جامعة يحي فارس المدية

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الصورة اللاشعورية للجسم لدى الطفل المعاق حركيا

دراسة حالة

بمركز الشفاء لعلاج العمود الفقري بولاية –المدية–

مذكرة لنيل شهادة ماستر ضمن تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

أسماء بن إمام

عائشة بوقردة

إشراف الأستاذة:

أمينة بلحاج

2021/2020

شكر و تقدير

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم و المعرفة و أعاننا على أداء هذا الواجب ووفقنا على إنجازه.

نتوجه بجزيل الشكر لكل يدٍ مدتنا بنصيحة، بمعلومة وبتوجيه.

لأستاذتنا المشرفة "أمينة بلحاج" لها كل الفضل والتي لم تبخل علينا بمساعداتها العملية و النظرية، نقدر مجهوداتها المبذولة.

لكل الأساتذة الذين كان لهم الفضل في إثراء جانبنا المعرفي و إكسابنا الثقافة في المجال العلمي و في شتى المجالات.

شكراً جزيلاً لكم، دمتُم شمعتنا المنيرة لدربنا المعرفي.

إهداء

ما أسعد قلبي حتى أكتب هذه الكلمات إلى ابتسامتك الحلوة وقلبك الحنون الذي يغمرني منذ ولادتي أغلى اسم نطقه لساني –أمي الغالية-

إلى من كان لي شمعة تحترق لتنير طريق دربي – أبي- أسأل الله أن يطيل عمره .

إلى اخواتي العزيزات حفظكم الله ورعاهم

إلى أستاذتي المشرفة التي لم تبخل علي بكلمة وكانت لي سندا وقدوة – أستاذة أمينة بلحاج-

إلى أستاذي الذي كان سندا لي في بداية مشواري في المذكرة لك مني كل الإحترام والتقدير-أستاذ بن عيشة عبد القادر-

إلى كل من قدم لي يد العون في تربصي بمركز الشفاء لعلاج العمود الفقري وأخص بالذكر –أستاذ موساوي- حفظه الله، وإلى المختصة الأرطوفونية التي كانت مرشدة وصديقة وأختا لي –وسام-

إلى المختص النفسي- أستاذ رضوان قوجيل- الذي كان لي خير دليل في تربصي

و الى صديقتي ورفيقة دربي واختي -ليندة ميزاقير- أدام الله صداقتنا

إلى زميلتي فالمذكرة و إلى كل زملائي في الدراسة وإلى كل من اتسع لهم قلبي ولم تتسع لهم صفحتي

لكم مني فائق التقدير والاحترام .

أسماء

إهداء

أهدي ثمرة هذا الجهد إلى أعظم إنسان في الوجود الذي رباني على الفضيلة والأخلاق إلى تاج رأسي ورمز فخري واعتزازي إلى من لم يدخر جهدا في سبيل تعليمي أبي الغالي حفظه الله .

إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامها ، التي غمرتني بعطفها وحنانها صاحبة القلب العطوف أمي العزيزة.

إلى جدي سليم رحمه الله وإلى جدتي حفضها الله

إلى من أناروا لي طريق النجاح ومن شاركوني الاحزان والأفراح إخوتي وأخواتي بالأخص توأم روحي حسينة .

إلى زوجي العزيز حفظه الله

إلى زوجات إخوتي وأزواج أخواتي

إلى أحفادنا: خليل، رماس، يزن، مريم، حبيب، رهف، لجين، علي، ماريا

إلى الأصدقاء والزملاء وبالأخص في علم النفس العيادي

إلى زميلتي أسماء التي شاركتني في هذا البحث.

عائشة

ملخص الدراسة :

حاولنا من خلال الدراسة الحالية تقديم رؤية سيكودنامية لمفهوم الصورة اللاشعورية للجسم كما جاءت به فرونسواز دولتو **F.Dolto** من خلال إسقاطه على فئة الأطفال المعاقين حركيا ، متسائلين عن نوعية التأثير الذي تحدثه الإعاقة الحركية على انبناء الصورة اللاشعورية للجسم .

معتمدين على المنهج العيادي (خاصة المقابلة نصف الموجهة) واختبار رسم الرجل (الشخص) بجانبه الكيفي من أجل تقدير شخصية العميل والاستدلال على أبعاد صورة الجسم .

قامت الدراسة على حالة فريدة من نوعها، طفلة (7 سنوات) ، اختيرت بطريقة قصدية وقد خلصت الدراسة إلى تأكيد الفرضية القائلة : أن الإعاقة الحركية تؤثر **سلبا** على انبناء الصورة اللاشعورية لجسم الطفل في حال لم يحضى الطفل بالتقبل والتوظيف العاطفي المشبع نرجسيا من طرف والديه (وتحديدا الأم)، وهذا ما يؤدي الى تثبيط حركية الصورة الدينامية (قوتها هي النرجسية) في الرابط بين الصور القاعدية والوظيفية والمولدة للغلمة، مما يؤدي الى ظهور اضطرابات النفسية وسيكوسوماتية حسب صورة الجسم المصابة والتي يستدل عليها من خلال نتائج تحليل المقابلات العيادية ودلالات صورة الجسم من خلال رسم الشخص .

الكلمات المفتاحية :الصورة اللاشعورية للجسم، الاعاقة الحركية، الطفولة، المخطط الجسدي، النرجسية .

Résumé de l'étude :

À travers notre présente recherche, nous avons tenté d'accorder une perspective psycho-dynamique au concept de l'image inconsciente du corps, tel initiée par la psychanalyste française **Françoise Dolto**, et ce, en projetant notre recherche sur un catégorie enfantine handicapée et en nous interrogeant ainsi sur l'impact qu'ont ces handicaps sur son illustrations de l'image corporelle inconsciente.

En nous basant sur la méthode clinique, nous avons procédé, de façon particulière, et à partir d'une consultation semi-dirigée, au test du dessin du bonhomme qui nous a permis d'évaluer la façon dont le client estime sa personnalité, et ce, selon la manière et dont il a illustré son image corporelle, ainsi qu'aux dimensions de cette dernière.

Appliquée sur un cas exceptionnel, une fille de sept ans intentionnellement choisie, notre étude a finalement pu confirmer l'hypothèse qui suppose que l'handicap affecte la construction de l'image corporelle inconsciente de manière négative ; les raisons reposent sur l'insuffisance de l'acceptation de soi et celle de l'investissement

du support émotionnel appuyé du narcissisme, deux absents facteurs qui doivent être assurés par les parents (précisément la mère) ; ainsi, nous avons constaté l'inhibition de l'image dynamique, dont le moteur est le narcissisme, dans le rapport entre l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène ; cela dit, des troubles psychiques et psychosomatiques risquent d'apparaître, ce constat dépend des indices de l'image du corps fournis par la patiente et sur laquelle se sont déduits les résultat des analyses que nous avons portées tout au long des consultations cliniques.

Mots clés : l'image inconsciente du corps, l'handicap, l'enfance, le schéma corporel, le narcissisme.

فهرس المحتويات

المحتوى	الصفحة
شكر وتقدير	
الإهداء	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الملاحق	
مقدمة	**أ، ب**
الجـانـب النـظـري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	**14 - 05**
1-إشكالية الدراسة	**07 - 05**
2-فرضية الدراسة	**08**
3-تحديد مفاهيم الدراسة	**13 - 10**
4-أهمية الدراسة	**13-12**
5-أهداف الدراسة	**14 - 13**
الفصل الثاني: الصورة اللاشعورية للجسم	**45 - 16**
تمهيد	**16**
1-التصور الجسدي وصورة الجسم	**18 - 16**
2-مفهوم التصور الجسدي	**20**

3-مفهوم الصورة اللاشعورية للجسم	**21 - 20**
3 -1 مكونات الصورة اللاشعورية للجسم	**25 - 21**
4- الأنا الجسدي	**27 – 25**
4 -1 وظيفة الأنا البشرة	**29 - 27**
5- الموضوع الانتقالي حسب F.Dolto	**30**
5 -1 Les Objets Mamaisés	**30**
5 - 2 فضاء الأمان	**31**
5 - 3 قلق الشهر الثامن بين Réné Spitz وFrançoise Dolto	**32- 31**
5 - 4 صورة الجسم والهو	**32**
5 -5 صورة الجسم ونزوات الموت	**33**
5 - 6 صورة الجسم وخصوصيات الاسم	**34 - 33**
6- الخصاء المنشئ للرمز	**34**
6 - 1 الشروط الضرورية من أجل ضمان البعد المنشئ له من السيرورة الخصاء	**34**
6 - 2 ملاءمة الخصاءات للتصوير الجسدي	**35**
7- الخصاءات	**35**
7 – 1 الخصاء السري	**36 - 35**
7 - 2 الخصاء الفمي	**36**
7 - 3 الخصاء الشرجي	**37 - 36**
7 - 4 مرحلة المرآة	**38 - 37**
7 – 5 الخصاء الأولي: خصاء تناسلي غير أوديبي	**39**

7 - 5 الخصاء التناسلي الأوديبي	**40 - 39**
8- ثمار الخصاء	**40**
9- النرجسية حسب F.Dolto	**41 - 40**
10- أمراض صورة الجسم	**41**
10 - 1 أخطار تشوه صورة الجسم أثناء الحمل	**41**
10 - 2 - الصدمات المبكرة أثناء الولادة	**42 - 41**
10 - 3 - الفطام واخفاقاته	**43**
10 - 4 - العمرالفمي، الشرجي والمراحل اللاحقة حتى الخصاء الأولي	**44 - 43**
10 - 5 - المرحلة التي تلي الخصاء الأولي- المرحلة الأوديبية ومرحلة الكمون	**45**
خلاصة الفصل	**45**
الفصل الثاني: الطفل المعاق حركيا	**64 - 47**
تمهيد	**47**
1- تعريف الإعاقة الحركية	**48 - 47**
2- تعريف الأطفال المعاقين حركيا	**48**
3- مبادئ النمو الحركي	**48**
3 - 1 القوانين العامة للنمو	**49**
3 - 2 توضيحات في نمو الطفل الطبيعي وغير الطبيعي	**50**
3 - 3 نمو الدماغ	**52 - 51**
3 - 4 الطفل غير الطبيعي	**52**

4- خصائص الإعاقة الحركية	**52**
4 - 1 الخصائص الجسمية	**53 - 52**
4 - 2 الخصائص النفسية	**54 - 53**
4 - 3 الخصائص التربوية والاجتماعية	**55 - 54**
5- أسباب الإعاقة الحركية	**56 - 55**
5 - 1 عوامل ماقبل الولادة	**56**
5 - 2 عوامل تحدث أثناء الولادة	**56**
5 - 3 عوامل تحدث مابعد الولادة	**57 -56**
6- تصنيفات الاعاقة الحركية	**57**
6 - 1 اصابات الجهاز العصبي	**57**
6 - 2 اصابات عضلية وعظمية	**57**
6 - 3 اعاقات مرضية	**58 -57**
6 - 4 اصابات الجهاز العظمى	**58**
7- الصعوبات التي يعانيها المعاقون حركيا	**59 - 58**
8- التشخيص	**60 - 59**
9- احتياجات المعوقين حركيا	**60**
9 -1 احتياجات صحية وتوجيهية	**60**
9 - 2 احتياجات اجتماعية	**61 - 60**
9 - 3 احتياجات مهنية	**61**

10- الوقاية من الإعاقة الحركية	**62 - 61**
10 - 1 الوقاية الأولية	**62**
10 - 2 الوقاية الثانوية	**63 - 62**
10 - 3 الوقاية الثلاثية	**64 - 63**
خلاصة الفصل	**64**
الجـانــب التــطبـيـقـي	
الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة	**77 - 67**
تمهيد	**67**
1- الدراسة الاستطلاعية	**67**
2- المنهج المتبع	**69 - 68**
3- حالات الدراسة	**69**
3-1 شروط اختيار الحالات	**69**
3 -2 الإطار المكاني والزماني للدراسة	**70 – 69**
4- أدوات الدراسة	**70**
4 - 1 الملاحظة	**71 – 70**
4 - 2 المقابلة	**73 – 71**
4 - 3 بعض النقاط حول خصوصية المقابلة مع الأطفال	**73**
4 - 4 اختبار رسم الرجل	**77 – 74**
خلاصة الفصل	**77**

الفصل الخامس: عرض وتحليل الحالات	**95 - 79**
1- الحالة الأولى	**79**
1 - 1 تقديم العميلة وعائلتها	**79**
1 - 2 عرض مقابلة 05 أفريل 2021 التي تم فيها تطبيق رسم شخص	**81 – 79**
1 - 3 مجموعة الملاحظات التي تمت ملاحظتها أثناء المقابلة	**85 – 81**
1 - 4 تحليل الرسومات	**93 – 85**
1 - 5 الصورة النفسية العامة من خلال نتائج التأويل	**95 – 93**
الخاتمة	**97**
التوصيات	**98**
قائمة المصادر والمراجع	**102 - 100**
الملاحق	

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	مجموعة الملاحظات التي تمت ملاحظتها أثناء المقابلة	**85 - 81**
02	ورقة التنقيط (01)	**85**
03	تحليل الشكل الأول (01)	**89 – 85**
04	تحليل الشكل الثاني (02)	**93 - 89**

قائمة الملاحق:

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	شبكة الملاحظة التجريبية الأولـى
02	نموذج دراسة حالة
03	ورقة التنقيط
04	الشكل الأول (01)
05	الشكل الثاني (02)

مقدمة

مقدمة :

تحضى فئة المعاقين حاليا في معظم دول العالم المتقدمة منها والنامية بالاهتمام الكبير نظرا لزيادة عدد المعاقين وتأثيرها على مسيرة التنمية داخل المجتمع، فقد يولد الفرد وهو مصاب بإعاقة ما أو يصاب بها في مرحلة من مراحل حياته، مما يجعله عاجزا في أداء بعض أدواره الاجتماعية في الأسرة أو المدرسة أو العمل أو المجتمع بجميع مؤسساته .

ومن بين الإعاقة التي فعلا تعكس مفهوم الإعاقة، لأنها لا تقصي الفرد من المنظمة المجتمعية وتعفيه حقا مما هو منتظر منه في بعض الواجبات، بل تعيق تأقلمه مع هذا المجتمع، وتحول دون قدرته على الاستقلال بذاته والاستغناء عن الاحتياج للأخر، ألا وهي الإعاقة الحركية .

ومهما كانت المرحلة التي يصاب فيها الفرد بالإعاقة الحركية، فإنَّه سيواجه صعوبات كثيرة نتيجتها، هي معاناة يتعرض لها الفرد جسدية ونفسية، وكلما كانت الإعاقة الحركية في مرحلة بنائية في تشكيل شخصية الفرد، كلما أثرت على العديد من جوانب الشخصية ليس فقط الجسدية، وماهو حال الطفل المعاق حركيا .

فكل تشوه أو فقدان لأحد الأطراف يصاب به الطفل سيعاشى كصدمة نفسية، عندما يجد نفسه عاجزا عن القيام بالحركات التي يقوم بها أقرانه، عاجزا عن اللعب وعن الحركة في حاجة دائمة إلى مساعدة والديه والآخرين حتى يلبي أبسط حاجاته ورغباته .

يعيش ضمن التمني، تمني أن يكسب جسدا سليما يحرره، ويسمح له بإشباع حاجاته ورغباته، يسمح له بالجري، باللعب، بالإنجاز، ببساطة يسمح له بالحياة، أن يمتلك صورة مثالية عن الجسم غير مثالي يجب أن تبرهن من خلال الانجاز، أن تستشعر من خلال تقبل الأخر لصورته الواقعية، لإعاقته، ومساعدته على تعزيز الروابط العاطفية الرمزية الايجابية بين جسد معاق لكن متقبل وصورة لاشعورية له سليمة وحية .

لذلك تناولنا ضمن دراستنا الحالية الإعاقة الحركية لدى الطفل محاولين التعرف على آليات تعزيز هذه الروابط العاطفية حتى يتمكن الطفل من بناء صورة لاشعورية ايجابية طليقة، ومن أجل هذا الغرض قمنا بتقسيم البحث إلى جانبين نظري و تطبيقي، وقد اشتمل جانب نظري على ثلاث فصول حيث خصصنا الفصل الأول إلى جانب تمهيدي للدراسة بطرح الإشكالية والدراسات السابقة التي تم الاعتماد عليها والتعقيب عليها مع تحديد مفاهيم الدراسة وأهمية البحث ودوافع اختيار موضوع الدراسة وأهداف الدراسة .

أما الفصل الثاني، فخصص للصورة اللاشعورية للجسم والفصل الثالث بعنوان الإعاقة الحركية .

أما الجانب التطبيقي، فيشمل منهجية إجراءات الدراسة من منهج الدراسة وحالات وشروط اختيارها مع تحديد الإطار المكاني والزماني وأدوات الدراسة والجانب الميداني لدراسة من تطرق إلى عرض الحالات ومناقشة وتحليل النتائج على ضوء الفرضية بالاستناد على الإطار النظري للدراسة، وأرفقت الدراسة بخاتمة وقائمة المراجع والملاحق .

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الاشكالية :

لقد اهتم الإنسان بفئة المعاقين منذ القدم؛ إذ كانت الإعاقة تشكل أمرا غير مرغوب فيه، وقد أطلق عليهم في ما مضى وحتى منتصف القرن الحالي لفظ المقعدين؛ ثم ذوي العاهات باعتبار أن كلمة الإقعاد توحي باقتصار تلك الطائفة على مبتوري الأطراف والمصابين بالشلل، أما العاهة فهي أكثر شمولا بمبدلات الاصابات المستمرة، ثم تغيرت تسميتهم إلى مصطلح العاجزين، أي كل من به صفة تجعله عاجزا في أي جانب من جوانب الحياة. وتندرج الإعاقة الحركية ضمن الإعاقات الجسدية على اختلاف درجتها من الخفيفة إلى الشديدة، وأسبابها تختلف بين َخلقية ومكتسبة، فقد يصاب الفرد بالإعاقة نتيجة حوادث مرورية أو إصابات مرضية؛ وهذه الحالات تحتاج الى خدمات تربوية واجتماعية وتأهيلية متخصصة، على اختلاف أعمارهم، وكلما كان التدخل مبكرا كلما تأقلم الفرد مع وضعه بشكل أحسن .

(أسامة محمد بطاينة، 2005، ص 127)

لذلك غالبا ما يكون التكفل بالأطفال المعاقين حركيا في وقت مبكر مثمرا على المدى البعيد؛ إلا أنه يتطلب التدخل على مستوى العديد من الجوانب؛ لأنه بقدر الأمل الذي يمنح في حالات الأطفال بقدر عمق المشاكل التي يعانيها الطفل جراء اختلافه عن غيره من الأطفال المتمتعين بصحة جسدية تمنحهم القدرة على الحركة والاكتشاف؛ فمرحلة الطفولة هي مرحلة بنائية وكل ما يعيشه الطفل من خبرات هي قاعدية وتدخل في تشكيل شخصيته؛ سواء خبرات جسدية أو عاطفية؛ لأن شخصية الطفل تتشكل من خلال مرآة الآخر، وانعكاس صورته الجسدية في عيني الآخر، فإذا تم تقبله من طرف هذا الآخر واستكشف الأمل في ممارسة حياة طبيعية في عيني راشد مطمئن، فإنه سيتقبل صورة جسده وذاته في المقابل .

والطفل المعاق حركيا يصاب بدرجة من درجات العجز في وظائف أعضائه الداخلية، سواء كانت أعضاء الحركة أو الجهاز المدعم للحركة، كالأطراف والمفاصل أو أعضاء الحياة البيولوجية مثل القلب والرئتين، أي كل فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض يصيب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية، مما يؤدي إلى الحد من نشاطه الحيوي

(أسامة محمد بطاينة، 2005، ص 127)

لذلك نجد الكثير من الأمهات يجدن صعوبة في تقبل أطفالهن ويغصن في سيرورة من الانكار لحقيقة ولادتها لطفل معاق، أوأن طفلها أصبح معاقا، وبهذا تمثل ولادة طفل معاق في العائلة صدمة شديدة تتبعها مشاعر الخجل والإنكار غالبا، قد تستمر لفترة قصيرة تقيم بعدها الأم والأب الحداد على صورة الطفل المثالي أو قد ينحرف مسار الحداد إلى اللاسواء فلا تتقبل مطلقا حقيقة أن طفلها معاق

حركيا، والطفل ضمن نموه النفسي والجسدي بحاجة ماسة إلى الاحساس بالتقبل المرفق بعاطفة الحب، حتى يتمكن من النمو بشكل سوي، كما أنه حتى توظيف الأطراف السليمة للجسم يحتاج إلى استثارة وتفعيل من طرف الأم أولا من خلال مختلف سلوكات الارتباط كالابتسامة والملامسات المرافقة بالكلمات المرمزة المفعمة بالحب والتقبل حتى ينطلق الطفل في نموه الجسدي والنفسي، هذا ما أطلقت عليه طبيبة الأطفال والمحللة النفسانية **فرونسواز دولتو Françoise Dolto** اسم مفهوم الصورة اللاشعورية للجسم .

فالانسان الحامل للإعاقة لا يقيم بالضرورة انقطاعا مع الرمز الجسدي بل يمكنه أن يستمر في الاحساس بأنه طبيعي حتى وإن كان يعاني من النظرات التي لا تكف عن الاثقال عليه وإحراجه ، لذلك أكدت **دولتو Dolto** أنه إذا كان التصور الجسدي نفسه بالنسبة لجميع الأفراد (تقريبا من نفس العمر - تحت نفس المناخ) من النوع البشري، فصورة الجسم هي خاصة بكل فرد ومرتبطة بقصته، مميزة بليبيدو وموافقة لنمط علائقي ليبيدي فصورة الجسم هي الحصيلة الحية لخبراتنا الانفعالية، بين الإنسانية، تكراريا معاشة عن طريق الإحساسات المولدة للغلمة القديمة أو الحالية، ويمكن أن تعتبر كالتجسيد الرمزي اللاشعوري للشخص الراغب **Le sujet désirant** وهذا حتى قبل أن يكون الفرد قادرا على تعيين نفسه من خلال الضمير الشخصي "أنا."

(لوبرتون ،1997، ص ص 137-139)

فالتصور الجسدي الذي هو تجريد لمعيش الجسم، بنبني من خلال التعلم والخبرة، في حين تنبنى صورة الجسم من خلال التواصل بين الأشخاص، والأثر يوما بعد يوم يخزن للتمتع المحبط، المقموع أو المحرم، لهذا فهي ترجع حصريا إلى الخيال، إلى خيال مسجل منذ البداية لدى الإنسان بالبعد الرمزي، وتذاع من خلال كلام الاتصال المخزن بين الأشخاص، يمكنها أن تكون مستقلة عن التصور الجسدي، تترابط من خلال النرجسية، هي مشكلة من وصلة دينامية لصورة القاعدة، صورة وظيفية وصورة للمناطق المولدة للغلمة أين يترجم ضغط النروات.

(Dolto, 1984, p 18, pp 23,24)

فكيف سيتم بناء هذه الصورة اللاشعورية للجسم بشكل سوي إذا لم يلاقي الطفل التقبل الأول لجسده من طرف والديه والمحيط الذي سيمتص منه مختلف العواطف التي يحتاجها لتعزيز نرجسيته وشحن طاقته النفسية؟ خاصة وأن الكثيرين من المحللين النفسانيين للطفل أكدوا على أهمية الترابط بين البناء الجسدي والنفسي؛ ضمن ثنائية لا يمكن فصلها؛ من بينهم **D. Anzieu** الذي جاء بمفهوم الأنا - البشرة

Le Moi – Peau الذي هو الصورة التي سيصبح عليها الطفل، حتى يتصور نفسه كذات حاوية لمحتويات نفسية انطلاقا من خبرات سطح الجسم، غلافه هو لمسي، شمي، صوتي، وأخيرا بصري.

(Ponnier, 2003, pp 99,100)

فمثلما تقوم البشرة بوظيفة سند ودعم الهيكل العظمي والعضلات، كذلك الأنا ـ البشرة يقوم بصيانة وحفظ النفس، محولا السند الخارجي للأم إلى دعم داخلي من خلال استدخاله، فالأنا ـ البشرة هو جزء من الأم ـ خاصة يديها- التي أستدخلت والتي تحفظ النفس، وما يحضر هنا ليس الإدماج الهوامي للثدي المرضع، وإنما التماهي الأولي مع موضوع الدعم الذي يضمه الطفل ويأخذه، إنما نزوة التعلق أو الارتباط؛ لذلك يحتاج الطفل منذ ولادته إلى الملامسات المرفقة بالحب والعاطفة الايجابية التي تسمح له شيئا فشيئا بتحديد معالم هذا الحاوي أو الحافظ النفسي .

كذلك مثلما تغلف البشرة سطح الجسم وضمنها تدرج جميع الأعضاء للإحساسات الخارجية، الأنا- البشرة كتمثيل ناشئ عن العلاقة جسم الأم /جسم الطفل، كذلك من الاستجابات الملحقة من طرف الأم للإحساسات والانفعالات الخاصة بالرضيع، استجابات حركية وصوتية، لأن الغلاف الصوتي يضاعف الغلاف اللمسي؛ فالأنا البشرة حاوي لنزوات يجب احتواؤها، لوضعها في مصادر جسدية وفيما بعد لتمييزها، والنزوات لا تستشعر كدفعات وكقوى محركة إلا إذا لاقت حدودا ونقاطا خاصة للالتصاق، وهذه التكاملية بين القشرة والنواة (الهو) تؤسس الإحساس باستمرارية واتصالية الذات.

ويؤكد **S . Freud (1895)** أن الأم تمثل صادا للاثارات مساعدا للرضيع، أضاف **D. Anzieu** أنها كذلك حتى يتمكن أنا الطفل على مر نموه من أن يجد على بشرته الخاصة إسنادا كافيا من أجل تحمل هذه الوظيفة وكل فيض أو عجز لصد الاثارات يؤدي إلى حالات صورية جد مضطربة؛ بحيث قصور الوظيفة الأمومية في صد الاثارات الخارجية التي لايستطيع الطفل تحملها، أو التعامل مع الإثارات الداخلية التي يعيشها الطفل، كذلك الفشل في تعزيز الإحساس بالبشرة كصد للإثارات واحتوائها تؤدي فيما بعد إلى عدم نفعية هذا الصد؛ مما سيثبطه ويطفىء نزوات الحياة شيئا فشيئا.

فالبشرة مع أعضاء الإحساس اللمسي المتضمنة (اللمس، الرائحة، الساخن/ البارد، الحساسية الجلدية) تزود معلومات مباشرة عن العالم الخارجي، فالأنا ـ البشرة يملؤ وظيفة تسجيل هذه الآثار، والقلق المرتبط بهذه الوظيفة يلاحظ على سطح الجسم من خلال تسجيلات مقززة وراسخة متأتية من الأعلى (بقع حمراء على البشرة، القوباء الجراح الرمزية)...، وحسب **Bettelheim(1954)** القلق قد يحمل إلى خطر محو التسجيلات ليحد من تزايد القلق، أو إلى فقدان القدرة على تثبيت الآثار.

(Anzieu ,1995, pp 121-129)

فإن ترافقت الإحساسات المسجلة عن العضو المعاق للطفل بعواطف سلبية، كاستغراب وعدم تقبل الآخرين له، قد يؤدي ذلك إما لتشوه على مستوى الصورة اللاشعورية للجسم أو حذف هذه التسجيلات فيؤدي كذلك إلى خلل على مستوى الإحساس بالعضو؛ فالطفل المعاق بحاجة أكثر من الطفل السوي المعافى جسديا إلى تفعيل هذه الآليات النفسية حتى يعوض احساسه بالنقص نتيجة إعاقته؛ ويتسامى بعقدته نحو أهداف مشبعة تسمح له بالتأقلم مع مجتمع لا يرحم السوي المعافي؛ فكيف سيتعامل مع طفل معاق عاجز عن تحقيق استقلاليته الذاتية ربما في أبسط احتياجاته؛ ومن هنا تبلورت فكرة اشكالية الدراسة الحالية عن مدى تأثير الاعاقة الحركية على إنبناء الصورة اللاشعورية للجسم لدى الطفل؛ فتساءلنا :**ما هو التأثير الذي تحدثه الإعاقة الحركية على بناء الصورة اللاشعورية للجسم لدى الطفل المعاق؟**

وللإجابة على هذا التساؤل الرئيسي افترضنا:

أن الاعاقة الحركية تؤثر **سلبا** على بناء الصورة اللاشعورية لجسم الطفل في حال لم يحضى الطفل بالتقبل والتوظيف العاطفي المشبع نرجسيا من طرف والديه (وتحديدا الأم)؛ وهذا ما يؤدي إلى تثبيط حركية الصورة الدينامية (قوتها هي النرجسية) في الربط بين الصور الثلاث القاعدية والوظيفية والمولدة للغلمة؛ مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية حسب صورة الجسم المصابة والتي يستدل عليها من خلال نتائج تحليل المقابلات العيادية ودلالات صورة الجسم من خلال رسم الشخص.

الدراسات السابقة التي تم الاعتماد عليها:

وقد انطلقنا في تحديد اشكالية دراستنا الحالية من بعض الدراسات السابقة المتمثلة في:

الدراسات التي تناولت صورة الجسم:

- دراسة سيقل ومورفي (1988, Murphy, Sygeal) :

بعنوان **"مدى فعالية برنامج تدريبي في تحيد صورة الجسم عند المكفوفين وتأثير ذلك على الحركة والتوجه"**، وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية البرنامج في تحديد صورة الجسم عند المكفوفين وتأثير ذلك على الحركة والتوجه وتكونت عينة الدراسة من (45 طالبا) يعانون من مشاكل في حركة جسمهم، تم تسجيل المفحوصين في البرنامج النفسي الحركي لمدة ثلاثة أشهر، وقد استخدم الباحثان التجارب والبرامج التعليمية في تحديد صورة الجسم من حيث المشي، الجري، والجلوس والوقوف وتم التقييم من خلال الصورة الفوتوغرافية قبل وبعد البرنامج وكشفت الدراسة عن النتائج

التالية :أهمية البرنامج في تحديد صورة الجسم وتحسين نمو المهارات الحركية وعليه التأهيل الحركي للمكفوفين.

دراسة **المغازي وآخرون (2002)** :بعنوان **"فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لدى الطفل المكفوف في رياض الأطفال"**، وقد هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج تأهيلي حركي للطفل المكفوف في مرحلة ، رياض الأطفال لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لديه، وتكونت عينة البحث من مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية، عدد كل منها عشرون (20)طفلا وطفلة، كما استخدمت الباحثة اختبار صورة البدن للأطفال المكفوفين، مقياس الثقافة الأسرية وكراسة الملاحظة لمفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني، وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية : أن البرنامج التأهيلي الحركي له فعالية وتأثير في تحسين مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني، مع وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعتين بعد تطبيق البرنامج، كذلك وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية من الجنسين على كراسة الملاحظة لمفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني المستخدمة في الدراسة بعد انتهاء البرنامج؛ وبين متوسطات درجات أفراد المجموعة بعد مرور شهرين من المتابعة، ولا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية من الجنسين.

الدراسات التي تناولت الاعاقة الحركية:

دراسة باكر سنة (1962) :

بعنوان **"تقدير الجسد عند الأطفال المعاقين حركيا الأطفال المعاقين حركيا"**، وقد هدف الدراسة إلى التعرف على مستوى تقدير الجسد عند الأطفال المعاقين حركيا، فتوصلت إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من انخفاض في تقدير الجسد والشعور بالدونية عن الاخرين بالإضافة إلى عدم الشعور بالأمن الجسدي والنفسي والاجتماعي .

(عبد الرؤوف عامر، 2000، ص 84)

دراسة فتحي عبد الرحيم (1981) :

بعنوان **"استخدام المنهج الإسقاطي لدراسة بعض المواقف الاجتماعية لمتغيرات وسطية بين العجز الجسمي وسوء التوافق النفسي - دراسة ميدانية في البيئة الكويتية"**، وقد هدفت الدراسة إلى مناقشة بعض الخصائص الجسمية للأفراد من ناحية، ومناقشة مظاهر السلوك لدى مجموعة من المصابين

بالشلل الدماغي من ناحية أخرى، وضمت (50) فردا من الذكور و (27) من الإناث، و مجموعة أخرى ضمنت (56) طالبا و طالبة فأصبحوا (77) فردا من المعاقين و (50) فردا من العاديين .

وقدمت مثيرات غامضة إلى المفحوصين تمثلت في مجموعة من الجمل الناقصة وقد تم اختيار المثيرات التي تحاول الكشف عن واقع استجابات الأفراد التي تعبر عن مصادر الخوف ومشاعر الذنب والقلق والإدراك الذاتي لبعض المواقف الاجتماعية والعلاقات مع الوالدين وجماعة الرفاق، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن معظم مصادر الخوف لدى المصابين ترتبط بمواقف اجتماعية أو بأشخاص آخرين أكثر مما ترتبط بمظاهر حقيقية تكمن في الإعاقة ذاتها، كما أن مشاعر الذنب والقلق لدى الأفراد المعوقين ترجع إلى خبراتهم السابقة مع هؤلاء الأشخاص ومواقفهم الاجتماعية نحوهم، هذا يبين أن المعوق **يتأثر بالآخر وبعلاقته معه وبالخبرات المعاشة معه مما يؤثر في إدراك المعوق لإعاقته أكثر من تأثير الإعاقة نفسها.**

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال إدراج أهم الدراسات النفسية التي انطلقنا منها من أجل بلورة فكرة اشكالية دراستنا الحالية؛ هذا دون ذكر الدرسات التي تم الاطلاع عليها في البداية من أجل تشكيل التصور النظري العام حول الموضوع ومتغيراته، نجد أنها جميعا في تناولها لفئة الأطفال المعاقين تتناول متغيرات عديدة كمفهوم الجسد ومفهوم الذات والرفاهية الاجتماعية والتقبل من منظور اجتماعي أكثر منه نفسي والمعيش النفسي لهذه الفئة والاضطرابات غالبا السلوكية التي قد يعاني منها الطفل المعاق حركيا؛ إلا أننا لم نصادف ولا دراسة تناولت مفهوم الصورة اللاشعورية للجسم كما جاءت به فرونسواز دولتو **Françoise Dolto** حتى أن الدراسات التي تناولت أصلا تنظير دولتو لمفهوم التخطيط الجسدي ومفهوم النرجسية ، والأنا- الجسدي تعد على الأصابع، سواء في التراث العلمي الأجنبي أو العربي أو الجزائري؛ وجميعها كدراسات أو مقالات تناولت مفهوم الصورة اللاشعورية للجسم لدى فئات مختلفة من الأطفال دون أصحاب الإعاقة الحركية؛ لذلك تعتبر دراستنا الحالية السباقة لتناول هذا المفهوم لدى الطفل المعاق حركيا في البيئة الجزائرية وضمن الخصوصية الاجتماعية والثقافية للعائلة الجزائرية.

تحديد مفاهيم الدراسة :

الصورة اللاشعورية للجسم:

لـــغة:

الصورة: هو كل ما يرسم في الذهن وهو الصورة الذهنية.

اللاشعور: العقل الباطن، وهو جزء من الدماغ يحتوي على عناصر التكوين العقلي والنفسي، التي لاتخضع لسيطرة أو ادراك الوعي، ولكنها غالبا ما تؤثر في التفكير أو التصرف الواعي.

الجسم: جسد أو بدن أو هيكل، وهو كل ما له طول وعرض وعمق .

اصطلاحا:

عبرت **F.Dolto** ضمن إعدادها لصورة الجسم، من الصورة اللاشعورية للجسم إلى ذاكرته اللاشعورية، بمعنى أن كل شيىء يحزن يترك أثرا، فجسدنا هو في الواقع دعامة ذاكرتنا، قد سجل الأحداث البارزة من قصتنا، وكل ماترك أثرا، مداعبة أو جرح، أين الأصل كان مباشرة فيزيولوجي أو لفظي، والأغلب ذلك والآخر، تسجيلات مرتبطة بعواطف ممتعة و مستحبة أو مؤلمة .

(Hassoun, Spielmann, 1995, pp 51,52, p 85)

اجرائيا:

يستدل عليها من خلال نتائج تحليل شبكة الملاحظة العيادية ونتائج المقابلات العيادية ودلالات صورة الجسم ضمن رسم الشخص المطبق على الطفل المعاق حركيا؛ وعموما حيوية الطفل التي يستدل عليها ضمن هذه السجلات- ملاحظة عيادية؛ مقابلة عيادية؛ اختبار رسم الشخص- تدل على سواء الصورة اللاشعورية للجسم وسيطرة نزوات الحياة، وكل تثبيط إضافة إلى وجود أي دلالات مرضية أخرى يدل على خمولها وسيطرة نزوات الموت.

الاعاقة الحركية:

لغة :

تعرف الاعاقة بأنها إصابة عضوية أو عقلية تحد أو تقلل بشكل كبير من أنشطة الفرد في واحدة أو اكثر من المهارات الحياتية ، فالفرد الذي يعاني من إصابة تحول دون قيامه بواحدة او اكثر من الانشطة والمهارات الحياتية، وهو في الوقت نفسه بحاجة الى أجهزة تساعده في التنقل والحركة أو انه يعتمد على الاخرين لتحقيق متطلبات حياته اليومية ، فيصنف على انه يعاني من إعاقة شديدة ، وتشمل الاعاقة على تلك الاصابات المتعلقة بالحواس أوالاعضاء او الجانب العقلي .

(لجنة الاعداد في دار الكتاب الجامعي، ص 16)

اصطلاحا:

يشير مصطلح الاعاقة الحركية الى حالة الاطفال الذي يتصف مدى الحركة لديهم بالمحدودية او تتميز قدرتهم على التحمل الجسمي بكونها ضعيفة الى حد كبير ، وتؤثر سلبا على الاداء التربوي لهم مما يجعل توفير برامج تربوية خاصة بهم لهم امرا ضؤوريا ، ومن الجانب التشخيصي والعلاجي فإن الاطفال الذين يعانون من الاعاقة الحركية لا يحصلون الا على الحد الأدنى من التدخل التربوي الخاص.

(مجيد، 2008، ص 191)

الطفل المعاق حركيا:

ويعرف المعاق حركيا بأنه ذلك الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض او اصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو القدرة الحركية أو الجسمية أو كليهما معا في الأطراف السفلى أو العليا أحيانا أو الى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف . ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق اهدافه الحياتية والعيش باكبر قدر من الاستقلالية .

(الدهمشي، 2007، ص 218)

إجرائيا:

وضمن دراستنا الحالية هي حالة طفلة عمرها 7 سنوات، تعاني من إعاقة على مستوى رجليها اليمنى، وتعتبر من الأطفال المصابين بالإصابات جسدية و إصابة في أجزاء الحركة، وهذه الإعاقة ظهرت منذ ولادتها اثرا مرض أفقدتها الحركة جزئيا، وهنا الطفلة قد لا تستطيع أن تحيا حياة طبيعية كالآخرين نتيجة ذلك القصور، مما تؤثر على مظاهر النمو العقلي والإجتماعي والإنفعالي .

اهمية البحث :

تتمثل الأهمية الجوهرية لدراستنا الحالية في كونها تتناول بالدراسة والتحليل مفهوم نفسي تحليلي لم يتم تناوله مسبقا إلا في دراسات قليلة جدا؛ حتى من طرف الباحثين في علم النفس العيادي ذو التوجه التحليلي والذين كثيرون منهم يجهلونه حتى؛ لذلك تعتبر دراستنا هذه مساهمة في إثراء الرصيد النظري المعرفي ضمن تخصص علم النفس العيادي في الجزائر حول كل ما يتعلق بمفهوم الصورة اللاشعورية للجسم؛ من خلال اسقاطه على فئة مهمة ومهمشة في المجتمع ألا وهي فئة الأطفال المعاقين حركيا؛ فمن خلال البحث في خصوصية الصورة اللاشعرية للجسم لديهم سواء من ناحية الانبناء أو الاستمرارية نثير

انتباه الباحثين والمتخصصين في تأهيل هذه الفئة إلى عمق المعيش النفسي لديهم وأهمية تفاصيل بسيطة في الحياة والتوظيفات العاطفية التي قد تتحكم في بناء واستقرار شخصية الطفل المعاق حركيا.

دوافع اختيار موضوع الدراسة:

1. التهميش والتقزيم من عمق وحساسية المعيش النفسي للأطفال المعاقين حركيا؛ دفعنا لتسليط الضوء على هذه الفئة إذ غالبا ما يتم تناولها من زاوية تربوية بيداغوجية تأهيلية.

2 . فقر المكتبة الجزائرية للدراسات النفسية التي تتناول مفهوم الصورة اللاشعورية للجسم؛ إذ أغلبها تركز على صورة الجسد أو المخطط الجسدي ومفهوم الذات؛ وهي مفاهيم تحمل بعدا تربويا أكثر منه نفسي ؛

3 . الجهل الذي لاحظناه لدى العديد من الباحثين في علم النفس العيادي وحتى التحليلين منهم وكذا الممارسين العياديين بأهمية تنظير فرونسواز دولتو **Françoise Dolto** والمفاهيم القاعدية التي جاءت بها والتي فعلا تؤسس لتحليل نفسي طفلي تربوي كما كان يهدف إليه **دانيال لقاش D.Lagache** من خلال شمولية علم النفس العيادي والتحليل النفسي حتى في المجالات التربوية؛ دفعنا لتقديمها من خلال أهم وأشهر المفاهيم النفسية التي ميزتها ألا وهو الصورة اللاشعورية للجسم.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى :

- التعرف على مفهوم الصورة الاشعوية للجسم والتعريف به والفصل بينه وبين بعض المفاهيم الأخرى

المتداخلة، مع تبيان مختلف جوانب الشخصية التي تنطوى ضمن هذا المفهوم؛

- التعريف بطبيبة الأطفال والمحللة النفسانية **فرونسواز ودولتو Françoise Dolto** والكشف عن أهمية المفاهيم النفسية التي جاءت بهأ في العيادة النفسية؛
- التعرف على العلاقة بين الاعافة الحركية والصورة اللاشعورية للجسم لدى الاطفال المعافين حركيا؛
- الكشف عن مدى تأثير الاعافة الحركية في إدراك الطفل المعاق حركيا لصورة جسمه اللاشعورية؛
- التعرف على دور الآخر في تشكيل صورة الجسم لدى الطفل؛

- نتائج دراستنا وتوصياتنا ستكون عونا للمر شدين والاخصائين النفسانيين في مساعدة فئة المعافين حركيا في

تنمية مهاراتهم، والتوصل إلى بعض المقترحات التي يمكن أن تفيد العاملين في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة وبناء برامج خاصة لهؤلاء الاطفال لتنمية قدرأتهم؛

- فتح المجال أمام المزيد من الدراسات المستقبلية التي ستعطي أبعادا أخرى لهذا المفهوم القاعدي ومختلف المشاكل والصعوبات التي يعانيها الطفل المعاق حركيا؛

الفصل الثاني
الصورة اللاشعورية للجسم

تمهيد:

سنتناول في هذا الفصل الصورة اللاشعورية للجسم، باعتبارها محطة الأساسية لبناء شخصية الطفل، وسنتطرق فيها إلى معرفة مكونات الأساسية لها من صورة القاعدية، الوظيفية، والمولدة للغلمة، بالإضافة إلى الأنا الجسدي ووظائفه، وما يعقب من ذلك من خصاءات و ثمارها، وسنتطرق أيضا للتعرف على مرحلة المرآة باعتبارها اللحظة التي يبدأ فيها الطفل التعرف على نفسه من خلال الالتحام بين لذه رؤية أمه ضمن كليهما، وفي الأخير بعض من الأمراض صورة الجسم .

1- التصور الجسدي وصورة الجسم (لمحة تاريخية) :

إشكالية الجسد في الحياة النفسية و المكانة التي يحتلها على مستوى الترميز الخيالي، تم تناولها من خلال تيارين : علم نفس الأعصاب العقلي الذي طرح تساؤلاته ضمن مفهوم التصور الجسدي والتحليل النفسي الذي ضمنه أعد مفهوم صورة الجسم وسنحاول طرح التطور الزمني لإعداد هذين المفهومين المؤسسين ضمن بعض المحطات.

1 – 1 - التصور الجسدي:

تم تناوله في البداية ضمن مفهوم الحس بالوجود، على أساس أن مظاهر الإدراك الحسي التي تؤسس المعرفة بالجسد الخاص عديدة، فأنا أعلم أن جسدي موجود كموضوع، وأنني أمتلك جسدا، وأنا قادر على وصفه على العموم، فهو جسد إنسان كمعطى أساسي مع الخصابائص العالمية للبنية و الوظيفة المرتبطة به، إنه هذا الجسد في فردانيته، شكل أصلي بين كل الأجسام .

وحسب **Peisse "بييس" (1844)** : " إنه من خلال هذا الإحساس، ما يظهر الجسد بلا فتور للأنا كأننا ملكه الخاص، وأن المحتوى الروحاني يستشعر ويدرك موجودا ضمن المساحة المحدودة للعضوية "، وبهذا أعد الحس بالوجود على أنه إحساسات مشتركة .

Taine "تان" و **Théodule Ribot "تيودول ريبو"** تحدثا عن معنى الجسد مركزين على الوظيفة العقلية، مؤكدين على الإحساسات ذات الأصل الداخلي في النظر إلى الجسد الخاص، بينما الأحاسيس ذات الأصل الخارجي، فهي لا تتدخل إلا بقيمة مساعدة و مراقبة.

كل من **C. Wernicke "ويرنك" (1848-1905)** و تلاميذه **A. Storch "ستورتش"** و **O. Förster "فورستر"** في ألمانيا، **Deny "ديني"** و **Camus "كامو"** في فرنسا قالوا الخصوصية جهاز حسي، بحيث تكون الإحساسات العضوية ذات الأصل الخارجي و صورتها الذاكرتية متحدة (اتصال اليد مع الطاولة يمنح التعرف على اليد كجزء جسدي و على اتجاهها أكثر من التعرف على

صلابة الطاولة ووضعيتها المكانية)، فحسب **Wernicke** هي متحدة مع الصور، الإحساسات ذات الأصل الداخلي من أجل تأسيس الحس بالوجود كإحساس بوجودنا الجسمي ، فالطفل بحاجة ماسة لملامسة أي موضوع آخر حتى يحس بجسده وذاته .

وقدم **Förster** مصطلح الجسمي- النفسي وحسب كل من **Förster** و **storch** فهناك اختفاء للعامل العضوي في الإدراك، حيث أن اضطراب التقديريأتي من الخارج بمقدار الجسمانية، وعليه فجميع هذه النظريات تناولت استمرارية وظيفة التصور و ليس التصور نفسه .

وركز **A.Pick "بيك" (1904)** على تمثيل الأنا الفيزيولوجي، في دراسة لحالة عمه ذاتي مؤكدا على استحضار الصورة الحيزية للجسد، من خلال الجدول العيادي للمريض (اضطراب التموضع لبعض أجزاء الجسم، الحركات المنعكسة ...) مؤكدا على أهمية صورة الأنا الجسدي.

و قد كتب **Jean Lhermitte "جان لارميت"** كتب :" هل نستطيع أن نقوم بفعل إذا لم نكن متأكدين من تصور هيئاتنا، وضعيات خاصة لأجزاء أطرافنا، وأخيرا صورة لرداء مرن يغلف جسمنا؟ "، وقد تجاوزنا من خلال مصطلحات صورة وتصور المقدمة من طرف **A. Picke** و المتناولة من طرف **Lhermitte-** المفهوم البسيط لجسدية النفس، أين الوظيفة هي الإمداد بمعلومات مستعملة في الفعل والتمثيل، للخوض في فكرة الإستمرارية وواقع التصورات عن الجسم الخاص.

أما **Sir Henry Head "السير هنري هيد"** فقد حدد كذلك هذا المفهوم الذي أحيانا يسميه تصورا جسديا وأحيانا أخرى يسميه شكلا موضعيا، هذا الشكل الموضعي يتكون من خلال المعطيات الحسية، البصرية واللمسية، ولكن خاصة الموضعية (وضعية الجسم ومركزه)، ويظهر بعض التغيير تبعا لكل معطيات جديدة، لكن على الأغلب هو دائم ومستمر في وجوده، ويسمح بمجابهة متواصلة لكل إدراك أو إحساس جديد بالنسبة لوضعية الجسم في مجمله، وحسبه، من ضمن الأدلة التي تدعم تأكيد وجود وديمومة مثل هذا التصور الجسدي، أكثرها إقناعا هي بدون شك تلك التي ترتكز على المرض **Asomatognosie** و **Anosognosie** (جهل أو اضطراب التعرف على أحد أجزاء الجسم).

وبعد حوالي نصف قرن من ذلك، **L . Van Bogaert "فان بوغرت"** درس الظاهرة و استخلص مؤكدا على وجود تصور جسدي مرتبط بالإحساسات لكن في نفس الوقت متحررو مستقل، أي أن التصور الجسدي ليس معطى أولي للمنظومة العصبية، ولكن شيء يجب أن يؤسس وأن ينبني ضمن نشأة كذلك نسبيا بطيئة.

هذا المفهوم حول التصور الجسدي هو قاعدي من أجل فهم وظائف إدراكية، و تناسق الحركية وكذلك المرض المتعلق بها، كما يمكن ضمنه التفكير في كل ما هو نظام التوجيه المكاني - الزمان أو الجانبية، فكل هذه المظاهر متمركزة على وجود و توظيف هذا التصور الجسدي.

(أمينة بلحاج ،2010، ص ص 110-112)

1- 2 - صورة الجسم :

S. Freud "فرويد" (1885) في **"L'esquisse d'une psychologie scientifique"** اهتم بالجسم ضمن اهتماماته بالخلية العصبية، كمية الطاقة العصبية، الإدراك، الذاكرة، التفكير، الانفعال وكذلك الحلم، وفي رسالة لصديقه **Wilhelm Fliess "ويليام فلييس" (07أوت 1901)** فيما يخص مشروع مشترك حول الثنائية الجنسية، أكد على اهتمامه بدراسة الجانب النفسي للثنائية الجنسية الإنسانية المكمل للجزء التشريحي البيولوجي.

وضمن نظريته حول النزوات، سواء الأولى أو الثانية، ترك الجسم البيولوجي حتى لايهتم سوى بالجسم في الهوام، وجلسة التحليل النفسي تبرز بدون شك وجود الهوامات اللاشعورية في مقابل الهوامات الشعورية الملاحظة في الأحلام النهارية، والهوامات اللاشعورية لا يمكن أن تكون إلا نتيجة لعملية بناء، فحسب **S . Freud** : "كل شيء يحدث وكأن العميل مرهون بدراما مع صور أبوية خاصة، وأن كل شيء يحدث وكأن العميل يعيش داخل هذا التشريح الوهمي، ومسألة التطور الليبيدي مثلا، تظهر مثل هذا التشريح، أين تجد النزوات الجنسية الجزئية إشباعها متمركزة على مناطق مولدة للغلمة، وتعطي هذه الأشكال المكان لبناءات هوامية يعاش فيها الجسم بالطريقة الأكثر غرابة، فهناك الجسم الهوامي الفمي المتمثل في الفم كمستقبل، وكذلك الثدي، وعموما هو تكامل الاثنين ورفض الانفصال الممكن بينهما ، أيضا جسم التنظيمة الشرجية الحاوي، سكن المواضيع الخطيرة و المفضلة في آن معا، وهو كذلك أنبوب مفرغ و موزع للمواضيع التي هي في نفس الوقت أجزاء من الجسم، ثمينة ومفجرة.

P . Federn "فيدرن" كذلك **P . shilder "شيلدر"** هذا الأخير الذي سخر واحدا من مراجعة الرئيسية **(1935)** لدراسة صورة الجسم فيما سماه **"البنية الليبيدية "** ، فبالنسبة إليه : " الليبيدو هو ما يضع شكلا لتراكم المعطيات الحسية".

ومنذ مرجع **P . shilder** ، تطور تناول مفهوم صورة الجسم في التحليل النفسي على يد **J . Chasseguet - Smirgel "شاسغيت سميرغل" (1963)**، ثم تناول مفهوم مرحلة المرأة على يد **Jacques Lacan "جاك لاكان"** الذي ركز على البناء نفسه لصورة الجسم، انطلاقا من ثبات فكرة ما

قبل نضج الإنسان وعدم اكتمال نمو الطفل وعدم قدرته الإدراكية الأصلية، حيث نجد في الهوامات الذهانية بالأخص فكرة الجسم المجزأ إلى قطع .

J Lacan وضع فرضية زمن خاص، ذلك أين بفضل النضج البصري، ومن خلال صورة الجسم الأمومى والإحساسات المتعلقة بالجسم الخاص المرتبطة به، و مجموع الصور المشتقة حتى الآن، يستطيع الطفل رؤية أن جسمه يأتي فجأة ليتوحد، وهذا مؤكد في الشهر السادس قرب الانتباه والابتهاج للطفل أمام المرآة .

(أمينة بلحاج، 2010، ص ص 112-114)

إنه من خلال تطور النظرية الفرويدية، أين التنظير حول العلاقات بين القواعد الفيزيولوجية و البينة الليبيدية أو مفهوم مرحلة المرآة، ويقوم على فكرة اللحظة التكوينية لصورة الجسم والتي تمثل نظام المرور من الجسم البيولوجي إلى الجسم في الهوام .

وكثيرون هم من انطلقوا من المفاهيم الفرويدية، متناولين صورة الجسم ضمن منظور الإرساء (الترسيخ) الجسدي و التفاعلي لسيرورات الترميز المبكرة، من **Winnicott "وينيكوت"** الذي أظهر بأننا نستثمر جميع مجهوداتنا النشطة و المكلفة التي نقوم بها في بداية حياتنا، حتى نحاول بشكل ملائم ادماج الجسم و النفس، و شدد على ضرورة وجود الآخر ليعطي تدريجيا شكلا و معنى لإحساسات الطفل، فرضيع لوحده تماما، شيء لاوجود له .

وقد أدرج **W.R.Bion "بيون" (1962-1963)** أدرج مفهوم الوظيفة الأمومية ألفا **Alpha** (طرح عناصر **Beta** لترجع في شكل عناصر **Alpha**)، ففي البداية، إنه الموضوع الأولي (الثدي المجتاف) هو الذي يحتوي نفسية الرضيع و يساعده على وضع دلالاته العنصرية الأولى في وسط محيطه (**Alpha - Beta**)، ومع الوقت يصبح الطفل قادر على استحضار الأم الغائبة، التي تعبر إذا من حالة الموضوع الحاوي إلى حالة الموضوع المحتوى، عبور يفترض استدخال الطفل للوظيفة الخاوية للموضوع الأولي (الأم) ومن هنا تحدث **Bion** عن العلاقة بين الحاوي و المحتوى وعن اجتياف الحاوي .

ضمن هذين الزمنيين هناك لحظات من التأرجح يبدو أنها تعود حسب **Geneviéve Haag "جونيفييف هاغ"** إلى التماهيات ضمن جسدية، عندما يستعيد الرضيع داخل جسده و حركاته شيئا من الوظيفة الأمومية، وهذا خاصة أثناء التجويفات التفاعلية، بمعنى في حالة الحضور الفيزيولوجي للأم و لكن البعد النفسي لها .

(Golse, 2001, p 119, p 122, pp 129-132)

وترى **G.Haag** فيما يخص مفهوم الأنا الجسدي، أن كل شيء يدور في كل لحظة بين الجسد و الفضاء و لا وجود لحياة عقلية إذا لم يكن هناك تبادل بين اثنين، فضمن حميمية ماضيه العميق، الخبرة العضلية هي نتيجة الضغوطات، الحركات و الأفعال المنعكسة، حيث تظاهرات الأنا الأولى هي مراقبة مسالك القدرة الحركية .

(geissmann, honzel, 2003, p 459)

وكثيرون هم من انكبوا على فهم و تفسير سيرورة العبور من صورة الجسم الواقعي نحو صورة الجسم في الهوام أو اللاشعوري، ولكن ليس أبسط و لاأشمل ولا أكثر أصالة مما فعلت المحللة النفسية للأطفال **Françoise Dolto "فرانسواز دولتو"**، التي أعدت الصورة اللاشعورية للجسم **L'image inconsciente du corps (1984)**، أين فصلت النمو النفسي اللاشعوري عن الجسدي، وانطلاقا من تنظيرها سنحاول تقديم مقاربة فيما يتعلق بالإعاقة الحركية .

2 - مفهوم التصور الجسدي:

يميز التصور الجسدي للفرد باعتباره ممثلا للنوع مهما كان المكان، العصر أو الشروط التي يعيش ضمنها، هو نوعا ما خبرات واقعنا تبعا لتكامل المتعضي، أو لأضراره العابرة أو الراسخة .

والتصور الجسدي يسند الجسم الحالي ضمن الفضاء إلى الخبرة المباشرة، يمكنه أن يكون مستقلا عن اللغة المسموعة (الكلام)، هو لاشعوري، قبل شعوري و شعوري، تطوري ضمن الزمن، وهو المترجم الإجابي أو السلبي لصورة الجسم، والذي بدونه و بدون الدعامة التي يمثلها، يبقى الآخر (العلاقة مع الآخر) إلى الأبد الهوام غير الممكن التواصل معه .

(أمينة بلحاج ، 2010، ص 114)

3 - مفهوم الصورة اللاشعورية للجسم:

إذا كان التصور الجسدي نفسه بالنسبة لجميع الأفراد (تقريبا من نفس العمر - تحت نفس المناخ) من النوع البشري، فصورة الجسم هي خاصة بكل فرد و مرتبطة بقصته، مميزة بليبيدو وموافقة لنمط علائقي ليبيدي فصورة الجسم هي الحصيلة الحية لخبراتنا الانفعالية، بين الإنسانية، تكراريا معاشة عن طريق الإحساسات المولدة للغلمة القديمة أو الحالية، ويمكن أن تعتبر كالتجسيد الرمزي اللاشعوري للشخص الراغب وهذا حتى قبل أن يكون الفرد قادرا على تعيين نفسه من خلال الضمير الشخصي "أنا".

(أمينة بلحاج، 2010، ص 114)

هي للغاية لا شعورية، يمكنها أن تصبح في جزء منها قبل شعورية فقط عندما ترتبط باللغة الكلامية الشعورية، هي في كل لحظة ذاكرة لا شعورية لكل المعيش العلائقي، وفي نفس الوقت هي حالية، حية، في وضعية دينامية، نرجسية وفي نفس الوقت بين علائقية، فبفضل صورة الجسم المحمولة من طرف التصور الجسدي و المتقاطعة معه، أين نستطيع الدخول ضمن اتصال مع الآخرين، وكل تواصل مع الآخر، سواء كان متمثلا في الاتصال أو تفادي الاتصال، يضم من طرف صورة الجسم، لأنه ضمن صورة الجسم، دعامة النرجسية ، أين الزمن يتقاطع مع الفضاء، وأين الماضي اللاشعوري يصدي في العلاقة الحاضرة ، فالليبيدو ينقل ضمن العلاقة الحالية، لكن يمكن أن يوجد موقظا لصورة علائقية قديمة.

التصور الجسدي الذي هو تجريد لمعيش الجسم، بنبني من خلال التعلم والخبرة، في حين تنبني صورة الجسم من خلال التواصل بين الأشخاص، والأثر يوما بعد يوم يخزن للتمتع المحبط، المقموع أو المحرم، لهذا فهي ترجع حصريا إلى الخيال، إلى خيال مسجل منذ البداية لدى الإنسان بالبعد الرمزي، وتذاع من خلال كلام الاتصال المخزن بين الأشخاص، يمكنها أن تكون مستقلة عن التصور الجسدي، تترابط من خلال النرجسية، هي مشكلة من وصلة دينامية لصورة القاعدة، صورة وظيفية وصورة للمناطق المولدة للغلمة أين يترجم ضغط النروات، هي ببساطة ما يحمله الفرد من معاني عن الحياة من خلال وبساطة جسده.

(Dolto, 1984, p 18, pp 23, 24)

هي ببساطة مايحمله الفرد من معاني عن الحياة من خلال وساطة جسده .

3 – 1 - مكونات الصورة اللاشعورية للجسم :

3- 1 - 1 - صورة القاعدة:

هي المكون الأول لصورة الجسم، وهي ما يسمح للطفل بأن يحس نفسه ضمن **Une mêmeté d'être** بمعنى ضمن استمرارية و اتصالية نرجسية، أو ضمن استمرارية فضائية زمانية، تبقى وتمتلئ منذ ولادته رغم تغيرات حياته والتنقلات المفروضة على جسمه، وبالرغم من الخبرات التي يقتاد لتحملها.

ويقصد بها الاحساس بالوجود، أين يتأتى مفهوم الوجود، والإحساس بالوجود للكائن الإنساني هو الذي يربط جسمه مع نرجسيته، إحساس جلي يأتي من هذا اليقين في الاستمرارية. (إذا كانت النرجسية هي استمرارية، على الأقل هناك قصة، وهذا يعني تمييز أوقات مختلفة).

وصورة القاعدة هي أساسا متشكلة من النرجسية الجوهرية الأصلية **Le Narcissisme Primordial** بمعنى نرجسية الشخص باعتباره شخص الرغبة في الحياة، سابق الوجود لحمله ولهذا

فالطفل هو وريث رمزي لرغبة الوالدين، هذه النرجسية الجوهرية تشكل نوعا من حدس معاش للكائن في العالم كفرد من النوع الإنساني، بمعنى مجرد من كل وسيلة تعبيرية مثلماهو لدى الطفل الذي لا يزال داخل الرحم (بمعنى هناك حدس بالوجود، حدس لا يستلزم أي وسيلة تعبيرية، ولا يعني أن النرجسية هي الحدس وإنما هي التي تشكله).

صورة القاعدة لا يمكنها أن تصاب أو أن تشوه إلا في حال بروز تصور أو هوام مهدد للحياة، على الرغم من أن هذا الهوام ليس من عمل نزوات الموت، لأن هذه الأخيرة قاصرة حيويا (خاملة)، وخاصة هي بدون تصور.

وعندما تكون صورة القاعدة مهددة، تظهر حالة من الخواف المتوسطة خاصة بالدفاع ضد خطر مستشعر كمضطهد، تصور هذا الاضطهاد المتوهم هو في حد ذاته مرتبط بالمنطقة المولدة للغلمة، المتفوقة حينها لدى الشخص، الذي سوف يتفاعل مع ما يضع في خطر صورة جسمه القاعدية من خلال هوام اضطهاد حشري (متعلق بالأحشاء)، سري، تنفسي فمي و شرجي، كذلك بالتصدع (حدوث ثقب) والانفجار، حسب اللحظة الصدمية المختبرة الأولى في قصته للدفاع ضد هذا الخطر المهدد كحلول أخيرة.

كل مرحلة تأتي لتغير التصورات التي يمكن أن يمتلكها الطفل في صورته القاعدية والتي تتراكم عليها باقي الخبرات والصور، لهذا هناك صورة قاعدية خاصة بكل مرحلة:

3 - 1 - 1- 1- بعد الولادة، تظهر أولا صورة قاعدية تنفسية، شمية وسمعية (Cavum، صدر)

وهي أول صورة هوائية للقاعدة.

3- 1- 1- 2- صورة قاعدة فمية :

لا تتضمن فقط الأولى وإنما كذلك كل المنطقة الفموية، البلعوم والحنجرة التي - أي المنطقة ككل إلى **Cavum et Thorax-** تربط صورة البطن، تصور الممتلئ و الفارغ للمعدة، والتي يمكنها أن تكون في تواصل أو أن تحمل صدى الإحساسات الجينية للجوع والامتلاء المعدي ..

3 - 1 - 1 – 3- صورة القاعدة الشرجية :

التي تضيف نظام الاحتباس (احتفاظ) أو الإخراج / الإفراغ للجزء السفلي للقناة الهضمية، وتضيف كذلك محيط حجمه الذي يشكل الحوض (عندما يتعلم الطفل الجلوس)، وتضيف أيضا التصور اللمسي للأرداف والعجان (المسافة بين عضو التناسل و الشرج) .

إذا لامكان أحسن من على مستوى صورة القاعدة و النرجسية الجوهرية، أين لا يمكن تحديد الصراع لنزوات الحياة مع نزوات الموت، هذه الأخيرة يمكنها أن تبقى مطولا متفوقة لدى الرضيع، عندما تعامله الأم والمحيط كموضوع للرعاية دون التحدث مع شخصه .

(أمينة بلحاج، 2010، ص ص 115،116)

3 - 2 – 1- الصورة الوظيفية :

في حين أن صورة القاعدة ذات بعد ساكن، فإن الصورة الوظيفية هي صورة لشخص يسعى إلى تكملة رغبته، وهذا ما يحدث من خلال وساطة طلب متموضع في التصور الجسدي، في مكان مولد للغلمة أين يتم الإحساس بنقص خاص (محدد حسب المنطقة) وهذا ما يثير الرغبة .

إنه بفضل الصورة الوظيفية أين نزوات الحياة يمكنها، بعد أن تحمل صفة الذاتية في الرغبة، أن تسعى للتمظهر من أجل الحصول على اللذة، بأن تعبير عن نفسها ضمن العلاقة مع العالم والآخر، كذلك الصورة الوظيفية الشرجية لجسم طفل هي أولا صورة لإصدار إخراجي، في الأصل على اتصال مع الحاجة إلى التبرز والتغوط التي يتكبدها الطفل، ستشعر سلبيا (يخضع لهذه الحاجة للتبرز)، والتي قد تأخذ أولا معنى لغة مع الأم، ثم ثانوي، تأخذ شكل صورة تعبر عن الإخراج / الإفراغ المستحب لموضوع جزئي، ليس دائما أساسي، والذي بواسطة الإزاحة يمكن أن يكون محولا على موضوع جزئي بديل من الجسم الخاص .

فمثلا اليد التي هي أولا منطقة مولدة للغلمة قابضة (ممسكة) فمية (حركتها مثل حركة الفم)، ثم رافضة (رامية) شرجية، باندماجها في صورة وظيفية عضدية - ذراعية، تعطي للطفل الحرية العظمية العضلية التي تسمح له ببلوغ أهدافه وإشباع حاجاته والتعبير عن رغباته من خلال ألعابه، وهذا يحقق إعداد الصورة الوظيفية – بالنسبة إلى الاستعمال الوحيد للمناطق المولدة للغلمة - ثراء في الإمكانيات العلائقية مع الآخر .

لكن على العكس، إذا وجدت الصورة الوظيفية منكرة كلها أو في جزء منها، كتدخل يتعارض مع حركة الطفل "لا تلمس "، هذا الأخير يمكن أن يختار كمخرج نظام الانكماش والانسحاب، حتى لا تدخل المنطقة المولدة للغلمة في تواصل مع الموضوع المحرم و الموضوع الخطير، وحتى لا تدخل رغبته في صراع مع رغبة الراشد الحامي .

3 - 3 – 1- الصورة المولدة للغلمة:

هي مرتبطة بالصورة الوظيفية للجسم، المكان أين تتمركز اللذة أو الألم الغلمي ضمن العلاقة مع الآخر تصورها يرجع إلى حلقات، بيضوية، مقعرة، كروية، ملمس، خطوط وثقوب متخيلة، ممنوحة لمقاصد مرسلة نشطة أو مستقبلة خاضعة لهدف مستحب أو مزعج .

هذه المركبات الثلاثة لصورة الجسم تتطور وتتحول وتتعدل، آخذة في الحسبان الخبرات التي يواجهها الشخص والحدود التي يلتقيها، خاصة تحت شكل الخصاءات المولدة للرمز التي تفرض عليه، وتقلبات قصته تسمح في أحسن الحالات لصورة القاعدة أن تضمن تماسكه النرجسي .

وهنا من الضروري:

- للصورة الوظيفية أن تسمح باستعمال ملائم للتصور الجسدي، وهذا ما يصبح مستحيلا في حالة الطفل المعاق حركيا، لذلك يجب تعويض قصور المخطط الجسدي بإشباع عاطفي لمقابله في الصورة اللاشعورية .

- للصورة المولدة للغلمة أن تفتح للشخص طريق اللذة المتقاسمة .

3 - 4 -1- الصورة الدينامية:

الصورة الدينامية تتطابق مع الرغبة في الكينونة، أو الرغبة في الوجود والاستمرار ضمن حدث، وهذه الرغبه باعتبارها – قاعديا – معاقبة بالنقص هي دائما منفتحة على المجهول .

الصورة الدينامية ليس لديها تصور خاص بها، هي شدة القصد ، تصورها سوف يكون كلمة رغبة، مصرفة كفعل نشط، مشارك وحاضر في الشخص كتجسيد للفعل ذهب / راح **Aller**، رائح ليرغب **Allant Désirant**، ملتصق بكل واحدة من الصور الثلاثة ضمن اتصال حالي مع الصورتين الأخيرتين .

وإذا أردنا تقديم تمثيل مبسط لهذه الصورة الدينامية، فسوف يكون تحت شكل احتمالي لخط منقط ينطلق من الشخص بواسطة منطقة مولدة للغلمة من جسمه متجها نحو الموضوع، وهي - أي الصورة الدينامية - تماثل قوة في انتظار بلوغ الموضوع .

Sujet --------> Objet

وتظهر بطريقة غير مباشرة في هذه الصور للآلات القذفية، فمن خلال البنادق أو المدافع تنطلق نقاط صغيرة من أجل بلوغ موضوع المرمى، إنما مسيرة الرغبة المشبعة بالمعنى ذاهبة نحو الهدف، كما

تظهر كذلك تحت شكل آخر افتراضي في زمن مبكر من نمو الأطفال (من 9 إلى 10 أشهر)، صانعين دوامة صغيرة - تسمى من طرفهم فيما بعد حلزونا- على جميع أجزاء التصور التخطيطي (قصة مثلا) التي تحلب اهتمامهم، ومن ثم يقلبون الصفحة باحثين عن شيء آخر، وهنا صورة الشخص هي ما تستشعر دينامية، بمعنى في حالة رغبة (وهذه الدلالات تظهر بشكل واضح في الرسم) .

ضمن الصورة الدينامية يمكن الحديث عن :

3 – 4 - 1 – 1- صورة الدينامية فمية:

التي بالنسبة للحاجة تكون نابذة (دافعية نحو المركز)، وبالنسبة للرغبة تكون نابذة ونابذة في نفس الوقت .

3 - 4 - 1 – 2- صورة دينامية شرجية:

التي بالنسبة للحاجة تكون نابذة ومبعدة، وبالنسبة للرغبة نابذة وقد تكون كذلك جابدة في حالة اللواط المتهم على آخر، أو المتحمل من آخر لدى الجنسيين المثليين .

3 - 4 - 1 – 3- صورة دينامية تناسلية:

لدى المرأة تكون صورة نابذة بالنسبة للموضوع الجزئي القضيبي، بينما بالنسبة للرجل هي صورة دينامية نابذة، كذلك في الولادة ، هناك صورة دينامية نابذة مخرجة بالنسبة للطفل الذي هو شخص، إذا موضوع كامل، بالرغم من أن هذا الجسم الجنيني الذي بصدد أن يولد هو موضوع جزئي بالنسبة للقنوات التناسلية الواضعة، والمرأة سريعا ما ستكون مقابل هذا الشخص المولود، أما مستقبلة أو رافضة بالنسبة للطفل كشخص مثلما هو في الولادة .

إن الصورة الدينامية هي دائما تلك المتمثلة في رغبة البحث عن موضوع جديد، ولهذا فهي متضادة مع الغلمة الذاتية، التي لا تحدث إلا لستر غياب الموضوع الواقعي الملائم للرغبة، والصور الثلاثة مرتبطة فيما بينها من خلال نزوات الحياة، التي تنشط من أجل الشخص داخل الصورة الدينامية .

(أمينة بلحاج، 2010، ص ص117-119)

4-الأنا الجسدي:

أكد **S . Freud** منذ البدء على أن الأنا **Le Moi** هو قبل كل شيء أنا جسدي **Moi Corporel**، ليس مجرد كيان سطحي وإنما هو إسقاط للسطح، يلعب الإدراك الحسي في الأنا نفس الدور الذي تلعبه الغريزة في الهو، لكن إلى جانب جهاز الإدراك الحسي، هناك عامل آخر له دور في تكوين الأنا و

تمايزه عن الهو متمثل في بدن الشخص ذاته، ومن سطح البدن على الأخص تنبعث الادراكات الحسية الخارجية والداخلية .

(فرويد سيجمند ،1998، ص ص 43،44)

فمن الجزء الذي كان في الأصل طبقة قشرية مزودة بأعضاء الحس لاستقبال المنبهات، وبجهاز حركي للوقاية من التنبيه المفرط، ينمو الأنا الجسدي الذي يقوم بسلطة الإشراف على الحركة الإرادية، نتيجة العلاقة التي تكونت من قبل بين الإدراك الحسي والحركة العضلية، فيقوم بمهمة حفظ الذات فيما يتعلق بالأحداث الخارجية من خلال تخزين الخبرات المتعلقة بها وتجنب المنبهات المفرطة .

(فرويد سيجمند، 1986، ص 46)

و"أنا" الطفل غير ناضج تماما، ليس لديه قدرة التقرير بمقابل الاعتداءات الداخلية والخارجية، لا يقرر إعادة دفع الضغوطات القوية والإحساسات المؤلمة والعواطف المكدرة نحو الخارج ، لذلك ضمن السلوكات المتكيفة الوالد يمنح طاقة إيجابية تسمح بالمرور من وضعية نفسوجسدية صلبة إلى وضعية أخرى أقل صلابة، و بالاستجابة بطريقة ملائمة على الضغط المعاش، يخلق الوالد لدى الطفل حركة من الانبساط (الاطمئنان) .

إذا هذا الانبساط النفسي الحركي هو الشكل الأول بالنسبة للطفل ليقول "نعم" لما يحدث معه، نعم للدفء، نعم للحضور، نعم للسعادة، نعم للعلاقة، نعم للعالم الخارجي والداخلي ونعم للتعرف على حاجاته فهذه الحركة النفسوجسدية للانبساط تسمح بإدماج الأحاسيس الجيدة، كل ما هو ناعم ولطيف يدخل إلى الداخل، إلى العمق ليرد كهدوء، وعندما يكون الصغير في سريره من جديد ، هادئا و شبعانا، يجد نفسه لوحده مع غلافه الذي احتفظ بآثار الضغط الأولى، ثم آثار الانفراج بفضل هذه العلاقة التي هو بصدد عيشها .

ومن هنا، عندما يختبر من جديد الألم، ضغطه الجسدي سوف يكون شكله الأول للتعبير عن انزعاجه، عن "اللاّ"، لا لما يحدث معه، لا للغياب، لا للألم، لا للإحباط، لا للعالم الداخلي والخارجي، لا للرضاعة إذا حاولت أمه إرضاعه في حين حاجته مختلفة .

وبالنسبة للإنسان لا وجود لمنطقة خاصة بالألم، المعلومة تنتشر على مجموع المراكز، وعدم النضج الكافي للطفل يجعله غير قادر لوحده على التحكم في الألم، فإذا لم توجد هناك معالجة مسكنة وسريعة أثناء الاثارات القوية، الألم سيخلد في العمق ، يفقد و الطفل لن يستطيع بعد هذا أن يدمج أحاسيسا أخرى، ببساطة يصبح واهنا، مصعوقا وغارقا في أحاسيسه المؤلمة .

(B . Robert - Ouvray, 2003, pp 51- 54, pp 135,136)

إذا نوعية استجابات الآخر هي ما سيعطي معنى للإحساسات الأولى التي ستدخل في تشكيل الأنا، الذي يجب أن يمر أولا بالجسدي، لذلك لابد من مرافقة الطفل ضمن خبراته الأولى في اكتشاف جسده و كذلك في التعامل معه بدءا من خبرة الاستحمام، خبرة المرآة، حتى يتكمن الطفل من تحديد معالم أناه الجسدي الذي يحدد بدوره حدود مساحة الأمن .

4 -1 – وظائف الأنا البشرة:

ويرى **Didier Anzieu "ديديي أنزيو" (1985)** أن البشرة عبارة عن أنا قبلي، كيس، سطح فاصل، هي معطى أصلي ذو طبيعة عضوية وخيالية في نفس الوقت، كنظام للحماية لفردانيتنا وفي ذات الوقت وسيلة أولى ومكان للتبادل والاتصال مع الآخر.

إذا فالأنا - البشرة صورة يصبح عليها الطفل، حتى يتصور نفسه كذات حاوية محتويات نفسية انطلاقا من خبرات سطح الجسم، غلافه هو لمسي، شمي، صوتي، وأخيرا بصري .

(Ponnier, 2003, pp. 99,100)

ويقوم الأنا- البشرة بمجموعة من الوظائف هي في خدمة نزوة الارتباط، الأساسية منها هي ثمانية:

4 - 1 - 1 - صيانة النفس:

مثلما تقوم البشرة بوظيفة سند و دعم الهيكل العظمي والعضلات، كذلك الأنا- البشرة يقوم بصيانة وحفظ النفس، محولا السند الخارجي للأم إلى دعم داخلي من خلال استدخاله، فالأنا -البشرة هو جزء من الأم - خاصة يديها- التي أستدخلت والتي تحفظ النفس، وما يحضر هنا ليس الإدماج الهوامي للثدي المرضع، وإنما التماهي الأولي مع موضوع الدعم الذي يضمه الطفل ويأخذه، إنما نزوة التعلق أو الارتباط .

لذلك يحتاج الطفل منذ ولادته إلى الملامسات المرفقة بالحب والعاطفة الايجابية التي تسمح له شيئا فشيئا بتحديد معالم هذا الحاوي أو الحافظ النفسي .

4 - 1 - 2 - الوظيفة الحاوية:

مثلما تغلف البشرة سطح الجسم وضمنها تدرج جميع الأعضاء للإحساسات الخارجية، الأنا- البشرة كتمثيل ناشئ عن العلاقة جسم الأم / جسم الطفل، كذلك من الاستجابات الملحقة من طرف الأم للإحساسات والانفعالات الخاصة بالرضيع، استجابات حركية وصوتية، لأن الغلاف الصوتي يضاعف الغلاف اللمسي، الأنا-البشرة يسعى إلى تغليف الجهاز التنفسي، فهو يصور كلحاء أو كقشرة ، بينما الهو التروي مثل نواة وحاجتهما لبعضهما متلازمة، فالأنا البشرة ليس بحاو إلا أن كانت هناك نزوات

لاحتوائها، لوضعها إذا كانت مصادر جسدية وفيما بعد لتمييزها، والنزوات لا تستشعر كدفعات وكقوى محركة إلا إذا لاقت حدودا و نقاطا خاصة للالتصاق، وهذه التكاملية بين القشرة والنواة تؤسس الإحساس باستمرارية و اتصالية الذات .

والحرمان من هذه الوظيفة الحاوية يؤدي إلى شكلين من القلق:

- قلق إثارة نزوية دائمة، متناثرة، غير قابلة للتموضع وغير قابلة للتخفيض، تترجم موقعية نفسية مؤسسة من نواة بدون قشرة، الفرد سوف يبحث عن قشرة بديلة في الألم الجسدي أو في القلق النفسي أين يتغلف بالألم؛ - الغلاف موجود لكن اتصاليته متقطعة، مثقوب، إنه أنا- بشري مصفاة، الأفكار و الذكريات فيه تحفظ بصعوبة.بحيث تبقى هذه الطاقة تائهة، لا تجد عضوا يحتويها، وبالتالي عضوا يترجمها .

4 - 1 – 3 - صاد الاثارات:

رأي **S . Freud (1895)** أن الأم تمثل صادا للاثارات مساعدا للرضيع، أضاف **D. Anzieu** أنها كذلك حتى يتمكن أنا الطفل على مر نموه من أن يجد على بشرته الخاصة إسنادا كافيا من أجل تحمل هذه الوظيفة وكل فيض أو عجز لصاد الاثارات يؤدي إلى حالات صورية جد متنوعة، بحيث قصور الوظيفة الأمومية في صد الإثارات الخارجية التي لايستطيع الطفل تحملها، أو التعامل مع الإثارات الداخلية التي يعطيها الطفل، كذلك تعزيز الإحساس بالبشرة كصاء االإثارات و احتوائها تؤدي فيما بعد إلى عدم نفعية هذا الصد الذي يحتويه في حماته مما يثبطه و يطفىء نزوات الحياة شيئا فشيئا .

4 - 1 - 4 - التفرد :

من خلال لون البشرة، تركيبها ورائحتها، البشرة الإنسانية تمثل اختلافات الأفراد، و الأنا البشرة يضمن وظيفة فردية الذات وما يحمل للأنا الإحساس بكونه كائنا فريدا، والقلق الذي وصفه **S . (1919) Freud** هو الغرابة المحيرة، المرتبط بتهديد يقصد فردنة الذات من خلال تضعيف الإحساس بحدود هذا الفرد. فالإحساس بالتميز والتفرد يجب أن يرافقه إدراك لحدود القدرات الذاتية مع تقبل الذات .

4- 1 - 5 - الين حواسية:

الأنا-البشرة هو السطح الذي يربط فيما بين الإحساسات من طبائع مختلفة، بإقامة وتثبيت إحساس مشترك يتمحور على اللمس الذي لا يلغي من خلال الممنوع، والحرمان من هذه الوظيفة يؤدي إلى قلق التجزئة، وأكثر تحديدا ذلك المتمثل في قلق التفكك **L'angoisse de Meltzer 1975) démantèlement "ملتزر")**، بمعنى توظيف مستقل وفوضوي لمختلف أعضاء الحس. لذلك الطفل

بحاجة ماسة منذ ولادته إلى الملامسات المرافقة بالحب،والتقبل حتى يتم تفعيل مختلف المستقبلات الحسية نفسيا .

4 - 1 - 6 - سند الإثارة الجنسية:

الأنا-البشرة سطح يمكن أن تتموضع عليه المناطق المولدة للغلمة من أجل تأسيس الفرق بين الجنسين، التمايز الذي ينهار ضمن المفاهيم النكوصية للجنسية مثلما في حالة الهوام في تواصل جسد على جسد، فالأنا- البشرة يلتقط على كامل السطح التوظيف الليبيدي ويصبح غلافا للإثارة الجنسية الليبيدية الكاملة، خطأ في تفريغ إشباعى، غلاف الإثارة المولدة للغلمة هذا يمكن أن يتحول إلى غلاف قلق، وإذا سند الإثارة الجنسية لم يضمن، الفرد يصبح راشدا لا يحس بالأمان الكافي من أجل الدخول في علاقة جنسية كاملة تؤدي إلى إشباع تناسلي متبادل .

4- 1 - 7 - التعبئة الليبيدية للنظام النفسي :

البشرة باعتبارها سطح للاستثارة الدائمة من خلال الاثارات الخارجية، لذا يعمل الأنا- البشرة على الحفاظ على الضغط الطاقوي الداخلي متفاديا قلق الانفجار للجهاز التنفسي من جهة، ومن جهة معاكسة قلق النيرفانا بمعنى قلق أمام غياب البعد الليبيدي بخفض التوتر إلى الصفر.حتى لا يفقد الفرد الإحساس بأنه حي .

4 - 1- 8 - تسجيل الآثار الحسية اللمسية:

البشرة مع أعضاء الإحساس اللمسي المتضمنة (اللمس، الرائحة، الساخن/ البارد، الحساسية الجلدية) تزود معلومات مباشرة عن العالم الخارجي، فالأنا- البشرة يملؤ وظيفة تسجيل هذه الآثار، والقلق المرتبط بهذه الوظيفة يلاحظ على سطح الجسم خلال تسجيلات مقززة وراسخة متأتية من الأعلى (بقع حمراء على البشرة، القوباء، الجراح الرمزية...)، وحسب **Bettelheim "بيتلهايم" (1954)** القلق قد يحمل إلى خطر محو التسجيلات ليحد من تزايد القلق، أو إلى فقدان القدرة على تثبيت الآثار.

(أمينة بلحاج، 2010، ص ص 121-123)

فإذا ترافقت الإحساسات المسجلة عن العضو المعاق للطفل بعواطف سلبية، كاستغراب و عدم تقبل الآخرين له، قد يؤدي ذلك إما لتشوه على مستوى الصورة اللاشعورية للجسم أو حذف هذه التسجيلات فيؤدي كذلك إلى خلل على مستوى الإحساس بالعضو .

5- الموضوع الانتقالي حسب F . Dolto :

تحدثت **F . Dolto** عن الأم الحاضرة بكفاية، التي تمنح أطفالها الكفاية من كلمات الحب والحرية اللعبية الحركية، هؤلاء الأطفال لا يحتاجون إلى مواضيع انتقالية **(Winnicott)** فمهما تكن رغبتهم في طمأنة أنفسهم لديهم كفاية من الاختراعية الحركية، وكفاية من الكلام مع أمهاتهم حتى يجدوا خزوتهم من المواضيع الانتقالية الصوتية، تيمي ضد الخطر، قبل أن ترتبط هذه الكلمات بوضعيات حتى تصبح كلمات حقيقية تحفظ في الذاكرة على مر لحظات وحدتهم ونومهم .

هذا التبادل المطمئن مع الأم هو بالنسبة له الدليل على علاقة إنسانية دائمة، من هنا، جرح الصورة الوظيفية أو التهديد بإصابة صورة القاعدة أو حتى الإحساس باضطرابات ضمن التبادلات التي تخدم الحاجات الأساسية.أي عندما يحس الطفل نفسه بأنه مريض، فإنه يعثر مع هذا الموضوع الخالد على صور جسمه ليستعيد معرفة عن نفسه .

والأهم أن صورة الجسم للطفل، كذلك المعافي في تكامله، تخزن من المعاناة الماضية خبرة مرمزة لنزوات الحياة الخاصة بشخص متعايش مع جسمه، عندما تنجح في التفوق على نزوات الموت، فالطفل سيلقح ضد القلق الذي سيجده مسلحا في المحنة المقبلة أحسن من الطفل الذي إلى حد الآن لم يعكره أي حادث، مسلح مواضيع انتقالية لغوية خالدة شاهدة على خبرة بقاء .

(Dolto, 1984, pp. 64 -66)

وبهذا كلما تم تسليح الطفل المعاق حركيا بهذه الكلمات المطمئنة و هذه المعاني و العواطف الايجابية التي يحملها معه مرتبطة برصيد لغوي غني سيكون أقوى، لأنه تعلم التعايش وتقبل جسم تم تقبله من طرف الأم أولا .

5 - 1 - Les Objets Mamaisés :

مصطلح و مفهوم خاص بدولتو **F . Dolto** ، إذ قصدت به المواضيع التي تبرز للطفل من خلال ترابطات الهوامات والحضور المؤمن المخزن للأم، ومن بين هذه المواضيع لدينا المواضيع المألوفة للإطار المكاني المعتاد للطفل، الألعاب التي سمتها له، الحيوانات الخاصة بالعائلة وخاصة أشخاص المحيط الذين تتواصل معهم الأم بالكلام والذين جراء هذا، يتحددون للطفل كأشخاص آخرين ينتمون إلى الأم .

5 - 2 - فضاء الأمان :

المكان والزمن اللذان ضمنهما يكرر اللقاء الذي يستجيب إلى الحاجات والرغبات، يصبح حيزا للأمن بالنسبة للطفل، فمن الضروري حتى تنتظم صورة الجسم أن تكون هناك مجموعة متصلة من الإ دراكات المتكررة والمتعارف عليها، والتي عليها تحط الإدراكات بشكل تعاقبي حاضرة وغائبة، وأخرى غير معروفة و جديدة يكتشفها الطفل، و أمام الإدراكات التي تفاجئه، من الضروري على الراشد المرافق له أن يقدم له من خلال الكلمات إجابة عن هذه المفاجأة .

(Dolto, 1984, pp. 68-70)

لذا فضاء الأمن هذا لا يصبح آمنا إلا إذا تم ترميز بكلمات معززة لنرجسية الطفل .

5 – 3 - قلق الشهر الثامن بين Réné Spitz و Françoise Dolto :

يرى **Rene Spitz (1887 - 1974)** أنه بين الشهر السادس والشهر الثامن، بعد تعرف الرضيع على وجه الأم، إنه حضور أو غياب هذا الوجه هو الذي يحرض خبرات من اللذة أو الألم، والشخص الغريب بوجهه غير المعروف يصبح العلامة على غياب الأم، في حين باقي الملامح العائلية تكون مرتبطة بوجهها، إذا مستحبة، إنه الوعي بفقدان موضوع الحب ما يثير قلق الشهر الثامن، وسوف يكتسب الطفل فيما بعد مستوى من العقلنة يأخذ بعين الاعتبار حضور و غياب الشخص (الأم)، كما سيبحث من خلال نشاطه العقلي عن استبدال فقدان هذا الشخص، لذلك يعتبر **R. Spitz** هذا القلق الذي يحدثه الغياب منظما للنمو العاطفي للطفل .

وهذا الغياب بقدر ما يمكن أن يكون منظما بقدر مايمكن أن يكون صادما، فتلك اللحظات الفارغة من الغياب، تستقر في نفس الطفل كثقب بدون معنى، لذلك تحمل هذه اللحظات معنى الصدمات الخفية .

Francoise Dolto ترى أن قلق الشهر الثامن ليس محتوما وليس ضروريا، بتأتي من كون الراشد لا يوسط ضمن الفضاء المواضيع التي يراها الطفل والتي إليها ينجذب، ويرغب بجسمه و بحاسة اللمس لديه الإمساك بها وبلوغها، كذلك من نقص أو غياب الجثمعة التي يحتاجها الطفل في هذه المرحلة، إذا سيسأم، شيء ما سيذبل من عدم ممارسته، شيء ما من لغة رغبته لم يفهم (وهذا يعود إلى كون رغبته في الحركة -خياليا- جد مبكرة عن الإمكانية الواقعية لتصوره الجسدي) .

(أمينة بلحاج، 2010، ص 125)

لذلك وحتى يتخطى هذا الطفل القلق بسلاسة لابد من توفير مراضيع ضمن محيطه تسمح له بتوظيف أعضاء جسمه السليمة حتى يستطيع اشباع رغبته في اللمس و الحركة و تعويض إصابته على مستوى أطراف أخرى .

معنى الصدمات الخفية التي ستهدم نرجسية الطفل القاعدية، ويصبح هذا المعيش النفسي أعمق بالنسبة للطفل المعاق حركيا، لأن إحساسه بالعجز أمام هذه الخبرة المؤلمة يكون سبه مطلق، فهو عاجز حتى على الرد من خلال تحريك أطرافه، أو الضرب على مواضيع محيطة به، لذلك هو بحاجة أكثر إلى ملئ هذه الفراغات النفسية التي يحدثها غياب الأم غيرالمنتظم .

5 - 4 - صورة الجسم والهو:

اعتبر **S . Freud** أن الهو يحوي كل موروث وما هو موجود منذ الولادة، وما هو ثابت في تركيب البدن وهو لذلك يحوي قبل كل شيء الغرائز التي تنبعث من البدن والتي تعد أول تعبير نفسي لها في الهو .

(فرويد سيجمند، 1986، ص 46)

إن الثروات الصادرة عن الأساس البيولوجي المؤسس تحت شكل التصور الجسدي، لا يمكنها في الواقع المرور إلى التعبير في الهوام إلا عن طريق صورة الجسم، فإذا كان مصدر الثروات هو التصور الجسدي فإن مكان تصورها هو صورة الجسم (أي مثل الهو)، ومشيدة ضمن التواصل اللغوي مع الآخر، صورة الجسم تشكل الوسيلة، جسر التواصل بين الإنساني وهذا يعني أن العيش داخل تصور جسدي دون صورة جسم يمثل عيشا أخرسا، وحيدا وصامتا، نرجسيا غير مستشعر لحدود العجز الإنساني (مثل التوحد) فالكلمات حتى تأخذ معين يجب أولا أن تأخذ جسما، أن تكون على الأقل معدة ضمن صورة جسم علائقية .

(أمينة بلحاج، 2010، ص ص 127،128)

إذا فالمتعضي أو التصور الجسدي يمد الهو أو صورة الجسم العلائقية مصادر الطاقة و منابع النزوات من خلال تضمنه للمناطق المولدة للغلمة، ويدور هما، أي الهو أو صورة الجسم العلائقية، هما ما يسمحان لهذه النزوات بالتمثل على مستواهما .

لذلك حتى وإن كان هذا الجسم معاقا، إلا أن المعنى النفسي الايجابي الذي يصاحب الإدراك هذا الجسم ما قد يسمح بتشكيل صورة جسم علائقية لاشعورية نشطة وحية .

5 - 5 - صورة الجسم ونزوات الموت:

تمثل نزوة الموت الميل إلى خفض التوتر، إلى الرجوع إلى الحالة اللاعضوية، عندما تتوجه نحو الشخص نفسه تترجم التدمير الذاتي ، أما منقلبة على الخارج فتصبح نزوة عدوانية أو ما هو أكثر تدميرية، تزوة التدمير .

(Marson, 2004, p 139)

ونزوات الموت تتفوق أثناء النوم العميق، التيهانات، الغيبوبة، ليست الرغبة في الموت بمعنى الكلمة لكن الرغبة في الاستراحة و السكون، وتتميز بكونها بدون تصور متبق من علاقات مع الآخر، وهي تحرض الشخص على الانسحاب من كل صورة مولدة للغلمة مثلما يحدث في النوم العميق، مثلما يحدث في الإغماء الذي يتبع انفعالا جد قوي، مثلما يحدث كذلك في سلس البول (التبول اللاإرادي) والتبرز اللاإرادي الثانوي .

ففي الحلم مثلا، الشخص لا يتواصل مع الموضوع في واقعه، وإنما مع الموضوع المتوهم أو الموضوع المجتاف و بتبسيط أكثر نقول، أن كل حركية للرغبة لمحو الارتباط حتى وإن كانت بسيطة، تترجم سيادة نزوات الحياة التي ينزع إلى أشكال جديدة أكثر تمايزا و تنظيما، نحو صورة جسم أكثر تطورا و أحسن ترميزا ، نحو الرغبة والحياة، فالطفل ومنذ ولادته كائن رغية، يترع إلى الأمام، إلى التطور و الحياة، بينما كل كف لها، كل انكماش ينبئ بعمل نزوات الموت المؤقت (في الحالات الطبيعية مثل النوم) أو الدائم (في حالة الصدمات النفسية)، الذي يمزق الروابط ليعيد الشخص إلى صورة جسم قديمة تكيفا مع الوضعية، كذلك بشكل مؤقت عرضي أو بشكل يفضح قصور التفاعلات العلائقية المبكرة وعدم اكتمال عمل الخصاءات بالشكل المناسب .

5 – 6 - صورة الجسم وخصوصية الاسم:

بالنسبة لتسمية أطفاله، قال **S . Freud**: "أحرص على ألا تختار أسماؤهم حسب ذوق (موضة) اليوم ولكن محددة من خلال ذكرى الأشخاص الأعزاء، أخيرا، الوسيلة لبلوغ الخلود، أليست بالنسبة لنا هي الحصول على أطفال؟" .

(Dolto, 1984, p 48)

الاسم بما يحمله من معاني متضمنة من طرف الوالدين، سيكون واحدا من الأسس القاعدية الراسخة المكونة النرجسية الطفل وتتوعية إحساسه الأول بالوجود، الذي سوف يتأكد تدريجيا من خلال قصته العلائقية، فصحيح هو ينتمي عن يقين- إلى هذا النوع الإنساني، لكن قد يكون وجوده مرفوضا، وهذا ما قد تحمله نوعية الانفعالات التي يشبع بما اسمه، كما قد ترسو نرجسيته القاعدية، يبرز الشخص

إلى الساحة العلائقية ليختبر ذاتيته من خلال الخطاب الذي يوجه له من طرف الآخر بتحديد الاسم، لذلك إذا نعت الطفل بالمعاق منذ صغره فسيحمل هذا الاسم بما يحمله من عواطف سلبية، لن تسمح باستقرار نرجسية قاعدية تعزز وجود الطفل .

6 - الخصاء المنشئ للرمز:

كلمة خصاء **La castration** تعني بتر وقطع الغدد الجنسية، إذا هي إصابة فزيولوجية تجعل الفرد الذي يتحمله (المخصي) عقيما بما لا إصلاح فيه .

في التحليل النفسي، يعود مصطلح خصاء على السيرورات التي تنم لدى كائن إنسان عندما كائن إنساني آخر يبين له بأن تكملة رغبته - تحت الشكل الذي يريد تقديمه لها- محرم من طرف القانون، وهذا التوضيح يمرر من خلال اللغة الحركية، الإيمائية أو اللفظية، لذلك تلحق بالكلمة صفة المنشئ للرمز **symboligène** لأنها تعطي للمصطلح المعني الخاص به .

(Dolto, 1984, p 78)

6 - 1 - الشروط الضرورية من أجل ضمان البعد المنشئ له من السيرورة الخصاء :

6 - 1 - 1 - اللغة:

يرى **J . Lacan** بأن الإنسان يولد مرتين، مرة كحي ومرة كمتكلم، وفي الولادة الثانية لن تكون بعد الآن الغريزة هي المنظمة للحياة الفردية والجماعية، وإنما اللغة .

(Cartuyvels, 2005, p 79)

و تقصد بها **F . Dolto** اللغة بالمعنى الواسع للكلمة، وبمعنى أكثر تحديدا الكلمات التي تشكل الوسيط لهذه التطورات التي تمثل الخصاءات المتجاوزة .

6 - 1 - 2 - نوعية الراشد:

يتقبل الطفل التحديد و التأجيل لإشباع رغباته، وحين التحريم بعدم إشباعها مطلقا، إذا كان الشخص الذي يقدم له المنع هو شخص محبوب لديه، كما يجب أن يكون الراشد بالنسبة للطفل نموذجا للنجاح الإنساني، إذا امتلك اليقين بأن رغبته أعطيت قيمة أكبر من اللذة، مثقلة و ينظر إليها بشكل جيد من طرف الراشد .

(Dolto, 1984, pp 86,87)

لذلك مكانة صورة الأب الرمزي الحاضر أو صورة الراشد الممثل للاحترام المتبادل والتقبل والتمايز ، يعطي فرصة تقبل للطفل لإعاقته، كونه ينظر أنه اعطي قيمة كبيرة من اللذة والتقبل من قبل طرف الراشد .

6 - 2 - ملاءمة الخصاءات للتصوير الجسدي:

من أجل أن تأخذ الخصاءات قيمتها المولدة للرمز، من الضروري أن يكون التصور الجسدي للطفل قادرا على احتمالها، لذلك هناك وقت محدد لإحداث كل خصاء، وقت أين النزوات السارية قد أحدثت - قبلا- نموا معينا في التصور الجسدي، فالطفل الذي لم يبلغ سبعة أشهر من الحياة الجنينية، غير قادر على تحمل الولادة دون عناية خاصة، أو على ترميز الخصاء السري، كذلك الطفل الذي لم يبق بعد كفاية مع جسم الأم، هوغير قادر على تحمل الفطام دون نكوص إلى مراحل مبكرة من الأيام الأولى لحياته، يبقى أنه مع هذا المتعضي الذي يجعل من الطفل كائن حاجة، يرتبط شخص ذو رغبة .

(Dolto, 1984, pp 85-87)

لذلك يجب مراعاة خصوصية النمو الفيزيولوجي، والنفسي للطفل المعاق حركيا، فلا ينتظر منه ما ينتظر من طفل سليم معافى، بل يحب تحديد معايير جديد للنمو تتوافق مع شكل لاعاقته الحركية، دون مقارنته مع أقرانه من الأطفال المعاقين، فلكل واقع يعيشه و تفرد يميزه .

7 - الخصاءات:

7 - 1 - الخصاء السري:

ترى **F . Dolto** أن ما يفصل في البدء جسم الطفل عن جسم أمه وما يجعله قادرا على الحياة، هو قطع الحبل السري ومن ثمة ربطه، فبقطع الحبل السري يتأصل التصور الجسدي ضمن حدود الغلاف الذي يمثل البشرة، مقطوع من المشيمة ومن أغلفة متضمنة في الرحم .

ترك الحياة المائية الدافئة للانتقال إلى الحياة الهوائية أين الإحساس الاستهلالي هو الاختناق , كلها تغيرات كارثاتية تطبع الولادة، التي من خلالها نترك جزءا مهما مما شكل سابقا في الرحم المتعضي الخاص بنا، جزء بفضله استطعنا أن نكون قابلين للاستمرار من أجل فضاء آخر الذي باستقباله لنا، جعل من المستحيل أبدا العودة إلى الفضاء السابق (الرحم), إلى شكل العيش والتمتع الذي خبرناه .

هناك مصدران مولدان للرمز اللذان يؤسسان الخصاء السري:

- الأول يرجع إلى الأثر العضوي للولادة ضمن استقرار الصحة النفسوجسدية للأم، ومن هنا للثنائي المقترن ضمن علاقتهما التناسلية .

- الثاني هو الأثر العاطفي الذي تجلبه إمكانية عيش الطفل، زيادة أو نقصا لنرجسية كل واحد من والديه اللذين سوف يقدمانه لحياتهما كحامل للمعنى الذي يمتلكانه في تلك اللحظة، وكذا، المصدر الدينامي اللاشعوري المتعلق بنرجسية الوالدين سوف يسند بشكل غني أو فقير نمو الطفل .

ولذلك يجب التكفل النفسي بكل ثنائي رزق بطفل معاق -حركي- حتى يتمكن من القيام بالحداد على صورة الطفل الواقعي وتعزيز وجوده .

7 - 2 - الخصاء الفمي:

الخصاء الفمي للطفل يعني الفطام ومنع استهلاك ما يمكن أن يكون مضرا للجسد، أما الخصاء الفمي للأم فيتضمن تقبل انفصال جسمها عن جسم رضيعها، وأن تكون قادرة على التواصل مع طفلها بشكل أخر غير أن تقدم له فقط الغذاء أو أن تأخله فضلاته أو أن تفترسه بالقيل والمداعبات، يجب أن تتواصل معه عن طريق الكلمات والحركات التي تمثل لغة .

وكثيرا ماتعرف الأم عن ارضاع طفلها لأنها تحسه غريبا، كأنه مشوه لأن به خللا على مستوى أعضائه وكثيرات هن من يدخلن في اكتئاب مابعد الولادة، لأنهن رزقهن بطفل معاق حركي، فينقطع لديها الحليب، لذلك هن بحاجة ماسة إلى الكفالة النفسية وإلى مساندة وتقبل الزوج والعائلة .

7 - 3 - الخصاء الشرجي:

هناك مفهومان لمصطلح الخصاء الشرجي هما:

- **الانفصال:** عندما يتوقف الطفل على أن يكون موضوعا جزئيا محتجزا ضمن تبعية إلى الركن الحامي، خاضع إلى ملكيته وإلى مراقبته الكاملة (التغذية، اللباس، الاستحمام، النوم و التجول) .

- **المنع/التحريم:** أتحرم كل فعل مضر وهدمي بالنسبة للذات مثلما بالنسبة للآخر، والمواضيع المستمرة من طرف الآخر مثل الملكية الخاصة، فيحرم عليه القتل مثلا .

من خلال فضلاته، الطفل يطرح الأم الخيالية المدمجة تحت شكل موضوع جزئي، الذي بعد أبتلاع اختفى و بعد مساره في القناة الهضمية يعلن عن وصوله (آلام عند الإخراج) إلى المؤخرة (المقعدة)، فقد أكل الأم عن رغبة مرتبطة بالافتراسية الخيالية، وها هو يخرج الآن الجزء من الأم الذي عن لذة، انفصل عنه في شكل براز صلب أو سائل، إنها أم خيالية التي يأخذها ويرميها، بينما الأم الواقعية فتعطيه الموضوع الغذائي الجزئي وتسحب منه الموضوع الهضمي المفرغ (البراز) الذي يبدو أنها تشتهيه، هو أشياء جيدة حسب منطق الإدماج، فتأخذ فضلات الطفل بهذا قيمة باعتبارها مواضيع تفترض للتغذية واللذة الأم .

عندما تنمو القدرة الحركية بعد أن كان الخصاء الفمي مولدا للرمز ، و الرعاية الأمومية لمقعد الطفل تترافق بكلمات، بألعاب و بعلاقة عاطفية كاملة مع الأم، ينمو التصور الجسدي متقاطعا مع صورة الجسم، مرتبطا بالعطية المولدة للغلمة الإفراغية وباللذة الوظيفية للقوة العضلية الحركية، لذة تترجم الاهتزازات السعيدة لأطرافه وجسمه، ابتسامته، قراراته و صيحاته .

ومثلما يتم تعليم الطفل المعافى طريقة الاخراج وما يصاحبه من تفاصيل تتعلق بنظافة بدنه وثيابه حتى يرضى عنه هذا الراشد الحامي، يجب كذلك تدريب الطفل المعاق حركيا ضمن حدود استطاعته الجسدية أن يتعلم الإخراج والنظافة بما يحفظ له كرامته الانسانية، دون مقارنة مع أقرانه المعافين .

7- 4 - مرحلة المرآة :

تمثل مرحلة المرأة حسب **J . Lacan** اللحظة التي يبدأ فيها الطفل التعرف على نفسه في المرآة مختبرا فرحا كبيرا، يحدث نوعا ما الالتحام بين لذه رؤية أمه ضمن كليهما، و اللذة في القيام بتحريك جسده الخاص و برؤية نفسه يتحرك، إنه التعرف على استمرارية نفسه كمرحلة قاعدية في نمو الشخصية .

(Voizot ,1977 p 81)

ومرحلة المرآة، لحظة التأكد من الإحساس بالوجود لدى الطفل، التي يمكن أن تكون رمزية بالنسبة له الكينونته في العالم بالنسبة للآخر باعتباره فردا وسط الآخرين، يمكنها أن تكون مقيدة للرمز بالنسبة لصورة جسمه، من خلال رؤية هذا الشيء الذي يمثل جسمه الخاص دون التعرف عليه بأنه له مظهر لآخرغير معروف، صورة ينكر بأنها تخصه، هذه الصورة التأملية يجب إذا بالنسبة له أن تتطابق مع الخبرة المعروفة قبل تلاقي تصوره الجسدي مع صورته اللاشعورية .

اللغة الإيمائية والعاطفية التي أسسها الطفل مع العالم المحيط لا تجلب له أي إجابة فيما يتعلق بهذه الصورة التي يلاقيها في المرآة، والتي يدرك أنه الوحيد السبب فيها لأنه لم يلتق سوى سطح بارد وليس طفلا آخرا، وأنه إذا ابتعد من أمام هذا السطح البارد فإن الصورة تختفي، على عكس جميع الخبرات الأخرى، لذلك فالصورة التأملية لا تأخذ معنى الخبرة الحية إلا من خلال الحضور جانبا الطفل، لشخص معه صورة جسمه وتصوره الجسدي يتعرفان على بعضهما، في نفس الوقت الذي يتعرف فيه على هذا الشخص داخل السطح المستوي للصورة التأملية، وإلا فهناك خطر بسبب المرآة أن تتلاشى صورة جسمه دون أن تتخذ الصورة التأملية معنى بالنسبة له .

إنها خبرة المرآة فقط هي التي تقدم للطفل صدمة إدراك بأن صورة جسمه لا تكفي للإجابة للآخرين عن كينونته المعروفة لديهم، بأنها إذا غير كاملة وهذا لا يعني بأن الصورة المرآوية تجيب

عنه، هذا الجرح النهائي المتعذر إصلاحه خبرة المرآة، يمكن تسميته الثقب الرمزي الذي منه ينجم عدم تكيف صورة الجسم والتصور الجسدي .

إن تكرار خبرة المرآة يطعم الطفل ضد الذهول الأول، وبالتالي عدم وظيفة عضو لا يلغي وجود الشهادة المرآوية بأنه مهما حصل لن يكون أبدا قابلا للتجزئة، لأنه بالنسبة للآخرين الذين ينعكسون مثله، غياب مظاهرهم لا يصيبهم في تكامل كينونتهم ككل، بأنه يستمر في لقائهم مثل قبل، ضمن دفء التبادلات، تعارض أو توافق الرغبات بينه وبين الآخرين، لكن في حال لم يحدث هذا، من خلال هذا الثقب، تحدثت **F. Dolto** عن الفراغ، عن علاقة مرآوية غريبة، غير متطابقة، التي تتمثل في قناع حي، هنا المرآة تسمح للطفل ملاحظة نفسه وكأنه آخرالذي لن يلتقيه أبدا، فهو يرى نفسه، ولكن كل رغبة في التواصل مع الآخر تكون محبطة، فيجد نفسه داخل هذه النافذة الغريبة، خديعة، طعم لآخر الذي لا يعرفه و الذي لن يعرفه أبدا، و في مكان كان ذو حجم ودافئ ، هناك سطح مستوي وبارد .

صورته تختفي من هذا السطح عندما لا يكون أمامه، وتظهر عندما يعود أمامه، تصبح بالنسبة له خبرة ملازمة لحضوره، لكنها خبرة فقط مرآوية، بدون إجابة، دون تواصل، نداؤه وحركته في المرأة هي نفسها، نتداؤه يخاطب هذه الصورة لكنه لا يسمع سوى صوته الخاص، لا وجود للآخر لكي يجيبه، بهذا المعني هي صورة مستعبدة ومستلبة إذا لم يكن هناك في الفضاء شخص يعرفه، والذي معه أمام المرأة، يظهر له بأنه هو كذلك يستجيب إلى نفس شروط الانعكاس على هذا السطح المستوي البارد .

هناك هنا خبرة خديعة وفخ في لقاء الأخر، فالصورة المرآوية تصبح البديل اللاشعوري لصورة الجسم اللاشعورية، وتحدث لدى الطفل إنكارا وتجاهلا لعلاقته الحقيقية مع الآخر، مثل هذا الفخ الذي خلقه المظهر، فخ لما هو ليس كائنا حيا ولكن مظهرا جزئيا، قناع لكائن حي، فلا يكتشف التكامل الظاهر أولا، الطابع المنشيء إلا إذا أشبعت نرجسيته ورضت بالصورة التي يراها في المرآة إنه هنا، لحظة التماهي الأولى أصل النرجسية الأولية التي تتبع النرجسية الجوهرية، فتتخذ نرجسية الطفل هنا معنى لها من لاشعور الأم وترتبط به وتخضع للشكل الذي تنظر به إليه .

(أمينة بلحاج، 2010، ص ص 136-138)

لذا، فشخصية الطفل تتشكل من خلال مرآة الآخر، ومثلما يتوحد جسم الطفل من خلال المرآة زجاجية، يدرك عبرها الطفل المعاق حركيا، أن له جسم كامل وملتصق ببعضه البعض، كذلك يأخذ كل عضو في جسده معنى وبعدا رمزيا من خلال مرافقة الآخر(أم – فرد حامي) له ضمن هذه الخبرة، فمن خلال الملامسات التي تقدمها للأم للعضو المصاب أو المشلول، تقبلها له كجزء من جسم طفلها المحبوب يستقبل الطفل هذا العضو و لايدركه كعضو مشوه أو مبتور... إلخ، بل عضو لديه وظائف أخرى ليس فقط الحركة، أولها لأنه جزء من هذا الكل (الجسم) الجميل المحبوب من طرف الأم .

7 - 5 - الخصاء الأولي : خصاء تناسلي غير أوديبي:

يتمثل في اكتشاف الفرق الجنسي بين الفتيات والصبيان، والرؤية الواضحة بالنسبة للصبيان لغرابة عضو الفتاة الجنسي بمثابة صدمة ونفس الأمر بالنسبة للفتاة .

إنه هنا أين يجب سند الخصاء التناسلي ضمن كلمات هو مرمزة توضح بأن كلا الوالدين مشتركين في عملية الإخصاب، أي أن الطفل ينتمي إلى كليهما، وعندما يسأل الصغير عن الجنس، يجب أن يفهم بوضوح بأن هناك اخصابا للكائنات الإنسانية، بمعنى المسؤولية الإنسانية عن الأبوة والأمومة وليست تفاصيل العلاقة الجنسية، لأن هذه الحقيقة إذا لم تميز بما يتناسب مع فهمهم، فسوف يتخيل هؤلاء الأبرياء الفعل الجنسي على أنه وظيفي بحت (قمتم به على حسب عدد الأولاد)، فيلصقون الطابع الحيواني للقاء الأول الذي يرغبون فيه كرجال ونساء في المستقبل .

(Dolto, 1984, pp 164 -175)

7 - 6 - الخصاء التناسلي الأوديبي:

منذ أن يمتلك الطفل المعرفة بانتمائه القطعي و النهائي إلى جنس واحد، صورة جسمه تتغير بالنسبة له، إنها شعوريا تلك التي يجب أن تتلاءم في الواقع مع جسم سيصبح فيما بعد جسم امرأة أو جسم رجل .

7 - 6 - 1 – الصبي :

الصبي هو أكثر مباشرة في الأوديب، إذا أحس بأن أمه تقدر والده فسيفخر به، وسيبحث عن التماهي الكلي معه لنحصل على الامتيازات التي لدى والده ضمن الخصوصية مع أمه، وهنا أين يستحسن على الأب أن يقدم لإبنه الخصاء قائلا له :" إنه من المستحيل مطلقا أن يحب إبن أمه مثلما يحبها رجل آخر، وهذا ليس لأنك صغير وأنا كبير، بل لأنك ابنها ولا يمكن مطلقا لإبن وأمه أن يتزوجا وينجبا الأطفال".

الأمر الذي قد يؤدي إلى مشاكل على مستوى استقرار الهوية الجنسية لدى الذكر خاصة، أو التثبيت في مرحلة من هذه المراحل بشكل صدمي، فالاختلاف لايعني أبدا الشذوذ، لذلك من المهم جدا مرافقة هذه الخبرات باللغة والعاطفة المسندة، حتى لايظن الطفل المعاق حركيا بأنه باختلافه عن الأطفال الآخرين، اين يستطيع مستقبلا أن يحضى بشريك حياة .

7 - 6 - 2 – الفتاة :

الفتاة تدخل في الحياة التناسلية ضمن هدف غواية أحد يجعلها أما مثل والدتها ، فبالنسية لها الرجال لديهم القضيب و النساء لديهن الأطفال، والرغبة في التماهي مع أمها تقودها - إذا كان الثنائي على وفاق - إلى الرغبة في الحصول على الامتيازات التي خص بها والدها أمها، يتمظهر هذا التماشي أولا من خلال رغبتها في الزواج من أمها اعتقادا منها بأنها تنجب الأطفال هضميا فالحمل و المخاض في هواماتها أشياء أنثوية بحتة .

(أمينة بلحاج، 2010، ص ص 139،140)

8- ثمارالخصاءات :

قصدت **F . Dolto** سيرورة التسامي التالية:

- ثمرة الخصاء الفمي (فطام جسم الرضيع عن الجسم المرضع) هو إمكانية ولوج الطفل إلى لغة لا تكون مفهومة فقط من طرف الأم، وهذا ما يسمح له بعدها بالاستقلالية ؛

- ثمرة الخصاء الشرجي (انفصال جسم عن جسم حامي طفل/أم) المقدم من طرف أم مطمئنة ومساعدة بحضورها اللفظي، بعد الطفل للرضا بحاله ضمن القضاء و الحيز الحامي، ليقوم بتجاربه الخاصة ويكتسب استقلاليته التعبيرية والحركية المتعلقة بحاجاته وبعدد من رغباته، فينمو بسلامة نحو أوديب موافق للأخلاق السائرة في ثقافته ؛

- ثمار الخصاء الأوديبي تتمثل في تأقلم الطفل وتكيفه مع جميع وضعيات المجتمع، فلن يعيش بعد الآن مطلقا من أجل فقط أن يرضي، ويتمتع بالأب والأم، بل من أجل نفسه والحيز العلائقي المنفتح ككل؛

- فيما بعد الأوديب، إنه الحداد في الواقع على أحلام اللذات التي يقر الطفل بأنه لا يمكن تحقيقها، متماهيا مع الراشد المحرم الذي يحبه ويحترمه، فيدخل مع جميع وعود المستقبل من أجل الوقت أين يصل مع البلوغ إلى النضج التناسلي .

(Dolto , 1984 , pp 72 -76)

9 - النرجسية حسب F.Dolto:

النرجسية هي قوة حيوية، شيء ما كالقوة التي يمنحنا إياها الإله داخلنا والتي لا يمكن إنكارها .

(Dolto, 1989, p 15)

و قد ميزت **F . Dolto** بين ثلاث مراحل نرجسية هي:

- النرجسية الأصلية : ومرتبطة بتحمل المولود الجديد للخصاء السري، بمجرد أن ينجو من الولادة مكتشفا استقلاليته التنفسية وعلى مستوى باقي الأجهزة .

- النرجسية الأولية : تنتج من خيرة المرآة التي تعكس للطفل وجهه، هذه الحيرة ملازمة لمعرفته لجسده كذكر أو أنثى .

- النرجسية الثانوية :على الطفل من الآن وصاعدا أن يتحكم في هذه الرغبات، أن يفرق بين التفكير والفعل، وأن يتعلم الفعل باسمه، وهذا ما يشكل هوية الشخص ضمن الجماعة الإنسانية .

(Dolto, 1984 ,p 200)

فكلما تم شحن نرجسية الطفل المعاق حركيا، وتعزيز تميزه وتفرده، وتوجيه رغبته نحو ماهو قادر على انجازه ضمن خصوصيته الجسدية، سينمو بصورة لاشعورية هوية للجسم ومشبعة بالطاقة للتقدم .

10- أمراض صورة الجسم

10 - 1- أخطار تشوه صورة الجسم أثناء الحمل :

قد لايجب أن نتفاجأ إذا من وجود بعض الانقطاعات أثناء فترة الحمل - حتى وإن كان الجنين فزيولوجيا سليما - تمنعه من تشكيل صورته الجسمية الأولى و إسناد نرجسيته الجوهرية، فأثناء الحياة الجنينية التكافلية أين استقرار الثنائية حنين/أم هو جد مهم من أجل صيرورته الإنسانية، يكفي أن يتحمل الرابط المبكر مع الأم إنقطاعات مؤذية جراء صدمات نفسية مؤثرة على المرأة الحامل وقادرة حتى على زعزعة معن الحياة لديها تجعلها تنسى وجودها الخاص، زوجها و حتى الجنين الذي تحمله .

(Dolto, 1984, p 209)

إذا وحده الحفاظ على هذا الرابط اللاشعوري للرغبة بين الجنين والأم، هو ما يسمح الطفل بالعيش بسلامة و بطريقة صحية حياته الجنينية .

10 - 2 - الصدمات المبكرة أثناء الولادة :

هناك شيء منشا به لدى الأطفال الذين أمهاتهم يصبن بنزيف في المشيمة أثناء الولادة، وكأنهم في انقطاع مع الرابط الرمزي مع أمهاتهم، وهن كذلك في انقطاع مع الرابط الرمزي مع أطفالهن أثناء الساعات التي يكن فيها في خطر الموت، و الطفل كذلك في حالة إنعاش، هؤلاء الأطفال يعيشون و كأنهم

قد ماتوا أثناء الولادة، إنه التناسق شخص/صورة الجسم/تصور الجسدي الذي لا يمكنها أبدا أن يتشكل، لأن التوجه نحو الحياة (الرغبة) بالنسبة لهم يعين المخاطرة بالموت .

ضمن هذه الفراغ العلائقي للوالدة مع طفلها، الفرح يعطي مكانا لقلق الموت الوشيك، يتجاهل جنس الرضيع، ويحاط هذا الأخير بهوامات قاتلة من طرف الأب غالبا، لأنه تسبب بالخطر القاتل المميت لأمه.

إذا توفيت الأم بعد زمن أرضعته واهتمت به فيه، فسوف يحس وكأن الأم رحلت خاطفة معها الثدي بدون علم أحد، خاصة إذا رحلت دون أن تستطيع بنفسها أن تطمئن الطفل بأنها تستأمن شخصا آخر عليه لتأخذ معها الفم العلائقي و اللغوي للرضيع، لذلك فالموت المبكر للأم التي تعتني كليا بطفلها يمحو مكان الرابط في جسم الطفل، الذي يمثل وساطته إلى اللغة وإلى الوجود الإنسان الذي زوده به هذا الراشد الفريد، فيواصل التواجد مثل باقي الثدييات، لكنه يفقد ما كان إنسانيا وبشكل فريد تحييه وينعشه .

فالنرجسية المتصدعة في العمق والمضعفة للمستقبل تترجم جراحها على مستويين:

- الجرح على مستوى علاقة الشخص بجسمه الخاص، بمجرد أن صورة الجسم قد يترت من منطقة مولدة للغلمة رحلت مع الراشد المعتني، والتي هي منطقة الشم والابتلاع .

- الجرح الأعمق هو فقدان العلاقة التي سبق لها التواجد والجد قوية أحيانا بين الرضيع والأم، وهذا الجرح لا يمكنه أن يلتئم إلا من خلال الكلام الصادق، الصادر عن شخص يعلم الطفل بأنه كان على وفاق مع أمه، يحدثه عن الخبرة الصدمية التي عايشها معها .

(Dolto, 1984, pp. 211-213)

إذا هو الكلام وحده ما يمكنه بشكل رمزي إعادة إقامة التناسق الداخلي للطفل، فلا يمكننا إذا أردنا مساعدته على تجاوز محنته أن نجعله يختزل ألمه، بل علينا إسناده لتجاوز هذا الألم .

الأم التي تصاب بنزيف في المشيمة أثناء الولادة، قد يؤدي ذلك إلى انقطاع الرابط الرمزي لها مع جنينها أثناء الساعات التي تكون فيها في خطر الموت، وكذلك انقطاع ذات الرابط من ناحية الطفل الذي يكون في حالة انعاش، فهؤلاء الأطفال يعيشون و كأنهم قد ماتوا أثناء الولادة، إنه التناسق شخص لصورة جسم التصورالجسدي الذي يمكنه أن يشكل، لأن التوجه نحو الحياة بالنسبة لهم يعني المخاطرة بالموت .

10 - 3 - الفطام واخفاقاته :

في الحالات الشديدة للفطام المفاجئ أو الذي يتم عن طريق الترك أو موت المرضعة (الأم)، ما يمكن أن تبقى من الرضيع كشخص راغب **Un sujet désirant** يتمظهر من خلال نكوص في السلوك، يعود إلى ما تبقى من الهوامات السابقة للصدمة، أين كل ما قد ساهم قبلا في تشكيل الصورة الممسكة للفم واللسان، ضمن اتصال الرغبات بقدر الحاجات (إستناد)، يمكنه أن يعاود الظهور بشكل يقهقر من إمكانيات تصور جسدي مرتبط فيما بعد مع صورة جسم لاشعورية في اتصال مع الأم، لذلك تطلق **Dolto** على هذا الشكل من الفطام اسم الفطام المتوحش مكان الفطام المؤنس (المهذب) . صورة الحنجرة وتجويف الفم يمكن أن يفقدا، كذلك كفاءات الإصوات حتى التي اكتسبها الطفل سابقا وهذا ما يماثل الدخول في حبسة نفسية المنشأ دون إصابة حاسة السمع، وعندما يتعلق الأمر بصورة الجسم الأكثر قدما، أي الصورة التنفسية، التي عليها ترتكز النظم القلبية - العرقية والإعاشية يمكنها أن تتلف من خلال المعاناة العاطفية المتولدة من التقليص والترقيق المؤلم للرابط رضيع/أم .

10 - 4 - العمرالفمي، الشرجي والمراحل اللاحقة حتى الخصاء الأولي :

من آثار الفطام المرمز بشكل سيء، نجد رعب الالتهام لدى الأطفال، ففي الظلام يتخيلون ذئابا أو تماسيح يمكنها أن تلتهمهم، وكأن المناطق المولدة للغلمة الفمية التي لم ترمز بشكل كافي (على أنها تخصه) يمكنها التحول في الفضاء والإمساك بهم كموضوع لرغبتها .

عندما يتعلق الأمر بطفل قبل اكتساب المشي، إذا لم يكن لديه على الأقل في متناوله مص الإصبع المنقذ فإن احباطات خفض توتره لا تجد بالنسبة له كمكان للقلق إلا ما يمثل بالنسبة له كرابط مع الأم، مع اضطرابات للقناة الهضمية، سلس البراز، سلس البول، التهاب الحرقوة (التهاب الأنف والبلعوم)، التهاب الأذن .

عندما تكون المناطق المولدة للغلمة، الوجه، الفم، فتحة الشرج والردفين المرتبطة بالقوات الفمية و الشرجية مدمجة مع اللذة، ليست في علاقة لغة مع الأم المرضعة ولا مع صور وظيفية (الصور الوظيفية القمية للتقلص الاستداري غير المضطرب من الفم حتى فتحة الشرج) ولا مع الصورة القاعدية المتمثلة في (البطن، المعدة، المعي) سليمة، فإنه يكون هناك نكوص للشخص إلى صور قلبية تنفسية وتقلصية استدارية مضطربة، قد يكون هناك نداء إلى العودة المستحيلة للأم الجنينية في حالة عدم التعرف الشمي، أو نداء بلا جدوى للأم اللمسية و الصوتية ، وهذا ما يحدث شكلا من أزمات الربو، التشنج في الشهيق والزفير والتهاب الحنجرة .

(أمينة بلحاج، 2010، ص ص 146،147)

10 - 4 - 1 - الخصاء الشرجي وإخفاقاته :

يتم الترميز في هذه المرحلة تبعا لبعدين :

- فضاء الأمان: هو ذلك الذي فيه يترك الطفل على حريته، والذي فيه تستثمر الأم كلمات مساعدة ضمن جميع الانشغالات التي يمكن أن تجدها في هذا الفضاء في غياب الأم، أما بتقليص فضاء الأمان الراجع إلى كلمات متعلقة بمنع اللمس والحركة، وإلى تحديد حيزه الحر في الحياة، الطفل سوف يحس بأن رغباته ومبادراته مولدة للقلق بالنسبة لأمه .

- زمن الأمان: مدة الانفصال عن الأم أو كل شخص حام هي كذلك مرجعية للأمان، هي المدة التي يمكنها أن تكون متلائمة مع الإيقاع الضروري من أجل العودة المغبطة، وهذا الانفصال هو الذي ينظم صورة الجسم المتقاطعة في الزمن والفضاء مع التصور الجسدي، ضمن نسيج من العلاقات بين رغبته و العالم الذي يحيط به .

إذا الطفل لم يستطع تجربة و اكتشاف على إيقاعه الفضاء الذي يحيط به ، وكان قد بلغ منذ أشهر عديدة من النمو العضلي الذي يسمح له بذلك، بأن يحمل دائما داخل المنزل، وخارجه ينقل بواسطة المدفوعة أو السيارة، هذا الطفل لن يقوم إلا بخبرات بصرية خيالية بالنيابة و بالتماهي مع الآخر، وفي هذا السجن، نزواته الشرجية بدون مخارج، مقموعة بدون كلمات، غير مرمزة، تثبت لتستخدم على السجل الفمي الخيالي بتوهم كل الاستطاعة المرتبطة بتصور جسدي مجهول، غير عاجز ولكن غير مختبر، يكون دائما بدون علاقة مع الصورة الوظيفية للجسم التي يشكلها الطفل، ليس بالخبرة، وإنما بالتماهي مع الآخرين، بالنظر إليهم يتحركون ويسيطرون على الفضاء .

فشل الخصاء الشرجي المولد للرمز يدخل الطفل في لعبة الاحتفاظ عن طريق الإمساك أو الإفراغ في الإسهال، وفي جميع الحالات بشكل لاشعوري غير منحكم فيه، فالإمساك قد يكون إشارة لكف العلاقة الحركية مع العالم الخارجي لأن الطفل لم يهيء لها، كما قد يصاب بالإسهال عندما آثار إثارة حركية لا يمكنها أن تترجم بشكل آخر، و تكبت فيما يخص تصرفات جسمه والهيكل العظمي العضلي على مواضيع العالم الخارجي .

فكيف بالطفل المعاق حركيا، الذي فعلا عاجز عن الحركة وليس ممتنعا أو ممنوعا عنها، هم غالبا أطفال ملاحظون، يتميزون بالخيال الواسع، لكن قد يذهب هذا الخيال إما لتوهم الاستطاعة المطلقة، يبقى الطفل حبيسه ولا يتقبل واقعه المعاش، أو يحبط بشكل صدمي لأنه محروم نهائيا من الحركة، لذلك فهذه الاحباطات إذا ما روفقت باللغة المرمزة من طرف راشد حامي، يستقبل الطفل شيئا فشيئا اعاقته و يحاول التعويض في جوانب أخرى ة تحفيز قدرات أخرى يمتلكها .

10 - 5 - المرحلة التي تلي الخصاء الأولي- المرحلة الأوديبية ومرحلة الكمون :

الوالدان اللذان مرا بأوديب صعب أو خصاء سيء يعيشون في غموض علاقتهم العاطفية مع أطفالهم، أو عندما يقوم الأب لوحده يوضع قانون المنزل ضمن سجل نزواته الفمية الشرجية والإحليلية، المشبعة ضمن السلوك البارانوي, سيظن الطفل برؤيته لهذا الذكر المسيطر على امرأة مذعورة، بأنه فقط من خلال النزوات الإحليلية - الشرجية أين يصبح الرجل مواطنا ذو قيمة في المجتمع .

(Dolto, 1986, p 134)

خلاصة الفصل:

من خلال ماتطرقنا إليه في هذا الفصل حول مفهوم الصورة اللاشعورية للجسم، وقفنا على أهمية البناء السوي للجسم لهذه صورة من أجل إرساء البنى الأساسية لتشكيل شخصية سوية ومستقرة لطفل، لذلك كل خلل أو اختلاف في مكونات هذه الصورة سيؤثر لامحالا على نوعيتها، وهذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال إسقاط هذا المفهوم على الطفل المعاق حركيا في الفصل الموالي .

الفصل الثالث

الطفل المعاق حركيا

تمهيد :

نال مجال الإعاقة الحركية اهتماما كبيرا في الدراسة العلمية، من خلال ظهور وسائل وأدوات جديدة يستعملها الفرد المعاق، ويرى البعض أن الإهتمام بالمعاقين يرجع إلى تغيير نظرة الأفراد المجتمع، الذين أصبحوا يعتبرونهم كجزء من الضرورة الإجبارية التي تحتاج إلى التنمية للإستفادة منها، وسوف نتناول في هذا الفصل تعريف الإعاقة والطفل المعاق، ومبادئ النمو الحركي، وخصائص الإعاقة الحركية وأسبابها وتصنيفاتها، وكذا الصعوبات التي يعاني منها المعاقين حركيا، وفي الأخير الوقاية منها.

1- تعريف الإعاقة الحركية:

لغة:

إعاقة الشيء يعوقه عوقا، والتعريف يعني المنع والاستعمال، يمنعه عن أداء نشاطه بكيفية عادية سواء هذا العائق ماديا أو حسيا أي كل العقبات والعوائق وأنواع العجز التي تقف في طريق الشخص سواء داخلية أو خارجية .

(قاموس ابن منظور جمال الدين، 1983، ص 25)

اصطلاحا:

هي عائق جسدي يمنع الفرد من القيام بوظائف حركية أو حسية أو كليهما معا، مصحوبة باختلاف في التوازن الحركي ويحتاج الفرد المصاب إلى برامج نفسية وطبية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته على تحقيق أهدافه في الحياة .

(سيد فهمي، 2000، ص 12)

وهناك عدد من التعريفات للإعاقة الحركية تلخص في النقاط التالية :

أ ـ عرف **فهمي** المعوق بأنه الفرد الذي لديه عيب يتسبب في عدم إمكانية قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية وتكون هده الحالة إما ناتجة عن حادثة أو مرض أو تكون خلقية.

ب ـ أما **الروسان** فقد عرفها بأنها حالات الأشخاص الذين يعانون من إشكال معين في قدرتهم الحركية بحيث يؤثر ذلك على نموهم الانفعالي والعقلي والاجتماعي، وتنطوي حالات الاضطرابات الحركية أو الإعاقة العقلية تحت هذا المفهوم مما يتطلب الحاجة إلى التربية الخاصة .

جـ - ووضح **السهو** أن الفرد المعاق حركيا هو الشخص الذي لديه إعاقة جسدية تمنعه من القيام بالحركات اليومية بشكلها الطبيعي نتيجة إصابة أدت إلى ضمور العضلات أو نتيجة مرض معين ،وقد يكون فقدان الحركة مصحوب بفقدان حسي أيضا في هذه الأعضاء المصابة مما يستدعي ضرورة تطبيق البرامج الطبية والنفسية والاجتماعية لمساعدته في العيش بقدر أكبر من الاستقلال ويساعده في دمجه بالمجتمع .

دـ أما **رمضان القذافي** فإنه يبين أن هناك أربع أنواع للأشخاص الذين يطلق عليهم مصطلح المعوقين حركيا وهي :

1- المعاقون بسبب الحروب وإصابات العمل أو الكوارث الطبيعية أو عدوى الأمراض؛

2 - المعاقون نتيجة إصابتهم باضطرابات في النمو؛

3- المعاقون نتيجة إصابتهم بالشلل الدماغي وهو مرض ناتج عن إصابة في بعض مناطق المخ؛

4 - المعاقون نتيجة إصابتهم بمرض شلل الأطفال .

(عصام حمدي الصفدي، 2007، ص ص 18،19)

2- تعريف الأطفال المعاقين حركيا:

هم الأطفال الذي يصابون إصابة الجسمية دائمة وتؤثر تأثيرا حيويا على ممارستهم لحياتهم الطبيعية ، بصورة تامة أو نسبية كما يقصد بالإعاقة الحركية(الجسمية) جميع الجوانب التي لها علاقة بالعجز في وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم، سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة كالأطراف أو المفاصل أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية كالقلب أو الرئتين، وعليه فالمعاقين جسميا هم أصحاب العجز في الجهاز الحركي، وما يترتب عنه من كسور أو بتر أو شلل لهذه الأطراف .

(عمر عبد الرحيم نصر الله، 2008، ص 34)

3- مبادئ النمو الحركي:

النمو هو التغيرات الجسمية والحسية والفسيولوجية من حيث الطول والوزن والحجم، والتغيرات التي تحدث في أجهزة الجسم المختلفة والتغيرات العقلية المعرفية والتغيرات السلوكية الانفعالية والاجتماعية التي يمر بها الفرد في مراحل النمو المختلفة.

3-1- القوانين العامة للنمو:

لقد أسفرت الدراسات والبحوث في علم النفس النمو عن التوصل إلى عدة قوانين ومبادئ وخصائص واتجاهات عامة تلقي الأضواء على النمو النفسي وتفيد في عملية التربية والتعليم والعلاج النفسي وفي عملية توجيه السلوك والتنبؤ بسلوك الفرد، وهذا يؤكد بصفة عامة أن النمو علم له حقائقه الموضوعية وقوانينه العلمية ونظرياته .

3-1-1- أهم المبادئ والحقائق والقوانين العامة للنمو ما يلي:

1- النمو عملية مستمرة متدرجة تتضمن نواحي التغير الكمي والكيفي والعضوي والوظيفي؛

2- النمو يسير في مراحل؛

3- كل مرحلة من مراحل النمو لها سمات خاصة ومظاهر مميزة؛

4- سرعة النمو ليست مطردة؛

5- المظاهر العديدة للنمو تسير بسرعات مختلفة؛

6- النمو يتأثر بالظروف الداخلية والخارجية؛

7- الفرد ينمو نموا داخليا كليا؛

8- النمو عملية معقدة لجميع مظاهره متداخلة تداخلا وثيقا مترابطة ترابطا موجبا؛

9- الفروق الفردية واضحة في النمو، وكل فرد ينمو بطريقة وأسلوب خاص به؛

10- النمو يسير من العام إلى الخاص ومن الكل إلى الجزء؛

11- النمو يتخذ اتجاها طويلا من الرأس إلى القدمين ؛

12 - النمو يتخذ اتجاها مستعرضا من المحور الرأسي للجسم إلى الأطراف الخارجية؛

13 - النمو يمكن التنبؤ باتجاهه العام؛

2-3- توضيحات في نمو الطفل الطبيعي وغير الطبيعي:

عندما ينطلق المولود السوي الجديد إلى الحياة فإنه كما نعرف يتصف بالعجز التام وعدم الانتباه لكل ما يحيط به وفهم ما يوجه إليه، مع أنه يملك كل إمكانيات المساعدة على نموه، فهو الآن لا يستطيع استخدامها والاستفادة منها، حتى وإن كان صحيحا معافى فهو يستطيع استخدامها بدون شك.

والتعقيد المتزايد الذي يحدث في سلوك الطفل من سنة إلى ثلاث سنوات هو أمر دراماتيكي وهذه التغيرات في العقل والجسم تشمل زيادة في العمق في فهم عالم الأشياء والناس وبروز قدرات التقليد، والمشاركة في التظاهر باللعب والاتصال وكذلك تغيرات بشكل العلاقات الاجتماعية بين الأطفال ومن يتولون العناية بهم وكل من هذه الانجازات مهم في حد ذاته .

وبشكل أكثر وضوحا فإن كلا منهما يمثل خيطا واحدا في النسيج الذي يكون شخصية فردية متميزة، فلو راقبنا الطفل الرضيع فإننا سنكتشف أمور مستجدة كل يوم، فهو يمص ويبلع ويرضع ويحصل على الحليب من ثدي أمه أو من زجاجته المحضرة له في كل وجبة، ففي البداية لا يستطيع أن يرى جيدا حتى ولو كانت عيناه مفتوحتين، وبعد بضعة أيام تبدأ عيناه بملاحقة أشياء ملفتة ومثيرة له، وبعد أشهر ينظر إلى من يتحملون حوله، ويبتسم لأمه لأول مرة، وفي شهره السادس فإنه يميز بين أمه وغيرها، الوليد لا يستطيع استخدام أطرافه بمرونة وبمهارة وإتقان، فهو يستخدمها بفوضى كونها تمنحه اللذة والمرح وهذا كل ما يبتغي الآن، وبعد ثلاثين يوما فقد ينجح في استخدام فمه عبر الإبهام ويبدأ بالمص، وفي شهره الثالث، فقد يسعى الى الوصول إلى الأشياء التي تجذبه مكتشفا يديه ناظرا إليهما باستهجان ، وبعد ذلك يتعلم القبض على الأشياء وحملها إلى فمه ويبدأ باكتشاف وجه أمه عبر لمسها وبعد ذلك فقد يعتمد على استخدام اليدين ويلعب بلعبة ناقلا لها من يد إلى اليد الأخرى .

وبعد النصف الأول من عامه الأول، فقد يرفع رأسه ويلتفت لمن حوله ويحاول القعود وفي عامه الأول يحاول القيام ماسكا بحافة تخته لكي يقف لوحده .

إذن في الفترة مابين سنة وثلاث سنوات تنفجر الطاقة لدى الأطفال، يتسلقون ويبحثون ويفحصون كل شيء في عالمهم الصغير، ولا يقوم الأطفال فقط بإعلان استقلالهم بل أنهم يحاولون بنشاط إثبات ذلك بإظهار العناد، والقيام بما يحلو لهم وفي هذه الفترة يستطيعون تقوية رابطة الثقة مع من يتولى العناية بهم أساسا، وهذا يمكنهم من التحرك إلى الأمام نحو زيادة إحساسهم بأنفسهم، ولديهم الآن سيطرة كافية على قواهم الجسمية بحيث يكونون على درجة من الثقة في جهودهم للسيطرة على عالمهم المادي .

3- 3 - نمو الدماغ:

يستمر الدماغ في التطور بسرعة من سنة إلى ثلاث سنوات، وعند الولادة تكون طبقة العليا من دماغ للإنسان المعروفة بالقشرة كغطاء للمناطق السفلى، وتتلقى وتنقل الإشارات وتسيطر على الأفعال الجسدية، وهي الجزء الأقل تطورا من الدماغ عند الولادة ولكن مع التعامل مع الناس والأشياء يبدأ دماغ المولود حديثا بزيادة فتحاته والطبقة السطحية وقدراته على التفكير، وجغرافية القدرة الفكرية هذه لا تتطور بطريقة تلقائية ودفعة واحدة، بل يتماشى مع نمو الدماغ .

كذلك يتماشى التقدم الحسي والحركي لطفل مع نمو دماغه، فبعض نواحي الدماغ المسيطرة على حركات الجسم تنمو قبل غيرها أما الأجزاء المرتبطة بالتكلم والتفكير فقد تتأخر في النمو فلا تستطيع مع هذا التقرير و القول ما إذا كان الولد ذكيا أم لا، لكننا نلاحظ بعد ذلك أن الوعي لديه يزداد تدريجيا ونستخلص انه بدماغه أصبح قادرا على التذكر لوقت الغذاء أو الحمام فتظهر عليه علامات السعادة والمرح .

إذَن تعتبر السنتان الأوليتان فترة نمو سريعة للطبقة العليا من الدماغ وترتبط هذه التغيرات بالقدرات السيكولوجية للطفل في عامه الثاني الجديد وعلى سبيل المثال فإنه خلال السنة الثانية ترتبط الأجزاء المختلفة للدماغ نتيجة لذلك ، إذ أن مراكز الدماغ المسؤولة عن العاطفة وتلك المسؤولة عن المعلومات الخاصة بالرؤية والأصوات تصبح أكثر ارتباطا، وينتج عن هذه التغيرات بروز مهارات أكثر تعقيدا مثل الوعي الذاتي، التخطيط وحل المشاكل، السيطرة الاختيارية على السلوك والتقاط اللغة، فيتضح لنا أن متابعة الطفل لوسطه يزداد وينمو ويحيا درجة بدرجة وعندما يبدأ بالحبو فقد يتحسس محيطه محاولا تجريب كل الأشياء وتفحصها والتعرف عليها .

وعندما يبدأ عامه الثاني فإن مساهمته في حياة أهله تنمو وتضطرد وتزداد وتنسجم مع حياة الذين هم أكبر منه ويتكيف سلوكه مع متطلبات غيره من الناس ، ويكفي حاجاته ويحصل على ما يزيد في الأسلوب والطريقة المناسبة، فانتقاله من الرضاعة إلى الطفولة الثانية أمر متعب له ولأمه معا .

وهكذا كلما زاد العمل الذي يؤديه الدماغ كلما زادت قدرته على العمل ، وكل طفل ينسج نسيجه الخاص به، والناس والأشياء في البيئة يزيدون المادة الخام لهذه التحفة الرائعة .

والأجزاء الأخرى من الدماغ التي تتطور بسرعة في هذا الوقت هي مناطق الارتباط وهي المسؤولة عن أجزاء التفكير والكلام وتقوم القشرة الحسية بتلقي الرسائل من الحواس(النظر، السمع، اللمس، الذوق، الشم) وتمررها إلى مناطق الترابط لترجمتها وتحليلها، إن نضج هذه الدوائر المعقدة للدماغ

تمكَن الأطفال في عامهم الثاني من أن يصبحوا واعين لأنفسهم ويبدؤوا بحل المشاكل والسيطرة على سلوكهم، كذلك فإن الدماغ يوفر أهم جانب من هذه المرحلة ألا وهو التطور في اللغة .

3-4- الطفل غير الطبيعي:

أما إذا كان الطفل لا سويا، وهنا المشكلة والطامة الكبرى للأهل أي أن ذلك الطفل الذي يصدر منه سلوك أو قدرة غير منسجمة مع نمط معين فقد تستطيع الأم أن تعي هذا الواقع وهو في السنة الثانية إذا كان مكتفيا أو لا.

وإذا لاحظ الأهل تصرفات معينة غريبة من الطفل، كأن يكون بسيطا للغاية أو ينام على سريره دون اهتمام ولا يضحك إذا رأى أهله مثلا .. أو أنه لا يلاحظ أمورا ما من الواجب أن تستدعي اهتمامه ولا يهتم بها ، أو يتأخر في تلقي الأشياء المتعلمة من الأطفال لتجعلهم محبوبين، أو أن تكون تصرفاته توحي بالغرابة وبوضوح وتختلف عن الغير ممن هم في مثل سنه أو أن يكون بصورة دائما عصبيا رديء المزاج صعبا، غير سعيد في حال واجه أطفالا أسوياء، أو انه يمشي مرتبكا منفعلا أو لا يستطيع الجلوس ، فإنه من ضروري ومن المحتم عرضه على طبيب، فلعل السبب الذي يمنع قدرته على التكلم أنه لا يسمع أو يسمع بصعوبة، أو لعله لا يحسن فلا يبدي المشي بسبب عصبي او عضوي ، فلا يبدو الشلل دائما على شكل ساق معلقة لا تقوى على الحراك فثمة أنواعا من الشلل سببها دماغي وتؤثر على الحركات في مستويات مختلفة، فربما لا يستطيع بعض الأطفال تحريك أطرافهم بسهولة لأنها يابسة، والطبيب المختص هو الذي يحدد السبب إن كان دماغيا أو غير ذلك .

(عصام حمدي صفدي،2007، ص ص 13-18)

4- خصائص الإعاقة الحركية:

1-4- الخصائص الجسمية:

يتصف الأطفال المعاقون حركيا بنواحي العجز المختلفة في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري والصعوبات تتصف بعدم توازن والجلوس والوقوف وعدم مرونة العضلات الناتجة عن أمراض مثل الروماتزم والكسور وغيرها، فتكون ناتجة عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي ومن مشاكلهم الجسمية أيضا هشاشة العظام والتوائها والقزامة وأحيانا انخفاض معدل الوزن ومشاكل في الحجم وشكل العظام ومشاكل في عضلات الجسم كالوهن العضلي وعدم وجود توتر مناسب في العضلات وارتخائها الأمر الذي يترتب عليه عدم قدرتهم على

حمل الأجسام الثقيلة كالأسوياء وكذلك ينتج عنها عدم التآزر في الحركات واستعمال القلم عند الكتابة واستعمال اللسان عند الشراب والمضغ وقد تترافق المشاكل الجسمية مع اضطرابات في حاسة السمع والبصر، وهؤلاء الأطفال بحاجة إلى وسائل تعويضية لكي يتمكنوا من القيام بالنشاطات التي تتعلق بحياتهم اليومية كتناول الطعام والشراب ولبس الملابس والمحافظة على سلامتهم العامة وهم بحاجة إلى الأطراف الاصطناعية والعكاكير وغيرها ليستطيعوا القيام بما هو مطلوب منهم، وبحاجة إلى أخصائيين في مجال العظام والعضلات ومشاكل النطق والأبصار من أجل تشخيص مشكلاتهم وتقويمها ووضع الخطط العلاجية المناسبة لهم ، وبحسب نوع شدة الإعاقة الموجودة لديهم ، كما أنهم بحاجة إلى أساليب تدريس خاصة بهم وبحاجة إلى رعاية في مجال العظام والتدريب على استعمال العضلات لتكتسب المرونة المناسبة، وهم بحاجة إلى أخصائي علاج طبيعي ومساج وأشعة والى خبراء في مجال التأهيل المهني لتحديد الإعاقة واختيار المهنة الأكثر مناسبة لهم مستقبلات ، إن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى برامج وتمارين علاجية للتعامل مع مشكلاتهم الجسمية والعمل على استطلاع وترميم وإنقاذ اكبر قدر ممكن منها والدفع بها للوصول إلى أكبر حد ممكن للاستفادة من طاقاتهم الجسمية ومعالجة الأمراض المسؤولة عنها مثل السكري والتهاب السحايا واضطرابات الغدد ونزف الدم وسائل العظام وغيرها من أمراض ومعالجة الاضطرابات العصبية المسؤولة عن حدوثها أيضا .

لذلك فإن أوجه القصور الجسمي الحركي لدى هؤلاء الأطفال إذا ترك بدون علاج يخلق لديهم ولدى أفراد أسرهم ومدربيهم مشكلات عديدة تربوية واجتماعية ونفسية واقتصادية الأمر الذي يزيد من تفاقم مشكلتهم لذلك فهم بحاجة إلى جهود على مستوى المجتمع لتقديم المساعدة المتخصصة في هذا المجال وتأهيلهم جسميا بالقدر الممكن لتخفيف من حدة إعاقاتهم وتقديم العلاج المجاني والإرشاد الأسري لهم باعتبارهم طاقة لا يجب إغفالها الأمر الذي يساعد على عدم اعتماديتهم ويشجع على استقلاليتهم ويخفض من شعورهم بالعجز والقصور الجسمي الذي يؤدي إلى مشكلات نفسية تتعلق بناء الشخصية الإنسانية .

4-2- الخصائص النفسية:

يتصف هؤلاء الأطفال الانسحاب والخجل والانطواء والعزلة والاكتئاب والحزن وعدم الرضا عن الذات وعن الآخرين والشعور بالذنب والعجز والقصور، وباختلاف عن الآخرين وبعدم اللياقة وبعدم الانتباه وتشتته وبالقهرية الاعتمادية والخوف والقلق وغيرها من الاضطرابات النفسية العصابية وبعدم توكيد الذات والقدرة على حل المشكلات وضبط الذات ومشاكل في الاتصال مع الآخرين والشعور بالحرمان فهؤلاء الأطفال بحاجة إلى الإرشاد الوقائي والنمائي والعلاجي للتعامل مع الإعاقة ضمن

جميع مراحل العمرية ودرجة الاضطراب النفسي ونوعه في البيت والمدرسة ، لذلك يجب توفير أجواء نفسية مريحة لهم في مجال الأسرة والمدرسة والعمل بحيث يبتعدوا عن التوتر والقلق والدخول في الصراعات الأسرية والمعاناة منها الأمر الذي ينعكس على صحتهم النفسية ، كما يحب التعامل معهم بأساليب تعديل السلوك والابتعاد عن العقاب الجسدي والنفسي معهم لحل مشكلاتهم ، كما يجب أن يشمل ذلك تقديم التشجيع لهم وتقديم الدعم الأسري والتربوي والمعنوي والمادي لهم ليستطيعوا ان يعيشوا حياتهم في جو بعيد عن التهديد ومشاعر تدني مفهوم الذات وإشراكهم في خبرات سارة وتجنبهم الخبرات غير السارة في البيئة الأسرية والمدرسية وبيئة العمل ، كما يجب على الأسرة أن تعرض مشاكلهم النفسية على الأخصائي النفسي من حين لآخر وكلما استدعت حالتهم أيضا .

إن مثل هذه الخصائص يجب أخذها بعين الاعتبار عند تصميم برامجهم التربوية والتعليمية وعند رسم الخطط العلاجية للتعامل مع مشكلاتهم والأخذ بعين الاعتبار هذه الخصائص عند تأهيلهم .

4-3- الخصائص التربوية والاجتماعية:

من خصائص هؤلاء الأطفال أن لديهم مشكلات في عادات الطعام واللباس وصعوبات في مشاكل التبول وضبط المثانة والأمعاء والانطواء الاجتماعي وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب والأفكار الهادمة للذات ويعانون من نظرة المجتمع نحو قصورهم الجسمي وأجسامهم بالدونية وعدم اللياقة وبحركات أو لازمات حركية غير مناسبة تجلب استهزاء الآخرين كذلك يعانون من التبول على ملابسهم ومشاكل الاستحمام ومشاكل الوقوف وضبطه ومشكلات مع الأقران والإخوة والشعور بالحرمان الاجتماعي المتمثل في عدم مشاركتهم الفاعلة في النشاطات الاجتماعية ،ومن مشكلات لديهم أيضا الاعتمادية على الآخرين والخجل والعزلة والانسحاب وهذه المشكلات وأشكالها إنما هي عينة قليلة من مجموعة مشكلاهم الاجتماعية التي تحتاج إلى تدريبهم على عادات النظافة والمحافظة على صحتهم العامة واستعمال التواليت وضبط المثانة والأمعاء كذلك مشكلات سوء التغذية وفقدان الشهية أو الإفراط في تناول الأطعمة الذي يسبب لهم البدانة والتي تشكل عبئا على أجسامهم خاصة أولئك الذين لديهم عجز في مدى تحمل العظام لحمل الأجسام الثقيلة .

إن أهم جانب من العلاج الاجتماعي يتمثل في تقبل هؤلاء الأفراد لأنفسهم وتقبل المجتمع لهم واندماجهم فيه وتعلمهم السلوك الاجتماعي المقبول في مجال البيت (الأسرة) والمدرسة والمجتمع أن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبات أيضا في مجال اللغة والحواس والتعلم ، فهم بحاجة إلى برامج تربوية وجهود اجتماعية مكثفة لمعالجة مشاكلهم الأسرية ومشكلاتهم الخاصة بالصحة والمشاكل مع الرفاق والأقران والانسحاب من المدرسة والعدوان وإيذاء الذات واللغة السيئة والسرقة والغش والكذب وغيرها

خاصة إذا كانت موجودة عندهم في بيئتهم المنزلية ، ومن هنا يأتي دور المرشد التربوي والأخصائي الاجتماعي لتشخيص مثل هذه الحالات والعمل على مساعدة هؤلاء الأطفال والاستفادة من الفرص الاجتماعية لمساعدتهم .

(سعيد عبد العزيز، 2008، ص ص 216-218)

رغم أنه من الصعب جدا الغوص في أغوار الاسرة الجزائرية ، التي لا زالت تحيط أبسط تفاصيل حياتها اليومية بالسرية التامة ، وهذا النسق المتحفظ المنغلق لازال صلبا الى درجة يعتبر فيها كل تدخل في شؤون الاسرة الجزائرية تعدي عليها .

كما أن انجاب طفل معاق حركيا لا يزال لدى العديد من الاسر الجزائرية بصمة عار تسعى لإخفائها أو محوها ، فكيف ستتكفل به على مختلف هذه الجوانب وهي اصلا لا تقر به لأنَّه ممثلا لها وامتدادا لوجودها .

5- أسباب الإعاقة الحركية:

إن تحديد نسبة الإعاقة الحركية مسألة في غاية الصعوبة وذلك لأنها تختلف من مجتمع لآخر تبعا لعدة عوامل منها وراثية ومنها الطارئة كالحروب والإصابات وغيرها من العوامل، ولكن مع التطور الطبي زاد الكشف عن هذه الحالات وعن أسبابها مما يقلل من نسبة الوفيات بينها .

و يشير دينيه مايرز،(1988) إلى أن أسباب الإعاقة الجسمية الحركية ترجع في الأساس إلى عدد من الظروف والأسباب المختلفة منها ما هو وراثي ومنها ما هو بيئي كالعوامل الجينية والوراثية على سبيل المثال ، أو العدوى الفيروسية كالحصبة الألمانية مثلا أو الإصابات أو التلف العضلي أو المخي قبل وأثناء وبعد الولادة نتيجة لأسباب متباينة ، في مقدمتها الالتهاب السحائي أو التعرض للحوادث المختلفة ، وقد يكون أحد الوالدين هو الذي يحمل ذلك الجين الذي يسبب المشكلة ، وبما أن سبب الإعاقة يرجع في اساسه الى الجينات فإنه يحتم علينا اللجوء إلى الإرشاد الأسري في هذا الخصوص ، حيث يجب أن يدرك الوالدين بشكل جلي فرص واحتمالات حدوث نفس الإعاقة مرة الأخرى لأطفال آخرين .

(عبد الله محمد، 2004، ص 285)

ويمكن تقسيم أهم اسباب الإعاقة الحركية الى :

5-1- عوامل ماقبل الولادة :

إن العوامل الوراثية تحدد قدرا كبيرا من طبيعة العمليات النهائية للجنين وللطفل الرضيع حديث الولادة ومن المعروف أن المكونات الجينية مركبة من النواة الخلايا الحيوان المنوي والبويضة في تركيب يطلق عليه الكروموسومات ويحمل كل كروموزوم عدد من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالمورثات وتتكون الخلية الأولى الجنين من ستة وأربعين كروموزوم الجنس احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكروموسومات قد تنتج عنها الإعاقة الحركية .

5-2- عوامل تحدث أثناء الولادة :

وتسبب حالات الإعاقة الحركية وهي :

1 الولادة المبكرة ؛

2 ميكانيكية عملية الوضع ؛

3 وضع الجنين أثناء الولادة ؛

4 وضع المشيمة ؛

5 الولادات المتباعدة وولادة التوأم ؛

5-3- عوامل تحدث مابعد الولادة :

هناك بعض الاعاقات يتعرف عليها الوالدين بعد ولادة أطفالهم ، لكنها في الحقيقة حديث قبل الولادة الاطفال وتكون لها أثار سلبية قد تؤدي الى فقدان حياته ومن هذه الحالات نجد :

العجز الدائم نتيجة العدوى أو بعض الامراض العصبية ؛

تعرض الطفل لبعض الحوادث خصوصا في منطقة الرأس او الحوادث التي تؤدي بتر الأطراف .

(ماجدة السيد عبيد ،2000، ص 79)

وعليه فإن أسباب الإعاقة الحركية متعددة من حيث أصل السبب وكذلك زمن حدوثه ودرجته ، ونوعية السبب من بين أهم العوامل التي قد تسمح بتقبل الطفل أو رفضه، وكذلك تتحكم في نوعية وشدة

العواطف التي قد تصاحب استقبال طفل سيكون معاق حركيا أو تقبل إعاقته، ومن بينهما مدى إحساس الوالدين بتأنيب الضمير اتجاه هذا الطفل ، وإحساسهما بالتقصير في أمر ما أدى إلى إصابته بهذه الإعاقة الحركية .

لذلك لا تقتصر الكفالة النفسية التأهيلية على الطفل فقط بقدر ما تشمل والديه ومحيطه العائلي، فهذا الطفل بحاجة ماسة إلى دعم عاطفي ايجابي، بحاجة إلى الحب والتقبل حتى يحب جسمه ويتقبل نفسه، وهذا ما لن يحصل عليه إلاً من والديه أولا .

6- تصنيفات الاعاقة الحركية :

6-1- اصابات الجهاز العصبي : وهي حالة تنجم عن الإصابات التي تصيب الجهاز العصبي المركزي المكون من الدماغ والنخاع الشوكي وتتراوح هذه الإصابات من البسيطة إلى الشديدة حسب موقع الإصابة ومن أمثلتها الشلل الدماغي والصرع وشلل الأطفال وإصابات النخاع الشوكي وإصابات العمود الفقري .

6-2- اصابات عضلية وعظمية :هي إصابة العضلات والعظام بدرجة تؤثر على قدرة الشخص المصاب على الحركة والتنقل باستقلالية ، وغالبا تحدث الإصابات في الأطراف أو في العمود الفقري وقد تكون ولادية أو مكتسبة ومن أمثلة هذا النوع من الاضطرابات ، نجد البتر والوهن العضلي والوهن والضمور العضلي والروماتيزم وهشاشة العظام وانحناءات العمود الفقري واضطرابات القدم .

(وائل محمد مسعود، 2002، ص ص 71،72)

6-3- اعاقات مرضية : هي تلك الامراض المزمنة التي تحول الفرد عن الحركة ومنها : التي تحول دون قدرة الفرد الحركة، الروماتيزم ، ومرضى السكري ، مرضى القلب ، أمراض الكلى ومرض الربو .

و الغرض من هذه التصنيفات هو مواجهة الاحتياجات التربوية والتأهيلية للمعوقين حركيا على اختلاف درجة الإعاقة واختلاف احتياجاتهم .

وسنذكر بعض من أشكال الاعاقة الحركية :

6-4- اصابات الجهاز العظمى:

وتشمل :

الجنف _ التحدب الظهري والتقعري الظهري ، القدم المفلطحة ، القدم الحنفاء ، لين العظام ، البتر ، خلع الورك الولادي .

6-4-1- اصابات المفاصل وتشمل :

التهابات المفاصل ، الالتهاب العظمى وضمور العضلات الشوكية .

6-4-2- اصابات الجهاز العصبي وتشمل :

الشلل الدماغي ، الصلب المشقوق ، شلل الأطفال الاستسقاء الدماغي ، التصلب المتعدد إصابات الحبل الشوكي الوراثية والخلقية والضمورية .

(وائل محمد مسعود، 2002 ، ص 71-73)

7- الصعوبات التي يعانيها المعاقون حركيا :

يوجد الكثير من المشاكل والصعوبات التي تواجه المعاقين بمختلف إعاقاتهم بشكل عام ومن خلال تواجدهم في المجتمع الذي يعيشون فيه وكل معاق يمتاز عن غيره من المعاقين من حيث الصعوبات والمشاكل التي تواجه ويتعرض لها ، وفقا للإمكانيات والدعم والمعاملة التي يتلاقاها وغيرها

ويذكر النجار **(1997)** بأن للمعاقين حركيا مشاكل وصعوبات خاصة تواجههم وتتمثل في الأتي :

الاحساس بالنقص والذي يؤدي بدوره الى الضعف العام وعجز عن الحركة والتنقل بشكل عام ، والاختلال بالشخصية العامة وكذلك النقص في الإتزان الانفعالي والعواطف ؛

التعامل مع أمور الحياة بشكل سطحي وبدون مبالاة ؛

الاتجاهات السلوكية غير السوية معتقدا أنه يمكن اعتبار إعاقته هي السند الذي يجب أن يرتكز عليه، ومن ثم القيام بتصرفات منافية، وقد يرجع هذا التصرف إلى شعوره بالنقص .

صعوبة الانتقال وخاصة لدى الأفراد المعاقين بإعاقات في الأطراف السفلية مما يؤدي إلى الحد من الحركة من جانب آخر أنه في بعض الأحيان يمكن أن تنعدم عندهم الحركة ومن ثم يصبحوا كمقعدين ، مما يضطرهم طلب المساعدة من قبل الآخرين .

(النجار يحي محمود،1997، ص ص 22،23)

ويشير حسين، **(2003)** إلى إن المعاقين يواجهون صعوبات فيما يتعلق بالإحباط ، فالمواقف المحبطة الناتجة عن الإعاقة دائما من اتجاهات الآخرين وردود أفعالهم كثيرا ما تقود إلى شعور بالعجز أو الغضب وعدم الشعور بالأمن وقد يلجأ المعاق لغيره إلى أساليب نفسية متنوعة للتغلب على هذه المشاعر .

(حسين، 2003، ص 33)

فالطفل المعافى يواجه على مر مراحل نموه العديد من المشاكل والصعوبات النمائية، والتي قد يؤدي سوء التعامل معها الى تضخمها ، فما بالك بالطفل المعاق حركيا والذي تستدعي خصوصية وضعه وحساسية المعيش النفسي التي يمر به تكفلا خاصا وحلولا مناسبة .

8- التشخيص :

تعتبر عملية التشخيص عملية مهمة ودقيقة من خلالها يتم معرفة الشخص المعاق وذلك باستخدام مقاييس واختبارات مهمة ومختلفة والشخص الذي يقوم بعملية التشخيص يحمل مؤهلات علمية وكذلك القدرة على استخدام الاختبارات، التدريب الميداني فكلما كان التشخيص مبكرا كان تجنب الحالة أكثر أو تقليلها وحصرها ، ولقد تطورت وسائل الكشف والتشخيص فبإمكان الأطباء عن طريق استخدام التحاليل المخبرية للمواليد الجدد، واكتشاف بعض الاضطرابات الجسمية والعقلية ، وقد أدى ذلك إلى تطور أجهزة الكشف والتشخيص، فالكشف يؤدي إلى التعرف السريع على الذين لديهم الإعاقة والقابلية لحدوث إعاقة لأسباب بيولوجية أو بيئية، والتشخيص هو خطوة متقدمة من خلالها نستطيع أن ننفي أو نؤكد وجود حالة تأخر أو إعاقة ، وفي حالة وجودها يتم تحديد أسبابها واقتراح طرق العلاج ، وهناك عدة أسباب لتشخيص الإعاقة المتمثلة في العيوب الخلقية أو العيوب المكتسبة او المستمدة من البيئة التي يعيش فيها وأهم الأسباب قد ترجع إلى عوامل وراثية أو نقص الأوكسجين.

(صالح حسن الداهري، 2005، ص 67)

لذلك يجب تكوين أخصائيين أكفاء ومتمرسين في هذا المجال حتى يتمكنوا من الكشف المبكر عن حالات الإعاقة هذه وبالتالي التكفل بها على أحسن وجه .

9- احتياجات المعوقين حركيا:

إذا كانت الحاجات الفسيولوجية ضرورة للمحافظة على بقاء الفرد ونوعه ، فإن الحاجات الاجتماعية والنفسية ضرورة لسعادة الفرد وطمأنينته ، فإحباطها يثير في نفسه القلق ويؤدي إلى الكثير من الاضطرابات الشخصية والحاجة هي حالة من التوتر أو عدم الإشباع يشعر بها الفرد وتدفعه إلى التصرف متجها نحو الهدف الذي يعتقد أنه سوف يحقق له الإشباع .

ويمكن تقسيم احتياجات المعوقين حركيا الى :

9-1- احتياجات صحية وتوجيهية :

1- احتياجات بدنية مثل استعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية وهي تشمل كل الخدمات والأنشطة التي تحسن الحالة الصحية للمعوق وتتضمن العلاج ، وأجهزة تعويضية تقويم الأعضاء ، أي مساعدات وتجهيزات أخرى تساعد المعوق على استعادة واكتساب الإستقلالية البدنية؛

2- احتياجات إرشادية مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وتنمية الشخصية؛

ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال استشارات الشخصية ، والعلاج النفسي الإرشادي ، والتشجيع والتدعيم الاجتماعي؛

3- احتياجات تعليمية مثل إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار فهم يحتاجون إلى طرق تعليمية وتربوية منظمة وفعالة لمقابلة تلك احتياجات .ولخلق وتدعيم القيم العلمية لديهم؛

4- تدربية مثل فتح مجالات التدريب تبعا للمستوى المهاري .

9-2- احتياجات اجتماعية :

وتتمثل في :

1- علائقية مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه؛

2- تدعيمية مثل خدمات المساعدة التربوية والمادية واستمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية ، وكلها تدعم القيم الاجتماعية المختلفة؛

3- ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجاملات المعرفة .

9-3- احتياجات مهنية :

1- تهيئة سبل التوجيه المهني المبكر والاستمرار فيه لحين الانتهاء من العلمية التأهيلية ، التي تصون القيم المهنية وتؤمن استمراريتها ؛

2 - تشريعية مثل إصدار تشريعات في محيط تشغيل المعوقين وتوفير فرص العمل التي تناسبهم ؛

ونحن نحاول التأكيد من خلال هذه الدراسة على أن محاولة إشباع تلك الحاجات العامة والخاصة جنبا إلى جنب مع خلق وتدعيم النسق القيمي السليم للمعوق على اعتبار أنه محدد عام من محددات السلوك الانساني سيساهم في تحقيق التوازن النفسي الاجتماعي ويعتبر قوة دافعة للسلوك والعمل .

(عبد الفتاح علي غزال، 2008، ص ص 320-322)

فكل فرد يعاني من ظروف خاصة هو بحاجة للمساندة والدعم ، يحتاج لتقبل الآخرين وتعاطفهم مع حالته ومع ما يمر به، فما بالك بطفل صغير مقبل على الحياة ويجد نفسه مقيدا في كرسي متحرك ليحرم من أكثر مظاهر الطفولة متعة ألا وهي الحركة ، طفل يسود المستقبل أمام عينه لأنه لا يتوقع لنفسه النجاح، قلقا من كل ماهو آت، وحتى من فقدان ما يملكه اليوم، لأنه لن يكون قادرا على الاستقلال بذاته وتلبية حاجاته لوحده، لذلك فهو بحاجة فعلا ليحس بأن كل المجتمع هو ساقيه أو يديه التي فقدهما ، ويكتشف في نفسه قدرات أخرى تسمح له بنجاح وإثبات نفسه .

10-الوقاية من الإعاقة الحركية :

إن الوقاية من الوقوع في الإعاقة الحركية تتطلب تصميم البرامج الوقائية الفعالة وفق معايير واضحة في ضوء المعرفة العلمية الحديثة وتجدر الإشارة إلى أن الوقاية لا تقتصر على محاولة منع حدوث الإعاقة ولكنها يجب أن تشمل تنفيذ إجراءات عديدة على ثلاث مستويات موازية لتطور حالة الاضطراب ، فالانحراف الحركي هو الانحراف عن النمو الطبيعي يأخذ شكل الضعف أو لا، ثم التحول إلى عجز والعجز يتطور إلى إعاقة في نهاية الأمر، وتنصب الجهود لمنع حدوث الضعف أصلا وهذا ما يسمى بالوقاية الأولية التي تحاول أن تمنع تطور الضعف إلى عجز وهذا ما يسمى

بالوقاية الثنائية وتسعى أخيرا إلى عدم وصول هذا العجز إلى إعاقة وهذا ما يسمى بالوقاية الثلاثية حيث يتم تفسيرها في الأتي :

10-1- الوقاية الأولية :

تشمل طرق الوقاية الأولية لمنع حدوث الإعاقة ما يلي :

اختيار الزوج والزوجة لبعضهما البعض بعد إجراء الفحوصات عديدة تتعلق بأمراض الدم والعامل الريزاسي لحدوث تشوهات خلقية في تسلميها لها علاقة بالإعاقة الحركية؛

تقديم الإرشاد المستمر للام الحامل من دور الحضانة والرعاية الأسرية لأخذ المطاعم الخاصة بالأمراض كالدفتريا والحصبة والجدري والسل وغيرها؛

مراجعة الأم الحامل للطبيب أثناء فترة الحمل وعدم تناولها للأدوية التي تحدث تشوهات خلقية لدى الجنين خاصة في مراحل الحمل وعدم تناولها للأدوية التي تحدث تشوهات خلقية لدى الجنين خاصة في مراحل الحمل في الثلاث شهور الأولى وعدم زيادتها للجرعات الدوائية؛

الاهتمام بصحة الأم الحامل وعدم تعرضها لمشاكل سوء التغذية وعدم تعاطيها للكحول والتدخين؛

وجوب حدوث الولادة في مستشفى خاص وتحت إشراف طبيب مختص؛

تجنيب حدوث الولادة العسيرة كأن تكون ولادة في المنزل؛

تجنب الام لتسمم أثناء الحمل .

وكلها نقاط يجب البحث عنها عند القيام بدراسة حالة الطفل حتى نتأكد من السببية الإمراضية وكذلك نقص في مدى وعي الوالدين بما مروا به أثناء فترة الحمل وبالتالي مدى تحملها للمسؤولية .

10-2- الوقاية الثانوية :

وتنصب جهود المربين في هذه المرحلة على بذل جهود حثيثة بعد حدوث المرض وتقبل حدوث العجز والإعاقة وذلك للحد من شدة المرض وتقصير مدته ما أمكن وتسعى الوقاية إلى تمكين الطفل من استعادة قدراته الجسمية والصحية بهدف خفض حالات العجز بين الأطفال وتشمل طرق الوقاية الثانوية ما يلي :

الكشف المبكر عن حالات الإصابة بالعجز الجسمي؛

التدخل العلاجي والجراحي المبكر؛

إثراء بيئة الطفل لمنعه من التخلف؛

توفير الرعاية الطبية المتواصلة للطفل للحفاظ على صحته ومنع حالته من التفاقم؛

استعمال الأساليب والأدوات التعويضية والتصحيحية والترميمية للأطفال للتخفيف من شدة الإعاقة الجسمية لديه؛

10-3- الوقاية الثلاثية :

إن دور الوقاية يأتي بعد حدوث العجز وتهدف إلى الحد من تدهور حالة الطفل والحد من التأثيرات المرافقة والناجمة عن حالة العجز الحركي والسيطرة على مضاعفات ما أمكن ذلك وتتضمن الوقاية الثلاثية ما يلي :

توفير خدمات الإرشاد الجيني للأسرة؛

توفير خدمات الإرشاد الأسري؛

استعمال الأطراف الصناعية؛

مساعدة الطفل على الاستفادة من خدمات التأهيل التي تقدمها مراكز التربية الخاصة؛

تقديم العلاج النفسي للمصاب ولأسرته؛

تعديل اتجاهات المجتمع وتحسين نظرته نحو هذه الإعاقة؛

مساعدة المصاب على التكيف مع بيئته؛

اشتراك المصاب في برامج ترويجية ونشاطية لا تتعلق بالحركة كالاستمتاع للموسيقى مثلا .

(سعيد حسين العزة، 2000، ص ص 50-52)

ولذلك ،فنجاح الوقاية الأولية بتعلق نمط الحياة الوالدين ومدى وعيهما وتقديرهما لأهمية هذا المولود المنتظر، ويبقى المستويين التاليين من الوقاية متعلقين أكثر بمدى استفادة الوالدين من مرافقة نفسية متخصصة تساعدهماعلى تقبل لطفلهما كما هو، والسعي بشتى الطرق الممكنة لتحسين وضعه الحالي،

وإدماجه في الحياة الاجتماعية بشتى مجالاتها ، وهذا كذلك بتطلب مساندة عاطفية ودعم مادي للوالدين من أجل توفير أحسن ما يمكن توفيره من الإمكانيات التي تسهل حياة الطفل ، وكذلك تسمح بإلحاقه بعيادات ومراكز تأهيل متخصصة للتكفل به .

خلاصة الفصل:

الإعاقة الحركية أنواع مختلفة قد تكون إصابة في الجهاز العصبي أو إصابة العضلية أو أمراض مزمنة وتنعكس على الطفل المعاق على عدة مستويات النفسية منها والاجتماعية، مما يستدعي الرعاية الخاصة عن طريق التكفل النفسي والتأهيل الجسدي والدمج الاجتماعي والمهني أن الإعاقة الحركية كلما خفت أسبابها كلما تم التكفل بشكل جيد سيستعيد فيها الطفل إحساسه الداخلي بسوائه وكمال جسده وقدرته المطلقة، رغم إعاقته ، وهذا لا يكون إذا شخص الطفل في الحب وأشبع بعواطف ايجابية ستكون وقوده الوحيد لمواجهة الحياة وتحدياتها .

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإطار المنـهجي للدراسة

تمهيد

بعد تطرقنا في الجانب النظري إلى مختلف فصول الدراسة بشيء من التفصيل انتقلنا الى الجانب المنهجي، وقبل الخوض فيه سنذكر بسؤال دراستنا والذي كان كالتالي **: ما هو التأثير الذي تحدثه الإعاقة الحركية على بناء الصورة اللاشعورية للجسم لدى الطفل المعاق؟** .

وللرد عن هذا التساؤل سنخصص هذا الفصل من الجانب التطبيقي للحديث عن الإجراءات التطبيقية للدراسة و التي تعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري و التطبيقي .

حيث سنستهل ذلك في تحديد المنهج المتبع في الدراسة ثم التعريف بمجموعة الدارسة وكيفية اختيارنا لها بالإضافة إلى الأطر و الأدوات التي استعملت في البحث .

1- الدراسة الاستطلاعية:

من خلال القراءات النظرية، أثير لاهتمامنا بمتغير الصورة اللاشعوية للجسم، من حيث المفهوم الذي يقوم عليه وكذا قلة تناوله ضمن الدراسات النفسية، فحاولنا اسقاطه على فئة تثير اهتمامتنا البحثية، فلم نجد أفضل من فئة الطفولة التي تعاني، إذ لطالما استدعت انتباهنا على مر مراحل تكويننا الأكاديمي ضمن علم النفس العيادي لما تحمله من خصوصية على مستوى المعيش النفسي، كما أن التمكن من التعامل مع الطفل يحدد مدى كفاءة الأخصائي العيادي، لذلك توجهنا إلى فئة الأطفال المعاقين حركيا نظرا للرابط الذي يجمع الإعاقة الحركية بصورة الجسم، مما يسمح لنا بربطهما بمتغير البحث .

لذلك، وقصد التعرف على مجال البحث واختيار الحالات المناسبة للدراسة، قمنا بالتنقل إلى جمعية "الشفاء" لعلاج العمود الفقري، بحي "تي بيبي" بولاية المدية، أين تواصلنا مع الأخصائية النفسانية، التي عرفتنا على فئة الأطفال المعاقين حركيا، ورغم توفر المركز على الحالات إلا أنه لم يتسنى لنا مقابلتها بسبب غياب المفحوصات في تلك الفترة، وحتى لانضيع الوقت في الانتظار، اتجهنا إلى المؤسسةالبيداغوجية لذوي الاحتياجات الخاصة بحي "لودي" (المدية)، لكن كذلك لم تتوفر على حالات بسبب شروط الانخراط بالمؤسسة التي لا تستقبل الأطفال ذوي الإعاقات الحركية، فاتجهنا بعدها إلى المؤسسة البيداغوجية لذوي الاحتياجات الخاصة ببلدية تمزقيدة، لكننا وجدنا أن المؤسسة قد أغلقت بسبب ارتفاع عدد المصابين بالكوفيد 19، مما جعلنا نعود إلى جمعية "الشفاء"، أين حظينا بحالة واحدة، بدأنا معها المقابلات تحت إشراف الأخصائية النفسانية .لكن للأسف، لم نتمكن من إتمام المقابلات بسبب انقطاع العميلة عن الالتحاق بجلسات لإعادة التأهيل، لذلك اكتفينا بالمقابلات الأولى التي تم الحصول فيهاعلى المعلومات العامة حول الحالة، وطبقنا خلالها رسم الشخص بغرض فتح قناة .

2- المنهج المتبع:

ألزمتنا طبيعة الدراسة وأهدافها باعتماد المنهج العيادي، الذي يعد دراسة إكلينيكية تستند على المقابلات وتستعين بالاختبارات للوصول إلى غايات يحددها هذا المنهج القائم والمتضمن والمعتمد على دراسة الحالة، فالمنهج العيادي يتمركز على دراسة الحالة الفردية التي تشمل الظاهرة المراد دراستها وخاصة الظواهر النفسية والاضطرابات والمشكلات الاجتماعية والانحرافات... وغيرها.

قصد التعرف أو البحث عن الحالات التي تعاني من الإعاقة الحركية، قمنا بالتنقل إلى جمعية "الشفاء" لعلاج العمود الفقري بحي "تي بيبي" بولاية المدية، قمنا بالتحدث مع الأخصائية النفسانية حول الأطفال المعاقين حركيا ورغم وجود حالات إلا أنه لم يتسنى لنا مقابلتها بسبب غياب المفحوصات في تلك الفترة، مما استدعى أن نغير المؤسسة متجهين الى المؤسسة البيداغوجية لذوي الاحتياجات الخاصة بحي "لودي" بولاية المدية، لكن لم تتوفر هنالك حالات بسبب شروط الانخراط بالمؤسسة والمتمثل في عدم ادماج الاطفال المعاقين حركيا بالمؤسسة، فاتجهنا الى المؤسسة البيداغوجية لذوي الاحتياجات الخاصة ببلدية تمزقيدة، لكن المؤسسة قد اغلقت بسبب ارتفاع عدد المصابين بالكوفيد 19، مما جعلنا نعود إلى جمعية "الشفاء"، أين حظينا بحالة واحدة، بدأنا معها المقابلات، لكن للأسف، لم نتمكن من إتمام المقابلات بسبب انقطاع العميلة عن الالتحاق بجلسات لإعادة التأهيل .

2-1- مفهوم المنهج العيادي (الاكلينيكي):

المنهج العيادي الاكلينيكي يعتمد على دراسة الحالات الفردية، معتمدا في ذلك على عدة وسائل أو تقنيات.

وهو بصورة عامة دراسة إكلينيكية تستند إلى المقابلات وتستعين بالاختبارات للوصول إلى غايات يحددها الباحث مسبقا .

ويقوم المنهج العيادي على دراسة الحالة التي تتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأي وحدة سواء كانت فردا أو مؤسسة أو نظاما اجتماعيا أو مجتمعا محليا وهو يقوم على أساس التعمق في دراسة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها، وذلك بقصد الوصول إلى تعميمات علمية متعلقة بالوحدة المدروسة وبغيرها من الوحدات المشابهة لها.

(دكتور أحمد زكي بدوي، 1986، ص 52)

والمسلمات التي اعتمدنا عليها في اتباعنا للمنهج العيادي هي كون :

– الشخصية كوحدة كلية حالية، فالأعراض ليس لها دالالة إلا بالرجوع إلى الوحدة الكلية للشخصية في صلتها بالعالم .

– الشخصية كوحدة كلية زمنية، فاستجابة الشخصية بإزاء موقف لا تتضح إلا في ضوء تاريخ حياة الشخص و اتجاهه نحو المستقبل .

(سامية القطان، صلاح مخيمر، 1983، ص ص 77- 78، ص ص. 279- 280، ص. 290)

3- حالات الدراسة:

العينة مجموعة ممثلة للمجتمع الأصلي ، مختارة بطريقة علمية توفيرا للجهد والوقت، وطريقة اختيارها تتحدد من خلال طبيعة موضوع الدراسة وتنطبق عليها الملاحظات التي يسعى الباحث إلى أن يجد لها تفسيرا .

ونظرا لخصوصية الدراسةوالمنهج المعتمد،فقد تم اختيارالحالة بطريقة قصدية وبمجرد اتاحتها وتوفرها على شروط الدراسة .

3-1- شروط اختيار الحالات (خصائص الحالات):

- تتكون من أطفال من الجنسين؛
- يقل سن الحالات عن عشرة سنوات؛
- وجود إعاقة حركية وراثية أو مكتسبة، وغير مصاحبة لأي إعاقة أخرى؛
- نوع الاعاقة (لا تتعلق بالأطراف العلوية/ اليدين، حتى تتمكن الحالة من الرسم).

وقد حالفنا الحظ بتوفر حالة تتمثل في:

- الجنس (أنثى)؛
- السن (7 سنوات)؛
- تواجدها بالمركز (إعادة التأهيل بجمعية "الشفاء" لعلاج العمود الفقري)؛
- نوع الإعاقة (إعاقة على مستوى الرجلين)؛

3 -2- الإطار المكاني والزماني للدراسة:

3-2-1- الإطار المكاني:

نظرا للظروف المحيطة بالدراسة، وكيفية التوصل إلى الحالة، قمنا بالتوجه إلى مركز "الشفاء" لعلاج العمود الفقري، ولاية المدية، حيث تمت مقابلة الحالة في مكتب المختص النفسي لمتابعة حالتها، ولكن

تعذر علينا الاتمام المقابلات بسبب غياب المفحوصة عن جلسات العلاج، فاكتفينا بالمقابلات الأولى التي تم فيها الحصول على المعلومات العامة حول الحالة .

3-2-2- الإطار الزماني:

انطلقت المقابلات مع الحالة في(**05 أفريل 2021**) واستمرت إلى غاية شهر (**19 أفريل 2021**).

توقفنا فيها عن إجراء المقابلات بسبب غياب المفحوصة وعدم مزاولتها بالمركز، مما جعلنا نقوم باتمام المقابلات بطريقة افتراضية من أجل اتمام المذكرة .

4- أدوات الدراسة:

4-1- الملاحظة:

4-1-1- مفهوم الملاحظة:

تعرف الملاحظة بأنها عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها، بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته .

(العواملة نائل حافظ، 1995، ص 130)

4-1-2- أنواع الملاحظة:

يمكن تصنيف الملاحظة إلى أنواع مختلفة حسب الأساس الذي يمكن أن يعتمد في التصنيف وقد تقتسم الملاحظات على النحو التالي :

- الملاحظة المباشرة والملاحظة غير المباشرة (حسب مشاركة الباحث)؛
- الملاحظة المحددة والملاحظة غي المحددة (حسب الهدف)؛
- الملاحظة بالمشاركة والملاحظة بغير المشاركة (حسب مشاركة البحث)؛
- الملاحظة المقصودة والملاحظة غير المقصودة (حسب الهدف)؛
- الملاحظة الفردية والملاحظة الجماعية (حسب عدد من يلاحظهم الباحث).

وقد تم توظيف الأنواع التالية من الملاحظة ضمن الدراسة :

✓ **الملاحظة المباشرة(الملاحظة الميدانية):**

من خلال الانتقال إلى مركز "الشفاء" لعلاج العمود الفقري (المدية)، وإجراء المقابلات الأولى مع العميلة ووالدتها، وملاحظة سلوكهما مباشرة، وتحديدا العميلة خاصة ضمن مقابلة رسم الشخص .

✓ **الملاحظة غير المباشرة:**

قدمتها الأم والأخصائية النفسية في سلوك العميلة سواء في المنزل أو خلال جلسات التأهيل .

✓ **الملاحظة بالمشاركة:**

وظفنا خلالها الملاحظة المباشرة من خلال ملاحظة سلوك العميلة ضمن المقابلة .

✓ ***الملاحظة دون* مشاركة:**

قمنا فبها بدور المتفرج أو المراقب دون مشاركة، استلزمنا بمسافة من خلالها لنتمكن من الملاحظة الإجمالية لسلوك العميل دون الخوض في تفاعل معه، كطلب من العميلة الرسم مثلا .

✓ **ملاحظة فردية:** من خلال ملاحظة العميلة منفردة من طرفنا .

✓ **ملاحظة جماعية:** من خلال ملاحظة شكل تواصل العميلة مع والدتها ضمن المقابلة التي جمعتهما .

✓ **ملاحظة منظمة:** مبنية على شبكة ملاحظة من خلال تحديد جملة من المظاهر التي تم ملاحظتها والتي تدل على مختلف أبعاد الصورة اللاشعورية للجسم .

4-2- المقابلة:

4-2-1- تعريف المقابلة:

المقابلة عبارة عن حوار يدور بين الباحث والشخص الذي تتم مقابلته ؛ يبدأ هذا الحوار بخلق علاقة وئام بينهما، ليضمن الباحث الحد الأقصى من تعاون المستجيب، ثم يشرح الباحث الغرض من المقابلة، وبعد أن يشعر الباحث بان المستجيب على استعداد للتعاون يبدأ بطرح الأسئلة التي يحددها مسبقا، ثم يسجل الإجابة بكلمات المستجيب وهكذا يلاحظ أن المقابلة عبارة عن استبانة شفوية .

(ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، 2000، ص 102)

4-2-2- زمن المقابلة:

يتراوح زمن المقابلة التي قمنا بها مع العميلة من 30 د الى 50 د، مع الاحتفاظ بالقدر الكافي من المرونة طبقا لمطالب الموقف المعين، فمن غير المفيد أن تنتهي المقابلة لمجرد انتهاء وقتها وعند نقطة محددة .

ويصعب تحديد زمن المقابلة خاصة في التعامل مع الأطفال لاسيما فيما يتعلق بالمصابين فيهم بالإعاقة، أين غالبا ما يتم مساعدتهم في الجلوس وكذا شرح كلامهم ومنها من يسود خلالها صمت تام، وبذلك تصعب المقابلة نظرا لخصوصية الحالة، وبالتالي تحديد وقف انتهائها يعود إلى رؤية الأخصائي للحظة المناسبة لها، والتي منها سيباشر عمله في المقابلة المقبلة .

4-2-3- أنواع المقابلة:

تنقسم المقابلة حسب أهدفها إلى:

- المقابلة التشخيصية.
- المقابلة العلاجية.

(عبيدات، ذوقان وزملائه، 1996، ص 144)

حسب عدد من تتم مقابلتهم:

- المقابلة الفردية.
- المقابلة الجماعية.

حسب حرية العميل في الإستجابة:

- المقابلة المفتوحة.
- المقابلة شبه المفتوحة.
- المقابلة المغلقة .

وقد تم توظيف الأنواع التالية من المقابلة :

✓ **مقابلة بحثية:** حيث أن الهدف الأساسي من الدراسة التعرف على نوعية صورة الجسم اللاشعورية لدى الطفل المعاق حركيا، والاجابة على التساؤل الذي انطلقت منه الدراسة .

✓ **مقابلة نصف موجهة.** من خلال الأسئلة التي طرحت في المقابلة الأولى على العميلة ووالدتها من أجل جمع البيانات الأساسية، وكذلك الأسئلة التي طرحت على العميلة بعد رسمها للشخص .

✓ **مقابلة حرة:** من خلال ترك الحرية للعميلة ووالدتها في التداعي الحر، وسرد مايريدونه، رغم أن العميلة كانت محتشمة في تفاعلها، لكن الأم تركت لها كل الحرية في العودة إلى الماضي وسرد معاناتها التي مرت بها، ونضالها الحالي من أجل التكفل بطفلتها على أحسن وجه .

4-3- بعض النقاط حول خصوصية المقابلة مع الأطفال:

إن تسيير المقابلة مع الطفل وعائلته بشكل خاص جد صعبة وتتطلب خبرة طويلة ومعرفة معمقة بالسواء والمرض لدى الطفل، وكذا خبرة متينة في وسائل التواصل معه التي هي مختلفة تماما عن تلك المستعملة مع الراشد، فمع الطفل يكون تقديم المواضيع الوسطية جد ضروري (اللعب، الرسم) لكن مع حضور التبادل اللفظي بالتوجه إلى الطفل من خلال كلمات بسيطة، غالبا متكررة ومتناسبة مع عمره .

إذا المقابلة العيادية بتمركزها على الحالة الفردية تسعى إلى فهم الطفل الذي يعاني، أولا ضمن وضعية تفاعلية واقعية مع آخر غريب عنه (العيادي)، وثانيا بمقابل وضعيات خيالية من خلال سيناريوهات لعبية التي تقترحها وضعية اللقاء مع الطفل والهدف من هذا هو فهم معنى العرض .

ومع ذلك لا يمكننا تقديم المقابلة كنموذج حسب عمر الطفل وشخصيته والظروف المحدَّدة، فلكل في هذا مذهبه، لكن يجب التأكد على ما رأى به **Jan- Claude Arfouilloux (1975)** في كون :"الطفل لا يحكي عن نفسه مباشرة مثلما يفعل الراشد، هو غير قادر على جمع ذكريات ماضيه القريب والبعيد وتقديمها في قصة متناسقة من أجل المستمع له، مهما كان سنه، فهو نادرا ما يظهر مستعدا للتعليق على أحداث حياته اليومية، بربطها مع أحداث ماضيه أو مع مشاريع مستقبلية فهو لا يعرف عموما لماذا هو يتعذب، وحتى أنه لا يدرك بأنه يعاني لأن معاناته غالبا ما تستشعر قبلا من طرف محيطه المباشر أكثر من نفسه".

فأشكال الاتصال مع الطفل تكمن في ألعابه، انتاجاته الخطية وكلامه، تقود شيئا فشيئا إلى امتلاك فكرة عن ذكائه، عن اندماجه في الواقع، عن تقبله لجنسه، عن الطريقة التي بها يتخيل مستقبله، عن تراثه الخيالي، عن أحلامه، عن قلقه، عن ألمه وعن عذابه وجميع العياديين متفقون على أن المادة التي تكون في متناول الطفل، يجب أن تكون بسيطة وتساعده على التعبير .

(أمينة بلحاج ،2010، ص ص 164-166)

4-4- اختبار رسم الرجل:

كان ل**جودانف** "**Florence Goodenough**" **(1962)** فضل السبق في وضع اختبار مهم هو اختبار **"رسم الرجل"** الذي تم تقنينه كأداة لقياس ذكاء الأطفال ولفت الأنظار لأهمية الرسم كوسيلة لدراسة شخصيات بعض الأطفال السيكوباتيين، والعصابيين واللذين أصيبوا بالتهابات الدماغ.

ولكن أبحاث **"جودانف"** في هذا المجال لم تتعدى لفت النظر وإيراد أمثلة قليلة، أما الدراسات المستفيضة في هذا الحقل قامت بها **"كارين ما كوفر"(1949)** التي اكتشفت حين كانت تقوم بتطبيق اختبار رسم الرجل لقياس ذكاء بعض الأطفال بأن بعضا ممن يحصلون منهم على نسب ذكاء متساوية يعبرون أو يسقطون في رسومهم للرجل عن اتجاهات مختلفة، وقد عززت **"مالكوفر"** هذه الفرضية بمتابعة تعليقات الأطفال الآنية أثناء رسمهم لصورة الرجل، كما قامت بتحسينه بعد أن تأكدت لها إمكانية صلاحية الاختبار كأداة إسقاطية، حيث جعلته اختبار رسم شكل إنساني بدلا من رسم الرجل لكي يصبح أداة إسقاطية أكثر نفعا، كما قامت بوضع هيكل نظري له .

(بدري مالك، 2001، ص 83)

حيث يعتبر اختبار رسم الرجل لـ **"مالكوفر"** أول محاولة منظمة لتحليل الشخصية على أساس أسلوب تعبيري اسقاطي، كما تركز في تفسيرها للرسم على التحليل الكيفي .

4-4-1- مراحل تطور اختبار رسم الرجل:

- **مرحلة الخربشة:** من 02 إلى 03 سنوات، وتقتصر على رد فعل حركي بسيط.
- **مرحلة الشرغوف:** من 03 إلى 05 سنوات، رأس كبير ذو شكل دائري، مع عينين أنف، فم، جذع، خطين من أجل الرجلين وآخرين من أجل الذراعين، ويمكن أن يمثِّل الرأس والجذع بنفس الدائرة الفريدة .
- **مرحلة رسم الرجل كاملا**: من 06 إلى 10 سنوات، وفيها يتم رسم الأجزاء الرئيسية للجسم متناسقة فيما بينها، مع جميع تفاصيل الرأس (الحاجبين، القبعة)، أصابع كالمشط ومختلف التفاصيل الخاصة بالملابس .
- **مرحلة المظهر العام**: بعد العشر سنوات، يميل الطفل إلى رسم ما هو موجود أو ما يعرفه وليس ما هو مرئي .

(Pasquasy, 1967, p 17)

2-4-4 - أدوات الاختبار:

يقدم للطفل ورقة بيضاء توضع بشكل طولي، قلم رصاص أسود، علبة تحتوي على أقلام ملونة، ممحاة ومبراة .

مع إعداد كرسي وطاولة مناسبة لحجم الطفل، ثم نطلب من الطفل رسم رجل .

3-4-4- شروط تطبيقه :

- يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا؛
- تترك الحرية للأطفال ليرسموا على حريتهم، دون تقديم أي مساعدة لهم، ودون التعليق بانتقادات أو تقديرات أو اقتراحات، لكن بالإمكان تحريض المترددين ببعض الكلمات "جيد، حسنا، واصل..."؛
- إذا أراد الطفل الاستفسار عن الطريقة التي يجب أن يرسم بها يجيبه الفاحص بالقول« قم به كما تريد، كل ما ستنجزه سيكون جيدا..» ؛
- يترك الأطفال أحرارا في اختيار مكان وضع الرسم, بعده عنه في استعمال الورقة ضمن وضعية غير تلك التي قدمت فيها، جنس الشخص المرسوم، في الاستعمال المقصود للمسطرة، في إضافة عناصر غير المضمون المطلوب وفي استعمال الألوان أو رفض استعمالها؛
- تدوين الوقت المستغرق في الرسم وتحركات الطفل أثناءه كملاحظات عيادية؛
- عدم نسي كتابة الاسم من طرف الطفل وسنه على الورقة (الجهة الخلفية).

(Royer , 1977, P 17)

4-4-4- تطبيق الاختبار:

بعد أن يجلس المفحوص تقدم له أدوات الدراسة؛ ويطلب منه رسم شخص دون تحديد لجنسه، إذ وضعت" **ماكوفر**" جزأين اختياريين آخرين يمكن للفاحص تطبيق أحدهما أو كليهما وذلك بأن يطلب من المفحوص إنجاز رسم ثالث لنفسه أو لطفل أو لشخصين ويقوم الأطفال عادة برسم أسرهم، أو يطلب من الفحوص أن يؤلف قصة عن كل شخص من الشخصين اللذين رسمهما (الرجل والمرأة)، ثم يجيب على ضوء هذه القصة على عدد الأسئلة، ميزت "ماكوفر" فيها بين قائمة خاصة بالبالغين وأخرى خاصة بالأطفال .

قائمة أسئلة الاختبار الخاصة بالأطفال:

- ماذا يفعل هذا الشخص؟

- كم عمره؟
- هل هو متزوج؟
- هل له أطفال؟ وهل أطفاله ذكور أم إناث؟
- ما هو عمله؟
- ما هو صفّه في المدرسة؟
- ما هي آماله؟
- هل هو ذكي؟
- هل هو صحيح الجسم؟
- هل هو جميل؟
- ما هو أجمل جزء في جسمه؟
- ما هو أقبح (أسوأ) جزء في جسمه؟
- هل هو سعيد؟
- ما هي مشكلاته الأساسية؟
- متى يحتّد ويفقد صوابه؟
- ما هي عاداته العصابية؟
- ما هي أسوأ ثلاث عادات لديه؟
- ما هي خصاله الحميدة؟
- هل لديه أصدقاء كثر؟
- وهل هم أكبر أو أصغر منه؟
- ماذا يقول عنه الناس؟
- هل يحب أسرته ويتمتع بالبقاء مع أفرادها؟ وإلى أي مدى؟
- هل يحب مدرسته؟ وإلى أي مدى؟
- هل يخرج كثيرا مع صديقاته؟
- ما هي النشاطات التي يقضي فيها أمتع أوقاته؟
- هل سيتزوج؟
- في أي سن؟

- أي نوع من الآنسات سيتزوج؟
- ما هي أهم ثلاث رغبات يتمنى أن تتحقق له؟
- بمن يذكرك؟
- هل تحب أن تكون مثله؟
- أي تعليقات أو إضافات أخرى؟

ملاحظة: تغير لهجة الأسئلة إلى صيغة المؤنث عندما تطرح حول رسم امرأة.

(أمينة بلحاج ،2010 ،ص ص 176،177)

خلاصة الفصل :

في هذا الفصل تم التطرق إلى الجانب المنهجي للدراسة، حيث تناولنا فيه أهم مجريات الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها، والتي كانت ممهدة للدراسة الأساسية، ومن خلالها استطعنا الضبط الأخير لمحتويات الدراسة .

وانطلاقا من الدراسة الاستطلاعية، تمكنا من اختيار المنهج العلمي المتمثل في المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة والذي ارتوينا أنه الأنسب، ومنه حددنا الأدوات المساعدة في ذلك من ملاحظة ومقابلة و طريقة تطبيق رسم الشخص، وكان لابد من هذه الاجراءات لاستكمال دراستنا بالطريقة الصحيحة وعلى النهج البحث العلمي والتي منها سنشرع على حالة الدراسة .

الفصل الخامس:

عرض وتحليل الحالات

1- الحالة الأولى

1-1- تقديم العميلة وعائلتها :

فتاة تبلغ من العمر سبع سنوات، تدرس السنة الثانية إبتدائي، تلميذة خجولة و منعزلة تبعا لملاحظة معلمتها و والدتها التي تقوم بمرافقتها في القسم، تعاني من بعض المشاكل في الدراسة بسبب الإعاقة و كذا نقص الانتباه و التركيز، مما جعل والدتها تتخذ قرار إعادة السنة الأولى لها من أجل أن تصل إلى نفس مستوى زملائها في الدراسة، أخت وسطى بين أخت توفيت لما كانت صغيرة و أخ يبلغ من العمر خمس سنوات في صدد اتمام السنة التحضيرية .

من أبوين أبناء عم (زواج أقارب)، الأب يكبر الأم بسنتين أو ثلاث، هادىء، لم يتمم التعليم المتوسط، أما الأم فربة بيت، الأب في حارس أحد امستشفيات المنطقة التي يعيشون فيها، يجبره عمله على الغياب ليلا، أما الأم التي تتجاوز الثلاثين من عمرها، ماكثة بالمنزل، أيضا توقفت في سن مبكر عن الدراسة (الابتدائي)، شخصية هادئة و متحملة للمسؤولية فيما يخص ابنتها، كونها الوحيدة التي تقوم بايصالها إلى المدرسة وكذا المركز من طرف والدتها .

التحقت الحالة بمركز **"الشفاء"** لعلاج العمود الفقري سنة **2019** ولا تزال تزاول التمارين إلى يومنا هذا، ثم توقفت لفترة عن الحضور إلى المركز، وبعدها عادت من أجل القيام بالتمارين ومنها التقرب إلى المختص النفسي من أجل المتابعة النفسية بعد طلب المساعدة من طرف والدتها، وبعدها توقفت عن الحظور إلى جلسات إعادة التأهيل .

1- 2- عرض مقابلة 05 أفريل 2021 التي تم فيها تطبيق رسم شخص :

خلال المقابلة الأولى والتي دامت 45 د، حاولنا فيها قدر المستطاع جمع المعلومات حول تاريخ الحالة بإجراء مقابلة مع والدة المفحوصة والتي دامت 20 د، ومن ثم تعرفنا على المفحوصة وحاولنا العمل على بناء الثقة معها، فلجأنا إلى الرسم لبناء الرابط مع المفحوصة وكذلك كوسيلة تعبيرية .

كنا قد تكلمنا مع والدة المفحوصة على الهاتف من أجل طلب المساعدة في اجراء مقابلة مع الطفلة (ا.ح) قبل أسبوع من حضورها إلى المقابلة، حيث حضينا بالقبول كون والدة المفحوصة أرادت أن تأخذ ابنتها إلى مختص نفسي .

حضرت والدة المفحوصة مصطحبة ابنتها على الساعة 11 صباحا، قمنا خلالها بمقابلة مع الوالدة من أجل جمع المعلومات حول التاريخ الشخصي للمفحوصة، خلال ذلك الوقت كانت المفحوصة في غرفة إعادة التأهيل (La Salle De Rééducation). شرحت لنا خلالها والدة

المفحوصة حالة ابنتها وتأخر دخولها إلى المدرسة و عدم دراسة السنة التحضيرية وإنما دخولها مباشرة إلى السنة الأولى ابتدائي، وبسبب إعاقتها توجب على الأم حضور الدروس مع ابنتها كمرافقة لها، كون ابنتها تعاني من اعاقة على مستوى رجليها، مضيفة سبب مرافقتها:" انا نديها علي متقدرش تمشي وحدها لازم تشد فيا".

أخبرتنا والدة المفحوصة أنهم تعرفوا على إصابة ابنتها عندما بلغت الشهر الثالث، حيث أصيبت المفحوصة بحمى عالية، وبعد الخضوع لفحوصات علموا أنها اصيبت باعاقة على مستوى رجلها اليمنى، مضيفة أن ابنتها لم تمشي حتى بلغت العام ونصف ولكن بمساعدة منها .

حدثتنا أيضا عن ابنتها التي فقدتها التي كانت في عمر 06 أشهر بعدما ارتفعت درجة حرارتها، بقيت خلالها الطفلة في المستشفى حتى توفيت، جعل هذا من الأم تخاف أن تحمل مرة أخرى و أن يصاب طفلها بما اصاب ابنتها خصوصها أن زوجها من الأقارب (زواج أقارب)، اضافت والدة المفحوصة أن لها طفلين (الطفلة التي اصطحبتها اليوم-المفحوصة- وطفل أخر- ذكر-)، و أكدت أن ابنها الأصغر غير مصاب بأي إعاقة .

ثم قمنا بمناداة المفحوصة (ا.ح) من أجل اجراء مقابلة معها بوجود والدتها كون المفحوصة غير قادرة على الجلوس لوحدها، كانت قليلة الكلام، نظراتها خجولة، جالسة على حافة الكرسي،تتفقدها والدتها كل مرة من أجل تعديل جلوسها، بدأنا بطرح بضع أسئلة من أجل بناء ألفة مع المفحوصة، و من ثم طلبنا رسم شخص مع تقديم ورقة بيضاء، قلم رصاص، علبة أقلام ملونة، ممحاة، مبراة .

ψ: محتاجينك تعاونينا، معليش تعاونينا ؟؛

ع: إيماءات تعبيرية برفع الحاجبين مع ابتسامة، نعم أقبل، ماذا أفعل؟؛

ψ : تقدري ترسميلنا شخص ، تعرفي ترسمي شخص ؟

ع: ابتسامة، نعم (مع النظر على الأرض)؛

ψ راكي واجدة تبداي ترسمي؟؛

ع: نعم أنا مستعدة؛

ψ: أثناء تطبيقها للاختبار، ظهر عليها كأنها مستعجلة وتريد مغادرة المكان، فقمنا بسؤالها عن السبب.

ع: كي عيطولي كنت ندير في تماريني الرياضية؛

ψ: مليح، ماكيش عيانة؛

ع: مع ابتسامة وخجل، كنت حنبدا مازل مبديتش؛

ψ انزعجتي علي عيطنالك؟؛

ع: لالا، ماما أصلا كانت حابتني نجي لطبيب نفساني؛

ψ: جيد، قوليلي، واش راكي حابة ديري كي تكبري؟؛

ع: مع ابتسامة، حابة نتعلم وندير كلش؛

ψ: الراجل لي رسمتيه ذكي؟؛

ع: نعم ذكي جدا؛

ψ: كيفاش يبانلك؟؛

ع: جميل جدا؛

ψ: هل هو سعيد؟؛

ع: نعم، إنه سعيد؛

أثناء الرسم أظهرت لنا المفحوصة بأنها مرتاحة، ثم قدمت لنا الرسم مع ابتسامتها البريئة متسائلة: هل أذهب؟ مما جعلنا ننهي المقابلة شاكرين إياها على مساعدتنا وسألناها حينها هل استمتعت؟ أجابتنا نعم (هزة رأسها دلالة على الموافقة، وقالت نعم)، ثم حددنا زمن المقابلة معها بعد أسبوع من ذلك اليوم، سائلين عن اليوم المناسب فأجابت :"كيما اليوم لاخاطش أنا نجي دايما بالاثنين مبصح حتى نكمل من تماريني الرياضية"، وختمنا الجلسة قائلين:"الأسبوع المقبل بإذن الله"، فأشارت برأسها بمعنى الموافقة .

1-3- مجموعة الملاحظات التي تمت ملاحظتها أثناء المقابلة:

البطاقة رقم (1) توضح مجموعة من العناصر التي يمكن أن تخضع للملاحظة بأشكالها.

العناصر المراد ملاحظتها	التقدير
1- المظهر العام للحالــة	
– العمر الظاهري للحالة. – إذا كانت تبدو عليها الإعاقة.	– أقل من عمرها الحقيقي. – المساعدة من قبل والدتها من أجل المشي.

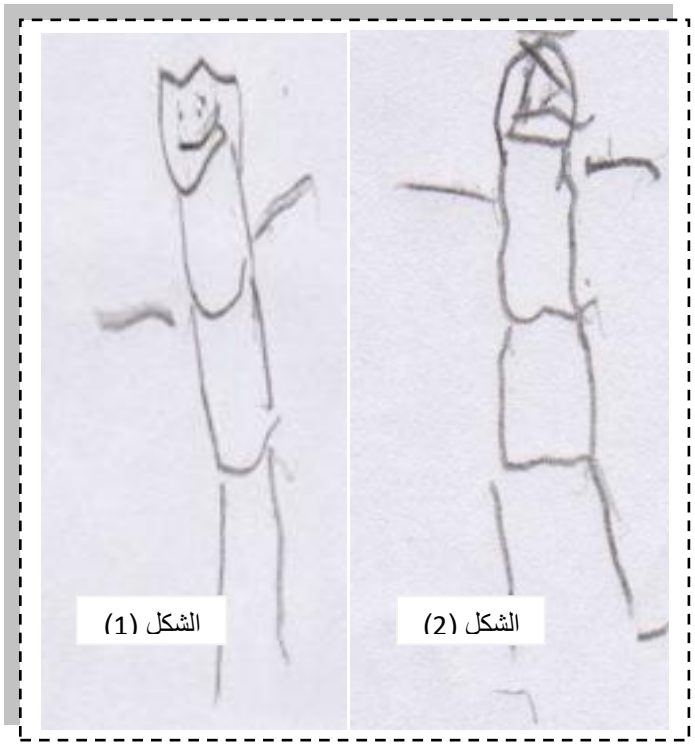
– النمط الجسمي.	– نحيفة .
– الطريقة التي تحيي بها.	– ابتسامة.
– نظافة جسمها.	– نظيفة.
– مظهر وهندام معقول .	– نعم.
– طريقة لباسها غريبة.	– لا.
– ألوان اللباس.	– أنثوية.
– لباس متعدد الألوان أم بلون واحد.	– متعددة الألوان.
– جسمها يحوي علامات غير عادية.	– نعم.
– أظافر مقلمة أو عير مقلمة.	– مقلمة.
– تشوهات جسدية.	– تقوس الرجلين.
– حالة الشعر (مسرح، غير مسرح).	– مسرح.
2- أســلــوب التعبيــر غير الكــلامي	
– تجلس وهي منحنيت الجسد.	- نعم، وبشكل دائم .
– تجلس على حافة الكرسي.	- كثيرا .
– تجلس في وضعية مقابلة للمتحدث اليها.	- أحيانا .
– تجلس بشكل جانبي بالنسبة للمتحدث إليها.	- غالبا .
– تستعمل بعض الإشارات والحركات عند الكلام.	- أحيانا كرفع الحاجبين، الابتسامة.
– الإيماءات و دلالاتها (حزن، غيض..)	- حزن غالبا.
– تحاشي النظر إلى عين الآخر.	- نعم، كثيرا كان تنظر إلى الأرض .
– تثبيت النظر إلى عين الآخر .	- لا .
– إلتزام الجلوس بشكل هادئ.	- نعم .
– - تغيير مكان الجلوس الأول.	- لا .
3- المـــــــــــــــزاج	
– حالة انفعالية مستقرة أم متقلبة .	–مستقرة و منكمشة .
– مزاج متفائل، عادي أو حزين.	–حزين جدا .
– التعبير عن الرغبة في الموت .	–لا .
– الحالة النفسية العامة (قلق، حزن، غضب، لامبالاة)	–صمت غالبا.
– الضحك / البكاء .	–لا هذا ولا ذاك.

4- أسلـــــــوب التعـــــــبير اللغـــــــوي	
– تتحدث كثيرا أم قليلا أو لا تتحدث أبدا.	– قليلة الكلام .
– إيقاع الكلام بين السريع، متوسط أو بطيء.	– بطيئة جدا.
– محتوى الكلام (سوداوي، عادي، متفائل).	– محتوى كامن ، تبدو غير مبالية.
– ما تستغرقه من وقت أثناء الحديث .	– الكثير من الوقت .
– نبرة الصوت بين عالية، متوسطة أو منخفضة .	– منخفضة جدا .
– عدد مرات الصمت .	– أغلب حضورها صامتة .
– مواقع التوقف عن الكلام .	– كثيرة جدا، لا تعد.
– الوقت الذي تستغرقه من أجل الانتقال بين الأسئلة.	– الكثير من الوقت، تصعب معها دمج موضوع جديد.
– التردد في الكلام .	– كثيرا .
– التكلم بثقة أو بعدم ثقة .	– انعدام الثقة .
– على من تتحدث أكثر .	– على المدرسة .
– هل تعيد تأكيد ما يقوله الآخرون .	– لا، تكتفي بالإجابة المختصرة .
– هل يعيد قول نفس الأشياء .	– لا .
– كلام مفهوم، واضح أو غامض .	– غامض وغير مفهوم .
– تكثر من التفاصيل .	– لا .
5- ردود الفـــــــعـــــــل	
– التعاون أثناء المقابلة و تطبيق الاختبار .	– متوسطة.
– التردد في الاستسلام لسيرورة التفاعل .	– تحتاج إلى الكثير من التحريض .
– مقاومة نفسية بمختلف أشكالها .	– - نعم .
6- التوظيـــــــــف العقـــــــــلـــــــــي	
– الذاكرة (قوية، ضعيفة، قصيرة أو طويلة المدى)	– ضعيفة .
– الاستذكار (بسرعة، ببطء، لا تتذكر).	– تستذكر بسرعة الأحداث القريبة .
– مستوى الانتباه (جيد، مشتت، ضغيف).	– مشتت وضعيف بشكل عام .
– مستوى التركيز .	– ضعيف .
– الحكم (سليم، غير سليم).	– حكم مختلط .

– القدرة على التمييز بين الخيال و الأحداث الواقعية .	– قدرة لا بأس بها.
– إدراك أيام الأسبوع .	– جيدة .
– إدراك تاريخ الأيام .	– خلط في تحديد الزمن .
– النمييز بين الصباح و المساء .	– تمييز جيد .
– إدراك المكان المتواجد .	– إدراك جيد .
7- التركيـــــــــز على الجـــــــسـم	
– النظر إلى المرآة .	– تحب النظر إليها .
– الانشغال بالنظر باستغراب إلى أجزاء الجسم .	– أحيانا، خصوصا إلى الأماكن المصابة فيهم بالإعاقة (رجلها).
– ملامسات متكررة، مطمئنة، لليدين أو أحد أجزاء الجسم.	– - أحيانا.
8- التكيـــــــــــــــف (الاستيـــعاب)	
– الرغبة في الدراسة.	– موجودة.
– العلاقة بالمربي.	– مقبولة.
– العلاقة بالزملاء.	– متوسطة.
– الأنشطة التربوية الترفيهية.	– لا تشارك في أي أنشطة .
– - الأنشطة التربوية اليدوية.	– - لا تشارك.
9- الأكـــــــــــــــــل	
– شهية مفتوحة .	– لا، لا تأكل جيدا.
– -شره في الأكل .	– لا، مساعدة الأم أثناء الأكل.
– ممتنعة عن الأكل .	– في حالة لم تقدم الأم الأكل لها .
– تأكل فقط لأنها يجب أن تأكل.	– نعم، ولأن أمها تدفعها إلى ذلك .
– تحتاج إلى أن تدفع للأكل.	– كثيرا، خاصة من طرف أمها.
– - تعاني من اضطراب في الأكل .	– - نعم .
10- النـــــــــــــــــوم	
– تنام بشكل جيد .	– أحيانا .
– نوم متقطع .	– نعم .
– تنام في النهار دون الليل.	– لا.
– تنام باستعمال الدواء .	– لا.

– تعاني من الأرق.	– أحيانا .
– تنام في السرير لوحدها .	– لا، مع أمها غالبا .
– تنام برفقة أحد .	– نعم .
– لا تنام إلا ممسكة بموضوع انتقالي (دمية، غطاء ...) ..	– غالبا .
– تخاف من الظلام ولا تنام إلا منيرة للغرفة.	– نعم .

4-1- تحليل الرسومات:



ورقة التنقيط 01

- التحليل الكيفي للرسم (تقدير الشخصية) .
- الحالة الأولى .
- السن: 7 سنوات .
- تاريخ أداء الرسم: 05 أفريل 2021 .

تحليل الشكل الأول (01) :

التحليـــــــل	التأويـــــــل
I- ترتيـــــــــــــب الرسوم	
ذكر (طفل) .	- إما خلل على مستوى التماهيات الحسية . - تماهي مع الأخ الذكر صاحب الاستطاعة

	على الحركة .
II- السلـــــــوك أثنـــــــاء التنفيـــــــذ	
- رسم متمم، وتركيز كبير أثناء الأداء تجنب الاتصال البصري بالآخرين .	- تكيف و البحث عن التقبل الاجتماعي .
III- الأبعـــــــاد الشاملـــــــة للرســـــم	
1- تموضـــــع الرســـــم	
- الجهة العليا لورقة وغير متمركزة .	- تتعلق بالأب، اندفاع، اللامبالاة، الهروب و اللاواقعية .
- رسم في الجانب الأيسر من الورقة .	- شخص يتجه نحو الذاتي، ينتمي إلى الماضي، يميل إلى التعبير الانفغالي والمظهر الطفولي .
- الرسم بشكل أصغر بكثير من عمره .	- تثبيت إنفعالي على ذلك العمر أو الرغبة في النكوص .
2- الأبعـــــاد و التناسقـــــات	
- رسم رجل صغير .	- انكماش الشخصية، الخجل، الخشية و الشعور بالنقص .
- عدم تناسق جذع/رأس، جذع/ذراعان، وخاصة الجذع/الساقين .	- تكيف نسبي مؤقت غير قائم على إرصان الصراعات النفسية ربما قائم على توظيف مكيف لآلية الانشطار .
3- الخطـــــــــــــــوط	
- خطوط قوية ضاغطة لكامل الجسم .	- الشبقية، عدم الرضا و العدوانية .
- خطوط منحنية دائرية بالنسبة للجذع و الرأس،الفم (خطوط متقطعة) .	- الليونة، القدرة على التوفيق، الخضوع النسبي .
- خطوط مستقيمة اليدين والرجلين غير متصلتين مع الجذع .	- انكار لوجود الأطراف المعاقة والبحث عن الحرية الحركية .
- الجذع مستطيل .	- تقدير سيء و عاطفة مادية .
- خط الوسط المدعوم أو المكسر .	- وجود تعبير سريع الاستثارة و مباشرة على حد كبير عن التوتر المتصل بهذه المشكلة الخاصة بتحديد الجسم وتقسيمه على مناطق .
- رجلان على شكل خطين حادين غير متصلتين بالجذع .	- إنكار لإنتماء الأطراف المعاقة لكلية الجسم، واحتمال اشكالية على مستوى مرحلة المرآة .

4- الوضعيـــــــــــــــة و التناســـق	
- رأس متداخل مع الجذع . - محور الرأس لا يتماشى مع الذراعين . - الذراعان قصيرتان . - قدمان غير مرتكزتان على الأرض .	- دليل على الاضطرابات العاطفية . - فقدان توارن الجسم . - طموح محدود ونقص تقدير الذات . - عدم الاستقرار، وعدم الإحساس بالأمن النفسي .
5- وضعيـــــــــــــــــة الجســـم	
- رسم رجل بالمقابل . - هيئة عامة عادية، توحي بشيء من البلادة . - رجلان غير متمركزتان بشكل جيد على الأرض . - وضعية الساقين متباعدة .	- التكيف و المواجهة . - التعامل مع الأحداث الصدمية والمستغربة بشيء من البلادة و اللامبالاة . - عدم الاحساس بالأمان . - تعطي الانطباع بالاستقرار النفسي حتى وإن كان مؤقتا وغير مؤسس .
6- الحركـــــــــــــــــة	
- غياب تام للحركة .	- صراعات داخلية عميقة، فعالية الكبت، مع احساس بالتقيد و السلبية والاستسلام لواقع لا يمكن نغييره .
7- رمزيـــــــــــــة الألـــــوان	
- غياب تام لاستعمال الألوان ما عدا اللون الأسود .	- الحصر، الغموض والاختلاط، الاكتئاب، الأحساس بالذنب، الإحساس بالتوسيخ، الحداد .
8- تحديـــــــد شخصية الرســـم	
- السن: 07 سنوات "منعرفوش". - الجنس: ذكر . - الهوية: غير محددة .	- اسنعداد للاسقاط النفسي . - تمني الحصول على الاستطاعة والحركة التي يتمتع بها الأخ . - الخوف من المستقبل، المادية و تقييد الخيال .
9- التعـــــــــــــــبير	
هذا الطفل صغير مثلي، ضعيف البنية، لا يحب التكلم كثيرا، ذكي وحسن الخلق .	وعي وحياة نفسية داخلية ثرية، ملاحظة جيدة وهي ميزة غالبة في الأطفال المعاقين حركيا .
10- المحيـــــــــــــــط	
- غائب تماما .	- انشغالات فمية، شبكة علائقية مقلصة، مع الميل

	إلى الانعزال .
IV- الأبعـــــــــــــــاد التحليليـــــــــة للرســـــــــم	
1- الـــــــــــــــرأس	
- غياب الشعر . - حجم الرأس صغير بالنسبة لحجم الورقة لكنه عادي بالنسبة لحجم الجسم، و الرأس ذو شكل دائري . - العينان غير متساويتان، على شكل نقطتين، غير بارزتين، مع غياب الرموش و الحاجبين . - الفم مرسوم على هيئة خط واسع مقلوب إلى الأعلى مما يعطي فم مهرج يبتسم في استهزاء . - الذقن غائب .	- تثبيط النزوات الجنسية والتماهي مع الأم كأنثى . - التخلي عن التحكم الممارس على الغرائز، لكن ضمن حدود تسمح بشكل من التكيف المقبول . - الفضول، البصبصة، غياب الإغراء وعدم القدرة على التحريض . - تناغم إجباري، محاولة لكسب القبول أو حتى تبلد غير ناسب . - الإحساس بالنقص الاجتماعي أكثر منه جنسي .
2- الجـــــــــــــــــــذع	
- غياب الرقبة . - غياب الكتفين . - الخصر محدد . - رسم الجذع مستطيل . - رسم الثدي و الصدر بارز.	-البحث عن الإشباع الملموس، المادية . - نقص تقدير الذات، وعدم الثقة في نظرة الآخرين. - التبعية الوسواسية، الانشغال بفكرة المركز. - تقدير سيء و عاطفة مادية . - تمثيل صورة المرأة المسيطرة وقوية، مع خلل على مستوى التماهيات الحسية (سبب تحديد الجنس على أنه ذكر).
3- الأطـــــــــــــــــــراف	
- ذراعان غير متساويتين، اليسرى طويلة ولكنها ضعيفة . - الأصابع المفرودة كالرمح أو المخلبية . - ساقان قصيرتان مع غياب الرجلين .	- استحالة تحقيق الطموحات، الحاجة إلى التأييد من قبل الوسط وإحساس بعدم الأمان . - عدوان صريح . - نمطية عند الخاملين وناقصي الدينامية، والاحساس بالتقييد .
4- المـــــــــــــــــــلابس	
- الملابس غائبة .	- التمركز حول الذات، الحاجة إلى تأكيد التفرد و الاختلاف، تعزيز النرجسية الجسدية ضمن انغلاق على الذات و انشغال بصورة الجسم الخاص،

	ومحتولة العودة إلى مراحل سابقة لتصحيح العيوب الحالية ومحو الإعاقة .
V- ملاحظـــــــــــــــــات خاصـــــــــــــــــة	
- رسم صغير طفولي، بوجه محدد، رجلين متساويتين لكن غير متموضعتين بشكل جيد على القاعدة، وذراعين مبسوطتين في الهواء، غير متسعتين و غير متساويتين، مع استعمال خطوط سميكة، معززة بزاوية حادة، ولون أسود فريد.	- عدم الإحساس بالأمان أو بالاستقرار النفسي المتمركز على قاعدة صلبة، يعود إلى حالة الحصر الداخلي جراء حركية الصراعات على المستوى اللاشعوري، مع عجز عن تمثيل الانفعالات بشكل واع أو خلق روابط علائقية مستقرة ودائمة و الاحساس بالدونية و الترك من طرف الآخرين لأنه أسود كليا، مما يثبت الإحساس بالخزي ويدفع الرغبة نحو التلاشي و الاختباء أو العقاب كقطع الأطراف النشطة حركيا و المنتهكة للمحارم، أو لأنها عجزت عن رد الفعل الدفاعي .

تحليل الشكل الثاني (2) :

التحليـــل	**التأويـــــل**
I- ترتيـــــــب الرســـــــوم	
- أنثى (أم) .	- سلامة سيرورة التقمص و الانتماء الجنسي .
II- السلـــــــوك أثناء التنفيـــــــذ	
- رسم متمم، وتركيز كبير أثناء الأداء تجنب الاتصال البصري بالآخرين .	- تكيف و البحث عن التقبل الاجتماعي .
III- الأبعـــــــــــتاد الشاملـــــــتة للرســـم **1- تموضـــــــع الرســـــــم**	
- الشكل يميل إلى اليمين . - الجذع و باقي الأطراف في الوسط السفلي للورقة .	- شخص متجه نحو البيئة، ويتنمي إلى المستقبل، لها قوة في التحكم العقلاني و النضج . - محاولة البحث عن قاعدة آمنة مطمئنة .
2- الأبعـــــــــاد والتناسقـــــات	

- رسم مرأة . - عدم تناسق جذع/رأس، جذع/ ذراعان، جذع/ساقين .	- سلامة الانتماء الجنسي . - صعوبات في الاتصال من النمط بدائي فمي مع القدرة على تحقيق وتجسيد التطلعات الاجتماعية .
3- الخطـــــــــــــــــوط	
- خطوط قوية ضاغطة لكامل الجسم . - خطوط منحنية دائرية بالنسبة للجذع و الرأس،الفم (خطوط متقطعة) . - خطوط مستقيمة اليدين والرجلين غير متصلتين مع الجذع . - الجذع مستطيل . - خط الوسط المدعوم أو المكسر. - رجلان على شكل خطين حادين غير متصلتين بالجذع.	- الشبقية، عدم الرضا و العدوانية . - الليونة، القدرة على التوفيق، الخضوع النسبي. - اقصاء للأطراف المعاقة من تصور التخطيط الجسدي . - تقدير سيء و عاطفة مادية . - وجود تعبير سريع الاستثارة و مباشرة على حد كبير عن التوتر المتصل بهذه المشكلة الخاصة بتحديد الجسم وتقسيمه على مناطق . - اقصاء للأطراف المعاقة من تصور التخطيط الجسدي .
4- الوضعيـــــــــــــــة و التناســـــــق	
- رأس متداخل مع الجذع . - محور الرأس لا يتماشى مع الذراعين . - الذراعان قصيرتان . - قدمان غير مرتكزتان على الأرض .	- دليل على الاضطرابات العاطفية. - فقدان توارن الجسم . - طموح محدود ونقص تقدير الذات . - عدم الاستقرار .
5- وضعيـــــــــــــــة الجســـــــــم	
- رسم مرأة بالمقابل . - هيئة عامة عادية، توحي بشيء من البلادة . - رجلان غير متمركزتان بشكل جيد على الأرض . - وضعية الساقين متباعدة .	- التكيف و المواجهة . - التعامل مع الأحداث الصدمية والمستغربة بشيء من البلادة و اللامبالاة . - عدم الاحساس بالأمان . - تعطي الانطباع بالاستقرار النفسي حتى وإن كان مؤقتا وغير مؤسس .
6- الحركـــــــــــــــــــة	
- غياب تام للحركة .	- صراعات داخلية عميقة، فعالية الكبت،

	مع إحساس بالتقييد و السلبية.
7- رمزيـــــــــــــــة اللـــــــــون	
- غياب تام لاستعمال الألوان ما عدا اللون الأسود.	- الحصر، الغموض و الاختلاط، الاكتئاب، الأحساس بالذنب، الإحساس بالتوسيخ، الحداد .
8- تحديـــــــــد شخصيـــــــة الرســـم	
- السن: كبيرة في السن . - الجنس: امرأة " منعرفهاش". - الهوية : غير محدد .	- الانفتاح على الآخرين صمن محيطها ومحاولة التماهي مع الأم، مع إدراك الجيد للفروق العمرية. - ربما دلالة على تعدد تماذج التماهي في محيطها، أو عدم الاستقرار بعد على النموذج المحدد . - الخوف من المستقبل، المادية، وتقييد الخيال .
9- التعـــــــــــــــــــبير	
هذه مرأة متزوجة، أم و لها أولاد (ذكور)، لا تعمل (ربة بيت)، جميلة و ذكية و معاملتها جيدة، لكن لديها مشكل في يديها، لا تستطيع التحكم فيهما .	الاسقاط على الصورة التي تتمنى أن تكون عليها مستقبلا، مع اعتماد تفصيل جزئي من واقعها حتى تكون الصورة أكثر واقعية .
10- المحيـــــــــــــــــــط	
- غائب تماما .	- انشغالات فمية، شبكية علائقية مقلصة، مع الميل إلى الانعزال . - ميكانيزم دفاعي لسحب التوظيف العاطفي من الأعضاء النعاقة، بالتقزيم من الشكل، واستثمار الطاقة في تأملات مستقبلية عن امكانية استمرارية حياة، وهذا دال على تنشيط نزوات الحياة .
IV- الأبعـــــــــاد التحليلـــــــــة للرســـــــــم **1- الـــــــــــــرأس**	
- حجم الرأس صغير بالنسبة لحجم الورقة لكنه عادي بالنسبة لحجم و سن المفحوصة، والرأس ذو شكل دائري. - العينان غير متساويتان، اليسرى على شكل نقطة و	- التخلي عن التحكم الممارس على الغرائز، لكن ضمن حدود تسمح بشكل من التكيف المقبول . - الفضول، البصبصة، غياب الإغراء و التحدي

اليمنى على شكل خط صغير، مع غياب الرموش و الحاجبين . - الفم كبير مرسوم على هيئة خط واسع مقلوب إلى الأسفل مما يعطي فم غاضب . - الذقن غائب . - رسم حجاب (خمار) .	وعدم القدرة على التحريض . - يكون أحيانا للتعويض كما هو الحال عند المفرطين في الأكل و الثرثارين . - الإحساس بالنقص الاجتماعي أكثر منه جنسي. - رمزية الغطاء (وجود الوازع الثقافي)، أو البحث عن التقبل في المجتمع من خلال وضع الخمار.
2- الجـــــــــــــــذع	
- جذع ذو حجم كبير و غير مناسب . - غياب الرقبة . - غياب كتفان . - الخصر محدد بخط سميك، صاعد في جهته اليسرى نحو الأعلى . - رسم الثديين .	- وجود عدد كبير من الرغبات غير المشبعة، مع تخفيف الرقابة على حركة النزوات على أشكالها، بحثا عن الشيء من الإشباع واللذة البدائية (على مستوى التغذية أو العاطفة) . - البحث عن الإشباع الملموس، المادية . - غياب الاحساس بالأمن النفسي . - استجابة عدوانية للصراعات النفسية مع استعداد للتسوية المتكيفة . - تمثيل صورة الأم .
3- الأطـــــــــــــــراف	
- يدان غير متساويتان، اليسرى طويلة وحادة، اليمنى قصيرة و مستديرة في الأخير . - ساقان قصيرتان مع رجلين غير محددين .	- استحالة تحقيق الطموحات، الحاجة إلى التأييد من قبل الوسط إحساس بعدم الأمان برافقه إحساس بالذنب متعلق بأحداث ماضية ترغب في تغييرها لكن ضعفها يحول دون ذلك، مما يجعل من تمثيل العدوانية مستبعدا، مع التشبث بالطوابع الطفولي المسالم تأملا في المستقبل . -نمطية عند الخاملين وغير الديناميين، وعدم القدرة على الارتكاز على قاعدة آمنة .
4- الملابـــــــــــــــس	
- غائبة .	- التمركز حول الذات، الحاجة إلى تأكيد التفرد و

- رسم حجاب (خمار).	الاختلاف نعزيز النرجسية الجسدية ضمن انغلاق على الذات وانشغال بصورة الجسم الخاص . - البحث عن التقبل وتنشيط سيرورة التماهي .
V-ملاحظـــــــــــــــــات خاصـــــــــــــــة	
- رسم صغير طفولي، بوجه محدد، رجلين متساويتين لكن غير متموضعتين بشكل جيد على القاعدة، وذراعين مبسوطتين في الهواء، غير متسعتين وغير متساويتين، مع استعمال خطوط سميكة، معززة بزاوية حادة، ولون أسود فريد.	- عدم الإحساس بالأمان أو بالاستقرار النفسي المتمركز على قاعدة صلبة، يعود إلى حالة الحصر الداخلي جراء حركية الصراعات على المستوى اللاشعوري، مع عجز عن تمثيل الانفعالات بشكل واع أو خلق روابط علائقية مستقرة ودائمة و الاحساس بالدونية و الترك من طرف الآخرين لأنه أسود كليا مما يثبت الإحساس بالخزي ويدفع الرغبة نحو التلاشي و الاختباء أو العقاب كقطع الأطراف النشطة حركيا و المنتهكة للمحارم، أو لأنها عجزت عن رد الفعل الدفاعي .

5-1- الصورة النفسية العامة من خلال نتائج التأويل:

الطفلة ذات مظهر تبدو أقل من عمرها الحقيقي، تبحث عن التقبل الاجتماعي، تشعر بالخوف من المواقف و تهرب منها رغم شعورها بالأمان و الراحة النفسية، لديها مشاغل يومية و تميل إلى للإعتمادية (الاعتماد القوي على الأم) .

مرور والدتها بعدة صدمات متتالية، بدءا بفقدان طفلتها الأولى (06 أشهر) بسبب الحمى، والقلق المرافق للحمل الثاني و التخوف من إعادة تكرار ذات الخبرة المؤلمة، الحمى التي أصيبت بها المفحوصة (03 أشهر) والتي أحيت جميع العواطف المرافقة للمعيش الصدمي الأول والذي عايشته الأم، هذا التراكم الصدمي ورث لاشعوريا للمفحوصة، كحاملة لكل معنى اختبره الوالدان في حملها وانتظار ولادتها بتوقعات سلبية لما ستكون عليه صحتها، تأنيب الضمير الذي يحمله الوالدان ولوم الذات على ارتباطهما الذي ربما كان سببا في معاناة طفلتهما (قرابة) حتى وإن لم تثبت علميا في حالة الطفلتين (الحمى التي قد تكون لأسباب مختلفة)، نقلاه إلى المفحوصة لاشعوريا باعتبارها دليل حسي على اخفاقهما .

كل هذه العواطف التي زامنت ولادة الفتاة وتبعتها، جعلتها –أكيد- تختبر الكثير من الانقطاعات على مستوى الرعاية الأمومية، وتغوص في حداد الأم على الطفلة التي فقدتها وحدادها على صورة الطفلة المعوضة التي انتظرتها، رغم تخوفها من إعادة الانجاب .

كل هدا جعلها –أي الأم- تخفق في مرافقة طفلتها على مر مراحل نموها الفمية، الشرجية وحتى القضيبية، بل (التزمت أكثر بدور المدرب والمؤهل لهذه الفتاة، بتركيزها على تعليمها المشي في السنة الأولى (لأن الإعاقة مست رجل واحدة)، على تدريسها، على تنمية قدراتها العقلية، على إلحاقها بالمركز لإعادة التأهيل، هذا إن دل على شيء فإنما يدل على وعي الأم وقوة شخصيتها، وتسويتها للحداد على صورة الطفلة المثالية وتقبلها لهذه الفتاة المعاقة .

هي أم واقعية إلى حد كبير، لكن الطفلة في وضعها الحالي احتاجت ولا تزال تحتاج إلى العاطفة، إلى الحب، إلى التقبل غير المشروط، ليس التقبل بشرط الخضوع إلى حصص التأهيل والانضباط في التدريس (كما أدلته المفحوصة ووالدتها) وإنما تقبل لوجودها .

ماجعل المفحوصة تسعى جاهدة لإرضاء والدتها، التي بقوة شخصيتها فرضت نفسها كموضوع أول للتماهي (الرسم 02)، في غياب الأب بسبب عمله و إلتزاماته الأسرية، إلى درجة تبحث فيها عن المثالية من خلال اقصائها للأطراف المصابة (المعاقة) في الرسم .

يدل هذا الاقصاء كذلك على الفراغ العاطفي الذي عايشته المفحوصة في مرحلة المرآة، وهي المرحلة التي يتم فيها توحيد صورة الجسم، أو أن الأم أولت أهمية للأعضاء السليمة ضمن خبرة المرآة من خلال تحريكها للأطراف السليمة وإقصائها للأطراف المعاقة، مما جعل المفحوصة تقصيها من تصورها .

السلوكات الاعتمادية التي تظهر في الحالة اتجاه والدتها، رغم قدرتها على تحقيق الاستقلالية في بعضها هي شكل من أشكال النكوص إلا امتداد نحو المرحلة الفمية، أين يتم الاهتمام بشكل كلي بالطفلة دون إلتزامها بالحركة لأنها لم تتمكن بعد القدرة الجسدية على ذلك، هو إنكار للوضعية الراهنة وتخفيف الضغط الذي تتعرض له الفتاة، خاصة وأنها تستفيد من حصص تأهيلية يجب أن تظهر نتيجتها عليها .

محاولة الفتاة جاهدة أن تكون على الصورة الجيدة، المرغوبة والمثالية التي تريدها الأم، جعلها تتمثل لكل أوامر وضوابط الأم، فقط من أجل كسب رضاها وتعويضها عن وجود طفلة معاقة أضطرت لتحمل مسؤوليتها .

احساسها بالخزي من صورة جسم مشوهة، ناقصة دفعها لإقصاء أطرافها المعاقة من الرسم، لأن تقبل هذه الصورة من طرف مرتبط دائما بدرجة الاستقلالية التي يمكن أن تحققها الفتاة بعد الاستفادة من الجلسات ومدى امتثالها للأم، لذلك نجد أن الأم في محاولتها المضنية لمساعدة طفلتها على التحرر من الإعاقة، قيدتها بحصاءات نوعا ما جافة، تظام قاسي على فتاة في سنها يجب عليها الإمتثال له، فالطفل لا يدرك مبدأ غير مبدأ اللذة، لذلك نجده ولو في مواقف بسيطة يصارع بين تحقيقه للذة الراحة أو الاستمتاع بموضوع ما (حبة حلوى مثلا)، وبين الامتثال للراشد الواعي الكافي وليس ناضجا إلى درجة كافية تسمح له بالتقرير، لذلك غالبا ما يخضع لإرادة الراشد .

ومن خلال هذا التحليل نخلص إلى :

- أن تقبل الفتاة لإعاقتها هو فقط كتعويض وإرضاء لوالدتها بسبب احساسها بتأنيب الضمير اتجاهها . هذا ماجعل الفتاة تقصي الأطراف المعاقة من الصورة اللاشعورية التي شكلتها انطلاقا من صورة الجسم التي هي في مخيلة والدتها، وليس بناء على مخطط الجسد الواقعي الذي تمتلكه الطفلة .

وعليه تحققت فرضية دراستنا القائلة أن :

الإعاقة الحركية تأثر سلبا على بناء الصورة اللاشعورية لجسم الطفل في حال لم يحضى الطفل بتقبل وتوظيف العاطفي المشبع نرجسيا من طرف والديه وتحديدا الأم، وهذا مايؤدي إلى تثبيط الحركية الصورة الدينامية (قوتها هي النرجسية)، في ربط بين الصور الثلاث: القاعدية، الوظيفية، والمولدة للغلمة، مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسيية وسيكسوماتية حسب صورة الجسم المصابة والتي يستدل عليها من خلال نتائج تحليل المقابلات العيادية ودلالات صورة الجسم من خلال رسم الشخص .

الخاتمة

الخاتمة :

يحتاج الطفل المعاق حركيا إلى المساندة النفسية والاجتماعية حتى يستطيع التوافق مع غيره ويتكيف مع معطيات محيطه، وعلى قدر الأهمية التي تعتريها مرحلة الطفولة باعتبارها بنائية في تشكيل شخصية الطفل، على قدر أهمية التدخل المبكر لمتخصصين في مجالات مختلفة نفسية، تربوية وتأهيلية، حتى يتكمن الطفل المعاق حركيا من فهم وتقبل إعاقته وإيجاد استراتيجيات وطرق تسمح له بتلبية حاجاته واشباع رغباته مع الوقت دون أن يكون تابعا لآخرين .

رغم حاجته لهذا الاخر حتى يتمكن من حب ذاته، من تقبل جسمه وتوظيفها ايجابيا، لكن اذا لم يحظى الطفل المعاق حركيا بالتكفل والرعاية المناسبة، فإن إعاقته الحركية ستؤثر لا محال على جميع جوانب حياته سلبا، بدءا بالصورة اللاشعورية التي يحملها عن هذا الجسد، التي ستترجم معاناتها من خلال تمظهر العديد من السلوكات اللاسوية والإضطرابات النفسية .

وعلى ضوء ما خلصت الدراسة من نتائج مؤكدة للفرضيات التي انطلقنا منها، نوصي بضرورة التكفل الطفل وعدم إشعاره بإعاقته حتى لا يشعر بالنقص، ويكون صورة ايجابية عن جسمه، وتمثل خطوة مهمة لتحقيق الصحة النفسية .

توصيات :

في ضوء النتائج التي توصلنا إليها نوصي الباحث ما يلي :

- إجراء دراسات مشابهة تتناول الصورة اللاشعورية للجسم، طفل معاق حركيا .
- تركيز على فئة أطفال المعاقين حركيا التي هي مهمشة كثيرا في مجتمعنا وتعاني من الضغط النفسي الناتج عن نوع الإعاقة التي يعاني منها.
- العمل على كسب صلة المستمرة بين البيت ومراكز المعوقين والمعلمين من خلال عقد اجتماعات دورية لعرض نمو طفل المعاق والتغيرات التي طرأت عليه في نواحي المختلفة .
- منح أطفال المعاقين حركيا الثقة وإعطاؤهم دورا اجتماعيا هاما مما يزيدهم ذلك بالشعور بالقيمة الاجتماعية.
- زيادة الاهتمام من قبل مؤسسات المجتمع بفئة المعاقين حركيا والعمل على تقديم الدعم بشتى أشكاله وتفعيل متطلباتهم وبناء علاقة تواصل المتينة والعمل على تأهيلهم وتنمية قدراتهم في كيفية مواجهة التحديات التي تواجههم .
- ضرورة توعية الآباء على أهمية مساندتهم لأبنائهم خاصة في مرحلة الطفولة حتى يساعدهم على المواجهة ما يقابلهم من مشكلات في هذه المرحلة العمرية .
- توعية أفراد المجتمع بأساليب التعامل ومهارات التواصل المناسبة مع أطفال المعاقين حركيا لأن هذا يساعدهم على التفاعل والاندماج في المجتمع .
- توفير الخدمات النفسية لمساعدة المعاقين حركيا على تطوير مفهوم صورة اللاشعورية للجسم لديه واستقرار أمنه النفسي ، وتعريف بجوانب القوة في شخصيته ، وبالتالي تحسين نظرته لنفسه ومساعدته على التكيف مع إعاقته الحركية بشكل واقعي وايجابي .

قائمة

المصادر والمراجع

الكتب باللغة العربية :

1. بدري مالك (2001)، سيكولوجية رسوم الأطفال – اختيارات رسم الإنسان وتطبيقاتها على أطفال البلاد العربية، ط3، مطبعة دار الفرقان، الأردن ، .
2. حسين أحمد حشمة ومصطفى حسين (2007)، التوافق النفسي والتوازن الوظيفي، الدار العالمية للنشر والتوزيع، مصر.
3. ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم (2000)، مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان .
4. رمضان محمد القذافي (2001)، شخصية نظريتها واختباراتها وأساليب قياسها،ط1، مكتب الجامعي الحديث، مصر.
5. الروسان فاروق (2007)، سيكولوجية الأطفال الغير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر، عمان.
6. سامية القطان، صلاح مخيمر (1983)، كيف تقوم بالدراسة الاكلينيكية، الجزء الثاني، مكتبة الأنجلو المصرية.
7. سعيد حسني العزة (2000)، الإعاقة الحركية والحسية،ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
8. سعيد عبد العزيز (2008)، ارشاد ذوي الإحتياجات الخاصة، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
9. صالح الحسن (2005)، رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الإحتياجات الخاصة، ط1، دار وائل للنشر، عمان.
10. عبد الرؤوف عامر (2008)، الإعاقة الحركية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.
11. عبيدات ذوقان، عبد الرحمان عدس، كايد عبد الحق (1996)، البحث العلمي مفهومه أدواته، أساليبه، ط6، ، دار الفكر، عمان.
12. عصام حمدي صفدي (2007)، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، طبعة العربية، دار اليزوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
13. عمر عبد الرحيم نصر الله (2008)، الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، القاهرة.
14. العواملة – نائل حافظ (1995)، أساليب البحث العلمي – الاسس النظرية وتطبيقاتها في الإدارة، ط1، ، مكتبة أحمد ياسين عمان.

15. فرويد سيجمند (1986)، معالم التحليل النفسي، ترجمة: محمد عثمان نجاتي، الطبعة الخامسة، ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر.

16. فرويد سيجمند (1998)، الأنا والهو، ترجمة: محمد عثمان نجاتي، الطبعة الرابعة، دار الشروق، القاهرة.

17. لوبرتون دافيد (1997)، انثروبولوجيا الجسد والحداثة، ترجمة: محمد عرب صاصيلا، ط2، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت- لبنان.

18. ماجدة السيد عبيد (1999)، الأعاقة الحسية و الحركية، دار صفاء للنشر، عمان- الأردن.

19. مجيد سوسن شاكر (2008)، اتجاهات معاصرة في الرعاية والتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

20. محمد أسامة بطاينة (2005)، صعوبات التعلم النظرية والممارسة، ط2، دار المسيرة، عمان.

قائمة القواميس والمعاجم اللغوية:

21. أبو فضل جمال الدين (1983)، قاموس ابن منظور لسان العرب،

22. أحمد زكي بدوي (1986)، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية – مكتبة لبنان.

23. فؤاد البستاني (1986)، منجد الطلاب - الطبعة 17 – دار المشرق- بيروت.

الرسائل الجامعية :

24. بلحاج أمينة (2010)، الصورة اللاشعورية للجسم لدى طفل ضحية الاستغلال الجنسي من طرف مراهق أو راشد (دراسة سيكو دينامية) رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية ، جامعة سطيف_ الجزائر.

25. حسين عبد الله مصطفى (2003)، الدعم الاجتناعي والموضع الضابط وعلاقتهما بمستوى الضغط النفسي لدى المعاقين انتفاضة الأقصى، رسالة ماجستير مقدمة لقسم علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.

26. المغازي صافيناز علي عبد السلام (2002)، فاعلية برنامج التأهيلي لتنمية صورة الجسم والتوجيه المعاني لدى الطفل الأعمى في رياض الأطفال، رسالة مكملة لنيل شهادة ماجستير، جامعة عين الشمس، مصر.

27. نجار يحي محمود (2001)، فاعلية برنامج الإرشادي للتنمية الأمن النفسي لدى المعوقين حركيا، جامعة الأقصى، قسم على النفس، كلية التربية، المجلد 20 عدد 1.

Livres en francais :

28. B. Robert- Ouvray Suzanne (2002), Enfant Abusé, Enfant Médusé, Collection reconnaissances. Paris : Desclée de Brouwer.
29. Cartuyvels Yves et autre (2005). Engagement, Decission et Acte : Dans le Travail avec les Familles. Collection Temps d'arrêt . Bruxelles : Yapaka.
30. Dolto Françoise (1984). L'Image Inconsciante Du Corps. Collection Points- Essays. N°587. Paris : Seuil.
31. Dolto Françoise (1986). Enfances. Collection Points. N° P600. Paris : Le Seuil.
32. Dolto Françoise (1989). Autoportrait d'une Psychanalyse (1934_1988). Collection Points. N° P863. Paris : Le Seuil.
33. Geissmann Claudine, Houzel Didier (2003). L'Enfant, Ees Parents et le Psychanalyste. Paris : Bayard Compact.
34. Golse Bernard (2001), Du Corps à La Pensée. 2e Edition. Le Fil Rouge. Paris : Puf.
35. Hanzieu Didier (1995). Le Moi_ Peau, paris : Dunod.

Marson Pascale (2004). 25Mots Clés de la Psychologie et de la Psychanalyse. Collection Mots clés. France : Maxi-Connaissance .

36. Pasquasy .R (1967). Le Test du Dessin d'un Bonhomme de Fl.Goodenough : Manuel D'Interprétation. Bruxelles : Editest.
37. Ponnier Jacques (2003). Narcissisme et Seduction: Pour Une Critique Métapsychologique Du Concept d'Idéalisation. Collection Psychoanalyse et Pratique Sociales. Paris : Economica (Anthropos).
38. Royer Jacqueline (1977). La Personnalité de L'Enfant à Travers le Dessin du Bonhomme. Bruxelles : Editest.
39. Shilder (1986). Image Du Corps, galliards, paris.
40. Voizot Bernard (1977). Le Développement de L'Intelligence Chez L'Enfant. Paris : Librairie Armand Colin.

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01

شبكة الملاحظة التجريبية الأولـى

أ- على مستوى الحالة :

1- العمر الظاهري مقارنة بالعمر الحقيقي للحالة.

2- الطريقة التي يستقبل بها الطفل الفاحص:

- هل يكون في استقباله مع العائلة؟

- هل يختبئ خلف أفراد العائلة؟

- هل يختبئ في غرف المنزل؟

3- الطريقة التي يحيي بها الفاحص:

- هل يحيي الفاحص مباشرة مثل باقي أفراد العائلة؟

- هل ينتظر المبادرة من طرف الفاحص؟

- هل يُدفع إلى ذلك من طرف أحد أفراد العائلة؟

4- نظراته:

- هل هي فرحة بالزائر الجديد، لامبالية، متسائلة، مشككة، متخوفة، حائرة أو حزينة؟

- هل يبحث عن الإجابة في عين الفاحص؟

- هل ينظر في عيني الفاحص فقط على حسب سياق الموقف؟

- هل يتحاشى أي اتصال بصري مع الفاحص؟

- على ماذا تكون نظراته مركزة بشكل أكبر؟

5 - الحالة النفسية العامة (حزن، لامبالاة، تفاؤل...).

6- طريقة الجلوس:

- هل يملأ جلوسه المقعد؟

- هل يجلس على حافة الكرسي ؟

- هل يجلس مباشرة على الكرسي؟

- هل يفضل الجلوس في حجر أمه أو أبيه أو أحد أفراد العائلة؟

- هل يسند ظهره على الكرسي؟

- هل يتركه منحنيا؟

- هل يجلس منتصب الظهر، مرفوع الرأس؟

- هل يطأطئ رأسه في الجلوس ويخفض عينيه؟

- هل يجلس بشكل مقابل للفاحص؟

- هل يجلس بشكل جانبي بالنسبة للفاحص؟

- هل يدير ظهره للفاحص؟

- هل يضم رجليه في الجلوس؟

- هل يفتح رجليه في الجلوس؟

- هل يضع رجلاً على رجل؟

7- الانضمام إلى الجالسين:

- هل ينضم مباشرة إلى الجالسين؟

- هل ينتظر دعوة الحاضرين (الفاحص أو أحد الوالدين) للجلوس؟

8- مكان وضع يديه أثناء الجلوس:

- هل يضم يديه أو يشبكهما؟

- هل يتركهما منبسطتين؟

- هل يضعهما في جيبه؟

- أي حركة أخرى (فوق رأسه، تحت مقعده،..).

9- الزمن المستغرق في الجلوس:

- هل يجلس مطولا في نفس المكان؟

- هل يغير مكان الجلوس بين الحين والآخر؟

10 - طريقة المشي:

- هل يمشي مسرعا ؟

- هل يمشي خطوات متثاقلة؟

11 - اللغة اللفظية والحركية:

- هل يلتزم الصمت؟
- هل يتحدث كثير ا؟
- هل هو ثري لغوياً؟
- هل يستهلك نفس المفردات والألفاظ؟
- هل يفتقر للرصيد اللغوي للتعبير عما يرمي؟
- هل يعاني من اضطرابات في النطق (التأتأة مثلا)؟
- هل هو طليق اللسان؟
- هل نبرة صوته مخفضة أو مرتفعة؟
- هل يتكلم بثقة أو بعدم ثقة؟
- هل أسلوب كلامه يتناسب مع خصوصية المنطقة التي ينتمي إليها؟
- هل يتحدث لهجة واحدة أو أكثر من لهجة؟
- على من يتحدث أكثر، عن نفسه، عن عائلته، عن أصدقائه أم عن المعتدي؟
- إلى من يوجه الحديث بشكل أساسي؟
- ماذا عن اللزمات اللغوية (الصوتية)؟
- ماذا عن التناسب بين محتوى الكلام والحالة الانفعالية؟
- ماهي المواضيع التي يركز عليها في الحديث ؟
- هل يبادر بفتح مواضيع جديدة للحديث عنها؟
- هل يلتزم نفس السرد للأحداث؟
- هل يغبر أقواله بين الحين والآخر؟
- هل يلتزم فقط بالإجابة عن الأسئلة؟
- هل يتهرب من الإجابة عن الأسئلة؟
- هل هو فقير الحركات الجسدية والإيماءات أثناء الحديث؟
- ماذا عن اللزمات الحركية في حالة الصمت أو التكلم؟

12- حالة الجسم:

- هل جسمه نظيف؟

- هل أظافره مقلمة أو غير مقلمة؟

- هل شعره مسّرح أو غير مسّرح؟

- هل تسريحة شعره تتناسب مع جنسه؟

- هل يحمل جسمه أي علامات جسدية غير عادية حديثة أو قديمة (ندبات، تشوهات، أوشام)؟

13- حالة الهندام:

- هل هندامه نظيف؟

- هل ملابسه متناسقة فيما بينها؟

- هل ملابسه ملائمة لجنسه؟

- هل ألوان ملابسه ملائمة لجنسه؟

- هل ينشغل بتسوية ملابسه أثناء الحديث؟

- أي ملاحظات أخرى.

14 - التوظيف لعقلي:

- هل يدرك أيام الأسبوع وتاريخ اليوم؟

- هل يدرك المكان الذي هو متواجد فيه؟

- هل يميز بين الأماكن (مركز الدرك الوطني أو الشرطة، المستشفى، المحكمة) التي قد أُخذ إليها؟

- هل يدرك عمل الأشخاص الذين تعامل معهم (عناصر الأمن، طبيب، قاضي الأحداث)؟

- هل يدرك سبب ذهابه إلى هذه الأماكن وتعامله مع هؤلاء الأشخاص؟

- هل يدرك مكان الاعتداء (مألوف، غير مألوف)؟

- هل يميز زمن الاعتداء (صباح، مساء، أي يوم)؟

- سلامة الحكم من عدمه (مذنب، برئ)؟

- سلامة التمييز من عدمه (ما وقع له أمر سي، أمر جيد ومستحب)؟

- هل يدرك أصلا أنه قد تعرض للاستغلال الجنسي؟

- هل يدرك لماذا نحن هنا وماذا نريد؟

- هل سرده للأحداث متسلسل أو غير متسلسل؟

- هل يسرد الأحداث الواقعة كما هى أم يضيف علها تعديلات من صنع خياله؟

- هل يخلط بين الواقع والخيال، بين ما حدث له فعلا وبين ما شاهده في التلفاز؟

- هل ركز في الكلام أم يتيه ويسرح إلى عالم آخر؟

ب- على مستوى العائلة:

15- ما هو النسق العلائقي الظاهر والغالب في الأسرة (تعاملات خفية، واضحة...)؟

16- وجود الحوار من عدمه داخل العائلة؟

17- هل يُستعمل التعنيف اللفظي من طرف الوالدين من أجل فرض أقواهما؟

18- هل يُستعمل التعنيف الجسدي من طرف الوالدين من أجل حمل الطفل على الامتثال لأوامرهما ؟

19- هل يمتثل الطفل مباشرة لأقوال والديه ؟

20- هل يراوغهما قبل الامتثال أو عدم الامتثال لأقواهما؟

21- هل يرفض كل ما يصدر كأمر من طرفهما؟

22- هل هو ملتصق بوالديه؟

23- هل هو مستقل عن وجودهما؟

24- هل يبحث عن الانفراد في الحديث مع والديه (أمه أو أبيه) بمعزل عن الفاحص؟

25- هل يعقب على أحاديث والديه؟

26- هل كثيرا ما يقاطع كلامهما متدخلا في الموضوع؟

27- هل يلتزم وضعية المستمع دون تدخل؟

28- هل يغتم فرصة غيابهما ليبادر في فتح المواضيع؟

29-هل يُكثر النظر إليهما أثناء حديثهما؟

30- هل يتفادى النظر إليهما أو الاستماع إلى كلامهما؟

31- هل يستعمل الوالدين اسم الطفل كثيرا لمناداته؟

34- هل يستدلان اسمه بألفاظ أخرى (أسمع، أنت، عيطولو...)؟

33- مكانته بين إخوته (محبب، محل إزعاج...).

34- مكانته داخل العائلة:

- طفل مفضل.

- مثل مكانة بقية الأطفال.

35- التنافس الأخوي:

- مشارك في التنافس الأخوي.

- ملتزم الحياد ووضعية المتفرج.

36- الأخ المفضل لديه؟

37- الأخ غير المرغوب لديه؟

38- عائلة نواة أو عائلة كبيرة؟

39- مكانة السلف (الجدين) في تسيير العائلة؟

40- ما مدى طغيان الطابع الديني على تصورات وأحكام العائلة؟

41- ما مدى تحكم العادات والتقاليد في اللاشعور الجمعي للعائلة؟

- مأخوذة من مذكرة الأستاذة بلحاج أمينة (2010)، الصورة اللاشعورية للجسم لدى طفل ضحية الاستغلال الجنسي من طرف مراهق أو راشد (دراسة سيكو دينامية) رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية ، جامعة سطيف_ الجزائر.

الملحق رقم 02

نموذج دراسة حالة

I- البيانات المميزة للحالة :

- الاسم: .....

- الجنس:.....

- تاريخ الميلاد(العمر):.....

- المستوى الدراسي:.....

- المؤسسة (المكان) الي أجريت فيها دراسة الحالة:.....

- المصلحة التي تم فيها الفحص:.....

- سبب الفحص(الشكوى):.....

التشخيص:.....

II- وصف عام للعميل أثناء دراسة الحالة:

- ملخص عام لمختلف الملاحظات المتحصل عليها حول الحالة: .....
.....

III- التاريخ الشخصي للعميل:

1- الحمل:

- مدى تقبل الأم للحمل:.....

- حمل خاطئ مسبق:.....

العلاقة العامة للأم مع الزوج ومع المحيط العائلي أثناء الحمل:.....

الحالة النفسية العامة للأم أثناء الحمل:.....

- احتمال إصابة الأم باضطرابات نفسية أو أمراض جسدية أثناء الحمل:.....

أحداث صدمية (انفصالات، حداد...) تعرضت لها الأم أثناء الحمل:.....

- طفل مرغوب أو غير مرغوب:.....

اختيار اسم المولود (من طرف من؟ ما يمثله الاسم بالنسبة للوالدين؟ هل تم الاتفاق عليه؟):.....

2- الولادة:

الظروف المحيطة بالولادة:.....

تاريخ الولادة (مبكرة- في وقتها - متأخرة):.....

- شكل الولادة (طبيعية- قيصرية):.....

- مدة استشفاء الأم والرضيع:.....

- الصحة النفسية والجسدية للأم أثناء وبعد الولادة: .....

  ⇐ إصابة بنزيف محتمل: .....

  ⇐ إصابة أو خطأ أثناء الولادة: .....

  ⇐ إصابات أو أمراض أخرى: .....

- الصحة الجسدية للطفل أثناء وبعد الولادة: .....

  ⇐ التكامل الجسدي للمولود: .....

  ⇐ مدى تناسب حجم المولود:.....

  ⇐ الإصابة بأي أمراض محتملة: .....

  ⇐ أخطاء أو إصابات محتملة أثناء عملية التوليد: .....

  ⇐ مشاكل تتعلق بقطع الحبل السري ثم ربطه:.....

  ⇐ انعكاسات سلبية أخرى:.....

- مدى تقبل جنس المولود ومظهره من طرف الأم:.....

- مدى تناسب جنس المولود مع توقعات الوالدين والوسط العائلي:.....

- رد فعل الأم في حال كانت الولادة صعبة أو قيصرية:.....

- رد فعل الأب والوسط العائلي علي شكل الولادة والخطر المحتم على الأم:.....

- الاتصال الأول للأم مع رضيعها:.....

- ملاحظات أحرى:.... .....

3- التغذية :

-احتواء ثدي الأم على الحليب أو عدم احتوائه، ورد فعل الأم على ذلك:.....

- الرضاعة من الثدي:.....

- الرضاعة الاصطناعية:.....

- المرضعة البديلة:.....

- سن بداية الأكل:.....

4- الفطام:

- ممهد/مفاجئ:.....

- مبكر/في زمن مناسب/ متأخر:.....

- مدى تقبل الطفل للفطام عن جسم الأم:.....

- مدى تقبل الأم للفطام العلائقي:.....

- ظاهرة مص الأصبع (هل استقرت طويلا-كانت عابرة):.....

- ظهور الأسنان(مبكر- متأخر- في وقته):.....

5- النمو النفسي الحركي:

- عمر الجلوس:.....

- عمر الوقوف:.....

- عمر المشي على أربع:.....

- عمر بداية المشي:.....

- سن اكتساب النظافة:.....

  - مبكر/ متأخر:.....

  - تلقائي/ إجباري:.....

- دخول المرحاض (مستحب-غير مستحب):.....

- تناسب الاستقلالية على مستوى الأكل مع عمر الطفل:.....

- تناسب الاستقلالية على مستوى النوم مع عمر الطفل:.....

- مدى الحرية الحركية اللمسية:.....

- بداية الكلام (مبكر ، متأخر):.....

- سلامة اللغة وثراؤها:.....

- اضطرابات على مستوى النطق:.....

- التناسق الحركى العام:.....

- النشاط (مفرط النشاط - قليل النشاط):.....

- اللعب:.....

ـ الاهتمام بالألعاب القذفية الذكورية.....

ـ امتلاك ألعاب خاصة من عدم امتلاكها، ودرجة احترام الأهل لذلك.....

- مخاط الأنف (استمراره، هل يقوم الطفل بأكله):.....

- اضطرايات سلوكية:.....

ـ قضم الأظافر.....

ـ لزمات (أطاف علوية أو سفلية، الملامح، الجذع).....

ـ نوبات الغضب.....

- اضطرابات نفسو جسدية:

ـ اضطرابات هضمية (إسهال، إمساك، قيئ متكرر).....

ـ سلس البول.....

ـ سلس البراز.....

ـ اضطرابات في الأكل(الامتاع العقلي عن الأكل، الشره المرضي).....

ـ اضطرابات أخرى.....

- اضطرابات النوم (الخوف من الظلام، الأرق...):.....

6- زمن إدراك الإعاقة :

-إعاقة مكتسبة / حادث/ وراثية : .....

- سن اكتساب الإعاقة:.....

-مدى تقبل الأم للإعاقة : .....

- مدى تقبل الطفل للإعاقة :.....

-مدى تأثير الإعاقة على الطفل : .....

-الاضطرابات المصاحبة للإعاقة : .....

ـ عدوانية .....

ـ انطوائية .....

ـ اضطرابات سلوكية .....

ـ خجل .....

7- العناية الجسدية :

- مدى استقلالية الطفل فيما يخص العنايات الجسدية (الغسل بعد التبرز، التحميم، تمشيط الشعر ...)

8- علاقة العميل بالمرآة (بصورته):

- مدى تعلقه بالنظر في المرآة:.....

- تفاديه النظر في المرآة:.....

- طلب مشاركة الآخرين له في هذه التجربة:.....

- طلب رأي الآخرين فيما يراه في المرآة:.....

9- التاريخ الطبي:

- سوابق مرضية شخصية:

ـ اضطرابات سلوكية سابقة.....

ـ اضطرابات نفسية وجسدية سابقة.....

ـ استشفاء سابق (المصلحة، المدة، السن، طبيعة المرض).....

- سوابق مرضية عائلية:.....

ـ الصحة الجسدية والنفسية للأم.....

ـ الصحة الجسدية والنفسية للأب.....

ـ الصحة الجسدية والنفسية للإخوة والأخوات.....

ـ وجود اضطرابات نفسية أو أمراض عقلية في سلسلة العائلة.....

10ـــ التاريخ المدرسي:

- الروضة (سن الدخول، المدة التي بقي فيها):.....

- سن دخول المدرسة:.....

- النتائج الدراسية ومستوى التحصيل:.....

- الصداقة المدرسية (منعدمة، محدودة، كثيرة):.....

- الاشتراك في النشاطات داخل المدرسة:.....

- الميول والهوايات:.....

- المواد المفضلة والمواد المكروهة:.....

- العلاقات مع المدرسين.....

- السلوك العام داخل المدرسة:.....

IV- التاريخ العائلي:

1- بيئة العميل:

- البيئة الجغرافية، الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية:.....

- تغيرات هامة في تاريخ الأسرة (الانتقال، الهجرة....):.....

2- النسق الأسري:

- تقديم الوالدين (العمر، الوظيفة، المستوى التعليمي، الخلفية العائلية، السمات المميزة لكل منهما).

- الوضعية العائلية (تعدد الزوجات، الطلاق).....

- عدد أفراد العائلة (الإخوة والأخوات):.....

السمات المميزة للإخوة والأخوات حسب الترتيب:.....

- ترتيب العميل بين إخوته:.....

- علاقة العميل بباقي الإخوة (الأخ المقرب، الأخ المنافس):.....

- علاقة العميل بوالديه:.....

- نمط التنشئة السائد داخل الأسرة (التربية الدينية، نمط مسيطر، نمط متحرر):.....

- الخصوصية الثقافية للأسرة:.....

V –تحليل المحتوى في ضوء الملاحظة المقابلة ونتائج الاختبار الاسقاطي.....
.....
.....
.....
.....

VI- الخلاصة العامة.

- مأخوذة من مذكرة الأستاذة بلحاج أمينة (2010)، الصورة اللاشعورية للجسم لدى طفل ضحية الاستغلال الجنسي من طرف مراهق أو راشد (دراسة سيكو دينامية) رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية ، جامعة سطيف، مع اضافة العناصر التي تتعلق بالإعاقة الحركية.

الملحق رقم 03

ورقة التنقيط /La Feuille De Notation

التحليل الكيفي للرسم "تقدير الشخصية"

التحـليـل

التأويــل

I. ترتيب الرسوم .
II. السلوك أثناء التنفيذ .
III. الأبعاد الشاملة للرسم .
1. تموضع الرسم .
2. الأبعاد ةالتناسقات .
3. الخطوط.
4. الوضعية والتناسق .
5. وضعية الجسم.
6. الحركة.
7. رمزية الألوان .
8. تحديد شخصية الرسم .
   - السن.
   - الجنس.
   - الهوية.
9. التعبير.
10. المحيط.

iv. الأبعاد التحليلية للرسم.
1. الرأس.
2. الجذع.
3. الأطراف.
   - الذراعان.

- الساقان.

4. الملابس.

v. ملاحظات خاصة.

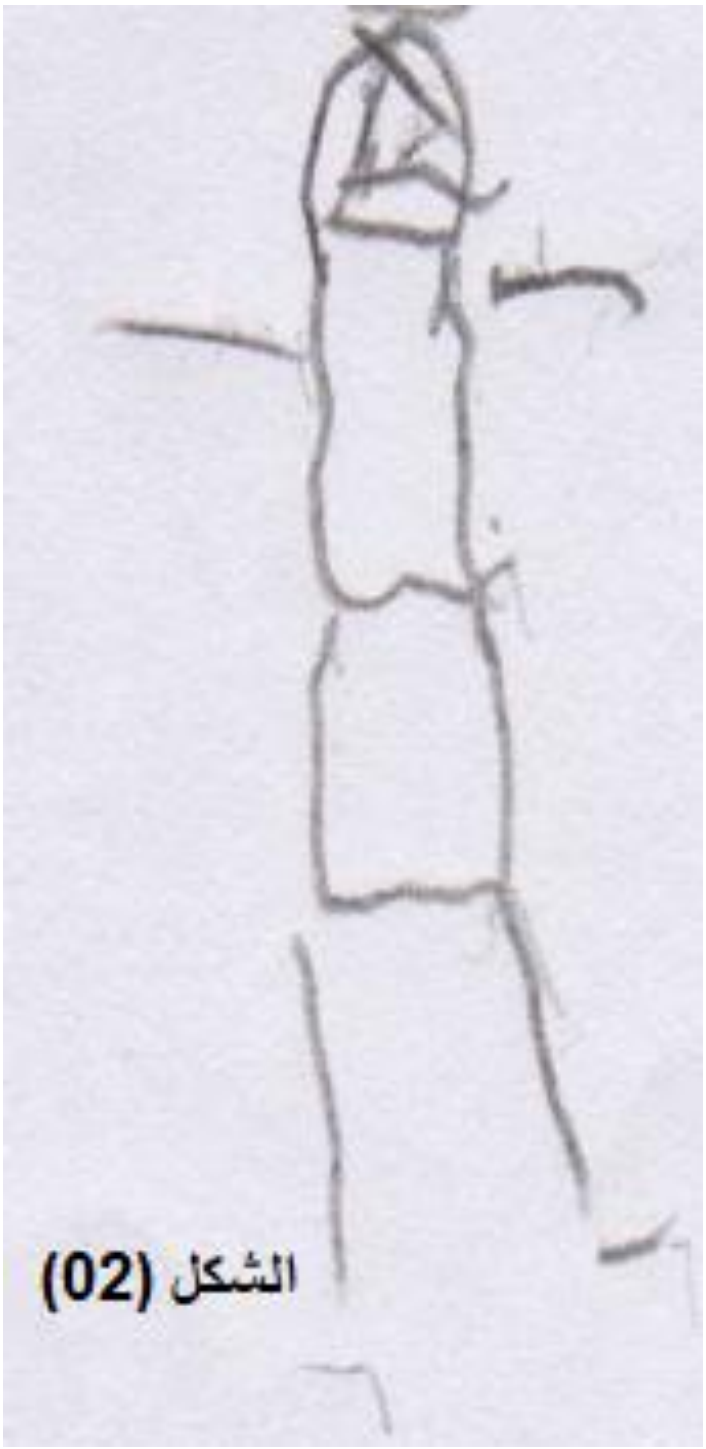
vi. الصورة النفسية العامة من خلال نتائج التأويل.

الملحق رقم 04



الشكل (01)

الملحق رقم 05



الشكل (02)