

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية

سعبة: علم النفس الأكلينيكي

قسم: العلوم الاجتماعية

تخصص: الألباس الزهنية والبنية المرضية للصرع

مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي للصرع

بغوراء

اختلالات استقلالية الأنا أثناء علاقتها بالتشنج العضلي الباكر والصرع في الطفولة الأولى

إشراف:

أ.د. عفيفة عطار مشربط

إعداد الطالب:

* عبد المجيد طهراوي

أستاذة التعليم العالي

أعضاء اللجنة المناقشة

رئيسا

جامعة وهران

أستاذ التعليم العالي

أ.د أحمد بن شهيدة

مشرفة

جامعة تلمسان

أستاذة التعليم العالي

أ.د عفيفة مشربط

عضوا

جامعة وهران

أستاذة محاضر (أ)

د أحمد سلكة

عضوا

جامعة تلمسان

أستاذة محاضرة (ب)

د سلسبيل حاجب

المنتى الجامعية : 2011-2012

كلمة شكر



□ أولاً وقبل كل شيء أشكر الله سبحانه وتعالى على نعمه .

في ما بعد أشكر كل من الأستاذة المحترمة أستاذة التعليم العالي

والبحث "عفيفة عطار مشرط" .

كما اتقدم بالشكر إلى اللجنة المناقشة .

وكذلك أتوجه بالشكر إلى كل من ساهم في إتمام هذا العمل

المتواضع .

إهداء



أهدي هذا العمل المتواضع إلى كل من الوالدين الكريمين أطال الله في

عمرهما .

إلى الإخوة والأخوات .

إلى كل من يعرف عبد المجيد طهراوي .

عبد المجيد طهراوي

ملخص البحث:

موضوع دراستنا هو تحت عنوان : عجز الاستقلالية وعلاقته بالصرع البراتوني في الطفولة الأولى، أين تم فحص حالة، تتمثل في طفل صغير "A"، يعاني من صرع عضوي من نوع ارتجاجات عمومية.

حاولنا خلال هذه الدراسة، البحث في طبيعة تأثير مرض الصرع على النمو النفسحركي للحالة، عن طريق إجراء اختبار النمو النفسحركي للطفولة الأولى (BL-R). كما أجرينا اختبار النمو الحركي الوظيفي من 0 إلى 4 سنوات (DF.Mot). وهذا ما سمح لنا اكتشاف وجود تأخر نفسحركي لدى الحالة "A"، وهو يتميز بتأخر حركي مع اضطرابات علاقات اجتماعية.

بعد الحصول على النتائج، انتقلنا إلى دراسة "الحوار الحظري Dialogue tonique"، ما بين الطفل والأم. وهذا ما سمح لنا بتبيين دور المشاكل العاطفية للأم (حزن) في وجود اضطرابات حظرية، عاطفية Troubles tomico-émotionnelles لدى الحالة، تتمثل البراتونيا Paratonie عضلية في تأخر موضعي حركي، واضطرابات التناسق البصري-يدوي.

وأخيرا، حاولنا تبين عجز الاستقلالية عند الحالة، عن طريق المعطيات المأخوذة من كلا الاختبارين (BL-R و DF-Mot)، ومن خلال دراسة العلاقة أم/طفل.

فهرس الموضوعات

أ	شكر
ب	إهداء
ج	ملخص البحث
د	فهرس الموضوعات
1	مقدمة عامة
5	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة
6	تمهيد
6	أسباب اختيار الموضوع
6	أهداف الدراسة
7	أهمية الدراسة
7	إشكالية الدراسة
8	فرضيات الدراسة
8	حدود الدراسة
9	التعاريف الإجرائية
10	الدراسات السابقة
14	الفصل الثاني: تنظيم النفس الحركي والنمو الحركي في الطفولة الأولى
15	تمهيد
16	I- عوامل النمو النفسحركي
16	1- العوامل الفطرية
18	2- العوامل الناتجة عن الوسط
20	II- النمو الحركي
21	1- مبدء الاستمرار والتتابع

21	..... مبدأ اختلاف سرعة النمو الحركي	-2
21	..... مبدأ التكامل	-3
22	..... مبدأ اتجاه النمو	-4
22	..... مبدأ الانتقال من العام إلى الخاص وبالعكس	-5
24	..... III- التطور الحركي في الطفولة	
24	..... 1- ثبات واتزان الجسم	-1
24	..... 1-1- التحكم في الرأس والرقبة	
25	..... 1-2- التحكم في جذع الجسم	
25	..... 1-3- الجلوس	
25	..... 1-4- انتصاب العامة	
26	..... 2- الحركات الانتقالية	-2
26	..... 2-1- الزحف	
26	..... 2-2- الحبو	
27	..... 2-3- المشي	
27	..... 3- حركة التحكم والسيطرة	-3
27	..... 3-1- الوصول باليد إلى الأشياء	
28	..... 3-2- القبض على الأشياء	

28	..... 3-3- التخلص من الأشياء
29	..... III- التنظيم الحركي في الطفولة الأولى
32	الفصل الثالث: الصرع البراتوني والاضطرابات النفسية لدى الطفل الصرعي
32	..... تمهيد
34	..... ما هو داء الصرع؟
34	..... الصرع عند الأطفال
34	..... أسباب الصرع
36	..... أنواع نوبات الصرع لدى الأطفال
36	..... النوبات الشاملة
36	..... النوبات الجزئية
37	..... الاضطرابات النفسية البينية للطفل الصرعي
37	..... 1- اضطراب الفكر
38	..... 2- التناقل النفسي
38	..... 3- عاطفة الالتصاق
39	..... 4- اضطرابات الطبع
40	..... العوامل المساعدة في ظهور اضطرابات النفسية البينية
40	..... 1- الوراثة

40	2- الإصابات الدماغية والأورام المخية
41	3- نتائج النوبات الصرعية نفسها
42	4- دور المحيط النفسي للطفل
42	5- الأدوية المضادة للصرع
44	الفصل الرابع: التداخل العلائقي بين الأم والطفل.
45	تمهيد
46	I- نظرية هنري فالون
46	I-1- تعريفه
46	I-2- نظرياته
49	II- النمو الاجتماعي النفسي للطفولة الأولى
50	II-1- نمو الاهتمام بالناس
51	II-2- تحول الطفل نحو المجتمع
52	II-3- تطورات القدرات الاجتماعية الخاصة
53	II-4- دور الحضانة وفائدتها
54	III- العلاقة بين الرضيع والآباء
55	III-1- أنواع العلاقة الداخلية بين الرضيع والآباء
55	III-1-1- العلاقات السلوكية

56	..... 1-2- العلاقات العاطفية
56	..... 1-3- العلاقات التمثلية
57	..... III- 2- الديناميكية العلائقية
60	الفصل الخامس: الدراسة التطبيقية
61	..... 1- تقديم الحالة
64	..... 2- تطبيق اختبار BL-R ونتائجه
71	..... 3- تطبيق اختبار DF.Mot ونتائجه
89	..... 4- شرح وتفسير النتائج
89	..... *شرح النتائج
93	..... *تفسير النتائج ومناقشتها
99	..... خاتمة
105	..... قائمة المراجع
109	..... ملاحق

مقدمة عامة:

يعرّف الصرع على أنه مرض نورولوجي، يتميز بتكرار النوبات الصرع والنوبة الصرعية هي عبارة عن تفريغات مفرطة، شاملة ومفاجئة لمجموعة من العصبونات الدماغية.

كما يعرف على أن الطفل هو أكثر عرضة للإصابة بالصرع منه لدى الراشد، ويرجع السبب إلى عدم نضج الجهاز العصبي المركزي في حرمانه الطفولة من جهة، ومن جهة أخرى فإنّ مميزات النوبات الصرعية الخاصة بالطفل لها خصوصيات تميزها عن تلك لدى الراشد.

ومنه فقد اهتمنا بدراسة هذا المرض (الصرع) في مرحلة الطفولة الأولى (من 0 إلى 3 سنوات) وبشكل خاص دراسة عجز الاستقلالية الأولية وعلاقتها بالصرع العضوي للطفولة الأولى. لقد تم دراسة عجز الاستقلالية من طرف H.WALLON و J.Ajuriaguerra وتم تعريفه على أنه اضطراب يظهر على شكل تأخر تموضعي- حركي بالإضافة إلى اضطراب علائقي أم/طفل، وتم تسميته بالاضطراب الحظرية-الحركية من طرف كلا الباحثين.

يتمثل هذا الاضطراب الحظرية- الحركي لدى الحالة في اضطراب البراتونيا وهو صعوبة في الاسترخاء العضلي الإرادي.

إن هدف دراستنا يتمثل في الكشف عن الاضطراب النفسحركي وخصوصياته لدى الحالة "A" الذي عمره 3 سنوات. والذي يعاني من صرع ارتجاجي عمومي، منذ حوالي سنتين، ناتج عن إصابات عصبية ويعاني كذلك من البراتونيا.

تتمثل الإشكالية العامة في :

ما هي طبيعة تأثير الصرع على النمو النفسحركي لدى الحالة "A"؟

تندرج تحت الإشكالية العامة، إشكاليات ثانوية وهي:

1- ما هي خصوصيات العجز النفسحركي لدى الطفل الصغير "A"؟

2- ما هو دور الأولياء وخاصة الأمّ في التأسيس لهذا العجز؟

3- ما هي نتائج هذا العجز على نمو الاستقلالية لدى الحالة "A"؟

أما فيما يخص الفرضيات فهي ثلاث وهي على الشكل التالي:

1- يتميز التأخر التفسحركي لدى الطفل "A"، بتأخر في المجال الحركي التعويضي أكثر منه في المجال المعرفي.

2- يوجد اضطراب علائقي أم/طفل، ناتج عن حزن لدى الأم.

3- إن الاضطراب العلائقي أم/طفل ساهم في ظهور الصرع لدى الطفل ومنه في تأخير استقلالية.

من أجل الإجابة على الإشكاليات الدراسة، وفرضياتها، قمنا باتباع المنهج العيادي، المتمثل في دراسة الحالة، عن طريق استعمال:

- المقابلات العيادية: حيث تتمثل في مقابلات نصف مباشرة (Semi Directif) حيث أنّ الباحث يوجّه أسئلة إلى المفحوص بدون تحديد مواضيع معيّنة، كما أنه يعيد صياغة بعض المواقف الصادرة من طرف المفحوص على شكل توجيهات أو نصائح.

- الاختبارات القياسية: لقد تم اختبار اختبارين الأوّل هو اختبار النموّ التفسحركي للطفل من 0 إلى 3 سنوات (BL-R) لأوديت بريني وإيران ليزين، 1965، هو على شكل بنود مقسّمة تبعا لسن الطفل من 0 إلى 30 شهرا، مع تكلمه للبنود للأطفال من 3 إلى 5 سنوات.

يهدف هذا الاختبار إلى قياس نموّ الطفل الصغير عن طريق اقتراح تجارب مختلفة وهي تمسّ أربعة ميادين للنموّ: ميدان الحركة، ميدان اللّغة، ميدان التناسق البصري- يدوي، والميدان الاجتماعي أما الاختبار الثاني فهو اختبار النمو الحركي الوظيفي للطفل من 0 إلى 48 شهرا (فافر دوري Vaivre Douret، 1997. هو يتكون من جزئين الجزء الأوّل خاص بالأطفال من 0 إلى 12 شهرا. أما الجزء الثاني فهو خاص بالأطفال من 13 إلى 48 شهرا. من خلال اختبار DF MOT يمكننا تقييم مجالين من النمو الحركي والاكْتسابات الحركية لدى الطفل وهما:

- مجال الاكْتسابات التموضعية- الحركية والانتقالية (PML).

- مجال الاكْتسابات الخاصة بالإمساك- تناسق بصري- حركي (PCVM).

تتكون هذه الدّراسة من ثلاثة مباحث، في كلّ مبحث ثلاثة فصول وهي كالآتي:

- الباب الأول: بعنوان: الاضطرابات التأسيسية والصرع البراتوني لدى الطفل الصغير الصرعي. وهي تتكون من الفصول التالية:
- الفصل الأول: التنظيم النفسحركي والنمو الحركي في الطفولة الأولى.
- الفصل الثاني: اضطرابات التنظيم النفسحركي والإعاقات البراونية لدى الطفل.
- الفصل الثالث: الصرع العضوي والاضطرابات النفسية البيئية لدى الطفل.
- الباب الثاني : تحت عنوان المنهجية والعمل الميداني. وهي تتكوّن من الفصول التالية:
- الفصل الأول: دراسة وتقديم الحالة.
- الفصل الثاني: استعمال اختبار BL-R.
- الفصل الثالث: استعمال اختبار DF-Mot.
- الباب الثالث عنوانه: عجز الحوار الحظري لدى الطفل الصرعي "A" وفصوله هي
- الفصل الأول: اختيار العلاقة التداخلية أم/طفل واضطرابات الاستقلالية لدى الطفل.
- الفصل الثاني: الاضطرابات الحظرية العاطفية لدى الطفل "A"
- الفصل الثالث: أهم الاضطرابات والعوائق الواسطة لدى الحالة "A"
- خلال دراستنا هذه، واجهتنا بعض الصعوبات منها:
- صعوبة إيجاد حالات للدراسة،
- صعوبة الحفاظ على مقابلات منتظمة مع الحالة وأهله خاصة الأب الذي يغيب بسبب العمل.
- صعوبات إيجاد قاعات لإجراء المقابلات العيادية.
- وصعوبات في إيجاد الاختبارات النفسية القياسية والتي لا تكون دائما موجودة.

تمهيد:

نستهل دراستنا هذه بمدخل تمهيدي، نشرح فيه أسباب اختيار موضوع الدراسة، الهدف المرجو من الدراسة تبيان مدى أهميتها. دون أن ننسى صياغة الإشكالية المناسبة لها والفرضيات، ثم وضحنا حدود الدراسة. فإعطاء التعاريف الإجرائية لأهم مصطلحات الدراسة. كما أشرنا إلى بعض الدراسات السابقة التي تمسّ نفس موضوع الدراسة، وأخيرا ذكر أهم الصّعوبات التي اعترضتنا أثناء إنجاز هذه الدراسة.

1- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

- من أهم الأسباب التي دفعت بنا للاختيار هذا الموضوع هي:
- رغبتنا الملحة في اختيار بحث مفيد، وإنجازه للآخرين.
- تناول موضوع يدور حول عالم الطفل. ومحاولة تسليط الضوء على فترة عمرية معيئة. هي الطفولة الأولى.
- محدودية المعارف والدراسات حول هذا الموضوع.

2- أهداف الدراسة:

- مرادنا هذه الدراسة هو ما يلي:
- معرفة طبيعة تأثير مرض الصرع على النمو النفسحركي للطفل في مرحلة الطفولة الأولى.
- معرفة مدى اختلال نمو الاستقلالية الأولية للأنثى.
- اكتشاف ردّات فعل الأولياء، وخاصة الأم من جرّاء مرض الطفل ونوع الاضطرابات التي تتميز العلاقة أم / طفل.

3- أهمية الدراسة :

- تكمن أهمية هذه الدراسة في:
- معرفة خصائص النمو النفسحركي في مرحلة الطفولة الأولى.

- اكتشاف خصائص الاضطرابات النفسية لهذه المرحلة من الطفولة من جرّاء مرض الصّرع.
- إعداد الطّفل أحسن إعداد للانتقال إلى المرحلة التالية عن طريق تبيين دور الأولياء وخاصة الأم في هذه المرحلة.
- دراستنا هذه نتطرق إلى مرحلة عصرية اثبتت الكثير من الدراسات أنّها البناء الأساسي الذي تقوم عليه شخصية الفرد مستقبلا.

4- إشكالية الدراسة:

إنّ الصّرع عبارة عن مرض نورولوجي، لكنه يلعب دورا هاما في ظهور مجموعة من الاضطرابات التي تمس شخصية الطّفل (نمّو شخصية الطّفل) بشكل خاصّ، من اضطرابات فكريّة واضطرابات نفسحركية... هذا من جهة أخرى يمكن للصّرع أن يكون نتيجة لمجموعة من الاضطرابات العاطفية العلائقية الطّفل والعالم المحيط به. ومنه نطرح الإشكالية الآتية:

* ما هي كبيعة الخلل الذي يسببه مرض الصّرع في النمّو النفسي لطفل المرحلة الأولى؟ ما هو دور الأولياء وخاصة الأم في التأسيس لهذا الخلل؟ وما هي نتائج الخلل على نمّو الاستقلالية الأولى للأنا؟

5- فرضيات الدّراسة:

- انطلاقا من الإشكالية أعلاه نضع الفرضيات التالية:
- 1- يؤدّي الصّرع إلى خلل نفسيحركي عند الطّفل في المرحلة الأولى ويظهر ذلك على شكل تأخر نمّو حركي وظيفي.
 - 2- إنّ الاضطراب النفسي الناتج عن الصّرع يؤدّي إلى اختلال الاستقلالية الأولى للأنا.

6- حدود الدراسة:

تتطرق هذه الدراسة إلى المتغيرات التالية وهي:

* الصرع: حيث تتم الدراسة على طفل مصاب بالصرع.

* الطفولة الأولى: تجرى الدراسة على طفل واحد، ما بين 0 و3 سنوات جنس ذكر.

* النمو النفسحركي: خو انتقال الطفل من حالة الحركة المحدودة جدًا إلا قلّ تناسق إلى حالة أين يكون فيها الطفل قادرًا على تناول الأشياء بسهولة وبطريقة سليمة، مع الانتقال عن طريق المشي والركض وصعود الأدرا ونزولها والتسلق أيضا.

* الاستقلالية الأولية لنا: انطلاقًا من نظرية عامّة حول الأنا (Ege Psychology) هارتصان H.Hartmann يفترض وجود أنا مستقلّ ناتج عن طاقة محايدة (مغايرة للطاقة الغريزية). هذا الأنا المستقل هو جزء من الأنا الكلاسيكي، ووظائف هذا الأنا المستقل هو ما نسقيه بالاستقلالية الأولية للأنا. وهذه الوظائف هي الإدراك، الذاكرة والحركة...

7- التعاريف الإجرائية للدراسة:

* الصرع: ونعني به الصرع من نوع الألم الكبير (نوبات صرعية عمومية). الناتج عن إصابة دماغية.

* الطفولة الأولى: هي المرحلة التي حددها الباحثون والتي تمتد ما بين 0 و3 سنوات من عمر الإنسان.

* النمو النفسحركي: ونعني به ما يقسه اختبار النمو الحركي الوظيفي للطفل ما بين 0 و48 شهر.

Developpement moteu fonctionnel du jeune enfant de 0 à 48 mois (vaivre Douret. 1997)

والذي يقيس الوظائف الحركية التالية:

1-الوضعيات الحركية

2- المسك التناسق البصري اليدوي

* الاستقلالية الأولية للأنا: ونعني بها قدرة الأنا على التحكّم في الوظيفة الحركية عن طريق التحكم في الوضعيات/حركة، تناول الأشياء والتناسق الحركي ما بين البصر واليد، وذلك أثناء مواجهة الموافق والمثيرات الخارجية.

8- الدراسات السابقة:

لقد تعدّر علينا إيجاد الدراسات التي تلم بالخطوات المنهجية للدراسة لكن هذا لم يمنعنا من تقديم بعض الدراسات لباحثين صبّوا اهتمامهم حول دراسة الشخصية والعقلية الصرعية، وهي:

8-1- الدراسات الأجنبية:

*دراسة فيلان وبوبت **1974 J.Nelin et R.Bobet**:

أقيمت الدراسة على عيّنة تتكون من 100 طفل ومراهق مابين 8 و20 سنة أين ظهر الصّرع بعد سن 3 سنوات، تختلف أشكال الصّرع من طفل الآخر حاولت هذه الدراسة تحديد بنيات الشخصيات الصّرعية لدى الطّفل وكذا لدى المراهق، باستعمال اختبار الذكاء وكسلو (WAIS) والاختبار الاسقاطي (Rorselach).

وقد توصلت هذه الدراسة إلى افتراض ثلاث أنواع من الشخصيات لدى الطّفل (3 مجموعات من الأطفال)، وثلاث أنواع من بنيات الشخصيات لدى المراهق، باستعمال اختبار الزورشاخ، نسبة الأعراض النفسحركية واضطرابات الشخصية كانت قليلة وسطحية، إلا أنّها كانت موجودة بأكثر لدى المراهقين (مراحل إنهيارية وأعراض هسيترية) منه لدى الطفل. -المستوى العقلي العام، حسب وكسلو (اختبار الذكاء وكسلم) WAIS تقع في حدود العادي (ما بين 85 إلى 135)، التكيف المدرسي هو عموما مقبول، بالرغم من وجود أعراض كالقفّ أو على العكس الاستشارة النفسحركية خصوصا لدى الأطفال.

*دراسة فرد نبارك **1968 P.Fredenberg**:

أقام دراسة على عينة تتكون من 380 طفل في محاولة لتحليل أهم اضطرابات الشخصية لدى الطفل. فوجد أن 74% من مجموع العينة يعانون من تناذر الحركة المفرطة Hyper cinesie و Heretisme و 30% من تناظر بطئ التفكير والحركة le brady psychie. كما أنه لاحظ أن تغيرات الشخصية هي بشكل واضح أكثر لدى الأطفال الذين يعانون من الألم الكبير من الأطفال الذين يعانون من الألم الكبير من الأطفال الذين لديهم ألم صغير.

*دراسة سوفي وديلافيلي **1958 H.Sauguet et H.Delavelly** م:

في دراستهما لشخصيات أطفال صرعيين. وجد عددا معتبرا منهم من لديهم اضطرابات في الطبع واضطرابات النشاط الفكري، وهي تظهر على الشكل:

1) انخفاض القدرة الفكرية **l'effiience intellectuelle** لدى الصرعيين مقارنة بالأطفال اللاصرعيين عموماً.

2) التباطئ الفكري والحركي **le brodypsychie** مع نقص المبادرة حيث يكون سلوك المريض صلب، التعلق بالماديّة، أفكار وسواسية، وقدرة كبيرة على التركيز على مواضيع.

3) عاطفة الالتصاق **Affectivité adhésive** : وهو عبارة عن مبالغة في المشاعر عند هؤلاء الأطفال تظهر على شكل إلحاح وإصرار في جلب انتباه الآخرين، حيث أحسن صورة لعاطفة الالتصاق تكون بين الأم والطفل. حيث عاطفة الطفل اتجاه أمه علاقة بدائية وفضة. وهي تتميز بموقف سلمي، وتطلب عاطفي مستمر وطاقمي.

4) اللإستقرار النفسحركي: وهي عبارة عن اضطرابات في الانتباه (صعوبة تركيز الانتباه). تظهر على شكل تنقلات مفرطة وسريعة لاهتمامات الطفل وسلوكاته. ويمكن أن نذهب إلى حدّ التوازن المفرط.

5) الغريزية العدوانية **Impulsivité agressve**: هي تتميز بنوبات غضب انفجارية ومواقف عاطفية سلبية مفرطة لا تناسب مع أسباب الغضب.

* دراسة بوند 1970م:

أقيمت هذه الدراسة في محاولة لتفسير الاضطرابات النفسية البينية (بين النوبات الصرعية) لدى الأطفال الصرعيين، وأهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهورها. حدّدت هذه الدراسة خمسة عوامل لها دور في ظهور الاضطرابات النفسية البينية لدى الطفل الصرعي، وهي على التوالي:

العامل الوراثي **l'héritage génétique**: هو أول وأهم عامل في ظهور الاضطرابات النفسية ا. وهو يفترض أن عامل الوراثة لا يكون بالمعنى الطّبي للمصطلح (الوراثة). لكن يقصد به الخصوصيات النفسية للمحيط العائلي للطفل الصرعي، ونوع التبادلات العلائقية معه.

1) الإصابات الدماغية **le lésion cérébrales**: وجد أنّ خطورة وعمق الاضطرابات النفسية ترتبط بمدى اتساع الإصابة الدماغية، جانبيتها، وموقعها على مستوى الدماغ.

2) آثار النوبات الصرعية في حدّ ذاتها **les conséquences de crises épileptiques** :

وجدت هذه الدراسة أن الاضطرابات الفكرية تكون بأكثر عمق وحدة تبعاً لشدة التوبات الصرعية، مدتها ومدى تكرارها لدى الطفل (la fréquences des crises).

3) المحيط النفسي للطفل :l'environnement psychique de l'enfant

تكون الاضطرابات النفسية البينية للأطفال الصرعيين بأكثر حدة خطورة عندما ينمو الطفل في عائلة أين تسودها الخلافات والصراعات بين أفرادها وخصوصاً الأبوين، أو عندما يعاني الأولياء من أمراض نفسية أو عقلية مزمنة.

4) الأدوية المضادة للصرع les médicaments anti-convulsivants

يمكن للأدوية المضادة للصرع (Mysoline, tégréto, Depakine) أن تسرع في ظهور اضطرابات عقلية وبعض اضطرابات الشخصية للأطفال الصرعيين، عن طريق مفعولها المثبط أو المنشط للجهاز العصبي.

*دراسة "تيسو"، "ديلاسيوف" و"ديلاسيوف" Tissot, Dellassiauve, Trousseau :1906

اهتمت هذه الدراسة بتبيين دور العوامل العاطفية في ظهور التوبات الصرعية، فوجدت أن طبيعة هذه العوامل هي جدّ متنوّعة. لكن العامل الأمم والأساسي هو الغضب، بالإضافة إلى الاستثارة النفسية.

مهيد:

إنّ النموّ النفسي-الحركي عند الطّفل يدلّ على مجمل العمليات التي تسمح للرّضيع بأن يصبح بالغاً بعد المرور بعدّة مراحل. فمعرفة مختلف المراحل هذه ذات أهميّة بالغة من الناحية النظرية: كيف يصبح المولود الجديد بالغاً؟ ما هي الأطوار الطبيعية لهذا النموّ وما الذي يمكن أن يوفقها؟ إن المعرفة الجيّدة لهذا التطوّر يسمح للأهل والمرتبين والأطباء بالنقصي الباكر لعامة محتملة (إعاقة حركية. دماغية، تخلف عقلي، عاطفي...) ومحاولة التصدي لها إذا أمكن ذلك. إن نجاح التطور النفسي للولد يحدد بشكل كبير مستقبله وكل اضطراب هام إذا أهمل أو ظلّ مجهولاً قد تكون له عواقب خطيرة. سنتطرق في هذا الفصل إلى العوامل الفطرية والعوامل المكتسبة في نمو الطفل، بالإضافة إلى النموّ النفسحركي بشكل عام، وثم النموّ الحركي بشكل خاص.

I- عوامل النمو النفسحركي :

إنّ الوراثة و الوسط ليسا متغيرين مستقل أحدهما عن الآخر و التبعية المتبادلة فيما بينهما ليست في معرض المنافسة و ليست مجرد قانون توازن حسابي... إنّ تأثير الوسط يعمل مع

الوراثة وليس ضدّها على تحسين الفرد أو تدهوره. بالطبع من البديهي أنّه بواسطة الوسط و مجمل الغذاء المادي و الاجتماعي تتحقق العوامل الوراثية. إنّ نمو الطفل يخضع للتأثير الحتمي لعوامل قد تكون وراثية أو ناتجة عن الوسط، و من الصعب الفصل بينهما إذ أن الطفل منذ ولادته منغمس في وسط خارجي سوف يؤثر عليه. لقد برهن جوليان دو أجورياغويرا (1911-1993) أنّه ليس هناك أيّة وظيفة تنمو بمعزل عن الوظائف الأخرى، فالنضج العصبي الفيزيولوجي و التجربة المكتسبة من خلال الإحتكاك بالوسط المادي والبشري و التأهيل الاجتماعي هي في تداخل دائم.¹

1- العوامل الفطرية :

1-1 العوامل الوراثية :

إنّ بعض هذه العوامل مشترك بين كل أفراد الجنس البشري- فالنضج البيولوجي للجهاز العصبي داخل الرحم يرتبط بعملية تكوّن النخاعين التدريجي للمسالك العصبية انطلاقاً من الدماغ، ما يفسر النظام الذي من خلاله يخضع الأداء العضلي لسيطرة الإرادة. إنّ نظام المكتسبات الحركية للرضيع و للطفل يتوقف مباشرة على النظام الذي من خلاله حصل النضج العصبي خلال الحياة الجنينية و الرحمية.²

إنّ الإندفاعات الغريزية تظهر كذلك في نظام من النضج مستقل عن التنظيم النفسي للطفل، فهي بالتالي الدوافع نفسها عند كلّ الأطفال و في بعض الحالات المرضية عندما يتوقف السير الطبيعي لهذا النضج يمكن للطفل أن يبقى ثابتاً عند مرحلة معينة.

إنّ التعلق هو أيضاً سلوك فطري، فقد ألحّ "بولي" على التصرفات التي تأخذ قيمة تواصلية بين الطفل و الأم ، مثل الإبتسامات للأشخاص و المتابعة البصرية لهم، و الإمساك بهم..الخ.

1-2- العوامل المرتبطة بالحياة داخل الرحم :

¹ ليونيل روسان، ترجمة جورجيت الحداد، التفتح النفسي الحركي عند الطفل ، عويدات للنشر و الطباعة ، بيروت، لبنان، 2001، ص51.

² Ajuriaguerra. J, Cahen.M , Tonus corporel et relation avec autrui, Revue de medecien psychosomatique, 1960, pp 325-331.

يعتقد العديد من الإختصاصيين أنّه من المحتمل أن يكون الجنين قادرا على الإحتفاظ بقدر ما من أثر الحياة الرحمية و الولادة و أن يكون للظروف التي تمّت فيها تأثير نفسي عليه. لقد اعتبر "أوتو OTO RANK" و سواه من المحللين النفسيين أنّ لصدمة الولادة دورا أساسيا في نشأة القلق.¹

2-العوامل الناتجة عن الوسط

2-1- دور العلاقات الشخصية :

إنّ تشكل الجانب العقلي عند الطفل يبدأ حتى قبل الحمل، إن إنعكاس التخيلات و الآداء النفسي للأهل على مستقبل الأولاد أصبح اليوم أمرا معروفا، إنّ الطفل له وجود في تخيل الأهل قبل أن يصبح له وجود حقيقي ككائن حيّ، و هذا التصور النفسي سوف يكون له أثره على سلوكه ونفسيته. إنّ الأفكار التي يكوّنها الأهل عن الطفل الذي سيولد تشكل الطفل الخيالي، فيمكننا القول " إنّ الطفل هو في علاقة مع اللاوعي عند الأم". إنّ الشخصية العميقة للوالدين التي يساهم في تكوّنها تاريخهم الشخصي تلعب دورا حاسما في العلاقات المستقبلية مع أولادهم، تختصر " فرانسوا دولتو F.DOLTO " هذه الفكرة مؤكدة على أنّ كل طفل يولد في يوم ما، على والديه أن يقوموا بتبنيه.²

لقد برهن كل من " سبيتر و بولي SPITZ et BOULBY " أنّ نمو الطفل يتأخر بسبب النقص العاطفي. فهناك بعض الأمهات اللواتي لا يسمعن لطفلهن، لأسباب متعددة، باكتساب أنواع التعلم الأساسية. مثلا على ذلك فمنهن من تمنعه من الوقوف على رجليه خوف من أن تتفوّص ساقاه و تتجنب أن تجلسه خوفا من أن يتعب عموده الفقري..الخ، و تقوم هؤلاء

¹ ليونيل روسان ، ص52 .

² - L.Roger, le developpement du nourrisson, DUNON, Paris, 2004 , pp 280- 285.

الأمهات أنفسهن بإلباس الولد ثيابه حتى عمر ثماني أو عشر سنوات . و هناك من الأهل من لا يتحدثون إلى أولادهم و لا يقولون لهم أسماء الأشياء و لا يعرضون عليهم صوراً و لا يروون لهم حكايات، كل هذه التصرفات تسيء بالطبع إلى النمو السليم للطفل.

2-2- العوامل الإجتماعية و الثقافية :

تلعب هذه العوامل دوراً هاماً في النمو الفكري للطفل، و تؤثر على تعلم اللغة و العادات و طرق التفكير و القيم الإجتماعية و الأخلاقية عند الطفل لاحقاً.¹

3-3- العوامل الظرفية :

إنّ الإصابات العقلية و الحركية و الحسية و الإعاقات المختلفة سوف تضعف نموّ الطفل.

كما أن الإضطرابات النفسانية سوف يكون لها دورها بالتأكيد و لكن يصعب الإحاطة بها بشكل دقيق.²

II- النمو الحركي :

¹ - L.Roger, Opcit, p 286.

² - Baudier. A, Celeste.B, L edveloppementnet affectif et sociale du jeune enfant, Nathan, 2002, pp 90-97.

يتفق معنى النمو الحركي إلى حد كبير مع المعنى العام للنمو من حيث كونه مجموعة من التغيرات المتتابعة التي تسير حسب أسلوب ونظام مترابط. متكامل خلال حياة الإنسان. ولكن وجب الاختلاف هو مدى التركيز على دراسة السلوك الحركي والعوامل المؤثرة فيه.

إن النمو الحركي هو عبارة عن التغيرات في السلوك الحركي - مع مرور فترة زمنية معينة - فإن التركيز يوجه نحو الأداء الحركي، ويعتبر النمو الحركي عندئذ باعتبار أنه نوع من الحاصلات أو النتائج، ومثال ذلك قياس مسافة رمي الكرة لأبعد مسافة خلال أعمار سنوية مختلفة.¹

هذا وتجدر الإشارة إلى أن مصطلح Moteur، يعني التركيز على العوامل البيولوجية والميكانيكية المؤثرة في الحركة. ولا يستقيم الأمر عند الحديث عن النمو الحركي دون الإشارة إلى مصطلحي النضج والخبرة Maturation et Experience. يتميز النضج بنظام ثابت من التقدم، ربما يكون هناك اختلاف في معدّل السرعة، ولكن لا يوجد اختلاف من حيث النتائج والتسلسل فعلى سبيل المثال فإن تقدم الطفل والعمر التقريبي الذي يتعلم فيه الجلوس والوقوف والمشي يتأثر بدرجة كبيرة بواسطة النضج. وأن هذا التسلسل لهذه القدرات يعتبر ثابتاً إلى حد كبير فيما عدا المظهر قد يتعدل بواسطة التأثيرات البيئية للتعلم والخبرة.²

وعلى ضوء ما سبق فإن العلاقة بين النضج والتعلم تتمثل في أن هناك توقيتاً معيناً للاستفادة من التدريب أو التعلم، كما أن هناك حدوداً لها يمكن الوصول إليه الطفل من نمو في فترة معينة من فترات حياته.

يخضع نمو السلوك الإنساني من حيث كونه ظاهرة يطرأ عليها التعبير مع الزمن إلى مميزات ومبادئ عامة تميزه عن غيره من ظواهر النمو. هذا والنمو الحركي باعتبار كونه أحد مظاهر نمو السلوك الإنساني، فإنه من المتوقع أن يسير وفقاً لهذا المنحنى من الخصائص العامة لعملية النمو. أما المميزات الخاصة التي تميزه عن غيره من مظاهر السلوك الإنساني المختلفة لكل عمر من الأعمار، ولكل مرحلة من المراحل، وفيما يلي نظرة عامة حول مبادئ النمو الحركي، وهي:

3- مبدأ الاستمرار والتتابع:

¹ - Grassier.J, Le developpement psychomoteur de 0 à 3 ans, Mason, 1982, pp 132-136.

² -Ibid, p137.

إن اكتساب الطفل للقدرات الحركية الأولية من حيث السيطرة والتحكم في اتزان الجسم، ومن حيث الحركات الانتقالية الزحف، الحب والمشي. تمثل أساساً هاماً لاكتساب الطفل القدرات الحركية الأساسية مثل الجري أو الوثب.¹

2- مبدأ التكامل :

يمثل النمو الحركي عملية متكاملة مع جوانب السلوك المختلفة الأخرى، حيث أن النمو الحركي والنمو العقلي والنمو الانفعالي يتأثر كل منها بالآخر ويؤثر فيه. ولنضرب لذلك مثلاً مهارة المشي حيث تعتبر في حد ذاتها نمواً حركياً، ولكن تجعل الطفل قادراً على اكتشاف البيئة التي يعيش فيها مما ساهم في تطوّر نموّ العقلي واتساع مدركاته كما أنها توسع دائرة معارفه واتصالاته بالآخرين.²

3- مبدأ اختلاف سرعة النمو الحركي:

يشير هذا المبدأ إلى وجود اختلاف في معدّل سرعة النمو البدني والحركي عبر مراحل العمر المختلفة. فضلاً عن الاختلاف القائم فيما بين المكونات البدنية والحركية فيما بينها بمعنى أن مرحلة الطفولة والمراهقة قد تشهد نمواً واضحاً لبعض القدرات البدنية والحركية بينما لا يكون الأمر كذلك لبعض القدرات البدنية والحركية الأخرى. فعلى سبيل المثال تزداد القوة العضلية للأولاد خلال الفترة 7-17 سنة بمقدار الضعفين أو تزيد، بينما لا تتجاوز 50% بالنسبة للسرعة الانتقالية.³

4) مبدأ اتجاه النمو:

يسير اتجاه النمو الحركي وفقاً لاتجاهين مختلفين، الاتجاه الأول ما يسمى بالاتجاه الطولي للنمو الجسم تسبق في نموها الأجزاء السفلى. ويتضح ذلك من أن حركات الرأس، وتثبيت العينين، والتأزر بين اليد والعين، يظهر مبكراً بصفة نسبية، على حين أن المشي والوقوف يتأخر بعض الشيء. هذا أو يجب ألا يفهم من ذلك أن الرأس ينمو ويكتمل قبل أن يبدأ النمو في المناطق الأخرى، بل معناه أن النمو يبدأ في المناطق العليا قبل أن يبدأ في المناطق السفلى، ثم يكتمل في المناطق العليا قبل أن يكتمل في المناطق السفلى.

¹ - سامي سلطي عريفج، بسيكولوجية النمو ، دار الفكر، الأردن، 2007، ص85.

² - Lehalle. H, Milier. D, Psychologie de developpement, DUNOD, 2002, p197.

³ - Ajuriaguerra. J, Cahen , Opcit, p334.

أما الاتجاه الثاني للنمو الحركي فهو الاتجاه المستعرض الأفقي (la loi Proximo Distale)، وبناء عليه يتجه النمو من المحور الرأسي للجسم (مركز البدن) إلى أطرافه الخارجية. وفي هذا الصدد نجد الطفل يمسك الشيء براحة يده قبل أن يتناوله بأصبعه.¹

5) مبدأ الانتقال من العام إلى الخاص وبالعكس:

باختصار فإنّ النمو الحركي يسير في خطّين متكاملين من العام غير المتميّز إلى الخاصّ المميّز أو من الكلّ غير المتخصّص إلى الجزء المتخصّص. ثمّ مرّة أخرى من مجموع جزئيات أخصّ إلى كليّات أعمّ، أو من مجموعة حركات متخصّصة إلى مهارات كليّة أكبر وأكثر تعقيداً، فالطفل يحكّ جسمه كلّه ليصل إلى لعبته قبل أن يتعلم كيف يحرك يده فقط ليصل إلى نفس اللعبة وهو يمسك الأشياء أولاً بكل يده. ثمّ يستطيع بعد ذلك أن يمسك بأصابعه، ثمّ ببعض أصابعه. وبينما يلاحظ أن الطفل في عمر 2-3 سنوات يحرك جسمه كلّه عندما يرمي بالكرة إلى الأمام، نجده عند الرابعة يتمكن من رمي الكرة بذراعيه فقط.²

¹ -Ibid, p335.

² - Joly. F, Labes.G, Psychopathologie developpementale et troubles psychomoteurs, Papyrus, 2009, p125.

III- التطور الحركي في الطفولة الأولى:

إن حركات المولود الجديد تتميز إلى حد كبير بالعشوائية، وتعتمد على الأفعال المنعكسة، ولكن مع تقدم العمر وزيادة النضج، تظهر الحركات الاختبارية (الإرادية) الأولية لتحل محل السلوك الحركي الانعكاسي تدريجياً.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن الحركات الأولية تمثل انجازاً مهماً لقمع واختفاء الأفعال المنعكسة، فضلاً عن أنّها تعكس التكامل بين نمو الأجهزة الحسية الحركية. وهنا تلعب البيئة وخاصة الأسرة وادماً لتشجيع وإتاحة الفرصة لتنمية نمو هذه المحاولات المبكرة للإنجاز الحركي للطفل. هذا وربما يمكن تلخيص الواجبات الحركية التي تواجه الطفل الرضيع في فئات ثلاث على النحو التالي:

1- ثبات على اتزان الجسم:

يبدأ الطفل العديد من المحاولات المستمرة ضدّ قوّة الجاذبية في محاولة الوصول إلى الوضع واقفاً. والاحتفاظ بذلك الوضع، ونموّ مقدرة الطفل من حيث التحكم العضلي ضدّ الجاذبية يتبع اتجاه النمو الطولي النمو من الرأس إلى القدم. فيبدأ بالتحكم في عضلات الرّأس والرقبة، ثم عضلات الجذع، وأخيراً عضلات الرجلين.¹

1-1- التحكم في الرّأس والرقبة:

يأتي المولود الجديد إلى الحياة مفقداً سيطرته على عضلات الرّأس والرقبة، ويتضح ذلك عندما نحاول أن نحتفظ بظهره قائماً، فإن الرّأس يسقط إلى الأمام. هذا ويتحقق الإنجاز الواضح لتحكم الطفل الرضيع في عضلات الرّأس والرقبة عندما يبلغ من العمر حوالي شهرين، ويمكنه الاحتفاظ بثبات الرّأس مستقرة دون سند أو مساعدة أما عندما يبلغ الطفل الرضيع من العمر ثلاثة أشهر. فإنّه يحقق إنجازاً جيداً للتحكم في عضلات الرّأس والرقبة وهو منبسط على بطنه، ويتمكن من إنجاز مماثل وهو راقد على ظهره عندما يبلغ عمره خمسة أشهر.

1-2- التحكم في الجذع:

¹ - راتب أسامة كامل: النمو الحركي، القاهرة، دار الفكر العربي، 1994، ص 85-122.

يبدأ التحكم في عضلات منطقة الجذع، في حوالي الشهر الثاني بعد الميلاد. عندما يستطيع رفع رأسه عن الأرض إذا رقد على بطنه، وعندما يستطيع أداء ذلك فإنه يبدأ سحب ركبتيه لا على اتجاه القدر، ثم يركلها للخارج في حركة فجائية تشبه حركة السباحة. ويمكن انجاز ذلك في عمر حوالي 6 أشهر.

أما التحكم في استدارة الجسم من الرقود على البطن إلى الرقود على الظهر فإن ذلك يحدث في حوالي الشهر الثامن.

1-3 الجلوس:

يتمكن الطفل بصفة عامة من الجلوس في الشهر الرابع إذا ساعده أحد، حيث تكون المنطقة القطنية أسفل الظهر، وذلك أن الطفل يمتلك التحكم التسيبي لعضلات الجزء العلوي من الجذع. أما عضلات الجزء السفلي فمازالت خارج سيطرته. وتدرجياً تنمو قدرته على الجلوس وظهره قائم مع القليل من المساعدة، ذلك حتى يبلغ من العمر حوالي سبعة أشهر، فيتمكن من الجلوس وحده دون مساعدة.

1-4- انتصاب القامة:

تبدأ المحاولات الإرادية الأولى للوقوف في حوالي الشهر الخامس بعد ميلاده، ويتمكن من الوقوف ممسكا المنضدة ومستند عليها لفترة من الزمن في الشهر التاسع، كما يستطيع أن ينهض واقفا بحيث تبدأ الحركة من الركبتين، ثم يتبع ذلك حركة توافقية بدفع الرجلين، بينما تشد الذراعان المنضدة لأسفل، ويكون ذلك في حوالي الشهر الحادي أو الثاني عشر. ويبدو أن الطفل يستطيع الوقوف لوحده دون مساعدة، كما يمشي أيضا دون مساعدة في حوالي الشهر الحادي عشر إلى الشهر الثالث عشر.¹

2-الحركات الانتقالية:

2-1- الزحف:

يعتبر الزحف أول إشكال حركة انتقال الطفل من مكان إلى آخر، ويؤدي عندما يكون منبطحا على الأرض. ورأسه وكتفه مرفوعتان لأعلى. حاملا ثقل هذه المنطقة على الكوعين، وتكون

¹ - راتب أسامة كامل: مرجع سابق، ص 125.

البطن ملتصقة بالأرض حيث أن عضلات الجذع والذراعان والساقين يكون لها قدر كاف من القوة التآزر يسمح بتحمّل وزن الجسم، وبينما تؤدي الذراعان الشدّ اتجاه الخلف نحو القدمين، تؤدي الرجلان حركات ترفيس غير منتظمة تشبه حركة السباحة.¹

2-2- الحبو:

تظهر حركة الحبو في حوالي الشهر التاسع والحادي عشر من عمر الطفل. وتعتمد أساساً على رفع جسمه عن الأرض بواسطة اليدين والركبتين، وتكون الذراعان مفرودتين ومركبتين على راحة اليد كما تكون الرجلين زاوية قائمة تقريباً عند كل مفصل الحوض والركبة وبذلك يكون الجذع مرفوعاً عن الأرض، وأحياناً يلاحظ أن الطفل يرفع ركبتيه عن الأرض ويفرد ساقيه ويمشي على الأربع.²

2-3- المشي:

يمرّ الطفل بأربعة مراحل لاكتساب مهارة المشي وهي على النحو التالي:

* المرحلة الأولى: يبدو فيها الطفل يؤدي خطوات دب أو نقر على الأرض وتكون الركبة غير متصلة. كما لا يستند وزن الجسم على القدمين، ويتم ذلك خلال الفترة العمرية فيما بين الشهر الثالث والشهر السادس.

* المرحلة الثانية: وفيها يبدأ الطفل الوقوف بمساعدة الآخرين، يستفيد من القدمين في حمل وزنه، كما تكون الذراعان مفرودتين إلى الخارج ويتم ذلك خلال الفترة العمرية بين الشهر السادس والشهر الثامن.

* المرحلة الثالثة: وذلك عندما يمشي الطفل تحت قيادة الآخرين بحيث يمسك الطفل من اليدين الإثنين ثم من يد واحدة فقط، ويتم ذلك خلال الفترة العمرية فيما بين الشهر التاسع والثاني عشر.

¹ – Joly. F, Labes.G, Tonich et psychomotricité, papyrus, 2009, p378.

² – Douret. V, Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant, Elsevier, Paris, 1997, p83.

* المرحلة الرابعة: وفيها يمشي الطفل لوحده دون أية مساعدة، ويتم ذلك خلال الفترة ما بين الشهر الثاني عشر والخامس عشر.¹

3- حركات التحكم والسيطرة:

إن حركات التحكم والسيطرة يتطور نموها خلال سلسلة من المراحل يمكن إجمال أهمها في مراحل ثلاث، هي: الوصول باليد إلى الأشياء، القبض على الأشياء. والتخلص من الأشياء.

3-1- الوصول باليد إلى الأشياء:

تتميز الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الرضيع بعدم إمكان الوصول باليد إلى الأشياء والإمساك بها. ولكن يتابعون هذه الأشياء بأبصارهم، وعندما يبلغون من العمر أربعة أشهر فإنهم يمدون أيديهم في الاتجاه العام للأشياء وقد يستطيعون الوصول إليها أو لمسها. ولكن تتميز حركاتهم بالجهد الكبير، والبطء الواضح، فضلا عن الاشتراك الزائد للعضلات. فعلى سبيل المثال يلاحظ اشتراك مفصل الكتف والمرفق، وعندما يتقدم العمر بالطفل ويبلغ حوالي الشهر السادس، تعد حركة الإقدام على الشيء حركة مباشرة إلى درجة أكبر تسمح له بالوصول إلى الأشياء.²

3-2- القبض على الأشياء:

يشتمل تطوّر مهارات القبض على المراحل التالية:

- سن 4 أشهر: لا يوجد حركة إرادية حقيقية للمس أو الوصول إلى الأشياء
- 5 أشهر: الوصول إلى الأشياء ومسكها بيده لكن دون تحكّم وسيطرة.
- 7 شهور: التوافق بين راحة اليد والأصابع دون استعمال الأصابع.
- 9 أشهر: استخدام السبابة في القبض على الأشياء.
- 10 أشهر: التوافق الجيد لحركة الوصول والقبض على الأشياء.
- 12 شهرا: استخدام الإبهام والسبابة معا.

¹ - V. Douret, Ibid, p84.

² - Berges J, Du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant, Masson, 2008 , p137.

14 شهرا: قبض وإمساك شديد الشبه بما نجده عن الرشد.

3-3-التخلص من الأشياء:

إن محاولة الطفل بناء برج مكعبات، أو قذف الكرة، أو في أوراق المجلّة أو الكتابة تمثّل بعض الواجبات البسيطة التي تتطلب من الطفل أداء المرحلة الثالثة من حركات التحكم والسيطرة اليدوية، ألا وهي مرحلة التخلص التي تعتبر ولا شك أكثر تقدما من المرحلتين السابقتين سواء الوصول باليد إلى الأشياء أو القبض عليها.¹

III- التنظيم الحركي في الطفولة الأولى:

إن النمو الحركي يتم عن طريق تلازم نمو كل من الجانب العصبي. عضلي وهو اكتساب الحظرية العضلية والتي تسمح بتنفيذ حركات ووضعية محددة (رفع الرأس، الجلوس، الوقوف...) من جهة، ومن جهة أخرى الجانب التناسقي الحركي (مسك، مشي...).

خلال بضعة أشهر، تتطور الحركية لدى الرضيع، من حالة محدودة جدا، بدائية جدا. إلى حالة أخرى أين يكون فيها الطفل قادرا على تناول الأشياء مباشرة وبشكل دقيق، كما أنه يكون قادرا على التنقل عن طريق المشي. هذا التطور هو نتيجة النضج العصبي، لكن هذا النضج العصبي ذو الداخلي (Endogène)، سرعان ما قد يتصادم مع تأثير الظروف الخارجية (Exogène)، والتي تكون نتيجة خبرات حركية عاشها الرضيع وسط محيطه.

تكون الحركية في بداية العمر ذات طابع إجمالي (كلي) وهي تمس الذراعين، الرجلين وجذع الجسم في نفس الوقت. مع تطور الطفل أن تمس فقط جزء أو عضو واحد من الجسم.²

¹ - Berges. J, Ibid, pp 137-138.

² - F.Joly , G.Labes, Ibid, p336.

أثبتت أعمال Geselle (1953)، الدور المهم للنضج العصبي، يمكن من خلاله تفسير النمو الحركية عند الطفل. منذ أعمال Geselle تكاثفت البحوث في مجال الحركية للطفل، وانحصرت بعد ذلك في دراسة قاعدتين للنمو التموضعي-الحركي خلال الأشهر الأولى للحياة وهما: أولا la loi cephalo-candale (تتم بتطور الحظرية التموضعية عبر النمو) وثانيا - la loi proximo - distale .

- حسب قاعدة cephalo-caudale فإن التحكم الحركي والتموضعي يتطور تبعا من أعلى الجسم إلى أسفله. بمعنى أن تحكم العضلات في جسم الرضيع يبدأ من مستوى عضلات جذع الرأس (عضلات الرقبة عضلات الذراعين...) ويتطور إلى أسفل جذع الجسم. أ

- أما فيما يخص قاعدة proximo-distale فإنها تهتم بدراسة نمو العضلات والتحكم فيها والذي يبدأ من العضلات الأقرب إلى جذع الجسم (التفنين،..) وتنتهي إلى الأجزاء الأبعد من جذع الجسم (يدين مثلا) أي أن التحكم في عضلات الأعضاء ينمو تدريجيا من جذع العضو إلى نهايته. بشكل عام فإن، فإن النمو الحركي خلال السنة الأولى من العمر يكون بشكل تناظري، لكن ابتداءا من 12 شهرا. تقريبا، نلاحظ بدايات ظهور الجانبيته. أي تفضيل الجانب الأيمن عن الأيسر أو العكس. لكن النسبة الأكبر تكون ذات جانبية يمينية¹.

¹ - F.Joly , G.Labes, Ibid, pp336.337

خلاصة:

نستخلص معاً جاء في هذا الفصل، أن فهم علم النفس الطفل هو ذو دور تربوي أساسي إذ أن معظم الأخطاء في تربية الطفل، ومعظم الاختلال في علاقة الأهل بالأولاد تأتي من عدم فهم المراحل الطبيعية للنمو. فمراقبة الولد أساسية وتتطلب من الأهل تكييفاً دائماً لتفسير تصرفاته وتلبية حاجاته. فإن كان هذا الأمر سهلاً نسبياً في البداية اتجاه كائن صغير تابع وظاهرياً سلبياً. نجد أنه سرعان ما ستظهر الصعوبات، إذ أن الأم والأب يجب أن يتحالفوا مع رضيع له متطلباته وحاجاته الخاصة.

تمهيد:

إن الصرع بشكل واحد من بين الأمراض المستعصية على العلاج لها سببه من أضرار جسمية، عقلية ونفسية في حياة المريض. هذا من جهة، ومن جهة أخرى أنه لا يوجد أي دواء له القدرة على شفاء الصرع.

تزداد الأضرار التي يسببها مرض الصرع شدة وعمقا كلما كان عمر المصاب صغيرا، فالطفل هو أكثر عرضة الاضطرابات الشخصية منه لدى الراشد، والسبب في ذلك عدم اكتمال نمو جهازه العصبي المركزي.

ومنه سننطلق في هذا الفصل إلى تعريف الصرع. أنواعه لدى الطفل، وأهم الاضطرابات النفسية البينية للطفل الصرعي.

I- ما هو داء الصرع:

يتميز داء الصرع بتكرار النوبات الناتجة عن خلل في وظيفة الخلايا العصبية، نشاط هذه الخلايا يصبح فجأة مبالغاً فيه أكثر من العادة، وهذا ما يؤدي إلى حدوث ظواهر غير طبيعية (السقوط على الأرض العض على اللسان، الهزات والتجففات... إلخ).

إن حدوث نوبة لا يعني بالضرورة أن الشخص مصاب بداء الصرع ولكن بتكرار النوبات نتعرف على هذا المرض.¹

تأخذ النوبات أشكالاً مختلفة حسب الجزء المصاب من الدماغ، ولكن مهما تعددت هذه الأشكال، إلا أنّها تشترك في كونها فجائية، وأن بداية النوبة ونهايتها تكون سريعة وفجائية. وأن مدة حدوث النوبة قصيرة.

1-الصرع عند الأطفال:

الكثير من الأطفال المصابين بداء الصرع يتكرر لديهم نفس نوع النوبة، ولكن لا يعدّ هذا كقاعدة. الصرع مرض يمكن أن يصيب أي إنسان في أي سنّ ويبدو أن النوبات تقلّ كلما يكبر الطفل وفي 50% من حالات الصرع تظهر عن الشيخوخة.²

1-1-أسباب الصرع عند الطفل:

هناك عدة أسباب تؤدي إلى الصرع، ولكن السبب الحقيقي لهذا المرض يبقى مجهولاً. نذكر من بين الأسباب:

- الجروح الموجودة على مستوى الرأس (ضربات حادة، سقوط، حوادث مرور)
- أورام مخيية أو أمراض معدية أو التهابات سحائية على مستوى المخ.
- جرح أو أمراض معدية عند المرأة الحامل قد يؤدي إلى عواقب غير سليمة عند الجنين، حتى عند الولادة إذا تعرض الطفل إلى جرح.
- الوراثة: في كثير من الحالات، الصرع ليس وراثي، والأولياء لا ينقلون هذا المرض لأولادهم إلا في حالات استثنائية نادرة.

وقد وجد الدكتور "وليم ج"لنوكس"، الأستاذ بمدرسة الطب بجامعة هارفرد، بعد دراسة مستفيضة أن واحداً لا أكثر من كل خمسة مصروعين يعرف أن له قريباً مصاباً بنفس الداء وأنّ واحداً فقط من كل خمسة وعشرين له أب مصاب بالصرع أو أم مصابة به، ولم تكن نسبة من لهم لأطفال مصروعين من الآباء المصروعين العاديين تزيد على واحد في كل أربعين. بينما كانت نسبة من يولد له طفل مصاب بالصرع من الآباء العاديين واحداً من كل مائتين، وقد وجد أن احتمال ولادة طفل

¹- Beauchesne.H, Guy.B, L'epilepsie chez l'enfant, Paris, DUNOD, 1980, p241.

² - Ibid, p262.

مصروع من أبوين سويين لم تعتر بهما نوبات الصرع ولكنهما "حاملان" لهذا الداء أكثر من احتمال ولادة هذا الطفل إذا كان أحد الوالدين مصابا بالصرع والآخر سويًا "غير حامل للداء".

وجملة القول أن نظام الوراثة معقد، يبلغ من التعقيد حدا كبيرا بحيث إذا امتنع الرجال والنساء عن أن يكون لهم أبناء خشية أن يكون أولئك الأبناء مصروعين فإن كثيرا من الأطفال لم يكونوا يولدون قط.

يضاف إلى هذا أن العلماء يزداد علمهم يوما بعد يوم عن نمو الجنين وعن مختلف الأضرار الكيميائية والآلية التي قد تحدث في أثناء عملية الولادة، ولهذا فإنهم قد عرفوا أن عوامل كثيرة غير عامل الوراثة قد تسبب ذلك التهيج المخي الذي يظهر في صورة نوبات، فالتشنجات قد تظهر مثلا نتيجة حوادث تقع للإنسان في أي فترة من حياته، وقد أصيب بها لأول مرة كثير من الأطفال على أثر جرح في الرأس.¹

1-2-أنواع نوبات الصرع لدى الأطفال:

إنّ النوبات التي كثيرا ما نلاحظها عند الطفل المصاب بداء الصرع هي كالاتي:

1) النوبات الشاملة (العامة): في هذا النوع من النوبات، وظيفة الدماغ عامة تكون مختلفة. -النوبات التشنجية المسماة Tónico-chonique . وهي النوبة المعروفة بكثرة: الطفل يسقط فجأة، يغيب عن وعيه، لا يتحرك لبعض الثواني يتوقف تنفسه، ثم يتعرض لنوبات (هزات) تشنجية منتظمة، تختلف قوتها، وتصاحبها عادة إفرازات هامة من اللعاب. بعد ذلك تتوقف هذه الهزات. ويصبح الطفل يتنفس بقوة، ويحدث أثناء ذلك تبول لا إرادي للطفل. هذه النوبات تدوم الواحدة منها دقيقة أو دقيقتين بعدها يعود الطفل تدريجيا إلى وعيه، ولكن قد يشعر بالتعب ويكون بحاجة للنوم.

قد تمر فترات فقد الطفل لوعيه دون أن يشعر به أحد، وهنا تكون هذه الفترة قصيرة وغير ظاهرة، يفقد فيها الطفل وعيه لثوان قليلة ويكون فيها شارد النظر، مع تحريك ضعيف للجفنين، بعدها يستعيد نشاطه.

قد يحدث أن يواصل الطفل نشاطه بطريقة تلقائية أثناء فقد لوعيه ولكن هنا الحذر والاحتراس يكون تقريبا منعدما.

¹ - Bouvard.C, L'epileptique et les autres , Simep, 1974, pp 122-127.

(2) **النوبات الجزئية:** في هذا النوع من النوبات، الوظيفة العصبية تقتصر في جزء معين من الدماغ. وهذا ما يفسر الأشكال المختلفة التي تأخذها النوبات. كرفع الذراع. أو دوران الجسم. أو الشعور بالإرهاق، أو اضطرابات في النظر. البعض من هذه النوبات الجزئية يكون جدّ معقّد. فالطفل يظهر في كامل وعيه. ولكن في الحقيقة، لا يستطيع الرّد حركاته تكون تلقائية، كأن ينتقل من مكان لآخر، وأن يمزّق ملابسه دون شعور منه، وتدموم هذه النوبات حوالي 30 ثانية إلى دقيقتين.¹

II- الاضطرابات النفسية البينية للطفل الصرعي:

إنّ أغلبية الأطفال الصرعيين لا يعانون من الاضطرابات عقلية ولكن هذا لا يعني خطوهم من الناحية النفسية من اضطرابات خاصة بهم. كما أن جميع البحوث تقرّ على عدم وجود اضطرابات نفسية خاصة حتى وإن تواجدت مشاكل مشتركة (H.Beanchesne). وإتّما يوجد تنوع في الأعراض من شخص لآخر، وحتى عند نفس الشخص عندما نتتبع حالته المرضية.²

1- الاضطرابات العقلي (الفكري):

إحصائياً، لا يوجد فرق في مستويات الذكاء بين فئات المصابين بالصرع وأولئك الغير مصابين به. حيث أن معامل الذكاء هو ضمن فئة معامل الذكاء الناس العاديين، مع بعض التحفظ، فيما يخص اشتراك التخلف العقلي و وجوده بكثيرة لدى نسبة كبيرة من الصرعيين. كلّما ظهرت النوبات الصرعية في سنّ صغير، كلما زادت نسبة ظهور التخلف العقلي. يكون معامل الذكاء أكثر انخفاضاً في الأشكال الصرعية العضوية منه في الأشكال الصرعية النفسية المنشأ.

كما أنه لا يوجد أية روابط بين شدة النوبات الصرعية والتخلف العقلي. ومنه لا بدّ من معرفة السبب الحقيقي وراء التخلف العقلي لكل حالة على حدى.³

2-التناقل النفسي:

¹ - Beauchesne.H, Ibid, p128.

² - Soulas.B, Broussaud.G, les facteurs psychologiques de l'epilepsie infantile, perspective psychiatriques,Paris, 1980, p95.

³ - Soulas .B, Deuil et apparition des crises epileptique chez l'enfant, Rev , française de psychanalyse, 1972, p139.

هي كذلك من أهم صفات وخصائص مرض الصرعين، عبّر عنها من طرف (MinKonsKa). على أنها أساس اضطرابات الشخصية. وهي عبارة عن تناقل فكري وحركي مع نقص المبادرة، نلا..سلوك متصلّب، شديد التدقيق في الأشياء، تعلق بالمجرّد، تشتت الانتباه، مع التركيز على مواضيع واحدة فقط. هذه الاضطرابات هي نتيجة لسود تكيف مع الظروف المستمرة التغير في الحياة اليومية.¹

3- عاطفة الالتصاق:

تظهر على شكل مشاعر انفجارية لهؤلاء الأطفال الصرعين، والتي تدل على حاجتهم الإعجاب بهم، إصرارهم المستمر على لفت الانتباه على رصد والاحتفاظ بانتباه وانشغال الآخرين. وهنا نجد نقطة مشتركة بين عاطفة الالتصاق والتناقل النفسي، أين تكون عاطفة الالتصاق على شكل تعلق مفرط بشكل خاص بما هو عائلي، مستقر ومضمون. تكون عاطفة الطفل ذات مظهر نكوصي، وهي تظهر على شكل موقف تمككي، غروري، تطلبات عاطفية لجوجة، بدون تبادل حقيقي.

إن الرغبة الشديدة التي يظهرها الطفل الصرعي، في البقاء ملتصقا بأمه، إنما تدل على وحدانيته، وحاجاته لرعايتها وحبّها.

تزداد عاطفة الالتصاق شدة كلما كبر الطفل مما يؤدي به إلى التبعية لأمة والدخول بهما في علاقة ثنائية منغلقة، فتتكون لديه بعض السلوكات مثل: النوم على سرير الأبوين.²

4-اضطرابات الطبع:

أهم اضطرابات الطبع الموجودة لدى الصرعين، اللا استقرار الحركي والغريزية. *اللا استقرار النفسحركي: هو عدم القدرة على تثبيت الانتباه على ومن ثم تتحوّل لدى حركية مفرطة وتبعثر في اهتمامات الطفل وفي سلوكياته يمكن أن تمتد إلى حدّ استشارة مفرطة، تتخللها بعض الفترات من التثاقل والهدوء. يعتبر الطفل خاصة من خلال استثارته الحركية عن حاجة إلى التفرغ الحركي، ولكنها تدل كذلك على سوء تكيف مع منوال الظواهر الخارجيّة، بالإضافة فإنّ الاستشارة الحركية هي تمثل المحاولة على الحفاظ على انتباه الآخر. التماسا للعاطفة والحنان.

¹ - Soulas.B , Ibid, pp140-141.

² -Soulas.B, Ibid, pp141-142..

* الغريزية العدائية: تظهر على شكل نوبات غضب انفجارية، حيث تتميز فيها العواطف بالسلبية أكثر منها من العنف وبدون وجود علاقة وطيدة مع الأسباب. لقد تم وصف هذه الانفجارات الانفعالية من طرف MinKonsKa، حيث برهن هذا الباحث كيف أنّ المشاعر السلبية تؤدي إلى ضغط عاطفي سرعان ما تفرغ على شكل سلوكيات عدائية.¹

III-العوامل المساعدة في ظهور الاضطرابات النفسية البيئية:

يوجد خمسة عوامل يمكن اعتبارها مساهمة في ظهور الاضطرابات النفسية البيئية لدى الطفل الصرعي. وهي على الترتيب الآتي:

1-الوراثة:

هي أهم العوامل، لكن لا تزال لم توضح فيها بعض الحقائق كما أنه لا يزال ينقص من المعارف. ومنه فإن الاضطرابات النفسية البيئية للقرع ليست وراثية بالمفهوم الطبي للمصطلح. وإنما تلعب الظروف الاجتماعية والعائلية دورا في هذا. من هذه الظروف الحساسة اتجاه الطفل، مكانته ضمن العائلة. ومنه فإنه من الصعب الحديث عن الانتقال الوراثي دون الأخذ بعين الاعتبار لهذه العوامل الاجتماعية.²

2-الإصابات الدماغية والأورام المخية.

إن الإصابات الدماغية هي أصل الإصابة بالصرع، فقد تكون وربما في المحّ أو جرحا شديدا في الرأس، وقد تكون أذى يبلغ من الصغر درجة لا يمكن معها الكشف عنه بالطرق المعروفة في هذه الأيام.

¹ - Soulas.B , Ibid, pp140-141.

² - Soulas.B , Broussaud.G ,Ibid, p96..

ومعنى هنا بعبارة أخرى أنّ النوبات ليست إلاّ شواهد على وجود اضطراب فسيولوجي من نوع ما، شأنها في ذلك شأن الحمى أو القيء أو غيرهما من الأعراض الناشئة من مختلف الأسباب والتي لا يصحبها شيء من العار أو التقرز.

وأنا لنجد اليوم خير الأطباء لا يتحدثون عن الصرع على أنه مرض مستقل بذاته، بل يتحدثون عن نوبات صرع أو اضطرابات تشنّجية أو عدم تناسق في المخّ أو نحو ذلك.¹ إنّ العوامل الفسيولوجيّة لها تأثير أكيد على وظيفة المخّ، كما أنّه توجد روابط بين شدّة الاضطرابات النفسيّة وحجم الإصابة الدماغيّة تموقعها وجانبيتها على مستوى المخّ (خاصة الفص الصدغي).

إنّ الإصابات العضوية المسبّبة للصرع، ليست هي المسبب الوحيد لظهور الأعراض النفسية المرضية لدى المصاب: هي عامل من بين مجموعة من العوامل المتداخلة فيما بينها والمعقدة، وكل عامل

يحتلّ مكانا حسب التأثير على شخصية المصاب.²

3- نتائج النوبات الصرعية نفسها:

تسبّب النوبات الصرعية الكثير من الاضطرابات النفسيّة. ويكون ذلك تابعا لشدة النوبات، كثرتها ومدّة النوبة الواحدة، فهي تلعب دورا رئيسيا في التغيرات الفكرية والعقلية لدى المصاب حيث أن هذه الأخيرة يمكن أن تزيد إذا ما انخفضت شدّة النوبات.

أنّ النوبات الصرعية تؤثر في نموّ شخصية الطفل. بسبب فقدان الوعي الذي تسبّبه. ممّا يؤدي إلى اضطراب الوعي بالعالم الخارجي. إضافة إلى القلق والخوف المصاحبان للنوبات وما لهما من آثار سلبية على الصّحة العقلية للمصاب.³

4- المحيط النفسي للطفل:

¹ - Soulas.B , Broussaud.G ,Ibid, pp 96-97.

² Beauchesne.H, Opcit, p317.

³ - Soulas.B , Op.cIt, p147.

مما لاشك فيه أن الاضطرابات النفسية البينية للأطفال الصرعيين تزداد شدتها ومدتها كلما كان المحيط العائلي تعتر به صراعات بين أفرادها وخاصة تلك التي تحدث بين الوالدين. إن الاضطرابات العاطفية، والتي يعتبرها البعض أهم العوامل في ظهور التوتبات الصرعية. هي نتيجة للصراعات العائلية أين يلعب المرض النفسي لأحد أو كلا الوالدين دوره في ظهورها. ومنه فإنّ الطفل الصرعي يمكن أن يصبح ضحية للصراعات العائلية أين كلّ واحد من أفراد العائلة يجد فيه مجالاً من أجل تفريغ ضغوطاته النفسية والتعبير عنها.¹

5- الأدوية المضادة للصرع:

يمكن للأدوية أن تزيد من تفاقم الاضطرابات الفكرية وبعض المشاكل النفسية والشخصية للأطفال الصرعيين. بالرغم من أنّ تأثيرها غير دائم فهو يعود إلى نوعيّة المواد المستعملة في تلك الأدوية. من بين هذه الأدوية لدينا ولدنا كذلك

وعلى العكس يوجد بعض الأدوية المستعملة حالياً والتي ليس لها آثار جانبية مثل².

خلاصة:

تطرقتنا في هذا الفصل إلى تعريف مرض الصرع. وخصائص التوتبات الصرعية لدى الطفل، كما أننا تطرقتنا إلى دراسة أهم العوامل التي تؤدي إلى ظهور الصرع. فمن المعروف ومنذ زمن بعيد أن الباحثين في العصر السابق قد تابعوا هذا الأمر وبشكل دقيق. لكن اهتمام أكبر الأخصائيين النفسيين والعقليين نضب على دراسة للجوانب العصبية، ومن الملاحظ أن أبحاث ودراسات هذا العصر تنقسم بالتساوي ما بين التكفل الطبي العقلي للمريض وخاصة الطفل الصغير وكذلك التكفل النفسي.

¹ Soulas.B , Op.cIt, p1438.

² - parain.D., Polvin.P, EEG dans les syndromes epileptique de l'enfant, psychiat enfant, Paris, 1971, p59.

تمهيد:

منذ نعومة أظافره وحتى السنوات الأولى من عمره يكون الطفل مخلوقاً غاصفاً، ولا يمكن التنبؤ بسلوكياته المستقبلية والتي ترسم حدود شخصيته، ولكن الواضح أن الطفل في هذه السن المبكرة متطلب جداً ويحتاج إلى المساعدة ممن حوله.

في سنّ الثالثة من عمره، يصبح الطفل أسراً ومحبوباً من الآخرين. بحيث يزداد الشوق إليه وخصوصاً إلى تصرفاته البريئة والعضوية.

في هذا الفصل نوجز التطورات الاجتماعية الأساسية التي ترتبط بسلوكيات الطفل منذ ولادته وحتى الثالثة من عمره، من خلال علاقته بمن حوله. وخاصة أمه، والتي تساعدنا على التمييز بين النمو الطبي والنمو الخاطيء للطفل.

I- نظرية هنري فالون (1879-1962) :

1-تعريف :

هو فيلسوف، عالم نفس، طبيب أعصاب و أمراض عقلية و تربوي و رجل سياسة

فرنسي. وهو دكتور في الآداب كانت أطروحته حول الولد الورش 1935 " L'enfant

"Turbulent"، أنشأ مختبرا لعلم النفس البيولوجي للطفل، و كان مديرا لمعهد علم النفس في

جامعة باريس، أسس عام 1968 مجلة الطفولة.

2- نظرياته :

رفض فالون الإيديولوجية البرجوازية المتمثلة بنظره في علم النفس الماورائي الفرويدي و استلهم

من المادية الجدلية و من ملاحظاته العيادية ما وصف به نمو الطفل. و قد وضعت أعماله على أنّها

علم نفس بيولوجي تكويني و مقارن و جدلي و مادي في نفس الوقت. إنّ الفكرة المركزية عنده تقوم،

بصورة رئيسية ، على مقارنة المراحل الحركية و العقلية عند الطفل الطبيعي و الإنقطاع و القصور

الوظيفي عند الطفل المعاق.¹

و هو لا يصف مراحل محددة ذات مستويات، بل يفترض أن المراحل تتقاطع و تتداخل

بطريقة معقدة، متقطعة، تعترضها الأزمات (المعارضة المراهقة...) و النزاعات و التحوّلات. فالمرور

من مرحلة إلى أخرى ليس مجرد تضخيم بل هو تعديل، إنّّه تحوّل مفاجيء، يؤدي إلى تنازع و اختيار

بين نمط من النشاط القديم و آخر جديد. فبالنسبة إلى فالون، كلّ مرحلة " من ناحية تغوص في

الماضي، و لكن من ناحية ثانية تندفع نحو المستقبل"، فهو إذن يعطي أهمية لتداخل العوامل

البيولوجية (نضج الجهاز العصبي) و الإجتماعية في النمو النفساني.

إنّ نظرية من هذا النوع جديدة بإفهامنا التعقيد و الدينامية في نمو الطفل و لكنها لا تسهل

تحديد مراحل العمر.

و هكذا يمكن وضع رسم أولي لنمو الطفل عند فالون بالشكل التالي :

*- قبل ستة أشهر : المرحلة الإندفاعية الصّرفة :

إنّّها مرحلة النشاط الحركي الإرتكاسي، يرافقها تكيف إجتماعي تدريجي للإجابات الحركية،

وتخبّط عشوائي أثناء الإنفعالات، إنّ الحياة النفسانية للرضيع تترجم بحركات غير منسقة و ليس لها

هدف خارجي. و لا يمكن أن يحدث تطوّر إلاّ من خلال العلاقة الجدلية بين العوامل العصبية

¹ - ليونيل روسان، المرجع السابق، ص 61.

البيولوجية للنضج و العوامل الإجتماعية العلائقية (دور المحيط العائلي) الذي يلعب دور الوسيط بين الجانب النفسي و الجانب الفزيولوجي.

*** - من ستة أشهر إلى 12 شهرا : المرحلة الإنفعالية :**

إنّما مرحلة الإندماج و التعبير الإنفعالي (لغة الطفل البدائية) و التعرّف إلى الذات في المرأة، إنّ نضج الجهاز العصبي يبقى بسيطا غير أنّ العلاقات الإنسانية تسمح بتحسين وسائل التعبير.

*** - من 12 شهرا حتى 24 شهرا : المرحلة الحسية الحركية :**

إنّما مرحلة ظهور ردات الفعل الدائرية، و المشي و الكلام. فالطفل يتنقل و يكتشف العالم المحيط به، و يمسك الأشياء و بتعرّف عليها، و يبدأ الذكاء العملي أو فهم المواقف بالظهور.¹

*** - عمر السنتين : المرحلة الإسقاطية :**

إنّما مرحلة التخيل المتميز، فالحركة تستحثّ النشاط العقلي، فالطفل يمرّ بمرحلة التقليد و التخيل و من ثمّ يصبح قادرا على تذكر حدث أو شيء غير موجود، فالطفل يبدأ بفهم الوظيفة الرمزية و اللّغة هي الشكل الأكثر تنظيما.

*** - ابتداء من سنتين و نصف : مرحلة الشخصانية**

*** - ثلاث سنوات :** مرحلة المعارضة و السلبية و ردّة الفعل المترفعة (النرجسية)، مراحل التقليد، ألعاب التعاقب من السلبية إلى النشاط.

*** - 4 و 5 سنوات :** مرحلة التدلل و الإندماج و التبعية ضمن الإطار العائلي.

*** - 6 سنوات :** مرحلة الشخصية ذات الأبعاد المتعددة ، ألعاب جماعية ، أدوار ضمن الجماعة.²

¹ - ليونيل روسان، المرجع السابق، ص62.

² - ليونيل روسان، المرجع السابق، ص63.

II- التطور الاجتماعي النفسي للطفولة الأولى:

حين يولد الطفل يكون محبوباً من الجميع لا فرق عندهم إن كان هذا الطفل كثير الشكوى والبكاء أولاً، سينمو ويكبر ويختلف بتصرفاته حسب تربية أهله واهتمامهم به حتى يبلغ السنتين حسب تربية أهله واهتمامهم به حتى يبلغ السنتين فإما أن يزيد تعلقه بهم وابتعاده عن أطفال آخرين في نفس عمره، يكثر الشكوى والبكاء ويُتعب أمه ومن حوله وإما أن يكون طفلاً لذيذ المعشر سعيداً ومحبباً للجميع حلو المعشر.

عند بلوغه السنتين صار الطفل طفلاً أكبر من الأول، يستطيع أن يسير ويركض ويتسلق بسهولة، يتكلم ويفهم (خاصة عند نموه الصحيح). أما في العام الثالث فقد أصبح يستطيع أن يختار الأصحاب ويتعرف عليهم ويحادثهم ويلعب معهم وصارت لغته أفضل حيث نمت أكثر واشتد ذكاؤه أيضاً والواضح أيضاً أن هذا التغيير التي حصل عليه الطفل عموماً هو بالكمية وليست بالنوعية حيث نستطيع القول أن الطفل الذي يحصل على أفضل الدرجات في هذه المرحلة هو الطفل الذي استطاع أهله أن يحيطوه بالتربية الصحيحة على أكمل وجه.

بينما الطفل الذي نما النمو الاجتماعي الضعيف وتلقى التربية الاجتماعية الضعيفة خلال الاثنتين والعشرين شهراً السابقة، هو طفل كثير الالتصاق بوالدته يكره الأطفال الذين من عمره يفضل الابتعاد عنهم لأنه يخافهم ولا يستطيع التجاوب معهم.

كذلك لن يلاقى أحد من هؤلاء الأطفال يوافق على اللعب معه وسبب ذلك حبه الشديد لنفسه وخوفه على أعباه من باقي الأطفال وكثرة بكائه وطلبه المساعدة الدائمة لأمه كي تنقذه من

هذا الصديق الذي أراد أن يأخذ لعبته التي يحبها ولا يرغب أن يشاركه أحد في اللعب بها حتى ولو كان هذا الآخر هو طفل في مثل عمره. لذلك تراه وحيداً بعيداً، سلوته الوحيدة أمه.¹

1- نمو الاهتمام بالناس:

يتوقف نجاح هذه النقطة وهي الاهتمام بالناس من قبل الطفل حسب نجاح تربيته اجتماعياً أو سقوطها. نجد أنه في معظم البيوت يكون اهتمامهم بالطفل وحبهم له وتعلقهم به شديداً وقد لا يوصف، ويزيد يوماً بعد يوم، فقد يكون طفلهم الأول في المنزل ولا يزال الصراع قائماً بينهم وبينه، صراع السيطرة ومحاولة الطفل من النجاح هذا الصراع.

أما تفسير أفكاره كما أوضحها بعض علماء النفس، ونسبها للطفل حيث يقول الطفل من خلال تصرفاته لا من خلال كلماته بالنسبة للمجتمع: "إنني لا أزال في هذه المرحلة وأعرف أن تأثيري كبيراً عليهم، كما أعرف أيضاً أنني أحصل حالياً على ما أريد مجرد أن أبكي. فالبكاء هي وسيلتي للحصول الكيد على ما أبغي. عادة عندما أكون خارج البيت وأحاول أن أسير وحدي على الطريق في المقدمة يلحقون بي ثم يوقفونني، لذلك لا أجد شيئاً أو عملاً أهو به. لكن في المنزل أو عندما أكون معهم في مخزن كبير أشعر بإحساس جميل عندما أنتقل بحرية داخل أرجاء المخزن كما ينتقل باقي الأطفال من عمري، الذين يعنون القليل لي أقل مما يعنيه لي والدي".

أما في حالة وجود أخ أكبر من هذا الطفل والفرق هو أقل من ثلاث سنوات سيكمل هذا الطفل قوله: "أحبه أحياناً لكنه يزعجني معظم الأوقات ووجدت طريقة تريخني منه، وهي الصراخ والبكاء الشديد، عندها تحضر أمي فوراً وتنقذني منه. وأتمنى في أوقات أخرى أن أشد شعره أو أن أقرب منه وأعضه، لذلك أظن أن مشاعري نحوه غير واضحة".

أما في حالة وجود طفل في الثمانية عشر شهراً يضيف هذا الطفل الكلام التالي: "لماذا هذا المخلوق موجود في منزلي؟ هل هناك فرق بين أن يكن صبيّاً، لا أظن أن هذا الاختلاف هو الأفضل.

1 - حمزة الجيبالي، النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي عند الطفل، دار صفاء، الأردن، 2005، ص96..¹

أفضل لو يعيدوه من حيث أتى. يستطيع التنقل وأن يدفشي. يبدو أنه وأمي متحالفان ضدي. إنها دائماً تمنعني من أن أضربه، رغم أنه يحاول دائماً أن يضربني! فعندما يشدني بشعري أو يعضني وهذا حقاً يؤذي! أمل أن لا يبقى موجوداً. أرجو أن أعامل كما يعامل ونعامل نحن الثلاثة بالمساواة".¹

2- تحول الطفل نحو المجتمع:

يتحول الطفل بعد عامة الثاني إلى حبه لمن حوله والانخراط في هذا المجتمع حيث تراه يحدث الأعراب ويسر بهم ويظهر لهم مدى سروره بهم فقد يقوم بحركات تجذب انتباههم ويمضي معهم أوقاتاً مسلية، مما يجيبهم به ويستطيع في هذا العمر أن يكون صداقات كثيرة مع الجميع باستثناء الأخ أو الأخت الأكبر مباشرة. هذا الخصم الرهيب، هذا بالنسبة للطفل الذي نما النمو الصحيح.

أما الطفل المدلل فيبقى في هذه المرحلة متعلقاً بوالديه أكثر فأكثر وملتصفاً بهم في حال قابل أحد الأعراب، وسيبقى دائم الشكوى والطلب لا يستطيع أن يتقرب لأحد أو أن يكون معهم صداقة ما، وهذا التصرف قد يزيد أو يقل بحيث يتوقف على مدى طبيعة تربيته وكثرة أو قلة دلالة. فتلاحظ في كل الحالات أن دور الأهل له التأثير الفعال في تقدم الطفل على الصعيد الاجتماعي. ومثل صيني أود ذكره في هذا المجال يقول: "إن أنت أردت إنزال العقاب بأحد فدلل ولده". هذا القول الصادق والذي لمسناه من هذه التجارب وتأثير الدلال على الطفل بحيث يزيد الطفل من شكواه ويفقد أهله صبرهم ويعيش حياة ملتها التعاسة والشكوى.

في حال كان الطفل مدللاً ويجب الابتعاد عن الناس على الأم أن تحاول أن تساعد على تكوين صداقات مع الأطفال برعايتها بحيث تخرج مع بعض الأمهات برفقة أطفالهن إلى الحدائق العامة مثلاً وتحاول أن تلاعب طفلها وبقية الأطفال بالاشتراك مع باقي الأمهات وهكذا مع مرور الوقت وقد يتطلب هذا الوضع عدة مرات كي تستطيع الأم من خلال هذا التصرف أن تساعد طفلها على التعامل الصحيح مع الآخرين وحبه للأطفال الذين في عمره وتساعد على الابتعاد عنها بعض الوقت وتمضية أوقات مسلية مع غيرها وخاصة مع هؤلاء الأطفال، فهذه المحاولة تبعد فيها الأم

¹ - حمزة الجيبالي، المرجع السابق، ص 96-97.

طفلها عن الإنزواء داخل جدران البيت وتحرره وتقوي شخصيته الاجتماعية وتعينه على التعامل مع الآخرين على خير وجه.¹

3- تطور القدرات الاجتماعية الخاصة:

الطفل البالغ من العمر الثاني والعشرين شهرًا ونما نموًا اجتماعيًا صحيًا يستطيع أن يتعامل مع غيره من الأطفال وهنا لا نقصد أنه يستطيع أن يتعاطى مع كل الأطفال في سنه، لأن الجميع غير مؤهل للتعامل معه بل أخص بالذكر الأطفال الذين لا قوا التربية الصحيحة مثله. فالأطفال في هذا العمر يتعاطون مع بعضهم البعض ولكن لا نتوقع منهم أن يكون تعاملهم مع بعض دائمًا سليماً، ومع مرور الوقت عندما يبلغ الطفل شهره الثلاثين يتغير الوضع كلياً ونلاحظ أنه استطاع حينها أن يلعب مع غيره من الأطفال بشكل أفضل بحب وعاطفة. أما إن وُجد هذا الطفل الذي لاقي التربية الصحيحة مع أطفال آخرين يلعبون سويًا وحاول أحد الأطفال الآخرين أن يستولي على أعباه أو حتى يضربه، فمهمة الأم هنا هي إبعاد طفلها عنهم دون أن تدافع عنه أو حتى توبخ الطفل الآخر وذلك كي لا يعتاد الطفل أن يُدافع عنه أو يشعر أن أمه هي المنقذ له في مثل هذه الحالات، وتستطيع حينها أن تجد له رفاقاً آخرين أقل عدوانية وأفضل معاملة.

تعامل الطفل مع غيره من الأطفال ضروري فإن استطاع الطفل أن يعبر عن شعوره سلباً وإيجابياً لطفل آخر غيره وأن يأخذ دوره تارة في القيادة وتارة في الطاعة دون أن يؤدي اختلاف الأدوار هذه على شعوره حيث نرى الطفل يتقدم إلى طفل آخر ليقول له أنه جميل وأنه يحب أو أن يقول لآخر اتركني لوحدي لأنني مشغول الآن في هذه اللعبة، فهنا نلاحظ أن الطفل أصبح يشارك غيره من الأطفال مشاركة سليمة، وواضحة ويعبر خير تعبير عما يجول في خاطره دون مساعدة والديه، من هنا نلاحظ أنه استطاع الآن يكون شخصية مستقلة عنهم.²

¹ - حمزة الجيبالي، المرجع السابق، ص ص 97-98.

² - المرجع نفسه، ص ص 98-99.

4- دور الحضانة وفائدتها:

في عمر الثاني والعشرين شهرًا يحتاج الطفل إلى التعامل مع أطفال آخرين ليكون معهم صداقات ويلعب معهم، وخير مكان هو دور الحضانة حيث يجتمع فيه ليكون معهم صداقات ويلعب معهم، وخير مكان هو دور الحضانة حيث يجتمع فيه عدد لا بأس به من الأطفال في مثل هذا العمر، حيث يكونون تحت إشراف مربيات متخصصات في هذا المجال مما يسهل على الطفل التعامل مع غيره والابتعاد قدر المستطاع عن أمه ليكون شخصية مستقلة له. يحتاج لمثل هذا المكان، الطفل الذي يعاني من وجود الأخ الأكبر في المنزل، هذا الأخ الذي لا يكبره بأكثر من ثلاث سنوات وأحيانًا وجود طفل أصغر منه مما يصعب عليه التعامل معهما ويبقيه في بؤس دائم وهكذا يجد المكان المناسب الذي يعينه ويساعده على اكتشاف نفسه ويقوي شخصيته ويسليه بأحدث الوسائل وتحت رعاية اخصائيات.¹

III- العلاقات بين الرضيع والآباء:

- حمزة الجيبالي، المرجع السابق، ص 99.¹

إن الجنين ومن ثم المولود الجديد والرّضيع لا يعرب فقط عن أحاسيس ويحتفظ بذكراها. بل تنشأ بصورة مبكرة علاقة تفاعل بين الطفل والأم.

فمنذ الأيام الأولى من حياة المولود الجديد نجده قادرا على التفاعل والتحدث مع أمه وأبيه.

إن حواسه الخمس تسمح له ببروز مجموعة كاملة من الأحاسيس وباستعمال بني اتصالية مختلفة. فالأطفال هم كائنات اجتماعية من الأيام الأولى لحياتهم، وعلاقاتهم الاجتماعية والعاطفية تحتل مكانا أساسيا في أطوار نموهم الأولى. والمولود الجديد يعتبر منذ ولادته عن "حالة وعي"، ويظهر ردات فعل خاصة. إن مجموعة الميول الفطرية هذه تشكل "المزاج" الخاص بالمولود الجديد فبعض الأطفال يكون كثيرا ويهيجون، والبعض الآخر على العكس، هم أكثر هدوءا، ويظلون صامتين، وينظرون بعيونهم المفتوحة.¹

رَكَّزَت بعض الدراسات الحديثة على تزايد تعلق الأم بطفلها (بولي Pouilly)، ففي

عام 1970 برهن روبنسون وموس أن الأيام الأولى من الحياة عند الأم تتميز بجو من الغموض في النفس وبجياذ عاطفي غير واضح حيث سيبرز شيئا فشيئا الشعور بالتعلق ويتوضح من خلال التقاء العين بالعين"، عند الولادة لا تظهر غريزة الأمومة في الحال. فقد أظهرت (ابرين ليزين Irène Lézne) هي أيضا أنه بعد الولادة تكون الأم متعبة وينصب اهتمامها الأساسي في الأيام الأولى على كمال الطفل الجسدي. ويريجها الشعور بأن طفلها هو بين أيدي معنوية أمينة، وفي اليوم الرابع من حياة المولود الجديد تبدأ الأم بشخصنة علاقتها مع الطفل. وهذا الشيء يترافق مع تغيرات في معاملة ولسه وفي التعليقات الشفهية، وقد برهن مؤلّفور آخرون كيف أن موافق الأمومة توجه نمو شخصية الطفل من خلال أوليات تفاعل خاصة بهما. وتحدّد هذه الأوليات على أساس قدرة الأمهات على الاستجابة لحاجات الطّفل بمرونة وثقة أو على العكس بتصلب.

1-أنواع العلاقات التداخلية بين الرّضيع والآباء:

بتواصل الرّضيع والآباء بواسطة سلوكياتهم وعواطفهم وتمثلاتهم. ومنه فأنا نميّز ثلاثة

مستويات علائقية، فمنها العلاقات السلوكية، العلاقات العاطفية، والعلاقات التمثلية.²

1-1:العلاقات السلوكية:

¹ - Mazet .P, Stoléru.S, Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Masson, Paris, 2003, p167.

² - Mazet .P, Stoléru.S , Ibid, p168.

تعرف على أنها الطريقة التي يتعامل بها الرضيع والأم مع بعضهما البعض. من خلال سلوكياتهما، وتتمثل هذه السلوكيات في التقارب الجسمي، النظر، الصوت وغيرها. إن الاتصالات السابقة للتعبير الشفهي ظلت مجهولة لفترة طويلة، ولكنها تشكل شرط أساسيا لكل أشكال التعلم عند الطفل. فالطفل يغلق لنفسه صورة عن الحقيقة من خلال حركات يومية صغيرة، كالطريقة التي تحمله بها أمه بين يديها، أو تبدل حفاظه. أو تغسله، أو ترضعه من الثدي، أو من الرضاعة. إنه يستند إلى مختلف حالات النفس هذه ليبنى خبراته. فالأم لديها عدة طرق في تهدئة الطفل عندما يبكي ولكن جميعها يصدر عن الاندفاع الحياتي نفسه الذي يدركه الطفل كما هو تماما. فهو سرعان ما يصبح قادرا على إقامة رابط بين التعابير الحسيّة المختلفة هذه التعابير تسمح له بخلق صورة عن الأم المطمئنة.

تعتمد الأم خلال الشهرين الأولين تصرفات مختلفة أثناء اعتنائها بطفلها هي ردّ على تصرفات الطفل وهي بدورها تتلقى ردّا عليها عبر تصرفات جديدة. إن تكرار هذه الأعمال يسمح للطفل بتكوين ترسيمات لعلاقته مع الآخر وتوقع كيف سيكون تصرّفه معه. وهكذا تقوم بين الأم والطفل اتصالات سابقة للتعبير الشفهي، تساعد الشحنة العاطفية فيها على تعلم الطفل. أثناء هذه المرحلة يستطيع ذهن المولود الجديد جمع واستيعاب المعطيات المختلفة وإدراك المميزات المؤقتة وإدراك المميزات المؤقتة. لحدث ما، فهو قادر على التعرّف عن طريق سلوكيات الأم إلى المظاهر العاطفية (غضب، فرح، حزن) عند الأم كما عند الأب.¹

1-2 العلاقات العاطفية:

تعرف على أنها التأثير المتبادل للحياة العاطفية للرضيع وتلك الخاصة بالأم. عن طريق عواطف أحيانا تكون إيجابية وأحيانا أخرى سلبية، شديدة أو سطحية. إن المرحلة ما بين 6 إلى 9 أشهر تتميز بكثافة من ناحية ظهور العواطف المتبادلة بين الأم والطفل. إن لغة الأطفال التي يسمّيها عالم النفس الانكليزي دافيل لويس (D.lewis)، اللغة السريّة، هي جدول حقيقي من الموافق والتعابير على الأم أن تتعلّم كيف تفك رموزه. هذه اللغة الصامتة تتوجه إلى العيون وليس إلى الأذان. إن الاتصال الغير شفهي لدى الطفل هو من الكمال والرهافة ما يجعله قادرا على التعبير عن أدق معاني المشاعر، ولكي يسود نمط من التفاعلات المنسجمة والمتوافقة

¹ - Mazet .P, Stoléru.S , Opcit, p169.

مع متطلبات الطفل الحقيقية يجب على الأهل أن يدركوها ويستجيبوا لها بطريقة مناسبة، وهذا ليس بالأمر السهل.¹

1-3- العلاقات الخيالية:

يجب ألا تنسى أنه في قائمة قدرات الاتصال لدى المولود الجديد هناك معرفة الآخرين، وهي ظاهرة تعيدنا إلى توارد الخواطر "المعروف والذي تهتم به العلوم الخيالية المستقبلية. فبالنسبة إلى الأم معرفة الآخر هي القدرة على التماهي مع طفلها والفهم لحاجاته ومشاعره. إن هذا النوع من التراجع الزمني يضع الطفل والبالغ على المستوى العاطفي نفسه. وعلى العكس، فإن المولود الجديد هو شديد الحساسية تجاه كل الإشارات الجسدية لدى الأهل (النبرة، الإيماء، التوتّر العضلي...)

فالطفل يدرك تماما الحالة العاطفية في محيطه وقد تسبب التوترات التي يشعر بها اضطرابا عميقا. يستطيع الطفل معرفة معنى إيماءات أمه التي يتواصلها معه تساعد على اكتشاف نفسه. وهو في عمر عشرة أسابيع يتبع بنظراته الأشخاص الذين يتحركون من حوله.

إنّ العلاقات التمثيلية أم/طفل، تعطي معاني للعلاقات السلوكية، فهي بالنسبة إليها، كما هو المضمون الكامن بالنسبة للمضمون الظاهر للحكم فعلى هذا المستوى يتشكل ويتغذى الخيال (imaginaire) عند الطفل وأين يكون للإسقاطات الوالدية معنى لدى الطفل، إسقاطات إيجابية كانت أو سلبية.²

2- الديناميكية العلائقية:

إن مرحلة الطفولة الأولى التي تمتد من الولادة حتى السنة الثالثة هي الفترة التي تحدّد تطوّر الشخصية اللاحق. إن الطفل وبصفته أحد أطراف العلاقة الثنائية أم/طفل، يمتلك مؤهلات وقدرات تسمح له بالتأكد على الطرف الآخر، فعن طريق جسمه، وأحاسيسه يستطيع التواصل مع أولياء. قبل مجئ قدرات أكثر تعقيدا، على مستوى جهازه النفسي. فهو يلعب دورا مهما في إقامة والحفاظ على أشكال العلاقة مع أمه وأبيه. كلّ المواليد مع بعضهم البعض، فلكل طبعه الخاص وشخصيته الفريدة. وهذا ما تعلمه جيدا الأمهات وكذلك فهنّ يتكلمن عن رضع ذوي ميّزاج هادئ، ورضع ذوي ميّزاج نأثر أو قلق. إشارة إلى اختلاف التعامل مع كل واحد.

¹ - Ibid, p170.

² - Mazet .P, Stoléru.S , Ibid, p171.

إن التنظيم المعقد لهذه المراحل يؤدي تدريجياً في نهاية الطفولة الأولى إلى تمييز "الأنا" الذي يختلف عن العالم المحيط ، فيتعرف الطفل حوالي عمر السنة والنصف إلى وجه أمام المرأة: وهذه بداية وعي الذات ، بين سنتين و 3 سنوات يكتشف الطفل أن أمه ليست ملكاً خاصاً له، بل تشكل مع الأب زوجين وهذا هو سن عقدة "أوديب"

مرحلة الطفولة الثانية من 3 إلى 6 سنوات تؤدي إلى اكتشاف الحقيقة ويتجسم تمييز "الأنا" في حوالي السنة الثالثة بأزمة استقلالية، فالولد يقوم بعكس ما يطلب منه، ويثور عندما يعاكس رايه، ويريد أن يلبس ويأكل بمفرده. إن أزمة الثلاث سنوات ومشاكلها تشكل أحد الموضوعات المفضلة من قبل اختصاصيي الطفولة. إن الطفل يعي هنا فرديته.¹

1 - نادية أحمد عباس: تطورات الطفل الاجتماعية وتربيته ، دار الفكر العربي، بيروت، 1997، ص142.

خلاصة:

إن الدور الذي يلعبه الأهل في حياة طفلهم، أساسي وخاصة الوالدة التي تلازم طفلها طوال النهار والمساء، ثم تحضير هذا الطفل ليلتعد عنها وعن المنزل، ليتعامل مع أطفال آخرين بعمره وأشخاص بعيدين كل البعد عن أهله وبيته ومجتمعه.

لذلك نجد أهمية دور الأهل هنا وخاصة الأم، فدورها الأساسي لبناء شخصية الطفل الاجتماعية منذ وتهيئته لينخرط في مجتمعات أخرى غير مجتمعه الصغير وكذلك نرى أن هذه السنوات الأولى العامة في حياة الطفل والتي تساهم في إنجاح هذه المهمة، فإن أنجزت هذه المهمة انجازا حسنا تكون قد علمت الطفل الدرس الأساسي الأول ليكون محبوبا وذو شخصية مستقلة وهامة في هذا المجتمع.

1- تقصير الحالة :

الاسم: ع

العمر: 3 سنوات

عدد الإخوة: 1 أخت واحدة

المستوى الاجتماعي للعائلة: متوسط

يعيش الحالة ضمن عائلة ممتدة وسط الجد والجدة، ثلاث أعمام، اثنان منهما أعزبان، وواحد متزوج ولديه لد واحد، بالإضافة إلى العائلة الصغيرة للحالة (أم، أب وأخت الحالة طبعاً).

1 - المستوى العلمي الثقافي للعائلة الصغيرة:

الأم: تبلغ من العمر 30 سنة، بدون عمل، مستوى دراسي سنة 9 أساسي، تزوجت في عمر 22 سنة، يتيمة الأبوين منذ كان عمرها 15 سنة.

الأب: يبلغ من العمر 37 سنة، يعمل كسائق شاحنة في مصنع لمواد البناء، مستواه الدراسي أولى ثانوي، متزوج في عمر 30 سنة.

2 - السواقة العائلية للعائلة الصغيرة:

الأم: فقدت أم الحالة والديها عندما كان عمرها 15 سنة، حيث اغتيل أبها من طرف جماعة إرهابية في سنة 1994، أما أمها فقد ماتت بعده بشهر بسبب سكتة قلبية.

وفاة الطفل الأول: بعد سنتين من الزواج، الزواج كان سنة 2001، رزقت العائلة الصغيرة بمولود جديد، كانت بنتا، سرعان ما توفيت عن عمر 6 أشهر بسبب إصابتها بألم صرعي Etat de mal épileptique، أصيبت العائلة بصدمة عاطفية وخاصة الأم، حيث أنها أدخلت المستشفى لمدة 15 يوما.

بعد مدة عامين من هذه الحادثة (وفاة الطفل الأول) ولد الطفل "ع"، كان عمر الأم عندها 27 سنة، ثم بعد عامين ولدت بنت، كان عمر الحالة عندها 2 سنوات.

يوجد قرابة دم بين الوالدين (أبناء خالات)

يوجد مرض الصرع في العائلة، ابنة عم الأب تعاني من صرع نفسي (Epileptique idiopathique).

ومنه انطلاقا من المعلوماتين الأخيرتين، يمكننا وضع احتمالية وجود استعدادات وراثية للإصابة بمرض الصرع.

3 - الوضعية الحالية للحالة:

أصيب الطفل "ع" بمرض الصرع منذ سن 12 شهرا، كان ذلك سنة 2007، تم تشخيص نوع الصرع لديه على أنه صرع ألم كبير (ارتجاجات عمومية) من طرف الأطباء.

يتناول الحالة دواء Tegrétol: 250مغ/3 مرات في اليوم.

شدة النوبات: من نوبتين إلى 3 نوبات في الأسبوع.

*رسم الدماغ الكهربائي:

تخطيط يتميز بوجود نوبات تشنجية كهربائية من نوع موجات Points ondes، أو موجات بطيئة Ondes lentes في مستوى الفصين الصدغي الصفوي من الجهة اليمنى تنتشر أحيانا إلى الفص الجبهي الأمامي.

4 - تاريخ الحالة:

*الحمل: لا يوجد حوادث، غير أن الأم قد عاشت حالات قلق وشكوك حادة حول مستقبل مولودها (الخوف من أن يموت هو أيضا).

*الولادة: طبيعية بدون حوادث.

*الوزن عند الولادة: 3 كلغ و400غ.

*الرضاعة طبيعية والتلقيح عادي.

*أمراض بعد الولادة: لا يوجد.

*سن أول ضحكة: حوالي 3 أشهر، كان يتسم لأمه وأفراد العائلة.

*قلق 8 أشهر، كان في عمر 6 إلى 7 أشهر.

*اكتساب وضعية الجلوس في عمر 10 أشهر، الوقوف في 14 شهرا والمشي في 16

شهرًا.

*اكتساب النظافة في الإخراج: الإخراج التبرزي في عمر 2 سنوات ونصف، أما الإخراج

البولي فلا يزال غير مكتسب إلى حد اليوم (3 سنوات)، وخصوصا في الليل، منه فإن الطفل لديه تبول ليلي.

*سنّ أول كلمة: 16 شهرا، حيث قال "بويو"، ثم بعدها "ماما".

*سن أول جملة كان حوالي عمر 18-20 شهرا، وهو نفس عمر قول "لا".

5 - السوايق المرضية للحالة:

5-1. مغص 3 أشهر: ظهر عند الحالة بعد عدة أسابيع من ولادته على شكل صراخ

وبكاء حاد عدة مرات في اليوم، مع استثارة حركية للذراعين واليدين، نوبات المغص كانت تظهر بعد وجبات الأكل مباشرة، وفي المساء بشكل مستمر.

5-2. Le mérycisme: كان في عمر 6 أشهر على شكل تقيؤ غالبا بعد الوجبات

الغذائية مما جعله يفقد عدة مقادير من وزنه.

5-3. الصرع: أول نوبة صرعية لدى الحالة كانت في نهاية السنة الأولى من عمره، على

شكل نوبات ألم كبير (ارتجاجات عمومية)، شدة النوبات من نوبتين إلى ثلاث في الأسبوع، غالبا ما تترافق مع حالات ارتفاع حرارة الجسم وخلال النوم.

II- الاختبار النفسحركي:

1 - اختبار النمو النفسحركي للطفولة الأولى (BL-R):

إن اختبار (BL-R) هو اختبار نفسحركي للطفولة الأولى، وهو على شكل بنود مقسمة حسب العمر لدى الطفل من 0 إلى 30 شهرا مع وجد تكملة للبنود من أجل الأطفال من 3 إلى 5 سنوات.

2 - الهدف من اختبار (BL-R):

اخترنا اختبار (BL-R) لأنه الاختبار الأكثر ملاءمة من أجل قياس النمو النفسحركي الخاص بالطفولة الأولى، هو اختبار حطي بعدة تعديلات، وهو أهم اختبار ضمن 233 اختبار لقياس النمو النفسحركي للطفل، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن الطفل "ع" هو طفل مصاب بالصرع، وبما أن الصرع معروف بتأثيراته السلبية على النمو النفسحركي للطفل، فإننا ارتأينا أن نستعمل اختبار (BL-R) من أجل قياس التأخر لدى الطفل "ع".

يتكون اختبار (BL-R) من 4 محاور هي:

1. "P": وهو يقيس التحكم الحركي والتموضعي للطفل.
2. "C": وهو يقيس مدى التناسق البصري-اليدوي والتكيف مع المواضيع الخارجية.
3. "L": وهو يقيس المهارة اللغوية، وظيفتي الفهم والتعبير اللغويين.
4. "S": يقيس العلاقات الاجتماعية والشخصية عن طريق الوعي بالذات، الوعي بالآخر والتكيف الاجتماعي.

اختبار (BL-R) مقدم في حقيبة بيضاء كبيرة تحتوي على الأدوات التالية:

- مشرط مندمج (دائرة، مثلث، مربع)
- جرس
- مجموعة متكونة من 12 مكعب من الخشب
- ملعقة قهوة

- قلم ملون أحمر
- قرص من الكلوروفيل (اليخضور)
- مطرقة
- مرآة
- كرة من البلاستيك
- كتاب يضم مجموعة صور
- دمىة
- كرسي صغير
- صحن كبير
- حلقة
- قارورة زجاج
- مشط صغير
- صحن صغير من البلاستيك
- لوحتان من الصور
- كرة صغيرة من الإسفنج
- دمىة صغيرة
- سيارة
- ملعقة صغيرة
- نظارة
- زر
- حصان وكبش
- ساعة
- قلم ملون أزرق

إن المعطيات المستخلصة من بنود الاختبار تسمح لنا بحساب نوعين من معاملات النمو:

أ. معامل النمو العام: وهو الذي يصنف أداءات الطفل بالنسبة إلى مجموعة الأطفال من نفس العمر.

ب. معاملات النمو الجزئية: وهو يرتبط بكل ميدان من ميادين الاختبار الأربعة "P"، "C"، "L" و "S".

من خلال النتائج المتحصل عليها من الاختبار، وكذلك من خلاف الملاحظات أثناءه، يمكننا أن نتنبأ بإمكانيات النمو النفسحركي للطفل وتطوره.

3 - تخصيص نتائج اختبار (BL-R):

لقد تم تحصيل نتائج اختبار (BL-R) في إطار دراسة عيادية في المستشفى المركزي الجامعي بتلمسان (CHU Tlemcen)، في مصلحة طب الأمراض العقلية والأمراض النفسية يوم 21 جويلية 2009 حوالي العاشرة صباحا، دامت مدة الاختبار 45 دقيقة، كان الطفل "ع" مرفوقا من طرف أمه.

منذ وصولنا إلى مكان الدراسة، نلاحظ أن الطفل كان متعلقا بأمه، ظهر عليه توتر، حيث كان يطالب أمه بالعودة إلى المنزل ويرفض الجلوس ويود البقاء بين ذراعيها، كما نلاحظ أن الطفل غير متناسق في مشيه، متثاقل في حركاته، صعوبات في صعود ونزول الدرج بدون مساعدة أمه، هذا من جهة.

أما من جهة فنلاحظ لدى الطفل رفضا في البداية لإجراء الاختبار، رفض في تبادل الاتصال مع الباحث، لا يتصل به إلا عن طريق النظر وبدون كلام.

3-1. معامل النمو العام والجزئي لاختبار (BL-R):

من خلال تقييم النمو النفسحركي بمساعدة اختبار (BL-R) بالأشهر والأيام، يمكننا أن نستخلص معامل النمو العام ومعامل النمو الجزئي الخاصين باكتسابات الطفل في المرحلة الأولى

من البحث، ومن فإننا نلاحظ تأخر عام في النمو العام (معامل النمو العام =ADG =13 شهرا و10 أيام).

كما أنه لا توجد تساوي ما بين الميادين الأربعة للنمو (معامل النمو الحركي =ADP =12 شهرا، معامل نمو التناسق بين البصر-يدين =ADC =12 شهرا و25 يوما، معامل النمو اللغوي =ADL =15 شهرا و15 يوما، ومعامل النمو الاجتماعي =ADS =14 شهرا).

بعد حساب معامل النمو العام، و ثم حساب المعاملات الجزئية الخاصة بكل ميدان من ميادين النمو النفسحركي، يمكننا كخطوة ثانية إعطاء تفسيرات خاصة بكل ميدان.

تطبيق اختبار 30 شهرا:

- P39-151: لم يستطع صعد الدرج بتتابع الرجلين.
- P40-152: لم يستطع الوقوف على رجل واحدة دون سند.
- C52-153: لم ينجح في صنع حائط بأربعة مكعبات.
- C53-144: لم ينجح في صنع دائرة بثمانية مكعبات.
- C54-145: لم يرسم خط أفقي وخط عمودي (تقليد).
- L28-146: لم يسمي 10 صور.
- L29-147: لم يسمي 8 أشياء (أقل من 8 أشياء).
- L30-148: لا يستعمل الضمائر في كلامه: أنا، أنت، هو...
- S25-149: لا يفهم معاني الكلمات: داخل، تحت، فوق...
- S26-150: لا يلبس لوحده جواربه أو حذاءه.

تحليل النتائج:

من خلال النتائج المحصل عليها من طرف اختبار (BL-R)، أولاً، ومن خلال الملاحظة التي أجريت على الحالة أثناء إجراء نفس الاختبار، لاحظنا التالي:

1. **الميدان الحركي-التموضعي:** إن تقييم معامل ميدان الحركة-الوضعية لدى الحالة أظهر تأخرًا، حيث كان الحاصل 38,01 ومن يمكننا أن نستنتج غيابًا للتحكم في الجسم مقابل وضعيات معينة يكون فيها الطفل.

2. **ميدان التناسق البصري-يدوي:** أظهر تحصيل الحالة في هذا الميدان تأخرًا، ومنه العمر (12 شهرًا)، حيث أن الحالة استطاع وضع ثلاث قطع (مكعب، دائرة ومثلث) داخل أماكنها المخصصة، كما أنه استطاع مسك ورقة رسم بيده، ورسم بقلم الرصاص بعض الخطوط على الورقة، لكنه فشل في ترتيب بعض المكعبات من أجل صنع قطار أو تقليد رسم خط بدون اتجاه، ومنه فإننا نلاحظ فشل أو تأخر في التقليد البصري، تقييم المعامل الجزئي لهذا الميدان هو 40,54، نستنتج إذن غياب الاستقلالية الذاتية وعجز في الإدراك البصري.

3. **الميدان اللغوي:** استطاع الطفل "ع" تسمية 6 صور، التعرف على 8 أشياء، وسمى 4 منها، كما أنه تمكن من نطق جمل تتكون من 3 كلمات مثلًا: "أبي اشترى لوطو"، لكنه لا يزال عاجزًا عن استعمال الضمائر مثل: أنا، أنت، هو، هي. مثلًا في ملاحظتنا بما أثناء اللعب مع الطفل بدمية صغيرة (بند 129/522) حيث سأله "من هذه الدمية؟" فأجاب "أنتاع الطبيب" يعني الباحث، وعندما سأله: "من هو الطبيب؟"، أجاب عن طريق هز رأسه من الأعلى إلى الأسفل (مثل نعم) بدون كلام، ومنه يبدو أن الطفل لا يزال لم يكتسب معنى العلاقة بالآخر، تحصيل المعامل الجزئي لهذا الميدان هو 51,21، من نستنتج وجود اضطرابات تخص علاقة الحالة بالآخر ووجود صعوبات في الاتصال.

4. الميدان الاجتماعي: إن الحالة لا يبدي اهتماما بما يفعله الآخرون بصفة عامة، خلال اختبار (BL-R) لاحظنا أن للطفل بعض المهارات مثل (شرب الماء بكأس لوحده، الأكل باستعمال ملعقة صغيرة من البلاستيك).

إن الحالة لا يزال لم يكتسب النظافة بشكل كامل، يستطيع أن يجلس الدمية، أن يعطيها تشرب، يمشط شعرها، لكنه لا يستطيع الغسل لوحده ومسحها، كما أنه لا يستعمل ظرف المكان (داخل، على، وراء...)، لا يشارك في لبس ملابسه، ومنه تحصيل معامل هذا الميدان هو 44,35. إذن نستنتج اضطرابات في العلاقات الاجتماعية وغياب الاستقلالية الخاصة بعمر الحالة.

3-2. خصائص اضطرابات الحالة:

تعاني الحالة من تأخر هام في النم النفسحركي، يتميز بتأخر عام ($ADG = 42,13$)، في حين أن معامل النمو العام المناسب لعمره (31 شهرا و17 يوما) هو ($ODG = 95,03$). بالإضافة إلى أن نمو الطفل "ع" هو نمو غير متجانس ما بين الميادين الأربعة للنمو النفسحركي ($OPP = 38,01$ و $ODL = 51,21$) مع وجود صعوبات علائقية (عاطفة التصاق، حصر، اضطرابات حركية تموضعية، اضطراب حظرية عضلية $Hypertpmicité$).

يمكننا أن نشكل بعض الملاحظات من أجل تبرير هذا التأخر وهي:

- إن الحالة غير منتظم في حركاته، في الطريقة التي يستجيب بها أمام الوضعيات التي تواجهه، أ مع المواضيع التي يتعامل بها، سلوكه بشكل عام سلوك الرفض، أو الانتظار أو المقاومة والعناد.
- اهتماماته بالمواضيع والأشياء ناقص، حيث نرى بوضوح أن الطفل لا يحاول فهم الأشياء أو رفضها، فيفضل في أغلب الأحيان رميها.
- موقف الحالة اتجاه الباحث واتجاه الوضعية التجريبية تتمثل في اتخاذ مواقف قلق وتوتر لا استقرار.

- كما أننا نلاحظ أن التأخر النفسحركي للطفل هو يتميز بشكل خاص بتأخر في الميدان الحركي-التموضعي والتناسق البصري-يدوي، لكن هذا التأخر حسب رأينا له علاقة باضطرابات علائقية يعاني منها الحالة اتجاه محيطه.

كانت هذه أهم مميزات التأخر النفسحركي لدى الطفل "ع"، ومنه يمكننا تبني وجود فرضية مرافقة الاضطراب العلائقي ومشاركته في ظهور الصرع لدى الحالة "ع".

III-الاجتبار النمو الحركي الوظيفي (DF-MOT):**1 -الهدف من اجتبار (DF-MOT):**

لقد اجترنا اجتبار (DF-MOT) وهو اجتبار النمو الحركي الوظيفي لأنه مكمل لدراستنا العيادية، وهو اجتبار للأطفال من الولادة إلى 4 سنوات، يقيس بشكل أدق النمو الحركي الوظيفي للطفل منه في اجتبار (BL-R).

يتكون اجتبار (DF-MOT) من قسمين:

القسم الأول: مجموعة من البنود للأطفال من 0 إلى 12 شهرا.

القسم الثاني: بنود خاصة بالأطفال من 13 إلى 48 شهرا، إن الجانب المراد قياسه من خلال اجتبار (DF-MOT) هو الجانب الحركي الوظيفي أي أن المهمة ملقاة على مهارات الطفل في استعمال جسمه في حياته اليومية.

اجتبار (DF-MOT) يقيس جانبيين من النمو الحركي الوظيفي للطفل وهما يمثلان بدورهما مقياسين:

أ. مقياس الاكتسابات الحركية-التموضعية وهو ممثل في (PML)

a. Acquisition Postino-motrices et locomotrices PML.

ب. مقياس الاكتسابات الخاصة بالإمساك تناسق بصري-يدوي (PCVM)

b. Acquisition relatives à la préhension coordination vismo-manuelle (PCVM).

يمكننا من خلال نتائج الاجتبار رسم منحني بياني الطفل الحركي الخاص بكل مقياس (PML) و (PCVM)، يمثل تطور الخبرات الحركية للطفل في مدة زمنية معينة.

كما يمكننا أن نتحصل على المستوى الحركي الوظيفي (NMF) وهو مرتبط بآخر فئة عصرية أين جميع البنود تمت بنجاح.

كل هذه المعطيات تسمح لنا بوضع الحركة عند الطفل "ع" وقياسها تبعاً لمعايير الاختبار على حسب سن الطفل والتحقق من المتغيرات تبعاً للنمو الحركي العادي. هذه المتغيرات بالنسبة للمعايير يمكن أن تظهر جزئيات خاصة يمكن اعتمادها من أجل التشخيص، ومنه من أجل توجيه التكفل النفسحركي للطفل.

2 -تحديد نتائج اختبار(DF-MOT):

لقد تم تقييم الطفل خلال سنة واحدة، عن طريق ثلاث إجراءات لاختبار (DF-MOT)، من سنه الثالثة منه عمره إلى السنة الرابعة، المدة بين كل إجراء تقدر بحوالي 5 أشهر، والإجراءات الثلاث للاختبار كانت بالمستشفى الجامعي المركزي بتلمسان، مصلحة الأمراض العقلية والأمراض النفسية، أين كان الطفل "ع" برفقة أمه ككل مرة.

*الإجراء الأول:

ملاحظات عامة:

أجري اختبار (DF-MOT) على الحالة في أول مرة بحضور الأم، قبل بداية الإجراء بدأ الطفل هادئ، لكن متعلقاً بأمه بشدة، يبدو عليه الحذر والخوف، منتبه للحوار الذي يدر ما بين الأم والباحث. احتاج الطفل لبعض الوقت من أجل التكيف مع الوضعية الإجرائية، يبقى على بعد من الباحث، ويرفض أي اتصال بالوضعية الإجرائية.

خلال إجراء الاختبار ظهرت على الطفل بعض السلوكيات مثل: مقاومة الإجراء، تباعد ورفض تطبيق الحركات المطالب بها، مما أدى إلى صعوبات وأخطاء في الإجراء.

أما الأم فكانت عكس طفلها، تبدو عليها الحماسة والإصرار على الطفل من أجل أن يطبق الحركات وأن ينجح في كل الحركات، فلقد حاولت في أغلب الأحيان مساعدة الطفل، لدرجة أنها كانت تقوم هي بالحركات أمامه، وأحياناً كانت تمسك الطفل بيديها وتساعدته من أجل أن يتمكن من ضبط توازنه.

نتائج الإجراء الأول:

- العمر الزمني: 35 شهر و18 يوما
- المستوى الحركي الوظيفي:
- (PMC) المستوى الحركي التموضعي: 24 شهر و3 أيام
- (PCVM) مستوى الإمساك تناسق بصري-يدوي: 25 شهر و1 يوم.

ومنه يوجد تأخر في النمو الحركي الوظيفي لدى الحالة:

- التأخر في PML يقدر ب: 11 شهرا و15 يوما.
- التأخر في PCVM يقدر ب: 10 أشهر و17 يوما.
- تفسير خصائص التحكم الحركي لاختبار (DF-MOT) بالنسبة للإجراء الأول يوم: 2009-11-24.

من أجل تفسير الخصائص الحركية الوظيفية للحالة أثناء إجرائه الأول لاختبار (DF-MOT) التجأنا إلى دراسة قام بها¹ Ajnriagnena حول خصائص التحكم الحركي للأطفال، وهذا ما سمح لنا بوضع مخطط تحليلي نجتمع فيه ملاحظتنا على الحالة أثناء الاختبار، هذا المخطط التحليلي يضم العناصر التالية:

1. توازن الوضعية l'équilibre statique:

عندما نطلب من الطفل أن يقف على رجل واحدة وبدن سند خلال ثانيتين على الأقل، نلاحظ أنه حاول رفع القدم اليسرى فوجد صعوبة في ذلك بسبب أنه عجز عن ضبط توازنه في تلك الوضعية.

أما عندما طلبنا من الطفل أن يكرر نفس الحركة، لكن هذه المرة بوجود سند (حائط)، فقد نجح في رفع القدم اليسرى ثم القدم اليمنى، وهو يضع كلتا يديه على الحائط.

¹- Ajnriagnena B. Souliam, Indication et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatre infantile, Papyrus, 2009, p 401

2. المشي La marche:

يبدو الطفل متثاقل في مشيه (مع انقباض الذراعين) رأسه منحنية غالبا وينظر بعينه إلى الأرض، عندما طلبنا من الطفل أن يمشي على خط مستقيم على الأقل 4 خطوات متتالية فضل في المشي على خط مستقيم، كما أنه فضل في مشي 4 خطوات متناسقة متتالية، بل قام بخطوتين فقط مع ذراعين منغلقتين.

أما فيما يخص الجري، فقد أظهر الطفل بطئا في جريه، حيث نلاحظ بداية بطيئة مع عدم القدرة على الإسراع.

3. صعود/نزول الأدرج Montée/Descente l'escalier:

لقد فشل الطفل في صعود الدرج بتناوب الرجلين، أي مد الأرجل واحدة تلو الأخرى، أما عندما طلب منه صعود الدرج بتتابع الرجلين، أي وضع رجل إلى جانب الرجل الأخرى، فقد نجح الطفل، بالإضافة إلى أنه استعار بكلتا يديه خلال الصعود عن طريق الاستناد إلى الحائط وخلال النزول كذلك.

4. القفز Le mont:

فشل الطفل تماما في القفز في وضعية الوقوف على رجل واحدة، أما على كلتا رجليه، فنلاحظ أن قفزه غير مكتمل، أي أن الرجلين لا ترتفعان كلية عن الأرض، يكون القفز حينها على شكل خطوة وهذا في حالة القفز بشكل طولي على الأرض.

وأما بالنسبة للقفز بشكل عمودي من الأعلى إلى الأسفل ارتفاع 20سم، مع رجلين متناظرتين، نلاحظ أن الطفل عند قفزه ينحني إلى حد أن يضع كلتا يديه على الأرض كسند.

5. تناسق الحركات La coordination des mouvements:

خلال إجراء اختبار (DF-MOT) أظهر الطفل "ع" ضعفا في جودة حركاته، فهو ليس ماهرا في التحكم في أطراف جسمه تبعا لظروف خاصة أو مجالات معينة، كما أنه لا يستطيع التنسيق بين حركاته العفوية (الآلية) وحركاته الإرادية، مثلا: عند ارتداء حذائه وجواربه، وبين

حركاته التلقائية والمفروضة عليه، خاصة الحركات التي تتطلب تناسقا بين الأطراف العليا والسفلى مثل: حمل كأس ماء والمشي به، ثم وضعه على طاولة دون أن يتدفق الماء. من جهة أخرى، فقد أظهر الطفل صعوبة في توازن جسمه خلال وضعيات معينة، وهذا ما دفعه إلى الاستناد على حائط.

6. الحظرية العضلية La tonicité musculaire:

إن أطراف الطفل السفلى خاصة (الرجلين) تعاني من تصلبات عضلية تؤدي إلى ضع صعوبات في تنفيذ حركاته التلقائية منها والمفروضة عليه، بالإضافة إلى أن حركات الطفل تتميز بالكف الحركي خلال المشي أو القفز أو الجري.

1-6. التمدد L'extensibilité:

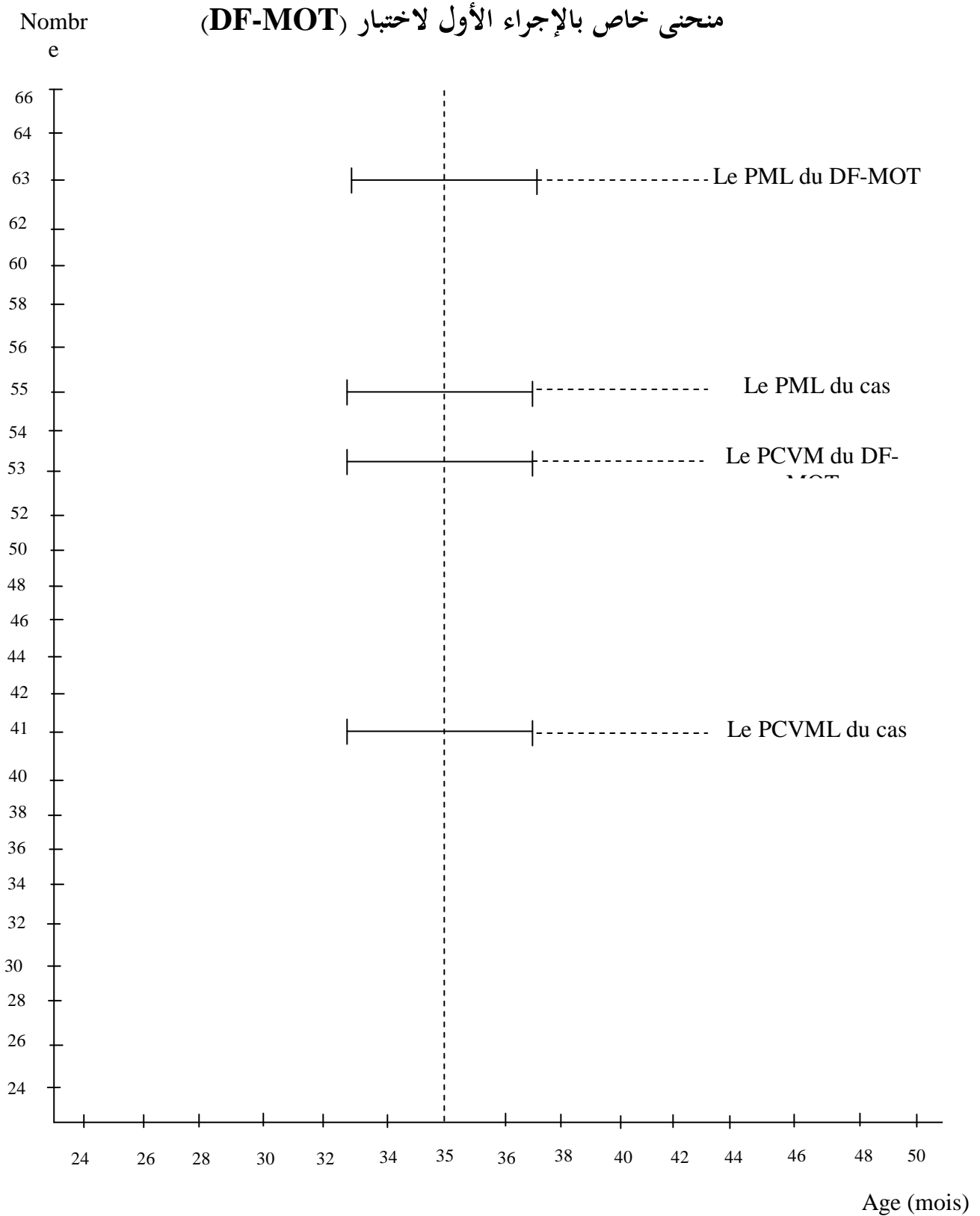
إن فشل الطفل خلال بعض الحركات التي تتطلب التمدد على مستوى مفاصله، مثلا: الوقوف على رؤوس أصابع الرجلين والمشي عليها، وكذلك صعود ونزول الدرج، بتعاقب الرجلين وبدون سند لهو خير برهان يدل على وجود خلل على مستوى التمدد لدى الطفل.

2-6. السلبية La passivité:

إن الكف الحركي الذي تطرقنا إليه سابقا لدى الطفل على مستوى المرفقين والرجلين ينتج من خلال وجود انخفاض في قدرتها على التآرجح (être ballant) ومنه وجود تشجنات عضلية على مستواها، نلاحظ غياب تحكم في العمل الإرادي للعضلات خلال القيام بالحركات، أي وجود براتونيا Une paratonie، هذه البراتونيا هي من نوع Paratonie d'action.

7. التكيف المكاني L'adaptation spatiale:

عندما طلبنا من الطفل أن يمشي على خط مستقيم (على الأقل 5 خطوات متتالية) حاول ذلك لكن مع خطوات كبيرة، عندما حاولنا مساعدته على مشي خطوات صغيرة انحرف عن الخط المستقيم مع خطوات مختلطة (صغيرة وأخرى كبيرة).



النمو الخاص بـ PML و PCVM للحالة بعد إجراء اختبار DF-MOT

للمرة الأولى: 2009-11-24

قراءة لمنحنى PML للإجراء الأول:

هذا المنحنى يعطينا بيانا لاضطراب القدرات الحركية التموضعية (PML) للحالة، مقارنة باختبار النمو الحركي الوظيفي (DF-MOT)، والذي يمكننا تلخيصه في الجدول التالي:

التأخر في الحالة PML للحالة "ع"	الحالة "ع"	اختبار DF-MOT	العمر بالشهر واليوم
			اكتسابات PML
8 أشهر 17 يوم	35 شهر 18 يوم	27 شهرا 1 يوم	القفز من ارتفاع 20سم بتتابع الرجلين
5 أشهر 17 يوم	35 شهر 18 يوم	30 شهر 1 يوم	المشي على رؤوس أصابع القدم لوحده
5 أشهر 17 يوم	35 شهر 18 يوم	30 شهر 1 يوم	القفز من ارتفاع 20سم، رجلين متناظرتين
5 أشهر 17 يوم	35 شهر 18 يوم	30 شهر 1 يوم	القفز طوليا، رجلين متناظرتين وسط حلقة
5 أشهر 17 يوم	35 شهر 18 يوم	30 شهر 2 يوم	الوقوف على رجل واحدة
4 أشهر 13 يوم	35 شهر 18 يوم	31 شهر 5 يوم	المشي على خط واحد (5خطوات على الأقل)
شهرين 17 يوم	35 شهر 18 يوم	33 شهر 1 يوم	القفز على رجل واحدة (مرتين)
1 شهر 17 يوم	35 شهر 18 يوم	34 شهر 1 يوم	صعود الدرج بتتابع الرجلين

جدول 1: يدل على التأخر في النمو الحركي التموضعي PML للحالة مقارنة باختبار

(DF-MOT) في الإجراء الأول

قراءة لمنحنى PCVM للإجراء الأول:

إن القراءة الخاصة بمنحنى المسك-التناسق البصري اليدوي PCVM الخاص بالحالة، تم التطرق إليه في الجدول التالي:

التأخر في PCVM	الحالة "ع"	اختبار DF-MOT	العمر بالشهر واليوم اكتسابات PCVM
7 أشهر 8 يوم	35 شهر 18 يوم	28 شهرا 10 يوم	فتح وغلق زر كبير
6 أشهر 17 يوم	35 شهر 18 يوم	20 شهر 1 يوم	بناء حائط من 8 مكعبات
6 أشهر 16 يوم	35 شهر 18 يوم	20 شهر 2 يوم	رسم خط أفقي (30° ≤ انحراف)
6 أشهر 13 يوم	35 شهر 18 يوم	29 شهر 5 يوم	طي ورقة على اثنين
5 أشهر 15 يوم	35 شهر 18 يوم	30 شهر 3 يوم	الرسم بقلم رصاص (مسك حسن)
5 أشهر 14 يوم	35 شهر 18 يوم	30 شهر 4 يوم	رمي كرة باستعمال يديه وجذع الجسم
5 أشهر 13 يوم	35 شهر 18 يوم	30 شهر 5 يوم	حمل كأس ماء ووضعه على طاولة دون أن يتدفق الماء
5 أشهر 10 يوم	35 شهر 18 يوم	30 شهر 8 يوم	وضع جواربه وحذاءه لوحده
3 أشهر 15 يوم	35 شهر 18 يوم	32 شهر 3 يوم	غسل ومسح يديه لوحده
3 أشهر 6 يوم	35 شهر 18 يوم	32 شهر 12 يوم	رسم دائرة بقلم رصاص
11 شهر 16 يوم	35 شهر 18 يوم	34 شهر 2 يوم	إلباس دمية صغيرة (قميص وسروال)
17 يوم	35 شهر 18 يوم	35 شهر 1 يوم	البدء في استعمال مقبض مقص

جدول 2: يدل على التأخر في النمو المسك-تناسق بصري-يدوي PCVM للحالة

مقارنة باختبار (DF-MOT) في الإجراء الأول

*الإجراء الثاني: 23-03-2010م

ملاحظات عامة:

قبل البدء في إجراء الاختبار لاحظنا لدى الطفل استثارة حركية، قلق، رغبة في الخروج من القاعة، رفض الجلوس على الكرسي، لا مبالاة ورفض لأي اتصال مع الباحث، العبث ببعض الأشياء الموجودة على المكتب، الاتصال كان عن طريق النظر فقط وعن بعد.

خلال حوار البحث مع الأم، اقترحت على الحالة بعض البنود من اختبار **DF-MOT** (نتائج غير مأخوذة بعين الاعتبار) نلاحظنا تحسن على مستوى أداء بعض الحركات التي تمس الجانب الحركي-التموضعي وكذلك الجانب التنسيق البصري-اليدي لدى الطفل.

نتائج الإجراء الثاني:

- العمر الزمني: 39 شهر و 19 يوم
- المستوى الحركي الوظيفي (NMF)
- PML: 31 شهر و 5 أيام.
- PCVM: 32 شهر و 12 يوم.
- يوجد تأخر في النمو الحركي الوظيفي للحالة
- PML: 8 أشهر و 14 يوم
- PCVM: 7 أشهر و 7 يوم.

تفسير خصائص التحكم الحركي لاختبار DF-MOT بالنسبة للإجراء الثاني:

1. التوازن التموضعي:

عندما طلبنا من الطفل أن يقف على رجل واحدة وبدون سند (خلال 2 ثانية على الأقل)، استطاع أن يرفع رجله اليسرى وأن يتحكم في ضبط توازنه خلال ثانيتين.

2. المشي على خط مستقيم:

استطاع الطفل أن يمشي على خط مستقيم، 4 خطوات على الأقل خطوات متتالية.

3. صعود/نزول الدرج:

فشل الطفل "ع" ثانية في صعود الدرج مع تناوب الرجلين، كما أنه فشل كذلك في نزول الدرج برجلين بتناوب.

4. القفز:

استطاع الطفل أن يقفز على ارتفاع 20سم، مع كلتا الرجلين متناظرتين، الأطراف العليا والأطراف السفلية متناسقة ودون أن يسقط على الأرض، لكنه فشل في القفز في وضعية وقوف على رجل واحدة (مرتين على الأقل).

5. تناسق الحركات:

نجح الطفل "ع" في حمل كأس مليء بالماء ووضعه على الطاولة بدون أن يتدفق الماء من الكأس، لبس جواربه وحذائه قميصه، غسل وتنشيفهما لوحده، لكن فشل في أداء بعض النشاطات الأخرى على سبيل المثال: مسك مقص بشكل صحيح، وكذلك الجلوس على طاولة ونقل رسم (دائرة).

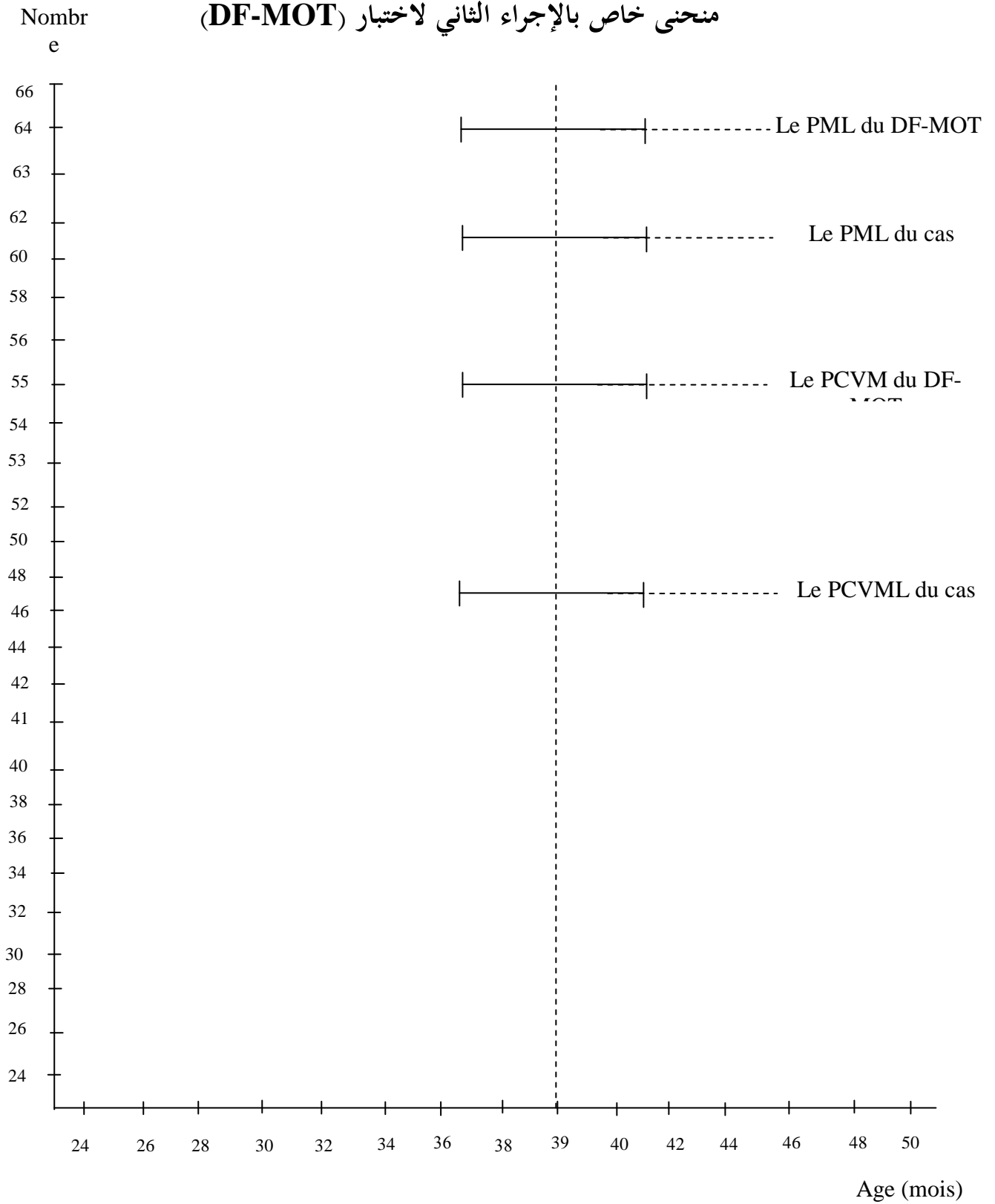
6. الحظرية العضلية:

نجح الطفل هذه المرة في المشي على رؤوس أصابع رجليه دون سند (6 خطوات على الأقل، خطوات متتالية)، كما أنه نجح في الرسم بقلم الرصاص (مسك جيد بأصابع يديه)، كما أنه استطاع أن يرمي كرة في الهواء باتجاه محور جذع جسمه.

7. التكيف المكاني:

نجح الطفل في القفز من ارتفاع 20سم، أعضاء علوية وسفلية متناسقة ودون أن يسقط، ونجح كذلك في القفز في طول 35سم على الأرض، رجلين متناظرتين دون أن يسقط، ونجح كذلك في المشي على خط مستقيم عدة خطوات متتالية.

منحنى خاص بالإجراء الثاني لاختبار (DF-MOT)



النمو الخاص ب PML و PCVM للحالة بعد إجراء اختبار DF-MOT

للمرة الثانية: 2010-03-23

قراءة لمنحنى PML للإجراء الثاني:

التأخر عند الحالة	الحالة "ع"	اختبار DF-MOT	العمر بالشهر واليوم
			اكتسابات PML
12 أشهر 18 يوم	39 شهر 19 يوم	27 شهرا 1 يوم	القفز من ارتفاع 20سم بتتابع الرجلين
9 أشهر 18 يوم	39 شهر 19 يوم	30 شهر 1 يوم	المشي على رؤوس أصابع الرجلين بدون مساعدة
9 أشهر 18 يوم	39 شهر 19 يوم	30 شهر 1 يوم	القفز من ارتفاع 20سم، رجلين متناظرتين
9 أشهر 18 يوم	39 شهر 19 يوم	30 شهر 1 يوم	القفز بالطول على الأرض، رجلين متناظرتين
9 أشهر 17 يوم	39 شهر 19 يوم	30 شهر 2 يوم	الوقوف على رجل واحدة لوحده
8 أشهر 14 يوم	39 شهر 19 يوم	31 شهر 5 يوم	المشي على خط واحد (5خطوات على الأقل)
6 أشهر 18 يوم	39 شهر 19 يوم	33 شهر 1 يوم	القفز على رجل واحدة (مرتين على الأقل)
3 أشهر 16 يوم	39 شهر 19 يوم	34 شهر 1 يوم	صعود الدرج بتتابع الرجلين
3 أشهر 16 يوم	39 شهر 19 يوم	36 شهر 3 يوم	قيادة دراجة ثلاثية العجلات

جدول 3: يدل على التأخر في اكتسابات PML للحالة بالنسبة لاختبار (DF-MOT)

في الإجراء الثاني

قراءة لمنحنى PCVM للإجراء الثاني:

التأخر في PCVM	الحالة "ع"	اختبار DF-MOT	العمر بالشهر واليوم اكتسابات PCVM
11 أشهر 9 يوم	39 شهر 19 يوم	28 شهرا 10 يوم	فتح وغلق قفل كبير
10 أشهر 18 يوم	39 شهر 19 يوم	29 شهر 1 يوم	بناء حائط من 8 مكعبات على الأقل
10 أشهر 17 يوم	39 شهر 19 يوم	29 شهر 2 يوم	رسم خط أفقي ($\leq 30^\circ$ انحراف)
10 أشهر 15 يوم	39 شهر 19 يوم	29 شهر 5 يوم	طي ورقة على اثنين
9 أشهر 16 يوم	39 شهر 19 يوم	30 شهر 3 يوم	مسك القلم جيدا والرسم به
9 أشهر 15 يوم	39 شهر 19 يوم	30 شهر 4 يوم	رمي كرة باليدين و مشاركة جذع الجسم
9 أشهر 14 يوم	39 شهر 19 يوم	30 شهر 5 يوم	حمل كأس ماء ووضعه على طاولة دون أن يتدفق الماء
9 أشهر 11 يوم	39 شهر 19 يوم	30 شهر 8 يوم	لبس جواربه وحذائه وقميصه لوحده
7 أشهر 16 يوم	39 شهر 19 يوم	32 شهر 3 يوم	غسل ومسح يديه لوحده
7 أشهر 7 يوم	39 شهر 19 يوم	32 شهر 12 يوم	رسم دائرة (نموذج)
5 أشهر 17 يوم	39 شهر 19 يوم	34 شهر 2 يوم	إلباس دمية صغيرة (قميص وسروال)
5 أشهر 18 يوم	39 شهر 19 يوم	35 شهر 1 يوم	مسك مقص استعماله
3 أشهر 18 يوم	39 شهر 19 يوم	36 شهر 1 يوم	رسم مربع (نموذج)
3 أشهر 16 يوم	39 شهر 19 يوم	36 شهر 3 يوم	واقف، يرمي كرة إلى الأعلى في محور جذع الجسم
1 شهر 16 يوم	39 شهر 19 يوم	38 شهر 3 يوم	يلبس ملابسه لوحده

جدول 4: يدل على تأخر في اكتسابات PCVM للحالة في اختبار (DF-MOT) في

الإجراء الثاني

*الإجراء الثالث: 22-07-2010م

ملاحظات عامة:

أثناء إجراء اختبار DF-MOT في المرة الثالثة لم يظهر الطفل أية مقامة أو رفض لأدائه، كما أن التعامل مع الباحث كان إيجابياً عن التواصل البصري، الضحك، الكلام، وقد تقبل بسهولة إنجاز الحركات المنصوص عليها في الاختبار.

خلال إجراء الاختبار بدا الطفل نشطاً، مهتماً بالمواضيع الموجودة أمامه، كما أجرى هذا الاختبار بدون تدخل فعلي للأُم في أداء الطفل، حيث بقيت هي بجانبه في مكان بعيد داخل القاعة، ولا تتدخل إلا لفظياً من أجل تشجيع الطفل مثل قولها: "اجل بني"، "حاول فعله"، "يمكنك ذلك".

نتائج الإجراء الثالث:

العمر الزمني: 43 شهر و5 أيام.

- المستوى الحركي الوظيفي:

▪ PML: 36 شهر و3 أيام.

▪ PCVM: 38 شهر و3 أيام.

- يوجد تأخر في المستوى الحركي الوظيفي (NMF) للطفل

▪ PML: 7 أشهر و2 يوم

▪ PCVM: 5 أشهر و2 يوم.

تفسير خصائص التحكم الحركي لاختبار DF-MOT بالنسبة للإجراء الثالث:

1. التوازن التموضعي:

استطاع الطفل أن يقف على رجل واحدة وبدون سند، كما استطاع أن يرفع الرجل اليسرى ومن ثم الرجل اليمنى.

2. المشي:

نجح الطفل في المشي على خط واحد ولعدة خطوات متتالية (أكثر من 4 خطوات متتالية)، كما أظهر تناسقا في مشيه، وأكثر نشاطا في جريه، خاصة في الإجراء الثالث.

3. صعود/نزول الدرج:

نجح الطفل في أداء بعض الخطوات بتتابع الرجلين خلال صعود الدرج (أي أنه صعد الدرج بخطوات متتابة أحيانا، وأحيانا بتناوب الرجلين).

أما في نزول الدرج، فلا يزال الطفل عاجزا عن نزل الدرج بتتابع الرجلين، مما يدفعه إلى الاستناد بيده على الحائط خلال النزول.

4. القفز:

هذه المرة، نجح الطفل في القفز من ارتفاع 20سم، ومن طول 35سم، كما نجح في القفز على رجل واحدة (مرتين على الأقل).

5. تناسق الحركات:

نجح الطفل في استعمال طرفي مقص بشكل صحيح، كما أنه استطاع أن يلبس ملابسه لوحده.

6. الحظرية العضلية:

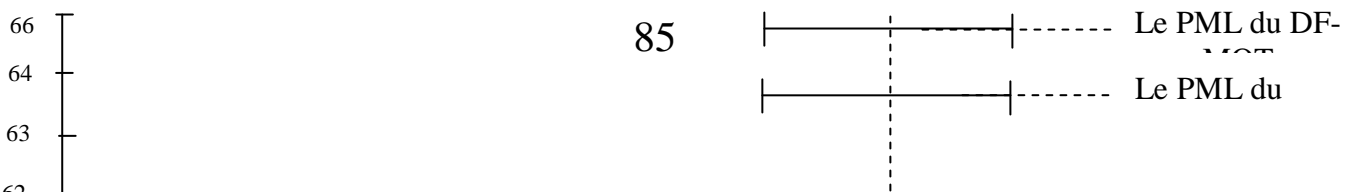
في حالة الوقوف، استطاع الطفل أن يمسك بكلتا يديه، ذراعين ممتدتين، الكرة ونجح في رميها في الهواء في محور جذع جسمه (نجاحين على ثلاث).

7. التكيف المكاني:

نجح الطفل في المشي على خط مستقيم (أكثر من 4 خطوات متتالية).

Nombre

منحنى خاص بالإجراء الثالث لاختبار (DF-MOT)



|

النمو الخاص بـ PML و PCVM للحالة بعد إجراء اختبار DF-MOT

للمرة الثالثة: 2010-07-22

قراءة لمنحنى PML للإجراء الثالث:

التأخر عند الحالة	الحالة "ع"	اختبار DF-MOT	العمر بالشهر واليوم
			اكتسابات PML
16 أشهر 5 يوم	43 شهر 5 يوم	27 شهرا 1 يوم	القفز من ارتفاع 20سم بتتابع الرجلين
13 أشهر 5 يوم	43 شهر 5 يوم	30 شهر 1 يوم	المشي على رؤوس أصابع الرجلين
13 أشهر 4 يوم	43 شهر 5 يوم	30 شهر 1 يوم	القفز من ارتفاع 20سم، رجلين متناظرتين
13 أشهر 4 يوم	43 شهر 5 يوم	30 شهر 1 يوم	القفز بالطول على الأرض، رجلين متناظرتين
13 أشهر 3 يوم	43 شهر 5 يوم	30 شهر 2 يوم	الوقوف على رجل واحدة (2 ثانية)
12 شهر	43 شهر 5 يوم	31 شهر 5 يوم	المشي على خط واحد (5خطوات على الأقل)
10 أشهر 4 يوم	43 شهر 5 يوم	33 شهر 1 يوم	القفز على رجل واحدة (مرتين على الأقل)
9 أشهر 4 يوم	43 شهر 5 يوم	34 شهر 1 يوم	صعود الدرج بتتابع الرجلين
7 أشهر 2 يوم	43 شهر 5 يوم	36 شهر 3 يوم	قيادة دراجة ثلاثية العجلات
1 شهر 4 يوم	43 شهر 5 يوم	42 شهر 1 يوم	نزول الدرج بتناوب الرجلين

جدول 5: يدل على التأخر في اكتسابات PML عند لاحالة بالنسبة لاختبار (DF-

MOT) في الإجراء الثالث

قراءة لمنحنى PCVM للإجراء الثالث:

التأخر في PCVM	الحالة "ع"	اختبار DF-MOT	العمر بالشهر واليوم
			اكتسابات PCVM
15 أشهر 9 يوم	43 شهر 19 يوم	28 شهرا 10 يوم	فتح وغلق زر كبير

29 شهر 1 يوم	43 شهر 19 يوم	15 أشهر 18 يوم	بناء حائط من 8 مكعبات على الأقل
29 شهر 2 يوم	43 شهر 19 يوم	15 أشهر 17 يوم	رسم خط أفقي ($30^\circ \leq$ انحراف)
29 شهر 5 يوم	43 شهر 19 يوم	15 أشهر 15 يوم	طي ورقة على اثنين
30 شهر 3 يوم	43 شهر 19 يوم	13 أشهر 16 يوم	مسك القلم مسك جيد
30 شهر 4 يوم	43 شهر 19 يوم	13 أشهر 15 يوم	رمي كرة باليدين و مشاركة جذع الجسم
30 شهر 5 يوم	43 شهر 19 يوم	13 أشهر 14 يوم	حمل كأس ماء ووضعه على طاولة دون أن يتدفق الماء
30 شهر 8 يوم	43 شهر 19 يوم	13 أشهر 11 يوم	لبس جواربه وحذائه وقميصه لوحده
32 شهر 3 يوم	43 شهر 19 يوم	11 أشهر 16 يوم	غسل ومسح يديه لوحده
32 شهر 12 يوم	43 شهر 19 يوم	11 أشهر 7 يوم	نقل رسم دائرة على ورقة
34 شهر 2 يوم	43 شهر 19 يوم	9 أشهر 17 يوم	إلباس دمية صغيرة (قميص وسروال)
35 شهر 1 يوم	43 شهر 19 يوم	8 أشهر 17 يوم	استعمال جيد للمقص
36 شهر 1 يوم	43 شهر 19 يوم	7 أشهر 17 يوم	رسم مربع (نموذج)
36 شهر 3 يوم	43 شهر 19 يوم	7 أشهر 16 يوم	رمي كرة إلى الأعلى في محور جذع الجسم
38 شهر 3 يوم	43 شهر 19 يوم	5 شهر 16 يوم	يلبس ملابسه لوحده
42 شهر 7 يوم	43 شهر 19 يوم	1 شهر 12 يوم	بناء دائرة بـ 10 مكعبات

جدول 6: يدل على تأخر في اكتسابات PCVM عند الحالة مقارنة مع اختبار

(DF-MOT) في الإجراء الثالث

IV شرح وتفسير النتائج:

إنّ معالجة موضوعنا تطلّب منا دراسة معمّقة للحالة بغية قياس النموّ النفسي الحركي لدى طفل صرعي عمره 3 سنوات، وقد تمّ اختيار اختياريين نفسيين لاثبات طبيعة تأثير مرض الصّرع على

النمو النفسحركي للحالة وهما اختيار النمو النفسحركي للطفولة الأولى (BL-R) واختيار النمو الحركي الوظيفي (DF-Mot). بعد حصولنا على مجموعة من البيانات من خلال المقابلات العيادية ونتائج الاختبار، سنقوم بمحاولة تحليل تلك المعطيات وتفسير النتائج المتحصل عليها.

1 - شرح النتائج:

انطلاقاً من الفرضية الأساسية والتي تتضمن طبيعة تأثير مرض الصرع على النمو النفسحركي للطفل "A"، الذي عمره 3 سنوات، اكتشفنا من خلال إجراء الاختبارين أنّ التأخر لدى الحالة هو ذو طبيعة حركية أكثر منه معرفي، فالملاحظ من خلال المقابلات التي أجريناها بروز اضطرابات حركية مع توتر حركي مفرط، وكذلك سوء التكيف العلائقي، قلق ولامبالاة عاطفية ومنه عجز في الاستقلالية.

إن الاضطرابات الحركية التي اكتشفناها لدى الحالة، يمكن أن تكون نتيجة للصرع. ولكن هي نتيجة كذلك لنكوصات مرضية إلى مراحل سابقة من مراحل النمو النفسحركي. ففي الكثير من ملاحظتنا الاكلينيكية تبدو الأم مع طفلها "A"، عاجزين عن استيعاب الحالة العاطفية لبعضهما البعض. فمثلاً في أثناء إجراء اختبار BL-R، أمسك الطفل قلماً من أجل أن يقوم برسم نموذج على ورقة بيضاء (بند C46)، فبدلاً من الرسم أخذ الطفل يلعب بالقلم ورفض الرسم، لكن الأم سرعان منعتة بالرغم من أنه كان يبدو سعيداً وهو يلعب بالقلم، وأمسكت بالقلم ووضعته في يده وبدأت ترسم ممسكة بيده دون مراعاة لانفعالاته التي أبدتها.

نلاحظ في هذه الوضعية أنّه يوجد صعوبة في فهم الآخر، حيث أنّ الم لا تستجيب بما يريد الطفل. وكذلك الطفل. فمن جهة الأم هي قلقة ومفرطة في حمايتها لابنها. نراها كثيراً ما تتعارض مع إرادة الطفل. أما من جهة أخرى فإن الطفل. أمام مواقف أمه يظهر عواطف سلبية مثل الكف والحزن والقلق في سلوكاته وحركاته.

إذا ما أردنا تشخيص الاضطراب العلائقي بين الطفل وأمه، فإننا نلجأ إلى نظرية (1985 Sterm)، حيث أن الخصائص العلائقية لكليهما تشكل لا توافق عاطفي "désaccordage". إنه لا يوجد أمهات طبيبات أمهات انفعاليات على الإطلاق، كما أنه لا يوجد أطفال مطيعون أو مشاكسون على الإطلاق، ولكن يكون "الاتوافق العاطفي" عندما لا تظهر الأم نفس التعابير العاطفية الموجودة عند طفلها. لا بطريقة مشابهة (ضحك لضحك) أو بطريقة تحويلية (Tromsnodale) مثلا، أن الطفل يظهر فرحة عن طريق ضحكات أو حركات سريعة بيديه ورجليه، فتجيب الأم بنفس العاطفة (الفرح) لكن عن طريق كلمات رقيقة وحنونة). أما إذا ما أظهرت الأم سلوكيات حماية مفرطة وسيطرة على طفلها، باستمرار يكون عندها لا توافق عاطفي. إذا كان هناك لا توافق عاطفي بين الحالة والأم، فما هي خصائصه؟ وما هي الأسباب التي أدت إلى هذا الاتوافق العاطفي؟

تتميز العلاقة الثنائية أم/الطفل، باضطرابات تداخلية، من هذه الاضطرابات ما هو ذو طابع كمي، وما هو ذو طابع كيفي.

1- الخصائص الكمية للاضطرابات العلائقية أم/الطفل: إن العلاقة الثنائية أم/الطفل يدخل ضمن اطار "الحماية المفرطة". ومنه فإن هذه الحماية المفرطة نلاحظ خصوصا في سلوكيات الأم اتجاه طفلها. فهي لا تأخذ في عين الاعتبار تعبيرات الطفل، ففي مثل هذه الحالات فإن الأم لا تتيح الفرصة للطفل من أجل أن يجرب بعض الخبرات والتجارب الحياتية معا يجعله تابعا لأمه عاطفيا وجسميا.

2- الخصائص الكيفية للاضطرابات العلائقية أم/طفل، إن العلاقة بين الطفل والأم تتميز من الناحية الكيفية بالفشل في التبادل العلائقي "echecs de réciprocité relationnelle"، يُلاحظ هذا الفشل خاصة على مستوى العلاقات الجسمية أين نجد تعلق جسمي وتبعية.

كما أننا نلاحظ تصلب جسمي وحالة لا توازن (نتائج اختبار DF-Mot) لدى الحالة. بالإضافة إلى وجود اضطرابات على مستوى التواصل البصري حيث تبدو الأم جد مهتمة ببصرها على طفلها. نظرات حذر وانتباه مفرط أما الطفل فلا يكاد ينظر إلى أمه أبداً.

1-1- الأسباب التي أدت إلى اللاتوافق العاطفي أم/طفل:

يوجد عدة أسباب أدت إلى اللاتوافق العاطفي أم/طفل، وساهمت بشكل أو بآخر في ظهور الصرع لدى الحالة، ومنه الاضطرابات النفسحركية. ومنها:

أ- المعاناة النفسية للأم: خلال المقابلات العيادية، تبين أن الأم تعاني من قلق، وخوف على ابنها. يمكننا إرجاع سبب هذا القلق المفرط إلى السوابق الفاعلية لهذه الأم. حيث أن الأم تعرضت أثناء طفولتها إلى صدمات عاطفية شديدة، نتيجة لموت والديها، حيث أنها لم تكن تبلغ من العمر سوى 15 سنة، (مرحلة المراهقة). وهذا ما جعلها تدخل في حالة حزن مرضي (Denil pathologique)، أي حزن شديد ومستمر.

قلق زاد في شدته ومدته، نتيجة موت ابنها الأول عن عمر 6 أشهر، نتيجة ألم صرعي (état de mal épileptique) فأصبحت الأم مجردة من الدفاعات النفسية اتجاه الموت (اضطراب في اكتساب طبيعة مصطلح الموت) مما أدى إلى ارتفاع القلق والريبة لديها اتجاه الموت وهذا ما يظهر جلياً في سلوكيات العناية المفرطة والتأثير المفرط على ابنها. أما تأثير تلك الصدمات على الجانب المعرفي للأم، فكان على شكل تعلق شديد بالمجرد (attachement au concret)، وهذا ما يظهر في سلوكيات السيطرة والتصلب في سلوكياتها.

ب- تأثير المعاناة النفسية للأم على الطفل: إن ارتفاع قلق الأم جعلها، وحسب قولها، تظن أن أي شخص يمرض فإنه لا محالة سيموت وبقيت الأم على تلك الحال إلى حين ولادة الطفل "A" أين أظهرت الأم مشاعر تعلق عاطفي قلق "sentiment d'attachement angoisé" أدى إلى اضطراب علائقي أم/طفل، حيث أن العلاقة استثنائية أم/طفل تتميز بفقر في التبادلات العاطفية (الأم موجودة بجسمها لكنّها لا تستجيب عاطفياً لحاجة ابنها العاطفية)

يبدو أن الحزن المرضي للأم قد أثر بشكل سلبي على القدرات الأمومية للأم، حيث أن الحالات الانفعالية الحزينة للأم سرعان ما عادت مع ولادة هذا الطفل. وأثرت على نموه النفسحركي، يظهر الاضطراب النفسحركي الأولي للطفل على شكل اضطرابات جسمية وظيفية، عبّر من خلالها جسمه عن معاناته نتيجة الاضطراب العلائقي أم/طفل والاضطرابات الوظيفية هي:

* مغص ثلاثة أشهر "les colliques des trois mois": واضطراب مغص ثلاثة أشهر هو عبارة عن اضطراب وظيفي يترجم القلق المرتفع داخل العلاقة التبادلية أم/طفل (Spitz 1965) أسباب المغص عديدة، نذكر منها اثنين:

* الالتماس الأولي القلق "Sollicitude anxieuse primaire": وهو عبارة عن موقف أرسلوك تظهره الأم اتجاه طفلها، سلوك يرمي إلى تهدئة الطفل الرضيع، لكن بطريقة تخلو من العاطفة، حيث أن وبشكل آلي تعطي لطفلها إما ثديها أو قارورة الحليب. هذا التباعد العلائقي، هو غير مفهوم من طرف الطفل، مما يؤدي إلى كبح قدراته العلائقية الأولية.

- الحظرية العضلية: إن الطفل بدوره، اتجاه قلق الأم، يجد نفسه ناقصا من الإشباع الليبيدي، والاستثمار النرجسي، فيعبّر عن ذلك جسميا عن طريق حظرية عضلية مفرطة.

- القيء النفسي le merycisme: إن القيء النفسي إنما هو عنصر إضافي ودال على اضطراب الأنا لدى الحالة، ممّا يدل على سوء التوظيف العلائقي أم/طفل.

- الصرع L'épilepsie :

في نهاية السنة الأولى من عصر الحالة، ظهر اضطراب جديد، على شكل نوبة تشنجية متكررة، سرعان ما أصبحت صرع، تمّ تشخيصها من طرف الأطباء كصرع من نوع (إرتجاجات عمومية myoclonies généralisées).

2 - تفسير النتائج و مناقشتها :

يبقى الآن أن نعرض لما قدمناه من نتائج بمستوياتها المختلف في محاولة الإجابة عن تساؤلات الدراسة الأساسية في إطارها العام الذي عرضنا تفاصيله من قبل. حتى تتمكن من شرح حقيقة ما يجري في العلاقة الثنائية أم/طفل نرجع إلى بعض الدراسات المقترحة من طرف 1991 Lebovici et Lamour الذين يتكلمون عن السيورة الديناميكية للتكيف المتبادل (Processus dynamique d'adaptation) و منه فإن طبيعة الديناميكية للتكيف المتبادل بين الطفل و الأم، تبدو مرضية (daptation mutuelle) (problématique). إن الميكانيزمات التكيفية لكل من الأم و الطفل، لم تنجح في تحطي العوائق القائمة بين الأم و الطفل.

و أكثر من هذا فإن ملاحظتنا أظهرت صعوبة في سيورة التنظيم (difficulté de processus de régulation) من طرف الطفل (R.Lecuyer 2004)، حيث أنه حتى و لو حاول الطفل أن يتأقلم مع سيطرة الأم، فإن محاولاته لم تستوعب من طرف الأم كما يجب. و هكذا حشر في عالم من العلاقات السلبية التي تتميز بالعدوانية و السيطرة. أما فيما يخص اضطرابات السلوك الخاصة بالأم، من سيطرة، حماية مفرطة و تصلب جسمي، يمكننا أن نفسره على أنه نتيجة للمعاش الإكتئابي، و الذي خلاله عاشت الأم في صغرها صدمات، تظهر حاليا على شكل مشاعر التملك و السيطرة.

2-1- تفسير اضطراب الإستقلالية لدى الحالة :

بفضل قراءة في تاريخ الحالة، و سوابقه المرضية، يمكننا التعرف على أشكال التعبير عن المعاناة التي عاناها الطفل و اعطاءها معنى.

و منه يكمننا طرح التساؤلات التالية :

- لماذا إنتظر الطفل إلى غاية نهاية السنة الأولى من حياته حتى يقوم بالصّرع ؟

- و ما هي الدلالة السيكوياتولوجية لهذا الصّرع ؟

من أجل الإجابة عن السؤال الأوّل، فإننا نتبنى توجّه بعض العلماء و هم (Saugnet et Delaveleye , Boochard)، يعتقد هؤلاء العلماء أنه يوجد لدى الصّغار الصرعيين سوابق مرضية، هي من تلعب دورا في ظهور الصّرع. أي أنّ الصّرع هو نتيجة لعاملين مشتركين هما : العامل

العضوي و العامل النفسي. حيث أنّ العامل العضوي يتمثل في التفريغ الكهربائي للعصبونات الدماغية، أمّا العامل النفسي فهو العمل الذي يكون في فكر الأطفال و الذي يحضّر لظهور الصّرع. أمّا من أجل الإجابة عن السؤال الثاني، لدينا 1930 Pierce Clarck الذي يقول : " يوجد بنية نفسية، طبع صرعي منذ الولادة، و الذي يسبق الظهور الإكامينيكي للنوبة الصرعية. هذه البنية ليست نتيجة للنوبة الصرعية، و لكن على العكس هي السبب. تشكل هذه البنية يمكن أن تكون صدمات الولادة و النظام، مشاكل عاطفية و اضطرابات علائقية غير محلولة، أدت إلى ضعف كبير للأنا. العالم الخارجي لا يكون إلاّ عن طريق عواطف سلبية. مما يصنع الظروف المناسبة للتكيف الاجتماعي الصحيح.

كلّ الأعمال و البحوث المتخصصة في الفهم التحليلي للصّرع، تمّ الإقرار بأنّ مرض الصّرع هو عبارة عن اضطراب عميق لميكانزمات النشاطا النفسي. من س. فرويد S.Freud إلى A.Kardiner، كلّ الباحثين أشاروا إلى اضطراب التنظيم الغريزي لدى الصرعيين، التعطلّ على مستوى الوظائف الملقاة على الأنا، و غياب التكيف الجيّد مع النشاط الغريزي. مثل هذا الجهاز المضطرب، يعيق التبادلات النفسية الداخلية ممّا يؤدي إلى حلّ الضغوط النفسية عن طريق الإستجابة العامة و البدائية للنوبة الصرعية.

و منه فإنّ النمو لدى الطفل " A " ، قد تواجه مع وضعيات عاطفية لمحيطه العائلي والاجتماعي. أين التبادل اللغوي و التواصل، ظهر غير كاف من خلال تطبيق إختبار BL-R. إنّ التأخر العاطفي العلائقي استمد من سوء التكيف العلائقي لدى الطفل، ممّا أدى إلى عدم أهلية اللّغة لدى الحالية.

لقد أدرج فالون H.Wallon مسألة هامة جدا تخصّ الإتصال المبكر لدى الطفل الصّغير الذي يكون عن طريق الإكتسابات في التقليد (l'acquisition de l'imitation) و في إكتسابات تعابير الوجه (l'acquisition des expressions mimiques)، و اقترحها كشروط هامة و غير مستغنى عنها من أجل إكتساب اللّغة.

إنّ اللّغة هي سند الحوار. كما أنّ سند اللّغة هو النمو النفسحركي، و منه يمكننا الجزم أنّ الجسم يشارك في الإتصال ما بين الطفل و الأم و أنّ هذا الإتصال يتمّ عن طريق " قنوات الإتصال " les canaux de médiation " حسب H.Wallon، ما بين القدرة الجسمية العضوية

و المحيط الإجتماعي. و هذا ما يسمح للشخص العادي أن يتطوّر أكثر فأكثر، هذا الإتصال يدرج تدريجياً عن طريق قناة العاطفة، ثمّ ينظم داخل الحظرية الإتصالية المستمرة. فهي تقتبس من العاطفة من أجل مدّ الجسم بالطاقة، حتّى يتمكن من التأثير بالآخرين و التأثير فيهم.

2-2- الإضطرابات الحظرية - العاطفية للحالة :

لقد برهن فالون H.Wallon على أهمية العلاقات العاطفية في جميع مجالات النمو لدى الإنسان، علاقات تتمّ عن طريق سلوكات حركية في حوار، هو أسبق من الحوار اللغوي، يسمى بالحوار الحظري (Dialogue tonique) لدى الطفل. و من خلال هذا يمكننا الإقرار بأنّ الإضطراب العلائقي أم/طفل الخاص بالحالة، هو نتيجة لإضطراب في الحوار الحظري و الذي ظهر عبر نتائج إختبار BL-R. حيث أنّ نتائج كل ميادين هذا الإختبار دلّت على ذلك، ففي الميدان التصوصغي-الحركي وجدنا نقص في المهارة الحركية، ثمّ في ميدان الإمساك- تناقص بصري - يدوي، وجدنا لا تناسق بصري حركي، و كذلك في ميدان الإجتماعية و الإنفتاح على العالم المحيط وجدنا غياب مؤشرات إجتماعية صحيحة و ناضجة، بالإضافة إلى ميدان اللّغة فوجدنا غياب اللّغة التشخيصية.

إنّ غياب اللّغة التشخيصية، يعني غياب الوحدات اللّغوية الأساسية مثل الضمائر : أنا، أنت، هو... من أجل تشخيص النفس و تشخيص الآخر كذلك. و هذا ما يدل و بوضوح على غياب أو تأخر في نمو الهوية و نمو مفهوم الذات. إنّ العنصر و مجال الذات الذي يؤدي إلى الإستقلالية الشخصية بقي غائبا لدى الطفل.

يمكننا من خلال هذا التوجه التحليلي، أن نقترح الإضطرابات الحظرية العاطفية، الموجودة

لدى الحالة، و التي هي على الشكل :

2-3- سوء اعتدال تصوصغي **une inadéquation posturale** :

هي تظهر مثلاً في حالات الإتصالات البصري بين الأم /طفل، حيث نلاحظ أنّ الطفل يحاول النظر إلى أمه، لكنه يتجنب ملاقاته نظره بنظرها فهو سرعان ما يحوّل نظره إلى اتجاه آخر بمجرد أن تنظر هي إليه.

* الكفّ النفسحركي Une inhibition psychomotrice :

تظهر في نشاطات و حركات الطفل، خلال إجراء الإختبارات النفسحركية لمقياس BL-R و مقياس DF-Mot، و خصوصاً في حالة تدخل الأم لمساعدته على القيام بالحركات بشكل صحيح، فهو غالباً ما يكفّ تماماً عن الحركة.

* Anomalies de إستثمار و إستعمال الجسم

: l'investissement et de l'utilisation du corps

أظهر الطفل على أنّه غير قادر على التحكم في جسمه بالوجه الكامل، و في استعماله من أجل تنفيذ الحركات، مثل : لا يمكنه إرتداء حذاءه و قميصه لوحده.

* Perturbation dans l'appréhension de التوجه المكاني

: l'espace

أظهر الطفل عدم قدرة على توجيه حركات جسمه على حسب التعليمات المعطاة له داخل المكان المحدد لها. مثلاً : فشله في تقليد حركات معيّنة كالمشي على خط مستقيم. و منه فإنّ إضطراب الحوار الحظري، هو نتيجة للحماية المفرطة للطفل من طرف الأم من جهة و من جهة أخرى ظهور الإضطرابات الحظرية العاطفية للطفل لتجاه الآخر.

لدى هذه الحالة، فإنّ الإتصالات الأولية مع الأم كانت تتميز بالتعلق القلق، و الذي أدّى إلى اضطرابات وظيفية لدى الطفل، من الفحص 3 أشهر إلى حدّ ظهور البراتونيا، بالإضافة إلى اضطرابات سلوك من نوع تبوّل لا إرادي.

خلاصة:

إنّ المتفحص لما توصلنا إليه من نتائج من خلال دراسة الحالة المعتمدة في هذا البحث سيصل إلى نتيجة مفادها أنّ الإضطرابات النفسحركية لدى الحالة " A " هي نتيجة لتشارك عدّة عوامل منها : الصّرع، عن طريق ما يخلفه من أضرار جسمية و نفسية في حياة المريض و خاصة الطفل.

و لكن كذلك يوجد عوامل لا تقل أهمية، ألا و هي العوامل العلائقية للطفل مع محيطه وخاصة مع الأم. إنّ السوابق المرضية للأم ساهمت بشكل فعال في الإضطراب العلائقي الأولي عن طريق اسقاط مشاعر الحزن المرضي على الطفل، و ساهمت كذلك في تأخر النمو النفسي الحركي اللاحق.

من خلال الدراسة التي أنجزناها. حاولنا فهم طبيعة تأثير الصرع على النمو النفسحركي لدى الطفل الصغير "A"، وهذا من خلال تبين خصائص العجز النفسحركي لدى الحالة، دور الآباء وخاصة الأم في التأسيس لهذا العجز ونتائج هذا العجز النمو الاستقلالية لدى الحالة.

من أجل هذا، قمنا بإدراج الفرضيات التالية:

- 1- إن التأخر النفسحركي يتميز بتأخر حركي وظيفي أكثر من تأخر معرفي لدى الحالة "A".
- 2- إن الحزن الذي تعاني منه الأم أدى إلى اضطراب علائقي أم/طفل
- 3- إن الاضطرابات العلائقي أم/طفل قد ساهم في ظهور الصرع لدى الحالة وكذلك في تأخير نمو استقلالية الشخصية.

حتى تتمكن من إنجاز دراستنا، قمنا باستعمال المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة، والذي يركز التقابلات العيادية، الملاحظات العيادية وكذلك اختباري (BL-R) و (DF-Mot).

لقد تمكنا من إثبات فرضياتنا الثلاث وهي كالتالي:

- فيما يخص الفرضية الأولى: إن التأخر النفسحركي يتميز بتأخر حركي وظيفي أكثر منه معرفي لدى الحالة "A"، إن هذا التأخر النفسحركي والذي تم قياسه باستعمال اختبار النمو النفسحركي (BL-R)، يتميز بتأخر حركي وظيفي وقد تم تأكيد ذلك من خلال اختبار (PF-Mot)، ومنه التنظيم الحركي هو اضطراب لدى الحالة وليس الذكاء، حيث أن الحركات يتم فهمها لكن الصعوبة تكمن في تطبيق الحركات على الوجه الصحيح.

- أما الفرضية الثانية الثانية: الحزن الذي تعاني منه الأم، قد أدى إلى اضطراب علائقي أم / طفل: "إن الخصائص العلائقية بين الأم والطفل "A"، تتميز على الوجه الخاص بالحماية المفرطة "hyper-stimulation Maternelle"، حيث نجد اضطرابات اتصال جسدي، لا توافق عاطفي، ومشاكل على مستوى التكيف المتبادل بالنسبة للموت. ومنه فإن شخصية الأم تتميز بإصابات نرجسية خطيرة: فهي كانت ضحية كذلك في طفولتها لصدمة عاطفية عنيفة، أثرت بشكل سلبي على وظيفة الأمومة لديها، أي على طريقة التعامل مع ابنها (إن الصدمات العاطفية

السابقة للأم تعيد نفسها على شكل حماية مفرطة مع الابن). ومنه نستنتج أن عواطف الأم اتجاه ابنها تتميز بتناقض، فمن جهة، تنتابها الحاجة إلى مساعدة ابنها والدخول معه في علاقة متبادلة، ومن جهة تجد صعوبة وعجز في فعل ذلك بالوجه الصحيح.

- أما بالنسبة للفرضية الثالثة: "إن الاضطراب العلائقي أم/طفل قد ساهم في ظهور الصرع لدى الطفل، كما قد أدى إلى تأخر في نمو الاستقلالية لديه. "عجز وتأخر الاستقلالية لدى الطفل يظهر على شكل اضطرابات في الوظائف البنائية للجهاز العصبي المركزي. ومنه يمكننا اعتبار أن التنظيم الحركي للطفل، نتيجة إصابته بالصرع، قد أخذ أشكال أخرى في عمله. ومنه فقد أثر على تكوين في شخصية الطفل.

ومنه فإنّ دراستنا هذه تدور حول اضطراب هو "العجز الحركي"، حيث أن الأعراض الإكلينيكية والنفسمرضية للحالة "A" تشبه ما أطلق عليه بعض العلماء ب"العتة الحركي Débilité motrice". إن الحالة "A"، كما سبق الذكر مصاب بالصرع" مما جعله يؤدي إلى اضطرابات وتأخر نفسي حركي يتميز بصعوبات في المجال التموضعي - الحركي والتناسق بصري- يدوي.

من أجل مناقشة النتائج المحصّل عليها في التقييمات النموّ النفسحركي أولاً والنموّ الحركي الوظيفي ثانياً، إلتجأنا إلى أعمال بعض العلماء الذين يوفّرون لنا الإطار النظري فيما يخصّ تأثير المرض النورولوجي على حركية الطفل الصغير. ومنهم J.Ajnniaquena, DNPRE و H.WALLON.

يعرّف DUPRE تناذر "العتة الحركي" كحالة من النقص والفشل التي يصيب الوظائف الحركية، وهي تكون حيال التكيف مع النشاطات اليومية الحياتية. لكنّه يعطي شرحاً متناقضاً: فمن جهة، يشير إلى أن "العتة الحركي" لا يعيش الحظرية العقلية ومن جهة أخرى، فهو يقرّ أنه (العتة الحركي) عبارة عن اضطراب في المنعكسات التي تكون على مستوى التمدّدات المفصلية العضلية.

ومن جهتنا، نتبنى نظرية H.WALLON. والذي منذ 1925، أعطى حقائق نظرية وتطبيقية عن النموّ التطوّري للوظائف الحركية، فهو يضع في عين الاعتبار أهمية الحظرية العضلية وتطوّر الوظائف الحظرية، حيث يقول: "إن الحظرية العضلية هي بمثابة القاعدة التي تبنى وتتطوّر عليها الحركة A.Thomas و J.Ajnniaquena قاما بدراسة تطوّر الوظائف الحركية الحظرية

وخصوصا التمدد العضلي والاهتزاز " L'extensibilité et ballant "، يوضحان من خلالهما حقيقة وجود نموّ تدريجي للقدرات الحظرية عبر مراحل العمر.

ومنه فإنّ التأخر الحركي لدى الطفل هو تأخر نمائي "retard matùatif" له علاقة باختلالات على مستوى الحظرية الحركية. فخلال نمو الطفل تكون الاضطرابات النفسحركية متداخلة مع نواحي أخرى في شخصية الطفل منذ البوادر الأولى الحسية الحركية هي غاية النشاطات الحركية الكاملة والمنتظمة.

كما أن التأخر الحركي، لا يتم شرحه من جانب وجود علاقات عصبية مسببة له، ولكن يفهم كذلك من جانب تصور نمائي. ومنه فإن الاضطراب الحركية تكون غير مفهومه، إذا قمنا بحصرها فقط في الجانب النورولوجي فبمجرد دراستنا للحركية، تواجهنا مشكلتان معتقدتان هما:
-الأولى: وهي صعوبة الأخذ بعين الاعتبار السبب الحقيقي والخالص للعجز العضوي الموجود.
-الثانية: وهي حول دور الخصائص والظروف العاطفية الاجتماعية الموجودة حول الحالة.

ومنه فحول هذه الإشكالية: قد حاولنا معرفة كيف تبدو وتتطور شخصية الطفل؟ ما هي الخصائص التي تشترك في العوائق على مستوى القدرات الحركية لدى الطفل الصغير الصرعي البراتوني؟ حول أية إشكالية، وأية ظروف يجد الطفل الصغير صعوبة في استعمال جسمه خلال تبادله العلائقي مع أمه؟

يمكننا اقتراح بعض الشروحات من أجل معرفة ذلك.

حتى نتمكن من تفسير هذه الإشكالية: نستعين بالنتائج والملاحظات التي تم استنباطها من خلال الاختبارين (BL-R و DF-Mot) عبر انجاز اختبار BL-R، ثبت أن الحالة يعاني من تأخر نفسحركي هام وخاصة تأخر على مستوى الحركية والتنقل، تأخر بقدر ب18 شهرا و 08 أيام حيث كان عمره 21 شهرا و 17يوم، أي أن عمره أثناء الاختبار كان 13 يوم و 09 يوم من أجل إثبات هذا التأخر، نرجع إلى اختبار DF-Mot، حيث أن نتائج هذا الاختبار أثبت وجود تأخر على مستوى الحركة التموضعية والتناسق البصري- يدوي، كما أن هذا التأخر هو نتيجة إلى الإصابة بالصرع فإنه بسبب كذلك اضطراب علائقي أم الطفل، حيث تبدو الأم مفرطة الحماية لابنها لا تترك أحدا ليتهم به، لا أحد يقترب منه، وخصوصا أنها تخاف من أن تتناهب نوبة صرعية، فهي تقوم بكل ما بوسعها من أجل مساعدته أثناء أداء الحركات.

هذه الحماية المفرطة وبلا شك، تكبح القدرات التواصلية الاجتماعية للطفل وتحد من اكتساباته من العالم الخارجي. فقد أثبت اختبار BL-R أن الطفل يعاني كذلك من تأخر على مستوى التفتح على العالم الخارجي، فهو لا يبدي أية اهتمامات لما يقوم به الآخرون. مما يشكل له عجزا وتأخرا اجتماعيا.

ثم من خلال نتائج اختبار PF-Mot يمكننا اتخاذ إمكانية إصابة الحالة ب "عجز حركي" (وهو عجز التوظيف الحركي بسبب سوء استعمال الطاقة الحركية) أكثر منه "عنه حركي"، إن الاضطراب المسقى ب "البراتونيا" هو نتيجة العجز الحركي الموجود، الناتج عن وجود مشكل نورولوجي إلى تأخر حركي. فالحالة يواجه صعوبات في استعمال حركاته وفي التحكم في اتجاهاته الجسمية خلال نشاطاته.

- 01- Ajuriaguerra. J, G.B. Soubiron, la psychiatre de l'enfant, Masson, 1959.
- 02- Ajuriaguerra. J, Cahen. M, tonus corporel et relation avec autrui, revue de medecine psychosomatique, 1960.
- 03- Ajuriaguerra. J, Soubiron.G.B, indication et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatre infantile, la psychiatrie de l'enfant, 1959.
- 04- Ajuriaguerra. J, le corps comme relation, revue suisse de psychologie pure et appliquée, 1962.
- 05- Beauchesne.H, Guy.B, l'épilepsie chez l'enfant, Paris, DUNOD, 1980.
- 06- Baudier.A, Céleste.B, le développement affectif et social du jeune enfant, NATHAN, 2002.
- 07- Beauchesne.H, l'épileptique, Paris, DUNOD, 1980.
- 08- Beauchesne.H, guide de l'épilepsie, Economica, Paris, 1991.
- 09- Bouvard.C, l'épileptique et les autres, Simep, 1974.
- 10- Berges.J, du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant, Masson, 2008.
- 11- F.Goly, G.Labes, psychopathologie développementale et troubles psychomoteurs, Papyrus, 2009.
- 12- F.Goly, G.Labes, tonus et psychomotricité, Papyrus, 2009.
- 13- Grassier.J, le développement psychomoteur de 0 à 3 ans, Masson, 1982.
- 14- Lehalle.H, Melier.D, psychologie de développement, DUNOD, 2002.
- 15- Mazet.P, Stoléru.S, psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Masson, Paris, 2003.
- 16- Parain.D, Plovin.P, EEG dans les syndromes épileptiques de l'enfant, psychiatre enfant, Paris, 1971.
- 17- Roger.L, le développement du nourrisson, Paris, DUNOD, 2004.
- 18- Soulas.B, deuil et apparition des crises épileptiques chez l'enfant, revue, française de psychanalyse, 1978.

- 19- Soulas.B, Brpussaud.G, les facteurs psychologiques de l'épilepsie infantile, perspectives, Paris, 1980.
- 20- Stephen.N, Nadeau.E, neurosciences médicales, Elsevier, 2006.
- 21- VaivreDouret, précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant, Elsevier, Paris, 1997.

مراجع باللغة العربية:

- 1- سامي سلطي عريفج: سيكولوجية النمو، دار الفكر، الأردن، 2007
- 2- نادية أحمد عباس: تطورات الطفل الاجتماعية وتربيته، دار الفكر العربي، بيروت، 1997.
- 3- حمزة الجبالي: النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي عند الطفل، دار صفاء، الأردن 2005.
- 4- ليونال روسن: ترجمة جورجيت الحداد، التفتح النفسي الحركي عند الطفل، عويدات للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، 2001.
- 5- راتب أسامة كامل: النمو الحركي، القاهرة، دار الفكر العربي، 1994.

Résumé :

Ce travail cherche à préciser les déficits de l'autonomie du moi en rapport à l'épilepsie paratonique du premier âge. La problématique abordé est celle de la nature de l'influence de l'épilepsie sur le développement psychomoteur d'un petit enfant . La référence est faite principalement à l'œuvre d'Henri WALLON et de Julian de Ajuriaguerra.

Mots clés :epilepsie.petite enfance.paratonie.developpement psychomoteur.autonomie du moi.

الملخص:

حاول هذا العمل ضبط عجز الاستقلالية للأنا وعلاقتها بالصرع البراتوني في الطفولة الأولى. الإشكالية كانت حول تأثير الصرع على النمو النفسحركي لطفل صغير. أما فيما يخص النظرية المرجعية، فلقد تم تبني بشكل عام نظرية هانري فالون وجوليان دي أجوريا قيرا. الكلمات المفتاحية : الصرع . الطفولة الأولى. البراتونيا.النمو النفسحركي.استقلالية الانا

Summary :

This work has tried to précise the failure of the ego automony and its relationship with paratonic epilepsy in the early stages of infancy. The problematic was that the nature of epilepsy effect on psychomotor development of a young child concerning, the basic theory wich has been taken generally the theory of Henri WALLON and Julian de Ajuriaguerra.

Key words : epilepsy early infancy .paratony.psychomotor development.ego autonomy