جامعة 20 أوت 1955 ـ سكيكدة

كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية

قسم علم النفس

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، تخصص: علم النفس العيادي

قلـــق الانجاب لدى أمهـــات أطفـــال التوحـــد.

(دراسة عيادية لخمس حالات)

من اعداد الطلبة:

- **بن يوسف الزهرة.**
- **سوامس ابتسام.**

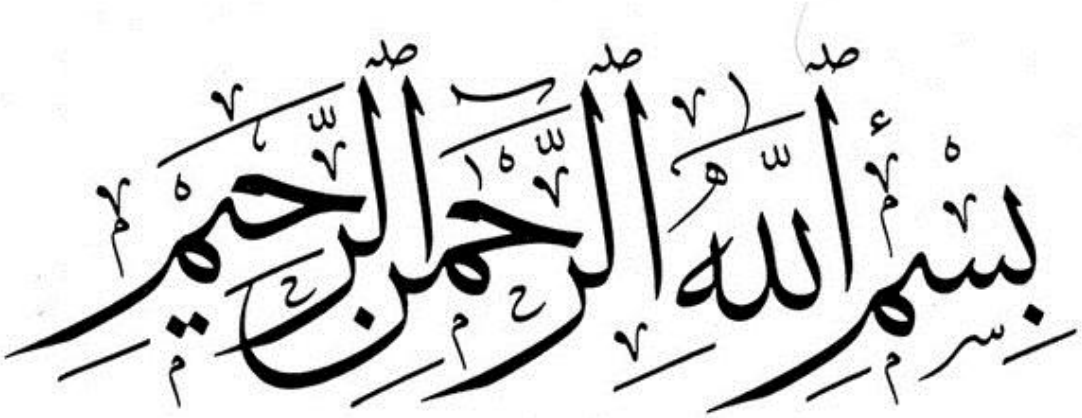
اشراف:

- **د. لوشاحي فريدة.**

لجنة المناقشة:

الأستاذ	الرتبة العلمية	الصفة	الجامعة
محند سمير.	أستاذ محاضر "أ"	رئيسا.	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة
لوشاحي فريدة.	أستاذة محاضرة "أ"	مشرفا ومقررا.	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة
بوصفصاف زوبير.	أستاذ محاضر "أ"	مناقشا.	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة

السنة الجامعية: 2022/2021


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

قال تعالى: {يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَ الَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ}.

الحَمدُ لِلّه الّذي بِنِعمَتِهِ تَتِمّ الصّالِحات.

والذي وفقنا لإنجاز هذا العمل لنختتم به مسيرتنا الدراسية.

"اللَّهُمَّ لَيْسَ بِجَهْدِنا وَاِجْتِهَادِنا فقط إِنَّمَا بِتَوْفِيقِكَ وَكَرَمِكَ وَفَضْلِكَ علينا".

خمس سنوات مِنَ الْجَهْدِ وَالتَّعَب وَ الْمُثَابَرَة...

فَاللَّهُمَّ سَهْلَ لنا وَيسْرٌ لنا مَا بعدها وافتح لنا من أبواب علمك ورزقك اللهم آمين.

نتوجه بشكرنا وامتناننا إلى التي منحتنا نصحها وتوجيها، إلى من أعطت فأحسنت العطاء وأعانت فكانت نعم المعين، إلى أستاذتي الفاضلة / د. لوشاحي فريدة التي شرفتنا بالإشراف على هذه المذكرة.

كما نتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرين، الذين تكبدوا عناء قراءة هذه المذكرة وتصويب الأخطاء، فلهم منا فائق التقدير والاحترام.

اهـــــداء

إلى أحب وأقرب الناس إلى قلبي.

أغلى ما أملك...

بابا وماما.

أخواتي العزيزات.

المؤنسات الغاليات، معاطفي الدافئة...

أخي العزيز.

حفظكم الله من كل سوء وأدامكم علي نعمة...

إلى صديقات الطفولة المقربات.

رفيقات الدرب في مشواري الجامعي والتي شاءت الأقدار أن تفرقنا

في آخر السنوات...

إلى كل من ساندني وشجعني من قريب أو بعيد.

ولو بكلمة طيبة.

وكل من تمنى لي التوفيق.

رزقكم الله أضعاف ما تمنيتم لي...

كل الحب والامتنان.

ابتسام.

إهـــــداء

إلى أمي وأبي العزيزين

أطال الله عمرهما

إلى اخوتي واخواتي وأبنائهم

إلى كل من ساندني ودعمني من قريب أو بعيد

إلى كل زملائي وزميلاتي في الدراسة

زهرة.

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة للكشف عما اذا كان لدى أمهات أطفال التوحد قلق الإنجاب تخوفا من انجاب طفل توحدي مجددا، كما هدفت إلى معرفة كيفية تمظهر هذا القلق لديهن، وذلك من خلال المقابلة نصف الموجهة ومقياس قلق الانجاب **لصقر سعيد فؤاد بنات،(2018)** والذي قمنا بتكييفه بما يتناسب مع دراستنا.

وتحقيقا لهذه الأهداف تم اتباع المنهج العيادي، حيث بلغت مجموعة الدراسة (05) حالات، تتراوح أعمارهم ما بين (29 الى 41 سنة) من أمهات أطفال التوحد، ولقد أسفرت النتائج على:

- تأكيد معاناة أمهات أطفال التوحد من قلق انجاب طفل توحدي آخر.
- تمظهر قلق الانجاب عند أمهات أطفال التوحد على شكل أعراض سيكوسوماتية.
- تمظهر قلق الانجاب عند أمهات أطفال التوحد على شكل حساسية مفرطة.

Le résumé d'étude:

Cette étude a pour objectif de cerner l'angoisse de procréation dont souffrent les mamans ayant déjà eu des enfants autistes. En effet, l'échantillon pris en charge, montre que lesdites mamans développent des craintes d'avoir d'autres enfants autistes. L'étude en question, dévoile aussi comment apparaît cette angoisse chez ces mamans. Pour les besoins de notre étude, nous avons eu recours à un entretien clinique semi-dirigé, et à une échelle d'angoisse de procréation réalisée par Saqr Said Fouad Banat en 2018 qu'on a adapté à notre étude. Tout en suivant l'approche clinique basée sur l'étude de 5 cas âgées entre 29/41ans, ayant eu des enfants autistes, les résultats sont comme suit:

- La confirmation de la souffrance des mamans d'enfants autistes d'anxiété de procréation.
- L'anxiété de procréation apparaît sous forme de symptômes psychosomatiques.
- L'anxiété de procréation apparaît sous forme d'une hypersensibilité.

فهرس العناوين:

العنوان	الصفحة
شكر وعرفان.	
إهداء.	
ملخص.	
فهرس العناوين.	
مقدمة.	أ–ب
الفصل التمهيدي: الاطار العام للدراسة.	
1-الإشكالية.	5
2–تحديد الفرضيات.	7
3–دوافع اختيار الموضوع.	7
4-أهداف البحث.	8
5–مصطلحات الدراسة.	8
الجانـــب النظـــري	
الفصل الأول: الأمومة والحمل والإنجاب.	
تمهيد.	12
أولا: الأمومة.	13
1–تعريف الأمومة.	13
2–غريزة الأمومة.	14
3–أنواع الأمومة.	15
4– مراحل الأمومة.	17
5–العلاقة أم–طفل.	17
ثانيا : الحمل و الانجاب.	23
I – الجانب البيولوجي.	23
1–مفهوم الحمل.	23
2–مراحل تطور الجنين.	24
3–انعكاسات الحمل على المرأة الحامل.	26
4–العوامل المؤثرة على سلامة الجنين.	29

5-تعريف الولادة.	32
II-الجانب النفسي.	33
1-الرغبة في الطفل.	33
2-مكانة الجسد الانثوي الخصب.	34
3-فترة الحمل.	35
4-تصورات الأم حول الطفل المنتظر.	37
5-المعنى النفسي للحمل و الانجاب.	38
6-قلق الحمل.	40
7-قلق الولادة.	41
8-قلق الانجاب لدى أمهات الاطفال المضطربين.	42
خلاصة الفصل.	45
الفصل الثاني: التوحـــــــد	
تمهيد.	48
أولا: اضطراب التوحد.	49
1-الخلفية التاريخية لاضطراب التوحد وتطوره.	49
2-التعريف باضطراب التوحد.	53
3-المداخل التفسيرية لاضطراب التوحد.	54
4-تشخيص اضطراب التوحد.	58
5-العلامات المبكرة لاضطراب التوحد.	60
6-التشخيص الفارقي بين اضطراب التوحد واضطرابات اخرى.	62
7-الطرق العلاجية لاضطراب طيف التوحد.	66
8-البرامج التدريبية لأطفال التوحد.	74
9-مآل أطفال التوحد.	75
10-دور الأم في حياة الطفل التوحدي.	76
ثانيا: المعاش النفسي لأم الطفل التوحدي.	77
1-مظاهر الصدمة النفسية لدى الأم.	77
2-مواجهة الأم بين الطفل الحقيقي التوحدي والطفل الهوامي.	79
3-علاقة صدمة التشخيص بالنرجسية عند الأم.	81
4-تجاوز الصدمة و عمل حداد غير مكتمل عند الأم.	83

5-تأثير اضطراب التوحد على العلاقة الزوجية.	87
6-تأثير اضطراب التوحد على الديناميكية العائلية.	87
7-أهمية الدعم و التدخل النفسي لمساعدة والدي الطفل التوحدي.	88
خلاصة الفصل.	90
الجانب التطبيقي	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة.	
1-منهج الدراسة.	94
2-الدراسة الاستطلاعية.	95
3-الدراسة الأساسية.	97
4-وسائل الدراسة.	98
الفصل الرابع: عرض النتائج و تحليلها.	
أولا: عرض نتائج الدراسة.	103
1-الحالة (1) : "ام وسيم".	103
2-الحالة (2): "أم أنيس".	112
3-الحالة (3): "أم أواب".	120
4-الحالة (4): "أم أسماء".	128
5-الحالة (5): "أم أنيس".	135
6-الاستنتاج العام للحالات الخمس.	143
ثانيا: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.	144
1-مناقشة الفرضية الجزئية الأولى.	144
2-مناقشة الفرضية الجزئية الثانية.	145
3-مناقشة الفرضية العامة.	146
خاتمة.	151
قائمة المصادر والمراجع.	155
الملاحـــــــق.	159

فهرس الجداول:

الجدول	الصفحة
الجدول (1): جدول وصف مجموعة البحث.	98
جدول رقم (02): يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (1).	108
جدول رقم (03): يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (2).	117
جدول رقم (04): يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (3).	124
جدول رقم (05): يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (4).	132
جدول رقم (06): يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (5).	138

مقدمـــــــة

مقدمة:

غالبا ما ينتظر الأبوان قدوم مولودهما بفارغ الصبر منذ أول يوم اكتشاف للحمل حيث يبنيان عليه الكثير من الأحلام والآمال والتوقعات ويرسمان له صورة من الكمال والسواء، ويخططان لكل صغيرة وكبيرة تخصه وحتى لمستقبله.

إلا أن صورة هذا الطفل المثالي تتشوه وتختل عندما يأتي حاملا لإعاقة أو اضطراب مهما كان نوعه، فيدخلان حالة الحزن العميق التي تشابه تلك التي يمر بها الفرد إذا فقد شخصا عزيزا.

وقد يزداد الأمر تعقيدا اذا ما كان الاضطراب الذي يحمله الطفل هو اضطراب **التوحد** وهذا نظرا للخصوصية التي يتميز بها الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال من ذوي الاضطرابات والإعاقات المختلفة وصعوبة التعامل معه. حيث عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب التوحد على أنه حالة تفشي إعاقة في النمو تتسم بضعف شديد في العديد من مجالات النمو بما في ذلك تنمية المهارات التفاعلية الإجتماعية، ومهارات الاتصال مع وجود أنماط مقيدة ومتكررة ونمطية من السلوك والاهتمامات والأولويات والأنشطة . **(Psychiatric American Association, 2000, p110)**

إن هذه الخبرة تعتبر صادمة بالنسبة لهما وخاصة الام، والتي تصاب بجرح نرجسي في صميم امومتها. حيث أشارت أغلب الدراسات التي أجريت في هذا المجال، بأن أمهات الأطفال التوحديين يعانين من مشكلات نفسية متعددة مقارنة بأمهات الأطفال المعاقين، حيث أن الأم تجد نفسها عاجزة أمام هذا الاضطراب الذي أخذ منها طفلها وسلب حياتها، فتجدها تعايش مشاعر الإنكار برفضها لهذا الوضع، وتعايش أيضا الشعور بالذنب والإحباط. (براجل، 2017، ص16) مما يجعلها تعيش ضغطا رهيب يؤثر سلبيا على كل من الجانب النفسي والمعرفي بما فيه من أفكار ومعتقدات ولا سيما الجانب السلوكي.

وكنتيجة لهذا، قد تقع الأم لاحقا بين الرغبة في الإنجاب والخوف من تكرار التجربة مجددا وهو ما يعرف بقلق الانجاب.

ويعرف قلق الانجاب على انه حالة من التردد والخوف الغامض لدى الأم التي لديها طفل توحدي مسبقا من خوض تجربة الحمل و إنجاب طفل آخر خشية من أن يكون طفل توحديا مجددا.

ومن هذا المنطلق، جاءت فكرة هذه الدراسة والتي هدفت الى الكشف عن ما اذا كانت أمهات أطفال التوحد تعانين من قلق الانجاب، وكيفية تمظهر هذا القلق في حياتهن اليومية حيث تم تقسيم بحثنا الى:

- **الفصل التمهيدي:** الإطار العام للدراسة وهو بمثابة تقديم للبحث حيث تم فيه عرض الإشكالية، الفرضيات ،أسباب اختيار الموضوع وأهداف البحث ثم تحديد المفاهيم الاجرائية.

- **الجانب النظري:** و الذي قسم بدوره الى فصلين:

- الفصل الأول: حيث تناولنا فيه جزئين، تضمن الجزء الأول الأمومة أما الثاني فتمحور حول الحمل و الإنجاب.
- الفصل الثاني: و الذي تطرقنا فيه إلى كل ما يخص اضطراب التوحد.

- **الجانب التطبيقي:** و الذي يتضمن قسمين:

- الفصل الثالث: يمثل منهجية البحث وفيه الإجراءات المنهجية والخطوات التي اتبعناها في التطبيق حيث يتضمن منهج البحث ،مجموعة البحث، مكان إجراء البحث ،أدوات البحث.
- الفصل الرابع: خصص لعرض نتائج الدراسة ومناقشتها على ضوء الفرضيات وذلك من خلال ادوات البحث والمتمثلة في المقابلة نصف الموجهة ومقياس قلق الانجاب للتحقق من الفرضيات.

وفي الاخير تم وضع خاتمة، قائمة المراجع والملاحق.

الفصل التمهيدي

الفصل التمهيدي: الاطار العام للدراسة.

1. الإشكالية.
2. تحديد الفرضيات.
3. دوافع اختيار الموضوع.
4. أهداف البحث.
5. مصطلحات الدراسة.

1-الاشكالية:

إن المعادلة الصحيحة لاستمرارية وتوازن الحياة تتطلب تعاون الثنائي المتكامل (ذكر/أنثى) والتوزيع المتوازن للأدوار فيما بينه، فالرجل يكمل المرأة وهي بدورها تكمله.

حيث لا يمكن انكار الدور المحوري والفعال الذي تلعبه المرأة في المحافظة على سير الحياة وفق التنظيم والوتيرة المناسبتين، والذي لا يقل أهمية عن دور نظيرها الرجل. فهي نصف المجتمع من حيث التكوين وكله من حيث التأثير .حضورها اللافت في مختلف مجالات الحياة دليل على كونها أساس عملية التطور والتغيير الايجابي داخل المجتمع والمرهون بواقعها كامرأة ومدى تمكنها من القيام بالمهام المتعددة التي أسندت إليها بناء على مؤهلاتها العلمية والثقافية والتي مكنتها حتى من الخروج إلى العمل. فهي الأم والأخت والزوجة والبنت والزميلة. وهذا إن دلّ على شيء سيدل حتما على قوتها الناعمة التي جعلت منها سندا حديديا للرجل وللمجتمع بصفة عامة.

وعلى الرغم من تعدد أدوارها ومهامها، يبقى الدور الأساسي والمقدس بالنسبة لها كأنثى دورها الغريزي الفطري والذي منحتها إياه الطبيعة، "الأمومة".

حيث تعتبر غريزة الأمومة من أقوى غرائز المرأة السوية، والتي تظهر لديها منذ الطفولة المبكرة، أين تعبر عنها بوضوح من خلال لعبها بالدمى، احتضانها والاعتناء بها متقمصة دور الأم، هذه الغريزة لها عمق بيولوجي (جيني وهرموني) وآخر هوامي. فالطفل المستقبلي موجود في المعاش الهوامي للطفلة الصغيرة التي ستكبر وتكبر معها الرغبة في الأمومة وخوض تجربة الحمل والانجاب.

فالحمل مرحلة هامة في حياة كل أنثى، إذ يعبر عن مكانتها الاجتماعية كإمراة حيث يحمل رمزية الخصوبة والقدرة على الإنجاب مما يجعلها تشعر بالأهلية والارتقاء إلى دور جديد ورفيع في المجتمع ألا وهو الامومة، كما يعزز لديها الشعور بتحقيق الذات وتأكيد الهوية الانثوية، وهو عملية اشباع الحاجات النرجسية للمرأة حيث تشعر بأنها قادرة على منح الحياة لمخلوق جديد وهذا ما تحققه بالزواج.

عند الزواج وككل أسرة، يطمح الزوج في ان يحظى بطفل تتويجا للعلاقة التي تجمعه وتوثيقا لها. يُدعّم هذا الطموح بتصور ذهني لطفل خيالي يمثل نسخة خاصة بالزوجة والزوجة حيث يكون هذا الطفل نموذجا للسواء، يحققان من خلاله رغباتهما غير المشبعة وذلك خاصة بالنسبة للزوجة والتي تحيطه بحب

نرجسي لا حدود له منذ لحظة اكتشاف الحمل حيث يتشكل بينها وبين الجنين رباط متين وعلاقة لا مثيل لها، تتوثق أكثر كلما تقدمت أشهر الحمل. فهو تجسيد للكمال والمثالية وتوغل ممتع للأنا. يوضع ذلك النموذج على المحك أثناء المواجهة مع واقع الطفل بعد الولادة.

إلا أنه في بعض الحالات تنقلب الموازين ويصطدم الآباء عند ولادة الطفل أو بعدها بفترة تطول أو تقصر بما يخالف توقعاتهما في حال ما يكون مصابا باضطرابات جسدية كالتشوهات الخلقية، الاعاقات الحركية أو الذهنية والأمراض المزمنة، أو سلوكية كالفرط الحركي....إلخ . كما نلاحظ مؤخرا انتشارا رهيبا للاضطرابات النمائية وعلى رأسها اضطراب التوحد حيث تُقدر منظمة الصحة العالمية نسبة انتشاره بـ 1% لدى سكان العالم. يذكر بأنه يوجد في الجزائر التي بلغ عدد سكانها 45.02 مليون نسمة في 1 يوليو 2021 ومليون ولادة سنويًا، أكثر من 450.000 طفل مصاب بالتوحد. (**https://autisme.sante.gov.dz/**)

عند تلقي الوالدين لحقيقة طفلهما التوحدي، فإن هذا قد يتسبب لهما وخاصة للأم بصدمة نفسية وجرح نرجسي بليغ يثير مشاعر مختلطة من القلق و الشعور الذنب والمسؤولية والرفض والخجل أو حتى عدم تقبل الحقيقة وبالتالي الطفل، نظرا للطبيعة الصعبة والحساسة للاضطراب والذي يمس قدرات الطفل الذهنية ووظائفه التكيفية، حيث أنه يتسبب في عجزه الدائم على الاتصال والتفاعلات الاجتماعية اضافة إلى الطابع النمطي الضيق والمتكرر للسلوكات والتي تميز الطفل التوحدي.

لذا فهو يعد من أكثر الإعاقات التطورية والاضطرابات النمائية تعقيدا مما يكبل الطفل ويجعله في تبعية دائمة لوالديه، كما يجعل التكفل به والتكيف معه صعبا نوعا ما. يجد الوالدان والأم على وجه الخصوص انفسهما أمام تحدي مخيف ومحير نوعا ما أين يطرح السؤال نفسه كيف يمكنني التعامل مع هذه الوضعية؟ هل سأنجح في ذلك؟ ثم ماذا بشأن طفلي ومستقبله؟ حيث يقع على عاتقها مسؤوليات وارتباطات لم تكن في الحسبان تجعلها تعيش ضغطا رهيبا، مما قد يؤدي بها الى تعميم نتيجة هذه التجربة الإنجابية على تجاربها المستقبلية وبالتالي قد تمتنع عن الإنجاب خوفا من تكرار نفس التجربة المعاشة بالرغم من رغبتها الداخلية في ذلك. كما تؤكد على ذلك دراسة هيلين (Helen, 2008) أن احتمالية إنجاب طفل معاق في الولادة الثانية تكون مخاطرة غير مشجعة للاستمرار بالإنجاب وتجربة معايشة طفل معاق آخر مما يثير لدى الأم شعورا بالقلق.

حيث أن القلق هو حالة وجدانية تتملك الإنسان، ترتبط بشيء غير واضح قد يكون موجودا أو غير موجود، تسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم **(صموئيل، دس، ص09)**، هذا الشعور ان سيطر على كيان ام الطفل التوحدي فإنه سيسيطر على كل حياتها الاجتماعية، النفسية، العاطفية والجنسية حتى، ولن يمنعها من الانجاب فحسب بل سيمنعها من الحياة، نتيجة التقاء المتناقضان "الرغبة في الحمل والإنجاب مجددا والقلق بشأنه" معا ، فيعملان كمحطم للتوازن النفسي للأم . وهو ما يعرف بقلق الإنجاب.

هذا ما جعلنا نتساءل، هل تعاني أمهات أطفال التوحد من قلق إنجاب طفل توحدي آخر؟

2-تحديد الفرضيات:

- **الفرضية العامة:** تعاني أمهات أطفال التوحد من قلق إنجاب طفل توحدي آخر.

- **الفرضية الجزئية الأولى:** يتمظهر قلق الإنجاب لدى أمهات أطفال التوحد على شكل أعراض سيكوسوماتية.
- **الفرضية الجزئية الثانية:** يتمظهر قلق الإنجاب لدى أمهات أطفال التوحد على شكل حساسية مفرطة.

3-دوافع اختيار الموضوع:

- **دوافع ذاتية:**

- الفضول والرغبة في الإثراء العلمي بعد مصادفة هذه الثغرة من الموضوع .

- الإهتمام الذاتي بالمعاش النفسي لأمهات اطفال التوحد.

- ملاحظة حالات مشابهة في الحياة اليومية.

- التعرف أكثر على أمهات أطفال التوحد.

- **دوافع موضوعية:**

- تقديم بحث علمي حول قلق الإنجاب لدى امهات اطفال التوحد.

- الانتشار الواسع لاضطراب التوحد، و قلة الدراسات حول هذا الجانب بالذات من الموضوع .

-تسليط الضوء على المعاناة اليومية لأمهات أطفال التوحد المهملة نوعا ما من طرف الأخصائيين النفسانيين.

4-أهداف البحث:

- **أهداف مباشرة:**

-الكشف عما اذا كانت امهات اطفال التوحد تعانين من قلق انجاب طفل توحدي آخر.

- معرفة كيفية تمظهر ذلك الخوف في حياتهن اليومية.

- الكشف عن مستوى قلق الانجاب الذي تعاني منه أمهات أطفال التوحد.

- **أهداف غير مباشرة:**

- فهم الوضعية النفسية لأمهات اطفال التوحد.

- التعرف على الأفكار والمعتقدات التي تتبناها أمهات أطفال التوحد حول الإنجاب.

- التكفل النفسي بأمهات أطفال التوحد.

5-مصطلحات الدراسة:

- **قلق الإنجاب:** حالة من التردد والخوف الغامض لدى أمهات أطفال التوحد بعد مرورهن بتجربة انجاب تعتبرنها -فاشلة- -مؤلمة- -صدمية- مما يجعلهن يتجنبن الحمل تفاديا لإعادة تلك التجربة مرة أخرى خشية انجاب طفل توحدي آخر ويقاس في دراستنا الحالية بالدرجة التي تحصل عليها حالات الدراسة على مقياس قلق الإنجاب المعد من طرف صقر سعيد فؤاد بنات (2018) لهذا الغرض والمكيف من طرفنا.

- **أمهات أطفال التوحد:** هن أمهات تتراوح أعمارهن ما بين (29-41 سنة) مستقرات بولاية سكيكدة، حيث تم تشخيص أطفالهن اكلينيكيا من طرف طبيب مختص في الأمراض العقلية للأطفال un pédopsychiatre على أنهم يعانون من اضطراب التوحد.

الجانـــب النظـــري

الفصل الأول:

الأمومة والحمل والإنجاب.

أولا: الأمومة.

1- مفهوم الأمومة.

2- غريزة الأمومة.

3- أنواع الأمومة.

4- مراحل الأمومة.

5- العلاقة أم-طفل.

ثانيا: الحمل والإنجاب.

I-**الجانب البيولوجي:**

1- المفهوم البيولوجي للحمل.

2- مراحل تطور الجنين.

3- انعكاسات الحمل على المرأة الحامل.

4- العوامل المؤثرة على سلامة الجنين.

5- مفهوم الولادة.

6- عملية الولادة.

II-**الجانب النفسي:**

1- المفهوم النفسي للحمل.

2- الرغبة في الطفل.

3- مكانة الجسد الانثوي الخصب.

4- فترة الحمل.

5- تصورات الام حول الطفل المنتظر.

6- المعنى النفسي للحمل والانجاب.

7- قلق الحمل.

8- قلق الولادة. 9- قلق الانجاب لدى أمهات الاطفال المضطربين.

تمهيد:

تشغل الامومة بال المرأة منذ وعيها على الحياة، فهي تنتظر بفارغ الصبر لحظة تحقيق حلمها بإنجاب مولود يشبع رغباتها ويحل مالم يحل في ماضيها من صراعات ناشئة عن العقدة الاوديبية حسب التحليل النفسي، وبمجرد حدوث الحمل تدخل الحامل في تفاعلات بينها وبين جنينها، حيث تبدأ برسم صورة مثالية لطفلها المنتظر والذي سيعوضها عن النقص الذي عاشته، فالعلاقة ام طفل تبدأ من بداية الحمل وتستمر إلى ما بعد الولادة، لكن هذه العلاقة قد تأخذ منحى اخر اذا اكتشفت المرأة ان ابنها ليس الطفل المثالي الذي رسمت له صورة من قبل في هواماتها، فكيف ستكون ردة فعلها هل ستتجاوز الأمر؟ ام ستعيش الواقع كوضع مقلق يؤثر على مستقبل الأمومة والانجاب لديها.

أولا: الأمومة:

1-تعريف الأمومة:

هي علاقة بيولوجية ونفسية بين الأم وطفلها، والسلوك الأمومي شكل من أشكال الرعاية التي تقدمها تلك الأم لطفلها حيث تؤمن الحماية والغذاء لجنينها داخل الرحم ومن ثم الإرضاع بعد الولادة. (**دورون ترجمة شاهين،1997، ص71**)

والأصل في الأمومة بلا شك هو حالة فيزيولوجية خاصة، وليدة مجموعة من الشروط الهرمونية، والفيزيولوجية الغريزية، وعملية سيكولوجية، فالأكيد أن الأمومة مرحلة حاسمة في حياة المرأة المتوفرة على النضج الجسمي والاجتماعي وحتّى الانفعالي، وهي قائمة على استمرار العجلة البشرية من خلال الدورة الإنجابية. (**بالقرمي، 2004 ،ص52**)

فهي إذن كما سبق وأن ذكرنا دافع فطري غريزي لدى الأنواع الحيوانية تمكنه قدراته الجسمية ووظيفة معينة وتعززه جوانب نفسية وصحية واجتماعية متخذا عمليات ومراحل محددة متكاملة ضمن مسار زمني معين.

ويتصرف المدلول النفسي للأمومة إلى ثلاثة أنواع من العلاقة بين الأم وطفلها هي ما تعطيه له من دفء عاطفي ورعاية شخصية وتنمية لحواسه وتعتبر جميعها من ألزم ما يحتاجه الطفل لنمو شخصيته على النحو السليم والصحي وخاصة في مهده والسنوات الأولى من طفولته. ويشمل الدفء العاطفي الحنان بالقول والعمل واحتضان الطفل وتقبيله وإظهار الإعجاب به وتشجيعه وبث الطمأنينة في نفسه، وأن تبذل الأم كلّ ما في وسعها لإشعاره بأنّه محبوب ومقبول ومطلوب منها ومن سواها، وهذا الدفء العاطفي عامل أساسي يتغلغل في كلّ النواحي الأخرى مما يتضمنه معنى الأمومة.

أما الرعاية الشّخصية فإن منها ما ترى الأم بنفسها إن كان طفلها جائعا فتشرف على إطعامه وتغير له ملابسه إذا كانت مبتلة، وتحافظ عليه من البرد وتحول بينه والانزعاج والضيق، ومنها أيضا تهدئة الطفل إذا به ألم طارئ يكدره وتساعده على التكيف مع نظام غذائي يضمن له الطعام في مواعيده وتشجيعه على تجربة الجديد من الطعام وتتعهده بالتدريب دون كلل أو ملل لتكون له عادات غذائية وإخراجية صحيحة. (**القيسي، 2006، ص90**)

وأما التنبيه الحسي، فالكثير من الباحثين لا يجعلونه ضمن ما هو منوط بالأم مثل الدفء العاطفي والرعاية الشّخصية، إلّا أن البحوث التي أجريت على الحرمان الحسي تجعل من أولى واجبات الأم أن تهيئ كلّ الظروف لطفلها كي يمارس حواسه من لمس وسمع وإبصار وتذوق وشم وحكة وتوازن، ومن ذلك أن تغني له وتتحدث إليه وتضاحكه وتتيح له من المواد من مختلف الأشكال والألوان ما يمكنه من اللعب وتلاعبه بنفسها وتساعده على تبيين مختلف الأصوات ومنها الموسيقى والضوضاء، وتعطيه من الأطعمة من مختلف المذاقات والأصناف والروائح كلّما شب ونما، وتساعده على تنسيق حركاته وحفظ توازنه والمشي، وتختار له الألعاب التّي تناسب عمره وقدراته وتشجعه على التكيف مع مختلف المناظر والناس وإن تباينوا والأصوات مهما اختلطت.

والأمومة بمعناها الكامل تمد الطفل ببداية صلبة لعملية الحياة طالما أنّها تشبع فيه حاجاته الأساسية وتضع له لبنات النمو والترقي وتعطيه الإحساس بالأمان وتشعره بأن العالم من حوله هو بيت له، كما تساعده على أن تكون له عن نفسه صورة إيجابية وتعده لأن يعايش الواقع بنفسه. **(المرجع السابق، 2006، ص91)**.

2-غريزة الأمومة:

تميل الفتيات منذ الطفولة المبكرة إلى اتخاد عرائسهن ملجأ لتفريغ ما تجهلن وجوده بتركيبهن النفسي والبيولوجي، حيث تعبر عن حبها لدميتها من خلال احتضانها والاعتناء بها، وتكبر الفتاة وتنمو معها غريزة الامومة وتتجلى برغبتها في انجاب مولود لها. **(دوتش ترجمة جرجي، 2008 ،ص23)**.

يعرف **le petit larousse** في طبعة 1971 غريزة الامومة، انها نزعة بدائية تخلق لدى المرأة العادية رغبة في الامومة والتي بمجرد تحقيق تلك الرغبة تتوجه المرأة نحو ضمان الحماية الجسدية والمعنوية للطفل. **(Poussin. G, 2004, p17)**

إن المرأة تجد الامومة فرصة سانحة للبرهان على الشعور بالخلود مباشرة، فالوظيفة الانثوية في التكاثر ليست مجرد فعل فردي وحيد أو مكرر يحدث على المستوى البيولوجي وإنما أيضا يمثل كنها نفسيا تتلخص فيه تجارب فردية عدة وذكريات ورغبات ومخاوف سبقت التجربة الواقعية بكثير من السنوات. **(دوتش ترجمة جرجي، 2008، ص9)**

ترى دوتش ان المركبات الغريزية للأمومة قد تسامت إلى الروحانيات وهذا ما جعلها تزداد تعقيدا، اما الحدس وهو صفة انثوية بعمق فهو يغدي هذه الغريزة القوية التي تقوم عليها المرأة منذ القدم وكلما ابتعدت المرأة عن هذه الغريزة، كلما زادت خطورة افتقاد طابعها الانثوي المتفرد **(المرجع السابق، ص24)**

كما اكتشف العلماء علاقة بين غريزة الأمومة و التركيب الهرموني للأنثى، بالتحديد مادة البرولاكتين التي تفرزها الغدة النخامية لدى الام إلا أن للتعلم و الاكتساب دورا في نمو هذه الغريزة و تطورها، فحاجة الطفل إلى رعاية الام بعد ولادته ذات أثر كبير علي صلة الأم بصغارها. **(انس، 2008، ص65)**

إلا ان علماء النفس لا يرجعون سلوك الأم (غريزة الامومة) إلى العامل الفيزيولوجي فحسب بل إلى عوامل ثقافية، تعليمية، و إلى التقاليد والعادات الاجتماعية حيث يرون موقف الأم الإنساني و استمرارها في اغداق العطف و الرعاية على أطفالها حتى بعد أن تنتهي مدة الحضانة لا يخضع خضوعا مباشر إلى افراز الغذة النخامية كما هم الحال عند الحيوان، بل انه يتضمن فوق هذا العامل العضوي عوامل نفسية اجتماعية. **(ميموني، 2003، ص176)**

ويشير **Poussin** إلى أن غريزة الامومة عند الحيوانات هي عملية بيولوجية محضة ودقيقة لكن كلما اقتربنا من الجنس البشري كلما كانت اكثر تعقيدا وتغيرا، وذلك لتأثرها بالبنى الاجتماعية والثقافية . **(Poussin. G, 2004, P18)** وهو يشاطر دوتش.

حيث تقول دوتش ان الغريزة الامومية لها اصل بيولوجي وكيميائي وتكمن ما وراء علم النفس اما صيغتها البدائية فإنها متخفية خلف الشخصيات الفردية والتأثيرات المحيطة. ويختلف السلوك الغريزي وفقا للأجناس، كما أن قوته وضعفه ليس دوما مسايرا لدرجة تطور النوع. **(دوتش، 2008، ص29)**

أما Cosnier يقول ان غريزة الامومة، هي غريزة الأنواع قبل كل شيء .

(Poussin. G, 2004, p20)

كما يذكر قنطار ان غريزة الامومة تلعب الدور الاهم والمحرك الأساسي في سلوك الامومة من اعتناء وحب. **(قنطار، 1992، ص63)**

وعليه فإن غريزة الأمومة من أقوى غرائز المرأة السوية التي تظهر منذ طفولتها المبكرة، لا تقتصر على التركيب البيولوجي الأنثوي فحسب بل لها امتداد اجتماعي ثقافي ايضا، حيث تفسر الرغبة الأنثوية العميقة في الأمومة.

3-أنواع الأمومة:

3-1- الأمومة الكاملة : (بيولوجية و نفسية)

وهي الام التي حملت وولدت وارضعت ورعت الطفل حتى كبر، وهي أقوى أنواع الأمومة .

3-2- الامومة البيولوجية:

وهي الأم التي حملت وولدت فقط ثم تركت ابنها لأي سبب من الأسباب وهي امومة قوية وعميقة لدى الأم فقط، فالطفل لا يشهد الأمومة البيولوجية وإنما يشهد الأمومة النفسية.

3-3- الأمومة النفسية:

وهي الأم التي لم تحمل ولم تلد ولكنها تبنت الطفل بعد فراقه عن امه البيولوجية، قدمت له الرعاية البيولوجية والنفسية اللازمة وأحاطته بالحب والحنان. هذه الأمومة يعيها الطفل أكثر مما يعي امه البيولوجية لأنه أدركها واستمتع بها .واذا تحدثنا عن الامومة النفسية كجزء من الأمومة الكاملة فهي تنقسم بدورها إلى قسمين:

3-3-1- الأمومة الراعية:

وتشمل الحب والحنان والعطف والود والرعاية والحماية والمداعبة والتدليل.

3-3-2- الأمومة الناقدة:

وتشمل النقد والتوجيه والتعديل والأمر والنهي والسيطرة والقسوة أحيانا. وفي الاحوال الطبيعية يكون هناك توازن بين القسمين فنرى الأمومة تعطي الرعاية والحب والحنان و في نفس الوقت تنتقد وتوجه وتعاقب أحيانا. **(صولي،2013، ص39-41)**

4- مراحل الأمومة: تنقسم الامومة إلى ثلاثة مراحل:

4-1- مرحلة الاحتواء:

تبدأ بفترة الحمل حتّى المرحلة الأولى بعد الولادة وفيها تشعر الأم بأن الطفل جزء منها ولا تستطيع الإحساس بأنّه كائن مستقل عنها وترفض تماما رؤيته بأي صورة أخرى، وهي فترة طبيعية ان لم تتعدد الفترة المتوقعة لاعتماد الطفل على الأم.

4-2- مرحلة الامتداد:

حيث تعتبر الأم أن الطفل امتداد لها وكأنه ظل لها يتحرك فقط بإرادتها وقد تصبح هذه المرحلة مرضية إذا ما استمرت بعد مرحلة الطفولة الأولى.

4-3- مرحلة الأمومة الناضجة:

تتمثل في مقدرة الأم أن ترى ابنها بصورة منفصلة له احتياجاته وأفكاره ومشاعره الخاصة ووجوده المستقل في الحياة، وليس من أجل إشباع احتياجاتها النفسية ولكن من أجل نفسه وتطوره الخاص. **(عبد الناصر، دس، ص138 -139).**

5-العلاقة أم-طفل:

تبدأ العلاقة أم-طفل منذ الميلاد حيث يبدي الطفل ميولا إلى الاقتراب من الأم، وهو ليس تعلما بل حاجة فطرية لها وظيفة أساسية وهي تدفع الأم إلى الاهتمام بصغيرها وإعطائه الحب و الحنان والحماية وتلبي حاجاته ويتطور هذا السلوك مع نمو الطفل.**(ميموني، 2003، ص176)**

5-1-التفاعل مع الأم:

يقول فرويد : "ان ذلك الذي تمتع بحب امه اثناء طفولته، هو شخص يتاح له كل شيء وكل الابواب تكون مفتوحة أمامه"، وهذه الجملة تختصر لنا رأي فرويد بأهمية تفاعل الطفل مع امه وتأثير هذا التفاعل في شخصية الطفل المستقبلية. فذلك الطفل الذي شعر بحب امه وعطفها دون أن تعترضه مشاكل للحصول على هذا الحب هو انسان سيتعلم الاتصال بالآخرين دون مصاعب كما يكون قادرا على تحقيق ذاته. **(صولي، 2013 ص43)**

إن الطفل خلال اول شهرين يعيش حالة لا تمايز ونرجسية محضة، وفي الفترة الممتدة بين ثلاثة إلى ستة أشهر يتضح للطفل الموضوع العام المبهم والذي هو الام أو بديلها ومن ثم تتكون أول علاقة موضوعية، اما في الشهر الثامن فيتم إدراك الأم أو بديلها ادراكا تاما.

بالإضافة إلى أنّ الطفل الرضيع يشعر بوجوده على المستوى النفسي من خلال الرعاية الأمومية والتي بدورها يشكل الطفل وامه وحدة في المرحلة الأولى التي لا يتمكن فيها من التعبير لفظيا فتكون عاطفة الأمومة هي المعبر اللفظي والأنا المساعدة على التكيف الضروري لحماية وحفظ حياة الطفل، ورفع مستويات نموه و تطورها، ومن خلال هذا الحب الأمومي يتمكن الطفل من تغليب الجوانب الليبيدية على الجوانب التدميرية الموجهة نحو الذات وعزلها خارج حدودها، حيث تعد الأم عنصرا ضروريا في النمو السوي للطفل، فارتباط الطفل بأمه او بالبديلة ارتباطا وثيقا أساس تكوين مهارات الطفل الاجتماعية، ينعكس ذلك في لعبه وتفاعله مع الأطفال الآخرين وفي سلوكاته أيضا. **(المليجي، 1973، ص223)**

وعليه فإن الأم تعد بمثابة المستقبل الأول و الموضوع الأول للحب.

5-2-<u>الدور الأمومي</u>:

المسألة لا تتعلق بوجود الأم بشكل مطلق، بل تتعلق بنوعية الأمومة التي تمارسها الأم مع الطفل حتى يحقق ارتباطا و تعلقا قويا وآمنا بها ومشبعا له.

فما يحتاجه الطفل أساسا هو عملية الأمومة أكثر منها أم بالذات وأن المطلوب هو ما يطلق عليه **وينيكوت** بالأمومة الكافية الجيدة، واصفا بذلك نوعية الأمومة تستجيب لحاجات الطفل البيولوجية والانفعالية بشكل مناسب وحساس. ولهذا نجد **آينسورث** تؤكد على نوعية ارتباط الطفل وتعلقه بأمه، يعتمد بشكل كبير على نوعية الأمومة التي يتلقاها، وتفترض ان أمهات الأطفال ذوي التعلق الآمن يكن مستجيبات منذ الداية المبكرة لحياة الطفل ويتمتعن بحساسية عالية لحاجات الطفل معبرات انفعاليا، ويملن لأن يكن مشجعات لأطفالهن على الاستطلاع، ويستمتعن بارتباط وثيق مع اطفالهن.

وتعتقد **آينسورث** ان الاطفال يتعلمون ما يعتقد من الناس الآخرين من خبراتهم المبكرة مع من قام على رعايتهم مبكرا فحينما يكون من قام على رعاية الطفل في مطلع حياته حساسا ومستجيبا لحاجات الطفل فأن الطفل سوف يشتق الراحة والمتعة والاشباع من تفاعلاته مع الآخرين.

إن ما يحتاجه الطفل في بداية حياته هي حاجات بيولوجية، والأم هي التّي مكنته من ذلك من خلال عملية الرضاعة. وقد أشار **سبيتز**" **Spitz**" لذلك بأن الطفل يحتاج أن يشعر بإشباعات لحاجاته من أمه، كما يحتاج إلى لمس وجهها ويديها ليستقبل من خلالها العالم الخارجي، وبذلك نجد أن للأم دورين مزدوجين دور بيولوجي وآخر وجداني، وينتقل الطفل في علاقة بيولوجية مع أمه إلى علاقة وجدانية، وهي أول علاقة اجتماعية وجدانية (أم، طفل) هذه العلاقة لا تتعلق بوجود أو حضور الأم فقط بل تتعلق بنوعية الأمومة التّي تمنحها الأم لطفلها حتّى تحقق ارتباطا وتعلقا قويا وآمنا فما يحتاجه الطفل هو أم كفاية. **(شلابي، 2017، ص49)**.

حيث يقول **وينيكوث**" **Winnicott 1976**" عن الأمومة الكافية الجيدة أو درجة معقولة من الأمومة واصفا بذلك نوعية من الوالدية تستجيب لحاجات الأطفال الفيزيولوجية والانفعالية بشكل مناسب وحساس وكذلك "**أينسورث** "على نوعية ارتباط الطفل وتعلقه بأمه يعتمد بشكل كبير على نوعية الأمومة التّي يتلقاها.

وقدم **وينيكوث** نظرية حول الاهتمامات الأولية للطفل من طرف أمه وقد أشار إلى قدرة الأم على التماهي بطلفها وتلبية حاجاته ويشير بالدور الأساسي للأم وقد صاغ في هذا الصدد مفهوم "الأم الجيدة بشكل كافي". وبناء على ذلك فقد حدد دور الأم بوظائف هي:

- طريقة حمل الطفل Le holding.
- الحضور Le handling.
- تقديم الأشياء L'objet presenting.

-الانشغال الأمومي الأوليP.M.P : أثناء الحمل تكتسب الأم القدرة على تكريس نفسها كليا لطفلها المقبل ، وهذا ما يسمى ب "الانشغال الأمومي الأولي ". في البداية يكون الجنين ولاحقا الرضيع يعتمد كلية على ما تمنحه الأم، سواء تعلق الأمر برحمها أو بعناياتها الأمومية. إذن هناك حالة من التبعية الكلية.

وهذا يقتضي من المرأة التي لديها مولود حديث أن تكون لديها الرغبة والقدرة على التخلي عن بعض اهتماماتها الشخصية من أجل توجيهها نحو الطفل، أي أن تكرس نفسها له. غير أن هنالك بعض الأمهات وبالرغم من سلوكهن الأمومي الجيد الا أنهن غير قادرات على ذلك حيث لديهن مراكز اهتمام أخرى لا يمكنهن التخلي عنها بسهولة.

ان الأم التي بلغت تلك الحالة من "الانشغال الأمومي" توفر للطفل الشروط التي تسمح له بتكوين ذاته تكوينا سليما، وتمنحه فرصة الاستمتاع بالإحساسات الخاصة بتلك المرحلة المبكرة من حياته. وبالتالي فإن مسار حياته سوف يكون أقل اضطرابا.

إذن فمن أجل العناية الأمومية ينبغي أن تتقمص الأم الرضيع، بمعنى أن تملك القدرة على التعاطف Empathie من أجل معرفة ما يحتاجه، و هذا ما يسمى ب " التقمص الإسقاطي"

ولقد أوضح فرويد **Freud** الدور الهام للاعتناء الأمومي في التنظيم الأولي للأنا حسب مبدأ اللذة . ففي البداية يكون " أنا " الطفل قوي و ضعيف في نفس الوقت ، حيث تسمح العناية الأمومية بتنظيمه و ذلك بالارتكاز على إحساس مستمر و كافي بالتواجد. وحتى يكون هذا الإحساس كافي في البداية يجب أن تكون الأم في تلك الحالة، والتي حسب وينيكوث هي موجودة فعلا منذ المرحلة الأخيرة من الحمل، وأثناء الأسابيع التي تلي ولادة الطفل. فالأم في هذه الحالة ونتيجة للحساسية الكبيرة التي تبلغها تضع نفسها مكان طفلها وتستجيب لحاجاته، التي هي في البداية حاجات جسمية تتحول تدريجيا إلى حاجات للأنا.

إن نقص تكيف الأم مع تلك المرحلة المبكرة من حياة الطفل سوف يؤدي إلى إلغاء لأنا الطفل، حيث أن النقائص لا يشعر بها الطفل كنقائص أمومية، ولكن يعتبرها كتهديد للتواجد الشخصي للأنا. **(لوشاحي، 2010، ص105-106)**

5-3-<u>الأم وظيفة المرآة</u>:

عندما يرضع الطفل يرى نفسه في وجه أمه كانعكاس، وبتكرار هذه التجربة تأخذ معنى أكثر فأكثر، وتدريجيا تمر من بعد رمزي إلى إحساس بالواقع ويتعلق الأمر هنا ب " وظيفة الدعم " التي يؤمنها " أنا " الأم " لأنا " الطفل ويسمي وينيكوث هذه العلاقة بين الأم والرضيع ب " العلاقة بالأنا ".

أي العلاقة التي يقيمها الأنا مع نفسه ، وهذا يوافق مرحلة التقمص الأولي. فبالنظر إلى وجه أمه بإمكان الطفل رؤية وجهه الخاص، وفي هذا الصدد يقول **قرين Green** أنه انطلاقا من هذه التجربة الإدراكية ينتقل الطفل من الإسقاط إلى الإدراك. وتكون بذلك بداية لسيرورة انفصال " الأنا و " اللاأنا " ، في حوالي الشهر الثالث أو الرابع (بداية التمييز والإدراك). وهذه السيرورة تنتظم حسب إيقاع متغير تبعا لمحيط الطفل، والذي يصل تدريجيا إلى تكوين فكرة عن شخصية الأم.

لكن في بعض الحالات قد لا تعكس الأم سوى حالتها النفسية الخاصة، أو صلابة دفاعاتها، وقد لا تستجيب بتاتا.

مما يجعل الطفل لا يتلقى في المقابل ما هو بصدد إعطاءه، فهو ليس لديه أي انعكاس عن ذاته، وبالتالي يصبح من غير الممكن التبادل مع العالم الخارجي، وتضعف القدرة الإبداعية الخاصة للطفل. **(المرجع السابق، ص106-107)**

5-4-حمل الطفل Le holding:

ويعني به الطريقة التي يحتوى بها الطفل ويحمل جسديا ونفسيا. والحمل الجسدي للطفل يتطلّب انسجام بين الحامل والمحمول. فحمل الطفل بين ذراعي الأم يخلق نوعا من التواصل الجسدي بين الطفل وحامله، الذي جعله يشعر باستمرارية تواجده مما يجعله يتذكر حياته داخل رحم أمه ويهدئه، ينشط الأحاسيس الدهليزية (المتعلقة بالمثيرات السمعية)، ملامسة الظهر، الرجوع إلى الوضعية الجنينية... كما يمكن أن تكون مصحوبة ببعض التنشيطات الجديدة الايقاعية، كلام الأم، الملامسات اللطيفة، والتواصل البصري والتي تقوّي الإحساس بالاحتواء. عندما يكون احتواء الطفل وحمله ذو جودة يجعل الطفل يثق في محيطه، في من يحتويه وعلى من يمكنه أن يعتمد ويكسبه الثقة في نفسه أيضا.

إن الاحتواء يلعب دورا أساسيا في حماية الطفل من كل المواقف التي غالبا ما تكون مقلقة بالنسبة له والتي تعرّض لها منذ ولادته. اذا كان الحمل والاحتواء مضمون بطريقة كافية ومستمرة فإن إحساس الطفل بالأمان يستمر مما يساهم في النمو السليم له.

بالنسبة ل**هارلو Harlow**، فإن الاحتواء يتضمن كل العوامل اللازمة للتعلق: التواصل، الدفئ، الرضاعة، والحركة . أما وينيكوت فيؤكد على مساهمة الاحتواء الجيد في اندماج الأنا والتفرد.

إذن فطريقة حمل الطفل لها خصائص:

- فهي تحمي الطفل من المخاطر الفيزيولوجية.
- تأخذ بعين الاعتبار حساسية جلد الطفل (اللمس والحرارة) الحساسية السمعية البصرية، حساسية السقوط (بفعل الجاذبية)، وأيضا كون الطفل يجهل وجود أي شيء آخر ما عدا نفسه .
- تضمن رتابة الاعتناءات اليومية والتّي لتختلف حسب الطفل وهي جزء منه.
- تتكيف يوما بعد يوم مع التغيرات الناجمة عن النمو الجسدي والنفسي.

إن طريقة حمل الطفل هي شكل من أشكال الحب فالأم تعبر عن حبها لطفلها عن طريق حمل. **(Fiona. V, 2015, p29)**

5-5-الحضور Le handling:

وهو كل يتعلق بالعناية الجسدية المقدمة للطفل والتي تتطلب تعبئة وإثارة الجسم وخاصة سطح الجلد التغيير، الحمام، التدليك... الخ فهو يعتبر كمنطقة ادراك بالنسبة للطفل مما يؤمن له الإحساس بالحماية من الخارج.

حسب اطلاعه على أعمال هارلو، يشير **Anzieu** الى أنّ أكثر ما يجعل الطفل مرتاحا ومطمئنا تواصله الجسدي مع الأم، لحظات الرضاعة، الدفء الذي يشعر به من خلال التواصل الجسدي، هز الطفل من خلال حركات الربت التي تقوم بها أمه أثناء حملها له...إلخ مما يؤكد لنا أهمية التواصل الجسدي بشرة لبشرة بين الطفل و محيطه. **(Fiona. V, 2015, p30-31)**

5-6-تقديم الأشياء L'objet presenting:

وهي قدرة الأم على تقديم الأشياء للطفل في الوقت الملائم، وذلك مع ما يتناسب و مرحلة نموه و اهتماماته الحالية. **(Fiona. V, 2015, p30)**

تتعلق هذه الوظيفة بتشجيع الطفل على تكوين صورة إيجابية عن قدرته في التحكم في العالم المحيط به. وفشل هذه الوظيفة قد يؤدي إلى بناء "أنا مزيفة" التّي تتمثل في الخوف من البروز والانصياع التام للمحيط. **(شلابي، 2017، ص51)**

ثانيا: الحمل والانجاب:

I - الجانب البيولوجي:

1-المفهوم الطبي للحمل (البيولوجي):

"ظاهرة فيزيولوجية طبيعية ناتجة عن تلقيح البويضة، وتمتد حتى يوم الوضع، تتراوح مدته من 226 يوم إلى09 أشهر مع بعض التغيرات البسيطة، إما بالزيادة أو النقصان من امرأة إلى أخرى". (**يوسف، 1971، ص82)**

2-مراحل تطور الجنين:

2-1-الشهر الأول:

- يكون الجنين صغيرا جدا بحجم حبة أرز.
- بعد أسبوعين تبدأ النواة العصبية بالتكون وكذلك القلب والجهاز الهضمي وأجهزة الحس.
- تبدأ الأيدي و الأرجل بالتشكل.

2-2-الشهر الثاني:

- يكون الجنين أكثر شبها بالإنسان.
- طوله حوالي 5.3 سم من الرأس إلى المؤخرة ويشكل الرأس ثلث الطول.
- يزن حوالي 1 غم.
- له قلب ينبض .
- له أطراف مع بداية ظهور الأصابع .
- تبدأ العظام تحل محل الغضاريف.

2-3-الشهر الثالث:

- يصبح طول الجنين 5سم-5.2سم .
- وزن الجنين حوالي 15 غم.
- تنمو أعضاء جسمه أكثر كالجهاز البولي والكبد وجهاز الدورة الدموية.

- الأجهزة التناسلية تبدأ بالنمو ولكن يصعب تحديد جنس الجنين في هذه الفترة من الشكل الخارجي.

2-4-الشهر الرابع:

- يصبح طول الجنين 11 سم.
- يتغذى من المشيمة.
- تنمو لديه انعكاسات كالمص والبلع.
- تظهر الأصابع بوضوح و نتوءات الاسنان والرأس يظهر واضح الشكل.
- يمكن للجنين العيش خارج الرحم بالرغم من كونه على هيئة إنسان كامل.

2-5-الشهر الخامس:

- تزداد حدة نشاط الجنين ويتضح ذلك من خلال الركل والحركة.
- يظهر شعر الرأس والحواجب والرموش ويكون لونها أبيض.
- يحيط بالجنين طلاء دهني واقي.

2-6-الشهر السادس:

- يصبح طول الجنين حوالي32 سم ووزنه حوالي 251 غرام .
- يكون جلده رقيقا و لامعا.
- تكون بصمات أصابعه واضحة وتبدأ الجفون بالانفصال.
- بعناية مركزة وفائقة يمكن أن يعيش الطفل إذا ولد في نهاية هذا الشهر.

2-7-الشهر السابع:

- يتكون الشحم على الجنين .
- من الممكن أن يمص الجنين إصبعه وأن يبكي.
- يحس الجنين بالطعم (حلو أو مر).
- يشعر بالآلام والضوء والصوت.
- إذا ولد الجنين في هذه الفترة فيمكن له أن يعيش ويكون وزنه حوالي1 كيلو و351 غم.

2-8-الشهر الثامن:

- يتقدم نمو دماغ الجنين وعقله بشكل كبير.
- يستطيع أن يرى وأن يسمع.
- تكتمل في هذه الفترة نمو كافة أجهزة جسمه باستثناء رئتيه حيث تستمر في النمو إلى نهاية الحمل.
- إذا ولد الجنين في هذه الفترة فيمكن له أن يعيش ويكون وزنه حوالي 5.2 كغ.

2-9-الشهر التاسع:

- اكتمال نمو الرئتين.
- يصبح رأس الجنين في حوض الحامل.
- يكون معدل طوله 51 سم ووزنه حوالي 3 كغم.
- يمكن أن تتم الوالدة في أي وقت من هذا الشهر. **(تكوك، 2014، 43-55)**

3-انعكاسات الحمل على المرأة الحامل:

3-1-الانعكاسات الفيزيولوجية:

3-3-1- **التغيرات الجسدية:** تضخم الثدي و تغير لون الحالة إلى اللون البني القاتم كبر حجم الرحم على مر الأيام و طول عنقها ازدياد حجم البطن و ظهور خيوط بيضاء عالية من تمدد البطن.

ظهور عروق دم على الأرجل، و تورم، و انتفاخ قدميها، كما يمكن أن تصاب الأم الحامل بالبواسير (les hémorroïdes) والدوالي (Les varices)على أرجلها. في الشهر الأخير يلاحظ على الحامل صعوبة المشي والجلوس إضافة إلى ألام الظهر وغيرها من التغيرات الجسمية.

3-3-2- **التغيرات التنفسية:** تزداد سرعة التنفس بـ 30 %عن العادي خصوصا في الأشهر الأول ثم تعود لحالتها أثناء الأشهر الأخيرة من الحمل، فالحوامل لديهن ميل إلى فرط التهوين وعسر التنفس خاصة بفعل ضيق الفجوة الصدرية نظرا للنمو الكبير للرحم.

3-3-3- **التغيرات القلبية الوعائية:** ازدياد الحجم الدموي بحوالي 30 % أو 5.1 لتر مع زيادة السعة وتخثر الدم بسبب انخفاض الضغط الوريدي (La pression veineuse) كما أن هناك ميل لظهور الدوالي بسبب التمدد الوريدي خاصة في السيقان و زيادة الحجم الدقاتي للقلب.

3-3-4- **تغير الكلية و الجهاز البولي:** زيادة المعدل الدموي الكلي عندما تكون قدرة امتصاص السكر فائقة و تعيق امتصاص جزيئات الكلوكوز فإنه سوف تظهر بنية سكرية أي وجود السكر في بدل الحامل، تشير إلى اتساع المجاري البولية تحت تأثير هرمون البروجسترون وتحفز على ارتفاع العدوى البولية، وإن الضغط الآلي للمثانة من طرف الرحم يؤدي إلى انخفاض قدرة المثانة على التحمل و بالتالي تكثر المرأة من البول لكن بكميات قليلة.

3-3-5- **التغيرات المعدية المعوية:** إن المعدة و الأمعاء أيضا يتأثران بارتخاء الأعضاء الجوفية تحت تأثير الحمل بالتالي مدخل المعدة لا ينغلق جيدا مما يتسبب في حرقة و قرحة المعدة، ثم أن التقلصات المعوية تؤدي إلى الإمساك ، كما أن هناك ازدياد كميات اللعاب المفرزة و يكون هناك ميل نحو تسوس الأسنان بسبب الحركة المفرطة للكالسيوم والفليور.

3-3-6- **التغيرات الهرمونية** : نذكر بالأخص ثلاث هرمونات أساسية:

- L'œstrogène: هرمون مكون من عضوية الحامل و مع تقدم الحمل يظهر أكثر في الغدة الكظرية /أو فوق كلوية (Glande surrénale) و تتمثل أهم تأثيرات هذا الهرمون في الحفاظ على الماء في عضوية الحامل و تهيئة الغدة الثدية لإنتاج الحليب .
- La progestérone: في بداية الحمل تكون ناتجة عن الأجسام الصفراء، بهدف الحفاظ على الحمل ابتداء من الأسبوع العاشر فالكمية الناتجة منه من طرف المشيمة كافية للحفاظ على هذا التوازن أما تأثيراته الرئيسية فهي العمل على راحة عضلات الرحم إرخاء النسيج الضام، ثم توسع الأعضاء الجوفية أو الداخلي .
- La prolactine: يكون المشكل من طرف الغدة النخاعية بنسب عالية حتى الولادة ووظيفته الأساسية هي تحفيز أنسجة غدة الثدي و تهيئتها لتشكيل الحليب. **(ايلول، 2013، ص25-28)**

على العموم فإن التغيرات الفيزيولوجية المذكورة اعلاه هي ابرز التغيرات التي تظهر على جسم المرأة أثناء فترة الحمل.

3-2- <u>الانعكاسات النفسية</u>:

"إن الحمل يجعل المرأة تعاني من مشاكل و صراعات داخلية نفسية، وجدانية و التي من الصعب عليها تجاوزها، و تظهر لديها مشاعر متناقضة كذلك الشعور بالذنب و الموجة العدائية".

وفي هذه المرحلة تحول المرأة كل طاقتها نحو الداخل وتكون عالما خاصا متمركز حول الذات والذي تعبر عنه عن طريق رغبتها في بعض أنواع الطعام وبعض السلوكات الشاذة، وغير المألوفة في طبعها وذلك يدخل ضمن ما يسمى"الوحم" أو "فترة الرغبات".

كما أن الضغوطات الشديدة والشحنة العاطفية قد تؤدي إلى الإجهاض أحيانا وهنا نتطرق إلى المعاش النفسي للحمل على المستوى الاستيهامي، فمثلا قد يلعب المجتمع دورا في تنمية أو توجيه رغبات الأم و استيهاماتها، مثل ما هو الحال في المجتمع العربي الذي يفضل المولود الذكر على المولود الأنثى، لاعتبارات عدة كحمل اسم العائلة والحفاظ على سلالة الآباء والأجداد، و كونه عونا للعائلة ورمز للسلطة مستقبلا.

كما تظهر عند بعض الحوامل أمراض سيكوسوماتية و أحيانا أمراض عقلية أو انهيار أو فصام و قد يرجع ذلك إلى اندماج العلاقة"أم-جنين " فتعتقد الأم بأنها و طفلها شخص واحد، كما أن القلق الناجم عن الخوف من الفقدان قد يؤدي إلى الانهيار.

وكثيرا ما يلتقي المتناقضان "الرغبة في الحمل والخوف منه معا"، فيعملان كمحطم لتوازنات المرأة الحامل، ويخلق لها مشاكل علائقية أو اجتماعية كعلاقتها مع زوجها مثلا وقد ينعكس هذا المشكل على عضو معين فيسبب لها عرضا من أعراض الأمراض السيكوسوماتية.

وبالتالي ، فإن محيط المرأة الحامل بشتى تفاعلاته، ونظرة من حولها كزوجة وأم مستقبلية وامرأة يؤثر كله على نفسيتها وفيزيولوجيتها بالسلب أو الإيجاب بل وقد يصقل تصورها لذاتها وللحمل والأمومة والحياة الزوجية. **(يوسف، 1971، ص112)**.

وتجدر الإشارة أيضا إلى أن المراحل الحساسة من حياة المرأة تسيطر عليها آليتان بشكل مكثف وهما النكوص والانطواء وباعتبار الحمل أو فترة دوامه مرحلة جد حساسة في حياة كل امرأة فإن هتان الآليتان تفرضان سيطرتهما بشكل واضح.

- **النكوص:** و يمكن تعريفه كآلية دفاعية ضرورية أمام الصعوبات الجسمية حيث تجد المرأة الحامل نكوصها كمخرج وحيد من حالة القلق والتوتر وهي بذلك تبحث عن مكان في الداخل تشعر فيه بالأمان والحماية وعليه فإنها تصبح بنكوصها تابعة إما لأمها أو لطبيبها.
- **الانطواء:** تصبح المرأة الحامل غير مبالية بالأعمال التي كانت تستغلها قبل الحمل فتصبح عديمة الأهمية بالنسبة لها فيصبح الجنين مركز اهتماماتها وانشغالاتها، والمسيطر على كيانها الداخلي. **(تكوك، 2014، ص59)**

تجدر الإشارة هنا وعلى ضوء تعريف النكوص وتعريف الانطواء، على أنهما مرتبطان في الظهور إذ قد نعتبر أن الانطواء هو مصدر النكوص وممتدا له، و هذا دليل على أن الأزمات الجسمية التي تعانيها المرأة الحامل قد تجد ملاذ أو حلول نفسية محضة ، ما يعود بنا إلى التأكد على أهمية الجانب النفسي للمرأة.

4-العوامل المؤثرة على سلامة الجنين:

يتأثر نمو الجنين بعدة عوامل أهمها ما يلي:

4-1- الحالة الانفعالية للأم:

تلعب الحالة الانفعالية عند الأم دورا هاما في نمو الجنين، فقد اكتشفت اليامور ولسمان (willessmen Elyamore)أن الضغوط الانفعالية تؤدي إلى تزايد إفراز الغدد الصماء خاصة الأدرينالين، بالتالي تظهر لدى الجنين ما يظهر لدى أمه من تغير في سرعة ضربات القلب، التنفس، ضغط الدم، و من جهة أخرى فإن الحالة الانفعالية للأم تؤثر على عملية الولادة، فتجعلها أكثر صعوبة، ما يعرض الطفل أحيانا إلى الاختناق نظرا لنقص الأكسجين. **(الريماوي، 2003، ص35)**

4-2- غذاء الأم:

كما نعلم فإن الجنين يتلقى غذاؤه من دم الأم وعليه، فإن غذاء الأم يلعب دورا هاما في سلامة صحة الجنين، فقد وجد أن الأمهات اللواتي يعانين من سوء التغذية يلدن ولادات مبكرة، ويكون أطفالهن أقل وزنا، وأكثر عرضة للأنيميا، كما أن توفر كمية كافية من البروتين ضرورية لنمو الجهاز العصبي للجنين

وإن الجرعات الزائدة من الفيتامينات تسبب مشاكل لنمو الجنين، وهذا ما أثبتته الدراسات العيادية مثل زيادة كمية من الفيتامين D تسبب في رسوب الكالسيوم في العظام. **(ايلول، 2012، ص33)**

4-3-اضطراب الحمل:

تشير الدراسات التي اعتمدت على سجلات المستشفيات، بحثا عن البيانات المتعلقة باضطرابات عقلية ونفسية خلال طفولتهم، إلا أن الأطفال الذين عانت أمهاتهم من اضطرابات فيزيولوجية أثناء الحمل، مثل النزيف، التسمم الدم، اضطرابات الدورة الدموية، وكذلك وظائف الكلى تكون نسبة التخلف العقلي لديهم أعلى مما هي عليه لدى الأطفال الذين تتعرض أمهاتهم لمثل هذه الاضطرابات أثناء المراحل الأخيرة من الحمل. **(المرجع السابق، ص33)**

4-4-تناول الأم للعقاقير و الأدوية:

لقد أشارت الدراسات إلى أن تناول الأم للمخدرات أثناء الحمل قد يؤدي إلى تشوهات خلقية أو شلل لدى الجنين، كما قد تؤدي إلى عدم توازن الفيتامينات، و قد وجد أن تأثير عقار التاليدوميد (Thalidomide) وهي أحد العقاقير المهدئة الذي شاع استعماله مؤخرا بين الحوامل، وماله من أضرار على صحة الجنين، كتشويه الأذرع، وعدم نموها، و غيرها أو ظهور إصبع زائد وغيرها، وإن العقاقير والأدوية لها تأثيرات مشابهة على نمو الجنين، وما تخلفه من آثار ضارة بها. بصفة عامة، يمكن أن نلخص تأثيرات الأدوية و العقاقير على الجنين فيما يلي : شلل الجنين، تضخم الغدة الدرقية، انخفاض الوزن عند الميلاد، نقص السكر في الدم، انخفاض معدل ضربات القلب، وكذا موت الجنين إلى غيرها من الأثار والتشوهات والعراقيل. **(رقبان، 2004، ص65)**

4-5-الأمراض المعدية:

إذا أصيبت الأم الحامل خلال الثلاثة الأشهر الأولى، على وجه الخصوص، بأحد الأمراض المعدية ، كالزهري، السيلان أو الحصبة الألمانية فإن ذلك يلحق أضرار بالغة بنمو الطفل، كون أن هذه الأشهر الأولى تعتبر فترة حرجة في نمو الطفل، فالنمو في هذه الفترة يكون سريعا كما أنه أساس للنمو

اللاحق و إصابة الطفل في هذه الفترة بمرض معدي يؤدي إلى اضطراب أو خلل في النواحي العقلية والجسدية .

4-6-تعرض الحامل للأشعة:

عندما تتعرض الحامل للأشعة فإن الإصابة تختلف حسب عمر الجنين، فالنطفة قبل تمايزها هي عرضة بشدة لتأثير المميت للأشعة، أم التمايز فتظهر المضغة المعرضة للإشعاع تأثر في النمو، و لا يحدث التشوه إلاّ عند بدء المظاهر الأولى، التمييز، وجب عبور المضغة إلى المرحلة الجنينية، فإن التشوهات تصبح أقل وضوحا، وتتحلى بدرجات مختلفة، وقد ثبت أن الجنين يكون عرضة للأذى في مراحل متقدمة من الحمل، خاصة على مستوى الجهاز العصبي المركزي، ويكون التأثير الشديد مثلا في الجمجمة كضمور الدماغ، كما أن الجنين يكون أشد عرضة لبياض الدم ومن الجدير أن الإشعاعات أشد تأثيرا.

4-7-عمر الأم:

قبل سنة 21 من العمر فإن الجهاز التناسلي الأنثوي غير مكتملا، و لا تصل الهرمونات اللازمة للعمل إلى أقصاها ثم إن الأنثى قبل أن تكون مسؤولة عن بناء جسم الوليدة فإنها أولا بحاجة إلى تكوين البنية الأساسية اللازمة لأجهزتها العضوية المختلفة، وفي حاجة ماسة لمواد غذائية بناءة من بروتينات وفيتامينات، ولذلك فالحمل في هذا السن قد يتسبب في الإجهاض، ولادات ناقصة الوزن مع ارتفاع معدل الوفيات، أما بعد 35 سنة فإن النشاط الهرموني يتناقص بالتدرج، فبالتالي تعرض الجنين إلى اضطرابات عديدة كالتخلف العقلي، تشوهات خلقية، كالشقة الأرنبية، أمراض السمع، وتشوهات الجهاز المركزي. **(ايلول، 2012، ص33)**

ومن خلال ما سبق نستخلص أن نمو الجنين يتأثر بمدى صحة أو مرض الأم، فالحالة النفسية للأم لها دور أساسي سواء بالإيجاب أو السلب على حياة الجنين، ثم سلامة الجنين يتطلب غذاء صحيا متوازيا بدون إفراط أو تقليل لأن هذا يسبب في الإضطرابات لنمو الجنين . ويتوقف ذلك على نوعية والكمية وهناك اضطرابات الحمل، تناول العقاقير والأدوية وكذا الإصابة بالأمراض المعدية وتأثير الأشعة ما لم تستخدم بجذر، ثم دور العمر الذي لا يجب أن يقل عن 21 سنة ولا يزيد عن 35 سنة، و هناك

عوامل أخرى لم نتطرق إليها كالتسمم الحملي، التدخين، الأمراض المزمنة و كذلك الوراثة تلعب دورا في التأثير على نمو الجنين.

5-الولادة:

5-1- مفهوم الولادة:

الولادة او المخاض تعني قذف محصول الحمل (الجنين و المشيمة و الغشاء مع السائل الآمينوسي) من الرحم إلى خارج الجسم. **(غفاري، 2013، ص39)**

5-2- عملية الولادة: تمر عملية الولادة بثلاثة مراحل:

5-2-1- المرحلة الأولى: تعرف تقلصات الولادة بأنها شد عضلات الرحم، بحيث تدفع الجنين إلى الخارج و تبدأ تقلصات الولادة من أعلى الرحم و يمتد إلى أسفل لفتح عنق الرحم، و تدفع الجنين إلى الخارج، و عند بدئ عملية الولادة تحدث تقلصات بانتظام 20 -30 دقيقة ثم 10 دقائق ثم 5 ثم 2 ثم دقيقة واحدة و تستمر لمدة 20 ثانية، يكون الوقت قد حان و تبدأ الآلام و تتكرر بسرعة تشتد و تستمر و يمكن أن يحدث نزيف .

5-2-2- المرحلة الثانية: تبدأ الأم في الانثناء إلى الأمام بشكل إرادي ، كرد فعل لضغط الجنين مع ازدياد الإفرازات وقد يحدث النزيف، كذلك و خروج الماء أو الكيس الأمينيوسي، مع تدفق السوائل بكثرة و يترقب ظهور الرأس و خروجه، و تتم الولادة بخروج الجنين من الحياة الرحمية إلى العالم الخارجي مع خروج السائل الأمينيوسي والأغشية المحيطة به عبر ممر ضيق يبدأ بعنق الرحم و ينتهي بفتحة المهبل، وتصل الولادة في تمام مدة الحمل ما بين 270 و 280 يوما نتيجة لتسلسل حوادث حيث يقذف الرحم محصول الحمل إلى الخارج الجسم.

وأول ما يظهر في المولود هو رأسه و شعره و بعدها جسمه، وهذه هي الوضعية الصحيحة للولادة والعادية وغير هذه الوضعية تكون الولادة صعبة وعسيرة و كذلك مع ظهور الرأس يلاحظ عدم إلتفاف الحبل السري على العنق الجنين ويقطع الحبل السري بين الرباطين ويجب التأكد من انتهاء في الحبل السري قبل القطع.

المرحلة الثالثة: قبل قطع الحبل السري لابد من تدليك البطن بخفة إلى أن تخرج كل ما بقي من السوائل وبعد ذلك يتقلص الرحم ويرجع لمكانه الطبيعي ولابد من وضع الوليد على ثدي أمه فورا وذلك بعد الكشف عن أية إعاقة والتدفئة وتشفط السوائل وبعد الولادة تحدث تغيرات فيزيولوجية مثل انخفاض درجة حرارة الجسم والإسهال حتى يستطيع الطفل التكيف مع العالم الخارجي دون أي مشاكل حيث أن المولود الجديد يستجيب للحرارة والجوع والعطش عن طريق أفعال منعكسة بسيطة. **(ايلول، 2012 ، ص 41-42)**

II -الجانب النفسي:

1-المفهوم النفسي للحمل:

"الحمل ليس فقط تطور بيولوجي، لكن هو وضعية نفسية، انفعالية، تدوم تسعة أشهر، حيث يكون هناك انبعاث لحياة جديدة وسريعة ، كما أن التطورات العضوية التي تصاحب الحمل لها انعكاسات نفسية على الحامل، والعكس صحيح، حيث أن الحالة النفسية للحامل، تؤثر على سير الحمل و تطوراته الجسمية". **(المرجع السابق، ص82)**

- يعرفه " **Larousse**" في قاموسه النفسي على انه محلة هامة من الدراما الأنثوية بذلك هو مصدر للفرح والقلق .
- حسب « **توريار سيالمي** » : " الحمل هو حالة المرأة التي تنتظر طفال ابتداء من يوم 1اللقاح إلى يوم الولادة". **(محمد قوني، 1999، ص50)**
- أما في نظر «**فريدريك شاريت**» فإنه : " مؤشر الحياة العادية و رمز الأنوثة".
- كما يضيف «**جيرمير**» : "إن الحمل عملية تغيير، و تحول جذري في حياة المرأة، بحيث يخضع جسدها إلى تغيرات عميقة، تحس في نفسها وجود كائن حي جديد ، مما يؤدي غالبا إلى حالات نفسية متميزة ، بخمول و عدوانية و قلق". **(يوسف، 1971، ص65)**
- و يعتبر "حامد عبد السلام زهران" ان الحمل مرحلة خاصة لأنها مرحلة التأسيس، إنها مرحلة وضع الأساس الحيوي للنمو النفسي و التغيرات التي تحدث فيها في مدة بضعة أشهر تكون حاسمة ومؤثرة في حياة الفرد كلها". **(زهران، 2005، ص30)**

2- الرغبة في الطفل:

تحدث فرويد عن الرغبة في الطفل لدى الفتاة والتي تعوض الرغبة في القضيب، غير أن **(ميلاني كلاين 1975 وهلين دوتش 1945-1987)** اشارتا إلى أن الرغبة في الطفل ليست تعويضا عن غياب القضيب وإنما هي رغبة انثوية في حد ذاتها وهي وسيلة للتحكم في القلق وانقاص الاحساس بالذنب الناتج عن هوامات الهجوم على داخل بطن الام، كما أن الطفل يعطيها الاحساس ان جسمها سليم والأطفال الموجودين فيه سالمين .

أما **(بيلودوفسكي1987)** فهي تعتبر ان مصطلح الرغبة في الطفل غامض له محتويين، الأول واعي ومنطقي ويعني رغبة المرأة في أن تكون اما يكمن في تخليد الذات، اما المحتوى الثاني فهو غامض، فأحيانا لا تترافق الرغبة في الطفل مع الرغبة في الحمل والتي تعكس لدى المرأة قدرتها على الانجاب والتحقق من إمكانية خصوبتها، خاصة إذا كانت تستعمل موانع الحمل لفترة طويلة .ويظهر حسب الباحثين شقين بالنسبة الرغبة في الطفل:

- الشق الأول: هي نرجسية تتعلق بالتماهي.
- الشق الثاني: حسب بيلودوفسكي فهو من قبيل الجنسية المثلية، فالرغبة في الطفل هي الاعتراف بالأم داخل الذات، فالحمل هو تعبير عن امتداد للأم والتفريق عنها في نفس الوقت.

حيث تتلقى الإرث الأمومي مبكرا كي تسجل في صنف النساء اللواتي عليهن الاستمرار وتحمل مسؤولية حفظ النوع وفي الوقت المناسب عليها ان ترجع لأمها ودين الحياة الذي يجسد في الطفل الذي ستلده ويخلد اثره على جسمها ويبعدها نهائيا عن الطفولة .

فيتحدث عن فرق بين الرغبة في الطفل والرغبة في الحمل، حيث تعبر بعض النساء عن رغبتهن في الحمل للإحساس بالكمال وإثبات الذات واخريات لإثبات قدرتهن على الحمل والولادة، ولكن ليس لديهن الاستعداد لإعطاء العناية الرضيع ومكانته كفرد مما قد يكون له تأثير سلبي، لكن في الغالب يحدث لدى الكثير من الأمهات التفوق على الصراعات ونضج في مفهوم الذات والمرور إلى الوالدية، فالولادة هي حل للازمة وهي حسب **(ستيرن Stern 1977)** تجربة وجودية فريدة للمرأة ان تكون اما سواء في جسدها أو في سيكولوجيتها.

اما **هلين دوتش**، فهي تشير ان المرأة تعتبر الطفل جزءا منها وكموضوع خارجي، والذي تكرر تجاهه كل العلاقات الموضوعية الايجابية والسلبية التي كانت لها مع امها فالحمل ليس سيرورة بيولوجية فحسب بل هو مرحلة من مراحل النمو النفسي العاطفي للمرأة .

اما حسب **دولاسوس Delassus j. M** فالأمومة ليست شعورا يصطحب الحمل الولادة وتربية الطفل ولكن تسلسل خاص للحب الذي يشترط ويحدد إمكانياتها فكل ام تولد من الطفل ومن الطفولة الماضية وكل طفل يولد من ام ناشئة ففي كل مرحلة للطفولة أو للأمومة يضيء كل واحد منهما الآخر ويشرح ويبرر له فالتمييز بينهما صعب وبدلا من الكلام عن الرغبة أو رفض الطفل فمن الأفضل الكلام والتفكير في الصراع التناقضي (غير موجود، مرن، قوي، غير قابل للحل....) والتطور هو مخرج هذا الصراع، حيث تأخذ المرأة بحملها مكانا في سلسلة الاجيال بعد الأب والأم وقبل الابن أو البنت، هذا يستلزم تقبلها بطريقة ما الطابع النهائي لزمن الحياة الذي خصص لها وان تخضع لقانون الحياة، فعندما تصبح ام تؤكد على انتقالها إلى النضج وتعلن بذلك في نفس الوقت عن إمكانية زوالها. **(منصوري، 2002 ،ص40).**

3- مكانة الجسد الانثوي الخصب:

لقد أدرك المجتمع الإنساني بكل اطيافه ان الأنثى بالطبيعة هي اصل الحياة بسبب قدرتها على ولادة حياة جديدة، حتى اعتبرت في بعض المجتمعات اكثر قدرة من الذكر واعلى قيمة، وسادت الفكرة ان الآلهة أنثى (6500 قبل الميلاد) لأنها المصدر الخصب، الخضرة، الولادة، الوفرة والخير وكل شيء مفيد، وبذلك كانت الام هي العصب والأصل وهي التي ينسب لها أطفالها في المجتمع الأموسي والخصوبة تجمع عنفوان الطبيعة وقابلية المرأة في حد ذاتها لتقليد الطبيعة أو منافستها في مجال الخصوبة، فشبهت المرأة بالأرض وقدرتها على العطاء اللامتناهي.

لذلك اعتبرت الأرض الأم الأولى والمرأة الخصبة التي لا مثيل لخصوبتها، فكما كانت الطبيعة تظهر ما في جوفها وتخصب الكون، كذلك المرأة كانت تظهر ما في جوفها من خلال عملية الإنجاب. واستثمرت دورها الإنجابي لضمان مكانة لها في المجتمع، مكانة الزوجة ومكانة الأم، فمباشرة بعد الزواج بشهور تنتظر ان تصبح أما لكي تكسب الشهرة والانتصار فبهذه الوظيفة البيولوجية تصبح للمرأة داخل العائلة مكانتها الخاصة كما تصبح لا تخاف من الطلاق لان الانجاب يزيد من قيمتها وقيمة العائلة ويجعلها ذات دور فعال بين النساء. **(سبتي، 2008 ،ص40)**

4- فترة الحمل:

تعاش فترة الحمل كمرحلة تنشيط شديدة للنرجسية في علاقة مع الصورة المرآتية من جهة، ومن جهة أخرى فهناك المعاش الخاص بالشعور بالنقص وبالخصاء الرمزي. والإقتصاد الليبيدي يعاد ترتيبه ويكون هناك سحب شديد من الاستثمار للموضوع ويكون هناك احتواء لليبيدو وذلك على مستوى أنا الذات وبالأخص على الأنا الخيالي". حيث ان الليبيدو المعاد تنشيطه سيحفز النرجسية عند الأم، ويكمل الشعور بالنقص ويلغي بقوة سحرية قلق الخصاء، ويعطي للمرأة الإحساس بالقدرة الخارقة. يمكن للمرأة أن تعيش و تشعر بفكرة أنها الوحيدة القادرة على إنجاب طفل وهذا الطفل عليه أن يرضي متطلبات الأنا المثالي.

إن الإستثمارات الجديدة للأم المستقبلية تتموضع في اتجاهين: من جهة على الجسد الذي يصبح موضوع اهتمام خاص من خلال شكله وما يحصل معه من تغيرات، ومن جهة أخرى الطفل الذي تحمله.

4-1-الثلاثي الأول من الحمل:

قد لا تتمكن الأم في الأشهر الأولى من تخيل الصورة الجسدية للطفل وذلك لعدم إرصان فكرة التمييز بين جسدها وجسد طفلها، وهذا الأخير هو يسكن جسدها وبالتالي فهو يشكل جزء منها ولا يعتبر موضوعا خارجيا وبالتالي فهو موجود داخل الأنا. ولكن بالتدريج ومع ازدياد حجم الجنين يبدأ الطفل يأخذ صفة الموضوع الذي يوجد خارج الأنا وهذا يعني أن الأم تكون أكثر موضوعية اتجاه الجنين ويتعزز ذلك بفعل الحركات النشطة للجنين وكذلك المعاملة الخاصة التي تتلقاها من أفراد العائلة ومن المحيط ككل كونها امرأة حامل. زد على ذلك المراقبة الطبية الدورية التي تجعلها تدرك وتميز بينها وبين هذا الطفل.

4-2-الثلاثي الثاني من الحمل:

تتميز هذه الفترة ببداية ظهور الحركات الجنينية والتي ستمهد إلى ظهور أولى مشاعر الأمومة عند الأم وهذا يجعل المرأة الحامل تدرك وجود الطفل كموضوع منفصل عنها وهنا تبدأ تفاعلات من نوع آخر أو كما عبر عنها كل من ج.دالكمبر و ف.ج.باركي عندما تصل المرأة إلى جعل الطفل كموضوع واعتباره خارج أناها، فإنها ستصل بذلك إلى الدخول في ديناميكية علائقية مع الطفل وهي من تنظيم آخر".

ويتعلق الأمر هنا بعقد علاقات هوامية وخيالية مع الطفل المستقبلي، فالأم ستتقمص صورة الطفل التي لا تكون مرتبطة بالصورة الحقيقية له ولكن هي مرتبطة بما سيكون عليه أي الطفل المتوقع، والكلام لا يكون حول جنين ينمو تدريجيا من ناحية البيولوجية ولكن هناك تكوين لعلاقة خيالية ويكون فيها الطفل مكتملا جسديا وموحد ولديه جنس معين ومستقلا عن جسد الأم.وهذه العلاقة من شأنها أن تضمن السيرورة الحسية لفترة الحمل ولتطور العمل النفسي والعاطفي الذي ينشط خلال هذه الفترة.كما أنه يلعب دورا أساسيا في قدرة الأم على تكوين صورة موحدة حول الطفل والتي تكون محل الإسقاطات التخيلية لهذه الأم والتي ستسمح باستثمار ليبيدي مبكر لهذا الطفل المستقبلي.

-<u>الطفل الهوامي و توقعات الأم</u>:

إن ولادة الطفل تتطلب من الأم إعادة ترتيب على مستوى الحياة النفسية وذلك في مواجهة مع الطفل الحقيقي، وتوقعاتها مرتبطة بمدى المسافة الموجودة بين الطفل الحقيقي والطفل الخيالي، وهذه المواجهة تتطلب من الأم إعادة تكيف ونضج لتوقعاتها.

فالطفل الخيالي يمثل الطفل الرغبة وليست له علاقة بتحقيق رغبة الإنجاب ولكن الطفل الخيالي هو الطفل المنتظر دائما وهو طفل خارق للعادة والذي يتمكن من تحقيق كل شيء، ويصلح كل الأمور ويكمل ما هو ناقص كما في الحداد أو في الوحدة أو الشعور بالفقدان.هو تحقيق لحلم أو أمنية طفلية.

4-3-<u>الثلاثي الأخير من الحمل</u>:

في هذه الفترة تبدأ عملية التحضير للانفصال وعمل الحداد على الطفل الخيالي وذلك مع اقتراب موعد الولادة. وقد يستمر هذا العمل إلى غاية لحظة الولادة أو بعد ذلك، وبعض الأمهات قد يتحملن هذه الفترة أو يخفن من لحظة الولادة.

يتطلب الأمر في مثل هذه الحالات وجود دعم نفسي وقد يصل إلى ضرورة وجود الدعم الطبي من خلال استعمال التخدير العام. **(بوالسكين، 2009، ص30)**

5-تصورات الأم حول الطفل المنتظر:

حسب قبل أن يجيء الطفل فالأم تعرفه عن طريق اللاوعي، هذه الصورة اللاواعية عن الطفل تتشكل انطلاقا من ميراثين هما: طاقة الليبيدو والوضعية النرجسية الأولية.

إن الطفل المتصور (المنتظر) هو نتاج اللاوعي عند كلّ أم ومصدر هذا الإنتاج هو

- مثالية الأنا: وهي تكوين نرجسي للعقدة الأبوية.
- الأنا المثالي: وهو تكوين مرتبط بالنرجسية الأولية.

هذان التكوينان هما المسؤولان عن إعطاء صورة الطفل المتصور، فالأنا المثالي يحدد في اللاوعي صورة محدد "الذات" وهي تختلف عن الإحساس بالذات، وخبرة الذات عند كلّ فرد تكون مجزأة مثلا أن الشّخص لا يمكنه أن يرى أعلى الرأس أو الظهر وحتّى الوجه لكنّه يدركها كجزء من الذات وهذا الإدراك جاء انطلاقا من إدراكه لصورة الأم عندما كانت تنظر إليه. **(جبالي صباح، 2012 ، ص117)**

يقول (**وينيكوت 1971**) : "ماذا يرى الطفل عندما يجول ببصره في وجه الأم، عامة، ماذا يرى، يرى نفسه "فالانا المثالي عبارة عن تكوينات نرجسية تستدخل خلال المراحل الأولى في بناء الشّخصية، والتّي تعتبر إحدى المكونات التّي تحدد العمل النفسي، والهدف من الأنا المثالي هو التجديد والتصليح والحماية . فالطفل المتصور "المنتظر" هو جزء من أهداف الأنا المثالي فهو رغبة من الأنا المثالي، يشكل لدى الأم إمكانية تجربة فريدة يجب حمايتها من الخبرات المجزأة الطفل، "الطفل المتصور المنتظر" يكون كنتيجة للبحث الّذي كانت بدايته في القديم عندما كان الطفل الصغير في صورة ذات كحقيقة واقعية خارجية.

إضافة إلى النرجسية الأولية فإن الطفل المتصور يخضع أيضا إلى نرجسية أخرى لها علاقة بمثالية الأنا وهي المثالية التّي لها علاقة بالجماعة الاجتماعية والعائلية والمتضمنة في العقد الأبوية فمثالية الأنا تخضع لتضاد كلّ من صورة الذات وخبرات الذات. **(المرجع السابق، 2012 ،ص117 -118)**

ولقد ميز **لوبوفيسي Lebovici** أربعة نماذج من التصورات عن الطفل وهي :

- **الطفل المتخيل:** حيث يكون قبل الوعي ويتأسس أثناء الحمل وذلك اعتمادا على الجدور الطفولية وهذا النوع من التصورات يأتي عندما يفكر الوالدين في الإنجاب.

- **الطفل الاستهامي:** وهو لا واعي بالإسقاط على مجموعة من التصورات العقلية التي رسخت لدى الوالدين منذ طفولتهما ،ويتغدى على الرغبة في الطفل.
- **الطفل الخرافي:** ويتغدى على الأنا الأعلى والخرافات الأسرية والثقافية. والاسطورة العائلية فكل جماعة ثقافية لديها تصورات خاصة بالطفل وهذا سوف يؤثر على البناء النفسي للأفراد.
- **الطفل النرجسي:** الذي يحمل كل الآمال وانتظارات الوالدين، فكل ما لم يتمكنوا من القيام به وفشلوا في تحقيقه عليه إنجازه. **(Dayan. j. 1999. p7)** .

6- المعنى النفسي للحمل و الانجاب:

يذكر بيرون Perron R .ان عدم الانجاب يمنع المرأة من تحقيق أسمى إنجازاتها فالطفل إنجاز المرأة بيولوجيا ونفسيا (**Perron. R'1985,P35**) ، أما فرويد فيرى حول تكون الرغبة اللاشعورية في الإنجاب عند المرأة وكيفية تكونها عبر نموها النفسي الجنسي ففي المرحلة القضيبية وعند اكتشاف البنت عدم امتلاكها القضيب الذي يملكه الولد تعيش هذا الغياب كجرح نرجسي يؤدي إلى شعورها بالنقص ويصبح اكتساب هدفها في الحياة لذلك فإن فإن أغلبية النساء يرغبن في الانجاب وفي ان يكون أول مولود ذكر لأنه يشبع تلك الرغبات الطفولية القديمة . **(فاخوري، 1991 ،ص117)**

ويرى عدنان السبيعي ان الرغبة في الإنجاب هي شعورية ولا شعورية في نفس الوقت.

إن الرغبة الشعورية في الأطفال عادة ما يطبعها تجادب وجداني ففي بعض الحالات يكون تعبير الأزواج عند هذه الرغبة مبتذل فنجد الأزواج يرغبون في طفل وكفى، لأنه ضرورة من ضروريات الحياة. اما في بعض الحالات الأخرى فالرغبة في الأطفال تكون أكثر شعورا من السابقة حيث تكون لأجل تحقيق رغبات معينة مثلها السبيعي في:

- رغبة الفرد في أن يحب ويحب.
- رغبة الفرد في الامتثال لمعايير مجتمعه من خلال الإنجاب.
- رغبته في أن يقيمه مجتمعه .
- الرغبة في مقاومة القلق وبعض المخاوف كالخوف من الوحدة، الخوف من الشيخوخة، الخوف من الملل.... الخ
- رغبة الفرد في أن يعيش طفولته مرة ثانية في ظرف احسن.

و يشير فرويد إلى أن آلية بناء مكونات الشخصية هي أكثر تعقيدا أو غنى وابداعا عند المرأة، ذلك أن البناء الاوديبي بما يمثل من عمليات تلق وتماهي يأتي عند الفتاة بعد حلقة متشابكة من التبادلات العلائقية تتابع وتمتد عبر دخول الأنثى في خصوصيات صفات الانوثة والامومة كطاقات إبداع وانجاب وإنتاج على كافة المستويات. والطاقات النسائية من أكثر الطاقات تعرضا للخضوع والاحباط مما يولد مشاكل واضطرابات كالبرود الجنسي، بعض حالات الانحرافات الجنسية ،الجروح النرجسية وبعض حالات عدم الانجاب.

ونرى ان الامومة تتخذ دلالة الجدارة الشخصية على المستوى النفسي، وتدل على اكتمال الانوثة، فولادة طفل يوحي إلى مشاعر الصحة النفسية والجسدية وتكاملهما من خلال الخصوبة والانجاب.

وعلى العكس من ذلك فإن عدم الانجاب مهما كانت أسبابه، يفتح أمام كل من الزوجين سجل الشكوك والهواجس حول اكتمال الجسد، ذلك أن الكفاءة على المستوى اللاشعوري تظل مربوطة بكفاءة الانجاب. **(السبيعي، 1975 ،ص105).**

7- **قلق الحمل**:

قلق الحمل هو حالة من الترقب والخوف الغامض، الذي يصيب تفكير المرأة الحامل، ويستبد بمشاعرها، ويسبب لها الكثير من الضيق والألم أثناء حملها.

7-1-**القلق عند المرأة الحامل**:

تنتاب النساء الحوامل بعض المشاعر و التقلبات الانفعالية و الإحساس بالضيق و سرعة الاستفزاز، و صعوبات الاستقراء، ويعتبر هذا الشيء طبيعي بالنظر إلى حالة المرأة النفسية التي تتغير كثيرا أثناء الحمل، فهي تشعر أنها مهملة من طرف الزوج و العائلة و المجتمع في الوقت الذي تنتظر فيه العناية والاهتمام منهم، و نقص السند العاطفي و النفسي يزيد من شعورها بالذنب، كما نجد أنه ينتاب المرأة الحامل فترات من الاكتئاب ونوبات دموية فهي تشعر برغبة في البكاء وتشعر بالاحتقار اتجاه نفسها والآخرين، و خصوصا إذا لم يكن الحمل مرغوبا فيه، والتفكير في صحتها و صحة الجنين، و مع ازدياد

ثقل الحمل و قرب الولادة يشتد القلق ويزداد التخلص من الحمل أو الرغبة في مشاهدة الطفل " ما يمكن قوله أن المرأة الحامل لها قلق ناتج عن التناقض الوجداني الذي تعيشه وإلى اضطراب العلاقة الزوجية.

إضافة إلى القلق هناك المخاوف، وقد يكون سبب هذا القلق هو الخوف مما يصعب عليها التأقلم والتوافق مع الوضع الجديد، قد تعبر المرأة عن مجموعة من المخاوف حسب حالتها:

- الخوف من ميلاد طفل مشوه جسميا.
- الخوف من ميلاد طفل متخلف عقليا.
- الخوف من الموت أثناء الوضع .
- الخوف من رد فعل الزوج اتجاه الحمل.
- **قلق الخصاء:**

يعتبر المحللون النفسانيون أن قلق الخصاء يندرج ضمن سلسلة من التجارب الصدمية، بحيث يتدخل عنصر الفقدان أو الانفصال عن الموضوع و أن من بين الموضوعات الجزئية التي يفصل عنها الشخص هو انفصال المولود الجديد في عملية الوضع.

وبذلك يكون لدى المرأة الحامل قلقا من فقدان الموضوع، أي الخوف من التخلي عن الجنين في بطنها.

- **قلق الانفصال:**

ترتبط فكرة الولادة بفكرة الموت و بالتالي يوجد عند المرأة الحامل قلق الموت عند الولادة. **(خوالد، 2018، ص37)**

8- **قلق الولادة:**

يرتفع التهيج و الإنزعاج ويزداد القلق عند نهاية الحمل ، و تزداد رغبة الأم في رؤية طفلها ، إذ تشعر المرأة عند اقتراب الوضع بالرغبة و التشوق و الفضولية الزائدة خلال هذه الأسابيع الأخيرة من الحمل تذكرها بفضولية الطفل عندما يريد اكتشاف أشياء الحاجة التي يعبر عنها في العادة عند فضولية الطفل حول ما هو جنسي : كيف يخرج الطفل؟ من أين؟ إن المرأة الراشدة تعيش قلقها كالطفل. ويزيد قلقها في ذلك المبنى التمهيدي الذي دام تسعة أشهر وسيحطم عن قريب، فالولادة هي خسارة مفاجئة

للطفل ، إفتراق غير محتمل و بذلك تحس أن الولادة هي عملية بتر، فبعد أن غير الحمل كيانها ومعاشها تغير الولادة إيقاعا آخر في حياتها، فإقتراب الولادة هو نهاية نمط من الأنماط التي تعيشها المرأة و نهاية نوع معين من المعاش يعتبر انتهاء حالة مهولة تدخلها المرأة و لا تدري كيف الخلاص منها.

وهذه الرغبة في النهاية و الخلاص تكون مصحوبة بالخوف و القلق و الحزن و بذلك تعرف المرأة أنها لن تكون سجينة ولكنها سترتاح .أما شعور المرأة أثناء الوضع فإنها لا تحس بنفسها ولا بما يحيط بها فهي تصبح شديدة الحساسية فاقدة للأمل فإذا كان الإشراف عليها خال من أي إحساس بهويتها أدى بها ذلك إلى الخوف والقلق. **(نجيب، 2016، ص38)**

9- <u>قلق الانجاب لدى أمهات الاطفال المضطربين</u>:

يعتبر القلق الأرض الخصبة لجميع الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية، كما ويعد قلق شك ل الانجاب وجانب من جوانب القلق الذي يستثيره تجربة والدة طفل سابق معاق، فهو يعبر عن مشكلة نفسية قد تتعرض لها الأسرة حيث يتمثل في القلق من تجربة الحمل مرة آخر ى.

فأثناء فترة ما قبل الحمل، وخلال فترة الحمل يهاب معظم الاباء من إمكانية قدوم طفل ذو إعاقة.

إن أمهات الأطفال المضطربين بحسب رأي الباحثين في مجال الصحة النفسية وملاحظتهم بأنهم يعانون من إصابة ابنهم، وتنتابهم صدمة شديدة عند معرفتهم هذا الأمر، ويلي ذلك مشاعر الرفض والانكار وعدم التقبل لحالة ابنهم ثم الخوف والقلق، وكل تلك المشاعر السلبية والقلق والخوف تجعل أمهات الأطفال يقعون تحت تأثير الضغوط النفسية والجسدية .فعندما يولد طفل مضطرب في الأسرة، فإن ذلك يؤثر على جميع أفراد الأسرة من آباء وأجداد وأشقاء وأقران آخرين، فلكل منهم رد فعل يختلف عن الاخر فردود الفعل الفورية للأسرة يمكن أن تتضمن الصدمة، خيبة الأمل الكبيرة، والقلق، والاكتئاب.

ويرى الباحث أن من المشاكل الهامة التي تفرض نفسها على الاسرة وتهدد أمنها واستقرارها النفسي الانفعالي و الاجتماعي و الاقتصادي، ورغم جميع الوسائل والطرق التي تتبعها الأسرة في التأقلم

والتعايش مع ولادة طفل مضطرب، فلا بد أن يترك ذلك بصماته السلبية التي تظهر على بشكل بسيط وطفيف كالقلق واليأس والتوتر والضغوط النفسية، والشعور بالذنب، كذلك تختلف هذه التأثيرات من

أسرة الى اخرى، وهذا يعتمد على عدة متغيرات وعوامل مثل: جنس الطفل، نوع الاضطراب وشدته، وهل للعائلة القدرة المالية على تحمل مسؤولية الاضطراب وتوابعها.و يذكر أن الاضطرابات تنطوي على صعوبات نفسية ومادية واجتماعية وتربوية، ومع ذلك فإن آثارها ليست متشابهة عند جميع الأسر، فكل أسرة لها خصائصها الفريدة وتتمتع بمواطن قوة محددة وقد تعاني من مواطن ضعف معينة، ولهذا السبب نجد أن الدراسات العلمية التي بحثت في هذا الموضوع انتهت إلى نتائج مختلفة، فهناك دراسات أشارت إلى أن اضطراب الطفل قد يؤدي إلى مشكلات في الحياة الأسرية .

فوجود طفل مضطرب في أسرة ما يسبب لها مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيدا، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغيير في تكيف الأسرة ايجاد حلول في التنظيم النفسي ، و الاجتماعي لأفرادها بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل، ومن أبرز المشكلات بشكل عام: الأزمات الزوجية، وزيادة العدوانية، والاكتئاب، والشعور تواجهها أسر المعاقين بالذنب، والقلق والتوتر، والصعوبات المادية، والعزلة عن الناس...

و من الاثار النفسية التي تترتب على وجود طفل ذو اضطراب معين في اسرة:

- الضغوط المرتبطة بمرحلة التشخيص.
- ضغط تلبية احتياجات الطفل المصاب والعناية به.
- الضغوط المتعلقة بدخول الطفل المضطرب المدرسة أو المؤسسة.
- الضغوط المتعلقة بسلوك الطفل المعاق و مشكلاته النمائية.
- عدم تقبل الاخرين للطفل المضطرب.
- الحاجة إلى الرعاية الطبية المستمرة.
- الحاجة التربوية الخاصة.
- المشكلات السلوكية.
- العبء المادي.

(بنات، 2018، ص21-26)

حيث توصل الباحث من خلال دراسته **(صقر سعيد فؤاد بنات، 2018)** لموضوع قلق الانجاب والموسومة ب قلق الانجاب وجودة الحياة لدى أسر التي لديها أطفال ذوي اعاقة الى وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة احصائية بين قلق الانجاب وجودة الحياة كما بينت النتائج التباين بين مستوى قلق الانجاب ما بين منخفض متوسط ومرتفع للأسر وذلك باتباعه المنهج الوصفي وتطبيق كل من مقياس قلق الانجاب من اعداده ومقياس جودة الحياة اعداد منظمة الصحة العالمية على عينة مكونة من 285 أسرة.

وهذا ما يوافق أيضا دراسة **(هلين، 2008)** المطبقة على 486 أسرة والتي هدفت إلى التطرق للمعايير التي تتبعها الام التي يكون أول أطفالها معاق ومعرفة مدى تأثيرات الطفل المعاق على احتمالية انجاب طفل معاق في الولادة الثانية، حيث الى ان احتمالية انجاب طفل معاق في الولادة الثانية تكون مخاطرة غير مشجعة لاستمرار الانجاب ومعايشة طفل معاق اخر نتيجة أسباب متعلقة بمسؤولية الطفل المعاق وتلبية حاجياته.

خلاصة الفصل:

بالرغم من أن رغبة الطفل عند المرأة رغبة عليا تنتهي عندها كل الرغبات الأخرى، وبالرغم من أن الامومة مكون اساسي من مكونات أنوثتها وهويتها الشخصية وعماد مشروعها الوجودي، فالطفل يمثل مجالا للافتخار والاكتمال لكيانها الانثوي ،والذي تضمن به مكانتها الاجتماعية.

إلا أنها قد تصاب بخيبة أمل تجعل تلك الرغبة تتلاشى كما تجعل من عملية الانجاب أو حتى التفكير فيه مؤلم ومقلق تعيشه المرأة كهاجس وخوف وترقب و ترقب من أمر مجهول ممكن أن يعكر صفو حياتها وكيانها النفسي.

الفصل الثاني

التوحـــــــد

أولا: التوحد.

1- الخلفية التاريخية لاضطراب التوحد.
2- مفهوم اضطراب التوحد.
3- المداخل التفسيرية لاضطراب التوحد.
4- تشخيص اضطراب التوحد.
5- العلامات المبكرة لاضطراب التوحد.
6- التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد.
7- الطرق العلاجية لاضطراب التوحد.
8- البرامج التدريبية لاضطراب التوحد.
9- مآل الطفل التوحدي.
10- دور الأم في حياة الطفل التوحدي.

ثانيا: المعاش النفسي لأم الطفل التوحدي:

1- مظاهر الصدمة النفسية عند الأم.
2- مواجهة الأم بين الطفل الحقيقي التوحدي و الطفل الهوامي.
3- علاقة صدمة التشخيص بالنرجسية عند الأم.
4- تجاوز الصدمة وعمل حداد غير مكتمل عند الأم.
5- تأثير إصابة الطفل باضطراب التوحد على العلاقة الزوجية.
6- تأثير إصابة الطفل باضطراب التوحد على الديناميكية العائلية.
7- أهمية الدعم و التدخل النفسي لمساعدة والدي الطفل التوحدي.

تمهيد:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا، لتأثيرها الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى اللغوي، و الاجتماعي والتكيفي، وفي عمليات الانتباه والإدراك، ولا يتوقف تأثير اضطراب التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته المختلفة، بل يمتد إلى الأم التي تحاول أن تتكيف مع الوضع و تجاوز صدمة تشخيص طفلها كطفل توحدي و معاناتها النفسية.

وللتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب و ما يسببه من معاناة نفسية للأم سنحاول في هذا الفصل التعرف على هذا الاضطراب و كذا التأثير الصدمي للإعلان عن تشخيصه على الأم.

أولا: اضطراب التوحد:

1-الخلفية التاريخية لاضطراب التوحد و تطوره:

يعتبر **ليو كانر Kanner Leo** أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد كان ذلك عام 1943 م، حدث ذلك حيث كان كانر يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية، ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح التوحد الطفولي المبكر، حيث لاحظ استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات، و التفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس و تبعدهم عن الواقعية، بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كانوا أبويه أو أخوته فهم دائمو الانطواء والعزلة، لا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في حالة انغلاق تام وبحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال حتى المتخلفين عقليا منهم.

و منذ عام 1943م استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة على سبيل المثال فصام الطفولة المبكرة، او اجترارية الطفولة المبكرة، ذهان الطفولة، النمو الغير السوي، نمو "أنا" غير سوي.

ومن الناحية التاريخية استخدام مصطلح التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي عند ما عرف الفصام، خاصة الفصام في مرحلة الطفولة، وفي ذلك الوقت، كان يستخدم مصطلح التوحد كوصف لصفة الإنسحاب لدى الفصاميين.

ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب التوحد بأكمله. وعلى الرغم من ان " كانر" قام برصد قيم لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على انهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة واعراضها التى تميزها عن غيرها من الاعاقات في عقد الأربعينيات فإن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح "الأوتيزم" او "التوحد" او "الإجترار "في اللغة العربية لم يتم إلا في عقد الستينيات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على انها نوع من الفصام الطفولي.

وذلك وفق ما ورد في الدليل الاحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية DSM2 ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف الا في عام 1980 م حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة DSM3 والتي فرقت بوضوح بين الفصام والتوحد، حيث اكدت ان التوحد ليست بمجرد حالة مبكرة من الفصام.

وربما يرجع هذا الخلط الى وجود بعض الأعراض المشتركة من الانطواء على الذات، والانعزالية ولكن الواقع ان الاختلاف في الأعراض اكثر من التشابه بينهما ذلك ان حالات التوحد تخلو تماما من اعراض الهلوسة او الضلالات.

وفي عام 1975م عندما روجع تعريف الولايات المتحدة عن الاعاقات النمائية، فإن التوحد ضم الى تلك الإعاقات.

أما في عام 1980م عندما روجع النظام الفيدرالي مرة أخرى فإن التوحد أخرج من تصنيف الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وقد حدث هذا التغيير بسبب الخلط القديم بين التوحد وعلاقته بالأمراض العقلية. **(حادي، 2018، ص 10).**

1-1-<u>المرحلة الأولى</u>:

يطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، من أهم روادها **ايزنبرج ليون (Eisbenberg,1959)** ، **ليو كانر (Leo Kanner, 1943)**، **هانز اسبرجر** (Hans **(Asperger, 1953)** وهي تلك الدراسات التي اجريت في الفترة ما بين اوساط واواخر الخمسينات وكان الهدف الذي تسعى اليه هو ايضاح وصف سلوك الأطفال التوحديين من خلال التقارير وأثر الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث اهتمت بالأطفال ذوي التوحد المبكر أين كان يشخص التوحد على أنه احد دهانات الطفولة المبكرة، وقد ادى تحليل نتائج هذه الدراسات إلى الكشف عن كثير من خصائص التوحد.

إلا أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات او أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو الأسباب المفسرة قد أدى إلى الحصول على القليل من الاستنتاجات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل. **(عبد الله، 2013، ص18)**

1-2-المرحلة الثانية:

هي امتداد للمرحلة الأولى، ففي هذه الفترة قرر أحد الباحثين Victor Lotter أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة وكانت منذ اواخر الخمسينات إلى اواخر السبعينات لا تزال في طور التقارير المبدئية للآثار الناجمة عن التوحد، كما أنها لا تزال تركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة التدريب.

من بين اهم الأسماء المشاركة في دراسات هذه المرحلة : مايكل روتر **(Michael Rotter, 1960)** و **ميتلر(Mittler, 1966)**

حيث يمكننا استخلاص 3 ملاحظات أساسية من دراسات هذه المرحلة ساعدت على التنبؤ فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات التوحد و هي :

- التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن مبكرة.

- النظر في مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد عوامل المهمة التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه، حيث أن الأطفال الذاتويين غير القادرين علي الاستجابة لمقاييس الذكاء او الذين كانت درجاتهم منخفضة ممن تقل نسبة ذكائهم عن 55 كان معظمهم يستمرون في الاعتماد على الآخرين بشدة.

-القابلية للتعلم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة فب تشخيص حالات التوحد. **(المرجع السابق، ص19)**

ونذكر على سبيل المثال دراسة مايكل (روتر **1960**) حيت قام بدراسة تفصيلية ل 63 فرد تم تشخيص حالتهم علي انهم حالات توحد في مستشفى مود يلي لندن، و بعد متابعته ل 38 منهم تتراوح أعمارهم ما بين 16 سنة أو أكثر وجد ان 2 منهم لايزالون في المدرسة، 03 منهم فقط استطاعوا الحصول على عمل بأجر اكثر من نصف افراد العينة كان نزيلا لفترات طويلة في المستشفى و لا يزال 7 يعيشون مع آبائهم، بالإضافة إلى أن 04 منهم يذهبون للمراكز يوميا.

و لاحظ روتر أثناء دراسته هذه انه على الأقل يوجد بعض الأفراد الذين يعيشون في منازلهم او في تجمعات مخصصة لهم من الممكن أن يكونوا قادرين على العمل في مكان آمن مع توفر التدريب الجيد .و في نفس الوقت أظهرت نتائج دراسة (**فكتور لوتر 1974**) نفس الملاحظات و اكدت على اهمية التطور المبكر للغة و كذلك مقدار انخفاض القدرات العقلية و الأخرى القابلة للتعلم و محاولة التدريب. (**كامل، 2003، ص18**)

1-3- <u>المرحلة الثالثة</u>:

يشار إليها في ادبيات البحث العلمي في ميدان علم النفس و علوم التربية الخاصة و بالتحديد في مجال التوحد بأنها شهدت تيارا ثابتا من التقارير المتتابعة و الكثيرة في مجال دراسات الموضوع، و استغرقت هذه الدراسات عقد الثمانينات و بداية التسعينات و من الأسماء التي برزت في هذه المرحلة كوبايشي (**Kobayshi, 1992**) ، و شينج و لي (**Change and Lee 1990**) أهم ما يمكننا ملاحظته في هذه المرحلة :

- اهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحديين خاصة في مرحلة الطفولة.
- ان مجرد تمتع هذه الفئة ببعض المهارات والقدرات الادراكية لا يضمن لهم بالضرورة ان تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد بدون تدخل متخصص من اجل التدريب في بعض المجالات المعينة مثل: العمليات الحسابية او الموسيقى .
- ان المعلومات المتضمنة في تقارير الدراسات اللاحقة اكثر تنظيما وموضوعية من الدراسة السابقة لها وعلى ذلك فقد توصلت هذه الدراسات إلى نتائج على درجة من الأهمية مقارنة بالدراسات السابقة
- إن عددا من الدراسات الجديدة ركزت علي الأطفال التوحديين ذوي القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع نسبيا وبالتالي كان من المتوقع أن تكون نتائجها أكثر ايجابية مقارنة بالسابقة.
- إن وسائل التشخيص ومن ثم نتائج التقييم التي كانت تستخدم في الدراسات السابقة تختلف عن تلك المستخدمة في الدراسات الجديدة ومن ثم فإن التقييم أي تطور في اداء عينات الدراسة سوف يختلف.

2-التعريف باضطراب التوحد:

قدم ليو كانر تعريفا للتوحد على انه اضطراب يحدث في مرحلة الطفولة ويعني به التقوقع حول الذات وقد اشار كانر إلى عدد من السلوكيات التي تميز اضطراب التوحد والتي هي:

- عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين.
- تأخر في اكتساب اللغة.

(صدقلي، 2012، ص18)

أما منظمة الصحة العالمية:

فتعرف التوحد على أنه اضراب نمائي تشمل أعراضه الأساسية: ضعف القدرة علي التواصل و التفاعل الاجتماعي، الاهتمامات و الانشطة النمطية المتكررة ، انخفاض في القدرة الفكرية العامة.

بينما تعرف **الجمعية الأمريكية للطب النفسي (association psychiatric American)** التوحد بأنه حالة تفشي إعاقة في النمو تتسم بضعف شديد في العديد من مجالات النمو بما في ذلك تنمية المهارات التفاعلية الإجتماعية، و مهارات الاتصال مع وجود أنماط مقيدة، و متكررة، و نمطية من السلوك و الاهتمامات و الأولويات و الأنشطة. **(براجل، 2017، ص102)**

- **تعريف الجمعية الوطنية للتوحد : NAS UK**

التوحد هو عبارة عن إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع ناس حوله، و على الرغم من أنه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة إلا أن جميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بثالوث من الاعاقات:

- التفاعل الاجتماعيSocial Interaction
- الاتصال الاجتماعي Social communication
- التخيل imagination

(http://www.autism.org.uk)

- **تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد : Autism Society of America (ASA)** يعتبر التوحد اعاقة نمائية شديدة تستمر طوال الحياة، و تظهر عادة خلال الأعوام الثلاث الأولى من العمر، و يؤثر التوحد في النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية

- الاتصال اللفظي و غير اللفظيVerbal and non-verbal communication .
- التفاعل الاجتماعيSocial interactions
- التطور الحسي Sensory development

(براجل، 2017، ص103)

مما سبق نلاحظ أن مختلف الباحثين اتفقوا على أن **التوحد** : هو اضطراب نمائي يؤثر على كل من التواصل و التفاعل الاجتماعي للطفل، يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر و هو عبارة عن عجز يمس :

- الاتصال بشقيه اللفظي وغير اللفظي.
- التفاعل الاجتماعي.
- التطور الحسي.

بالإضافة إلى السلوكات النمطية المتكررة.

3-المداخل التفسيرية لاضطراب التوحد:

ان الابحاث والدراسات التي اجريت في مجال التوحد لم تتوصل بشكل نهائي إلى تحديد العوامل المسببة لهذا الاضطراب، وهذا يرجع الى عدم وجود عرض معين او مباشر، انما يظهر هذا الاضطراب على شكل جملة من الأعراض والتي تختلف من طفل إلى آخر من حيث شدتها ونوعيتها.

ومنذ زمن كانر، قدمت عدة نظريات حاولت ان تعطي تفسيرا لهذا الاضطراب الغامض، ومن بين النظريات التي كانت سائدة في فترة الخمسينيات والستينات نظرية الأم الثلاجة Refrigerator Mother Theoryوالتي مفادها ان اضطراب التوحد ما هو الا نتيجة انسحاب أو هرب نفسي لما يدركه الطفل من اللامبالاة في علاقته بأمه، وانه ينتمي لبيئة باردة عاطفيا.

إلا ان هذه النظرية لاقت المعارضة من ذرف المهتمين بهذا الشأن، باعتبار ان هناك اباء لأطفال مصابين بالتوحد ولا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية المرضية، بالإضافة الى ان الاطفال التوحديين غير عاديين منذ الميلاد من حيث الناحية النفسية.

إلا ان الأبحاث الحالية الحديثة أثبتت أن التوحد ناتج عن اصابة عصبية، وان النظرية الأكثر شيوعا في الوقت الحالي هي النظرية البيولوجية Biological Theory والتي تشير الى ان التوحد ناتج عن اصابة عصبية او خلل وظيفي في وظائف الجهاز العصبي المركزي، مما يظهر نمو غير سوي، إلا أن طبيعة و أسباب هذا النمو غير السوية مازالت موضع جدل لدى العلماء و الباحثين.

ويشير الأمام والجوالدة إلى انه يمكن أن يكون أحد هذه العوامل البيولوجية سببا في إصابة الدماغ بهذه الاختلالات:

- العوامل الجينية .

-العوامل العصبية .

-العوامل الفيروسية .

-العوامل الكيميائية، الشذوذ الايضي.

(الامام والجوالدة، 2010، ص94)

3-1- <u>العوامل الجينية</u>:

اظهرت الدراسات التي اجريت حول التوائم وجود فرصة أكبر لأن تصاب التوائم المتماثلة بالتوحد من التوائم غير المتماثلة، فالتوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم وبنسبة 27% بين ازواج التوائم الأخوية ، و يمكن ان يكون التوحد وراثيا، اذ يخمن بعض الباحثين ان ما بين 3، 20 جين قد ترتبط بالتوحد، إلا انه لم يتم التعرف على الجين المسبب للتوحد ة، و هل هو جين واحد أم عدة جينات؟ و هل هذه الجينات توجد في كروموزوم واحد ام تتجمع في عدة كروموزومات؟ فرغم وجود اجتهادات في هذا الشأن، إلا انها لم تصل لحد الآن إلى كيفية التعامل مع هذه الجينات (Gene Therapy).

وهناك استدلالات تقترح أن مناطق في الكروموزوم (2) و (17) قد تتضمن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد، و الكروموزوم (7) و (16) لهما دور في تحديد امكانية اصابة الطفل بالتوحد. **(مصطفى والشربيني، 2011، ص38)**

3-2- <u>العوامل العصبية التشريحية</u>:

لقد دعمت الأدلة افتراض ان التوحد ما هو إلا نتيجة عيوب في الجهاز العصبي المركزي، فمعظم الخصائص التي تميز الطفل التوحدي (مثل إعاقة تطور اللغة، السلوك الحركي الشاذ، الخمول، مستوى الاستجابة و الحركة للمثيرات السمعية و البصرية) تكون مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي المركزي ، بالإضافة إلى أن الفحوصات الطبية تظهر بعض الحركات الشاذة أحيانا مثل سيلان اللعاب و النشاط الزائد، و قد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال المتوحدين يظهرون هذه الاشارات العصبية.

كما أن الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي الي تقارن بين الأشخاص التوحديين والعاديين، وجدت بأن الحجم الكلي للمخ متزايد لديهم ، و قد ظهرت هذه الزيادة في كل من الفصوص : القفوي، الجداري و الصدغي .

ولم توجد فروق في الفصوص الأمامية .و على الرغم من أن أسباب هذا الكبر غير معروفة، فإنه من الممكن أن يظهر ازدياد أنسجة المخ غير العصبية مثل الخلايا الجليالية Glial cells أو الأوعية الدموية .و بالرغم من أن هذه البيانات لم يتم التعرف عليها بصورة دقيقة باعتبارها عجز تشريحي لدى التوحديين، فإن الفص الصدغي يعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة لاضطراب التوحد. **(خطاب، 2005، ص45-46)**

3-3-<u>العوامل الفيروسية</u>:

يشير Ratajczak إلى أن الالتهابات و العدوى الفيروسية لها صلة سببية في تطور السلوك التوحدي، و التي تشمل:

- التهاب الدماغ الناجم عن الحصبة.
- الحصبة الالمانية الخلقية.
- فيروس الهربس البسيط.

- النكاف.

- الحماق.

- الفيروس المضخم للخلايا.

- فيروس الشبح.

بالإضافة إلى ذلك فإن الحصبة و النكاف تسبب التهاب الدماغ و الدي يمكن ان يؤدي إلى اضطراب التوحد في وقت لاحق.

كما ان هناك نظرية مفادها أن الفيروس يكون في الطفل و ينشط عند تعرضه لصدمة معينة ، اضافة إلى ان برنامج التطعيم و خاصة جرعة الحصبة و التلوث البيئي قد تكون سبب لحدوث التوحد، او بسبب التقدم التكنولوجي في الولادة، و هناك الكثير من الأطفال التوحديين لهم تاريخ مرضي بالإصابة بالحساسية، و ضيق التنفس.

3-4-<u>العوامل الكيميائية الحيوية الشذوذ الأيضي</u>:

على الرغم من أن البحوث التي اهتمت بالتوحد في هذا المجال ركزت على مستوى السيروتونين، إلا أنه مؤخرا تم اشراك العوامل الكيميائية الحيوية الأخرى والتي تشمل هذه الأحماض الأمينية والعضوية ونظائرها في دورة كريبس، الميلاتونين، دوريAMP ، Gangliosides، الاندروفين، واملاح/ البيروفات، البروتينات الحمضية والكاتيكولامينات، وقد وضعت العديد من الدراسات الحديثة تركيزها في هذه المناطق في محاولة لتوفير مزيد من التبصر التي قد تفسر الاختلافات في المستويات لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد، لتحديد علامات من شأنها ان تساعد في وقت مبكر جدا تشخيص مرض التوحد، وتطوير مناهج التمثيل الغذائي للتدخل. **(الأمام والجوالدة، 2010، ص94)**

4-تشخيص اضطراب التوحد:

4-1-التشخيص حسب الدليل الاحصائي و التشخيصي الخامس DSM5:

(A) عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة او كما ثبت عن طريق التاريخ ، و ذلك من خلال ما يلي (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):

1: عجز في التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب مع فشل الأخذ و الرد في المحادثة الى تدن في المشاركة بالاهتمامات و العواطف، او الانفعالات يمتد الى عدم البدء او الرد على التفاعلات الاجتماعية

2: العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي الى الشذوذ في التواصل البصري و لغة الجسد، او العجز في فهم و استخدام التواصل الايماءات إلى انعدام تام للتعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3: العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها و فهمها، يتراوح مثلا من صعوبات السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة الى صعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي او في تكوين صداقات الى انعدام الاهتمام بالاقران.

(B) أنماط محددة ومتكررة من السلوك، و الاهتمامات، او الأنشطة، وذلك بحصول 2 مما يلي على الاقل في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ:

1: النمطية المتكررة للحركة او استخدام الأغراض او الكلام مثلا (انماط حركية بسيطة، ترتيب الألعاب وصفها، تقليب الأشياء، الصدى اللفظي ، وخصوصية العبارات)

2: الاصرار على التشابه و الالتزام غير المرن بالروتين، انماط طقوسية للسلوك اللفظي وغير اللفظي، المقاومة المفرطة للتغيير (مثل الطقوس الحركية، الاصرار على نفس الطريق او الطعام، الأسئلة المتكررة ، الضائقة الشديدة من تغييرات صغيرة).

3: اهتمامات محددة بالشدة وشاذة في الشدة او التركيز (مثلا التعلق الشديد او الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).

4: فرط او تدني التفاعل الحسي، المدخلات الحسية او الاهتمامات غير العادية بالجوانب الحسية للبيئة مثل اللامبالاة للألم/ الحرارة/ البرد، والاستجابة السلبية لأصوات محددة، الافراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء والحركة.

(C) : تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي قدرات محددة او قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة)

(D) : تسبب الاعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي و المهني الحالي أو في غيرها من المناحي المهمة.

(E) : هذه الاضطرابات لا تفسر بشكل افضل بالإعاقة الذهنية او تأخر النمو الشامل.

(الجمعية الأمريكية للطب العقلي ترجمة أنور حمادي، 2014، ص28-29)

4-2-التصنيف الدولي العاشر نظام CIM-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية:

حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

- ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة .
- قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل .
- قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.
- سلوكات واهتمامات تتصف بالنمطية والرتابة.
- أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي المصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تختلف عقلي مصاحب لخه اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة ريت أو بانفصام الشخصية المبكر. **(دعو وشنوفي، 2013، ص86)**

ومن خلال هذين الدليلين يتبين لنا أن اضطراب التوحد يمس كل جوانب النمو والتفاعل الاجتماعي للطفل مما يعيقه عن التكيف والعيش السوي.

5-العلامات المبكرة لاضطراب التوحد:

رغم أن تشخيص اضطراب التوحد لا يكون قبل سن 3 سنوات إلا أن معالمه تظهر في الأشهر الأولى من حياة الطفل.

- **من صفر إلى ستة أشهر**: اضطرابات متكررة في التفاعل.

  - طفل هادئ لا يبكي أبدا ولا يشتكي.
  - اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.
  - انعدام الحوار.

- **من 2 الى 3 أشهر**:

  - انقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة تجنب متكررة للنظر.
  - اضطراب في النوم والأرق.
  - طفل هادئ (جامد).
  - اضطرابات في الأكل (انعدام المص، فقدان الشهية).
  - انعدام الابتسامة التلقائية ابتداء من الشهر الثالث.

- **من 06 أشهر إلى 12 شهر**:

  - غير حنون، وغير مبال بالألعاب الاجتماعية.
  - متصلب، وغير مبالي بما يؤخذ بين الأيدي (Rigide) .
  - انعدام التواصل الشفوي أو غير الشفوي.
  - نفور و اشمئزاز من المأكولات الصلبة.
  - عدم انتظام مرحلة التطور الحركي.

- **السنة الثانية و الثالثة** :

- غير مبال بالاتصال الخارجي أو الاجتماعي.

- يتصل بتحريك يد البالغ.

-اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها.

-متعصب.

-يقوم بصرف الإنسان بالإضافة إلى الحك والمسح.

- **السنة الرابعة والخامسة**:

- غياب التواصل البصري.

- اللعب، غياب الابتكار التخيل ولعب الأدوار.

- اللغة محددة او منعدمة.

- يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به.

ويمكن أن تساعد القائمة التالية في الكشف عن وجود التوحد، في حالة أن طفلا ما أظهر أو أكثر من 07 هذه السمات فان تشخيص للتوحد يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وهذه السمات هي:

- صعوبة الاختلاف والتفاعل مع الآخرين.
- يتصرف الطفل وكأنه أصم.
- يقاوم التعلم.
- يقاوم تغيير الروتين.
- الضحك والقهقهة في أوقات غير مناسبة.
- لا يبدي خوفا من المخاطر.
- يشير بالإيماءات.
- لا يحب العناق.

- فرط الحركة.
- انعدام التواصل البشري.
- تدوير الأجسام واللعب معها.
- ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الاشياء.
- يطيل البقاء في اللعب الانفرادي.
- أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر. **(المرجع السابق، ص87)**

رغم كل هذه المعايير التشخيصية إلا أن يصعب تشخيص اضطراب التوحد لذلك لاختلاف أعراضه واختلاف شدتها كما قد يحدث خلط بين اضطراب التوحد واضطرابات أخرى.

6-التشخيص الفارقي بين اضطراب التوحد و اضطرابات اخرى:

إن كل من اضطراب التوحد ومجموعة من الاضطرابات الأخرى تثير كون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعب على المختص عامة والمبتدئ خاصة التمييز بين اضطراب التوحد واضطراب آخر، ولأجل تشخيص دقيق لابد من تشخيص فارقي الذي من خلاله يدرك المختص اضطراب التوحد من باقي الاضطرابات.

6-1-التوحد واضطراب ريتRETT :

ينتشر اضطراب ريت RETT أكثر بين الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معا البنات والأولاد، ويظهر اضطراب ريت لدى الإناث و الذي يتمثل في: عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، اضطراب التواصل، قلة النشاط وتفاهته.

واضطراب ريت يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسل اليدين البسيطة، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي. **(عمارة،2005، ص8)**

يتميز اضطراب ريت عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6-8 أشهر وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى ويتضح ظهوره خلال العام الثاني، وأهم سماته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة. **(إيهاب، 2009، ص21-22)**

6-2-التوحد واضطراب اسبرجر Asperger :

تشمل أعراض اضطراب اسبرجر قصور في مهارات التوازن، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغير، حب الروتين، عدم القدرة على التعامل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية. **(مثقال، 2000، 14)**

وهناك تشابه في نواحي القصور والمتمثل في التفاعل الاجتماعي والاتصال وفي محدودية الاهتمامات، إلا أنه هناك أوجه اختلاف تميز بين الاضطرابات تتمثل فيما يلي:

- يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي فيما لا يبدي الطفل المصاب باضطراب اسبرجر هذا القصور.

- يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل الاسبرجر .

-لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية، بينما يعاني الطفل المصاب بالاسبرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.

- يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين، بينما يبدي الطفل المصاب بالاسبرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم.

كما أن اضطراب اسبرجر لا يظهر إلا في سن المدرسة، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفل المصاب يتجنب أي اتصال مع الآخرين.

- يبدي ترديد لما يقوله الغير عكس الطفل المصاب باضطراب الاسبرجر فهو كثير الكلام بكل حماس، أي لغته متطورة وغياب اضطرابات خاصة بالتطور الحسي الحركي. وفي مجال التفكير يتسم الأطفال المصابون باضطراب الاسبرجر بالتصلب وعدم المرونة في التفكير والسلوك وهذا يظهر في طرق عديدة ومعقدة كما لديهم اهتمامات متضاربة وتكمن الاختلافات بين الاضطرابين في النمو

الحركي فطفل اضطراب الاسبرجر يظهر نقصا في التناسق الحسي الحركي ولديه نقص وتأثر واضح في نمو المهارات الحركية. **(إيهاب، 2009، ص82)**

6-3-التوحد والإعاقة العقلية:

قد يصاحب اضطراب التوحد إعاقة أخرى أو أكثر مثل الإعاقة العقلية وهناك باحثون أمثال **فريمان وريتفر** أكدوا بأن حوالي 57 %منهم لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي، ورغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين والمتخلفين عقليا، إلا أنه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهارات تتطلب ذاكرة قصيرة المدى، أو مهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أداؤهم أقل في المهارات اللفظية، فيما يكون أدجاء المتخلفين عقليا منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء، إلا أنه يبقى التوحد يتميز عن الإعاقة العقلية في بعض النقاط وهي:

- المعوقون عقليا يتعلقون بـ الغير، ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، فيما التوحديين ليس لها تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.

- للطفل المعاق عقليا قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركية والبصري.

- العيوب الجسمية لدى التوحديين أقل وجودا لديه مقارنة بالمعوقين عقليا .

-للطفل التوحدي سلوكات نمطية شائعة مختلفة عن السلوك النمطي لدى المعوقين عقليا.

-الطفل المعاق عقليا نادرا ما تظهر لديه بعض المهارات الخاصة بينما قد تظهر بعض هذه المهارات لدى الطفل التوحدي في أحد ا الات كالرياضة أو الموسيقى أو الرسم ... الخ. **(إيهاب، 2009، 86)**

- رغم أن اضطراب التوحد والإعاقة العقلية يكونان مصاحبان بنسبة (80-90 %) وتكون الأعراض متشابهة إلا أنهما اضطرابان منفصلان مثل انفصال اضطراب التخلف العقلي عن اضطراب التوحد .

6-4-التوحد والتخلف العقلي:

كثيرا ما تتداخل أعراض التوحد مع أعراض التخلف العقلي إلا أنه إذا أردنا عقد مقارنة بين هذين الاضطرابين فإنها تكون كما يلي:

-السلوك النمطي: إن السلوكان النمطية لدى الطفل التوحدي أكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقليا .

-سلوك العدوان والتخريب: منتشرة أكثر لدى الطفل التوحدي مقارنة بالطفل ذو إعاقة عقلية شديدة.

- النشاط الزائد: الأطفال التوحديون لهم مستوى عال من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا، والذي يعود إلى وجود السلوك النمطي المحتاج لحركة مستمرة لفترة مستمرة كهز الرأس لدى الطفل التوحدي.

- المهارات الانتقائية والعناية بالذات، فإن المتخلفين عقليا يتفوقون على التوحديين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والاعتماد على النفس.

6-5-<u>التوحد واضطراب الفصام الطفولة</u>:

إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي تلبس أو غموض يدور حول تشخيصها، فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي، الذي لا يطور علاقاته الاجتماعي مع الآخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص البيئة أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول بيئته.

إن بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك، ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين لتوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة . **(طاوسي، 2013، 229)**

6-6-<u>التوحد والصمم</u>:

كثيرا ما يبدو الطفل التوحدي وكأنه أصم وذلك لأنه يكون غير مبالي كذلك نجد ما يسمى بالصمم الاختياري (الانتقائي) ومن مظاهره أن يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة.

وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل

عن طريق الإشارات والإيماءات وحركات الشفاه لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التواصل يسبب الانعزال وانحطاط في القوى والاكتئاب ما يقر م من التوحد، لكن ما أن يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي باستفادة من الأجهزة يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد.

إن الانسحاب الاجتماعي أو الانزعاج من تغير الروتين و سلوكات أخرى التي يمكن أن تظهر لدى الطفل الأصم تشبه السلوك الذي يظهره الطفل الوحدي، وإذا بدا الطفل وكأنه يعاني من التوحد فلابد من فحصه لاستبعاد الصمم، ولذلك فإن اضطرابات السمع والبصر في الاستجابة للمثيرات يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع. (**المرجع السابق، ص229**)

7-<u>الطرق العلاجية لاضطراب طيف التوحد</u>:

7-1-<u>العلاجات الطبية</u>:

اشتملت بعض الأساليب العلاجية المقترحة لعلاج التوحد على أدوية وحميات غذائية متخلفة تمثلت في:

7-1-1- <u>العلاج بالعقاقير</u>:

لم يصل الباحثون حتى الآن إلى علاج طبي شافي للتوحد لسبب بسيط هو أننا لا نعلم العوامل المسببة له، ونحن على يقين أنه يكمن في تلف أو قصور عضوي أو وظيفي في المخ وأن ما يسبب هذا التلف راجع إلى عوامل متعددة بعضها وراثي جيني والبعض الآخر مكتسب .حيث استعمل دواء Risperdalالذي يستخدم عادة في علاج الفصام مع حالات التوحد لضبط العدوان الشديد وإيذاء الذات والسلوكيات النمطية، وفي الوقت الذي تم فيه الوصول إلى أن هذا العلاج ناجح في بعض الحالات، إلا أنه له بعض الآثار الجانبية في حالات أخرى مثل عدم انتظام الدور الشهرية، زيادة في الوزن، كبر الثديين بشكل غير طبيعي، عند الذكور خفقان القلب، إمساك، ضعف عام، انخفاض في ضغط الدم، دوخة.

بالإضافة إلى العلاج عن طريق الليثيوم الذي ينتمي إلى مجموعة معدلات المزاج وهي عبارة عن مجموعة من الأدوية القادرة على تعديل وتنظيم الحالة المزاجية للفرد، وتحقيق الاتزان للحالات الدورية المتعلقة بالاكتئاب الثنائي القلب والحالات الشديدة الخاصة بالهوس، وتقوم بالقضاء على الأعراض المصاحبة للاضطرابات الذهانية والاضطرابات السلوكية كما أ نها فعالة لعلاج الأعراض

المعرفية فقد استفادت بعض حالات التوحد من هذه الأدوية لأن هناك نظرية تؤكد أن لدى المصابين بالتوحد يعانون من شذوذ في سير وتوفيق التمثيل الغذائي وهذه الأدوية تقوم بالتحسين، كما يستخدم Ritaline لخفض النشاط الزائد.

وقد استعملت أدوية القلق والاكتئاب للتوحديين الذين يعانون من مستويات عالية من القلق والاكتئاب والأرق ومن المهم التذكير بالأعراض الجانبية المحتملة واستخدام العقاقير بحذر وتحت إشراف مستمر من الطبيب.

وتشمل هذه العقاقير على مضادات الاكتئاب التي من خصائصها إنعاش المزاج الاكتئاب، إزالة التثبيط، إزالة تعطيل النشاط العقلي والحس حركي، مهدئة وتزيل الحصر والقلق لكن هذه الخصائص تختلف من دواء لآخر.

كذلك استعمل السكرتين وهو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة في عملية هضم الطعام، وتحديد بعض الحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد .**(طاوسي، 2019، ص48)**.

7-1-2- <u>العلاج بالفيتامينات والحميات الغذائية</u>:

إن الكثير من يعانون التوحد لديهم نقص في بعض المواد الغذائية ومن بينها الفيتامينات والمواد المغذية، وبذلك يمكن التخفيف من أعراض التوحد عن طريق إعطاء كميات إضافية من الفيتامينات التي تحدث الاختلالات الكيمياوية لأن الأمعاء عند التوحدين منفذة، في دراسة أجراها Rimland Bernardعلى 200 مصاب بالتوحد قام بإعطاء فيتامينات متعددة، وبعد مرور 4 أشهر لاحظ أن من 30 إلى 40 %من الأطفال قد أظهروا تحسنا في فيتامينات B6 مع الميغنزيوم، فكانت النتيجة أن أبدوا تحسنا واهتماما بالمحيطين من حولهم، وتحسن الالتقاء البصري وأشكال النوم وانخفاض سلوك الإثارة وفرط النشاط وتحسن في النطق.

ما أقر بعض الباحثين لعدم وجود فاعلية لدى هذه الأدوية .أما عن أنواع الحمية الغذائية المتبعة فقد وضع الباحثون المواد التالية: الحمية الخالية من الغلوتين و الكازين، نظام فينغولد، الحمية الخالية من الخمائر، حمية النشويات المحددة وحميـ ات أخرى كحميات قليلة. **(المرجع السابق، ص49)**

7-2-العلاج البيئي:

يتضمن العلاج البيئي تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدرب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة والعلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول حياة المريض أو بيئته المباشرة.

كما يشير المصطلح إلى مفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعا علاجيا، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على النحو الذي يساعد في الوصول إلى الشفاء، ويعتبر المصطلح مكافئا لمصطلح علاج الوسط أو العلاج المحيطي وبالتالي يستخدم العلاج البيئي في علاج التوحد.

وعليه فإن العلاج البيئي أثبت فعاليته وأهميته في المساهمة في علاج اضطراب التوحد كغيره من العلاجات الكثيرة الأخرى التي ساهمت في محاولة علاج التوحد كالعلاج بالحمية أو النظام الغذائي.

(دعو وشنوفي، 2013 ،ص98)

7-3-العلاج النفسي:

7-3-1- التحليل النفسي:

كان استخدام جلسات التحليل النفسي أحد الاساليب العلاجية السائدة حتى السبعينيات من هذا القرن و كان احد الاهداف الأساسية للتحليل النفسي هو اقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الام المتساهلة المحبة و هي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه ان الطفل التوحدي لم يستطيع تزويده بها، غير ان هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج الى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي.

و على أى حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

- **المرحلة الأولى:** يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم و تقديم الاشباع و تجنب الإحباط مع التفهم و الثبات الانفعالي من قبل المعالج.

- **المرحلة الثانية:** يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل و إرجاء الإشباع و الإرضاء .

و مما يذكر ان معظم برامج المعالجين التحليليين مع الاطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب ان يقيم في المستشفى و تقديم بيئة بناءة و صحية من الناحية العقلية.

(حادي، 2018، ص52-53)

7-3-2- العلاج السلوكي:

تعتبر برامج تعديل السلوك من أنسب الطرق العلاجية المعتمدة على نظرية العلاج السلوكي التي تستخدم بطريقة مكثفة لعلاج الأطفال بوجه عام والأطفال المتوحديين بوجه خاص.

فلقد أوضحت الدراسات الحديثة أن هذه البرامج لها تأثير مشجع على الوظائف العقلية واللغوية والعاطفية للأطفال التوحديين وأن هؤلاء الأطفال بعد أن تلقوا هذه النوعية من البرامج سوف يستفيدون أكثر من الفرص التعليمية والاجتماعية الموجودة في مجتمعا ووجد Holin Moorl أنه لكي تأتي البرامج السلوكية بنتائج أفضل مع هؤلاء الأطفال لابد من التدخل المبكر وهذا قبل سن 4 سنوات.

حقق هذا الأخير في نجاحا ملموسا في تعليم وتدريب الأطفال التوحديين كما قد أمكن التغلب على العديد من الصعوبات والمشكلات التي يصدرها الأفراد التوحديون باستخدام أساليب ومبادئ تتمثل في الآتي:

- ملاحظة السلوك المطلوب التخلص منه وتسجيل مدته ودوريته والتعرف على الظروف التي تؤدي إليه والنتائج التي ترتبت عنه وتبعته .

-عند إلغاء سلوك سيء يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار يجب البحث عن السلوك البديل المراد إحلاله محل السلوك السيء.

- عند تعميم سلوك أو مهارة يجب تقييم العمل على خطوات بسيطة يمكن تنفيذها بسهولة مع تلقين الطفل التعليمات الواجب اتباعها بشكل واضح ومفهم لديه، ثم يقل التلقين بالتدريج حتى يتلاشى ويستطيع القيام بالمهمة بدون مساعدة.

– التعزيز والتشجيع بشتى الطرق المادية والمعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل (كلما أمكن) فهذا يساعد على تقليل أو التخلص من معظم أنواع السلوك التي يهدف الطفل من ورائها إلى جذب انتباه الآخرين.

-تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السيء لتقليل فرص بدء حدوثه.

– يجب مراعاة عدم التناقض بين السلوك الصادر من الكبار والقواعد التي تفرض على الأطفال لأن هذا السبب لهم نوعا من الحيرة والارتباط. **(خطوط، 2019، ص47-48)**

ويمكن تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي و بوقت قصير.

ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها للأطفال التوحد هي :

-مهار ات تعلم اللغة و الكلام .

-السلوك الاجتماعي الملائم.

– مهارات متنوعة من العناية الذاتية.

– اللعب بالألعاب الملائمة.

– المزاوجة و القراءة

-المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام.

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد او المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الاخرى غير المناسبة تماما وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل. **(حادي، 2018، ص53)**

7-3-3- **العلاج التعليمي**:

و هو بدون اي مبالغة لغة الطريق والامل الوحيد امام اطفال التوحد حتى الان و خاصة كنتيجة للاهتمام و التركيز في دوائر البحث العلمي لتحسين اعداده و تدريبه و تنمية قدراته و مهارته في مجال التواصل اللغوي و غير اللفظي و النمو الإجتماعي و الانفعالي و معالجة السلوكات النمطية و الشاذة

والعدوانية و التدريب على رعاية الذات و التدريب النفس حركي و المهني حتى حقق ألاف اطفال التوحد نجاحا كبيرا في تحقيق قدر مناسب من الحياة الاستقلالية و حيث بدأت برنامج التدخل العلاجي التعليمي مبكرا في حياة الطفل. **(المرجع السابق، ص55)**

7-3-4- العلاج بالدمج الحسي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحد طورها Ayres Jeanوالتي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، واستراتيجيات التدخل يكون الهدف من خلال الدمج الحسي وتحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة التي تزود باستجابات تكيفية وتعلم جيد.

7-3-5- علاج التوحد بالدمج السمعي:

لقد لاقى هذا النمط العلاجي الكثير من المبالغات ونسبة نجاحه تتجاوز 80 ،%لقد ظهر أولا في فرنسا، ويتضمن استخدام آلة ويستمر التدريب أسبوعين ويتألف من ساعتين ونصف للاستماع مرتين في اليوم والهدف إعادة تدريب السمع من خلال الموسيقى المبرمجة، إن الأطفال الحساسين قد يستفيدون من هذه الطريقة بانخفاض الحساسية للصوت وزيادة قدر م على الكلام.

وفيه قد يستمع الطفل إلى أصوات متنوعة دف تحسين فهمه اللغوي ويفيد المدافعون عن هذه الطريقة تساعد ذوي إعاقة التوحد على تلقي مدخلات حسية. **(خطوط، 2019، ص48)**

7-3-6- علاج التوحد بالتدريب البصري:

بعض الأطفال التوحديين يعانون من رؤية الألوان التي تتدفق مع بعضها البعض، وكذلك أشار بعض الأطفال التوحديون إلى أن عيونهم تألمهم عندما يرون بعض الألوان. ومعظم الآباء يجدون أن المشكلات البصرية للأطفال المتوحدين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة وإزالة الاختلافات المؤلمة وإثارة ملفتة للنظر.

كما أن معظم السلوكات المرتبطة بالتوحد ومشاكل أو صعوبات التعلم تنجم في الواقع عن عجز في النظام البصري والأنظمة الحسية الأخرى، عن توفير معلومات صحيحة ومفهومة لأصولها البيئية التي تمثلها، ولذلك يجب تتبع مراحل التطور البصري لدى الفرد ما يجعل التدريب على الإبصار مفيد

للتغلب على الضعف التشوش الذي قد يحدث هذا إضافة إلى ضرورة عرض المريض على أطباء العيون للكشف عن الخلل وزرع العدسات وتركيب النظارات الصحيحة لكل مشاكل القرب أو البعد البصري.

وقد أثبتت الدراسات إلى أن هذا الأسلوب له آثار جانبية خصوصا في مجال إدراك الطفل للبيئة من حوله والتجاوب الاجتماعي، ومهارات التواصل، غير أن كثيرا من تلك الأبحاث تعاني أخطاء منهجية، تجعل تفسير وتعميم نتائجها أمرا صعبا، ففي مراجعة شاملة للأبحاث في هذا الميدان تبين أن تلك الدراسات لا تعاني من صعوبات منهجية فقط ولكن لم تنجح في إثبات العلاقة المقترحة بين خبرة حسية ما وتغير في السلوك. **(المرجع السابق، ص49)**

7-3-7- <u>العلاج بالموسيقى</u>:

وجد أن العلاج بالموسيقى له تأثير قوي على الأشخاص المصابين بحالة التوحد حيث أن لها تأثير واضح في تغيير بعض السلوكات، يساعد صوت الموسيقى الطفل الذي يعاني من ثورة نفسية قوية تتمثل في إظهار المزيد من الحركات النمطية ثم يبدأ بالهدوء شيئا فشيئا، حتى يستحوذ صوت الموسيقى على تركيزه، فيتخلص من تلك الحركات والانفعالات المختلفة.

والأشكال الإيقاعية والموسيقية للعب والتفاعل يمكن أن تكون مساعدة في تلقين التواصل والعلاقات مع الأطفال التوحديين، وتستعمل الموسيقى بطرق متنوعة كمساعدة التدريس، كما أن علاج التفاعل الموسيقي المكثف من قبل معالج موسيقي مدرب يمكن أن يحسن تنظيم الذات الانفعالي و الاستعداد التواصلي للأطفال التوحديين وتحسين العلاقات مع الآباء والآخرين والنمو والتعليم.

كما تعتبر الموسيقى لغة عالمية يفهمها الجميع وكذلك الطفل التوحدي حيث يستجيب شعوريا وسلوكيا له وذلك بالاسترخاء والهدوء والرغبة في الاستجابة للآخرين والتفاعل معهم.

وإن كان للموسيقى أهمية في علاج الطفل التوحدي وتحسين سلوكه وكذا جعله يتفاعل مع الآخرين فهناك أيضا العلاج باللعب الذي يساعد الأطفال على التواصل. **(دعو وشنوفي، 2013، ص98)**

7-3-8- العلاج باللعب:

إن اللعب يساعد الطفل التوحدي على الاندماج والتكيف مع البيئة كونه لا يتكلم كثيرا ولا يتفاعل مع الآخرين، و لهذا فإن اللعب يعتبر طريقة غير مباشرة لتفاعل الطفل التوحدي مع الآخرين وإنشاء علاقات مع الآخرين.

كما يساعد اللعب الطفل التوحدي على التعبير، وكذلك استعمال خيالهم، كما أن اللعب يمثل طريقة تعليمية للطفل ومن الأمور الثابتة أن اللعب يكسب أطفال التوحد قيمة بارزة في نموهم الاجتماعي ويمنحهم بالإضافة لذلك الثقة بالنفس ويمدهم بعمليات التواصل الاجتماعي.

وتشكل مجموعة الألعاب والأنشطة الرياضية الحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة الانطواء والعزلة التي تميزه عن الأطفال العاديين. **(نفس المرجع، ص101)**

7-3-9- العلاج بالاحتضان:

المعالجة بالاحتضان هي احدى المعالجات الحسية وقد بدأت مارثا ويلش MARTHA WELCH الدكتورة النفسية المختصة بالأطفال استخدام المعالجة بالاحتضان كطريقة للعمل مع الاطفال التوحديين و في اواخر سبعينيات القرن العشرين.

اكتسبت المعالجة بالاحتضان شعبية واسعة، تستند هذه الطريقة على افتراض أن بعض الصدمات المبكرة كالميلاد المتعسر أو المرض قد تجعل الطفل منعزلا عن والديه و في هذه الطريقة العلاجية تحاول الام او الاب او غيرهما معالجة مثل هذه المشكلات و الاتصال بالطفل من خلال حضنه لفترة زمنية، وبممارسة لعب طفولي معه يجلس الطفل وجها لوجه مع الشخص البالغ، و يتم ضمه لا سيما عندما يكون الطفل في حالة صراخ او بكاء، او عندما يبدي شكلا اخر من اشكال التوتر، و من خلال الامساك بالطفل لا يتاح له ان يتجنب أمه اي انه يجبر بهذه الطريقة على التفاعل.

و يدعي بعض المعالجين نجاحا عظيما لعلاج الامساك بالطفل او حمله والذي يعني الالتصاق بالطفل في عناق محبة حتى يسترخي ويستجيب بابتسامة او بالتصاقه بالمعلم. و لكن هذا قد يحتاج الى ساعات عديدة، و قد يكون منهكا عاطفيا وجسديا، ويجب ان يكون الامساك بالطفل قويا و محبا في

الوقت نفسه، و لو حاول الطفل جاهدا الافلات منه و من الافضل ان تحاول الام هذه الطريقة اولا واذا لم تستطيع الام ان تفعل ذلك او انها لم ترغب في ذلك، فبإمكان المعلم ان يحاول و يجب على من يبادر

بهذه الطريقة ان يكون قادرا على مواصلة العمل مع الطفل ما دام الامر ضروريا لو ربما لسنوات، لأن الطفل قد يتأذى من افتقاد شخص تعلم ان يقيم معه ارتباطا حميما. **(حادي، 2018، ص56-57)**

8-البرامج التدريبية لأطفال التوحد:

8-1-برنامج TEACH:

هو برنامج أسسه (Eric Schopler) في أوائل السبعينات من القرن الماضي، وهو يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم حيث يعتمد البرنامج على تنظيم البيئة المادية وإعطاء التوحديين معلومات بصرية واضحة ويعتمد (cors) مقياس Teach كأساس للتقييم في البرنامج.

إن جزءا مهما من برنامج Teach موجه لتطوير مهارات الاتصال متابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ وكذلك يتضمن البرنامج التعلم والتدريب لآباء الأطفال روتينا وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في الصفوف الدراسية للبرنامج وذلك حتى تعمم المهارات على المواقف المختلفة.

ويتم تقديم علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل في مراكز في الولايات Teach المتحدة الأمريكية، كما يقدم هذا البرنامج تأهيلا متكاملا للطفل لأنه شامل. **(القبايلي، 2004، ص246)**

8-2-برنامج (Leap) :

بدأ برنامج ليب في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحديين من عمر (3- 5) سنوات وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

وما يمتاز به برنامج ليب أنه يجمع الأطفال التوحديين والأطفال العاديين، حيث يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية والانفعالية واللغوية والسلوك الكيفي و المجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية ويجمع منهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

والتركيز الأولي لهذا البرنامج يشتمل على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والأجوبة على الأسئلة وإقامة ورش تدريبية وتقديم الاستشارات حسب الحالة ويشمل التدريب على:

- تنظيم الصف.
- ضبط الصف.
- الإشراف على منهاج.
- متابعة لما وراء عمل المعلمين.
- تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية.
- مشاركة الأسرة.

يتم تحديد أهداف خاصة لكل طفل توحدي ووضع استراتجيات لإشباع حاجتهم، ولا بد من مشاركة الأسرة ضمن برامج تدخل مستندة إلى المنزل و المجتمع. **(المرجع السابق، ص246)**

8-3-برنامج Fast For Ward:

وهو برنامج إلكتروني يعمل (كمبيوتر، بالابتكار) ، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم هذا البرنامج عام 1996 بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة)Tallal (paula حيث بينت في بحثها المنشور في مجلة العلم أن الأطفال التوحديين الذين قد استخدموا هذا البرنامج اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرته فيوضع سماعات على أذني الطفل بينما هو جالس أمام شاشة الحاسوب يلعب ويستمع للأصوات الصادرة عن هذه اللعبة، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية، وقد تم تطوير برامج أخرى تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي. **(شاكر، 2010 ، ص 137-138)**

9- مآل أطفال التوحد:

إن معظم الدراسات الطولية لأطفال التوحد كانت غامضة ووجد أن حوالي 75 % من الأطفال يعانون من صعوبات في التعلم مما يقلل من فرصة الحصول على العمل و أن 35 %من الأطفال يعانون الاكتئاب و يبدأ معهم من مرحلة الطفولة، و ربما يؤدي مستقبلا إلى التأخر في الجانب الاجتماعي و الافتقار إلى مهارات التواصل و الصعوبة في العيش مع عالم الكبار.

و بينت دراسة Rotter 1978 أن 5.17 % من أطفال التوحد بإمكانهم تدبير حياتهم و التكيف مع الكبار أما Karner 1973 فأشار بشكل مفصل بعد دراسته تسعة من الأفراد التوحديين آن خمسة منهم قضوا حياتهم في داخل المؤسسات و أخرى عانى من الصرع ثم توفى في وقت مبكر من حياته واثنان من الأفراد كانوا قد حصلوا على عمل ولكن تحت إشراف والديهم و الفرد الآخر كان قد التزم الصمت طيلة حياته و كقاعدة عامة فإن أطفال التوحد ذوي معامل الذكاء (70) فأكثر، و الذين يستخدمون لغة التواصل قبل سن (5-7) سنوات لديهم مآل حسن.

وأشارت الدراسات التتبعية للتوحد بين الكبار ثلثي البالغين يظلون معوقين و يعيشون في شبه اعتمادية أو اعتمادية كاملة.

وإن 1.2 % منهم فقط يكتسبون حالة السواء و الاستقلالية و يكتسبون وظيفة و ان 20.5% يقعون في حالة الحدية بين السواء و الإعاقة و يتحسن التنبؤ بمالهم اذا تحسنت البيئة و ظلت مساندة لهم. **(نفس المرجع، ص 185 – 186)**.

10- دور الأم في حياة الطفل التوحدي:

يتفق العلماء على أن الأم هي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية و الرعاية التي تمد بها الطفل ومع اتفاق العلماء أيضا على أهمية الأسرة وأثرها في تنشئة الطفل الاجتماعية فأنهم يحرصون على إظهار دور الأم على انه الدور الرئيسي في عملية التنشئة.

كما يحتاج الطفل في سنوات حياته الأولى بصفة خاصة الى الشعور بالأمان الذي يهيئه الى التوافق النفسي والاجتماعي و يحفظ توازنه النفسي و يؤكد استقراره وهو في هذا يحتاج إلى الحب والقبول

والاستقرار كعناصر أساسية لإحساس الطفل بالأمان و الطمأنينة وهذه العناصر يستنبطها الطفل ممن يحيطون به وبصفة خاصة الأم .

هذا لأن الحب والأمان الذي يجده الطفل مع أمه يؤثر على نموه الانفعالي والجسمي والعقلي ومن هنا تتضح لنا أهمية الدور الذي تلعبه الأم في رعاية وتحقيق الصحة النفسية لأطفالها.

(طاوسي، 2019، ص 28)

الأسرة ككيان لكل فرد فيها مهامه ومسؤولياته، وقد لوحظ أن الأم هي الملامة في اغلب المجتمعات على مشاكل الطفل وما يحدث له من عيوب خلقية أو أمراض، وذلك ليس له أساس من الحقيقة.

كما أن العناية بالطفل تفرض عليها وحدها وفي ذلك صعوبة كبيرة، كما أن اهتمام الأم بطفلها المصاب بالتوحد قد يقلل من اهتمامها ورعايتها لزوجها وأطفالها الآخرين، كل ذلك ينعكس على الأسرة .

وهنا الاحتياج لتعاون وتفاهم الوالدين سويا، ومساعدة الأب للام على تخطي الصعاب و عدم تحميلها فوق قدراتها البدنية والنفسية.

تلعب الأم الدور المهم في عملية تنشئة طفلها، فأول غذاء يحصل عليه من الأم وهي التي تسهر على رعايته و حمايته والاعتناء به، وتوفير المأكل الصحي والملبس النظيف ولذا يقع على عاتقها رعاية شئونه منذ ولادته وتولي إشباع حاجاته، ونظرا للاحتياج الشديد للطفل ذي الاحتياجات الخاصة للسند فان أول من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم ومرجع ذلك لعلاقة الالتصاق بينها وبينه ولذا تلعب الأم دور المساندة العاطفية وتمثل مصدر للإشباع المادي والنفسي لديه. **(مرجع سابق، ص 29)**

ثانيا: المعاش النفسي لأم الطفل التوحدي:

1-مظاهر الصدمة النفسية لدى الأم:

ترى الباحثة sara Régina. Ryan 1995 أن عامل المفاجأة يكتسي أهمية كبيرة ، وأن الحدث الصادم المتعلق بالفقدان يتسبب في إحساس بالواقع ، حيث أن المرأة بعد تعرضها لصدمة فقدان الطفل الهوامي تصطدم بهذا الواقع بصورة شديدة مما يخلق لديها مظاهر تكون شديدة في اغلب الأحيان.

1-1-المظاهر النفسية:

- **الاكتئاب:** يظهر الاكتئاب عند المرأة كحزن شديد ينتابها مع الإحساس بالشعور بالذنب ، حيث يؤدي هذا إلى الانطواء و إلى الهياج نتيجة فقدان موضوع نرجسي و مثالي لديها ،بالإضافة إلى فقدان الأمل وخمول في ممارسة النشاطات المعتادة. **(سماعيلي، 2012، ص59)**

- **الحصر:** حيث تشعر المرأة بعد حدث الفقدان للطفل بقلق شديد و خوف من أن لا تعتاد على الحياة التي لم تكن تتصورها، و يعتبر هذا القلق نوع من أنواع المخاوف فتبتعد المرأة المصدومة عن كل ما يثير موضوع وما يذكرها بذلك الحدث.
- **الوحدة:** رغم إحاطة المصدومة بالعائلة إلا أنها تشعر بالوحدة وتلازمها في جميع المواقف خاصة المواقف التي اعتادت أن تكون فيها مع طفلها المفقود .
- **الهيجان:** غالبا ما يكون الهيجان كردة فعل انفعالية أولية و لكن يمكن أن نلاحظ أن ردة الفعل هذه تستثار اتجاه العائلة أو المحيطين بالمرأة و غالبا ما يرفق بالرفض والإنكار ولوم الذات ولوم الآخرين. **(المرجع السابق، ص60)**

1-2-المظاهر الجسمية:

- **فقدان الطاقة:** حيث تشعر المرأة في حالة الصدمة و أثناء الأيام الأولى لوقوع الحدث الصادم بالعياء و التعب حتى لو كان العمل بسيطا ، ومهما كان نوع العمل.
- **فقدان الشهية:** نجد أن المرأة تغير جسمها سواء بزيادة الوزن أو نقصانه كما يظهر سلوك عدم المبالاة بالأكل (الشراهة أو غيرها).

1-3-المظاهر السلوكية:

- **البكاء:** يعتبر البكاء و الدموع التعبير العام للحزن و للجرح النفسي . و غالبا ما يصاحب البكاء مرحلتي عدم التقبل والاكتئاب في مراحل عمل الحداد والتي سنعرضها بالتفصيل لاحقا.
- **صعوبة النوم:** حيث لا تستطيع المرأة النوم حيث تعاني من ارق دائما كما أن نومها في كثير من الأحيان متذبذب ونجد معاناة كبيرة حتى تستغرق في النوم.

1-4-مظاهر اتجاه الذات و اتجاه الآخرين : نجد مثلا:

- **الشعور بالذنب:** يحدث نتيجة الصراع الداخلي بين الرغبة و الدفاع الغريزي في الهو و بين الأنا الأعلى.
- **سوء التقدير الذاتي:** نجد اغلب النساء اللواتي تعرضت حيا□ن لفقدان الطفل إحساس عدم القدرة والاحتقار النفسي للذات و هذا ما يؤدي إلى الانطواء و الإحباط كما انهن يكون نظرة سيئة حول قدرتهن على الاحتفاظ بالطفل. **(المرجع السابق، ص61)**
- **التشاؤم و فقدان الأمل:** نتيجة لشعور المصدومة باليأس تفقد الهدف من حياتها و تشاؤمها منها في الأحوال الآنية و المستقبلية كما انها تفقد تعاطفها مع نفسها و مع الزوج و حتى مع الآخرين كما أنها تفقد علاقتها مع مواضيع الحب، وقد تتوصل إلى فكرة حب الموت و الخلاص.

1-5-مظاهر معرفية troubles de mémoire :

- **ضطرابات في الذاكرة:** حيث تصبح المصدومة غير قادرة على استرجاع خبراتها و ذكرياتها خاصة المتعلقة بالحدث الصادم لأنها بالفعل تريد تناسيها و هذا ما يؤثر على عمل ذاكرتها.
- **اضطرابات في الانتباه:** حيث يتميز انتباه المرأة بتشتت الأفكار المحملة بالانفعالات الشديدة كالأوهام و التصورات و الشك.
- **مظاهر التكرار:** حيث يتكرر الحادث الصادم بأشكال منها:
- **الكوابيس:** تعيش المصدومة بطريقة جد واضحة صورة الصدمة، فتفقد من خلالها القدرة على الكلام و الحركة ويظهر ذلك على شكل حلم مخيف ومؤلم Répétitifs .
- **تكرار الذكريات:** فمن خلالها تشعر المرأة المصدومة بالاختناق والضيق بسبب صور الصدمة التي يتضمنها الحدث الصادم. **(المرجع السابق، ص62)**

الشيء الذي يمكننا أن ننتبه إليه في دراستنا العيادية لمظاهر الصدمة أنها تختلف من امرأة لأخرى، وهذا تبعا لقوة و شدة الحدث الصادم الذي لا يكون نفسه عند جميع النساء، فهنا يكون للجهاز النفسي.

لكل واحدة منهن دوره الحاسم في التصدي للإثارات الخارجية من جهة ومن جهة أخرى راجع لقوة الأنا لمواجهة الحدث المفاجئ.

2-مواجهة الأم بين الطفل الحقيقي التوحدي و الطفل الهوامي:

إن كل أم تحمل في خيالها صورة لطفل مثالي(enfant idéal)، وهذا الطفل الهوامي سيحمل كل الآمال الأكثر تبجيلا بالنسبة للأبوين، فهو سيكون الطفل الأكثر وسامة والأكثر ثراء وسيحقق كل ما لم يستطع الآباء تحقيقه.

وهذا الطفل الرائع إذا خيب آمال والديه فإن الإحباط سيكون شديدا و يبقى الطفل الخيالي بالنسبة إليهما هو موجود و يستثمر حتى قبل الولادة و قد يكون أيضا معززا من الجانب الطبي من خلال الصور الإيكوغرافية وأفلام تبين حركات الجنين، فالخيال هو مدعم بعناصر من الواقع ويأخذ حجمه الهائل من خلال تصور خارق و سحري لهذا الطفل.

وحسب **باك.م.ف Bacque.M.F** فإن التصورات المتعلقة بالطفل الهوامي قد تنقطع فجأة حتى قبل أن يولد الطفل، و ذلك عندما يكتشف الفريق الطبي أن هناك تشوه في الجنين يؤدي إلى تخلف أو إعاقة مستديمة، و هذا يعني ميلاد طفل غير عادي وبعيد كل البعد عن ذلك المخلوق الرائع الذي كان محل إسقاطات كثيفة من طرف الأبوين، وقد يتطلب الأمر اللجوء إلى عملية إجهاض، وبالتالي تجهض معه كل الأحلام ومعها صورة الطفل الخيالي.

ولكن في هذه الحالة هناك موت حقيقي للطفل وقد يتوقف استثمار الطفل الهوامي نظرا لعدم وجود حمل أو طفل منتظر. وبالتالي قد تخرج الأم من الوضعية الفاصلة بين الطفل الواقعي والطفل الخيالي. ولكن في حالة الطفل التوحدي وبعد الإعلان عن التشخيص بهذا الاضطراب، فاستثمار الطفل الهوامي لن يتوقف لأن الطفل الواقعي هو حي ولم يمت، ومواجهة الأم له في كل يوم يذكرها دائما بالمسافة الكبيرة الموجودة بينهما، وبالتالي فالاصطدام مع الواقع الحقيقي الذي يمثله الطفل التوحدي سيتطلب منها أن تقوم بعمل حداد مستمر وطوال الحياة.

وقد تلجأ الأم إلى استعمال بعض الميكانيزمات ؛ نجد:

- **ميكانيزم الإنكار:** بحيث قد تعبر الأم بقولها أن هذا الطفل ليس توحدي و لكن لديه مشكل في الاتصال فقط، و ربما تلجأ إلى التأكد مثلا تقول "ذهبنا إلى خارج البلاد لمعرفة إذا كان هناك ما

يمكن فعله".أو قد تستعمل سلوك عدم المبالاة مثلا تقول الأم " أخبروني لم أعر اهتماما نهضت وذهبت".

- **سياق التقليل من أهمية الشيء La minimisation** مثلا تقول "إنه يفهم كل شيء إنه طفل عادي"

وفي حالات أخرى قد تسلك الأم سلوك الرفض الصادم بحيث تتخلى كلية عن طفلها رغم ندرة حدوث ذلك. وفي بعض الأحيان قد تسلك الأم سلوك مفرط في حماية الطفل وتحيط الطفل بجو من الحماية والرقابة لكل حركة ولكل سلوك يقوم به ولا تترك له فرصة التصرف بعفوية.

وبعض الأمهات قد يصعب عليهن القيام بالحداد، حيث قد تدفعهن صدمة الإعلان عن اتوحد إلى الهذيان وإلى اكتئاب عميق أو حتى السقوط في مرض بسيكوسوماتي.

وقد تلجأ بعضهن إلى الإدمان والبعض منهن قد تتخلى عن المسؤولية المنزلية وقد تترك العائلة دون رجعة، والبعض منهن قد يقمن بإخفاء ابنهن فهو مصدر خجلهن ولا يتمكن من الظهور برفقته لأنه يذكرهن دائما بالإحباط وبفقدان الطفل الهوامي. **(Bacque.M.F, 1992, p281)**

3-علاقة صدمة التشخيص بالنرجسية عند الأم:

3-1-الجرح النرجسي لدى الأنثى:

إن النظرية التحليلية حول الأمومة تتكلم عن الرغبة في الطفل و ليس الرغبة في الأمومة التي تقوم على الشعور بالنقص والرغبة في التعويض عن النقص الذي تشعر به المرأة بالمقارنة مع الرجل، وبالتالي النقص ، الإحباط ، الحياء ،الرغبة ، الحب المحارمي ، الرغبة في التعويض ، الطموح في التساوي مع الرجل هي التي تصبح كمحركات للرغبة في الطفل ، لأنه نلاحظ هنا بأنه لا يوجد في الواقع الرغبة في الأمومة و ما يهم هو الطفل، وأكثر من ذلك ليس من أجل الطفل باعتباره شخص لكن كموضوع (موضوع قضيبي) فالرغبة في الطفل تعتبر كالرغبة في الموضوع.

ولكن في حالة ما تعرضت هذه النرجسية إلى جرح فنقول بأنه ما يغلبها هو الطابع المؤلم نتيجة التجربة الصدمية لفقدان الطفل، فيموت جزء من اناها نتيجة كسر كل الحواجز التي كانت تربطها مع الفقيد.

وهذا ما يعرف بالجرح النرجسي أو ما يسمى بالكسر النرجسي. فالجرح النرجسي عند الفرد يعود بالفرد إلى مرحلة الخصاء.

حيث يرى **اندري غرين AndreeGreen** بأن فقدان الموضوع في الحداد النفسي وخيبة الأمل بسيطة تقود إلى الجرح النرجسي الذي يقود في الأشكال الحادة إلى الاكتئاب وإلى نقص القيمة الذاتية. ويرى الفرد بأنه غير جدير بالاستحقاق ولهذا ففقدان الموضوع يوقف التعلق الذي يعمل على إبراز الكره من خلال اليأس وإظهار رغبات الشراسة والتمثل بالاكتئاب المقنع. **(سماعيلي، 2012، ص88)**

ومن خلال ما تعرضنا إليه سابقا، اتضح أن الطفل المنتظر يكون محل إسقاطات الأبوين وبالأخص إسقاطات الأم، ذلك أنه بالنسبة إليها فالطفل المرتقب يأخذ معنى آخر فهو يمثل طفل الرغبة وهي رغبة طفولية مرتبطة بهوام محرم والمتمثل في الحصول على طفل من الأب كتعويض عن القضيب الذي لا تملكه، و هكذا أمكن التخلص من قلق الخصاء و الخروج من الصراع الأوديبي بسلام.

وفي النهاية فالأمر يتعلق عند الفتاة أو الأم فيما بعد بإكمال ما هو ناقص، فغياب القضيب يعاش كجرح نرجسي لأنه يمس كمال الصورة الذاتية عند المرأة.

وبالتالي إذا كان الطفل المنتظر و الذي سيحقق هذا الكمال هو في حد ذاته غير مكتمل، فنفترض أن تعيش الأم جرح مضاعف على مستوى نرجسيتها، أولا كأم و ثانيا كأنثى.

في الأخير يمكننا تعريف الصدمة عند الأم على أنه الإدراك بالفقدان الحقيقي لموضوع عزيز وهو يمثل الطفل الخيالي وهو فقدان نهائي لأن الطفل التوحدي هو موجود ولم يمت وبالتالي فالحداد يبدو مستحيلاً لذلك ستلجأ الأم إلى استخدام ميكانيزم الإنكار في البداية وبشدة، وهو فعال ضد التهديد الذي قد يمس الاندماجية النفسية ويحميها من التخريب، بفعل شدة الصدمة المرتبطة بالإعلان عن تشخيص اضطراب التوحد عند الطفل، والذي سيعكس صورة مشوهة للذات الإنسانية مما يتسبب في احساس بجرح نرجسي عميق عند الأم متعلق بفشلها كأم مثالية قادرة على انجاب طفل مثالي وكامرأة تتمتع بأنوثة كاملة.

4-تجاوز الصدمة و عمل حداد غير مكتمل عند الأم:

إن المواجهة المؤلمة بين الهوامات والحدث قد تعزز أو تحدد طبيعة الصدمة المرتبطة بهذا الحدث، فيصبح هناك اتصال بين الفضاء النفسي و الفضاء الخارجي أو كما عبر عنه **بيكو.م M.Picco** يحدث هذا اللقاء بشكل يجعل الجهاز النفسي لا يتمكن من القيام بدوره كحاوي للعالم الداخلي".

ويشرح هذا الباحث أن تجاوز هذه الحالة يكون من خلال الاتصال الجسدي انطلاقا من عمليات الرضاعة والعناية مما يخفف من القلق وتسترجع الأم الاستثمار النرجسي لطفلها وتعوض الرغبة في موت الطفل بالرغبة في حبه وحمايته و التمكن من الإسقاط في المستقبل الخاص بالطفل بدلا من أن تتجمد العلاقات والتفاعلات بين الطفل و الأم.

وفي أي عمل حداد والمرتبط بفقدان الموضوع، والذي يأخذ طابع الطفل الخيالي من خلال بحثنا فإن هناك سياق الحداد الذي ستمر به الأم وذلك في محاولة لتجاوز الصدمة وباتباع خطوات سياق الحداد أمكن تصور حصوله عند الأم حسب المراحل الآتية:

4-1-مرحلة الصدمة و الإنكار:

عند الإعلان عن التشخيص لاضطراب التوحد فسيكون هناك احتباس للأنفاس مع عدم التصديق أن الطفل حقا مصاب باضطراب التوحد، و أنه يمر فقط بمرحلة صعبة و سيعود طفلا عاديا على الأقل وليس متطابقا مع الطفل الحلم.

و مع هذا الإعلان الصادم سيبدو فجأة أن العالم قد توقف عن الدوران وانتهى وجوده.

هكذا نفترض حصول الأمر وهذا ما قد تعبر عنه الأم عن الحالة التي تلي الإعلان عن التشخيص وكأن كل شيء قد انتهى وهناك مرحلة غامضة تنتظرها مع الشعور أن جزءا منها لا يعترف بهذا الواقع المؤلم وهي استجابة أولية مهما كانت نوعية الصدمة التي يتعرض لها الشخص، فالاستجابة الأولى أمام الصدمة هو الصعق وعدم الاعتراف بذلك أي هناك إنكار للواقع.

فنظرا لأن الصدمة تتميز بمظهر العنف والفجائية، فإن الشخص المصدوم سينشط ميكانيزمات الحفاظ لأنه تعرض إلى تهديد بالانحلال الحقيقي الذي قد يمس اندماج أناه و ذلك لتحضير عملية الإرصان لما يحدث .وتكون أول استجابة هي الإنكار وعدم الاعتراف بوجود اضطراب عند الطفل و قد يلي هذه المرحلة تخدر في المشاعر.

4-2-تخدر المشاعر:

إن المرحلة الأولى من الصدمة وسياق الإنكار؛ تفسر سلوك الأم خلال فترة الحداد والمرتبطة بالأسابيع الأولى من الإعلان و قد يحدث فيها غياب لأي مشاعر قوية وكأن هناك تخدير للمشاعر، وتتفاوت مداها في الزمن من شخص إلى آخر. وهي طريقة دفاعية أمام قوة الصدمة التي يمكن أن تكون اجتياحية، إذا لم يتم التصدي لها و قد تؤدي إلى تهديد للتوازن النفسي عند الأم.

ولا تتمكن من الدخول في عمل الحداد إلا بعد أن يبدأ الإحساس بالألم لما يحدث و تدريجيا دون أن تترك الأم نفسها تجتاح بمشاعر قوية وهنا تظهر الحاجة إلى التأكد من التشخيص لتصديق ذلك.

4-3-التأكد من التشخيص:

حسب **فور.ك** فالتأكد من التشخيص يعني التأكد من فقدان الطفل الحلم وهذا ما يتجلى من خلال استشارة عدة مختصين للتأكد من إصابة الطفل حقا بالتوحد، وذلك في محاولة يائسة للأبوين لإيجاد أمل أو أن أحد المختصين ينفي لهم ذلك ويخبرهم و بصورة سحرية أن طفلهم هو طفل عادي يمكن له أن يتمدرس ويحقق مشاريع مستقبلية، و لكن السلوكات الغريبة للطفل تعيد تذكير الآباء بأن التشخيص هو حقيقي و أنه على الأم أن تعترف بالفقدان أي فقدان الطفل الهوامي. وهناك من الآباء من يتوجه إلى خارج البلاد وذلك نحو بلدان تتميز بالتقدم في المجال الطبي، وذلك لاعتقادهم أن الكفاءات هناك أكثر تقدما.

4-4-ردود أفعال الآباء بعد مرحلة الصمت:

حيث يكون هناك تعبئة من طرف العائلة من أجل الفحوص الطبية و إيجاد الحلول و المختصين الكفء والذين يتمكنون من شفاء الطفل التوحدي، وكل ذلك في محاولة لإبعاد الألم عن الساحة النفسية وعدم مواجهة الفقدان الحقيقي لموضوع الحب والمتمثل هنا في الطفل الهوامي.

ومع تأكد الفحوص الطبية لوجود الاضطراب وبالتالي عدم ظهور أمل في الأفق؛ هنا يبدأ اليأس والألم ينالان من الأبوين وهنا ستبدأ المواجهة الحقيقية للصدمة.

4-5-المواجهة الحقيقية لمرض الطفل من طرف الأم :

لا شك أن قبل التشخيص و الجزم فيه، كان هناك أمل أو اعتقاد لدى الأم أن ما يبديه طفلها أو ما يقوم به من سلوكات غريبة هي مؤقتة وعابرة وستختفي مع الوقت ولكن بعد التشخيص يتوقف الاستثمار مع هذا الطفل التوحدي وحسب **فور.ك** فقد يظهر ضغط كبير لا يمكن التحكم فيه، سواء على مستوى العضوية أو على مستوى الحياة النفسية مع وجود شحنة عاطفية تحاول الخروج وبكل الطرق ويتجسد ذلك من خلال الشعور بالحزن واليأس الشديدين مع نوبات بكاء وقد تستجيب بعض الأمهات باضطرابات سيكوسوماتية.

4-6-بداية عمل الحداد المفترض مع بداية ظهور التفريع العاطفي:

في هذه المرحلة يشير الباحث **فور.ك** أن الأم قد تسلك مظهرين من السلوك؛ إما الهروب من هذا الواقع من خلال الحماية المفرطة للطفل الواقعي، و ذلك في محاولة للسيطرة على السياقات العدوانية الموجهة إليه، أو رفضه تماما وهو نادر الحدوث أن تتخلى الأم عن طفلها أو حتى أن تقوم بمحاولة التخلص منه فعليا.

و قد يكون هناك استعمال لميكانيزم البحث من طرف الأم وذلك بالقيام بأبحاث حول هذا المرض في محاولة منها لفهم هذا الاضطراب و ربما التحكم فيه، وكل ذلك أملا في حدوث معجزة أن تكون لها القدرة الخارقة على شفاء ابنها و تحويله إلى الطفل الحلم وهو لن يكون الطفل الخارق لأنها ستتنازل عن بعض الصفات المثالية وتأمل في أن يكون على الأقل طفلا عاديا ككل الأطفال تكلمه فيستجيب.

4-7-الإحساس بالذنب عند الأم خلال عمل الحداد:

إن الإحساس بالذنب مرتبط ارتباطا وثيقا بعمل الحداد و لا يمكن الفصل بينهما و هو أمر متقبل لأنه إحساس عادي عندما يرافق الحداد و هنا يأخذ معنى أنه قد فات الأوان للندم على الأمور التي حصلت في الماضي.

و الإحساس بالذنب في حالة الأم المصدومة جراء إنجاب طفل توحدي فهو يستمد موضوعه من الإحساس بالذنب المرتبط بالمرحلة القضيبية، و أيضا بالرغبة في إنجاب الطفل من الأب من خلال تحقيق هوام العلاقة الجنسية مع الأب من جهة، و من جهة أخرى الإحساس بالذنب اتجاه أمها كونها نافستها كأنثى للحصول على زوجها، وبالتالي فهناك إحساس مزدوج بالذنب.

وهذا الإحساس إذا كان شديدا فسيؤدي إلى الإحساس بنقص في تقدير الذات، لذلك لابد من معاقبة هذه الذات وتصحيح الخطأ المرتكب. وللهروب من هذه الوضعية المحبطة وقد تلجأ الأم إلى استثمار مفرط للطفل الهوامي.

4-8-دخول الأم في مرحلة الاكتئاب:

إن الدخول في الاكتئاب هو مظهر عادي إذا لم يتجاوز الحدود المعقولة فيصبح باثولوجيا، والاكتئاب هو مرحلة من مراحل عمل الحداد وهو إشارة إيجابية على السير الحسن له وهو يدل على سحب الاستثمار من الطفل الخيالي.

وقد يصحب هذا الاكتئاب مظاهر وأعراض مرتبطة بالوظائف البيولوجية تمس الأكل والنوم وحتى الحياة الجنسية وأيضا أعراض تكون على مستوى العمليات العقلية والحياة العاطفية وكذلك مظاهر التباطؤ الحركي والجسدي مع الشعور بالفراغ في الحياة النفسية مع الإحساس بالتعب يصحب كل ذلك رؤية متشائمة للحياة .

4-9-مرحلة إعادة البناء في عمل الحداد:

إن ما عرضناه سابقا يمثل مرحلة التخريب التي يمر بها شخص مصدوم، وبمرور المراحل السابقة و في حالة السير العادي للحداد فمن المفروض أن يدخل الشخص في مرحلة إعادة البناء و التنظيم للحياة النفسية وذلك من خلال تقبل فقدان الموضوع واستدخاله على شكل ذكريات من خلال القدرة على الإسقاط في المستقبل والتمكن من ربط علاقات جديدة وظهور استثمار ليبيدي من جديد.

ولكن هذا البناء يبدو مستحيلا مع هذه الأم المصدومة لأنها في مواجهة يومية مع الطفل التوحدي الذي يذكرها دائما بالجرح الذي لا يشفى أبدا. **(بوسكين، 2009، ص 121)**

5-تأثير اضطراب التوحد على العلاقة الزوجية:

لا شك أن إنجاب طفل مصاب بإعاقة، أو معرفة أنه مصاب باضطراب كاضطراب التوحد كما هو الحال بالنسبة لموضوع بحثنا، فإن هذا سيؤدي إلى إحساس بألم كبير عند الأبوين، و عندها سيكون هناك تشوه للصورة الذاتية الخاصة بهما و ذلك من خلال تشوه صورة الطفل، و هذه الوضعية ستعاش كجرح نرجسي و سيبعث بالآباء إلى الرجوع إلى تاريخ حياتهما منذ الطفولة وصولا إلى وضعية الآباء و كيفية انتقال العوامل الوراثية عبر الأجيال و هذا الطفل التوحدي سيحدث خللا في كل هذه السلاسل العائلية.

إضافة إلى ذلك وبسبب الإحساس الكبير بالذنب أمام هذا الطفل فقد يتبادل الأبوان التهم ويحاول كل منهما تحميل الآخر مسؤولية مرض الطفل خاصة في غياب التفسير العلمي كما هو الحال بالنسبة لاضطراب التوحد. هذا من جهة، ومن جهة أخرى قد تختل العلاقة الزوجية والحميمية بين الزوجين، وقد تنشغل الأم بطفلها و تفرط في حمايته فتهمل الزوج ولا تهتم بتلبية رغباته، وبالتالي فالطرف الثالث سيعيش إحباطا مضاعف؛ إحباط كوضعيته كأب وإحباط كوضعيته كزوج، وهذا من شأنه أن يزيد من الصراعات بين الزوجين وقد يستحيل بعد ذلك الاستمرار معا.

وقد يحدث العكس تماما فيصبح الطفل التوحدي يمثل الطرف الثالث في العلاقة الزوجية ويحتل المكانة الأولى وسيشكل الحديث الرئيسي بدل الحديث الخصوصي بين الزوجين وسيكون مصدر تلاحمهما من أجل تقبل وضعية ابنهما. **(نفس المرجع، ص129)**

6-تأثير اضطراب التوحد على الديناميكية العائلية:

إن تأثير إصابة الطفل باضطراب التوحد قد يأخذ اتجاهات متعددة و ذلك حسب درجة تقبل الأبوين للمرض و أيضا حسب السلوكات التي سيسلكانها مع طفلهما و بالتالي فإن أفراد العائلة الصغيرة المتكونة من الإخوة و الأخوات سيتخذون ردود أفعال اتجاه أخيهم التوحدي مشابهة لردود أفعال الآباء، سواء سلوكات محبة و تأخذ طابع الرعاية أو سلوكات تتسم بالتوتر و الاضطراب مع توجيه بعض العدوانية نحو الطفل التوحدي.

وفي هذا السياق يرى باسكان.م أن الإخوة إذا نظروا إلى أخيهم المضطرب على أنه المفضل بالنسبة للأبوين فإن هذا من شانه أن يولد عدوانية شديدة نحو هذا الأخير، لذا على الآباء أن يحرصوا على عدم إهمال باقي أفراد العائلة و أن يطلعوا أبنائهم على حالة أخيهم و يشرحوا لهم أهمية و حاجة الطفل إلى الحب و الحنان اللازمين وأن يتفهموا ذلك فهو يعاني و يحتاج إلى الدعم والمساعدة و في غالب الأحيان طوال الحياة كما هو الحال بالنسبة للطفل التوحدي. **(Basquin.M, 1982, p55)**

7-أهمية الدعم و التدخل النفسي لمساعدة والدي الطفل التوحدي:

لا شك أن الإعلان عن تشخيص اضطراب التوحد عند الطفل سيجعل الأبوان يشعران بألم شديد وحيرة كبيرة ، والصدمة ستكون أكبر في غياب علاج واضح لهذا الاضطراب، لذا سيشعران بالحسرة فيما يتعلق بمستقبل طفلهما وبالتالي فطريقة تقبلهما لهذا الطفل ستؤثر على شخصيته بطريقة أو بأخرى. لذلك فلن يتمكن الأبوان من إعطاء الحب الكافي لطفلهما ما داما لا يشعران بالأمان ، والتعبير عن الألم سيكون بداية للقيام بعمل الحداد على الطفل المثالي الذي كانا ينتظرانه وربما يتقبلا هذا الطفل التوحدي.

ولكن ترى **مور.م (L. Moor)** أن هذا التقبل لا يكون نهائيا لذلك فهؤلاء الآباء يحتاجون دائما إلى الإصغاء المستمر .ويكون عمل التدخل العلاجي و النفسي يرتكز على مساعدة الآباء على القيام بعمل الحداد وهذا الأخير قد يتحقق إذا توفرت بعض الشروط المعينة من بينها كما تراها **ريمبولت.ج G.Raimbault** هو التخلص من التقمص النرجسي للطفل التوحدي والقدرة على كبت كل مشاعر العدوانية وتمني الموت للطفل والذي يحدث بطبيعة الحال على مستوى اللاشعور، ويكون ذلك بتخفيض شدة الإحساس بالذنب وذلك بمساعدة المختص النفساني.

والأم لا يمكن لها أن تساعد ابنها ما لم تتخلى عن استثمار الطفل الخيالي والتمسك به وهذا العمل يبدو صعبا إذا لم نقل أنه مستحيل. وفي هذا الإطار تقول الباحثة **ريمبولت.ج** إن عمل الحداد يتطلب وقتا و يمر بمرحلة معتبرة نوعا ما مرتبطة بمثلنة الموضوع المفقود، وهو نوع من فرط استثمار الذي يسبق عدم الاستثمار، وهذا سيسمح باستدخال الموضوع المفقود على شكل ذكريات وكلمات وأفعال، و أيضا فكرة الاشتراك في الموت.

ومن جهة أخرى من خلال استثمار عاطفي لموضوع جديد و تطوير حب جديد ." ولكن يبدو هذا العمل مستحيلا بالنسبة لأم مصابة في صميم أمومتها لأنه ليس هناك موت حقيقي للطفل حتى تتمكن من القيام بعمل الحداد والمرور بمراحله وبالتالي فالفقدان هو فقدان هوامي ورمزي يمثل فقدان لهوام مثالي هو هوام الطفل الخيالي أو الطفل الحلم وهي رغبة طفولية لا يمكن لها أن تختفي لأنها استدخلت عبر المراحل التطورية.

وبالتالي فعندما يصبح عمل الحداد مستحيلا و إذا استعملت الأم ميكانيزم الكبت بصورة شديدة في كبت هذا الفقدان فإن هذا قد يجر معه إلغاء للعلاقة الأولى، و بالتالي فلكي تتمكن الأم من الحفاظ على هذه العلاقة فإنها قد تلجأ إلى دفاعات من النوع الهجاسي من خلال الإفراط في حماية الطفل وإحكام الرقابة عليه وتخطيط لكل حركاته ولكل ما سيقوم به وستلغى كل مبادرات الشخصية للطفل التوحدي.

أو ربما تسلك الأم سلوكا آخر؛ فقد تظهر سلوكات عدوانية ضد الطفل و يتحول الحب إلى كره ويصبح تربطهما علاقة عدوانية ذلك لأنه يذكرها دائما بفقدان موضوع الرغبة وبالإحساس بالذنب المتعلق بالمرحلة الأوديبية.

وهنا تظهر أهمية التدخل النفسي لمساعدة الأمهات لتخطي أو لتجاوز هذه المصاعب حتى لا تؤدي إلى تدمير ذاتي وربما تدمير نحو طفلها وذلك بفعل تنشيط لنزوات الموت التي قد تسيطر وتهيمن على نزوات الحياة، ويكون هناك اقتصاد في عمل حداد أليم والذي سيكون بمعنى أدق غير مكتمل في هذه الحالة. وقد تظهر نتائج التدخل العلاجي والنفسي من خلال إخراج الآباء من الوضعية الصدمية وجعلهم في وضعية فاعلة من خلال اشراكهم في مساعدة طفلهم والتكفل به، بدل الانغلاق على الذات وتعميق الإحساس بالذنب.

ومهما كانت درجة الألم والمعاناة التي يبديها الآباء فإنه لابد من جعلهم يلعبون دورا خلاقا ويكونون قادرين على إنجاز الكثير والقيام بالمبادرات ويكونون أطرافاً فاعلة في تحسين وضعية طفلهم، بدلا من أن يمارسوا عملية التدمير الذاتي بصفة تدريجية بسبب عدم وجود فضاء يسمح لهم بالتعبير عن معاناتهم وتفريغ إحساساتهم بالألم وبالذنب اتجاه هذا الطفل التوحدي. **(بوالسكين، 2009، ص121)**

خلاصة الفصل:

إن تشخيص اي طفل بالتوحد يعتبر حدث صادم، بالنسبة للعائلة عامة والام بصفة خاصة، حيث يترك بداخلها جرح نرجسي قد لا يلتئم مدى الحياه، فشعورها بالمسؤولية لإنجابها طفل غير سليم وكذا اخفاقها في كونها امرأة مكتملة قادرة على الإخصاب، وكأم قادرة على توفير العناية الامومية لطفلها، ممكن أن ينتج عنه عدة اضطرابات وقلق وشعور بالذنب، هذا ما قد يعيق ارصان الصدمة النفسية، وبالتالي فشل سيرورة الحداد وتفشل معها الام في استثمار مواضيع خارجية أخرى.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة.

1. منهج الدراسة.
2. الدراسة الاستطلاعية.
3. الدراسة الأساسية.
4. وسائل الدراسة.

1-منهج الدراسة:

لقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي ذلك لكونه المنهج الملائم لطبيعة الدراسة و الفرضيات من جهة و احتراما لفردانية كل حالة من جهة أخرى بهدف الوصول إلى الخصائص المميزة لكل حالة والتي قد تجيبنا على التساؤلات المطروحة في إطار إشكاليتنا و أيضا للتوصل إلى التحقق من مدى صحة الفرضيات التي وضعناها.

و يعرف Witmer المنهج العيادي بأنه :" منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين ودراستهم الواحد تلو الآخر من أجل استخلاص مبادىء عامة توحي بها ملاحظة كفاءتهم وقصورهم . " **(حسن مصطفى عبد المعطي،1998 ،ص141)**

وهذا التعريف لا يعني فقط المرضى ولكن كل الأفراد راشدين كانوا أو أطفالا. فالمنهج الإكلينيكي هو المنهج الذي يسمح بالكشف عن أعماق الفرد وحالته النفسية والميكانيزمات النفسية والفكرية التي توجه سلوكياته وتعطيها الطابع السوي أو المضطرب.

ويقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية و للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص .فدراسة الحالة، حسب مصطفى عبد المعطي، هي نوع من البحث المتعلق بالعوامل المعقدة التي تساهم في فردية وحدة اجتماعية ما، فعن طريق استخدام عدد من أدوات البحث وبالإطلاع على الخبرات الماضية للحالة وعلاقتها بالبيئة وبعد التعمق في العوامل والقوى التي تحكم سلوكها وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقتها، ويستطيع الفاحص أن ينشأ صورة متكاملة من الحالة. وهي ملاحظة معمقة لموضوع معين قد تستمر أحيانا لسنوات يتم فيها جمع المعطيات عن نفس الشخص من كل الجوانب.

2-الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية اختبار اولي للفروض حيث تعطينا النتائج الأولية ومؤشرات بمدى صلاحية هذه الفروض وما هي التعديلات الواجبة إدخالها على الفروض واذا كانت تحتاج الى تعديلات وتمكن الباحث من اظهار مدى كفاءة اجراء البحث والمقاييس التي اختيرت لقياس المتغيرات والهدف منها معرفة مدى مناسبة البيانات التي تحصل عليها الدراسة كما يتأكد من صلاحية المعلومات التي تستخدم للدراسة. **(رجاء، 2006، ص 168)**

2-1-إجراءات الدراسة الاستطلاعية وأهدافها :

بعد إحضار طلب مساعدة من قسم علم النفس وذلك من اجل إجراء الدراسة بالمؤسسات المتخصصة تحت وصايتها، (المركز النفسى البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بعزابة وجمعية قدوة للتكفل بأطفال التوحد و المدرسة الإبتدائية والمتوسطة) وأخذ الموافقة من مسؤولي كل من المركزين، قمنا بالدراسة الاستطلاعية، وكان الغرض منها هو:

- استكشاف ميدان الدراسة الأساسية.
- التعرف على الصعوبات التي قد نتعرض لها لتفاديها في إجراءات الدراسة الأساسية.
- الإلمام بالتصور الشامل للبحث.
- القيام باختبار أولي للفروض.

2-2-حدود الدراسة الاستطلاعية:

قمنا بدراسة استطلاعية في الفترة الممتدة ما بين شهر فيفري-مارس 2022 على أمهات أطفال التوحد حيث تم تزويدنا بمعلومات حولهن من طرف الطاقم النفسي مما مكننا من التقرب منهن وقد شملت دراستنا الاستطلاعية 7 حالات و ذلك بأماكن عدة:

- مركز الأطفال ذوي الاعاقة الذهنية ببلدية عزابة- سكيكدة.
- جمعية قدوة للتكفل بأطفال التوحد حي بشير بوقادوم-سكيكدة.

- المدارس الإبتدائية والمتوسطة والتي تتضمن أقسام خاصة بذوي الاحتياجات الخاصة و أطفال التوحد بسكيكدة نذكر منها: ابتدائية رابح العيفة ومتوسطة البشير الإبراهيمي.

كما قمنا باستفتاء على مواقع التواصل الاجتماعي بحثا عن حالات تتوافق وشروط اختيارنا لها.

2-3-حالات الدراسة الاستطلاعية:

تمثلت عينة الدراسة الاستطلاعية في أمهات أطفال التوحد (7 حالات) و قد تم اختيار هذه العينة من:

- حالتين من المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بعزابة-سكيكدة.
- حالتين من القسم الخاص بالمدرسة الابتدائية-سكيكدة.
- حالة من جمعية قدوة للتكفل بأطفال التوحد-سكيكدة.
- حالتين عن طريق مواقع التواصل الاجتماعي.

2-4-أدوات الدراسة الاستطلاعية:

لجمع المعلومات والمعطيات حول دراستنا و الحالات، تم الاعتماد على المقابلة البحثية مع الطاقم النفسي المتواجد بالمراكز المذكورة أعلاه والحالات المعنية.

2-5-نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد قيامنا بالمقابلات البحثية لجمع المعلومات، تم اختيار الحالات كما يلي:

- تم استبعاد الحالتين المتواجدتين بمركز عزابة من الدراسة و ذلك بسبب عدم توافق احدى الحالتين مع أحد شروط اختيار العينة والمتمثل في الانشغال الدائم للحالة الأخرى.
- الاحتفاظ ببقية الحالات.

كما أخذنا أفكار جديدة ساعدتنا في تقييم و تعديل الفرضيات. و تمكنا من تكوين صورة شاملة عن البحث.

3-الدراسة الأساسية:

3-1-حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:**

إن طبيعة الاضطراب المتناول في هذه الدراسة "اضطراب التوحد"، جعلنا نتوجه نحو المراكز المتخصصة في التكفل بهذا النوع من الأطفال و ذلك من أجل الوصول بطبيعة الحال إلى الأمهات، لذا توزع ميدان بحثنا كالآتي:

- مركز الأطفال ذوي الاعاقة الذهنية ببلدية عزابة- سكيكدة.
- جمعية قدوة للتكفل بأطفال التوحد حي بشير بوقادوم-سكيكدة.
- ابتدائية رابح العيفة والتي تضم قسم خاص بذوي الاحتياجات الخاصة من بينهم أطفال التوحد.

- **الحدود الزمانية:**

استغرقت دراستنا التطبيقية مدة شهرين و ذلك في الفترة الممتدة من بين مارس الى ماي 2022.

3-2-مجموعة البحث:

تتمثل مجموعة البحث في أمهات أطفال التوحد و الذي بلغ عددهم 5 حالات.

- **معايير انتقاء مجموعة البحث:**

تم انتقاء الأمهات التي شكلن مجموعة البحث على أساس:

1- إنجابهن لطفل تم تشخيص اضطراب التوحد لديه من طرف طبيب عقل للأطفال Un pédopsychiatre.

2- أن يكون هذا الطفل التوحدي آخر أطفال الحالة.

- **وصف مجموعة البحث:**

الجدول (1): جدول وصف مجموعة البحث.

وصفها / الحالة	السن.	المستوى الدراسي.	سن الطفل التوحدي.	رتبة الطفل التوحدي.
أم وسيم.	38 سنة.	ثانوي	8 سنوات	2
أم أنيس.	29 سنة.	جامعي.	7 سنوات	1
أم أنيس.	35 سنة.	ثانوي.	8 سنوات	3
أم أسماء.	31 سنة	جامعي	9 سنوات	1
أم أنيس.	41 سنة	جامعي	12 سنة	2

4-وسائل الدراسة:

اعتمدنا في هذا البحث على وسيلتين من أجل الإجابة على سؤال الإشكالية المطروح و التأكد من صحة فرضياتنا وهما:

- المقابلة العيادية.
- مقياس قلق الأنجاب.

4-1-المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية وسيلة من الوسائل المستعملة في جمع المعلومات و تعتبر من أنجع الوسائل وأنسبها للقيام باستقصاء عيادي حيث تكون المعطيات المتحصل عليها موضوع تحليل و معالجة مفصلة و ذلك من أجل إثبات صحة الفرضيات المقدمة و أيضا لتفسير الظواهر الملاحظة.

وفي هذا الإطار فإن المقابلة العيادية المطبقة هي مقابلة عيادية بحثية ويكون ذلك من خلال بناء دليل للمقابلة والذي يخضع حسب شيلون.كc.chiland لعاملين مهمين و الذي يسمح بتصنيف هذه المقابلة و هما :

- حسب درجة الحرية في المقابلة: ويتعلق الأمر هنا بنوع الأسئلة المطروحة، فإما تكون أسئلة مفتوحة تسمح بإعطاء أجوبة حرة من طرف المبحوث، أو تكون مغلقة و التي تتطلب أجوبة محددة و مقيدة.
- حسب مستوى العمق : ويتعلق الأمر هنا بمدى و مستوى درجة الحرية في الإجابة فكلما كانت الأسئلة مفتوحة كلما كانت الأجوبة غنية و معقدة، و كلما كانت الأسئلة مغلقة كلما كانت الأجوبة مختصرة و سطحية و يتم تصنيف المقابلات العيادية حسب أنواع متعددة كالمقابلة غير الموجهة، و المقابلة نصف الموجهة والمقابلة ذات الأسئلة المغلقة.

وفي إطار دراستنا هذه تم الاعتماد على المقابلة العيادية نصف الموجهة كونها مقابلة مرنة قليلة القيود مع توفر امكانية تعديل اسئلتها بحيث تتناسب مع الموقف و الحالة و ذلك من خلال بناء دليل للمقابلة يضم أسئلة محددة و ليكون للمبحوث الحرية في التعبير و الإجابة عليها و لكن دائما في إطار السؤال المطروح.

ولقد تم بناء هذا الدليل على أساس موضوع دراستنا ومضمون إشكاليتنا وأيضا حسب الفرضيات الموضوعة ويتعلق الأمر بالبحث من خلال أجوبة الأمهات المبحوثات عن مؤشرات قلق الإنجاب لديهن بعد انجابهن لطفل توحدي، حيث كانت المحاور كالتالي:

1- **المحور الأول**: بيانات حول الأم والطفل.
2- **المحور الثاني**: تصورات الأم حول الطفل المنتظر.
3- **المحور الثالث**: المعاش النفسي للأم قبل/بعد التشخيص.
4- **المحور الرابع**: المعاش النفسي والصحي الراهن للأم.
5- **المحور الخامس**: قلق الإنجاب.

4-2-مقياس قلق الإنجاب:

وهو مقياس أعد من طرف الطالب صقر سعيد فؤاد بنات (2018) في دراسته المنجزة للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية بكلية التربية المتواجدة في الجامعة الإسلامية بغزة تحت عنوان "**قلق الإنجاب و علاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي اعاقة سابقة**" خاضع لإجراءات الصدق والثبات حيث تم تكييفه من طرفنا بما يتناسب ودراستنا.

تم استخدام درجات لتحديد أهمية كل فقرة من فقرات المقياس، وذلك لقياس استجابات المبحوثين لفقرات المقياس حسب التالي:

الاستجابة	تنطبق كثيرا	تنطبق أحيانا	لا تنطبق
كل فقرات المقياس	2	1	0

- حيث تعطى للاستجابة "تنطبق كثيرا" درجتين.

"تنطبق أحيانا" درجة واحدة.

"لا تنطبق" صفر درجة.

- تتراوح الدرجات ما بين (0-100) درجة حيث:

اذا كان مجموع الدرجات عند الإجابة على المقياس يفوق 50 درجة => مستوى مرتفع من قلق الإنجاب.

في حدود 50 درجة=> مستوى متوسط من قلق الإنجاب.

أقل من 50 درجة=> مستوى منخفض من قلق الإنجاب.

الفصل الرابع

عرض النتائج و تحليلها

الفصل الرابع: عرض النتائج و تحليلها.

أولا: عرض نتائج الدراسة.

1. **الحالة (1) : "ام وسيم"**
2. **الحالة (2): "أم أنيس".**
3. **الحالة (3): "أم أواب".**
4. **الحالة (4): "أم أسماء"**
5. **الحالة (5): "أم أنيس".**
6. **الاستنتاج العام للحالات الخمس.**

ثانيا: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

1. **مناقشة الفرضية الجزئية الأولى.**
2. **مناقشة الفرضية الجزئية الثانية.**
3. **مناقشة الفرضية العامة.**

أولا: عرض نتائج الدراسة.

1-الحالة (1) : "ام وسيم"

- **تقديم الحالة (1):**

الاسم: ام وسيم، السن:38 سنة، المستوى التعليمي: الثالثة ثانوي وهي ربة بيت، المستوى مادي: متوسط، الحالة الاجتماعية: متزوجة و أم لطفلين.

- الطفل التوحدي:

السن: 8 سنوات، الجنس: ذكر، الرتبة: الطفل الثاني والأخير، شدة التوحد: خفيف.

- **ملخص المقابلات مع الحالة (1):**

تم اجراء المقابلات العيادية بالمدرسة الإبتدائية التي يدرس فيها الطفل وسيم على الساعة الواحدة بعد الزوال، قدمنا أنفسنا في أول مقابلة كطالبتين جامعيتين بصدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي و التي تتمحور حول أمهات أطفال التوحد.

طلبنا من الأم الإذن بإجراء المقابلة كما حرصنا على طمأنتها فيما يخص السرية التامة للمعلومات، حيث وافقت مباشرة على ذلك و أبدت لنا تعاونها التام معنا و سرورها بالتعامل مع أخصائيات نفسانيات.

حسب ما ورد عن الحالة فقد كانت حياتها مستقرة، متزوجة لديها بنت بكامل صحتها، و ككل أسرة جزائرية كانت الحالة تحلم بإنجاب صبي يحمل اسم ابيه إلى أن رزقت بالطفل وسيم، رجل البيت المثالي بعد أبيه.

كانت الأم تصف تداول كل الأحداث ب "العادي" فيما يخص حياتها قبل مجيء وسيم و الولادة، إلا أنها أشارت الى مواصلتها في أخذ الحبوب المانعة للحمل أثناء الفترة الأولى لأنها لم تكن تعي بحملها بعد مما جعلها تقلق بشأن صحة الجنين بعد ذلك .

إن أول ما استهلت به الحالة حديثها عن طفلها و أكدت عليه هو تعرضه لمشاكل صحية في الأشهر الأولى من عمره (حساسية) ، حيث انها و من شدة خوفها عليه جعلته حبيس المنزل تتفادى اخراجه إلا للمراجعة الطبية وتمنع حتى أخته أن تقربه أو تداعبه كما ذكرت أنه كان هادئ و مطيع.

أشارت الأم أن ابنها كان اسما على مسمى وسيم الوسيم، كانت تهتم بمظهره كما أن كل من يراه من العائلة أو حتى الغرباء عند مواعيده الطبية يعجب به كثيرا.

لاحظت أم وسيم عند قرابة العامين تأخر طفلها في الكلام و عدم تجاوبه أو تفاعله معها فحسب وصفها له كان يبدو و كأنه لا يسمعها عندما تكلمه، و كان كثيرا ما يقلد الحيوانات و الرسوم المتحركة مما أثار لديها الحيرة و القلق و جعلها تتردد عند الأطباء لتسألهم إلى أن أحالها أحد الأطباء إلى مختص نفسي.

تم شخيص الطفل وسيم أنه مصاب ب "الوحدة" من طرف المختص النفسي الفرنكفوني بدل "التوحد"، في بادئ الأمر لم تستوعب الحالة مما يعاني ابنها بالضبط حيث لم تكن تملك أدنى فكرة عن الاضطراب هذا ما جعلها تسأل اهل الاختصاص، اقاربها و كل من يمكنه أن يفيدها بمعلومة.

تقول الأم أصبحت كالمجنونة بعد التشخيص حيث كانت لا تكف عن التفكير، تتحسس من أبسط الأشياء، تشعر بالدونية ازاء نظرة المجتمع لها و لطفلها، أهملت بيتها و عائلتها و صوبت كل تركيزها على طفلها التوحدي .

أخذت أم وسيم كل الاجراءات اللازمة للتكفل النفسي و الأرطفوني بابنها املا في تحسنه و اكسابه اللغة وبعض المهارات حيث كانت و لا تزال تتردد على الجمعيات الخاصة بذلك و تشارك في كل الاجتماعات، الفعاليات و الملتقيات الخاصة بأطفال التوحد و أوليائهم.

و نتيجة لهذا أصبح مشروع الانجاب بالنسبة لها موضوعا مقلقا ومخيف مما جعلها تحرص حرصا شديدا على اخذ الاحتياطات اللازمة لمنع الحمل على الرغم من المساندة و التشجيع من طرف الزوج والعائلة.

وعلى الرغم من ذلك حملت الحالة بجنين آخر لكنها قامت بإجهاضه فور اكتشافها لحملها خوفا من تكرار التجربة المعاشة أين طفلها طفلا توحديا مجددا.

اغتنمت الأم الفرصة من خلال المقابلات لتسألنا عن حالة ابنها، مدى صحة التشخيص، و طلبت رأينا فيما يخص تعاملها معه.

أما صحيا، فتعاني أم وسيم من تضخم الغدة الدرقية، ارتفاع ضغط الدم المرتبط بالمواقف والصداع الدائم اضافة الى انها تشكو من سرعة ضربات القلب وضيق في التنفس احيانا.

كما أنها أصبحت شديدة الحساسية وغير قادرة على التحكم في انفعالاتها.

- **تحليل مضمون المقابلات مع الحالة 01:**

إستنادا على المعلومات التي جمعناها خلال المقابلات ومطابقتها مع ما تناولناه في الجانب النظري، تبين لنا ما يلي:

كانت الحالة (1) في حاجة الى التحدث فلقد ابدت حماسها للمقابلة ولم تتردد في الإجابة عن اسئلتنا بالعكس كان تتكلم بسلاسة وتجيبنا حتى على اسئلة لم نطرحها بعد وذلك طيلة المقابلة. حيث ترى **مور (L. Moor)** أن تقبل الآباء لطفلهما التوحدي لا يكون نهائيا، لذلك فهم يحتاجون دائما إلى الإصغاء المستمر.

إن حمل الحالة (1) بالطفل وسيم كان حملا مرغوبا جدا من طرف والديه خصوصا انه ذكر وهو الجنس المنتظر لكليهما حيث كان محل اسقاطاتهما وخاصة أمه التي كانت ترغب في أن تحظى بولد يحمل اسم أبيه، رجل البيت في غيابه، وحام لأخته مما جعل اكتشاف اصابته باضطراب التوحد بالنسبة لها حدث صدمي جعلها تعيش جرحا نرجسيا في صميم أمومتها.

حيث يرى **مانوني Mannouni 1964** ان: "كل إصابة أو اعاقة للطفل هي بالنسبة للأم إصابة على المستوى النرجسي."

أن أول ما بدأت به الحالة (1) الحديث عن ابنها وأكدت عليه طيلة المقابلات هو قلقها فيما يخص صحة الجنين بعد اكتشافها المتأخر لحملها وعزلها لطفلها بعد ولادته عن العالم الخارجي خوفا عليه بعد تعرضه لمشاكل صحية مما يدل على لومها لذاتها وتحميل نفسها مسؤولية اصابته باضطراب التوحد خصوصا أن السبب الشائع بين عامة الناس وبما فيهم الحالة (1) لظهور هذا الاضطراب هو جلوس الطفل لمفرده لساعات طويلة أمام التلفاز ونقص تواصله مع الآخرين وخاصة الأم وبالتالي شعورها بالذنب Le sentiment de culpabilité اتجاه ذلك، هذا من جهة.

و من جهة أخرى فقد تضمن حديث الحالة عن وسامة ابنها واعجاب الجميع به، ايحاء بتعرضه للعين محاولة منها لتخفيف شعورها بالذنب وذلك بإعطاء تفسير للاضطراب من زاوية اخرى.

حيث تعكس هذه التفسيرات ايضا الدور الذي يلعبه المستوى الثقافي للأم ومعتقداتها في التعامل مع هكذا وضعيات.

وبالرغم من مرور السنوات على اكتشافها لاضطراب طفلها الا أنها لا تزال لحد الآن تأمل في نفي أهل الاختصاص لإصابة ابنها باضطراب التوحد بما فيهم كلانا كمتربصات و الناس عامة، كما أنها تمدح قدرات ابنها العقلية وتصفها بأنها تتقارب من قدرات غيره من الأطفال العاديين. مما على انها لا تزال تستعمل لميكانيزم الانكار Le déni و تحاول التصغير من صورة الاضطراب La minimisation لدى طفلها.

وهذا ما يدل أيضا على عدم سحبها لاستثمار الطفل الهوامي ومحاولتها للحفاظ على علاقتها به والذي يظهر أيضا من خلال:

- تحميلها لطفلها ما يفوق قدراته ليكون متفوقا في الدراسة أو في حياته الاجتماعية لدرجة معاقبتها القاسية له في حال عدم تحقيقه للنتائج المرجوة.
- إفراطها في حماية طفلها وإحكام الرقابة عليه وتخطيط كل حركاته ولكل ما سيقوم به وإلغاء كل مبادراته الشخصية.

تترجم هذه الصرامة ايضا خوفها من نظرة المجتمع لها و لطفلها فالحالة تعاني من سوء تقدير الذات والحساسية اتجاه اي سلوك او ملاحظة من طرف الآخرين اتجاه طفلها.

بالمقابل التمسنا من خلال اغتنام الحالة (1) الفرصة لمعرفة رأينا كمختصات نفسيات مستقبليات في تعاملها مع طفلها والتأثير السلبي لذلك عليه نوعا من الشعور بالذنب، فتلك الصرامة خارجة عن سيطرتها.

كما أن مستقبل الطفل وسيم يرهق تفكيرها فالحالة (1) ومنذ اكتشافها لاضطراب ابنها فإن أكثر ما تفكر بيه هو مصيره في حال غياب والديه (وفاة أو ما الى ذلك) مستقبلا مما يعكس نظرتها السلبية للمستقبل.

إن مواجهة الأم لطفلها في كل يوم يذكرها دائما بالمسافة الكبيرة الموجودة بينه وبين الطفل الهوامي، و بالتالي فالاصطدام مع الواقع الحقيقي الذي يمثله الطفل التوحدي قد يتطلب منها أن تقوم بعمل حداد قد يستمر طوال الحياة.

حيث يرى **Back 1997** انه اذا ما لم يتم الحداد بشكل كامل في الموضوع المستثمر فإن ذلك يجعل الشخص يعيش في صراعات نفسية وغير قادر على التكيف مع واقعه الداخلي والخارجي للموضوع.

وبما أن الأم لا تزال غير متقبلة لاضطراب ابنها فسيرورة الحداد غير مكتملة وهذا ما يفسر تخوفها فيما يخص تكرار التجربة الإنجابية مرة أخرى.

يظهر قلق الإنجاب لدى الحالة (1) من خلال:

- الإجهاض العمدي و الفوري لجنينها بعد الطفل وسيم والذي يؤكد قلقها الكبير بشأن

انجاب طفل توحدي آخر والصورة اللاشعورية المرعبة التي كونتها عن الانجاب.

- حرصها الشديد والمستمر على أخذ الاحتياطات المانعة للحمل فالحالة لم تعد تثق كثيرا

بفعالية حبوب منع الحمل خصوصا بعد حملها الذي يلي وسيم مما جعلها تحاول التهرب حتى من العلاقة الحميمية مع الزوج.

- رفضها التفكير في الموضوع على الرغم من المساندة الاجتماعية التي تحظى بها بما فيها الزوج الداعم والمشجع والعائلة.

أثرت هذه الوضعية حتى على الحالة الصحية للأم فهي تعاني منذ ذلك من أعراض سيكوسوماتية والمتمثلة في تضخم الغدة الدرقية و الصداع الدائم بلإضافة الى ارتفاع ضغط الدم المرتبط بالمواقف، ضيق التنفس أحيانا وسرعة ضربات القلب و التي تعتبر مؤشرات قلق.

كما أنها تعاني من الحساسية المفرطة اتجاه أبسط المواقف حتى عند رؤيتها لإخوة سليمين إضافة إلى أنها لم تعد تتمكن من التحكم في انفعالاتها وردود أفعالها أثناء الغضب.

إن غرغرة عيناها في بعض المحطات يفسر معاناتها الصامتة و عمق جرحها كما يشير الى أن هناك الكثير الذي لم يطفو بعد إلى السطح.

- **عرض نتائج مقياس قلق الإنجاب للحالة (1):**

جدول رقم (02): يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (1).

	العبارة	تنطبق كثيرا	تنطبق احيانا	لا تنطبق
1	لدي مخاوف من تكرار انجاب طفل توحدي.	X		
2	ينتابني شعور بالقلق بشأن الحمل.	X		
3	افتقد الدعم الأسري اتجاه الانجاب.	X		
4	اشعر بنظرة دونية من الاخرين	X		
5	بشكل عام اخاف على مستقبل الاطفال	X		
6	ينتابني شعور بإنجاب طفل اخر باضطراب مختلف.	X		
7	لدي رغبة بالعزوف عن الانجاب	X		
8	مزاجي متقلب بشكل كبير.	X		
9	اعاني من صعوبات في التواصل مع الاخرين			X
10	افتقد القدرة على التركيز			X

11	اتردد كثيرا على اطباء الولادة		X	
12	اعاني من صداع دائم	X		
13	لدي سرعة في ضربات القلب	X		
14	اشعر بضيق التنفس الدائم.		X	
15	افتقد الدفء العاطفي في حياتنا الزوجية.			X
16	تدهورت حالتي الصحية بعد انجابي لطفلي التوحدي.	X		
17	اجبر نفسي لإسعاد شريك حياتي.			X
18	افتقد الشعور بالأمن الأسري.			X
19	اتجنب الحديث عن مشاعري أمام الآخرين.	X		
20	افتقد الثقة المتبادلة بيننا كزوجين.			X
21	اتجنب الجماع خوفا من الحمل.	X		
22	اشعر بالقلق اثناء الجماع اكثر من المتعة.	X		
23	اسرف كثيرا من المال على الفحوصات الطبية.	X		
24	يحمل بعضنا الاخر ذنب الطفل التوحدي.			X
25	اتجنب الخروج مع طفلنا التوحدي.			X
26	أخفي الحمل عن الآخرين.			X
27	أشعر بنظرات العطف و الشفقة من الاخرين.	X		
28	افتقد القدرة على ضبط الذات أثناء الخلاف.	X		
29	اعاني من الاهانة و التجريح المستمر.		X	
30	اكون علاقات مع اسر لديها طفل توحدي.	X		
31	تاريخنا الاسري خالي من الاضطرابات.	X		
32	تشخيص طفلنا سبب لنا صدمة.	X		
33	عزفت عن الانجاب عدة سنوات.	X		
34	اشعر بالغربة داخل منزلي.	X		
35	اشعر بالنقص الدائم أمام الاخرين.	X		
36	اتجنب الحديث عن التوحد أمام الاخرين.	X		
37	اشعر بالحزن عند النظر الى طفلي التوحدي.	X		

38	ارتبك عندما يزورنا شخص لأول مرة.			X
39	اختلق المبررات كي لا احضر المناسبات الاجتماعية.			X
40	افتقد الثقة بالنفس.			X
41	احرص على الدعاء في الصلاة بسلامة ابني.	X		
42	أمارس العبادات بشكل منتظم و زيادة.	X		
43	اعتقد ان توحد ابني هو ابتلاء من عند الله.	X		
44	اشعر باليأس الدائم.	X		
45	ينتابني شعور باليأس من الانجاب.	X		
46	اعتقد ان توحد طفلي كان مانعا للإنجاب مرة اخرى.	X		
47	استمع لخبرات الاخرين عن التوحد.	X		
48	امالي و طموحاتي بالحياة تتلاشى.		X	
49	اعمل على تدريب ابني و تأهيله مع توحده.	X		
50	اشجع طفلي على التواصل مع الاخرين.	X		
المجموع		69		

- **<u>عرض نتائج مقياس قلق الانجاب للحالة (1):</u>** بعد تنقيط مقياس قلق الانجاب وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول (1)، تم التأكد من وجود قلق الانجاب عند ام وسيم بدرجة (69) وتدل هذه الدرجة على مستوى مرتفع من قلق الانجاب حيث أجابت الحالة على أغلبية البنود ب "تنطبق كثيرا" وبهذا تكون الحالة قد تحقق لديها قلق الانجاب، ويبدو هذا من خلال اجابتها ب "تنطبق كثيرا" على كل من:
  - البنود (1)،(2)،(6)،(7)،(33) وهي بنود تؤكد اليأس والخوف والقلق من الانجاب الاعتقاد بإنجاب طفل اخر متوحد بالمستقبل.
  - البندين (21)،(22) وهما لتجنب الجماع والشعور بالقلق بدل المتعة في الجماع وهذا يدل كذلك على أن الحالة من شدة قلقها فهي تلجأ إلى تجنب العلاقة الحميمية كاحتياط لمنع حدوث الحمل كما أن هذا يفقدها حتى المتعة أثناء العلاقة.

- (4)،(27)،(34)،(35) وهي بنود تتمحور حول نظرتها لذاتها بعد انجابها لطفل توحدي.
- (8)،(28) المزاج المتقلب وعدم القدرة على ضبط الانفعالات و هما مؤشرات نفسية للقلق.
- (12)،(13) فالحالة تعاني من الصداع الدائم وسرعة ضربات القلب وهي كذلك مؤشرات عصبية اعاشية للقلق.

وبهذا فإن الحالة قد تحقق لديها قلق الانجاب كما تحقق لديها مظاهر قلق الانجاب.

- **الاستنتاج العام للحالة (1):**

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة والحصول على نتائج مقياس قلق الإنجاب نستنتج أن أم وسيم أظهرت مؤشرات قلق الانجاب حيث أن صدمة اصابة طفلها باضطراب التوحد بعدما كانت ترسم له صورة من الكمال و السواء و المثالية و تعلق عليه الكثير من الآمال كسند للعائلة بعد أبيه ورجل للبيت جعلها تعيش جرحا نرجسيا كأم مما جعلها تعاني من الشعور بالذنب و لوم الذات اتجاه اضطراب ابنها و تعيش تحت ضغط كبير نتيجة للمسؤولية الملقاة على عاتقها في رعاية ابنها.

حيث أن هذه الخبرة الصدمية جعلت الأم تعمم نتيجة تجربة الإنجابية مع الطفل وسيم على تجاربها المستقبلية مما جعلها تختار العزوف عن الإنجاب تجنبا لمعايشة نفس التجربة مجددا و انجاب طفل توحدي آخر وعليه فالحالة تعاني من قلق الإنجاب حيث ظهر ذلك من خلال اجهاضها العمدي لحملها الذي يلي وسيم حرصها الشديد على أخذ الاحتياطات المانعة للحمل بما فيها تجنب العلاقة الحميمية مع الزوج كما ظهرت عليها أعراض سيكوسوماتية و المتمثلة في تضخم الغذة الدرقية و ضغط الدم المرتبط بالمواقف مؤشرات عصبية اعاشية للقلق و المتمثلة في سرعة ضربات القلب الصداع الدائم و ضيق التنفس و أخرى نفسية و التي تمثلت في الحساسية المفرطة و عدم التمكن من ضبط الانفعالات.

إلى جانب هذا فقد دعمت هذه المؤشرات بالدرجة التي حصلتها الحالة على مقياس صقر سعيد بنات (2018) لقلق الانجاب و التي قدرت ب69.

2-الحالة (2): "أم أنيس".

- **تقديم الحالة (02):**

الاسم: ام أنيس، السن: 29سنة، المستوى التعليمي: صيدلانية جامعية، الحالة المادية: جيدة، الحالة الاجتماعية: متزوجة وام لطفل واحد.

- الطفل التوحدي:

السن: 6 سنوات، الجنس: ذكر، الرتبة: الأول والوحيد، شدة التوحد: عميق + تناذر Dravet.

- **ملخص المقابلات مع الحالة (02):**

تم اجراء أول مقابلة عيادية بدار الثقافة في اليوم العالمي لأطفال التوحد، بعد عناء و شرح من طرف زملائنا الطاقم النفسي فأم أنيس جد متحفظة فيما يخص حالة ابنها و كل ما يتعلق بها. و رغم قبولها بالتعاون معنا إلا أن اجاباتها كانت مختصرة و جملها قصيرة.

حسب ما ورد عن الحالة (2) فقد كانت تنعم بحياة زوجية مستقرة و عن حب حيث تزوجت من أحد الزملاء بالمجال وهو طبيب. الى أن توج هذا الحب بأنيس الطفل الأول و الوحيد لهما و هو حمل مرغوب و الذي لطالما حلمت ان يكون امتدادا لأسرتهما الطبية.

لاحظ الزوجان بعد عدة أشهر من ولادته أن طفلهما يمر بفترات وكأنه غائب عن الوعي لوقت قصير مع ازرقاق وجهه مما جعلهما يقومان ببعض الإجراءات الطبية الفورية و التي كشفت عن اصابته بالصرع.

سافر الزوجان الى فرنسا للتأكد من صحة التشخيص أين تبين ان الطفل مصاب بمتلازمة درافي Syndrome de dravet و هي متلازمة نادرة من الصرع.

لم تتجاوز الحالة (2) التأثير الصدمي لتشخيص طفلها بعد إلا أنها اكتشفت أنه طفل توحدي (توحد عميق) أيضا بعد بلوغه العامين.

كان هذا التشخيص نقطة تحول حياة الحالة (2) المستقرة حيث أصبحت حسب وصفها كالمجنونة تبحث عن أي علاج تدريب أو تأهيل أملا في شفاء طفلها ولم تتردد في الذهاب إلى أي مكان من شأنه أن يحسن من حالة الطفل أنيس.

بعد التحاق الطفل أنيس بجمعية قدوة للتكفل بأطفال التوحد قررت الأم الخروج للعمل كصيدلانية لتشغل بالها عن التفكير الزائد بوضعية طفلها المقلقة كما أن البيت أصبح لا يروق لها ولكنها استقالت بعد فترة فالطفل أنيس كبر وكبرت معه مسؤولياته خاصة و أنها تفتقد الدعم الأسري و لا احد يساندها فيه سوى زوجها.

بالرغم من قدرات الطفل أنيس المحدودة و التي جعلته خارج فئة الدمج إلا أنها تحاول باستمرار تحميله ما يفوق قدراته من تدريب وتعليم وكلها اصرار على دمجه في المدرسة وهذا ما زادها مشقة وعناء.

الحالة (2) متحفظة جدا فيما يخص ابنها تتجنب التحدث عنه تفاصيل اضطرابه حتى للعائلة والأقارب، منسحبة اجتماعيا نوعا ما و تكرس كل وقتها و طاقتها لطفلها كما انها عصبية و شديدة الحساسية اتجاه ابسط المواقف.

إن الحالة النفسية للأم وهوسها بوضعية طفلها جعل منها زوجة نكدية حيث أصبحت مصدر قلق حتى لزوجها مما أثر بالسلب نوعا ما على علاقتهما.

ترفض الحالة (2) الإنجاب مجددا رفضا تاما وتعتبره استحالة على الرغم من تشجيع زوجها لها على ذلك و كل الضغط العائلي حيث انها تردد بصريح العبارة أن أنيس ابنها الوحيد الأول والأخير ولا يمكنها حتى التفكير في تكرار تجربة الإنجاب مرة أخرى خصوصا أنها تخاف من ظلم طفلها الأول بإنجابها لطفل آخر قد يأخذ كل وقتها التي تكرسه لأنيس.

تحرص أم أنيس و بشدة على اخذ كل الاحتياطات اللازمة لمنع حدوث الحمل، لدرجة أنها تتجنب العلاقة الزوجية الحميمية.

كما صرحت أنها كانت تأخذ دواء مضاد للقلق بانتظام لكنها توقفت عن ذلك تجنبا للوقوع في الإدمان.

صحيا تعاني ام أنيس من القرحة المعدية مما جعلها تفقد الكثير من الوزن كما أننا لاحظنا مصاحبة ضيق التنفس لإجاباتها طيلة المقابلات.

تحفظ الحالة أثر نوعا ما على ثراء المقابلات مما جعلنا نأخذ بعض المعلومات من المختصة النفسية و المتكفلة بطفلها.

- **تحليل المقابلات مع الحالة (2):**

استنادا على المعلومات التي جمعناها خلال المقابلات و مطابقة مع ما تناولناه في الجانب النظري، تبين لنا ما يلي:

لم نتمكن من إجراء المقابلات مع أم أنيس إلا بعد محاولة واقناع وبالتعاون مع الطاقم النفسي فالحالة(2) تتجنب الحديث عن معاشها وحالة طفلها أمام الغرباء وحتى المقربين. وعلى الرغم من قبولها وتعاونها معنا إلا أن اجاباتها كانت قصيرة ومختصرة نوعا ما.

يعتبر تشخيص أنيس الطفل الأول و الوحيد للحالة (2) كطفل توحدي الى جانب اصابته بمتلازمة نادرة من الصرع (Syndrome de dravet) حدث صدمي شديد ومضاعف للحالة (2) حيث عاشت أم الطفل أنيس في بادئ الامر حالة من عدم التقبل مما دفعها وزوجها إلى السفر خارج البلاد (فرنسا) للتأكد من صحة التشخيص Un contre-avis بعدما تم تشخيص حالته في الجزائر مما يدل على استعمالها لميكانيزم الانكار Le déni والذي يعتبر استجابة أولية طبيعية وفعالة ضد التهديد الذي قد يمس الاندماجية النفسية ويحميها من التخريب بفعل شدة الصدمة.

و في هذا الصدد يرى **فور.ك** ان التأكد من التشخيص يعني التأكد من فقدان الطفل الحلم وهذا ما يتجلى من خلال استشارة عدة مختصين للتأكد من إصابة الطفل حقا بالتوحد، وذلك في محاولة يائسة للأبوين لإيجاد أمل أو أن أحد المختصين ينفي لهم ذلك ويخبرهم وبصورة سحرية أن طفلهم هو طفل عادي يمكن له أن يتمدرس ويحقق مشاريع مستقبلية، ولكن السلوكات الغريبة للطفل تعيد تذكير الآباء بأن التشخيص حقيقي وأنه على الأم أن تعترف بالفقدان أي فقدان الطفل الهوامي.

كما أنها تستعمل ميكانيزم التجنب L'évitement والذي يظهر من خلال تجنبها للحديث عن تفاصيل اضطراب ابنها أمام أي كان و ترفض تماما المتابعة النفسية و التي من شأنها اخراجها من الوضعية لصدمية.

يمكن أن يفسر أيضا سلوكها هذا كتفادي لنظرة الشفقة من الآخرين وخوفا على صورتها الاجتماعية احساسها بالنقص و فقدها لثقتها بنفسها خاصة باعتبارها تنتمي إلى نخبة المجتمع.

إن الطفل الهوامي الذكي و المكمل للأسرة الطبية الذي رسمته الحالة (2) في مخيلتها أثناء فترة الحمل يتنافى تماما مع الطفل الحقيقي التوحدي والذي يعاني من الصرع لكنها لا تزال في علاقة استثمار معه ويظهر ذلك من خلال اصرارها على تمدرس طفلها وتحميله ما يفوق قدراته على الرغم من توحده العميق وحالته المعقدة ليظهر بأحسن صورة مما يدل على سيرورة حداد غير مكتملة. كما أنها تحيطه بحماية واهتمام مفرطين مما يدل على نكوصها الى مرحلة الانشغال الامومي الأولي والذي تناوله وينيكوث **(Winnicott)** محاولة منها لتعويض ما فات.

حيث أن هذا التنافي جعلها تعيش صدمة شديدة أحدثت لها جرح نرجسي عميق كأم قادرة على انجاب طفل مثالي خصوصا أنه حملها الأول و الوحيد أي أنها تجربتها الأمومية الأولى والتي قد تعتبرها تجربة فاشلة مما جعلها في حالة رفض قاطع لفكرة الإنجاب مجددا حيث تؤكد على ذلك دراسة هيلين **(Helen, 2008)** والتي اجرتها على أمهات الأطفال المعاقين أن احتمالية إنجاب طفل معاق في الولادة الثانية تكون مخاطرة غير مشجعة للاستمرار بالإنجاب وتجربه معايشة طفل معاق آخر والتي قد تتطابق مع عينة دراستنا الحالية المتمثلة في أمهات أطفال التوحد.

كما أن أكثر ما يشغل بال الحالة (2) منذ اكتشافها لاضطراب طفلها هو مستقبله حيث تراودها أسئلة لا تجد لها اجوبة حاليا والتي تعكس توقعاتها السلبية فيما يخص مستقبل طفلها.

ويظهر قلق الانجاب عند الحالة (2) من خلال:

- تفكيرها في اجراء جراحة للتخلص من احتمال وقوع الحمل نهائيا لكي تخفف من الضغط الذي تعيشه بسبب التفكير في نجاعة اللولب **Le stérilet** والذي تستعمله كوقاية من الحمل.
- تحسسها الشديد وانفعالها في حال مفاتحة زوجها او الآخرين لها بموضوع إنجاب أخ أو أخت لأنيس.
- أخذها لدواء مضاد للقلق بشكل منتظم.

حيث ترجع الحالة (2) هذا القلق الى تخوفها من أن يكون طفلا توحديا مجددا من جهة أو أن يلهيها عن الاهتمام الكافي بالطفل أنيس من جهة أخرى.

أثر هذا المعاش النفسي على الحالة الصحية لأم أنيس فهي تعاني الآن من القرحة المعدية وهي عرض سيكوسوماتي فحسب **Bacque.M** قد تؤدي صدمة الإعلان للأم عن اصابة طفلها باضطراب أو مرض ما إلى الهذيان و إلى اكتئاب عميق أو حتى السقوط في مرض بسيكوسوماتي كما هو الحال بالنسبة للحالة (2).

كما ظهرت لديها مؤشرات نفسية تدل على القلق الذي تعيشه والتي تمثلت في الحساسية والانفعال الشديدين.

على الرغم من المستوى الثقافي للحالة (2) وزوجها إلا أن هذا لم يغير نظرتها اتجاه الاضطراب بالعكس فهي اخذته كموضوع شخصي يهدد صورتها الاجتماعية محاولة تغيير طفلها لإرضاء نرجسيتها.

- **عرض نتائج مقياس قلق الإنجاب للحالة (2):**

جدول رقم (03): يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (2).

	العبارة	تنطبق كثيرا	تنطبق احيانا	لا تنطبق
1	لدي مخاوف من تكرار انجاب طفل توحدي.	X		
2	ينتابني شعور بالقلق بشأن الحمل.	X		
3	افتقد الدعم الأسري اتجاه الانجاب.			X
4	اشعر بنظرة دونية من الاخرين		X	
5	بشكل عام اخاف على مستقبل الاطفال	X		
6	ينتابني شعور بإنجاب طفل اخر باضطراب مختلف.	X		
7	لدي رغبة بالعزوف عن الانجاب	X		
8	مزاجي متقلب بشكل كبير.	X		
9	اعاني من صعوبات في التواصل مع الاخرين	X		
10	افتقد القدرة على التركيز	X		
11	اتردد كثيرا على اطباء الولادة			X
12	اعاني من صداع دائم	X		
13	لدي سرعة في ضربات القلب	X		
14	اشعر بضيق التنفس الدائم.	X		
15	افتقد الدفء العاطفي في حياتنا الزوجية.			X
16	تدهورت حالتي الصحية بعد انجابي لطفلي التوحدي.	X		
17	اجبر نفسي لإسعاد شريك حياتي		X	
18	افتقد الشعور بالأمن الأسري.			X
19	اتجنب الحديث عن مشاعري أمام الآخرين	X		
20	افتقد الثقة المتبادلة بيننا كزوجين.			X
21	اتجنب الجماع خوفا من الحمل.		X	

22	اشعر بالقلق اثناء الجماع اكثر من المتعة.		X	
23	اسرف كثيرا من المال على الفحوصات		X	
24	يحمل بعضنا الاخر ذنب الطفل التوحدي			X
25	اتجنب الخروج مع طفلنا التوحدي			X
26	أخفي الحمل عن الآخرين			X
27	أشعر بنظرات العطف و الشفقة من الاخرين	X		
28	افتقد القدرة على ضبط الذات أثناء الخلاف	X		
29	اعاني من الاهانة و التجريح المستمر	X		
30	اكون علاقات مع اسر لديها طفل توحدي		X	
31	تاريخنا الاسري خالي من الاضطرابات.	X		
32	تشخيص طفلنا سبب لنا صدمة.	X		
33	عزفت عن الانجاب عدة سنوات.	X		
34	اشعر بالغربة داخل منزلي.	X		
35	اشعر بالنقص الدائم أمام الاخرين	X		
36	اتجنب الحديث عن التوحد أمام الاخرين	X		
37	اشعر بالحزن عند النظر الى طفلي التوحدي	X		
38	ارتبك عندما يزورنا شخص لأول مرة.	X		
39	اختلق المبررات كي لا احضر المناسبات الاجتماعية.	X		
40	افتقد الثقة بالنفس.		X	
41	احرص على الدعاء في الصلاة بسلامة ابني.	X		
42	أمارس العبادات بشكل منتظم و زيادة.		X	
43	اعتقد ان توحد ابني هو ابتلاء من عند الله.	X		
44	اشعر باليأس الدائم.	X		
45	ينتابني شعور باليأس من الانجاب.	X		
46	اعتقد ان توحد طفلي كان مانعا للإنجاب مرة اخرى	X		
47	استمع لخبرات الاخرين عن التوحد	X		

48	آمالي و طموحاتي بالحياة تتلاشى.	X		
49	اعمل على تدريب ابني و تأهيله مع توحده.	X		
50	اشجع طفلي على التواصل مع الاخرين.	X		
المجموع		79		

- **عرض نتائج مقياس قلق الانجاب:**

تنقيط مقياس قلق الانجاب وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول (3) تم التأكد من وجود قلق الانجاب لدى ام أنيس بدرجة " 79"،والتي تدل على مستوى مرتفع من قلق الانجاب، وبهذا تكون الحالة قد تحقق لديها قلق الانجاب، ويبدو هذا من خلال اجابتها على أغلبية البنود ب "تنطبق كثيرا" و هي:

- (2)، (7)، (21)، (22)، (33) مما يدل ان الحالة ينتابها قلق بشأن الوقوع في الحمل.
- (1)،(6)،(47)، وهي عبارات تدل على ان قلق الانجاب الذي تعاني منه له علاقة بطفلها التوحدي.

كما أن الحالة تتجنب الإفصاح عما بداخلها بما فيه الحديث عن حالة ابنها التوحدي أمام الآخرين و هذا ما يظهر من خلال اجابها ب "تنطبق كثيرا" على كل من البندين (19)،(36) مما يترجم سوء تقديرها لذاتها و الذي ظهر من خلال انطباق البنود (4)،(27)،(35) عليها، وانسحابها الاجتماعي في كل من البنود (9)،(38)،(39).

كما تظهر لديها مؤشرات نفسية و أخرى عصبية اعاشية للقلق والتي ظهرت من خلال اجابتها ب "تنطبق جدا" على كل من البنود:

- (8)، (28)، وهي مؤشرات نفسية.
- (12)، (13)، (14)، وهي مؤشرات عصبية اعاشية.

- **الاستنتاج العام للحالة (2):**

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة والحصول على نتائج مقياس قلق الإنجاب نستنتج أن الحالة (2) أظهرت مؤشرات قلق الانجاب، فالطفل أنيس والتي توقعت أن يكون الطفل الذكي والمكمل للأسرة الطبية صدمت بحقيقته خصوصا وأن حالته معقدة نوعا ما كطفل يعاني من توحد عميق الى جانب اصابته بمتلازمة نادرة من الصرع مما جعلها تعيش ضغطا نفسيا رهيب جعلها تنسحب اجتماعيا وتسيء تقدير ذاتها خاصة أن مستواها الثقافي جعلها تأخذ اضطراب طفلها كموضوع شخصي مهدد لصورتها الاجتماعية.

بالاضافة الى ذلك فهو طفلها الأول والوحيد وبالتالي تجربتها الإنجابية الأولى مما تسبب لها في جرح نرجسي أمومي جعلها ترفض الانجاب رفضا قاطعا تخوفا من عدم التوفيق بين الطفلين من جهة وتجنبا لأن يكون طفلا توحديا مجددا من جهة أخرى لدرجة تفكيرها بالقيام بإحدى الجراحات التي تخلصها من احتمال وقوعها في الحمل الذي يرهق تفكيرها على الرغم من كل المساندة و التشجيع اللذان تحظى بهما من طرف الزوج و الآخرين، حيث تجسدن هذا القلق على شكل قرحة المعدية، صداع دائم، ضيق في التنفس، وسرعة في ضربات القلب اضافة الى تقلب المزاج و عدم القدرة ضبط الانفعالات و التركيز، مما جعلها تلجأ الى أخذ دواء لتخفيف حدة هذه الأعراض.

3-الحالة (3): "أم أواب".

- **تقديم الحالة (3):**

الاسم: أم أواب، السن: 35، المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي، المستوى المادي: جيد، الحالة الاجتماعية: متزوجة أم لثلاث ذكور. المهنة: ربة بيت، متجلببة ومحافظة.

- **الطفل التوحدي:**

السن: 8 سنوات، الجنس: ذكر، الرتبة: الطفل الثالث و الأخير. شدة التوحد: خفيف.

- **ملخص المقابلات مع الحالة (3):**

تم اجراء المقابلات العيادية بالمدرسة الابتدائية التي يدرس فيها الطفل أواب على الساعة الواحدة بعد الزوال، قدمنا أنفسنا في أول مقابلة كطالبتين جامعيتين بصدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي والتي تتمحور حول أمهات أطفال التوحد.

طلبنا من الأم الإذن بإجراء المقابلة كما حرصنا على طمأنتها فيما يخص السرية التامة للمعلومات، حيث وافقت بعد شرحنا لها على ذلك.

تعيش أم أواب حياة زوجية غير مستقرة أين تعاني من تعصّب الزوج و تعنيفه لها، هذا ما يجعلها تتجنب الحمل دائما ولا تحبذ أن يكون لها أطفال في ذلك الجو الأسري بالإضافة إلى أنها لا تحب الأطفال.

وعلى الرغم من ذلك حظيت ب 3 ذكور و كانوا كلهم حمل غير مرغوب آخرهم الطفل أواب حيث كان زوجها يبدي استياءه من حملها في كل مرة .

على الرغم من أن الطفل أواب كان هادئا، إلا أنها صرحت بأنها كانت تقوم بربطه أمام التلفاز كي لا يزعجها أثناء قيامها بالأعمال المنزلية و في وقت استراحتها، خاصة أنها محبة للتنظيم و للترتيب .

إمتد الأمر مع أم أواب إلى ربطه حتى و هو نائم كي لا يتحرك إلى أي مكان في حال استيقاظه بينما تكون هي نائمة.

لم تلاحظ الأم أي شيء على ابنها، إلى أن نبهها بعض أفراد العائلة و وجهوها إلى طبيبة أمراض عقلية للأطفال أين تم تشخيص ابنها كطفل توحدي، أين وجهت لها أصابع الاتهام ابتداء من الطبيب إلى زوجها و العائلة.

بعد اكتشافها لاضطراب طفلها حاولت الأم مباشرة تصحيح بعض سلوكاتها معه و تكريس وقتها للعب و التواصل معه متبعة تعليمات مختصة الأمراض العقلية للأطفال، حيث تحسن الطفل و اكتسب اللغة في وقت قصير بعدما كان لا يعرف أبسط الأشياء من حوله كما أنها استطاعت تعديل بعض سلوكاته.

تعزي أم الطفل أواب في بعض الأحيان اضطراب ابنها إلى العين، كما أنها أشارت أنه بدأ بالتحسن بعد أن أصبحت تسمعه الرقية الشرعية لأحد المشايخ في التلفزيون و الذي نصحها محيطها به بدل الرسوم المتحركة.

لابد من الاشارة أن الطفل أواب طفل ذكي بشهادة معلمته، الجمعية، و المحيط و على الرغم من كونه طفل توحدي إلا أن أمه تعلق كل آمالها عليه، خاصة بعد الفشل الدراسي لأخويه.

حملت أم الطفل أواب بعده و كان حملها غير مرغوبا للمرة الرابعة حيث حزنت كثيرا عند تلقي الخبر، لسوء الحظ كان الجنين مشوها حيث اضطرت الى اجهاضه.

صحيا، تعاني أم الطفل أواب من آلام في المعدة من حين إلى آخر كما أننا لاحظنا عليها ضيق التنفس أثناء الكلام.

بالرغم من محاولات الأم لابداء اللامبالاة و الاستهتار طيلة المقابلات، أين كانت تحاول الضحك حتى عند الإجابات الحساسة إلا أنها علامات الحزن و الاحباط بادية عليها كما كانت عيناها تدمع احيانا في كل مرة لكنها تحاول الصمود.

حسب ما ورد عن الحالة (3) فهي لا تقلق بشأن إنجاب طفل توحدي آخر، فبالنسبة لها انجاب طفلين توحديين احتمال غير وارد، إنما تقلق بشأن غيرها من النساء الحوامل أن يمروا بنفس تجربتها.

- **تحليل المقابلات مع الحالة (3):**

اتضح من خلال المقابلات مع الحالة (3):

اظهرت الحالة (3) طيلة المقابلات الاستهتار واللامبالاة بمعاشها النفسي ومشاعرها حيث كانت لديها نوعا من التناقض في التعبير عن انفعالاتها أين كانت تسرد لنا بروح من الدعابة تفاصيلا من شأنها أن تكون مؤلمة بالنسبة لها وتحاول حبس دموعها. حيث اظهرت بعض الدراسات السابقة و من بينها دراسة (**Muler et al, 2008**) و دراسة (**Brockmeyer et al, 2013**) و دراسة(**LuQ et al., 2017**)، ودراسة (**Lee, 2018**) ارتباط التناقض في التعبير الانفعالي بزيادة الألم الذاتي و أعراض القلق والاكتئاب والتصورات السلبية للدعم الاجتماعي حيث يكون الأفراد أكثر عرضة لتطوير المشاكل النفسية و الفيزيولوجية.

حيث اتضح من خلال حديثها شعورها بالذنب اتجاه طفلها Le sentiment de culpabilité بشقيه المصرح به والمستتر وذلك خاصة بعد تحميلها ذنب اضطراب طفلها من طرف الزوج و المحيط. والذي يظهر من خلال:

- تصريحها بربطها لابنها.
- مضاعفة مجهوداتها مع طفلها و تكريس كل وقتها له.
- محاولة ايعازها للاضطراب إلى العين وتصديق تحسن ابنها بفضل الشيخ على الرغم من كل مجهوداتها المبذولة.

في الحالة (3) لا يمكننا اسناد قلق الإنجاب الى الطفل التوحدي فحسب، فالحالة هنا تعاني من اضطراب العلاقة الزوجية بما فيها من سوء المعاملة والتعنيف اللفظي والجسدي من طرف الزوج وتعصبه الشديد.

بالاضافة سوء معاملته لأطفاله والتي قد يكون السبب الرئيسي الذي يجعلها تتجنب الحمل بحيث أن حملها في كل مرة يكون غير مرغوبا خصوصا وهي بعيدة عن عائلتها و تفتقد دعمهم ومساندتهم.

ومن جهة أخرى فإن نفي الحالة (3) الحديث عن قلق الإنجاب بعد الطفل أواب التوحدي واسقاطها للقلق على غيرها من النساء الحوامل قد يدل بطريقة غير مباشرة على خوفها من تكرار التجربة الانجابية ومحاولتها المستمرة لإخفاء ذلك حيث يرى Bergeret ان النفي La dénégation يعتبر أسلوب دفاعي أكثر بدائية من الكبت، يكون التصور المزعج غير مكبوت، فهو يظهر في الشعور، لكن الفرد يدافع برفض قبوله على انه نزوة خاصة به. كما أنها تبرر هذا النفي بقناعتها ان انجاب طفلين توحديين احتمال غير وارد.

كما ان ادعاء الأم عدم حبها للأطفال تبريرا لقلق الأنجاب يدل على التقمص الاسقاطي لزوجها فهو من يستاء في كل حمل لها.

كما أن آلام المعدة عرض سيكوسوماتي، و ضيق التنفس الملاحظ عليها مؤشر للقلق والذي قد يكون نتيجة الضغط الذي تعيشه بسبب اضطراب العلاقة الزوجية واضطراب طفلها وقلق الإنجاب على حد سواء.

على الرغم من تعاون الحالة (3) معنا إلا أنها كانت تحاول اخفاء تفاصيل معاشها النفسي وراء الابتسامة والتظاهر باللامبالاة.

- **<u>عرض نتائج مقياس قلق الإنجاب للحالة (3)</u>:**

<u>جدول رقم (04)</u>: يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (3).

	العبارة	تنطبق كثيرا	تنطبق احيانا	لا تنطبق
1	لدي مخاوف من تكرار انجاب طفل توحدي.			X
2	ينتابني شعور بالقلق بشأن الحمل.	X		
3	افتقد الدعم الأسري اتجاه الانجاب.		X	
4	اشعر بنظرة دونية من الاخرين			X
5	بشكل عام اخاف على مستقبل الاطفال	X		
6	ينتابني شعور بإنجاب طفل اخر باضطراب			X

	مختلف.			
7	لدي رغبة بالعزوف عن الانجاب	X		
8	مزاجي متقلب بشكل كبير.	X		
9	اعاني من صعوبات في التواصل مع الاخرين			X
10	افتقد القدرة على التركيز	X		
11	اتردد كثيرا على اطباء الولادة			X
12	اعاني من صداع دائم			X
13	لدي سرعة في ضربات القلب			X
14	اشعر بضيق التنفس الدائم.	X		
15	افتقد الدفء العاطفي في حياتنا الزوجية.	X		
16	تدهورت حالتي الصحية بعد انجابي لطفلي التوحدي.		X	
17	اجبر نفسي لإسعاد شريك حياتي			X
18	افتقد الشعور بالأمن الأسري.	X		
19	اتجنب الحديث عن مشاعري أمام الآخرين		X	
20	افتقد الثقة المتبادلة بيننا كزوجين.	X		
21	اتجنب الجماع خوفا من الحمل.	X		
22	اشعر بالقلق اثناء الجماع اكثر من المتعة.	X		
23	اسرف كثيرا من المال على الفحوصات الطبية.			X
24	يحمل بعضنا الاخر ذنب الطفل التوحدي	X		
25	اتجنب الخروج مع طفلنا التوحدي			X
26	أخفي الحمل عن الآخرين		X	
27	أشعر بنظرات العطف و الشفقة من الاخرين		X	
28	افتقد القدرة على ضبط الذات أثناء الخلاف	X		
29	اعاني من الاهانة و التجريح المستمر		X	
30	اكون علاقات مع اسر لديها طفل توحدي	X		
31	تاريخنا الاسري خالي من الاضطرابات.	X		

32	تشخيص طفلنا سبب لنا صدمة.	X		
33	عزفت عن الانجاب عدة سنوات.	X		
34	اشعر بالغربة داخل منزلي.	X		
35	اشعر بالنقص الدائم أمام الاخرين		X	
36	اتجنب الحديث عن التوحد أمام الاخرين			X
37	اشعر بالحزن عند النظر الى طفلي التوحدي		X	
38	ارتبك عندما يزورنا شخص لأول مرة.			X
39	اختلق المبررات كي لا احضر المناسبات الاجتماعية.	X		
40	افتقد الثقة بالنفس.			X
41	احرص على الدعاء في الصلاة بسلامة ابني.	X		
42	أمارس العبادات بشكل منتظم و زيادة.	X		
43	اعتقد ان توحد ابني هو ابتلاء من عند الله.	X		
44	اشعر باليأس الدائم.	X		
45	ينتابني شعور باليأس من الانجاب.			X
46	اعتقد ان توحد طفلي كان مانعا للإنجاب مرة اخرى.			X
47	استمع لخبرات الاخرين عن التوحد.	X		
48	امالي و طموحاتي بالحياة تتلاشى.	X		
49	اعمل على تدريب ابني و تأهيله مع توحده.	X		
50	اشجع طفلي على التواصل مع الاخرين.	X		
المجموع		60		

- **عرض نتائج مقياس قلق الانجاب للحالة (3):**

بعد تنقيط مقياس قلق الانجاب وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول (2)، تم التأكد من وجود قلق الانجاب عند ام اواب بدرجة (60) والتي تشير الى مستوى مرتفع من قلق الانجاب، لكن ما يلاحظ من خلال اجاباتها على المقياس أن البنود التي تنطبق عليها و المتعلقة بالعزوف عن الانجاب لا علاقة لها بالطفل التوحدي وهذا ما لوحظ من خلال حديثها أثناء المقابلات أيضا و هنا تكمن خصوصية هذه الحالة بالمقارنة بباقي الحالات. فنجدها مثلا أجابت ب "تنطبق كثيرا" عل كل من:

- البنود (2)، (3)، (7)، (21)، (33) و التي تتضمن عبارات تشير الى تجنبها الانجاب مجددا.

بينما أجابت ب "لا تنطبق" على كل من:

- (1)، (6)، (45)، (46) و التي تتضمن عبارات تشير الى العزوف عن الانجاب لأسباب تتعلق بالطفل التوحدي.

كما نلاحظ انطباق بنود تدل على اضطراب العلاقة الزوجية من خلال اجابتها ب "تنطبق جدا على كل من البنود (18)، (20)، (22)، (24).

بالإضافة الى ذلك نلاحظ تواجد مؤشرات نفسية للقلق و ذلك من خلال اجابتها ايضا ب "تنطبق كثيرا" على كل من البنود (8)،(28) و آخر عصبي اعاشي (14).

و بهذا فأن الحالة قد تحقق لديها قلق الانجاب و مظاهره.

- **الاستنتاج العام للحالة (3):**

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف موجهة والحصول على نتائج مقياس قلق الانجاب تم استنتاج ان ام " أواب" أظهرت ان لديها قلق الانجاب إلا أن في حالتها لا يمكننا ارجاع قلق الانجاب لأسباب تتعلق بالطفل التوحدي فحسب فالحالة تعيش اضطرابا في العلاقة الزوجية ايضا من تعنيف لفظي وجسدي وتعصب الزوج والذي قد يكون سببا رئيسيا في عزوفها عن الانجاب من جهة.

بالإضافة الى اجهاضها للحمل المشوه الذي يلي الطفل أواب والذي يعتبر تجربة انجابية فاشلة للمرة الثانية على التوال من جهة أخرى. و بالرغم من غموض الحالة بما فيه من انكار لقلق الانجاب و تناقض التعبير الانفعالي بين معاش مؤلم و لامبالاة و الملاحظ في المقابلات إلا أن هذا لا ينفي معاناة الحالة من قلق الانجاب لسبب أو لآخر والذي تم تأكيده بالدرجة التي حصلتها الحالة على مقياس صقر سعيد بنات (2018) لقلق الانجاب و التي قدرت ب60 .

4-الحالة (4): "أم أسماء".

- **تقديم الحالة (4):**

الاسم: أم أسماء. السن: 33 سنة. المستوى التعليمي: جامعي. المستوى المادي: جيد. الحالة الاجتماعية: متزوجة أم لطفلة. المهنة: مختصة نفسية.

- **الطفل التوحدي:**

السن: 8 سنوات. الجنس: أنثى: الرتبة: الأولى والوحيدة. شدة التوحد: متوسط.

- **ملخص المقابلة مع الحالة (4):**

تمكنا من التوصل الى الحالة (4) من خلال استفتاء عبر منصة الفيسبوك بالتحديد على مجموعة خاصة بالتوحد أين قمنا بتنظيم مقابلة مع الحالة بعد شرحنا لها الغرض منها و تأكيدنا على ضمان سرية المعلومات. حيث أبدت تعاونها معنا خصوصا كونها واحدة من عائلة علم النفس.

حسب ما ورد عن الحالة (4) تعيش حياة زوجية عادية نوعا ما يتخللها بعض التوتر من فترة إلى أخرى كأي زوجان في سنتهم الأولى حيث كان حملها بالطفلة أسماء مرغوبا ومنتظرا حيث كانت دائما تحظى بفتاة صغيرة لطيفة في تمام الصحة تكون لها البنت و الصديقة. إلا أنها كانت تعاني من ضغط كبير طيلة فترة الحمل بسبب المشاكل التي كانت تمر بها مع أهل الزوج.

كان مجيء الطفلة أسماء عاملا مساعدا على تلطيف الجو الأسري واستقرار العلاقة بين الزوجين على الرغم من غياب الأب أغلب الوقت للعمل خارج الولاية.

بدأت الأم ملاحظة سلوكات توحدية على طفلتها ابتداء من عام و4 أشهر حيث كانت لا تلتفت عند مناداتها باسمها مثلا لكن زوجها يطمئنها دائما بأن لا شيء يدعو للقلق.

تسلسلت الملاحظات حتى أصبحت السلوكات واضحة جدا بالنسبة للأم لكنها كانت إلى أن احيلت الطفلة من طرف طبيب أطفال الى مستشفى الأمراض العقلية بالجزائر العاصمة أين تم تأكيد تشخيصها بالتوحد بعد العديد من الفحوصات الطبية الأخرى.

مرت الأم بفترة جد حساسة حيث كانت تبكي طوال الوقت لا تخرج من المنزل وقطعت كل سبل التواصل مع الآخرين طيلة أشهر عديدة كما ذكرت أنها لم تكن تصدق ما يحدث معها كل تفكيرها في المستقبل حيث كانت تراودها أسئلة لا تجد إجابات لها كأن تتساءل عما اذا كانت سببا في اضطراب طفلتها و تعزيه في بعض الاحيان للضغط و الحزن الذي عاشته في مرحلة الحمل. حيث وصفت مشاعرها خليطا من الغضب و العجز أمام اضطراب طفلتها.

كما كانت تكرر طيلة المقابلات أنها تتعامل مع الوضعية و كأنها ليست مختصة نفسية خصوصا وأن زوجها كان دائم التذكير لها بذلك.

هذا ما جعلها تباشر العمل في المجال النفسي البيداغوجي كما شاركت في عدة دورات تكوينية عالمية حتى تتمكن من مساعدة طفلتها.

إن اضطراب الطفلة اسماء جعل الأم تفقد ثقتها بنفسها وتتحسس من نظرة المجتمع لطفلتها خاصة في الفترة الأولى.

حاليا لا تزال أم اسماء منغلقة على نفسها ولا تمتلك حياة اجتماعية حيث انها تكرس كل وقتها و جهدها و تركيزها للاهتمام بطفلتها.

إن موضوع مستقبل أسماء يرهقها منذ لحظة اكتشافها للاضطراب خصوصا أنها فتاة.

كما أن الإنجاب مرة اخرى يشغل تفكير الحالة (4) كثيرا وعلى الرغم من تشجيع زوجها وكل العائلة إلا أنها ترفض الفكرة و تتحسس كثيرا كلما فتح الموضوع. كما أنها تتجاهل تعليمات الطبيبة في كل مرة فيما يخص الحمل و تتوتر كثيرا في حال تأخر العادة الشهرية.

تبرر الحالة (4) رفضها للإنجاب حاليا بخوفها من عدم التوفيق بين الطفلين من جهة وخصوصا أسماء التي تتطلب اهتمامها ووقتها الكامل والحصول على طفل توحدي آخر من جهة أخرى.

صحيا تعاني أم اسماء من فقر الدم كما أنها تشكو من آلام قلبية غالبا و صعوبة في التنفس بسبب القلق.

فكرت الحالة (4) مرارا في زيارة مختص نفسي ليساعدها على تخطي حالتها لكنها ترددت لأنها متيقنة انه لن يتمكن من ذلك.

- **تحليل المقابلات مع الحالة (4):**

من خلال المقابلات التي قمنا بها مع الحالة (4) تبين لنا:

عموما كانت الحالة (2) جد متعاونة معنا خصوصا أنها من نفس المجال حيث كانت تشرح كل التفاصيل وإجاباتها واضحة.

عاشت الأم فترة جد حساسة بعد تشخيص طفلتها حيث كانت تستعمل ميكانيزم الانكار Le déni لحماية نفسها من مواجهة الحقيقة كما صرحت به كما أمضت شهورا عديدة من الانسحاب الاجتماعي والغضب والبكاء طوال الوقت الى جانب فقدان الشهية وطعم الحياة.

وفي هذا الصدد يرى (Hanus) أن الأم تمر بحالة من الهيجان و الغضب colère كإحساس اولي تجاه فقدان الموضوع (الطفل الهوامي) وهذا ما يميز أول مراحل الحداد حيث تكون في حالة من الذهول لما حدث و تكون ردة فعلها متمثلة في انكار تام للوضعية الصدمية، و انكار ما حدث لها Le choc) consiste d'abord en une sidération, un abattement, ensuite un refus) وتتسم هذه المرحلة حسب الباحث بوجود أعراض جسمية كالأرق وفقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم كما تتميز بالنواح والبكاء.

كما تعاني الحالة (4) من الشعور بالذنب Le sentiment de culpabilité حيث يظهر ذلك من خلال:

- تحميل نفسها مسؤولية اضطراب طفلتها بسبب حزنها وبكائها طيلة فترة الحمل.
- عجزها عن مساعدة ابنتها وتربيها السليمة لها على الرغم من أنها مختصة نفسية.

كما أن الحالة (4) دائمة التفكير بمستقبل طفلتها فهي تقلق بشأن ذلك خصوصا لكونها فتاة مما يعكس نظرتها السلبية للمستقبل.

و يظهر قلق الإنجاب لدى الحالة (4) من خلال:

- تفكيرها الدائم بموضوع الإنجاب.
- تجاهلها تعليمات الطبيبة فيما يخص الحمل.
- تحسسها الزائد عند فتح موضوع الإنجاب من طرف الزوج أو العائلة.
- حرصها الشديد على أخذ الاحتياطات اللازمة لمنع الحمل خاصة في السنوات الأولى و توترها في حال تأخر العادة الشهرية.

تشكو الحالة (4) من آلام قلبية بسبب القلق حسب تشخيص الطبيب كما أنها أصبحت تعاني من فقر الدم نتيجة سوء التغذية.

وعليه فأن قلق الإنجاب لدى الحالة (4) يتمظهر بشكل واضح من خلال معاشها النفسي اليومي خصوصا وأنها وقعت بين المتضادين الرغبة الداخلية في الانجاب (تفكيرها الدائم بالموضوع) ورفضه في نفس الوقت.

مما سبق نستنتج ان الحالة (4) لم تتجاوز مرحلة الحداد بعد والتي تلي الإعلان الصدمي لتشخيص طفلتها كطفلة توحدية تختلف تماما عن الطفل الهوامي مشكلا لديها جرحا نرجسي كأم من جهة وكأخصائية نفسية قادرة على التربية السليمة لطفلتها ومساعدتها من جهة أخرى وعليه فهي لم تتقبل اضطراب ابنتها بشكل يسمح لها بالانتقال الى المرحلة الموالية من حياتها والتي تتضمن تجربة انجابية جديدة.

- **عرض نتائج مقياس قلق الإنجاب للحالة (4):**

جدول رقم (05): يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (4).

	العبارة	تنطبق كثيرا	تنطبق احيانا	لا تنطبق
1	لدي مخاوف من تكرار انجاب طفل توحدي.	X		
2	ينتابني شعور بالقلق بشأن الحمل.	X		
3	افتقد الدعم الأسري اتجاه الانجاب.		X	
4	اشعر بنظرة دونية من الاخرين			X
5	بشكل عام اخاف على مستقبل الاطفال	X		
6	ينتابني شعور بإنجاب طفل اخر باضطراب مختلف.	X		
7	لدي رغبة بالعزوف عن الانجاب	X		
8	مزاجي متقلب بشكل كبير.		X	
9	اعاني من صعوبات في التواصل مع الاخرين	X		
10	افتقد القدرة على التركيز		X	
11	اتردد كثيرا على اطباء الولادة		X	

12	اعاني من صداع دائم	X		
13	لدي سرعة في ضربات القلب	X		
14	اشعر بضيق التنفس الدائم.	X		
15	افتقد الدفء العاطفي في حياتنا الزوجية.			X
16	تدهورت حالتي الصحية بعد انجابي لطفلي التوحدي.	X		
17	اجبر نفسي لإسعاد شريك حياتي		X	
18	افتقد الشعور بالأمن الأسري.		X	
19	اتجنب الحديث عن مشاعري أمام الآخرين	X		
20	افتقد الثقة المتبادلة بيننا كزوجين.			X
21	اتجنب الجماع خوفا من الحمل.			X
22	اشعر بالقلق اثناء الجماع اكثر من المتعة.			X
23	اسرف كثيرا من المال على الفحوصات الطبية.		X	
24	يحمل بعضنا الاخر ذنب الطفل التوحدي		X	
25	اتجنب الخروج مع طفلنا التوحدي			X
26	أخفي الحمل عن الآخرين			X
27	أشعر بنظرات العطف و الشفقة من الاخرين	X		
28	افتقد القدرة على ضبط الذات أثناء الخلاف	X		
29	اعاني من الاهانة و التجريح المستمر		X	
30	اكون علاقات مع اسر لديها طفل توحدي		X	
31	تاريخنا الاسري خالي من الاضطرابات.	X		
32	تشخيص طفلنا سبب لنا صدمة.	X		
33	عزفت عن الانجاب عدة سنوات.	X		
34	اشعر بالغربة داخل منزلي.		X	
35	اشعر بالنقص الدائم أمام الاخرين			X
36	اتجنب الحديث عن التوحد أمام الاخرين			X
37	اشعر بالحزن عند النظر الى طفلي التوحدي		X	

38	ارتبك عندما يزورنا شخص لأول مرة.		X	
39	اختلق المبررات كي لا احضر المناسبات الاجتماعية.		X	
40	افتقد الثقة بالنفس.		X	
41	احرص على الدعاء في الصلاة بسلامة ابني.	X		
42	أمارس العبادات بشكل منتظم و زيادة.		X	
43	اعتقد ان توحد ابني هو ابتلاء من عند الله.	X		
44	اشعر باليأس الدائم.		X	
45	ينتابني شعور باليأس من الانجاب.		X	
46	اعتقد ان توحد طفلي كان مانعا للإنجاب مرة اخرى	X		
47	استمع لخبرات الاخرين عن التوحد	X		
48	امالي و طموحاتي بالحياة تتلاشى.	X		
49	اعمل على تدريب ابني و تأهيله مع توحده.	X		
50	اشجع طفلي على التواصل مع الاخرين.	X		
المجموع		64		

- **<u>عرض نتائج مقياس قلق الانجاب للحالة (4)</u>:**

بعد تنقيط مقياس قلق الانجاب وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول (5)، تم التأكد من وجود قلق الانجاب عند ام أسماء حيث سجلت "64" درجة على مستوى مقياس قلق الانجاب وهي درجة تدل على مستوى مرتفع من قلق الانجاب.

حيث أجابت الحالة (4) ب "تنطبق جدا على كل من البنود (1) (2) (6) (7) (33) (46) و هي بنود تشير الى تجنب الوقوع في الحمل و العزوف عن الانجاب لأسباب تتعلق بالطفل التوحدي لكن هذا القلق لم يؤثر على علاقتها الحميمية مع زوجها حيث أجابت ب "لا تنطبق" على كل من البنود (22)، (21).

بينما اثر على حالتها الصحية حيث اجابت ب "تنطبق كثيرا" في كل من البنود (16) ، (12)، (13)، (14) و النفسية الانفعالية قليلا من خلال تجابتها ب "تنطبق احيانا" على كل من (8)، (10)، (28). كما اصبحت تعاني من الاحباط و سوء التقدير لذاتها و الذي يظهر من خلال اجابتها ب "تنطبق كثيرا" على كل من البنود "19" "27" "48" و ب "تنطبق احيانا" (39) (40).

- **الاستنتاج العام للحالة (4):**

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة والحصول على نتائج مقياس قلق الإنجاب نستنتج أن الحالة (4) أظهرت مؤشرات قلق الانجاب فالمختصة النفسية حالة (4) لم تكن تتوقع ان تصادف تجسيدا لاضطراب التوحد في أول اطفالها خصوصا أنها على دراية كاملة بتفاصيل الاضطراب و صعوبة التعامل معه ومعاناة أمهات أطفال التوحد من خلال الحالات التي مرت بها من قبل. مما جعلها تدخل حالة اكتئابية لمدة عدة أشهر و تنسحب اجتماعيا الى يومنا هذا وما زاد الوضع تعقيدا هو احساسها المضاعف بالذنب اتجاه طفلتها كأم أولا وكمختصة نفسية غير قادرة على التنشئة السوية لابنتها أو حتى مساعدتها. ونتيجة للضغط الذي تعيشه اختارت الحالة (4) العزوف عن الانجاب تجنبا لعدم التوفيق بين الطفلين بالدرجة الأولى وتجنبا لأن يكون طفلا توحديا مجددا من جهة أخرى. حيث تمظهر قلق الانجاب لديها من خلال اعراض سيكوسوماتية وأخرى نفسية.

و عليه فأن الحالة (4) تعاني من قلق الانجاب و هذا ما تم تأكيده بالدرجة التي حصلتها الحالة على مقياس صقر سعيد بنات (2018) لقلق الانجاب و التي قدرت ب64 درجة.

5-**الحالة (5): "أم أنيس".**

- **تقديم الحالة (5):**

الاسم: أم أنيس السن:41 سنة المستوى التعليمي: جامعي. المستوى المادي: جيد. الحالة الاجتماعية: متزوجة للمرة الثانية و أم لطفلين المهنة: ماكثة بالبيت.

- **الطفل التوحدي:**

السن: 12سنة. الجنس: ذكر الرتبة: الطفل الثاني شدة التوحد: خفيف.

- **ملخص المقابلات مع الحالة (5):**

تمكنا من التوصل الى الحالة (5) من خلال استفتاء عبر منصة الفيسبوك بالتحديد على مجموعة خاصة بالتوحد أين قمنا بتنظيم مقابلة مع الحالة بعد شرحنا لها الغرض منها و تأكيدنا على ضمان سرية المعلومات. وبالرغم انشغالها الدائم إلا أنها حاولت قدر المستطاع التعاون معنا.

حسب ما ورد عن الحالة (5) فإن حملها بالطفل أنيس لم يكن مرغوبا لكنها كانت راضية عن ذلك الا انها عانت من اشتداد المشاكل بينها وبين زوجها طيلة فترة الحمل.

مرت كل مراحل نمو الطفل أنيس بصفة عادية حتى الشهر الثامن عشر اين بدأت تلاحظ عليه تأخر في الكلام و بعض السلوكات الشاذة والنمطية لكنها لم تعر اهتماما كبيرا الى ان دق ناقوس الخطر باقترابه من سن التمدرس أين أخذ الى مختص نفسي و الذي شخص اضطراب التوحد لديه.

لكن الحالة (5) و زوجها لم يصدقا ذلك في بادىء الأمر و فضلا اعادة تشخيصه في فرنسا من طرف طبيب عقلي للأطفال و الذي أكد لهما اصابة طفلهما باضطراب التوحد. مما جعلهما يدخلان في حالة اكتئابية و خاصة الأب الذي مر بفترة طويلة من الانكار والحزن مقارنة بالأم التي سرعان ما عاودت النهوض للاهتمام بطفلها قبل تمدرسه والذي تطلب منها ترك عملها للتفرغ له.

تعزي أم أنيس اضطراب طفلها في بعض الاحيان الى تطعيم الشهر 18 والذي بدأت تلاحظ السلوكات الشاذة على طفلها بعده رغم قناعتها أنا لا شيء يؤكد ذلك كما تلقي اللوم في أحيان أخرى على زوجها و الذي تعتبره السبب في الضغط الذي تعرضت له أثناء فترة الحمل.

على الرغم من رغبة الحالة (5) و تشجيع عائلتها لها على انجاب طفل آخر الا انها سرعان ما تتراجع خوفا من ان تحمل بطفل توحدي آخر كما أن زوجها ضد الفكرة تماما مما دفعها الى زرع اللولب الهرموني L'implant contraceptif كوقاية من الحمل.

حاليا لا تعتمد الحالة على اي اجراء وقائي لمنع الحمل و الذي تخلصت منه بعد طلاقها من زوجها الأول أب أنيس سوى تطبيق هاتفي لكي تتفادى بدقة الأيام التي تكون فيهم احتمالية الوقوع في الحمل مرتفعة بعد زواجها الثاني كما أنها تتوتر كثيرا عند تأخر موعد العادة الشهرية لكنها تفكر في العودة الى زرع اللولب الهرموني مجددا للتخلص من احتمالية الحمل التي ترهق تفكيرها.

- **تحليل المقابلات مع الحالة (5):**

من خلال المقابلات التي قمنا بها مع الحالة (5) تبين لنا ان:

إن حمل الحالة (5) بالطفل أنيس لم يكن مرغوبا من طرف الابوين إلا أنهما تشوقا كثيرا لقدوم المولود خصوصا أنه ذكر وهو الجنس المنتظر من طرف الأب مما جعل اكتشاف اضطرابه صدمة ادخلته فترة مطولة من الانكار والحزن مقارنة بالأم التي كانت أسرع تقبلا بعد تأكيد التشخيص خارج البلاد.

وبالرغم من محاولة الحالة (5) القاء اللوم على زوجها الذي جعلها تعيش ضغوطات أثناء فترة الحمل بسبب اضطراب العلاقة بينهما تارة وايعاز الاضطراب الى تأثير تطعيم الشهر الثامن عشر ROR تارة أخرى إلا أن هذا لا ينفي شعورها بالذنب اتجاه اضراب طفلها حيث ظهر ذلك بطريقة غير مباشرة من خلال تأكيدها على انشغالها الدائم هي وزوجها في العمل خارج المنزل وترك الطفل أنيس مع المربية والتي بدورها تتركه لوحده أمام التلفاز ساعات مطولة وعليه فإن نرجسية الحالة (5) منعتها من الافصاح عن احساسها بالذنب وجعلتها تسقط ذلك على الآخرين فإلقاء اللوم على الآخرين والشعور بالذنب وجهين لعملة واحدة. هذا من جهة.

ومن جهة أخرى فالحالة (5) لجأت الى ترك العمل والمكوث بالبيت للاهتمام بطفلها مما يدل على محاولة تصحيحها لما فات وتخفيف شعورها بالذنب وفي هذا الصدد يرى(Hanus) ان التأنيب يرجع الى اعتقاد الشخص لا شعوريا بأنه هو المسؤول عما حدث، وأمام هذه المشاعر الممزقة يجد الشخص في حوزته وسيلتين لتخفيفها فهو يحافظ بصرامة على المفقود (وهو الطفل الهوامي في حالتنا) ويقوم بواجباته ويحاول إصلاح ما فات وهذا ما يريحه.

بالإضافة إلى هذا يحرم الشخص نفسه من الاشباعات التي هي في متناوله معاقبة لذاته.

ويظهر قلق الانجاب عند الحالة (5) من خلال وقوعها في الثنائية المتضادة: الرغبة في الحصول على طفل ثالث والتخوف من الحصول على طفل توحدي آخر في نفس الوقت حيث انها تتوتر كثيرا في حال تأخر موعد العادة الشهرية وما زاد الوضع تعقيدا هو غياب الدعم و التشجيع من طرف الأب والذي يرفض فكرة الإنجاب مجددا كونه الأكثر تأثرا باضطراب ابنه حيث تؤكد دراسة جوليو و آخرون **(Giulio et al., 2014)** ان الوالدان المسؤولان عن تربية الطفل المعاق او ذو اضطراب معين غير مستقرين واكثر خوفا او عدم ارتياح للإنجاب.

مما دفع بالحالة (5) اللجوء الى الزرع اللولب الهرموني L'implant contraceptif للتخلص من احتمالية الوقوع في الحمل غير المرغوب التي ترهق تفكيرها مما جعلها أيضا في السنوات الأخيرة عصبية جدا وكثيرة الانفعال.

وعلى الرغم من طلاقها من زوجها الاول اب انيس وزواجها الثاني من رجل اخر الا انها لا تزال مصممة على العزوف عن الانجاب بالرغم من رغبتها هي و زوجها وتشجيع عائلتها على ذلك.

- **<u>عرض نتائج مقياس قلق الإنجاب للحالة (5):</u>**

<u>جدول رقم (06)</u>: يبين نتائج مقياس قلق الانجاب مع الحالة (5).

	العبارة	تنطبق كثيرا	تنطبق احيانا	لا تنطبق
1	لدي مخاوف من تكرار انجاب طفل توحدي.	X		
2	ينتابني شعور بالقلق بشأن الحمل.	X		
3	افتقد الدعم الأسري اتجاه الانجاب.		X	
4	اشعر بنظرة دونية من الاخرين.			X
5	بشكل عام اخاف على مستقبل الاطفال.		X	
6	ينتابني شعور بإنجاب طفل اخر باضطراب مختلف.	X		

7	لدي رغبة بالعزوف عن الانجاب.	X		
8	مزاجي متقلب بشكل كبير.		X	
9	اعاني من صعوبات في التواصل مع الاخرين.		X	
10	افتقد القدرة على التركيز.		X	
11	اتردد كثيرا على اطباء الولادة.			X
12	اعاني من صداع دائم.		X	
13	لدي سرعة في ضربات القلب.			X
14	اشعر بضيق التنفس الدائم.			X
15	افتقد الدفء العاطفي في حياتنا الزوجية.	X		
16	تدهورت حالتي الصحية بعد انجابي لطفلي التوحدي.			X
17	اجبر نفسي لإسعاد شريك حياتي.	X		
18	افتقد الشعور بالأمن الأسري.			X
19	اتجنب الحديث عن مشاعري أمام الآخرين.	X		
20	افتقد الثقة المتبادلة بيننا كزوجين.			X
21	اتجنب الجماع خوفا من الحمل.			X
22	اشعر بالقلق اثناء الجماع اكثر من المتعة.			X
23	اسرف كثيرا من المال على الفحوصات الطبية.			X
24	يحمل بعضنا الاخر ذنب الطفل التوحدي.		X	

25	اتجنب الخروج مع طفلنا التوحدي.			X
26	أخفي الحمل عن الآخرين.			X
27	أشعر بنظرات العطف و الشفقة من الاخرين.		X	
28	افتقد القدرة على ضبط الذات أثناء الخلاف.	X		
29	اعاني من الاهانة و التجريح المستمر.			X
30	اكون علاقات مع اسر لديها طفل توحدي.		X	
31	تاريخنا الاسري خالي من الاضطرابات.			X
32	تشخيص طفلنا سبب لنا صدمة.	X		
33	عزفت عن الانجاب عدة سنوات.	X		
34	اشعر بالغربة داخل منزلي.			X
35	اشعر بالنقص الدائم أمام الاخرين.			X
36	اتجنب الحديث عن التوحد أمام الاخرين.			X
37	اشعر بالحزن عند النظر الى طفلي التوحدي.		X	
38	ارتبك عندما يزورنا شخص لأول مرة.			X
39	اختلق المبررات كي لا احضر المناسبات الاجتماعية.			X
40	افتقد الثقة بالنفس.		X	
41	احرص على الدعاء في الصلاة بسلامة ابني.	X		
42	أمارس العبادات بشكل منتظم و زيادة.		X	
43	اعتقد ان توحد ابني هو ابتلاء من عند الله.	X		

44	اشعر باليأس الدائم.			X
45	ينتابني شعور باليأس من الانجاب.		X	
46	اعتقد ان توحد طفلي كان مانعا للإنجاب مرة اخرى.	X		
47	استمع لخبرات الاخرين عن التوحد.	X		
48	آمالي و طموحاتي بالحياة تتلاشى.		X	
49	اعمل على تدريب ابني و تأهيله مع توحده.	X		
50	اشجع طفلي على التواصل مع الاخرين.	X		
المجموع		45		

- **<u>تحليل نتائج مقياس قلق الانجاب للحالة (5)</u>:**

بعد تنقيط مقياس قلق الانجاب وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول (5)، تم التأكد من وجود قلق الانجاب عند ام انيس بدرجة (45) والتي تشير الى مستوى منخفض من قلق الانجاب حيث اجابت ب "تنطبق جدا" على كل البنود التي تدل على القلق بشأن الحمل و العزوف عن الانجاب لأسباب تتعلق بالطفل التوحدي (1)، (2)، (6)، (7)، (33)، (46)

لكن هذا القلق لم يؤثر على علاقتها الحميمية مع زوجها حيث أجابت ب "لا تنطبق" على كل من البنود (22)، (21) ولا على حالتها الصحية (16)، (13)، (14).

بينما أجابت ب "تنطبق أحيانا" على كل من البنود (8)، (10)، (28) وهي مؤشرات نفسية للقلق.

- **الإستنتاج العام للحالة (5):**

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف موجهة والحصول على نتائج مقياس قلق الانجاب تم استنتاج ان ام " أنيس" أظهرت ان لديها قلق الانجاب والذي يرجع الى تخوفها من انجاب طفل توحدي مجددا وقد يكون افتقادها الدعم و التشجيع من طرف زوجها الأول "أب أنيس" الذي كان رافضا الفكرة تماما أحد العوامل زادت الوضع سواء لكن وبالرغم من طلاقها منه وزواجها الثاني الا أنها لا تزال ترفض انجاب طفل آخر مما ادى بها الى العزوف عن الانجاب لعدة سنوات. ولقد تدعم استنتاجنا بالنتيجة التي سجلتها على مقياس **صقر سعيد بنات (2018)** لقلق الانجاب والتي قدرت ب "45" والتي تعبر عن مستوى منخفض قريب من المتوسط من قلق الانجاب والتي تعتبر درجة منخفضة نوعا ما مقارنة بغيرها من الحالات مما قد يعود إلى تحسن حالة ابنها الملحوظة جدا بعد التكفل والتي تعتبر الأبسط مقارنة بأطفال الحالات الأخرى.

6-الاستنتاج العام للحالات الخمس:

بعد دراستنا للحالات الخمس ومن خلال تحليل معطيات المقابلات ونتائج مقياس قلق الانجاب استنتجنا ما يلي:

اشتركت الحالات الخمس في:

- انكار حقيقة اصابة اطفالهن باضطراب التوحد في البداية و عدم تصديق التشخيصLe déni .
- الشعور بالذنب le sentiment de culpabilité ولوم الذات ما عدا الحالة (2) و الحالة (5)
- النظرة التشاؤمية لمستقبل أطفالهن بصفة عامة.
- رفض فكرة الانجاب على الرغم من الدعم والمساندة العائلية باستثناء الحالة (3) والتي تفتقده.
- التخوف من أنجاب طفل توحدي آخر.
- الحرص الشديد على أخذ الاحتياطات اللازمة لمنع حدوث الحمل والتوتر في حال تأخر موعد العادة الشهرية.
- ظهور أعراض سيكوسوماتية عند جميع الحالات ماعدا الحالة (5).
- الحساسية المفرطة ومؤشرات نفسية أخرى للقلق.

كما اشتركت الحالتين (2) و (4) في التخوف من اهمال الطفل التوحدي في حال الانجاب والذي يأخذ حاليا كامل وقتهما و اهتمامهما باعتباره الطفل الأول والوحيد كما أنهما أكثر المتضررات نفسيا مقارنة ببقية الحالات باعتبارها التجربة الانجابية الأولى و الوحيدة لما والتي قد تعد بالنسبة لهن تجربة فاشلة.

بينما تميزت كل من:

- الحالة (3) بالتناقض في التعبير الانفعالي.

- الحالة (2) و (5) كأمهات نرجسيات.

و أخيرا فلقد سجلت الأمهات نسب متفاوتة على مقياس قلق الانجاب حيث صنفت كل من الحالة (1) و (2) كحالات تعاني من قلق انجاب شديد (مرتفع) أما الحالة (3) (4) (5) فصنفن ضمن المستوى المتوسط.

ثانيا: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

انطلاقا من فرضيات دراستنا والدراسات السابقة التّي تناولت بعض متغيرات موضوعنا ومن خلال اتباعنا المنهج العيادي، وبعد تطبيقنا على مجموعة الدراسة مقياس قلق الانجاب ،وبعد تحليل نتائجه وكذا تحليل نتائج المقابلات النصف موجهة بهدف الكشف عن قلق الانجاب وكيفية تمظهره عند أمهات أطفال التوحد، وجدنا ان أمهات أطفال التوحد يشتركن في بعض الخصائص والتي تحول بينهم وبين تكرار عملية الانجاب بسبب انجابهم طفل متوحد وتتمثل تلك الخصائص في قلق الانجاب وبعض مظاهره النفسية واليسكوسوماتية، ومن خلال بحثنا مع مجموعة الدراسة، تم التوصل إلى نتيجة مفادها تأكيد أو نفي الفرضيات.

1-مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

- **التذكير بالفرضية**: يتمظهر قلق الانجاب عند أمهات أطفال التوحد على شكل أعراض سيكوسوماتية.

ظهرت أعراض السيكوسوماتية على كل حالات الدراسة ماعدا الحالة الخامسة وتباينت هذه الأعراض حيث تميزت كل حالة من الحالات الأربع بعرض سيكوسوماتي مختلف عن الحالات الأخرى:

- الحالة (1): تضخم الغدة الدرقية.
- الحالة (2): القرحة المعدية.
- الحالة (3): آلام في المعدة.
- الحالة (4): آلام قلبية.

كما اشتركت كل الحالات تقريبا في بعض الأعراض الأخرى كالصداع الدائم، تسارع ضربات القلب و الصعوبة في التنفس.

حيث توصلت (**براجل، 2017**) في دراستها الإحصائية الموسومة ب"علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد" والتي قامت بها على 150 أم إلى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بصورة كبيرة لدى امهات أطفال التوحد مقارنة بالاضطرابات الانفعالية.

وتعبر الأعراض السيكوسوماتية على شدة الصراع الداخلي الذي تعيشه الأمهات ما بين الرغبة والخوف والقلق من الانجاب والذي اصبح بمثابة تهديد داخلي ومعاناة نفسية تعيشها ام التوحدي، لم تجد طريقها في الظهور بصورتها الأصلية فتترجم عن طريق جسدنتها من خلال اعراض او اضطرابات سيكوسوماتية ، وتعتبر هذه الأخيرة تحصيل حاصل للضغوط والتوترات التي تعيشها الأم في حياتها اليومية وهذا ما أشار اليه (**Wolff**) في دراساته و التي مفادها أن الاضطرابات السيكوسوماتية غالبا ما ترجع إلى ضغوط الحياة المختلفة، تلك الضغوط التي لا تتفق مع التكوين الفيزيولوجي للفرد .

كما أثبتت دراسة (**زعطوط 2002**) الدور الفعال الذي تلعبه البيئة في موضوع الجسدنة، ففي الغرب يعبر الفرد بسهولة عن انفعالاته وحالته النفسية بينما يختلف الوضع في بيئة محافظة كالبيئة العربية والجزائرية خاصة حيث يميل الفرد إلى التعبير عن طريق الجسد.

كذلك يمكننا ان نرجع النتيجة الى ان حالات الدراسة يمثلون الجنس الأنثوي وكما هو معروف فإن الهرمونات الانثوية لدى المرأة تؤثر على الحالة الانفعالية لديها، كما تقوم بتثبيط مناعتها وهذا ما يجعلها عرضة لمختلف الاصابات الجسدية.

وعليه فإن الفرضية الجزئية الأولى تحققت مع 4 حالات من مجموعة الدراسة الا أنها لم تتحقق فقط مع الحالة الخامسة فالفرضية اذن محققة.

2-مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

- **التذكير بالفرضية:** يتمظهر قلق الانجاب عند أمهات أطفال التوحد على شكل حساسية مفرطة.

أظهرت حالات الدراسة الخمس بعض مؤشرات الحساسية المفرطة والتي تجلت من خلال:

- الحساسية الشديدة اتجاه ابسط المواقف خاصة تلك المتعلقة بالطفل التوحدي.
- الحساسية الشديدة في حال مفاتحة الآخرين لهم بموضوع الانجاب مجددا بما فيها من رفض وانفعال وغضب.

- تقلب المزاج.
- عدم القدرة على ضبط الانفعالات و ردود الأفعال.
- غرغرة العينين أثناء الحديث عن معاشهن المؤلم بالنسبة للبعض والدخول في نوبة بكاء بالنسبة للبعض الآخر.
- الاحباط وسوء التقدير الذاتي.

وفي هذا الصدد وحسب (**فورك ،2004**)، قد يظهر على هؤلاء الامهات (ويقصد أمهات أطفال ذوي اعاقة) ، قلق كبير لا يمكن التحكم فيه، سواء على مستوى العضوية أو على مستوى الحياة النفسية، مع وجود شحنة عاطفية تحاول الخروج وبكل الطرق وتتجسد من خلال الشعور بالحزن واليأس الشديد مع نوبات بكاء، وقد تستجيب بعض النساء باضطرابات سيكوسوماتية مما ينطبق على حالات دراستنا الحالية.

كما أن التأثير الصدمي لتشخيص الطفل كطفل توحدي على الأم من شأنه أن يحدث لها جرحا نرجسيا في صميم أمومتها. مما يضاعف من حدة الحساسية و يدفعهن إلى التقوقع حول ذواتهن كما يجعلهن يسئن تقدير ذواتهن ،حيث يذكر بهذا الصدد " ان المجروح نرجسيا يبدوا حزينا يائسا، فهو يرفض العالم الخارجي أو يجد صعوبة بالغة في التكيف معه، ولا يستطيع أن ينجز الأعمال والمهام التي كان يضطلع إليها من قبل، كما يفتقد شعور تقدير الذات واحترامها وتقدير المواهب والامكانيات الشخصية ،كما يعمل على سحب طاقة الحب كلها من المواضيع الخارجية ويركزها في الشيء المفقود (**عبدالرحمن سي موسى، 2002**).

و بالتالي يمكن القول ان الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت مع حالات الدراسة.

3-<u>مناقشة الفرضية العامة</u>:

- **<u>التذكير بالفرضية</u>:** تعاني أمهات أطفال التوحد من قلق انجاب طفل توحدي آخر.

ظهرت مؤشرات الفرضية العامة لدى أمهات أطفال التوحد من خلال الأعراض السيكوسوماتية والحساسية المفرطة وكذا التفكير الزائد بموضوع الانجاب والتحسس من اي نقاش مع الآخرين بخصوصه وكذا الحرص الشديد على أخذ الاحتياطات اللازمة لمنع الحمل بما فيه من طرق مختلفة والتوتر في حال تأخر موعد العادة الشهرية من خلال تحليل المقابلات نصف الموجهة و التي دعمت

بنتائج مقياس قلق الانجاب وللتذكير فقد أجريت الدراسة في بيئة حضارية وكان المستوى التعليمي للحالات ما بين الثانوي والتعليم العالي حيث سجلت كل من:

- الحالة (1): 69 درجة.
- الحالة (2): 79 درجة.
- الحالة (3):60 درجة.
- الحالة (4): 64 درجة.
- الحالة (5): 45 درجة.

إن الانجاب حسب حجازي هو استمرارية تعويضية عن الذات، فخصوبة الجسد مرادف للأمل "أنا أنجب اذن أنا موجودة، كما يعتبر الطفل ضمانة وتامين للمستقبل وهو سبيل للمتعة والحضانة. **(حجازي، 2000، 213)**

تضيف في هذا الصدد كارين هورني ان المرأة تحيا بالانجاب، كضرورة صحية ونفسية **(عدنان حب الله. 234،2004)**

وتؤيدها ميلاني كلاين في ان انجاب طفل هو وسيلة للقضاء على القلق والشعور بالذنب **(سميرنوف ،1985)**

إلا ان انجاب طفل غير سليم يفتح أمام الزوجين سجل الشكوك والهواجس حول اكتمال الجسد ،فالكفاءة على المستوى اللاشعوري تظل مربوطة بكفاءة الانجاب **(حجازي. 2000،ص،213)**.

لدى فإن الصحة الانجابية مطلب انثوي ملح ومباشر مرتبط بقرارها الداخلي بالانجاب، وعدم الكفاءة الجسدية كما تعتقده الام بإنجابها طفل توحدي ،يمثل تهديد داخلي لها من خلال الاحباط، الفشل والعجز على مستوى جسدها وخصوبتها، وبالتالي زيادة شعورها بالذنب، وافتقادها للأمان الداخلي، فحسب كارين هورني هو فالتهديد الداخلي اي شعور يهدد الفرد بالعجز وعدم الأمن هو قلق **(فرويد ،1989)**.

أما التهديد الخارجي فيتمثل في نظرة الآخرين، حيث يعتبر الطفل المتوحد وصمة اجتماعية، ولقد جاء في هذا الصدد، ان الطفل المصاب باضطراب التوحد هو الشخص الموصوم اجتماعيا، المنبوذ والمرفوض، تحيط به نظرات الازدراء والاحتقار، أو الخوف والاشفاق وتحيط به هالة اجتماعية مرتبطة بسلوكاته غير المقبولة اجتماعيا، بالإضافة إلى الاتجاهات السلبية السخرية والتهكم والتطفل (**عبد اللطيف، 2007،ص136**)

وبما ان الطفل يعكس صورة الام فذلك الوصم يلاحقها وحسب (**sausse. s. 1996**) فان إصابة الطفل يعكس للوالدين وخاصة الام صورة الطفل المشوه وكأنه مرآة محطمة، مما يصعب عليها التعرف على نفسها.

حيث تعرضت هؤلاء الامهات إلى الصدمة بعد تشخيص أطفالهن بالتوحد، مما خلف لديهن جرح نرجسي عميق فالصدمة عند فرنزي هي انهيار نرجسي للعواطف المجروحة، (**frenzi, 1982,139**) اذ لم تستطعن تجاوز هذه الصدمة وإرصانها وبالتالي لم تتمكن من القيام بعمل سيرورة حداد مكتملة على الطفل الخيالي إذ لم نقل أنهن لم تصلن إلى مرحلة الحداد.

ويذكر الباحث اوشمان ان ظهور طفل توحدي يعتبر دائما صدمة بالنسبة للعائلة. (**Perron,R.Risad.M. 1997.39**)

كما تؤكد دراسة جوليو وآخرون (**Giulio et al, 2014**) أن احتمالية الوالدان المسؤولان عن تربية طفل معاق او ذو اضطراب معين غير مستقرين وأكثر خوف وعدم ارتياح للإنجاب مجددا.

حيث أن حدوث الصدمة مرتبط بوجود خطر حيوي مهدد، فتشعر المرأة بعد الحدث الصدمي بقلق شديد وخوف من أن لا تعتاد على الحياة التي لم تكن تتصورها ويعتبر هذا القلق نوع من انواع المخاوف فتبتعد عن كل ما يذكرها بذلك الحدث (**Ryan, Regina, sara, 1995**). حيث تعمم نتيجة تجربتها الانجابية الأولى (الطفل التوحدي) على باقي التجارب الانجابية المستقبلية مما يجعلها تتجنب معايشة نفس الحدث وبالتالي تعزف عن الانجاب مجددا وهذا ما تأكده دراسة (**أبو قوطة 2013**).

والتي تنص على أن الأم التي لديها خبرات سلبية سابقة في الوالدة هن أكثر الأمهات عرضة للقلق خاصة الأم التي تتوقع قدوم طفل معاق أو مصاب باضطراب معين.

حيث تتفق هذه الدراسة مع دراسة هيلين (**Helen 2008**) والتي توصلت من خلالها الى أن احتمالية إنجاب طفل معاق في الولادة الثانية تكون مخاطرة غير مشجعة الاستمرار بالإنجاب وتجربة معايشة طفل معاق آخر.

هنا ومن خلال ما توصلنا اليه في دراستنا وما تؤكده نظريات التحليل النفسي والاتجاه التحليلي، فإن عملية الانجاب هي مطلب انثوي ملح تطمح اليه اي أنثى نموها النفسي سوي مهما كان مستواها الثقافي، حيث ان الانجاب هو وسيلة للقضاء على القلق والشعور بالذنب، غير أن هذا المطلب أو الرغبة مرهون بالصحة الانجابية للأنثى، فإذا كان في اعتقاد الام انها لا تتمتع بتلك الكفاءة وذلك من جراء انجابها طفل متوحد من قبل وهذا ما قد يحدث جرح نرجسي عميق وزيادة في الشعور بالذنب، زد الى ذلك الوصمة الاجتماعية وسوء تقدير الذات ،عندها يصبح الانجاب بعدما كان وسيلة للقضاء على القلق يصبح هو الحدث المقلق والمهدد للأم ولكيانها .

ومنه يمكن القول أن الفرضية العامة والتّي تنص على: "تعاني أمهات أطفال التوحد من قلق انجاب طفل توحدي آخر" قد تحققت مع حالات الدراسة، وهذه النتائج تبقى وفقا للدراسة الحالية فقط ولا تعمم على بقية المجتمع.

خاتمـــــــة

خاتمة:

تمثل علاقة "أم– طفل" أهم أساس بناء الشّخصية لدى الطفل بالنظر إلى الأدوار المتعددة للأم في التربية والرعاية، والاستثمار العاطفي الّذي تتبادله مع طفلها والّذي تسقط عليه كلّ هواماتها بأن يكون طفلا سليما وموهوبا إلى حد الكمال والمثالية.

وعليه فإن إصابة الطفل باضطراب أو إعاقة ما يشكل عامل ضغط لهذه الأم بحكم الرابط الاعاشي والانفعالي بينها وبين طفلها.

قد يتمظهر في استجابات اكتئابية أو في مشاعر النقص في قيمة الذات وقد يمتد حتى الى العزوف عن الإنجاب مجددا تخوفا من انجاب طفل توحدي آخر، لذا اتجهنا إلى البحث عن مظاهر قلق الإنجاب لدى عينة من أمهات أطفال التوحد، نظرا لخصوصية هذا الاضطراب وتبعاته على النمو النفسي والاجتماعي للطفل وباعتباره اضطراب العصر.

وبعد التناول النظري والمعالجة الميدانية خلصنا إلى تأكيد معاناة أمهات أطفال التوحد من قلق الإنجاب و الذي تمظهر لديهن من خلال أعراض سيكوسوماتية و حساسية مفرطة حيث تمثل هذه النتائج استجابات حالات دراستنا فقط.

لذا فإن هذه المظاهر تعد أمرا فارقيا بين الأمهات والذي يخضع لعدة محددات نفسية، عقلية، وسياقية اجتماعية، وبالتالي تتسم نتائج هذه الدراسة بالنسبية والتقريب، لذا نأمل أن يتم تناول هذا الموضوع في دراسات أخرى وبمنهجية مغايرة.

قائمة المصادر والمراجع

أ-المراجع العربية:

1- ابراهيم يوسف.(1997): **العناية بالحامل**. لبنان. دار القلم.

2- الأمام محمد صالح والجوالدة فؤاد عيد. (2010): **التوحد ونظرية العقل**. الأردن. دار الثقافة.

3- ايلول امال. (2012): **الضغط النفسي لدى الحوامل المقبلات على الولادة لأول مرة**. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي. معهد العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة اكلي محند اولحاج البويرة.

4- ايهاب محمد خليل وممدوح محمد سلامة ومحمد السيد أبو النيل. (2009): **الاوتيزم التوحد والاعاقة العقلية**. **مصر**. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

5- بدرة ميموني. (2003): **الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق**. الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية.

6- براجل احسان. (2017): **علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد**. رسالة دكتوراه في علم النفس المرضي للراشد. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة محمد خيضر بسكرة.

7- بربرا سميث. (2009): **سيكولوجية الجنس والنوع**. ترجم من طرف سامح وديع الخفش. الطبعة الأولى. لبنان. دار الفكر.

8- بلقرمي سهام. (2004): **الخدمة الاجتماعية الطبية المقدمة للأمومة**. مذكرة ماجستير في علم الاجتماع. فرع خدمة اجتماعية.

9- بوالسكين سليمة. (2009): **التأثير الصدمي على الأم نتيجة الاعلان عن تشخيص اضطراب الاجترارية لدى الطفل**. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر.

10- تكوك سليمان. (2014): **التكفل النفسي بالمرأة الحامل المهددة بالإجهاض العفوي**. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة وهران.

11- جبالي صباح. (2012): **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات أطفال المصابين بمتلازمة داون**. رسالة ماجستير في علم النفس.

12- جمال مثقال قاسم وماجدة السيد عبيد. (2000): **الاضطرابات السلوكية. الأردن.** دار الصفاء للنشر والتوزيع.

13- الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2014): **الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس.** ترجم من طرف أنور حمادي.

14- حادي كوثر. (2018): **الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المتوحدين.** مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس المدرسي. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة مولاي الطاهر سعيدة.

15- حسن مصطفى عبد المعطي. (1998): **علم النفس الإكلينيكي** .دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

16- حنان عبد الحميد الغاني. (2001): **الصحة النفسية.** دار الفكر للطباعة للنشر والتوزيع.

17- خطاب محمد أحمد. (2005): **سيكولوجية الطفل التوحدي.** الأردن. دار الثقافة.

18- خطوط سميرة. (2019): **مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.** مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة محمد بوضياف–المسيلة.

19- خوالد سمية. (2018): **المخاوف التي تؤدي إلى القلق عند المرأة الحامل المقبلة على الوضع.** مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي والصحة النفسية. . كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة عبد الحميد بن باديس–مستغانم.

20- دعو سميرة وشنوفي نورة. (2013): **الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي.** مذكرة ماستر في علم النفس العيادي. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة اكلي محند اولحاج البويرة.

21- رشيدة سبتي. (2008): **وضعية ومكانة الجسد العقيم في المجتمع الجزائري.** رسالة دكتوره في علم الاجتماع. جامعة الجزائر.

22- روالن دورون. (1997): **موسوعة علم النفس.** ترجم من طرف فؤاد شاهين. د.ط. لبنان.

23- سبيرو فاخوري. (1991): **العقم عند الرجال والنساء أسبابه وعلاجه**. لبنان. دار العلم للملايين.

24- سوسن شاكر مجيد. (2010): **التوحد اسبابه خصائصه تشخيصه علاجه**. جامعة بغداد. اد بيونو للطباعة و النشر.

25- سيغموند فرويد. (1979): **الكف العرض والقلق**. ترجم من طرف نجاتي. الطبعة الرابعة. مصر. دار الشروق.

26- صقر سعيد فؤاد بنات. (2018): **قلق الإنجاب و علاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي اعاقة سابقة**. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية. كلية التربية. الجامعة الاسلامية غزة.

صندقلي هناء ابراهيم (2012): **التوحد: اللغز الذي حير العلماء**. لبنان. دار النهضة العربية.

27- صولي أروى سارة. (2013): **صورة الأم لدى الطفل المسعف**. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة محمد خيضر بسكرة.

28- طاوسي مريم. (2019): **قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد**. مذكرة كملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

29- عائشة شلابي. (2017): **الصورة الامومية وصورة الجسد لدى أطفال مصابين بالصرع عبر الإنتاج الإسقاطي**. رسالة ماستر في علم النفس.

30- عبد السلام زهران (2005): **علم النفس النمو الطفولة و المراهقة**. دار وائل للنشر والتوزيع.

31- عبد الله مجدي أحمد. (2013): **طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر . التشخيص والعلاج** . مصر. دار المعرفة الجامعية.

32- عبد المنعم المليجي. (1979): **النمو النفسي**. لبنان. دار النهضة القريبة.

33- عدنان السبيعي. (1975): **سيكولوجية الأمومة**، بيروت، الشركة المتحدة للتوزيع.

34- عدنان حب الله. (2004): **التحليل النفسي الرجولة و الأنوثة**. لبنان. دار الفرابي. عويدات للنشر و الطباعة.

35- فايز قنطار. (1978): **الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم**. الكويت. عالم المعرفة.

فكتور سميرنوف. (1980): **التحليل النفسي للولد**. العراق. المؤسسة الجامعية للتوزيع والنشر.

36- القيس صموئيل. (دس): **القلق حالة وجدانية تبني أو تهدم**. مصر. دار الثقافة.

37- كامل محمد علي. (2003): **الأوتيزم –التوحد الإعاقة الغامضة بين الفهم و العلاج**. مصر. مركز الاسكندرية للكتاب.

38- لوشاحي فريدة. (2010): **دراسة أحلام الأطفال في ظل الحرمان الوالدي**. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه. جامعة –منتوري– قسنطينة الجزائر.

39- ماجد سيد علي عمارة. (2005): **اعاقة التوحد بين التشخيص و التشخيص الفارقي**. مصر. مكتبة زهراء الشروق.

40- محمد الريماوي. (2003): **علم النفس الطفل**. دار النشر والتوزيع.

41- محمد قرني. (1999): **أسس المرأة الطبية و النفسية**. دار الافاق.

42- مرفت عبد الناصر. (دس): **هموم المرأة تحليل شامل لمشاكل المرأة النفسية**. مصر. دار أسامة.

43- مصطفى حجازي. (2000): **الصحة النفسية، منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة. مصر. المركز الثقافي العربي.**

44- مصطفى فاروق أسامة والشربيني السيد كامل. (2011): **التوحد الأسباب التشخيص – العلاج**. الأردن. دار المسيرة.

45- منصوري دليلة. (2002): **نوعية التقمصات عند النساء الحوامل**. رسالة الماجستير في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.

46- نايف نزار القيسي. (2006): **المعجم التربوي وعلم النفس**. الأردن. دار أسامة.

47- نعمت مصطفى رقبان. (2004): **نمو و رعاية الطفل بين النظرية والتطبيق**. مكتبة البستان للمعرفة للطبع والتوزيع.

48- هيلين دوتش. (2008): **علم النفس المرأة (الأمومة)**. ترجم من طرف اسكندر جرحي مصعب. لبنان. مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

49- (http://www.autism.org.uk)

50- https://autisme.sante.gov.dz/

ب-**المراجع الأجنبية**:

1- BACQUE M F. (1992): **Le deuil à vivre**. Odile jacob. Paris.
2- Fiona Vogel. **La fonction contenante : un double ancrage corporel et relationnel**. Médecine humaine et pathologie. (2015). ffdumas-01195826f
3- Frenzy. (1982): **l'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort en psychanalyse**. Payot
4- Gérard Poussin. (2004):**la fonction parentale**. Dunod. Paris.
5- Guilio et all. (2004). **Families with disabled children in diffrent Europe countries, families and societies working paper series.**
6- Helen, Mary, (2008**): Ones enough for now: children disability, and the subsequent childbearing of mothers, Journal of Marriage and Family**, Vol (70), p758_ p771.
7- Perron R et Ribas D. (1997): **Autisme de l'enfance**. Paris. Puf.
8- RAIMBAULT G. (2005): **L'enfant et la mort**. Dunod. Paris.
9- Sausse. (1996**): Mirroir brisé**. France. Calamna Lévy.

الملاحـــــــق

الملحق 01: دليل المقابلة.

المحور:	الأسئلة:
1- بيانات حول الأم/الطفل.	- هل بإمكانك أن تعرفينا بنفسك؟ - هل بإمكانك أن تعرفينا بطفلك؟
2- تصورات الأم حول الطفل المنتظر.	- كيف كان موقفك اتجاه حملك؟ - كيف عشتي فترة حملك؟ - كيف كنت تتخيلين طفلك؟
3- المعاش النفسي للأم قبل/بعد التشخيص.	- كيف كان طفلك قبل أن تعرفي أنه طفل توحدي ؟ - متى أدركت أن طفلك يعاني من التوحد؟ - من أعطى لك التشخيص و ماذا كانت ردة فعلك انذاك؟ - كيف كان شعورك عندما علمت بذلك؟ - ما هي أول الأفكار التي تبادرت إلى ذهنك؟ - كيف عشتي فترة ما بعد التشخيص؟ - ماذا فعلتي بشأن طفلك بعدها؟
4- المعاش النفسي و الصحي الراهن للأم.	- هل تشعرين أن حياتك قد تغيرت بعد اكتشافك لاضطراب طفلك؟ - حدثينا أكثر عن معاشك النفسي اليومي. - ماهي أكثر المواضيع التي تشغل تفكيرك؟ - هل تأثرت حالتك الصحية؟

5- قلق الإنجاب.	- هل تفكرين في الإنجاب مجددا؟ - ماهي الأفكار التي تراودك عند التفكير بالإنجاب مجددا أو التفكير في احتمالية الحمل؟ - هل تحظين بالتشجيع من طرف الزوج والأقارب فيما يخص الانجاب؟ - هل تحرصين بشدة على اتخاذ احتياطات منع حدوث الحمل؟

الملحق 02: مقياس قلق الإنجاب.

	العبارة	تنطبق كثيرا	تنطبق احيانا	لا تنطبق
1	لدي مخاوف من تكرار انجاب طفل توحدي.			
2	ينتابني شعور بالقلق بشأن الحمل.			
3	افتقد الدعم الأسري اتجاه الانجاب.			
4	اشعر بنظرة دونية من الاخرين			
5	بشكل عام اخاف على مستقبل الاطفال			
6	ينتابني شعور بإنجاب طفل اخر باضطراب مختلف.			
7	لدي رغبة بالعزوف عن الانجاب			
8	مزاجي متقلب بشكل كبير.			
9	اعاني من صعوبات في التواصل مع الاخرين			
10	افتقد القدرة على التركيز			
11	اتردد كثيرا على اطباء الولادة			
12	اعاني من صداع دائم			
13	لدي سرعة في ضربات القلب			
14	اشعر بضيق التنفس الدائم.			
15	افتقد الدفء العاطفي في حياتنا الزوجية.			
16	تدهورت حالتي الصحية بعد انجابي لطفلي التوحدي.			

17	اجبر نفسي لإسعاد شريك حياتي.			
18	افتقد الشعور بالأمن الأسري.			
19	اتجنب الحديث عن مشاعري أمام الآخرين.			
20	افتقد الثقة المتبادلة بيننا كزوجين.			
21	اتجنب الجماع خوفا من الحمل.			
22	اشعر بالقلق اثناء الجماع اكثر من المتعة.			
23	اسرف كثيرا من المال على الفحوصات الطبية.			
24	يحمل بعضنا الاخر ذنب الطفل التوحدي.			
25	اتجنب الخروج مع طفلنا التوحدي.			
26	أخفي الحمل عن الآخرين.			
27	أشعر بنظرات العطف و الشفقة من الاخرين.			
28	افتقد القدرة على ضبط الذات أثناء الخلاف.			
29	اعاني من الاهانة و التجريح المستمر.			
30	اكون علاقات مع اسر لديها طفل توحدي.			
31	تاريخنا الاسري خالي من الاضطرابات.			
32	تشخيص طفلنا سبب لنا صدمة.			
33	عزفت عن الانجاب عدة سنوات.			
34	اشعر بالغربة داخل منزلي.			
35	اشعر بالنقص الدائم أمام الاخرين.			
36	اتجنب الحديث عن التوحد أمام الاخرين.			

37	اشعر بالحزن عند النظر الى طفلي التوحدي.			
38	ارتبك عندما يزورنا شخص لأول مرة.			
39	اختلق المبررات كي لا احضر المناسبات الاجتماعية.			
40	افتقد الثقة بالنفس.			
41	احرص على الدعاء في الصلاة بسلامة ابني.			
42	أمارس العبادات بشكل منتظم و زيادة.			
43	اعتقد ان توحد ابني هو ابتلاء من عند الله.			
44	اشعر باليأس الدائم.			
45	ينتابني شعور باليأس من الانجاب.			
46	اعتقد ان توحد طفلي كان مانعا للإنجاب مرة اخرى.			
47	استمع لخبرات الاخرين عن التوحد.			
48	امالي وطموحاتي بالحياة تتلاشى.			
49	اعمل على تدريب ابني و تأهيله مع توحده.			
50	اشجع طفلي على التواصل مع الاخرين.			
	المجموع			