enfant atteint, on a fait l'étude clinique de quatre cas afin de vérifier l'hypothèse avancée qui stipule que l'handicape mental chez l'enfants affecté contribue dans l'apparition (l'émergence) des troubles psychologiques chez la mère, en utilisant l'approche clinique avec ses moyens les plus connus; telle que l'observation , l'entretien semi -directif et le test de Rorschach .

Après avoir analysé les résultats, l'étude a révélé les résultats suivants :

- **Le retard mental chez l'enfant prend produit un traumatisme psychologique pour la mère quand elle découvre la déficience.**
- **le retard mental chez l'enfant participe dans l'émergence de l'angoisse chez la mère.**
- **-la contribution du retard mental de l'enfant dans l'apparition de dépression chez la mère.**

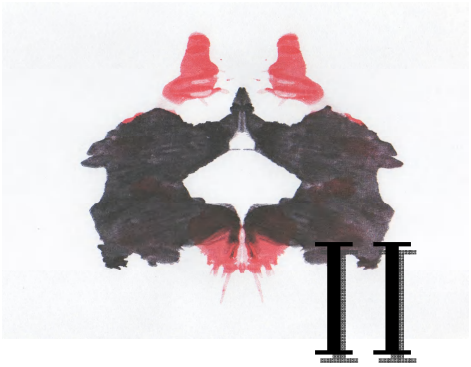
Pour terminer, on recommande la nécessité de comprendre le problème de retard mental de l'enfant et aider les parents et surtout les mères en leur assurant une prise en charge psychologique pour atténuer les effets négatifs causés par déficience.

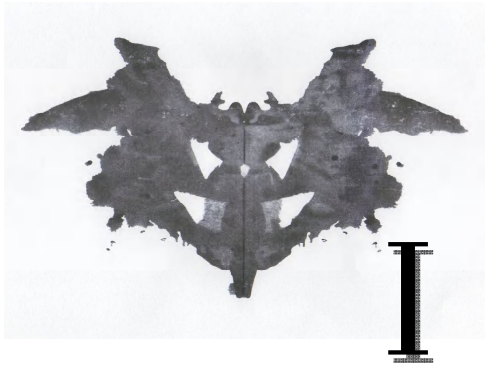
Summary:

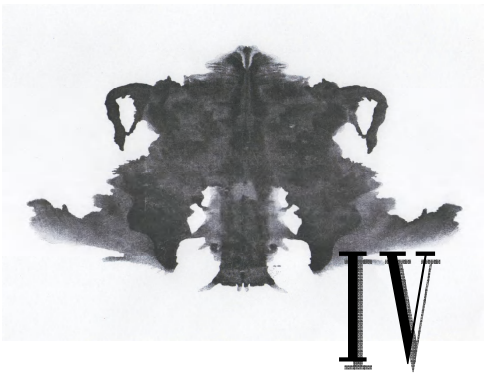
To discover the role of the children mental disability in the appearance of the psychological disorders to the child's mother, we studied four cases that were mothers of mentally handicapped children in order to confirm the hypothesis applied in this research. This hypothesis shows that the child's mental disability affects his mother psychologically. And we used in our study the clinical method and its known tools. These tools are the observance, semi directive talk, Rorschach **projective examination and results' analysis. As a matter of conclusion we result the following:**

- **Children mental disability makes psychological disorders to their mothers: first it makes a psychological trauma to the mother when she discovers that her child will be a handicap. We confirm from the four studied cases that it makes stress and depression disorders in different degrees.**
- **We finished our study according to the previous results that we should ensure the mothers of the handicapped children psychologically to ease their sufferance and help them to adapt with this handicap.**

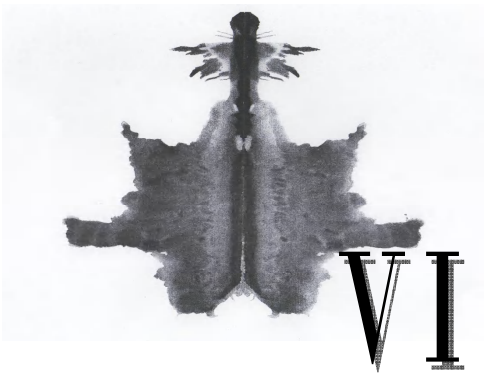
الملاحق


II


I


IV

III


VI

V

VIII

VII

X

IX

الحالة الأولى: أم و

نص المقابلة :

- احكيلي كيفاش عرفت بإصابة إبنتك ؟

زيادت هذي الطفلة كانت صعيبة قبل مانولد يموت لي ذراع وكراع وكيما زادت قالي طبيب الولادة بلي بنتي غير طبيعية ماكانتش كي خاوتها عينيها دايرين، ما تتحكمش في جسمها .

- أحكيلي وش حسيتي كي عرفت بلي بنتك متخلفة ذهنيا ؟

عانيت بزاف بزاف نقولك الصح ما تقبلتهاش رفضت كلش، ما ناكل، ما نرقد، تخليت على كلش و بصح زوجي وقف معايا وكي رحت للطبيب قالي عندك إكتئاب عطاني الأدوية المهدئة شربتها مدة كبيرة كنت ما نتحمم ما نمشط شعري، وما ندير والو قاعدة وحدي فقط وكي درت الدواء وليت نرقد شوية بصح كي نوض نعاود نتفكر، والآن الحمد لله عند برك شوية الضغط "لا نتنسيو ".

-أحكيلي كيفاش ولات حياتك بعدما أنجبت هذه الطفلة؟

كيما قتلك بريت من الإكتئاب بطلت الدواء والحمد لله حاولت نخرج من حالتي هذه حوست على خدمة راني خدامة ضرك مراقبة في المتوسطة حتى الدراهم ماهمش بزاف بصح، على جال باش انفس على روحي نخرج، ندي بناتي عند أما لدارنا بالحق يشدوهملي معاونيني وكي سألتها تخرجيها معاك ولا لالا ؟ قالت في الأول كنت نتبهدل ويقولو لي مسكينة ولكن الآن تغلبت على هذا و قلت لهم ما تزيدوش تقولولي مسكينة حاربتهم أنا راني نسنا الجزاء من عند ربي، راني نبذل في مجهود كبير، كل واحد كي فاش يجوا ولادوا واحد ماعندوش الدراهم وهذه هي، وعندما سألتها هل بقيتي تهتمي كيما قبل بدارك وولادكك الأخرين قالت في الحقيقة تعبت من الخدمة أنا مش كي باقي الأمهات وحدة أوراها مشكل فما بالك بزوج عندي عبء كبير نقصت خدمة الدار وليت ما نهتمش بزاف لخاطر هذا المرض يحتاج لمجهودات جبارة، نعتني بهم أكثر من خاوتهم بصح مارانيش نشوف في تحسن (مطأطأه الرأس).

وعندما سألتها عن الإنجاب قالت حاب نزيد بصح خايفة راني نجري عند الطبا وندير في التحاليل وراجلي قالي زيدي بصح لازم نروح للدزاير باش نتقلب.

- كيفاش راك تشوفي في مستقبل بنتك

وليت ما نفكرش ما نحوسش عايشة هكذا و خلاص .

بروتوكول الرورشاخ

نص الإستجابة	التحقيق	التنقيط
البطاقة 1 ز 6ثا 1) ٨ فراشة . 2) ٨ ذات انسان ز 43 ثا	– كل البقعة من الشكل ك – الجزء الوسطي ج	ك ش+ حيــ شائعة ج ش + ب
البطاقة 2 ز 15 ثا 3) ٨ فراشة نفس الشيء وما عندهاش الجنحين فراشة و ماتت ومادام هذا لونها أحمر تقصوا الأجنحة . دم ساح منها 4) ٨ السواد تعبير عن حزن ز3 د .و 7 ثا	– كلية من خلال الشكل – كلية وصف والشكل على البطاقة – الجزئين الأسودين من البطاقة	ك ح حيــ ل صدمة بالأحمر (ك) ل تجريد صدمة بالأسود
البطاقة 3 ز22 ثا 5) ٨ عنكبوت كأنه ميت إيماءات لتأكيد الإجابة كالعنكبوت " تأمل" ز1 د و 49 ثا	– هيكلة رجلاه معظم البطاقة وصف الشكل	تحريك الراس صدمة ك ش حيــ
البطاقة 4 ز = 14 ثا " رمي البطاقة قالت خوفوني خلعوني " 6) ٨ حيوان مفترس كأنه صاد إلى الوراء	– كلية وصف الشكل رجلاه يديه ذراعاه حيوان منقرض علقت ان أخاف من الحيوان لكن أخاف نحسبها كي نتاع الرسوم المتحركة كأنها مفبركة اي ليست عنكبوت	رفض ك ش فق ح حيــ شائعة

البطاقة 5 ز= 13 ثا 7) ٨ هذا خفاش ز 26 ثا	– كل البطاقة من شكله رجلاه أجنحته ثم تدوير كي يشغل أدري...	ك ش + حيــ شائعة تردد
البطاقة 6 ز= 39 ثا 8) ٨ ما بانليش (رفض) كي الآلة الموسيقية وباتت شكل الورقة حشيش و فيها فقط زيادات 9) ٨ في الفوق كأنها ذراع تدرك على حالتين لكن الورقة باينة ز= 2د و 44 ثا	– كل البقعة و صفها على البطاقة – كل البقعة من الشكل	صدمة ك ش شيء نبات ك ش+ ب ج نبات
البطاقة 7 ز=19 ثا 10) ٨ جاتني كي العنكبوت أنا أخاف من الزواحف دائما اتخيل هذه الأمور ز 1د و 1ثا	– كل البقعة تدوير البطاقة واشارت بيدها وللشكل هي تمشي تفصالها يعني الشكل لكن ليس لديها رأس	ك ح + حيــ صدمة
البطاقة 8 ز= 33 ثا 11) > حيوانات كي نتاع الأطفال يدير كي الأجنحة لكن ليس لديه إسم يركبوهم	– كل البقعة تحديد للشكل رأسه جسده	ك ح (حيــ) شائعة

12) ٧ تأمل حيرة وإندهاش كالسلاح تركيب على الشكل حديد ز= 2 د و 17 ثا	– كلية وصف الشكل	ك/ج ش شيء
البطاقة 9 13) ٨ شفتي هذا تنين متناظران متقابلات زوج ، وهنا خيال إنسان كلي راه جاي كلي راهم طالقين النار رجليهم – هذا السيد كلي داير يديه في جيوبه ، رأيته خياله اتي يتحرك ز 2د و 4ثا	– الجزئين البرتقاليين كلي راه متقابلين ومتشادين كروشهم خارجين وخيال الإنسان في الوسط الأجزاء في الوسط	ك ح (حيــ) ج ح (ب) – وجود تناظر
الطاقات 10 ز = 48 ثا محاولة إبعادها قليلا ثم أقلبها رفض 14) ٧ كأنها فراشة كالذبابة في الراس 15) ٨ لكن الوانها زاهية كالفراشة ز 2د و 47 ثا	– كل البقعة ثم وصف الأجزاء الرأس كالذبابة ثم تسمية الالوان قالت ملاح	صدمة رفض ك ش ل تخــ ك ل ش حيــ

الإختبار التفضيلي

البطاقتين 8 و 10

رقم8 : لأن الوانها أعجبتني ما تضرنيش الوانها ملاح ارتحتلها

رقم10: لأنها لم تخيف لعبة نتاع الأولاد ، ما ضرتنيش لأنهـــا فـــي الأخـــر لعبـــة ومتخوفنيش لم تقلقني (ألوانهم زاهية)

- **البطاقتين المكروهتين.**

2- لأني نحس كلي إنسان تقصو أجنحته كلي كان بقوته وراحت تلك القوة أي الصح كلو راح

10- تمثل العنكبوت لكنه صغير ما يخوفنيش (مفبركة)

شبكة الملاحظة:

الجوانب المراد ملاحظتها	التقدير
<u>المظهر:</u> 1-هندام نظيف وأنيق. 2-هندام مقبول 3 - لاتهتم بهندامها ونظافتها. 4-نظافة جسدها ومظهرها معقولين. 5تضع مساحيق التجميل بشكل كامل ومنسق. 6-تضع بعض المساحيق فقط 7-لاتضع مساحيق.	2 و 4 و7
<u>أسلوب التعبير الكلامي وملامح الوجه:</u> 8-شدة الخطاب. 9-مرونة الخطاب. 10-موقف معادي. 11-إيماءات حزينة. 12-التنهد والآهات. 13-شدة نبرة الصوت. 14-انخفاض نبرة الصوت	9و11و12و14و15و18و19و21 و24و25و30و31

15-تستغرق وقت قليل للانتقال من موضوع لأخر. 16-تستغرق وقت كثير للانتقال من موضوع لأخر 17-لحظات التوقف خلال الحديث. 18-الكلام متواصل 19-الحاجة لجلب اهتمام الفاحص. 20-موقف عادي تجاه الفاحص 21-كثيرة الكلام. 22-قليلة الكلام 23-الحاجة لانهاء الحديث 24-تهتم بالحديث 25-تتحاشى النظر في عيني الفاحص. 26-تتكلم بثقة. 27-التردد في الكلام. 28-تجلس في وضعية مسترخية. 29-تجلس و هي منحنية الجسد. 30-تجلس وهي معتدلة. 31-تتكلم بتأثروهي تحبس الدموع في عينها 32-تتكلم بتحكم وبدون تأثر	
<u>الذاكرة والتوظيف العقلي:</u> 33-تذكر الأحداث والمواقف. 34-تتذكر ببطء. 35-نسيان الأحداث القديمة. 36- عدم نسيان الأحداث القديمة. 37-وجود تركيز وانتباه . 38- عدم وجود تركيز وانتباه.	33 و37

نص المقابلة أم.س

احكيلي كيفاش عرفت حالة بنتك؟

كيما تأخرت في القعدة حتى 9 أشهر تحيرت وكي ديتها لي الطبيب قالي بنتك عندها فقط تخلف خفيف تتحسن وكنت دايما نستنى هذا التحسن، وفي الأول كنت دايرة بلي بنتي عندها الصرع وباباها قال لي ناقصة شوية برك ما فهمنيش كان عند الأمل أنه فقط مرض ويبرى حاولت ندخلها المدرسة وبعدما يئست دخلتها المركز وكي تبرى نعاود ندخلها للمدرسة بصح....بصح وشني ؟

بصح أول مرة سمعت كلمة معاقة في المركز من طرف الأخصائية النفسية كيما دارولنا الحصة الجماعية...تسمرت وحبست البكية ما تقبلتهاش، والمرة الثانية كيما رحت لدارنا في تبسة قالها ولد خويا "هذيك المعاقة" وشفت أمي كيفاش سكتاتو وقالت لو "وش كون إلى قال لك روح منا" ثم حدث توقفت وقالت كي نتفكر هذا الموضوع.. تتنهد وتنهج...ومن بعد قالت لي نسيت واش كنت نقول ؟

ثم أضافت كيما خرجنامرة للنزهة رفضو الأطفال يخلوها تلعب معاهم و محبوش يحكموها من أيديها ، وتجنبوها "ترغرغ عينيها بالدموع " .

إحكيلي كيفاش حسيت حالتك النفسية ؟

عانيت بزاف نظل نبكي تقلقت عليها موش على نفسي نبكي وحدي لمن نشكي عبء كبير، مرضت بزاف، نبات قاعدة خاصة كي مرضت بالصرع نبات نعس فيها، نخاف نعطيها الدواء كشما يصرالها حزنت بزاف.

احكيلي كيفاش ولات حياتك بعدما جبتي هاذي الطفلة ؟

وليت ما نخرجش كي نخرجها ينظرو ليها ويسقسوني واش راهي بنتك المريضة وكي كنت أروح للمسجد انسا ثم ما يسقسونيش على أولادي لخرين يسقسوا غير عليها بصح أنا نقوللهم خير منكم حتى بيت بابا وليت نتحرج منهم نحس بلا ما يقولوا أما تصلي و تخاف من البول وكي تخرج نخليها لأبيها، واهتمامك بدارك كيفاه ولا ؟ نقصت الخدمة في الدارما وليتش كي بكري نركز غير عليهاهي .

وكي سألتها وزوجك قالت لي ما يهمش هو وولادي لخرين لا باس عليهم المهم هي راجلي وولادي لخرين قادرين على رواحهم يستناو .

احكيلي كيفاش تشوفي المستقبل نتاعك ؟

راني خايفة بزاف عليها كي تبلغ، نخاف يتعداو عليها وهي ما تعرفش لوكان نقدر نجي معاها للمركز ونبقى حتى نتروح نعسها نبات نوسوس.

نخاف على مصيرها كي نموت وأختها تتزوج ما رنيش نفكر في روحي هذا الموضوع مقلقني بزاف والفكرة ما تخطينيش راني نخمم غير عليها.

بروتو كول الرورشاخ

نص الاستجابة	التحقيق	التنقيط
البطاقة I ز = 24 ثا 1) ٨ حشرة عندها أجنحة كالخفاش لديها قوابض باه تفترس بيها لديها أجنحة . 2) ٨ فراشة غير طيبة . 3) ٨ أجنحة كالقوارض ز 2د و 26 ثا	كل البقعة وصف الشكل على البقعة كل البقعة تظهر كذلك من شكلها الجزئين الجانبيين الكبيرين	ك ش+ حي شائعة ك ش فق حي شائعة ج ش + جت
البطاقة II ز 37 ثا 4) ٨ كأنهم زوج يتعاركو هذا دم اصطدام 5) ٨ هذو يبانو يدين دايرين قفازات تبان 6) ٨ الأرجل متقابلين (تناظر) ز 1 د و 17 ثا	كل البقعة مع تحديد الشكل على البقعة . الجزئين العلويين . الجزء الأحمر السفلي مع الخليط الأسود	ك ح ب + ل صدمة الدم اللون الأحمر ج ش+ ب جـــ لباس ج ش+ ب جـــ
البطاقة III 7) ٨ يبانو شخصين كأنهم نساء منحنية مرتكزة على شيء ترتدي حذاء ذو كعب عالي . 8) ٨هذا الأحمر كأنه قلب من هنا وقلب من الجهة الأخرى يتصافحان كأنهم أيدي	كل البقعة تقريبا ماعدا الأجزاء الحمراء العلوية الجزء الأحمر العلوي كما يظهر وجود تناظر	ك ح ب لباس شائعة ج ل ش جت+ ح ب جـــ

9) ٨ وهذا يظهر كانه شيطان معلق من أرجله يوسوس لها أو يوحي لها بأن لا يتصالحا قلق توقفت ثم قالت مازالو بزاف لوكان اطبق علي وحدي في وقت طويل و انا أكتب من غير وجود الفاحص " واش اداني نشوف قلق و ارتباك كبير ين " ز 5د و 8 ثا	الجزء الأحمر العلوي	ج ح (ب) تجريد تعليق قلق، صدمة
البطاقة IV ز= 23 ثا 10) ٨ شكل واحد قوي متجبر متسلط كالأفلام الخيالية أو كارتون الأطفال شكل غريب رجلاها كبيرتان ذيله كالدينصور مرتكز عليه رغم جبروته يديه صغيرتان. 11) < رأسه صغيرا كأنه صاد للوراء ز 2د و 14 ثا	كل البقعة من الشكل ماذا يظهره لا توجد ماذا يظهره لا توجد ملامح الجزء الصغير على البقعة	ك ش فق (حيــ) شائعة جنس ج جــ + (حي جــ)
البطاقة V ز= 15 ثا 12) ٨ يظهر كأنه خفاش له أجنحة كبيرة أكبر من الجسم 13) ٨٧>< يظهروا كأنهم مقابض لإمساك الفريسة 14) ٨ الرأس حاد على الجهة	كل البقعة تحديد معالم الشكل على البطاقة الجزئية الصغيرة من نهاية الأجنحة الجزئية الصغيرة للأعلى	ك ش+ حيــ شائعة ج جــ ح+ حيــ ج ج جــ ح+ (حيــ جــ)

15) ٨ أواخر الاجنحة كرؤوس أفعى أو تتين كل جناح ينتهي برأس ثم قالت : خلاص كل البطاقات كانت مخيفة محاولة تهرب كم بقيت من بطاقة ز 4د و 25 ثا	الجزئية الصغيرة أواخر الاجنحة وصف الشكل على البطاقة	ج جـــ ش+ (حيجـــ) رفض تجريد تعليق
البطاقة VI ز 52 ثا 16) ٧ كأنه تشريح لحيوان مقطع طولي و قمنا بقسمة إلى اثنين 17) ٨٧ كي شكل هيدورة نتاع النعجة وتعودي حالاتو ز = 1د و 59 ثا	كل البقعة و هذا هو الشكل رجلاه الأمامية و الخلفية. نفس البقعة كما هو يظهر في الشكل	ك ش + تش حيـــ صدمة ظلال ك ش+ظ شائعة
البطاقة VII ز= 30 ثا 18) ٨ كأنه وجه مقابل وجه 2 نبات صادين لبعضهما دايرين كوتشفال والجسم كي الأرنب عندها ذيل واقفين على حجرة ز 3 د و 24 ثا	كل البقعة وصف الشكل كاملا على البطاقة	ك ح+ب + جغـــ تناظر
البطاقة VIII ز= 4ثا 19) ٨ هذي فيها الألوان تظهر كأنها خيمة عشة قديمة يضعون فوقها الشجرة 20) ٨ هذا نمر يحوس يطلع 21) ٨ الفهد الوردي بدون ذيل يريد أن يصعد من هنا و الآخر من هنا و طالع على صدر الكلب	الجزء العلوي يمثل الخيمة والشجرة في الوسط . الجزء الجانبي و هذا جسمه الجزأين الجانبين الفهد يظهر عافس على حيوان آخر الكلب إلى لونه برتقالي يظهر نائم	ج/ك ش+شيء نبات ج ح+ حيـــ ج ح حيـــ ش ل شائعة

22) ٨ هذا لون رجل موف بنفسجي تختلف على لون باقي الجسد ز 3د و 24 ثا	ويشوف في الفهد . الجزء السفلي باللونين	ج ل ش ب
البطاقة IX ز = 47 ثا 23) ٨ أشكال غريبة ليس لها تفسير واحد لابس قبعة كالمهرج إنه كأغصان الشجرة متفرعة فمه مفتوح يضحك عنده كرش سمين هابطة حاكم كي شغل المنظار ويشوف بيه 24) ٨ الشكل للتحت لم افهمه (الأزرق والوردي لم افهمه) 25) ٨<٨ الوردي كأنه دمية رأسها مائل وهذا جسمها ز 4 و 25 ثا	معظم البقعة ماعدا الجزء السفلي	تعليق (أنا رسام تشكيلي مع الضحك) محاولة التمويه ج/ك ح – (ب) لباس تجريد . رفض ج ل ش ح شيء
البطاقة X ز = 8 ثا 26) ٨ هذه الألوان زاهية شوية هذا الأخضر يظهر كأنه فرس البحر. 27) ٨ هذا الشكل امراة تبان دايرة طرحة هابطة مرتدية سواري وتفك في حاجة من فرس البحر. 28) ٨ كي شغل عنكبوت شاد فيها الوراء. 29) ٨ البني يظهر كأنه حيوان يصدر في صوت (يعوي). 30) ٨ المعركة كلها تحت الماء . ز = 5 د و 19 ثا	الجزء الأخضر السفلي الجزء الوردي المرأة تجبد وكأنها خايفة هذا العنكبوت تحت الماء الجزء الأزرق العلوي . الجزء البني كل البقعة	صدمة لون ج ل ش حيــ تجريد ج ح + ب لباس تجريد ج ح حيــ شائعة ج ح حيــ ل ش ك ح طبيعة تجريد

الاختبار التفضيلي :

البطاقتان المحبوبتان : البطاقة III لأن فيها قبول ، تسامح....

- **البطاقة X لأن فيها ألوان زاهية ، البحر .**
- **البطاقة VII لأن فيها الطفولة والأرنب رمز الطيبة والطفولة رمز البراءة**

البطاقتان المكروهتان :

- **البطاقة IV لأنها تمثل القوة والجبروت وأنا لا أحب واحد يتسلط على الآخر .**
- **البطاقة II لأن فيها دم فيها دم الشجار القوة .**

شبكة الملاحظة:

الجوانب المراد ملاحظتها	التقدير
المظهر: 1-هندام نظيف وأنيق. 2-هندام مقبول 3 - لاتهتم بهندامها ونظافتها. 4-نظافة جسدها ومظهرها معقولين. 5تضع مساحيق التجميل بشكل كامل ومنسق. 6-تضع بعض المساحيق فقط 7-لاتضع مساحيق.	2 و 4 و6
أسلوب التعبير الكلامي وملامح الوجه: 8-شدة الخطاب. 9-مرونة الخطاب. 10-موقف معادي. 11-إيماءات حزينة. 12-التنهد والآهات. 13-شدة نبرة الصوت. 14-انخفاض نبرة الصوت 15-تستغرق وقت قليل للانتقال من موضوع لأخر. 16-تستغرق وقت كثير للانتقال من موضوع لأخر	10 و11و14و16و17و19و21و24 و25و30و31

17-لحظات التوقف خلال الحديث. 18-الكلام متواصل 19-الحاجة لجلب اهتمام الفاحص. 20-موقف عادي تجاه الفاحص 21-كثيرة الكلام. 22-قليلة الكلام 23-الحاجة لإنهاء الحديث 24-تهتم بالحديث 25-تتحاشى النظر في عيني الفاحص. 26-تتكلم بثقة. 27-التردد في الكلام. 28-تجلس في وضعية مسترخية. 29-تجلس وهي منحنية الجسد. 30-تجلس وهي معتدلة. 31-تتكلم بتأثر وهي تحبس الدموع في عينها 32-تتكلم بتحكم وبدون تأثر	
الذاكرة والتوظيف العقلي: 33-تذكر الأحداث والمواقف. 34-تتذكر ببطء. 35-نسيان الأحداث القديمة. 36- عدم نسيان الأحداث القديمة. 37-وجود تركيز وانتباه . 38- عدم وجود تركيز وانتباه.	34 و37

الحالة الثالثة: حالة أم ش

نص المقابلة:

- أحكيلي كيفاش عرفتي حالة بنتك؟

زادت بنتي لباس عليها بصح جاتها الحمة وكي سألتها وينا وقت عرفت فيه حالتها؟ قالت لي كي دخلناها للمدرسة ماكانتش نورمال كانت دير الفوضى، في الكلاصة، تضرب الأولاد علابيها خرجوها، وبعدها باباها أداها تقرى عندو وين كان هو يقري في الدوار وممبعد ولينا دخلناه للمركز، وعندما سألتها وينا وقت مشات فيه؟ قالت لي مشات في عمرها أربعة عشر شهر، وسألتها وكتا تكلمت ووكتا عادت تروح وحدها للمرحاض؟ قالت لي تكلمت في عمرها عام بصح للضرك تخاف من دخول المرحاض وحدها وتبدا تبكي وديما نلقاها الصباح موسخة في فراشها.

للعلم البنت إلى يومنا هذا لم تكتسب النظافة إلا جزئيا وتتلفظ فقط ببعض الكلمات ولا تتقن اللغة الكاملة، تسيل اللعاب من فمها حسب المعلومات التي قدمت لنا من طرف أخصائيتي المركز وكذلك عند مشاهدتنا الفعلية للحالة.

- إحكيلي كيفاش حسيتي كي عرفتي حالت بنتك؟

في الأول ما تقبلتهاش بنتي فقط جاتها حمة بصح كنت ديما حاسة بلي ماهيش نورمال لاخاطر توخرت في المشية ولضرك ما تهدرش مليح وزدت حسيت كيما كان أهل راجلي يضربوها وما همش قابلينها أنا ثاني نولي ما نعاملهاش مليح ونضربها حتى باباها كنت نحس بلي يتجنبها ويحاول فقط يتحضنها بعض المرات وكي قلت له نزيدوا نجيبوا أولاد أخرين قالي ولوكان يجي واحد كيما هي تألمت وعاد يرقد في سرير وحدوا وأنا نبات معاها خاصة كي تمرض وحشاك توسخ وتولي الريحة "تتنهت" وتقول آه، آه، آه، ....، تألمت بزاف ومن ذاك الغش قسيت على بنتي بزاف.

- إحكيلي كيفاش ولات حياتك بعدما جبتي هاذ الطفلة؟

كيما قلت لك راني غير الشهر هاذا برك تنفست لاخطر كنت عايشة مع بيت راجلي ما يخلونيش نخرج ومع الخدمة نتاع الدار بصح هاذا والوا لوكان جات بنتي مقبولة عنـــدهم أنا نلتى بالشغل وما نلتاش بيها وهي علابالك لاكشما دارت يضربوها وتزيد مـــا تخـــرجش وحدها تولي تخرب وأنا وليت قاسية عليها ما نرتاح غير كيما نروح لدارنا في الدوار فـــي سطيف ثَّمَ تلقى راحتها تلعب، تدير واش تحب ما يقولوها والوا، بالعكس يحبوها ويقولـــولي ما تضربيهاش كي تخرب، ماعليهش مساعديني بزاف بصح في بيت راجلـــي ! و"تتنهـــت" هكذاك قلت راجلي لازم تخرجني فاض الكاس ما نقدرش نزيد وضرك وقتي كلـــوا لبنتـــي نحوس نعوضها السنين إلي فاتوا نعلمها باش تولي كيما الأولاد، وكـــي ســـألتها وراجلـــك ووليدك لاخر –(أنجبت الطفل الثاني بعد خمس سنوات من وقت إنجاب الطفلة ش)– قـــالتلي هاذوك أي وقت يكفيهم بصح هي !

- أحكيلي كيفاش راكي تشوفي في المستقبل؟

واش من مستقبل راني حاسة كلي عشت حياتي وخلاصت حاســـة روحـــي عـــشت خمسين سنة "تتنهت" بصح الحمد لله كي نتقلق نقرى في المصحف ونصلي، وقتي وحيـــاتي كلها ليها هي نحوس نشريلها دار وراني نوصي في خوها باش كي يكبر يعتني بيها. ماذا بيا نأمن لها حياتها.

برتوكول الرورشاخ

نص الاستجابة	التحقيق	التنقيط
البطاقة I ز = 14 ثا لم أتمكن من تصورها وهي تضحك. 1) ٨ كأنها فراشة 2) ٨ عنكبوت لم أقدر، لا أعرف. ز 2د 32 ثا	كل البطاقة من خلالها شكلها كأنها طائرة . كلية كأنها وجه مخيف عنيين، فم استفهام وصف الاجزاء	صدمة مقاومة ك ح حي شائعة ك ش فق ب ج تجريد رفض
البطاقة II 36 ثا تدوير البطاقة و الاستفهام . خيالي ضيق، لم أعرف **3)** ٧٨ أتخيله قلب. 4) ٧ شمس خارجة في وسط الغيوم . 5) ٨ كانهم رجلين 6) ٨ كأنه رأس حيوان >< v للأسف هذا ما ا قدرت نشوف ز 2د و 25 ثا	الجزء السفلي من خلال الشكل الأحمر معظم البقعة شكلها كي عادت حمراء (الجزء الاحمر السفلي .) من شكلهم السفلي السوداء للبطاقة البقعة ش .	صدمة ج ش ل تش ك ل ش ظ طبيعة ك ش + ب شائعة ج ش + ج حي
البطاقة III ز = 22 ثا 7) ٨ كأنه قلب منفصل أو فراشة 8) ٨ كأنه جنين صغير في الرحم وهذه الأم من الجهة اليسرى قالت أنها ضاقت علي مانقدرش نتخيل وقتي كله لأشواق انتهى ز 1د، 52ثا	الجز الأحمر العلوي . كأنه قلب مقسوم لأنه أحمر وأكثر بيان فراشة من شكلها . استجابة جزئية كأنه جنين جسم إنسان منفصل الجهة اليمنى (من خلال تظهر الأم من الشكل)	ج ل ش تشر ل ج ش حي شائعة ج (ك) ش ب تشر جنس صدمة

البطاقة VI ز 9ثا <>٧٨ لم أرى أي شيء رفض بإيماءات الوجه لم أقدر ز 3 و 25 ثا		صدمة رفض
البطاقة V ز = 17 ثا 9) ٨ خفاش لديه قرون 10) ٧٨ فراشة ز 1د و 4 ثا	كل البقعة من الشكل كأنه رأسه رجلاه أجنحته ورجلاه صغيرتان -من شكلها بالمقلوب كل البقعة	ك ش حي شائعة ك ش حي شائعة
البطاقة VI ز 9 ثا 11) ٧٨ كأنه مخ 12) ٨ أنه كمان آلف عزف ز 1د و 25 ثا	-الجزء الأوسط من البقعة وصف الشكل . -كليه من الشكل (وصف الشكل)	ج ش تشر ك ش شيء
البطاقة من الشكل VII ز 1 د و 36 ثا 13) ٨٧٨ أتخيلها أرنب فوق صخرة	كلية وصف الحيوان ذيله رأسه واقف على صخرة	ك ح + حي جغ
البطاقة VIII ز= 15 ثا 14) >٧< أتخيله أسد 15) ٨ شجرة صنوبر 16) ٨ 2 أسود و شجرة في الوسط ز= 1د	الجزء الجانبي من شكله الجزء الأوسط شكله شبه كلية يظهر من خلال الشكل .	ج ش حي شائعة ج/ ك ش نبات ك ش حي نبات شائعة

البطاقة IX ز= 1د و 4 ثا <>٧٨ حيرة، قلق ، صعوبة اعطاء استجابات لم استطع ان أرى أي شيء ألوان مختلفة . 17) ٨أشكال غير محددة كأنها خريطة ز 2د و 13 ثا	 كل البقع، ألوان متداخلة أزرق أخضر، كبريتي، كلية من الشكل	قلق رفض صدمة لون ك ل ش ك ش جغ
البطاقة X ز 38 ثا 18) ٨كأنه محيط ، بحر ، اسماك . 19) ٧ حصان البحر هذه أسماك . 20) ٨هذا سرطان بحر >٨<>٧٨ تدوير البطاقة في كل الاتجاهات	 كلية وصف الشكل حيوانات البحر كأنه في قاع البحر والحيوانات مع بعضها . الجزء الوردي . الجزء الأزرق عنده رجلان من خلال شكله	 ك ش حي طبيعة ج ش حي شائعة ج ش حي شائعة

الاختبار التفضيلي :

- **البطاقتان المكروهتان.**
  - رقم VI لأن لم أرى فيها أي شيء ، شكلها بقعة سوداء كلية .
  - رقم II لم تعجبني لأن فيها شمس و لكن فيها غيوم سوداء .
- **البطاقتان المحبوبتان .**
  - رقم VIII لأنها تعبر عن الطبيعة (أحب الطبيعة .)
  - رقم X لأنها الطبيعة .

شبكة الملاحظة:

الجوانب المراد ملاحظتها	التقدير
المظهر: 1-هندام نظيف وأنيق. 2-هندام مقبول 3 - لاتهتم بهندامها ونظافتها. 4-نظافة جسدها ومظهرها معقولين. 5تضع مساحيق التجميل بشكل كامل ومنسق. 6-تضع بعض المساحيق فقط 7-لاتضع مساحيق.	2 و 4 و7
أسلوب التعبير الكلامي وملامح الوجه: 8-شدة الخطاب. 9-مرونة الخطاب. 10-موقف معادي. 11-إيماءات حزينة. 12-التنهد والآهات. 13-شدة نبرة الصوت. 14-انخفاض نبرة الصوت 15-تستغرق وقت قليل للانتقال من موضوع لأخر. 16-تستغرق وقت كثير للانتقال من موضوع لأخر 17-لحظات التوقف خلال الحديث. 18-الكلام متواصل 19-الحاجة لجلب اهتمام الفاحص. 20-موقف عادي تجاه الفاحص	9و11و12و14و16و17و20و22 و23و25و29و31

21-كثيرة الكلام. 22-قليلة الكلام 23-الحاجة لإنهاء الحديث 24-تهتم بالحديث 25-تتحاشى النظر في عيني الفاحص. 26-تتكلم بثقة. 27-التردد في الكلام. 28-تجلس في وضعية مسترخية. 29-تجلس و هي منحنية الجسد. 30-تجلس وهي معتدلة. 31-تتكلم بتأثر وهي تحبس الدموع في عينها 32-تتكلم بتحكم وبدون تأثر	
<u>الذاكرةوالتوظيف العقلي:</u> 33-تذكرالأحداث والمواقف. 34-تتذكر ببطء. 35-نسيان الأحداث القديمة. 36- عدم نسيان الأحداث القديمة. 37-وجود تركيز وانتباه . 38- عدم وجود تركيز وانتباه.	33 و38

الحالة الرابعة: أم ع

نص المقابلة :

- أحكيلي كيفاش عرفت الحالة نتاع إبنك

غير ما زاد ما بانليش عادي لاحظت راسوا مطلوق, يديه, رجليه كان يبكي بزاف, يبات يبكي في الليل, ما هوش كيما الأولاد الأخرين قلت لراجلي وليدك ما نعرف واش بيه كي شكينا دينا لعدة أطباء في العاصمة, البرج, المسيلة قالولي راه مخه فيه قعرة ما كبرتش, ويقعد ناقص طول عمروا, يتحسن غير بالشوية كي يكبر، ودرت مخطط المخ وتأكدت من المرض نتاعوا.

- أحكيلي واش حسيت كي عرفتي بلي إبنك مريض

ملي عرفت حالتوا مانيش ناسية لظرك ذّاك النهار روحت من عند الطبيب لدارنا قعدت شهرين و انا حازنة وغير نبكي ما تقبلتها ش قلت الناس أكل ربي يعطيهم ولاد صحاح وانا لاه جاء ولدي هكذا بصح ظرك وليت عرفت بلي هذا إبتلاء، عطاه لي ربي وقادر على كل شيء.

- أحكيلي كيفاش تغيرت حياتك بعدما جبت هذا الطفل :

راه مسببلي مشكل وليت ما نخرج ما نقدر ندير والوا, ما نقدر نقعد مع الناس ما والوا خاطر يبهدلني , يتلاح للناس, مرة خرجت وليت رجعت, وكي نكون نشري من عند الحانوت يبدء يدير في لمانيار يمس حتى نحشم من الناس, وكي نكون نسوق يتلاح للفولو خاصة لاشاف البوليس، و لا ديتوا لدارنا يولو أكل يجروا قالوا لي ما تزيديش تجيبيه لينا، و مرة خرجو بباه وكيما جاو يركبوا الطرولي ناظو لولاد يدنقواليه وقالوا مهبول, وين نروح يبان ويبقاو يشوفو فيه.

وعندما سألتها عن سلوكاته في المنزل؟ قاتلي كي يقعد في الدار يهبلني يقنطني (وأشارت بيديها إلى وضعية الخنق) وما نقدر ندير والوا, يتلاح لكلش، يكسر, ساعات نعيط لباباه يجي يشدوا وساعات نضربو بصح نندم ونولي نسلم عليه كي يكون راقد .

سؤال والأن كيفاش راكي دايرة معاها ؟ وليت نربطوا ساعات و نضربو لخاطر باباه ما يخافش منوا يديرلوا رايو , بصح أنا يخاف مني.

سؤال: والخدمة كيفاش راكي فيها؟ راني نعاني ما كاين حتى بلاصة تطلع المورال , غيرما تعافرت مع المدير وبدلت الخدمة كنت سكرتار وليت في مصلحة أخرى لخاطر ما نيش متفاهمة مع ذاك المدير، بصح مسؤول المصلحة معاوني بزاف و ديما يحذرني من الأخرين لكشما يديرولي نعتمد عليه في كلش ,نشاوروا يوقف معايا دايمن حتى مرتو شكت فيه (موسوسة) أنادايراتو كي خويا، ووظرك راني طيشت ملادي (عطلة مرضية) ,المشاكل في العمل مع الراجل ماهوش متفهم كرهت .

كيفاش زدت و ليدك الثاني؟ المرة الأولى ماقدرتش نزيد تشاء مت وخفت قعدت 7 سنين ولاو قنعوني دارنا باش جبت الثاني , ذيك الطبيبة الأولى كرهتها منصحتنيش رحت لطبيبة أخرى و الحمد لله هذا الطفل لاباس عليه بصح راني خايفة عليه لو كان نغفل كشما يديرلوا. ساعات نلقاه يقلب فيه , راني نفكر نخدملوا سرير فوق لخاطر يخلعولي حتى ولا يبكي في الليل وراني خايفة كي يكبر يعلموا يدير كيما هو.

- كيفاش راكي تشوفي في المستقبل نتاعك ؟

راني ديما نخمم و خايفة ظرك راني قادرة عليه بصح كي يكبر كيفاش يولي, قاتلي أختي هذا كي يكبر يولي يضربك ومرة قالي الطبيب فيه قوة نتاع ثلاث رجال, ما خلاني ندير والوا, راني نحوس ندخلوا أوبيتال بسيكاتريك في الدزاير قالي عليه إلى يخدم معايا معاوني بزاف و عندو لمعارف وكي سألتها إن كان المستشفى داخلي ؟ قالت لي إيه بصح راني خايفة ما يقيموش بيه في الماكلة في الرقاد في كلش دارنا نصحوني باش ندخلوا بصح انا خفت، وكيفاه نرقد على المخدة بصح على الأقل يركح شوية و تروحلوا هذه الحالة و لو كان يبرى ندفع كل وش نملك .

بروتوكول الرورشاخ

نص الإستجابات	التحقيق	التنقيط
اللوحة I 1 زر 40 ثا 1) ٨ فراشة 1 2) ٨ يدين ز 39 ثا	من الشكل كل البطاقة كي شغل حاكمة في حاجة الجـزء (الجزء العلوي)	ك ش حي شائعة ج ش ب ج
اللوحة II ز 22 ثا 3) ٧ زوج عبـاد وجـسم ورجـال متشاركين في نفس الأعـضاء نفـس الشخصين متجهين نحو شيئ ما 4) ٨ الأحمر يمكن ان يمثـل شـمس (انفصام شخصية الإنسان) 5) ٨ رجلين ز 1 د و 46 ثا	من خلال الشكل الضخم و صـف يدين الرجلين كل البطاقة الأحمر 2 شخصيات نفسية اين هي متجهة سـاطعة الجـزء الأحمـر السفلي شكلهم كل راجل ناقص رجل نفس المكان	ك ح ب صدمة بالأحمر ج ل ش طبيعة تجريد ك ش ب
اللوحة III ز= 20ثا 6) ٨ جسم إنسان 7) ٨ الرئتين ، عظم ز 1د و 42 ثا	زوج عبـاد الجـزئين الأسـودين بكاملهما اعضاء إنـسان مفاصـل , كـل المساحة	ج ش ب شائعة ك ش ب ج تشر

اللوحة IV ز= 20 ثا 8) ٧٨ ورقة شجرة او تنين تشبه ورقة عنب او تنين لديه اجنحة 9) ٧٨ حيوان لديه أذنين	شكل جسم اجنحة تساءلت ان التنين لديه ذيل كل المساحة من الشكل كل المكان	ك ش (حي) نبات ك ش حيـــ
اللوحة V ز 2 ثا 10) ٨ خفاش ز35 ثا	من الشكل بلا نقاش ثـــم وصـــف الشكل على البطاقة كل المكان	ك ش حي شائعة
اللوحة VI ز = 32 ثا ٨><٧٨ لا اعرف 11) ٨ العمود الفقري 12) ٨ قرجومة , مـــن الرقبـــة حتـــى الظهر ز 1د و 57 ثا	من خلال الشكل وصف الشكل وصف كل جزء على حدى	صدمة ك ش تشر ج ش تشر
اللوحة VII ز 34 ثا علامة قلق , منعرف , حيرة 13) ٨ أرنب 14) ٨ زوج عباد حالين فمهم يعيطـــوا (صرخة) فم مفتوح ثم هدوء	من الشكل ممكن إنسان او حيـــوان الجزء الأعلى و المتوسط كاين عبد لديه حرية يعبر و كـــاين عبد ما يهدرش وش كاين لي يفيض	ج ش حي تجريد ج/ك ح ب

15) ٨ يبان حيوان ز = 2 د و 23 ثا	به يعيط تتكلم عن نفس المكان من شكله الجزء الاوسط	ج ش حيـــ
اللوحة VIII ز = 10 ثا 16) ٧٨ شجرة 17) ٧٨ ذيبة أو ذئاب 18) ٧٨<٨ رأس أو تمثل مخ انسان	تمثل شيئ في الطبيعة الاجزاء الوسطى (ش) الجزء من الحانيين من الشكل كل المكان تخطيط مخ ثم تكلمـــت عن التخطيط الـــذي عملتـــه عنـــد الطبيب لابنها لأنه ظهر لها بـــنفس الصورة في البطاقة	ج / ك ش نبات ج ش حيـــ شائعة ك ش ب ج تشر
اللوحة 9 ز = 51 ثا ٧٨ لم أجد إجابة لأعرف رفض الإستجابة 19) ٨ كي شغل إنسان مختفـــي وراء لأعرف شخصية أحـــد مخبيهـــا وراء خلفيات إنسان غير واضح مختفي وراء لديه كم لون كم سلوك ز= 2 د و 51 ثا	من الشكل الجزء الوسطي كي شغل ظل إنسان	صدمة اللون ج ش (ب) تجريد
اللوحة 10 ز 1 د 18 ثا 20) ٨٧٨ لأعرف ك بيانو حلـــزون, الأصغر, خنفساء	من الشكل الجزء الأصغر	صدمة ج ش جت

21) ٨ حشرات تعيش في نفس المكان	من الشكل التكلم عن عدة اجزء في كل مكان	ك/ج ش حي
22) ٨ الحمراء كروفات نتاع البحـــر كأنها خلية	الجزء الأحمر	ج ل ش حيـــ
23) ٨ تمثل الترابط تمثل المورد، الغذاء	الجزء الأزرق الوسطي	ج ش تجريد ج ش شيئ
24) ٨ تمثل نمل تحت الأرض طريق بيت	الجزء الوردي من الشكل	ك ش معمار
25) ٨ تخشات صغار كأنها نمل	الأجزاء الصفر, النقاط الصغيرة من الشكل	ج ش حيـــ
26) ٨ الطبيعة فيهـــا ألـــوان , اللـــون الاصفر يجذب و كذا الاخضر	المكان كله من خلال الألوان	ك ل ش
27) ٨ الوردي شبه أغصان الأشجار ز 6 د	الأجزاء الوردية	ج ل ش نبات

الإختبار التفضيلي

البطاقتان المفضلتان

- رقم 1 لأنها حشرة لطيفة تقول إنسان كالفراشة لديه رقة.
- رقم 10 لأن الطبيعة مليحة لأن لكل حشرة عمل تؤديه وكذلك الإنسان إنها تمثـــل المسؤولية.

البطاقتان المكروهتان

- رقم 4 التنين لأنه يمثل نوع من أنواع الشر.
- رقم 2 إنفصام الشخصية لأنه غير سوي ويختلف الإنسان لأنه ممكن أن يرتكـــب كم من أخطاء بدون ما يشعر. (تأمل, حيرة)

شبكة الملاحظة:

الجوانب المراد ملاحظتها	التقدير
المظهر: 1-هندام نظيف وأنيق. 2-هندام مقبول 3 - لاتهتم بهندامها ونظافتها. 4-نظافة جسدها ومظهرها لائق. 5تضع مساحيق التجميل بشكل كامل ومنسق. 6-تضع بعض المساحيق فقط 7-لاتضع مساحيق.	1 و4 و5
أسلوب التعبير الكلامي وملامح الوجه: 8-شدة الخطاب. 9-مرونة الخطاب. 10-موقف معادي. 11-إيماءات حزينة. 12-التنهد والآهات. 13-شدة نبرة الصوت. 14-انخفاض نبرة الصوت 15-تستغرق وقت قليل للانتقال من موضوع لأخر. 16-تستغرق وقت كثير للانتقال من موضوع لأخر 17-لحظات التوقف خلال الحديث. 18-الكلام متواصل 19-الحاجة لجلب اهتمام الفاحص. 20-موقف عادي تجاه الفاحص	8 و10و13و15و18و 21و24 و26و30و32

21-كثيرة الكلام. 22-قليلة الكلام 23-الحاجة لإنهاء الحديث 24-تهتم بالحديث 25-تتحاشى النظر في عيني الفاحص. 26-تتكلم بثقة. 27-التردد في الكلام. 28-تجلس في وضعية مسترخية. 29-تجلس و هي منحنية الجسد. 30-تجلس وهي معتدلة. 31-تتكلم بتأثروهي تحبس الدموع في عينها 32-تتكلم بتحكم وبدون تأثر	
<u>الذاكرة والتوظيف العقلي:</u> 33-تذكر الأحداث والمواقف. 34-تتذكر ببطء. 35-نسيان الأحداث القديمة. 36- عدم نسيان الأحداث القديمة. 37-وجود تركيز وانتباه . 38- عدم وجود تركيز وانتباه.	33 و37