

اضطراب التفاعلات أم- طفل توحدي و مآل الصحة النفسية لدى الأم-

د/ عمار عبد الحق

أستاذ محاضر "ب" ، جامعة سيدي بلعباس

تاريخ النشر: 01 أبريل 2019	تاريخ القبول: 05 ماي 2018	تاريخ الإرسال: 29 أبريل 2018
<p>ملخص:</p> <p>تلعب التفاعلات أم-طفل دورا مهما في عملية نمو الطفل من جهة، و من جهة أخرى تُثمن الأم في حال ما إذا كانت إيجابية، الأمر الذي يجعلها تعيش حالة من الراحة النفسية، لكن في حال ما إذا اضطرت هذه التفاعلات فسوف نلاحظ اختلالا على المستوى النفسي للأم ، التي تصبح تعيش حالة من المعاناة النفسية، هذا ما نلاحظه مع ميلاد الطفل التوحدي وخاصة بعد أن يتم تشخيصه كذلك، و هنا الأم غالبا ما سوف تعاني من اضطرابين، الأول يتمثل في القلق أما الثاني فيتمثل في الاكتئاب، هذا ما حاولنا إظهاره من خلال دراسة حالات أمهات متكفلات بطفل توحدي و من خلال إجراء اختبار Hamilton.</p>		
<p>الكلمات المفتاحية: الطفل التوحدي، الصحة النفسية، التفاعلات، القلق، الاكتئاب.</p>		
<p>Résumé: Les interactions mère-enfant jouent un rôle important dans le développement de l'enfant d'une part, et d'autre part dans la valorisation de la mère, dans le cas où elles sont positives, ce qui fait que la mère va vivre un état de bien être psychique, mais au cas où il y a un trouble au niveau de ces interactions on va remarquer un déséquilibre au niveau du vécu psychique de la mère, qui va vivre un état de souffrance psychique. Ceci est généralement le cas avec la naissance d'un enfant autiste et surtout après la pose du diagnostic comme tel. En général, la mère va souffrir de deux troubles, le premier étant l'angoisse et le second la dépression, et c'est ce que nous avons essayé de montrer en étudiant des cas de mère ayant à charge un enfant autiste et par l'application du test d'Hamilton.</p>		
<p>Mots-clés: _Enfant autiste, santé psychique, interactions, angoisse, dépression.</p>		

إن كل اضطراب يصيب الطفل يترك أثرا أكيدا على كافة أفراد العائلة وبالدرجة الأولى على الأم، هذه الأم التي تلعب دورا أساسيا في نمو طفلها، فالتكفل بها إذن يكون ضروريا في هذه الحالة لكي تلعب هذا الدور المهم بالنسبة لمستقبل طفلها. من أهم الاضطرابات التي يعاني منها الطفل في هذه المرحلة العمرية و الحساسة نجد اضطراب التوحد و الذي يتمثل في مجموع اختلالات تمس عدة أبعاد نمائية عند الطفل أهمها: الاتصال، التفاعلات الاجتماعية، اللغة و مراكز الاهتمام، من هنا يظهر لنا أن مقاربتة ستكون صعبة، إذ أن كل تيار علمي يهتم بالتوحد كاضطراب يدخل ضمن مجال اهتماماته سوف يعرفه حسب ما يتماشى مع خطوطه العريضة، هذا فيما يخص التوحد، أما فيما يخص مفهوم الصحة النفسية فهو الآخر له تعريفات عديدة، بحسب الخلفية النظرية التي ينطلق منها كل باحث، مع وجود تقارب فيما يخص الدعائم التي يقوم على أساسها. يمكننا القول بأن مفهوم الصحة النفسية يتسم بالاستمرارية والنسبية ويخضع للمعطى الثقافي. و لأجل مَفْصَلَةٍ¹ هذين المفهومين سنتطرق لمفهوم التفاعل و نركز هنا على التفاعلات أم-طفل.

هل تتأثر الصحة النفسية لدى أم الطفل التوحدي بفعل اضطرابات في العلاقات التفاعلية ؟ أو بمعنى آخر كيف يؤثر اضطراب العلاقة التفاعلية أم-طفل على الصحة النفسية للأم ؟

التوحد و الطفل التوحدي

يمكن أن نشير إلى Beck حيث يقول : "لا يجب أن أخذ بعين الاعتبار إلا نظرتي الخاصة، ولا يجب أن أتأثر بأي كان. أحس نفسي كإنسان من خارج الكرة الأرضية في محيط مخيف. كم العالم خطير، يجب أن تحذر لنفسك باستمرار...العلاقات تخيف..." (Delbrouck M., 2008 : 306)، في الحقيقة إن Beck قد قال هذه العبارة بخصوص الشخصية الفصامية إلا أننا نعتقد بأنها قد تنطبق أيضا على حالة الطفل التوحدي. إن أول من استخدم مفهوم التوحد هو الباحث Bleuler و ذلك للإشارة إلى حالة ترافق الاضطرابات الفصامية وهذا في كتاب له تحت عنوان "مجموعة الفصامات" الذي تم نشره في سنة 1911م، بالنسبة له فإن التوحد يمثل حالة فقدان الاتصال بالواقع مع صعوبة إقامة علاقة مع الآخر.

لكن الأمر تطلب الانتظار سنة 1943م أين قام Leo Kanner، طبيب مختص في الطب عقلي، أمريكي الجنسية، بتحديد وحدة مرضية جديدة، والتي سماها بـ"التوحد"، تتميز بالبدء المبكر، العزلة، الحاجة إلى عدم التغيير (الثبات) و النمطية.

¹ مفصلة : articuler

من منظور التحليل النفسي نجد الباحثة Frances Tustin تعرف التوحد على أنه حالة مرضية خاصة، تتميز بغياب العلاقة مع الآخر وفقر في الحياة الانفعالية، هذا التعريف وضعته هذه الأخيرة بعد سنوات عديدة من الدراسة حول التوحد وقد ركزت على أن هذه الانحرافات و عدم السواء هما نتيجة توقف يقظة الشعور، بمعنى أن الطفل لا يصل إلى درجة الوعي بوجوده. هنا نشير إلى أنه أثناء النمو العادي للطفل، توجد مراحل يقظة-إنذار والبحث النشط، و تعطل هذه السيرورة يدفع إلى ظهور اضطراب التوحد. Tustin لا تقبل أبداً بالفكرة التي تتحدث عن توقف أو نكوص إلى مرحلة الجهل التوحدي العادي خلال نمو الطفل أو توقف فيها، هي تقول بأن التوحد يكمن في انحراف مبكر للنمو قصد مواجهة رعب حقيقي وخالص (Geissmann C. et Houzel D., 2000).

المدرسة التحليلية تفسر التوحد على أنه اختلال على مستوى التفاعلات بين الأم والطفل و خاصة خلال المرحلة الأولية من نمو الطفل و التي تلي ميلاد الطفل مباشرة، فنحن نجد Winnicott يعتبره انهيار ذهاني ناتج عن ضياع الموضوع المحبوب الجيد، المتمثل في شخص الأم و التي تكون في هذه الحالة غائبة على المستوى النفسي، من جهةها Mahler تعتبر التوحد آلية دفاعية تفعل ضد ما تسميه بـ"التعايش مع الأم" و الذي يكون ناتج عن فشل علاقة الطفل بأمه، هذه العلاقة التي تتأسس في البداية داخل الثنائية أم-طفل، حيث نجد Winnicott يعتبر بأن الطفل لوحده غير موجود و الوحدة القاعدية هي الوحدة أم-طفل (Apter G., 2009).

بالعودة إلى Tustin نجدها تحاول تفسير التوحد بالطريقة التالية، وهي أن الطفل يعتبر أن الأم هي امتداد لجسده، وأخذ الوعي بالانفصال الجسدي يمثل صدمة (trauma) ويتم معاشته "كثقب أسود" مرفق برعب كبير بسبب الإحساس بفقدان جزء من الجسد. هنا تؤكد Tustin على أن كلمة صدمة يجب أخذها بحسب التعريف الذي وضعته Hamilton حيث تقول بوجود تخصيصها للاستجابات للأحداث التي تترك عند الكثير منا انطباعات شديدة من الرعب مع إحساس بالرفض والتجنب، كأننا نريد أن لا نعرف وأن لا ننصت (Geissmann C. et Houzel D., 2000). من هنا نجد بأن التوحد هو عبارة عن "عدم معرفة" و "عدم إنصات"؛ إذن الأمر يتعلق بآلية عيش (survie). وهنا نلاحظ تقاطع الرؤى بين كل من Tustin من جهة و Mahler من جهة أخرى، و التي تتكلم عن آلية دفاعية، كما سبق لنا أن أشرنا إلى ذلك سابقاً.

بالنسبة لـ Tustin الطفل التوحدي يلجأ إلى ظاهرة التوحد كحامية غير قابلة للخرق، وهو يهدف بذلك إلى تفادي الشعور المؤلم بالانفصال عن جسد الأم. الإحساس بالوجود حول الجسد يسبق الإحساس بالوجود بداخله (Lheureux-Davidse C., 2005). في الحقيقة هؤلاء الأطفال يعايشون جسد أمهاتهم وكأنه تابع لهم و إدراك وجود الأم غائب ولا يكون حاضرا إلا مع الوعي المفاجئ و الصادم، للانفصال الجسدي (Geissmann C. et Houzel D., 2000). إن الوعي بالانفصال الجسدي صادم باعتباره يعطي للطفل الوعي والشعور بهشاشته وضعفه أمام هذا العالم الخارجي الذي يعيش فيه، و الذي هو مليء بالأخطار والمخاطر. إن خداع الاندماج، الذي كان موجودا قبل الوعي بحالة الانفصال الجسدي، لا يمثل حالة طفولية مبكرة وعادية ولكن حالة غير عادية أين تدخل الأم والطفل في تصادم الواحد مع الآخر. هذه الحالة غير العادية من التصادم أم - طفل يتم تقويتها بعوامل داخلية (وراثية...) و أخرى خارجية تتلخص خاصة في المحيط المقرب من الطفل، غياب المسافة بين الأم والطفل يكون سببا حقيقيا و أكيدا في ظهور اضطراب في النمو المعرفي والانفعالي. من هنا اعتبرت Tustin أن الطفل التوحدي و كأنه لم يولد حقيقة، لأنه يعتبر جسده منتم لجسد أمه و هذا يعود إلى كون الوجود يمثل خطرا كبيرا بالنسبة له. إذن في كل مرة يأخذ الطفل التوحدي الوعي بأن الأم كائن مستقل بذاته "بعيد" عنه "بعيد" عن ذاته يميل إلى أن "يختبأ" داخل الظاهرة التوحد.

إن التوحد عادة ما يكون مرفقا بسلوكيات نمطية، يعتبرها Houzel ناتجة عن فشل تكون "الغلاف النفسي" (Brémaud N., 2009)، و هنا نجد Tustin تحاول تفسير النمطية، بكون هؤلاء الأطفال، رغم ضعفهم يعتقدون أنهم أقوى بما فيه الكفاية وباستطاعتهم مراقبة العالم الخارجي وهذا راجع دائما إلى الشعور بتواصل وامتداد جسدهم بجسد الأم، وبالعودة مرة أخرى إلى أخذ الوعي بالانفصال الجسدي، الذي نُذكر بأنه صادم (Traumatique)، الطفل يجد نفسه ضعيفا ويتملكه قلق كبير، هذا القلق سوف يكون، كما تؤكد على ذلك Haag، مصدر السلوكيات النمطية هؤلاء الأطفال لا يملكون مخطط أمان خلفي، حسب Grotstein في كتابه المعنون "المراحل العقلية البدائية"، الذي يساعدهم في تجاوز أضرار هذه الصدمة (Geissmann C. et Houzel D., 2000).

الأم في حد ذاتها يمكن أن تكون مصدرا للانحراف في نمو الطفل باتجاه اضطراب التوحد وبخاصة إذا كانت تحيطه بالحماية الزائدة، مع عدم إعطائه الانطباع بالحياة، حيث تتم معاملته كمادة أو موضوع وبهذا الخصوص نجد عبارة Dougall "الطفل السدادة" (l'enfant-bouchon)، وهذا يعود إلى كون هذه الأم تعاني من نقص الثقة بالذات أو الشعور بالحرمان والانهيار؛ فالأم ستعيش شعور الانفصال مع

جسم طفلها عند الوضع بطريقة صادمة مأساوية، فهذا الجنين شكل مصدر مواساة لها، كونها كانت تعيش حالة من الفراغ قبل الحمل.

يظهر التوحد، حسب Tustin، كحماية لأجل الحفاظ على تكامل الفرد أمام الانطباع أو الإحساس بالانفصال الجسدي، المسافة التي يبدأ إدراكها من طرف الطفل بين جسده وجسد أمه يتم اقتحامها من طرف أطفال رضع آخرين منافسين له، الأب كذلك ينظر إليه على أنه منافس، هؤلاء المنافسين يمثلون تهديدا له حتى على مستوى الوجود، رد فعل الطفل أمام هذه الأخطار الوجودية هو نوع من الإحساس الذاتي الداخلي الذي يخلق صدفة، تشكل بحسب Tustin "جلدا ثانيا"، تقوم بتغليف الطفل و تصبح تمثل مصدر أمان بالنسبة له. الموضوع لا يهتم الطفل في حد ذاته، ولكن يهيمه من حيث الإحساسات التي ينشطها ويحيطها بداخله و بملامسة جلده. هذا الإحساس الجديد يستثمره الطفل لخفض القلق و ذلك بصرفه عن الإحساس المتعلق بانفصاله عن جسم الأم. لكن أحد التأثيرات الأكبر ضررا لهذه الإحساسات يتمثل في "نقص الانتباه" الثابت في التوحد. كما يمكن للتوحد أن يتأسس كرد فعل أمام ضغط لا يطاق، ناتج عن أخذ الوعي بالانفصال الجسدي (Geissmann C. et Houzel D., 2000).

بما أن الطفل التوحدي يعيش حالة انصهار بينه و بين أمه فهو لا يصل إلى إقامة "علاقة بالموضوع"، إذ أنه لا يصل إلى مرحلة "الموضوع" كما تشرحه Tustin، موضوعين أو شيئين مختلفين يعتبران كموضوع أو شيء واحد بسبب تشابهه في جانب واحد يدركه الطفل. هؤلاء الأطفال ليس لديهم وظيفة ترميز هذا ما يجعل حياتهم الاستهامية محدودة إن لم نقل منعدمة تماما. من نتائج غياب "الموضوع" والترميز غياب اللعب، وهذا سيحد من الحياة الداخلية التي تصبح فارغة.

من منظور الطب العقلي، فإن التوحد يمثل اضطرابا شاملا للنمو الذهني يصيب الفرد برمته على مستوى الذكاء و كذلك على المستوى المعرفي و العاطفي. في الدليل التشخيصي والإحصائي نجد التركيز على أن ظهور أعراض التوحد يجب أن يتم قبل سن ثلاث سنوات. يعتبر التوحد مرضا مزمنا و اللوحة الإكلينيكية الأكثر ترجمة لهذا الاضطراب هي اللوحة التي وضعها Kanner و الذي نجده يصف هذا الطفل على أنه يميل للعزلة التوحدية، بحيث ليست له القدرة على إقامة اتصال مع المحيط، فغالبا ما يتم وصفه من طرف الأم بالهادئ كثيرا مع غياب الابتسامة في الشهر الثاني وكذلك غياب قلق الشهر الثامن الذي تم وصفه من قبل Spitz. كما أنه يقول بوجود اضطراب في اللغة، يتراوح من تأخر بسيط في الكلام إلى البكم الكلي، لدى الطفل التوحدي، ضف إلى ذلك أنه يبدي مقاومة أمام التغيير تترجم عدم

الرغبة في التغيير مع اضطراب في السلوكيات الحركية، يتمثل هذا الاضطرابات خاصة في تأرجح الجسم، والحركات المتكررة لليدين وأخرى تحيل إلى النمطية أو الحركات التكرارية (De Guibert C. et Beaud L., 2005).

كما أن الطفل التوحدي يظهر اضطرابات عاطفية، تتمثل في الغضب والضحك غير المبرر، وفي بعض الأحيان عدوانية ضد الذات وضد الآخر هذا من جهة و من جهة أخرى نلاحظه يبدي حساسية الزائدة أمام الضجيج "التافه" مثل ضجيج نواس ساعة حائطية، انهياره بالمصادر المضيئة، عدم إحساسه بالألم، سلوكيات الشم واللحس، وفي بعض المرات غرابة في التصرفات مثل المشي على أطراف الأصابع ومقدمة الأرجل. كل هذا مع معدل ذكاء عادي في أغلب الأحيان.

على مستوى الاتصال نلاحظ خلل كفي، متفاوت الخطورة، للتفاعلات الاجتماعية، سواء على مستوى الاتصال اللفظي و/أو على مستوى الاتصال الغير اللفظي. كما أننا نسجل صعوبة في إمكانية المرور إلى ما هو خيالي، هذه الاضطرابات مصاحبة لتقلص ملحوظ لحقل النشاطات والاهتمامات (Chevrie-Muller C. et Narbona J., 2000). من هنا يمكننا أن القول بأن الاضطرابات في التفاعلات الاجتماعية والاضطرابات في الاتصال تدخل ضمن الجدول العيادي للتوحد وهذا بشكل عادي وحتى حتمي أو إجباري، أي أنه كلما كان هناك اضطراب للتفاعل الاجتماعي هناك اضطراب في الاتصال والعكس يبقى دائما صحيح. كل أصناف اضطرابات نمو اللغة يمكن ملاحظتها عند الطفل التوحدي باستثناء الاضطرابات الخالصة للتعبير (Chevrie-Muller C. et Narbona J., 2000)، هذا يعني أن الفهم يكون دائما مصابا بدرجات متفاوتة، كما أن اضطرابات اللغة في التوحد متنوعة، و نشير هنا إلى العمى السمعي اللفظي أو الكلامي و الذي يتمثل في صمم كلامي أو لفظي وهو عدم القدرة التامة أو الجزئية على فك تشفير الكلام من خلال السمع. هؤلاء الأطفال لا يمكنهم الاتصال بالمحيط (العائلة)، ولأكثر دقة هؤلاء الأطفال لا يدركون أهمية الاتصال، إلا في حالة الحاجة، وفي هذه الحالة لا يكتفون بالإشارة بالأصبع إلى ما يريدونه وإنما يأخذون بأيدي والديه ليضعونها فوق الشيء المطلوب. كما يمكننا الإشارة إلى العجز المختلط الاستقبالي – التعبيري، و الذي يسمى أيضا تناذر فقدان الفونولوجي- النحوي، وهو راجع إلى إصابة عميقة للفهم، ومن هنا التعبير يكون جد محدود.

كما أن هؤلاء الأطفال قد يعانون من صدى الكلمات أو المصادات، و هي نوعان، مصادات فورية أو مبكرة والتي تجعلنا نعتقد أن هناك اضطراب في الفهم، و مصادات مؤجلة تتمحور في تكرار آلي

للعبارات (كلمات أو جمل) بعيدا عن سياقها، هذا النوع من المصادات يجعلنا نفكر بأن الطفل استطاع أن يصل إلى الكلمة على المستوى الدلالي (الصورة الصوتية)، ولكن ليس إلى معنى الكلمة. في جانب آخر يبدي هؤلاء الأطفال اضطرابات في النبرة و هي ميزة أساسية في اضطراب التوحد، حيث أن الطفل التوحدي لا يصل إلى مراقبة تنغيم صوته، فنجد أنه إذن يستعمل نغمة صاعدة لجملة تأكيدية تدفع إلى الاعتقاد بأن الجملة استفهامية. هذه الاضطرابات في النبرة مرتبطة بغياب الانتباه من طرف الطفل للنغمة المعطاة من طرف الراشد لمختلف الجمل والعبارات.

في آخر هذه النقطة المتعلقة بالطفل التوحدي نشير إلى أنه لا يلعب بشكل عادي، فهو عادة ما يهتم بجزء من اللعبة، ذلك الجزء الذي يستثيره حسيا (بصري، سمعي، لمسي،...)، كما أن لعبه يكون نمطيا، هذه الاستثارة قد يصل إليها بدون لعبة، فقط بتحريك جزء من جسده (تحريك الأصابع أمام عينيه). نلاحظ كذلك أن الطفل التوحدي لا يهتم لما يدور حوله أو ما يكون أمامه من لعب أو غير ذلك، الأمر الذي سيصل به إلى رفض التغيير في محيطه.

العلاقة التفاعلية أم – طفل

إن دراسة النمو السيكولوجي للطفل تتم غالبا بالتركيز على الاكتسابات الحسية-الحركية دون التطرق للجانب الوجداني مع أن الاتصال الوجداني موجود منذ ولادة الرضيع و حتى خلال الحياة داخل الرحم، و يجدر بنا أن نشير إلى أهمية العلاقة التفاعلية بين الرضيع و محيطه من حيث الكم و الكيف و ذلك منذ اللحظات الأولى لميلاده، حيث أن هذه المرحلة سوف يكون لها تأثير كبير على مستقبل الطفل و ربما على مستقبله كفرد في كليته، فهي تعد مرحلة "حساسة". هنا نشير كذلك إلى أن العلاقة بين الأشخاص تحتاج إلى كفاءة خاصة و هي كفاءة التطابق¹، و نجد Paul Norman يركز على حاجة الوالدين إلى هذه الكفاءة لإنشاء علاقة جيدة مع الطفل، يمكننا تعريف التطابق على أنه كفاءة الفرد على أن يحس كالموضوع بطريقة حدسية و غريزية، فهو "سيرورة للأنا و تعبير وجداني عنه، بحيث أن الفرد يمكنه مغادرة أنه بشكل مؤقت لأجل أنا الموضوع، من حيث أنه يدرك مجموع أحاسيس الآخر،...رغباته و أفكاره، من هنا نجد أن التطابق يختلف عن التعاطف، أين الفرد تمتصه أحاسيسه التي يسقطها في الموضوع و أين لا يتعرف على الفرد الآخر المستقل عنه" (Bourrat M. M. et Garoux R., 2003 : 72). نضيف هنا بأن الطفل هو الآخر يحتاج إلى هذه الكفاءة لكي يستطيع إدراك الآخر من الداخل ليقيم علاقة معه.

¹ التطابق : Empathie

يمكن تعريف العلاقة التفاعلية أم-رضيع على أنها تمثل مجموع المظاهر الدينامية التي تتم بين الأم والرضيع، وهي تتم بشكل متبادل، بمعنى في الاتجاهين. هذه العلاقة التفاعلية للطفل مع محيطه، والذي يتلخص في شخص الأم عادة، تبدأ قبل الميلاد وذلك خلال الفترة الجنينية، فخلال هذه المرحلة يدخل الجنين في اتصال مع العالم الخارجي عن طريق السمع أساسا، فقد أصبح أكيد أن الجنين له جهاز سمعي عملي مع الثلاثي الأخير من الحمل (Granier-Deferre C. et Busnel M.C., 2011)، حيث يبدو بأن الجنين يلتقط الأصوات الخشنة أكثر من الأصوات الرقيقة، ومن هنا ساد الاعتقاد بأنه يدرك صوت الأب بشكل أفضل، لكن الأمر عكس ذلك، فالجنين يلتقط ويميز صوت الأم بشكل أفضل عن صوت الأب و عن أصوات نسائية أخرى، كما أن الجنين يسمع دقات قلب الأم وصوت أمعائها وغيرها من الأصوات.

كما أن الإحساس اللمسي (le tact) يكون متطورا لدى الجنين، حيث لوحظ أنه يستجيب بركات أو لكمات على بطن الأم في حال ما وضعت هذه الأخيرة شيئا ذا وزن على بطنها (كتاب مثلا)، انطلاقا من هذه الفكرة اتجه العلماء في هولندا إلى تطوير تقنية الهبتنوميا¹، والتي تهدف إلى تعليم الأم طريقة حوارية مع جنينها من خلال المسح على بطنها بطريقة معينة مما يشكل نوع من الاتصال بين الأم والطفل، وهذا يسمح بظهور التبادلات الوجدانية الأولية.

يجب الإشارة أيضا إلى أن الطفل خلال حياته الجنينية هو في علاقة وطيدة مع جسد الأم من خلال الحبل السري والذي يمثل علاقة عضوية، هذا ما يعني بأن المعاش النفسي للأم سوف يؤثر على الجنين بشكل مباشر ويمكن القول بأن الجنين قد يعايش الحياة النفسية للأم بنفس الدرجة التي تعيشها هي في حد ذاتها. من جهة أخرى نركز على أنه منذ بداية الحمل هناك بداية حياة خيالية و استهيامية لدى الزوج² وبخاصة الأم وهذه الحياة الاستهيامية سوف ترافق الأم خلال جميع فترات الحمل والتي سوف يكون لها تأثير أكيد على العلاقة التفاعلية المستقبلية بين الأم والرضيع بعد الوضع.

كما أشرنا سابقا فمنذ ميلاد الطفل فإنه يدخل في علاقة تفاعلية مع محيطه المتمثل في الوالدين وخاصة الأم، وهذه التفاعلات يكون الطرفين الاثنان فعالين فيها، بعكس ما كان يعتقد ولسنوات عديدة، بأن الطفل يكون سلبيا في هذه العلاقة، فقد أصبح اليوم دور الطفل الفعال في هذه العلاقة التفاعلية أكيد، بمعنى أن الطفل له دور كبير في هذه العلاقة التفاعلية بل حتى أنه في بعض الأحيان يكون هو

¹ الهبتنوميا : l'haptonomie

² الزوج نقصد بع هنا الزوج الوالدي

الطرف الأساسي فيها (Boyer-Panos F., 2008)، من هنا نسجل أن التصورات تجاه هذه العلاقة تطورت فبعد أن كان يعتقد أنها تتم في اتجاه واحد من الأم نحو الطفل أصبح ينظر إليها على أنها تتم في الاتجاهين من الأم نحو الطفل و من الطفل نحو الأم و أكثر من ذلك فهي تتم بشكل لولي.

في كتابه "الطفل و أمه"، يعطي Winnicott أهمية كبيرة للأم و وظيفتها (الأمومة)، فنجده يشرح السيرورات التي تتدخل في بداية حياة الطفل و يركز على الوحدة التي تجمع الطفل و الأم خلال الأشهر الأولى. يعتقد Winnicott بأن الأم لها كفاءة خلقية للتعرف على حاجات طفلها، حيث يتجه تفكيرها كله نحو راحة وليدها، و يسميها "الاهتمام الأولي للأم" (Lehmann J. P., 2007)؛ في علاقتهما الثنائية، هناك سيرورة سوف تظهر: الأم تتماها مع وليدها (مع بقائها راشدة)، و الطفل يتماها مع أمه و يطلق Winnicott على هذه السيرورة تسمية التماهي الأولي؛ انطلاقا من هذا الوقت كل شيء يبدأ، بحيث أن مفهوم كائن (أو موجود) يأخذ معنى.

تتم التفاعلات أم - طفل عبر قنوات أساسية هي النظر، الصراخ و البكاء و الجسد، و هذه التفاعلات تتجلى خاصة خلال عمليتي تغذية الطفل و/أو تنظيفه.

● قناة النظر: برهنت العديد من الأبحاث على أن الطفل قادر على الإبصار و النظر منذ الساعات الأولى من ميلاده، و هذه القناة التفاعلية سوف تلعب دورا كبيرا في العلاقة التفاعلية أم - طفل، يتم استخدام هذه القناة، من طرف الطفل و الأم على حد سواء خاصة خلال عملية الرضاعة، سواء تمت هذه الرضاعة بواسطة الثدي أو بواسطة القارورة. فالملحوظ أن الطفل يحدق بشكل مستمر في وجه الأم خلال الرضاعة، و هذه النظرات من الطفل تبادلها الأم بنظرات أخرى من جانبها و من هنا تظهر مراحل من النظر المتبادل بين الأم و الطفل، و خلال هذه المراحل من النظر المتبادل يكون هناك انصهار بين الأم و الطفل تماما كذلك الانصهار الذي عايشاه خلال مرحلة الحمل، إن الأم تلمس في نظرات طفلها نوع من التقدير و هذا يعطيها إحساس كبير بتقدير ذاتها، و نشير هنا إلى أن الأم تلعب دورا كبيرا في نوعية و مدة هذه المراحل من النظر. إذن النظرة وما تحمله من مشاعر وجدانية إما أنها ستكون مثمنة للآخر أو بعكس ذلك "لا مثمنة له" (Lehmann J. P., 2007).

لقد أدخل Winnicott مصطلح المرآة لوصف هذه الطريقة التفاعلية، و معنى هذا أن الأم تحدد في وجه الطفل و تترقب كل تعبيره و كأنها ترى ذاتها في وجهه، و نفس الشيء بالنسبة للطفل الذي يحدق في وجه الأم.

● **قناة الصراخ أو البكاء** : يعتبر الصراخ أو البكاء لدى الطفل أو الرضيع بمثابة اللغة، و هو يستخدمهم للتعبير عن حاجاته و احتياجاته، كما أن الصراخ أو البكاء يمثل الطريقة الأولية للاتصال بالعالم الخارجي المحيط به و المتمثل أساسا في الأم و الأب. يعتقد Bowlby أن التفاعلات الصوتية تلعب دورا أساسيا في توطيد العلاقة، فالصراخ يسمح للطفل بالإبقاء على الأم إلى جانبه. أما بالنسبة لـ Mazet فالصراخ يمثل الحبل السري الصوتي الذي يبقى يربط الطفل بأمه (Mazet Ph. et Feo A., 1996). يجب الإشارة إلى وجود اختلافات كبيرة بين الأطفال فيما يخص الصراخ و البكاء، كما أن تكرار الصراخ أو البكاء له تأثير أكيد على المعاش النفسي للوالدين، فإذا كان الصراخ متكرر و دائم فإنه سوف يخلق نوع من الشك لدى الوالدين و خاصة الأم فيما يخص قدراتها على التكفل بطفلها، كما أن الأم قادرة على تمييز صرخة طفلها بين صرخات أطفال آخرين، و هي قادرة على تحديد حاجة طفلها من خلال الصرخة و نوعيتها.

● **الجسد** : يمثل الجسد قناة يتم من خلالها حوار حقيقي بين الأم و الطفل و قد أطلق عليه Wallon مصطلح الحوار التخشيبي (Dialogue tonique) هذا المجال تم تطويره كذلك من طرف Ajurriaguerra و هو يمثل مجموع التبادلات التي تتم بين الطفل و أمه عن طريق حمل الطفل وقبضه و الطريقة التي يستجيب بها الطفل، الاتصال الجلدي يمثل جزء من الحوار الجسدي و يتم من خلال لمس رأس الرضيع، المسح عليه، تقبيله...، هنا نسجل مصطلحين هامين جاء بهما Winnicott و هما Le Holding كمصطلح أول الذي يمكن ترجمته بالاحتواء و يعني الطريقة التي يُحمل بها الطفل جسديا و نفسيا (Winnicott D., 1971)، و هذا يتطلب من الأم أن تُؤمن له و بشكل مستمر و مُشبع الأمان العاطفي والحماية سواء الفيزيولوجية أو النفسية. الاحتواء يسمح للطفل بأن يحس ذاته موجودا كوحدة مستقلة و متميزة. و Le Handling كمصطلح ثان و يمكن ترجمته بالمعالجة و نعني به اللمس، الجس، و هي الطريقة التي تعالج بها الأم طفلها عند تغيير الملابس له أو تنظيفه في الحمام... تأثيرات الجسّ و شروطه تساهم في نمو الوظائف الذهنية وكذلك التعرف على التفاعل و العلاقة جسد-نفس.

إلى جانب هذه التفاعلات الحسية و السلوكية نشير إلى وجود تفاعلات وجدانية بين الأم و الطفل من خلال التأثير المتبادل للحياة الوجدانية للطفل و الحياة الوجدانية للأم، يتم تبادل الأحاسيس و المشاعر من خلال الكلام، الإيماءات و تعبيرات الوجه، فغالبا ما نجد الأم تقوم بترجمة أحاسيسها و مشاعرها إلى كلمات كما تقوم بفك تشفير مشاعر طفلها و أحاسيسه، إن التفاعلات الوجدانية تسمح للطفل بالقيام بتجربة مقاسمة حياته الوجدانية مع أمه و هذا حتى قبل ظهور الكلام، و عادة ما تستجيب الأم لمشاعر طفلها بشكل مناسب وكأنها تمثل مرآة عاكسة لحياته الداخلية و نتكلم هنا عن

"الضبط الوجداني" و هو مصطلح و ضعه Stern والذي يتمثل في فعل بين-ذاتي أين الأم تستجيب لتعبير وجداني لدى الطفل من حيث أنها تدخل عليه تعديلات وترجعه إلى الطفل بشكل يجعله يفهم بأنها قد قاسمته هذه التجربة الذاتية الداخلية (Tarabulsy G. M. et al., 2003)، من جهة أخرى يستطيع الطفل فك تشفير أحاسيس و مشاعر أمه.

يجب الإشارة إلى أن هناك عدة عوامل يمكن أن تؤثر على العلاقة التفاعلية أم – طفل و أنه في حال اضطراب هذه العلاقة التفاعلية سوف تؤثر على نمو الطفل بشكل عام و على نموه من الناحية النفسية بشكل خاص. كل مرض أو عجز يصيب الأم له تأثير أكيد على طبيعة العلاقة مع طفلها، كأن تكون الأم تعاني من اضطرابات نفسية أو عقلية، أو أمراض أخرى عضوية، هناك بعض الحالات أين الأم لا تتقبل الحمل أو أن اكتشافه أو الإعلان عنه يتم بشكل متأخر، كذلك عامل السن له دور أكيد خاصة إذا كانت الأم لازالت في سن المراهقة. كما أن هناك أسباب المحيطة بالوضع قد تؤثر على العلاقة التفاعلية أم – طفل، و يمكننا الإشارة هنا إلى الحالات التي يتم فيها فصل الطفل عن أمه، كأن تكون الولادة قبل حينها أو تكون الولادة مصحوبة بمعاناة الطفل ما يضطر الأطباء إلى وضعه تحت العناية المركزة، في هذه الحالات مثلا لا يفتح الرضيع عينيه إلا بعد فترة و يكون صراخه ضعيف، كذلك نسجل اضطراب في التفاعل أم-طفل في حال إصابة الأم بذهان الحمل والنفاس، و الذي يستدعي فصل الطفل عن أمه بشكل استعجالي و كلي لبعض الأيام حفاظا على حياته.

الصحة النفسية

أثار موضوع الصحة النفسية فضول الباحثين، حيث أجروا حولها عدة دراسات علمية بغية إبراز قيمتها باعتبار أن الجانب النفسي في الإنسان لا يقل أهمية عن باقي الجوانب الأخرى. و قد أظهرت الدراسات أن الاهتمام بالصحة النفسية من قبل الإنسان قديم وجوده، وهذا مهما اختلفت المظاهر والأشكال، أولا من خلال اعتقاداته بالطبيعة ومكوناتها و التي لازالت سائدة في غينيا الاستوائية وما جاورها بقارة إفريقيا وشملت الرياح، الأشجار، البرق، صوت الرعد، الشلالات، الأمطار، الحيوانات ومهمة الاستعانة بها كانت تسند إلى الكهان وشيوخ القبائل والسحرة، الذين زعموا أنهم بهذا يعالجون الأزمات المرضية عند الإنسان، مع استخدام بعض العقاقير؛ اختفت هذه الطقوس بتطور الإنسان من خلال تخليه عن الثقافة المنطوقة والتوجه إلى الثقافة المكتوبة والأخذ بمبدأ السببية والعلمية في تفسيره

للصحة النفسية، و ينبثق عن الصحة النفسية مفهومين، أولهما السلوك الشاذ أو الاضطراب النفسي وثانئهما السلوك السوي وفي هذا الباب اختص كثير من العلماء.

● الصحة النفسية قبل استقلال علم النفس: تبدأ المرحلة الأولى من قبل الميلاد إلى غاية القرن 17 م، حيث كان الاضطراب النفسي يفسر على أنه سلوك شيطاني، فكان المريض نفسيا على اعتقادهم يشكل مصدر خوف وإزعاج لاندماجه مع الأرواح الشريرة حيث اعتبر المرض من عمل الشيطان، وفي هذا صنفت الشياطين إلى صنفين الطيبة والشريرة، و اعتبروا الصرع اندمجا مع روح طيبة مما جعلهم يقدسون المصاب به، عكس من اعتقد أن سبب مرضه شيطان شرير فكان مصيره السجن والربط بالأغلال وهذه المعاملات امتدت حتى العهد اليوناني والروماني، أما العرب فقد اختلفوا في معاملاتهم مع المريض ولكنهم مع ذلك كانوا يرهبون الجن، ودليل ذلك القرآن الكريم الذي نزل بلسانهم، وهذا في الآية الخامسة من سورة الجن.

في العصر الإسلامي و بانتشار تعاليمه السمحة، تغيرت معاملة المرضى نفسيا (حنان عبد الحميد العناني، 1998 : 20) حيث أصبحوا يعاملون بالرحمة وأقيمت المستشفيات وما كان يعرف بالبيمارستانات¹، حيث وفي العهد الأموي أنشأ الوليد بن عبد الملك عام 707 م أول بيمارستان في العالم الإسلامي، وفي العهد العباسي أنشأ المنصور العباسي دار الأيتام والعجزة ودار معالجة المجانين.

● الصحة النفسية حديثا: في العصر الحديث مرت الصحة النفسية بثلاثة مراحل رئيسية تمثلت في مرحلة الإصلاح و التي بدأت خاصة في فرنسا وانجلترا، ففي نهاية القرن 18 م استخدم العلاج المعنوي والمتمثل في حسن معاملة المرضى الذي انعكس إيجابا على بعض المرضى وكان من رواد هذا الاتجاه العالمان Esquirol و Pinel، حيث قام هذا الأخير بفك قيود المرضى نفسيا وعقليا وتم أنسنة مصيرهم، وسمح لهم بالتنقل داخل المصححات، تلتها مرحلة ظهور الاكتشافات العلمية والاتجاهات المفسرة للصحة النفسية، وكان ذلك مع بداية القرن 19 م، حيث ظهر علم الأعصاب وعلم النفس الذي تزامن مع ظهور عدة تيارات مفسرة للموضوع كالاتجاه العضوي (السلوك غير السوي للمريض سببه إما إصابة وتلف في المخ أو طفرات وعيوب وراثية أو اختلال غددي)، الاتجاه السيكولوجي (يعتبر سلوك المريض راجع إلى عوامل نفسية)، الاتجاه النفسي الداخلي (يرجع الاضطراب النفسي إلى ديناميكية الشخصية العميقة) كما ذكرت حنان عبد الحميد العناني (1998 : 23-24)، و الاتجاه السلوكي (يعتبر سلوك المريض كتعلم لاستجابات خاطئة على مثيرات خارجية معينة)، و أخيرا مرحلة إرساء القواعد العلمية

¹ البيمارستانات: دور المريض.

للاضطرابات الصحية و العقلية، و كان ذلك خلال القرن 20 م، و قد ساهم كثير من العلماء في تثبيت قواعد الصحة النفسية.

تعرف المنظمة العالمية للصحة (OMS) الصحة النفسية على أنها حالة من تمام الشعور بالسعادة أو الارتقاء الجسدي والعقلي والاجتماعي وليس فقط غياب المرض أو اختفاء العجز والضعف. أما الجمعية الأمريكية فتعرفها

انطلاقا من مجموعة من المظاهر التي يجب أن تتوفر في الشخص المتمتع بالصحة النفسية السليمة والتي تشمل:

- الشعور بالرضا عن النفس، وتؤكداه العلامات التالية: عدم الاستسلام للانفعالات السلبية، عدم الاستسلام للفشل، القدرة على التحمل وعدم التعقيد في نظرة الإنسان إلى ذاته وإلى الآخر، الالتزام بالواقعية عند تقييم القدرات والاستعدادات الفردية دون مبالغة أو نقص، احترام الذات، تقبل وتفهم أوجه النقص، الإحساس بالقدرة على التعامل مع مختلف المواقف، الشعور بالرضا في الحياة والتحلي بالتفاؤل وتقبل ما فيها من مسارات وإن قلت.

- القدرة على تقدير الآخرين، و علاماته : القدرة على منح الحب للآخرين ومراعاة مصالحهم، القدرة على إقامة علاقات اجتماعية شخصية طيبة ودائمة، احترام الآخرين بكل ما فيهم من فروق فردية، البعد عن استغلال الآخرين أو السماح لهم باستغلال الشخص نفسه، الشعور بالانتماء للمجموعة و الإحساس بالمسؤولية نحو الزملاء والجيران (حنان سعد الرحو، 2005).

- القدرة على مقابلة متطلبات الحياة، وهي تشمل : التعامل مع المشكلة في الوقت المناسب وبجدية، تحمل المسؤولية والوفاء بالالتزامات، تقبل الخبرات والأفكار الجديدة، رسم الأهداف بواقعية، القدرة على الاستقلال بالتفكير واتخاذ القرار و القدرة على التركيز في النشاط الحالي والشعور بالمتعة في العمل. هنا نسجل بأن هذه الجمعية ترى سلامة الصحة النفسية من خلال القدرة على التحقيق للنفس درجة من الشعور بالرضا في كل من وقت العمل والراحة والقدرة على التبادل الإيجابي مع الآخرين ومواجهة المشاكل بنجاح.

نشير كذلك إلى أن الصحة النفسية مفهوم ثقافي ونسبي بطبيعته يتغير حسب ما يوجد عند الفرد من موروث في اللاشعور الفردي أو اللاشعور الجماعي المتعلق بالحياة وكيفية قيامها، كما أنه يتغير بما نصل إلى اكتشافه مع مرور الزمن حول أنفسنا وسلوكنا وما نود أن ندركه في حياتنا. من هذا المنطلق فإن سلوك الفرد يتحدد حسب المعيار الاجتماعي، ومن ثم السلوك الشاذ أو المرضي أو المنحرف أو غير المعتاد

في مجتمع ما أو ثقافة ما قد يعد سويًا في مجتمع وثقافة أخرى تبعًا لمعايير هذا المجتمع (عبد المطلب أمين القرطبي، 1991: 38).

الصحة النفسية هي إذن السلامة من أعراض المرض العقلي أو النفسي، لكن هذا المفهوم يبقى ضيقًا ومحدودًا لأنه يعتمد على حالة السلب أو النفي ويقتصر الصحة النفسية في خلو الفرد من أعراض المرض العقلي أو النفسي، وهذا يعد واحد من جوانب الصحة النفسية. هذا التعريف لا يشمل جميع حالات الصحة النفسية، فقد يكون الفرد خاليًا من أعراض المرض العقلي أو النفسي ولكنه غير ناجح في حياته وعلاقاته بغيره، في الميدان المهني والاجتماعي المتسمان بالاضطراب وعدم التوافق، لهذا فإن المعنى الحقيقي للمفهوم مرتبط بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومجتمعه، وهذا يفضي إلى التمتع بحياة غير متأزمة، وغير مضطربة، وملئمة بالتفاؤل والتحمس للمستقبل. ويعني هذا أن يرضى الفرد عن ذاته ويتقبلها كما يتقبل الآخر، ولا يصدر منه سلوكيات تدل على عدم التوافق الاجتماعي والشذوذ، بل يسلك سلوكًا معقولًا يحافظ به على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي في كل المجالات وتحت جميع الظروف (حنان سعد الرحو، 2005: 341).

لقد حاولت مختلف المدارس في مجال علم النفس مقارنة مفهوم الصحة النفسية، فنجد السلوكيين يرون بأن الاضطراب النفسي يتولد عن تصادم العادات الإيجابية والسلبية فيما بينها، ويرون في هذا أن سوء التكيف لمواجهة الموقف الجديد راجع إلى عدم القدرة على التخلي عن العادة القديمة وتعلم عادات جديدة أكثر فائدة لحياة الفرد، وحسبهم دائمًا فإن الصحة النفسية السليمة معناها "أن يكتسب الفرد عادات مناسبة وفعالة تساعد في معاملته للآخر ومواجهة الموقف الذي يتطلب اتخاذ القرار" (عبد السلام عبد الغفار، 1996: 14).

أما المدرسة التحليلية فتري بأن الصحة النفسية تتحقق بقدرة "الأنا" على التوفيق بين مختلف مكونات الجهاز النفسي: الهو، الأنا و الأنا الأعلى، والمطالب الواقعية المعاشة؛ وفي القدرة على حل الصراع الذي ينشأ بين هذه المكونات فيما بينها من جهة أو الذي ينشأ بين هذه المكونات ومطالب الواقع من جهة أخرى. فالصحة النفسية داخل هذه المدرسة هي حالة توازن يصنعها "الأنا" وهذا من أجل التوفيق بين مكونات الشخصية والواقع المعاش بهدف حل الصراعات والأزمات الداخلية.

من جهة أخرى يحاول التيار الإنساني شرح الصحة النفسية على أن الإنسان كموضوع للدراسة لا يمكن تحييده وتحويله إلى مجرد شيء آخر من أشياء الطبيعة، بل إنه أسمى كائن ولا يمكن أن تحكم

حياته نفس القوانين التي تحكم الكائنات الأخرى، ويرى أن الصحة النفسية هي سعادة واكتمال إنسانية الإنسان الذي لا تتحقق بتجزؤ الإنسان إلى منظمات وجوانب متباعدة (فسيولوجية ونفسية واجتماعية... الخ)، إنما هي كل لا يتجزأ تعمل كوحدة واحدة فإذا حققت السواء كانت سعادة كل الإنسان، وإذا أصابه المرض فإنه يظهر في كل أحواله جسميا ونفسيا واجتماعيا، ويرى أن حرية الإرادة و الاختيار هي التي تحدد الصحة النفسية عند الإنسان، وهو حامل المسؤولية عن المرض و السواء وأن الإنسان لا يحقق الصحة النفسية إلا إذا حقق ذاته ورضي عن المستوى الذي يستغل به إمكانياته الإنسانية.

تجدر الإشارة إلى أن الصحة النفسية مطلوبة داخل العائلة والمجتمع معا، فالصحة النفسية للوالدين تضمن للطفل حياة متكيفة ومتوافقة مع النسق الاجتماعي-الثقافي، حيث تنعكس على شخصية الطفل فتظهر هذه الأخيرة متماسكة ومتزنة، أما الصحة النفسية عند الفرد فتتجلى أهميتها من خلال اعتبار الفرد يعيش حاضره ويتطلع لمستقبل زاهر بصفة مميزة من خلال تجنب الصراع النفسي الداخلي والاجتماعي الخارجي، عارفا لحقه وواجبه وحدوده وكله توافق مع الذات ومع المجتمع من خلال الصحة النفسية السليمة، الباعثة فيه الدافعية للاستجابة للانتظارات التي يتطلع إليها الآخر، ومن ثم القدرة على مواجهة متطلبات الواقع والعيش في استقرار داخلي وخارجي، الذي يمثل الراحة النفسية التي لا تتحقق إلا بالصحة النفسية.

إن الصحة النفسية المتزنة عند الفرد تعني بأنه يتميز بمرونة وتوازن، تجعله يكيف درجة الاستجابة حسب درجة المثير، أي أن الاستجابة الانفعالية تتمثل في شدة الانفعال ومثيراته، من هنا الفرح والحزن يكونان متوازنان مع المنبه وبهذا نقول أن الاتزان الانفعالي هو قدرة الفرد على تمالك استجابته وضبط انفعالاته، كما أنه يكون له القدرة على مواجهة الصراعات الداخلية وهذا من خلال التنسيق والتوفيق بين مختلف الدوافع على الوجه الذي يحقق التكامل الشخصي و التوافق الاجتماعي و الذي يتمثل في قدرة الكائن البشري على تكوين علاقات اجتماعية كيف ما كان حجم الجماعة التي ينتمي إليها شريطة أن تحقق النفع له ولمن يعايشه (سلوى محمد عباس، بدون سنة).

نشير هنا إلى أن الصحة النفسية تعتبر نسبية باعتبارها ديناميكية يرتبط تغييرها بتغيير متغيرات أخرى، خاصة متغيري الزمان والمكان الذين يجعلان من الصحة النفسية تتغير عند نفس الفرد من وقت لآخر، وحسب متغير المكان فإنها تتغير من مجتمع لآخر وفيما يلي نسبية الصحة النفسية حسب هذه

المتغيرات، فتذبذب الحياة بين الفرح والحزن والرشاء والشدة والنجاح والإخفاق يجعل الفرد يعيش هذا التناقض المستمر، الذي ينعكس عليه وهذا بمختلف مكوناته وتجعل استجابات الفرد تتغير ومعها صحته النفسية التي قد تتأثر إذا كان عمق الاختلاف كبير. كما أن اختلاف الصحة النفسية من فرد إلى آخر شيء أكد باعتبار اختلاف البشر في صفات أخرى تحكم هذا النوع من الكائنات، كالأبعاد الجسمية والعمليات العقلية والمكونات النفسية، وهذا رغم التشابه الذي يتجلى في الخرائط الجينية التي تحكم القرابة، حيث أنك تجد في المجتمع أفراد ينتمون لنفس الأسرة ويخضعون لنفس الظروف البيئية الأسرية، ولكن مع ذلك يختلفون في صحتهم النفسية، الشيء الذي يكرس الطرح القائل بأن طبيعة البناء النفسي هو متغير من فرد لآخر وهو الذي يجعلهم يختلفون في الصحة النفسية.

إن تحديد السواء و اللاسواء فيما يخص الصحة النفسية يجب أن يأخذ بعين الاعتبار مرحلة النمو التي يكون فيها الفرد، فمثلا سلوك الحبو عند الطفل قبل السنة الأولى هو عادي مثله مثل ظاهرة مص الأصبع، لكن إذا لاحظنا هذا في سن السابعة أو ما فوق من العمر فهذا دليل على وجود مشكلة تعبر عن حالة نفسية غير سوية عند هذا الطفل، وهذا ينطبق على ظاهرة التبول اللاإرادي الذي يكون عاديا وطبيعيا حتى سن الثالثة، بينما في سن التمدرس وما فوق فهذا مؤشر (من دون إصابة عضوية) عن اضطراب نفسي ينعكس على الصحة النفسية عند الطفل، الذي أخذ هذا السلوك للتعبير عن اضطرابه و الذي يجب أن يُرَمَزَ ويعرف سببه الحقيقي، وبهذا توضحت الصلة التي تربط بين الصحة النفسية ومراحل النمو.

هناك عوامل مؤثرة في الصحة النفسية و هي متعددة نذكر منه الصراع، الآليات الدفاعية و القلق، ولنبداً بالحديث عن الصراع، إنه يمثل تعارضا بين دافعين متساويين في القوة لا يمكن إرضاءهما معا في وقت واحد، ويعرف كذلك بالحالة النفسية المؤلمة الناشئة عن هذا التعارض. من خلال ما تقدم يتحدد بوضوح أن الصراع ينتج عن وجود اثنين من الحاجات أو الأهداف أو أكثر تتعارض فيما بينها وتتنافس لإثبات بعضها على حساب الأخرى. هذه الوضعية المعاشة من قبل الفرد يرافقها دوما قلق كبير بسبب حالة الطوارئ التي تعيشها و بسبب تضارب الاتجاهات المتناقضة. أما فيما يخص الآلية الدفاعية و التي تمثل نشاط "الأنا" الموجه لحماية الفرد ضد المتطلبات الكبيرة للتوتر، فالعديد منها مستعمل بطريقة دائمة وبسيطة. الآلية الدفاعية لها دور تكيفي للفرد مع واقعه، وفي حال عدم نجاعة الآلية المستعملة أو عدم مرونتها وصلابتها أو عدم تكيفها مع الوقائع الداخلية والخارجية أو استعمال آلية وحيدة، العمل النفسي يصبح معرقل في مرونته وتجانسه وتكيفه (سلوى محمد عباس، بدون سنة)،

بعض الباحثين من أمثال Birbing و Lagache يفرقون من جهة بين الآليات الدفاعية الآلية واللاشعورية والتي تحدث تحت تأثير العمليات الأولية التي يكون هدفها تقليص التوتر النزواتي والقلق الناتج عنه، ومن جهة أخرى الآليات التي تتحكم فيها العمليات الثانوية (مبدأ الواقع)، والتي تهدف إلى إصلاح الظروف الداخلية للفرد المرتبطة بتكيف مرن مع الظروف الخارجية ولا تتطلب تهرباً ما من هذه الوضعية. إذن هذه الآلية لاشعورية تلقائية هدفها التخلص من التوتر والقلق لمواجهة المشكلة وتجاوزها، وبالتالي جلب الراحة النفسية والقدرة على تحمل الصعاب واجتناب اختلال التوازن والانهيار (سلوى محمد عباس، بدون سنة). أما القلق فهو من الخبرات الانفعالية ذات الأهمية المركزية بالنسبة للصحة النفسية لدى الفرد، وقد يكون مؤلماً، يتوقع الفرد فيه الخطر والتهديد، يستشعر معه أن حدثاً خطيراً يوشك أن ينزل به، وغالباً ما يجهد الفرد طبيعة الخطر الذي يستشعره على نحو محدد، وتصحب حالة القلق بعض التغيرات الفسيولوجية قد تصل في حال استمرت واشتدت إلى ظهور المرض، خاصة منه النفس-جسدي، حسب شخصية الفرد وعمل جهازه النفسي وطبيعة المواقف التي يتعرض لها ووتيرة القلق الذي يتعرض له ومصدره.

الصحة النفسية لدى أم الطفل التوحدي (دراسة ميدانية)

إن كل اضطراب يصيب الطفل يترك أثراً على كافة أفراد الأسرة وبالدرجة الأولى على الأم، هذه الأم التي تلعب دوراً أساسياً في نمو طفلها، فالتكفل بها ضروري لكي تلعب هذا الدور المهم بالنسبة لمستقبل طفلها، إلا أن هذا التكفل أصبح اليوم يطرح مشكلاً حقيقياً بالنسبة للباحثين، إذ يجب أولاً تحديد حاجتها لهذا التكفل من خلال وصف و فهم الاضطرابات التي قد تعاني منها و تصحيحها. إن الطفل التوحدي كما سبق و أن أشرنا، يبدي اضطرابات على مستوى قنوات التواصل الأساسية من بصر و سمع و لغة، الأمر الذي ينعكس بالضرورة على مستوى تفاعلاته مع محيطه عامة و مع أمه خاصة كونها هي الفرد المتكفل به أساساً. هذه الأخيرة هي الأخرى عادة ما تعيش داخل اضطرابات متشعبة خاصة بعد إعلان تشخيص التوحد عند الطفل، بحيث تتأثر صحتها النفسية عامة، هذا الأمر حاولنا التأكد منه من خلال إجراء بحث ميداني على بعض الأمهات المتكفلات بطفل توحدي.

لقد أثبتت الأبحاث و الدراسات المتكررة والتحليلية للعلاقة التفاعلية أم – طفل، التي قام بها عدة باحثين، نذكر منهم Fivaz, Ajurriaguerra, Winnicott, Lebovicci, Mazet، في ميدان علم النفس النمو أن هذه العلاقة تتم في الاتجاهين بحيث أن الواحد يؤثر في الآخر ويتأثر به فكل اضطراب يصيب

أحدهما يتأثر له الآخر بطريقة قد تكون سلبية إما على المستوى المعرفي أو النفسي أو الجسدي، إذن هل تتأثر الصحة النفسية للأم المتكفلة بالطفل التوحدي؟ ما هي الاضطرابات النفسية التي تعاني منها الأم المتكفلة بالطفل التوحدي؟ هذه كانت الإشكالية التي انطلقنا منها لإجراء هذا البحث. و كإجابة على هذا التساؤل و ضعنا الفرضية التي تقول بأن الصحة النفسية للأم المتكفلة بالطفل التوحدي تتأثر و يظهر ذلك في بعض الاضطرابات النفسية المتمثلة في القلق والاكتئاب.

الأدوات و التقنيات التي اعتمدنا عليها لإجراء البحث تمثلت في تلك الأدوات التي تدخل في إطار الأسلوب العيادي، أو كما يسمى منهج دراسة الحالة و الذي يركز على المقابلة، الملاحظة العيادية و الاختبارات النفسية، وهنا اعتمدنا على اختبار Hamilton باعتباره يقيس القلق و الاكتئاب و هما الاضطرابين الذين يهتماننا في دراستنا.

المقابلة العيادية تتمثل في ذلك حوار شفوي المراد من وراءه الحصول على المعلومات الأساسية حول المفحوص، و ذلك بتوفير جو مناسب و ظروف ملائمة، و المعلومات التي يتم جمعها هي أساسا البيانات الأولية للحالة و تاريخ الحالة. كما أننا نجد Shea (2008) يعرفها على أنها تمثل حوارا كلاميا و غير كلامي في نفس الوقت بين شريكين، أين السلوكيات تؤثر على طريقة الاتصال و من هنا تؤثر على نوعية التفاعلات، أحد المشاركين في المقابلة يقدم نفسه على أنه هو الذي يقود المقابلة و يحدد أهدافها بينما الآخر يتحمل عادة دور من يجيب عن الأسئلة، أما الملاحظة الإكلينيكية فهي تلعب دورا هاما في جمع المعلومات خلال دراسة الحالة و يمكن تعريفها على أنها وسيلة علمية منظمة تستخدم لتثبيت فرض ما أو تنفيه حول ظاهرة سلوكية معينة. بحيث يكون التركيز على عنصر محدد فيها، كما أنها تفرض على المختص أن يكون في الفعل، فهو مطالب بأن يكون منتبها بحيث أنه يمكننا اعتبار الملاحظة نوع من الانتباه، و لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يكون الملاحظ في وضع سالب، أن تدرك لا يعني أن تسجل الواقع بشكل سلبي، فقط من أجل إنتاج نسخة مطابقة له، لأن الإدراك يغيره، يبتكره و بينيه كلما تمكن المختص من اكتشافه أكثر (Ciccone A., 2013).

لقد اعتمدنا على اختبار Hamilton (McIntyre R. S. et al., 2005) لقياس القلق و الاكتئاب لدى حالات الدراسة التي نحن بصدد إجرائها، و هو عبارة عن مقياس يتكون من 90 سؤال تقيس 9 محاور هي: محور القلق، محور الاهتمام الجسدي، محور الحساسية الذاتية الداخلية، محور العدوانية، محور الاستحواذ القهري، محور الاكتئاب، محور الفوبيا، محور الأفكار الهذيانية و محور العلامات الذهانية.

أثناء المقابلات التي أجريت مع حالات الدراسة فإن السلوك العام للأمهات طغى عليه القلق الواضح على ملامح الوجه و الحركات، و من خلال الأسئلة المتكررة التي كانت تطرح علينا بشأن التشخيص أولاً، إذا كان مؤكداً بأن الطفل توحدي، و عن مآله ثانياً في المستقبل القريب و البعيد، "كيف يكون بإمكانني التواصل معه و مساعدته للخروج من هذا الوضع؟"، "كيف سيعيش طفلي حياته في حال ما إذا مت أنا هي؟"، "كيف سيكون مستقبل طفلها؟" هذه هي أهم الأسئلة التي تكررت على لسان الأمهات خلال المقابلات.

لقد كشفت الدراسة عن وجود مؤشر مرتفع للقلق لدى الأمهات بحيث وصل معدل القلق إلى حد 3.2 معدل الاكتئاب إلى حد 2.55، أما القلق فقد ترجم واقعياً من خلال سمات انفعالية لدى الأمهات تجلت في العديد من العلامات مثل الشعور بضربات القلب القوية والسريعة، التوتر، الضغط، ارتعاش الأطراف والأصابع، الخوف غير المبرر، النوبات الرعب والفرع، الإثارة العالية إلى حد فقدان التوازن النفسي، الشعور بالعصبية. أما فيما يخص الاكتئاب فقد ظهر من خلال العلامات و لعل أبرزها الشعور بالضيق، تأنيب الذات، فقدان الأمل في المستقبل، تدني قيمة الذات، البكاء، عدم الاهتمام بالأشياء والتشاؤم.

خاتمة

إن تجربة الأم المتكفلة بطفل توحدي ليست أمراً هيناً، فهي تتطلب منها إنفاق جهد نفسي كبير لأجل القيام بدورها و وظيفتها إلى جانبه بشكل فعال يسمح له بنمو جيد. من هنا تأتي أهمية هذا البحث و الذي حاولنا من خلاله الوقوف على بعض الاضطرابات التي تعيشها هذه الأم و التي عادة ما تعيش حالة من الحداد "الفزيولوجي" أمام هذا الطفل الذي لا يتطابق مع الطفل الاستهامي الذي نسجته على مستوى فكرها.

لقد انطلقنا من فكرة أن أم الطفل التوحدي سوف تعيش اضطرابات على مستوى التفاعلات مع طفلها نتيجة لخلل على مستوى القدرات المعرفية للطفل، من إدراك و انتباه و تركيز إلى غيرها، تؤدي بدورها إلى تدهور صحتها النفسية، ما يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية من أهمها اضطرابا القلق و الاكتئاب. و من خلال تطبيق اختبار Hamilton تم لنا التأكد من وجود حالة من القلق و الاكتئاب تعيشها الأم المتكفلة بالطفل التوحدي.

المراجع

- 1- حنان سعد الرحو ، أساسيات في علم النفس ، ط1، الدار العربية للعلوم، 2005.
- 2- حنان عبد الحميد العناني، الصحة النفسية للطفل، دار الفكر العربي، ط4، بدون بلد، 1998 ص20.
- 3- عبد السلام عبد الغفار، مقدمة في الصحة النفسية، بدون طبعة، دار النهضة العربية، الإسكندرية، 1994.
- 4- عبد المطلب أمين القرطبي، في الصحة النفسية، ط1، دار الفكر العربي، 1991.
- 5- سلوى محمد عباس، تمييز الصحة النفسية والعقلية، بدون سنة، مطبعة الوطن، لبنان، ص 80.
- 6- سهيل إدريس، 2010، المنهل قاموس فرنسي-عربي، ط 41 دار الآداب بيروت.

Bibliographie

- 1- Bourrat M. M. et Garoux R., 2003, les relations parents-enfant : de la naissance à la puberté, éd. Armand Colin.
- 2- Boyer-Panos F., « Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé», Le Journal des psychologues 2008/8 (n° 261), p. 29-33.
- 3- Brémaud N., 2009, Retour sur les stéréotypies psychotiques, L'information psychiatrique /10 (Volume 85), p. 877-890.
- 4- Chevrie-Muller C. et Narbona J., 2000, Le langage de l'enfant Aspect normal et pathologique, 2^e édition Masson Paris.
- 5- Claudon P. et Weber M., 2009, L'émotion : Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction , Devenir /1 (Vol. 21), p. 61-99.
- 6- Ciccone A., 2007, fonctions Parentales (maternelle et paternelle), in Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, éd. Masson, pp. 100-106.
- 7- De Guibert C. et Beaud L., 2005, Différence entre autisme de Kanner et "psychose infantile": déficits d'unité vs d'identité de la situation ?, La psychiatrie de l'enfant /2 (Vol. 48), p. 391-423.
- 8- Delbrouck M., Psychopathologie Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute, édition de boeck, Bruxelles , 2^e tirage 2008.
- 9- Geissmann C. et Houzel D., 2000, "L'Enfant, ses Parents et le Psychanalyste", Bayard Edition, pages 881-890.
- 10- Granier-Deferre C. et Busnel M. C., 2011, L'audition prénatale, quoi de neuf?, Spirale 3 (n° 59), p. 17-32.
- 11- Kumar R. C., 2001, Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson "L'enfant de n'importe qui", Devenir 1/4 (Vol. 13), p. 47-75.
- 12- Le Camus J. Le lien père-bébé, Devenir 2002/2, Volume 22, p. 145-167.

ISSN: 1112-8518, EISSN: 2600-6200

المجلد الحادي عشر / العدد الأول / 01 أبريل 2019

- 13-Lehmann J. P., 2007 Un concept méconnu de la clinique de Winnicott : le narcissisme primaire, Che-vuoi ? 2, N° 28, pp. 39-53.
- 14-Lheureux-Davidse C., 2005, Autisme et addictions, Recherches en psychanalyse /1 (n°3), p. 31-42.
- 15-Mazet Ph. et Féo A., 1996, Interactions précoces et recherche. Pour la recherche, 1-6.
- 16-McIntyre R. S. et al., 2005, Mesurer la sévérité de la dépression et la rémission en soins de santé primaires : validation de l'échelle HAMD-7, CMAJ vol. 173, n°11.
- 17-Shea S. C., 2008, La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension, Elsevier, Paris.
- 18-Tarabulsy G. M. et al., 2003, Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain, Press Universitaire du Quebec.