

جامعة الجزائر -2-

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

**أنماط التعلّق والاكْتئاب لدى الأم و علاقتها
بدرجة التعلّق لدى الرضيع و ظهور
اضطرابات سيكوسوماتية لديه
- اضطرابات النوم كمثال -**

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي

إشراف:

الدكتور بيبي مرزاق

الطالبة:

سحيري زينب

السنة الدراسية : 2015/2014

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

"قُلْ إِنَّ صَلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ" سورة
الأنعام(162)

حمدا لك ربنا...حمدا لك حتى ترضى.. وعند الرضى ..

وبعد الرضى

اهدي ثمرة هذا الجهد إلى الذي خلقتني من نطفة فسواني وبرحمته
هداني ومن نور علمه سقاني ومن الجهل أنجاني .

إلى سيد الخلق الهادي البشير و السراج المنير محمد صلى الله
عليه و سلم

و إلى من قال الرحمان فيمها "ولا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل
لهما قولا كريما".

أحب شخص لقلبي أبي رحمة الله عليه و أمي أطل الله في عمرها.

إلى ولديا العزيزين حمودة و جلول سحيري
إلى إخوتي و كل عائلتي و أعز صديقة لي السيدة محيفر و كل من
أعاني من قريب أو بعيد في إنجاز هذه الأطروحة

كلمة شكر

أسجد لله العلي القدير أن منّ علي ووفقني في هذا العمل إلى حين إخراجهِ في صورته النهائية فله كامل الشكر و عظيم الامتنان .

أتوجه بشكري و عرفاني بعد الله عز وجل

إلى الذي أنار درب هذا العمل المتواضع بتوجيهه و نصائحه المتواصلة الأستاذ المحترم و الموقر مرزاق بيبي

و أتوجه بشكري الخالص إلى الأستاذ المحترم دوقة أحمد من جامعة الجزائر-2- ، و الأستاذ المحترم بداوي محمد من جامعة عمار ثليجي بالأغواط ، على مجمل المساعدات التي قدمها لي في ميدان الإحصاء . و إلى الدكتورة Nicole Guedeney من باريس و البروفسور

Blaise Pierrehumbert

من جامعة لوزان على مرافقتهم و نصائحهم القيمة .

و أشكر الأستاذ حمّاش حسين و الأستاذ العيزوزي الربيع على قبولهم مناقشة أطروحتي

كما لا يسعني أن أقدم إمتناني و شكري الخالص للإداري حسين سبخاوي على مجمل المساعدات و التسهيلات التي قدمها لي فجزاه الله خير جزاء كما لا أنسى أن أشكر شكرا خاصا جدا كل أساتذتي بجامعة الأغواط و بجامعة الجزائر -2- اللذين درسوني . و إلى كل زملائي الأساتذة أخص بذكر الأستاذ بداود حسين و الأستاذ بن عون بودالي و الأستاذ بورنان ابراهيم و الأستاذ بوعليت محمد و الأستاذ داودي محمد و الأستاذة حفصة جرادى و الأستاذة بدرية نوعي و الأستاذة شارف سعدية و الأستاذ أبي ميلود عبدالفتاح من جامعة ورقلة و الأستاذة زعابطة سيرين من جامعة سيدي بلعباس و الأستاذ أمزيان الوناس من جامعة باتنة على مساندتهم و تشجيعهم لي . و كل الأساتذة اللذين شاركوا في تحكييم مقياس التعلّق لدى الرضيع .

و اشكر شكرا خاصا كل طلبتي الأعزاء و خاصة طلبة علم النفس العيادي بجامعة عمار ثليجي بالأغواط .

ملخص البحث باللغة العربية :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على ما مدى مساهمة اكتئاب لدى الأم و التعلق لديها و درجة التعلق لدى الرضيع في التنبؤ باضطرابات النوم لدى الرضيع و على التعرف على وجود علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع و درجة التعلق لدى الرضيع من جهة أخرى . بالإضافة إلى دراسة العلاقة بين أنماط التعلق لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع . و قامت الباحثة كذلك بالمقارنة بين الأمهات المكتئبات و الأمهات غير المكتئبات ، و بين الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و اللاتي ليس لديهن تعلق آمن ، و بين الرضع اللذين لديهم اضطرابات في النوم و اللذين ليسوا لديهم هذه الاضطرابات في مجموعة من الخصائص لدى الأم و الرضيع .

و لأجل التحقق من ذلك قامت الباحثة باستعمال الوسائل التالية : مقياس التعلق للرضيع Q-sort المكيف من طرف الباحثة ، مقياس التعلق للراشدين للتعلق لأبوجرادات و أبو غزال ، مقياس بيك للاكتئاب الصيغة المختصرة و استمارة بحث. حيث طبقتها على عينة مكونة من 86 ثنائية (رضيع - أم) بمدينة الأغواط.

و قد أسفرت نتائج البحث إلى أن:

- إن إصابة الأم بالاكتئاب يزيد من خطر إصابة رضيعها باضطرابات النوم ويساهم في التنبؤ بها .
- توجد علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع من جهة و بين الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم لدى رضيعها من جهة أخرى ليس هناك علاقة بين أنماط التعلق (آمن / غير آمن) لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع .
- توجد علاقة بين أنماط التعلق الثلاث (آمن ، قلق و تجنب) لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع
- ينتشر نمط التعلق التجنبي، لدى الأمهات المكتئبات.

- هناك انتشار لدرجات التعلّق متدنية لدى المضطربين في النوم (61.53 بالمائة) لكن لا ترقى لأن تكون دالة إحصائياً .
- أغلب الأمهات المكتئبات و اللاتي لديهن تعلّق غير آمن يعاني أطفالهن باضطرابات النوم .
- هناك تأثير دال إحصائياً بين الاكتئاب و :
 - 1- أنماط التعلّق لدى الأم
 - 2- درجة التعلّق لدى الرضيع
 - 3- وجود اضطراب النوم
- هناك تأثير دال إحصائياً بين التعلّق لدى الأم و :
 - 1- الاكتئاب لديها
 - 2- جنس الرضيع
 - 3- سن الأم
- هناك تأثير دال إحصائياً بين اضطرابات النوم لدى الرضيع و :
 - 1- الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى الرضيع.
 - 2- الحالة العائلية للأم
 - 3- درجة التعلّق لدى الرضيع .

Résumé en français :

La présente étude vise à déterminer la contribution de la dépression et l'attachement chez la mère et le degré de l'attachement chez le nourrisson dans la prédiction des troubles du sommeil chez le nourrisson . Aussi , à reconnaître l'existence d'une relation entre la dépression chez la mère et les troubles du sommeil chez le nourrisson et son degré d'attachement. En plus ,elle étudie la relation entre les types d'attachement de la mère et les troubles du sommeil chez son bébé. La chercheuse a fait une comparaison entre les mères dépressives et les mères non dépressives, entre les mères avec attachement sécure et les mères avec attachement non sécure , entre les nourrissons qui ont des troubles du sommeil et qui ne présentent pas ces troubles dans un nombre de caractéristiques concernant la mère et son bébé.

Et pour le vérifier, la chercheuse a utilisé les moyens suivants: l'échelle d'attachement du nourrisson Q-sort validée par la chercheuse, l' échelle d'attachement de l'adulte, l inventaire de Dépression de Beck et un questionnaire destiné à la mère .Ces instruments étaient appliqués à un échantillon composé de 86 dyades(mères –bébés) à la commune de Laghout.

Les résultats de recherche sont :

- La dépression de la mère augmente le risque des troubles du sommeil du bébé et contribue à les prévoir.
- Il existe une relation entre la dépression chez la mère et le degré d'attachement à l'enfant d'une part et entre la dépression de la mère et les troubles du sommeil chez son bébé d'une autre part .
- Il n' ya pas de relation entre les styles d'attachement de la mère (sécure / non sécure) et le degré d'attachement du bébé .

Abstract in english:

This study aims to determine the contribution of depression and attachment to the mother and the degree of infant attachment in the prediction of sleep disorders in infants .Also, to recognize the existence of a relationship between the maternal depression and sleep disorders in infants and degree of attachment. In addition, it examines the relationship between attachment styles of mothers and babies sleep disorders . The researcher makes a comparison between depressed mothers and non-depressed mothers,between mothers with secure attachment and mothers with non-secure attachment between infants who have sleep disorders and do not have these problems in a number of overview for the mother and baby.

And to exanimate this problematic , the researcher used the following methods: Infant Attachment scale Q-sort validated by the researcher, the adult attachment scale, the Beck Depression Inventory and a questionnaire administrate to mother .These instruments were applied to a sample of 86 dyads (mothers-infants) in the township of Laghouat.

The search results are:

- The maternal depression increases the baby's risk of sleep disorders and helps to predict them.

- There is a relationship between mother depression and the degree of infant attachment on the one hand, and between maternal depression and baby's sleep disorders on the other hand.
- There are no relationship between mother attachment styles (secure / non-Secure) and the degree of attachment of the baby.
- There Is a relationship between the three attachment styles of mothers (secure, resistant and avoidant) and the degree of infant attachment
- There are more types of avoidant attachment in depressed mothers.
- There are low scores of attachment in infants suffering from sleep disorders (61.53 percent), but this percentage is not statistically significant.
- Most depressed mothers with non-secure attachment have babies suffering from sleep disorders.
- There's a statistically significant effect between mother depression:
 - 1- types of attachment of the mother.
 - 2-The degree of infant attachment
 3. The presence of a sleep disorder in the baby
- There there's a statistically significant effect between types of attachment of mother and:
 1. The maternal depression
 2. The baby's sex

3. The age of the mother.

- There is a statistically significant effect between infant sleep disorders and :

1. Psychosomatic disorders of the baby.

2. marital status of the mother

3. The degree of infant attachment

فهرس المحتويات

أ..... إهداء
ب..... كلمة شكر

ت..... ملخص البحث باللغة العربية :

ج..... Résumé en français :

خ..... Abstract in english:

ر..... فهرس المحتويات

ش..... قائمة الجداول

ض..... قائمة الأشكال والمخططات

ط..... قائمة الصور

1..... الجاناب النظري

2..... الفصل الأول: إشكالية الدراسة و اعتباراتها

4..... 1- المقدمة :

8..... 2- الإشكالية :

16..... 3- الفرضيات :

17..... 4- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة :

19..... 5- أهداف الدراسة :

20..... 6- أهمية الدراسة :

21..... 7- أسباب اختيار الموضوع :

21..... 8- صعوبات البحث :

22..... 9- الدراسات السابقة :

29..... 10-تعقيب على الدراسات السابقة :

31..... الفصل الثاني نظرية التعلق

33..... 1- مفهوم التعلق :

35..... 2- الأسس النظرية للتعلق :

48..... 3- الجذور الأولى لنظرية التعلق :

59..... 4- التعلق و الأمومة :

71..... 5- أساسيات نظرية التعلق :

89..... 6- نمو التعلق :

113.....	7- اضطراب التعلّق:
129.....	8- التطبيقات العلاجية في التعلّق و الصحة النفسية :
134.....	9- حدود النظرية و انتقاداتها :
136.....	خلاصة الفصل :
137.....	الفصل الثالث الاكتئاب لدى الأم و انعكاساته على الرضيع
139.....	1- تعريف الاكتئاب :
141.....	2- أعراض الاكتئاب :
143.....	3- أنواع الاكتئاب :
144.....	4- أسباب الاكتئاب :
147.....	5- النظريات المفسّرة للاكتئاب:
150.....	6- انتشار اضطراب الاكتئاب لدى المرأة:
153.....	7- اكتئاب ما بعد الولادة :
166.....	8- أسى الأمومة Baby blues:
169.....	9- ذهان الولادة :
170.....	10- عوامل الاكتئاب لدى الأم :
178.....	11- تطور الاكتئاب لدى الأم :
178.....	12- انعكاسات اكتئاب الأم على الرضيع :
184.....	13- علاج الاكتئاب لدى الأم :
190.....	14- خلاصة الفصل :
191.....	الفصل الرابع الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع - اضطرابات النوم -
193.....	1- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية :
194.....	2- تاريخ الدراسات عن الاضطرابات السيكوسوماتية :
197.....	3- النظريات المفسّرة للاضطرابات السيكوسوماتية :
205.....	4- أهم الاضطرابات السيكوسوماتية لدي الرضيع:
209.....	5- اضطرابات النوم لدى الرضيع :
280.....	6- خلاصة الفصل :
281.....	الباب الثاني الجانب الميداني
282.....	الفصل الخامس إجراءات الدراسة
284.....	1- منهج الدراسة :
284.....	2- محددات الدراسة :
285.....	3- عينة الدراسة :

287.....	4- التقنيات المستعملة في الدراسة :
296.....	5- الدراسة الاستطلاعية:
297.....	6- إجراءات التطبيق في الدراسة الحالية :
298.....	7- الوسائل الإحصائية المستعملة في الدراسة :
299.....	الفصل السادس عرض و تحليل النتائج
301.....	1- عرض النتائج الأولية و مناقشتها:
309.....	2- نتائج و مناقشة الفرض الأول :
314.....	3- نتائج و مناقشة الفرض الثاني :
316.....	4- نتائج و مناقشة الفرض الثالث :
318.....	5- نتائج و مناقشة الفرض الرابع :
322.....	6- نتائج و مناقشة الفرض الخامس :
325.....	7- نتائج و مناقشة الفرض السادس :
327.....	8- نتائج و مناقشة الفرض السابع :
329.....	9- نتائج و مناقشة الفرض الثامن :
331.....	10- نتائج و مناقشة الفرض التاسع :
345.....	11- نتائج و مناقشة الفرض العاشر :
356.....	12- نتائج و مناقشة الفرض الحادي عشر :
368.....	13- الخلاصة و النتائج العامة للبحث :
374.....	قائمة المراجع
411.....	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	صفحة
1.	سلوك التعلق لدى الأطفال حسب أنماط التعلق	84
2.	نموذج Bartholomew and Horowitz لتعلق الراشدين.	111
3.	المؤشرات العيادية الخاصة بأنماط التعلق	130
4.	ملخص بعض الدراسات عن انتشار اكتئاب ما بعد الولادة	158
5.	تصنيف أهم الاضطرابات الاكتئابية الحادثة للأم في ما بعد الولادة .	167
6.	المراحل الهامة في تطور النوم- يقظة لدى الرضيع.	217
7.	متوسط مدة نوم الرضيع من شهر إلى 6 أشهر.	218
8.	خصائص رضع عينة الدراسة	284
9.	خصائص أمهات عينة الدراسة	285
10.	يمثل نتائج حساب معامل الاتفاق بين المحكمين	292
11.	توزيع أفراد العينة الحسب تواجد اضطرابات النوم لدى رضعهن.	299
12.	نسب انتشار اضطراب النوم في بعض البلدان .	300
13.	توزيع أفراد عينة الحسب تواجد الاكتئاب لدى الأم	301
14.	توزيع أفراد العينة حسب أنماط التعلق لدى الأم آمن / غير آمن	303
15.	توزيع أفراد العينة حسب أنماط تعلق الأم آمن / قلق / تجنبي.	303
16.	القيم الدنيا و العليا لدرجات التعلق لدى العينة و المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لها	305
17.	ترميز المتغير التابع في البحث	307
18.	ترميز المتغيرات الاسمية	307
19.	تاريخ الدورات التكرارية.	307
20.	اختبار معنوية النموذج	308
21.	اختبار توفيق النموذج اختبار Hosmer-Lemeshow	308
22.	متغيرات المعادلة	309
23.	نتائج الفرضية الثانية" برسون" بين درجة الاكتئاب لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع	312
24.	العلاقة بين درجة الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع	314
25.	قيمة معامل لامبدا و معامل فاي بين اضطرابات النوم لدى الرضع و اكتئاب لدى الأم.	314
26.	يبين العلاقة بين درجة التعلق الآمن لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع.	316
27.	يبين العلاقة بين درجة التعلق القلق لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع	316
28.	يبين العلاقة بين درجة التعلق التجنبي لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع.	316
29.	يبين العلاقة بين درجة التعلق لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع	317
30.	يوضح تحليل التباين لمجموعات أنماط التعلق لدى الأم بالنسبة لدرجة التعلق.	317
31.	قيمة معامل فاي بين اضطرابات النوم لدى الرضع و التعلق لدى الأم	319
32.	قيمة معامل لامبدا و معامل كرامير بين اضطرابات النوم لدى الرضع و نوعية التعلق لدى الأم.	319
33.	انتشار أنماط التعلق (الأمن / غير الأمن) لدى أمهات المكتنبات	321
34.	انتشار أنماط التعلق (الأمن / القلق / التجنبي) لدى الأمهات المكتنبات	322

323	مدى انتشار درجات متدنية من التعلق لدى الرضع اللذين لديهم اضطرابات في النوم .	35
325	انتشار اضطرابات النوم عند الرضع اللذين لديهم أمهات المكتئبات و لديهن تعلق غير آمن.	36
326	قيمة ك2 بين الاكتئاب لدى الأم و أنماط التعلق لديهن	37
328	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في درجة تعلق الرضيع و دلالة (ت) للعينتين	38
329	تأثير اضطرابات النوم لدى الرضيع على الاكتئاب لدى الأم	39
330	قيمة ك2 بين الاكتئاب لدى الأم و جنس الرضيع	40
331	قيمة ك2 بين رتب الرضع و الاكتئاب لدى الأم	41
333	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الرضيع و دلالة (ت) للعينتين المكتئبات و غير المكتئبات	42
333	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الأم و دلالة (ت) للعينتين (المكتئبات و غير المكتئبات)	43
334	ك2 بين المستوى التعليمي للأم و الاكتئاب لديها	44
336	ك2 بين عمل الأم و الاكتئاب لدى الأم	45
337	ك2 بين الحالة العائلية للأم و الاكتئاب لدى الأم.	46
339	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في درجة الاكتئاب و دلالة (ت) للعينتين	47
339	ك2 بين تواجد الاكتئاب و أنماط التعلق لدى الأم	48
341	قيمة ك2 بين اضطرابات النوم عند الرضيع و نمط التعلق لدى الأم	49
342	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في درجة تعلق الرضيع و دلالة (ت) للعينتين.	50
343	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الرضيع و دلالة (ت) للعينتين	51
343	ك2 بين جنس الرضيع و نمط التعلق لدى الأم	52
345	ك2 بين رتبة الرضيع و أنماط التعلق لدى الأم .	53
346	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الأم و دلالة (ت) للعينتين	54
346	ك2 بين المستوى التعليمي للأم و نمط التعلق لديها	55
347	ك2 بين عمل الأم و نمط التعلق لديها .	56
348	ك2 بين الحالة العائلية للأم و نمط التعلق لدى الأم.	57
350	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في درجة التعلق للرضيع و دلالة (ت) للعينتين.	58
350	ك2 بين الاضطرابات السيكوسوماتية و اضطرابات النوم لديه .	59
353	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الرضيع و دلالة (ت) للعينتين.	60
353	ك2 بين جنس الرضيع و اضطرابات النوم لديه .	61
355	ك2 بين رتبة الرضيع و اضطرابات النوم لديه.	62
356	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الأم و دلالة (ت) للعينتين.	63
357	ك2 بين المستوى التعليمي للأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع.	64
358	ك2 بين عمل الأم و اضطرابات النوم لديه .	65
360	ك2 بين الحالة العائلية للأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع.	66

قائمة الأشكال والمخططات

الرقم	عنوان المخطط	صفحة
01	نوعية الرعاية و علاقتها بأنماط التعلق لدى الطفل.	79
02	طريقة توزيع الحزم و تنقيطها .	290
03	توزيع أفراد العينة الحسب تواجد اضطرابات النوم لدى رضعهن	299
04	توزيع أفراد عينة الحسب تواجد الاكتئاب لدى الأم.	301
05	توزيع أفراد العينة حسب أنماط التعلق لدى الأم آمن / غير آمن.	303
06	توزيع أفراد العينة حسب نمط التعلق لدى الأم آمن / قلق / تجنبي.	304
07	لتوزيع أنماط التعلق لدى الأم (آمن /غير آمن) لدى عينتي الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.	327
08	لتوزيع اضطرابات النوم لدى الرضع لدى عينتي الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.	329
09	لتوزيع جنس الرضع لدى عينتي الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات	331
10	لتوزيع رتب الرضع لدى عينتي الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.	332
11	لتوزيع المستوى التعليمي للأم لدى عينتي الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.	335
12	لتوزيع عمل الأم لدى عينتي الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.	336
13	لتوزيع عمل الأم لدى عينتي الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.	338
14	لتوزيع الاكتئاب لدى عينتي الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و غير آمن	340
15	لتوزيع اضطرابات النوم لدى رضع عينتي الأمهات الأمانات و غير الأمانات	341
16	لتوزيع جنس الرضع لدى عينتي الأمهات الأمانات و غير الأمانات	344
17	لتوزيع رتب رضع لدى عينتي الأمهات الأمانات و غير الأمانات	345
18	لتوزيع المستوى التعليمي لدى عينتي الأمهات الأمانات و غير الأمانات.	347
19	لتوزيع عمل الأم لدى عينتي الأمهات الأمانات و غير الأمانات	348
20	لتوزيع الحالة العائلية لدى الأم على عينتي الأمهات الأمانات و غير الأمانات.	349
21	لتوزيع جنس الرضيع لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .	351
22	لتوزيع جنس الرضيع لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .	354
23	لتوزيع رتب الرضيع لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .	355
24	لتوزيع للمستوى التعليمي لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .	357
25	لتوزيع عمل الأم لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .	358
26	لتوزيع الحالة العائلية للأم لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .	360
27	نموذج مقترح لتفسير الاضطرابات السيكوسوماتية (اضطرابات النوم لدى الرضيع	365

قائمة الصور

قائمة الصور

الصفحة	عنوان الصور	الرقم
40	رضيع قرد الريفوس مع أم بديلة بقماش و أخرى بأسلاك	01

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
I	احصائيات مديرية التخطيط لبلدية الأغواط للسنوات 2011-2012	01
II	مقياس التعلق للرضيع Q-sort	01
VI	قائمة البنود مع التنقيط (النموذجي)	02
VIII	قائمة الأساتذة المحترمين المحكمين لمقياس التعلق Q-sort (الصيغة العربية)	03
IX	مقياس تعلق الراشدين لأبوغزال و جرادات	04
X	مقياس الاكتئاب لبيك (الصيغة المختصرة) BDI	05
XII	استبيان البحث	06

الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية الدراسة و اعتباراتها

- 1 المقدمة
- 2 الإشكالية
- 3 الفرضيات
- 4 تحديد المفاهيم الإجرائية
- 5 أهداف الدراسة
- 6 أهمية الدراسة
- 7 أسباب اختيار الموضوع
- 8 صعوبات الدراسة
- 9 الدراسات السابقة
- 10 تعقيب على الدراسات السابقة.

1- المقدمة :

تعتبر علاقة الأم برضيعها ذات أثر هام خلال السنوات الأولى من حياة الفرد و تلعب دورا ملحوظا في تطوير شخصيته. و التعلّق كمسار أولي يبدأ في اللحظات الأولى من الحياة هو ظاهرة درست و نوقشت كثيرا من قبل عدّة بحوث إكلينيكية خاصة منها دراسة بولبي (1969).

و عرّفت أينسوارث Ainsworth (1978) و ماين Main (1985) التعلّق كصلة اجتماعية و عاطفية التي تنشأ بين الطفل و الشخص الذي يراعه ، و هذه الصلة تدوم على مدى الأزمنة و الأمكنة . و قاما بالكشف عن سلوكات التعلّق و ردود الفعل (التأثيرات الانفعالية و السلوكية) الملحوظة عند الطفل كالخوف و الحزن عندما يغادر أحد الوالدين الغرفة . و قد بيّنت هذه الدراسات أنّ الانفصال المتكرر الذي يتعرض له الطفل له انعكاسات هامة على حياته العلائقية . فبعد مرور الزمن نجد الطفل المتأثر بالحزن إثر الفراق مع أمه يتخذ سلوكات توحى بتلاشي التعلّق مظهرا لامبالاة إثر الاتصال بأمه . و يظهر الطفل كذلك مواقف أقل تعبيراً و طلاقة . فبعض التحليليين و على وجه الخصوص D. Burlingham (1949) و Freud A. و Spitz R. (1958) لاحظوا ظهور اضطرابات هامة في سلوك الأطفال المحرومين من الرعاية الأمومية أو المنفصلين عن والديهم . و قد طوّر سبيتز مفهومي « *dépression anaclitique* » و « *hospitalisme* » و التي أرجعها سبيتز إلى فقدان الموضوع المحبوب الذي يعتبر ركيزة لنمو الطفل . و هذه الاضطرابات المزاجية تترافق باضطرابات سلوكية خاصة إذا كان حرمان الطفل لمدة طويلة (أكثر من 6 أشهر) و هنا يدعى *hospitalisme*. (Ferragault. E, 2000, p. 67).

و في تقريره لمنظمة الصحة الدولية وضح بولبي الدور الأساسي للتعلّق في تكوين العلاقات العاطفية لدى الطفل. (Bénoy. H, 2001, p. 40).

و يؤكد تيبولت (2002) Thibeault أنّ آثار الانفصالات التي يعيشها الطفل على نموه و قدراته في التعلّق تترجم باضطرابات التعلّق التي لها نتائج تنعكس على عدّة أصعدة سلوكية، عاطفية، نفسية أو علائقية . و يرى أنّ الانفصالات المتكررة للطفل

تحت سن الثالثة تمثل عامل خطر يزيد من احتمال تشكيل سلوكيات مضطربة ، و من جهة أخرى يعتقد (Gauthier 2000) أنّ نوعية التعلّق بين الطفل و والديه في السنتين أو 3 سنوات الأولى يلعب دورا هاما في الطريقة التي يرى بها العالم و كيف يتعامل معه و يرى أنّ هذه السنوات أساسية لتكوين تعلّق جيّد .
(Bee. H et Coll., 2003, p. 121)

و قبل غوتيي و منذ زمن بعيد كان التحليليون متفقين على أنّ العلاقة الإنسانية الأولى للطفل هي حجر الأساس في شخصيته . و تقترح Main أنّ نوعية التعلّق مبرمجة و منقولة من خلال نوعية التعلّق الملحوظ لدى الأم أي كانتقال ما بين الأجيال ، لأنّ هذه الأم تقوم بتكرار (لا شعوريا) مع أطفالها الخصائص العلائقية التي عايشتها في طفولتها ، و هذا يوضح أهمية طريقة تنشئة و تربية الوالدين .
(Bénoy. H, 2001, p. 46)

و يؤكد كوكس " أنّ العلاقة بين الاضطرابات العقلية عند الآباء و اختلالات النمو عند أطفالهم أمر مثبت علميا. و تكون أكثر وضوحا عندما يكون الآباء ذو اضطرابات شخصية، كإكتئاب عابر أو مزمن أو اضطراب عاطفي، و يقلّ أثره في حالة الفصام... و تشير الدراسات إلى أنّ نسبة الاضطرابات النفسية لأطفال لديهم أمهات مكتنبات تتراوح بين 30 و 50 % و ذلك مهما كان سن الطفل . " (Cox A.D.,1988,p.90)

و تشير كل من دراسة كوجيل و آخرون (1986) و دراسة موراي و كوبر (1996) إلى أنّ إكتئاب الأم في المرحلة المباشرة للولادة له علاقة واضحة مع اختلال في النمو المعرفي و تعلّق غير آمن في الطفولة و الطفولة المبكرة خاصة.
(Martins C.& Gaffan E.A.,2000,p.737)

و من بين الاضطرابات التي تمس الرضيع اضطرابات النوم و التي ربطتها Zuckerman& al(1987) بالاكنتاب عند الأم . "(Owens L.J.,1999,p. 281)

حيث تشير الإحصائيات أنّ اضطرابات الرضيع تشكّل نسبة 72 % من الرضع في فرنسا، مقابل 57% في تاوان و 27% في اليابان (Govindama Y.,2002,p.105).

في حين تظهر بعض الدراسات أنّ هذه النسبة تتراوح بين 15 % و 20% .

(Mind K.&Al,1993,p.521)

و من الجانب النفسي فهذه الاضطرابات تؤثر على الجانب النفسي النمائي للرضيع و على الصحة النفسية له ما للنوم من أهمية على الخلايا العصبية، و على التوازن النفسي للفرد . هو دلالة اختلال طارئ في العلاقة و التفاعل أم – طفل بكل ما تحمله هذه العلاقة من مستويات (سلوكية و عاطفية و هوامية Fantasmatique)¹ .

و يؤثر بشكل هام على الأم. مما يدفعها للاستشارة الطبية أو النفسية طلبا للمساعدة.

"و حسب (Dahl.R.E(1996) و (sadeh.A&al(1998) إنّ الاختلال في عادات النوم يقدر أن يؤدي لأضرار جديّة بالصحة النفسية للطفل و الوالدين . و له علاقة بالتوظيف المعرفي و التنظيم العاطفي للأطفال" (Owens L.J.,1999,p. 281)

و لأجل ذلك اقترحنا دراسة أنماط التعلّق لدى الأم و الاكتئاب لديها ، و مدى تأثيره على درجة التعلّق لدى الرضيع و ظهور اضطرابات سيكوسوماتية لديه (اضطرابات النوم على وجه الخصوص) .

تندرج دراستي في إطار نظرية التعلّق التي يمثلها باحثون مثل :باولبي، ماين ، أيسوارث، نيكول و أنتوان كيدني و موراي و مازي

و قد تمّ استخدام المنهج الوصفي الإحصائي التنبؤي و الترايطي و كذا المقارن ،

و الأساليب الإحصائية على عينة متكونة من 86 ثنائية (أم – رضيع) .

و تمّ تقسيم البحث إلى بابين : باب نظري و باب ميداني .

يحتوي الباب النظري أربعة فصول .تناولت في الفصل الأول إشكالية الدراسة

¹ لقد وصف لبيوفيسي و لامور تفاعل الأم – طفل على أساس المستويات الثلاث المذكورة (M.Lamour& S.Lebovici,1991in W.Barais&D.Cupa, 1999,p 104)

الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها

و اعتباراتها . أي الفرضيات و تحديد المفاهيم الإجرائية و الدراسات السابقة التي أقيمت على الموضوع. و تكلمت في الفصل الثاني على نظرية التعلّق. و تطرقت في الفصل الثالث للاكتئاب لدى الأم. و في الرابع للاضطرابات السيكوسوماتية عند الرضيع مركزة على اضطرابات النوم .

أمّا الفصل الخامس من الجانب الميداني فأظهرت فيه إجراءات الدراسة كالمنهج المتبع و العينة و أدوات الدراسة و إجراءات التطبيق . بالإضافة للإطار الزماني و المكاني للبحث. و عرضت في الفصل السادس نتائج البحث و ناقشناها.

وختمت البحث بتقديم تلخيص وافي للنتائج مذيلا بالاقترحات الضرورية التي تمت جراء البحث. بالإضافة إلى ذكر المراجع المستعملة فيه باللغة العربية و الأجنبية مع ذكر الملاحق و الجداول و المخططات الموجودة في البحث.

2- الإشكالية :

إنّ التعلّق الآمن ينشأ من التقارب و التفاعل الطبيعي و الصحي للأم مع رضيعها .
و هذا التقارب هو الذي يسمح للطفل بتطوير شخصية مستقلة في ظل الصحة النفسية.
فالإحساس بالأمن يسمح باكتساب ثقة كافية في الحاضر و المستقبل .

"فبالنسبة لباولبي التعلّق مع الأم أو أي حاضنة مساندة يوفر وظيفة هامة ،
فالحضور الآمن للأم يسمح بالتدرّج للرضيع باكتشاف محيطه ."

(Le Ny J.F.1999.p. 793)

و يعتبر الوجود الإنساني وجودا جسديا . فتفاعل جسم الرضيع مع جسم الأم يشكل
ركيزة التصورات عن الصلة الأولية الأمانة . و يلخصها (1971) Montagu جيدا
حينما يقول " يتعرّف الرضيع من خلال الدليل الملموس لجسد أمه ، على جسمه
و جسم أمه " . و بذلك يمر من اللاتمايز مع الموضوع إلى مسار التفرّد و الاستقلالية
النفسي . و الطرف الآخر يتدخل لكي يحد من الإثارة ، و يسمح للرضيع أن يخرج من
التلذذ من الجسد و المناطق الشبقية ، مؤسسا بذلك النسيج النفسي .

(Montagu A. ,1971, pp. 62-77)

و قد تطرق D. Anzieu (1995) في مؤلفه « le moi- peau » إلى مسألة التعلّق
مع الأم و تكوين الأنا، على أنّ التجربة اللمسية و لو كانت مارة و التجربة عن الإيقاع
و انقطاع الاتصال مع الأم يسمح للرضيع بأن يفهم أنّه مازال يعيش عندما لا تلمسه أمه
و يتمكن من تحمل الوحدة التي تسمح له بأن يفكر في ذاته . فالأم التي تغمر رضيعها
باتصال طويل جدا و حاد لا تسمح له بهذا التفريق و اكتساب هوية مستقرة .

(Anzieu D.,1995, pp.50-120)

"و تشرح (1974) Joyce Mcdougall أنّ الرضيع يحتاج إلى تقبل فقدان الأم
ثدي و أن يخلق مواضيع نفسية التي تأتي لتعوض هذا الفقدان، و قدرته قد تكون محدودة
بالمخاوف و الرغبات اللاشعورية لوالديه .

و يرى Winnicott "أنّ قدرة الرضيع على أن يبقى لوحده تتعلّق بوجود موضوع جيّد في الواقع النفسي للفرد ، هذا اليقين يأتي من التجارب المتكررة التي عايش فيها تلبية حاجياته الفطرية" (Daws D.,1999,p.63)

إنّ الاتصال الجيّد بالأمّ يسهل انفصال الرضيع ، فالرضيع الذي ليس لديه أيّ تعلّق آمن يظهر أعراضا متعددة من الاضطراب .

" وكي ينجح الرضيع في الانفصال بأمان عليه أولا أن يكون قد كان له تواصل قريب و حميمي مع هذا الفرد المحب و الحامي ،فالحميمية توفر للطفل الذي يكبر الإحساس بقيمته و أنّه مفهوم من الآخرين . و هذا الإحساس يدوم حتى خارج إطار الحضور الوالدي ، و يدوم إثر نوم الطفل .". (Ibidem , p 179)

و بالرجوع إلى التحليل النفسي نجد أنّ تكوين الهوية يتطلب " إحساسا بالأمن الداخلي ... و استثمارات موجبة" (Ferragult. E., 2000, p. 91)

حيث أشار(1999). Van Ijzendoorn et coll. في الميّا أناليز التي قاموا به أنّ الأطفال اللذين لديهم تعلّق متناقض من النوع (د) نجد لديهم صعوبات كبيرة في إدارة الضغوط و يتعرضون بصفة عالية لخطر تطوير اضطرابات سلوكية .

ويؤكد Murray أنّ التجربة التي يستقيها الطفل من محيطه ستلّون لعدة سنوات بعد ذلك النمط الذي سينظم به تجاربه و يبني به علاقاته مع الآخرين.

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,2001,p.99)

وقد وجد أنّ أطفال الأمهات المكتئبات لهم خطر تطوير تعلّق غير آمن .

(VanDoesum K.T.M.,Opcit ,p.162)

فقد توصل كلّ من Martins C. & Gaffen E.A. (2000) في ميّا أناليز لـ 6 دراسات عن نوعية التعلّق لرّضع لديهم أمهات مكتئبات . أنّ الرّضع أظهروا تعلّقا من النوع (أ) المتجنب و تعلّقا من النوع (د) غير المنتظم .

(Martin C . & Gaffen E.A.,2000,p.737)

و بيّن Mazet أنّ التعلّق غير الآمن من النوع المتناقض عند الرضيع يتصل بالاكْتئاب المتهيج و القلق لدى الأم. أما التعلّق غير الآمن من النوع المتجنب يتصل باكتئاب الأم من النوع المتباطئ. (Guedeney A.& Allilaire J.F.,2001 ,p.99)

حيث تبيّن أنّ أطفال الآباء المصابين باضطرابات نفسية معرضون لخطر تطوير اختلالات نفسية و مشاكل عاطفية واجتماعية أكثر من الأطفال الآخرين بنسب تتراوح من 41 إلى 77 بالمائة.و حسب (Field (1998) بعضا من الرّضع اللذين لهم أمهات مكتئبات يخبرون اضطرابات سلوكية و فيزيولوجية و بيوكيميائية مباشرة بعد الولادة.

و قد ربط Murray & Cooper(1996)اكتئاب الأم باختلال النمو الانفعالي و الاجتماعي و النمو الذهني لدى الأطفال ما بين سنة و سنتين .

(Van Doesum K.T.M.,2005,p.159)

وبرهنت دراسات عديدة منها دراسة(Goodman(2007 أنّ اكتئاب الأم يرتبط بمشاكل سلوكية و عدم التوافق النفسي الاجتماعي و خلل في النمو المعرفي و ذلك من الرضاعة إلى المراهقة. (Goodman S.H.,2008,p.495)

بالإضافة إلى أنّ رضع الأمهات المكتئبات هم أقلّ تواصلًا مع الآخرين، و أكثر خوفا من الغرباء ، و هم أقلّ احتمالا للاحباطات، و لهم مشاكل سلوكية مثل اضطرابات النوم و الأكل و نوبات الغضب و صعوبات الانفصال .

(VanDoesum K.T.M.,Opcit ,p.160)

و تبيّن كذلك أنّ هؤلاء الرّضع قد سجلوا تنقيطا متدنيا في مقياس بايلي لنمو الرضيع. ويرى(Sroufe & Rutter (1984 أنّ الرّضع يتأثرون باكتئاب أمهاتهم أكثر من الأطفال .و ذلك أنّ الأطفال يكونوا قد تعلّموا أن ينموا قدرات تأهلهم لاستعمال استراتيجيات مواجهة ناجحة. (Goodman S.H.,Opcit,p.495)

و قد أشار مارسيلي أنّ " العرض البسيكوسوماتي يحتل ساحة هامة من نظام التفاعل أم - طفل " (Marcelli D., 2006, p. 405) .

فقد كتب Pierre Marty : " منذ الولادة ، تؤمن وحدة و تماسك الرضيع في معظمها عن طريق " الوظيفة الأمومية " و ذلك بفضل العلاقة التي تقيمها الأم مع رضيعها ."
(Marty. P., 1976, p.98)

فتتميز الوظيفة الأمومية ب" التقدير الفعلي لاحتياجات و رغبات الرضيع من خلال إشاراتة بفضل تقمص عميق له ، و بفضل استخدام تنظيم لوقت و أساليب التدخل أو عدمه على مستوى عدّة قنوات للاتصال مع الطفل " (Marty P., 1980, p.125)

إنّ الأم تعتبر منظمة لحياة الرضيع قبل أن تكون موضوعا له ، و تمثل أول لقاء له مع أفراد ، و تلعب دور الحماية ضد الإثارة، و التي تجر لاحقا إلى تشكيل سلسلة من الميكانزمات الدفاعية الفردية . و الخلل في الوظيفة الأمومية هو أصل التجسيدات اللاحقة .
و يقول Brinda " أنّ تقمص الأم السيئة يجعل من الجسم يتعرّض للعديد من أنواع المشاكل الفزيولوجية و النفسية و التي هي أعراض لقلق عميق ناشئ من هذا التسمم الجسدي المتدرج ."
(Brinda J., 1992, p. 50)

و في مقال حديث معنون « MappingThe Road FromChildhood Trauma To Adult Somatization : The Role Of attachment» (2006)
أظهرت نتائج أن الصدمات أثناء الطفولة ترتبط بمستوى عال من التجسيد somatisation عند الراشد و التعلّق غير الآمن .

من بين الاضطرابات السيكوسوماتية التي تشيع عند الرضيع اضطرابات النوم خاصة إذا زادت عن حدها الطبيعي، و أخذت شكلا متكررا يظهر في الصعوبة للخلود إلى النوم أو على شكل نوم متقطع .و استيقاظ متكرّر . تكون في كثير من الأحيان ترجمة لاضطراب علاقة الأم مع رضيعها أو انعكاسا لإصابة الأم بأمراض نفسية.

"حيث تعتبر اضطرابات النوم مؤشّر مبكر و قابل للقياس لاضطراب ممكن في النمو النفسي للطفل. و محل اهتمام العديد من البحوث المتعلقة بتقييم التفاعل أم - طفل،

لأنّ المشكل له جذور في نفس الوقت في سلوك الرضيع أثناء نومه و استيقاظه و تفاعل الأم – طفل في ذلك الوقت . " (Guedeney A.& Kreisler L.,1987,p.308)

أظهر A.Green أنّ الصراع اللاشعوري للأم يتجسد في العلاقة مع الرضيع، و يحدث اضطرابا في وظيفة ضد الإثارة (par-excitation)، ممّا يؤثر على النوم عند الرضيع.

و اكتشفت زوكرمان " أنّ الحالة الاكتنابية لدى الأم هي العامل النفسي الأكثر تعلّقا باضطرابات النوم عند الرضيع " . (Daws D.,1999,p.63)

و تقترح ماكدوجال(1974) " أنّ هؤلاء الأمهات تخلقن وظيفة تبعية لدى أولادهن. فالرضيع يحتاج لأمه مثلما يحتاج المدمن إلى المخدرات . فهناك تبعية تامة نحو موضوع خارجي من أجل تسيير وضعيات يمكن حلّها في الحالات العادية عن طريق سير نفسية من التنظيم الذاتي. Auto- régulation "

وتضيف كذلك " الرضيع يحتاج أن يتقبل فقدان الأم ثدي، و أن يخلق مواضيع نفسية أخرى تعوّض هذا الفقدان، و قدرته على فعل ذلك تكون محدودة نتيجة المخاوف و الرغبات اللاشعورية لوالديه."

" فبالنسبة لبعض الأمهات يكون الانفصال هدفا تصبون إليه . أمّا البعض الآخر فيعتبرنه لا يطاق و يرمز لهن عن حداد أو خسارات أخرى غير محتملة قد تكبّدن عنها . فتأتي الانفصالات العادية و المتكررة لإنامة أولادهن لتكون صدا لإنفصالات و أشكال رفض سابقة و صادمة" (Ibid,pp.63-299) .

إنّ المشكلة بالنسبة لأم تقوم بإنامة ابنها هي أن تقوم بالفعل الأساسي المتمثل في الانفصال . ففي كل مرحلة من مراحل النمو نجد وجها من أوجه مشكل الانفصال و التفرد بين الأم و ابنها . و النوم ما هو إلا انعكاس لهذه السيرورة . و لتحمل الانفصال يجب أن يحس الفرد أنّه آمن بشكل كاف و ذلك من جهة الرضيع و الأم كذلك.

أقام Poterne des A. Guedeney & L. Kreisler دراسة في مستشفى Peupliers بفرنسا . مسّت 28 رضيع من 0 إلى 18 شهرا . تهدف لمعرفة خصائص النوم عند الرضيع و علاقته ببعض الاضطرابات لدى الأم . بالإضافة لدراسة مميزات تفاعل هؤلاء الرّضع مع أمهدهم . استعملا للتحقق من ذلك: مقابلة عيادية . و مقابلات مصورة بالفيديو، و استبيان للأمهات يملأ من طرف العاملين بالمصحة العاملين بالمصحة ، و استبيان آخر يرسل إلى الوالدين عام بعد ذلك . و خلصت الدراسة إلى أنّ: 50 بالمائة من العينة لديها اضطرابات سيكوسوماتية أخرى مرافقة لاضطراب النوم . و ترافقت اضطرابات النوم لدى 11 رضيع باكتئاب الأم . و استنتجا أنّ الاكتئاب يعرقل توافق الأحاسيس بين الأم والرضيع . مما يؤدي للتقليل من قدرة الأم على التكيف مع التوظيف العلائقي لابنها و فهم إيقاع النوم . (Guedeney A. & L. Kreisler L., 1887, pp. 307-312)

ومن أجل معرفة علاقة اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأم و اضطرابات النوم عند الرضيع، قامت H. Hiscock & M. Wake بدراسة عينة متكونة من 738 رضيع سنهم من 6 إلى 12 شهر بمدينة ميلبورن في أستراليا . و توصلا إلى النتائج التالية : 86 بالمائة من أمهات الرّضع المضطربين في النوم سجلن نتيجة في مقياس الاكتئاب أكثر من 10 درجات . (Hiscock H. & Wake M., 2001, pp. 1317-1322)

أمّا Daws (1989) فقد بيّنت من خلال دراساتها الإكلينيكية كيف أنّ التعلّق المتناقض ومشاكل قلق الانفصال يرتبطان بصعوبات النوم عند الرضيع . و قد وجد كل من Benoit & al (1992) أنّ هناك علاقة وطيدة بين اضطرابات النوم عند الرضيع و ذكريات و تجارب التعلّق غير الآمن للأمهات، و ذلك باستعمال مقابلة تعلّق الراشد (AAI). و صرّح ساديه و أندرس (1993) أنّ مشاكل الانفصال عند الوالدين و الرضيع هي من أكثر العوامل انتشارا في تزايد صعوبات حل مشاكل النوم . (Ibid, p. 451)

واقترحت Edna O'shaughnessy أنّ الغياب هو شرط طبيعي و هام . و الذي في حالة عدم حدوثه يؤدي إلى انصهار تام مضر بالهوية المنفردة لكل فرد .و بذلك فالرضيع المحبط و الذي يبكي و يحس نفسه مهمل من طرف الثدي السيئ الغائب لا يستطيع النوم . أمّا الرضيع الهادئ يتذكر و يتوقع الثدي الحسن الغائب،و يستطيع أن يندرج إلى النوم تحت هذه الأفكار . حيث تؤكد Klein أنّ ذكرى الأوقات السعيدة تساعد الطفل على تخطي الإحباط لأنها تعد برجوع الأوقات السعيدة.و يرى و ينيكوت أنّ الأم الجيدة بالكفاية هي التي تتأقلم بسهولة مع احتياجات الطفل. و يتناقص هذا التأقلم بالتدرج كلما زادت قدرة الطفل على مواجهة خلل في هذا التأقلم و تحمل نتائج الإحباط .

(Daws D.,1999,pp.163-215)

و عندما يصعب القيام بالانفصال الليلي فإننا نجد هذه الصعوبة على الأم و الطفل على السواء . لأنّ هذا الانفصال العادي يكون مليء بالحداد و الخسارات غير المحتملة .

و تكون التساؤلات كالتالي :

1-ما مدى مساهمة الاكتئاب لدى الأم و التعلّق لديها و درجة التعلّق لدى الرضيع في التنبؤ باضطرابات النوم لدى الرضيع ؟

2-هل هناك علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و درجة التعلّق لدى الرضيع ؟

3-هل هناك علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم عند الرضيع ؟

4-هل هناك علاقة بين أنماط التعلّق لدى الأم و درجة التعلّق لدى الرضيع ؟

5-هل هناك علاقة بين أنماط التعلّق لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع ؟

6-ما هي طبيعة أنماط التعلّق لدى الأمهات اللاتي تعانين من الاكتئاب ؟

7-ما مستوى التعلّق لدى الرضع اللذين لديهم اضطرابات في النوم مقارنة بغير المضطربين ؟

8- هل أغلبية الأمهات المكتئبات و اللاتي لديهن تعلق غير آمن لديهن رضع يعانون من اضطرابات في النوم ؟

9- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات و ذلك حسب بعض المتغيرات كأنماط التعلق لديهن و درجة التعلق لدى رضعهن و تواجد اضطرابات نوم لديهم و جنس و رتبة الطفل و سنه و سن الأم و المستوى التعليمي لها و عملها و الحالة العائلية لديها؟

10- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و اللاتي ليس لديهن تعلق آمن و ذلك حسب بعض المتغيرات كدرجة الاكتئاب لديهن و مستوى التعلق لدى رضعهن و تواجد اضطرابات نوم لدى رضعهن و جنس و رتبة الطفل و سنه و سن الأم و المستوى التعليمي لها و عملها و الحالة العائلية لديها ؟

11- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الرضع اللذين لديهم اضطرابات نوم و الرضع غير المضطربين في النوم و ذلك حسب بعض المتغيرات كدرجة التعلق لديهم و تواجد اضطرابات سيكوسوماتية مرافقة لدى الطفل و جنسه و رتبته و سنه و سن الأم و المستوى التعليمي لها و عملها و الحالة العائلية لديها؟

الفرضيات :

- 1-تساهم الدرجات المرتفعة من الاكتئاب لدى الأم و نمط التعلق غير الآمن لديها و الدرجات المنخفضة من التعلق لدى الرضيع في التنبؤ باضطرابات النوم لديه.
- 2- يفترض أنّ هناك علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع.
- 3- يفترض أنّ هناك علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم عند الرضيع .
- 4-يفترض أنّ هناك علاقة بين أنماط التعلق لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع .
- 5- يفترض أنّ هناك علاقة بين أنماط التعلق لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع .
- 6-يفترض أن يكون هناك أنماط من التعلق غير الآمن لدى الأمهات المكتئبات .
- 7-يفترض أن يكون هناك مستوى متدني من التعلق لدى الرضع اللذين لديهم اضطرابات في النوم مقارنة بغير المضطربين .
- 8-يفترض أنّ أغلبية الأمهات المكتئبات و اللاتي لديهن تعلق غير آمن لديهن رضع يعانون من اضطرابات في النوم .
- 9- يفترض أنّ هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات و ذلك حسب بعض المتغيرات كنوعية التعلق لديهن و درجة التعلق لدى رضعهن و تواجد اضطرابات نوم لديهم و جنس و رتبة الطفل و سن الطفل و سن الأم و المستوى التعليمي لها و عمل الأم و الحالة العائلية لديها.
- 10- يفترض أنّ هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و اللاتي ليس لديهن تعلق آمن و ذلك حسب بعض المتغيرات كدرجة الاكتئاب لديهن و مستوى التعلق لدى رضعهن و تواجد اضطرابات نوم لدى رضعهن و الجنس و رتبة الطفل و سن

الطفل وسن الأم والمستوى التعليمي لها وعمل الأم والحالة العائلية لديها.

11- يفترض أنّ هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الرّضع اللذين لديهم اضطرابات نوم و الرّضع غير المضطربين في النوم و ذلك حسب بعض المتغيرات كدرجة التعلّق لديهم و تواجد اضطرابات سيكوسوماتية مرافقة لديه و جنسه و رتبته و سنه و سن الأم والمستوى التعليمي لها وعملها و الحالة العائلية لديها.

4- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة :

4-1- تعريف التعلّق :

أ- التعريف الاصطلاحي :

1- تعريف Violaine Pillet : " يوصف التعلّق أنّه نظام من السلوكات الذي ينشط عندما يحس الطفل أنّه في خطر و عندما تكون صورة التعلّق بعيدة ، و عندما يأمن الطفل يثبط نظام التعلّق و يأخذ مكانه نظام الاستكشاف ". (Pillet V. ,2007,p.10)

2- تعريف Shaver : يعرف Shaver نقلا عن الريماوي التعلّق أنّه :

" علاقة عاطفية حميمية بين شخصين تتصف بالعاطفة المتبادلة و الرغبة في المحافظة على القرب بينهما ."
(الريماوي م. و آخرون ، 2004 ، ص 511)

ب - التعريف الإجرائي لأنماط التعلّق لدى الأم :

نستدل على نمط التعلّق لدى الأم من خلال نتائج الأم في مقياس اليرموك لأنماط تعلّق الراشدين الذي طوره أبو غزال و جرادات في 2009، و المكون من ثلاث أبعاد : نمط التعلّق الآمن (Style Attachment Secure) يظهر هذا النمط إلى أي درجة ينظر الفرد بشكل إيجابي إلى نفسه وإلى الآخرين. نمط التعلّق القلق (Style Attachment Ambivalent –Anxious) يظهر هذا النمط إلى أي درجة ينظر الفرد بشكل سلبي إلى

نفسه وبشكل إيجابي إلى الآخرين . نمط التعلق التجنبي (Style Attachment Avoidant) يظهر هذا النمط إلى أي درجة ينظر الفرد بشكل إيجابي إلى نفسه وبشكل سلبي إلى الآخرين. (أبوغزال م. و جرادات ع.، 2009 ، ص 50)

ج-التعريف الإجرائي لدرجة التعلق لدى الرضيع :

هو النتيجة المعيارية للرضيع في مقياس التعلق للرضيع Q-sort الذي صمم من طرف (Waters et Dean (1985) . و قد كيّف للبيئة العربية الجزائرية من خلال الصيغة الفرنسية للعالم السويسري (1995) Blaise Pierrehumbert من طرف الباحثة .و هو عبارة عن معامل للارتباط محصور بين القيمتين -1 و 1 دال على مستوى التعلق لدى الرضيع .

4-2- اضطرابات النوم عند الرضيع:

أ- التعريف الاصطلاحي لاضطرابات النوم لدى الرضيع :

تعريف ريتشمان : " مشكل الاستيقاظ حادث لـ 5 ليال أو أكثر في الأسبوع و لمدة شهرين أو أكثر، بالإضافة إلى أحد الملاحظات التالية : يأخذ أكثر من 30 دقيقة للخلود إلى النوم . يستيقظ 3مرات أو أكثر في الليلة يستيقظ لأكثر من 20 دقيقة في الليل ينام في سرير الوالدين بسبب اضطراب في النوم وذلك لثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع."

(Morrell J.M.B.,1999,p. 21)

في حين يعرفه De Broca : " نتكلم عن اضطراب نوم أمام صعوبات الخلود إلى النوم .عندما تكون هذه الأخيرة تتكرر لأكثر من 3 مرات في الأسبوع ،مؤدية لصراعات مع المحيط .و أمام استيقاظ ليلي يحتم على الوالدين أن يبقوا مستيقظين لأكثر من 20 دقيقة ،أو استيقاظ مبكر للطفل حوالي الساعة الرابعة أو الخامسة"

(De Broca A.,2009,p. 174)

ب-التعريف الإجرائي لاضطرابات النوم لدى الرضيع :

نعتبر أنّ هناك اضطرابا إذا كان هناك:مشكل استيقاظ ليلي 3 مرات أو أكثر، أو صعوبة في الخلود إلى النوم لأكثر من ساعة، لمدة أكثر من أسبوعين. مرفوق بأحد الملاحظات التالية: صعوبة للخلود إلى النوم لأكثر من 30 دقيقة، الأم تعاني من ذلك، استيقاظ لأكثر من 20 دقيقة، أو ينام في سرير الوالدين نتيجة لاضطراب نومه .

3-4- الاكتئاب لدى الأم:

أ- التعريف الاصطلاحي للاكتئاب :

تعريف وولمان (1973) : هو " مشاعر العجز والضعف وعدم الملاءمة و الحزن ، و الاكتئاب العصابي هو حالة الاكتئاب المفرطة الناشئة عن الصراعات أو التناقضات الداخلية." (بن حسين ع. ،2008،ص12)

تعريف هدى قناوي (1987) " يتميز بأحاسيس ذاتية بالتعاسة الشديدة و خاصة في الصباح ، كما يتميز بتباطؤ عقلي و جسماني و اضطراب شديد يظهر عادة عند الاستيقاظ من النوم مع فقدان الشهية و نقص الوزن و الإمساك ، و فقدان الاهتمام و عدم القدرة على التفكير مع أفكار سوداء . (قناوي هـ . م .،1987،ص84-83)

ب-التعريف الإجرائي للاكتئاب لدى الأم :

و في دراستنا الحالية ، نعتبر أنّ الأم تعاني من اكتئاب إذا سجّلت درجة تساوي 8 نقاط أو أكثر في الصيغة المختصرة لمقياس بيك للاكتئابBDI .

5- أهداف الدراسة :

- ترمي هذه الدراسة إلى الكشف عن بعض العوامل النفسية المتعلقة بالأم ، و التي قد تؤثر على النمو النفسي و الصحي لرضيعها.

- مساعدة الأخصائيين و الأمهات على فهم أوضح من أجل التوصل إلى حلول عملية لتفادي و علاج اضطرابات النوم عند الرضيع المتعلقة بالاكتئاب عند الأم .

الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها

- معرفة العلاقة بين اكتئاب الأم و أنماط التعلق لديها و تواجد اضطرابات في النوم لدى الرضيع و مدى تأثيرها على مستوى التعلق لدى الرضيع .

- إلقاء الضوء على بعض الاضطرابات التي تمس الأم كاضطرابات التعلق و الاكتئاب و التي من شأنها إحداث ضرر بشخصية الطفل خاصة في السنوات الثلاث الأولى .

- التعرف على مستوى التعلق لدى رضع عينة البحث .

- التعرف على أنماط التعلق لدى الأمهات المكتئبات .

- تسليط الضوء على مشكل اضطرابات النوم عند الرضيع كاضطراب سيكوسوماتي، و معرفة بعض الخصائص النفسية له، خاصة في البيئة الجزائرية . نتمكن من خلالها الوصول إلى نتائج علمية تؤكد مدى صحة الفرضيات يتم على ضوءها تقديم اقتراحات و برامج للوقاية و العلاج.

6- أهمية الدراسة :

أ- الأهمية النظرية :

- يعتبر هذا البحث كأول بحث أكاديمي في الجزائر-حسب علمنا- يهتم باضطرابات السيكوسوماتية عند الرضيع من جهة و اضطرابات التعلق لدى الأم من جهة أخرى ، من شأنه أن يفتح المجال إلى توسع أشمل لاضطرابات التفاعل و التعلق أم – رضيع .

- إثراء البحث العلمي من خلال التعرف على خصائص التعلق و اضطرابات النوم لدى الرضيع و تفسير أبعادها و آثارها .

- يمثل هذا البحث إضافة علمية في التراث السيكلوجي لحقل اهتمام حديث ، و هو ميدان التعلق و العلاقة أم – طفل ، و ما ينشأ من اضطرابات في حال اختلالها .

و يعتبر هذا البحث - حسب علمنا - فريد من نوعه ، حيث لم نصادف أية دراسة عربية أو جزائرية لمتغيرات بحثنا . و مقارنته بالدراسات الغربية بالتحقق أن كانت النتائج متشابهة أم لا .

- تعدد المتغيرات المدروسة (أربع متغيرات) زادت من ثراء و تنوع و فائدة هذا البحث العلمي .

ب- الأهمية التطبيقية:

1- تساعد نتائج هذه الدراسة على إظهار أهمية التعلّق في إحداث اضطرابات سيكوسوماتية. و مدى تأثير الصحة النفسية للأم على البناء النفسي للرضيع . و من ثم الاستفادة من نتائج الدراسة في توجيه الوالدين بالدرجة الأولى، و الأخصائيين من أجل الوقاية و العلاج .

- الأهمية العلمية و الفائدة العملية في مجال البحوث الميدانية لتكييف مقياس التعلّق للرضيع Q-sort.

- الأهمية العلمية لاستعمال بعض التقنيات الإحصائية التي هي غاية في التطور . و منها le Q-sorting ، و الانحدار اللوجستي.

- تحويل اهتمام الأخصائيين العياديين إلى نظرية التعلّق و استخدام مبادئها في تعديل أنماط التعلّق كتوجه حديث للعلاج الأسري المبني على نظرية التعلّق.

7- أسباب اختيار الموضوع :

- ميل شخصي للباحثة بكل الموضوعات التي تمسّ مرحلتي الرضاعة و الطفولة .

-قناعة شخصية بأهمية و انعكاسات التفاعل أم - رضيع على النمو النفسي للفرد.

-ندرة الكتب و البحوث العلمية في البيئة العربية و الجزائرية التي تدور حول هذا الموضوع رغم أهميته و معاناة العديد من الأمهات منه.

8- صعوبات البحث :

- التطرّق إلى ميدانين حديثين ألا وهما نظرية التعلّق و الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى الرضيع يعتبر صعبا. و يتطلب وقت كبير للإحاطة بمفاهيمهما، و مما زاد الأمر تعقيدا قلّة المراجع باللغة العربية. و إن وجدت فهي

تخلو من الدقة و الاختصاص، مما جعل منا نلجأ بالدرجة الأولى للمراجع باللغة الأجنبية .

- عدم وجود وسائل قياس مكيفة للبيئة العربية خاصة في موضوع التعلق لدى الرضيع .

- صعوبات تتعلق بتطبيق مقياس التعلق لدى الرضيع الذي يتطلب أكثر من 6 ساعات ملاحظة في البيت ، زد على ذلك طريقة تنقيطه و عملية الفرز تعتبران عمليتان معقدتان تتطلبان الصبر و الدقة .

- من بين الصعوبات التي صادفتنا و جعلت من البحث يتأخر عدّة أشهر عملية تحكيم المقياس من طرف أساتذة جامعيين ، فيوجد من كان رده سريع في حين تطلب منا انتظار أشهر للحصول على تحكيم بعض الأساتذة و هم على العموم كلهم مشكورين على مجهوداتهم .

- صعوبة أساسية تتعلق بترجمة المقالات و الكتب إلى العربية للاستفادة منها . و هي عملية مضيئة و شاقة جدا تطلبت منا وقتا كبيرا، بالإضافة لذلك نظرية التعلق تعتبر نظرية حديثة و لها مصطلحات خاصة منها من لم يترجم إلى العربية، و منها من لم يحدث عليه إجماع في ترجمة موحدة ، مما جعلنا نجتهد و نبحت في أصول معاني اللغة العربية لوضع الترجمة الأنسب للمصطلحات الأساسية في هذه النظرية.

9- الدراسات السابقة :

تعدّ الدراسات السابقة من بين عناصر البحث الأساسية و المنهجية لطرق باب البحث ، علما أنّها تزود الباحث بالعديد من المعطيات ، و النتائج و التناولات المنهجية المختلفة ، سواء على الصعيد النظري أو على الصعيد الميداني ، حيث يحاول الباحث أثناء عرضه للدراسات السابقة أن يبرز مواطن الاتفاق و مواطن الاختلاف في تلك البحوث مع بحثه الحالي مبرزاً قيمة الاستفادة من تلك البحوث السابقة .

إنّ الدراسات التي أجريت عن التعلق و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع

و كذا عن تأثيرات اكتئاب الأم عديدة و ذلك نتيجة الاهتمام المتزايد بحقل التفاعل أم – طفل و أثره على الصحة النفسية للطفل . لكن اقتصر في أكثرها على العالم الغربي ، و تبقى الدراسات في العالم العربي ضئيلة و نادرة . و سنحاول ذكر بعض هذه الدراسات مركزين على الدراسات التي تذكر علاقة متغيرين على الأقل من متغيرات دراستنا .

9-1- الدراسات في العالم الغربي :

9-1-1- دراسة Ouriel Rosenblum ,Phillipe Mazet ,Hervé Bénony

بعنوان " التلاؤم الوجداني بين الرضيع و الأم و علاقته باكتئاب الأم " :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الاختلاف في مظاهر الاكتئاب الأمومي

و التأثيرات المختلفة على سلوك الرضيع ، فاختار الباحثون عينة مكونة من 54 ثنائية (أم – رضيع) منهم 29 أم مكتئبة ، 13 منهم مصنفات في الاكتئاب من النوع متهيج / القلق . و 16 من النوع التبدل العاطفي / البطيء ، و 25 أم غير مكتئبة كعينة ضابطة ، امتدت الدراسة من سنة 1990 إلى سنة 1994 . في مؤسسات الصحة الجوارية بباريس . و قد اعتمد الباحثون في هذه الدراسة على الوسائل التالية :

- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) لقياس الاكتئاب لدى الأم و التعرف على نوعيه .

و - Brunet-Lézine Development Scale لقياس النمو الحسي الحركي و النمو اللغوي و التوافق الحسي الحركي و العلاقات الاجتماعية .

The Strange Situation- لتحديد أنماط التعلق لدى هؤلاء الأطفال .

- The infant's functional disorders ل (1989) Kreisler's لقياس الاضطرابات الوظيفية لدى الرضيع . و هي تقيس الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى الرضيع و اضطرابات النمو . و

Kiddie Infant Affect Profile (KIA, Stern 1989) لقياس التعبيرات الوجدانية لدى الرضيع . و

the Cohn & Campbell Affective Involvement State Scale (AIS: 1990) لقياس التفاعل بين الأم و الطفل من حيث التعبير الوجهي

و الصوتي ، بؤرة التوجه ، الوضعية الجسمية ، و الإيماءات .
فاستخلصوا أنّ أبعاد الاكتئاب الأمومي قد يحدد نوعية التعلّق . فالرّضع للأمهات
مكتئبات من النوع القلق يطورون تعلّقًا " منشغل – مقاوم " . في حين الأطفال للأمهات
مكتئبات من النوع المتباطئ يطورون تعلّقًا متجنبًا . و هم أقل مستوى من المشاركة
و التفاعل الوجداني مع اختلالات في التوافق التفاعلي . و هذا كله يعني أنّ أنماط التفاعل
السابقة تستدخل لتشكل أنماطًا للتعلّق . و قد وجدوا أنّ أطفال الأمهات المكتئبات من ناحية
التعبير الوجدانية هم أقل فرحًا من أطفال الأمهات غير المكتئبات

(Rosenblum O. et al ,1997,pp.350-363)

9-1-2- دراسة **Bretherton I. et al** بعنوان **التعلّق من المنظور الأمومي سنة 1989**:

اهتمت هذه الدراسة بالاطلاع على التعلّق الأمومي عن طريق استعمال the Parent Attachment Interview و ذلك ل 36 أم أعمار رضعهن 25 شهر بكلورادو
بأمريكا . و قد ارتبطت نتائج هذا المقياس بنتائج نوعية التعلّق لدى الرضيع مقاسة في
25 شهر بالوضعية الغريبة و Q-sort . و ارتبطت كذلك بنوعية التعلّق لدى الرضيع في
سن 36 شهر عن طريق مقياس التعلّق لتكملة القصص .
(Bretherton I. et al,1989, pp. 203-221)

9-1-3- دراسة **Morrell J. and Steele H.** عن **دور التعلّق الآمن و المزاج**

و إدراك الأم و سلوك الرعاية في اضطرابات النوم الدائمة لدى الرضيع 2003 :

تفحصت هذه الدراسة بعض العوامل المسببة لاضطرابات النوم لدى الرضيع في
السنتين الأولتين من حياته . حيث طبقت المقاييس التالية : - استمارة عن شدة
اضطرابات النوم عند الرضيع تملؤها الأم ،استبيان اضطرابات النوم لدى الرضيع
Morrell ل The Infant Sleep Questionnaire ، الوضعية الغريبة ، مقاييس

للسند الاجتماعي و أحداث الحياة للأم ، the Dyadic Adjustment Scale لتقييم العلاقة بين الزوجيين و (ICQ Infant Characteristics Questionnaire) لتقييم إدراك الأم في بعدين الرعاية و التسلط و the Parental Interactive Bedtime و Behavior Scale مقياس السلوكيات الوالدية لإنامة الرضيع . و ذلك على عينة لندنية متكونة من 100 ثنائية (أم – رضيع) 40 منهم مصابون باضطرابات النوم 60 أخرى عاديين أي مجموعة ضابطة. و استخلص الباحثان أنّ التعلّق المقاوم المتناقض لدى الرضيع هو الأكثر مساهمة في التنبؤ باضطرابات النوم لدى الرضيع . و من بين العوامل التي وجد أنّ لها دلالة واضحة في عوامل اضطرابات النوم هي : الإدراك الأمومي الخاطئ لاحتياجات الرضيع ، و كذا لوضع حدود له، المزاج الصعب لديه ، الاكتئاب و القلق لدى الأم ، و بعض سلوكيات الرعاية لدى الأم المتضمن المواسة الجسدية النشطة (الملاطفة و التقبيل ، تقاسم فراش النوم ، التغذية) .

(Morrell J. and Steele H.,2003, pp. 447–468)

4-1-9- دراسة Coyl D.D. et al بعنوان الضغوط ، اكتئاب الأم و التفاعلات السلبية بين الأم و الرضيع و علاقتها بتعلّق الرضيع :

قاموا بدراسة عينة متكونة من 169 ثنائية (أم – رضيع) بأمريكا ، مستعملين مقياس التعلّق للرضيع Q-sort المسجل من طرف الأمهات . و مقياس Stressful events ومقياس للاكتئاب (CES-D; Radloff, 1977) و مقياس مؤشر الضغط الوالدي the Parenting Stress Index/Short Form و مقياس التفاعلات السلبية . (PSI/SF, Abidin, 1990)

فوجدوا أنّ اكتئاب الأم و التفاعلات السلبية أثرت بشكل مباشر على التعلّق الآمن لدى الرضيع . (Coyl D.D. et al , 2002 pp.145-163)

9-1-5- دراسة Kumar R.CH. بلندن عن المرض العقلي لدى الأم و علاقته بالاضطرابات الحادة في التعلق أم - طفل :

قامت 44 أم متطوعة ، عانت ولو مرة من مرض عقلي في ما بعد الولادة (الاكتئاب) بإعطاء تقارير مفصلة عن مشاعرهم عن قلّة الحنان تجاه أولادهم قد يصل إلى الكره و الرفض و الإهمال و وساوس قهرية مفاجئة عن إيذائه . و كانت تظهر هذه المشاعر مباشرة بعد الولادة أو بعدها بقليل و تدوم لأشهر . و هنا تسمى اضطرابات التعلق الأمومي. و خلصت دراسته أنّ مرض عقلي في فترة ما بعد الولادة و الولادة العسرة هي من بين العوامل الهامة المؤدية للاضطراب تعلق الأم نحو رضيعها .

(Kumar R.Ch.,2001,pp.47-75)

9-1-6- دراسة Gaffan E.A. و C.Martin بعنوان تأثير الاكتئاب الأمومي المبكر على أنماط التعلق الرضيع - دراسة تحليلية تجميعية- :

قامت الباحثتان بمقارنة 7 دراسات أمريكية و انجليزية التي قارنت مجموعات من الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.و قاسوا تعلق رضعهن تحت 3 سنوات باستعمال الوضعية الغربية . فأظهرت الدراسة التجميعية التحليلية عند انتزاع أحد الدراسات السبع أنّ الأمهات المكتئبات يقل بدلالة احصائية واضحة لدى رضعهن التعلق الآمن ، في حين أن النمطين المتجنب و غير المنتظم هم الأكثر تمييزا لرضعهن . في حين كان النمط الأكثر تواجدا هو التعلق غير المنتظم .

(Gaffan E.A et C.Martin , 2000, pp.737-746)

9-1-7- دراسة Antoine Guedeney & Léon Kreisler 1987 :

أقيمت هذه الدراسة في مستشفى Poterne des Peupliers بفرنسا . و قد مست 28 رضيع من 0 إلى 18 شهرا . و تهدف الدراسة لمعرفة خصائص النوم عند الرضيع و علاقته ببعض الاضطرابات لدى الأم. بالإضافة لدراسة مميزات تفاعل هؤلاء الرضع مع أمهدهم . و قد استعملا للتحقق من ذلك: مقابلة عيادية . و مقابلات مصورة بالفيديو ،

و استبيان للأمهات يملأ من طرف العاملين بالمصحة ، و استبيان آخر يرسل إلى الوالدين عام بعد ذلك . و خلصت الدراسة إلى أن 50 بالمائة من العينة لديهم اضطرابات سيكوسوماتية أخرى مرافقة لاضطراب النوم . و قد وجد أن 11 من 28 رضيع ترافقت اضطراباته للنوم مع اكتئاب الأم. و 19 من 28 رضيع تعلقت اضطرابات النوم بمشاكل و انشغالات للأم . و ارتبطت زيادة استثارة الأم للرضيع و الاهتمامات الفوبية باضطراب النوم للرضيع بنسبة 67.8 بالمائة . و قد وجد أن 50 بالمائة من الأمهات تستعملن الأدوية المنومة و 92.85 بالمائة منهم لم يعطي هذا الحل أية نتيجة.

و 50 بالمائة يستعملن تقاسم الفراش كحل، و 14.28 بالمائة تستعملن جولات السيارة لإنامة الرضيع . (Guedeney A. & Kreisler L.,1887.pp. 307-312)

9-1-8- دراسة 2001 H Hiscock, M Wake :

من أجل معرفة علاقة اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأم و اضطرابات النوم عند الرضيع، قامت الباحثتين بدراسة عينة ن = 738 منهم من 6 إلى 12 شهر ، بمدينة ميلبورن في أستراليا . و استعملتا من أجل ذلك تقرير الأم عن اضطراب النوم لدى رضعهن و مقياس إدنبرغ لاكتئاب ما بعد الولادة . و توصلتا إلى النتائج التالية : 46 بالمائة من الرضع يعانون من اضطرابات النوم. و 86 بالمائة من الأمهات سجلن نتيجة في مقياس الاكتئاب أكثر من 10 درجات .

(Hiscock H.& Wake M., 2001,pp. 1317-1322)

9-1-9- دراسة 2006 Sonia Merigeaud & François Dumel :

أقيمت هذه الدراسة بمدينة بوزونسون الفرنسية . على عينة تعدداها 92 طفلا سنهم من 4 إلى 42 شهر، و استعملتا استبيان خاص بعادات النوم و الوضع العائلي و مقياس الاكتئاب WHO-5 . و قد عرفا اضطراب النوم عند الرضيع باضطراب الخلود إلى النوم أو استيقاظ ليلي أو قيلولة مرفوضة بالإضافة إلى طفل تعب أثناء النهار ، أو الأم تعتبر أنّ رضيعها يعاني من اضطراب نوم أو سلوك صعب للطفل . و قد وجد أنّ

اضطراب النوم تعلق باكتئاب الأم و اضطراب النوم عندها و مشكل الصحة عند الرضيع و فراق الوالدين و تقاسم فراش النوم. و يكبر خطر إصابة الرضيع باضطرابات نوم إذا فاق سن الأم 32 سنة. (Merigeaud S. & Dumel F., 2006, pp. 1-24)

9-2- الدراسات في العالم العربي :

9-2-1- دراسة بورويس ياسين بعنوان نوعية التعلق الأمومي و النسق العائلي للمراهق المصاب بالربو (2009):

في إطار مذكرة ماجستير تخصص علم النفس العيادي قام بورويس بدراسة عيادية لأربع حالات بثانويات بمدينة جيجل بالجزائر . عن طريق مقارنة نفسو-جسدية حاول معرفة نوعية التعلق لدى المراهقين الجسميين ، فاستعمل مقابلة عيادية ، و مقياس إدراك الروابط الوالدية parental bonding instrument PBI و مقياس التعلق للراشدين AAS المصمم من طرف Kobac نموذج (1990) Simpson بعد ترجمته فوجد أنّ نمط التعلق الغالب في هذه المجموعة هو التعلق غير الآمن . أي الاضطرابات البسيكوسوماتية (الربو) ارتبطت ارتباطا وثيقا بالتعلق غير الآمن .

(Bourouias Y. ,2009,pp.1-198)

9-2-2- دراسة L. Zaghdoudi et al بعنوان : العلاقة بين أنماط التعلق ، إدراك السند الاجتماعي و الاكتئاب :

قام الدارسون بمقارنة 80 فرد مكتئب ب 80 آخر من غير المكتئبين، و ذلك بالعاصمة التونسية سنة 2007. و استخدموا في تشخيص الاكتئاب DSM 4 بالإضافة إلى l'échelle de depression de Hamilton, أي مقياس الاكتئاب لهاملتن و le questionnaire de perception des relations sociales de Bartholomew et Horowitz الذي يميز بين الأنماط الأربعة للتعلق. و استبيان السند الاجتماعي لسارزان (SSQ6) le questionnaire de soutien social de Sarason

الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها

الذي يقيس أهمية السند الاجتماعي و مدى الرضا عنه . النتائج أظهرت اختلاف دالا إحصائيا بين عينة الدراسة و العينة الضابطة في التعلّق الآمن (56 بالمائة من الآمنين لدى العينة الضابطة مقابل 29 بالمائة في عينة الدراسة) . و وجد أنّ هناك ارتباط دال موجب بين التعلّق الآمن و التوافر الأمومي و الرضى الاجتماعي . و منه الأفراد المكتئبين يتميزون بتعلّق غير آمن و سند اجتماعي ضعيف .

(Zaghdoudi L. et al ,2009,pp.657-661)

إنّ الدراسات التي تناولت متغير اضطرابات النوم قليلة جدا أو نادرة في العالم العربي ، حيث سجلت أربع دراسات فقط في اضطرابات النوم عند الراشد و المسن :دراسة أحمد عبد الخالق و مايسة النيال 1992 ،و دراسة خالق عبد الغني 1998 ، و دراسة أحمد عبد الخالق 2001 ،و دراسة محمد حسن غانم 2002 .
(غانم م.ح، 2002، ص. 68)

أمّا الدراسات التي اهتمت بهذه الاضطرابات عند الرضيع فهي منعدمة، و لعل الدراسة الحالية تعتبر رائدة في العالم العربي تبحث في هذا المتغير.
أمّا الدراسات التي تناولت متغير الاكتئاب لدى الأم خاصة من ناحية انتشاره و العوامل المتعلقة به و الخصوصية الثقافية لهذه الشعوب العربية، فقد تعددت بداية من الإمارات العربية المتحدة سنة 1997 و سنة 2006 ، إلى لبنان سنة 2002 ، ثم المغرب في سنة 2005، و تونس في سنة 2008، و لم تسجل – حسب علمنا - أي دراسة بالجزائر عن هذا الموضوع .

10- تعقيب على الدراسات السابقة :

إنّ المعرفة العلمية تراكمية ، لذا فإنّ إطلاعنا على أدبيات و الدراسات السابقة في موضوع بحثنا من الأهمية بما كان ، إذ أنّه وجهنا لنقاط القصور و القوة في البحوث السابقة ، و أرشدنا و ساعدنا على توضيح و بلورة إشكالية بحثنا و فرضياتها الإجرائية ، كما أنّ العينة و خصائصها و أدوات البحث سيقت بالنظر لما انتهج في هذه الدراسات .

الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها

في حين كانت نتائجها تؤكد بالدليل و البرهان المنحى الذي ننتهجه و تعزز و تدعم فرضيات دراستنا أكثر.

الفصل الثاني نظرية التعلق

1. تمهيد.
2. مفهوم التعلق
3. الأسس النظرية للتعلق.
4. الجذور الأولى للتعلق
5. التعلق و الأمومة
6. أساسياتها
7. نمو التعلق
8. اضطراب التعلق
9. التطبيقات العلاجية في التعلق و الصحة النفسية
10. حدود النظرية و انتقاداتها
11. خلاصة الفصل

تمهيد :

وضعت الدراسات الأيثلوجية و الدراسات النفسية الميدانية عن الحرمان الأمومي والانفصال حجر الأساس في نشأة تيار جديد ، يحو أية شكوك تراودنا عن الأهمية الكبرى للعلاقة الحميمة التي تنشأ فطريا بين الطفل و أمه في تحديد معالم الشخصية و تطبيعتها، والتي يستمد منها الطفل أسس التوافق و الصحة النفسية. هذا التيار الذي أخذ مشاربه من النظرية التحليلية و الإيثلوجية و بقيادة جون بولبي أسس لنظرية جديدة تدعى نظرية التعلق.

و في هذا الفصل سنتطرق لأهم معالمها .

1- مفهوم التعلق :

1-1-تعريف التعلق لغة :

عرّف التعلق في معجم المعاني الجامع " على أنه مصدر أو اسم من فعل تعلق ، و تعني التشبث و الإمساك أو الصلّة." (عمر أ.م . ، 2008 ، ص.1538)

تعود الأصول اللغوية لكلمة التعلق باللغة الأجنبية إلى القرن 13 . و هي مستوحاة من الفعل attacher الذي كان البديل للفعل estachler في الفرنسية القديمة . و يعني ربط و كذلك ربط في وتد (Bell L. et al ,1996 , p.5) .

1-2- تعريف التعلق اصطلاحا :

أدرج بولبي لأول مرة مصطلح التعلق في مقاله " طبيعة صلة التعلق " سنة 1958. و قد تبنى هذا المصطلح على أنه الحاجة الأولية ، الفطرية والمحددة بيولوجيا لأجل أن تضمن حياة الإنسان . و بذلك أعلن انشقاقه عن فرضية فرويد القائلة بأنّ الرضيع يرتبط بأمه لأنها تشبع حاجاته الغذائية ، حينما نقل النظرية الإيثلوجية من الحيوان للإنسان . و ربط هذا التعلق بالحاجة الغريزية و الفطرية للاتصال الاجتماعي، فالإنسان بطبعه اجتماعي و تبنى و تتشكل شخصيته من خلال العلاقات التي يقيمها مع الأشخاص الذين يحيطون به. فيسعى فطريا منذ ولادته ، للتقارب مع أمه أو أي صورة تعلق أخرى (في حال عدم وجود

الفصل الثاني: نظرية التعلق

الأم فتكون صورة التعلق الأولى الأب أو الحاضن). باحثا عن الحماية و الأمن كلما تنشطت أنظمة التعلق إثر الخوف ، القلق ، الجوع ، المرض ، التعب ، الانفصال أو الخشية من الانفصال . هذا ما يوفر الهدف الأسمى الذي تأثر به بولبي عن قراءاته من داروين و هو سلامة النوع .

و حسب بولبي فالتعلق هو " كل أشكال السلوك الناتج عن فرد يتحصل ويحتفظ بالتقارب مع فرد آخر ، الذي يميزه و يفضله عن الآخرين و يعتبره عادة كأكثر قوة و أكثر حكمة . " (Bowlby J.,1977,p.203)

من جهتها ماري اينسورث تصف التعلق " كصلة اجتماعية و عاطفية تنسج بين الطفل و الشخص الذي يعتني به. هذه الصلة تدوم خلال الزمان و المكان (continuum) ، فالتعلق صلة عاطفية دائمة و متميزة بميل الطفل عن البحث عن الأمن و الاطمئنان تجاه صورة محددة أثناء فترات الشدة."

(Ainsworth. M et Wittig. B.A, 1969, p. 53)

توفر صورة التعلق للفرد قاعدة آمنة نفسية و جسدية لاكتشاف المحيط و التحكم فيه، و تنظيم انفعالاتهم ، و التخفيف من شدتها إن كانت في درجة كبيرة من الخطورة، و التمرن على الحياة مع الآخرين. فالتعلق يحافظ على التوازن بين الاكتشاف و التقارب. حيث يرى بولبي (1980) "أنّ الوظائف الثلاث لعلاقة التعلق هي البحث عن التقارب ، عن القاعدة الآمنة و عن الاحتماء الآمن" (Corpataux N. 2006 .p.9)

يبدأ التعلق منذ الحمل و يتأسس على مدار الثلاث السنوات الأولى من الحياة و تطبع نوعية العلاقة الأولى شكل و طريقة تكوين علاقاته الاجتماعية مدى الحياة . و هو من الأهمية بما كان في نمو الطفل و يبقى محدد هام في حياة الراشد مدى الحياة .

2- الأسس النظرية للتعلق :

بالنسبة لAntoine Guedeney (2002) يظهر مفهوم التعلق في القرن العشرين كمفهوم أساسي في علم النفس و علم النفس المرضي خصوصا حيث يقول: "نشأ مفهوم التعلق من خلال عنفوان الانفصال و الحرمان العاطفي ، و في مفترق الطرق بين التحليل النفسي و الايثولوجيا و العلوم المعرفية و المعلوماتية و الملاحظة و إعادة البناء و السرد . القليل من النظريات كان لها مثل هذا التأثير، و مثل هذه القدرة على استثارة البحوث ، و مثل هذه القدرة التنبؤية على الاتجاهات الكبرى للسلوك الاجتماعي و العلائقي للطفل ، و مثل هذه القوة في شرح الظواهر المنتقلة بين الأجيال، و مثل هذه القدرة على إعادة تنظيم مفهوم علم النفس المرضي، و مثل هذه الديناميكية التطورية ."

(Guedeney N. & Guedeney A. ,2002 ,p.12)

وانطلاقا من هذه الأهمية التي اكتسبها التعلق كمظهر مؤثر وفعال من مظاهر النمو الانفعالي والاجتماعي، تعددت النظريات التي حاولت تغطية وشرح جذور نموه، ومنها:

2-1- النظرية التحليلية:

بالنسبة لهذه النظرية الطفل يتعلق بأمه لأنها تغذيه. فالأولية هنا وضعت للطاقة الجنسية أو ما يعرف بالليبيدو عموما (المحرك الأساسي). حيث أننا لا نجد لعلاقة مع الموضوع بمنأى عن الدوافع الجنسية التي يكون موضوعها الأنا أو موضوع خارجي . و ذلك حينما تكلم فرويد عن النرجسية الأولية و الثانوية (و هذا نلاحظه في كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" سنة 1920 "). و قد أشار إلى القلق المرتبط بالانفصال كبداية للعلاقة بالموضوع في كتابه "الكف و العرض و القلق" سنة 1926 . فغياب الموضوع هو الذي يفضي إلى وجوده النفسي (التمثيل) كما هي المقولة الشهيرة " الثدي ينشأ من غياب الثدي" . و لم يتكلم عن العلاقة بالأم صريحا إلا سنة 1938 . حينما وصف هذه الصلة " كفريدة من نوعها ، لا نظير لها ، دائمة ، أول و أقوى موضوع حب ، و نموذج للعلاقات الغرامية اللاحقة لكل من الجنسين . " (Guedeney A.,2003.p.40)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

كما اهتم بالجانب الباطني للنفس (intrapsychique) على حساب الجانب العلائقي (interpersonnel). عكس بولبي الذي يرى أنّ الإنسان يبحث عن الموضوع قبل اللذة . فالأولوية للعلاقة ، و الموضوع بالنسبة للتعلق هو موضوع حقيقي موافق لحاجة مبرمجة مسبقا بيولوجيا .

و قد انتقد بولبي النظرية التحليلية من حيث مبالغتها في تقدير الأخطار الداخلية دون التهديدات الخارجية . و التطرق لنمو الشخصية من خلال "مراحل " خطية يتخللها النكوص الذي يعكس المعاناة النفسية بدلا من ذلك ، فبالنسبة لبولبي فهناك عدّة مسارات للنمو متاحة، اعتمادا على النتيجة النهائية للتفاعل بين الكائن الحي وبيئته . فالطفل في مسار نموه له استعداد لتكوين تعلّقات، و طبيعة هذه التعلّقات تعود للبيئة التي يتعرض لها الطفل.

حيث كتب بولبي سنة 1980 " أعطى التحليل النفسي وزنا للوظيفة الداخلية للعقل البشري ، والتعرّف على الوضع الخاص للعلاقات الحميمة لدى الإنسان، ولكن الأسس النفسية التي استندت إليها آيلة للزوال و عائقا لها، خاصة حينما ركزت على المنهج التبعي للأحداث الماضية " (Fonagy P., 2001, p. 76)

في بداية الستينيات ، عارض العديد من المحللين النفسانيين بولبي إثر نشره لأبحاثه في مقال : " *Psychanalytical study of the Child* " (1960) . فقد اعتبروا نظرية التعلق كآلية و غير ديناميكية . اختزلت الفكر الإتيولوجي إلى مجرد الانفصال الفيزيولوجي، و معاملة البشر كالحويان ، و افتقار قدرتها التفسيرية . و من جهته، عبر بولبي مرارا عن أساه نحو الميتابسيكولوجي.

و يرى Fonagy أن المنظور النمائي التكويني و المنظور البنائي و التكيفي قد أخذوا بعين الإعتبار من طرف بولبي في حين قد همش وجهة النظر الاقتصادية و الديناميكية للحياة النفسية . (Gallien E., 2006, pp.41-42)

و قد كان لعدّة أعمال و دراسات تحليلية خاصة فيما يتعلق بالنظرية التحليلية للعلاقة بالموضوع الأثر الكبير في توجيه بولبي للاهتمام بهذه الصلة التي تنشأ بين الأم و ابنها .

الفصل الثاني: نظرية التعلق

فقد وضعت (1957) Mélanie Klein اللبنة الأساسية للبحوث التي تهتم بالعلاقة بالموضوع ، و أدخلت مفهوم الثدي السيئ و الثدي الجيد ، لكن بقيت وفية لفرويد حيث أنها كانت تنظر للعلاقة مع الثدي ، وليس الأم . و انحصرت دراساتها للصلة في الجانب الهوامي متخلية بذلك عن الواقع .(Milijkovitch R. ,2001 , p.32)

و قد عرّف (1959) Wilfred Bion العلاقة في كتابه " Attaque contre les liens كمزيج من مكانزمين دفاعيين موحدين : التقمص الإسقاطي (identification projective) أثناء الاتصال "sens ce que je sens." و يقابلها استجابة من الأم تقمص استخدالي (identification introjective) التي تخفف من معاناة الطفل. (Moral M. , 2002 ,p. 97)

و يطرح بيون مسلمة وجود وظيفة أطلق عليها الوظيفة ألفا ، كوظيفة ارتباط رمزي للانطباعات الحسية و الإحساسات العاطفية الأكثر بدائية. " هذه الوظيفة تقوم بها الأم . و تلعب دورا هاما في تأسيس القدرة على التفكير لدى الرضيع . فتلتقط الأم الأحاسيس العنيفة لدى الرضيع و تحولها إلى أحاسيس أقل عنفا. يقدر على استبدالها دون أن يكون هناك خطر عليه. و تستعمل الأم لذلك قدرتها التخيلية و هذا ما سماه بيون « la capacité de rêverie » و هي تشكل بذلك حاجز عبور مكوّن من العناصر ألفا التي تفصل الهوامات و الأحاسيس الداخلية عن الإدراكات الخارجية (wikipedia , 2015)

و كان لـ (1965) Donald Winnicott تصورا لمفهوم العلاقة مماثل لتصور بيون، الذي تكون فيه العلاقة أم- طفل خالية من الصراع . و خلافا عن سيغموند فرويد و ميلاني كلاين اللذين يريان في الألم و الإحباط قيمة بنائية للذات، فوينكوت يرى أنّ التوازن النفسي يكون في العلاقة الخالية من الإحباط. (Moral M. , 2002 ,p. 97)

و قد ابتعد عن اهتمامات كلاين بهوامات الرضيع ، و اقترح الاهتمام بالواقع المعاش للرضيع و علاقته مع أمه. و اقترح مفاهيم عدّة منها ' الأم الجيدة بالكفاية ' (mère suffisamment bonne) ومفاهيم (Holding) و (Handling) و الرعاية (care) التي اشتق منها بولبي كلمة caregiver أي مقدم الرعاية .

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

و طوّر (1975) Donald Meltzer مفهوم التقمص المتلاصق (adhésive) الذي يعرفه كميكانزم أولي لاستثمار السطح الجسدي للموضوع ، و مهياً للعلاقة معه . و درس (1971) José Bleger منطلقاً من مفاهيم التكافل (symbiose) و التوفيق (synchrétisme) العلاقات داخل الجماعات . و بيّن أنّ التوافق كميزة فردية و جماعية هو حالة من اللاتمايز اللاشعوري الذي يختلف عن التفاعل .

استوحى (1998) Robert Viry أفكاره من مفاهيم لاكان . و فرق بين الصلات الأفقية (الحب ، الزواج ، و الأخوة) و العمودية (صلات النسل) . في حين عرف Alberto Eiguer (1987, 1998) العلاقة كاجتماع لاستثمارين متبادلين و متزامنين فكل طرف يسقط على الصلة التصورات اللاشعورية للمواضيع المستدخلة و علاقاتها . (Moral M. , 2002 ,p. 97)

و استحدث Michael Balint تسمية الحب الأولي (l'amour primaire) الذي لا يمكن أن يتأتى إلا من برمجة فطري . (Missonier S.,2007, p.13) وهكذا نلاحظ كيف أنّ الفكرة اقتربت من الحاجة الأولية الفطرية التي سماها بولبي التعلّق .

و قد أعطى (بالنت) مصطلحين هامين هما عبارة عن اضطرابات للتعلّق هما l'ocnophile و philobate . الأول ليس له أيّ حرّية بالنسبة لموضوع تعلّقه، يلتصق به، و يخاف و لا يأمن الابتعاد عنه. و هو مؤسس على التقارب الجسدي . أمّا الثاني فليس له تعلّق بموضوع محدد (Boutrolle M.,2002,p.55)

و كتب Ian Dishart Suttie (1935-1898) سنة 1935 كتاب بعنوان " أصول الحب و الكراهية " . يرى فيه أنّ الرضيع يسعى من البداية للتعلّق بأمه . و أنّ الصحة النفسية المستقبلية له تتحدد بالنجاح أو الإخفاق في هذه العلاقة الأولى . و اقترح أنّ الحاجة للمودة هي حاجة أولية للطفل غير مؤسسة على الجوع أو أي إشباع مادي آخر مثل الليبيدو . (Wikipédia,2015)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و يؤمن Imre Hermann (من المدرسة المجرية لفرنزي) بالغريزة الأساسية للتشبث بالأم (instinct primaire d'agrippement) وذلك من خلال ملاحظته للقردة .

أمّا البريطاني Ronald Fairbairn فقد كان من بين من وضع مقدمات مفهوم العلاقة بالموضوع. و حسب زعمه فالشبق الذاتي يعود إلى النزعات الغريزية المسماة " الشهوية (appétitives) . في حين حب الآخر يرجع للنزعات المسماة بالتفاعلية . و في سنوات الخمسين، اقترح فايربيرن أنّ الإنسان " من طبعه البحث عن الموضوع عوض البحث عن اللذة " . (Widlocher D.,2000,p.14)

وأدت نكسات الحرب العالمية الثانية إلى الاهتمام المتزايد للصلة أم -الطفل، و لنتائج الحرمان العاطفي المبكر. و قد وضعت Dorothy Burlingham et Anna Freud (1942-1944) حجر الأساس في هذا المنحى من خلال دراستهما لأثار الانفصال المبكر في حضانات Hampstead التي أسست نتيجة القصف على لندن .

في حين قام René Spitz بمعية Katherine Wolf (1964) بملاحظة 123 رضيع سنهم يتراوح بين 12 و 18 شهر لأمهات عازبات في السجن. فاكثفا إصابة رضيعن بأعراض الاكتئاب و كانت فكرة مستحدثة أنا ذاك . و وصف الاكتئاب الأتكالي الخوري (anaclitique) عند أطفال كانوا على علاقة عادية مع الأم، ثم فصلوا عن أمهدهم لمدة 6 أشهر أو أكثر ، و في حال طال الانفصال فأنها تتحول إلى حالة أكثر شدة ما يسمى بداء المصححات (hospitalisme)، وهذا خاصة في عدم وجود أم بديلة. و باستعماله للمنهج العلمي المؤسس على الملاحظة أسس سبيتز لمفهوم آخر حول علم النفس المرضي للرضيع يدور حول ميدان التفاعل. (Spitz R.A. ,1968,pp.207-220)

أمّا في فرنسا فقام كل من Myriam David, Geneviève Appel et Jenny Aubery (1950) بملاحظات مماثلة عن رضع تعرضوا للانفصال مع أمهدهم منذ الولادة، و وضعوا في مؤسسات الرعاية. (Gallien E.,2006,p.8)

2-2- النظرية الإيثولوجية الأخلاقية:

تعرف الإيثولوجيا " على أنها دراسة سلوك الحيوان في وسطه الطبيعي " (Montagner H., 2006,p.8) وامتدت بعد ذلك إلى دراسة السلوك الإنساني .
و قد اقترح الألماني Heinroth سنة 1910 مصطلح Prägung أي البصمة أو الطابع لكي يصف الظاهرة التي تأخذ فيها فراخ العصافير غير المعششة nidifuge (التي لا تبقى في عشها) في الساعات التالية للفقس بصمة مميزات أمهدها (و ذلك بتتبعها في تحركاتها) ، و في نفس الوقت بصمة نوعها. (Guedeny A. ,2002,pp.103-108)

في سنة 1942 طور Herman بعون Robert Hinde نظريته عن الحاجة الأولية للتشبث بالأم عند القردة . (Genet C,2007,p.5)

مع نهاية الخمسينات ، قام الأمريكي هاري هارلو Harry F. Harlow بملاحظة سلوكات أطفال القردة الماكاك ريزوس . فقد الكثير منهم جراء أمراض تعفننية . فقرر عزلهم عن الأم ساعات بعد ولادتهم ، فوجد أنّ رضع القردة اللذين لديهم غطاء في قفصهم لهم مدة حياة أطول عن الرضع الموجودون في قفص خال ، فقرر إخضاعهم إلى تجارب.

(Harlow H.F,1958,pp.673-685)

حيث أنّ صغير الماكاك الذي يتواجد في قفص خالي لا يعيش أكثر من أسبوع واحد . فقام بتفريق 8 قرده عن أمهدهم. و وضعهم في أقفاص مع أمين بديلتين، واحدة من الخشب فوقها الإسفنج و القطن مع وجه دائري و عينين كبيرتين و بداخلها ضوء يصدر الحرارة ، و الأخرى عبارة عن مجموعة من الخيوط حديدية فقط لكنها تحوي وجهها . و الاثنان بهم رضاعة حليب فلاحظ أنّ القردة يلتصقون بالأولى من 16 إلى 18 ساعة في اليوم . و عندما يتعرضون لوضعية غريبة يلتصقون بها ، و بعد مدة يستطيعون أن يستعملوا هذه الأم البديلة كقاعدة للاستكشاف. (Guedeny A.,Op.cit ,p.104)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و في تجربة أخرى، قام هارلو بمقارنة أربعة رضع لقردة تربو مع أمهات بديلات (المجموعة الضابطة) مع أربعة آخرين بقوا بدون أم على الإطلاق لمدة 8 أشهر . في وقت لاحق، عندما يوفر لمجموعة الدراسة أم بديلة، تقضي القردة وقتاً أقل مع أمهذهام مقارنة بتلك التي تمت تربيتها مع الأمهات البديلات، وكانت أقل اطمئناناً في اختبار الميدان المفتوح. وخلص هارلو أنّ حرمان القردة من الاتصال الجسدي بأمهذهم في الأشهر الثمانية الأولى يظهر بوضوح التأثير على قدرة هؤلاء الرضع القردة على تطوير نمط كامل وطبيعي من العاطفة. (Harlow H.,1959,p. 74).

ثم حلل رضع القردة اللذين يوضعون في وضعية غريبة، أو في ميدان مفتوح به أشياء قد تثير فضولهم. فلاحظ أنّهم في البداية يلتصقون بالأم البديلة للطمأننة، ثم يغامرون بعد ذلك في الاستكشاف. و بالعكس القردة التي تربت مع أم بأسلاك فولاذية تلتصق بأرجلها مرعوبة، و لا تقدر أبداً الابتعاد لأجل الاكتشاف بمفردها. و وفقاً لهارلو فسلوكاتهم تشبه لحد بعيد السلوك التوحدي الذي غالباً ما نجده عند الأطفال المهملين في أو خارج المؤسسات. (Vicedo M. , 2010,p.3)

نشر هارلو نتائج تجاربه في مقال له سنة 1958 بعنوان « the nature of love » حيث سلط الضوء على الدور الأساسي للتعلق من خلال الاتصال اللمسي و الطمأننة في نمو صغير الريزوس، و من أجل الحد من تخوفاته تجاه الوضعيات الغريبة . و الصورة التالية تعبر عن أحد تجارب هاري هارلو الشهيرة .



(Harlow, 1959,p. 76)

صورة رقم 1 : رضيع قرد الريزوس مع أم بديلة بقماش و أخرى بأسلاك

الفصل الثاني: نظرية التعلق

برهن أيضا أنّ الإناث " الأيتام " من القرود جراء تجارب من العزل التام عن أمهذهن ، لا تعير اهتماما للجنس الذكري الذي يقدم لها. و في حال أصبحن أمهات (تلقيح اصطناعي)، تتجاهل أطفالهن و تعنفهم وتهاجمهم و إن لم تراقبن فقد تقتلهم.

(Lambert N. et Lotstra F. ,2005,p.85)

عمل النمساوي (Konrad Lorenz (1903-1989) تلميذ هينيروث و صاحب جائزة نوبل في الفيزيولوجيا و الطب لسنة 1973 على آليات البصمة. و برهن أنّ هذه الظاهرة موجودة عند أنواع أخرى، خاصة الثدييات. و يعتبر سلوك تتبع الأم كسلوك فطري . حيث قام بتجربته الشهيرة عن الإوز الرمادي التي عندما تفس تتبع أي شيء يتحرك .

(Gallien E.,2006,p.7)

و نتيجة لذلك يميل الإوز في الرشد لتفضيل الأفراد الذين ينتمون إلى نفس نوع بصمة الأم، و هذا في حال التقارب الجنسي. و تتشكل البصمة عند البط بين 12 و 24 ساعة الأولى من الولادة. و قد لاحظ كل من (karsh et Turner (1987) تواجد البصمة الثنائية. فمثلا: عند صغار القطط نلاحظ وجود بصمة الأم في 3 أسابيع الأولى، ثم بصمة الإنسان في الأربع أسابيع اللاحقة . و علاقته بالإنسان تتعلّق أساسا بنوعية البصمة التي يأخذها من أمه في البداية . ففي حال رفض أو ترك من الأم في الفترة الحرجة ،يصعب عليه التعلّق بالإنسان .

أظهر أيضا (Fuller (1967) أنّ الكلاب المرباة في عزلة تامة، لا تشكل تعلّقا لا بالكلاب و لا بالإنسان. و بالتالي فالعلاقة العاطفية الأولى تحدد العلاقات اللاحقة التي تنشأ بين الصغير و وسطه. و عندما تكون هذه العلاقة غير قوية أو سطحية فبقية العلاقات اللاحقة تتأثر. و بالنسبة لبولبي فإنّ خلل التعلّق في السنوات الثلاث الأولى، يكون أساسا للاتوافق و عدم القدرة على تكوين علاقات عاطفية مع الآخرين. و قد قلّصها (Sroufe (1978) إلى السنة الأولى (Montagner H., 2006,pp.22-26).

عند الإنسان لا يمكننا التكلم عن البصمة ، لكن يصطلح عليها الفترة الحساسة أو

المرحلة sensible (Genet C.,2007,p.5).

في 1959 عقد المؤتمر 21 للتحليل النفسي تحت عنوان "الإيتيولوجيا و التحليل النفسي". (Guedeny A.,2002 ,p.104)

من خلال نتائج هذه البحوث تساءل النفسانيون و منهم بولبي : - بما أنّ الحيوان موجه منذ الولادة نحو الآخر نحو ما هو اجتماعي (socius)، هل يوجد الشيء نفسه مسجل عند الطفل في تجهيزاته البيولوجية؟ فقد كان الاعتقاد أنّ الحاجة للآخر هي حاجة ثانوية. فهل هي حاجة أولية لدى الإنسان مثل الحيوان؟ بالنسبة لبولبي نظرية التعلق تأخذ قوتها و صدقها من أنواع أخرى قريبة من الإنسان .

يرى زازو (Zazzo et al. 1979) أنّ "الفرضية التي تحتمها هذه الملاحظات هي عكس فرضيات فرويد. الذي يرى أنّ الليبيدو (النزعة الجنسية) هي التي تقود بالتدرج للحب، الذي ما هو في الأخير إلا وسيلة للوصول للذّة. أمّا في المنظور الجديد، فبالنسبة للحيوانات الراقية و الإنسان فالحب هو الأصل قبل الجنس. و يحظر هذا الحب (الذي يضمن الثقة و الحماية) للجنس لدى الإنسان و لمقدماته و لإنجازاته و لأشكال أخرى من الحب "

(Lambert N. et Lotstra F. ,2005,p.85)

و منه التعلق ليس ظاهرة إنسانية فقط بما أنّ خصائص التعلق طبقت على عدّة حيوانات منها : القردة و نلاحظها في أربع من سلوكيات التعلق مثل المص ، الالتصاق ، البكاء ، التتبع ، و الخامس يخص الإنسان هو الابتسام .

2-3- النظرية التطورية :

أسس Charles Darwin (1882-1809) للنظرية التطورية أين تلعب الملاحظة دورا لا يستهان به. و نشر في 1859 كتاب "sur l'origine de l' espèce" بيّن فيه أنّ كل نوع له طريقته الخاصة في فهم العالم من خلال تجهيزه الجيني و الإدراكي .

(Genet C.,2007,p.2)

تشير Miljkovitch إلى أنّ تأثير داروين على بولبي يكمن في مفهوم النظام السلوكي للتعلق. إذ يقوم الطفل بسلوكيات تعلق فطرية التي من شأنها جلب اهتمام الأم أو لاحقا تتبعها .

الفصل الثاني: نظرية التعلق

هذه المخططات تتغير بسرعة كبيرة بحيث يكيف الطفل من استجاباته للرعاية التي يقدمها له
مواضيع تعلقه (Miljkovitch ,2004, p. 132)

و يقترح بولبي أنّ العديد من الأنواع الحيوانية تتوفر على نظام سلوكي يسمح لها
بالحفاظ على حياتها. و بذلك يقوم الأطفال بمجموعة من السلوكيات عندما يكونون في حالة
خطر أو ضائقة (البكاء مثلا) التي تهدف للاقتراب الآمن من الراشد . فرغبة الطفل أن
يكون قريبا من الراشد هي إذا محددة بيولوجيا"

(Lacombe M. et Bell L. 2006,p12)

و كان يرى أنّ الطبيعة الاجتماعية للإنسان قد تكون نتاج وطأة الانتقاء الطبيعي .
فسلوك التعلق لدى الراشد يخدم وظيفة تطورية. حيث يرى بيتر فوناجي Fonagy أنّ
التعلق يعزّز من نمو هذه القدرة الأساسية على العيش و التكيف. و تتأى القيمة التكيفية
للتعلق من خلال القدرة على التصور الذهني. أي القدرة على إضفاء معنى على الحدث كي
يستجيب بطريقة متكيفة و مناسبة. (Guedeny A.,2002 ,p106)

فالتعلق له فائدة انتقائية ، فبالفعل التقارب من الراشدين الذين يوفران الحماية يفيد في
مواجهة أخطار البيئة .

4-2- النروبيولوجيا :

اهتمت الدراسات البسيكوفيزيولوجية للتعلق بثلاث ميادين هامة هي : الجهاز
العصبي المستقل ، و نشاط محور السرير البصري النخامي الكضري ، و دور العوامل
الوراثية الفطرية في إرساء التعلق . و سنتطرق لها هنا بنوع من الإسهاب .

فقد تكلم بولبي مطولا عن تأثير التعلق في الجهاز العصبي سنة 1940 في مقاله المعنون

"The influence of early environment in the development"
of neurosis and neurotic character »

الفصل الثاني: نظرية التعلق

حيث أظهرت عدّة دراسات عند الحيوان و عند الطفل الصغير، أنّ الاتصال المبكر يبطن الأم يؤدي إلى التقليل السريع من نشاط المحور النخامي، و مستوى يقظة النظام العصبي السمباتي، و يؤدي لتغيرات فيزيولوجية أخرى مرتبطة عادة بالتهدئة .

(Guedeny A.,2002 ,p.107)

بيّن كذلك الدكتور Gunnar من جامعة منيسوتا، أنّ الأطفال الذين تحصلوا على رعاية مستمرة و دافئة و مليئة بالود في نهاية السنة الأولى ينتجون القليل من الكورتزول (الهرمون المسؤول عن الاستجابة للشدة النفسية الذي يعطل النمو).

(St-Antoine M.,1999,p. 18)

و قد وجد أنّ بيبتدين يلعبان دوراً محورياً كهرمون و كناقل عصبي هما : الفاسوبرسين و الأوسيتوسين *la vasopressine et l'ocytocine*. يؤثران في المقام الأول على نظامين رئيسيين في تطور الأنواع : مسار الخوف و مسار اللذة. فمن وجهة نظر عصبية، التعلق هو نتاج التفاعلات المعقدة بين عدّة نواقل عصبية و هرمونات تقع تحت تأثير القسر الوراثي و البيئي. فالنزعة إلى المعاشرة الاجتماعية و الموانسة هي واحدة من الوظائف الفسيولوجية الأساسية لضمان بقاء النوع مثلها مثل دوافع الجوع و العطش، و الجنس ، و العدوان، و الخوف من الحيوانات المفترسة. و قد بين ليم و آخرون (Lim et al., 2005) أنّ الفئران التي لا تتوفر على جين الأوسيتوسين تخضع لفقدان الذاكرة الاجتماعية. (Lambert N. et Lotstra F. ,2005,pp.84-92)

تشكل الأوسيتوسين القاعدة البيولوجية للسلوكات الأمومية أثناء الحمل و ما بعد الولادة . و تدّعم العمليات المعرفية التي تنظم الرابطة *bonding* لدى البشر . كما أنّها تلعب دوراً في التحضير للتقارب الأمومي و الالتزام بالرعاية . و تسهل تأسيس التفضيل و التعبير عن السلوكيات الأمومية كالنطق و الرؤية و الاتصال و درجة التنسيق مع حالة التأهب لدى الرضيع. فضلاً عن العمليات العقلية مثل: التركيز الحصري و التدقيق المتكرر و حالة المتعة النفسية .

وقد وجد أنّ الاتصال اللمسي للوالدين بالأطفال مرتبط بنسبة الأوسيتوسين في اللعب

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و البلازما . و لوحظ أنّ هذه العلاقات تختلف بين الأم و الأب . فنسبة الأوسيتوسين الأمومي مرتبطة فقط بالعلاقات الودية. عكس الآباء التي ترتبط بالاتصال المبني على التنبيه و التنشيط .

و من بين الفعاليات التي تلعبها الأوسيتوسين حسب (Kirsch 2005) على نوعية الصلة أم – طفل لدى الإنسان نجد أنّها مسؤولة على تعديل مسارات العواطف المركبة و السلوكيات الاجتماعية . و وجد (Debiec 2005) أنّها تشجع التفاعل الاجتماعي و التهدئة و تعزز إدماج التجارب الانفعالية. مما يحفز على تكوين الروابط الاجتماعية . و تحسن من قراءة العواطف . و تكف من اللوزتين الدماغيتين التي تتدخلان في الكشف عن منبهات الخطر مع التقليل من القلق و ردود فعل الهلع و الغضب الدفاعية. بالإضافة لئنها تلعب دورا في تعديل استجابات الشدة النفسية في المحور المهادي الصنوبري الكورتيكو كضري l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien. مع التقليل من ردود الفعل للشدة النفسية. فربطها (Insel 2003) بالتهدئة. مما يساعد الثدييات على التخفيض من الشدة النفسية المتعلقة بالولادة و ما بعد الولادة. و تسهل من التقارب أكثر من التجنب. و بيّن (Leckman, et al. 2005) أنّها متصلة بنظام المكافأة و المتعة و ذلك بسبب التفاعل مع الجهاز الدوباميني و المواد الأفيونية الذاتية .

(Guédénéy N. ,2012 ,pp.16-17)

بعض الأنواع من الأمزجة قد تجعل من الأفراد معرضين بصفة خاصة للحساسية للشدة النفسية المتعلقة بعلاقات مبكرة لا يمكن التنبؤ بها أو معادية مع مقدمي الرعاية. (Marshall P.J. et Fox N.A.,2005 , pp. 495-498) و على السواء ففي غياب مقدم الرعاية الجيد يصبح بعض الأطفال عرضة لظهور اضطرابات التعلق .

(Prior V. et Glaser D.,2006 ,p.219)

لقد قيست هذه الاستجابات الفيزيولوجية في اختبار الوضعية الغريبة ، و بينت أنّ لنوعية الرعاية أثر على نمو الأجهزة النرولوجية لتنظيم الشدة النفسية .

(Fox N.A, Hane A.A. , 2008 , pp. 811-820)

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

تم ربط الجناح من الجين DRD2 الذي يشارك في تكوين مستقبلات الدوبامين بالتعلّق القلق، في حين يرتبط الجين HT2A-5 المتعلّق بمستقبلات السيروتونين بالتعلّق التجنبي. وهذا يشير إلى أنّ تأثير رعاية الأم على التعلّق الآمن ليست هي نفسها بالنسبة للجميع .

(Belsky J. et Rovine M.J.,1988, pp. 159-163)

تشارك المكونات النفسية و الاجتماعية و البيولوجية في اللقاءات الحميمة. و كل مستوى من هذه المستويات يضيف حصته من الشرح لهذه الظاهرة. بالنسبة للميكانيزمات البيولوجية للتعلّق فإننا نجد أنّنا عندما ننجذب إلى شخص ما فجسمنا يفرز الفينيل إيتيلامين. (La phenyl ethylamine) الهرمون الذي له دور الإحساس بالبهجة و النشوة. و تأثيره ليس دائما فالعضوية تألفه . فتعوضه بمادة الأندورفين l'endorphine التي تعزّز الشعور بالأمن و الهدوء. و هذه المادة تشارك في نمو التعلّق على المدى الطويل.

(Carraud L. et al, 2008, p.482)

2-5- علم الأنظمة (La cybernétique) :

هو علم الأنظمة ذات التنسيق الذاتي، الذي يركّز على المكونات وتفاعلاتها على السواء، ويأخذ في المقام الأول السلوك العام . فهو نمذجة للعلاقة بين عناصر نظام، عن طريق دراسة المعلومة ومبادئ التفاعل. و حسب Norbert Wiener هذا العلم يدرس حصريا تبادل المعلومة. (Wikipedia ,2015)

إنّنا نجد أنّ بولبي تأثر بآراء بياجى عن الفكر لدى الطفل ، في حين توجه المنظرون الحاليون في نظرية التعلّق إلى الدراسات المعاصرة عن المعرفة و الذاكرة العرضية و التصورات الاجتماعية . محللون نفسانيون و مختصون نفسانيون مثل Peter Fonagy و Mary Target حاولوا تقريب نظرية التعلّق و التحليل النفسي من مفاهيم معرفية مثل مفهوم العقلنة . و هي قدرة الأفراد على التصرّ بنوع من الدقّة أيّ أفكار أو مشاعر أو نوايا تقبع وراء سلوكات دقيقة مثل التعبير الوجهي .

(Fonagy, P. et Target, M ,2006, pp.544-550)

3- الجذور الأولى لنظرية التعلق :

ليس هناك من شك أنّ النمو النفسي الاجتماعي ، و تكوين العلاقات الاجتماعية كان محل اهتمام الكثير من العلماء على غرار Wallon, Spitz, Erikson et Bowlby . فبالنسبة لهم أسس شخصية الراشد تتكون من خلال التنشئة الاجتماعية للطفل . و سنتكلم عن بعض الشخصيات الهامة التي طبعت الدراسات عن نظرية التعلق ، منذ بداياتها و حتى العصر الراهن .

1-3-جون بولبي (1907-1990) John Bowlby:

ولد بولبي سنة 1907 بلندن. وهو الابن الرابع لعائلة ميسورة الحال. فوالده كان الطبيب الملكي للملك ادوارد VII. و هو رابع طفل في مجموعة من 6 إخوة. و قد رعته مربية العائلة لمدة أربع سنوات الأولى من حياته. فأمه لم يكن يراها سوى ساعة في اليوم. و كان رحيل هذه المربية كارثي بالنسبة له. و في سن السبع سنوات أرسلته عائلته إلى مدرسة داخلية. (Gallien E., 2006, p.10)

و في 1929 أنهى دراسته في الطب العقلي اختصاص الطفولة. و عمل في مدرسة الأطفال غير المتوافقين . أين اهتم بالعلاقة بين الاضطرابات السلوكية و تاريخ هؤلاء الأطفال . و قد حددت تجربته مع طفلين من هذه المدرسة اهتماماته المستقبلية . واحد منهما كان مراهق منعزل و متجنب و حساس، حيث طرد من مدرسته السابقة بسبب حادثة سرقة، و لم تكن له أم مستقرة . أمّا الثاني، فكان ولد قلق في سن السابعة، و كان يتتبع بولبي كظله ، ممّا دفع بولبي للتخصص بعلم النفس الطفولة (Bretherton I., 1992, p. 760).

و قد خضع للتحليل النفسي سنة 1929 تحت يد Joan Riviere. و التي دامت سبعة سنوات. (Ibedem)

في 1938 قام بتحليل نفسي لطفل كانت أمه تعاني من الاكتئاب بإشراف من ميلاني كلاين . و قد أثار حفيظته غياب اهتمام هذه الأخيرة بحالة الأم، و إمكانية تدخل حالتها النفسية في اضطرابات الطفل . (Guedeny A., 2002, p.9)

عمل بولبي في سنوات ما قبل الحرب بمستشفى Maudsley . ثم من 1936 إلى 1939 عمل مع وينيكوت في (Child Guidance Clinic) . لينشر سنة 1944 دراسة تتبعية أقيمت في هذا المركز على 44 سارق من الشباب بعنوان « Forty-Four Juveniles Thieves: Their Character and Home-Life »

فقام بمقارنة 44 طفل سارق سنهم بين 6 و 16 سنة، بأخرون لم يرتكبوا جنح سرقة (مجموعة ضابطة) . فوجد في مجموعة الدراسة 14 طفل وصفهم بغير القادرين على إبداء أيّ عاطفة . على خلاف المجموعة الضابطة التي لم يجد فيها هذا النوع من الأطفال، و قد كان 17 طفل تعرضوا لانفصال تام و طويل (أكثر من 6 أشهر) مع أمهاتهم أو أمهات بديلات، أمّا في المجموعة الضابطة فهناك اثنين فقط. (Bowlby J. , 1951, p.38)

و قد لاحظ لدى 14 طفلا المذكورين نقصا في التعبير عن العاطفة ، أو لا يظهران دفا عاطفيا لأيّ كان ،منعزلين، و كل ما تقول لهم و تفعله لأجلهم لا يعطي اختلاف بالنسبة لهم ، و نادرا ما يستجيبون للأطفال أو العقاب . بالإضافة إلى تواجد اضطرابات سلوكية مثل السرقة و الكذب لديهم . (Bowlby J., 1944, pp.24-25)

سنة 1946 توظّف بولبي ب Tavistoc clinic و تحت الرعاية المالية ل Sir Halley Stuart Trust و بمساعدة روبرتسون James et Joyce Robertson قام بولبي بدراسة ممنهجة على مجمل إشكالية تأثير الانفصال عن الأم دون وجود بديل دائم في الطفولة الصغرى ، و نتائجها على النمو اللاحق للطفل . فقد لاحظوا أنّ هؤلاء الأطفال في سن 6 أشهر يعيشون ضيقا شديدا. هذه الاضطرابات كانت ردود فعل من الاحتجاج و اليأس و تلاشي التعلّق . و استخلصوا أنّ فقدان الصورة الأمومية في مرحلة الطفولة الصغرى حدث بالغ الأهمية في تأسيس الشخصية (Gaudreault M ., 1995,p. 25) .

حيث قام روبرتسون و زوجته بعدة أفلام أثرت كثيرا على الرأي العام منها "A Two-year-old goes to Hospital" و "John goes to nursery" و لأطفال آخرين (كيت و دجين و توماس) . ممّا أدى إلى إصلاحات هامة في المستشفيات أثناء علاج الأطفال بالمستشفيات . منها السماح للأُم بالبقاء مع الطفل مدة الاستشفاء .

(Grossmann K. E. et Grossmann K., 1998, p.46)

و يعتبر روبرتسون أول من وصف مسار التكيف المتكون من :

أ- مرحلة الاحتجاج: هذه المرحلة تبدأ منذ الانفصال و قد تدوم لساعات أو أسابيع ، يظهر الطفل فيها ضيقه و يستعمل كل الوسائل لاسترجاع أمه كالبكاء أو الرمي بالذات على الأرض، و رفض مساعدة الآخرين و يتتبع أي مؤشر عن رجوع أمه.

ب-مرحلة اليأس: بكاؤه يصبح رتيب . و يلجا إلى الانطواء و السلبية. و كأنه يعيش حداد عميق.

ت-تلاشي التعلق : يظهر الطفل أنه يستثمر في علاقات أخرى . يتقبل مساعدة الآخرين . ويتجاهل أمه إذا رجعت .

قد يتصرف و كأن الأمومة و الاتصال البشري عموما ليس له معنى. و قد يفقد الطفل أي رد فعل تجاه المحيط . و يتمركز حول ذاته منفصلا عن الأم و المحيط على السواء.

و يلعب وجود الإخوة أو بديل للأم جيد، و سن الطفل ، و طبيعة العلاقة بين الطفل و الأم قبل الانفصال، دورا نافعا في ردود فعل الطفل.(Gaudreault M ., 1995,p.26).

و نتيجة للسجال العلمي الدائر حول آثار الحرب العالمية الثانية و الحرمان العاطفي طلبت منظمة الصحة العالمية من بولبي أن يكتب لها تقريرا عن الوضع .فبعد أن زار الكثير من البلدان الأوروبية و الولايات المتحدة، كتب تقريره الشهير « Maternal care and mental health » سنة 1952. ليظهر فيه آثار الانفصال و الحرمان العاطفي على الطفل، خاصة في السنوات الأولى من حياته. و ذلك عن طريق تجميع و سرد عدّة دراسات سابقة من أهمها دراسة Bakwin و Gesell و Amatruda و دراسة Spitz و دراسة Bowlby. كلها تصب في نفس المنحى. فمن بين نتائج الحرمان وجد نقص في العمر العقلي للطفل و قلّة الاهتمام و الاستجابة ، قلق كبير أمام الغرباء ، قلّة التعابير الوجهية ، قلّة المبادرة ، نمطية حركية ، عدم القدرة على التأقلم مع الوضعيات الجديدة ، تأخر لغوي ، جمود عاطفي ، شحوب ، هدوء عام ، فقدان للشهية ، عدم زيادة في الوزن ، نوم مضطرب .

(Bowlby J. ,1951,pp.17-19)

و قد اعتبر أنه من الضروري أن "يكون للرضيع ثم للطفل الصغير علاقة دافئة حميمية

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و مستمرة مع أمه أو أم بديلة دائمة، كمصدر للإشباع و السعادة." (Bowlby J,1951 ,p. 512).

و في 1953 التقى بولبي ب Konrad Lorenz في جونييف، و زار مخبره السنة اللاحقة ، و التقى كذلك بهاري هارلوا. حيث أظهر اهتمامه بنتائج الدراسات الايتولوجية . في 1958 كتب مقاله « The nature of the child's tie to his mother » أين وضع الأسس الأولى للنظرية (Gallien E., 2006, p.12)

و قد أصدر الثلاثية التي سطرت لنظريته "التعلق" سنة 1969 ، ثم "الانفصال ، القلق و الغضب" سنة 1973 و في 1980 "الفقدان و الحزن و الانفصال".

و عمل بمعينة Colin Parkes سنة 1962 في تافيستوك كليكينك على دراسة استجابات الحداد عند الراشدين. و آخر كتاب لبولبي كان سيرة ذاتية لشارل داروين مما يبين تأثير الفكر التطوري في نظريته عن التعلق ، ليتوفى سنة 1990 . (Gallien E.,2006,p.13)

كان في السابق الحاجة الأولية الوحيدة لحديثي الولادة هي الحاجة إلى الغذاء، (بالإشارة إلى النموذج الفرويدي). و من تلبية هذه الحاجة تنشأ عن طريق الإسناد (ettayage) علاقات تربطه ببيئته . وبالتالي فإنّ الاحتياجات الفسيولوجية هي التي تولد الحاجة للآخرين عاطفياً .

فكتب بولبي أنّ " النظرية الوحيدة الموجودة في هذه الحقبة ترى أنّ الطفل يتعلق بأمه لأنها تغذيه " (Bowlby J., 1986, p.11)

حيث كانت النظرية التحليلية تمجد الرغبات عوض العلاقة . في حين يرى بولبي أنّ الرضيع هو " كائن اجتماعي ينشأ في العلاقة "

(Pierrehumbert in , 2003, Goldbeter Merinfeld E.,2005,p.14)

و حرص على أهمية التعلق للطفل الصغير بفرد ما . مما يشكل له قاعدته الأمانة، و يبني له القاعدة التي من خلالها يقدر أن ينمو و يستقل بذاته . "

(Goldbeter Merinfeld E.,2005,p.14)

و اقترح مجموعة من الأنظمة الفطرية للسلوكات التي تبحث عن العلاقة . و التي تصحح في أهدافها عن طريق استجابة المحيط . فيعرّف سلوك التعلق على أنه : " سلوك فطري يصبو لتقارب الصغير مع أمه و حمايته." (Guedeny A.,2002 ,p.40)

و من بين اللذين وضعوا بصمتهم في نظرية التعلق نجد ماري انسوارث و ماري ماين

2-3- ماري اينسوارث Mary Ainsworth (1913-1999):

بدأت أينسوارث دراساتها في جامعة تورنتو بكندا سنة 1940. و التحقت ببولبي في لندن. و قامت بدراساتها عن السنة الأولى و الثانية من حياة الطفل.

(Reveyrand-Coulon,2007,p.9)

حيث قامت بتحليل بيانات روبرتسون . و في 1954 ذهبت إلى أوغندا ، و أجرت دراسة عن نتائج الانفصال و الفطام . و ذلك بملاحظة 28 رضيع في وسطهم الطبيعي لمدة 9 أشهر. فتوصلت لتصنيف الأطفال من حيث أنهم غير متعلقين بأمهذهم أو متعلقين بشكل آمن أو غير آمن و أصدرت مفهوم القاعدة الآمنة (base sécurisante).

(Gallien E., 2006, p.23)

حيث تعمل صورة التعلق كقاعدة آمنة لاستكشاف العالم المادي والاجتماعي . و لاحظت أنّ هناك فروق فردية كبيرة في الرّضع حول قدرتهم على استخدام أهمهم كقاعدة آمنة. وربطتها بسلوك الأمهات، وفقا لحساسيتهن، ولاستجابتهن لإشارات أطفالهن.

(Reveyrand-Coulon,2007,p.9)

لم ينشر عملها إلا بعد ذلك في 1967 تحت عنوان "Infancy in Uganda" .

و في Baltimore، قامت بملاحظة ل (26 ثنائية أم- طفل لمدة سنة) في وسطهم العائلي . و من خلال الدراستين السابقتين، قننت اختبارا موضوعيا هو "la Strange

» Situation الوضعية الغريبة. التي وصفها لأول مرة في منشور سنة 1969، ثم في كتابها سنة 1978. (Gallien E., Op.cit, p.23).

3-4-ماري ماين Mary MAIN :

أستاذة علم النفس في بركلي بكاليفورنيا. و تلميذة ماري أينسوارث . ساهمت في منعطف تاريخي في نظرية التعلق . فأعمالها لا تهتم حصرا بالبعد السلوكي للتعلق لكن بتمثيلات نماذج التعلق (ما أسماه بولبي بنماذج العمل الداخلية) . و في 1982 بدأت دراستها المتعلقة بأربعين عائلة ذات مستوى اجتماعي متوسط. فتتبع أطفالهم من الولادة إلى سن 6 سنوات مستعملة اختبار قلق الانفصال Separation Anxiety Test. في حين قامت بمقابلات للوالدين. فوجدت مطابقات بين تصنيفات التعلق حسب الوضعية الغريبة و السيرة الذاتية للوالدين. و بهذا قامت بالاستعانة بطاقتها² بإنشاء وسيلة لتقييم تمثيلات التعلق لدى الراشد و أسمتها "مقابلة التعلق للراشدين " The Adult Attachment Interview (AAI). (Gallien E.,2006, p.33)

و من خلال تحليل خطاب الراشدين حددت 4 تصنيفات :

- واحدة تقلل من التعلق.
 - تعبّر عن التعلق من النمط الآمن المستقل.
 - تعبّر عن التعلق من النمط القلق.
 - تعكس تجارب صادمة لم تحل بعد.
- و قد أضافت ماين للتصنيف الثلاثي لأينسوارث للتعلق لدى الرضيع تصنيف آخر. و هو غير المنتظم رامزة له ب D .

و قامت بمعية أينسوارث بتحديد 3 أنواع من الأمهات :

- الأمهات الحساسات و المتكيفات مع أطفالهن. أي تستجبن لاحتياجاتهم، و يثق الأطفال في حضورهن.

² Kaplan et Cassidy

الفصل الثاني: نظرية التعلق

- الأمهات العشوائيات التي لا يمكن التنبؤ بسلوكهن و غير مستقرات.
- الأمهات المتدخلات و المتجمدات.

حيث أننا نجد في الحالتين الأخيرتين أنّ الطفل يخشى الاتصال بالأم. و تصبح الأم مصدر قلق بالنسبة له. و أكدت أنّ التعلق يعتبر سلوكا فطريا يعتمد على المحيط . و بالذات على نوعية التفاعل الموجود بين الطفل و الأم . (Reveyrand-Coulon,2007,p.10)

و من بين تلامذة اينسوارث نجد(1970) Silvia Bell التي فحصت العلاقة بين ديمومة الموضوع و التعلق . (1974) Mary Blehar أجرت أول دراسة عن التعلق و الرعاية غير الأمومية. (1977) Alicia Lieberman تفحصت التعلق و العلاقات بين جماعة الرفاق في التحضيري. و من بين الأطروحات التي أشرفت عليها أينسوارث في ميدان التعلق نجد: (1972, 1977) Robert Marvin الذي كتب عن الشراكة للهدف المصحح (goal-corrected partnership) ، و درست (1972) Milton Kotelchuck التعلق الأبوي ، في حين اهتم (1980) Mark Cummings بالتعلق و الرعاية اليومية. و حلّل (1979) Mark Greenberg التعلق لدى الأطفال الصم . و وثقت Everett Waters (1978) لاستقرار أنماط التعلق، و بالاشتراك مع Alan Sroufe كتب مخطوط هام جعل من التعلق مفهوم تنظيمي متاح لجمهور كبير. و بدأت الدراسات عن العلاقات بين الراشدين في 1970 مع دراسات (1970; Parkes, 1972; Bowlby & Parkes)، و عن الحداد عند الراشدين و الانفصال الزوجي بفضل أعمال (1973, 1977) Weiss. و أحدث كل من Shaver and Hazan (1988) تجديدا في هذا الموضوع . و لنظرية التعلق دور لا يستهان به في إثراء شعبة الاضطرابات النفسية للنمو.³ و بفضل دراسات طويلة عن العائلات المكتنبة⁴ . و العائلات التي بها تاريخ سوء معاملة⁵ . و التدخل العيادي للعائلات التي لها سند اجتماعي منخفض⁶.

³ (Sroufe, 1988)

⁴ (Radke-Yarrow, Cummings, Kuczinsky, & Chapman, 1985)

⁵ (e.g., Cicchetti & Barnett, 1991; Crittenden, 1983; Schneider-Rosen, Braunwald Carlson, & Cicchetti, 1985)

⁶ (Lieberman & Pawl, 1988; Spieker & Booth, 1988)

و المشاكل السلوكية لدى الأطفال.⁷ (Bretherton I.,1992 ,p.768).

و من بين الدراسات الهامة :

4-3-دراسة مينسوتا 1970 : Alan Sroufe et Evrett Waters :

قاما العالمان بدراسة تأثير التعلق الآمن على نمو الطفل . و اتبعوا عينة من الرضع حتى سن الشباب من الطبقة الاجتماعية المتوسطة . و طبقوا الوضعية الغريبة في سن 12 ثم 18 شهر، فوجدوا استقرار لأنماط التعلق يصل إلى 96 بالمائة. و في سن 24 شهر وجدوا أنّ الأطفال اللذين لديهم تعلق آمن كانوا أكثر ايجابية متعاونين و متحمسين في اللعب مع أمهدهم .

5-3- دراسة Alan Sroufe et Byron Egeland :

عند دراستهم لعينة من الطبقات المعوّزة ، طبقت على أطفالهم الوضعية الغريبة في سن العام . و أعيد تطبيقها بعد 5 سنوات في التحضيري ، وجدا أنّ الأطفال اللذين كان لهم تعلق آمن في العام الأول هم اجتماعيين أكثر من الآخرين ، يجيدون طلب المساعدة و لديهم تقدير ذات جيد عن أنفسهم ، على عكس الأطفال اللذين كان لديهم تعلق قلق من النوع ألتجنبي ، فكانوا يسخرون من الآخرين، و يصعب عليهم التعبير عن المشاعر المؤلمة. أمّا الأطفال ذو التعلق غير الآمن المقاوم فيظهرون انشغالهم الكبير بذواتهم أكثر من الآخرين . عادة ما يكونون هدفا لعدوان الآخرين. و في 1996 وضع ألان سروف تصورا جديدا لنظرية التعلق من حيث تنظيم المشاعر. فالأفراد اللذين لديهم تعلق آمن و اللذين استدخلوا قدرات للتنظيم الذاتي معتدلة يختلفون عن الأفراد اللذين اظهروا مبكرا تنظيم عاطفي متدني (تجنبي) أو تنظيم عاطفي مرتفع (مقاوم) .

و عملت Inge Bretherton الكثير عن آلية التمثيل (نماذج العمل الداخلية ، مفهوم البرمجة ، وسائل التقييم مثل اختبار تكملة القصة) . في 1987 قامت بدراسة مقارنة لنظرية التعلق و نظرية التفرّد و الانفصال و نظرية الصلّة أم - رضيع التي عرضها سترن .

⁷ Greenberg & Speltz, 1988)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

في ألمانيا ركز كل من Karin et Klaus Grossmann على أهمية التعلق في نمو الطفل، و على تأثير الشدة النفسية . و أحداث الحياة السلبية على التعلق الآمن . و قاما بدراستين طوليتين عن النمو الاجتماعي و العاطفي لأطفال أسر ذات الوالدين .

و قيّم الباحثان تجارب الأطفال في مجالات التعلق والاستكشاف في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة ، مع الأب و كذا الأم ، حيث أظهر تتبع عيّنة صغيرة نسبيا من 38 شاب في 10 ثم 16 ثم 22 سنة . أنّ نوعية خطابهم بشأن علاقتهم الحالية بشريكهم يتنبأ بها بشكل كبير من خلال حساسية الأم . و الكيفية التي من خلالها وضعت أهمية للتعلق فيقول " الأمر المذهل في هذه النتائج أنّ الحساسية الأمومية تجاه الرضيع في سنته الأولى، لوحدها قادرة على التنبؤ بشكل دال على نوعية الخطاب المتعلق بعلاقاته مع الشريك في سن 22 سنة "

(Grossmann K.E., Grossmann K., 1988, pp. 44-68).

و بفضل تسجيل العوامل الفيزيولوجية (الإيقاع القلبي) في الوضعية الغريبة ، أظهر Spangler (1993) أنّ الأطفال غير الآمنين – المتجنبيين يظهران إشارات استجابة انفعالية قوية إثر الانفصال، أكثر مما هو عند بقية الأطفال فلا يبحثون عن الطمأنة لدى صورة التعلق. و هذا لا يعني أنّ تعلقهم متدني ، لكن هو عبارة عن كف (دفاعي) لسلوكات التعلق. و من جهة أخرى أظهر نفس العلماء وجود نسب من الكورتيزول المفرز في اللعب بنسب كبيرة جدا عند الأطفال من النوع (غير المنتظم المرتبك désorienté بعد اختبار الوضعية الغريبة. ممّا يشير إلى وجود وضع من الاستنفار المتواصل عند هؤلاء الأطفال رغم وجود أمهدهم .(Spangler G. et Grossmann K. E., 1993, p.1439)

3- دراسة Marinus Van Ijzendoorn هولندا :

قام بالعديد من الدراسات التحليلية التجميعية (ميتاأنايز) . منها التي قام بها في 1992، تجمع 18 دراسة تشير إلى أنّ هناك اتفاق بنسبة 70 بالمائة بين تصنيفات التعلق لدى الأم

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و الطفل. و قد أعطي دورا سببيا " للحساسية الوالدية " في تنمية التعلق الآمن. أي القدرة على إدراك وتفسير إشارات تعلق الأطفال بشكل صحيح والاستجابة بسرعة وبشكل مناسب. و قد دعا إلى وضع سياسات لتشجيع حساسية الوالدين خلال مرحلة الطفولة المبكرة.

(Van IJzendoorn M.H.,1992 , pp.850-858)

و عملت Karlen Lyons-Ruth على التعلق غير المنتظم و الاضطرابات النفسية في الطفولة . فتكلم فوناجي عن نموذجها المسمى "diathèse relationnelle" الاستهداف ألعائقي الذي يعتبر شرح ذا منحى تحليلي للسلوكات و المحتويات العقلية للأطفال ذوي التعلق غير المنتظم . فبالنسبة لها هناك عاملين هامين في تواجد هذا النوع من التعلق : خطورة الصدمة و نوعية التعلق. (Gallien E., 2006, p.64).

و في بداية السبعينيات تكلم Didier Anzieu من خلال الملتقى الذي نظمه René Zazzo ، عن أهمية الاتصال الجسدي لدى الطفل بالنسبة لنموه الاجتماعي و طور مفهوم " الأنا الجلدي " «le moi-peau» .

و قام (Golse(1990 في كتابه " L'épiderme nomade et la peau psychique" باعتبار غريزة التعلق كـ " انجاز غرائزي غير مجنس مستقل عن استثمار المناطق الشبكية . متوسط بين غرائز المحافظة على الذات و الغرائز الجنسية ". و مفهوم غريزة التعلق يفتح حسبه على منظورين : - الجعل من التعلق حلقة وصل بين نظرية الغرائز و نظرية العلاقة بالموضوع – إعادة دمج نظرية التعلق في نظرية الإسناد.

عرّف (Fonagy et Target(1995 مفهوم الوظيفة الانعكاسية « fonction réflexive على أنها أساسية لفهم التطور الفردي للكائن الإنساني. و هي نوع من القدرة على التعرّف و التوافق مع عواطف الطفل. و تظهر على شكل ما يسميه دانييل سترن Daniel Stern (1989) بالانسجام العاطفي « accordage affectif »

و قد بينت كذلك دراسات Le Camus على أنّ لأب دور في التأمين النفسي للطفل من حيث الحثّ على الجرأة و استكشاف العالم المادي. (Gallien E.,2006, pp.49-51).

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

و أعطى Peter Fonagy في كتابه " التحليل النفسي و التعلّق " مواجهة جدلية بين المفاهيم التحليلية. و نماذج النظرية التعلّقية . و يقترح أنّه آن الأوان لدفن وقت الحرب ، و النظر للعلاج النفسي من منظور تكاملي بين أغوار و أعماق النفس البشرية و العلائقية و قد كان لكل من Karlen Lyons-Ruth, Morris Eagles, Jeremy Holmes, Arietta Slade, Alicia Lieberman دور في تكاثف التحليل النفسي المتفتح على نظرية التعلّق المتشربة بمفاهيم العلوم العصبية. و قام Blaise Pierrehumbert في لوزان بدور فعّال في تعديل عدّة مقاييس للفرنسية. في حين قامت Raphaële Miljkovitch من جامعة باريس بدراسة و نشر الوعي عن انتقال نماذج التعلّق و أخطائها . و أهتم Jean Le Camus من جامعة تولوز بدراسة التعلّق بين الأطفال و آبائهم . و من جهتهم الباريسيين Antoine Guedeney و Nicole Guedeney قاما بتطبيق النظرية في الطب العقلي للأطفال. و استحدثنا شهادة جامعية تعالج نظرية التعلّق على الخصوص . (Missonnier S.,2007 ,p p.12-14)

و في سنة 1993 طوّر Jermy holmes أوّل نموذج علاجي مستوحى من نظرية التعلّق. (Guedeny A.,2002 ,p.40).

أمّا عن الدراسات العربية فإنّنا نجد دراسة أبو غزال معاوية و جرادات عبد الكريم سنة 2009 تحت عنوان " أنماط تعلّق الراشدين و علاقتها بتقدير الذات و الشعور بالوحدة " حيث طورا مقياسا للتعلّق أسمياه " مقياس اليرموك لأنماط التعلّق الراشدين " (أبو غزال م. و جرادات ع. ،2009، ص. 1)

وقد طبق كذلك هذا المقياس على 475 طالبا و طالبة بجامعة الحسين بن طلال بالأردن في دراسة قام بها أحمد العلوان بعنوان " الذكاء الانفعالي و علاقته بالمهارات الاجتماعية و أنماط التعلّق لدى طلبة الجامعة في ضوء متغيري التخصص و النوع الاجتماعي" (العلوان أ. ، 2011 ، ص. 1)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

أمّا رباب عبد الغني فقد درست " أنماط التعلق و علاقتها بالرضا عن الحياة و أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى عينة من الزوجات في منتصف العمر بمدينة مكة المكرمة و جدة " مطبقة مقياس التعلق للراشدين لبيرنن و آخرون (1998) (عبد الغني ر.، 2009 ، ص.1)

في حين تكونت عينة خولة عبد الكريم السعيدة من 92 من الزوجات المعنّفات و غير المعنّفات، في تقصي لخصائصهم المعرفية و الانفعالية مستعملة مقياس التعلق للراشدين Hazan و Shaver الذي طوّر سنة 1987 (السعيدة خ. ، 2010 ، ص 1)

أمّا عن الدراسات في الجزائر فنجد دراسة شارف سعدية عن "أنماط التعلق بين الاعتقادات و التطبيقات التربوية لدى البدو الرحل بمدينة الأغواط" و قد استعملت في ذلك شبكة ملاحظة مستقاة من ملاحظة مقننة لفريق بحث فرنسي كندي . (شارف س. ، 2010 ، ص. 100)

4- التعلق و الأمومة :

تمثل الأم المصدر الأول للحنان بالنسبة للرضيع و أول فرد يتعلق به، و التعلق الآمن ينتج من خلال التفاعل الجيد و البناء بينهما، و يساعد على تطوير شخصية مستقلة من خلال مسار التفرد و الانفصال. الذي لا يؤسس إلا من خلال التعلق الصحي . فما علاقة التعلق بالتفاعل بين الأم و رضيعها، و ما علاقته بقلق الانفصال و مسار التفرد و الانفصال. هذا ما سنحاول معرفته من خلال التطرق لهذه العناوين الهامة .

4-1- التعلق و التفاعل بين الطفل و الأم :

تعتبر كلمة التفاعل كلمة مستعارة من العلوم الطبيعية. و تعني التأثير المتبادل بين عنصرين أو أكثر، لكل عنصر منها خصائص و تركيب و صفات مفيدة . و نتيجة للاتصال المباشر و التأثير المتبادل بين هذه العناصر، يتم الحصول على ناتج للتفاعل. يمثل مركباً له من الخصائص و الصفات ما يجعله مختلفاً عن العناصر المتفاعلة. و من أهم صفات الكائن البشري وجود علاقات بينه و بين الآخرين. فيتضمن التفاعل الاجتماعي الإدراك الاجتماعي و سلوك الفرد في ضوء معايير، عن طريق اللغة و الرموز و الإشارات. وهو سلوك ظاهر

الفصل الثاني: نظرية التعلق

(overt) لأنه يحوي التعبير اللفظي والحركات والإيماءات . و سلوك باطن (covert) لأنه يتضمن العمليات العقلية الأساسية كالإدراك والتذكر والتفكير والتخيل وجميع العمليات النفسية الأخرى. و من المعتقدات البدائية الخاطئة عن العلاقة بين الوالدين و الرضيع . أن هذا الأخير موضوع سلبي . أين تمارس عليه تأثيرات والدية كثيرة . ففي النظريات الأولى بيئة الرضيع هي التي تشكله و تحدد وجهة نموه أو اختلالها. و كأنّ الرضيع مجرد قطعة من الطين تتشكل و تطبع آثار البيئة فيها بسهولة .

منذ نهاية الستينيات العلاقة بين الوالدين و الرضيع لم تصبح طريق ذا وجهة واحدة . فالرضيع يظهر الآن كفرد قادر على التأثير في محيطه و التأثير به في آن واحد . فقد أظهرت العديد من الدراسات أنّ مواقف الوالدين تتغير حسب خصائص الطفل كالسن و الجنس و مستوى التطور الحسي الحركي ، مما جعل من الاهتمامات العلمية للبحوث تتجه إلى دراسة بنية مقاطع التفاعل كإيقاعها، و تزامن التفاعل بين الأم و الرضيع، و حتى مدى التوافق في التفاعل « . (Lebovici S. & Stoléro S.,2003,pp.96-97)

و يرى السلوكيون أنّ نوعية العلاقة العاطفية بين الطفل و والديه تنشأ من الأم التي تغذي الطفل و تمنحه الرعاية الأساسية. فالتفاعل و العلاقة التي تتطور ما هي إلاّ نتاج الإشراف الكلاسيكي الذي يربط بين المواقف الممتعة و الضرورية مع الشخص الذي يقوم بها. في حين نجد في المنظور البسيكودينامي ، خاصة جماعة النظرية للعلاقة بالموضوع المتأثرين بكتابات كلاين، يرون أنّ العلاقة (والدين- رضيع) أساسية في نمو الطفل. لكن ترجع أهميتها للتصورات الداخلية لدى لطفل عن الأحداث و المواضيع من حوله. فهنا التمثيل و العالم الداخلي أهم من المحيط نفسه. فالطفل هو في علاقة مع الموضوع قبل أن يكون في علاقة مع الأشخاص. فالعلاقة حسب الكلايين ما هي إلاّ تطور ثانوي للعالم الداخلي للطفل (Trabulsy G.M. et al,2000 , pp.4-5)

لأنّ الأم هي أحد الأقطاب الأساسية في التفاعل مع الطفل و شريك مميّز. فأننا نركز عادة على التفاعل بين الأم و الرضيع . لكن يجب أن لا ننسى أنّ الرضيع في تفاعل مع أفراد آخرين اللذين سيؤثرون كذلك في نموه العاطفي.

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

ف نجد التفاعل في أيّ نشاط من النشاطات اليومية التي تتطوي على تواجد الأم والأب والطفل، على سبيل المثال: في أوقات اللعب، وجبات الطعام، أو رعاية الطفل. يعني أنّ الشركاء قادرون على التنسيق في أربعة ميزات تفاعلية: (المشاركة) و يتم تضمين جميع الشركاء، (و التنظيم) أي أنّ هناك توزيع للأدوار، (والتركيز) أي أنّ لهم مركز اهتمام مشترك، (و تبادل العواطف) و هي المشاعر التي تتبادل بين أفراد الأسرة.

(Favez N. et Frascarolo F.,2011,p. 360)

ميّز كرامر بين 3 مستويات للتفاعل بين الطفل و أمه :

4-1-1- التفاعلات السلوكية أو الواقعية :

عبارة عن تفاعل ملاحظ مباشرة بين الأم و الطفل قد يكون جسدي ، بصري (نظر متبادل)، صوتي (صراخ ، مناغاة) أو سلوكيات أخرى تعبر عن الحنان .

(Bienfait M. et Gramond A., 2009 ,pp.3-4)

أ- التفاعل البصري :

إنّ التفاعل البصري بين الطفل و الأم لا يقتصر على تبادل النظرات، بل يتعدى ذلك إلى قيام كلا الطرفين بنشاط بصري مشترك ، يتوجه نحو شيء ما في المحيط . و يقارن هذا النشاط بالنشاط البصري المتبادل، فالتزامن بين بصر الأم و إشارة إصبعها إلى شيء محدد (Pointing) في غاية الأهمية في تطور التفاعل بين الأم و الطفل .

ففي السنة الأولى من العمر تنظر الأم إلى الصغير أكثر مما ينظر هو إليها. ويستمر ذلك أثناء السنة الثانية. إذ تنظر الأم إلى الطفل أكثر مما ينظر هو إليها. ولكن يفسّر ذلك بأن الأم تحاول إبقاء الطفل تحت مراقبتها. لقد بيّنت الدراسة التي قامت بها (Kontar,1987) والتي تتطوي على ملاحظة الأم و الطفل أثناء تناوله وجبة العشاء بأنّ الأم تتوجه ببصرها إلى الصغير إحدى وستين مرة خلال ثلاثين دقيقة. بينما يفعل الصغير ذلك خمس عشرة مرة. وتستمر الأم، بالنظر إلى الطفل خلال 31 بالمائة من مدة الملاحظة، بينما ينظر الطفل إلى الأم 7.4 بالمائة من هذه المدة. ويصل التبادل البصري

الفصل الثاني: نظرية التعلق

بين الاثنين إلى 15.5 بالمائة من مدة الملاحظة التي تستمر ثلاثين دقيقة.
(قنطار ف. ، 1992، ص. 120)

ب - التفاعل الصوتي :

يشكل صراخ و بكاء الرضيع حبل سري سمعي حقيقي. فتستثير مشاعر قوية مع إحساس مستعجل، يدفع بالأم إلى التّدخل و وضع حدّ لحالة الضيق الذي يمر به. و هو بهذا السلوك يستثير التفاعل و يستحث قرب الأم .

تتكلم الأمهات لرضعهن من اللحظات الأولى باستعمال " لغة الرّضع " مكيفة لسنه .
و يتأثر الرضيع بالطابع الفيزيائي للغة الأم أكثر من مضمون الخطاب الذي يتعذر عليه فهمه، على سبيل المثال : الإيقاع ، و الطابع و النبرة. فأظهرت أعمال D. Stern على إيقاع كلام الأم تطوره مع مرور الأشهر . فالكلام المتجه للرضيع (تبسيط في التركيب ، إعادة لكلمات ، بطء ، زيادة في الطبقة) مكيف حسب السن :فمثلا عند حديث الولادة نجد التوقفات الصامتة أكثر طولا من الإصدار اللغوي، الإيقاع منتظم مكيف لإيقاع الرضيع. و في حوالي 4 أشهر نجد الكلمات عادة مرردة، الميم معزز، تقوم الأم بتغييرات إيقاعية هامة للحفاظ على اهتمام الطفل. أمّا من 12-24 شهر فالمحتوى اللغوي للأم يتغير. فيصبح يشير للأشياء في المحيط، يتكلمون عن هذه الأشياء، و كلام الأم يسهل و يسند استكشاف المحيط .

(Maury M. ,2008 ,p.6)

و قد أشار كل من Sanders et Condon إلى التكيّف المتبادل بين الطفل و أمه ، عن طريق تزامن الكلام مع حركات الجسم و الوجه لدى الطفل.

(Threvarthen ,1986,p. 54)

ج - التفاعل الجسدي و الجلدي :

يشير إلى مجموع التفاعلات التي بواسطتها يحمل من طرف الأم أو يتلامس معها، و التي يستجيب لها. فننكلم عن التوافق الجسدي الذي يعتبر أحد مكونات (holding) و الحوار النشط. و يمكن أن نلاحظ استرخاء أو تصلّب جسدي يمس أحد الطرفين.

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و ندرك مباشرة الارتياح من عدمه لدى رضيع بين ذراعي أمه. فالرضيع يشارك بنشاط، إمّا أن يلتف، يحتمي، يتكيّف مع جسد أمه، أو بالعكس يتصلب، يتقوس، أو يتكئ. الاتصال الجلدي كذلك مهم. فيتعلّق الأمر بالمداعبات، الدغدغة و القبلات، و استجابات الطفل تدركها الأم على أنّها استدعاء أو رفض للمواصلة. و قد بيّنت دراسة عن نمو سلوكيات الحنان، أنّ الطفل بين 7 و 8 أشهر يستجيب لمدّ ذراعي الراشد بمد ذراعيه. و في نهاية السنة الأولى يبادر بهذا التفاعل و يكملها بالعناق. (Maury M., 2008, p.6)

د-الابتسامة :

تخلق الابتسامة نوع من الائتلاف و الاتصال بين الطفل و أمه، فبالنسبة للرضيع الذي لا يتحرك، فالابتسامة تشكل اتصال عن بعد، نداء. خلال الشهر الثاني من العمر يصبح الابتسام إشارة اجتماعية فعلية. و بعد عمر ثلاثة أشهر يشهد هذا السلوك تطورا جديدا، إذ يصبح وسيلة هامة لإثارة استجابة ما، كابتسامة الأم أو نشاط صوتي، فالطفل يصدر سلوك الابتسام للتأثير في محيطه الاجتماعي. (القطار ف. ، 1992 ، ص 125)

4-1-2-التفاعل العاطفي :

مميّز بالتأثير المتبادل للحياة العاطفية للرضيع و أمه. و قد تكون التفاعلات السلوكية دعامة للتفاعلات العاطفية، و من خلال التحوار تتكلم الأم مع رضيعها عن عواطفها و مشاعرها. فبفضل قدراتها على التعاطف، تدرك ما يحسه رضيعها، و تقترح عليه تفسيراً عن طريق الكلمات و الحركات. و من جهته يدرك الرضيع الحالة العاطفية للأم. فهو يعرف هل الأم هي مثلما في العادة أم لا. في الأشهر الأولى نجد التوافق في الإيقاع *la prosodie* و التوافق الموضوعي، و التي هي مؤشرات للرضيع عن الحالة العاطفية لأمه قبل أن يتمكن من فهم معنى الكلمات. و قد أشار د. ستيرن لمصطلح التناغم العاطفي. (فلعاطفة يعبر عنها الرضيع ، استجابة من الأم بعاطفة مناسبة و مماثلة).

و قد بيّنت الدراسات الحساسية الشديدة للرضيع تجاه الحالة العاطفية للأم. فمثلا في الوضعية التجريبية للوجه الساكن، يؤدي حدوث هذا السلوك غير المتوقع عند غالب الرضع إلى ردة فعل فورية، متمثلة في بادئ الأمر في البحث النشط عن ابتسامة الأم أو ردة فعل

أخرى من قبلها و سرعان ما تتبع بحالة من الكدر و الانزعاج.
و يعبر لنا الرضيع عن طريق تعابير وجهه عن الاهتمام و الاشمئزاز و الشدة
و التفاعلاً. و في حوالي الشهر الرابع سيضاف إلى ذلك الغضب، الفرح و بعدها الخوف.
(Maury M. , 2008 ,p.6)

4-1-3- التفاعل الخيالي و الهوامي :

و هو تأثير متبادل للحياة النفسية للوالدين (الأم بالخصوص) و رضيعهم . حيث
تعود من خلاله إلى التاريخ الشخصي للوالدين، و علاقتهم بذكرياتهم عن والديهم من
خلال معايشة وضعيات قديمة في التفاعل الحالي مع رضيعهم .
(Bienfait M. et Gramond A., 2009 ,pp.3-4)

فنتأسس الحياة الهوامية للرضيع تدريجياً من خلال الحياة الهوامية للوالدين. فمثلاً :
هوام أمومي يدور حول خطر الانفصال قد يؤثر على سلوك الأم نحو رضيعها
خاصة في الوضعيات التي تتطلب الانفصال بينهما . في هذا الوقت يؤدي بنا التفكير
في السلوك القلق للرضيع إلى أنّ الرضيع يتقاسم مع أمه تجربة عاطفية عن الخطر،
و التي تساهم في تكوين حياته الهوامية الخاصة.
(Maury M. , 2008 ,p.6) .

أخذت نظرية العلاقة بالموضوع على عاتقها كاهتمام أساسي أثر دخول الأم في تفاعل
مع الطفل وقت الشدة . فإن كانت هناك تجارب صعبة لدى الطفل لم تستوعب من طرف الأم
لكن سببت لها خلل عاطفي، يجعل من الأم تترك الطفل ليس من جراء الخوف أو الشدة
النفسية التي تصبح مقبولة بالرعاية الأمومية ، لكن بنوع من سوء و عدم الفهم الذي يعطي
مثلاً تكلم عنه(1962) Bion " الرعب المجهول " أو ما يسميه (1962) Winnicott "
" قلق لا يمكن تصوره"، أقرب إلى الشعور "بالسقوط التام"، أو "التشردم إلى أشلاء" .
فبالنسبة لوينيكوت (1956) عندما تسير الأمور بشكل جيد نجد حالة من الاهتمام
الأمومي الأولي Primary Maternal Preoccupation. و التي طورت في وقت متأخر
من الحمل مما يمكن الأم من التماهي مع تجربة الرضيع. و تؤدي إلى تنويع التوافق (الذكي)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

في الرعاية كتوقع احتياجات الرضيع و حركاته . هذه التجربة الناجحة من التفاعل تشجع نمو تمثيل متناسق عن الذات و الآخرين. حيث أنّ " الرّضع ينتقلون من علاقة مع موضوع ممثل ذاتيا، إلى موضوع مدرك بطريقة موضوعية."

في نفس المنوال، يصف (1962) Bion القدرة التخيلية للأمهات "capacité de «rêverie» ويقترح أنّ نمو المفاهيم لدى الرّضع، و التعرّف على التمييز بين الذات و الموضوع، متصل بتجارب عاطفية من الإشباع. و بالخصوص إلى الربط بين المفاهيم البدائية للرضيع و توقعاته الأولية و تحقيقها في الرعاية الأمومية. فيقول بيون " عندما يجلب أو يتحول المفهوم الأولي إلى اتصال، مع تنفيذ مقارب له فإنّ الناتج العقلي يصبح مفهوما بمعنى الكلمة" (Murray L. , 1991,pp.222-223)

لقد كان لأعمال Daniel Stern (1970) عن مفهوم التناغم أو التوافق (attunement) في مسار التفاعلات المتكررة و الحادثة بين الراعي (caregiver) و الطفل، بفضل استعمال ميكرو تحليل لتسجيلات الفيديو للأطفال الصغار ، الأثر الواضح في فهم تعقد التفاعلات بين الرضيع و الراعي كقسم لا مناط منه في النمو العاطفي و الاجتماعي للرضيع.(Karen R.,1998,pp.345-357)

حيث أثبت في دراسات عن الصحة النفسية للرضيع، أنّ توفر ردود سريعة و مناسبة للأمهات نحو رضعهن تغرس في نفوسهم شعورا بالاستقلالية ، الثقة ، الدافعية و التعلّق الآمن⁸. و تشير أينسورث إلى أنّ التعلّق يرتبط بنوعية التفاعلات أم – رضيع منذ الولادة و حتى بعد ذلك، خصوصا أنّ دراسات عديدة⁹ أشارت إلى أنّ أمهات الرّضع الذين لديهم تعلّق آمن تقدمن أكثر من ردود الفعل المحتملة، و توفرن أكثر من الاستثارة المحفزة . و في العموم تتفاعلن بشكل أكثر متوائم و متناسق مع أطفالهن عن الأمهات اللاتي لهن رضع غير آمنين. لأنّ الاختلافات في نمط التفاعل ترتبط بالاختلاف النوعي في التعلّق .

(Barwick M. A. et al , 2004 , p. 244)

⁸ (Ainsworth 1973; Matas, Arend, & Sroufe, 1978)

⁹ (Bates, Maslin, & Frankel, 1985; Egeland & Farber, 1984)

ف نجد عند الرضيع في صحة جيّدة، التفاعلات التي تسهل من نمو العاطفي متناسق مميزة ب : - التوافر العاطفي للراشد - مرونة في الاستجابة الراشد - استقرار - تواصل و انساق على مدى الزمان. عندما لا تتوفر هذه الشروط ، تضطرب التفاعلات في مستوياتها التعبيرية المختلفة. و سنجد أعراضا إكلينيكية عند الرضيع (اضطرابات نفسية ذات تعبير جسدي، اكتئاب الرضيع ...) يكون معناها إما عدم كفاية في التعلق مع حرمان عاطفي أو خلل في الحماية مع حالة غمر للعلاقة بقلق الراشد. (Maury.M ,2008,p.8)

4-2- مسار التفرد و الانفصال و علاقته بالتعلق:

عند كل طفل نجد مسار التفرد و الانفصال ، الذي يسمح بتطوير إحساس بالوعي بالذات. هذا المفهوم الذي أدخلته مارغريت ماهر (1960) Margaret Mahler يميّز بوضوح بين النشأة (الولادة) البيولوجية و النشأة النفسية. فإذا كان قص الحبل السري يؤدي إلى انفصال عن الأم، فإنّ الإحساس بالوجود ككائن مستقل تبرز تدريجيا. هذا المسار يتطور بفضل مكتسبات مختلفة للطفل. فاستعمال الموضوع الانتقالي، التنقل الحر مع الابتعاد، المشي، استكشاف الفضاء و الأشياء، استعمال اللغة، اكتشاف الاختلاف الجنسي . يساعد على ذلك. إنّ تطوّر مسار التفرد طبعاً متصل باستجابات المحيط و بنوعية التعلق المؤسس. وهذا يعني أنّه من الأساسي " أن يتعلّق الطفل جيدا " كي يكون قادرا على أن " ينفصل جيدا " و هذا هو المسار الطبيعي للتفرد. (Ibid,p.3)

تكون بدايات مسار التفرد و الانفصال حسب ماهر و البروز التدريجي ل " معنى الذات " حسب دانيال ستيرن حوالي 4 إلى 5 سنوات . حيث يتدعم هذا التطور البسيكولوجي بالنضج النوروبولوجي . إنّ نمو القدرات الحسية للرضيع، و كذا تطورات الوضعية- الحركية ، و اهتمامه بالعالم الخارجي يتزايد بالتوازي مع التطور التدريجي للمواضيع إلى شخصيات كاملة متميزة عنه، فريدة . و من بين المؤشرات الأولى لهذا التعرّف نجد قلق الغريب المسمى " قلق الشهر الثامن " الذي يظهر في (تمييز الوجوه - مظاهر الانزعاج أمام شخص غريب) . (Mauvais P., 2003, p.281)

فبالنسبة ل Blatt بعدي الانفصال و التعلق متلازمان و يشكلان الخطين الموجهين للنمو النفسي . فالمهمتين الأساسيتين للنمو تتمثلان في: اكتساب هوية ثابتة، تتمايز تدريجيا. و اكتساب القدرة على عقد علاقات مع الآخرين أكثر فأكثر نضجا. و نحن نجد في النمو الطبيعي أنّ هذان المحوران يتطوران بالتوازي بكيفية متوازنة.

(Blass R B.et Blatt S J. 1996,p.723)

4-3- التعلق وقلق الانفصال:

يعتبر قلق الانفصال مظهر من المظاهر النفسية للقلق العادي، المنتظر و المحتمل على مدى النمو الإنساني، خاصة في الطفولة. فتتمثل لدى الرضيع في ردود فعل من الشدة النفسية، ملحوظة عندما يفرق جسديا من صورة التعلق الأساسية، ابتداءا من الشهر السادس، تكون ردود الفعل عادة على شكل رفض الاتصال مع الآخرين، و قلق نحو رحيل الوالد. تتغير هذه الردود من طفل لآخر، و حسب السن : فالبعض ينزل عينيه بخجل، آخرون يخبأون وجوههم أو يحتمون وراء الوالد، في حين نجد آخرين يبكون بكاء شديدا، أو نجد تشبث أو قلق أو متابعة الوالد. في غياب الوالد، قد يبكي الطفل بكاء دائما، أنين، إحتجاج، يبحث عن الوالد أو يگف كل سلوكيات اللعب و الاستكشاف. من وجهة نظر نشوئي (phylogénétique)، الخوف و القلق المرتبطين بالوحدة هم طبيعيان، و أساسيان للتكيف و للحفاظ على الحياة. إنّ قلق الانفصال دليل على أنّ الطفل يبدأ على إدراك الآخرين كمواضيع دائمة (المرحلة الموضوعية stade objectal). بهذا فهو يخشى أن يفترقهم، و أن يفترق معهم . (Wendland J. et al., 2011 ,pp.8-9)

و يساعد قلق الانفصال في تعزيز التعلق مع الوالدين بإبعاد الطفل عن الآخرين، وإيفاد الطفل للموضوع اللبدي. حيث أنّ قلق الغريب يجنب الطفل أن يتعلق بشكل غير مميز لأي " شخص لطيف "، و بذلك يحمي التعلق بموضوع لبدي خاص .

(Parens H.,2005,p.197)

هذا القلق المسمى " نمائي " ، ينزع إلى التناقص مع السن و الاستقلالية المتصاعدة للطفل. فالتجارب المتراكمة لوضعيات الانفصال، تسمح للطفل بأن يعرف المخرج . و أن

الفصل الثاني: نظرية التعلق

يطمئن للاتقاء بأمه . من جهة أخرى ، منذ 9-12 شهر، و حتى 18-24 شهر، الاكتساب التدريجي لدوام الموضوع بالمفهوم البياجي يسمح للطفل أن ينفصل من الحاجة لإدراك الموضوع كي يستطيع تمثيله عقليا. أي نمو القدرات العقلية تساعد على فهم ظروف الانفصال و تعمل على التخفيض من مستوى قلق الطفل. حيث وجد Bretherton, et al., (1979) أنّ الأطفال اللذين لديهم تعلق آمن، تقل لديهم صعوبات الانفصال و ذلك راجع لأنّهم يملكون مستوى أعلى من اللعب الرمزي و القدرات التمثيلية. بالتوازي، ابتداء من الشهر السادس، تتطور قدرات الاستكشاف بشكل كبير. و يصبح الطفل قادرا أن ينتقل حبا ثم مشيا. فيعي مفهوم المسافة و يتعلم أن يدير التوازن بين الاستكشاف و الاقتراب من " القاعدة الآمنة " الممثلة بصورة أو صور التعلق. و يمر هكذا تدريجيا من الحاجة للتقارب إلى التوافر المتاح (disponibilité)، ثم إلى الممكن بلوغه (accessibilité) في حال الشدة أو الخطر. يتداخل الخوف من الغريب و قلق الانفصال في أنشطة الاستكشاف. فينزع الطفل إلى اتخاذ صورة التعلق " كقاعدة آمنة " بشكل فعّال .

بالنسبة لـ Spitz (1965)، قلق الشهر الثامن أو قلق الغريب يعتبر المنظم النفسي الثاني، و شاهد على نشأة العلاقة. يتناقص هذا القلق تدريجيا بعد 24 شهر حيث تظهر قدرات جديدة منها اللغة اللفظية و اهتمامات أخرى منها (جماعة الرفاق، راشدين آخرين، حيوانات) التي تشارك في التطبيع الاجتماعي للطفل و استقلالته. لاحظ Winnicott (1971) أنّ الموضوع الانتقالي يلعب دورا في إدارة قلق الانفصال لدى الطفل. و لا يستطيع أن يفي بدوره إلا إذا استطاع أن يمتص الموضوع الجيد المؤسس من خلال علاقات مستقرة و مرضية لشخص حساس لاحتياجاته . و اليقين برجوع و توافر صورة التعلق يسمح للطفل بأن يستثمر موضوعا انتقاليا. هذا اليقين يتكوّن تدريجيا منذ الطفولة الصغرى من خلال تجارب الرعاية المناسبة و المنتظمة. (Wendland J. et al., 2011, pp.9-10)

يعتقد وينيكوت أنّ الموضوع الانتقالي و الظواهر الانتقالية تساعد الطفل على إدارة الضغوط و قلق الانفصال عن طريق إعادة بناء رمزي للقاء مع الأم. تمهد هذه المواضيع

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و الظواهر الانتقالية لتساهم في دور حاسم في مسار النمو لتمييز المواضيع . فخلال هذه الفترة يكافح الطفل لتكوين فرديته ، يتكيف لواقع متطلبات العالم الخارجي . و تكون هذه المواضيع الانتقالية " كفسحة راحة " بين كفاحه بين الداخل و الواقع الخارجي . و قد دعمت بعض الدراسات التجريبية أهمية التعلق بالموضوع الانتقالي على نمو الطفل . توافقا مع تأكيد وينيكوت أنّ التعلق بالموضوع الانتقالي لا يمكن أن يتكون إلاّ إذا شهد الطفل رعاية الأم الجيدة بالكفاية في حين يرى بولبي أنّه لا يوجد ما يكفي لتدعيم أهمية الموضوع الانتقالي لمسار النمو. لكن اقترح أنّ هذه المواضيع هي ببساطة بدائل للأم أو الحاضن، عندما يكون هؤلاء الأشخاص غير متوفرين. هذه المواضيع تستعمل كوظيفة تهدئة ، و كذلك تعزّز العلاقات المقبولة مع الأفراد. و وجهة نظره تعني أنّ الأطفال يستطيعون أن يكون لهم نمو طبيعي دون اللجوء إلى التعلق بالموضوع الانتقالي إذا كان الراعي الأولي دائم الحضور. (Hobara M., 2003, pp. 176-177)

إنّ مسار التفرّد و الانفصال الموصوف من طرف (Mahler et al (1975) يساهم في فهم إشكالية الانفصال. حسب هذا المفهوم، مسار التفرّد و الانفصال الذي يمتد من 4 أو 5 أشهر إلى 36 شهر و أكثر، يحوي مراحل مختلفة من التباعد و التقارب نحو الوالد قبل ضبط المسافة الأمثل ثم تدعيم التفرّد. و هذا المفهوم يذكرنا بمفهوم القاعدة الآمنة المطور من طرف بولبي (1973) . (Wendland J. et al., 2011, p.11)

تؤكد نظرية بولبي على الاهتمام بالإضافة للتقارب، على تواجد عواطف في علاقة التعلق، فانقطاع التعلق أو ببساطة التهديد لها يؤدي عند الصغير إلى شدة داخلية (قلق) . الذي يبحث عن تهدئته باسترجاع التقارب، منميا لأجل ذلك استراتيجيات سلوكية تتباين حسب السن، النضج، و التاريخ الشخصي : البكاء، الابتسامة، النداء، الحبو... الخ مجرد التذكر العقلي للصورة الغائبة يستطيع أن يخفف من شدة القلق عند الطفل الأكبر سنا.

(Pierrehumbert B.,1996, p. 100)

لقد اهتمت دراسة أوريون (2002) Orion بالعلاقة بين مظاهر التعلق و الانفصال عند الأطفال باعتبارها من مرتكزات النمو الانفعالي-الاجتماعي للشخصية . وقد ناقشت

الفصل الثاني: نظرية التعلق

الدراسة حركات الطفل كأحدى طرق أو خطوات التدرج نحو الاستقلالية والانفصال، وذلك بداية من الزحف والحبو إلى المشي مستنداً على الآخرين، وغير هذا مما يشعر الطفل بالحرية وتنامي مشاعر التحكم الذاتي لديه. وقد وجدت النتائج ارتباطات إيجابية ذات دلالة بين معدل التعلق الآمن للأطفال ونمو مشاعر الاستقلالية.

(القاسم ن. ، بدون ، ص 18)

قد يصبح قلق الانفصال مرضياً و شاذاً عندما تكون الشدة النفسية للطفل في وقت الانفصال حادة و دائمة مستمرة. تقدر أن تصل إلى حالة من الهلع و الذهول في حالاتها القصوى. يظهر الطفل خوفاً شديداً من الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم مما يسبب عرقلة نموه الاجتماعي. و قد يكون الغياب الظاهر لقلق الانفصال لدى الطفل إشارة لاضطراب نفسي خطير مثلما هو في الاضطرابات النمائية الشاملة. يمس قلق الانفصال ما بين 6 و 9 بالمائة من الأطفال ما بين 2 و 3 سنوات، و 3 و 7 بالمائة من الأطفال ما بين 5 و 6 سنوات مع غلبة للإناث. و تبين دراسات¹⁰ أن اضطرابات القلق في الطفولة قد تستمر حتى المراهقة و الرشد، مما يشير لأهمية التدخل العلاجي المبكر. و قد يكون له قيمة تنبؤية لاضطرابات أخرى مثل الاكتئاب.

لاحظ بولبي (1973) أن قلق الانفصال المرضي يكون متعلقاً بالتعلق غير الآمن من النوع المتناقض لدى الطفل. في هذا النوع من التعلق، الطفل غير متأكد أن الوالد متوفر، و يستجيب له إذا ناداه. و بذلك الطفل الذي يخضع لقلق الانفصال، يفضل الالتصاق بالشخص الذي يراه، و يكف سلوكاته للاستكشاف .

و في مقال لـ (1956) Estes, Haylet et Johnson Princeps, (1956) اعتبروا أن قلق الانفصال الباتولوجي هو حالة من الاعتمادية المتبادلة و المفردة بين الأم و أحد أطفالها. (Wendland J. et al., 2011 ,pp.15-16)

¹⁰ (Bittner, et al., 2007 ; De Ruiter et Van Ijzendoorn

1992 ; Gittelman et Klein, 1984 ; Lipsitz, et al., 1994 ; Silove et Manicavasagar, 1993)

5- أساسيات نظرية التعلّق :

1-5 نماذج العمل الداخلية Internal working models , modèles internes :opérants

تبنى بولبي المفهوم الهام للنموذج الداخلي الإجرائي أو نموذج العمل الداخلي من خلال عمل الفيلسوف Kenneth Craik، الذي سجل الأهمية التكيفية للقدرة على التنبؤ بالأحداث. و ركز على قيمة هذه القدرة من ناحية الحفاظ على الحياة و الانتقاء الطبيعي ... هذا النموذج يسمح لشخص ما أن يجرب ذهنيا بدائل متعددة باستعمال معارف الماضي للرد على الحاضر و المستقبل. و في نفس الوقت الذي كان بولبي يطبق فيه أفكار كريك على التعلّق علماء نفس آخرون طبقوا هذه المفاهيم على إدراك الراشد و المعرفة.

(wikipedia ,2015,p.2)

تكلم Sullivan (1953) عن " تشخيص الأم و الأنا " و عن " أنماط الأنا وأنت ". و اقترح Fairbairn (1952) مفهوم موضوع (الحب) الداخلي و الأجزاء المرتبطة بها من الأنا، في حين كتب Sandler and Sandler (1978) عن " التفاعل بين الذات و تمثيلات الموضوع. و طوّر Kernberg (1976) مفهوم وحدة الذات – موضوع – عاطفة. مما جعل بولبي ينقاد إلى فكرة " النماذج الداخلية الإجرائية ".

(Bretherton I, 1990 , p. 239)

استعمل لأول مرة هذا المصطلح من طرف Craik (1943)، عالم مهتم بتقسيم الذكاء و الذكاء المعلوماتي. حيث يقول " فرضيتي ..أنّ العضوية تحوي نموذج داخلي مصغر عن الواقع الخارجي ... هذا النموذج يسمح بتنظيم الحاضر و المستقبل . "

(Craik K., 1943, p.61)

في حين يعرفها كل من (Main, Kaplan ,&Cassidy(1985 على أنّها "مجموع القواعد الشعورية و اللاشعورية لتنظيم معلومات التعلّق. و للوصول إلى هذه المعلومة"

(De Hass M. A. et al, 1994, p. 472)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

بالنسبة لبولبي (1978) يشكل الأطفال خلال تفاعلاتهم النماذج الداخلية بالتدرج التي تصبح دلائل حقيقية في علاقة التعلق. و في الحقيقة، هذه النماذج تسمح للطفل بالتمثيل العقلي لاستجابات الأم لسلوكاته في التعلق. و قد عرفها بولبي تعريفا دقيقا يظهر لنا بنيتها " تمثيل عقلي للذات و صورة التعلق و العلاقة بين الذات و هذه الصورة للتعلق. فكل فرد يكون نماذج تجريدية عن العالم، و عن المكان الذي يشغله، و الذي يفضله يسجل الأحداث، يتنبأ بالمستقبل و يضع الخطط. و بالنمو التدريجي لقدراته العقلية، يصبح الطفل قادرا على توقع احتمال حوادث مختلفة. فدور هذه النماذج أن تمنح تمثيلا عقليا للعالم لمساعدة الفرد على إدراك و تأويل الأحداث و لتوقعهم و تخطيط سلوكه. و تسمح للطفل بالتنبؤ بسلوك صورة التعلق و تخطيط استجاباته. فالتوقعات المتعلقة بتوافر صورة التعلق هي انعكاس للتجارب المعاشة. هذه النماذج الداخلية مسماة عاملة أو إجرائية لأنه من المفترض أن لديها تأثير على إدراك الوضعيات الاجتماعية و على السلوكات الصادرة كاستجابة.

(Bacro F ., 2007,pp.16-17)

إذن من خلال التجارب اليومية للرعاية الأمومية، للاستكشاف، للبحث عن التقارب أو لغياب الرعاية الأمومية، يشكل الطفل نماذج للتمثيل مستدخلة للمحيط، لصورته للتعلق و لذاته.حادثة أثناء التفاعل للطفل مع أمه، ثم مع بقية الأشخاص المهمين اللذين يحيطون به فيشكل نماذج عن العلاقات الاجتماعية عموما، و ما يقدر انتظاره من صلة عاطفية محددة.

(Savard N. , 2010 , p.15)

و بالتالي المنظرين¹¹ للتعلق يقترحون نموذجا مبني على النماذج المستدخلة منطوي على التجارب السابقة مع صورته للتعلق. اندماج هذه النماذج يشكل فكرة ممثلة أو نموذج ذهني للعلاقة، نوعية صورة الذات، السلوك المتوقع من الآخرين، و الانطباع العاطفي الضمني لهذه العلاقة. وقد يطوّر هذا النموذج في البداية في أوائل التفاعلات بين الأم و الطفل ويستمر في النمو من خلال المنظور الطولي، من خلال نمو الطفل و اكتساب التجارب مع صور التعلق. و بالرغم من إضافة هذه المكونات الجديدة تبقى النماذج اللاحقة متعلقة بنموذج التمثيلات الأولى.(Gaudreault M ., 1995,pp. 34-45).

¹¹ (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1980).

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

في الجزء الثالث من ثالوثه التعلّق و الفقدان يرجع لبولبي (1978) لمفهوم النماذج الداخلية الإجرائية، الذي يحاول توضيحه معتمدا على الأعمال المتعلقة بنظريات تحليل المعلومة. في البداية، تتكون من تمثيلين متكاملين للذات و لصورة التعلّق . بالنسبة لبولبي هذه النماذج ليست صور موضوعية للذات و لصور التعلّق بل هي تمثيلات لتفاعلات معمّمة. تمثيلات سيناريو من نوع مقطعي أي بنى مقطعية التي تتمثل في تسلسل لعناصر لوضعيات ملموسة. و هي في الحقيقة تمثل استجابات سابقة لصورة التعلّق لإشارات الاستغاثة و حاجات الطفل للاقتراب. فهي موجودة خارج إطار الوعي و منشطة حسب ماين (1998) دون أن يوليها الفرد اهتماما إراديا. و هي ثابتة في غياب تغيرات هامة في حياة الطفل. فتدعم بتدرّج ثم تدمج في الشخصية. و ميّز (Tulving et (1972) Donaldson بين نوعين من النماذج المختلفة لعلاقة واحدة. و يركز التمييز على أساس الذاكرة العرضية و الذاكرة الدلالية. فيوجد حسب العالمين نماذج لا يمكن الوصول إليها عبر الوعي، و ناتجة من التجربة المعاشة الموجودة في الذاكرة العرضية. و أخرى متاحة للوعي و للتفكير و التعبير اللفظي في الذاكرة الدلالية .

حسب ماين النماذج الداخلية الإجرائية تناسب مجموع القوانين الشعورية و اللاشعورية التي تنظم المعلومة المتعلقة بالتعلّق. و تسمح أو تحد من الوصول إلى المعلومة . و من خلال تحليل محتوى مقابلات مع الراشدين عن موضوع علاقات التعلّق لديهم ، التقط عددا من المميزات في خطابات الأفراد التي لها صلة بنمطهم للتعلّق و بذلك نمطهم من النماذج. الأفراد المستقلين (autonome) يمكنهم الوصول لكل ذكرياتهم . و لهم نظرة موضوعية عن علاقاتهم للتعلّق و يولوهم اهتماما. و الراشدين المنفصلين يتميزون بتعطيل لنظام السلوكي للتعلّق و لهم محدودية الوصول لذكرياتهم ،مع نزعة لتمجيد الوالدين و للتقليل من شأن العلاقات العاطفية. زيادة على ذلك يظهر أنهم وحيدون، و قد تعرضوا لنوع من الرفض في الطفولة . و بالعكس يتميز الأفراد القلقين بتنشيط شديد لنظام السلوكي للتعلّق . خطابهم غير متناسق، المعلومات مكثفة و خارجة عن الموضوع. وهم في غالب الأحيان مستشارين غاضبين و ليس لهم رأي متوازن .

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

بالنسبة ل Bretherton (1998) النماذج الداخلية الإجرائية هي أنظمة مخططات منظمة على شكل هرمي مع عدد غير معروف لكن منتهي من المستويات. المستويات الأدنى هي الخاصة بالمخططات الأقرب من التجربة، و المستويات الأعلى هي الأكثر تجريدا

و الأكثر عمومية . حيث ترى عالمة أنّ النماذج الداخلية للأفراد غير الآمنين غير منظمة مع مخططات مفككة بين المستويات المختلفة و داخل هذه المستويات . هذا التفكك يقود هؤلاء الأفراد ، حسبها إلى تبني سلوك و خطاب متناقض . خلط متعدد ، تناقضات ، تشويهاً نجدها تترجم في السلوك المرتبط بعلاقات التعلّق . (Bacro F ., 2007,p.18)

ترى Crittenden أنّ النماذج تقوم على الذاكرة الإجرائية التي تتطور هي الأولى (قبل الأنظمة الأكثر تطورا مثل الذاكرة الدلالية و العرضية) هذه النماذج الإجرائية، التي تعمل في الطفولة الصغيرة تكون قوية جدا لأنها غير شعورية ورمزة تحت شكل سلوكيات . (Gallien E.,2006,pp.40-41)

و حسب بولبي (1969, 1973, 1980) فهذا يتعلّق بسلوكيات حقيقية مستدخلة من طرف الطفل . هذه السلوكيات (التفاعلات التي لدى الطفل مع عالمه الخارجي و خاصة والديه) تمثل المصدر الذي يغترف منه الطفل عندما يقوم بتمثيل موضوع للتعلّق (الأب ، الأم... الخ) (Lévesque N.,2009,p. x)

تتشكل النماذج الداخلية الإجرائية في نهاية السنة الأولى مع اكتساب ثبات الشيء، و بدايات اللغة . من خلال التفاعلات البيئشخصية. و تنتظم منذ بداية الأشهر الأولى فروقا فردية بالرجوع إلى المخطط المعتاد لاستجابات الوالدين لاحتياجات الطمأنة و الأمان التي يظهرها الطفل. (Bacro F ., Op.cit,p.18)

و ترى Nathalie Savard أنّ هذه النماذج تبدأ في التكوين ما بين 6 و 9 اشهر . وتستقر في 5 ، 6 سنوات و قد تتغير في حال وجود أحداث كبرى في الحياة (موت – مرض – انفصال ..)(Savard N. , 2010 , p.14)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

في حين ميّز كيدني بين مرحلتين في نمو النموذج الداخلي، في المرحلة الأولى النموذج يتوافق مع التفاعلات المعاشة لكي يتشكل . و في وقت لاحق، التجارب الجديدة تستوعب في النموذج الموجود، حتى و إن كان التناسب ليس مطلقا. و كنتيجة لذلك، عندما يكون نموذج الداخلي مؤسس، فالشخص ينزع إلى إدراك الأحداث من خلال ما عرفه مسبقا. فمن المهم أن يتطور النموذج الداخلي تدريجيا، كلما كانت هناك تجارب جديدة .

و هذا قد يقود الفرد إلى معالجة المعلومة بشكل متحيّز . فحقيقة، بعض العراقيين تقدر أن تعيق هذا التحديث. بدءا بالتنظيم الدفاعي للفرد، الآلية التي تتمثل في عدم معالجة المعلومات المزعجة و استبعادها من نظام التمثيلات. حيث يبقى الفرد صامدا ضد التجارب التي تعاكس نظامه للتمثيل و يقاوم التغيير. و هذا ما يشرح كيف أنّ بعض الأشخاص لديهم صعوبات في التكيف مع نمط علائقي جديد. عندما تكون التجارب التي عايشها قادته لتشكيل نموذج من العلاقات من نمط آخر.... يضمن كل من (Feeney & Noller 1996) أنّ استقرار النماذج الداخلية الإجرائية قد تعود لنزعة النماذج القديمة بأن تنشط بسهولة، خاصة في أوقات الشدة. و يوجد عوامل تساعد على هذا الاستقرار كنزعة الأفراد إلى اختيار محيط يتألف مع الصورة التي يأخذونها عن أنفسهم و عن الآخرين. أو كنزعة لبعض السلوكيات للظهور أليا عندما يكون نموذج التعلق خاص و منشط. (Collins et Read 1994) يرون أنّه من غير المنطقي أن نفكر أنّ هذه النماذج تعكس علاقات الوالدين – طفل فقط . فالأفراد ينمون هرما من النماذج، مع في القمة نموذج عام للذات و الآخرين، و في مستوى بيني و سطى نموذج للعلاقة مع أصناف خاصة من العلاقة (أعضاء العائلة ، رفاق). و في المستوى الأخير نموذج لعلاقة مميزة (أم – أب – شريك). و هناك كذلك عوامل تؤدي لتغيير النماذج. كنتيجة انتقال هام في الحياة (زواج – ولادة)، أو إذا كان الشخص يصل لفهم أو ترجمة جديدة لتجاربه الماضية مثلما هو الحال في التدخل العلاجي .

(Corpataux N.,2006,p.15)

فبالرجوع إلى بولبي (1969)، تتواجد سلوكيات الوالدين الغائبين، العنيفين أو حتى المحبين في التمثيلات الداخلية للأطفال. فهذه النماذج كانعكاس للعلاقة الحالية المتداخلة بين صور التعلق و صورة الذات لدى الطفل. و قد تكون علاقة طفل آمنة مع صورة تعلق ما في

الفصل الثاني: نظرية التعلق

حين غير آمنة مع أخرى. كل علاقة هي فردية مع صور التعلق. فيستجيب الطفل للكيفية التي تعامله بها أمه بصرف النظر عن الطريقة التي يعامله بها أبيه.

(Lévesque N.,2009,p. x)

في الحالة المثالية يشكل الطفل نماذجاً مرنة و آمنة، التي يعممها على العلاقات الفرعية. فالنموذج الفعال يسمح للطفل الصغير بتوقع مظاهر مختلفة. و تحميه من الأخطار التي قد تظهر في محيطه أو حتى في محيط جديد .

لكن نتيجة لتجارب سيئة و متكررة مع الصورة أو الصور الأساسية للتعلق، تجعل من النموذج غير حساس للتجارب المتغيرة و غير المعتادة، فسلوك الطفل يقدر أن يصبح متصلب، غير مناسب، أو حتى مرضي. خاصة ، إذا كان الطفل يعيش رفضاً من طرف الصورة الأساسية للتعلق، فهو يشكل نموذجاً مستخدلاً لذاته على أنه لا يستحق أن يحب. و عن الوالد على أنه غير حساس، مسيطر، ساخر أو متجاهل لحاجياته.

من جهة أخرى، نظام سلوك التعلق للطفل الذي يتشكل على أنه غير جدير أن يحب منشط باستمرار. و هذا الاستعمال المتكرر يؤدي لتشكيل تعلق قلق. غير أن النمط الدفاعي المطور يقدر أن ينتقل لا إرادياً في وضعيات جديدة . و يصبح قاعدة للسلوكيات النمطية .

(Gaudreault M ., 1995,pp. 34-45)

و قد صنفت ثلاث أنواع من الاستجابات من طرف الوالد تقدر على تغيير المسار الطبيعي للبحث عن التقارب الذي هو موجود عند كل الأطفال . و هي تقود بذلك إلى ثلاث أنواع من الأنماط التي ميزتها اينسوارث. فمثلاً والدي الأطفال الآمنين يسمحون لهم بالتقارب منهم كلما طلبوا التقارب و الطمأنينة، فيسهل الوصول إليهم. أمّا والدي الأطفال المتجنبيين يسدون طريق الوصول إليهم بطريقة متناقضة و غير متوقعة .

(Bacro F ., 2007,pp.18-21)

ميّز (1999) Howes بين 3 نماذج لتنظيم علاقات التعلق . النموذج الهرمي ، النموذج التكاملي و النموذج المستقل .

أ- النموذج الهرمي :

مستخلص مباشرة من فرضية بولبي (1969). التي يقوم حسبها الطفل بوضع صورته للتعلق في شكل هرمي. حيث تكون نوعية التعلق مع هذه الصورة الأساسية، (عادة الأم) من المفترض أن تؤثر في العلاقات الأخرى للتعلق. فالكثير من الدراسات أظهرت أنّ نوعية التعلق مع الأب كانت مرتبطة بنوعية التعلق مع الأم¹². في حين ، بالنسبة لـ Howes (1999) هذا التوافق قد يرجع إلى أنّ الوالدين يتقاسمان نفس أنظمة القيم وأنهم بالتالي يتبنون سلوكيات مماثلة في إطار الرعاية و التربية .

ب- النموذج التكاملي :

يقترح أنّ العلاقات المختلفة للتعلق لدى الطفل مندمجة في تمثيل واحد . نفس الوزن ممنوح لكل منهن. أصحاب هذا النموذج يضعون الفرضية المتمثلة في أنه كلما كان للأطفال تعلّقات آمنة كلما كانت النتائج عن نموهم ايجابية .

ج -النماذج المستقلة :

يفترض فيه أنّ كل نموذج مستقل عن علاقات التعلق الأخرى فيما يخص نوعيته و تأثيره على نمو الطفل. كل علاقة للتعلق من المفترض أنّها تمارس تأثيرا على ميادين محددة من نمو الطفل. و هكذا فإنّ التعلق مع الأب يمارس تأثيرا على الطفل عندما يكون مع غريب أثناء الوضعية الغريبة، عكس نوعية التعلق مع الأم .

(Bacro F ., 2007,pp.18-21)

2-5-الرعاية الوالدية أو caregiving:

في 1988 افترض بولبي أنّ هناك نظام تحفيزي مقابل لنظام التعلق عند الطفل. و اسماه caregiving أي الرعاية الوالدية . من خلال الاستجابة لحاجيات التعلق لدى الرضيع فإنّ الراشد يقوم بتوفير التقارب و الطمأنينة. فيقوم هذا النظام بتنبية الأفراد عن حاجيات الآخرين. انطفاء هذا النظام التحفيزي لا يكون إلا باستعادة التقارب و إمكانية الطمأننة أو الحماية. وأصوله مبكرة جدا لدى الإنسان، فالبنات عندما تلعب مثلا دور الأم تستعمل هذا النظام بشكل غير ناضج، و غير وظيفي، لكن متأثرة بتجارب الرعاية الأمومية. هذا يؤدي

¹² (Fox & al., 1991 ; Van Ijzendoorn & De Wolff, 1997)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

لتشكيل إحساس برعاية الآخرين و التمثيلات عن طريقة القيام بالرعاية، هذا النظام يتغير وقت المراهقة. و يتطور خاصة أثناء مرحلة المرور للأبوة .

و قد عرفها بولبي أنها القدرة على تقديم الرعاية و الاهتمام للأصغر منه من الناحية الفيزيولوجية و العاطفية .

و بالرغم من ذلك من المهم أن نسجل أن كل صور التعلق ليست بالضرورة مقدمة للرعاية. فالشخص قبل أن يعتبر مقدم للرعاية فيجب أن يكون حاضرا باستمرار. و يقدم اهتماما و رعاية للطفل في الجانب الفيزيولوجي و العاطفي. و حسب (Cassidy 2000) الرعاية تتعلق كذلك بالاعتقادات الثقافية، بمفهوم الأبوة، بنوعية المحيط و الحالة العاطفية التي يتواجد فيها الراعي و كذلك بسلوك الطفل. و بذلك تتداخل بعض العوامل في طريقة تقديم الرعاية مثل الشبكة العلائقية، العلاقة الزوجية، شروط الحياة، الشدة النفسية، الموارد المادية و المالية، لكن كذلك التاريخ الوالدي و تجارب الوالد في طفولته .
(Savard N. , 2010 , p.12)

أظهرت ماري اينسورث الصلة بين أنماط تعلق الطفل في الوضعية الغريبة و العلاقات مع الوالدين في السنة الأولى من الحياة (وذلك فيما يخص نوعية الرعاية الأمومية) .

فأمهات الأطفال الآمنين يمكن الوصول إليهم و متوفرين. يستجبن بسرعة لاستغاثة أولادهم. و قدرات على قراءة إشارات أطفالهن و الاستجابة لها بحساسية و بشكل مناسب. أمّا أمهات الأطفال المتجنبين لديهم مجموعة ضئيلة من التعابير العاطفية. و تظهر اشتمزازا من الاتصال الجسدي القريب. و هذا ما تسميه اينسوارث " متلازمة الرفض ". محاولات الرضيع للقيام باتصال جسدي تصد بشكل دائم .

في حين أمهات الأطفال المتناقضين قد تتجاهلن استغاثة أطفالهن، أو بالعكس، تتدخلن في لعب الأطفال. و بالتالي هؤلاء لا يمكن التنبؤ بهن. و هن يستجبن لحاجاتهن الشخصية للاتصال الجسدي أكثر مما هي حاجات الرضيع. و حينما يظهر الطفل غضبه فهو محاولة للتعبير عن الإحباط الذي يشعر به من هذا الاهتمام غير المنتظم و في نفس الوقت في الرغبة في رعاية الأم و طمأننتها .

الفصل الثاني: نظرية التعلق

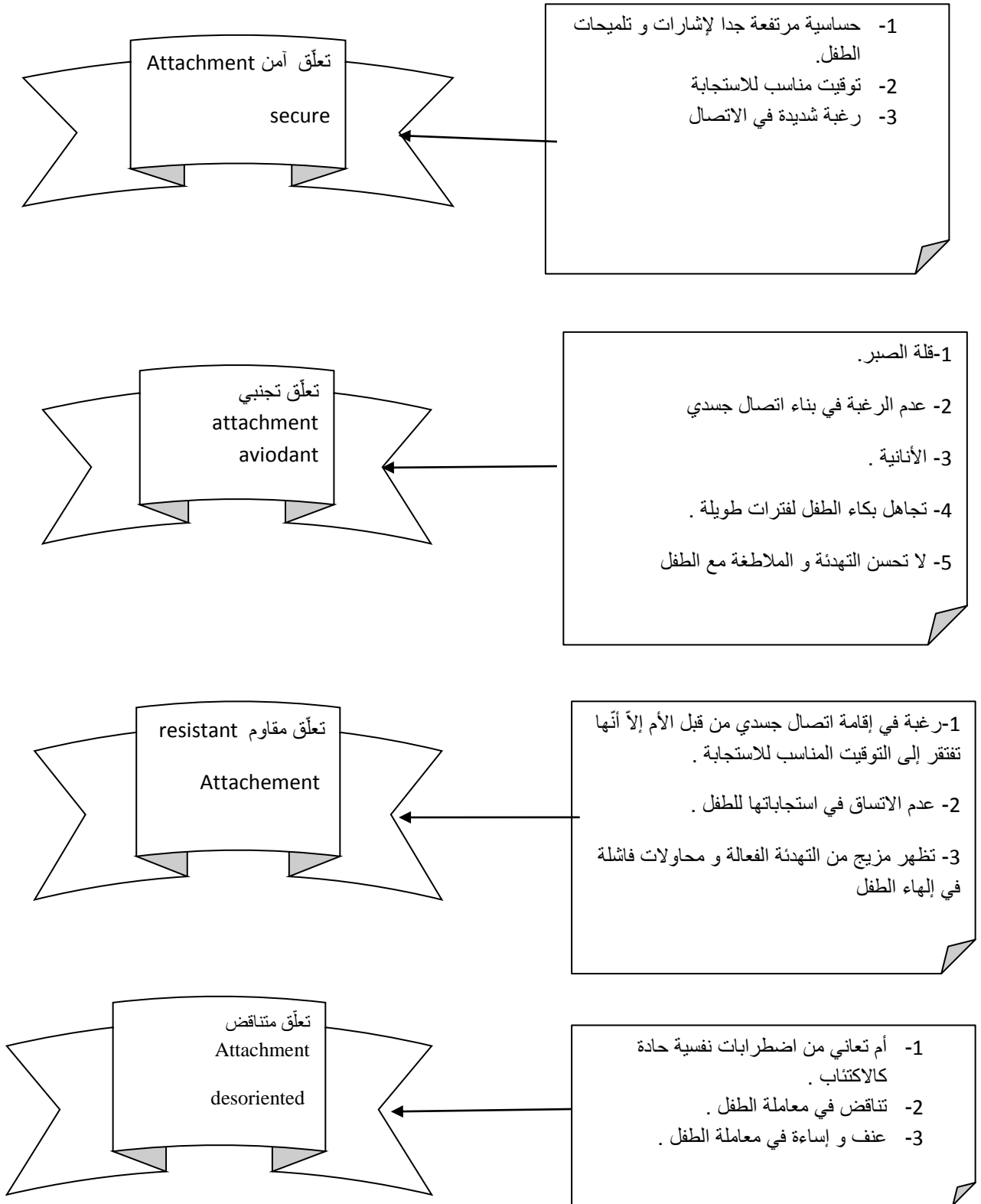
أمهات الأطفال غير المنتظمين لهن في غالب الأحيان في تاريخهن حداد لم يتم حله أو إساءة في المعاملة أثناء طفولتهن. و ما هو هام في الرعاية الوالدية حسب Ainsworth et al., (1978) هو توافر أو مدى استجابة (la disponibilité)(responsiveness) صورة التعلق أكثر من الحضور المباشر و الواقعي لها . مفهوم التوافر يعني في آن واحد إمكانية الوصول l'accessibilité لهذه الصورة و قدرتها على الاستجابة لحاجات الرعاية، الاتصال، و العلاقة مع الطفل .

صورة التعلق الأمومي (أو بديلها) تعمل كقاعدة آمنة ، نوعية العلاقات أم – رضيع تؤدي بالتدريج إلى خلق إحساس بالثقة في الذات . وعلى العكس من ذلك ، قلة التوافر و عدم استمرارية لهذه الصور يكون ذا قدرة تنبؤية لعلاقة تعلق غير آمنة.

(Gallien E.,2006,p.29)

و المخطط في الصفحة التالية يوضح نوعية الرعاية و أثرها في نمط التعلق

الفصل الثاني: نظرية التعلق



(أبو غزال م. ، 2007، ص 239)

المخطط رقم 1: نوعية الرعاية و علاقتها بأنماط التعلق لدى الطفل.

3-5- أنماط التعلق:

1-3-5- أنماط التعلق لدى الرضيع :

لقد استخرجت اينسوارث من خلال تقييم نوعية العلاقة بين الأم و رضيعها ، ثلاث أنماط من التعلق لدى الأطفال :

أ-المجموعة ب (التعلق الآمن) : l'attachement sécurisant :

تمثل 50 بالمائة من الأطفال، و هم الأطفال اللذين في وقت مغادرة الأم يظهرون استغاثة، لكن لا تدوم. و هم يحاولون التفاعل مع الغريب، و عندما تعود الأم يستقبلها الطفل بفرح و يبحث مباشرة على الاتصال بها. رغم أنّ الشخص الغريب أعطى له نوع من الطمأنينة أثناء غياب الأم. إلا أنّ هذه الطمأنينة تظهر أقلّ فعالية من التي تمدها الأم عند عودتها. و هم أطفال اجتماعيون، مقدامون، و لديهم مهارات أكثر مع نشاط أكبر من الاستكشاف. فهم أطفال لديهم تكيف جيد مع الوضعيات الجديدة.

(Reveyrand-Coulon , 2007 , pp.9 -10).

يستعمل الطفل مقدم الرعاية كقاعدة آمنة، يكتشف بحرية عندما يكون مقدم الرعاية متوفراً. قد لا يستغيث أثناء الانفصال لكن يرحب بحرارة أثناء الالتقاء، و في حالة الاستغاثة يهدأ عند حضور مقدم الرعاية و يعود للاستكشاف.(Curtis H.,2009 , p. 7)

فالطفل يكون مع أمه شكل تعلق آمن عندما تكون الأم جاهزة و متوفرة، و كذا متفهمة لحاجاته، فهي توفر له الحماية، وتضمن له التفاعل مع مكونات المحيط.

ب-التعلق غير الآمن attachment inséculaire :

مكوّن من نمطين جاءت بهم اينسوارث. و نمط ثالث مستخرج من ملاحظات ماري ماين. فإمّا يكف الطفل حاجاته للتعلق و يشكل بذلك تعلقاً متجنباً، و المنعوت كذلك بمباعد و منفصل، و إمّا ينشط حاجاته للتعلق. أو قد لا يستطيع القيام بأي إستراتيجية سلوكية مهدئة.

فهنا يعتبر التعلق غير منتظم مؤسسا لشخصية باثولوجية (البنى الحدية بالتحديد) و هذا مجال اهتمام الكثير من العياديين في ميدان التعلق .

(Delage M.,2010,p.35)

ب-1- المجموعة أ (التعلق المتجنب) **attachement évitant**:

تمثل 37 بالمائة من الأطفال. يظهرون استغاثة عندما تغادر الأم . و لا يمكن مواساتهم عندما تعود. و يتجنبون الاتصال مع الأم عند عودتها، و يتجاهلون، و يحولون انتباههم إلى اللعب، بالنسبة لهم الغريب ليس له تأثير هم الأطفال ذوي التعلق غير الآمن، المتجنبين (للأم) . (10-9 pp , 2007 , Reveyrand-Coulon)

له اهتمام منخفض بمقدم الرعاية، منكب على الاستكشاف ، استغاثة دنيا أثناء الانفصال .

(Curtis H.,2009 , p. 7)

استكشافه للمحيط دون الرجوع للأم كقاعدة آمنة. و حتى دون أن يتأكد من حضورها، يعطينا الانطباع بأنه مستقل، و لا يظهر عليه الحزن عند غياب الأم.

(Pierrehumbert B.,1996 ,p. 100)

بالإضافة إلى هذه السلوكات ، نجد أنّ التصرفات التي تتبناها صورة التعلق (الأم) تأخذ طابع الرفض، فهي تهمل حاجات طفلها، أو إذا أجابت تجيب مع نوع من اللامبالاة، و يتوجه الأطفال بدورهم إلى إنكار حاجاتهم الخاصة. وكذا تجنب أي تفاعل مع هذه الصورة غير المليية. ويلجئون بشكل قهري وتعسفي و سريع لإكتساب استقلاليتهم.

(Brazelton .T.B.,1978,p.p. 13-17)

ب-2- المجموعة ج التعلق المقاوم المتناقض **résistant ambivalent**:

تمثل 13 بالمائة من الأطفال، و هم الأطفال اللذين يظهرون شدة و استغاثة كبرى أثناء رحيل الأم ، لكن عند رجوعها لديهم سلوك متناقض ، و يصعب تهدئتهم . فيبحثون عن الاتصال بالأم لكن يرفضونها بغلظة و قسوة. ما تسميه اينسوارث "تصاعد للمظاهر السلبية".

الفصل الثاني: نظرية التعلق

هم أطفال لا يلجئون إلى الراشد المألوف، ييأسون بسهولة أمام الصعاب، و يميلون للعزلة، قليلو الاستكشاف، و يظهرن القليل من الاهتمام تجاه الأشياء و اللعب.

(Reveyrand-Coulon,2007, pp.9 -10)

هذا النمط يحدث نتيجة ردود فعل الأم المشوشة وغير الواضحة، فلبعض الوقت بشكل بائس يبحث عن التقرب من أمه التي لا يضمن جاهزيتها لحمايته، هنا نفهم لماذا يتصرف الطفل بارتباك وعدم توازن عند الانفصال. ولكن الشيء الأكثر لفتا للانتباه هو أنّ الطفل عند عودة الأم يصبح من الصعب جدا تهدئته، كما أنه يخاف من مفارقة أمه من أجل استكشاف المحيط الذي يعيش فيه. وبالتالي هؤلاء الأطفال لا يتوصلون إلى الاستقلالية.

(Brazelton T.B.,1978,pp. 13-17)

أضافت Marie Main مجموعة رابعة :

ب-3-المجموعة د : التعلق غير المنظم أو غير الموجه ou désorienté :désorganisé

هم الأطفال اللذين ليس لديهم إستراتيجية متناسقة في الاقتراب من أمهذهم. سلوكهم لا يمكن التنبؤ به. عندما تعود الأم، لا يتحرك الطفل مع نظر ثابت، أو قد يدير رأسه كي لا يراها أو يتجه للأمام ثم يرمي بنفسه على الأرض. هؤلاء الأطفال ينادون أمهذهم عند مغادرتهم، و يبغون صامتين عندما تأتين. بالنسبة لماري ماين هم رضع لديهم صعوبة في التوفيق بين المشاعر المتناقضة نحو أم هي في نفس الوقت مصدر للطمأنينة و مصدر للخوف. و هم في الغالب أطفال تعرضوا للإساءة في المعاملة.

(Reveyrand-Coulon , 2007 , pp.9 -10)

لقد أشير في عدّة دراسات أنّ السلوك الوالدي الذي يتميز بعدم الحساسية، أو الرفض، أو التطفل أو عدم التناسق و الانشغال بالذات يرتبط بسلوك التعلق المتجنب و المقاوم لدى الرضيع الذي يجعل من هذا الأخير يتخذ سلوكا دفاعيا يحوي اختلالا واضحا في الانتباه و التعبير. و مع ذلك لا الاستراتيجيات التجنبية و لا المقاومة تحضى بأهمية في علم النفس العيادي للرضيع. فاستراتيجيات التعلق غير المنتظم في الرضاعة هي التي تظهر

الفصل الثاني: نظرية التعلق

أنها عامل خطر لاضطرابات بسلوكياتولوجية في مرحلة ما قبل الدراسة، و في الطفولة الوسطى و المراهقة. و من بين مؤشرات سلوك التعلق غير منظم غير الموجه لدى الرضيع:

1- عرض مقطعي لأنماط من السلوك المتناقض. مثل سلوك غريب من التعلق متبوع فجأة بالتجنب، التبدل أو سلوكات الذهول.

2- العرض المتلازم لسلوكات متناقضة مثل تجنب مع بحث قوي عن الاتصال، الاستغاثة أو الغضب .

3- التعبيرات و الحركات غير الموجهة، الراجعة و غير المكتملة و المتوقفة. على سبيل المثال : تعبيرات مفرطة للاستغاثة مرفوعة بحركات بعيدة عن الأم عوض أن تكون موجهة نحو الأم .

4- النمطية و الحركات غير المتكافئة و الحركات المؤقتة توقيتا خاطئا و الوضعيات الشاذة. مثل : التعثر دون سبب واضح.

5- تجمد، سكون، و تباطؤ الحركات و التعبيرات.

6- مؤشرات مباشرة للخوف تجاه الوالد : مثل أكتاف منحنية و تعبيرات الوجه الخائف.

7- أدلة مباشرة من الفوضى و الارتباك مثل التجوال المشوش، أو تعبيرات بها خلط و أو هام أو تغييرات متعددة و سريعة في العواطف .

بيّن (1995) Van Ijzendoorn أن هناك بعض العوامل المتعلقة بالوالدين تنبؤنا

بانعدام الانتظام لدى الرضيع. مثل الاضطرابات البسيكوباتولوجية لدى الوالدين، أو فقدان و حداد لم يحل بعد أو صدمات لدى الوالدين .

(Lyons-Ruth K. et Spielman E.2004, p.321)

و قد وجد كل من Main et Cassidy أن التعلق غير المنتظم في مرحلة الطفولة

الصغرى يتميز إلى 3 أنواع :

"المسيطر . المعاقب (contrôlant-punitif) ، و المسيطر – المهتم (contrôlant-

attentionné) ، و غير الآمن (insécurisant-autre) .

الفصل الثاني: نظرية التعلق

فالأطفال من الصنف " المسيطر - المعاقب " يستعملون سلوكيات معادية و توجيهية تجاه معطي الرعاية مثل : الإذلال، الإحراج و الرفض و في بعض المرات العدوان الجسدي. أمّا الأطفال من النمط غير المنتظم " المسيطر – المهتم " يظهرون محفزين للبحث عن حماية الوالد و بسعادة كبيرة، متخلقين و متعاونين . في حين الصنف غير المنتظم " غير الآمن " يحوي أطفالا الذين لا يظهرون أي نمط من التعلق المنتظم. و ليس لديهم أي إستراتيجية متناسقة و يظهرون الكثير من السلوكيات غير الموجهة .

(Moisan C., 2011,p.39)

حديثا فسّر كل من (Spangler and Grossman (1993 أن أنماط التعلق غير الآمنة الكلاسيكية و غير المنتظمة هي استراتيجيات تعلق غير مناسبة. و نمط من الكوبينيق أو استراتيجيات المواجهة للسلوك البيولوجي التي تنبؤ بمستويات مرتفعة من نشاط الكورتيزول الكظري أثناء وضعيات الشدة النفسية .

(Spangler G. and Grossman K., 1996 , p.129)

و الجدول التالي يمثل سلوك التعلق لدى الطفل حسب أنماط التعلق.

الجدول رقم 1 : سلوك التعلق لدى الأطفال حسب أنماط التعلق

استكشاف البيئة أثناء تواجد الأم ، الانزعاج الشديد عند مغادرة الأم ، الارتياح و التحية الدافئة عند عودة الأم ، السعي إلى الاقتراب البدني من الأم عند عودتها و علامات الارتياح .	70-60 %	التعلق الآمن
تجاهل الأم عند وجودها بالحجرة ، ضيق أو استياء قليل عند مغادرة الأم الحجرة ، الابتعاد النشط عن الأم عند عودتها .	-15 % 20%	التعلق غير الآمن التجنبي
استكشاف قليل للبيئة أثناء تواجد الأم في الحجرة ، البقاء بالقرب من الأم ، انزعاج أو استياء بسيط جدا عند مغادرة الأم للحجرة ، تناقض أو غضب و مقاومة الاتصال البدني بالأم عند عودتها إلى الحجرة .	15-10 %	التعلق غير الآمن المقاوم
غموض فيما يتعلق بالإقدام أو الإحجام عن الأم أثناء تواجدها في الحجرة ، يظهر غالبية الأطفال انزعاج استياء عند ترك الأم للحجرة ، بعد عودة الأم إلى الحجرة تصدر عنهم أفعال مرتبكة أو متشابهة مع سلوك التارجح بين الإقدام و الإحجام في النماذج الحيوانية .	10-5 %	التعلق غير الآمن المفكك أو غير الموجه

(Perry D.B,2001,p.6)

5-3-2- أنماط التعلق لدى الراشد :

مثلما وجدنا لدى الأطفال أنّ أنماط التعلق قد استوتحت من خلال وضعية تجريبية لقياس التعلق " الوضعية الغربية " ، فإننا نجد كذلك عند الراشد أنّ Main, Kaplan et Cassidy (1985) صمموا l'Adult Attachment Interview (AAI) . و هو مقابلة نصف موجهة تدوم نحو ساعة. أين يطلب من الأشخاص أن يصفوا و يقيموا علاقات التعلق في الطفولة، فقدان صورة التعلق و الانفصال و أثر هذه التجارب على نموه و شخصيته . و يقترح عليهم ذكر خمس صفات لنعت العلاقة مع كلا من الوالدين في الطفولة، ثم ربطها بذكريات و أحداث مميزة في حياتهم. عند تحليل هذه المقابلات ، نستدل على أربع تصنيفات للتعلق عند الراشد :

أ- النموذج المستقل الآمن (Le modèle autonome (autonomus-secure):

يسمى كذلك النمط « F » يكون له ذكريات سهلة عن علاقاته الأولى . و يسهل عليه القيام بعلاقة تعلق، خطابه متناسق و واقعي. يلجأ إلى كل ذكريات الطفولة بما في ذلك الذكريات السلبية. و له نظرة موضوعية عن علاقاته للتعلق، و يوليها اهتماما. لديه تناسق في الأفكار، و خطابه يعكس توافقا بين التمثيلات المعممة و الذكريات الخاصة التي يحتفظ بها . (Ramu C.,2004, p. 16)

يكون متناسق و متعاون أثناء مناقشة مواضيع التعلق، حواراه تفاعلي، مفكر، له منظور عن الماضي سواء كان ايجابي أو سلبي . و يمثل هذا النمط 45-55 بالمائة من الراشدين . (Curtis H.,2009 , p. 7)

ب- النموذج المنفصل الرفض (détaché (dismissive):

غير مهتم و منفصل عاطفيا بالنسبة للتجارب العلائقية، يبدو كأنه مستقل، اغترافه من ذكرياته محدود، خطابه يتميز بالتناسق مع وجود لبعض التناقضات. الفكرة العامة التي يأخذها عن العلاقة مع والديه لا يظهر أنّها تركز على التجارب التي عايشها معهم. فمثلا بعد أن يعطي صورة إيجابية عن والديه، يسرد حقيقة معاشته مرارا للوحدة أو الرفض أثناء

الطفولة. و لأجل التحكم في الألم الناتج عن ذلك، يقوم بتحويل اهتمامه عن كل ما يتعلق بالتعلق . مثلا : نجد أنّ له صعوبة في الإجابة عن أسئلة مثل : هل يمكن أن تذكر لي مثال أو ذكرى عن الحنان ؟ فهو عادة غير قادر على استحضار ذكريات الطفولة، و المراحل المليئة بالأسى تقمع و تكبت . (Ramu C.,2004, p .16)

فكل ما يتعلق بالتعلق بعيد عن اهتماماته ، و يطالب بعدم تذكر الطفولة، فيجعل من الطفولة مثالية دون دعم من التفاصيل، حيث تلجّم عواطفه و تفصل عن معانيها. هذا النمط مقدر ب 20 إلى 35 بالمائة من المجتمع العام . (Curtis H.,2009 , p.11)

ج - النموذج القلق المحترار (preoccupied) Le modèle préoccupé :

يسمى كذلك النوع « E » يظهر الفرد عدم استقلالية عاطفية، خطابه غير متناسق و غير ناضج و ذلك عن طريق تذبذبه. يقوم بتنشيط مفرط لنظامه للتعلق. خطابه مميّز بكم مفرط من المعلومات. عنده عادة نقص في القدرة للرجوع للوراء، يمنعه من أن يكون خطابه مفهوما عن ذاته و عن علاقته بوالديه. فيفتقر خطابه للموضوعية و التوازن. في بعض الحالات نجد أنّ الأشخاص لم يتخلصوا بعد من علاقات طفولتهم و يجدون أنفسهم دائما تحت سيطرة رغبات والديهم. و يصعب عليهم أن يكونوا مستقلين و يفكرون بذاتهم .

(Ramu C.,2004, pp .16-17)

لا يقدر أصحاب هذا النمط على احتواء الغضب الذي لا يزال موجود تجاه والديهم ، و هذا في جو من التناقض الذي يدل على الاعتماد العاطفي . و يظهر لديهم خلط و انشغال بتفاصيل الماضي، سلبية، غموض، غضب، تناقض، تحليلهم غير مقنع، هذا النمط مقدر ب 10-15 بالمائة من مجموع المجتمع.

(Curtis H.,Op.cit , p.11)

د-النموذج غير المنتظم (unresolved-disorganized) désorganisé :

يرمز له بحرف « U » يميّز الأشخاص اللذين عانوا من صدمات و إساءة معاملة

و حداد غير محلول. (Ramu C.,2004, p .16-17)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و بمصطلح آخر هؤلاء الأشخاص لم يصلوا إلى بناء ذهني يسمح لهم باسترجاع نوع من البعد العاطفي نحو هذه الأحداث .

حيث يتميز خطابهم بالإخفاق في ضبط الذكريات و التفكير في مواضيع التعلق أو الصدمات. هذا النمط مقدر ب 15 -20 بالمائة من المجتمع.

(Curtis H.,2009 ,p.11)

استخرج بعض العلماء أنماطا للتعلق ناتجة عن الاستبيانات و المقاييس. منها الأنماط الناتجة من تصميم Hazan et Shaver لمقياس التعلق للراشدين Adult Attachment Questionnaire و هو مقياس مشكل من 3 فقرات . و هي وصف مختصر للسلوكيات و الأحاسيس المتعلقة بالطريقة التي يدرك بها الراشدين علاقاتهم الغرامية و البيئشخصية. بصيغة أخرى، أنماط التعلق المستخرجة من طريقة Hazan et Shaver تقيس النمط العلائقي السائد الحالي و يعرفون الأنماط الثلاث كالتالي :

أ- **النمط الآمن** : هم أشخاص يصفون علاقتهم العاطفية كسعيدة و ودية بالنظر للنمطين الأخرين من التعلق. و لهم صورة إيجابية عن ذواتهم. ليس لهم أي صعوبة أن يكونوا حميمين، و أن يثقوا في شريكهم .

ب- **نمط التعلق المتجنب** : هم أشخاص يعبرون عن تباعد عاطفي، و يفتقدون للثقة في الشريك. لديهم نوع من الاكتفاء الذاتي، و يؤكدون أنه ليس لديهم حاجة للآخرين . و يفضلون الهروب من الاعتماد العاطفي . لا يستطيعون التقارب مع الآخرين. و لا يفضلون العلاقات الحميمة.

ج- **النمط القلق المتناقض** : هم أشخاص يعبرون عن أحاسيس من الاستغاثة و التناقض بالنسبة لعلاقتهم العاطفية. لديهم حاجة كبرى للالتصاق بالآخر. و يشكون في أنفسهم و لديهم تقدير ذاتي متدني، غير مفهوميين و غير محبوبين، طلباتهم العاطفية غير معقولة، تؤدي بهم للإحباط أو للتوتر تجاه العلاقة .

استوحى Bartholomew تقسيما آخر من خلال نظرية بولبي التي ترى أن الفرد ينمي صورة عن ذاته و عن الآخرين حسب الرعاية التي تلقاها أثناء الطفولة. و بذلك أعطى

الفصل الثاني: نظرية التعلق

مفهوم لنموذج التعلق عند الراشد باعتبار بعدين : نموذج الذات و نموذج الآخرين، هذان البعدان يقدر أن يكونا موجبان أو سالبان. و بتجميعهم تحصل على تصنيف يحوي 4 أصناف يسمى le Peer Attachment Interview الذي يسمح بتقييم العلاقات مع الأصدقاء المقربين أو علاقات الحب:

أ-الصنف الأول هو الآمن : الفرد يشارك بسهولة في العلاقة و يثق في شريكه (نموذج الذات و الآخرين ايجابي)

ب- الصنف الثاني هو المنفصل : الفرد يعتبر أنه لا يحتاج للآخرين ، و يفضل الاحتفاظ باستقلاليتة (نموذج الذات ايجابي ، نموذج الآخرين سلبي)

ج-الصنف الثالث هو القلق: الفرد يبحث عن العلاقات القريبة، لكن يضمن أنه لا يستحق حب الآخرين (نموذج الذات سلبي و نموذج الآخرين إيجابي)

د-الصنف الرابع الخائف **crainitif** : الفرد له صورة سيئة عن ذاته و يضمن أنه لا يمكن أن يحب ، ويرى الآخرين كرافضين له (نموذج الذات و الآخرين سلبي) . و الجدول أدناه يشرح هذا النموذج.

في الختام ، نمط التعلق الآمن يعزز من الشعور بالراحة و يبني سلوكيات بناءة ، و يساعد على توجيهه عواطفه مشكلا بذلك عامل صلابة نفسية تجاه الشدة النفسية .

(Ramu C.,2004, p .18)

6- نمو التعلق :

ميّز بولبي (1969) بين أربع مراحل لنمو التعلق :

أ-مرحلة ما قبل التعلق، الاستجابات المشوشة (المرحلة غير الاجتماعية) :

من الولادة حتى 8 أو 12 أسبوع ، يفضل الرضيع التوجه نحو مثيرات آتية من كائنات بشرية . و يستجيب للأشخاص دون تمييز للصورة .(Gallien E.,2006, pp.17-18)

كما يستطيع الطفل في هذه المرحلة أن يميّز صوت الأم و رائحتها إلا أنه لا يظهر تفضيلا للأم ،فهو لا يمانع عند تركه عند شخص غريب و لا يظهر ردود فعل سلبية تجاهه.

(عبد الرحمان م.س .، 2001 ، ص 54-55)

ب-مرحلة تكوين التعلق (المرحلة قبل الاجتماعية) :

من 8 أسابيع إلى 6 أشهر . الإشارات الموجهة نحو صورة مميزة أو عدة صور .

(Ibid, pp.17-18)

الرّضع يتعلمون التمييز بين مقدم الرعاية الأولي و الثانوي لكن يقبل الرعاية من أي احد . و تصبح استجاباتهم انتقائية للأشخاص المألوفين و يرى بولبي أنّ التعلق في هذه المرحلة استجابة أولية وظيفتها حماية الصغير من الخطر . و هو يعتقد تماشياً مع حقائق علم سلوك الحيوان أنّ الطفل يسعى للاتصاق بالأم عندما تكون موجودة ، و عندما تكون هناك مواقف مخيفة . (عبد الرحمان م.س .، 2001 ، ص57)

ج - مرحلة التعلق الواضح ، السعي للتقارب الفعّال (المرحلة الاجتماعية) :

تبدأ عادة في الشهر السابع و قد تمتد للسنة الثانية أو الثالثة. و تتميز بالحفاظ على التقارب مع صورة مميزة بفضل التحرك و كذلك الإشارات . الطفل يظهر الكثير من التمييز في الكيفية التي يعالج بها الأفراد ، و مجموعة معارفه تتسع . يختار بعض الأشخاص كصورة تعلق ثانوية، و يعامل الغرباء بالكثير من الحذر .

(Gallien E.,2006, pp.17-18)

تفضيل خاص لصورة تعلق واحدة.الرضيع يبحث عن أشخاص محددین من أجل الأمن، الطمأنينة و الحماية. و يظهر قلق الغريب و عدم السعادة عندما يبتعد عن شخص بالتحديد (قلق الانفصال). بعض الرّضع يظهرون قلق الغريب و قلق الانفصال بحدة بشكل مكثف أكثر تكرار و شدة من الآخرين، و رغم ذلك فيعتبر أنّهم شكلوا تعلقاً.

(McLeod S. , 2009,p.2)

يرى بولبي أنّه في هذه المرحلة لا يبقى الأطفال عاجزين عن البث في مصيرهم، معتمدين فقط على البكاء، و منتظري المساعدة، بل يصبحون قادرين على الزحف أو الحبو و يتبعون بنشاط زائد الوالد الذي أخذ سبيله في الابتعاد عنهم .

(فلاح حسان ش. ، 1998 ، ص 221)

د-مرحلة تشكيل العلاقات المتبادلة (سلوك المشاركة) :

من العام الثالث إلى نهاية الطفولة. يظهر لدى الطفل تطور سريع في الجوانب اللغوية و المعرفية، فتزداد قدرته على الحوار و المنافسة و فهم العوامل المسؤولة عن حضور و غياب الأم، و عليه يتناقص ظهور علامات الاحتجاج عند الانفصال عن الأم (كالبكاء و التشبث بها)، و يحل مكانه الحوار و المفاوضة مع الأم، عن أسباب مغادرتها و موعد قدومها. فكل من الطفل و الأم يستطيع عرض رغباته و أهدافه و توضيحها للطرف الآخر. (عبد الرحمان م. س. ، 2001 ، ص 60-61)

يتعلم الطفل تشكيل استراتيجيات التي تأخذ بعين الاعتبار الأهداف الموجهة للراشد و يحاول التأثير فيه. و يكتسب فهما لنوايا الآخر، و يطور تفاعلا معقدا ما أسماه بولبي شراكة (partenariat) أو ما يسمى شراكة ذات أهداف مصححة .

(Gallien E.,2006, pp.17-18)

درس (1964) Rudolph Schaffer and Peggy Emerson 60 رضيع في أشهر مختلفة من 18 شهر الأولى (دراسة طولية). فبينت نتائج الدراسة أنّ التعلق يؤسس مع الأشخاص اللذين استجابوا بدّقة لإشارات الرضيع. و ليس الشخص الذي يقضي أغلب الوقت معه. و هذا ما سماه Schaffer and Emerson الاستجابة الحساسة sensitive responsiveness . و وجدوا أنّ العديد من الرّضع لديهم تعلق متعدد في سن 10 أشهر، يحوي تعلقا للأمهات، الآباء، الأجداد، الأخوة و الجيران. في حين نجد في سن 18 شهر، تصبح الأم صورة التعلق الأساسية لنصف الرّضع المدروسين و يكون الأب بالنسبة لأغلب الآخرين . فما يؤسس لعلاقة التعلق ليس من يغذي أو يغير للرضيع، لكن من يلعب و يتواصل معه. (McLeod S. , 2009,p.2)

عدّة دراسات طولية أكّدت استمرار أنماط التعلق على مدى الطفولة فمثلا دراسة Main & Cassidy (1985) بينت أنّ هناك 84 بالمائة من الاستقرار في أنماط التعلق من سن 15 شهر إلى سن 6 سنوات . في حين توصل (1988) Sroufe إلى 70 بالمائة من الاستقرار بين 15 شهر و 9 سنوات . و قد لاحظ (2000) Zimmerman تغيرات قوية

بين 10 و 16 سنة تشرح بأحداث الحياة السيئة مثل طلاق الوالدين، الأسى الناتج عن العلاقات الغرامية، ظهور صور تعلق جديدة مثل الأصدقاء المقربون.

<http://www.mapageweb.umontreal.ca/claes/psy3071/expose4.pdf>

2005,p5)

6-1- التعلق في مرحلة الرضاعة و قياسها :

خلال الطفولة الصغرى، نجد روابط التعلق هي الغالبة، فهي الروابط الأكثر تأثير في حياة الطفل. حيث تمهد للتفسيرات العاطفية و المعرفية الخاصة بالتجارب الاجتماعية، و كذا غير الاجتماعية، و لنمو اللغة، و اكتساب معنى الذات و الآخرين، في وضعيات اجتماعية معقدة و لقبول الطفل و اكتسابا لثقافته . مثلا : الانتباه المشترك يظهر حوالي سن التسع أشهر، حينما يكون القلق نحو الغريب في قمته، هذا ما يدفع الرضيع لتعلم لغة الأم . روابط التعلق التي كانت حيوية لبقاء الرضيع في تطوره تبقى تؤثر على الأفكار و العواطف و الدوافع و العلاقات الحميمة على مدى الحياة. فنظرية التعلق تضع كمسلمة علاقة سببية بين تجربة الفرد مع والديه أو مع صور التعلق و القدرة على إقامة علاقات عاطفية لاحقا. فالرعاية الآمنة، المستمرة، الحساسة و الداعمة (يعني حب على الأقل أحد الوالدين) يوفر نموذجا من الروابط العاطفية. فإذا تحصل الطفل في الوقت المناسب على رعاية موسومة بالحنان و الحب من قبل الأم أو الأب، و كذا دعم يهدف لجعله مستقل عندما يكتشف محيطه. فهذه التجارب من شأنها أن تعطي له إحساس بالقيمة نحو عطف الآخرين، و تسمح له باستكشاف المحيط بثقة. و تعتبر كشرط مسبق و أساسي للعلاقات المشتركة الجيدة و الدائمة في الرشد و تصبح نموذجا للأبوة اللاحقة. فالتجارب الأولى الحادثة في جو من الثقة و الكفاءة مثلما وصفها بولبي هي ما يمهد للاستكشاف الآمن.

(Grossmann K. et Grossmann E.K.,2008,p.1)

تنمو علاقة التعلق بالتدرج و بشكل متواصل. و يشارك كلا من الوالد و الطفل في اكتساب هذه العلاقة. فتعلق الوالد نحو الطفل يترجم بالحساسية الوالدية. هذه الأخيرة، هي عامل محدد في نمو علاقة التعلق. بالإضافة إلى أنّ هذا العامل الأكثر (حسب الدراسات¹³)

¹³ De Wolff & Van Ijzendoorn, 1997 الدراسة التحليلية التجميعية ل

مساهمة في إرساء التعلق، بالرغم من أن دوره ليس حصري. فحسب Steinhauer (1997) لا شيء أكثر تأثيراً على الطفل بعد الوراثة من نوعية الرعاية الوالدية. وقد استنتج (Lacharité 2003) أن الحساسية الوالدية يعبر عنها في 4 مراحل: 1- التقاط الإشارات الصادرة عن الطفل 2- الفهم الصحيح و المناسب للإشارات. 3- انتقاء الاستجابة المناسبة و الصحيحة للإشارات. 4- التطبيق السريع للاستجابة المختارة. و يؤكد هذا الكاتب أن الحساسية الوالدية لا يشترط فيها أن تكون دائمة و تامة. فالوالدين الأكثر حساسية ليسوا كذلك إلا بنسبة 75-80 بالمائة من الوقت. و معظم الآباء لا يستطيعون ذلك إلا بنسبة 60-75 بالمائة. و من خلال فعالية الأم للاستجابة و حساسيتها، يشكل الطفل تمثيلاً للأم كمتوفرة يساعده على تنظيم مشاعره. (Lacombe M. et Bell L. , 2006 , p. 14)

معظم الأبحاث التي ركزت على حساسية الأم لاحتياجات التعلق لدى رضيعها، وضحت أهمية كفاءة الأم على الاستجابة لاحتياجات رضيعها بسرعة و بالشكل المناسب. و مع ذلك ففي السنوات الأخيرة، اتضح أن حساسية الأم غير كافية لشرح تطور أنماط التعلق لدى الرضيع. و أظهرت الدراسة التجميعية لـ Van IJzendoorn (1995) أن حساسية الأم تدخل فقط في 23 بالمائة عند انتقال أنماط التعلق بين الأجيال. و أنها لا تشرح بشكل تام التواصل بين تعلق الرضيع و والديه. و قد برّر العالم أن التباين المشترك غير المفسّر قد يكون راجع لأنّ وسائل القياس الموجودة لسلوك التفاعل لدى الأم و الطفل لا تلتقط كل الجوانب ذات الصلة بالتفاعل والدين-طفل، و التي تحفز على التعلق الآمن. و قد وجد أنّ سلوكيات أمومية متعددة، و التي مفاهيمها مختلفة عن حساسية الأم تؤدي إلى تأثير مشابه في التنبؤ بالتعلق الآمن لدى الرضيع. لذا يشدد العلماء على ضرورة اعتماد مقاربة متعددة الأبعاد لدراسة أوسع لتعلق الرضيع. أين يكون هناك اعتبار للعديد من سلوكيات الأم. (Whipple N. et al , 2011,p.19)

فمن بين العوامل التي تؤثر على نمو التعلق لدى الطفل ثلاثة عناصر: 1- العلاقات السابقة للوالدين 2- الشدة النفسية 3- الشبكة الاجتماعية. بالنسبة للأولى ترجع للتمثيلات العقلية للوالد المنحدرة من العلاقة السابقة التي عاشها مع والديه. هذه التمثيلات تعاود

الفصل الثاني: نظرية التعلق

الظهور عادة عند ميلاد طفل. و التجارب العلائقية الأولى تواصل إعطاء أثر على سلوكيات التعلق على مدى الحياة. و تؤثر في كفاءة الوالد على الاستجابة بشكل حساس للطفل. أما الشدة النفسية فتعتبر كعامل يؤثر سلبا على نوعية الرعاية المقدمة. مما يجعل من الوالد أقل توافرا و حساسية لاحتياجات الطفل.

و من جهة أخرى للشبكة الاجتماعية للوالد أثر عظيم على التكيف النفسي الاجتماعي للوالدين و لها تأثير ايجابي على نوعية التفاعل أم – طفل. فحسب (Massin 2001) السند العائلي هو عامل مشجع لتبني سلوكيات والدية ملائمة .

(Lacombe M. et Bell L., 2006 , p. 14)

اقترح Stern(1982, 1985) مفهوم الاتساق أو التناغم "d'attunement" ou accordage الذي يفترض أنّ التفاعلات بين الرضيع و أمه لا تستند فقط على التوافق السلوكي، لكن كذلك على الاتساق العاطفي و الإيقاعي (و هنا يقصد بوتيرة التفاعلات) . و عندما طوّر (Lebovici 1983-1989) مفهوم التفاعل الهوامي (الخيالي) وسّع بذلك الحقل النظري ليشمل التوظيف النفسي لجميع الأفراد الذين قد يشاركون في التعلق بين الطفل و الأم و يؤثرون فيه بما في ذلك الأجداد. و بيّن برازلتون كيف أنّ قراءة تفاعلية لقدرات الطفل من طرف الأخصائي و الوالدين تطمئنهم، و تحرك أو تعيد تحريك عواطفهم و تسهل عملية الرعاية. أما Spitz et Wolff (1946) فقد استنتجا أنّ القدرات الإدراكية و التفاعلية تكون واضحة و عملية عندما يجد نفسه وجها لوجه مع الراعي. فتقديم وجه إنسان للرضيع أو حتى مخطط عيان و أنف و فم مثلا بقناع تؤدي لابتسام الرضيع. في حين يتوقف عن الابتسام عندما يكون نفس الوجه أو القناع مقدم من الجانب. و بذلك فإنّ الابتسامة لدى الرضيع (حسب سبيتز) هو أحد المنظمات النفسية الأساسية الثلاث لدى الرضيع.

و أضافت البحوث التالية التابعة لنظرية التعلق كيف يلعب التفاعل وجها لوجه و عين لعين في بناء و تطوير التعلق الآمن. فمثلا فريق بوستون (Tronick et al. 1977-1984) اظهروا تجريبيا كيف التغيرات في التعبير الوجهي للوالد تنظم التوافق السلوكي و العاطفي للرضيع. فالمرور من وجه مبتسم إلى وجه مغلق و دون تعابير لشريك التفاعل (مثلما هي

الأم المكتتبة) تؤدي لدى الطفل إلى استجابات تجنب و انطواء على الذات أو ردود فعل من الكدر. (Montagner H. ,2004,pp.3-4)

و قد أظهرت معطيات دراسية أنّ نوعية العلاقة للوالدين مع أطفالهم في الأشهر الأولى من الحياة لها أثر على النمو العام للطفل. وعلى قدرتهم على التكيف النفسي، و كذا النمو العقلي و العاطفي والجسدي و الحركي.

ففي الجانب العاطفي مثلا، تشجع على نمو إحساس بالفعالية الشخصية، كفاءة أحسن للتنظيم الذاتي، و توقعات أكثر ايجابية نحو العلاقات البينشخصية. و قد توصل (Weinfield et al. (1999) إلى أنّها تؤدي كفاءة أكبر للاتصال البينشخصي. حيث لوحظ هذا لدى الأطفال في سن التمدرس . و من جهة أخرى، وجد (Bornstein (2002 أنّ الأطفال الذين يخبرون مشاكل تعلق في السنة الأولى من حياتهم هم أكثر هشاشة لا من حيث الجانب الجسدي و حتى من الجانب العاطفي. و أكثر عرضة لوجود اضطرابات في النوم. بالإضافة إلى ذلك، بيّن (Weinfield et al. (1999 أنّ هؤلاء الأطفال يصبحون أقل مهارة في العلاقات البينشخصية و ينزعون للعزلة، لمعيشة نوبات غضب و قلق و تظهر لديهم سلوكيات عدوانية .

استنتج كل من (Wakschlag & Hans (1999 أنّ الصعوبات العلائقية المبكرة بين الوالدين و أطفالهم مرتبطة بمشاكل سلوكية للطفل في سن 3 سنوات، و كذا صعوبات تكيف في الحضانة و الوسط المدرسي. (Lacombe M. et Bell L., 2006 , p. 14) .

على سبيل المثال، وجد كل من (Thompson (2008 و (Weinfield et al. (2008 أنّ الأطفال اللذين لديهم سوابق تعلق آمن يظهرون القليل من التبعية و الإتكالية، و أكثر من مرونة الأنا ego-résilience و المثابرة، فضلا عن قدرة أكبر في توجيه الأهداف و السلوكيات الموجهة نحو الانجاز. و كفاءة اجتماعية و تعاطف أكبر مع الآخرين. على العكس، الأطفال ذو التعلق المتناقض المقاوم كانوا أكثر عرضة لمشاكل القلق، في حين الأطفال مع تعلق تجنبي كانوا أكثر عدوانية، خاصة تجاه والديهم و أصدقائهم.

علاوة على ذلك، تشير الدراسات الطولية ل Grossmann, Grossmann, & Waters(2005) إلى أنّ التعلق يستمر في الارتباط بالتوافق الشخصي في مرحلة المراهقة و الرشد المبكر. (Whipple N. et al , 2011,p.18).

قياس التعلق في مرحلة الرضاعة :

تستند بعض الأساليب في التعرف على أنماط التعلق على ملاحظة الرضع والأطفال الصغار إمّا في الحالات الطبيعية أو مواقف مرتبة و مصطنعة. و هناك أساليب أخرى، و مناسبة للأطفال الأكبر سناً، تتمثل في الطلب من الأطفال استكمال "قصص للتعلق" أو رسم صورة لأسرهم، أو وصف علاقاتهم. سنتعرض لذكر بعض منها :

1-الوضعية الغريبة **Strange situation**:

أسست الوضعية الغريبة لملاحظة روابط التعلق بين الراعي و الطفل بين سن 9 و 18 شهر. من طرف (Ainsworth et Wittig (1969). و تتلخص في الملاحظة المباشرة لسلوكيات التعلق لدى الطفل التي تظهر خلال فترات من الانفصال و الالتقاء للأطفال بأمهدهم. (Bacro F.,2007, p. 20) تمكّن هذه الوسيلة من ترتيب الأطفال في أنماط التعلق المعروفة آمن، و قلق تجنبى، و قلق مقاوم. و عندما تراكمت البحوث و النماذج اللانمطية للتعلق أصبح من الظاهر أنّ هناك نمط آخر طور من طرف Main and Solomon في 1986 و 1990 لإدماج صنف جديد هو غير منظم / غير متجه. في هذه الوضعية الطفل يلاحظ و هو يلعب 20 دقيقة في حين الأم (أو الحاضن) و الغريب يدخلان و يغادران الغرفة. كإعادة تمثيل لما يحدث في حياة معظم الأطفال من حضور و غياب لأشخاص مألوفين و غير مألوفين. و تسجل و تلاحظ استجابات الطفل. حيث يواجه الحالات التالية :

- 1- يدخل كل من الأم (أو راعي آخر مألوف) و الرضيع الغرفة.
- 2- تجلس الأم بهدوء على الكرسي، و تستجيب إن بحث الرضيع على الاهتمام.
- 3- يدخل غريب، و يتكلم مع الأم، و بالتدرّج يقترب من الرضيع باللعب. ثم تغادر الأم الغرفة.

الفصل الثاني: نظرية التعلق

4- تدخل الأم و تنتظر كيف يستقبلها الرضيع. يغادر الغريب بهدوء. و تنتظر الأم حتى يستقر الطفل و تغادر من جديد.

5- يبقى الرضيع بمفرده، (تختصر هنا الوضعية إذا لاحظنا أن الرضيع كان في حالة كبيرة من الضيق)

6- يحضر الغريب و يعيد المرحلة رقم 3.

7- تعود الأم و يغادر الغريب .

تسجل سلوكات الرضيع أثناء الالتقاء و الانفصال. و يلاحظ جانبين من سلوك الطفل

1- كم الاستكشاف (مثلا اللعب بلعب جديدة) .

2- ردود فعل الطفل لمغادرة و عودة الأم . (wikipedia,2015)

الرّضع ذوي التعلّق الآمن (B) يبحثون على الاتصال مع الراعي عند الشدّة، و بعد الاطمئنان يعاودون اللعب. و هذا من المحتمل بفضل ديمومة الاستجابة الحساسة للراعي لإشارات و احتياجات الرّضع. هؤلاء الأطفال يستعملون الراعي كقاعدة آمنة التي من خلالها يكتشفون المحيط.

في حين تتميز استجابات الرّضع غير الآمنين المتجنّبين من النوع A بالميل للتقليل من التعبير عن سلوكات التعلّق في حين يبقى التوتر في وجود الراعي . و هذا قد يرجع لتجاهل و رفض الراعي لسلوكات التعلّق للطفل. أمّا الرّضع اللذين لديهم تعلق غير آمن مقاوم C فيمتازون بسلوك التشبث و الغضب معاً نحو الراعي. و يميلون إلى تضخيم سلوكات التعلّق. من المحتمل كتكيف للاستجابة غير المتناسقة للراعي. التعلّق غير المنتظم غير الموجه هو الفئة الثالثة من التعلّق غير الآمن، يعود في الغالب لتجارب صادمة في تفاعل الراعي – الطفل. الرّضع غير المنتظمين يبدون سلوكات تعلق متناقضة تحت الضغط التي يعتقد أنّها تعكس انهيار أو عدم وجود إستراتيجية لاستخدام الراعي كقاعدة آمنة في أوقات الشدّة.

و هناك صيغة أخرى مختصرة يستخدم فيها انفصال واحد عوضاً عن اثنين لملاحظة سلوكات الرضيع تجاه الوالد أثناء الالتقاء. بالرغم من ذلك استعمال مرحلة واحدة من الانفصال – الالتقاء قد تقلل من صدق تصنيفات التعلّق في التنقيط. فالالتقاء الثاني غالباً ما يكون حاسماً في اتخاذ القرار بين بعض من التصنيفات الآمنة و غير الآمنة.

للوضعية الغريبة صدق ايكولوجي و عالمي كبير . فقد أظهرت دراسة تجميعية تحليلية ل 2000 ثنائية رضيع – والد أنّ التوزيع العام لتصنيف التعلق يكون B (21%) A, (65%) و C (14%) . وهو مماثل لما وجدته Ainsworth et al.'s (1978). (wikipedia)

فحاليا تعتبر هذه الوسيلة الأكثر ثباتا. لذلك فالدراسات التي تهدف لدراسة صدق وسيلة جديدة لنوعية التعلق تقوم بذلك عادة بمقارنة النتائج المتحصل عليها من هذه الوسيلة بنتائج الوضعية الغريبة. و رغم أنّها تعتبر من طرف غالبية الباحثين كوسيلة الأكثر ثبات، إلا أنّها كانت محل نقد أدت ببعض الباحثين لاقتراح وسائل جديدة .

2-الوضعية الغريبة لما قبل المدرسة **Preschool strange situation**:

صيغة قام بها Cassidy و Marvin و فريق عمل MacArthur مع الأطفال من 3 إلى 4 سنوات تعتمد على انفصال و التقاء قصير في المدة .

تغيرات طفيفة بالنظر لبرتكول الوضعية الغريبة الأصلي . فالأم أقل تقييد في سلوكها أثناء اللعب الحر، الانفصال و الالتقاء و يسمح لها بالتفاوض مع الطفل عن رحيلها، و لا يلزم أن يحمل الطفل في الالتقاء الثاني . هذه التغيرات جاءت لتكييف هذه الوسيلة للتطور الحركي، الاجتماعي المعرفي و تنظيم العواطف التي يمر بها الطفل .
(Hoffman et al ,2006 ,p.1020)

في حين بعض الباحثين اظهروا حديثا أنّ طريقة الوضعية الغريبة تكون متحيّزة في تقييم نوعية التعلق. فبالفعل يعتبر كل من Clarke-Stewart, Goossens & Allhusen(2001) أنّه في البلدان الغربية و مع التطور المعتبر لطرق الرعاية غير الأبوية ، قد لا تؤدي الوضعية الغريبة إلى توليد مستوى من الشدّة المتساوي عند كل الأطفال. بالنسبة لهؤلاء الباحثين فالأطفال نوعا ما حساسين للانفصال حسب درجة تعودهم عليه (Bacro F.,2007, p. 20.)

فمثلا في اليابان حيث نادرا ما يتم فصل الأطفال عن أمهاتهم في الظروف العادية ، شكل ذلك عائقا ثقافيا في ترميز الاختبار. (Ujii T.,1986,p.23)

و بالنسبة للأطفال الأكبر سنا، فنجد لديهم القدرة المعرفية للحفاظ على علاقات حينما يكون الشخص الأكبر سنا غائبا، والانفصال قد لا يؤدي إلى قلق كبير لديهم .

و من جهة أخرى فهذه الوسيلة تتطلب تكويننا و تمرنا معمقين. بالإضافة إلى توفر وسائل مثل المخبر و الكاميرا مما يصعب من استعمالها. و لذلك حاول العديد من الباحثين اقتراح وسائل جديدة للتعرف على أنماط التعلق لدى الرضيع منها :

3-إجراء كاليفورنيا للتعلق. *La procédure d'attachement de Californie* :

اقترح (Clarke-Stewart & al. (2001) طريقة جديدة قريبة من الوضعية الغربية. و مؤسسة هي كذلك على ملاحظة سلوكيات تعلق الطفل. فطريقة الانفصال -الانتقاء عوضت بسلسلة من 3 أحداث من شأنها تفعيل النظام السلوكي للتعلق عند كل الأطفال، صوت شديد لآلة، مجرب متكرر في زي ساحر و يعرض على الطفل اللعب معه، الظهور المفاجئ لروبوت ألي ضوئي. و قد قارن الباحثين نوعية تعلق الأطفال بهذه الوسيلة مع نتائج الوضعية الغربية. و بينت نتائجهم أن استعمال هذه الوسيلة كان أكثر الأطفال آمنين.

4-طريقة الملاحظة المباشرة (معامل ك للفرز)

: Une méthode d'observation indirecte : le Q-sort

صمم من طرف (Waters & Deane (1985)، تمريره فردي . يحوي 79 بند مقدمة في بطاقات. الملاحظ (سواء الأم أو الباحث) يقوم بفرزهم حسب درجة دقتهم، الفرز الأول في 3 مجموعات و هذا يحدث خلال الزيارة الأولى و ذلك من أجل التعود على ال 79 بند. و في الزيارة الثانية (أسبوع بعد ذلك)، يقوم بفرز آخر في 9 مجموعات من البنود الأكثر تمييزا للطفل إلى البنود الأقل تمييزا. و بذلك موقع كل بند يحدد تنقيطه. ثم يقوم بحساب معامل الارتباط بين التنقيط المتحصل عليه و التنقيط النظري لطفل آمن . مما يسمح بالتوصل على مؤشر للتعلق الآمن أو Q-score.

(Bacro F.,2007, p .21)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و تحوي هذه البطاقات مجموعة من السلوكيات المتعلقة بالتعلق مثل القاعدة الآمنة و سلوكيات استكشافية و استجابات عاطفية و إدراك اجتماعي. و ينقط الطفل على شكل متصل من آمن إلى غير آمن. لكن لا يصنف هذا المقياس إلى أنماط التعلق .

Q-sort له مزايا أكثر من الوضعية الغريبة. أولاً : يمكن استخدامه لمجموعة أوسع من الأعمار بين (12-48 شهر) . ملاحظاته تقام في البيت مما يعني صدقها البيئي.

و بما أن تطبيقه لا يتطلب وضعيات انفصال مقلقة مثلما يحدث في الوضعية الغريبة فيمكن استعمالها في ثقافات و شعوب التي يكون فيها الانفصال بين الآباء و الرضع غير معتاد .

و نستطيع استعماله لتقييم تعلق الرضع في المجموعات المضطربة الأكثر تطرفاً مثل الأطفال التوحديون، لكن من مساوئه أنه يستغرق وقتاً طويلاً. و هو ملاحظ ليس مصور أي لا يمكن الرجوع إليه. و الأهم من ذلك أنه لا يعطينا أنماطاً.

(Van Bakel H.J.A. et Riksen-Walraven M.,2004,p.177)

6-2- التعلق في مرحلة الطفولة:

منذ بداية السنة الثالثة من الحياة، فإن علاقة التعلق تتغير و تتعقد مع نمو الطفل. وفي هذا السياق، تتأسس شراكة بين الوالد و الطفل من أجل حل العقبات. و هنا علاقة التعلق تتحول إلى شراكة مصححة الأهداف (partenariat à buts corrigés) و الشراكة مصححة الأهداف هي في الواقع تطور لما هو مشاهد في إطار الوضعية الغريبة، إمّا التوازن أو اللاتوازن بين البحث عن التقارب و الاستكشاف. وفي سن ما قبل المدرسة، يكون الطفل أكثر قدرة من أن يتكيف مع منظور الآخرين، أن ينقل (يوصل) خطته، و أن يشارك في تفاعلات من أجل الوصول إلى هدف مشترك .

و يرجع التغير الأكثر أهمية لتطور اللغة لدى الطفل. و في هذا السياق، تحليل الخطاب يأخذ معنى فريد في فهم التعلق و المميزات الأخرى (التقارب، الاتصال الجسدي، المظاهر الانفعالية) و تترجم في ضوء التفاعلات اللفظية. و يبقى يستعمل والده كقاعدة آمنة كي ينظم اكتشافه، و يساعده في سياقات التنظيم الانفعالي . إذن، علاقة التعلق الآمن مميزة بتفاعلات متبادلة يمكن التنبؤ بها و ممتعة. الأطفال اللذين لديهم تعلق آمن يظهرون استقلالية أكبر إذا كان الوالد غائب. و يستعملون أنماطاً متنوعة من الاستراتيجيات من أجل إدارة تفعيل

عاطفي سلبي ناشئ من رحيل الوالد. و عند رجوع الوالد يمكن ملاحظة أنّ الطفل يتقاسم بشكل فعال الانفعالات التي عاشها و الحلول التي استعملها من اجل مجابهة الأمر. الأطفال اللذين لهم علاقة تعلق آمن يبدون لعب رمزي جيد، أكثر من الاستكشاف، أكثر من الالتزام في اللعب، مهارات أحسن من التفاوض مع المحيط.

و حسب Matas et al(1978) الثنائيات الآمنة مميزة أيضا بمهارة أحسن للطفل لحل المشكلات، استمرارية أكبر في الأعمال، تخيل أكبر في اللعب الرمزي، مبادرة في القيام باللعب بطريقته، تماثل أكبر في التفاعل، و مزيد من تبادل تفاعل الموسوم بالنضج في المستوى المعرفي. فيما يخص علاقات التعلق الآمنة، فهي تمثل كذلك نماذج من السلوكات المختلفة في سن ما قبل المدرسة. (Rochette E., 2007, pp.13-15)

قياس التعلق في مرحلة الطفولة :

من بين وسائل قياس التعلق لدى هذه الفئة العمرية نجد :

1-نظام تصنيف التعلق لمين و كاسيدي

: *Main & Cassidy attachment classification system*

وسيلة أخرى للانفصال و الالتقاء أنجزت من طرف Cassidy Main et 1988 في للأطفال اللذين سنهم يتراوح ما بين 5 و 7 سنوات. في هذه الوضعية التجريبية، الأطفال ينفصلون عن آبائهم لمدة ساعة في مخبر و بحضور شخص أجنبي. و نلاحظ سلوك الطفل أثناء الالتقاء مع الأب و الأم اللذان يدخلان الغرفة كل 3 دقائق. و نظام الترميز مماثل لما يستعمل في الوضعية الغربية. (Bacro F.,2007, p. 21)

2-مقابلة اضطراب التعلق :

:Disturbances of Attachment Interview (DAI)

استعملت الكثير من الدراسات الحديثة DAI المطور من طرف Smyke and Zeanah (1999). و هو عبارة عن مقابلة نصف موجهة. يحوي 12 بند تتوفر على معرفة الراشد المميز و المفضل، البحث عن الطمأنة عند الشدة، الاستجابة للطمأنة عندما تتوفر، التوافق الاجتماعي و الانفعالي، التنظيم الانفعالي، العودة نحو مقدم الرعاية للتحقق بعد المغامرة

بعيدا عنه، التحفظ مع الراشدين الغرباء، الاستعداد للذهاب مع الغرباء، سلوك الخطر الذاتي، التشتت المفرط و اليقظة، الامتثال الشديد و قلب الأدوار. هذه الطريقة مستعملة لالتقاط ليس فقط اضطراب التعلق الإرتكاسي reactive attachment disorder لكن كذلك (Zeannah et al.'s (1993) اقترحوا أصنافا جديدة في اضطرابات التعلق .

(Smyke,A. and Zeanah,C. ,1999,p.5)

3- اختبار قلق الانفصال (SAT) le Separation Anxiety Test :

صمم من طرف (Klagsbrun et Bowlby (1976) يقدم للطفل سلسلة من الصور توضح وضعيات من الانفصال، و نطلب منهم ماذا تفعل أو تحس الشخصية التي في الصور. فالأطفال الآمنون يتوقعون بسهولة المشاعر المختلفة الممكن أن تشعر بها الشخصية

و يقترحون لها حولا بناءة. الأطفال التجنبيون بالعكس يظهر عليهم الانزعاج و الكدر في مواضيع الانفصال، و يترددون في إعطاء استجابات. و كانوا سلبيين عموما. و لم يسجل أي نموذج من الاستجابات المحددة لدى الأطفال المتناقضين. و بالنسبة للأطفال غير المنتظمين كانوا يظهرون عادة مؤشرات من القلق و البكم، و يبدوون غير منطقيين أو يتبنون سلوكات إيذاء الذات. و خلال الاختبار من خلال الملاحظات نجد أنّ كل الأطفال ليس لديهم نفس السهولة في تمثيل مشاهد الانفصال و خاصة الانفعالات المتصلة بها .

طريقة أخرى تسمح باستخراج التمثلات أنماط التعلق لدى الأطفال الصغار تتمثل في أن يجعل منهم يكملون بدايات قصص تمثل بدمى صغيرة .

4- اختبار إكمال قصص التعلق :

ASCT: Attachment Story Completion Task

اخترع (Bretherton, Ridgeway et Cassidy (1990) قصص للتكملة، و التي من المفروض أنّ مواضيعها توظف نظام التعلق لدى الطفل. وضعت في البداية من أجل أطفال في سن 3 سنوات، و هي تستعمل الآن حتى سن 7 سنوات، قدم Solomon et al الكثير من التفاصيل حول الكيفية التي يسرد بها الأطفال القصص المتعلقة بالانفصال

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و الالتقاء. فمثلا بالنسبة للأطفال غير المنتظمين، وجد أنّ بعضهم يصفون الأحداث بالكارثية و تحدث دون أن يتوقعوها. شخصيات الأطفال توصف كعاجزة في محاولتها للحصول على المساندة. سلوكهم و كذا الأحداث التي تحدث تقدم و كأنها خارجة عن نطاق تحكمهم . القصص موسومة بمواضيع التدمير. بعض الأطفال يحدث لهم كف تام و يظهر عليهم الخوف في ASCT. و بالرغم من ذلك يتمكنون من القيام بتمثيلات بها مواضيع من الفوضى و التفكك. (Miljkovitch R.et al, 2003, pp.150-151).

توجد مقاييس أخرى منها MacArthur Story Stem Battery (MSSB) مصمم لأطفال بين 3 و 8 سنوات، و the Story Stem Assessment Profile (SSAP) لأطفال بين 4 و 8 سنوات ، و the Attachment Doll Play Assessment لأطفال بين 4.5 و 11 سنة، و the Manchester Child Attachment Story Task (MCAST) لأطفال في سن 4.5 و 8.5 .

3-6- التعلق في مرحلة المراهقة و قياسه:

يمثل سن البلوغ الناجم عن تغيرات هرمونية بداية الوصول للنضج النفسي و الجنسي. وهي بداية مرحلة هامة و التي رهاناتها مختلفة جوهريا عن المراحل السابقة. فتتأزر إذا تغيرات فيزيولوجية و معرفية و عاطفية عظمى . هذه التحولات تفرض تعديلا للعلاقات مع صور التعلق الأولية مع بداية المراهقة و لأول مرة في الحياة، و تؤدي لأحداث علاقات تعلق جديدة . لكن تمثيل علاقات التعلق التي استدخلت في الطفولة سترمي بثقلها على مسار الاستقلالية في المراهقة. أين يكون النظام السلوكي للاستكشاف في الصدارة. استكشاف العالم المادي مثل الطفولة لكن في هذا السن ادوار اجتماعية جديدة و علاقات جديدة، جنسية ، عن الذات، عن جسمه و عن عواطفه. من الناحية المعرفية، تتميز المراهقة بيزوغ ما يسميه بياجى العمليات العقلية الصورية : يتحرر الفكر من المحسوس، المراهق يصبح قادر على التفكير بشكل صوري صحيح على معطيات مجردة و فرضيات. من وجهة نظر التعلق هذه القدرات الجديدة في العمل الصوري لها تأثيران أساسيان. تطوير نماذج العمل الداخلية للعلاقات و تبني الشراكة المصححة في الهدف (partenariat corrigé quand

الفصل الثاني: نظرية التعلق

(au but) في العلاقات مع الوالدين. تطور القدرات التفكيرية يؤدي أيضا إلى تغيرات عظمى في التفاعل مع الوالدين. و يسمح بمرونة في تسيير الشراكة المصححة للهدف. و نحن نعلم أنه يلعب دورا رائدا في مناقشة الصراعات. المراهق قد يدمج احتياجاته و رغباته الحالية بشكل أكثر مرونة و يتمثل بدقة احتياجات والديه .

المراهقين الآمنين هم اللذين يتحملون الصراع مع والديهم، و يقدرون أن يأخذوا بعين الاعتبار آرائهم. الأمن في التعلق لدى المراهق لا تترجم مثل الطفولة بالبحث عن التقارب في حالة القلق لكن بالقدرة على التنظيم الانفعالي في وضعيات الصراع .

و التعلق في المراهقة له دور رائد في بناء هوية مستقرة و ثابتة. و يظهر Jones الدور الأساسي للعلاقات الحالية بين الوالدين و العلاقة مع النمط الأبوي في مستقبل المراهق، بالخصوص فيما يتعلق بالنجاح المدرسي و الانحراف .

(Guedeney A., 2004 p.19)

و تغير المراهقة من استراتيجيات التعلق في عدة مناحي منها :

1-تغيير العلاقات مع الوالدين :

السلوكات نحو صور التعلق يمكن أن تظهر معاكسة جدا. المراهق يلجأ لوالديه أقل من ذي قبل بالرغم من أنها علاقة حاسمة. و بالعكس على ما نضن استقلاليته لا تتطور في العزلة لكن في سياق علاقة قريبة من الوالدين، مثلما تظهره أعمال Allen et coll فتطور القدرات المعرفية لدى المراهق الذي يصل للعمليات التجريدية يساهم في تنمية قدرته على التمييز بين الذات و الآخر. و بذلك فيصبح لديه القدرة أن يأخذ في عين الاعتبار ليس فقط حاجياته و رغباته الحالية و لكن احتياجات و رغبات والديه. و يصبح قادرا على مقارنة علاقاته بمختلف صور التعلق، و يدرك بأنّ والديه قد يكون لديهم عدم كفاية في طريقة استجاباتهم لحاجياته. و يستطيع أن يوظف استقلالية اجتماعية و معرفية و عاطفية أكبر تجاه والديه، و هي وظيفة نمو أساسية في المراهقة .

(Gallien E.2006,p.55)

و قد ركز بولبي على أنّ صلات التعلق تبقى قوية مع الوالدين في حين الصلات الأخرى المهمة تتأتى في هذه المرحلة. و منه استقلالية المراهق لا تنمو في الانعزال لكن في سياق علاقة قريبة دائما ممكنة مع الوالدين عندما يطلبها .

(Delannes A. et al.,2006,p.566)

2-تحول العلاقات مع الرفاق :

في الطفولة العلاقة مع الرفاق لا تمثل في العموم علاقات تعلق. فالمعايير المحددة من طرف اينسورث لتمييز علاقة التعلق من علاقة عاطفية أخرى هي : البحث عن التقارب، مفهوم القاعدة الآمنة الذي يسمح باستكشاف أكثر حرية في حضور صورة التعلق. سلوك احتماء نحو هذه الصورة في حال وضعية مهددة و ردة فعل انفعالية مميزة في حال انفصال غير مرغوب فيه مع هذه العلاقة .

لكن مع بداية المراهقة نجد أنّ جماعة الرفاق يمكن أن تشكل صورا للتعلق. فقد تتأسس علاقات على المدى الطويل نجد فيها جماعة الرفاق (علاقة حب أو أصدقاء مقربون) يلعبون دور صور التعلق. و هي ليست مثل علاقة التعلق الحادثة بين الطفل ووالديه التي نجد فيها علاقة تعلق غير متماثلة (أين يحصل الطفل على الاهتمام من صورة تعلق تمنحه الحماية). فينتقل إلى علاقة متبادلة التي يوفر فيها و يتلقى كل طرف الدعم و الاهتمام .

(Gallien E.,Op.cit,pp.54-56)

كل هذا يآثر في علاقة التعلق. بولبي يكتب في هذا النص : " في المراهقة تعلق الطفل لوالديه يتناقص. راشدين آخرين قد يأخذوا قيمة مماثلة أو حتى أكبر من مكانة الوالدين و الانجذاب الجنسي نحو اقرانه يبدأ بالتفعيل ."

(Bowlby. J, 1978, p. 282)

دائرة التعلق تتوسع حسب التغيير في صور التعلق. و يشير في ذلك بولبي ل 3 أنواع من المراهقين :1- المراهقين اللذين ينفصلون عن والديهم .2- المراهقين اللذين يبقون متعلقين بشدة و غير قادرين أو غير راغبين أن يوجهوا سلوكياتهم للتعلق نحو أشخاص

الفصل الثاني: نظرية التعلق

آخرين.3- المراهقين اللذين تعلقهم للوالدين مازال مستمر، و لكن الصلة مع الآخرين هي كذلك ذات أهمية كبرى. هذا النوع الأخير يمثل الغالبية الكبرى .

(Bowlby. J, 1978, pp. 282-283).

يظهر أنّ الاضطرابات العقلية التي تظهر في المراهقة مرتبطة عادة ببر وفيلات بسلوكية فاقدة للاستقلالية، غير آمنة. فنمط التعلق غير الآمن المنفصل أو التجنبي « *inséure-détaché* » ou « *évitant* » يعطي استعداد في المراهقة للاضطرابات العقلية الظاهرة (*externalizes*). فهؤلاء الشباب لهم استراتيجيات علائقية تهدف للتحديد من احتياجات التعلق، التعبير عن العواطف محدودة، الخطاب مغلق / عقلاني و منطوق، يصعب عليهم التعبير اللفضي عن معاناتهم النفسية، و يلجئون إلى استراتيجيات الهروب. الاضطرابات التي يمكن أن نجدها عندهم تكون عادة في سجل الشخصيات المضادة للمجتمع، اضطرابات سلوك التغذية، الإدمان، حالات حادة من الاكتئاب و بعض اضطرابات القلق مثل أعراض رهابية. في حين نمط التعلق «المنشغل-*inséure* préoccupé» يمثل المراهقين اللذين يهيمن عليهم نفسيا القلق، بإحساس من انعدام الأمن في علاقاتهم مع صور تعلقهم. و هم أكثر عرضة للاضطرابات الباطنية *internalizes* و هي اضطرابات من سجل الهستيريا. (Botbol, M.,ind.,p.55)

إذا كانت نوعية العلاقة مختلة بين الوالدين و الطفل منذ الطفولة، فيمكن أن لا يحس المراهق أنه محبوب، و لا يتقمص القيم العائلية، و يدرك العالم كمجهول المعالم . من جهة أخرى، المراهقين اللذين لديهم اضطراب سلوكي من النوع الباطني لهم إحساس بأنهم غير محبوبين، و ينتظرون اتصالا سلبيا مع الآخرين. في حين المراهقين بمشكل سلوكي خارجي ظاهر يدركون العالم كغير آمن، و يعتقدون أنهم يجابهون بيئة معادية.

و عموما المراهقين بتعلق غير آمن يشكون و يغضبون على آبائهم. فلا سيتدخلون القيم الاجتماعية. و يطورون القليل من المهارات لتنظيم انفعالاتهم.

(Filiatrault-Charron A. ,2010,p.20)

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

إنّ المراهقة تبين لنا نوعية ما خزّناه و استدخلناه في الطفولة . كلما وصلنا إلى المراهقة متحصّلين على الأمان الداخلي، وتقدير كافي للذات كلما أصبحنا قادرين على إدارة التوازن بين التعلّق و الاستقلالية بنوع من المرونة.

قياس التعلق عند المراهق :

من بين الوسائل التي تستعمل للتعرف على أنماط التعلق لدى المراهقين نجد :

1-تقنية الصور **Picture response techniques** :

هذه الطريقة تستعمل لتقييم و معرفة النماذج العاملة الداخلية . و هي مخصصة لأطفال بين 11 و 17 سنة .

2-مقابلة التعلق للأطفال و الراشدين :

Attachment Interview for Childhood and Adolescence (AICA)

هذه المقابلة هي نفس المقابلة النصف موجهة المستعملة مع الراشد للتعرف على أنماط التعلق، لكن مكيفة لهذه الفئة العمرية . (Wikipedia)

نجد كذلك مقابلة التعلق الوالدي PAI Parent Attachment Interview . مصمم من طرف (Bretherton et al (1989) و مقياس الرابطة الوالدية PBI Parental Bonding Instrument . مصمم من طرف (Parker et al (1979) .

6-4-التعلق في مرحلة الرشد و قياسه:

الاختلاف الهام الموجود بين التعلق راشد لراشد و التعلق والدين – أطفال أنّ نظام سلوكيات التعلق عند الراشدين متبادل. أي الراشد لا يأخذ دور الراعي فقط أو المتحصل على الرعاية فقط (حتى و إن كان هذا صحيح في بعض العلاقات لدى الراشدين). لكن يكون للراشد الدورين معا متحصل على الرعاية و راعي في آن واحد. و قد ينقلب الدوران بسرعة بين الشريكين. بالإضافة إلى أنّ علاقات التعلق تخدم عدّة وظائف أخرى منها : العلاقات الجنسية و الزمالة و الإحساس بالكفاءة و التجارب أو الأهداف المشتركة .

(Crowell J.A. et Treboux D. , 1995,pp.298-299)

وقد حظيت أنماط تعلق الراشدين باهتمامٍ واسعٍ ومكثفٍ من المختصين في أغلب ميادين علم النفس، لما لهذه الأنماط من صلة

الفصل الثاني: نظرية التعلق

وثيقة بشخصية الإنسان وسماتها، وتفاعلاته الاجتماعية، وتوافقها النفسي بشكل عام. (أبو غزال م. و جرادات ع. ، 2009، ص48)

أوضحت ماري انسوارث (1991) وظيفه نظام التعلق لدى الراشد. و اقترحت أن العلاقات الآمنة تسهل الأداء و تزيد من كفاءة الشخص خارج العلاقة. و تقول " عندما يتوفر الأمن و الاطمئنان في علاقة الفرد يقدر أن يتحرك الفرد بثقة مبتعدا عن القاعدة الآمنة التي يوفرها الشريك لكي يندمج في أنشطة أخرى ."

(Crowell J.A. et Treboux D. , Op.cit,pp.298-299)

إذ تميزت علاقات الراشدين من ذوي التعلق غير الآمن، حسب (Simpson 1990) بالاعتمادية والشك والسخط والتردد، بينما اتضح وجود مستويات عالية من الاعتمادية المتبادلة، والثقة والالتزام والرضا في علاقات الأفراد الموسومين بالتعلق الآمن. وفي مجال العمل، قام (Hazan and Shaver 1990) بدراسة تميز فيها أداء الموظفين ذوي التعلق الآمن بالثقة، وعدم الخوف من الفشل، وعدم السماح لعلمهم بعرقلة علاقاتهم الحميمة، في حين أنّ الخوف من الرفض أدى إلى عرقلة العمل لدى الموظفين ذوي التعلق القلق المتناقض. أما الموظفون ذوو التعلق التجنبي، فقد استخدموا العمل وسيلة لتجنب العلاقات الاجتماعية. في حين وجد حداد (2000) أنّ ما يميّز ذوي نمط التعلق الآمن عن ذوي أنماط التعلق الأخرى، تفاعلاتهم الاجتماعية من حيث كميتها ونوعيتها. وتقاس هذه التفاعلات من خلال قيمتها الشخصية، ومستوى كشف الذات الذي يتم فيها. وقد تميّز الأفراد ذوو التعلق القلق بمستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق الاجتماعي مقارنة بذوي التعلق الآمن والتعلق الرفض. وقد بين (Lyddon 2001) أنّ لأنماط التعلق غير الآمن علاقة قوية باضطرابات الشخصية.

(أبو غزال م. و جرادات ع. ، 2009، ص48)

و لقد أثبت في عدّة دراسات أنّ نمط التعلق يؤثر في طريقة تقييم أحداث الحياة الضاغطة و التهديدات الخارجية و القدرة على مواجهتها . فمثلا وجد أنّ الأفراد المتجنبيين لديهم تنبؤ تشاؤمي لوضعيات الشدة. في حين وجد كل من Williams et Riskind

(2004) أنّ الراشدين من النوع القلق و التجنبي يلجئون لتضخيم الأحداث. أو إلى مشاعر سلبية مثل : اجترار المصاعب. و قد يستعمل التجنبيون أساليب معرفية خاطئة كالتباعد المعرفي الذي يؤدي للقمع و الرفض و نقص الكفاءة على حل مشكلات الحياة. و قد أظهرت دراسة (Turan et al,2003) على عينة من مرضى السكري الذين تحصلوا على الأنسولين كانوا من النمط المتجنب، أنّه لديهم تباعد معرفي و عجز مكتسب سلبي، و كان ذلك مرتبط بتقبل سيء للعلاج .

(Shaver P.R. and Mikulincer M.,2008 ,pp. 1848-1850)

قياس التعلق في مرحلة الرشد :

تقسي نماذج التعلق في سن الرشد كان مجال دراسات عديدة، فمنها من اتجه إلى السلوك الملاحظ عن طريق بعض المقاييس المقننة، و منها من اتجه إلى التعرف على النماذج العاملة الداخلية مثلما هو الحال في مقابلة التعلق للراشدين (AAI)، و منها من اتجه إلى استعمال التقنيات الإسقاطية . و سنذكر بعضها منها :

1- مقابلة التعلق للراشدين (AAI) Adult Attachment Interview :

صممت من طرف Carol George, Nancy Kaplan, and Mary Main في 1984 و هو عبارة عن مقابلة عيادية نصف موجهة ، مكونة من 20 سؤال . و يستغرق حوالي الساعة لتمريرها . (wikipedia)

يركز Le AAI على الحالة النفسية الحالية للفرد تجاه تجاربه العلائقية في الطفولة. المقابلة تستكشف الذكريات و خاصة التقييم الذي يعطيه لها الراشد حالياً. لذلك يطلب منه وصف علاقاته مع الصور الوالدية إلى أبعد ما تصل إليه ذاكرته. و يطلب منه أيضاً أن يتصور ما هو تأثير هذه التجارب على حياته. و كذلك أن يصف مواقفه تجاه والديه حالياً. ترميز المقابلة لا يأخذ فقط في عين الاعتبار الخطاب (الذي لا يمكن إلاّ من مقارنة الجانب التصريحي للنماذج الداخلية) لكن يهتم كذلك بالنواحي الداخلية للسرد مثل الاتساق، الظهور المفاجئ للغضب، سدّ الذكريات. Mary Main تقترح 4 أنماط (نماذج) تعرّف الحالة النفسية للشخص نحو علاقات التعلق:

(أ) النموذج المنفصل **dismissive of early attachments** : أصحاب هذا النموذج يظهر أنهم لامبالين، غير مرتبطين عاطفياً فيما يخص التجارب العلائقية. لديهم منفذ محدود للذكريات. يرون أنفسهم كمستقلين و يمدون صورة مثالية لوالديهم. و غالباً ما يكون لأحداث الطفولة المسترجعة كناية عن الرفض الوالدي.

(ب) : النموذج المستقل **autonomous-secure** : يصف أفراداً يتذكرون بسهولة علاقاتهم الأولى، و ينظرون لهذه التجارب، حتى و إن كانت سلبية، كدالة . و يقدرّون عموماً علاقات التعلق .

(ج) – النموذج المنشغل **preoccupied** : يصف أشخاصاً قلقين محتارين، يسترجعون صوراً غير متلائمة مع ماضيهم من وجهة نظر التجارب الاجتماعية، و قد لا يقدرّون على احتواء غضب لا يزال بداخلهم تجاه والديهم، و هذا في بعض الأحيان في جو من التناقض الذي يثبت اعتمادية علائقية .

(د) النموذج غير المنتظم : **unresolved-disorganized** : يميّز أشخاص عانوا من صدمات، معاملة سيئة، أو حداد لم يحل بعد. و بتعبير آخر، هؤلاء الأشخاص لم يصلوا إلى تركيب ذهني يسمح لهم بأخذ نوع من التباعد العاطفي نحو هذه الحوادث .
(wikipedia)

تعلم تطبيقه و ترميزه و ترجمته يتطلب أسبوعان من التكوين المتخصص .

(Ravitz P. et al., 2010,p. 420)

2- الصور الإسقاطية لتعلق الراشدين **Adult Attachment Projective Picture : System (AAP)**

صمّم من طرف Carol George and Malcolm West في 1999 . و هي عبارة عن استجابة حرة ل 7 من مؤثرات التي تعرض عليه على شكل صور عن التعلق . و هو يصنف الأفراد حسب نفس تصنيف مقابلة التعلق للراشدين أي إلى نفس الأنماط الأربعة المذكورة آنفاً.

و تسمح هذه التقنية الاسقاطية بإدماج نظرية الاستبعاد الدفاعي المقترحة من طرف بولبي سنة 1980 . فحسب هذه النظرية ، بعض المعلومات تحتجز بعيدا عن وعي الفرد لأنّ التعرّف عليها قد يسبب لها العناء . و يظهر الاستبعاد الدفاعي قي صورتين متمثلتين في التعطيل و الانفصال المعرفي . دراسة أنواع التبعاد الدفاعي الناتج عن القصص التي يسردها المفحوص من خلال PAA تسمح بالاطلاع على الأنواع المختلفة من النماذج الداخلية العاملة للتعلق. (Béliveau, M.-J. et Moss, E. 2005, pp.36-37)

2- معامل الفرز لتعلق الراشدين

:Adult Attachment Q-sort (Kobak, 1989)

صمّم من طرف Kobak سنة 1989 . يظهر هذا المقياس العلاقة بين تنظيم الانفعالات و نمط التعلق. و ينقط من خلال توزيع قسري على بعدين الأمن مقابل القلق و التعطيل مقابل التنشيط. و يعكس الشخص الأمن نوع من الاتساق و الشراكة في نتائج المقياس بالاضافة إلى ذكريات من صور التعلق المساندة. أمّا استراتيجيات التعطيل تعود إلى استراتيجيات رافضة، في حين الاستراتيجيات المنشطة تعكس التفصيل المفرط و الغضب . و النتيجة تعطينا أنماطا يمكن تصنيفهم إلى آمن، رافض أو قلق محتار. (Crowell J.A. et Treboux D. , 1995,p301)

3- مقياس أنماط التعلق للراشدين

:Adult Attachment Styles (AAS)

صمّم من طرف Hazan & Shaver(1987) و هو أوّل مقياس صمّم للتعرف على أنماط التعلق لدى الراشدين. و هو متكوّن من ثلاث مجموعات من الوضعيات. كل مجموعة تصف أسلوبا من التعلق .

- 1-الأمن : أجد أنّه من السهل نسبيا الاقتراب من الآخرين و أنا مرتاح عندما أعتد عليهم أو يعتمدون عليا. و لست أنزعج كثيرا عندما يتخلى عني أو يقترب مني شخصا كثيرا .
- 2-المتجنب : أتضايق عندما أقترب من الآخرين. و أجد من الصعوبة الوثوق بالناس . من الصعب عليا الاعتماد على الناس. و أكون عصبي عندما يقترب مني شخص كثيرا،

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و كثيرا ما يطلب مني في علاقات الحب أن أكون أكثر حميمية .

3-القلق المتناقض : أجد أنّ الآخرين لا يحبون الاقتراب مني مثلما أريد. أشك دائما أنّ شريكي لا يحبني حقا أو لا يريد البقاء معي. أريد الاندماج مع الأشخاص . و هذه الرغبة تخيف الآخرين في بعض الأحيان. (wikipedia)

هذا المقياس مؤسس على ما يشعر به الفرد في العلاقات مع الآخرين . و قد غيرّها Simpson (1990) إلى 13 بند بتنقيط من 1 إلى 7 .

(Crowell J.A. et Treboux D. , Op.cit,p.302)

4- مقياس العلاقات RQ

:Relationship Questionnaire

قدمه Bartholomew and Horowitz سنة 1991، وهو نموذج مكوّن من 4 أصناف من أنماط التعلق لدى الراشد. مؤسس على الأفكار الإيجابية و السلبية عن الآخرين و عن الذات . حسب النموذج التالي :

الجدول رقم 2 : نموذج Bartholomew and Horowitz لتعلق الراشدين.

أفكاره عن ذاته			
سلبية	إيجابية		
منشغل حائر و منشغل في علاقاته مع الآخرين	آمن مرتاح مع الآخرين و مستقل ذاتيا	إيجابية	أفكاره عن الآخرين
خائف خائف من العلاقات مع الآخرين و اجتماعيا متجنب	منفصل متجنب للعلاقات مع الآخرين و مستقل بشكل قوي	سلبية	

7- اضطراب التعلق:

يمثل الوالدان القاعدة الآمنة على مدى الطفولة، و النماذج الداخلية التي ينشئها الطفل من خلال تاريخ التعلق مع والديه تؤثر من جهة على الطريقة التي يدرك بها مختلف الوضعيات الاجتماعية، و من جهة أخرى التوقعات تجاه علاقاته. و قد تسبب اضطرابات التعلق الحادثة مبكرا اضطرابات نفسية قد تمتد للمراهقة و سن الرشد .

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

و تظهر تحت شكل صعوبات في التكيف مع الأحداث و الوسط المعيشي . حيث يرى بولبي أنّ نوعية العلاقات والد – طفل لها أثر دائم على تكيف الطفل، سواء داخل الأسرة أو خارج نطاقها .

قسّم كل من Pelsser(1989) و Saint-Antoine(1999) المميزات المرتبطة باضطراب التعلّق إلى أربع جوانب : فيزيولوجية، عقلية، انفعالية و اجتماعية. و قد لاحظ Michel Lemay نفس هذه المميزات لدى الأطفال اللذين يعانون من الحرمان العاطفي و كتب عنها سنة 1993 في كتابه « J'ai mal à ma mère »

7-1-1- الجوانب التي تتأثر باضطراب التعلّق :

7-1-1- الجانب الفيزيولوجي :

يؤدي فقر الرعاية الوالدية في الطفولة إلى مشاكل فيزيولوجية عديدة منها مشاكل في النمو و صعوبات التغذية و مشاكل التناسق الحركي، حالة صحية عامة سيئة و تأخر تعلم النظافة الجسمية. و زيادة على ذلك، يمكن أن نجد لدى هؤلاء الأطفال أمراض جسمية و نفسية مثل اضطراب في الانتباه مع فرط نشاط حركي، زملة أعراض جيل دولا توريت ، مشاكل سلوكية ، مشكل تبول لإرادي أو تبرز لإرادي .

7-1-2- الجانب العقلي :

نجد لدى هؤلاء الأطفال مشاكل في التركيز (صعوبة البداية في الوقت، صعوبة مواصلة مهمة مرتبطة بتأخر ذهني)، توهان زمني (صعوبة سرد الأحداث في ترتيبها الكرونولوجي، الأوقات تختلط بسهولة) توهان مكاني (صعوبة اللعب حسب قواعد اللعبة، صعوبة في أن يخطط لأفعاله، أو أن يقوم بمشاريع واقعية، أو يتوقع المستقبل مع صعوبة التنظيم في مكان محدد)، صعوبات التجريد (النزعة للتشتت، صعوبة إقامة علاقات سببية، صعوبة تحليل وضعية، أن يدرك دوره في الفعل) و زيادة على ذلك نجد لهم تمركز كبير حول الذات . فيصعب عليهم تفهم الآراء من منظور الآخرين و احتياجاتهم تأتي في المقام الأول . و قد يكون لهم اضطرابات لغوية . فقر في جانب المفردات و البناء النحوي و لهم

الفصل الثاني: نظرية التعلق

صعوبات في التعبير بوضوح. و تفتقر خطاباتهم للمعنى و المنطق و المعتقدات و القيم الروحية و الشفقة .

7-1-3- الجانب الانفعالي :

نجد لدى هؤلاء الأطفال نموذج من التعلق القلق (قلق الهجر). يخضعون للآخرين و يفعلون كل شيء للحفاظ على حبهم. و قد نجد منهم من يبتعد عن الناس و يرفض أن يتعلق بهم، خوفا من أن يهجر. وقد تغيب لدى بعضهم ردود الأفعال إثر الانفصال. و يصعب عليهم خلق علاقات إيجابية و دالة مع الناس. و على هذا الأساس، ينسحبون عن العلاقات مع الآخرين، و يكذبون، و يدمرون نجاحاتهم و لا يتقنون بالآخرين. يقلقون تجاه المستجدات و لا يتحملون التغيير و يخشون أن لا يكونوا محل إعجاب الآخرين ... يغضبون بسهولة و يصعب عليهم الالتزام بالقيود و القواعد و الأجال. و لتجنب الانتظار يطلبون طلبات غير مناسبة و مستمرة. و نجد لدى أغلبهم تقدير متدني للذات و إحساس بانعدام القيمة و صعوبة في تقبل الفشل و المنافسة. منهم الإندفاعيون و اللذين يتصرفون بشكل عفوي، مما يؤدي بهم إلى سلوكيات انحرافية (سرقة، أذية الحيوانات، تناول المخدرات ...) . و يحتاجون لتذكيرهم بأن الناس يحبونهم و يقدرونهم، و يفرضون أدلة لذلك، و قد يلجئون لاستشارة هؤلاء الأشخاص لمعرفة إذا كان حبهم غير مشروط ... و يستعملون العنف كرد فعل و ميكانيزم دفاعي .

7-1-4- الجانب العاطفي :

لهم كفاءة ضعيفة للمشاركة، يرفضون المشاركة و التقاسم. و لهم تباعد علائقي و علاقات سطحية (ابتنسامة مصطنعة، غياب للعاطفة، يرتبطون بشكل آلي مع الآخرين، يضعون أنفسهم في وضعية الضحية، يتلاعبون بمشاعر الآخرين و يركزون على اهتماماتهم). لهم صعوبة في الحفاظ على الأوقات الجيدة مع الآخرين دون تدميرها، ردود فعلهم سيئة نحو المجاملات، لهم صعوبة في القيام بالاتصال البصري ... من ناحية أخرى ، يريدون إرضاء الآخرين بأي ثمن . و يضعون أنفسهم في وضعيات تسوية (إدمان ، بغاء ، سرقة ، هروب ...)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

كل هذه الميزات تجعل من الأطفال يجابهون علاقات صراعية لأنهم يريدون السيطرة و يفقدون اللود و الحنان.

بالإضافة إلى مشاكل التكيف الاجتماعي التي تظهر في رفض الاعتماد على الراشد ، غياب رد فعل ظاهر تجاه الانفصال، التآلف الاجتماعي دون تمييز، علاقات سطحية مع الآخرين، عدم القدرة على الحفاظ على الأوقات السعيدة دون تدميرها بعد ذلك، عدم تقبل القيود أو الشروط أو التهجم أو النقد. صعوبة التعلم و علاقات صراعية مع الرفاق.

(Filiatrault-Charron A. , 2010 , pp.16-18)

و مثلما يشير إليه Blaise Pierrhumbert مسؤولية خطر الإصابة باضطرابات التعلق لا يجب أن ينظر إليها من جانب واحد، لكن تعود إلى تفاعل متبادل. فالأطفال اللذين لديهم تعلق غير آمن ليسوا مرضى لكن لديهم نمط مختلف لمعالجة المعلومة ناتج من التفاعل مع عالم خارجي، في الماضي أو في الحاضر، قليل الحساسية لاحتياجاتهم . و يحاولون الدفاع باستعمال الانسحاب مثل المتجنبيين أو باستعمال اليقظة العاطفية المفرطة. التي في أبسط تغير من الآخر، تحملهم لسلوك متناقض . أما السلوكات غير المنتظمة قد تكون إشارة لاضطرابات نفسية. في حين نجد بعض الأطفال ينتهجون تباعا أنماطا من التعلق المتجنب أو المقاوم، و كأنهم لا يستطيعون اختيار النمط الأنسب تجاه والدين مثلا متقلبين من نوع البنية الحدية. (Gallien E.,2006 , p68)

و سنحاول الإطلاع على أكثر الاضطرابات النفسية التي تمس أنماط التعلق الأربعة :

2-7- الاضطرابات النفسية التي تمس أنماط التعلق الأربعة :

1-2-7-التعلق الآمن :

إنّ التعلق الآمن لا يعتبر ضمانا للصحة النفسية، لكن كمعزز للصحة النفسية و عامل وافي. من خلال غرس توقعات إيجابية عن الذات و الآخرين، و من خلال توفير أرضية لتكوين علاقات ناجحة و وثيقة و توفير شبكة سند اجتماعي نشطة. فالتعلق الآمن في السنوات الأولى يعزز من مجابهة التحديات و الصمود تجاه فترات الشدة .

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و كذا من خلال استعمال أنماط مرنة من الاستغاثة و التنظيم الانفعالي، يجعل التعلق الآمن لدى الأفراد أقل هشاشة نفسية تجاه عواقب الإجهاد و الشدة النفسية .

(Sroufe A.,2005, p. 360)

و على العموم التعلق الآمن قد يكون عامل وقاية ضد الاضطرابات النفسية و يتعلق حسب (Collins et Read (1990) بمستوى متدني من القلق ، و عدائية أقل . و حسب (Kobak et Sceery (1988) فهو يتعلق بمرونة أكبر للذات . و بالرجوع لدراسات (Simpson et coll. (1992 و Vaillant 1992 فهو يتعلق بقدرة أكبر للتنظيم الانفعالي . (Gallien E.,2006 , p 72).

7-2-2- التعلق غير الآمن المتجنب :

يذكر J. Hopkins أنّ الرّضع المتجنّبين في عامهم الثاني لا يظهر عليهم إشارات الغضب عند الانفصال القصير عن أمهاتهم. فحسب R. Karen فإنّ التجارب التي يمر بها الطفل المتجنب علمته أنّ الغضب حيال الانفصال عن الأم لا يجعل منه إلا أكثر نبذا . و بذلك يعزل مشاعره، و تجاه أي إشارة معاناة أو إحباط يكف نظامه للتعلق، معطيا إياه انطباع بأنّه لا يحتاج إلا الحنان. لكن بالحفاظ على نظامه للتعلق في حالة كف يضمن على الأقل أن يبقى بالقرب من صورة التعلق. و بهذا، فرغم ما نلاحظه على الطفل المتجنب، فإستراتيجيته تهدف إلى الحفاظ و البقاء بقرب الأم. و في حالة الشدة النفسية القوية قد لا يحتوي غضبه تجاه الأم النابذة. و يطلق عليها غضبه أو يوجهه تجاه نفسه أو تجاه الأطفال الآخرين. مما يؤدي لتطوير شخصية نرجسية أو ما يسميه وينيكوت « *personnalité en faux-self* » (Ibid, p.69)

و قد ربط (Dozier et al (1999) التعلق المتجنب بظهور الاضطرابات النفسية الخارجية. مثل الشخصية المضادة للمجتمع و اضطرابات الأكل و الإدمان. و ذلك أنّ هؤلاء الأفراد ينزعون إلى إيقاف احتياجات التعلق و تجاهل المشاعر السلبية . (Sibcy G. ,2000,p.13)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

و من المسلم به عموماً أنّ التعلق من النوع غير الآمن المتجنب مرتبط في الأحداث الضاغطة، بقمع المشاعر السلبية و كذا نوع من الانفصال من والد رافض .
تحويل المشاعر السلبية و توقعات رفض متجدد من الشركاء الاجتماعيين قد تقود الأطفال المتجنبيين لاعتماد أسلوب عدائي في التفاعل.
و مع ذلك، فمن المعقول أن نفكر أنّ أنماط الكبت العاطفي و الانفصال العلائقي تؤدي بهم إلى تنمية مشاكل من النوع المستدخل مثل الاكتئاب، القلق و الانسحاب الاجتماعي .
و أظهر كل من Moss et al (1996) و Wartner et al (1994) أنّ الأطفال المتجنبيين لهم القليل من المهارات الاجتماعية بالمقارنة بالأطفال الآمنين .
(Denise R. et al , 1999,pp.108-109)

7-2-3- التعلق غير الآمن المتناقض المقاوم :

من بين الأنماط الثلاث للتعلق غير الآمن، يمثل التعلق المتناقض النمط الذي لدينا القليل من المعلومات عنه، بسبب ندرة هذا النمط في المجتمعات العادية (7- 15 بالمائة) و بالتالي في عينات البحث. يتميز أصحاب هذا النمط ببقظة فائقة و اعتمادية شديدة، من أجل الحفاظ على التقارب مع الأم. و حتى مع مجموعة الرفاق نجد النمط التفاعلي الاعتمادي و قلة الاستقلالية. (Ibidem)

و قد ارتبط النمط المتناقض في دراسة Sroufe الشهيرة بالقلق ارتباطاً قوياً و دالاً.

(Hyde C.,2009,p.13)

و قد بينت الدراسة الطولية ل Jaskir (1984) عن أطفال من سن الرضاعة و حتى سن 6 سنوات أنّ الأطفال من نمط التعلق المتناقض يعانون أكثر من الاضطرابات النفسجسمية .

(Sibcy G. ,2000,p.13)

4-2-7- التعلق غير الآمن غير المنتظم :

نمط التعلق الذي كان الأكثر ارتباطا بالاضطرابات النفسية هو النمط غير المنتظم .
فقد وجد Sroufe أنّ التعلق غير المنتظم يرتبط ب 0.40 بعدد الاضطرابات النفسية
و حدثها عند دراسته لشباب في سن السابعة عشر سنة و نصف .
(Hyde C.,Op.cit ,p.13)

حسب (Main et Solomon (1990) هذا النمط يتميز في الطفولة الصغرى بظهور
عند الرضيع لسلوكات متناقضة للاقتراب و الانسحاب تجاه الوالد الذي يثير لديه الخوف.
في مرحلتي قبل المدرسة و المدرسة، التعلق غير المنتظم يتميز بقلب للأدوار أين يحاول
الطفل السيطرة على الوالد بتبني إما موقفا قسري أو حام و راعي. عدّة دراسات¹⁴ أقيمت
على عينات مختلفة تأتي من مجتمعات عيادية / غير عيادية و في خطر ، أظهرت أنّ
الأطفال غير المنتظمين لهم اضطرابات سلوك عدوانية في سن ما قبل المدرسة و المدرسة
(Denise R. et al , 1999,pp.108-109).

و بيّنت دراسات حديثة (Zanarini (1999) و Liotti (1999) أنّ التعلق غير
المنتظم، و التجارب الصادمة المبكرة تلعب دورا في تنمية و حدّة الاضطرابات الحدية
للشخصية، و تحدث اضطرابات وظيفية انشاقية (تفكير غير منتظم، اندفاعية غير
متحكم بها)

في حين يصرّ (Dozier et coll. (1999) على تعريف التعلق غير المنتظم
كنموذج النمطي للانشقاق (التفكك). (Guédeney, 2006, pp.186-187).

و قد استطاع (Carlson (1998) إثبات الصلات المباشرة بين التعلق غير المنتظم
في الطفولة و خطر الاضطرابات الانشاقية في نهاية المراهقة.
(Carlson E.A., 1998,p.1107)

¹⁴ (Easterbrooks et al., 1993; Greenberg et al., 1991; Lyons-Ruth et al., 1993)

و قد ارتبط كذلك هذا النمط بسلوكيات إيذاء الذات خاصة لدى العائلات التي بها تاريخ إساءة معاملة أو إعتداء جنسي .

(Hyde C.,2009,p.13)

على العموم يمكن أن نستخلص أنّ التعلق الآمن يرتبط بكفاءة اجتماعية أجود و مهارات للتنظيم الذاتي أكثر تطوراً، في حين التعلق غير الآمن مرتبط بالعدوانية، و القلق و الانسحاب الاجتماعي .

7-3- أنواع اضطرابات التعلق :

هناك تصنيفان شهيران لاضطرابات التعلق سنحاول التطرق لهما هما تصنيف الجمعية الأمريكية لعلم النفس و تصنيف Zeanah و آخرون :

7-3-1- تصنيف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (اضطراب التعلق الارتكاسي):

أدرج اضطراب التعلق في DSM IV تحت اسم RAD

(Reactive Attachment Disorder) تحت رقم 313.89 جاعلين منه مرضاً نفسياً أكثر منه تأخراً في النمو أو هشاشة مفرطة.

و يشير إلى الاختلالات العاطفية و السلوكية و في التفاعل الاجتماعي الناتج عن خلل في التعلق الخاص باحتياجات الأولية في الطفولة الصغرى. و هما نموذجان : نموذج منطوي على الذات / كاف repli sur soi/inhibé (يظهر فيه الطفل رد فعل محدود أو غائب تجاه التفاعلات الاجتماعية). و نموذج آخر اجتماعي / غير كاف (يظهر فيه الطفل عدم القدرة على البحث على الطمأنة و الدعم من الآخرين و تقبل اجتماعي سهل للغرباء)

(Zeanah .Ch. H. et al , 2007, pp. 2-3)

الميزة الأساسية لاضطراب التعلق الارتكاسي هي نمط للعلاقة الاجتماعية المضطربة جداً، و غير الملائمة في مرحلة النمو، موجودة في أغلب المواقف، و تبدأ قبل سن الخامسة و ترتبط بحرمان شديد في الرعاية. بالرغم من أنّ ليس كل حرمان شديد يؤدي لتكوين اضطراب ارتكاسي للتعلق، بعض الأطفال يكونون علاقات تعلق مستقرة و لهم سلوكيات اجتماعية متوافقة حتى في مواقف الحرمان من الرعاية أو إساءة المعاملة.

و هاهي خصائص تشخيص هذا الاضطراب في DSM4:

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

- أ- يتعلّق بنموذج من العلاقة الاجتماعية مختلّة جدا و غير مناسبة في مرحلة النمو، و يظهر في أغلب المواقف و يبدأ قبل سن الخامسة مظهرامن المظاهر التالية: 1 أو 2
- 1- **النمط المثبط inhibé**: عدم قدرة دائمة في مختلف المواقف للدخول في تفاعلات اجتماعية أو الاستجابة بشكل مناسب للمرحلة العمرية. و تترجم باستجابات ذات يقظة كبيرة، أو متناقضة بوضوح (مثلا الطفل الذي يتصرف تجاه الأشخاص الذين يرعوه بالتناوب بين سلوكات التقرب و ردود فعل الهروب و رفض المواساة).
- 2- **النمط غير الكاف غير مثبط** : صلات تعلّق مشتتة، و تظهر بمخالطة اجتماعية غير متميزة، و عدم القدرة على القيام بتعلّق انتقائي (مثلا ألفة مفرطة مع الغرباء أو غياب إنتقائي في اختيار صورة التعلّق)
- ب- هذا الاضطراب ليس فقط ينتج من تأخر في النمو (مثل تأخر عقلي) .
و لا يستجيب لميزات اضطراب النمائي الشامل للنمو (مثل زملة أعراض ريت، اضطراب التفككي للطفولة و اضطراب اسبرر جر)
- ت- حرمان في الرعاية المناسبة منها على الأقل أحد العناصر التالية:
- 1- إهمال مستمر للاحتياجات العاطفية و الأساسية للطفل فيما يتعلّق بالطمأنة و الاستشارة و الحنان .
- 2- إهمال مستمر للاحتياجات الفيزيولوجية للطفل.
- 3- تغير متكرر للأشخاص الذين يرعون الطفل مما يمنع تكوين صلات تعلّق مستقرة (تغيير عائلات المربية)
- د- يفترض أنّ الحرمان من الرعاية مسؤل عن الاضطراب .
- تطور هذا الاضطراب يختلف حسب العوامل الفردية التي تمس الطفل ،
و الأشخاص الذين يرعونهم، و كذا شدّة و مدّة الحرمان و طبيعة التدخلات المنفذة. و قد يؤدي وضع الطفل في محيط يمدّه بالدعم المناسب إلى تحسن ملحوظ أو اختفاء للاضطراب.
- (American Psychiatric association ,1996,p.1056)

7-3-2- تصنيف Zeanah, Mammen et Lieberman :

يقترحان في تصنيفهم الإكلينيكي لاضطرابات التعلق الخاصة بالطفل التمييز بين 3 أنواع من الاضطرابات :

1- اضطراب انعدام التعلق :

الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يظهرون تفضيل ملموس لأي صورة تعلق. فهم لن يبحثوا على المساعدة الدائمة لشخص مميز عندما يكونوا مرضى، مصابين، جائعين. لا يسعون لأي سلوك تعلق ما. زيادة على ذلك، لا يعبرون عن أي مشاعر عند اتصالهم بالآخرين. (Zeanah, Mammen et Lieberman (1993) قسموا اضطراب انعدام التعلق إلى صنفين تحتيين : 1 – النوع الأول هو الإنسحابي العاطفي. و النوع الثاني هو الذي لا يجد أي تمييز في الألفة. الأطفال من النوع الأول لا يظهرون علنا مشاعرهم لكن يستطيعون أن يحسوا باللذة في التعامل مع الآخرين. 2-و النوع الثاني له مشاعر سطحية و عند غياب صورة التعلق، لا يظهر أي شدة نفسية أو يعبر عن شدة غير مناسبة مع أشخاص كثيرين أو حتى غرباء.

2-التعلق المضطرب:

هم الأطفال الذين لديهم تعلق لكن بشكل سلبي. مميز بصراع شديد و دائم، ناتج عن أحاسيس من الغضب و الخوف و القلق أو مشاعر سلبية أخرى. و قد لا يعبر عنها بشكل مباشر. و ينتهج سلوك تجنبى بتحويل مشاعره أو بالعراك الخ
تم تحديد 4 فئات فرعية (Filiatrault-Charron A. , 2010 , pp12-14)

1-التعلق اللانثقائي :

يقترّب هذا النوع من النوع غير المثبط الموصوف في DSM IV يميل هؤلاء الأطفال بالتعلق بأي كان دون تمييز. و ليس لديهم قلق الغريب. و أوضح (زيناه) أنّ هؤلاء الأطفال يخاطرون ، و بالنسبة لهم سلوكات الاستكشاف مبالغ فيها على حساب سلوكات التعلق .

2- التعلق المثبط :

في هذا النوع سلوكيات التعلق مبالغ فيها على عكس النوع السابق و على حساب الاستكشاف. الطفل يلتصق بشكل مفرط بصورة تعلق محددة و يهتم قليلا بمحيطة. و هي تشبه النمط القلق المقاوم. و له شدة قوية إثر الانفصال. و قد تتمثل في بعض حالات الإساءة بيقظة شديدة و كف و انسحاب عاطفي و نوع من انعدام الطاعة القسري (التي تسمح بالحفاظ على التقارب مع الراشد)

3- التعلق العدائي :

قد ينتهج هنا الطفل أساليب العدوان اللفظي و الجسدي من أجل لفت انتباه الوالد. و قد يكون لديه سلوك عدائي متجه نحو الذات.

4- قلب الأدوار :

بالنسبة لهذا النوع الطفل يلعب دور الوالد و يحاول حمايته أو السيطرة عليه.

(Gallien E.,2006,pp.70-71)

3-اضطراب التعلق المتقطع :

في هذا الاضطراب، الأطفال فقدوا الصورة الأولى للتعلق (مثلا موت الأم، الهجران الوالدي الخ) هذا الفقدان قد يؤدي إلى مشاكل حادة على الأمد الطويل. قد يقود الطفل حتى للانفصال عن أي علاقة. بالرغم من ذلك قد يكونون علاقات جديدة لكن الخوف من فقدانها من جديد قد يعقد الأمور. و بذلك يكون لهم ردود أفعال قوية للانفصال المؤقت لصور التعلق (صراخ ، نداء ، بحث ، رفض المواساة ، غياب المشاعر ، مشاكل تغذية و نوم الخ) ...

(Filiatrault-Charron A. , 2010 , pp.12-14)

4-7-الدراسات عن الصلة بين اضطرابات التعلق و الاضطرابات النفسية :

اقترح Blatt أنّ العلاقات مع الآخرين تبنى على ثنائيتين : الحاجة لأن يكون مرتبط بالآخرين، و الحاجة للشعور بهوية مستقلة. و اختلال التوازن بينهما قد يؤدي للاضطرابات النفسية.(Gallien E.,Op.cit ,p.73)

و من الاضطرابات و المشاكل النفسية التي ارتبطت باضطراب التعلق نجد :

1- اضطراب التعلق و الاكتئاب و الاضطرابات المزاجية :

الكثير من الدراسات بحثت في هذا الموضوع منها دراسة Tyrell et Dozier (1996), Fonaggy et coll (1997), Shaw and Dallos و دراسة (2005) عن الاكتئاب لدى المراهقين.

و قد أثبتت أنّ هناك علاقة بين الاكتئاب و أنماط التعلق غير الآمن، في حين و جد كل من (1998) Dozier et al وFonaggy et al.(1996) في دراستهم أنّ اضطراب الثنائي الوجداني يتعلق أساسا بالنمط المنفصل .

(Sibcy, G. ,2000,pp.13-20)

2- اضطراب التعلق و اضطراب الأكل:

من بين أهمّ الدراسات التي تطرقت لعلاقة التعلق باضطرابات الأكل هي دراسة Kobak (1996) وجد أنّ الأطفال اللذين لديهم اضطراب تعلق يسلكون سلوكيات أكل غير طبيعية تخبي و جمع المأكولات، الشراهة المفرطة أو بالعكس رفض الأكل و فقدان الشهية أو أكل مأكولات غير صالحة للأكل (مثل التراب أو الورق ...)

(Hallet F. , 2003, p.365)

3-اضطراب التعلّق و اضطراب الإدمان :

من بين الدراسات التي تطرقت لهذا الموضوع نجد دراسة Fonaggy et coll (1997) و دراسة Schindler et al(2005) و دراسة (Allenet al 1996). حيث قاموا بتطبيق مقابلة التعلّق للراشدين AAI على مجموعتين من المراهقين (مجموعة تعاني من اضطرابات التعلّق و المجموعة الضابطة). و قام بتتبعهم لمدة عامين فوجد أنّ الإجرام و استعمال المخدرات من النوع القوي ترتبط باضطرابات التعلّق .

(Sibcy G. ,Op.cit ,pp.13-20)

4-اضطراب التعلّق و اضطراب السلوك العاطفي :

ما يميّز الأطفال المضطربين غياب تأنيب الضمير و التصرّف بشكل غير مسؤول، لا يتعاطف مع الآخرين، غير قادر على التفكير بربط الأسباب بعواقبها، و لا يتعلم من أخطائه أو تجاربه السابقة. و لا يؤثر عليه العقاب، و يلوم الآخرين عن أخطائه... . و بداخله حزن كبير أمام أحاسيس الهجر، و قلة تقدير الذات، و عدم تفهم حاجياته. مما يؤدي به إلى الغضب. في الغالب لا ينظر لمحادثه عينا لعين لما له من ألم نفسي كبير. و يرفض عادة منح أو تلقي سلوكات تدل على الحنان من طرف الوالدين و قد يتقبلها من الغرباء، لا يثق في علاقته مع الراشدين و يصعب عليه المبادرة بتحية الآخرين أو شكرهم أو الاعتذار لهم . (Hallet F. , 2003, p.365)

5-اضطراب التعلّق و المشاكل السلوكية :

من بين المشاكل السلوكية التي نجدها لدى الأطفال اللذين لديهم اضطراب تعلّق هي العدوانية و العنف. فنجدهم في حال الإحباط يتجهون للغضب الشديد و التدمير و بعض المرات لسلوكات إيذاء الذات. أو إساءة معاملة الحيوان أو الأطفال الأصغر سنا. و قد يتجه للسرقة و الكذب فيسرق في الغالب محيطه العائلي، و يسرد أحداثا غير واقعية و يشوّه الحقائق بشكل واضح. و قد يتجه إلى نوع من العدوانية السلبية كاستفزاز محيطه بجموده و رفض التحوار معهم أو إعطاء شرح عن تصرفاته .

(Ibidem)

قسّم (1991) Thomas Achenbach المشاكل السلوكية التي تمس هذه الفئة إلى نوعين . الخارجية (فرط النشاط الحركي و قلة الانتباه ، الاندفاعية ، الإدمان ، السلوكات المضادة للمجتمع ، الهروب ، التشرّد ، سلوكات جنسية غير سوية) في حين تمثلت المجموعة الثانية الداخلية في (الانسحاب ، الاكتئاب ، القلق ، الانتحار ، اضطراب الأكل ، الشكاوي الجسمية) (Filiatrault-Charron A. , 2010 , pp12-14)

1- اضطراب التعلّق و مشاكل التطبيع socialisation و التنشئة الاجتماعية :

إنّ الطفل الذي لم يتحصل في السنوات الأولى من حياته على رعاية أمومية تسمح له ببناء صلات التعلّق (إمّا بسبب الغياب المتكرر أو عدم قدرة الأم على الاستجابة لحاجياته) قد يبتعد بالتدريج عن العلاقات ليصبح منفصل تماما. و يرى (Rutter 1979) أنّ هذا يضر بشكل شديد التكيف الاجتماعي للطفل. و كل ما كانت مدة الحرمان أطول كلما كانت الأضرار أكثر و إمكانية العلاج أقل. و قد أثبت (Goldberg 1990) أنّ الرّضع الذين لديهم تعلّق آمن هم أكثر كفاءة ذهنية و اجتماعية . و فرضية وجود فترة حرجة التي في حال تجاوزها يفقد الطفل القدرة على التعلّق قد أثبتت بدراسات في علم النفس العصبي. منها التي بيّنت أنّ المخ يعمل بمبدأ " نفقد ما لم يستعمل " . فإذا لم يتحصل الطفل على الاستشارات اللازمة، فتبقى بعض المناطق في المخ غير منشطة و غير نامية، فالمسارات غير المستعملة بعد فترة حرجة تتحدد في السنوات الأولى من الحياة تصبح غير وظيفية .

فبالنسبة ل Gunnar من جامعة منيسوتا الأطفال الذين تلقوا الرعاية المناسب و الكافية و الموسومة بالحنان ينتجون القليل من هرمون الكورتيزول، هرمون الشدّة النفسية الذي يكف النمو .

و يؤكّد Loeber في 1991 أنّه توجد مرحلة حرجة في الطفولة أين إحداث: انفصال مع الأم، تعدد لصور أمومية أو فقر في نوعية الرعاية، تكون أرضية لسلوكات مضادة للمجتمع لاحقا . (St-Antoine M.,1999,p.3)

8- اضطراب التعلق و الحرمان العاطفي :

يعرّف (1993) Michel Lemay الحرمان " أنه مسار مرضي قد يظهر قبل 3 سنوات الأولى من الحياة لدى الطفل الذي تعرض لانفصال مع الأشخاص المقربين له دون أن تصحح . " (Filiatrault-Charron A. , 2010 , pp.12-14)

و يعرفها " أنها عدم كفاية في نوعية و كمية التفاعلات المبكرة بين الطفل و محيطه المقرب. و قد تظهر في عدّة وضعيات عندما تغيب الأم أو يوضع الرضيع في مؤسسات خاصة أو ملاجئ ، أو تكرار الانفصال مع الأم، أو لا تقوم الأم بالرعاية الكافية، فقد يكون الحرمان العاطفي خارج العائلة كما قد يكون داخل العائلة . "

(Espace adoption, 2010,p.1)

هذا الجرح النرجسي يؤدي بدوره إلى اضطراب الأنا، الذي قد يعوق تكوين و بناء الهوية. و ذلك راجع لأنّ بدون وساطة المحيط ليس هناك دعم داخلي لإنشاء التمثيلات العقلية، العلاقات المستدخلة مع المواضيع . فنلاحظ لدى هذا الفرد عدم القدرة على استثمار تصورات للذات، و تشكيل صورة جسمية مدمجة، مما يجره حسب (1996) Kumin إلى سوء تقدير الذات و قلق نرجسي دائم و قلق للانفصال عميق .

و زيادة على ذلك ، مثلما يراه Kunsta et Cohen فيؤدي هذا إلى خلل دائم بالتفكير التمثيلي و الذاكرة، الذي نجده عادة في الصدمات النفسية.

(Bargiel.M. , 2002, p. 3)

يؤدي الحرمان العاطفي إلى اضطرابات في النمو، تأخر حركي، خلل في التعرّف المكاني و معرفة المخطط الجسدي، حساسية شديدة للضجيج أو التلامس الجسدي، تموضع سيء بين ذراعي الراشد المقدم للرعاية، اضطرابات في النوم، أنوركسيا .

و قد ذكر سبيتز (1945) مفهوم الاكتئاب الأتكالي أو الخوري (dépression anaclitique) الذي يؤدي لاضطرابات نفسية و جسدية. و إذا تعدى الحرمان الخمسة أشهر

أدى إلى اضطراب أخطر، و الذي سماه داء المصححات l'hospitalisme مؤديا لاضطرابات جسمية كفقْدان الشهية و الاضطراب الاجتراري و الإعياء النفسي و الهشاشة

الفصل الثاني: نظرية التعلق

الجسمية ، و عدم الاهتمام باللعب . بالإضافة إلى تأخر ذهني و لغوي ناتج عن قلّة الاستثارة و انعدام الفضول. و قد يظهر لديه عصابات مرفقة باضطرابات سلوكية وصراع و كذا ذهانات، أو تكرار الحرمان العاطفي للأجيال اللاحقة.

(Lever V.2008 , p .7)

9-7 – اضطراب التعلق و اضطراب التنظيم العاطفي :

إنّ التوازن الدينامي بين تنشيط و تثبيط سلوكيات التعلق تمثل بالنسبة للفرد أساس نموذج تنظيم انفعالي، من خلال القاعدة الآمنة و من خلال توافر صورة التعلق التي تستجيب له بشكل صحيح .

لقد قامت دراسات على مرحلة الطفولة و المراهقة على تحليل أنماط الاتصال المختلفة لدى الثنائيات غير الآمنة، و وجدت أنّها تقدر أن تمس بظهور الكفاءات الميتمعرفية

و كفاءات التنظيم الذاتي. و توصل كل من de Cyr et Moss (2001) Parent et Moss (1994, 1995) et Stevenson- Hinde et Shouldice (1995) إلى أنّ الأطفال القلقين المتجنبيين و كذا المتناقضين أقل مشاركة في تنظيم النشاطات الثنائية من الأطفال الآمنين . و أمهات الأطفال غير الآمنين من النوع غير المنتظم لديهم أقل تنقيط في الحساسية الأمومية و نوعية الإحاطة التي تمدّها للطفل .

(Moss E. et al , 2007, p.6)

لا يستطيع صغير الإنسان تنظيم الاستثارة الخاصة به أو حالاته الانفعالية بمفرده. و كي تنظم بشكل جيّد تتطلب مساعدة من طرف الراعي . فحسب Fogel (1993) الرضيع في السنة الأولى غير قادر على التنظيم الذاتي .

(Sroufe A. et al , 2000, p.8)

10-7- اضطراب التعلّق و اضطرابات التعلّم :

تعمل العواطف كأنظمة للتنظيم الذاتي التي تتضمن مسارات معرفية و نسق اجتماعية. فينتج دائما عن العاطفة بشدّة مناسبة استثارة أو التأثير على النشاط الذهني.

(Bargiel.M. , 2002, p. 3)

و قد أثبتت عدّة دراسات العلاقة بين التعلّق و المهارات الأكاديمية في المراحل المختلفة في العمر منها دراسة (Moss et St-Laurent, 2001) التي بينت أنّ الأطفال المتجنبيين و المتناقضين لديهم مستويات عليا دالة في التفكير المعرفي، و لديهم خلل في الانتباه أثناء حل المشكلات، و القليل من الدافعية لتعلم معارف جديدة.

و قد توصل (Larose et al. (2005) في دراسته أنّ الطلاب من النمط المنشغل المتناقض لا يميلون للسلوكات الاستكشافية، يحسون أكثر بمشاعر الخوف حيال الفشل الدراسي، و لا يعطون أهمية كبرى لدراساتهم.

بالإضافة إلى ذلك وجد أنّ النوع غير المنتظم هو النوع الأكثر الذي يظهر فيه مستويات متدنية من المهارات المدرسية. (Moss E. et al , 2007, pp.26-27)

8- التطبيقات العلاجية في التعلّق و الصحة النفسية :

لقد أصبح لنظرية التعلّق أهمية عظيمة في المجال العيادي من أجل فهم و تشخيص الاضطرابات النفسية و علاجها .

فقد ساعدت في فهم السلوك الاجتماعي لدى الراشد، و منها العلاقات العاطفية، و سلوكات السيطرة و البنى الهرمية في القيادة، و التحالف بين المجموعات و التحاور من أجل المساواة و العدل .

و من أجل بناء برامج لمساعدة الوالدين، خاصة فيما يخص الوقاية من سوء معاملة الأطفال. (Bugenta et al , 2002,pp.244-246)

و اضطرابات التعلّق لديهم و حتى الأطفال اللذين يوجدون بالمؤسسات و الملاجئ يتحصلون على عناية تأخذ بعين الاعتبار مفاهيم التعلّق .

الفصل الثاني: نظرية التعلق

في الجانب الوقائي، من المهم التقليل من الانفصالات بين الأم وصغيرها قبل سن الثانية . خاصة في حالات الاستشفاء أو في حالات الوضع في عائلات مربية. و يجب أن تضع الأم الأولوية لخلق صلة بينها وبين طفلها. (Hallet F., 2003, p.368)

أثناء الحمل و الولادة و بعد الولادة كذلك خلال الزيارات الطبية على الأخصائي التعرف على تطلعات الوالدين و ملاحظة علاقتهم مع طفلهم. من أجل تعزيز التفاعلات الايجابية بين الوالدين و الطفل و باقي أفراد العائلة. و مساعدتهم على فهم إشارات طفلهم و الاستجابة لها بشكل متناسق و مناسب. فهؤلاء الأطفال يحتاجون للتقارب الجسدي و التفاعل اللفضي و اللمسي. (Labbé J., ind, p.7)

لقد اقترح كل من (2008) et Lemelin et Laviolette (2008) Doucet بعضا من الأساليب العلاجية الموجهة خاصة للشباب منها :

- توفير إطار يحتوي المفحوص: فيحتاج الأطفال للشعور بالأمن في محيط مفهوم. فإذا كان للطفل مؤشرات من السلوك غير المنتظم، من المهم أن نجعل محيطه منظما أكثر، من أجل طمأنته و التخفيض من حدة قلقه.

- الحفاظ على تباعد علائقي مناسب: هؤلاء الأطفال لديهم توقعات عاطفية كبيرة و غير واقعية. فعلى الفاحص أن يتقبل النتائج القليلة دون الاستثمار في علاقات عاطفية مع هؤلاء الأطفال. في الواقع، هذا التباعد يحمي من الاحباطات و النكوص السلوكي. فمثلا على الفاحص أن يبتعد عن الاتصال الجسدي العاطفي (المعانقة ، شد اليد ...) قدر الإمكان .

- تجنب الصراع بين الرابع و الخامس: هذا المبدأ اقترح من طرف Paul Steinhauser (1999) . فالبعض من هؤلاء الأطفال يتصرفون بنوع من اللامبالاة تجاه العقاب. و من المستحسن أن لا يدخل الفاحص في صراع سلطة مع الطفل و أن لا يعاقب أكثر. فذلك يجعل من الطفل يفكر أنه لا يمكن أن يعتمد على الراشد و أن الراشد هو مصدر تهديد له. فالتدخل بحيادية تحت قوانين واضحة و مناسبة تعطي للطفل الإحساس بالطمأننة و توفر له محيطا مستقرا و آمنا .

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

- أن يكون كمرآة عاكسة : و ذلك بمساعدتهم على فهم الصلة بين الاضطراب السلوكي الذي لديهم و الانفعالات المتصلة بها. فيبحث الفاحص مع الطفل (بعد الأزمة) على التعرف على العنصر المفجر لاضطرابات سلوكه و أن يجد وسائل للتخفيف أو تجنب هذه الأزمات.

(Filiatrault-Charron A., 2010, pp.21-25)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

الجدول رقم 3 : المؤشرات العيادية الخاصة بأنماط التعلق.

المؤشرات العيادية الخاصة بأنماط التعلق		
المتجنب – المنفصل	الامن	المتناقض - المقاوم
لا يصغي لحاجاته للتعلق	يسهل عليه تكوين علاقة حميمية و يثق في الآخر	يشعر بتبعية عاطفية شديدة ، و بالإحباط
في العمل ، يكرس نفسه للعمل ، و يركز على العمل و المهارات مهملا العلاقات مع الآخرين	في العمل ، يوازن بين حياته الشخصية و العملية ، و لديه كفاءة عالية في العمل .	في العمل ، لديه صعوبة في أن يعمل ، و نجده مغمور بانشغالات علانقية .
العلاقات الجنسية : لديه علاقات جنسية مع شركاء متعددون ، سطحية و عابرة و يعيش اختلاط مع شركاء جنسيين .	العلاقات الجنسية : لديه نشاط جنسي محدود ، يعيش الحميمية ، و و يعيش مع شريك واحد لمدة طويلة	العلاقات الجنسية : لديه علاقات جنسية دافئة و يقوم بدور الأم بالنسبة للشريك .
رد الفعل للشدة النفسية : ينعزل و يتجنب الآخرين و يكون عدائي و قد يستجيب للضغوط باضطرابات جسدية .	رد الفعل للشدة النفسية : يبحث عن المساندة في وسطه .	رد الفعل للشدة النفسية : يشعر بأحاسيس من القلق و الاكتئاب الحادين ، ينطوي على نفسه .
الاستجابة إثر الانفصال : لا يشعر كثيرا بالشدة النفسية و الحزن و لكن يحس بالارتياح ، و لا يعاني من غياب الآخرين .	الاستجابة إثر الانفصال : لديه ردود فعل مناسبة من الحداد .	الاستجابة إثر الانفصال : يغرق في حزن عميق ، و لا يمكن مواساته .
ردود الفعل للصراع : لا يعترف باحتياجات الشريك ، غير حساس .	ردود الفعل للصراع : حساس لطلبات و حاجات الشريك و يبحث عن التسوية .	ردود الفعل للصراع : منشغل ، خائف ، يقوم بدور الأمومة ، و ينتظر أن يحل الشريك الصراع .
ردود الفعل للحداد : يعيش حداد مثبط ، غياب للمشاعر ، لا يبحث عن سند الآخرين . لديه سهولة في الاستمرار في نشاطاته المعتادة ، و يدخل مباشرة في علاقة أخرى .	ردود الفعل للحداد : له ردود فعل سوية من الحداد (غضب و حزن) و يبحث عن سند في وسطه . يقوم بتحليل منطقي للعلاقة ، و يأخذ الوقت اللازم للدخول في علاقة أخرى .	ردود الفعل للحداد : يعيش حدادا مزمنا (حزن و غضب غير منتهي) ، يلتصق بالآخرين . يبحث بشكل نشط أن يسترجع الصلة المفقودة ، تضطرب نشاطاته بشكل ملحوظ .

(Giroux M., 2009, p.3)

الفصل الثاني: نظرية التعلق

هذا الجدول يوضح لنا احتياجات و مميزات كل نمط من أنماط التعلق . و كيفية التعامل و التدخل العلاجي . و يجب أن تأخذ هذه المميزات بعين الاعتبار .

فمثلا بالنسبة للتعلق المتجنب المنفصل، نجد أنّ هؤلاء الأفراد يحاولون التهرب من التعلق العاطفي، و ذلك أنّهم لا يصغون لاحتياجاتهم الشخصية للتعلق، حيث لا يتمكنون من التقرب من الآخرين و لا يتقبلون العلاقات الحميمة، و يكرسون وقتهم للعمل. و قليلا ما يطلبون الاستشارة النفسية و ذلك أنّ العلاج النفسي يمثل سياق علائقي و هم أصلا يبتعدون على تكوين العلاقات. فبالنسبة لهم العاطفة ينظر لها كمادة مهددة، فمن الأحسن للفاحص أن يعمل على الأحداث لا على العاطفة كالملاحظة الذاتية لحياتهم اليومية، و موقع الإهمال في حياتهم، و الاختلالات المعرفية .

و هنا الهدف من العلاج هو دعم تقدم المفحوص نحو تطوير سلوك التعلق الآمن. فالحصول على قدرة جيّدة للملاحظة الذاتية يجعله يفهم سيره الشخصي، العلائقي و المهني. فهو في العادة يستثمر أكثر في الحياة المهنية أكثر من الحياة الشخصية و العاطفية . أمّا بالنسبة للتعلق المتناقض المقاوم فليدهم طلبات عاطفية غير معقولة، تؤدي بهم للإحباط . الخوف من الهجر تجعل منهم " ملتصقين " ، شكاكين ، غيورين ، و متحكمين . و مهمة المعالج هنا أن يساعد المفحوص على أن يلبي احتياجاته بنفسه. و أن لا يتقوّل من أجل إرضاء الآخرين، أن يواجه الصراعات المؤدية لحرصه القهري على رعاية الآخرين.

(Giroux M., 2009, pp.4-6)

و قد قسّم Michel Lemay (1993) هذه التدخلات لثلاث لغات مختلفة لدى الأطفال المحرومين عاطفيا : اللغة العاطفية، اللغة الجسدية و اللغة المعرفية. فبالنسبة للأولى فينصح بعدم محاولة ملء الفراغ العاطفي أو لعب دور الأم .- إرساء الثقة بين الفاحص و الطفل .- توفير استقرار الأشخاص الذين يرعون الطفل . فعليه أن يفهم أنّ العلاقات تستمر و تدوم . - تحليل انفعالات الطفل لفهمها و التحكم فيها .- أن يكون صورة سلطة و نموذج ايجابي يمكن الاتكال عليه .

الفصل الثاني: نظرية التعلّق

و ينصح بالنسبة للغة الجسدية : الاستجابة للسلوكات النكوصية الجسدية و الاستجابة لاحتياجاته .- تعزيز التكامل الحسي الحركي (مثل جعله يكتشف المثيرات غير المعروفة : الاستحمام، مربع الرمل، المرآة) - المساعدة في تطوير المخطط الجسمي : (المشي الجري القفز و الدوران و السقوط)- تشجيع المهارات الحركية الدقيقة (تطوير التناسق الحركي، المسك، التوازن، الجانبية، التصور المكاني)- تحسين صورة الجسم (مثلا علاج التبول اللاإرادي للكف من السخرية و تحسين تقدير الذات)

و ينصح في جانب اللغة المعرفية : - طلب خدمات أطفوني إذا تلمزم الأمر .- أن يكون صبور و ينصت للمفحوص يستعمل لغة بسيطة و واضحة - يساعد الطفل على التفكير في التغيير .- توظيف القدرات التفكيرية - تنظيم مخططات مقطعية (توقيت مستقر ، تجنب التغيير المفاجئ، وضع ألبوم صور لحياته في شكل متسلسل)

و هناك مقارنة سلوكية معرفية التي تهتم بالسلوكات الداخلية (معرفة و عاطفة) و الخارجية (لفظية و غير لفظية). و هي مستوحاة من التعلّم الاجتماعي و الاشراف الإجرائي. من أجل تغيير السلوكات الداخلية و الخارجية. و تقوم بتطوير المهارات الاجتماعية و التحكم في الغضب و إدارة القلق. و دور الفاحص يتمثل في تعديل الأفكار الذهنية الخاطئة. بفضل عدّة وسائل منها : حسب (Leblanc et al., 1998) تحليل التكلفة و المنفعة، التحليل الوظيفي، تحليل الإفراط و العجز، الملاحظة الذاتية، العقد السلوكي، النمذجة، التعزيز الايجابي، لعب الأدوار، الواجبات، إعادة البناء المعرفي و الاكتساب التدريجي للمهارات . (Filiatrault-Charron A., 2010, pp.21-26)

9- حدود النظرية و انتقاداتها :

لقد انتقدت مبادئ و أساسيات نظرية التعلّق في بداياتها خاصة من قبل التحليليين حتى أنّ ذلك أدى إلى تهميش رائدها جون بولبي .

فقد وصفها كل من (Anna Freud (1960 و schur (1960 و spitz (1960 على أنّها نظرية آلية، غير دينامية و مؤسسة على مفاهيم خاطئة في نظرية التحليل النفسي .

(Fonagy P., 2001, p.25)

وأثناء صياغة نظرية التعلق أثّرت انتقادات عن أسسها التجريبية، فاقتُرحت شروحات بديلة لنتائجها. (Karen R.,1998 , pp.115-118) فقد رفض بولبي معطيات James Robertson، حيث أعطى روبرتسون نتائج عن 13 طفل فصلوا عن أمهاتهم و تلقوا رعاية جيّدة، و تمكّنوا من تحمل تبعات الانفصال دون يأس، و ذلك أنّهم تكلف بهم في ظروف غابت فيها العوامل السلبية التي تتعقد في بعض مؤسسات التربية. و في مجلده الثاني " التعلق و الانفصال " اعترف بولبي أنّ دراسة روبرتسون طوّرت نظريته للنتائج الصدمية للانفصال. و التي لم تعطى فيها أهميّة مناسبة للرعاية من طرف بديل مألوف. (Karen R.,1998 , pp.82-86)

في 1984 أكد Skuse انتقاداته بأعمال أنا فرويد على أطفال اليهود في معسكرات الاعتقال الألمانية، الذين كان نموهم عادي رغم وجود حرمان شديد أثناء الطفولة الصغرى. فاستنتج أنّ التنبؤ بنمو الأطفال (حتى في مثل هذا المحيط) كان جيّد باستثناء وجود عوامل بيولوجية أو جينية. (Skuse D, 1984,p.543)

و كان كل من J. R. Harris و S.Pinker و J. Kagan (1990) مستائين لمفهوم الحتمية في الطفولة الصغرى (الصراع بين المكتسب و الفطري) و ركزوا على تأثير التجارب اللاحقة في نمو الشخصية . (Wikipédia) .

فقد رفض Kagan كل الفرضيات المؤسسة للتعلق. و أوضح أنّ الوراثة لها تأثير أعمق من الأحداث العابرة في الحياة و ذلك باعتماده على دراسات Stella Chess بخصوص المزاج . على سبيل المثال الطفل ذا مزاج صعب، لا يثير استجابة سلوكية كبيرة من طرف مقدمي الرعاية. (Karen R.,1998 , pp.248-264)

و قدم Harris et Pinker فكرة مفادها أنّ تأثير الوالدان كان مبالغاً فيه لحد كبير . و أنّ التنشئة الاجتماعية تأخذ مكانها وسط مجموعة الرفاق . و استنتج H. Rudolph و Schaffer أنّ الوالدان و مجموعة الرفاق لهم أدوار مختلفة في نمو الطفل. (Wikipédia)

وقد بيّنت الدراسات التتبعية لـ Michael Rutter لأطفال رومانيا المتبنون في بلدان غربية أخرى بعد سقوط نظام Ceaușescu . أنّ الكثير منهم رغم تعرضهم لحرمان شديد في السنة الأولى من حياتهم إلا أنّهم خبروا نموا عاديا لاحقا في المراهقة. فاستخلص العلماء أنّ الانفصال مع العائلات هو فقط أحد العوامل العديدة التي تبين نوعية النمو .

(Rutter M. ,2002,p.1-7)

و قد أثبتت دراسات لاحقة أنّ 70 بالمائة من الأطفال الذين تم تبنيهم متأخرا، لا يظهرون أي اضطراب ظاهر أو خلل في سلوك التعلق. (wiképédia).
و قد كان هناك عدّة انتقادات فيما يخص الوسائل المستعملة في قياس التعلق . فمثلا كان هناك ل Kagan (2000) انتقادات منهجية و أخلاقية بالنسبة للوضعية الغريبة. و قد لوحظ أنّ هناك مبالغة لتأثير دور الأم، في حين نوع من التجاهل لتأثير دور الأب في التنشئة الاجتماعية.

و يتفق كل من Le Camus (2000) et Paquette (2004) أنّه يستلزم للطفل توازن بين سلوكات الأم (المطمئنة) و سلوكات الأب (المنشطة و المحقزة) لنموه الصحي (Savard N.,2010,pp.16-17).

خلاصة الفصل :

من خلال عرضنا للمفاهيم الأساسية لنظرية التعلق و روادها، حاولنا الإحاطة بهذا المنحى النظري الجديد. و اطلعنا على ما يهمننا في هذه الدراسة من أنماط تعلق الرضع و الراشدين و الوسائل المستعملة لقياسهم ، و تطرقنا لأهم الاضطرابات التي تمس التعلق و طرق علاجها . و لم نغيّب الجانب الإبيستيمولوجي عن مفاهيم هذه النظرية فقمنا بعرض الانتقادات التي وجهت إليها. آملينا بذلك أن نكون قد استوفينا حق هذه النظرية الهامة و الحديثة.

الفصل الثالث الاكتئاب لدى الأم و انعكاساته على الرضيع

1. تمهيد
2. تعريف الاكتئاب
3. أعراض الاكتئاب
4. أسباب الاكتئاب
5. النظريات المفسرة للاكتئاب
6. انتشار اضطراب الاكتئاب لدى المرأة
7. اكتئاب ما بعد الولادة
8. أسى الأمومة Baby Blues
9. ذهان الولادة
10. عوامل الاكتئاب لدى الأم
11. تطور الاكتئاب لدى الأم
12. انعكاسات الاكتئاب لدى الأم على الرضيع .
13. علاج الاكتئاب لدى الأم
14. خلاصة الفصل

تمهيد :

يعد مفهوم الاكتئاب الذي يتضمن موضوع البحث الحالي من أكثر المفاهيم شيوعاً في الدراسات النفسية الحديثة. و المتفحص لهذا المفهوم يجد أنه كان وما زال محور اهتمام الباحثين في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة حيث أصبح الاكتئاب بمثابة اضطراب العصر الحديث، حيث نجد أن الناس يعانون في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما كان الناس يعانون منه في الماضي وفي المجتمعات السابقة بدرجة أنه يحلو لكثير من الكتاب و الباحثين أن يصفوا هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب، و ينتشر هذا الاضطراب لدى كل الطبقات الاجتماعية و الفئات العمرية بدون استثناء، إلا أن نسبته تعد أكبر لدى النساء، و سنتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم الاكتئاب. و الاكتئاب لدى المرأة عموماً و الأم بالخصوص و انعكاساته على الرضيع .

1- تعريف الاكتئاب :

1-1- تعريف الاكتئاب لغة :

اشتقت هذه الكلمة من اللاتينية depressio أي بمعنى آخر تغريس enfoucement

و تسطيح Aplatissement و انخفاض الضغط .

(Novicoff M.C. et OLIE,J.P.,1978,p.15)

(أكأب) فلانا أحزنه، (اكتأب) كئب ووجه الأرض. تغير و ضرب إلى السواد، ومنه

رماد مكتئب اللون. كآبة تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب وكئيب

(ابن المنظور، ب. ت، ص 339)

تقول العرب : كئب الرجل، أي تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم و الحزن .

واكتئاب وجه الأرض ، أي تغير و ضرب إلى السواد فالكآبة و الاكتئاب هو الحزن الشديد

(ابن المنظور، 1968 ، الجزء 22 ، ص 1)

1-2-الاكتئاب اصطلاحاً :

ويمكن القول كذلك أنّ الاكتئاب هو حالة من الحزن المسيطر على المريض، أو هو شعور بالتعاسة دون مبرر أو سبب واضح. ولعل الفارق الأساسي بين القلق والاكتئاب هو أن القلق خوف مما سيحدث، على عكس الاكتئاب الذي هو حزن لما حدث وندم عليه. (بورقية د. ، 2006، ص.ص206-207)

وعرفته منظمة الصحة العالمية WHO في التصنيف الدولي التاسع ICD 9 - بأنه: "اضطراب يتميز بحزن غير مناسب، ينشأ عادة من تجربة مضايقة، ولا يتضمن في مظهره توهماً أو هذياناً، ولكن يغلب انشغال المريض بصدمة نفسية سابقة على مرضه موجودة غالباً فيه، ولا يقوم التمييز العصابي الاكتئابي والذهاني على درجة الاكتئاب ولكن على وجود أو عدم وجود الخصائص العصابية أو الذهانية وعلى درجة الاضطراب في سلوك المريض." (المحسيري خ. ر.، 1983، ص 113)

وعرفه ببيك Beck تعريفاً آخر بأنه: "حالة انفعالية تتضمن تغيراً محدداً في المزاج مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة، ومفهوماً سالباً عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها. ووجود رغبات. فيعاقب الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت، وتغيرات في النشاط مثل صعوبة النوم والأكل وتغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط" (صالح أ.م.ح.، 1989، ص 108-109)

هو حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز، مع اضطراب في النوم والشهية للطعام وأحلام مزعجة . (مجدي أ.م. ع.، 2000 ، ص185)

و نجد أنّ DSM5 يعرفه : " يحوي اضطراب الاكتئاب كل من اضطراب عسر المزاج و نوبة الاكتئاب العظمى و اضطراب الاكتئاب المزمن (ديستيميا) و الاضطراب الاكتئابي لما قبل الطمث، و الاكتئاب الناتج عن تناول بعض المواد و الأدوية. و تتمثل نوبة الاكتئاب

العظمى في اضطراب مزاجي يدوم أسبوعين يحوي تغيرات ظاهرة في العاطفة و التفكير و تغيرات في وظائف الجهاز العصبي الودي . و تظهر عليه الحزن و الشكوى .

و الإحساس بالحداد الذي قد يؤدي لمعاناة كبرى . (DSM 5 , 2013,p.155)

2- أعراض الاكتئاب :

تقسم أعراض الاكتئاب الإكلينيكية إلى أربع فئات أساسية هي:

2-1-الأعراض المزاجية:

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل أن يسود الشخص مزاج حزين معظم اليوم، تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.

2-2-الأعراض الفسيولوجية:

تتواجد الأعراض الأربعة التالية بصورة متكررة لدى الأفراد المكتئبين:

- فقدان الشهية والوزن ومن الممكن أن يحدث العكس فيزيد الوزن وتزداد الشهية.
- الإمساك حيث يعاني الفرد من عدم حركة للأمعاء قد تستمر لعدة أيام.
- اضطراب النوم وتتمثل في صعوبة النوم العميق، وكذلك الاستيقاظ المبكر، والأرق أثناء الليل، والكوابيس أثناء النوم والتعب أثناء النهار .والفرع أثناء النوم بالليل .والبعض الآخر قد يحدث لديهم العكس أو النوم العميق .فيكون لديهم فرط النوم.
- اضطرابات الدورة الشهرية وعدم انتظامها.

2-3- الأعراض المعرفية:

وتشير إلى مدى قدرة الأفراد علي التركيز، واتخاذ القرار، وكيفية تقويمهم لأنفسهم. ويلاحظ في عرض الفئات الأربع السابقة لأعراض الاكتئاب أنها أغفلت جانب العلاقات الاجتماعية في حياة الفرد المكتئب. وهذا ما تم معالجته بواسطة سترونجمان الذي نظر للاكتئاب على أنه متضمناً خمس مجموعات من السمات هي: مزاج حزين وفتور الشعور،

مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها، رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين، فقدان الشهية العصبي والرغبة الجنسية، تغير في مستوى النشاط، عادة ما يتجه إلى الكسل وأحياناً يأخذ شكل الاستثارة.

4-2- الأعراض السلوكية:

المظهر والسلوك الخارجي للفرد غالباً ما يكون مؤشراً على وجود الاكتئاب من عدمه، فمن الممكن أن تكون ملابس الفرد قذرة وسيئة، واتساح الشعر وعدم نظافته الشخصية مؤشراً على ذلك. وكذلك الكسل الذي يعبر عنه في صورة بطء في حركة الجسم وعدم ممارسة الأنشطة و قلة الكلام وبطئه، واستجابة الفرد بجمل بسيطة، وهذا البطء في حركة الجسم والتعبير يضاف إليها الانسحاب الاجتماعي، ونقص الإنتاجية، وبصفة عامة فهناك انخفاض في مستوى الطاقة والاستجابات تسمى بالتأخر النفس حركي.

(أبو فايدة ر. ،2010، ص 15- 16)

في حين يسرد بيك الأعراض الاكتئابية في 21 عرض هي:

•التشاؤم

• الحزن

•نقص الرضا

• الشعور بالفشل

•الإحساس بالعقاب

• الذنب

•اتهام الذات

• كره الذات

•نوبات البكاء

• رغبات انتحارية

•الانسحاب الاجتماعي

• التهيج

•تغير صورة الجسم

• التردد

•الأرق

• صعوبة العمل

- فقد الشهية
- سرعة التعب
- الانشغال الجسدي
- فقد الوزن
- فقد الليبدو (Beck A.,1997,p.40)

3- أنواع الاكتئاب :

3-1- الاكتئاب الذهاني :

وهو اضطراب ذهاني داخلي المنشأ وراثي الجذور وأهم أعراضه :
- المعاناة من حزن شديد و عميق حيث تبدو نظرة المريض للناس و الكون و الحياة قاتمة،
و لذلك يفقد هواياته و اهتماماته القديمة و يفقد أي حرارة من العطف و الحب نحو الآخرين
أو أفراد عائلته و يعتزل الناس و يقاطع الكلام و ربما الطعام و الشراب.
- الشعور بالإثم و الاستصغار و ارتكاب الخطايا و استحقاق العذاب و الموت بسبب سيطرة
الأوهام الاكتئابية عليه الميل الشديد للانتحار و الأقدام على محاولة الانتحار.
- فقدان كثير من الوزن بسبب فقدان الشهية .
(الزبيدي ع. ج.، 2009، ص320-319)

3-3- الاكتئاب العصابي :

عبارة عن استجابة اكتئابية يفقد فيها المريض الاستمتاع بمباهج الحياة مع نقص الحماس
للعمل والإنتاج وفتور في الشهية للطعام ويصاحبه اضطرابات في النوم .
(مدرّس.أ.، 2003، ص227)
ويعرف في موسوعة الطب النفسي على أنه استجابة عصابية قد تطول مدتها إلى أشهر.
ويشكل المرضى بالعصاب الاكتئابي من 20% إلى 30% من المرضى بكل أنواع العصاب.
و أغلبهم ينحدرون من أوساط اجتماعية فقيرة. وتعتبر الاستجابة الاكتئابية غير خطيرة لكن في
بعض الأحيان تراوده أفكار انتحارية. (حنفي ع.، 1999، ص.122- 123)

يميّز الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية بين نوعين من الاكتئاب:
الاكتئاب الرئيسي، و عسر المزاج. يعرّف الاكتئاب الرئيسي (major depression)

على أنه نوبة اكتئابية تستمر على الأقل لأسبوعين وتتضمن على الأقل خمسة أعراض من الأعراض الآتية: المزاج المكتئب معظم ساعات النهار كل يوم تقريبا، تراجع بشكل ملحوظ في الاهتمام أو المتعة في كل شيء والأنشطة، نقص ملحوظ في الوزن أو زيادة الوزن، الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريبا، هياج نفسي، التعب أو فقدان الطاقة تقريبا كل يوم، مشاعر التفاهة أو الشعور بالذنب المفرط، تقلص القدرة على التفكير أو التركيز، الأفكار المتكررة عن الموت. ويعرف عسر المزاج (dysthymia) على أنه اضطراب مزمن للمزاج يستمر لمدة سنتين على الأقل، شرط أن لا يصل إلى مرحلة الاكتئاب الرئيسي و يظهر على المريض عرضين من الأعراض التالية:

فقدان الشهية أو الزيادة فيها، اضطرابات النوم، الانخفاض في الطاقة و الإجهاد، انخفاض في درجات مفهوم الذات، فقدان التركيز، الصعوبة في اتخاذ القرار، و الشعور بفقدان الأمل. (DSM5 , 2013 pp.160-170)

4- أسباب الاكتئاب :

تتعدد عوامل الاكتئاب و لا يمكن إرجاعها إلى عامل واحد لكن لاشترك عدّة عوامل مع بعضها منها :

4-1-العوامل البيولوجية:

أثبتت الدراسات أنّ حدوث خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى، مثل (السيروتونين). هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما ثبت أنّ الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات. وقد وجد أنّ هناك خلا في إفراز بعض الهرمونات في مرض الاكتئاب، يؤدي هذا الاختلال إلى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثيرات الكيميائية. أيضًا اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية والغدة فوق كلوية، هذا الاختلال يكون في أغلبه من مظاهر الاضطراب في المخ والجهاز العصبي. وقد أثبت الباحثون أنّ هناك خلا في الجهاز المناعي لدى مرضى الاكتئاب أو اللذين يعانون من الحزن نتيجة فقد قريب أو صديق أو

رفيق وربما كان هذا كخلل مناعي نتيجة خلل في الغدد التي لها علاقة بالمناعة. وهناك احتمال أقل من أن خلل الجهاز المناعي يؤدي إلى حدوث أعراض نفسية للاكتئاب النفسي.

4-2-العوامل الوراثية:

توضح الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دورًا مؤثرًا في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية، لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب. وقد وجد أن حوالي 50 % من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصابًا بالمرض نفسه. فإذا كان الأب أو الأم مصابان بهذا المرض فإن نسبة إصابة طفلهما تكون 30%. أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلهما ترتفع إلى 60%.

4-3-ضغوط الحياة والعوامل النفسية:

أثبتت الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية أن هناك أحداثًا ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لاضطراب الوجدان أكثر من النوبات التالية، وربما كان الاحتمال في كون الضغوط التي صاحبت النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات مستمدة من الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير المثبرات الكيميائية، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الاكتئاب.

(الميلادي ع. ، 2004، ص 65)

4-4-العوامل الاجتماعية :

يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجه لهم فيؤثر فيهم ويؤثرون فيه، وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد و المجتمع، وبين الفرد والآخرين ومن أهم الأسباب الاجتماعية الضاغطة التي قد تتسبب في إصابة الإنسان بالاكتئاب :

-الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية كفقد حبيب أو مفارقتة أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة والشرف .

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

- علاقة الطفل بأمه، فإذا كانت الانطباعات التي كونوها عن هذه العلاقة حسنة فإنّ الحياة مبهجة، وإذا لم تكن كذلك فإنّ الحياة قاسية ومملوءة بالألم.
- امتصاص الطفل أسلوب الوالدين الخاطيء في مواجهة المشاكل .
- التربية الخاطئة كالتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.
- التوتري في الحياة .
- أسلوب التنشئة في المدرسة.
- أثر الرفاق على الطفل - الهجرة من الوطن ، الوحدة، والعنوسة، وسن القعود، والتقاعد، والطلاق، والفشل العاطفي. (بركات آ. ، 2000 ، ص 32-33)

4-5-العوامل النفسية:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية(مثل - موت عزيز أو طلاق أو سجن برئ أو هزيمة... الخ) ، والانتهزام أمام هذه الشدائد.
- وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه و فقد وظيفة حيوية والفقر الشديد.
- الصراعات اللاشعورية.
- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق، و العنوسة وسن اليأس وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد.
- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطيء غير الواقعي للخبرات.
- التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال... الخ.(التربية الخاطئة)
- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.
- سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات، حتى قد يظهر في شكل محاولة للانتحار ويكون الاكتئاب هنا بمثابة " الكفارة".

(ح.ع.، زهران، 1997، ص 515)

5- النظريات المفسرة للاكتئاب:

تتعدد النظريات المفسرة للاكتئاب وتختلف باختلاف الإطار المرجعي والتصورات. لكل وجهة نظر أو نظرية أو اتجاه.

5-1- نظريات التحليل النفسي في تفسير الاكتئاب:

تمثل أعمال " فرويد " وتلميذه " أبراهام " أول تفسير سيكودينامي للاكتئاب، يعزو فيه الاكتئاب لعدوان متحوّل و كبت الغرائز واعتمادا على تفسيرات أبراهام وسع فرويد إلى الداخل من تفسيراته للاكتئاب في دراسته عن " الحزن والسوداوية" التي نشرت في عام 1917 . ثم في الطبعة المقننة لأعمال الكاملة لفرويد في عام 1955 . افترض فرويد أنّ الاكتئاب يحوّل الانفعالات السالبة إلى داخل الفرد، واعتبر بذلك الاكتئاب عدواناً على الذات.

ويمثل الاكتئاب عند الفرويديين تشبيهاً عند المرحلة الفمية. لهذا كان من أعراض هذا المرض الامتناع عن الأكل أو الشراهة. وكثيراً ما ينكص المريض بهذا المرض إلى أوجه النشاط التي تتميز بها هذه المرحلة، كمص الأصابع وكثيراً ما تحتوي تخيلاتهم على أفراد أو أعضاء من أفراد أكلوها. ويمثل الاكتئاب اضطهاداً من الأنا الأعلى، وعلى ذلك نجد الأنا الأعلى يعامل الأنا بالطريقة التي كان يرغبها المريض لا شعورياً و هي معاملة مصادر الإشباع المفقودة. ومن هنا يأتي اتهام الذات الذي يؤدي بالمريض للاكتئاب. وقد ربط فرويد بين الحزن والاكتئاب، وقال " إنّ كلتا الحالتين تتناولان فقداً ما، ففي الاكتئاب يكون هذا الفقد أقل وضوحاً، حيث يكون مفهوماً مجرداً، مثل فقد قيمة أو فقد نموذج أو فكرة عالقة بالذهن.

كما أكدّ فرويد أيضاً على أهمية اللاشعور وميكانيزمات الدفاع التي تقوم بمنع الأفكار المؤلمة أو غير المقبولة من الدخول في الشعور، وهنا لا يكون الشخص واعياً بهذا الفقد، ولكنه على وعى بشعور اليأس والإحباط. أمّا الفرق الكبير بين الحزن والاكتئاب يكمن في أنّ الاكتئاب يتضمن انخفاضاً في تقدير الذات، ويمكن أن يستدل عليه من خلال مهاجمة الفرد لذاته أمّا في الحزن فإنّه العالم الذي أصبح فقيراً وفارغاً. وقد وضع فرويد عدّة افتراضات تشرح تطور الاكتئاب لدى الفرد وهي:

1- أن يخبر الفرد مواقف محبطة، أو فقداً ما، على سبيل المثال: فقد الحبيب.

2- أن يؤدي فشل الفرد في حلّ هذا فقدان أو استبداله إلى عمليه تعرّف مع الموضوع أو الشخص المفقود بحيث يتوحد معه عن طريق الإستدخال.

3- أن تصبح ذات الفرد موضوع غضبه ويقوم الفرد بمهاجمة ذاته بسبب ذلك الفقد، ويظهر هذا إضافة إلى الإحساس بالفقدان في شكل الاكتئاب، الغضب المنعكس على الذات.
(أبو فايدة ح.ع.، 2010، ص 38-39)

5-2- النظرية المعرفية:

لعل أحدث نظرية للاكتئاب هي تلك التي ترى أنّ الاكتئاب يرتبط بالناحية المعرفية. وتحتل نظرية Beck في هذا المجال صدارة الأهمية. وتذهب هذه النظرية إلى أنّ العمليات المعرفية دورا مهما في نشأة الاضطرابات الوجدانية، ويعتقد مؤيدو هذه النظرية أن الأفكار و العقائد هي التي تسبب السلوك الانفعالي. وقد انطلق بيك Beck من افتراض وجود تصورات إيجابية و تصورات سلبية حيث لاحظ أنّ المكتئبين يتسمون بأعراض معرفية تتمثل في نظام تفكير خاص و مقولب . كما اعتبر بيك أنّ " نظام تفكير المكتئب " يميزه حكم سلبي حول ذاته وعالمه ومستقبله . وتمّ تعريف هذه الفرضية المعرفية باسم " الثلاثية المعرفية السلبية " وهي:

1- النظرة السلبية للذات: حيث يحكم المكتئب على نفسه بالذم و يفكر أنّه عاجز لا يصلح لشيء و لا يمتلك قدرات و لا يستطيع تحقيق السعادة لنفسه و لا لغيره.

2- النظرة السلبية للعالم الخارجي : حيث يحكم المكتئب على العالم الخارجي بأنّه حاجز بينه و بين الأهداف التي يريد تحقيقها.

3- غياب البديل حيث يحكم المكتئب على مستقبله بأنّه مسدود و يسلم بأنّ وضعه لن يتغير و يطغي التشاؤم على تصوراته المستقبلية .

(Davison 1986 نقلا عن مهى عبدلي، خديجة بلغيث، 2012، ص 36)

و يصف (بيك) العديد من التشوهات المعرفية التي يرتكبها مرضى الاكتئاب عند تفسيرهم للحقائق في الآتي:

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

- 1- الاستدلال القسرى (التعسفى): كالتوصل إلى نتيجة في غياب الأدلة والبراهين الكافية، أو أي دليل على الإطلاق. فعلى سبيل المثال يستنتج الاكتئابي (أنه تافه لا قيمة له) لأنّ السماء كانت تمطر في ذلك اليوم الذي استضاف فيه ضيوفه في حفل.
 - 2- التجريد الانتقائي: كالتوصل إلى نتيجة استناداً إلى عنصر واحد من عناصر الموقف فنجد أنّ الفرد الاكتئابي يوبخ ذاته لعجز الإنتاج عن أداء وظيفته، على الرغم من أنّه عامل واحد فقط من مجموعة العمال التي أنتجت هذا الإنتاج.
 - 3- المغالاة في التعميم: كالتوصل إلى نتيجة كلية على أساس حدث واحد. وقد يكون هذا الحدث تافهاً. فالطالب الاكتئابي يعتبر أدائه الرديء في الفصل الواحد في يوم ما على أنّه دليل نهائي على غبائه وتفاهته وعدم نفعه.
 - 4- التهويل والتحقير: فالفرد الاكتئابي يعتبر نفسه مسئول عن تحطيم سيارته تماماً (تهويل ومبالغه) عندما يرى أنّ هناك خدشاً طفيفاً في مؤخرة سيارته، أو يعتقد أنّه تافه لا قيمة له برغم الانجازات المتتالية التي حققها و التي تستحق الثناء.
- وقد وجد (بيك) أنّ تفسيرات المكتئبين لا تتناغم مع الحقيقة الموضوعية ويرى أنّهم ضحايا حكمهم غير المنطقي على ذواتهم. (الخطيب ع. ط، 1981، ص 28 - 29)
- ويرى ميلجير وبولبي أنّ شعور الفرد باليأس هو المحور الأساسي في الاكتئاب، وخاصة عندما يتعلّق الأمر بمستقبله، فنجد:
- 1- يعتقد أنّ مهارته لم تصبح مؤثرة من أجل الوصول إلى أهدافه.
 - 2- يعتقد في الفشل بسبب عدم كفاءته الذاتية و أنّه يجب أن يعتمد على الآخرين.
 - 3- يشعر أنّ مجهوداته السابقة الأهداف قد باءت بالفشل . وبالرغم من اعتقاد المكتئب بأنّه غير قادر على إنجاز أهدافه إلا أنّ هذه الأهداف تبقى هامة بنسبة له، لذا فإنّه يبقى مستغرقاً في مثل هذه الأهداف التي لم يستطيع إنجازها .
- (عسكر ع. 1988، ص 59)

5-3- النظرية السلوكية:

يركز تناول السلوكي في دراسة الاكتئاب على الأعراض الظاهرة لهذا الاضطراب و أهمية العامل البيئي الاجتماعي في حدوثه.

فحسب Lazarus فإنّ الاكتئاب يمكن النظر إليه على أنه وظيفة للتعزيز الخاطئ أو التعزيز غير الكافي للسلوك. (العيسوي ع . ، 1992، ص132)

6- انتشار اضطراب الاكتئاب لدى المرأة:

تصاب النساء بالاضطرابات النفسية والسلوكية والقلق بشكل عام أكثر مما تتعرض لها بقية فئات المجتمع، على الرغم من أنّ المرأة أخذت تصبح شيئاً فشيئاً عنصراً أساسياً من قوة العمل والمصدر الرئيس لدخل ما يتراوح بين ربع عدد الأسر أو ثلثها على مستوى العالم وأشارت دراسات حديثة إلى أنّ هناك فوارق في معدل انتشار الاضطرابات السلوكية والنفسية بين الرجال والنساء، فالقلق والاكتئاب يشيعان بين النساء، أمّا الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع بين الرجال أكثر.

(تونسي ع. ، 2003 ، ص51)

و يقدر الدليل الإحصائي و التشخيصي الأمريكي DSM4 نسبة خطر الإصابة بالاكتئاب الأساسي خلال مجرى الحياة بين (10 و 25 %) لدى النساء و بين (5 و 12 %) للرجال. و تشير النتائج إلى أنّ انتشار الاكتئاب الأساسي لا يرتبط بالتأهيل و الانتماء العرقي أو بالدخل أو بالحالة الأسرية. (DSM4,1996,p.403) ووفقاً لتقرير رابطة علم النفس الأمريكية فإنّ 7 مليون امرأة، و 5.3 مليون رجل على الأقل يمكن أن يشخصوا باعتبارهم يعانون من الاكتئاب الأساسي.

(فايد ح. ع. ، 2004، ص8)

و لا توجد تفسيرات محددة حول ارتفاع نسب الانتشار بين النساء أكثر من الرجال الأمر الذي يمكن أن يفسّر ارتفاع نسب الانتشار بين النساء.

(Hautzinger, M. & de Jung-Meyer, R .1994,p.184)

تبيين من دراسة كارتر ايت وآخرون (1984) والتي ركزت على دراسة أثر الطلاق على كل من القلق والاكتئاب، أنّ للطلاق أثره الكبير على حياة المطلقة ومشاعرها وما تتعرض له من ضغوط وأيضاً على أساليب التكيف الشعورية واللاشعورية. وفي محاولة لمعرفة طبيعة الأساليب اللاشعورية للتكيف قام الباحثون بدراسة أحلام مجموعة من 29 من المطلقات بين سن 30 و 55 سنة، حيث تمّ تطبيق اختبار بيك للاكتئاب عليهن وتم تقسيمهن إلى 19 من المكتئبات و 10 من غير المكتئبات، وهذا يعني أنّ 66 % منهن تعرضن للاكتئاب. كما تمت المقارنة بمجموعة ضابطة من 9 متزوجات بمتوسط عمري 35.2 سنة، حيث تمت متابعة أحلامهن لمدة ستة ليالي. وقد تبين من الدراسة أنّ أحلام غير المكتئبات من المطلقات أطول زمنياً، كما يغطي الحلم فترات زمنية أطول مقارنة بالأخريات، وأنهن يتعاملن مع قضايا زواجية وهو مالا يحدث في أحلام المكتئبات. كما تبين أنّ المطلقات المكتئبات يظهرن في أحلامهن تغيرات إيجابية، وقد أظهرن في أحلامهن توحداً مع أدوارهن الزوجية إيجاباً، مما يعني محاولتهن للتكيف وخفض القلق عن طريق التنفيس اللاشعوري خلال الأحلام، وهذا ما يؤكد أيضاً ارتباط الاكتئاب نفسه بالطلاق لديهن.

(تونسي ع، 2002 ص56)

و أشارت إحدى الدراسات، أنّ التأخر عن الزواج قد يشعر النساء المتأخرات في الزواج، بالفشل والنقص والشعور بالاضطهاد وفقدان الصلات العاطفية الوثيقة بينهم وبين الآخرين، وضعف العلاقات الاجتماعية والشعور بضياح فرص النجاح وتكوين الأسرة وإنجاب الأطفال والشعور بالقلق من المستقبل. (المالكي ح، 2001، ص5)

إنّ التأخر في الزواج أو كما نسميه في مجتمعاتنا بالعنوسة يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب. وهذا يعود إلى عدّة أسباب أهمها عدم تحقيق الحاجات الضرورية في الحياة كالحاجات الجنسية و العاطفية و الحاجة إلى الإنجاب (الأمومة) .

و قد يكون للتكوين الجسمي و العاطفي للمرأة أثر في ارتفاع نسب انتشار الاكتئاب لدى المرأة، خاصة من حيث التغيرات البيولوجية التي تترافق و ارتفاع أو انخفاض معدل

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

هرمون الأستروجين في الدم. و هذا ما نلاحظه لدى النساء في بدايات حملهن أو قبل دورة الطمث أو بعدها حتى بعد انقطاعها في سن اليأس.

فترى منظمة الصحة العالمية أنّ مرحلة سن اليأس تتمثل في تغيرات هرمونية هامة، خاصة من ناحية هرمون الأستروجين يقترن باضطرابات في النوم لدى المرأة و اختلال في الرغبة الجنسية. و ما يعادل 30 بالمائة من النساء تعانين من اضطراب مزاجي متمثل في اكتئاب سن اليأس. (Women's health program ,2010,p.1)

و تتعرض النساء لأنواع من الاكتئاب خاصة تمس الإناث فقط منها :

اكتئاب ما قبل الدورة (Premenstrual Dysphoric Disorder) و الذي يصيب حوالي 30% من النساء، و الاكتئاب أثناء الحمل (Depression During Pregnancy) و الذي يصيب حوالي 10% من النساء، و اكتئاب ما بعد الولادة (Postpartum Depression) و الذي يصيب من 10-20% من النساء بدرجاته المختلفة ، وأخيراً اكتئاب ما بعد الدورة الشهرية (Depression Postmenopausal) و الذي يصيب 10-15% من النساء في هذه المرحلة من العمر . (المهدي م. ع.، 2003 ، ص 12-63)

يمس الاكتئاب فترة حرجة بالنسبة للمرأة، ألا و هي فترة ما بعد النفاس، و بما أنّ بحثنا يدور حول تأثيرات اكتئاب الأم على الرضيع بالتحديد، فسنحاول توضيح و التفصيل في هذا النوع من الاكتئاب الذي يمس بعضا من الأمهات.

حيث يعتبر المرور إلى الأمومة تجربة مكثفة و معقدة، تتصل بذكريات طفولتها، و علاقتها بأمها، و مجيء طفل جديد يغيّر حتى علاقاتها مع محيطها، مع والديها، و زوجها و أخوته إن لم يكن الطفل البكر. و هو في ذلك يغيّر حتى من علاقاتها بجسمها و شخصيتها و هويتها و توقعاتها المستقبلية. و بالفعل مهمة الأمومة أمر مليء بالفرح و شاق أيضا. و في حين ينتظر أن يكون مرفوقا بالسعادة و الابتهاج نجد بعض الأمهات عرضة للاكتئاب و الأسى . فلماذا ؟ و هل يؤثر ذلك على من حولها و على الرضيع خاصة؟

7- اكتئاب ما بعد الولادة :

لقد خلق مصطلح اكتئاب ما بعد الولادة اهتماما كبيرا في العشرية الأخيرة خاصة في اختصاصيين أساسيين وهما علم نفس الراشد و ذلك لتقييم دور أحداث الحياة الولادة و الأمومة مثلا في إحداث الاكتئاب. و في علم نفس النمو بالنظر لاكتئاب ما بعد الولادة كعامل ممرض، بسبب تأثيراته التي تحدث في النمو النفسي و العقلي و مسارات التعلق لدى الرضيع .

يتمثل اكتئاب ما بعد الولادة في نزوع إلى التفكير السلبي، و إحساس بالقنوط تعاني منه المرأة بعد ولادة طفلها يستمر لأكثر من أسبوعين و لا يختفي دون علاج.

إنّ أكثر الأمهات المصابات بالاكتئاب لا تشخص حالاتهن و لا تعالج، بالإضافة إلى أنّ العديد منهن لا تتحدثن عن معاناتهن خشية من اعتبارهن كأمهات سيئات، و تفضلن فقط تحمل المشكل ضنا منهن أنّ هذه المعاناة تمثل مظاهر عادية لهذه الفترة. و بغياب العلاج قد يدوم الاضطراب لعدّة أشهر أو أكثر من عام، فتتعرض الأم لفشل حياتها الزوجية و خاصة إذا لم يتفهم الزوج وضعها و معاناتها، كما أنّه يشكل خطرا على الأم و الطفل كليهما فتضعف العلاقة الطبيعية بينهما، و يزيد الخطر أكثر فيما إذا كان لدى الأم أفكار تدعوها لإيذاء نفسها أو طفلها.

7-1- نظرة تاريخية عن تطور الدراسات عن اكتئاب ما بعد الولادة :

إذا كان هيبوقراط لاحظ و وصف اضطرابات عقلية خطيرة بعد النفاس سماها " حمى النفاس "، فإنّ الوصف الإكلينيكي الأول لذهان النفاس الذي قام به إسكيروول 1838 يعتبر كقاعدة لتطور الطب العقلي لمرحلة الولادة. (Huet L.,2005,p. 1)

و ركز تلميذه مارسى (1858) على حالة مميّزة بالحساسية المفرطة و خاصة لأسباب تافهة أو عادية. و يعتبر هذه المظاهر ليست خاصة بالحمل، لكن تتواجد في ظروف مختلفة مثل البلوغ و مرحلة ما قبل الطمث و النفاس عند بعض النساء.

(Ferreri M.& al,2003,p.81)

في فرنسا يعتبر (1961) Paul-Claude Racamier & al. أحد الأوائل اللذين اهتموا باضطرابات ما بعد الولادة. لكن حدد خاصة الميلانخوليا و ذهان ما بعد الولادة .

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,2001,p.73)

و طوّر مفهوم الأمومة كحدث يعكس تغيرات عديدة على نفسية الأم. في حين وصفت (1997) Monique Bydlowski مفهوم شفافية النفس التي تحوي من جهة، إعادة تنشيط مواضيع عصاب الطفولة لدى الأم كقلق الخفاء و مخلفات المرحلة الأوديبية و قبل الأوديبية. و من جهة أخرى، القدرة الخاصة للأم للنكوص إلى مراحل الطفولة. و أشار (1956) Donald Winnicott إلى أنّ الصراع الموجود في فترة الأمومة مؤد إلى بعض الأمراض النفسية (مثل اكتئاب ما بعد الولادة). و يعدّ بيت 1968 أوّل من وصف اكتئاب ما بعد الولادة كحالة لا نمطية . في مقاله المؤسس « Atypical depression following childbirth » 305 امرأة نافس. (Cramer B.,1993,p. 284)

و تقول نيكول كيدني أنّه حتى الثمانينات فإنّ مفهوم اكتئاب ما بعد الولادة قد كان قليل التداول. من المحتمل لأنّ أطباء العقل ليسوا هم اللذين يرون هذا النوع من الجداول التي في العادة تكون ذات حدة قليلة . و منذ ذلك الوقت أصبحت جداول اكتئاب ما بعد الولادة من شأن أطباء العقل لمرحلة ما بعد النفاس . ففي البداية شدّ هذا الاضطراب اهتمام أطباء العقل للراشدين ذو الوجهة البيولوجية مثل : John Cox، واهتمّ بعد ذلك أطباء العقل لنمو الرضيع بالعمل على الجانب حقل التفاعل أم – طفل، و حاليا يطور الأنتروبولوجيون مفهوم البيئة الإجتماعية الإثنية الأنتروبولوجية لاكتئاب ما بعد الولادة."

(Guedeney A. et Allilaire J.F,Op.cit ,p.74)

و قام جون كوكس و آخرون (1987) بإعداد مقياس لتشخيص حالات اكتئاب ما بعد الولادة سمي بمقياس إدنبرغ لاكتئاب ما بعد الولادة. في حين أظهر كل من

Murray & al (1991) و Mazet (1997) أثر اكتئاب ما بعد الولادة في اضطراب العلاقة أم – طفل و على النمو النفسي المبكر و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع، مما يزيد من أهمية التشخيص و العلاج . و بيّن كل من Stern G & Kruckman L أثر البيئة و اختلاف الثقافات التي تلون جداول اكتئاب ما بعد الولادة. و قدّمت (Nicole 2000) Guedeney الكثير في شأن طرق التشخيص و كفالة الأم المكتئبة. و برهن Jeni (1989) Holden & al على فعالية العلاج النفسي غير الموجه. و سجلّ Henderson (1991) & al النتائج الايجابية للعلاج بالأستروجين. أمّا (R. C. Kumar & al (1984) و Donald Meltzer فقد شددا على أهميّة التنسيق بين المختصين في القطاع النفسي و طب الأطفال و طب الولادة من أجل علاج هذا الاضطراب .

7-2-تعريف اكتئاب ما بعد الولادة :

ما زال هناك اختلاف و نقاش عن وضع اكتئاب ما بعد الولادة كتصنيف خاص مميّز عن باقي الاضطرابات و عن باقي أنواع الاكتئاب . فيساند البعض من المؤلفين خصوصيته (و ذلك بسبب الأعراض اللانمطية و ندرة الأفكار الانتحارية) ، في حين يقف آخرون مثل Whiffen و O’Hara ضد التفريق بينها و بين باقي أنواع الاكتئاب (بسبب تراددها و عدم تميّز العوامل المؤدية إليها , و الأعراض التي تدخل من قبل في جداول محددة : كالمرحلة الاكتئابية العظمى أو اضطراب التكيف مع مزاج اكتئابي و سوابق الاكتئاب عند المرأة. (Huet L.,2005,p.3)

أمّا (Cooper & Muray (1995) فقد بحثا في خصوصية المدة و الأثر الرجعي لاكتئاب ما بعد الولادة، و صعوبات الاستقصاء التشخيصي المتعلّق بالتغيرات البسيكولوجية و الفيزيولوجية لاكتئاب ما بعد الولادة، و كذلك الرقابة الذاتية الأمومية التي تجعل من الأم تعبر على ما تحس بصعوبة، مما برّر فردية اكتئاب ما بعد الولادة .

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,2001 ,p.76)

و من بين أهم التعاريف التي تناولت اكتئاب ما بعد الولادة :

1- " هو أحد الاهتمامات الحالية الكبرى لأخصائيي الطفولة الأول.و نشير بهذا المصطلح إلى مختلف الاضطرابات المزاجية الاكتئابية التي تحدث للأم في السنة الأولى من بعد الولادة."

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,Op.cit ,p.73)

2- و تعرّفه كذلك نيكول كيدني " عبارة عن اضطرابات اكتئابية عظمى أو مرحلة اكتئابية دنيا (محكات RDC ,DSM4 أو Cim10) تحدث من بداية الشهر الثاني بعد الولادة حتى نهاية العام الأول ."

3- في DSM4: لا يمثل تصنيفا خاصا في DSM4 لسنة 2000 . يرتبط بمؤشر زمني محدد (البداية في ما بعد الولادة) بشرط أن يلمّ بمميزات المرحلة الاكتئابية العظمى .تبدأ الأعراض في الأربع أسابيع التالية للولادة . وهو اكتئاب متوسط ينعت على أنه مرحلة اكتئابية عظمى ذا شدة خفيفة . و إذا كان لا يفي بكل شروط المرحلة الاكتئابية العظمى، فيمكن أن يدخل في تصنيف المرحلة الاكتئابية الدنيا(ارتباط مزاج حزين بهبوط نفسي حركي، أو افتقاد اللذة والاهتمام في معظم النشاطات ،أو مترافق بتواجد أفكار عن الموت، مع على الأقل واحد من الأعراض المميّزة للمرحلة الاكتئابية العظمى،على مدى أسبوعين على الأقل،وهي غير مرتبطة بمؤشر البداية في ما بعد الولادة.)" (Huet L.,2005,p.3) و(Gauthier L.,2007,p.28)

3- في Cim10: نقدر أن نصنّفه في التصنيف F53-0 التابع للاضطرابات العقلية و الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالولادة، و غير المصنّف في جهة أخرى ذات الحدة الخفيفة. و لكن فقط إذا كان الاضطراب لا يمكن تصنيفه في جهة أخرى. و بشرط إذا ظهر في الست أسابيع الأولى التي تلي الولادة. و إذا فاقت هذا الحد الزمني فيعتبر CIM10 أنّ الاضطراب يصنّف بشكل آخر (يدخل في إطار تصنيف الاضطراب الخاص و كاضطراب المزاج المربوط بالتصنيفات 099.3 أي اضطرابات العقلية و أمراض الجهاز العصبي المرافقة للولادة."

5-جمعية Marcé : و هي جمعية دولية تجمع بين عدّة عياديين و باحثين ذو أفاق مختلفة من أجل فهم و وقاية و علاج الاضطرابات العقلية المرتبطة بالولادة ، تعرّفه على أنّه " كل مرحلة اكتئابية تحدث في السنة الأولى من ما بعد الولادة" (Huet L.,Op.cit ,p.4)

6- و عرّفها كل من جيمي و كيدني على أنّها المراحل الاكتئابية الصغرى و العظمى التي تحدث بين الشهر الثاني و نهاية العام الأول من ما بعد الولادة . و أكثرها ذات حدّة خفيفة أو متوسطة،و لذلك على أخصائيي الصحة عملية تشخيصها و كذلك التوجيه . و في حالتها الأشدّ تترافق بعدم إمكانية رعاية الرضيع و يلاحظ المحيط أنّ الأمور تسوء مما يحتمّ الوضع بالمستشفى .

في حين يرى بعض الباحثين مثل (Wiffen 1993) أن يعتبروا بعض الاضطرابات الاكتئابية الحادثة في الثلاثي الأول بعد الولادة ،اضطرابا في التوافق مرفوقا باضطرابات اكتئابية.و ليست كنوبات اكتئابية عظمى أو صغرى مثلما اعتدنا تعريف اكتئاب ما بعد الولادة . (Guedeney N & Jeammet P.,2001, pp.51-52)

7- " يعرفها دايان على أنّها مزاج صعب و إحساس بالتعب و التهيج. تمس خاصة العلاقة مع الطفل و رعايته ،تطغى عليها المظاهر ذات الصلة بالعصاب ،و لا يوجد إلاّ مناحي أعراضية نادرة و قليلة تفرقها عن الاكتئاب العادي . " (Dayan J.,2008,p.12)

7-3- الدراسة الوبائية لاكتئاب ما بعد الولادة :

تواترها حسب الدراسات من 10 إلى 20 بالمائة. (Paykel & al 1968; Pitt 1988). (Cooper & al 1988; Nott,1987; Kumar & Robson, 1984; 1980; قد برجع هذا الاختلاف لاستعمال وسائل متنوعة للتشخيص و مقابلات و كذلك مع اختلاف طرق اختيار العينة. (Ghubash R. & al,1997,p. 474)

و حسب الدراسة التجميعية ميتأناليز لـ (O'Hara & Swain 1996) لـ 59 دراسة استعملت فيها مقابلات ناتجة من الكتيبات التصنيفية لـ DSM و CIM و استعملت فيها

مقاييس (1987) EDPS, (1961) BECK, (1965) JUNG وجد أنّ نسبتها 13 بالمائة.

(Guédény N.& Jeammet P.,Op.cit.,p.51) و(Ferreri M.& al ,2003,p.93)

و ترى نيكول كيدني أنّ تواتر اكتئاب ما بعد الولادة لا يختلف أساسا بين الشعوب إذا استعملنا وسائل ملائمة لدراسة هذا الاضطراب مكيفة لهذه الشعوب. و مع ذلك تأثير العادات الثقافية التي تحيط بالولادة لها أثر في النسب مثلما تظهره الدراسات. و وراء هذا المفهوم للتواتر المقارن تبقى العوامل المؤدية والمسببة للمرض كذلك فيها اختلاف بين الشعوب. ففي إفريقيا السوداء نلاحظ نتائج مطابقة للشعوب الغربية من 10 بالمائة في دراسة (1979) Cox في إنجلترا، إلى 16 بالمائة في دراسة (1972) Assil في أوغاندا. أمّا في دراسة يابانية فنجد نسبة متدنية بين 3.3 بالمائة و 8.2 بالمائة. و لتفسير هذه النتائج الكتاب يرجعونها لوسائل غربية للتشخيص غير ملائمة لمفهوم الاكتئاب الموجود لدى النساء في هذه الشعوب، و للرقابة لدى النساء أثناء الدراسة. و بيّنت دراسة (1998) Da-Silva & al في البرازيل على عينة من النساء ذوات الدخل الضعيف جدا وجود 43 بالمائة من النساء المكتنبات في 6 أشهر الأولى بعد الولادة .

في إسرائيل دراسات حديثة تعطي نتائج متباعدة بتواتر ما بين 22.6 و 52 بالمائة في السداسي الثاني من السنة الأولى . وفي ماليزيا نجد 3.9 بالمائة على عينة ذات أصول إثنية مختلفة . و هي بنسبة 8.5 بالمائة عند الهنديات و 3 بالمائة عند الماليزيات و 0 بالمائة عند الصينيات. (Guedeny A.& Allilaire J.F.,2001,p.100)

أمّا في الولايات المتحدة سنة 2000 وجد أنّ اكتئاب ما بعد الولادة يمس 205000 امرأة ما بين سن 18 إلى 44 سنة . ووجد أنّ 7 بالمائة من الاستشفاء عند الأمهات الشابات كان من أجل الاكتئاب. و سجل (2005) Gavin & al 7.1 بالمائة من النفساء اللاتي يخبرن نوبة اكتئاب عظمى مقابل 19.2 بالمائة إذا أضفنا حالات الاكتئاب الخفيفة وذلك في الأشهر الثلاث الأولى التالية للولادة. (O'Hara M.W.,2009,p. 1259)

و يرى ميللر (2002) أنّ هذه النسب ليست دالة على الواقع. فلأسف هناك من 30 إلى 50 بالمائة من الأمهات اللاتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة دون أن يكون مشخصا أو معالجا . (Gauthier L.,2007,p. 28)

و بيّنت الدراسات أن نسب اكتئاب ما بعد الولادة تكون عالية في الشعوب ذات الدخل المنخفض من 23 إلى 52 بالمائة حسب دراسات كل من Chazen-Cohen & al. (2007) و (Zlotnick & al(2001), Clark R.& al , 2008,p. 516).

بحثت بعض البحوث في أمريكا اللاتينية عن انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في شيلي (Jadresic and Araya) فوجدوا أنّ حوالي 3/1 من النساء لهن أعراض اكتئابية . و كذلك Risco & al في نفس البلد وجدوا أنّ 48 بالمائة من النساء في الأسبوع الثاني عشر من الولادة سجلن في مقياس إدنبرغ نتيجة تفوق تسع نقاط . (Rondon M.B.,2004,pp.98-99)

و في الهند أظهرت دراستين في مقاطعتي “غوا” و “الريف الجنوبي ” للهند وجود 23 بالمائة و 16 بالمائة على التوالي من المكتئبات بعد النفاس، مع اكتئاب يدوم ل 6 أشهر بعد الولادة في 11 و 14 بالمائة من الحالات المدروسة على التوالي. (Chandra P.S.,2004,p.100)

و قد وجد في كاراتشي في باكستان نسبة 28.8 بالمائة. (Niloufer A.S.,2009,p.1). وسجّل في أفريقيا الجنوبية نسبة 34.7 بالمائة، و في زمبابوي 16 بالمائة، و في ماليزيا 21.08 بالمائة، و في مالاي 3 بالمائة. (Rushidi W.M.W.M. & al,2005,p.p.3-11)

أمّا في البلاد العربية فقد وجدت نسبا متوسطة، فباستعمال مقياس إدنبرغ في اليوم السابع من ما بعد الولادة وجد نسبة 18 بالمائة في الإمارات العربية المتحدة. (Abou-saleh M.T. & Ghubash R.,1997,p.430)

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

و سجّلت Green K. & al دراسة حديثة بالإمارات العربية المتحدة نسبة 22 بالمائة من المكتئبات في الشهر الثالث الذي يلي الولادة .

(Green K. & al ,2006,p.425) ووجد في لبنان نسب تتراوح ما بين 16 في بيروت

و26 في بقاع. (Chaaya M. & al,2002,p.56).

و قد وجد موساوي في المغرب النسب التالية 6.9 و 11.8 و 5.6 بالمائة على التوالي في كل من الأسبوع السادس والشهر السادس والشهر التاسع.

(Agoub M. & al,2005,p.37) أمّا في تونس فكانت بنسبة 19.2 بالمائة في الأسبوع

الأول لما بعد الولادة، وذلك بتطبيق مقياس إدنبرغ.

(Masmoudi J. & al ,2008,p.782).

و عن الجزائر فلم تسجل (حسب اطلاعنا) أية دراسة عن انتشار اكتئاب ما بعد الولادة.

انظر الجدول التالي :

الجدول رقم 4 : ملخص بعض الدراسات عن انتشار اكتئاب ما بعد الولادة.

الباحث و السنة	البلد	حجم العينة	الوسيلة	الانتشار	توقيت الدراسة
Cantlilno (2003)	البرازيل	120	PDSS	13.3	2-15 أسبوع
Inandi&al (2002)	تركيا	2514	EDPS	27.2	سنة
Eberhard-Gran & al (2002)	نورواي	2730	EDPS	8.9	غير محدد
Chaaya & al (2002)	لبنان	396	EDPS	21	اليوم الأول
Manzano & al (2002)	إسبانيا	306	EDPS	15.7	3-8 أسبوع
Alvarado & al (2000)	شيلي	125	DSM3	22.4	8 أسابيع
Lee & al (2000)	هونكونغ	220	DSM4	11.7	اليوم الثاني
Vega-	بيرو	425	DSM4	5.9	سنة

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

					Dienstmair & al (1999)
24-6 أسبوع	13.4	EDPS	236	برازيل	Santos & al (1999)
12 أسبوع	12	EDPS	33	برازيل	Da Silva & al (1998)
أسبوع	18	EDPS	95	الإمارات	Abou Saleh & Ghubash(1997)
6 أشهر	13.8	EDPS	232	انجلترا	Cox & al (1993)

(Da Silva Moraes I.G.,2006,p.5)

4-7-توقيت و بداية الاضطراب :

لاحظ كل من (Kumer & Robson (1984) عدّة حالات، فوجد أنّ هناك 3 مراحل حرجة لبداية اكتئاب ما بعد الولادة، وهي في 3 أشهر و 6 أشهر و 12 شهر لما بعد الولادة. وفي دراسة مماثلة (Watson & al(1984) لاحظوا أنّ 3/2 من المراحل الاكتئابية الجديدة في العام الأوّل لما بعد الولادة تحدث في الثلاث أشهر الأولى. و في دراسة لكوكس و آخرون (1993) 50 بالمائة من الحالات تبدأ في الأسابيع الخمسة الأولى بعد الوضع. في حين لم يجد (Nott(1987) أيّ ارتباط بين الولادة و توقيت الاكتئاب. أمّا (O'Hara(1990) فوجد أنّ 69 بالمائة من اكتئاب ما بعد الولادة يبدأ في الثلاث أسابيع التالية للولادة. إنّ هذه النتائج تشير إلى أنّ اكتئاب ما بعد الولادة يبدأ مبكرا في مرحلة ما بعد الولادة .

(Murray L. & J.Cooper P.J.,1997a ,p.9)

و قد لاحظت نيكول كيدني أنّ هناك بدايتين الأولى ما بين 6 و 12 أسبوع من ما بعد الولادة و سمّتها اكتئاب ما بعد الولادة المبكر، و الثانية أقل دراسة تحدث في السداسي الثاني من ما بعد الولادة. (Guedeney N & Jeammet P.,2001,p. 51)

7-5- أعراض اكتئاب ما بعد الولادة :

من الناحية الإكلينيكية التعرّف على الأعراض يمكن أن يكون صعبا للتواجد المرافق لمظاهر نمطية لما بعد الولادة، مثل صعوبة النوم و التعب و قلة الاهتمام، و لكن بعض المظاهر الأخرى أكثر خصوصية يمكن أن تتواجد مما يسهل عملية التشخيص. و منها قلق كبير خاصة حول صحة الرضيع و أمنه ، سهولة كبيرة للتهيج ، إحساس كبير بالذنب مرتبط بادرارك ذاتي عن عدم القدرة على الأمومة . إحساس بالتناقض الوجداني، بالسلبية ، و قلة الاهتمام بالرضيع، ميل للانسحاب و للعزلة الاجتماعية ، في بعض الحالات خشية وسواسية حول احتمال إيذاء الرضيع، و قد تتطور إلى أفكار عن الموت و الانتحار، بالإضافة إلى خطر تواجد أعراض ذهانية ثانوية . (Gauthier L.,2007, p.28) و من أهم الأعراض :

أ- الشعورية :

- استمرار تدني الحالة المزاجية. - إحساس بالحزن الشديد و الاكتئاب .- التوتر و القلق .
- شدة الحساسية - عدم كفاية ، والفشل واليأس ، والعجز .- الإنهاك ، والفراغ والحزن والبكاء.
- الشعور بالذنب والخجل، التفاهة .- الارتباك والقلق والهلع. - الخوف على الرضيع.
- الغضب من الوليد و عدم تحمله .- الإحساس بعدم التقبل من المحيطين.
- فقدان الثقة بالنفس، و خاصة فيما يتعلّق بأمر العناية بالمولود و الخوف من إيذائه.
- الإحساس المستمر بالتعب و الإرهاق. - شدة الحساسية.
- و الإحساس بعدم القدرة على إعطاء الطفل و أفراد الأسرة الآخرين ما ينبغي من حب و مودة.
- الإحساس بتخدير المشاعر و اللامبالاة.-إحساس الأم بأنها تريد إيذاء الطفل – تخوفها من أن تترك لوحدها مع الطفل لهذا السبب و أحاسيس بالذنب و الشك و العجز واليأس و القلق
- الخوف من الخلوة أو الخروج .-انعدام الرغبة في الحياة و تمنى الموت .

ب- السلوكيات:

- عدم الاهتمام أو المتعة في الأنشطة المعتادة .- الأرق أو الإفراط في النوم ، والكوابيس.
- عدم تناول الطعام أو الإفراط فيه.
- انخفاض الطاقة والدافع .
- الانسحاب من الاتصال الاجتماعي و الانعزال و تجنب الاختلاط.
- سوء رعاية الرضيع و إحساس بعدم القدرة الجسدية للاستجابة لاحتياجات الرضيع تهيج ،
عنف عادة موجه ضد الزوج أو بقية الأطفال.
- نقص الرغبة الجنسية .- مشكلات زوجية .-عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية و المظهر.
- ميل لكثرة البكاء .- عدم القدرة على التعامل مع المهام الروتينية.

ج - الأفكار :

- عدم القدرة على التفكير بوضوح واتخاذ القرارات .- عدم القدرة على التركيز وضعف
الذاكرة .- الهروب من كل شيء .- الخوف من التعرض للرفض من قبل الشريك .
- أفكار وسواسية عن أذى للشريك أو الطفل .- خشية وسواسية عن توهم الأمراض .
- أفكار حول الانتحار تكون نادرة .

بعض الأعراض قد لا تشير إلى وجود مشكلة حادة. ومع ذلك استمرار تدني الحالة المزاجية، أو فقدان الاهتمام أو المتعة في الأنشطة، مع أربعة من الأعراض الأخرى التي تحدث معاً لمدة أسبوعين على الأقل ، تشير إلى الاكتئاب ، وتتطلب العلاج المناسب.

و قد قام Beck (1992) بدراسة فينومينولوجية لتجارب الحياة عند المرأة التي لها اكتئاب ما بعد الولادة و نتج من المقابلات مع الأمهات 11 موضوعاً :

- الانعزال .- أفكار وسواسية .- إحساس بعدم الأمن .- هجمات القلق .- فقدان التحكم .
- إحساس بالذنب .- قلة التركيز .- الخوف من أن الحياة لن تكون عادية مثلما كانت .

- فقدان الاهتمام في الهوايات و الأهداف .-فقدان كل عاطفة ايجابية .-التفكير في الموت .
و يرى (1993) Beck في دراسة لاحقة أنّ فقدان التحكم هو أهم عرض في اكتئاب ما
بعد الولادة. و هذه الأمهات تحاولن مواجهة مشكل فقدان التحكم بمسار نو أربع مراحل :
1-مواجهة الرعب 2-إيقاف الذات 3- المكافحة من أجل تخطي المشكل .4-استرجاع التحكم.
ونقل(2002) Ugarriza نفس النتائج عندما درس 30 امرأة مصابة باكتئاب ما بعد الولادة.
فوجد أنّ لديهم حرمان من النوم و الخلط و إحساس بالغمر و إحساس بالذنب بسبب أفكار عن
إيذاء رضعهن، و تصفن المرض كشديد و طويل المدى و مسبب لمشاكل زواجية .
(Riordan J., 2005,pp.476- 477)

و يرى (1968) Pitt أنّ أعراض اكتئاب ما بعد الولادة لا نمطية و تتصف أساسا بالقلق
و التهيج و الفوبيا التي تغمر الاكتئاب ، وعلى عكس ذلك لم ينقل(1993) Cox & al
(1990) Troutman & Cutrona أي اختلاف عرضي بين المكتئبات في مرحلة ما بعد
الولادة و في غير مرحلة ما بعد الولادة .
(Murray L.& Cooper P.J.,1997a,pp.10-11)

6-7- تشخيص وقياس إكتئاب ما بعد الولادة:

بالنسبة لـNicole Guedenney طبيبة نفسية للأطفال يوجد مهما اختلفت التصنيفات 3
مفاهيم لازمة للقيام بالتشخيص :

1- مجموعة من الاضطرابات تدوم على الأقل أسبوعين، مع أعراض على الأقل في
نصف الوقت .(أسبوع من الاضطراب كافية في تشخيص الاضطرابات الاكتئابية
الصغرى حسب RDC) التي في خلالها أظهرت المرأة أعراضا على الأقل في
نصف الوقت، هذا المفهوم مهمّ خاصة في 3 أشهر الأولى لما بعد الولادة التي فيها
نجد تغيرات مزاجية و عاطفية متكرّرة لكن دائما قصيرة (ظهور الحزن ، حساسية
عاطفية مفرطة للأمهات الحديثات و قلق راجع لتدخلات رعاية الطفل).

2- يسبب الاضطراب للأم انزعاجا لها يمتد من الإحساس الذاتي بالمعاناة إلى العجز الحقيقي في وظائفها .

3- تواجد مزاج متغير مرتبط ببعض الأعراض الاكتئابية .

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,2001,p.76)

ولقد استعملت وسائل متنوعة في قياس اكتئاب ما بعد الولادة من بينها:

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDP.S)

طوّرت هذه الوسيلة و حكّمت من خلال التصنيفات التشخيصية للاكتئاب في مراكز الصحة لمدينتي ليفينستون و إدنبرغ. كوسيلة عيادية مساعدة للتعرف و تقصي اكتئاب ما بعد الولادة، وتستعمل بالإضافة إلى مقابلة إكلينيكية من أجل الحكم على وجود الاضطراب . و هي وسيلة سهلة الاستعمال(التمرير في 5 دقائق إذا كان ذاتيا و قد يتغير إذا كانت الصيغة المستعملة عن طريق الهاتف أو شفوية للأميات) و التنقيط يكون في 5 دقائق، به 10 عبارات ،كل عبارة بها 4 إجابات محتملة منقطة من 0 إلى 3، أي الحاصل الإجمالي للتنقيط يكون 30 نقطة. و تسأل المرأة عن ما شعرت به في الأسبوع الفارط. و إذا كان الحاصل يفوق 10 فتعتبر الأم مكتئبة. و قد ترجم هذا المقياس إلى 24 لغة و ذلك بدراسات صدق في معظمها .(Cox J. , 2004 , p. 96) و (Cox J.L. & al,1987,p.7)

ب-مقياس بيك للاكتئاب (BDI) Beck inventair for dep.ression :

مستعمل (بصيغته المختصرة و العادية) منذ 1972 في تقصي الاكتئاب في الصحة العمومية. هذا المقياس الذاتي يعطينا حاصلا إجماليا في التنقيط من 0 إلى 39. و قد استعملت الصيغة المختصرة في عدّة دراسات لتشخيص اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء بنقطة قطع مساوية لثمانية. و قد عربّت بإذن من مصممها من طرف الدكتور عبد الستار ابراهيم .

(Ouédraogo A.& al ,1998,p.613)و(عبد الستار ا،1998، ص 76-82)

و قد استعمل كذلك مقياس يونغ(1965).و استعمل كذلك في دراسة لشابرول و تيسدر مقياس هاملتون للاكتئاب.(Ferreri M.& al,2003,p.93) و

(Teissdre F.& Chabrol H.,2004,p.266)

و وجد باحثون Dr Ilona Yim في كاليفورنيا طريقة لتقصي خطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة . و هي بقياس مستوى الهرمون المحرر للكورتيكوتروبين CRH قبل الولادة و أثناء الحمل.و قد كانت طريقة مجدية في تقصي 70 بالمائة من الحالات . (Cyberpresse, 2009)

7-7-التشخيص الفارق :

يكون التشخيص الفراق مع اضطرابين هما أسى الأمومة أو اضطراب مزاجي و ذهان ما بعد الولادة.

8- أسى الأمومة Baby blues:

8-1- تعريفه :

يعتبر هذا الاضطراب من المشكلات النفسية البسيطة التي تصيب كثيرا من النساء بعد الولادة. تبدأ أعراض الاضطراب في حوالي اليوم الثالث إلى الخامس مع صعود الحليب، و تختفي تلقائيا في عدّة ساعات إلى عدّة أيام أو أسبوعين دون أن تترك أثارا ضارة على الوالدة أو الوليد. يحدث أن يستمر هذا الاضطراب المزاجي لدى بعض النساء أكثر من أسبوعين و يتطور ليصير اكتئابا و يتميز بمزاج متقلب اكتئابي و قلق أو تهيج.

(Guelfi J.D. & Rouillon F.,2007,p.263)

8-2- انتشاره:

يحدث عند 70 إلى 80 بالمائة.وعادة ما نجده عند الأم التي لديها أول مولود.

(Riordan J.,2005,pp.476)

و قد استعمل هذا المصطلح لأول مرة من طرف (Molony 1952) واصفا إياه بأسى اليوم الثالث (Blues du troisième jour).

(Ferreri M.& al ,2003 ,p.81)

8-3- أعراضه : حساسية مفرطة و ميل للبكاء ، المزاج المكتئب و الإحساس بالكآبة و الحزن، المزاج المتقلب و التوتر و القلق و سرعة الاستثارة، تشتت الانتباه و صعوبة التركيز و الخلط ، اللاواقعية (إحساس من الغرابة و الحيادية العاطفية النسبية الشيء ،تشابه العرض الانشقاقي المرحلي الحادث في قلق ما بعد الولادة)، هيجان و رغبة في البقاء لوحدها، و تباطؤ نفسي حركي خفيف، و شكاوي أوجاع الرأس ذات ظاهر هيبوكوندري. (Ferreri M.& al ,2003 ,p.81) حساسية كبيرة من اللوم ،اضطراب النوم و الأرق ،أستينيا و إعياء ،خوف بشأن الرضيع ، قلة الثقة بالنفس و شك الأم في قدراتها الأمومية .

(J.D.Guelfi & F.Rouillon,2007 ,p.263)

8-4- تطوره :

مرحلي يحل بسرعة في عدة ساعات إلى بضعة أيام.و يمكن أن يصبح خطرا دائما .

8-5-أسى الأمومة و ذهان الولادة :

يجب توخي الحذر خاصة في نهاية الأسبوع الأول و الأسبوع الثاني. حيث يحتمل حدوث ذهان الولادة بطريقة حادة و مباشرة. و إذا كان للمرأة سوابق أمراض عقلية فقد يؤدي في 50 بالمائة من الحالات إلى مرض ثنائي القطبية .

8-6-أسى الأمومة واكتئاب ما بعد الولادة :

ليس مؤدي بالضرورة إلى اكتئاب ما بعد الولادة. ما عدى أسى الأمومة الحاد و الذي يتميز بأعراض هوسية أو اكتئابية جد حادة . و بالعكس غياب أسى الأمومة هو مؤشر سالب لاكتئاب ما بعد الولادة .

7-8-العوامل المسببة لأسى الأمومة :

السوابق الاكتئابية الشخصية و العائلية، الهشاشة النفسية مثل التغير الانفعالي، وجود عرض قبل الطمث ذا شدة حادة هو مؤشّر كبير مؤدي لأسى الأمومة، الهبوط المفاجئ و الشديد للهرمونات الجنسية، التغير في نشاط الدوبامين نحو الزيادة قد يكون مسؤول على فرط الحساسية و سرعة الاستثارة المميّزة للأسى، استنثار الطفل الحقيقي يعتبر فترة صعبة بالنسبة للأم (ما يسمى بحداد الطفل الخيالي)، رجوع المكبوتات و تذكر الصراعات ما قبل الأوديبيية و الأوديبيية المرتبطة بالأم و الأب هي أمور تخلخل توازن الأم التي تجعل منها تعاود معيشة علاقتها مع أمها. فدفاعاتها العصابية تتلاشى و تظهر الأم الجديدة و كأنها شفافة نحو علاقتها مع نفسها و مع أمها . مما يؤثّر على علاقاتها مع رضيعها خاصة الحركية الوجدانية التناقضية . و هذا بالرجوع للنظرية الكلاينية التي تجعل من هذه العلاقة مع الرضيع علاقة نكوصية .

(Ferreri M.& al ,2003,p.p.84-87)

و حسب نيكول كيدني من المحتمل أنّ أسى الأمومة يهيئ لتسهيل التفاعل بين الرضيع و الأم، و هو ذا تطور حسن . ومع ذلك يظهر من المفيد على الفريق المعالج أن يقوم بطمأنة الأم و الأب ، و يوفروا لهم السماع الكاف من أجل إعطاء قيمة للأم في دورها في الأمومة .

(Guedeny A. & Allilaire J.F.,2001,p.69)

و تحتاج الأم إلى: مساندة اجتماعية و مساعدة المقربين و خصوصا الزوج ،أخذ قسط كاف من الراحة و تجنب التعب و الإرهاق،التحدث عن معاناتها مع شخص مقرب، مساعدتها في أعباء المنزل و رعاية الوليد و الدعم النفسي. و مراجعة طبية إذا استمرت الأعراض لأكثر من أسبوعين .

9- ذهان الولادة :

9-2- تعريفه :

هو اضطراب عقلي حاد و نوعا ما نادر (2 من 1000 نافس)و يحوي أعراض الأوهام و الهلوس و اختلال كبير في الأداء الوظيفي. و عادة ما يبدأ في الشهر الذي يلي الولادة. (Guelfi J- D. & Rouillon F. ,2007,p.263) و

(Murray L.& Cooper P. J., 1997a, pp.10-11)

هناك اضطرابات أخرى هي ذات أصل عضوي أكثر منه نفسي تحدث في فترة ما بعد الولادة تتشابه أعراضها مع الاكتئاب،مثل تضخم الغدة الدرقية و زملة أعراض كوشينغ و الاكتئاب الآتي من المخدرات ذا الصلة المباشرة مع الجهاز العصبي .

(Huet L.,2005,p.7)

أنظر الجدول التالي :

الجدول رقم 5: تصنيف أهم الاضطرابات الاكتئابية الحادثة للأم في ما بعد الولادة .

الأعراض الهامة	المدة	الظهور	التواتر	الاضطراب
حزن.قلق.تهيج.تعب.نوم مضطرب.فقدان الشهية.إحساس بعدم القدرة و الذنب.انفصال عاطفي عن الرضيع	عدة أيام إلى أسبوعين	ما بين اليوم 3 و 5	40-85 بالمائة	أسى الأمومة
المواصفات التشخيصية للنوبة الاكتئابية العظمى	من عدة أسابيع إلى عدة أشهر . بدون علاج أكثر من سنة (30-70 بالمائة)	عادة ما بين الأسبوع 2 إلى 6- احتمال كبير في 6 أشهر لأولى. يمكن أن تظهر سنة بعد ذلك .	10-15 بالمائة	اكتئاب ما بعد الولادة
تهيج حركي - قابلية كبيرة للاستثارة -تقلب المزاج-	عدة أسابيع إلى أشهر	عادة في الأسبوعين	0.1-0.2	ذهان ما بعد

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

الولادة	بالمائة	الأولين للنفاس و قد تتأخر للأسبوع الرابع	هذاء - هلاوس - خلط عقلي - سلوك غير منظم .
---------	---------	--	--

(L. Gauthier,2007, p.29)

10- عوامل الاكتئاب لدى الأم :

10-1-العوامل البيولوجية :

لقد لوحظ تغيير في الهرمونات أثناء الحمل و الولادة و ما بعد الولادة .فقد وجد أنّ الصعود التدريجي و الهام للبروجسترون و الأسترواديول و الأستروجين (ألف مرة أعلى) ثم نزولهم الحاد و المفاجئ مباشرة ساعات بعد الولادة من شأنه أن يؤثر في مزاج النفساء. و برهنت بعض الدراسات أن النساء اللاتي لهن سوابق الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة هن أكثر حساسية لتغيرات هذه الهرمونات .

(Bloch M. & al ,2000,p.928)

ولوحظ أنّ الستيرويدات المبيضية تؤثر في الجهاز العصبي، و خاصة في الأغشية المستقبلية للـGABA و هو ناقل عصبي. ممّا يضع احتمال أنّ تغيير في نسبة الهرمونات يؤثر في البنى العصبية، و بالتالي له علاقة بأعراض الاضطرابات النفسية. و قد لوحظ أنّ مستقبلات الاستروجين تتركز بكثرة في الجهاز اللمفاوي، و هي مرتبطة بتقلب المزاج.

و بيّنت دراسات عديدة من جهة تواجد مستويات منخفضة للتريبتوفين الحر في البلازما الذي هو سابق للسيروتونين عند الأمهات اللاتي لهن اضطرابات مزاجية كبرى. و من جهة أخرى ارتبط اكتئاب لدى الأم بنشاط المونوأمين أوكسيداز.

(Miller L.J.,1999,pp.11-14)

لقد وجد أنّ بعد الولادة 5 بالمائة من الأمهات تطورن حالة من اضطراب الغدة الدرقية. و تظهر بالتعب و المزاج السيئ و خفقان القلب و سهولة الاستثارة. و هي تتشابه مع الإحساس بالاكتئاب، و لذلك لا يكون مرض الغدة مشخصاً. و إذا كان بنقص الإفراز فإنّ معظم الحالات تحل بنفسها و يبقى التدخل و العلاج أساسى في 20 إلى 25 بالمائة منها.

(Dalfen A.,2008,p.24)

و وجد (Hamilton (1962 أنّ نقص إفراز الغدة الدرقية قد يكون سببا لاكتئاب ما بعد الولادة، خاصة إذا بدأ قبل أكثر من أسبوعين قبل الولادة. و استنتج (Harris & al (1989 أنّ اضطراب الغدة الدرقية بالزيادة أو النقصان مقاس في 6 أسابيع بعد الولادة مؤد إلى اكتئاب ما بعد الولادة. و هذا نفس الشيء الذي وصل إليه (P.op. & al (1991 خاصة في 34 أسبوع بعد الولادة. (Murray L.& Copper P. J. ,1997a ,p.17)

و لم تظهر الدراسات أي خلل في إفرازات الغدة الصنوبرية و النخامية، و حتى في إفراز البرولاكتين و النوربينيفرين عند المصابات باكتئاب ما بعد الولادة .

و إذا كانت هناك تغيرات بيولوجية ملحوظة أثناء الحمل فإنّه لم توجد اضطرابات بيولوجية خاصة باكتئاب ما بعد الولادة. و من المحتمل وجود هشاشة بيولوجية التي هي مؤشّر خطر لحدوث اكتئاب ما بعد الولادة، مثلما يبينه تواتر السوابق الشخصية و العائلية الاكتئابية عند النساء اللاتي تشتكين من اكتئاب ما بعد الولادة.

(Ferreri M. & al,2003,p.p. 99-100)

إنّ الأمهات اللاتي لهن تاريخ إصابة بالاكتئاب عند تناول موانع الحمل الفموية أو الأدوية المساعدة على الحمل مثل الكلوميدي هم أكثر عرضة لاكتئاب ما بعد الولادة. فبالنسبة لهذه الأمهات تغير مستويات الهرمونات له تأثير سلبي على مزاجهن و مستوى القلق عندهن

(Dalfen A.,2008 ,p.24).

بالإضافة إلى أن حرمان كبير من النوم قد يؤدي إلى تغيرات كيميائية ، و يزيد من حدّة الأعراض الاكتئابية المتواجدة. (Gauthier L.,2007,p. 29)

10-2-العوامل المرضية النسائية و الولادية :

العديد من الدراسات(Steiner(1979) Yallom & al (1968) قارنت بين مشاكل العادة الشهرية والاضطرابات المزاجية لما بعد الولادة.و ذلك أنّ نفس اختلال الهرمونات يمسّ الاثنين. و بيّنت الدراسات منها دراسة (1981) Playfair & Gowers أنّ النساء اللاتي لديهن مشاكل العادة الشهرية يخبرن اضطراب المزاج بعد الولادة أكثر من الأخريات. و ربطت أيضا مشاكل الولادة(كالولادة عن طريق الملقط الحديدي) و الحمل التي تعتبر كأحداث حياة مقلقة باضطرابات المزاج.

(Murray L.& Copper P. J., 1997a , p.18)

و قد بيّنت دراسة أوهارا و آخرون(1996) أنّ المشاكل الصحية بعد الولادة و صعوبة الولادة و الولادة عن طريق القيصرية تعتبر عوامل ممرضة. و وجد بيت (1968) أنّ سوابق انقطاع الطمث كذلك لها صلة بخطر الإصابة بالاكتئاب لدى الأم .

(Ferreri M.& AL,2003,p. 100)

10-3-أحداث الحياة الضاغطة :

ارتبطت أحداث الحياة المقلقة كالحمل و الولادة و أحداث الحياة السلبية مثل أمراض خطيرة في العائلة أو البطالة أو انعكاسات مادية سيئة أو تغير غير مرغوب فيه أو وفاة أحد الأقارب أو هجر الزوج و الخشية من خطر الانتكاسة للأمهات التي قد أصبن بالاكتئاب و المشاكل الصحية للرضيع بقدرة و كفاءة الأم على الاهتمام بابنها و على إصابتها باضطرابات مزاجية بعد الولادة. (Dalfen A.,2008,p.31) و

(Murray L. & Copper P.J. ,1997a , p.19)

10-4-العلاقات الزوجية السيئة :

من المحتمل لا يوجد علاقة أقوى للأم أكثر من علاقتها بزوجها. و العديد من البحوث أظهرت أنّ هناك علاقات سيئة بين الزوجين و تباعد بعد ولادة الأم. في حين يشك في علاقة الاكتئاب بالمشاكل الزوجية في فترة الحمل .

(Ibid,p.19-20)

و في بعض المجتمعات العربية الإسلامية، نلاحظ أنّ هناك الكثير من الزوجات اللاتي تشك بخيانة أزواجهن أو إعادة الزواج فعليا بعد الولادة. بالإضافة إلى أنّ الكثير من الزوجات لا تتلقين مساعدة من أزواجهن في البيت أو رعاية الأطفال، و من شأن عدم الرضي الجنسي، و نكوص الأب إلى مراحل أوديبية أو قبل أوديبية تجعل من بعض الآباء يحسون بالغيرة من عدم اهتمام الزوجات بهم أو تجاهلهم على حساب المولود الجديد مما يخلق مشاكل في علاقتهم. و قد تكون أحد عوامل الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة .

10-5-الصراع بين الأم و والديها :

ربط (Kumer & Robson (1984) العلاقة السيئة للأم مع أمها بالاكتئاب لدى الأم. و وجد (Gotlib & al (1991) أنّ إدراك سلبي للرعاية الوالدية أثناء طفولة الأم مقاسة أثناء الحمل هي مؤشر خطر. في حين لم يجد (Paykel & al (1980) و (Watson & al (1984) أية علاقة بين الصراع الوالدي و فقدان أو الانفصال عن الوالدين أثناء الطفولة و اكتئاب الأم على خلاف ما أقرّته (Daws(1999).
(Daws D.,1999,pp.253-267)و

(Murray L. & P.J.Copper P.J., 1997a , p.19-20)

10-6-قلّة السند الاجتماعي:

من شأن قلّة السند الاجتماعي من طرف الزوج و العائلة و الأصدقاء بعد الولادة

(كالمساعدة في أعمال المنزل و العمل ككاتم أسرار) أن يزيد من حدّة الإصابة بالاكتئاب لدى الأم .

10-7-اضطرابات نفسية شخصية أو عائلية :

لقد و جد أنّ السوابق الشخصية للإصابة بأعراض اكتئابية أو قلق أو سلوكيات عصابية أو اضطرابات نفسية تفرّق بدلالة واضحة المكتئبات بعد الولادة عن غير المكتئبات بعد الولادة . و سجّل (Marks & al (1992 أنّ الأمهات مع تاريخ اضطراب ثنائي القطبية أو اضطراب فصامي أو نوبة اكتئاب عظمى 51 بالمائة منهم يخبرن اكتئاب ذهاني أو غير ذهاني أو هوس في فترة ما بعد الولادة . و ارتبطت كذلك بالاضطرابات النفسية للعائلة لكن في ميتا اناليز حديثة(O' Hara & Swain(1996) و جد أنّ هناك ارتباط قليل و لا علاقة بين الاثنين .

10-8-البنى و التركيبات النفس عقلية :

العديد من البنى الآتية من النظريات السلوكية المعرفية للاكتئاب & Abramson (1977)Rehm(1978)اختبرت كمنبئة للاكتئاب لدى الأم . و منطق هذه الدراسات ينطلق من أنّ بعض الأنماط من الهشاشة النفسية مثل: أشكال من العزو المضطرب، أو مواقف من مركز التحكم الذاتي ،أو بنى معرفية غير ملائمة . تزيد من الإصابة بالاكتئاب في سياق أحداث الحياة الضاغطة.

(Murray L. & Copper P.J.,1997a ,p.p.20-22)

و استنتج من دراسة تجريبية على 51 زوج من الأمهات المكتئبات و رضعهن في سن 20 شهر، أنّ هناك قلّة في تحكم الأم أثناء اللعب مرتبط بتوافق ثنائي هامشي و غير كافي و مركز تحكم خارجي .(Houck & al G.M. ,1991,p.347)

وترى أريل دالفن أنّ أنماطا من التفكير السلبي مثل : أنا لست أم جيّدة ولا أحسن رعاية ابني. و أشكال من التفكير الخاطئ الأخرى تجعل منها تترجم الوضعيات بشكل يؤدي إلى

الإحساس بالإحباط . و من المهم أن نعلم أنّ هذه مجرد تفسيرات و ليست الوضعيات في ذاتها. و كذلك الأمهات القلقات أو شديدات الإلتقان ، فتنحير الأم العصابية أو القلقة كثيرا لصحة أولادها، لطريقتها في التربية ،أو لعودتها للعمل ،أو تنحير لعادات أو سلوك رضيعها الجديدة ، و تتخوف من الإصابة بالأمراض و لو لأتفه الأسباب .

و كذا الأم شديدة الإلتقان التي تعودت على تنظيم كل شيء ،حضور المولود الجديد يجعل منها تحس بأن الأمور تفوق طاقتها. أمّا الأمهات اللاتي لهن سوابق مرض نفسي كنقص الشهية العصبي أو البولوميا تزيدهن الولادة من صعوبات التعامل مع صورة الجسم و عادات الأكل ممّا يجعلها غير سعيدة و قلقة و تحس بعدم القدرة على التحكم .

(Dalfen A.,2008,pp.25-31)

و بيّنت دراسة (2004) C.De Tychey & al أن الحوامل المكتئبات تستعملن نماذج من استراتيجيات المواجهة غير المتوافقة. (و ذلك في مقياس كارفر للكوبينق) متمثلة في الرفض و تأنيب الذات و اللامبالاة و اللجوء للأدوية و توجيه العنف على الذات خلافا على الحوامل غير المكتئبات اللاتي تستعملن نماذج من الكوبينق المتوافقة المتمركزة على المزاح و التقبل .

(De Tychey & al C., 2004,p.264)

10-9-التفسير البسيكودينامي :

تظهر العوامل متصلة خاصة بالولادة الأولى بوضع الأم الجديد. فمن وضعية البنت أصبحت أمًا، ومن جهة أخرى يجب على الزوجين التأقلم مع وجود فرد ثالث في حياتهم . و تخبر الأم معاودة ظهور العصاب الطفلي و كذا الشفافية النفسية المرتبطة بالحمل التي تحبذ تنشيط و إعادة الصراعات القديمة إلى الوعي . و قد يكون التباعد بين الطفل المتخيل في الحمل و الطفل الحقيقي صادما . فكل هذه الأحداث في الحمل و الولادة تؤدي إلى هشاشة نفسية للأم مما يعطي لها استعدادا للاكتئاب .

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

و يرى وينيكوت أنّ الاهتمام الزائد عن الحد (انشغال أمومي أساسي) يصبح مرضاً فيؤدي للعزلة و الانشقاق و الهروب. و قد يكون أكبر كاضطراب شبه فصامي. و هو مؤسس على تقمص الرضيع و حالاته النفسية و الفزيولوجية و الاستجابة لها. و قد تسوء لتصبح تقمص زائد عن الحد لرضيع متوهم أنه شديد الهشاشة. و تستعمل الأم إحدى الوسيلتين: الأولى معالجة وسواسية و كأنّ الطفل كائن يجب حراسته و إنقاذه خاصة في الليل. و هي ترهق نفسها في ذلك و تحس بالذنب. و الثانية أن تترك مهمتها الأساسية كأم. و تدخل في حالة من القلق و التهيج الذي يحتضن نوعاً من الميلانخوليا. نادراً ما تؤدي إلى رغبة في الانتحار مع طفلها. و هناك ميكانزم دفاعي آخر يتمثل في محاولة مكثفة لعدم التقمص بالرضيع. و ذلك لخشية و قلق الأم من معاشة نكوصية لعجزها في الطفولة. و تتمثل في موقف اتهام و شكوى من الرضيع على أنه مستبد و يمنعها من الاهتمام بنفسها و أعمالها. و تبصمه بالأناني و في كثير من الأحيان بالعنيف. و يتزايد القلق عند الأم بزيادة الكره الذي تحسه نحو هذا الرضيع. و بذلك تسبب الإحساس بالضغينة و العجز المتصل بعدم التفهم التام للرضيع.

و يرى (J.Manzano & al (1999) أنّ الانشغال الأمومي الذي يؤدي أو يرافق اكتئاب الأم هو إنهاك للموارد النرجسية و الجنسية لذات الأم، بسبب زيادة في التقمص لطفل متوهم كشديد الهشاشة، مرفوقة بمكانزمات دفاعية محورها وساوس الرعاية في شكل علاجي ينتهي بعدم جدواه و يؤدي إلى سوء تقدير الذات و الإحساس بالذنب المرضي. (Cramer B.,2002,p.p. 94-96)

10-10-عوامل متعلّقة بالرضيع :

جنس الرضيع غير المرغوب فيه، الرضع المصابون بالمغص أو المرضي أو المعاق أو الخدج و كثرة الأطفال أو إنجاب التوائم دون وجود مساعدة، عدم القدرة على الإرضاع لأي من الأسباب قد يؤدي لإحساس بالإخفاق، عدم فرح المحيط بالمولود الجديد، الوزن الضعيف للرضيع، الرضيع المتهيج و الذي ليس لديه تحكّم حركي.

(Gauthier L.,2007,p. 31)و(Dalfen A.,2008,pp.33-35)

(Bailly D.,2005,p. 29)

-مزاج الرضيع و الصعوبات أم -طفل (حيث تجزم كل من دراسات Mayberry & Affonso(1993);Dalton(1971) أنّ الأمهات اللاتي لديهن رضع يبكون، أو لديهم مشاكل الإرجاع أكثر من المعتاد، هم أشدّ عرضة للإصابة بالاكتئاب.)

(Dayan J.,1999, p. 95)

و من العوامل الأخرى المؤدية لاكتئاب لدى الأم:

الحمل غير المخطط له،العوامل الديموغرافية كالمستوى المعيشي الاجتماعي و الاقتصادي و ضعف المدخول، و وضعية الأم العازبة لها علاقة قليلة لكن ذات دلالة. و من جهة أخرى عمر الأم و مستوى الدراسي المتدني لها و الوضعية الوالدية (أم لأول مرة) و كذا مدّة العلاقة مع الشريك هي أمور لا يجب تهملها . و قد وجد أنّ الرغبة في الحمل المتعلقة بدوافع خارجية مثلا كهدية للزوج أو ملء فراغ، و تعلق من النمط القلق نحو المحيط خاصة الزوج أو الأم ترتبط بأعراض اكتئابية ملحوظة .

(Gauthier L. ,2007 , pp.30-31)

بالإضافة لحوادث الوفاة أحد المقربين أثناء الحمل .

(Rousseau P. ,1999,p.31)

و غياب التهيئة و التحضير النفسي للولادة و رفض الرضاعة .
و حسب الدراسة التجميعية التحليلية (الميتاأناليز) التي قام بها أوهارا و سوان سنة 1996 هناك اتفاق في الدراسات على العوامل التالية : سوابق شخصية للاكتئاب و اضطرابات عاطفية و قلق و اكتئاب في وقت الحمل،علاقات زوجية سيئة و غياب السند الاجتماعي،أحداث الحياة الضاغطة ،الفقر،صعوبات الولادة، مشاكل خلال الحمل،انعدام الاستقرار المهني،السن (المراهقة و الحمل المتأخر) ،غياب الرجوع إلى العمل بعد الولادة ، سوابق اعتداء جنسي في الطفولة .(Huet L.,2005,p.p.6-7)

و بالتالي يعتبر الاكتئاب لدى الأم كظاهرة بيو نفسية اجتماعية .

(Guédény N. & Jeammet P.,2001,p.53)

11- تطور الاكتئاب لدى الأم :

أحد مؤشرات خطورة الاكتئاب هو طول المدّة، في العادة يظهر أنّ اكتئاب ما بعد الولادة يدوم لعدة أشهر. و ينقل (Watson & al (1984) أنّ ¼ من عينتهم المكتئبة لهم مراحل تدوم لـ 3 أشهر أو أكثر، و ¼ آخر يدوم لـ 6 أشهر أو أكثر. و كذلك وجد Kumer & Robson (1984) أنّ 50 بالمائة من عينتهم المكتئبة لديهم اكتئاب يدوم لـ 6 أشهر أو أكثر. و الكثير من الدراسات البريطانية توصلت إلى نفس النتائج... أمّا آخرون يقترحون 15 أسبوع مع أعراض مستمرة في مستويات أقلّ عند بعض النساء. و يعطي (Coop.er & al (1988) مدّة أقل، فقط ½ من عينته المكتئبة لها مراحل تدوم بين 4 و 8 أشهر. ونستنتج أنّ ما عدا بعض الاستثناءات، متوسط طول المرحلة يدوم عدة أشهر، و هذه المدّة لا تختلف عنها في الاكتئاب الذي يحدث في الأوقات الأخرى للحياة.

(Murray L. & Cooper P.J.,1997a,p.12)

وبذلك مدّة المرض تختلف بين 3 و 14 شهر و لكن أغلبها لها نهاية بين الشهر الثالث و السادس. بالنسبة لأغلب الباحثين نصف المصابات لا يشفون قبل العام، و هناك خطر انتكاسة كبير في الولادة التالية بنسبة 30 إلى 50 بالمائة، و قد تصل إلى 62 بالمائة.

(Huet L.,2005,p.6)

و تتزايد هذه النسبة إلى 90 بالمائة إذا كانت بالإضافة للسوابق الشخصية هناك سوابق عائلية لاكتئاب ما بعد الولادة. (Gauthier L.,2007,p.30)

12- انعكاسات اكتئاب الأم على الرضيع :

إنّ الاكتئاب الذي يصيب الأمهات يعدّ مشكلة خطيرة، وخاصة إذا ترك دون علاج، فالأم تتعرض لفشل حياتها الزوجية وخاصة إذا لم يتفهم الزوج وضعها ومعاناتها. كما أنّه يشكل خطراً على العلاقة بين الأم و طفلها و قد يؤدي بها إلى إيذاء نفسها أو رضيعها.

حيث تبين أنّ أطفال الآباء المصابين باضطرابات نفسية معرضون لخطر تطوير

اختلالات نفسية و مشاكل عاطفية واجتماعية أكثر من الأطفال الآخرين بنسب تتراوح من 41 إلى 77 بالمائة. و حسب Field (1998) بعضا من الرضع اللذين لهم أمهات مكتئبات

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

يخبرون اضطرابات سلوكية و فيزيولوجية و بيوكيماوية مباشرة بعد الولادة. و قد ربط Murray & Cooper(1996) اكتئاب الأم باختلال النمو الانفعالي و الاجتماعي و النمو الذهني لدى الأطفال ما بين سنة و سنتين .

(Van Doesum K.T.M.,2005,p.159)

وبرهنت دراسات عديدة منها دراسة Goodman(2007) أنّ اكتئاب الأم يرتبط بمشاكل سلوكية و عدم التوافق النفسي الاجتماعي و خلل في النمو المعرفي و ذلك من الرضاعة إلى المراهقة. (Goodman S.H.,2008,p.495)

بالإضافة إلى أنّ رضع الأمهات المكتئبات هم أقلّ تواصلًا مع الآخرين، و أكثر خوفًا من الغرباء ، و هم أقلّ احتمالًا للاحتباطات، و لهم مشاكل سلوكية مثل اضطرابات النوم و الأكل و نوبات الغضب و صعوبات الانفصال .

(Van Doesum K.T.M.,Op.cit ,p.160)

و تبين كذلك أنّ هؤلاء الرضع قد سجلوا تنقيطًا متدنيا في مقياس بايلي لنمو الرضيع. ويرى Sroufe & Rutter(1984) أنّ الرضع يتأثرون باكتئاب أمهاتهم أكثر من الأطفال. و ذلك أن الأطفال يكونوا قد تعلموا أن ينموا قدرات تأهلهم لاستعمال استراتيجيات مواجهة ناجحة. (Goodman S.H.,Op.cit,p.495)

و أثبت علميا Dawson & al(1999) أنّ رضع الأمهات المكتئبات لهم نشاط منخفض في الفص الجبهي الأيسر من الدماغ . و التي من المفترض أنّها تتعلّق بمستويات العاطفة المتدنية للأم، و المستويات العليا للانفعالات السلبية و العدائية و العنف.

(Van Doesum K.T.M.,Op.cit ,p.163)

و اقترحت Field(1995) أنّ هناك مسارين في العلاقات المبكرة بين الرضيع و الأم تؤدي لإحالة الاضطراب للرضيع و هما: تقليد و نمذجة عواطف و سلوك الأم المكتئبة، مما يلعب دورا في إرساء نمط المزاج المكتئب لدى الطفل. و المسار الثاني هو نقص في

كمية التفاعل على المستوى السلوكي ، و عندما تكون الأم لا تستجيب عاطفيا و غائبة انفعاليا فرضيعها من المرجح أن يظهر سلوكيات مضطربة كالتجنب و قلّة الانفعالات الموجبة ، و التي بدورها لها تأثير سلبي على سلوك الأم.

و سنحاول سرد أهم النتائج المسجلة لاكتئاب الأم على الرضيع :

12-1- اكتئاب الأم و التعلّق لدى الرضيع :

يؤكد Murray أنّ التجربة التي يستقيها الطفل من محيطه ستلّون لعدة سنوات بعد ذلك النمط الذي سينظم به تجاربه و يبني به علاقاته مع الآخرين.

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,2001,p.99)

وقد وجد أنّ أطفال الأمهات المكتئبات لهم خطر تطوير تعلّق غير آمن .

(Van Doesum K.T.M.,2005 ,p.162)

و توصل كل من (2000) C. Martins & E.A.Gaffen في ميثاأنايليز لـ 6 دراسات عن نوعية التعلّق لرّضع لديهم أمهات مكتئبات . أنّ الرّضع أظهروا تعلّقا من النوع (أ) المتجنب و تعلّقا من النوع (د) غير المنتظم .

(Martin C.& Gaffen E.A.,2000,p.737)

و بيّن Mazet أنّ التعلّق غير الآمن من النوع المتناقض يتصل بالاكتئاب المتهيج و القلق لدى الأم. أما التعلّق غير الآمن من النوع المتجنب فيتصل باكتئاب الأم من النوع المتباطئ. (Guedeney A. & Allilaire J.F.,Op.cit ,p.99)

12-2- اكتئاب الأم و التفاعل لدى الرضيع:

في دراسة عيادية و تتبعية لـ 10 أزواج من الأمهات اللاتي أصبن باكتئاب الأمومي أو اضطراب ثنائي القطبية و رضعهن، وجد أنّ التأثير السلبي ظهر على أطفال المكتئبات و لم

يظهر على الأطفال الآخرين. و تمثل هذا التأثير السلبي في الانسحاب في النوم، و عدم مناداة أمهم قدر الإمكان عند بعض الأطفال. أو بالعكس، و كأنهم مستبدون فيرفضون الحمل و صوت و حضور أمهدهم، و يحاولون لفت انتباه أمهدهم بالبكاء أو الابتسامة. في حين عبر أطفال آخرون عن معاناة كبيرة عن طريق تعابير وجههم الحزين و نظراتهم المتألّمة لأمهدهم. (Cazas O.& Delain F., 1999, p. 28).

و درست Béatrice Beebe & al التوافق (المصادفة) أثناء التفاعل وجها لوجه للأم مع ابنها و accordage (Interactive contingency) إثر النظر و التعابير الصوتية و الوجيهة و اللمس و سلوكيات التوجه المكاني عند عينة من الأمهات المكتئبات و رضعهن. فوجدت أنّ هناك الأنماط التالية : - هناك خلل في التوافق المتبادل للانتباه مع الانفعال مما يقلل من التوافق في النظر ويزيد من التوافق الانفعالي- يزيد الرضع و لكن الأمهات ينقصون من توافق اللمس بينهما. واستنتجت أنّ المصادفة أثناء التفاعل تتأثر بين الأمهات المكتئبات و رضعهن بالرفض أو المساندة الزائدة، مما يؤكد اضطراب التواصل بين الاثنين. (Beebe B. & al,2008,p.442)

و في السنة الأولى الكثير من هؤلاء الأولاد لهم مستويات عليا من الشدة النفسية و السلبية و التجنب نحو أمهدهم.

و لاحظ (Donovan & al (1998) أنّ تفاعل الأم المكتئبة مع رضيعها يختلف في جوانب عديدة عنه عند الأمهات غير المكتئبات، فمن خلال التفاعل مع الرضيع تميل الأمهات المكتئبات إلى قلة التعبير عن العواطف، و تظهر أكثر من العواطف الحزينة. و هي أكثر تدخلا و أقل مشاركة و أقل حساسية لإشارات رضعهن. مثلما توضح قلة قدرتها على التمييز بين الأنواع المختلفة لصراخ الرضيع. و من أبرز سمات تفاعل الأمهات المكتئبات مع رضعهن هو الصمت أو قلة الكلام. و عندما تتكلمن فإنهن يفعن ذلك بصوت منخفض. و قد أبدین كذلك الكثير من السرية و العدائية كالغضب و النقد و التهيج تجاه أطفالهم.

علاوة على ذلك تميّزت الأمهات المكتئبات بعدم الفعالية في حل الصراعات، و بميلهن إلى التناوب بين الانضباط و استعمال الوسائل العقابية القاسية .

(Van Doesum K. T.M.,2005,p.161)

إنّ الأم المكتئبة أقلّ حضوراً نفسياً و حتى و إن كانت حاضرة جسدياً. حتى أنّه عند بعض المكتئبات نجد هناك إثارة لمسية زائدة عن الحد ممّا يحبذ الإتساق الجسدي للرضيع بأمه . و كل تفاعلاتهما تقل من المشاركة و التبادل. و تفتقر هذه التفاعلات خاصة إلى مكوناتها الانفعالية (اضطراب التناغم العاطفي لسترن (accordage affectif de stern)، اضطراب التفاعل العاطفي لمازي (L' interaction affective de Mazet)، اضطراب الامتداد الثنائي لترونك (l' expansion dyadique de Tronick). و قد لاحظ ترونك أنّ في تجربة الوجه الساكن للأم (Still Face) يقوم الرضيع بالاحتجاج ثم يصبح حذراً و ينظر للبعيد . أمّا فيلذ فقد لاحظت أنّ الرضيع يتأقلم مع سلوك أمه المكتئبة، و يقوّد النمط المكتئب لهذا التواصل .

(Guedeney A.& Allilaire J.F.,2001,p.99)

12-3-اكتئاب الأم و النمو العقلي :

تبين دراسة (Hay & al (2001 أنّ الأطفال في سن 11 سنة اللذين كانت أمهاتهم تعانين من اكتئاب ما بعد الولادة في الثلاث أشهر التالية للولادة، سجّلوا مستويات منخفضة و دالة في اختبارات الذكاء و نتائجهم الدراسية متردية مقارنة بالأطفال الذين لم تعانوا أمهاتهم من الاكتئاب.(VanDoesum K.T.M.,Op.cit ,p.159-160)

و بمقارنة أطفال الأمهات المكتئبات في سن 18 شهر مع أطفال نفس السن لأمهات غير مكتئبات وجد أنّهم يخفقون في المرحلة الخامسة من النمو العقلي للتقسيم البياجي المتمثلة في مرحلة المواضيع الدائمة (Objet Permanent)، و التي هي مفتاح القدرات العقلية للتصور. و قد لوحظ أنّ الذكور هم أكثر تأثراً من الإناث في الجانب العقلي .

(Murray L. & Cooper P.J.,1997b,p.99)

و من شأن اكتئاب ما بعد الولادة في الأسبوع السابع، أن يحدث خلل في قدرات التواصل الاجتماعي و القدرات العقلية في سن 3 أشهر .

(Galler J. R. & al , 2000, p.747)

12-4- اكتئاب الأم و النمو اللغوي :

لاحظ مازي أنّ أطفال الأمهات المكتئبات هم أكثر تطورا حركيا من التطور اللغوي .
و قد فسّر لها بأنّ الأم تستثمر الجانب الأول أكثر و تهمل الجانب الثاني .

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,2001,p.99)

و قد لاحظت Lundy في دراستها أنّ الأمهات المكتئبات تتكلمن أقل مع أولادهن، لكن تتكلم أكثر في الهاتف. و لهن تعابير وجهية محايدة و سلبية، و تقل عندهن التعابير الصوتية الموجبة، و لهن أكثر من التعابير الصوتية المحايدة بالمقارنة بغير المكتئبات .

(Lundy B.L. & al,1996,p.129)

و بيّنت دراسة Cox & al(1987) أنّ أطفال الأمهات المكتئبات في سن 24 شهر لهم خلل في نمو اللغة المعبرة (Van Doesum K.T.M.,Op.cit ,p.160) .

12-5- اكتئاب الأم و تأثيره على أب الرضيع :

برهن Holden(1991) على أنّ اكتئاب ما بعد الولادة له علاقة بتزايد خطر المشاكل الزوجية و الطلاق . و استنتج Buist(1998) من دراسته أنّ له علاقة أيضا بتزايد حالات إساءة و إهمال الأطفال. وكذلك في بعض الأحيان إلى انتحار الأم و قتل الأبناء حسب Sit.
(2006) & al و ارتبطت أيضا بخلل في النمو العقلي و الحركي و صعوبة المزاج و تدني التنظيم الذاتي و التقدير الذاتي و مشاكل سلوكية على المدى البعيد.

(Cuijpers P. & al ,2008,p.104)

و أظهرت دراسة Janice H. Goodman أنّ اكتئاب الأم يؤثر في الزوج . و ارتبطت بزيادة في اكتئاب لدى الأب، و الشدّة النفسية المتعلّقة بالأبوة. و أشارت إلى قلّة التفاعل بين الأب و رضيعه. فالأب لا يعوض نقص تفاعل الأم مع ابنها.

(Goodman J.H.,2008,p.624)

13- علاج الاكتئاب لدى الأم :

في الحالات المتوسطة أو الخفيفة العلاجات النفسية بيّنت فعالية مساوية للعلاجات الكيماوية. أمّا الحالات الشديدة فتتطلب وصف علاج مضاد للاكتئاب ، و هذا عادة ما يكون مرفوق بكفالة نفسية تختلف طرقها حسب المدارس علاج بين الأشخاص (Interpersonnel) ، علاج ذا روح تحليلي، أو علاج سلوكي معرفي . ويلزم تواجد خطر اختلال وظيفي تفاعلي في بعض الحالات علاجات مزدوجة للأم و الرضيع .

(Bailly D.,2005,p.30)

إنّ الدراسة الأولى المنشورة و المحكّمة لأثر التدخلات النفسية لاكتئاب ما بعد الولادة، والتي تحوي علاج قصير باستعمال منحى روجرز في زيارات نفسية في سكوتلندا على مدّة 8 أسابيع كانت من طرف Cox & Holden، و قد شفيت المكتئبات بدلالة هامة (69 بالمائة مقابل 38 بالمائة ممن لم تتحصلن على العلاج). و على مستوى عيادي نقل Stuart O'Hara & نجاحا في العلاج التفاعلي. وأقيمت دراستان غير منشورتان في سويسرا و انجلترا وجدتا الاثننتين تأثيرا دالا للتوجيه، و إحداهما وجدت تأثيرا دالا للأنواع الأخرى من العلاجات خاصة منها السلوكية المعرفية و العلاج النفسي الدينامي .

(Murray L. & Copper P.J. ,1997a ,p.25)

هناك منهجين عامين في العلاج. المنهج الأوّل يركّز على التخفيف من الأعراض الاكتئابية للأم مثل: العلاجات النفسية الفردية و العلاج الدوائي. و المنهج الثاني يتمثّل في التدخلات التي تحسن من علاقة الأم برضيعها مثل العلاجات النفسية للأم و الرضيع

و برامج التدخلات المنزلية. (Nylen K.J. & al,2006,p.330)

و تؤكد نيكول كيدني على أمرين هامين في العلاج :

1- تعبير الأم عن تناقضها و عدوانيتها تجاه الرضيع .

2- التَّفَظ verbalisation و تمثّل elaboration الصراعات الحالية و القديمة بين هذه

الأم و والديها ، و خاصة أمها .وأثرها على البعد البين -أجيال

(trans-générationnelle.)

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,2001,p.101)

و من بين أهمّ العلاجات و التدخلات¹⁵:

13-1-العلاج الدوائي :

شمل العلاج الدوائي مثبتات مستقبلات السيروتونين الانتقائية، و العلاج التقليدي بمضادات الاكتئاب الثلاثية و هي مفيدة في علاج الاكتئاب عند المرأة. لكن هذا العلاج لا يزال يستعمل بحذر في ما بعد الولادة، نظرا لتباين مستويات الإفراز عن طريق الرضاعة وأثرها على صحة الرضيع.(Clarck R& al, 2008,p.517)

لقد أقام A.J. Gregoire & al (1996) علاج دوائي بإعطاء لمكتنّبات 6 أشهر علاج دام لـ 6 أشهر باستعمال باتش جلدي من الأستروجين. فوجد تحسّن سريع و ملحوظ في أعراضهن بخلاف العينة الضابطة التي أعطيت دواء وهمي. و استنتج أنّه من الأساسي تعرض اكتئاب ما بعد الولادة للعلاج. (Murray L. & Copper P.J.,1997a ,p.25)

13-2-العلاج بالسند الاجتماعي :

يتجمع تحت هذا المصطلح العام نماذج من المساعدة و المساندة المختلفة، لا ترقى للعلاج النفسي المنظم و المراقب. مثل: تحضير الولادة، و مجموعات محاورّة بتدخل أو دون

أنظر الملحق رقم(1) الذي يوضح بعض الطرق العلاجية لاكتئاب ما بعد الولادة .¹⁵

تدخل النفساني، و زيارات منزلية. و قد أظهرت هذه التدخلات نجاحا ضعيفا خاصة إذا تميّزت الأم بأعراض اكتئابية شديدة في حين أثمرت نتائجها في الوقاية.

(Dayan J. ,2008, p.60)

و في دراسة كندية وجد أنّ السند الاجتماعي ليس له تأثير دال على الأعراض الاكتئابية. في حين وجد أن له دلالة أساسية و ايجابية على التفاعل أم – طفل .

(Murray L.& Copper P.J. , 1997a ,p.25)

13-3- العلاج التحليلي :

نشأ من نتائج بحوث تأثير العلاج التحليلي على التنظيم التفاعلي. و استعمل فيه تفحص لتصوير بالفيديو أثناء التفاعل وجها لوجه بين الأم و رضيعها، و تربط بتاريخ هذا التفاعل و تاريخ طفولة الوالدين، و التعرف على التصورات العقلية للرضيع التي تؤثر في قدرات الوالدين، و فكّ رموز التفاعل غير اللفظي بينهما، و مناقشتها مع الأم لمعرفة ما هو سلبي و إيجابي أثناء تفاعلها مع ابنها. و قد استعمل هذا العلاج Mc-Donough

(1993) و استعمله كذلك Cramer and Stern(1988) مضيفا لها التحليل المدقق للتفاعل المبكر وجها لوجه (Microanalyses of Early Face-to-Face Interactions) و ذلك باستعمال تحليل التفاعل مثل : (المناغاة و النظر و التوجه و اللمس و إخراج الأصوات و التعاطي مع الغرباء). (Beebe B.,2003,pp.26-28).

13-4- التدخلات أم – طفل :

وجد أنّ العلاج النفسي الفردي للأم يتجاهل تأثير الاكتئاب على. التفاعل بين الأم و رضيعها، و لا يعالجها مباشرة. و لذلك من المهمّ أنّ تتوجه التدخلات العلاجية النفسية الاجتماعية لاحتياجات الأم و رضيعها و زوجها و عائلتها . وهو علاج مؤسس على تصحيح العلاقة. فقام Van den Boom(1994) بالتركيز على إعادة التناغم بين الأم

و رضيعها في السنة الأولى من الرضاعة، فوجد أنها تزيد من التعلق الآمن و أنها تجعل من الرضيع اجتماعيا و شغوف لاستكشاف ما حوله، و قللت من حدّة و كمية البكاء لديهم . و في تجربة عيادية عشوائية تفحص (1999) Heinicke & al الأثر العلاجي لطريقتين مزدوجتين تتمثلان في الزيارات المنزلية و العلاج التفاعلي بين الأم و رضيعها، فوجد أنّ هناك تحسنا في استجابة الأم لرضيعها . و الرضع كان لديهم تعلقا آما مقارنة بالعينة الضابطة. و قارن (1999) Cohen & al تقنيتين في العلاج التفاعلي. الأولى تمثلت في تقنية مركزة على الرضيع مسماة بـ (انتظر , أنظر و تعجب) “Wait, Watch, and Wonder(WWW) و تقنية أخرى تمثلت بعلاج ببيكودينامي للأم

و الرضيع(mother–infant psychodynamic psychotherap.y (P.P.T)

و بعد 18 أسبوعا كلا العلاجين قللا من أعراض عدم التوافق عند الرضيع و قلق الأم و حسنا من نوعية التفاعل بين الأم و رضيعها. لكن التقنية العلاجية WWW تميّز رضيعها بتنظيم انفعالي و توظيف عقلي أحسن، أمّا الأمهات فكانت تظهرن عدد أقل من الأعراض الاكتئابية، و رضى أكبر عن أمومتهم . و وجدت(1997) Field أنّ التدخلات المتعددة النماذج المتضمنة: تدليك الرضيع و الموسيقى و تعليم الأم بعض مهارات التربية، ساعدت في تحسين مزاج الأم و نوعية التفاعل و التنظيم النفسي الفزيولوجي.

(Clarck R. & al,2008,p.519)

13-5- نموذج العلاج الجماعي أم – طفل Mother–Infant Therapy Group

: Model M-ITG

هو علاج جماعي ينطلق من عدة مفاهيم نظرية (ببيكودينامية، علم النفس الذات، و نظريات التعلق، و البنى العائلية، و النظريات السلوكية المعرفية و التفاعلية). و يركّز على فهم كيف يؤثر الاكتئاب على المرأة؟ و على علاقاتها بمن حولها . و ما هي أحسن الطرق لمواجهتها بفعالية؟بالإضافة إلى تخصيص جلسات للعلاج الجماعي لتفاعل الرضع مع أمهذهن. و قد يتدخل الزوج أو أفراد العائلة في هذا العلاج. و تجمع الجلسات بين 6 إلى

8 عائلات، لتدوم الجلسة الواحدة نصف ساعة لمدة 12 أسبوع متتابعة. و تتجه للأم لوحدها، و الرضيع بمفرده، ثم للثنائية أم – رضيع و للعائلة و الزوج كذلك. ومن أهدافها بالنسبة للأم (أ) التعرف على المسارات التفاعلية و النفسية و الأنماط المعرفية التي تساهم في أعراض الاكتئاب الحالي، (ب) وضع استراتيجيات للحد من أعراض الاكتئاب، (ج) المشاركة في عملية تهدف إلى توسيع نطاق المجموعة الاجتماعية الداعمة والحدّ من العزلة الاجتماعية، (د) زيادة وعي الأمهات من احتياجاتهن الخاصة، وتعزيز قدرتهن على تلبية تلك الاحتياجات لأنفسهن وأطفالهن الرضع، (هـ) توسيع مدركاتهن نحو أطفالهن وأنفسهن في دور الأمومة، (و) وزيادة قدرتهن على رعاية أطفالهن، بما في ذلك القدرة على التركيز على الاحتياجات الفورية للرضع والجسدية والعاطفية والاجتماعية و هي تركز على مساعدة الأطفال الرضع على (أ) الزيادة على تمييز وتنظيم انفعالاتهم،(ب) إبداء قدرا أكبر من الاهتمام والتجاوب مع الآخرين ، (ج)خبرة مشاعر الراحة و الفعالية و تقدير الذات (د) توسيع وتعزيز و تنمية المهارات. بالإضافة إلى تنمية روح الاستقلالية و الاهتمام بالذات للأم التي فقدتها بعد الولادة. و زيادة فرص الاتصال و الحوار بين أفراد العائلة . و قد شهدت هذه الطريقة العلاجية الأخيرة نجاحا باهرا. (Clarck R. & al,2008,p.519)

13-6-العلاج السلوكي (TCC):

يهدف إلى التعرف على نماذج التفكير السلبية ، و التوفير للمفحوص طرقا للإحاطة بها و تغييرها .

13-7-التدخلات المنزلية “HOME-BASED” INTERVENTIONS :

أكد كل من Gelfand & al (1996) أنّ هذا النوع من استراتيجيات التدخل هام للعديد من الأمهات المكتئبات اللاتي تفقدن الإرادة و الطاقة للجوء إلى العلاج . وقد صمّم التدخل المنزلي من أجل تعزيز صحة العلاقة أم -طفل، من خلال تشجيع زيادة حساسية الأمهات، وتحسين التفاعل بين الأم والرضيع، تقبل الرضيع، وزيادة الكفاءة الذاتية للأم. وصمّم هذا البرنامج بشكل فردي حسب نقاط القوة لدى كل امرأة واحتياجاتها الشخصية بناء على تقييم

الفصل الثالث: الاكتئاب لدى الأم وانعكاساته على الرضيع

قبلي من طرف الممرضة التي تزور البيت. وشملت تقنيات معينة: كطمأنة الأم، الأنشطة الرامية إلى تعزيز مشاركة الأمهات ، والتعزيز الإيجابي للتفاعلات الصحية ، بالإضافة إلى ذلك توفير المعلومات عن نمو و تربية الأطفال. (Nylen K.J.& al,2006,p.335)

و من بين التقنيات المستعملة : النمذجة Modeling و إعادة الهيكلة المعرفية و تدليك الطفل (Van Doesum K.T.M.,2005,pp.167-170)

13-8-الاستشفاء أم -رضيع :

لقد كان أول من استعمل هذه الطريقة (Main(1948) للأمهات لديهن اضطرابات اكتئابية أو قلق, و استعملها (Douglas (1956) للأمهات اللاتي تعانين من ذهان الولادة و يلجأ إليها في حالة شدة الأعراض الاكتئابية و خشية من أفكار انتحارية .

(Dayan J. ,2008,p.p.62-63)

و في بريطانيا أنشئت وحدات خاصة للعلاج الاستشفائي أم-رضيع لمحاولة علاج خلل العلاقة بينهما , و إعادة التأهيل لقدرات الأمومة.

(Murray L.& Copper P.J.,1997a ,25)

و قد تستعمل طرق الوخز بالإبر الصينية و العلاج بالأعشاب مثل الدميانة أو الزداع الشابق (Turnera diffusa)، أو الخزامى، أو الروزماري، أو الشوفان ،أو اللويزة (Vervain)، و على الأم المرضعة أو التي لديها أمراض مزمنة استشارة الطبيب قبل التداوي بهذه الأعشاب .

و تنصح الفئات المؤمنة باللجوء لله و الدعاء الذي يعتبر من أحسن العلاجات الروحية.

و من بين النصائح العامة للأم :

- التنفيس عن النفس وإخبار المحيطين بالأعراض التي تشعر بها المرأة المصابة.

-طلب المساعدة من الزوج والأقارب، وخاصة فيما يتعلق بالعناية بالمولود.

- أخذ قسط كاف من الراحة والنوم.
- الترفيه عن النفس بالقراءة أو الرياضة أو بالقيام بشيء مفيد.
- الإقرار مع النفس بعدم ضرورة الوصول إلى الكمال في العناية بأمر الطفل.
- إرضاع الطفل طبيعياً كل ساعتين أو ثلاثة، في مكان هادئ ووضع مريح لكل من الوالدة والرضيع، مع محاولة التطلع في عيني الطفل أثناء الرضاعة. وهذا ينطبق كذلك على الطفل الذي يتغذى على الحليب الصناعي.
- وضع الطفل بعد الرضاعة لينام في مكان هادئ، ومحاولة أخذ فترة من الراحة أثناء نومه.
- التحدث مع الرضيع ومناغاته من وقت لآخر.
- الخروج في نزهة بصحبة الطفل الوليد من وقت لآخر.
- التحدث مع الأطفال الآخرين لمنع غيرتهم من الطفل الوليد، وبيان حب الأم لهم جميعاً
- اللجوء إلى الأخصائية النفسية، وإخبارها بالمعاناة في وقت مبكر، لأنّ نتيجة العلاج تعتمد على البدء به مبكراً.

14- خلاصة الفصل :

الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة، والتي لا يلتفت إليها الناس ولا المسؤولون عن الرعاية الصحية ، حيث تؤدي أثاره الخطيرة بالمرضى إلى حرمانهم من الاستمتاع بمباهج الحياة ، وإغراقهم في مشاعر النقص التقدير والإحساس بالذنب دون مبرر وفي حالاته الشديدة قد تدفع المريض إلى الانتحار ، وهو لدى المرأة كما أشرنا إليه بنسبة أكبر. و عندما يكون لدى الأم فإننا نخشى على الأم و الطفل على السواء من حيث تطوره النفسي و الاجتماعي أو حتى محاولة إيذاء الطفل من قبل الأم المكتئبة . و هذا ما يحتم التدخل النفسي و الدوائي من أجل علاج الأم و مساعدتها على التغلب على هذا المرض و تخطي هذه المرحلة الحرجة.

**الفصل الرابع الاضطرابات السيكوسوماتية لدى
الرضيع - اضطرابات النوم -**

1. تمهيد
2. تعريف الاضطرابات البسيكوسوماتية
3. تاريخ الدراسات عن الاضطرابات البسيكوسوماتية
4. النظريات المفسرة للاضطرابات البسيكوسوماتية
5. الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى الرضيع.
6. اضطرابات النوم لدى الرضيع

- فيزيولوجيا النوم
- الدراسة الوبائية لاضطرابات النوم عند الرضيع.
- اضطرابات النوم حسب سن الرضيع .
- تشخيص و قياس اضطرابات النوم عند الرضيع .
- مواصفات الرّضع اللذين لديهم اضطرابات النوم.
- مواصفات الوالدين اللذين لديهم رضع مصابون باضطرابات النوم.
- علاقة سلوك النوم في مرحلة الرضاعة بسلوك الرضيع في المراحل العمرية اللاحقة .
- علاج اضطرابات النوم عند الرضيع.

7. خلاصة الفصل

تمهيد:

إنّ المعاناة النفسية ليست أصولها دائماً فيزيولوجية، فقد نجد جذورها أكثر عمقا و التي تمثل السبب المجهول و الدفين، و من هنا ينشأ لدينا مفهوم الاضطرابات النفسوجسدية أو البسيكوسوماتيك. و في هذا الفصل سنحاول الاطلاع على ماهية الاضطرابات السيكوسوماتية و النظريات المفسرة لها. و سنحاول تسليط الضوء على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع. بالتحديد اضطرابات النوم لدى الرضيع – موضوع بحثنا - التي سنتكلم عنها بإسهاب.

1- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية :

1-1-تعريف حامد زهران :

" الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية موضوعية ذات أصل و أساس نفسي تصيب المناطق التي يتحكم فيها الجهاز العصبي. "

(المنسي ع. و آخرون ، 2002 ، ص 109)

1-2-تعريف أحمد عكاشة :

"إنّ الأمراض السيكوسوماتية هي أعراض مرضية جسمية أو اختلال في وظائف الأعضاء نتيجة لما يصاحب خبرات الحياة من قلق و توتر و مخاوف لا يتم التعبير عنها بأنّها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما و قويا و أساسيا، و عادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي، فالأمراض السيكوسوماتية ما هي إلا التورط الانفعالي في الأعضاء و الأحشاء التي يغذيها الجهاز العصبي اللاإرادي مثل : قرحة المعدة و الأثني عشر، و الربو الشعبي... إلخ و يعاني المريض في مثل هذه الأمراض من القلق و الاكتئاب ، و غالبا ما يهدد القلق حياته. "

(عكاشة أ.، 1980 ، ص 355)

2- تاريخ الدراسات عن الاضطرابات السيكوسوماتية :

كلنا يعلم أنّ الفلاسفة القدامى أدركوا العلاقة المتبادلة بين النفس و الجسم، وأن التغيّر في الحالة النفسية لدى الإنسان يؤدي إلى التغيّر في الحالة العضوية، كما أنّ الحالة الجسدية يمكنها بدورها أن تؤدي إلى تغيّر في الحالة النفسية لدى الفرد، إلا أنّ الدراسات الطبية والنفسية المتقدمة تُجمع على أنّ تأثير النفس في الجسم أكثر شدّة و وضوحاً و خطورة من تأثير الجسم في النفس. و القدماء لم يتمكنوا من تقديم الأدلة و التفسيرات المنطقية التي تعتمد على أسس علمية عن كيفية تأثير الحالة النفسية في حدوث الاضطراب العضوي واكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة بين النفس والجسم و وصفها فقط .

(خير الزراد ف. ،2002، ص10)

حيث يشير بريل إلى أنّ هيبوقراط قد استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسدي وذلك بتحليل أحلامه. و يعكس ذلك دون شك إدراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس و الجسم . إلا أنّ مشكلة النفس و الجسد لم تكن بهذه البساطة. بل إنّ العلاقة بينهما اختلفت الفلاسفة في الاعتراف بها أو الفصل بينهما .

ويذهب أرسطو (384- 322ق.م) إلى أنّ الانفعالات مثل الغضب و الخوف والرجاء و الفرح والبغض و المجد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها و لكنها تصدر عن المركب من النفس و الجسم.ويستطرد قائلاً "بأنّه في نفس الوقت الذي يحدث فيه انفعال يحدث تغيّر في الجسم." (أبو النيل م.س.، 1994، ص 12)

أمّا أفلاطون (427-347ق.م) الذي يعتبر المؤسس النظري لمدرسة الطب النفسي و الجسدي فقد أبدى رأياً لا يزال السيكوسوماتيون المعاصرون يتمسكون به ، و يعتبرونه أساساً نظرياً لمدرستهم فقد قال : " إنّ طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للجسد ككل، و هذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا لأنهم يفصلون النفس عن الجسد عند معالجتهم للجسم البشري " (النابلسي م. أ. ، 1991، ص 26-27)

و نجد أنّ العرب و علماء الإسلام قد تفتنوا لأهمية العلاقة بين النفس و الجسم. وأثر النفس في إحداث تغيّرات جسمية مرضية، و من أشهر العلماء المسلمين أبو علي بن سينا

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

(980-1037). الذي يعتبر بعد أفلاطون أوّل من نقل وحدة النفس و الجسم إلى الميدان العملي، التطبيقي أو التجريبي. وقد أشار في كتابه (القانون في الطب) إلى ما يسمى في وقتنا الحاضر بالإجهاد النفسي أو بالشدة النفسية. وبالرغم من أنه في عصر ابن سينا لم تكن الإمكانيات الطبية تسمح بالكشف الدقيق عن أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية (كما هو الحال في وقتنا الراهن حيث أمكن للمختبرات و الوسائل الطبية الحديثة تفسير التغيرات العضوية الناتجة عن الإجهاد النفسي مثل زيادة النواقل العصبية وغيرها) إلا أنه تمّ تفسير و علاج و وصف العديد من هذه الأمراض أو الاضطرابات. وكذلك نجد كثيرين أمثال الطبيب ابن عيسى المجوسي 990 م في كتابه (كامل الصناعة الطبية) حيث يشير إلى أنّ الأمراض النفسية مثل الحصر و الغم و الهم و الغضب والحسد تغيّر في مزاج الجسم وتؤدي إلى إنهاكه و اضطراب وظائفه.

ومن المعروف أنّ الطبيب فخر الدين الرازي (545- 606هـ) قام بعلاج أحد الأمراء من أعراض الروماتيزم التي أصابت مفاصله. و أكد غيره من الأطباء العرب و المسلمين على أهمية العلاقة بين النفس و الجسد، و لعل السبب في ذلك الخلفية الدينية الإسلامية التي استلهم منها الجميع أفكارهم و اتجاهدهم و نظرياتهم، و لأنّ الإسلام عندما جاء أكد على أهمية الجانب النفسي أو الروحي في شفاء الأمراض الروحانية و الجسدية.

(خير الزراد ف. ، 2000، ص 11-12)

و أوّل ما ظهر لفظ نفس -جسدي ظهر على يد الطبيب الأخصائي في الأمراض العقلية الألماني Heinroth سنة 1818. و عنى به تأثير النفس على الجسد. ثم يأتي Jacobi باقتراح لفظ جسد - نفسي سنة 1828 للدلالة على تأثير الجسد في النفس.

(Dongier M., 1976,p.222)

و في عام 1930 دخل مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الانكليزية من قبل الباحثة هيلين فلاندرز دنبار. Dunbar F.H التي وضعت كتاباً حول الانفعالات و التغيرات الجسدية (المرجع السابق ، 2000، ص12)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

و من بين أهم مشاهير العرب الذين اهتموا بميدان السيكوسوماتيك مصطفى زيور الذي درس الاضطرابات السيكوسوماتية على أساس نظرية التحليل النفسي. و البروفسور سامي علي الذي يدير الآن المركز الدولي للبيكوسوماتيك في باريس و الذي كتب العديد من الكتب عن البيكوسوماتيك.

أمّا في ميدان الاضطرابات البيكوسوماتية لدى الرضيع فإننا نجد أنّ Léon Kreisler الأب الروحي لهذا التخصص و قد كتب كتابه الشهير و الموسع عن الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع المعنون

« La psychosomatique de l'enfant »

و قد بدأ اهتمامه بدراسة رائدة بمعية كل من Fain M. و Soulé M. ، و قد توصلوا إلى أنّ الخلل العلائقي الناتج عن عدم كفاءة جزئية أو تامة في قيام الأم بوظائفها تجاه الرضيع تخلق حالة من الحرمان و المعاناة. يستجيب لها الطفل في هذه المرحلة من النمو باضطرابات وظيفية (أي سيكوسوماتية)

(Kamienlecki H., 1994, pp.81-82)

و قد استخرج هؤلاء الباحثون من خلال دراساتهم سنة 1987 ثلاث عوامل تفاعلية أساسية مؤدية للاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع هي :

- عدم الكفاية المزمّنة للتعلّق عن طريق الحرمان الليبيدي. و نجدها في العموم في حالات فقدان الشهية الحاد و الاضطراب الاجتراري و حالات القيء الناتج عن أسباب نفسية.
- الإفراط في الإثارة و التنبيه الزائد. و نجدها خاصة في المغص و اضطرابات النوم و نوبات البكاء الشديد.
- انعدام الاتساق من حيث النوعية و الكم في عدم استمرار الرعاية بالرضيع أو عدم انتظام سلوك الأم نحو الرضيع و تذبذب علاقتهما.

(Pasteur R., 2009, pp.68-69)

3- النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية :

إنّ تعدد النظريات ساهم في تعدد التفسيرات المقدمة لكيفية حدوث الاضطرابات النفسية الجسدية التي تعتبر أكثر أهمية وخطورة وانتشارا في وقتنا الحاضر.

3-1-المدرسة التحليلية :

1- القديمة :

ترى أنّ كل اضطراب نفسي ما هو إلاّ نتاج صراع انفعالي لاشعوري. وأنّ الاضطرابات الجسمية تظهر على ما يرى "فرويد" مع ضعف "الأنا" بسبب الطاقة التي يستهلكها في عملية الصراع . ويشير "ألكسندر" إلى أنّ هذه الاضطرابات تحدث نتيجة صراع نفسي دينامي يجعل من كل عقدة معينة مرتبطة بمرض معين، فعقدة الاتكال تولد قرحة المعدة، وعقدة الفراق عن الأم تولد الربو. وأطلقت هيلين دوتش مصطلح عصاب العضو في إشارة منها إلى أنّ العضو المصاب إذا تعرض إلى ألم نفسي في مرحلة الطفولة فإنّه يصبح في مرحلة الرشد موضوع انفعال، وهناك من يرى أنّ هذه الاضطرابات ناتجة بسبب الخوف من التعبير بشكل صريح عن الحالات الانفعالية، أو عن التوترات يصعب التخفيف عنها. (خير الزرادف. ، 1984 ، ص 101).

2- الحديثة : منها

1-مدرسة شيكاغو لـ "ألكسندر فرانز" :

قام ألكسندر بتحديد الاضطرابات السيكوسوماتية الناجمة عن الصراعات النفسية. واعتبر هذه الاضطرابات بمثابة وسيلة دفاع، أو هروب من حالة صراع شديد، وقد تمكن من التمييز بين نمطين من الاضطرابات النفسية الجسدية :

-اضطرابات تعبر عن وجود ميول عدوانية و تكون بمثابة هروب أو دفاع. ولا تظهر على مستوى السلوك حيث تبقى مكظومة.

-اضطرابات تعبر عن ميول مثبطة للبحث عن سند أو دعم أو تأكيد الذات أو لفت النظر أو المساعدة.

واعتبرت مدرسة شيكاغو المرضى السيكوسوماتيين أفراد عجز الأنا لديهم عن تحقيق التوازن النفسي، فحدث لديهم نكوص إلى المرحلة الجنسية التي يحقق فيها الفرد إشباعاته عن طريق الجسد.

كما ميّز "الكسندر" بين استجابة التحويل التي تدل على محاولة التعبير عن انفعال ما بصورة غير مباشرة باستعمال بعض الأجهزة العضوية، وبين الاضطراب السيكوسوماتي الذي تحدده استجابة الجسم اتجاه انفعال عنيف طال زمنه.

2-مدرسة باريس :

من أتباع هذه المدرسة "ميشال فان" و"بيار مارتي" و"رونالد هالد". بين هؤلاء ارتباط الاضطرابات السكوسوماتية بضرورة نفسية وجسدية وأهميتها في التوازن الصحي بشكل عام، ويرى أنّ النكوص يهدف إلى إعادة خلق وضعية راهنة يبحث فيها عن شروط أين تكون ذاته راسخة في منظومة كانت معززة أثناء نموه. والنكوص مهما كان يتضمن بحثاً في المستحيل، إذا اضطّر الفرد على إجبار ذاته العودة إلى الوراء فإنه يزيد حتماً هنا تبعية اتجاه الوضعية الراهنة التي لا يمكنها متابعة نكوصه. تكون الحركة في هذه الحالة عاجزة عن القيام بنكوص الوضعية الراهنة تلقائياً وتضع الفرد في وضعية صدمة خطيرة.

(الخالدي أ.م، 2006 ، ص 89).

مفهوم التعقيل Mentalisation: يميز هذا المفهوم العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ الإثارة النزوية. في حالة عدم التفريغ، تراكمتها يؤدي إلى الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي، فالتعقيل يعالج كمية وكيفية التمثيلات والصور النفسية وديناميتها، فهو يؤهل كفاءة الجهاز النفسي للقيام بربط الإثارات النزوية من خلال أنظمة وشبكات التمثيلات و ترابط الأفكار المختلفة والتفكير المملوء بالعاطفة.

أنواع التعقيل :

- سيء التعقيل : تأكيد الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.
- غير مؤكد التعقيل : التنبؤ بالإصابة بالاضطرابات.
- جيد التعقيل : السلامة من الاضطرابات.

حاول "مارتي" إعادة فهم الإنسان من خلال الحياة والموت والتي أعطى لها معنى عن طريق السيرورات المنشطة لها، تسلل الوظائف الشعورية واللاشعورية للإنسان، قدراته التنظيمية ومعالجة المعطيات المدركة تسجل في حركة تطويرية أين تتواجد نزوات الحياة ونزوات الموت. لإعطاء الحياة هذه المقاومة الأبدية تسبب في حالات عميقة أو جزئية من الشدة أو الضيق، والتي تحاول غريزة الحياة الدفاع عنها. والأكثر هشاشة منها يزول نتيجة عدم قدرة مقاومته لضغوط غريزة الموت وهكذا نظام الطبيعة يبقى قائماً.

يقترح بيار مارتي ترتيباً أولياً أين تتعارض فيه الذهانات والعصابات. فالذهانات تتميز بتمييز ذهني مغروس بصلابة، أما عصابات الطبع والسلوك تتميز بقلّة التنظيم في دفاعاتها الذهنية. حيث تكون أرضية خصبة لظهور الاضطرابات النفس – جسدية. ويميّز بين 3 فئات من تكوينات العصابات ذات التنظيمات الذهنية المختلفة.

- 1- العصابات ذات التنظيم الذهني المحكم وهي عصابات الهلع.
- 2- العصابات ذات التنظيم الذهني غير المؤكد و الموافقة لعصابات السلوك.
- وهذين الشكّلين من العصابات ليس لها تثبيت صلب.
- 3- العصابات ذات التنظيم الذهني السيئ. و التي يميزها ضعف نشاط ما قبل الشعور

و هشاشة "الأنا". (عبد المعطى ح. م. ، 2003، ص 38)

2-3- المدرسة السلوكية :

يفترض علماء النفس السلوكيون أنّ الاضطرابات تحدث بسبب التعزيز. إمّا بزيادة الانتباه نحو استجابات معينة أو بخفضها، فالأطفال يمكن أن يكونوا عرضة للإصابة بهذه

الاضطرابات ، إذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يلقي تعريزا على إظهاره أو شكواه من آلام بدنية، فيما ينظر علماء النفس من خلال مسار يسمى بمفهوم إعاقة الذات. مثل الشخص الذي يخشى التحدث أمام جماعة معينة لأنه مصاب بالتهاب في خنجرته لكي لا يلام على أدائه الضعيف في الحديث.

و تقوم النظرية السلوكية على اعتبار أنّ لكل مثير استجابة، والمثير المرضي يؤدي حتما إلى استجابة مرضية، وتوصل رائد المدرسة السلوكية العالم بافلوف إلى أنّ السلوك السوي هو نتاج العلاقة بين أنظمة الجهاز العصبي : نظام الأفعال المنعكسة، النظام الإشاري الأول و نظام الاشاري الثاني، وأنّ هناك توازن بين الجهاز العصبي السمبتاوي والجهاز العصبي الباراسمبتاوي. فإذا اختلّ هذا التوازن حدث المرض السيكوسوماتي.

(النايلسي م. أ، 1991، ص ص 150-188)

أمّا السلوكيون الجدد فيرون أنّ الاضطرابات السيكوسوماتية هي عبارة عن عادات تعلمها الإنسان ليخفف عن توتراته وانفعالاته. حيث يجد منها منفذا لصراعاته، فالاضطراب السيكوسوماتي حسب هؤلاء هو نتيجة عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشرط.

في حين يرى العالم باندورة أنّ الاستجابات الانفعالية ومكوناتها الفيسيولوجيا تقوم بفضل آلية تعلم متغيرة. أي أنّه رغم أنّ الجهاز العصبي يعمل لا إراديا، غير أنّ بعض الأشخاص يتمكنون من السيطرة على وظائف بعض الأعضاء الداخلية وتوجيهها مع العمليات الجسمية الباطنية.

و يذهب أصحاب المدرسة السلوكية الإجرائية أنّ الاستجابات العصبية اللاإرادية يمكن تشريطها وسيليا، وقد أشار ميلر إلى إمكانية تعلم عملية التحكم في بعض الاستجابات الحشوية.

و توصل ميرسكي أنّ عامل الاستعداد هو الحالة الفيسيولوجيا للجسم والمحددة أثناء عملية التكوين العضوي والنمو، أي أنّ العلاقة بين الأم والطفل وطبيعة التربية الوالدية التعليمية تلعب دورا في صقل شخصية الطفل وفي تحديد أنواع الصراع، لذلك فإنّ عملية

التشريط المبكرة هي التي تجعل عامل الاستعداد وقابلية الفرد للتعرض للاضطراب السيكوسوماتي عالية أو ضعيفة.

أمّا لاشمان فيرى أنّ الاستجابات العصبية يتعلمها الفرد عن طريق التدعيم أو المكافأة. حيث أن التعبير عن الاضطراب يتم باستمرار في حال الحصول على المعزز.

(عبد المعطي ح.م. ، 2003 ، ص 53)

و اتفق كل من بافلوف وجون واتسون على أنّ الاضطرابات هي نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشراف للطفل الذي يغار من أخيه المولود الجديد. يلجأ إلى استجابة تبوله عن نفسه بهدف جلب اهتمام الأم نحوه، والتخفيف من حدة غيرته. ومع التكرار يلجأ الطفل إلى هذه الاستجابة التي تصبح كعادة أو كعرض سيكوسوماتي. وكذلك أن عدم تناول الطعام يعزز لدى الطفل اهتمام الأسرة وجلب انتباه الآخرين نحوه فيلقى العطف والحب والرعاية.

3-3-نظرية التعلم الذاتي :

لـ شالدون لكمان (1972) وهي أحسن نظرية مثلت اتجاه السلوكيون ويلخص نظرياته في:

- معظم الاستجابات متعلمة.

-المنبهات غير الفعالة في الأصل قد تثير استجابات عضوية مستقلة مثل : غرفة مظلمة عند دخول بعض الناس فيها يبدؤون بالسعال لأنّ لديهم خبرة سابقة.

-تختلف الأعضاء في قابليتها للإصابة المرضية. والقابلية هذه تكون جزئياً محددة وراثياً (العضو الضعيف) مثل : المرض السيكوسوماتي ليس عشوائياً بل تختار العضو الذي يكون مهياً أو لديه استعداد للإصابة.

-استجابة الأجزاء الحشوية للمثير تتميز بالمقاومة للانطفاء. أي الاضطراب الحشوي إذا تم تعلمه صعب الانطفاء.

-لاحظ "لشمان" أنّ الأشخاص المنومين مغناطسيا يستجيبون لكل أشكال الإيحاء مثلا: رفع أو خفض إندفاعاتهم وخفض وزيادة إفراز المعدة.

(عبد الغني أ.م. ، 2001 ، ص 44)

3-4- المدرسة المعرفية :

لديهم أكثر من تفسير. فهم يرون أنّ المصابين بهذه الاضطرابات الجسمية يركزون انتباههم بشكل مفرط في عمليات فيسيولوجية داخلية، ويحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية إلى أعراض من الألم والوجع. تدفعهم إلى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج. وهناك منحنى حديث نسبيا يفترض أنّ الأفراد المصابين بهذا النوع من الاضطرابات لديهم معيار خاطئ بشأن الصحة الجيدة. فهم ينظرون على أنّها خالية تماما من أي أعراض أو آلام جسمية حتى ولو كانت طفيفة وهو معيار غير واقعي بالطبع.

تقوم المدرسة المعرفية على اعتبار أنّ كل الاضطرابات التي تحدث للفرد هي نتاج لأفكار خاطئة تكونت لدى الفرد وجعلته يصاب بالمرض النفسي بما في ذلك المرض السيكوسوماتي.

ولذلك أجرى جراهام (1972) دراسات حول سيرورة الإصابة بالمرض السيكوسوماتي. وتوصل إلى أنّه هناك عنصرين مهمين في هذا الاضطراب :

-ما يشعر به الفرد من حزن أو سعادة.

-ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته أو أفكاره أو مدركاته السابقة.

(العيسوي ع. ، 1994 ، ص 45)

3-5- المدرسة البيولوجية :

1- مدرسة كانون :

قام العالم بمجموعة من الاختبارات على الحيوانات من أجل التوصل إلى المنطقة الدماغية المسؤولة عن الانفعالات. والتي تعمل على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، فأحضر مجموعة من الفئران. وأجرى عليها تجارب توصل من خلالها إلى أنّ الفأر إذا تعرض لمواقف انفعالية تظهر لديه في إفراز هرمون "الأدرينالين" الذي يؤدي إلى اضطرابات وظيفية في عمل الجهاز السمبشوي. والذي يسبب بدوره في تغيرات في وظائف الأعضاء، وهذا ما نلاحظه من خلال التغير الفيسيولوجي كالتعرق والشحوب وتوسع حدقة العين. كما أنّه قام باستئصال التلاموس فتوصل إلى غياب ردود فعل إزاء الانفعالات المألوفة. فاستنتج أنّ التلاموس هي المنطقة الدماغية المسؤولة عن الانفعالات، وتوصل العالم بارد إلى نفس النتيجة التي توصل إليها كانون، ولكن هذه المرة المنطقة المسؤولة هي الهيبوتيلاموس. (خير الزراد ف.، 1984 ، ص20)

2- مدرسة وولف :

قام العالم بإجراء تجارب على الطفل توم وتوصل إلى إثبات وجود علاقة بين الجانب النفسي والجانب الفيسيولوجي. فكلما كانت هناك تجارب حياتية مريرة كانت نسبة التعرض للإصابة كبيرة، وكان خطر وجود مرض معين موجود بكثرة. ويسمى ذلك نظرية الحياة المأساوية، و هي عدم قدرة الفرد على تحمل الأحداث الحياتية الصعبة التي يمر بها فتأثر على أنشطته الجسمية ويصاب بالمرض السيكوسوماتي.

3- مدارس بيولوجية أخرى :

قام مجموعة من العلماء في عدّة نواحي في العالم بإجراء دراسات دقيقة يهدفون من خلالها إلى ربط العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالات. فتوصل العالم "ساوري" من خلال تجاربه على فئران مصدومة كهربائياً أنّها تصاب بالقرحات المعدية. كما أثبت "برادي" أنّ الحيوانات تصاب بالقرحات ليس نتيجة صدمة واحدة، بل نتيجة

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

تراكم الصدمات .حيث قام بتشريح قرد ميت وتبين له وجود قرحة له في الإثنا عشر، وانتقلت الدراسة على الإنسان حيث قام فردمان بدراسة أسرى الحرب وتبين له أنّ 99 بالمائة من الأسرى يعانون من اضطراب سيكوسوماتي على الأقل. كما أنّ جراي وماجدا توصلا إلى أنّ الخوف حالة من التهيج القوي للجهاز العصبي السمبشوي، بينما الغضب حالة تهيج قوية للجهازين السمبشوي والباراسمبشوي.

(العيسوي ع.، 1994 ، ص 210)

4- المدرسة القائمة على بروفييل الشخصية :

وهي نظرية الانماط حيث قامت "فلاندر دنيار" بإجراء دراسة على الأشخاص المصابين بالاضرابات السيكوسوماتية، وجمعت كل اضطراب على حدى. وحددت من خلال ذلك أنماط الشخصية لدى كل مريض.

توصلت إلى أنّ هناك أنماط خاصة بالمرض السيكوسوماتي. تختلف عن غيرهم، وكل مرض يختلف عن الآخر. ومنه يمكننا التنبؤ بإصابة شخص ما بمرض ما وفق نمط الشخصية الذي يتميز به، فمرضى القرحة المعدية مثلا أشخاص طموحين حساسين استقلاليين إلى غير ذلك من السمات.

أما روزنمان و فريدمان فقد ميزا بين نوعين فقط من الأنماط :

الأول : عدم قدرة على التحمل، زيادة القدرة التنافسية، سهولة الاستثارة، الحساسية، الرغبة في الإنجاز...

و الثاني: يتميز بالاسترخاء و الحياة الخالية من الهموم و العمل، دون إحباط و الحياة الاجتماعية الجيدة.

أما إيرند فيرى أنّ نمط الشخصية هو الذي شكل العامل الإستعدادي للإصابة بمرض ما دون سواه.(عبد المعطي ح. م. ، 2003، ص 253)

4- أهم الاضطرابات السيكوسوماتية لدي الرضيع: 1-4- اضطرابات الاكل:

نجد لدى الرّضع مجموعة من الاضطرابات التي تمس الأكل منها :

1- الاضطراب الاجتراري **La Ruminaton ou le Mérycisme**:

نجده خاصة في السداسي الثاني من السنة الأولى من حياة الرضيع. و يمس عادة الذكور الطبيعيين و العاديين من حيث السلامة النوروبولوجية و العقلية و الهضمية. و يتميز باجترار أرادي للمأكولات متبوع بمضغ مطول. يكون الرضيع منهك في هذه العملية و نظره تائه . و كأنه غريب عن العالم الخارجي، ساكن، و يتوقف عن هذه العملية إذا اقتربنا منه. له رغبة كبيرة في الاتصال بالآخرين. في غالب الأحيان يقوم بالتقيؤ في الأخير مما يسبب له الإصابة بسوء التغذية . و البعض منهم يتوفون نتيجة ذلك. و السبب الرئيسي يكون حرمان عاطفي شديد. مما يفقد الطفل إلى تطوير نشاطات مؤسسه على الشبقية الذاتية. (Kreislner L., 1976, pp.49-50)

2- فقدان الشهية:

يعتبر عند الرضيع حسب عدد كبير من الدراسات كفدية للرضاعة الاصطناعية. و لا يظهر إلا نادرا عند الأطفال الذين يرضعون الثدي. الأم تتمسك بالكميات المسجلة في كوب الحليب دون مراعات شهية طفلها وترغمه على إتمام الكمية. الطفل يرفض، والأم تلح وترغمه بالقوة أو الخداع. مما يؤدي إلى القيء عند الطفل. شيئا فشيئا يصبح صراع بين قوتين وإرادتين تتجابهان. كل واحد يريد فرض إرادته على الآخر.

حسب كرزلر "Kreislner" يتطور هذا الاضطراب في السداسي الثاني مع تطور العلاقة للموضوع (الليبيدي) إثر حدث صحي، أو عند إدخال أكل مختلف عن الحليب، أو إذا أرادت الأم أن تجبره على إنهاءه فرفض.

وتكرر هذه الوضعية : رفض – إجبار. هذا ما جعل باحثين يسمونه " anorexie d'opposition". عموما ينخفض الاضطراب بعد توجيه الأم ونصحها على التخلي عن إرغام الطفل. عندما لا يجد معارضة يتخلى الطفل عن رفضه.

إنّ كل طفل له شهية خاصة عند الميلاد : أطفال يأكلون بشراهة، وآخرون قليلي الشهية، هذا النصف الأخير مؤهل إلى اضطرابات الشهية. وإذا كانت الأم قلقة مهتمة كثيرا بهذه الوظيفة فيضطرب الطفل. اضطراب الشهية لا يؤثر على الطفل الذي رغم نحافته يكون نشيطا جدا وله نمو نفس-جسمي متقدم يفوق المعدل.

(ميموني، ب. م، 2011، ص123).

3. القي والالام المعوية:

القيء من أكثر الأعراض شيوعا لدى الطفل نظرا لحساسيته الجسمية والنفسية، ويحدث مع ارتفاع في درجة الحرارة، والنزلات المعوية، والحميات المختلفة، وعلينا التأكد من عدم وجود هذه الأمراض قبل البحث عن الأسباب النفسية، والتي عادة ما تتلخص في ما يلي :

- حيلة دفاعية لا شعورية للتعبير عن احتجاجه ونفوره وتقززه من بعض الظروف الأسرية.
- مقاومة الضغط المستمر لإطعامه، والعناية الفائقة لإدخال أكبر قدر ممكن من الطعام على الرغم منه.
- تعاسة الطفل ووحدته الفكرية، وعدم تمتعه بالانفعالات الدافئة مع والديه، أو نزاعه المستمر مع إخوته، والذي يغلب فيه دائما على أمره.
- الكبت والحرمان والإحباط بالنسبة لدوافعه ورغباته، وحرص الوالدين على حبسه بالمنزل، وعدم اختلاطه بالأطفال الآخرين حتى لا تنتقل العدوى إليه، أو يتعلم منهم الألفاظ البذيئة.(شليبي، ص.س، 2003، ص150)

4-2- اضطرابات الإخراج

1- التبول الليلي اللاإرادي:

تتمثل الأسباب النفسية فيما يلي: القلق النفسي، وعامل المنافسة والغيرة من ولادة طفل صغير، و اهتمام الأسرة بالطفل الجديد. فهنا يبدأ الطفل في التبول الليلي لإثارة العائلة لا شعورياً، وجذب الاهتمام الكافي له، وأحياناً ما يحدث التبول الليلي عند تعرض الطفل أثناء النهار لصراعات مختلفة مع إحباط وكبت انفعالاته.

2. التبرز اللاإرادي:

يتحكم الطفل في عملية التبرز بين سن 1.5 و 2 سنة، والتبرز اللاإرادي أكثر ندرة من التبول اللاإرادي، وأسبابه العضوية تنحصر في إصابة المراكز بالحبل الشوكي أو المخ، أمّا أسبابه النفسية فعادة ما تكون تعبيراً عدوانياً من الطفل تجاه أمه. ويتجه العلاج لفهم سبب هذا العدوان والنفور وتفسيره للعائلة، مع إعطاء بعض العقاقير المقوية للعضلات العاصرة للشرح. (شلبي، ص. 2003، ص 151-152).

4-3- اضطرابات الجهاز التنفسي (الربو الشعبي) :

ينظر للربو من الناحية الطبية على أنه نوع من أنواع الحساسية "Allergy". والحساسية إن هي إلا حالة لقدرة متغيرة للخلايا الحية والأعضاء لكي تستجيب لبعض المواد التي كان العضو يتحملها في الماضي. ويصبح الفرد الحساس مفرط الحساسية لمثيرات الحساسية تلك التي لم تكن ضارة فيما مضى.

أمّا من الناحية النفسية فحاول كل من **Alexander** و **French** رسم صورة عن العلاقة بين الطفل الربوي و أبويه. فلقد أقرّ مرضاهم أنّهم يشعرون بالحرمان من الحب الأمومي في مرحلة الرضاعة. وكان هؤلاء المرضى متذبذبين في علاقاتهم بأمهاتهم. أمّا الذين ماتت أمهاتهم فكانت أعراضهم أشد خطورة. وكانت أمهاتهم جميعاً تقريباً يوصفن بعدم التمتع بالأمان وبالحدود، وكن عدوانيات ومنتسلطات في تعاملهن مع أطفالهن. وكانت غالبية

الأمهات يفرضن الحماية أزيد من اللازم على أطفالهن. ربما كرد فعل لا شعوري لشعورهن بالعداوة والنبذ. ولقد أوردت الغالبية العظمى من هؤلاء النساء الغضب والقلق عندما تهاجم الطفل النوبة الربوية. أمّا الآباء فكانت غالبيتهم توصف بالاعتماد على الغير وبعدم الفاعلية في القيام بدور الأب وفي الغالب كان هؤلاء الآباء يقومون بدور الأم أو بدور أمومي عندما يصاب أطفالهم. (العيسوي ع.، 2000، ص 98)

4-4-الإكزيما Eczema :

يبدأ في العادة في السداسي الثاني من الحياة. و يختفي في بعض الأحيان في السنة الثانية ليعوّض بالربو. عامل الحساسية له أهمية كبرى. و قد أوضح Spitz R.A. في دراسته لشخصية أمهات الرّضع المصابين بالايكزيما، أنّ هناك عوامل استعداد شخصي لدى الرّضع بالإضافة إلى بعض الخصائص في علاقة الأم بالطفل. و هي مميزة أساسا بعدائية لاشعورية للأم التي تحرم الرضيع من تفاعل جلدي سوي. و قد لاحظ زيادة نسبة الاضطراب لدى الرّضع المربون بالمصحات.

4-5-الثعلبة Pelade :

قد نجد لدى بعض الرّضع ثعلبة أين يحدث صلح في بعض المناطق من الرأس. و هي تأتي تباعا لحرمان عاطفي شديد، و في بعض الأحيان لانفصالات مفاجئة مع الأم.

(Ferrari P. et Epelbaum C., 1993, p.109)

و من بين الاضطرابات السيكوسوماتية التي تمس الرضيع. و تنعكس سلبا على حياة الأسرة عموما و على صحة الرضيع . كذلك اضطرابات النوم التي هي أساس موضوع بحثنا و التي سنتعرض لها بالشرح و التفسير، فما هو النوم؟ و ما هي اضطراباته عند الرضيع؟ و ما هي عوامله؟ و كيف نتدخل لعلاجها؟

5- اضطرابات النوم لدى الرضيع :

5-1-التعريف اللغوي للنوم :

النوم باللغة العربية من نام ينام و يعني النعاس و الرقاد.

(ابن المنصور، 1968، ص747)

أما في اللغة اللاتينية فقد برزت كلمة someil سنة 1380 من أصل اللاتينية القديمة somniculus أو Somus سنة 1150 ، لتتشكل الكلمة الفرنسية sommeil. و هي تعني " الحالة الفزيولوجية العادية و الطرفية المتميزة بتوقف الوعي و ارتخاء العضلات و تباطؤ الدورة الدموية و التنفس و وجود النشاط الحلمي. "

(le petit Robert, 1985, p.1832)

5-2- التعريف الاصطلاحي للنوم :

نجد عدة تعاريف من بين أشهرها:

أ- " حالة فزيولوجية, تحدث على مراحل و تتميز بنقص النشاط ، الارتخاء العضلي و توقف الوعي " (Sillamy N., 1999, p. 249)

ب- " حالة فزيولوجية مرحلية متميزة بتوقيف كل علاقة إرادية مع المحيط. "

(Le Ny J.F. & al, 1999, p.877)

ت- " حالة فزيولوجية متميزة بتوقف اليقظة مباشر الاسترجاع، و هذه الميزة الأخيرة تميزه عن حالة الإغماء أو التنويم المغناطيسي. "

(Domart A. & Bourneuf J., 1981, p.944)

تركز التعاريف الثلاث السابقة على جانب واحد من مظاهر النوم. فالأول يركز على تناقص النشاط أو توقف حالة الوعي، في حين يركز الثاني على التوقف الإرادي للعلاقة مع

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

المحيط، و ركز الأخير على ميزة الاسترجاع المباشر لليقظة. و تختلف التعاريف الثلاث السابقة عن التالية من ناحية العمق و التفصيل. ففي حين يهتم دوبري و دوميك بذكر مراحل النوم، نلاحظ أنّ لاکومب يهتم بوظائف النوم و الوظائف الحيوية أثناء النوم، و يذكر ميزة هامة للنوم و هي النشاط الحلمي.

ث- " النوم سيرورة فيزيولوجية تقلّ خلاله بشكل ملحوظ وظائف الفرد للدخول في علاقات مع الآخرين، و تتباطأ وظائف الجهاز الحيوي. فهو سيرورة كفّ نشط و متناسق، يدخل فيه الفرد عفويا عن طريق الخلود إلى النوم (endormissement) و يخرج منه تلقائيا عن طريق اليقظة (Réveil). فالنوم يتكون من ثلاث مراحل فعلية: الخلود للنوم¹⁶ و النوم الفعلي و اليقظة. " (Debré R. & Doumic A., 1969, pp.17-18)

ج- " هو حالة مرممة و دورية و هامة متميّزة بالتوقف المؤقت للوعي و للحركات الإرادية و للعلاقات مع الوسط المحيط و قلة القوة العضلية، و استمرار الحياة الحيوية végétative بتغيرات ملحوظة في الوظائف الحيوية الكبرى مثل التنفس و الحركة الدموية و الهضم الخ.... مع تواصل نشاط ذهني لاشعوري معروف بالحلم. "

(Lacombe M., 2006, p.215)

3-5- تعريف اضطرابات النوم :

أ- " هي مصدر انزعاج خطير يتداخل في أنماط النوم السوي ، و يتعارض مع الأداء المهني أو الاجتماعي للشخص و يسبب له أسى نفسيا. و تنقسم إلى مجموعتين رئيسيتين :-
اضطرابات النوم Dyssomnia (من حيث كمية النوم و كفيته و توقيته)-الاضطرابات المخلة بالنوم Parasomnia (حيث تقع أحداث بارزة غير طبيعية تخل بالنوم). "

¹⁶الخلود إلى النوم أو endormissement : لم أجد كلمة بالعربية تترجم مباشرة هذه الكلمة الفرنسية ، و يعرف على أنه : " المرحلة التي تمتد من الوقت الذي يكون فيه الطفل مهياً للنوم إلى وقت نومه الفعلي . و ككل عناصر النوم ، يكون مختلفا في طريقته و مدته حسب سن الطفل . و فروق فردية معتبرة ، فكل طفل له طريقته في الخلود إلى النوم . " (Debré R. & Doumic A., Op.cit ,p. 35)
" عادة ما يكون تدريجي و مسبوق بمؤشرات قبلية : تناوب ، تناقص الانتباه ، و يبدأ بعد ذلك الارتخاء العضلي خاصة عضلات الفقا و الجفون العليا و بعد ذلك يأتي إيقاف السمع في حين تصبح العمليات العقلية أكثر اختلاطا. " (Lacombe M., Op.cit, p.215)

(فايد ح.ع. ،2001،ص 293)

ب- لقد استوتحت جمعية مراكز اضطرابات النوم ASDC من خلال دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM تقسيما ثلاثيا لاضطرابات النوم: 1- اضطراب الخلود للنوم و الحفاظ عليه Dyssomnia. 2- الاضطرابات المخلة بالنوم Parasomnia 3- اضطراب تناغم النوم أو ما يسمى باضطراب إيقاع النوم - اليقظة.

(Le Ny J.F. & al, 1999, p. 880)

4-5- فزيولوجيا النوم :

1-4-5- المراحل الفزيولوجية للنوم : "إنّ الدراسات الأكثر استعمالا و الأكثر جديّة في تقسيم مراحل النوم كانت لـ لوميس و رققاؤه (Loomis & al (1937). (Oswald I., 1966, p. 42)

ثم تلتها تقسيمات أكثر موضوعية من طرف Nathaniel Kleitman و تلامذته Eugene Aserinski و William Dement و ذلك باستعمال الدراسة المتعددة لمخططات النوم و قد سمحت لهم بالتفريق بين مرحلتين أساسيتين في سيرورة النوم :

أ-النوم البطيء أو النوم الجسدي أو نوم انعدام الريم

sommeil lent, Non – rap.id- eye- movement: تفتقر هذه المرحلة مثلما تسمى لحركات الأعين السريعة، وهي مرفوقة بتواجد نشاط متباطئ لجهد العضلات المحيطة ، يتباطأ نبض القلب و نبض التنفس و تقلّ الشدة الوريدية رغم بقائها منتظمة، كما تقلّ حركات الجسم و تتحدد فقط تغيرات كبيرة في وضعية الجسم مع تناقص الإفرازات المعوية رغم تواصل الهضم، و تناقص الإفرازات البولية و الهرمونية. وهي بدورها مقسّمة الى 4 مراحل فرعية، تتدرج من الخلود إلى النوم ثم إلى النوم العميق.

(Le Ny J.F., Op.cit, p. 877)و

(Lacombe M., 2006, p.p. 215-216)

المرحلة 1: النوم الخفيف جدا. يمثل 10 بالمائة من الوقت الإجمالي للنوم. يقل نشاط

و تواتر موجات "ألفا" و نجد موجات "تيتا". كما يسجل الجهاز موجات غير منتظمة تدل على أنّ العينين لا تزالان تتحركان حركة خفيفة. و يسجل موجات سريعة تدل على توتر العضلات.

المرحلة 2: النوم الخفيف: يشكل 50 بالمائة من الوقت الإجمالي للنوم. عبارة عن تركيز من نشاط سيقما θ وهي موجات أكبر قليلا (8 – 15 دورة) مع وجود تيار عالي حاد بسبب استثارت خارجية (الذروة 5 و العقد k). " يقلّ التوتر العضلي إلا أنّ النائم يتقلب من جنب إلى آخر ، أمّا حركات العيون فتكون قد هدأت و سكنت و هنا يدخل في النوم الفعلي، و هي أطول مراحل النوم حيث تستغرق أكثر من نصف الوقت الكلي الذي يستغرقه النوم بكل مراحلها ، و هذا من إعجاز الخالق بحيث يتقلب النائم في فراشه من جنب إلى آخر و بذلك يستريح جلد الجسم ، و لا يحدث ضغط الفراش على جنب واحد إلا في وقت قصير أثناء النوم."

المرحلة 3: تمثل 10 بالمائة من الوقت الإجمالي للنوم و يبدأ ظهور موجات دلتا (δ) المتعددة الشكل (1- 3 دورات) . (احمد شوقي إبراهيم ، 2006، ص 64)

المرحلة 4: النوم العميق: يشكل 20 بالمائة من الوقت الإجمالي للنوم. و هو عبارة عن تعميم لموجات دلتا الأحادية الشكل في حالة استيقاظ مستثار أثناء النوم البطيء ، يكون النائم بحاجة لفترة كمون كي يعود إلى الواقع ، وإذا سئل عن أفكاره قبل الاستيقاظ فإنه يستحضر أفكارا نوعا ما مجردة و تحوي قليلا من العاطفة. (Le Ny J.F. et al, 1999, p. 877)

ب-النوم المفارق أو نوم حركات العيون السريعة أو نوم الريم أو النوم النفسي و الدماغى

Le sommeil p.aradoxal ou rap.id –eye- movement:

مرحلة الريم معرفة بتواجد توتر منخفض و سريع، وأنماط من مخططات الراسم الكهربى للمخ النشطة و غير المتناسقة، تزامن حركات الأعين و حركات سريعة للعينين مع كف مسجل من طرف جهاز الراسم الكهربى للعضلات المحيطة ما عدى عضلات القولون

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

التي تضمن الاعتصام الليلي، و ذلك أساسي لإصلاح و ترميم التعب العضلي، انعدام الجهد العضلي تتخلله أنماط خاصة لحركة الجسم متميزة بارتعاش في الوجه، ابتسام، تقطيب grimace و تقلصات مرحلية لنشاط خافت لمجموعة من العضلات مع وجود انتصاب للقضيب (ينتصب القضيب حتى عند الرضيع و عدم انتصابه أثناء هذه المرحلة من النوم دليل عجز جنسي ذا منشأ عضوي). و توجد حركة لاشعورية متمثلة في تغيير الوضعية في الفراش مستثارة بالطابع التدريجي المؤلم للاستناد على نفس الجهة من الجسم. و يعطى عدد التقلبات في الساعة كمؤشر للهدوء، و كثرته قد تؤدي إلى الجولان الليلي somnambulisme، و تتناقص أو تتوقف المنعكسات، كما تظهر الأحلام والكوابيس و هي مرحلة هامة جدا للتوازن النفسي و النرولوجي للفرد.

(Anders T.F., 1982, pp. 75-76) و (أحمد شوقي إبراهيم، 2006، ص 66-67)

إنّ مرحلة الريم تمثل في بداية الحياة نصف النوم كاملا و هي مرتبطة بنضج الجهاز العصبي و بنشيط المعلومات الجديدة في الذاكرة. و هي تتميز بمخطط لا يمكن التفريق بينه و بين مخطط اليقظة. ولا تدوم أكثر من دقائق معدودات ثم يعود النائم إلى المرحلة الثانية و الثالثة و الرابعة و يدخل في دورة أخرى. فالنوم البطيء و نوم الريم يتتابعان على دورات من 90 إلى 120 دقيقة تأتي 4 أو 5 مرات في الليلة. تبدأ الدورة بمرحلة من النوم البطيء متدرج من المرحلة 1 إلى 4 ثم نلاحظ عودة إلى المرحلتين 1 و 2 التي تسبق بدقائق مرحلة نوم الريم. و يمثل نوم الريم حوالي 20 بالمائة و النوم البطيء 80 بالمائة من الوقت الإجمالي للنوم. و يشغل النوم البطيء أغلب الوقت في بداية الليل في حين يشغل نوم الريم حيزا أكبر في نهاية النوم. وإذا أيقظنا نائما في هذه الفترة فإنّه يحكي لنا حلما.

(Le Ny J.F. et al, 1999, pp.877-878)

ج -مرحلة اليقظة L'éveil : مميّزة بتواجد موجات ألفا (من 8 إلى 13 دورة في الثانية) و هي موجات اليقظة و الانتباه الدماغية. (Oswald I., 1966, p.39) تختفي في

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

النوم ليحل محلها موجات صغيرة و سريعة و عندما يصير النوم في مرحلة أعمق تتغير تلك الموجات إلى موجات أكبر و أبطأ.

5-4-2-وظائف النوم:

أ- وظائف النوم البطيء: مهمته الأساسية الحفاظ على الوحدة الفزيولوجية، فأى صرف إضافي للطاقة يزيد من الحاجة إلى النوم البطيء و كميته تتناقص (خاصة المرحلة 3 و 4) بمرور العمر. وهو يلعب دوراً ترميميا و تجديدياً خلويًا، حتى أننا نلاحظ ظهور النوم البطيء العميق في وقت إفراز أعلى كمية من هرمون النمو. و هي مرحلة أساسية لتحضير وجود نوم الريم، فحسب هارتمان يتم في هذه المرحلة تركيب مواد بروتينية لازمة لنوم الريم.

ب-وظائف نوم الريم : لا تزال وظائفه مجهولة إلى الآن، و تفترض الإشاعات الحالية أنّ سيرورة المعلومة و الاحتفاظ بها في الذاكرة هي الوظائف الأهم للريم.

(Anders T.F. & Sostek A.M., 1976, p.156)

وتذكر داوس نقلا عن هارتمان (1973) أنّ نوم الريم أو نوم (D) كما يفضل أن يسميه له وظيفة ترميمية لجهاز التركيز والانتباه، كالقدرة على التركيز على شيء ما و التفريق و الاختيار. و له دور في القدرة على الحفاظ على التناول و على طاقته و ثقته بنفسه، و القدرة على التكيف النفسي مع المحيط الفيزيولوجي و الاجتماعي. و نحن نحتاج أكثر لهذا النوع من النوم بعد يوم مليء بالمشقة أو الحيرة أو التعليم المكثف خاصة إذا كان هذا التعليم ملئ بالضغوطات. و يشير إلى أنّ الأفراد اللذين هم بحاجة إلى أكثر وقت من نوم الريم ليسوا ممن اللذين تعلموا معلومات جديدة، لكن هم الأفراد اللذين يعيدون تنظيم طريقتهم في التفكير بأسلوب مليء بالقلق، و منه فهو يساعد على تدعيم و استيعاب التغيرات المهمة الحادثة في النهار. " (Daws D., 1999, p.99)

و من وظائف نوم الريم أيضا كما ذكرها لوني نجد :

"-وظيفة ترميمية للألية النرولوجية و التخلص من المواد السامة.

- يسمح بتفريغ الرغبات أو كف الذكريات المزعجة للفرد.
- له دور في نضج الجهاز النرولوجي المركزي.
- له دور في وضع ثم التنشيط المنتظم لبرامج السلوك الخاصة بالنوع."

(Le Ny J.F. et al, 1999, p. 884)

و حسب دراسات عديدة منها : Bloch et coll. (1977) ; Fishbein et Gutwein (1977) ;
(1979) ; Smith (1985) ; Dujardin et coll. (1988); Leconte (1990)

يؤدي الحرمان من نوم الريم إلى اضطراب تعلم المهام المعقدة و الجديدة و فقد النوم الناجح مما يؤدي إلى زيادة في نوم الريم أثناء الاسترجاع ، و النوم الذي يلي مباشرة التعلم يكون هاما بما أنه يكون متغيرا نوعا و كما. (Inserm, N.D, p. 44)

" ويؤدي هذا الحرمان في بضعة أيام إلى ظهور القلق و الهيجان ، و اضطراب الانتباه، بالإضافة لعدم التوافق الحركي ، و يسبب عدم ترميم آليات الكاتيكلولامين (دوبامين ،أدرينالين و نورأدرينالين) تكرار سلوكيات حركية فطرية مثل البحث عن ثدي الأم أو العنف... و يلعب نوم الريم دورا في سيرورة التعلم. فقد لوحظ أنّ زهان كورسكوف Korsakov المميّز بعدم القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات راجع إلى تناقص هام في مرحلة الريم. و وجد عند قطف حديثي الولادة تمّ إعطائها مضادات للاكتئاب نزعت مرحلة الريم ،ابتعادا كبير للقطط عن أمهدها، بالرغم من أنّ التعلّق في هذه المرحلة أمر أساسي للنمو." (Le Ny J.F., Op.cit, p. 879-880)

" و يشير أدرينانو فونتانا أنّ هناك ارتباط بين استجابات الجسم الدفاعية و النوم " (ألكسندر بوربلي, 1992, ص173)

5-5-النوم عند الرضيع :

قبل الدخول مباشرة إلى معرفة خصائص النوم عند الرضيع و اضطراباته، نتطرق للنوم عند الخدّج و كذلك عند الرضع اللذين يولدون معاقين أو لديهم أمراض خطيرة. و ذلك كي

ندرك علة استثنائهم من دراستنا ، حيث أنّ خصائص نومهم تختلف عن تلك التي هي لدى الرّضع العاديين و الذين هم موضوع بحثنا :

أ- النوم عند الخدج :

نجد المراحل الأولى من النوم النشط في الأسبوع 27 من الحمل عند المولودين الجدد السليمين نورولوجيا و المستقرين إكلينيكيًا. حتى الأسبوع 34 من الحمل تقريبا 30 بالمائة من الوقت الإجمالي للنوم يقضى في النوم غير المحدد، و بعد الأسبوع 35 أو 36 من الحمل النوم يتناقص بشكل معتبر و تركيبة النوم تصبح مشابهة لتركيبية النوم عند المولود الجديد في شهره الأول. حيث تصبح نسبة أعلى (55 إلى 65 %) من النوم الإجمالي تقضى في النوم النشط مقابل 20 % من النوم الهادئ. و تكون دورة النوم قصيرة جدا فقبل الأسبوع 35 من الحمل تكون بمتوسط 45- 50 دقيقة، و تتزايد في الأسبوع 36 لتكون مساوية للشهر الأول للولادة (55-60 دقيقة).

(INSERM ND., p.33-34) و

(Ingersoll E.W. & Thoman E. B., 1999, p.1)

إنّ تنظيم النوم عند الأطفال الخدج لا يختلف كثيرا عن تنظيم النوم لدى حديثي الولادة اللذين أكملوا فترة حملهم ، لكن الاختلاف يكون عند الرّضع ناقصي الوزن حيث يلاحظ عدم نضج لمخطط النوم البطيء. (Watanabe K. & al, 1974, pp.29-30)

يكون التأثير على نوم الرّضع الخدج بعد الولادة ، حيث أنّنا نجدهم يوصلون بكثير من الأجهزة الحديدية بالإضافة إلى ضجيج الحاضنة و الحقن و التدخلات المؤلمة، التي تجعل منهم لا يعيشون نفس التجارب الإيجابية التي يعيشها الرّضع العاديين في حضن أمهدهم ، بالإضافة إلى أنّ أوليائهم ينقلون لهم المخاوف التي يحسون بها من الخشية على حياتهم و إحساسهم بالعجز أمام هذا المخلوق الضعيف.

ب-النوم عند الرّضع معاقين أو اللذين لديهم أمراض خطيرة : إنّ الأطفال المعاقين ذهنيا و حركيا يعانون أكثر من الآخرين من اضطرابات النوم ،و في كل المراحل العمرية. و هي تتعلّق بتصرفات العنف والغضب والجروح أثناء النهار. وتبيّن الدراسات أنّ عند هؤلاء الرّضع خلل في الجهاز العصبي المركزي، مما لا يساعد على إرساء مراحل النوم العادي. وما على الوالدين إلاّ التكيف مع هذا الاضطراب.(Daws D., 1999, p.346)

و قد قامَ Tiroch E. & al. (1992) بدراسة ضمّت 752 طفل ما بين 4 أشهر و 4 سنوات، منهم 66 طفل لهم أمراض طبية مزمنة أو تاريخ مرض تطلب الإقامة بالمستشفى. فأفادت النتائج أنّ الاستيقاظ الليلي متساوي في كل من المجموعة التي لها و ليس لها تاريخ مرض (ما بين 34 و 35 %). و بذلك استنتج أنّه ليس هناك علاقة مباشرة بين المرض و اضطرابات النوم لكن تكاثف الأسباب الفزيولوجية و النتائج النفسية للمرض الصحي قد تشارك في زيادة الإصابة بسلوكيات مضطربة في أنماط النوم.

(Tiroch E., 1992, p.15)

و تظهر العديد من الدراسات أنّ هناك ارتباط وثيق بين قلّة النوم و نقص وزن الرضيع.

(Watanabe K. & al, 1974, pp.23-31)

5-5-فزيولوجيا النوم عند الرضيع :

يذكر ليبوفوسي أنّ Denisova & Figurin (1926) هم أوّل من وصف المراحل المتتابعة للنوم و النشاط عند الرضيع. و آنذاك لم يقدر اكتشافهم حق قدره ،لتأتي بعد 10 سنوات دراسات Aserinski & Kleitman اللذان سلطا الضوء على وجود دورة أساسية للسكون-النشاط عند الرضيع النائم."

(Lebovici S. & Weil-Halpern F., 1989, pp.401-402)

و كان لذلك فائدة كبرى في معرفة الخصائص الفزيولوجية للنوم عند الرضيع.

أ- عند حديثي الولادة :

في الأيام القليلة التي تلي الولادة، تكون حالة الطفل مرتبطة بظروف الولادة و الاستعمال المحتمل للتخدير. و لذلك نجد بعض الرضع ينامون 24 أو 48 ساعة متواصلة أو بالعكس نجدهم متهيجين. و بعد 4 إلى 5 أيام تتوقف هذه السلوكيات.

(Debré R. & Doumic A., 1969, p.69)

ينام المولود الجديد تقريبا من 16 إلى 17 ساعة يوميا لكن لا يستطيع أن ينام لعدة ساعات متتابة. فيكون له تقريبا 7 مراحل من النوم و اليقظة مقسمة على الليل و النهار هذه المراحل تدوم من 25 دقيقة إلى 5 أو 6 ساعات تبدأ بالنوم النشط. يتقسم النوم بالتساوي بين الليل و النهار بعد الولادة و مع بداية الأسبوع الثاني نجد غلبة النوم الليلي على النوم النهاري. و يقول جيزيل أن " الطفل في هذه المرحلة يستيقظ ليأكل و يأكل لينام." (Ibid, pp. 85-89) فيتكون النوم عند حديثي الولادة من حالتين سلوكيتين مختلفتين النوم النشط و النوم الهادئ.... ووسط النوم النشط نجد مرحلتين مختلفتين واحدة هي الفترة التي تلي مباشرة اليقظة و الأخرى هي التي تلي النوم الهادئ. و تكون دورة النوم أكثر انتظام إذا ولد الرضيع في سن 35 أسبوع فما فوق.

(Watanabe K. & al, 1974, p.p. 23)

أما مدتها فتكون أقصر (50-60 دقيقة) عن تلك التي هي عند الراشد، يمثل فيها النوم النشط من 50 إلى 60 بالمائة من إجمالي النوم خلافا للراشد الذي يكون عنده من 20-25 بالمائة من إجمالي النوم، يرجع ذلك لأنّ الخلود إلى النوم يحدث خلال النوم النشط، خلافا عن الراشد أين يحدث النوم في النوم البطيء.

(INSERM, ND, p. 34) انظر الجدول:

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

الجدول رقم 6 : المراحل الهامة في تطور النوم- يقظة لدى الرضيع.

السن	دورة النوم و اليقظة	بنية النوم
المرحلة الجنينية و الأيام الأولى من الحياة	إيقاع نوم أحادي إيقاع حر أو إيقاع غير منتظم مرحلي	ظهور النوم النشط و النوم الهادئ من 27 الأسبوع من بداية الحمل زيادة النوم النشط و زيادة مدة الدورة (من 40-45د إلى 55-60د)
الأسبوع 3 و 4	ظهور الريتم السيركادي المزدوج على 24 ساعة	تناقص نوم الريم و زيادة النوم البطيء و ظهور المرحلتين 1 و 2 أما المرحلة 3 و 4 فتظهر ما بين الشهر الثاني و الثالث
الشهر السادس	تعزيز النوم الليلي	غياب الغفوات في نوم الريم مع بداية الشهر التاسع
ما بين 3 و 6 سنوات	غياب القيلولات	تنظيم النوم البطيء العميق و نوم الريم بين 9 و 12 شهر زيادة دورة النوم ما بين 2 و 6 سنوات (90-120د)

(Inserm, ND, P.33)

ب- الأشهر الثلاث الأولى :

يكون الخلود إلى النوم سهل فيمر المولود الجديد من حالة من اليقظة إلى نوم قليل العمق بسهولة، يتعلّق أساسا بالإشباع، ونعني بالإشباع بكل أشكاله الحسي والحركي والعاطفي الخ.. أي بعد أن أحس الرضيع ارتخاء عضلات فمه نتيجة للمص، و الإحساس بامتلاء المعدة، والإحساس برائحة الحليب المختلطة برائحة أمه، و الإحساس الجميل بالدفء في حضن أمه. ويرجع الاستيقاظ أساسا إلى الإحساس بالجوع ويكون مفاجئ وسريع بالصراخ، و قد يؤدي الإحساس بالبرد أو حرارة كبيرة أو وضعية سيئة إلى ذلك.

(Debré R. & Doumic A., 1969, pp. 35-71)

حسب بعض الدراسات لا يستقر نوم الطفل إلا بعد 3 أشهر أو 5 كيلوغرامات. و لا يتأتى التنظيم عن طريق دورة الضوء و الظلام إلا بعد الشهر الخامس.

(Duverger P.,ND, p. 4)

في هذه المرحلة يتحول النوم بطريقة سريعة جدا، فيأخذ كل مواصفات النوم عند الراشد. النوم النشط الموجود في الأيام الأولى و المتميز بحركات جسمية متكررة يصبح بالتدريج مع بداية الشهر الثالث نوم الريم وتقل مدته (35 بالمائة من إجمالي النوم).

و تتمكن من التفريق بين المراحل الأربعة للنوم البطيء ما بين شهر و نصف إلى الشهر الثالث، مع ملاحظة بداية ظهور الإيقاع السيركادي في هذا السن .

(INSERM, ND, p. 34)

تدوم مدة النوم الهادئ من 10 – 25 د ، والنوم النشط من 5- 30 د بدورات من 35 إلى 60، بالإضافة إلى حالات وسطية للعبور بين الحالتين.

(Debré R. & Doumic A., 1969, p.71)

جدول رقم 7: متوسط مدة نوم الرضيع من شهر إلى 6 أشهر.

السن بالأشهر	ساعات النوم في النهار (من 8 سا إلى 20 سا)	ساعات النوم في الليل (من 20 سا حتى 8 سا)	اجمالي النوم في 24 سا
1	6.44	8.33	14.77
2	5.48	9.04	14.52
3	4.96	10.05	15.01
4	4.43	10.12	14.55
5	4.22	10.02	14.24
6	3.86	10.05	13.91

(Ibid, p. 82)

ت- من 3 أشهر إلى السنة :

في سن 3 إلى 4 أشهر ينام الطفل حوالي 15 ساعة ، ثلثها يكون في الليل مقسمة على 4 أو 5 مراحل في 24 ساعة، تدوم مرحلتي الصباح و مرحلتي بعد الظهر 45 دقيقة. ويستقر أغلب الأطفال في هذا السن فينامون من آخر وجبة إلى الصباح. و في الشهر السادس

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

تقريبا كل الأطفال يستقرون في النوم وينامون لـ 14 ساعة. و من الشهر الثامن نجد قيلولتين واحدة صباحية تختفي في سن العام . و الأخرى في المساء تطول بالوقت لتشكل القيلولة المعتادة.(Ferber R., 1990, pp.23-24)و

(Debré R. & Doumic A., 1969, p.73)

و يصعب الخلود إلى النوم خاصة في المساء لأنّ معالم اليقظة تتضح و النوم يصبح أكثر عمقا، و بالخصوص إذا كانت هناك استثارة اجتماعية كبيرة وطويلة الوقت من اللعب و الحديث. و لا يتصل الخلود إلى النوم أساسا بالوجبة، فحينما يستيقظ الرضيع نجده يريد بالإضافة للأكل نشاطا حركيا و إشباعا نفسيا. فالإشباع ينفصل عن الأكل ويصبح أكثر تعقيدا و يتعلّق بعناصر عديدة كالرغبة في الحركة و التبادل العاطفي. (Ibid, pp.37-73)

أمّا عن مخطط النوم فنجد تناقص هام لنوم الريم، وبتداية الشهر السادس الخلود إلى النوم يصبح جزءا من النوم البطيء مثل الراشد. و يبدأ التنظيم الليلي لحالات النوم مع غلبة النوم البطيء العميق في الجزء الأوّل من الليل و المراحل الطويلة من نوم الريم في الجزء الثاني من الليل وذلك في السنة الأولى و تكون هناك من 5 إلى 6 دورات تدوم الواحدة منها من 55 إلى 75 دقيقة.(INSERM, ND, p.36) و

(Debré R. & Doumic A., Op.cit, pp.61-63)

ث- النوم من سنة إلى 3 سنوات : تصل مدّة النوم في السنة الثالثة إلى 12 ساعة، و تبدأ قيلولة الظهر في الاختفاء. و تزيد صعوبات الخلود إلى النوم. ففي حين يقضي الراشد 10 إلى 15 دقيقة لينام يحتاج الطفل في هذا السن ما بين 20 و 60 دقيقة لينام. حيث يكون الإشباع أكثر تعقيدا، متعلّقا باكتساب المشي و اللّغة و العلاقة مع الأم تتغير و تصبح أكثر ازدواجية (بداية الأوديب).يكون الخلود إلى النوم ما بين الساعة 18 و 20 مع فروق فردية و ثقافية و تربوية. "أغلب الأطفال يطورون طرقا و عادات في وقت الذهاب إلى النوم تسهل الخلود إليه : يرضع إصبعه، يشد قطعة قماش أو دبدوب ،أو يطلب من أحد الوالدين أن يكون حاضرا، أو أن يكون باب الغرفة مفتوحا، أو أن يبقى الفانوس مشعلا... و من نهاية

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

السنة الأولى بعض الأطفال يظهرون حركات إيقاعية للرأس أو كامل الجسم في بعض الأحيان لمدة طويلة و مزعجة للوالدين (حركات السرير، الضرب بالرأس على الحائط أو على السرير) أو صرير الأسنان." (Lyon G. & Evrard P., 2000, p.117)

و بعد سنتين و نصف يصبح النوم أكثر عمقا. خاصة قبل 11 ليلا و في الفجر. وهو يتناسب عكسيا مع مدة اليقظة. فكلما قل وقت اليقظة ازداد النوم عمقا .

(Debré R. & Doumic A., 1969, p.90)

و تصبح مراحل النوم البطيء أكثر تمايزا. حيث تظهر في الشهر الثامن عشر القمم المسماة vertex المميزة للمرحلة الأولى من النوم البطيء. أمّا العقد K فلا تظهر إلا حوالي 3 سنوات. (Billiard M. & Dauvilliers Y., 2005, p.10)

... ما بين 9 إلى 12 شهر لا نجد القيلولة الثالثة المسائية . و من 15 إلى 18 شهر لا نجد القيلولة الأولى الصباحية. و بين 3 و 6 سنوات تنعدم القيلولة الأولى و الثانية.

(INSERM, ND, p. 39)

عند الطفل مثل عند الراشد هناك مراحل قصيرة من اليقظة خلال النوم. لا يستيقظ الإنسان فيها تماما. و إذا كانت هناك اضطرابات عاطفية فيستغل هذه اليقظة و يقاوم الكف الجالب للنوم. (Ferber R., 1990, pp.37-39)

5-6- النوم و القدرات العقلية عند الرضيع :

لاحظ جون فريمان (1979) أنّ الأطفال المصنفون كأذكيا جدا يعانون من فرط الحركة و يعانون من اضطرابات نوم. أمّا هارتمان (1973) فبيّن أنّ الأطفال الأذكيا يحتاجون إلى أكثر من نوم الريم لاستيعاب معارفهم أثناء النهار.

(Daws D., 1999, pp.355-357)

و قد ارتبط في كثير من الدراسات¹⁷ الاستيقاظ الليلي و اضطراب دورة النوم باضطراب الانتباه عند الرضع اللذين ازدادوا قبل اكتمال وقتهم، و كذلك عند الرضع اللذين أكملوا مدة الحمل (9 أشهر) (Feldman R., 2009, pp.555-574) .

5-7-النوم و الحلم عند الرضيع : يظهر أنه يبدأ في عمر 15 – 18 شهر. و يصعب معرفة محتواه، لأنّ الطفل و لو كان له تقدم في الكلام فسرده للحلم عادة ما يكون مشوش. و عندما يحكي يدخل هوامات جديدة. و ذلك أنّ الحدود بين الواقع و الخيال لا تزال غير محددة. و عادة ما تكون صورة لاهتمامات نهائية أو تخوفات عن الانفصال أو صدى لرغبة مزدوجة في الانفصال عن الأم و ظهور العلاقات الأولى مع الموضوع. أو أحلام مخيفة لحيوانات تلتهمه منذرة ببء تواجد قلق الخصاء.

(Debré R. & Doumic A., 1969, pp.78-79)

5-8-التكيف أو الاستقرار في النوم l' adap.tation ou faire ses ou settling : nuits

هو أن ينام الرضيع من الساعة 12 ليلا إلى الساعة الخامسة دون انقطاع.

(Anders T.F. & al, in INSERM, ND, p.39)

أغلب الأطفال يستقرون ما بين 3 و 6 أشهر (Moore & Ucko (1957) لكن بعض الأطفال يعودوا للاستيقاظ الليلي في 9 أشهر، و يكون هذا الاستيقاظ متعلّق بالمحيط وأمور بيولوجية. فمن 20 بالمائة إلى 40 بالمائة من الأطفال بين سنة و 3 سنوات يشتهي آبائهم من الاستيقاظ الليلي ، ذلك أنهم لا يستطيعون النوم بمفردهم دون مساعدة الوالدين.

(Anders T.F. & al, in INSERM, ND, p.39)

يصف العالمان السابقان التكيف كشكل من أشكال التعلّم البيولوجي، لا يتطلب تدخلا مباشرا و واعيا (إراديا) من طرف الوالدين. في العادة و في معظم الأحيان هذه السيرورة

¹⁷ P.earl, Efron, & Stein(2002); Sadeh, Gruber, & Raviv(2003)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

تتخذ طريقها. وإذا جاء مرض أو تغيّر يعرقلها فإنّ الرضيع يرجع إلى سيرورته بعد أن يتغلّب على المشكل. لكن إذا أّخر التكيف إلى الشهر الرابع أو الخامس فالاعتدال الآلي نحو الدورة النهارية يفقد و يصبح من الصعب إرساء التكيف"

(Daws D., 1999, pp. 29-30)

وحسب نفس العالمين حوالي 70 % من الرّضع يستقرون و يتوقفون عن الاستيقاظ الليلي في الشهر الثالث و 50 % حوالي ستة أشهر و 90 % في نهاية العام الأوّل. وتطبّق هذه الأرقام فقط على الأطفال اللذين ينامون بمفردهم. و لكن يستغربان أنّ 50 بالمائة من الأطفال اللذين يعرفون استقرارا في النوم يظهرّون استيقاظ ليلي بعد سن 12 شهر. و اقترح ماكنا (1989) أنّ الأطفال اللذين ينامون مع أمهذهم ينهضون أكثر في السنة الأولى.

(Sadeh A. & Anders T.F., 1993,p.18) و (Daws D.,Op.cit ,p.p.29-30).

و أثبت (Anders (1983 من خلال دراسته على عينة متكونة من 40 رضيع أنّ الرّضع اللذين ينامون من 12 إلى 5 صباحا قبل 5 أشهر لهم 50 % من الحظوظ أن يكون لهم لاحقا استيقاظ ليلي. مقارنة بالرّضع اللذين يتكيفون بعد ذلك فنجدهم أقلّ استيقاظا خاصة في السنة الأولى. فاقترح أنّ الاستيقاظ الليلي المتأخر لا يفسد التدعيم الفزيولوجي السابق للنوم. فقد يكون هؤلاء الرّضع ضحايا لتغيرات المراحل النمائية أو قلق أو صراعات عاطفية قوية تجعل منهم يستيقظون فما هي إلا اضطراب جديد يأخذ مكانه داخل إيقاع نوم قائم.

(Ibid, p.31 et p. 296)

" يعتبر تدعيم النوم (الاستقرار أو النوم ليلة كاملة) معلم أو مؤشر نمائي مبكر (milestone) يسبق اكتساب عادات النوم الحسنة من طرف الأطفال الصغار. والإخفاق في هذا المعلم قد يكون له علاقة بالوالدين و يمكن أن يسبق بزوغ عدة اضطرابات دالة و مستمرة في نظام حالة النوم – اليقظة. و يجب أن يفرّق تدعيم و تنظيم النوم و الاستيقاظ عن مراحل نضج النوم. فالتنظيم يشير إلى قدرة الرّضع على الانتقال بسلاسة من الاستيقاظ إلى النوم. و التدعيم (الاستقرار) يشير إلى قدرة الرّضع على تثبيت النوم بطريقة متواصلة

لوقت معين حسب السن المرهلي قبل الاستيقاظ الكامل. و تمثل السنة الأولى من الحياة وقت التحولات العظيمة في التكيف الفزيولوجي في التوظيف الأولي للتنظيم الاجتماعي العلائقي. فبالترديج الساعة البيولوجية الداخلية التي تنظم دورات النوم و الاستيقاظ تتزامن مع الإشارات الداخلية المتكررة.مثل: الجوع، القلق، الألم مع التغيرات الدورية للمحيط مثل تعاقب الليل و النهار و درجة الحرارة المحيطة و درجة تغير الضوضاء و تنظيم إيقاع مراحل التفاعل الاجتماعي. في نفس الوقت، الاستثارة المعرفية و التفاعل الاجتماعي مع أفراد العائلة يقود إلى تأسيس أمن للمعالم النمائية و التنظيم الذاتي و الدوافع و التعلق و التفرد. و هذا الانجاز النوروسلوكي و الاجتماعي يؤدي إلى نمو حالة النوم- استيقاظ و إلى التكيف و التوافق البيونفسي اجتماعي." (Sadeh A. & Anders T.F.,1993,p.18)

9-5- تنظيم النوم :régulation

" من جهة، يتفق العلماء¹⁸ على أن التنظيم يتضمن في تعريفه منظورا نسقيا سيستيميا. فالتنظيم يشير إلى الملمح التنظيمي للنسق الذي يتضمنه و إلى الترتيب الوظيفي في مكوناته المتعددة و التناسق الحادث في وظائفها الموحدة و الفريدة. و من جهة ثانية، التنظيم يتطلب احتواء الوقت كعامل لازم في النسق."

ويصف كل(Thelen & Smith(1994) من التنظيم المكانزمات التي تمكن المحتويات المتنوعة من التزامن في الوقت و التفاعل بين آليات التنظيم الذاتي و التنظيم المشترك. و من جهة أخرى، بالنظر إلى أن التعقد في النظم الديناميكية تتزايد بمرور الوقت فإن نظم التنظيم الذاتي و المكونات الفرعية و السياق و تحولات النظم ليست محددة سلفا لكن ناشئة، فبناء النظام يجب أن يحوي منظورا نمائي، على أن يأخذ بعين الاعتبار مفهوم المرونة و انفتاح النظام لتأثير السياقات و المرونة الفطرية لوظائف التنظيم. و بالمثل ينبغي أن ترسم المسارات التي تظهر أقل مستوى فزيولوجي تنظيمي يتحمل ظهور الآليات العالية من أجل السيطرة الإدراكية." (Feldman R., 2009, p.544)

¹⁸ Edelman (1989); van Geert(1994)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

" إن تنظيم النوم و الذي ينطوي على الانتقال السلس من اليقظة إلى النوم في وقت الخلود إلى النوم، (وكذلك بالطبع خلال الليل) يتم التحكم فيه في المقام الأول عن طريق الآليات البيولوجية. و مع ذلك هذه الأنظمة العصبية الحيوية تعمل في إطار يجمع بين الايكولوجية ليس فقط في الحيز المادي و لكن البيئة النفسية و الاجتماعية للطفل كذلك. فالنمو قد وصف بأنه عملية تشترط التفاعل مع عدد من النظم التنظيمية. و من أبرزها اثنتين هي النظم البيولوجية و النظم الاجتماعية التنظيمية. و بالتالي الصعوبات في الخلود إلى النوم أو المحافظة على تواصله لا تعكس فقط العوامل التكوينية للطفل لكن أيضا المتغيرات الوالدية وأنماط الرعاية الوالدية." (Scher A., 2001, p.516)

" و التنظيم في النوم يحدث دائما في إطار الوقت و في إطار الساعة البيولوجية التي في داخل كل شخص منا. و هي عند معظمنا 25 ساعة بدلا من 24. أي أن الشخص دائما يتأخر ساعة واحدة في الاستيقاظ أو النوم عن ما اعتاده سابقا".

(حسين علي فايد عن الشافعي أحمد، 2001، ص 302)

لقد أقترح النموذج أو النسق التفاعلي لتنظيم النوم – اليقظة من أجل وصف التفاعل الدينامي و المزدوج الاتجاه الذي يؤثر بين الطفل و محيطه الاجتماعي أثناء النمو. و مفاده أن التنظيم النوم – الاستيقاظ يتوسط العلاقات و التفاعلات بين الآباء و الأطفال لكن متأثر أكثر بالوضع الداخلي للرضيع (المزاج و العوامل البيولوجية) بالتداخل مع الوضع الخارجي المقارب للوالدين.... ومنه تأثير اضطرابات النوم هو تأثير دائري أو متبادل. يمس الوضع التفاعلي العلائقي، الصحة النفسية للوالدين، انسجام العائلة و ربما مزاج الرضيع كذلك..

(Sadeh A. & Anders T.F., 1993, p.19)

5-7- تعريف اضطرابات النوم عند الرضيع :

يصعب إعطاء تعريف واحد و موحد لاضطراب النوم عند الرضيع. فقد تعددت التعريفات و ذلك لاختلاف العلماء في انتماءاتهم النظرية و العلمية من جهة ، فمنهم من أدرجها في اضطرابات النمو ، و منهم من أدرجها في الاضطرابات البسيكوسوماتية المنشأ

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

و، منهم من أدرجها في اضطرابات التعلق. ومن جهة أخرى، بسبب عدم اتفاقهم على الإجماع على شدة و مدة و تكرار واحد لسلوك النوم يؤدي لتصنيفه كاضطراب نوم. وهذه الاختلافات لا تنقص من أهمية التعريف لكن ما تزيده إلا ثراء. و من ناحية أخرى توجد اختلافات هامة في النوم حادثة في مراحل نمو مختلفة. فمثلا أن يستيقظ رضيع عمره شهرين بشكل متكرر في الليل لكي يرضع، و تستجيب له الأم فطريا ، لا يعتبر غير طبيعي. مقارنة بطفل عمره عامان يستيقظ مرارا في الليلة الواحدة. فيعبر هذا السلوك عن وجود إشكال لدى الطفل الكبير في حين يعكس علاقة أم – طفل منسجمة عند الطفل الذي لديه 8 أشهر.

و ما يزيد التعريف صعوبة، الاختلاف و الفروق الكبيرة بين الأسر في درجة الانزعاج و التسامح مع أطفالهم في عادات النوم. فمنهم من ينظر إليها كإشكال عائلي صعب الاحتمال. و منهم من يأخذ المسألة بكثير من اللين. فتختلف الأمهات في درجة الانزعاج ببكاء أو استيقاظ أولادهن. منهن من لا تستيقظن لذلك. و منهن من تستيقظ و تتقبل ذلك بصدر رحب. و منهن من تستيقظ و لا تحتمل ذلك. وتختلف الأم العاملة عن الأم الماكثة في البيت في درجة تحملها لاستيقاظ ابنها.

" فقد أظهرت بعض تسجيلات الفيديو لأطفال في بيوتهم، أنّ الكثير من الرّضع في السنة الأولى من عمرهم يستيقظون و يعودون للنوم دون أن يوقظوا والديهم. و هناك أيضا اختلافات بين سلوك الصراخ عند المولود الجديد و سرعة و توقيت استجابة المكلف بالرضيع لهذا الصراخ. فدرس سندر (Sander(1969 صراخ رضع لديهم ممرضتين ذات أنماط استجابة مختلفة. فوجد أنّ الصراخ يحدث أكثر مع الممرضة التي تستجيب بسرعة. و يحدث أقل مع الممرضة التي تستجيب بأقل سرعة لكن بكفاءة أكبر على تهدئة. فمن المحتمل أنّ الصراخ يقلّ عندما لا يتلقى أي استجابة أو استجابة دنيا. و وجد كل من Thus Tizard & Tizard(1971 أنّ 3.3% من أطفال الحضانات السكنية اللذين أعمارهم سنتين لديهم اضطرابات نوم مقارنة بـ 37% من الرّضع اللذين هم يعيشون ببيوتهم. فبالطبع موظفي الحضانة لا يعرفون ما إذا كان الطفل أفاق أو بكى."

(Richman N., 1981, p.491)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

و هل يعتبر الرضيع الذي يستيقظ من حين لآخر أو ظرفياً لأسباب فيزيولوجية أو ليلتجأ لطمأنينة والديه إثر تغيير حادث في الأسرة أو شدة نفسية أو نتاج نموه الشخصي كالأسنان والمشى و الحبو له اضطرابات نوم ؟ فمتى يكون الإشكال ؟.

قد يكون الإشكال عندما لا نفهم لماذا يستيقظ الطفل. أو لا تجد الأم سبباً مقنعاً لاستيقاظه. وحتى عند زهاب السبب الظاهر يتواصل الاستيقاظ بشكل متكرر.

و قد عرفه ريتشمان " مشكل الاستيقاظ حادث لـ 5 ليالٍ أو أكثر في الأسبوع و لمدة شهرين أو أكثر، بالإضافة إلى أحد الملاحظات التالية : يأخذ أكثر من 30 دقيقة للخلود إلى النوم. يستيقظ 3 مرات أو أكثر في الليلة. يستيقظ لأكثر من 20 دقيقة في الليل. ينام في سرير الوالدين بسبب اضطراب في النوم وذلك لثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع."

(Morrell J.M.B., 1999, p. 21)

أمّا (Lozoff (1985) فقد عرفتها بأنها " استيقاظ ليلي يتدخل فيه الوالدين أو مشادات في وقت النوم تحدث 3 ليالٍ أو أكثر في الأسبوع في الشهر السابق للاستشارة مرفوق بصراعات و قلق...ومن خلال تسجيلات فيديو يرى Anders أنّ اضطراب النوم عموماً لا يحتسب كاضطراب نوم إلا إذا كان مزعجاً للوالدين، فبعض الأطفال يستيقظون بالبكاء في وسط الليل لكن آباؤهم لا يشكون من ذلك. آخرون يستيقظون لفترات قصيرة جداً و لا ينامون أوليائهم. و حسب دراسات أقيمت مما تقوله الأمهات، هؤلاء الأطفال يعتبرون كأطفال جيدوا النوم و هناك أطفال يستيقظون قبل أو بعد الأوقات المحددة بالبرتوكول (من 12 ليلاً إلى الخامسة صباحاً) دون أن يعتبروا رغم ذلك يعانون من اضطرابات النوم من قبل الملاحظين." (Daws D., 1999, pp.27-28)

و من الرضع من يستيقظ و يبقى ساكناً دون أي صراخ أو حركة. يتأمل يحدق في السقف. فهنا ميزة الإزعاج غير موجودة، لكن هو دليل اضطراب خطير في النمو و قد يكون مؤشراً لاضطرابات ذهانية.

" في حين يعرف (Hiscok H. & Wake M., 2001) اضطرابات النوم على أنّها على وجه الخصوص الرّضع اللذين ينامون في سرير الوالدين و يحتاجون لرعاية الوالدين لكي يناموا (to be nursed)، يقضون وقتاً أكبر ليناموا، يستيقظون لعدة مرات و لمرات طويلة أثناء الليل و يقومون بقلوبات قصيرة."

(Hiscok H. & Wake M., 2001, p.1319)

" و نتكلم عن اضطراب نوم أمام صعوبات الخلود إلى النوم. عندما تكون هذه الأخيرة تتكرّر لأكثر من 3 مرات في الأسبوع، مؤدية لصراعات مع المحيط. و أمام استيقاظ ليلي يحتم على الوالدين أن يبقوا مستيقظين لأكثر من 20 دقيقة، أو استيقاظ مبكر للطفل حوالي الساعة الرابعة أو الخامسة" (De Broca A., 2009, p.174)

" في حين اتبّع جون لورنس التصنيف العالمي المعدل لاضطرابات النوم. فقسمها إلى مجموعتين تخص المجموعة الأولى بالخصوص الرّضع. أمّا الثانية فتخص أكثر الأطفال الصغار. الأولى هي الديسومنيا : اضطرابات الخلود إلى النوم و الحفاظ عليه و النعاس الزائد عن الحد. و المجموعة الثانية المسماة بالباراسومنيا و هي ظواهر فيزيولوجية أو سلوكية عادة ما تحدث عندما يكون الشخص نائماً." (Laurence J. & al, 1999, p.282)

"ويعرّف Moore وUcko استيقاظ النوم كاضطراب إذا استيقظ الرضيع في السنة الأولى من عمره مرة أو عدة مرات بين 12 ليلاً و الخامسة صباحاً. في أربع ليالٍ من السبعة السابقة لمدة 4 أسابيع ماضية." (Sadeh A. & Anders F.T., 1993, p. 18)

" أمّا Scott وRichardes فيرتبان الطفل في خانة الرّضع اللذين لهم اضطراب نوم إذا كان الاستيقاظ مرفوق بجلب اهتمام الوالدين عادة بالصراخ... ففي مسح حديث وجد أنّ 10 بالمائة من الأطفال اللذين عمرهم سنة يستيقظون 5 مرات أو أكثر في الليل لمدة أسبوع دون أن ينظر له كمشكل من طرف والديهم."

(Scott G. & Richardes M., 1990, p. 551)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

و يعطي Avi Sadeh تعريفا مخالفا من ناحية ميزة التكيف والاستقرار في النوم. فقسّمها إلى صعوبات بداية النوم و صعوبات استمرارية النوم أو تجمع الاثنين. و هذه المجموعات تشكل أغلب شكاوي النوم عند الرضيع. و تشمل الأولى مشاكل الذهاب إلى الفراش والخلود إلى النوم و التفاعلات قبل النوم مثل الهز و الأكل و الحمل من طرف الوالدين. فهم غير قادرين على استجلاب النوم بمفردهم. و قد تؤدي هذه الأخيرة إلى عدم تتناغم النوم -الاستيقاظ عند الرضيع. أما استمرارية النوم فهو عدم قدرة الرضيع على الرجوع إلى النوم بعد فترة استيقاظ. ففي الشهور القليلة من الحياة نجد 95 بالمائة من الرضع يصرخون حين استيقاظهم الليلي و يطلبون استجابة الوالدين قبل الرجوع إلى الفراش. أما في سنة الأولى فنجد 60 إلى 70 بالمائة من الرضع قادرين على التهدئة الذاتية وأن يعودوا إلى النوم بمفردهم. و في دراسات (Jenkins&al,(1980); Bernal,(1973) حوالي 20 بالمائة من الرضع ووصفوا على أنهم كثير و الاستيقاظ في الليل. لتقلّ هذه النسبة إلى 1-5 بالمائة عند أطفال المدارس حسب (Richman&al(1982); Gass&Strauch (1984)

(Sadeh A. & Anders T.F., Op.cit, p.20)

"أما (Isabel Paret(1983) فقد قامت بتقسيم عينة دراستها المتكونة من 34 طفل لا يمشون بعد سنهم 9 أشهر (التقسيم كان بالاستناد إلى تسجيلات الفيديو و استفسار الأمهات) إلى 11 طفل له اضطرابات نوم مقابل 23 طفل ينام جيدا. و للتمييز بين التقسيمين وجدت أن 23 من رضيع أجنبي النوم يستيقظ مرتين، أما في المجموعة الأخرى ثمانية منهم يستيقظون بين 3 و 6 مرات. و أظهرت أنّ مدة النوم الإجمالية في 24 ساعة كانت متشابهة بالنسبة للمجموعتين، الاختلاف يكمن فقط في التوزيع. فالأطفال اللذين يستيقظون بالليل يعوضون نوم الليل بفترات متعددة و قصيرة من النوم النهاري. و هذا لا يعني أنّ هذا النوم مصلح أو مفيد. لأنّ في هذا السن نوم الرضيع ينتقل لآخر الدورة و بما أنّ الطفل ينام لفترات قصيرة، فإنّه لا يستفيد من ذلك النوع من النوم الهام لجسم و عقل الطفل.

(Daws D., 1999, pp.28-29)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

و يركز التصنيف 0 إلى 3¹⁹ على النضج و التنظيم و هو يعرفها على أنّها: عندما يكون اضطراب النوم هو المشكل الوحيد عند الطفل دون أن يكون هناك اضطراب حسي أو أيّ اضطراب آخر يقدر أن يسجل في هذا التصنيف في تشخيص آخر، و يتميز بتواجد صعوبات الخلود إلى النوم و مدة النوم و اضطراب مرتبط بمراحل النوم و صعوبة تثبيت وقت النوم و الاستيقاظ. (Corpaci L., ND, p.6)

و تعرّفه زوكرمان " نعتبر أنّ هناك اضطراب إذا كان الرضيع يبقى لأكثر من ساعة لينام، و يستيقظ 3 مرات أو أكثر في الليل، و إذا كان يؤثر بطريقة هامة في نوم الأم."

(Zuckerman, 1987 in Daws D., Op.cit, p.27)

نلاحظ اختلاف التعاريف من ناحية تكرار الاضطراب و مدّته، و أيضا من ناحية ميزة الإزعاج، فمنهم من يراه كميزة أساسية و منهم من لا يعترف بأهميته. و من ناحية أخرى يوجد من يضع أهمية للاستقرار الفزيولوجي، و من العلماء من لا يدرجه في تعريفه كميزة أساسية، و منهم من يدرج ميزة الصراخ إثر الاستيقاظ الليلي و منهم من يتجاهلها. و نحن بين ذلك و الآخر نفضل تعريف زوكرمان و تعريف ريتشمان اللذين نجدهما أقرب لواقع الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها مع قليل من التعديلات عليهما.

5-8- الدراسة الوبائية لاضطرابات النوم عند الرضيع :

تختلف النسب من دراسة إلى أخرى. و يرجع ذلك إلى التباين الكبير في التعاريف.

فقد أظهرت دراسة (Lozoff (1985) (من خلال عينتين متكونتين من 96 طفل ما بين 6 أشهر و 4 سنوات). أنّ 30 % من الرضع و الأطفال دون الرابعة يعانون من اضطرابات النوم. في حين أظهرت دراسة (Zuckerman(1987) على عينة قوامها 308 رضيع عمرهم 8 أشهر، أنّ 18 بالمائة منهم لديهم اضطراب حسب تعريفها. في حين تزيد

¹⁹ la Classification Diagnostique " Zero-to-Three " (National Center for Infants, Toddlers and Families, 1998)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

هذه النسبة في سن 3 سنوات إلى 29 بالمائة. و ربطت هذه النتائج بمستلزمات النمو عند الطفل.

وفي دراستها بوالذام فورست اعتبرت ريتشمان (1981) أنّ 13 بالمائة إلى 20 بالمائة من عينتها التي سنها من 1 إلى سنتين يتكرر استيقاظهم ، و 6 بالمائة إلى 10 بالمائة يعانون من اضطرابات خطيرة. (Daws D., 1999, pp.25-32)

أمّا Guedeney & kreisler فقد لاحظا سنة 1985، أنّ 28 بالمائة من المفحوصين الصغار اللذين يأتون للاستشارة في قسمهم من أجل اضطرابات سيكوسوماتية يعانون من اضطرابات النوم.واقترحوا التفريق بين اضطرابات أولية و اضطرابات ثانوية. حسبما إذا كان الاضطراب يبدأ قبل أو بعد سن 3 أشهر.

(Guedeney A. & Kreisler L., 1987, p.112)

" في السنة الأولى من الحياة يظهر 20-30 بالمائة من الرضع اضطرابات نوم من الأهمية بما كان حتى تدفع بأوليائهم للاستشارة.و تزداد هذه النسبة عند الأطفال الأكبر سنا التي عادة ما تقترن بالاضطرابات السلوكية للنهار."

(Sadeh A. & Anders T.F., 1993, p.20)

"وتشير عدّة دراسات²⁰ إلى أنّ حوالي ربع الأطفال من سن السنة إلى السنتين يعانون من مشاكل الاستيقاظ الليلي.(Seymour F.W. & al, 1983, p.217)

وفي استراليا هناك من 36 إلى 46 بالمائة من الأولياء يشكون نوم أولادهم في السدس الثاني من حياتهم.(Hiscok H. &Wake M., 2002, p.1)

²⁰ Bernal, (1973); Jenkins & al, (1980); Moore & ucko, (1957) ; Richman,(1981); Werry & Carlielle, (1981)

9-5-ديمومة الاضطراب Persistence:

وجد كل من Zuckerman Severson, & Baily (1987) بعد متابعتهم لرضع أعمارهم 8 أشهر و لديهم اضطرابات نوم، أن 41 بالمائة من الرضع اللذين لهم اضطرابات نوم تبقى لديهم في سن 3 سنوات. و بالعكس فقط 26 بالمائة من الأطفال المرتبون دون أي اضطراب في 8 أشهر نجد لديهم اضطراب في 3 سنوات.

(Sadeh A. & Anders T.F., 1993, p.19) و

(Daws D., 1999, p.32)

"في حين في دراسة أخرى تتبعية لمدة 3 سنوات. وجد Kataria, Swanson & Trevarthin (1987) أن 84 بالمائة من أطفال أعمارهم في سنتين بقوا يعانون من اضطرابات نومهم. و وجد Richman & al (1982) أن نصف الأطفال اللذين أعمارهم 3 سنوات و لديهم اضطرابات نوم كان لديهم اضطرابات نوم منذ الولادة. و 40 بالمائة من الأطفال اللذين لديهم اضطراب نوم في سن 8 سنوات كان لديهم عندما كانوا في عمر 3 سنوات. وهذا يدعم أن اضطراب النوم في مرحلة الرضاعة عادة ما يدوم و قد يؤدي لاضطرابات نوم مزمنة. مما يؤكد بعض الدراسات الارتجاعية retrospective لراشدين لديهم اضطرابات نوم ، و أدلوا بشهادات عن أن اضطرابات النوم كانت في الطفولة الصغرى." (Sadeh A. & Anders T.F., Op.cit, p.19)

وقد وجدت ريتشمان أن 64 بالمائة من الأطفال ما بين سنة و سنتين اللذين يستيقظون في الليل قد عانوا سابقا من صعوبات في النوم منذ ولادتهم. و هي تشير إلى أن العوامل المحدثة ليست بالضرورة هي التي تبقى استمراريته. بالاستثناء إمكانية وجود اضطراب شديد في المخ. و تقترح أن بعض الأطفال مؤهلون لأن لا يناموا بسبب استثارة هامة محددة بعوامل فيزيولوجية أو نتاج القلق مثل نشاط فترة ما حول الولادة ،تهيج مبكر،بالإضافة للشدة العائلية التي تلعب دورا هاما في الصعوبة للخلود إلى النوم.

(Richman N.,1981,p.491) و (Daws D.,1999,p.32)

10-5- اضطرابات النوم حسب سن الرضيع :

1- من 0 الى 3 أشهر : في أغلب الأحيان لا يوجهوا لطبيب الأطفال. و ¼ من الأطفال اللذين يذهبون إلى طبيب الأطفال لهم اضطرابات نوم في الشهرين الأولين من الحياة. و هي تصح بسهولة بإعطاء نصائح لرعاية الطفل و محاولة فهم أعمق لهذا العرض.

2- بين 3 و 9 أشهر : قليلة في هذا العمر ، و تتصاعد ما بين 5 و 6 أشهر، و يرمي الوالدين بأسبابها إلى التسنين.

3- بين 9 و 3 سنوات : تكون أكثر تكرارا. و ترجع في أكثرها لأسباب نفسية، و لعلاقة الطفل بمحيطه. و ملاحظة طريقة تصرف الأم مع ابنها أثناء الاستشارة تعطي معلومات هامة: كيف تراه، تحدته، تنزع ملابسه، تهدئه، تبتسم معه. فيقدر الطبيب طبيعة العلاقة أم – طفل . و يستطيع بذلك مساعدة الأم على فهم سبب اضطراب النوم عند ابنها. و يجب على المختص التعمق في بحثه عن الأسباب بمعرفة علاقة الطفل مع أبيه و إخوته و حتى العلاقات التي تربط والديه. و لا يتم ذلك إلا بدراسة شاملة لمجموع العائلة و فهم التفاعلات الحادثة فيها، تمكنه من أن يعالج اضطراب وظيفي يؤثر أساسا على المستقبل الفزيولوجي و النفسي للرضيع. (Debré R. & Doumic A., 1969, p.111)

5-11- تشخيص و قياس اضطرابات نوم الرضيع : " لتشخيص اضطراب النوم يجب أن نكون موضوعيين و نرافقه باستفسار طويل كامل من طرف طبيب الأطفال، لاستبعاد عرض موحى باضطراب عضوي، أو ببساطة سبب فيزيولوجي للاستيقاظ مرافق لحاجاته الأيضية الحيوية و الهضمية، أو صعوبة نفسية منعزلة لدى الطفل."

(De broca A., 2009, p. 174)

يكون مؤسسا على:

- تاريخ الحالة بالسماع للأم و المحيط.
- مميزات اضطرابات النوم و تحديد العناصر المرضية في كل مرحلة (الخلود إلى النوم و النوم و الاستيقاظ).

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

- سلوك الطفل أثناء النهار: حركته و نموه و حالته النفسية و نمو اللغة عنده.
- الحالة النفسية لمحيط الطفل.
- العلاقة بين الطفل، الأم و المحيط العائلي.

(Debré R. & Doumic A., 1969, p.111)

و من منطلق المنظور التفاعلي يضع أفي ساديه و توماس أندرسون خطة للقيام بتشخيص و تقييم اضطرابات النوم و ذلك بتحديد :

- 1- الحالة البيولوجية للرضيع. 2- الحالة الصحية العقلية و الفيزيولوجية للوالدين. 3- معارف الوالدين حول تربية الأطفال عموما و حول النوم بالخصوص. 4- المحيط الخارجي الذي يشكل و يحدد تصرف الوالدين. 5- الانسجام بين الوالدين. 6- التصورات الداخلية لتوقعات الوالدين و هوماتهم و شعورهم نحو الرضيع. 7- حالة التفاعل بين الوالدين و الرضيع. فيجب أن يقيم اضطراب النوم من خلال نسق العائلة بأكمله الذي يعمل على شكل نظام.

(Sadeh A. & Anders T.F., 1993, p. 21)

ويمكن استعمال الدراسة المتعددة للمخططات النوم في المخبر أو أجندة النوم

و التصوير بالكامير و الأكتيغرافي، يمكن استعمال أيضا بعض المقاييس مثل:

مقياس BISC(bref infant sleep scale) الذي قام به و حسب صدقه و ثباته أفي ساديه.

(Sadeh A.,2004,p. 570)

و مقياس يقيس عادات النوم و اضطراباته عند الأم و الرضيع في سن 3 أشهر.

(Adachi Y. & al, 2009, p.89)

و أجندة سلوك النوم لرتشمان وآخرون Sleep diary and composite sleep. score

(Minde K., & Al,1993, p. 524)

وهناك مقياس موريل ISQ(infant sleep questionnaire)

(Morrell J.M.B., 1999, pp.25-26)

و مقياس مشاكل النوم عند الطفل Problematic sleep Behavior Survey Items لـ Ramos K.D. & al, 2007, p.422).

5-11- مواصفات الرضع الذين لديهم اضطرابات النوم :

- في مرحلة الرضاعة عادة ما يستيقظ الرضع استيقاظا كاملا في مرحلة الريم.
- ينام قليلا، يبكي أكثر، ينادي والديه، و يحاول شدّ انتباههم إليه ،له صعوبة في التهدئة الذاتية و مزاج أكثر صعوبة.
- المغص (البكاء المتهيج) هو عامل هام في اضطرابات النوم الأولية لكن طبيعته غير معرفة.
- في أكثر الأحيان هو الطفل المولود أولا.
- مربوط سلوكه بنشاط حركي اكبر، مستوى صراخ أكبر، قلة المطاوعة و المرونة
- و التكيف و مزاج صعب و سرعة استثارة عالية.
- الأطفال الخدج و قليلو الوزن و اللذين هم فزيولوجيا في خطر لهم بعض الاختلافات في طبيعة نومهم. لكن لم يبرهن على أنها تؤدي في اللاحق إلى صعوبات النوم. و هناك صلة بين الاستيقاظ و ارتداد الحليب المبلوع. وكذلك مع عدم تحمل الحليب عند بعض الأطفال.
- و جد أنّ الإيقاع السيركاردي (حسب Zeitgebers) يرجع أكثر لتدريب المحيط منه للنضج البيولوجي.

5-12- مواصفات الوالدين اللذين لديهم رضع مصابون باضطراب النوم :

- أبائهم يستعملون الكثير من الطرق للتدخل منها :تقاسم النوم مع أولادهم،أو البقاء معهم حتى ينامون ،أو تغذية أولادهم أثناء الليل، و استعمال عادات نوم محددة.
- أمهدهم في أكثر الأحيان هم مكتئبات و لهن مستويات كبرى من الشدة النفسية و لهن تعلق في سن الرشد من النوع غير الآمن.

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

- الوالدين يستطيعون التأثير كثيرا على تطور استقرار النوم عند رضعهم، إذا كانت هناك استثارة كبيرة. فمثلا تصف Weissbluth كيف تؤدي الاستثارة إلى انتزاع فرصة تعلم الرضيع للنوم. و اثبت في العديد من الدراسات أنّ الرضيع المثار بشكل حاد يستطيع الخلود إلى النوم متى تجنب هذه الإثارة. و ارتبطت كثرة الاستثارة من قبل الوالدين بمستويات عليا من الشدة النفسية و تأنيب الذات المرتبط بمشاعر سالبة. و قد تحوي كثرة الاستثارة الرصد اليقظ للرضيع، عتبة منخفضة للكشف، زمن رجوع منخفض للاستجابة لإشارات الرضيع و استجابات مميّزة بشدة عالية و مدة طويلة و تنوع أكبر و قد تكون نوعيتها تتفاقم بسبب تناقض و تضارب موجود لدى الوالدين. و قد يتناوب الحرص الأبوي بين التدخل ألوالدي و الانسحاب هذا الأخير الذي يعجل به بواسطة التعب و الغضب و الاكتئاب و الإحساس بالذنب. مع أنّ البكاء الشديد يتعلّق بدرجة تدخل الأم. و بعض الوضعيات من الانسحاب ألوالدي.

- تداخل العوامل الفزيولوجية و التكوينية مثل المزاج الصعب تؤثر على سلوك الوالدين (رأي Seymour & al) و يؤدي لكثرة الاستثارة الوالدية. و هناك عوامل كثيرة لهذا السلوك متعلّقة بتجربتهم الخاصة و كيف تربوا و اتجاهدهم نحو هذه التجارب و اعتقاداتهم عن طرق التربية و قدرتهم على تحمل المسؤولية و اضطراباتهم النفسية و ردود فعلهم نحو الأحداث الضاغطة.

(France K.G.& Blampied N.M.,1999, pp.267-272)

5-13- عوامل اضطرابات النوم :

5-13-1-العوامل التكوينية و الفزيولوجية :

"افترض Bakwin and Bakwin(1953) أنّ قلة النوم عند الرضع تنتج أساسا من أسباب فزيولوجية. والعلاج يجب أن يتجه مباشرة لهذه الأسباب. ويشير Jankowski(1967) أنّ الأسباب الفزيولوجية تكون متعلّقة بالتسنين أو تضخم الغدة الدرقية أو الالتهابات أو البرد أو الجوع أو الأدوية ، و ذلك قبل ربطه بعوامل النمو

و العوامل نفسية." (Johnson C.M. & Lerner M., 1985, pp.21-22)

"و قد يرجع إلى زهان مبكر، عدم تحمل بروتينات حليب البقر، التهاب الأذن، إرجاع معدي مريئي، انسداد تنفسي مزمن بسبب التنبّت في الأنف végétation أو تضخم اللوزتين أو الربو." (Perlemuter G., 2009, p.910)

و أوضح جان أنّ الخلل في الجهاز العصبي أو في الغدد خاصة الغدة الصنوبرية التي تنتج التريبتوفان الذي يتحول إلى سيروتونين و يتحول هذا الأخير إلى هرمون الليل الميلاتونين الجالب للنوم يؤدي إلى اضطرابات نوم كبيرة و اضطراب تناغم فيه. و قد لوحظ أنّ مسار إفراز هرمون الميلاتونين يبدأ في شبكية العين.

(Jan J.E. & al, 1994, p.97)

وهذا ما يفسّر زيادة اضطرابات النوم عند الأطفال المكفوفين.

(Léger D. & al, 2001, p.135)

و قد وجد أنّ هرمون الشدّة النفسية الكورتيزول يفرز بشكل أكبر عند الأطفال اللذين يعانون من اضطرابات نوم و المزاج الصعب.

(Lucas R.-thompson & al, 2009, pp. 521-525)

و ربطت Isabel Paret(1983) النمو النفسي الحركي كالحبو باضطرابات التعلّق

و النوم. (Scher A., 2005, p. 493)

و من بين العوامل الفزيولوجية التي اتصلت باضطرابات النوم :

أ-النوم عند الرضيع و البكاء :

يعتبر البكاء الوسيلة الوحيدة للرضيع للتعبير عن حاجاته. وقد افترض Gersh (1973) أنّ الرّضع في الأشهر الأولى يبكون لساعتين في اليوم. و إذا كان البكاء أكثر من ذلك أثناء النهار، فإنّ الآباء يتعاملون معه بشكل لائق. و لكن إذا تكرر حدوثه في الليل فإنّ مستوى تحملهم يتناقص بشكل معتبر. وقد يؤدي البكاء و الاستيقاظ المتكرر للرضيع إلى توقع عنف ضده. (Johnson C.M. & Lerner M., 1985, p.21)

و بيّنت دراسة على عينة قوامها 122 رضيع أنّ الصراخ و البكاء يتناقص بالتقدم في العمر. حيث وجد أنّه في الأسبوعين الأولين يشكل 138 د.و يتناقص تدريجيا ليصل إلى 50 د في اليوم في الأسبوع الأربعين.

(St James-Roberts I. & Lewis I.P., 1996, pp.2529-2531)

و أظهرت دراسات Brazelton B., (1962) أنّ هناك تناقص و استقرار في صراخ الطفل بعد الشهر الثالث أو الرابع.(Bonichini S. & al, 2008, p.582)

يتعلّق البكاء في 6 أشهر الأولى بعدة عوامل منها عوامل بسيكولوجية و نفسية عند الوالدين و الرضيع. و النضج النرولوجي و صعوبات المزاج و المؤهلات المحدودة للأم و أخطاء عفوية في قدراتها على التربية.و التي وجد أنّها تهدد مسار نمو الرضيع، و تزيد من الحلقات المفرغة التي تززع استقرار النظم التفاعلية للرضيع.

(Papousek M. & Hafacker N.V., 1995, p.209)

و قد وجد أنّ 31 من 67 أمّا لرضع كثير و الصراخ لهم نسبة 100 بالمائة من الحساسية و سرعة الاستجابة. مع تأثير الخصائص النفسية للرضيع كالمزاج على سلوك الوالدين.

(St James-Roberts I., 2007, p.53)

و لاحظت S. Bonichini & al أنّ هناك علاقة هامة ما بين صراخ الطفل في الشهرين الأولين و طريقة حمله.(Bonichini S. & al, 2008, p.582)

و أظهر Bell و Ainsworth أنّ الرّضع اللذين استجابت لهم أمهدهم بسرعة في الأيام الأولى هم أقل بكاء في الشهر الرابع. فالرضيع الذي استجيب له يبكي نادرا و ذلك لأنّه يحس بالأمن، في حين الرضيع الذي لا نستجيب له قد يبكي ليعبر عن يأسه من عدم الاهتمام به. و غياب البكاء أيضا له معنى. فقد لوحظ أنّ الرّضع في المؤسسات ينامون لمدة أطول و يبكون اقل، و ذلك لأنّهم يعلمون أنه لا يوجد أي راشد ينتظر يقظتهم لكي يلعب معهم.

و يركز الباحثان السابقان على الاستجابة لبكاء الرضيع دون حمله. فالآباء اللذين يتركون أولادهم يبكون أثناء الخلود إلى النوم نجدهم يحتارون لما يحس به الرضيع. فقد يكون لبكاء هذا الرضيع معنى المساومة لذلك على الوالدين أن يدركوا معنى البكاء. فمساعدة الرضيع في سيرورة التفرد، يعني قبول غضبه و قبول التعبير عنه. أمّا رفضه فيفسر تخوف كبير من الانفصال أو يرجع لمخاوف بشأن موت الرضيع. (Daws D., 1999, pp.191-193)

و حسب بابوسيك أنّ أكثر إجراءات التهدئة تتمثل في التحدث مع الطفل و حمل الطفل على البطن و هز بالإيقاع و التدليك و التريبت أو أغاني النوم أو الأكل و الإرضاع. حيث تأكد الدراسات أنّ هذه الطرق مفيدة للتهدئة مع اثنتين هاميين الأول هو تدخلات التهدئة تساعد على المرور من الصراخ إلى النوم أو إلى اليقظة و التأهب للتفاعل الاجتماعي. و تساعد في تنظيم أوقات النوم و مراجعة بشكل صحيح أسباب الوجد و أحداث أخرى مستثيرة.

و الصراخ يعتبر بالنسبة لباولبي (1969) كمفهوم فطري للتعلق الذي يؤدي لأنماط مكملة من الرعاية الأبوية و التي تساهم بدورها في إرساء التعلق الأمن لدى الصغير.

(Papousek M. & Hafacker N.V.,1995, p.210)

واستطاع Williams (1959) أن يعالج البكاء العفوي عند الرضيع بواسطة تقنيات الإطفاء. أمّا Etzel & Gewirtz (1967) فقد استعملا مع رضيعين تقنيات الإطفاء و تعزيز الابتسامة. مع معارضة العديد من الآباء لتقنية الإطفاء و عدم الاستجابة لبكاء الطفل و عدم حمله. (Johnson C.M.& Lerner M.,1985,p.22)

ب-النوم عند الرضيع و المغص :

يعرّفه Wessel & al (1954) أنّه " نوبات من الهيجان و الصراخ، تحدث بمعدل أكثر من 3 ساعات في النهار و لأكثر من 3 أيام في الأسبوع." عادة ما يبدأ في الأسبوع السادس من الولادة إلى الشهر الثالث، على أنّه اضطراب مرحلي و هو يعتبر أعلى درجة في الاستغاثة الطبيعية للرضيع، و هو متعلق بمستوى النضج و بتفاعلات الوالدين

و الرضيع حسب تجربة الوالدين و توقعاتهم و مدى نجاحهم في تهدئة الطفل، و قد يؤدي الفشل فيه إلى الإحساس بالعجز و الذنب. و بمفهوم العزو الاجتماعي المعرفي ينظر إليه

كاضطراب يسنده الأولياء و الكليينكيون في مجتمع لا يتحمل الصراخ بدون سبب ظاهر إلى ظاهرة عادية في نمو الرضيع، وذلك من أجل الفائدة النفسية التي يجنيها الوالدين في التقليل من الإحساس بالعجز و الذنب لديهم. و بالرجوع إلى الدراسات فإنّ القليل من الأطفال المتهيجين و اللذين يصرخون بشكل كبير لديهم اضطرابات معوية و معدية. فيجب إعادة النظر في اضطراب المغص كأمر عادي في مرحلة الرضاعة.

(St James-Roberts I., 1995, pp.180-187)

و من أعراضه بكاء مستمر و لا يمكن تهدئته و بدون سبب ظاهر. قد يكون بطنه منفوخ و قد يرتاح بإخراج الغازات، و لهذا السبب نرجع دائما المغص إلى أوجاع معوية لكن زيادة الغاز قد تكون بسبب استنشاق الهواء اثر البكاء الحاد. و يحدث عند 80 بالمائة من الرضع ما بين 3 و 12 أسبوع بشكل دوري أثناء المساء و لا تحدث في وقت النوم. و الرضيع الذي يعاني من المغص يكون عادة إمّا كثير الحساسية لما يحدث حوله. و إمّا تحت تأثير كثير من اللمس و الاستثارة. فكل من المعلومات الكثيرة و المختلفة التي يتلقاها إثر النهار تسبب له شدة نفسية يجب أن يجد لها متنفسا في المساء عن طريق البكاء. و قد ترجع لحساسية و نشاط الأمعاء أو عدم نضج الجهاز العصبي المركزي و المستقل. (Ferber R., 1990, p.89) و

(Brazelton B., 1990, p.349)

و على عكس ما يضمن الكثير فالألم هو نتاج الهواء المبلوع أثناء البكاء و ليس سببا للبكاء. وقد تكون وضعيات غير مريحة أثناء الرضاعة نتاج علاقة غير مريحة بين الرضيع و أمه سببا في ابتلاع الهواء. و من المحتمل أنّ الرضيع القلق يبتلع بسرعة كبيرة. و قد أظهرت دراسة (Provence & Lipton (1962) أنه في مدّة 5 سنوات لم يعاني أيّ رضيع في مؤسسات تربية الأطفال من المغص. و هذا يؤكّد فرضية أنّ المغص يرجع لعوامل نفسية تخص العلاقة بين الوالدين و الرضيع. فعندما لا تكون هناك علاقة لا يكون هناك مغص.

(Daws D., 1990, pp.234-236)

و قد بيّنت دراسة ويسبلوث(1984) أنّ الأطفال اللذين عانوا من المغص هم الأكثر تعرضاً لمدة نوم قصيرة و نوم متقطع بين 4 و 8 أشهر. و قد فسّرتها بالعوامل الوراثية التي تؤدي إلى المغص في البداية و تستمر لمدة من الزمن. في حين فسّرها آخرون بإخفاق الوالدين في إدراج و الحفاظ على تنظيم نمط النوم عندما يختفي المغص. و أدرجت في مشاكل حسن التوافق بين خصائص الرضيع و الرعاية الأبوية. و في عينة من 432 رضيع دون 5 أشهر، وجد أنّ 14 بالمائة منهم لديهم على الأقل 2 أو أكثر من الاضطرابات التالية: اضطرابات الأكل و الصراخ و النوم. و قد وجد علاقة صغيرة بين الأكل و الصراخ في حين كان هناك ارتباط كبير جدا بين الصراخ و اضطرابات النوم.

(Wolke D. & al, 1995, p.192)

و بينت نتائج دراسة بابوسيك و هافاكر أنّه في مجموعة الأطفال اللذين يصرخون كثيراً وفقاً لمميزات ويسل، يكون الصراخ بمعدل 5 ساعات في اليوم مقارنة بالرضع العاديين حيث نجد معدل الصراخ ساعتين. أمّا معدل النوم فيتناقص قليلاً من 820 د إلى 727 د. و تكون أطول مدة للنوم في المجموعة الأولى 299 د في حين تكون 445 د عند رضع المجموعة الثانية. و كان معدل الاستيقاظ في المجموعة الأولى هو 2.6 أمّا في العينة الضابطة فهو 1.2.

و لوحظ أنّ الشدّة النفسية خلال الحمل و القيصرية و الخلافات الزوجية و خلافات الآباء مع والديهم و اكتئاب الأم في فترة ما بعد النفاس لها أثر كبير جدا في شدّة الصراخ عند الرضيع. (Papousek M. & Hafacker N.V., 1995, pp.215-218)

و تظهر الدراسات أنّ الرضع اللذين لهم مغص لهم مزاج سيء و مزاج متعكر أثناء الوجبات في سن الرابعة، و لديهم صعوبات سلوكية و مشاكل تفاعلية أكبر مع العائلة في سن الثالثة، و حساسية عاطفية أكبر في سن 8 إلى 10 سنوات. مع استراتيجيات مواجهة ضعيفة مع المحيط و مشاكل انتباه و فرط الحركة أكبر في المدرسة. أمّا عائلاتهم فلهم صعوبات أكبر في التحاور معهم مع صراعات كثيرة و قلّة الرضا و التفاهم معهم و ذلك بعد عام من ذهاب المغص. (Maxted A.E. & al, 2005, p.63)

و ينصح بعدم حمل الرضيع و تركه يبكي من 15 إلى 30 د، و إن لم يسكت يجب إرضاعه و التعامل معه بهدوء و لطف دون حمله و تعريضه لإستثارات أخرى. و إن لم يسكت فيجب أن تتركه لمرة ثانية يبكي. و بهذه الطريقة يتمكن من التخفيف من الشدة و في نفس الوقت تلبية حاجياته من مأكّل أو بلل دون تجاهله. و قد بيّنت الدراسات أنّ الرّضع اللذين قد عانوا من المغص هم أكثر عرضة لاضطرابات نوم دائمة. و قد تبقى عادات النوم التي كانت تستعملها الأم إثر المغص حتى بعد ذهابه و لذلك على الأم أن تغيّر عادات أكثر ملائمة. (Ferber R., 1990, pp.89-91)

ت-النوم عند الرضيع و الأكل :

النوم و الأكل أمرين مرتبطين جدا. في البداية الرضيع يستيقظ فقط من أجل الرضاعة و ينام عادة على ثدي أمه. و على الأم أن تفصل بعد ذلك الخلود إلى النوم عن عملية الرضاعة بالثدي حتى لا يربط الطفل النوم بوجود أمه و عملية الرضاعة. و يتعلّق سهولة الفطام بطريقة الرضاعة. فيرى وينيكوت أنّ الرضاعة سواء بالثدي أو أيضا عن طريق الرضاعة الاصطناعية من شأنه أن يولد الثقة و الوّد بين الرضيع و الأم على السواء. لكن تكون البداية صعبة عند بعض الأمهات و الرّضع فلا يجدون وضعية أو إيقاعا مريحا للرضاعة ، وتتبين صعوباتهم في التقارب. و يقترح (1978) Bowlby أنّ المسار النفسي لتأمين الشبع ليس هو أساس العلاقة، لكن الأمن و الطمأنينة التي تتأتى من الاتصال بالأم و يذكر في ذلك التجربة الشهيرة لهارلوا. و قام(1987) Cuningham بدراسة عن طريقة الحمل و الرضاعة لرضع بعمر 13 شهر، فوجد أنّ 83 بالمائة من الرّضع اللذين يحملون بقرب أمهذهم لهم تعلّق آمن.و أنّ لهذا أثر كبير على طريقة الرضاعة خاصة في الأشهر الأولى.(Daws D., 1999, pp.222-225)

و إذا كانت الأم مكتئبة فإنّها تحس أنّ رضيعها مهيم، ملتهم وخطير، و تقرّر الفطام محاولة الابتعاد عنه ،أو بالعكس ستترك رضيعها يستبد عليها.و تكون الرضاعة في بعض الأحيان صعبة حتى أنّها توحى للأم بأنّها مقيدة من طرف ابنها.فتحلم الأم باسترداد حريتها بعد الحمل وتخشى أن يفقدها الرضيع إياها.و في بعض الأحيان صعوبات الرضاعة

(الطفل الذي لا يشد الحلمة أو يرضع بشكل سيء أو ينام خلال الرضاعة) تؤثر على علاقتها مع طفلها. وعلى الأخصائي أن يتفهم الأحاسيس المختلفة للأم حول الرضاعة و الفطام من أجل مساعدتها على أحسن وجه. (Debré R. & Doumic A., 1969, pp.185-186)

وقد وجد أنّ الأطفال اللذين أَرْضَعُوا في الأسبوع الأول لأكثر من 12 مرة في اليوم، يعانون من مشاكل استيقاظ ليلي في الأسبوع الثاني عشر من الولادة.

(St James-Roberts I., 2007, p.57)

و ربط تغيير طريقة الرضاعة (من الثدي إلى الزجاجة) أو إدخال الحبوب أو الأغذية الصلبة و نوعية الوجبات و توقيتها بالاستيقاظ الليلي و المغص. و قد بيّنت الدراسات أنّ الرّضع اللذين يرضعون الثدي يستيقظون بشكل اكبر في العام الأوّل من العمر.

(Wolke D. & al, 1995, pp.195-197)

و قد استنتجت Isabel Paret من خلال دراستها على رضع لا زالوا يحبون، أنّ 8 من بين 11 رضيع موصفون باضطرابات النوم مازالوا يرضعون بالثدي. و اقترحت أنّ الأم التي تهدي للرضيع حضورها الجسدي المتواصل يصبح الرضيع متعلّق بها ليلا نهارا.

(Daws D.,1999, pp.246-247)

يذكر Wright & al و Ellias & al أنّ الإرضاع بالثدي إذا تواصل لأكثر من 6 أشهر فإنه يؤدي إلى الاستيقاظ الليلي مع أنّ بعض العلماء مثل Beal A.V. و Jons B.N. & al يخالفونهم الرأي. (Eaton-Evans J. & Dugdale A.E., 1988, p.647) في دراسة لمور و أوكو (1957) وجد أنّ مدة الرضاعة لها علاقة بالتكيّف الجيد للرضيع و معدل الاستيقاظ لديه. فالأطفال اللذين يرضعون لزمان قليل يستيقظون كثيرا، و الأطفال الأكثر تكيفا يفوقون الآخرين ب 10 إلى 20 د في مدة الرضاعة، و استنتجوا أنّ مدة مناسبة للاتصال مع الأم هي عامل هام في إنشاء إيقاع النوم. و ترى Daws أنّ تجربة الرضاعة

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

تجعل من الرضيع و الأم محور العديد من المخاوف عن الموت و الحياة و القلق والهوامات. و إذا كانت الرضاعة ناجحة قدرت على تخطي ذلك. فالرضاعة ليست فقط إشباع لحاجة الأكل لكن كذلك تجربة أحاسيس و تعارف. و تضع في الواجهة مشاعر و انتظارات و ذكريات. و لأشكال الاتصال بين الأم وابنها خلال الرضاعة من لعب و نظر ومحادثته بهدوء فائدة كبرى في إرساء جو من الطمأنينة.

(Daws D., Op.cit, pp.242-246)

5-13-2-الإشراط :

قد يكون إشراط سيء سببا في اضطرابات النوم مثلا: أن ينام الطفل في الضجيج، أو لا يحترم إيقاع النوم و اليقظة لدى الرضيع، أو قلق الأمهات اللاتي كل ما يستيقظ أطفالهن يسارعن لحملهم. بسبب الخوف على حياة الطفل أو تجنباً لإيقاظ الأب. ولا يلعب الإشراط دورا مباشرا في ظهور اضطرابات النوم لكن هو متلازم مع عوامل نفسية أخرى.

(Debré R. & Doumic A., 1969, pp.173-174)

5-13-3-النموذج التفاعلي:

لقد اقترح ساديه و أندرس نموذج تفاعلي لتنظيم اليقظة و النوم. و في هذا النموذج اضطرابات النوم ترجع للتفاعل الديناميكي و التأثيرات المتعددة الاتجاه بين الرضيع و محيطه الاجتماعي في عدة مستويات. و ذلك من التأثيرات السوسيوثقافية إلى التأثيرات المباشرة لتفاعل الوالدين و الطفل و التأثيرات الداخلية مثل المزاج و العوامل البيولوجية. و يكون لتأثير اضطرابات النوم تأثيرا دائري في صحة الوالدين و الرضيع و انسجام العائلة برمتها. (Sadeh A. & Anders T.F., 1993, p.19)

و يتفق الكثير من العلماء²¹ معه في أنّ لتفاعل العوامل الثقافية و الاجتماعية

²¹ Guedeney & Kreisler (1987); Moore & Ucko(1957); Simonoff & Stores(1987); Barnes Nd.

و البيولوجية دور في اضطرابات النوم عند الرضيع.

(Scott G. & Richards M.P.M., 1990, p.552)

5-13-4-عوامل متعلقة بالأم :

من بين أكثر الفرضيات المفسرة لاضطرابات النوم عند الرضيع تفسير العالمة لوزوف التي ترى أنه مشكل الأم التي لا تستجيب عاطفيا لرضيعها. و تفسير العالم بييري برازلتون و دليس دويس و فريبر اللذين يرون أنّ هذا الاضطراب هو في الأصل اضطراب تعلق آمن وعدم القدرة على الانفصال. و افتراض ليون كريزلر و ميشال فان أن اضطرابات النوم عند الرضيع هي اضطرابات سيكوسوماتية ناشئة عن اضطراب العلاقة أم - طفل. و كل هذه التفسيرات تصب في إطار واحد هو اضطراب العلاقة بين الأم و رضيعها.

فتذكر (1985) Betsy Lozoff خمسة عوامل أساسية لاضطرابات النوم ، و التي تتماشى من الأحداث الخارجية إلى مزاج الأم هي : حادث أو مرض، غياب غير معتاد للأم أثناء النهار، حالة اكتئابية عند الأم ، تقاسم النوم مع الوالدين و تناقض وجداني للأم نحو رضيعها. و تؤكد أنّ اضطرابات النوم تحدث بالخصوص عند الأطفال اللذين لا يتوفرون على اهتمام نفسي من قبل الأم أو اللذين لا تستجيب لهم أمهذهن عاطفيا.

(Guedeny A. & Kreisler L., 1987, p.315)

أمّا Berry Brazelton فيقول " تعليم النوم طوال الليل للرضيع هي مشكلة استقلالية autonomie للطفل و قدرة على الانفصال séparation من طرف الوالدين."

(Brazelton B. in Freber R., 1990, p.11)

و هذا ما يذهب إليه Crowel " عندما يؤكد أنّ النوم ما هو إلا انعكاس لمسار التفرّد و

الانفصال" (Daws D., 1999, p.33)

و ترى Dilys Daws أنه في كل مرحلة من مراحل النمو نجد وجها من أوجه الانفصال و التفرد بين الأم و رضيعها.و لكي يقدر الرضيع على الانفصال يجب أن يحس بأنه آمن بالكفاية. فالرضيع الذي ليس له تعلق آمن يظهر أعراضا متنوعة من الاضطراب. و ترى أنّ المشكل الأساسي لأم تقوم بإنامة رضيعها هو أن تجسد الفعل الأساسي المتمثل في الانفصال عنه ، و لا يسهل الانفصال إلا بتعلق آمن. فنجد عدم قدرة الأم على السماح للرضيع بالتقليل من تبعيته نحوها و تعويضها بأشكال أخرى من الإشباع، و عدم قدرتها على تهدئة رضيعها، و عدم قدرتها على الاستجابة بانسجام لحاجيات رضيعها، لأنها تكون محدودة بالمعانة التي في داخلها و بالمخاوف و الرغبات اللاشعورية لديها .

أمّا" (1970) kreisler et fain فلاحظا مجموعة هامة من الرضع التي لا تقدر أن تنام إلا بالهزّ بين ذرايعي الأم، و اقترحا أنّ هؤلاء الأمهات قد فشلن في وظيفتهن كعازل يحمي ضد الإثارات. فبالعكس هذه الأمهات استخدمت أكثر مما يلزم وظيفتهن في الحماية. ففي عوض أن ينمي الرضع شكلا بدائيا من النشاط النفسي مشابه للحلم و الذي يسمح لأغلب الرضع أن يناموا بهدوء بعد أن شبعوا، يفرضون على أمهذهن أن تكن حراس نومهم. فهنا يكون انعدام القدرة على خلق تصور داخلي للكائن على شكل رمزي. و هذا الانعدام راجع لفشل نمو النشاط الشبقية الذاتية auto-érotique. فهؤلاء الرضع ليس لديهم أمهات تشبعهم لكن أمهات مهدئات. فالأم بسبب مشاكلها لا تقدر أن تترك صغيرها يخلق التقمص البدائي، الذي يسمح لهم بالنوم دون أن يكونوا في اتصال متواصل معها. فهو خلل في التخيل الذهني أو عدم القدرة على وضع مشاعره على شكل مشاهد.

وتقترح جويس ماك دوجال أنّ هؤلاء الأمهات يخلقن وظيفة تبعية. فالرضيع بحاجة إلى أمه مثلما يحتاج المدمن للمخدرات. فهي تبعية تامة لموضوع خارجي من أجل تسوية وضعيات نقدر على حلها في الحالات العادية بواسطة وسائط نفسية للتنظيم الذاتي."

(Daws D.,1999, pp. 298-299)

و ترى إيزابيل باري أنّ الأمهات اللاتي تحملن و تلمسن رضعهن كثيرا أثناء النهار يكون أولادهن أكثر عرضة لاضطرابات النوم .

و قد أكد كذلك من (Benoit & al (1992) ارتباط اضطرابات النوم بعلاقة الأم بطفلها.
(Scher A., 2001, p.517)

ونذكر بعض العوامل التي تؤثر في الوالدين مباشرة و تنعكس على نوم الرضيع :

أ- النوم عند الرضيع و طفولة الوالدين : إذا كانت طفولة الوالدين مليئة بالحرمان فإنّ علاقة الوالدين و طريقة تربيتهم تتأثر بطفولتهم. فقد تكون مليئة بالتناقض، و يمكن أن يحاول الوالدين عدم تكرار أخطاء والديهم. قد ينجحون و قد يعيدون لا شعوريا نفس الأخطاء و قد يقومون بالعكس النقيض مما يؤدي للضرر بعلاقتهم بأولادهم.

و أثبت (Main (1985) أنّ الراشدين اللذين كان لهم علاقات آمنة مع والديهم يستطيعون النجاح في تفسير الإشارات الآتية من رضعهم. على خلاف الراشدين غير الأمنين، حيث يتجاهلون هذه الإشارات خوفا من إعادة معايشة الوضعيات القاسية لذكريات عن حاجات نفسية بقيت غير مشبعة أثناء طفولتهم. و تعبر (Fraiberg (1980) تعبيرا رائعا عن طفولة الوالدين فتقول " هناك أشباح في كل غرف الأطفال هم زوار الماضي المنسيون من الوالدين." (Daws D., 1999, pp. 259-267)

ب- النوم عند الرضيع و الحمل : مع بداية الحمل نجد كما هائلا من الأحاسيس المختلفة

و الجديدة. و من نعم الله و حكمته في خلقه أن جعل الحمل يدوم 9 أشهر و هو بالذات الوقت الكافي لاستدخال الكم الهائل من التغيرات الحادثة في جسم الأم و نفسياتها و حياتها بأكملها. ففي هذه الفترة تستوعب الأم و تنتهي لدورها في الأمومة. فالحمل هو فترة تحضير نفسية و فزيولوجية في أن واحد.

وفي غالبية الأحيان نلاحظ أنّ الحامل تحتاج لوقت كبير من النوم خاصة في الأشهر الثلاث الأولى، و ربما يعود ذلك لأنّ النوم من أدواره استدخال التغيرات الحادثة في الحياة. و قد وضع (Joan Raphael-Leff (1982) مسارا للسير النفسي لإحساس الأم نحو جنينها

و يبدأ بـ 1- استكمال الانصهار العاطفي بين الأم و الجنين و 2- تفريق تدريجي للجنين عن الذات ببداية الإحساس بتحركه في أحشائها و أخيرا انفصال نفسي تدريجي ينتهي بالانفصال الجسدي اثر الولادة. و بيّن نفس العالم كيف تقوم الأم الحامل مستفيدة من فترة الحمل بالتجوال في ذكرياتها الطفولية لكي تحظر نفسها لتكون أما. و يؤكد أنّ الحوامل اللاتي لا تستغلن هذه الفرصة التحضيرية تجعل منهن يمررن بصعوبات إثر الولادة و في علاقتهن مع أولادهن في الأشهر الأولى. و تظهر (Denor Pines 1982) أنّ الأم يصعب عليها أن تحدث الانفصال النفسي عن صغيرها بسبب علاقتها بأماها فالحمل يؤدي إلى نكوص. فيكون للأم الرغبة المتناقضة في أن تنصهر مع أمها و أن تبتعد عنها في آن واحد. و الحمل يعود بها إلى العلاقة التي كانت تتخذها مع أمها. و يرى (Giorgis 1987) أنّ قلق الحامل قد يكون له أثر على العلاقة التي تنشأ بين الأم و المولود ، و تؤثر بذلك على نومه. و يرى أنّ للتناقض الوجداني من الحب و الكره نحو الصغير أثر مماثل. و يركز على أنّ هذه المشاعر قد تخفف بسند فعال من الأب. (D.Daws,1999, pp. 156-254)

قد يكون لعلاقة الحامل بأماها و نوعية التقمصات لديها أثر بالغ في مدى تقبلها للحمل. فقد نجد بعض الحوامل قلقات منكمشات على أنفسهن، و لا تتحملن أبسط الإحباطات، و لهن حساسية مفرطة. و تنتظر للحمل كأنه مرض أكثر منه نمو الجنينها.

و قد ترى بعضهن أنّ الجنين محتمّ عليهن أو يلتهمن و لا ترغبين فيه. خاصة إذا كان الأب رافضا للحمل أو هن منشغلات بتطوير حياتهن المهنية. و قد يزداد عدم التحمل لديهن حتى أنّهن تفكرن حتى في التخلص منه. و يكون لسند والدة الحامل و الزوج أثر كبير في تقبل الحامل للتغيرات الجسمية لديها و لتأهيلها لدور الأمومة. و تتبع البلدان المتطورة التحضير النفسي للأم خاصة و كذلك الأب أثناء الحمل و الذي من شأنه أن يكون نافعا للأم و الرضيع على السواء.

لقد وجد Papousek M. أنّ القلق و الشدة النفسية في فترة الحمل تؤدي إلى 62.2 بالمائة من حالات الصراخ الحاد في الأشهر الأولى للولادة. و أدت العزلة الاجتماعية إلى

40.8 بالمائة والصراعات بين الوالدين و الأجداد إلى 18.9 بالمائة و الحمل غير المرغوب فيه إلى 24.3 بالمائة من الصراخ الحاد.

(Papousek M. & Hafacker N.V., 1995, p.219)

و بيّن Bourne & Lewis أنه يصعب إقامة الحداد لطفل مولود ميت أو اثر إجهاض، فقد يسبب حالة من الفراغ النفسي و الإحساس بالعدم. وتؤدي بداية حمل جديد قبل أن يتم عمل الحداد إلى عدم إنهائه. و ينصحان بتسمية الطفل المتوفى، و أن يدفن في قبر معروف، و يؤكدان على عدم تسمية الطفل الجديد باسم الطفل المتوفى. لما يحدث من خلط في ذهن الوالدين اثر التعامل معه. و قد يكون للخلط بين الماضي و الحاضر. الحزن و الفرح بمجيء ابن ثان أثر على العلاقة مع الرضيع و بالتالي على نومه.

(Daws D., 1999, PP.343-345)

و اهتمّ العديد من العلماء بالتخفيف من قلق الأم في أثناء هذه الفترة. من أجل ضمان علاقة منسجمة بينها و بين رضيعها. فإذا كان الحمل مقبولاً لدى الأم فإنه لا يخبئ لها إلا خصوبة و غنى نفسي. و هي ترى ابنها كموضوع خارج عن ذاتها محضرة بذلك الولادة إثر الانفصال عنه. (Debré R.& Doumic A.,1969, pp. 182-183)

ت-النوم عند الرضيع و الولادة :

أكدت كل من دراسات Moore (1978); Blurton- jones & al (1978); Bernal (1973); Richman (1981); Ucko (1957) & أن هناك علاقة بين الشدة أثناء الحمل و عسر الولادة و اضطرابات النوم. (Seymour F.W. & al, 1983, p.217)

و برهن Blurton Jones (1978) أن للولادة و خاصة إذا كانت متعسرة أثر سلبي قد يؤدي لاضطرابات نوم خطيرة. و مسار الولادة يمس بنفسية الأم كما يمس بنفسية المولود كذلك. و وجد Barnes (1975) أن الاستيقاظ الليلي المتكرر يرتبط مع طول مدة الولادة

و مدة الزمن بين الولادة و سماع الصراخ الأول. و لاحظ (Moore & Ucko 1957) أنّ بعض الرّضع اللذين لديهم اضطرابات النوم غير مفسّرة المنشأ مرفوقة بردات فعل ليس من السهل التنبؤ بها و فرط حركة قد عانوا من الاختناق اثر الولادة. و بينت (1982) Trowell أنّ القيصرية المفاجأة قد تغيّر من نوعية العلاقة أم – طفل. و قد تكون الولادة عسيرة حتى أنّ الأم تحس أنّ هذه الولادة الصعبة هي خطأ المولود. و تصب عليه كل غضبها. شعور مثل هذا قد يصعب الاقتناع بوجوده أو الإفصاح عنه، لكن قد يحرك تصرفات و ردود فعل الأم تجاه ابنها. و حتى تجاه الأب و الفريق الصحي. و حتى بعد عام من ذلك لاحظت تراول أنّ هؤلاء الرّضع لهم مشاكل علائقية مع الأم أكثر من العينة الضابطة. و لاحظت أنّ هؤلاء الأمهات لا تستجبن لبكاء رضعهن بنفس السرعة التي يستجيب بها أمهات العينة الضابطة. و استنتجت أنّ هذه العوامل قد تؤثر على المراحل الأولى أين الأم و الرضيع يكتشفان بعضهما.

(Daws D., 1999, pp.160-333)

و قد وجد بابوسيك أنّ القيصرية أدّت إلى 29.7 بالمائة من حالات البكاء و الصراخ الحاد. و ارتبطت صعوبات الولادة و مشاكلها في دراسة جيمس روبرتس بالصراخ الكبير 4و المستمر في 51 بالمائة من رّضع عينته. (James – Roberts I., 1995, p.181)

(Papousek M. & Hafacker N.V., 1995, p.219)

و لاحظ (1980) Kennell أنّ حضور امرأة من عائلة الأم أثناء الولادة يختصر مدة الولادة للنصف. فتحتاج الأم لوالدها أثناء الولادة و كأنّها أمومة رمزية. و كي تؤكد لها دورها الجديد في الأمومة. و عدم وجودها أو موتها يكون له إحساس مضاعف في هذه الفترة. و قد يكون لحضورها الفعلي في عقل الأم عن طريق علاقة صحيحة مستدخلة نفس الوظائف. (Daws D., 1999, pp. 245-255)

ففي هذه الفترة يكون للأم تناقض وجداني من الأحاسيس. تتمثل في أنّها تضيّع جزءا منها و من جهة تخشى على ولدها و تريد احتجازه في بطنها و الانفصال عنه في مرة واحدة.

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

و في الأيام الأولى من الحياة يصعب عليها أن تنتظر لأبنها كجزء منفرد عنها. وهي تعامله على أنه جزء منها فقد الحماية ، و ضعفه يؤدي بها للخشية عليه من كل شيء فهي حينما تحمله تخاف أن يسقط من يديها ، و إن غسلت له خافت أن يزلق ، و إن أرضعته شكّت في أنّ حليبها ينفعه. و إذا كانت الأم ممن تهتمن بشكلهن كثيرا، فتخاف أن يشوّه الطفل جسمها بالرضاعة. و في بعض الأحيان تراه كعائق لها في نجاحها العلمي أو الفني، و قد ترى أنّه عائق يقف أمام حياتها الجنسية، و تخاف أن لا تقدر أن تكون في نفس الوقت زوجة و أم. و قد تكون غير ناضجة و الطفل جاء ليلزمها لتترك علاقتها الطفلية مع والديها أو زوجها. و بذلك على الأخصائي أن يساعد الأم في البداية أن تأسس علاقة صحيحة مع وليدها. (Debré R. & Doumic A., 1969, pp. 183-185)

ث- اضطرابات النوم عند الرضيع و علاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأم :

ترى دليس دويس أنّ الحالة الجسدية للحامل التي تعاني من اضطرابات جسدية خلال حملها، تغيّر من ردود فعلها النفسية نحو ابنها. وقد يترجم التناقض الوجداني لديها على شكل جسدي. وهي في ذلك تحيل لرضيعها التعبير الفزيولوجي للصراع. وتعلمه أنّ الشكل الجسدي هو الصيغة الأحسن للتعبير عن المشاعر. (Daws D., 1999, p.312)

و قد وجد أنتوان كيدني و ليون كريزلر أنّ من بين 28 رضيع مصاب باضطرابات النوم هناك 10 منهم لديهم أمهات تعانين من اضطرابات جسدية مختلفة.

(Guedeny A. & Kreisler L., 1987, p.312)

و من بين الاضطرابات التي وجد أنّ لها تأثير على نوم الرضيع هي: الأمهات اللاتي تشتكي من الأرق، فقد وجد جيورجيس (1987) أنّ 26 بالمائة من الأمهات اللاتي لهن رضع مصابون باضطرابات النوم لهم سوابق اضطرابات نوم في عائلاتهم ، و 16 بالمائة منهم أمهدهم مصابات بذلك. (Daws D., Op.cit, p.314)

و هذا ما يوافق نتائج دراسة (Hiscock H. & Wake M. (2002) اللذان وجدوا أنّ هناك ارتباط قوي بين كمية و نوعية النوم لدى الأم مع اضطرابات النوم عند الرضيع .

(Hiscock H. & Wake M., 2002, p.3)

و قد يكون للأرق الذي هو سبب و نتيجة لاكتئاب ما بعد الولادة أثر بليغ في العلاقة أم - طفل. فهذه الأم ستعاني من خلل في مراحل النوم خاصة النوم العميق الذي يساعدها على استرجاع قواها التي فقدتها في النهار، و نوم الريم الذي يساعدها على استدخال كل التغيرات الجديدة الناتجة عن وجود الطفل في حياتها. مما يجعلها في دائرة مفرغة تحرمها القدرة على بناء علاقة صحية مع رضيعها و يحرمها استرجاع قواها و قد يؤدي بها إلى الانهيار.

و تعطي دويس مثال عن حالة أم تعاني من إكزيما حادة، فلا تتمكّن من التقرب من ابنها و حمله مما أدى إلى اختلال العلاقة بينها و بين ابنها ، و أثر ذلك على طريقة نومه فأصبح نومه متقطعاً. (Daws D., Op.cit, p.314)

ج -علاقة نوم الرضيع بالأمراض النفسية و العقلية لدى الأم :

إنّ الأم المصابة بأمراض عقلية أو نفسية تؤثر على رضيعها حينما تتواصل معه من خلال انسجام و توافق إيقاع نظراتها و ابتسامتها و من خلال حديثها له و الاستجابة لصراخه و لحاجاته الجسمية و النفسية و تظهر في طريقة حمله holding و من خلال هوماتها و أفكارها عنه و الرضيع الذي يجهل كل شيء عما يحيط به ينظّم عالمه من خلال هذا التواصل. و إذا اختلّ هذا التواصل فإنّه يصبح غير قادر على تنظيم مفاهيمه حول العالم الخارجي و حول جسمه ، بما في ذلك تنظيم إيقاع نومه و هذا هو حال الأم القلقة أو المكتئبة التي تبعث بقلقها أو يأسها لرضيعها فيختلّ التواصل بينها و بين رضيعها و يتباطأ و يختلّ إيقاعه و ينعدم في بعض الأحيان تماماً، أو بالعكس قد تتصرف عن علاقتها بمن يحيط بها، و تستثمر علاقتها مع رضيعها بشكل أكبر و تستثيره أكثر. و هي في الحالتين تؤثر في النمو النفسي لرضيعها. و مثل ذلك الأم الفصامية التي يختلط على رضيعها فهم الإشارات التي تقوم بها لشدة تناقضها و عدم انسجامها و كذلك الأم التي لديها هوس أو وساوس فبأفكارها تآثر كثيراً على طريقة فهم الرضيع و تعامله مع العالم المحيط.

و من شأن الصراعات اللاشعورية للأم أن تجد لها تعبيراً في العلاقة بينها و بين طفلها، خاصة في طريقة الحمل. و تقلل من مشاركتها في الوظيفة ضد الإثارة التي وصفها فرويد

(1925) التي تلعب دورا هاما في حماية الطفل من مصادر الإثارة الداخلية و الخارجية.
(Guedeney A. & Kreisler L., 1987, p.315)

و قد وجد كل من كيدني و كريزلر في عينته المتكونة من 28 زوج من الرّضع المصابون باضطرابات نوم و أمهدهم أعراض قلق لدى 28.5 بالمائة من الأمهات.
(Ibid, p.312)

فالأم القلقة تتفحص ابنها عندما ينام كل مرة لتتأكد من أنّه حيّ. و قد توقظه كل مرة مما يسبب له اضطرابات نوم. في حين توجد أمهات يصعب عليهن تقسيم عاطفتهم بين أزواجهن و أبنائهن. فتحس الأم مرات بالذنب أمام ابنها بأن لا تتقبل الانفصال عنه ليلا ،وفي مرات تحس بالذنب لأنّها تركت زوجها من أجل ابنها. ويلزمها عادة عدّة أشهر للتعود على الوضع. والقلق الذي يكون انعكاسا لهذا الوضع ما يؤدي إلا لتفاقم اضطراب النوم عند الرضيع. وقد يكون لقلق الأم جذور عميقة و بعيدة في طفولتها الأولى و في الطريقة التي أدركت بها العلاقات العاطفية مع أمها و أبيها. و حتى الطريقة التي عاشت بها حملها و نفاسها و كيف ترى علاقاتها العاطفية مع ابنها. و أرجع كثير من العلماء منهم Guedeney & kreisler (1987) ; Lozoff & al (1985) ; Zuckerman & al (1987) اضطرابات النوم عند الرضيع للاكتئاب عند الأم. و سنتعرض في فصل الثاني من الجانب التطبيقي بكثير من الإسهاب عن هذا التأثير.

ح-علاقة إدراك الأم باضطرابات النوم عند الرضيع :

لقد وجد أنّ المواقف السلبية و المتناقضة للوالدين تجاه رضعهم لها علاقة باضطرابات النوم عند الرضيع. (Morrell J. & Steele H., 2003, p.550)

و قد أثبت علميا أنّ الأمهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من اضطرابات نوم لهم تصورات غير متزنة و أقلّ اكتراث برضعهن مقارنة بالأمهات اللاتي لديهن رضع بدون اضطرابات نوم. أمّا (Morrell 1999) فقد وجد أنّ اضطرابات النوم عند الرّضع قد ارتبطت ارتباطا كبيرا بتصورات الأم المتعلقة بصعوبة وضع حدود في التربية، وزيادة

الشكوك حول القدرة على الأمومة، و زيادة الغضب نحو مطالب الرضيع. و في دراسة حديثة لـ (Sadeh & al (2007) تعلّقت اضطرابات النوم عند الرضيع بصعوبات وضع حدود في التربية و الضبط الوالدي. و قد تعلّق كذلك الاستيقاظ الليلي بمخاوف الأم عن مخاطر لابنها أثناء الليل. و من جانب آخر ، إدراك الأم حول الحدّ من التدخل الزائد أثناء الليل الذي يقلل من تدخلاتها في التهذئة. و يرتبط هذا السلوك الأخير بالنوم الحسن لدى الرضيع. (Tikotzky L. & Sadeh A., 2009, pp.561-572)

وقد أكّد كل من J. Morrell & H. Steele على أهمية التصورات و إدراك الأم حول طريقة تربية الرضيع و الغضب على تواجد اضطرابات النوم عند الرضيع و تلتها بعد ذلك مزاج الرضيع الصعب ثم معاناة الأم من القلق و الاكتئاب ثم تلاها التعلّق المتناقض، و في الأخير تفاعل الوالدين مع الرضيع أثناء وقت الخلود إلى النوم التي تضمّ طرق التهذئة كتقاسم النوم و الهز أو إعطاء الأكل أو الشرب في الليل.

(Morrell J. & Steele H., 2003, p.458)

خ-النوم عند الرضيع و التعلّق :

إنّ التعلّق الآمن ينشأ من التقارب و التفاعل الطبيعي و الصحي للأم مع رضيعها. و هذا التقارب هو الذي يسمح للطفل بتطوير شخصية مستقلة في ضل الصحة النفسية. و قد لوحظ في دراسة (Cassidy (1994 و دراسة Moran & Pederson (1998) أنّ الرضع اللذين لهم أنماط من التعلّق غير الآمن و المتناقض هم اللذين سجلوا أكبر مستوى من القلق و المخاوف وصعوبات في تنظيم الانفعال إثر الاستجابة للانفصال عن الراعي أو الحاضن (caregivers)، مقارنة بالأطفال الآخرين اللذين لهم أنماط من التعلّق المتجنب أو التعلّق الآمن. وقد بيّنت (Daws (1989 من دراساتها الإكلينيكية كيف أنّ التعلّق المتناقض ومشاكل قلق الانفصال يرتبطان بصعوبات النوم عند الرضيع. وقد وجد كل من Benoit & al (1992) أنّ هناك علاقة وطيدة بين اضطرابات النوم عند الرضيع و ذكريات و تجارب التعلّق غير الآمن للأمهات، وذلك باستعمال مقابلة تعلّق الراشد (AAI).

و صرّح ساديه و أندرس (1993) أنّ مشاكل الانفصال عند الوالدين والرضيع هي من أكثر العوامل انتشارا في تزايد صعوبات حل مشاكل النوم.

(Ibid, p.451)

د-النوم عند الرضيع و الانفصال :

يوجد عند التحليلين من يرى أنّ التجربة الأولى للرضيع مع أمه هي انصهار مثل Mahler و Winnicott. و منهم من يرى أنّ الرضيع يدرك وجود أمه بطريقة فطرية

و لاشعورية. و هذا ما يذهب إليه (1964) Esther Bick و (1975) Martha Harris

و (1989) Miller & al و (1985) Daniel stern اللذين أظهروا أنّ الرضيع يتعرف على أمه عن طريق الرؤية و السمع و اللمس. أمّا (1936) Milner فيرى أنّها جمع بين الاثنين في بعض الأحيان يحس بالانفصال، و في أحيان أخرى بالانصهار. و هذا الانصهار يعاود معاشته في ذكريات عابرة إثر تجارب حسية ولمسية. و وصف (1986) Fed Pine كيف ينصهر جسم الرضيع مع الأم أثناء النوم في حين في حالة توظيف معرفي أكثر شدة يكون الإحساس بالحدود جد واضح. واقترحت Edna O'shaughnessy أنّ الغياب هو شرط طبيعي و هام. و الذي في حالة عدم حدوثه يؤدي إلى انصهار تام مضر بالهوية المنفردة لكل فرد. وبذلك فالرضيع المحبط و الذي يبكي ويحس نفسه مهمل من طرف الثدي السيئ الغائب لا يستطيع النوم. أمّا الرضيع الهادئ يتذكر و يتوقع الثدي الحسن الغائب،

و يستطيع أن يندرج إلى النوم تحت هذه الأفكار. حيث تؤكد Klein أنّ ذكرى الأوقات السعيدة تساعد الطفل على تخطي الإحباط لأنّها تعد برجوع الأوقات السعيدة. و يرى وينيكوت أنّ الأم الجيدة بالكفاية هي التي تتأقلم بسهولة مع احتياجات الطفل. و يتناقص هذا التأقلم بالتدرج كلما زادت قدرة الطفل على مواجهة خلل في هذا التأقلم و تحمل نتائج الإحباط. (Daws D., 1999, pp.163-215)

ففي الأشهر الأولى يقبل الرضيع على النوم بسهولة، لأنه ليس له بعد مفهوم النوم-الاستيقاظ. و ليس له مفهوم عن نفسه و أمه. لكن من سنّ 10 أشهر يصبح النوم يعني له

الانفصال حتى أنه عندما يلاحظ غياب شخص ما فيقول: "فلان دودو" و لا يتمكن من تقبل هذا الانفصال إلا إذا تقبله في النهار، وإذا كان الانفصال يترجم على أنه رفض من الأم للطفل فإن الرضيع يرفضه و تحدث اضطرابات النوم.

(Debré R. & Doumic A., 1969, p.174)

و قد اهتمت Isabel Paret (1983) بعلاقة اضطرابات النوم بالمسافة بين الأم

و الرضيع. و هي تذكر بمفهوم أنا فرويد التي ترى أن اضطرابات النوم اضطرابات عابرة ناتجة عن القلق الخارجي و الداخلي لهذه المرحلة من النمو. و ترى أن التعلق مع الأم يتزايد في العام الأول، و يختلط مع سهولة الخلود إلى النوم. و تذكر باري بالرجوع إلى ماهرل وإمد (1984) كيف نرى أن الرضيع الذي عمره تسعة أشهر لا يبتعد كثيرا و لمدة طويلة عن أمه، و ذلك لكي يحس بالأمن، و ليتأكد من وجود أمه ، و يفسر الإشارات التي تبعثها الأم. "

ولاحظت باري أن في مجموعة الأطفال اللذين ينامون جيدا أنهم أقدر على الابتعاد عن الأم، و هم أكثر الأطفال رضاعة للإبهام. فوضعت فرضية أن هؤلاء الأطفال لهم درجة من النمو النفسي و نمو الذات أحسن مكنتهم من النوم الحسن. و ترى أن للأم دور في ذلك بتحمل هذه الدرجة من الانفصال و تشجيع الرضيع لاستكشاف ذات أخرى(الموضوع الانتقالي) و مواضيع و أشخاص جدد بواسطة النظر و الابتسامة و الإشارات المطمئنة.

و بينت باري أن هؤلاء الأطفال لا يفقدون التواصل مع أمهدهم بالابتعاد لكن يحافظون عليه عن طريق الكلام و النظر. و قد قام (Mike Tomson 1989) بنفس الملاحظة على 4 أزواج من الأمهات و رضعهم بين 9 و 22 شهر حيث وجد أن شفاؤهم من اضطرابات النوم ترافق بالابتعاد عن الأم. فلم يبقوا في حضن الأم لكن أصبحوا يلعبون بجانبها.

إن الأطفال الأكثر تقبلا للانفصال عن والديهم هم الأطفال اللذين يفتنون بتواجد الوالدين وقت الحاجة، و اللذين يؤشرون مجيئهم و رحيلهم، و يستثمرون الألعاب حول الانفصال. فتسرد (Selma Fraiberg 1959) كيف استعملت لعبة "ها هو" (الاختفاء

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

و الظهور)، و اللعب بفكرة الانفصال، و التحكم في هذا القلق من أجل علاج اضطرابات النوم عند رضيع. و عندما يصعب القيام بالانفصال الليلي فإننا نجد هذه الصعوبة على الأم و الطفل على السواء. لأنّ هذا الانفصال العادي يكون مليء بالحداد و الخسارات غير المحتملة.

و تقول Mélanie Klein : " الرضيع لا ينتظر فقط أن يرضع لكن كذلك أن يحب و يفهم. و تعبر الأم عن هذا الاهتمام بالطريقة التي تهتم بها بابنها. و هذا الفهم يؤسس لأوّل علاقة أساسية في حياته. رغم أنّها في نفس الوقت تمتزج بالإحباط و الألم و عدم الارتياح. فيوضح للطفل العالم الخارجي عموماً الحسن منه و السيئ."

(Daws D., 1999, pp. 163-215)

و قد تدعّمت الآراء حول أهمية الانفصال في اضطرابات النوم عند الرضيع بالدراسات عند الحيوانات. فقد استنتج (Reite & Short (1978 أنّ الانفصال عن الأم عند القردة يؤدي إلى اضطرابات النوم و زيادة التهيج و زيادة زمن الرجوع للدخول في نوم الريم و نقصان نوم الريم. (Mc Kenna J. & al, 1993, p.267)

أمّا عند الفئران فقد أدى الانفصال عن الأم إلى زيادة الوقت الذي تقضيه مستيقظة و قلّة نوم الريم و زيادة حركات الجسم و تناقص الرضاعة غير المتعلقة بالأكل أثناء النوم. (Hofer M.A., 2004, p.189)

ذ- علاقة اضطرابات النوم بحساسية الأم و التوافر العاطفي لها:

حساسية الأم هي قدرة الأم على إدراك إشارات الرضع بدقّة، و الرّد عليها بشكل مناسب وقد برهن (Beckwith & al (1999 أنّ لها تأثير على نمو القدرات العقلية و السوسيوإنفعالية للأطفال، و كذلك وجد (Spangler & al (1994 أنّ لها تأثير على التنظيم السلوكي البيولوجي و هي تقترن بمصطلح التوافر العاطفي. و يعتبر مصطلح التوافر العاطفي (Emotional availability) الذي هو أقلّ تداولاً في وصف العلاقة أم- طفل من منظور تنظيم الحوار العاطفي، جوهر العملية التنظيمية في مهدها، و هو يشير إلى الانفتاح

من جانب الأم و الطفل على الحصول على حوار عاطفي، و استعدادهم و رغبتهم في الاتصال، و هو نافذة واعدة لدراسة حالات التواصل أثناء الليل و النهار في عدة مواقف.
(Scher A., 2001, p.517)

ر-النوم عند الرضيع و الرعاية الوالدية *caregiving* :

توصلت كل من دراسات

Axia & Bonichini(2005);Axia & Weisner(2002);Bonichini & Tagliapietra(2003) إلى أنّ سلوك الأم له أثر في تنظيم الرضيع. و يقترح Crockenberg & Leerkes (2006) أنّ الأثر في الاتجاهين. فوجد كل من Axia & Bonichini(2005) أنّ الأمهات لرّضع متهيجين بشكل عالي هن أكثر نشاطا و أكثر قربا في الاتصال الجسدي مع أولادهن. و لا يعتبر كم تهدئة الأم للرضيع هو الذي له أثر في تهيجه، لكن نوعية التهدئة و التي تختارها الأم حسب طبيعة الصراخ. وأظهرت الدراسة ارتباط تام بين حمل الرضيع و الصراخ في الأشهر الأولى.
(Bonichinni S. & al, 2008, pp.581-583)

و لوحظ أنّ من بين عوامل وجود و استمرار اضطرابات النوم عند الرضيع استعمال طرق الرعاية الأبوية المتمثلة في التهدئة الجسدية النشطة كتقاسم الفراش والتربيت وإعطاء الأكل.(Morrell J. and Steele H., 2003, p.448)

وفي دراسة لـ Gunilla Stenberg أشارت أنّ الأمهات اللاتي لا تولين اهتماما بأولادهن يلعبون أقلّ بلعبهم. و يستكشفون بأقل بكثير المحيط مقارنة بالأطفال اللذين لديهم أمهات توليهم الاهتمام بهم. (Stenberg G., 2003, p.399)

وبيّن Hunziker & Barr(1986) أنّ الأطفال اللذين حملوا في الأشهر الأولى يكون و يتهيجون أقلّ من الآخرين. لكن الأم التي لا ينام الرضيع إلا بين يديها ، تكون قد فوّتت الوقت المناسب لمساعدة ابنها على تنظيم مراحل الفزيولوجية في النوم و الاستيقاظ.
(Daws D., 1999, p.121)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

وعلى الأخصائي أن يظهر للأُم أهمية العلاقة العاطفية الجيدة على النمو النفسي لابنها والتي تظهر حتى في طريقة حمله (Holding) واللعب معه، والتحدث معه، وأثناء إعطائه وجبته. و كيف تستجيب للاحتياجات النفسية لرضيعها حسب المراحل العمرية.

(Debré R. & Doumic A., 1969, pp.186-187)

ز-النوم عند الرضيع و عمل الأم :

لقد سجلّ اختلاف في مراحل النوم في مدّة 24 ساعة بين الأطفال اللذين لهم أمهات يعملن و أمهات ماكثات بالبيت في سن 13 أسبوع.

(Bamford N.F., 1990, p.720)

و لوحظ أنّ قلّة عدد مرات تقاسم الفراش مع الوالدين لرّضع في سن تسع أشهر ارتبط بقلّة ساعات العمل لدى لأم. (Taylor N. & al, 2008, p. 84)

بالنسبة للوالدين اللذين يعملون أثناء النهار الانفصال يترك لهم آثار مؤلمة لا تمكنهم من الاقتراق بسهولة أثناء النوم. واعتبرت Lozoff أنّ انفصال غير معهود يشكل سببا لاضطرابات النوم فيكون الرضيع في حالة قلق عندما تستعيد الأم عملها. وكذلك جيورجس وجد أنّ 60 بالمائة من الرّضع اللذين لهم اضطرابات نوم، لهم أمهات يعملن مقابل 41 بالمائة من الرّضع اللذين لهم نفس الاضطرابات و لا تعمل أمهذهن. و الأم العاملة تحس بصراعات متجاذبة و متناقضة بين مسؤولياتها في البيت، و نحو رضيعها، و عملها و مشاكله، و طموحاتها. (Daws D., 1999, pp.215-290)

س-النوم عند الرضيع و علاقة الوالدين :

يرى Winnicott (1958) أنّ " قدرة الفرد على الانفصال تتعلّق بقدرته على تسيير الأحاسيس الناتجة من المشهد البدائي. ففيه ندرك أو نتصور علاقة إثارة بين الوالدين ويتقبلها الطفل الذي يكون بصحة نفسية جيّدة، و الذي يكون قادرا على التحكم في كرهه، واستعماله في صالح العادة السرية." ولذلك تدلي Joyce Mc Dougal (1974) أنّ الأم التي لا تعيش بالكفاية حياتها الجنسية تولي اهتماما زائدة عن الحد لعلاقتها مع رضيعها. و انطلقت

Lozoff (1984) من دراسة Caudill & Path (1966) على رضع يابانيين يتقاسمون النوم مع والديهم، وبيّنت كيف يتم إيلاء الاهتمام بتربية الرضيع وتجاهل علاقة الوالدين، فيعمل الرضيع كعازل جنسي بين الوالدين.

و بيّن (Brown & Harris 1978) كيف أنّ أمًا بدون علاقات جنسية هي أكثر عرضة للاضطرابات النفسية. وإذا كانت هذه العلاقة تحمي الأم، فهي أيضا هامة للرضيع. فإذا كان الوالدين منفصلين فإنّ الرضيع يجد نفسه أمام أم لها صعوبات في أن تكون حاضرة فعليا. و يحس بعدم وجود اتصال متبادل بين الاثنتين. و قد يكون لعدم نوم الرضيع معنى في المرحلة الأوديبية. فهو يرفض أن يترك الوالدين لوحدهما. و قد يمثل المساء وقت التقاء الوالدين بعد فراق إثر العمل. ويعوق الرضيع هذا اللقاء. وتترك الصراعات الزوجية من صراخ ومشاجرات أثرا مباشرا على النوم. فيشعر الرضيع بالأثر المخلف على الصحة النفسية للأم. و عدم القدرة الوالدين على العيش مع بعضهم يجعل الرضيع و كأنه يعيش في صحراء يصعب فيها إيجاد الراحة. (Daws D., 1999, pp. 209-285)

و قد بيّنت دراسة كيدني و كريزلر (1987) أنّ 67.85 بالمائة من الأمهات التي لهن أطفال يعانون من اضطرابات النوم ، لهن صراعات مع الأزواج أو مشاكل عائلية أخرى. (Guedeney A. & Kreisler L., 1987, p.312)

و قد تكون مشاكل و صعوبات و فوبيا الانفصال من الوالدين صدا لمشاكل و صراعات الوالدين و الخشية من انفصالهما، والتي من شأنها أن تنعكس على سلوك النوم عند الرضيع. وتبيّن أنّ الأمهات اللاتي لهن علاقات جنسية جيدة بأزواجهن هم أكثر رافة و حساسية تجاه رضعهم ، و ارتبطت كذلك بتعلّق آمن بين الوالدين و الأبناء.

و نقل عن (Pederson 1975) أنّ درجة عالية من الشدّة و الصراعات بين الأزواج ارتبطت بعدم القدرة على تغذية الأطفال من طرف الأم. في حين بين Cowan & cowan (1981) أنّ الآباء الأكثر مشاركة في الرعاية واللعب والتحمم هم الذين لديهم أكثر نسبة من الرضا الزوجي. و حسب (Dickstein and Parke 1988) الأزواج غير السعيدين في

حياتهم الزوجية ، لا يبتعدون فقط من زوجاتهم لكن كذلك من أطفالهم، و بذلك يقللون من
حظوظ التواصل و تجارب التعلّم لرضعهم.(Samuels C.A. & al, 1992, p.40)

5-13-5- اضطرابات النوم عند الرضيع و دور الأب :

يكون للأب دور فعّال مع الرضيع مباشرة و في مساندة الثنائية أم – طفل. فقد يذكّر الأب
زوجته أنّ الرضيع يكبر، و يساعدها على تحديث نظرتها، و محاولة مساعدتها على إيجاد
القوة اللازمة لكي تبتعد عنه و تتقاسم وقتها مع باقي العائلة. و كذلك يمثل الأب حماية
للرضيع الذي تكون أمه مكتئبة ولها صعوبات نفسية أخرى. و يؤكّد كل من (1987
Guedeney & Kriesler) أنّ الأب يقدر أن يكون بديلا فعالا لأم مكتئبة أو منعزلة أو
يخفف من تأثير فوبيا الأم على الرضيع ". و حتى نوعية العلاقة الزوجية تمثل عامل حماية
ضد اكتئاب الأم.

(Daws D.,1999, p.275)

في بعض الأحيان لا تتقبل الأم أن تكون مستيقظة في حين الأب ينام و يوجد من الآباء من
يساعد زوجته اثر الاستيقاظ الليلي.

و يختلف دور الأب حسب السن، فقد يكون الرضيع الذي لا يزال يرضع الثدي بحاجة
كاملة لأمه، و يتدخل الأب في وقت الفطام و يساعد بشكل جدي على إحداث الانفصال أم –
طفل. و يكون دور الأب مخالفا عن الأم و مكملا لها، و يكون أكثر سلطة. وقد تحدث
الرغبة في تقاسم مسؤولية الأطفال دون أن توضع حدودا ظاهرة لدور الأب و الأم اضطرابا
لدى الطفل، فلا تسمح له بمعرفة الفروق بين الشخصيات و الفروق البيولوجية.

(Ibid, pp.281-282)

5-13-6- عوامل نفسية متعلقة بالرضيع:

لقد أعطى جون برجوري تفسيراً تحليلياً لاضطرابات النوم في الست أشهر الأولى من
الحياة. و هو أنّ الرضيع له تثبيت يمنعه من عملية توظيف الليبدو في النوم و التركيب

التصوري للرغبة (la réalisation hallucinatoire du désir) وذلك من جانب الإشباع النرجسي العام، و في نفس الوقت من جانب الإشباع الشبقي الذاتي.

(Bergeret J., 1976, p.262)

و من بين العوامل النفسية المتعلقة بالرضيع و نوعية نومه:

أ-النوم عند الرضيع و الأمن النفسي :

إنّ الأطفال اللذين يفتقرون إلى الأمن النفسي. لا يحسون بأنهم محميون من طرف والديهم، وبالتالي لا يقدرّون على النوم. (Daws D., 1999, p.215)

و نجد عند الطفل القلق النوم له معنى الهدم فيطلب الضوء ليتأكد من حياته. و من وجود أمه. و قد يخاف الدخول في النوم لخوفه من الكوابيس.

و في دراسة حديثة لمنى الشيخ و آخرون (2007) على 166 طفل بالحضانة، بيّنت كيف أنّ الصراعات بين الزوجين تؤثر بشكل كبير في الأمن النفسي للأطفال، و الذي بدوره يؤثر في اضطرابات النوم لديهم. (El-Sheikh M. & al, 2007, p.88)

ب-النوم عند الرضيع و التهذنة الذاتية :

يتعلّق النوم في الأشهر الأولى بالأكل ولا تظهر التهذنة الذاتية إثر الاستيقاظ الليلي إلا نادرا. و تبدأ في الظهور مع بداية الشهر الرابع إلى السادس ، و تزداد في تواترها مع السنة الأولى. و الرّضع اللذين لديهم طرق ذاتية للتهذنة يعتبرون حسب آراء والديهم جيّدوا النوم مقارنة بالأطفال اللذين يحتاجون باستمرار إلى تدخلات أهلهم من أجل النوم.

(Burnhem M.M., 2002, p.714)

لقد وجدت Isabel Paret أنّ 23 رضيع ينامون بشكل جيّد كانوا أكثر تقدما في الفطام، و لا يحتاجون إلى الهز لكي يناموا، و أكثرهم يستعملون مواضيع بينية أو يمصون الإصبع. و إذا استيقظوا في الليل كانوا قادرين على النوم بمفردهم. لكن في المجموعة الأخرى كان الرّضع يحتاجون لوجود الأم، و في بعض الأحيان حتى الثدي لكي يناموا.

(Daws D., 1999, p.211)

ت-النوم عند الرضيع و مزاجه:

إنّ الاستيقاظ الليلي هو كذلك نتاج التفاعل بين سلوك الوالدين و مزاج المولود الجديد. فالطفل الذي له صعوبات مزاجية يقدر أن يحدث محاولات و استجابات كثيرة من الوالدين. و التي بدورها تحافظ على درجة التهيج و الاستيقاظ عند الرضيع.

(Richman, 1981 ;Snow & al, 1980 in Seymour F.W. & al, 1983, p.217)

و أكدّت العديد من الدراسات أنّ من بين عوامل اضطرابات النوم عند الرضيع هو المزاج السيئ. و ارتبطت خاصة بالتبكير في الخلود إلى النوم و طول مدّة النوم، سواء أكان المزاج سلوكا مقاسا أو عن طريق إدراك الأمهات له.

(Scher A. & al, 1998, p.785)

(Morrell J. and Steele H., 2003, pp.450-451)

7-النوم عند الرضيع وعادات النوم :

تساعد عادات النوم على التسهيل من الخلود إلى النوم، و من بينها التقييط و حمام الليل و التدليك²² و الغناء و الهزّ و استعمال الموضوع الانتقالي أو مص الإبهام أو المصاصة البلاستيكية أو استعمال منقوع أو التجول في السيارة²³ و سنتطرق لبعض منها.

أ-التقييط - emmaillotage -swaddling:

يؤثر التقييط في الحالة الفزيولوجية و النفسية للرضيع و كذلك في علاقة الأم برضيعها. و هو وسيلة جيّدة لتهدئة رضيع متهيج.

²² إنّ 50 دقيقة من التدليك في اليوم لرضع خدج ساعدهم على زيادة الوزن و الشهية مقارنة برضع لم يتحصلوا على نفس المتغير (White & Laraba,1976 in C.A.Samuels & al ,1992 , p. 40)

²³ لقد وجد أنّ الجولات في السيارة تقلل من إفراز الكورتيزون و بذلك نلاحظ أنّ الكثير من الأولاد ينامون أثناء الجولة . (M.C.Larson& al,1991,p.362)

و يعتبر Harvey Karp أنّ الرضيع الذي كان مدّة 9 أشهر على اتصال بأغشية رحم أمه، بعد الولادة يجد نفسه حرا في حركته و هو أمر غير مألوف لديه، و قد يستيقظ بفعل الحركات المنعكسة و الفجائية و تقيطه يؤدي به إلى نوع من الطمأنينة النفسية، و يقلل من المغص لديه ممّا يؤدي لتحسين نوعية النوم لديه. (Wikipedia, 2010)

وصف كل من (Chishoolm & Richards 1978) طرق التقيط. و يرون أنّ توقيت التفاعل هو أهم من التفاعل نفسه. أمّا (Lipton 1965) فأكتشف أنّ الرضع المقمطون ينامون أكثر، و يستجيبون للإثارة بنشاط حركي أقلّ شدة، يتحركون أقلّ و يعرفون أكثر انتظام في ضربات القلب من الأطفال غير المقمطين. و اقترحت Judy Bernal علاج الأطفال المتهيجين و اللذين يكون كثيرا و ينامون قليلا باستعمال التقيط. و يحثّج الطفل عند تقيطه بالبكاء، ثم ينسحب إلى النوم عندما لا تستجيب له الأم دون أن يكون مسارا انطوائيا عاطفي متبادل. و تكون الأم أكثر استعدادا نفسيا لمباشرة التفاعل مع ابنها حين استيقاظه. (Daws D.,1999,p.p.118-121)

ب-الهز Rocking:

يصف جون باولبي (1969) الهزّ أو الأرجحة كوسيلة فعالة للتخفيف من بكاء الصغير. و لاحظ أنّ السرعة الجيّدة لذلك هي 60 هزة في الدقيقة أو أكثر، إلّا إذا كان جائعا أو يعاني من شيء ما. و أظهر باولبي أنّ الرضيع أثناء الهز يجد إيقاعا للقلب مماثل لإيقاعه أثناء الراحة.

(Ibid, p.121)

و يساعد الهزّ على تهدئة الشدّة الداخلية و النكوص إلى النرجسية البدائية التي تحدث أثناء النوم. حيث يرى (Bergeret J. 1976) أنّ " في أرق الطفولة الصغرى نجد أنّ إمكانيات صرف الطاقة الشبقية الذاتية تبقى غير كافية، و فقط السند النرجسي المستمر والخارجي بفضل الهزّ دون انقطاع يمكن من تهدئة الاضطراب. و هذا النوع من الهز الآلي

يعرفنا بنوع من الأمهات: و هي الأم المهدئة التي تقابل حسب Fain الأم المشبعة وهذه الأخيرة تستطيع أن تكون غائبة أكثر جسدياً. " (Bergeret J., 1976,p.262)

ت-مص الإبهام أو المصاصة البلاستيكية SUCKING :

أغلب الأطفال خاصة ما بين 2 و 3 سنوات لهم عادات فموية تعود إلى حاجة غريزية غير مشبعة بالكفاية، فالطفل يقوم بمص إبهامه عندما يكون وقت المص إثر الرضعة غير كافي، و عندما يمر الرضيع في الشهرين من 7 وجبات إلى 5 وجبات . فالمص يؤدي لحالة من الارتخاء العضلي الذي يساعد على النوم.

و يعتبر مص الإبهام الذي في البداية عبارة عن غريزة غير مشبعة بالكفاية يصبح عادة لا محال منها للخلود إلى النوم. ويجب أن لا يمنع الطفل من المص. و محاولة لاستبدال الأصبع الذي يسبب تشوهات في الأسنان و في الحلق اخترعت المصاصة البلاستيكية ، يتعرّف عليها الرضيع كموضوع خارجي، يفقدها مرارا و يحضرها له الحاضن كلما سقطت وبذلك يتعلم أن يربط بين المصاصة البلاستيكية و الشخص الذي يعطيها له. و بالعكس الإبهام يصبح مصدر لذة فردية و كأنه شبق ذاتي سهل و سلبي الإشباع.(رغم أنّ الشبق الذاتي دليل نمو نفسي جيد) و في حوالي 10 أشهر إلى العام يفقد المصاصة في سريره. و يحاول أن يجدها لكن في طريقه يجد أشياء أكثر إثارة. و بذلك بالتدريج ينفصل عن المصاصة دون أن يقوم محيطه بأية ردة فعل محبطة مثلما يحدث مع الإبهام. الإزعاج الوحيد مع المصاصة هو الأثر التخديري، و أهمية الوقوف على تنظيفها خاصة في الأشهر الأولى. ولذلك نرى أهمية الرضاعة بالصدر التي تؤدي لارتخاء عضلي مرفوق بإشباع نفسي غني و ذلك لطول مدته. و قد تترافق عادة المص مع استعمال قطعة قماش أو غطاء أو خصلة شعر. تتعقد هذه العادات عندما يكبر الرضيع فقد يحمل معه لعبته المفضلة (دبا أو دمية)، التي تمثل في نفس الوقت موضوع بديل و حامي. ويطلب أطفال آخرون أن يغطوا بطريقة ما أو نوع ما من المداعبة أو كلمة خاصة. و هذه العادات هي عادات ملازمة ضد قلق الانفصال. (Debré R. & Doumic A., 1969, pp.75-77)

و قد لاحظت (1977) Judy Dunn أنّ المص يهدئ عضلات الفك و العضلات الأساسية.و يقلّل أيضا من حركات رفرفت الجفون.و الحركات غير المنتظمة للأيدي و الأرجل.و مص المصاصة البلاستيكية ذا معنى نفسي فيمثل ذكرى لثدي الأم و كأنّ الرضيع لا يزال على اتصال بأمه. و يصبح بالنسبة للرضيع الوسيلة التي بها يقوم ذهنيا بالحفاظ على تلك الصلة مع أمه، و هو قادر في نفس الوقت على تقبل الانفصال عن أمه. (Daws D.,1999, p.122)

ث-الموضوع الانتقالي :

هو أنّ يستعمل الرضيع دبا أو قطعة قماش أو حتى صوتا معيناً كأسلوب في التهدئة الذاتية و النوم. وهو موضوع انتقالي بين الموضوع الأول وهو الأم والموضوع الخارجي. في بداية الحياة تلبى للرضيع أغلب حاجياته، فيحس وكأنّه له تحكم سحري على عالمه، ويتوقف على الأم أن تمحو هذا الوهم بالتدرّج، بواسطة إجابات نسميها الفطام. وللرضيع مواضيع بديلة كأحد الوسائل لعبور مرحلة محو الوهم. و يرى وينيكوت أنّها وسيلة دفاعية ضد القلق من النوع الاكتئابي. مع العلم أنّ الموضوع البيئي لا يستبدل الوالدين لكن يسمح للرضيع بأن يحس أنّه منفصل عنهم و هم قريبون منه. فقد وجد أنّ الرضيع اللذين يغيب عليهم والديهم يتركون اللجوء للموضوع البيئي. (Ibid, pp.168-187)

-طرق التدخّل و النوم :

تختلف طرق تدخّل الأولياء لإنامة أولادهم أو إعادة إنامتهم كالهزّ والغناء وتقاسم الفراش والحمل والإرضاع وعزله في مكان هادئ وتثبيت عادات النوم وأوقاته واستعمال المنقوع وحتى استعمال الأدوية. وقد تساعد هذه التدخلات، وكذلك قد تؤدي لتفاقم مشاكل النوم، أو لا تكون ذات أي فائدة عندما تكون علاقة الأم برضيعها مضطربة حيث يحتاج الاثنان إلى متابعة نفسية.

لقد أظهرت دراسة أنّ اضطرابات النوم بعد 5 أشهر لا ترجع إلى مشاكل المغص، لكن هي نتاج تكاثف مشاكل النوم عند الرضيع و أنماط التدخلات الأبوية للتعامل مع الاستيقاظ الليلي. (Wolke D. & Al, 1995, p.191)

ومن بين أكثر التدخلات الوالدية التي تناقض العلماء والباحثون بشأن فوائدها ومساوئها تقاسم الفراش و استعمال الأدوية و سنتطرق لهما بنوع من الإسهاب :

أ- تقاسم فراش النوم **cosleeping**:

قبل العصر الحالي كان الرّضع يتقاسمون نفس مكان النوم مع والديهم، و حتى في العديد من الثقافات مازال يحدث ذلك. وطريقة وضع الرضيع في مكان آخر هي طريقة محدودة فقط في الدول المتطورة و نوعا ما حديثة. Lozoff & al وجدوا أنّ 57 بالمائة من العائلات الأمريكية السود تقوم بتقاسم الفراش باستمرار مقابل 17 بالمائة من العائلات من البيض، و في هذه المجموعة الأخيرة كان تقاسم النوم مرتبط بدخل محدود للعائلة. ولاحظ Medoff et Schaefer أنّ العائلات القوقازية عبارة عن عائلات متقاسمة لفراش النوم ظرفيّة، و كرّدّة فعل لاضطراب نوم عند ابنهم. أمّا الأفرو- أمريكيان والأمريكان من أصول اسبانية يقومون بذلك من أجل عادات ثقافية. و تعريف تقاسم النوم يختلف فقد يتقاسمون نفس الفراش أو في أسرة مختلفة لكن قريبة أو داخل غرفة واحدة. واقترح Mackenna فرضية مفادها أنّ تقاسم مكان النوم قد يكون هام و مؤثر على سير نوم الرضيع في صحة جيّدة.

و بالعكس باحثين آخرين ربطوا تقاسم النوم بحالات موت الرضيع المفاجئ، وحالات الموت اختناقاً. لكن هذه الدراسات نقت في طريقتها ولم يحتفظ إلا بدراستين تؤكّد عدم ارتباط موت الرضيع بتقاسم الفراش. وأظهرت دراسات أنّ هناك ارتباط هام ما بين تقاسم النوم و مشاكل النوم عند الرضيع مثل: صعوبات الخلود إلى النوم والاستيقاظ الليلي. و قارن MosKo & al نوم 20 طفل يتقاسمون فراش النوم بشكل مستمر مع 15 رضيع ينامون لوحدهم أعمارهم من 11 إلى 15 أسبوع بواسطة المخطط المتعدّد للنوم، فلاحظ أنّ هناك تناقص في النوم 3 و 4 و زيادة في النوم 1 و 2. أمّا نوم الرّيم فكان متساو في المجموعتين. و مع أنّ أطفال المجموعة الأولى يستيقظون أكثر من المجموعة الثانية إلا أنّهم يتساوون في

مدة الاستيقاظ الإجمالي ،حيث كان رضع المجموعة الأولى ينامون و يستيقظون لفترات قصيرة جدا مقارنة بالآخرين.

و بذلك استنتج أنّ الأطفال اللذين ينامون لوحدهم لا يستيقظون كثيرا. و هم أكثر يقظة في النوم الهادئ و العميق. و من تسجيلاته بالفيديو وجد أنّ الأمهات تقضين من 27 إلى 64 بالمائة من وقت النوم في وضعية واحدة وجها لوجه مع أولادهم.

(Mao A. & al, 2004, pp.95-102)

و لقد استنتج أنّ الثقافة تؤثر في العلاقة بين تقاسم النوم و طرق النوم و اضطراباته. حيث وجد في دراسة مقارنة بين العائلات اليابانية و الأمريكية التي تقوم بتقاسم النوم أنه ليس هناك علاقة بين الاثنتين في العائلات اليابانية. أمّا في العائلات الأمريكية فهو متعلّق بصعوبات الخلود إلى النوم ،و الاستيقاظ الليلي و اضطرابات نوم أخرى مزعجة. في حين ارتبطت في المجموعة اليابانية إلا بالاستيقاظ الليلي في 30 بالمائة من الرضع مقارنة بنسبة استيقاظ في المجموعة الأمريكية ب67 بالمائة.

(Latz S. & al, 1999, pp. 342-344)

وقام ماكينا (2006) بإعطاء دلائل علمية على أنّ النوم مع الوالدين يحمي الرضيع من الموت المفاجئ. الذي يأخذ ذروته ما بين سن 8 إلى 16 أسبوع. و قد وجدوا أنّ الرضع اللذين يتقاسمون فراش أهم يكونون أكثر تهيجا (ربما بسبب الحركة وأصوات أخرى) و يقضون وقتا أكبر في المراحل 1 و 2 من النوم البطيء، وأقل وقت في مراحل النوم الأعمق أي 3 و 4 مقارنة مع الأطفال اللذين ينامون بمفردهم، و اللذين يكون نومهم أقل عمقا. و بالرغم من ذلك (Kemp & al (2000) وجدوا أنّ مضار تقاسم الفراش تمحوا منافعه. (St James-Roberts I., 2007, p.59)

و يؤكّد ماكينا أنّ تقاسم النوم ما يكون كسبب في اضطرابات النوم إلا حسب إدراك الوالدين فقط ويتعلّق بعوامل نفسية واجتماعية لديهم. (McKenna J.& al,1993, pp.264-265) فيقول " لقد رمينا بمفهوم الاستقلالية الفزيولوجية للأم عن ابنها بعيدا. و واحدة من

النتائج التي نستخلصها من الدراسات الثقافية و التطورية أننا عندما نترك الأطفال في سن مبكر ينامون بمفردهم فإننا نشرطهم مبكرا للنوم على مدى مراحل مصطنعة و طويلة، قبل أن يكون نومهم فعلا قادرا على ذلك. " و يؤكد أن نوم الرضيع بمفرده يسبب حرمانا في الحواس إثر التنفس و الحركة و حتى دقات القلب حسب دراسة (Smith & Steinschneider, 1975). و يرى أن في نوم الرضيع بمفرده في مراحل مبكرة (الأسابيع الأولى من الحياة) يعتبر حرمانا عاطفيا حقيقيا.

(Daws D., 1999, pp.116-117)

في حين يخالفه الرأي الكثير من العلماء منهم Ferber و Challamel و Lozoff اللذين يرون في تقاسم الفراش أحد العوامل التي تزيد من صعوبة الانفصال و بذلك تزيد من اضطرابات النوم عند الرضيع.

و في دراسة أقيمت على 83 طفل في سن الحضانة. وجد أن تقاسم النوم يؤثر على استقلالية و مسار الانفصال- التفرد عند الطفل. حيث بينت الدراسة أن الأطفال اللذين ينامون لوحدهم هم أقدر على الخلود إلى النوم لوحدهم، و يستيقظون أقل من الآخرين، و يتحملون الطعام أكثر من الآخرين، و هم أقدر على الاهتمام بأنفسهم كاللبس لوحدهم، و لهم قدرات أكبر في التفاعل و الاستقلالية الاجتماعية، حيث يختارون أصدقائهم بمفردهم. و يظهر أن الأمهات في المجموعة الثانية تكن أكثر حماية لأولادهن مقارنة بالأخريات. و منه تقاسم النوم يعوق استقلالية الطفل. (Keller M.A. & Goldberg W.A., 2004, p.369)

درست عادات النوم لأطفال قبل المرحلة الدراسية فوجد أن الأطفال اللذين ينامون لوحدهم لهم عادات نوم أكثر تعقيدا في وقت الخلود إلى النوم. و كان لهم تعلق أطول من ناحية الوقت و أقوى للأشياء أو اللعب المساعدة على النوم. و وجد أن الأسباب الممهدة لظهور تقاسم النوم هي الرضاعة و خاصة منها الليلية، و النوم مع الوالدين بسبب اضطرابات النوم. (Hayes M.J. & al, 1996, p.348)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

و قد بيّنت دراسة أنّ الأب يستحسن نوم الرضيع معه. لأنّه يمدد الاتصال الجسدي مع ابنه و يشجع مشاركة رعاية الأب لابنه. رغم وجود مخاوف من أن يختنق الصغير أثناء النوم، و ضجر من أنّ نوم الرضيع معه يؤدي إلى مشاكل في نومه، و يبعده عن العلاقة الجنسية مع زوجته. و قد وجد أنّ الأمهات اللاتي تستعملن نوم الصغير مع أزواجهن هنّ أمهات تستعد إلى الرجوع إلى العمل، و تستغلّ هذه الطريقة لفرض مشاركة في الرعاية صغير على أزواجهن. (Ball H.L. & al, 1999, pp.68-72)

ب- استعمال الأدوية المنومة: بيّنت الكثير من الدراسات²⁴ أن استعمال المنومات أمر شائع جدا مع فعالية مختلفة في علاج اضطرابات النوم. و يعتبر دافيدسون و شوكي (1983) أنّ استعمال الأدوية يعتبر كمؤشر تواجد خطر اضطراب نفسي لدى الرضيع. وفي دراسة كيدني و كريزلر 44 بالمائة من حالات اضطراب النوم أعطيت دواء منوم، ولم يلاحظ نتيجة فعالة إلا في حالة واحدة. (Guedeny A. & Kreisler L., 1987, p.314)

14-5- علاقة النوم بالاختلاف الثقافي :

تأثر الثقافة في مواعيد النوم واليقظة و تقدير الوالدين لاضطرابات النوم وعادات النوم وخاصة تقاسم فراش النوم الذي يختلف من ثقافة لأخرى. و تتداخل مع قيم الأفراد عن الاستقلالية ومعنى الذات والأدوار الثقافية لكل من الأب والأم. ومن بين تأثيرات الثقافة المختلفة: عمل الأم والتأثيرات الدينية في واجبات وسلوك الوالدين أمام أولادهم. بالإضافة إلى تأثير الوضع بالحضانة والدراسة وأيام العطل.

(Jenni O.G. & O'connor B.B., 2005, pp.205-206)

إنّ الاختلاف الثقافي في عادات النوم عند الرّضع مثل طرق التهئة و عادات النوم و تقاسم الفراش، يعكس تأثير معتقدات و قيم ثقافة الوالدين و في دراسة على 100 رضيع ألماني أعمارهم بين 6 و 30 شهرا ، أستنتج الباحث أنّ 91 بالمائة من الأولياء يعتقدون أنّ عادات النوم و أغاني النوم لازمة لتحضير الرضيع للخلود إلى النوم و لتجاوز قلق الانفصال ، لكن 1/5 الأولياء فقط يبقون مع رضعهم إثر الخلود إلى النوم، و أغلب الأطفال

²⁴ Choquet & Ledoux (1985) ; Bax (1980) ; Richman (1981)

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

ينامون لوحدهم في غرف مجاورة. و 3/4 من الأطفال يستعملون مواضيع انتقالية لمساعدتهم على الانفصال، وإعطائهم الإحساس بالأمن في الظلام. وأغلب الأولياء يبقون بعيدين جسماً لإنامة أولادهم لكن يفضلون الاتصال معهم عن طريق التهدة والحنان بواسطة الصوت فقط. لكن إذا قاوم الرضيع النوم بشدة فإن وسائل التهدة تصبح جسدية أكثر مثل: الحمل والهز و النوم قرب الرضيع. و كل هذا يعكس اعتقادات الألمان الثقافية، بأن الفرد عليه أن يكون مستقلاً و التركيز على أن هذه الاستقلالية تكون مبكرة.

(Valentin S.R., 2005, pp.269-271)

و قد لاحظت Stork من خلال دراستها على ثلاث ثقافات مختلفة أن اضطرابات النوم شكلت 72 بالمائة عند الرضع الفرنسيين مقابل 57 بالمائة عند التيوانيين و 27 بالمائة عند اليابانيين. و أرجعت كبر نسبتها عند الفرنسيين لمعتقداتهم عن طريقة النوم التي تحفز العزلة الجسدية. والتي من شأنها أن تكون مسببة للاضطرابات.

و تختلف الثقافات حتى في طرق علاج اضطرابات النوم فنجد في السينيغال الرضع ينامون على إيقاع الطبل، أو بفضل تعويذات المرابط أو الإمام. و قد يرجعه المغاربة إلى تأثير العين و الحسد. أمّا عند اللاوس و الكمبودج و التايلاند فاضطرابات النوم عندهم ترجع لكائن خيالي مسمى " في " و العلاج يكون بأن يحكى له حكاية الرجال اللذين تغلبوا على خوفهم من هذا الكائن بواسطة النوم في النجوم. أمّا عند المجتمعات الغربية فهي تلجأ لاستشارة طبيب الأطفال أو الأخصائي النفسي و قد تستعمل الأدوية لذلك. و لوحظ أن المجتمعات التقليدية تقوم بحماية نوم أولادها قبل ظهور الاضطراب، و هذا ما لا نجده في المجتمعات الغربية. وقد لوحظ أنه مهما اختلفت الثقافات فالأمهات المكتئبات و القلقات تستعمل طريقة تقاسم الفراش كحل و ذلك لتعويض الفراغ الداخلي لديها. و بالتالي عندما لا يكون لهذه الوسيلة معنى أو هي نتيجة اضطراب الأم فهي تعرقل النمو النفسي والعاطفي للرضيع. (Govindama Y., 2002, pp.103-112)

5-15- علاقة سلوك النوم في مرحلة الرضاعة بسلوك الرضيع في المراحل العمرية اللاحقة:

وجد أنّ الأمهات اللاتي تستجنن بطريقة صحيحة لإشارات رضعهن أثناء رضاعة الثدي أو الزجاجاة، و في اللعب و أوقات الاتصال الجسدي في الثلاث الأشهر الأولى لهم مشاكل سلوكية أقل في سن العام. (Daws D., 1999, p.191)

و شدّد Sander (1976) على أهمية العشر الأيام الأولى في حياة الطفل، ففي هذا الوقت ينظم الرضيع والأم الوقت و يجدون إيقاع النوم المناسب. (Ibidem)

وتتعارض آراء ساندر مع نتائج دراسة أخرى على 34 رضيع وجد أنّه لا يوجد علاقة بين نوم الرضيع في سن شهر واحد و في سن ثلاث سنوات.

(Dittrichova J. & al, 1994, p.223)

و قد وجدت زوكرمان (1987) أنّ 41 بالمائة من الأطفال اللذين لديهم اضطراب نوم في سن 8 أشهر يبقى لديهم في سن 3 سنوات. وترى لوزوف (1985) أنّ سلوكيات النوم المضطربة هي مؤشر خطر بالنسبة لاضطرابات أكثر خطورة عند الطفل وعائلته. أمّا جيورجيس (1987) فيؤكد أنّ هذه الاضطرابات مرحلية ولا تؤدي أبدا إلى اضطرابات نفسية أخرى في المستقبل. (Daws D., 1999, p.34)

في حين يرى Raymond Dextreit (1961) أنّ اضطرابات النوم ينجم عنها نتائج سيئة للغاية، تتمثل في تغيرات في الإفرازات الهرمونية، و شيخوخة مبكرة للأعضاء، وإجهاد للعضوية. (Dextreit R., 1961, p.5)

و يعتبر سلوك النوم مؤشرا هاما على مدى تطور مسار التفرّد و الاستقلالية الهام لبناء الذات. و بذلك اضطرابات النوم و تكوين الذات أمران مرتبطان تماما.

و قد يؤثر النوم السيئ للرضيع على مزاجه و قدرته على التعلّم وفي نوم الوالدين ونفسيتهما مما يدخلنا في دائرة مفرغة، و تنعكس نفسية الوالدين على الرضيع بعدم تحمله أو

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

العنف ضده ،مما يسبب له بدوره اضطرابات نفسية أخرى، و هذا ما يعكس أهمية التدخلات و العلاج .

5-16-العلاج : علاج النوم معقد لكن غير مستحيل، و ينصح بإتباع نصائح وقائية قبل التوجه للعلاج الدوائي و النفسي.

5-16-1-العلاج الوقائي :

- يجب إعطاء النصح للأم في طريقة النوم و إنشاء علاقات مقبولة مع ابنها.
- يجب أن تعرف الأم أنّ هناك فروق فردية في مدة النوم ،و في بعض الأحيان زيادة هذه المدّة هي مؤشر حرمان جزئي.
- أن تحترم الأم مراحل النوم- الاستيقاظ حسب كل عمر.
- يجب أن تجعل مهد الرضيع مكان للنوم فقط و ليس امتداد لقاعة اللعب.
- يجب أن يكون مهد الطفل كبير بشكل كافي يسمح بحركة الطفل ، و إن كان المهد كبيرا جدا فإنّه ينزع للطفل إحساسه بالأمن .
- يجب أن تكون الغرفة لا ساخنة و لا باردة.
- من الأفضل أن ينام الطفل في الظلام ، في النهار يستحسن النوم في الضوء حتى السنة بعد ذلك يجب تعقيم الغرفة.

- يفضّل إن كان الطفل ينام في غرفة لوحده ،أن يترك الباب مفتوح في سن عامين و نصف.

(Debré R. & Doumic A., 1969, pp. 176-181)

و ترى الباحثة أنّ:

- كثرة استعمال لعب الموسيقى وقت الخلود إلى النوم قد يؤدي لإثارة سمعية و بصرية كبيرة. لا يقدر الرضيع أن يحتويها و تتسبب له إرهاقا و تزيد من صعوبات النوم عنده.
- من أجل الرضاعة بالثدي يجب على الرضيع أن ينام في غرفة الوالدين، لكن يجب تفادي وضعه في سرير الوالدين.
- إرساء عادات للنوم .

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

- تفادي إرضاعه كل ما يستيقظ إلا في الثلاث أشهر الأولى.
- عدم حمله كلما يستيقظ و إغفال الاستجابة لصراخه، إذا تأكدت الأم أنه لا يوجد خطر على حياته، و ليس لديه بلل أو جائع.
- عادة ما يبكي الرضيع وقت الخلود إلى النوم في الثلاثي الثاني من حياته. و ذلك أنّ التدرج من اليقظة إلى النوم ليس بالسهولة التي يجدها الراشد. و لذلك يجب التقليل من الإثارة الجسدية و التكلّم معه وقت الخلود إلى النوم.
- مساعدة الرضيع على إرساء إيقاع الليل والنهار، وذلك بتعتيم الغرفة وقت النوم والتعامل معه بهدوء. واللعب معه و الحديث إليه في غرفة مضيئة أثناء النهار.
- الصمت والهدوء من بين الشروط الأساسية للنوم. فالأطفال اللذين اعتادوا النوم في ضجة السيارات، أو صراخ الأخوة أو التلفاز نومهم لا يكون صحيا. و هو أمر مثبتا بدراسة المخططات الكهربائية للمخ.
- قبل أن ينام الطفل نحاول مساعدته على اختيار لعب هادئة. و نلتزم أن لا نستثيره كثيرا.
- و من سن العام يجب أن نعلم أنّ هناك مرحلة معارضة.
- إعطاء حمام قبل النوم يخفض من درجة حرارة الجسم الداخلية، على أن يدوم على الأقل ربع ساعة.
- يجب احترام عادات الرضيع. من الشهر الثالث يبدأ ظهور مص الإصبع، و من الشهر العاشر تكون العادات أكثر تعقيدا.
- ينصح بعدم تعويد الرضيع على الهزّ كثيرا. فحقا الحركات البطيئة والنمطية تؤدي للنوم لكن تشترطه كذلك. فيطلب حضور الأم و إيقاع الهزّ معا دائما.
- ينصح أن لا يبقى الرضيع بعد سن 6 أشهر في غرفة والديه. فوجوده في الغرفة الزوجية يكون ضار للزوجين و للرضيع كذلك. و يجب الأخذ بعين الاعتبار إن كان الرضيع طفل وحيد أو له إخوة.
- إنّ إيقاظ الطفل المتكرّر قد يؤدي لاضطراب في نومه.
- يجب احترام إيقاع النوم - اليقظة، و أبدا عدم إيقاظ طفل ينام.
- القيام بإثارة كافية للطفل أثناء النهار حركية و لفظية و نفسية.

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع – اضطرابات النوم -

- عدم وضع مواقيت صارمة للوجبات.
- إذا كان المسكن ضيق، لا يسمح لحركة الطفل أثناء النهار ويؤدي للشجار العائلي، و إذا كان هناك ضجيج الجيران فإنه لا يسمح بالنوم .
- إعطاء وجبة غنية في المساء في الأشهر الأولى يساعد على النوم. و في بعض الأحيان نجد أن الأطفال الفاقدون للشهية لهم اضطراب نوم كأحد أعراض خلل العلاقة بين الأم وابنها.
- يجب عدم التسبيق بالنظافة و التربية الإخراجية خاصة ما بين 3 و 9 أشهر.
- تقادي الافتراق مع الطفل دون مواعده، أو أن تهرب أو تختبئ قبل الذهاب إلى عملها. لأنه يزيد من قلق الانفصال عنده.
- التجول أثناء النهار يؤدي لتحرر الطفل، وإخراج نشاطه الزائد و حدوث استنثرات مختلفة من أجل تسهيل النوم.
- في وقت المعارضة من 15-30 شهر، على الأخصائي أن يوجه الأم كي لا تكون لا متساهلة كثيرا حتى تسبب له قلقا بتحميله مسؤولية الخيار بين رغباته دون أن يكون ناضجا بالكفاية. و لا شديدة التزم حتى تسبب له كفا. فطريقة التربية قد تكون سببا في اضطرابات النوم. وفي مرحلة المعارضة بالذات يمثل الطفل لأمه الإسقاط المباشر لوالديها و يجعلها تعيش من جديد الصراعات التي لم تحل بعد في تلك المرحلة.
- في المرحلة الأوديبية من 2-3 سنوات، تتغير مشاعر الطفل نحو والديه. و نحو هذا النوع من التعلق تعيش الأم من جديد مشاعر خاصة نحو زوجها. و إن كانت بنت فإنها تحس و كأنها منافستها في حب زوجها. و قد يحس الأب نفس الشيء بالنسبة للولد. مما يسبب اضطرابات نوم و على الأخصائي طمأنة الوالدين على أنها مرحلة أساسية في نمو ابنهم أو ابنتهم.
- يجب أن نعطيهِ الفرصة لنشاط حركي كاف يوافق مراحل نموه. و الاهتمام بإعطائه فرصة للعب لما للعب من أهمية نفسية و عقلية كبرى.
- مساعدته على الانفتاح على الآخرين. وأن لا يكون حبيس العلاقة بينه و بين والديه مما يؤدي به للخجل، و عدم تقبله للانفصال إثر النهار وكذلك في الليل.

5-16-2-العلاج التصحيحي :

أ-العلاج الدوائي :

- يجب ملاحظة جذور الاضطراب في ما يحدث في النهار دون اللجوء مباشرة إلى المنومات.
- في بعض الأحيان يضطر الطبيب لإعطاء مهدئات من أجل إنشاء دورة نوم عادية لبضع الوقت.
- إن اختيار المهدئ يتم حسب عمر الطفل و اضطرابه و كميته ،كذلك تختلف حسب وزنه و عمره.
- الأدوية التي تأخذ لفترة 3 أيام ثم تترك دون أن يتم العلاج تكون أكثر إساءة.
- في الست أشهر الأولى يمكن إعطاء phénobarbitol من 1 إلى 3 غ و يمكن إضافة من بداية الشهر الثالث ملعقة صغيرة من phenergan.
- مع بداية الشهر التاسع الدواء يختلف حسب نوع الاضطراب
- لا يجب أن يتعدى العلاج الدوائي أبدا الشهرين.

(Debré R. & Doumic A.,1969, pp.180-192)

و يرى Duverger أنّ الأدوية المنومة لا تعطى إلا كأخر حل عندما يكون الوالدين في إرهاق تام و استحالة تحملهم للوضع.(Duverger P., ND, p. 4)

و تستعمل كذلك مضادات الهيستامين و أو هيدرات الكورال.

(B.R.Kuhn & al, 2000,p.34)

و تبين من خلال دراسة على 15 طفل من 3 إلى 14 سنة لديهم بعض الاضطرابات النرولوجية و اضطرابات النوم أنّ الميلاتونين المصنّعة لها فائدة ملحوظة من بداية أول جرعة، و هي لا تفيد في كل اضطرابات النوم لكن في الاضطرابات التي تخص استقرار مراحل النوم. (Ian J.E., 1994, pp.103-104)

و لقد أثبت علمياً أنّ علاج اضطرابات النوم خاصة إيقاع النوم عند فاقد البصر كان

ناجحاً باستعمال الميلاتونين. (Vecchierini M.F. & Touchon J., 1997, p.110)

ب-العلاج النفسي : يتم بعلاج الطفل و الوالدين في مرّة واحدة.

-علاج الطفل :

نستطيع أن نبدأه منذ سن العام، و يمكن قبل ذلك باستعمال اللعب. و ليس اللعب في حد ذاته له قيمة سحرية لكن العلاقة التي تتأسس بين الطفل والأخصائي، فباللعب يعيد الطفل تجاربه الصادمة، قلقه و مخاوفه. و يستطيع أن يقلد تصرفاته و تصرفات أمه فيساعده المعالج من خلال هذه العلاقة على أن يشعر بذاته و بأمه و بازدواجية المشاعر و دفاعاته و قلقه. و يكون في العادة تكرار الحصص من 2 إلى 3 حصص في الأسبوع، و من الأحسن إشراك الأم في الحصص. فهي تتعرف من خلال الحصص على احتياجات ابنها. و بفضل تدخل المعالج تتمكن من وضع نوعاً من الانفصال عن ابنها كي تسترجع استقلاليتها مما يجعلها ترتاح. و لا يتوقف العلاج بتوقف اضطرابات النوم لكن باختفاء الصراعات المسببة للاضطراب. لأن اختفاء العرض ليس يعني الشفاء.

-العلاج النفسي للوالدين :

يكون بالنصح و التوجيه حتى أنّ الأخصائي يمثّل للأم الصورة الحسنة و المتوفرة للوالدين. و يجب أن يقم الأب في العلاج، و ذلك بالسند الذي يعطيه لزوجته. و في بعض الأحيان يتوجب على الأم استشارة نفساني لمعالجة اضطرابات ممكنة مثل الاكتئاب و القلق و المخاوف و الوسواس غير المؤسسة. و حتى بعد شفاء ابنها قد تحتاج لمتابعة لمساعدتها في فهم صعوبات الرضيع. وفي أحيان أخرى اضطرابات النوم تكون شديدة جداً حتى يتوجب فصل الأم عن رضيعها. فالأرق يؤدي بالوالدين إلى التعب و التهيج حتى يخافون من ردود فعلهم العنيفة نحو أولادهم. و يعطى الرضيع للجدّة أو العمّة أو الخالة مع وجوب الالتقاء مع أمه في النهار. و قد يسبب هذا الفصل نوعاً من الإحساس بالذنب لدى الأم.

و يصعب التخفيف منه و لذلك ينصح بوضعه في المستشفى و عند ذهابه للمستشفى تبقى معه الأم حتى يتعوّد على الغرفة و الممرضين و الألعاب ، و تخبر الأم ابنها برحيلها و رجوعها في الغد. و تهتم الممرضة به خاصة أثناء اللعب، و تأتي الأم و الأب كل يوم لزيارته ، من أجل اللعب معه و إتباعهم هم بدورهم علاجاً نفسياً. و يمكن استعمال العلاج الدوائي إن تلزم الأمر مع الرضيع. و في أغلب الأحيان بعد 5 أو 6 أيام يتحسن الطفل و يصبح قادر على إقامة علاقات صحية مع محيطه ، و تختفي اضطرابات النوم. و يستمر الاستشفاء حتى 6 أو 8 أسابيع يقدر بعدها الرضيع الرجوع إلى البيت.

(Debré R. & Doumic A., 1969, pp.192-197)

-العلاج السلوكي المعرفي :

من المعلوم أنه من بين أكثر العلاجات فعالية. و يتمثل في العمل على إحداث تغييرات في سلوك الرضيع مثل: تجاهل البكاء و الاستيقاظ في الليل. مع تعزيز استقرار النوم و الخلود إليه بجانب توصيات عن تعلّم الرضيع أنماط سلوكية مستقلة للنوم و اليقظة. و قد بيّنت تجارب على 600 رضيع لهم مشاكل نوم. و أعطي لهم نوعان من البرامج العلاجية منها سلوكية و الأخرى نصح و معلومات أنه لا يوجد اختلاف في سن 6 أسابيع لكن الاختلاف يكون جد ملحوظ في الأسابيع التالية (من الأسبوع الثاني عشر حتى التاسع)

(St James -Roberts I., 2007, pp.56-57)

وقد بيّن Laurence J. & al (1999) عدّة طرق سلوكية معتمدة في علاج اضطرابات النوم عند الأطفال اللذين تفوق أعمارهم الستة أشهر منها الإطفاء، طرق الكتابة، تكوين مجموعات علاج، الإطفاء التدريجي، التغذية الراجعة، التجاهل، استراتيجيات التحكم الذاتي، أساليب سلب الحساسية المنتظم، الكرونوتراي، التصحيح، الإطفاء، تقنيات الاسترخاء، النصح و الأدوية. (Owens J.L. & al, 1999, pp. 291-302)

-العلاج النفسي التحليلي القصير المدى :

تعترف دليس دويس بالفائدة العلاجية للطرق السلوكية التي يستخدمها دوقلاس ريتشمان (1984) و مارك ويسبلوث (1987) التي تعتمد على التركيز على الآن و الموقف الحالي الذي دار فيه اضطراب النوم، دون البحث في ماضي الوالدين و الطفل. لكن تفضل و تعتمد الطرق العلاجية قصيرة المدى المؤسسة على النظرية التحليلية التي تجعل من الوالدين يبحثان في أصل الاضطراب في الماضي و في علاقاتهم الماضية و مع ولدهم الآن. و إيجاد الحلول بأنفسهم دون تقديم النصح المباشر و الحلول الجاهزة.

(Daws D., 1999, pp.39-47)

6- خلاصة الفصل :

تلعب العوامل النفسية دورا كبيرا في نشوء و تفاقم كثير من الأمراض و العلل الجسمية. و من بينها نجد لدى الرضيع اضطرابات النوم و لدى عرضنا لأدبيات الموضوع اتضح لنا أنّ العوامل المسببة قد تكون متشعبة، منها من هو جسدي، أو بيئي كذلك. و منها من يرجع لاختلال العلاقة بين الأم و الرضيع و الأمراض النفسية التي تصاب بها الأم. و على الوالدين طلب المساعدة من ذوي الاختصاص لما هذا الاضطراب من خطورة على راحة أفراد العائلة و على عرقلة آلية ارساء و تنظيم النوم لدى الرضيع.

الباب الثاني الجانب الميداني

الفصل الخامس إجراءات الدراسة

1. تمهيد

2. منهج الدراسة

3. محددات الدراسة

- الإطار النظري للدراسة

- الإطار المكاني للدراسة.

- الإطار الزمني للدراسة .

4. عينة الدراسة

- شروط الاحتواء في عينة الدراسة

- خصائص عينة الدراسة .

5. التقنيات المستعملة في الدراسة.

- مقياس التعلق لدى الرضيع Q-sort

- مقياس التعلق لدى الراشدين لأبوغزال و جرادات.

- مقياس الاكتئاب لبيك (الصيغة المختصرة) BDI

- استبيان

6. الدراسة الاستطلاعية .

7. إجراءات التطبيق في الدراسة الحالية .

8. الوسائل الإحصائية المستعملة في الدراسة .

تمهيد :

تعتبر منهجية البحث من أهم عناصر البحث الجيد و مميزاته، و على الباحث ضبطها بإحكام من أجل التوصل إلى الحقائق المراد الكشف عنها بشكل موضوعي و علمي و موثوق. و في هذا الفصل نحاول عرض أهم الخطوات المنهجية التي اتبعناها في بحثنا .

1- منهج الدراسة :

المنهج عبارة عن مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة العلمية؛ أي أنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة، ويعرّف بأنّه فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة عندما نكون بها جاهلين، وإما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين . والمناهج أو طرق البحث عن الحقيقة تختلف باختلاف طبيعة المواضيع، ولهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية. (بوحوش ع. و لذنيبات م.م، 1995، ص 43)

طبيعة هذه الدراسة تقتضي ضرورة إتباع المنهج الوصفي الذي يعتبر أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة. (ملحم س. م.، 2002، ص 252)

و قد استعملنا كل من المنهج الوصفي التنبؤي و المنهج الوصفي الارتباطي و المنهج الوصفي المقارن كل حسب التساؤل الموافق .

2- محددات الدراسة :

1-2- الإطار النظري للدراسة :

لقد أخذنا على عاتقنا تبني نظرية التعلّق في اختيارنا لوسائل البحث و في معالجة و مناقشة نتائجه و تحليلها. و تعتبر هذه النظرية نظرية حديثة مقارنة بنظرية التحليل النفسي و النظرية المعرفية. رائدها جون بولبي (1907-1990) و هي نظرية تهتم بالروابط التي تنشأ بين الأفراد و تفاعلهم (خاصة بين الطفل و أمه)، و دراسة الاضطرابات الناتجة عن الخلل في هذه الروابط .

2-2- الإطار المكاني للدراسة :

يجري البحث بمدينة (بلدية) الأغواط . و يتلزم التنقل للبيوت . و ذلك أن مقياس التعلّق للرضيع عبارة عن ملاحظة مكثفة للرضيع و أمه في وسطه الطبيعي أي البيت .

2-3- الإطار الزمني للدراسة :

يجرى البحث (جمع البيانات) في الفترة الزمنية من جانفي 2013 إلى جانفي 2014 .

3- عينة الدراسة :

من أجل اختبار صحة الفرضيات المقترحة، قمنا بمحاولة دراسة عينة متكونة من 380 ثنائية (أم- رضيع). و هي تعتبر عينة اختيرت بالطريقة العشوائية. في البداية كانت تضم 380 ثنائية من مجتمع الدراسة المتكون من 10 دوائر و 24 بلدية من الأغواط (30760 رضيع حسب الإحصائيات للسنوات 2010-2011-2012 مع انتقاص عدد الوفيات)²⁵ لكن هذا كان شبه مستحيل لاتساع رقعة الولاية و عدم تمكننا من استكمال العدد المناسب من كل بلدية نتيجة رفض بعض العائلات للملاحظة المطولة، و للعناء المتكبد نتيجة بعد المسافة فانقلنا إلى مجتمع دراسة متكون من ثنائيات رضيع -أم ببلدية الأغواط فقط أي 14477 (مجتمع أصلي). و كان حجم العينة المحسوب هو 350 (مجتمع إحصائي) ثنائية و ذلك بهامش خطأ "une marge d' erreur" يساوي 5 ، و مستوى ثقة "un niveau de confiance" مساو ل 95 % ، و درجة الأمان المشتركة "l' interval de confiance" مساو ل 50

تمّ تكوين مجموعة طلبة في Q – sort . وقسمت عليهم 500 وثيقة . رجع منها ما يقارب 200 وثيقة. حذف من بينها التطبيقات الخاطئة و المحتوية على بيانات ناقصة. ليستقر عدد عينة الدراسة على 86 ثنائية (مما يستوفي 24.5 بالمائة من المجتمع الإحصائي) لتصبح درجة الأمان المشتركة $l' interval de confiance = 10$. و هذه نسبة مقبولة جدا في دراسات الدكتوراه.

انظر الملحق رقم 1²⁵

3-1- شروط عينة الدراسة:

أ- بالنسبة للرضيع:

-السن : أن يكون سن الطفل يتراوح بين 10 أشهر و 36 شهرا، و ذلك أننا حصرنا اهتمامنا
بمرحلة الرضاعة . و يتطلب تطبيق رانز التعلق للرضيع Q-sort عدم تجاوز هذه الحدود
العمرية .

-أن لا يكون الرضيع من الخدج أو المعاقين .

ب-بالنسبة للأم : الأم هي الأم البيولوجية .

3-2-خصائص عينة الدراسة :

أ-بالنسبة للرضيع :

الجدول رقم 8 : خصائص رضع عينة الدراسة .

الخصائص	العدد و النسبة
السن بالأشهر	
18-10	41 (48.83)
27-19	23 (26.74)
36 -28	22 (25.58)
$(10-36) moy=20,86$ $e,t = 7,56$	
الجنس	
ذكور	55 (63.95)
إناث	31 (36.04)
الرتبة	
1	32 (37.20)
2	26 (30.23)
3	18 (20.93)
4	7 (8.13)
5	3 (3.48)

*الرقم بين قوسين يمثل النسب

ب- بالنسبة للأم:

الجدول رقم 9 : خصائص أمهات عينة الدراسة .

الخصائص	العدد و النسبة
السن بالسنوات	
28-20	(38.37)33
37 -29	(48.83) 42
43-37	(12.79)11
20-43) moy =31,06 e , t =5,36	
المستوى التعليمي	
إبتدائي	(6.97) 6
متوسط	(17.44)15
ثانوي	(37.20) 32
جامعي	(38.37)33
عمل الأم	
عاملة	(36.04)31
ماكثة بالبيت	(63.95)55
الوضعية العائلية	
متزوجة	(96.51) 83
مطلقة	(0) 0
أرملة	(3.48) 3

* الرقم بين قوسين يمثل النسب

4- التقنيات المستعملة في الدراسة :

1-4-مقياس التعلق لدى الرضيع Q-sort:

هو أحد وسائل القياس النفسي الأكثر استعمالا بعد الوضعية الغريبة (strange situation) و الأكثر انتشارا في العالم من أجل القياس و الاطلاع على مستوى التعلق لدى الطفل . قام بتصميمه (1985) Waters & Deane بمخابر جامعة نيو يورك بأمریکا كبديل للوضعية الغريبة التي تتطلب تنقل الأم و الرضيع إلى المخبر لأجل الملاحظة.

و تتطلب وسائل مثل الكاميرا و التسجيلات. و يشترط فيها تكويننا مطولا لذلك. وهذا من بين الأسباب التي جعلتنا نبتعد عن انتهاج طريقة الوضعية الغريبة strange situation لصعوبة إقناع المدروسين (الأم خاصة) للحضور لمخابر الجامعة، و لعدم توفر قاعة مكيفة لذلك. و وسائل خاصة كالكاميرا. و لأنّ تحليل تسجيلات الملاحظة يتطلب وقتا و جهدا و تكويننا كبيرا. و تقتصر هذه الوسيلة على فئة عمرية ضيقة من 10 إلى 18 شهر بالمقارنة ب Q- Sort الذي يطبق على نطاق أوسع من 10 أشهر إلى 36 شهر. مما جعلنا نختار هذه الوسيلة. و قد احتوى في صيغته الأولى على 100 بند مسجلة على بطاقات.

(van IJzendoorn M.H. et al, 2004 , p. 1188)

قلصت في صيغته الأخيرة (الثالثة) إلى 90 بند **The Attachment Behavior Q-** (Waters E. 1987 set (Version 3.0)

http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aqs_method.html

و قد حاولنا مراسلة أحد مساعدي و مكوني مصمم المقياس (Pr Alan Sroufe) من أجل الحصول على بنود المقياس و طريقة تطبيقه و تنقيطه ، فلم يوافقنا بالمقياس و طلب منا الحضور إلى كندا للحصول عليه . بعد تكوينين لأسبوعين مكلف جدا ماديا . و ها هو نص مراسلته ²⁶ ، و من خلال البحث المستمر وجدنا صيغتان مكيفتان باللغة الفرنسية واحدة بالكيبك من طرف (Vaughn et al (1991) من خلال الصيغة المكونة من 100 بند.(Pierrehumbert, B. et al , 1995 , p 284).

²⁶Each summer we provide two weeks of infant attachment assessment using the Strange Situation Procedure. The sessions are held the last 2 weeks of June. The classes last from 9:00 a.m. until 5:00 p.m (M-Th) and 9:00 a.m. until 4:00 p.m. on Friday. The first week may be taken separately and covers how to run the procedure and how to code Ainsworth's rating scales and the ABC categories. We also introduce the disorganized category. The cost in 2012 was \$450. The following week we offer a specialized course in coding the clinically important disorganized category. This also cost \$450 in 2012. Accommodations range from about \$53/night (dormitory room) to hotel rates. Following the training many participants purchase a set of 10 practice cases (\$100) and subsequently score 35 cases to test reliability (\$250). Please let me know if you would like further information or would like to be put on the list for next summer.

و الثانية بمدينة لوزان بسويسرا من طرف Blaise Pierrehumbert سنة 1995 مستعملا الصيغة الثالثة من المقياس المكونة من 90 بند

(Pierrehumbert, B. et al , 1995 , p.294)

التي قلصها إلى 79 بند . فقمنا بمراسلة الباحث الأخير لعله يمدنا ببندود المقياس و طريقة تطبيقه ، فقام بإعطائنا البنود و طريقة التطبيق و التنقيط و قام بالإشراف و التوجيه و التصحيح في أسلوب تكيف المقياس و تطبيقه و تصحيحه لمدة سنتين و هو في ذلك مشكور جزيل الشكر . و من خلال هذه الصيغة الأخيرة قمنا بتكيفه إلى البيئة العربية و حساب صدقه و ثباته قبل استعماله . و سنحاول التعريف بالمقياس و طريقة تطبيقه و تصحيحه ثم خطوات تكيفه :

التعريف بالمقياس :

صمّم هذا المقياس بالرجوع إلى المفاهيم النظرية التي أرساها كل من جون بولبي و ماري أينسوارث، و هي تركز على مبدأ نظري أساسي في نظرية التعلق و هو " القاعدة الآمنة " التي تتناوب بين البحث عن التقارب و الاستكشاف و ذلك في وسطه الطبيعي بعيدا عن المخاطر أي في البيت . دون التعرض إلى وضعية مقلقة كالانفصال و الالتقاء . وهو حساس للإشارات العاطفية و المعرفية و السلوكية، التأثير الأول للعاطفة يتمثل في أنّ الرضيع الآمن أكثر تحملا للانفصال . و يستكشف محيطه أكثر. أمّا عندما يكون في وضعية مقلقة، فلا يتحمل الانفصال . و يطلب في العموم أكثر من الاتصال الجسدي عندما يكون مريض، جائع، يخوض تجارب جديدة ... الخ .

و تلعب القدرات المعرفية و السلوكية دورا أساسيا في التعرف و تقييم الأحداث في محيط الفرد و في التفاعلات الاستكشافية مع اللعب و الأشخاص . و يستعمل في تصحيح الانحراف . في تغيير درجة التقارب بين الرضيع و الراعي أو استثارة تغييرات في سلوك الراعي (Waters, E. & Deane, K., 1885, p.44)

يزاوج هذا المقياس بين أهمية الملاحظة المنظمة في الوسط الطبيعي و دقة الاستبيان ، فهو عبارة عن 79 بند مكتوبة على بطاقات يقوم الملاحظ سواء الأم أو الباحث بفرزها

و تنقيطها ثم مقارنتها و حساب معامل ارتباطها مع نموذج . و هذه الطريقة الإحصائية تسمى بطريقة Q- sorting .

و قد استقاها كل من Waters et Dean من الدراسات الإحصائية ل Stephenson (1935). و التي وضحت بعد ذلك في كتابات كل من Kerlinger (1964) و Block (1978) و McKeown & Thomas (1976) .

(Pierrehumbert, B. et al , 1995 , p 282)

و هذا المقياس لا يعطي أنماطا للتعلق مثلما نجد في الوضعية الغربية. لكن يعطي مؤشرا للتعلق الآمن. و رغم ذلك استخرج بيار أمبورت من خلال دراسته العملية 6 عوامل ظاهرة :

- 1- اجتماعي (3-7-15-41-44-57-67) و بشكل سلبي (42-43-48)
- 2- سهل مستقل بذاته (25-51-78) و بشكل سلبي في البنود التالية (10-32-79)
- 3- مستقل – مستكشف (12-31-74) و بشكل سلبي في (8-11-13-22-24-64)
- 4- مطيع و مسالم (4-17-18-21-28-35) و بشكل سلبي في (34-63)
- 5- آمن – مستدخل (52-61) و بشكل سلبي في 38
- 6- آمن – منفتح (14-60-72)

(Pierrehumbert, B. et al , 1995 , pp.301-303)

بالرغم أنّ نتائج الدراسة العملية لفريق البحث نسبية نوعا ما. بحيث طبقت الدراسة العملية على 79 بند بعينة مكونة من 84 حالة. و هذا إحصائيا غير ممكن حيث يشترط للقيام بالتحليل العملي من 5 إلى 10 أفراد لكل بند. إلا أنّها تعطينا إضافة هامة لهذا المقياس.

طريقة التطبيق:

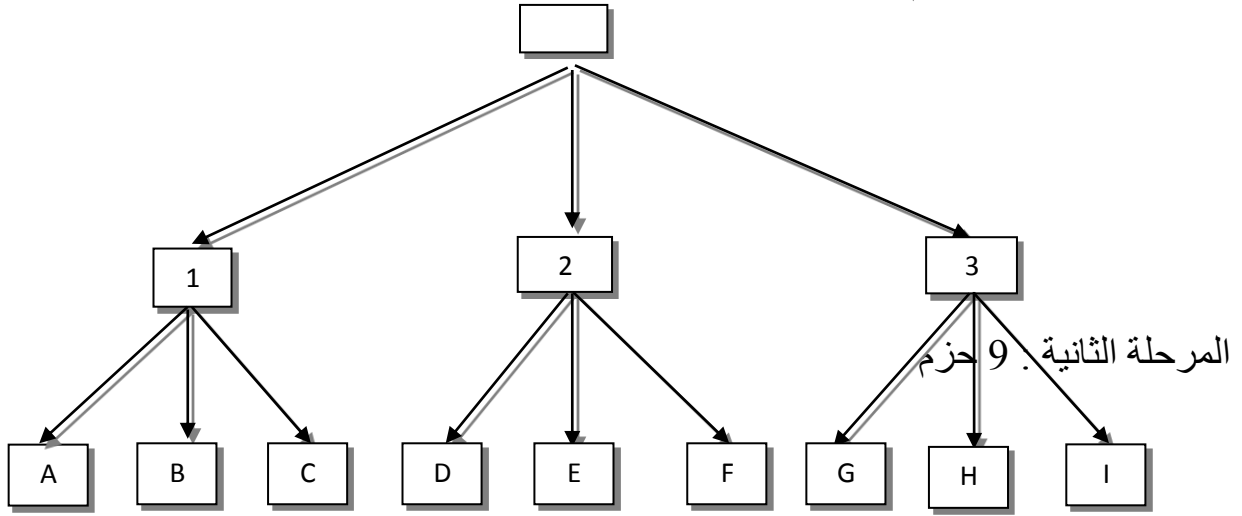
يطلب من الملاحظ²⁷ الحضور لبيت الحالة. و ملاحظة الرضيع و الأم على مرحلتين. تدوم كل واحدة منها من ساعتين إلى ثلاث ساعات. في المرحلة الأولى يقوم الملاحظ بتوزيع البطاقات على ثلاث حزم صحيح (إي البند يصف جيدا الطفل)، لا أعلم، و خاطئ (لا يصفه تماما). و في مرحلة لاحقة أقصاها أسبوع يقوم الملاحظ بإعادة التقسيم على ثلاث حزم، ثم يقوم بتقسيم كل حزمة من الأكثر صحة إلى الأكثر خطأ على ثلاث حزم أخرى مما يعطينا 9 حزم من الأكثر تمثيلا للطفل إلى الأقل تمثيلا له. و يقوم بتسجيل نتائج تنقيط كل بند من 1 إلى 9 في استمارة مخصصة لذلك²⁸. لننتقل إلى المرحلة الثالثة و هي أهم مرحلة من التقسيم و التي تجعل منه تقسيما على شكل توزيع اعتدالي. يقوم فيها الباحث بإعادة التوزيع للحزم التسعة السابقة على تسع حزم أخرى بشكل اعتدالي أي نجد في الحزم التسعة التوزيع التالي من البطاقات 5-6-10-12-13-12-10-6-5 أي من بين بطاقات الحزمة الأولى لا نترك إلا 5 بطاقات و الزيادة عن ذلك نضعها في الحزمة التالية. ثم لا نترك في الحزمة 2 إلا 6 بطاقات، و الزائد عنها نضعها في الحزمة 3 و هكذا حتى نتجه للوسط. و نقوم بنفس الشيء من الجهة اليسرى حتى نصل للوسط من الجهة اليسرى. ثم نقوم بملاً الاستمارة بنتائج كل بند. يعني نجد بالاستمارة مرحلتين منقطتين من 1 إلى 9. و هذا المخطط البياني يوضح طريقة توزيع الحزم.

²⁷ من المستحسن أن يكون ملاحظين يقومان للعمل لصدق أكبر و يمكن أن يطلب من الأم ملء الاستمارة لكن تبقى نتائج

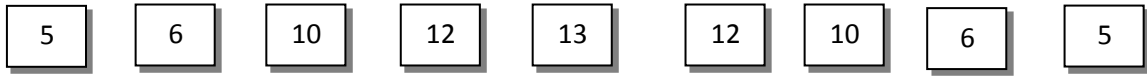
هذه الأخيرة متأثرة بذاتية الأم و ليس لها صدق قوي (Pierrehumbert, B. et al , 1995 , pp.293-303)

انظر الملحق رقم²⁸

المرحلة الأولى : 3 حزم



المرحلة الثالثة : التوزيع الاعتدالي



التنقيط :



الشكل رقم 2 : طريقة توزيع الحزم و تنقيطها .

أي كل بند تجده مثلا في البطاقات الخمسة من جهة اليمين تنقطه 9 و تسجل في ورقة التنقيط. و على سبيل المثال كل بطاقة من البطاقات التي تجدها في 10 من جهة اليسار تنقطه 3 و تسجله في ورقة التنقيط.

و بذلك يقوم Q الذي اخترعه ستيفنسون في 1935 بالمقارنة بين النتائج المعيارية لبنود طفل نموذج²⁹ و نتائج بنود الطفل الملاحظ .

دراسة التعديل لمقياس :

من أجل تحقيق هدف هذه الدراسة ، قامت الباحثة بترجمة الصيغة الفرنسية من المقياس إلى العربية، ثم عرضتها على اثنين من أهل الاختصاص في اللغة الفرنسية بجامعة الأغواط كي تعاد ترجمتها للفرنسية (Back Translation)، فوجد أنّ الصيغة المعربة و الصيغة المعاد ترجمتها للفرنسية متطابقتان بنسبة 96 بالمائة. و قد أخذ في عين الاعتبار ملاحظات و تصحيحات الأساتذة المختصين و عدلت بعض مصطلحات بنود المقياس . و قد نصحنا البروفيسور Blaise Pierrehumbert بالاكْتفاء بترجمة جيدة دون اللجوء للتعديل لأنه يتطلب فريق بحث كامل . و أوضح لنا أنّ المقياس استعمل في دراسات عديدة دون أن يحسب صدقه و ثباته . و أنّ النتائج النهائية لدراستنا الحالية ستكون دليل تأييد لصدقه أو العكس و ها هو نص مراسلته³⁰ و مع ذلك إتباعا للإرشادات القيمة للأستاذ المشرف قمنا بمحاولة حساب صدقه و ثباته .

جرت دراسة التعديل في البداية على عينة قوامها 94 ثنائية (أم – رضيع)

و استعملت الباحثة في ذلك طريقة صدق التحليل العاملي فلم تتأتى أي بنية عاملية واضحة ، و ذلك لأن مؤشر $KMO = 0.039$ و هو مؤشر متدني جدا . لا يسمح باستخراج بنية عاملية . فلجأت إلى صدق المحتوى التوافقي أو ما يسمى اصطلاحا صدق المحكمين وزع المقياس المعرب على 17 أستاذ جامعي مختص في علم النفس بدرجة دكتورا³¹ من مختلف الجامعات الجزائرية . و باستعمال معامل الاتفاق لكندال W de kendal المحسوب عن

²⁹ انظر الملحق رقم 3

³⁰ Donc pour ma part, je pense que si vous avez fait une bonne traduction il n'est pas nécessaire de faire une validation au sens propre du terme. L'idéal serait que vous puissiez comparer vos données à celles d'autres études, par exemple les liens que vous trouvez entre le AQS et diverses variables socio-démographiques ou diverses variables individuelles sont-ils similaires à ceux que trouvent d'autres chercheurs ? Ce qui en soi constitue une forme de validation.

Avec mes meilleures salutations

³¹ انظر الملحق رقم 4

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة

طريق البرنامجين الإحصائيين SPSS 20 و R commender وجدنا أنّ معامل الاتفاق بين المحكمين كان: 0.89 بمستوى دلالة 0.0001 و منه هناك اتفاق بين درجات المحكمين في المقياس المعرب أنظر الجدول التالي :

جدول رقم 10: يمثل نتائج حساب معامل الاتفاق بين المحكمين

عدد البنود	عدد المحكمين	معامل الاتفاق ل Kendall	مستوى الدلالة
79	10	0.89	0.0001

حساب ثبات المقياس : قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس عن طريق إعادة تطبيقه على نفس الأفراد. و هم 20 ثنائية أم -رضيع بعد شهرين من التطبيق الأول فوجدت أنّ معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيق الأول و نتائج التطبيق الثاني كان 0.68 و هو معامل مقبول جداً.

4-2- مقياس التعلق لدى الراشدين لأبو غزال و جرادات :

هو مقياس للتعرف على أنماط التعلق لدى الراشد صممه معاوية أبو غزال و عبد الكريم جرادات بعد أن اطلعاً على مقاييس تعلق الراشدين التي تضمنتها بعض الدراسات المنشورة (Hazan and Shaver, 1987; Becker and Billing, 1997 Bakker, Van Oudenhoven and Van der Zee, 2004; Luecken and Huntsinger, 2004) أسمياه، "مقياس اليرموك لأنماط تعلق الراشدين"³². يتكوّن هذا المقياس من (20) فقرة، تتم الإجابة عنها من خلال أسلوب ليكرت ذي التدرج السداسي، بحيث يمثل الرقم (0) لا تنطبق على الإطلاق، ويمثل الرقم (5) تنطبق تماماً .

(أبو غزال م. و جرادات ع. ، 2009 ، ص 50) موزعة على ثلاث أبعاد هي نمط التعلق الآمن (Style Attachment Secure) يظهر هذا النمط إلى أي درجة ينظر الفرد بشكل

³²انظر الملحق رقم 5

إيجابي إلى نفسه وإلى الآخرين. ويتكون هذا النمط من (6) فقرات. وتتراوح الدرجات عليه من (0) إلى (30) درجة .

نمط التعلق القلق (Attachment Ambivalent – Anxious Style) يظهر هذا النمط إلى أي درجة ينظر الفرد بشكل سلبي إلى نفسه وبشكل إيجابي إلى الآخرين. ويتكون هذا النمط من (7) فقرات. وتتراوح الدرجات عليه من (0) إلى (35) درجة.

نمط التعلق التجنبي (Style Attachment Avoidant) يظهر هذا النمط إلى أي درجة ينظر الفرد بشكل إيجابي إلى نفسه وبشكل سلبي إلى الآخرين. ويتكون هذا النمط من (7) فقرات. وتتراوح الدرجات عليه من (0) إلى (35) درجة. (العلوان أ. ، 2011 ، ص 134) و يحسب فيه متوسط الدرجات على كل نمط و تقارن مع نتائج الأنماط الأخرى لمعرفة النمط الغالب .

4-3- مقياس الاكتئاب لبيك (الصيغة المختصرة) BDI:

أعدده بيك ، يزود الباحث بتقدير سريع و صادق لمستوى الاكتئاب لدى المفحوص. حيث يطلب منه قراءة كل فئة من فئاته ، ثم يختار منها ما تبدو و أنها تناسبه و تصف حالته في الأسبوع الأخير و حتى يوم الاختبار . و يضع حولها دائرة . و يشمل : الحزن و التشاؤم و الفشل و عدم الرضا و الذنب و الندم و العقاب و النفس و اللوم و الأفكار الانتحارية و البكاء و الضيق و الاهتمام و القرار و التردد و الشكل و الصورة و العمل و الاجهاد و شهية الطعام و الوزن و الصحة و الجنس. و الصيغة التي نستعملها³³ هي صيغة مختصرة مكونة من 13 بند عوض 21 ، كل بند فيها يحوي مجموعة من 4 عبارات منقطة من 0 إلى 3 ، تشير فيه النتائج التالية إلى:

4-0 لا وجود للاكتئاب .

7-5 معتدل غير حاد.

15-8 متوسط.

³³ انظر الملحق رقم 6

أكثر من 16 شديد.

و قد استعملنا درجة قطع في هذا المقياس مساوية لـ 8، و هي درجة مستقاة من دراسات سابقة³⁴، وهو مقياس معرب و حسب صدقه و ثباته من طرف عدة باحثين.³⁵

4-4-الاستبيان :

اعتمدت الدراسة على استبيان³⁶ لمعرفة خصائص المجموعة و تحديد المتغيرات يحوي مجموعة من البنود تقع في محورين أساسيين:

يخص المحور الأول الرضيع من أجل التعرف على بيانات الرضيع كالسن و الجنس و الرتبة و من أجل ضبط التعريف الإجرائي لاضطرابات النوم لدى الرضيع كالتعرف على خصائص نومه و تواتره. مثل النوم مع الوالدين و عدد مرات الاستيقاظ و مدتها و وقت الخلود إلى النوم. و مدى تواجد اضطرابات سيكوسوماتية أخرى مرافقة لاضطراب النوم .

و يخص المحور الثاني الأم من أجل معرفة بياناتها . و تحديد خصائص العينة كالسن و المستوى الدراسي و العمل و الحالة العائلية لديها .

و قد تمّ ضبط هذه الاستمارة من خلال الدراسات السابقة و دراسة استطلاعية للباحثة مكّنت من تحديد التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث خاصة اضطراب النوم عند الرضيع و حذف و تصحيح بنود الاستمارة.

5- الدراسة الاستطلاعية:

للقيام بأي بحث ولتحديد المنهج المتبع في الدراسة لا بد على الباحث من إجراء دراسة استطلاعية التي تساعد على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول إليه من خلال هذه الدراسة، فالدراسة الاستطلاعية هي "دراسة فرعية أو دراسات فرعية يقوم فيها الباحث

³⁴ - voir :Ouédraogo A& al,1998.

³⁵أنظر غريب عبد الفتاح غريب, 1985 و عبد الستار إبراهيم 1998

³⁶أنظر الملحق رقم7

بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي ، حتى يطمئن على صلاحية خطته وأدواته وملئمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به "

(طه ف . ع ، 1989 ، ص 194)

وعليه فالدراسة الاستطلاعية توجه الباحث وتوضح له الميدان الذي سيجري عليه بحثه وكيفية التعامل مع المعطيات . ولقد اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على معلومات تم الحصول عليها من خلال المقابلات التي أجريناها في مؤسسات الصحة الجوارية بالأغواط ببعض الأمهات و بعدد من الأخصائيات النفسانيات التي أعطتنا نظرة استشرافية على إشكالية بحثنا و متغيراته وأعطت لنا فكرة عن الحالات التي سيتم التعامل معها والتي تخدم موضوع دراستنا . و قد قمنا بتطبيق وسائل الدراسة واستمارة البحث على 5 ثنائيات أم - رضيع مما ساهم في اطلعنا لصعوبات تطبيق هذه الوسائل و تعديل بنود استمارتنا . بالتالي فالدراسة الاستطلاعية قد وجهت بحثنا ومكنتنا من تحديد إشكالية البحث وأبعاده كما ساعدتنا على صياغة الفرضيات بشكل دقيق ومحدد .

6- إجراءات التطبيق في الدراسة الحالية :

تم تكوين مجموعة طلبة في sort - qو في مفاهيم نظرية تتعلّق أساسا بنظرية التعلّق و مفهوم القاعدة الآمنة، طلب منهم القيام بملاحظة الرّضع في بيوتهم (خاصة من أقاربهم أو جيرانهم) ليومين بفارق أسبوع بين اليومين على أن تدوم كل ملاحظة من ساعتين إلى ثلاث ساعات ، يقوم فيها بإدراج تطبيق مقياس التعلّق للراشدين و مقياس الاكتئاب للأم و الاستبيان . وقسمت 500 وثيقة رجع منها ما يقارب 200 وثيقة حذف من بينها التطبيقات الخاطئة و المحتوية على بيانات ناقصة ليصبح العدد 106 ثنائية خصصت منها 20 وثيقة لإجراءات تعديل المقياس و حساب ثباته بعد إعادة التطبيق بعد مدة شهرين. في حين استقرت عينت البحث على 86 حالة .

7- الوسائل الإحصائية المستعملة في الدراسة :

قامت الباحثة باستعمال الطريقة اليدوية في الحسابات الإحصائية و استعانت كذلك بالبرنامج الإحصائي SPSS و البرنامج الإحصائي R commander و استعملت الطرق الإحصائية التالية :

- 1- النسب المئوية .
- 2- المتوسط الحسابي.
- 3- الانحراف المعياري.
- 4- اختبار (ت) ستودنت T student.
- 5- اختبار ك² أو Chi2 test.
- 6- معامل كيندال للاتفاق W de Kendal .
- 7- تحليل التباين ل ANOVA.
- 8- معامل فاي Phi.
- 9- معامل V de Cramer
- 10- معامل برسون للارتباط الجزئي للبيانات الكمية.
- 11- معامل لامبدا.
- 12- معامل الارتباط الثنائي الأصيل للارتباط بين البيانات الاسمية الثنائية و الكمية Point Biserial
- 13- معادلة الانحدار اللوجستي .

الفصل السادس عرض و تحليل النتائج

1. عرض و مناقشة النتائج الأولية .
2. عرض و مناقشة الفرضية الأولى
3. عرض و مناقشة الفرضية الثانية
4. عرض و مناقشة الفرضية الثالثة
5. عرض و مناقشة الفرضية الرابعة
6. عرض و مناقشة الفرضية الخامسة
7. عرض و مناقشة الفرضية السادسة
8. عرض و مناقشة الفرضية السابعة
9. عرض و مناقشة الفرضية الثامنة
10. عرض و مناقشة الفرضية التاسعة
11. عرض و مناقشة الفرضية العاشرة
12. عرض و مناقشة الفرضية الحادي عشر
13. الخلاصة و الاستنتاج العام
14. الاقتراحات.

تمهيد :

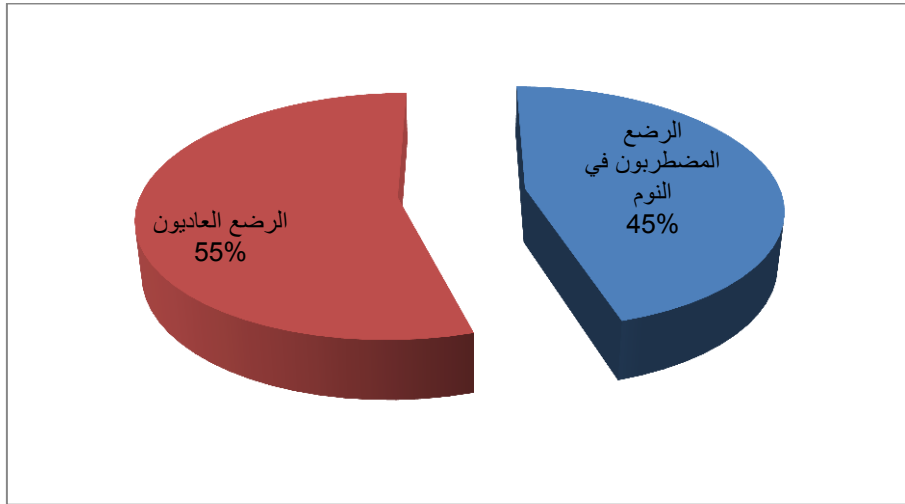
من خلال الاطلاع على أدبيات الموضوع ، و الدراسات السابقة استطعنا الإحاطة بالإطار النظري الموجه لبحثنا. و بفضل القراءات عن الدراسات السابقة و الدراسة الاستطلاعية تمكنا من صياغة و ضبط اشكاليات بحثنا و فرضياته. مما قادنا للمرور إلى تطبيق أدوات بحثنا بثقة، و هنا نعرض النتائج الأولية و العامة لبحثنا. و نناقش فرضيات و نتائج الدراسة الحالية، لنختم بملخص عامة عن هذه النتائج .

1- عرض النتائج الأولية و مناقشتها:

1-1- نسبة اضطرابات النوم لدى العينة :

الجدول رقم 11: توزيع أفراد العينة حسب تواجد اضطرابات النوم لدى رضعهن.

اضطرابات النوم	تواجد اضطراب النوم	غير مضطرب في النوم
التكرار	39	47
النسبة	45.3	54.7



الشكل رقم 3 : توزيع أفراد العينة حسب تواجد اضطرابات النوم لدى رضعهن

لقد حاولنا الاطلاع على نسب اضطرابات النوم و معدلات انتشاره لدى عدة عينات من الرضع و في عدة بلدان و قمنا بجمعها و اختصارها في الجدول أدناه من أجل المقارنة .

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

الجدول رقم 12: نسب انتشار اضطراب النوم في بعض البلدان .

الباحث	البلد	السن	نسبة الانتشار %
زوكمان 1987	لندن	18-8	18
ريتشمان 1981	لندن	24-12	20
قيديني و كريزلىر 1987	فرنسا	18-0	28
ساديه و أنديرس 1993	فلسطين المحتلة	12-0	30
هيسكوك و ويك 2002	أستراليا	12-6	46
ستورك 1994	فرنسا	رضع (غير محدد)	72
ستورك 1994	تايبوان	رضع (غير محدد)	57
ستورك 1994	اليابان	رضع (غير محدد)	27
توشيت و آخرون 2005	كندا	5	23.5
قوفينداما 2004	فرنسا	24-12	17
قوفينداما 2004	لارينيون	24-12	35

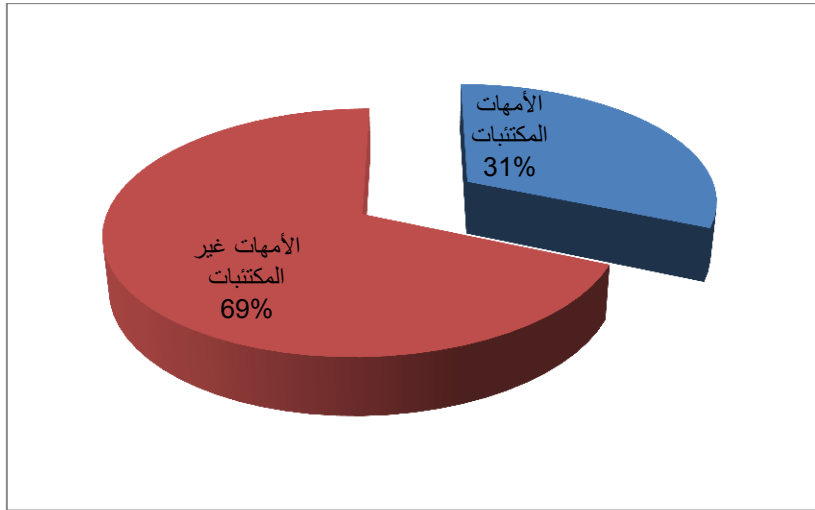
فوجدنا نسبة اضطرابات النوم عند الرضع في هذا البحث مساوية لـ (45.3 بالمائة)، وهي نوعا ما نسبة كبيرة مقارنة بمعظم النسب الموجودة في الجدول و المتحصل عليها من الدراسات السابقة، رغم تقاربها مع نسب الدراسة التي أقيمت في أستراليا و الدراسة التي أقيمت في تايبوان .

إنّ هذه النسبة التي استقيت من عينة عشوائية تعتبر مؤشر هام عن اضطرابات النوم لدى رضع جزائريين، قد تلي دراسات أخرى لتتعرّف على التفسير العلمي لكبر هذه النسبة ببلدنا. فقد ترجع إلى عدم وجود تكفل نفسي و طبي بهذا الاضطراب. و قد يحدّ من القيمة العلمية لهذه النسبة دون أن يلغيها أنّها اعتمدت من جهة على الصياغة الذاتية للأم في اضطرابات نوم ابنها، و قد يستعمل في دراسات أخرى تسجيلات الفيديو أو الأكتيغرافي. و من جهة أخرى، إنّ حجم المجموعة ليس بالكبير. و على الدراسات التالية بالجزائر أن تتخطى هذان العاملين لتعطي نسبا أكثر دقة.

2-1 - نسبة الاكتئاب لدى أمهات العينة :

الجدول رقم 13 : توزيع أفراد عينة الحسب تواجد الاكتئاب لدى الأم

الاكتئاب	المكتئبات	غير المكتئبات
التكرار	27	59
النسبة	31.4	68.6
القيمة العليا	18	
القيمة الدنيا	0	
المتوسط	5.33	
الانحراف المعياري	4.48	



الشكل رقم 4 : توزيع أفراد عينة الحسب تواجد الاكتئاب لدى الأم.

من خلال الجدول أعلاه نجد أنّ 27 من أصل 86 أم في عينتنا مصابة بالاكتئاب . وذلك بعد تطبيق الصيغة المختصرة لمقياس بيك عليهن أي بنسبة 31 بالمائة من مجموع العينة .

و هذه النسبة مماثلة لعدّة دراسات أقيمت على أمهات هن في فترة الإرضاع ، ففي إسرائيل (فلسطين المحتلة) دراسات حديثة تعطي نتائج متباعدة بتواتر ما بين 22.6 و 52 بالمائة في السداسي الثاني من السنة الأولى.

(Guedeney A. & Allilaire J.F.,2001,p.100)

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

و يرى ميللر (2002) أنّ هذه النسب ليست دالة على الواقع. فلأسف هناك من 30 إلى 50 بالمائة من الأمهات اللاتي تعانين من الاكتئاب في فترة ما بعد الولادة دون أن يكون مشخصا أو معالجا. (Gauthier L.,2007,p 28)

و قد تبين من خلال عدة دراسات³⁷ أن نسب اكتئاب الأم في فترة الرضاعة تكون عالية في الشعوب ذات الدخل المنخفض من 23 إلى 52 بالمائة .

(Clark R.& al , 2008,p. 516).

ففي الشيلي وجد Risco & al أنّ 48 بالمائة من النساء في الأسبوع الثاني عشر من الولادة سجلن في مقياس الاكتئاب نسا عالية. (Rondon M.B.,2004,pp.98-99).

أمّا في البلاد العربية سجّلت Green K. & al في دراسة حديثة بالإمارات العربية المتحدة نسبة 22 بالمائة من المكتئبات في الشهر الثالث الذي يلي الولادة .

(Green K. & al ,2006, p.425)

ووجد في لبنان نسب تتراوح ما بين 16 في بيروت و26 في بقاع.

. (Chaaya M. & al,2002,p.56)

و قد وجد موساوي في المغرب النسب التالية 6.9 و 11.8 و 5.6 بالمائة على التوالي في كل من الأسبوع السادس والشهر السادس والشهر التاسع بعد الولادة.

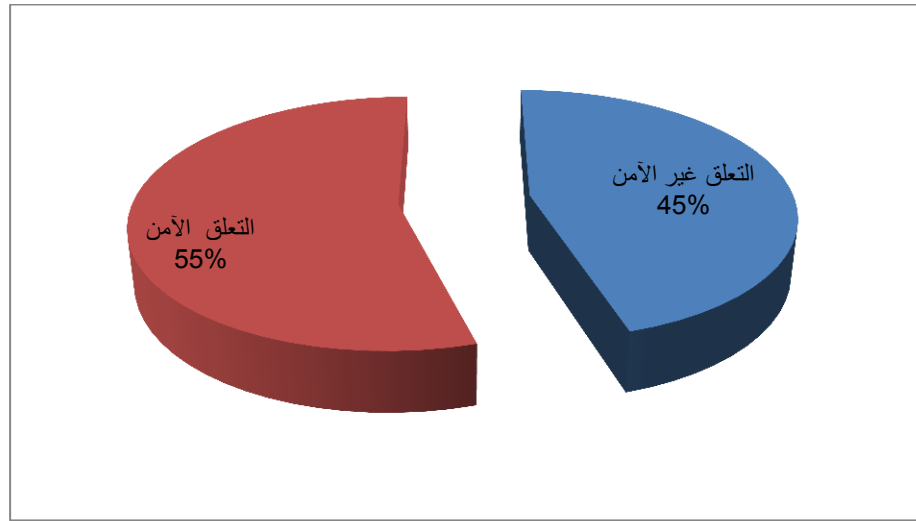
(Agoub M. & al,2005,p.37)

³⁷ Chazen-Cohen & al. (2007)
Zlotnick & al(2001)

3-1- نسب أنماط التعلق عند الأم لدى العينة :

الجدول رقم 14: توزيع أفراد العينة حسب أنماط التعلق لدى الأم آمن / غير آمن.

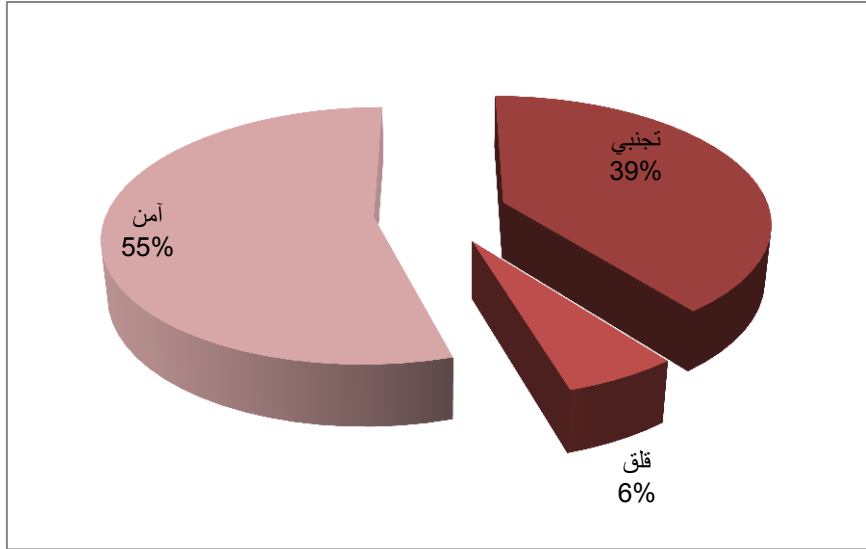
التعلق	آمن	غير آمن
التكرار	47	39
النسبة	54.7	45.3



الشكل رقم 5: توزيع أفراد العينة حسب أنماط التعلق لدى الأم آمن / غير آمن.

الجدول رقم 15: توزيع أفراد العينة حسب أنماط تعلق الأم آمن / قلق / تجنبى.

التعلق	آمن	قلق	تجنبى
التكرار	47	5	34
النسبة	54.7	5.8	39.5
القيمة العليا	5.33	4.57	5
القيمة الدنيا	0.83	0	0
المتوسط	3.3	1.56	3.05
الانحراف المعياري	1.09	1.1	1



الشكل رقم 6: توزيع أفراد العينة حسب نمط التعلق لدى الأم آمن / قلق / تجنبي.

من خلال النتائج المسجلة في الجدول أعلاه و المستخلصة من تطبيق مقياس التعلق للراشدين لأبو غزال و جرادات نجد أنّ نسبة التعلق الآمن لأمهات العينة كانت 54.7 بالمائة ،في حين حصلنا على نسبة 45.3 بالمائة من التعلق غير الآمن مقسمة على 6 بالمائة من التعلق القلق و 35 بالمائة من التعلق التجنبي . و نتائجنا تتطابق مع النسب العالمية الموافقة لتعلق الراشدين ، حيث أننا نجد أنّ Curtis H.(2009) بيّن من خلال عدّة دراسات على الراشدين أنّ التعلق الآمن تتراوح نسبته ما بين 45-55 بالمائة من مجموع الأفراد في حين يمثل التعلق التجنبي ثاني أكبر نسبة من حيث التوزيع في المجتمع حيث يتراوح بين 20 و 35 بالمائة ، أمّا التعلق القلق فيمثل أقل أنماط التعلق انتشارا في المجتمع بنسبة تتراوح ما بين 10 و 15 بالمائة . (Curtis H.,2009 , p.11)

وهذه النسب تتطابق مع ما توصلنا إليه في بحثنا مما يثبت لنا سلامة المنهج المتبع و أدوات القياس المستعملة .

1-4-نتائج درجات التعلق لدى الرضيع في عينة البحث :

الجدول رقم 16 : القيم الدنيا و العليا لدرجات التعلق لدى العينة و المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لها

الانحراف المعياري	المتوسط	القيمة العليا	القيمة الدنيا	العدد
0.178	0.123	0.732	-0.202	86

ترجع أغلب الدراسات في تحديد المعيار لمتوسط درجات العينة على مقياس Q-sort لدراسة Van IJzendoorn و آخرون، التي استعمل فيها الطريقة الإحصائية الحديثة المسماة التحليل التجميعي لـ 34 عينة متكونة من 2703 رضيع، حيث وجد أن متوسط معامل التعلق الآمن هو 0.31 بانحراف معياري مساو لـ 0.16 هذا في عينات عشوائية . أما في العينات العيادية فتتوزع هذه الدرجة إلى متوسط مساو لـ 0.21 بانحراف معياري 0.08 (Van IJzendoorn et al ,2004 , p.1193).

و كل المعاملات الإيجابية و العليا تبين أن سلوك الطفل أكثر تشابها مع الطفل المفترض من قبل عدة باحثين أن يكون الأكثر أمنا .

و قد وجد أن معاملات التعلق الآمن في أغلب العينات بالنسبة لأطفال في سن 15 شهر تترتب ما بين -0.23 و 0.70 ، في حين هي لدى الأطفال في سن 24 شهر ما بين -0.59 و 0.72 (NICHD, N.D.,p.2).

و بالرجوع إلى نتائجنا فإننا نجد في دراستنا أن معاملات التعلق الآمن رتبت ما بين -0.2 و 0.73 ، و ذلك لدى أطفال ما بين سن 10 أشهر و 36 شهر . و هي مطابقة للمدى المتعلقة بهذه المعاملات في أغلب الدراسات .

لكن يبقى متوسط معامل التعلق الآمن لدى عينتنا و التي هي عينة عشوائية و ليست عينة عيادية منخفض مقارنة بالدراسات السابقة (0.12 مقابل 0.31).

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

و رغم ذلك في إنّ هذه الدراسة تعطينا إضافات واضحة عن مستوى التعلّق في البيئة العربية . حيث أنّها تعتبر أول دراسة أقيمت في بيئة عربية و استعملت هذا المقياس . قد تأتي دراسات أخرى لتثري هذا المجال من البحث ، و تمكنا من القيام بمقارنات قد نتوصل من خلالها لفهم أوسع و أعمق عن أسباب تدني متوسط معاملات الدراسة الحالية .

حيث أنّ متوسط معاملات التعلّق الآمن الموجود في الدراسة التجميعية التحليلية لـ Van IJzendoorn و آخرون عند عينات عشوائية و المساو ل 0.31 لا ينفى وجود دراسات عالمية أخرى توصلت إلى نتائج مقارنة لتناجنا أو أدنى بكثير في عينات مماثلة و غير عيادية .

فمثلا : في دراستين قام بهما الباحث بيدرسون Pederson, Gleason, Moran, & Bento) سنة 1998 المعنونة ب " التصورات الأمومية عن التعلّق و الحساسية الأمومية و تعلّق الرضيع " وجد في عينة عشوائية سوية متكونة من 60 رضيع ، أنّ متوسط التعلّق الآمن كان يساوي 0.09 (Pederson, D. R ., 1998 , p.925)

و هي قيمة متدنية جدا . و في دراسة سابقة له مع فريق بحث آخر على عينة عشوائية سوية كذلك ، مكوّنة من 19 رضيع في سن 12 شهر وجد أنّ متوسط تعلّق الرضيع يساوي 0.04 (Pederson, D. R . & Moran, G. , 1996 ,p.915)

و قد وجد Van Bakel, و آخرون سنة 2002 متوسطا مساو ل 0.25 و هذا يعتبر متدنيا مقارنة بالمتوسط المتفق عليه و المذكور أعلاه .

(Van IJzendoorn et al ,2004 , p.1198)

و قد قام Posada et al. بدراسة في 9 بلدان متفرقة من العالم عن التعلّق لدى الرضيع و استعمل فيها مقياس التعلّق Q-sort على عينات عشوائية غير عيادية و توصلت أحد النتائج و بالتحديد التي أجريت في اليابان أنّ متوسط معاملات التعلّق كان 0.19 و بانحراف معياري كبير مقارنة بدراستنا (0.27) بالدراسة اليابانية مقابل 0.17 بالدراسة الحالية) . (Posada et al.,2013,p.1901)

2- نتائج و مناقشة الفرض الأول :

يساهم الاكتئاب لدى الأم و التعلق لديها و درجة التعلق لدى الرضيع في التنبؤ باضطرابات النوم لدى الرضيع .

الجدول رقم 17: ترميز المتغير التابع في البحث.

الترميز	المتغير
0	غير المضطربين في النوم
1	المضطربين في النوم

هذا الجدول يمثل code أو رموز قيم المتغير التابع أي اضطرابات النوم لدى الرضيع .

الجدول رقم 18: ترميز المتغيرات الاسمية.

الترميز	التكرار	المتغير المستقل	
1	39	غير آمن	التعلق لدى الأم
0	47	آمن	
1	59	غير مكتئبة	الاكتئاب لدى الأم
0	27	مكتئبة	

الجدول رقم 19: تاريخ الدورات التكرارية.

المعاملات				سالب ضعف دالة الإمكان الأعظم -2log vraisemblance	التكرارات
تعلق الأم	اكتئاب الأم	تعلق الرضيع	الثابت		
-0,013	-1,368	-1,233	,910	107,315	1
-0,015	-1,448	-1,380	,980	107,270	2
-0,015	-1,449	-1,382	,981	107,270	3
-0,015	-1,449	-1,382	,981	107,270	4

ويتضمن الجدول التالي رقم (20) عدد الدورات التكرارية لمشتقات دالة الإمكان الأعظم للحصول على أقل قيمة لسالب ضعف لغاريتم دالة الإمكان الأعظم للحصول على التقدير

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

الأمثل لمعالم النموذج لمشتق سالب ضعف دالة الإمكان الأعظم وقد حصلنا في الدورة الرابعة لمشتق سالب ضعف دالة الإمكان الأعظم على أقل قيمة لها وهي مساوية (107.27) أي (107.27 = $-2 \log \text{vraisemblance}$)، وتوقفنا عند هذه الدورة لأنّ التغير في المعاملات (الثابت، التعلّق لدى الأم الاكتئاب لديها ودرجة تعلّق الرضيع) أصبح أقل من 0.001 وفي حقيقة الأمر فإن التغير في المعالم المقدرّة أصبح بطيئاً جداً بعد الدورة الثانية وكما نلاحظ ذلك من الجدول رقم (20)، لذلك يمكن القول: أن مقدرات المعالم في الدورات 3، 4 هي متشابهة فتوقفنا عند الدورة الرابعة واعتبرنا معالمها أفضل نتيجة يمكن الحصول عليها للمعالم إذ إن سالب ضعف لغاريتم دالة الإمكان الأعظم هي في نهايتها الصغرى عند هذه الدورة.

الجدول رقم 20: اختبار معنوية النموذج

قيمة ك2	درجة الحرية	مستوى الدلالة
11.206	3	0.011

وإن قيمة ك2 = 11.206 وهي معنوية عند مستوى دلالة 0.011 مما يؤكد معنوية النموذج الموفق بالكامل وهذه القيمة معنوية لان $0.05 > 0.011$ عند درجة حرية (3) (3 متغيرات تفسيرية)، ونستنتج على الأقل متغير من المتغيرات المستقلة (تعلّق الأم أو اكتئابها أو تعلّق الرضيع) يؤثر على المتغير التابع اضطرابات النوم.

الجدول رقم 21: اختبار توفيق النموذج اختبار Hosmer-Lemeshow

قيمة ك2	درجة الحرية	مستوى الدلالة
5.705	8	0.68

أمّا الجدول رقم فيمثل أيضاً اختباراً لا معلمياً لجودة توفيق النموذج إذ يعتمد على حساب إحصاءة ك2 للفرق بين القيم المشاهدة (observed)، والقيم المتوقعة (Expected) للوجيستك، ومن ثم نقبل فرضية العدم حيث كان مستوى الدلالة يساوي 0.68 من أجل درجة حرية تساوي 8. وهي أكبر من مستوى المعنوية المحدد ألفا = 0.05. و منه نقبل

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

الفرضية الصفرية، أي أنّ الحالات المشاهدة تتساوى مع الحالات المتنبأ بها، أي أنّ النموذج يمثل البيانات بشكل جيد .

الجدول رقم 22: متغيرات المعادلة

المعاملات	الخطأ المعياري للمعاملات E.S	Wald اختبار معنوية المعاملات	درجة الحرية	مستوى الدلالة	قيمة الدالة الأسية لمعامل الانحدار Exp	مستوى الثقة		
						الأدنى	الأعلى	
التعلق لدى الرضيع	1,382	1,316	1	,294	,251	,019	3,312	
اكتئاب الأم	-1,449	,519	1	,005	,235	,085	,650	
التعلق لدى الأم	-,015	,475	1	,975	,985	,389	2,499	
الثابت	,981	,519	1	,059	2,668			

-تفسير معالم النموذج :

يلخص الجدول التالي معالم النموذج الأمثل التي حصلنا عليها (الثابت ، تعلق الرضيع x1 ، الاكتئاب لدى الأم x2 ، التعلق لدى الأم x3) والخطأ المعياري لكل معلمة.

وتكون معادلة النموذج على النحو

$$\log\left(\frac{\hat{P}}{1-\hat{P}}\right) = 0.981 - (1.382x_1) - (1.449x_2) - (0.015x_3)$$

من خلال معادلة الانحدار اللوجستي في الجدول رقم (23) نجد ما يأتي :

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

احتل متغير الاكتئاب لدى الأم المرتبة الأولى في التأثير على المتغير التابع (Y) اضطرابات النوم عند الرضيع. إذ إن معامل الانحدار لهذا المتغير = -1.449 و أظهر هذا المعامل معنوية عالية حيث كان مستوى الدلالة = 0.005 و إحصائية wald = 7.786 أي أنّ إصابة الأم بالاكتئاب سيزيد من احتمال إصابة الرضيع باضطرابات النوم بمقدار 1.449 مرة في لغاريتم الأفضلية .

أما بالنسبة لمتغير تعلّق لدى الرضيع و التعلّق لدى الأم فإننا لا نجد لهما تأثير على اضطرابات النوم لدى الرضيع. و ذلك أنّ مستوى الدلالة بالنسبة للأثنين أكبر من 0.05 وإحصائية Wald للمعلومات متدنية جدا .

و منه يجيبنا الانحدار اللوجستي عن مدى مساهمة المتغيرات الثلاث (التعلّق لدى الرضيع و الاكتئاب و التعلّق لدى الأم) بالتنبؤ باضطرابات النوم لدى الرضيع . حيث أنّ لاكتئاب الأم دورا فعالا في ظهور اضطرابات النوم لدى الرضيع .

و نجد أنّ ليون كريزلر و ميشال فان افترضا أنّ اضطرابات النوم عند الرضيع هي اضطرابات سيكوسوماتية ناشئة عن اضطراب العلاقة أم – طفل.

و قد ذكرت (1985) Betsy Lozoff خمسة عوامل أساسية لاضطرابات النوم و التي تتماشى من الأحداث الخارجية إلى مزاج الأم هي : حادث أو مرض، غياب غير معتاد للأم أثناء النهار، حالة اكتئابية عند الأم، تقاسم النوم مع الوالدين و تناقض وجداني للأم نحو رضيعها . و تؤكّد أنّ اضطرابات النوم تحدث بالخصوص عند الأطفال اللذين لا يتوفرون على اهتمام نفسي من قبل الأم أو اللذين لا تستجيب لهم أمهذهن عاطفيا. (GuedeneyA. & Kreisler L.,1987,p315)

و أرجع كثير من العلماء منهم Lozoff & al (1987) , Guedeny & kreisler(1987) (1987) Zuckerman & al (1985) اضطرابات النوم عند الرضيع للاكتئاب عند الأم.

و قد توصلت دراسات كل من Richman N. A (1981) و Minde K & al (1993) و Van tassel E.B (1985) أنّ الرّضع اللذين لهم اضطرابات نوم لهم أمهات لهن مستويات عليا من الاكتئاب. (France K.G. & Blampied N.M., 1999, p.268)

و ينقل أيضا J. Dittrichovi J. & al و Morell J. & H. Steele أنّ لدى أمهات الرّضع اللذين لديهم اضطرابات في النوم لديهم الكثير من الأعراض الاكتئابية و مشاكل أكثر في العلاقة المزدوجة أم - طفل. (Dittrichov J. & al, 1994, p.223) و (Morell J. & Steele H., 2003, p.459)

و هذا يتفق مع دراسة Merigeaud S. & Dumel F. (2006) التي توضح أنّ خطر الإصابة باضطرابات النوم عند الرضيع تزداد بـ 3 مرات إذا كانت الأم مكتئبة . (Merigeaud S. & Dumel F., 2006, p.13)

و دراسة Cchetti C. & al (1998) التي توصلت إلى أنّ رّضع الأمهات المكتئبات لهم مشاكل سلوكية، مثل اضطرابات النوم و الأكل و نوبات الغضب و صعوبات الانفصال. (Van Doesum K.T.M., 2005 , p.160)

و بالتالي فإنّ إصابة المرأة بالاكتئاب له تأثير سلبي على العلاقة بين الأم و طفلها . و قد يؤدي به إلى الإصابة باضطرابات النوم . و على ذلك يتوجب الاهتمام بالصحة النفسية للمرأة، و تشخيص و علاج هذا الاضطراب تفاديا للنتائج السلبية التي قد تمس بالرضيع .

3- نتائج و مناقشة الفرض الثاني :

هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب لدى الأم ودرجة التعلق لدى الرضيع .

جدول رقم 23: نتائج الفرضية الثانية" برسون" بين درجة الاكتئاب لدى الأم ودرجة التعلق لدى الرضيع

مستوى الدلالة الإحصائية	معامل برسون للبيانات الكمية	العينة	الاكتئاب لدى الأم ودرجة التعلق لدى الرضيع
0.08	-0.14	86	

من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين نتائج مقياس بيك للاكتئاب لدى الأم ودرجة التعلق لدى الرضيع المحسوبة في مقياس الرضيع Q-sort نجد أن هناك علاقة سالبة عكسية و دالة إحصائياً بين المتغيرين .

أي أنه كلما زاد اكتئاب لدى الأم قلّت درجة التعلق لدى الرضيع . فالأم المكتئبة غالباً ما تتأثر كل مستويات التفاعل بينها و بين رضيعها . و تتباطأ و تميل إلى السلبية . فتختل نوعية التفاعل و كمه . مما يؤثر على النمو الانفعالي و الاجتماعي لرضيعها . فقد تكون الأمهات المكتئبات " غير متوفرات " أو لديها استجابات غير ملائمة مما يؤثر في نوعية التعلق لدى رضيعها .

حيث أثبتت عدّة دراسات منها دراسة Lyons-Ruth و آخرون التي وجدت علاقة بين التعلق غير الآمن مقاس في سن 12 شهر باستعمال الوضعية الغريبة و تواجد مستويات عليا من الاكتئاب لدى الأم . و وجد Murray ارتباط دال احصائياً بين حدوث الاكتئاب في فترة ما بعد الولادة

و انعدام الأمان لدى الرضيع مقاس في سن 18 شهر. حيث كان التعلق التجنبي هو البروفایل الغالب لدى رضع الأمهات المكتئبات. وقد أثبتت هذه العلاقة أيضا لدى عينات أخرى منها دراسة Teti et al وكذلك دراسة Campbell and Cohn .

(Murray L. et Coope P.J.,1997,p.99)

وقد توصل Rosenblum O. et al من خلال دراستهم على رضع باريسيين أن أبعاد الاكتئاب لدى الأم تحدد نوعية التعلق لدى الرضيع حيث يطور هؤلاء الرضع تعلقا غير آمن . و يتميزون بتعايير وجهية أقل فرح و هم أقل مشاركة و تفاعل وجداني مع اختلالات عديدة في التوافق و الانسجام التفاعلي مقارنة برضع الأمهات غير المكتئبات . حيث أن أنماط التفاعل السلبية لدى الأمهات تستدخل لتكون أنماطا للتعلق لدى الرضيع . (Rosenblum O. et al ,1997,pp.350-363) وتجزم لنا الدراسة التجميعية التحليلية التي قام بها كل من C.Martin و E.A. Gaffan سنة 2000 على 7 دراسات كلها أعطت توافقا دالا إحصائيا على أن الأمهات المكتئبات تؤثرن بشكل سلبي على نوعية التعلق لدى رضعهن . حيث كان النمط المتجنب و غير المنتظم هم الأكثر تواجدا.

(Gaffan E.A et C.Martin , 2000, pp.737-746)

و حسب أعمال كل من Lyons-Ruth (1986), Murray (1992), and Radke-Yarrow (1985) فإن الأمهات المكتئبات لرضع في السنة الأولى من أعمارهم يعانون من التعلق غير الآمن .

(Rosenblum O. et al ,1997,p.353)

4- نتائج و مناقشة الفرض الثالث :

هناك علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم عند الرضيع .

الجدول رقم 24 : العلاقة بين درجة الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع .

مستوى الدلالة الاحصائية	معامل الارتباط الثنائي للارتباط بين البيانات الاسمية الثنائية و الكمية	العينة	درجة الاكتئاب لدى الأم و وجود اضطرابات النوم لدى الرضيع
0.05	0.21	86	

الجدول رقم 25: قيمة معامل لامبدا و معامل فاي بين اضطرابات النوم لدى الرضع و اكتئاب لدى الأم.

مستوى الدلالة	معامل فاي phi	مستوى الدلالة	معامل لامبدا lambda	المجموع	الاكتئاب لدى الأم		
					لا	نعم	
0.002	0.34	0.03	0.16	39	20	19	نعم
				47	39	8	لا
				86	59	27	المجموع

يوضح لنا الجدول رقم درجة معامل الارتباط الثنائي بين البيانات الاسمية الثنائية و البيانات الكمية المساو ل 0.21 عند مستوى دلالة 0.05 . و حسبنا كما هو موضح في الجدول رقم قيمة معامل لامبدا و معامل فاي بين متغيري الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع . فكان معامل لاندا مساو ل 0.16 ، و هو معنوي في مستوى دلالة 0.03 . و حصلنا على معامل فاي مساو ل 0.34 . و هو كذلك دال إحصائيا (

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

مستوى الدلالة = 0.002) . و من خلال الجدول رقم أعلاه الذي يمثل نتائج الانحدار اللوجستي لمتغيرات البحث حيث أخذنا متغير اضطرابات النوم كتابع أتضح أن اكتئاب الأم هو العامل الوحيد الذي يساهم في التنبؤ باضطرابات النوم لدى الرضيع .

مما يؤكد لنا أن اكتئاب الأم يرتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع و على وجه الخصوص و التحديد اضطرابات النوم . حيث نلاحظ أن معاناة هؤلاء الأمهات تمنعهن من القيام بالفعل الأساسي المتمثل في الانفصال عن رضعهن . فلا هن يقدرنا على الانفصال نتيجة معاناتهن و لا هن يساعدنا رضعهن على الانفصال . و على التوجه نحو

مسار التفرد و الانفصال الذي هو حسب مارغريت ماehler أساسي لتكوين الذات و الشخصية السليمة .بالإضافة إلى عدم التوافر العاطفي و السلبية التي تتميز بها الأم المكتئبة تجعل من الرضيع(الذي لا يقدر بعد على التعبير عن مشاعره و رغباته) يطور استجابات جسدية غير سوية تسمى بسيكوسوماتية منها اضطرابات النوم . التي ما هي إلا تعبير عن علاقة يفتقد فيها للأمان و الإحاطة و الحماية . و لا يستطيع من خلالها الوصول لانفصال آمن و لو مؤقت أثناء النوم.

و قد بين Murray L., et Coope P.J أن الأم المكتئبة تخبر اضطرابات سلوكية لدى رضيعها ، في أغلبها اضطرابات للنوم و اضطرابات الأكل و مزاج صعب و متهيج و صعوبة الانفصال (Murray L., et Coope P.J,1997,p.99) .

حيث كان كل من كريزلر و غيدني سباقون بدراستهم لاضطرابات النوم عند الرضيع سنة 1987. حيث وجدوا من خلال العوامل العديدة التي لها علاقة بهذا الاضطراب، يمثل اكتئاب الأم أهم العوامل المسببة .

(Guedeney A. & Kreisler L.,1887.pp. 307-312)

5- نتائج و مناقشة الفرض الرابع :

هناك علاقة بين أنماط التعلق لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع .

جدول رقم 26: يبيّن العلاقة بين درجة التعلق الآمن لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع.

مستوى الدلالة الاحصائية	معامل برسون للارتباط الجزئي للبيانات الكمية	العينة	
0.78	0.03	86	نمط التعلق الآمن لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع

جدول رقم 27 : يبيّن العلاقة بين درجة التعلق القلق لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع.

مستوى الدلالة الاحصائية	معامل برسون للارتباط الجزئي للبيانات الكمية	العينة	
0.58	-0.059	86	نمط التعلق القلق لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع

جدول رقم 28: يبيّن العلاقة بين درجة التعلق التجنبي لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع.

مستوى الدلالة الاحصائية	معامل برسون للارتباط الجزئي للبيانات الكمية	العينة	
0.57	0.06	86	نمط التعلق التجنبي لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

الجدول رقم 29: يبين العلاقة بين درجة التعلق لدى الأم ودرجة

التعلق لدى الرضيع

مستوى الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط الثنائي للارتباط بين البيانات الاسمية الثنائية و الكمية	العينة	أنماط التعلق لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع
0.69	-0.042	86	

جدول رقم 30: يوضح تحليل التباين لمجموعات أنماط التعلق لدى الأم بالنسبة لدرجة التعلق.

التباين	مجموع مربعات الانحرافات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.002	2	0.001	0.03	0.97
داخل المجموعات	2.698	83	0.033		
المجموع	2.7	85			

يوضح لنا الجدول رقم (27) معامل الارتباط بيرسون بين البيانات الكمية للتعلق لدى الأم و درجات التعلق لدى الرضيع التي جاءت مساوية ل 0.03 . و كانت غير معنوية حيث كان Sig =0.78 و هو غير دال إحصائياً . أي ليس هناك أي ارتباط دال إحصائياً بين التعلق لدى الأم و التعلق لدى الرضيع . و للتأكد من نتائجنا أقدمنا على حساب الارتباط بطريقة أخرى . هي معامل الارتباط الثنائي للارتباط بين البيانات الاسمية و البيانات الكمية حيث حولنا متغير التعلق لدى الأم إلى بيانات نوعية إسمية أي آمن / غير آمن . فلم نجد هنا كذلك أي ارتباط دال بين المتغيرين .

و لجأنا إلى محاولة معرفة إن كان لكل نمط من أنماط التعلق لدى الأم (أي الآمن

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

و التجنبي و القلق) علاقة بالتعلق لدى الرضيع كل على حدى . فتحصلنا في كل منهم على معاملات ارتباط غير دالة إحصائياً . و لمزيد من التحقق استعملنا تحليل التباين (Anova) فلم نجد أنّ هناك فروق دالة إحصائياً بين درجات التعلق لكل نمط من أنماط التعلق لدى الأمهات . أي أنه ليس هناك ارتباط بين نوعية أنماط التعلق لدى الأم و درجة التعلق لدى رضعهن .

و تختلف دراستنا في هذه النقطة عما توصلت إليه الدراسات السابقة في ميدان التعلق .

ففي دراسة رائدة لـ Mary Main et al (1985) اكتشفوا أنّ نوعية التعلق الأطفال بوالديهم في سن السنة الأولى و السنة السادسة من عمرهم مرتبط بشكل لافت للنظر مع أنماط محددة من استجابة الوالدين على مقابلة بركلي لتعلق الراشدين . (Berkeley Adult Attachment Interview).

و بالرجوع لنظرية التعلق فبولبي يرى أنّ تعلق الرضيع بأمه يبدأ خلال السداسي الثاني من حياة الطفل . أمّا رابطة الأمومة أو تعلق الأم بالرضيع ، فتبدأ مباشرة بعد الميلاد إن لم يكن قبلها . و قد قامت Inge Bretherton(1989) بدراسة عن أنماط التعلق الأمومية بوسيلة جديدة Parent attachment interview . و ربطتها بالتعلق لدى الرضيع في سن 25 شهر و 36 شهر مقاس بواسطة وسيلتين هما الوضعية الغربية و Q-sort. (Bretherton I. et al,1989, pp. 204-211).

دراستنا جاءت مخالفة لما سبق من البحوث و لم تتحقق الفرضية الرابعة من دراستنا ، و هذا لا ينقص من قيمة البحث لكن يضيف الكثير ، فالفرضيات المحققة مثلما الفرضيات غير المحققة تضيف لبنة أخرى للعلم ، و نحن من خلال هذه النتائج نستنتج أمر في غاية الأهمية أنّ أنماط التعلق ليست بالأمر الموروث قسراً أو الحتمي ، فوجود أم من النمط غير الآمن لا يعني بالضرورة أنّ الطفل أو كل أطفالها يصبحون غير آمنين ، فقد تتداخل أمور و متغيرات أخرى في تكوين تعلق الطفل ، شخصية كمزاجه و استعداداه لتكوين تعلق غير آمن ، و منها ما هو بيئي فقد يتدخل فرد آخر كالأب و الجدة أو المربية في تربية الطفل ،

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

أو قد تسلك الأم سلوكا تعويظيا مع الرضيع لتفادي الحرمان الذي تعرضت له ، فتمده بالاهتمام و الرعاية اللازمين .

و قد أشار Lévesque بالرجوع إلى بولبي أنّ سلوكات الوالدين تتواجد في التمثيلات الداخلية للأطفال . و يرى أنّ علاقة الطفل قد تكون آمنة مع صورة تعلق ما في حين غير آمنة مع أخرى . (Lévesque N.,2009,p. x)

6- نتائج و مناقشة الفرض الخامس :

هناك علاقة بين أنماط التعلق لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع .

الجدول رقم 31: قيمة معامل فاي بين اضطرابات النوم لدى الرضيع و التعلق لدى الأم.

مستوى الدلالة	معامل فاي phi	المجموع	نمط التعلق لدى الأم			
			غير آمن	آمن		
0.56	0.06	39	19	20	نعم	اضطرابات النوم لدى الرضيع
		47	20	27	لا	
		86	39	47		المجموع

الجدول رقم 32: قيمة معامل لامبدا و معامل كرامير بين اضطرابات النوم لدى الرضيع و نوعية التعلق لدى الأم.

مستوى الدلالة	معامل ف لكرامير V de Cramer	مستوى الدلالة	معامل لامبدا lambda	المجموع	نمط التعلق لدى الأم				
					تجنبي	قلق	آمن		
0.02	0.29	0.02	0.06	39	12	5	22	نعم	اضطرابات النوم لدى الرضيع
				47	22	0	25	لا	
				86	34	5	47		المجموع

بعد إطلاعنا على النتائج الموضحة في الجدول رقم (32) و التي تمثل معامل فاي بين نوعية التعلق الآمن و غير الآمن و تواجد اضطرابات النوم لدى الرضيع و المقدرة ب

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

0.06 ، و التي هي عبارة عن قيمة غير دالة إحصائياً . و بالرجوع للجدول رقم (33) الذي جزءنا فيه أنماط التعلق إلى أنواعه الثلاث فتحصلنا باستعمال معامل لاندا و معامل ف لكرامر على نتائج تدل على أنّ هناك ارتباط بين المتغيرين في حال تجزيئها إلى أنماطها الثلاث و ذلك بمستوى دلالة مساو ل 0.02 .

و بالتالي ففوعية التعلق بأنماطه الثلاث (آمن ، تجنبي و قلق) عند الأم لديه علاقة باضطرابات النوم لدى الرضيع .

و توفر الدراسات³⁸ دلائل مقنعة على أنّ اضطرابات النوم لدى الرضيع تتعلّق بالقلق النفسي الاجتماعي الناتج من فقر الدعم الاجتماعي . كما أنّ Vogel & Vernberg (1993) يرون أنّها ترجع لأحداث الحياة الصادمة و التي أيدت بداراسة Lozoff, Wolf, & Davis (1985) التي ترى أنّ الأحداث الصادمة المتمثلة في الانفصال عن الوالدين أو المرض في العائلة قد تؤدي إلى اضطرابات ملحوظة في النوم بالنسبة للرضيع . و من الوجهة النظرية ، بيّن Anders, 1994 و كذلك Moore, 1989 أنّ طبيعة علاقة التعلق تعتبر كعامل مرتبط باضطرابات النوم لدى الرضيع و الطفل ، حيث أنّ الذهاب إلى فراش للنوم يتضمن آلية الانفصال عن الراعي و التي بدورها تنشط سلوك التعلق . (Morrell J. and Steele H.,2003, pp. 450-451)

و نحن نلاحظ في الجدول أنّ أغلب أمهات الرضع اللذين لديهم اضطراب في النوم لديهم تعلق غير آمن من النمط التجنبي (12 أم) حسب عدّة باحثين³⁹ الطفل لأم مستقلة يظهر نحوها سلوكا آمنا، في حين الأم المنفصلة فسيكون ابنها غير آمن متجنب . فنجد الوالد المنفصل يميل إلى رفض طلبات التعلق لولده (مع نمط للتفاعل في بعض المرات متدخل و في مرات أخرى متجاهل) .

³⁸ (Becker, Chang, Kameshima, & Block, 1991; Richman, 1981)

³⁹ . (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; van IJzendoorn, Kranenburg, Zwart-Woudstra, van Busschbach & Lambermon, 1991; Grossman, Fremmer-Bombik, Rudolph & Grossman, 1988; George & Solomon, 1989).

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

Haft & Slade (1989) يظهرون في هذا المنحى أنّ الأمهات المستقلات يظهرون توافقاً عاطفياً مع رضعهم على مجموعة واسعة من العواطف ، في حين الأمهات غير الأمنات (قلقات و المنفصلات) يملن إلى تجاهل و رفض طلبات الطفل خاصة عندما يعبر عن عواطف سلبية. (wikipédia)

و هذا ما يفسّر النتائج التي توصلنا إليها أي أنّ الأم المتجنبة تفتقد للتوافر العاطفي و ترفض سلوكيات التعلّق لدى رضيعها و تعتبرها غير محتملة مما لا يسهل له الانفصال الآمن عنها إثر النوم و يؤدي به إلى الإصابة باضطرابات النوم .

7- نتائج و مناقشة الفرض السادس :

يفترض أن يكون هناك أنماط من التعلق غير الآمن لدى الأمهات المكتئبات .

الجدول رقم 33 : انتشار أنماط التعلق (الأمن / غير الآمن) لدى أمهات المكتئبات

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	نمط التعلق		الأمهات المكتئبات
				لا غير امن	نعم امن	
0.33	0.92	1	27	16	11	

الجدول رقم 34: انتشار أنماط التعلق (الآمن / القلق / التجنبي) لدى الأمهات المكتئبات

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	نمط التعلق لدى الأم			الأمهات المكتئبات
				لا تجنبي	لا قلق	نعم امن	
0.03	6.88	2	27	14	2	11	

من خلال الجدول رقم (34) يتضح لنا أنّ الفرضية السادسة من الدراسة لم تتحقق .
أي ليس هناك انتشار أكبر للتعلق غير الآمن لدى الأمهات المكتئبات . ورغم ذلك فإننا نجد لدى عينة بحثنا ، و لدى الأمهات المكتئبات فقط أنّ هناك نسبة أكبر للأمهات اللاتي لديهن تعلق غير آمن (59.25 %) مقارنة بالأمهات اللاتي ليس لديهن تعلقًا آمنًا (40.74 %).
لكن هذه النسب تقتصر على عينة بحثنا و لا يمكننا تعميمها على المجتمع . و يمثل التعلق التجنبي أكبر نسبة لدى الأمهات المكتئبات ب 51.85 % من مجموع الأنماط الثلاث للتعلق .
و قد يفسر هذا بأنّ من مميزات الاكتئاب التحاشي و تجنب الآخرين و الانطوائية و السلبية مما ينتج عن ذلك تمثيل كبير لهذا النمط في عينة المكتئبات .

و من بين الصعوبات التي لها علاقة بالاكتئاب لدى الراشد حسب Gotlib &

Robinson (1982) هي الرفض من المقربين ، و ربطها أيضا Brown et al (1986)

بفقدان الدعم الاجتماعي وقت الشدة ، و كذا بالصراع الزوجي⁴⁰ و النقد العائلي⁴¹ و قد

⁴⁰ Beach et al (1990)

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

بينت عدّة دراسات⁴² أنّ من بين العوامل الأساسية المسببة للاضطرابات الوجدانية و الاكتئاب هو التعلّق غير الآمن . حيث يتميّز هؤلاء الأشخاص بانشغال شديد مع تجنب و خوف من علاقات التعلّق ، أو فقدان لصور التعلّق . و كذلك نتيجة وجود نماذج عاملة داخلية سلبية التي تضاعف من هشاشة الشخص تجاه الضغوطات العلائقية . و تجعل منه يفقد تقدير الذات . (Roberts et al,1996, pp.310-312)

و قد قام Bifulco et al بدراسة ابيديميولوجية عن الاكتئاب لدى المرأة و علاقته باضطرابات التعلّق . و ذلك على عينة مكونة من 2022 امرأة تعاني من الاكتئاب الحاد و 80 أخرى لا تعاني منه كمجموعة ضابطة بلندن . مستعملا مقابلة بيفالكو للتعلّق Present State و Attachment Style Interview (Bifulco et al. 1998 Examination (Wing et al. 1974) لقياس الاكتئاب . فوجد أنّ التعلّق غير الآمن من بين عوامل الاكتئاب لدى المرأة ، و يظهر بالخصوص في عدم الانخراط و المشاركة مع الآخرين ، و الخوف من العلاقات ، و التعلّق المنفصل المتجنب من النوع الغاضب . (Bifulco et al , 2002,pp.50-53)

⁴¹ Hooly et al (1986) ; Hooly & Teasdale (1989) ; Vaughn & Leff(1976)

⁴² Armsden et al (1990) , Kobak & Sceery (1988) , Kobak et al (1991)

8- نتائج و مناقشة الفرض السابع :

يفترض أن يكون هناك درجات متدنية من التعلق لدى الرضع اللذين لديهم اضطرابات في النوم .

الجدول رقم 35: مدى انتشار درجات متدنية من التعلق لدى الرضع اللذين لديهم اضطرابات في النوم .

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	مستوى التعلق		
				متدني تحت 0.12	عالي فوق 0.12	
0.15	2.07	1	39	24	15	اضطرابات النوم لدى الرضيع

تظهر لنا هذه النتائج أنه يوجد 61.53 % من الرضع اللذين لديهم اضطرابات نوم مستواهم في التعلق متدني لكن لا ترقى هذه النتائج لأن تحقق الفرضية السابعة و تثبتها على المجتمع الإحصائي . حيث جاءت قيمة ك2 مساوية ل 2.07 بمستوى دلالة 0.15 .

تأتي هذه الفرضية لتؤيد الفرضية الأولى و التي توصلنا فيها - من خلال معادلة اللوجيت و الانحدار اللوجستي - أن التعلق لدى الرضيع لا يساهم في التنبؤ باضطرابات النوم لدى الرضيع .

و قد بينت (Daws(1989 من دراساتها الإكلينيكية المميّزة كيف أنّ التعلق المتناقض ومشاكل قلق الانفصال يرتبطان بصعوبات النوم عند الرضيع.

يقترح (Sadeh et al (2000 أنّ الضغوط العائلية تؤثر سلبا على نوم الأطفال بما في ذلك زيادة في فترات اليقظة في الليل و تقليل لمدة النوم الإجمالي . و توصل (Liu et al (2000 إلى أنّ فقر التفاعلات بين الأم و رضيعها من الأمور المؤدية لاضطرابات النوم . و توصل Benoit et

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

(1992) al إلى أن التعلق الأمومي غير الآمن هو أحد العوامل . كما أيد ذلك بدراسة (2007) Mona ElChiekh et al على عينة أمريكية متكونة من 166 طفل في مرحلة الابتدائي ، فتوصلت إلى أن انعدام الأمن النفسي له علاقة مباشرة باضطرابات النوم لديهم .
(ElChiekh M. et al,2007,p.88)

وقد لوحظ في دراسة(1994) Cassidy ودراسة Moran & (1998) Pederson أن الرضع اللذين لهم أنماط من التعلق غير الآمن و المتناقض هم اللذين سجلوا أكبر مستوى من القلق و المخاوف و صعوبات في تنظيم الانفعال إثر الاستجابة للانفصال عن الراعي أو الحاضن (caregivers)، مقارنة بالأطفال الآخرين اللذين لهم أنماط من التعلق المتجنب أو التعلق الآمن .
(Morrell J. & Steele H.,2003 ,p.451)

9- نتائج و مناقشة الفرض الثامن :

يفترض أنّ أغلبية الأمهات المكتئبات و اللاتي لديهن تعلق غير آمن لديهن رضع يعانون من اضطرابات في النوم .

الجدول رقم 36 : انتشار اضطرابات النوم عند الرضع اللذين لديهم أمهات المكتئبات و لديهن تعلق غير آمن.

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	اضطرابات النوم عند الرضيع		الأمهات المكتئبات و لديهن تعلق غير آمن
				لا	نعم	
0.01	6.25	1	16	3	13	

تظهر نتائج الجدول الأخير أنّ اضطرابات النوم لدى الرضيع تلازم الأمهات المكتئبات و اللاتي لديهن تعلق آمن بنسبة 81.25 % . و هذه النسبة يمكن تعميمها على مجتمع الدراسة حيث أنّ قيمة ك2 دالة إحصائياً في مستوى دلالة 0.01 .

و من خلال دراستنا يمكن القول أنّ الأمهات المكتئبات و اللاتي لديهن تعلق غير آمن تؤثرن في نوم رضعهن سلباً .

و هذا يؤيد العديد من الدراسات المذكورة آنفاً عن أثر الاكتئاب لدى الأم و كذلك التعلق لديها في اضطرابات النوم لدى الرضيع .

و قد يفسر ذلك منطقياً بأنّ الأم التي لديها اضطرابات في التعلق نتيجة خبرات طفولية مؤلمة أو حداد غير محلول أو مشاكل مع عائلة زوجها أو عائلتها خاصة الأم ، أو كذلك نتيجة عدم وجود سند من الزوج حيث لا يوفر لها علاقة آمنة قد يؤدي إلى اكتئاب الأم في مرحلة حساسة ، هي مرحلة الرضاعة و الطفولة المبكرة . فنتأثر تفاعلاتها مع رضيعها لا من حيث الكم (تتناقص هذه التفاعلات و تسلك الأم سلوكاً رافضاً تجنبياً) و لا من حيث النوع (فقد يقتصر على التفاعل و الاستثارة الجسدية مما يزيد من اضطرابات النوم لدى

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

الرضيع ، و تفتقر للتفاعلات البصرية و اللفظية و العاطفية ، في حين يكون التفاعل الهوامي مؤذ و ضار للهوامات الرضيع) . و لهذا الاختلال استجابة جسدية على شكل مرض بسيكوسوماتي ، و عدّة أمراض بسيكوسوماتية مجتمعة منها اضطرابات النوم لدى الرضيع . فالرضيع غير قادر على التعبير لفظيا عن معاناته و لكن يعبر جسديا عن هذا الخلل .

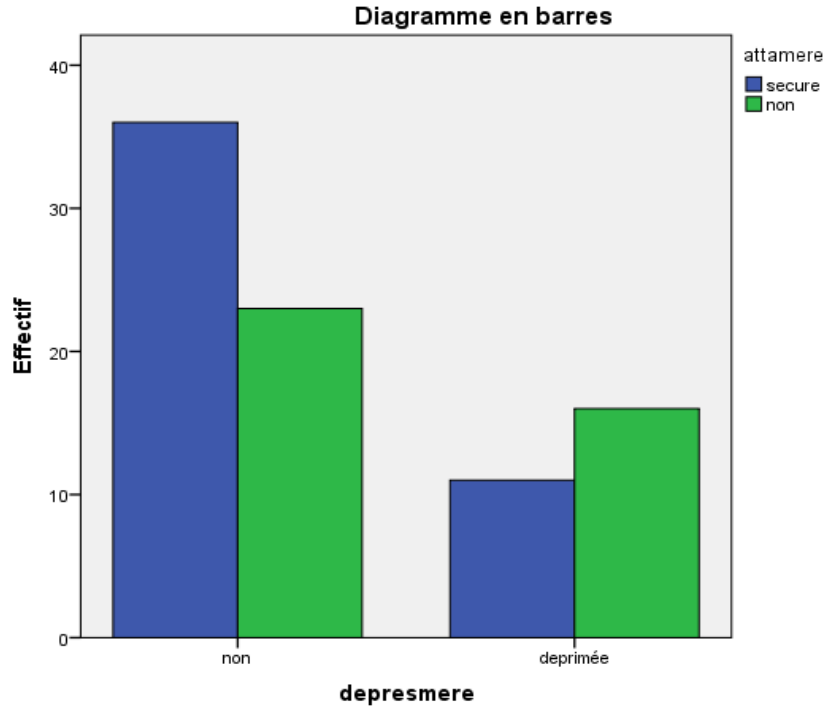
10- نتائج و مناقشة الفرض التاسع :

هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات المكتنبات و غير المكتنبات و ذلك حسب بعض المتغيرات كنوعية التعلق لديهن و درجة التعلق لدى رضعهن و تواجد اضطرابات نوم لديهن و جنس و رتبة الطفل و سن الطفل و سن الأم و المستوى التعليمي لها و عمل الأم و الحالة العائلية لديها .

10-1- أنماط التعلق لدى الأمهات :

الجدول رقم 37 : قيمة ك2 بين الاكتناب لدى الأم و أنماط التعلق لديهن .

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	أنماط التعلق لدى الأم		الاكتناب لدى الأم
				غير آمنة	آمنة	
0.08	3.07	1	(31.4)27	(18.6)16	11 (12.8)	نعم
			(68.6)59	(26.7)23	(41.9)36	لا
			(100)86	39 (45.3)	(54.7) 47	المجموع



الشكل رقم 7 : توزيع أنماط التعلق لدى الأم (آمن / غير آمن) لدى عيني الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.

تظهر النتائج أنّ هناك فروق واضحة في نوعية التعلق لدى الأم بين المكتئبات و غير المكتئبات . حيث أنّنا نجد أنّ نوعية أنماط التعلق غير الآمن تنتشر لدى الأمهات المكتئبات في حين تقلّ هذه النسب لدى الأمهات غير المكتئبات . و ذلك بدلالة إحصائية واضحة ، فيمكن تعميمها على مجتمع الدراسة . أي أنّ هناك أنماط من التعلق خاصة منها غير الآمنة قد تؤثر و تؤدي و تزيد من الاستجابة الاكتئابية للأم . و نحن نستشهد هنا بأنّ وجود علاقات جيّدة للأم مع أمها . أو وجود علاقات جيّدة للأم مع زوجها أو عائلة زوجها قد يكون إيجابي من حيث تفادي إصابة الأمهات بالاكتئاب . أمّا عدم وجود سند اجتماعي جيّد و وجود ذكرى حدادات غير محلولة ، أو تاريخ علاقة غير آمنة بالنسبة للأم ناتجة عن إساءة أو نبذ عاطفي قد يهيئ للأم الإصابة بالاكتئاب .

10-2- درجة التعلق لدى الرضيع :

الجدول رقم 38: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لدرجة تعلق الرضيع و دلالة (ت) للعينتين

عدد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
27	0.07	0.17	84	-1.865	0.06
59	0.14	0.17			

لقد أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية المستندة على حساب ك2 أنه توجد فروق دالة إحصائية بين عينتين المكتئبات و غير المكتئبات . أي أن هناك تأثير دال إحصائيا لدرجة التعلق لدى الرضيع على الاكتئاب لدى الأم .

و هنا نرجع إلى نتائج الفرضية الثانية أعلاه التي أيدت وجود علاقة دالة إحصائية بين الاكتئاب لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع . مفهوم العلاقة هنا لا يوضح لنا اتجاه التأثير . فليس بالعلاقة السببية . فقد يكون التأثير من الجهتين. أي اكتئاب الأم يؤثر على مستوى التعلق لدى الرضيع و العكس كذلك صحيح . و الفرضية الأخيرة ما جاءت إلا لي تساند تؤكد الفرضية الثانية من البحث فنجد أن اكتئاب الأم يتأثر كذلك بمستوى التعلق لدى الرضيع . فنجد أن متوسط درجة التعلق الرضيع في عينة الأمهات المكتئبات منخفض جدا (0.07) مقارنة بمتوسط درجة تعلق الرضيع في عينة الأمهات غير المكتئبات (0.17) و هذه الفروق كانت دالة إحصائيا عند 0.06، حيث وجد (Murry 1992) أن اكتئاب الأم يزيد بشكل دال إحصائيا احتمال خطر الإصابة بالتعلق غير الآمن لدى الرضيع في سن 18 شهر. و بين (Cohn et al 1986) و Field et al

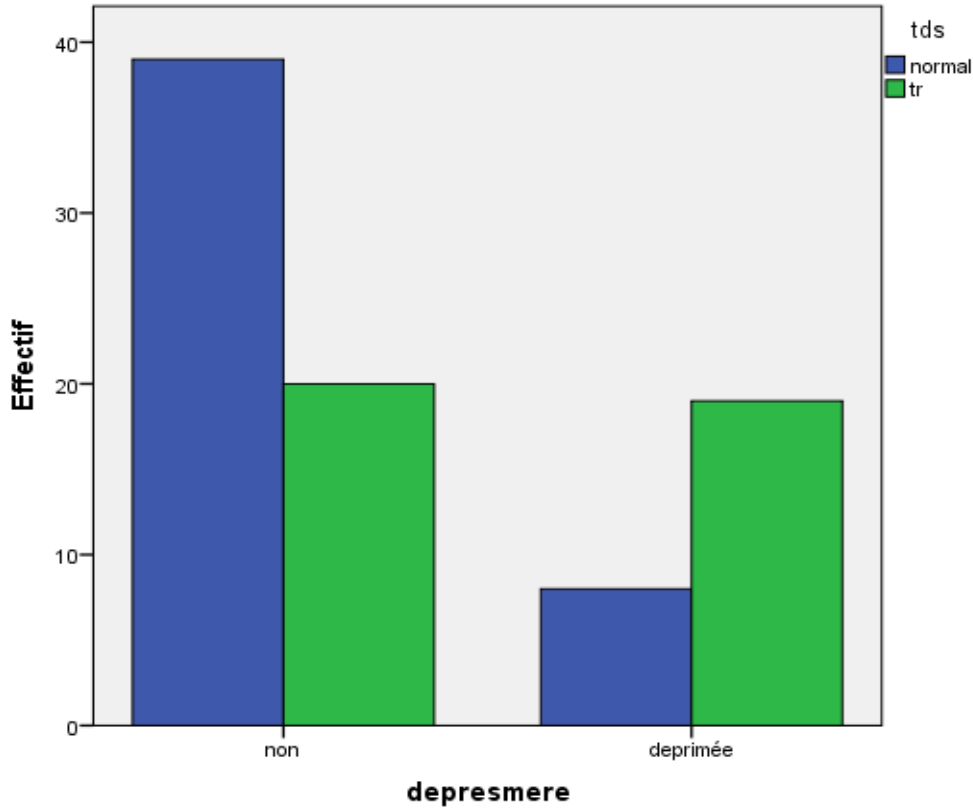
(1990) و كذلك Lyons-Ruth(1986) أنّ أنماط التفاعل السلبية
للأمهات المكتئبات ربطت وبدلالة أحصائية بالشدة النفسية لدى الرّضع
والسلوكات التجنبية . (Coyle et al ,2002,p.148)

10-3- اضطرابات النوم لدى الرضيع :

الجدول رقم 39: تأثير اضطرابات النوم لدى الرضيع حسب الاكتئاب لدى الأم.

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	اضطرابات النوم لدى الرضيع		الاكتئاب لدى الأم
				لا	نعم	
0.002	9.94	1	27 (31.4)	8 (9.3)	19 (22.1)	نعم
			59 (68.6)	39 (45.3 %)	20 (23.3)	لا
			100 %	47 (54.7)	39 (45.3)	المجموع

Diagramme en barres



الشكل رقم 8: لتوزيع اضطرابات النوم لدى الرضيع لدى عيني الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.

من خلال الجدول و المخطط التوضيحي نستخلص أنّ اضطرابات النوم لدى الرضيع تفرق بين عيني الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات. و ذلك لصالح المكتئبات . أي أنّ هناك تأثير دال إحصائيا لاضطرابات النوم لدى الرضيع على الاكتئاب لدى الأم .

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

حيث أنه من شأن اضطرابات النوم لدى الرضيع أن تؤثر على نفسية الأم و تؤدي بها إلى الإرهاق و التعب المستمرين و الذي يجعل منها تسقط فريسة للاكتئاب . و تبقىها في دائرة مفرغة من المعاناة لها و لرضيعها . فقد بيّنت دراسات عديدة أنّ الأم المكتئبة تتأثر بعدة خصائص لدى رضيعها .

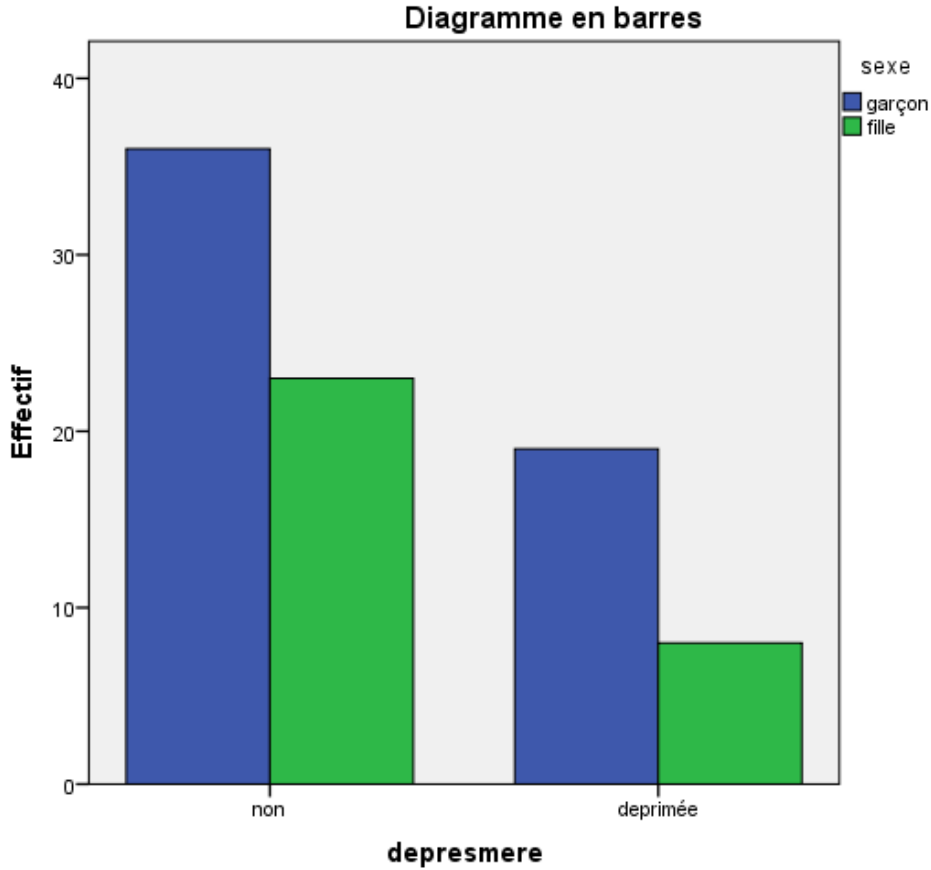
حيث بيّنت دراسات منها (Mayberry & Affonso(1993);Dalton(1971) أنّ الأمهات اللاتي يكون رضعهن صعب المزاج ، و كثير البكاء هم أكثر عرضة للمعاناة من الاكتئاب . (Dayan J.,1999, p. 95)

فمن شأن اضطرابات النوم لدى الرضيع أن يؤدي إلى إصابة الأم بالأرق و الإجهاد النفسي ، مما يجعلها لا تتحكم في مسار و واجبات حياتها اليومية ، و يجعلها عرضة للاكتئاب .

10-4- جنس الرضيع :

الجدول رقم 40: قيمة ك2 بين الاكتئاب لدى الأم و جنس الرضيع .

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	جنس الرضيع			
				أنثى	ذكر	نعم	لا
0.402	0.703	1	(31.4)27	(9.3) 8	(22.1)19	نعم	الاكتئاب لدى الأم
			(68.6)59	(26.7) 23	(41.9)36	لا	
			(100)86	(36)31	(64)55	المجموع	



المخطط التوضيحي رقم 9: لتوزيع جنس الرضع لدى عيني الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.

من خلال حساب قيمة ك2 للفروق بين عيني المكتئبات و غير المكتئبات من حيث جنس الرضيع و التي تساوي 0.703 وجدنا مستوى الدلالة أكبر من 0.05 . و منه لا يوجد هناك دلالة إحصائية. أي أنّ جنس الرضيع لا يؤثر على الاكتئاب لدى الأم .

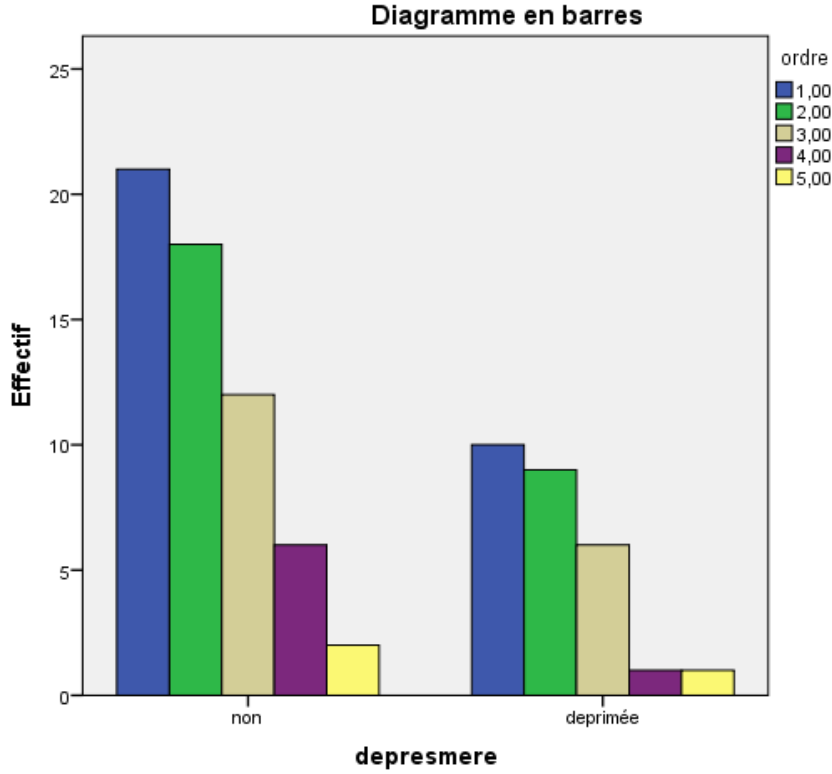
5-10- رتبة الرضيع :

الجدول رقم 41: قيمة ك2 بين رتب الرضع و الاكتئاب لدى الأم.

مسد توى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	رتب الطفل					الاكتئاب لدى الأم
				الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	
0.9	1.04	4	27 (31.4)	10 (1.2)	9 (1.2)	6 (7)	5 (10.5)	10 (11.6)	نع م لا
			59	2 (2.3)	6 (7)	12	18	21	

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

			(68.6)			(14)	(20.9)	24.4)		
			86	(3.5)3	7	)18	27	31		المجموع
			(100		(8.1)	20.9	(31.4)	(36)		



الشكل رقم 10: لتوزيع رتب الرضع لدى عيني الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات .
يوضح هذا الجدول و المخطط التابع له أنّ الاكتئاب لدى الأم لا يتأثر برتبة الرضيع .
فقد تصاب الأم بالاكتئاب عند ولادة الابن البكر كما قد تصاب به مع ابنها الثاني أو الثالث .
فالولادة لأول مرة لا تعني أنّ الأم قد تتعرض فيها للاكتئاب أكثر من الولادات اللاحقة . فقد
تصاب به في ولادات لاحقة لعدم شفائها التام منه فالولادات السابقة و كذلك لتوفر ظروف
محيطية سيئة تزيد من احتمال الإصابة بالاكتئاب أو معاودة الإصابة به . و قد لا تصاب
بالاكتئاب في الولادة الأولى مثلا لتوفر الإحاطة اللازمة من العائلة و الزوج . و التي تفقدها
في الولادات اللاحقة مما يجعلها عرضة للاكتئاب .

10-6- سن الرضيع :

الجدول رقم 42: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الرضيع و دلالة (ت) للعينتين المكتئبات و غير المكتئبات

عدد العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
المكتئبات	22.07	8.2	84	0.98	0.32
غير المكتئبات	20.33	7.26			

يبين هذا الجدول أنه ليس هناك فروق بين الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات من حيث سن الرضيع. أي أنه لا توجد دلالة إحصائية لتأثير سن الرضيع على تواجد الاكتئاب . فالمتوسطات الحسابية بين العينتين متقاربتين (20.33/22.07) و بانحراف معياري متقارب كذلك (7.26/8.2) و لذلك كان مستوى الدلالة لاختبار ت غير معنوي (0.32) أي أن اضطراب الاكتئاب لدى الأم لم يتأثر بسن الرضيع من 10 أشهر حتى 36 شهر .

10-7- سن الأم :

الجدول رقم 43: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الأم و دلالة (ت) للعينتين (المكتئبات و غير المكتئبات)

عدد العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
المكتئبات	31.4	5.68	84	0.39	0.69
غير المكتئبات	30.91	5.25			

يبين هذا الجدول أنه ليس هناك فروق بين الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات من حيث السن . أي أنه لا توجد دلالة إحصائية لتأثير سن الأم على تواجد الاكتئاب .

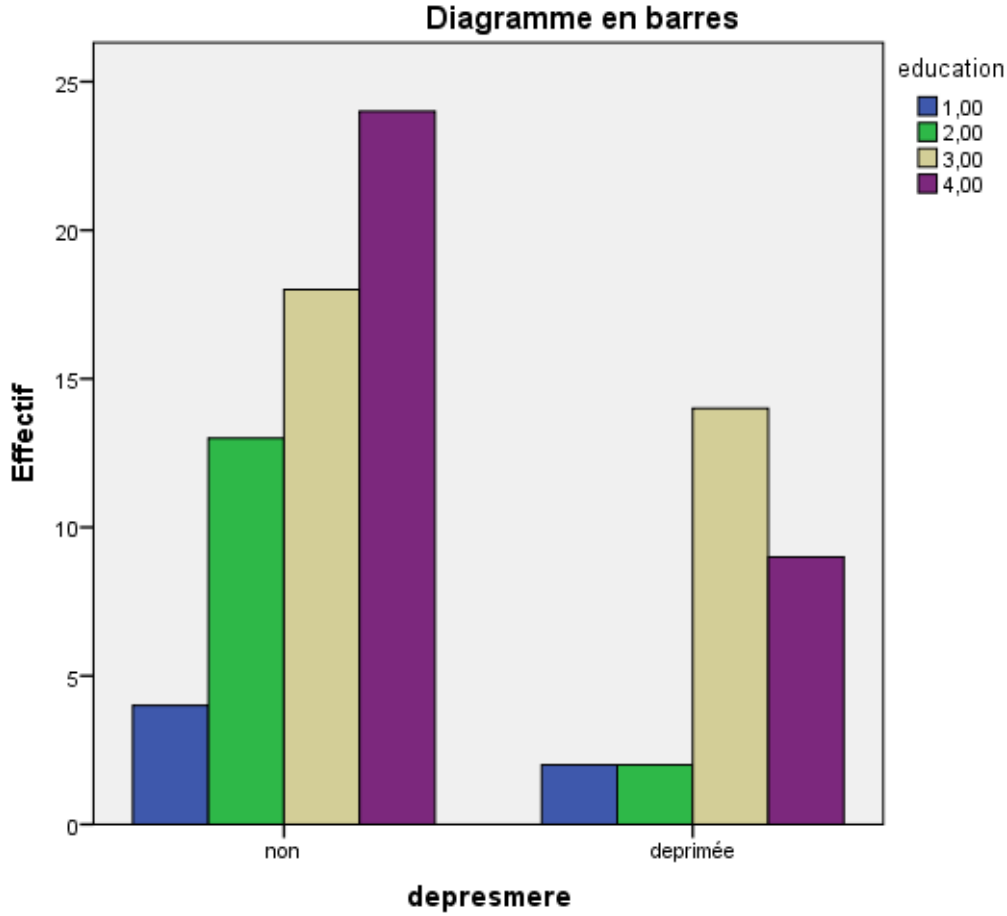
الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

فالمتوسطات الحسابية بين العينتين متقاربتين (31.4/30.91) ، و بانحراف معياري متقارب كذلك (5.25/5.68) . و لذلك كان مستوى الدلالة لاختبار ت غير معنوي (0.32) أي أنّ اضطراب الاكتئاب لدى الأم لم يفرق من حيث الإصابة حسب السن ففي كل الأعمار يمكن أن تصاب الأمهات بالاكتئاب دون استثناء .

8-10- المستوى التعليمي :

الجدول رقم 44: ك2 بين المستوى التعليمي للأم و الاكتئاب لديها

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	المستوى التعليمي				إجمالي	المجموع
				جامعي	ثانوي	متوسط	إبتدائي		
0.18	4.81	3	27 (31.4)	9 (10.5)	14 (16.3)	2 (2.3)	2 (2.3)	المجموع	
			59 (68.6)	24 (27.9)	18 (20.9)	13 (22)	4 (4.7)		
			86 (100)	33 (38.4)	32 (37.2)	15 (17.4)	6 (7)		

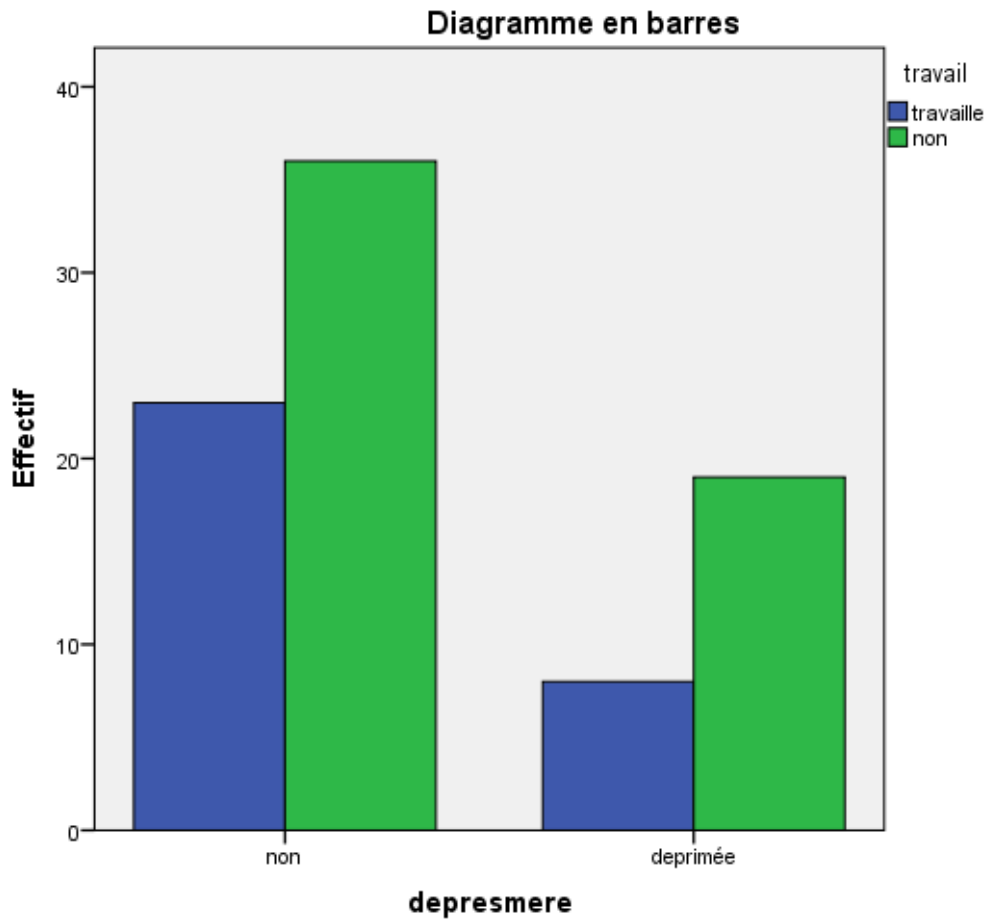


الشكل رقم 11 : لتوزيع المستوى التعليمي للأم لدى عيني الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.

من خلال المعالجة الإحصائية و المخطط التوضيحي نجد أنه ليس هناك اختلاف بين المكتئبات و غير المكتئبات من حيث المستوى التعليمي . و هذا يعني أن كل الأمهات في المستويات التعليمية دون استثناء قد تتعرضن للاكتئاب سواء كانت ذات مستوى ابتدائي أو جامعي .

الجدول رقم 45: ك2 بين عمل الأم و الاكتئاب لدى الأم

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	العمل		نعم	لا
				نعم	لا		
0.4	0.703	1	27 (31.4)	(22.1)19	(9.3) 8	نعم	لا
			59 (68.6)	(41.9)36	(26.7)23		
			(100)86	(64) 55	(36)31	المجموع	



الشكل رقم 12: لتوزيع عمل الأم لدى عينتي الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات.

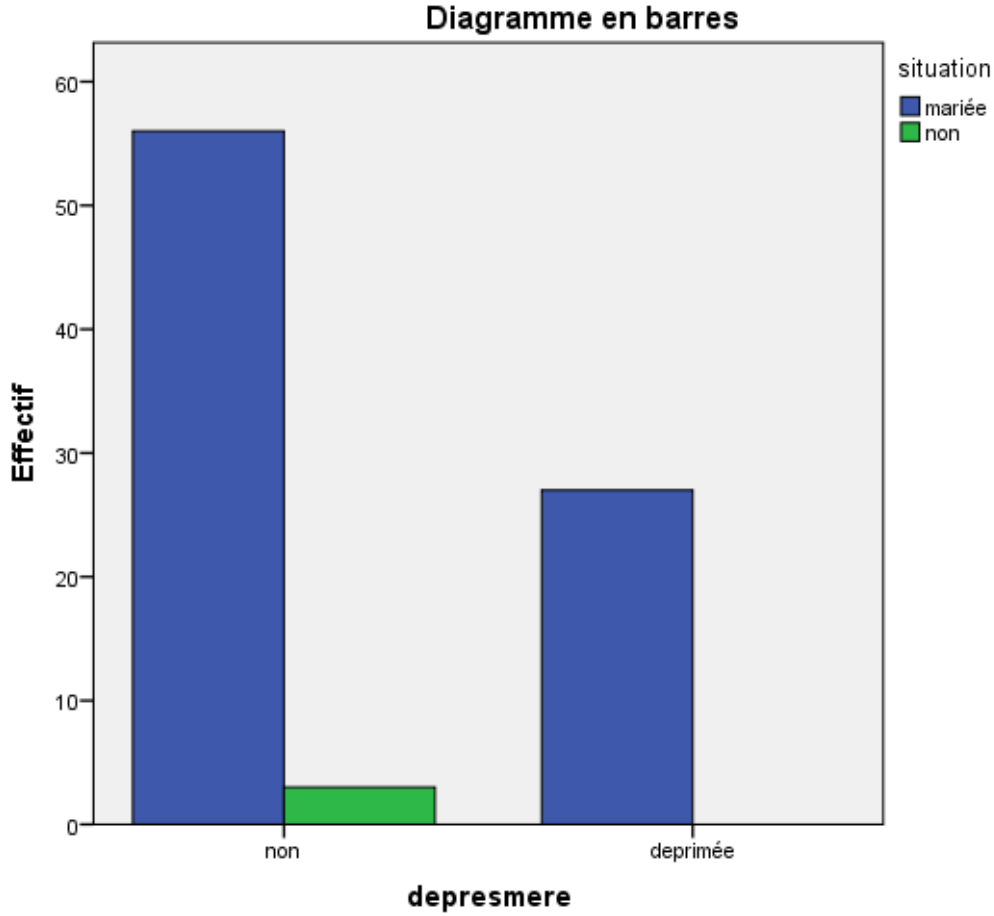
الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

لم نتحصل هنا على قيمة ل ك2 ذات دلالة إحصائية أي أنه لا يوجد فروق بين العينتين من حيث عمل الأم . فالإكتئاب أصيبت به الأمهات المكتئبات مثل الأمهات غير المكتئبات . فليس هناك تأثير للعمل على الأم المكتئبة . و هذه النتيجة قد تكون منطقية حتى بالنسبة للنساء فرغم التعب و الإرهاق الناتجين من جراء عمل الأم و القيام بواجباتها المنزلية ، فإنّ العمل يعتبر صحيا لا من الناحية الجسدية و لا من الناحية النفسية و حتى من الناحية المادية. و هو يسمح للأم (إذا كان ميدان العمل لا تكثر به المشاحنات) بالتحاور عن مشاكلها و مقارنتها بظروف الآخرين ، و التفريغ عن بعض من المعاناة النفسية من خلال الالتقاء بزملاء عملها ، و كذا طمأننتها بشأن بعض الأمور المتعلقة بتربية أولادها .

10-10 – الحالة العائلية للأم :

الجدول رقم 46: ك2 بين الحالة العائلية للأم و الإكتئاب لدى الأم.

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	الحالة العائلية للأم		الاكتئاب لدى الأم
				غير متزوجة	متزوجة	
0.23	1.423	1	27 (31.4)	0 (0)	27 (31.4)	نعم
			59 (68.6)	3 (3.5)	56 (65.1)	لا
			86 (100)	3 (3.5)	83 (96.5)	المجموع



الشكل رقم 13 : لتوزيع عمل الأم لدى عيني الأمهات المكتئبات و غير المكتئبات في دراستنا وجدنا أغلب الأمهات اللاتي شركنا في البحث متزوجات . ما عدى 3 أمهات مطلقات و صنفن غير مكتئبات . و لم يكن لهذا الفرق دلالة إحصائية . فنستنتج أنّ الوضعية العائلية للأم لا تأثر على تواجد الاكتئاب لديها .

11- نتائج و مناقشة الفرض العاشر :

-هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و اللاتي ليس لديهن تعلق آمن و ذلك حسب بعض المتغيرات كدرجة الاكتئاب لديهن و مستوى التعلق لدى رضعهن و تواجد اضطرابات نوم لدى رضعهن و سن الطفل و جنسه و رتبته و سن الأم و المستوى التعليمي لها و عمل الأم و الحالة العائلية لديها.

11-1- الاكتئاب لدى الأم :

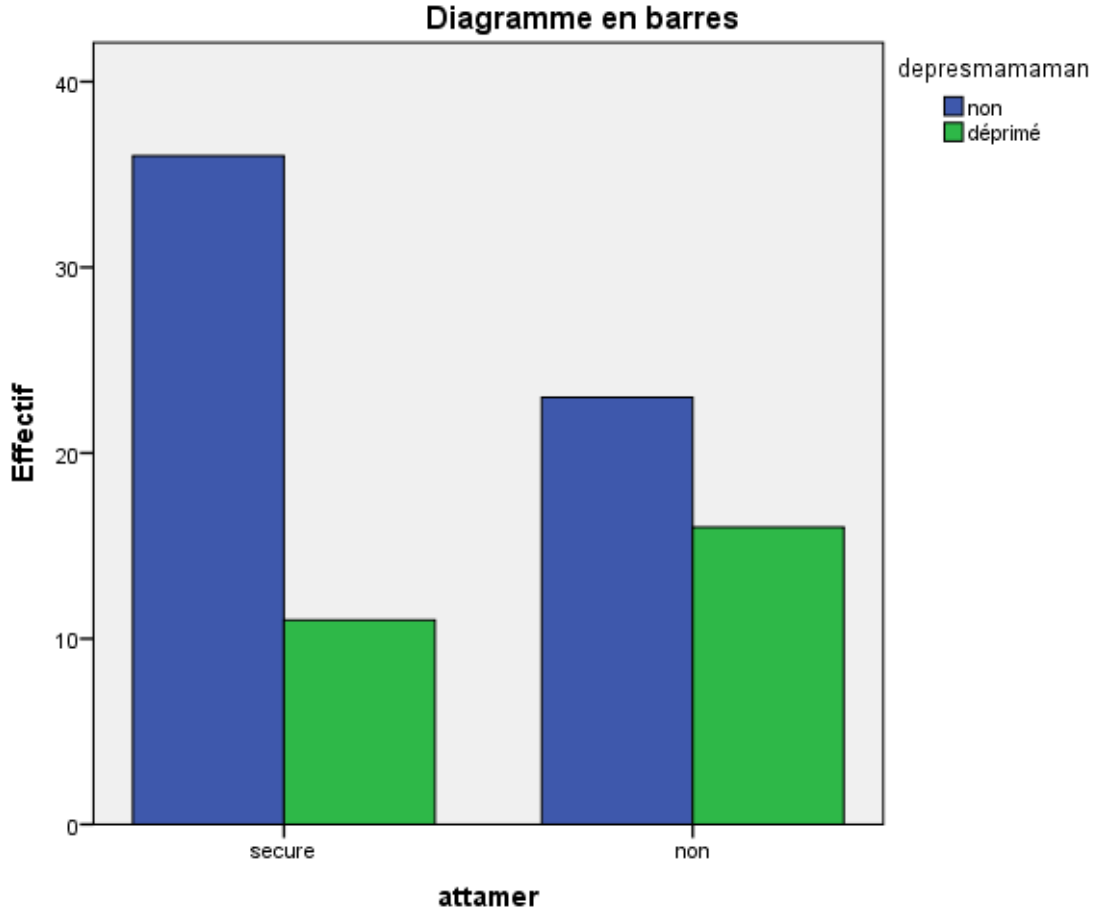
الجدول رقم 47: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في درجة الاكتئاب

و دلالة (ت) للعينتين

عدد العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
47	4.68	3.45	84	1.92-	0.05
39	6.51	5.3			

الجدول رقم 48: ك2 بين تواجد الاكتئاب و أنماط التعلق لدى الأم

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	الاكتئاب		نمط التعلق لدى الأم
				لا	نعم	
0.08	3.07	1	(45.3)39	23	16	آمن
			47 (54.7)	36	11	غير آمن
			(100)86	(68.6)59	(31.4)27	المجموع



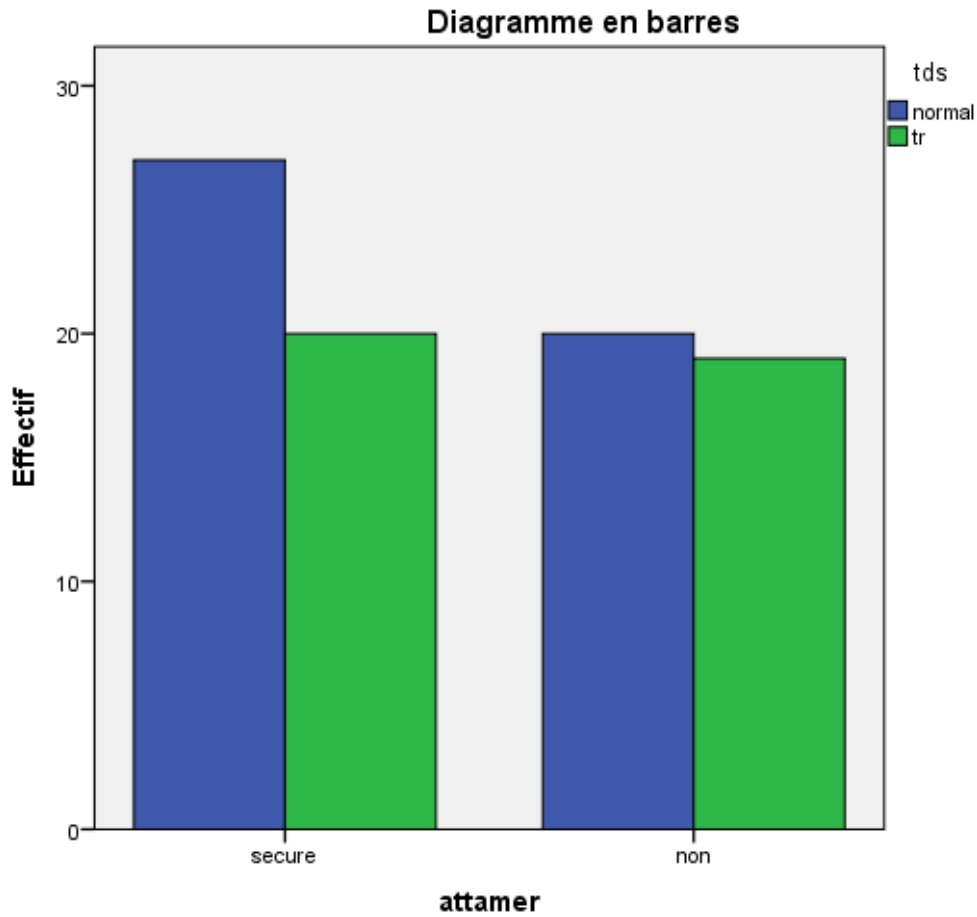
الشكل رقم 14: لتوزيع الاكتئاب لدى عيني الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و غير آمن .

لقد حسبنا في الجدول رقم (48) قيمة ت تيسست للفروق في البيانات الكمية بين الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و اللاتي ليس لديهن تعلق آمن فوجدنا قيمة ت تساوي 1.92 عند مستوى دلالة 0.05 و هي دالة إحصائيا . و لمزيد من التأكد استعملنا تقنية إحصائية أخرى هي حساب قيمة ك2 للفرق في نوعية الاكتئاب كبيان نوعي (اسمي) بين العينتين . فتحصلنا على إمكانية تعميم فرضيتنا على المجتمع الإحصائي لدراستنا أي أمهات بلدية الأغواط . و هذا يعني أنّ تواجد الاكتئاب لدى الأم يؤثر في نوعية التعلق لديها . و قد يجعلها تسلك سلوكات تجنبيهة أو قلقة أو حتى إساءة معاملة و تعنيف للرضيع .

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

الجدول رقم 49: قيمة ك 2 بين اضطرابات النوم عند الرضيع و نمط التعلق لدى الأم

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	اضطرابات النوم عند الرضيع			
				لا	نعم	نمط التعلق لدى الأم	غير آمن
0.56	0.32	1	47 (54.7)	27	20	آمن	
			(45.3)39	20	19	غير آمن	
			(100)86	(54.7)47	(45.3)39	المجموع	



الشكل رقم 15: لتوزيع اضطرابات النوم لدى رضع عينتي الأمهات الآمنات و غير الآمنات

يوضح لنا المخطط التوضيحي و الجدول الموافق له عدم وجود فروق واضحة بين الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و اللاتي ليست لديهن هذا التعلق . من حيث تواجد اضطرابات النوم لدى رضعهن . و هذا يتلاءم مع ما توصلنا إليه في الفرضية الخامسة و التي توصلنا فيها لعدم وجود علاقة بين التعلق لدى الأم و اضطرابات النوم لدى رضعهن.

11-3- درجة تعلق الرضيع :

الجدول رقم 50: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في درجة تعلق الرضيع و دلالة (ت) للعينتين.

عدد العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
47	0.12	0.19	84	0.39	0.69
39	0.11	0.15			

من خلال النتائج المتحصل عليها نجد أنّ درجة التعلق لدى الرضيع ليس لها أثر على نوعية التعلق لدى الأم . و تأتي هذه الفرضية لتؤكد نتائجنا في الفرضية الرابعة و التي لم نجد من خلالها علاقة بين تعلق الأم و تعلق الرضيع .

4-11- سن الرضيع :

الجدول رقم 51: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الرضيع و دلالة (ت) للعينتين

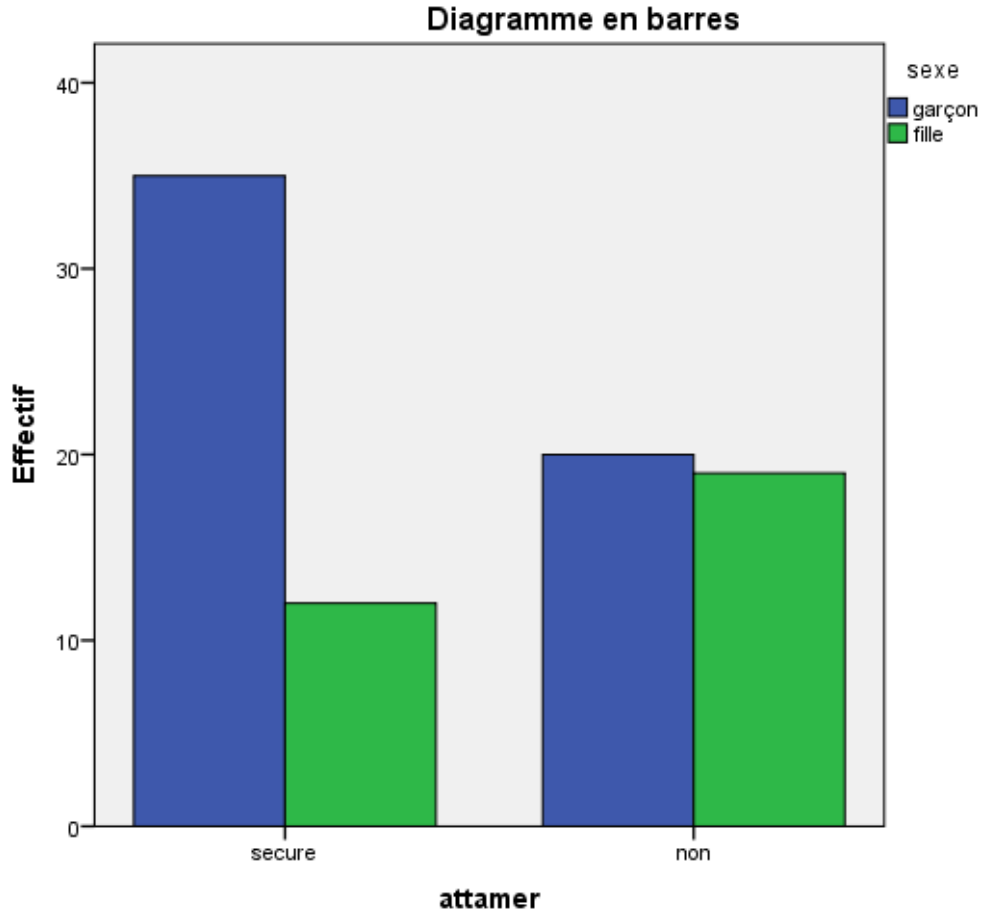
عدد العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
47	21.25	7.46	84	0.49	0.62
39	20.43	7.75			

من خلال النتائج المتحصل عليها فإننا نجد أنّ قيمة ت تست للفروق بين الأمهات الآمنات و غير الآمنات في سن الرضيع كانت 0.49 و هي قيمة غير دالة إحصائياً . و منه ليس هناك تأثير لسن الرضيع على نوعية التعلّق لدى الأم .

5-11- جنس الرضيع :

الجدول رقم 52 : ك2 بين جنس الرضيع و نمط التعلّق لدى الأم

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	جنس الرضيع		نمط التعلّق لدى الأم
				أنثى	ذكر	
0.026	4.97	1	47 (54.1)	12	35	آمن
			39 (45.9)	19	20	غير آمن
			86 (100)	31 (36.5)	55 (63.5)	المجموع



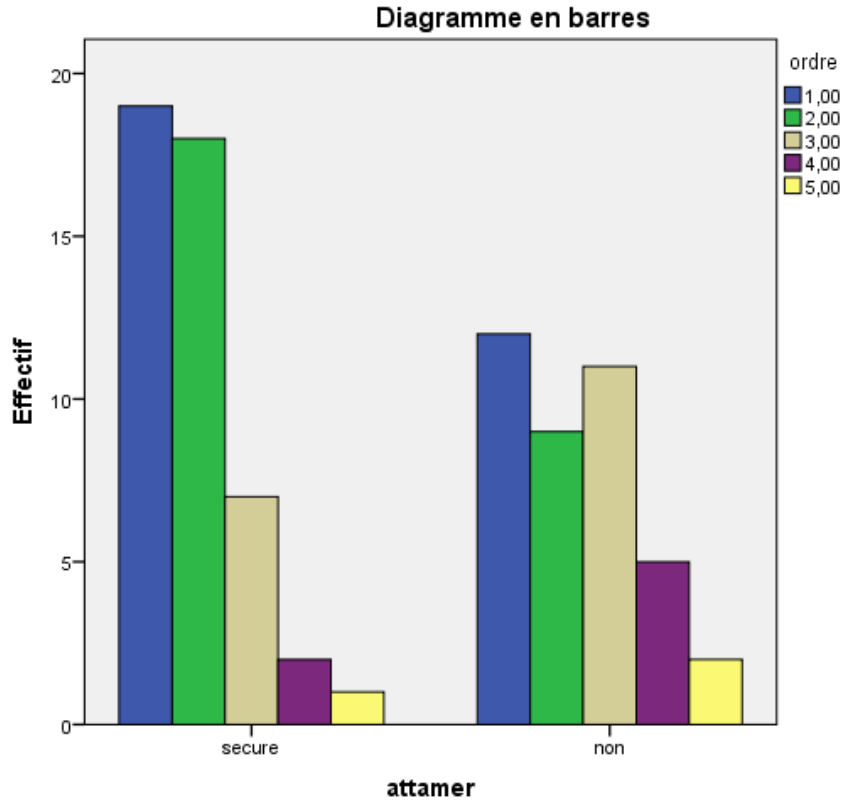
الشكل رقم 16: لتوزيع جنس الرضع لدى عيني الأمهات الآمنات و غير الآمنات تشير الدراسة الإحصائية عن الفروق بين الأمهات اللاتي لديهن تعلق آمن و اللاتي ليس لديهن تعلق آمن عن وجود فروق دالة إحصائيا بينهما في نوعية جنس الرضيع . فأمهات الذكور هم أكثر أمنا من اللاتي لديهن بنات .

و قد يرجع هذا للمفاهيم و القيم الاجتماعية السائدة لدى المجتمع الجزائري و المجتمع العربي . حيث أن ولادة بنت يعتبر كارثة أو غير مرغوب فيه لدى بعض العائلات . و قد ترى الأم في ولادة الذكر حماية و أمنا لها في حياتها . قد يفوق ما يوفره الزوج من إحساس بالأمن لها .

6-11- رتبة الرضيع :

الجدول رقم 53: ك2 بين رتبة الرضيع وأنماط التعلق لدى الأم .

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	رتبة الرضيع					المجموع
				الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	
0.17	6.4	4	54.1)47 (	1	2	7	18	19	أمن
			45.6)39 (	2	5	11	9	12	غير أمن
			86 (100)	(3.5)3	7 (8.2)	18 (21.2)	26 (30.6)	(36.8)32	المجموع



الشكل رقم 17 : لتوزيع رتب رضع لدى عينتي الأمهات الأمانات و غير الأمانات

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

تبيين النتائج المتحصل عليها من مقارنة الأمهات الأمئات و غير الأمئات من حيث رتبة الرضيع . أنه ليس للرتبة الرضيع تأثير على نوعية التعلق لدى الأمهات .

11-7- سن الأم :

الجدول رقم 54: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الأم و دلالة (ت) للعينتين

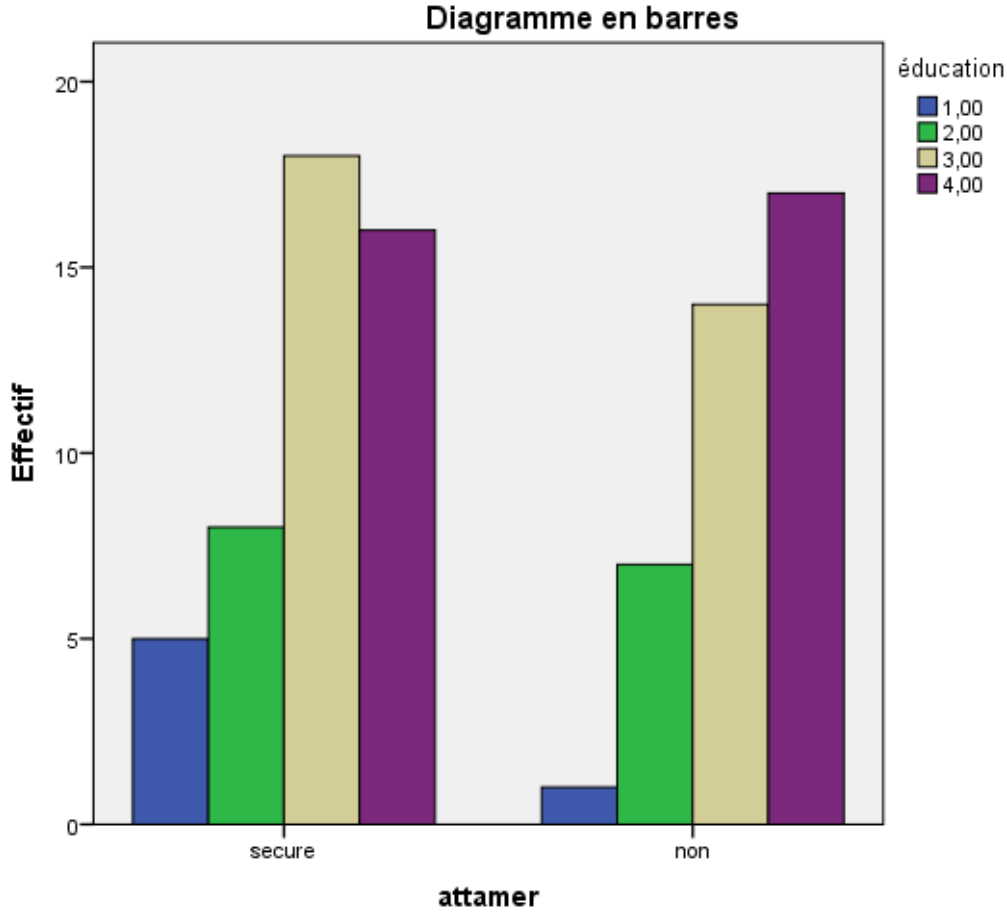
مستوى الدلالة	قيمة ت	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط	عدد العينة	
0.007	-2.74	84	4.8	29.65	47	التعلق الآمن
			5.54	32.76	39	التعلق غير الآمن

إننا نجد أن التعلق لدى الأم يتأثر حسب سن هذه الأخيرة . فالأمهات الأكبر سنا هم الأقل أمنا .

11-8- المستوى التعليمي للأم :

الجدول رقم 55: ك2 بين المستوى التعليمي للأم و نمط التعلق لديها

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	المستوى التعليمي للأم				
				الجامعي	الثانوي	المتوسط	الابتدائي	
0.46	2.54	3	47 (54.1)	16	18	8	4	آمن
			39 (45.6)	17	14	7	1	غير آمن
			86 (100)	33 (38)	32 (37)	15 (17.6)	6 (7.1)	المجموع

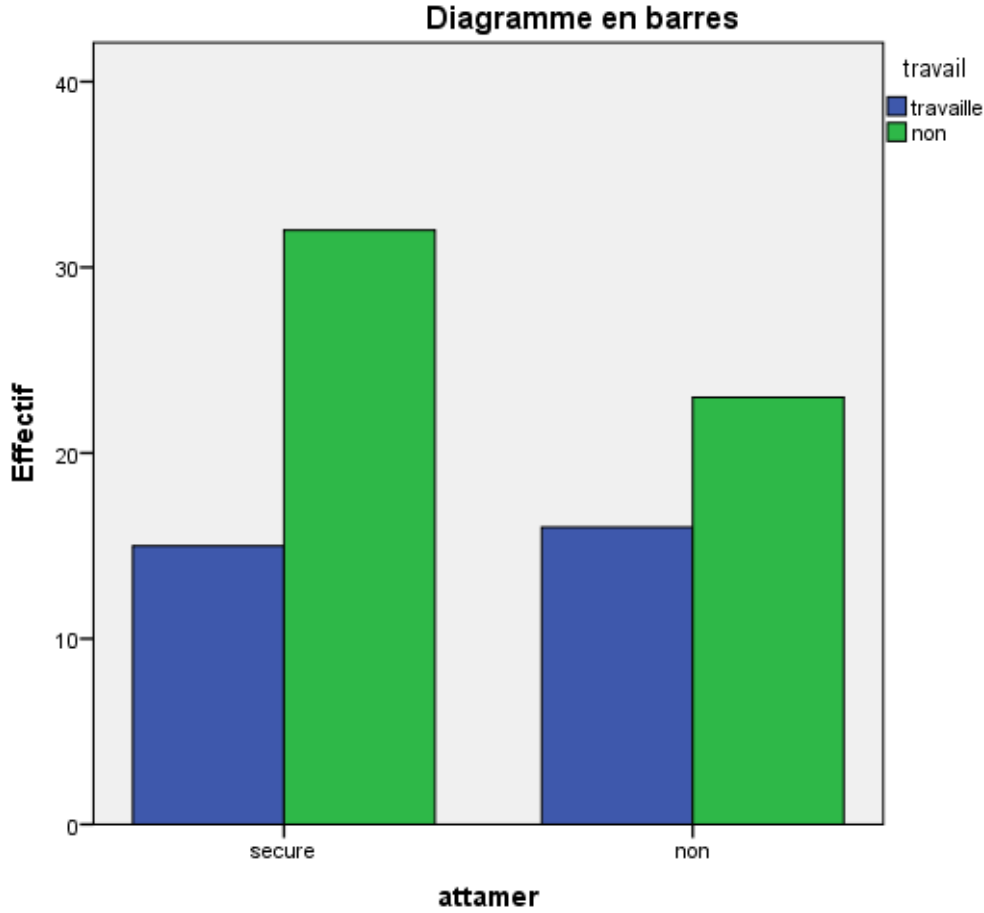


الشكل رقم 18 : لتوزيع المستوى التعليمي لدى عيّنتي الأمهات الآمنات و غير الآمنات لا توجد دلالة إحصائية تسمح لنا بالتعميم على المجتمع الإحصائي عن وجود فروق في المستوى الدراسي لدى الأمهات الآمنات و غير الآمنات. أي أنّ التعلّق الآمن ليس قسر أو يمس مستوى تعليمي معين .

9-11- عمل الأم :

الجدول رقم 56: ك2 بين عمل الأم و نمط التعلّق لديها .

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	العمل		نمط التعلّق لدى الأم
				مأكثة بالبيت	عاملة	
0.3	0.76	1	(54.1)47	32	15	أمن
			(45.9)39	(27.1)23	(18.8)16	غير أمن
			(100)86	(68) 56	(35)30	المجموع



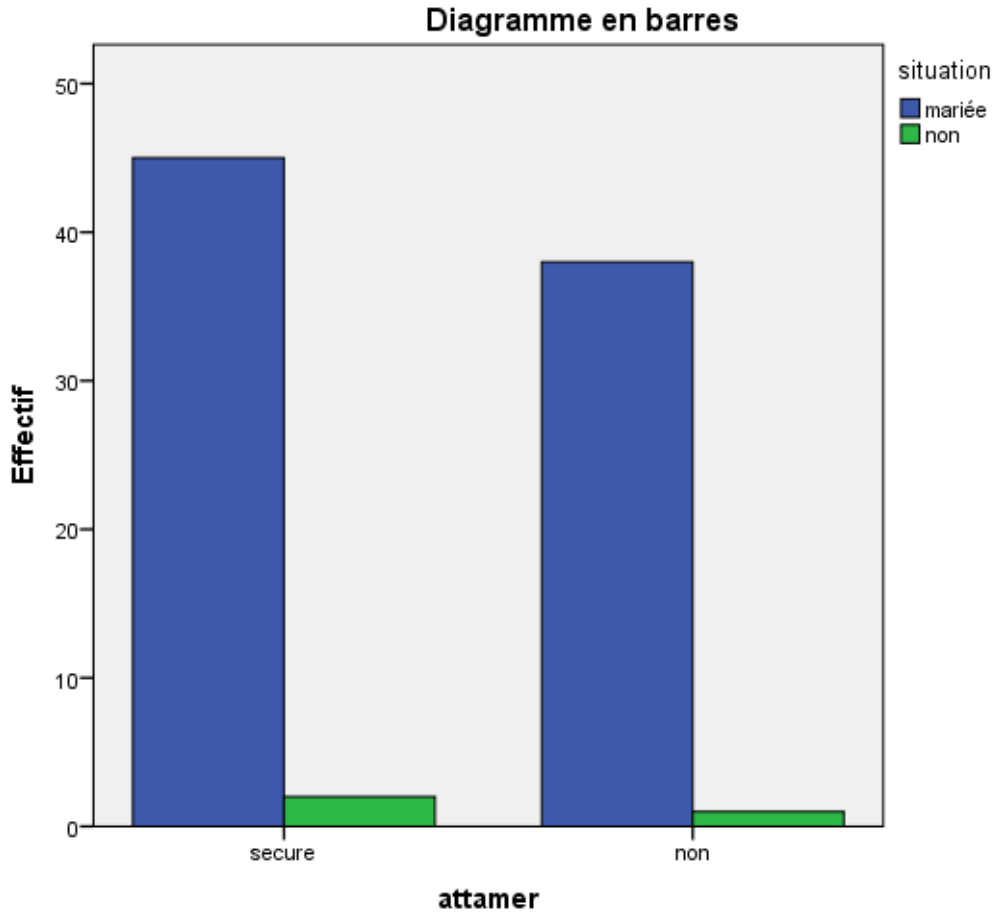
المخطط التوضيحي رقم 19 : لتوزيع عمل الأم لدى عيني الأمهات الآمنات و غير الآمنات

و لا نجد أيضا اختلافا بين العينتين دالا إحصائيا من حيث عمل الأم .

10-11- الحالة العائلية للأم :

الجدول رقم 57: ك2 بين الحالة العائلية للأم و نمط التعلق لدى الأم.

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	الحالة العائلية للأم		نمط التعلق لدى الأم
				غير متزوجة	متزوجة	
0.67	0.18	1	(54.1)47	2	45	آمن
			(45.9)39	1	38	غير آمن
			(100)86	(3)3	(97)83	المجموع



الشكل رقم 20 : لتوزيع الحالة العائلية لدى الأم على عيني الأمهات الآمنات و غير الآمنات.

و كذلك ليست هناك دلالة إحصائية لتواجد فروق بين العينتين من حيث الحالة العائلية للأمهات .

12- نتائج و مناقشة الفرض الحادي عشر :

-هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الرضع اللذين لديهم اضطرابات نوم و الرضع غير المضطربين في النوم و ذلك حسب بعض المتغيرات كدرجة التعلق لديهم و تواجد اضطرابات سيكوسوماتية مرافقة لديه و سنه و جنسه و رتبته و سن الأم والمستوى التعليمي لها و عملها و الحالة العائلية لديها.

1-12- درجة تعلق الرضيع :

الجدول رقم 58: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في درجة التعلق للرضيع و دلالة (ت) للعينتين.

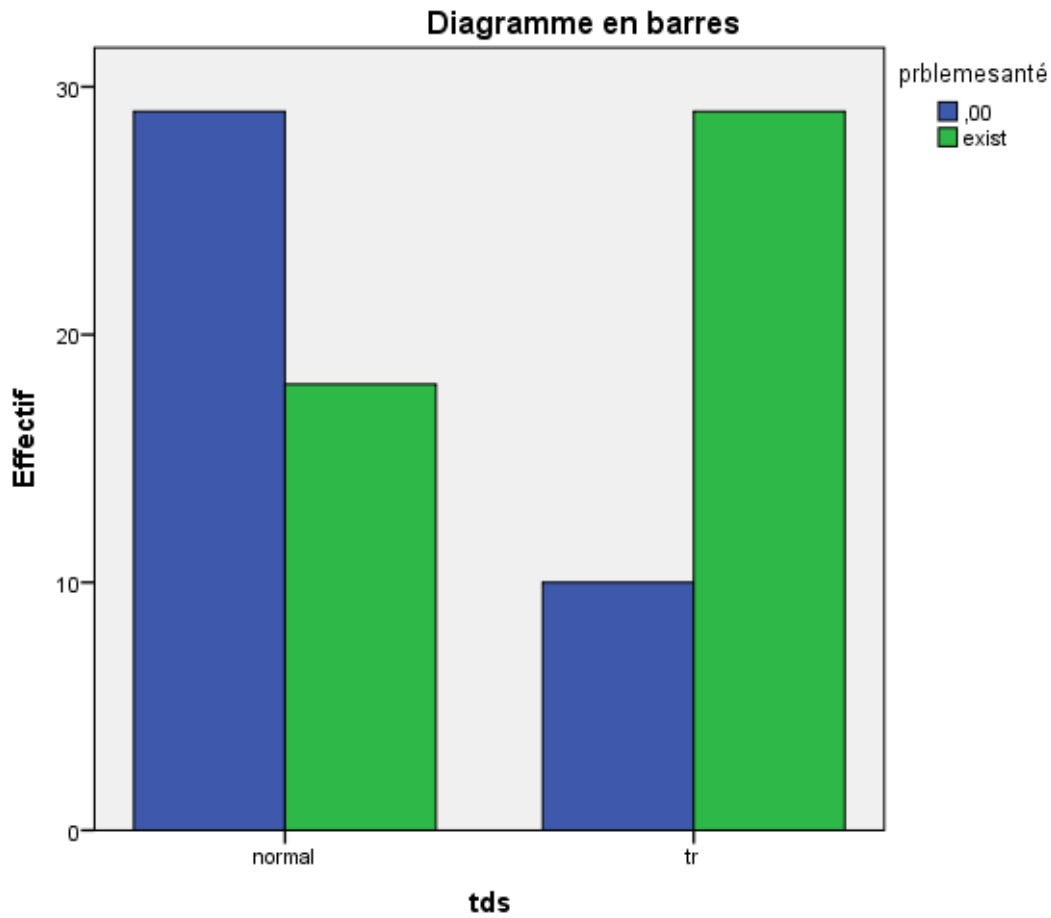
المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
0.08	0.14	84	-1.61	0.1
0.15	0.19			

يتبين من خلال الجدول أنّ هناك فروق بين الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين من حيث درجة التعلق لديهم . فقد توصلنا إلى قيمة ت -1.61 بمستوى دلالة و معنوية محدود (0.1) . أي أنّ هناك أثر لدرجة التعلق على اضطراب النوم . و من خلال الجدول نجد أنّ الرضع المضطربين في النوم هم أكثر تعرضا لاضطرابات التعلق غير الآمن .

2-12 – الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى الرضيع :

الجدول رقم 59: ك2 بين الاضطرابات البسيكوسوماتية و اضطرابات النوم لديه .

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	الاضطرابات البسيكوسوماتية		اضطرابات النوم لدى الرضيع
				غير موجودة	موجودة	
0.001	11.18	1	39	10	29	نعم
			47	29	18	لا
			86	47	39	المجموع



الشكل رقم 21 : لتوزيع جنس الرضيع لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .

من خلال الجدول رقم (60) و المخطط التابع له يتبين لنا أنّ هناك فروق واضحة بين الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين. من حيث تواجد اضطرابات

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

سيكوسوماتية مرافقة لدى الرضيع منها المغص و فقدان الشهية و الاكزيما و الربو و الإرجاع . و هذه النتائج تدل على أن اضطراب النوم يترافق مع اضطرابات سيكوسوماتية أخرى كنتاج لعلاقة نفسية مضطربة لرضيع بمن حوله ، و هنا الأم بالأساس لأن الرضيع في هذا السن تمثل علاقته بأمه العلاقة الأساسية.

و قد ارتبطت في عدّة دراسات منها دراسة (Chavin W and Tinson S. (1980) و دراسة (Weissbluth M.(1995) اضطرابات النوم بوجود المغص لدى الرضيع . (France K.G. & Blampied N.M.,1999,p.267)

و قد بيّن كل من Kataria S & al (1987) و Richman N. A (1981) أنّ الرّضع اللذين لديهم اضطرابات النوم يطورون نسبا أعلى من المشاكل السلوكية بالمقارنة مع الرّضع الآخرين. (Ibid , p.269)

و قد تبين من دراسة Guedeney & kreisler أنّ 50 بالمائة من عينته التي تتكون من 28 رضيع لديهم اضطرابات نوم لديهم اضطرابات مرافقة تمثلت في أكثرها بالمغص و القيء بالإضافة إلى مشاكل التنفس و الإخراج و المشاكل الجلدية .

(Guedeney A. & Kreisler L.,1987,p.312)

و قد أثبت أن الاضطرابات السيكوسوماتية نجدها أكثر عند المضطربين في النوم .

(Hiscock H. & Wake M.,2003,p.206)

و أثبتت دراسة ويسبلوث (1984) أنّ الأطفال اللذين عانوا من المغص هم الأكثر تعرضا لمدة نوم قصيرة و نوم متقطع بين 4 و 8 أشهر. و قد فسّرت بالعوامل الوراثية التي تؤدي إلى المغص في البداية و تستمر لمدة من الزمن. في حين فسّرها آخرون بإخفاق الوالدين في إدراج و الحفاظ على تنظيم نمط النوم عندما يختفي المغص. و أدرجت في مشاكل حسن التوافق بين خصائص الرضيع و الرعاية الأبوية . و في عينة من 432 رضيع دون 5 أشهر وجد أنّ 14 بالمائة منهم لديهم على الأقل 2 أو أكثر من الاضطرابات التالية

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

اضطرابات الأكل و الصراخ و النوم . و قد وجد علاقة صغيرة بين الأكل و الصراخ في حين كان هناك ارتباط قوي بين الصراخ و اضطرابات النوم.

(Wolke D.& al ,1995,p. 192)

و بيّنت الدراسات أنّ الرّضع اللذين قد عانوا من المغص هم أكثر عرضة لاضطرابات نوم دائمة . و قد تبقى عادات النوم التي كانت تستعملها الأم إثر المغص حتى بعد ذهابه و لذلك على الأم أن تغيّر عادات أكثر ملائمة. (Ferber R.,1990,pp.89-91)

12-3- سن الرضيع :

الجدول رقم 60: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري فيفي سن الرضيع و دلالة (ت) للعينتين.

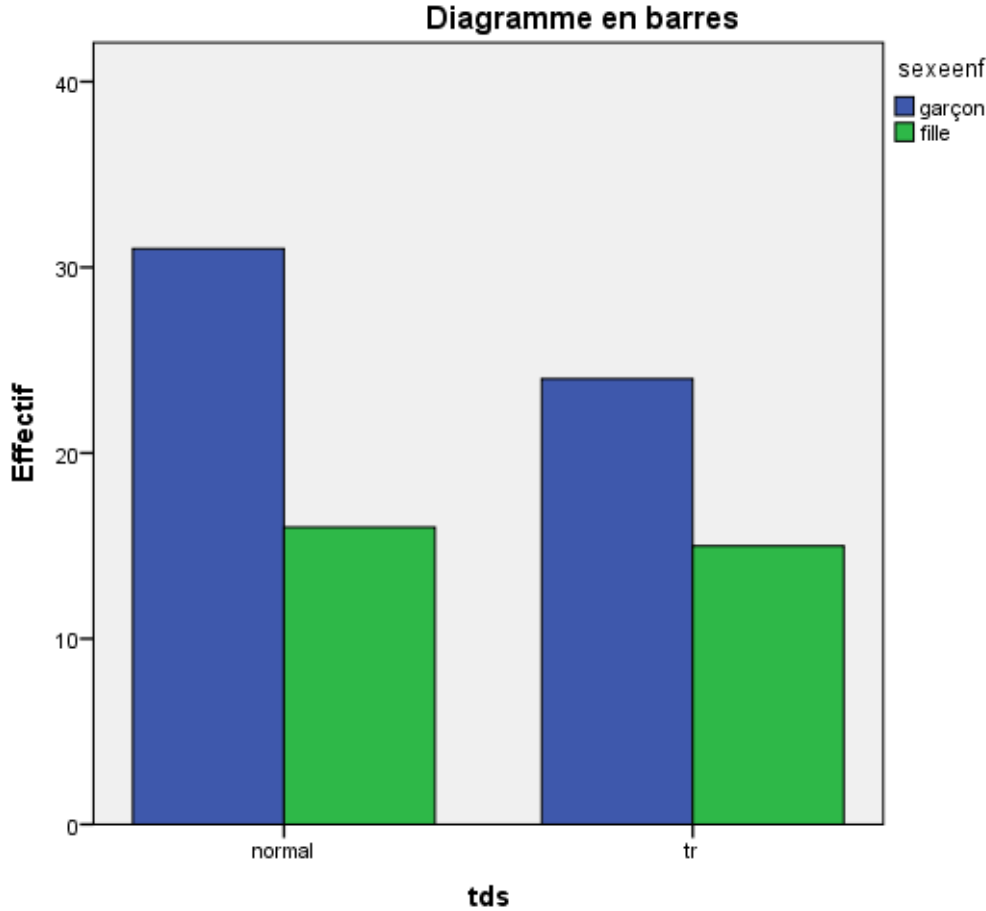
عدد العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
39	20.35	8.37	84	-0.58	0.56
47	21.31	6.88			

إنّ متغير سن الرضيع لا يفرق بين عينتي المضطربين في النوم و غير المضطربين من الرضع . إذن فليس له تأثير عليه . فاضطرابات النوم موجودة لدى كل رضع العينة و ذلك من سن 10 أشهر و حتى 36 شهر .

12-4 – جنس الرضيع :

الجدول رقم 61 : ك2 بين جنس الرضيع و اضطرابات النوم لديه .

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	جنس الرضيع		اضطرابات النوم لدى الرضيع
				أنثى	ذكر	
0.67	0.18	1	39	15	24	نعم
			47	15	31	لا
			86	31	55	المجموع



الشكل رقم 22 : لتوزيع جنس الرضيع لدى عيني الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .

و كذلك نوعية الجنس لا تؤثر على اضطرابات النوم لدى الرضيع و لا يوجد هناك فروق دالة إحصائية . و قد وجد (F.N.Bamford & al (1990) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين عدد مراحل النوم أو مدة النوم الإجمالية و الجنس. و هذا ما توصل إليه (Jacklin & al (1980) ، أما Moore and Ucko(1957) فقد وجد أنه في العام الأول يستيقظ الذكور أكثر من الإناث بشكل دال إحصائياً .

(Bamford F.N. & al ,1990,p.722)

في حين تماثلت نتائج دراستنا مع نتائج عدّة دراسات منها: E.Touchette & al

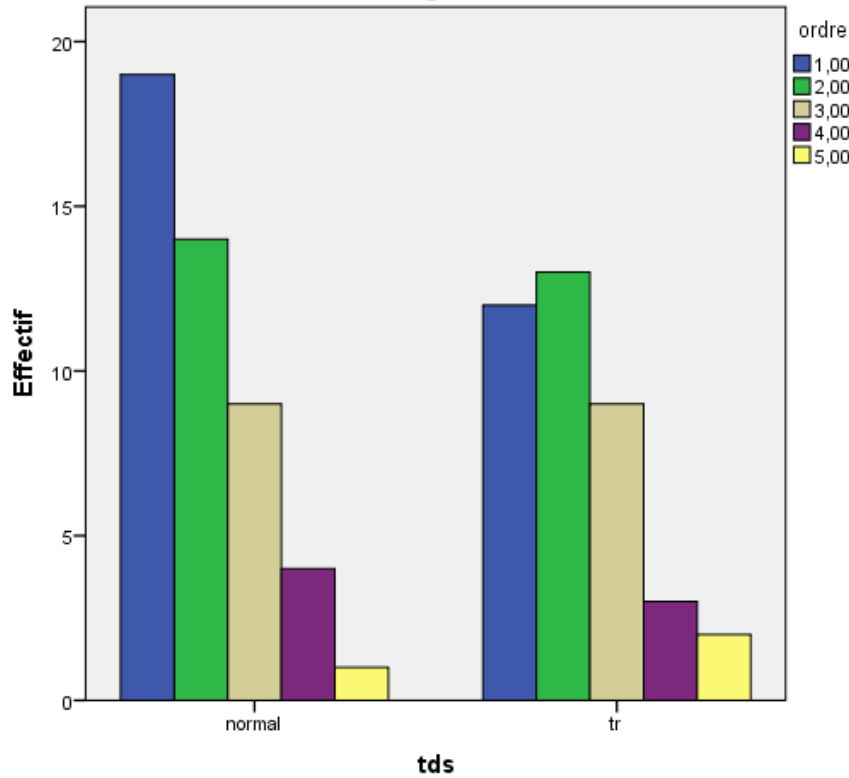
(2005) و (A.Guedeney & L.Kreisler (1987) و S.Merigeaud&

(F.Dumel(2006)و التي لم تجد تأثيراً لجنس الرضيع على اضطرابات النوم عنده.

الجدول رقم 62: ك2 بين رتبة الرضيع و اضطرابات النوم لديه.

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	رتبة الرضيع					المجموع
				الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	
0.85	1.6 3	4	47	2	3	9	13	12	ك1
			39	1	4	9	14	19	ك2
			86	3	7	18	27	31	المجموع

Diagramme en barres



الشكل رقم 23 : لتوزيع رتب الرضيع لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

و بالمثل فلا وجود لدلالة إحصائية عن الفروق بين العينتين من ناحية رتبة الرضيع . و تتفق هذه النتائج المتحصل عليها مع ما وجدته Bamford F.N. & al حيث لم يجد علاقة دالة إحصائية بين الرتبة و عدد مراحل النوم و طول مدة النوم.

(Bamford F.N. & al, Opcit ,p.721)

و نفس الشيء بالنسبة لعدة دراسات J. Eaton-Evans & A. E. Dugdale (1988) و A.Guedeney & L.Kreisler و S. Merigeaud & F. Dumel (2006) حيث لم تجد علاقة بين المتغيرين أو بين اضطرابات النوم و حجم العائلة أو عدد الأطفال أو معدل الإنجاب في العائلة .

في حين ترى (Richman N. (1981) أنّ خطر الإصابة باضطرابات النوم عند الرضيع يزداد إذا كان الرضيع هو الأوّل في الرتبة بين إخوته.

(France K.G. & Blampied N.M., 1999, p.267)

12-6- سن الأم :

الجدول رقم 63: المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في سن الأم و دلالة (ت) للعينتين.

عدد العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
39	31.30	5.74	84	0.37	0.71
40	30.87	5.08			

نجد أنّ اضطراب النوم لدى الرضيع لا يتأثر بسن الأم . فتقريباً اضطراب النوم موجود بالتساوي لدى رضع الأمهات في كل الأعمار .

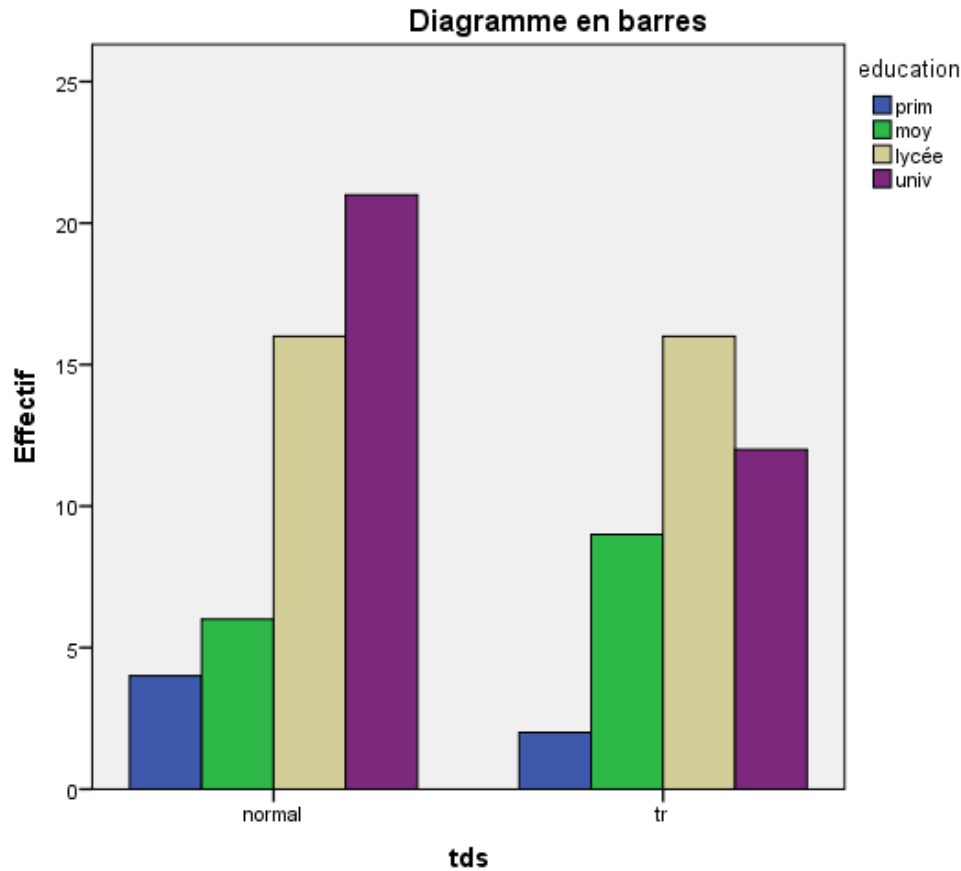
الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

و تتعارض هذه النتائج مع تلك المتحصل عليها في الدراسة الفرنسية التي وجدت أنّ سن الأم يرتبط باضطرابات النوم عند الرضيع، وأنه احتمال أن يضطرب نوم الرضيع هو أعلى 5.8 مرات إذا كان سن الأم أكبر من 32 سنة. (Merigeaud S.& Dumel F.,2006,p.14)

7-12- المستوى التعليمي للأم :

الجدول رقم 64: ك2 بين المستوى التعليمي للأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع.

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	المستوى التعليمي للأم				اضطرابات النوم لدى الرضيع
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	
0.39	3	3	39	12	16	9	2	نعم
			47	21	16	6	4	لا
			86	33	32	15	6	المجموع



الشكل رقم 24 : لتوزيع للمستوى التعليمي لدى عينتي الرّضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

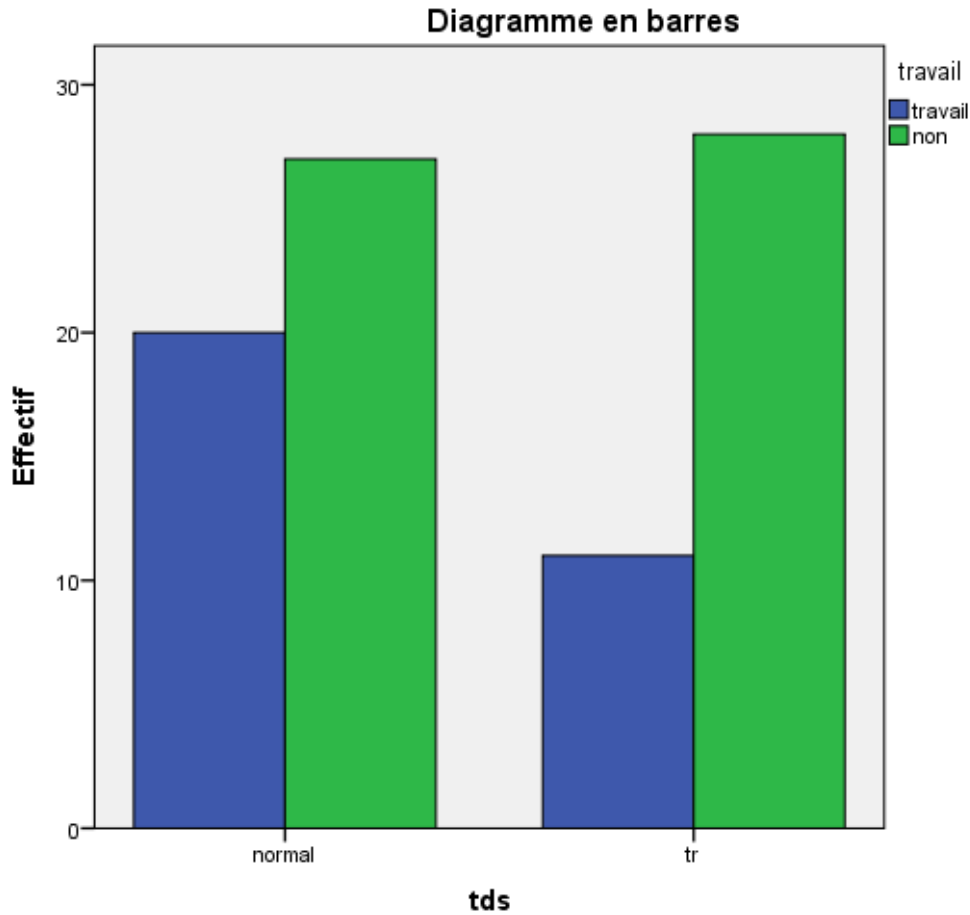
و تعطينا النتائج الموضحة في الجدول رقم(65) إثباتا عن عدم تواجد تأثير للمستوى التعليمي للأم على وجود اضطرابات لدى الرضيع . و تتماثل نتائجنا في ذلك مع نتائج

Guedeney & Kreisler (1987)

8-12- عمل الأم :

الجدول رقم 65: ك2 بين عمل الأم و اضطرابات النوم لديه .

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	العمل		اضطرابات النوم لدى الرضيع
				مأكثة بالبيت	عاملة	
0.16	1.9	1	39	28	11	نعم
			47	27	20	لا
			86	55	31	المجموع



الشكل رقم 25 : لتوزيع عمل الأم لدى عينتي الرضع المضطربين في النوم و غير المضطربين .

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

لا يوجد هناك فروق بين الرّضع المضطربين في النوم و غير المضطربين من حيث ذهاب الأم للعمل . بالنسبة للوالدين اللذين يعملون أثناء النهار الانفصال يترك لهم آثار مؤلمة لا تمكنهم من الافتراق بسهولة أثناء النوم . و قد تحاول الأم تعويض أوقات الانفصال بسبب عملها فتكثر من الاستثارة و تأخر وقت النوم و لا تترك ابنها يخلد للنوم . لكن نتائج بحثنا لا تدل على وجود علاقة بين الإثنين .

لم يجد Bamford F.N. (1990) و آخرون أيّ ارتباط بين عمل الأم و نوم الرضيع ما عدى في سن 4 أشهر أين وجد ارتباط بين عمل الأم و عدد مراحل النوم في ال 24 ساعة . (Bamford N.F. & al,1990, p.721)

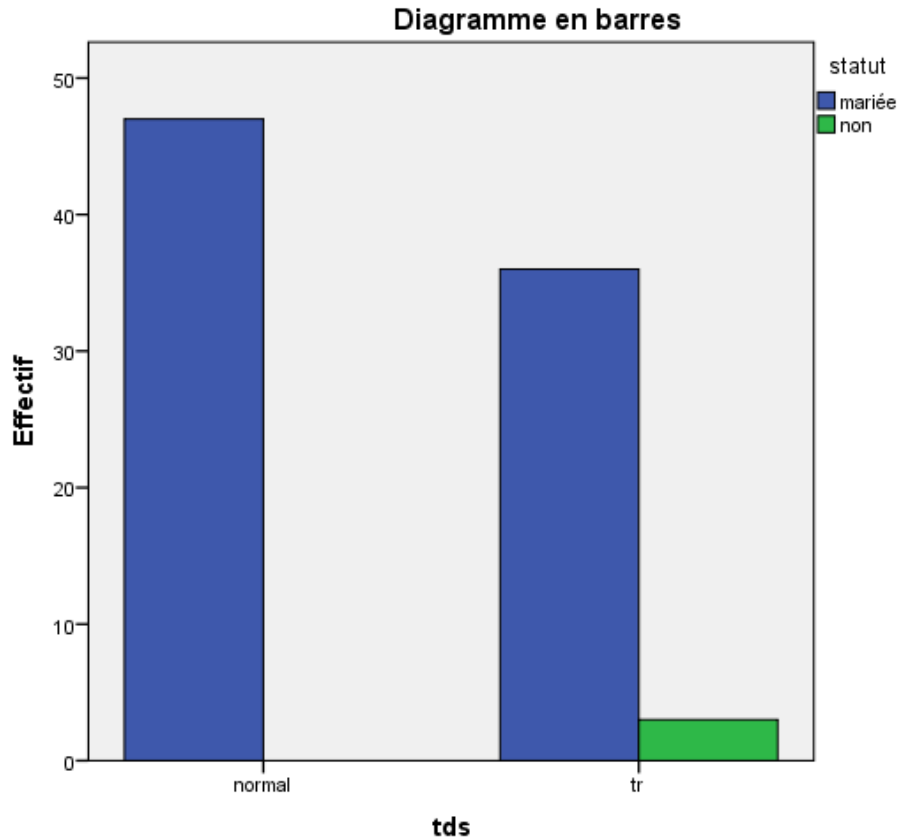
وتتمثل نتائجنا مع نتائج دراسة S. Merigeaud & F. Guedeney & Kreisler و Dumel التي لم تجد أي ارتباط بين المتغيرين .

في حين لوحظ أنّ قلة عدد مرات تقاسم الفراش مع الوالدين لرّضع في سن تسع أشهر ارتبط بقلّة ساعات العمل لدى لأم . (N.Taylor & al ,2008, p 84)

و اعتبرت Lozoff أنّ انفصال غير معهود يشكل سببا لاضطرابات النوم فيكون الرضيع في حالة قلق عندما تستعيد الأم عملها. و كذلك جيورجس وجد أنّ 60 بالمائة من الرّضع اللذين لهم اضطرابات نوم، لهم أمهات يعملن مقابل 41 بالمائة من الرّضع اللذين لهم نفس الاضطرابات و لا يعملن . و تؤثر الأم التي تحس بصراعات متجاذبة و متناقضة بين مسؤولياتها في البيت و أمام رضيعها و بين عملها و مشاكله و طموحاتها على سلوك النوم لرضيعها . (Daws D.,1999,pp.215-290)

الجدول رقم 66: ك2 بين الحالة العائلية للأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع.

مستوى الدلالة	قيمة ك2	درجة الحرية	المجموع	الحالة العائلية			
				غير متزوجة	متزوجة		
0.05	3.74	1	47	3	36	نعم	اضطراب النوم لدى الرضيع
			39	0	47	لا	
			86	3	83	المجموع	



الشكل رقم 26 : لتوزيع الحالة العائلية للأم لدى عيني الرضيع المضطربين في النوم و غير المضطربين .

هنا نجد أنّ الحالة العائلية للأم لها تأثير دال إحصائياً على اضطرابات النوم لدى الرضيع.

13- الخاتمة و النتائج العامة للبحث :

لقد كان الهدف من دراستنا هو تسليط الضوء على اضطراب التعلق لدى الأم و إصابتها بأمراض نفسية و تأثيره على اضطراب التعلق لدى الرضيع و إصابته باضطرابات سيكوسوماتية اخترنا على سبيل المثال حصرها في اضطرابات النوم لدى الرضيع .

و قد خلصت دراستنا للنتائج التالية :

- تحصلنا على نسب هامة في عينة دراستنا عن توزيع أنماط التعلق لأمهات جزائريات . و نسبة انتشار الاكتئاب لدى أمهات جزائريات و عن نسبة اضطرابات النوم لدى رضع جزائريين و كذا متوسط درجة التعلق لدى رضع جزائريين باستعمال تقنية Q-sort

- أول بحث – حسب علمنا – استعمل مقياس التعلق للرضيع Q-sort مكيفا لبيئتنا .

- و من بين النتائج كذلك :

- إن إصابة الأم بالاكتئاب يزيد من خطر إصابة رضيعها باضطرابات النوم ويساهم في التنبؤ بها .

- توجد علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع.

- توجد علاقة بين الاكتئاب لدى الأم و اضطرابات النوم لدى الرضيع .

- ليس هناك علاقة بين أنماط التعلق لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع .

- توجد علاقة بين أنماط التعلق الثلاث (آمن ، قلق و تجنبى) لدى الأم و درجة التعلق لدى الرضيع

- ينتشر نمط التعلق التجنبى لدى الأمهات المكتنبات.

- هناك انتشار لدرجات تعلق متدنية لدى المضطربين في النوم (61.53 بالمائة)

لكن لا ترقى لأن تكون دالة إحصائيا .

- أغلب الأمهات المكتنبات و اللاتي لديهن تعلق غير آمن (81.25 بالمائة) و ذلك

بدلالة إحصائية (0.01)

- هناك تأثير دال إحصائيا (الاحتمال أقل من 0.05)

بين الإكتئاب و :

- 1- أنماط التعلق لدى الأم 0.08
 - 2- درجة التعلق لدى الرضيع 0.06
 - 3- وجود اضطراب النوم 0.002
- هناك تأثير دال إحصائياً (الاحتمال أقل من 0.05)
بين التعلق لدى الأم و :
1- الاكتئاب لديها 0.05
2- جنس الرضيع 0.02
3- سن الأم 0.007
- هناك تأثير دال إحصائياً بين اضطرابات النوم لدى الرضيع (الاحتمال أقل من 0.05)
و:
- الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى الرضيع. 0.001
- الحالة العائلية للأم 0.05.
- و محدود الدلالة (0.1) درجة التعلق لدى الرضيع 0.1.
- من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أنّ اضطرابات النوم لدى الرضيع تتأثر أساساً بالاكْتئاب لدى الأم و درجة التعلق لديه . و في هذا المنحى نجد Guedeney (1995) يرى أنّ سلوك التعلق هو أمر أساسي في التوازن البسيكوسوماتي المبكر لدى الفرد . فقد اقترح (Fonagy 1999) أنّ التعلق الآمن يساعد على القدرة على التعقيل (mentalisation) أي القدرة على إعطاء معنى للحدث من أجل مجابته بشكل مناسب . مما يزيد من الصلابة النفسية تجاه الصدمات . و قد برهن (Shore et Seigel 2001) على العلاقة بين التعلق الآمن و التنظيم الفيزيولوجي و نمو البنى النورولوجية و تنظيم العاطفة . و هذا ما يعني أنّ هناك صلة بين هذا التوازن الفيزيولوجي و القدرة على إضفاء معنى على التجارب المعاشة و التعبير بشكل مناسب عن العواطف المتعلقة بها .
- و بيّنت التجارب من نوع الوجه الساكن (Still Face ,Cohn et Tronick ,
Trevarthen , Field , Murray)

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

أثر الاكتئاب الأمومي على السلوك الانسحابي لدى الرضيع، حيث توضح أثر عدم التناسق في ايقاع التفاعل بين الأم و رضيعها، و انتهاك توقعات الرضيع.

(Guedeney N. & Guedeney A. ,2002,pp.106-113)

فقد تبين أنّ الأمهات المكتئبات هم عموماً أكثر استثارة، أقل توافراً عاطفياً، و تعبر عن قليل من الدفء عندما تتفاعل مع رضعهن. و ولهن مستويات عليا من المشاعر السلبية و تباطؤ مسجل و واضح في التفاعل مع أطفالهن . و قد تتجاهل أطفالهن . و تصبح ذهنياً منفصلة (Meyers S.,1999 ,p.336)

و تسمح تجارب الوجه الساكن باقتراح نموذج لانتقال الحالة الاكتئابية من الأم للرضيع. و هذا الاكتئاب لدى الرضيع حسب (1980) marty و (1987) Kreisler هو شرط أساسي في تفجير عدم الانتظام السوماتي (الاضطرابات السيكوسوماتية). فمثلاً اضطراب Kwashiorkor و هو نوع من سوء التغذية البروتينية في البلدان الاستوائية دل على نوع من السلوك الانسحابي الاكتئابي لدى الطفل ،و الناتج عن اضطرابات للتعلم.

و قد تبين أنّ الأطفال غير الآمنين هم أقل فعالية في إيجاد حلول للجوانب الاشكالية التي تعترضهم في الحياة . و بذلك الانفعالات السلبية تدوم و تراكمها يؤدي إلى مستويات عليا من الشدة و الضغوط النفسية ، لا يقدر على إدارتها ، مما يجعل منه في حالة هشاشة لتطويع أعراض مرضية . و نجدها بوضوح لدى الأطفال من النمط غير المنتظم أنهم بسبب ما يتعرضون له من مواقف يستحيل حلّها ، نجد أنّ لديهم نظرة مخيفة و مهددة عن العالم. و هم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية .

(Guedeney N. & Guedeney A. ,2002,pp.113 -122)

و قد أثبت (2007) Salaon أنّ هناك علاقة بين التعلق غير الآمن و اضطرابات النوم من حيث زيادة عدد دورات موجات ألفا في المخطط الكهربائي للمخ . و بيّن كذلك (2007) Troxel انخفاض عدد الدورات في مخطط النوم لدى الأشخاص ذوي التعلق القلق. في حين لاحظ (2011) Maunder ارتباط إيجابي بين التعلق غير الآمن و تواجد اضطرابات النوم و الأعراض الجسدية و أيام التغيب من أجل المرض لدى الأشخاص المتعرضين لضغوط العمل المستمرة . و بيّن (1998) West أنّها تتعلق أيضاً بمظاهر

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

فيزيولوجية مثل اضطرابات النوم و الأكل و قابلية و هشاشة نفسية أمام أحداث الحياة الضاغطة . و في دراسة حديثة ل(Bifulco (2002 اتضح أنّ انعدام الأمن هو عامل خطر لظهور الأعراض الاكتئابية ، مع تواجد اضطرابات نوم ثانوية . فالتعلق غير الآمن يمكن أن يآثر في جسم الإنسان من خلال الاكتئاب . و وجد (1998) Brisch أنّ هناك علاقة بين بنية التعلق و اضطرابات الأكل خاصة فيما يتعلق بفقدان الشهية المرضي .

و يشير (1998) Filliti في دراسة تتبعية رجعية (rétrospective) لزيادة في بعض الاضطرابات (اضطرابات القلب ، السرطان ، الاضطرابات الرئوية المزمنة ، هشاشة الهيكل العظمي ، الاضطرابات التي تمس الكبد) عند الراشد الذي خبر تعلقا غير آمنة في الطفولة راجع في الأساس إلى أسباب نفسية (انفصالات) أو دجسدية (مرض في الطفولة) أو متعلق بحوادث معينة (اعتداء جنسي ، مشاهدة عنف على الأم ...). و بالرجوع إلى (1990) Vaillant فنوعية العلاقة مع الأم و الأب و التلاحم العائلي يساهمان في صحة جيّدة لدى الراشد في دراسة تتبعية على مدى 45 سنة .

و قد أثبتت عدّة دراسات (Kraemer 1995, Picardi 2003, Troisi 2001) و (Wearden 2005) العلاقة بين التعلق غير الآمن و الألكسيتيميا) و هي مفهوم بسيكوسوماتي هام يتمثل في عدم القدرة على التعرّف و على التعبير عن العواطف و الانفعالات و محدودية في الحياة التخيلية) و ظهور أعراض جسدية .

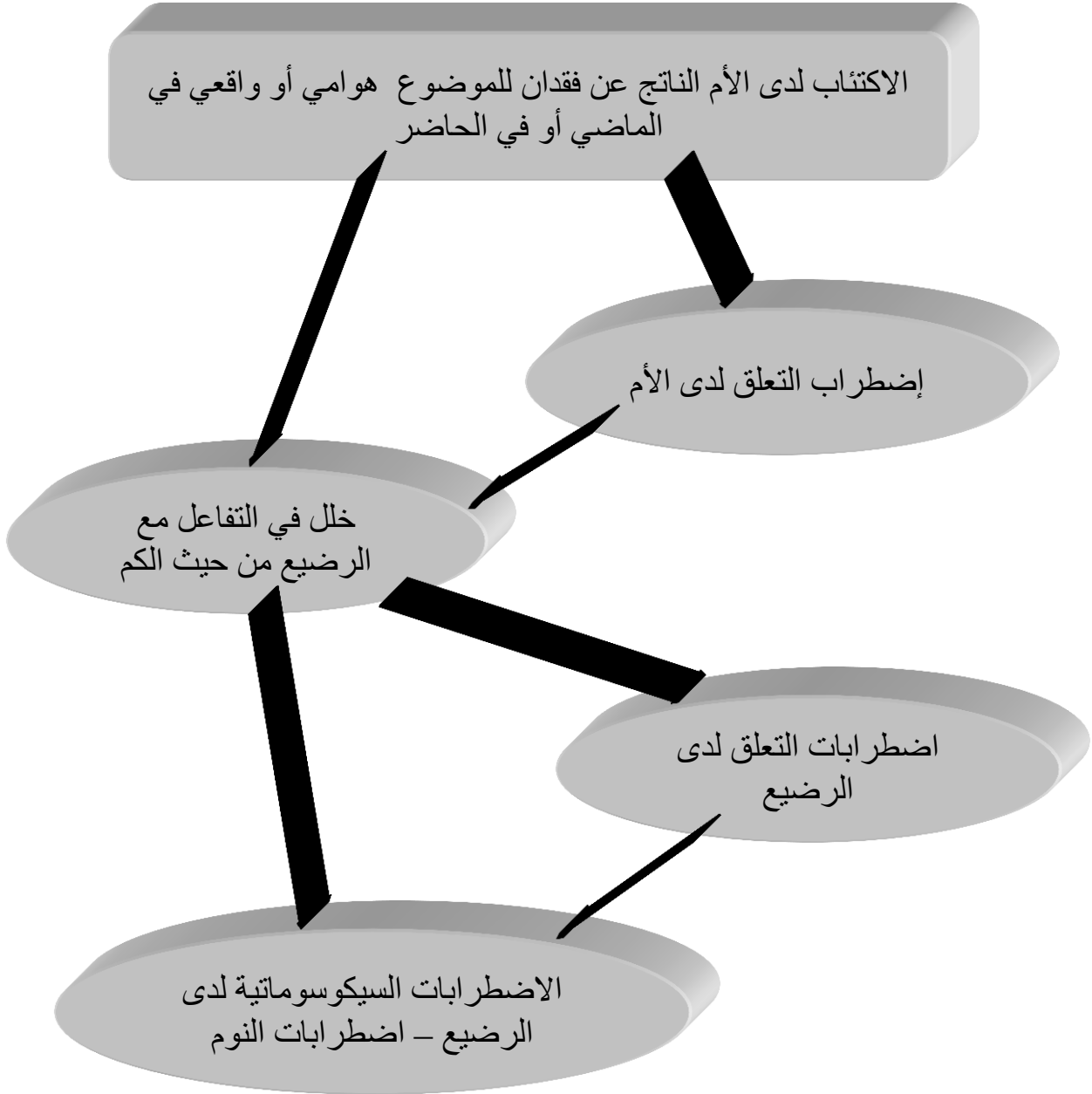
و لاحظ (2003) Picardi نسبة مرتفعة من المفحوصين ذوي التعلق غير الآمن بشكل دال احصائيا (خاصة التعلق القلق و غير المنتظم) . و تنقيط عالي في مقياس الشدّة النفسية لدى مرضى البهاق . و قد أثبت نفس الشيء على مرض الثعلبة و الصدفية Psoriasis

و أثبت كذلك من خلال دراسة (2004) Rabung و (1993) Daud و Sage العلاقة بين الإكزيما أو الطفح الجلدي dermatite atopique و اضطرابات التعلق (Sage T.,2012,pp.55-62).

و من خلال ما توصلنا إليه من النتائج و بعد تفسيرها من خلال الاطار النظري المتبنى نفترح نموذج تفسيري لتواجد الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الرضيع على وجه الخصوص اضطرابات النوم لدى الرضيع . إنّ اضطراب التعلق لدى الأم يؤدي بها إلى

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

هشاشة نفسية و إلى الاكتئاب لديها ، و يؤدي بدوره إلى فقر التفاعلات بينها و بين الرضيع ، مما يخلق تعلقا غير آمنة لديه و يساهم في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية – اضطرابات النوم كمثال –



الشكل رقم 27 : نموذج مقترح لتفسير الاضطرابات السيكوسوماتية (اضطرابات النوم لدى الرضيع

الاقتراحات :

من خلال النتائج المتحصل عليها نقترح بعض التوصيات :

- مواصلة البحث في إطار اضطرابات التعلق و الاضطرابات البسيكوسوماتية في البيئة الجزائرية .
- الاهتمام بالصحة النفسية للأم لمالها من دور على صحة الرضيع و تكوينه النفسي .
- معالجة اكتئاب الأم دون تواني.
- توفير السند العاطفي و الاجتماعي للأم كي تقوم بدورها الأساسي في تربية الطفل . و لماله من انعكاس ايجابي على الصحة النفسية للرضيع ، و تفاديا لوجود اضطرابات بسيكوسوماتية لدى الرضيع.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

أولاً: القرآن الكريم ، ط1، درا القرآن الكريم ، المملكة الهاشمية الأردنية، 2007 .

ثانياً: قائمة المراجع باللغة العربية :

1- الكتب:

إبراهيم أبش.، أسرار النوم، دار النهضة، القاهرة، مصر ، ط 1، 2006.

(1) أبو النيل م.س.، الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية، المجلد الأول، ط 2

دار النهضة العربية، بيروت، 1994 .

(2) أبو غزال م.م. ، نظرية التطور الإنساني و تطبيقاتها التربوية ، دار الميسرة للنشر و

التوزيع ، ط2 ، 2007 .

(3) أبو فايدح. ع. ، العدوان والاكتئاب ،مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع،

الإسكندرية، 2004 .

(4) بوربلي أ. تر احمد عبد العزيز سلامة ، أسرار النوم ، عالم المعرفة ، الكويت، 1992.

(5) بورقيبة د. ب. ، مدخل إلى علم النفس رؤية إسلامية ، دار رياض العلوم ، الجزائر ،

2006 .

(6) حنفي ع.، موسوعة الطب النفسي، (مج)2، ط2، مكتب المدبولي، القاهرة، 1999.

(7) الخالدي أ. م. ، علم النفس، ط1 ، دار وائل للنشر ، الأردن ، 2006 .

(8) خير الزراد ف. م. ، الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر، ط 1، دار النفائس

للطباعة و النشر، بيروت، لبنان، 2000.

(9) خير الزراد ف. م. ، الأمراض العصابية و الذهانية السلوكية ،بيروت ، ط1، دار العلم

بيروت ، 1984.

(10) الزبيدي ع. ج . ، سيكولوجية الكبر و الشيخوخة ، إثراء للنشر و التوزيع ،

عمان ، 2009 .

(11) زهران ، ح.ع. ، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب، القاهرة ،

1997 .

- (12) سعد ج. أ.، مبادئ القياس النفسي : تطبيقات و تدريبات عملية على برنامج SPSS، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ، القاهرة ، مصر، 2008 .
- (13) شاكر م. س. ، أسس بناء الاختبارات و المقاييس النفسية و التربوية ، ديوان للطباعة و النشر و التوزيع، عمان ، الأردن ، 2007 .
- (14) شلبي، ص. ،أمراض الطفل وتمريره، ط1 ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2003.
- (15) صالح أ.م. ح . ،تقدير الذات وعلاقته بالاكنتاب لدى عينة من المراهقين، الكتاب السنوي السادس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، 1989.
- (16) عبد الرحمان م. س . ، علم النفس الاجتماعي المعاصر (مدخل معرفي) ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 2004.
- (17) عبد الستار إ.، الاكنتاب، المجلس الوطني للثقافة و الفنون ، الكويت ، 1998 .
- (18) عبد الغني أ. م. ، مدخل إلى الصحة النفسية ، المكتبة الجامعة الحديث ، مصر ، 2001.
- (19) عبد المعطي ح. م.، الأمراض السيكوسوماتية (التشخيص ، الأسباب ،العلاج) ، ط1، مكتبة الزهراء، القاهرة ، 2003 .
- (20) عسكر ع. ،الإكنتاب النفسي بين النظرية والتطبيق ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة، 1988 .
- (21) عكاشة أ.، الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الأنجلو المصرية ، مصر، 1980.
- (22) العيسوي ع. ، في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية ، بيروت، 1992.
- (23) العيسوي ع. ،الإضطرابات النفسجسمية، ط 1 ، دار راتب الجامعية، بيروت، 2000 .
- (24) غريب ع. غ. ،تعليمات مقياس بيك للاكنتاب، مطبعة النهضة العربية المصرية، القاهرة ، 1985 .

- (25) فايد ع.ح.، الاضطرابات السلوكية ، جامعة حلوان ، مصر ، ط ، 2001.
- (26) فلاح حسان ش. ، أساسيات علم النفس التطوري ، دار الجيل بيروت مكتبة الرائد العلمية ، عمان ، 1998 .
- (27) قنطار ف. ، الأمومة نمو العلاقة بين الطفل و الأم ، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ، الكويت ، 1992 .
- (28) مجدي أ.م. ع. ، علم النفس المرضي، دار المعرفة ، مصر، 2000.
- (29) المحسيري خ.ر، مدخل إلى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية، مطابع نجد، الرياض، 1983 .
- (30) مدثر أ.س. ، الصحة النفسية ، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2003 .
- (31) المنسي ع. و آخرون ، الصحة النفسية و علم النفس الاجتماعي و التربية الصحية ، ج2 ، مركز الاسكندرية للكتاب ، الاسكندرية ، مصر ، 2002 .
- (32) المهدي م. ع. ، الصحة النفسية للمرأة ، البيطاش للطباعة والنشر، الإسكندرية، 2003 .
- (33) الميلادي ع. ، الأمراض والاضطرابات النفسية، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2004 .
- (34) ميموني ، ب. م. ، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط3 ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 2011.
- (35) النابلسي م.أ. ، مبادئ العلاج النفسي و مدارسه ، دار النهضة العربية بيروت ، لبنان ، 1991

2- المجالات و الدوريات :

- (36) أبو غزال م. و جرادات ع.، أنماط تعلق الراشدين وعلاقتها بتقدير الذات والشعور بالوحدة، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 5، عدد 1، ص ص5-45، 2009.
- (37) السعيدة خ. ، الخصائص المعرفية و الانفعالية لدى عينة من الزوجات المعنفات و غير المعنفات ، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية ، المجلد 3 ، العدد 3 ، 2010 .
- (38) غانم م. ح. ، مشكلات النوم و علاقتها بالقلق الصريح و الاكتئاب، دراسات عربية في علم النفس، مج1، ع4، ص ص65-119، 2002.
- (39) القاسم ن. ، الاتجاهات في دراسات و بحوث ظاهرة التعلق كأحد مظاهر نمو الشخصية ، مجلة النفس الزكية ، العدد4 ، 1425 هـ

3- المذكرات :

- (40) ابو فايدة ر. ،فاعلية ارشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الاسلامية غزة، 2010 .
- (41) عبدلي م.، بلغيث خ.، الاستجابة الاكتئابية لدى المرأة بعد الولادة، مذكرة تخرج، كلية علم النفس جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، الجزائر. 2012 .
- (42) بركات آ. ، العلاقة بين الأساليب الوالدية و الاكتئاب لدى بعض المراهقين و المراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، رسالة ماجستير في علم النفس النمو تحت إشراف د. عابد بن عبد الله النفيعي، جامعة أم القرى، كلية التربية، 2000.
- (43) بن حسين ع. ، العلاقة بين الاكتئاب بمقياس بك (BDP) و الحالات الانفعالية بمقياس الانفعالات الفارق (DES) لدى عينة سعودية ، جامعة الملك سعود.
- (44) تونسي ع. ، القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات و غيرا لمطلقات في مدينة مكة المكرمة، رسالة الماجستير في الإرشاد النفسي ، جامعة أم القرى -مكة المكرمة، 2002 .

45) شارف س. أنماط التعلق الأمومي بين الاعتقادات و التطبيقات التربوية لدى البدو
الرحل بمدينة الأغواط ، تحت إشراف أ. د. موسى فاطمة ، ماجستير علم النفس
العيادي ، جامعة الجزائر 2 ، الجزائر ، غير منشورة ، 2010.

46) عبد الغني ر. ، أنماط التعلق و علاقتها بالرضا عن الحياة و أساليب التعامل مع
الضغوط النفسية لدى عينة من الزوجات في منتصف العمر بمدينة مكة المكرمة و
جدة ، تحت إشراف أ. د. ليلى بنت عبد الله بن سليمان المزروع ، ماجستير في الإرشاد
النفسي ، جامعة أم القرى ، السعودية ، غير منشورة ، 2009.

47) المالكي ح ، القلق وعلاقته ببعض المتغيرات لدى كل من المرأة العاملة في التعليم
وغير العاملة دراسة مقارنة على عينة من مدينة مكة المكرمة ، رسالة الماجستير ،
جامعة أم القرى ، مكة المكرمة ، 2001 .

معاجم و قواميس :

48) ابن منظور و آخرون ، المعجم الوسيط ، مكتبة مشكاة الإسلامية . ب ت –

49) ابن المنظور ، لسان العرب المحيط ، دار لسان العرب ، بيروت ، 1968

50) ابن المنظور ، لسان العرب المحيط ، دار لسان العرب ، بيروت ، ج3 ، 1968 .

51) سهيل إدريس و جبور عبد النور ، المنهل ، قاموس فرنسي عربي ، دار العلم
للملايين ، بيروت ، 1980.

52) عمر أ. م. ، معجم اللغة العربية المعاصرة ، ط1 ، عالم الكتب ، القاهرة . 2008

4- المحاضرات :

11-دوقة أ. ، محاضرات في الإحصاء ماجستير علم النفس 2009(غير منشورة)

ثالثا : قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

1- Les livres :

53) American Psychiatric Association ,DSM-5,Manuel diagnostique et
statistique des troubles mentaux ,Traduction française ,Paris, Masson,
1996.

- 54) Bailly D., **Pédopsychiatrie de liaison : vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres**, Doin, Paris, 2005.
- 55) Beck, A. (1997). **Cognitive Therapies**. Essential papers psychoanalysis, university press, Newyork: U.S.A, 1997.
- 56) Bergeret J. & Al, **Abrégé de psychologie pathologique**, Masson, paris, 1976.
- 57) Bernard P-M. & Lapointe C., **mesures statistiques en épidémiologie**, presse de l'université du Québec, Canada,1987
- 58) Billard M. & Dauvilliers Y., **Troubles du sommeil**, Masson, Paris, 2005.
- 59) Bowlby, J., **Attachment and Loss**, Volume 1, Hogarth Press and the institute of psycho-analysis, London, 1969.
- 60) Craik, K., **The nature of explanation**, Cambridge University Press. Londres, 1943.
- 61) Dalfen A., **When baby brings the blues: solution for post-partum depression**, John Wiley & sons, Canada, 2008.
- 62) Daws D., **Les enfants qui ne dorment pas la nuit**, Payot, Paris,1999.
- 63) Dayan J., **Les dépressions périnatales : Evaluer et traiter**, Masson Paris, 2008.
- 64) Debré. R & Doumic. A, **Le sommeil de l'enfant**, PUF, Paris, 1969. De Broca A., **Le développement de l'enfant :Aspects neuro-psycho-sensoriels**, Masson, 4eme ed,Paris,2009.
- 65) Dextreit R., **Voilà le sommeil**, Dextreit, Paris, 1961.
- 66) Dongier M., **Névroses et troubles psychosomatique**, Psychologie et sciences Humaines, Ed. Dessart et Mardaga, Paris, 1976.
- 67) Ferber R., **Protégez le sommeil de votre enfant**, ESF, Paris, 1990.
- 68) Kreisler L., **La psychosomatique de l'enfant**, PUF, Paris, 1976.
- 69) Ferreri M. & al, **La dépression au féminin**, John Libbey Eurotext, Paris, 2003.

- 70) Fonagy P., **Attachment theory and psychoanalysis**, Ed Robert D. Hack, New York, 2001.
<http://books.google.fr/books?id=AgIaq2tRLbcC&pg=PT331&dq=peter+fonagy&hl=fr&sa=X&ei=Rdx6VPSkEYSM7Qa3lICIDQ&ved=0CD0Q6AEwAQ#v=onepage&q=peter%20fonagy&f=false>
- 71) Fox N.A. & Hane A. A., **Studying the Biology of Human Attachment**, In P. Shaver & J. Cassidy (Eds.), Handbook of Attachment, 2nd edition, Guilford, New York, 2008.
- 72) Gilles L. & Philippe E., **Neuropédiatrie**, Masson, Paris, 2000.
- 73) Guedeney A. & Allilaire J.F., **Interventions psychologiques en périnatalité**, Masson, Paris, 2001.
- 74) Guedeney A. et Guedeney N., **L'attachement concept et applications**, Ed. Masson, paris, 2003.
- 75) GUEDENEY A., **Biologie et éthologie dans la théorie de l'attachement**, dans GUEDENEY N., GUEDENEY A., **L'attachement. Concepts et applications**, Ed. Collection les âges de la vie, Masson, Paris, 2002.
- 76) Guedeney N. **L'attachement un lien vital**, Ed Fabert, Paris, 2007.
- 77) Guelfi J – D.& Rouillon F., **Manuel de psychiatrie**, Masson, Paris, 2007
- 78) Kamienlecki H., **Histoire de la psychosomatique**, PUF, Paris, 1994.
- 79) Kreisler L., **La psychosomatique de l'enfant**, PUF, Paris, 1976.
- 80) Lacombe M., **Abrégé d'anatomie et de physiologie**, Lamarre, Paris, 2006.
- 81) Lebovici S. & Stoléro S., **Le nourrisson sa mère et la psychanalyse**, Ed. Bayard, Paris, 2003.
- 82) Lebovici S. & Weil - Halpen F., **Psychopathologie du bébé**, PUF, paris, 1989.
- 83) Milijkovitch R., **L'attachement au cours de la vie**, PUF, Paris, 2001.

- 84) Milijkovitch R., **Théorie de l'attachement**. In ANGEL P. & MAZET P., **Guérir les souffrances familiales**. PUF, Paris, 2004.
- 85) Miller L. J., **Postpartum Mood Disorders**, American psychiatric press, Washington, 1999.
- 86) Montagner H. : **L'attachement. Les débuts de la tendresse**, Ed. Odile Jacob poches, Paris, 2006.
- 87) Murray L. & Cooper P. J., **Post-partum depression and child development**, The Guilford Press, New york, 1997.
- 88) NICHD, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, **Attachement to caregiver Q-sort**, http://www.education.uci.edu/childcare/pdf/instrumental_docs/Attachment%20to%20Caregiver%20ID.pdf
- 89) Novicoff M. C et Olie J.P., **101 réponse à propos de la dépression**, Ed. Hachette, Paris, 1980.
- 90) Oswald I., **Le sommeil et la veille**, Puf, Paris, 1996.
- 91) Perlemuter L & al, **Guide pratique de l'infirmière**, Masson, 2ed, Paris, 2008.
- 92) Prior V. et Glaser D., **Understanding Attachment and Attachment Disorders : Theory, Evidence and Practice**, Jessica Kingsley Publishers, London 2006.
- 93) Riordan J., **Breastfeeding and human lactation**, Jones and Barlet Publishers, 3ed, Canada, 2005.
- 94) Robert Karen, **Becoming Attached : First Relationships and How They Shape Our Capacity to Love**, Oxford and New York, Oxford University Press, 1998.
- 95) Robert Karen, **Becoming Attached : First Relationships and How They Shape Our Capacity to Love**, Oxford and New York, Oxford University Press, 1998.

- 96) Roberts et al, **Adult Attachment Security of depression : The mediating Role of Dysfunctional Attitudes and Low Self Esteem**, Journal of personality and social psychology, Vol 70, N. 2, pp. 310-320.
- 97) Spitz R.A., **De la naissance à la parole, La première année de la vie**, PUF, Paris, 1968.
- 98) Tarabulsky, G. et al, **Attachement et développement: Comprendre le rôle des premières relations dans le développement humain**, Presses de l'université du Québec, Québec, 2000.
- 99) Trevarthen. E : **Les activités innées du nourrisson**, ED. La recherche, Paris, 1986.
- 100) Vecchierini M-F. & Touchon J., **Le guide du sommeil**, John Libbey Eurotext, Paris, 1997.
- 101) Weil-Barais. A & Cupa D., **100 fiches pour connaître la psychologie**, Breal, Paris,1999.
- 102) Widlocher D., **Amour primaire et sexualité infantile : un débat de toujours**, dans WIDLÖCHER D., Laplanche J., Fonagy P. et al: **Sexualité infantile et attachement**, Petite bibliothèque de psychanalyse, PUF, 2000.

2- Les revues :

- 103) Abou-saleh M.T. & Ghubash R., **The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: Atranscultural perspective**, Acta Psychiatr Scand,V95, 1997,pp. 428-432.
- 104) Adachi Y. & al, **A brief parental education for shaping sleep habits; 4 month-old infants**, Clinical Medicine & research, V 7, N 3, 2009, pp. 85-92.
- 105) Agoub M. & al, **Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample**, Arch Womens ment health,V8, 2005, pp. 37-43.
- 106) Ainsworth, M. I. S., & Wittig, B. A., Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss Ed.,

Determinants of infant behaviour Vol. 4,1969, pp. 113-136, London: Methuen.<http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/ingens.pdf>

- 107) Anders T. F, **Annotation neurophysiological studies of sleep in infants and children**, J. child psychol. Psychia, V23, N 1, 1982, pp. 75-83.
- 108) Anders T.F., Sostek A.M., **The use of time-lapse video recording of sleep-wake behavior in human infants**, Psychophysiol, V 13, 1976, pp. 155-158.
- 109) Bailey D.B. & al, **Maternal depression and developmental disability Research critique**, Mental retardation and developmental disabilities research reviews, V 13, N 4, 2007, pp. 321-329.
- 110) Ball H.L., **Parent-infant co-sleeping: Fathers' roles and perspectives**, Infant and child dev, Vol. 9, 2000, pp. 67-74.
- 111) Bamford F.N. & al, **Sleep in The First year of live** Develop. Med. child neurol, V 32, 1990, pp. 718-724.
- 112) Bargiel M., **Considérations théoriques pour une intervention musicothérapeutique précoce de l'attachement par le chant parental auprès de nourrissons au développement à risques**, Canadian Journal of Music Therapy, Vol19, N°1, 2002.
- 113) Beebe B. & al, **Six –week postpartum, maternal depressive symptoms and 4- month mother- infant self- and interactive contingency**, Infant mental health journal, V 29, N 5, 2008, pp. 442-471.
- 114) Beebe B., **Brief mother- infant treatment: psychoanalytically informed video feedback**, Infant mental health, V. 24, N1, 2003, pp. 24-52.
- 115) Béliveau, M.-J. et Moss E., **Validation du projetif de l'attachement adulte (AAP): Contribution aux validités convergente et divergente du**

- projectif de l'attachement adulte**, Revue internationale de l'éducation familiale, Vol 9, N°1, 2005, pp. 29-50.
- 116) Bell L. et al, **Une analyse du concept d'attachement parents – enfant**, Recherches en soins infirmiers, N°46, 1996, pp4-13.
- 117) Belsky J., Rovine MJ., **Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment**, Child Development, Blackwell Publishing, vol 59, n°1, 1988, pp. 157–67.
- 118) Bergeret J., **La mère, l'enfant... et les autres. Violence et agressivité**, Médecine & Hygiène Psychothérapies, V.12, 2002, pp. 131-141.
- 119) Blass R.B, Blatt S.J., **Attachment and separateness in the experience of symbiotic relatedness. Psychoanal**, Vol.65, N°4, 1996, pp.711-746.
- 120) Bloch M. & al, **Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression**, Am J., Psychiatry, V.157, 2000, pp. 924-930.
- 121) Bonichini S., **Infant crying and maternal holding in the first 2 months of age: an Italian diary study**, Infant and child dev, V 17, 2008, pp. 581-592.
- 122) Boutrolle M., « **Ocnophile ou philobate ?** », Gestalt Vol 2, n°23, 2002, pp. 53-68.
- 123) Bowlby J., **The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory.**, The British Journal of Psychiatry, Vol130, 1977, pp.201-210.
- 124) Bowlby J., **L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné**, Devenir, Vol4, N°4, 1992, pp. 7-31.
- 125) Bowlby J., **Forty-Four Juvenile Thieves: Their Character and Home-Life**, International Journal of Psychoanalysis, Vol 25, 1944, pp.19-52.
- 126) Bowlby J., **Soin maternelle et santé mentale**, Organisation Mondiale de la Santé, Vol.3, 1951, pp.355-534.

- 127) Bowlby, J., **The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character.** *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol 21, 1940, pp.154-78.
- 128) Bowlby J., **Attachment theory and its therapeutic implications,** *Adolescent psychiatry* n 6 , 1978, pp5-33.
- 129) Brazelton B.T., **Crying and colic,** *Infant mental health journal*, V 11, N4, 1990, pp. 349-356.
- 130) **Brazelton T.B., Reaching out to new parents,** *Children Today*, Vol 27, 1978.
- 131) Bretherton I. et al, **Attachment: The Parental Perspective,** *Infant Mental Health Journal*, Vol 10, N°3, 1989, pp. 203-221.
- 132) Bretherton I., **Communication Patterns, Internal Working Models, and the Intergenerational Transmission of Attachment Relationships,** *Infant Mental Health Journal*, Vol11, N°3, 1990, pp.237-252.
- 133) Bretherton I., **The Origins Of Attachment Theory: John Bowlby And Mary Ainsworth,** *Developmental Psychology*, Vol 28, 1992, pp.759-775.
- 134) Bugental D.B. et al, **A Cognitive Approach to Child Abuse Prevention,** *Journal of Family Psychology*, vol 16, n° 3, 2002, pp. 243–258.
- 135) Burnham M.M. & al, **Night time sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study,** *Journal of child psychology and psychiatry*, V.43, N.6, 2002, pp. 713-725.
- 136) Carlson E.A., **A prospective longitudinal study of attachment disorganization / disorientation,** *Child Dev*, Vol 69, N°4, 1988. pp.1107-1128.

- 137) Carraud L. et al, **Attachement amoureux, agressivité émotionnelle et instrumentale chez des auteurs de violence conjugale**, Pratiques psychologiques, Vol14, 2008, pp. 481–490.
- 138) Cazas O. & Delain F., **Dépression périnatale -Troubles bipolaires; Retentissement chez le bébé et le jeune enfant**, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, V.47, 1999, pp. 27-30.
- 139) Chaaya M. & al, **Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon**, Arch Womens ment health, V5, 2002, pp. 65-72.
- 140) Chandra P.S., **Post-partumpsychediatric care in India: the need for integration and innovation**, World Psychiatry, V.3, N.2, 2004, pp. 99-100.
- 141) Channi K.R., **Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson: L'enfant de n'importe qui**, Devenir, Vol 13, 2001, pp. 47-75.
- 142) Clark R. & al, **A mother – infant therapy group model for postpartum depression**, Infant mental health journal, V.29, N5, 2008, pp. 514-536.
- 143) Cohler B.J. & Musick J.S., **Psychopathology of Parenthood: Implications for Mental Health of Children**, Infant Mental Health Journal, V.4, N.3, 1983, pp. 140-164.
- 144) Cox A.D., **Maternal depression and impact on children's Development**, Archives of Disease in Childhood, 1988, V.63, 1988, pp. 90-95.
- 145) Cox J., Holden J.M. & Sagovsky R., **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**, British Journal of Psychiatry, V. 150, 1987.
- 146) Cox J., **Postnatal mental disorder: towards ICD-11**, World Psychiatry, V.3, N.2, 2004, pp. 96-97.

147) Coyl D.D. et al, **Stress, Maternal Depression, and négative Mother - Infant interactions in relation to infant attachement**, Infant mental health journal, Vol 23, 2002, pp.145–163 .

148) Cramer B., **Are Postpartum Depressions a Mother-Infant Relationship Disorder?**, Infant Mental Health Journal, V.14, N.4, 1993, pp.283-297.

Cramer B., Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire?, **Devenir**, V.14, N.2, 2002. pp.89-99.

149) Crowell, J.A. & Treboux, D., **A review of adult attachment measures: Implications for theory and research**, Social Development, Vol4, 1995, pp. 294-327.

Cuijpers P., **Psychological Treatment of Postpartum Depression: A Meta-Analysis**, Journal of clinical psychology, V. 64(1), 2008, pp.103-.

150) De Haas M.A. et al , **The Adult Attachment Interview and Questionnaires for Attachment Style, Temperament, and Memories of Parental Behavior**, The Journal of Genetic Psychology, V.755(4), 1994, pp.471-486.

De Tychev C. & al, **Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping**, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, V.52, 2004, pp.261-265.

151) Delage M., **Souffrance dans la séparation et théorie de l'attachement: compréhension individuelle et familiale**, Annales Médico-Psychologiques, N°168, 2010, pp.34–37.

152) Delannes S. et al, **Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales** Annales Médico Psychologiques, Vol 164, 2006, pp. 565–572.

Dittrichova J. & al, **Early behaviour and its relation to behaviour at 3 years**, Early develop and parenting, V.3, N°4, 1994, pp.223-232.

- 153) Eaton-Evans j. & Edugdale A., **Sleep patterns of infants in the first year of life**, Archives of disease in childhood, V.63, 1988, pp.647-649.
- 154) Elcheikh M. & al, **Sleep disruptions and emotional insecurity are pathways of risk for children**, J of child psycho and psychiat, Vol.48, N° 1, 2007, pp.88-96.
- 155) Feldman R., **The development of regulatory functions from birth to 5 years: insights from premature infants**, Child development, V.80, N°2, 2009, pp. 544-561.
- 156) Field T., **Still-face and separation effects on depressed mother-infant interactions**, Infant mental health journal, V.28, N°3, 2007, pp.314-323.
- 157) Fonagy, P. et Target, M., **The mentalisation-based approach to self pathology**, Journal of personality disorders, Vol 20, 2006, pp.544–576.
- 158) France G.K. & Blampied M.N., **Infant sleep disturbance: Description of a problem behaviour process**, Sleep Medicine Reviews, V3, N°4, 1999, pp.265-280.
- 159) Galler J. R. & al, **Maternal depressive symptoms Affect infant cognitive development in Barbados**, J Child psychol psychiat, V.41, N°6, 2000, pp.747-757.
- 160) Gaudreau H. & al, **Age related modifications of NREM sleep EEG: From childhood to middle age**, J. Sleep Res, Vol.10, 2001, pp.165-172.
- 161) Gautier L., **La dépression postnatale chez les mères : plus qu'un simple baby blues**, psychologie Québec, 2007, pp.28-31.
- 162) Ghubash R. & Abou saleh M.T., **Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates**, The British journal of psychiatry, V.171, 1997, pp. 65-68.
- 163) Ghubash R.& al, **The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale**, Soc Psychiatry Epidemiol,V.32, 1997, pp.474-476.

- 164) Goldberg W.A. & Keller M.A., **Co-Sleeping During Infancy and Early Childhood: Key Findings and Future Directions**, *Inf child dev*, V.16, 2007, pp.457-469.
- 165) Goldberg W.A. & Keller M.A., **Parent–Infant Co-Sleeping: Why the Interest and Concern?**, *Inf child dev*, V.16, 2007, pp.331-339.
- 166) Goldbeter Merinfeld E., **Théorie de l’attachement et approche systémique**, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°35, 2005.
- 167) Goldie L., **Sucking movements during sleep in the new born baby**, *J. child psychol Psychiat*, V.11, 1970, pp.207-211.
- 168) Gomes Da Silva M.& al, **Prevalence of postpartum depression and associated factors**, *Rev Saude Publica*, V40, N°1, 2006, pp.1-6.
- 169) Goodman J.H., **Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant**, *Infant mental health journal*, Vol.29, N°6, 2008, pp.624–643.
- 170) Goodman S.H. & al, **Treatment of postpartum depression in mothers: secondary benefits to the infants**, *Infant mental health journal*, V.29 (5), 2008, pp.492–513.
- 171) Gosselin F., Barwick M.A. et al, **Infant Communication And The Mother–Infant Relationship: The Importance Of Level Of Risk And Construct Measurment**, *Infant mental health journal* , Vol.25, N°3, 2004, pp.240–266.
- 172) Govindama Y., **Troubles du sommeil du jeune enfant et thérapies associées**, *Neuropsychiatr.de l’enfant et l’adolescent*, V.50, 2002, pp.103-113.
- 173) Green K., **Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: Sociocultural and physical factors**, *Psychology, Health & Medicine*, V.11, N°4, 2009, pp.425 - 431.

- 174) Groome L.J., **Similarities and differences in behavioural state organisation during sleep periods in the perinatal infant before and after birth**, Child dev, V.68, N°1, 1997, pp.1-11.
- 175) Grossmann K.E. et Grossmann K., **Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau**, Enfance, Vol3, 1988, pp.44-68.
- 176) Grossmann K.E., Grossmann K., **Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau**, Enfance, Vol 51, n°3, 1988, pp.44-68.
- 177) Guedeney A. & Krisler L., **Sleep Disorders in the first 18 months of life: Hypothesis on the role of mother-child emotional exchanges**, Infant mental health journal, V8, N°3, 1987, pp.307-318.
- 178) Guedeney A., **Attachement et sexualité infantile**, Le Carnet PSY, n°95, 2004, pp. 17-19.
- 179) Guedeney N. & Jeammet P. **,Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique**, Médecine & Hygiène, Devenir, V.13, 2001, N°3, pp.51 - 64.
- 180) Guédeney N. et al., **L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving**, Devenir, Vol24, 2012, pp.9-34.
- 181) Hallet F.,**L'enfant souffrant de troubles de l'attachement**, La Revue de la Médecine Générale, n°206, 2003, pp.384-388, 2003.
- 182) Harlow H.F., **The nature of love**, American Psychologist, V.13, 1958, pp.673-685.
- 183) Harlow HF, **Love in infant monkeys**, Scientific American, vol 200 ,N6, 1959, pp.68–74.
- 184) Hautzinger M. & de Jung-Meyer R., **Depression**, Verlag fuer Psychologie,1994, pp.177-218, .

- 185) Hayes M. J. & al, **Early childhood co-sleeping: parent-child and parent -infant night-time interactions**, Infant mental Health journal, V.17, N°4, 1996, pp.348-357.
- 186) Hiscock H. & Wake M., **Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood**, BMJ, V.324, 2002, pp.1-6.
- 187) Hiscock H. & Wake M, **Infant sleep problems and postnatal depression**, pediatrics, 2001, V.107, pp.1317-1322.
- 188) Hiscock H. & Wake M., **Outcomes of Infant Sleep Problems: A Longitudinal Study of Sleep, Behaviour, and Maternal Well-Being**, Pediatrics, V.111, 2003, pp.203-207.
- 189) Hobara M., **Prévalence of transitional objects in young children in tokyo and new york**, Infant mental health journal , Vol 24(2), 2003, pp.174–191.
- 190) Hofer A. M., **L'organisation du sommeil et la veille après la séparation maternelle chez le jeune rat**, Deve. Psychobiologie, V.9, N°2, 2004, pp.189-205.
- 191) Hoffman et al, **Changing Toddlers' and Preschoolers' Attachment Classifications: The Circle of Security Intervention**, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol74, N°6, 2006, pp.1017–1026.
- 192) Houck G.M., **Maternal Depression and Locus of Control Orientation as Predictors of Dyadic Play Behaviour**, Infant Mental Health Journal, V.12, N°4, 1991, pp. 347-360.
- 193) Ingersoll E.W. & Thoman E.B., **Sleep / Wake states of preterm infants: stability, developmental change, diurnal variation, and relation with caregiving activity**, Child devlop. V.70, N°1, 1999, pp.1-10.
- 194) Jan J.E. & al, **The treatment of sleep disorders with melatonin**, Developmental Medicine and child neurology, V.36, 1994, pp.97-107.

- 195) Jardri R., **Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh, Postnatal Depression Scale**, Devenir 2004/4, V.16, pp.245-262.
- 196) Jenni O.G. & O'Connor B.B., **Children's Sleep: An Interplay Between Culture and Biology**, Pediatrics, V.115, 2005, pp.204-216.
- 197) John Byng-Hall, **Creating a Secure Family Base: Some Implications of Attachment Theory for Family Therapy**, Fam Proc, V.34, pp.45-58, 1995.
- 198) Johnson C.M. & Lerner M., **Amelioration of infant sleep disturbances: effects of scheduled awakenings by compliant parents**, Inf mental health jour, V.6, N°1, 1985, pp.21-30.
- 199) Kelle M.A. & Goldberg A.W., **Co-Sleeping: Help or Hindrance for young children's independence ?** Infant and child development, vol13,2004,pp.369-388
- 200) Kitamura T.& al, **Postnatal depression, social support, and child abuse**, World Psychiatry, V.3, N°2, 2004, pp.100-101.
- 201) Kuhn R.B., **interventions auprès des troubles du sommeil des nourrissons et tout-petits**, Child & Family behaviour therapy, V.22, N2, 2000, pp.33-50.
- 202) Lacombe M. et Bell L., **L'attachement parent(s)-enfant : un défi pour la pratique infirmière lors de la visite postnatale**, L'infirmière clinicienne, vol 3, n°1, 2006, pp.11-18.
- 203) Lambert N. et Lotstra F., **L'attachement. De Konrad Lorenz à Larry Young: de l'éthologie à la neurobiologie**, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 35, 2005, pp.83-97.
- 204) Larson C.M. & al, **The effects of morning naps, car trips, and maternal separation on adrenocortical activity in human infants**, Child development, V.62, 1991, pp.362-372.

- 205) Latz S. & al, **Cosleeping in context**, Arch pediatr adolesc Med/-, V.153, 1999, pp.339-346.
- 206) Léger D. & al, **Troubles de la veille et du sommeil chez l'aveugle**, Revue neurologique, V.157, N°11, 2001, pp.135-139.
- 207) Lucas-Thompson R. & al, **Sleep arrangements and night waking at 6 and 12 months in relation to infants' stress-induced cortisol responses**, Inf and child develop, Vol18, 2009, pp.521-544.
- 208) **Lundy B.L. & al**, Mothers with Depressive Symptoms Touching Newborns, **Early development and parenting**, V.5, N°3, 1996, pp.129-134.
- 209) Lyons-Ruth K. et Spielman E., **Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment**, Infant Mental Health Journal, Research with clinical intervention, Vol 25, N°4, 2004, pp.318–335.
- 210) Malik N.M. et al, **Risk for maternal depression and child aggression in early start families: a test of ecological models**, Infant mental health journal, V.28 (2),2007, pp.171–191.
- 211) Mao A. & al, **A comparison of the sleep-wake patterns of cosleeping and solitary sleeping infants**, Child psychiatry Hum Dev, Vol35, N°2, 2004, pp.95-105.
- 212) Marcelli D., **La dépression dans tous ses états: Du nourrisson à l'adolescent...et après**, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, V.47, 1999, pp.1-11.
- 213) Marshall PJ, Fox NA, **Relationship between behavioral reactivity at 4 months and attachment classification at 14 months in a selected sample**, Infant Behavior and Development, vol 28, ,2005 pp. 492–502.
- 214) Martins C. & Gaffan E.A., **Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A Meta-analytic investigation**, J. Child psychol psychiat, V.41, N°6, 2000, pp.737-746.

- 215) Martins C. & Gaffan E.A., **Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A Meta-analytic investigation**, J. Child psychol psychiat, V.41, N°6, 2000, pp.737-746.
- 216) Masmoudi J. & al, **Evaluation of affective temperaments in the postpartum depressive symptomatology**, L'encéphale, 2009, pp.782-788.
- 217) Matthey.S & al, **The Edinburgh Postnatal Depression Scale**, Le British Journal of Psychiatry 2003, V.182, pp.368-369.
- 218) Mauvais P., **Socialisation précoce et accueil du très jeune enfant en collectivité**, Devenir, Vol15, n°3, 2003, pp. 279-288.
- 219) Maxted A.E. & al, **Infant colic and maternal depression**, Infant mental health journal, V.26, N°1, 2005, pp.56-68.
- 220) Mckenna J.J. & al, **Infant-Parent co-sleeping in an evolutionary perspective: Implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome**, Sleep. V.16, N°3, 1993, pp.263-282.
- 221) Meyers S.A., **Mothering in context , Ecological determinants of parent behaviour**, Merrill-Palmer Quarterly , Vol.45, No.2, 1999, pp.332-357.
- 222) Michel M., **Les deux versions de la Petite Sirène ou comment la relation mère-fille pèse sur le choix du mari de la fille**, Dialogue, n° 156, 2002, pp. 89 -103.
- 223) Miljkovitch R. et al., **Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter**, Devenir, Vol 15, 2003, pp. 143-177.
- 224) Minde K. & al, **The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children**, J. of child psycho and psychiatry, V.34, N°4, 1993, pp.521-533.

- 225) Montagner H., **Une nouvelle lecture des processus d'attachement et du fonctionnement de l'enfant**, Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2004, pp.1-21.
- 226) Morell J.M.B., **The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument**, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire, J. child psychol .psychia, V.40, N°2, 1999, pp.247-258.
- 227) Morrell J. & Steele H., **The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behaviour in persistent infant sleeping problems**, Infant mental health journal, V.24, N°5, 2003, pp.447-468.
- 228) Morrell J. and Steele H., **The role of attachment security, temperament, maternal perception and care-Giving behavior in persistant infant sleeping problems**, Infant mental Health, Vol.24, N°5, 2003, pp. 447–468 .
- 229) Morrell J.M.B., **The infant sleep questionnaire: A new tool to Assess infant sleep problems for clinical and research purposes**, Child psycho and psychia review, Vol4, N°1, 1999, pp.20-26.a
- 230) Murray L. & Peter J.C., **Effects of postnatal depression on infant development**, Arch. Dis. Child, V.77, 1997b, pp.99-101.
- 231) Murray L. et Cooper P.J., **Effects of postnatal depression on infant development**, Arch Dis Child, 77, 1997, pp.99-101.
- 232) Murray L., **Intersubjectivity, Object Relations Theory, and Empirical Evidence from Mother-Infant Interactions**, Infant Mental Health Journal, Vol 12, N°3, 1991, pp.219-232.
- 233) Nicolas F. et France F., **«Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant» The development of mother-father-child triadic interactions**, Devenir, Vol 23, 2011, pp. 359-377.

- 234) Niloufer S.A. & al, **Post-partum anxiety and depression in peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study**, BMC Public health, V.324, N°9, 2009, pp.1-10.
- 235) Nylén K.J. & al, **Maternal depression: a review of relevant treatment approaches for mothers and infants**, Infant mental health journal, V.27, N°4, 2006, pp.327–343.
- 236) O’Hara W.M., **Postpartum Depression: What We Know**, Journal of clinical psychology, V.65, N°12, 2009, pp.1258-1269.
- 237) Ouédraogo A. & al, **Dépistage des états dépressifs du post-partum à la Maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso**, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, V.27, N°6, 1998, pp.611-616.
- 238) Owens J.L., **Behavioral and cognitive- behavioral interventions for sleep disorders in infants and children**, Sleep medicine reviews, V.3, N°4, 1999, pp.281-302.
- 239) Papousek M. & Von Hofacker N., **Persistent crying and parenting: Search for a butterfly in a dynamic system**, Early development and parenting, V.4, N°4, 1995, pp.209-224.
- 240) Parens H., **Les vicissitudes de l’agression dans le processus de séparation-individuation et dans l’attachement**, Devenir, Vol 17, 2005, pp. 183-209.
- 241) Pederson, D. R. et al, **Maternal attachment representations maternal sensitivity, and infant– mother attachment**. Developmental Psychology, 34, 1998, pp. 925 – 933.
- 242) Pederson, D.R., & Moran G., **Expressions of the attachment relationship outside of the Strange Situation**, Child Development, 67, 1996, pp. 915 – 927.
- 243) Perry B.D., **Bonding and Attachment in Maltreated Children Consequences of Emotional Neglect in Childhood**, Child Trauma

- Academy, Parent and Caregiver Education Series Vol 1, N°4, 2001, pp.1-10.
- 244) Pierre Humbert B. et al., **Entre salon et laboratoire: L'utilisation du Q-Sort de Waters & Deane pour décrire la qualité de la relation d'attachement parent-enfant.** *Enfance*, Vol 3, 1995, pp.277-291.
- 245) Pierre Humbert B., **L'amour maternel...un amour impératif**, *Spirale* N°18, 1996, pp.83-112.
- 246) Pierre Humbert B. et al., **Etude de validation d'une version francophone du Q-Sort d'attachement de Waters & Deane**, *Enfance*, Vol 3, 1995, pp.293-315
- 247) Pillet V., **La théorie de l'attachement: pour le meilleur et pour le pire**, *Dialogue*, n° 175, 2007, pp. 7-14.
- 248) Posada D.R. et al, **Is the Secure Base Phenomenon Evident Here, There, and Anywhere? A Cross-Cultural Study of Child Behavior and Experts' Definitions**, *Child Development*, 84, 2013, pp. 1896-1905.
- 249) Ramos D. K. & al, **Parental perceptions of sleep problems among co- sleeping children**, *inf child dev*, V.16, 2007, pp.417-431.
- 250) Ravitz P. et al., **Adult attachment measures: A 25 year review**, *Journal of Psychosomatic Research*, n°69, 2010, pp.419-432.
- 251) Richman N., **Sleep problems in young children**, *Archives of disease in childhood*, V.56, 1981, pp.491-493.
- 252) Rondon M.B., **Childbirth is not only complex: it may also be dangerous**, *World Psychiatry*, V.3, N°2, 2004, pp.98-99.
- 253) Rosenblum O., **Mother and Infant Affective Involvement States and Maternal Depression**, *Infant Mental Health Journal*, Vol 18, N°4, 1977, pp. 350-363.
- 254) Rousseau D. et al, **L'attachement a l'âge scolaire et le développement des troubles de comportement"**, *Canadian Journal of Behavioural Science*, Vol 31, N°2, 1999, pp. 107-118.

- 255) Rousseau P., **Deuil pendant la grossesse et incidences sur la dépression post-natale**, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, V.47, 1999, pp.31-35.
- 256) Rushidi WMWM & al, **Postpartum Depression Among Malay Women from a Rural Area in Kedah, North West of Peninsular Malaysia: Prevalence and Risk Factor**, *Malaysian Journal of Psychiatry*, V.13, N°1, 2005, pp.3-19.
- 257) Rutter M, **Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice**, *Child Development*, vol. 73, n° 1, Jan/February 2002, pp. 1–21.
- 258) Sadeh A. & Anders T.F., **Infant sleep problems: origins, assessment, interventions**, *Infant mental health journal*, V.14, N°1, 1993, pp.17-34.
- 259) Sadeh A., **Stress, trauma and sleep in children**, *Child and adolescent psychiatry clinics of north America*, V.5, N°3, 1996, pp.685-700.
- 260) Sadeh A., **Un bref questionnaire de sélection pour les problèmes de sommeil du nourrisson**, *Pediatrics*, V.113, N°6, 2004, pp.570-577.
- 261) Samuels C.A, **The effects of baby bath and massage by fathers on the family system: The Sunraysia Australia intervention project**, *Early development and parenting*, V.1, N°1, 1992, pp.39-49.
- 262) Savard N., **La théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance**, ONED, observatoire nationale de l'enfance en danger, 2010, pp.1-138.
- 263) Scher A. & al, **The relationship between sleep and temperament revisited: Evidence for 12 month-olds: A research note**, *J. child psychol and psychiat*, V.39, N°5, 1998, pp.785-788.
- 264) Scher A., **Maternal separation anxiety as a regulator of infants' sleep**, *Jour of child psycho and psychia*, V.49, N°6, 2008, pp.618-625.
- 265) Scher A., **Mother-child interaction and sleep regulation in one – year-olds**, *Infant mental health journal*, V.22, N°5, 2001, pp.515-528.

- 266) Scher Anat, **Crawling in and out of sleep**, *Inf. child dev*, V.14, 2005, pp.491-500.
- 267) Scott G. & Richards M.P.M, **Night waking in infants: Effects of providing advice and support for parents**, *J. child psycho and psychia*, V.31, N°4, 1990, pp.551-567.
- 268) Seymour F. & al, **Reducing sleep disruptions in young children: Evaluation of therapist-guided and Written information approaches: a brief report**, *J. child psychol. psychiat.*, V.30, N°6, 1989, pp.913-918.
- 269) Seymour Frederick W. & al, **Management of Night-Waking in young children**, *Aust.j.fam.ther.*, V.4,N°4, 1983, pp.217-223.
- 270) Shaver P.R. and Mikulincer M., **Adult Attachment and Cognitive and Affective Reactions to Positive and Negative Events**, *Social and Personality Psychology Compass Vol 5*, N°2, 2008, pp. 1844–1865.
- 271) Sheeder J. & al, **Screening for postpartum depression at well-child visits: Is once enough during the first 6 months of life?**, *Pediatrics* 2009, V.123, 2009, pp.982-988.
- 272) Skuse D, **Extreme deprivation in early childhood—II. Theoretical issues and a comparative review**, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 25, n° 4, 1984, pp. 543–72.
- 273) Slade A., **The move from categories to process: Attachement phenomena and clinical evaluation**, *INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL*, Vol 25, N°4, 2004, pp.269–283.
- 274) Smyke A. and Zeanah C., **'Disturbances of Attachment Interview'**, Available on the Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry website at www.jaacap.com,1999.
- 275) Spangler G. and Grossman K., **Social and Individual Determinants of Infant Attachment Security and Disorganization**, *Infant Mental Health Journal*. Vol 17, N°2, 1996, pp. 127-139.

- 276) Spangler G. et Grossmann K. E., **Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants**, Child Development, Vol 64, N°5, 1993, pp. 1439–1450.
- 277) Sroufe A. et al, **Relationships, Development, and Psychopathology**, Handbook of Developmental Psychopathology (2nd Ed., Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, 2000 pp. 1-17.
- 278) Sroufe A., **Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood**, Attachment & Human Development, Vol 7, N°4, 2005, pp. 349 – 367.
- 279) St James-Roberts I. & Plewis I., **Individual Differences, Daily Fluctuations, and Developmental Changes in Amounts of Infant Waking, Fussing, Crying, Feeding, and Sleeping**, Child development, V.67, 1996, pp.2527-2540.
- 280) St James–Roberts I. & Sue Conroy K. W., **Clinical, developmental and social aspects of infant crying and colic**, Early dev and paren, V.4, N°4, 1995, pp.177-189.
- 281) St James-Roberts I., **Helping parents to manage infant crying and sleeping: A review of the evidence and its implications for services**, Child abuse review, V.16, 2007, pp.47-69.
- 282) St-Antoine M. **Les troubles de l'attachement**, Défi jeunesse, Vol VI, N°1, 1999.
- 283) Stenberg G., **Effects of maternal inattentiveness on infant social referencing**, Inf and child devel, V.12, 2003, pp.399-419.
- 284) Sylvain M., « **Je t'aime, moi non plus** » : théorie de l'attachement et psychanalyse, in Blaise Pierre Humbert B. **L'Attachement, de la théorie à la clinique**, érès « Le Carnet psy », 2007, pp. 7-15.
- 285) Taylor N. & al, **Consistency in infant sleeping arrangements and mother-infant interaction**, Infant mental health journal, V.29, N°2, 2008, pp.77-94.

- 286) Teissedre F. & Chabrol H., **Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude comparative randomisée chez 450 femmes**, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, V.52, 2004, pp.266-273.
- 287) Thiedke C.C., **Sleep disorders and sleep problems in childhood**, Am Fam Physician, V63, 2001, pp.277-284.
- 288) Tikotzky L. & Sadeh A., **Maternal Sleep-Related Cognitions and Infant Sleep: A Longitudinal Study From Pregnancy Through the 1st Year**, Child dev, V.80, N°3, 2009, pp.860-874.
- 289) Tirosh E. & al, **The effects of illness on sleep behaviour in infants**, Eur jour Pediatr, V.152, 1993, pp.15-17.
- 290) Toselli M. & al, **Maternal representation and care of infant sleep**, Early develop and parent, V.7, 1998, pp.73-78.
- 291) Touchette E. & al, **Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood**, Arch Pdiatr adolesc med, V.159, 2005, pp.242-249.
- 292) Ujiie T., **IS the strange situation too strange for japanese infants ?**, Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers, Vol8, 1986, pp. 23-29.
- 293) Valentin S.R., **Sleep in German Infants-The "Cult" of Independence**, Pediatrics, V.115, 2005, pp.269-271
- 294) Van Doesum K.T.M, **A Model-based intervention for depressed mothers and their their infants**, Infant mental health journal, V.26, N°2, 2005, pp.157-176 .
- 295) Van I. Jzendoorn M.H. et al, **Assessing Attachment Security With the Attachment Q Sort: Meta-Analytic Evidence for the Validity of the Observer AQS Child Development**, Vol 75, N°4, 2004, pp.1188 – 1213.

- 296) Van IJzendoorn et al, 2004, **Assessing Attachment Security With the Attachment Q Sort: Meta-Analytic Evidence for the Validity of the Observer AQS**, Child Development, Vol 75, N4, 2004, pp. 1188 – 1213.
- 297) Van IJzendoorn M.H. et al, **The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A metaanalysis of attachment in clinical samples**, Child Development, Vol 63 N°4, 1992, pp.840- 858.
- 298) Vicedo M., **The evolution of Harry Harlow: From the nature to the nurture of love**, History of psychiatry, Vol 21, N°2, 2010, pp.1-16.
- 299) Watanabe K. & al, **Development of slow-wave sleep in low-birth weight infants**, Develop. Med. child neurol., V.16, 1974, pp.23 -31.
- 300) Waters, E. & Deane, K., **Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood**. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol 50, 1985, pp. 41 -65.
- 301) Wendland J., et al., **Troubles de l'anxiété de séparation et de l'attachement: un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants**, Devenir, Vol 23, 2001, pp. 7-32.
- 302) Whipple N et al, **Broadening the Study of Infant Security of Attachment: Maternal Autonomy-support in the Context of Infant Exploration**, Social Development, Vol 20, N°1, 2011, pp.17-32 .
- 303) Wolke D. & al, **Co-Morbidity of Crying and Feeding Problems with Sleeping Problems in Infancy: Concurrent and Predictive Associations**, Early dev and paren, V.4, N°4, 1995, pp.191-207.
- 304) Zaghoudi L.et al, **Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression**, Annales Médico-Psychologiques, Vol.167, 2009, pp.657–661,
- 305) Zeanah C.H. and Shah P., **L'attachement et son impact sur le développement des enfants: commentaire sur van IJzendoorn**,

Grossmann et Grossmann, Hennighausen et Lyons-Ruth,
Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2007, pp.1-5.

3- thèses:

- 306) Bacro F., Spécificité des liens entre l'adaptation socioscolaire, la qualité de l'attachement au père et la qualité d'attachement à la mère des enfants de 3 ans à 5 ans ,** Direct.Florin A., Laboratoire «Education, Cognition, Développement », Thèse Présentée en vue de l'obtention du titre de docteur, Université de Nantes, 2007.
- 307) Bourouais Y., La qualité de l'attachement à la mère et le contexte familial de l'adolescent asthmatique,** direct. Kerbouche A., Université Mentouri – Constantine ,2009.
- 308) Corpataux N. Rôle du style d'attachement et de l'alliance thérapeutique dans l'adhésion aux indications de traitement psychologique,** Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Psychologie Clinique, Direc. Robert-Tissot Ch., Université de Genève Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Section de Psychologie, Genève, Suisse, 2006.
- 309) Filiatrault-Charron A., Le trouble de l'attachement chez la clientèle adolescente du Centre jeunesse de Montréal: Comparaison entre jeunes ayant différents types d'attachement,** Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître en criminologie option stage en intervention , École de criminologie, université de Montréal,2010.
- 310) Gallien E., Le lien d'attachement et son évolution: Concepts et incidences psychopathologiques,** Diplôme d'études spécialisées en psychiatrie, Université d' Angers Faculté de médecine, Angers, France, 2006.

- 311) **Gaudreault M., L'influence directe et indirecte du soutien social, du stress parental maternel et de l'attachement de l'enfant d'âge préscolaire sur les symptômes d'intériorisation** , Direct. Provost M.A., Université du Québec à Trois-Rivières, 1995.
- 312) **Genet C., Styles d'attachement et place du toucher dans la pratique quotidienne psychiatrique. Réflexions à partir d'une observation éthologique**, Direc. Pr. Guedeny A. et Dr. Guedeny N., Diplôme d'université, Université Denis Diderot Paris7, N.ed., Paris ,2007.
- 313) **Huet L., Dépression du post-partum: étude des représentations et des attitudes de dépistage de médecins généralistes par la méthode du focus groupe**, thèse de doctorat en médecine générale, non publiée, Nantes, 2005.
- 314) **Hyde C., Listening for the falconer: Teens, attachment and psychopathology** , The Institute for Clinical Social Work, Chicago, Illinois, 2009.
- 315) **Lévesque N., La relation entre l'attachement et la représentation de la figure paternelle dans le jeu symbolique du garçon d'âge préscolaire**, Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de M.Sc en psychologie, Département de psychologie ,Université de Montréal, 2009.
- 316) **Moisan C., Les types de désorganisation de l'attachement et leurs distinctions en termes d'antécédents et d'aspects développementaux**, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en psychologie (orientation clinique) pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.), Québec,2011.
- 317) **Moss E. et al, Les rôles de l'attachement et des processus individuels et familiaux dans la prédiction de la performance scolaire au secondaire**, Rapport final de recherche, Projet financé dans le cadre du

programme des Actions concertées du Fonds Québécois de Recherche sur la Culture et la Société en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ,2007.

- 318) Pasteur R., **Image du corps familial et dermatites atopiques** , direct. Cuynet P., these de doctorat , Franche -comté , 2009.
- 319) Ramu C., **Le style d'attachement et l'estime de soi sociale chez les jeunes adultes**, Direct. Jaffé, Mémoire de Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées en Psychologie Clinique, Université de Genève, 2004.
- 320) Sage T., **Structure d ' attachement dans la dermatite atopique** ,sous direct. Pr. Bénonny H., pour obtenir le grade de docteur en psychologie Clinique de l ' université de Bourgogne,2012.
- 321) Sibcy, G., **Adult attachment styles and psychopath-ology in a clinical sample**, Doctoral Dissertation, The Union Institute and University: School of Clinical and Professional Psychology, 2000.

4-les dictionnaires :

- 322) Baydoun A., **Students dictionary: English-Arabic**, Dar el-kotob Alilmiyah, Beirut, 2007.
- 323) Domart A. & Bourneuf J., **Nouveau Larousse médical**, Larousse, Paris,1999.
- 324) Le Ny J.F & AL., **Grand dictionnaire de psychologie**, Larousse, Paris, 1999.
- 325) Le petit Robert, **Dictionnaire de la langue française**,Le Robert, Paris,1985.
- 326) Perlemuter G. & al, **Dictionnaire médical de l'infirmiere**, Masson, Paris, 2003.
- 327) Sillamy N., **Dictionnaire de psychologie**, Larousse, Paris, 1999.

5-Les cours :

- 328) Bienfait M. et Gramond A., **Interactions précoces**, Faculté de Médecine Montpellier-Nîme, mise en ligne, 2009.
- 329) Espace adoption, 2010 , http://www.espace-adoption.ch/puma/pdfs/R_flexion_Carences_affectives.pdf consulté en 2012
- 330) Giroux M., **Psychothérapie intégrative et modes d'attachement**,
- 331) Grossmann K. et Grossmann E.K.,2008 , **L'impact de l'attachement du jeune enfant à la mère et au père sur le développement psychosocial des enfants jusqu'au début de l'âge adulte**, Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants
- 332) **La théorie de l'attachement et les relations interpersonnelles**, 2005, <http://www.mapageweb.umontreal.ca/claes/psy3071/expose4.pdf> consulté en novembre 2014.
- 333) Labbé J. , **La théorie de l' attachement**, http://www.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur_pediatrie/Etudiants/Notes_de_cours/La_theorie_de_l_attachement.pdf consulté en octobre2013.
- 334) Lever V. ,2008 ,**Carence affective** <http://www.patrickjjdaganaud.com/4.5-EHDAA/xATTACHEMENT/carenceaffective.pdf> consulté en octobre2013.
- 335) Maury M., **Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance**, http://www.google.dz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medecine.ups-tlse.fr%2Fdcem3%2Fmodule03%2F08.DEVELOPPEMENTAFFECTIF%252833.pdf&ei=WaTAVPCIForD7gaQ9IH0Bw&usg=AFQjCNFBMenkAZLXzCkgrFtZqQgWm6N6aA&sig2=vLYZ1F_X53WccLQUezWcNg , 2008.

- 336) McLeod S., 2009 , **Attachment Theory**,
<file:///D:/attachement%20b/merija/dossier1/attachment.html> Consulté en
 janvier 2012.
- 337) Reveyrand-Coulon, **Affects et attachement - l'élaboration des
 liens précoces, Psychologie du développement affectif**, (www.bordeaux-psycho.c.la) ,2007.
- 338) Reveyrand-Coulon, 2007 , **Affects et attachement - l'élaboration
 des liens précoces,affect et attachement** ,2007.

6- Webographie:

- 339) Botbol M. et al ,**Destins de l'attachement à l'adolescence**,
http://www.google.dz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=21&ved=0CFMQFjAKOAO&url=http%3A%2F%2Fwww.capmh.com%2Fcontent%2Fpdf%2F1753-2000-6-38.pdf&ei=cxPCVL_3D8fWauzigtgJ&usg=AFQjCNE7s13v76SnjD_cX_X_ryFz4SLOxA&sig2=mV3dEKIBAakN02My4aU_4Q Consulté en
 Novembre 2014.
- 340) Challamel M-J., **Etats de vigilance et développement psychosocial et
 émotionnel Commentaires sur les textes de Anders, de Thoman et de
 Holditch-Davis**, Encyclopédie sur le développement des jeunes
 enfants,2006,pp1-6.(12-2009)
http://www.enfantencyclopedie.com/pages/PDF/ChallamelFRxp_rev.pdf
- 341) Corpaci L., **Les troubles du sommeil à l'enfance et à l'adolescence:
 une revue théorique**, pp1-18. (12-2009)
http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Troubles_sommeil.pdf.
- 342) Duverger .P, **Troubles du sommeil du nourrisson, de l ' enfant et
 de l 'adult**,pp1-18, (12-2009)

<http://www.med.univangers.fr/discipline/pedopsy/coursfichiers/Troubles%20du%20sommeil%20nourisson%20enfant%20adulte.pdf>.

343) Ilona Y., **Détecter la dépression post-partum avant l'accouchement**, (01-2010) <http://www.cyberpresse.ca/vivre/sante/femmes/200902/10/01-825789-detecter-la-depression-post-partum-avant-laccouchement.php>

344) INSERM. **Sommeil de l'enfant, de la période foetale à l'adolescence**.pp1-20.(12-2009)Disc .vjf.inserm.fr

La théorie de l'attachement , wikipedia ,
http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sp%C3%A9cial:Livre&bookcmd=rendering&return_to=Th%C3%A9orie+de+l%27attachement&collection_id=f6e36b7675a5f1678312e8830d79a80f7ff22092&writer=rdf2latex&is_cached=1,
consulté le 10 décembre 2014 à 9 h.

345) **La théorie de l'attachement et les relations interpersonnelles**, 2005,<http://www.mapageweb.umontreal.ca/claes/psy3071/expose4.pdf>
consulté en novembre 2014.

346) **Love and hate (psychoanalytic concepts)**
http://en.wikipedia.org/wiki/Love_and_hate_%28psychoanalytic_concepts%29 consulté en septembre 2014.

Mental model ,http://en.wikipedia.org/wiki/Mental_model , conslté en septembre 2014.

347) Merigeaud S. & Dumel F., **Le Sommeil de l'enfant De l'enfant de moins de 4 ans: Etude de 92 enfants frequentant les haltes garderies bisontines**, 2006. (03-2010)
http://www.ulpmmed.ustrasbg.fr/dmg/2eme_rencontre_RMG/le_sommeil_e_nfant_moins_4ans.pdf

348) Pépin M. , **Validité** (01-2010)
<http://www.psy.ulaval.ca/~pepin/validite.pdf>

349) **Waters E. Assessing Secure Base Behavior and Attachment Security Using the Q-Sort Method**,

http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aqs_method.html , consulté le 12 janvier 2015.

350) Wilfred Bion , Wikipedia http://en.wikipedia.org/wiki/Wilfred_Bion le 15 janvier 2015.

351) Women's health program, 2010, Monach university,
<http://med.monash.edu.au/sphpm/womenshealth/docs/menopausal-staging-algorithm.pdf>

قائمة الملاحق

الملحق رقم 1 : احصائيات مديرية التخطيط لبلدية الأغواط للسنوات 2011، 2010 ، 2012

Population 2012

01 Laghouat

	Naissances		Somme N	Décès		Somme	Ecart	Ecart		Mariage	div	Décès infantile - 1ans		Somme
	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin			Masculin	Féminin			Masculin	Féminin	
janvier	269	198	467	36	22	58	409	233	176	86	15	6	5	11
Fevrier	269	198	467	42	25	67	400	227	173	109	8			0
Mars	276	234	510	39	28	67	443	237	206	100	20	5	1	6
Avril	226	246	472	38	28	66	406	188	218	119	34			0
Mai	226	218	444	45	26	71	373	181	192	141	24			0
Juin	188	221	409	33	29	62	347	155	192	167	37			0
Juillet	310	307	617	45	34	79	538	265	273	106	6			0
Aout	344	295	639	6	0	6	633	338	295	77	18	9	6	15
Septembre	290	281	571	2	0	2	569	288	281	169	1	9	4	13
Octobre	261	250	511	40	27	67	444	221	223	158	10			0
Novembre	263	263	526	2	0	2	524	261	263	132	27	9	12	21
Decembre	180	157	337	45	24	69	268	135	133	129	39	14	5	19
Total	3102	2868	5970	373	243	616	5354	2729	2625	1493	239	52	33	85

Population 2011

01 Laghouat

	Naissances		Somme N	Décès		Somme	Ecart	Ecart		Mariage	div	Décès infantile - 1ans		Somme
	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin			Masculin	Féminin			Masculin	Féminin	
janvier	241	269	510	34	22	56	454	207	247	70	23	3	7	10
Fevrier	213	184	397	34	16	50	347	179	168	81	13	3	9	12
Mars	238	222	460	29	29	58	402	209	193	139	35	7	3	10
Avril	244	198	442	26	21	47	395	218	177	136	9	7	5	12
Mai	216	208	424	52	33	85	339	164	175	141	34	8	2	10
Juin	221	208	429	25	15	40	389	196	193	178	37	8	3	11
Juillet	261	228	489	45	24	69	420	216	204	135	12			0
Aout	261	257	518	32	20	52	466	229	237	62	13	6	5	11
Septembre	216	224	440	27	23	50	390	189	201	165	7	6	5	11
Octobre	228	252	480	27	25	52	428	201	227	147	14	5	9	14
Novembre	229	232	461	42	25	67	394	187	207	127	32	16	6	22
Decembre	244	224	468	56	31	87	381	188	193	101	25	6	3	9
Total	2812	2706	5518	429	284	713	4805	2383	2422	1482	254	75	57	132

ملحق رقم 2: مقياس التعلق للرضيع Q-sort

	رقم الحالة:		
	اسم الباحث:		
	الولاية :		
	البلدية :		
	الحي :		
	السن بالأشهر:		
	تاريخ اليوم :		
		مرحلة 2	مرحلة 3
1	يقبل الطفل عن طيب خاطر المشاركة أو إعطاء شيء ما إذا طلبت منه الأم ذلك .		
2	عندما يعود الطفل إلى أمه بعد حين من اللعب يمكن أن يكون مزاجي دون سبب واضح .		
3	عندما يكون الطفل مضطرب أو أصيب بضرر ما فيقبل بطمأنة راشدين آخرين غير أمه.		
4	الطفل لطيف ومعتن مع اللعب و الحيوانات الصغيرة .		
5	الطفل أكثر اهتماما بالناس من الأشياء .		
6	عندما يكون الطفل مع والدته و يريد شيئاً للعب فإنه يسعى لجلب أمه إلى هذه اللعب .		
7	الطفل يضحك ويتسم بسهولة مع الأشخاص الآخرين .		
8	عندما يبكي الطفل يبكي بقوة و طويلا .		
9	-الطفل مرح و مبتهج أغلب الوقت .		
10	الطفل يبكي و يقاوم عندما تسعى أمه لإنامته سواء في القيلولة أو في الليل .		
11	الطفل غالبا ما يبادر بعناق و احتضان الأم .		
12	يتعود الطفل بسرعة على الناس أو الأشياء التي كان يخجل أو يهاب منها في البداية .		
13	عندما يحزن الطفل لرحيل أمه يواصل البكاء حتى بعد رحيلها .		
14	-عندما يجد الطفل لعبة جديدة فإنه يجلبها لأمه أو يبينها لها من بعيد .		
15	الطفل يتحدث بحرية مع الغرباء و يظهر لهم أشياء أو يظهر لهم ما يقدر عليه فعلة إذا كان يقرب الأم .		
16	يفقد الطفل الاهتمام بسرعة بالراشدين الذين تعرف إليهم إذا		

	عارضوه .		
17	-الطفل يتبع بسهولة نصائح الأم حتى و إن كانت مقترحات وليست أوامر .		
18	عندما تطلب الأم من الطفل أن يحضر أو يعطي لها شيئا فيطيع دون أن ترفع صوتها عليه .		
19	الطفل لا يكثر من الصراخ عندما يسقط أو يباغت أو ينضرب على شيء ما .		
20	عندما تظهر الأم المودة إلى باقي أفراد العائلة أو ببساطة تتواجد معهم لا يحاول الطفل الاستيلاء على اهتمامها.		
21	عندما تحدثه الأم بحزم أو ترفع صوتها عليه فيحس الطفل بالحزن و الضيق و الأسف من استيائها .		
22	يبكي الطفل إذا تركته أمه في البيت مع مربية أو مع الأب أو الأجداد.		
23	الطفل يضحك عندما تداعبه أمه أثناء اللعب .		
24	الطفل يستمتع بالبقاء في حجر أمه .		
25	عندما يكون الطفل منشغلا بنشاط ما يظهر كأنه لم يسمع عندما نكلمه .		
26	-يغضب الطفل بسهولة مع لعبه .		
27	الطفل يريد أن يكون مركز اهتمام أمه و إذا كانت مشغولة أو تتحاور مع آخرين ؛ فإنه يقاطعها .		
28	إذا منعت الأم الطفل من شيء أو عاقبته فإنه يتوقف عن التصرف السيئ دون أن تكرر له		
29	يطلب الطفل من أمه أن تضعه على الأرض ثم أن تحمله مرة أخرى و يكون مزاجي		
30	عندما يغضب الطفل عندما تتركه أمه فإنه يجلس ويبكي دون أن يحاول أن يتبعها .		
31	الطفل مستقل عن أمه، يحب اللعب بمفرده و يبتعد بسهولة عنها ليلعب .		
32	إذا ابتعد الطفل عن أمه للعب أو الاستكشاف فإنه يرجع مرارا ويعود للعبه و استكشافه مرة ثانية .		
33	الطفل كثير الحركة؛ نادرا ما يلعب هادئا أو يرتاح .		
34	الطفل مصر و غير صبور و مزاجي ويصر أن تفعل الأم ما يريد .		
35	عندما تطلب الأم من ابنها أن يتبعها فإنه يطيعها.		
36	الطفل يشعر عندما تكون أمه قلقة أو محتارة فيهدأ أو يحتار هو كذلك أو يحاول طمأنتها أو يسألها عما يحيرها		
37	الطفل يسعد عندما يكون بين ذراعي أمه و عندما تعانقه أو تداعبه و يطلب منها ذلك.		
38	الطفل يحب أن يغني أو يرقص عندما يسمع الموسيقى.		

39	الطفل يمشي و يجري دون أن يسقط أو يتعثر أو ينظر على شيء.		
40	- يمكن للطفل أن يتمتع باللعب المفاجئ إذا أظهرت الأم أنه ممتع و آمن.		
41	الطفل يتقبل أن يتقاسم أشيائه مع شخص آخر		
42	عندما يحضر غرباء إلى المنزل يسرع الطفل لأمه مبتسما بخجل .		
43	عندما يحظر ضيوف إلى البيت أول ردة فعل للطفل هي أن يتجاهلهم أو يتجنبهم و لو اقترب منهم بعد ذلك.		
44	يحب الطفل الاتصال و الاقتراب من الضيوف كالبقاء في الحجر مثلا .		
45	الطفل يساعد أمه عندما تحمله (أن يضع يديه حول رقبتها أو يشد بيديه فيها)		
46	عندما تريد الأم مساعدته في شيء ما فإنه يتصرف و كأنها تزعهه.		
47	الطفل يقلد بعض تصرفات أمه .		
48	عندما يشعر الطفل بأن النشاط صعب بالنسبة له فإنه لا يثابر أو يفقد كل اهتمام به.		
49	الطفل مقدام و شجاع .		
50	- الطفل يتجاهل الضيوف اللذين يأتوا للبيت و يجد نشاطاته أكثر أهمية .		
51	- عندما ينهي الطفل نشاطا أو لعبا فإنه عادة ما يجد شيئا آخر للعمل دون أن يرجع لأمه.		
52	- إذا خاف الطفل من شيء ما و طمأنته الأم فإنه يتجرأ التقرب منه أو اللعب به.		
53	عندما يلعب الطفل بحيوية مع أمه فإنه يقدر أن يضرب أو يخبش أو يعض .		
54	عندما يكون الطفل في مزاج جيد فإنه يبقى كذلك طول النهار.		
55	- يطلب الطفل المساعدة قبل أن يحاول القيام بالأشياء بمفرده.		
56	يشعر الطفل بالارتباك أو الانزعاج عندما تغير الأم نشاطه (حتى و إن كان لا يتعلق بأمر يحبه).		
57	الطفل ودود مع الضيوف إذا كانوا هم كذلك لطفاء معه.		
58	عندما يكون هناك ضيوف في البيت ، يحاول الطفل أن يكون مركز اهتمامهم .		
59	نادرا ما يطلب الطفل المساعدة من أمه .		
60	عندما يدخل الطفل في غرفة تتواجد فيها أمه فإنه يسلم عليها ، يبتسم لها ، يحظر لها لعبة أو يناديها ..إلخ		
61	إذا أحس الطفل بالخوف أو الضيق يطمئن إذا أخذته الأم بين ذراعيها .		
62	عندما يضحك الزوار أو يوافقون على ما يفعله فإنه يكرر ذلك لعدة		

	مرات .		
63	إذ لم تفعل الأم ما يريده الطفل على الفور فيتصرف و كأنها لن تفعله أبدا (يكون مزاجي ، يغضب ، يذهب لفعل شيء آخر .. إلخ)		
64	- ينزعج أو يبكي الطفل في البيت عندما تخرج أمه من الغرفة التي يتواجد فيها (تبعها أم لا)		
65	إذا كان للطفل الخيار فإنه يفضل اللعب بلعبه على أن يلعب مع الراشدين .		
66	يفهم الطفل مباشرة ما تطلبه الأم (سواءا أطاعها أم لا)		
67	-الطفل يحب أن يحمل أو يعانق من طرف راشدين غير والديه أو أجداده.		
68	الطفل يغضب بسرعة من أمه .		
69	الطفل يلاحظ تعابير وجه أمه كي يعرف كيف يتصرف حيال شيء يشعر أنه خطير .		
70	-يستعمل الطفل البكاء للحصول على شيء من أمه .		
71	- الطفل له ألعاب مفضلة أو نشاطات مفضلة يقضي فيها وقتا طويلا .		
72	عندما يضجر الطفل يذهب لأمه كي يجد شيئا لفعله		
73	يحاول الطفل أن يكون نظيفا و منتبها في نشاطاته .		
74	الطفل ينجذب للعب أو النشاطات الجديدة .		
75	الطفل يستمتع عندما تقلده أمه أو تقلد شيئا آخر .		
76	عندما تضحك الأم أو تتقبل ما يقوم به فإنه يكرره.		
77	عندما ينزعج الطفل بشيء ما فإنه يبقى في مكانه و يبكي .		
78	تعابير وجه الطفل واضحة و معبرة عندما يلعب.		
79	إذا ابتعدت الأم كثيرا عن الطفل فإنه يتبعها و يواصل اللعب قريبا .		

الملحق رقم 3 : قائمة البنود مع التنقيط (النموذجي)

Liste des items avec les scores « prototypes »

No	Item	Waters secure
1	Quand sa mère le lui demande, l'enfant accepte volontiers de partager ou de lui donner un objet	8
2	Lorsque l'enfant revient vers sa mère après un moment de jeu, il peut être capricieux, sans raison apparente	1,8
3	Lorsque l'enfant est incommodé ou se fait mal, il accepte d'être réconforté par des adultes autres que sa mère	4,8
4	L'enfant est doux et soigneux avec les jouets et les petits animaux	6,2
5	L'enfant s'intéresse davantage aux gens qu'aux objets	6,3
6	Lorsque l'enfant est près de sa mère et voudrait quelque chose pour jouer, il cherche à attirer sa mère vers les jouets, ou fait des caprices	2,2
7	L'enfant rit et sourit facilement avec différentes personnes	4,3
8	Lorsque l'enfant pleure, il pleure fort et longtemps	3,3
9	L'enfant est gai et enjoué la plupart du temps	6,5
10	L'enfant pleure et résiste lorsque sa mère le couche pour la sieste ou pour la nuit	2,3
11	L'enfant prend souvent l'initiative de se blottir contre sa mère, ou de se faire cajoler par elle	7,5
12	L'enfant s'habitue rapidement aux gens ou aux choses qui l'intimident ou lui font peur au début	6
13	Lorsque l'enfant est chagriné par le départ de sa mère, il continue à pleurer après son départ	2,7
14	Lorsque l'enfant trouve un nouvel objet pour jouer, il l'apporte à sa mère ou le lui montre de loin	7,8
15	L'enfant parle volontiers avec des gens qu'il ne connaît pas; il leur montre des objets, ou leur montre ce qu'il est capable de faire	7,7
16	L'enfant se désintéresse vite des adultes qu'il vient de connaître si ceux-ci le contrarient	3,5
17	L'enfant suit volontiers les conseils de sa mère, même s'il s'agit de suggestions et non d'ordres	8,5
18	Lorsque sa mère lui demande de lui amener ou de lui donner quelque chose, l'enfant obéit, sans qu'elle ait besoin de hausser le ton	7,7
19	L'enfant ne fait pas d'histoires lorsqu'il se cogne, tombe ou que quelque chose le fait sursauter	4,2
20	Lorsque sa mère se montre affectueuse avec d'autres personnes de la famille, ou simplement qu'elle se trouve avec eux, l'enfant essaie d'accaparer son affection	2,7
21	Lorsque sa mère lui parle avec fermeté, lorsqu'elle élève la voix, l'enfant est bouleversé, désolé ou triste d'avoir été désagréable	4,5
22	L'enfant pleure si sa mère le laisse à la maison avec une baby-sitter, avec son père ou ses grand-parents	3,3
23	L'enfant rit lorsque sa mère le taquine pour jouer	6,3
24	L'enfant aime bien rester sur les genoux de sa mère	7,5
25	Lorsque l'enfant est plongé dans une activité, il ne paraît pas entendre si on lui parle	4,3
26	L'enfant se met facilement en colère avec ses jouets	2,3
27	L'enfant veut être le centre d'intérêt de sa mère. Si elle est occupée ou discute avec quelqu'un, il l'interrompt	2,5
28	Si sa mère lui dit "non" ou le punit, l'enfant cesse de mal se comporter; elle n'a pas besoin de le répéter	7,2
29	Si l'enfant montre à sa mère qu'il veut être posé à terre, tout de suite après il veut être repris dans les bras ou fait des caprices	1,3
30	Lorsque l'enfant est contrarié parce que sa mère le quitte, il s'assied et pleure. Il ne cherche pas à la suivre	1,2
31	L'enfant est indépendant de sa mère, il aime s'amuser seul; il s'éloigne facilement d'elle pour aller jouer	4,3
32	Si l'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle, puis repart à nouveau, etc	8,8
33	L'enfant est toujours en train de bouger, c'est rare qu'il fasse des jeux calmes ou qu'il se repose	4,8
34	L'enfant est impatient et exigeant avec sa mère. Il fait des caprices et insiste jusqu'à ce que sa mère fasse ce qu'il désire	1,2
35	Lorsque la mère demande à son enfant de la suivre, il obéit	8,5
36	L'enfant se rend compte lorsque sa mère est inquiète ou préoccupée. Il se fait sage, s'inquiète, essaie de la réconforter, lui demande ce qui ne va pas	8,2
37	L'enfant a du plaisir à être pris dans les bras de sa mère, à être embrassé ou cajolé. Il lui arrive de le demander	7,7
38	L'enfant aime chanter ou danser avec de la musique	5,2
39	L'enfant marche et court sans tomber, ni trébucher ou se cogner à tout bout de champ	5,7
40	L'enfant peut prendre plaisir aux jeux brusques, si sa mère lui montre que c'est amusant et sans danger	7,2
41	L'enfant accepte qu'une nouvelle personne prenne ou partage un de ses objets	6
42	Lorsque des personnes qu'il ne connaît pas arrivent à la maison, l'enfant court vers sa mère avec un sourire timide	6,3
43	Lorsque des invités arrivent à la maison, la première réaction de l'enfant est de les ignorer ou de les éviter, même s'il se montre plus proche par la suite	3,5

44	Lorsqu'il est avec des invités, l'enfant aime le contact proche avec eux, grimper sur leurs genoux, etc	4,7
45	L'enfant aide sa mère lorsque celle-ci le soulève, (en mettant les bras autour de son cou, en se tenant à elle, etc)	8,5
46	Lorsque sa mère veut simplement l'aider, l'enfant réagit comme si elle voulait le déranger	1,5
47	L'enfant calque certaines attitudes ou certaines façons de faire les choses sur la conduite de sa mère	7
48	Lorsque l'enfant a l'impression qu'une activité est trop difficile pour lui, il ne persévère pas ou perd tout intérêt	2,7
49	L'enfant est intrépide et courageux	4
50	L'enfant ignore les invités qui viennent à la maison. Il trouve ses activités plus intéressantes	3,2
51	Lorsque l'enfant finit une activité ou un jeu, il trouve généralement quelque chose d'autre à faire sans retourner vers sa mère	3,8
52	Si l'enfant est craintif à l'égard d'un objet et que sa mère le rassure, il ose s'en approcher et jouer avec	8,5
53	Lorsque l'enfant joue de façon vive avec sa mère, il peut cogner, griffer ou mordre	1,8
54	Lorsque l'enfant est de bonne humeur, il le reste toute la journée	5,5
55	Avant même d'essayer de faire les choses par lui-même, l'enfant cherche à obtenir de l'aide	2
56	L'enfant est déconcerté ou mécontent lorsque sa mère lui fait changer d'activité (même s'il s'agit de quelque chose qu'il aime bien)	1,8
57	L'enfant est affectueux avec les invités, si ceux-ci sont amicaux à son égard	7
58	Lorsqu'il y a des invités à la maison, l'enfant veut être le centre de l'attention	4
59	L'enfant demande rarement l'aide de sa mère	2,3
60	Lorsqu'il entre dans une pièce où se trouve sa mère, l'enfant la salue, lui fait un sourire, lui montre un jouet, l'appelle, etc	8
61	Après avoir été effrayé ou bouleversé, l'enfant se console si sa mère le prend dans les bras	8,8
62	Si des visites rient ou approuvent ce qu'il fait, l'enfant va le répéter plusieurs fois	4,5
63	Si sa mère ne fait pas immédiatement ce qu'il désire, l'enfant se comporte comme si elle n'allait pas le faire du tout (fait des caprices, se fâche, part faire autre chose, etc)	1,5
64	A la maison, l'enfant se trouble ou pleure lorsque sa mère sort de la pièce où il se trouve (qu'il la suive ou non)	1,2
65	S'il peut choisir, l'enfant préfère s'amuser avec des jouets plutôt que de jouer avec des adultes	3,2
66	Lorsque sa mère lui demande de faire quelque chose, l'enfant comprend vite ce qu'elle veut (qu'il obéisse ou qu'il n'obéisse pas)	7,7
67	L'enfant aime être porté ou embrassé par des adultes autres que ses parents ou grand-parents	4,5
68	L'enfant se met facilement en colère avec sa mère	1
69	L'enfant observe les expressions de sa mère pour savoir que faire lorsque quelque chose lui semble risqué ou menaçant	8,5
70	L'enfant utilise les pleurs comme un moyen pour obtenir quelque chose de sa mère	1,8
71	L'enfant a quelques jouets privilégiés ou quelques activités préférées avec lesquelles il passe la plus grande partie de son temps de jeu	4
72	Lorsque l'enfant s'ennuie, il va vers sa mère pour trouver quelque chose à faire	6,5
73	L'enfant essaie d'être propre et soigneux dans ses activités	5
74	L'enfant est très attiré par les nouvelles activités et les nouveaux objets	7,5
75	L'enfant s'amuse lorsque sa mère l'imité ou lorsqu'elle joue à faire semblant	6,5
76	Lorsque sa mère rit ou approuve ce qu'il fait, l'enfant le répète plusieurs fois	5,8
77	Lorsque quelque chose le perturbe fortement, l'enfant reste là où il se trouve et pleure	1,2
78	Les mimiques de l'enfant sont claires et expressives lorsqu'il joue	6,5
79	Si sa mère s'éloigne trop, l'enfant la suit et continue à jouer près d'elle	8,3

(Pierrehumbert B. et al. ,1995,p p.9-10)

الملحق رقم 4:

قائمة الأساتذة المحترمين المحكمين لمقياس التعلق Q-sort (الصيغة العربية)

الجامعة	الدرجة العلمية	الأستاذ
جامعة عمار ثليجي الأغواط	أستاذ محاضر - أ-	داودي محمد
جامعة الجزائر -2-	أستاذة التعليم العالي	كلتوم بلميهوب
جامعة الجزائر -2-	أستاذة التعليم العالي	فاطمة موسى
جامعة الأغواط	أستاذ محاضر - ب-	عموم رمضان
جامعة سيدي بلعباس	أستاذ محاضر - ب -	منصوري زواوي
جامعة الأغواط	أستاذ محاضر - أ-	بن ساعد أحمد
جامعة الأغواط	أستاذ محاضر - أ-	عرعار سامية
جامعة ورقلة	أستاذ التعليم العالي	أبي ميلود عبد الفتاح
جامعة وهران	أستاذ محاضر - أ-	سبع فاطمة
جامعة الأغواط	أستاذ محاضر - أ-	بوفاتح محمد

الملحق رقم 5

مقياس تعلق الراشدين لأبوغزال و جرادات

سن الأم : تاريخ اليوم :

تصف الفقرات التالية علاقاتك مع الناس بشكل عام. أرجو أن تقرأ كل فقرة ، و من ثم تضع دائرة على أحد الأرقام من 0 إلى 5 ، لتحدد إلى أي مدى تنطبق عليك تلك الفقرة .

الرقم	الفقرات	0	1	2	3	4	5
1	ألاحظ أن الآخرين لا يرغبون في الاقتراب مني .						
2	من الصعب عليّ أن أثق بالآخرين تماما						
3	لأنني أقترب من الناس كثيرا، أجد أنهم يفضلون البقاء بعيدا عني.						
4	أكون مرتاحا عندما أكون قريبا من الآخرين.						
5	من المهم بالنسبة لي أن أكون مستقلا عن الآخرين.						
6	لا يقدرني أو يحترمني الآخرون، تماما كما أقدرهم أو أحترمهم.						
7	لا أقلق عندما يقترب مني شخص ما كثيرا.						
8	أفضل أن يكون الآخرين مستقلين عني.						
9	رغبتني في الاقتراب من الآخرين تفوق غالبا رغبتهم في الاقتراب مني.						
10	أعرف أنني سأجد من يساعدني عندما أحتاج إلى مساعدة .						
11	لا يوجد مشكلة بالنسبة لي إذا اعتمد الآخرون عليّ.						
12	لا أقلق عندما أكون وحيدا، فأنا لست بحاجة ماسة للآخرين.						
13	لدي انطباع أنني أحب الآخرين أكثر مما يحبونني.						
14	من السهل عليّ أن أكون علاقات حميمة مع الآخرين .						
15	أفضل أن أقوم بواجباتي بنفسي ، دون مساعدة من الآخرين.						
16	أرغب في الاقتراب من الآخرين كثيرا ، مما يجعل الناس أحيانا يبتعدون عني .						
17	أشعر أنّ الناس الآخرين لا يحبونني.						
18	أحب أن أكون مكتفيا ذاتيا.						
19	إنني واثق أن الآخرين سوف يساعدونني إذا احتجت لهم .						
20	أكون مرتاحا عندما لا يتدخل الآخرون في شؤوني الخاصة .						

الملحق رقم 6 :

مقياس الاكتئاب لبيك (الصيغة المختصرة) BDI

سن الأم : تاريخ اليوم :

في هذا الاستبيان مجموعة من العبارات , الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى , ثم تضع دائرة حول رقم العبارة (0 أو 1 أو 2 أو 3) التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم .

0-أنا لا أشعر بالحزن.

1-أنا أشعر بالحزن و الكآبة .

2-أنا مكتئب أو حزين طول الوقت و لا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة.

3- أنا حزين و غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك .

0-أنا لست متشائما فيما يتعلّق بالمستقبل .

1-أنا أشعر بان مستقبلي غير مشجع .

2-أنا أشعر بأنه ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل .

3-أنا أشعر أن المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن .

0-أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل.

1-أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص العادي .

2-كلما أعود بذاكرتي للوراء كلما رأيت في حياتي الكثير من الفشل .

3- أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

0-أنا راض .

1- أنا أشعر بالملل أغلب الوقت .

2-أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضا من أي شيء بعد الآن .

3-أنا غير راض على كل شيء .

0-أنا لا أشعر بأنني آثم و مذنب .

1- أنا أشعر أنه لا قيمة لي في أغلب الوقت .

2-أنا أشعر بالإثم و الذنب .

3-أنا أشعر أنني عديم القيمة .

0-أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي .

1-أنا فاقد للأمل في نفسي .

2-أنا مشمئز من نفسي .

3-أنا أكره نفسي.

0-أنا ليست لدي أفكار للضرر بنفسي.

1-أنا لدي أفكار للضرر بنفسي لكن لا أنفذها .

2-أنا أشعر بأنه من الفضل أن أموت .

3-لو استطعت لقتلت نفسي.

0-أنا لم افقد اهتمامي بالناس.

1-أنا أقل اهتماما بالناس مما قبل .

2-أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس و لدي مشاعر قليلة اتجاههم.

3-أنا فقدت كل اهتمامي بالناس و لا أهتم بهم على الإطلاق.

0-أنا اتخذ القرارات بنفس الفعالية مما قبل .

1- أنا أحاول تأجيل القرارات .

2-أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات .

3-أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرار بعد الآن .

0-أنا لا أشعر بأنني أسوء مما اعتدت أن أظهر عليه من قبل.

1-أنا مشغول و قلق على أنني أظهر كبير السن و غير جذاب .

2-أنا مشغول لأن هناك تغيرات بمظهري تجعلني غير جذاب .

3-أنا أشعر بأنني قبيح المظهر.

0-أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت .

1-أبذل جهدا لكي أبدأ العمل .

2- يجب علي أن أدفع نفسي بقوة كي أعمل .

3- أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

0-أنا لا اتعب أكثر مما تعودت عليه .

1-أنا أشعر بالإجهاد بسهولة .

2-أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء .

3-أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

0-شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد .

1-شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت .

2- شهيتي أصبحت أسوء الآن.

3-أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا .

الملحق رقم: 7 استبيان البحث

الحالة رقم : اسم الباحث :

بيانات تخص الرضيع :

الجنس : ذكر أنثى السن بالأشهر:

الرتبة: الأول الثاني الثالث

المدة اللازمة لنوم الرضيع : أقل من 10 د 10 د 20 د 30 د ساعة أكثر

مكان نوم الرضيع : في مهد الرضيع في غرفة أخرى في مهد الرضيع بنفس الغرفة .

في سرير الوالدين .

وقت النوم في الليل : (.....) ساعة

وقت الاستيقاظ في الصباح : (.....) ساعة

عدد مرات الاستيقاظ في الليلة : و لا مرة واحدة اثنين ثلاثة أكثر

مدة كل استيقاظ : أقل من 10 د 10 د 20 د 30 د ساعة أكثر

هل تعاني من نوم ابنك ؟ نعم لا

متى ظهرت اضطرابات النوم لديه ؟

هل تجدين هذه المشاكل الصحية عند رضيعك؟ مشاكل الإخراج مشاكل في الرضاعة

الايكزيما الربو مغص قيء إرجاع فقدان الشهية لا شيء

بيانات تخص الأم:

السن :

المستوى التعليمي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

العمل : عاملة مأكثة بالبيت

الحالة العائلية : متزوجة مطلقة منفصلين أرملة أم عازبة