الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة منتوري – قسنطينة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

رقم التسجيل : .....

الرقم التسلسلي :.....

مذكرة مقدمة لنيل

شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

فرع: علاج نفسي

تحت عنوان

الجلد لدى الطفل ذي الأب المريض عقليا

دراسة إسقاطيه مقارنة

للطالبة : مريم شرشاري

إشراف : د . محمد مزلاح

أعضاء لجنة المناقشة :

أ. د. هاروني موسى	رئيسا	أستاذ التعليم العالي	جامعة منتوري قسنطينة
د. مزلاح محمد	مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر	جامعة منتوري قسنطينة
د. سلاحي فاطمة الزهراء	عضوا مناقشا	أستاذ محاضر	جامعة منتوري قسنطينة
د. بولكور شفيقة	عضوا مناقشا	أستاذ محاضر	جامعة منتوري قسنطينة

السنة الجامعية : 2011-2012

تشكرات

أتقدم بشكري الخالص للأستاذ الدكتور مزلاح محمد الذي تفضل بالإشراف على هذه المذكرة . أقدر دعمه لي وسعة صدره ومتابعته العلمية والبيداغوجية لهذا البحث .

كما لا يسعني إلا أن أتوجه بالشكر والعرفان والتقدير إلى أستاذي الفاضل البروفيسور موسى هاروني الذي شجعني على المضي في دراسة هذا الموضوع وكانت توجيهاته البناءة تجسيدا لروح البحث العلمي . كما اعترف دوما بجميل أساتذة قسم علم النفس .

وشكر وعرفان لكل من وقف إلى جانبي في سبيل انجاز هذا البحث جزاه الله عني كل خير واحمد الله الذي وفقني إلى إنهاء هذا البحث المتواضع ، واحمده عز وجل على منحي الصبر كي أتغلب على الصعاب التي واجهتني .

إهـــداء

كل حبي وامتناني لمن كانت دوما وصي جلد لي ، ساندتني في كل مراحل دراستي وما كان ليسعدها سوى رؤيتي أنهي هذا البحث "خالتي العزيزة يمينة" دون أن أنسى فضلك يا أمي.

إليكما و إلى كل العائلة أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع

فهرس المحتويات

العنوان **الصفحة**

مقدمة، إشكالية.....08-01
الفرضيات النظرية 09-09
الهدف من الدراسة 10-10

القسم الأول : الجانب النظري

الفصل الأول: الجلد

1 -الهشاشة ، الصدمة والجلد..... 15-13
2 - مفهوم الجلد..... 15-15
2-1- تعريف الجلد.....16-15
2-2 - تاريخ تطور المفهوم..... 18-16
2-3- تعريفات حول الجلد..... 19-18
3 -عوامل الحماية..... 23-20
4 -الجلد كسيرورة 23-23
4-1- تفعيل المصادر الفردية الداخلية 24-24
4-1-1 - سمات الشخصية المساعدة في إرساء سيرورة الجلد 26-23
4-1-2- زمنا الجلد 26-26
4-1-3- معايير. C de TYCKEY 27-27
1. الصدمة كعامل للجلد..... 28-27
2. استخدام ميكانيزمات الدفاع..... 32-29
3. التعقيل..... 33-32
4-2- العوامل الخارجية المساهمة في الجلد..... 34-34
4-2-1- نمط التعلق..... 36-34
4-2-2- أوصياء الجلد 37-36

5 -قياس ومعايير تشخيص الجلد 40-38
6 -محدودية المفهوم ونقد.....43-41
خلاصة الفصل 44-43

الفصل الثاني : الوظائف الوالدية

1 -تأثير الوالدية في البناء النفسي للطفل 49-46
2 -الوظائف الوالدية .....50 -50
2-1- وظيفة الأم 50-50
2-1-1- التفاعلات أم- طفل : من التعلق الى التفرد 52-50
2-1-2- الرعاية الامومية الأساسية.....53-52
2-1-3- وظائف الام جيدة كفاية 54-53
2-1-4-الوظيفة الحاوية 54-54
1. الأنا الجلدي 55-54
2. وظيفة المرآة 56-55
3. القدرة الحلمية للأم 57-56
2-1-5- الحرمان من الأم.....60-57
2-2- الوظيفة الأبوية 60-60
2-2-1-الأبوة.....62-60
2-2-2- وظيفة الأبوة.....63-62
2-2-3- وظيفة الأب.. 63-63
2-2-3-1-وظيفة الأب غير المباشرة 63-63
2-2-3-2- وظيفة الأب المباشرة 64-64
1. الأب كمستلم للسلطة وحامل للممنوع 64-64
2. الأب كطرف ثالث فاصل 65-64
3. الأب كنموذج تقمص 67-65
2-2-4- الأوديب 69-68

2-2-5-وظائف عقدة أوديب 69-70
2-2-6- نتائج عوز الوظيفة الأبوية.....71-73
خلاصة الفصل 74-74

الفصل الثالث : المرض العقلي الوالدي ونتائجه على الطفل

(عوامل الخطر / عوامل الحماية)

1 -وضع الأطفال ذوي الآباء المرضى عقليا.....76-77
2 -أثر التفاعلات النفسو مرضية العائلية على الطفل..... 77-77
2 -1 - الطفل العرض أو المريض المقصود.....77-79
2 -2 - الجنون بين اثنين والهذيان بين الأجيال 79-82
3 - معاش الطفل ذي الوالد المريض عقليا..... 82-85
4 - اضطرابات الوظيفة الو الديق للوالد المريض عقليا 85-85
4 -1 - الخصائص النفسية للآباء المرضى عقليا والعلاقة بالموضوع.....85-86
4 -2 - الإهمال الوالدي 87-87
5 - تأثيرات مرض الوالد العقلي (عوامل الخطر).....88-88
5-1-التأثيرات الجينية 88-89
5-2- التأثيرات المحيطية 89-89
1. السلوك الوالدي 89-90
2. العلاقة الزوجية 90-91
3. النظام العائلي.....91-91
4. عوامل توتر المحيط 91-91
5. مميزات الطفل 92-92
6 - عوامل الجلد (عوامل الحماية).....93-94
7 - التكفل النفسي : تفعيل عوامل الجلد 95-96
خلاصة الفصل 96-97

القسم الثاني : الجانب المنهجي والتطبيقي

الفصل الرابع : منهجية البحث

1 -منهجية البحث 102-100

2 -تذكير بالفرضيات النظرية 103-102

3 -فرضيات العمل 103-103

4 -معايير اختيار الأطفال 104-104

4-1- معايير مشتركة بين الأختين.....104-104

4-2- معايير خاصة بالطفل الجلود 104-104

4-3- معايير خاصة بالطفل غير الجلود 104-104

5 -أدوات البحث المستخدمة 105-105

5-1- المقابلة نصف الموجهة 107-105

5-2- الاختبارات الإسقاطية 107-107

1. اختبار الروشاخ 110-108

2. اختبار رسم العائلة.....113-111

الفصل الخامس : تقديم الحالات وتحليل المعطيات

1 -تقديم الطفلتان.....116-115

2 -تحليل المعطيات على ضوء الفرضيات 117-117

2-1- الطفلة الجلودة : ليلى 117-117

2-1-1-تحليل الفرضية (1): الأم وصي نمو أساسي 119-117

2-1-2- تحليل الفرضية (2) : راشد بديل أبوي وصي نمو بديل 120-119

2-1-3- تحليل الفرضية (3): ميكانيزمات الدفاع وآليات الإرصان.....125-121

2-2- الطفلة غير الجلودة : أمال.....126-126

2 -2-1- تحليل الفرضية (1): ا- ر ي و أساسي 127-126

2-2-2- تحليل الفرضية (2): راشد بديل أبوي وصي نمو بديل.....127-128
2-2-3- تحليل الفرضية (3) : ميكانيزمات الدفاع وآليات الإرصان....128-130
3 -التحليل العام 131-135
4 -خلاصة عامة.....136-138
قائمة المراجع.....140-150
الملاحق.
الملخص..

مقدمة ، إشكالية :

تبرز الاضطرابات السلوكية و كذا المرضية النفسية كإحدى نواتج قصص الطفولة المجروحة ، العلاقات العائلية المحرومة ، أو لمواجهة أحداث الحياة الصادمة . أمام هذا السياق ، ركزت الممارسات الوقائية أساسا على تقييم عوامل الخطر و الهشاشة لتوضيح الإضطرابات النفسية و السلوكية الناتجة من اختلال الوظيفية العائلية و قصور المحيط النفسو عاطفي للطفل ، بغية مساعدة الأفراد و بالتالي تقدير خطر لاحق.

حيث دارت الأبحاث حول الأعطاب و المرضية محاولة استخراج صعوبات التكيف وكذا التظاهرات الحصرية ، التثبيطات ، السلوكات المضادة اجتماعيا الناتجة من تهديد خارجي وهكذا ظل الطفل يرى ضمن مقاربة عيادية- مرضية من زاوية الهشاشة النفسية و عوامل الخطر .

فوفق نموذج الهشاشة la vulnérabilité الذي يقدمه العالم O Bourguignon في مقاله " Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant " فإن : « حدوث وضعية تحتمل خطر فيزيقي أو نفسي تتطلب من الطفل تكيفا ثمنه عادة أعراضا و مشاكل سلوكية فورية أو متأخرة » (2000,p.77-79)

وتعود الهشاشة حسب تعريف E.Werner et RS.Smith 1992 والذي ورد في كتاب Marie Anaut " La Résilience, Surmonter les traumatismes " إلى : « استعداد لدى الطفل على تطوير اضطرابات نفسية أو سلوكية قادرة على الإخلال بتكيفه ، هاته الهشاشة الشخصية ترتبط وفق الصفات التي يتميز بها الطفل "حساسيته ، ضعف إمكانيات المواجهة لديه إزاء عوامل الخطورة أو الأحداث الضاغطة ، وعلى قدراته المعرفية ...الخ » (2003, p.16)

ضمن هاته الرؤية ، تساهم الهشاشة الداخلية للفرد إذن في إضعاف قدرته للاستجابة على الأحداث التي تسببها عوامل الخطورة المحيطة . كذلك حسب مميزاتهم الشخصية يستجيب الأطفال بصفة متباينة إزاء عوامل الخطر . ما يفسر أنه إزاء عوامل خطر مماثلة ، يطور بعض الأطفال اضطرابات نفسية في حين لا تظهر لدى آخرين .

وإذا دلت الهشاشة على وضع مقاومة أقل للاعتداءات ، فإن التهشيشية vulnérabilisation تأتي لتعلم عن الصدمة . تحدث صدمة عندما يوجد الأنا مجتاحا من طرف شدة انفعالية التي تتعدى إمكانيات الاندماج النفسي ، عندما تكون الدفاعات الموظفة غير كافية لحماية الفرد . (Anaut.M., 2003, p.14)

يكون الأنا هكذا مضطربا من الشدة الانفعالية للحدث المفاجئ القوي، لكن كذلك كما يذهب C de Tyckey في مقاله " Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience " : « إزاء حرمانات أو تراكمات أحداث أو خبرات التي بتواترها توصل إلى شدة صدمية لسياق الحياة ». وتنتج التهشيشية إذن من مقابلة صدمة أحادية أو متعددة العوامل أين تخل شدتها بأنا الفرد و بقدراته على الإجابة . (2001, p.50)

و قد وجد أن الاستجابات السلوكية للأطفال إزاء وضعيات صدمية مختلفة يمكن أن تصحب باضطرابات يطلق عليها أحيانا اضطرابات ردودية troubles réactionnelles التي تتضمن تظاهرات لاضطرابات مختلفة : عدم استقرار ، عدم انتباه ، و أحيانا الفشل المدرسي و سيكوباتية سلوكية (سرقة ، هروب ...) مرورا باضطرابات نوم ، اضطرابات نفسو جسدية ، أو كذلك حالات اكتئابية. (Anaut.M., 2003, p.20)

كذلك، فان الطرح المتعلق بأفراد تعرضوا لصدمات أو تراكمات من حرمان علائقي كبير يظهر تنوعا كبيرا في أنماط استجاباتهم ، عدد من الأفراد الذين يعتبر أنهم في خطر à risque ينجحون في التكيف جيدا و في بناء ذواتهم من وجهة نفسية بالرغم من الظروف المعاكسة و الأحداث الضاغطة أو الصدمات التي تعرضوا لها .

يحث هذا التنوع في الاستجابات الفردية حسب رأي M Anaut في مقالها : " Trauma,Vulnérabilité et Résilience en protection de l'enfance " للخروج من نموذج فهم مرتكز حصريا على الآثار النفسو مرضية و دراسة التهشيشية إلى اعتبار كذلك الموارد و عوامل الحماية لدى الأفراد و محيطاتهم . (2002, p.102-105)

أوضحت الملاحظات و الأبحاث العيادية أن هؤلاء الأطفال و المراهقين الذين قاوموا تهديد الإختلال النفسي، نتيجة لمواجهتهم صعوبات علائقية عائلية أو حرمانات عاطفية التي عرفوها منذ طفولتهم الأولى، قد طوروا سلوكات متكيفة مع محيطهم و استعملوا ميكانيزمات دفاع سمحت لهم من الإحتماء نفسيا و بناء ذواتهم ، ليس فحسب يتوصل هؤلاء الأفراد إلى تجنب الاضطرابات النفسية في سياقات تعد صادمة بالنسبة لآخرين ، و لكن كذلك ، يبدو أنهم يأخذون من هاته الخبرات موارد ressources تقويهم و تمنحهم مخرجا نفسيا ressort psychologique . (Anaut.M., 2002, p.102)

فبعض الأطفال و المراهقين يتبنون إذن استجابات متكيفة جدا إزاء وضعيات صعبة من وجهة نظر نفسية و فيزيقية و اجتماعية .

وهكذا بدا لنا من المهم التعرض إلى إشكالية الأطفال الذين يعيشون في سياق المرض العقلي لأحد والديهم ، لما تحتمله هذه الوضعية من هشاشة كبيرة . ما يجعل اعتبارهم فئة ذات خطر عال à haut risque لتطوير مشاكل صحة عقلية، حيث أن خبرة العيش مع والد مريض عقليا تساهم وفق ما يذهب إليه كل من M.Boily, V.Lew (1997) في مقالهما : " La Négligence parentale en psychiatrie...la prévenir " بتأثير ممرض و حتى صدموي بالنسبة للطفل ، فتكون مصدرا لاضطرابات نمو و معاش مؤلم لديه : حصر، قلق، خلط شعور بالذنب ، لا أمن ...الخ .

وفي مقاله : " L'enfant face à la maladie mentale de ses parents . impact et traitement en placement familial " ، يرى H Rottman أنه أمام قصور الوظيفة الوالدية نتيجة المرض، و بمواجهتهم لاختلال الروابط الوجدانية و العائلية ، يلجأ بعض الأطفال في هذا السياق إلى ميكانيزمات دفاع مرضية قصوى ليتمكنوا من التكيف مع محيط لا يهتم بحاجياتهم و لا بقدراتهم . (2001,p.178-179)

فيطورون نتيجة لذلك اضطرابات نفسية و سلوكية ، و يتجه مصيرهم إلى التكرار عبر الجيلي la répétition transgénérationnelle ، في حين يقاوم البعض الآخر من هؤلاء الأطفال تهديد الاختلال النفسي ، و يظهرون تكيفا علائقيا و اجتماعيا ملفتا للانتباه . يتعلق الأمر هنا بسلوك راجع لإرساء سيرورة جلدية processus résilient .

و لفهم هذا التكيف ، و الوظيفة النفسية لأطفال في خطر ، الذين يحتمون من وضعيات علائقية فاشلة كليا و صدموية ، أقترح نموذج الجلد La Résilience و عوامل الحماية Facteur de protection .

يسمح الجلَد بمقاربة نظرية لهاته الوضعيات على اعتبار أنه : « قدرة مقاومة الصدمات و مواصلة النمو طبيعيا ضمن ظروف صعبة». (Bourguignon.O., 2000, p.80)

فالجلد ، مفهوم حديث الظهور في العلوم الإنسانية ، قاد إلى تغيير الرؤى في علم النفس المرضي ، مفترضا رؤية أخرى لأجل استخدام أفضل لاستراتيجيات التدخل . إنها طريقة جديدة لطرح الصعوبات النفسية بالتركيز على المصادر أكثر من الأمراض و نتائجها السلبية .

يعود مصطلح الجلد la résilience باللاتينية Resilientia إلى علم فيزياء المعادن، مميزا بذلك مقاومة معدن لصدمة فيعاود إيجاد وضعه الأصلي بعد أن تعرض لتشوه. أصل الكلمة اللاتيني résilio يدل على القفز الجيد إلى الأمام rebondir, rejaillir .

أخذ معنى آخر في علم النفس ، على اعتبار أنه لا يقتصر على المقاومة لكن يشتمل على طابع ديناميكي فحواه أن : « الفرد المتعرض لصدمة يعيد بناء ذاته se construire و يتقدم إلى الأمام rebondit » .(Vanistendael.S,Lecomte.J. ,2000)

و يعود ظهور هذا المفهوم إلى عام 1980 بعد أعمال Emmy Werner حول أطفال kawai، توسع بعدها بشكل كبير في مختلف المجالات، و يرجع شيوع المفهوم إلى نجاح أعمال Boris Cyrulnik.

في حين، يظل مفهوم الجلد مفهوما غير دقيق مفترضا مقاربة بيانية وصفية أكثر منها مفاهمية ، ولهذا لم توجد تعريفات ذات معنى موحد. ما قدمه العالمان M.Manciaux et S.Tomkiewicz (2000) في مقالهما : " La résilience aujourd'hui " ، يوضح على الأقل أهمية التركيز أساسا على جوانب ديناميكية : « résilier يعني التعافي ، الاستئناف se rependre ، التقدم نحو الأمام بعد مرض ، صدمة ، بعد إجهاد .إنه تجاوز الخبرات وأزمات الوجود ، أي مقاومتها ثم مجاوزتها لمواصلة العيش بصفة جيدة على قدر الإمكان، إنه إبرام عقد مع الصعوبة » .

و قد قاد هذا المفهوم الجديد المختصين في مجال الأطفال في صعوبة عائلية إلى تعديل نظرتهم حول مستقبل هؤلاء الأطفال ، بتوجيه الاهتمام إلى المهارات التي يطورها بعضهم لتفعيل مصادر تكيفية إزاء الصدمات .

فعلى الصعيد الإبستمولوجي ، يشكل الجلد تحديا يتمثل في فهم الآليات التي تسمح بتكيف جيد إزاء الوضعيات الصعبة ، و بالتالي البحث في عوامل الحماية التي ترجع حسب M.Rutter (1993) إلى : « التأثيرات التي تعدل و تحسن و تعزز استجابات الفرد إزاء الأحداث ». كما اتفق عدة علماء على أن عوامل الحماية الداخلية منها كما الخارجية ليست ذاتها لدى الجميع بل تختلف نوعيا حسب كل شخص.

وإن استخرجت الدراسات حول المنافذ لدى أطفال يعاني أحد والديهم من مرض عقلي عدة مصادر للخطر و للحماية، تمثلت هذه العوامل في : مميزات الزوج (ة) ، عوامل الإجهاد، دعم المحي ط، مميزات الطفل مثل المزاج والأنماط المعرفية...

(*RTTP//Site.Voila.Fr/Famille–dépression/parentsenfants/chapitre4htm*)

أو كما وجد M. Rutter (1971) : زوج في صحة عقلية تامة، الحفاظ على علاقة جيدة مع الأب، استعادة الوئام العائلي، مزاج سهل لدى الطفل .

إلا أن هاته الدراسات وقفت جميعها عند مستوى المسح و الوصف و الملاحظة لعوامل الجلد ، دون أن تهتم بدراسة الجلد كسيرورة ديناميكية تركز على الجوانب الدينامية و بين الذاتية في تكوين الشخصية

أي ضمن رؤية تكاملية تأخذ بعين الاعتبار النماذج الداخلية النفسية intrapsychique و الواقع الخارجي réalité extérieure لكل فرد. هنا ، فإن المقاربة التحليلية تقدم توضيحا في دراسة ظواهر الجلد من حيث كونه سيرورة .

فعلى المستوى الداخلي نفسي ، يفترض الجلد اللجوء إلى ميكانيزمات دفاع متكيفة لكن كذلك على عمل الوضع في معنى أي "التعقيل" .

ويعود التعقيل وفق C de Tyckey إلى : « الترجمة إلى كلمات ، إلى تمثيلات لفظية مفهومة الصور و المشاعر المحسوسة لأجل إعطائها معنى اتصالي للذات قبل الآخر » ويعتبرها كذلك أنها تتأسس مبكرا عبر نوعية الوساطة الأمومية أو لبديلها .(2001, p.56)

كذلك ، فإن اللجوء إلى ميكانيزمات الدفاع يثمن دوره في إرساء سيرورة الجلد إذا وفقط إذا كانت متكيفة ، أي تستعمل بطريقة مرنة و مؤقتة غير معيقة لعمل الوظيفة النفسية للفرد،وأنه وإذا كانت ميكانيزمات الدفاع تؤسس الجلد على المدى القصير، فإنه وحده التعقيل وثراء الفضاء التخيلي يهيكلانه على المدى البعيد. (Tyckey.C., 2001, p.53-55)

و في إشارة إلى دور المحيط في إرساء سيرورة الجلد ، ذهب بعض الباحثين و العياديين إلى أن التجارب العلائقية الأولى المبكرة خاصة مع الأم أساسية لتطوير الجلد ، حيث تؤكد L Kreisler في توليفتها " La résilience " أنه : « يجب البحث عن أسس الجلد ضمن العلاقة المبكرة جدا بين الأم و طفلها خاصة من خلال الاستناد l'étayage ، تقام هكذا روابط مميزة بين الأم و ابنها تجعل من الأم الموضوع الأول بالنسبة للطفل و هي عادة تمثل صورة التعلق الرئيسية ». (2000, p.2-5)

حيث توضح نظرية التعلق للعالم J. Bowlby أن التفاعلات أم- طفل التي تتأسس منذ الأيام الأولى من حياة الطفل، هي قاعدة الشعور بالأمن لدى الطفل الذي يعد ضروريا كي يتفرد و يستقل و يتفتح على العالم. في حين يجب أن يكون أمنا كفاية كي يتحقق ذلك مما يستوجب على الأم أن تكون بتعبير D.W Winnicott أما جيدة كفاية mère suffisamment bonne ، أين تسمح رعايتها الأمومية بمنح الطفل شعورا باستمرارية وجوده الذي يعد ضروريا ليطور الطفل شعوره بوجوده و يشيد أنا ذاتي.

و هكذا ترتبط قدرة الجلد حسب أعمال P Fonagy et al (1994) « بنمط تعلق آمن » un style d'attachement sécurisant. (cité par Anaut.M, 2003, p.69)

و من بين عوامل الجلد الخارجية ، تطرح كذلك إمكانية نسج روابط مع التقاء ايجابي rencontre signifiante يكون بمثابة نموذج استناد modèle d'étayage تستند عليه قوى الفرد الداخلية .

يتعلق هذا الإلتقاء الايجابي بالشخص الذي سيكون للطفل بمثابة نموذج تقمص و يمنحه الثقة و تقدير الذات ، هذا الشخص يمكن أن يكون فردا من المحيط العائلي الموسع أو من خارج العائلة ، يكون وفق تسمية Boris Cyrulnik (2001) في كتابه " Les vilains petits canards " : وصي جلد فعلي un vrai tuteur de résilience .

وما استوقف انتباهنا في الميدان ، حالتا أختان تعيشان في عائلة تعرف صعوبات مع أب مريض عقلي(ذهاني) ، وتتعرضان يوميا لهذا السياق الصدمي ، إلا أنهما مختلفتان في أدائهما الفردي ومستقبلهما النفسي . فالطفلة الأولى يبدو أنها تتعدى هذا الوضع العائلي المتدهور بوضوح ، وتبدي نموا نفسيا متوافقا وتكيفا اجتماعيا بنجاح مدرسي بارز، نقول إنها "جلودة " résiliente . في حين أختها فبالعكس ، تبدي مشاكل كثيرة على المستوى النفسي اجتماعي ، السلوك ، وتأخر مدرسي نقول أنها " غير جلودة " non résiliente .

و إذا ما كنا بصدد دراسة الجلد لدى الطفل ذي الأب المريض عقليا ، فإننا نركز بحثنا إذن على عوامل الحماية الداخلية النفسية (ميكانيزمات الدفاع وآليات الإرصان النفسي " التعقيل والفضاء التخيلي ") و عوامل الحماية الخارجية (أوصياء جلد) التي تساهم في إرساء سيرورة الجلد لدى هذا الطفل.

وبالتالي نريد فهم ، كيف أمكن للطفلة الأولى تطوير سيرورة جلدية بالرغم من التأثير الممرض لسياق مرض أبيها العقلي ، من حيث قصور وظيفته الأبوية واختلال العلاقات العائلية ، في حين الطفلة الثانية المعرضة لنفس هذا السياق طورت هشاشة كبرى . وذلك بمحاولة فهم الدور الفاعل والمتمايز لهاته المحددات الذاتية (الداخلية النفسية) والخارجية لدى الأختين.

وسنحاول الإجابة إذن من خلال هذا البحث على التساؤلات التالية :

- ما الذي سمح للطفل الذي يواجه السياق الصدمي لمرض أبيه العقلي من استئناف نموه والتقدم ؟ وماهي العمليات الفاعلة ضمن سيرورة الجلد لديه ؟

- وماهي العوامل التي توفرت في مسار الطفلة الأولى ساهمت في إرساء سيرورة الجلد لديها ، في حين أدى قصورها إلى تكوين هشاشة معتبرة لدى الأخت الثانية ؟

الفرضيات النظرية :

و انطلاقا من الإعتبارات التي طورناها آنفا ، نقترح ضمن هاته الدراسة الكشفية ثلاث فرضيات هامة ، أين تتعلق الأولى بدور الأم (التي لا تعاني مرضا عقليا) كوصي نمو أساسي tuteur essentiel de développement و استثمارها المتمايز لكل من الطفلتين، و الفرضية الثانية المتعلقة بتوفر في محيط الطفل راشد يكون بمثابة بديل أبوي و دوره كوصي نمو بديل tuteur substitut de développement ، و أخيرا الفرضية الثالثة والمتعلقة بمميزات الوظيفة العقلية " التعقيل و الفضاء التخيلي " ، و كذا لجوء الطفلتان لميكانيزمات دفاع خاصة .

الفرضية (1) : الطفل الجلود استفاد من استثمار عاطفي من طرف الأم " وصي النمو الأساسي " مكنه من إقامة رابط تعلق آمن وساهم في نموه و بناء ذاته. في حين لم يستفد الطفل غير الجلود من هذه العلاقة الآمنة مع أمه.

الفرضية (2) : الطفل الجلود التقى براشد بديل أبوي ، كان بمثابة " وصي نمو بديل" مثّل قطبا تقمصيا إيجابيا ، مكنه من إستدخال صورة أبوية ايجابية وساهم في دخوله ضمن الدينامية الأوديبية . مقارنة مع الطفل غير الجلود الذي لم يجد في محيطه أهدافا تقمصية جيدة ولا بديلا أبويا قادرا على منحه نموذجا أبويا إيجابيا يستدخله .

الفرضية (3) : الطفل الجلود لديه وظيفة عقلية ثرية " تعقيل ذا نوعية جيدة و فضاء تخيلي ثري " ويستخدم ميكانيزمات دفاع متنوعة وبطريقة مرنة ومتكيفة ، تسمح له بارصان جيد لصدماته وتضمن له تكيفا اجتماعيا . بعكس الطفل غير الجلود الذي يفتقر لقدرات ارصان جيدة " قدرة تعقيل قاصرة وفضاء تخيلي فقير " بالإضافة إلى لجوئه لميكانيزمات دفاع محدودة وغير فاعلة ويستخدمها بطريقة متصلبة ، ما يؤدي إلى تطوير أعرا ض مرضية وصعوبات تكيف .

الهدف من الدراسة :

الجلد إذن بحداثة مفهومه وتعقده ، ولما يقدمه نموذجه من فهم لتكيف والوظيفة النفسية لأطفال يحتمون من وضعيات علائقية عائلية فاشلة كليا وصدموية ، بدفع التحليلات المؤسسة على النموذج النفسو مرضي ، وبالتركيز على القدرات التي يطورها بعض الأطفال إزاء الصعوبات العائلية ، يستحق أن يدرس من أجل تحديد الأسس التي تستند عليها سيرورة الجلد من وجهة نظر نفسو دينامية ، بمحاولة مقاربة العوامل الداخلية النفسية intrapsychique (آليات الإرصان النفسي " نوعية التعقيل والفضاء التخيلي " وميكانيزمات الدفاع) والعوامل الخارجية (أوصياء الجلد) الفاعلة ضمن هذه السيرورة.

الهدف العام لهاته الدراسة إذا ، هو محاولة فهم واستخراج عوامل الحماية الداخلية النفسية وعوامل الحماية الخارجية التي تؤس س الجلد لدى أطفال تعرضوا منذ طفولتهم المبكرة لسياق المرض العقلي الوالدي ، ضمن مقاربة مختلفة لآثار مرض الأب العقلي على الأطفال. وتغيير الرؤى الحتمية لتطوير مشاكل نفسية واجتماعية نتيجة العيش مع أب مريض عقليا. وبالتالي حث الممارسين للاهتمام والتكفل بهذه الفئة والعمل دائما على تفعيل الجلد لديها .

القسم الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

الـجَلَـد

La Résilience

1 -الهشاشة الصدمة و الجلد:

إن ملاحظة الممارسات العيادية المتعلقة بحماية الطفولة ، توضح شيوع وسيطرة نموذج علم النفس المرضي و الهشاشة vulnérabilité. تركز كذلك ممارسة الوقاية على تقييم عوامل التهشيش ، وتوضيح الاضطرابا ت النفسية والسلوكية الناجمة عن الاختلال الوظيفي العائلي ، وقصور المحيط النفسو عاطفي للطفل .

يمكن أن تعرف الهشاشة : « كحالة مقاومة اقل للاعتداءات و المنغصات ، وتدل على الاختلافات بين الأفراد » . (Anaut.M., 2003, p.13)

لدى الطفل ، تطرح الهشاشة أمام عوامل الخطورة : أحداث مجهدة أو وضعيات ذاتية أو بيئية تزيد من احتمال تطوير الفرد الاضطرابلت نفسية أو سلوكية.

يقصد بعوامل الخطر في علم النفس تلك المتغيرات المرتبطة بظهور لاحق لأمراض أو سوء تكيف، وفي معنى أوسع يعود تعريف عوامل الخطر إلى Marceli (1996) عامل خطر يكون « حدث أو ظرف عضوي أو محيطي يزيد من احتمال تطوير الطفل لمشاكل انفعالية أو سلوكية ». (cité par Anaut.M., 2003, p.25)

ما يؤدي إلى تعيين عوامل الخطر في ثلاثة فئات:

- عوامل مركزة حول الطفل: ولادة مبكرة، مرض جسدي مبكر، خلل معرفي...
- عوامل تتعلق بالتشكيلة العائلية : الانفصال عن الوالدين ، العنف، الكحولية، موت قريب...
- عوامل اجتماعية محيطية : تدهور اجتماعي اقتصادي...

ونجد S Ionescu (2002) يفرق بين أخطار ذات طبيعة بعيدة distale : طلاق الوالدين، مستوى اجتماعي اقتصادي متدني، أمراض نفسية للوالدين... . و أخطار مجاورة proscimale : الاعتداءات، الاستغلال الجنسي، سوء المعاملة الجسدية و النفسية ، الإعاقة ... .(cité par Anaut.M., 2003, p.45)

التهشيشية vulnérabilisation ، تأتي لتدل على الصدمة من حيث مواجهة صدمة واحدة أو متعددة العوامل ، أين تتعدى شدتها إمكانيات أنا الفرد في الاستجابة . يجد الأنا نفسه مضطربا نتيجة الشدة الانفعالية للحدث المفاجئ . أو تكون كذلك « إزاء حرمانات أو تراكم أحداث أو خبرات بتواترها توصل إلى شدة قوة صادمة » . (Tykey.C., 2001, p.53)

تتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية ، حسب ما ورد في معجم مصطلحات التحليل النفسي لـ جان لابلانش،ج،ب بونتاليس (1985) « بفيض من الإثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال ، و بالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الإثارات و إرصانها نفسيا » . (1997،ص300) . أي أنها تعتبر كظاهرة أدت إلى اجتياز إمكانيات الارصان النفسي و إخفاق ميكانيزمات الدفاع .

يعود نموذج الهشاشة إذن إلى أثار الصدمة ، إلى عوامل الخطورة، إلى التكرار و إلى الاختلال النفسي إزاء الصدمة.

من زاوية أخرى، فان التعرض في الطرح لأفراد تعرضوا لصدمات أو تراكمات حرمان علائقي معتبرة، أوضح تباينا كبيرا في أنماط استجاباتهم، فالتباين السلوكي للأفراد، وتنوع تطورهم النفسي ومستقبلهم الاجتماعي يدل على هذا التعقيد، إذا كان لبعض الأفراد أن يظهروا اضطرابات، اختلال نفسي، مشاكل اجتماعية، صعوبات مدرسية ... الخ لا يستهان بتأثيرها ، في حين لا يظهر أفراد آخرون في سياقات متدهورة مماثلة اضطرابات نفسية أو سلوكية ، بل يبرزون أشكال تكيف يصعب شرحها يقال عنهم أنهم جلوديون Résilients.

هاته الاختلافات الفردية تنبه للخروج من نموذج الفهم الحصري المرتكز حول التأثيرات النفسو مرضية ودراسة التهشيشية ، إلى توجيه الاهتمام كذلك للموارد وعوامل الحماية لدى الأفراد وبيئاتهم . (Anaut.M., 2002,102-105)

فلقد بينت الدراسات حول أطفال يعيشون ضمن صعوبات علائقية عائلية أو حرمان عاطفي ، يسمح باعتبارها ذات تأثير مهدم قوي، أن بعض الأطفال يقاومون تهديد الاختلال النفسي ، عدد من هؤلاء الأطفال يبدون متكيفين مع الوضعيات العصيبة التي عرفوها منذ طفولتهم الأولى .

كذلك أوضحت الملاحظات و الأبحاث العيادية أن هؤلاء الأطفال طوروا سلوكيا ت متوافقة مع محيطهم مستخدمين آليات دفاع تسمح لهم بالاحتماء نفسيا وبناء الذات، ليس فحسب يتوصلون لتجنب الاختلال النفسي في سياقات تكون حتما صادمة بالنسبة لآخرين، بل يأخذون من هاته الخبرات مصادر تقويهم وتمنحهم منفذا نفسيا.

ولفهم هذا التكيف و الأداء النفسي لأطفال في خطر، الذين يحتمون من الوضعيات العلائقية المتضمنة قصورا شديدا وصدمية، يأتي الجلد la Résilience ليسمح بمقاربة نظرية لهاته الوضعيات على اعتبار انه كما يعرفه A Guedeney (1998) في كتابه " Les déterminants précoces de la résilience " : « الحفاظ على سيرورة سوية من النمو بالرغم من الظروف الصعبة ».

2 -مفهوم الجَلـد :

2 -1- تعريف الجَلـد:

الجَلد la résilience ، مفهوم حديث الظهور في العلوم الإنسانية ، قاد إلى تغيير رؤى علم النفس المرضي ، مفترضا رؤية أخرى تهدف لاستخدام أحسن لاستراتيجيات الوقاية العلاجية. هي طريقة جديدة لصياغة المشاكل النفسية بالتركيز على الموارد أكثر من الأعراض ونتائجها السلبية.

في البدء استخدم مصطلح la résilience في علم فيزياء المعادن لوصف قدرة المعادن على تحمل الصدمة و الضغط المتواصل ثم عودتها إلى حالتها الأصلية.

أصل الكلمة لاتيني resilio, resilire و الفعل salir يعني القفز للإمام و الضمير(re) يفيد التكرار و هي تعني rebondir ، يضيف الفعل عناصر أخرى التقدم للإمام بعد مرض، صدمة، بعد إجهاد ، إنها مقاومة الأحداث ثم تجاوزها لمواصلة العيش بسلام.

(Manciaux,M.,Tomkiewcz, S., 2000,p.313-314)

وبتطبيقها على البشر، في مجال علم النفس ، لا يتلخص الجلد في حماية الكيان و الحفاظ على الوضع المبدئي فحسب ، بل يرى كسيرورة ديناميكية و فعالة ، ليس فقط تسمح للفرد بمواجهة الوضعيات السيئة ، لكن يتقوى ويستفيد من جهة ثانية من هاته الصعوبات التي تمنحه موردا قويا من عوامل الحماية التي تفعّل لاحقا . (Anaut.M.,2003, p.101-118)

أي كما يشرحها S Vanistendael , J Lecomte (2000) في كتابهما "Le bonheur est toujours possible : construire la résilience" على أنها : « تحتوي على طابع ديناميكي يجعل الفرد المتعرض لصدمة يتجاوزها rebondir ، ويعيد بناء نفسه se reconstruire » .

2-2- تاريخ تطور المفهوم:

تقدم Colette Jourdan-Ionescu (2001) في مقالها " intervention éco systémique individualisée axée sur la résilience" سردا متسلسلا لتاريخ تطور المفهوم :

صدر في 1942 مقال لـ Scoville يتكلم عن مهام العمال الاجتماعيين خلال الحرب العالمية يذكر " الجلد المدهش للأطفال إزاء وضعيات خطيرة على حياتهم" ونذكر بعض المراجع التي تشير إلى صمود الأنا ego résilience :

Peller (1954), blocket turula (1969), Wiggins (1966) Chodoff (1968), kneff, Bodensteinermvodd et Gynthan (1969), black et balck(1980), black et kernaul (1996).

في سنوات السبعينات، كتب Jérôme Kagan عدة مقالات حول موضوع الجلد في مجال النمو المعرفي (1976، 1975، 1973). برزت خلال هاته الحقبة كتابات حول الأطفال المحصنين invulnérable لـ : Anthony (1974) ، Chiland (1980) وكتاب لـــ E Werner ; R Smith (1982) : " Invulnérable bat invincible A longitudinal study of résilient children and youth "

يصف دراسة طويلة مدتها 30 سنة أجريت في هاواي Hawaï على 698 طفل معرضين للخطر منذ ولادتهم في عام 1955، أوضحت البيانات المجمعة أن من بين 200 من هؤلاء الأطفال الذين اعتبروا في عمر العامان من خلال جملة من المؤشرات كمحتملي خطر كبير لتطوير اضطرابا ت السلوك، 70 منهم نموا ايجابيا من عدة نواحي و أصبحوا شبابا كفيئين ومتوافقين اجتماعيا ، وذلك من دون أدنى تدخل علاجي،و من جهة أخرى، قرابة ثلثي الأفراد الذين لم يكونوا جلودين أثناء المراهقة أصبحوا جلودين عند الرشد، وبذلك يصل العدد الإجمالي للأفراد الذين تطوروا بصفة ايجابية إلى 78% .أوضحت E.Werner أن الهشاشة أو بالمقابل اللاّقهرية invincibilité قد تنجم من سلسلة عوامل بيولوجية اجتماعية و نفسية ، فبالنسبة لـ Werner (1993) « الجلد مفهوم يصف تكيفا ناجحا بعد التعرض لعوامل خطورة بيولوجية أو نفسو واجتماعي ة أو / و أحداث الحياة الضاغطة ، وتنطوي على توقع قابلية تأثر ضئيلة لعوامل الضغط اللاحق».

(Jourdan-Ionescu, C., 2001)

لم يظهر في مجال علم النفس سوى في سنوات الستينات في و.م.أ ، المحللان النفسيان : Anna Freud , R Spitz كانا أول من تكلم على مبدأ الجلد في صورة قدرة استئناف النمو. وصف العالمان خلال الحرب العالمية الثانية أطفالا يتامى كان والديهم ضحية التفجيرات في لندن ، جميع هؤلاء الأطفال بدو فعلا مصدومين في البدء : اضطرابا ت خلوية، تأرجح، تبرّز...في حين سنوات من بعد دهش المحللان النفسيان لمشاهدة درجة التعافي لدى هؤلاء الأطفال ، فوصفا إذن 4 مراحل يمر بها الأطفال المسعفين: الشكوى، اليأس، اللامبالاة (هاته المراحل الثلاث كانت معروفة في ذلك الوقت) ثم التعافي (الذي يعد أمرا جديدا).

يبقى استخدام مفهوم الجلد في علم النفس و علم النفس المرضي حديثا في فرنسا. فالأعمال الأولى المتركزة حول هذا المفهوم أتت من البلدان الأنجلو سكسونية و أمريكا الشمالية، نذكر من بين رواد هاته المقاربة باحثون أنجلو سكسونيون أمثال Werner التي قامت بأبحاث في هذا المجا ل بين 1982و1993كذلك العلماء :

Garmezy1985,1993)(Rutter1981,1993)(Haggerty Sherrod etAl 1996) Fonagy 1994,2001) لكن كذلك علماء فرنكوفونيين أمثال : Cyrulnik 1999.2003 Guedeney1998, Manciaux et Al 1999,2001 و في كيبك كندا Lemay 1999.

إذا كانت بعض المجلات الأدبية أين نشرت فيها أعمال Emmy Werner أرجعت ظهور هذا المفهوم إلى بداية الثمانينات، يعتبر بعض الباحثين أن جذور هذا المفهوم هي أكثر قدما وهي موجودة في الأعمال الأولى حول التعلق.

كذلك استخدم مصطلح الجلد من طرف العالم J.Bowlby في كتابه "Attachement et perte" لكي يقصد به : « عزم معنوي صفة الشخص الذي لا ييأس ولا يترك نفسه ينهزم » (1978, p.76)

اعتبر علماء آخرون ينتمون لتيار التحليل النفسي أن فرويد وضع القواعد الإبستمولوجية لهاته المقاربة، لكن استخدم اصطلاحا مختلفا خاصة حول مفهوم " التسامي".

في علم النفس النمو و علم النفس المرضي ، وضع Garmezy et Rutter القواعد النظرية و المبادئ المنهجية للأبحاث في هذا المجال مساهمين في نشره في التطبيقات النظرية العيادية الحالية.

2-3- تعريفات حول الجلد :

نجد Boris Cyrulnick يشرح الجلد في بداية التسعينات « لا يعني القفز مرة ثانية في نفس المكان كأن شيئا لم يحدث، إنما إعادة الوثب قريبا لمواصلة التقدم ». ويعرفه في كتابه "Un merveilleux malheur" على أنه « القدرة على النمو بالرغم من الأوساط الخطرة التي كان ليكون لها تأثير مهدما ». (1999, p.8)

في مقدمة نصوص ندوة دى شاتو فالون colloque de château vallon يقول B Cyrulnik أنّ " الجَلد هو استعارة تصورية " و أعطاها التعريف التالي في كتابه :

" Ces enfants qui tiennent le coup " « نبقى ذواتنا عندما يعيينا المحيط ويعاكسنا، ونواصل بالرغم من الخبرات السيئة ، نتابع رحلتنا البشرية» . (1998, p.9)

يشير A Guedeney في نفس الكتاب « أن الجلد يعرف بالحفا ظ على مسار سليم للنمو رغم ظروف صعبة ». (1998, p.13)

نفس التعريف نجده لدى S Luthar et Al (2000) « قدرة الأطفال على النمو السليم رغم مصاعب عديدة » (cité par Sameroff.A, 2006)

يعرفه M.Rutter (1993) « الجلد ، هو ظاهرة يبديها أفراد صغار يتطورون ايجابيا بالرغم من إبدائهم شكلا من التوتر ، يعرف بتضمنه لدى الفئة العامة احتمال خطر كبير لنتائج سلبية ».

من جانبه يصرح IM Goodeyer (1996) « نقبل عموما، أنه يوجد جلد عندما يظهر الطفل استجابات معدلة و مقبولة عندما يتعرض من طرف محيطه لمؤشرات تعرف كسلبية » .

يضيف S Vanistendael (1996) تحديدا آخر « الجلد هو القدرة على النجاح بصفة مقبولة اجتماعيا على الرغم من الضغط أو الصعوبة التي تتضمن خطرا كبيرا لنتائج سلبية»

نأخذ كذلك تعريف Kreisler (1996) « أنه قدرة الفرد على اجتياز ظروف صعبة بفضل خاصيات عقلية للسلوك و التكيف » .

و أخيرا تعريف M Manciaux (1998) « الجلد، هو في نفس الوقت مقاومة الهدم، و القدرة على بناء حياة غنية و اندماج اجتماعي مقبول، رغم الظروف الصعبة لمحيط سيئ و حتى عدائي » .

إذن من خلال هاته التعريفات لمفهوم الجلد يوجد اتفاق حول 3 جوانب :

- نمو و تكيف ايجابيين لأفراد صغار رغم وجود عوامل خطورة.
- الحفاظ على الكفاءة رغم الوضعيات الضاغطة المزمنة.
- تعافي جيد بعد الصدمة.

3 -عوامل الحماية:

على الصعيد الابستمولوجي يشكل الجلد تحديا يتمثل في فهم الآليات التي تسمح بتكيف جيد إزاء الوضعيات الصعبة.

تبعا لـ Mc Guinness (1996) ينبغي أن يُنظر إلى الجلد كسيرورة ديناميكية متأثرة بعوامل حماية (cité par Jourdan-Ionescu.C., 2001,p.166)

يطلق عوامل حماية على مميزات أشخاص بيئات وضعيات و أحداث التي تخفض تنبؤات اضطرابات نفسية مؤسسة على قاعدة فردية في خطر، بمنح مقاومة الخطورة .

(Jourdan-Ionescu,C. , 2001, p.167)

ويرجعها M.Rutter في مقاله : " La résilience en face de l'adversité facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatrique " إلى : « التأثيرات التي تعدل الاستجابات الفردية لبعض منغصات المحيط المؤهلة لنتيجة غير متوافقة ، فهي القادرة على التخفيض من اثر الحدث المعاكس ». (1985,p.600)

إن وجود عوامل الحماية، يبرز ضمن ظروف سلبية التي يجب على الصغار مواجهتها خلال مرحلة (أو عدة مراحل) من نموهم .

يقترح Garmezy et Masten (1991) تجميعها ضمن 3 محاور :

- **عوامل حماية فردية:**

- طبع مرح، حنون هادئ، متأدب.
- الجنس الأنثوي في الطفولة و الجنس الذكري في المراهقة.
- معامل ذكاء عال- مستوى جيد من المهارات المعرفية.
- الشعور بالفعالية الذاتية، تقدير الذات.
- مهارات اجتماعية
- الشعور بالتقبل.
- مكان تحكم داخلي.

- حس فكاهي.
- استعداد اجذب الأخر وجمال.

- **عوامل حماية عائلية :**

- أباء راعون و عطوفين
- علاقات جيدة أباء- أبناء.
- توافق و انسجام الوالدين.

- **العوامل خارج عائلية :**

- شبكة دعم اجتماعي.
- تجارب نجاح " دراسة، مهنة... (Anaut.M., 2003, p.40-41)

يصنف بدوره Boris Cyrulnik (1998،2001) هاته العوامل في 3 فئات التي توافق ما وصفه Garmezy et Masten، بالنسبة إليه يتعلق الأمر بعوامل ذاتية من بينها الطبع tempérament ليصف به أطفالا شجعانا لديهم قدرة تكيف متميزة . فحسب هذا العالم ، يطوّر الطبع بفضل التفاعلات المبكرة و بالالتقاء بـ : أوصياء النمو Tuteurs de developpement الذين يمثلون دعما اجتماعيا ، وينبه كذلك العالم إلى إمكانيات بعض الأطفال في تطوير مهارات تحكم في الوضعية تسمح لهم بأخذ مسافة مع الصدمات التي كانوا ضحيتها ، كذلك يتطرق B Cyrulnik إلى ما يطلق عليه عوامل ذاتية إلى الفكاهة و تقدير الذات، و الثقة بالذات و يضيف التسامي ، الإيثار و التدين كوسائل دفاع إزاء الصدمات ، ثم يعرف العوامل المحيطية التي يعتبرها أساسية ويتكلم كذلك عن أوصياء النمو في كتابه " un merveilleux malheur " "عذاب رائع " هؤلاء الأوصياء يمكن أن يمثلوا الالتقاء مع شخص مبادر يطور معه الطفل روابط ايجابية ، البعض أمكنهم إيجاد لدى أشخاص آخرين(العائلة، جيران، مدرسة...الخ) تقبل ودعم مستمر، إذا ارتبط الطفل مع الشخص الذي يعتمد عليه ويثق فيه يمكنه استئناف النمو السليم لأنه لديه من يساعده على ذلك. و بدون نسيان الانتماء للجماعات و اندماج ناجح يمكن أن يشكل كذلك عامل حماية و و أخيرا يتطرق إلى العوامل ذات الترتيب العائلي كعنصر أساسي للحماية .

يقدم C. Jourdan-Ionescu رؤية ايكونسقية لعوامل الحماية ، و أعطي أمثلة على عوامل الحماية المنتقاة بالنسبة للأطفال الصغار" مميزات الطفل، مميزات مرتبطة بالوالدين ومميزات محيط الطفل" . (2001, p.169)

ويصف من جهته M Manciaux (2000) الكينونة التفاعلية التي تتعلق بالآباء، الطفل الذي ينمو، و محيطه الذي يتوسع، أنها بصفة ما تمثل قاعدة الجلد.

عوامل الحماية إذن هي عوامل تكوينية وبيئية ، تجعل الطفل جلودا أي قادرا على التغيير التعافي لمواجهة مختلفة الوضعيات الصعبة. يؤكد عدة علماء أنه في غياب عوامل الحماية يمكن أن نجد أطفالا في وضعية فشل مدرسي ، يبدون مشاكل صحة عقلية ،بصفة عامة نمو إشكالي، و يؤكد علماء آخرون على انه بفضل عوامل الحماية يمكن أن يكون الطفل في صحة جيدة وموهوب .

و بالتالي نجد 3 أنواع من المتغيرات « الفردية العائلية و البيئية " في عوامل الحماية كما عوامل الخطر. متغير يعتبر كعامل حماية يمكن أن يتحول إلى عامل خطورة حسب شدتها ودورها ضمن ديناميق خاصة تميزها. فدرجة وشدة عامل خطورة أو حماية و نوعية تفاعله مع عوامل أخرى، يمكن أن تحدد في حالات عديدة خاصية عامل خطر أو عامل حماية فهاته الأخيرة تبدو محددة بالسياق الذي يحيطه، فحسب المحيط الأصلي للطفل لا تكون نفس العوامل فعالة. يبين Baldwin- Baldwin , Kasser-Zax , Sameroff et (1993) Seifer أنه ليكون ضرر بالصحة العقلية ، نمط مختلف من الو الديۃ في محيط جيد ومحيط سيئ. (cité par Masten. AS., et Coatsworth., 1995)

لكن لا يزال التعرف على هذه الآليات و تأثيراتها متواضعا . وبهذا الشكل فان عوامل الحماية و الخطورة زوجان لا ينفصلان يستوجب النظر فيهما معا إذا أردنا التوصل إلى فهم أفضل لديناميق نمو الطفل . (Jourdan-Ionescu.C., 2001, p.166-167)

أوضح من جهته Rutter(1987) أن الحماية و الخطورة ليستا خاصية بحد ذاتها، و لكن تحدد بالطريقة التي يتفاعل بها العامل مع عوامل أخرى، فعوامل الحماية لا يمكن أن يكون لها أثرا ملحوظا في ظل غياب عوامل الخطورة ،ففي هذه الحالة يمكن القول إن عوامل الحماية غير فعالة لأنها لم تستخدم.

الأطفال الذين ليست لديهم خبرة الصعوبات يصبحون عرضة للهشاشة لاحقا في حياتهم ونفس الشيء بالنسبة لمن يعيشون ضغطا شديدا ، هاته الصواعد و النوازل في حياة الطفل تحرمه من فرصته أن يصبح لديه مناعة كي يكون جلود .
(Jourdan-Ionescu.C., 2001, p.169)

فالجلد ككل متعدد الأبعاد، ينتج حسب L Fortin, M Bigras (1994) من وضعية توازن بين عوامل الخطورة و عوامل الحماية إزاء الأحداث المجهدة أو/ و الصادمة.

4 -الجلد كسيرورة :

يرجع الجلد للتفاعل بين مختلف الشروط الداخلية و الخارجية للفرد ، إذا فهو متغير وفق التطور الداخلي وتغيرات السياق المحيطي الذي ينمو فيه. مختلف مقاربات الجلد تشير إلى السيرورة التي عن طريقها يفعّل الفرد موارده الداخلية، إمكانياته، بالارتكاز على دعائم خارجيته لمواجهة و اجتياز الظروف المعاكسة والصادمة .

ويقود هذا إلى تحليل كيف يتطور الجلد ، و على أي قواعد داخلية و خارجية تستند هاته السيرورة ؟

4-1- تفعيل المصادر الفردية الداخلية :

4-1-1- سمات الشخصية المساعدة في إرساء الجلد :

في أبحاثه المنجزة بين 1996 و 1985 ، ميز Rutter 3 مميزات أساسية لدى الأفراد الذين يطورون سلوك الجلد إزاء ظروف نفسواجتماعية سيئة ، يعتبر أن هؤلاء الأشخاص إزاء وضعيات عجز وغياب المساعدة مصحوبة عادة بوضعيات إجهاد وصعوبة ، يوظفون سيرورات سلوكية تعود إلى أنماط سلوك خاصة متركزة على آليات ارصان الفكر. فوفق Rutter الشخص الجلود يجمع 3 مميزات :

- الوعي بتقدير الذات و الشعور بالذات .
- الوعي بفعالية الذات.
- سجل مقاربات لحل المشاكل الاجتماعية.

- الوعي بتقدير الذات و الشعور بالذات :

يرجع هذا المظهر الى تقدير الذات، يرى Rutter أن نموا ايجابيا لتقدير الذات ضروري لدى الأفراد الجلديون. يعرف تقدير الذات الصورة التي يكونها الفرد حول ذاته و الشعور بقيمته الذاتية، تترجم من خلال مجموعة مواقفة ووجهات نظر التي يوظفها الأفراد في علاقتهم مع العالم الخارجي.

فوفق André et Lelord (1998) يشتمل تقدير الذات ثلاث أبعاد تتمثل في : حب الذات (الجانب النرجسي من الشخصية) ، رؤية الذات و الثقة بالذات هي إذن متباينة لدى الأفراد خلال تطورهم حسب الوضعيات. (cité par Anaut.M., 2003, p.52)

- **الوعي بالفعالية الذاتية**

هي ميزة تعود لدى الفرد إلى الإيمان و الثقة بقدراته إلى تمييز بين فعل ناجح و المراحل الضرورية للوصول إليه،الفرد الجلود يكون لديه إذن ميل لرؤية الجوانب الايجابية التي يجدها في حياته ، ويكون لديه الثقة في قدراته في حل أغلبية مشاكل الحياة.

الشعور بالفعالية الذاتية يسمح باستباق المشاريع، يرجع إلى القناعة التي لدى الفرد بان لديه قدرات ضرورية للنجاح في مهمة ما ، هذا الشعور يتبع الثقة بالذات.

- **سجل مقاربات لحل المشاكل الاجتماعية:**

يرجع هذا العنصر الأخير إلى التجربة ، قدرة الفرد الجلود الاعتماد على تجارب ذاتية و عائلية أو خارج عائلية ايجابية كفاية أو تعرف كذلك اجتماعية. هاته الميزات تتعلق بوصف سيرورة نفسية و سلوكية توجد مرتبطة تماما في أداء الفرد الجلود.

يؤكد Rutter على الدور الأساسي للموارد الداخلية للفرد إزاء ظروف خارجية سيئة و قدرته في الاستفادة من القوى المحيطية -خارج العائلة- عندما تكون الأسرة قاصرة .

ضمن هاته الرؤية ، يذهب بعض العلماء إلى أن الجلد يكمن أكثر في انتماء الفرد إلى سياق اجتماعي و علائقي يرتكز عليه أكثر من مميزاته الفردية لذاتها .

(Anaut.M., 2003, p.52)

وفق Gilligan (1997) فان تطور وظيفة الجلد لدى الفرد تتكون على قاعدة متكونة من 3 مجالات تكوين الجلد هي كالتالي:

- الشعور أن لديه قاعدة امن داخلي.
- تقدير الذات.
- الشعور بالفعالية الذاتية . (cité par Anaut.M., 2003, p. 72-73)

يمكن الملاحظة أن هناك مجالين يشتركان مع ميزتين من نموذج Rutter هما : تقدير الذات و الشعور بالفعالية الذاتية. بالمقابل ، يختلف نموذ ج Gilligan حول الميدان الأول: قاعدة تكوين الجلد (الشعور بامتلاك قاعدة امن داخلي) التي ترجع لنظرية التعلق.

4-1-2- زمنا الجلد :

يصف B Cyrulnik (1999.2001) وظيفةالجلد و يقسمها إلى زمنين:

- **الزمن الأول زمن المواجهة مع الصدمة :** ويتميز أساسا بمقاومة اختلال النظام ، الاضطراب النفسي ، ما يستوجب انشطار جزء من الواقع المؤلم مع وضع ميكانيزمات دفاع : فقاعة نفسية ، اختراع عائلة أخرى، ميكانيزم حماية إزاء صدمية الواقع المحبط : خيال ، إنكار...الخ.
- **إدماج الصدمة و الإصلاح أو الإصلاح الذاتي:** التي تمر عن طريق استرجاع الروابط المقطوعة التي قطعتها الصدمة، و إعادة البناء انطلاقا من الصعوبة وهذا يتم من خلال إعطاء معنى للجرح.

في حين أن هذا الزمن الثاني من اللجوء إلى عملية الإصلاح الذاتي لا يتم تفعيلها سوى تبعا لقوة موجودة لدى الطفل قبل الصدمة.

ترى MF Bacqué (2000) في كتابها " Résilience de l'enfant endeuillé " أن هاته القوة التي تتضمن بناءا نفسيا متينا و مرنا في نفس الوقت لدى الطفل ترجع إلى نرجسية أولية. تطرق فرويد 1914 إلى فرضية أن المولود الجديد في حالة نرجسية أولية تتضمن استثمار الأنا و كذلك إشباع الحاجات. ضمن هاته المقاربة تنشا الشروط النفسية لتطور الجلد مبكرا منذ الأشهر الأولى من الحياة ،هاته النظرة توافق التطورات مرتكزة حول نظريات التعلق التي تشير إلى ضرورة قاعدة أمن من أجل تكوين الجلد (Anaut.M,2003,p.49) فهذا الوصف لوظيفة الجلد في زمنين ، يوافق ما ذهب إليه علماء آخرون حول الجلد قصير المدى (المتعلق بالاستجابة إزاء الصدمة)، و الجلد بعيد المدى الذي يشهد تسجيل (الوظيفة الجلودة).

4-1-3- معايير De Tychey :

1. الصدمة كعامل للجلد:

يرتبط نموذج الجلد بفكرة الصدمة التي تعمل كعامل للجلد. نجد P Bessoles (2001) يعرفه على انه : « القدرة الفردية على المحافظة على توازن نفسي داخلي و علائقي ضمن سياق صدمي ». واقترحت المقاربات السيكوديناميكية ودراسة العمليات الداخلية نفسية للصدمة إسهامات لأجل فهم نموذج الجلد.

خص فرويد (1920) زيادة الإثارة الجنسية لتعريف الصدمة في إشارة إلى سريرية الهستيريا، واعتبر الصدمة كناتج لخبرة تعاش كمصدر إثارة قوية كفاية لتحد من احتواء الوسائل النفسية لها مسببة ظهور اضطرابا ت نفسية ، فلكي تكون هناك صدمة لا بد أن يكون الفرد الواقع تحت الضغط غير قادر على استخدام إمكانيات الارصان العقلي للحدث و عدم قدرته اللجوء إلى منافذ بدائية لتفريغ الإثارة " طرق جسدية وسلوكية..."

يفترض التعريف المبدئي لفرو يد، انه ليس الحدث بحد ذاته هوالذي يعتبر انه صدمي، إنما عدم القدرة على إدماجه في مستوى داخلي ذاتي. بصفة أخرى دفق الإثارة غير المعالج من طرف الفرد.

جلبت نظرية Ferenzy 1934 عنصرا إضافيا حول وجدانات الإستياء التي تولدها الصدمة خاصة وجدان القلق الاكتئابي و العدائي أين يتعذر ارصانها .

يرى C de Tychey (2001) أنه يمكن التكهن أن الفرد الجلود هو الذي يتمكن من تعديل الوجدانات السلبية الناجمة عن الأحداث السيئة دون فيض . ويضيف العالم أن الصدمة أو الجلد يرجعان إذن لدى الفرد إلى قدرته أولا على القيام بروابط تمثيلية تسمح بمجاوزة الصراع النفسية.

تشدد نظرية Anna Freud (1936) على أهمية آليات دفاع الأنا. تفترض أن الصدمة تصبح حتمية لحظة عدم تعبئة أو عدم كفاية آليات الدفاع. أي أن قصور المعالجة الداخلية للتوترات التي أنتجها الحدث الخارجي ، و عدم القدرة على تفعيل آليات الدفاع و على الإرصان هي التي تولد الصدمة .

انتقد B Cramer (1999) فرويد الذي ركز في تعريفه للصدمة سوى على" المصدر الجنسي الداخلي للإثارة " و أهمل الصدمات أين المصدر هو بوضوح مصدر اعتداء خارجي للفرد الذي تعرض له ، وهذا ما يلاحظ فيما تتوجه إليه النظريات المعاصرة للتحليل النفسي للنزوة بالأهمية المعطاة تدريجيا للواقع الخارجي. فالأثر الصدمي المتراكم لهاته العوامل الخارجية يؤول إلى توليد مستوى ضغط عال جدا لا يمكن أن ياخذ إذن سوى "استنفاذ مصادر تسريح على المستوى الجسدي" شكل تفريغ عن طريق سلوكي مرادفا لانقطاع الجلد. ونقلا عن L Croq (1998) « عدم قدرة الأنا على ربط وتسريح تدفق الإثارة الحاصل » . عامل منعزل يمكن أن يصبح إذن صدميا عندما يكون شديدا وعنيفا ومفاجئا، مجموعة من الأحداث الصغيرة المتراكمة يمكن أن تصل إلى نفس النتيجة حالما تتجاوز إمكانات الارصان الدفاعي و العقلي لأنا الفرد.

يفترض الجلد إذن في المنبع حصول صدمة أحادية أو متعددة العوامل ، و في المصب قدرة الفرد على تجاوزها . حيث يفعّل على المستوى الداخلي نفسي معياران مهمان :

- طبيعة تنوع ، وخاصية صلابة أو مرونة ميكانيزمات دفاع الأنا لمواجهة تمثيلات وجدانات الاستياء الناتجة.
- قدرة الارصان العقلي، أي القدرة على الترجمة إلى كلمات و إلى تمثيلات لغوية مفهومة الصور و الانفعالات المرتبطة بمعاش الصدمة (عمل التعقيل) .

(Tychey.C., 2001, p.53)

2. إستخدام ميكانيزمات الدفاع :

يتضمن الجلد على مستوى الداخلي نفسي اللجوء إلى ميكانيزمات دفاع متوافقة، فالسياقات الصدموية تولد وضعيته أزمة تحفز عمل العوامل الدينامية والاقتصادية الداخلية ، مما يستوجب على الفرد تفعيل الطرق التكيفية وميكانيزمات الدفاع .

يرى لابلانش وبونتاليس الدفاع : « كمجمل العمليات الهادفة إلى اختزال و إزالة كل تعديل من شانه أن يعرض تكامل وثبات الفرد الإحيائي الإنساني للخطر » (1997.ص244)

يرجع مفهوم ميكانيزمات الدفاع وفق المدرسة التحليلية ، إلى العماليات الآلية و اللاشعوريّ الموجهة للدفاع عن الأنا ضد المطالب النزوية و الوجدانات المصاحبة لها ، فهي بهذا تتميز عن استراتيجيات التعامل التي عرفتها المدرسة المعرفية و التي تضم الوسائل الشعورية المستخدمة لمواجهة الوضعيات الصعبة.

وفق ما تذهب إليه Anna Freud (1965) أن الوظيفة الرئيسية تكمن في معالجة وجدانات الاستياء المرتبطة بالوضعيات الصادمة و الصراعية. واستخدمت في البدء اصطلاحي ميكانيزمات الدفاع و الإجراءات الدفاعية كمترادفين عام 1936، ثم في إطار المقابلات مع Sandler ميزت بينهما .

كذلك حسب S.Freud « تتمثل الإجراءات الدفاعية في أشكال مختلفة من النشاطات التي يمكن أن تكون طرق عادية للتعبير عن أشياء متنوعة، في بعض الظروف يمكن أن تستخدم لاهداف دفاعية » .

كما يذهب S Ionescu et al (1997) في كتابه ; " Les mécanismes de défense théorie et clinique" إلى أن ميكانيزمات الدفاع تمثل : « أدوات لحماية الأنا تستخدم خاصة لهذا الغرض في السواء و المرض » .

في خط اعمال Sandler عند ظهورها تستمر آليات الدفاع في الوجود طيلة حياة الفرد، لكن يمكن أن تغطى بآليات لاحقة .في حين أكد علماء آخرون انه خلال دورة حياة الفرد نمط آليات الدفاع التي يستخدمها ستتغير ..(Anaut.M., 2003, p.86)

درس المحلل النفساني G.E Vaillant (1993) تطور آليات الدفاع طيلة الحياة ، وميز الدفاعات غير الناضجة (الإسقاط ، المرور للفعل سلوك سلبي عدواني التي تدل على دفاعات بدائية يستخدمها الصغار) عن الدفاعات الناضجة (التسامي ، الفكاهة، الإيثار، الكبت ، الاستباق) والتي تصاحب صحة عقلية جيدة لدى أفراد اكبر سنا.

كما يذهب هذا العالم إلى انه يمكن أن تكون بعض الدفاعات تكيفية adaptatifs تعمل على :

- إنقاص المعاناة، حصر الوجدان وليس تثبيطه .بهذا نجد الاستباق anticipationأو répression الكبت.
- عندما تتوجه على المدى البعيد.
- تكون مخصصة قدر الإمكان.
- بدل تثبيط المشاعر ، تحصرها.
- تجعل مستخدمها رائع و مندمج اجتماعيا وجذاب أمام المحيط العلائقي والاجتماعي.

يضيف Vaillant إلى أن الاستجابات التكيفية حتى تلك الدفاعات التي يمكن أن تبد و للملاحظ الخارجي على أنها مختلة ناقصة ، لا تدل بذاتها على المرضية ، ويمكن أن توحي هذه الدفاعات إلى طبع ظرفي لدى أفراد معينين حسب محيط و عمر الفرد .
(cité par Ionescu.S., et al., 1997, p.20-21)

ويعطي S Ionescu et al (1997) أمثلة عن الميكانيزمات التوافقية مثل : التكوين العكسي formation réactionnelle ، النشاط activisme ، الإنكار déni.

يذكر Bergeret (1995) أن آليات الدفاع تظهر في المرض النفسي إذا كانت غير فعالة متصلبة و غير متوافقة مع الوقائع الداخلية و الخارجية.

إن اللجوء إلى ميكانيزمات الدفاع يؤخذ بعين الإعتبار في إرساء سيرورة الجلد إلا إذا كانت متوافقة ، أي تستعمل بطريقة مرنة و مؤقتة غير معيقة عمل الجهاز النفسي للفرد مما ينتج حسب رأي C de Tyckey(2001) أن : « استعمالها بطريقة متصلبة يمنع أي إمكانية للمعالجة العقلية و العاطفية للتوترات المرتبطة بالوضعية الصدموية الأولى، حتى لو تمكنت

من حماية الفرد في هذه الحالة من لا تعويضية جسدية وسلوكية بإبقائه في شبه تكيف اجتماعي ظاهري adaptation de surface » .

كما درس C de Tyckey أهم الميكانيزمات التي تساعد على الجلد كلما تعرض الفرد لكم هائل من الإثارة مصدر استياء شديد ، فتصبح تشكل عامل حماية أساسي للانا .

إذا فالطرق الدفاعية يمكنها المساعدة على الجلد وفق استخدام الفرد لها « مستعملة بطريقة مرنة ، تساهم في تخفيض اثر الصدمة... تشكل مرحلة ضرورية تسمح بعمل لاحق للارصان العقلي للاثارات و الربط بين الوجدانات و التمثيلات (....) تستعمل بطريقة متصلبة ، فبالعكس ستمنع أي إمكانية للمعالجة العقلية العاطفية للتوترات المرتبطة بالوضعية الصدمية الأولى ». (2001, p.55)

يتفق بذلك مع Anna Freud (1949) التي أكدت قبل هذا أن الفرد يصل إلى مجاوزة الوضعيات الصراعية عندما تكون دفاعاته فعالة أي «عندما يصل بفضلها لإنقاص توليد القلق و الاستياء، وتضمن للفرد (...) كمية من النشوة النزوية».

أهم هاته الدفاعات التي تساعد على الجلد حسب C de Tyckey ، ونظرا لتعددها اقتصر العالم على أهمها و التي يرى فيها أنها تؤسس الجلد على المدى القصير، ورتبها حسب تفعيلها إزاء شدة الإثارة : اللجوء إلى الخيال le recourt a l'imagination ، الفكاهة l'humour،الانشطارle clivage ،الإنكار le déni و الاستذهان l’intellectualisation

قد يلجا الفرد الجلود إلى عمليات نفسية وميكانيزمات سلوكية يمكن أن تبدو غير متوافقة مع المحيط ، لكنها تدل على الجلد من حيث أن هاته الآليات تحقق هدف تعديل التوتر الداخلي وتدل بصفة ما إلى التكيف مع الوضعية الصدموية.

في هذا السياق، أوضح M. Lemay (1998.1999) أن بعض الأفراد إزاء إهمال مبكر أو اعتداءات مسار الحياة (حرمان – صدمات...) يتوصلون إلى تجاوز الأزمة أو الوضعية اللاحقة للصدمة بتوظيف عمليات اندماجية إنقاذية processus intégratifs salvateurs و التي توحي بظاهرة الجلد . ضمن هاته الرؤية ، يمكن تفسير الاضطرابات التي يظهرها الأطفال إزاء سوء المعاملة ومرض الوالدين ، كطرق دفاعية تعبر عن الجلد ،

كذلك يعتبر Lemay أن الميكانيزمات الانقاذية التي يوظفها الأطفال (الانشطار ، الهروب للخيال، فقاعة هوائية ، إفراط الحركة، تظاهرات نفسوا جسدية) في هاته السياقات المرضية، تعود للسيرورة الجَلدية ، بما تسمح به للفرد الحفاظ على كماله النفسي و إعادة البناء رغم الحرمان وسوء المعاملة.

في حين انه يمكن اعتبار أن الميكانيزمات الدفاعية و الإنقاذية توح بالجلد على المدى القصير، أي وظيفة ظرفية ، يكون الجلد ضمن وظيفة أكثر ديمومة تتطلب من الفرد المرور بعمل وضع المعنى و الارصان النفسي أي التعقيل mentalisation الذي يسمح بإرساء سيرورة جَلدية فعلية . (Tyckey.C., 2001, p.53-55)

3.التعقيــل :

يرى C de Tyckey أن الدفاعات التي تساعد على الجلد تؤسسه على المدى القصير، في حين التعقيل وثراء الفضاء التخيلي يهيكلانه على المدى البعيد.ويعرف التعقيل على انه : « القدرة على الترجمة إلى كلمات او تمثيلات لفظية مفهومة الصور و الانفعالات المحسوسة لإعطائها معنى اتصالي مفهوم بالنسبة للآخر ولذاته أولا » ويضيف المؤلف انه تتضمن-أي قدرة التعقيل- ترجمة الإثارات إلى تمثيلات مفهومة أي عملية الترميز la symbolisation و هاته الاخيرة تفترض كذلك أن الوجدانات المحسوسة تكون مرتبطة بكلمات تعبر عنها، ويصفها باصطلاح" رابط وجدان- تمثيل ".

ويشترك C de Tyckey مع M.F Bacqué (2000) في دور هذا العامل المحدد للجلد في دراستها للطفل في حداد و رؤيتها للتعقيل بأنه مرتبط « بنرجسية أولية قوية... متين كفاية بنرجسية أولية قوية مرنة تجعله يتحمل الهجر... و الصدمات » ، غير أنه لا يتفق معها في إفتراضها أن سيرورة التعقيل تكتسب عند الولادة حيث يرى أنها تتكون مبكرا قبل هذا من خلال نوعية وساطة الأم أو بديلها من خلال التفاعلات المبكرة أم– طفل.

يؤكد P Marty (1991) في كتابه "Mentalisation et psychosomatique" أن :
« التعقيل يرتكز على وظيفة ما قبل التصور ، فضاء تخيلي مليء بالتمثيلات و الوجدانات، على الأقل كثيرة ، تنتقل بسهولة و وفرة في الزمن وفق طبيعة و استخدام الفرد لمكانيزمات الدفاع » .

وبالنسبة لـ J Bergeret (1991) يرجع التعقيل للاستخدام العقلي للتخيل ، انه إحدى أشكال التخيل التي تتعارض مع التجسمن و السلوك . من جهة أخرى، حسب Marty فإن نوعية الفضاء التخيلي espace imaginaire و التعقيل تختلف من فرد إلى آخر.

غير أن امتلاك تعقيل جيد ليس ضمانا من كل الأخطار، بالنسبة لكل فرد توجد عتبة تعديها يطغى على الآليات التكييفية و الدفاعية . لهذا يفهم أن الجلد ليس دائما مطلقا ، لكن يتأرجح حتما عبر الزمن ، و حتى بتعقيل ثري لا يوجد شخص في منأى عن اضطراب عقلي أو سلوكي أو جسدي ، بسبب الطبيعة المفاجئة و القوية الصادمة للوضعيات الوجودية التي يمكن أن يصادفها أي فرد . (Tyckey.C., 2001, p.59)

جعل P Marty من نوعية التفاعلات المبكرة محددا أساسيا لتكوين التعقيل ، لكن بدون أن يحدد طبيعة التبادلات الخاصة القادرة على تعزيزه أو إضعافه .

ما بينته L Kreisler (2000) في ملخصها عن مفهوم الجلد انه يجب البحث عن جذوره في العلاقات المبكرة جدا بين الأم و طفلها و خاصة من خلال الاستناد l'étayage ، أكدت قبلها F Dolto (1984) على أهمية التفاعلا ت المبكرة في تكوين الفضاء التخيلي ، من تبادلات لغوية و اللعب الذي يمثل معيارا ثانيا أساسيا في تشييد الفضاء التخيلي .

إذا فالجلد على المدى البعيد ، يعود في جزء أسع إلى ثراء الفضاء التخيلي و إلى التعقيل

4-2- العوامل الخارجية المساهمة في الجلد :

يمكن أن تتاح الفرصة بالنسبة للطفل المجروح كي يصبح جلودا إذا أحيط و دعم، حيث أكد عدة باحثين على دور المحيط في سيرورة الجلد . يعتبرون أن علاقات مبكرة ذات نوعية جيدة تكون هي قاعدة تكوين الجلد، و ركزوا إذن على نظرية التعلق.آخرون بينوا أهمية وضع في مسار حياة الطفل أوصياء الجلد.

4-2-1- نمط التعلق :

إحدى التساؤلات المحورية التي شغلت الباحثين و العياديين دارت حول المحددات المبكرة للجلد ، حيث ذهب بعضهم إلى أن التجارب العلائقية الأولى المبكرة خاصة مع الأم أساسية لتطوير الجلد ، وعلى نفس النهج تمت الدراسات حول العلاقة بين أنماط التعلق وتكوين الجلد لدى الأفراد. حيث ترى L. Kreisler (2000) في توليفتها حول مفهوم الجلد انه يجب البحث عن جذوره في العلاقة المبكرة جدا بين الأم وطفلها خاصة من خلال الاستناد.

تصاغ نظرية التعلق في أن : تكوين الروابط الأولى بين الطفل و آمه أو " بديلها" ترجع إلى حالة بيولوجية ، إنها حالة أولية غير مشتقة من غيرها . قبل هذا كان يعتقد رجوعا إلى النموذج الفرويدي أن الحاجة الوحيدة الأولى للوليد هي حاجته للتغذية ، وأنه من خلال إشباعها تنشا بالاستناد الروابط التي تجمع الطفل مع محيطه ، فحسب هذا الاعتقاد الحالات الفسيولوجية هي التي تولد عاطفيا الحاجة للأخر .إذا نظرية التعلق بالأم تكون مبدأ اللذة يضاف إليه لذة التغذية.

إذا صحت نظرية التعلق، يمكن القول كذلك أن الحاجة و البحث عن الأخر ليس نتيجة التعلم، إنما مسجلان منذ الولادة ضمن اقتصادية الفرد. فالطفل هو كائن اجتماعي ضمن اقتصادية إحيائية ، و هاته الجتمعة توجد إذن منذ الاستجابات الأولى على اعتبار أن الرابط

أم – طفل يحدد بصفة عامة النمو النفسو- عاطفي للطفل ، وهذا الرابط الذي ينشأ من خلال التفاعلات يولد شعورا بالعطف و التعلق .

أكدت أبحاث R.Spitz 1979 و J .Bowlby 1978 على هشاشة الرضيع الإنساني الذي يكون تابعا كليا للام أو " بديلها " ، درس Bowlby أهمية السنوات الأولى من الحياة في تكوين الفرد ، و أقرّ بأن « الجزء الأكبر من العام الأول من الحياة يفضي للبقاء ، و كذلك الوسائل الضرورية لمتابعة هذا الكفاح » لكن هل السنوات الأولى محددة لمستقبل الفرد ؟ تبعته أعمال J Harlaw, Bowlby 1989.

أصدر باحثون فكرة وجود منطقة حساسة ، تشابها بما لوحظ لدى القردة أن يتعين مرحلة داعمة بصمة حسب نظرية Kowrad Lorenz و التي تقع في السنوات الأولى من حياة الطفل على الأقل قبل 6 سنوات، سنوات الملاحظة اللاحقة التي أجريت على الطفل سمحت برفض هذه الفرضية ، لا تكون هناك فعليا مرحلة حساسة لدى الطفل الكائن البشري .كذلك تخلى الباحثون حول نظريات التعلق عن فرضية المنطقة الحساسة لأجل دراسة مختلف أنماط التعلق وأثرها في النمو اللاحق للفرد. (Anaut.M., 2003, p.67)

استصلحت أعمال Mary Ainsworth 1978 ميدان روابط التعلق و أنتجت أنماط التعلق modes d'attachement المعروفة ، هاته التجارب التي يطلق عليها " الوضعيات الغريبة " سمحت لها بملاحظة وترتيب مخطط للسلوك بفضل الملاحظة المنظمة ، و درست Ainsworth مستوى التوازن بين سلوكات التعلق و الاستكشاف الذي تبناه أطفال صغار جدا من 2 إلى 12 شهرا خاضعين لضغط معدل ، واستخرجت 3 أنماط تعلق : آمن sécurisant ، متناقض ambivalent ، تجنبي évitant ، مضطرب Désorganisant (Anaut.M., 2003, p.68)

حسب أعمال Fonagy et Al (1994) ترتبط قدرة الجلد بتعلق آمن sécure و أكد العالم على أنه قاعدة تعلق آمنة تلعب دورا كبيرا في التوافق النفسي اللاحق للطفل و خاصة على مستوى بعد هام : قدرته لدعم او إعاقة تعديل الوجدانات التابعة للتمثيل الذي يقوم به موقف الوالدين تجاه وجداناته الخاصة التي يصدرها في عمر لا يملك فيه الكلمات كي

يعطيها معنى ، يتم الارصان من خلال الرمزية التي يقدمها الوالد، واستعمل Fonagy اصطلاح " وظيفة التفكير الذاتي " fonction auto-réflexive ليعرف التعقيل ويشرحها على أنها : « القدرة على اهتمام بالحالات العقلية للأخر في فهم وتحديد سلوكه الشخصي » و اعتبر أن المكسب من التعقيل هو قاعدة تعلق آمن كانت موضوعا لوصف تجريبي قادته لاستخلاص أنها تمثل أرضية أساسية للجلد . (cité par Tyckey. C., 2001, p.61-62)

لذلك فانه من الضروري حسب ما يذهب إليه العالم J. Bowlby أن يبدي الطفل أمانا انفعاليا عاطفيا ويكون نماذج داخلية فعالة. و هكذا بفضل ما يطلق عليه العالم Winnicott " الرعاية الأمومية الأساسية " تستقر دعائم علاقة الطفل مع أمه على المدى الطويل ، وتسمح حسب أبحاث بتوقع مظاهر نمو طفولية أخرى ، ومهارات علائقية و قدرات على حل المشاكل .

4-2-2- أوصياء الجلد :

يذهب M.Rutter (1990) الذي يعرف سيرورة الجلد على أنها : « القدرة على النجاح بصفة مقبولة اجتماعيا، بالرغم من الضغط أو الصعوبة التي تحتمل عادة خطر كبير لمخرج سلبي » ، أن الفرد يأخذ من قوته الداخلية لكن هاته الأخيرة يمكنها الاستناد خاصة على الشبكات الاجتماعية.

كما أكد كذلك عدة باحثين أمثال M.Tousignant (1998), S.Vanistandael et Tomkicwiez (2001) J Lecomte, (2000) على أهمية المحيط في تطوير الجلد.

ضمن هاته الرؤية ، تعوض العلاقات الاجتماعية بصفة ما النقص الأولي وخاصة الحرمان العائلي المبكر، م ا أدى إلى تطوير إجراءات مساعدة للشباب في صعوبة ، و التي تقترح لهم إعادة تصميم الدعائم الاجتماعية لأجل تحفيز الجلد .

تشير عدة ملاحظات في الميادين العيادية ، إلى أن أشخاص خارج العائلة وعلاقات اجتماعية يمكنها مساعدة الفرد على إعادة بناء الذات معوضة بذلك القصور الوالدي .

لوحظ أن عددا من الأطفال الجلودين تعرضوا لأوساط والدية قاصرة كلية و مصدر الحرمان متعدد وهذا يوحي وفق C de Tyckey (2001) إلى استنتاجين :

- ينتج الجلد باعادة عبارة B Cyrulnik (1999) من نسيج تفاعلي ، أين يلعب المحيط الخارجي دورا أساسيا في بناء الوظيفة العقلية للطفل .
- لا يمثل الآباء النموذج الوحيد الممكن للطفل.

يذكر J Bergeret (1998) أنهما : « يمثلان القطب التقمصي الرئيسي ، لكن ليس الحصري، مختلف الحلقات الاجتماعية و التربوية التي تحيط بالعائلة تلعب كذلك دورهم» .

وفقا لنموذج الجلد، يقترح المحلل النفساني الكندي M.Lemay (1998.1999) مفهوم أطواق الوسق "zones d'arrimages" ، و يشرح هاته الظاهرة انطلاقا من السيرورات الداخلية . في حين يقترح B Cyrulnick (2001) مفهوم أوصياء الجلد Tuteurs de résilience ليصف أنماط العلاقات الاجتماعية التي تساهم في سيرورة الجلد وتساعد على النمو .

من بين عوامل الجلد تطرح عادة إمكانية نسج روابط مع " التقاء ايجابي" rencontre signifiante ، و الذي يمكن أن يرتبط بما تطرق إليه P.Fustier (2000) و ما اسماه بـ "اللقاء التأسيسي" " rencontre fondatrice" ، هذا اللقاء الذي سيكون بمثابة نموذج استناد modèle d'étayage يعتمد عليه الفرد، يتعلق بالشخص الذي سيكون له بمثابة نموذج ويمنحه الثقة وتقدير الذات ، هذا اللقاء التأسيسي أو وصي الجلد يمكن إيجاده في المحيط العائلي الموسع - خارج العائلي - لكن كذلك مساعد اجتماعي، معالج نفسي أو معلم يمكنهم المساهمة في هذا الدعم ويصبحون دون علم منهم اللقاء الايجابي، يكون له قيمة كوصي نمو. (Anaut.M., 2002)

5 -قياس ومعايير تشخيص الجلد:

إن طرح فكرة القياس هو مغامرة خاصة إذا ما تعلق الأمر بمفهوم معقد كمفهوم الجلد، فهذا يفترض حسب رأي S Vanistandael (2000) رؤية الجلد « كتوظيف لقدرة، كما سيرورة قابلة للتكميم، ولما لا للتحفيز» .

يقتضي القياس عددا من معايير الجلد (لكن أي عدد) ، يطرح بذلك خطرا مرتبطا بالذاتية ، ومفترضا كذلك الأخذ بعين الاعتبار عمر الفرد المقصود و أهمية الصدمة التي تعرض إليها.

ويذكر J Lecomte (2002) في كتابه "Qu'est-ce que la résilience? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe" دراسة أجريت على 56 طفل مساء معاملته أعمارهم بين 7 إلى 12 سنة تفحص فيها Kaufman وشركاؤه (1994) 3 ميادين من الكفاءة :

- النجاح المدرسي.
- المهارة الاجتماعية.
- العرضية العيادية.

لاحظ العلماء وجود تراجع نسبة الأطفال الجلودين كلما زاد عدد الميادين المأخوذة بعين الاعتبار.

- غير جلودين في أي ميدان 25 (45%)
- جلودين في ميدان واحد21 (37 %)
- جلودين في ميدانين7 (13 %)
- جلودين في 3 ميادين 3 (5 %)

ويضيف العالم : « إنه من الصعب تحديد العدد الملائم من المعايير المأخوذة بعين الاعتبار، فاستعمال معيار واحد يحتمل خطر وصم كجلود فردا لديه مهارة في ميدان، لكن لديه مشاكل معتبرة في ميادين أخرى، و بالمقابل اخذ عدة معايير (3 أو أكثر) يكاد يجعل من الجلد ظاهرة هامشية » . وخلص المؤلف إلى إمكانية استعمال معياريين لتحديد جلد فرد أو مجموعة أفراد. (Lecomte.J., 2002, p.7-14)

يتضمن قياس الجلد كذلك حسب B Cyrulnick (1999,2001) تمييز زمنين :

- زمن أول من مقاومة الاختلال الذي تولده الصدمة.
- زمن ثان من دمج الصدمة ، ووضع سيرورة إعادة البناء (تحتل هنا القوة الموجودة قبل الصدمة كل الأهمية) .

وضع الباحثون عدة سلالم و استمارات (ذاتية و غيرية التقييم) ، هاته الأخيرة تختلف حسب الوضع العيادي وحسب أهداف الأبحاث .

بالنسبة لـ C de Tychey et J Lighezzolo (2004) في مقالهما " L'évaluation de la résilience : quels critères diagnostique envisager" أنه من المهم نقل مصطلح الجلد من وضعية مفهوم غامض إلى مفهوم إجرائي ضمن البحث العيادي شرط مصداقيته في الحقل العلمي.وفق العالمان ، يمكن تعريف معايير إجرائية استئناف النمو وفق محورين : المعايير الخارجيق و الداخلية.

- **المعايير الخارجية:**

- القدرة على التجتمع دون اضطراب علائقي (إفراط تثبيط أو هياج) .
- قدرة مواصلة تعلم ملائم لفئته عمره.
- بعد المراهقة قدرة تكوين روابط تعلق مع شخص خارج دائرة العائلة .
- غياب الأعراض التي تعيق التكيف النفسي اجتماعي .
- قدرة إلى الوصول إلى إدماج مهني.
- القدرة على عدم تكرار الصدمات الماضية على سلالته.

• **المعايير الداخلية:**

- القدرة على الوعي بحالاته الداخلية ، الإثارات و الصراعات و الوجدانات التي تولدها الصدمة ، و إمكانية فهمها و ارصانها (خاصية التعقيل) .
- القدرة على الحفاظ على توازن نفسو جسدي (غياب اختلالات معتبرة في هذا الميدان).
- القدرة على إبداء شعور الراحة الذاتية (لذة العيش، غياب فيض من الحصر والإكتئاب أو الثأر) .

ينصح المؤلفان باستعمال مصدرين لتجنب وسائل (ذاتية و غيرية التقييم) كذلك ينصحان بأخذ لكل تقييم على الأقل معياران : الأول يرجع إلى التوافق الاجتماعي- البيئي ، و الآخر يرجع للأداء الداخلي (نوعية العيش لكن كذلك مرونة الوظيفة العقلية، القدرة على معالجة الصراعات و الاثارات الداخلية التي تولدها الصدمة، تنظيم دفاعي...). يمكن اقتراح إذن سلم أداء اجتماعي، سلم نوعية العيش و/ أو روشاخ .
(Tychey .C., Lighezzolo.J., 2004, p.230-233)

في حين يمكن أمام واقع معقد كالجلد مضاعفة وسائل البحث تذكر M Anaut (2007) بعض الاختبارات و السلالم التي أشار إليها الباحثون تقيس:

- مستوى الحصر و الاكتئاب .
- مستوى المهارات الاجتماعية (ذاتية وغيرية التقييم) .
- النجاح المدرسي، المهني، الفكري.
- عرضية عيادية .
- تقديرات الذات.معامل الذكاء Q i.
- الشخصية.
- السلوك.

6 -محدودية المفهوم و نقده:

يطبع نموذج الجلد منذ بضع سنوات التطبيقات العيادية ، سواء تعلق الأمر بمساعدة تربوية مدرسية أو علاجية ، لكن يبقى الكثير لاكتشافه حول هذا النموذج من وجهة نظر نظرية ، لكن كذلك في تطبيقاته العيادية ، نجد عدة علماء يرتابون إزاء مفهوم الجلد وبالفعل لا تزال حدوده غامضة وتعريفه سطحي .

يشير S Tisseron (2007) إلى 3 مخاطر في إدارة المفهوم :

- يمكنه التقليل من خطورة الارتداد الذي تمارسه الصدمات من جيل لأخر.
- استخدامه يتجاهل عادة التنوع الكبير للصدمات و دور المحيط غير البشري في إعادة البناء النفسي، وبالتالي يكاد فهم الصدمات يتقلص إلى مسائل ذاتية.
- يحاول إلى مثألة حل الصدمات في أشكال معروفة من الإبداع ، في حين الإبداع الوحيد الذي تنسبه الصدمة يكون عادة هو العرض . و يشيرTisseron أنه جلدا كان أم ضحية يحتمون من الصدمات بنفس الطريقة، عن طريق الانشطار. وفق رأي المؤلف فإن تحديد ومعرفة هذا الانشطار وتعلم معايشته هو الهدف الأكثر واقعية.
- يخلط الاختلاف بين الملاحظة التفسير و التنبؤ ، حسب رأي المؤلف من الصعب تقييم ما يلاحظ كتفسير سببي، و من المستحيل الحكم مسبقا و التنبؤ بهاته القدرة مستقبلا .
- اعتراض آخر يصاغ عادة في شكل " ثمن يدفع" prix a payer لأجل الجلد، لا يبني الفرد حتى الجلود ذاته بدون عذاب نفسي، بدون وضع حمايات لاتكون دائما متوافقة .

فلا يستبعد أن تصاحب اضطرابا ت نفسية ونفسومرضية مثل (اكتئاب ، حصر وحتى عدوانية...) سلوكات تدل على الجلد ما جعل بعض العلماء , Cyrulnick, Manciaux Lemay,Tisseron يذهبون إلى أن هنالك دائما ثمن يدفع prix à payer لأجل تطوير الجلد.

كما أنه وفق رأي O Bourguignon إزاء أحداث خطيرة « لا توجد مناعة ضد الإجهاد، ولكن نماذج استجابة مختلفة متوافقة على الأقل... إذا توصل كل طفل إلى الرد على الصعوبة فلهاته النجاة دائما ثمن » . (2000, p.77)

في هذا الصدد من المهم توضيح أن مفهوم الجلد لا ينطوي في أي حال على تعريف نوع من اللاّقهرية invincibilité لدى الإنسان ، فهذا المفهوم يعني القدرة على " مجاوزة الضربات و ليس القدرة على السعادة " يستخدم B Cyrulnick (1999) في هذا السياق صورة بلاغية ، تلك المتعلقة بـ : استعارة l'oxymoron (مبدأ يتضمن الجمع بين مصطلحين متضادين مثل : " البؤس الرائع" " Merveilleux malheur "، عنوان احد كتبه. فالجلود ليس بشرا خارقا مخلوقا من فلاذ بل لا يمكنه الإفلات من l'oxymoronعلى حد تعبير العالم.

يوضح l'oxymoron تضاد لدى من يعيش صدمة كبيرة ويتكيف معها : الجزء الذي تلقى الضربة يعاني و يلتئم ، في حين الجزء الآخر المحمي أكثر، سليم لكن أكثر سرية، يجمع مع طاقة الخذلان ، كل ما يمكنه أن يعطي السعادة ومعنى الحياة. l'oxymoron هو إذن : « ميزة الأشخاص المجروحين ، لكن مقاومين يتألمون لكن سعداء بالأمل رغم ذلك، الجلد يعرف مخرج الذين تلقوا الضربة و استطاعوا تجاوزها ، يصف L'oxymoron العالم الحميمي لهؤلاء المنتصرين المجروحين » (Cyrulnick.B., 1999, p.20)

من وجهة نظر نظرية ، رأينا أن أغلبية العلماء يذهبون إلى اعتبار أن الأفراد لا يبقون جلودين طيلة وكل الأوقات ، و يرى هؤلاء الباحثون أن نوعية الجلد تتركز على التجارب العلائقية و إمكانية إقامة الروابط : ما يعطيها طابعا متغيرا حسب الافراد و لدى نفس الفرد.

يضيف لنا B Cyrulnick أن : « ما يعين نوعية الجلد، هو نوعية الرابط الذي أمكن نسجه قبل الصدمة ومباشرة بعدها ».

و إذا كان هذا المفهوم موضة السنوات الأخيرة ، فلا يجب الجزم أو التفكير إلا من خلال مبادئه ، في حين حسب رأيي يمكن أن يمنح الممارسين استخلاص طرق تدخل و ممارسة تأتي لتغير بطريقة ما الأفكار المتجمدة حول التكرارات ما بين الأجيال ، بالإضافة إلى انه ليس ثمرة نظريات فكرية نفسية محضة ، بل تولد المفهوم من الممارسة و استخلاصات تمت ميدانيا.

يبدو لنا أخيرا أن هذا المفهوم الحديث له الفضل في اقتراح رؤية ايجابية ، ويترك اعتبار أن كل شيء لم ينته ، هاته النظرة التفاؤلية تسمح من جهة إلى إعادة منح الثقة لمن هم في وطأة الصعوبة .

خلاصة الفصل الأول :

ضمن الرؤية النظرية للجلد، نعتبر إذن انه إزاء الصعوبة يلجا الفرد الجلود إلى استجابات تكيفيه تعود إلى مصدرين : من جهة داخلية و تكوينية ترجع إلى قدرته الذاتية على الجلد، ومن جهة أخرى خارجية تابعة لمصدر المحيط العلائقي و الشبكة الاجتماعية .هذان القطبان لا يوجدان مجتمعين فحسب بمعنى إضافي أو تقابلي، بل يشكلان سيرورة ديناميكية وتطورية.

سيرورة الجلد توجد في بناء مترافق مستمر انطلاقا من التبادلات المتواصلة فرد- محيط، وبنسج شبكة تفاعلات. لكن ظهور هاته الظاهرة يبقى حساسا وغير دائم لدى الفرد ، و يمكن أن يسهل الجلد أو يعاق لدى الفرد وفق السياق الداخلي و الخارجي و التفاعلات التي تنشأ ، و بالتالي كما ذهب إليه أغلبية الباحثين " لا يكتسب الجلد دفعة واحدة ، ولا إلى الأبد ".

إن الفائدة من إسهام نموذج الجلد هي إذن في تدرج و تعديل ، حتى وان مثل حاليا تجديدا في التكفل لحماية الطفولة ، بدفع التحليلات المؤسسة على النموذج المرضي ، التي سيطرت فيها النظرة على العائلات في صعوبة. يتعلق الأمر إذن أكثر بالإشادة إلى تكاملية المقاربات التي تجمع عوامل الخطورة و عوامل الحماية بدل مقابلتها.

كذلك أمام نموذج الهشاشة و عوامل الخطورة ، يسمح نموذ ج الجلد بـ : عدم الاهتمام فحسب بالآثار السلبية ، لكن كذلك إدراك قدرات الأفراد في مواجهة الصعاب ومجاوزتهم. الجلد ليس إذن مرادفا للاقهرية أو جمود عاطفة ، لكن بالمقابل يثير فكرة المرونة و التكيف.

إذا اعتبرنا أن الجلد يتركز على التجارب العلائقية و إمكانيات إقامة روابط ، هذا يعطيه طابعا متغيرا وفق الأفراد ولدى نفس الفرد خلال مسار نموه ، وهذا يمكنه شرح انه لا يكون فردا جلودا كل وطيلة الأوقات ، وينحو في اتجاه فرضية سيرورة ديناميكية وتطويرية، و ليست ميزة تعطى مرة واحدة وللأبد ، فلا توجد إذن شخصية جلودة.

الفصل الثاني

الوظائف الو الديةِ

1 -تأثير الوالديةِ في البناء النفسي للطفل :

من أجل نمو اجتماعي ونفسي لكل مرحلة من مراحل الطفل العمرية ، يحتاج الطفل محيطا عائليا مستقرا تشبع فيه حاجات الأمن والحماية والرعاية . وفي المراحل الأولى من حياته يرتبط الطفل بوالديه ارتباطا كبيرا أين يعتمد نمو الوليد بشكل كلي على الرعاية الوالدية ، على الملاءمة بين احتياجاته ورغباته من جهة ، وبين الحب والضبط الاجتماعي اللذان يتلقاهما من جهة أخرى ، ويسهم ذلك في بناء الشعور بالأمن الداخلي الذي يرتبط حسب ما اكتشفه العالم J.Bowlby سنة 1969 مع التجارب الأولى للتعلق ، وكذلك الشعور بالانتماء إلى شبكة اجتماعية وعلائقية ، وبالتالي نمو الشخصية في طريق السواء في بقية مراحل حياته . فمن أكثر العوامل المؤثرة في تطور الطفل هي علاقته بوالديه التي تؤسس البناء النفسي على نحو من السواء أو اللاّسواء.

ترى Maud Mannoni (1983) في مقالها " La crise du rôle paternel et ses conséquences psychosociologiques " أن « الأدوار الأبوية والأمومية مترابطان ، يتعينان بتفاعل أحدهما مع الآخر ، ويتحولان كلاهما في نفس الوقت بتأثيرهما في العلاقة بالطفل وبتأثرهما بها » .

فالطفل يتحول من خلال سيرورات تقمصية ، ويحاول التوفيق بين ما يمثله الأب وما تمثله الأم تبعا لما يقدمه كلاهما . لذلك يؤكد D.J Duché في كتابه " L'enfant au risque de la famille " أنه « من الضروري توفر المواءم ة والتفاهم الزوجي التي من دونها يتيه الطفل ويشعر أنه مفقود ». (1983 , p.72-77)

وبذلك يمكن القول أن الرضيع لايواجه فحسب الإلتقاء مع الوالدين، ولكن كذلك الإلتقاء بالموضوع "الزوج " le couple في حد ذاته ، فالوظيفة الأبوية كما الأمومية سيدمجان البعد الزوجي وسيعمل كل على شاكلته لتوضيح الإختلاف الذي سيفتح نحو الرمزية ، فالأب والأم يحملان أشياء مختلفة ، ويحمل كلاهما تبادل كل منهما مع الآخر مما ينظم لدى

الرضيع العلاقة مع الآخرين ، فالوظائف الأبوية والأمومية التي تتحدد ضمن الزوج الوالدي تتوضح ضمن الثنائية النفسية الجنسية التي توجد داخل كل فرد .

يوضح لنا R. Roussillon et al (2007) في كتاب " Manuel de psychologie et de psychopathologie : clinique générale " المفهوم الذي وضعه Solomon Resnik 1986.1992.1999 حول "الآباء الممتزجين طيبين les parents combinés bons" يدل على موضوع داخلي يوضح الوظائف الأمومية التي تمثل الأفقية :التقبل، الاحتواء . والوظائف الأبوية تمثل العمودية : المتانة، الصرامة. يدل هذا المفهوم على الرباط المنسجم للوظائف الأمومية التي تضم التجارب والوظائف الأبوية التي تؤطرها .

يصف كذلك Didier Houzel (1987.1994) مثل هذا النموذج عندما يطرح طبيعة الغلاف النفسي الذي يجب أن يجمع مظاهر أمومية وأبوية ، فكأنما خصائص المتانة والمقاومة للغلاف تقع في جانب القطب الأبوي ، ومظاهر التقبل والإحتواء بالقطب الأمومي فلكي يؤدي الغلاف وظيفته ، يجب أن يضم واقيا ،متانة وليونة ، وإذا كان تبادل وتكامل الازدواجية النفسية الجنسية تشارك في تكوين الغلاف النفسي أو وظيفة الغلاف Fonction enveloppe التي تكلم عنها 2001Cicone ، فمثل هذه السيرورة تعمل على إستدخال موضوع داعم objet support يمنح سندا وأمنا للشعور بالذات . فرابط الاتصال الأمومي الحساس الاتصالي يجب أن يؤطر بمتانة ما هو أبوي ، الذي يطلق عليه J Grootstein 1981 objet en présence d'arrière plan d'identification primaire وتكلم قبله Joseph Sandler 1960 عن arrière plan de sécurité ، تمثل كذلك مظهر أبويا .
(cité par Roussillon.R., 2007, p.105-106)

تشير Edith Jacobson (1980) في كتابها " the self and object world " مؤكدة أهمية تأثير الوالدين في البناء النفسي بقولها : « يستثير تأثير الوالدين نمو الأنا ، حيث يقوم الوالدان بدعم السيطرة والكف الجزئي والانصهار الجزئي ،وتحييد الدوافع الجنسية والعدوانية من أجل خدمة الأنا ووظائف العمليات الثانوية ، ومن ثم يسهمان على نحو كبير في التطور النفسي الجنسي ونضج المشاعر والتفكير والعقل والحس الواقعي ، ويزيدان من

استقرار العلاقات الاجتماعية والشخصية المكفوفة الأهداف، وكذلك التوحد الراسخ بموضوعات الحب للأنا والانا الأعلى ، فبصفة عامة هما يدعمان الطفل للتفرد التدريجي وتقدمه من الموقف الاعتمادي السيكولوجي إلى نشاط الأنا المستقل الذي يمتد إلى النواحي الاجتماعية والثقافية والنضج الجنسي اللاحق للأنا » .

وتستطرد Jacobson بقولها: «....إن أردنا أن نصل إلى أهداف التربية ، فلا بد من توافر مناخ الحب والرعاية الوالدية : إثارة لبيدية ، متوازنة ومشبعة ، فالاستقرار الثابت يقوي الشحنات اللبيدية لكل من الموضوعات والذات ، فالحب الوالدي يدعم ثبات الذات و الموضوع والعلاقات الإجتماعية الصحية وعلاقات الحب والتواحدات الدائمة من أجل تكوين السواء للأنا والأنا الأعلى ، ويساهم الوالدان والمجتمع بشكل عام في تطوير أنا يعتمد على الذات ، ومع الحب الوالدي لابد من الإحباطات الغريزية والتحريمية التي ترتبط بالمطالب الوالدية وكذلك المتطلبات الثقافية . أين تساهم في تطور الوظائف المستقلة إذ يتعلم الطفل منها أن يتخلى عن حفزاته الجنسية قبل الأوديبية وتوقعاته الضلالية الطفولية الباكرة بالدعم والمساندة والحماية ، ولتحقيق ذلك لا بد أن يمر الطفل بخبرات الحرمان المستمر والأذى والإحباط وخيبة الأمل في والديه والتي تستثير مشاعر وجدانية ثنائية» .
(Jacobson. E., 1980, p.54-55)

إذا من الصعب الحديث عن تقمص أثناء المرحلة السمبيوزية لكن خلال مرحلة التفرد لـ Mahler يحاول الطفل التوفيق بين ما يمثله الأب وما تمثله الأم تبعا لما يقدمه كلاهما وتبعا لأدوارهما المحترمة ، ليس من السهل بالنسبة إليه أن يتقمص بوضوح هذا أو ذاك من والديه فحسب J Ajurriaguerra في كتابها "Manuel de psychiatrie " فإنه « إذا بينا في العلاقة مع الأم بعض التناقض الأم هي في نفس الوقت سيئة وطيبة ، الأمر ذاته بالنسبة للأب الذي يأخذ حب الأم ». (1980,p.860)

لقد أشار Otto Kernberg إلى أن : « هوية الأنا ليست إلاّ نتاجا لعمليات التوحد والإستدماج للآخرين، تلك العملية التي تقوم بدور حاسم في تكوين شخصية الطفل عن طريق تمثله خصائص والديه النفسية ، فتتشكل ذات الطفل على شاكلة الوالد. كأن الصور الوالدية هي المسؤولة عن التكامل .الوظائف الوالدية الواقعية تُستدمج في ذروة المرحلة الأوديبية حيث تتأسس هوية الأنا ».(1984,p.72)

كذلك أشار أو توفينخل O .Fenichel في كتابه " نظرية التحليل النفسي في العصاب " إلى أنّ : « الأنا الأعلى هو وريث الأبوين، ليس فحسب كمصدر للتهديدات والعقوبات ، وإنما أيضا كمصدر للحماية وكصورة "لأمن الحب" ، فلكي يكون الفرد في علاقة طيبة أو سيئة مع أناه العليا يصبح من الأهمية بالقدر الذي كان عليه فيما مضى كونه في علاقة طيبة أو سيئة مع أبويه ، والانتقال من الأبوين إلى الأنا العليا وهو من هذه الزاوية الشرط الضروري لاستقلالية الفرد ». (1963،ص272).

إذا فمن خلال عملية الإستدماج والتوحد (التقمص) يصل الطفل إلى مرحلة تمثُّل الصورة الوالدية المطلقة القدرة داخل النفس ، وتصبح قيمة الذات بقدر علاقة الأنا الأعلى مع الأنا الشبيهة بعلاقته مع والديه .

ومن أجل تكوين السواء للأنا والانا الأعلى وتوفير الأمن للطفل لا يتم سوى بانسجام حقيقي وعميق وإتحاد الوالدين وتوفر مناخ الحب و الرعاية الوالدية ، في حين أي اضطراب أي في قطبي الرعاية الوالدية وعلى الأخص الأم في المراحل قبل الأوديبية ثم الأم والأب معا في التطور الأوديبي ، إنّما يؤدي إلى اضطرابات وإختلالات في سلوك الطفل حيال الآخرين ، وتعد مرآة صادقة لإختلالات مماثلة في بنائه النّفسي .

2- الوظائف الوالدية :

2-1- وظيفة الام :

2-1-1- التفاعلات أم –طفل : من التعلق الى التفرد

يعيش الطفل في الأشهر الأولى من حياته حالة سمبيوزية عاطفية مع الأم ، فعندما تكون الأم فعالة كفاية وتستجيب لرغبات وحاجيات طفلها يتكون لدى الرضيع وهم أنّه هو من خلق ما يشبعه ، هذا الشعور بالقدرة المطلقة يأتي من اللاتفاضل بين الأم والطفل ، فليس لديه بعد شعورا أنه شخص مختلف عنها.

تقام هكذا بين الأم وطفلها روابط متميزة تجعل من الأم الموضوع الأول الأساسي بالنسبة للطفل ، وهي تمثل عادة صورة التعلق الرئيسية. وفيما يتعلق بأهمية دور الأم في حياة الطفل يقر J Bowlby أنه : « من الضروري لضمان الصحة العقلية ، أن يمارس الطفل (الحدث الصغير) نوعا من العلاقة الحميمية المستمرة مع أمه (أو من يحل محلها "بصفة دائمة " أي مع بديل دائم للأم وهو الشخ ص الذي يتبناه بصفة مستمرة) بحيث يجد فيها كل من الطرفين المتعة و تحقيقا لاحتياجاته ، وأن هذه العلاقة الدافئة المتشابكة المخوية التي تقوم بين الطفل وأمه في سنوات حياته الأولى ، و التي تتفرع بطرق لاحصر لها- اتصاله بأبيه وإخوته - هي التي تؤثر على نموه العقلي والخلقي » . (1978,p.8)

توضح نظرية التعلق ، أن التفاعلات أم- طفل التي تتأسس منذ الأيام الأولى من حياة الطفل هي قاعدة الشعور بالأمن لدى الطفل، والذي يعد ضرويا كي ينفصل ويتفرد ويستقل ويتفتح على العالم ويكتشفه ، في حين أنه يجب أن يكون أمنا كفاية كي تحقق له ذلك ، مما يستوجب على الأم أن تكون جيدة كفاية suffisamment bonne (Winnicott) أي يجب أن تسمح رعايتها الأمومية بمنح الطفل شعورا باستمرارية وجوده ، الذي يعد ضروريا كي يطور شعوره بالوجود .

تعتبر M Mahler (1974) التطور السوي هو حركة من اللاتفاضل من العلاقة السمبيوزية بين الطفل و الأم إلى تحقيق الهوية الفردية الثابتة ، وقد استخدمت للتعبير ع ن هذه العملية مصطلح " الانفصال-التفرد " وتعكس عملية الإنفصال- تفرد séparation-Individuation جانبين متكاملين: الإنفصال الذي يخرج فيه الطفل من حالة الإنصهار مع موضوع الحب الأول ، إلى التفرد الذي تتأكد فيه الصفات الفردية الخاصة بالطفل. وتتصور أن الشكل الذي لامثيل له لعملية الإنفصال والتفرد هي الإتاحة العاطفية للأم الراعي الأول ، بينما ينفصل الطفل ويتفرد .

يذكر لنا M Despinoy (1999) في كتابه " Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent" أنه بالرغم من أن Mahler لم تستخدم اصطلاح التعلق إلى أن دراستها تتوافق مع أعمال Bowlby (1973,1980) و Ainsworth (1964) فإنه تكتسب الاستقلالية بصفة أفضل كلما كانت روابط التعلق قوية وكلما أسست مبكرا .

وحسب D.W Winnicott (1969) في كتابه " De la pédiatrie à la psychanalyse " كي يستقل يجب أن يجرب الطفل أن أمه ليست دائما مصدر إشباع وارتياح ، بل قد تكون كذلك مصدر إحباط مما يخلق لدى الطفل حاجة لتعويض غياب أمه والعيب الناتج في استمرار يته ، لذا يلجأ إلى الظواهر الانتقالية ، وبالفعل عندما يتخلى الطفل عن وهم القدرة المطلقة يواجه الواقع أي الاعتراف بواقع خارجي non- Moi عن الواقع الداخلي Moi « هو بحاجة أن يرسم بين الداخل والخارج فضاء تجربة وسطية » أي يستوجب هذا النقص خلق معنى باللجوء إلى البعد الرمزي .

كذلك وفق D.W Winnicott (1971) في كتابه " Jeu et réalité" يخلق اللعب فضاءً انتقاليا لتجريب الذات والآخرين والعالم المادي ، فضاء يحاول الطفل من خلاله تجريب محاولاته في إخراج الواقع الداخلي واستدخال الواقع الخارجي. وهكذا بفضل الأم جيدة كفاية good enough يتعرف الطفل على القدرة المطلقة متبوعة بإزالة الوهم التدريج ي التي تمكنه من تطوير فضائه الانتقالي .

هكذا ، يبدأ الطفل مع نهاية عامة الأول إلى 15 شهر بالتمايز عن أمه ، وينفصل من السمبيوزية الأمومية ، وعندما يبقى الموضوع رغم رغبة هدمه يسمح للطفل إدراك أنه مستقل ، حيث تلعب الوظيفة الأبوية هنا دورا لا يجب تجاهله من خلال وظيفته كآخر فاصل.

2-1-2- الرعاية الأمومية الأساسية:

بالنسبة D.W Winnicott (1962) ، لدى الطفل ميولات قدرات فطرية للنمو، كي تتطور يجب أن يجد الطفل من حوله محيط أوليا وجيدا كفاية.

يقول العالم D.W Winnicott في كتابه " processus de maturation chez l'enfant " :

« يبدو بعد هذا الفرض أن محيطا جيدا كفاية منذ المرحلة المبكرة الأولى يسمح للطفل الحدث الصغير أن يبدأ في الوجود...يشيد أنا ذاتي... مواجها كل الصعوبات الملازمة للحياة» (1980, p.290)

ويستطرد العالم أن : « القدرة الفطرية للطفل لا يمكن أن يصبح طفلا إذا لم تقرن بالرعاية الأمومية » . (1980, p.243)

ففي المرحلة المبكرة من الحياة ، يكون الرضيع تابعا كليا للمحيط الفوري ، وتتقمص الأم رضيعها كي تفهم حاجياته ، وهذا ما أطلق عليه وينكوت " الرعاية الأمومية الأساسية " " la préoccupation primaire maternelle " أي أن « الطفل يظهر كجزء من الذات الخارجية ، أين يستوجب من الأم أن تضمن الإستقلالية ، مع أداء دور المحيط الإيجابي الحاوي وتحميه من الأحصرة والمخاوف....يصبح الطفل أكثر أهمية من ذاتها».

(Winnicott. D.W., 1969, p.542)

فالطفل الرضيع يشعر بوجوده على المستوى النفسي من خلال الرعاية الأمومية ، و التي بدونها لا يكون الطفل طفلا إنسانيا ،حيث يشكل هو وأمه وحدة متكاملة (في المرحلة الأولى) التي لا يمكن للطفل أن يعبّر فيها لفظيا ، فتكون عاطفة الأمومة هي المعبرة اللفظية عما يريد أن يعبر عنه الطفل ،وتكون أي الأم- هي الأنا المساعدة التي تعمل على التكيف الضروري لحماية وحفظ الحياة ورفع مستويات النمو وتطورها ، من خلال هذا الحب

الأمومي يتمكن الطفل من تغليب الجوانب الليبدية على الجوانب التدميرية الموجهة نحوها وعزلها خارج حدودها . (Winnicott. D.W., 1969, p.595)

ويرى العالم أن استمرارية وثبات الانشغال بأمور الطفل أي"الرعاية الاساسية "، إنما تفضي إلى الاستمرارية في وجود الطفل بوصفه كائنا إنسانيا متفردا ، الأمر الذي يؤدي إلى تشييد وبناء الذات. ويستطرد العالم فيقول : « إن تدعيم الأنا بالرعاية الحميمية الأمومية يمكّن الطفل الوليد أن يكبر وينمو...أما المريض فلم يقابل صدقا الرعاية في طفولته ». (1969, p.585)

2-1-3- وظائف الأم جيد كفاية:

من بين الرعايات الأمومية يخول D.W Winnicott أهمية كبرى إلى Holding أي (الطريقة التي يحمل بها الطفل) ، وHandling (الطريقة التي يعامل بها الطفل) ، و Objet presenting (طريقة تمثل الموضوع). و بنوعية جيدة يرى العالم أنّها « تسهل عمليات النضج ، في حين خللا فيها بسبب إنقطاعات متكررة لهاته العمليات يسبب استجابة الرضيع إزاء عيوب التكيف » . (Winnicott. D.W, 1980, p.39)

هكذا يعطي Winnicott وينكوت 3 وظائف كبرى للأم جيدة كفاية La mère suffisamment bonne :

(Maintien) holding : هو الاحتضان ، الطريقة التي يحمل بها الطفل جسديا ونفسيا، إنها الرعاية الأمومية التي تدعم أنا الطفل الهش ، هذا المفهوم محوري لأنه يصل إلى تكوين ذات الطفل بشرط أن تضمن وتمنح له الأم بصفة مشبعة ومستمرة أمنا عاطفيا ودفئا و حاميا جسديا ونفسيا. يؤسس holding لدى الطفل الشعور بالوجود الشعور كوحدة متمايزة.

(Maniement) Handling : يعني الطريقة التي يُعامل بها الطفل معاملة إعتناء الأم بطفلها. ظروف وآثار Handling تساهم في تطور الوظيفة العقلية ، وكذلك الإعتراف بالتفاعل وعلاقة الجسد ـ نفس ، يمنح الطفل إمكانية أن يعرف ذاته كجسد منفصل عن أمه ويتعرف على واقع جسده ، تطور النمو النفسي حركي .

Objet presenting : تعني تمَثُّل الموضوع ، أي الطريقة التي يتمثل بها الواقع للطفل من خلال محيطه ، إنها أولى العلاقات الموضوعية تسمح للطفل بصفاتها لإمتلاك وإستخدام المواضيع التي تحيطه إلى إدراك ذاته كواقعي ومتمايز عنها .

فهاته الوظائف التي تؤديها أم جيدة كفاية تضمن للرضيع الشعور المتواصل بالوجود ، بمنحه الدعم النفسي الضروري لنموه ، وتهدف إلى إيصال الطفل في المرحلة الأولى من نموه إلى أقصى نضج ضمن علاقة التبادل النفسي ـ جسدي .

2-1-4- الوظيفة الحاوية : La fonction contenante

عندما تضم الأم طفلها جسديا من خلال الرعاية الجسدية التي تمنحها إياه، بقربها بمداعباتها طريقة حمله holding فإنها بذلك تحدد جسم الطفل وتسمح له بالشعور واستدماج الحدود الخارجية لجسمه . فالأم المثالية كما يراها وينكوت ، لابد أن تتصرف كحاوية لحيوية الرضيع حتى عندما تأخذ تصرفات الوليد شكلا من العدوان وعدم الطاعة .

1. الأنا الجلدي : Le moi-peau

يقول D Anzieu (1974) في كتابه " Le Moi-Peau " : « أقصد بالأنا الجلدي ، صورة يتحدد بها أنا الطفل خلال مراحل مبكرة من نموه كي يتمثل ذاته كأنا محتوٍ لمحتويات نفسية من خلال تجربته لسطح الجلد ». يأخذ الأنا المتشكل شكل غلاف يفصل الداخل من الخارج كما يجمعهما ، الأنا الجلدي حد مشترك interface بين الداخل والخارج الذي يحمي من النزوات الداخلية والاعتداءات الخارجية .

فمن المبادئ الأساسية للتحليل النفسي، أن الجهاز النفسي يتطور طرديا بمرجعية ثابتة مع التجربة الجسدية ، الغلاف النفسي يشتق من إسناد الغلاف الجسدي .

يوضح Anzieu 3 وظائف للأنا الجلدي أين :

- وظائف صيانة الجهاز النفسي باستدخال holding .
- وظائف الاحتواء contenance ، كالبتلة حول النواة النزوية التي تتمثل في الهو le ca عن طريق الإحتضان .
- أخيرا وظائف مضاد الإثارة ، تفرد الذات ، حسية داخلية وضم الإثارة الجنسية للتنقية و للتسجيل.

الأنا الجلدي إذن هو حاوي نرجسي أساسي ، يسمح بولادة الفضاء النفسي أين تنمو الأفكار والحياة الهوامية .

2. وظيفة المرآة :Fonction du miroir

خولت الأبحاث الحالية حول الفترات الأولى للحياة النفسية أولوية لفرضية وينكوت ، لأم تعمل كمرآة أولية للحالات الداخلية للرضيع . كذلك أكدت أن وظيفة المرآة هي ضرورية كي يتمكن الرضيع من الدخول في علاقة مع عالمه العاطفي أي عالمه التمثيلي. فالطريق إلى الذات ليس فوريا بل يمر بالآخر وانعكاس الذات في الآخر ، ولا تتم النرجسية الأولية بدون موضوع .

يعتبر D.W Winnicott وجه الأم كأول مرآة أين يكتشف الطفل نفسه فيها : « الأم تنظر إلى الرضيع، وما يعبر عنه وجهها يرتبط مباشرة بما تراه» (1980, p.185)

ترتبط التمثيلات التي يكونها الطفل على نفسه إذن بتمثيلات أمه له في مقال لجاك لاكان Jack Lacan حول مرحلة المرآة يعالج العالم وظيفة المرآة في تطور الأنا لدى كل فرد لكنه لا يربط بين المرآة ووجه الأم ما أقره وينكوت . يرى لا كان أنه في الآخر أين يتحدد الفرد، وحتى يشعر في البدء في مرحلة المرآة كمكونة لوظيفة "أنا" "Je " ، و يضيف العالم أن هذا الوقت من المسار يشيد منذ 6 أشهر التقاء الرضيع مع صورته في المرآة ، يتعلق الأمر حسب لاكان باستهواء فعلي لصورة الآخر .

يؤكد Serge Lebovici في كتابه " Le nourrisson ,la mère et la psychanalyse " على العلاقة بالمرآة وتبادل السيرورة . يرى الرضيع نفسه في وجه أمه وهي كذلك ترى نفسها مما يؤسس سيرورة الأمومة والوالدية ، في هذا الحوار عين لعين في هذا الحمام العاطفي : النظر المتبادل يسمح لصورة الذات أن تتكون « الوجه الأمومي هو المكان الوحيد في نفس الفضاء تستدمج فيه الحالات العاطفية المختلفة الواحدة عن الأخرى ، ملاحظة ديادية أم ـ رضيع ، توضح التغيرات التي تحمل لدى كلا الوجهين وفق التغيرات الحاصلة لدى الآخر ، يحدث شكل من تعديل دائم لوجه الأم تبعا لما تراه في وجه الرضيع، فهي بهذا تحاول أن تنقل إليه ما رأته عن حالته العاطفية » .(1983, p.12)

لكن الخاصية القصوى للموضوع الأمومي هي ضمان وظيفية رمزية ، يوضح التوافق العاطفي Accordage affectif الذي وصفه D.Stern (1985) التبادلات بين الأم والطفل الذي تنقل خلاله « تنقل الأم عن طريق سلوكها شعورا عاطفيا أو انفعاليا للرضيع ، أين تعيد الخصائص (الشدة، الرتيم ، الشكل) ، مما يعطي للرضيع ليس فحسب تمثلا لوضعه الشخصي للوجدان والحالات الإنفعالية ـ التوافق هو أول أشكال الرمزية ـ لكن كذلك وخاصة تجربة مشاركة شخصية فردية » .(cité par Despinoy.M, 1999, p. 38)

3. القدرة الحلمية للأم: La capacité de rêverie de la mère

يعتبر W.R.Bion (1959) أن الطفل تابع للحياة النفسية لأمه على قدرتها الحلمية : « خبرات الرضيع مختلطة ، تهاجمه معطيات حسية لا يستطيع فهمها ، مجبور على دفع هاته التجربة لدى الأم التي يجب عليها أن تكون لديها قدرة احتوائها و تعديلها وإرجاعها للرضيع في شكل منتظم ومنسجم .هاته الوظيفة التي تؤديها الأم لرضيعها هي وظيفة ألفا α Fonction ». (cité par Despinoy.M, 1999, p. 34)

إذا، فهاته التجربة لدى الرضيع تشترط أما جيدة كفاية تستقبل ما يعيشه الرضيع وتعطي معنى : تستوعب هذا الإسقاط وتجعله في شكل مفكر pensable يستوعب نفسيا، ما يطلق عليه Bion الوظيفة α .

يسمح بذلك التقمص الإسقاطي للطفل التخلص من مشاعر الخوف ودفعها إلى الأم ، إذا قبلته يمكنها إزالة سميتها détoxifier وإعادتها إلى الرضيع في شكل محتمل ، إذا رفضتها ولم تفهم مأساة الرضيع ولم تستطيع إحتواءها يعيد الطفل إجتيافها ، هاته المشاعر التي لم تعدل إيجابيا ستصبح أكثر إيلاما ما يطلق عليها Bion 1962 عناصر بيتا β - élément beta ، أي بالعكس إذا لم تتوصل الأم بقدرتها الحلمية لإزالة سمية العناصر التي دفعها الطفل ناحيتها ، فيعد إجتيافهم تحت شكل أكثر عنفا يجعل الطفل ألا يفكر ولكن يهلوس ويدفعها عن طريق الفعل Agir . (cité par Despinoy.M., 1999, p. 67)

2-1-5- الحرمان من الأم :

من القواعد المتفق عليها الآن أن أول أساس للصحة النفسية للفرد إنما يستمد من العلاقة الدافئة الوثيقة الدائمة التي تربط الطفل بأمه أو مع من يقوم مقامها بصفة دائمة ، وأن أي حالة تحرم الطفل من هذه العلاقة تسمى الحرمان الأمومي ، وأن هذا الحرمان يأخذ شكلين إما أن يكون حرمانا كاملا وإما أن يكون حرمانا جزئيا ، وأن آثار الحرمان تظهر في تعطيل النمو الجسمي والذهني والإجتماعي وفي اضطرابات النمو النفسي.

ولقد أوضح العالم J Bowlby أن الحرمان من العلاقة مع الأم في مراحل النمو المبكرة يؤدي إلى عدم إقامة علاقة حب مع الآخرين . ويرى بولبي أن العرض الأساسي لهذا الحرمان من الأم هو انعدام العاطفة affectionless أو التبلد ، مشيرا إلى عدم القدرة على إقامة التواصل مع الآخرين .

كما يشير تراث التحليل النفسي الخاص بالعلاقة بالموضوع إلى أن اضطرا ب العلاقة بالأم يؤدي إلى اضطراب العلاقة بالواقع ، مما يؤدي بالطفل إلى المرض بذهان الطفولة

الذي تطلق عليه مارجريت ماهلر الذهان الذاتوي وهو ينتج من إفتقاد الطفل للعلاقة الأولية المشبعة مع الأم .

ولقد أوضحت بحوث الحرمان الأمومي أن غياب أو تمزق العلاقات مع الراعي الأول قد يكون لها عواقب معرفية ووجدانية ، كما أكد الفصال "الاستشفاء" لـ spitz 1948 أن التفاعلات أم ـ رضيع هي ضرورة مطلقة من أجل النمو النفسي للوليد وخاصة من أجل إستدماج الأنا .

وقد برهن D.W Winnicott (1969) على أن نوعية استجابة الأم هي التي تمنح الرضيع،فالطفل يرى صورته معكوسة في صوت الأم ونظرتها الفاحصة وفي أسلوب احتضانها له في عقلها مثلما الأمر بين ذراعها وفي لمستها وفي الإدراك الواعي، المشاركة الوجدانية الصامتة التي تضيفها على استجاباتها لاحتياجات الرضيع ووسيلة تواصلها معه بشكل ودي ، وأي خلل في العلاقة أو تمزق يصيب الرضيع بصدمة أو يأس حيث يفقد إحساسه بالذا ت المستمرة ويستبدل المشاعر الحي ة بمشاعر غير ناضجة مشاعر تربطها الاكتئاب ، أو في شكلها المتطرف بالذهان . فالألم من الحرمان والتعتيم الوجداني يؤديان إلى اضطراب حاد في الحياة اللاحقة .

وفي معظم الأمثلة التي طرحها Winnicott والتي تأخذ صورة الأم المكتئبة التي بدلا من الاستجابة لاحتياجات الطفل تطالب باستجابته هو نحو احتياجاتها. تنتزع التأقلم والطاعة من الطفل، وهذا ما يصفه العالم بأنه حرمان من الأمومة.

ويفرق وينكوت بين الحرمان أو الانتزاع وبين العوز أو الفقد . وهو يقصد بالمفهوم الأول ذلك الفقدان الثانوي من قبيل الحرمان من الأم بعد أن يكون الطفل قد كوّن علاقة بها، أما المفهوم الثاني فيشير إلى حرمان تام أولي منذ بداية الحياة.

وترى Nancy Chodorow (1979) في كتابها "The Reproduction of Mathering psychoanalysis and sociology of gender" أن السمات الأساسية لإحساس الفرد بذاته تنمو من خلال تلك العلاقة المبكرة ، حيث تحدد نوعية الرعاية نمو ذات الصورة الأساسية للطفل، فغياب القلق الساحق و وجود الاحتضان والتغذية المستمرة ونموذج التفاعل

المتماسك نسبيا يمكّن الطفل من تنمية ما أسماه Benedek ثقة وما أسماه Erikson ثقة أساسية والتي تتكون بداية جوهرية للهوية.

وقد افترضت A Freud أن المحللين النفسانيين في الغالب نسبو القدرات الملائمة للفشل التكويني إلى تلك الرعاية السيئة ، ففي تلك الفترة المبكرة من الحياة فإن تصرفات الأم الليبيدية وارتباطها بالطفل تفرض نموا اختياريا لبعض الإمكانات وتعوق أو تفشل في إثارة دفع النمو الخاص بإمكانات أخرى ، ونوعية الرعاية تحدد نمو الذات و الصورة الذاتيةself image الوجدانية الأساسية للطفل والإحساس بالطيبة والشر والصوا ب و الخطأ. فإن السمات الأساسية لإحساس الفرد بذاته تنمو من خلال العلاقة المبكرة.

(Chodorow.N, 1979, p.583)

لذا يرى D.W Winnicott أن « إخفاق كلي للرعاية الأمومية وعدم كفاية المحيط لها نتائج تلاشي الفرد أين إستمرارية الوجود تتوقف » (1965.p.252)

وطبقا لرأي وينكوت فإن تدعيم الأنا الذي توفره رعاية الأم يحمي الرضيع ويعطيه وهما أن أنا الرضيع تعتبر مستقرة وقوية مع أنها في الحقيقة ضعيفة وتلك الحماية تعد ضرورية لتنمية الذات الحقيقية أو الذات المركزية vrai self وتعتبر تهديدات نمو الذات مصدر قلق جسيم فإن الرضيع الذي يواجه هذا القلق تنمو لديه " ذات زائف " " faux self" مبنية على أساس الاستجابة للاعتداء أما الذات الحقيقية فهي القدرة على مواجهة الذات كعنصر وجداني بين شخصي فعال . (Chodorow.N, 1979, p.59-60)

فإذا منحت الأم خلال بداية الحياة تكيفا جيدا لحاجيات رضيعها وإطارا مستمرا وآمنا، وإذا كانت جيدة كفاية يكون مسار الطفل قليل الاختلال من طرف تعديات المحيط....، في حين بسبب عدم تأقلم وسوء تكيف الأم يواجه الطفل مباشرة المحيط أمام محيط لا يمكنه فك رموزه بسبب غياب الترميز الأم مما يؤدي إلى إنقطاع في نموه وفي إستمرارية وجوده ، فلا يمكن للطفل وضع معنى لما يحدث فهو أكثر من مجرد إحباط بل يذهب إلى تهديدات لأمنه الداخلي .إذا بالعكس الأم غير قادرة على الإستجابة لظاهرة القدرة المطلقة لدى الرضيع

فتقوض تلقائية الرضيع وتجبره على أن يخضع . هاته الوضعية المتكررة تشارك في تطوير ذات زائفة .

الذات الزائفة هي دفاع للذات الحقيقية ، لكن إذا حل محله بصفة مستمرة ، تفقد الذات الزائفة دورها كحماية وتحتل كجزء رئيسي لشخصية الفرد « الأم التي لا تكون جيدة كفاية لاتستطيع أن تحوّل عاطفيا القدرة المطلقة وتبقى تعيب الرضيع بدل الاستجابة لحركته وتعوض في مكانه حركتها هي ولن يكون لها معنى سوى بخضوع الرضيع ، هذا الخضوع من طرفه هو أول مراحل الذات الزائفة،وتدل على عدم قدرة الأم الاستجابة لحاجات الرضيع (...) عندما لا تتمكن الأم من التكيف جيدا كفاية هناك تضليل استهواء (....) بواسطة هذه الذات الزائفة يحصل التظاهر كأنه حقيقي » (Winnicott.DW., 1969, p.106-105)

إذا فإن المفهوم الأساسي لوينكوت عن الذات الزائفة ، يبرز من أفكاره عما يحدث عند وجود فشل في البيئة الحاضنة للطفل ، خلل في الإمداد الأمومي الكافي ، حيث أن السلوك الحاضن holding يسهل المراحل الباكرة من الميول التكاملية للطفل ، كما تسهم في بدايات تشييد منظمة الأنا ، وقد ينزع الفرد إلى القول بأن الأم تحوّل الأنا البدائي الضعيف لطفلها إلى أنا قوى لأنها موجودة هناك بجواره تعضده وتؤازره في كل احتياجاته .

يقول العالم : « إن خبرات التواصل الوجداني إبان الطفولة المبكرة ضرورية ، وتطور الذات الزائفة يحدث في الأسر التي تفتقر إلى هذا التواصل الوجداني والمناخ السائد لحالات الاكتئاب » . (Winnicott. DW, 1969, p.87)

2-2- الوظيفة الأبوية:

2-2-1- الأبـوة:

يذهب B Muldworf في كتابه " Le métier du père " أنه : « إذا كانت الأمومة انتسابا طبيعيا ، فإن الأبوة نتاج حضاري واكتشاف تاريخي يندرج في نطاق ما هو ثقافي : صحيح أن الأصل انتساب طبيعي ولكنه اكتسى بشكل حضاري اجتماعي وثقافي، فإن المرأة

تصبح أما بواسطة ومن خلال عملية بيولوجية ، وهي عملية تنتمي إلى النظام الطبيعي ، فإن الرجل يصير أبا بواسطة نظام رمزي ، ينتمي على النظام الثقافي والاجتماعي » .
(1972, p.5-17)

وتقول القماح (1986) في رسالتها للدكتوراه " العلاقة بالموضوع في التطور السوي واللاسوي عند الأطفال " : « إن الأب هو الوسيط الأول الذي يندرج من خلاله الفرد في المحيط الاجتماعي الأوسع ، إنه جوهر عملية التنشئة الاجتماعية ، التي من خلالها يتحول الطفل من كونه معطا بيولوجيا ليصبح منتجا ثقافيا حضاريا» .

لقد لمسنا أن علاقة الطفل بأمه هي علاقة إنصهارية ، يمتزج فيها كيان الطفل بأمه وهذا يحتاج إلى طرف ثالث يفصل بينهما، لذا يتضح أثر الأب الذي يقوم بهذا الفصل كي يوصل بين الأم وابنها مرة ثانية من خلاله كضلع ثالث يشكل العلاقة الثلاثية الجديدة. وتتضمن هذه العلاقة الجانب البيولوجي ممثلا في الأم مصبوغا بالجانب الحضاري الثقافي الإنساني ممثلا في الأب (إيمان القماح ،1983، ص82)

ويشكل الأب مبدأ الحياة البشرية فهو رمز السلطة والقدرة أي أنه - منذ فجر الحياة - يمثل القانون الإجتماعي عبر منع تحقيق إشباع الرغبات غير الملائمة مع المعطيات الإجتماعية ، وبدون هذا المنع لن يتمكن الطفل من تحقيق بنائه النفسي أو الإندماج مع ثقافة مجتمعه نظرا لحاجته الماسة إلى القانون ومرجع يرسم له الحدود الواجب إلتزامها وعدم تخطيها. وكون الأب محبوبا ، ويسهل الغياب الأبوي بالفعل جنوح الطفل عن المجتمع .
(كريستين نصار،1993، ص14)

وإذا ما انطلقنا من البديهات الثابتة بأن الأم محرمة - وهذا مايمكن تعميمه على كل المجتمعات- فبحسب نظرية ليفي شتراوس الأنثروبولوجية حول البنيوية في العائلة ، فلا يوجد مجتمع حضاري من دون تحريم الأم ، ولا يوجد تحريم للأم في مجتمع حيواني ، ولا يمكن أن يوجد تحريم الأم دون أن يتبع ذلك ولادة مجتمع إنساني .

ويرى عدنان حب الله في كتابه " التحليل النفسي من فرويد إلى لاكان " أنه :
« إذا ما انطلقنا من قانون تحريم الأم ، فلا بد إذن من محرم لها يقف حائلا دون رغبة الإبن الإثمية . وإذا كان الأب هو المانع الملزم فليس إلا لأنه يعتبر الأم- الزوجة- من حق ملكيته الجنسية مما يسبب عند الإبن إرتداد نموه بشعور عدواني لا مهرب منه ، أي تكون قد تمت العلاقة الثلاثية الأب ـ الأم ـ الإبن ، وهذا ما يشكل القاعدة الأساسية للبنية الأوديبية ». (1988، ص9)

2-2-2- وظيفة الأبوة :

يميز B Muldworf بين دور الأب ووظيفته ، حيث أن الدور يمثل أشكال وقيم السلوكات المخولة إليه من طرف المجتمع للفرد ، وكذلك كل مجتمع أو محيط يفرض على الآباء أدورا خاصة بمختلف الثقافات ، في حين أن الوظيفة الأبوية تتشكل بـ : « مجموع المحددات التي تتفاعل للمساهمة في البناء النفسي للطفل» .

وإن كانت المكانة الإستراتجية لوظيفة الأبوة (التدريب النوعي على الإشباع المرجأ)، فإن لهذا التدريب نتيجة مزدوجة ، وهي ظهور الأب القائم بالتحريم (أي بوصفه ممثلا للسلطة) ، أما الجانب الثاني وهو الإنتقال من عالم الحسيات إلى العالم العقلي ، فهو إنتقال من العالم المعاش إلى العالم غير المباشر أي عالم التجريد والمجرد. فالأب إذن يدخل في نفس الوقت عالم السلطة وعالم الفكر .(Muldworf.B, 1972, p.53-59)

وأما عن صورة الأب l'image du père، فالصورة هي تصور عقلي يمثل الغائب. يستدخل الطفل صورة إيجابية وسلبية في نفس الوقت عن أبيه في جهازه النفسي . الأب هو الذي يخرج الطفل من وضعية لا تمايز ويجعله يعي ويتعرف على العالم من حوله ، وتأخذ صورة الأب كل معناها في تقدم وحل عقدة أوديب.

يعود مفهوم الصورة الهوامية imago إلى يونغ 1911 C G Jung في كتاباته تحولات ورموز الليبيدو عام 1911 ، حيث يصف الصورة الهوامية الأمومية والأبوية والآخرين التي تشيد في لا شعور المرء وتوجه لاحقا سلوكه وإدراكه للآخرين .فهي ليست مجرد

انعكاس للواقع حتى ولو تفاوت في درجة تحريره ، إذ أن صورة هوامية لأب رهيب مثلا قد تتوافق مع أب فعلي ذي حضور هزيل (جان لابلانش ، ج.ب. بونتاليس،1985، ص307)

ولهذا نجد أن الطابع العميق والأساسي لسلسلة بأسرها من الأفكار المتصلة بوظيفة الأبوة تعبر في الواقع عن وقائع جوهرية في نمو النفس ، فالأبوة على المستوى المعاش الذاتي هي نتاج تآلف (وتسوية) بين النماذج الأبوية المستدخلة من جانب الذات ، وما ينتمي إلى النماذج الاجتماعية والثقافية السائدة ، فسيادة نمط إجتماعي ثقافي سيكون له أصله في الميكانيزمات اللاتصورية التي تنظم إستدخال الصور الوالدية ، فيكون المرء متمثلا أو غير متمثل في علاقة بنمط إجتماعي ثقافي معين ، يكشف على نحو جزئي عن هذه الميكانيزمات اللاشعورية . (Muldworf.B., 1972, p.53-59)

2-2-3- وظيفة الأب :

للأب وظيفة مباشرة وأخرى غير مباشرة.

2-2-3-1- وظيفة الأب غير المباشرة:

هي الوظيفة التي يؤديها الأب كزوج ، يؤمن لزوجته الإحساس بالطمأنينة والأمان اللذان هي بأمس الحاجة إليهما كي تتمكن بالقيام بدورها كأم متفرغة لطفلها آمنة وسعيدة في حياتها، أي أن أولى مظاهر الوظيفة الأبوية هي أنها تعمل كسند للوظيفة الأمومية ، فالأب يدعم الأم في إستثمارها لطفلها الرضيع في تفانيها وفي الرعاية الأمومية الأساسية حسب مفهوم وينكوت ، ويحتوي العلاقة أم ـ رضيع بمصاحبة القلق والمخاوف والاضطرابات الإنفعالية التي تنطوي عليها هاته العلاقة، فبالإضافة إلى وظيفة الدعم والسند كذلك تعد وظيفة تأكيد نرجسي للأم.

2-2-3-2- وظيفة الأب المباشرة:

أما الوظيفة المباشرة وهي الأهم.

1. الأب كمستلم للسلطة وحامل للممنوع :

يقول M.Porot (1954) في كتابه " L’enfant et les relations familiales "
« من الأم ينتظر الطفل الحب ، من الأب ينتظر أولا السلطة» .
فالحب الأمومي والسلطة الأبوية كلاهما ركائز محورية لتوازن جيد للعلاقات العائلية ، هذا لا يمنع الأم من بعض السلطة على أبنائها والأب من إظهار الحنان لأبنائه مع وجوب احترام سلمية أدوار كليهما لصالح الطفل ، وعلاقة عاطفية إيجابية بين الوالدين تمثل أوثق ضمان للسلطة الأبوية . (Porot.M, 1979, p.154)

ونجد Widlocher(1965) في كتابه "Fonction paternelle, complexe d'Œdipe et formation de la personnalité" يعرف مفهوم السلطة والممنوع في الوظيفة الأبوية بالرجوع إلى الإشكالية الأوديبية ويؤكد بأن الأب لديه الدور الفاعل للتحريم الاوديبي ، أي أنه هو من يحرم التملك الحصري للأم . فالنسبة لهذا العالم « تكوّن الأنا الأعلى لدى كلا الجنسين يرجع لإيداع في وعي الطفل لهذا الوعي الأخلاقي الذي يتجسد أولا عن طريق الأب ».
كما يؤكد J Lacan « أنه من وجهة نظر الطفل ، يتدخل الأب على نمط التحريم بتمثله كذي حق فيما يخص الأم » .

2. الأب كطرف شخص ثالث فاصل في العلاقة أم ـ طفل:

باندماجه بين الأم والطفل كموضوع رغبة للأم ، يسمح الأب بإستدخال جدلية التعلق- إنفصال بالأم لدى الطفل وتصبح عقدة أوديب بمعاكسة الميل إلى الإلتحام الخلطي الأولى، ويساعد في سيرورة التمايز والاستقلالية بتحويل الطفل عن موضوع الحب الأول ويقوده إلى التخلي عن الإشباعات الفورية لفائدة لذة لاحقة إرجاء الإشباع بهدف النمو ، في نفس الوقت

فإن الأب يمنع نشوة أم مفرطة الحماية بضمان تعديل المسافة بينها وبين الطفل وكذلك المساهمة في التقدم ناحية الإستقلالية عن طفلها .

يصف Salmon Resnik 1994 وظيفة الجسر للأب ، جسر يفصل ويصل في نفس الوقت ، فالجسر الأبوي يسمح بالوصول إلى بر الأمان بعيدا عن الصدع ويصل إلى الموضوع ، الانتقال من الالتحام Fusion إلى الهوية بدون السقوط في فجوة الإنفصال ، فالوظيفة الأبوية هي وظيفة تفصل وتجمع في نفس الوقت . يستخدم Resnik عبارة المثلث الخطي Triangle linéaire ليصف التشكيل الأولى للثلاثية السابقة للمثلث الأوديبي وقبل الأوديبي فيمكن القول أن وظيفة الأنا العليا بانتداب أو تخصص لجزء من الأنا ، تمثل مظهرا للوظيفة الأبوية وتهدف لضمان أولى تأدية وظيفة الأم في أمان ، وحماية فضاء الإلتقاء أم ـ رضيع ، والحفاظ على الرابط أم ـ رضيع من التهديدات الداخلية والخارجية يمثل مظهرا رئيسيا من وظيفة الأب (Roussillon,R. , 2007, p.104)

3. الأب كنموذج تقمص :

التقمص هو : « عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر أو خصائص أو صفات شخص ويكون كليا أو جزئيا تبعا لنموذج. تتكون الشخصية وتتمايز من خلال سلسلة من التماهيات » . (جان لابلانش ،ج.ب. بوتناليس،1997، ص 198)

وبالفعل كما يؤكد Widlocher فإن الوظيفة الأبوية لا تتلخص في وظيفة السلطة وتكوين الأنا الأعلى فحسب ، فالأب هو كذلك ممثل للجنس الذكري ضمن التكوين العائلي.

يعي الطفل تدريجيا أنّه الأب كموضوع ممكن لرغبة الأم ، وهكذا كمنافس ، يمتلك ما تحب ما ترغب به فيسعى الطفل لاكتساب ما ليس لديه هو مما يستدعي دور التماهيات . من خلال هذا المنطلق ، يسعى الطفل ليوافق مظهر أو صفة للأب ويدمجها كنموذج بالدخول في منافسة مع أبوه بالتماهي به ، فهو مجبور على إستدخال نظام قيم هذا الأخير ، لكن التماهي به يتطلب إلغاء عقدة أوديب ضمن علاقة التجاذب الناقص .

بهذا يمكن للأب أن يكون مثال الأنا idéal du moi لأنا للطفل وهو دور صعب لأنه في فترة من النمو كان ممثلا للممنوع.

حسب فرويد «....من الواضح أن دور الأب صعب، لأنه يمثل بالنسبة للطفل منافس في علاقته مع الأم وذات أخرى يمكن أن يكون في حين موضوع حب للأب. الحب والغيرة ليسا متناقضين » . لهذا إذا بينا في العلاقة مع الأم بعض التناقض، الأ م هي في نفس الوقت سيئة وجيدة، الأمر ذاته بالنسبة للأب الذي سيأخذ حب الأم ».

(cité par Ajurriaguerra.J, 1980, p.860)

كذلك فإن الأب يوجه التوجه الجنسي للأطفال ، حيث يتعرف الطفل من خلاله جنسه البيولوجي وموضعه بالنسبة للوالد من الجنس المعاكس ، يتعرف الطفل إذن بمعاكسة الوالد من جنس مختلف ويتقمص الوالد من نفس الجنس .

يرى J. Lecamus et al في كتابه " Le rôle du père dans le développement du jeune enfant " أنه « تقليديا ، يجب أن يتمكن الولد الحدث من التحرر من الموضوع الأمومي الأول ويتقمص أباه ، البنت الصغيرة يجب أن تنتقل من موضوع إلى آخر ، بالنسبة للذكر يكون الأب كمنافس ونموذج تقمص ذكري ، أما بالنسبة للبنت الأعضاء التناسلية غير بارزة وأول موضوع حب هو جنسي مثلي ، كي تصل إلى الأنوثة يجب أن تتخلى عن الأم وتتحول نحو أبيها كموضوع حب جديد ». (1997, p.140)

يؤكد M Porot على أنه « يجب على الأب أن يمنح إبنه صورة تقمص صالحه كفاية حتى يجاوز الإبن الصراع المؤقت عدوانية - إعجاب ، ويصل إلى مفهوم كلي لرجولته التي يجسدها الأب » . (1979, p.162)

وتذهب Chiland (1988) أن : « تقدير الذات بالنسبة للذكر يرتبط بالإعجاب الذي يكنّه لأبيه ، وأن القدرة على الشعور بأنها محبوبة مرتبطة لدى البنت كون أبوها قد أحبها لأنها فتاة » . (cité par Le Camus.J., et Al., 1997, p.146)

يتفق عدة علماء Alby ,1962 Kreisler ,1990 Stoller, 1998,1985,1968 في الذهاب إلى أنه إذا كان الدخول في الأوديب بصعوباته الصراعية يقع بالعمر القضيبي، فالهوية الجنسية تكون قبل هاته المرحلة ، وكل مايحدث قبلها ضروري للمستقبل الجنسي للطفل ، حيث نجد العالم Stoller لايوافق الرسم الكلاسيكي الأوديبي ، بالمقابل يفترض وجود نواة لهوية النوع أين يكون تكوينها نتيجة عملية تقمص أولي غير صدمي atraumatique في سياق نفسي غير صراعي aconflictuel ، مختلف عن عملية التقمص الثانوي أين تلعب الدينامية النزوية الدفاعية ، فالعالم Stoller كغيره من العلماء الذين عملوا إنطلاقا من مفاهيم ماهلر Mahler مقتنع بالمكانة الأساسية للأب في الطفولة الأولى . (Le Camus. J., et Al., 1997, p.144).

كما يوافق J.Le Camus رأي J.Lacan في أن هاته المرحلة قبل الأوديبية تحوى محددات أساسية تؤدي إلى تكوين الهوية الجنسية. (1997, p.147)

يعتبر فرويد التقمص الأولي كأول رابط عاطفي يسبق أي إستثمار موضوعي ، يقصد بذلك نوعا من التماهي بأب « ماقبل التاريخ الشخصي » الذي يأخذ منه الصبي مثلا أعلى أو نموذجا له . (جان لابلانش ،ج.ب. بونتاليس،1997، ص 202-203)

عندما تضع ميلاني كلاين الأوديب في السنة الأولى من حياة الطفل ، الأب ليس سوى مكافئا لموضوع جزئي أمومي للأم . في هوامات الطفل هناك تكافؤ كلي بين الثدي والقضيب الذي يُجسمَن من طرف الأم يصبح موضوع طيب لاكتسابه ، لكن هو لا يوجد سوى كموضوع مرغوب فيه من طرف الأم ، الطفل لا يتماهي مع أبيه إلا بالقياس أنه يمكن التماهي مع قضيبه ويشعر انه موضوع رغبة للأم « تقمص إسقاطي » .

2-2-4- الأوديب :

إذا كان وجود الأب هو الذي يطرح (إشكالية الموقف الاوديبي) بوصفه ذلك البنيان السيكولوجي العام المكون لكل شخصية ، والذي يتميز بحكم طبيعته الجوهرية بأنه نتاج قيد contrainte ، وانه يحمل في ثناياه حدود ظروفنا الإنسانية ، فإن الموقف الاوديبي هو الذي يقود إلى "قيد المحارم " ، وبهذا فالارتباط بينهما جوهري تكويني ، إنهما وجهان لشيء واحد "تنظيم الحياة الجنسية " أولهما فردي والآخر إجتماعي ، وبهذا فإن كان البنيان الاوديبي هو القيد أو الإلزام الأساسي الذي يصبح الكائن الإنساني بفضله كائنا إنسانيا ، فإن قيد المحارم هو في ذات الوقت القاعدة المطلقة التي تصبح بفضلها المجتمعات مجتمعات إنسانية . (Muldworf.B., 1972, p.26-27)

ويشير أوتوفنيكل لعقدة أوديب فيقول : « إن عقدة أوديب هي نتاج للأسرة كنظام إجتماعي، وتتغير بتغير هذا النظام الإجتماعي » . ولقد تبين بالدراسات أن المجتمعات التي يختلف فيها النظام الأسري عن عندنا لديها عقدة أوديب مختلفة .

ويرى أنه عند كلا الجنسين يمكن اعتبار العقدة الاوديبية ذروة الجنسية الطفلية ، فإن النمو الشبقي ابتدءا من الشبقية الفمية مارا بالشبقية الإستية (القضيبية) وكذلك نمو العلاقات مع الموضوع ، ابتدءا من الإدماج مارا بالإدماج الجزئي وتناقض العاطفة إلى الحب والكراهية، كلاهما يتقدم في الحفزات الاوديبية ، هذه التي تعبر عن نفسها كقاعدة في الإستمناء الإنسالي المحمل بالإثم ، والتغلب على هذه الحفزات كي يتخلى عن مكانها للجنسية الراشدة هو الشرط الضروري للسوية ، بينهما التشتت اللاشعوري بالنزعات الاوديبية يميز الشخصية العصابية (اوتو فينكل، 1969، ص 236-252)

يذهب S Lebovici (1970) من جانبه أن الأب ينظم الأوديب بدخوله في العلاقة الثنائية بين الطفل والأم كعامل محبط agent frustrateur ، هذا الإنتقال يمثل بالنسبة لـ Lacan شرطا أساسيا من دونه يهلك الطفل في الذهان ، ما يتفق عليه كل أتباع فرويد .

يرى عسكر بقوله :..... وفي إطار العلاقة السوية فإن الطفل مضطر للتنازل عن ثدي الأم والتضحية نظرا لقوة القانون والدور الإجتماعي للأب ونظرا لنقص كينونته حيث يعيش قلق الخصاء الذي يعد في البداية توهما خياليا . وبالتالي لا يعد التهديد بالخصاء أو معايشة خبرة الخصاء مجرد حادثة نفسية مرضية إنما غيابها هو ما يحيل الشخص إلى الخصاء الفعلي –الخصاء الثقافي الذي يحرم الكائن البشري من الدال القضيبي الثقافي الذي يجعله عضوا معرفيا فعالا يخصب الأرض واللغة ذكرا كان أم أنثى، والمكاسب التي تتحقق عبر هذه المرحلة هي التوحد بالأب واكتساب الاستعارة الأبوية ، حيث لا يكون التوحد بالأب توحدا شاملا بل يقتضي على ميزة من ميزات الأب ، وتصبح الرباط الموحد بينهما والنواة المكملة لمثال الأنا . (عبد الله عسكر، 1994، ص 58-59)

أما المخرج السلبي لمسار عقدة الخصاء ، فبدلا من أن يتماهي الطفل بالأب يتماهي بالأم ويتحول موضوعه الجنسي من الأم إلى الأب ، حيث يحاول التشبه بالأم لكي يحصل من الأب على الذكر التعويضي ، وهذه تكون النواة لاضطرابات عصابية وانحرافات جنسية مثلية وفي كلا المخرجين السلبي والإيجابي ، تؤدي العملية إلى فقدان الذكر، ففي الإيجابي يستغني عن وظيفة ذكره الجنسية ، وهذا مايسمى بالخصاء الرمزي أي يحتفظ بذكره سالما بعد أن تم تعطيل وظيفته من التهديد بالخصاء ، لأن هذا التهديد كان مرتبطا أصلا بتعلقه الشبقي المحرم بالأم ، فانفصاله عن الأم ، وتحويل الدوافع الليبيدية عنها يؤمن له سلامته ذكره ، وبعدها يدخل الطفل حالة الكمون حتى البلوغ حيث تعود التيارات إلى الظهور في اتجاهات مغايرة للسابق أي تتحول من غرضها الأساسي كي تختار غرضا خارجيا جديدا. (عدنان حب الله ، 1988، ص 86)

2-2-5- وظائف عقدة اوديب :

1 - وظيفة اختيار موضوع الحب ، على اعتبار أن هذا الإختيار يصل بعد البلوغ متأثرا بتوظيفات الموضوع والتماهيات التابعة لعقدة أوديب ، ومتأثرا في الوقت نفسه بمنع تحقيق العلاقة الجنسية بالمحارم .

2 -وظيفة العبور إلى الحياة التناسلية،على إعتبار أنه لا تتحقق من خلال النضج البيولوجي وحده ، ويفترض التنظيم التناسلي تكريس أولوية القضيب التي يتعذر حدوثها بدون حل الأزمة الأوديبية بواسطة التماهي .

3 - وظيفة التأثير على إنماء الشخصية ، وتكوين أركانها المختلفة وخصوصا الأنا الأعلى والمثل الأعلى للأنا .

ولا يمكن أن يتجاوز الولد الأوديب ويعبر إلى التماهي بالأب إلا إذا اجتاز أزمة الإخصاء، أي إلا إذا حُضِرعليه استخدام عضوه الذكري كأداة لرغبته في أمه ، فلابد من رد عقدة الخصاء إلى النظام الثقافي حيث يتلازم الحق في بعض الممارسات دوما بممنوع يقابله . (جان لا بلانش و.ج .ب بونتاليس ،1997، ص 364)

ويرى لاكان أن إسم الأب يلعب دورا أساسيا بل محوريا في انتظام الأنا وتكوين اللاشعور (الذات) ، فموقع الأب الإجتماعي ودوره الموروث في التسلسل العائلي ، من حيث أنه المجاز الملتزم باسمه هو السائد في مجتمع أبوي التعريف عن الفرد بالنسبة إلى المجموعة التي يتعايش معها .

وإسم الأب إن كان يحدد القانون الذي يلتزم به كل من الذكر والأنثى على السواء ، فهذا القانون يعتمد بالدرجة الأولى على التحريم الإثمي كأساس في العلاقة الجنسية ، وانطلاقا من هذاالتحريم تتوطد العلاقات الإجتماعية والمصالح المتبادلة .

ويتأكد من كل هذا أن الوظيفة الأبوية تؤثر في تكوين شخصية الطفل ، حيث تتدخل على مستوى النمو العاطفي بتوفير إمكانيات الاستقلالية و التفرد(بفضل وظيفة الفصل) ، وبتوفير الثقة بالذات الضرورية لمواجهة مختلف منافسات الحياة (ما ينتج عن المنافسة الأوديبية) وظيفة التقمص ، وتدخل كذلك على مستوى تنظيم الشخصية من حيث أنّها تسمح بتكوين أنا أعلى مستقر من خلال وظيفة السلطة ، يساهم كذلك في تكوين الأجهزة النّفسية التي تساعد الطفل على احتواء القوة النزوية وتوجيه حياته.

2 -2-6- نتائج عوز الوظيفة الأبوية :

يفهم من مصطلح العوز La défaillance كعجز أي عدم القدرة أو ضعف في أداء الوظيفة الأبوية ، ويُحدث الحرمان الأبوي ـ كليا كان أم جزئيا فيزيقيا أو معنويا إضطربات شتي من شأنها تهديد طمأنينة الطفل النفسية ، ومن العوامل المؤدية لهذا الحرمان : الغيابات الفيزيقية ،الوفاة ، إنفصال الوالدين ، غياب واجبات الأب وحرمان السلطة ، مرض الأب... .

يعد قصور الوظيفة الأبوية La défaillance de la fonction paternelle العامل الأساسي في نشوء إضطرابات علائقية مبكرة بين الأب والطفل . فالتخلي عن أداء الوظيفة الأبوية أو عدم القدرة على توفيرها لا يسمح بالنضج الضروري للطفل.

فعوز الوظيفة الوالدية يعد عاملا معتبرا في ظهور مختلف الإضطرابات النفسو مرضية لدى الطفل يصرح جاك لاكان أنه « في طرف من إضطراب الشخصية،لا بد أن نعثر دائما على موت الأب » .

- **تناذر عوز السلطة le syndrome de carence d'autorité**

تظهر السمات المميزة لتناذر السلطة في 3ميادين محددة : الشخصية، السلوك ، والعلاقات الإنسانية.

- **اضطرابات تنظيم الشخصية :**

كما رأينا سابقا أن تعديل المسافة أم – ابن يؤثر على قدرة الفرد لتحقيق استقلالية ، وضعية التبعية المتبادلة أم- ابن تهدد لاحقا النمو النفسو عاطفي للطفل .

وفق B Muldworf (1972) إذا بقت العلاقة أم ـ طفل متلاحمة فإن تطور شخصية الطفل يبقى تابعا لشخصية الأم . إذا كانت هاته الأخيرة تتميز بإفراط عاطفية يكون الطفل هشا ، نزويا كثير المطالب ، إذا كانت متسلطة لا يكوّن الطفل الثقة بذاته و يشعر بعدم أمن دائم .

رأينا كذلك أن أحد وظائف الأب هي تشجيع طفله لمسابقته ومعارضته ضمن المنافسة الاوديبية ، فعندما لا تُضمن هاته الوظيفة ، يبدي الأطفال قلقا معتبرا إزاء فكرة معارضة الأب ويظلون إذن في وضعية تبعية .

بالنسبة لـ A Le Gall (1972) في كتابه " Le rôle nouveau du père " فإن عيب تقمص الصورة الذكرية الملائمة لتقمص إيجابي تولد شخصيات غير آمنة ، غير واثقة، أشخاص قلقين ومتوترين في بحث دائم عن الطمأنينة .

وحسب B Muldworf فإن عدم كفاية الصورة الأبوية لدى الفتاة تولد آثارا متناقضة ، إما تقمص أم قوية مع تطوير ميولات جنسية مثلية ، إما بحث دائب على الرجل المثالي التي لاتسمح باشباع حاجتها المطلقة من الأمن .

تسبب إذن تشوهات الصور الوالدية صعوبات تقمص ، فالطفل إما مثبط أو غير مستقر، غير قادر على تطوير شعور بالهوية مستقر، يشك بذاته ويميل لسوء تقدير ذاته ، قدرات إتصال وتعبير أقل ، نجد عادة لدى هؤلاء الأطفال بعد إكتئابي مع الشعور بالإنهيار .

- **اضطرابات الطبع والسلوك :**

يوجد عادة أطفال لديهم اضطرابات الطبع عندما لا يؤدي الأب وظيفته ، هؤلاء الأطفال غير مستقرين ، عدوانيين ، مفرطي الانفعال ، متوترين ، مندفعين منطوين ، متهيجين شديدي الغضب ... . يمكن أن يظهرا لأطفا ل كذلك عدم ارتياحهم من خلال السلوكيا ت، يستجيبون على نحو ردودي ويِ ُخرجون الصراعات في أفعال. يقودنا Le Gall إلى ملاحظة أن 75 % من المنحرفين الشباب ينحدرون من عائلة أين الوالدان منفصلان.

- **الأمراض العقلية :**

حسب B. Muldworf كل ما كان الحرمان الأبوي كبير كل ما تبكّر حصولها في حياة الطفل. كل ما زاد خطر المرض العقلي، لكن وجود صور أبوية بديلة يخفف من هذا الخطر.

استخرج A Salas (1982) في بحثه "L'image du père et son incidence sur le psychisme de l'enfant" بعض الدراسات التي تهدف لإقامة العلاقة بين الأب و المرض النفسي لدى الطفل.

أكد De Silru في دراسة تمت في 1963 حول آباء الفصاميين على أن غياب الأب يساعد على الفصام.

نجد أعمال Green حول هذا الموضوع هامة ، وجد أنه في أوساط عائلات الفصاميين تحقير إقصاء لصورة الأب بالنسبة للطفل.

وفق A Salas أغلبية آباء الأطفال الذهانيين لديهم شخصية تتميز بخور نرجسي ، ولديهم صورة سيئة عن ذواتهم .

لكن من الصعب الإجزام حاليا أن إضطربات علائقية بين الأب والطفل تكون مسؤولة مباشرةً في تطوير مرض خطير، أو أن وجود مثل هذا المرض لدى الأطفال يكون ناتج من فشل وظيفة الأب.

خلاصة الفصل الثاني :

تبين إذن أنه كي تنمو شخصية الطفل في طريق السواء ، يحتاج الطفل إلى محيط عائلي مستقر ، أين تشكل فيه الرعاية الوالدية أولى تجاربه للتعلق ، والذي يسهم في بناء الشعور بالأمن لديه.

فمن أكثر العوامل تأثيرا في تطور الطفل هي علاقته بوالديه ، والتي تؤسس البناء النفسي على نحو من السواء أو اللاسواء ، فالطفل يتحول من خلال سيروات تقمصية ، ويحاول التوفيق في علاقته مع أبويه تبعا لما يقدمه كلاهما . لذلك فإن انسجام الزوج الوالدي واختلافه في نفس الوقت ، يوضح للطفل الإختلاف ويفتح نحو الرمزية ويُنظّم لديه العلاقة مع الآخرين، ويدعمانه للتفرد التدريجي والنضج الجنسي اللاحق .

فالعلاقة بالأم إذن هي أول علاقة للطفل مع العالم ، هاته العلاقة تكون في البدء توحدية كليا ، تسمح له بإكتساب شعوره بالوجود ، لهذا فإن الإضطربات العلائقية مع الأم يمكن أن تكون سببا لأعصبه عميقة جيدا.

الأب يساعد الطفل للخروج من هذا الوضع التوحدي الإلتحامي ، ضمن التكوين النفسي وفي هويته ، يمثل القطب الآخر للتقمص لدى الطفل ، الأب لديه وظيفة أن يوصل الطفل إلى ذاته أن يصبح ذاته، حضور الأب يساعد على النمو النفسي للطفل وإستقلاليته، والإضطربات العلائقية مع الأب يمكن أن تكون سببا في صعوبة بناء الشخصية.

الفصل الثالث

المرض العقلي الوالـدي ونتائجـه على الطفــل(عوامل الخطر/عوامل الحماية)

1 ـ وضع الأطفال ذوي الآباء المرضى عقليا :

يعد وضع الأطفال ذوي الآباء المرضى عقليا معقدا و متنوعا ، و بقي تسليط الضوء على هذا الموضوع الحساس متجاهلا و وصمة عار، فلا تزال الإصابة السيكاترية حتى يومنا هذا ترى كوصمة عار في مجتمع يتباهى بالسواء و الخضوع للقواعد . بمواجهتهم اليومية لمرض والدهم العقلي ، لا يقضي هؤلاء الأطفال وجودا عاديا يتوقون إليه لكن يواجهون كذلك نظرة الآخرين .

يمثل المرض العقلي لأحد الوالدين خطورة على الطفل في العائلة ، هؤلاء الأطفال لديهم احتمال أكبر للإصابة بمرض عقلي ، يزداد هذا الخطر إذا كان مرض الوالد من نوع هوسي اكتئابي ، فصامي برانوي ، كحولي ، إدمان على المخدرات أو اكتئاب حاد ، و تزدادخطورة إصابة الطفل بالمرض إذا كان كلا الوالدين مصابان ، فالخطر يورث عن طريق الوالد من الجينات ، بعض الأخطار كذلك تأتي من سلوكات و مزاج الوالد .

(Http://site.voila. fr / famille – dépression / parents enfants)

يعد الأطفال الذين تربوا من طرف آباء لديهم تشخيص سيكاتري أكثر قابلية كي تكون لديهم مشاكل صحة عقلية . فالاضطرابات العقلية يمكن أن تمنع الوالد من منح الحب و الدعم الضروريان لنمو سليم للطفل ، كما أن المرض العقلي يمس بالعلاقة الزوجية و بالقدرات الوالدية للزوجين التي بدورها تؤثر على الطفل . ففي مثل هذا السياق يواجه الأطفال محيطا عائليا متزعزعا و مفاجئا ، و خلطا في الأدوار داخل العائلة و معاشا خاصا .

تكلم D W Winnicott (1961) في " L’effet de parents psychotiques sur le développement affectif de l‘enfant " على ضرورة فصل الطفل عن والده المريض خاصة إذا كان الوالد ذهانيا أو يعاني من عصاب خطير . (1969, p.393)

تشير الدراسات إلى أن الأطفال الذين لديهم والد مريض عقليا هم أكثر قابلية لتطوير مشاكل نفسية اجتماعية ، ركزت الدراسات أولا على توضيح مصادر الخطر بدل تحديد مصادر الجلد ، فالمرض العقلي للوالد يرتبط و بتفاعل سيرورات و متغيرات كثيرة التي

بإمكانها زيادة الخطر أو الرفع من قدرة الجلد . لم يول الاهتمام بالخبرات الداخلية الذاتوية للأطفال أو بما يمكن أن يكون مفيدا لمواجهة ظروف عائلاتهم.

وبسبب نقص مدة الاستشفاء في المصحات العقلية زاد من حدة هذه الظاهرة بالاضافة إلى أن وسائل المساعدة غير كافية و غير متطورة كفاية أو غائبة ، حيث مازالت السياسات و الجمعيات تهتم أكثر بمساعدة الوالد المريض أكثر من الأطفال ذوي الآباء المرضى عقليا، رغم أن تأثير المرض العقلي للوالد أشد خطورة ، و ليس مشخصا بدقة . إلا أنه وجدت جمعيات و متدخلين اهتموا بهذه الفئة و حاولت تقديم المساعدة التي يحتاجها فعلا هؤلاء الأطفال ، بالرغم من قلة الكتابات و الدراسات العلمية الموجودة في هذا السياق .

2 -أثر التفاعلات النفسو – مرضية داخل العائلة على الطفل

2 1- الطفل العرض أو المريض المقصود

أن نكبر في العائلة يمثل تحديا ، لكن هناك عادة تحديات و مشاكل خاصة بالنسبة للعائلات أين أحد الوالدين أو كلاهما مصاب بمرض عقلي ، في مثل هذا السياق نجد عادة الأطفال و المراهقين غالبا ما يكونون جد متأثرين بمرض والدهم .

يغزو مرض الوالد العقلي بشدة و يمكن أن يعدي نفسيا نمط تفكير، تواصل ،و استجابات المحيط العائلي .في هذا السياق تتلازم عدة نظريات تحليلية ونسقية محاولة شرح و فهم حدوث تأثيرات التفاعلات النفسو – مرضية على النمو النفسي للطفل .

و انطلاقا من النظريات النسقية التي صاغتها مدرسة Palo Alto تعرف العائلة كنظام système أي " مجموعة عناصر في تفاعل ديناميكي منظم وفقا لهدف " . كل فرد من العائلة هو أحد عناصرها ، يتم الاتصال بين مختلف هاته العناصر بواسطة لغة لفظية و غير لفظية ،ففي مثل هذا النظام كل فرد من العائلة لا يرى على حدة. انه لا يوجد سوى تبعا لهاته الكلية التي تنتظم بضم الواقع النفسي لكل عضو .(Le Camus. J.et Al., 1997, p.11)

وتخضع العلاقات المقامة بين أفراد العائلة لقواعد نهدف للحفاظ و لضمان للنظام استقرار l'homéostasie، و هناك في بعض الأنظمة أين ترى أي محاولة للاستقلالية كتهديد لاستقرار النظام.

يقصد بعبارة عائلة مختلة وظيفيا famille dysfonctionnelle عائلة فقدت مهاراتها التكيفية و العلاجية الذاتية ، وتعاني من هذا الوضع بصفة مزمنة ، هذا العذاب الجماعي المشترك عادة ما يكون مركّزا على عضو من العائلة و الطرف المرضي المقصود كحامل للعرض العائلي .

المريض المقصود patient désigné ينتج من سيرورة عبر الأجيال تعود لتفاعلات نفسو مرضية مع تغيرات للحدود الجيلية و حتى غير السوية ، صراعات علائقية و اضطرابات الاتصال أين يوجد الطفل كـ"ممثل " نفسي لعرض عائلته .

و يتأثر الطفل بمحيطه العائلي و يسقط الآباء عليه رغباتهم الشخصية ، مخاوفهم، إشكالياتهم اللاشعورية ، يصبح الطفل إذن حاملا للعرض العائلي ، يُجبَر على حل مكان الآباء مشاكلهم الوجودية و تجد هكذا العائلة توازنها من خلال الأعراض التي يطورها الطفل. في سياق عائلي مختل يتعرض الطفل للتأثيرات النفسو مرضية و يتطلب عليه حل الأزمات الناجمة : اضطرابات الحصر الاكتئابي ، قلق ، مخاوف ، هذيان هلاوس ، أفكار إنتحارية مرورا إلى الفعل مولدة لحصر و توتر انفعالي شديد .

وفق النظريات النسقية ترتكز الدينامية العائلية (النفسو – المرضية) أساسا على وجود فرد – موضوع ، فرد – مقصود ، عرض لاضطرابات النظام العائلي . الطفل هو رهين نظام عائلي خاص منظم حول معاملات نفسو- مرضية ، إساءة ، إنحراف أو إثمية (هذيان ، إقحام ،تملك ، و توحد) الإثارة المتكررة (تفاعل مرضي) لنفسية ممكن أن تصل لدى الطفل إلى شعور يحرم من مراقبته على ذاته و على رغباته .

قواعد سرية ، هذيانية أو لاشعورية تنظم المعاملات داخل العائلة ، هاته القوانين الداخلية ترتبك فور مواجهة العائلة مع الواقع الاجتماعي الثقافي الخارجي ، أو عندما تتصلب هذه المعاملات تولد أعراضا واضحة للخارج ....، حينها ينظم النظام العائلي و يخفي الآلام الفردية الناتجة .

ففي عائلة ذات معاملات مرضية تختلط الأدوار ، ترتبط الأجيال بوجود ثلاثيات منحرفة و سلوكات استغلالية منحرفة ، الطفل أو المراهق موضوع هاته المعاملات يجب أن يلعب بالتوازي أدوارا تُناقض القوانين : معالج ، ساند و أحيانا والد لوالده ، تتميز كذلك هذه المعاملات باختلال المعايير الزمنية ما دام الزمن الجيلي معلق و متسارع ، و تبعا لمبدأ التولية parentification يُجر الطفل نحو معاملات معقدة تفوق عمره ، مما يسرع في الزمن و بالمقابل يعيق تقدم بعض الجوانب الهامة من نمو الشخصية .

وفق Searles (1977) في كتابه " L'Effort pour rendre l'autre fou " أحد وسائل جعل الآخر مجنونا يمكن أن تتجسد في توليد مؤثرات نزوية و إثارات جنسية التي يعد أن لها تأثيرا صدمويا . و إغراء الطفل من طرف الراشد ، حتى تؤدي لدى الطفل إلى خلط نفسي و مشاعر داخلية بالعجز و الذنب ثم الغضب . هاته التفاعلات المرضية تمنع من يكون ضحيتها أن يواجهها « خاصة إذا كانت متكررة بانتظام أمام فرد لا يمكنه الاحتماء منها باللجوء إلى الآخرين ».

2-2- الجنون بين اثنين و الهذيان بين الأجيال:

في عائلة فوضوية مضطربة أو متشابكة التفاعلات النفسو- مرضية يعدي النمو و الارصان النفسي للطفل ، يوصف عادة مفهوم " الهذيان بين اثنين " la folie à deux في الأدبيات السيكاترية لفهم الآليات الكامنة وراء التفاعلات داخل عائلية ذات الهيئة الذهانية .

و يرى أوائل أطباء الاغتراب في تاريخ الطب العقلي " الجنون بين اثنين " "la folie à deux " كنتاج لاغتراب عائلي aliénation familiale لأسطورة أو لـ: هذيان عائلي .ومع الوقت ثرى الجدول الوصفي موضحا أشكالا مختلفة للهذيان العائلي ،

فعندما يكون من يهذي الزوج و الزوجة يسمى هذيانا زوجيا ...، و عندما يكون الآباء و أبناؤهم يسمى هذيانا بين الأجيال délire intergénérationnelle هذا الشكل الأخير تناولته عدة دراسات.

تحدد مفهوم الهذيان بين الأجيال بين 1830 و 1930 ، ظاهرة محيرة غير مفهومة في ضل طب الاغتراب العقلي القديم ، أين فسر الهذيان الذي يجمع آباء – أطفال ضمن نفس النظرية الأسطورية الخيالية ، من خلال قوة مخلة مرضية من الوراثة و التدهور العقلي ، أين يؤخذ بعين الاعتبار دراسة شجرة النسب العائلي أين ركزت أولى التقارير العيادية ذات الاتجاه العضوي على شجرة النسب العائلي للمرض : الوراثة هي القانون الأول لانتقال الهذيان من جيل إلى آخر.

اقترحت فيما بعد آليات نفسية لإنتقال الهذيان بين الآباء و الأطفال: اتصال، تأثير، إيحاء، سيطرة، قوة، ضعف، ذكاء، طاعة، و حوّل الاهتمام أكثر إلى السيرة العائلية بتسليط الضوء على الظروف الاجتماعية والثقافية المرضية للعائلة الهاذية مع الاعتراف دائما بشجرة النسب العائلي .

يذكر F Rausky (2001) في مقاله " Parents délirants, enfants délirants : arbre généalogique et biographie familiale dans le délire intergénérationnel." نشر كل من الطبيبان Charles Ernest Lasègue و Jules Falret 1877 مقالا مشهورا: "الجنون بين اثنين أو جنون اتصالي " la folie à deux ou " folie communiquée" فحواه أن : مصدر الإضطراب داخل المنزل هاذي رئيسي "مجنون مغترب حقيقي " يمارس سلطة ذات تأثير إيحائي على هاذي ثانوي بالمنزل قابل للإيحاء ، لكن ليس إطلاقا بمجنون حسب المفهوم الطبي السيكاتري للمصطلح. وتفسر الإيحائية الطفولية الشديدة السهولة التي يستسلم بها أطفال يعيشون في محيط مغلق مع آباء مضطربين يستسلمون دون مقاومة ملحوظة و بسرعة إلى الفكرة المريضة للوالد» (p.214)

و هكذا تعد نظرية Lasègue et Falret انجازا مبهرا في تاريخ علم النفس المرضي، بحيث تصف نظرية اضطراب نفسي عائلي كظاهرة اتصالية و علائقية مرضية .

في حين ينكر Emanuel Régis (1880) في رسالته " La Folie à deux ou folie simultanée " وجود زوج " هاذي رئيسي- هاذي ثانوي" « لا يوجد اتصال فيما بينهما و لا وجود لعدوى ، لكن استعداد مرضي وراثي يولد ظهور متزامن للاضطراب الهذائي لدى الآباء و الأطفال délire simultané أو لدى الإخوة » ، فبالنسبة لهذا العالم تصبح نظرية النقل الهذياني conduction délirante لـ : Lasègue et Falret مجرد تعميم مبكر، لا يوجد باعث و لا مستقبل للهذيان ، إنما نفس التأثيرات الاكتئابية تحدث على كل أفراد المنزل بنفس التأثيرات المرضية .

يقترح J Lacan (1933) في كتابه " De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité " فرضية جديدة كليا ، يرى أن الهذيان العائلي لا يمر من خلال إيحاء موجه كما ذهب إليه كل من Lasègue et Falret ، أين الهاذي الرئيسي ينقل خطاب خيالي لهاذي ثانوي طيع و سهل الايحاء ، يرفض Lacan هذا التحديد الخطي كما لا يعتقد تماما بالاستقلالية النفسية لكل هاذي كما ذهب إليه Régis . إنما مرور الهذيان داخل المنزل ، يفسر عن طريق ميكانيزمات نفسية حقيقية حساسة استجابات بين داخلية بينية لا شعورية بين الأم و بنتها بين الأب و ابنه.

فالهذيان حسب هذا المفهوم ، ليس مجرد إرسال و استقبال لخطاب ، إنما هو تعبير للعب عميق أين يتواصل تبادليا "الوالد- ابن" رسائل أين يتكلم اللاشعوران ، فالاضطراب الهذائي لا يبقى ثابتا و مستقرا داخل العائلة المصابة ، بل يزداد خطورته حدة عبر الأجيال ، و يأخذ أشكالا أشد اضطرابا .إنه قانون تعزيز المرضية الذهانية لدى الفروع ، لكن يرفض لاكان كل قراءة وراثية أو انحطاطية لهذا القانون . (Lacan.J., 1975, p.285-286)

بالنسبة لـ J Lacan لا حاجة كذلك لطرح شجرة النسب العائلي كمبدأ يفسر الهذيان بين الأجيال ، لكن ما يشكل لب الاضطراب هي السيرة الذاتية للمنزل ، اللمحة التاريخية للعائلة بأحداثه بذكرياته بصدماته . واقترح لاكان إعادة قراءة للجدول النسبي العائلي قراءة مستوحاة من التحليل النفسي .

إذا، قلّبت القراءة اللاكونية صفحة الوراثة و تخلت عن شجرة النسب العائلي، و اهتمت بالتاريخ العائلي ليس فحسب ضمن ظروفه الوجودية الموضوعية ، إنما كذلك ضمن معاشه العاطفي اللاشعوري .

3 - معاش الطفل ذي الوالد المريض عقليا :

يرى كل من F.R. Quellelte et R.B. Dandrand (1992) أنه في معظم الدراسات حول هذا الموضوع ، يبرز المرض العقلي لأحد الوالدين كمهدد بقوة لتوازن المنزل ، ومع غياب الدعم الملائم يمكن أن يتسبب المرض في صعوبات متعددة تهدد الكمال العائلي .

كما يرى A Buist (1998) أن الصغار الذين لديهم قريب مصاب بمرض عقلي أكثر قابلية للتعرض لتأثيرات هذه الوضعية ، الوضع المشترك الذي يواجهونه هو قلقهم من حيث تغير الشخص القريب ، من جهة الفقدان المباشر لمرجعية واثقة يستندون عليها ، وبالتالي فقدان الحب المعبر عنه ، الحماية الممنوحة ، الاتصال الثري ، أشد إيلاما حتى من لو كان قد فقده في حادث مميت، لأنه حينها يتمكن الطفل من تمثل ذكريات وثيقة ايجابية عنه ، في حين المريض هو دائما موجود ، و مغترب Aliéné قد أخذ مكانه ، فلا أمن مرتبط إذن بفقدان المرجعية و إلى السلوكات الغريبة للمريض .

أظهرت نتائج المشروع المسلح projet pilot الذي أعده J.Shachnow (1987) والذي وضحه في مقاله " Prevenrive intervention with children of hospiltalised psychiatriquc patients" و الذي يقترح نموذج تدخل وقائي لأطفال الأشخاص الموضوعين بالمصحة العقلية .أظهرت أن أغلبية الأطفال أبدوا ردودا انفعالية شديدة بعد استشفاء والدهم :

حصر ، قلق الانفصال ، شعور بالذنب ، خوف ، تجاذب وجداني تجاه الوالد المريض ، حيرة إزاء الأقران و متخوفين إزاء صحتهم العقلية. كذلك يظهر الأشخاص المصابين بمرض عقلي تدهورات على مستوى الأداء العاطفي المعرفي و العلائقي ، مما يؤثر على النمو السليم للطفل على كل المستويات .

يوجد حتى خطر الإهمال خاصة الانفعالي، يشير نفس الباحثان إلى الواقعين الحقيقيين اللذان يواجههما هؤلاء الأطفال: واقع المريض داخل البيت وواقع العالم الخارجي، وهذا العيب في التوافق بينهما يكون لديه عدة آثار: حصر، خلط، خوف، لا أمن، شعور بالذنب...الخ، يمكن أن يعيش هؤلاء الصغار الإنعزال و يشعرون أنهم ضحية للهجر ، مما يسبب لديهم عذابا نفسيا و يخل بتقدير الذات لديهم ، يمكن كذلك أن يعاني الأطفال من تناذر الباقي الحي Syndrome du survivant ما يعرضه إلى الشعور بالذنب أنه سليم و محفوظ. (Lew.V., et Boilly.M., 1990, p.18-29)

يرى J.-Y Hayez (2008) في نصه " Un alien est entrée dans la maison " أن الصغار الذين لديهم قريب يعاني من مرض عقلي يعتقدون عادة أنهم الوحيدين الذين يعيشون هذه الوضعية ، لا يجرؤون على سرد ما يعيشونه إزاء مرض قريبهم و يحتفظون بالعذاب لأنفسهم ، وذلك خوفا ألا يفهمهم أحد أو أن يحكم عليهم ، أو حتى الخوف من أن يكونوا محل سخرية من طرف أقرانهم ، في حين عندما يجدون فرصة الانفتاح على الآخرين يكتشفون عادة أنهم ليسم لوحدهم في هذه الوضعية .

كذلك فإنه على المستوى العائلي يحدث عادة خلط في الأدوار، و يتحمل الطفل مسؤوليات والدية تخوّل عادة للآباء كالاعتناء بإخوته الأصغر منه ، إدارة الأعمال المنزلية التي يتحملها عادة الكبار ، يمكن حتى أن يتكفلوا بالحاجات الجسدية و العاطفية لآبائهم . (Hayez.J-H., 2008, p.272-277)

يمثل كذلك المحيط الإستشفائي مصدر قلق و حصر، كون الزيارات قليلة ،ويلاحظ الطفل سلوكات المرضى الآخرين ، ويبدو له أن الإقامة الإستشفائية تدهور وضع الوالد، مصحوب بشعور عجز إزاء الوضعية . (www.Familis.org)

كما أن الإضطرابات التي يبديها الوالد المريض تولد لدى الطفل معاشا مؤلما يأخذ بالنسبة إليه معان مختلفة ، يوضحها H Rottman (2001,p.181) في :

- انقطاع الخطاب الوالدي والاتصال يكون مصدرا لمعاش هجر و جرح نرجسي يعبر عنهما الطفل .
- مفاجئية l'imprévisibilité الوالد على المستوى النفسي و المادي تكون بالنسبة للطفل مصدر صعوبات إستباقية ، والبناء في الزمن (إذ أن قدرة الاستباق هي احدى قواعد للحياة النفسية).
- سيطرة للطفل الخيالي على الطفل الواقعي يجعل من الصعب اهتمام الوالد بالابن الواقعي خاصةعلى مستوى الحاجات الحيوية ، مما ينتج حرمانا أو سوء معاملة في الرعاية اليومية له.
- حالات الخلط لدى الوالد ، و إسقاط رغباته الخاصة على طفله ، هذا الأخير يمكن أن يعيش إنكارا لهويته .
- علاقة التأثيم مع الوالد يمكن أن تؤدي إلى تراكم الإثارة وإلى الإخلال بأداء الطفل، تشبيق العلاقات، وبما في ذلك تشبيق جسدي حتى في غياب ظاهر لاستغلال جنسي صريح .
- اللامبالاة الظاهرة التي يبديها بعض الآباء المثبطين أو الخلويين إزاء الطفل يجعلونه في حيرة و يجعله يعيش إنكارا لوجوده ، خبرة جد مهدمة أين يستجيب الطفل بطريقة مختلفة إما باضطرابات سلوك مع تهيج و إثارة ، وإما بعلامات اكتئابية
- يوجد آباء في رغبة لتحكم مسيطر بالموضوع، يمارسون أثرا لا شخصي على الطفل الذي يضطرب نفسيا و جسديا.
- مطالب الآباء المختلة أو سوء توافقهم يولّد لدى الطفل في أحسن الحالات نضج مفرط Hypermaturité .

يصف P. Bourdieu (1972) هذا المفهوم " النضج المفرط" "l'hypermaturité "
لدى الأطفال ذوي الآباء المرضى عقليا ، ويصنفهم ضمن نمطين عياديين مهمين :

- أحدهم بنجاح لامع ، استثمار قوي للوظائف الفكرية و اللغة ، لكن مع انصهار مفاجئ .
- الآخر أكثر مقاومة ، هادئ ، انطوائي محدود الوجدانات ، لكن مع تمدرس متواضع أقل نجاحا .

كما وجد قبله E J Anthony 1963 في دراسته عن تأثير المرض العقلي أو الفيزيقي الخطير لدى أحد الوالدين على العائلة ، أن 5 إلى 10% من الأطفال الذين لديهم والدا ذهانيا يظهرون جدولا فوق السواء Supernormalité .(Ajuriaguerra.J., 1980, p.895)

4- اضطرابات الوظيفة الوالدية للوالد المريض عقليا:

عندما تختل الصحة بالمرض، يتأثر أداء الشخص في الميادين العاطفية والمعرفية بدرجات متفاوتة حسب نوع المرض، درجة الإصابة، و مدتها. يمكن أن تمس الأثار جانبا أو عدة جوانب من حياة الشخص حسب مختلف الأدوار الاجتماعية ، و ما يهم هنا هوأثر المرض على الدور الوالدي .

ووجد أن هناك علاقة بين ظواهر الإهمال الوالدي و مظاهر الصحة العقلية لأن الوالدية parentalité تعني « الآليات النفسية و العاطفية التي يوظفها كل والد لتلبية حاجات طفله»

لذا تسبب اضطرابات الوظيفة الوالدية dysparentalité لدى الآباء المرضى عقليا أخطارا نفسية و حتى حيوية بالنسبة لأطفالهم ، فوجوده النفسي و كذلك الجسدي مهددان باستمرار، يترتب عنه لجوء الطفل إلى ميكانيزمات دفاع مرضية قصوى، ليتمكن من التكيف مع محيط لا يهتم بحاجياته و لا بقدراته. (Rottman.H., 2001, p.178-179)

4-1- الخصائص النفسية للآباء و العلاقة بالموضوع :

استخلص H Rottman (2001) خصائص نفسية للآباء المرضى عقليا الذين يستقبل أطفالهم في مصلحة الوضع العائلي .de soisy- sur semi viscation :

- انعدام العلاقة مع الواقع على مستوى الادراك أكثر منه على مستوى الفعل خاصة تدهور مفهوم الزمن .
- استحواذ يمكن أن يذهب إلى حد الهذيان، سيطرت عالم الخيال و الوجدانات على عالم المحسوسات .
- حدة الإسقاط مع صعوبة إدراك الآخر كمختلف عن الذات خاصة عندما يكون هذا الآخر هو ابنه يمكن أن تصل حتى إلى لا تمايز .
- اضطرابات وجدانية ، عدم استقرار العواطف مع تقلب مفاجئ للحب إلى الكره أو رغبة في الالتحام تساوي كذلك الرغبة في الرفض و حتى جمود عاطفي و في حالة الاستثمار نجد سيطرة الاستثمار النرجسي على الاستثمار الموضوعي :
  - رغبة في التملك
  - صعوبة مراقبة الدوافع و الانفعالات خاصة العدوانية أو الجنسية مع عنف.
  - تظاهرات عنيفة على أقل لنزوات الموت
  - صعوبات في الثلاثية مع إقصاء للآخر
  - انطواء

يضيف العالم أنه إذا كانت العلاقة بالموضوع للوالد المريض عقليا مع ابنه تتأثر بمرضيته فإنها لا تتقلص بها. و استخلص أنها تتميز كذلك بفردية تاريخ رغبته بالطفل كما لدى أي والد ، والتي ترتبط هي نفسها مع تاريخه الشخصي ، أي أن كل والد له نمطه الذي يميز علاقته بولده خارج إطار المرض ، من حيث التعلق و الوضع الذي يشغله الطفل ضمن الحياة الهوامية و الرغبة غير الثابتة للوالد . (Rottman.H., 2001, p.179-180)

هاته التفاعلات الواقعية و الهوامية بين الوالد و الطفل، تميزها مرضية والدية حصلت مبكرا خلال السنوات الأولى من النمو، والتي تساهم بتأثير ممرض و حتى صدموي بالنسبة للطفل، وتكون مصدرا لاضطرابات النمو . حتى لو أن بعض الأطفال لديهم قدرة تدعى "الجلد " للإحتماء على الأقل .

4-2- الإهمال الوالدي :

يعرف الإهمال الوالدي وفق E Palacio-quintin et L.S.Ethier (1993) في مقالهما " La négligence, un phénomène négligé " : « كشكل من المعاملة السيئة التي تتميز بنقص الرعاية على مستوى الصحة : الجسدية ، الإشراف التربوي والحاجات العاطفية، بشكل يهدد النمو الطبيعي السليم للطفل».

و يقترح الباحثون R.L Hager et Al (1989) 3 فئات للإهمال :

- الإهمال الجسدي : يرى كحرمان من الحاجات الأساسية .
- إهمال النمو : يدل على حرمان من التجارب الأساسية للنمو ، تتمثل في الإشراف و الرعاية لتفعيل التربية الصحة الجسدية و العقلية .
- الإهمال الانفعالي : يعرف أنه عدم قدرة الوالد على تقييم حاجات الطفل من الاهتمام الأمن ، تقدير الذات و تلبية الحاجيات العاطفية للطفل .

ويلاحظ أنه على مستوى تأثيرات الصحة العقلية الوالدية و كذلك مستوى الإهمال الوالدي تظهر الصعوبات في نفس المجالات ، إما على مستوى عاطفي معرفي أو علائقي . تقود هاته المعلومات أن الأطفال ذوي الآباء المصابين بمرض عقلي هم في خطر اكبر من الفئة العامة ، لأنهم يعيشون وضعيات إهمال ، لأن الوالد الذي يعاني من مرض عقلي يعيش صعوبات أكبر في مجموع أدواره الاجتماعية ، في نفس الوقت تعرض الطفل لظواهر خاصة بالإهمال الوالدي بسبب مرض الوالد . (www.OPTSA .org)

5 -تأثيرات المرض العقلي للوالد على الطفل (عوامل الخطر)

تؤكد الأبحاث التي أجريت حول تأثير مشاكل الصحة العقلية للآباء على أبنائهم خلال 20 سنة الماضية على وجود هشاشة عائلية ، أين تتفاعل عوامل جينية و ضغوط المحيط . نجد موقع http : // site.voila.fr / famille-depression /parentsenfants /chapitre4.htm يقدم توضيحا لهاته العوامل :

5-1- التأثيرات الجينية :

تقر الأبحاث بوضوح أن بعض الأمراض العقلية تنتقل في العائلة، و تبين الإحصائيات أنه عندما يصاب أحد الوالدين بمرض عقلي، يزيد خطر تطويرا لطفـل للمرض أو لمشاكل على هذا المستوى بنسبة تتراوح من 3 إلى 30 % حسب نوعية المرض .

تم التحقق من هذا من خلال دراسات بدأت بمجموعة من الراشدين بتشخيصات أمراض سيكاترية ، و فحصوا نسب وجود تشخيصات الاضطرابات لدى أطفالهم ، أوبدأت بمجموعة أطفال بتشخيصات اضطرابات و فحصوا نسب المرض العقلي أو أعراضه لدى آبائهم ، كما تبين أن هناك خصوصية في نقل الاضطرابات من الآباء إلى الأبناء ، فالأطفال الذين يعاني آباؤهم من اضطرابات عاطفية أو حصرية يبدون قابلية أكثر للاضطرابات العاطفية و الحصر أكثر من الاضطرابات الأخرى ، و الأطفال الذين يعاني والدهم في نفس الوقت من اكتئاب و حصر أكثر قابلية لابداء مرضية مماثلة . (Beiderman. J., et Al., 2001)

يتأثر الأطفال بسلوكات آبائهم الذهانية و يطورون هم أنفسهم في بعض الأحيان هذا النوع من الاستجابة ، إلا أن ارتفاع تواتر تشخيصات الاضطرابات داخل العائلة لا يثبت وراثية المرض العقلي، فمن الصعب عزل الوراثة عن تأثير المحيط في العائلات أين تتفاعل الجينات و المحيط .

حيث يرى M.M Silverman (1998) أن خطر وجود التشخيصات بين الأطفال يمكن أن يكون ناتجا من المحيط الضاغط و المتوتر الذي يسببه المرض العقلي للوالد ، لمميزات الطفل ، أو لعدة عوامل ضغط ،اضطراب عائلي ، التي تتصادف مع تشخيصات سيكاترية لدى الكبار و لدى الأطفال.

عندما توجه التظاهرات الذهانية مباشرة على الطفل ، هذا الأخير يظهر اضطرابات السلوك و حتى نقص في الانتباه في المدرسة (Guttman ,1996)، إضافة أنه يحمل هؤلاء الأطفال خطر أكبر للإصابة باضطرابات ذهانية بمعدل 10 إلى 14% عند بلوغهم سن الرشد .

أظهرت الدراسات كذلك أن هؤلاء الأطفال لديهم صحة عقلية أكثر هشاشة ، لكن هذا العامل ليس الفاعل الوحيد في تطوير الاضطرابات العقلية ، و يجب كذلك أخذ بعين الاعتبار أخطار المحيط . (Devlin et Brain., 1999).

5-2- التأثيرات المحيطية :

تلعب كذلك عوامل محيطية أدوارا وسيطة هامة في نقل خطورة التشخيصات السيكاترية و في الجلد (Silverman,1989) . و حددت بالخصوص مميزات فردية و عائلية تصاحب المرض العقلي للوالد،و تضم المنافذ لدى الطفل : السلوك الوالدي ، العلاقة الزوجية و النظام العائلي .

1. السلوك الوالدي :

ترى عدة دراسات أن السلوك الوالدي يتأثر بالمرض العقلي ، و أن أساليب التربية و الرعاية الوالدية لها تأثير قوي على المنافذ لدى الطفل.

وتشير الدراسة أن الأمهات المصابات بمرض عقلي تظهر مجموعة صعوبات في الرعاية الوالدية parentage ، وأن هذه الصعوبات يمكن أن تتباين بعض النسب وفق

التشخيص ، فالأمهات المصابات بفصام و تلك المشخصات باضطرابات وجدانية تبين درجة استجابة لفظية و انفعالية ضعيفة جدا مقارنة بالأمهات دون مرض .
(Goodman.S.H et Brumley.H.E. ,1990)

ظهر أن الأمهات المصابات بفصام تبدي عدوانية أقل من الأمهات السليمات أو الأمهات المكتئبات ، في حين وجد أن الأمهات باكتئاب وجد أنهن تعبرن عن مستوى عدوانية عال مما لدى الأمهات السليمات ، بالإضافة إلى أن الأمهات باكتئاب يبدين بصفة كامنة استجابات بطيئة و تعبير متزايد عن الحزن ، عصبية و تعبر عن انفعالات سلبية .
(Goodman.S.H et Gootlib.I.H. ,1999)

فحسب Raudek-Yarrow et Al (1995) وجد أن هاته المميزات التربوية الوالدية تكون مقرونة بتعلق فقير ، وتسبب تأخر في اللغة الانتباه و المهارات الاجتماعية لدى الوليد و الطفل الحدث.

كما يمكن أن يؤدي أسلوب الرعاية الوالدية إلى تطوير أنماط توافقية سيئة و مهارات علائقية سيئة ، مصحوبة باكتئاب و حصر لدى الأطفال . كذلك الآباء المكتئبين يمكنهم أن يشكلوا أنماطا معرفية تزيد من قابلية هشاشة أطفالهم للاكتئاب .

2. العلاقة الزوجية :

ركزت الدراسات على الخلافات الزوجية كوسيط سلبي ، حيث تكثر الخلافات الزوجية و الطلاق في العائلات أين أحد الوالدين يكون مريضا عقليا و تؤثر سلبا في نفس الوقت على الوالد المريض و على الأطفال . (Goodman et Gotlib, 1999, Weintraub, 1987)

تكثر الخلافات الزوجية و الطلاق في العائلات أين أحد الوالدين يكون مريضا عقليا ، و تؤثر سلبا في نفس الوقت على الوالد المريض و على الأطفال .
(Downey et Coyne, 1990, Fendrich, Warner et Weissman, 1990)

تؤدي الخلافات الزوجية حسب Downey et Coyne إلى مجموعة مشاكل لدى الأطفال و المراهقين ، تتمثل في نتائج مدرسية سيئة جدا ، مهارات اجتماعية فقيرة و مشاكل في السلوك .

وفي محاولة للمقارنة بين آثار الخلافات الزوجية و الاكتئاب ، وج د أن الخلافات أكثر من الاكتئاب يمكن أن تكون أكثر عامل مسبب لمشاكل لدى الطفل . (Caplan,1989)

3. النظام العائلي :

حسب Fendrich et Al (1990) يعد المحيط المأساوي ، التوافق العائلي المتدني ، خلافات متزايدة بين الآباء و الأطفال ، و اتصال فقير أكثر شيوعا بين العائلات أين أحد الوالدين لديه اكتئاب أو فصام .

تصحب هذه المميزات للنظام الأسري باحتمالات خطر متزايد لمشاكل انفعالية و سلوكية لدى الأطفال. (Davis et Windle, 1997.)

في دراسة تقارن مستويات مختلفة من العلاقات العائلية وجد Dickstein et Al (1995) أن التفاعلات على مستوى العائلة يمكن أن تتأثر أكثر بوجود مرض عقلي والدي أكثر من العلاقات الفردية والد – طفل أو والد- زوج .

4. عوامل توتر المحيط :

عوامل إجهاد مزمنة خارج العائلة يمكن أن تزيد من أثر المرض العقلي الوالدي على الأطفال خاصة التوتر المصحوب بمكانة متدنية ، مستويات تربية ضعيفة ، والد وحيد ، عزل اجتماعي و الفقر ، كل هاته العوامل تزيد من احتمال حدوث مشاكل انفعالية و سلوكية لدى الأطفال . (Beidel et Turner,1997, Hammen et Al,1987)

5. مميزات الطفل:

يفترض الاستقصاء المبدئي للعلاقة بين المرض العقلي لدى الوالد و المنافذ لدى الطفل تأثيرا أحادي الاتجاه ، أي أن المرض العقلي يؤثر على الطفل.

ويشير بحث حديث ، بأن الأثار يمكن أن تكون ثنائية الاتجاه و تفاعلية ، حيث تؤثر مميزات الطفل على أعراض و سلوك الآباء الذين بدورهم يؤثرون على سلوك و أداء الأطفال (Goodman et Gotlib,1999) . مثلا سلوك إشكالي لدى الطفل يسبب توتر الآباء مما يمكن أن يزيد شدة الأعراض لدى الوالد ، أو يمكن أن يولد ممارسات والدية فقيرة التي بدورها تزيد من مشاكل السلوك لدى الطفل. (Pond et Mills,1987)

يبرز جنس الطفل كذلك كعامل قوي ، حيث بينت الدراسات أن الإناث أشد تأثرا بصفة نسبية من الذكور لاكتئاب أحد والديهم .(Davies et Windle, 1997, Hops 1996)

في حين أكدت دراسات أخرى أن الذكور معرضين للخطر أكثر من الإناث ، مع احتمال زيادة الخطر لدى الأطفال من نفس جنس الوالد المريض.

(Rutter, Quinton et Liddle, 1984)

أوضحت كذلك الدراسات أن الإناث و الذكور يمكن أن يظهروا استجابات متمايزة ، تكون الإناث أكثر قابلية لتطوير اكتئاب ، و الذكور أكثر قابلية لإظهار مشاكل سلوك.

(Ormigs et Davis 1994)

كذلك لم تتضح العلاقة بين عمر الأطفال و التعرض لمرض الوالد العقلي ، لكن تشير المعطيات أن التعرض المتواصل لمرض الوالد ، والاضطرابات التي يولدها ، تعد خطيرة و تميل إلى الحدوث في عمر صغير مبكر لدى الأطفال .

(Oyserman et Al, 2000,Sameroff et Seifer, 1983)

تأكد هذا في دراسة معزولة أوضحت اضطرابات سلوك أخطر تظهر بين أطفال أصغر سنا آباؤهم مكتئبون . (Inoff-Germain,Nottelmann et Radke-Yarrow ,1997)

6 -عوامل الجلد (عوامل الحماية) :

تشير الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعاني أحد والديهم من مرض عقلي هم أكثر قابلية لتطوير مشاكل نفسية اجتماعية ، في حين ركزت الدراسات أولا على توضيح مصادر الخطر بدل تحديد مصادر الجلد ، كما أن الدراسات الفاعلة في هذا الميدان أشارت إلى أن المرض العقلي للوالد في حد ذاته لا يؤدي إلى نتيجة سلبية حتمية ، بل يتفاعل المرض العقلي مع عدة متغيرات و سيرورات التي من شأنها زيادة الخطورة أو تعزيز الجلد لدى الأطفال .

يرى M.Rutter (1985) أن عامل الخطر الرئيسي عندما يكون أحد الوالدين مكتئبا أو مريضا سيكاتريا يتمثل في الاضطرابات الوجدانية و السلوكية .نتيجة تأثير النزاعات العائلية مع مظاهر للعدوانية التي تشرك الأطفال على نحو ما. بالمقابل عوامل حماية هامة تشمل: زوج في صحة عقلية تامة، الحفاظ على علاقة جيدة مع الأب، واستعادة الوئام العائلي.

تشير بعض الأبحاث الحديثة أن زوج داعم يمكن أن يساهم في منافذ جلودة لدى الطفل.

يشير V.Lew et M.Boily (1990) في مقالهما " Les risques psychosociaux chez l'enfant de personne atteintes de maladie mentale" أن التفاعل بين عوامل جينية و محيطية تزيد من قابلية تطوير مرض عقلي لدى هؤلاء الأطفال ، في حين وجدت 3 عوامل حماية في الأدبيات : وجود راشد خارج العائلة يمكنه منح تعديل للواقع بالمساعدة و فهم الطفل ، بمشاركته في مشاعره، مخاوفه و الخلط و في جروحه مما يسهل تطور مهارات اجتماعية ايجابية .

كذلك بين Garmazy أن علاقات جيدة مع الأقران تكون عامل حماية آخر. كما وجد Rutter أن مزاج الطفل السهل المرن هو وقائي لأنه يحدد تفاعل والد– ابن تكيف .

يمنح بحث Bleuler 1978 حول أبناء مرضاه الفصاميين بعدا آخر ، يؤكد العالم أن الإجهاد في العيش مع والد مريض عقلي ، يمكن أن يعزز الصحة إذا كانت الضغوط تسير و ذات نمط تؤدي إلى مهام مريحة تسمح الشعور بالارتياح (Rutter . M., 2002, p.138)

كما أشار Garmezy باستعادة مفهوم الخدمة serviabilité لـ Rockman 1978 إلى أن مساعدة الآخر: مثل أحد الوالدين المريض أو الإخوة الأقل سنا يمكن أن يزيد من الضمير المعنوي و يسهل اكتساب مهارات جديدة لحل المشاكل التي تجعله مستعدا لمقاومة عوامل الضغط التي تحدث لاحقا.(Rutter . M., 2002, p.138)

وإذا كان DW Winnicott (1961) قد ذهب إلى ضرورة فصل الطفل عن الوالد المريض عقليا إلا انه في نفس الوقت أشار إلى الأثار السلبية عندما يبعد الطفل عن والده المريض .في حين يرى أنه يمكن أن يجد الطفل موارد لينمو طبيعيا بالرغم من عوامل سيئة في محيطه . (1969, p.393)

وجدت كذلك بعض العوامل الوقائية "عوامل الحماية " التي تخفض من تأثير الخطر لدى الأطفال، فيدرك الأطفال أن والدهم مريض دون تأنيب و لا شعور بالذنب :

- محيط مستقر بالمنزل .
- الشعور بحب الوالد المريض .
- شخصية مستقرة و سعيدة لدى الطفل .
- قوة داخلية و قدرات جيدة للمواجهة لدى الطفل .
- علاقة متينة مع راشد سليم .
- الأصدقاء، اهتمام و نجاح مدرسي.
- اهتمامات في الخارج .
- مساعدة من خارج الأسرة لتحسين الجو العائلي .

(http : // site.voila.fr /famille-depression /parentsenfants /htm)

7 .التكفل النفسي : تفعيل عوامل الجلد :

تشكل النتائج النفسو- اجتماعية للمرض العقلي للوالد على الأطفال بوضوح ،بعدا أساسيا حساسا يتطلب اهتماما من طرف المتدخلين ، و في ضوء الملاحظات حول معاشات الأطفال المؤلمة ، تتوضح ضرورة وضع برامج تكون فعالة و متكيفة وفق حاجات الأطفال الذين لديهم والدا مصابا بمرض عقلي ، من بين هذه البرامج :

وضع برنامج طفولة – شباب للبوصلة le programme enfance-jeunesse de la Boussole في إطار ورشات و نشاطات لإيصال قيمتين أساسيتين : تقدير الذات و الاحترام حيث ترتكز مختلف الملاحظات التي أجريت بـ La Boussole على مفهومين محوريين : المعلومة و الدعم العاطفي للأقران .

طابع الورشات تربوي ، يهتم بإيصال المعلومة المتعلقة بالأمراض العقلية ، المصادر وميادين أخرى ، يوجد جانب المساعدة المتبادلة و التآزر بين الأطفال يسمح لهم تبادل و مشاركة معاشهم ، وكذلك هناك نشاطات لعب و فسح خرجات ترويحية " إبداع ممتع" .

وقد حددت 4 أهداف عامة في إطار التدخل :

- نقل معلومات للصغار حول المرض العقلي و مظاهره ، لكي تكون لديهم معرفة جيدة حول معاش قريبهم .
- جمع أطفال لديهم نفس المعاش كي يشجع على البوح و التعبير عن مشاعرهم و معاشهم إزاء المرض العقلي لقريبهم .
- مساعدة الصغار على تطوير مختلف الاستراتيجيات لمواجهة أفضل ليومياتهم .
- زيادة تقدير الذات لدى الصغار بتشجيع اكتشاف والتعبير عن قواهم و ميولات كل واحد .

(http://laboussole.ca/enfjeu/real_enf.html)

بين Shachnow (1987) في مشروع مسلح تم بـ-Cornell New York Hospital Médical Center أن التدخل الوقائي أمام أبناء المرضى السيكاتريين يبدأ عند استشفاء الوالد لأنها الفترة الأشد إخلالا بالنسبة للطفل ، من توصيات البرنامج :

تسمح اللقاءات آباء- أطفال - حتى لو كانت خاطفة - بلفت انتباه الوالد السليم حول التغييرات السلوكية لطفله ، ليفتح الباب أمام إعادة التأهيل النفسو- اجتماعي ، وكذلك بطريقة مفاجئة يسمح التدخل بزيادة مستوى الدافعية لدى المرضى ، وكذلك درجة مشاركة العائلات و تقبل جيد للعلاج .

في برنامج تدخل آخر بالنسبة للعائلات التي تواجه اضطرابا عاطفيا لدى أحد الوالدين، قدم R.Finzi et S.Doris (1997) تدريبا للآباء و الأطفال فيما يخص مرض الوالد و آثاره القوية على العائلة. بينت النتائج أن العائلات أظهرت تحسنا من خلال عدة مجالات السلوك و المعاملة تتصل بأفضل المنافذ لدى الطفل ضمن هاته التغيرات : تحسن الاتصال العائلي بين الآباء-أطفال حول الاكتئاب ، وتبني استراتيجيات مواجهة جديدة عائلية –والدية. أظهر الأطفال فهما جيدا لمرض الوالد وأداءا توافقيا جيدا، رغم أنه أظهر بعض الأطفال أعراضا معتبرة خلال مرحلة الملاحظة بعد التدخل .

خلاصة الفصل الثالث :

يتضح إذن بوضوح من خلال مختلف الأبحاث، مدى تأثير المشاكل الصحية للآباء على أبنائهم ، حيث تبين أن الأطفال و المراهقين الذين تربوا من طرف آباء بتشخيص سيكاتري هم أكثر قابلية لتطويرمشاكل صحة عقلية ، مما يجعل اعتبارهم فئة في خطرعال population à haut risque ، أين يزيد من احتمال قابلية تطوير مرض عقلي لدى هؤلاء الأطفال وأين تتفاعل عوامل جينية و محيطية .

و بسبب نقص مدة الاستشفاء في المصحات العقلية نتيجة تحسن العلاج الصيدلاني أصبح الأطفال يواجهون يوميا تحديا و معاشا خاصا في سياق عائلي متزعزع و مفاجئ ،

وخلطا في الأدوار، ومع غياب الدعم الملائم يمكن أن يتسبب المرض في صعوبات متعددة تهدد الكمال العائلي .

في عائلة مختلة وظيفيا Famille dysfonctionnelle يصبح الطفل محور التفاعلات النفسو- مرضية ، فيكون الطفل تارة حاملا للعرض العائلي l'enfant symptôme و تارة أخرى المريض المقصود patient désigné من وجهة نظر نسقية ، فتختل المعايير و يُجر الطفل إلى معاملات معقدة تفوق عمره "مبدأ التولية " " parentification " ، مما يعدي النمو و الارصان النفسي للطفل .

ويوصف عادة مفهوم الهذيان بين اثنين le délire à deux في الأدبيات السيكاترية لفهم الآليات الكامنة وراء التفاعلات داخل العائلة ذات الهيئة الذهانية .

فالوالد المريض عقليا يعيش صعوبات أكبر في مجموع أدواره الاجتماعية و تدهورات على مستوى الأداء العاطفي ، المعرفي و العلائقي ، مما يعرض الطفل لظواهر إهمال والدي بسبب مرض الوالد ، فيؤثر على نموه السليم على كل المستويات : العاطفي ، الاجتماعي و تركيب الأسرة .

وحيث أن الدراسات ركزت أولا على توضيح مصادر الخطر إلا أن دراسات أخرى فاعلة في هذا الميدان أشارت إلى أن المرض العقلي للوالد في حد ذاته لا يؤدي إلى نتيجة سلبية حتمية ، بل يتفاعل المرض العقلي الوالدي مع عدة متغيرات و سيرورات التي من شأنها زيادة الخطورة أو تعزيز الجلد لدى الأطفال . ووجدت عوامل حماية محيطية و أخرى خاصة بمميزات الطفل يمكنها تخفيض من تأثير هاته الأخطار لدى هؤلاء الأطفال .

و بالرغم من قلة الكتابات و الدراسات العلمية في هذا السياق ، إلا أنه وجدت جمعيات غربية و متدخلين ، ووضعت برامج فعالة ومتكيفة اهتمت بهذه الفئة وحاولت تقديم المساعدة التي يحتاجها فعلا هؤلاء الأطفال .

القسم الثانـي

الجانب المنـهجي

الفصل الرابع

منهجية البحث

1 -منهجية البحث:

نذكر أننا اخترنا دراسة بعد عرف تطورا في مجال الوقاية و الصحة العامة و علم النفس العيادي " الجلد " " la résilience " ، هذا المفهوم يبرز أساسيا لمحاولة فهم كيف يمكن للطفل أن يقاوم التأثيرات الممرضة لأجل بناء ذاته بطريقة متوافقة بالرغم من المصاعب ، في حين يطور طفل آخر معرض لنفس السياق يطور سريعا عرضا أو عدة أعراض معيقة ، عاكسا التأثير الصدموي للأحداث عليه و الطابع غير المرصن لمعاناته .

نتبع في تحديد مصطلح الصدمة و الجلد رأي C de Tychey et J Lighezzolo (2004) في أنهما إمكانية مواجهة وضعية عصيبة ممتدة ، دون تطوير عرضية نفسية مرضية من أي نوع.

ويشير M Dollander et C de Tychey (2002) في كتابهما " La santé psychologique de l'enfant, fragilités et prévention " إلى أهمية اللجوء إلى منهج الحالات الفردية كأول مرحلة للدراسة ، أين لا يمكن تعميم نتائجها سوى بعد زمن ثان، يتضمن مقاربة لنفس الإشكالية على مجموعات أفراد يُقيّمون ضمن رؤية مقارنة .

حيث يؤكد D Widlocher (1999) في مقاله " La méthode du cas unique " على أهمية الحالات الفردية ، في الوضعيات أين تكون الحالات فيها نادرة ، وعندما يتعلق الأمر بطرح و بطريقة معمقة مشكلا حديثا ، مما يتطلب كذلك وفق هذا العالم اللجوء إلى فرضيات متعددة .

ففي مجال لا يزال اكتشافه ، وحدها هاته الطريقة تجنب الباحث التقلصية أمام واقع معقد فهمه كالجلد ، تسمح له بتمييز مجموع المحددات التي تتضمنها سيرورة الجلد ، الأشكال المختلفة التي يمكن أن يأخذها وفق طبيعة الوضعية الصدموية التي يواجهها ، تسمح لنا كذلك بتكوين فرضيات جديدة انطلاقا من الفروق الملاحظة أثناء دراسة مقارنة لحالات فردية

جلودة résilientes أو غير جلودة non résiliente ، التي تواجه صدمات عائلية و محيطية متشابهة إلى حد ما .

ومن هنا تبرز لنا أهمية اختيار هذا المنهج، الذي يسمح بتكوين رؤية شاملة لأهم المحددات المسؤولة عن الاختلافات في الأداءات الفردية إزاء الصدمة ضمن قسميها التكيفي و الممرض .(Tychey.C., Lighezzolo.J., 2004, p.228)

و لهذا استخدمنا المنهج العيادي باعتباره المبحث المنهجي المكتمل للحالة الفردية ، والذي يتخذ من الفهم وسيلة في البحث ، حيث يعمل على سبر أغوار الحالات المدروسة ، من خلال الأدوات الإسقاطية و أسلوب التحليل الكيفي لاستخراج نتائج البحث .

يتضمن الإجراء العيادي حسب A. Mucchielli في مؤلفه " Dictionnaire des méthodes qualitatives en science humaine et sociales " « اعتبار الفرد في فرديته التاريخية و الوجودية بغية فهمه ضمن كلية ، من خلال علاقة شخصية تقام معه ، هذا الإجراء يقود الباحث إلى الفحص العميق ، بمساعدة مناهج كيفية التي تكون فعالة لحالة فردية في وصفه ». (1996, p.25)

ويرتكز المنهج العيادي أساسا على دراسة الحالة . حيث يرى د.ع الفتاح دويدار(1996) في كتابه " مناهج البحث في علم النفس " أنه يقوم على دراسة حالات فردية من أجل الغوص في خصوصيتها و مميزاتها .

وتمثل دراسة الحالة نوعا من البحث المتعمق في العوامل التي تسهم في فردية وحدة اجتماعية شخصا كان أو جماعة أو مؤسسة اجتماعية أو مجتمعا محليا ، و يدرس الباحث في علم النفس فردا معينا قصد تشخيص حالته ، و من ناحية أخرى فان الباحثين أكثر ميلا إلى الاهتمام بالأفراد كأنماط ممثلة ، فهم يجمعون معطيات من الأفراد المختارين بقصد التوصل إلى فهم أكثر عن الجماعة التي يمثلونها. (ع الفتاح دويدار ، 1996 ، ص176)

وينبه العالم C de Tychey إلى أن الاهتمام بخصوصية كل أداء فردي لا يجب أن يحجب أهمية الإحاطة بالمحددات و المكونات القابلة مبدئيا للتمييز بين أفراد جلودين و آخرين غير جلودين . (Tychey, C., Dollander. M., 2002)

لأجل هاته الاعتبارات تبنينا إجراءا عياديا كيفيا ، في شكل تحليلات عيادية معمقة لحالات متباينة فردية مستوحاة من المبادئ التي وضعها Widlocher ، لتوضيح محددات الجلد انطلاقا من الفرضيات التي طورناها في الجانب النظري .

يسمح إذن المسار العيادي في وجهته الكشفية ، وانطلاقا من ملاحظة حالات فردية، بتكوين فرضيات جديدة قابلة لإثراء المفاهيم في مجال بحث لا يزال يتطور ألا وهو الجلد .

لهذا فضلنا اللجوء إلى الدراسة العيادية المقارنة المعمقة لحالتي طفلتان أختان واحدة جلودة و الأخرى غير جلودة ، أختان تعيشان نفس السياق العائلي الإشكالي و الخطير نتيجة مرض أبيهما العقلي . حيث تمنح الأخوة العيادي الباحث الراغب في فهم ميدان جديد مكسبا مميزا ، يسمح له هذا السياق "الأخوة" حسب رأي C de Tyckey (2001) التحكم في التأثيرات المحيطية المختلفة من أجل تحليل الاختلافات الملاحظة بين الطفلتين، الشيء الذي يتيح التركيز على العوامل المحيطية و النفسية الداخلية الخاصة بهما للتعرف على ما يقابلها.

2 -تذكير بالفرضيات النظرية:

من خلال الإطار النظري لهذه الدراسة ، كونا 3 فرضيات مختلفة و متكاملة لفهم و التعرف على أسباب "عوامل " توفر الجلد لدى طفلة الأولى دون توفره لدى الأخت الثانية ، أين تتعلق الفرضية الأولى بدور الأم (التي لا تعاني مرضا عقليا) كوصي نمو أساسي tuteur essentiel de développement و استثمارها المتمايز لكل من الطفلتين ،

و الفرضية الثانية المتعلقة بتوفر في محيط الطفل راشد يكون بمثابة بديل أبوي و دوره كوصي نمو بديل tuteur substitut de développement ، و أخيرا الفرضية الثالثة والمتعلقة بمميزات الوظيفة العقلية " التعقيل و الفضاء التخيلي " ، وكذا لجوء الطفلتان لميكانيزمات دفاع خاصة .

3 -فرضيات العمل:

الفرضية (1) : الطفل الجلود استفاد من استثمار عاطفي من طرف الأم " وصي النمو الأساسي " مكنه من إقامة رابط تعلق آمن وساهم في نموه و بناء ذاته. في حين لم يستفد الطفل غير الجلود من هذه العلاقة الآمنة مع أمه.

الفرضية (2) : الطفل الجلود التقى براشد بديل أبوي ، كان بمثابة "وصي نمو بديل" مثّل قطبا تقمصيا إيجابيا ،مكنه من استدخال صورة أبوية ايجابية وساهم في دخوله ضمن الدينامية الاوديبية . مقارنة مع الطفل غير الجلود الذي لم يجد في محيطه أهدافا تقمصية جيدة ولا بديل أبوي قادر على منحه نموذجا أبويا إيجابيا يستدخله .

الفرضية (3) : الطفل الجلود لديه وظيفة عقلية ثرية " تعقيل ذا نوعية جيدة و فضاء تخيلي ثري " ويستخدم ميكانيزمات دفاع متنوعة وبطريقة مرنة ومتكيفة ، تسمح له بارصان جيد لصدماته وتضمن له تكيفا اجتماعيا . بعكس الطفل غير الجلود الذي يفتقر لقدرات ارصان جيدة " قدرة تعقيل قاصرة وفضاء تخيلي فقير " بالإضافة إلى لجوئه لميكانيزمات دفاع محدودة وغير فاعلة ويستخدمها بطريقة متصلبة ، ما يؤدي إلى تطوير أعرا ض مرضية وصعوبات تكيف .

4 -معايير اختيار الأطفال:

الطفلتان ليلى وآمال أختان الأولى عمرها 12 سنة و الثانية 11 سنة، تعيشان في نفس المنزل العائلي، قيمنا وضعيتهما على أساس عدة معايير:

4-1- معايير مشتركة بين الأختين :

- عايشتا مرض أبيهما العقلي منذ ولادتهما، في حين لا يمثل مرض الأب خطرا عليهما من الناحية الجسدية.
- لم تتعرض الأختان لمشاكل صحية خطيرة كانت لتتطلب عملية جراحية أو استشفاء مبكرين، والتي تضعِّف الطفل على الصعيد النفسي .
- الأم سليمة لا تبدي مشاكل صحة عقلية كبرى .

4-2- معايير خاصة بالطفل الجلود :

- طفل لا يبدي اضطرابات ظاهرة (نفسية – عاطفية – سلوكية ....) .
- طفل يتابع تمدرس يتناسب مع عمره الزمني .

4-3- معايير خاصة بالطفل غير الجلود :

- طفل يظهر اضطرابات انتقائية نتيجة سياق المرض العقلي للوالد على ، الأقل أحد المعايير الآتية :
  - اضطرابات الروابط العاطفية و الاجتماعية .
  - اضطرابات السلوك ، عدم استقرار كبير .
  - اضطرابات التركيز والإنتبا ه تؤدي إلى صعوبات في التعلم وفي متابعة الدراسة (إعادة السنة ،....) .

5 -أدوات البحث:

تبعا لمنهج الدراسة العيادية ، فقد اختيرت الأدوات لتتوافق وطبيعة المنهج ولتتوافق أيضا و طبيعة أهداف الدراسة .

ولأجل إجرائية الفرضيات النظرية التي ذكرناها، قمنا بعمل تكاملي بين عدة مصادر للمعلومات و تقنيات لجمع المعلومات.

حيث يقترح C de Tychey على العيادي الباحث الذي يواجه واقعا معقدا "كالجلد" ، أن ينوع أدوات البحث بغية محاولة تحديد عوامل و موجهات الجلد ، لأن الأبعاد التي وضعت لا يمكن مقاربتها سوى من خلال أدوات متعددة ، تذهب من معطيات حكاية شخصية و مقابلات إلى البحث من خلال مناهج إسقاطية واستمارات للشخصية.

(Tychey.C., Lighezzolo.J., 2004, p.232-233)

5 -1 المقابلة:

تعد المقابلة مصدرا مهما للمعلومة ، لأن أكبر قدر من المعلومات يتأتى من خلالها ، و هي تعتبر " تقنية لجمع المعلومات " و التي تتم ضمن علاقة وجه لوجه . يعرفها بمعنى عام المؤلف J-L Pedinielli في كتابه "Introduction à la psychologie clinique" :

« فعل تبادل الكلام مع شخص أو عدة أشخاص، يضم نقل رمزي أي اللغة ومهارات الفهم» . (1994, p. 36)

أو كما يعرفها Bengham على أنها « المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد ، ليس مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها » .

فالمقابلة العيادية ضمن تقنيات أخرى (ملاحظات ، سلالم ، اختبارات .....) تنتمي لأدوات البحث الأكثر استعمالا والأكثر ملاءمة لأجل مقاربة بعض المشاكل ، نوعها و إجراؤها يعتمدان كليا على أهداف البحث العيادي ، تخضع إعادة المجموعة لسلسلة من

المعالجة (تحليل المحتوى ، مقارنة ....) سامحة بتفسير النتائج، تأكيد الفرضيات، إنتاج وصف و شرح للظاهرة الملاحظة. (Pedenielli. J-L., 1994, p. 100)

كذلك وحسب ذات المؤلف، يكون اختيار المقابلة فعالا عندما يكون الاستقصاء حول تصورات الفرد على إنتاج خطاب العلاقات التي يقيمها الفرد مع الموضوع الذي يتكلم عنه ، حول إنتاج معطيات قصصية أو شرح حول استراتيجيات الاتصال أو المحادثة ، لكن كذلك ضرورية ضمن مقاربة تاريخ الأفراد ، استراتيجيا تهم الدفاعية (آليات الدفاع) في تحليل السيرورات النفسية مرضية ، للصراعات و فيما يتعلق بموضوع اللاشعور.

حسب C Chiland (1983) في كتابها " L'entretien clinique " يوجد عدة أنواع للمقابلة العيادية :

موجهة - حرة - و نصف موجهة

في النوع الأخير من المقابلة (أي المقابلة نصف الموجهة) أولية، تقول Castarde :

« حرية الباحث و المفحوص ليست كبيرة (....) ولا توجد تعليمات بدء، لكن عدة مداخلات تقرر منذ البدء في شكلها و مجراها، وعلى الأقل في المحتوى، ونفس الشيء بالنسبة للمفحوص يستطيع الإجابة بحرية لكن لا يتكلم في أي شيء ».

(Chiland.C., 1983, p120)

و لذلك لجأنا في هذا البحث إلى استخدام المقابلة نصف الموجهة مع الأم و مع الطفلتان .

- **مع الأم :**

- لإفادتنا بمعلومات عن الحكاية الشخصية للبنتين .
- معلومات عن مرض الأب العقلي و السياق العائلي .
- و لأجل مقاربة نمط الاستثمار المفضل مع كل بنت .

- **مع الطفلتان :**

- لأجل ومن خلال المواضيع المطروحة تحديد العلاقة مع الأب المريض ، ومدى إمكانية توفر صورة أبوية ايجابية .
- معرفة مميزات تفضيلاتهما الوالدية وطبيعة الصور الوالدية داخل أوخارج العائلة
- الدخول أولا ضمن الدينامية الأوديبية من خلال الاستثمار التفضيلي للصور الوالدية .
- وكذلك لأجل اكتشاف لجوئهما إلى ميكانيزمات دفاعية، خاصة وما يتعلق بالوظيفة العقلية نوعية التعقيل وفساحة الفضاء التخيلي ، وذلك من خلال نوعية خطابهما و تعبيراتهما.

5 2 -الإختبارات الإسقاطية :

لقد جاء اختيار أدوات البحث من الأساليب الاسقاطية اختيارا مقصودا...، فإذا ما كنا بصدد الفهم الدينامي العميق للشخصية فلابد من أسلوب يتيح لنا هذا الفهم ،و حيث أن الأساليب الإسقاطية تعكس تأثير مفاهيم التحليل النفسي .

وحسب رأي المؤلفان C Jourdan – Ionescu et J Lachance (2000) في كتابهما " Le dessin de la famille " فإن التقنيات الإسقاطية تسمح بتظاهرات المعاش الداخلي للفرد ، لطريقته المنفردة و الشخصية في إدراك العالم و تفسيره .

كذلك تهدف الاختبارات الاسقاطية إلى توضيح ما لم تسمح باكتشافه المقابلات بإنتاج معلومات صعب الوصول إليها ، إعطاء نتائج صحيحة و موضوعية أي ليست خاضعة لذاتية الأخصائي لأجل تثرية التقرير النفسي للحالة. (Pedeniellі. J-L., 1994, p.53)

وفي ميدان الجلد يرى C de Tychey (2001) أن علم النفس العيادي يمنح منهجية تكميلية ضرورية للباحثين الراغبين في تبني تقييم فارقي معمق لمختلف أبعاد الوظيفة النفسية الداخلية ، مثل هذا التحليل يصبح ممكنا بفضل ما يمنحه مكسب التقنيات الاسقاطية خاصة اختبار الروشاخ .

1. إختبار الروشاخ :

- **تقديم الاختبار:**

تعرفه N Rausch de Traubenberg (1970) في كتابها " La pratique du Rorschach " : « هو إختبار إسقاطي اخترع في 1981 من طرف Herman Rorschach يتضمن استخدام بقع عشوائية غير محددة ، بهدف كشف العمليات النفسية التي تميز شخصية الفرد، يتضمن كذلك فعل تفسير بكل حرية أشكالا عشوائية، أي صورا شكلت بطريقة غير محددة » .

يتكون الاختبار من 10 بطاقات عليها بقع من الحبر المتناظرة الجهتين، تتكون 5 بطاقات من الأبيض و الأسود بظلال مختلفة و هي البطاقات I, IV, V, VI , VIIو بطاقتين من الأسود و الأحمر II, III ، و البطاقات الثلاث المتبقية ملونة VIII, IX, X .

و من أجل تطبيق هذا الاختبار بطريقة صحيحة يجب أن يمر بالمراحل التالية:

- **التمريرpassation:**

قبل بدء إجراءات التمرير من المناسب أن توضع بعض الملاحظات حول المفحوص و سلوكاته ، بهدف تطبيق الاختبار و بعض المعلومات حول الحالة ، تتضمن التقنية وضع بين أيدي المفحوص بطاقة تلو الأخرى و يطلب منه ماذا تمثله .

التعليمة الأصلية لـ Rorschach الأكثر اختصارا " ماذا يمكن أن يمثل هذا " و يقال للمفحوص : سوف أعرض عليك هذه البطاقات و عددها 10 الواحدة تلو الأخرى ثم يقدم الفاحص البطاقة الأولى قائلا: أنظر إلى هذه البطاقة وقل لي ماذا ترى بها أو ما تتصوره فيها انظر إلى البطاقة كما تشاء ، ولكن كل ما أريده منك هو أن تقول لي ماذا ترى و عندما تنتهي من هذه البطاقة أعلمني حتى أقدم لك البطاقة التالية.

(Rausch de Traubenberg.N., 1993, p.12-13)

تتغير التعليمة من فرد لآخر باعتبار العمر المستوى الفكري و ثقافة الفرد يستطيع الفرد تدوير أو قلب البطاقة في أي اتجاه يريده ثم مع كل إجابة يسجل زمن الكمون و زمن الإجابة و كيفية مسك البطاقة.

٨ -وضعية أمامية

٧ - وضعية مقلوبة

> - وضعية جانبية يسرى

< - وضعية جانبية يمنى

يجب إذن تسجيل كل التعبيرات كلمة كلمة ، تعجب ، تعليقات و التردد و كذلك وضعية البطاقة.

- **التحقيق enquête**:

هو ثاني مرحلة في تطبيق الاختبار و يسمح بمعرفة تموضعات الإجابات و محدداتها ، اعتبارات الحركة ، اللون ، الظل و الشكل . هذه الخطوة هي بالغة الأهمية .

و تأتي بعدها ثالث مرحلة، التجربة التكميلية يطلب من المفحوص اختيار البطاقات المفضلة و البطاقات التي لم تعجبه، عادة يحدد عدد هذه البطاقات ببطاقتين.

- **التقدير cotation:**

أنها عملية ترجمة استجابات المفحوص في رموز ووضع ما يقوله في صورة مختصرة هي كذلك عملية تحويل المضمون المعبر إلى رموز التي تسمح له أن يفسر كميا و يجعله أكثر موضوعية.

- **التفسيرinterprétation** :

يوجد ضمن هاته المرحلة الأخيرة مرحلتان جزئيتان :

- السيكو غرام و تحليله (تحليل كمي) .
- التفسير الديناميكي (تحليل كيفي) .

في تفسير الاختبار ليست الإجابة هي المهمة إنما الطريقة التي يستجيب بها المفحوص إزاء الصور العشوائية. « و خلاصة النتائج توفر تفسيرا يمنح معلومات حول طبيعة القلق ، و العلاقات بالموضوع ، ميكانيزمات الدفاع ، تنظيم الأنا ، العلاقة مع الواقع ، صورة الجسم، يمكن أن تتيح نفس التفسيرات فرضيات سيكومرضية من تشخيص بنية أو تنظيم عصابي ،ذهاني ، ...» . (Pedenielli,J-L.,1994,p.56)

- **الهدف من الإختبار:**

قمنا بتحليل اختبار الروشاخ المطبق على الأختين لأجل:

- تقييم الطابع المفيد أو المعيق لميكانيزمات الدفاع ، و تقييم مدى توافقيتها الاختبار من خلال تحليل السيكوغرام و دينامية الإجابات لمجموع الاختبار، كم ا يفيدنا الروشاخ بمعلومات حول نوعية التعقيل من خلال فعالية رمزية الأبعاد المتعلقة بالقطب الجنسي والعدواني وبالعلاقة بالموضوع ونوعية الارصان العقلي للوجدان ، الذي يتجلى عبر اقتران **فق** و**ظ ول** بمحددات الشكل والحركة **ش** و **ح** . والفضاء التخيلي من خلال عدد الاستجابات في البروتوكول **ع** ونسب الاستجابات الحركية **ح** كما من خلال نسبة **ش %** و **حي %.**

- معرفة طبيعة الصور الوالدية ، الصور الأمومية المستدخلة في مستوى تخيلي من طرف الطفلتين ، من خلال إجاباتهما في البطاقتين VII وIX من اختبار الروشاخ و التي أثبت أن لها قيمة رمزية أمومية ، و كذلك الصور الأبوية من خلال البطاقتين IV و VI . حيث كلما كانت الصور الوالدية المستدخلة سلبية من طرف الفرد كلما كانت المحتويات والتعبيرات المسقطة في هاتين البطاقتين مشوهة، وبالعكس كلما كانت هاته الصور مستدخلة ايجابيا كلما نجح الترميز.

2. اختبار رسم العائلة :

لجأنا إلى تقنية الرسم من أجل معرفة و فهم أفضل للعالم الطفولي « فبالنسبة للطفل الرسم هو أداة طبيعية للتعبير، فالطفل يظهر من خلال نوعية رسمه خصوصية نموه ، محاولاته للتكيف و حل صراعاته و أخيرا تنظيم شخصيته».
(Jourdan - Ionescu.C., Lachance.J., 2000, p.16)

- **تعريف الإختبار :**

يعتبر اختبار رسم العائلة أداة للتقييم العيادي للطفل انطلاقا من عمر 5-6 سنوات ، يجرى مصحوبا بمقابلة نصف موجهة حول العلاقات العائلية .

حسب Maurice Porot فان هذه الطريقة تمثل اختبارا اسقاطيا ، لما يدفع إلى إسقاط جوانب شعورية و لا شعورية في الشخصية ... .

كانت Trude Traube 1937 أول من اقترحت الدراسة الأولية بهدف تشخيصي ثم تبنتها Françoise Minkowska 1952 التي ترى في هذا الرسم نمط تعبير جيد عن الصراعات العائلية ، انه العالم Maurice Porot الذي بحث في تقنين الرسم ، كان قد وضح من طرف Cain et Gamilla 1953 : على مستوى معايير السواء بدل معايير مرضية و معانيها ، و أكد أن رسم العائلة يعلم عن وجود صراعات عاطفية كما يعلم عن طبيعتها . (Jourdan - Ionescu, C. Lachance.J., 2000, p.16)

وكان الشكل الأول: يقدم الأخصائي ورقة بيضاء قلم رصاص و أقلام ملونة (دون ممحاة و لا مسطرة) يرسم الطفل عليها عائلة، يلاحظ الأخصائي خلال الاختبار و يركز على مميزات الرسم و التعليقات التي يبديها الطفل و يمكنه إذن إجراء مقارنات مع العائلة الحقيقية.

- **التعليمة:**

التعليمة التي اقترحها M Porot بسيطة " أرسم عائلتك " أضاف L Corman 1963 تعديلات هامة لاختبار العائلة لـ Porot حيث يقترح Corman على الطفل رسم عائلة: " أرسم لي عائلة من خيالك " .

و يمكن إتمام هذه التعليمة بأن نقول للطفل أنه بإمكانه رسم كل ما يريده : حيوانات ، أشخاص ، عائلة ، أشياء ... فمع عدم تحديد مباشر للطفل أن يرسم عائلته، تسهل بذلك الإسقاطات في الرسم . (Jourdan - Ionescu,C., Lachance,J.,2000,p.45-46)

- **المقابلة:**

توجه إلى الطفل مقابلة نصف موجهة فور الانتهاء من الرسم ، يطلب منه الأخصائي التعبير عن رسمه ، و أن يعين مختلف الشخصيات مع تسجيل ترتيب الظهور ، دوره في العائلة ، جنسه و عمره ، و ذلك بهدف تخفيض قدر المستطاع من ذاتية العيادي في التفسير .

يحدد L.Corman 6 أسئلة تطرح على الطفل :

- من هو الأكثر طيبة ؟
- من هو الأقل طيبة ؟
- من هو الأكثر سعادة ؟
- من هو الأقل سعادة ؟
- و أنت في هذه العائلة ، من تفضل ؟

و يطلب منه دائما سبب اختياره .

- **تفسير الاختبار:**

يتم التفسير على 3 مستويات :

- على المستوى الرسمي .
- مستوى التكوينات الشكلية .
- على مستوى المحتوى .

- **الهدف من الاختبار :**

ينبئنا اختبار رسم العائلة عن استثمارات الطفل على المستوى العاطفي ، و مدى توافق الصور الوالدية مع توقعاته ، و معرفة نماذج تقمصه من خلال تفضيلاته لشخصيات الرسم من خلال (ترتيبهم ، وضعياتهم تفاصيلهم ، الألوان المستعملة ....) ، وهذا يساعدنا على كشف من هم أوصياء الجلد في محيط الطفل أي أهم الشخصيات التي يتمثلها في رسمه ، الذين يكونون بمثابة أوصياء نمو بالنسبة له .

كما ينبئنا الرسم عن تنظيم شخصية الطفل (أناه) في علاقته مع الواقع ، و لكي يجد الأنا تسوية بين متطلبات عالمه الداخلي النزوي و بين متطلبات الواقع الخارجي ، فيوظف دفاعات للحفاظ على توازنه : فالرسومات تفصح عن بعض هاته الميكانيزمات المساعدة على إبقاء تكيف الطفل . دفاعات الأنا التي تجد تظاهراتها في رسم الطفل ، و ذلك من خلال الهيئة التي يتمثل بها الأشخاص في رسمه (الإضافات ، الحذف ، التشطيب ...) .

كما أن مقدار المسافة التي تفصل الفرد الذي يمثل المفحوص و الآخرين ، تعبر عن العلاقة التي يقيمها معهم في عالمه الداخلي و رغبته اللاشعورية تجاههم من خلال التقارب proximité في الرسم . كما توضح لنا وضعية الطفل بالنسبة لوالديه ، والتي تعكس حالة موقفه الأوديبي و الصراعات التي يواجهها .

الفصل الخامس

تقديم الحالات وتحليل المعطيات

من أجل هاته المقاربة نتبع الخطوات التالية : نقدم أولا حالتي البحث الأختان ، نوضح فيها السياق العائلي الصدمي الذي تعيشان فيه وسمات شخصية كلاهما ، ونحدد توفر المعايير المتعلقة بالطفل الجلود لدى الطفلة الأولى والمعايير المتعلقة بالطفل غير الجلود لدى الطفلة الثانية . ثم نقيم فرضيات بحثنا التي يتم إجراؤها من خلال تحليل المعطيات المتحصل عليها من مختلف أدوات البحث (المقابلة نصف الموجهة ، الروشاخ ، وإختبار رسم العائلة)

1 -تقديم الطفلتان :

الطفلتان ليلى 12 سنة و إيناس 11 سنة ، أختان تعيشان في أسرة متكونة من أب يعاني من اضطرابات عقلية (ذهان) منذ ولادتهما ، الأم لا تبدي مشاكل كبرى للصحة العقلية ، وأخ مراهق .

تعيش الأسرة وضعا إجتماعيا متدنيا ، فالأب عاطل عن العمل بسبب مرضه والأم لا تستطيع الخروج للعمل خوفا منها على سلامة أبنائها من تقلبات أبيهم المزاجية ، رغم أن الأب لا يوجه أي أذى جسدي لأطفاله .

كما تعيش الأسرة عزلة إجتماعية بسبب وصمة المرض العقلي ، ولا يزورهم سوى أفراد من العائلة الموسعة (أخوالهم وأعمامهم) ، حيث تلقت العائلة دعم وسند كبيرين من طرف عمهم الذي عاش معهم في بيت واحد لعدة سنوات لينتقل بعدها إلى بيت آخر .

بالنسبة إلى ليلى، هي بنت مرغوب فيها منذ حمل أمها بها ، تطورت طبيعيا في مختلف مراحل النمو منذ ولادتها ، محبوبة من طرف الجميع ، منذ صغرها حضيت البنت بحب ورعاية خاصة من طرف عمها وعائلته وجدت فيهم محيطا حاويا وداعما سمح لها أن تحس بالأمن وتكبر إيجابيا ، هي بنت مرحة وحيوية تجد المتعة في التعلم ، وفخورة بنتائجها المدرسية وتنال حب وتشجيع مدرسيها خاصة أستاذة اللغة العربية التي تحبها ليلى كثيرا لأنها تعبر معها عن مشاعرها وتحكي لها مخاوفها وهواجسها خاصة فيما يتعلق بمرض أبيها ، لدى ليلى كذلك صداقات ثرية مع أقرانها ، تستثمر كذلك نشاطات خارج المدرسة

حيث ترتاد دار الشباب المجاورة لبيتهم وتشارك في نشاطات المسرح والرسم ، كما تذهب ليلى كل جمعة مع أمها إلى المسجد وتسعد بالتبرع باللباس لجمعية مساعدة المحتاجين ليلى فتاة متفائلة جدا وتحلم أن تصبح طبيبة .

◄ تعد ليلى بأنها طفلة جلودة لأنها تتابع تمدرسا يلائم فئتها العمرية (11سنة ← سنة سادسة إبتدائي) وتتحصل على نتائج مدرسية جيدة ،كما أنها لا تبدي أي اضطراب جسدي، سلوكي أو نفسي .

بالنسبة لآمال فبالعكس، لم تكن أمها راغبة في حملها بسبب الوضع العائلي المتدهور، كان تطور آمال متأخرا في بعض مظاهر النمو مثل : المشي ، اللغة ...، أمال عنيفة في علاقاتها مع الآخرين الكل ينتقد سلوكاتها المندفعة حتى في المدرسة يشتكي منها مدروسها لإفراط الحركة لديها وعدم تركيزها مع دروسها وقلة انتباهها ، فنتائجها المدرسية جد متدنية ولقد أعادت السنة هذا العام ، في العائلة تفضل آمال أخاها المراهق وتسعى دائما لتقليده .

◄ تعد آمال بأنها طفلة غير جلودة لأنها تبدي إلى الآن مشاكل سلوكية صعوبات تكيف في محيطها العائلي والمدرسي (عدوانية وافراط في الحركة نقص الإنتباه والتركيز) ، متأخرة مدرسيا (أعادت السنة : بعمر 10سنوات تدرس بقسم سنة 3ابتدائي) لكن كذلك شعورها بلاأمن عاطفي ومواقف الانطواء والاندفاعية تجعلنا نفكر في أن وظيفتها الداخلية نفسية لم تضمن تكيفا لأناها مع المحيط .

2 تحليل المعطيات على ضوء الفرضيات :

2-1- الطفلة الجلودة : ليلى

2-1-1- تحليل الفرضية الأولى : الأم وصي نمو أساسي

- **من خلال المقابلة :**

نفهم من خلال عناصر المقابلة مع الأم ، أنها إستثمرت إبنتها ليلى منذ حملها بها و رغبت في إنجابها ، وانعكس هذا في توفير للطفلة رعاية أمومة أساسية منذ طفولتها المبكرة ، حيث تقول الأم : " ليلى بنتي طفلة مربية عاقلة و تعرف تقرا ملي كانت صغيرة و هي مريحتني "

كما تبين استجابات ليلى من خلال المقابلة رؤية متكاملة و استثمار وجداني لأمها ، جعلت من هذه الأخيرة صورة التعلق الرئيسية تقول البنت : " أمي هي كل شيء بالنسبة ليا نحبها بزاف ، هي الأم تسهر على ولادها و تربيهم رمز الحنان و العطف " فمن الواضح اندماج لصورة أمومية ايجابية ، صورة خلقت الأمن و المساندة و التأييد لصورة الذات .

إذا تظهر ليلى رؤية متكاملة لموضوع الأم، مانح الأمومة الكافية المشبعة الأمومة المثالية و الإمداد الكافي الذي لا ينضب من الرعاية و السلوك الحاضن الحاني، فهي الراعية المتقبلة و نقلت قوتها إلى ليلى من خلال قدرتها على التقمص العاطفي مع ذاتها النامية ، فالإحساس بالموثوقية الشخصية يمكن انجازه فقط من خلال نوع خاص من استمرارية و ثبات إمكانية الإنشغال بأمور الطفل " تسهر على راحة أبنائها و تربيتهم " ، وهكذا فان الرعاية الأساسية للطفل أدت إلى وجود ليلى وجودا إنسانيا ناضجا على مستوى النمو النفسو جنسي " نحب نكون كما ماما صبورة و قوية حنونة و فحلة ، نحب نعاون ماما في الدار و نتعلم منها ، ماما تعول عليا في الدار و في القضيان " ، نجد هنا كذلك نجاح التقمص الأنثوي و حرص للحفاظ عليه لكن مع إتكالية ناضجة و الإحتفاظ بالاستقلال الذاتي .

- **من خلال الروشاخ :**

تستثمر ليلى صورة أمومية ايجابية في علاقة بالموضوع صريحة في البطاقة VII التي هي بطاقة الأمومة بامتياز، بحيث أنها قادرة إلى الوصول إلى تقمص بشري ح = 2 و تنجح في التشكيل الثنائي الجانبي للبطاقة التي تتضمن وجود علاقة حميمية و ممتعة .VII [إ.17 : زوج بنات قاعدين يرقصو ، ك ح$^{+}$ب] .

يتضح كذلك في البطاقة III ارصان جيد للرمزية الأمومية و الأنوثة . III [إ.6 : زوج نسا....] و إذا أعطت ليلى استجابة لصورة أمومية بدائية مهددة في نفس البطاقة [إ. 7: بالمقلوب كشغل عنكبوت فيها دم على جوانبها] ، إلا أنها تمكنت من إعطاء رمزجنسي أنثوي ذا نوعية جيدة [إ. 8: عندها فراشة في كرشها] ، فهي تنجح إذن في التمييز الجنسي للأم على مستوى رمزي مما يدل على ايجابية الصورة الأمومية المستدخلة ، ويؤكد هذا الإختيار الإيجابي للبطاقة الأمومية حيث تختار البطاقتين II و VII ذات المعنى الأمومي .

- **من خلال رسم العائلة :**

تظهر الأم من خلال الرسم الشخصية الرئيسية التي تم عليها التفضيل valorisation في الرسم ، فهي تمثل بالنسبة لليلى أهمية خاصة و تستثمرها الطفلة على المستوى العاطفي و تستجيب صورتها لتوقعاتها.

هذه الشخصية لديها طابع مميز: مرسومة الأولى، مرسومة بدقة و اعتناء، يتضمن رسمها تفاصيل أكثر، تحتل فضاء مهم في الورقة.

ترسمها بالجهة اليمنى مكان التطلعات و المستقبل و الإحساس بالأمان ، وترسمها بحجم أكبر قليلا مقارنة بباقي الشخصيات المرسومة دلالة على الاطمئنان و الأمن ناحيتها و أهمية وجودها في العائلة ، ينعكس هذا في تعليقاتها أثناء رسم الأم : " ذرك نرسم ماما أجمل واحدة ...واو جات مليحة " ، كما تختار الأم في تعيينها للشخصية الأكثر طيبة في الرسم أثناء المقابلة التكميلية و تقول : " الأم دائما طيبة " .

ترسم ليلى نفسها قريبة من أمها و تلون نفسها بنفس الألوان التي تلون بها شخصية الأم بألوان حيوية : الوردي ، الأصفر ، الأزرق ، وكذلك تهتم برسم تفاصيل أنثوية : شعر معتنى به وفساتين جميلة وحلي وأزرار وتعلّم رسم الأثداء، كل هذا يدل على قيمة وتعلق و نرجسية هامة ، وعلى تقدير الجنس الأنثوي أي تقمص أنثوي مستثمر إيجابيا .

2-1-3- تحليل الفرضية الثانية : راشد بديل أبوي، وصي نمو بديل

- **من خلال المقابلة :**

نلمس من خلال المقابلة مع ليلى الاستثمار اللبيدي المفضل لعمها ، حيث حضيت ليلى منذ ولادتها بحبه و حنانه و دعمه لها ، حيث كان يفضلها على باقي أخواتها ، وفي جوابها عمن ساند العائلة في ظل مرض الأب العقلي قالت : " عمي هو لي عاونا ملي كنت صغيرة كان عايش معانا ديما ينصحني يحبني أنا بزاف كثر منهم كل لخاطر أنا عاقلة و نقرا مليح"

كما يتضح النمو النفسو- جنسي المتوافق لدى ليلى بإدخالها للجنس في إطار المشروعية و أنا أعلى قوية نتيجة استدخال التحريمات الوالدية في قولها : " ساعات نقول كون جا عمي هو بابا ، بصح علابالي ما يليقش هذا حرام " ، كذلك نفترض ، من خلال قول الأم التالي : "كانت ليلى متعلقة بيا بزاف بصح لقات عمها يلعب معاها يخرجها نقصت هذاك الصيق فيا"

أن عم ليلى أدى منذ طفولتها الباكرة وظيفة الثالث الفاصل و بديل أبوي و جاذب أوديبي ، أدى هذا إلى دخول ليلى ضمن دينامية أوديبية ، لأنها استطاعت الاستقلالية و الانفصال من رابط التعلق الأولي مع أمها .

كما أنه رغم مرض الأب العقلي إلا أنه في نظر ليلى يبقى يحافظ الأب على مكانه الرمزي حيث تقول : " صح نتمنا كون جا بابا كما عمي ، بصح بابا مريض صح و يغيضني يبقى بابا و نشتيه بزاف " كل هاته العوامل جعلت ليلى تستدخل صورة أبوية إيجابية الضرورية من أجل نمو نفسو جنسي متوافق .

- **من خلال الروشاخ :**

لدى ليلى تمييز جنسي جيد للأب على المستوى الرمزي ، يؤكد ذلك الإختيار الإيجابي للبطاقة الأبوية كي تتمثل بها أباها أو بديله ، كذلك فان نوعية الرمزية الذكرية القضيبية موجودة و ذات نوعية جيدة ، حيث تعطي في البطاقة الرابعة ذات المعنى الأبوي ترميزا قضيبيا ذا نوعية جيدة IV [إ .9 : كشغل راس تاع ثور] ، وإذا لمسنا رفض ليبيدي بإعطاء تمثيل قضيبي منزوع الحياة في IV[إ .11: يشبه تمثال تاع زوج ريسان حصان] فهي تقاوم صورة الأب العاجز من خلال ميكانيزم الاستذهان intellectualisation ، ونلاحظ فيما بعد استرجاع لرمز قوة العضو الذكري ، وتتوصل لارصان و إدارة جيدة لقلق الإخصاء في نموذج علائقي أوديبي باعطاء تمثيل عقلي مفهوم في VI [إ . 15: كشغل زوج جدويا يرضعو ورجليهم و ذفارهم في النار] ، أين ترصن عدوانيتها في نفس الوقت ما يدل على استثمار علائقي ممكن إزاء الصورة الأبوية .

فقدرة ليلى على الدخول في علاقة مع الآخر ما يدل عليه زيادة القطب الحركي ح و ح حي ، في إجابات البطاقات III و VII ، يدل على محيط داعم و ساند مستثمر بصفة ظاهرة فاستثمار ليلى لعمها على مستوى عاطفي أدى إلى إستدخال صورة أبوية ايجابية و تحقق لديها التشكيل الأوديبي السوي .

- **من خلال الرسم :**

في رسم العائلة ، المستوى الأوديبي محقق و تمييز جنسي جيد لشخصيات الرسم من خلال الشعر ، اللباس ، الرسم الجسدي ، عندما ترسم أباها تتمثله في وضعية غير متزنة قليلا و تعلق " رسمتو أعوج شويا " ما يدل أن لدى ليلى تصور عن الاضطرابات العقلية لدى أبيها، كما ترسم أمامه شجرة التي تعد رمزا قضيبيا و هذا يمكن أن يمثل رغبة في تعويض الأب و شوقها إلى عمها ، بنفس الوقت ترسم أباها بلباس راقي و يحمل محفظة و تلونه بألوان حيوية ما يدل على مثالة الأب .

2-1-2- تحليل الفرضية الثالثة : ميكانيزمات الدفاع وآليات الإرصان النفسي

- **من خلال المقابلة :**

اتسمت استجابات ليلى من خلال المقابلة بالاتساق و التسلسل ، وهذا يدل على سلامة العمليات الفكرية و مدى سيطرتها عليها ، وتحكم الأنا تحكما واعيا في المواد اللاشعورية المكبوتة .

ليلى متجاوبة وخطابها ثري، مرتاحة في العلاقة الثنائية، لا تتردد في الحديث عن انشغالاتها الشخصية، تحب التعبير و تحكي خلال المقابلة أحداثا ممتعة و صعوبات واجهتها داخل عائلتها، ليست مثبطة بل بالعكس تبدي رغبة حقيقية في التواصل و تكوين علاقة مع الراشدين.

تنجح ليلى في التعبير عن وجداناتها :" عندما نشوف بابا يغيضني ...وساعات نبقى نبكي وحدي يغيضني بزاف " ، هذا الوجدان مرتبط بتمثيل مفهوم représentation partageable ، و لم نلمس وجود قلق طاف لديها ، وعندما تكون حزينة تشرح لنا ليلى ماذا تحس ما يدل على تعقيل جيد و فضاء تخيلي ثري .

تشير المعطيات المجمعة من خلال المقابلة ، كذلك لجوء ليلى إلى ميكانيزمات دفاع متنوعة و ناضجة و تستخدمها بصفة مرنة و متكيفة لإدارة قلقها .**الكبت le refoulement** فاعل بحيث تعبر عن وجداناتها بصفة محتواة : " بابا ساعات يكون معانا مليح و ساعات يتقلق بزاف ...بصح يبقى بابا " فهي تنقل الواقع كما هو و لا تسقط مشاعرها بقوة أثناء المقابلة .

تحب ليلى هوايات مثل الرسم و المسرح التي تمارسها في دار الشباب المجاورة لبيتهم ، لكن عندما يكون جو المنزل مضطرب تحرم نفسها من الذهاب تقول : " ساعات كما يكون الجو ماشي مليح في الدار مانروحش لدار الشباب واين نحب نرسم و نتفرج على مسرحيات ، نبقى في الدار نعاون ماما surtout كما يكون بابا مقلق بزاف نقول نقعد مع ماما في الدار تسحقني " ، فليلى تكبت رغباتها في الخروج إلى نشاطات عمل **التسامي sublimation**

ميكانيزم دفاعي يدفع الشخص إلى تحويل رغباته و حفزاته غير المقبولة إلى مشاعر و أفعال ذات قيمة معنوية و اجتماعية ، فتتحصل على رضا من خلال الواجب الذي قامت به و جمال تضحيتها من أجل عائلتها فهي تجسد كذلك مبدأ الخدمة serviabilité و parentification و ذلك عبر ميكانيزم **الإيثار altruisme .**

كذلك كي تبعد عن مجال شعورها التمثيلات الوجدانات السيئة التي لا تتحملها ، تلجأ ليلى إلى ميكانيزم **الانشطار clivage** إزاء الصراعات بين الوالدين ، فلكي تحمي مواضيع حبها ترى الجوانب الجيدة و السيئة للوضعية في نفس الوقت يظهر هذا في قولها : " صح بابا و ماما ديما يداقو بصح هما يشتيو بعضاهم " ، كما تستخرج ليلى مظاهر مضحكة من وضعيتها العائلية الصادمة التي تعيشها للحصول على لذة بالرغم من وجداناتها المؤلمة عبر ميكانيزم **الفكاهة l'humour** ، حيث تصف لنا حادثا حصل لها أثناء خدمتها لأبيها المريض تقول : " في الدار نديرو القرعة شكون يشرب لبابا الدواء درقا...(تضحك) و مرة قريب حكمني نحطلوا في الدواء بصح الحمد لله (تضحك) ما فاقش بيا "

كي تشجع نفسها، تفكر ليلى عندما يشفى أبوها و يخضع للعلاج المتواصل ، ويستعيد مكانته داخل العائلة ، ترتاح هي و تعيش ظروفا عائلية أفضل و تحقق كل هواياتها تقول : " كما يرتاح بابا ، نوليو نخرجو نحوسو ، و يولي بابا يقدر يحكم خدمة و نحقق أحلامي و هواياتي " إنه ميكانيزم **الاستبقائية Anticipation** ، ميكانيزم دفاعي مفيد يساعد الشخص أن يعيش مقدما مشاعر مرتبطة بوضعية ، يمكنها من خلاله إذن حصر القلق و تمنع معاناتها من الظهور و تعوض مكانه فرح آت .

لا تتردد ليلى في البحث عن مساعدة و دعم الآخرين عندما تعيش وضعية تولد قلقا ، ولا تخجل في أن تحكي معاناتها لصديقتها المفضلة أو لخالتها و عمها تقول : " عندما نقلق نحكي لصحبتي ولا نروح عند خالتي ، وكشما نحتاج حاجة نعيط لعمي .هاذوا كل نشتيهم و علابالهم بكلش نثيق فيهم " ما يمنحها إحساسا بالحماية و الاطمئنان و الحب ، فهي تجد في محيطها من يسمعها و يمنحها معلومات مفيدة حول الوضعية الضاغطة، أشخاصا تثق فيهم و لا تخاف أن يرفضوها ، إنه ميكانيزم **L'Affiliation .**

- **من خلال الروشاخ :**

يتضح من خلال بروتوكول الروشاخ أن ليلى تحافظ على مستوى جيد من التكيف مع الواقع و من التكيف الاجتماعي ، فإذا كان ش% (46%) أقل من المعدل (57%) فان ش% موسع (89 %) و ش$^{+}$% (77%) مع ج % مرتفع ، تدل هاته المؤشرات على أن العلاقة مع الواقع محفوظة وأن هناك اتصال جيد بالواقع ، من جهة أخرى تعطي ليلى 6 شائعات وحي % (68%) ذات نوعية جيدة وفي المعدل . وكذلك تبين المعادلة ش ل >ل ش + ل قدرة جيدة على الضبط والمراقبة و قدرة على التكيف ، ونلمس أن التخلصات dégagement في البطاقات مرتبط مع تكيف جيد مع الواقع ، يسمح باستخلاص استخدام متوافق لميكانيزمات الدفاع .

تدل كذلك الدينامية داخل البطاقات على اللجوء إلى ميكانيزمات دفاع مرنة و متنوعة ، فالكبت يسمح بارصان القلق الذي تولده البطاقات : I ، IV ،V . كذلك نجد التجنب mise à l'écart في IV [إ . 10: بالمقلوب خفاش] ، يسمح لها فيما بعد إعطاء إجابة تكيفية و إيجاد تخلص عن طريق معالجة الرمزية القضيبية IV [إ . 11: كشغل رأس ثور بشلاغم] .

نرى كذلك ميكانيزم التكوين العكسي ضد العدوانية في البطاقة ، II [إ .5 : كشغل فيلان يقيسو في ذفار بعضاهم] و في VIII [إ .20: نمورا قاعدين يطلعوا في الجبل] .

كذلك يبرز من خلال عدد الاجابات ع= 28 أكبر من المعدل مع حركات ايجابية ح $^{+}$ ، ح حي$^{+}$ 3ح= 6>4 وح بشري > من المعدل أي عدد كبير من المحددات الحركية وكلها ايجابية. نستخلص أن ليلى تمتلك فضاء تخيلي ثري و ذا نوعية جيدة لان ميكانيزمات الدفاع لديها مرنة.

يظهر التعقيل من خلال درجة ارصان النزوات الجنسية و العدوانية ، ومن خلال فعالية عمل الربط وجدان – تمثيل .حيث تستثمر ليلى علاقة بالموضوع إيجابية في III و VII و

لديها تمييز جنسي جيد للأبوين على مستوى رمزي ، كما يؤكده الاختيار المرفق للبطاقات الأمومية و الأبوية .

يتضح أن ارصان النزوات الجنسية القضيبية ذا نوعية جيدة خاصة في IV [إ . 10: كشغل رأس ثور.ج ح ش $^{+}$ج حي] و في VI [إ . 15: كشغل جدويا يرضعوا و رجليهم و دفارهم فيهم النار . ك ح حي $^{+}$ حي]، و رغم أن ليلى توصلت لإعطاء إجابة رمزية جنسية أنثوية ذات نوعية جيدة في III [إ. 8: عندها فراشة في كرشها] ارصان هاته النزوات الجنسية التي تثيرها البطاقات II و IX غير ممكن ، وفي البطاقة IX الرمزية معكوسة بالنسبة للمحتوى الكامن للبطاقة [كشغل راس تاع فيل] ممكن يوحي إلى أم قضيبية .

في مجموع البروتوكول ارصان النزوات العدوانية متنوع ذا نوعية جيدة ، و إن كان في البطاقة II بدأ الارصان بنوعية سيئة [إ . 3: كشغل لطخة تاع دم] ، لكن حركات تصاعدية بالنسبة للنزوية العدوانية أمكن تحققها مباشرة [إ . 5: فيلان يقيسو ذفار بعضاهم]، كذلك فإن نوعية مستوى الترميز للنزوات العدوانية جيد في III [إ . 6:...زوج نسا مايلين يحكموا في حاجة] ، لكن إعادة إثارة الصورة الأمومية البدائية في شكل مهدد و قلق لا تسمح بالحفاظ على هذا المستوى من الرمزية [إ . 7: عنكبوت فيها دم على جوانبها] ، لكن تبقى الحركات التصاعدية بالنسبة للنزوية العدوانية خاصة في VIII أين بعد رمزية فاشلة [إ . 19: كشغل قزم] توصلت ليلى إلى وضع تكوين عكسي و أعطت الإجابة [إ . 20: زوج نمورا قاعدين يطلعوا جبل] .

بلغت نسبة مؤشر القلق لدى ليلى 7% أي أقل من المعدل ، يدل على أن ليلى لديها قدرة تعقيل جيدة و تنجح في عمل ربط وجداناتها بتمثيلات مفهومة ، نجد ذلك في X [إ . 24 : كشغل بزاف حشرات .ح ش فق$^{+}$ حي].

- **من خلال الرسم :**

تتبع ليلى التعليمة و ترسم عائلة واقعية في تركيبها ، الأدوار الرمزية محفوظة تتمثل عائلتها الحقيقية ، اتجاه الورقة محترم وضع منهجي و الأبعاد محترمة ، ما يفترض وظيفة سليمة و ذكاء جيد ، كذلك ليلى ترسم و تعبر عما ترسمه ما يدل على فضاء تخيلي ثري .

رسمت العائلة بألوان واقعية حيوية لكن دخلت الطفلة في بعض من **المثألة idéalisation** ، حيث أن كل شخصيات الرسم مبتسمة و ملونة بإفراط .

كذلك أدت ليلى رسمها كليا في المنطقة العلوية ، يمكن أن يكون له علاقة مع وجدان كفاح أو **لجوء إلى الخيال recours à l'imagination** و استخدام المثألة .

لكي ترتاح ليلى من الانزعاج الذي كبتته طويلا و الذي ولدته وضعية مرض أبيها تزيح هذه التمثيلات السيئة بتوجيهها ناحية أخيها كي تحافظ على صورة ايجابية للأب ، فهي تزيح من خلال ميكانيزم **الإزاحة déplacement** استياءها من مرض الأب نحو أخيها ، حيث تنقل مشاعرها السلبية في رسمه في وضعية غير متزنة تلونه باللون الرمادي و أثناء رسمه تعلق :" خويا ما حبش يكبار ، قبيح مخلخل يجيبنا المشاكل للدار ".

نلمس كذلك مستوى أوديبي و تمييز جنسي جيد : الشخصيات الأنثوية و الذكرية متمايزة من خلال الشعر ، اللباس ، الرسم الجسدي ، ما يدل على إرصان جيد للرمزية الجنسية ، كما ترتكز في الرسم الجسدي للشخصيات على الرأس و الرقبة و يعبر هذا الجزء على الربط و تعقيل بين الوظيفة العقلية والحياة النزوية ، كذلك فان الرأس هو مكان إسقاط الإلهامات الفكرية ، الإرادة و الخيال ، و تدل الأيادي المفتوحة على الانفتاح على العلاقات الاجتماعية ما يدل على تكيف ليلى الجيد مع الواقع لاستعمالها المرن لميكانيزمات الدفاع و ثراء وظيفتها العقلية .

2-2- الطفلة غير الجلودة

2-2-1- تحليل الفرضية الأولى: الأم وصي نمو أساسي

- **من خلال المقابلة :**

تسقط آمال من خلال خطابها صورة أمومية مهددة غير آمنة وغير قادرة على ضمان لها وظيفة حماية ومضاد إثارة منذ ولادتها حيث تقول البنت : « ماما مانحبهاش تكرهني ديما تقول للناس بلي مانعرفش نقرا » ، كما تبين لنا كذلك الأم عدم استثمارها العاطفي لآمال منذ ولادتها تسرد : « ...ما كنتش حابة نحمل بآمال لاخاطر قلت زوج بزاف عليا مع الظروف صعيبة ومرض باباهم ..بصح جات للدنيا ..من صغرها وهي صعيبة ماشي كما ختها. تخليني نضربها » .

كما يبدو أن هاته الأم لا تمثل هدفا تقمصيا أنثويا إيجابيا بالنسبة لآمال ، حيث تقول البنت: « مانحبش نطلع كما ماما ما نشبلهاش خلاص ، هي قبيحة بزاف معايا » ، وهذا يدل على سلبية الصورة الامومية المستدخلة ، مما لم يسمح لآمال تكوين نماذج داخلية فعالة نتيجة انقطاع في التعلق نتيجة الرفض الأمومي .

- **من خلال الروشاخ :**

لا تستطيع آمال رؤية علاقة : القطب الحركي معدوم ح = 0 سوى ح صغيرة تظهر أثناء التحقيق مما يشير إلى صعوبات في التقمص .

المحيط الموصوف غير داعم ،بل مقلق ومهدد يظهر من خلال البطاقات II، III ، VI ، VIII، IX.

لاتصل آمال إلى إعطاء تمثيل بشري ولا استثمار للعلاقة بالموضوع خلال كل البروتوكول ، وتسقط تمثيلا مشتتا لصورة الأم في البطاقة VII ، وإن تمكنت من إعطاء إجابة بشرية إلا أن هذا الموضوع غير مستثمر عاطفيا نظرا لإنكارها الطابع الثنائي الجانبي

وعدم مقدرتها على تهويم علاقة ، ولم تنجح كذلك في إعطاء جنس هذا الشخص ، مما يدل على مشاكل في الهوية الجنسية .

لا تعطي أمال أي رمزية أنثوية في البطاقات ذات المعنى الأمومي سوى بعض الرموز النكوصية (كرش ، فم) في البطاقات III و VIII ، بل يوجد إسقاط للعدوانية على الصور الأمومية في II .

- **من خلال الرسم**

تتخيل آمال العائلة في رسمها في إطارما قبل أوديبي ، مما خلق نوعا من الصراع الأوديبي الفظ ، وانعكس المازم الاوديبي في كل من اختيار الموضوع النرجسي والتعيينات الخلطية ، بحيث ترسم آمال نفسها أولا بين صورة منزل ضخم (يمكن أن يمثل صورة أم قضيبية) وترسم شمسا مشوهة تدل على صورة الأب المتدهورة لديها ، وهذا يدل على عدم استجابة الصور الوالدية لتوقعاتها ، كذلك يدل رسمها لنفسها أولا والشخص الوحيد في الرسم إلى اعتبار مشكل نرجسي مرتبط بصعوبة في استثمار الصور الوالدية .

تتمثل آمال نفسها في الرسم من خلال صبي في ملامح أنثى وهو الشخصية الوحيدة المرسومة ضمن محيط ، يعد تمثيلا لإدراكها للواقع الذي يحيطها وتعبيراعن عالمها الداخلي فهي تسقط في هذا الشخص ملامح الجنسية المثلية.

2-2-3- تحليل الفرضية الثانية: راشد بديل أبوي وصي نمو بديل

- **من خلال المقابلة :**

لا يتضح من خلال المقابلة مع أمال أي استثمار عاطفي لأفراد عائلتها أو خارج العائلة، وإنما تنتقل من موضوع لآخر، ما يدل على عدم استقرار المواضيع الداخلية لديها تقول : " ما نحب حتى واحد كل يكرهوني قباح معايا .. بصح نحب مهند آه مهند مليح " ، فهي بالعكس تتعلق بمواضيع خيالية .

لا يوجد في محيط آمال إذن أي أهداف تقمصية ايجابية ، وحتى أخوها الذي تفضله من بين إخوتها لأنها تعجبها فيه صفاته الرجولية ، وفي الحقيقة أخوها مراهق غير ناجح في دراسته ولا ينقل لها معايير ايجابية .

- **من خلال الروشاخ :**

لا تستطيع آمال رؤية علاقة : القطب الحركي معدوم ح = 0 سوى ح صغيرة تظهر أثناء التحقيق مما يشير إلى صعوبات في التقمص ، كما أن المحيط الموصوف غير داعم بل مقلق ومهدد يظهر من خلال البطاقات II،III، VI،VIII ، IX. كذلك لا تصل آمال إلى إعطاء تمثيل بشري ولا استثمار للعلاقة بالموضوع خلال كل البروتوكول، فالمكونة العدوانية تمنع أي تقمص. ما يدل على عدم استدخالها مواضيع حب ايجابية .

- **من خلال الرسم :**

لم تتمكن أمال من تعيين اسم الشخصية المرسومة والوحيدة في الرسم،وتخلط بين الضمائر الأنثوية والذكرية ، دلالة على وجود اضطراب حدود الذات وانطماس الحدود بين الذات والآخر، مما يتضمن اضطرابا في الهوية الجنسية. وإذا كان الرسم لايظهر محيطا داعما إلا انه يمكن أن تمثل الأزهار الخيطية المرسومة ،حاجتها إلى الدعم العاطفي والإجتماعي .

2-2-2- تحليل الفرضية الثالثة : ميكانيزمات الدفاع وآليات الإرصان النفسي

- **من خلال المقابلة :**

لا تبدي آمال قدرة تلقائية على التعبير أثناء المقابلة ، بل تتحفّظ جدا في الإجابة على الأسئلة ، ولا تسمح بالولوج في عالمها الداخلي بل تبقى ملتصقة بالواقع ، وعندما نسألها عن مرض أبيها أو علاقتها مع أمها تبقى مثبطة وإما تلجأ إلى إسقاط فظ لصراعاتها ، فهي

توظف درعا دفاعيا كي تعيق النفوذ لعالمها الداخلي . و تنكر تماما واقعها المؤلم وتدافع باللجوء إلى الفعل (إفراط حركة ، ثرثرة) ، وتسقط عدوانيتها مباشرة على المواضيع المحيطة .

فآمال تستخدم إذن ميكانيزمات دفاع متصلبة وغير ناضجة ، فلا تستطيع ارصان قلقها فتظهر صراعاتها النفسية في شكلها الفظ .ما يدل على عيب في التعقيل وفقر الفضاء التخيلي لديها .

- **من خلال الروشاخ :**

يظهرأنه من خلال سيكوغرام بروتوكول روشاخ آمال الروابط مع الواقع ليست محفوظة، فبالرغم أن ش % (81%) إلا أننا نلاحظ أن ش+% (38%) ، وكذلك لا تعطي آمال سوى 2شا وحي % (38%) ضعيفة ، ما يدل على صعوبة تكيف بنمط توافقي ، نستخرج كذلك صعوبة في اللجوء إلى الواقع ش % و ش % موسع متدنيان ما يدل على استخدام متصلب وغير متكيف لميكانيزمات الدفاع .

ويدل كذلك نمط الرجع الحميم TRI المضيق لديها إلى تراجع غير تكيفي، وصعوبة التعبير عن المشاعر، وفقدان الحساسية تجاه العالم الخارجي .

ومن خلال المؤشرات عدد الإجابات المنخفض ع= 16 اقل من المعدل وغياب كلي للاستجابات الحركية ح=0 سوى حركة صغيرة أعطيت كإجابة إضافية أثناء التحقيق ، كذلك نمط الرجع الحميم TRI 1/0 نمط نحو التضييق ، ش% عال جدا و حي% منخفض تدل كل هاته المؤشرات السلبية على فضاء تخيلي فقير جدا أو لا يمكن الوصول إليه .

ويبرز لنا كذلك قصور ارصان آمال لصراعاتها (عيب التعقيل) من خلال فشلها في ارصان النزوات الجنسية والعدوانية فبالرغم ان ترميز النزوات الجنسية القضيبية ايجابي في 3 إجابات أين تحاول ارصانها اثنان منها ذات نوعية جيدة معطاة في البطاقة IV [رجلان ، ذفار] في حين بالعكس في البطاقة الجنسية VI التمثيل مولد للقلق ولم تتوصل آمال إلى ترميز هذه النزوات الجنسية الذكرية [(...) يشبه للذيب ..، ك ش فق حي].

إذا كانت آمال قد حاولت ارصان النزوات الجنسية الأنثوية إلا أنها تفشل في ثلاث مرات وكل الترميزات نكوصية (بطن ، فم) ولم تعطها في البطاقات IX،VII،II التي يسجل فيها التثبيط والقلق الطافي .

فيما يخص النزوات العدوانية فإنها ليست مرصنة بصفة متوافقة سوى مرة واحدة في البطاقة IV[يشبه للذيب] ، في حين نجد في البطاقات التي تثير النزوات العدوانية نلمس انه في البطاقة II يُعامل الأحمر بطريقة واقعية [إ. 6: هنا شكل إصبع ، ج ش- جحي] وفي التحقيق تسقط العدوانية بصفة فظة [اه دم] ونفس الشيء في البطاقة III [القلب] ما يدل على قصور في الرمزية .

وفيما يخص فعالية عمل الربط ، كما في المقابلة فالربط وجدان – تمثيل فقير، حيث لم تعط آمال سوى استجابة واحدة ش فق ولا يوجد أي وجدان اكتئاب لان مؤشر القلق المحسوب في يالسيكوغرام عال جدا ، كذلك يدل مؤشر شل < ل+لش على وجود الاندفاعية وإذن على عيب في التعقيل .

- **من خلال الرسم**

تتمثل آمال العائلة في إطار ما قبل أوديبي ، وترسم نفسها إضافة إلى منزل وشمس وبركة ماء ، وهي عناصر تدل إلى النكوص إلى هاته المرحلة .

كذلك تدل ملامح الشخص المرسوم على إسقاط لنزواتها العدوانية، يظهر من خلال شكل الفم واللون الأحمر المستخدم بكثرة، كذلك تنكر أمال بشدة ولا تعين من رسمته دلالة على ميكانيزم إنكار قوي لديها .

في الرسم الجسدي ، لم ترسم الرقبة التي تدل على التوازن بين الحياة العقلية والحياة النزوية ما يدل على عيب التعقيل لديها .

3 -التحليل العام:

يتضح لنا جليا من خلال تحليل نتائج الأختان في كل من المقابلات ، اختبار الروشاخ و الرسم ، وعبر تقييم الأبعاد الثلاثة التي أوردناها فرضيات بحثنا .أنها تمارس تأثيرا موحدا ، و تسمح لنا بفهم طبيعة تفاعل عوامل الحماية الفاعلة ضمن سيرورة الجلد .

لهذا سنرى كيف أن هاته المحددات أدت وظيفة حماية ، و ساهمت في ظهور سيرورة جلدية لدى ليلى ، بعكس أختها آمال التي أدى قصور وغيا ب هذه المحددات لديها إلى عدم إرساء سيرورة جلد لديها .

- **الأم وصي نمو أساسي:**

يحتل الاستثمار التمايزي للأم على المستوى البنائي المكان الأول، أدى إلى تكوين رابط تعلق آمن مع ليلى و ليس مع آمال ، فقد أقامت ليلى علاقة حميمة مستمرة مع أمها ، لأن هاته الأخيرة استثمرت بنتها عاطفيا و كانت أما جيدة كفاية suffisamment bonne ،وكانت المحيط الأول الحاوي الذي يلحق الطفلة إلى الحياة الرمزية و يساهم في بناء ذاتها ،حيث يقول D.W. Winnicott : « إن تدعيم الأنا بالرعاية الحميمية الأمومية يمكّن الطفل الوليد أن يكبر و ينمو ...أما المريض فلم يقابل صدقا الرعاية في طفولته ». (1969, p.585)

هذه الروابط المتميزة مع ليلى ، جعلت الأم الموضوع الأول الأساسي بالنسبة لها ومثلت صورة التعلق الرئيسية لديها ، مما ساهم في تشييد قاعدة أمن داخلي و تكوين نماذج داخلية فعالة .

وبالعكس لم تستثمر الأم ابنتها آمال عاطفيا منذ ولادتها ولم تمنح لها إطارا مستمرا داعما و آمنا ، وبسبب وجود فشل في البيئة الحاضنة و خلل في الامداد الأمومي و غياب الترميز ما جعل آمال تواجه منذ ولادتها المحيط مباشرة و لا تستطيع فك رموزه ، فلا تستطيع وضع معنى لما يحدث ، فهو أكثر من إحباط بل يذهب حتى إلى تهديدات لأمنها الداخلي بل أدى

إلى تكوين ذات زائفة لدى الفتاة . في هذا الصدد يقول كذلك العالم : « إن خبرات التواصل الوجداني إبان الطفولة المبكرة ضرورية و تطور الذات يحدث في الأسر التي تفتقر إلى هذا التواصل الوجداني و المناخ السائد لحالات الاكتئاب» (Winnicott,D.W., 1969, p.87)

فقاعدة تعلق آمنة، من خلال العلاقة المبكرة و ذات نوعية جيدة التي ربطت ليلى مع أمها هي إذن قاعدة تأسيس قدرة الجلد لديها ، أكدت ذلك L. Kreisler (2000) في توليفتها حول مفهوم الجلد « أنه يجب البحث عن جذوره في العلاقة المبكرة جدا بين الأم و طفلها و خاصة من خلال الاستناد ». و كذلك العالم Fonagy (1994) الذي يرى أن قاعدة الجلد هي تعلق آمن.

وبذلك فان الأم كانت وصي نمو أساسي بالنسبة لليلى وغابت هذه الوظيفة مع آمال، فوجود إذن أم لا تعاني من أعراض مرضية كبرى و توفر الرعاية الأساسية لطفلها يمثل عامل حماية أساسي بالنسبة للطفل ذي الأب المريض عقليا.

- **راشد بديل أبوي " وصي نمو بديل " :**

من الواضح أن عم ليلى قد مارس وظيفة في نفس الوقت حماية ، و جاذب أوديبي ، و فاصل ثالث فعال بالنسبة لليلى ، في حين كان هذا الدور منعدم بالنسبة لآمال التي رفض استثمارها ، ولم تجد آمال سوى أخاها تتقمصه ، هذا الأخير لا يعد نموذجا فعالا يكون لها وصي جلد ، لأنه لا ينقل لها معايير وصفات جيدة تستدخلها .

فبالرغم من فشل و قصور وظيفة الأب بسبب المرض العقلي ، إلا أن ليلى تمكنت من استدخال صورة أبوية ايجابية ، وكونت نماذج داخلية فعالة ، وكان لها وصي نمو بديل ساعدها على الدخول ضمن الدينامية الأوديبية .

وحيث يرى العالم J. Berjeret (1998) أنّ : « الآباء يمثلان القطب الرئيسي، ولكن ليس الوحيد، مختلف الحلقات الاجتماعية و التربوية التي تحيط بالعائلة تلعب كذلك دورا مهمّا ».

يدعم هذا الفرض كذلك رأي B.Muldworf (1972) « أن الأب المنجب ليس هو الأب، إنه مجرد وسيلة طبيعية ضرورية بيولوجية لبداية الحياة ، و يرى أن الرجل الذي يعيش بقرب الأم يمثل صورة أبوية بالنسبة للطفل ، حتى لوكان هذا الرجل ليس الأب البيولوجي لهذا الطفل ».

وبهذا نستخلص أن عم ليلى كان وصي نمو بديل بالنسبة لها ، وعامل حماية خارجي هام، أدى إلى تأسيس سيرورة جلدية لديها دون أختها .

- **ميكانيزمات الدفاع و آليات الارصان " التعقيل و الفضاء التخيلي "**

تلجأ ليلى إلى ميكانيزمات دفاع متنوعة ، وتستخدمها بصفة مرنة تحمي بذلك الأنا عبر ارصان معاناتها و تحتمي من أخطار تطوير أعراض مرضية ، وتضمن تكيفا جيدا مع الواقع وتكيفا اجتماعيا ، بعكس الطفلة غير الجلودة تلجأ إلى استخدام ميكانيزمات دفاعية محدودة وغير فاعلة ، وتستخدمها بطريقة متصلبة معيقة أي ارصان لصدماتها ، وتؤدي إلى تطوير أعراض معيقة ما يؤدي إلى صعوبات تكيف .

أهم الدفاعات التي لجأت إليها ليلى الطفلة الجلودة هي : الكبت ، التسامي ، الفكاهة ، الإيثار الاستباقية ، التكوين العكسي ...و التي تعد حسب العالم G.E Vaillant (1993) بأنها دفاعات ناضجة و تكيفية ، تسهل الاتزان النفسي وتكيف الفرد مع محيطه عندما تحصر الوجدان و لا تثبطه.

وإذا لجأت ليلى إلى ميكانيزم الانشطار ، وهذا لأن هذا الميكانيزم يسمح بحماية الفرد من الكسر النفسي بل يرى عدة علماء أمثال :

(Vanistendael, lecomte ,2000 ; Cyrulnik, 2003, De Tyckey 2001) أن ميكانيزم الإنشطار مع ميكانيزم الإنكار هما ميكانيزمات يلجأ إليها الطفل الجلود لتحمل واقعه، وتعد تكيفية عندما يستعملها بصفة مؤقتة ، بعكس استعمالها في الوظيفة الذهانية.

حيث أنها تسمح لليلى من التحرر مؤقتا من القلق المنشط ، وتمنحها عدة تخلصات و يسمح بالارصان العقلي اللاحق ، يؤكد هذا C de Tyckey في قوله : « تستخدم بطريقة مرنة فإنها تساهم في إنقاص الصدمة (...) تشكل مرحلة أولية ضرورية كي تسمح بعمل اللاحق للارصان العقلي للاثارات و للربط بين وجدانات و تمثيلات (...)». (2001, p.55)

في حين نجد الطفلة غير الجلودة لم ترصن صدماتها بسبب فشل إجراءاتها الدفاعية ، حيث لجأت إلى ميكانيزمات دفاع غيرناضجة واستخدمتها بطريقة متصلبة ، يؤكد هذا قول C de Tyckey السابق : « (...) تستخدم بطريقة متصلبة فبالعكس ستمنع أي إمكانية للمعالجة العقلية العاطفية للتوترات المرتبطة بالوضعية الصدمية الأولى » .(2001, p.55)

كذلك من العوامل الداخلية النفسية ثراء الفضاء التخيلي و نوعية التعقيل ، حيث يظهر لدى ليلى قدرات جيدة للتعقيل من حيث قدرتها على الارصان الجيد للنزوات الجنسية و العدوانية ، وعلى قدرتها على عمل الربط وجدان – تمثيل ، هذه القدرات تكون مصحوبة بفضاء تخيلي ثري ، في حين أظهرت آمال فضاء تخيلي فقير انعكس في استجاباتها وكذا قدرات تعقيل قاصرة و غير متكافئة فلم يمكنها ارصان الصدمة وأبدت هشاشة كبيرة و طورت أعراضا مرضية و مشاكل سلوكية .

إذا فان الميكانيزمات الدفاعية و آليات الارصان النفسي " التعقيل و الفضاء التخيلي " تشكل عامل حماية داخلي نفسي يساهم في تأسيس سيرورة الجلد . وإذا كانت « الميكانيزمات الدفاعية توحي إلى الجلد على المدى القصير ، أي وظيفة ظرفية . يكون الجلد ضمن وظيفة أكثر ديمومة ، تتطلب من الفرد المرور بعمل وضع المعنى و الارصان النفسي أي التعقيل ، الذي يسمح بارساء سيرورة جلدية فعلية » .(Tyckey,C., 2001, p.53-55)

- **تفاعل المحددات الثلاثة:**

إذا رغم معاشها الصدمي تمكنت ليلى بعكس أختها من استخراج من موارد عاطفية من طفولتها المبكرة ، من خلال رابط التعلق الآمن الذي أسسته مع أمها هاته الأخيرة كانت دائما أما جيدة كفاية ، كما استفادت كذلك من التقاء إيجابي مع عمها وصي نمو بديل منحها التقدير لذاتها والثقة و الدعم ، وحتى إن كانت هاته اللقاءات محدودة إلا أنها ساعدتها أن تبدي أمانا إنفعاليا و تكوّن نماذج داخلية فعالة ، لأنها وجدت نماذج تقمصية إيجابية في محيطها .

إذا وبفضل دعم المحيط الفوري ، الأم وصي النمو الأساسي ، ودعم المحيط العائلي الموسع العم وصي النمو البديل ، كونت الطفلة الجلودة نماذج داخلية ايجابية ، من خلال استدخال صور والدية ايجابية ، هي عوامل خارجية ، لعب هذا دورا أساسيا في بناء وظيفة عقلية غنية لدى الطفلة أمكنتها من ارصان معاناتها في العيش مع والد مريض عقليا و استطاعت تجاوز الوضعية العائلية الصعبة ، من خلال ارصان جيد لقلقها الذي تولده هذه الوضعية الصدموية وهذا بفضل قدرة التعقيل ذات النوعية الجيدة و بفضل الفضاء تخيلي ثري و اللذان يعدان مكسبا التعلق الآمن .

نفهم الجلد إذن، كنتاج لتفاعل موارد الفرد الداخلية منها (قدرات، وظيفة نفسية توحي بالشخصية الكامنة) و الخارجية (المحيط العائلي و الاجتماعي)، هذا التبادل يبدأ منذ الولادة و يستمر طوال حياة الفرد، أو بإعادة عبارة B. Cyrulnick « ينتج الجلد من نسيج تفاعلي ، أين دعم المحيط الخارجي يلعب دورا أساسيا في بناء الوظيفة العقلية للطفل ».

الخلاصة العامة :

أردنا طرح في إطار هذه الدراسة مسألة الجلد من وجهة نظر نفسو دينامية ، النتائج التي تحصلنا عليها والتي أكدتها أعمال أخرى حول الجلد مثل دراسة J.Lighezzolo, S.Marchal, A.Theis (2003) La résilience chez l'enfant maltraité : « tuteurs de développement » et mécanismes défensifs (approche projective comparée)

سمحت لنا باستنتاج بأن الجلد يشكل سيرورة دينامكية تطورية ، تنتج من تفاعل عوامل داخلية وخارجية .

ولفهم طبيعة وتفاعل عوامل الحماية المساعدة في إرساء سيرورة الجلد لدى الطفل ذي الأب المريض عقليا ، لجأنا إلى منهج الحالات الفردية بمقارنة نتائج أختان تعيشان نفس السياق العائلي الصدموي وتواجهان مرض أبيهما العقلي إلا أنهما مختلفتان في أدائهما الفردي ومستقبلهما النفسي .

ولذلك لجأنا إلى فرضيات متعددة ومتكاملة ، من أجل مقاربة معمقة لهاته الاختلافات ومعرفة المحددات النفسية الداخلية والخارجية للجلد ، ولإجراء هاته الفرضيات تبنينا إجراءا عياديا كيفيا في شكل تحليلات معمقة لحالتيهما باستخدام المقابلات واختبارات إسقاطية (إختبار الروشاخ وإختبار رسم العائلة) .

ومن تحليل النتائج المتحصل عليها وانطلاقا من مختلف وسائل البحث وجدنا أن : جلد ليلى وهشاشة آمال مرتبطان بمميزات خارجية مختلفة : الاستثمار الليبيدي للأم ورابط التعلق المقام معها ، ومدى توفر في محيط الطفلتين راشد يعوض قصور الوظيفة الأبوية ، وبمميزات داخلية نفسية متعلقة باختلاف في استخدام ميكانيزمات الدفاع ونوعية الوظيفة العقلية .

وبتأكد فرضيات بحثنا من خلال هذه المقاربة الاسقاطية المقارنة خلصنا إلى أن :
الطفل الجلود استفاد من استثمار عاطفي ورابط تعلق أمن مع الأم (وصي النمو الأساسي) مكنه من تأسيس قاعدة أمن داخلي وتكوين نماذج داخلية فعالة.

كما استفاد الطفل الجلود من استثمار أبوي بديل من طرف "وصي نمو بديل " وجده في محيطه العائلي الموسع ، منحه صورة أبوية ايجابية وادخله بذلك ضمن الدينامية الأوديبية من أجل نمو نفسي جنسي متوافق .

وهكذا وجد الطفل الجلود من خلال هاته العوامل الخارجية ، مصادر تقمصية فعالة كوّن من خلالها نماذج داخلية فعالة ، توجه بذلك نحو عمليات تخلصية ومرونة دفاعية إزاء الواقع الصدمي الذي يعيشه وبوظيفة عقلية ثرية (التعقيل والفضاء التخيلي) ، ساعدته على وضع في معنى لمعاشه الصدمي وارصان عقلي لمعاناته وقادته نحو الإبداع .

إذا فإن أوصياء الجلد (وصي النمو الأساسي ووصي النمو البديل) التي وجه الطفل استثماراته العاطفية نحوها والتي استدخلها كمواضيع داخلية جيدة bons objets internes كونت لديه صور والدية إيجابية ، يبرزأنها في تفاعل تام مع العوامل ذات النسق الداخلي نفسي .

لهذا وجدنا أن هذه الأبعاد التي أوردناها في فرضيات بحثنا، تمارس تأثيرا موحدا ولا يمكن ترتيبها كونها في تفاعل. هذان الواقعان ، الخارجي كما الداخلي نفسي ، يتفاعلان ويمكن اعتبارهما عوامل أساسية لإرساء سيرورة الجلد لدى الطفل .

على مستوى الأبحاث المستقبلية ، وإذا أردنا تجاوز مرحلة عيادية فردية لتأسيس ملاءمة المحددات البنائية ، التي افترضناها في هذا البحث كمحددات أساسية لسيرورة الجلد ، من المهم اقتراح دراسة مقارنة معمقة حول مجموعات أطفال جلودين أو غير جلودين معرضين لأوساط عائلية سيئة متشابهة ، مثلا تقيم بطريقة فارقية أطفال ومراهقين إخوة جلودين وغير جلودين رغم أنهم من محيط عائلي إشكالي مماثل. وهذا يسمح بتأكيد درجة تعميم نتائج بحثنا.

كذلك يتضح لنا أن تأثير أوصياء الجلد (الأساسي والبديل)،عاملان يتعلقان بالواقع الخارجي للطفل ، وتبرز أهمية الوظيفة التي يضمناها ضمن التنظيم الداخلي نفسي في عدة نواحي :

أولا : من ناحية نظرية بتأكيد التداخل بين الواقع الخارجي والواقع الداخلي، يسمح بمجاوزة مقاربة منشطرة ، ورؤية الجلد ضمن مفهوم تفاعلي للبناء النفسي وحتى لمعرفة مدى تعقد سيرورة الجلد .

ثانيا : في مستوى وقائي علاجي ، إعطاء الأهمية لضرورة إقامة رابط بين فردي ايجابي فاعل لأجل النمو النفسو عاطفي للطفل . إذا في مستوى وقائي، من الضروري أن يوجه العيادي انتباهه إلى تحليل الروابط العاطفية التي ينسجها الطفل الجلود مع أفراد محيطه وخاصة مع الوالد المريض والتي تمثل سبل تدخل واعدة . ضمن هاته الرؤية ، ليس الطفل فحسب هو من يجب أن يكون الهدف من التغيير، بل كذلك الراشدين من حوله : أباء ، أقارب ، معلمين ، ...الذين يحيطون به والمحيط الذي ينمو فيه .

ويبقى أنه وإن تمايزت الرؤى ضمن الدراسات حول الجلد، فقد أدت بوضوح إلى انفتاح ديناميكي ، والذي و إن كان لا يخلو من صعوبة مفاهيمية من حيث وضع تعريف موحد للجلد وتحديد واضح لعوامل الخطر وعوامل الحماية ، إلا أنّ هاته المحدودية تبقى مصدر ثراء ، من حيث أنها تعمل لصالح الأطفال وعائلاتهم ، بمراجعة وتجديد الممارسات المهنية في مجال الطفولة في صعوبة .

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية :

1 -أوتو فنكل (1969) ، نظرية التحليل النفسي في العصاب ، الجزء الأول ، ترجمة صلاح مخيمر ؛ عبده ميخائيل ،مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة .

2 -إيمان محمود القماح (1986) ، العلاقة بالموضوع في التطور السوي واللاسوي ضد الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب عين شمس .

3 -جان لابلانش،ج.ب. بونتاليس (1985) ، معجم مصطلحات التحليل النفسي ، ترجمة مصطفى حجازي ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، بيروت ، لبنان ،ط 3 1997.

4 -عدنان حب الله ، (1988) ، التحليل النفسي من فرويد إلى لاكان ، مركز الإنماء القومي ، بيروت، لبنان .

5 - عبد الفتاح محمد دويدار،(1996)، مناهج البحث في علم النفس ، دار المعرفة الجامعية .

6 -كريستين نصار (1993) ، عد يا أبي ، مشاكل يطرحها غياب الأب عن الأسرة (حالة خاصة : الأب اللبناني) ، الجزء السابع الكتاب الأول ،ط1، جروس برس ، طرابلس .

قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

1- Ajuriaguerra (de), J., (1980). Manuel de psychiatrie , 2eme éd, Paris, Masson.

2- Anaut, M., (2002) .Trauma, Vulnérabilité et Résilience en protection de l'enfance , Revue connescion , volume77,p.101-118.

3- Anaut, M., (2003).La Résilience, Surmonter les traumatismes, Paris, Nathan.

4- Anzieu, D., (1974). Le Moi-Peau , Nouvelle Revue de psychologie n°9,195-208.

5- Baqué, M.F., (2000).Résilience de l'enfant endeuillé, Pratique psychologiques, 1, pp23-33.

6- Berjeret, J., (1986). Abrégés de Psychologie Pathologique, Paris, Masson.

7- Berjeret, J., (1998), La violence naturelle et ses débordements : conditions interactives d'une prévention primaire intégrée,in DeTychey, C. (dir), Psychologie clinique et prévention, Paris, Editions et Applications Psychologiques, pp. 17-27.

8- Bessoles,P. ,(2001) . Processus originaire et facteurs de résilience, synapse, 172, p.21-25.

9- Blomart,J. ,(1998) . Le Rorschach chez l'enfant et l'adolescent, Paris, EAP, p.11-29 .

10- Boily M., Lew V.,(1997) , La négligence parentale en psychiatrie...la prévenir , Intervention, n°105, pp.18-29.

11- Bourguignon, O., (2000). Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affron ter des traumatismes chez l'enfant, Devenir, 12, 2, 77-92.

12- Bowlby, J., (1978). Attachement et perte, In: La Perte, vol. 1, PUF, Paris.

13- Buist,A.,(1998).Mentally ill families.When are children unsafe ? , Aust fan Phisician ,27(4),261-265.

14- Chiland,C. ,(1983), L'entretien clinique,Paris,PUF.

15- Chodorow,N. ,(1979).The Reproduction of Mathering. Psychoanalysis and sociology of Gender,University of California Press Berkeley and Los Angeles, California .

16- Cramer, B., Ansermet, F., (1999), Le syndrome de stress post-traumatique chez le jeune enfant, La psychiatrie de l'enfant, XII, 2, 457-510.

17- Crocq, L., (1998). Panorama général des séquelles psychiques de guerre chez l'adulte et chez l'enfant, Annales de Psychologie et des Sciences de l'Education, U. Saint Joseph, Fac. Des Lettres et des Sc. Humaines, Beyrouth, 14, 1-40.

18- Cyrulnik, B., Guedeney, A., Lemay,M.,Haymal ,A.,Toussignant ,M. ,et Manciaux , M. , (1998) . Ces enfants qui tiennent le coup, Revigny-sur-Ornain, Hommes et perspectives.

19- Cyrulnik, B., (1999). Un merveilleux malheur, Paris, Odile Jacob.

20- Cyrulnik, B. (2001). Les vilains petits canards, Paris, Odile Jacob.

21- Despinoy, M., (1999). Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris , Armand Colin.

22- Dollander M., de Tychey, C., (2002). La santé psychologique de l'enfant, fragilités et prévention. Paris. Dunod.

23- Duché, D.J., (1983) .L'enfant au risque de la famille, Paris. collection paido, édition du centurion.

24-Finzi,R.,Doris,S.,(1997).Short term group intervention as a means of improving the adjustment of children of mentally ill parents .In Social Work with groups.Vol.20(4).pp. 69-80.

25-Fonagy P., Steele H., Steele M., Higgitt A., Target M., (1992). The Emanuel Miller memorial Lecture, The theory and practice of resilience, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1994; 35, (2): 231-257.

26- Freud, A., (1949). Le moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF, 1976.

27- Freud, A., (1949).L'enfant dans la psychanalyse, Paris, Gallimard, 1971.

28- Freud, A., (1965).Le normale et le pathologique chez l'enfant, paris, Gallimard, 1968.

29- Freud,S., (1920). Au-delà des principes du plaisir, in Essais de Psychanalyse, Paris, Payot, 7-81.1981

30- Guedeney, A., (1998). Les déterminants précoces de la résilience, in « Ces enfants qui tiennent le coup » sous la direction de B. Cyrulnick et al, Revigny S/Ornain, Hommes et Perspectives, pp. 19-26.

31- Hayez, J-H., (2008). Un alien est entrée dans la maison, Revue perspective psychiatrique .47-3,272-277.

32- Ionescu, S., Jacquet ; M-M., Lhote, C., (1997).Les mécanismes de défense ; théorie et clinique, Paris, Nathan.

33-Jacobson, E.,(1980).the self and object world,(Fifth Printing) Int'l-Univ,New York.

34- Jourdan-Ionescu, L., Lachance, J., (2000). Le dessin de la famille, Paris, éditions et applications psychologique.

35- Jourdan-Ionescu, C., (2001). Intervention éco systémique individualisée axée sur la résilience, Revue psychologique québécoise de psychologie, vol22, n◦1.

36-Kernberg,OF. ,(1984).Object-RlationTheoryandclinical psychoanalysis.Jason Aronson Inc Northvale , New Jerzey USA &London.

37- Kreisler, L., (1996). La résilience en spirale, Spirale, 1, pp.2-5.

38- Kreisler, L., (2000).La résilience, in dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, paris, PUF.

39- Lacan, J., (1933). De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, Paris, Le Seuil, 1975.

40- Lebovici, S., (1983).Le nourisson, la mère et la psychanalyse, paris, le centurion.

41- Lebovici, S., et Rabain, M., (1985). Les enfants de familles psychotiques, in

Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Lebovici S., Diatkine R. et Soulé M., Paris, PUF.

42- Lecamus, J., Labrell, F., Zaouche-Gaudron, C., (1997). Le rôle du père dans le développement du jeune enfant, Paris, Nathan Université.

43- Lecomte,J.,(2002). Qu'est-ce que la résilience? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe, Pratiques psychologiques; 1 : 7-14.

44- Le Gall, A., (1972), "Le rôle nouveau du père", Paris, E.S.F.

45- Lemay, M. (1998). Résister : rôle des déterminants affectifs et familiaux. In B. Cyrulnik (Éd Ces enfants qui tiennent le coup. Paris : Hommes et perspective.

46-Lew ,V., Boily , M., (1999).Les risques psychosociaux chez l'enfant de personne atteintes de maladie mentale ,In Habimana ,E.,Ethier,L.S,Petot,D.et Tousignant,M.,Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent :Approche inregrative ,Boucherville : Gaëtan Morin.

47- Lighezzolo, J., Marchal,S.,Theis,A.,(2003) . La résilience chez l'enfant maltraité : « tuteurs de développement » et mécanismes défensifs (approche projective comparée), Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 51, 87-97.

48- Mahler,M.,(1974).Thougt about development and individuation ,The psychoanalysis Study of child Vol.XVIII New York international.of Univ.Press Inc,pp.307-324.

49- Manciaux, M., (1998). La résilience : mythe ou réalité? , Lausanne.

50- Manciaux M et Tomkiewicz.S, 2000, La résilience aujourd'hui .In Gabel M, Jésu F, Manciaux M,editors.Bientraitance ,mieux traiter familles et professionnels, Paris , Fleurus. p.313-40.

51- Manciaux, M., (2001). La résilience : Résister et se construire, Genève, Médecine et Hygiène .

52- Mannoni, M., (1983), "La crise du rôle paternel et ses conséquences psychosociologiques", Bulletin de psychologie, tome XXXVI, n°361, 793-796.

53- Marty,P.,(1991).Mentalisation et psychosomatique, Paris, Les « Empêcheurs de tourner en rond », Ulysse.

54- Muldworf, B., (1972), Le métier de père, coll E3, Casterman.

55-Mezleh, M., (2010).Maladie mentale : Famille et lien résilient cas d'une épouse. In séminaire « La résilience en débat » sous la direction de Pr Harouni Moussa et al, Revue de LRDPP, N°1 , pp 67-78.

56- Palacio-quintin,E., et Ethier,L.S. , (1993). La négligence, un phénomène négligé, Apprentissage et socialisation, 16, pp153-164.

57-Pedinielli, J.L., (1994).Introduction à la psychologie clinique, Paris, Nathan.

58-Porot, M., (1954) .L'enfant et les relations familiales, Paris, PUF, 1979.

59- Porot, M., (1965), "Le rôle du père dans l'évolution normale del'enfant", Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 13, (10-11), 771-776.

59- Quellelte, F.R., et Dandrand, R.B., (1992).Parenté et soutien au famille avec jeunes enfants : entre l'autonomie et la solidarité .G.Provost,comprendre la famille (p.501-514).Québec :institut québécois de recherche sur la culture et Presses de l'université du Québec.

60- Rausch de Traubenberg, N., (1970).La pratique du Rorschach, , Paris , PUF 1993.

61- Rausky, F., (2001). Parents délirants, enfants délirants : arbre généalogique et biographie familiale dans le délire intergénérationnel , Cliniques méditerranéennes, Filiations 1, n° 63 2001/1. Paris, Erès, 207-222.

62-Régis, E., (1880). La Folie à deux ou folie simultanée, thèse, faculté de médecine, Paris.

63- Rottman.H. , (2001). L'enfant face à la maladie mentale de ses parents .impact et traitement en placement familial, édition scientifiques et médicales Elsevier SAS. Neuropsychiatrie enfance adolescence ; 49 ; 178-185.

64- Roussillon, R., (2007). Manuel de psychologie et de psychopathologie : clinique générale, Paris, Elsevier.

65- Rutter, M., (1985). La résilience enfance de l'adversité : facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatrique, Etude sur la mort 2002/2, N◦122, P.123-146.

66- Rutter, M., (1987). Psychosocial resilience and Protective mechanisms , American Journal of Orthopsychiatry ,3,57,pp316-331.

67- Rutter, M., (1993).Resilience : some conceptual considerations, Journal of Adolescence Health, pp.626-631.

68-Salas, A., (1982), L'image du père et son incidence sur le psychisme de l'enfant, note de recherche pour mémoire de psychopathologie et clinique de DEA.

69- Shachnow,J.,(1987).Preventive intervention with children of hospitalished psychiatric patients , American Journal of Orthopsychiatry ,57(1), p.66-77.

70-Tisseron, S., (2007). La résilience, Paris, PUF.

71-Tychey de C., (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. Cahiers de Psychologie Clinique 2001 ; 16 : 49-68.

72- Tychey de C., Lighezzolo J., (2004) .L'evaluation de la résilience : quels criteres diagnostique envisager ? , in perspective psychologique, 43, 3,226-233.

73-Vanistendael, S., Lecomte J., 2000.Le bonheur est toujours possible : construire la résilience, Paris, Bayard.

74- Winnicott, D.W., (1956).La préoccupation maternelle primaire, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot.1969, p168-174.

75- Winnicott, D.W., (1958). De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot.1969.

76- Winnicott D.W., (1961). L'effet de parents psychotiques sur le développement affectif de l'enfant, 45-62 in De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot.1969.

77- Winnicott, D.W., (1962) .intégration du moi au cours du développement de l'enfant, in processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot 9-18 ,1980.

78- Winnicott, D.W., (1970). Processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot 1980.

79-Winnicott, D.W., (1971) .Jeu et réalité , l'espace potentiel, Paris, Gallimard.1975.

80- Widlöcher, D., (1999). La méthode du cas unique, Monographie de Psychopathologie, 1 : 191-200.

81- Widlöcher, D., (1965), "Fonction paternelle, complexe d'Œdipe et formation de la personnalité", Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 13, (10-11), 777-780.

Webographie : ببليوجرافية

1-Masten ,AS.,et Gewirtz AH.,La résilience en matiere de développement : importance de la petite enfance. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopédie sur le développement développement des jeunes enfants [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2007:1-6.Disponible sur le site : http://www.enfant- encyclopedie.com/documents/ Masten-Gewirtz FRxp.pdf.

2-Sameroff A. Résilience précoce et conséquences développementales. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopédie sur le développement développement des jeunes enfants [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-7.Disponible sur le site : http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ SameroffFRxp.pdf.

3-Tomkiewcz,S.,.La résilience , adsp (actualité et dossier en santé publique) , n◦31,juin 2000,p.60-62.Disponible sur le site : http://www.amisdetom.org/article php3? id-article=25

4- http : // site.voila.fr / famille-depression /parentsenfants /htm

5- http://laboussole.ca/enfjeu/real_enf.html

6- www.Familis.org.

7- www.OPTSA.org

الملحق I: ملخص المقابلات

1. المقابلة مع الأم :

من أول لقاء كانت علامات التعب بادية في وجه الأم ، سألتها عن الظروف العائلية التي ربت فيها أولادها في سياق مرض زوجها العقلي ، بدأت تحكي عن مرض زوجها تقول : "راجلي تزوجت بيه وهو مريض ، بصح عايلتو درقو عليا حتى بديت نلاحظ انو يقلق بزاف ويخلط ووقات بزاف يداق معايا وحتى يضربني قدام لولاد ، ساعات نهرب عند الجيران ساعات ندي لولاد عند دار ما....آه.. المهم عقبت اوقات صعيبة معاه surtout كما يخلص علينا دواء يتهول ، هو على هذي أنا كما نشوفو هكا مهول مانحبش نخلي معاه لولاد ، ما قدرتش حتى نخرج للخدمة البرا malgré لقيت خدما عند الناس لخاطر ماعنديش ديبلوم ، بصح ما قدرتش نخلي لولاد وحدهم مع باباهم " . تدخلت بسؤال ي : تخافي عليهم يعني من باباهم ؟ " ، أجابت : " . هو يعني jamais ضربهم بصح نخاف عليهم كيما يكونوا وحدهم معاه وهو مقلق هكاك ". طلبت منها مواصلة حديثها عن الظروف الصعبة التي واجهة العائلة تواصل : " كان راجلي في العوام اللولة يخدم بصح مبعد كي قوات عليه لعصاب سرحوه من الخدمة فاتت عليا وقات مانلقاش واش نوكل لولاد بصح الحمد لله حباب ربي كاينين " .

سألتها حينها عمن ساند العائلة وساعدهم في ظل هاته الظروف الصعبة قالت : " لحق اما وخاوتي وقفو معايا ، ومن جيهة عايلة باباهم كاين عمهم الكبير ديما يعاونا ويوقف على قراية لولاد surtout عاش مع مرتو ولادو معانا في دار وحدة 6 سنين ومبعد رحل ، حتى الجيران لحق يعاوننا بالماكلة فيهم الخير " .

انتقلت بالحديث معها عن البنتين ليلى وأمال عن مراحل نمو كل واحدة ، وعن أوجه الاختلاف بينهما فيما يخص سمات الشخصية وسلوكاتهما ونتائجهما المدرسية تقول الأم : "شوفي ليلى كانت هي الطفلة اللولا تاعي ، كما حملت بيها كانت الظروف شوية ماشي معقدة على هذي شتيت نجيبها بزاف كبرت normale مشات بكري هدرت بكري لحق ما تعبتنيش . ماشي كيما خوها وختها ، ليلى بنتي طفلة مربية وعاقلة وتعرف تقرا ملي كانت

صغيرة وهي مريحتني . ماتعبتنيش في تربيتها، لعائلة كاملة يحبوها وحتى معلمين تاعها وزملاءها في المدرسة وحتى الجيران يقوليلي خرجتلك فحلة ليلى ، لخاطر هي تاني تحب ناس كل ظريفة ومسؤولة نعول عليها بزاف تعاوني في الدار وهي لي واقفة على دوا باباها ساعات نقول كبرتها قبل الوقت " .

تنتقل الأم بالحديث عن أمال فتقول : " صراحة ماكنتش حابة نحمل بأمال ، قلت زوج ولاد بزاف عليا مع الظروف صعيبة ومرض باباهم ، وصراحة حبيت نطيحها استغفر الله بصح جات للدنيا ، بصح ما مشاتش وما هدرتش بكري كيما ختها . أمال من صغرها وهي صعيبة ماشي كيما ختها، تخليني نضربها لاخاطر ماتاخذش الراي صعيبة وماتحبش تقرالي تعاود ديما لعام المعلمة وزملاءها يشكيو منها حتى في العايلة والجيران ولات مكروهة لخاطر يستغربو منها ساعات تسكت ماتقول والو وساعات مهرجة يا لطيف " .

فيما بعد رجعت بها بالسؤال عن الاشخاص الذين تتعلق بهم ليلى أكثر في العائلة تقول الأم : " ليلى متعلقة بيا بزاف من صغرها كانت ديما لاصقة فيا حتى ولا عمها يخرجها وجبذها ليه شويا طلقتني ، عمها لكبير يشتيها بزاف كانت وقت تعيطلو بابا بصح مبعد عرفت بلي راهو عمها ماشي باباها ، وحتى باباها تشتيه بزاف ويغيضها تبكي عليه بزاف واش ندير نصبرها ونشجعها نقولها لازم تقراي باش تخرجي من أزمة هاذي " . أضفت وأمال بمن متعلقة كتر ؟. تجيب الأم : " أمال ماهي متعلقة بحتى واحد راهي متعلقة مع المسلسلات واللعب هذا ما كان "

في الأخير سألت الأم عما تحبه ابنتيها من نشاطات وهوايات أجابت الأم : " كاينة دار الشباب قريبة لينا تحب ليلى تروحلها بزاف تتعلم فيها الرسم وتتفرج على مسرحيات، وساعات تدي ختها معاها بسيف بصح تشيطها ما تركحلهاش يحبو يروحو معايا تاني للمسجد بالجمعة و surtout ليلى تحب تدي معاها القش لقديم تتصدق بيه للجمعية في المسجد " .

2. المقابلة مع الطفلة "الجلودة" ليلى :

أثناء إجراء المقابلات مع ليلى كانت البنت مرتاحة تماما في علاقتنا الثنائية ، فتاة مرحة متجاوبة ومبادرة تفكر جيدا في الأسئلة قبل الإجابة عليها.

منذ أول لقاء نشأ بيننا جو من الألفة ، أين جرت المقابلة ضمن إطار آمن وتجاوب كبير من طرف ليلى ، التي كانت دائما فتاة مأدبة معي ومرحبة بي في بيتهم ومصغية للتعليمات .

أخبرتها عن سبب مجيئي إلى بيتهم أنه في إطار موضوع البحث ، وبسطت لها المعلومة وقلت لها : " أنا أخصائية نفسية عندي بحث حول حالات أطفال عايشين كما نتوما .عندهم باباهم مريض نفسيا ويقاومو المشاكل وينجحو في قرايتهم كما نتيا هكا ناجحة " . تجيب ليلى بكل استعاب : " ايه طاطا فهمت ، يعني عندك بحث على ولاد عندهم باباهم مريض نفسيا و malgré المشاكل في دارهم ينجحوا مليح في قرايتهم ، ايه طاطا نعاونك أنت اطرحي عليا أسئلة وأنايا نجاوبك ". انبهرت بمستوى فهمها وذكائها، وتشجعت أن اطرح عليها مباشرة أسئلة حول سياق العيش مع أب مريض عقليا . سألتها : " ليلى احكي لي كيفا ش راكي تشوفي في مرض باباك ؟ " . تجيب ليلى بوعي وإدراكها لواقع مرض أبيها العقلي تقول : "كي كنت صغيرة كنت نحسب بابا دار accident على هذي تقاس عقلو ، بصح ذرك فهمت بلي عندو مرض نفسي ، وعندو لعصاب هكا شرحتلي بنت عمي كما نتيا psychologue"

لا تثبط ليلى وجداناتها بل بالعكس تعبر عما بداخلها بتلقائية عن مشاعرها تجاه مرض أبيها تقول : " كما نشوف بابا هكاك مريض يغيضني، ساعات نبكي عليه بزاف ونقول ربي يشفيه" .

ولأجل معرفة مدى استثمارها لصورة أبوية ايجابية داخل أو خارج العائلة ، سألتها عن علاقتها بابيها وكذلك عمها الذي ذكرت لي الأم أنه هو من ساعد العائلة من ناحية تعويضه لصورة رجل سليم بالبيت تجيب ليلى : " بابا malgré مريض بصح يشتينا يسقسينا على قرايتنا ، يقضينا حتى لوكان ماعندوش " . سالتها من جديد مشكون يعاونكم ويقضيلكم من صغركم كما يكون باباك مريض بزاف ولا في السبيطار ؟ " تجيب : " أه عمي حسان يعاونا ، ملي كنت صغيرة كان عايش معانا في درانا هذي وذركا نقلو لدار أخرى ، يشتيني

بزاف عمي ، كان ديما يخرجني يحو سبيا على خاطر نقرا مليح في خاوتي ، كما نشوف عمي راجل فحل ويخدم وواعي نقول كون غير جا بابا هكا ...بصح (تضحك) على بالي ما يليقش حرام يدي ماما هو خو بابا ، بصح بابا تاني يبقى بابا ونشتيه " .

وفي سؤالنا لها كذلك عن كيفية مواجهتها لسياق مرض أبيها ، وعن إمكانية وجود موراد عائلية وخارج عائلية أخرى تدعم العائلة تقول ليلى : " من صغري عشنا مشاكل بزاف عشنا فقر لخاطر بابا ما يخدمش ومريض ، غير خوالي وعمي حسان هما يعاونونا في المصروف ويشجعوني . ونتفكر ديما كما كان بابا يقوا عليه القلقا وتجي l'ambulance تديه لسبيطار العقلية ..نقلق بزاف ...ونبكي عليه بزاف ، وكيما نروح نزور بابا في السبيطار يغيضني بزاف " . جددت لها السؤال حول من تلجا لتحكي لها مشاكلها ومعاشها عندما تكون متوترة من الوضع في بيتها تجيب : " كيما نقلق نحكي لصحبتي ولا نروح عند خالاتي، وكشما نحتاج حاجة نعيط لعمي تاني كاينة أستاذة اللغة العربية تحكمني ساعات بعد ما نخلصو قراية في القسم وتشجعني وتنصحني بزاف، هاذو كل نشتيهم بزاف ونثيق فيهم"

ولأجل معرفة مدى استثمارها للصور والدية ايجابية وموقعها إزاء الوالدين سألتها : "كيفاش تشوفي العلاقة بين والديك ؟ " . تجيب ليلى بنقل الواقع المعاش بين الوالدين وبإعطاء صورة واقعية عن علاقة الزوج الوالدي تقول : " صح بابا وماما ديما يداقو ..بصح هوما يشتيو بعضاهم ، بابا ديما يقلق مام وانا ديما نحاول نرضي بيناتهم لي يغلط فيهم نقولو يطلب السماح من لآخر" . وتضيف و بصفة محتواة : " هوبابا ساعات يكون معانا مليح وساعات يتقلق بزاف ...بصح يبقى بابا ".

وإتباعا لمجرى المقابلة مع ليلى سألناها عن مكانة الأم بالنسبة لها لتحديد مدى استثمار صورة لام ايجابية تقول ليلى : " أمي هي كل شيء بالنسبة ليا نحبها بزاف ، هي الأم تسهر على ولادها وتربيهم رمز الحنان والعطف " وعن دور الأم في سياق مرض الأب العقلي تضيف ليلى : ماما تعبت بزاف باش تربينا surtout كما بابا مريض ومايخدمش وهي تاني ماتحبش تروح تخدم برا لخاطر تخاف علينا كيما يكون بابا يخلط بزاف malgré هو

jamais ضربنا ، أوقات كما نكرهو حنا من المشاكل والاحتياج ماما تصبرنا وتشجعني على قرايتي وتخرجنا معاها نبدلو جو " .

ولأجل التعرف كذلك على الموارد الذاتية التي ساعدتها على مواجهة معاشها الصدمي ، تبدي ليلى رضى في خدمتها لأبيها المريض ومساعدتها لأمها في ادارة البيت تقول : "ساعات كي كون الجو ماشي مليح في الدار ما نروحش لدار الشباب ، واين نحب نرسم ونتفرج على مسرحيات، نبقى في الدار نعاون ماما surtout كما يكون بابا مقلق بزاف نقول نقعد مع ماما في الدار تسحقني " .

وبالرغم من هذا السياق العائلي الصعب تحكي لنا كذلك ليلى عن سعادتها في خدمتها لأبيها المريض وتنقل لنا مشهدا مضحكا تقول : " في الدار نديرو القرعة شكون يشرب بابا الدواء درقا (تضحك)ومرة قريب حكمني نحطلو في الدواء بصح الحمد لله مافاقش بيا (تضحك) ".

ختمنا المقابلة بسؤال عما تحب أن تكون ليلى في المستقبل تبتسم وتقول : نحب نطلع طبيبة باش نعاون ونداوي الناس المرضى نشا الله نولي طبيبة " .

3. المقابلة مع الطفلة "غير الجلودة" أمال

أثناء إجراء المقابلة مع أمال ، لم أتمكن من المحافظة على سير جيد للمقابلة بطرح نفس الأسئلة التي طرحتها على أختها ليلى ، حيث أن أمال لم تكن متجاوبة معي ولم تكن مركزة مع الأسئلة التي أطرحها عليها ، وتتهرب من الإجابة إما بتثبي ط كلي ، فلا تسمح بإخراج أحاسيسها ، وإما باندفاعية في الإجابة فلا تتبع التعليمة وتنتقل من موضوع إلى آخر ، ولا تتبع التعليمة وتبدي معارضة شديدة .

في سؤالنا لها حول علاقتها مع أمها تجيب أمال بشحنة عدائية : " ماما ما نحبهاش تكرهني ديما تقول لناس بلي ما نعرفش نقرا ما نحبش نطلع زيها " . تابعنا بسؤالها عمن تفضل هي في بيتهم تقول : " ما نحب حتى واحد كل يكرهوني قباح معايا ...بص نحب خويا نخرج معاه البرا نحكي مع صحابو ..اه نحب مهند تاني " .

أما عن علاقتها مع أبيها ونظرتها لمرضه العقلي ، فان أمال تبدي تثبيطا كبيرا معيقة أي تعبير عن معاشها الداخلي .

وبغية محاولة إيجاد بعض مصادر الدعم خارج عائلتها سألتها عن المدرسة المدرسين والزملاء ، كانت إجاباتها مماثلة : " معلمة تاعي ما تحبنيش تدوبليلي ديما العام ...تحبي طاطا نقرالك شوفي نعرف نقرا هما حقروني برك " .

الملحق II: إختبار روشاخ الطفلتين

1. بروتوكول روشاخ – ليلى –

I.					
Λ(1")كشغل فراشة.	الكل	ك	ش+	حي	شا
2. V Λكشغل كوكسينال بالجنحين...	الكل	ك	ش-	حي	
V > و خلاص (34")					
II.					
3. ΛV(11") كشغل بقعة دم	أحمر سفلي	ج	ل ش+	دم	
4.زوج عباد عندهم خشم	2 أسود جانبي	ج	ش+	ب	
5. <Λ كشغل فيلان يقيسو ذفار بعضاهم... برك (60")	2 أسود جانبي	ج	ح	حي	
			حي+		
III.					
6. Λ(5") واي.زوج نسا كشغل مايلين و يحكمو في حاجة	الأسود	ك	ح+	ب	شا
7. VΛV و بالمقلوب كشغل عنكبوت فيها دم على جوانبها	الأسود	ج	ش ل+	حي	دم
8. عندها فراشة في كرشها (تضحك) ("58)	الأحمر الوسطي	ج	ش+	حي	شا
IV.					
9. Λ(2") كشغل راس تاع ثور	الأسود العلوي	جج	ش+	جحي	
10. V بالمقلوب خفاش	الاسود السفلي	جج	ش+	حي	
11.يشبه لتمثال تاع زوج ريسان تاع حصان (33")	الأسود الوسط السفلي	ج	ش-	هندسة	

.V 12.Λ (7") فراشة 13.خفاش قاعد يطير ...برك	الكل الكل	ك ك	ش+	حي	شا
.VI 14.Λ (2") كشغل راس تاع قط 15.V بالمقلوب كشغل زوج جدويا قاعدين يرضعو ورجليهم وذفارهم في النار	الكل الكل	ك ك	ش+ ح حي+	حي حي	نار
.VII 16. Λ(5") كشغل زوج بنات 17.V ...زوج بنات هاذوك قاعدين يرقصو...فقط (43")	الكل الكل	ك ك	ش+ ح+	ب ب	
. VIII 18.Λ(6") كشغل جسم انسان 19.....و مبعد كشغل قزم 20.< Λ نمورا قاعدين يطلعوا في الجبل...فقط (48")	الكل الرمادي العلوي الوردي الجانبي	ك ج ج	ش ل+ فق ش- ح حي+	تشريح (ب) حي	شا
.IX 21. ΛV (7") كشغل راس فيل	الوردي السفلي 2 أخضر جانبي	ج ج	ش+ ل ش-	ج حي ج حي	

22.رأسان تاع سنجاب 23. Λ...زوج أرانب مع سنارية ('1."04)	2 أخضر جانبي	ج	ل ش-	حي	
X. 24. VΛ ("4) كشغل كاين بزاف حشرات 25.كاين فرس البحر 26.كشغل سرطان البحر 27. Λ...كشغل تاني فرس البحر 28.تاني....كشغل عروسة الماء....فقط ('1"17)	الأزرق الجانبي أخضر جانبي سفلي الرمادي الجانبي 2 أصفر وسط سفلي 2 الوردي الجانبي "كاين ثاني شكل لباس" الأزرق الوسط	ج ج ج ج ج ج	ش فق+ ش ل+ ش+ ش- ش ل- ش+	حي حي حي حي (ب) شيء	شا

البطاقات المفضلة:

V و VII :" لخاطر فيهم حيوان و أنا نحب الحيوانات

VII:" لخاطر فيها نسا عجبتني "

البطاقات غير المفضلة :

X: " لخاطر صعيبة ، فيها بزاف حوايج "

البطاقة الأمومية :

III و VII:" عجبوني فيهم نسا ، بنات كما أنا و ماما "

البطاقة الأبوية :

IV و VI:" عندنا قط في الدار بابا لي جابو"

السيكوغرام :

ع :28

ز/ع :18"

ك% :36 %　　ش % : 46 %　　ش%موسع : 89%

ج% : 57%　　ش$^{+}$ % :77 %　　ش$^{+}$%موسع: 84%

ج ج % : 7 %　　حي% : 68%

ج ف أ% :0 %　　ب% : 21%

نموذج التقارب : ك ج ج ح

نمط الرجع الحميم TRI: 5/2 منبسط ممدود

الصيغة الاضافية : 0/4 منطوي ممدود

ع ل %(RC%) : 39 %　　شا :6

مؤشر القلق (IA%) :7%

2. بروتوكول روشاخ –أمال -

I.					
1. Λ(2") خفاش	الكل	ك	ش+	حي	شا
2. يدين	وسط علوي	ج	ش+	ج ب	
3. جنحين	2 أسود جانبي	ج	ش+	ج ب	
4. V...لا....Λ هنا عينين (52")	وسط علوي	ج ج	ش-	ج ب	
II.					
5. ΛVΛ مانعرف...(21") راس تاع فرخ	الحد الوسط العلوي	ج	ش+	ج حي	صدمة
6. صباع تاع يدين (40")	2 أحمر علوي	ج	ش-	ج ب	
	"آه كاين دم"أحمر سفلي	ج	ل	دم	
III.					
7. Λ(5") هنا ثاني علامات الصباع	الأحمر الخارجي العلوي	ج	ش-	ج ب	
8. Vيدين،رجلين،قلب،فم و العينين منعرف كيفاش يسموه وحش (47")	الكل	ك	فق ش-	(ب)	
	"قاعد" الأسود	ك	ح حي-	حي	شا
IV.					
9. Λ(6")رجلين،ساقين،ذفار،الراس،البطن واليدين فقط ...يشبه لغوريلا(29")	الكل	ك	ش-	حي	

.V 10.Λ(2") آه جنحين،رجلين،الرأس،تسما خفاش V...برك (19")	الكل	ك	ش$^{+}$	حي	شا
.VI 11.Λ(2") رأس الشعر اليدين كرش و الرجلين يشبه للذيب (22")	الكل	ك	ش فق$^{+}$	حي	
.VII 12.ΛV(7") يفكروني برجلين ، هذو يدين ثم ...الرأس فقط...لا يشبه لراجل هنا(38")	الكل	ك	ش$^{-}$	ب	
.VIII 13.Λ(8") يشبه كشخل داخل البطن فقط،Λ...أم (27")	الكل	ك	ش$^{-}$	تشريح	
.IX 14.ΛV(5") الرأس،الأذنان الجسم و اليدان يشبهو لسكولات (24")	الكل	ك	ش$^{-}$	تشريح	
.X 15.Λ(4")آه الرأس العينين مع الخشم اليدين جاني كلي ثعلب 16.هاذو حلوى (36")	الكل 2 بني +الأصفر الخارجي	ك ج ج	ش$^{-}$ ل ش$^{-}$	حي عنصر	

البطاقات المفضلة:

V : لخاطر خفاش كشغل سردانين جاونحو... مسكين

VI : يعجبني الذيب

البطاقات غير المفضلة :

II : ماعجبتنيش خلاص

IX : تقلق هاذي ... فيها سكولات

البطاقة الأمومية :

X : الثعلب قوي

البطاقة الأبوية :

VII : لخاطر فيها راجل

السيكوغرام:

ع :16

ز/ع : 21"

ك% :56% ش %:81% ش%موسع : 87.5 %

ج% :31% ش$^{+}$% :38 % ش$^{+}$%موسع : 43 %

ج ح% :13% حي% :43%

ج ف أ :0% ب% :38%

نمط التقارب : ك ج ج ح

نمط الرجع الحميم Tri : 0 / 1 اتجاه نحو المضيق

الصيغة التكميلية : 0/0 مضيق

ع ل% (RC%) : 25% شا : 2

مؤشر القلق(IA%) : 38%

الملحق III : معدلات الروشاخ بالنسبة للأطفال لـ :Jeamine Blomart

		ذكور		اناث	
		10-8سنوات	12-10سنة	10-8سنوات	12-10 سنة
الإنتاجية	ع	16	21	17.5	20
الأماكن	ك%	%54	%[1]57	%49	%45
	ج%	%38	%33	%43	%43
	ج ج%	%7	%8.5	%7.5	%11
	ف أ%	%1	%2	%0.7	%1
	ف أ+ف أ%	%8.15	%11.7	%6.3	%9
التقارب الشكلي	ش%	%64	%69	%57	%67
	ش+%	%71	%64	%56	%69
المحددات الحركية	ح	0.8	1.1	1.2	0.7
	ح حي	1.7	1.4	2.7	1.3
	ح شيء	0.5	0.9	0.4	0.4
	ح ج	0.04	0.02	0.05	0.03
المحتويات	شا	3.8	3.6	3.7	4
	حي%	%64	%53	%68	%58
	ب%	%14	%13	%10	%13

الملحقVI : اختبار رسم العائلة

1. رسم الطفلة ليلى

2. رسم الطفلة أمال

Abstract :

This study aims to identify the foundations of resilience in children whose father is mentally ill, trying to approach the factors contributing to the development process resilient. and referring to the framework of dynamic psychology assumptions were developed concerning the role of the mother as guardian essential development and the presence in the environment of the child of a father substitute who acts as a substitute tutor development (external factors) and finally the role of defense mechanisms used and the nature of mental functioning "mentalization and imaginary space" (intrapsychic factors) that provide a protective function for the child against the background of mental illness of the father . the comparative method of single case has allowed us to analyze the responses of the two sisters living in the same family background traumatic . data collected during interviews and projective tests (Rorschach test, and test the design of the family) show clear differences between the two sisters , in such a way that the results show that resilience and vulnerability of one another are linked both to feature different external (the incremental investment of the mother and the attachment relationship with her and established ties with the adult "substitute father" of the home environment) and to differences in intrapsychic functioning (quality of mentalization and the imaginary space and defense mechanisms) . The study concludes by suggesting opportunities for future research and preventive considerations are also under consideration in terms of resilience.

Key words : resilience, protective factors, defense mechanism, operating mental tutor development, parenting, parental mental illness.

Résumé :

Cette étude vise à identifier les fondements de la résilience chez l'enfant dont le père est malade mentale, en essayant d'approcher les facteurs contribuant à la mise en place du processus résilient .et en se référant au cadre de la psychologie dynamique des hypothèses ont été élaborés portant sur le rôle de la mère comme tuteur essentiel de développement et la présence dans l'environnement de l'enfant d'un substitut paternel qui joue le rôle d'un tuteur substitut de développement (facteurs externes) , et enfin le rôle des mécanismes de défense utilisés et la nature du fonctionnement mentale " mentalisation et espace imaginaire " (facteurs intrapsychiques). qui assurent une fonction protectrice pour cet enfant face au contexte de la maladie mentale du père. la méthode des cas uniques comparée nous a permis d'analyser les réponses des deux sœurs vivant dans ce même contexte familial traumatisant. les données recueillies lors des entretiens et des tests projectifs (test du rorschach et test du dessin de la famille) révèlent de nettes différence entre ces deux sœurs ; de tel sorte que les résultats montrent que la résilience de l'une et la vulnérabilité de l'autre sont liés à la fois à des caractéristique externes différentes : (l'investissement différentiel de la mère et le lien d'attachement établie avec elle et le lien tissé avec un adulte "substitut paternel" de l'environnement familial) et à des différences dans le fonctionnement intrapsychique (qualité de mentalisation et l'espace imaginaire et les mécanismes de défensifs utilisés). L'étude se conclut en suggérant des perspectives de futures recherches, et des considérations préventives sont également envisagées en terme de résilience.

Mots clés : résilience, facteurs de protection, mécanisme de défense, fonctionnement mentale, tuteur de développement, la fonction parentale, la maladie mentale parentale.

ملخص:

تهدف هذه الدراسة الكيفية المقارنة إلى التعرف على أسس الجلد لدى الطفل ذي الأب المريض عقليا ، بدراسة العوامل المساهمة في إرساء سيرورة الجلد . واعتمادا على الإطار النفسي الدينامي ، تم وضع فرضيات تتعلق بدور الأم كوصي نمو أساسي و وجود راشد بديل أبوي في محيط الطفل يلعب دور وصي نمو بديل (عوامل خارجية) ، وأخيرا دور ميكانيزمات الدفاع المستخدمة وطبيعة الوظيفة العقلية التعقيل والفضاء التخيلي (عوامل داخلية نفسية) التي تضمن وظيفة حماية إزاء السياق العائلي الصدمي الذي يعيشه هذا الطفل سمح لنا منهج الحالات الفردية المقارنة بتحليل استجابات أختان تواجهان مرض أبيهما العقلي وتعيشان في نفس السياق العائلي الصدمي . أوضحت المعطيات المجمعة إنطلاقا من المقابلات والإختبارات الإسقاطية (إختبار الروشاخ وإختبار رسم العائلة) فروقا واضحة بين الأختين ، بحيث بينت النتائج أن جلد إحداهما وهشاشة الأخرى مرتبطان في آن واحد مع مميزات خارجية مختلفة (الاستثمار التمايزي للأم ورابط التعلق المقام معها وعلى الرابط الذي ينسج مع راشد ذكر من المحيط العائلي) ، واختلافات في الوظيفة النفسية الداخلية . (نوعية التعقيل والفضاء التخيلي وميكانيزمات الدفاع المستخدمة) ، خلصت الدراسة باقتراح رؤى لأبحاث مستقبلية كما طورت اعتبارات وقائية من حيث الجلد .

الكلمات المفتاحية : الجلد ، عوامل الحماية ، أوصياء الجلد ، ميكانيزمات الدفاع ، الوظيفة العقلية ، الوظيفة الوالدية ، مرض عقلي والدي .