



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة وهران 2 السانيا
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس و الارطوفونيا



مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر 2

صورة الجسد عند الطفل المصاب بمتلازمة داون

تحت إشراف الاستادة :

- لصقع حسينة

من تقديم الطالبان :

- رزيقي سليمان

- نقادي نصيرة

لجنة المناقشة :

- الاستادة: محرز عبلة

- الاستادة: محرزي مليكة

2020/2019

الإهداء :

بسم الله الرحمان الرحيم

نتقدم بتحيةة أمل إلى كل طفل دوي متلازمة تريزوميا ,و إلى كل أخصائي يمد يد العون

عن ظهر قلب

نهدي هذا العمل إلى :

- من عمل بكد في سبيل تعليمنا و الذي لولاه لما وصلنا إلى ما نحن عليه الآن "الأبي" الكريم أدامه الله علينا .

- و إلى من ربنا و أنارت دربنا وإعانتنا بالصلوات و الدعوات إلى أغلى إنسانة "الأمي" الكريمة أدامها الله علينا.

- و أتقدم تحية إلى زوجي الذي ساندني وشجعني في مشواري دراسي

- كما نقدم هذا العمل إلى إخوتنا حتى نكون لهم المثل الأعلى ونشجعهم على إكمال مجاهم الدراسي و الوصول إلى مبتغاهم .

شكر والعرفان:

الحمد لله الذي انار لنا درب العلم والمعرفة و أعاننا على أداء هذا الواجب ووقفنا في انجاز هذا العمل.

نتقدم بجزيل الشكر و الثناء لاستدتنا الفاضلة "الصقع حسينة" التي قبلت تاطيرينا و مساعدتنا و توجيهنا لانجاز هذه المذكرة.

ونتقدم بكل عرفان و شكر لمديرة جمعية أحباب الله التي قبلتنا في عيادتها و أحاطتنا بالدعم في انجاز البحث العلمي.

كما نتقدم بشكر جميع اساتذة قسم علم النفس و أعضاء اللجنة المناقشة على تلبية الدعوة في سبيل مناقشة هذا العمل.

ملخص الدراسة:

الكلمات المفتاحية:

صورة الجسد، متلازمة داون، الطفل المصاب بمتلازمة داون.

إشكالية الدراسة:

تعد متلازمة داون من الأمراض الأكثر انتشارا في الآونة الأخيرة، و الطفل المصاب بمتلازمة داون يعاني من خلل في المخ والجهاز العصبي ينتج عنه إعاقة ذهنية واضطراب في مهارات الجسم الإدراكية والحركية، كما يظهر هذه الشذوذ ملامح وجهية وجسدية مميزة و عيوباً خلقية في أعضاء ووظائف الجسد.

ومن هذا المنطلق يمكن طرح التساؤل التالي: هل يعاني الطفل المصاب بمتلازمة داون من صورة ذات مشوهة؟

فرضية الدراسة:

- يعاني الطفل المصاب بمتلازمة داون من صورة جسد مشوهة.

منهجية الدراسة:

و للتحقق من صحة الفرضية فقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي بحيث أجرينا دراسة لحالتين فرديتين بشكل معمق من خلال جمع قدر كاف من المعلومات، عن طريق أدوات عينة تفرضها تقنية دراسة الحالة، و نذكر من بينها و ما يهمنا في الدراسة الحالية: المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، و اختبار رسم الشخص و ذلك من أجل فهم الحالة بشكل واضح و تقييمها

نتائج الدراسة:

وقد تم تطبيق اختبار رسم الشخص، الذي تبين من خلاله أن الحالتين تحمل صورة مشوهة عن جسدها اسقطتها في الرسم

الفهرس

قائمة المحتويات:

رقم الصفحة	الموضوع
	اهداء
	شكر وتقدير
	ملخص الدراسة
1	مقدمة
	الجانب النظري:
	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة
4	1. إشكالية الدراسة
6	2. فرضيات الدراسة
7	3. أهمية الدراسة
7	4. أهداف الدراسة
7	5. تحديد المصطلحات
	الفصل الثاني: صورة الجسد
10	تمهيد
11	1. مفهوم صورة الجسد
12	2. تمييز بعض المفاهيم التي تتقارب من صورة الجسد
14	3. أهمية صورة الجسد
14	4. التفسيرات النظرية لصورة الجسد
20	5. نمو صورة الجسد
21	6. العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسد
23	7. أنواع صورة الجسد
24	8. أبعاد صورة الجسد
25	9. الثقافة وصورة الجسد
27	خلاصة
	الفصل الثالث: الطفل المصاب بمتلازمة داون
29	تمهيد
30	أولاً-الطفولة:
31	1. مفهوم الطفل
31	2. مراحل نمو الطفل
32	3. مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة
35	4. حاجات الطفل
36	5. مشكلات الطفولة
38	6. حقوق الطفل

39	ثانيا-متلازمة داون:
40	1. لمحة تاريخية لمتلازمة داون
40	2. مفهوم متلازمة داون
41	3. مفهوم مصطلحات لها علاقة بمتلازمة داون
41	4. نسبة الانتشار
42	5. آلية حدوث متلازمة داون
42	6. عوامل الخطورة
43	7. أنواع متلازمة داون
44	8. خصائص المصاب بمتلازمة داون
50	9. التكفل بالأطفال المصابين بمتلازمة داون
52	10. الوقاية من حدوث متلازمة داون
53	11. المال
54	خلاصة
	الفصل الرابع: منهجية البحث
57	تمهيد
58	1. الدراسة الاستطلاعية
58	2. الدراسة الأساسية
58	3. منهجية الدراسة
59	4. أدوات الدراسة
63	خلاصة
	الفصل الخامس: عرض الحالة العيادية:
65	1. عرض الحالة العيادية
66	2. تطبيق اختبار رسم الشخص
	الفصل السادس: تحليل النتائج ومناقشة الفرضية
75	عرض الفرضية في إطار مناقشة وتحليل نتائج الاختبار
75	استنتاج عام
76	اقتراحات وتوصيات
77	خاتمة
	قائمة المصادر والمراجع

المقدمة

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة في حياة الفرد مرحلة مهمة جدا في تعلم الكثير من المهارات واكتساب العديد من الخبرات الضرورية التي من خلالها تتحدد معالم شخصية الفرد الناضج، ونجد بأن هذه الفئة من المجتمع قد نالت اهتمام العديد من الباحثين والعلماء في دراسات عديدة شملت جوانب مختلفة، تمس طبيعة النمو من المرحلة الجنينية حتى مرحلة الطفولة المتأخرة، وما يحدث خلالها من تغيرات وتطورات متسارعة تميز كل مرحلة عن المرحلة الموالية لها وتمهد لبدائيتها.

وباعتبار أن هذه الفترة مهمة لأنها الفترة التي يتلقى فيها الانسان بدايات تعلمه للخبرات الحياتية ويبرز الحيز الوجودي لصورة الجسد فيها، يعد الطفل المصاب بمتلازمة داون أكثر الأطفال تساؤلا من حيث شكل جسمه، حيث تعتبر متلازمة داون من الاضطرابات التي تتميز بأعراض جسدية بارزة. انطلاقا من هنا جاءت فكرة الدراسة بعنوان: "صورة الجسم لدى الطفل المصاب بمتلازمة داون"، حيث شملت على خمسة فصول جاءت كالتالي:

- تضمن الفصل الأول: الإطار العام للدراسة حيث ضم الإشكالية والفرضية وأهداف الدراسة وأهميتها والتحديد الاجرائي للمصطلحات الخاصة بهذه الدراسة.
- أما الفصل الثاني والذي كان بعنوان: صورة الجسم، حيث قمناب
- وكان الفصل الثالث بعنوان:
- أما الفصل الرابع فقد خصص للجانب المنهجي وتناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية لهذه الدراسة والمنهج المستخدم فيها، وكذا مجالاتها والأدوات المستخدمة فيها
- أما الفصل الخامس والأخير لهذه الدراسة، فقد قمناب فيه بعرض النتائج لكل حالة، ثم مناقشة النتائج العامة على ضوء فرضية الدراسة، وتم انهاء هذه الدراسة بخاتمة.

الجانبة النظري

الفصل الأول

1- الإشكالية:

لقد حظي موضوع "صورة الجسد" بالدراسة من قبل الباحثين، كل حسب اهتمامه وهذا نظرا لأهمية الموضوع. حيث يشمل مفهوم "صورة الجسد" على مكونين مهمين، أولهما الجسد المثالي والثاني مفهوم الجسم. أما الجسد المثالي فهو النمط الجسدي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر ومن حيث وجهة نظر الثقافة. مفهوم الجسد فيتمثل على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسد والصورة الإدراكية التي يكونها الفرد نحو جسده. فمفهوم ثقافة الفرد على الجسد المثالي له دور لا يستهان به فيما يكونه الفرد من صورة نحو جسده. (علاء الدين كفاني، 2006: 235)

حيث يعرفها "شيلدر" (1968) بأنها "صورة أجسادنا التي نكونها في أذهاننا، أي هي الطريقة التي نرى بها أجسادنا"، فهو مصطلح مرن يكون عن طريق التجربة الحسية والنفسية والذي يندمج باستمرار في الجهاز العصبي المركزي. (Larovhe Pierrette, 1977 :8)

وفي هذا السياق يذكر "شويتزر" (Schweitzer) "أنه إذا كنا نهتم بمعرفة الكيفية التي ينظر بها الفرد إلى جسده، فيجب علينا أن نعرف أنه لا البنية الجسدية (التي تعرفها الإجراءات الموضوعية) ولا المظهر الجسدي (كما يراه الآخرون) يعبران من الأبعاد ذات الصلة المتوافقة بشدة الصورة التقييمية للجسد (وهذا لا يعني بالضرورة بأن شكل الجسد أو المظهر الموضوعي والذاتي ليس لهما تأثير على هاته الصورة). (Schweitzer, 1990: 182)

وهذا ما أشارت إليه "سوزان كابس" (Kapé Suzanne) بتناولها لوجهة نظر "ميلاني كلاين" (Melanie Klein) التي تربط النزوات بالجسد حيث تعتبر أن "النزوات تأخذ منبعها في كل الجسد، في الأجهزة الهرمونية، العضلية والعصبية الحيوية، (الهومات مرتبطة بمحتوى الجسد)، من كل التغيرات الجسدية (برد، جوع، ضجة، ضوء...) والانفعالية تظهر بصفة قوية في جسده، وفي دماغه أين الهومات اللاشعورية تأخذ مكانة مهمة. (Kapé Suzanne, 2003 :41)

ويبرز حيز الوجود الجسدي عند الفرد منذ الطفولة كون مرحلة الطفولة من أهم مراحل حياة الإنسان، إذ تعتبر المرحلة القاعدية لكل بناء مستقبلي، تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة وهي مرحلة فريدة تتميز بأحداث هامة، فيها توضع أسس الشخصية المستقبلية للفرد البالغ، لها مطالبها الحياتية ولمهارات الخاصة التي ينبغي أن يكتسبها الطفل، إنها وقت خاص للنماء والتغير والتطور يحتاج فيها الطفل للحماية والرعاية والتربية حتى ينمو وتنمو معه المهارات الحياتية المختلفة.

كما أن الانسان وحدة نفسية جسمية غير منفصلة، ولا يوجد بهذه الوحدة ما يسمى بما هو جسمي خالص أو ما هو نفسي خالص، وينبغي التأكيد على علاقة النمو النفسي والنمو الجسمي، فالنمو النفسي مؤسس عن النمو الجسمي والذي بدوره مرتبط بخطوات ونتائج النضج، فهناك تداخل قوي بين الاثنين يظهر في مراحل النمو بوضوح.

و من المفاهيم المهمة التي تنمو لدى الفرد بداية من مرحلة الطفولة هي صوة الجسم، وصورة الجسم من الناحية التاريخية بدأ الاهتمام بها في المجال النورولوجي Neurologie، و الطب النفسي Psychiatrie، و يعتبر "بونيه" الذي درس اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مطلع 1900، و "بيك" الذي درس اضطرابات الاتجاه لسطح الجسم و شبح الأطراف ممن مهدوا لدراسات صورة الجسم، ثم يأتي "هنري هيد" أول مؤسس لنظرية حول الجسم ليوضح كيف أن لكل منا صبغة اجمالية لتكامل أجزاء الجسم، ومن ثم معيار يحكم به على أوضاع و تحركات جسمه، ولقد عمق المحلل "شلدر" في دراسات صورة الجسم منذ حقبة مبكرة و اهتم بالدراسات الفارقة عند الفصاميين و المصابين بإصابات مخية، ويعرف "شلدر" (1953) صورة الجسم بأنها "شكل لجسم كما نتصوره في أذهاننا، و الطريقة التي يبدو بها الجسم في أنفسنا و العملية التي نخبرها كوحدة مميزة". (فايد، 2008: 160)

وبما أن الجسد هو أقرب نقطة منها الطفل ويرتد عليها، وهو مصدر الشعور والانفعال، وهو كذلك الحاوي لكل القدرات والمواهب والانفعالات وحتى الاضطرابات والأمراض، فإن وجود أي خلل قد يشكل عائقا أمام النمو النفسي أو الجسمي السليم للفرد، مثل حالات الإعاقة المختلفة سواء كانت وراثية أو مكتسبة، إن جميع المصابين بمتلازمة داون يعانون من إعاقة عقلية تتفاوت شدتها بين مصاب وآخر، كما أن كل المصابين يتميزون بمجموعة من الخصائص الجسمية المعروفة التي تشكل الملامح العامة المميزة لشخصية المصاب بمتلازمة داوان.

(www.werathh.com/down/16/10/2019/15:41)

تعتبر متلازمة داون من أكثر الاضطرابات الجينية المتسببة للتخلف الذهني في العالم، وهي عبارة عن زيادة في عدد الصبغيات بحيث يكون إجمالي الصبغيات لدى الشخص المصاب 47 صبغي، بينما يكون العدد الطبيعي للشخص العادي هو 46 صبغي، وهذا العدد ينقسم إلى (22) زوجا للصبغيات الجسدية و زوجا واحدا للصبغيات الجنسية و التي بدورها تحدد جنس المولود ذكرا أو أنثى، وهذا يعني أنه أثناء تكون النطفة أو البويضة يجب أن يكون عدد الصبغيات في كل من البويضة و النطفة (23) صبغيا، وعند اتحاد النطفة مع البويضة ينتج عن هذا الاتحاد خلية جديدة (البويضة المخصبة).

تبدأ البويضة المخصبة في الانقسام الخلوي الأول لتعطي خليتين ثم تنقسم الخليتان خلال انقسام خلوي ثان لتعطينا أربع خلايا ثم ثمانية وهكذا، وقبل انقسام الخلايا يحدث أن كل صبغي ينشطر طوليا إلى نصفين فتنتقل نسخة من كل نصف إلى خلية من الخليتين الجديتين وهذا يعني أن كل خلية قد احتوت على مجموعة متناظرة من الصبغيات الحاملة للصفات الوراثية.

وفي بعض الأحيان وأثناء عملية انفصال الصبغيات يحدث أن زوجا من الصبغيات لا ينفصلان عن بعضهما ويظلان متلازمان وهذا ما يعرف بعدم الانفصال وبهذا تصبح يصبح عدد الصبغيات في البويضة (24) صبغيا بدلا من (23) صبغيا في الوضع الطبيعي وعند اتحاد الخلايا لتكون الجنين فإن عدد الصبغيات يكون (47) صبغيا بدلا من (46). (Monique Cuillert,2007 :44)

تقدر الإصابة بمتلازمة داون بحوالي 1 مصاب لكل 800 مولود، بمعدل 3 ذكور مقابل 2 إناث.

(Sylvain Fortin,2008 :12)

وقد أشارت الاحصائيات سنة 2003 إلى أنه بلغ عدد المصابين بمتلازمة داون حوالي 8 ملايين مصاب في العالم منهم 11000 مصاب بكندا، 50000 مصاب في فرنسا، وفي أوروبا اجمالا بلغ عدد المصابين حوالي 400000 مصاب. (Marie Goffinet, 2008: 18)

أما في الجزائر فقد أحصت وزارة التضامن سنة 2008 ما يقارب 25000 مصاب.

(www.echourouko,line.com/ara/article/html/27/10/2019/14:27)

إن المصاب بمتلازمة داون يعاني من خلل في المخ والجهاز العصبي ينتج عنه إعاقة ذهنية واضطراب في مهارات الجسم الادراكية والحركية، كما يظهر هذه الشذوذ ملامح وجهية وجسمية مميزة وعيوبا خلقية في أعضاء ووظائف الجسم. (Yves Morin, 2002: 972)

- ومن هذا المنطلق يمكن طرح التساؤل التالي: هل يعاني الطفل المصاب بمتلازمة داون من صورة ذات مشوهة؟

2- الفرضية:

- يعاني الطفل المصاب بمتلازمة داون من صورة جسد مشوهة.

3- أهمية الدراسة:

مرحلة الطفولة هي مرحلة تتميز بعدة تغيرات ففيها يتسارع النمو الجسمي والعقلي... وغيرهما، وتعتبر فئة الأطفال المصابين بمتلازمة داون من بين الفئات الأكثر انتشاراً لذلك قمنا بتسليط الضوء عليها، إضافة إلى مدى أهمية صورة الجسد عند هذه الفئة حيث تتبين أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

- الاهتمام بفئة الأطفال المصابين بمتلازمة داون وتسليط الضوء على بعض مشاكلهم.
- يعتبر موضوع حيوي حظي باهتمام الكثير من الباحثين والدارسين، لهذا ارتأينا تناول موضوع صورة الجسد لكن من جانب مغاير حيث خصصنا بدراستنا فئة الأطفال المصابين بمتلازمة داون.
- لعل هذه الدراسة تكون مرجع لدراسات تسعى لوضع برامج علاجية لمن يعانون من صورة جسد مشوهة.

4- أهداف الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة حلقة في سلسلة الدراسات التي تتناول متلازمة داون وصورة الجسم وتمهد الطريق لدراسات أخرى لاحقة، وتحدد أهدافها في الآتي:

- التعرف على طبيعة وصورة الجسم.
- التعرف على مدى تأثير متلازمة داون على تكوين صورة الجسم لدى الطفل.
- اكتشاف طبيعة صورة الجسم لدى الطفل المصاب بمتلازمة داون.
- الخروج بتوصيات للمتكفلين بالأطفال المصابين بمتلازمة داون، ووضع بعض الاقتراحات التي يمكن الاستفادة منها في تصميم برامج للتكفل النفسي للأطفال المصابين بمتلازمة داون.

5- تحديد المصطلحات:**• صورة الجسد:**

نعرف صورة الجسد بأنها الإدراك المعرفي والانفعالي (الشعوري واللاشعوري) للطفل اتجاه جسده، هذا الإدراك الذي ينمو ويكتسب عبر مراحل النمو وبناء لعلاقاته مع الآخر. وينتج عنه إما الرضا أو عدم الرضا عن صورة الجسد، أي عدم تقبل الطفل لجسده أو تقبله لمظهره، ما قد يصاحبه من مشاعر واتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية المدركة.

• متلازمة داون:

تشوه كروموزومي يظهر في شكل إعاقة ذهنية ومميزات شكلية وجسدية خاصة.

• الطفل المصاب بمتلازمة داون:

هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 5 إلى 15 سنة، الذين خضعوا للتشخيصات الطبية والنفسية والتربوية التي أكدت الإصابة بالمتلازمة

الفصل الثاني

تمهيد:

تعد صورة الجسد من المفاهيم الرئيسية في مجال علم النفس، لأنها تختص بالمشيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر أو ما يبدو عليه الفرد في الواقع، والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هي ما أطلق عليها مختصين في علم النفس ما يسمى بصورة الجسد والتميز بين النظرة الداخلية والنظرة الخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا لا نرى أنفسنا بالطريقة التي يراها بها الآخرون. سنحاول في هذا الفصل الغوص في عمق هذا المفهوم السيكولوجي المهم جدا في حياة الفرد.

1- مفهوم صورة الجسد:

قبل التطرق لتعريف صورة الجسد وجب تعريف كل من الصورة والجسد كل على حدى:

1-1- تعريف الصورة:

لقد ارتبطت المفاهيم الأولى للجسم بالرؤية الفلسفية والتي تجلت فيما أشار إليه:
 "أفلاطون": "بأن الجسم قبر النفس" فالجسم البشري ليس مرد جسم مادي، أو بيولوجي بل جزء من شخصيته وأنيته.
 (بوزواوي، 2009: 88)

أما "أرسطو فقد عرف الصورة "بأنها كمال أول أو فعل أول للهيولي من حيث هي قوة صرفه".
 عند "شبيرون وأوغسطينس" تعني النوع.
 الصورة من أقسام الجوهر.
 (وهبة، 1998: 404)

2-1- تعريف الجسد:

جسد: هو شكل جسمي محدد لشخص أو حيوان: الجسم الإنساني.
 (Oxford Elementary Learner's Dictionnory)
 شيء مادي مدرك بالحواس وموضوع في المكان فحيث ما وجد جسم يوجد مكان، وهذا يعرف
 المعتزلة الجسم بالأبعاد فيقال هو ماله وشمال وظهر وبطن وأعلى وأسفل. (وهبة، 1998: 258)

3-1- تعريف صورة الجسد (L'image du corps):

يشير "وشيلدير" (1935) أن صورة الجسد ليس لها وجود في الذات، إنها جزء من العالم، لكن لا يوجد فقط العالم الخارجي، الموهوب بالبنية المختلفة عن صورة الجسد، هناك كل الشخصية أيضاً: كل مكونات الحياة النفسية، تعبيرات الأنا، الموضوع. رغم ذلك يبقى حقيقة أن صورة الجسد تبقى موجودة في كل التجارب، هي واحدة من أوجه التجربة الكلية، التي تضع في الواجهة الشخصية (الأنا)، الجسد والعالم. لم نقم إلا باعتبار الجسد كأحد، من ثلاث ميادين التجربة اللذين يكونون الحياة والوجود.

(A.Schweitzer, 1990 :17)

تعددت المفاهيم المرتبطة بصورة الجسد بتعدد النظريات والاتجاهات النفسية، وسنحاول في هذا
 العنصر إجمال أهم التعاريف والمفاهيم التي تطرق إليها علماء النفس حسب التسلسل الزمني.

بداية بـ "فيسر وكليفاند" (Fisher & Cleveland) (1958) الذي اعتبر صورة الجسد أنها: "صورة تمثل الكيان الذي يشير إلى الجسد كتجربة سيكولوجية. وهو مرتكز على عواطف وسلوكيات الفرد بالنسبة لجسده، وتشتمل كل التجارب الشخصية للفرد والطريقة التي ينظم بها تلك التجارب".

وحسب "دولتو ماريت" (Dolto-Marette) (1961) صورة الجسد هي تركيب حي، في كل وقت حاضر، لكل تجاربنا العاطفية المتكررة والمعاضة عن طريق الأحاسيس الجنسية المنتخبة، البدائية والراهنة لأجسادنا. إذن كل الحواس تساهم في تكوين صورة الجسد. أما "شيلدر" (1968) هو الآخر يعرف صورة الجسم "بأنها صورة أجسادنا التي نكونها في أذهاننا، أي هي الطريقة التي ترى بها أجسادنا" أنه مصطلح مرن، يكون عن طريق التجربة الحسية والنفسية والذي يندمج باستمرار في الجهاز العصبي المركزي. (Pierrette Laroche, 1977 :7,8)

أما مفهوم صورة الجسد في التحليل النفسي، فالجسد ليس له وجود خارج الرغبة والاستهام، بالنسبة لـ "لاكان" (J.Lacan) لا يكفي أن تكون لنا تجارب وتدريب إحساسي – إدراكي – حركي بل يجب استثمار لجسمنا من خلال علاقاتنا مع الأفراد واستثمارهم لنا ولجسمنا.

(بدرة معتصم ميموني ومصطفى ميموني، 2010: 44)

توصل "كوالسكي" (Kawalski) (2007) أن صورة الجسد هي الطريقة التي يرى بها المراهق جسده ومشاعره نحو جسده. والأفراد الذين لديهم صورة إيجابية صحية عن أجسادهم ينظرون لأنفسهم بواقعية ويحبون ذواتهم الجسدية. (رغدة يريم، 2009: 83)

2- تمييز بعض المفاهيم التي تتقارب من صورة الجسد:

نجد محتويات متشابهة لتسميات أخرى لصورة الجسد، منها الوعي بالجسد، إدراك الجسد، الأنا الجسدي، تجربة الجسد. في حين لا يظن "شويزر" (Schweitzer) أنه من الملائم التمييز ما بين الإدراك والصور والتمثل. هذا ما يدعمه رأي "مونود وغيون فينتر" (1979) "عند كل مستويات النمو، مدركات الطفل تكون على شكل بيانات شخصية عن طريق تمثلات، التي تمكننا لوحدها من إعطاء دلالة للأشياء المدركة". (Schweitzer, 1990 :174)

1. صورة الجسد والمخطط الجسد (Schéma Corporel):

لاحظ مختصو الأعصاب أن بعض الأفراد الذين يتر لهم عضو بعد سن 6 – 7 سنوات يعانون من الآم في العضو المفقود مما سمي العضو الشبح. وهذا جعلهم يفترضون وجود تخطيط شامل للجسم في الدماغ، حيث حاول "شيلدر" (Schilder) (1886-1940) في سنة (1923) جمع المعلومات الخاصة بهذا المفهوم في كتابه صورة الجسم (L'image du corps) ويعرفه كالتالي: "هو المفهوم الذي نحمله عن وحدتنا الفيزيائية مضبوط في سيرورة زمنية وفي شكل إحساس بوحدة تستلزم وعيا بانفراديتها الفيزيائية بالنسبة للمحيط بنا.

فهو فكرة او معرفة عامة لجسدنا تسمح لنا بتقدير بعد ومكان الأشياء ونوع الحركة التي يجب القيام بها لأخذ الشيء، والقيام بنشاط حركي ما. فهو تمثيل تجريدي ودينامي لجسمنا. يبدأ في التكوين منذ الميلاد (أو ربما قبل الميلاد نظرا للدراسات حول الجنين ومهاراته) وهذا على أساس الحركات والإحساسات الداخلية والخارجية للجسم في علاقاته مع محيطه. ها التخطيط له أسس نورولوجية وحسب "برودمان" (Brodman) يوجد مركز تخطيط الجسم في المنطقة 39 بالفص الجداري للدماغ، في الواقع كل المراكز العصبية تساهم في هذه المعرفة. و "بياجيه" من جهته يركز على العمليات المعرفية وعلى عوامل النضج والتدريب، والتأثير التربوي في تكوين وحدة الجسم، وتعرف الفرد على المواضيع المحطة به. (بدره معتصم ميموني ومصطفى ميموني، 2010: 43 - 44)

2. صورة الجسد وتصور الذات:

من خصائص الانسان ان تكون لديه فكرة عن جسمه، أي صورة ذهنية عن جسمه وشكله وهيئته، ولهذا يميل طفل في سن الثالثة إلى استكشاف جميع أجزاء جسمه، وفي الخامسة قد يقارن نفسه بغيره من الأطفال، ويتحدد هذا الميل في المراهقة، فالفتى لا يقتنع بكشفت تغيراته الجسمية فحسب، بل يحاول تتبع هذه التغيرات ومقارنة نفسه بزملائه. يشعر الفتى بعدم الأمن أو القلق إذا شعر أن جسمه يجيد كثيرا عن تصوره له، وإذا كان مفهوم الذات منطلقا لما يود ان تكون عليه (الذات لمثالية) اتصف الفتى بالثبات والاستقرار والاتزان. أما إذا كان الفرق كبيرا بين فكرته عن ذاته وما يود أن يكون عليه، فإنه يصاب كثيرا بالإحباط واليأس، وتقبل فرص التعلم أمامه، وتقبل محاولاته في تغيير نفسه.

(محروس شحاتة، بدون سنة: 20)

فصورة الجسد وما تتضمنه من أفكار ومشاعر وإدراكات تندرج تحت لواء مفهوم الذات، وتشكل بعدا من أبعاده الأساسية ولاسيما وأنه يتضمن صفات وخصائص تشكل في مجملها مكونات مفهوم الذات.

(علاء الذين كفاي وجهاد علاء الذين، 2006: 106)

3. صورة الجسد والاستثارة الحسية:

الاستثارة الحسية تمثل أحسن تمثيل للعلاقة الوثيقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية وبين مدى التفاعل بين الجسم وآلياته، والنفس، وآلياتها مما يؤكد وحدة الكائن الحي وتكامل وظائفه. عرفها "زوكerman" (Zuckerman) (1984) بأنها الحاجة إلى البحث عن خبرات وإحساسات متنوعة وجديدة ومعقدة، فضلا عن الاستعداد العام لمواجهة المخاطر الجسمية والاجتماعية من أجل الحصول على إحساسات مثيرة ومنبهة في الآن ذاته. ومما هو جدير بالذكر أن الاستثارة الحسية تتباين من فرد

إلى آخر، شأنها في ذلك شأن أي سمة من سمات لشخصية. فهي تخضع لمبدأ الفروق الفردية في الاستثارة. (علاء الذين كفاي وجهاد علاء الذين، 2006: 111)

4. صورة الجسد والهوية:

أشارت "لوسيان غاني" (Chaby Lucien) أن الجسد يستمع لأوامرك وتسجيلاتك لكنه لا يطيعك إلا عند رغبته بذلك، قد يكون ذلك فوري أو أحيانا متأخر. إذن الجسد هو حامل الهوية (الهوية هي المعرفة الداخلية والحميمية التي تصنع الشخص). حيث يصبح الجسد جذاب من خلال طريقة اللباس والمشى والنظر، التي تعكسه فمثلا في الأنوثة إذا تنكرت الفتاة بشكل ولد هذا لا يمنع إحساس الفتاة بأنوثتها. فالجسد يظهر من خلال الملابس وتسريحة الشعر والرعاية الجسدية سواء كانت الرعاية مفرطة أو غير كافية. هو وسيلة للتعبير الرمزي للصراعات وطبيعة العلاقات مع العالم الخارجي. حيث أحيانا يشعر المراهق بالقلق عندما يصبح غريب عن جسده. لذا يستوجب على المراهق التعبير والتفريغ وإعادة النمذجة بطريقته الخاصة، وعليه البحث عن نفسه من خلال تأكيد صورته. يمتلئ الجسد في المراهقة بالعواطف، وتعبير عنه الفتاة المراهقة في الأحلام والخيالات والعطور والألوان واللمسات.

(Chaby Lucien, 1971 :55-87)

3- أهمية صورة الجسد:

يذكر "بيفر" (Pipher) (1995) أن المظهر العام مهم في العلاقات وفي الحياة، وترى "بريكي جيمس" (Breakey James) (1997) أن خبرة الجسم مهمة للنمو النفسي البدني، وأن صورة الجسد لها أهمية وجدانية ورمزية أيضا. تؤكد "بيث هيتشكوك" (Beth Hitchcock) (2002) أن القلق الرئيسي في مجتمع اليوم يرتبط بصورة الجسد. وتذكر إليزابيث" (Elizabeth) (2006) أن صورة الجسد تلعب دورا في اتخاذ القرارات المهنية وفعالية الذات والإصرار.

(رضا إبراهيم الأشرم، 2008: 24)

4- التفسيرات النظرية لصورة الجسد:

إن المتغير النفسي المتمثل في صورة الجسد الذي اختلف العلماء في تحديده فإن ذلك راجع إلى اختلاف المدارس والوجهات التي ينتمون إليها كل من مؤسسيها وأتبعها فلذلك حظيت بتفسير متنوع ومختلف من قبل العديد من النظريات والمتمثلة فيما يلي:

1- النظرية البيولوجية:

يعتبر طبيب الأعصاب "هنري هيد" (Henry Head) الباحث الأول الذي استعمل تعبير صورة الجسد، وأول من وصف مفهوم صورة الجسد وهذه الصورة هي اتحاد خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسد الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي للمخ ولاحظ "هيد" أن الحركات السلبية وتوافق مواضع الجسد ضمناً على الوعي المعرفي المتكامل لحجم وشكل وتكوين الجسم وأضاف ان صورة الجسد تتغير بشكل ثابت بالتعلم، كما درس ابتداء تأثير المخ وضرر الجسد على مخطط الجسد (الأشرم، 2008: 26) ويرى أيضا "كليف" (Klif): "أن صورة الجسد يمكن أن تقسم إلى غلاف الجسد من الجلد والمعلومات البصرية ويعتقد أن حجم أو فضاء الجسد يظهر من التوازن العميق للجسد وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة وحفظ صورة الجسم. (القاضي، 2009: 88)

2- الاتجاه الظاهرياتي (Phénoménologie):

إن الاتجاه الظاهرياتي اقترح التمييز ما بين الجسد الإنساني (في الفلسفة الكلاسيكية فرقوا بين الروح والنفس)، والجسد الموضوعي الذي يعترف بأجزائه بينه وبين المواضيع الأخرى في العلاقات الخارجية. بمعنى أن الجسد في الدراسات الفيزيولوجية والطبية هو الجسد الموضوعي ويعتبر كشيء، أما جسد الفرد الذي يعني جسدنا نحن الذي يمثل تواجدنا كقوة للتصرف والادراك بمعنى آخر هو وسيلة وأداة إدراج الفرد في العالم. لا يوجد فرد بدون جسد وعلاقتنا بالعالم تتم من خلال الجسد، فالجسد هو الموقع وتظهر أهمية هذا الموقع عند المماة. حيث تحدد هويتها من خلال الجسد.

فبالنسبة لـ "مارلو بونتي" (Ponty Merleau) "الجسد الظاهري" هو "الجسد الحقيقي"، التشريحي، الموضوع التجريبي، وما هي إلا عمليات مجردة للجسد معاش. فالتحليل المقترح من طرف "مارلو بونتي" يمنع من رؤية الجسد كموضوع من المواضيع، حيث نجد الشعور موحد، يظهر أن الفرد ينضم إلى العالم من أجل استكشاف جسده. لذا لا يمكننا القول إن الجسد موجود في الوقت وإنما في الفضاء. فالجسد هو النواة التي تحمل الوظائف العامة لاستمرار النمو.

(Genevière Comeau, 2001: 12-15)

فالهوية الجنسية تتمثل في الجسد بالنسبة للذات والجسد بالنسبة لآخر والجسد في الذات:

1. الجسد بالنسبة للذات (Le corps pour soi):

الجسد وفقا لذلك هو الشيء الذي لا يفارق الفرد أبداً، يتمثل في التفرد والوحدة الزمانية والمكانية للشخص. فالجسد بالنسبة للذات هو تجسيد محور العالم. فالجسد إنّه هو الذي ينظم العالم ويعطي له معطى له معنى بالنسبة للفرد.

2. الجسد بالنسبة للآخر (Le corps pour Autrui):

إن الجسد بالنسبة للآخر هو طريقة الوجود وهذا من خلال الدخول في علاقة مع الآخر عن طريق الجسد. لأن الرغبة تشكل في الجسد كميًا وكيفيًا وتظهر للآخر عن طريقه.

3. الجسد في الذات (Le Corps En Soi):

يوضح هنا "جنيفير كومو" (Genevière Comeau) أن الجسد في الذات كشيء فيزيائي من خلال القوانين الكونية والبيولوجية، حيث تحدد حالة الجسد في الذات قدرنا مثلًا كالوفاة. فالجسد يسحل ديمومتنا في الوقت والفضاء والمكان من خلال الخبرات اليومية.

(Comeau Genevière, 2001 :26)

3- النظرية التحليلية الفرويدية:

يحتل الجسد مكانة مركزية في سيرورة المراهقة والتحويلات في البلوغ بتغيير الذات والتعديلات الحساسة لصورة الذات كلها تؤثر على نفسية الطفل الذي أصبح مراهق. لذا يستوجب مصاحبة سيكولوجية لهذه التحويلات بطريقة تحافظ على الإحساس بالاستمرارية والوجود وهذا يتقبل كل التغيرات التي تتبعها من أجل تفادي أي صراع في النمو حيث يحدد "فرويد" في كتابه (ثلاث رسائل) أن الهوامات في البلوغ تعطي شكل لخبرات عنيفة يمر بها المراهق، تسمح له ببقاء هذه الوظائف وتعطي معنى لهذه التقلبات التي تعتبر خطر يهدد المراهق في الدخول في شكل من أشكال تبدد الشخصية. ومن أجل تفادي هذا الانهيار يتصرف بعض المراهقين برفض وجهات النظر المرتبطة بالدخول في البلوغ. تترحم بصعوبة تسمى بـ (التفاعلات النرجسية للمراهقة) تعبر عن الصراع المعارض بين الليبيدو النرجسي وليبيدو الموضوع، تظهر على شكل مقاومة استثمار لمواضيع جديدة في البلوغ.

(François Marty, 2011 :202)

بالنسبة لـ "فرويد" (1905) فالجسد حامل للرسائل الرمزية.

(Daniel Goanach & Cardine Golder, 1995 :281)

ويحدد "فرويد" من خلال ذلك مراحل التطور الليبيدي لصورة الجسد:

حيث أن الليبيدو هو الطاقة النفسية التي يمتلكها الانسان لبناء جسمه، وبالموازاة مع هذا التطور، للقيام بتكوين شخصيته (طلال حرب، 1994: 39). وأنه يتدفق إلى الأنا من أعضاء وأجزاء مختلفة من الجسم. (سيجموند فرويد، 2000: 33)

101- لمرحلة الفمية (Stade Oral):

يصف "فرويد" المرحلة الفمية أو الافتراضية (Canibal) كأولى مراحل تطور الليبيدي (الجنسية)، حيث يسود فيها ارتباط اللذة الجنسية بإثارة الفم والشفيتين مع تلازم تناول الغذاء. حيث يبنى بعض خصائص علاقة الموضوع الفمية، من اتحاد الليبيدو والعدوانية (حب، تدمير)، واجتياف الموضوع وصفاته والاحتفاظ به داخل الذات. كما يبين أيضا تلازم عملية الاجتياف الفموي تلازما وثيقا مع علاقة النماذج الأولى للتماهي في البدايات الأولى في حياة الفرد. (مريم سليم وعلي زيعور، 2004: 183)

102- المرحلة الشرجية (Stade Anal):

خلال العامين الثاني والثالث من حياة الطفل تصبح المنطقة الشرجية مركز اهتمامات الطفل الجنسية، حيث يتزايد وعي الأطفال بإحساسات المتعة الناتجة عن حركة الأمعاء على الأغشية المخاطية للمنطقة الشرجية. (مريم سليم وعلي زيعور، 2004: 184)

تتحصل اللذة نتيجة طرد الفضلات وما يعقبه من راحة، ويتعين على الطفل أن يبرزه ويتعلم النظافة. وتتوقف نتائج هذا التعلم على أسلوب الأم مع الطفل ومشاعرها أثناء تدريبه على التبرز، وقد تتكون لدى الطفل اتجاهات وميول وسمات وقيم نوعية بناء على ما سبق.

(فيسل عباس، 1996: 40)

103- المرحلة الأوديبيية أو القضيبية (Stade phalique):

تتم هذه المرحلة من سن الثالثة حتى سن الخامسة أو السادسة تقريبا، وفيها يتحول التركيز على الأعضاء التناسلية. يصل الطفل إلى هذه المرحلة بسبب ازدياد نضجه الجنسي وإحساسه بالمتنامي بهويته الجنسية، وتتفجر لدى الطفل في هذه المرحلة رغبة استطلاعية لأمر الجنس ترتبط بسلوك استثنائي وقدر معين من الاستثارة الجنسية.

(علي إسماعيل، 1995: 36)

وقد أدى التحليل النفسي إلى اكتشاف عقدة الخشاء في المرحلة القضيبية بشكل ثابت، وترتبط عقدة الخصائص بصدارة عضو الذكورة عند كلا الجنسين. أما السلطة التي تهدد بالخصاء، في نظر الصبي، هو لأب باعتباره السلطة المنفذة، الحاسمة، أما في نظر البنت، فهي تحس بأن الام هي التي تحرمها فعليا من العضو الذكوري، أكثر من إحساسها بخصاء فعلي من قبل الأب.

(مريم سليم وعلي زيعور، 2004: 185)

تشهد هذه المرحلة "عقدة أوديب" أعظم محددات التوافق الجنسي للطفل في المستقبل وفي رأي "فرويد" تتلخص "عقدة أوديب" في ان كل الأطفال أثناء المرحلة القضيبية يودون لو يستنارون بكل حب الوالد من الجنس المغاير، في حين يكونون غيورين وعدائيين تجاه الوالد من لجنس المقابل.

(علي إسماعيل، 1995: 36)

وفي "عقدة أوديب" تنشأ لدى الصبي رغبة جنسية تتجه نحو أمه مباشرة، تخترق الرغبة الجنسية لدى البنت نحو أبيها، وفي نفس الوقت يكشف الصبي الصغير عن اتجاه متجاذب وجدانيا *Ambivalent* تجاه أبيه. إذ يتماهى الطفل من ناحية بينه وبين أبيه فيعجب به ويرغب في أخذ مكانه، ويود أن يكون مثله، وهكذا يبدو الأب كنموذج يجب تقليده. وينشأ الضمير الأخلاقي عند الطفل لأن الانا الأعلى هو وريث عقدة أوديب.

أما عقدة "الكترا" عند البنت لاحظ "فرويد" أن البنت في عمر الخمس سنوات تصبح مخيبة للأمال في أمها، تشعر بالحرمان لأن أمها لم تعد تعطيها الحب المستمر والرعاية التي تحتاجها كطفلة، ويزداد غضبها بسبب محظورات أمها. لكن البنت تستعيد فخرها بأنوثتها عندا يبدأ تقدير أبيها لها.

(مريم سليم وعلي زيعور، 2004: 185)

04-مرحلة الكمون (Période De Latence):

تمتد من عمر 6 سنوات حتى عمر 11 أو 12 سنة. تتوقف التطورات الجنسية خلال هذه المرحلة حتى بلوغ مرحلة بداية المراهقة.

(موريس شربل، 1995: 24)

تكون الجنسية في مرحلة الكمون كامنة، مع أن هذا الكمون قد يتخلله دفعات جنسية فجائية قصيرة المدى، وتصبح هذه الدفعات قريبة من بعضها البعض كلما اقترب الطفل من المراهقة التي تشير أساسا إلى الانتقال من الجنسية الطفلية إلى الجنسية البالغة، وذلك على المستوى الوظيفي (البيولوجي)، وعلى المستوى النفسي معا.

فبحو سن الثانية عشر تقريبا، يبدأ النضج للأعضاء التناسلية وتنشط من جديد الاهتمامات الجنسية، أي يتم الانتقال من الجنسية التناسلية وفي نهاية مرحلة الكمون تستأنف الحياة الجنسية نشاطها من جديد عند البلوغ بمعنى آخر تبدأ الحياة الجنسية تزدهر مرة ثانية. (مريم سليم وعلي زيعور، 2004: 187)

05-المراهقة: المرحلة التناسلية (L'adolescence):

يؤدي التغير الجسماني ونشاط الغدد التناسلية في سن المراهقة إلى أن يبحث المراهق عن هدف يشبع حاجته الجنسية. ويرى "فرويد" ان التعلق بالوالدين واتجاه الدافع الجنسي نحوها يظهر ثانية في بداية

هذه المرحلة، إلا أن هذا لا يستمر طويلاً بحكم التقاليد التي تحول أشباع هذا الدافع مع المحارم. فيستمر المراهق في سعيه حتى من يشبع هذه الحاجة معه. (سعد جلال، 1998: 31)

عند البلوغ الذي يبدأ في عمر الحادية عشرة عند البنات والثانية عشرة عند البنين، تنطلق لطاقة الجنسية بكل قوتها الكاملة مهددة بتحطيم كل الدفاعات القائمة، وتهدد المشاعر الأوديبية بالظهور مرة أخرى في الوعي، حيث أصبح الطفل الصغير الآن كبيراً يمكن تنفيذها في الواقع. ويقول "فرويد" أنه ابتداءً من البلوغ فصاعداً تصبح المهمة الكبرى للفرد هي أن يحرر نفسه من السيطرة الأبوية عليه. ويرى "فرويد" أن التغيرات التي تحدث في فترة البلوغ (المراهقة) لا تتم في الجنسين بالطريقة ذاتها. فالحياة الجنسية الطفولية للصبى والبنات تكون متشابهة تمام. لكن تطور المنطقة التناسلية مختلف.

(مريم سليم وعلي زيعور، 2004: 189)

4- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية والتي تكون مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد، والتي تكون صورته عن جسد ولكن صورة الجسد تظهر في مرحلة الطفولة حيث يكون الفرد متأثراً بجو الأسرة وبعبارات الذم والمدح التي يتلقاها، وبتعليقات الوالدين وتقييمهم لأجسام أبنائهم فإن ما تطلقه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائها ومثله أيضاً تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد لجسمه.

(الجبوري، 2007: 356)

5- النظرية الإنسانية:

يعد "روجرز" (Rogers) الذات المحور الأساس للشخصية إذ تتضح شخصية الفرد بناءً على إدراكه لذاته، فالخبرات التي يمر بها أو الموقف التي يتعرض لها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعاً لإدراكه لذاته، ولما كان لصورة الجسد أهمية كبرى من خلال تداخلها مع تقدير ذاته فإن الفرد يقيم ما يتعرض له من خيارات على ضوء فيما إذا كانت تشعره بالتقدير الإيجابي للذات فالتجارب الماضية خاصة أحداث وخبرات الطفولة التي تربط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسده كما أن لها تأثيراً قوياً فعلاً على توافق الشخصية بحيث يعتقد "روجرز" أن لكل فرد حقيقة عن ذاته كما خبرها وأدركها هو لذا فهي تعد العامل الحاسم في بناء شخصيته وصحته لنفسية.

(الجبوري، 2007: 357)

02 نمو صورة الجسد:

يقول "شويتزر" (Schweitzer) أنه "لا يهتم علماء النفس فقط إلى الترجمات الخاصة بصورة الجسد بل أيضا إلى بناء صورة الجسد وهذا عند الطفل أمثال (فالون 1954، زازو 1957، بياجيه 1960، كوبرنيك ودالي 1968) وأيضا إلى الصورة "البراقة" التي أشار إليها كل من (زازو 1948، بولانجي - بيليجر، 1980). بحيث أن الاستحواذ التطوري لصورة الجسد الشخصي يدعم مكتسبات عديدة. ليس فقط مرئية وحسية (التي يظهرها مصطلح مخطط الجسد)، لكل المعرفية أيضا (صورة مماثلة للجسد ثم رمزية ثم عملية حسب "بياجيه" (1937). عاطفية واجتماعية من خلال اكتشاف الآخر والحدود بين الأنا والآخر. التركيب الأخير لنمو صورة الجسد يتمثل في إدراك الجسد كأنه فريد، مختلف عن الآخرين وكملكية خاصة والذي يوافق النظر إلى النا كمادة وكموضوع".

(Schweitzer, 1990 :175)

هناك تقارير بحثية مقدمة من طرف "لوين" (Lowen) (1950) تشير إلى ان "صورة الجسد" تتكون عن طريق تركيب الأحاسيس التي تأتي من مختلف الاتصالات الجسدية بين الطفل والوالدين" بين "فيشر وكليفاند" (Cleveland & Fisher) (1958) إن تصرفات الآباء نحو الأبناء يعبر عنها عن طريق إشباع رغبات الجوع الكيفية التي ينتقلون بها، وأيضا الكيفية التي يعدلون بها العمليات الجسدية مثل الإفرازات والتغوط. كيف يعود إلى جودة الملمس، نظرة الأعين، حنين الطرق وكل ما يتم تسجيله في وعي الطفل. من أحاسيس جسدية سيضع صورة الجسد، وهكذا أم ترفض طفلها تمنعه من فرصة اختبار لذة جسده في علاقة مادة مقربة أم متملكة حق الطفل في تجربة جسده كما لو كان لها بحيازة جسد طفلها من أجل متعتها ورضاها الشخصي. (Pierrette Larovhe, 1977)

(Lacan) أن في آخر السنة الأولى (من 8 إلى 14 أشهر) عندما يرى الطفل صورته في المرآة أنه يبتهج ويفرح ويصرخ كأنه أدرك وحدته وتجمعت الخبرات الجزئية عن جسمه في وحدة شاملة وهي الصورة في المرآة. لكن في هذا السن الطفل لا يعتبرها صورة بل كواقع ويريد أن يلمسها ويلعب معها. ويجب انتظار 2-3 سنوات كي يعرف انها صورته وليست هو. وهذه المرحلة أساسية في تكوين الذات وتكوين الفرد كفاعل (Sujet)، وهي لا تنهي تكوين ذات الطفل ووحدته وهويته، بل تبقى لهوية دينامية وتتغير مع تغير الجسم والخبرات والعلاقات.

(بدره معتصم ميموني ومصطفى ميموني، 2010: 44)

يظهر "شيلدر" (Schweitzer) (1968) مسجلا نفسه في الترجمات التحليلية، دور العلاقات العاطفية والجنسية في تكوين صورة الجسد، عند تكون الطاقة الجنسية نرجسية، بمعنى متعلقة بكل الجسم

والجسم فقط بدون فرق في هذا الجسم، وتدرجياً تستثمر الطاقة الجنسية في مناطق مختلفة من الجسد والمناطق الشبكية (الفم-فتحة الشرج-القضيب) يلعبون دور المحفز. الطاقة الجنسية لها إذن تأثير كبير على صورة الجسد. ففي المرحلة الفمية مثلاً، الفم هو المنطقة المركزية لصورة الجسد بعد استثمارها في مختلف مناطق الجسد، تستثمر الطاقة الجنسية على أشخاص آخرين علاقة الموضوع في عقدة أوديب تتحقق ومستوى الأعضاء التناسلية متناسب تماماً ببناء صورة الجسد تتحقق إذن في حقيقة الأنا بالنسبة للآخر "شيلدر" (1968) يقول إن صورة الجسد التي نصنعها لأجسادنا تستطيع التأرجح لأن النموذج الوضعي للجسد ليس ثابت، بل يتغير باستمرار حسب الظروف المعاشة. لقد اعتبرناه كبناء من الشكل الإبداعي، فهو مبني، ذائب، ثم مبني من جديد. في هذه العملية المستمرة، عمليات المماثلة، الاستيلاء والإسقاط تلعب دوراً مهماً، فحين توضع صورة الجسد حسب احتياجاتنا وميولاتنا، فإنها لا تبقى جامدة، فهناك تدفق دائم وكل تبلور يتبع مباشرة بمرحلة بلاستيك، الذي عن طريقها تتم بناءات ومجهودات جديدة تكون ممكنة حسب الوضع العاطفي للفرد. بالإضافة أنه لا يوجد فقط هذا التغيير المستمر في صورة أجسادنا بل أيضاً علاقتها الفضائية والعاطفية لصورة أجساد الآخرين.

(Pierrette Larovhe, 1977 :9-10)

03 العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسد:

يلعب كل من الآباء والأقران والمعلمون وأجهزة الاعلام دوراً كبيراً في حياة العديد من الأطفال الصغار والمراهقين، ويؤثر على صورة جسمهم، وأن صورة الجسم تتأثر بالعديد من العوامل (الأسرة والأصدقاء والأقران والمجتمع).

01-العوامل السيكولوجية: التحليل النفسي للطفل وتأثير على جسمه (1931):

إن الإسهام العلمي للتحليل النفسي حدده "فينيكوت" في ثلاث أجزاء مصطنعة وتعسفية في نفس الوقت هي:

_ معرفة الحياة النزوية الفردية والعلاقات بين الشخصية.

_ معرفة المزاج والأصل الداخلي (الوساوس المرضية) أو الأفكار الخارجية المتطرفة من الاضطهاد.

_ معرفة المهام العاطفية الأولية كبناء علاقة مع العالم الخارجي، ادماج الشخصية والشعور بوجود الجسد.

حيث يتأثر جسم الطفل بالنسبة لـ "فينيكوت" بشكل مختلف اعتماداً على المهمة التي عليه إنجازها. إذ تقابل طفلان على لعبة مسدس على سبيل المثال، نلاحظ أولاً أن كلاهما استثار سواء بالغضب أو بالخوف، أحياناً إما يخرج أحدهما أو يتلقى ضربة من الآخر، لذا يجب أن نأخذ بعين الاعتبار أن الطفل

المكتئب يتصور أن هناك أشياء سيئة فيه أو أنه فارغ، التي بدورها تؤثر بشكل غير مباشر على خياله وتصوراتته حول جسده.

1- عوامل بيولوجية Biological Factors:

تتحد معالم الجسد بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية، وبالتالي قد تلغب الخصائص البيولوجية والوراثية دورا هاما في نمو صورة الجسد، كما أن بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن ان تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لأجسامهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة وتقاطيع الوجه والبشرة.

(العزاوي، 2005: 35)

وعند الطفل المصاب بمتلازمة داون هناك العديد من النقاط الجسدية لتختلف عن الطفل العادي، مما يجعل الطفل مدركا لمظهره وغير آمن وقلق بشأن جسمه، لذا المحدد البيولوجي لحجم وشكل الجسم يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد لجسده، كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي إلى صورة الجسد السلبية، فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة، فالطريقة التي يبدو بها الجسد تحدد بشكل رئيسي بالجينات المورثة من الآباء والأجداد.

2- الوالدين، الأسرة، Family، Parents :

تعتبر الأسرة المربي الأول للأطفال الصغار والمراهقين، حيث يؤثر الآباء ومقدمو الرعاية للآخرين على طريقة إدراك الأطفال لأجسادهم.

ويلعب الآباء دورا حيويا سواء بشكل علني أو سري في ارسال الرسائل إلى طفلهم للتوقيف والتكيف مع المعيار المثالي في المجتمع، الآباء أنفسهم قد يركزون بقوة على الحمية ويهتمون بجاذبيتهم، وبذلك يضربون المثل لأبنائهم الصغار "ذكور-إناث" إن الصورة كل شيء.

(Stacy, 2000: 11-12)

3- المدرسة، المعلمون Teachers، School :

يلعب المعلمون بعض الدور في إدراك الأطفال والمراهقون لصورة جسمهم، وتبين الدراسات أن إدراك الطلاب لتقييم معلمهم عامل مهم في انجازهم الأكاديمي، لذا فمن المعقول أيضا أن يؤثر المعلمون على كيفية إدراك الأطفال والمراهقين لأجسامهم.

(Stacy,2000 :4)

4- الأصدقاء، الأقران , Friends , Peers :

مرحلة الطفولة والمراهقة فترة مهمة جدا في تكوين جماعة الأقران، وتكون جماعة الأقران مؤثر جدا، ومحاولة التوافق مع الصورة المثالية والاحتفاظ بجماعة الأقران في نفس الوقت ليس سهلا، فإن هذه الجماعة تؤثر في تحديد كيف ينظر الفرد إلى جسمه.

فقد فحص Adler قوة جماعة الأقران، واكتشف أن الأطفال – خاصة البنات- يتعلمون معايير المظهر في سن مبكر من أقرانهم، هذه المعايير والقيم التي تنمو أثناء الطفولة قد توجه مواقفهم واتجاهاتهم وسلوكهم في المستقبل. (Stacy, 2000: 13)

ويختار الأطفال والمراهقون الأصدقاء من الأفراد الذين يتفوقون مع صورة الجسم المثالية، ويعملون العديد من الأشياء ليكونوا مقبولين، أيضا يبحثون على الصداقات التي تكون مقبولة من الآخرين لأن هذه الفترة هامة في حياتهم وأي تعليقات بخصوص المظهر قد تؤثر عليهم مدى الحياة، فالتعليقات السلبية من الأقران يمكن أن تؤثر على تقدير الذات ومفهوم الذات وقيمة الذات لدى الفرد وقد يحمل البعض هذه الرسائل معه إلى سن الرشد. (فرغلي، 2007: 4)

5- أجهزة الاعلام The Media :

الصور التي يراها الناس في أجهزة الاعلام المختلفة لها غالبا تأثيرا قويا على صورة الجسد، فالعديد من الرسائل في أجهزة الاعلام حول صورة الجسد توحي بأن المظهر مهم جدا لتكون ناجحا في الحياة.

(Stacy, 2000: 14)

إلا أنه بالرغم أن وسائل الاعلام تستهدف الأشخاص في كل المستويات العمرية، إلا أن الأطفال والمراهقين أكثر عرضة للرسائل التي تصل مجتمعنا، فأغلبية المعلومات التي قدمت في أجهزة الاعلام المختلفة موجهة بشكل محدد نحو الأطفال والمراهقين.

وأن تأثير الاعلام يلعب دورا حيويا لاستمرار المظهر المثالي الصعب المنال وأن أجهزة الاعلام مؤثر رئيسي في إدراك ذات الفرد، لأنها تركز على الجمال المثالي. (عبد الستار، 2007: 35)

6- أنواع صورة الجسد:

تتمثل أنواع صورة الجسد في:

01-الصورة الجسدية الموجبة:

وهي كل انعكاس إيجابي على ما يؤديه من سلوك وما يظهره من انفعالات، وما يوليه من اهتمام ورعاية، كما يعبر الطفل عن جسمه الموجب بعرض لعضلات والحركات الصعبة والميل إلى السيطرة والتفاعل مع الآخرين، والعناية بهذا الجسم والمحافظة عليه والحرص على أن يكون في أحسن صورة ممكنة.

02-الصورة الجسدية السالبة:

ويعبر الطفل فيها لخلل من جسمه والشك في قدراته على الإحساس بالنقص عندما يقارن جسمه بأجسام رفاقه، وقد يتطور هذا الإحساس إلى مركب نقص ينعض على حياته، ويشوش نفسيته بأجسام رفاقه، وقد يختار الانسحاب والانطواء بعيداً عن الآخرين منه ويحس برفقهم له، استهزائهم به مما يؤدي من مشاعر النقص لديه ويعمق الجرح النفسي لديه ويجعله في صراع مستمر مع هذا الجسد.

03-الصورة الجسمية المتذبذبة:

والمتمثلة في رضاه عن جسمه تارة ورفضه تارة أخرى، بكل ما يحمله الرفض من الاستفزاز والقلق والخوف من الأشياء قد تكون وهمية، فهو لم يحقق المطلوب مع جسمه مما يجعله في توتر مستمر ينعكس على علاقته ليس مع جسمه فقط وإنما على علاقته أيضاً مع الآخرين، خاصة عندما يستكشف هؤلاء الآخرين أنه المزاج تارة مسالم، تارة عدواني، تارة انطوائي، تارة انبساطي

(محمد عودة الريموي، 1998: 314)

7- أبعاد صورة الجسد:

يشير "ليولي وأسبورن" (Osborne & Liewely) (1990) أن متغير صورة الجسد يدخل كعامل مؤثر في سلوك الفرد منذ أن يعي بأبعاد جسده وقد ينظر الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة إلى جسده بشكل عام وكلي لكنه لا يدرك التفاصيل الدقيقة التي تميز أبعاد جسده. ولكن إدراك الطفل متطور بحيث يأخذ في مرحلة المدرسة في المقارنة بين جسده وأجسام أقرانه وينتبه بصفة خاصة إلى خاصيتي الطول والقوة البدنية. (علاء الدين كفاني، 2006: 236)

وضع كل من "كفاني والنيال" (1995) أربعة أبعاد لصورة الجسد وهي كالتالي: بعد يتعلق بالوزن، وبعد يتعلق بالجاذبية الجسمية، وبعد يتعلق بالتأزر العضلي، وبعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم.

تركيب صورة الجسم في المراهقة بالنسبة لـ "بيترسون" (Petersen) هو نتيجة ثلاثة أبعاد مترابطة هي: الواقع البيولوجي، التاريخ الشخصي، والضغوطات الاجتماعية. حيث توجد أولا الحقائق البيولوجية التي تفرض على لشخص: تاريخ البلوغ، المبكر، متأخر أو في وقته، الوزن الموضوعي والحجم الخ.

(Daniel Goanach & Cardine Golder,1995,204)

وقسم "شقيير" (1998) صورة الجسم إلى ستة أبعاد وهي: المظهر الشخصي العام، والتناسق بين مكونات الوجه الظاهرية، الجاذبية الجسدية، والتأزر بين أشكال الوجه وباقي أعضاء الجسد الخارجية والداخلية، والتناسق بين حجم الجسد وشكله ومستوى التفكير. (وفاء محمد أحمد، 2009: 47)

8- الثقافة وصورة الجسم:

لكل ثقافة مجموعة تقنية وخاصة في الوحدة المعقدة للتصورات الموجودة، فكل ثقافة مجموعة تقنية وخاصة للجسد في الوحدة المعقدة للتصورات الموجودة، فكل ثقافة تحمل من خلال أفرادها الجماعية حسب تربيتهم الخاصة. تتمثل فيما يسمى بالتصورات الثقافية. حيث يسمح لنا التواصل مع ثقافة أخرى بفك تصوراتنا الجسدية، حيث تحمل تصوراتنا معارف تشرحية للجسد دائما مرتبطة برموز اجتماعية. فمفاهيم العلاقة بين داخل وخارج الجسد كمفهوم حساسية حدود الجسد تختلف حسب المجتمع. حيث يرتبط الجسد في مجتمع برموزه وتصوراته، وخيالاته.

(Genevière Comeau,2011 :12)

وتطابق اقتراب المفهوم الجسدي – كما تحدده الثقافة-من صورة الفرد الفعلية لجسمه يسهم بطريقة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته وتباعد مفهوم الجسم المثالي السائد في المجتمع عن صورة الفرد عن جسمه أو مفهوم الجسم لديه يخفض تقديره لذاته وقد يسبب له مشكلات في توافقه مع ذاته ومع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه. (علاء الدين كفاني، 2006: 235)

ذكر "ستايفيري" (Stafferi) (1976) أنه تؤكد البحوث التي أجريت في مجال أثر صورة الجسد عند الفرد على توافقه بصفة عامة إلى أن هذه الصورة لها أثر بالغ على تفاعل الفرد الاجتماعي، وهذا التفاعل من شأنه أن يؤثر في تطور نمو شخصية المراهق.

وبناء على مدى تطابق أو تقتراب مفهوم الجسد لدى الفرد مع الجسد المثالي في الثقافة يتحدد مدى رضا الفرد عن صورة جسده. فإذا كان هناك تطابق أو اقتراب أو أن المدى ليس كبيرا بين الصورة المدركة للجسد المثالي الذي تحدده الثقافة فإن الفرد يرضى عن صورة جسمه ويصبح رضا الفرد عن جسده أحد العوامل الإيجابية في شخصية التي تشير له توافقه وتكون بالتالي من العناصر الأساسية في بناء صحته النفسية أم إذا كان الفرق كبيرا بين الصورة والمثالية فإن عدم الرضا عن صورة الجسد تتكون لدى الفرد، ويصبح أحد العوامل الضاغطة على الفرد والمعيقة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.

(علاء الدين كفاني، 2006: 236)
يتضح جليا رأي "جنيف كومو" (Genevière Comeau) أن الجسد ليس بشيء عادي ولا كحدث فيزيولوجي، يمكننا الآن فصل الشعور عن الوجود، والفرد عن العالم. فالجسد بحد ذاته ثقافة، لا توجد طريقة في معرفة الجسد إلا من خلال العيش والتعايش مع الآخر.

(Genevière Comeau,2001 :23)

حيث يعطي الجسد معنى وهذا في قول "رونالد بارث" (Barthes Roland) "جسد الانسان ليس كائن أبدي في الطبيعة، هو جسد مسجل ومشكل بالتاريخ، بالمجتمع، بالإيديولوجية".
فالجسد العصري في المجتمع يظهر الحقيقة الذاتية للجسد، وجسد الآخر هو دائما صورة بالنسبة إلينا. وجسدنا هو صورة بالنسبة للآخر. والشيء الأهم في الموضوع أن جسدنا هو الصورة التي يتوقعها الآخر عنا.

مكانتي في العالم تظهر من خلال الجسد، وبما ان الجسد لا يتغير يقول "مارلو بونتي" (Ponty Merleau) أنه دائما قريب منا، وحاضر بالنسبة إلينا. لأنه يمثل وضعيتي في العالم بالنسبة للأشياء والآخرين. فوجودي ككائن حي يمثل عرض جسدي للعالم والآخرين.

(Genevière Comeau,2001 :16-17)

لا يمكن فصل الجسد عن هذه الأسئلة الثلاثة:

- لا وجود لي بدون الآخر.
- أنا والآخر نعطي ميلاد للعالم.
- أكتشف وجودي الجسدي بالوقت.

يعتبر الجسد كظاهرة من الظواهر الرمزية وعليه يمكن اعتباره كإشارة أو مجموعة من الإشارات (كاللغة مثلا تعتبر نظام رمزي). يعبر الجسد ويترجم الاشارات فمن خلاله تتم علاقتي مع العالم. حيث دائما من خلال الجسد يبحث الانسان عن وجوده في العالم. حيث يقول "مارلو بونتي" (Ponty Merleau) (العالم ليس فيما أفكر فيه ولكن فيما أعيشه). ويصبح الشعور حقيقي وواقعي من خلال الجسد. إن الدمج بين الجسد والوقت يتمثل في أن يأخذ الجسد حيزا في الوقت، من خلال الماضي والمستقبل ومن أجل الحاضر.

(Genevière Comeau,2001 :19-20)

خلاصة:

يتضح بأن الجسد ليس بشيء عادي ولا كحدث فيزيولوجي، فالجسد بحد ذاته ثقافة، وأنجع طريقة لمعرفة هذا الجسد تكون من خلال العيش والتعايش مع الآخر، فنظرة الآخر للطفل المصاب بمتلازمة داون تساهم وبشكل كبير في تكوين صورة جسده وهذا ما سنتطرق إليه لاحقاً.

الفصل الثالث

تمهيد:

تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل النمائية الأكثر أهمية في حياة الفرد كونها مرحلة تكوين الجهاز النفسي والهوية الجسدية وهي فترة حساسة من النمو، وبها يتحدد السير النفسي للفرد في مراحل حياته الباقية، وتعد فئة الأطفال المصابون بمتلازمة داون أكثر حساسية من الأطفال العاديين، لذا سنتطرق في هذا الفصل إلى جزئين الجزء الأول خاص بالطفولة وكل ما يتعلق بهذه المرحلة أما الجزء الثاني تطور مفهوم متلازمة داون، أنواعها أسبابها وخصائص الأطفال المصابين بها ختاماً بالمآل.

أولاً- الطفولة:

تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل النمائية الأكثر أهمية في حياة الفرد لكونها مرحلة تكوين الجهاز النفسي والهوية الجسدية وهي فترة حساسة من النمو، وبها يتحدد السير النفسي للفرد في مراحل حياته الباقية.

1- مفهوم الطفل:

يعد تعريف الطفولة من التعريفات التي اختلفت فيها الكثير من التخصصات في ضبطها، وذلك لاختلاف التخصص العلمي، واختلاف ال أري حول البداية والنهاية لهذه المرحلة العمرية واختلاف الثقافات، فتعرف الطفولة بأنها مرحلة عمرية يمر بها الإنسان وهي أكثر المراحل التي يتزايد فيها احتياج الإنسان لأسرته ومجتمعه معاً، وذلك لعدم قدرته على الاعتماد على نفسه وتحديد مصيره، كما أنها أكثر المراحل تأثيراً في حياة الإنسان بما في ذلك التأثير عليه وتحويله من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي يتصرف وفق معايير اجتماعية معينة تتماشى مع المجتمع المحيط به.

ويرى البعض أن الطفولة هي الفترة الواقعة بين فترة الحمل وسن 18 سنة، بمعنى شمولها المراحل التالية للنمو: مرحلة ما قبل الميلاد، مرحلة المهد، مرحلة الطفولة المبكرة، الطفولة المتأخرة، البلوغ ثم مرحلة المراهقة حتى سن 18 سنة.

(سالم والمقبل، 2114، ص32)

🚩 لغة:

الطفل بكسر الطاء: الصغير من كل شيء كان عينا أم حدثاً، يقال يسعى لي في أطفال الحوائج أي صغارها، ويقال آتية والليل طفل أي في أوله، وأطلقت الأنثى أي صارت ذات طفل، والمصدر (بفتح الطاء الفاء) أو الطفالة والطفولة والطفولية والطفل المولود مادام ناعماً، والولد حتى البلوغ وهو للفرد المدلك.

🚩 إصلاحاً:

يعرف الطفل في المادة 11 من اتفاقية حقوق الطفل: "أمه كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، ملم يبلغ سن الرّشة قبل بموجب القانون المطبق عليه. (اتفاقية حقوق الطفل، 1989: 04)

وحسب البند رقم 01. (2012) من اتفاقية حقوق الانسان يعرف الطفل من وجهة نظر بيولوجية، الطفل هو الشخص الذي ليس لديه من العمر ما يكفي لإنجاب الأطفال نفسها.

(<http://fr.ceberdodo.co/dessiers/dojentiondefenition de l'enfant 2.html>)

حسب تعريف المعجم النفسي: "مرحلة الطفولة هي مرحلة من النمو تعبر عن الفترة من الميلاد وحتى البلوغ، وتستخدم أحيانا لتشير إلى المرحلة الزمنية المتوسطة بين مرحلة المهد وحتى المراهقة والتحديد بالمعنى الثاني يستثني فترة العامين الأولين من حياة الطفل وهي مرحلة المهد. (طه، د س: 226)

يعبر مصطلح الطفولة إلى المرحلة الممتدة من ميلاد الطفل حتى فترة بلوغه وهي فترة مهمة في حياة الإنسان لأنها مرحلة النمو السريع والتي خلالها تكتمل كل أجهزته مع نهاية هذه المرحلة، وهي أساس الحياة المستقبلية للطفل.

2- مراحل نمو الطفل:

تقسم مرحلة الطفولة إلى فترات نمو محددة تتميز كل فترة بخصائص نمو نفسية وحركية، جسمية، عقلية، سنوجز هذه الفترات فيما يلي:

1- مرحلة ما قبل الميلاد :

تبدأ هذه المرحلة منذ لحظة الإخصاب وتمتد إلى وقت (البويضة الملقحة) الولادة، وتكون عبر مراحل البويضة الملقحة (العققة) (Zygote)، الجرثومة، المضغة (Embryon)، الجنين (Footeuse).

2- مرحلة ما بعد الولادة.

3- الطفولة الأولى : وفيها مرحلتين:

✚ مرحلة الوليد:

تعتبر الولادة مرحلة دقيقة في حياة الفرد، إنها مرحلة انتقالية من حياة طفيلية هائلة داخل رحم الأم، حيث تتوفر أفضل الظروف الحياتية للجنين، إلى حياة جديدة وقاسية وخارجية تفرض على المولود الجديد نوع من الاستقلال الذاتي في الوظائف الحياتية (تغذية، تنفس، اخراج...) إن محاولة الوليد التأقلم مع هذه الظروف البيئية الجديدة القاسية تفسر الركود في نموه في الأسبوعين الأولين من حياته.

✚ مرحلة الرضيع :

تمتد من نهاية الأسبوع الثاني إلى نهاية العام الثاني، حيث تعتبر مرحلة انطلاق القوى الكامنة، وهي مرحلة الإنجازات الكبيرة، حيث تشهد نمواً جسدياً سريعاً، وتأخراً حسيماً ملحوظاً في الحركات (الجلوس، الوقوف، الحبو، المشي) وفيها يتعلم الرضيع الكلام ويكتسب اللغة، ويلاحظ فيها نمو الاستقلال والاعتماد المبني على النفس والاحتكاك، الاجتماعي بالعالم الخارجي والتنشئة الاجتماعية والنمو الانفعالي، ويتم فيها الفطام، وفيها أيضاً تنمو الذات ويتكون مفهوم الذات التي تعتبر حجر الأساس للشخصية. (المصري، 2010: 118-203)

4- الطفولة المتوسطة:

تسمى أيضاً مرحلة ما قبل المدرسة، يصبح الطفل في هذه المرحلة على استعداد لاكتشاف بيئته بعد ما اكتسب في المرحلة السابقة السيطرة على جسده، فهو لا يرضى أن يبقى متقرباً ومتقلباً، بل يحاول أن يتعرف على بيئته من خلال التعامل معها وهي تمتد من 2 إلى 6 سنوات.

5- الطفولة المتأخرة:

تمتد من بداية العام السابع إلى نهاية العام الحدي عشر، أطلق العلماء على هذه المرحلة تسميات مختلفة، كل منها يبرز خاصية معينة تميزها، فالتربويون يعتبرونها مرحلة المدرسة الابتدائية والنفسانيون ينظرون إليها على أنها فترة الاهتمام بتكوين الفرقة أو العصبية، ومن وجهة علم النفس التكوين ينظرون إليها بأنها مرحلة إكمال مسيرة النمو.

(المصري، 2010: 118-203)

إن هذه الفترات لها تأثيرات كبيرة على حياة الطفل فكل فترة من هذه الفتارت لها حاجات وحقوق يجب تلبيتها للطفل كي ينمو نموا سليما لا تشوبه أي مشكلات جسمية ولا نفسية، فحسب النفسانيون الذين ينتمون إلى مدرسة التحليل النفسي هذه المرحلة (مرحلة الطفولة) وخاصة الخمس سنوات الأولى هي قاعدة وأساس البناء النفسي اللاحق، وكل فترة لها خصائص ومظاهر للنمو إذا اختلف أحد هذه المظاهر حدث تصدع أو تشقق للجهاز النفسي ولا يظهر هذا التصدع إلا بمفجر ما.

3- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة:

نحاول حصر مظاهر النمو في هاتين المرحلتين بما يلي:

1- النمو الجسمي:

يبطؤ معدل النمو في هذه المرحلة، ويصل حجم الارس عند الطفل في نهاية هذه المرحلة إلى قرب حجم الراشد وتطول الأطراف ويزداد نمو العضلات وتقوى العظام وتسقط الأسنان اللبنية لتظهر الأسنان الدائمة، وتظهر الأنبياب والقواطع والأضراس يبطؤ نمو الطفل والوزن، وفي هذه المرحلة يقاوم الأطفال الأمراض ويتحملون التعب وينخفض معدل الوفيات.

2- النمو الفيزيولوجي:

يزداد ضغط الدم ويتناقص النبض، ويزداد طول وسمك الألياف العصبية ويزداد تعقد الجهاز العصبي، كما يزداد وزن المخ ليصل في نهاية المرحلة إلى % 15 من وزنه عند الارس، وفي نهاية هذه المرحلة تبدأ الغدة التناسلية في التغير استعداد للقيام بالوظائف التناسلية، وتقل ساعات النوم بالتدرج حتى تصل إلى حوالي 11 ساعات في اليوم. (معوض، 1994: 48)

3- النمو الحركي:

يبدو النمو الحركي واضحا، فنجد أن الطفل يواصل حركته المستمرة ولا يستطيع أن يضل فترة طويلة في سكون فناره يجري ويقفز ويلعب الكرة في مرحلة الطفولة المتوسطة، وهذا الأمر قد نجده عند الطفل غير الشرعي بصفة مفرطة أو منعدمة تماما، وينمو النشاط الحركي في الطفولة المتأخرة ويظهر

ذلك من خلال الأنشطة التي يقوم بها، وخاصة الأنشطة الرياضية، وتزداد قوة الطفل ويستطيع القيام بأعماله بنفسه كارتداء ملابسه ورعاية أموره الشخصية، كما أن الطفل يستطيع ان يتحكم في عضلاته فيستعمل أصابعه للكتابة كما يقوم بأعمال النجارة والأشغال اليدوية. (معوض، 1994: 48)

4- النمو الحسي:

يكتسب الطفل المعلومات من العالم الخارجي عن طريق الحواس، فيستعين الطفل بحواسه لإدراك الصورة بصفة متكاملة، وينمو الإدراك الحسي في هذه المرحلة فيدرك الألوان والزمن والأعداد، ويميز الحروف الهجائية وتيقن الكتابة وتزداد دقة السمع فيساعده ذلك على النمو اللغوي والنمو الاجتماعي، وللمدرسة دور هام في هذه المرحلة في الاستعانة بالمعينات السمعية البصرية لتنمية معلومات التلاميذ واستفادتهم في الجوانب العلمية والتحصيلية. (معوض، 1994: 49)

5- النمو الانفعالي:

مقارنة بالمرحلة السابقة، تتميز هذه المرحلة بالاستقرار الانفعالي، ولذا تسمى "مرحلة الطفولة الهادئة" فالعلاقات الانفعالية التي كانت محصورة في الأسرة تتوسع وتشمل الأقران ورفاق اللعب، وتصبح انفعالات الطفل مقيدة غير منطلقة وتتكون اتجاهات انفعالية وعاطفية جديدة تكسب الطفل اتزاناً انفعالياً ويتيح ذلك فرصة النمو والنضج الانفعالي والاجتماعي، كما نجد أن النمو العقلي يؤثر على النضج الانفعالي فيتنازل الطفل عن حاجاته المحلّة ويسيطر على نوازه ورغباته وتزداد جرأته بسبب تنوع وتعدد علاقاته الاجتماعية التي تتسم بالتفاعل والديناميكية والتي تزيد من شعوره بالأمن والثقة، ويصبح الخوف في هذه المرحلة موضوعياً كالخوف من السيارات واللصوص، أما انفعال الغيرة فنجدّه يغار من أقرانه الذين يتفوقون عليه أو من أخيه الأصغر، والطفل في هذه المرحلة لا يتقبل النصح والإرشاد التي تحمل المعاني المجددة بل يجب الاعتماد على موقف ملموس وتتكون القيم الخلقية بالتقليد.

(معوض، 1994: 49-50)

6- النمو العقلي:

أهم مظاهر النمو العقلي تتمثل في النمو الكبير الذي يطرأ على العمليات العقلية العليا ونمو الذكاء والتفكير والوصول إلى مرحلة القدرة على تكوين المفاهيم العامة والتعامل بها، فبالتحاق الطفل بالمدرسة يبدأ في اكتساب الكثير من الخبرات العقلية المعرفية والمهارات التحصيلية ويتعلم الطفل القراءة والحساب ويطالع القصص، كل هذا يعين الطفل على النمو العقلي، فمنذ بداية هذه المرحلة يطرأ على الطفل تطور في الملاحظة والإدراك والانتباه الذي يترافق فيما بين السابعة والحادية عشر من العمر، وبالنسبة للتذكر جد أن الطفل في هذه المرحلة يميل إلى الحفظ وتذكر الموضوعات التي تقوم على الفهم والإدراك، بينما التفكير فيتدرج من تفكير حسي إلى تفكير مجرد، ففي نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة

تبدو بوادر التفكير المنطقي والاستدلال المجرد، وأما التخيل فيتخذ اتجاهاً جديداً يختلف عن المرحلة السابقة حيث يصبح خيال الطفل إبداعياً واقعياً أو تركيبياً، ويمكن للطفل أن يتميز بين الخيال والواقع.

(معوض، 1994: 51)

7- النمو اللغوي:

عند التحاق الطفل بالمدرسة يكون محصوله اللغوي ما يقرب 251 كلمة، يبدأ الطفل خلال هذه المرحلة باستخدام الجمل الطويلة، ويستخدم الطفل الأسماء، ثم الأفعال، ثم الحروف والضمائر والروابط التي تصل المعاني، وتتحدد ملامح النمو اللغوي عند الطفل في هذه المرحلة كما يلي:

- يتعلم الطفل القراءة عن طريق المحاولة والخطأ وأثناء ذلك يحصل على مزيد من الألفاظ والمصطلحات والتركيبات اللغوية.
- يستطيع الطفل أن يكون جملة من أربع أو خمس كلمات ويعبر بها تعبيراً صحيحاً عن فكرة واضحة في ذهنه.
- إلى جانب القراءة الجهرية، هناك القارئة الصامتة وهي أسرع إلى الفهم لذا فإنها تعتبر الأساس في التحصيل الذاتي وهي النمط المستخدم في الحياة اليومية.
- يستطيع الطفل أن يأتي بالمرادفات للكلمات الشائعة في بيئته وأن يتميز بين الأضداد.
- وإلى جانب التعبير الشفوي، يوجد التعبير التحريري عندما يكون الطفل قد تعلم الكتابة، ويتحسن تعبير الطفل في هذه المهارة من ناحية دقة التعبير وسلامة تركيب اللغة واستخدام الضمائر استخداماً صحيحاً، وفي النصف الثاني من هذه المرحلة يمكن للطفل أن يستخدم الكلمات الدالة على المفاهيم الكلية.
- نجد أن البنات يحرزن تفوقاً على البنين في هذه المرحلة في معظم جوانب النمو اللغوي، ويتأثر النمو اللغوي بالجنس والذكاء وظروف البيئة والعوامل الجسمية ومستوى الطبقة الاجتماعية والاضطرابات الانفعالية إلى جانب عوامل أخرى.

(معوض، 1994: 52)

8- النمو الاجتماعي:

يحرز الطفل في هذه المرحلة تقدماً كبيراً في الناحية الاجتماعية لأنه يفتح على البيئة والوسط الذي يعيش فيه، فالطفل في سن 6-12 سنة طفل اجتماعي بكل معاني الكلمة، لأنه يتفاعل مع ما يدور حوله، ويقبل معايير المجتمع وثقافته ويعمل بها. ويحرص على ألا يأتي سلوكاً يتنافى معها، لأنه يجد في ذلك تحقيقاً لذاته، ومن مظاهر النمو الاجتماعي في هذه المرحلة الميل للاحتكاك بالكبار، اللعب، الميل لجمع (الأشياء، الصداقة، الزعامة، المفاهيم الدينية).

(معوض، 1994، ص 53)

4- حاجات الطفل:

خلق الإنسان بحاجات أساسية لا بد من اشباعها في مرحلة الطفولة، فتكوين شخصية سوية وسليمة مستقبلا يتطلب اشباع هذه الحاجات، وعدم تلبيتها قد يؤدي إلى اختلال توازنها، وقد ذكر العديد من الباحثين والعلماء حاجات الطفل، ولعل أهم هذه الحاجات:

1- الحاجات البيولوجية:

وهي الحاجة إلى الغذاء، الماء، الهواء، النوم، الشمس، الراحة. وبدون إشباع هذه الحاجات لا يستطيع الطفل العيش وتكملة مسيرة حياته وبدونها لا ينتقل الطفل إلى إشباع الحاجات الأخرى. (عثامنة، 2010، ص383)

2- الحاجات النفسية:

عند إشباع الحاجات البيولوجية فإن الطفل ينتقل إلى البحث عن إشباع الحاجات النفسية التالية:

3- الحاجة إلى الأمن:

تقع الحاجة للأمن في قائمة أهم الحاجات التي يحتاجها الطفل، ففي البناء الهرمي للحاجات عند "ماسلو" تحظى الحاجة إلى الأمن بأهمية خاصة حيث أنها من أولى الحاجات التي يحتاجها الطفل وتتبعها الحاجات الأخرى. (عبد الفتاح، 2003، ص21)

فمن خلال إشباع الطفل للحاجة إلى الأمن يحقق الشعور بالراحة والطمأنينة والعكس، وهذه الراحة والطمأنينة يساعده على تكملة مسيرة حياته، والحفاظ عليها من أي شيء قد يهددها.

4- الحاجة للانتماء والمحبة :

هي حاجة الفرد للانتماء إلى الجماعة، مجتمع، وطن، ومن هنا عرف الإنسان أنه كائن اجتماعي وحياء الفرد بصورة عامة لا تنفك عن الجماعة، فهو يمارس اشباع هذه الحاجة عن طريق اندماجه في حب الجماعة أو الأسرة أو الرفاق، وتتسع دائرة الانتماء في الرشد ليتضح حب الوطن والأهل والأصدقاء والناس جميعا، وعدم إشباع هذه الحاجة يشعر الفرد بالغربة الدائمة والتشتت وعدم الشعور بالحماية مما يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات والاضطرابات في الشخصية وهو ما يحدث لليتيم.

5- الحاجة للتقدير والمكانة الاجتماعي

الحاجة للتقدير لا تقل إلحاح لدى الفرد عن الحاجة إلى الانتماء والمحبة، فالفرد في إطار أسرته يسعى ليخص بمحبة وتقدير الوالدين، وينافس إخوته ليخص بهذا التقدير.

إن الحاجة للتقدير والمكانة الاجتماعية تدفع الفرد إلى بذل أكبر جهد ليصل إلى مكانة مرموقة بين أفراد الجماعة التي ينتمي إليها كي يحقق ذاته ويشعر بالطمأنينة التي تحقق له الحاجة إلى الأمن لأن مكانته تمنح له الحماية وبالتالي يحقق ذاته من خلال الرضا عن نفسه.

6- الحاجة للفهم والمعرفة:

تعتبر الحاجة للمعرفة أقوى من الحاجة إلى الفهم، وهي تظهر من خلال ما يمتلكه الطفل الصغير من الفضول المعرفي للعالم الذي يحيط به، وإذا فشل الطفل في إشباع هذه الحاجة، فإن النتيجة المتوقعة هي أن الفرد ينمي شخصية فقيرة في معارفها، وبالتالي غير مهتمة بالحياة وتصبح الحياة غير ذات معنى في نظره، كما أن عدم إشباعها يعرقل التفاعل مع بيئة الطفل ويعرقل تحقيق باقي الحاجات.

7- الحاجة لتحقيق الذات:

لقد وضع " ما سلو " هذه الحاجة في قمة الهرم لأنه يعتقد أن الفرد لا يستطيع تحقيق ذلك إلا في مرحلة متقدمة من مرحلة الشباب، وتحقيق الذات ويعني أن يحقق الفرد إنسانيته أي أن يحقق الدور الإنساني والاجتماعي الذي يريده في مختلف المجالات، سواء كان في إطار المدرسة أو الأسرة، أو المهنة أو الدور الاجتماعي الذي يريد أن ينهض به للإسهام في تقدم المجتمع الذي يعيش فيه. إن تحقيق هذه الحاجات للطفل يولد إلى نسبة عالية شخصية سوية وأي إخلال أو نقص في تحقيق حاجة من هذه الحاجات يولد اضطراب هام، فمثلا عدم تحقيق الحاجة إلى الأمن لا يسمح بتحقيق الحاجة للانتماء والمحبة، وعدم تحقيق الحاجة للانتماء والمحبة لا يسمح بتحقيق الحاجة للتقدير الاجتماعي، وبالتالي فتحقيق هذه الحاجات يجب أن يكون متلاحما.

(فهيم علي، 2010: 351)

5- مشكلات الطفولة

يتعرض الأطفال إلى مجموعة كبيرة من المشاكل النفسية، السلوكية والاجتماعية وذلك نظرا لطبيعتهم وما يتعرضون له من مواقف محيطة أو تنشئة غير سليمة، أو مشاكل صحية وأسرية واجتماعية، نذكر البعض منها:

1- مشكلات نفسية:**القلق:**

يعد القلق من العوامل الأساسية في الصحة النفسية والمرض الجوهري في الاضطرابات النفسية التي تصيب الإنسان، وقد يغلب القلق في بعض الحالات ليصبح هو نفسه اضطرابا نفسيا، وقد يصاب الطفل بهذا الاضطراب نتيجة لأسباب عديدة عضوية، وراثية، نفسية، اجتماعية وغيرها من الأسباب.

الخجل:

يعد الخجل في الكثير من الأحيان حالة طبيعية، لكن عندما يصبح الخجل شديدا يستمر لفترة طويلة (6 أشهر على الأقل) عندئذ يمكن أن يسمى الخجل اضطرابا تجنبيا أو هروبي، فالطفل الخجول عادة يتحاشى الآخرين، ويعاني من عدم القدرة على التعامل بسهولة مع زملائه في المدرسة والمجتمع، ويعيش

منطويا على نفسه بعيدا عن الآخرين، ويحاول الابتعاد عنهم في المناسبات الاجتماعية، يتكلم بصوت ملعثم ومنخفض ويحمر وجهه وأذناه بالرغم من أنه طبيعي ونشطا في منزله وبين ذويه.

✚ الغيرة :

هي مزيج من الانفعالات الخوف الغضب والحقد والشعور بالنقص وحب التملك والغيرة من مظاهرها الغضب الذي يتمثل في السب والمضايقات أو التخريب أو العصيان من مظاهرها الميل إلى الصمت الانطواء فقدان الشهية شدة الحساسية ومظاهر جسمية نقص الوزن الصداع الشعور بالتعب ومظاهر نفسية البكاء التبول اللاإرادي والحزن وتعدد أسبابه في:

- ميلاد طفل جديد يصبح موضع اهتمام الوالدين.
 - غيرة الطفل من إخوته إذ شعر أن أخاه يحظى بحب والديه.
 - إحساس الطفل بأن الآخرين لا يرغبون به.
 - تعرض الطفل للفشل والإحباط ويتعرض الطفل للغيرة في حالة الشعور بالنقص الجسمي.
- (ايمان حسن السيد، 2007: 97)

✚ المخاوف :

من أهم الميكانيزمات الحفاظ على الذات لدى الطفل وتعتبر من الانفعالات الشائعة بين الأطفال وقد تكون المخاوف عادية لأنها تفيد الفرد في وقايتها مثل الخوف من السيارات فبعض المخاوف تكون عادية كالخوف من الأصوات العالية والخوف من النار. وكثير من العلماء مثل "واطسون" في رأيه أن بعض المخاوف تكون فطرية كالخوف من الأصوات.

2- مشكلات النطق والكلام:

✚ التلعثم:

أي أن السياق الطبيعي للكلام يكون مختلا بحدوث تكرار الأصوات أو مقاطع من الكلمة.

✚ التهتهة:

أن الطفل عند انتقاله من مرحلة إلى أخرى يحدث كثير أن يتهتهه الطفل لمدة قصيرة، وهو ينطق (بابا) أو (ماما) بسهولة، ولكن عندما يحاول ربطهما في جملة فإنه يتهتهه ويتلعثم، وعند تعامل الآباء بطريقة سلبية مع هذه الوضعية تثبت فيه.

✚ اللجاجة:

عيب كلامي شائع وأسبابها متعددة، مثل القلق والانعدام في الأمن والطمأنينة وافتقار الطفل إلى عطف أحد الوالدين ورعايته، وهي تظهر على شكل تشنج أفقي في شكل احتباس في الكلام.

(الميلادي، 2114: 213-221)

3- مشكلات نفسو اجتماعية:

السرقة:

تعرف السرقة على أنها استحواذ الطفل على أشياء ليست ملكا له بدون وجه حق، وهي سلوك مرضي يعبر عن حاجات نفسية لدى الطفل. (عبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي، 2010: 123)

الكذب:

نزعة خطيرة وسلوك اجتماعي غير سوي تنتج عنه كثير من المشكلات الاجتماعية.

العدوان:

يشير العدوان إلى أنواع السلوك الذي يستهدف إيذاء الآخرين أو يسبب القلق عندهم.

(عبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي، 2010: 124)

4- مشكلات التعلم عند الطفل:

اضطراب التزود بالمعلومات:

ليس المقصود هنا الاضطرابات السمعية أو البصرية أو الحسية، إنما نقصد بها التفسير الدماغي الخاطئ، أو عجزه الكلي أو الجزئي عن تحليل رموز المعلومات المنقولة إليه.

(عبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي، 2010: 124)

اضطراب الفهم والتجريد:

كان يفهم الطفل كلمة ما بشكل خاطئ، فتمن وظيفة الدماغ أن تبين أثناء تعلم كلمة ما معناها، وأن يفهمها ويدرك مغزاها بالشكل الصحيح، فإن كانت هذه الوظيفة الدماغية سليمة، فلن يتقوه الطفل بكلمات ليست في موضعها.

اضطراب التخزين والذاكرة الدماغية:

من أهم خواص العقل البشري حفظ أو تخزين المعلومات التي يتلقاها، لكنها قد لا تقوم بهذه الوظيفة. إن المشاكل التي يتعرض لها الطفل لا تعد ولا تحصى، تعود إلى أسباب كثيرة أغلبها أسباب نفسية.

(عبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي، 2010: 124، 125)

6- حقوق الطفل:

يتمتع الطفل بحقوق كثيرة سنتها القوانين الطبيعية والبشرية والدينية والقانونية له نذكر منها:

- الحق في تلبية الحاجات الأساسية للطفل.
- إدراك الخصائص الإنمائية للطفل وفهما والعمل على تسهيل جوانب النمو المختلفة.
- استخدام أساليب التنشئة السليمة في التعامل مع الطفولة من حيث التقبل والاحترام والتقدير وتوفير الحب والعطف والحنان والثبات على أساس واحد في معاملته.

- الاهتمام بصفة الطفل الجسمية والنفسية وتدريبهم بالقدر الكافي من مهارت الحياة.
- توفير التدريبات والممارسات الحركية والجسمية والنفسية وتدريبه على الأنشطة المساعدة للطفل على بناء مقومات الثقة بالنفس.
- إتاحة الفرصة للطفل لإتمام النمو الانفعالي وثباته النسبي من خلال تقديم الدعم والتشجيع والحب وتوفير الأمن والطمأنينة.
- توفير الحب للطفل لأن ذلك عنصرا مهما لنموه نموا سليما.
- تجنب العقاب البدني بأي شكل من الأشكال.
- النمذجة، فلا بد أن يكون للطفل نموذجا صالحا يسير عليه.
- توفير بيئة آمنة مشبعة بالحرية.
- إضافة الحقوق أخرى منها:
- حق الطفل في الحياة.
- حقه في إزالة الأذى فيه.
- حقه في الانتماء إلى شخص يرحاه ويحميه.
- حقه في الإنفاق عليه حتى يصبح في سن يكون فيها قادر على الكسب. (الناشف، 217: 36)
- حقه في تربيته وتأديبه وتعليمه. (الناشف، 217: 36)

تعتبر الحاجات النفسية من أهم الحاجات التي يحتاج الطفل إلى تحقيقها، وكذلك الحقوق، فهو يحتاج إلى الأشياء النفسية أكثر منه إلى المعنوية وجلب هذه الحقوق النفسية يجعله يتنازل عن الحقوق المادية، فالطفل لا يتقبل الأشياء بطريقة سيئة دون مشاعر طيبة، وحرمانه العاطفي يدخله في اضطرابات نفسية واجتماعية.

ثانيا- متلازمة داون:

1- لمحة تاريخية لمتلازمة داون:

كان الطبيب الفرنسي "جون اسكرول" Jean Etienne Esquirol 1938 أول من قام بوصف للأشخاص المصابون بهذه المتلازمة بطريقة علمية، ومن بعده قام "ادوارد سيكويين" 1946 Edouard Seguin بوصف سمات مرضى مصابون بالمتلازمة.

أما أصل التسمية فيعود إلى سنة 1966 الطبيب الإنجليزي "ليجون داون" Longdon Down حيث قام بتقديم قائمة بالأعراض والصفات الخلقية المصاحبة لهذه المتلازمة، قام ببحث على مجموعة من الأطفال المعاقين المتواجدين في مركز إيواء خاص ولاحظ من خلال بحثه وجود عدد من الصفات المشتركة لهذه المجموعة دون غيرها، ولأنهم يشبهون في صفاتهم الشكلية الشعب المنغولي فقد أطلق على هذه المتلازمة اسم المنغولية (Mongolisme)، واستمرت التسمية حتى عام 1986 وبعد ضغط

كبير من حكومة منغوليا على منظمة الصحة العالمية تقرر تغيير الاسم إلى متلازمة داون نسبة إلى الطبيب Longdon Down، وفي عام 1959 أشار كل من "ليجن" و"جيوتز" و"توربن" Lejeune, Gautier et Tarpin إلى أن السبب الحقيقي الكامن وراء متلازمة داون هو وجود 47 صبغي بدلا من 46 على المستوى الخلوي، وذلك بسبب وجود صبغي زائد متصل بزواج من الصبغيات رقم 21 بحيث يصبح الزوج ثلاثيا لهذا يطلق على هذه المتلازمة اسم Trisomie 21. (سعيد عبد العزيز، 2008: 167)

2- مفهوم متلازمة داون:

1-2- تعريف المتلازمة أو الزلزمة Syndrome:

إن كلمة متلازمة تعني مجموعة من الأعراض أو العلامات الجسمية التي تظهر على أكثر من طفل وبشكل متكرر ولها سبب محدد. وهي مأخوذة من كلمة "لزم الشيء" أي إذا ظهر ارتخاء في العضلات وتقلطح في الوجه مع عيوب خلقية في القلب فإنه "يلزم" أن يوجد صغر في الأذن وخط وحيد في كف اليد وصغر اليدين وغيرها. وهذه الأوصاف كلها مجتمعة إذا تكررت في أكثر من طفل بنفس أو قريبة من هذه الأعراض أطلق عليها كلمة "متلازمة" واعطي لها اسم مخصص كمتلازمة داون أو متلازمة ادوارد وغيرها، والمتلازمة هي في الحقيقة كلمة من الناحية الطبية رديفة لكلمة "مرض" أو "حالة". فنستطيع ان نقول تجاوزا "مرض داون" أو "حالة داون". (السويد، 2009: 9)

هي مجموعة من العلامات والأعراض المرضية التي تحدث معا مجتمعة وتعرف بمرض أو أذى محدد ومعين. (Nicolosi & Others, 1989: 259)

2-2- داون Down:

تشير كلمة داون الى اسم الطبيب الإنجليزي John Longdon Down الذي كان أول من شخص هذه المتلازمة سنة 1866.

إن متلازمة داون عبارة عن شذوذ صبغي في الزوج 21، يحدث نتيجة اختلال تقسيم الخلية ويكون مصاحبا للتخلف الذهني مع ملامح وخصائص جسمية مشتركة.

2-3- متلازمة داون:

حسب "الخطيب والحديدي" متلازمة داون عبارة عن اضطراب كروموسومي حيث تكون عدد الكروموسومات في الخلية 47 كروموسوما بدلا من 46 ويكون الكروموسوم الزائد موجود في زوج الكروموسوم 21 لذلك تعرف طبيا بثلاثي الكروموسوم 21 وترتبط بعوامل معنية من أهمها عمر الأم عند الانجاب حيث تزداد نسبتها بشكل ملحوظ مع تقدم عمرها. (الحديدي، 2006: 81)

حسب "عبد الحميد جابر" هو عدد شاذ من الكروموزومات أكثر شيوعا في أطفال الأمهات اللاتي يزيد عمرهن عن أربعين سنة وكثيرا ما يؤدي إلى تخلف ذهني مصحوب بمشكلات قبلية.

(جابر، 2011: 522)

حسب "LAFON" التثالث الصبغي عبارة على مرض كروموسومي راجع لوجود كروموسوم ثالث عند زوج كروموسومي وعليه يكون لدينا ثلاثة كروموسومات وليس زوجا كروموسوميا.

(Dictionnaire de psychologie, 1985 :50)

من خلال التعاريف السابقة الذكر يمكن القول أن متلازمة داون عبارة عن حالة خلقية تم اكتشافها من طرف الطبيب والعالم الإنجليزي داون و تتمثل في اضطراب الكروموسومات (الكروموسوم 21)، بحيث تحتوي على ثلاث كروموسومات بدل من اثنين و بهذا يصبح عددها 47 لدى الجنين بدلا من 46 تحدث أثناء انقسام الخلايا و تتميز بظهور مجموعة من الأعراض الجسمية.

3- مفهوم مصطلحات لها علاقة بمتلازمة داون:

3-1- مفهوم الصبغي:

الصبغيات عبارة عن عصيات صغيرة داخل نواة الخلية، تحمل في داخلها النمط الوراثي للفرد، يحمل الشخص السليم ذكرا كان أو أنثى 46 صبغي، تكون على شكل أزواج (23 زوج)، هذه الأزواج مرقمة تدريجيا من واحد إلى اثنين وعشرون (1-22)، بينما الزوج الأخير (الزوج 23) لا يعطي رقما بل يسمى الزوج المحدد للجنس (X،Y)، يرث الانسان نصف عدد الصبغيات (23 صبغي) من أمه، والنصف الآخر (23 صبغي) من أبيه. (J .A.Rondal et J.L.Lambert, 1997, p22)

3-2- مفهوم تشوه الصبغي:

قد يكون وراثي أو غير وراثي، إن التشوه الصبغي يمكن أن يقتصر على جزء صغير من الصبغي مثلا كالذي يتحكم في وظيفة رئيسية ما، كتركيب إحدى بروتينات الدم، أو قد يمس التشوه كل الصبغي الذي قد يكون ناقصا أو زائدا عن العدد الطبيعي أو أن يصبح ذو بنية غير طبيعية.

(Y ves Morin, 2002, p113)

ومهما تكن التشوهات الصبغية جزئية أو كلية، فإن لها آثار خطيرة فهي تؤدي إلى تشوهات جسمية، كما تؤدي إلى تأخر نفسي أو حركي أو ذهني. (Norbet Sillamy,1980p28)

4- نسبة الانتشار:

تقدر نسبة الإصابة بمتلازمة داون عالميا بين المواليد الجدد بحوالي 1 مصاب لكل 800 مولود، بمعدل 3 ذكور مقابل 2 إناث. (Sylvain Fortin ,2008,p12)

وقد أشارت الإحصائيات سنة 2003 إلى انه بلغ عدد المصابين بمتلازمة داون حوالي 8 ملايين مصاب في العالم، منهم 11000 مصاب بكندا، 50000 مصاب في فرنسا، وفي أوروبا اجمالاً بلغ عدد المصابين حوالي 400000 مصاب. (Marie Goffinet, 2008, p18)

أما في الجزائر فقد احصت وزارة التضامن سنة 2008 ما يقارب 25000 مصاب.

(echoroukonline.com/ara/article/html/27/02/2011/14:27.www)

80% من الحالات المصابة بمتلازمة داون لا تتجاوز أعمار أمهاتهم 35 سنة ومع ذلك تزداد فرص إنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون لدى هؤلاء الأمهات، كما أن إنجاب طفل ذي متلازمة داون يزيد من فرصة إنجاب طفل آخر.

5- آلية حدوث متلازمة داون:

إن السبب الكامن وراء ظهور مجموعة الأعراض والصفات هي وجود خلل في الصبغيات الوراثية، وهذا الخلل يأتي بسبب وجود 47 صبغي على المستوى الخلوي بدل 46 صبغي، وذلك لوجود صبغي زائد في الزوج رقم 21.

(Jeffrey Nevid, Spencer Rathus et Beverly Greene, 2009,p313)

إن هذا الخلل الجيني يحدث أثناء عملية الانقسام عند إنتاج الخلايا التناسلية، بحيث تكون إحدى الخليتين التناسليتين تحتوي على 24 صبغي، أي وجود صبغي زائد أو مشوه وهنا يكون الخلل في الصبغي رقم 21 والذي بدوره يؤثر سلبياً على تكوين وظائف الخلايا المختلفة للجنين.

(سعيد عبد العزيز، 2008، ص167)

6- عوامل الخطورة:

عامل الخطورة الوحيد المعروف هو كلما تقدم سن الأم كلما ارتفع احتمال إصابة الطفل بمتلازمة داون، لكن ليس بالضرورة أن كل مولود لأم عمرها 35 سنة أو أكثر سيكون مصاب بمتلازمة داون.

(Fortin Sylvain, 2008, P15)

إن التفسير الممكن لهذا العامل أن هناك معدل كفاءة للجهاز التناسلي للأنثى، بحيث تقل كفاءة هذا الجهاز بازدياد العمر، وليس معنى هذا أن الإصابة لا تأتي لأم أصغر سناً، ولكن هناك عوامل متعددة قد تؤثر على كفاءة الجهاز التناسلي في أي عمر من الأعمار لأسباب طارئة أو متكررة.

(زكرياء أحمد الشربيني، 2004: 241)

جدول () احتمال ولادة طفل مصاب بمتلازمة داون مع تقدم سن الأم.

احتمال الإصابة بمتلازمة داون	سن الأم	احتمال الإصابة بمتلازمة داون	سن الأم
135 / 1	39	15000 / 1	20
105 / 1	40	1250 / 1	25
60 / 1	42	1000 / 1	30
35 / 1	44	400 / 1	35
20 / 1	46	300 / 1	36
16 / 1	48	230 / 1	37
12 / 1	49	180 / 1	38

(Fortin Sylvain,2008 :15)

7- أنواع متلازمة داون:

هناك 3 أنواع من التشوهات الصبغية التي تؤدي إلى ظهور مجموعة أعراض وصفات متلازمة داون، وهذه الأنواع تعتمد على شكل الخلل في الموقع الصبغي رقم 21 وقد وجدت الأنواع التالية:

- ثلاثي الصبغي Trisomie 21 libre
- الانتقال الصبغي Trisomie 21 par translocation
- الفسيفسائي Trisomie 21 mosaïque

6-1- ثلاثي الصبغي Trisomie 21 libre:

يكون في هذه الحالة للأبوين صبغيات عادية لكن يحدث انقسام خاطئ للخلية أثناء فترة الحمل وهذا الانقسام يمكن أن يحصل في واحد من ثلاثة إما في الحيوان المنوي أو في الببوضة أو في انقسام الخلية الأولى بعد الإخصاب.

يتكرر فيه الصبغي 21 ثلاث مرات بدلا من مرتين ليكون عدد الصبغيات 47 بدلا من 46 صبغي في كل خلية، ويشكل هذا النوع النسبة الأعلى من مجموع المصابين بهذه المتلازمة حيث تبلغ نسبة الإصابة به حوالي 95% من حالات متلازمة داون. (Jacques Nemo et autre, 2006,p5)

6-2- الانتقال الصبغي Trisomie 21 par translocation:

فيه ينفصل الصبغي رقم 21 ويلتصق بصبغي آخر وعادة ما يكون الصبغي الآخر من الصبغيات 13، 14، 15، 21، 22 فمثلا عند الالتحام بين الصبغي رقم 14 والصبغي رقم 21 وتتكون خلايا

الجنين التي تحتوي على زوج من الصبغيات رقم 21 والصبغي الجديد الملتحم المتكون من الصبغي 21 والجزء الآخر من الصبغي رقم 14 ، ويشكل هذا النوع حوالي 4 % من حالات متلازمة داون.

(J. Lambert et R. Randal, 97 :19)

3-6- الفسيفسائي Trisomie 21 mosaïque:

يعتبر هذا النوع من الحالات النادرة، بحيث يوجد نوعين من الخلايا في جسم الطفل المصاب، بعضها يحتوي على العدد الطبيعي من الصبغيات أي 46 والبعض الآخر يحتوي على العدد الموجود في متلازمة داون أي 47 صبغي، ويمثل هذا النوع حوالي 1 % من المصابين بمتلازمة داون.

(Jacques Nemo et autre, 2006p 5)

إن الأعراض و الصفات التي تترافق مع هذا النوع تكون أقل حدة من الأعراض و الصفات التي تترافق مع النوعين الآخرين ، لكون هذه الأعراض و الصفات تظهر على شكل حالات فردية مختلفة عن غيرها، وهذا يتوقف على نوعية الخلايا الطبيعية و نوعية الخلايا المصابة، بالإضافة إلى أن التطور الوظيفي لهذا النوع يكون بشكل أقرب إلى المدى الطبيعي ، و في حالات نادرة جدا يكون مستوى الذكاء لديهم طبيعي هذا و يتوقف على نوعية الخلايا المصابة ، فمثلا إصابة خلايا القلب تؤدي إلى اضطرابات قلبية و إصابة خلايا الجلد تؤدي إلى إصابات جلدية و هكذا.

(J. Lambert et R. Randal, 1997, p17)

7- خصائص المصاب بمتلازمة داون:

إن جميع المصابين بمتلازمة داون مختلفون من العاديين في كافة الخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، سواء تعلق الأمر بالجانب التكويني الخلقي أو تعلق بالوظائف المختلفة المقترنة بها، وفيما يلي تفصيل ذلك :

1-7- الخصائص العقلية:

إن جميع المصابين بمتلازمة داون يعانون من تخلف ذهني، والذي تتفاوت شدته بين مصاب وآخر وهذا يرجع إلى نوع الإصابة وكذلك إلى نوع التدريب والتكفل الذي يتلقاه المصاب.

■ مفهوم التخلف الذهني:

ظهر مفهوم التخلف الذهني نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد "بينيه" 1905 Benet الذي حاول وضع القواعد الأولى من أجل تعريف الإعاقة العقلية عن طريق مستوى الذكاء، وقد وضع بذلك مقياس ستانفورد بينيه Stanford Benet للذكاء، ومن ثم ظهرت مقاييس أخرى للقدرة العقلية منها مقياس وكسلر Wechsler-Bellevue للذكاء سنة 1949.

(سعيد عبد العزيز، 2008، ص150)

التخلف الذهني حالة من عدم تكامل نمو خلايا المخ، أو توقف نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات

الأولى من الطفولة بسبب ما، التخلف الذهني ليس مرضا مستقلا أو معينا بل هو مجموعة اضطرابات تتصف جميعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل بالنسبة إلى المعدل العام للذكاء، بالإضافة إلى عجز قابليته على التكيف. (محمد النوبي محمد علي، 2010، ص 285)

تُعرفه الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني والتي اعتمدت على تعريف "جروسمان" Grossman: بأن التخلف الذهني يشير إلى انخفاض مستوى الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وقبل سن الثامنة عشرة. (محمد سيد فهمي، 2007، ص 251)

■ تشخيص التخلف الذهني:

يتم تشخيص التخلف الذهني حسب الدليل التشخيصي الإحصائي العالمي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM IV والذي يعتمد على الأسس التالية :

(أ) معدل عامل الذكاء QI أقل من 70 بناء على اختبار يقيس نسبة الذكاء يطبق على الطفل.
(ب) قصور في مجالين من مجالات التكيف التالية:

- مهارات التواصل.
- مهارات العناية بالذات.
- التأقلم في المنزل.
- مهارات استعمال المرافق العامة.
- مهارات التعلم المدرسي.
- مهارات العمل.
- الصحة والأمان.
- الهوايات.

(ت) العمر أقل من 18 سنة. (Jacques Grégoire, 2006, p11)

■ تصنيف التخلف الذهني:

هناك عدة تصنيفات للتخلف الذهني لكن التصنيف الأكثر اعتمادا هو تصنيف الدليل التشخيصي QI الذي يعتمد في التصنيف على درجة الذكاء ، DSM IV والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول () تصنيف التخلف الذهني حسب DSM IV

الخصائص	نسبة الذكاء QI	الفئة
لديهم القدرة على التعلم والتأقلم في المجتمع بشكل مستقل دون مراقبة أو توجيهه.	من 50-55 إلى 70	التخلف الذهني البسيط
لديهم القابلية للتدريب على مهارات العناية بالنفس وبعض المهارات الاجتماعية، كما لديهم القدرة على التأقلم لكن لا يمكنهم الاستقلالية دون مراقبة.	من 35-40 إلى 50-55	التخلف الذهني المتوسط
لديهم القدرة على تعلم الحد الأدنى من مهارات العناية بالنفس والكلام، يحتاجون الى رعاية مكثفة.	من 20-25 إلى 35-40	التخلف الذهني الشديد
يحتاجون إلى اشراف ورعاية دائمة، التحصيل اللغوي لديهم ضعيف، القدرة على الاعتناء بالنفس متدنية.	أقل من 20	التخلف الذهني العميق
غير قابلين للتدريب على أي مهارة، غياب التحصيل اللغوي مع عدم القدرة التامة على الاعتناء بالنفس.	عندما يكون احتمال قوي لوجود تخلف ذهني لكن لا يمكن قياس عن طريق QI نسبة الذكاء اختبارات الذكاء	التخلف الذهني العميق جدا و الغير محدد

(Mini DSM IV , 1996,p51)

وفيما يلي عرض لبعض الخصائص العقلية للمصاب بمتلازمة داون:

- المعاناة من النقص العقلي مع قلة الذكاء بشكل عام.
- نقص في القدرات والمهارات العقلية الضرورية مثل القدرة على الفهم والتخيل والتفكير والتصور والتحليل والإدراك.
- ضعف القدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء والتعرف على الأسباب .
- ضعف الذاكرة مما يقلل بشكل كبير من إمكانية الاستفادة من الخبرات السابقة، آثار التعلم.
- بطيء الاستجابة وتأخر ظهور الانفعالات .
- نقص القدرة على التعلم، مما يجعل فرص التعلم وتطور القدرات العقلية محدودة، وفي حالة توفر فرص التعلم، فإنه يتم ببطء مع حاجة المتعلم إلى كثرة التكرار.

(علاء عبد الباقي إبراهيم، 2000 ، ص120)

2-7- الخصائص الجسمية:

كل المصابين بمتلازمة داون يتميزون بمجموعة من الخصائص الجسمية المعروفة التي تشكل

الملامح العامة المميزة لشخصية متلازمة داون والمتمثلة فيما يلي:

- الرأس أصغر من الطبيعي، عظامه منبسطة من الناحية الخلفية .
- الوجه يبدو بشكل مفلطح والعنق صغير .
- العينان ضيقتان ومائلتان الى الأعلى. (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007، ص 131)
- تظهر على القزحية لطخات تسمى لطخات براشيفيلد، تبدو كحبات مائلة إلى البياض حول إطار القزحية، تقدر نسبة وجودها بـ 30-70 % لدى الأطفال المصابين.
- الأنف صغير ومفلطح في جزئه العلوي.
- الأذنان صغيرتان ودائرتين الشكل.
- الفم صغير الشفاه غليظة ومشققة مع سيلان اللعاب .
- اللسان ضخم وخارج الفم.
- الأسنان صغيرة وغير موضوعة بشكل عادي.
- الأيدي صغيرة والأصابع قصيرة، الأصبع الصغير ينحني نحو الداخل غالباً، يوجد خط واحد عريض في راحة اليد.
- القدمان ممتلئتان وشكلها مسطح، مع وجود مساحة تزيد عن الحد الطبيعي بين الأصبع الأول والثاني.
- الوزن أقل أو أكثر من الطبيعي.
- الشعر ناعم ورقيق والبشرة جافة.

- علامات الشيوخوخة تظهر بشكل مبكر.
- نسبة الخصوبة لدى الجنسين أقل من الطبيعي.
- تتأخر مظاهر البلوغ والنضوج عند الفتيات المصابات.

(ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007، ص 131)

3-7- الخصائص الصحية:

لقد أثبتت الدراسات أن حوالي 1 من 3 المصابين بمتلازمة داون يعانون من اضطرابات صحية تتمثل في:

- تشوهات على مستوى القلب: هي أكثر الاضطرابات انتشارا لدى الطفل المصاب بمتلازمة داون، ومنه يطلب مباشرة بعد عملية التشخيص القيام بفحص قلبي، حوالي % 60 من الأطفال المصابين بعرض داون يموتون في السنة الأولى من جراء هذه المشاكل القلبية.
- اختلالات في الجهاز العصبي كنقص عدد الخلايا العصبية في الدماغ، أو الاضطراب في كهربائية الدماغ التي تسبب مرض الصرع الذي يعاني منه حوالي 5-10 % من المصابين بمتلازمة داون.

(Monique Cuilleret, 2007, P24-26)

- مشاكل بصرية: هناك تأخر في تنسيق حركة العينين، ويكون هذا راجع إلى تسطح الوجه.
- وابتعاد العينين عن الأنف، وهذا خاصة عند المتقدمين في السن حيث أنه غالبا ما يؤدي إلى ظهور الحول، وقصر النظر.
- مشاكل على مستوى الجهاز الهضمي والبولي.
- زيادة الوزن وذلك بسبب نوع الاكل المتناول وقلة الحركة بسبب ارتخاء العضلات .
- حساسية كبيرة للالتهابات.
- مشاكل على مستوى البلع، وهذا راجع إلى تأخر ظهور الأسنان وكذلك خلط على مستوى ترتيبها.
- مشاكل سمعية: قد يصاب السمع نتيجة التهابات الأذن المتكررة.

(Monique Cuilleret, 2007, P24-26)

4-7- الخصائص الانفعالية:

أما النواحي الشخصية فليس هناك ما يؤكد وجود نمط واحد لشخصية ومزاج المصابون بمتلازمة داون بل العكس شأنهم شأن الأفراد العاديين وقد تظهر لديهم بعض السمات كالعناد عند المراهقين منهم كما تظهر لدى البعض منهم بعض الاضطرابات في الشخصية نتيجة الأخطاء في التربية من هذه

الاضطرابات العدوان والاندفاع وسرعة التهيج كما لديهم احتياجات عاطفية شأنهم شأن العاديين فهم يميلون نحو شخص معين ويشعرون نحوه بالحب.

(<http://www.werathah.com/down/images/down.jpg/12/03/2011>)

ومن أبرز خصائصهم الانفعالية ما يلي:

- عدم الثبات الانفعالي، مما يؤدي إلى عدم وضوح الانفعالات وتضاربها أحيانا .
- غلبة السلوك غير التوافقي مع نقص القدرة على التكيف، والقيام بردود أفعال غير متوقعة ولا يمكن التنبؤ بها. (رمضان محمد القذافي، 1996، ص 90 ، 91)
- ظهور الكثير من المشكلات الانفعالية، مما يجعل سلوك المعاق مدعاة لتنمية الاتجاهات العدائية نحوه أحيانا.
- طبعهم هادئ، بكأؤهم ضعيف وقصير. (رمضان محمد القذافي، 1996، ص 90 ، 91)

5-7- الخصائص الاجتماعية:

- إن من اهم مميزات المصابون بمتلازمة داون انهم اجتماعيون يتصفون بالوداعة والتودد والإقبال على الناس ومصافحة كل من يقابلهم والتقرب إلى الراشدين، والميل إلى المحاكاة والتقليد وحب الموسيقى، إلا أنه قد تظهر عليهم بعض الخصائص السلبية والمتمثلة في:
- (فوزي محمد جبل، 2001: 398)
- صعوبة تكيف المصاب مع المواقف الاجتماعية المختلفة، واضطراب أساليب التفاعل الاجتماعي لديه.

- وضوح مظاهر اللامبالاة وعدم الاهتمام بما يدور في البيئة المحيطة به مع عدم الشعور بالمسؤولية.

- صعوبة الانتماء إلى الآخرين أو الارتباط بهم، وفشل المصاب في تكوين صداقات، مما يقوده إلى الانطواء على نفسه وعدم رغبته في الاختلاط بالأطفال الآخرين.

(فوزي محمد جبل، 2001: 398)

6-7- الخصائص النفسو-حركية:

يظهر الطفل المصاب بمتلازمة داون تأخرا في النمو النفسو الحركي بسبب نقص في التوتر العضلي، في الشهر الأول من عمر الطفل المصاب يكون الطفل جد هادئ، ودود وغير مزعج، يبكي قليلا وبنام كثيرا، منذ السنوات الأولى يظهر عليه التعب عند القيام بأدنى نشاط يفضل البقاء لمدة طويلة على نفس الوضعية ويأخذه في التأرجح بصفة آلية إذ يلعب الطفل بيديه ورجليه أو أشياء في متناوله، فيما يخص

الجلوس يكون في السنة الأولى والمشي ما بين سن الثانية إلى الثالثة ويتكلم بكلماته الأولى في حدود عامه الرابع أو الخامس.

انطلاقاً من العام السادس والسابع يظهر عليه عدم الاستقرار الحركي، والانفعالي بحيث تزداد لديه الحركة الزائدة غير المستقرة، المرح، الضحك، الحركة المتتابعة، مرحلة المراهقة تبدأ تقريباً في سن الثالثة عشر. (Richard Clautier, 2005 :50)

8- التكفل بالأطفال المصابين بمتلازمة داون:

يعد التكفل المبكر حالياً من أفضل الوسائل الموظفة للعلاج ويحتوي على برامج عديدة مثل: برنامج بورتيج وبرنامج هيد ستارت وغيرها، ويقوم على إشراك أعضاء الأسرة مع الأخصائيين في تحديد الأهداف وتقييم الأنشطة التي يمكن أدائها من البداية إلى النهاية وكذا تحديد المهام والأنشطة المناسبة لسن الطفل التي سيتم تربيته على اكتسابها، ويهدف التكفل المبكر إلى ما يلي:

- تعزيز التفاعل بين الأطفال وأسرهم.
- حث الطفل على الاعتماد على النفس والنجاح.
- بناء ودعم الكفاءة الاجتماعية للأطفال.
- امداد الطفل بخبرات الحياة اليومية واعدادهم لها.
- زيادة وعي الأسرة بالبرامج المقدمة.
- أما عن معيقات التكفل المبكر بذوي متلازمة داون نجد:
- عدم وعي الوالدين بالفروق بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي متلازمة داون في مجالات النمو المختلفة.
- معظم اختبارات التقييم خاصة بالأطفال العاديين.
- نقص الأجهزة والموارد المالية.
- مشكلات تعود إلى حداثة فريق التكفل المبكر وقلة خبرة مستخدميه.
- الظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة وعدم تفهمها لقيمة المشاركة والعمل في فريق.

(الخطيب والحديدي، 2006: 102)

ويتضمن التكفل المبكر تقديم الرعاية الصحية والخدمات التعليمية والفرص المتاحة:

1- الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمتلازمة داون:

الطفل المصاب بمتلازمة داون يحتاج نفس الرعاية الصحية التي يحتاجها أي طفل آخر وطبيب الأطفال يجب أن يمد الأسرة بإرشادات عامة عن الصحة، التحصين ضد الأمراض أدوية الطوارئ التي

يجب أن تكون موجودة بالمنزل وتقديم الدعم والاستشارات للأسرة إلا أن هناك بعض المواقف التي يحتاج فيها الطفل المصاب بمتلازمة داون لرعاية خاصة منها ما يلي:

- حوالي 60-100/80 من الأطفال المصابون بمتلازمة داون يعانون خلل في السمع لذلك فالكشف أعلى السمع في سن مبكرة وعمل اختبارات متابعة للسمع هام جدا وإذا تم اكتشاف فقدان بسيط للسمع يجب عرض الطفل على أخصائي أنف وأذن وحنجرة.
- حوالي 40-100/50 من الأطفال الداون الذين يعانون أمراض خلقية بالقلب وكثير منهم يتعرض لإجراء عمليات جراحية بالقلب وغالبا ما يستغرقون وقتا طويلا في العلاج مع طبيب الأطفال متخصص في القلب.
- اضطرابات الأمعاء تحدث أيضا بنسبة كبيرة في الأطفال الداون ومنها انسداد المرئ والأمعاء الدقيقة، كما أن فحة الشرج ليست طبيعية عند الأطفال الداون وكل هذا يتطلب أن يعالج جراحيا من أجل أداء ووظائفهم بطريقة طبيعية.
- الأطفال الداون يعانون من مشكلات في العين أكثر من الطبيعيين فمثلا حوالي 100/3 منهم يعانون من المياه البيضاء ويحتاجون لإزالتها جراحيا،
- كما أن بعض الأطفال الداون خاصة الذين يعانون مشكلات خطيرة بالقلب لا ينمون في مرحلة الطفولة بالصورة المطلوبة ومن ناحية أخرى فالبدانة ملاحظة في مرحلة المراهقة والبلوغ نتيجة زيادة مخزون الدهون، كل هذه الحالات يمكن تجنبها عن طريق الارشادات الغذائية الملائمة.
- في الستينات اثبتت عملية تشريح للبالغين المصابين بمتلازمة داون أن لديهم حساسية فريدة لمرض الزهايمر ففي سن 35-40 عام يظهر لديهم خصائص مرضية واضطرابات عصبية مرتبطة بمرض الزهايمر واستنتجت الدراسات أن كل البالغين الداون سيصابون بالزهايمر إذ عاشوا لفترة طويلة، ومن الصعوبة تشخيص مرض الزهايمر في البالغين للداون والمتأخرين عقليا حيث تتشابه حالات الزهايمر مع التدهور الإدراكي للمصابين بمتلازمة داون لذا فالسيطرة الحقيقية لمرض الزهايمر في متلازمة داون لم يتم التعرف عليها حتى الآن يمكننا القول أن معلوماتنا عن السمات و المظاهر الطبية لهذا المرض مازالت قليلة.
- جانب آخر يحتاج لرعاية طبية علاجية في متلازمة داون يتضمن أمراض المناعة، اللوكيميا، اختلال التوازن، الصرع، انقطاع النفس أثناء النوم... الخ. (الفش، 2011: 289-290)

2- الخدمات التعليمية والفرص المهنية المتاحة:

أوضحت برامج التكفل المبكر وأساليب تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة أن الأطفال ذوي متلازمة داون ككل الأطفال بإمكانهم الاستفادة من تنشيط الحواس والتمارين المحددة التي تتضمن النمو والتقدم والمهارات الحركية وتدعيم النمو الإدراكي.

وتهدف عملية تعليم الأطفال من ذوي متلازمة داون بالمدارس العادية وكذا الدور النشط للمعلم المساعد إلى:

- تنمية مهارات جديدة.
 - تنمية الاعتماد على النفس.
 - إعطاء فرصة لإقامة علاقات اجتماعية.
- وخلال مرحلة الإدراك ينبغي توجيه الأطفال من ذوي متلازمة داون وتجهيهم مهنيا من أجل تعلم عادات العمل وإقامة علاقات مع زملائه في العمل، حيث ينتج عن الاستشارة المهنية والتدريب على مهلة معنية موظفين مفيدين كما يؤدي إلى رفع وتقدير الذات والاندماج في المجتمع.

(حسن، 2007: 105)

9- الوقاية من حدوث متلازمة داون:

ترتبط حالات متلازمة داون في انتشارها طرديا مع تقدم الأم في العمر والأمهات في أعمار أكبر من 35 سنة هن الأكثر عرضة لإنجاب أطفال مصابون بمتلازمة داون ويزداد هذا التوقع أكثر بعد سن الأربعين وسن الخامسة والأربعين، لذا ينصح بإجراء وقائي بعدم حمل الأم بعد سن 35 وهذا الاجراء شأنه أن يقلل كثيرا من انتشار حالات متلازمة داون.

يلزم عمل تحليل للكروموسومات للمتزوجين قبل حدوث الحمل للتعرف على خطر إنجاب أطفال لديهم أمراض وراثية كإجراء وقائي للحد من انتشار الأمراض الوراثية.

اجراء الفحوصات الطبية وطلب الاستشارة في حالة حدوث حمل لدى الأم التي سبق وإن أنجب طفلا مصاب بمتلازمة داون إذ أن الإجراءات التشخيصية المبكرة مفيدة حيث يتم تشخيص هذه الحالات أثناء الحمل عن طريق التحاليل التشخيصية خاصة الأمهات كبار السن اللاتي أنجن حالات داون من قبل، وعند اكتشاف وجود عيوب كروموسومية لدى الجنين فإن الارشاد الوراثي يأخذ دوره ويكون القرار راجعا للوالدين.

كما ان الآباء الذين رزقوا بطفل لديه متلازمة داون عليهم أن يستشيروا متخصصين في الوراثة لإجراء الفحوص اللازمة لمعرفة توقع إنجاب أطفال آخرين لديهم هذه الحالة.

قد تظهر البحوث في السنوات القادمة وجو حالا أخرى يزداد لديه احتمال إنجاب أطفال لديهم مشكلات راجعة لشذوذ لكروموسومات، وعلى سبيل المثال فقد أصبح معروفا الأمهات اللاتي تعرضن للإصابة بالتهاب الكبد الوبائي يصبحن عرضة لإنجاب أطفال لديهم شذوذ في الكروموسومات (منها متلازمة داون) حيث أن الفيروس المسبب للالتهاب الكبدي الوبائي يؤدي في أحيان كثيرة إلى تشوه الكروموسومات وقد اكتشفت هذه الظاهرة في أستراليا حيث أظهرت حالات متلازمة داون في صورة موجات متفاوتة ولكنها مرتبطة بظهور التهاب الكبد الوبائي.

(السرطاني والسمادي، 1998: 305-306)

10- المآل:

تقريبا 25 % من الأطفال المصابين بمتلازمة داون يموتون قبل إتمام عامهم الأول و 50 % يموتون قبل إتمام 5 سنوات الأولى من العمر وهذا بسبب:

- تشوهات خلقية في القلب.

- عدم مقاومة أجسامهم للالتهابات. (Didier Armengard , 2003 :144)

رغم هذا لا يوجد علاج معين يشفي تماما من هذه الإصابة، لكن الأهم هو الوقاية من عدم إنجاب أطفال مصابين وذلك بقيام الأم بالتشخيص المبكر Le dépistage prénatal.

(Robert Salois, 2007: 24)

يبقى التكفل الطبي النفسي بالطفل هو الح الوحيد وذلك بالرعاية داخل مراكز متخصصة CMP، مع ضرورة دمج المصاب في حياة الاجتماعية والمهنية. (Richard Clautier, 2005: 97)

خلاصة:

إن الطفولة هي مرحلة تطويرية تنقسم إلى أربعة مراحل جزئية التي تتميز بخصائص ومظاهر مختلفة خاصة بكل مرحلة وهي تشمل مختلف الجوانب النمائية النفسية والاجتماعية والمعرفية والجسدية هذه الجوانب التي تتفاعل فيما بينها، وكل اضطراب على مستوى أحد هذه الجوانب قد يؤثر على الآخر والجانب الجسدي هم من أهم جوانب النمو التي إذا صار اضطراب على مستواها قد يؤثر على باقي الجوانب لأن الجسد هو الأداة التي تعبر عن السلوك، فالطفل المصاب بمتلازمة داون له ملامح وسمات جسمية تختلف عن غيره من الأطفال العاديين مما يؤثر على تكوين صورته الجسمية.

دراسة الاستطلاعية

الفصل الرابع

تمهيد:

يرتكز موضوع بحثنا على دراسة تأثير صورة الجسد عند الطفل المصاب بمتلازمة داون فبعد تناولنا لهذا الموضوع من الجانب النظري سوف نتطرق إلى جانبه التطبيقي و الذي هو أساس و عماد كل بحث علمي كونه يعتمد على بعض التقنيات و الأدوات و المقاييس

1- الدراسة الاستطلاعية:**1-1- الغرض من الدراسة الاستطلاعية:**

تعد الدراسة الاستطلاعية من المراحل الأولى لكل دراسة علمية، محدد بإشكالية معينة حيث تساعد في الكشف عن التغيرات التي يمكن أن تكون لها علاقة بأحد المتغيرات البحث بالإضافة إلى أنها تسهل للباحث عملية التأكد من صحة توافق المنهج المختار للدراسة مع متغيراتها وكذا مدى ملائمة أدوات القياس. (عبد المنعم المليحي، 2000: 64)

1-2- مكان الدراسة:

قصد التعرف أو البحث عن الحالات التي تعاني من متلازمة داون قمنا بإجراء دراستنا بالمدرسة الخاصة بأطفال متلازمة داون.

1-3- مدة الدراسة:

استمرت الدراسة حوالي شهرين من 15 نوفمبر إلى غاية 15 جانفي بمعدل أربع مقابلات لكل حالة.

1-4- حالات الدراسة:

تم اختيار حالات الدراسة بطريقة قصديه حالتين تتراوح أعمارهم بين 13 إلى 15 سنة.

2- الدراسة الأساسية:**1-2- مواصفات حالات الدراسة:**

انطلاقاً من إشكالية الدراسة اخترنا حالتين و قد تميزت هذه الحالتين بمتلازمة داون وتم اختيارهم بطريقة قصدية تشترك في بعض الخصائص منها: المستوى الاقتصادي و الثقافي و تقارب الاعمار .

2-2- المجال الزمني للدراسة وعدد المقابلات:

تم إجراء الدراسة الأساسية بعد تحديد الحالات المقصودة ا ابتداء من 15 نوفمبر إلى غاية 15 جانفي (2019-2020)، بلغ عدد المقابلات حوالي 04 مقابلات لكل حالة تراوح مدة المقابلة 30 إلى 40 دقيقة.

3- منهجية الدراسة:

بما أن دراستنا هي دراسة نفسية تكشف عن مدى تأثير متلازمة داون على صورة الجسد لدى الطفل فقد اعتمدنا في دراستنا على:

1-3- المنهج:

هو الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه الباحث في معالجة مشكلة البحث بقصد الوصول إلى حلول لها (العيادي، 2005: 63)، نظراً لتعدد المناهج في إجراء البحوث في العلوم الإنسانية، فإن طبيعة موضوع الدراسة و الهدف منه هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم في إجراء الدراسة حيث اقتضت طبيعة هذه الدراسة استخدام المنهج العيادي بنمطه التحليلي اذ نسعى إلى تحديد صورة الجسد عند الطفل

المصاب بمتلازمة داون ، حيث يعتبر المنهج العيادي الأنسب لهذه الدراسة لأنها تتعلق بدراسة الفرد على حدى كحالة ، و يعرف المنهج العيادي على أنه " تلك الدراسة المعمقة لأفراد معينين في وضعية خاصة ، و مصطلح عيادي يعني الملاحظة المعمقة و المطولة للأفراد و أيضا الفهم النفسي للتصرفات الحاضرة و الماضية للشخص، و يقوم المنهج العيادي على ملاحظة الأفراد الذين يعانون من مشاكل بشكل معمق ، و معرفة ظروف حياتهم معرفة تامة لأنها تشكل كلا ديناميا "، لذا أخذنا بعين الاعتبار التطور الدينامي لشخصية الفرد وفي سبيل ذلك طبقنا اختبار الشخص.

(سي موسى، بن خليفة، 2009: 48)

4- أدوات الدراسة:

بما أن علم النفس الاكلينيكي يدرس الحالات الفردية، ومن جوانب عديدة محاولا التعمق لفهم صحيح لها، هنا تبرز خصائص وتغيرات التي تساهم في تفرد كل حالة عن الأخرى، والشيء التي يحتم التسلح بأدوات نوعية وذات خصوصيات محددة خدمة لهدف الدراسة وتوجيهها، من بين هذه الأدوات قمنا بتوظيف:

1-1- الملاحظة العيادية:

إن الملاحظة العلمية بصفة عامة، هي المشاهدة العينية المقصودة لظاهرة موضوع البحث، وتدوين ما تم ملاحظته بغية اكتشاف أسبابها، وفهم قوانين حدوثها.

(عبد الهادي الجوهري، 2002: 274)

كما يلاحظ الأخصائي القائم بالمقابلة كافة الظواهر التي تطرأ على الفرد مثل ملاحظة فترات القلق، بل قد يستخدم هذه الملاحظات في فهم أكثر لديناميات تشخيص المشكل، وتساعد هذه الملاحظة على إثارة اهتمام المريض وتوجيه اهتمامه لبعض الموضوعات الهامة في حياته، أو تساعده على استيضاح بعض الاستجابات الانفعالية الهامة لمثل هذه المواقف التي ارتبطت بظهور هذه الجوانب السلوكية الغير لفظية.

(محمد غانم، 2008: 228)

2-1- أنواعها:

2- الملاحظة المباشرة:

وفيها يقوم الباحث الملاحظ (الغير مشارك) بمرافقة الحالة دون أن يشارك بأي نشاط تقول به، وكذلك ملاحظة سلوكياتهم من خلال اتصاله المباشر بالأشياء والأشخاص التي يدرسها، ويتضح في هذا النوع قوة اتصال الباحث بالسلوك الذي يود دراسته.

(أمين، 2008: 182)

3- الملاحظة الغير مباشرة:

تتم حين يتصل الباحث بالسجلات والتقارير والمذكرات التي أعدها الآخرون (الطبيب العام أو المختص والأخصائي النفسي).

1-2-1-2 المقابلة الاكلينيكية:

هي أداة هامة لفهم وإدراك مشاعرهم حيال المواقف التي يواجهونها واتجاه المحيطين بهم في الأسرة والمجتمع، وهي فرصة للملاحظة المباشرة لسلوك الفرد، ومنه مساعدة الأخصائي النفسي على التشخيص والعلاج. (سامي محمد ملحم، 2002: 275)

وهي عبارة عن علاقة ديناميكية، ومهنية تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفسي في جو نفسي تسوده الثقة المتبادلة، أو هي تبادل لفظي وجها لوجه بين القائم بالمقابلة وبين شخص آخر، وبذلك تكون وسيلة أساسية في الفحص والتشخيص، فمن خلالها يتم جمع المعلومات حول الحالة موضوع الدراسة، لتحديد مشكلاتها ومعاناتها، ويتم تبادل مجموعة من الأسئلة من قبل الأخصائي إلى الشخص صاحب المشكلة، بيد أن هذه الأسئلة يجب أن تكون محددة ولها هدف محدد.

(محمد غانم، 2008: 242)

2-2-2-2 أنواعها:**1) المقابلة الغير موجهة:**

هي مقابلة تسمح للمفحوص بالحديث عن نفسه و الإفصاح عن مشكلاته بكل حرية، ودور الفاحص هو الإنصات، وتشجيع المريض من أن لآخر كي يشعر بأنه محل اهتمام، وتتميز بالمرونة المطلقة، فلا يحدد فيها الأسئلة التي ستوجه للفحوص واحتمالات الإجابة. (أمين، 2008: 209)

كان الهدف من هذه المقابلة جمع معلومات أولية عن الحالتين، وتقديم أنفسنا للحالتين وتركنا لهما المجال للتعرف علينا وكسب الثقة.

2) المقابلة النصف موجهة:

لا تتحدد أسئلتها تحديدا سابقا وهي مرنة وأسئلتها قابلة للتعديل أو الإعادة، وتسمح بالتعمق في الموضوع المدروس، فالفحوص له الحرية في ترتيب تناول الموضوعات. (أمين، 2008: 209)

كان الهدف من استخدام هذه المقابلة طرح بعض الأسئلة للحالتين عن تاريخها النفسي والاجتماعي وتاريخها الشخصي والمرضي.

(3) المقابلة الموجهة:

في هذه المقابلة نقوم بتوجيه الأسئلة للمفحوص بنفس الكلمات والترتيب وبنفس الطريقة والظروف، وعليه أن يختار إجابات محددة في القائمة تحديدا مسبقا، وهي مجموعة من الأسئلة المطروحة متقنة ويتحدد شكلها ومضمونها قبل تنفيذها. (أمين، 209: 2008)

كان الهدف من هذه المقابلة هو تطبيق اختبار الرجل، حيث قدمنا للحالتين التعليمية وسمحنا لهما بإسقاط كل ما يجول بداخلها من خلال الرسم، ولقد استعملنا المقابلة العيادية بأنواعها لجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول الحالتين.

3- اختبار رسم الشخص:

جاءت به لأول مرة "Goodenoug" سنة 1926 تحت عنوان اختبار سم الرجل، حيث تضمنت هذه الصورة 51 مفردة عن أجزاء الجسم وأماكنها والتناسب بينها والدقة في التعبير عنها، باعتباره اختبار ذكاء يقيم مستوى النمو العقلي للطفل وفي سنة 1949 قدمت بعدا جديدا في تصميم رسم الشخص وفقا لمبادئ التحليل النفسي لأنه اختبار إسقاطي لتقييم الشخصية وصرعاتها، كما أنها استخدمت رسم الشخص من أجل الكشف عن الاضطرابات الموجودة في التصورات الجسدية، كما أنها تكشف عن العدوانية والانعزال الاجتماعي.

يعتبر اختبار رسم الرجل من الاختبارات غير اللفظية المتحررة من أجل الثقافة التي تمتاز بسهولة التطبيق والتصحيح وتمتاز أيضا بقلة التكاليف في الوقت والجهد والمال، بالإضافة إلى إمكانية تطبيقه فرديا وجماعيا مما يجعله أداة جيدة في الدراسات، كما أن العمل المطلوب في رسم الرجل بسيط و يجذب انتباه الأطفال إليه، دون أن يشعر بالخوف أو التهديد، بالإضافة إلى أن التلقائية في رسومات الأطفال تجعل من الرسم لغة غنية بالمعاني النفسية تتخطى عوائق التعبير اللفظي و تجعل هذا الاختبار أداة جيدة في قياس النمو العقلي عند الأطفال العاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة ممن يعانون من صعوبات النطق و الكلام. (محمد عودة الريماوي، 1998: 134)

الاختبار غير محدد بالزمن ولكن تطبيقه يستغرق عادة خمسة عشر دقيقة، حيث يتطلب من الفرد رسم صورة رجل كامل، وتقدر الدرجة على أساس تفاصيل الجسم والملابس وتناسب الملامح، بعد ذلك ظهر سنة 1963 اختبار رسم الشخص لـ "جوادنف - هاريس" حيث أخذ "هاريس" بفكرة "جودانف" في رسم الرجل وأضاف 22 مفردة للصورة الأولى لتصبح مفردات المقياس المعدل 73 مفردة تبين أنها تميز بين الأطفال بحسب أعمارهم الزمنية، كما أضاف "هاريس" إلى رسم الرجل ريم المرأة ورسم الذات لوفير صورة متكافئة للاختبار. (محمد عودة الريماوي، 1998: 134)

مرحلة التطبيق:

في المرحلة الأولى نعطي للمفحوص ورقة بيضاء تكون بشكل طولي لكي نترك له حرية الاختيار في استعمال الورقة ونعطيه قلم الرصاص وأقلام التلوين ثم يقدم الفاحص التعليم على الشكل التالي "أريد منك أن ترسم على هذه الورقة شخص ما"، وإذا سأل المفحوص "هل أرسم رجل أو امرأة" فيجب أن يجيب الفاحص "كما تريد"، اما الملاحظات التي يدونها الفاحص أثناء الرسم فيجب أن تكون بشكل غير واضح قدر الإمكان كما يجب تدوين بعد الرسم الزمن الذي احتاجه المفحوص في الرسم ومتابعة تتابع الأجزاء المرسومة وتدوين التعليقات التلقائية للمفحوص و بأي الجنسين قام بالبداية به أولاً.

عندما يكتمل الرسم الأول يسلم الفاحص للمفحوص ورقة أخرى ثم يعطيه التعليم "أرسم لي الجنس المعاكس لهذا الجنس".

خلاصة:

في هذا الفصل تعرضنا إلى أهم مراحل الدراسة المنهجية والتي تضمنت حالات الدراسة و مكان وتاريخ الدراسة و منهج الدراسة واهم الأدوات و التقنيات المستعملة وكل هذا ساعدنا في طريقة عرض الحالتين التي سوف نتطرق لها في الفصل الموالي

الفصل الخامس

1- عرض الحالة العيادية:

✚ الحالة الأولى:

1- التقرير السيكولوجي للحالة العيادية:

• البيانات الأولية:

- الاسم: فربال
- اللقب: م
- السن: 13 سنة.
- الجنس: أنثى.
- الترتيب العائلي: 01.
- الحالة الاقتصادية: متوسطة.
- مكان الدراسة: جمعية خاصة بأطفال التريزوميا

• السيمانية العامة:

- البنية المرفولوجية: الحالة قصيرة القامة، تعاني من وزن زائد، بيضاء البشرة عينان صغيرتان وشعر طويل أسود.
- اللباس: نظيف ومرتب.
- النشاط الحركي: كثيرة الحركة.
- العلاقات الاجتماعية: لديها علاقات قليلة مع أقرانها في المدرسة على عكس الشارع ووسط العائلة تكاد تنعدم.

2- عرض المقابلات:

➤ المقابلة الأولى:

هدفت هذه المقابلة إلى التعرف على الحالة والحصول على بعض المعلومات التي تخصها ففي البداية قدمنا أنفسنا لوالدة الحالة والهدف من لقائنا ببنتها لم نجد أي صعوبة مع الأم ورحبت بالفكرة، وكأنها كانت بحاجة إلى شخص يتكلم مع ابنتها، أما الحالة كانت جد متوترة وخجولة عند الحديث معها. فقمنا بجمع البيانات الأولية المشار إليها سابقا.

➤ المقابلة الثانية:

هدفت هذه المقابلة إلى التعرف أكثر على الحالة من خلال التكلم مع الأم بهدف معرفة الظروف النفسية التي تعيشها الحالة، حيث كانت تعاني الأم من مشاكل نفسية وعاطفية أثناء الحمل فقد كانت غير متقبلة لحملها وذلك راجع للظروف الاقتصادية التي يعانون منها، مما جعلها تقبل على الإجهاض عدة مرات

باستعمال الأدوية "أنا ما كنتش حابة نجيبها تتغبن معايا" و هذا ما أثر على نمو الحالة أثناء الحمل و أدى إلى تشوه الصبغين، أما بالنسبة للولادة فقد قالت على أنها كانت عسيرة "زيادتي كانت واعرة بزاف و بنتي من زادت مابكاتش" ، "منين شفتها تخلعت ما كنتش نستنى تخرج مريضة" ، بعدما بلغت الحالة ستة سنوات التحقت بجمعية خاصة بأطفال التريزوميا بعد ما تم رفضها من جميع مدارس العادية وحتى من روضات

➤ المقابلة الثالثة:

هدفت هذه المقابلة إلى معرفة مدى تقبل الحالة لصورة جسدها واستجاباتها لنظرة الآخرين جرت المقابلة في أجواء طبيعية بالرغم من أن الحالة ظهر عليها عدم الاهتمام واللامبالاة في البداية إلا أنها تجاوبت معنا فيما بعد.

وصفت فريال بأنها ليست جميلة بقدر باقي الفتيات "أنا ماشي شابة كيما الشيرات لخرين لاخاطرش ماشي كيفهم عينيا مجودين كيما الشناوا وقصيرة بزاف"، حيث من خلا المقابلة بدت بأنها تشعر بالخجل من جسدها، وكانت تعابير وجهها توحى بالحزن والبكاء أثناء الكلام كما أن لديها تصورات سلبية عن الآخرين وخاصة الأم والأخوة "ماما وأختي ما يعاملونيش مليح يحشمو بيا و ما يحبوش نخرج معاهم"

➤ المقابلة الرابعة:

هدفت هذه المقابلة إلى تطبيق اختبار رسم الشخص.

2- تطبيق اختبار رسم الشخص:

• وضعية المفحوص أثناء الرسم:

رفضت المفحوصة في الأول رسم الشخص بقولها "مانعرفش نرسم" حيث بدأت ترسم في خطوط على الورقة لعدة مرات وهذا يبين صعوبة الاسقاط لصورتها الجسدية، ثم بعد ذلك قامت بسؤالنا عن جنس الشخص الذي تريد رسمه فبدأت ترسم في شخص بحيث قامت برسم الرأس وقد ظهر عليها عدم التحكم في اليدين وهذا ما أظهر تقطع في الخط وكانت تتميز بكثرة الانقطاعات في الرسم والنظر إلينا بصفة مستمرة من اجل طلب التشجيع، كما أنها كانت تتميز بتفكير مطول وخاصة عندما بدأت ترسم الرأس وقامت بمحوه عدة مرات.

- الموضوع:

رسمت المفحوصة شخص من نفس جنسها.

- وضعية الشخص على الورقة:

حسب الرسم فإن الشخص قد رسم في اليسار وحسب "بارك" كلما بعدت المتوسطة لرسم إلى اليسار إن المفحوص ينزع إلى السلوك الاندفاعي وإلى اشباع حاجاته ودوافعه اشباعا صريحا ومباشرا، كما انه اكتئابي ومنعزل والإحساس بالقصور وعدم الأمن.

- حجم الشخص:

إن حجم الشخص صغير فهو لديه نقص تقدير الذات والجسد ولديه تشوه لصورة الجسد، كمية التفاصيل قد رسمت المفحوصة تفاصيل قليلة في الرسم فهي لم ترسم اليدين والجذع والرقبة مع أن هناك إدراك لتفاصيل الجسد وهذا يعني أن لديها نزعة بالانعزال.

- التسلسل في الرسم:

من خلال تأويلنا لرسم المفحوصة فهي لم تقدم تسلسل منطقي بالنسبة لتفاصيل الشخص كما أنها ترسم جزء من التفاصيل مثل اليدين والجذع هذا يعني وجود صراع نفسي على مستوى الجسد.

- نوع الخط:

في الوجه قد استعملت خطأ باهتا والتغير المفاجئ في الخط هذا يعني وجود صراع نفسي كما يظهر وجود التردد والانسحاب والاكتئاب كما تعني الخجل والحساسية، كما ان هناك تأكيد على الخط في منطقة الوجه وهذا يعني وجود مشكله على مستوى هذه المنطقة.

- تحليل المحتوى:

- الرأس:

لقد رست الوجه بخط باهت ومتقطع فهذا يعني عدم التوافق الاجتماعي وعدم القدرة على التعبير الحر ثم عاودت تأكيد الخط مما يدل على مدى تأثرها بهذا الجزء من الجسد.

- الشعر:

الاهتمام برسم الشعر كونه الجزء المحبوب من الجسد عند المفحوصة.

- العينان:

عيون صغيرة هذا يعني عدم الرغبة في رؤية الواقع رسمت العيون كنقطة فهذا يعني أنه تفسر كل ما تراه بالرجوع إلى الذات.

- الفم:

حجم الفم صغير هذا يدل على صعوبة التعبير عن العواطف رسم الفم على شكل خط هذا يدل على أنها طفيلية واثكالية.

- الذقن:

قد أكدت المفحوصة على رسم الذقن وهذا يعني الحاجة إلى السيطرة الاجتماعية والرغبة في القوة.

- الجذع:

عدم رسم الجذع دليل على عدم تحقيق الحاجات والحوافز الأساسية.

- الذراعين:

عدم رسم الذراعين يدل على تجنب الاتصال الاجتماعي كما يدل على رفض الأم وعلى عدم وجود توافق اجتماعي.

- الرجلين والقدمين:

رسم الرجلين عبارة عن خطين فهذا يدل على عدم وجود الدعم او توازن في الجسد.

• القصة بعد النهاية:

عندما طلبنا من المفحوصة أن تحكي لنا قصة عن الشخص المرسوم قالت أنها لا تعرف رواية القصة و لكن بعد ذلك عن طريق الأسئلة التي وجهناها لها قامت بحكاية قصة قالت أنها فتاة و لكن لا تعرف من هي قالت بأنها صغيرة ليست جميلة تعيش مع أمها و أختها أحسن جزء فيها هو شعرها و أسوء جزء هو وجهها.

• نتائج الاختبار:

لقد قامت الحالة "فربال" بإسقاط تصوراتها الجسدية بصفة مشوهة على الرسم وذلك قد ظهر في تشوه الوجه ورسمها بطريقة غريبة والتأكيد في رسمها والمحو المتكرر وهذا يدل على الصراع المتكرر على

مستوى الرأس (الوجه) وقد ظهر كذلك وجود عدوانية ذاتية وذلك بتشوه منظره، كما أن الزمن الذي اعتمدت في رسم الوجه دليل على وجود إحباط متعلق بهذه المنطقة والشعور بالنقص والقصور الجسدي. كما ان لها انخفاض في تقدير الذات وتصور جسد مشوه وعدم إدراك تفاصيل الجسد يدل على انخفاض مستوى الذكاء المعرفي.

• تأويل المقابلات:

فريال طفلة تبلغ من العمر ثلاثة عشر سنة تعاني من متلازمة داون تتميز بعدوانية لديها نقص تقدير الذات وعدم الإحساس بالاهتمام والعناية ونقص الأمان ومن خلال المقابلات لاحظنا أن الطفلة تحس بالاختلاف عن أقرانها وتقوم بسلوكات مضادة اتجاههم كما انها تحب لفت الانتباه لمن حولها. كما أن لديها عدم تقبل لإعاقتها وعدم التكيف معها حيث تعتقد ان لا قيمة لها وأنها تختلف عن الآخرين.

الحالة الثانية:

1- التقرير السيكولوجي للحالة العيادية:

• البيانات الأولية:

- الاسم: منير
- اللقب: ع
- السن: 15 سنة.
- الجنس: ذكر.
- الترتيب العائلي: 03.
- الحالة الاقتصادية: متوسطة.
- مكان الدراسة: جمعية خاصة باطفال التريزوميا

• السيمانية العامة:

- البنية المرفولوجية: متوسط القامة، بدين، بيضاء البشرة عينان صغيرتان وشعر بني.
- اللباس: نظيف ومرتب.
- النشاط الحركي: قليل الحركة.
- العلاقات الاجتماعية: قليل التواصل، خجول جدا مما ينعكس سلبا على علاقاته بالآخرين.

2- عرض المقابلات:

➤ المقابلة الأولى:

هدفت هذه المقابلة إلى التعرف على الحالة والحصول على بعض المعلومات التي تخصها ففي البداية قدمنا أنفسنا لوالدة الحالة فقابلتنا بالرفض خوفا من مواجهة صعوبات في التواصل مع ابنها الا أنها تراجعت في رأيها وتعاونت معنا، فقمنا بجمع البيانات الأولية المشار إليها سابقا.

➤ المقابلة الثانية:

هدفت هذه المقابلة إلى التعرف أكثر على الحالة و الوضع العائلي و ذلك من خلال إجراء المقابلة مع الأم، و بدأت بحديثها حيث عانت الأم أثناء حملها من مشاكل عاطفية فهي كانت تحس بالقلق الدائم بسبب اختفاء الأب و عدم الاعتراف بالطفل بالإضافة إلى تناول مهدئات بصفة مستمرة دون استشارة طبيب كما أنها كانت تعمل طول النهار و أحيانا في الليل بدون راحة مما جعلها تتعرض لمحاولات عدة للإجهاض و كانت تدخل للمستشفى باستمرار هذا ما أثر على النمو الجسدي للطفلة و أدى إلى حدوث تشوه على مستوى الصبغين، تقول الأم "منين زاد و حطهلي الطبيب على صدري عرفت بلي ولدي ماشي نوغمال". وجدت صعوبة في تربية ابني خاصة انه لا يوجد لي اقارب اتركه عندهم مما جعلني

اضطر لوضعه في الروضة إلا إنني قبلت بالرفض كون ابني يعاني من متلازمة داون ولم أستطيع حتى تسجيله مع أقرانه في المدرسة و كنت اقابل بالرفض مرارا و تكرارا وأصبح ابني يقارن نفسه مع أقرانه خاصة أنهم يرتدون المنزر و لديهم محفظة و أصدقاء بينما هو لا حتى انه يخجل من اقتراب منهم خاصة أنهم يمزحون عليه في غالب الأحيان مما جعله يفضل العزلة عن اللعب و اندماج معهم و هذا جعلني ابحت عن وسيلة أخرى حتى أستطيع دمج ابني وبحس انه مثل أقرانه

➤ المقابلة الثالثة:

هدفت المقابلة إلى معرفة مدى تقبل الحالة لصورة جسدها و استجابتها لنظرة الآخرين، في البداية كانت الحالة تلتزم الصمت و تمتنع عن الكلام ثم بعد ذلك بدأنا نطرح عليها الأسئلة و بدأت الحالة في الإجابة حيث كان يتسم "منير" بسرعة الرد، و من خلال كلامه لاحظنا نفور تجاه ذاته بقوله "منين نلعب بولا في الحومة يضبعوني قزاوي خاطرش ثقيل في الحركة" ، كما أنه يميل إلى العزلة و الانسحاب بقوله "نبغي نبقي في الدار نلعب بلاي و ماشي نخرج يعايروني مونغوليا" ، و من خلال تصريحاته سجلنا تصورات سلبية عن جسده و نقص تقدير الذات و هذا بسبب نظرة الآخرين له التي تفقده الثقة في نفسه.

➤ المقابلة الرابعة:

هدفت هذه المقابلة إلى تطبيق اختبار رسم الشخص.

3- تطبيق اختبار رسم الرجل:

• وضعية المفحوص أثناء الرسم:

أمسك المفحوص بالقلم ثم رفع رأسه نحونا وقال " حقا قولتولي نرسم بنادم " ثم سأل عن جنس الشخص الذي يرسمه فأجبناه بأنه حر في اختيار الجنس فرسم فتى ثم رجل وقد رسمهما بسرعة وبالضغط على قلم الرصاص وقد قام بالتعليق أثناء الرسم في قوله هذا "أب وابنه وولده يشبهلي"

• الموضوع:

رسم المفحوص شخص من نفس جنسه في اليسار وهذا يعني أنه قام بإسقاط صورته الجسدية، ثم رسم رجل إلى اليمين وهو يعني الرغبة في الحماية والأمن.

• وضعية الشخص على الورقة:

حسب الرسم فإن الشخص قد رسم في اليسار وحسب "بارك" كلما بعدت المتوسطة لرسم إلى اليسار أن المفحوص ينزع عالي الخيال.

• حجم الشخص:

إن حجم الشخص صغير فهو يعاني من تقدير ذات منخفض وكذا تشوه على مستوى صورة الجسد.

• التسلسل في الرسم:

إن حجم الشخص صغير فهو يعاني من تقدير ذات منخفض وكذا تشوه على مستوى صورة الجسد

• نوع الخط:

في الوجه قد استعمل خطأ باهتا والتغير المفاجئ في الخط هذا يعني وجود صراع نفسي كما يظهر وجود التردد والانسحاب والاكتئاب كما تعني الخجل والحساسية، كما ان هناك تأكيد على الخط في منطقة الوجه وهذا يعني وجود مشكله على مستوى هذه المنطقة.

• تحليل المحتوى:

- الرأس:

لقد رسم الوجه بخط باهت فهذا يعني على عدم التوافق الاجتماعي وعدم القدرة على التعبير الحر.

- الشعر:

رسم الشعر بتسريحة ذكورية يعني وجود هوية جنسية ثابتة

- العينان:

عينان صغيرة يعني عدم الرغبة في رؤية الواقع وحب الاستطلاع البصري القوي، التأكيد على توسيع العينين أثناء الرسم دليل على وجود صراع.

- الفم:

حجم الفم صغير هذا يدل على صعوبة التعبير عن العواطف، رسم الفم مبتسم هذا يعني أنها مرحلة

أو رغبة المفحوص في صورة مرغوبة اجتماعيا دليل أن لديها نقص

- العنق: رسم العنق خطا ذو بعد واحد يدل على التناقض الضعيف للشخصية عنق صغير وقصير

وهذا يدل على فظاظة التصرف وسلوك مندفع.

- الجذع:

التأكيد على خط المنتصف هو الجذع يدل على الانشغال الجسدي ومشاعر الدونية.

- الذراعين:

يدين قصيرتين تعني الضعف والقصور، أما الذراعين يدل على شخصية سطحية.

- الرجلين والقدمين:

رسم رجلين عيارا عن خطين يدل على عدم وجود دعم.

• **القصة بعد النهاية:**

عندما طلبنا من المفحوص أن يحكي لنا قصة قال إنه فتى ولكن لا يعرف من هو هذا الفتى لكنه يعاني من متلازمة داون مثله، لكن وجهه ليس جميل يحب أبيه جدا ويحب البقاء في البحر وعدم الرجوع إلى البيت.

• **نتائج الاختبار:**

إن الحالة قامت بإسقاط تصوراته الجسدية وهذا ظهر في تخفيض صورة الجسد وعدم إعطائها قيمة ونقص تقدير الذات والشعور بالدونية الجسدية والنقص، ولهذا نستنتج أن الحالة تعاني من هشاشة الصورة الجسدية الذي بدوره ينعكس سلبا على تقدير الذات لديه، كما سجلنا عدم تقبل المتلازمة والانسحاب والعزلة وعدم مواجهة الآخرين.

• **تأويل المقابلات:**

"منير" طفل يبلغ من العمر 15 سنة يعاني من متلازمة داون لديه نقص في تقدير الذات وعدم الإحساسه بالاهتمام والعناية ونقص الأمان ومن خلال المقابلات لاحظنا أن "منير" يحس بالاختلاف عن أقرانه ويلجأ إلى الانسحاب، كما أنه لديه عدم تقبل المتلازمة وعدم التكيف مع ملامحه.

الفصل السادس

نص الفرضية :

- هل يعاني الطفل مصاب بمتلازمة داون من صورة جسد مشوهة ؟

مناقشة الفرضية :

انطلاقاً من فرضية الدراسة ومن خلال اتباع المنهج العيادي وباستخدام المقابلة الي قمنا بها من حالات الدراسة ومن خلال المقابلة مع أمهات الحالتين وبعد تطبيقنا لاختبار رسم الشخص، بهدف الكشف عن تأثير متلازمة داون على صورة الجسد عند الطفل.

وعلى ضوء فرضية الدراسة اتضح لنا أن الطفل المصاب بمتلازمة داون لديه تشوه في صورة الجسد ولكن هذه المرحلة والتي تتمثل في الطفولة مرحلة حساسة ومرحلة بناء الشخصية كما تعتبر قاعدة تكوين صورة الجسد، وبهذه التصورات الجسدية يستطيع الطفل أن يتفاعل مع المحيط الخارجي ويكون حدود جسدية خاصة به منفصل عن العالم الخارجي فالطفل في اكتشاف دائم لجسده، ويقوم بادراك الطفل لمختلف أجزائه عن طريق استعمال الادراك الحسي.

فالفرضية القائلة " يعاني الطفل المصاب بمتلازمة داون من صورة جسد مشوهة" تحققت مع كلتا الحالتين، فقد عكست المقابلات مع الحالتين وجود إصابة على مستوى صورة الجسد من خلال عدم تقبل الاختلاف والمرض وعدم التكيف معها بالإضافة إلى عدم التأقلم مع المحيط الذي تعيشان فيه وسوء المعاملة من الأم التي تعتبر المرآة العاكسة للتصورات الجسدية للطفل فإذا انكسرت هذه المرآة فقد تنقل تصورات هشة عن جسده والتي تشعر بالنقص.

ومن هذا نستنتج أن الطفل المصاب بمتلازمة داون يكون تصورات جسدية مشوهة ويظهر إدراك خاطئ للجسد بسبب عدم تقبلها ولتأقلم معها وهذا ما أثر على استثمار العلاقات الاجتماعية وعلى صورة الذات لدى الطفل، كما أن متلازمة داون جعلت من الطفلين الشعور بالاختلاف مقارنة بالآخرين مما جعل منهما الشعور بالنقص وعدم وجود الثقة بالنفس وكذلك نقص الدعم النفسي من الأسرة وهذا ما أدى إلى تكوين تصورات جسدية مشوهة، ونقص تقدير الذات ما أثر بالنتيجة على العلاقات الاجتماعية (العزلة الاجتماعية)

بعض الاقتراحات و التوصيات :

- تنظيم حملات التوعية لفائدة أولياء هذه الفئة حتى يكون هناك تدخل مبكر .
- توفير في كل بلدية على الأقل مدرستين تتوفر بها قسم خاص بهذه الفئة حتى لا تعاني من تهيمش و تدمج كغيرها من الفئات .
- تسليط الضوء على هذه الفئة و محاولة توفير لها و لأولائها الدعم النفسي
- إتاحة مناصب شغل لأطفال داون خاصة أن مشوارهم مستقبلي بعد السن 17 سنة مجهول

خاتمة

من خلال دراستنا التي أجريناها في جمعية أحباب الله لأطفال تريزوميا حاولنا الكشف عن الصورة التي يحملها الطفل المصاب بمتلازمة داون عن جسده، بالاعتماد على المنهج العيادي وبتطبيق اختبار رسم الشخص، فتحصلنا على النتائج التي بينت لنا النظرة المشوهة التي يحملها الطفل المصاب بمتلازمة داون تجاه جسده، وذلك راجع للنظرة الدونية من طرف الأقران على وجه الخصوص. حيث تعد نظرة الغير أهم جزء في تقدير الذات وبالتالي الصورة التي يكونها عن نفسه

1- المصادر والمراجع العربية:

- 1- بدرة معتصم ميموني، (2011)، سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 2- سيجمون فرويد، (2000)، الموجز في التحليل النفسي، (تقديم محمد عثمان نجاتي، ترجمة سامي محمود علي)، مصر: مهرجان القراءة للجميع.
- 3- علاء الدين كفاني، (2006)، الارتقاء النفسي للمرهق، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- 4- علي إسماعيل علي، (1995)، نظرية التحليل النفسي واتجاهاتها الحديثة في خدمة الفرد. الإسكندرية: دار المعرفة لجامعية.
- 5- فيصل عباس، (1996)، التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية، ط1، بيروت: دار الفكر العربي.
- 6- الدسوقي مجدي محمد، (2006)، اضطرابات صورة الجسم "أسباب، التشخيص، الوقاية، العلاج"، سلسلة الاضطرابات النفسية (ط1)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 7- الأشم، رضا إبراهيم محمد. (2008)، صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية. رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، الزقازيق.
- 8- الجبوري كاظم، حافظ ارتقاء يحيى، (2007)، صورة الجسم وعلاقتها بالقبول الاجتماعي لدى طلبة الجامعة. مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، (العدد 10).
- 9- شريم، رعدة، (2009) سيكولوجية المراهقة، (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع.
- 10- وهبة مراد، (1998)، معجم المصطلحات الفلسفية، (ط4)، القاهرة: دار النهضة العربية. (العدد 59)
- 11- الريماوي محمد عودة، (1998)، علم النفس (ط1). عمان" دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 12- رمضان محمد الفذافي، 1996، رعاية المتخلفين عقليا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط1
- 13- زكرياء أحمد الشربيني، 2004، طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات، دار الفكر العربي، عمان.

- 14- سعيد عبد العزيز، 2008، إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، در الثقافة، عمان، الأردن، ط1.
- 15- علاء عبد الباقي إبراهيم، 2000، التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، عالم الكتب، القاهرة.
- 16- فوزي محمد جبل، 2001، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، مصر.
- 17- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007، الإعاقة العقلية، دار صغاء للنشر والتوزيع، عمان، ط2.
- 18- محمد النوبي محمد علي، 2010، علم النفس الاكلينيكي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار صغاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 19- محمد سيد فهمي، 2007، التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء، الإسكندرية، مصر، الطبعة 1.
- 20- مدحت أبو النصر، 2005، الإعاقة العقلية، مجموعة النيل العربية، مصر.
- 21- أشرف محمد عبد الغني شريت، 2009، الطفل المعاق عقليا، سلوكه، ومخاوفه، مؤسسة حورس الدولية، مصر.

2- المصادر و المراجع الأجنبية:

- 22- Daniel Goanach & Cardine Golder, (1995). Manuel de psychologie pour l'enseignement Editions Hachette. France
- 23- Pierrette Laroche, (1977). Modification de l'image du corps chez des femmes obèses. Mémoire scientifique. L'université du Québec a trois- Rivières.
- 24- Françoise Marty, (2011), psychopathologie de l'adolescent 10 cas clinique. Editions Ouvrières. Pris
- 25- Genevière Comeau, (2001), Le Corps ce qu'en disent les religions. Editions Ouvrières. Paris.

- 26- Jacques Nemo et philippe Bobola et Bourree,2006, Impacte du test des marqueurs seriques sur la relation mere enfant, Université de la faculté du kremlin bicetre, France
- 27- Fortin Sylvain, 2008, La Trisomie 21 Ou le préjudice de naitr, Université de Sherbrooke, Canada.
- 28- Richard Clautier et autre, 2005, Psychologie de l'enfant, 2e Edition, Gaétan Morin éditeur, canada.
- 29- Monique Cuilleret, 2007, Trisomie et Handicaps Génitique Associés, 5e édition, masson, paris.
- 30- Didier Armengard, 2003, Pediatrie, edition esterne med-line, 3eedition , Germain
- 31- Marie Goffinet, 2008, Vécu des parents de personne Trisomique 21 et attentes vis-à-vis du médecin traitant, Université clause Bernard- Lyon. France
- 32- Mini DSM IV, 1996, Traduction Julien Daniel Guelfi, Marc-Antoine Crocq et autre, masson, Paris.
- 33- Jeffrey Nevid, Spencer Rathus et Beverly Greene, 2009, Psychologie, Traduisé par Michèle Bertrand et autre, 7e Edition, France.
- 34- Norbet Sillamy,1980, Dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris

3- المراجع الالكترونية:

- 35- www.echoroukonline.com/ara/article/html/
- 36- <http://www.werathah.com/down/images/down.jpg/12/03/2>