

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة عبد الحميد ابن باديس (مستغانم)  
قسم العلوم الاجتماعية  
شعبة علم النفس

مذكرة تكميلية لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي والصحة العقلية  
الموضوع:

المرحلة الإستشفائية وتأثيرها على ردود فعل  
الطفل المريض  
دراسة ميدانية لحالتين مصابتين بحروق بالمؤسسة  
الاستشفائية "chegui -vara" مستغانم

إشراف الأستاذة:

– بلعباس نادية

من إعداد الطالبين:

– بن حمو أمين.

– بوعزة بلقاسم.

لجنة المناقشة

رئيسا

جامعة مستغانم

الأستاذ : بن جدية محمد

مشرفا

جامعة مستغانم

الأستاذة : بلعباس نادية

مناقشا

جامعة مستغانم

الأستاذ : زريوح آسية

السنة الجامعية: 2015 – 2016

# الإهداء

أهدي ثمرة جهدي هذا بحزنها قرحي وتؤنسها فرحتي أمي "الغالية"

إلى الذي علمني معنى الحياة وأنّ الكفاح غالباً مل يكلل

بنجاح أساسه الأمل أبي "الغالي"

إلى كل أفراد عائلتي الكبير والصغير منهم

إلى أساتذتي الكرام، أصدقائي خاصة أمين، غنام، حسين،

وكل زملائي بمعهد علم النفس

وأخيراً إلى كل من عرفني، أجنبي، واحترمني.

## كلمة شكر

من باب الوفاء والعرفان والتقدير نتقدم بالشكر الجزيل

إلى الأستاذة المشرفة على صبرها معنا

وإلى رئيس مطلة جراحة الأطفال C.C.I

وإلى الزميلة والأختائية النفسانية العاملة هناك

وإلى كل من أماننا وزودنا بمعلومات ساعدتنا لإتمام هذا العمل.

## قائمة المحتويات

أ	الإهداء.
ب	كلمة شكر.
ج	ملخص البحث.
د	محتويات البحث.
ح	الجداول.
1	المقدمة.
	الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة.
04	تمهيد.
04	الإشكالية.
04	الفرضيات.
04	دواعي اختيار الموضوع.
05	أهداف الموضوع.
05	التعاريف الإجرائية.
06	صعوبات البحث.
	الفصل الثاني: الطفولة والأسرة.
08	تمهيد.
08	تعريف الطفولة.
09	مراحل الطفولة.

11	نظريات النمو في مرحلة الطفولة.
17	علاقة الطفل بأفراد أسرته.
20	الحرمان من الأسرة وآثاره على الطفل.
23	خلاصة.
	الفصل الثالث: الإستشفاء.
25	تمهيد.
25	تعريف الإستشفاء.
25	الخبرة الإستشفائية.
26	انعكاسات الإستشفاء على الطفل.
28	مرض الطفل واستشفاؤه.
30	المراحل التي يمر بها الطفل للإستشفاء.
31	الديناميكية العلائقية في الوسط الأسري.
31	وضعية الطفل المريض.
33	تصور الطفل للمرض.
35	خلاصة.
	الفصل الرابع: ردود فعل الطفل للإستشفاء.
37	تمهيد.
37	العوامل المؤثرة على ردود فعل الطفل المريض.
39	ردود فعل الأسرة.
40	ردود فعل الطفل.

42	الفريق الطبي وعلاقته بالطفل.
47	علاقة الأولياء بالفريق الشبه الطبي (Le corps paramédical).
48	منظور فرويد للنكوص.
49	وجهة أنا فرويد Anna Freud.
49	مظاهر نكوص الطفل بالمستشفى.
56	استنتاج.
57	خلاصة.
	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.
59	تمهيد.
59	الدراسة الاستطلاعية.
59	- أهدافها.
61	- إجراءاتها.
62	الدراسة الأساسية.
62	- منهجية البحث في الدراسة.
63	- المجال الزمني والمكاني للدراسة.
63	- وصف عينة البحث.
63	- أدوات البحث المستخدمة ووصفها.
	الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات.
66	تمهيد.
66	عرض الحالة الأولى.

70	عرض الحالة الثانية.
74	مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.
76	خلاصة.
78	الخاتمة.
78	التوصيات والاقتراحات.
80	قائمة المراجع والملاحق.

## المقدمة:

المرض هو العدو الدائم الذي يتعرض له الإنسان في حياته، يختلف هذا العدو من بسيط قابل للعلاج إلى فتاك يهلك صاحبه ويجره إلى وادي الموت، خبيث مفاجئ لا يعرف الفروق الفردية ولا الطبقات الاجتماعية، فئة حساسة لا تملك لا حول ولا قوة، ولا حتى مقومات للدفاع عن النفس أو حتى فهم المرض أو تقبله: هي فئة الأطفال وألغن مصائبه أنه يحبس هذه الفئة، هذا ما يدفع للتساؤل حول نفسية واحد من أهم أفراد الأسرة: هو الطفل نظرا لأنه لا يزال في طور النمو ولكونه بشكل مباشر في مرحلة تكوين شخصية.

فإذا أصيب هذا الطفل بأي مرض خاصة إذا كان خطيرا، ويمكن أن يؤدي بحياته، هنا تذوب كل تلك الاستهجمات والتصورات الخاصة به، رغم كل الفروق التي تميز كل فرد عن غيره، إلا أنه وفي مثل هذه الحالة تكون مشاعره وردود أفعاله، هي موضوع الحالة التي يعيشها هذا الأخير ومهما اختلفت ردود الأفعال من طفل لآخر إلا أنه يعيش حالة متشابهة فيظهر عليه القلق والخوف من المجهول ولا يستطيع الهروب منه فهو يعدّ هاجس في حياته، اضافة إلى شعوره بالحزن والشعور بالذنب ما يدفعه إلى الإحباط.

على ضوء ما استعرض كتنقديم للموضوع، لقد خصص الفصل الأول مدخل لدراسة البحث تطرقنا فيه إلى تحديد المشكل وكذلك التساؤلات الفرعية وصياغة الفرضيات، دواعي اختيار البحث، أهداف البحث والتعاريف الإجرائية والصعوبات التي واجهتنا أثناء البحث.

أما الفصل الثاني فقد خصص لدراسة الطفولة والأسرة، تطرقنا فيه إلى تعاريف الطفولة، مراحل الطفولة، نظرية النمو في مرحلة الطفولة وكذا علاقة الطفل بأفراد أسرته وأخيرا الحرمان من الأسرة وآثاره على الطفل.

واشتمل الفصل الثالث على الإستشفاء وعلى انعكاساته على الطفل، والمراحل التي يمر بها الطفل للإستشفاء ووضعية الطفل المريض.

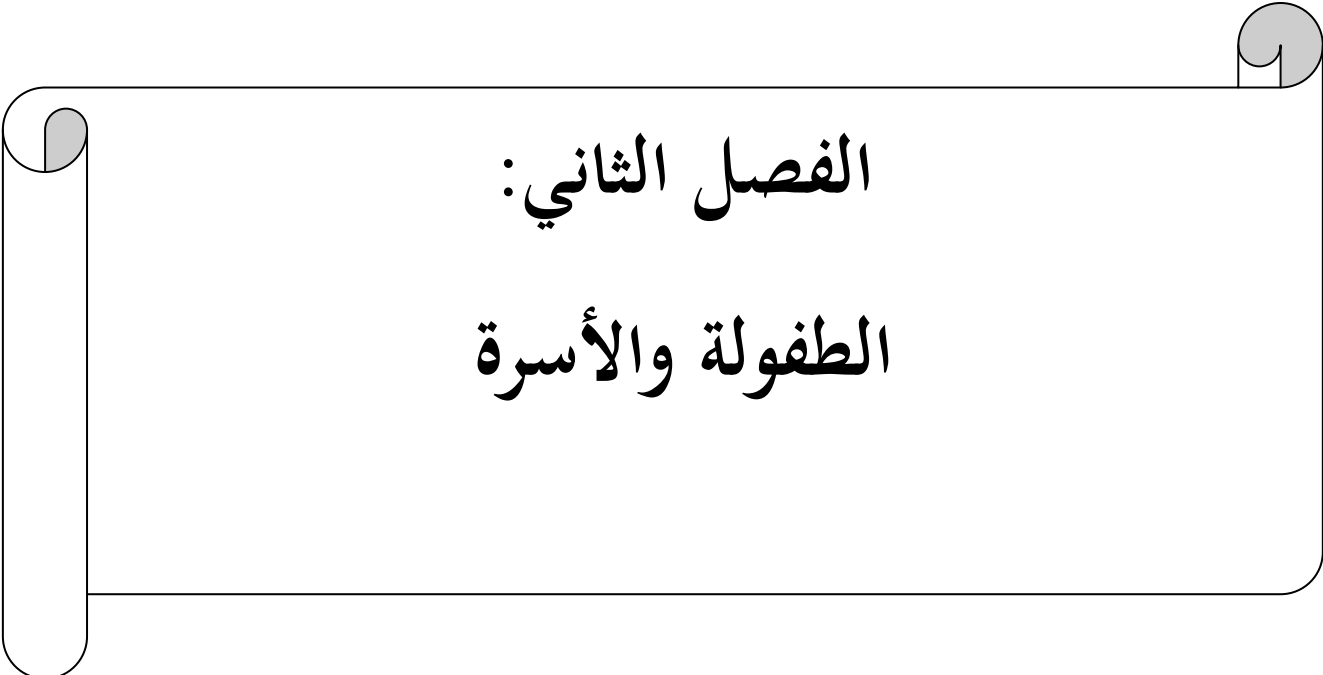
أمّا الفصل الرابع فتناولنا فيه ردود فعل الطفل المريض والعوامل المؤثرة عليها ورد فعل الأسرة ومنظور فرويد للنكوص ومظاهر نكوص الطفل بالمستشفى.

وخصنا الفصل الخامس والسادس للدراسة الأساسية والاستطلاعية وعرض نتائج الحالات ومناقشات الفرضيات، الخاتمة، التوصيات والاقتراحات وقائمة المراجع.

# قائمة المحتويات

# الفصل الأول:

## الإطار المنهجي للدراسة



الفصل الثاني:  
الطفولة والأسرة

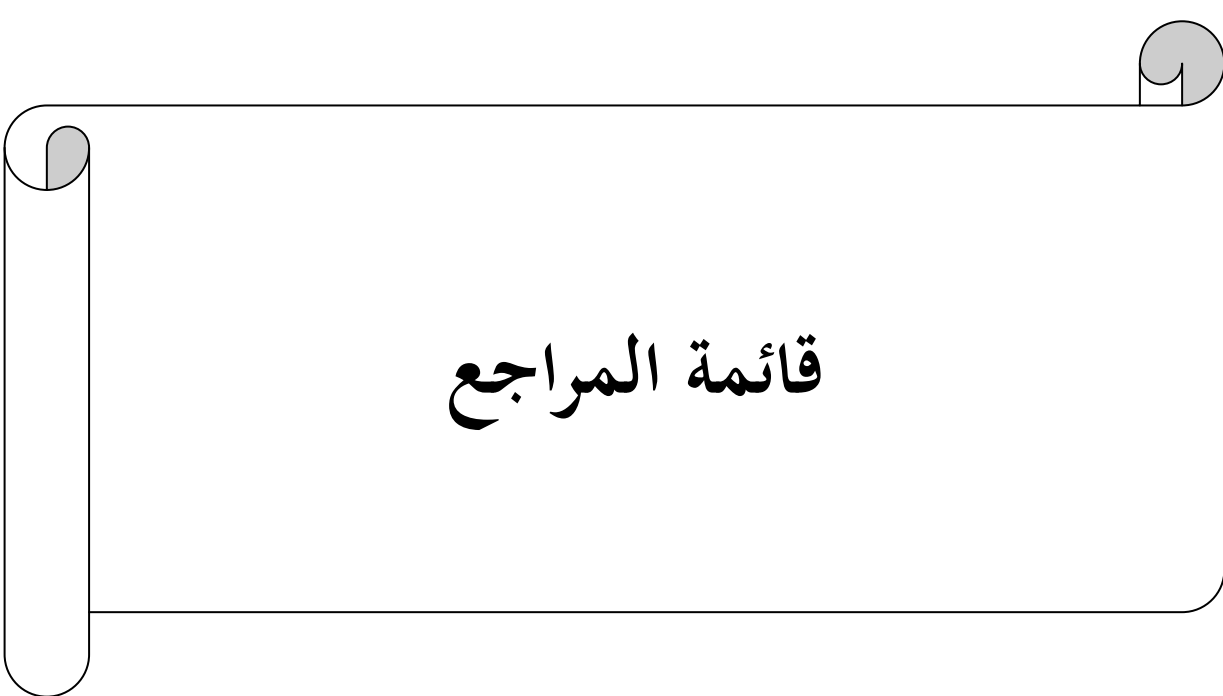
# الفصل الثالث:

## الإستشفاء

## الفصل الرابع:

ردود فعل الطفل المريض للإستشفاء

## الخاتمة والتوصيات



# قائمة المراجع

# المقدمة

إهداء وتشكر

## الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

## الفصل السادس:

عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

1/ تمهيد:

إنّ الفرد وليس أي فرد، الطفل، إنّ أمام حدث ضاغظا إصابته بمرض أو حادث خطير كان أم بسيط، فإنّه يمس بنرجسيته خاصة إذا كان في مرحلة تطويرية فيؤثر على الطفل المريض وهو أمام حقيقة مؤلمة، القلق والشعور بالخوف وغيرها من الأحاسيس وعلى هذا الأساس نصيغ الإشكالية التالية:

2/ الإشكالية:

" ما هي ردود فعل الطفل المريض السلبية أثناء مرحلة استشفائه ؟ "

يتفرع عن هذه الإشكالية مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

- هل عدم التجاوب مع العلاج هو رد فعل الطفل في وضعية الإستشفاء ؟.
- هل النكوص هو رد فعل الطفل في وضعية الإستشفاء ؟.
- هل مرافقة الأم للطفل المريض أثناء استشفائه يقلل من ردود الفعل السلبية ؟.

3/ الفرضيات:

وعلى ضوء الإشكالية المطروحة يمكن وضع الفرضيات التالية:

العامة:

- يقوم الطفل بمجموعة ردود أفعال اتجاه مرحلة الإستشفاء.

الجزئية:

- عدم التجاوب هو رد فعل الطفل في مرحلة الإستشفاء.
- نكوص الطفل هو رد فعل اتجاه مرحلة الإستشفاء.
- مرافقة الأم تقلل من ردود فعل الطفل السلبية.

4/ دواعي اختيار الموضوع:

قد يفضل الباحث موضوعا معيناً من المواضيع ويسعى لكشف خباياه وذلك لعدة أسباب منها ما هي علمية أو اجتماعية أو حتى ذاتية وهذا الموضوع لم يكن عشوائياً بل كان مبنياً على أسس هامة أهمها:

- اختيار هذا الموضوع هو كون الطفل عنصر مهم في النسق الأسري.
- هو موضوع قليل التداول بين مختلف المذكرات (في حدود إطلاعنا).
- التزايد المتسارع لعدد الأطفال المرضى.
- نقص الإرشاد النفسي للأطفال.
- إضافة إلى أننا نشارك الأطفال وأسرهم في الإحساس بالمسؤولية وكذا الأهم في حالة إصابة طفلهم بمرض وخاصة الأمراض التي تتطلب مكوثهم بالمؤسسة الإستشفائية.
- الطموح العلمي في الإسهام ولو بقدر من بسيط في إثراء البحث العلمي النفسي.
- ظروف إقامة الأمهات مع أطفالهن في الوسط الإستشفائي.

#### 5/ أهداف الموضوع:

- إنّ دراستنا لموضوع المرحلة الإستشفائية وتأثيراتها على ردود فعل الطفل السلبية أثناء الإستشفاء تحدد أهداف متنوعة ونذكر منها باختصار:
- معرفة أهم ردود الفعل التي تصاحب الطفل المريض خلال الفترة الإستشفاء.
  - الوقوف على ردود فعل الأم وكذا تأثيراتها على نفسية الطفل المريض.
  - معرفة تأثير المرض على المعاش النفسي وتأثير المحيط الإستشفائي من جانب آخر.
  - ماهية آثار الإستشفاء على الطفل في المحيط الإستشفائي.
  - تسليط الضوء على عامل أساسي في تكوين شخصية الطّفل ألا وهي الأم.
  - توضيح الفروق من خلال دراستنا للحالة النفسية للأطفال.
  - التوصل إلى نتائج عملية تساعد في إعطاء منهجية وطرق التكفل والتوعية.

#### 6/ التعاريف الإجرائية:

##### • الطفل:

هو الكائن الذي يمر بظرف صحي خاص تتفاوت درجة خطورته على حسب طبيعة مرضه يكون محصورا بمهلة عمرية نفسية من 02 إلى 11 سنة، حيث تكون هذه المرحلة العمرية تتخللها مجموعة من التغيرات النفسية الجسمية تحت إطار الرعاية الأمومة ومالها من تأثيرات.

• الإستشفاء (الطفل بالمستشفى):

نعني به المكوث بالمستشفى لمدة زمنية تتجاوز الأسبوع قصد العلاج وذلك للضرورة الصحية، أي أنه من اللازم بقاء الطفل بالمستشفى.

• تعريف النكوص:

هو مصطلح في علم التحليل النفسي يلجأ فيه الفرد إلى الرجوع أو النكوص أو التقهقر إلى مرحلة سابقة من مراحل العمر وممارسة السلوك الذي كان يمارسه في تلك المرحلة، لأنّ هذا السلوك كان يحقق له النجاح في تلك المرحلة العمرية، حيث كان بمثابة سلوك مريح وممتع يشعره بالأمان في تلك الفترة.

من أبرز الأمثلة على ذلك لجوء البعض إلى البكاء للحصول على شيء أو لجلب الانتباه أو عند الشعور بأنّ مشاعر المحبة لهم تواجه تهديد أو للتخلص من موقف يسبب لهم القلق.

• تعريف ردود الفعل:

هي استجابة حركية أو حسية انفصالية نتيجة مثيرات العالم الخارجي التي يلتقطها الإنسان عبر الإدراك الحسي.

7/ صعوبات البحث:

- وجدنا صعوبة في العثور على عينة البحث بالمعايير التي حددناها، مدّة إقامة تمتد إلى فترة زمنية أطول، فعادة ما كان استشفاء الحالات في مدّة زمنية أقل من 12 يوماً، وهذا ما أدى إلى استغراق العمل التطبيقي تقريبا مدّة شهر.

- اعتمدنا على المقاربة الكيفية التي تعتمد على تقنية ومهارة في الحفاظ على المسافة النفسية، فقد وجدنا صعوبة في ذلك وهذا لقلّة خبرتنا في هذا المجال.

## 1/ تمهيد:

إن الطفل وما له من أهمية بالغة في الأسرة ، حيث يبقى هو الجزء الذي لا يتجزأ بوجوده في كيانها ومن ذلك الاهتمام خصص لهذا الفرد العديد من الدراسات والأبحاث.

## 2/ تعريف الطفولة :

إن الحقائق المتعلقة بأهمية النمو في مرحلة الطفولة لم تتضح في الواقع إلا منذ فترة زمنية قريبة جدا في تاريخ الحضارة الإنسانية فإذا تتبعنا نشأة العلوم وتطورها نجد أن العلوم الطبيعية كانت قد نشأت واستقرت كجزء من التراث الثقافي للإنسان قبل أن نبدأ أبسط الدراسات العلمية للسلوك البشري وليس معنى ذلك أن الإنسان لم يفكر أو يتأمل في طبيعته البشرية إلا مؤخرا فقط، فقد نشأت تأملات وفلسفات وأنواع أخرى من التفكير في أهمية خبرات الطفولة وأثرها في تفكير الكبير و في سلوكه الاجتماعي لكن الذي نريد أن نؤكد عليه هو أن ثمة دراسات علمية بالمعنى الصحيح لهذه الكلمة لم تنشأ قبل في بداية القرن العشرين. (حابس العواملة، أيمن مزاهرة، 2003: 14).

أ/ لغة : الطفل جمع أطفال في كل شيء يقال هو يسعى لي في أطفال الحاجات أي فيما صغر منها. (المنجد في اللغة و الإعلام، 1998: 10).

والطفل أيضا الصغير أو الشيء الرخص الناعم يستخدم اسما مفردا واسما جمعا. (محمد عودة الرماوي، 1998 : 267).

ب/ اصطلاحا : يشير فيليب أريس "Philippe Aries 1962" إلى أن الطفولة مصطلح حديث نسبيا ، فالأطفال في القديم كانوا يعيشون بيننا ويرتدون نفس الطراز من الملابس وعليهم أن يتصرفوا كالكبار ولم يكن معروفا أن للطفولة خصائصها وحاجاتها وأغراضها و فرصها كالخيال واللعب.

فدورة حياة الكائن الإنساني كانت تنقسم إلى ثلاث مراحل هي مرحلة الرضاعة "Infancy"، ومرحلة ما قبل البلوغ "Preadult Hood" وأخيرا مرحلة البلوغ Adult "Hood" ففي مرحلة ما قبل البلوغ يعد الفرد للعمل والإنتاج و يحمل المسؤولية و هذا ما سيمارسه في مرحلة البلوغ. (محمد عودة الرماوي ، 1998 : 268).

حسب نوربار سيلامي "Norbert Sillamy": الطفولة مرحلة من حياة الإنسان تبدأ من الولادة إلى مرحلة المراهقة من وجهة علم النفس الحديث ، الطفل لا يعتبر كراشد لجهله للمعارف والأحكام فالطفولة مرحلة هامة للتحويلات من الولادة إلى الرشد وتخرجه من دائرة الحيوانية وتطول مدة الطفولة عند الإنسان إلى غاية 25 سنة.

حسب جيزيل "Jisil" : الطفولة مرحلة هامة في حياة الإنسان يحتاجها ليفهم البنية الثقافية المعقدة ليستطيع التأقلم مع هذه المرحلة الدينامية ويقسم العالم مراحل الطفولة إلى مرحلة الطفولة الأولى من 0-3 سنوات و مرحلة الطفولة الثانية من 3-6 سنوات و الثالثة من 6 سنوات إلى المراهقة. ( Norbert Sillamy, 2003: 184 ).

تشير التعاريف السابقة إلى أن الطفولة مرحلة من مراحل الإنسان تمتد من الولادة إلى حين البلوغ و خلالها يشهد الفرد تغيرات ديناميكية مستمرة في جميع المجالات سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو عقلية أو انفعالية ... الخ ، و يعتمد الكثير من الباحثين على مفهوم الطفل من خلال أنه فرد لم يبلغ سن الثامنة عشر إذ يفترض أن يكون قد تطور و نما في جميع المجالات .

### 3/ مراحل الطفولة:

إن علم النفس يهتم بدراسة الطفل لأن النمو المبكر للفرد يؤثر تأثيرا مباشرا على مدى قيامه بعد ذلك بوظائفه في الحياة ، لذلك فإننا سنحاول دراسة نمو الطفل من خلال استعراض هذه المراحل :

#### أولا : مرحلة الطفولة الأولى

من الميلاد إلى ثلاث سنوات و تمتد هذه المرحلة من عملية الولادة و بعدها أي انتقال الجنين من الاعتماد الكلي على الأم عن طريق الحبل السري إلى الاستقلال النسبي ونجدان نسيج الوعي عنده وصلابته يتعلقان بمحيط الأم إذ ينتظر الطفل من الأم حضورا وحنانا وتتميز هذه المرحلة بسرعة متناهية في النمو والنضج و من أهم خصائصها :

◆ تبدأ بظهور الأسنان المؤقتة في الشهر السادس .

◆ تنمو العضلات في الحجم و تزداد القدرة على التحكم في العضلات الكبيرة ، حيث يزداد الوزن من ثلاث كيلو غرامات إلى تسعة كيلو غرامات نهاية السنة الأولى ، يتعلم الرضيع بواسطة النشاط والممارسة والتدريب و يخضع تعلمه لقوانين التعلم الشرطي.

◆ يبدأ في فهم الصور خلال العام الثاني كما أن الذكاء يكون حسي حركي ، الإسراف الانفعالي، الانتقال وقوة الانفعال والعواطف ، ويستجيب في النصف الأول من السنة الأولى للمحيطين به استجابة اجتماعية (رمضان محمد القذافي، 2000: 292).

### ثانيا : مرحلة الطفولة المبكرة

من ثلاث سنوات إلى سن السادسة وتسمى هذه المرحلة بمرحلة ما قبل دخول المدرسة وتمتد من بداية السنة الثالثة من عمر الطفل إلى سن السادسة وأطلق " على هذه المرحلة اسم المرحلة القضيبية و سماها إيركسون " Erickson " و "Freud" فرويد" .

مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب كما سماها بياجيه " Biyaji " ما قبل العمليات وتبعا للنمو الأخلاقي يطلق عليها كوليرج "Colèrge" مصطلح الولد الطيب مقابل البنت الطيبة وانطلاقا من الأساس البيولوجي النمائي سميت هذه المرحلة بمرحلة ما قبل التمدرس ومن الأساس التربوي يمكن تسمية طفل هذه المرحلة بطفل ما قبل التمدرس، ومن أهم خصائص هذه المرحلة :

◆ سرعة النمو الجسمي واستمرار النمو اللغوي والتحول من مرحلة الاعتماد على الغير إلى الاعتماد على ذاته والتحول من الرضاعة إلى تناول الأطعمة الصلبة والميل إلى الحركة ونمو المهارات العضلية الحركية مما يؤدي إلى الاعتماد على النفس ثم تخطي مرحلة التركيز على الذات إلى مرحلة الأصدقاء .

◆ السيطرة على أعضاء الجهاز الخارجي و تنظيم عملية قضاء الحاجة. (علي فاتح الهنداوي ب.س: 145).

### ثالثا : مرحلة الطفولة المتوسطة

في هذه المرحلة يبطن النمو الجسدي مقارنة بالمعدلات السابقة و اللاحقة أيضا مع العلم أنه توجد فروق فردية ملحوظة بين الذكور والإناث في مجالات الوزن ، القوة ، الطول ، ويستمر نمو العضلات مع زيادة سيطرة العضلات الكبيرة بينما لا يتم السيطرة على العضلات الصغيرة ، كما لوحظ في هذه المرحلة نمو المهارات الأساسية التي تساعد على القراءة و الكتابة و إجراء العمليات الرياضية.

أما النمو العقلي فالطفل تزداد قدرته على التركيز والانتباه والتذكر أما التفكير يكون محسوسا ، إن تأييد العلماء إلى أن نشاط الطفل واتجاهاته تخضع في هذه المرحلة للأدوار الجنسية المتفق عليها اجتماعيا لكل الجنسين وهذه الأدوار تكسب عن طريق التعلم والتنشئة الاجتماعية والثقافية أو عن طريق خضوع الطفل لعمليات التقليد اللاشعوري للنماذج التي يراها في دائرة محيطه الاجتماعي. (رمضان محمد القذافي، 2000: 234).

#### رابعا : مرحلة الطفولة المتأخرة

من سن التاسعة إلى الثانية عشر وينظر إليها الكثير من العلماء على أنها الفترة المكتملة لفترة الطفولة الوسطى ويصطلح على هذه المرحلة أيضا "ما قبل المراهقة" لأن ما تحمله هذه المرحلة من تغيرات ما هو إلا استعداد للوصول إلى البلوغ وتمهيد للوصول إلى المراهقة ، والبعض الآخر يطلق عليها اسم مرحلة الاستعداد للمراهقة ، وتتميز هذه المرحلة بعدة خصائص يمكن حصرها كالآتي :

◆ الهدوء الملحوظ في هذه المرحلة جعل الكثير من الأخصائيين يسمونها بمرحلة الطفولة الهادئة وهي أهم خاصية يمكن ذكرها هي الاستعداد لتحمل المسؤولية والتوازن في الانفعالات وتعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة ، تظهر لدى الطفل نشاطات حركية معقدة وذلك نتيجة لمستوى توافقه الحركي العضلي و تزداد لديه قدرة الذاكرة وزيادة مستوى التركيز واستخدام المفاهيم و حدة الانتباه كما أن انفعالاته تكون ثابتة ، إضافة إلى ذلك تزداد عند الطفل في هذه المرحلة رغبة الاحتكاك بالأكبر منه سنا لاكتساب الخبرات وظهور الضمير الاجتماعي و الضبط الداخلي. (علي فاتح الهنداوي، مرجع سابق: 135).

#### 4/ نظريات النمو في مرحلة الطفولة:

##### أولا : نظرية التحليل النفسي ( النفسو جنسي )

وتدعى أيضا النظرية الفرويدية نسبة إلى عالم النفس النمساوي سيغموند فرويد " Sigmund Freud" وقد اعتمد التحليل النفسي أساسا لنظرياته هذه وهي تقوم على افتراض وجود دوافع أساسية (غرائز) و أن هذه الغرائز لها احتياجاتها في كل مرحلة من مراحل النمو ويقول فرويد الذي ينقل الطفل من مرحلة لأخرى حسب هذه النظرية هو العامل البيولوجي ، إلا أن الخبرات التي يمر بها الطفل هي التي تحدد الناتج السيكولوجي لهذه بالنسبة للطفل.

وحسب هذه النظرية يمر النمو في خمس مراحل هي:

**1- المرحلة الفمية:** وترتبط هذه المرحلة بالفم وخصوصا الشفتين وفيها يكون الفم وسيلة اتصال الطفل بالعالم عن طريق الفم، يشبع الطفل حاجاته للطعام ويحصل عليه وهو يقوم على مبدأ اللذة بما أنه يكرر ذلك عدة مرات في اليوم فان الطفل يكتسب أهمية الطعام في إشباع اللذة فيعتمد بالتالي على الشفتين والفم كلما أراد الحصول على اللذة والفطام الخاطئ قد يؤدي إلى تثبيت في هذه المرحلة .

**2- المرحلة الشرجية:** بعد أن يكون الطفل قد تعلم الحصول على اللذة من خلال الفم وهذا يكون في السنة الأولى من عمره فانه يبدأ بتعلم كيفية التخلص من الفضلات التي تسبب له الإحراج والضيق في السنة الثانية وهذا يجعله يخضع لمبدأ الواقع ويأتي دور الوالدين في تدريبه على الإخراج والتخلص من الفضلات وقد يؤدي التدريب الخاطئ إلى تثبيت سلبي مما يؤدي إلى مشكلات و توترات نفسية كثيرة .

**3- المرحلة الجنسية:** وتكون هذه المرحلة في السنين الثالثة والرابعة من عمر الطفل وفيها تولد عند الطفل الرغبة في استطلاع الأمور الجنسية ويرتبط بهذه الرغبة استشارة جنسية وتكون الأعضاء التناسلية مصدر لهذه الاستشارة حيث يعتمد الطفل اللذة من خلال العبث بأعضائه التناسلية وفي سن الثالثة إلى خمس سنوات تبدأ علاقات الطفل بوالديه تتعقد ، تمهيدا لظهور عقدة أوديب "Odib"، في هذه المرحلة يعيش الطفل فوق أقوى صراعاته التي سوف يكون لها الأثر العميق مستقبلا .

**4- مرحلة الكمون:** وتستمر هذه المرحلة ما بين السادسة والسابعة حتى المراهقة وتسمى بهذا الاسم لكمون الاهتمام بالأعضاء الجنسية وتتحول الاهتمامات إلى النواحي غير الجنسية ، إذ يحصل الطفل على المتعة من خلال اللعب ومشاركة الآخرين. (مفيد حواشين، زيدان حواشين، ب.س: 101).

**5- المرحلة التناسلية:** وفي هذه المرحلة تتطور الناحية الجنسية للتفكير بالمستقبل والزواج وإنجاب الأطفال وتكوين الأسرة وتظهر في هذه المرحلة الجاذبية الجنسية للآخر والتنشئة الاجتماعية والنشاط الجماعي والتخطيط والاستعداد للزواج والعمل و بذلك يتحول الفرد من نرجسي إلى راشد مفكر واقعي.

ثانيا : نظرية إيركسون ( النمو النفس اجتماعي )

يحدد إيركسون ثمان "Erikson Thman" مراحل لعملية النمو ويعتبر الطفل متكيفا إذا تميز سلوكه بالنواحي الايجابية في المرحلة التي يمر بها دون النواحي السلبية. (عزيز سمارة و آخرون، 1999: 40).

**1- مرحلة الثقة (الإحساس بالثقة):** ونقيضها عدم الثقة السنة الأولى من العمر يأخذ الرضيع من الأم أثناء رضاعته الحنان والأمن إلى جانب الغذاء ، فإذا أتم ارضعاه بشكل صحيح مع إعطائه العطف والمحبة ، والحنان فانه يتولد عنده الثقة بالعالم من حوله ومرت هذه المرحلة بسلام وإلا فإنه يفقد الثقة ويفقد الشعور بالأمن وتقابل هذه المرحلة الفمية عند فرويد " Freud".

**2- مرحلة الاستقلال الذاتي (التلقائية) مقابل الشك والخجل:** تمتد هذه المرحلة من سن 3-4 من عمر الطفل وفيها يتم أكثر مظاهر التعلم والتدريب على ضبط عادات الإخراج أي أن الطفل يبدأ في هذه المرحلة ممارسة أنماط سلوكية يظهر من خلالها أداء بعض الأعمال دون مساعدة الآخرين. (مفيد حواشين، زيدان حواشين، مرجع سابق: 105).

**3- مرحلة المبادأة في مقابل الشعور بالذنب :** وتتم هذه المرحلة في سن 3-5 سنوات و يتعلم الطفل كيف يتعامل مع الجماعة وكيف يمارس القيادة أو التبعية في مجتمعه .

**4- مرحلة الاجتهاد في مقابل الشعور بالنقص :** وتتم هذه المرحلة في سن 8-11 سنة من خلالها يجد الطفل إشباعا لحاجاته للتقدير إذا نجح في تعلم القراءة والكتابة والحساب أما إذا كان ضعيفا في دراسته ولم ينجح في مدرسته فانه يشعر بالنقص وتقل ثقته بنفسه .

**5- مرحلة الذاتية مقابل تشتت الدور:** 12-18 من خلال التنشئة الاجتماعية يتعلم القيام بالدور الذي يرتبط بجنسه ذكرا أو أنثى فإذا تعلم الفتى الأدوار تناط بأمثاله من الذكور ، والأنثى تعلمت الأدوار التي تناط بمثيلاتها من الإناث ، لحقق كل منهم ذاته أما إذا لم يتعلم أحد الأفراد دوره بشكل صحيح اختلطت عليه الأدوار و تشتت فانه بالتالي لن يحقق ذاته .

**6- مرحلة التآلف مقابل العزلة:** إذا تمكن الفرد في المرحلة السابقة من تحقيق ذاته فانه يصل إلى هذه المرحلة وهو قادر على الزواج والصدقة والتآلف ويكون بذلك قد نجح في حياته أما إذا فقد ثقته بنفسه فيميل إلى العزلة عن مجتمعه.

7- **مرحلة التولد في مقابل الجحود:** في هذه المرحلة يبدأ الفرد بالتوالد وإنجاب الأطفال أما إذا لم يكن يرغب بإنجاب الأطفال فإنه يعيش مرحلة جمود وهي استمرار للعزلة التي كان يعيشها سابقا وغالبا ما يكون ذلك ناشئا عن التنشئة الاجتماعية التي يمر بها في مراحل النمو السابقة .

8- **التكامل مقابل الشعور باليأس:** هذه المرحلة في قمة ونهاية المراحل السابقة وهي تتكامل معها و تكملها ، فإذا شعر الفرد بالسعادة والنجاح وشعر بتحقيق الذات عاش حياة هنيئة سعيدة أما إذا كان على العكس من ذلك ولم يستطع تحقيق ذاته ولم يشعر بالتكامل بين جوانب الحياة المختلفة فإنه سيفقد الشعور بالأمن ويحل محله الشعور باليأس وأصبحت حياته تعباً و شقاء. (عزيز سمارة و آخرون. مرجع سابق: 43).

### ثالثا: النظرية المعرفية ( النمو المعرفي )

رائدها **بياجيه " Biyaji " 1967** ولقد ركز في نظريته هذه على النمو المعرفي بالإضافة إلى اهتمامه بدراسته نمو المفاهيم الأساسية عند الطفل مثل مفهوم الأشياء، مفهوم المكان، مفهوم الزمان و مفهوم العدد .

وحسب **بياجيه " Biyaji "** النمو المعرفي يمر في أربع مراحل أساسية و هي كالتالي:

1- **مرحلة الحس حركية:** وهي تضم أول سنتين من العمر وفي هذه المرحلة يستخدم الطفل الاستجابات التي لا تتطلب استخدام الرموز أو اللغة فقد يعمد إلى الصراخ أو البكاء فيها فهو يتعلم على سبيل المثال المدى الذي يتطلبه الوصول إلى لعبة معينة ويتعلم كيف يوجه بصره للجهة التي يعتقد أن الصوت الذي يسمعه يأتي منها .

2- **مرحلة ما قبل العمليات:** وهي تمتد حتى سن السابعة وتسمى المرحلة الحدسية أيضا و قسمها **بياجيه** إلى قسمين :

● **من السنة الثانية إلى الرابعة من العمر:** تسمى مرحلة ما قبل تكوين المفاهيم وفيها تنمو قدرة الطفل على حل المشكلات الصغيرة كأن يضع حلقة في فتحة الصندوق الصغيرة وهو يلعب مع الدمى كأنها حية ولا يقدر على إصدار أحكام مبنية على الواقع ويتركز تفكيره حول الذات و قبل سن الرابعة لا يكون الطفل قادرا على إدراك التضاد .

● **من السنة الرابعة إلى السابعة من العمر :** يطلق عليها **بياجيه** مرحلة الإلهام أو الحدس وهو يبدأ في إدراك الواقعية تخلصا من اعتقاده السابق بأن الدمى التي يلعب بها هي كائنات حية

ويكون قادرا على الاحتفاظ بالواقع كما هو ولو تغير مظهره ، وهو يدرك أن المعجونة التي يلعب بها و يشكل الأشكال منها تبقى محتفظة بحجمها و إن اختلفت الأشكال التي تتشكل بها .

**3- المرحلة الإجرائية:** وتمتد من سن السابعة و حتى الحادية عشر أو الثانية عشر، و تسمى أيضا مرحلة العمليات المحسوسة ويكون الطفل فيها قادرا على استخدام الاستنتاجات لحل المشكلات المحسوسة حيث يتعلم التقديرات والتقريبات ويتمكن من استخدام مفاهيم الوزن والحجم و الطول، ويصبح قادرا على أن يصنف الأشياء حسب حجمها .

**4- مرحلة العمليات الصورية(المجردة):** وتبدأ هذه المرحلة مع فترة البلوغ حتى سن الخامسة عشر وفيها يكون الطفل قادرا على التفكير المجرد وعلى تكوين المفاهيم المجردة غير المحسوسة مثل : الخير، الشر، الشرف، الأمانة و يصبح قادرا على معالجة عدة أشياء في وقت واحد. (عزيز سمارة و آخرون، مرجع سابق: 46).

#### رابعا : نظرية النمو الانفعالي

إن الطفل يحتاج إلى العاطفة والرعاية والحنان والاستقرار في المعاملة فإذا استطاع الوالدان أن يقوموا برعاية الطفل وأن يتعرفا على حاجاته ويستجيبا لها بطريقة مناسبة، ساعد ذلك على تنمية علاقة ايجابية فعالة بين الطفل وأسرته ومع تكرار الخبرة يكتسب الطفل ثقة في أن حاجاته الأساسية سوف تشبع و بالتالي يصبح الطفل مستعدا لتكييف سلوكه وفي هذا الإطار من التأثير المتبادل بين الطفل ووالديه ينمو السلوك الانفعالي الذي من مظاهره ما يلي :

**\* الابتسام :** الابتسام هو سلوك انفعالي عام تحدده عوامل بيولوجية غير أن العوامل الاجتماعية تعد عوامل مؤثرة في نمو هذا السلوك في مراحل معينة، يبدأ الابتسام في السنة الأولى من الميلاد أي أن الطفل يبتسم للوجوه المألوفة أو غير المألوفة دون تمييز وفي الشهر السادس تقريبا تظهر ابتسامة مميزة للطفل حيث تكون موجهة للوجوه المألوفة من حوله ، إن ابتسامة الطفل لا تثبت و تصبح سلوكا اجتماعيا إلا من خلال التفاعل الاجتماعي المتبادل بين الطفل ووالديه .

**\* التعلق و قلق الانفصال :** أوضحت الدراسات العديدة أن الطفل يميل بشكل أولي إلى أن يكون قريبا من أفراد أسرته و بيئته و يكون التعلق عادة مصحوبا بمشاعر قوية و يتجلى ذلك من خلال سرور الطفل عند استقبال أمه التي تحتل لديه المكانة الأولى.

إن بداية الفترة الحرجة لقلق الانفصال هي عند بلوغ الطفل الشهر التاسع من عمره ففي هذه الفترة يكون الطفل قد استطاع أن يميز وجوه الأشخاص الذين تعلق بهم عن غيرهم أي أن انعدام وجود الأب أو الأم في حياة الطفل يحرمه من الشعور بالثقة والأمن والاستقرار وبالتالي لا يستطيع هذا الطفل أن يبني علاقة ايجابية مع الآخرين ، أما في سن الثالثة حتى السادسة من عمره تظهر الانفعالات المتمحورة حول الذات مثل الخجل والغيرة والطفل هنا لا يفرق بين الخطر الحقيقي والخطر الوهمي. (فيصل عباس، 1997 : 25-26).

\* **الغضب** : الغضب ظاهرة طبيعية عند جميع الأطفال ، إن الطفل في هذه المرحلة تحركه للفعل دوافع بدائية وهو لذلك أكثر تعرضاً للإحباط "**Frustration**" إن ما يضعه الوالدان من قيود ونواهي تلجم حركة الطفل وتصرفاته وكذلك التنافس بين الإخوة قد تعوق الطفل من إشباع حاجاته الأساسية وهذا بالتالي يؤدي إلى إحباط الطفل في مواقف كثيرة وتظهر نوبات الغضب عادة مصحوبة بالاحتجاج والعناد والمقاومة والعدوان خاصة عند صد الطفل وهنا لا يجوز مواجهة الغضب بالصراخ أو بتأنيب الطفل بعقابه بل المطلوب أن يظل الآباء هادئون وأن يتقربوا من الطفل بروية وهدوء و يتحدثوا إليه بالحسنى مما يمكن أن يكون له أثره في تهدئته .

\* **الغيرة** : تبدو الغيرة واضحة في المناسبات التي يتهدد فيها الطفل منافس في علاقته العاطفية بوالديه أو يززع مكانته منها كما يحدث عند ولادة أخ جديد في الأسرة ويكون السلوك تلقائي للطفل في مثل هذه الحالات هو العدوان على مصدر الغيرة ومحاولة إبعاده عن المكانة التي احتلها وإذا لم ينجح في استعادة مكانته التي فقدها بقدم المولود الجديد ، سلك الطفل سلوك يتسم بالنكوص أي الارتداد والعودة إلى سلوك طفلي مثل مص الإبهام أو التبول لكي يسترعي الانتباه .

\* **العدوان** : هو استجابة تلقائية لمواقف الإحباط التي يتعرض لها الطفل و يظهر السلوك العدواني عند الطفل كرد فعل لحالات الغضب أو كتعبير عنها أو يرجع إلى ظروف العلاقة الاجتماعية ، إن الطفل في هذه المرحلة يتعرض لمواقف إحباطية متعددة فالمواقف التي تقوم فيها الموانع بين الطفل أي من شعور الطفل نفسه بعجزه وقصوره عن تحقيق عرض معين و في أحيان أخرى قد يكون مصدر الإحباط خارجي .

\* **الأحلام المزعجة** : تعتبر الأحلام طريقة يعبر الطفل من خلالها عن مخاوفه وقلقه أو رغباته غير المشبعة فالطفل في هذه المرحلة يكون في حاجة أكثر إلى الرعاية والتفهم وغالبا ما يكون محتوى الحلم لفهم صراع الطفل أو القلق الذي يعانیه وتظهر الأحلام كوسيلة للتعبير عن هذه الرغبات المكبوتة. (فيصل عباس، مرجع سابق: 36).

\* **استطلاع الجسد** : يتوقع من طفل هذه المرحلة أن يدرك جنسه من خلال لعب الأدوار يمكن أن يتعري الأطفال بنين وبنات أمام بعضهم فالطفل الذي يمثل دور المريض يتعري أمام الطفل الذي يمثل دور الطبيب و أثناء ذلك ينتبه الطفل إلى أعضائه الجنسية فيلجأ إلى استعراضها و العبث بها وقد تصل إلى الممارسة الفعلية وغالبا ما يدرك الأطفال أن مثل هذه الأفعال لا تتم بحضور البالغين إنما بعيدا عن أعينهم وهذا كله في إطار حب الاستطلاع. (محمد عودة الرماوي، مرجع سابق: 266-267).

#### 5/ علاقة الطفل بأفراد أسرته:

يعتبر التفاعل الأسري وطبيعة العلاقات القائمة بين الفرد وأسرته سواء علاقته بوالديه أو علاقته بإخوته وأخواته أساسا لتشكل استجاباته في مختلف المواقف الحياتية المستقبلية ومن خلال ما سبق يمكن تحديد علاقات الطفل بأسرته في ما يلي :

#### أولا : علاقة الطفل بوالديه

هناك أهمية بالغة للروابط الانفعالية بين الطفل ووالديه في السنوات الأولى من حياته ، حيث تنمو سلسلة من الارتباطات تكون اختيارية لدرجة أن بعضها يكون أكثر أهمية بالنسبة له من غيرها كما هو الحال في علاقته بوالديه والفشل في تكوين علاقات آمنة يجعل الطفل عرضة للمشاكل التوافقية مستقبلا ، وتؤكد البحوث النفسية على ما تحدثه الآثار المترتبة عن حرمان الطفل من أسرته خاصة والديه.

حيث وجد هارلوك "Hurlock" أن فقدان الطفل لوالديه ينتج عنه آثار خطيرة تصل إلى حد الجنوح والعدوانية المفرطة نتيجة لفقدانه الأمن والحماية وإن تناولنا دور الأب والأم كل على حدا لا انفصال أدوارهما فالأم تستمد دورها و تقوم به على أساس العون والسند الذي يمدها به الأب وهذا الأخير لا يمارس دوره إلا من خلال التفاعل مع الأم ومن خلال الأسس التي أرسنها هي رعاية الطفل حيث لا يتعارض الدوران ولا يعوق أحدهما الآخر.

## ا/ علاقة الطفل بأمه و دورها في حياته :

تحدث الكثيرون من علماء النفس عن التأثيرات المبكرة للأم على شخصية الطفل وأكدوا على حيوية دورها في عملية التنشئة الاجتماعية حيث أكد **جون بولبي "John Bowlby"** أن العلاقة (أم / طفل) هي بدون شك العلاقة الأكثر أهمية خلال سنوات حياته الأولى. ((سهير أنسى، محمد احمد قاسم، 1998 : 14-19)).

فهي الممثل الأول للتفاعل المستمر بينه وبين بيئته ومن خلال هذا التفاعل يحصل على الإشباع لحاجاته النفسية والبيولوجية وفي هذا الصدد يرى **فرويد "Freud"** أن اللذة التي يشتهاها الطفل من إطعام أمه له تكون أساس نمو العلاقة الأولية بالموضوع .

أما **سبيتز "Spitz"** فيؤكد على ضرورة ملامسته ليد أمه ووجهها ليستقبل العالم الخارجي من خلالها فعلاقة الحب مستمرة بين الطفل وأمّه وضرورية ليصبح قادرا على تشكيل روابط ذات دلالة ومعنى فالأمر لا يتعلق بوجود الأم بشكل مطلق فحسب بل بنوعية الأمومة التي تمارسها على طفلها حتى يحقق ارتباطا آمنا ومستمرًا وقويا وهو ما يطلق عليه **ويني كوت "Winnicote"** الأمومة الجيدة الكافية ومما سبق يمكن القول أن أساس النمو الجيد للطفل هو ثقته في نفسه وتكوينه علاقات جيدة بالمحيطين به تنبع أساسا من نوع علاقته بأمه ، فأول أزمة في حياة الطفل هي أزمة ثقة فان لم توضع هذه الثقة في علاقة الطفل بأمه فانه يتعذر عليه بناء علاقات ثقة بالآخرين فالأم لا تقدم الغذاء للطفل فحسب بل بالضرورة تقدم له الحب والحنان والرعاية .

## ب/ علاقة الطفل بأبيه و دوره في حياته :

في هذا يشير **يارو "Yarrow"** إلى وجود نسب قليلة من الأبحاث المتناولة لدور الأب في النمو السوي والسليم للطفل ، وانحصرت النظرة في تأثير غيابه على آراء الأم لدورها مدعما لها لكن رغم ذلك نجد أن للأب دورا بالغا في حياة الطفل حيث يؤكد **اكليند "Eklind"** أن الأب يأخذ العديد من المسؤوليات في رعاية الطفل ويرتبط هذا الأخير بأبيه مثلما يرتبط بأمه ويبدأ هذا التعلق والارتباط من السنة الثانية وفي هذا الصدد وجد **بيلر "Biller"** أن الأطفال الذين يعيشون مع آبائهم يميلون إلى تكوين مفهوم ايجابي لذواتهم والشعور بالرضا عن صورة الذات ويعملون بنشاط وانجاز أكبر في المستقبل مقارنة بغيرهم ممن يعيشون مع الأم فقط.

كما أن للأب دورا في إمداد الطفل بمعلومات عن الجنس الآخر وله أيضا دور في تكوين الأنا الأعلى أو الضمير لدى الطفل بناء على درجة إثباته لشخصيته فالأنا الأعلى هو نتيجة عملية التوحد والطفل يسعى أن يكون شبيها لوالديه من خلال محاكاته لسلوكه الخلفي ويتمثل في نفسه إدانة لكل ما يخالف هذا السلوك ومن ثمة يصبح الاقتداء ، أما المحاكاة الشعورية واللاشعورية تمثل عونا كبيرا للطفل من أجل توافقه واندماجه وسط مجتمعه .

### ثانيا : علاقة الطفل بإخوته و أخواته

يؤثر مركز أو مرتبة الطفل في أسرته وبين إخوته وأخواته كونه الطفل الأول أو الأوسط أو الأصغر أو كونه ربيبا (غير شقيق) فالطفل الأول يكون دائما بداية لحياة أسرته فهو أول خبرة لوالديه ومع تقدمه في السن يصبح محط أنظارهما وبؤرة اهتمامهما و مطامحهما و بذلك يشعر أنه مركز اهتمام الأسرة، وقد يشعر حين يأتي شقيق له إذا لم يكن أعد لذلك إعدادا جيدا بأن كارثة حلت به ، وقد دلت البحوث والدراسات التي أجريت على الطفل البكر بأنه يكون أكثر مسايرة للمعايير الاجتماعية وأكثر ميلا إلى السيطرة في الأسرة ويتوقع أن يكون معلما لإخوته الأصغر منه وقد يتسلط عليهم ويناضل البكر دائما من أجل الحصول على استقلاليتة أما الطفل ذا الموقع الوسط يكون غالبا منافسا للبكر محاولا أخذ مكانته أما الأصغر فله مكانة لدى والديه لأنه الأصغر والأضعف لكنه متجاهل من طرف إخوته .

ومهما فعل فهو صغير وفي كثير من الأحيان ينصب عليه الدلال يتعرض لجزر إخوته وأخواته الذين يعتقدون أنه استحوذ على دلال الوالدين مما يجعله يشعر بالنقص وعدم الكفاية وتظهر عليه علامات الخجل والانطواء خاصة إذا جاء رغما عن والديه وهو ما يعرف (الطفل الغلطة أو الزائد) حيث ينظر إليه على أنه غير مرغوب فيه. (صلاح الدين العمرية، مرجع سابق: 174-179) .

## 6/ الحرمان من الأسرة وآثاره على الطفل:

### أولا / الحرمان العاطفي من الأسرة:

للحرمان من الوالدين في مرحلة الطفولة آثار بالغة ، ونتائج وخيمة تعود على الطفل بالسلب في جميع الأصعدة .

ويعني الحرمان العاطفي أن نصيب الطفل من الخبرات الانفعالية السارة تكون محدودة خاصة التي تتصل بالفرح والسعادة والرضا والانشراح<sup>2</sup> ، وحرمان الطفل من والديه ، هو بمثابة التصدع في شخصيته ، الأمر الذي يجعله مسخا اجتماعيا ، لا هوية له ولا شخصية مميزة ، والأطفال المحرومين هم الأطفال اليتامى والذين لا تسمح لهم ظروفهم العائلية بأن ينشئوا بين أحضان أسرة طبيعيا (راجية بن علي، مرجع سابق: 119-121).

يقسم الحرمان إلى أنواع مختلفة فنجد بولبي " Bowlby " يقسمه إلى :

1/ **الحرمان الجزئي** : وهذا نجده عند الطفل الذي يعيش في منزله ، ولا تستطيع الأم الحقيقية أو البديلة منحه المحبة والعناية التي يحتاجها أو إذا كان الطفل بعيدا عن رعاية أمه لأي سبب من الأسباب ويعد هذا الحرمان بسيطا وتكون آثاره أقل ضررا.

ب/ **الحرمان الكلي** : هو الذي نجده مألوفا في المؤسسات ، أو دور الحضانة الداخلية أو المصحات حيث لا يجد الطفل عادة فردا واحدا مخصصا لرعايته بطريقة شخصية يشعر معه بالأمن ، والطمأنينة ويشمل ذلك فقدان الأم أو البديلة الدائمة لها إلى أشخاص غرباء عنه بحكم قضائي أو بواسطة الهيئات الطبية والاجتماعية. (عبد المجيد أحمد، زكريا أحمد الشربيني، 1988: 75).

ويمكن إدراك حالات الحرمان بالشكل الآتي :

\* **التفريق** : تفريق الطفل عن أمه أو بديلها لمدة طويلة دون توفير له وجه أمومي ثابت ومطمئن يؤدي إلى اضطرابه ، ويحدث هذا خاصة في حالات الاستشفاء (مرض الطفل أو أمه ) وعن أسباب أخرى ، طلاق أو وفاة الأم أو لأسباب قضائية.

التفريق لا يؤدي دائما إلى الحرمان خاصة إذا كانت العلاقة بين الطفل وأمه سيئة، وإذا وجد بديلا مكافئا و مطمئنا.

\* وضع الطفل بالمؤسسة : مثل حضانة أو مؤسسة اجتماعية أخرى حيث تحدث حالات الحرمان الخطيرة ، وتؤدي إلى اضطرابات وخيمة .

وضع الطفل بمؤسسة والتخلي عنه بعد 6 أشهر بعدما كون علاقة تعلق مع أمه أو بديلها تجعل الطفل في حالات حداد ( **En deuil** ) حاد يشكل خطرا على صحته النفسية، وحتى على حياته لأن بعض الأطفال يموتون وكأنهم لم يجدوا قوة لمتابعة الحياة بعد فقدان الموضوع الليبيدي أو التعلق ، بل عدم وجود موضوع ثابت يتعلق به ، ويوظف فيه طاقته الليبيدية والعوانية .

\* حرمان أمومي رغم وجود الأم : هنا تشير م. إينسويهث "M.Ainswihth" إلى كل تشويهاة العلاقة ، الأم التي لا تبالي بطفلها أو تقسى عليه أو مفرطة الحماية ، هذا النوع من الحرمان سماه بانيجارلو "Panigharlow" الحرمان الكامن وهو خطير جدا لأنه مخفي نوعا ما ومحاط بكل دفاعات الوالدين. (أنسى محمد قاسم، مرجع سابق: 34).

### ثانيا / آثاره على الطفل:

1/ آثار الحرمان من الأم : السنوات الأولى من حياة الطفل تعتبر فترة تكوينية حاسمة من حياته ففيها يكون فكرة واضحة وسليمة عن نفسه ومفهوما محددًا لذاته الجسمية والنفسية والاجتماعية وهي تعتبر مهمة وخطيرة لأن ما يحدث فيها من نمو يصعب تقويمه أو تعديله في مستقبل حياة الفرد.

هذا وتعتبر السنتين الأوليتين من حياة الطفل إضافة إلى فترة الحمل ، نواة شخصية مستقبلية والصورة التي يكونها عن نفسه أو صورة الذات التي تنمو من تفاعله مع والديه والآخرين.

لقد عالج جون بولبي "John Bowlby" موضوع الحرمان من رعاية الأم والافتقار إلى الروابط والعلاقات الحارة التي تربط الطفل بالأم وعن أهمية دور الأم في حياة الطفل ، يقرر بولبي أن ما يعتقد أنه ضروري لضمان الصحة العقلية هو ضرورة ممارسة الطفل والحدث الصغير لنوع من العلاقة الدافئة والتربية المستمرة عن أمه ، أو من يحل محلها ، بصفة دائمة. (إبراهيم بيومي مرعي، ملاك أحمد الرشيد، دس: 141).

ومن المساوئ الناتجة من الانفصال عن الأم يقول "Bowlby" بولبي في هذا الصدد ، إذا وجد الطفل نفسه في محيط غير معروف فإن ردود أفعاله تتمثل أولاً في الاحتجاج على غياب الأم، حيث يحاول كل الطرق أن يجدها ، فيما بعد يظهر عليه اليأس وبعدها يفقد الرغبة في أمه ثم ينفصل عنها عاطفياً.

فقد انتهى سبيتز "Spitz" إلى أن انعدام التفاعل الاجتماعي والعاطفي بين الأم والطفل له تأثير كبير على حياة الطفل ، حيث قرر أن هنالك تغيرات سلوكية وزيادة سريعة واضحة بالإصابة بالمرض بين أطفال المؤسسات بالرغم من العناية الفائقة بهم. (محمد مصطفى زيدان، 1999: 92).

هذا ويختلف مدى تأثير الحرمان من الأمومة على الأطفال بعدة عوامل منها العمر الذي يفقد فيه الطفل رعاية الأم ، وطول فترة الحرمان ، ودرجة أو مستوى نقص رعاية الأم.

وقد بينت دراسات عديدة أن الطفل الذي حرم من الأم يعاني من مشكلات منها :

\* **عدم النضج العاطفي** : حيث لا يستطيع الطفل المحروم من والدته أو بديلتها من إقامة علاقة عاطفية سليمة.

\* **ضعف النمو العقلي** : إن الطفل المحروم يحصل على درجات ضعيفة في اختبارات الذكاء وعلى تحصيل مدرسي ضعيف .

\* **ضعف النمو الحسي والحركي** : بصفة خاصة إذا تربوا داخل مؤسسات الإيواء الرديئة.

ب/ **أثار الحرمان من الأب** : هناك أهمية بالغة لدور الأب في حياة الطفل إذ يؤكد اكليند "Eklind" على أن هذا الدور يأخذ العديد من المسؤوليات في رعاية الرضيع لذا فإن الأطفال الصغار غالباً ما يرتبطون بأبيهم مثل ارتباطهم بأمهم ، هذا ويشير كل من لين و كروس " Lyne et Crosse" إلى أن الشخص المفضل لدى الأطفال الذكور والإناث في سن الثانية إلى الرابعة هو الأب ، وبسؤال الأطفال في سن الخامسة إلى العاشرة عن الشخصية التي يعجبون بها ، فأجابوا على الإعجاب بشخصية الأب. (مجدي أحمد محمد عبد السلام، 2002 : 74).

وبهذا يمكن القول أن الحرمان من الأب لا يقل أهمية في أثاره المدمرة عن خطر الحرمان من الأم على النمو النفسي للطفل وعلى توجيه سلوكه وتحديد دوره الجنسي، حيث يعتبر غياب الأب عن أبنائه وسيلة هامة من وسائل عدم تحديد المكونات الشخصية للطفل .

قام بيلير "Biller" بدراسة عن أثر غياب الأب ووجد أن وجود الأب يؤدي إلى اكتساب الابن السلوك الذكري بدرجة واضحة بالمقارنة بحالة غياب الأب خاصة في المرحلة المبكرة فالابن قد يصبح سلوكه مثلاً إلى السلوك الأنثوي وقد يصبح سلوكه ذكورياً بشكل يكون متطرف ولقد كان من الشائع أن فقدان الأب أكثر تأثيراً على الابن منه عن البنت بيد أنه بات من الواضح الآن أن غياب الأب له تأثيرات شديدة على تكوين الهوية الجنسية الآمنة لكل من البنات والبنين على السواء ، فيما يتعلق بغياب الأب عن البنات فإن من المحتمل توحدن بأمهاتهن أكثر قوة وإذ ذلك يحميهن إلى حد ما ، غير أنهن يبدين فيما بعد مشكلات ومصاعب تفاعلية مع الذكور في المراهقة ، ثم قد تصبح حياتهم الجنسية في الرشد جنسية مثلية وغالباً ما يفشلن في نمو الإحساس بمعنى الأنوثة ويشعرن بعدم الأمان لدورهن الأنثوي. (عزيز سمارة و آخرون، مرجع سابق: 68).

وعن تأثير غياب الأب عند الذكور نجد أن ذلك يعمل على تأثير النمط الجنسي أو الهوية الجنسية للأولاد ، كما نجد أن الذكور أشد تأثراً لغياب الأب في تحصيلهم الدراسي وخاصة الرياضيات و هذا ما توصل إليه بيد رسون "Pederson" من أن غياب الآباء في الطفولة المبكرة يمكن أن يؤثر على القدرة العقلية والقدرة على التفاعل الاجتماعي للذكور.

وبهذا نجد أن الأطفال المحرومين من الأب والأم يحتاجون إلى حب حقيقي يتجسد في أب يعيشون في كنفه وأم ينعمون بالحنان في ظل حبها وفي هذا السياق يفرق حامد عبد السلام زهران بين الوالد البيولوجي والوالد النفسي ، فالوالد البيولوجي الأب والأم الذين أنجبا ، أما الوالد النفسي فيقصد به من يقوم بعملية الأبوة والأمومة والتربية والرعاية النفسية ، وينطبق هذا على الوالد البديل وكل من يقوم بتربية الطفل ورعايته. (عبد الحميد عني، مرجع سابق: 65).

فالتنشئة السوية تقتضي معايشة الطفل لوسط أسري سليم التكوين تتوفر فيه الوالدية بقطيبيها ، توفر نفسياً وبيولوجياً مشبعاً مانحاً للحب والعطف الذي يعد بمثابة الزاد للطفل أما أن يحرم الطفل و يجعله لا شخصية مميزة له حيث تغيب فيه المفاهيم الأسرية.

## 8/ خلاصة:

يبقى الطفل هو العنصر الفعال في الأسرة حيث تتأثر به ويؤثر فيها بدرجة كبيرة خاصة الأم التي تكون درجة المعاناة لديها كبيرة عند مرضه.

## 1/ تمهيد:

تتعدّد الأمور في حالة مرض الطفل خاصة إذا كان المرض أو الإصابة خطيرة مثلا، الأمر الذي يصبح يشكل خطرا كبيرا على حياة الطفل مما يستلزم بالضرورة القصوى إدخال الطفل إلى المستشفى والبقاء فيه لمتابعة العلاج وبالتالي يجد الطفل نفسه خارج الإطار العائلي المعهود، بين أيادي مجهولة تتكفل به عن طريق مجموعة من الفحوصات والعلاجات المؤلمة والتي تفرض عليه أن يبقى معزولا يخفف من نشاطه الحركي حفاظا على جسمه من جهة ومراعاة للنظام العام داخل المستشفى من جهة أخرى.

هذا ما يخلق للطفل أثارا نفسية ناتجة عن النفيرين وأثار جسمية ناتجة عن العلاج.

## 2/ تعريف الاستشفاء:

يكون الاستشفاء خاصة بالحالات المرضية التي تتطلب عناية ومتابعة طبية، فالاستشفاء هو تلك المدة التي يمكثها المريض في محيط استشفائي يميزه وجود فريق طبي يسهر على راحة المريض.

## 3/ الخبرة الإستشفائية:

خلال السنوات القليلة الماضية زاد الاهتمام بتأثير الخبرة الاستشفائية L'hospitalisation على الطفل بإجراء بحوث كانت نتائجها إدخال تعديلات جذرية على تنظيم خبرة إقامة الطفل المريض بالمستشفى وأساليب التعامل معه خلال هاته الفترة، وهذا بوضع مجموعة من الإجراءات الهادفة إلى التقليل من مخاطر إقامة الطفل في المستشفى لمدة طويلة من بينها مايلي:

● استقبال المريض: إنّ للاستشفاء وقع كبير على نفسية المريض خاصة لحظاته الأولى، ذلك لأنّ المريض وعائلته يكونون في حالة قلق وحيرة وخوف ولهذا يجب على تقني الصحة أن يتكفل بالشرح الطمأنة والموازية وعليه استقبال عائلته أولوية خاصة. ( Mustafa Khiati, Guide ses soins infirmières, OPU, Alger, 1992.).

- تسهيل تكيف الطفل مع الاستشفاء: لا يتم هذا إلا وفق عمل جماعي منسق يظم الفريق الطبي من جهة وعائلة المريض من جهة أخرى بهدف الاعتناء بالطفل.

#### 4/ انعكاسات الإستشفاء على الطفل:

أثناء فترة الاستشفاء يمر الطفل بخبرات كثيرة نتيجة سوء حالته الصحية التي تفرض عليه ملازمة فراشه طيلة اليوم، يشعر بالألام الناتجة عن المرض من جهة وعن العلاج من جهة أخرى، كما يشعر أيضا بالقلق واللاثبات والخوف من المجهول وتكون ردود فعله تبعا لما يلي:

- سنه.
- حياته العاطفية. L'organisation antérieure de savie affective.
- علاقته مع والديه.
- درجة وعيه بأبعاد وفوائد الاستشفاء.
- مدة فترة الاستشفاء.
- موقف الفريق الطبي المتكفل به.
- تكرار الزيارات العائلية.

#### 1. دراسة Brazelton :

وضع Brazelton في كتابه "Famille en crise" مختلف الاستجابات و المشاعر التي تصدر من الطفل في المستشفى وهذا حسب اختلاف سن الطفل:

- من 0 إلى 3 سنوات: في هذه الفترة يحتاج الطفل إلى حضور أولوياته لتحضيره للاستشفاء وتشجيعه كأن يمسكون بيده حتى يحس أنه محاط بالجو العائلي السابق الذي كان يعيشه في البيت.

- من 4 إلى 7 سنوات: يعاش المرض والعلاجات المؤلمة كعقاب فنجد غالبية الأطفال يعتقدون أن تواجههم بالمستشفى بسبب لهم أمراض معدية أخرى إضافة إلى خوفهم من التفريق.
- من 8 إلى 12 سنة: الطفل له شعور بالنقص ولا يستطيع تفهم المخاطر (العواقب) المختلفة للمرض كتغيرات المزاج والآثار غير المرغوب فيها من العلاج.

• من 13 إلى 18 سنة: مشكل الهيئة الجسمية والاستقلالية والجنس يسيطرون على فكر المريض مما يعطيه الميل الشديد إلى إلغاء وإنكار المرض مما يستدعي إعطائهم معلومات أوفر عن مرضهم وخطورته.

## 2. دراسة Anna freud :

أشارت أنا فرويد إلى أنّ الطفل لا يكون موقف يسمح له بالتمييز بين مشاعر المعاناة والآلام الناتجة عن المرض والاستشفاء في حدّ ذاته وبين المعاناة المفروضة عليه للشفاء، إذ يرغم على تقبل الأساليب العلاجية قصد الشفاء والخروج من المستشفى.

وإضافة إلى المعاناة النفسية هناك معاناة جسدية ناجمة عن استعمال الأدوية التي تترك أثرا على جسد الطفل مثل: حالات الحمى، القيء، آثار الوخز، اندثار الجلد، هذا كله يؤثر على الصورة الجسمية التي يكونها الطفل عن جسمه.

ولقد استنتجت Anna رفقة الفريق الذي أجرى الدراسة على 23 طفلا في استشفاء لمدة 26 شهرا أنّهم كلهم كانوا يعانون من ثلاثة أنواع من الاستجابات:

• **استجابات متعلقة بالتفريق عن الأم:** هي قوية في مجموع الأطفال الذين يتراوح سنّهم ما بين سنة وخمس سنوات.

• **استجابات متعلقة بالعلاج:** كانت قوية عند الأطفال ما بين 5 إلى 10 سنوات.

• **استجابات متعلقة بالموت:** الأطفال من 10 سنوات فما فوق كانوا يتأثرون جدا بموت الأطفال المرافقين لهم في المستشفى.

## 3. دراسة Brugh :

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الاستجابات الناجمة عن الفترات الاستشفائية عند الطفل، أظهرت النتائج أن استجابة قلق الانفصال كانت أكثر تكرارا بين الأطفال الأصغر سنا لكن هذا لا يعني انعدامها عند الأطفال الأكبر سنا مع أنّها تكون أقل حدة وتكرارا.

لوحظ أيضا تميز سلوك الأطفال بالاكنتاب وبعض الاضطرابات المتنوعة كالاضطرابات في التغذية، النوم، الاخراج.

لوحظ أيضا أنّ مظاهر النكوص كانت الاستجابات شيوعا خاصة عند الأطفال الأصغر سنا في حين كان ميل للانسحاب أكثر شيوعا عند الأطفال الأكبر سنا.

## استنتاج:

ما يمكن استنتاجه من هذه الدراسات حول انعكاسات الاستشفاء على الطفل، هو أنّ هذا الأخير يعيش معاناة نفسية وجسدية ناجمة عن آلام المرض والعلاج والاستشفاء يتجلى ذلك في الاضطرابات العديدة التي تظهر عليه والتي تفرض عليه مساييرة هذا الوضع الجديد طبعاً بمساعدة كل من عائلته وخاصة الأم والفريق الطبي المشرف على حالته.

## 5/ مرض الطفل واستشفاؤه:

يمكن لنا أن نشير منذ البدء إلى التعريف الذي حددته (المنظمة العالمية للصحة OMC)، فالصحة في نظر هذه المنظمة: " هي الحالة عندما تكون الناجية الجسمية والعقلية والاجتماعية في صحة جيدة ". نستنتج من هذا التعريف أنّ: " المرض هو الحالة الاضطرابية التي تتعرض إليها الحالة الجسمية، العضوية والصحة العقلية والاجتماعية ". (Jean Barbie, 1970, p 79).

يعرف R. Leriche الصحة بقوله: " أنّ الصحة هي الحياة عندما تصمت الأعضاء"، إلاّ أنّه وجهت له انتقادات كون هناك عدة اضطرابات وظيفية تسبب المرض رغم صمت الأعضاء.

وأكثر التعاريف تعبيراً عن الحالة المرضية حسب رأينا هو تعريف العالم النفسي G. Canguilhem الذي يرى أنّ: " المرض هو قطيعة بالنسبة للحالة الصحية السابقة إذ بالإضافة إلى التحولات العضوية تظهر تحوّل أخرى كالتحوّلات التي تحدث على مستوى المعاش الداخلي للجسم، وهذه التغيرات يشعر بها المحيطون به يعني أفراد عائلته". ( PH. Jemmet, M. Reynaud, SM. Consoli, 1996, p 256).

لاشك أنّ الطفل في مراحل تطوره الفيزيولوجي والنفسي يتعرض لعدة اضطرابات قد تلزمه الفراش أياماً معدودات، حيث يتولى المحيطون به تمريضه وإعانته فقد يتمثل للشفاء ويعود إلى حياته اليومية ونشاطه، وهناك حالات أخرى حيث تضعف المقاومة الطبيعية للجسم، فيضطر الآباء الاستعانة بالطبيب بصفته شخصاً مختصاً في هذا الميدان، أي ميدان المعالجة، فقد يكتب لهم وصفاً وجملة من التوصيات قد تكون كافية للعلاج، وفي حالات أخرى تستدعي حالة الطفل رقابة وعناية طبية في مركز مختص، أي استشفاء الطفل بإدخاله المستشفى إلاّ أنّ ظروف الاستشفاء

عديدة حسب المتغيرات والعوامل الاقتصادية والاجتماعية، وحسب المؤسسة وتخصصها وحسب الشروط أيضا التي يحددها الطبيب.

حسب الطبيب Fredri North الذي حدد الأسباب الأساسية التي تؤهل الطفل للدخول إلى المستشفى، فصنفها وفق محددات متعددة وأرسلها إلى أكاديمية مستشفى الأطفال سنة 1976 وهي تحتوي على مجموعة من شروط جاءت كالتالي:

1. جميع العمليات التي تتطلب تخديرا عاما أو خاصا، يعني في حالة الجراحة العامة.
2. العلاج والمتابعة بعد تسمم وصدمة في الدماغ.
3. جميع الأمراض التي تستدعي علاجات عن طريق مصل أو نقل الدم.
4. العلاجات النفسية التي تستحق الأكسجين أو التنفس الصناعي.
5. الأمراض التي تستحق متابعة خاصة وحساسية، مثل التغذية وعلاج بعض الحروقات والإصابات الجلدية.
6. الأطفال الذين يكونون معرضين لخطر في بيوتهم كتوقع تسمم دائم أو توقع تعرض الطفل إلى العنف الجسدي.
7. الاستشفاء في حالة مراقبة الطفل، اضطراب في سلوك الطفل أيضا في حالة دراسة بيولوجية أو هرمونية معقدة.
8. محاولة انتحار.

9. الرغبة في تحسين علاقة néo-natal الطفل مع أمه في هذه المرحلة.

نلاحظ حينئذ، أنّ الطبيب Fredri North قد لخص الأسباب التي تؤهل الطفل للاستشفاء والتكفل به إذ شملت الجوانب المتعلقة بالحالات العضوية والاضطرابات النفسية والعلائقية، إلا أنّ هذا يدعو إلى التذكير بأنّ الأمر يختلف عنه في مستشفياتنا حيث يقتصر الاستشفاء في حالة المرض الجسدي فقط، ويكون التكفل النفسي والاجتماعي مقتصرًا على بعض الحالات التي عرضت نفسها لمحاولة انتحار. (Site d'internet/ [www.enfant.com](http://www.enfant.com))

وحسب رأي Fredri North يجب أن تتوقف مرحلة الاستشفاء عندما يبدأ الطفل يتماثل للعلاج، ليس شريطة أن يشفى تماما، لأنّ المدى الطويل للاستشفاء قد يعرض الطفل إلى جملة من المخاطر. هناك سلبيات متعلقة باستشفاء الطفل نذكر منها:

- خطر التعرض لمرض معد داخل المستشفى خاصة لدى الرضيع الحديث الولادة، حيث تكون الآليات الدفاعية لجسمه ضعيفة مما قد يجعله عرضة للإصابة ببعض الأمراض.
- الخطر الثاني يمس الجانب النفسي، حيث إنّ كل استشفاء يسبب بالضرورة اضطرابات نفسية عند الطفل.

إنّ تجربة الطفل المرضية قد تصبح في المستقبل إما تجربة ناضجة قد استوعبها الطفل وتقبلها ولم تخلق لديه أي مشاكل نفسية، وإما أن تكون العكس أي تكون تجربة اضطرابية وهي بذلك تجربة فاشلة، وهذا بالطبع يرجع إلى جملة من العوامل التي تتعلق بالطفل منها خاصة التوازن العاطفي للطفل تبعاً لسنه وتنظيمه النفسي ودرجة تحكمه في القلق ونوعية البيئة التي ترعرع فيها واستمد منها التصورات والمعلومات التي كونها عن مرضه.

ومن المؤكد أنّ الطفل بوصفه نتاجاً للأسرة، فإنّ ردود فعله لا تنفصل عن ردود فعل أسرته التي تصاغ وفق شخصية كل واحد منهم وعلاقتهم بالطفل المريض ونوعية الثقافة المتغلبة على تشكيل استجاباتهم ومواقفهم.

## 6/ المراحل التي يمر بها الطفل للإستشفاء: وتتمثل فيما يلي:

### 1. مرحلة الاحتجاج:

تتمثل في مجموعة السلوكيات التي يبديها الطفل عند دخوله المستشفى، قد تستمر من ساعات إلى أيام حيث يوجد الطفل وحيداً فيثير في نفسه المحيط الجديد والخوف والرعب، فيكون الطفل شديد البكاء، والبكاء هنا يصبح سلوكاً احتجاجياً، ويكون أمله من وراء هذا البكاء أن تعود أمه لقد تعلم ذلك عن طريق التجربة، بعد هذه المرحلة يدخل في المرحلة التالية والمتمثلة في مرحلة فقدان الأمل.

### 2. مرحلة فقدان الأمل:

هي مرحلة الهدوء حيث يبدو الطفل هادئاً ومن الخطأ أن تترجم هذه المرحلة على أنّها مرحلة تكيف، بالعكس فإنّ الطفل يكون في انتظار دائم لقدم أمه، لكن فقد الأمل جعله يبدو هادئاً، ولكن بمجرد أن تعود الأم يكرر البكاء.

### 3. مرحلة النفي:

حيث تظهر عند الطفل علامات التكيف في هذه المرحلة نجد الطفل أصبح سعيدا إذ لا يبالي بقدوم أهله أثناء الزيارة العائلية ويعلق " تبين أنّ الطفل رغم سنه فإنّه بعد التخلي عليه لا يبادل حب وتعلقه بأمه"، إلاّ أنّه بعد أن يخرج الطفل فيتضح أنّها كانت مجرد صورة. ( Lynel Rossent, 1979: 134.).

### 7/ الديناميكية العلائقية في الوسط الأسري:

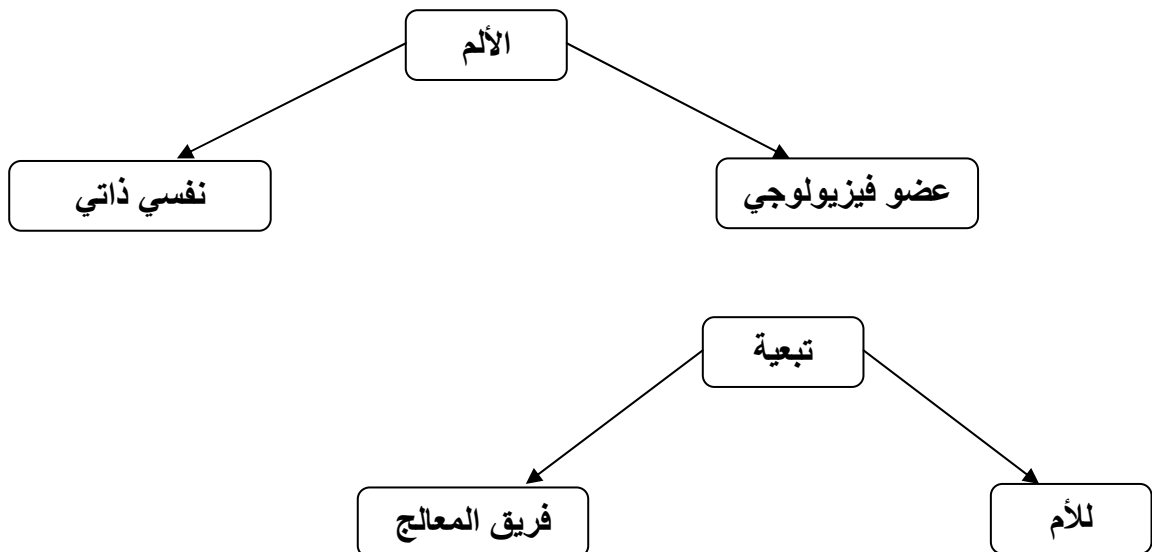
إنّ ردود الفعل لدى الطفل تتأثر بديناميكية العلاقة الوالدية " أنّ العلاقات الأسرية في ذاتها مرضية من حيث الرفض مواجهة الصراع عدم التعبير عن العواطف، دور الوالدين غير متوازن".

لاشك أنّ هذا الواقع التكيفي الفاشل يؤثر على ردود الفعل لدى الطفل هذا من جهة ونوعية العلاقة التي تربطهم بالطفل المريض من جهة أخرى، فإنّها تؤثر على سلوك الطفل المريض.

فقبل التطرق لردود فعل الطفل بشأن المرض سوف نعرض عنصرين هامين هما:

- الوضعية التي يكون عليها الطفل المريض.
- التصور الذي يضعه الطفل عن مرضه.

### 8/ وضعية الطفل المريض:



1. الألم: حسب الجمعية العامة لدراسة الألم: " الألم هو احساسات وانفعالات غير جيدة ترتبط بأضرار في النسيج ". (Louis Kremp, 1995: 257). وبناء على ذلك فإنّ الألم هو تجربة فردية من الصعب إعطاء معنى حقيقي لها.

- المعنى الموضوعي للألم "العضوي": الألم هو توتر داخلي يتمركز في الخلايا التي تظهر في العضو، وتأسيسا على ذلك فإنّ الألم هو مجموعة الآليات التي تظهر من حيث رد فعل أو انطباع عن ما يجري في العضو، وهذا ما يفسر ذاتية الألم (يعني أنّ الألم هو تجربة فردية).

## 2. أنواع الألم:

### 1. أنواع الألم حسب المصدر:

- الألم الجسمي: وهو نتيجة اعتداء فيزيائي يسببه العضو أو المرض في حد ذاته.
- الألم العصبي: يظهر في حالة إصابة في الأعصاب الحسية des voies sensitives.
- الألم النفسي: يكون هذا الألم عندما ينعدم السبب الجسمي أو العصبي. ( Rainbout Ginette, Zigouris Radmila, 1996: 171).

### 2. أنواع الألم حسب الشدة:

- الألم المزمن: يتجلى في انخفاض النشاط الفيزيائي، حيث ينسحب ويكون شديد الحذر.
- الألم الحاد: وهو ألم راجع لارتفاع في شدة الألم والمدة، تسبب للطفل اضطرابات وعدم انتظام وصراخا جادا وبكاء يعبر عن الخوف (انفعالات مؤلمة).

### 3. العلامات التي تدل على الألم:

- علامات انفعالية: هيجان، سرعة ضربات القلب، إفرازات عرق، غير أنّ هذه الأعراض لا تكون دائما متعلقة بالألم، فهي تعكس انفعالات كثيرة ولكن الغالب فيها انفعالات الألم.
- علامات نفسية مباشرة: يلاحظ ذلك في وضعية antalgique حيث يرفض الطفل الحركة فيكون هناك رد فعل سلبي لفحص موضعي (العضو المتألم).

- العلامات النفسية الحركية: تتبدى في صمت الطفل، تباطؤ حركته، إلا أنه لا يجب الخلط بين هذه الأعراض والاكتئاب.

#### . ألم ذاتي ونفسي:

هو عبارة عن اضطراب حقيقي باعتباره حدثاً في حياة الحالة يشعر بشدته وعدم قدرته على الإجابة الحقيقية في وصف هذا الحدث حسب مصطلح التحليل النفسي، فالألم الشديد والعدواني يؤثر على النفس والتفكير، وهذا ما يفسر أنّ الحالة عندما تكون في وضعية ألم لا تجد الكلمات المناسبة للتعبير، حيث تنقطع علاقة المريض وتعزله ويغوص في ألمه ويغرق في حياته النفسية.

فإنّ هذه الوضعية (الإحساس بالألم) تخلق نوعاً من العدوانية والضغط الذي يصعب التعبير عنها ألم يفسر برموز مرتبطة بسلوكيات لغوية واجتماعية للمريض، وقد ينقل هذه اللغة الحقيقية للألم وقد لا ينقلها يفقد القدرة على التمثيل الرمزي، ترى Anna Freud أنّ: "الألم يحمل دلالة مرتبطة بالاستهانات اللاشعورية حيث توجد هناك آلام قوية مستحتملة من طرف الطفل وهذا لعدم ارتباطها بقلق له مصادر لا شعورية". (Louis Kremp, 1995: 257).

#### 4. التبعية:

لاشك أنّ حالة الضعف التي يكون عليها الطفل وسلبيته تجعل وضعيته أكثر مما كانت عليه من قبل، سواء بالنسبة لأمه التي تلاحظ عليه ظهور أعراض نكوصية في سلوكياته، أو بالنسبة للفريق المعالج كذلك، ونكتفي بهذه الإشارة الموجزة لأننا سوف نتطرق لهذا الموضوع بالتفصيل في حديثنا عن ردود أفعال الطفل المستشفى وعلاقته بمحيطه.

#### 5. تصور الطفل للمرض:

مما لا شك فيه هو أنّ الطفل له عالمه الخاص والمحدد وفق قدراته العقلية والتصورية، إذ أنّ تصوراته تكون محددة من استهاماته الشخصية، لأنّ المرض من حيث هو حادث يمس كل كيانه إلى درجة أنّه يضعه في قالب تصوري ومن ثمة تشكل الردود وتنبعث في غالب الأحيان على حسب هذا التصور.

وكانت Anna Freud قد أشارت إلى أنّ هذه الردود هي راجعة لجملة التغيرات التي يعيشها الطفل وأسرته، حيث إنّ المرض يخلق لدى الطفل جملة من التغيرات المرتبطة بعدة عوامل من بينها:

- التغيرات في إحساس الطفل بجسمه تكون هذه التغيرات مصحوبة بالألم والحمى.
- اضطرابات مختلفة والشعور بالتعب والقلق الناجمين عن المرض في ذاته، أو الفكرة التي يكونها الطفل في ذهنه عن المرض.

- معالم الفكرة التي يكونها الطفل حول مرضه:

**1. المرض عقاب موجه إليه:** قد يتصور الطفل أنّ المرض هو عقاب سلط عليه مصدره الأسرة، لأنّه كان عاصيا غير مطيع، هكذا يفكر الطفل أو يتوهم أو هامه المرضية.

تذكرنا هذه الوضعية بتفكير المجتمعات البدائية بشأن المرض، فكانوا يعتقدون أنّ المرض كان مرتبطا بعقاب الآلهة أو زعيم القبيلة (صاحب السطة)، فكانت تلك القبائل تتقرب من الآلهة أو صاحب السلطة طلبا للاستشفاء وكان هذا الأمر سائدا في تقاليدهم وأعرافهم، فتفكير الطفل بشأن المرض يشبه إلى حد كبير تفكير المجتمعات البدائية، وعلاقة المشابهة هنا تكمن في التمرد والعصيان وعدم الطاعة والعقاب.

**2. المرض ممارسة عدوانية:** إنّ الوضعية الصحية التي تصاحب المرض كالشعور بالألم والتضييق من مجال تحركاته والتزامه السرير مدة طويلة غير عادية إلى غير ذلك من التغيرات التي تطرأ على حياة الطفل بسبب المرض يفسرها الطفل على أنّها مجموعة من السلوكيات العدوانية التي فرضها عليه المحيط (العائلة- الفريق المعالج). ومن هنا فهو يعيش هذه الوضعية مكرها ويحاول من حين إلى آخر الثورة عليها والمروق من سلطتها. معنى ذلك أنّ الطفل يرى في العلاج امتدادا للعدوانية التي وجهت إليه ومورست عليه بقوة والمتمثلة في الألم الجسدي.

فإنّ هذا التصور هو الذي يحدد الردود الفعلية للمرض، طبعا إلى جانب العوامل التي سبق ذكرها، إلاّ أنّه يلزمنا في هذا السياق الحديث عن نقطة مهمة ألا وهي الطريقة التي استخدمت في تفسير المرض أو الكيفية التي قدم بها الطفل. أي هنا نتحدث عن الجانب المعرفي للطفل، ونقصد الطفل في مرحلة الطفولة الثانية، أي الذي تكونت لديه مجموعة من العلامات اللغوية للتعبير الكافي عن

مرضه، فهذه العلامات قد تفوق مستواه ولا يتفهمها، وقد تقارب المعطيات التي لديه إذ كانت أكثر بساطة.

### 10/ خلاصة:

تتعلق الأمور في حالة مرض الطفل خاصة إذا كان الممرض أو الإصابة خطيرة، الأمر الذي يصبح يشكل خطراً كبيراً على حياة الطفل مما يستلزم بالضرورة القسوى إدخاله إلى المستشفى والبقاء فيه لمتابعة العلاج وبالتالي يجد نفسه خارج الإطار العائلي المعهود، بين أيادي مجهولة تتكفل به عن طريق مجموعة من الفحوصات والعلاجات المؤلمة والتي تفرض عليه أن يبقى معزولاً يخفف من نشاطه الحركي حفاظاً على جسمه من جهة ومراعاة للنظام العام داخل المستشفى من جهة أخرى.

1/ تمهيد:

هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر في تشكيل مجموعة من ردود الأفعال لدى الطفل المريض، وهذا ما سوف نتطرق إليه في فصلنا هذا ويمكن لنا تلخيص هذه العوامل فيما يلي:

2/ العوامل المؤثرة على ردود فعل الطفل المريض:

هناك مجموعة عوامل تؤثر في تشكيل مجموعة من ردود أفعال الطفل المريض حسب ما ورد في كتاب *psychiatrie de l'enfant et l'adolescent* يمكن لنا تلخيصها فيما يلي:

- عامل السن.
  - طبيعة الشخصية أو العمل النفسي الداخلي.
  - الصورة الجسمية.
  - الديناميكية العلائقية في الوسط الأسري. (PH. Maset, D. Houzel, 1993, p 169.)
- نعيد تلك العناصر لتعميقها أكثر.

• سن الطفل:

كلّما كان الطفل المريض أصغر سنا يكون المرض أكثر إصابة للجانب التطوري، وقد يمس قدراته الخاصة. وما كان ذلك إلا أنّ الأطفال الأقل سنا لم تتكون لديهم قدرات وميكانزمات عقلية كافية للمقاومة كما هي عليه عند الأكبر سنا.

ترى Anna Freud أنّ الطفل قبل السن الثالثة والرابعة يتصرف بشكل مختلف حيث تبدو عليه الأعراض التي حددها Robertson.

أما الأطفال الأكبر سنا من الرابعة إلى العاشرة تظهر لديهم أعراض النكوص، حيث تبدو عليهم السلوكيات العدوانية والنكوص في علاقتهم بأمهاتهم، على عكس الأطفال الأقل سنا الذين يكونون علاقات تعاون مع الطبيب والمرضات ويهتم بالعلاج أكثر.

كما أنّ معاش المرض بالنسبة للأقل سنا يكون أوضح (الطفل الصغير عند تألمه يشعر بفقدان الثقة، فالأمور التي كانت تشكل بالنسبة إليه موضوع حماية أصبحت موضوعا اضطهاديا)، لاشك أنّ هذا التأثير يعد سببا في ظهور الأعراض الاضطرابية لدى الطفل المريض.

• **وضعية الطفل بين إخوته:**

إنّ وضعية الطفل في الأسرة لها تأثير على نوعية العلاقة التي تتحدد في كثير من الأحيان بالعامل الاستهامي، فالطفل الوحيد يختلف مثلا في نوعية العلاقة التي يحظى بها، فالطفل الأوسط يختلف في علاقته عن الطفل الذي يحتل المرتبة الأولى في العائلة والطفل الأصغر، فهناك ملاحظات عديدة أكدت أنّ الطفل الأوسط عادة ما يكون مهمشا لأنّ كل الاهتمامات تكون موجهة نحو الأكبر والأصغر.

فحينما يتعرض الطفل الأوسط إلى مرض فإنّه يسعى إلى جلب الاهتمام والعناية التي لم يحظى بهما وهو في كامل صحته ومن هنا فإنّ ردود فعله تختلف، أما الطفل الوحيد فإنّه في أغلب الأحيان يكون موضع الاهتمام بحكم الحماية التي يتلقاها ولذلك فهو يرى في كثير من الأحيان أنّ المرض موضوع مهدد.

• **طبيعة الشخصية:**

مما لا ريب فيه هو أنّ طبيعة الشخصية تؤثر بالضرورة في مجال التكيف، لأنّ كل شخصية لها خصوصياتها في التصرف والتكيف مع الوضعيات الجديدة.

• **الصورة الجسمية:**

مما لا شك فيه هو أنّ المرض عرض يطرأ على الجسم فيسبب الألم المصحوب بتغيرات على مستوى الصورة الجسمية التي تخضع للتمثل العقلي والشعور بالذات.

وهناك جانب استهامي في هذه الحالة، فإنّ التغيرات الفيزيولوجية التي يتعرض لها المريض، كتغيرات لون البشرة مثلا، كما هو الشأن عند المصابين بأمراض الدم فإنّها تؤثر على نرجسيته، " يمكن للجسم أن يمثل محتوى غير جيد، حيث يصبح الطفل غير قادر على الاعتماد على جسده، فإنّ الصورة الجسمية بأكملها تصبح عائقا يعرقل النمو النفسي للطفل، خاصة في حالة العمليات الجراحية، حيث يتصور الطفل أنّ العضو المريض يشكل بالنسبة إليه خطرا، ويجب أن يعوض بعضو جديد، لأنه في نظره ليس ملكه فهو شيء غريب عنه" ( PH. Maset, D. ) (Houzel, 1993: 198).

يرى Schilder أنّ التخطيط الجسمي هو الفكرة التي نحملها ونكونها عن الجسد، وأنّ هذه الفكر تمر بمراحل متعددة وفق تطور الطفل، ومثيرات المحيط البيئي، فيتحدث Lacon عن مرحلة المرأة (في أول المراحل لا يعير الطفل الاهتمام للمرأة ولكنه يبدأ شيئاً فشيئاً إلى نهاية الشهر الثالث ويعود ذلك إلى تكوين الرمز الانساني لجسده. في الشهر السادس يبدأ عند الطفل الشعور بالازدواجية، حيث يرى الطفل نفسه في المرأة فيسر لذلك ويتطور التقمص للوحدة الجسدية إلى السن 18 شهراً إلا أنّ الطفل في هذه المرحلة مازال يعتبر الجسد الذي تعكسه المرأة كأنه غير حقيقي. ومن هنا نستنتج أنّ تطور الطفل يتجلى في الشعور بكامل جسده، يرى في هذا السياق Ajurriaguerra أنّ: " الطفل يمر في تكوين تمثيل صورته الجسدية من الجزء إلى الكل"، ومن ثمة فإنّ الصور الجسمية هي الصورة التي تعكس استثمار لليدي لمناطق مختلفة من الجسم وأنّ هذه الاستثمارات كون مرتبطة بعلاقته بمحيطه وعلاقته بأمه. (P. Schilder, 1968: 13).

### 3/ ردود فعل الأسرة:

يزعزع مرض الطفل استقرار العائلة ويهز كيائها باستثارة قوية تنتج عنها جملة من التغيرات ويصبح الحادث الطارئ الذي يجلب انتباه كل العائلة، فتتحرك الأدوار تبعاً لشخصية كل واحد منهم وتبعاً لتاريخ العائلة والعلاقة التي تربط بين أفرادها (هناك بعض العائلات تحد من نشاط الطفل فوق الحدود اللازمة وتكون بذلك مفرطة الحماية، فإنّ هذا السلوك يخلق لدى الطفل مفاهيم خاطئة عن الحدود)، فهذه السلوكات تعبر عن قلق عميق وتخوف شديد من مضاعفات المرض، هكذا تكون سلوكات العائلة، وخاصة الأم بوصفها الكائن الأقرب إلى الطفل.

نلاحظ من خلال تجربتنا العملية اختلاف استجابات الأم وسلوكاتها أثناء تواجد طفلها في المستشفى، فهناك من نجدها قلقة وسلوكاتها غير متزنة، وهنا من يظهر من تصرفاتها على أنّها مرغمة على التكفل بطفلها، فهي تميل إلى الإهمال le rejet، وهناك من تجدها كثيرة الحرص وتبالغ في تضخيم الأمور فتكون سلوكاتها هسترية، وقد أشرنا في الفصل السابق إلى شخصية الأم واختلافاتها، فالاختلافات في المزاج تحدد ردود أفعال الأسرة بما فيها الأم التي تكون أكثر تأثراً وتأثيراً.

إلاّ أنّه في بعض الأحيان تكون الأمور أكثر تعقيدا عندما تكون روابط العائلة غير متينة، حيث تتعرض العائلة إلى الانفصال بعد الإعلان عن مرض مزمن أو صعب، وهناك حالات أخرى حيث يتسبب مرض الطفل في اكتئاب الوالدين، وخاصة الأم، ويتبدى هذا الاكتئاب في شكل سلوكيات مختلفة نلخصها في ثلاثة مواقف قد اقتبسناها من كتاب *psychiatrie de l'enfant et l'adolescent* وهي كالتالي: (Pierre Ferrari, E. Cathrine, 1993: 444)

**1. الموقف الأول:** نجد بعض الأولياء يتصرفون على أنّ الأمر لا يعني أطفالهم فيكون سلوكهم هروبيا، فإن كان الكفل في المستشفى تكون الأم غير معنتية به كما يجب، فيكون سلوكها سلبيا، أما الولد فيكون قليل الحضور (مما يعكس نوعا من التهرب في مواجهة مرض الطفل وتعطي صورة في الوسط الطبي على أنّه غير مبال بواجباته العائلية)، طبعا ليست هذه دائما حقيقة شعورهم.

**2. الموقف الثاني:** في هذا الموقف الأمر يختلف عن الشكل الأول، فهنا الأولياء يعبرون عن قلقهم بشكل مختلف، حيث يغلب على تصرفاتهم الخوف الزائد وتتمثل ردود أفعالهم في الحماية المفرطة وجودهم الدائم بجانب الطفل. وبالمقابل يكونون غير قادرين على تحمل كل التدخلات الطبية، فعادة هذا النوع من الأولياء يسبب المشاكل ويعرقل المسار العلاجي، إلى جانب هذا فإنهم يؤثرون على الطفل المريض حيث يصعب عليه ربط علاقة مع الممرضة أو الطبيب المعالج.

**3. الموقف الثالث:** هذا النوع من الأولياء نجده يسعى إلى الحرص على جعل الطفل يتحمل التدخلات الطبية (هذا السلوك يؤدي إلى تبني *un faux self* ويكلفه أكثر من طاقته وسرعان ما يتلاشى في أي وقت).

#### 4/ ردود فعل الطفل:

##### 1. الشعور بالتبعية:

يتجلى هذا الشعور في كون الطفل المريض ينزع بطبيعته إلى التبعية، لأنّ حالة الضعف التي يكون عليها تجعله غير مستقل في سلوكه، فهو يشعر بأنّه موضوع اهتمام، وهو الأمر الذي يجعله متوقعا على نفسه حيث يعيش وضعية سلبية تتمثل في تنازله على الكثير من القدرات التي اكتسبها

من قبل، ولا شك أنّ الوضعية العلاجية تجعل منه كائناً مهياً للاستقبال والتلقي، فهذه الوضعية تجعل الطفل يشعر بالتبعية.

وترى Anna Freud أنّ هذه الوضعية هي راجعة إلى توزيع الليبيدي، أي هناك صنف من الأطفال عندما يتعرضون لمرض يجعل منهم أكثر تبعية (يتعلق الأمر هنا بالافتصاد الليبيدي فيكون غير قادر على تحويل الاستثمار والتحويل النرجسي نحو جسمه، فينتظر إحاطة أمه بالحب والاهتمام حيث يصبح مبالغاً في طلباته وتبعياً، يتصرف كالرضيع عند قدوم الفريق المعالج).

## 2. الشعور بالاكتئاب:

يعد الاكتئاب من الأعراض التي تظهر في سلوك الطفل المريض، إلا أنّ حديثنا عن الاكتئاب عند الطفل يختلف عنه عند الراشد، إلى جانب ذلك هناك مراحل اكتئابية يمر بها الطفل أثناء نموه وتطوره شأن الوضعية الاكتئابية *position dépressive* التي تحدث عنها "ميلاني كلاين" والمرحلة الاكتئابية التي تحدث عنها "winncot"، وكان سبيتز *speitz* قد تحدث أيضاً عن الاكتئاب الناجم عن (الحرمان العاطفي)، أي فقدان الموضوع. وقد سبقت الإشارة إلى ذلك في سياق حديثنا عن علاقة الطفل بالأم حيث تظهر اضطرابات نفس-جسدية حيث يفقد الطفل اهتماماته بالبيئة وتضعف حيويته ويسمىها *dépression analytique*.

من أعراض الاكتئاب الشائعة التي يعيشها الطفل المستشفى كرد فعل نحو المرض ما يلي:

- **الشعور بالتبرم والضيق:** إنّها هذا العرض يدل على وجود اكتئاب حيث يظهر الطفل وكأنّه في حداد عميق، منطوي على نفسه وعادة ما تصاحب هذا الشعور سلوكيات *Auto-érotique* سوف نتعرض لها بالتفصيل في سياق حديثنا عن المظاهر النكوصية والأعراض النفس – الجسدية للطفل المستشفى.

- **الاضطرابات السلوكية:** تلاحظ بعض السلوكيات المضطربة لدى الطفل أثناء الاستشفاء حيث يصبح كثير الحركة والكلام، وتظهر عليه تقلبات مزاجية مرافقة لبعض السلوكيات العدوانية متجهة نحو الذات تكون على شكل عدواني موجهة نحو ذاته، ونحو الخارج (نحو الأم، الفريق المعالج، الأطفال الآخرين).

### 3. العزلة:

يكون الطفل مكتئبا في حالة انطواء وعزلة وقد تحدثت Anna Freud عن هذا التوزيع اللبدي، حيث ترى أنّ الأطفال يتصرفون بطريقتين مختلفتين: "هنا يتعلق الأمر بتغيير في الاستثمار عن طريق اللبido الذي يحتاجه جسم المريض، حيث ترى أنّ هناك نوعا من الأطفال لديهم علاقة حسنة بالمحيط حيث يكون الطفل نشيطا، ولكن عند المرض يتقلص نشاطه وتقل حركته، بهذا السلوك يعطي صورة للآخرين على أنه شديد المرض، حتى وإن كان مرضه لا يتعدى الحالة المرضية البسيطة والعادية. فتفسير المرض في هذه الحالة يكون تفسيراً أي أنه يسحب اللبido ويستثمرها في جسمه". (J. Ajuraguerra, 1980, p 738-739).

يرى G. Nissen أنّ: " أعراض الاكتئاب في السن ما قبل المدرسة تنحصر في شكل أعراض بسلوكية، أما لدى الأطفال في سن التمدرس تظهر في أعراض الكف العاطفي بالإضافة إلى أعراض بسكوسيمائية، أما عند الأطفال الأكبر سنا فتكون لها علاقة بالمجالات المعرفية فالأعراض الغالبة هي أوجاع الرأس". (OP. CIT, P 941).

وبهذا يؤكد تأثير عامل السن في نوعية أعراض الاكتئاب، وقد أوماً G. Nissen إلى عامل آخر لا يقل أهمية وتأثير وهو عامل الجنس فيرى: " أنّ الإناث المكتئبات تكون ميالات إلى الكف، أما الذكور المكتئبون فيجدون صعوبة للقيام بالاتصال ويميلون عادة ميال العزلة والعدوانية". (OP. CIT, P 942).

### 5/ الفريق الطبي وعلاقته بالطفل:

#### 1. علاقة الطفل بالطبيب:

مما لا شكّ فيه هو أنّ الطبيب في كثير من الأحيان يكون أول شخصية يلتقي بها الطفل لأنّ قرار الإستشفاء يكون تبعا لتوجيهات قسم الاستعجالات Consultation d'urgence، وبهذا تتكون علاقته مع الطبيب وفق تجربته ومعلوماته المسبقة التي كونها عن الطبيب.

وقد أنجزت في هذا الموضوع دراسات عدة، ولعلّ من أشهرها الدراسة التي قام بها Ajuraguerra بشأن علاقة الطفل مع الطبيب، فتوصلت هذه الدراسة إلى أنّ هذه العلاقة هي

علاقة مزدوجة، ويمكن لنا فهم هذه العلاقة أكثر عن طريق الاستعانة برسومات الأطفال، وما كان ذلك إلا لأنّ الرسم عند الطفل هو أحسن وسيلة للتعبير.

وقد ارتكز Ajuraguerra في تحليلاته على الدراسة التي قام بها الباحثان Mc. C arenzo, GP. Guahs حيث كانت النتيجة التي توصل إليها هذان الباحثان هي أنّ الصور التي كونها الطفل عن الطبيب تتمثل في ثلاثة أشكال هي:

- بذلة قاتمة.

- قبعة.

- محفظة سوداء.

وقد استنتجنا من دراستهما أنّ هذه العناصر الثلاثة تمثل السلطة والهيئة، ومن هنا يتضح أكثر البعد النفسي للطفل في علاقته مع الطبيب، وأنّ هذه العلاقة تختلف باختلاف جنس الأطفال وهذا كالاتي:

أ. **عند البنين:** تكون الأم غائبة في الرسومات وصورة الطبيب هي الغالبة ولكنها صورة مقلقة، وعندما تكون الأم حاضرة في الرسومات نلاحظ ثلاثة مواقف:

1. علاقة مضطربة مزعجة، إذ يكون الطبيب أكثر حجما من الأشخاص الآخرين ويمثل صفات كائن عدواني.

2. تمثل الأم بجانب الطبيب زوجا أبويا Couple parentèle ويبدو الطفل مرتاحا ويتمثل نفسه في الكثير من الأحيان رضيعا.

3. الزوج الافتراضي أو الوهمي (الطبيب والأم) يسبب إحباطا للطفل، لأنه يرى الطبيب في الرسم كأنه منازع، فيتبادر إلى ذهنه كائن صغير الحجم ومن ثمة يصبح عدوانيا.

ب. **عند البنات:** فكثيرا ما تكون الأم غائبة ويكون حجمها يقارب حجم الطبيب، وتكون موجودة في الوضعيات الثلاث التالية:

1. أم لها نفس حجم الطبيب وتكون أكثر قربا منه ولكن قدرتها في الحماية تكون غير كافية.
2. إدراك الزوج (الطبيب والأم) يماثل ما هو موجود عند البنين إما أن يكون تمثل *représente* على شكل نكوسي أو تمثل الأم لوحدها في شكل ناقص *dévalorisée*.
3. تكون الأم أكثر حجما من الطبيب وتمثل على أنها شخصية مهددة *Menaçante*، أما الطبيب فيكون أشبه بالطفل، إذ يمثل حجم الطفل، وهو الأمر الذي يجعل القلق ينزاح من الطبيب ويتحول إلى الأم.

هناك دراسات أخرى تدرج في هذا السياق قام بها G. Esraeil وهي الدراسة التي تعتمد على تقنية لعب دور الطبيب لمعرفة نظرة الطفل إلى الطبيب، يمكن تلخيص ذلك في ثلاث وظائف:

1. **الدور الأبوي:** تمثل الشخصية التي ترتبط بالقوة وهي الشخصية الآمرة والناهية والتي يجب طاعتها إلزاما، وهذا الدور يميل إليه الطفل لأنه يجد فيه الثقة، وفي الوقت نفسه أن الطفل لديه رغبة في تقمص شخصية الأب.
  2. **الدور الأموي:** يتبدى هذا الدور في تمثيل دور الممرضة، خاصة لدى الإناث، فهي الشخصية التي تقدم العلاج والأكل وهي مؤهلة سلفا لتتوب عن الأم وتضطلع بدورها.
  3. **الوظيفة الجنسية:** يمثل هذه الوظيفة الطبيب لأنه الوحيد الذي يمكن له رؤية لمس الأماكن الممنوعة أو المحرمة وهو ما يسمى باختراق منطقة الطابو *Tabou*.  
يتبين من خلال هذه الدراسة أن العلاقة تكون وفق الذكريات التي يكونها الطفل، وتكون أيضا حسب نوعية الممارسة التي يتلقاها ويألفها، ومن ثمة فهو يتصرف حسب شخصيته وحسب تحضير العائلة.
- تدخل كل هذه المتغيرات في إطار صياغة العلاقة، وقد لاحظنا بحكم حضورنا الدائم في الوسط الاستشفائي، أن الطفل قد تثار لديه مخاوف بمجرد أن يرى المنزر الأبيض إلى مثير يستدعي القلق والمخاوف لدى الطفل المريض.

## 2. علاقة الطفل بالفريق الشبه الطبي:

تعد الممرضة الوجه الأمامي الثاني تسمح لها مهمتها الاستشفائية بالتقرب أكثر من الطفل المريض، وقد أشارت Anna Freud إلى هذه العلاقة فهي ترى أنّ الطفل يشعر بإحساس كبير بكفاءة الممرضة من ناحية ومن ناحية أخرى يتأثر بطبيعة العلاقة التي تربط الأم بالممرضة المشرفة على علاجه وهي علاقة عادة ما تكون قائمة على الثقة والاستئناس.

وقد لاحظت، انطلاقاً من تجربة ميدانية في المستشفى، أنّ علاقة الطفل تمر بمراحل أولى تكون على شكل سلوك عدواني يترجم سلوك A... للألم ثم ينتقل هذا الشعور إلى شعور بالتأنيب الذي يتحول فيما بعد إلى ارتباط عميق بالممرضة مع رفض أي مساعدة من قبل الأم، ولذلك ركزت Anna Freud على التبادل الرمزي (اللعب الحكايات) للتقرب أكثر في العلاقة. (Lynel Rossent, 1979, p 37).

## 3. علاقة الأولياء بالفريق المعالج:

لقد أشرنا سابقاً إلى هذه العلاقة، في سياق حديثنا عن مختلف ردود أفعال الأولياء نحو مرض أطفالهم، ولاشكّ في أنّ هذه العلاقة ستتأثر لا محالة بهذه الردود التي أوامناً إليها سابقاً.

ترى Ginette Raimbault في سياق حديثها عن الاتجاه العلائقي للأولياء مع الفريق المشرف على التكفل العلاجي لطفلم المريض، كل هذا يحدث كأنّ الأولياء يتمثلون s'identifiait لطفلم المريض، حيث أنّ الجسم يحمل المرض العضوي في حين أنّ الأولياء يحملون المعاناة الجسمية لطفلم، هذا التمثل الذي يعتبر إسقاطاً لمشاكلهم الشخصية، ويلاحظ أنّ الأولياء عند تقديمهم لأعراض الطفل فإنهم في الوقت نفسه يتحدثون عن مشاكلهم الصحية المتعلقة بهم، وهكذا تتكون العلاقة بين الأولياء والأطباء. (Lynel Rossent, 1979, p 37).

إنّ قلق الأولياء من جراء استشفاء طفلم وعدوانيتهم الموجهة نحو الفريق المعالج تكون غير محتملة من طرف الفريق الذي لم يحضر لتفهم هذه العدوانية التي ليست مرضية، بل أنّها بدافع غريزي وأنّ كبتها بصورة كاملة هو الذي يعتبر غير عاد، وهنا يجب أن يكون الطبيب محل ثقة

في سلوكياته مع الأولياء وقراراته العلاجية، حيث أنّ أي ضرر يصاب به الطفل أو ألم ما يشعر به الطفل المريض يفسر لدى الأولياء بأنه ناتج عن تهاون أو عدم قدرة الطبيب في العلاج.

إنّ تأخير موعد الخروج الذي أعلنه الطبيب بسبب الحمى أو أي طارئ آخر يثير قلقاً كبيراً، فإنّ هذه المدة يعيشها الأولياء والمريض على أنّها سلوك عدواني موجه إليهم، ومن هنا تتكون الأحقاد نحو الفريق الطبي. (Lynel Rossent, 1979, p 48-49).

كانت هناك عدة حوادث عايشناها بالمستشفى أثناء إخراج الطفل من المستشفى بدون مراعاة الرأي الطبي *contre avis médicale* وكان ذلك لأسباب عدة وفي مراحل استشفائية مختلفة سوف نلخصها فيما يلي:

1. عدم الثقة في القطاع الصحي العام وتفضيل القطاع الخاص.
2. الاتصال لم يكن جيداً مع الطبيب لأول وهلة.
3. بعد طول المدة لم يتمثل الطفل للعلاج ولم يكلل بالشفاء، مع ميل أمهاتهم للعلاج التقليدي، فقد عايشنا حالات حيث تعمدنا إخراج أطفالها والاستعانة بالعلاج التقليدي، وهذه ظاهرة غالبية لدى كثير من شرائح المجتمع وهي تعرقل بالفعل المراقبة الطبية ولها انعكاسات سلبية على العناية الصحية والحد من انتشار الأمراض والأوبئة بخاصة في الأوساط الفقيرة.

قد يرجع هذا التصرف إلى:

- فقدان الثقة في كفاءة الطبيب.
- الاضطراب العلائقي الناتج عن حكم مسبق، أي بناء على تجارب سابقة.
- شخصية الأولياء المضطربة والمبالغة في عطاء الطبيب،
- سوء اتصال الطبيب مع الأولياء.
- ضعف في الخبرة وعدم الكفاءة بالفعل.

## 6/ علاقة الأولياء بالفريق الشبه الطبي: (Le corps paramédical)

ترى أنا فرويد Anna Freud: " أن الأولياء لديهم علاقة متكافئة الضدين مع من سوف يأخذ مكانهم في قلب الطفل فتكون العدوانية الموجهة إليهم أكثر من الآباء، كونهم غير محيطين Le prestige médical"، حيث تضطر الممرضة إلى إخراج الأولياء أثناء ممارستها العلاجية، وهذا لسببين: إما أنها ترغب في أن تشتغل لوحدها حتى تتمكن من التركيز في عملها أكثر، أو تريد أن تتجنب تدخلات الأولياء في الممارسات العلاجية. وهذا السلوك طبعاً يسبب إحراجاً للأولياء قد يثير لديهم نوعاً من العدوانية. (Lynel Rossent, 1979, p 49).

كما أن هناك بعداً علائقياً آخر، وهذا ما لاحظناه في الميدان، يتمثل في العلاقة الأكثر تقرباً من الممرضة، أي تفضيل ممرضة عن أخرى، ويكون هذا التفضيل متوقفاً على نوعية العلاقة، حيث هناك بعض الممرضات تكون معاملتهن أكثر تفتحاً على الطفل فنجدها تهتم به وتلعب معه، وكذلك الشأن في علاقتها مع الأم إذ تزودها بكل المعلومات ولا تبخل عليها بالإرشادات الطبية فتصبح هذه العلاقة علاقة قرابة وفي كثير من الأحيان تستمر إلى ما بعد انتهاء المرحلة الاستشفائية.

## - آثار الاستشفاء عند الطفل:

لا يمكن تفهم ردود فعل الطفل للمرض إلا إذا أخذنا بعين الاعتبار كل العناصر التي تشكل الموقف المعاش للطفل، فالطفل له علاقة حساسة مع جسمه ويظهر ذلك أثناء مرضه حيث يظهر مجموعة من ردود النفسية والوظيفية، ومن أبرز الردود لدى الطفل الذي يكون في وضعية غير عادية، شأن وضعية الاستشفاء اللجوء إلى النكوص باعتباره حيلة عقلية دفاعية تحدث لما يتعرض للإحباطات النفسية والانتكاسات العاطفية بحثاً عن اللذة والإشباع للتخفيف والتنفيس. فقد اهتم التحليل النفسي بالنكوص إلى أبعد حد، ونجد ذلك واضحاً في دراسة فرويد وأنا فرويد.

## 7/ منظور فرويد للنكوص:

يرى رائد المدرسة التحليلية أنّ النكوص هو أساس تطور النمو العادي، فيميز فرويد بين ثلاثة أنواع أو أشكال، بناء على دراسته التحليلية للأحلام والتي نشرت في مقاله الشهيرة المنشورة في سنة 1914، حيث تعرض من خلالها إلى مفهوم النكوص.

## الشكل الأول: النكوص الموقعي

يظهر هذا الشكل عادة في الحلم، كما أنّه قد يتجلى أيضا في الحالات المرضية مثل (الهلاوس)، "وهو بذلك تنبيهات تتم النشاط الرجعي منذ اكتمال النشاط الحركي إلى اكتمال النشاط الحسي للجهاز النفسي"، (أنظر جان لابلانوش وبونتاليس، 1978، ص 555)، فهو عبارة عن سيرورة تنتج الإشباع الهلوسي للذة في مكان التفكير العقلي.

## الشكل الثاني: النكوص الزمني

يتمثل هذا النوع من النكوص في العودة إلى نسق نفسي يعد من أكثر الأنساق قدما، ويميز فرويد في هذا الصدد بين عدة أشكال تتمحور في هذا المجال تبعا لمسارات تكوينية مختلفة، وهي تظهر في مستويات ثلاثة:

- مستوى الموضوع.
- مستوى المرحلة اللبديّة.
- مستوى تطور الأنا.

## الشكل الثالث: النكوص الشكلي

وهو في حقيقته الرجوع بالعمليات والتعبيرات والتمثلات الثانوية إلى العمليات الأولية، وبهذا فإنّ هذه الأشكال قد تتجمع وتظهر في حالة واحدة، ولذلك فإنّ مفهوم النكوص هو مفهوم وصفي ونظري، وهذا التميز قد يساعدنا على فهم الظاهرة.

غير أنّ آلية النكوص غير منفصلة عن الحياة الجنسية التي تعتبر في منظور التحليل النفسي القاعدة الأساسية لبناء الجهاز النفسي، ولهذا ارتأينا أن نقوم بعرض موجز لوجهة نظر Anna Freud حول ظاهرة النكوص في كتابها: السوي والمرضي عند الطفل الذي عرجت فيه على دور النكوص في مراحل تكوين الطفل.

### 8/ وجهة أنا فرويد: Anna Freud

لقد تناولنا التحليل النفسي دراسة النكوص المؤقت الذي يمس الدوافع والليبدو هذا يتعلق باختيار المواضيع والعلاقة المؤسسة بينها، وقد أعطى أهمية كبرى للعودة إلى المواضيع والتعبيرات ذات الطابع اتبعي الأكثر طفولية.

كما أنّ هناك جانبا من الطاقة الدفاعية تتجه إلى الأمام وأخرى ذات متغير مهم تبقى في المؤخرة، إذ ترتبط بأهداف ومواضيع أكثر قدما وتخلق بما يسمى عادة بنقط التثبي. وهذه الأخيرة يمكن أن تكون ناتجة عن تجارب قاسية سواء أكان ذلك عن طريق الإحباط أم كان عن طريق البحث عن تحرر سريع، يمكن أن تصاحب بدرجة متغيرة من الشعور والكبت، وهذا مهم جدا لمستقبل النمو أو التطور، ومن هنا فإنّ نقاط التثبيت قد توظف من أجل الربط والاحتفاظ بالطاقة الدفاعية. (Anna Freud, 1968, p 245)

نستنتج من دراسة أنا فرويد أنّ التثبيت والنكوص في تبعية داخلية، حيث إنّ نقاط التثبيت تمارس انجذابا وثابتا على العمل الدافعي. وبهذا فإنّ النكوص مؤسس على تشكيلات خاصة للتطور الدافعي.

### 9/ مظاهر نكوص الطفل بالمستشفى:

#### 1. نكوص السلوك النفسي الحركي: وتشمل ما يلي:

- مص أصابع اليد. Succion des doigts
- مص أصابع القدم. Succion des orteil
- اضطراب في وظيفة الإخراج. Trouble du contre sphinctérienne
- التبول اللاإرادي. Enurésie

- التغوط. Encoprésie

- الكف النفسي الحركي. Inhibition psychomotrice

- انخفاض في النشاط الحركي. Hypo motricité يقابله إفراط في النشاط الحركي Hyper

. motricité

يمكن لنا أن نعيد بعض هذه العناصر لتوضيحها أكثر.

### 1. التبول اللاإرادي: Enurésie

يعتبر التبول اللاإرادي أحد المظاهر الأكثر شيوعا في الردود الفعلية السلبية للاستشفاء وعادة ما يظهر في الأسبوع الثاني وهو بذلك يعتبر مظهرا نكوصيا يرتد إلى مراحل قبل التحكم في الجهاز الإخراجي.

وهو حسب تعريفات التصنيف DSM4 (Julien Daniel, 1996, p 74)

- عملية طرح مكرر في الفراش أو في الملابس قد يكون غير مقصود وقد يكون مقصودا.
- عرض عيادي رمزي قد نشاهده مرتين في الأسبوع يكون ناتجا عن معانات ضعف في التوظيف الاجتماعي أو المدرسي أو المهني أو في ميادين شتى.
- يكون الطفل في السن الكرنولوجي على الأقل خمس سنوات أو في مستوى النمو العقلي الموافق لهذا السن.

#### • أشكاله:

- التبول فقط في الليل.

- التبول فقط في النهار.

- التبول في الليل والنهار.

ومن الناحية الإكلينيكية يجب معرفة ما إذا كان هناك عرض مصاحب: كالتغوط اللاإرادي ومظاهر عصابية أخرى.

• هل هذا التبول هو أولي أم ثانوي:

وإذا استثمرنا هذا التصور في موضوع بحثنا يمكن لنا القول إنّ هناك نسبة معتبرة من الأطفال الذين هم في حالة الاستشفاء يعانون من حالة التبول اللاإرادي أولي، أي ليس لديهم علاقة بوضعية الاستشفاء الحالية.

ولابدّ كذلك من معرفة السوابق المرضية المتعلقة بالعائلة ونوعية التربية التي يتلقاها، فمعظم الحالات التي تلقت تربية صارمة قد تعرضت لهذا الاضطراب. (Op. cit, p 74)

**2. التغوط: Encoprésie**

حسب تصنيف DSM4 دائماً: (Op. cit, p 74)

- هو عملية طرح فضلات في أماكن غير مؤهلة لذلك كالملبس، وقد تكون قصدية أو غير قصدية.

- هذا السلوك يظهر مرة في الشهر.

- لا يقل سن الطفل في هذه الحالة عن أربع سنوات.

- يكون هذا السلوك بعيدا كل البعد عن الأسباب الفيزيولوجية العضوية أو الإصابات الجرثومية.

يعتبر هذا المظهر أقل شيوعا مقارنة بالاضطراب الإخراجي الأول الذي يشمل 10% من الأطفال أكثرهم ذكور.

يعد هذا الاضطراب من وجهة نظر النظرية التحليلية ظاهرة نكوصية تترد إلى المراحل اللبديدية السابقة (المرحلة الشرجية) كما سبق شرحها حيث يكون الشعور باللذة متموقعا في المناطق الشرجية، وبالتالي يخضع في علاقته مع الخارج في إطار مدى التفريغ والقبض، ومن هنا يعتبر هذا الاضطراب مظهرا من مظاهر الصراعات الداخلية اللاشعورية، وهو بذلك استجابة نمكوصية يلجأ إليها الطفل للتخفيض من حدة القلق بجلب انتباه المحيطين به.

**3. الإفراط في النشاط الحركي: Hyper motricité**

لقد أوضحت الدراسات حول التطور النفسي الحركي أنّ حركة الطفل تظهر مع النمو التدريجي للطفل واكتسابه آلية المشي والتحكم، وأنّ أول من اهتم بهذا العرض هو الطبيب "فالون" في حديثه عن الطفل غير المستقر L'enfant turbulent .

فبين في دراسته أنّ هذا النوع من الأطفال يعانون من حالات إحباطية وضعف في القدرة على التركيز، ويكون الإفراط في النشاط الحركي عاديا في مراحل سن معينة ويصبح غير عادي في مراحل سن معينة من الطفولة، وبناءا على ذلك يعتبر مظهرا نكوصيا آخر حيث نتشتت الطاقة المبذولة وتضطرب العلاقة مع الموضوع.

ويقسم Ajuriaguerra هذا العرض إلى قسمين:

**الشكل الأول:** يكون بعبارة عن عدم استقرا حركي في عدم القدرة على توقيف النشاط، أي عدم القدرة على الكف.

**الشكل الثاني:** يتمثل في الإفراط الحركي في الأفعال التي لها علاقة أكثر مع المحيط، أي يرتبط بها عاطفيا.

إنّ هذا العرض قد يظهر بصورة مفاجئة في سلوك الطفل ويعتبر شكلا من أشكال الاضطراب في المراحل البدائية من تنظيم الشخصية، حيث نجد الطفل غير قادر على تكوين علاقة ناجحة مع الموضوع وقد يكون حسب منظور التحليل النفسي: إما نقص في الاندفاع *Insuffisance pulsionnelle* أو إفراط في القوة الدفاعية *Axes pulsionnelle*.

#### 4. انخفاض في النشاط الحركي: *Hypo motricité*

يمثل هذه الوجه من الاضطراب في الطاقة الحركية الشكل الأول كونه عرضا من أعراض المصاحبة للاكتئاب، ويكون هذا العرض على شكل انخفاض في النشاط الحركي يكون مصاحبا لانخفاض في المستوى النفسي والاجتماعي من حيث الاستثمارات النفسية والإنتاج اللغوي والغنى العلائقي، فقد لاحظنا هذا العرض لدى الأطفال الموجودين في وضعية إستشفاء، حيث يغيب أي عائق عضوي يمنعه من الحركة إلا أنّه يكون حالة عجز عن القيام بأدنى حركة ويشعر بالتعب بدون بذل أدنى جهد حركي، وتكون الحالة مصاحبة لانخفاض في مستوى الإنتاج اللغوي حيث يكون لدى الطفل *Mutisme* مع التلفظ بكلمات قليلة بالإضافة إلى فقر العلاقات الاجتماعية فيكون في شبه عزلة أو عزلة كاملة.

#### • عادة حركية *tic*:

نلاحظ هذا ما بين السن السادسة والسن الثامنة ويتمثل في فعل تكرري وله أنواع متعددة:

- على شكل إيمائي.

- على شكل نفي أو تأكيد.
  - على شكل حركة تكرارية للكتف.
  - مص الأصابع.
  - تناؤب تكراري.
  - السعال غير المرضى.
  - تكرار لكلمات معينة كالتكلم بكلمات تكرارية.
- تري النظرية البسيكوجنيتك أنّ الوضعية tic تعكس عناصر غير الظاهرة للأفعال الاستحواذية وتعكس نوها من الصراع للقوات المكبوتة، وتعتبر بذلك نكوصا إلى مراحل معينة، وبهذا فإنها صراع بين القوات المكبوتة.

## 2. الاضطرابات الوظيفية:

### 1. اضطرابات النوم:

يكشف هذا الاضطراب عن سيميولوجية إكلينيكية للسلوك وتعكس نفسية مضطربة سواء أكان ذلك لدى الطفل أم لدى الراشد فاضطراب النوم يكون راجعا لعدم الراحة والأمان والشعور بالغرابة وبالذات في حالة الانتقال إلى مكان جديد عادة ما يكون سببا في اضطراب على المستوى النفسي، وكما هو معروف أنّ هناك رتبة (ريتم) للنوم يتناقص بالتدرج مع عمر الطفل وحسب نضجه العقلي والعاطفي، ونعرض هنا بصفة موجزة ساعات النوم مقابل العمر الزمني: ( Voir neuro-pédiatre ).

- من الولادة : 23 ساعة.
- شهر: من 19 إلى 20 ساعة.
- الشهر الرابع: 16 إلى 18 ساعة.
- الشهر الثامن: 15 إلى 16 ساعة.
- في نهاية السنة الأولى: 13 إلى 15 ساعة.
- السن الثالث: 11 ساعة.
- من السن العاشرة إلى 14 سنة: من 08 إلى 10 ساعات.

كما أنّ هناك درجات للنوم، وليس المجال مناسباً للحديث عنها، بل سوف نعرض بعض أوجه اضطرابات النوم والتي لاحظنا بصورة متكررة عند الطفل المستشفى، منها:

#### • المخاوف الليلية: **Terreurs nocturne**

تأتي بصورة مفاجئة في القسم الأول من الليل، وتظهر بصورة جلية في السن الثالث والسادس ثم تختفي مع البلوغ، فنجد الطفل في مكان نومه يبكي ويرتجف ولا يستجيب لأحد، جيث من غير الممكن بالأمان والدخول معه في اتصال، وتستمر هذه الحالة بضع دقائق.

#### • الأحلام المزعجة: **Cauchemars**

وهي عبارة عن أحلام تزعج مزاج الكفل، ويختلف المحتوى حسب سن الطفل كما سبق ذكر ذلك في نظرية جيزل، وهي عبارة عن أحلام يتذكرها الطفل عند يقظته ويشعر بالأمان عند نهوضه، وكثيراً ما يعيش أطفال المستشفى هذه الأحلام التي تعبر عن تخوفاتهم المعاشة. يمكن لنا أن نمثل لذلك بالحالة التالية: كانت لدينا طفلة في سن الثامنة تعالج في قسم جراحة العظام بالمستشفى، فكانت تحلم حلماً متكرراً يتمثل في الممرض الذي كان يغير لها الضمادات وينظف لها الجرح، فكانت تحلم به في وجه مخيف حاملاً سكيناً ليقتلها، فهذا المحتوى يعبر عن تخوفاتها المعاشة أثناء عملية تنظيف الجرح.

#### • التجوال الليلي: **Somnambulisme**

يمكن فهم السير أثناء النوم على أنه نوع من الحالات التي تنجم من تفاقم حالات الرعب التي تنتاب الطفل، يكون هذا الاضطراب في غياب أي إصابة عضوية نجد الطفل في حالة لاشعورية يقوم بأشياء عديدة تستدعي الإدراك وتكون لدى الأشخاص الذين لديهم سوابق عائلية ويكون هذا التجوال نوعاً من الخطر.

#### • الأرق: **Les insomnies**

يكون الأرق عادياً عند المريض ببعض الأمراض التي تحوي هذا الاضطراب، كعرض في غياب هذه الحالة، فإنّ الأرق يعكس نفسية الطفل المضطربة وشعوره بعدم الأمان وعدم الإشباع العاطفي، وكثيراً ما يصاحب هذا الأرق اضطرابات تنظيمية واضطرابات في اللغة واضطرابات على مستوى العلاقة الأسرية.

• النوم الزائد: **Hypersomnies**

ونادرا ما نجد هذا الاضطراب عند الطفل، قد يتواجد في بعض الحالات المرضية كارتفاع السكر وارتفاع ضغط الدم، وفي غياب هذا، فيوجد لدى الطفل بصفة حالة دفاعية لتجنب الخطر والهروب من الواقع ويكون في اليقظة في حالة كف.

2. اضطرابات سلوك الأكل:

إنّ اضطراب سلوك الأكل، في غياب الإصابات العضوية يعكس نوعا من الرفض والاضطراب على المستوى العلائقي، ومن مظاهرها ما يلي:

• تجويع الجسدي أو فقدان الشهية:

يتمثل في رفض الأكل المتواصل يكون ظاهرا في انخفاض الوزن قد يصل إلى نصف الوزن، ويكون عند الإناث أكثر منه عند الذكور، حيث يكون سلوك التغذية مضطربا والسلوك العام للمزاج يكون نوعا ما عاديا، كما يلاحظ إفراط حركي وفكري.

يلاحظ هذا السلوك عند الأطفال المستشفين كعرض لاكتئاب إلا أنّ هناك حالة أخرى حيث يرفض الطفل الأكل المقدم في المستشفى وهذه الحالات لفتت نظر الأطباء وقدمت طلبات تدخل على أساس أنّ الطفل يعاني من رفض الأكل إلا أنّه تبين أنّ الطفل يرفض الأكل المقدم في المستشفى في حين أنّه يقبل أكل البيت وهذا تعبير عن رفض الاستشفاء.

• الاجترار: **Mérycisme**

هو اضطراب نادر نجده عند الطفل، وهو عبارة اجترار للأكل ويصاحبه نوع من الإحساس بالتلذذ الذاتي ولا يكون هذا العرض إلا عندما يكون الطفل لوحده، فهذا العرض يعكس اضطرابا على المستوى العاطفي ويتمثل التدخل في ربط علاقة عاطفية مع المحيط لتجنب الوحدة.

• النكوص في سلوك التغذية والتخوف الغذائي:

يظهر عادة هذا العرض في نهاية مرحلة الكمون، ويكون مصاحبا للقلق مع التخوف المرضي والاستحواذ والرفض المدرسي موافق لاضطرابات سلوكية، ويتمثل هذا العرض في العودة إلى التغذية السائلة واختيار الغذاء (Sélection Alimentaires Voir neuro-). (pédiatre).

## • الممارسات الغذائية المنحرفة: pica

تتمثل في حمل الطفل لفته كثير من الأشياء لبلعها مثل التربة، الرمل والورق، ويمكن أن يدخل في هذا الإطار بلع الشعر قد تقود الطفل إلى العمليات الجراحية فهذا الاضطراب عصاب.

## 10/ استنتاج:

إنّ الصحة بالنسبة للفرد هي مرتبطة بأفكاره الذاتية، هي مجموعة من الأفكار التي تكونت لديه متأثرة بمؤثرات ثقافية وتمثلات وضعها عن جسمه، ولذلك فإنّ مفهوم الفرد عن الصحة ينطلق من الصورة المثالية التي كونها عن نفسه، ومن ثمة فإنّ الصحة هي تابعة لنسق معياري لا يرتبط دائماً مع معطيات الطبيب والعلوم الرسمية عند مرض الطفل فإنّ كل الأسرة تضطرب.

إنّ الأولياء هم أكثر تأثراً بمرض أطفالهم لأنّ مرض الطفل هم مصدر للصعوبات فهو يخلق توترات في التوازن العاطفي، في هذا الصدد يقول C. Koupernik: "كل عائلة تصبح مضطربة بعمق والطفل هو المركز الدائم لعدم التوازن، فهم يبيلور كل الإحساسات بالشفقة والرحمة والعناية المفرطة والاهتمام والرغبة في المساعدة، وكل الإحساسات التي تخفي الكراهية والحدق". (Anthony (E.J), (C). Koupernik, 1974: 98).

تؤثر هذه الوضعية على المستوى العلائقي عندما يكون الطفل بالمستشفى، دراسات Anna Freud- thesi bergman في هذا المجال حيث ركزنا "على تجربة استشفاء الطفل باعتبارها تجربة محبطة التي تجذب مشاعر العدوانية عند الأولياء واستعراضات الغضب فترجمت هذه الردود على أساس أنّها ردود لا شعورية، لوضعية استشفاء الطفل" (Lynel Rossent, 1979: 48).

بالإضافة على ما سبق ذكره الوضعية التي يكون فيها الأولياء من حيث تمثلهم لطفلهم كما أشارت Ginette Raimbault وكذا علاقة الطفل مع الفريق المعالج خاصة في هذه المرحلة من سن عينتنا، حيث توجد في مرحلة العلاقات الاجتماعية إذ يمتد ميوله نحو تكوين علاقات اجتماعية ونظراً لخصوصية وضعه في المستشفى فنظرنا كيف تكون علاقته مع الشبه الطبي وكذا الفريق المعالج وأيضا لا ننسى العنصر الثالث المتمثل في الرفقاء المستشفين.

إنّ أي مرض يستدعي رد فعل للحماية وهو رد فعل طبيعي، فواجب على الفريق المعالج أن تكون لديه المعلومات الكافية على ذلك، فعادة ما يظهر الطفل قليلا من الاهتمام بما يحيط به، فهو عندئذ متفوق على ذاته لأنه لا يستطيع أن يتحمل الاحباطات، فهو لا يرى العالم إلا بمنظاره، ولذلك لا يكاد يدرك أنّ هناك من هو أكثر مرضا منه وكذا التبعية للمحيط، ومع ذلك فإنّ النكوص له فائدة من حيث كونه يعتبر مهما في مقاومة المرض وحماية المريض نفسه.

### 11/ خلاصة:

ما يمكن لنا الإشارة إليه في هذا المقام هو أنّ النكوص لما يأخذ شكل المظهر الجسدي، مثل الأعراض التي سبق ذكرها، فإن كانت هذه الأعراض آنية، مثل الوضعية التي نذكرها في دراستنا، أي لما يكون النكوص ملازما لوضعية الاستشفاء، فهذا النوع من النكوص لا يؤثر على الطفل. أما إذا استمر فإنّه سيؤثر على حياة الطفل وكذا محيطه مثلا حالة الطفل الذي يتبول إراديا أثناء مرحلة الاستشفاء وبعدها وأصبح هذا العرض ملازما له فهذا طبعا يستلزم متابعة عيادية.

1/ تمهيد:

بعد معالجتنا لهذا الموضوع من الناحية النظرية ارتأينا أن نخصص هذا الفصل للجانب التطبيقي أو دراسة حالة.

إن الجانب التطبيقي ما هو إلا تجسيد لما تطرقنا إليه في الجانب النظري من دراسة وتحليل ومدى انطباقه على أرض الواقع التي رأينا أن تكون في مستشفى مستغانم "شي قيفاري".

2/ الدراسة الاستطلاعية:

(أ) أهداف الدراسة:

◆ التعريف بميدان و موقع الدراسة :

تم إجراء المقابلات في المؤسسة الاستشفائية العمومية شي قيفاري المتواجدة بوسط مدينة مستغانم .

تم بناءه سنة 1936 ، كان مستشفى عسكري سنة 1962 وأصبح مستشفى مدني للجمهورية الجزائرية في عهد الاستقلال الرسمي بالقطاع الصحي بمستغانم، وفي سنة 1970 سمي بشي قيفاري كاسترو من طرف الرئيس الراحل هواري بومدين وذلك تخليدا للرئيس الكوبي نظرا للصدقة التي كانت تجمع بينهما .

يحتل المستشفى مساحة 18.860 م<sup>2</sup> فيها 11000 بناء، وأهم المصالح الموجودة داخل المستشفى هي كالتالي:

\* **Bloc A**: يضم مصلحة الجراحة والإنعاش ، قاعة العمليات .

\* **Bloc B**: يحتوي على مصلحة الطب الداخلي ، مصلحة الأشعة "ج" ، مصلحة الأمراض الهضمية، طب الأعصاب.

\* **Bloc C**: نجد فيه مصلحة الجهاز البولي مصلحة الأمراض الصدرية، الأذن، الحنجرة، والمطبخ المركزي.

\* **Bloc D** : يضم هذا القسم مصلحة طب الأطفال وجراحة الأطفال بالإضافة إلى الأمراض المعدية، ( مديرية المقتصد والتجهيز و البناءات، التسيير ...)، إدارة المصالح الصحية التي تشرف

على النشاطات الصحية ، طب العمل ، كب التشريح ، حفظ الجثث ، الصيدلة المركزية، مخبر الطب الوقائي ، مكتب القبول " CTS " ، جناح إداري فيه مكتب الأجور، مكتب الاستقبال . يوجد داخل المستشفى حوالي 70 طبيب مختص، وأقرب من 900 موظف يسير الاستجالات الطبية والجراحية.

◆ **التعريف بالمصلحة التي تم فيها إجراء الدراسة الميدانية : (إجراء المقابلات)**

\* **مصلحة جراحة الأطفال :** تقع في الطابق الأول المخصص لجراحة الأطفال، تتكون من مكتبان لطبيبان أخصائيان، في المدخل مكتب للمراقبة الطبية الرئيسية، صيدلية، مكتب الاستقبال ، غرفة المراقبة الطبية للمريض، غرف المرضى A , B , C , D.

● **طاقم الطبي :**

- المراقب الطبي الرئيسي.

- 13 ممرض و ممرضة (ATS ,IB ,IDA).

- 06 أطباء مختصين.

- 01 حارس.

- أخصائية نفسانية.

**ملاحظة:** في فترة الصيف تكتظ المصلحة بالمرضى .

● **الفرقة و نشاطها :**

تتكون الزيارة الطبية في كل يوم صباحا بحضور واحد من الأطباء المسؤولين عن الجناح يقدم خلالها بطاقة إكلينيكية " **Fiche Clinique** " للحالة التي يتابعها إلى المساعد الذي يقوم بتحليله الخاص ، ثم يعطي الفريق المعالج التعليمات والتصرفات الخاصة بكل مريض وبعد هذا يقوم طاقم التمريض بالقيام بالتغييرات.

◆ **التعرف على أفراد العينة :** أقيم هذا البحث على حالتين (أطفال) ، تم الحصول عليهن

بفضل مجهوداتنا الخاصة حيث تم استقبالننا أولا من طرف المراقب العام للجناح الذي بدوره أعطانا معلومات عامة عن المصلحة و عن موظفيها (طبيب الجناح ) ، لكن حالات الدراسة تم الحصول عليها بطريقة مقصودة و قد تم اختيارها حسب الشرط وهو أن تكون الحالات مقيمت لفترة زمنية أطول.

\* مواصفات الحالات التي أقيمت عليهن الدراسة : الجدول التالي يبين مواصفات الحالات التي قامت على أساسها دراستنا :

الحالات	الجنس	السن	المستوى الدراسي	مدة الإقامة بالمستشفى
الحالة 01	أنثى	سنتين	/	24 يوما
الحالة 02	أنثى	5 سنوات	تحضيري	14 يوما

\* إجراء مقابلات أولية مع الحالات التي أقيمت عليهن الدراسة : من خلال اختيارنا لموضوع بحثنا والذي هو " المرحلة الاستشفائية وتأثيرها على ردود فعل الطفل المريض"، تطرقنا لدراسة حالتين، كما أننا قمنا بإجراء مقابلات أولية الهدف منها تحديد العينة المناسبة وموضوع بحثنا حسب ما تستوفيه الشروط ومتطلبات الدراسة وقد تم اختيار حالتين (طفلتين) (العمر الزمني من سنتين إلى 5 سنوات).

#### ب) إجراءات الدراسة:

من تاريخ 2016/05/17 إلى 2016/06/09 بالمؤسسة الاستشفائية شي قيفاري بوسط مدينة مستغانم أمام المحكمة بحي المطمر بمصلحة جراحة الأطفال أربع أيام في الأسبوع من يوم الأحد إلى الأربعاء لمدة 25 يوم .

من جهة أوسع ، لقد كانت هذه الدراسة الميدانية أكثر من ذلك ، هذا من خلال التعرف على المؤسسة الاستشفائية شي قيفاري ومعطيات الميدان من أجل استثمار الخبرات المعرفية العلمية النظرية طيلة ستة سنوات في الجانب الميداني الذي استخلصنا منه خبرة تطبيقية والتي ستكون نتاجها بارزة في حياتنا المهنية كمختصين في علم النفس (تخصص عيادي) ، خاصة ونحن نمثل علم قائم بذاته عرف بنبله من خلال الفئة التي يختص الإنسان بدراستها.

## 2/ الدراسة الأساسية:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الإكلينيكي (العيادي) ، كما ركزنا على أدوات البحث التي توافق الدراسة المطلوبة والتي هي الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية.

### (أ) منهجية البحث في الدراسة:

إن أي بحث علمي يرتكز على أسس لا بد من وجودها لاستيفاء الدراسة نحن في دراستنا ركزنا على المهج العيادي ، باعتباره المنهج الأكثر إمدادا كما أنه يساعدنا على إعطاء معطيات تخدم موضوعنا و يمكن أن نعرفه :

#### \* المنهج :

يعرفه الدكتور أحمد عزت بأنه الطريقة التي يتبعها الباحث للإجابة على الأسئلة التي يسير عليها موضوع بحثه .

#### \* المنهج العيادي أو الإكلينيكي :

هو منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرض عديدين ودراستهم الواحد تلو الآخر من أجل استخلاص مبادئ عامة تؤدي بها ملاحظة كفاءتهم وقصورهم. (محمد التومي التبانى، 1996، ص 120).

كما يعرف بأنه المنهج الذي يستهدف تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية ويعودون إلى العيادات النفسية يلتمسون النصح، والتوجيه والعلاج، وهو المنهج الذي يستخدم في تشخيص وعلاج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، شخصية، اجتماعية ومهنية. (حسين مصطفى عبد المعطي، 1998، ص 178).

### (ب) المجال الزماني والمكاني للدراسة:

تم تحديد المدة الزمنية لدراستنا بمدة قدرت بـ 25 يوما وذلك من تاريخ 2016/05/17 إلى غاية 2016/06/09 أما المكان فقد كان في المؤسسة الاستشفائية شي قيفاري المتواجدة بوسط مدينة مستغانم ، حيث يمتاز بإستراتيجية الموقع و يغلب عليه طابع الهدوء ، يرجع بناؤه إلى تاريخ 1843 في الحقبة الاستعمارية .

والمصلحة التي أجري فيها البحث هي مصلحة جراحة الأطفال "CCI" تقع بالجزء الشمالي الغربي للمؤسسة الاستشفائية وتمتاز بنوع من العزلة والخصوصية ، فيها تتواجد كل إصابات الأطفال ويغلب عليها طابع الهدوء والنظام وكذلك الأمان .

### ج) وصف عينة البحث:

أقيم هذا البحث على حالتين (بنتين)، تم الحصول عليهما بطريقة مقصودة، وكذلك عن طريق أبحاث ميدانية متخصصة، (قد تم اختيارهما حسب الشروط وهي أن تكون الحالتين مقيمتين بالمستشفى لمدة زمنية أطول).

### د) أدوات البحث المستخدمة ووصفها:

\* **دراسة الحالة :** إن دراسة الحالة هي أداة قيمة في علم النفس العيادي ، لأنها تكشف عن وقائع حياة الفرد .

يعرفها جوليان روتر "**Julien Rotter**" بأنها المجال الذي يتيح للأخصائيين جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات لفهم الحالة وتشخيصها .

ويؤكد الطبيب النفسي **نولان لويس "Nolan Louis"** على أهمية دراسة الحالة وضرورتها بقوله " عند دراسة أي مريض يصبح من المهم أن ندرس تاريخه السابق، تاريخ نموه الجسمي والعقلي، وتاريخ مرضه وسلوكياته، وبدون هذه المعلومات يصبح من المستحيل وفي معظم الحالات أن نفهم طبيعة الاضطرابات أو أن نضع تشخيصا دقيقا أو أن نحدد خطة علاجية واضحة ".

\* **الملاحظة العيادية :** تعتبر الملاحظة العيادية ملاحظة علمية وأسلوب مكمل لكل مقابلة وهي تستعمل في المواضيع السلوكية التي تحتاج إلى الحصول إلى المواقف الطبيعية .

ويعرفها جوليان روشي "**Julien Rouchi**" على أنها: " مجموعة من المهارات الإكلينيكية الضرورية التي تتجلى في ملاحظة المريض بوجه عام من المنظر الخارجي إلى تغيرات نبرات الصوت وحركات الجسم ومقارنة إياها بالموقف التي يكون عليها المريض " .

لقد اتخذنا الملاحظة كوسيلة تمكننا من إتباع شخصية كل حالة وإبراز سماتها الأساسية بدقة حتى يتسنى لنا الوصول إلى نتائج علمية وإيجابية وشملت ملاحظتنا في الدراسة كل الجوانب من سلوكيات وانفعالات وطريقة في الكلام و تعابير الوجه والتصرفات وكذلك فترات الصمت و حتى اللغة و الهدام .

\* **المقابلة العيادية :** هي أداة بارزة من أدوات البحث العلمي وتعد علاقة اجتماعية مهنية دينامية ومهذبة وجها لوجه بين الباحث والأخصائي، والحالة في جو نفسي آمن تسودها الثقة المتبادلة بين الطرفين ، فهي تعتبر تقنية إكلينيكية في غاية الجودة ووسيلة هامة لجمع المعلومات عن الفرد في إطار تفاعل اجتماعي هادف يتم من خلالها التساؤل عن أمور يراد معرفتها من أجل حل لمشكلته وقد ركزنا في دراسة الحالات على المقابلة النصف موجهة حتى نترك للأمر الفرصة والحرية للتعبير ولا يمنعنا ذلك من توجيههم من حين لآخر.

1/ تمهيد:

نتناول في هذا الفصل عرض حالات الدراسة ونتائج تطبيق أدوات المقابلة والملاحظة العيادية العميقة مع التحليل العام لكل حالة، ومناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة.

2/ عرض الحالة الأولى:

تقديم الحالة: 01.

الاسم: ب. آية.

السن: سنتين.

المرض: حروق من الدرجة الثانية.

المصلحة: جراحة الأطفال.

مدة الإقامة: 24 يوماً.

المستوى الدراسي: /

المركز العائلي: الكبرى.

مهنة الأب: متقاعد.

مهنة الأم: ماكثة بالبيت.

أهدافها	مدتها	تاريخ إجرائها	المقابلة
- بناء الثقة. - جمع معلومات أولية عن الحالة. - شرح لأم الحالة سبب اختياري لها.	45 دقيقة	17.05.2016	الأولى
- التعرف على مرحلة الطفولة. - التعرف على كل ما يخص الجانب الأسري.	35 دقيقة	18.05.2016	الثانية
- معرفة المعاش النفسي للحالة. - التعرف على الجوانب السلوكية.	40 دقيقة	24.05.2016	الثالثة
- تطبيق جدول الملاحظة العيادية المعمقة.	25 دقيقة	30.05.2016	الرابعة

## 1. عرض النتائج:

## المقابلات:

## ✓ المقابلة الأولى:

من خلال إجرائنا للمقابلات مع الحالة كانت الحالة "ب. آية" في المقابلة الأولى في حالة هيجان مصاحباً ذلك اضطراب حسي حركي كبير جداً، فمجرد رؤيتها لنا أمامها شرعت في البكاء مباشرة ولم تتوقف إلا بعد مواساتها من طرف أم الحالة وبعد وقت معتبر، فالملاحظ هنا أنّ حالتها النفسية كانت غير مستقرة وسيئة جداً، وهذا بسبب عودتها بفترة وجيزة من قاعة العلاج للإستشفاء.

وحسب والدتها فإنّ ردت الفعل هذه كانت تبديها أيضاً اتجاه الفريق الطبي الذي معها في المصلحة، فالخوف والقلق الشديدين كانت السمة البارزة على حالتها.

## ✓ المقابلة الثانية:

أثناء هذه المقابلة لم تبدي نفس ردت الفعل الأولى، فبدأت تنظر إلينا بنظرات القلق والخوف والتوجس كما أنّ الأمر الذي لاحظناه والمهم أيضاً أنّ الطفلة "آية" كانت هادئة وبدأت تلعب ببعض الألعاب التي كانت بجانبها والملاحظ أيضاً هنا أنّها لم تفصل يدها من يد أمها طيلة مدّة المقابلة، وهذا ما يعبر عنه بالخوف من قلق الانفصال وما لوحظ أيضاً أنّه طول مدّة المقابلة لم تبكي رغم اقتربنا من سريرها.

## ✓ المقابلة الثالثة:

لقد تميزت حالتها النفسية بلا استقرار وعدم الاطمئنان عند رؤيتها لنا إلا أنّها لم تبكي على الرغم من ارتدائي للمنزّر، وحسب حديث أمها أنّ حالة النّوم عندها كانت جد مضطربة، فكانت تستيقظ في الليل وتقفز في حالة من الهلع والبكاء وهو ما يمكننا أن نعبر عنه على أنّه كوابيس مزعجة ولا تعود للنّوم إلا إذا أمسكت بيد أمها، ويمكن أن نستنتج هنا أنّ الحالة بين والدتها يعبر عنه بإعادة الإطمئنان والأم هنا هي التي تمثل ذلك الموضوع reassurance.

✓ المقابلة الرابعة:

أثناء هذه المقابلة لاحظنا أنّ الحالة النفسية للطفلة "آية" بدأت بالتحسن وخاصة على المستوى العاطفي والسلوكي، والملاحظ أيضا هنا أنّها كانت تلعب مع التبسم والضحك وهذا عند طرحنا لبعض الأسئلة عليها إلا أنّها كانت تتميز بالخجل والانطواء على ذاتها في بعض الأحيان وهذا يعتبر آية من الآليات الدفاعية التي تستعملها عندما لا تشعر بالاطمئنان.

2. تقديم الحالة:

تتمثل في الطفلة "ب. آية" البالغة من العمر سنتين القاطنة بالريف بولاية مازونة، أصيبت بحروق من الدرجة الثانية على مستوى الصدر واليدين والرجل اليسرى وكذلك الظهر، أدخلت إلى مصلحة طب جراحة الأطفال بتاريخ 2016/05/17، حيث مكثت 24 يوما.

تنتمي إلى عائلة متوسطة، تحتل المرتبة الأولى في ترتيب إخواتها، كما إنّها وحسب أمّها طفلة غير اجتماعية وليست بكثيرة العلاقات مع الوسط الاجتماعي الخاص بها، نعتبر أول تجربة إستشفائية لها بعد فحصها بمصلحة الاستعجالات، ثمّ استشفائها فورا.

3. مظاهر عدم تكيفها:

- صعوبة التعامل معها علاجيا فقد وجد الفريق العلاجي صعوبة في تتبع حالتها فكانت غير متعاونة تماما.
- بدت الطفلة تعاني من اضطرابات حس حركية طويلة مدّة استشفائها وهذا مغاير لطبيعتها.
- سلوك معارضة ونوبات غضب مع البكاء المستمر.
- رغم طبعها الفضولي إلا أنّها اتسمت علاقتها بالسلبية ورفض الاتصال.
- لم تساهم الأم بشكل ايجابي كبير خاصة في الأسبوع الأول حيث بدت شاردة الذهن.

4. مظاهر نكوص الطفلة:

1. إفراط في النشاط الحركي في آخر أسبوع.
2. تبول إرادي.
3. سلوك الإمساك بيد الأم طيلة الوقت خوفا من فقدانها (قلق الانفصال).

5. التحليل العام للحالة:

بلغت مدة استشفائها 24 يوماً، حالتها النفسية كانت سيئة طيلة الاستشفاء فكانت تجربة الاستشفاء فاشلة مع رفضها وتخوفها من العلاج.

من اليوم الأول لاستشفائها بدت الحالة مضطربة رافضة للمكوث في المستشفى، فكانت سلوكياتها مهتاجة منذ أول يوم من دخولها كما سبق الذكر، أنّ الطفلة استشفيت بطريقة مفاجئة مع العلم أنه لم يسبق لها أن ابتعدت عن وسطها العائلي.

6. جدول الملاحظ العيادية:

الملاحظة	المقابلة الأولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة
الهيئة العامة	عادية	عادية	عادية	عادية
السلوك اللفظي	/	/	/	/
السلوك غير اللفظي	خط وإفراط في استعمال تعابير الوجه Hypersemie	نقص في حركات وتعابير الوجه	خط وعدم توافق بين الحركات وتعابير الوجه	غياب في رمش وحركات الوجه
التكيف	اضطرابات حسية حركية مع الضرب باليدين والرجلين	عدم وجود التنسيق على المستوى الحركي والتنسيق Apraxie	الهدوء واستقرار في الجانب السلوكي والانفعالي	التنسيق الحركي والتكيف مع المحيط العلاجي بعض الشيء
العلاقة	اضطراب في الجانب الانفعالي والعاطفي مع التشتت والبكاء الشديد.	الحذر الشديد والحيطه والتحفظ من خلال الصمت ودون إبداء أي سلوك	Méfiance	Réticent
المزاج	الحدّة في استعمال التعبير الانفعالي La réaction émotionnelle en générale	القلق وهذا راجع لشيء رمزي (المئزر) الذي أصبح يدعو للقلق	المخاوف من الفريق المعالج ككل عند رؤيتها لهم	استقرار نوعاً ما في حالتها النفسية مع الخوف لمثير لا يشتكي الخوف
النوم	قلة النوم	نوم متقطع غالباً ما تفتن في نصف الليل	كوابيس ليلية Cauchemar	كثرة الكوابيس الليلية

3/ عرض الحالة الثانية:

تقديم الحالة: 02.

الاسم: ب. إسراء.

السن: 5 سنوات.

المرض: حروق من الدرجة الثانية.

المصلحة: جراحة الأطفال.

مدة الإقامة: 14 يوماً.

السكن: مستغانم.

المستوى الدراسي: دخولها إلى التحضيري.

المركز العائلي: الصغرى.

مهنة الأب: عامل يومي.

مهنة الأم: لا تشتغل.

أهدافها	مدتها	تاريخ إجرائها	المقابلة
- جمع معلومات أولية عن الحالة. - شرح لأم الحالة موضوع البحث و سبب اختيارنا لها.	35 دقيقة	30.05.2016	الأولى
- التعرف على مرحلة الطفولة. - التعرف على كل ما يخص الجانب الأسري.	45 دقيقة	31.05.2016	الثانية
- ملاحظة ردود فعل الحالة. - الإطلاع على الجانب السلوكي والعاطفي والاجتماعي للحالة.	25 دقيقة	04.06.2016	الثالثة
- تطبيق جدول الملاحظة العيادية المعمفة.	30 دقيقة	05.06.2016	الرابعة

## 1. عرض النتائج:

## المقابلات:

## ✓ المقابلة الأولى:

كانت الحالة تنظر إلينا بنظرات الغرابة والخوف، بحيث أنّها لم تتكلم قط على الرغم من طرحنا لبعض الأسئلة عليها ومحاولة اللعب معها، تزامن مع ذلك وقت العلاج (تبديل الضمادة) من طرف الفريق المعالج الساهر على التكفل بها، لذلك كانت تبدو عليها حالة من الترقب والقلق والخوف من الممرضين الذين كانوا يأتون لأخذها لغرفة العلاج وكانت تنتظرهم متوجسة جدا ومضطربة ولذل لم ترتاح لوجودنا في نفس الغرفة مع المئزر الأبيض فهذا هو الذي كان يمثل مصدر تهديد كبير لكيانها.

## ✓ المقابلة الثانية:

كانت حالتها النفسية معقدة أكثر وهذا راجع لتأثرها الشديد للعلاج وإحساسها بالآلام الناتجة عن عملية الاستشفاء كما اتسمت حالتها النفسية بالاكئاب والانطواء على نفسها والكفّ الحس الحركي مع البكاء المستمر وهذا يدخل تحت مظهر من مظاهر النكوص.

## ✓ المقابلة الثالثة:

خلال هاته المقابلة لاحظنا أنّ الحالة كانت تعاني من ارتفاع الحمى عندها وهذا على مدار ثلاث أيام تواليا مما أدخلها في حالة من عدم النوم وردود فعل جد قوية اتجاه الاستشفاء، وضعيتها النفسية كانت متدهورة فكانت ذا مزاج متعكر خلال هاته المقابلة مع رفضها للأكل من طرف أم الحالة والانعزال إلى ركن السرير ورفضها التام لأي شيء يقدم لها من طرف أمها مع الكوابيس الليلية التي كانت تصاحب نومها، حتى أنّ أمها عبرت لي على أنّها (مخطوفة) دلالة رمزية مرتبطة بالمستوى الثقافي والاجتماعي لأم الحالة العدوانية اتجاه والدتها، حيث أنّها قامت بعض أصعب والدتها إلى درجة سيلان الدم، العدوانية اتجاه والدتها وهذا راجع إلى أنّ أم الحالة كانت تعاملها بقسوة شديدة جدا وتضربها إذا لم تتصع لأوامرها.

## ✓ المقابلة الرابعة:

أثناء هذه المقابلة اتسمت حالتها النفسية بالهدوء وهذا راجع نتيجة تناولها الدواء، كما أنّها أصبحت تخاف جدا من الطاقم الطبي إلى درجة الهروب منهم عندما يحاولون علاجها (تبديل الضمادة)، وهذا ما لم يكن في الأيام الأولى للاستشفاء، الخوف والقلق الشديد والرفض التام للعلاج إلى درجة الهروب منهم وهذا يعد استجابة من استجابات النكوص لديها مع التبول الليلي اللاإرادي منذ دخولها إلى المستشفى.

## 2. تقديم الحالة:

"ب.إسراء" طفلة في الخامسة من العمر استشفيت بتاريخ 2016/05/27 إثر إصابتها بحروق من الدرجة الثانية.

تقيم الحالة بحي طريق وهران، تعتبر الصغرى من بين ثلاثة ذكور إخوتها وحسب حديث الأم فإنّها منذ صغرها كانت تتمتع بصحة لا بأس بها ما عدى إصابتها بالأمراض العادية كالتهاب اللوزتين والحساسية. إلا أنّها تعتبر تجربة استشفائية بالنسبة لها حيث تجاوزت مدّة إقامتها 14 يوما.

بناء على مقابلة الأم فإنّ الطفلة "إسراء" طفلة مدللة مرتبطة كثيرا بوالديها كما أنّها غير اجتماعية، إلا أنّها تتمتع بروح اللعب والتعرف على ما يحيط بها من الأشياء.

## 3. مظاهر عدم تكيف الحالة:

اكتئاب الحالة تقريبا طيلة مدّة الاستشفاء، رغم كون الحالة فضولية حسب تقدير الأم إلا أنّنا لاحظنا عدم اهتمامها لما يحدث حولها فهي تحت تأثير طابع الكف الذي كان لديها.

علاقتها الاجتماعية فقيرة جدا، والملفت للانتباه هي البرودة العاطفية اتجاه أمّها واتجاه الأب أثناء الزيارة اليومية رغم ارتباطها الشديد بأمّها وهذا ما أثار القلق على صحة الطفلة من طرف الفريق المسؤول عن حالتها.

4. الأعراض النكوصية:

- اضطراب في النوم.
- انخفاض في المستوى الحركي.
- الانطواء.
- التبول الليلي اللاإرادي.
- سلوك الأكل الانتقائي.

5. التحليل العام للحالة:

نلاحظ بصورة عامة فشل الخبرة الإستشفائية بالنسبة للحالة، حيث كانت إقامتها في المستشفى غير فعالة من الناحية الاجتماعية والعلاجية، كانت أم الحالة أثناء فترة الاستشفاء غير مراعية تماما للحالة النفسية والجسدية التي توجد فيها ابنتها، وكانت غير ايجابية، عادة ما كانت تتوعد الطفلة "ب.إسراء" وتلقي عليها اللوم بأنّها هي سبب دخولها إلى المستشفى ووجودها في هاته الوضعية كما قالت.

وبهذا فإنّ مرافقة الأم للحالة لم تقم بدور فعال في التخفيف من ردود الفعل، بل عكس ذلك هو ما كان وزادت حالة ابنتها تازما وتعقيدا، بل وساهمت في فشل الخبرة الاستشفائية لديها.

6, جدول الملاحظة العيادية:

الملاحظة	المقابلة الأولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة
الهيئة العامة	بذلة متسخة مع وجود بقع عليها	غياب الاهتمام بالحالة Tenue négligé	عادية نوعا ما	اللامبالاة
السلوك اللفظي	/	التحفظ في الكلام، إلا قليلا في آخر الحصة	رفض في التجاوب والردّ عن الأسئلة مع السكوت التام	رد الفعل بصفة مفرطة في الكلام والتعبير عن رفضها للعلاج.
السلوك غير اللفظي	غياب في استعمال تعابير الوجه والسلوكات والحركات	نقص وغياب في الحركات ورمش الوجه، وجه جامد Asémie	جمود في رد الفعل العام للحالة دون إبداء أي رد فعل	Hyposémie
التكيف	Ihinibition مع فقر في السلوكات	العزلة والانطواء على نفسها مع عدم	الكف ورفض الأكل والشرب	هيجان حسي حركي ومحاولة الهروب

من الباب والرفض التام للعلاج	من طرف أم الحالة	الاهتمام بمحيطها	والانفعالات	
اضطرابات علائقية وعاطفية وانفعالية اتجاه الأم والفريق الطبي	اضطراب على المستوى العلائقي مع الأم والفريق المعالج	عادية	عادية	العلاقة
هيجان وتقلب في الميزاج Réaction émotionnelle en générale	مزاج لا فرح ولا حزن Atimomie	الحزن واليأس والضمور	الحزن مع غياب العاطفة	المزاج
نوع متقطع مع الكوابيس المزعجة	غياب النوم مع الكوابيس	قلة النوم	قلة النوم	النوم

#### 4/ مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

##### ✓ مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

هناك متغيرات تتعلق بشخصية الطفل، فمن خلال ما توصلنا إليه نظريا وما اكتشفناه تطبيقيا واعتمادا على الملاحظة والمقابلة العيادية حيث بينت نتائج الدراسة أنّ تلك الحالات والمقصود هنا :-

- الحالة الأولى: والتي تتعلق بالطفلة "ب. آية" حيث أبدت صعوبة في التكيف مع الوسط الاستشفائي وعدم التجاوب فأظهرت ردود فعل اتجاه استشفائها بحكم أنّها أصغر سنا ولم تكنسب الاستقلالية بعد فتأثرت تأثيرا سلبيا جراء الوضعية الاستشفائية التي كانت تمر بها ولم تبدي تجاوبا معها.

- الحالة الثانية: تتعلق بالطفلة "ب.إسراء" التي كانت مرافقة بأم سلبية في تعاملها معها ومع الوسط المعالج، وأظهرت هي أيضا بدورها ردود فعل جد سلبية ولم تكن ايجابية اتجاه عملية الاستشفاء التي كانت تمر بها، فالحالة هنا كانت مكتئبة وعدوانية اتجاه أمها والفريق الطبي المعالج لها، من خلال هذا نستنتج تحقق الفرضية الجزئية الأولى على أنّ عدم التجاوب هو رد فعل الطفل اتجاه الاستشفاء بصفة عامة.

✓ مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

النكوص هو أكثر الأعراض تكرارا لدى الطفل بالمستشفى، لاحظنا من خلال دراستنا التجريبية لكلتا الحالتين وجود أعراض نكوصية قد سبق ذكرها.

- الحالة الأولى: المتمثلة في الحالة "ب.آية"، حيث أبدت الحالة اضطراب حسي حركي ولا استقرار، ولا اطمئنان مع ظهور أعراض قلق الانفصال عندها.

- الحالة الثانية: "ب.إسراء" نلاحظ رغم استقلاليتها إلا أنها كانت تعتمد على أمها لقضاء حاجياتها البيولوجية أيضا نكوص السلوك الغريزي الوجداني، حيث كانت في الكثير من الأحيان تبول لإرادتي في النهار رغم طبعها الاجتماعي حسب حديث أمها إلا أنها أبدت سلوكا تبعيا للأم.

✓ مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

يوجد تباين في التقليل من ردود الفعل الطفل السلبية من طرف الأمهات المرافقات.

- الحالة الأولى: "ب.آية" المرافقة بالأم الايجابية والمتعاونة مع الوسط الاستشفائي بعد مرور المرحلة الأولى التي كانت فيها قلقة إلا أن ايجابياتها لن تؤثر في الحالة حيث بدت الطفلة تعاني من هيجان ولا استقرار الانفعالي طيلة مدة الإقامة تقريبا.

- الحالة الثانية: "ب.إسراء" المرافقة أيضا بالأم لكن أمها كانت سلبية وغير متعاونة مع الفريق الطبي والعلاقة التي كانت تجمعها مع المريضة تميزت بالعدوانية اتجاه طفلتها ودخلت في صراعات متعلقة بوضعية الاستشفاء ولم تبدي أي تفاعل ايجابي مع الوسط الاستشفائي، كما غلب على الحالة الشعور بالوحدة والكف ومعايشة المرض كعقاب.

وبهذا لم تتأكد الفرضية الجزئية الثالثة ليس وجود الأم كمرافقة للمريض كافيا للتقليل من ردود الفعل السلبية للاستشفاء.

✓ مناقشة الفرضية العامة:

توصلنا من خلال النتائج المتحصل عليها تحقق الفرضية العامة أي أن الطفل يقوم بمجموعة ردود أفعال اتجاه مرحلة الاستشفاء وهذا ما لاحظناه لدى العينة المرافقة، فالحالات لم تتكيف مع الوضعية الاستشفائية وهذا يرجع لعدة عوامل.

من خلال دراسة الحالتين الاثنتين وتطبيق منهج الملاحظة الإكلينيكية العميقة والإطلاع على جوانب متعددة خلال مرحلة الاستشفاء توصلنا إلى النتائج التالية:

**الحالة الأولى:** "ب.آية" بدت أن خبرتها الاستشفائية كانت سلبية.

- نكوص في المستوى الغريزي الوجداني الأصابع أيضا على مستوى الغذاء.

- إفراط في النشاط الحركي لديها.

- ظهور لديها أعراض الخوف من فقدان الأم (قلق الانفصال).

- الخوف الشديد من الفريق المعالج الذي كان يعالجها في المصلحة.

**الحالة الثانية:** وتتمثل في الحالة "ب.إسراء" عايشنا الوسط الاستشفائي بعدوانية مفرطة، حيث كانت العلاقة مع الأم يسودها الاضطراب والتعلق غير المؤمن كما غلب عليها الشعور باليأس والاكتئاب.

## 5/ خلاصة:

بهذا نلاحظ أن معظم الحالات الاستشفائية كانت لديها ردود فعل سلبية اتجاه مرحلة الاستشفاء، إضافة إلى أن كلها كانت لديها سلوكيات نكوصية بمختلف مظاهرها وهذا ما يتناسب مع دراسة Marlens والتي تناولت ضبط المتغيرات التي تحدد الخبرة الاستشفائية والتي توصل من خلالها أن الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين 2 إلى 10 سنوات فإنهم يميلون إلى آلية دفاعية هي النكوص، وكذا دراسة الباحث Prught الذي تناول دراسة الفترات الاستشفائية من حيث تأثيرها على نفسية الطفل وكذا والديه حيث لاحظ شيوع اضطرابات النوم و اضطرابات السلوك والإخراج، كما تميز سلوكهم بصيغة نكوصية.

إلى جانب الآليات الدفاعية النكوصية هناك ردود فعل عدوانية تمثلت في نوبات الغضب، سلوك معارض عدوانية موجهة نحو الذات والآخرين، معظم هذه الردود أبادها الطفل خلال الأسابيع الأولى وتتمركز هذه الردود في سجل معارفه في هذه الحالة الطفل كل تحديد مفروض عليه إما مرض أو علاج في حد ذاته وهذا الرفض ترافقه نوبة من الغضب والدفاعية.

## قائمة المراجع:

### 1- المراجع باللغة العربية:

- 1- أيمن مزاهرة، حابس العوامل، سيكولوجية الطفل في علم النفس النمو والأهلية، دار النشر والتوزيع، الأردن، ط 1، 2003.
- 2- المنجد في اللغة العربية والإعلام، علم النفس الطفل، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط 1، 1998.
- 3- بدرة معتصم ميموني، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، ط 2، 2005.
- 4- رمضان محمد القذافي، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، دار الطبع، المكتبة الجامعية، 1992.
- 5- سمير نوف، التحليل النفسي للولد، ترجمة الدكتور شاهية، ط 2، 1992.
- 6- عبد المجيد الخليدي، حسن وهبي، الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الطفل، دار الفكر العربي، بيروت، ط 1، 1997.
- 7- فرويد سيجمون، الأنا والهو، ترجمة عثمان نجاتي، ديوان المطبوعات الجامعية، ط 4، 1981.
- 8- مفيد حواشين، زيدان حواشين، خصائص واحتياجات الطفل، دار الطبع، عمان، ط 1، 2001.
- 9- محمد عودة الرماوي، علم النفس الطفل، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط 1، 2002.

## 2. القواميس والموسوعات:

10- جان لابلانز وبننتلايس، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي،

ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر العاصمة، الجزائر، 1978.

## 3- المراجع باللغة الأجنبية:

- 1- Adric (J.C): Psychologie de la communication, théorie et méthode. Ed. Armand Collin.
- 2- Ajuriaguerra (J): Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson, Paris, 1978.
- 3- Anthony (E.J)- Koupernik (C): L'enfant dans la famille devant la maladie et la mort. Masson, Paris, volume 2, 1974.
- 4- Barbé (J): Emotion angoisse et maladie. ESF, Paris, 1970.
- 5- Bellak (L): Manuel du test d'aperception pour enfant CAT. Centre de Psychologie Appliquée, 1952.
- 6- Bowlby (J): Attachement et perte, traduit de l'anglais par Jeannie Falmanovitch-Puf, Paris, 1978.
- 7- Carton (A): Les relations sociales chez l'enfant, fonction genèse et développement, PUF, Paris.
- 8- Despinoy (M): Psychologie de l'enfant et de l'adolescent- Ed: Armand Collin, Paris, 1999.
- 9- Freud (A): Le normal et le pathologique chez l'enfant. PUF, Paris, 1968.

- 10- Ferrari (Pierre), Epelboum (Catherine): Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent- Ed. Médecine Science, Flammarion, Paris, 1993.
- 11- Gesell (A): L'enfant de 5 à 10 ans. PUF, Psychologie d'Aujourd'hui, Paris, 1976.
- 12- Jeammet (Ph). Raymond (M). Consoli (S.M): Psychologie médicale. Masson, 1996.
- 13- Mazet (Ph) et Stolen (S): Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. PUF, collection les âges de la vie, Paris, 1995.
- 14- Moutassem-Mimouni (B): Naissance et Abandons en Algérie, Préface de Roger Perron. Edition Ibn khaldoun, Oran, 2004.
- 15- Raimbaut (Ginette), Zigouris (Radmila): L'enfant et sa maladie. Privat, Toulouse, 1996.
- 16- Rossent (L): L'hospitalisation des enfants. PUF, Que sais-je, Paris, 1979.
- 17- Schaffer (R): Le comportement maternel. Traduit de l'anglais par Gerar de Valch-Pierre Margaga Editeurs, 1981.
- 18- Spitz (R,A): De la naissance à la parole, la première année de la vie- Ed: Bibliothèque de psychanalyse, PUF, Paris, 1968.

- **Articles et revues:**

1- Mebtoul (M)- le sens profane de la maladie – revue de recherche en anthropologie sociale et culturelle N° 07 année 1995.

2- Voisin (H)- l'action pédagogique auprès des enfants hospitalisés- revue de recherche en sciences sociales N° 02 année 1997.

- **Les sites internet:**

- [www.enfant.com](http://www.enfant.com)

## ملخص البحث

تناولنا في هذه الدراسة موضوع بحث المرحلة الإستشفائية وتأثيرها على ردود فعل الطفل المريض، نموذجاً في شكل دراسة عيادية لحالتين مقيمتين بمستشفى "شيغي فارا" ولاية مستغانم.

هدفت الدراسة لمعرفة علاقة المرحلة الإستشفائية بردود فعل لدى الطفل المريض وهل توجد فروق في مستوى الردود ومعرفة العالة النفسية للطفل، وما ينجم عنها من اضطرابات انفعالية وعلائقية، ولتسليط الضوء أيضاً على درجة المعاناة النفسية والاجتماعية للطفل وللأم على حد سواء.

تمت الاستعانة بمجموعة من التقنيات العيادية المتمثلة في: دراسة الحالة، المقابلة النصف موجهة، الملاحظة المباشرة، ثم قمنا بتحليل المعطيات المتحصل عليها لتتوصل في الأخير إلى نتائج تؤكد صحة الفرضيتين الأوليين ووجود اختلاف وتباين في صحة الفرضية الثالثة والتي كانت كالتالي:

- عدم التجاوب هو رد فعل الطفل في مرحلة الإستشفاء،
- نكوص الطفل هو رد فعل اتجاه مرحلة الإستشفاء.
- مرافقة الأم تقلل من ردود فعل الطفل السلبية يوجد تباين في مستوى التقليل من ردود الفعل.

وفي ضوء ما أسفرت عليه نتائج الدراسة تبين الدور الأساسي الذي تلعبه المرحلة الإستشفائية في التأثير على ردود فعل الطفل المريض، ولذا يوصي الباحثان على الإعداد النفسي الجيد للأطفال المقبلين على الإستشفاء من طرف الأولياء والتوعية اللازمة للآباء بنوعية المرض وأهمية العلاقة أثناء المرحلة الإستشفائية نظراً لأهمية هذه المرحلة العمرية في تكوين شخصية الفرد ورسم معالمه.

## الخاتمة:

من خلال هذه الدراسة القصيرة المدى، اتضح أنّ استشفاء الطفل عملية معقدة تتدخل فيها عوامل ومتغيرات عديدة تستلزم بحوثاً أخرى، وبهذا فإنّ مشروع معرفة ردود فعل الطفل اثناء مرحلة الاستشفاء ليس مشروعاً سهلاً التطبيق بين عشية وضحاها ولا يتوقف على جملة من التنظيمات السطحية، بل هو مشروع إنساني يتوقف على مدى قدرة وقابلية الأشخاص الموجودين على الساحة الميدانية وأهل التخصص في تجسيده.

## توصيات وإقتراحات:

إنّ هذا البحث الذي يدور موضوعه حول المرحلة الإستشفائية وتأثيرها على ردود الطفل المريض يجلب الانتباه إلى أنّ معناه الطفل عندما يمرض أو يصاب ويدخل المستشفى لا تقارن بأية معاناة أخرى مهما كان نوعها، خاصة إذا كانت مدة استشفائه طويلة ومتعددة.

وانطلاقاً من هنا كله بهذه التوصيات والاقتراحات التي نراها مهمة:

- وضع أخصائيين نفسانيين في كل جناح من أجنحة المستشفى لتوعية الوالدين وتعريفهم بنوع إصابة ومرض طفلهم.

- بناء مرافق خاصة بالأولياء خاصة الأم لتتمكن من البقاء مع طفلها طيلة مدة استشفائه.

- ضرورة التكفل النفسي بالطفل المريض والأم على حد سواء.

## الدراسات السابقة:

لم نعثر على دراسات سابقة متعلقة بموضوع " المرحلة الإستشفائية وتأثيرها على ردود فعل الطفل المريض " وهذا على مستوى جامعة مستغانم، وربما هذا راجع إلى عدم اهتمام الطلبة المقبلين على التخرج بهذا الموضوع، أو تخوفهم من عدم وجود مراجع تتناول هذا الموضوع.