جامـــــــعة وهـــران 2

كلية العلـــــوم الاجتمـــــاعية

مذكـــــرة

للحصول على شهـــادة ماستر

في علـــم النفـــس المرضي والشواذ

المعاش النفسي لوالدين طفل مصاب بمتلازمة الشلل الدماغي
دراسة عياديةٍ لأربعة حالات

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالبة: تسورية بلعيد فتيحة

أمام لجنـــــــة المناقشـــــــة

اللقب والاسم: أ.د كحلولة سعاد	رئيـــــسا
اللقب والاسم:د. زروالي لطيفة	مقـــــررا
اللقب والاسم:د.غزال	منـــاقشا

السـنة: 2016-2017

إهداء

إلـــــى

روح أبي الذي لن يرى ثمرات جهدي.

أمّي التي غمرتني بحنانها وأنارت قلبي بفيض دعائها.

أخي و أخواتي دون استثناء.

الباحثة " لامية تنسي" بـــ" GRAS ".

السيدة " ليلى" التي تعمل بمكتبة صوفيا.

كل أمّ و أب لهما طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي.

إلى كل إنسان يعمل من أجل سعادة ذوي الاحتياجات الخاصة.

شكرو تقدير

أتقدم بخالص شكري و امتناني للأستاذة والدكتورة " زروالـــي لطيفـة " لأشرافها على هذا

البحث وعلى كل النصائح والتوجيهات والتسهيلات التي قدمتها لي.

كما لا يفوتني أن اشكر أيضا كل أساتذة علم النفس " علم النفس العيادي الشواذ" على

مساعدتهم ودعمهم لي في المسار الدراسي.

وأشكر كل زميلاتي وزملائي على دعمهم لي.

ملخص البحث:

إن موضوع هذا البحث يتعلق بدراسة المعاش النفسي للوالدين عندما يكون طفلهما مصاب بمتلازمة الشلل الدماغي، هذا المعاش الذي هو حقيقة نفسية تحكى وتسمع لأنها تتعلق بتاريخ شخصي وعوامل نفسية علائقية، اجتماعية، ثقافية، ،أسرية، عائلية واقتصادية؛ ولمعالجة موضوع البحث، اعتمدنا على الأسلوب المنهجي الذي يعد أساس كل بحث، حيث أن تحديد الإشكال والتساؤلات الفرعية مرتبط النتائج المتوصل إليها.

كما اهتم البحث بإعطاء أهم أبعاد معاناة الوالدين أمام هذه التجربة والموقف الصادم، وكيف ستكون ردود فعلهم، وأهم الميكانيزمات النفسية الدفاعية التي ستستحوذ على أحاسيسهم ومشاعرهم التي ستجعلهم يتبنون عدة أسباب وتفسيرات والتي على إثرها سيتبنون عدة مسارات، علمية طبية، من عمق الثقافة الشعبية، المهم الأمل القائم بلا حدود في غد أفضل قريب.

ولقد اتبع المنهج العيـــادي بأدواته، الملاحظة، المقابلة إلى جانب سرد القصة، الذي يتناسب وموضوع الدراسة وللتحقق من التســاؤلات المطروحة قمنا بـدراســة حـالة لزوجين من الوالدين، المـــزوج الأول (الأب 40 سنة– الأمّ 39 سنة)؛ والـــزوج الثاني(الأب 50 سنة–الأمّ 47 سنة) .

فـــي الختــام توصــلنا إلـــى أن الإعــلان عــن الإعاقــة يعــد أزمــة حقيقيــة صــادمة، معانــاة يعيشــها الوالــدين بســيرورات نفســية مختلفــة مــن حيــث الشــدة والمــدة الزمنيــة كــالرفض، الإنكــار، اليـأس الإحبـاط والانعـزال؛ والغضـب والحـداد، أمّـا الإهمـال فقـد كانـت صـفة الآبـاء، هـذا مـا يعكـس ثقـل المسـؤولية علـى عـاتق الوالـدتين إذ أصـبحت مشـاعر القلـق والخـوف علـى مسـتقبل الطفـل ومشـاعر تأنيـب الضـمير تجـد عـدة أسـباب تفسـيرية، علميـة أو مـن عمـق المعتقـدات والطقـوس الشـعبية، مـا أدى إلـى مسـارات علاجـات، علميـة طبيـة وشـعبية؛ وعليـه فصـمودهم، يتغـذى بالحـب والأمـل فـي الشـفاء؛ لكـن تبقـى لكـل حالـة خصوصـيتها فـلا يمكـن التعمـيم علـى حـالات أخـرى.

المقدمة:

إن سعادة كل زوج هو أن يرزقا بطفل، سليم، لا يشكو من أي شيء، طفل يحقق أملهما ورغبتهما فحسب "فرويد Freud" الطفل ما هو إلا استمرار لنرجسية الوالدين، وذلك بتحقق كل أحلامهما ورغباتهما "(Ciccone ,2011) في أن يصبحا والدين أمّ وأب؛ ولكن في بعض الأحيان الواقع، يخذلهما بوجود طفل معاق، نعم طفل معاق؟؟؟!! فوجوده سيؤثر على الأسرة وبالدرجة الأولى على الوالدين "شلل حقيقي للحياة النفسية، المعرفية والهوامية في آن واحد" (Epelbum et Graindorge,2005 :147)، فمن خلال هذه الدراسة حاولنا تسليط الضوء على هذه الفئة من الوالدين الذين لهم طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي بنسبة مئة بالمئة 100 % "وهي عبارة عن خلل أو عجز في القدرة الحركية أو النشاط الحركي، لا تولد مع الفرد وتصيبه خلال مرحلة عمرية ما، وتكون غالبا ذات أسباب بيئية كالحوادث والأمراض، وينجم عنها تأثير على حالة الفرد المعاق الجسمية والنفسية"(عبد المجيد ، 2007 :29).

فدراستنا اهتمت بمعاشهم النفسي، في إطار ديناميكية علائقية بين الأبوين، إذ تجربة وجود طفل معاق هي صعبة التفهم والتصور، الهدف من هذا العمل هو دراسة حالة وجودية خاصة أي حالة الوالدين وذلك بمحاولة فهم كيف يعيشون تجربة غير مهيأ لها.

ومنه فقد ارتأينا طرح موضوع بحتنا هذا إلى جانبين: الجانب النظري والجانب التطبيقي.

أولا الجانب النظري يحتوي على ثلاث فصول:

الفصل الأول: هو مدخل نظري إلى الدراسة، الذي من خلاله تم ضبط أهم النقاط التي ستكون محور بحتنا، كالإشكالية وما يصاحبها من تساؤلات فرعية وأهم الأهداف والأهمية من إثارة مثل هذا الموضوع.

الفصل الثاني: يضم مفهوم إعاقة" متلازمة الشلل الدماغي، السبب الذي جعل الوالدين في حالة نفسية مختلفة، فمن خلال هذا الفصل حاولنا إعطاء لمحة تاريخية وأهم الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة، الأعراض المصاحبة لها؛ والتصنيفات ومراحل تشخيصها.

الفصل الثالث: تعريف المعاش النفسي، أهم المراحل النفسية التي يمر بها الوالدين قبل ميلاد الطفل وبعد ميلاده ، والسيرورات النفسية التي يختبرها الوالدين.

أما بالنسبة للجانب التطبيقي فيه فصل واحد وهو:

الفصل الرابع : الذي قسمناه إلى شطرين:

شـطر يخص الإطار المنهجي للدراسة؛ وشـطر آخر لعرض الحالات و تحليل المقابلات ومناقشة تساؤلات الدراسة، بالإضافة إلى الخاتمة وقائمة المراجع.

الجانب النظري

الفصل الأول
مدخل إلى الدراسة

1. إشكالية البحث:

خلق الله الإنسان في أحسن تقويم، لكن إرادته قد تجعل بعض الأفراد عاجزين بسبب عاهة تعيقهم؛ فموضوع الأطفال المعاقين بأي شكل من أشكال الإعاقة ليس موضوع طارئا أو مؤقتا أو خاصا بفئة من الناس، دون الفئات الأخرى؛ أو من ابتكارات العصر الحديث، وإنما هو موضوع دائم يواجه المجتمع في كل يوم أيا كان تقدم هذا المجتمع أو تأخره.

فقد استطاعت الإعاقة على أن تفرض نفسها كقضية إنسانية في المحافل الدولية وأصبحت جزءا من اهتمامات المنظمات الدولية المتخصصة، التي أصدرت القرارات والاتفاقات المؤكدة لحقوق المعاقين وذوي الاحتياجات الخاص كالإعلان العالمي لحقوق الأطفال عام 1959 أكد على حق المعاق في الحياة ومسؤولية المجتمع في رعايته.

"فالإعاقة ليست مرض يقضى عليه بالأدوية أو التطعيم أو المصل الوقائي"(الخفش، مساند: 10:2005)؛ ومن بين أهم الإعاقات الحركية متلازمة الشلل الدماغي التي لها أبعاد طبية، اجتماعية، ونفسية وتربوية.

فمتلازمة الشلل الدماغي مجموعة من إصابات الدماغ العضوية، ينتج عنها أعراض عصبية مختلفة، ويكون الشلل الحركي العارض هو الأكثر وجودا بين هذه الأعراض؛ فوجود طفل معاق بـ " متلازمة الشلل الدماغي" داخل الأسرة سيزعزع استقرارها ويجعلها تعيش تجربة أليمة ومعاناة كبيرة يميزها القلق والأسى، فالوالدين أول من يتلقى خبر إعاقة ابنهما ما يجعلهما يعرفان أزمة حقيقية، وخاصة الأمّ بصفتها الأقرب ا إلى الطفل.

فالأولياء هم أكثر تأثر بإعاقة طفلهم فهو يعرضهم إلى " الإنهاك والتعب، وينتج عنها آثار نفسية واجتماعية "(أسط :16:2004)

وفي هذا الإطار تم تناول شريحة الأولياء من المجتمع الذين يعيشون مجموعة من المشاعر والأحاسيس وحالات نفسية مختلفة بسبب تواجد طفل يعاني من إعاقة " متلازمة الشلل الدماغي" وهذا ما أثبتته الكثير من الدراسات سواء أجنبية أو عربية.

كدراسة "**برستون** و **بريثنر** و **روبرت** و **مارفين** فقد قاموا بتحليل ودراسة عينة مكونة من87 أمّاً لأطفال تتراوح أعمارهم بين 15 شهراً إلى 44 شهراً تم تشخيصهم بأنهم من ذوي متلازمة الشلل الدماغي، إذ أظهرت النتائج أن أمهات الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة من متوسط إلى الشديد سجلت أعلى مستويات معاناة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة " (كاشف: 26:2001)

"أما دراسة **سوزان واصبرن** 1980 فقد اهتمت بتحديد مشاعر الأولياء التي يتعرض لها عند ولادة طفل معاق وأثر ذلك على علاقات الأولياء والضغط الكبير الذي يتسبب، فقد تكونت العينة من 30 أسرة (30أمّ، 30 أب) كل أسرة لديها طفل يبلغ من العمر أقل من سنة ونصف وكانت الإعاقة متلازمة الشلل الدماغي ، وقد استخدمت أسلوب المقابلة وطريقة الاستبيان التي تضم مجموعة من الأسئلة التي تناقش الأحداث التي صاحبت ميلاد الطفل والمخاوف التي تنتاب الأولياء بعد معرفة أن ابنهم معاق وقد أظهرت النتائج على تبيان المعاش النفسي الذي يعيشه ويعرفه الوالدين حيث اعترف والد طفل معوق أنه حدث كبير في صحتهم الجسمية، وقد عبروا عن شعورهم باليأس والغضب والحزن والرفض" (كاشف: 83:2001)

بالإضافة "إلى دراسة **علي شعيب** فالهدف منها ،هو الكشف عن مشاعر القلق لدى أمهات لأطفال معوقين، فأظهرت النتائج على أنهم الأكثر إحساسا بأعراض الاكتئاب" (فيوليت، بسيوني، سيد سليمان:2001 :234،235)

ودراسة بلاشير ليمان Lyman Blacher 1988 دفعت إلى تقصي ردود الفعل لدى الوالدين اللذين لديهما طفل معوق إعاقة شديدة" لمتلازمة الشلل الدماغي" كذلك هدفت إلى تعيين ردود الفعل، وقد

خرجت الدراسة بنتائج من أهمها أن 90% من الإجابات التي تحمل عدم التصديق والإنكار لإعاقة الطفل والتشكيك في تشخيص الطبيب المعالج والأمل في أن الطفل سوف يشفي تماماً، وأيضا خرجت الدراسة بنتائج لبناء مقياس ردود الفعل تشمل كل من الصدمة، الارتباك، الإنكار، الرفض، الحزن والغضب" (كاشف، 89:2001)

فإن موضوع المعاش النفسي لوالدين طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي جعلنا نطرح مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هي طبيعة المعاناة الخاصة بالوالدين ذوي طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي؟
- ما هي ردود الفعل بوجود طفل معاق بـــ متلازمة الشلل الدماغي داخل الأسرة؟
- ما هي الأسباب التي يتم تبنيها من طرف الوالدين في التفسير ؟
- وإلى أي حد يؤثر هذا النموذج التفسيري على المسارات العلاجية المتبناة؟

2. أهداف البحث:

– معرفة مدى امتلاك الوالدين معلومات حول متلازمة الشلل الدماغي

– إعطاء صورة حقيقية عن معاناة الوالدين بوجود طفل معاق يعاني من متلازمة الشلل الدماغي ، والمعانات التي يعيشها يوميا كمعاق غير مستقل بذاته وفي تبعيته مستمرة للغير، مما يطرح علامات استفهام حول مستقبله.

– إيجاد السبل والطرق البيداغوجية للتكفل بهذه الفئة من المعاقين ومساندة الوالدين نفسياً، اجتماعيا، ماديا، لتقبلهم والتكيف مع متطلبات إعاقتهم وحاجياتهم الضرورية.

3. أهمية البحث:

الموضوع المقترح للبحث ذا أهمية بالغة لكونه دراسة تحليلية لنفسية والدين لهما ابن "معاق" متلازمة الشلل الدماغي"، ومن خلال هذا نسعى إلى ما يلي:

- إظهار أهم الميكانيزمات النفسية الدفاعية التي يستعملها الوالدين أمام الحدث الصادم ابن مصاب بمتلازمة الشلل الدماغي.
- التعريف بمتلازمة الشلل الدماغي وما يميزها عن الإعاقات الحركية الأخرى.
- النظر إلى هذه الفئة من "المعاقين" بدون شفقة بل مساندتهم.

4. دوافع اختيار موضوع البحث:

الاختيار لم يكن عشوائي ولا بمحض الصدفة ، بل توجد وراءه دوافع قوية جدا جعلتنا ننتقيه من بين المواضيع التي لا تقل أهمية عنه وأهمها كالتالي:

– إن من اهتماماتنا الأولية وإيمانا من أن نهتم بالفئة أو الحلقة الأضعف في المجتمع التي هي بحاجة إلى الرعاية والسند النفسي والمادي ألا وهي فئة الأطفال فما بالنا إذا كان الأطفال المعاقين الذين يعانون من متلازمة الشلل الدماغي .

– الدافع الكبير في اختيارنا لهذا الموضوع هو الاحتكاك بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة إذ كنت عضوا في جمعية الصم البكم التي تحمل شعار" naissance d’une culture et la renaissance d’une langue des auditifs سنة 2010 ؛ التي فتحت لي المجال للتعرف عن قرب بهذه الفئة من المجتمع على سبيل المثال الجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للمصابين بالتريزيمية وجمعيات الإعاقة الذين يعانون من الشلل الدماغي سواء في القطاع العام أو الخاص.

فأصبحت ألتقي بالأولياء وخاصة الأمهات اللواتي كن بحاجة للتعبير عن معاناتهم وانشغالاتهم بحكم الرابط الذي يجمعهن بأطفالهم؛ كما أكسبني الأمر خبرة في كيفية التواصل مع هذه الفئة من المعاقين لــ" متلازمة الشلل الدماغي " إذ لا يخفى عليكم انه في غاية الصعوبة مما يتطلب من وقت وجهد وهذا ما يعيشه الأولياء للوصول إلى طريق من أجل التواصل معهم.

إلى جانب ذلك رفض المركز المتواجد "بالحاسي" من استقبال الفئة التي تعاني من " الشلل الدماغي" بنسبة 100 % هذا ما فتح أمامنا عدة تساؤلات واستفسارات ارتأينا تناولها من خلال البحث.

– و جود أم كانت تسعى جاهدتا لتجد مساعدة أو سند مهما كان نوعه أو حجمه فهو يفرق معها، هذا ما زاد من إصرارنا على تناوله كموضوع للبحث.

5. التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث:

– **متلازمة الشلل الدماغي:** هي إعاقة تؤثر على الحركية وهي تنتج عن ضرر يلحق بالدماغ، قبل الولادة أو عند الولادة، أو بعد الولادة.

– **المعاش النفسي:** هو الواقع النفسي لمجموعة من الحالات النفسية التي تنتاب الوالدين عند معرفة أن ابناهما يعاني من متلازمة الشلل الدماغي، فالمعاش النفسي يقصد به في هذه الدراسة:

- المعاش المرتبط بطبيعة المعاناة.
- الأسباب المتصورة من طرف الوالدين.
- المسارات العلاجية المتخذة.

- **الوالدين:** هما الأب و الأمّ لهما طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي، فوالدين الطفل الأول منصف(الأب 40 سنة– الأمّ 39 سنة)؛ والدين الطفل الثاني محمد (الأب 50 سنة، الأمّ 47) .

الفصل الثاني
متلازمة الشلل الدماغي

المقدمة:

الإعاقة الحركية تعد مشكلة جسمية وصحية مهما كانت المرحلة العمرية التي حدثت فيها أو الأسباب التي نتجت عنها سواء أكانت خلقية أو مكتسبة؛ وهذه الأخيرة تحدث في الغالب نتيجة عوامل بيئية مختلفة وينجم عن الإعاقة العديد من المشكلات مما يتطلب عمليات تدخل وتكفل.

1- مفهوم الإعاقة:

أ - **المفهوم اللغوي:** "ورد في لسان العرب لابن منظور أنه استخدمت كلمة معاق للدلالة على من به عائق يعوقه عن ممارسة حياته بالشكل السوي خلقيا"(جعيجع، 2004: 23).

ب - المفهوم الاصطلاحي:

حسب قاموس أكسفورد البريطاني:"فإن مصطلح الإعاقة موجود منذ 1653 وكانت تكتب handy cap وكانت تعني اتفاق مشترك رهان وأصل العبارة hand in cap التي تعني بالفرنسية main dans le chapeau وتوحي بلعبة الرهان التي كانت فيها توضع أموال مراهن الخيل في قبعة ثم يقوم الحكم أو أيلاعب يسحبها دون أن يرى ما في داخل القبعة "(Alberme/t :1997 :10).

2- تعريف الإعاقة:

أ - تعريف الموسوعة العربية الحديثة:

"بأنها حالة عيب أو نقص جسمي أو عقلي يصاب المرء ويمنعه من أن يشارك بحرية في نواحي النشاط الملائمة لعمره وقابليته"(الكبيسي ، 23:2000).

ب – تعريف الإعاقة الحركية:

"هي حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي، حيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة" (الصفدي، 52:2007) .

"وقد تنتج الإعاقة الحركية أحيانا من مشكلات في العضلات أو العظام أو المفاصل ولكنها كثيراً ما تنتج عم مشكلة في الجهاز العصبي أو تلف فيه؛ وتكون للإعاقة أنماط مختلفة، ويتوقف النمط على الجزء المصاب من الجهاز العصبي"(المشرفي،303:2009).

3- الإعاقة في الجزائر:

3-1- تعريف المعوق في التشريع الجزائري: ورد تعريف المعوق في نص المادة 89 من القانون رقم 05-85 المتعلق بصحة كالتالي: يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بمايلي:

- ✓ إما نقص نفسي أو فيزيولوجي.
- ✓ إما عجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشرى.
- ✓ إما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها.(بن سطا علي،84:2014)

وهناك تعريف آخر متعلق بقانون المالية سنة 1992 ونصه: يفهم من الشخص المعوق كما هو منصوص عليه في المادة الأولى أعلاه مايلي:

- ✓ شخص مصاب بإعاقة خلقية أو مكتسبة تبلغ نسبتها 100% وتؤدي إلى عجز كلي عن العمل.

✓ شخص يوجد في وضعية يحتاج احتياجا كليا إلى غيره للقيام بأعمال الحياة العادية مثل، السقيم، الطريح الفراش أو الفاقد استعمال الأعضاء الربعة أو متعددة الإعاقة الحسية، الصمم والعمى الكلي في نفس الوقت والمصاب بتأخر ذهني عميق مع اضطرابات مختلفة(جعيجع،27:2004).

أما قانون حماية المعوقين وترقيتهم الصادر سنة 2002، فإن المادة 2 تنص على أنه" تشمل حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون كل شخص مهما كان سنه وجنسه، يعاني من إعاقة أو أكثر، وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية، الشخصية، الاجتماعية، نتيجة لإصابة ووظائف الذهنية و/ أو الحركة و/أو العضوية- الحسية (جعيجع،27:2004).

3-2- تصنيف المعوقين في التشريع الجزائري:

إن التشريع الجزائري لم يشر بشكل واضح على تصنيف المعوقين غير أننا نجد في المرسوم رقم 80-59 الذي يتضمن الأحداث المراكز الطبية التربوية والمراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعوقين وتنظيمها وسيرها يذكر أسماء هذه المراكز التي يخصص كل واحد منها لفئة من الفئـــات حيث نصت المادة 2 منه على انه ينشأ في كل ولاية:

-مركز تربوي أو أكثر لأولاد المتخلفين عقليا.

-مركز تربوي أو أكثر لأولاد للمعاقين حركيا.

-مركز تربوي أو أكثر لأولاد الانفعالين.

-مركز تربوي أو أكثر لأولاد المعاقين بصريا.

- مركز تربوي أو أكثر لأولاد المعاقين سمعيا. (جعيجع،43:2004).

4- تصنيفات الإعاقة الحركية:

يمكن تصنيف الإعاقات الحركية التي تحدث بشكل عام إلى مشكلات ترجع في العادة إلى فترة الحمل، وهي ما يتعرض له الإنسان في بداية تكوينه وأثناء وجوده في رحم أمه أو أثناء عملية الولادة أو نتيجة أخطاء تقع من قبل الطبيب أو ترجع إلى الصعوبات محددة تحدث بعد الولادة مثل الحوادث التي يتعرض لها الإنسان.

4-1- الإعاقة الحركية الخلقية:

وهي تلك الإعاقات التي تولد مع الطفل وتكتشف منذ الولادة أو بعدها وتعود أسبابها غالبا إلى الوراثة وهي عبارة عن إعاقة عضوية يترتب عليها وظيفة عضو أو أكثر من أطراف الجسم منذ ولادته، أو ولادته ناقص (مثل تقوس الساقين) القدم الحنفاء(، هشاشة العظام، الأطراف القصيرة والمعقودة والمشوهة، والشلل بكافة أنواعه وغير ذلك.

4-2- الإعاقة الحركية المكتسبة :

وهي عبارة عن خلل أو عجز في القدرة الحركية أو النشاط الحركي، لا تولد مع الفرد وتصيبه خلال مرحلة عمرية ما، وتكون غالبا ذات أسباب بيئية كالحوادث والأمراض، وينجم عنها تأثير على حالة الفرد المعاق الجسمية والنفسية .(عبد المجيد ، 2007 :29)

ومن أهم أنواع هذه الإعاقات، متلازمة الشلل الدماغي هذه الإعاقة التي هي محور اهتمامنا في موضوع دراستنا.

5. لمحة تاريخية:

"إن مصطلح متلازمة الشلل الدماغي syndrome paralysie cérébral مصطلح حديث نسبيا مقارنة بالتسمية الشائعة أو المتعارف عليها، الشلل الدماغي أو الشلل المخي، فالمصطلح يطلق للإشارة إلى مجموعة من الأطفال الذين تظهر لديهم مجموعة من الأعراض أو العلامات والاضطرابات في مجال الحركة وعملية التوازن والوضعية الجسمية خلال المرحلة الجنينية أو الطفولية الأولى والذي يؤثر بدوره في تناغم وتوازن حركة العضلات والحركات الإرادية عند هؤلاء الأطفال وتستمر هذه الأعراض معهم مدى الحياة بدرجات متقاربة" (فوزي يوسف،17:2011).

فمتلازمة الشلل الدماغي لم تحضا بالاهتمام إلا في بداية القرن التاسع عشر ميلادي وذلك بعد ما قام اختصاصي جراحة العظام الدكتور وليام جون ليتل Williame John Little في عام 1843 وقد وصف شكل الشلل الدماغي الرباعي البسيط وتأثر الأطراف العلوية والسفلية، فحسب ليتل أن هذه الاضطرابات ناتجة عن نقص الأكسجين أثناء الولادة مما أدى إلى تلف نسيج الأعصاب التي تتحكم في الحركات.

وفي أواخر القرن 1800 ميلادي أي نهاية القرن 19 اقترح وليام أوسلر William Osler وهو طبيب بريطاني أن يتم استخدام هذا المصطلح للدلالة على المصابين بمجموعة هذه الأعراض.

أما في عام 1900 م بداية القرن العشرين فقد بدأ الاهتمام في عملية علاج الشلل الدماغي والأعراض المصاحبة له، وأهمها التي قام بها الدكتور برنسون Prenson بعمل مجموعة من التمارين العضلية الخاصة لمعالجة الأشخاص المصابين.

وقد كان الاعتقاد سائد سواء بين الأوساط الطبية أو العائلية على أن السبب الكامن وراء متلازمة الشلل الدماغي هو تعقيدات الولادة في فترة الثمانينات من القرن العشرين 1980، كما تم إجراء أكبر دراسة حكومية من خلال تحليل معلومات حول أكثر من 35000 مولود جديد فوجد أن الإصابات الولادية كانت السبب، ولكن لم يتم الوصول إلى سبب واحد.

ومع بداية العام 2000 أي بداية القرن الواحد والعشرين أطلق على مجموعة الأعراض هذا الاسم "متلازمة الشلل الدماغي".

1.5 تعريف متلازمة الشلل الدماغي:

"إن متلازمة الشلل الدماغي هو مصطلح طبي يشمل مجموعة من المشكلات الحركية المرتبطة بعدم السيطرة على العضلات الجسم وعدم التناسق في الحركة والقوام والتوازن تنتج عن إصابة الدماغ الطبيعي في فترة نموه بتلف في المناطق المسيطرة على الحركة أو لعدم اكتمال نمو هذه المناطق أثناء الحمل"(بطرس،105:2015).

"فمتلازمة الشلل الدماغي هو مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بنية الجهاز العصبي المركزي أو نموه"(الصفدي،31:2007)

فمتلازمة الشلل الدماغي من الإعاقات النمائية أو الاضطرابات العصبية الحركية، ويستخدم المصطلح للإشارة إلى إضطرابات النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة من حياة الإنسان ومن تعريفات هذه الإعاقة ما يأتي:

أ. الشلل الدماغي أي تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة .

ب. اضطراب نمائي ينجم عن الخلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي تصاحبه غالبا اضطرابات حسية أو انفعالية.

ج. "مصطلح ذو مدلول واسع أي:

- ✓ أنه نتيجة لتلف مراكز الضبط الحركي في الدماغ.
- ✓ أنه اضطراب ثابت لا يزداد سوءا مع الأيام.
- ✓ أنه مجموعة من الأعراض المرضية.
- ✓ أنه اضطراب في الحركة والوضع الجسمي.
- ✓ أنه ليس قابلا للشفاء.
- ✓ أنه ليس مرضا بالمعنى الشائع لهذه الكلمة فالمرض يكون في العادة قابلا للعلاج والشفاء، فهو غير معدي لكنه قابل للتحسين.
- ✓ أنه ليس وراثيا."(البواليز،39:40:2000)

2.5 أسباب متلازمة الشلل الدماغي:

هو عطب معين في الدماغ يحصل قبل وأثناء أو لفترة وجيزة بعد الولادة وهو عطب نهائي يعبر عن نفسه على امتداد مراحل النمو بقصور ذهني وحركي وهو ليس وراثيا أو معديا، فهناك عوامل أو أسباب خطر هي الأكثر احتمال والمرجح لإصابة بمتلازمة الشلل الدماغي هي تلك الأسباب المتعلقة أو المرتبطة بمرحلة الحمل والولادة، وعليه يمكن تقسيم الأسباب أو العوامل التي قد تؤدي إلى الإصابة.

1.2.5 – العوامل قبل الولادة:

تشمل الأمراض الفيروسية في الأسابيع الأولى من الحمل عندما تكون خلايا الدماغ للجنين فيوضع نمو وتطور مثل الحصبة الألمانية، مضاعفات الحمل كالنزيف المتكرر والذي يؤدي إلى إصابة الجنين بالتلف الدماغي.

تعرض الأمّ للأشعة الصينية لأن التعرض لها أثناء التشخيص خلال بداية تشكيل الجنين قد يؤدي إلى تلف الخلايا الدماغية، تناول الأدوية بدون استشارة أو موافقة الطبيب، أو تعاطي الأمّ للكحول أو المخدرات يؤدي إلى نقص أو عدم وصول الأكسجين إلى دماغ الجنيين أو في بعض الأحيان اختناق الطفل وهو في رحم أمّه نتيجة إلتفاف الحبل السري على رقبته وبالتالي عدم وصول الغذاء والأكسجين اللازم لخلايا الدماغ ونموها وبالتالي إلى تلفها وتوقف نموها.

-عدم توافق العامل الرايزيسي RH بين الوالدين مما يولد لدى الأمّ الأجسام المضادة التي تؤثر وتؤدي إلى تكسير دم الطفل، مما يؤدي إلى فقر الدم عند الولادة فيؤدي ذلك إلى الإصابة الدماغية نتيجة النقص في التروية الدماغية.

2.2.5. العوامل أثناء الولادة:

- نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة بسبب انفصال المشيمة قبل الموعد المناسب.
- تعرض رأس الطفل أثناء عملية الولادة لرضوض نتيجة عسر الولادة وخاصة عندما يستعمل الملاقط، بل حتى التأخير في اتخاذ قرار العملية القيصرية.
- نقص الأكسجين عند الولادة حيث لا يتنفس الطفل بسرعة كافية ويصبح لونه أزرق ويكون بطيء الحركة، مما يؤدي إلى إصابة أو تضرر الدماغ.
- الولادة الناجمة عن حالات الولادة المتعسرة وفي معظم الأحيان يكون هؤلاء المواليد كبار الحجم بينما تكون أمهاتهم صغيرات الحجم أو السن، وقد يتعرض المولود إلى ضغط كبير مما يؤدي إلى تغير شكله وتتمزق الأوعية الدموية و يتعرض الدماغ للضرر.
- ولادة الطفل قبل تسعة أشهر.

– استخدام العقاقير المخدرة في عملية الولادة فذلك قد يؤثر على عملية التنفس لدى الطفل ويؤدي إلى نقص الأكسجين.

3.2.5 – العوامل بعد الولادة:

هذه العوامل المسئولة عن حوالي 10–15% من حالات متلازمة الشلل الدماغي وأهم هذه الأسباب:

– الارتفاع الشديد في درجة الحرارة نتيجة لإصابة بمرض وهذا يشيع بصورة أكبر بالنسبة لأطفال الذين لا يحصلون على الرضاعة.

– الأورام الخبيثة بالمخ، والتي تسبب ضررا مستمرا بالدماغ تكون علامات مشابهة لعلامات متلازمة الشلل الدماغي.

– الالتهابات وتشمل التهاب أغشية السحايا والتهاب الدماغ، ومن الأشياء المثيرة لاهتمام أحد الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة والتلف الدماغي لأطفال الرضع هو هز الطفل بداعي المداعبة أو التعنيف الرأس تؤثر على الدماغ مما يؤدي إلى الإصابة الدماغية حيث أن الدماغ يكون موجود في تجويف الجمجمة ومحاطاً بالسائل الدماغي الشوكي وعملية الاهتزاز هذه قد تؤدي إلى ارتطام الدماغ بالخلايا العظمية الصلبة مما يؤدي إلى إصابة الخلايا الدماغية...والأطفال الذين تظهر عليهم المتلازمة 50% منهم يعيشون بإعاقات مختلفة و 25% منهم يموتون والبقية لا يتأثرون ويعيشون حياة عادية.

"هذا ويعتبر العلماء أنه يمكن اعتبار الإصابات الدماغية لأطفال منتمية إلى متلازمة الشلل الدماغي حتى عمر ثلاث إلى خمس سنوات فقط"(يوسف،20:2004)

6. أنواع متلازمة الشلل الدماغي: (أنظر الشكل 1)

تحدث الإصابة نتيجة حصول عطب وخراب في مجموعة من الخلايا المخية أو الحزم العصبية التي تتحكم في مجموعة من العضلات مكان هذا العطب وحجمه يختلف من شخص إلى آخر، وعليه تكون الأعراض مختلفة حسب نوع الإصابة فمكانها ودرجة تأثيرها ومهما كانت الأعراض ودرجته فهي تندرج تحت مسمى واحد" متلازمة الشلل الدماغي".

بشكل عام توجد أربعة أشكال رئيسية لمتلازمة الشلل الدماغي والتي تم الاعتماد فيها على مكان الإصابة الدماغية، كأساس في عملية تصنيفيها وهي كالآتي:

1.6- متلازمة الشلل الدماغي التشنجي "التقلصي" spasticité

"ينتج هذا النوع من الإصابة في الخلايا الدماغية فيما يسمى منطقة القشرة المخية cortex cérébral وهو من أكثر الأنواع شيوعاً حيث يبلغ 50-06 من الحالات"(بطرس،131:2015)

من بين أنواع متلازمة الشلل الدماغي وهذه المنطقة مسؤولة عن عملية التحكم بالحركات وكذلك عملية التحكم بوضعية الجسم، ومما يميز هذا النوع هو وجود صلابة وتيبس وتقلص في العضلات مما يؤدي إلى عدم تجانس الحركات، التي تؤدي مع مرور الوقت إلى تشوهات جسمية في مناطق مختلفة من الجسم بشكل خاص فهو يشكل ضررا على نمو الأطفال كالركب أو القدمين بالإضافة إلى آثار أخرى مثل:

- منع القدرة على الحركة.
- الكبح الطولي لنمو العضلات.
- منع تركيب البروتين في خلايا العضلات.
- امتداد محدود للعضلات في سياق النشاط اليومي.

- تشوه في نمو العضلات و المفاصل.

من المهم أن نذكر هنا أن التشوه في الأيدي والرجل عند المرضى التي تعاني من متلازمة الشلل التشنجي لا يظهر عند الولادة وإنما تدريجيا في مراحل لاحقة من النمو، يشكل التشنج في العضلات ومحدودية تمديدها واستعمالها في النشاط اليومي سببا مهماً للتشوه.

2.6- متلازمة الشلل الدماغي ارتخائي " الخزع" أو الرنح"Ataxie

"الرنح هو حركات ارتعاشية غير ثابتة تظهر جلية عند محاولة الطفل التوازن أو المشي أو حتى تحريك أحد أجزاء الجسم وتحدث نتيجة إصابة المخيخ وهو قسن معين من الدماغ يسيطر على التوازن، لا يحدث تأخر عقلي، حيث يواجه المصاب صعوبة التوازن وتناسق الحركات في الأيدي غالبا ما يسقطون خلال المشي لأن هناك رخاوة في المفاصل بالإضافة إلى خلل في دقة حركة اليدين و قطع في النطق وحركة سريعة وغير إرادية للعينين كما تكون فيه العضلات ضعيفة ومرتخية".(فوزي يوسف،:2011)

3.6- متلازمة الشلل الدماغي المختلط: Mixte

تكون الإصابة مختلطة ما بين الشلل التشنجي وأشكال أخرى، فهذا النوع قد حدثت الإصابة في أكثر من منطقة دماغية.

4.6- متلازمة الشلل الدماغي التخبطي:

يتميز هذا النوع بوجود حركات لاإرادية بطيئة غير مسيطرة عليها وفي أحيان أخرى تكون سريعة ومفاجئة في قدمي الطفل أو ذراعيه أو يديه وقد يبدو وكان اليدين والذراعين يتحركان بعصبية، وينتج هذا

النوع من إصابة عميقة في الدماغ الوسط في منطقة النوى القاعدي؛ بشكل عام فإن المصابين بمتلازمة الشلل الدماغي التخبطي لديهم صفات المشتركة التالية:

- توثر عضلي غير طبيعي في وضعية الجسم غير ثابت أو متموج.
- فقدان القدرة على الثبات حيث أن معنى كلمة التخبط تعني عدم القدرة على تثبيت الوضع.
- ظهور مجموعة من الحركات اللاإرادية.
- وضعيات جسمية غير سليمة بحيث يكون وضع الجسم غير متماثل وتحكم ضعيف بالرأس.
- وجود مشاكل في عمليات الكلام والتنفس ومشاكل في عملية السمع 80% والبصر.

رسم تخطيطي يبن التصنيفين الرئيسيين لمتلازمة الشلل الدماغي و تصنيفاتها الفرعي

التصنيف الأول

(وفقا لنمط الإصابة ...و طبيعتها)

1-الشلل التشنجي.

2-الشلل الإلتوائي أو التخبطي.

3-الشلل التخلجي أو الكنعاني.

4-الشلل التيبسي.

5-الشلل الإرتعاشي.

6-الشلل الاسترخائي.

التصنيف الثاني

(وفقا للطرف أو الأطراف المصابة)

7-الشلل المنفرد (الحادي).

8-الشلل النصفي الجانبي (شلل جانب واحد)

9-الشلل الثلاثي.

10-الشلل النصفي السفلي.

11-الشلل الكلي السفلي(شلل الجانبين).

12-الشلل المزدوج(الشلل الرباعي).

شكل رقم 1: يبين أشكال و تصنيفات متلازمة الشلل الدماغي (عبد الرحمان سيد سليمان:2001)

7. تصنيفات متلازمة الشلل الدماغي تبعا لشدة الإصابة:

هو تصنيف تبعا لشدة إعاقة الحركية إلى أنواع التالية:

- **متلازمة الشلل البسيط:**

يعاني الطفل المصاب من متلازمة بسيطة لا تستلزم العلاج، فهو يستطيع المشي، دون استخدام أدوات مساندة.

- **متلازمة الشلل الرباعي:**

يكون النمو متوسط وبطيء جدا إلا أن الأطفال المصابين بهذا النوع تتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة ويتعلمون المشي في النهاية باستخدام أدوات مساندة أحيانا.

- **متلازمة الشلل الدماغي الشديدة:**

"تكون الإعاقة الحركية شديدة وهذا نتيجة إصابة الدماغ وعليه لا يمكنهم الاعتماد على أنفسهم بشكل كامل في مهارات التنقل والحركة والقيام بواجباتهم الحياتية اليومية بأكبر قدر ممكن من الاستقلال دون الاعتماد على الآخرين.

8. تصنيف حسب الأطراف المتأثرة:

حيث تم التصنيف على أساسا وصف الأطراف المتأثرة جراء الإصابة الدماغية مثل، شلل طرف واحد، شلل الطرفين، شلل ثلاث أطراف، الشلل الرباعي(أنظر الشكل 2، 3)

الشكل 2: أنواع متلازمة الشلل الدماغي تبعا لمناطق الإصابة

9. متلازمة الشلل الدماغي بالاعتماد على السلوك الحركي:

وهو يعتمد على مدى إتقان الطفل بمهارات حركية بدون مساعدة من قبل الآخرين وبشكل مشدد ومركز على مهارتي الجلوس (من خلال عملية التحكم في الجدع، ومهارة المشي ويسمى هذا نظام الخاص بعملية التصنيف، هذا نظام تصنيف المهارات الحركية الكثيرة لمتلازمة الشلل الدماغي، حيث يوجد له خمس مستويات أساسية مقسمة بالاعتماد على القدرات والمهارات الحركية والعمر الزمني للطفل"(فوزي يوسف،2011:49،53)

صورة رقم أ: La marche en équin

صورة رقم ب: متلازمة الشلل الدماغي التشنجي العرضي

Diplégie spastique

صورة رقم ج: يد طفل مصاب بمتلازمة الشلل الدماغي " النصفي الطولي" hémiplégie

الشكل 3 : صور أنواع متلازمة الشلل الدماغي

مستوى الأداء	القدرات الحركية المتوقعة
المستوى الأول	الأطفال في هذا المستوى ، يكون لهم القدرة على التحرك، كالحبو على أيديهم وركبتهم، وقد يمشوا بضع خطوات باستخدام الأثاث، بشكل عام فإن الأطفال هذا المستوى يمكن أن يمشوا في مدى عمري من (18–24) شهر دون الحاج لوسائل أو أدوات المساعدة.
المستوى الثاني	في هذا المستوى يمكن للأطفال المحافظة على وضعية الجلوس و يمكن لهم أن يزحفوا على البطن، كما يمكن أن يسحبوا أنفسهم إلى وضعية الوقوف باستخدام الأثاث أو الأشياء.
المستوى الثالث	يمكن لهم أ يتقلبوا.
المستوى الرابع	يمكن التحكم بالرأس عند الجلوس بواسطة الإسناد لمنطقة الجدع، يمكن للطفل أن ينقلب من وضعية النوم البطني إلى النوم الظهري و العكس.
المستوى الخامس	بشكل عام وجود محدودية ملحوظة في التحكم الإرادي بالحركات.
الأطفال الذين يتراوح عمرهم من سنتين إلى أربعة سنوات	
المستوى الأول	قدرة الطفل على الجلوس والأيدي حرة لتحريك الأشياء، أمكانية التنقل مشيا وبدون مساعدة.
المستوى الثاني	صعوبة الحفاظ على توازنهم خلال وضعية الجلوس عندما تكون الأيدي حرة خلال وضعية الجلوس، يمكنهم المشي استخدام الأجهزة المساعدة أو المعينات الحركية.
المستوى الثالث	في هذا المستوى قد يحتاجون إلى مساعدة الكبار للشروع بعملية الجلوس، ويمكن لهم كذلك أن يمشوا مسافة قليلة داخل المنزل ويتم ذلك باستخدام معينات المشي مع رقابة من قبل الكبار.

المستوى الرابع	دوما محدودية في انجاز الحركات
المستوى الخامس	عدم وجود القدرة لهؤولاء الأطفال على التحكم بالرأس والجدع، كذلك فإن هناك محدودية في المهارات الحركية وهم دوما بحاجة إلى الأجهزة التعويضية والمساعدة.
الأطفال الذين يتراوح عمرهم من أربعة سنوات إلى ست سنوات	
المستوى الأول	يمكن لهم الصعود للجلوس على الكرسي ، المشي داخل المنزل
المستوى الثاني	ما يميز هذا المستوى هو قدرتهم على الوقوف على الكرسي الذي يجلسون عليه ولكن يحتاجون في الغالب إلى أرضية ثابتة و صلبة ، ويستخدمون الأيدي لدفع أو سحب أنفسهم .
المستوى الثالث	يمكن الصعود السلم بمساعدة الراشدين كذلك يحتاجون إلى وسائل لعملية نقلهم.
المستوى الرابع	القدرة على الجلوس على الكرسي مع صعوبة في الحفاظ على التوازن في الأراضي الغير المستوية.
المستوى الخامس	محدودية الحركة بشكل عام، لا يوجد تحكم كاف بالرأس أو في الجدع يتنقلون بواسطة كرس كهربائي.
الأطفال الذين يتراوح عمرهم من ستة سنوات إلى اثني عشرة سنة	
المستوى الأول	القدرة على المشي داخل المنزل لكن تكون السرعة والتوازن وتناسق الحركات أقل من المعتاد.
المستوى الثاني	يمكن لأطفال هذا المستوى أن يمشوا داخل وخارج المنزل وما لوحظ أن لديهم قلة الخبرة على المشي في الأراضي الغير المستوية أو الأماكن المحتشدة أو الضيقة.
المستوى الثالث	يمكنهم المشي داخل وخارج المنزل ولكن على الأرضيات المستوية باستخدام وسائل المشي المساعدة، والبعض يتمكن في تسلق الدرج باستناد إلى الذرابيز.

المستوى الرابع	يحافظ الأطفال هذا المستوى على القدرات الحركية التي حققوها قبل ست سنوات ويعتمدون على الكرسي المتحرك.
المستوى الخامس	لديهم قدرات حركية محدودة وهم بحاجة مستمرة لأشخاص آخرين للمساعدة.

10. المشاكل المصاحبة لمتلازمة الشلل الدماغي:

نادراً ما تقتصر آثار التلف الدماغي الذي يعاني منه الطفل المشلول الدماغي على مظاهر النمو الحركي، فهذا التلف غالبا ما تنجم عنه أشكال أخرى من الإعاقات مثل التخلف العقلي، والمشكلات الكلامية واللغوية والإعاقات الحسية البصرية والسمعية والنوبات الصرعية وصعوبات التعلم.

أ. **المشاكل الحسية:**

- ✓ فقدان حاسة اللمس.
- ✓ نقص الشم.

جميع الحواس الخمس تتأثر في حالة متلازمة الشلل الدماغي الشديد ولكن بنسب مختلفة ومثال :

ب. **المشاكل البصرية:** يعاني الأطفال المشلولين دماغيا من مشكلات بصرية منها :

- ✓ الحول شلل العضلات 40%
- ✓ ضعف البصر 30%
- ✓ رأرأة العين NYSTAGNUS وهي حركة الاهتزاز العين غير إراديا.
- ✓ ضمور العصب البصري 20%.

ت. **المشاكل السمعية و النطقية:**

"تبلغ نسبة الإعاقة السمعية 15%-25 % من الحالات خصوصا المصابين بالشلل الكنعني لارتباطه بالحصبة الألمانية وعدم توافق فصيلة الدم، فقد أجريت دراسة أشارت أن حوالي 18% من الأشخاص الذين لديهم متلازمة الشلل الدماغي يوجد لديهم كذلك إعاقة سمعية"(فوزي يوسف، 2011:52)

بالإضافة إلى الإعاقة السمعي يوجد لديهم كذلك ضعف التحكم في الرأس وزيادة إفراز اللعاب تزيد من مشاكل النطق وصعوبة الكلام الناتجة عن مشاكل في ووتيرة الكلام، تأخر الكلام وعسر الكلام.

فقدان النطق وهذا الفقدان كلي أو جزئي في اللغة الاستقبالية والتعبيرية أو كليهما خاصة إذا أصيبت المراكز الدماغية المسؤولة عن اللغة.

ث. **تكرار التهاب الصدر الأذن:**

إن الأطفال المصابين بمتلازمة الشلل الدماغي كثيرا ما يعانون من التهابات رئوية والأذن الوسطى وهذا ناتج عن عدم توافق بين البلع والتنفس وعدم انغلاق البهاة مما يؤدي إلى ذهاب جزء قيلي من الكل أو اللعاب إلى الرئة فنلاحظ أن الطفل يشرق وقد يتبع صعوبة في التنفس ومن تم التهاب بكتيري للرئة.

ج. **الاضطرابات الفمية واللثية:**

قد يعاني الأطفال المشلولة دماغيا من أشكال مختلفة من الاضطرابات الفمية اللثة منها، "فصعوبة في البلع بسبب ضعف عضلات البلعوم وهذه الصعوبات قد ترتبط بتناول السوائل أو المواد الصلبة، تسوس الأسنان، سيلان اللعاب بكميات كبيرة"(فوزي يوسف،51:2011).

ح. **عدم التحكم في التبول و البراز:**

إن هذه الفئة من الأطفال نجد صعوبة في التحكم في عضلات إخراج الفضلات مما يلزمهم استعمال حفاظات، فالإمساك يحدث كثيرا نتيجة ارتخاء العضلات وسوء التغذية لهذا من الضروري تزويدهم بالألياف الموجودة في الخضر والفواكه.

خ. **صعوبة الأكل:**

إن الأطفال المصابين بمتلازمة الشلل الدماغي يجدون صعوبة كبيرة في التغذية، لهذا يبقون ضعفاء مع انخفاض في القدرة العضلية مثل عضلات باقي الجسم وعضلات الوجه وتلك العضلات حول الفم التي تكون ضعيفة أو نشطة أكثر من اللازم وبالتالي يؤثر على كيفية استخدام اللسان والشفتين وعضلات الوجه ويكون له تأثير اللسان في عملية التغذية وبلع الطعام"(بطرس،123:2011)

د. **التقيؤ والإستفراغ:**

وهو نتيجة ارتخاء صمام العضلي الواقع بين المرء والمعدة الإقياء.

ذ. **صعوبة التعلم:**

إن هذه الفئة من الأطفال يعانون من صعوبات التعلم وهذا يشير إلى بعض الاضطرابات النفسية الأساسية اللازمة لفهم اللغة واستخدامها، ولا يعني التخلف الفكري، لكن صعوبات قد تؤدي إلى درجات التخلف الفكري.

ر. **التخلف العقلي:**

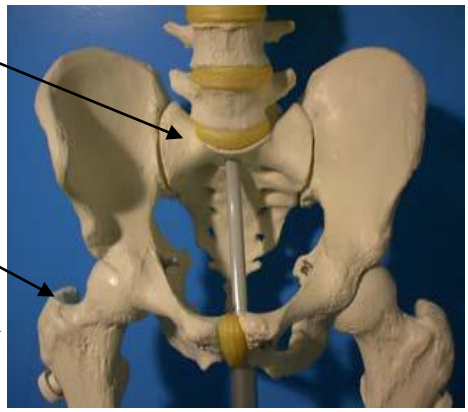
هوا انخفاض ملحوظ في مستوى الداء العقلي العام، ويصبح عاجز على التكيف إذ تشير الاختبارات الذكاء إلى انخفاض على مستوى الأداء، مثل اختبار ستانفورد وبنيه أو مقياس ويكسلر فالانحراف المعياري الواحد يساوي 15° درجة على مقياس وكسلر وعليه فإن الأداء الفعلي العام يشير إلى نسبة ذكاء مقدارها 70 أو أقل" (فوزي يوسف،2011)

ز. **الصرع:**

حوالي ثلث الأطفال الذين لديهم متلازمة الشلل الدماغي لديهم مشاكل في كهربائية الدماغ ولكن النوبات لديهم تختلف عنها عن الكبار، حيث تكون النوبة الصرعية أقل شدة وغالبا ما تكون سريعة ولا يقعون على الأرض أو يعضون لسانهم (الكسوالي،1993)

س. **تشوهات جسمية " الهيكل العظمي":**

يكون للجنين **كردوس** ، رأس العظم لين Epiphyse الحافة الهيكل العظمي، وهو مكون من غضروف زجاجي "شفاف" وبعد الولادة تحول بوقت وجيز يتحول الغضروف إلى عظم، لهذا تحتاج العظام إلى الضغط الذي يقوم به الجهاز العضلي السليم حتى يتمكن من اتخاذ الشكل والحجم الطبيعيين لها، كذلك يعكس فحص المصابين بمتلازمة الشلل الدماغي العيوب العضلية المحددة التي يعاني منها المريض وعادة تكون سيقان عظامه رفيعة "نحيفة" ومع ضعف استخدام سيقان عظامه قد يصيبهما الضمور وهذا ما يسبب تشوهات متنوعة للمفاصل على سبيل المثال: تشوه الكاحل والقدم مثل قدم الرحاء Valgus ، القدم الفحجاء Vanus، قدم القفداء Equinus على مستوى الجدع مثل، الحدبkyphosis البزح lordisis وهو التقوس الأمامي للعمود الفقري (أنظر الشكل 4)



صورة أ: حوض هيكل عظمي سليم

صورة ب: جنف" انحراف في العمود الفقري Scoliose

صورة ج: الحوض الأيمن مخلوع
Hanche droite luxée

صورة د:Hanches dysplasiques

الشكل 4 صور التشوهات العظمية Les troubles orthopédiques

11. تشخيص متلازمة الشلل الدماغي:

يتم تشخيص متلازمة الشلل الدماغي، بشكل عام، خلال السنة الأولى من الحياة، العَرَض الأول الذي يظهر، في الغالب، هو تأخر في النمو والتطور, أو توتر شديد في العضلات يدل على التشنجات. عند ظهور الشك بوجود متلازمة الشلل الدماغي، يفضل التوجه إلى التشخيص لدى أطباء متخصصين كطبيب الأطفال المختص بنمو الطفل وتطوره.

مراحل التشخيص:

أ – المراحل المتقدمة للتشخيص:

هي علامات تخمن وجود متلازمة الشلل الدماغي ولكن لا يمكن التأكد من التشخيص سوى بظهور العلامات المرضية الكاملة ومن هذه العلامات مايلي:

- ✓ ازرقاق لون الطفل.
- ✓ صعوبة المص والبلع والمضغ.
- ✓ لا يدير الرأس باتجاه الحلمة عند لمس خده.
- ✓ يتأخر بفتح فمه ليتلقف الحلمة عند مقاربتها لفمه. يظهر حساسية للتلامس الجسدي إما بالبكاء أو الهدوء أو تحريك الجسم.
- ✓ يظهر تقلص في الذراعين أو الساقين بشكل غير طبيعي.
- ✓ بطيء الحركة وعدم القدرة على التحرك بمفرده.
- ✓ ضعف وعدم السيطره على عضلات الرقبة.

- ✓ يبكي بطريقه مختلفة طبقا لنوع الإزعاج.
- ✓ يبكي عند تغير وضعه.
- ✓ ترك إبهامه منقبضة داخل قبضة اليد.
- ✓ لا يستطيع أن يثبت رأسه وسط جسمه.
- ✓ يعاني من متابعة الجسم الذي يتحرك أمامه.
- ✓ تأخر في استعمال اليدين.
- ✓ تأخر في الجلوس.
- ✓ ارتخاء في العضلات.
- ✓ يستجيب لتعابير الوجه بطريقه ملفته للانتباه.
- ✓ لا يحافظ على رأسه وصدره منتصبين أثناء استلقائه.
- ✓ لا يستطيع الاستلقاء على بطنه مستندا على ساعديه.
- ✓ يدفع برأسه للخلف عندما يحمل.
- ✓ لا يحرك الأشياء من يد إلى أخرى.
- ✓ يحني ظهره عند إجلاسه.
- ✓ يقوم بحركات في اللسان داخل فمه أو خارجه.
- ✓ حاد المزاج وكثير الصراخ.
- ✓ يمد رجليه عندما يتم ثنيهما.
- ✓ عدم الاستقرار في النوم.
- ✓ يتأخر في الوقوف.
- ✓ ضعف في التركيز البصري للمثيرات.
- ✓ ارتخاء العضلات.

- ✓ حركات تلقائية.
- ✓ تيبس في الجسم عند حمله.
- ✓ تأخر في التطور.
- ✓ التأخر في الكلام.
- ✓ اضطرابات في السمع والنطق.

ب. المرحلة المتوسطة:

هي مرحلة لا تظهر فيها علامات التي تدل على وجد متلازمة الشلل الدماغي، وغالبا ما تكون في الستة أشهر الثانية من العمر، وهي مرحلة انتقالية قبل ظهور الأعراض الكاملة للحالة، في هذه المرحلة نلاحظ :

- ✓ استمرار المنعكسات البدائية بعد الوقت المتوقع لانتهائها.
- ✓ حدوث نقص أو زيادة في توتر العضلات.
- ✓ حصول زيادة شديدة في التوتر العضلي.

ج. المرحلة النهائية(الصورة الكاملة):

حيث ظهر على الطفل العلامات الكاملة لمتلازمة الشلل الدماغي، هذه الصورة تتكون بين ستة أشهر وسنة ونصف من العمر، وهي الحالة التي يستمر عليها الطفل بقية حياته وفي هذه المرحلة يمكن تقسيم متلازمة الشلل الدماغي إلى إحدى أنواعه الرئيسية حسب التقسيم السريري (بطرس، 144،145:2009)

الخلاصة:

إن الإعاقة الحركية بمختلف أنواعها، كمتلازمة الشلل الدماغ الناتجة عن تضرر الدماغ لأسباب متنوعة، وتكون عادة في المناطق التي تتحكم في العضلات وحركة الأيدي والأرجل؛ فالطفل الذي يعاني من هذه الإعاقة (متلازمة الشلل الدماغي) لا يستطيع أن يؤثر على مرونة العضلات. إلى جانب وجود أعراض أخرى مصاحبة لها. فمن خلال تشخيص، تم تصنيف عدة أنواع من متلازمة الشلل الدماغي وعلى إثرها يكون العلاج.

الفصل الثالث
المعاش النفسي للوالدين

مقدمة :

إن الأحاسيس والمشاعر الباطنية للفرد تمثل الصورة التي يعيشها مع ذاته وما يترتب عنها من مشاعر، تعكس في سلوكه خلال تفاعله مع البيئة، وفق المعطيات البيئية هذا ما يشكل المعاش النفسي.

فالمعاش النفسي هو من المفاهيم السيكولوجية المهمة التي توضح الحياة النفسية الباطنية للفرد وللأولياء الذين لهم أطفال مصابون بمتلازمة الشلل الدماغي والتي تمثل جملة من المشاعر المؤلمة حيال اكتشافهم الإعاقة.

1. تعريف المعاش النفسي:

يعرف سرو Sureau: على أنه الحياة الداخلية والإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته، هذه الوضعيات سواء أن كانت دائمة أو مؤقتة"(زردوم، 2006:15).

أما "مينكوويسكي Minkowski" يرى أنه: الباطن العميق من حياتنا، كل التفاصيل كل جزئيات هذه الحياة التي لها معنى ودليل على المعاش"vécu"(Minkowsk :1966).

أما "هوسارل Husserl" في القرن العشرين عرفها كما يلي:" أنه شيء يظهر على مستوى شعورنا (conscience) ويسمى المعاش، والذي يمثل الإدراك وخيالنا وتصوراتنا الخيالية وطريقة التفكير والكيفية التي يعيشها الفرد مع ذاته وما يترتب عنها من صعوبات في التكيف وجملة المشاعر والأحاسيس المؤلمة والشعور بالذنب التي يعكس سلبا على شخصية الفرد حيث هناك من يتصدى لها ويتغلب عليها وهناك من لا يستطيع تجاوزها"(عاطف الدين،1991:257).

2. رد فعل الوالدين اتجاه الطفل المصاب بمتلازمة الشلل الدماغي(أنظر الشكل5):

2-1- الطفل قبل الميلاد:

الطفل يعني الرغبة اللاواعية (Désir) للوالدين،" والتي تلح للظهور والتحقق من خلال استرجاع إشارات الطفولة المرتبطة بتجارب الإشباع الأولى؛ وذلك بحدوث حركة نفسية ترمي إلى إعادة توظيف صورة هذا الإدراك الذاكري من جديد لتحقيق هذه الرغبة" (حجازي،1987)؛ كما ينظر إليه على أنه محقق أحلامهما وآمالهما "فهو طفل موجود في الحاضر لكن تم تخيله (fantasme) في الماضي من طرف الوالدين، قبل ميلاد حتى"(Fanguim ,2009 l)؛ فالمولود عند ميلاده سيأخذ مكانته التي رسمت له مسبقا.

فحسب "فرويد Freud" الطفل ما هو إلا استمرار لنرجسية الوالدين، وذلك بتحقق كل أحلامهما ورغباتهما، فحبهما لطفلهما ما هو إلا إعادة لميلاد نرجسيتهما"(Ciccone ,2011)، لأنه" يرى أن الحب الشديد الذي يوجهه الوالدان لطفلهما ليس حبا حقيقيا خالصا كما يبدو، وإنما هو نرجسية أولية إلى حب كبير؛ بمعنى أن الوالد يرى طفله –لاشعوريا–على انه صورة لذاته عندما كان طفلا، لدى فهو يحبه بنرجسية الأولية والطاقة اللبيدوية التي كان يحب بها ذاته في طفولته.

فهو يحب ذاته في طفله، لأن هذا الأخير صورة لطفولته...ورأى انه نرجسية الوالدين التي ولدت من جديد متحولة إلى حب الموضوع"(البحيري، 2007).

أيضا له مهمة إصلاح ماضي الوالدين آلمهما صدمتهما وفشلهما، فالأبوة الصالحة تكون بأطفال أصحاء بدنياً و عقلياً"(Ciccone ,2011).

إضافة إلى النرجسية الأولية فإن الطفل المتصور"المنتظر" يخضع أيضا إلى نرجسية أخرى لها علاقة بمثالية الأنا وهي مثالية التي لها علاقة بالجماعة الاجتماعية والعائلية، فحسب "بيار أولاني Piera

Aulagnier" الطفل له دور في استمرارية نرجسية الجماعة، بفضل عقد نرجسي يعد الرابط اللاشعوري الذي يربط الطفل بالوالدين وبالأجيال السابقة لضمان استمراريتها من خلال تبادل و استمرارية المعارف (Freud ,1914).

2-2-الطفل بعد الميلاد (ولادة واستقبال طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي):

ولادة طفل يعني الفرحة داخل الأسرة سواء أن كان ذكر أو أنثى، لكن لحظة اكتشاف الإعاقة من طرف الوالدين تعد مهمة من حيث أنها تقود إلى إحداث تغير جدري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية والسلوكية للوالدين، فوصول طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي يسبب انهيار في أحلام الكمال المحاكة حول الطفل خلال فترة الحمل التي تشعر الأمّ بأن الطفل جزء منها، لن يكون أبدا "الطفل الحلم" الذي طالما حلموا بحمله وإطعامه كغيره من الأطفال العاديين فهم أمام طفل معاق، يعتمد على والديه في كل شيء وعليه فالوالدين يمران بانفعالات نفسية وعاطفية، كما ستتبدد أحاسيس الفرح إلى أحاسيس القلق والألم"(Lanarache ,1985)، فالعبارة التالية تعطي صورة الوالدين خصوصا الأمّ عندما قالت" عرفت أن طفلي معاق أحسست أن شيئاً ما بداخلي قد مات، شيء أعرف تماماً بأنه لن يعود إلى الحياة أبداً" (رشيد الأعظمي، فليحان،230:2014). فمعرفة ولادة طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي هو بمثابة فقدان طفل جديد لأنه يمسح صورة الطفل المثالي، بل يمثل إعاقة لمدى الحياة.

فكل من الوالدين سيعبران عن انفعالاتهم بطريقتهما الخاصة وعادة فإن رد الفعل يعتمد على العديد من العوامل منها:

- ✓ تركيبة و شخصية الفرد.
- ✓ طريقة نقل الخبر.
- ✓ وجود الخدمات المساعدة(الخدمات الاجتماعية والصحية).

- ✓ وجود الخدمات الخاصة للمعوقين وعلم الوالدين بتوفرها.
- ✓ كيفية التعامل مع العائلة والأصدقاء والمجتمع مع الإعاقة والمعاقين(بطرس، 149:2009).

3- المراحل النفسية التي يمر بها الوالدان:

3-1- مرحلة الإعلان عن الإعاقة – الصدمة:

فحسب فرويد Freud"الصدمة هي حدث في حياة الذات يتحدد بشدته وبالعجز الذي تجد الذات فيه نفسها عن الاستجابة الملائمة حياله وبما يثيره في تنظيم النفس من اضطراب، فالصدمة هي عدم تصريف التجربة التي تظل في النفس بمثابة جسم غريب"(حجازي:1985)

فاللحظة التي يدرك فيها الوالدين أن طفلهما يعاني من متلازمة الشلل الدماغي وهي إعاقة مستمرة معه مدى الحياة، فأول رد فعل لمواجهة الإعلان هو بدون شك الذهول والشرود وكأنهما لم يكونا ينتظران أبداً ما يحصل ولا يفهمان الذي يقال لهما، فتطرح التساؤلات الاستنكارية مثل: أليس هذا ظلماً؟ كيف يعقل هذا الوضع؟ أليست هذه مشكلة، لماذا؟ حتى أن البعض يفقد الاتصال مؤقتا بالواقع، فهما في حالة "شلل حقيقي للحياة النفسية، المعرفية والهوامية في آن واحد" (Epelbum et Graindorge,2005 :147).

فالكلمات التي يقولها الطبيب تبقى محفورة في ذاكرتهما وتؤثر على معاشهما النفسي.، فلقد أشارت العديد من الدراسات أن و جود معاق- متلازمة الشلل الدماغي- يعتبر "صدمة قوية وجرح نرجسي وللأمّ بشكل خاص، فكثيرا ما يتولد لديها الشعور بالذنب والاكتئاب ولوم الذات أو الزوج أو الطبيب أو المستشفى الذي تمت فيه الولادة"(احمد يحي،2008)

وفي سنة 1970 اهتم "**بيون Bion**" وهو محلل نفسي انجليزي بمفهوم "التجربة الكاريثية المعاشة من طرف الوالدين عند إعلان عن الإعاقة ويعتبرها بمثابة انفجار شديد" (Mahé.t ,2005).

في هذه اللحظة يشعر الوالدين أنهما في أزمة قاسية لا يستطيعان الخروج منها، وقد تم تقسيمها كاملي:

3-1-1-حسب "**وولنسيرجر wolfensberge**" 1969 هي أزمة المعاش النفسي للوالدين والتي أدرجها ضمن ثلاث مراحل :

أ. "**أزمة مرتبطة بالصدمة** crise réalisé au choc: والتي يعاني منها الوالدين أمام وضع غير متوقع وانهيار آمالهم في طفل كامل، فصورة طفلهما المستقبلية تتحطم على أرض الواقع بمعنى الموت الرمزي للطفل.

ب. **أزمة مرتبطة بإضراب القيم لدى الوالدين** crise réalisé au bouleversement des Valeurs : هنا يدرك الوالدين أن ابنهما لن يرقى إلى لمستوى تطلعاتهم ولن يستجيب للمعايير الاجتماعية. فهو وصمت عارstigmatisons نتيجة تشخيص إعاقة- متلازمة الشلل الدماغي – "فهنا يبدأ تشكيل هوية عامة حول وجود الطفل المعاق"(السيد عبيد: 17:2012) هذا ما يزيد شعورهما بعدم السيطرة على حياتهم، وأن الأطباء والمربون والمرشدون هم الذين انتقلت إليهم هذه السيطرة.

ج. **أزمة تحديث الوعي بالواقع** prise de conscience de la réalité:

فالوالدين يجدان صعوبات في الحياة اليومية من البحث المستمر والمتواصل عن مصادر الخدمات للطفل بالإضافة إلى التشخيص والتقويم وما يتبعها من إرهاق نفسي غير طبيعي للوالدين وما يتبعها من العزلة الاجتماعية والانسحاب الذي يترتب عنه الإحباط، إجهاد الميزانية، نقل الطفل من وإلى المراكز لتحديات التربية الخاصة" (Lamarache :1985).

3-1-2-المراحل التدريجية حسب إيج egg فهو يقسم مالمسار كمايلي :

أ. **المرحلة الأولى:** التركيز على النفس concentré sur le moi والتي تتميز بفترة من الذعر والفجيعة لدى الوالدين.

ب. **المرحلة الثانية:** يكون تركيز الوالدين على طفلهما concentré sur leur enfant حيث يبحثان عن كيفية مساعدة ابنهما من خلال طلب حلول لمشاكلهم إذ يتساءلان عما يمكن القيام به لطفلهما أو فعله اتجاهه، وأي باب سيطرقان؛ بالإضافة إلى حرصهما على أن يتلقى الرعاية اللازمة؛ وإذا كان الوالدين راضيين نسبياً عن الخدمات والبرامج المقدمة للطفل فإنهما يعيشان غالباً المرحلة الثالثة.

ج. **المرحلة الثالثة:** التركيز على المجتمع concentré sur la communauté حيث يأتي أولياء المعاقين لمساعدة أولياء آخرين ويشاركون في مختلف الحركات ويقومون بدور نشيط في تربية طفلهم (Lamarache ,1985).

3-2- مرحلة النفي و النكران Le Déni :

تأتي هذه المرحلة بعدة مرحلة الصدمة حيث يعتبر الإنكار آلية دفاعية، تظهر كرد فعل للقوة المهددة للوالدين؛ والذي تقوم به الأنا، لحماية النفس من معاناة القلق الحاد، وذلك بإبعاد كل ما يسبب القلق عن دائرة الوعي وإنكارها. فالشخص لا شعوريا ينكر واقعا ما ولا يعترف بوجوده" (الحجاوي،2009)

لهذا نجد التنكر يتخذ عدة أنماط كإنكار وجود مشكلة والتعامل مع الطفل المعاق وكأنه طفل سوي، التشكيك في التشخيص والتنكر لنتائج الفحص والتقييم بل أكثر من ذلك" فبعض الأمهات يبحثن عن مختصين آخرين (التسوق الطبي) التماساً لتشخيص آخر والذي من شأنه أن يكون أكثر تقبلا من طرف الوالدين"(Claude L N et Laura G ,2009).

في هذه المرحلة تكون الأعصاب على حافة الهاوية، والبكاء المتكرر بالإضافة إلى نوبات الغضب التي تنتاب الوالدين، لهذا يعد الإنكار ضروري للتخفيف من وطأة الصدمة ومنح الوالدين الوقت الكافي لتقبل الواقع الذي جعلهما يعيشان اليأس والغضب الموجهة نحو الأطباء والممرضين .

3-3- االخوف واالقلق:

من الطبيعي أن تنتاب مشاعر الخوف والقلق الوالدين لأنهم يواجهون حدثا خارج عن تحكمهم وغير معروف العواقب، خاصة إذا لم تكن لديهم المعلومات الكافية عن إعاقة ابنهما-متلازمة الشلل الدماغي- مما يزيد من مخاوفهم وقلقهم.

3-4-الحزن و الاكتئاب:

فحسب "مارسيلان Marselle" 1996 "الاكتئاب هو حال من الشعور بالحزن والكآبة واليأس وفقدان السعادة، أما كعرض يشير إلى شكوى غالباً ما تصاحب مجموعة من المشكلات النفسية، الاجتماعية" (فايد، 2001).

يشعران الوالدين بالاكتئاب في مرحلة لاحقة نتيجة معاناتهم من الإحباط واليأس عندما يشعران أن لا شيء يمكن عمله للتخلص من الإعاقة وأنهما أمام أمر واقع ويسبب العجز والاستسلام بميل الوالدين إلى الرجوع إلى المعتقدات الدينية اعتقدا منهما أنهما السبب في كل ما حصل لطفلهما.

3-5- الغضب:

وذلك بعد أن تأكد الوالدين فعليا أن طفلهما يعاني إعاقة ما، و بعد الرجوع لأكثر من أخصائي، فيغضبا كون الحظ لم يحالفهما في إنجاب طفل سليم، ولأن أحلمها لم تتحقق.

3-6- الشعور بالذنب:

حيث يشعر الوالدين بالذنب وتأنيب الضمير، وذلك اعتقادا منهما بأنهما معا أو واحد منهما هو السبب في الإعاقة، وذلك نتيجة الإهمال أو مرض الأمّ أثناء الحمل وهذا ما يؤدي إلى إحاطة الطفل بألوان من الرعاية والعناية.

3-7- االحماية الزائدة:

إن الطفل الذي يعاني من متلازمة الشلل الدماغي ينظر إليه على انه ضعيف ويجب على الوالدين حمايته حتى لا يصبح عرضة للأذى والسخرية من قبل الآخرين، فيمتزج هذا الشعور بشعور بالذنب تجاه الطفل فيؤدي إلى حماية مفرطة ومبالغ فيها.

3-8- االتقبل و الاعتراف : l'adaptation et l'acceptation

تمثل هذه المرحلة في بداية تطلع الوالدين لما حولها من بدائل وإمكانيات لمعالجة طفلهما ورعايته، في هذه المرحلة يصبح الوالدين أكثر تقبلا للواقع وأكثر استيعاب للمعلومات والحقائق المتعلقة بوضع الطفل وأنه لا مجال في إلقاء اللوم على الآخرين.

3-9- احتواء الأزمة : réconciliation

تتمثل هذه المرحلة في تقبل إعاقة الطفل وشعورهما بأنه على الرغم من الصعوبات التي سيواجهانها إلا أنهما قادران على البقاء والتحدي، وتتسم هذه المرحلة بدرجة من النضج والتفهم بشكل تدريجي مقرونا بوصول الوالدين إلى تقبل دواتهما والتخلص من المشاعر السلبية النابعة عن الشعور بالذنب وتأنيب الضمير.

4- الأبعاد النفسية لمعاش الوالدين الطفل معاق:

إن إبلاغ الوالدين بإصابة ابنهما بمتلازمة الشلل الدماغي هو دائما عبارة عن صدمة، مهما كانت طريقة الإبلاغ، حتى وإن كان الوالدين لا يعرفان شيئا عن الطب فإنهما يعرفا ماهية المعاق حركيا وجسميا،

طفل عاجز غير مستقل، متأخر في النمو النفسي والحركي، إن هذه الخلفية تجعل الوالدين يعيشان حالة من القلق والاكتئاب ومشاعر الذنب وهذا ما سنوضح كاملي:

- **أولا: القلـــــق**

"هي تلك الاستجابة التي تبديها الذات في كل مرة تجد نفسها فيها في وضعية صدمة أي خاضعة لفيض من الإثارات ذات المنشأ الخارجي أو الداخلي والتي يعجز عن السيطرة عليها(حجازي،1987:670)

"فالقلق هو حالة انفعالية مربكة غير سارة تمثل مشاعر الخوف المستثمر والفزع، الانقباض أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما مبهم، غامض يعجز المرء عن تنبئه أو تحديده" (عبد المطلب،1998)

كما عرفه **فرويد** "رد فعل لخطر غريزي لخطر يشعر أمامه الإنسان بالعجز والخوف والعقاب" (قاسم أبو بكر، 2001:72)

نستنتج من التعاريف السابقة أن القلق هو الإحساس الناتج عن الشعور بالخطر من مواقف وخبرات مؤلمة.

1- أنواع القلق:

أ. القلق العادي أو الموضوعي:

وهذا النوع من القلق أقرب من الخوف وذلك لأن مصدره يكون واضحا فالفرد مثلا، يشعر بالقلق إذا قرب موعد الامتحان.

ب. القلق العصابي المرضي:

"وهو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علته وكل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الحزن الغامض ويعرف القلق العصابي بأنه حالة توثر شامل نتيجة توقع تهديد، خطر فعلي أو رمزي قد يحدث" (عبد الحميد العناني،113:2000).

ج. القلق الثانوي:

وهو عرض من أمراض الاضطرابات النفسية الأخرى أو الاضطرابات الجسدية الفيزولوجي.

د. القلق الخلقي: "ناتج عن حكم الأنا الأعلى بوجود ذنب أو إثم اقترفه الشخص"(بدران ومزاهر،2008: 143).

2- أسباب القلق: في الحقيقة أسباب القلق عديدة ويمكننا إيجازها في مايلي:

1.2- الاستعداد الوراثي.

2.2-الضعف النفسي العام و الشعور بالتهديد: الداخلي والخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والأزمات والصدمات المفاجئة والمخاوف الشديدة.

3.2- موقف الحياة الضاغطة: عن متطلبات الحياة كثيرة فتجعل الإنسان قلقا حيالها، بالإضافة إلى البيئة المشبعة بعوامل الخوف والهم.

4.2- التفكير بالمستقبل: يسبب هذا العامل القلق لإنسان ويساعد في ذلك خبرات الماضي المؤلمة والمعاش اليومي للحياة العصرية الصعبة، وطموح الإنسان وسعيه نحو تحقيق ذاته.

3- مقاربة النظريات القلق:

3-1- نظرية التحليل النفسي:

يعد **فرويد** Freud من أوائل علماء النفس الذين تناولوا موضوع القلق فهو يرى أن القلق مؤشر على أن هناك ما يهدد الأنا، وكثيرا ما تكون الرغبات المكبوتة في اللاشعور، وقد ذكر فرويد Freud ثلاث أنواع من القلق هي:

أ. **القلق الموضوعي(الواقعي):**

وهي تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن إدراك خطر قائم في العالم الخارجي وظروف هذا النوع من القلق تأخذ دلالتها الأساسية من خبرات الفرد السابقة.

ب. القلق العصابي:

هو قلق شديد ويبدو على شكل خوف والشخص الذي يشعر بهذا الخوف يخاف من خياله، كما يمكن أن نلاحظ على هذا القلق هو أن شدة الخوف فيه لا تتناسب مع الخطر الماثل بالفعل في الموضوع الذي يخافه الشخص.

ج. **القلق الأخلاقي:**

يكون مصدره الأنا الأعلى ويبدو في صورة إحساسات بالذنب أو الخجل والخوف من عقوبة الوالدين.

3-2-النظرية السلوكية: استجابة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك.

يرى بيك Beck "أن الانفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيرا معبرا عن تقويم لخطر محتمل، فموضوع الخطر مبالغ فيه مع الميل إلى تهويل المآسي والأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للأخطار الحقيقة"(حسين فرح ،2009:142،141)

3-3-النظرية الإنسانية:

"يرى أصحاب هذه النظرية أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث، ما ليس ناتج عن ماضي الفرد"(عبد العناني،119:118:2000)

- **ثانيا: الاكتئاب**

1. **تعريف الاكتئاب :**

"في قاموس الطب النفسي يعرف **كاميل** 1981 الاكتئاب بأنه أزمة إكلينيكية تدل على الانخفاض الإيقاع المزاجي مصحوبا بمشاعر مؤلمة وصعوبة التفكير" (زلوف، 2010)

الاكتئاب حسب روبرت: حالة وجدانية من السقم والحزن، وفتور المهمة والشعور بفقدان الأمل والتشاؤم(عبد الكريم، احمد خطاب،2010: 64)

من خلال هذه التعريفات يمكن القول أن الاكتئاب يكون نتيجة تفاعلات الفرد مع المواقف والتجارب التي تتسم بالإحباط و الخيبة.

2. مقاربة النظرية الاكتئاب:

2-1- النظرية التحليلية:

اهتم **كارال أبراهم و فرويد** بدراسة الاكتئاب من المنظور التحليلي حيث ربطا بين الاكتئاب والفقدان سواء الفقدان الحقيقي أو خيالي، حيث يكون الاكتئاب كرد فعل على هذا الفقدان، والعلاقة بين الاكتئاب والفقدان في التحليل النفسي ليست مباشرة، فالاكتئاب ليس تعبير مباشر عن حزن ومعاناة نتيجة الفقدان، لأن هذا الأخير يكون في اللاوعي بطريقة تتسبب في أن يشعر الإنسان بمزيج من الذنب والشعور بالتخلي والهجر، فعندما يختفي الآخر فإن الفرد يحس بالفراغ والوحدة، والهجر، ويكون الفقدان في هذه الحالات

الاكتئاب سواء حقيقيا بالموت أو خياليا بالرفض أو الانفصال، خاصة بالنسبة للأمّ فالإعلان عن إعاقة ابنها يعتبر كعامل أساسي في ظهور الاكتئاب.

2-2- النظرية السلوكية:

يفترض المحنى المعرفي أن تغيرا خطيرا في الحالة الانفعالية، قد تنتج عن أحداث محبطة وقعت أو في إدراك هذه الأحداث فالأفراد وفقا لهذا المنحنى يصابون بالاكتئاب، إذا تعلموا في الخبرات المبكرة من حياتهم أن يستجيبوا بطريقة معينة لبعض أشكال الفقدان فكما يرى **بيك** أنهم يستجيبون عن طريق تنشيط مجموعة من الأفكار تسمى مخطط الاكتئاب الذي يجعل الفرد يبدأ الدوران في دائرة التفكير الاكتئابي، فهم يشعرون بالحزن المدرك الذي يتضمن تهديدا لهم ولتقديراتهم لذوات بإضافة إلى أنهم مقتنعون بأنهم مسؤولون عن هذا الفقدان.

2-3- النظرية الفيزيولوجية: يعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور حدوث في عنصرين رئيسيين في كيمياء الدماغ نور بابين فرين والسيروتونين و كلاهما نواقل عصبية (فايد، 2004: 77) .

-ثالثا: الحداد

تمثل كلمة الحداد ظاهرة، وهي موت شخص قريب، والعلامات الخارجية الخاصة بالعادات والتقاليد المرتبطة به؛ فالحداد هو عادة رد فعل لضياع شخص محبوب، أو شيء مجرد في مكانه، كالحرية، المثالية...". (Amar, Gouveur ,1915)

يعتبر الحداد نشاط نفسي يكون كاستجابة لتجربة أليمة يعيش فيها الشخص حالة من الاكتئاب جراء فقدان موضوع محبوب، كما يقول **فرويد:** " بعد فقدان موضوع حب خارجي جد مستثمر"(شرادي، 189:2011)

فالحداد هو ضياع جزء من الذات ويعبرون على ذلك بكلمة تمزيق فلا يتطابق الحداد مع الشعور بالأسى و الحزن عندما يتوفى شخص لم يكن معه علاقة عاطفية، بل يتطابق مع ضياع شخص كان معه رابطا أساسي، ضياع موضوع استثمار نرجسي في آن واحد.

فحسب blancher 1984 "فإن تشخيص الإعاقة يؤدي بمعظم الآباء إلى فترة من الاكتئاب والحداد"(لامبي،ديبي، 13:2000)

فعملية الحداد هذه مرتبطة بأن الطفل لم يمت ولكن صورة الطفل التي حلموا بها التي ماتت.

1.سيرورة الحداد:processus de deuil

الحداد يتميز بحالة نفسية شديدة، الحزن والعزلة، الانطواء على الذات اليأس والشعور بالذنب، فالحداد يعتبر رد فعل نابع لضياع سواء كان مادي أو معنوي.

"يصف **فرويد** سيرورة الحداد كسيرورة نفسية داخلية ناتجة عن ضياع موضوع تعلق ينجح الشخص تدريجيا على الانفصال منه" (أحمد البحيري،2007)

يتواجد نمودجين لتفسير الحداد:

1-1- النمودج النفسي الديناميكي:

يرتكز على السيرورة النفسية الداخلية للحداد هذا النموذج يتماشى مع عمل الحداد من طرف فرويد، أي مع ضياع الموضوع لا يبالي الشخص(الوالدين) بالعالم الخارجي فالنشاط النفسي يهيمن عليه الألم الحدادي والذكريات المرتبطة بالشخص المتوفى(الطفل المنتظر) وهذا النشاط المرتبط بموضوع الحب يتلاشي تدريجيا، فينخفض الألم بشكل غير سهل وذلك نتيجة سيرورة داخلية تتطلب مجهودات جبارة فينتهي الحداد عندما يستثمر الشخص نشاطه في علاقات جديدة.

1-2- النمودج الشخصي الداخلي:

يعرف الحداد مثل سيرورة تضمن مجموعة من المراحل التي في أغلبية الحال تتبع بصفة تدريجية خلال الزمن، وتتميز بثلاث مراحل أهمها مايلي:

-الرفض:refus

-الاضطراب: désorganisation

-إعادة البناء: destruction

1-2-1-الرفض: يشكل تلقي الخبر حالة من الهلع أولية وفزع كبير تتميز بالإنكار المتعلق بواقعية الضياع بعد عدة أيام أو ساعات يبدأ الشخص(والدين الطفل الذي يعاني من متلازمة الشلل الدماغي) بإدراك الواقع فيمكن ملاحظة تتابع نوبات حادة مصحوبة بقلق شاد بإفراط في النشاط، جفاف الفم، الإحساس بالضيق، صعوبة التركيز.

أما على المستوى العاطفي يوجهان نحو أي شخص يحمل مسؤولية في وفاة الشخص القريب من محيطه أو الطاقم الطبي.

1-2-2-الاضطراب: تتميز بالتعرف والتقبل على الطبيعة النهائية للضياع، وبالتالي فك الروابط الوجدانية و الارتباط بموضوعات أخرى.

1-2-3- إعادة البناء: في هذه المرحلة يتعلم مهارات جديدة والاستثمار في علاقات جديدة.

2. عمل الحدادي: le travail du deuil

إن عمل الحداد يساعدنا على التنبؤ السيرورات النفسية التي يعيشها الشخص، وبالتالي يسمح بالتكفل، أهم مراحل الحداد كمايلي:

1.2- الاندهاش: la sidération

هي المرحلة الأولى عند الإعلان عن الوفاة، يبقى الشخص في هلع وفزع، كما يظهر نقص في التدخل، يسبق ردود الفعل الخاصة بالإنكار والرفض الأكثر وضوحا؛ فهو يرفض هذه الأزمة، هذه المرحلة تسمح بتحمل و لتحصل على المعلومات الوفاة بصفة تدريجية.

2.2- الإنكار و الرفض: le déni: هو الرفض لهذه الوضعية الأليمة، فهناك إنكار نتيجة قلق كبير.

3.2- عدم الإيمان: l'incrédulité: وهنا يبقى الشخص متأرجح بين الرفض وتقبل حقيقة الواقع.

4.2- الغضب و العدوانية: colère et agressivité

في هذه المرحلة يكون الألم قد وصل إلى ذروته وأصبح شديد إذ يعبر الشخص عنه بالعدوانية بالنسبة لكل المحيط، فيحاول الابتعاد عن الحقيقة المؤلمة بتعبير عن العدوانية التي تمثل علامة بأن الحياة تبقى أقوى من صدى الموت.

5.2- الصدمة الأولية: le choc initial

وهي لحظات تجعل الشخص الذي تلقى الخبر خارج الزمن، فتشوش مصادره الزمنية والمكانية في البداية، وكل المعلومات، في هذه اللحظة يمكن أن تنتج تساؤلات عديدة، أثناء عدة أشهر، وبالتالي تصبح عملية "شفاء الجرح" أكثر صعوبة، ويمكن لعمل الحداد أن لا يبدأ حقيقيا عندما يستعمل الفرد آليات دفاعية لمواجهة المعلومات الأليمة، الكبت(refoulé) بصفة جد عميقة وفي مراحل الإنكار لعدة أسابيع أو أشهر ثم سيدخل الشخص في المراحل الأخرى للوصول أخيرا لتقبل الواقع وذلك بآلية الكف(les inhibitions).

2-2- نهاية الحداد:

عندما نتكلم عن نهاية الحداد فنحن نتكلم عن مرحلة جديدة، عندما يجد الشخص، توازنا نفسياً جديداً بالنسبة لجرحه، والتي لا يمكن الوصول إليها إلا بتقبل الشخص لهذه الخسارة أو الفقدان.

"وبما أن الشخص، لم يعد موجود في الواقع المادي، فمن الصعب التواصل معه، فالقوة النفسية المستعملة لهذه الغاية، ترجع للشخص في الحداد، للأنا إذ العلاقة ما بعد الحداد هي علاقة شخصية داخلية " (Broka ,2001 :12 :21)

3. الشعور بالذنب و تأنيب الضمير:

هو ألم نفسي داخلي يشعر به الفرد داخلياً، أي حوار داخلي بينه وبين ذاته، وبلغة التحليل النفسي هو حوار بين الأنا والأنا الداخلي على أنه مخطئ أو ارتكب ذنوبا وآثاماً، وينظر الفرد أحيانا إلى أخطائه كأنها لا تغتفر ويتوهم أن المحيطين به يعلمونها جيداً، مما يؤدي إلى تحقير الذات والاشمئزاز منها، وأحياناً أخرى يقل الشعور بالذنب إلى درجة عدم المبالاة وعدم تحمل المسؤولية، ويرتبط الشعور بالذنب إما بأخطاء تتعلق بالمحيطين بالفرد، وإما بأخطاء نحو ذاته وحياته الخاصة(باضة،4:2002)

فإصابة طفل بمتلازمة الشلل الدماغي ثؤتر بشكل كبير على الوالدين والعلاقة بينهما أكثر من غيرهما من أفراد الأسرة باعتبار حلمهما المفقود في إنجاب طفل سوي كغيره من الأطفال وتحميل المسؤولية لبعضهما البعض، إذ يرى "بيلشا Pelchat " أن وجود طفل يعاني من إعاقة يزعزع الديناميات الزوجية كما أن الاحتياجات المرتبطة بحال الطفل تعرض علاقتهما إلى خطر، وتبين بعض الدراسات أن النزاعات الزوجية المتعلقة بالمهام المنزلية والدعم العاطفي لها تأثير سلبي على شعور الأمهات (Diane, Héléne, Levert :2005)

4. الانعزال:

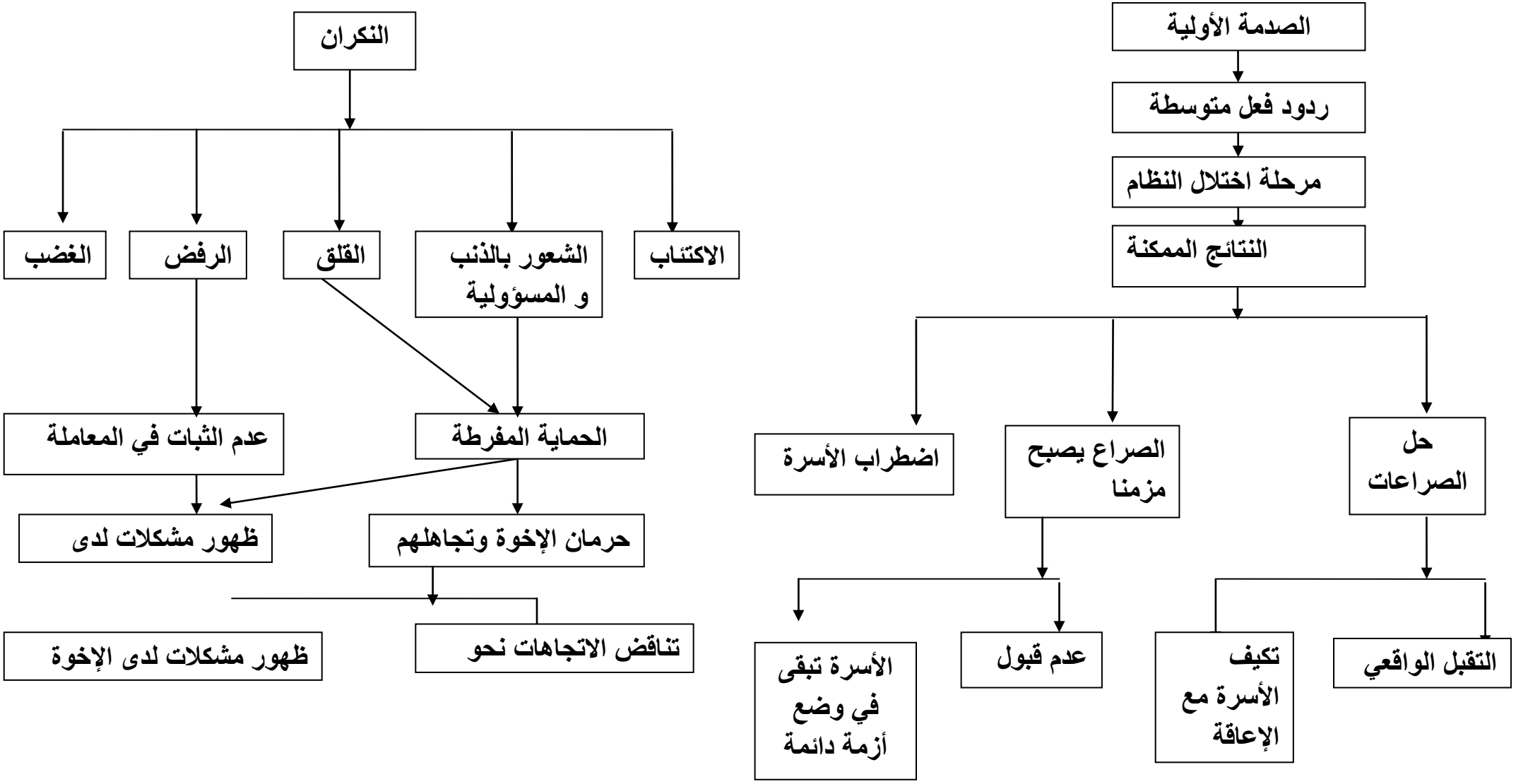
يؤكد العديد من الباحثين أن أولياء الأطفال المعاقين لديهم متطلبات تتجاوز تلك التي يواجهها أولياء الأطفال العاديين، وهذه المتطلبات هي عموماً عامل من عوامل تؤثر الوالدين"(Morin , 2004)

في بعض الأحيان ينعزل الوالدين وخاصة الأمّ نظراً لحاجات(الطفل المصاب بمتلازمة الشلل الدماغي) الملحة التي تحرج الأمّ خلال زيارتها للآخرين، فحسب scelleser "التفاعلات بين الطفل المعاق وأقربائه تصبح مصدر الإحباطات "(scelleser,1997: 29) وخوفاً من عدم تحمل الطفل كثرة الغرباء.

فالوالدين على الصعيد العلاقات الخارجية أي الأصدقاء الجيران والعائلة، يواجهان مشاكل كثيرة "وقد بينت بعض الدراسات إلى أن الوالدين الذين لديهم طفل معاق تميل إلى عزل نفسها عن المجتمع وقطع علاقاتها بغيرها من الأسر الأخرى لاعتقادهم بأن الأسر الأخرى عادة تتكلم عنهم في لقاءاتهم"(السيد عبيد:،2012: 37).

5. الشعور بالخجل والعار:

قاموس اللغة الفرنسية Litré عرف الخجل"شعور مؤلم موجود في الروح والفكر أو الخشية من الخزي والعار؛ فموضوع الخجل ليس داخلي، لأن الوالدين لا يشعران بالخجل لأن ابنهما معاق " متلازمة الشلل الدماغي خجلان وإنما الشعور سببه نظرت الآخر (du regard)، فالخجل له علاقة بالطريقة التي يستقبلنا بها مجتمعنا ومدى تقبله واعترافه بنا، فتجربة الخجل تندرج في رغبة أن نكون بعيدين عن أنظار الآخرين.



الشكل رقم 5 ردود أفعال الوالدين للإعاقة حسب steinhaur(1974) الخطيب، 2009: 56

الخلاصة:

يتعرض والدين الطفل المعاق (متلازمة الشلل الدماغي)إلى تجربة جديدة تعمل على إظهار مجموعة من المشاعر والأحاسيس التي تجعلهما يعيشان في إطار زماني خاص بهما، فالإعلان عن إعاقة ابنها تشكل صدمة نفسية لهول الخبر وأثره على نفسيتها، فوجود طفل معاق يعني التسبب في جرح نرجسي بسبب فقدان الطفل الحلم الذي جعلهما يعيشان دورهما كوالدين قبل ميلاده حتى، فالخبر ما هو إلا بداية مسار طويل والذي من خلاله يكتشف الوالدين مجموعة من المشاعر، كالإنكار والخجل والقلق والاكتئاب والحزن، كما لا ننسى الحداد لفقدان الغالي المنتظر. وتبدأ المتاعب الوالدين في التوجه إلى مختلف الأطباء ومختلف طرق العلاج مهما كانت مصادرها.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع
الإجراءات المنهجية
عرض نتائج الدراسة

I الإجراءات المنهجية:

المقدمة:

تعتبر الدراسة الميدانية من أهم خطوات البحث العلمي، إذ كل دراسة تتطلب منهج بحث الذي يساعد على الوصول إلى الغاية المرجوة أو الهدف المسطر، لذلك علينا أن ننطلق في بحثنا من منهج محدد الخطوات نسير عليه.

1. الدراسة الاستطلاعية:

يتم من خلالها ضبط موضوع الدراسة بشكل نهائي انطلاقا من البحث عن حالات الدراسة المتمثلة في المعاش النفسي لوالدين الطفل الذي يعاني من متلازمة الشلل الدماغي(100%)، وتم على إثرها جمع المعلومات المتعلقة بالدراسة الأساسية وذلك من خلال احتكاكي بالجمعيات التي تهتم بذوي الاحتياجات الخاصة بما فيهم جمعيات(IMC) لمتلازمة الشلل الدماغي، الزيارات الاستطلاعية التي كنت أقوم بها في القطاع الخاص، ضف إلى ذلك لقاءات مع الأمهات في الأماكن العامة بالحديقة العامة، الحافلة، الديوان الوطني لأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها – وحدة التوزيع–وهران.

فالمهم من الدراسة الاستطلاعية ليس رسم الحدود المكانية، كمؤسسة أو مركز أو معهد أو إعطاء أرقام ونسب مئوية بالرغم من أهميتها، فالمهم هو الإحساس بهذه الفئة والعمل جاهدين كمختصين على إيصال معاناتهم إلى الرأي العام والخاص.

2. الدراسة الأساسية:

1.2 حالات الدراسية: تتكون من أربعة حالات للدراسة العيادية المعمقة حيث أخذت كما يلي:

-**الحالة الأولى والثانية:** والدين لهما طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي التقلصي spastique.

-**الحالة الثالثة والرابعة:** والدين لهما طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي ارتخائي ataxie كما أنه كفيف aveugle.

2.2 الإطار الزماني والمكاني للدراسة:

قمنا بإجراء المقابلات خلال الفترة الزمنية الممتدة من 19مارس2017 إلى غاية 26 أفريل 2017، بمعدل ثمانية (8) مقابلات؛ أربعة(4) مقابلات مع الوالدين(الحالة الأولى والحالة الثانية)، وأربعة(4) مقابلات مع الأمّ فقط؛ أمّا والدين(الحالة الثالثة والرابعة) فتمت مقابلة واحد مع الأب، أمّا الأمّ فأجريت معها سبعة(7) مقابلات كاملة.

قمنا بإجراء المقابلات النصف الموجة على مستوى المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي – الشهيدة قعابي جدية بوهران، وذلك بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 90-99 المؤرخ في 27 مارس 1990، المتعلق بسلطة التعيين والتسيير الإداري للموظفين، أعوان الإدارات المركزية، الولايات، البلديات، والمؤسسات ذات الطابع الإداري، الذي أنا موظفة به كإدارية، وهو معهد خاص بتكوين ممرضي الصحة العمومية ومحضري في الصيدلة للصحة العمومية؛ إلا أنني استقبلت كل الحالات كمختصة في علم النفس العيادي للشواذ وذلك في أوقات فترة الاستراحة ما بين (13:00سا إلى 14:00سا) فلم يكن لي مكان آخر أستقبل فيه هؤلاء الأولياء الذين يحتاجون إلى الدعم والسند لمواصلة نضالهم مع الزمن والإعاقة، فالهدف من هذه المقابلات هو معرفة الحياة النفسية والاجتماعية والعلائقية والاقتصادية الخاصة بهم؛ والكشف عن معاشهم النفسي ومعاناتهم كأولياء يمرون بهذه التجربة، خاصة بعد رفض أبنائهم من الالتحاق بالمركز الطبي البيداغوجي للأطفال المعاقين حركيا(CMPHM) بالحاسي والذي يقع جنوب غرب ولاية ، مساحته 4 كلم، المشيد منذ 1985سنة.

وبالتالي لم يجد هؤلاء الأولياء لا المكان ولا الآذان الصاغية المختصة في "علم النفس العيادي" لإخراج والتنفيس عن المشاعر المعاشة.

3.2 أداة الدراسة:

ونظرا لأن موضوع دراستنا يتمحور حول المعاش النفسي للوالدين لطفل لمصاب بمتلازمة الشلل الدماغي فقد اعتمدنا على المنهج العيادي، والمتمثل في دراسة الحالة باستخدام أدوات منهجية المقابلة، الملاحظة؛ وهذه الأخيرة ساعدتنا على ملاحظة الحالة، سلوكاتها، ملامح الوجه والتغيرات التي تصدرها الحالة أثناء المقابلة، ملاحظة الحالة من حيث المظهر الخارجي والبنية المورفولوجية، بالإضافة إلى سرد قصة الحياة وهي ليس فقط تنظيم لتسلسل زمني لأحداث الفرد وإنما هي بناء ماضي الفرد بحيث يكون له معنى، فهو يتميز بكونه معطيات مأخوذة من تجربة ووجهة نظر الشخص، لأنه يخدم موضوع الدراسة، لهذا استعنت بشبكة المقابلة وهي ليست استجواب وإنما من أجل توضيح أهم نقاط المعاش النفسي للوالدين أمام ابن لن يكون كأقرانه من الأطفال.

-فنطلب من الوالدين تقديم الحالة قبل اكتشاف إعاقة ابنهما.

-الرجوع إلى مرحلة الإعلان وتشخيص حالة ابنهما.

-المعاش اليومي للوالدين، ورحلتهما نحو العلاج.

4.2 دراسة الحالات:

أ. دراسة حالتين (الوالدين):

أجرت المقابلات مع الوالدين في ظروف مريحة، فالأمّ رحبت بالفكرة لأنها كانت بحاجة إلى فضاء وشخص يفهمها، تشكي له همها الذي لم تعد تحتمله فلقد كانت جد متعاونة، إجابات مفصلة، بالرغم من مشاعر القلق، الخوف، اليأس، فهي تحاول الصمود لمواصلة المعركة التي تعتبرها واجب.

أمّا الأب فكان مترددا في البداية لهذا حاولت مناقشة الموضوع في إطار عام بعيدا عن ابنهما المعاق حتى لا يشعر بأن الموضوع شخصي يمس نرجسيته؛ بل على العكس فموضوع الإعاقة يمس العديد من الأسر الفقيرة والغنية سواء في طفلها البكر أو آخر العنقود؛ ومن هنا يجب إعادة النظر إلى هذه الفئة وعلى وجه الخصوص الأطفال المصابين بمتلازمة الشلل الدماغي؛ فإيماناً مني على أن هذه الفئة تستحق العناء وإيصال صوتها من خلال معانات أوليائهم والعمل الذي أننا بصدد إنجازه يعد فرصة لهم لا يجب تفويتها سواء بالنسبة لهم أو لأولاهم الذين يعانون من هذه الإعاقة وقد يكون نقطة بداية للعديد من الإنجازات التي ستقلب الموازن بلفت الانتباه وتحسيس المسؤولين بهم. ولكن مع هذا فإجابات الأب كانت سطحية وتتخللها فترات صمت لأنه لا يرى جدوى من مناقشة مثل هذه المواضيع فهذا يعكس اليأس والاستسلام لواقع أليم وصادم؛ لأب مجروح يحاول النسيان.

- تقديم الحالة(السميائية العامة للأمّ):

(وردة) أمّ تبلغ من العمر 39 سنة، تضع جلباب ونقاب منذ زوجها وهذا بطلب من الزوج بعد أن كانت ترتدي حجاب عادي قبل الزواج، نظيفة، بدينة نوعا ما إذ في السابق كانت تتمتع بقوام رشيق تقول:" *كي كنت على ديداني، دروك شيانيت و تبدلت كنت coquette، mince، شعر طويل ورطب كالحرير،*

دروك تشعطط"، ذات بشرة سمراء فاتحة اللون، التعب والإرهاق بادين على وجهها، شفتان بيضاء وكأنها مصابة بفقر الدم، تحت عينيها هلات سوداء، تتكلم بلغة سليمة سهلة ومفهومة ونطقها سليم يتخلله من حين إلى آخر اللغة الفرنسية تتكلم بصوت مسموع لكن بوتيرة سريعة، نبرة حزن وألم بسبب ابنها البكر الذي يعاني من" متلازمة الشلل الدماغي"، مزاج ضيق، تتعصب بسرعة خاصة عندما تتحدث عن المصاعب التي واجهتها ولازالت تواجهها لرفع التحدي وتحقيق الهدف المنشود شفاء ابنها المعاق، فالأمّ تتحمل المسؤولية لوحدها جعلها تبدو أكبر من سنها، فالزوج قد تخلى عن مسؤوليته؛ لهذا وفي كثير من الأحيان تتمنى الموت خاصة عندما تصرخ على ابنها العاجز الذي لا حول ولا قوة له" *خطرات يهبلني من يقعد يبكي على والوا، تحكمني الضيقة ونزقي ونقرش كلعجوز، على خاطر ماكانش لعاوني، أن نطيب، نغسل، و زيد نديه يدير الصبور ونقعد معاه بالسوايع، ندوشلاه نوكله وكي يضايق obliger علي نرفده باش يرقب من تاقة ويشوف الصغار يلعبوا يجروا و يبغيني نبقا واقف حتى نحس يديا طاروا... و الله غبينة* ".

تفكير محدود متركز ومحصور حول الابن " الحلم الضائع" لإيجاد الحلول ورفع المعاناة وإيجاد السند الحقيقي الذي سيجعلها تعيد النظر في كونها لاشيء إذ تقول:" *وليت زيرو، وليت بقرة مانفهم والو*".

ولكن ما شد انتباهي هي الذاكرة التي تتمتع بها الأمّ في طريقة سرد الأحداث بالدقة فيما يخص ميلاد ابنها؛ ذاكرتها جيدة لكن ذكرياتها المؤلمة لا تريد أن تتذكرها حيث قالت:" *كون جات بيدي كون وليت من الأول وما ندزوجش*" فهذا يقودنا أن الحالة ذكرياتها مرتبطة بالفترة تشخيص والإعلان عن إعاقة ابنها(منصف).

- تقديم الحالة (السميائية العامة للأب):

(ميلود) يبلغ من العمر 40 سنة نظيف الملابس، رائحة طيبة (يضع عطر قويا) يضع سلسلة وسيوار وخاتمين من الفضة، بنية جسدية جيدة، ذو بشرة سمراء فاتحة اللون، لا تظهر عليه أعراض التعب

والإرهاق، يتكلم بكل هدوء ودون عصبية، إجاباته ليست مباشرة بل يأخذ وقته للرد عليها، يتكلم بشكل متعالي" وكأن المشكلة لا تعنيه، فهناك عدوانية مكبوتة، فكما أخبرتني زوجته هو يحب المظاهر ويهتم كثيرا لرأي الآخرين، فمن خلال المقابلات التي أجريتها معه لم يتكلم كثيرا عن ابنه(منصف) الذي يعاني من" متلازمة الشلل الدماغي" وكيف يعيش هذه التجربة وكأن مسؤوليته كأب هي توفير لقمة العيش والمال لسد علاجاته، فالشيء الذي ميز المقابلات هو إعطاء أجوبة عامة يتخللها صمتا كبيرا؛ إذ الصمت في حد ذاته لغة تعكس شعوره الذنب وتأنيب الضمير لدرجة التخلي عن المسؤولية.

ب.التاريخ النفسي والاجتماعي(للوالدين):

تزوجا الوالدين حيث كانت، (وردة) تبلغ من العمر 31 سنة(خريجة جامعة وهران، ليسانس لغات أجنبية، الألمانية)، كانت تعمل كمترجمة في شركة خاصة لكن بعد الزواج توقفت عن العمل، أمّا (ميلود) يبلغ من العمر 33 سنة(المستوى الدراسي الثالثة ثانوي) بائع أكل السريع fast Food بمحل بالإيجار، فزواجهما كان مدبر(نعيت)، يقيمان مع عائلة الزوج بدوار بلقايد والمتكون من الأمّ والأخت في بيت يتكون من غرفتين ومطبخ وفناء صغير به شجرة التين، الأمّ حملت بطفلها لمدة 9 أشهر كاملة، طفل مرغوب فيه إذ كانت تقوم بالزيارات الطبية الروتينية التي كانت تطمئنها على حالة الجنين هذا ما جعل حلمهما يكبر في أن يصبحا والدين، لكن ما سيغير مجرى الأحداث والأحلام السعيدة هو اليوم الموعود، يوم نزول السائل من رحم الأمّ الذي هو مؤشر على موعد قدود الغالي المنتظر، لكن الأمّ لم تكن تشعر بإنقباظات المخاض لهذا السبب كانت المستشفى ترفض إبقائها بحجة أنه لم يحن الوقت بالرغم من إصرارها، أمّا الزوج فلم يحرك ساكنا؛ في اليوم الثاني شعرت الحالة بمغص شديد الذي على إثره توجهت إلى نفس المستشفى حيث مكثت ليلة واحدة وبعد الكشف تبين أنه موعد ولادتها متأخر لكن عنق الرحم .le Colle لم ينفتح، لهذا تم إدخالها إلى غرفة العمليات، فأثناء العملية تم استعمال الملاقط forceps لإخراج المولود لأنه كان يتعرض إلى الاختناق شديد لهذا وضع في الحاضنة لمدة خمسة عشر (15) يوما كاملة، فكما نلاحظ أن هناك انفصال

منذ البداية بين الأمّ والطفل، هذا ما جعلها تعيش القلق والخوف من المجهول، فهذه المدة كانت بالنسبة للأمّ كما قالت "*كنت على الجمر surtout كماتت طفلة في la couveuse وليت نطلب ربي كل يوم باش يعيش لي، وليت نرقب عليه ونقول يا ربي خليهلي كيما كان الحال*"، وقبل خروجها من المستشفى وبدون شرح، وصفت لها الطبية دواء Déparkin جرعة 300 ملغ مرتين في اليوم لمولودها "فكما قالت:" *ونزيدك حتى واحد ما فهمني ولا خبرني كل إلي قالوه شربيه دوا كيما هو مكتوب في l'ordonnance*"

عاد الوالدين إلى البيت سعيدان بنجاة ابنهما وفي تحقيق حلمهما على أن يصبحا أب وأمّ، لأن الأبوة والأمومة ليست ظاهرة فطرية، بل تتطلب العمل والاستمرارية على تحقيقها من خلال العطاء والتضحيات التي يقوم بها الوالدين عبر مختلف مراحل حياة ابنهما، لكن لم يعرفا ما ينتظرهما؟!

فالوالدين لم يلاحظا على طفلهما أي شيء مريب وملفت للانتباه، كانت رضاعته غير طبيعية بسبب عدم وجود الحليب في ثدي الأمّ، حتى بلوغه أربعة أشهر؛ بدأت تظهر بعض الأعراض كعدم القدرة على رفع رأس عند مناداته، اليدين مغلوقتين بإحكام لم يفهما الوالدين ماذا يجري مع ابنهما، خاصة الأمّ التي استمرت في تقديم الدواء déparkin بانتظام لكن الأمر تفاقم وتطور عند بلوغه ستة(6) أشهر كالتخشب، والرجلين على شكل مقص، مما زاد من قلقهما وخاصة الأمّ بحكم الوقت الذي تمضيه مع ابنها،

فتوجها الوالدين إلى طبيبة الأعصاب قد تم النصح بها وبالفعل لم يضيعا الوقت وتوجها على أمل في إيجاد الجواب وهناك أجري رسم تخطيطي للدماغ (EEG) فتم تشخيص حالة والإعلان على أن ابنهما يعاني من retard psychomoteur بالإضافة إلى الصرع لهذا يشربDéparkin في البداية كما قالت الأمّ :"*ما فهمتش شاقالت عودت سقسيتها زعما يبرى ....طبيبة سكتت وقالت ولدك عنده تأخر في الحركة ديريله صبور..وشربيه دواه، وربي يشافيه....ممبعد قالت غادي نرسلك عند الطبيب مختص بشارع colonel lotfi بتاريخ 14.08.2011*".

فكلمات الطبية كانت بالنسبة للوالدين كجسم غريب يخترقهما، كلمات جعلتهما يصطدمان بحقيقة مرة على أن ابنهما لا ولن يشبه، ابن الأخ، الأخت، وابن الجيران، فالأب لم يصدق ما سمع إذ قال:"*كيسمعت الخبر حسيت الماء بارد كبوه عليا، وغمضت عينيا*". أما الأمّ فرد فعلها كان أقوى حيث تقول:" *أنا حسيت قلبي نخطف خطف وحدة وحسيت الهوا تاع ربي نقطع وقعت نبكي وما سكتش حتى خرجنا من عند الطبيبة* " أضافت "*هذا لعزيز لكنت نقارعه ويكسم مني النص كيقعد يشوف في بعينه و الله خطرات نتمنى الموت*" بعد ذلك أجهشت بالبكاء؛ وعليه قررا الذهاب إلى مختص آخر الذي لم يضف إلا حملا ثقيلا إلى حالتهما الانفعالية جعلهما عاجزان تماما على استيعاب الأمر الذي بات يفوق تصوراتهما وتوقعاتهما، فحسب وولنسيرجر wolfensberge" 1969 هما في حالة صدمة، أزمة نفسية يعيشها الوالدين اللذان يعانيان أمام وضع غير متوقع وانهيار آمالهما في طفل كامل، فصورة طفلهما المستقبلية تتحطم على أرض الواقع بمعنى الموت الرمزي للطفل.

لهذا توجها الوالدين إلى طبيبة أطفال"pédiatre " *والتي تفحصت الدفتر الصحي للطفل وقامت بتشخيصه ثم قالت " Madame ولدك يعاني من retard psychomoteur aigu .وممبعد قالت ما قالولك والوا كخرجته من السبيطار؟ الأمّ: ما قلوا لي والو غير نشربه Déparkin. فقالت الطبية :غادي نعطيك برية حوسي على x docteur في pavions d'enfant هي très bon docteur ...وربي يشافيه*"

ولكن ما عسى أن تفعل زيارة أخرى سوى تأكيد la retard psychomoteur ما هو إلا لتأكيد إعاقة ابنهما وأنه يعاني من(IMC) متلازمة الشلل الدماغي وهو تلف في الدماغ يؤدي إلى وجود أعراض كعجز في الحركة بالإضافة إلى إعاقات حسية أخرى.

فمنذ تلك اللحظة أصبح الوالدين يبحثان عن فهم هذه الإعاقة(IMC) وهل ابنهما فعلا مصاب بهذه الإعاقة؟ و إلى أي مدى حجم الإصابة؟ لماذا ابنهما؟ وهل من مخرج؟ وإلى من تتوجه؟ أي خيار هو الأفضل؟

فكما نلاحظ أن هذه المجموعة من التساؤلات ما هي إلا رد فعل دفاعي"الإنكار" لقلق كبير وعدم تقبل حقيقة لواقع، إذ يشككان في التشخيص الذي كان محبطا للغاية متلازمة الشلل الدماغي التشنجي التقلصي (IMC spastique) ؟! لكن هل كنت تعرفين ما هي الإعاقة؟ ما هي الأعراض وما يترتب عنها؟

الأمّ :" *ممبعد على حساب ما فهمت ولدي ماغديش يمشي في وقته ما يتكلمش في وقته هذا لي فهمت، بصح يريح بالصبور...وبديتله الصبور 17.11.2011 عند spécialiste de rééducation*" ؛ وبقيت صامتتا لبعض الوقت ثم مسحت وجهها براحة يديها وكأنها تريد محو الصور التي رسمها الأطباء حول ابنها.

أمّا الأب اكتفى بالصمت ونظرات نحو الأعلى، فمن خلال ملاحظتنا استنتجنا أن الأب ذو شخصية نرجسية لا يقبل أي شيء يشوه صورته، فكان يحاول تغطية إعاقة ابنه بوضع العطر القوي وحتى الجال(gel) للطفل، كما أكدت الأمّ في المقابلات التي أجريتها معها بالإضافة إلى اضطراب العلاقة بينها وبين زوجها قائلة: " *ما كفاش المشكل تاع ولدي زادني هو همه*" فمن هنا تبدأ معاناة الأمّ من نوع آخر علاقاتها مع زوجها الذي أصبح يسبُها ويغضب كثيراً ولأتفه الأسباب كما كان يوجه لها الكلام اللاذع مثل:" *أنتي حتى ولد صحيح معرفيتش تولدي، أنا مانيش عارف كيفاه قريتي و ربحتي الباك*".

أنا كون كيفك كون دفنت روحي... انتي مرى ...شوفي سلفتك مشي قاري بصح ساجي عليك..."

فمن خلال هذه الجمل المحبطة جعلت الأمّ تعيش في عالم ضيق الأفق عالم يعكس لها أسوء الصور كونها امرأة غير جديرة بأنوثتها أمّ فاشلة في تحقيق حلمها وحلم زوجها، بل جعلهما في حالة قلق

مستمر من مستقبل ابنها المجهولة :" *خطرات نكون نضحك ثم نسكت كي نفكر بلي راني نكبر ولدي ماريحش قاع تعرفي شاراه في عمره دروك سبع (7) سنين ومازال يذير لكوش ونعطيه البيبرو ..تقدي دقولي labébé ما كبرش .و الله غبنته وغبت عمري.. كي كان في عمره ربع (4) سنين روحت le centre تاع الحاسي باش يعاونوني فيه تعرفي شاقلوا لي، حنا نشدوا واحد يجمع ويتمشة ياكول بيده... كي كملت بانتلي غير نعطيها صفة...ممبعد قولت لها .بصح وكيما هادو وين يروحو؟...قالت:" كاين جمعيات ،حنا المهم مانشدوهش ... مزيا كنت أنا وختي لي كانت تصبرني و دقولي ربي كاين:".*

وهكذا لم تجد الأمّ الحزينة المكتئبة المرهقة نفسيا وجسديا والمنبوذة سبيلا للخروج من هذا الموقف الذي جعلها تشعر بناهية المطاف وضياع جزء من الذات، ضياع موضوع استثمار نرجسي .

وما زاد من معاناتها تغيب الزوج كثيرا عن المنزل بحجة أنه يقوم بأعمال إضافية من أجل زيادة المدخول بل حتى علاقتهما الحميمة أصبحت خالية من المشاعر؛ وأمّه بدورها تحملها سبب ميلاد طفل معاق، فهي ترى أنها دعوة الشر فلقد كانت تقول لها دوماً :" *بكري كانت علينا دعوة الخير، بصح تاع دروك قولي مدعوبين* "

فقلت: "لكن في ظنك ما هو السبب الذي جعل ابنك IMC؟

فجوابها كان كالآتي: "*باين كون الطبا داروا خدمتهم كون ولدي راه صحيح، لافوط في الطبا دقولي ما قراو، حسيت روحي كوبرا وراهم يجربوا، كون عرفت كون من الأول درت césarienne..صمتت..وكون قالولي بلي ولدي IMC وفهموني مرضه واش يليقله بلاك يكون يريح؟*

كانت كل كلمة تخرج من فم الأمّ مصحوبة بتنهيدات وأنفاس متثاقلة وملامح وجه تحكي معاناة جسدية ونفسية كيف لا وقد عاشت لحظات بعيدا عن كونها إنسان، لحظات اختبرت فيها مشاعر التأنيب واللوم والسخط لأنها لم تتخذ القرار المناسب في الوقت المناسب، فأمام هذه الظروف والمواقف التي راحت

تشكل حياة وهوية جديدة للوالدين، حياة كل واحد منهما أب وأمّ لطفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي و صرع، طفل يعاني من اضطرابات اللثة والفم، التهابات على مستوى الصدر والأذن التي تتسبب في ارتفاع درجة الحرارة الذي كانت تلزمه دخول المستشفى، صعوبات في الأكل فهو لا يزال يعتمد على الرضاعة الاصطناعية؛، صعوبة في النوم ليلاً إذ يستيقظ كلما يشعر بالألم ويرغب في قلبه على الجانب الآخر، لا يتكلم بل يصدر أصوات قد اعتادت الأمّ على فهمها وترجمتها(الطفل لا يعاني من تخلف عقلي)؛ ومن هنا سيبدأ الوالدين مشوار آخر، مشوار ألف ميل الذي يبدأ بخطوة، بعد معرفة بإعاقة ابنهما.

فالوالدين ومن خلال المقابلات التي أجريتها معهما أكد "المارتون" وسباق مع الزمن والإعاقة بآثارها السلبية الناتجة عنها والتنقل بين المختصين في مجال الطب بكل تخصصات القطاع الخاص والقطاع العام (طبيب العام، طبيب الأطفال، طبيب الأمراض الأعصاب، طبيب مختص في الطب الفيزيائي وإعادة التكيف، مختص في الكشف الوظيفي للجهاز العصبي، مختص في القلب، مختص في الأشعة– radiodiagnostic، مختص في التدريب الوظيفي)؛ فمشاعر الأمومة والأبوة ليس لها حدود، جعلتهما يتمسكان بخيوط رفيعة من الأمل لعل هذه الخطوات يكون فيها الشفاء؛ وبالفعل فقد توجها الوالدين إلى مجال آخر مجال، مجال له علاقة بمعتقداتنا ألا وهو مجال الطب التقليدي أو الشعبي؛ فأول قبلة لهما التوجه إلى أقصى الجنوب، عند عجوز قيل أن لديها حكمة في علاج المعوقين والمقعدين مثل حالة (منصف) لكن دون جدوى .

فالوالدين أصبحا في صراع مع الزمن الذي لم يعد في صالحهما، بل فرض عليهما نظام معين، نظام يحمل في طياته الكثير من الجهد والعمل المرهق، خاصة وأن الطفل زاد وزنه وطوله وأصبح من الصعب حمله لأن إعاقته 100%، ضف إلى مشاكل المواصلات التي زاد من معاناتهما.

لكن هذا لم يمنع من أنهما تلقيان الدعم والسند من طرف أسرة الزوجة، هاته الأسرة المتفهمة لمعاناتهما خاصة من طرف أختها الأكبر منها سناً، التي كانت تتطوع لاصطحاب الطفل ليخضع للعلاج الطبيعي بعيادة خاصة (لمساعدة الأطراف على المحافظة على قدرتها على الحركة عدم توقفها أو إصابتها بالتشوه) بالإضافة التيار الكهربائي و العلاج بالأشعة فوق البنفسجية إذ كل جلسة تكلف 100.000دج مئة ألف دينار جزائري، بالإضافة إلى الأجهزة التقويمية، كالكرسي–Siège moulé – وقوالب الجبس للساقين ومقومات اليدين(أنظر الصور)...إلخ.

فالوالدين خاصة الأمّ أصبحا لهما كرناش يتم فيه تدوين كل الوصفات الشعبية، عناوين الأطباء المختصين وأهم الأماكن والولايات التي قد نجد فيها الشفاء، كولاية معسكر حيث توجد الأضرحة كضريح "سيدي بوسكرين" الخاص بالمومنيين، "ضريح سيدي يسعد" الخاص بالمس وعلى وجه الخصوص الاعوجاج وأمراض الغدد الدرقية فكما قالت:" *زورنا سيد يسعد وجبنا تراب صفر ورطب كالطين خلطه بالماء الزهر كيما نرونوا الحنة و طليته به*"

وأضافت:" *تم في الوالي لقيت مرى نعتتلي طالب هو لغداي ندي منه الصح و يقولي ماله ولدي... رحتله أنا و ختي و خويا، كي وصلنا له و حل الكتاب ذا اسمي و اسم الزوج و اسم ابني " المعاق".*

فقال:" *هذي إعاقة من بوه على خاطر الماء تاعه خفيف، ... سكت و بقيت نسمع نحس روحي كلي راني نسمع و مانسمعش وبغيت نفهم شاباغي يقول، فزاد قالي و لدك عنده الراحة وغادي يمشي كي ولي في عمره 15 سنة.....هنا بالي لكي غدي نطلع جبل عالي عالي بزاف".*

وأضافت:" *واحد آخر طالبّ قالي كي كنتي بالكرش كليتي فيه السحور على بيها خرج معوقّ..حمبوك شاي يسالوني"... "قاع هاك وقلت ماعليش courage عاودت ديتاه عند عجوز في معسكر*

قالولي كل معكوف تسرحه، كي ديته لها بدات تدلكه بين كتافه وكي كملت قالت لغريان من عند ربي معوق خاطي لعكيف."

مانكذبش عليق بكيت بزاف حتى عينيا تبلطو قلت بركاني من شكيل ورحت عند الطبي الأعصاب قالوا لي يعطي ليبرا تقوي لعظم ويولي يمشي كما صرا لوحدا ...بصح ولوا...و الله كرهت.. ماعرفت ماندير"

ورحرت عند pédiatre حل جديد يداوي بالوخز بالإبر،دارله في ودني lobe de l'oreille وفي ركبته وممبعد دار كرات بحجم 2 ملم وشدهم بـ pasmat وقالي نخليه 15 يوم باش تتنشط الأعصاب"

فكما هو مبين أن الوالدين وخاصة الأمّ هي في رحلة ذهاب وإياب بين إقبال وعزوف هذا دليل على المعاناة النفسية والجسدية(حمل جسد يزن 15 كلغ) التي يختبرانها من خلال هذه التجربة، تجربة "ابن معاق" ابن يستحوذ على اهتمامها ويجعلهما يعيشان في عالمه الخاص، عالم يرسم لهما الطريق نحو مسارات يجهلانها؛ لكن فقدان وضياع موضوع حبهما وحلقة ارتباطهما دفعتهما مرة أخرى نحو العلاج التقليدي، التداوي بالأعشاب على سبيل المثال:

- ✓ **الحنتيت:** مادة ملمسها مثل اللبان chuingum لونها بني قاتم توضع في قطعة قماش خضراء وتربط في المعصم الأيسر لأنها ستنزع المس.
- ✓ **فيجـل:** عشبة ذات رائحة قوية توضع في الماء ثم ندهن بها جسد الطفل يوميا حتى يتحسن، فهو يطرد المس وجيد للمؤمنين.
- ✓ **المسكة الحرة:** مادة مثل الحصى الصغير و بيضاء اللون توضع في الحليب ويشربها فهي تقوي العظام.
- ✓ **عقـدة:** تتكون زنجبيل طازج، عسل، لنجبار ووضعها في إناء من الزجاج ويقدم للطفل ملعقة يومياً في مفيدة لتنشيط الأعصاب و الذاكرة.

- ✓ **الرمال الساخنة:** لتكميد الأطراف خاصة السفلية بهدف تعويض حرارة الشمس فيتامينD.

لم يفقد الوالدين الأمل وتوجها إلى العلاج الروحاني (الرقية) على يد فقيه بتلاوة القرآن الكريم أو كتابتها في حجاب لكن دون جدوى، فتواجها مرة أخرى إلى ولاية معسكر عند شيوخ الزاوية والأضرحة كضريح حاج علي، وسيدي الصافي حيت طلب الشيخ منهما إحضار قطعة نقدية بقيمة 20 سم حيث نقش عليها باستعمال المسمار حروف خاصة ومميزة للمعاقين وتوضع في قطعة قماش داخل الوسادة مدى الحياة.

لكن عندما سألت الأمّ إذا كانت النتائج إيجابية بالمقارنة بالعلاجات الأخرى، كان الجواب بالنفي" *قولي حطيت حديا* ".

ج. **تحليل المقابلات:**

يمكننا أن نستنتج من خلال المقابلات النصف الموجهة وسرد الحياة أن حالة الأولى" الأمّ" تعيش تجربة صادمة جعلتها تختبر مجموعة من المشاعر والأحاسيس كالشعور بالضيق والذهول وعدم التصديق ، فالأمّ انتظرت مئتين وسبعون (270) يوما لترى الطفل الحلم(l'enfant fantasme)، "*هذا لعزيز*"،" *كنت على الجمر*"، "*كنت نقارعه*، لكن ماذا يجري؟؟ ابن معاق؟!!، كيف سيجعلها امرأة كاملة ؟؟، كيف سيجعلها تستثمره كموضوع؟؟، فوجود طفل "معاق" جعلها تتعرض إلى مضايقات من طرف عائلة زوجها ووصفها أنها "امرأة مدعوية" فالطفل المعاق الذي أنجبته ما هو إلا عقاب من عند الله على" *دعاوي الشر إلّي لقطتهم منها*" (أمّ الزوج) فهذه الأخيرة لم تتقبل مشاركة "الكنة" في حبها لإبنها، علماً أنه الأصغر في أبنائها؛ كانت تتوقع الزوجة من الزوج أن يكون سنداً لها لتجاوز الصعاب،لكن بدلا من ذلك كان يوجه لها الكلمات القاسية والمحبطة التي جعلتها تحمل نفسها المسؤولية "*خطرات نتمنى الموت*"، "*كون عرفت كون من الأول درت césarienne*"؛ تنظر لذاتها بشكل سلبي" *وليت بقرة*" *كي كنت على ديداني*" فكانت لا تستطيع أن تعيش حياتها كامرأة، بل أصبحت مرتبطة بجسد مريض لا يمكنه العيش بدونها" *c'est un bébé*"، فكل المواقف

والمحطات الحياتية والتنقل من مختص إلى آخر كان دون جدوى أو بمعنى آخر لا يحقق هدفها في شفاء ابنها، هذا ما زاد من معاناتها وإرهاقها جسدياً كمعاناتها من داء المفاصلl'arrose نتيجة رفع جسد "ابنها" الذي زاد حجمه ووزنه"*مازال يذير لكوش ونعطيه البيبرو ..تقدي دقولي bébé"* هذا ما يجعلها تفكر ألف مرة لتخرجه معها، بالإضافة إلى معاناتها فكرياً ونفسياً وشعورها بالحزن والاكتئاب والغضب، خاصة عندما تم رفضه من طرف المؤسسة " بالحاسي" التي كانت أملها، هذا ما جعلها تعيش القلق هذا *الإحساس القاسي لتعب داخلي يتصف بالشعور بخطر كبير على وشك الوقوع أين لا يملك الفرد عنده أي سلاح*"(Sillamy, 1985 :19) والذي عبرت عنه مرات عديدة بالبكاء وحركات تعكس توثرها، " كفرك أصابع اليدين، مسح الوجه ، تنهيدات وضيق التنفس.

فبعد اللجوء إلى مختلف العلاجات التقليدية، العلمية وغيرها، تقبلت الأمّ أخيرا فكرة أن ابنها معاق يعاني من متلازمة الشلل الدماغي ، نتيجة تلف في الدماغي الناتج عن نقص الأكسجين أثناء ولادته بالإضافة إلى استعمال الملاقط التي ألحقت الأذى بدماغه و ليس للنظريات السببية علاقة، كالعين ودعوة الشر... إلخ، فباتت متأكدة من أن لا فائدة من لوم الآخرين، بل عليها متابعته من الناحية الطبية فأصبحت ستتقمص (s'identifier) دور الطبيب، فكون طفلها يعاني من الصرع فكان عليها مراقبة الجرعات التي يتناولها حتى لا تتسبب في هلاكه ومن جهة أخرى متابعته للعلاج الطبيعي(sport) حتى لا يصاب بتشوهات على مستوى الجسم، فهذا ما يبدو ظاهريا من خلال كلماتها لكن باطنيا كانت تنتظر معجزة من القدير، ليكون لطفلها القدرة على الجلوس في كرسي للمعوقين والقدرة على حمل الطعام إلى فمه فقط، هذا كل ما تتمناه هذه الأمّ، فهنا تم توظيفها لميكانيزم "الإعلاء والتسامي والذي مفاده آلية دفاعية يلجأ إليها الإنسان عندما تضيق عليه الأمور ويزداد التوتر بأعلى درجات الشدة حيث يخفف من الصراعات والتوتر الداخلي"(زردوم، 174:2005).

أمّا بالنسبة للأب فحسب Sausse:" بصفة عامة، الوالدين يتكلمون بصعوبة وذلك لمعاناتهم وإحباطهم عن إعاقة ابنهم، فهنا عجز في الكلمات سواء بين الوالدين والكلمات دخل العائلة أو خارجها" (Alain ,70)

فالأب يشعر بألم نفسي كبير اتجاه ابنه المعاق جسدياً فيحمل زوجته المسؤولية؛ فهو يرفض الاعتناء بالمعاق الذي يقلقه ويتسبب في ردود أفعال كالإهمال، لأن الطفل لا يعكس أبداً صورته عندما كان طفلا، كيف يحبه بنرجسية الأولية والطاقة اللبيدوية التي كان يحب بها ذاته في طفولته؟ فهو لا يشبهه.

فالوالدين يشعران بالعجز والاستسلام بميلهما والرجوع إلى المعتقدات الدينية والإيمان بقضاء الله وقدره والتعايش مع الإعاقة التي كانت صدمة حقيقة جعلت منهما قلقان وخائفان على مستقبل ابنهما(البالغ من العمر 7 سنوات) الذي تحيط به مجموعة من علامات الاستفهام في ظل نقص إن لم نقل انعدام الدعم المادي و النفسي من طرف السلطات المعنية.

Fig3 : Attelles de nuit antiflexum De genou

Fig2 : Attelles de nuit anti-équin

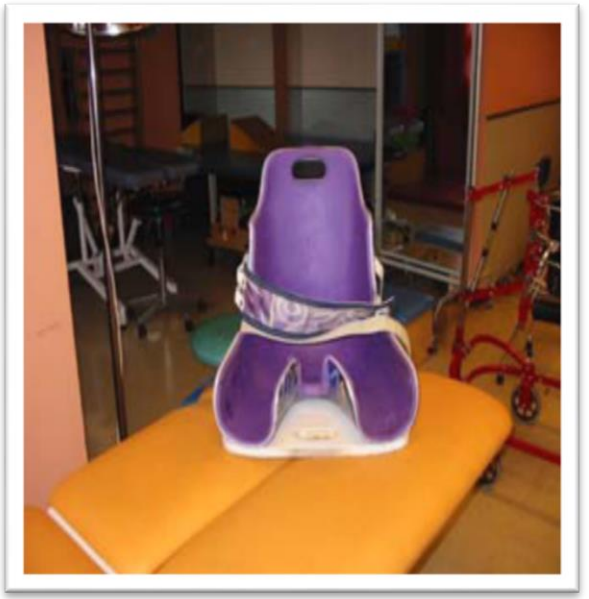


Fig1 : Siège moulé

صورة 6: أجهزة التقويم خاصة بالمعاقين

أ. **دراسة حالتين (الوالدين) :**

جرت المقابلات مع الوالدين في ظروف حسنة، خاصة مع الأمّ التي أبدت تجاوبا واهتمام كبير، فقد كانت متعاونة طيلة مجريات المقابلة لأنها لم يسبق وأن تكلمت عن معاناتها إلى مختص في علم النفس. فكما قالت:*"لمن تشكي، كيبشفوني أناولدي يقولولي مسكين.. مشي الله يشافيه، عربنا يستشفوا هذا ليعرفوا يديروه"* ؛ فهدا كان سببا كافياً في نظرها بعدم التكلم عن ابنها المعاق حتى لا ينظر إليهما بعين الشفقة.

أمّا الأب فلم أتمكن من إجراء سوى مقابلة واحدة ذلك بسبب ظروفه الصحية والنفسية إذ يتابع عند مختص، لكونه مصاب بالاكتئاب (Dépression) ويتناول الأدوية .

- تقديم الحالة(السميائية العامة الأمّ):

(هوارية) أمّ تبلغ من العمر 47 سنة، تضع جلابة ووشاح، نظيفة، لها بنية جسدية جيدة، طويلة القامة نوعا ما، ذات بشرة بيضاء، لها حوّل طفيف بعينيها strabisme ، ذات شعر أبيض-الشيب-، مخارج الحروف سليمة، تتكلم لغة بسيطة وبصوت مسموع ومرتفع، بنبرة حزن وألم وتفاؤل، مزاج متقلب من مرح وحزن وانطواء، تتعصب بسرعة، عدوانية، مهاجمة نحو كل من يتكلم بالسوء عن ابنها المعاق(محمد)، ذات روح فكاهية ومرحة من أجل التخفيف عن معاناتها الحقيقية، تتميز بالحركة الزائدة، فرك يديها، تغيير طريقة الجلوس كل مرة مع تعديل الخيمار.

تفكير بسيط متمركز حول عملها وتلبية حاجيات أولادها خاصة ابنها "المعاق"، بينما حياتها وحقوقها كزوجة فليس لها الوقت لتفكر فيها.

ذاكرة نوعا ما متوسطة فكما قالت:" *ما بقاش الراس سايي كبرنا*" تأخذ وقت في سرد الأحداث والتسلسل الزمني باستثناء اللحظات الخاصة بابنها حيث قالت: *"أمنيني حاجة مانسيتهاش دقولي فيم يفوت قدامي"*.

ولكن بالرغم من قناع الفرح والابتسامة التي تحاول أن ترسمها الأمّ(هوارية) على وجهها إلا أن للعيون لغة خاصة، عيون تعكس مشاعر الحزن والحصرة، وهّم ثقيل تحمله منذ سنين.

الأمّ كثيرا ما كانت تنفعل وتغضب وتحّمل المسئولين مصير ومستقبل هذه الفئة التي تتعرض إلى النبذ والإهمال كأنها اقترفت خطأ جسيم تعاقب عليه. لكن إلى متى هذا الوضع؟؟؟!!!.

- تقديم الحالة(السميائية العامة الأب):

(ياسين) يبلغ من العمر 52 سنة، يرتدي ملابس عادية، نظيف، ذو جسد هزيل، قصير نوعا ما، ذو بشرة سمراء(ضربات الشمس)، يمشي بشكل متثاقل، ذو شعر غير كثيف خاصة في الأمام chauve-، لغته بسيطة، مخارج الحروف سليمة، يتكلم بصوت غير مسموع، يظهر عليه الإرهاق والتعب، منطوي، حزين، قليل الكلام أجوبته محدودة ومختصرة وهادئ، محتوى التعبير اللفظي فقير، ردود فعله العاطفية تتميز بالبرودة.

ب. التاريخ النفسي والاجتماعي (للوالدين):

تزوجت الحالة عندما كان عمرها 18 سنة(المستوى الدراسي السنة الرابعة ابتدائي) من رجل يكبرها 5 سنوات(دون مستوى،أمي) كان يعمل في مخبزة، لكن حاليا فهو عاطل عن العمل منذ 4 سنوات، لهذا لم يكن أمامها خيار سوى البحث عن عمل وبالفعل فهي تعمل كمنظفة؛ زواجهما نتج عنه ثلاث أولاد، بنت كبرى تبلغ من العمر 21 سنة، وابن ثاني يبلغ من العمر 14 سنة، والابن الأصغر(محمد) البالغ من العمر 11

سنة، تسكن في بيت قصديري(غرفتين، ومساحة صغير لطهي الطعام) فكما وصفته قائلة: *في الصيف كوشة ماطيقيش تقعدي فيهم، وفي شتا البرد يقتل...بصح نحمد ربي"* .

حملت الحالة بابنها مدة 9 أشهر، فحملها بالابن الثالث بالرغم من الظروف الاقتصادية والمعيشية الصعبة إلا أنها كانت تفكر في إيجاد رفقة أو صحبة للولد الآخر حتى لا يشعر بالوحدة فكما قالت: " *كنت نسكن في دار بالطولة وزانقا، وراجلي ما يلحقش بصح كنت نقول ولدي ليقله خوه باش يرفدو بعضهم بعض مشي كيما أنا مصتش الخو الحنين ألي نشكيله همي كي ماتت مّا(الأمّ) صبت روحي وحدي....*سكتت ثم قالت: "*ألخوت ملاح، كيما قالوا تاع بكري خوك خوك ولا يغرك صاحبك"*.

في هذه اللحظة سألت الزوج عن رأيه في حمل زوجته فأجاب: "أنا كي قاتلي قلتلها ظبري راسك" تم طأطأ رأسه وبقي صامتا فمن خلال المقابلة الأولى وكانت الأخيرة لاحظت أن الأب في حالة ذهول stupeur واكتئاب.

فمن خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالة (هوارية) كان هدفنا مشاركتها تجربتها التي عاشتها مع ابن "معاق" يعاني من متلازمة الشلل الدماغي بالإضافة إلى حرمانه من نعمة البصر"كفيف" فأمام هذه الحالة بدأت تتبادر بأذهاننا عدة تساؤلات تتطلب أجوبة حول المعاش النفسي للوالدين"الأمّ"، أسئلة جعلتنا نعود بذاكرتها إلى ماضي أليم ومشحون بالصراعات والشجارات التي زادت من معاناتها.

فالأمّ تتذكر جيدا أنها كانت سعيدة بحملها الذي شعرت به ينمو في أعشائها فكما قالت:" *كنت فرحنا بزاف بالكرش*"، فكانت تقولها وهي مبتسمة وعيناها تلمعان، ولكن في لحظة انقلب مزاجها وبدت حزينة، ومهمومة وراحت تبكي بشدة لأن سعادتها لم تكتمل.

فالحياة الزوجية للأمّ لم تكن جد سعيدة لكنها تحْمَد المولى فكما قالت :"*كل واحد في الدنيا يدي مكتوبه وما عدنا ماندیروا بسیف نحمدوا ربنا... ونفوتها كما فوتها ولدينا.."*

فقلت لها كيف كانت فترة حملك؟ و كيف كان يعاملك زوجك ؟

فأجابت:"*مانكذبش عليك هو منارفي و نقراش، واحد قاع ما مايتقلكش على الزواج وكي كنت بالكرش في ولدي هذا محمد دابزت أنا وياه ، و تشادينا زعفت نحس غلا فيا الدم، ورحت عند ختي المذزوجة بصح غدوة جا داني ..و تصالحنا أنا وياه على خاطر ولادي ما عندي ماندير...صبر* ".

فأضافت" *هاك فاتت ليام كيما كان الحال، حتى جاء النهار لدخلت فيه سبيطار.. فأخذت نفساً عميقاً، و قالت زيادتي ماكانتش ساهلة شت الموت بين عينيا*" ؛ فالأمّ من خلال المقابلات تبين أن ولادتها كانت عسيرة جداً لأن الجنيين لم يتمكن من شق طريقه خارج رحمها فهي لم تستسلم بل بدلت جهدا كبيراً لمساعدته على الخروج إذ كان يتعرض للاختناق وفي الأخير جاء المولود الجديد وتم وضعه بالمحضنة la couveuse لمدة أسبوع، حيث كانت تطمئن عليه باستمرار وبعد ذلك كتبت لها تصريح بالخروج.

خرجت الأمّ برفقة مولودها الجديدة إذ تغمرها فرحة كبيرة لامثيل لها، لأنها أخيراً حققت حلمها بعد 9 أشهر من الحمل، كما شاركتها عائلتها المناسبة بالطقوس المتعارف عليها(الحنة، الأكلات، والحلويات والإكراميات).فبعد بضعة أشهر بدأت الأمّ تلاحظ بعض الأعراض التي لم يسبق وأن لاحظتها على أحد من أولادها السابقين حيث قالت: *"ربيت زوج رضعتهم، بصح محمد كان وحده ما يشبه لهمش...دقولي قاع مشي أنا و لدته..."*، فخبرة الأمّ كانت كافية في أنها لاحظت الفرق بين أولادها وأن به خطب.

فكما قالت:"*محمد كانوا قوايمه مرخيين بزاف خطرات يتخشبوا ويولوا كي الحطب، وكي للاعيه شته ما يتبعنيش بغينيه... مانكذبش عليك دخلني واحد الخوف كبير حلفت غدوا نديه عند شيخ الجامع*"

فسألتها: كم كان يبلغ من العمر؟

فأجابت: خمس شهر ؟

فسألتها مرة أخرى: ألم تشكي في البداية؟

فأجابت: *أنا في اللول قلت بالك تا ع زيادة راه مرخي دوك مع الوقت يولي غاية، طليتله الحنتيت* (هي مادة بنية اللون قاتمة ذات رائحة قوية وكريهة يعتقد أنها تبعد الأرواح الشريرة) *ممبعد ديته عند شيخ الجامع باش يقرالي عليه القرآن*"، فسألتها ماذا قال لها شيخ المسجد: *ما قال والوا قــرا عليه القران ومسح بيده على راسه وقالي ربي يشافيه ...بصح ديه عند الطبيب.... ربي خلق لكل داء دواء*"

وبالفعل في الصباح الباكر توجهت الأمّ إلى المؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية بعين البيضاء حيث تم فحصه من طرف الطبيب الذي وجهها إلى المستشفى الكبير وبالضبط جناح الأطفال... في هذه اللحظة زاد خوف الأمّ لهذا سألته: *ماله غير الخير... فيه مرض واعر*...؛ لكن الطبيب اكتفى بتسليمها الرسالة، ثم أضاف وقال: *ما يكون غير الخير ... ربي يشافيه إنشاء الله*".

فالأمّ توجهت إلى المستشفى حيث تم إخبارها بعد تشخيص حالة ابنها أنه مصاب بمتلازمة الشلل الدماغي المختلط كما انه أعمى منذ ولادته، لكن الأمّ لم تستوعب ما يقوله الطبيب فقام بشرح حالة ابنها أن الولادة المتعسرة واختناق الطفل و نقص الأكسجين الذي لم يصل إلى الدماغ بسرعة هو الذي سبب الإعاقة كما أن ارتفاع الضغط الذي حدث أثناء حملها قد تسبب بإصابة ابنها بالعمى.

في هذه اللحظات كان الخبر صادم لدرجة أنها أصبحت في حالة هستيريا، فأشهشت بالبكاء لأنها شعرت بانهيار أحلامها، كما ستتبدد أحاسيس الفرح إلى أحاسيس القلق والألم لأنه لن يكون "الطفل الحلم" الذي طالما حلمت به... الطفل السند الرفيق لأخوه، بل على العكس أصبح محمد بحاجة إلى من يعينه؟؟!

فسألتها :"كيف كان رد فعل زوجك و أسرتك الصغير؟

فأجابت:" *زوجي رضي بقضاء الله وقدره كما قالت : قالي مكتوب ربي هذا ما كتب ربي عطاه لنا نتهلوا فيه*".

أضافت: *بصح أنا وحدي لراني مذبلة بين طبيب، sport كنت خطرات نديه وخطرات منذيهش الدوا... خطرات نتسلف باش نلحق، "*، فالأمّ كانت تسرد معانات حقيقية، معانات جعلتها تعيش هي وابنتها التي كانت سندها في تقديم المساعدة لأخيها "محمد" بل العبء صار أثقل بعدما أصبح والدها يعاني من الاكتئاب.

فمحمد طفل "معاق" يعاني من متلازمة الشلل الدماغي المتخلط mixte فهذا النوع قد تحدث الإصابة في أكثر من منطقة دماغية، لكن كيف لها أن تتواصل معه؟

فأجابت: "*صعيب بزاف بصح بشوي ومع الوقت والفت*....ثم أضافت *ولدي* très intelligent.... *على خاطره نروح لتتلت خالي* " فهي كانت تتكلم بإصرار وأمل لا حدود له؛ هذا الأمل الذي جعلها تسعى جاهدة للبحث بشتى الطرق للتخفيف من معانات ابناها التي لم تعد تحتمل، فهو يعاني من تشوه في الحوض الذي يستلزم عملية جراحية لهذا قامت بإرسال الملف الطبي لمحمد إلى فرنسا منذ أربعة سنوات؟؟.

فالأمّ لا تتعامل مع الإعاقة فحسب بل كذلك مع المشاكل المصاحبة لمتلازمة الشلل الدماغي، فحالة الابن محمد فرضت على الأمّ إتباع نظام معين لإطعامه، لأنه كان يعاني من الإمساك و يجد صعوبة في دفع البراز بواسطة عضلات المعدة لهذا كانت تقوم بتدليك معدته بانتظام إلى جانب ثني كل من الساقين على التوالي حتى تساعد على التخلص من الفضلات لهذا فطفلها لا يزال يعيش على السوائل مثل البطاطس المهروسة، الشوربة و الخبز المغموس في المرق، حيث قالت: "*محمد يأكل غير الحاجة مشمخا على خاطرش ما ينجمُّش يمضغ حتى من يجي يسرط خطرات يجيف و يبغي يتقيا*" ...تضيف الأمّ :"*محمد راه يكبر ويطوال ...غير هاذي الخطرة جيت نرفده ضربتله راسه مع الحيط.. وليت نبكي و نطلب منه السماح*....".

ج. **تحليل المقابلات:**

يمكننا أن نستنتج من خلال المقابلات النصف الموجهة وسرد الحياة أن الحالة الثالثة" الأمّ" كان حملها مرغوب فيه" *كنت فرحنا بزاف بالكرش*" لأنه يمثل بالنسبة لها الرفيق والسند لأخيه، السند الذي لم تعرفه هي في أوقات الصعاب؛ فميلاده كان فرحة تحولت بعد أشهر إلى صدمة حقيقية، فالعبارة التالية تعطي صورة الوالدين خصوصا الأمّ عندما قالت" عرفت أن طفلي معاق أحسست أن شيئاً ما بداخلي قد مات، شيء "أعرف تماماً بأنه لن يعود إلى الحياة أبداً" (رشيد الأعظمي، فليحان،230:2014).

فهذا الطفل أصبح مصدر حزن وألم، فهي لن ترى ابنها يكبر فـ" *محمد كان وحده ما يشبه لهمش...دقولي قاع مشي أنا ولدته...*" ؛ فأمام هذا الموقف والتجربة القاسية التي تعرضت لها الأمّ كان ميكانيزم الدفاع "الإنكار"، كآلية دفاعية تظهر عدم تقبلها لهذا الغريب الذي لم تتمكن من التعرف عليه، كيف لا وقد كان خيبة أملها ومحل شفقة النّاس؛ فالكل يذكرها بالحمل الثقيل "محمد بحاجة إلى من يعينه؟؟! عبئ سطرته بيدها يوم قررت أن تحمل به.

ليس هذا فحسب فمعانات الأمّ تخطت حدود الإنكار إلى ظهور مشاعر وأحاسيس جعلتها في الكثير من الأحيان في حالة هستيريا، فالبكاء وتأنيب الضمير وإن كان بشكل غير مباشر كأن تطلب منه المغفرة والصفح " *نبكي و نطلب منه السماح* " فهي تشعر بأنها السبب في معاناته لا؟؟! ليست الوحيدة بل الأب جزء من معاناته، لأن في مرحلة الحمل لم يكن الزوج متفهم للحالة النفسية التي تعيشها "الزوجة" مما أدى إلى انفعالها وارتفاع ضغط دمها الذي أثر بالسلب على جنينها بفقدانه حاسة البصر.

وكما تتبعنا سردها لمعاناتها أن الحالة لجأت إلى المعتقدات و الطقوس التي تكون طريق كل شخص تعترضه صعوبات ضناً منه أن هناك حلول سحرية لحالته، لهذا الأمّ ذهبت إلى شيخ المسجد فهو رجل مبارك، فقد تحل بركته على "محمد" الطفل الذي يعاني من متلازمة الشلل الدماغي و الكفيف؛ فكما نرى، الأمل جعل من الأمّ تعتقد أشياء من المستحيل أن تتحقق لكن هذه هي عاطفة الأمّ، تقبلت بأن ابنها ليس كما كان في هواماتها(fantasme)، بل ما هو موجود على أرض الواقع الذي جعلها تخضع هي وأسرتها خاصة البنت التي كانت السند في تقمص دور الأمّ والطبيب في تقديم المساعدات لأخ عاجز بحاجة إلى من يعوله، فلم يكن لهم خيار آخر سوى الرجوع إلى العلم والطب الذي وضعها على أول سلم للعلاج، كالعلاج الطبيعي، فهو علاج لا يقتصر على المركز أو المؤسسة فقط بل يمتد دوره أو يستمر إلى المنزل لأن النتائج لا تأتي بين ليلة وضحاها فقد عرفه شيستاك shestack : "أنه علاج العجز الذي يصيب المرضى جراء

إصابتهم أو مرضهم ، باستخدام التمارين العلاجية الحرارة، البرودة، الماء، الضوء، الكهرباء الأمواج فوق الصوتية والمساج"(فوزي،2011: 13)

لكن مشاعر الغضب التي تشعر بها الأمّ لا تزال موجودة فهي مستعدة أن تدافع وتتشاجر مع من يقلل من احترامها بشتمها بابنها "المعاق"، فغضب الأمّ قد يتحول من عدوانية سلبية إلى عدوانية موجبة.

وأخيرا رحلة الأمّ انتهت بتقبل الأمر وأنه قضاء وقدر، فميكانيزم "التسامي" لعب دوره في إعطاء أمل لهذه الأمّ بأن هناك قدرة إلاهية قد تحدث المعجزات بشفاء ابناها بفضل الصدقات التي تقدمها للمحتاجين ودعواتها التي لا تتوقف إلى حين تأتي البشرة .

II . مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات:

إن إصابة الطفل بمتلازمة الشلل الدماغي قد لا تظهر إلا بعد أيام أو أشهر من ولادته إذ لا يكتشفها الوالدين، وهذا ما لمسناه من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالة الأولى (الأمّ وردة) الحالة الثالثة (الأمّ هوارية) فالسبب هو عدم إحاطتهم بالمعلومات الكافية حول حالة المولود الجديد من طرف الطبيب، لهذا كان أملهم في تحسن أطفالهم مع الوقت وكأنها أعراض يمكن أن تزول بعدة فترة، لكن الوقت يمر ولا تحسن فيبدأ البحث عن الجواب عند المختصين، حيث سيتم التشخيص والإعلان على إصابة أبنائهم بمتلازمة الشلل الدماغي، فالكلمات التي استخدمها الأطباء كانت بداية لحياة من المعانات والألم النفسي، فمجرد نطق الكلمة، يصبح الوالدين غير قادرين على السماع أو التفكير أو فهم ما يحصل؛ هما في حالة صدمة، فحسب فرويد Freud" الصدمة هي عدم تصريف التجربة التي تظل في النفس بمثابة جسم غريب، فهي أزمة نفسية يعيشها الوالدين أمام وضع غير متوقع وانهيار آمالهما في طفل كامل وطبيعي هذا ما أكده فرويد Freud "في أن الطفل ما هو إلا استمرار لنرجسية الوالدين، وذلك بتحقيق كل أحلامهما ورغباتهما، فصورة طفلهما المستقبلية تتحطم على أرض الواقع بمعنى الموت الرمزي للطفل فالحالة التي أصبح فيها الأولياء أثناء تلقيهم الخبر كحالة الأب(ميلود) وحالة الأمّ (وردة) و نفس ردت الفعل تمت ملاحظتها عند الأمّ (هوارية) معبراتاً هي الأخرى عن انكسار أحلامها بتلقي هذا الخبر؛ فتجربة الوالدين عندما يكون الطفل في وضعية إعاقة، تجربة صعبة لأنها عبارة عن صدمة عاطفية، إصابة نرجسية قوية وقطيعة للعلاقة الخيالية بين الطفل ووالداه لأن الطفل حسب "بيار أولاني Piera Aulagnier" الطفل له دور في استمرارية نرجسية الجماعة، بفضل عقد نرجسي الذي يعد الرابط اللاشعوري الذي يربط الطفل بالوالدين وبالأجيال السابقة لضمان استمراريتها من خلال تبادل واستمرارية المعارف.

فالصدمة هي كرد فعل طبيعي قد يزول بعد بضعة أيام أو أسابيع، وقد يقرر الوالدين عدم تصديق التشخيص فيبدأ التنقل من طبيب إلى آخر على أمل العثور على واحد يمكنه أن يعالج الطفل وكثيراً ما يفشل

الأطباء والأخصائيون في أن يفسروا بوضوح وبطريقة يتقبلها الوالدين؛ و عندما يتأكدوا من أن طفلهم مختلف حقاً فإنهم يشعرون بالأسى والضياع كما لو أن "الطفل مات"، فالطفل الذي خططوا له وحلموا بمستقبله لم يولد بل أنهم حصلوا بدلا من ذلك عل طفل مختلف لم يكونوا يتوقعونه. وهذا ما سجلته عند حالات الدراسة.

فمعانات الوالدين تتخذ سيرورات نفسية مختلفة بعد الصدمة، وأهمها "الإنكار" كآلية دفاعية ضد كل ما يقلق وللتخفف من وطأة الصدمة ومنح الوالدين الوقت الكافي لتقبل الواقع الذي جعلهما يعيشان اليأس والإحباط والغضب الموجهة نحو الأطباء والممرضين الذي تم ملاحظته عند الحالة الأولى الأمّ(وردة) والحالة الثالثة الأمّ(هوارية) وذلك بدافع غريزة الأمومة التي تكنها لأبنائهم، ومشاعر العطف والحنان التي تجعلهم في حالة انفعال وغضب يترتب عليه سلوك عدواني للدفاع عن صورتهم وصورة أبنائهم بموجب أنه جزء منهم ويجب حمايته. أو اتجاه شريك الحياة كما كان ظاهراً في الحالة الثانية الأب (ميلود) اتجاه زوجته.

كما نجد على قائمة السيرورات النفسية، مشاعر الذنب التي تجعل الوالدين يحمّلان نفسيهما المسؤولية في إعاقة ابنهما، كما ظهر بوضوح عند الحالة الأولى الأمّ (وردة) والحالة الثالثة الأمّ(هوارية) ليس هذا فحسب، قد يجعلهم الأمر يفقدون ثقتهم بأنفسهم لعدم إنجابهم طفل طبيعي وسليم وهذا ما لاحظناه عند الحالة الأولى الأمّ(وردة) التي تعد أول تجربة بالنسبة لها في أن تصبح أمّاً هذا ما جعلها عرضة لمشاعر الاكتئاب بشكل كبير للمواقف المحبطة، التي تتعرض إليها يومياً من طرف أهل زوجها، هذا الأخير الذي كان رد فعله الإهمال ورفضه الاعتناء بالمعاق الذي يقلقه لأن الطفل لا يعكس أبداً صورته عندما كان طفلا، كيف يحبه بنرجسية الأولية والطاقة اللبيدوية التي كان يحب بها ذاته في طفولته؟.

أما الحالة الثالثة الأمّ (هوارية) فمشاعر الذنب أخذت منحى آخر ألا وهو تقمص دور الطبيب للتعامل مع ابنها وإشراكها لابنتها التي تقمصت دور الأمّ والطبيب في نفس الوقت حتى يصبح الأمر أكثر

سهولة في تقديم المساعدة؛ وعليه فإخوة وأخوات الطفل المعاق يخضعون إلى التوترات التي تعيشها الأسرة وهم يتعلمون كيفية التعامل معه.

فوالدين أمام طفل لديه متطلبات ملحة التي تحرجهم خلال زيارتهم للآخرين فتجعلهم ينعزلون، خاصة الأمّ وهذا ما أشار إليه "scelleser" على أن التفاعل بين الطفل المعاق وأقربائه يصبح مصدر الإحباطات، فالانعزال ليس خيار بل حتمية فرضتها الظروف كما ظهر ذلك جلياً في الحالة الأولى(وردة) التي لم تكن تلبي دعوات الزفاف ونادراً ما تخرج بهدف التبضع أو حتى الاستجمام بل أكثر فقد كانت تعد كل دقيقة وترصد كل تحركاتها وكأن حياتها ملك لطفلها.

فالانعزال كان أيضا من نصيب الحالة الثالثة الأمّ(هوارية) إذ أنها لم تكن تقوم بزيارة الأقارب وما زاد الأمر سوءاً مرض زوجها و ضرورة خروجها للعمل، فمسؤوليتها قد زادت و كل سلوكاتها محددة.

ولكن في النهاية سيتقبل الوالدين الخسارة أو الفقدان، حتى يكون هناك توازناً نفسياً جديداً بالنسبة لجرحهم وهذا ما تم ملاحظته لدى حالات الدراسة.

فأمام هذه التجربة الأليمة الغير المتوقعة والتي من الصعب إدراكها سنجد مجموعة من الأسباب التي تبنها الوالدين فهناك من يرجعها إلى المومنين أو المس والسحر والعقاب الآلهة بسبب–دعوة الشر– كما لمسنا ذلك عند الحالة الأولى الأمّ(وردة) وزوجها، والحالة الثالثة الأمّ (هوارية) المس بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية التي تسببت في تفاقم حالة ابنها؛ إلا أن حالات الدراسة اشتركوا في أن الأخطاء الطبية لعبت دوراً كبيرً في إصابة أبنائهم على سبيل المثال استعمال الملاقط.

و من هنا قد يلجا الوالدين إلى معالجة حالة الابن بالبحث عن المشعوذين أحياناً أو أعمال السحر لصرف "الجن" "المس" وفي مجالات غير علمية "كالرقية" زيادة الأضرحة، تقديم القرابين واتخاذ الوصفات

الشعبية المتنوعة شعاراً للعلاج، و هذا كان واضحاً عند الحالتين(وردة وهوارية)، فكلما عان الوالدين أكثر تكون الطقوس ملاذهم.

لكن هذا لا يمنع من أن العلاج الوظيفي كان حاضراً للتعامل مع إعاقة أبنائهم، بهدف تجنب مضاعفات الإعاقة كتشوه العظام، لهذا كانت الحالة الأولى (وردة) وزوجها؛ والحالة الثالثة(هوارية) يحرصون على هذا الأمر؛ أمّا العلاج الطبي فكان ضروري بالنسبة للابن (وردة) لأنه يعاني من الصرع.

فبعد عرضنا هذا تبين أن تشخيص والإعلان عن وجود طفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي يشكل صدمة حقيقية للوالدين ومعانات تكون لها ردود أفعال، وردود أفعال اتجاه الآخرين وسيرورات نفسية كالقلق، الحزن الاكتئاب، الغضب الإهمال، الشعور بالذنب وهذا ما لمسناه من خلال المقابلات العيادية مع حالات الدراسة.

أمام هذه التجربة المؤلمة أصبح كل يرجعها إلى سبب معين سواء أن كان على أسس علمية أو بإرجاعها إلى معتقداتنا وثقافتنا، المهم لا تبقى غامضة وبدون سبب محدد بالنسبة للوالدين وهذا تم تأكيدهما من خلال الحالة الأولى والثانية والثالثة.

أما المسارات العلاجية فلقد كانت بين العلاجات العلمية التي تقتصر على طب الأعصاب والعلاج الوظيفي أمّا العلاجات الأخرى، كالمختص الأرطوفوني، والمختص النفسي فهما ليسا على قائمة مسارهما العلاجي.

فبالرغم من معرفتهم لواقع أليم، يبقى الأمل كبير في الشفاء، وحبهم الذي يعزز صمودهم في مساندة أبنائهم.

و أخيراً إن المعاش النفسي للوالدين أمام إعاقة أبنائهم سيختلف من أسرة لأخرى من أب لآخر ومن أمّ للأخرى؛ فنحن أمام حالات منفردة مميزة بحاجة للتعامل معها على أساس الخصوصية وليس التعميم.

الخاتمة:

إن مشكلة الدراسة الحالية هو الاهتمام وتسليط الضوء على المعاش النفسي لأولياء الأطفال الذين يعانون من متلازمة الشلل الدماغي، هذه الإصابة التي تجعلهم لا يستطيعون بالرغم من تمتعهم بعضلات طبيعية التكوين؛ القيام بالحركات المطلوبة بشكل صحيح، وهذا راجع لوجود تلف في المناطق المسؤولة عن الحركة في الدماغ؛ فالإعاقة تجعل منه طفل فريد لا مثيل له وتجعل للوالدين هوية تختلف عن هوية والدين طفل غير معاق.

من هذا المنطلق وإلى جانب سؤال البحث حول المعاش النفسي لأولياء الأطفال المصابين بمتلازمة الشلل الدماغي، وجدنا أنفسنا أمام عدة تساؤلات فرعية أهمها ما يلي :

- ما هي طبيعة المعاناة الخاصة بالوالدين لطفل يعاني من متلازمة الشلل الدماغي؟
- ما هي ردود الفعل بوجود طفل معاق بـ " متلازمة الشلل الدماغي داخل الأسرة؟
- ما هي الأسباب التي يتم تبنيها من طرف الوالدين في التفسير ؟
- وإلى أي حد يؤثر هذا النموذج التفسيري على المسارات العلاجية المتبناة؟

فهذا ما دفعتنا للاحتكاك بالأولياء من خلال المقابلات، التي مكنتنا من ملاحظة كيف أن التشخيص والإعلان عن إصابة الابن، تلعب دوراً هاماً في ردود فعلهم وتحدد معاشهم النفسي؛ فالإعلان عن الإعاقة يجعلهم في حالة ذهول، غير قادرين على السماع أو التفكير أو فهم ما يحصل إنها الصدمة؛ لا يتوقف الأمر عند هذا الحد بل يتعداه إلى عدم التصديق والإنكار كآلية دفاعية تساعدهم لحمايتهم من استيعاب الحقيقة المؤلمة للواقع المستجد الذي بات مخيفاً ومقلقاً لصعوبة التعامل مع السلوك اليومي للطفل، والقلق حول مستقبله لهذا قد يرجعون الإعاقة لعدة أسباب لها علاقة، بالمعتقدات والطقوس كالسحر، العين، دعوة الشر، المس...إلخ.

فدراسة بلاشير ليمان Lyman Blacher سنة 1988 أثبتت أن 90% من الإجابات التي تحمل عدم التصديق والإنكار لإعاقة الطفل والتشكيك في تشخيص الطبيب المعالج والأمل في أن الطفل سوف يشفي تماماً وخرجت الدراسة أيضا بنتائج لردود الفعل تشمل كل من الصدمة، الارتباك والإنكار والرفض، الحزن والغضب" (كاشف، 89:2001).

فهذه السيرورات النفسية التي يعيشها الأولياء تجعلهم عرضة لمشاعر أخرى كالإهمال ،تأنيب الضمير، والشك بأن الطفل المعوق هو نتيجة ارتكابهم خطيئة ما، وأن ما حصل إنما كان نتيجة مباشرة لهذا الخطأ الذي يجعلهم يلجئون إلى مختلف العلاجات الطبية والتقليدية و الرجوع إلى المعتقدات الدينية بظهور ميكانيزم دفاعي "التسامي" sublimation على أمل شفائهم بفضل الدعاء والصدقة.

وعليه وكما نرى أن الأولياء ليس أمامهم سوى الانتظار على أمل الشفاء الذي يجعلهم صامدين؛ فنحن كمختصين في علم النفس العيادي" الشواذ" يمكن أن نساعدهم لتخطي هذه المعاناة بإيصالها إلى الجهات المعنية لتقديم لهم الدعم المادي والسند النفسي والاجتماعي، بإنشاء مراكز طبية بيداغوجية تهتم بأطفال متلازمة الشلل الدماغي وبالأخص التي تكون فيها نسبة الإعاقة (100%) والتكفل بهم من جميع النواحي في ظل وجود مختصين تم تأطيرهم في جميع المجالات للتعامل مع هذه الإعاقة والأطفال "المعاقين" ومساعدة الأولياء في تجاوز العراقيل التي يختبرانها يومياً في صعوبة التعامل مع أبنائهم بسبب نقص المعرفة وذلك بإجراء دورات تدريبية وبشكل خاص الأمهات بتعليمهم أهم المهارات والأساليب من أجل رعاية أبنائهم والتعامل معهم بالإضافة إلى تنظيم حملات توعية وتثقيفية مستمرة حول هذه الفئة.

إن المعاش النفسي للأولياء أمام إعاقة أبنائهم سيختلف من أسرة لأخرى من أب لآخر ومن أمّ للأخرى؛ فنحن أمام حالات منفردة مميزة بحاجة للتعامل معها على أساس الخصوصية وليس التعميم

التوصيات:

في ضوء هذه النتائج يمكن الخروج ببعض التوصيات التي يمكن إيجازها فيما يلي:

- ✓ إجراء أكبر قدر ممكن من المقابلات مع أولياء الطفل المعاق –متلازمة الشلل الدماغي مع وضع مشروع علاجي بهدف التخفيف من حدة القلق واليأس ومن شدة الشعور بالذنب ولتخفيض من المخاوف المستقبلية.
- ✓ كاملة متخصصة للمساعدة في اكتشاف الإعاقة مبكراً ومن تم المساعدة في تسهيل عملية الدمج المناسب لحالة الطفل.
- ✓ إنشاء مراكز طبية بيداغوجية نظرا لتزايد عدد الأطفال متلازمة الشلل الدماغي وعلى وجه الخصوص التي تعاني من الإعاقة 100% والتكفل بها من جميع النواحي.
- ✓ توفير الدعم المادي والمساندة الاجتماعية اللازمة لأولياء الأطفال المصابين متلازمة الشلل الدماغي.
- ✓ إجراء دورات تدريبية للأولياء الطفل متلازمة الشلل الدماغي، وبشكل خاص الأمهات وتعليمهم أهم المهارات والأساليب من أجل رعاية أبنائهم و التعامل معه.
- ✓ ضرورة تأطير مختصين في هذا المجال من الإعاقة بهدف تزودهم بأهم التقنيات التي تساعد هذه الفئة من جهة ومن جهة أخرى أوليائهم.
- ✓ كالعلاج الأسري الذي يتدخل على مستوى الأولياء لتوعيتهم وتعليمهم كيفية فك الحواجز التي تعيق نمو الطفل، وتنبيههم لأهمية الحوار المجدي والبناء دون تجريح أو أذية.
- ✓ حصص ديناميكية الجماعة بهدف فتح المجال لأولياء هذه الفئة، التعبير عن معاشهم النفسي، للتعلم من تجارب الآخرين، تلقي المواساة.

- ✓ إقامة ندوات علمية تبصر أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة الشلل الدماغي بمفهوم الإصابة وأسبابها والمشكلات التي يعاني منها أبنائهم وكيفية التعامل معها.
- ✓ التحسيس بأخطار الظاهرة والوقاية منها وذلك عن طريق تجنيد كل وسائل الإعلام المسموعة والمرئية و المكتوبة
- ✓ ضرورة إجراء حملات تحسيس للمجتمع عن التجربة الأليمة الوالدين في وجود طفل معاق يعاني من متلازمة الشلل الدماغي والتي تجعلهم يمرون بأزمات حقيقية سواء على المستوى النفسي والاجتماعي والاقتصادي.
- ✓ الحاج إلى اعتماد تشريعات وسياسات تكفل هذه الفئة من المجتمع.
- ✓ تنظيم حملات توعية تثقيفية مستمرة يقوم بها المختصون لجميع فئات المجتمع حول الإعاقة والتعامل مع الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ✓ العمل على فتح قنوات التواصل بين العاملين في الميدان عن طريق تبادل الزيارات ولإقامة ورش عمل المشتركة.
- ✓ إجراء بحوث مخبرية شاملة للأمّ والعناية القصوى بها عن طريق الإشراف الطبي المباشر أثناء فترة الحمل والولادة.
- ✓ العمل على توفير مراكز الأمومة والطفولة، زيادة وعي وتثقيف الصحي لأسر خوفا من مخاطر الحمل المبكر أو استعمال ملاقط.

المراجع

المراجـــع
المراجع باللغة العربية:

1- احمد عبد الكريم، محمد احمد خطاب، الإرشاد النفسية والإضطراباتا لإنفعالية للأطفال والمراهقين، دار الثقافة ، عمان ، 2010.

2- د/ أحمد فايز النحاس، الألعاب و اللعب لأطفال المصابين بالشلل الدماغي، دار النعضة العربية للطباعة والنشر،بدون سنة

3- إدث م.ستيرن، إلزا كاستنديك، ،ترجمة فوزية محمد بدران، أحمد زكي صالح، الطفل العاجز، دار الفكر العربي للطبع والنشر، 1997.

4- الريحاني سليمان طعمة،ابراهيم عبد الله الزريقات،عادلجورج طقوس، ارشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، دار الفكر، عمان،2010.

5- انشراح المشرفي، الإكتشاف المبكر لأعاقات الطفولة، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، مصر، 2009.

6- د/ ايمان فؤاد محمد كاشف، الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيه، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.

7- باضة أمال عبد السميع مليجي، اختبار الشعور بالذنب، مكتبة النجلو المصرية القاهرةمصر، 2002.

8- د/ بطرس حافظ بطرس، سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2009.

9- د/ جمال الخطيب، مقدمة في الإعاقات الجسمية و الصحية،دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان الأردن، 1998.

10- جوليان روتر، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة محمد عطية هنا وعثمان نجاتي، ديوان المطبوعات الجامعية، 1990.

11- د/حابس العوالمة، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، الأهلية للنشر و التوزيع، عمان الأردن، 2003

12- د/ حسن مصطفى عبد المعطي ، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، 1998.

13- د/ حسين عبد الحميد أحمد رشوان، الإعاقة و المعوقون سلسلة كتب علم الاجتماع، أسيوط مصر ، .2009

14- د/حسين فايد، العدوانية والإكتئاب في العصر الحديث، مؤسسة حورس الدولية للنشر و التوزيع، مصر، 2001.

15- د/ حسين فايد، علم النفس الإكلينيكي، دار هوامة للطباعة و النشر و التوزيع، الجزائر 2014.

16- د/ حلمي المليجي، مناهج البحث في علم النفس، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، مصر، 2001.=

17- حنان عبد الحميد العناني،الصحة النفسية، دار الفكر، عمان الأردن ،2000.

18- د/ خولة أحمد يحي، مقدمة في الإعاقات الشديدة والمتعددة، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.=

19- د/ راضي محمد الكبيسي،اتجاهات البناء نحو آبائهم المعوقين، دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، بيروت، 2000.

20- روزماري لامبي ديبي -دانليزمورنج، الإرشاد الأسرة لأأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ترجمة علاء الين الكافي، دار قباء للطباعة وللنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.

21- زلوف منيرة، دراسة تحليلية للإستجابة الإكتئابية عند المصابين بالسرطان، دار هومة للطباعة و النشر والتوزيع،الجزائر، 2014.

22- زين بدران وأيمن مزاهر، رعاية الأمّ والطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، 2008.

23- سامي ملحم، مشكلات طفل الروضة-السس النظرية و التشخيصية و العلاجية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر، الأردن، 2000.

24- سعيد حسني العزة، افعاقة الحركية و الحسية، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع ، عمان الأردن 2000.

25- د/ سعيد رشيدالعظمي و فليحان سليمان الريالات،قضايا معاصرة في التربية الخاصة و ذوي الحاجات الخاصة، دار جليس الزمان، عمان الأدن، .2014

26- سعيد سبعون حفصة جرادي، الدليل المنهجي في إعداد المذكرات و الرسائل الجامعية في علم النفس الإجتماع، دارالقصبة للنشر و التوزيع، الجزائر، 2012

27- سميح عاطف الدين، علم النفس، مجمع البيان الحديث، 1991.

28- سهام الخفش، دعوني هناندة، دليل الآباء و المهات للتعامل مع الشلل الدماغي، دار يافا العلمية،2005.

29- سيد فهمي علي محمد، الإعاقة الحركية التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل رؤية نفسية،دار الجامعة الجديدة للنشر، 2007.

30- د/ صابره محمد علي،د أشرف محمد عبد الغني شريت، الصحة النفسية و التوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، مصر بدون سنة.

31- د/ صالح ذياب المندي، هشام عامر عليان، دراسات في المناهج و لأساليب العامة، دار الفكر، الطبعة السابعة، 1999.=

32- د/ عبد الرحمان العيسوي، سيكولوجية الإعاقة، دار الراتب الجامعية، بيروت لبنان، 1997.

33- عبد الرحمان العيسوي، مناهج البحث العلمي في الفكر الإسلامي و الفكر الحديث،دار الراتب الجامعية، بيروت لبنان، 1997.

34- عبد الرحمان سيد سليمان ، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة مصر.

35- د/ عبد الرحمان سيد سليمان، الإعاقات البدنية- المفهوم- الثقنيات- الأساليب العلاجية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2001.

36- د/ عبد الفتاح علي غزال، سيكولوجية افعاقات النظريات و البرامج العلاجية، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر و التوزيع، الإسكندرية مصر، 2012.

37- د/ عبد الفتاح محمد دويدار، مناهج البحث في علم النفس، دار المعرفةالجامعية، مصر، 2009.

38- عببد لطيف حسين فرج، الإضطرابات الخوف، القلق ، التوثر، الإنفصام، المراض النفسية للأطفال)، دار حامد للنشر والتوزيع، مكة المكرمة، السعودية، 2009.

39- عبد الكريم قاسم أبو الخير، أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية، دار وائل للطباعة والنشر، عمان الأردن، 2001.

40- د/عبد الله الكيلاني وفاروق فارع الروسان، التقويم في التربية الخاصة، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن،2006.

41- عبد الله بن عثمان الشايع، أراء ابن تيمية حول الإعاقة، دار الصميعي للنشر و التوزيع، المملكة السعودية العربية، 1999.

42- عبد المجيد حسن الطائي، طرق التعامل مع المعوقين، دار الحامد للنشر والتوزيع، الردن، 2007.

43- د/عبد المجيد عبد الرحيم، تنمية الأطفال المعاقين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، بدون سنة.

44- عبد المطلب أمين القريطي، في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة 1998.

45- د/عبيدالرقيب أحمد البحيري، الديناميات الوظيفية للشخصية النرجسية، مكتبة النجلو المصرية بالقاهرة، 2007.

46- د/ عصام حمدي الصفدي، الإعاقة الحركية و الشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان الأردن، 2007.=

47- د/ فيصل عباس ، العيادة النفسية مدارس التحليل النفسي- الممارسة النفسانية، دار المنهل، لبنان، بدون سنة.

48- د/ فيولت فؤاد ابراهيم، د سعاد بسيوني،د عبد الرحمان سيد سليمان،أ محمد محمود النحاس، بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة مصر،2001.

49- د/ قحطان أحمد الظاهر، مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل، عمان الأردن، الطبعة الثالثة، 2008.

50- كريتبين مايلز، التربية المختصة دليل الطفال المعوقين عقليا، ورشة المورد العربية 1994.

51- كريستين مايلز، التربية المختصة، دليل الأطفال المعوقين عقلياً، ورشة الموز العربية، 1994.

52- د/ ماجدة السيد عبيد، ذوي الإحتياجات الحركية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2012.

53- د/ ماجدة السيد عبيد، مقدمة في إرشاد-ذوي افحتياجات الخاصة و أسرهم، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2012.

54- د/ محمد أحمد خطاب، سيكولوجية الطفل التوحدي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2009=

55- د/ محمد النوبي محمد علي، اضطرابات الأكل لدى ذوي الإحتياجات الخاصةرؤية إكلينيكية، دار صفاء للنشر والتوزيع،عمان الأردن 2010.

56- د/ محمد جاسم العبيدي ، علم النفس اللإكلينيكي ،دار الثقافة للنشر والتوزيع، البعة الثالثة،عمان الأردن، 2013.

57- د/ محمد حسن غانم، مقدمة في علم الصحة النفسية، المكتبة المصري للطباعة والنشر والتوزيع، 2009.

58- د/ محمد سيد فهمي، حقوق ورعاية المعاقين من منظور الخدمة الإجتماعية، دار الوفاء لدنيا الطباعة وللنشر الإسكندرية مصر، 2012.

59- محمد عبد السلام البواليز، الإعاقة الحركية و الشلل الدماغي، دار الفكر للطباعة و لنشر والتوزيع، 2000.

60- محمد فوزي يوسف، كتاب المنال، العلاج الطبيعي في التربية الخاصة، منشورات الشارقة للخدمات الإنسانية الشارقة الإمارات العربية المتحدة، 2011.

61- محمد فوزي يوسف، متلازمة الشلل الدماغي

62- محمد محمد قاسم ، المدخل إلى مناهج البحث العلمي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية مصر، 2003.

63- د/ مدحث عبد الحميد أبو زيد، قسم علم النفس الإكتئاب السيكوباتومتري، مصر ، 2001.

64- مريم صالح عبد الله الشقر، دمج ذوي الإحتياجات الخاصة في المجتمع،المركز الثقافي الإجتماعي، 2000.

65- مصطفى فهمي ، علم النفس الإكلينيكي، مكتبة القاهرة مصر، 1967.

66- د/ مصطفى نوري القمش، الإعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة، الأردن، 2011.=

67- ناذر الكسوالي، الشلل الدماغي التطور الحركي والإدراكي، عمان الأردن ،1993.

68- د/ هالة ابراهيم الجرواني، رحاب محمد صديق، الإعاقة الحركية و التأهيل، دار المعرفة الجامعية،2012.

69- د/ وليد سرحان، جمال خطيب، محمد حباشنة، سلوكيات الإكتئاب، دا ر مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2001.

70- يوسف شلبي الزعمط، التأهيل المهني للمعوقين،دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان الأردن، 2000.

71- الترجمة العربية ألفيرا بصورور، الإعاقة و الإندماج في المغرب- بكلماتنا نحن- العصبة الإنجليزية لوقاية الأطفال، جمعية غوت الأطفال البريطانيين ، ورشة الموارد العربية، 1996.

المعاجم:

1- جان لابلاش وجان برتراند بونتاليس مهجم المصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1987.

2- مصطفى كامل، معجم علم النفس و التحليل النفسي، دار النهضة العربية، بيروت،

الرسائل الجامعية:

1- بن سطا علي محمد الأمين، اتجاهات طلبة قسم علم النفس و علوم التربية نحو ذوي الإحتياجات الخاصة 2015-2014

2- جعيجع سعاد، الخدمات الإجتماعية للمعوقين في التشريع الجزائري، رسالة الماجستير، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، فرع الخدمة الإجتماعية: 2004.

3- زردوم خديجة، المعاش النفسي للحمل عند الأمهات العازبات، رسالة الماجستير ،جامعة منتور قسنطينة، لعلم النفس الإجتماعي ، 2005-2006

مجلات و الموسوعات:

1- عبد الكريم الحجاوي، موسوعة الطب النفسي، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن 2004.

2- مريم عيسى اليشراوي، فتحي السيد عبد الرحيم، زيد مشاري، خالد الخبيري، الضغوط الوالدية في أسر متلازمة داون و تأثيرها بالتدخل المبكر في رعاية الأبناء، مجلة التعاون لدولة الخليج العربية، العدد 70، الأمانة العامة لمجلس التعاون لدولة الخليج العربية،77:157:2010.

3- نادين شرادي، الحدادا النفسي ابراز موضوع الحب الأول، مجلة دراسات نفسية وتربوية عدد 11 ديسمبر 2011، جامعة سعد دحلبي، الجزائر.

المراجع بالفرنسية:

1- Alain crouail,françoise maréchal, prise en charge globale de l'enfant carébro-lésé- masson paris, sans date.

2- Alain de broca, deuil et en deuil, 2 édition, masson, paris; 2001.

3- Alberme. T, psychiatrie et handicap aspect médico_légaux et administratifs édition masson, paris, 1997.

4- Albert ciccone, la psychanalyse l'éprueve du bébé ,dunod paris 20011

5- Claude l et Laura g, processus et stratégies d'daptation positives des parents face à la déficiences intéllectuelle de leur enfants, paris,2009.

6- Claudine amiel tison,l'infirmité motrice d'origine cérébrale, edition 2 masson paris ,2006.

7- Daniel fanguin le psychisme realité et sujet psychique,ellipses edition marketing, paris,2009

8- epelbum et graindoge cathérine, comprendre l'enfant malade du traumatisme à la restauration psychique, dunod, paris, 2005

9- Francine robaye geelen, l'enfant au cereau blessé, 2° édition ,dessert et mardaga éditeurs, bruxelles , 1975

10- Jean louis adrien, batterie,becs,pratiques psychologiques et recherche cliniques, groupe de boeck, 2009.

11- Jean sébastien morvan,le sujet handicapé,l'harmattan, paris,2012.

12- Mehé t le vécu des parents d'enfants handicapés phase3de l'étude trajectoires,2005

13- Minkorwski G , traite de psychopathologie , press universitaire de France, paris, 1966.

14- Mohamed mebtoul, Lamya tennci,vivre le handicap et la maladie chronique,les trajectoires des patients et des familles,editions GRAS ,algerie, 2014.

15- patrick alvin, l'annance du handicap à l'adolescence, colection espace éthique vuibert, paris , 2005.

16- Reuchlin maurice, les méthodes de la psychologie, édition puf,paris, 1969.

17- Sigmand freud , pour introduction la narssisime traduction fr in la vie sexuelle , paris puf, 1914.

Les Dictionnaire:

1- Nadine Amar, Cathrine Gouveur, Michel Hans, collection le deuil; édition SARP,Algérie, 2002.

2- Norbert Sillamy, dictionnaire de la psychologie, la rousse, paris, 2003

3- Scelleser Regine fratrie et handicap édition l'harattan, 1997.

Les Revues:

1- Diane p et Heléne l et Levert m, l'éxpérience des péres et méres ayant un enfant atteint d'un probleme de santé, état actuel des connaissances enfants familles générations N° 3, 56:77,2005.

2- Lamarache , les parents d'un enfant handicapé, revue de la littérature américaine, santé mentale au quebec volume 10 N°36-45, 1985.

3- Morin s et Carl l, retard de la développement et contrubution positives à l'éxpérience parental- l'autr histoire revue froncofone de la déficience intelectuelle volume 15 N° 02 : 164.