



الدليل العملي لرعاية ضحايا الصدمة

عدد 4

**مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف:
ماذا بعد التكفل النفسي؟**

د. سعدون جديرة مسعودة

عدد 4 - 2012

توطئة

بينما كانت أحداث العنف المتعلق بالوضع السياسي تتواصل وتقرع أبواب الصمت والحذر في أوساط العامة كما في أوساط مهنيي الصحة النفسية، استيقظ الإنكار على أنين جراح نفسية، وبدأت مشاعر الذهول والحيرة والتبدل التي سكنت أنفسنا لعدة سنوات تتحول إلى أسئلة ، فبدأنا بـ ماذا؟ ولماذا؟ ثم قلنا كيف؟ وما العمل؟ وماذا بعد؟

ثم صارت أحاديثنا عن ماهية الصدمة النفسية وعواقبها تصير أطول، وراحت مكتباتنا تتسع بالتدريج لإحتواء بعض ما قيل عن الصدمة وكيف تم التكفل بالأشخاص المصدومين راشدين ومراهقين وأطفال، وصرنا نبحت عن مشاركتنا همّنا ويفهم أسئلتنا، سواء بين زملاء الجزائريين أو من خارج الوطن، فتضاعفت اللقاءات والتدريبات والتربصات في الخارج مع نفسانيين ومنتدخين إجتماعيين وأطباء سايكاتريين ممارسين وباحثين في مجال الصدمة.

هكذا حوّل الواجب الإنساني والمسؤولية المهنية والعلمية الهمّ الذاتي إلى إهتمام موضوعي، غير أن حالنا في البداية كان تماما حال الشخص المصدوم الذي تتعطل لديه قدرات التفكير والإرسان والفهم، وتجتاحه أحاسيس العجز وفقدان التحكم، وتخونه أدواته وأساليبه المعتادة في تسيير أموره وحل مشاكله، فاحتمينا كثيرا بما قاله مُنظرو الصدمة وتصنيفاتهم وتجاربهم العيادية ، ورحنا نبحت فيها عن ما يمكن أن ينطبق على واقعنا كنفسيين وباحثين جزائريين نعيش أحداث العنف وعواقبها.

شكلت تلك المراجع والنظريات في البداية عزاءً لشعورنا بالعجز وعدم الفهم أمام من كانوا يواجهون صدمات وشدائد، هؤلاء الذين طال إنتظارنا لقدمهم إلى عيادتنا والتي قررنا أن تكون مجانية إعترافا منا بكونهم ضحايا، إنتظرناهم ثلاث سنوات بينما كنا نتساءل ونتكوّن وندرس، لم يأتوا لطلب المساعدة، لماذا يا ترى؟ ربما كنا في مكان بعيد عن مسرح الأحداث، ولعلّ التنقل إليه يشكل عبئا على الضحايا، وسرعان ما فهمنا أن العنف المقصود يُحدث القطيعة في حياة الأفراد والجماعات، يفكك الأواصر ويزرع الشك والحذر وفقدان الثقة بين الأفراد، فمن يمكنه مساعدة من؟ هذا من جهة، ومن جهة أخرى، فهمنا أيضا بأن الصدمة سياق يتبلور بالتدريج وعلى مراحل قد تدوم سنوات، وأن الشخص المصدوم لا يعي حاجته للمساعدة مادام مستمرا في مواجهة العنف ومادام يصارع من أجل البقاء على قيد الحياة، ولا تأخذ معاناته شكلا عياديا إلا بعد أن يعود إلى الإيقاع العادي للحياة ويصبح مطلوبا منه أن يعيش، فنتبين إستحالة العيش بينما حياته النفسية لم تدمج بعد فقدان والأحداث والتهديدات التي أصابته أو أصابت ذويه أو/ وجماعته.

كان علينا إيجاد من أين نبدأ وكيف؟ فكانت فكرة إجراء بحث ميداني يصف لنا واقع الصحة النفسية والإجتماعية للأفراد فكرة صائبة، حيث سمحت لنا بالخروج من مكاتب الإستشارة النفسية إلى الميدان، سمحت بنوع من التواصل المباشر مع الأفراد وعائلاتهم، في بيوتهم ومقرات عملهم وفي المقاهي وحتى في المساجد، كان البحث فرصة لإخبارهم أننا نفسانيون وأنا موجودون ونحاول فهم ما يشعرون به حتى نعرف كيف نساعدهم و نتكفل بمعاناتهم.

الأداة التي استعملت في هذا البحث إحتوت أسئلة متناهية الدقة، ولاشك أنها سمحت لمن شاركوا في بحثنا بتسمية ما كانوا يحسونه، أو ما كانوا يلاحظونه على ذويهم وقلذات أكبادهم، أحيانا كانت أعينهم تغرورق بالدموع لأن السؤال كان كالبلسم على الجرح، أعطى إسماً وربما معنى للألم الذي يقرضهم من الداخل، أما عندما لم يكونوا معنيين ببعض الأعراض، ففي كثير من الأحيان كان الواحد منهم يقول لنا أنا بخير لكن إبني أو ابنتي أو أختي أو عمي ليس على ما يرام.

زودنا التحليل الكمي والكيفي لنتائج البحث، بالإضافة إلى ملاحظتنا النوعية في الميدان، برؤية أقرب وأكثر واقعية عن سكان منطقة سيدي موسى التي كانت من بين المناطق التي استهدفها البحث. كان لابد من الإقتراب أكثر حيث معاناة الأطفال والأمهات والآباء من خلال افتتاح مركز المساعدة النفسية والإجتماعية في سيدي موسى، واستكشاف احتياجاتهم وإيجاد أسلوب للعمل العيادي معهم. هذا الأخير أي النفسي وعمله العيادي، كان عنصرا جديدا في عالمهم المعرفي، غامض ومجهول، يشبه تارة الطبيب فهو يستمع للشكوى ويسأل عن الوجد الجسمي والنفسي، ولكن ليس تماما، فلا وصفات طبية ولا حقن، ويشبه تارة أخرى الجمعية الخيرية، فالخدمة مجانية، ولكن ليس تماما، فلا مساعدات عينية ولا صدقات، كان على هذا العنصر الجديد حتى يُفهم أن يكون جاهزا ومرئيا ومتوقعا، وواضح الإطار مكانا وتوقيتا، وكان لابد أن تحكمه أخلاقيات مهنية، تضع مصلحة وسلامة كل من الضحايا والمتدخلين محط العناية والحماية.

هكذا تعلم الضحايا بالتدريج كيفية استعمال هذا المورد الجديد، حيث كان الآباء في أول الأمر أكثر إنصاتا وإنتباها للتغيرات السلوكية والإنفعالية والمعرفية التي اعترت أولادهم ، وسارعوا بهم إلى النفسي، يقول لسان حالهم بلهفة وحسرة " وليدي ولامايقدرش يرقد، وإذا غافله الرقاد ينوض مفزوع وهارب ويقول راهم جاو... " ، "ما نيش فاهمة واش بها بنتي، ولات ماتهدرش، تبكي بزاف وديما في الشوكة وحدها". غير أن الأعراض التي كان الأطفال حاملها ومُبلغيها وكنا نحن المُؤتمنين عليها، كانت في كثير من الأحيان صدى لما تعانيه الأسرة بكاملها من فقر وتهميش، ترحال قصري، لأمن وخوف وتهديد مستمر وفقدان المعيل... إلخ

لم تكن هنالك وصفات أو نماذج تقول لنا كيف نعمل مع وضعيات الشدائد التي يتم إحضارها إلينا، حيث تعددت النظريات بين تحليلية ومعرفية سلوكية ونسقية -نظمية، كما تنوعت الأساليب العيادية بين الإستشارة العيادية الفردية ومجموعات الكلام والعلاجات الجماعية والعائلية وورشات اللعب والنشاطات الحسية الحركية ، ضف إلى ذلك التكفل الإجتماعي والقانوني.

كان لابد من التفكير في أساليب العمل مع الصدمة واختيار أنسبها لكل حالة، أو مجموعة، في معظم الحالات كان الهدف هو تحسين المعاش النفسي للفرد من خلال محاولة ربط ما قبل الصدمة بما بعد الصدمة، وبعث نوع من الإستمرارية في الحياة النفسية، ومحاولة إعادة حياكة نسيج الروابط والعلاقات بين أفراد الأسرة الواحدة واسترجاعهم من رحلة العزلة والإنقطاع عن الآخر، كما كان من الضروري العمل على استعادة كفاءات اللعب والمتعة واستثمار الفضاء عند الأطفال.

يُعد هذا الكتاب الذي تضعه صديقتي وأستاذتي مسعودة سعدوني غديري بين أيدي القراء مرجعاً نظرياً في الصدمة النفسية لدى الأطفال والمراهقين، وكيفية التكفل بهم، مدعوماً بتحليل أو تتبع لتجربة ميدانية دامت عشرية كاملة من العمل العيادي والتكفل الإجتماعي والقانوني بالأطفال ضحايا العنف وأسرههم. هو تتبع ينشغل بمصير أولئك الأطفال الذين كانوا يوماً ما محط نوايانا الطيبة وموضوع تفكيرنا العيادي وإهتمامنا الإنساني، هم اليوم مراهقون على مشارف الرشد، كيف هي حياتهم النفسية، الإجتماعية والدراسية والمهنية؟

تقاسم العديد من الزملاء هذه التجربة التي عاشتها الكاتبة بكثير من الشغف والإلتزام ولكن أيضاً بكثير من التضحيات والتحمل على الذات، ولكن يعود لها الفضل في التأريخ لها ونقلها لطلبة وأساتذة علم النفس بصفة خاصة وجمهور القراء بصفة عامة.

سليمة طاجين، نفسانية عيادية و أمينة عامة-SARP، أستاذة بجامعة الجزائر2

"ترفض الأشباح أن ترتاح في قبورها إلا بعد أن تُروى قصتها"

شكر و عرفان

يعود الفضل الكبير إلى كل الأفراد الذين أتوا لطلب المساعدة بمركز المساعدة النفسية الكائن بمنطقة سيدي موسى و ضواحيها، و لا سيما الأطفال؛ لو لاهم، لم يرَ هذا الكتاب النور.

نودّ أن نشكر كل مجموعة البحث التي قبلت الحضور إلى المركز لإجراء المقابلة و تمرير المقاييس، و نحن نعرف كم هو صعب للرجوع إلى الماضي و التكلم عنه من جديد، بعد ما ظننا أننا إنتهينا منه و أنهينا الحداد لنسير إلى الأمام في حياتنا. و لا يغيب عنا أن نعتذر لهؤلاء الذين رفضوا، لأننا أعدنا إحياء جروح؛ ربما لازات مفتوحة و لم تُضمّد بعد، فالحداد بالنسبة لهم عمل شاق و مُعقد، فمعدرة.

نشكر جزيلاً الأستاذة شريفة بوعطة على مساعداتها و توجيهاتها و تشجيعاتها طوال فترة إنجاز هذا العمل، الذي لم يكن صدفة، و إنما هو ثمرة بحث و تفكير و مجهودات، قبل الوصول إلى الهدف، ألا و هو تقييم و تأريخ عملنا العيادي مع الأطفال المصدومين من جراء العنف.

نتوجّه بالشكر الخالص و إمتناننا العميق إلى فريدة لافير التي كانت مصدر إلهام من خلال تشجيعاتها و تحفيزاتها و مساندتها الثابتة. كما نشكر عزيزة أوسعد عن مساعدتها القيمة و تشجيعاتها المتواصلة، شكراً لك فاطمة الزهراء بن حميدة بوقاف، على توجيهاتك في الإعلام الآلي.

القائمة طويلة؛ و لا نودّ أن نترك أحداً؛ إلا أننا لا يمكننا ذكر كل من كان سندا لنا في إنجاز هذا العمل العلمي، نخص بالذكر؛ ليس للحصر: بدر الدين غديري، صالح العبودي؛ رشيد مسيلي، خالد نور الدين؛ الطيب بلعربي، حسين نواني، سليمة طاجين؛ حسيبة شرابطة؛ حورية غربي؛ حسينة حوسين؛ سميرة حوسين، عليا دار البيضاء، لوهاب فرقاني، سليم عبد الوهاب سوان، فتيحة بن موفق، صليحة ، مليكة، نورة سعدوني، أوجيت ماجيد، فتيحة بن خليفة، عمي صالح...

يُعتبر هذا الكتاب سجلاً للذاكرة و شهادة لمعانة كل الأطفال المصدومين الذين تعرضوا إلى العنف.

الإهداء

إلى روح أمي و أبي
إلى طارق و عماد بوقاف؛ قرة عينيّ

الفهرس

.....	الملخص
.....	المقدمة
.....	الإشكالية
.....	الفرضيات

الجانب النظري

الفصل الأول: الإنعكاسات السيكولوجية للعنف المقصود في الجزائر

.....	تمهيد
.....	I - الإرهاب في العالم
.....	1-نبذة تاريخية عن الإرهاب في العالم
.....	2-محاولات تعريف الإرهاب
.....	3-تصنيف الإرهاب
.....	4-الإنعكاسات السيكولوجية و الجسمية للإرهاب
.....	II - الإنعكاسات السيكولوجية للعنف المقصود في الجزائر
.....	خلاصة الفصل

الفصل الثاني: الصدمة النفسية

- تمهيد.....
- 1-ظهور مفهوم الصدمة النفسية.....
- 2- تناول التحليل النفسي.....
- 3-تناول المدرسة الفرنسية.....
- 4- الصدمة / الكارثة: علم النفس الكارثي.....
- 5- الصدمة المعقدة (trauma complexe).....
- 6-تناول الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA).....
- 7- مظاهر و تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM-IV-TR.....
-خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث: نمو الطفولة

- تمهيد.....
- 1 - مفهوم النمو.....
- 2 - مراحل النمو النفسي الجنسي.....
- 2-أ المراحل ما قبل التناسلية.....
- 2-ب مرحلة المراهقة.....
-خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: الصدمة النفسية عند الأطفال

- تمهيد.....
- 1 - البحوث المتعلقة بآثار الصدمة لدى الأطفال.....
- 1-أ- نبذة تاريخية عن الإهتمام بالصدمة عند الأطفال.....
- 1-ب- ردود الفعل السيكولوجية للأطفال للأعمال الإرهابية.....
- 2-أعراض الصدمة النفسية عند الأطفال حسب PTSD.....
- 3- الأعراض النفسية الجسمية:.....
- 4-عواقب الأحداث الصادمة على الأطفال.....
- 5- الحداد الصدمي عند الأطفال.....
- 6- وماذا عن أطفال الجزائر؟.....
- خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: التكفل النفسي للأطفال المصدومين

- تمهيد.....
- 1- علاج الصدمة عامة:.....
- 2- أنواع العلاجات النفسية:.....
- 2-أ- العلاجات المعرفية.....
- 2-ب- العلاجات السلوكية.....
- 2-ج- EMDR.....
- 2-د- العلاجات الجماعية.....

-2-هـ- العلاجات المستمدة من التحليل النفسي.....
-2-و- العلاجات العائلية.....
-3- علاج الأطفال المصدومين.....
-4- فعالية علاجات الصدمة النفسية عند الأطفال.....
-خلاصة الفصل و الجانب النظري.....

الجانب الميداني

الفصل السادس: مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى

-نبذة تاريخية عن المركز.....
-1 تقديم المركز.....
-2 ماهم و خدمات المركز.....
-3 نظام التسيير.....
-4-إستثمار المركز.....
-5-المعاش النفسي للفرقة في البداية.....
-6-نشاطات المركز لسنة 2010.....

الفصل السابع: منهجية البحث

-1-منهج البحث.....
-2-مجتمع البحث.....
-3-عينة البحث.....
-4-أدوات الدراسة.....
-5-الأساليب الإحصائية المستخدمة.....

6- صعوبات واجهت الباحثة أثناء الدراسة.....

الفصل الثامن: عرض و تحليل النتائج.....

1- عرض وصف و تحليل نتائج عينة الدراسة.....

2- مناقشة النتائج.....

3- استنتاج عام و آفاق.....

قائمة المراجع.....

الملاحق

المقدمة

تعرّض الجزائريون لمدة عشرية كاملة (1989 – 1999) إلى العنف، منها مجازر جماعية ؛ اغتيالات؛ إختطافات؛ وإغتصابات...كنتيجة لذلك، تضرّرت عدة مناطق عبر الولايات، بأشكال متفاوتة في الخسائر الإنسانية و المادية. فتركت هذه الأحداث أثراً صدمية لدى الأفراد؛ سواء كانوا أطفالاً، مراهقين، أو راشدين. وغالبا ما كان الأطفال شهوداً عياناً لأعمال العنف؛ هذا؛ إذا لم يكونوا قد تعرضوا مباشرة إلى تلك الأعمال المروعة.

من المؤكد أن هذه الأحداث خلفت أثرا في نفوس الأطفال؛ لا سيما أنها كانت مرتكبة من طرف الراشدين الذين كان من المفروض أن يُوفروا لهم الحماية و الرعاية . و الواضح أن الأطفال يعانون الصدمات النفسية مثلهم مثل الراشدين و أن الإنعكاسات على الصحة والنمو طويلة المدى.

كان يُعتقد منذ زمن طويل أن الأطفال لا يتأثرون بالأحداث الصادمة (évènements traumatogènes)، غير أن في الوقت الحالي؛ تظن الأخصائيون (أطباء و نفسانيون) و أدركوا مدى معاناة و آلام الأطفال؛ ؛ ومنها تزايد الإهتمام بدراسة الصدمة النفسية عند الأطفال، بهدف فهم هذه الشريحة من أجل ضمان تكفل مناسب و وقاية في المستقبل لتحسين الأطفال من الأحداث الصادمة (L.Terr،1991،K.Sadlier،2006، L.Bailly،2003، Seguin-Sabouraud،2006،L.Jehel،2006،G.Lopez،2006، E.Yona،1999).

لقد بينت لنا تجربتنا في الميدان مع ضحايا العنف، بصفتنا ممارسين عياديين بمركز المساعدة النفسية الكائن ببلدية سيدي موسى¹، أن الأحداث قد تركت أثرا وخيمة في نفوس الأطفال، ومزقت النسيج العائلي والإجتماعي اللذان يعتبران مصدر الأمان و الحماية و الدعم؛ مما أدى إلى معاناة نفسية شديدة، ويظهر هذا من خلال تعاملنا مع هذه الشريحة، حيث لاحظنا أن الأغلبية منها تعاني اضطرابات سيكولوجية متفاوتة، ويأتي الرسوب المدرسي في الواجهة و الذي يخفي أعراضا مَرضية نكتشفها أثناء تكفلنا بهؤلاء الأطفال، ومن بين هذه الأعراض، نجد انتشار اضطرابات نفسية صدمية (psychotraumatismes) نتيجة ما عاشوه من أحداث صادمة، ومن هنا يمكننا القول أن الأطفال الذين تعرضوا إلى العنف المقصود يعانون اضطرابات مثلهم مثل الراشدين مما جعلنا نراجع طرق التكفل النفسي التقليدي لإدخال تعديلات و إضافات من أجل المساعدة النفسية الملائمة، و سنتطرق لها أثناء عرضنا للتكفل النفسي بالأطفال المصدومين و الفصل الخاص بمركز المساعدة النفسية بسيدي موسى .

¹ مركز المساعدة النفسية في أبريل 2000، انظر الفصل السادس الخاص بتقديم المركز. SARP فتحت

تناولنا في الجانب النظري في الفصل الأول، العنف المكثف من صنع الإنسان و عواقبه في العالم، بصفة عامة، و الإنعكاست السيكولوجية على المجتمع الجزائري، بصفة خاصة. ركزنا إهتمامنا على عرض نتائج البحث الإبيديميولوجي حول الصحة لدى السكان الذي قامت به فرقة البحث بـ SARP. فقدمنا النتائج المترتبة عن العنف المقصود الذي عاشته الجزائر و كيف أصبح مصير الضحايا من حيث الوضع الإقتصادي والإجتماعي و المعاناة النفسية لدى السكان في منطقة سيدي موسى و ضواحيها.

تطرقنا في الفصل الثاني إلى مفهوم الصدمة حيث ركزنا على أربع مقاربات لشرح و تفسير الصدمة: المقاربة التحليلية، المدرسة الفرنسية، ثم علم النفس الكوارثي، و يليها تناول الرابطة الأمريكية (APA) التي أتت بمفهوم إضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) في الدليل الإحصائي للإضطرابات العقلية: DSM-IV-TR، في صيغته الأخيرة المراجعة (2004-2000). و قمنا بترجمة كاملة لمعايير PTSD من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، لتكون مرجعاً في متناول الباحثين و الطلبة. و جدير بالذكر أننا نتبنى في بحثنا هذا؛ تناول APA، نظراً لطبيعة بحثنا، و لا يمنعنا هذا من اللجوء إلى مقاربات أخرى، نراها تفيدنا في تفسير و شرح بعض الظواهر النفسية.

أما الفصل الثالث؛ قدمنا فيه نمو الطفولة حسب النظرية التحليلية و بعض المقاربات الأخرى، إلا أننا خصصنا بالشرح مرحلة الكمون بما أنها تمثل موضوع بحثنا، و عرضنا بإختصار المراهقة لأن سن مجموعة بحثنا أثناء مرحلة التقييم يتراوح بين المراهقة و بداية الرشد.

قدمنا عرضاً و تحليلاً مُلمين و شاملين حول الصدمة النفسية عند الأطفال في الفصل الرابع، بما أن إهتمامنا الأساسي في هذه الدراسة هو مراجعة الأدبيات الحديثة التي تناولت السببية للصدمة عند الأطفال في سن مبكر و الكمون و العواقب ذات البُعدين القريب و الطويل. يتمثل هدفنا في التعرف على إنعكاسات الأحداث الصادمة، و لا سيما تلك المعروفة بالصددمات المزمنة و المعقدة و ما سيكون مصير الأطفال لاحقاً، أي في سن الشباب و الرشد. و ما يهمنا هنا على الخصوص، هم أطفال الجزائر و ما عاشوه من أحداث مروعة لسنوات خلت.

يلي الفصل الخامس الذي تناول فيه التكفل النفسي للأطفال المصدومين، و مرة أخرى، عرضنا بالتفصيل أهم ما ورد في أدبيات الموضوع ؛ لننتعرف على ما جدّ من جديد في المساعدة النفسية عامة، و التكفل بالأطفال الذين تعرضوا إلى الصدمات، خاصة، من صنع الإنسان، أو بما يُعرف بالعنف المقصود. فعرضنا مختلف المقاربات: التحليل النفسي، العلاجات السلوكية-المعرفية، العلاج الفردي و الجماعي و العائلي، أردنا من خلال ذلك برهنة فعالية، أو عدم فعالية، المقاربات الموجودة، لنقدم نموذجنا الخاص للتكفل بمركز

المساعدة النفسية بسيدي موسى في الفصل السادس الذي أدرجناه ضمن الجانب الميداني. يتضمن الفصل السابع منهجية البحث، بصفة عامة: منهج البحث، مجموعة البحث، أدوات البحث، إلى غير ذلك. و أخيراً؛ قدمنا نتائج بحثنا مع التحليل و التعليل فيما يخص فرضياتنا و مناقشة ما توصلنا إليه، في الفصل الثامن، و أنهيناه بحوصلة تركيبية و تقييمية للبحث مع الآفاق.

الإشكالية :

إن عملنا منذ إحدى عشر سنة مع ضحايا العنف المقصود بمنطقة سيدي موسى التي كانت مسرحاً لعنف مكثف و مستمر لأكثر من عشرية كاملة، جعلنا نهتم بصفة خاصة بالأطفال الذين تعرضوا- مباشرة أو غير مباشرة- إلى أحداث صادمة.

أدى السياق العام للعنف الذي مرّت به الجزائر منذ الثمانينات (أحداث 5 أكتوبر 1988، ثم العنف المقصود)، إلى غاية أواخر التسعينات؛ إلى تحولات سياسية و ثقافية و دينية و مجتمعية، و سيكولوجية و حتى عالمية. يمكننا القول أنه ليس بالإمكان فصل هذه الأبعاد بعضها عن بعض، لأنها متداخلة و يصعب تفكيكها، دون إحداث خلل أو "عطب". كما لا يمكننا أخذ الفرد منعزلاً عن بيئته و تجريده من أصلته و جذوره. هذا السياق إذن، هو الذي جعلنا نستقبل في ممارساتنا العيادية بمركز المساعدة النفسية بسيدي موسى؛ أطفالاً و مرهقين و نساء و في بعض الحالات رجالاً في معاناة بسبب الصدمات النفسية التي خلفها العنف المقصود الذي دام طويلاً.

إهتمامنا بمصير الأطفال الذين عاشوا الأحداث الصادمة، و تعاملنا مع الأطفال المصدومين أدى بنا إلى التفكير في البُعد الطويل بعد مرور السنين، عندما يصبحون مرهقين و شباباً، ثم راشدين: كيف سيكون حالهم يا ترى؟ لجأنا حينها إلى مراجعة الأدبيات حول الصدمات النفسية لدى الأطفال، فتبين لنا أن الاعتقاد الذي كان سائداً من قبل بأن فترة الطفولة هي أجمل فترات الحياة، و أنها خالية من الضغوط و المعاناة النفسية التي يعاني منها الكبار، غير صحيح، حيث تؤكد الحقيقة العلمية أن الأطفال يعانون هم كذلك؛ اضطرابات نفسية مثل الكبار- و هذا ما نلاحظه باستمرار- و لكن تنقسم الوسيلة للتعبير عن معاناتهم. فمنهم من يعاني اضطرابات القلق، و الكآبة، و ضعف الإنتباه، و اضطرابات سلوكية، و أمراض نفسية أخرى دون أن يتمكنوا من وضع الكلمات عليها. يجرّنا التفكير هنا في فيلم أخرجه مدّور "douleur muette"¹. يعاني إذن الأطفال في صمت، و من سيكون الناطق بإسمهم ليدخل عالمهم؟

عند مراجعتنا للأدبيات، وجدنا عدة تناولات حاولت شرح و تفسير الصدمة عند الأطفال و مناهج العلاج، أمام تفرّع و تشعب المقاربات، إرتينا أن نقدم أهمها التي تخدم بحثنا و التي نتبناها نحن في عملنا العيادي، يعني هذا أننا متفتحين على التناولات المختلفة، و لا تقتصر على مقارنة واحدة في تفسير الظواهر النفسية. و لا يعني هذا أبداً " التميع"، بل نراها مفيدة للتقييم الشامل و الواسع النظر. يُذكرنا هذا بقول Arnold Lazarus (2000) "على النفسي أن يختار التقنيات التي تناسب إشكالية العميل و ليس إشكالية العميل التي يجب أن تناسب التقنيات".

¹فيلم أخرجه عز الدين مدور حول تصور الأطفال ضحايا العنف المقصود للمساءة الوطنية ووصف معاناتهم من خلال سرد ما حدث لهم.

يتناول بحثنا موضوع الأطفال المصدومين من جراء الفعل الإرهابي الذين أستفادوا من التكفل النفسي بالمركز، بعد سنوات من إنهاء العلاج، أي الآن هم مرافقون و شباب. و الهدف هو التعرف على مدى تأثير التكفل النفسي لهؤلاء الأطفال على صحتهم و نوعية حياتهم بصفة عامة، و مصيرهم المدرسي بصفة خاصة، بعد مرور سنين.

في هذا الصدد، المقاربة التي تخدم بحثنا هذا من أجل تقييم مدى أثر التكفل النفسي هي تناول الرابطة الأمريكية للطب العقلي APA، و التي صنفت مفهوم الصدمة النفسية في 1994 (DSM IV) ضمن جدول إضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD).

و بما أن البحوث الحديثة تؤكد، و كذلك عملنا العيادي، وجود الضغط ما بعد صدمة (PTSD)، لدى الأطفال مثلهم مثل الراشدين، إلا أن الأعراض الصدمية تختلف عن تلك عند الراشد، فالأعراض المذكورة في الدراسات حول الصدمة النفسية عند الأطفال هي الإنهاك المدرسي مع فقدان و تجمّد المكتسبات الدراسية، و إنخفاض التحصيل الدراسي. قد تكون الشكاوى الجسمية العَرَض السائد الذي يخفي بقية اللوحة العيادية. و تتفق الدراسات أن ما يميز الأطفال و المراهقين المصدومين هي الإضطرابات في السلوك: فقدان الشهية (Anorexie)، الجوع المرضي (Boulimie) أو السحت، المعارضة، العدائية، الهروب و سلوكيات إنتحارية، و العنف في المدرسة و العائلة.

تذكر هذه الدراسات سلوكيات الإدمان (المخدرات، الكحول) و اللجوء الى الأفعال الجنائية (L.Crocq، 1999، Yona، 1999، A.Mehdjoub، 1999، JM.Sigward، 1995، 20006، Kelson، 1998، L.Bailly، 2003، F.Sironi، 2007، MR.Mro، 2003، A.Green، 1982).

إنطلاقا مما توصلت إليه الدراسات حول الصدمات النفسية لدى الأطفال، و ما لاحظناه عند تعاملنا مع الأطفال المصدومين؛ نستطيع طرح التساؤلات التالية:

- ما مدى فعالية التكفل النفسي على تحسّن الصحة العامة للأطفال ضحايا الأحداث الصادمة مقارنة بالشكاوي التي جاءوا بها عند طلب المساعدة و عند التقييم، سنوات من بعد؟
- هل هناك إختفاء أو إنخفاض في الأعراض التي جاء بها الأطفال عند طلب المساعدة؟
- هل هناك فرق في الأعراض التي جاء بها الأطفال و الأعراض عند التقييم سنوات من بعد؟
- ما هو المصير المدرسي لهؤلاء الأطفال بعد التكفل النفسي؟

فرضيات البحث:

للإجابة عن الأسئلة المطروحة في الإشكالية، يمكننا صياغة فرضياتنا كالتالي:

الفرضية العامة:

هناك تحسّن عام في حياة الأطفال المصدومين بفعل العنف المقصود، الذين إستفادوا من التكفل النفسي.

الفرضيات الجزئية:

1- هناك إختفاء الأعراض الأساسية التي كانت موجودة عند طلب المساعدة.

2- هناك تطور و تحسن في نوعية الحياة عند الأطفال.

3- هناك تطور في التحصيل الدراسي مع مرور السنوات بعد التكفل النفسي.

من أجل إختبار فرضياتنا، إستعملنا الأدوات التالية: دراسة ملفات المستفيدين من التكفل النفسي، مقياس قائمة الأعراض، SCL-90-R ، سلم جودة الحياة، QOLS ، رانز الرورشاخ و سيرة الحياة (récit de vie).

الجانب النظري

الفصل الأول

الإنعكاسات السيكلوجية للعنف المقصود في الجزائر

تمهيد

I - الإرهاب في العالم

1-نبذة تاريخية عن الإرهاب في العالم

2-محاولات تعريف الإرهاب

3-تصنيف الإرهاب

4-الإنعكاسات السيكلوجية و الجسمية للإرهاب

II -الإنعكاسات السيكلوجية للعنف المقصود في الجزائر

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعدّ الإرهاب في الوقت الحالي موضوعاً ذا أهمية حياتية لدى الملايين من الأشخاص في العالم، وهو يحدث في البلدان الغنية والفقيرة على حدّ السواء، ينشط الإرهابيون في الحكومات الديمقراطية والسلطوية، وليس هناك سبب جذري واحد في أغلب الحالات، ولا حتى مجموعة من الأسباب متفق عليها. ومنها، حسب David Malone (2005)، تقاسم التجارب المختلفة للإرهاب يُعدّ مفتاحاً لقدرتنا (بالمفهوم العام هنا) على فهم والتعامل مع الإرهاب ومحاولة القضاء عليه وعلى آثاره.

يرى Malone (op.cit.) أن مفهوم الإرهاب وأهميته كانت مفهومة جيداً من طرف صانعي القوانين العالمية قبل هجوم 11 سبتمبر 2001 في الولايات المتحدة، وحدثت هذه الكارثة أدى إلى رفع الإهتمام بـسيكولوجية الإرهاب كتخصص أكاديمي وبحث عيادي وإجبار دراسة القضية بصفقتها من أهم أولويات صانعي رُزنامة القوانين العالمية.

إن الأمم المتحدة، لطالما وفرت مناقشات ومُلتقيات حول قضية الإرهاب، ولكن أحداث 11 سبتمبر 2001 (الذي يُشار إليه بـNine eleven) متبوعة بهجوم إرهابي على البنايات المركزية للأمم المتحدة في بغداد في 19 أوت 2003، جعل دور الأمم المتحدة مركزياً وحاسماً في المحاربة العالمية ضد الإرهاب (op.cit. Malone).

لقد تحدّى هجوم الأمم المتحدة لمواجهة الإرهاب بطرق لم تكن متوقعة من قبل، حيث أصبح الإرهاب الآن ليس "تجريبياً" بالنسبة للأمم المتحدة، وناقشت الجمعية العامة للمنظمة العالمية مطوّلاً وفي زمن طويل جداً، مفهوم وتعريف الإرهاب. وكانت عاجزة عن الوصول إلى إتفاق شامل موحد حول العلاقة بين الحكومات والإرهاب، المنظمات التحريرية والإرهاب. وبالتالي أضعف فشل المنظمة في تحديد مفهوم الإرهاب ومحاربته مصداقيتها كلها. إلا أنه هناك مجهودات تبذل للإستعجال لمواجهة الإرهاب بحيث تم تبني عدة إتفاقيات في إطار تطبيقها عالمياً، (IPA, International Peace Academy, 2003) وتدور هذه الإتفاقيات خاصة حول إتخاذ إجراءات صارمة ضد الإرهاب من طرف الدول، مثل عدم تمويل الإرهاب ومساندته، بيع الأسلحة، الخ من الوسائل التعزيزية والتدعيمية للإرهاب (IPA, 2003).

تجدر الإشارة إلى أن المنظمة الأكاديمية للسلم العالمي (IPA) إجتهدت من أجل مساعدة الأمم المتحدة للإستجابة والتعامل مع تحدّيات الإرهاب العالمي من خلال برنامجها "الأمم المتحدة والإرهاب العالمي" (IPA, 2003).

وما يهمننا هنا في هذا الفصل وفي بحثنا هو محاولة التطرق إلى الإرهاب من حيث انعكاساته وآثاره على المجتمعات عامة في العالم وعلى المجتمع الجزائري خاصة، ولذا سنحاول أولاً تقديم نبذة تاريخية وبعض التعاريف لمفهوم الإرهاب وأشكاله ومخلفاته في العالم، ثم نعرض عواقب و آثار العنف المقصود على السكان أثناء العشرية التي عاشها المجتمع الجزائري خلال التسعينات من القرن السابق.

I – الإرهاب في العالم :

1 نبذة تاريخية حول الإرهاب (Terrorisme):

استعملت هذه الكلمة لأول مرة من طرف الفرنسيين في نوفمبر من سنة 1794 أثناء الثورة الفرنسية، لتشير آنذاك إلى مناصري مذهب الرعب " la doctrine des partisans de la terreur"، كان يمارس هؤلاء الأشخاص السلطة عن طريق شن حرب عنيفة ومكثفة ضد الذين يعارضون الثورة، فكانت إذن طريقة لممارسة السلطة وليست وسيلة للعمل ضد هذه السلطة.

وتطورت الكلمة خلال القرن XIX (القرن التاسع عشر) لتشير إلى نشاط وعمل ضد الدولة وليس بعمل للدولة . فثبت هذا المعنى وأصبح يدل على أعمال ضد الحكومة في سنة 1866 بالنسبة لإيرلاندا (Irlande) وفي سنة 1883 في روسيا (Russie) وفي الهند وبريطانيا .. الخ (G.Martinet,1966).

يشير المفهوم المعاصر للإرهاب إلى الأعمال العنيفة الموجهة لنشر الرعب وممارسة الضغط على الدولة. ولقد إنتشر في شكله الحديث بوسائل الإعلام المعاصرة في الشرق الأوسط عند إغتيال الشاه نصر الدين في سنة 1896 أين غالبا ما تُنسب المسؤولية الأخلاقية، سواء كان ذلك صحيحًا أم لا، إلى جمال الدين الأفغاني. ومنها اكتسبت كلمة إرهاب معنى دلالة سلبي، فأصبحت تشير الكلمة الآن إلى الأفعال العنيفة موجهة إلى نشر الرعب وممارسة الضغط على الدولة التي، وغالبا ما تستهدف السكان المدنيين، بغرض التعذيب، القتل والتنكيل، هدف هذا الهجوم هو نشر رسائل ذات طبيعة إيديولوجية أو سياسية أو دينية، عن طرق الخوف والإشهار الإعلامي (2003, G. Chaliand).

2- محاولات تعريف الإرهاب:

من الواضح أن مفهوم الإرهاب معقد ويتضمن عدة أبعاد منها سياسية وإجتماعية وإقتصادية، ودينية وسيكلوجية، لنذكر هذه الأبعاد، ليس للحصر، هناك جوانب شتى، لا يمكننا جمعها في هذه الدراسة، لأننا لسنا مختصين في قضية الإرهاب، وإنما نسعى من وراء عرض بعض المحاولات للتعريف لتقديم بعض التفسيرات التي تخدم بحثنا، ومن المهم الإشارة إلى أن الإختلاف في تفسير مفردة الإرهاب مرجعه للتباين الأنظمة السائدة في العالم المعاصر، بناء على الإعتقاد الشائع في نظر بعضهم، بأن الإرهابي هو مُحارب ومناضل من أجل الحرية والعدالة (مثلا: حرب التحرير في الجزائر، الإنتفاضة الفلسطينية، الخ)، وأن ما يُعد فعلاً إرهابياً في بلد وثقافة ما، يكون فعلاً كفاحاً وعملاً

مشروعاً في بلد آخر، ولذا يمكن القول بأن إختلاف الآراء في تحديد تعريف واضح وعلمي للإرهاب يعود لسببين:

2-1 عدم الوقوف على الأسباب والدوافع التي أدت إلى بدء وإنتشار هذه الظاهرة وظروف نشأتها ومدى إرتباطها بالقوى الإجتماعية والإقتصادية والنفسية والسياسية.

2-ب كون مفهوم الإرهاب يتداخل مع مفاهيم أخرى مثل العنف السياسي، الجريمة السياسية، الجريمة المنظمة، وما تشكّله من تهديد لبنى المجتمع في كل ميادينه الثقافية والإقتصادية والإجتماعية (كريمة علي التكالي، 2009).

وُجّه مصطلح "الإرهاب" منذ 1970 (السبعينات) إلى ظواهر عديدة، بدءاً بالتهديدات التخوينية والترهيبية، وإلى غاية الآن، لقد فشلت الأمم المتحدة للوصول إلى إتفاق حول تعريف مقبول للإرهاب، ولازال إلى حد الآن محور نقاش من طرف عدة متخصصين وخبراء. ومن هنا، يمكن القول بأن المجهودات المبذولة لدراسة الإرهاب من منظور تعريفي قد أصبح مجهوداً من دون "نهاية" (Arvid Shukla, 2009).

توجد محاولات كثيرة جداً لتعريف مفهوم الإرهاب، حيث يستعمل المصطلح في الوقت الراهن بتكرار في القانون العالمي ومن طرف الهيئات العالمية، ولكنه لا يدل على تعريف موحد وعالمي.

يكتب الفيلسوف (Jacques Derrida, 2004) "إذا رجعنا إلى التعاريف الشائعة أو القانونية للإرهاب، نجد أنه يعني الإجرام ضد الحياة الإنسانية وإختراق القوانين (الوطنية والعالمية)، ويتضمن ذلك التمييز بين المدنيين والعسكريين (يفترض أن الضحايا هم مدنيون)، وأن هناك هدف نهائي سياسي (تأثير أو تغيير سياسة بلد ما عن طريق ترهيب السكان المدنيين)".

نذكر بعض التعاريف، ليس للحصر:

- "الإرهاب هو إستعمال عمدي للعنف (الاغتيالات، الاختطافات، القتل... الخ) لأغراض سياسية، لدرجة أن الإنعكاسات السيكلوجية (رعب، خوف) تتجاوز بكثير دائرة الضحايا المباشرين المستهدفين"، (op.cit., Gérard Chaliand).

- "كل شخص يستعمل عمداً العنف أو التهديدات لإستعمال العنف مُحدثاً الرعب أو خوفاً كبيراً ضد شخص آخر أو إحداث ضحايا، عن طريق أخذ حريتهم أو فقدان حياتهم، أو ممتلكاتهم أو أشياء أخرى، وإحداث خسارة أو تهديم ممتلكاتهم ومؤسسات إستراتيجية، سواء وطنية أو عالمية." (op.cit ; Arvid Shukla).

- يمكننا القول إذن أن التعاريف الواردة حول مفهوم الإرهاب أنه يعني ترويع وخوف شديد وإضطراب عنيف، وأنه بمثابة القتل والإغتيال والإختطاف والتخويف والتدمير واحتجاز الرهائن وتفجير القنابل والسطو وإحراق المباني والمنشآت العمومية والخاصة. وبشكل عام، هو كل عمل إرهابي له السمات التالية:
- فعل عنيف يُعرض الأرواح والممتلكات للخطر
- موجه إلى الأفراد أو إلى مؤسسات أو مصالح تابعة لدولة ما
- يسعى إلى تحقيق أهداف سياسية
- قد يكون فعلا موجهاً ضد أشخاص أو أموال.

فإذا كان هناك نوعاً من الإجماع حول بعض المظاهر للإرهاب؛ فإن تحديد مظهره تبقى معقدة وأن التعاريف المختلفة تجنّد رهانات عديدة، لاسيّما المصالح، شرعية أم لا، لهؤلاء الذين يلجأون إلى أعمال إرهابية. يعتبر فاعلو هذه الأعمال بأنها "مقاومة" أو "تمرد" شرعيين. فغالباً ما تكون الفكرة العامة والشائعة أن الإرهاب هو سلاح الضعفاء ضد الأقوياء (حرب غير متناصفة *asymétrique*) ولكن الدولة كذلك تلجأ إلى هذه الطريقة، وهنا نتكلم عن "إرهاب الدولة" حسب G.Chaliand (op.cit.)، تختلط أعمال الإرهاب بالحرب والعصاة (banditisme).

فإن تصنيف الإرهاب في أنماط (typologie) صعب بسبب تنوع وعدم تجانس الإرهاب، أما في إطار الحرب التقليدية (guerre conventionnelle)، فإنه يوجد إطار قانوني دقيق يسمى بحق الحرب، و توصف الأعمال التي تخرق هذا الحق بجريمة الحرب، ومنها، مفاهيم الإرهاب التي تخرق هذا الحق والأعمال الإرهابية تستعمل لوصف أعمال خارج الإطار المحدد والمعرف للحرب التقليدية وحق الحرب، حتى وإن كان هذا التعريف غير دقيق وليس مؤسس من وجهة نظر قانونية بحثة، وحتى إستعمال هذا الإطار لأغراض سياسية. (op.cit., Jacques Derrida).

تجدر الإشارة رغم ذلك إلى أن حتى إستثناء جرائم الحرب، يبقى تعريف الإرهاب صعباً. اقترحت مجموعة من الشخصيات ذات المستوى الرفيع والسكرتير العام للأمم المتحدة في 2004 التعريف التالي:

"كل فعل له قصد ليسبب موت أو جروح جسمية خطيرة للمدنيين أو لغير المحاربين، عندما يكون هذا الفعل في طبيعته أو سياقه، ترهيب وتخويف السكان أو إرغام حكومة أو منظمة عالمية لإتخاذ أي إجراء أو الإمتناع" (2004; ONU).

يرى Laurent Bonelli (2007) أنه من الأفضل التكلم عن "العنف السياسي" وليس عن "الإرهاب" لأنه يسمح بتجنب طرق مسدودة (impasses) التي تنتج عن إستعمال هذه الكلمة سياسيا وأخلاقيا.

3- تصنيف نماذج الإرهاب:

هناك جدال حول تعريف وتصنيف أنواع الإرهاب منذ زمن طويل، إلا أن في السنوات الأخيرة برزت توضيحات حول فئات وتصنيفات الإرهاب والأعمال الإرهابية (Marsella و Moghadem؛ 2005).

تعتمد المجهودات الأولى في تصنيف الإرهاب على تحليل:

أ - الحوافز مثل السياسية، الإقتصادية، النفسية، الإجتماعية والدينية.

ب للمطرق أي المناهج (méthodes) مثل: القنابل، الإختطافات، المواد الكيميائية.

ت للأهداف، مثل: غرس الخوف، إنهاء الحكومة، تغيير السياسة، تأسيس قاعدة نفوذية.

تعترف المجهودات الحديثة بالنماذج المعقدة والتنوع للإرهاب فيما يتعلق بالدعم والتمويل، مثلا؛ يقترح Post (2002) تصنيف الإرهاب إلى:

(أ) إرهاب فرعي غير حكومي (مثل مجموعات لا تنتمي إلى الحكومة)، (ب) الإرهاب المدعم من طرف الحكومة (مثل ليبيا، كوريا الشمالية، السودان)، و(ج) إرهاب الدولة (مثل إستغلال موارد الدولة لترهيب المواطنين أو الدول المجاورة).

يلاحظ Post بأن إرهاب الدولة الفرعي (sub-state terrorisme) أكثر تنوعا ويتضمن مجموعات يسارية ثورية (مثلا في Perou، Sendero Luminiso)، والمجموعات اليمينية (مثلا المجموعات النازية الفاشية)، ومجموعات وطنية التفريقية (مثلا ETA في اسبانيا، IRA في شمال إرلاندا)، ومجموعات دينية متطرفة (مثل Aum Shringko) ومجموعات ذات قضية واحدة (مثلا مجموعة ضد الإجهاض).

بالإضافة إلى هذا، يقسم Post المجموعات الدينية المتطرفة إلى مجموعات أصولية (مثل القعيدة) وديانات جديدة (مثل Aum Shringko).

أتى تصنيف Post بتوضيح حول المجموعات الإرهابية ويعتبر إضافة للبحث حول المقاربات في هذا الميدان، غير أن هناك من إنتقد هذا التصنيف معللين بأنه متمركز حول العرق (ethnocentrique) مثلا، Montiel و Anuwar (2002) يعتقدان أن هناك

أشكال أخرى من الإرهاب بما فيه الإرهاب العالمي المنظم، الإستغلال الإقتصادي والأعمال الإرهابية المشرعة من طرف الولايات المتحدة الأمريكية. يرى كل منهما، أن الهيمنة (hégémonie) الإقتصادية والسياسية والعسكرية تعزز عدم التكافؤ في العالم وسيطرة الثقافة. يقترحان في هذا الصدد تصنيف الولايات المتحدة الأمريكية في فئة الإرهاب المدعم من طرف الدولة ، لأنها دعمت وساندت الأنظمة اليمينية في أمريكا الوسطى والجنوبية والشرق الأوسط (Montiel و Anuwar، 2002).

يخلص القول Marsella و Fathali و Moghadem (2005) إلى أن عدد الأعمال الإرهابية والمنظمات الإرهابية في تزايد، مما يثير تخوف وقلق كبيرين على المستوى العالمي فيما يتعلق بالأمن والأمان.

لقد عرضنا، بصفة وجيزة أشكال الإرهاب بغرض فهم الأنماط المختلفة للإرهاب حتى تكون لنا صورة، ولو قصيرة، عن محاولة التعرف على التصنيف الحديث للإرهاب، وليس من هدفنا في هذا البحث التعرض مطولا إلى شرح وتطبيق وتحليل المقاربات حول هذا الموضوع.

4- الإنعكاسات السيكلوجية والجسمية للإرهاب: نتائج عالمية

4-أ الإنعكاسات السيكلوجية

يقدم Brian Engdach في مقالته "International findings of terrorism" (2005) أي النتائج العالمية للإرهاب، الآثار الناجمة عن الإرهاب في العالم، باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية. لجأ صاحب المقال إلى مراجعة البحوث والتقارير المنشورة لعرض وتحليل ووصف التدخلات والبرامج.

لقد إعتدنا أساساً في هذا البحث على النتائج العالمية التي عرضها Engdach ، (2005) مع نتائج دراسات باحثين آخرين معاصرين.

4-أ-1 التقارير العيادية والدراسات الإبيميولوجية:

يخلق الإرهاب تهديماً وإضطرابات معقدة لدرجة أنه يجب اللجوء إلى المراجع الإطارية المتعددة، وإلى التخصصات الإدماجية المتعددة لوصفها.

يرى Engdach أن أغلبية الأدبيات حول الموضوع نابعة من بحوث ومراجع غربية، وأنها وصفية وتتضمن أساساً تقارير عيادية ودراسات مسحية إبيميولوجية متنوعة من حيث الجودة، والبعض منها ذو تصميم تجريبي تقريباً. رغم أن هذه البحوث والتقارير مجزأة، فهي على العموم تتفق في مضمونها حول المقاييس الباثولوجية والتشخيصات المرضية العقلية.

تمّ في الهند، بعد ثلاثة أيام من إنفجار القنبلة في الحافلة، بفعل الإرهاب في 1916، تشخيص إحدى عشرة شخصاً من بين 31 من الناجين بأنهم يعانون اضطرابات سيكياترية (ردود أفعال الضغط الحاد، إكتئاب، وفقدان الذاكرة التفككي). كانت الأعراض الشائعة، اللاشخصانية، الإنعزال العلائقي، الإحساس بأن الأشياء غير حقيقية، اضطراب في النوم، فقدان الشهية، كوابيس ليلية، حصر، إكتئاب، إستثارة، التبدل في الأحاسيس، اللوم الذاتي، الشعور بالذنب، فقدان الإهتمام، أفكار إنتحارية، تخوف حول المال والزوج والعمل والأطفال (1998 ، Gautnan et.al.).

في (Kenya) Nairobi بينت الدراسة المسحية التي أجريت على 500 طفلاً بعد تفجير السفارة الأمريكية في 1998، أن تعرضهم كان في الأغلبية غير مباشر، و أن أكثر من 40% قد نكروا عجزهم في التوظيف كنتيجة للحدث، و أن 90% قد عايشوا أحداث صادمة أخرى، مثل الجرائم أو العنف من صنع الإنسان. توحى الأحداث الصادمة الكثيرة جداً، بغض النظر عن التفجيرات، والتفكك لوجود أي صدمة وردود الأفعال القوية ما بعد الصدمة لكل الصدمات، بالتنبؤ بوجود PTSD (Pefferbaum et.al. ، 2003).

لقد إندش أصحاب المقال في دراستهم للأطفال بعد إنفجار القنبلة، لوجود الإرجاعية (résilience) الظاهرية لهؤلاء الأطفال فيما يخص المستوى المنخفض للإعاقة في التوظيف رغم تاريخهم في الصدمة والظروف الإقتصادية المزرية التي يعيشون فيها. يقترح أصحاب الدراسة تقييم العوامل الواقية (facteurs protecteurs) مهم وأن التدخلات في الصحة النفسية في البلدان النامية تحتاج إلى الأخذ بعين الإعتبار السياق الكارثي ومميزات السكان والمحيط الإشفائي (Pefferbaum وآخرون، 1998، Thielman، 2004).

في اسبانيا، استعمل Baca Garcia و Baca Garcia و Perez Rodriguez و Cabanas (1998) مقياساً مقنناً للباثولوجيا العامة (استبيان الصحة العامة) لمجموعة كبيرة من المواطنين قد تعرضوا إلى الهجوم الإرهابي، فدرسوا العلاقة للآثار السلبية، ووجدوا أن كل المجموعات التي تعرضت إلى الأعمال الإرهابية تعاني مستوى عال من الضغط مقارنة بمجموع السكان الإسباني. يمكن التنبؤ إذن حسب درجة التعرّض إلى الآثار السلبية وأن أولياء الضحايا والأزواج يعانون الضغط أكثر من أطفالهم.

4-أ-2 تأثير الإرهاب على العائلات والمجموعات والمجتمعات:

يُعد العمل المنشور الذي يصف تأثير الهجمات الإرهابية على مستوى أوسع (مثل العائلات، المجموعات) نادراً، إلا أن المحاور المألوفة متعرف عنها. يصف (Somasundaram، 2004) نظرة واسعة حول تأثير الإرهاب على العائلات والمجموعات في Sri Lanka، فهو يشير إلى الصدمة الجماعية (التأثير التراكمي (cumulatif) للرب على المجموعات) التي تؤدي إلى الشكوك العميقة وعدم الثقة، الخمول والخضوع والاستسلام، و"تعنيف" المجتمع (أي المعاملة الوحشية وسط المجتمع).

يتحدث الكاتب عن تدهور المجتمع، والدليل على ذلك، وجود الممارسات الجنسية اللاأخلاقية وتضاؤل القيم الاجتماعية، بالإضافة إلى الإعتداءات على الأطفال والنسبة المرتفعة للإنتحار. يسلط الضوء (op.cit.)Somasundaram على التطور (الخفي والبارع في الحقيقة) الضار للباثولوجيا في بنيات المجتمع والتوظيف التي ستحتاج إلى المعالجة إذا أراد المجتمع أن يشفى ويستعيد معالمه والعودة إلى الوضع السوي.

يلخص كل من Campbell و Cairns و Malett الآثار السيكياترية للعنف بين البروتستان والكاثوليكين في شمال إرلندا (Irlande du nord) خلال أكثر من 30 سنة، حيث هناك إنعكاسات وخيمة على العائلات والمجموعات، تفاقمت الفروقات والتمييز على المستوى الشخصي والسكاني والتربوي (Malett، Cairns، Campbell، 2004).

درس Austin (1999) ردود الفعل لدى الفيليبينيين أمام العنف المقصود المستمر (أي الكمين، القتل، الإختطافات وتهديم الممتلكات). فركز إهتمامه في البحث بدقة عن التأثير على المؤسسات الاجتماعية القاعدية والضغوطات الناجمة من العيش في منطقة منفردة وعدائية. وخلص إلى أنه كثر العنف، والرشوة والإفراط في اليقظة (بالمعنى الشعور بالإضطهاد) وجناح الأحداث وإلى غير ذلك من الفساد في المجتمع.

إن الأدبيات حول تأثيرات "الإرهاب"¹ في إسرائيل عديدة ومتنوعة ولا تحصى ولا تعدّ، إلا أننا لا نعرضها هنا في بحثنا هذا نظراً لإشكالية الموضوع وتسييسه عالمياً، حيث أن مفهوم الإرهاب معقد و يصعب تحديد من هو الإرهابي و من هو المضطهد، ويتطلب هذا الموضوع بحثاً مطولاً وشاملاً ومكثفاً في تخصصات أخرى متعددة ومناسبة.

تجدر الإشارة إلى أن كل الأدبيات حول موضوع تأثير العنف المقصود تتفق أن كل السكان سواء كانوا فلسطينيين أو إسرائيليين، يعانون إضطرابات سيكولوجية حادة، منها

1 ينعت الإسرائيليون الفلسطينين بأنهم "إرهابيون" مما يبيّن جلياً تعقد تعريف الإرهاب، لأن الفلسطينيين هم في الواقع محاربون مثلهم مثل الجزائريين إبان حرب التحرير، و لكن البحوث في إسرائيل يمكن أن تعطينا صورة عن أفعال العنف المكثف.

PTSD، الإكتئاب، اضطرابات نفسية-جسدية مختلفة، وهلم دواليك. (2009, G.kaplan). بالإضافة إلى كل الأطفال، من الطرفين، يعانون كذلك نفس الأعراض مثل الراشدين، زيادة على أعراض خاصة بالأطفال، سنتعرض لها في الفصل المخصص لتأثير العنف المقصود على الأطفال.

4-3 التدخلات والتكوين والبرامج:

تتفق أغلبية الدراسات في الأدبيات حول العنف المقصود على أن التدخلات والبرامج المسطرة بعد الهجوم الإرهابي، على أنه يجب أن تُراعي السياق الثقافي-الإجتماعي للضحايا، نشر كل من Fairbank، Van Ommer، Silove، Danieli، Weine، Souli (2002) دليلا للتدريب العالمي للصحة النفسية والتدخلات النفسية-الإجتماعية لهؤلاء الأفراد الذين تعرضوا إلى الصدمات. أوصى هؤلاء بضرورة ترقية التدخلات المناسبة ثقافيا في السياقات المجتمعية، مثلا: في إفريقيا الجنوبية، استعمل مع الناجين من تفجير الكنيسة، ممارسات وإعتقادات دينية لبناء إستعادة سرد القصة، لها معنى لما حدث من مجزرة (2000, Ogden et.al). وصف Lykes (1994) العملية الممركزة على المجموعة المُوجهة إلى الأطفال الناجين من الإرهاب في Guatemala، تتضمن العملية، الرسم، سيرة الحياة، اللصق (collage)، التمثيل (الرواية)، بالاعتماد خاصة على التقليد والموارد (الطبيعية، البيانات الخ).

نشرت المنظمة العالمية للصحة في 1996 (OMS) دليلا تحت عنوان Mental-Health of refugees (الصحة النفسية للاجئين) حيث يقدم كل الخطوات والتعليمات للتكفل باللاجئين مع رعاية الثقافات المختلفة. يعتبر هذا الدليل أداة أساسية لعمال الصحة العامة، سواء في التدخلات أثناء الوضعات المستعجلة، أو في وضعات الأزمة (intervention de crise) أو التكفل اليومي. هناك دليل آخر (من بين عدة مراجع أخرى، لا يمكن ذكرها كلها)، تحت عنوان: "Training Counselors in areas of armed conflicts within a community approach" (تدريب المرشدين النفسانيين في مناطق الصراع المسلح: في طار النهج القائم على المجتمع)، كتبه Guus Van Der Veer سنة 2005¹، يُعدّ كذلك أداة عمل للأخصائيين النفسانيين والمتدخلين لمساعدة الأشخاص الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة من جراء العنف المقصود. على كل، في كثير من الحالات رغم أن البحوث تعتمد على الثقافة في التدخلات، فإن المعالجين النفسانيين وعمال الصحة النفسية عامة، يجمعون المعطيات من الميدان عند تعاملهم مع الضحايا، لبناء نموذج له

¹ لقد تم تدريب مجموعة من النفسانيين و منهم الكاتبة و مجموعة من المربين ببرج بوعريرج سنة 2005 من طرف Guus Van Der Veer

خصوصيات بالمنطقة والسياق الثقافي-الإجتماعي-الاقتصادي والديني، مثل نموذج التدخل في مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى، سنتطرق إليه بالتفصيل في الجانب الميداني.

4-أ-4 آثار الإرهاب: اعتبارات عبر الثقافات.

لا تشمل التركيبة لتشخيص PTSD المجال الواسع للتأثيرات المشاهدة عبر العالم فيما يخص الهجمات الإرهابية. إنتقد De Jong (2002) الفئات المشخصة في PTSD و ICD-10 (التشخيص العالمي للأمراض) بأنها غالبا ما تكون غير ملائمة حتى في الثقافات غير الغربية، وبالتالي دعا إلى تكوين سجل عالمي لردود الفعل للضغط الصدمي التي ستؤدي إلى متصل (Continuum)، بما أن الإستجابة للتهديد مرتبطة بالبيولوجية الإنسانية، فتكون نقطة جوهرية مشتركة في المتصل وهي التغيرات العصبية- البيولوجية، والنقطة الأخرى المشتركة في المتصل ستتضمن المجال الواسع للظواهر الإجتماعية والسلوكية المتأثرة بالثقافات. وحث De Jong الباحثين على استعمال المقاربة الفينيمولوجية (الظواهرية) التي تمزج مناهج البحث النوعية والكمية معاً المطبقة في إطار سياق اجتماعي-ثقافي الذي هو موضوع الدراسة.

إستعملت Morris هذه المقاربة بالذات مع زملائها لدراسة التعرض إلى الصدمة ونتائجها في Mexico (2003, Morris et.al) فأظهروا أن PTSD يشمل مظاهر تفوق الفروق الثقافية، بما أن دراستهم تمت في بلد نامية، فحرصوا على أن يكون بحثهم نوعياً ومكثفا للتعرف على ردود الفعل الوجدانية لدى الناجين من الصدمات، وهذا باستعمال مقابلات غير موجهة. وتبين من خلال ذلك أن المستجوبين كانوا يستعملون عبارات عديدة (مثل: العيش المستديم في الخوف، المرض من الخوف...الخ)، ولم يستعمل الباحثون الأعراض 17 من PTSD حرفيا لعرضها على المستجوبين، فتصرفوا حسب السياق الثقافي، وبالتالي استنتج الباحثون أن مفهوم الصدمة الذي هو معرف بتعريف واسع، كان هنا خاصاً ومناسباً للصدمة لدى الناجين المكسيكيين. (Mexicans).

في هذا الصدد، التجربة العيادية والممارسة مع ضحايا العنف المقصود لأكثر من إحدى عشر سنة في سيدي موسى، بينت أن الضحايا، بما فيهم أطفالا ومراهقين وراشدين، يصفون معاناتهم من جراء تعرضهم لأحداث صادمة بالعبارات التالية: يغيس (بالنسبة للأطفال المتمدرسين) مقلق، ينسى، مطرّوش، مايركزش، يخاف، راسو يابس..الخ. أما بالنسبة للراشدين مقلق، قنطة، مخنوق، مانقدر نديروالو، Boukhaf, (2001) Bouatta, (2001) Arrar, (2004).

ونخلص القول عن الصدمة عبر العالم والإعتبرات الثقافية، أن هناك مصطلحات وتصورات خاصة في الثقافات المختلفة والمتنوعة يُعبّر عنها الضحايا بأساليبهم، إلا أنه تبقى المعاناة والآلام والإضطرابات موحدة عبر الثقافات في العالم.

4-ب الأعراض الجسمية بعد الهجوم الإرهابي:

يرى بعض المختصين في الصحة أن الأعراض الجسمية تعتبر اللهجة للتعبير عن الإضطراب في البلدان النامية (Nichter, 1981, De Yong, 1996, Arrar, 2001)، المصري وآخرون، 2001)، وأن الأفراد غير الغربيين يعبرون عن معاناتهم من خلال أعراض جسمية عوض سيكلوجية، إلا أنه تجدر الإشارة إلى أن عامة الأعراض الجسمية هي اللغة لدى الناجين من الصدمات في العالم بغض النظر عن إنتمائهم إلى بلد ما (op.cit., De Yong)، مثلا: أغلبية العملاء الذين يأتون إلى مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى، يشكون من أعراض جسمية، مثل الصداع، "شقيقة"، آلام في البطن، خنقة، آلام في الصدر، الرعشة، إعياء مستديم "الفشلة"... الخ. (op.cit. Bouatta, Arrar, boukhaf).

نذكر دراسة أجراها Jones (2003) (كمثل من بين دراسات عديدة قام بها المختصون في ميدان الصدمات) على الجنود البريطانيين الذين منحوا تعويضات ومنحة الحرب بسبب إضطرابات الضغط، وجد Jones لدى 1854 جنديا، أنهم يعانون ألما جسمية، زيادة سرعة خفقان القلب، الشعور بالإغماء والتعب، فهذه الأعراض هي أكثر انتشارا لدى الجنود بعد الحرب. فكل الناجين من الصدمات، رغم تنوع وإختلاف حجم معاناتهم وبغض النظر عن ثقافتهم، فإنهم يجدون صعوبة في التعبير عن أعراضهم، فهؤلاء الذين عانوا جروحا جسمية ونفسية بعد الهجوم الإرهابي، قد يظهرون أوجاعهم الجسمية في الواجهة الأولى قبل أية أعراض أخرى. وقد يلجأون أولاً، قبل البحث عن العلاج الطبي النفسي، إلى علاجات أخرى ثقافية تقليدية (Jones, 2003, Boukhaf, Cherabta, Hadjam, 2009).

أمّا حسب North (2004)، فإن الأعراض الجسمية (لكنها ليست إضطرابات التجسيم، somatoform) تتكوّن بعد التعرّض إلى الهجمات الإرهابية. وقد يعايش الأفراد ما يُسمّى بتخوّفات توهم المرض، فهذه التخوّفات لها علاقة ربما بالبنية المعرفية للقلق ولتضخم الأحداث (Kirmayer, 1996)، تظهر الوسواس المرضية في وضعيات أين يكون التركيز على الجسم أو في وضعيات يشعر فيها الأفراد بالهشاشة والضعف وعدم التأكيد، تتضمن مثل هذه الوسواس إضطرابات فيزيولوجية وتتفاقم عن طريق الحصر والإكتئاب والانسابات المعرفية الخاطئة: فالأفراد ينسبون الحواس والأحاسيس المألوفة المشتركة إلى المرض، أو هم غير قادرين على تشكيل شروح طبيعية وعادية للضغط (op.cit, Engdahl).

يكون الناجون أكثر وعياً عندما يعلمون من خلال المعلومات الصحية العامة بأن أغلبية الأعراض الجسمية والسيكياترية التي يعيشونها بعد هجومات إرهابية محدودة في الزمن وخاصة بالأحداث.

لقد جهّز كل من Claw، Engel و Aronowitz و Jones و Kipen و Kroenke (2003) نموذجاً من التعليمات للتدخل. فهم يوصون النفسانيين العياديين بالتعامل مع إنشغالات ومخاوف هؤلاء "المرضى" باحترام والنظر إليهم بأنهم ذوو الحقوق في العلاج. يؤيد North (2004) موقف "لا أدري" (agnostique) في بداية التدخلات.

إذا لم تختفي أو تُخفف الوسواس المرضية، فالعملاء غالباً ما يقال أنهم يعانون التجسيم (somatisation)، أو بأن لهم أعراض غير مفسرة طبيًا.

يمكن أن تُجمّد الشكاوى الجسدية إلى تعقيدات عرضية، فهذه الأخيرة تتضمن الآماً حادة في منطقة معينة من الجسم، إعياء، مشاكل معرفية أو اضطرابات في الذاكرة وضغط سيكولوجي، وعليه فإن الأعراض الجسمية المزمنة هي آثار مألوفة عندما تدوم الأحداث الكارثية لمدة طويلة أو تكون متبوعة بمخاوف ذات المدى الطويل (Clauw) et.al. (2003).

نخلص القول في هذا الصدد بأنه على الرغم من أن الدراسات حول تأثير الإرهاب حديثة نوعاً ما، فهنا إجماع حول ما توصلت إليه البحوث في العالم إلى مايلي:

-تبني إطار عمل أوسع-

ينبغي النظر إلى إطار عمل متعدد الأبعاد ومتعدد التخصصات، يوفر هذا الإطار المنظور الضروري للاتجاه إلى ما بعد بداية النقاط عن طريق قائمة الأعراض والتشخيصات السيكياترية، و فقط بعد هذا يمكن الحصول على فهم أوسع المطلوب لتطوير البحث والتدخلات والنوعية وتبني سياسة عمومية شاملة.

إن النظر الواسع لآثار العنف المقصود أو ما يسمى بالعنف من صنع الإنسان، يتطلب أن نعترف بأن الكثير من الناجين يكونون تعقيدات عرضية مؤقتة أو مستديمة والتي لا تستجيب إلى "المعايير الكاملة" للتشخيصات الطبية والسيكياترية المتفق عليها، وهذا يساهم في النظر إلى الفروق الثقافية الملاحظة عند تناول آثار الإرهاب رغم أن هذه التعقيدات العرضية قد تكون أعراضاً ثانوية، أي غير رئيسية، إلا أنها تحتاج إلى الإهتمام ولا ينبغي تجاهلها من طرف عمال الصحة والباحثين أو أصحاب القرارات.

- رفع التركيز على دراسات حول التدخل وتكوين البرامج.

هناك الكثير من الكتاب قد وفروا توصيات حول التدخل، و الممارسة، و وضع السياسة فيما يتعلق بتأثير الإرهاب والصدمات الحادة (2003, Green et.al, 2002, De jong).

ومن بين التوصيات العديدة نذكر:

- دراسة تأثير التدخلات في الثقافات المختلفة، لاسيما التدخلات الجماعية والتدخلات السكانية.

- إعلام المشرّعين في البلدان المتضررة حول المشاكل النفسية-الإجتماعية التي تنتج لدى الناجين من الأعمال الإرهابية، وتشجيع تمويل الخدمات التي تشمل المساعدات والبحث.

- دراسة آثار الرعب والهلع على الصحة والمشاكل النفسية-الإجتماعية والتدخلات لدى الناجين بما فيها التعقيدات العرضية والتي تعتبر غير مفهومة وغير معرفة (آلام في المفاصل، إعياء، صداع، فقدان الذاكرة، مشاكل في الجلد...الخ).

- التعرف ودراسة الإرجاعية (résilience) والقدرة الكامنة على النمو والتطور بعد آثار كارثية مثل الأعمال الإرهابية.

هناك بحوث متزايدة حول إستراتيجية التعامل وعوامل أخرى للتصدّي لآثار الإرهاب، و تُعتبر دراسة الإرجاعية والنتائج الإيجابية حديثة نسبياً، وتحتاج إلى إهتمام أكثر (op.cit, Engdahl).

II- الإنعكاسات السيكولوجية للعنف المقصود في الجزائر:

لقد تم التعرف على الآثار الطبية والجسمية والسيكولوجية من جراء الصراعات المسلحة وأحداث كارثية منذ أكثر من قرن، إلا أن هناك إهتمام متزايد حول إنعكاسات العنف من صنع الإنسان أو ما يسمى بالعنف القسدي منذ 11 سبتمبر 2001 عند إنهيار المركز التجاري العالمي بنيويورك، وكان نقطة البداية للأعمال الإرهابية والنتائج المترتبة عنها بدأت في هذا التاريخ بالضبط بالنسبة لدراسات الباحثين الناطقين باللغة الإنجليزية (Anglosaxons) في ميدان آثار الأحداث الصادمة. وبالتالي، أغلبية البحوث الصادرة حول الإنعكاسات الطبية والسيكولوجية تمّت مباشرة بعد 11 سبتمبر 2001؛ والملاحظ أن نتائج الدراسات التي أجريت مباشرة بعد 11 سبتمبر 2001 تبقى محدودة لأن أغلبية الأعراض بعد الحدث قد تتضاءل أو تخف بعد أسابيع (Schlenger, 2005)، وأن البحوث حول انتشار أعراض PTSD كان مقتصرًا على مدينة نيويورك وحدها، ولذا، يجب أن تمتدّ

دراسات إلى المدن المجاورة وكذلك دراسات طويلة عن انتشار أعراض PTSD وإضطرابات سيكولوجية أخرى بسبب هجوم 11 سبتمبر 2001.

سنركز في هذه الدراسة على الإنعكاسات السيكولوجية للأعمال الإرهابية في الجزائر بعدما رأينا في هذا الفصل بعض النتائج العالمية التي وصل إليه الباحثون حول تأثير الأعمال الإرهابية على السكان، وسنخص بالذكر نتائج البحث الإبيديومولوجي الذي قامت به الجمعية الجزائرية للمساعدة النفسية والبحث والتكوين (SARP) سنة 1999-2000، حول مدى انتشار الإضطرابات السيكولوجية من جراء العنف المقصود من طرف مجموعة من الباحثين، نذكر الفرقة الرئيسية المتكونة من: مصطفى المصري، خالد نور الدين، شريفة بوعطة، فاطمة عرار، مسعودة سعدوني بوقاف، سليمة طاجين وحرورية غربي¹.

1 مكان البحث:

تمّ البحث في منطقتين: سيدي موسى، باعتبارها منطقة تعرّضت للعنف المكثف ولمدة طويلة أثناء أزيد من عشرية (التسعينات وبداية القرن الحالي) ودالي إبراهيم التي لم تتعرض نسبيا إلى عنف شديد ومستمر أثناء نفس الفترة.

تتمثل أهمية الدراسات في التعرف على التأثير المباشر للصددمات النفسية على الصحة العامة والنفسية، مما يسمح للمختصين لوضع برامج التدخل الملائم والناجع وفق واقعية الميدان، ويكون هذا على عدة مستويات؛ المجتمعي، والصحة العامة، والمجموعات وكذا الفردي. فإذن هدف الدراسة الإبيديومولوجية متعدّد الأبعاد، منها الحصول على صورة واضحة عن الإنعكاسات الطبية والنفسية والإجتماعية على السكان بسبب الأعمال الإرهابية للتمكن من تخطيط وتقييم التدخلات الوقائية والعلاجية في مختلف المجالات (المصري وآخرون، 2001)^{2 3}.

1- أهداف البحث:

يمكننا تلخيص الأهداف الأساسية إجرائيا كما يلي:

التعرف على انتشار الصدمات والأحداث الحياتية الضاغطة في المجتمع الجزائري ومدى انتشار الضغط النفسي والإضطرابات النفسية المختلفة ومنها دراسة العلاقة بينهما.

¹تمت هذه الدراسة بالشراكة مع المنظمة الإجتماعية النفسية عبر الثقافات المتواجد بأمستردام، هولندا (Transcultural Psychosocial Organisation, TPO)، و جدير بالذكر كان خالد نور الدين مسؤولاً عن المشروع.

²لمزيد من التفاصيل، أنظر، Evénements Traumatiques et santé mentale : résultats d'une recherche épidémiologique, Psychologie N° 09, 2001.

³سنعرض نتائج هذه الدراسة فقط، ونظرا لأننا لا نكسب معلومات حول دراسات أخرى في الجزائر حول نتائج وانعكاسات الأعمال الإرهابية على السكان الراشدين.

أ - التعرف على العوامل التي تحدد العلاقة بين التعرض للأحداث الحياتية المختلفة والضغط النفسي والإضطرابات النفسية.

ب - التعرف على المجموعات المعرضة لخطر الضغط النفسي والإضطرابات النفسية من ضمن السكان بهدف توجيه التدخلات الوقائية والعلاجية (المصري، بوعطة، بوقاف، خالد، عرار، غربي، طاجين، 2001، وN. Khaled 2005).

تجدر الإشارة إلى أن هذا البحث يعتبر جزءاً من بحث أجرته TPO في مناطق عديدة، في كل من غزة، وكمبوديا، وأثيوبيا والجزائر، استخدم نفس التصميم وبأدوات رئيسية متشابهة (De Yong وآخرون، 2001). والهدف هو دراسة الظاهرة من منظور متعدد الثقافات مع مقارنة النتائج في المناطق الأربع.

2 - عينة البحث:

تضمنت مجموعة البحث 652 شخصاً موزعة بالتساوي في منطقتي: سيدي موسى ودالي إبراهيم. لقد تم اختيار عينة البحث من قائمة الإنتخابات على مستوى البلديات، وكان الإختيار عشوائياً، حيث أخذت الأعداد الزوجية، فكان العدد الإجمالي ألفين (2000) عنواناً، وجد الباحثون 850 عنواناً فقط، أما بقية العناوين فقد كانت غير موجودة، ويعود هذا إلى رحيل الكثير منهم وتغيير سكناهم، كما غادر البعض منهم الحياة... إذن من بين 850، فقط 652 وافقوا (76,7 %) على المشاركة في البحث (المصري وآخرون، 2001، N.Khaled 2001).

3 - الأدوات المستخدمة في البحث:

تتكون الأدوات من ثلاث أجزاء رئيسية ويتكون كل جزء من عدد من الإستبيانات:

4-أ استبيان المعلومات السكانية: (الديموغرافية): ويتضمن هذا الجزء المعلومات الأساسية للمشارك كالإسم، والجنس، والحالة المدنية، مكان السكن، وكذلك الصحة... الخ.

4-ب مقاييس التعرض للأحداث الحياتية المختلفة على امتداد الحياة ويتضمن التقصي حول الأحداث الصادمة قبل سن 12، ثم تلك التي عاشها الفرد بعد سن 12، مثلاً: فقدان الممتلكات، فقدان شخص عزيز، التعرض إلى الأحداث العنيفة... الخ.

صمّم هذا الإستبيان مجموعة من المتخصصين في مجال الصحة النفسية العاملين في TPO (De Yong 2001)، بالاعتماد على استبيان أحداث الحياة والتاريخ الإجتماعي (Mollica, 1987) والذي استخدم كثيراً في أبحاث الصدمات النفسية.

4-ج الإستجابة المرّضية لأحداث الحياة والصدمات النفسية:

أولاً: تمّ قياس مقدار المعاناة النفسية الحالية للمشاركين عن طريق استعمال قائمة الأعراض النفسية (SCL-90-R) ¹ وهي قائمة تقرير ذاتي مكونة من 90 بنداً، تستقصي عن وجود أعراض نفسية وجسدية على سلم من 5 نقاط، أعدّ الأداة Derogatis (1977).

ثانياً: وبعد هذا، طبقت معايير الرابطة الأمريكية للطب العقلي لتشخيص اضطرابات النفسية (السيكياترية)، DSM IV (APA, 1994) ومعايير ICD للمنظمة العالمية للصحة (OMS, 1992)، و Composite International Diagnostic Interview)، أي المقابلة الشخصية المركّبة، التي أعدتها المنظمة العالمية للصحة كذلك، عام 1997، وهي مقابلة موجهة تتضمن عدة أجزاء، تم التقصي عن الأجزاء الأساسية وهي:

PTSD ، الإكتئاب، مجموعة اضطراب القلق، مجموعة اضطراب التجسيم، بالإضافة إلى إستبيان حول اضطرابات الإجهاد الشديد.

ثالثاً: هناك عوامل وسيطة يُفترض أنه تُعدّل في النتائج وهي الدعم الإجتماعي Social Support) والتعامل (Coping) وطلب المساعدة، بالإضافة إلى استبيان جودة الحياة (qualité de vie) واستبيان الإعاقة (invalidité).

لا يمكننا التعرض بكل التفاصيل إلى كل هذه الأدوات ولا إلى كيفية تطبيقها في الميدان، نكتفي بعرض النتائج المتوصل إليها حتى نبيّن آثار أعمال العنف المكثف على السكان وهو الغرض من تقديم هذا البحث الإبيدميولوجي الذي يهتم موضوع بحثنا.

5- نتائج البحث:

5-أ التعرّض لأحداث صادمة:

بينت النتائج أن أكبر التعرّض للضغوطات الصادمة هي الموت، التهديدات والفقدان، بالنسبة لسيدي موسى، 73% من المشاركين فقدوا أفراداً، إما في العائلة أو بين الأصدقاء، و35,5% شاهدوا قتل أشخاص أجنب (لا يعرفونهم).

أمّا في دالي إبراهيم، 62,5% من المشاركين فقدوا أحد أفراد عائلتهم أو أصدقائهم، و20% منهم شاهدوا قتل أشخاص لا يعرفونهم (أنظر الجدول). فيما يخص الوفيات الإجمالية، أجاب مشاركو سيدي موسى أن 55,5% يعود إلى وفاة بسبب العنف المقصود، أمّا في دالي

¹- Symptom check list 90 revised سنعود إليها بالتفصيل في الجانب التطبيقي.

إبراهيم، 38,5%. فيما يتعلق بفقدان الممتلكات، و12,5% فقدوا سكنهم في سيدي موسى، و8,5% مصادر رزقهم (مثل المخازن، الدكاكين، الوظيفة... الخ)، و15,5% فقدوا أغراض شخصية، مقارنة بدالي إبراهيم، أين نجد أن النسب قليلة.

5-ب المعاناة السيكلوجية:

بينت نتائج الإستبيان (SCL-90-R) الذي يقيس المعاناة السيكلوجية الراهنة لدى المشاركين، أن، 38% من المشاركين بسيدي موسى يعانون مقارنة ب 27% في دالي إبراهيم.

5-ج انتشار الإضطرابات النفسية حسب (DSM IV):

أظهرت الدراسة الإبيديومولوجية أن هناك نسبة مرتفعة عانت من إضطراب نفسي خلال حياتها (إذا قارناها مع الدراسات العالمية التي تشير أن 30% قد يعانون إضطرابات نفسية مختلفة خلال حياتهم)، إذن 58% من المشاركين عانوا من إضطراب نفسي واحد على الأقل خلال حياتهم وأكثر من ثلث مجموعة البحث كانوا يعانون من إحدى الإضطرابات النفسية خلال السنة التي أجريَ فيها البحث، وأكثر الإضطرابات انتشارا كان PTSD (37,5%)، ثم إضطراب القلق (37,3%)، والإكتئاب (23%)، ويليه التجسيم (8,3%).

أمّا فيما يخص إضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، فقد وصلت النسبة في سيدي موسى بنسبة 48% مقارنة بدالي إبراهيم التي وصلت فيها النسبة 27%. ويلاحظ أن النساء تعانين أكثر (44%) من الرجال (32%)، ونسبة القلق كمجموعة (37,3%) من حيث الانتشار، كان أكثر في سيدي موسى (42%) ولدى النساء (50%)، و نوضح هذا في الجدولين التاليين:

الجدول 1 يمثل انتشار المعاناة النفسية حسب المتغيرات السكانية و مقاييس التعرض

الحالة المدنية			العمر		المنطقة		الجنس		
أعزب	أرمل	متزوج	36 إلى 60	18 إلى 35	سيدي موسى	دالي ابراهيم	ذكور	إناث	مقياس المعاناة النفسية
34	48	50	48	37	38	47	48	36	منخفض
30	8	23	22	27	24	25	24	26	مرتفع
38	45	27	30	36	38	28	28	38	مرتفع جدا
***23.3			**6.9		*7.8		**11.3		Chi Sq
أحداث الحياة الحالية				التعرض للصددمات			مقياس المعاناة النفسية		
39		53	63	35	39	51	منخفض		
25		19	24	23	28	24	مرتفع		
36		28	14	42	33	25	مرتفع جدا		
**38.4				*18.6					

منخفض=أقل من 0.7، مرتفع=من 0.7 إلى 1، مرتفع جداً=أكثر من 1

جدول 2 انتشار الإضطرابات النفسية حسب المتغيرات السكانية محسوباً بالنسبة

التجسيم	القلق	الإكتئاب	أم ص	
				الانتشار الكلي في مجموعة البحث
8	37	23	38	مدى الحياة
6	17	12	18	حالياً (خلال سنة من إجراء البحث)
				حسب الجنس
4	27	18	32	ذكر
14	50	29	44	أنثى
***19.3	***38.3	**10.3	**10.5	Chi sq
				حسب مكان الإقامة
5	33	18	27	دالي ابراهيم
12	42	28	48	سيدي موسى
11.6	*6.3	**10.7	**30.2	Chi sq
				حسب فئة العمر
10	44	22	34	-25
9	41	22	39	25-34
7	40	23	41	35-49
8	23	25	34	50-
--	**15.5	--	--	Chi sq
				حسب الحالة المدنية
7	34	21	35	متزوج
20	40	50	65	أرمل/ة مطلق/ة
8	40	21	37	أعزب (لم يسبق له الزواج)
--	--	***17.8	**13.9	Chi sq

مقياس الدلالة – Chi sq غير دال،

* دال عند 0.05، ** دال عند 0.01، *** دال عند 0.001

6- عوامل الخطورة المرتبطة بانتشار الإضطرابات النفسية في مجموعة البحث: (نقدم النتائج المرتبطة بسيدي موسى وبن طلحة).

6-أ العوامل الديموغرافية:

6-أ-1 مكان الإقامة:

وُجد مستوى عالٍ من الإجهاد النفسي لدى سكان سيدي موسى وانتشار أكبر للإضطرابات النفسية، يمكن القول أن الأعمال الإرهابية بالمنطقة ساعدت في تفاقم الأوضاع مثل تفكير المنطقة وظهور مشاكل عدة منها الأمراض العقلية والجسمية والصعوبات الاقتصادية لدى السكان والفسل الدراسي لدى الأطفال، الخ، ونقص الدعم الاجتماعي وحتى دعم السلطات. يظهر هذا جليا عند تناولنا الجانب الميداني لنرى مخلفات العنف على المدى الطويل، (ويلاحظ أن النسب دائما منخفضة بدالي إبراهيم).

6-أ-2 الجنس:

بيّنت نتائج البحث أن النساء تعانين أكثر من الرجال رغم عدم تعرضهن مباشرة دائما للأحداث الصادمة، لكنها بطريقة غير مباشرة، عند فقدان أزواجهن، أولادهن، اختطاف بناتهن، فقدان البيت.. الخ، كما لوحظ أن تعرض تلك الإناث إلى إضطرابات كان أكثر لدى النساء فوق 50 سنة (30%) و(13%) لدى تلك بين 35 و50 سنة دائما بسيدي موسى، ويُفسر هذا أن النساء فوق 50 سنة فقدن أزواجهن وأفراد عائلتهن.

6-أ-3 العمر:

أظهرت النتائج أن الإجهاد وإضطرابات القلق مرتفعة لدى الفئات العمرية الصغيرة (أقل من 35 سنة) ويفسر هذا بتدهور الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، لاسيما التخوفات من المستقبل بسبب ظاهرة البطالة والتفكير في المنطقة بسبب ما عاشته منطقة سيدي موسى وضواحيها.

6-أ-4 الحالة الاجتماعية:

من الواضح من خلال النتائج أن الأراامل والمُطلقات يعانين أكثر من إضطرابات ومعاناة نفسية، وأن المتزوجات معرضات أكثر لإضطرابات القلق.

6-ب عوامل تعرض لأحداث وأحوال الحياة:

6-ب-1 التعرض لأحداث صادمة في مرحلة الطفولة:

تبيّن أن التعرض إلى العنف الجسدي أثناء الطفولة (قبل 12 سنة) في العائلة هو مؤشر مهم للتنبؤ بإضطراب القلق والإكتئاب فيما بعد، أما التعرّض لأعمال العنف المكثف يعتبر مؤشرا للتنبؤ بظهور أعراض PTSD لاحقاً¹.

6-ب-2 التعرض للأحداث الصادمة أثناء الأزمة:

من الواضح أن التعرض للأحداث الصادمة قد يؤدي (أو يزيد الإحتمالات) إلى حدوث الإكتئاب و PTSD والتجسيم وهذا ما بينته النتائج².

6-ب-3 التعرّض لأحداث الحياة الحالية: تساهم الأحداث اليومية التي يتعرض لها الناس

مثل الفقر، المعاناة المستديمة، المرض والتعرض للمشاكل باستمرار (السرقعة، العنف، الشتم...) في استمرار الإضطرابات وحتى تفاقمها، ويصعب حينها الشفاء.

يمكننا أن نخلص إلى القول بأن عينة البحث بسيدي موسى خاصة، تعرّضت إلى عدد كبير من الأحداث الصادمة خلال فترة زمنية طويلة، وأن السكان يعانون شتى مشاكل منها الفقر، البطالة، إضطرابات نفسية متعددة وأمراض جسدية متفاوتة الخطورة، وقد أظهرت الدراسة أنه تقريبا كل أنماط التعرّض للصدمات كانت موجودة لدى مجموعة البحث، مثل التعرض للعنف الشخصي، فقدان أفراد العائلة والأصدقاء، فقدان مصادر الرزق والمأوى، التهريب والتخويف وعدم الأمن المستديم.. الخ

وتجدر الإشارة إلى أن هؤلاء الأفراد الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة في الطفولة كانوا أكثر عُرضة لمثلها في حياتهم.

بينت الدراسة (وكذلك الدراسات السابقة (2000, Hidalgo) أن أسوأ ما يتعرض له الفرد هو فقدان شخص عزيز بالوفاة أو القتل، فهو يصبح ليس كارثة فردية فحسب بل يعتبر مصيبة جماعية، وينتج عنه حداد مَرَضِي وحزن ومعاناة مستديمة من حيث يفقد كذلك مع وفاة الشخص السند الإجتماعي و/أو المعيل الأساسي في العائلة. بالطبع يجب التمييز بين فقدان بالوفاة والفقدان بالقتل، حيث تكون نتائج هذا النوع الأخير وخيمة على المستوى الفردي والمجتمعي.

¹سنعرض بالتفصيل الآثار الناجمة عن العنف المقصود في الفصل المخصص للصدمة النفسية و الجزء الخاص بالأطفال

²أنظر الجداول حول نتائج البحث الابيديومولوجي (2001).SARP ,

تتمثل أهمية الدراسات الإبيديومولوجية في إظهار مدى إنعكاسات الكوارث من صنع الإنسان كالحروب والإرهاب، رغم أنها محدودة في الزمان والمكان، إلا أنها تترك آثاراً بعيدة المدى، حيث تظهر في عدّة تصاعدي تدهور المجتمعات التي تعرضت لمثل هذه الكوارث، مما يؤدي إلى تفكك وتحطيم المعالم ودورات العنف والمعاناة بشتى أنواعها. (المصري وآخرون، 2001).

لقد أعطينا لمحة وجيزة عن البحث الإبيديومولوجي الذي أجرته فرقة البحث ب-SARP، لنبيّن مدى إنعكاسات أعمال العنف على السكان على المدى الطويل، سنعود مرة أخرى إلى هذا الموضوع عند تقديم مركز المساعدة النفسية SARP بسيدي موسى الذي يُعتبر فتحه إستجابة لتقديم المساعدة للسكان.

خلاصة الفصل:

في عصرنا هذا، كثرت الندوات و المؤتمرات الدولية قصدَ محاولة تحديد و فهم ظاهرة العنف من صنع الإنسان و السببية و سبل القضاء عليه؛ أو على الأقل التصدي له. بالرغم من المجهودات الوطنية و الدولية؛ تبقى الإشكالية مطروحة رغم كل التدابير التي "جُندت" من طرف الهيئات الوطنية و العالمية.

في هذا المنظور، تبقى إذن الشعوب مهددة بصفة مستديمة؛ بشبح العنف المقصود و مخلفاته؛ و كما أسلفنا الذكر، تترك أعمال العنف القسدي آثاراً وخيمة؛ سواء على المستوى المجتمعي أو الفردي، سنعرض في الفصل الآتي الصدمة النفسية الناتجة بفعل العنف المقصود و عواقبها على السكان بصفة عامة.

الفصل الثاني

الصدمة النفسية

تمهيد

1- ظهور مفهوم الصدمة النفسية

2- تناول التحليل النفسي

3- تناول المدرسة الفرنسية

4- الصدمة / الكارثة: علم النفس الكارثي

5- الصدمة المعقدة (trauma complexe)

6- تناول الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA)

7- مظاهر و تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM-IV-TR

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الصدمة النفسية في الطب العقلي الكلاسيكي، حدثاً معتبراً قادراً على إحداث عُصاب صدمي لاحقاً. لقد تتكون حالة العُصاب الصدمي أو بعد الصدمي نتيجة صدمات قوية، مثل عُصاب الحرب، عُصاب الهلع من لحروب التي تعتبر أشكالاً أكثر مشهدية.

بينت مراجعة الأدبيات حول الصدمات النفسية أن مفهوم الصدمة مرّ بمراحل مختلفة وأن هناك عدة تناولات. سنعرض تناول التحليل النفسي، ثم المدرسة الفرنسية، لتليها مقاربة علم النفس الكوارثي؛ وتناول الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA). لقد عمدنا في اختيار التناول APA فيما يخص استعمال PTSD في دراستنا، للأسباب التالية:

- دراستنا طويلة و تقييمية تقيس مدى فعالية التكفل النفسي بالأطفال المصدومين بفعل العنف المقصود في مرحلة الكمون، بعد مرور مدة زمنية من التكفل.
- هناك فترتان: تشخيص قبل التكفل، ثم بعده، مع مرور سنوات من المساعدة.
- من أجل قياس التحسن أو عدم التحسن؛ استعملنا مقاييس صُممت لقياس أعراض PTSD.

- تمّ تشخيص الأعراض التي جاء بها الأطفال عند طلب المساعدة عن واسطة مفاهيم PTSD.

- من أجل تقييم مدى تأثير العلاج النفسي، نحتاج إلى تقييم موضوعي و عملي. نحن، رغم أننا تناولنا في دراستنا مفاهيم APA؛ نبقى نستعمل النظرية التحليلية في عملنا العيادي؛ مستمدين بالأسس الأولى؛ أي اللبنة الأساسية التي إنطلقت منها كل المقاربات الحديثة؛ تقريباً. يعني هذا التفتح على نظريات أخرى مع إبقاء الإطار المرجعي القاعدي لفهم و تفسير الظواهر النفسية.

1- ظهور مفهوم الصدمة النفسية

إن مصطلح "الصدمة النفسية" (traumatisme) مشتق من اليونانية، traumato, traumatos، وكان يُستعمل في الجراحة ليدلّ على حدوث فعل عنيف على الجسم (organisme) بسبب حدث خارجي مثل ضربة، جرح، بتر، إلى غير ذلك. ولابد أيضاً على آثار هذا الحدث على الجسم وعلى وظيفته. تحمل إذن كلمة صدمة معنى مزدوجاً: من جهة عنف من أصل خارجي، ومن جهة أخرى، آثار الحدث على الجسم، التي قد تقصر أو تطول.

وقد بقي هذا المعنى المزدوج عندما نُقل إلى الطب العقلي، ثم إلى التحليل النفسي (R.Perron, 2000).

لقد أدخل هذا المصطلح "أبنهايم"، H.Oppenheim، الطبيب النفسي الألماني، سنة 1889 ليصف الأحداث العنيفة التي تؤثر على النفس (الإعتداءات، حوادث السكك الحديدية، أحداث الحروب...) وتأثيرها أي "العُصابات الصدمية" (op.cit. R.Perron).

يعتبر "أبنهايم" (H.Oppenheim)، المرجع الأساسي في تاريخ "العُصابات الصدمية" (1998, Barrois). لقد أدخل خلال نهاية القرن 19، مفهوم "الصدمة النفسية" في علم النفس المرضي، فنشر مرجعه حول "névroses traumatiques" أي "العُصابات الصدمية"، في 1888، وفي الحقيقة هو مرجع حول نفس الموضوع، كتبه بالتعاون مع زميله Thomsen في 1884. يعرض "أبنهايم" في مرجعه (1888) 42 حالة عُصاب ناتجة عن حوادث العمل أو حوادث السكة الحديدية، ومنها أنشأ مفهوم "الصدمة السيكلوجية" (Traumatisme psychologique).

وسرعان ما استعمل Charcot هذا المصطلح ليشرح بعض حالات الهستيريا، وكذا Freud الذي حوّل بعمق هذا المفهوم. (R.Perron).

2- تناول التحليل النفسي:

استعمل Freud هذا المفهوم، أي الصدمة النفسية، في فترة 1895-1900 ليشرح نظريته حول أسباب العُصابات وخاصة الهستيريا، حيث كان يعتقد أن كل عُصاب هو نتيجة تأثير حادث صادم غير متوقع وأن هناك عجز في قدرات الطفل لرد الفعل الملائم (R.Perron).

احتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة أساسية في نظرية التحليل النفسي؛ كان يشير إليها Freud دائما في مقالاته الأولى ولم يتوقف عن الرجوع إلى الصدمة خلال أعماله التي لخصها في كتاباته (1939) Moïse et le Monothéisme، وفي (1920) au-delà du principe de plaisir. عند مراجعة كتاباته، نلاحظ أن Freud تناول الصدمة النفسية من زاويتين رئيسيتين، يصعب التمييز بينهما، كونهما متداخلتين ومكملتين؛ تناول الديناميكي والتناول الإقتصادي.

2-أ- تناول الديناميكي:

افترض فرويد في البداية أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية (في نظرية الإغواء) وظهر هذا في كتاباته من 1892 إلى 1897. ويعتبر الإغواء امتدادا لنظرية صدمة العُصابات، فكان يرى فرويد أن الصدمة النفسية تنتج عن الإغواء، أي حدث إغواء طفل من طرف شخص راشد، وكان يصفه فرويد بالشاذ. ولحدوث

الصدمة يتطلب أولاً حدث إغواء فرد غير ناضج ويكون في وضعية سلبية (passive) ومن دون استعداد، ثانياً، العامل المفجر أو البعدي (l'après coup) الذي ينشط ويحيي الآثار الذكورية (mnésiques) التي عمل الكبت على نسيانها. تأخذ الصدمة حسب فرويد، معناها من هذا الحدث البعدي، إذ أشار في "دراسات حول الهستيريا" إلى أن الصدمة هي جنسية أساساً، وجزأ عمل الصدمة إلى عناصر عدة، كما افترض انه هناك دوماً حدثين على الأقل، حيث يتعرض الطفل في المشهد الأول، الذي يسمى بمشهد الغواية، إلى الإغراء الجنسي من طرف الراشد، من دون أن يُولد هذا الإغراء عنده الإثارة الجنسية، وبعد البلوغ، يأتي مشهد ثان، غالباً ما يكون من دون أهمية ظاهرياً، فيوقظ الحدث الأول من خلال إحدى السمات المرتبطة بينهما (لابلانن وبونتاليس، 1985).

تبقى حالة (Emma) بالنسبة للمحللين النفسانيين نموذجاً لتفسير دور العامل البعدي - على الأقل من ناحية المظهر الزمني - في الصدمة النفسية في مرحلتين (deux temps)، أي انه يوجد شرطان لظهور الصدمة، الأول، أن يعيش الفرد في حالة من السلبية (passivité) وعدم النضج الجنسي، وأن الصدمة لا تظهر إلا فيما بعد الحدث الثاني، وبالتالي يطلق فيض الإستثارة الجنسية التي تبعث الخلل في آليات دفاع الأنا (C.Damiani, 1977).

تجدر الإشارة إلى أن فرويد أولى اهتماماً كبيراً بمشهد الغواية الأبوية ودور الهوامات في نشأة المرض، وأن النقطة الأساسية في النظرية التحليلية هو استبدال الخارج (الحقيقة الموضوعية) بالداخل (الواقع النفسي).

وبقي فرويد بين فرضيتين جوهريتين: الغواية الفعلية والغواية الهوامية، إلا أنه أصبح يشك في حقيقة الغواية، مما جعله يتخلى عن النظرية الخاصة بها، ووضح ذلك في رسالة بعثها إلى صديقه (Fliess) بتاريخ 27-09-1897، أسباب هذا التخلي، حيث كتب يقول "يتعين علي أن أبوح لك رأساً بالسر الكبير الذي اتضح ببطء خلال هذه الشهور الأخيرة، فأنا لم أعد أومن بتفسيرتي الشامل للعصاب (Neurotica)". وهكذا اكتشف فرويد أن مشاهد الغواية ليست إلا مجرد بيانات هوامية معادة، وتلازم هذا الكشف مع الإكمال التدريجي لفهم الجنسية الطفلية (لابلانن وبونتاليس، op.cit.).

إلا أنه يجب التنويه إلى أن النظرة الدينامية للصدمة تُبين أهمية التاريخ النفسي للفرد بحدوث الصدمة وكيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحدث الصدمي أبداً على قاعدة عذراء، وإنما يوجد تنظيم نفسي وقاعدة نرجسية وهوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع تهيئة دفاعية وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد من

الواقع، حيث يكون الأنا منظماً بشكل جيد و نرجسية ذات صلابة معينة، ولا يضعف أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة، وعندما يكون الطفل محبوباً ومحترماً، سيكون له حظ أكبر في مقاومة الصدمات (سي موسى، زقار، 2002).

2-ب- تناول الاقصادي:

لقد دفع مشكل عُصاب الحرب فرويد إلى أن يوجه إهتمامه إلى الصدمة النفسية من منظور آخر، وهو التصور الإقتصادي للصدمة الذي كان معرفاً بأنه انكسار واسع لصاد الإثارات، كمؤشر على عدم قدرة الجهاز النفسي على تصريف فيض الإثارات الكبير. إن إظهار هذه الكمية المعتبرة من الإثارات هي مهمة مبدأ اللذة، ولكن بسبب عنف ومفاجأة الصدمة النفسية، يُطرد مباشرة من دائرة التأثير، مجبراً بذلك الجهاز النفسي على القيام بمهمة أكثر إلحاحاً، وهي "ما فوق مبدأ اللذة". وتتخلص هذه المهمة في ربط الإثارات بشكل يسمح بتصريفها لاحقاً. ويعتبر تكرار الأحلام حيث يعيش الشخص الحدث بشدته ويجد نفسه من جديد في الوضعية الصادمة وكأنه يسعى إلى السيطرة عليها، حالة من اضطراب التكرار. يعتقد فرويد، من خلال ملاحظته للظواهر العيادية أين يكون اضطراب التكرار نشطاً، أن مبدأ اللذة يشترط توفر بعض الشروط كي يتمكن بالقيام بوظيفته، والصدمة تلغي هذه الشروط باعتبارها ليست مجرد اضطراب في الاقتصاد الليبيدي، بل تصل إلى مستوى جذري أكثر كي تهدد تكامل الشخص. (لابلانن و بونتاليس، 1985).

حسب فرويد، ما يميز الصدمة النفسية هو عامل المفاجأة، فحدث الصدمة يتحدد أساساً بشدة العنف المتعلق بها، بالمقارنة مع حالة التهيئة أو عدمها للجهاز النفسي حين تلقيه لها. فإن صاد الإثارات، باعتباره يحمله ويمنع اقتحام كميات كبيرة من الإثارة إليه، تختلف قدرته على التحمل والصد من فرد لآخر ولدى نفس الشخص من وقت لآخر، وعبر مراحل حياته المتعددة. يدل هذا على تعقد الحدث الصادم، إذ لا يخص الوضعية الصدمية فقط، بل الفرد في وضعية صدمية، وعلى هذا الأساس يختلف الأفراد في ردود أفعالهم تجاه الحدث الواحد (R.Perron) (B.Doray, et al, 1997).

تُعتبر الصدمة النفسية من خلال تناول الإقتصادي حدثاً في حياة الشخص يتميز بعدم القدرة الظرفية أو الدائمة على الإستجابة بشكل مكيف، حيث أن أهمية الحدث ومدة استمراره نفسياً، لا ترجع فقط إلى خطورة الفعل المرتكب أو للهشاشة الداخلية للفرد، بل تتدخل فيهما عوامل كثيرة ومتشعبة، منها الخارجية والمحيطية أو الداخلية، المتعلقة ببنية الشخص وتنظيمه النفسي (C.Damiani, op.cit.).

عند تتبع تطور تصورات فرويد للصدمة، يتبين لنا أن مشاهد الإغواء، صحيحة كانت أم خاطئة، قد تسمح بصفتها معاشا صدميا مبكرا، بتفسير المفهوم البعدي للصدمة. فهذه المشاهد التي يرويها المفحوصون، قد تبقى فاعلة بعد وقوع الحدث (أو الأحداث). ومن هذا المنظور تُعرّف الصدمة بأنها تجربة غياب الإسعاف بين أجزاء الأنا، الذي يجب عليه مواجهة كمية كبيرة من الإسعافات الداخلية أو الخارجية، وهي استثمارات لم يتم التحكم فيها.

يُعتبر تعريف فرويد للصدمة اقتصاديا محضا لأن الصدمة هي مقدار الفارق بين الاستثمارات المُستقبلية من طرف الأنا والكمية التي يستطيع أن يحولها ويربطها ويتحكم فيها وقت وقوع الحدث. يجد المرء نفسه إذن عاجزا عن الإستجابة بطريقة ملائمة بسبب شدة وفجائية الحدث، الذي يحدث انقلابا وأثارا مَرضية مستديمة في التنظيم النفسي.

هناك فيض مفرط في الإستثمارات يتجاوز بكثير قدرة الفرد على التحكم فيها وعلى إنصافها سيكولوجيا، ومنها عجز الفرد على تصريفها وإعادة تنظيمها.

يُعتبر الحادث الصادم جسماً غريباً (corps étranger) و مُلْحًا. ويقصد Freud بهذا المصطلح، هو أن الفرد؛ يجد نفسه عند تعرّضه لحدث صادم؛ أمام مسألة الموت. فهذه الأخيرة تفرض نفسها "كحقيقة" و هي تُدرك من دون وسيط في لحظة دُعر و هلع شديدين. اقتحم المشهد الصدمي الجهاز النفسي و أنرسخ خارج أية دلالة و معنى، مثل "جسم أجنبي داخلي"، و يتكرر هذا المشهد الصدمي بسبب عدم القدرة على إستدخاله و إدماجه في السلسلة الدّالة (شبكة التصورات).. يرى Freud أن المشهد الصدمي يُمثل تهديداً داخليا، أي مصدر قلق (و بالتالي ضغط)؛ حتى قبل إعادته في النوم أو في اليقظة. (Freud، 1981، C.Clercq، F.Lebigot، 2001).

2-ج مساهمة فرانزي

لقد أثارت نظرية فرويد حول الصدمة و أصلها جدالا و صراعا كبيرين آنذاك، ومن بين الذين قدموا الكثير في ميدان الصدمة وساهموا في إثراء البحوث حولها نذكر Sandor Ferenczi حيث عرض في 1932، في "Confusion de langue entre les adultes et l'enfant"، أسس نظريته حول الصدمة (trauma): لا يتكلم الراشد والطفل لغة واحدة؛ يفرض الراشد على الطفل لغة شغف (passion) مصبوغة بالجنسية (sexualité) اللاشعورية التي لا يمكن للطفل إرسانها بسبب رقة لغته وخلوها من الشغف (non passionnelle). فالمنبهات الوالدية تتجاوز قدرات الطفل على الأيض (métabolisme) ويمكن أن تكون

صدمة حقيقية تؤدي إلى انشطار الأنا (clivage de moi) والإنسحاب النرجسي (retrait narcissique). وصف فرانزي بالإضافة إلى ذلك، التماهي بالمعتدي (identification à l'agresseur) أين يكون عند الطفل نقص في النضج النفسي الذي يمكنه من تحمّل اللغة والسلوكات المشغوفة من طرف الراشد، فيخضع إذن إلى المعتدي، وحينها يستدخل في نفس الوقت الذنب الوالدي اللاشعوري (1997، Bokanowski).

يعتبر الإستدخال الآلية الدفاعية المفضلة في المرحلة الفمية، فهذه الغواية الأولى من طرف الأم (وليست من طرف الأب)، يكون لها دور في تكوين الهستريا، حسب فرانزي.

استرجع فرانزي بعد تخلي فرويد عن neurotica، دور الغواية الراسخة في واقع الصدمة التي ظن فرويد أنها هُوامية، فعند فرانزي، الصدمة الأصلية (trauma originel)، هي من الغواية الوالدية للطفل البريء.

يعود أصل الصدمة إلى الغواية الوالدية للطفل البريء عند طلبه للحنان، فهي فترة مكوّنة للنفس الإنسانية (la psyché humaine)، ومنها يعتقد فرانزي أن التقنية التحليلية لا تستكشف بكفاية طلب الحنان هذا الذي يأتي به الفرد.

يخلق هذا الخلط في اللغة، وجذور العنف اللاإرادي واللاشعوري من طرف الأم، وكذلك آلام الطفل صدمة مُكوّنة؛ تجعل الطفل في وضعية إرسان آليات الدفاع خاصة به من أجل المقاومة والخروج بسلام. وتوجد هذه الفكرة عند D.W.Winnicott الذي يرى أن في أصل الجهاز النفسي، هناك صدمة أولية، فهذه الصدمة المبكرة هي إذن أصل النفس وكذلك الأمراض النفسية، كما هو الحال بالنسبة لعقدة أوديب التي هي عقدة مركزية بالنسبة لفرويد (1998، Barrois، op.cit، Bokanowsk، S.Ferenczi، 2004).

ومن جهة أخرى، يُرجع فرانزي من جديد مفهوم الصدمة إلى المشهد الواقعي، فمن خلال دراسات على الحرب وعلى المرضى الذين يعانون العُصاب الصدمي، استنتج أن الهشاشة المُكوّنة لنا ترجع إلى الطفولة المبكرة وتجعلها قابلة للإستثارة الكبيرة، أين تعمل على كسر النظام النفسي الذي ليس بحوزته إلا التجزئة (morcellement) من أجل البقاء على قيد الحياة. فالآثار الذكورية (la trace mnésique) للحدث المحطّم (بمعنى ذعر وهلع) توجد بصفاتها منشطرة على بقية النفسية (psychisme)، إلا أنها تبقى حيّة رغم أنها لاشعورية، حينها، يجد المريض نفسه يكرّر باستمرار، أثناء أحلامه، الوضعية الصدمية؛ والتذكر (remémoration) الواعي مستحيل ويمنع الإرسان (S.Ferenczi, op.cit.).

يرى فرانزي أن الميل إلى تكرار الصدمة أكبر أثناء النوم مما هو عليه أثناء اليقظة، فخلال النوم العميق، هناك إمكانية رجوع الإنطباعات الحساسة غير المُحلّة، والتي هي مخفية بعمق وجدّ عنيفة وملتهبة، فكانت إذن من قبل، مصحوبة بلا وعي عميق (S.Ferenczi, 2004). وتجدر الإشارة إلى أن لتكرار الكوابيس والأحلام فائدة، لأنه يقود الصدمة النفسية لأن تُحلّ نهائياً إن أمكن، فوظيفة الحلم هي تفريجية، (S.Ferenczi,) (traumatolytique).

2-د- الصدمة / الصدمي : صراع Freud / فرانزي

يعتبر مفهوم الصدمة داخل الجهاز النظري التحليلي مركزياً؛ واحتفظ بهذه المكانة في كل أعمال فرويد من *Esquisse* (1895) إلى *l'Homme Moïse* (1939). وقد خضع مفهوم الصدمة إلى تغيير وتعديل على صعيد ما وراء علم النفس، و منها ما قدمه Sandor Ferenczi خلال السنوات الأخيرة من حياته (1933-1928).

حسب فرانزي، ليس للصدمة دور في انهيار التنظيم (désorganisation) على مستوى العمليات الثانوية (مثل ما هو الحال عليه في هومات الغواية)، ولكنها تسبب الصعق (الذهول) (sidération) النفسي وتحتّ على ضرورة اللجوء إلى الدفاعات (لاسيما الإنشطار والإسقاط والتماهي الإسقاطي)، فتُحدث اضطرابات خطيرة على مستوى التنظيم الإقتصادي للنزوات والتميز، مما يؤثر على استقلالية الأنا (1997, Bokanowski).

2-د-1- المرحلة الأولى: 1895-1920

كان فرويد أثناء هذه الفترة، يشير بالصدمة إلى ما هو جنسي، ومنها فهي مرتبطة بنظرية الغواية. يعتمد هذا النموذج على فعل "الإغراء" الجنسي الذي يحدد التنظيم العُصابي (الذاكرة، الكبت ورفع)، ولقد ساد هذا النموذج إلى غاية 1920.

لقد مرّ فرويد بمرحلتين عند وضعه وشرحه لنظريته حول الصدمة، تمتد الفترة الأولى من 1895 إلى 1900-1905، أين كان النموذج الأولي يربط الصدمة بالغواية، وشرح مفهوم البعدية في مرجعين *Esquisse* (Freud, 1969) و *Des études sur l'hystérie* (Freud et Breuer, 1965). وصرّح أثناء هذه الفترة بأنه لم يَعد يؤمن بما سماه *Neurotica* (1897) بحيث أن الهوام وليس الغواية هو السبب في الصدمة الأولية وهو الذي يؤدي إلى التنظيم العُصابي.

أما الفترة الثانية (1905-1920) فقد رسم خلالها فرويد "النمو الجنسي الطفلي" وأرصد ما وراء علم النفس، و وصف النمو الجنسي الطفلي ونظرية

الليبيدو، والوضعيات الصدمية المرتبطة "بالهومات الأولية" وبالقلق الوارد (قلق الغواية، الإخفاء، المشهد الأولي، عقدة أديب). فالصدمة مرتبطة بالقوة الضاغطة للنزوات الجنسية وبالكفاح الذي يأتي من طرف الأنا، حيث يُنظر إلى كل الصراعات وكل الصدمات بالرجوع إلى الهومات اللاشعورية والواقع النفسي الداخلي (op.cit., Bokanowski).

2-2- المرحلة الثانية: ابتداء من 1920

ابتداء من هذه الفترة، أخذ مفهوم الصدمة بُعداً جديداً بحيث أنه أصبح مفهوماً رمزياً ومجازياً لمعضلات اقتصادية¹ (apories économiques)

للجهاز النفسي. أصبحت الصدمة حينئذ تمثل كسراً صاداً للإثارة (1920, Freud) وأصبحت معاناة الرضيع نموذجاً للقلق بسبب الفيض عندما لم تعد تسمح إثارة القلق للأنا (Moi) الحماية من الكسر الكمي، سواء أكانت من أصل خارجي أو داخلي (1920, Freud).

اقترح فرويد خلال السنوات الموالية، نظرية جديدة للقلق وركز على الربط بين الصدمة وفقدان الموضوع (بإدخاله حينئذ السؤال الذي سيصبح لاحقاً مركزياً في التحليل النفسي، حول الروابط المتعلقة بالموضوع)². انضم مصطلح صدمة (traumatisme) ابتداء من 1920، إلى مصطلح صدمي (traumatique).

أكد فرويد خلال نهاية أعماله، في *L'Homme Moïse et le monothéisme* (1939)، أن التجارب الصدمية التي هي أصلاً مكوّنة للتنظيم والتوظيف النفسي (نسمي صدمات تلك الانطباعات المعاشة في الطفولة المبكرة، ثم نُسيّت، هذه الانطباعات التي نوليها أهمية كبيرة في مبحث أسباب الهستيريا) يُمكن أن تؤدي إلى إصابات مبكرة للأنا وأن تخلق جروحاً نرجسية (وهذا ما ركّز عليه Ferenczi في أفكاره الطليعية الأخيرة، ومن جهة أخرى، ميّز فرويد بين تأثيرين، موجب و سالب (حالة داخل حالة) للصدمة (يمكننا أن نقترح هنا مصطلح Trauma)، أين تمثل هذه الأخيرة "حدثاً" أو "وضعية"؛ الواحد يمكن أن يخفي الآخر، ويمكن إدماج "حدث شاشة" (événement écran) في نموذج تذكر - شاشة (souvenir écran).

إن نموذجاً الصدمة (trauma) عند فرويد هما الغواية (من طرف الآخر، واقعي) والكارثة (من طرف الصدفة، طارئ). إضافة إلى ذلك، ليس لهذين النوعين من الصدمة نفس المكانة ولا نفس السببية، و لكنهما يمثلان في كل مرة الإثارة

¹معضلة (aporie): في الفلسفة وضع رأيين متعارضين لكل منهما حجته في الجواب عن مسألة بعينها.
²تبط الصدمة بقلق الفراق أو القلق الذي يجزّه الفراق، وبهذا يميّز فرويد خمسة أنواع من القلق: قلق صدمة الميلاد، قلق فقدان الام بصقتها موضوعاً، قلق فقدان القضيب، وقلق فقدان حب الموضوع، وقلق فقدان حب الأنا الأعلى.

(excitation) وجزءاً من العدوانية على الفرد. ويُقصد هنا بالإثارة المعنى الإقتصادي، بما يعنيه من توتر وعدوانية، وتهديد على وحدة و سلامة الفرد وكسر جسمي أو نفسي، وتمزق الغلاف الحامي، سواء أكانت كلمات أو تصورات (Anzieu، 1987، 1985).

2-3-الصدمة / الغواية:(traumatisme/sédution)

تمثل الصدمة، بمعنى كلمة traumatisme، مقابل هذين النوعين من الصدمة وتأثيرها المزدوج على الفرد (إثارة وعدوانية)، "الإستجابة" (réponse) الفريدة للشخص "شيءٌ حدث له". ويعني هذا مثلاً طريقة دفاعية إزاء أحد مُكوني الصدمة: في حالة الغواية، الآلية الدفاعية النمطية التي اكتشفها فرويد هي الكبت الذي يحذف الحدث، أو بالأحرى الآثار الذاكرية (traces mnésiques) من أثر الزمنية (effet de la temporalité). و يُكمّل الحذف من طرف عمل إعادة التنظيم (remaniement) الذي يشير إليه فرويد بالبعديّة، عند إعادة صياغتها في الجزء الثاني من « esquisse d'une psychologie scientifique » "لا يمكننا أبداً أن نفتقر إلى اكتشاف أن ذكرى مكبوتة لا تتشكل إلى صدمة إلا في البعديّة". فعمل إعادة التنظيم هذا، لا يُسجل في وقت الفرد فقط، وإنما كذلك بالمعنى الحقيقي فيكونه. إن إدراك الصدمة بعلاقتها مع العمل النفسي يسمح بتصوير ووضع دور الهوام و"الحدث الحقيقي". لا يكفي أن يجري حدث ما حتى يحدث فعلاً، وإذا كان كذلك، فيكون دائماً حدثاً "نفسياً"، مثلما شرحه فرويد في نظرية الغواية التي تخلى عنها فيما بعد.

حاول فرانزي إقناع فرويد أن "الذكرى المرصية" التي هي سبب الإضطرابات النفسية، ليست مرتبطة بحدث ما ولا مؤلدة من طرف الهوام، إنما مرتبطة بفعل (acte) منكور وملغى من طرف الآخر بسبب الحياء (la honte)، ولا سيما إن كان غير معترف به و مُستخف به، وأكثر من ذلك، هو مرفوض من طرف شخص ثالث (خصوصاً الأم)، من المفروض أنه يستقبل شكوى، أو ببساطة تساؤل الطفل. فعدم استقبال هذا الكلام في كلام آخر هو الذي يترك الطفل من دون جواب، أو بالأحرى من دون دفاعات، إذ لم يبقى له إلا نماذج نكوصية و قديمة، ممّا يُمنع اللعب والربط الهوامي وعمل البعديّة (Ferenczi 1985). يتعلق الأمر هنا بصدمة (trauma) من دون صدمة (traumatisme)، أي جرح، وإغتصاب نفسي، وعنف من دون مكان ولا زمان ولا كلام، فيمكن القول أن هذه الكارثة الذاتية التي تجد مستجيباً للإضطرابات النفسية و التي تشغل بال حرفي الصحة النفسية.

3 - المدرسة الفرنسية

ظهرت بعد Freud مقاربات تُعرف بالمدرسة الفرنسية التي تمثلها مجموعة من العلماء مثل L. Crocq، F. Lebigot، L. Bailly، C. Barrois، إلى غير ذلك، حاولت- انطلاقاً من التحليل النفسي- توضيح الظواهر الصدمية مع الأخذ بعين الاعتبار ما وراء المبدأ الإقتصادي، فالصدمة لدى الأشخاص الذين عاشوا عنفاً شديداً، ترجع إلى حدث محدد ومُعرّف، وقد وُضع الفرد أمام عدم تصور الموت، وبالتالي لا يعود السبب إلى أصل جنسي كما هو الحال في الهستيريا حسب الأطروحة الأولى لـ Freud، يتعلق الإهتمام هنا بالصدمة النفسية الناتجة عن عنف من صنع الإنسان، أو كما يسميها R.Kaës (2001) "الكوارث الإجتماعية" التي تهزّ ليس كيان الفرد الذاتي فقط، وإنما القوانين المستدخلة التي لعبت دوراً كبيراً في تكوين الأنا الأعلى، لتصبح حينئذ، حياته الإجتماعية في خطر. سنعود إلى المدرسة الفرنسية عند تناولنا الصدمة والكارثة في العنصر الموالي.

4- الصدمة / الكارثة: علم النفس الكوارثي: La clinique de catastrophe

ظهرت منذ الثمانينات عدة دراسات حول الصدمة النفسية و انعكاساتها فيما يُسمى بالطب النفسي الكارثي (Psychiatrie de catastrophe) والطب النفسي للحروب (Psychiatrie de guerre) (L.Crocq, 1996; c.Barrois, 1998).

ويتمحور التركيز على الحدث الصادم (traumatogène)، وأهمية الصدمة، والهلع، وأخيراً الإلتقاء مع الموت مع تواجد ازدواجية واقعية الموت والعدم (néant). ويلج الباحثون في هذا الميدان على التمييز بين الصدمة النفسية (trauma psychique) والضغط (stress) الذي يعتبر رد فعل بيولوجي خاص كما وصفه Selye.

ومعايير تحديد الصدمة هي كما يلي:

(1)- الحدث الصادم استثنائي خطير، عنيف، مفاجئ brutal، فظيع horrible مُرَوَّع وأحياناً مرفوق بموت حقيقي للأشخاص وغالباً ما يكون كذلك مرفقاً بخطر حقيقي وموضوعي بموت الفرد ذاته، فالحدث إذن يعتبر تهديداً حياتياً (vital)؛ وأن المعاش الشخصي للفرد أثناء الحدث مهم جداً، فهذا المعاش الذاتي هو دائماً ضروري ويمكن أن يكون كافياً لإحداث الصدمة النفسية. تعتبر الكارثة ذاتية، فريدة وغير قابلة للقياس بتلك التي تمس الشخص العادي. فنقيّمها بالأرقام ليس له معنى.

(2)- القلق؛ العَرَضِيَّة التكرارية مثلاً الكوابيس المستحوذة والمتكررة لها هدف التحكم والسيطرة الرجعية retroactive على الإستثارة تحت غطاء القلق.

(3)- الهلع (Fineltan, 2005).

يمكن القول أنه بالإستعانة بالتعبير الفينومونولوجي، أن الصدمة النفسية تعني: غياب التوقع بسبب فظاعة brutalité الحادث نفسه، هي حالة معاناة عند أغلبية الناس، فليس للموت معنى ملموس، وعلى كل حال، لا يمكن تصور كل هذا، فيكون التصور عن طريق البدائل وعن طريق فظاعة انتظار الأشياء القادمة (المستقبلية) pétrification de l'attente. يُدرك الفرد وقتاً غير قابل للتعبير عنه، وقتاً جامداً غير قابل للوصف (Fineltan, 2005).

لا يظهر القلق بالنسبة لـ F.Lebigot بسبب الكسر (effraction) وإنما بسبب درجة صفر التي يصل إليها الوجدان، فعدم الأصل (néant de l'originaire) هو الذي يميّز الهلع effroi.

وعندما يتذكر الأفراد هذه اللحظة القصيرة جداً للصدمة، يتحدثون عن "عطل" (panne)، "فراغ"، "صمت مطلق"، "بياض"... الخ. يظهر القلق بعد فوات لحظة الدُعر، في حين تكون الصورة الراسخة تهديداً داخلياً بالعدم (Lebigot, 1999, 1998).

أما L.Crocq، فيتحدث عن المواجهة المفاجئة مع الموت الحقيقي، موتنا الشخصي وموت غيرنا، من دون وساطة النظام الدال (le système signifiant) الذي يحمي الفرد في الحياة اليومية من هذا الإتصال العنيف. يجد Crocq في هذا المضمار أن هناك إرتفاع ميتافيزيقي تقريباً، حيث يقول: "الأكبر عمقاً في هذه التجربة هو الإدراك المتميز للعدم، لهذا العدم الذي يخشاه المرء وينفيه بشغف كل يوم، لأن توكيد كل وجود والإيمان بالحياة يزوبان في النفي المعزّم عليه (المطهر) للعدم (la négation exorciste du néant)، هذا العدم الذي كل واحد منا متأكد منه من غير أن يعرفه حقاً. وبالتالي، يتعلق الأمر هنا بانقطاع في الدال (signifiant) مع اقتحام مفاجئ لتجربة الموت والعدم واللامعنى لوجود كان له لحد الآن معنى. يرى الفرد نفسه أمام هذا الظهور المؤكد لموت حقيقي، مجرداً (démuni) من الدلالات (signifiants) و"التصور" لسبب بسيط؛ أنه لم يسبق له "التعرف" من قبل على الموت من جهة، ومن جهة أخرى، لا يمكن للبدائل (substituts) الراسخة في الوعي والثقافة، مثل الجثة والطقوس المتعلقة بالموت، أن تشرح ولا أن تسيطر على هذه المواجهة، ومنها تأتي التجربة الأساسية للذعر والشعور المسبق "بالموت

الشخصي بصفته حقيقة نهائية"، و"فقدان الذات بأكملها"، ولهذا، يُضيف L.Crocq أن أعراض العُصاب الصدمي التي تحاول من دون جدوى عرقلة العملية المميتة (processus de mortification) (مثل الكف، التفكك والانطواء حول الذات) أو تسجيل الحدث الصدمي (مثل التكرارات) تؤكد قوة وشدة الذعر، وإحاحها بصفته مصيراً.

أما Heinrich، فيرى أن الكارثة تحدث في أي مكان وفي أي زمان، صدمة، سواء أكانت "طبيعية" أو تكنولوجية، حدث في العمل، وما يهم هو الخاص بالبعديّة: "لماذا أنا، هنا و الآن؟" وأحياناً يكون السؤال أكثر إسقاطاً: "لماذا ليس أنا؟".

خلافاً عن ما هو موجود في نظرية الغواية والإغتصاب النفسي، فهنا، لا يوجد الكبت ولا إعادة التنظيم، فطريقة الدفاع هنا هي "العُصاب الصدمي"، أي، تنظيم مَرَضِي مُرَكِّزٍ على التكرار، على سرد القصة والشكاوي والكوابيس... يمكننا القول لأول وهلة، أن الفرد شكّل صورة متحركة للأبدية، وبالفعل، الحركة الدائرية (circulaire) تضمن إبقاء نفس الأشياء عن طريق تكرارها، ويُعتبر رجوعها المستمر تعبيراً عن السكون المطلق Heinrich (2005). من أجل توضيح هذه الفكرة، نعود قليلاً إلى فرويد الذي صرّح أن العلاقات بين العُصابات الصدمية و العامل الطّفلي ليست موجودة في أبحاثه. الجدير بالذكر أنه كان يركز دائماً على السببية المزدوجة (التي أفلقته حتى خلال آخر أيامه): خارجي-داخلي، موضوعي-نفسى، إلا أن ما يهمّ المعالج النفساني هو ما وراء الموضوعي الذي يجب الانفصال عنه من دون إنكاره¹، و هو استقبال العلاج من طرف الشخص المصدوم، و إدماج أو عدم إدماج الحدث أو الوضعية التي تجري في الآنية، أمام أعينه و التي تدوم و قنناً معيناً. إن ضحية الكارثة لم تعدُ طفلاً، مهما كان النكوص الناتج عن الكارثة (هذا لا يستثني وجود أطفال ضحايا الكوارث الموضوعية)، فالحدث ليس محل نزاع فيما يتعلق بموضوعيته، و إنما ما هو مجهول هي الإنعكاسات السيكلوجية على الفرد، و هناك بالضبط الإفتقار إلى الكلمات، و حتى الكلمات التي تُحكى بها القصة حول الكارثة، هي في الحقيقة كلمات مأخوذة و مُستعارة (مثلا كلمات الشهود). و هذا ما يعطي أحياناً صيغة التقرير للمقابلات التي تُجرى مع الضحايا عوض سرد القصة (Heinrich, 2005)، إلا أن ما تملكه حقا الضحية إلى درجة أنه لا يمكن الجدل فيه هو شريطه (film) الشخصي عن الأحداث، وهو تركيب الصور خلال الكوابيس وليس تركيب الكلمات أو تركيب المشهد في الكابوس (Barrois, 1985).

¹يلجّ Barrois على أهمية الاعتراف وكذلك التقمص العاطفي الذي يتحقق في عُصاب الحرب بطريقة أفضل من طرف التجربة الجماعية. (Barrois, 1998).

يرى Heinrich أن التمييز بين الغواية والكارثة سمح بتوضيح ما يميّز النفاس (الدفاعات والتحويلات) عن الإصابة التي سُميت بالتشاباه "العُصاب الصدمي (névrose traumatique)"، غير أنه توجد مجموعة أخرى من العُصابات عن "طريق التشابه" ألا وهي العُصابات الراهنة (névroses actuelles).

يعتقد كل من Crocq و Sailhan و Barrois (1983) أنه من الملائم وضع العُصابات الصدمية بصفقتها معارضة للنفاس وللعُصابات الراهنة، انطلاقاً من المعارضة: السببية الخارجية / السببية الداخلية.

إلا أن Heinrich (2005) لا يوافق كل من Barrois و Sailhan و Crocq، حيث يعتقد أنه من العجب أننا لا نرى أن أي عُصاب، مهما كان، بصفته إصابة، لا يكون من أصل ذاتي (ضمن-نفسى) حتى ولو أن الضربة/ الصدمة (choc)، (حدث أم وضعية) هي سبب عوض فرصة. ومن المحتمل ألا يكون المصدوم مريضاً إذا لم "يحدث الحدث"، فهناك خلط بين السبب الفاعل الذي يجعل الحدث "يحدث" والسبب الشكلي (الذي يجعل الحدث يُشبهه لـ...). إلا أنه على المستوى الشكلي، العُصاب الصدمي يشبه العُصاب الراهن، ولاسيما عُصاب القلق الذي يحدده كل من Barrois و Crocq (1983)، بسبب إنسابه "الطبع الراهن" والفعل الإمبراضي (acte pathogénique)، ومنه يمكن القول أن الأشخاص المصدومون نادراً ما يقدمون تنظيمًا واضحًا وبنية أكيدة، سواء أكانت عُصابية أو ذهانية (Heinrich, 2005).

سنعود على كل حال، إلى العُصاب الصدمي عند تناولنا الركن الخاص بالصدمة النفسية من منظور الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) تحت تسمية "إضطراب الضغط ما بعد الصدمة" الذي أثار جدالاً كبيراً عند مجموعة من العلماء، لا سيما في فرنسا، من طرف مقاربات تُعرف بالمدرسة الفرنسية التي تمثلها مجموعة من العلماء مثل L.Crocq، F.Lebigot، L.Bailly، C. Barrois، والتي عرضناها باختصار أعلاه. سنقدم قبل ذلك، التصنيفات الواردة في ما يُسمى بالصدّات المعقدة.

5-الصدّات المعقدة (trauma complexe)

تُعتبر Lenore Terr الرائدة في العمل حول الصدمة عند الأطفال، و من بين المساهمة التي أتت بها، نذكر تصنيفها للصدمة المعقدة من النوع الأول (type I) و (type II):

-النوع I : يكون الحدث الصدمي فريداً و له بداية و نهاية مُحدَدَتَيْن. تحدث الصدمة بسبب عامل ضاغط حاد، (مثل حريق، كارثة طبيعية).

-النوع II: تتكلم L.Terr عن الصدمة من النوع II عندما يكون الحدث متكرراً و حاضراً باستمرار، هناك تهديد بأن يتكرر في أي وقتٍ و لمدة طويلة من الزمن. تحدث الصدمة بسبب عامل ضاغط و مُزمن و مؤذي (مثل العنف العائلي، الإعتداءات الجنسية، العنف السياسي، الحروب، الخ).

كل صدمة هي من النوع I في البداية، و تكون ردود الفعل التي تظهر عند الضحايا هي متشابهة من النوع I ، و لكن، بالتدرج؛ مع تشكيل النوع II؛ تظهر آليات التكيف أكثر فأكثر من النوع المرضي (L.Terr، 1991، 1990).

ترى L.Terr أنه من المهم ألا نخلط بين الفرد الذي مرّ في حياته بعدة صدمات من النوع I (مثلا : فقدان ممتلكاته في حريق، و سنوات بعدها، نُهبَت أمواله في إعتداء، ثمّ كان شاهد أعيان على حادث مرور خطير، و بعد ذلك نجا من الموت أثناء حادث مرور، الخ) بالصدمة من النوع II.

حسب L.Terr، الصدمة الناتجة عن الإعتداء الجنسي أو التعذيب هي من النوع II، حتى و لو أن العامل الضاغط حدث مرة واحدة في حياة الشخص.

أضاف E.F.Solomon و K.M.Heide (2005) النوع III، و يدل هذا النوع من الصدمة على الأحداث المتعددة و المُجتاحَة (envahissants) و العنيفة جداً، و هي حاضرة لمدة طويلة من الزمن. تحدث الصدمة من جرّاء عامل ضاغط مُزمن أو مُؤذٍ (مثل معتقلات سجون الحرب، التعذيب، الإستغلال الجنسي المرغم، العنف، و الإعتداءات الجنسية داخل العائلات، الخ).

أمّا E.Josse (2004)، أتى بالنوع IV الذي يشير إلى الصدمة المستمرة (trauma en cours)، أو بما يُسمّى بالانجليزية بالongoing trauma. و ما يميز هذا النوع هو أنه مستمر في الحاضر، مثل فرقة معرضة للإختطاف، رهائن، الصحفيون، العاملون في الخدمات الإنسانية، أفعال الحرب، الأمراض، الإعتداءات الجنسية داخل العائلات، الخ).

ترى L.Terr أن DESNOS (Disorders of extreme stress not otherwise specified) تدل على آثار ذات البُعد الطويل للصدمة المزمنة والتي لم توجد في PTSD. وأظهر النقاش الذي كان قائماً في التسعينات حول تذكر التجربة الصدمية و الإعتراف بالصدمة المعقدة، أنه ليست هناك مجموعة من القواعد المحددة للتعرف مسبقاً على الحقيقة في كل حالة، لذا ينبغي التعمق والعمل بكثافة مع الحالة

فردًا لتتعلم في كل مرة قصة كل شخص و ما معنى حقيقة التذكر عند الشخص ذاته، فعلى سبيل المثال نذكر قول أحد الجنود الأمريكيين العائدين من الفيتنام: "لا أريد أخذ أدوية للكوابيس لأنني أريد أن أتذكر أصدقائي المتوفين".

تؤكد Garuth C. (1995)، معتمدة على تصنيف Terr، أنه ليست هناك مقارنة واحدة لسماع كل التجارب الصدمية المختلفة و القصص المتعددة، و لذا، يستدعي الأمر تناولاً متعدد التخصصات و الإستمرارية في البحوث حول الصدمة.

ميزت J.Herman بالإعتماد على مفهوم الصدمة المعقدة الذي أنتت به Terr، (1992) بين الصدمة البسيطة و الصدمة المعقدة، حيث تُعرف الصدمات المعقدة بصفتها نتيجة البقاء في وضعية الضحية بصفة مزمنة (victimation chronique) تحت استعباد و قهر جماعة أو شخص أو أشخاص. يكون الشخص في هذه الوضعيات عامة تحت سلطة و تحكُّم صاحب الأفعال الصادمة و يكون عاجزاً عن الفرار.

أما الصدمات البسيطة في رأي J.Herman فهي تلك الصدمات التي أدرجتها Terr في النوع I.

6- تناول الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) : السياق التاريخي لظهور PTSD

ظهر مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD: Post Traumatic Stress Disorder) في نظام التصنيف للأمراض العقلية (DSM Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders)، أي، الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية، في طبعته الثالثة (DSM III, 1980). رغم أن هذا التصنيف الجديد أثار جدالاً حول تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إلا أنه سدّ فراغاً كبيراً في الطب النفسي، سواء على المستوى النظري أم المستوى التطبيقي. فمن المنظور التاريخي، التغيير الأساسي وذو دلالة هامة الذي أحدثه مفهوم PTSD، هو الإعتقاد أن العامل المسبب يكمن خارج الفرد (أي الحدث الصدمي) عوض ضعف ذاتي للفرد (أي عصاب صدمي). إن المبدأ الأولي لفهم القاعدة العلمية والتعبير العيادي لـ PTSD هو مفهوم "الصدمة" (Friedman, 1991).

في صياغته الأولى في DSM III عام 1980، وُصف مفهوم الحدث الصدمي، بصفته ضاغط كوارثي لم يكن مُدرجاً في مجال التجربة العادية والمألوفة للفرد. فإن الحرفيين الذين صمموا التشخيص الأصلي لـ PTSD، كانوا يقصدون بالأحداث مثل

الحروب، التعذيب، الإغتصاب، محرقة النازية، القنبلتين الذريتين لـ Hiroshima وNagasaki، الكوارث الطبيعية (مثل الزلزال، الإعصار والبراكين) والكوارث من صنع الإنسان (انفجار المصانع، سقوط الطائرات وحوادث المرور)؛ فاعتبروا بوضوح أن الأحداث الصدمية مختلفة عن العوامل المؤلمة الضاغطة التي تكون عبارة عن تغيرات عادية في الحياة، مثل الطلاق، الفشل، الرفض، مرض خطير، إفلاس مالي، وهلم دواليك (Friedman, 1995) ومن هذا المنطلق المنطقي، فإن الإستجابات السيكولوجية لمثل هذه "العوامل الضاغطة العادية" تكون مُدرجة في تصنيف DSM III "كاضطراب التوافق" عوض PTSD. إن هذه الثنائية بين الصدمي والعوامل الضاغطة الأخرى، كانت مؤسسة على الإفتراض القائل بأنه رغم أن أغلبية الأفراد لهم القدرة على التعامل (coping) ومواجهة الضغط العادي، فهناك احتمال أن قدراتهم التكيفية تكون هشة وعاجزة عند مواجهة الضغوط الصدمية.

يعتبر PTSD فريداً من بين التشخيصات السيكياترية الأخرى، نظراً للأهمية الكبيرة التي تُسببت إلى العامل المُسبب؛ أي العامل الضاغط الصدمي. ومنه، لا يستطيع المرء القيام بتشخيص PTSD إلا إذا وقى الشخص فعلاً "معيار العامل الضاغط" الذي يعني أنه تعرّض إلى حدث يُعتبر صادمًا. إلا أن التجربة العيادية المتعلقة بتشخيص PTSD بيّنت أن هناك فروق فردية في القدرة على التعامل مع الضغط الكوارثي، حيث أن بعض الأفراد الذين تعرّضوا إلى أحداث صدمية، لا يكونون PTSD، بينما البعض الآخر، لديهم تناذر كامل لـ PTSD. فهذه الملاحظات أدت إلى الاعتراف بأن الصدمة، مثل الألم، ليست ظاهرة خارجية يمكن أن تكون موضوعية كاملة. لذا، فإن التجربة الصدمية، مثل الألم، مصفاة من خلال العمليات المعرفية والوجدانية قبل تقييمها بأنها تهديد خطير، وبسبب الفروق الفردية في عملية التقييم هذه، يبدو أن مختلف الأفراد يعانون درجات مختلفة من الصدمة، أين يكون البعض منهم محمياً أكثر، بينما البعض الآخر، يكون أكثر هشاشة وقابلية لتكوين أعراض عيادية بعد تعرّضهم لوضعيات ضاغطة حادة (Friedman, 1995).

رغم أن هناك عودة من جديد إلى الإهتمام بالمظاهر الذاتية للتعرض للصدمة، فيجب التوكيد أن التعرض لأحداث مثل الإغتصاب، التعذيب، الإبادة الجماعية، وضغط الحرب، هي تجارب معاشة بصفاتها أحداث صادمة تقريباً من طرف كل الناس.

لقد تمت مراجعة معايير التشخيص في DSM- III إلى ما يُسمى في الصيغة بـ DSM- III- R (1987)، ثم في DSM- IV (1994) وفي DSM- IV -TR (2000) وهي الصيغة الأخيرة إلى غاية الآن. يجدر الذكر، وهذا من أجل توحيد

التشخيص، أن تناذر PTSD مُشابه للصيغة العاشرة للتصنيف العالمي للأمراض (CIM 10).

إن إدراج PTSD منذ 1980، في التصنيف الرسمي للإضطرابات النفسية في DSM في صيغته الأربعة، كان إنطلاقة لبحوث غزيرة حول الإستجابات النفسية لضحايا الأحداث الصدمية، وأُعدت التعريفات التي وردت في الصيغ الأربعة لـ DSM، على النموذج المفاهيمي الذي يصنف الأحداث الصدمية بصفاتها وحدة (entité) مختلفة عن تجارب الضغط الأخرى. ويُصنف PTSD كذلك كوحدة مختلفة عن إستجابات الضغط. وعلى خلاف "الأحداث الضاغطة العادية"، فالأحداث الصادمة أو الكوارثية مرتبطة في DSM بتناذر خاص وهو PTSD، والأعراض المعيارية للإضطراب مُعرّفة بارتباطها بالوقت والمحتوى، وبحدوث بارز و خاص (Friedman, op.cit.).

يجدر التنويه قبل التعرّض بالتفصيل إلى أعراض PTSD، إلى أنه منذ 1980، ركزت البحوث الأمريكية بكثافة و في الفترة الأولى، على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب الفيتنام خاصة، و أولت إهتماماً أقل لضحايا أحداث خاصة؛ مثل الكوارث أو الإغتصابات. أظهرت هذه البحوث أن هناك مجموعة من الأعراض عانى منها هؤلاء الجنود سنوات بعد إنتهاء الحرب. وإمتدت البحوث في الفترة الثانية، إلى الصدمة النفسية نتيجة كوارث طبيعية وتكنولوجية، و حوادث فردية وجماعية، إعتداءات، إغتصابات، إلى غير ذلك. وتجدر الإشارة إلى أن لـ PTSD إنعكاسات و رهانات إجتماعية وإقتصادية وكذلك سياسية؛ فقد كان جنود حرب الفيتنام يعانون الإعاقة في شتى مجالات حياتهم (الشخصية، العائلية، المهنية...) بسبب المرض العقلي إبان رجوعهم من الحرب، بما فيه الضغط ما بعد الصدمة، إلا أنهم لم يتمكنوا من الحصول على تعويضات مالية لأنه لم يكن آنذاك أي تشخيص سيكياتري يمكنهم من خلاله طلب المستحقات التعويضية (Robbin و Mezey ، 2001).

7- مظاهر التشخيص في DSM -IV-TR (2004)

سنقدم فيما يلي المعايير الكاملة لتشخيص PTSD كما وردت في الطبعة الأخيرة من DSM -IV-TR (2004) والتي تتضمن: التعرّض إلى "حدث صدمي" وأعراضاً من المجموعات الثلاث للأعراض: ذكريات مستحوذة، أعراض التجنب/الخطر أو فقدان الحس، وأعراض الحرص الفائق. أُضيف معيار خامس فيما بعد؛ والذي يتعلق بمدة الأعراض التي لم تكن واردة في DSM في 1980 عندما

أقترح لأول مرة PTSD، وظهرت بعده عدة تجارب ميدانية وأجريت حوله بحوث متعددة (Kessler et al., 1999).

حسب **DSM -IV-TR**، أهم مظاهر PTSD هو تكوين أعراض مميزة بعد التعرض إلى عامل ضاغط صدمي حاد، يتضمن تجربة شخصية مباشرة لحدث يكون فيه الموت الفعلي، أو التهديد به، أو جرح (إصابة) خطير أو تهديد آخر لوحدة وسلامة الجسم، أو يكون الفرد شاهد عيان على حدث يتضمن الموت، إصابة أو تهديد لسلامة جسم شخص آخر، أو سماع بموت مفاجئ أو عنيف، إصابة خطيرة أو تهديد بالموت أو إصابة عضو من العائلة أو إحدى الأقارب (المعيار A1). فاستجابة الفرد يجب أن تتضمن خوفاً شديداً، العجز، أو الرعب (أو عند الأطفال، تكون الإستجابة متضمنة لسلوك مضطرب أو متهيّج) (المعيار A2).

إن الأعراض المميزة الناتجة عن التعرض لصدمة عنيفة تتضمن المعاشية المستمرة والمُلحة للحدث الصدمي (المعيار B)، التجنب المستمر للمنبهات المتعلقة بالصدمة وتبُلد في الإستجابات العامة (المعيار C)، وأعراض مستمرة ومُلحة خاصة بالحرص الفائق (المعيار D).

يجب أن تكون اللوحة العرضية الكاملة متواجدة خلال أكثر من شهر (المعيار E)، وأن يكون للإضطراب معاناة عيادية ذات دلالة أو عجز في الوظيفة الإجتماعية، المهنية أو المجالات المهمة الأخرى (المعيار F).

تتضمن الأحداث الصدمية المعاشية مباشرة، ولا تقتصر على الحرب العسكرية، إعتداءات شخصية عنيفة (إعتداء جنسي، هجوم جسدي، السرقة، هجوم من الخلف مع محاولة الخنق قصد السلب)، اختطاف، رهينة، هجوم إرهابي، تعذيب، الحبس كسجين حرب أو في المعتقل، الكوارث الطبيعية أو من صنع الإنسان، حوادث المرور، تشخيص بمرض مهدد للحياة. بالنسبة للأطفال، يمكن أن تتضمن الأحداث الصادمة جنسياً تجارب جنسية غير ملائمة نمائياً من دون تهديد فعلي أو عنيف أو إصابة.

تتضمن أحداث شاهد عيان، ولكنها لا تقتصر على مشاهدة إصابة خطيرة أو موت غير طبيعي لشخص آخر بسبب إعتداء عنيف، حادث، حرب، أو كارثة، أو مشاهدة فجائية لجنّة أو أجزاء من الجنّة. تتضمن كذلك التجارب المعاشية من طرف الآخرين والتي سُمعَ عنها. تتضمن كذلك، ولكنها لا تقتصر على إعتداء شخصي عنيف، حادث خطير أو إصابة خطيرة معاشية من طرف عضو من العائلة أو صديق، أو السماع بأن "طفلنا" (من طرف الوالدة) يعاني مرضاً مهدداً لحياته. وقد يكون الإضطراب خاصة خطيراً أو طويل المدى عندما يكون العامل الضاغط من صنع

الإنسان (مثل: التعذيب والإغتصاب). يرتفع الإحتمال بتكوين هذا الإضطراب كلما إرتفعت شدة التقارب البدني مع عامل الضاغط.

يمكن أن يُعاش الحدث الصدمي من جديد بطرق متنوعة. يكون عادة لدى الشخص ذكريات مستحوذة ومتكررة للحدث (المعيار B1) أو أحلام مزعجة متكررة أين يُعاد الحدث أو يكون متصوراً بطريقة مختلفة (المعيار B2). في حالات نادرة، يعيش الفرد حالات تفكك تدوم من بضعة ثواني إلى ساعات عديدة، وحتى أيام، يُعاش خلالها الفرد أجزاء من الحدث ويسلك كأنه يعيش الحدث في اللحظة نفسها، في هنا ولآن (المعيار B3)، وغالبا ما يُشار إلى هذه النوبات بـ"flashbacks"، التي تدوم مدة قصيرة عادة، ويمكن أن تكون مرتبطة بالمعاناة الطويلة واليقظة العالية.

غالبا ما تحدث المعاناة السيكلوجية الحادة (المعيار B4) أو المُعاشة الفيزيولوجية (المعيار B5) عندما يكون الفرد معرضاً إلى الأحداث التفجيرية أو الإحيائية التي تشبه أو ترمز إلى مظهر من الحدث الصدمي (مثلا: الذكريات السنوية للحدث الصدمي، مُناخ بارد أو مثلج أو لباس عسكري بالنسبة للناجين من الموت في المعتقلات في جو بارد، مناخ ساخن ورطب بالنسبة للجنود الحرب في المحيط الهادي الجنوبي، الدخول إلى أي مصعد بالنسبة للمرأة التي تعرضت إلى الإغتصاب داخل المصعد).

يتم تجنب المثيرات المتعلقة بالصدمة بإصرار. يبذل الشخص عموماً مجهودات عمداً لتجنب الأفكار، الأحاسيس أو الحديث عن الحدث الصدمي (المعيار C1) ولتجنب النشاطات، أو الوضعيات أو الأشخاص الذين يثيرون ذكريات عن الحدث (المعيار C2). يمكن أن يتضمن هذا التجنب إما يُذكر بالحدث الصدمي: "النسوة" (amnésie) لمظهر مهم جدا من الحدث الصدمي (المعيار C3). ويُشار إلى انخفاض الإستجابة للعالم الخارجي، "بالحذر السيكلوجي" أو "تجمد الأحاسيس" الذي يبدأ غالبا مبكرا بعد الحدث الصدمي. قد يشكو الفرد من انخفاض معتبر في الإهتمام أو المشاركة في نشاطات كانت ممتعة له في السابق (المعيار C4)، الإحساس بالانفصال أو بأنه غريب عن الناس الآخرين (المعيار C5)، أو انخفاض معتبر في القدرة على الوجدان (لاسيما المتعلق بالعلاقة الحميمة، الحنان والجنس) (المعيار C6). قد يكون هناك إحساس لدى الفرد بأن المستقبل مسدود (مثل عدم توقع أن يكون له مهنة، زواج، أطفال، أو إمتداد عادي للحياة) (المعيار C7).

يعاني الفرد أيضا أعراضا مستمرة من الحصر أو الحرص المتزايد الذي لم يكن موجوداً قبل الصدمة. فقد تتضمن هذه الأعراض الصعوبة في الخلود إلى النوم أو

البقاء فيه بسبب الكوابيس المتكررة أين تُعاد معايشة الحدث الصدمي (المعيار D1)،
اليقظة الفائقة (المعيار D4)، والقفز المبالغ (المعيار D5). يتكلم بعض الأفراد عن
الإستثارة أو نوبات غضب (المعيار D2).

7-أ- الموصفات:

- يمكن استعمال الموصفات الآتية لتحديد متى بدأ العرض (PTSD) ومدته الزمنية.
- حاد عندما تكون المدة الزمنية لأعراض PTSD أقل من 3 أشهر.
- مُزمن، عندما تدوم أعراض PTSD ثلاثة أشهر أو أكثر.
- مؤجل، عندما تمر على الأقل 06 أشهر بين الحدث الصدمي وبداية
الأعراض.

7-ب- المظاهر المتلازمة والإضطرابات:

7-ب-1 المظاهر الموصوفة والمتلازمة والإضطرابات النفسية:

قد يصف الأفراد الذين يعانون PTSD مشاعر الذنب بسبب نجاتهم بينما لم ينج
الآخرون، أو بسبب ما فعلوه من أجل النجاة. قد تتدخل نماذج التجنب في العلاقات
الشخصية مما يؤدي إلى الصراع بين الأزواج، الطلاق أو فقدان العمل. يمكن تواجدها
الهلاوس السمعية أو التخيلات الإضطهادية، و يمكن أن توجد في حالات خطيرة
ومُزمنة.

يمكن أن تحدث مجموعة الأعراض المتلازمة والتي غالبا ما يلاحظ تلازمها مع
العامل الضاغط العلائقي (مثلا: الإعتداء الجنسي لدى الأطفال أو الإعتداء الجسدي،
العنف المنزلي): إضطراب في الوجدان، التهديم الذاتي، سلوك إندفاعي، أعراض
التفكك، شكاوي جسمية، الشعور بعدم الفعالية، الخجل، اليأس، أو فقدان الأمل،
الشعور بالضرر المستديم، فقدان معتقدات سابقة مؤكدة، النفور، الإنسحاب
الإجتماعي، الشعور بالتهديد المستمر خلال العلاقات مع الآخرين، أو تغيير في
مظاهر الشخصية الموجودة قبل الحدث الصدمي.

إضطراب الضغط ما بعد الصدمة متلازم مع نسب إضطراب الإكتئاب،
إضطرابات متعلقة بتعاطي المخدرات، إضطراب الهلع، إضطراب رهاب الخلاء
(agoraphobia)، إضطراب الوسواس القهري، إضطراب الحصر المُعمم، الفوبيا
الإجتماعية، فوبيا خاصة، والإضطراب ثنائي القطب (bipolaire). فهذه
الإضطرابات يمكن، إمّا أن تسبق، تتبع أو تظهر متزامنة مع بداية إضطراب الضغط
ما بعد الصدمة.

7-ب-2- نتائج مخبرية متلازمة:

يمكن قياس إرتفاع الحرص من خلال دراسة التوظيف الفيزيولوجي اللإرادي (مثل: دقات القلب، نشاط غدة العرق، (électromyogramme).

7-ب-3- نتائج الفحص البدني متلازمة والوضعية (الحالة) الطبية العامة:

يمكن أن تحدث إصابات بدنية كنتيجة مباشرة للصدمة-بالإضافة إلى ذلك، الضغط ما بعد الصدمة المزمن يمكن أن يتلازم مع نسب الشكاوي الجسمية، أو مع الحالات الطبية العامة.

عند الأطفال الصغار، يمكن أن تتغير الأحلام المزعجة حول الحدث بعد عدة أسابيع، إلى كوابيس معمّمة حول الوحوش، إنقاذ الآخرين، أو تهديدات للذات. عادة لا يملك الأطفال الصغار الأحاسيس بأنهم يعيشون من جديد في الماضي، عوض ذلك، المعاشية للصدمة تحدث من خلال اللعب المتكرر (مثلا: الطفل الذي تعرّض لحادث مرور خطير، يُعاود باستمرار إصطدام السيارات بسيارة اللعب). بما أنه من الصعب على الأطفال أن يحكوا بأن هناك انخفاض في الإهتمام بالنشاطات المهمة وتقلص في الوجدان، فهذه الأعراض يجب أن تُقيم بحذر باستعمال تقارير الآباء، المعلمين وملاحظين آخرين. عند الأطفال، قد يُقيم الإحساس بمستقبل مسدود؛ عند إعتقاد الطفل بأن الحياة قصيرة جدًا لدرجة أنه يعتقد بأنه غير ضروري إدراج حياة الرشد مستقبلاً. يمكن أن يستعرض الأطفال عدة أعراض جسمية، مثل الصداع وآلام البطن (DSM -IV-TR، الطبعة الرابعة، 2004).

قدمنا المعايير الكاملة لتشخيص PTSD كما جاءت في تناول الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) في الطبعة الرابعة (2004)، و يمكننا القول أنها تُعدّ بمثابة دليل في إطار بحثنا هذا و للباحثين في الصدمات النفسية.

خلاصة الفصل:

أردنا من خلال هذا الفصل تقديم عرضاً مُلمّاً و ملخصاً حول الصدمة النفسية منذ ظهور المفهوم و تطوره عبر العقود من خلال المقاربات و توجهاتها، بدءاً من H.Oppenheim، و مروراً بـ Freud و مفهومه لِعُصاب الصدمة، إلى الرابطة الأمريكية للطب العقلي و إدخاله معايير تشخيصية للصدمة و ما سمتها بـPTSD. و الهدف من تقديم بعض التفاصيل مقصوداً من أجل الإلمام بموضوع الصدمة، التي هي محور إهتمامنا في هذا البحث، و كذلك، لا يمكننا التطرق إلى الصدمة عند الأطفال الذين يمثلون عينة دراستنا الميدانية، إلا بعد إستيعاب السياق الذي ظهر فيه مفهوم الصدمة و المراحل التطورية التي مرّ بها.

قبل التطرق إلى الصدمة عند الأطفال و عواقبها، نعرض نمو الطفولة، و سنركز إهتمامنا على مرحلة الكمون، لتتعرف على خصائص هذه الفئة من العمر و ما يميزها عن بقية المراحل الأخرى.

الفصل الثالث

نمو الطفولة

تمهيد

1- مفهوم النمو

2- مراحل النمو النفسي الجنسي

2-أ المراحل ما قبل التناسلية

2-ب مرحلة المراهقة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يقدم الاتجاه النمائي لنظرية الشخصية منظوراً زمنياً طالما أنه يهتم بمراحل نمو الشخصية منذ لحظة الميلاد إلى غاية الوفاة. ويشير مفهوم الارتقاء أو النمو في نظرية الشخصية إلى المميزات البنائية التي تطرأ على الشخصية منذ الطفولة الأولى إلى الرشد، وتتأثر بالطبع عملية النمو بالعوامل الوراثية والاجتماعية والفيزيولوجية والبيئية التي تحدّد مظاهر ومطالب كل مرحلة نمائية.

تجدر الإشارة إلى أن هناك تعدّد نظري في دراسة الشخصية، وأن المنظرين يُدركون مراحل نمو الشخصية بصورة مختلفة، ومنها ترجع بعض الاختلافات بين نظريات النمو إلى الظواهر النمائية المختلفة وإلى الظروف التي تتصل بفترات الحياة التي تهتم بدراستها. ولذا، لا يمكننا في بحثنا هذا، عرض كل الخلافات النظرية فيما يخص مراحل النمو، وإنما سنقتصر على عرض مفهوم النمو عامة وسنتطرق إلى مراحل النمو قبل التناسلية باختصار (حسب النظرية التحليلية)؛ لنقدم فيما بعد مرحلة الكمون، التي هي محور بحثنا، بالتفصيل مع عرض بعض وجهات نظر بعض الباحثين والمنظرين في هذا الإطار.

1 - مفهوم النمو:

يشير مصطلح النمو (développement) إلى كافة التغييرات والتطورات التي تعترى الفرد خلال مراحل نموه المختلفة. فالنمو يتعلق بالتغيير في الحجم والتعدد والتناسب وسائر التغييرات الكيفية التي تطرأ على العضلات والعظام ولون الشعر ولون البشرة وغير ذلك (C. Mareau و A-V. Dreyfus، 2004، G. Corey، 2005). يتضمن النمو بالإضافة إلى ذلك، كافة التغييرات العضوية والوظيفية التي تُسببها الكائن إلى الارتقاء حتى النضج. يشير Gesell (1958) في هذا الصدد إلى أن "النمو يعني سلسلة متصلة من التغييرات ذات نمط منتظم ومترابط".

ومما هو جدير بالذكر أن كلمة "النمو" بمعناها الخاص والضيق تتضمن كافة التغييرات الجسمية والفيسيولوجية كالطول، والوزن والحجم، نتيجة التفاعلات البيوكيميائية التي تحدث في الجسم (كتأثير الغدد الصماء) (عباس محمود عوض، 1999)، ولكن معناها العام، بالإضافة إلى ما سبق ذكره، يشمل كافة التغييرات في السلوك والمهارات والنواحي العقلية والإنفعالية والاجتماعية (السلوك الوظيفي). وتجدر الإشارة إلى أن النضج والتعلم من العوامل المؤثرة في شكل النمو ومحتواه. فالنضج يمكن اعتباره الأساس المُكوّن الداخلي لمصطلح "النمو" الأكثر شمولاً، أمّا التعليم، فإنه يتضمن حدوث تغيير في السلوك نتيجة الممارسة أو التدريب

أو الخبرة. والنمو بمعناه النفسي يتضمن كافة التغييرات العضوية والفيسيولوجية (التغييرات التكوينية) والتغييرات الإنفعالية والعقلية والإجتماعية (التغييرات السلوكية) التي تحدث للفرد ويمرّ بها خلال دورة حياته. (op.cit.G. Corey) (1973, op.cit., Gesell).

سنقدم النظرية التحليلية بما أن هناك تعدد للمقاربات فيما يخص نمو الطفل، و سنعرض مرحلتي الكمون و المراهقة بنوع من التفصيل حسب هذه المقاربة، لأن الأطفال في مرحلة الكمون هم محور موضوعنا وعينة بحثنا التي وصلت إلى سن المراهقة و الشباب، بعد مرور فترة زمنية من التكفل. و نظراً للأسس الأولى التي إستمدت منها المقاربات التي ظهرت فيما بعد، و أيضاً لأننا نعتد في ممارستنا العيادية أساساً على مبادئ النظرية التحليلية بالرغم من أننا أدمجنا مقاربات أخرى رأينا أنها تفيدنا في مساعدة العملاء عامة والأطفال خاصة.

2-مراحل النمو النفسي الجنسي

يعتبر علم النفس النمو فرعاً من فروع علم النفس يهتم بدراسة كافة التغييرات السلوكية النمائية التي تطرأ على الفرد خلال مراحل نموه المختلفة ابتداءً من لحظة الإخصاب حتى الممات. ويهدف هذا العلم إلى اكتشاف المبادئ التي تفسّر جوانب السلوك خلال مراحل النمو المختلفة (طلعت عبد الرحيم، 1983).

سنعرض فيما يلي مراحل النمو النفسي الجنسي قبل التناسلية حسب نظرية التحليل النفسي، وسنعرض أهم خصائص المراحل باختصار، والهدف من عرضها هو التمهيد لعرض مرحلة الكمون التي هي موضوع بحثنا.

نرى من المهم قبل عرضنا للمراحل، أن ننوه أن المراحل النمائية ذات أهمية وينبغي فهمها فهماً صحيحاً لأنها تمنح لنا نموذجاً لفهم المهام النمائية الأساسية الخاصة بالمراحل المختلفة من الحياة، ويرى في هذا الصدد G. Corey أن التحليل النفسي أتى بمساهمة ذات دلالة وهي تصوير و وصف المراحل النمائية النفسية الجنسية والنفسية الإجتماعية من سن الولادة إلى غاية الرشد.

وجد Corey من خلال تجربته الطويلة في ميدان العلاج النفسي والبحوث، أن المشاكل التي يأتي بها الناس إلى العلاج النفسي تتمحور حول ثلاث قضايا أساسية:

أ - عدم القدرة على الثقة في النفس وفي الآخرين، الخوف من الحب، وتكوين علاقات حميمية وتقدير الذات منخفض.

ب عدم الاعتراف بالغضب، إنكار قدرة الفرد الشخصية، والإفتقار إلى الإحساس بالاستقلالية.

ت عدم القدرة على تقبل كلي لجنسية الشخص والمشاعر الليبيدية والصعوبة في تقبل الفرد بصفته رجلاً أو امرأة.

يرى Corey، حسب النظرية التحليلية، أن هذه المجالات الثلاث من النمو الشخصي والاجتماعي للفرد، الحب والثقة، التعامل مع الأحاسيس السلبية، وتكوين تقبل موجب للجنسية، تتأسس وتتكوّن خلال السنوات الستة (6) الأولى من الحياة، فهذه الفترة هي القاعدة المؤسّسة التي تُبنى عليها الشخصية لاحقاً (G.Corey، 2005).

يمكن القول إذن، أن مراحل النمو مهمة جدا في فهم الفرد وتُشكّل الحجر الأساسي للتطور والنمو.

سنعرض باختصار المراحل النمائية النفسية الجنسية ما قبل التناسلية وما يهمننا هنا بالخصوص هي مرحلة الكمون.

جدير بالذكر أن كل مرحلة من المراحل الطفلية الثلاث خلال السنوات الأولى الخمس (أو الست) من عمر الطفل تتركز في منطقة محدّدة من الجسم، ينتج عنها أكبر 0000 استثارة، وتُعدّ أعظم مصدر للذة خلال هذه المراحل (المرحلة الفمية، والشرجية والقضيبيية).

2-أ المراحل ما قبل التناسلية

2-أ-1 المرحلة الفمية (stade oral) (من الولادة إلى السنة الأولى):

يُعرفها Laplanche و Pontalis (1985) كالتالي:

"هي أولى مراحل التطور الليبيدي، ففيها يسود ارتباط اللذة الجنسية بإثارة الفجوة الفمية والشفيتين اللواتي تلازم تناول الغذاء. يقم النشاط الغذائي الدلالات الإنتقائية التي تنظم من خلالها علاقة الموضوع وتفصح عن نفسها، فمثلا، تُدمج علاقة الحبّ مع الأم بدلالات: أكل، "يؤكل".

يتم تفريغ هذه المرحلة حسب Abraham، من خلال نشاطين مختلفين: المص؛ وهي المرحلة الفمية المبكرة، والعَضّ، وهي المرحلة الفمية السادية، (Laplanche و op.cit.Pontalis).

تكلم Freud عن المرحلة الفمية في 1905 ثم في 1915، ويرى أنها أول مراحل الجنسية، فالمنطقة الفمية هي المصدر ويكون الموضوع على صلة وثيقة بتناول الطعام، والهدف هو الإدماج. (وهنا يرى Freud أن المرحلة الفمية لا تقتصر على إثارة ولذة، وإنما على نمط علائقي أيضا).

2-أ-2 المرحلة الشرجية (stade anal):

هي المرحلة الثانية من التطور الليبيدي حسب Freud وتقع ما بين عمر سنتين إلى أربعة تقريبا.

حسب Laplanche و Pontalis، "تتميز بتنظيم الليبيدو تحت صدارة المنطقة الغلمية الشرجية، حيث تصطبغ علاقة الموضوع بالدلالات المرتبطة بوظيفة الإخراج (الطرد- الإمساك) وبالقيمة الرمزية للبراز. ويُلاحظ خلالها تدعيم السادو- مازوشية في علاقتها مع نمو الضبط العضلي". يرى R. Perron (1985) أن هذه المرحلة تعتبر "مرحلة تعلم النظافة" ويدخل هنا العامل الثقافي الذي يصيغ التنظيم في هذه المرحلة، ومنه يُطلب من الطفل تعلم التحكم في الإخراج في الزمان والمكان.

2-أ-3 المرحلة القضيبية (stade phallique):

تأتي هذه المرحلة بعد المرحلتين الفمية والشرجية، يُعرّفها Laplanche و Pontalis (op.cit.) كالتالي: "تتصف المرحلة القضيبية بتوحيد النزوات الجزئية تحت سيادة الأعضاء التناسلية، ولكن خلافاً لحالة التنظيم التناسلي عند البلوغ، لا يعرف الطفل في هذه المرحلة، صبيًا كان أم بنتًا، سوى عضو تناسلي واحد، هو العضو الذكري، مما يجعل التعارض بين الجنسين معادلاً للتعارض: "قضيب-مخصي"، تتوافق المرحلة القضيبية مع ذروة عقدة الأوديب وأفولها، حيث تسود عقدة الخشاء".

يرى R.Perron (op.cit.) أن هذه المرحلة الثالثة معقدة حيث نجد المصطلحات التالية التي تشير لها: "التنظيم التناسلي الطفلي"، للإشارة إلى أن هذه المرحلة هي فترة مركزية للتطور، "مرحلة قضيبية" لتدلّ على أنها المنظم الرئيسي، "فترة أوديبية" بمعنى أنها بينية. تشير كل هذه المصطلحات حسب Perron، إلى مظاهر مختلفة لنفس الفترة التطورية. وقد أثارت نظرية Freud في هذا الشأن جدالاً ومناقشات لا تُعدّ.

2-أ-4 مرحلة الكمون (période de latence):

يعرّف Laplanche و Pontalis (op.cit.) فترة الكمون كما يلي:

"هي الفترة التي تمتدّ من أفول الجنسية الطفلية (في العام الخامس أو السادس) حتى بداية البلوغ، وتمثل فترة توقف في تطور الجنسية. ويلاحظ فيها، من وجهة النظر هذه تضائل في النشاطات الجنسية، وسلخ الطابع الجنسي عن علاقة الموضوع والمشاعر (وطغيان الرقة على الرغبات الجنسية بشكل مميّز)، مع ظهور مشاعر مثل الحياء والاشمئزاز وتطلعات أخلاقية وجمالية. تشتق فترة الكمون أصلها، تبعا لنظرية التحليل النفسي، من أفول عُدّ الأوديب، حيث تتطابق مع تصعيد حدة الكبت-الذي ينتج عنه نسيان ينسحب على السنوات الأولى- مع تحوّل توظيفات الموضوعات إلى تماهيات بالأهل ونمو عمليات التسامي" (Laplanche و Pontalis).

يلاحظ من خلال تعريف Laplanche و Pontalis أن مرحلة الكمون هي فترة تطول وهي المسماة بسنوات "الهدوء" من الناحية الدينامية، وتميل الدفعات قبل هذه الفترة إلى البقاء في حالة كبت، وتؤدي عودة النشاط الدينامي في المراهقة إلى تنشيط الدفعات قبل التناسلية. إذن من المفروض أن تهدأ في هذه الفترة "الأشياء"، وكان يُعتقد لمدة طويلة أن الطفل يمرّ بفترة توازن وراحة كاملة و"هدوء" على المستوى الوجداني والجنسي، وأن "لا شيء يحدث" (op.cit.R. Perron). يضيف أن الطفل في عمر ما بين 8 و10 سنوات، وفي حالة تكوين ونمو جيد، يكون سعيدا كثيرا وأكثر هدوءاً وفي حالة "سلم مع نفسه" ومع المحيط.

يستثمر الطفل اجتماعيا وفكريا في هذه الفترة، فيتقصد حينها ولاسيما بالوالد من نفس الجنس، وتعتبر هذه المرحلة "سن العقلانية" (âge de raison)، وإذا كان هناك تذبذب في هذه المرحلة وأعراض اضطرابات عقلية، فإن ذلك يرجع إلى تعلق غير آمن خلال الطفولة الأولى (من 0 إلى 5 سنوات). يدعّم Winnicott هذه الآراء بقوله "الطفل الذي ليس في صحة جيدة في مرحلة الكمون هو مريض عياديا" (1958, Winnicott).

يمكننا القول، إذا اعتمدنا على تعريف Freud (1905)، بأن فترة الكمون هي "زمن التوقف المؤقت للنمو النفسي الجنسي منذ نهاية السن الخامسة إلى ظهور البوادر الأولى للبلوغ، أن فترة الكمون (مرحلة الطفولة المتأخرة كما يسميها البعض، والطفولة الوسطى كما يسميها البعض الآخر) تبدأ مع بداية الدخول المدرسي وهي فترة تتسم بنمو جسدي "عنيف" وبظهور قدرات عقلية ذات دلالة، يُوسع الطفل

خلالها مجال نشاطه الاجتماعي، خارج دائرة الأسرة ويُكوّن علاقات مع الأقران. نذكر مجالات التوافق في ثلاث فئات: النمو الجسمي والتوافق المدرسي والتنشئة الاجتماعية (كوفيل وآخرون، 1986، رولاند، 1984، Dreyfus و Mareau، 2004).

يرى Bergeret (1979) أن مرحلة الكمون تلي مرحلة الأوديب وعواصفه، وهي مرحلة هدوء وإدماج اكتساب المراحل السابقة ويتعلق الأمر بمرحلة توقف النمو الجنسي، لكن هذا لا يعني أنه ليس هناك إظهار وتعبير نرجسي، ولكن يمكن وصفها بأنها "تنظيم" جديد للجنسية أثناء هذه الفترة، ولذا يتكلم Freud عن "فترة" وليس عن مرحلة الكمون حيث "تنام" النزوات الجنسية الهائجة؛ ويميل السلوك إلى أن يصبح مُسيطرًا بالتماهيات الجزئية والتكوينات العكسية.

فالطفل الآن يتجه نحو ميادين أخرى غير جنسية؛ كالمدرسة، زملاء اللعب، اللعب، وأشياء أخرى في العالم الواقعي، بينما الطاقة لهذه الميول الجديدة هي دائما مشتقة من الميول الجنسية (op.cit. Bergeret).

ويرى Erick Erikson¹ في هذا الصدد أن فترة الكمون تمثل سن المدرسة، فهو يسميها "العمل والكّد ضد النقص" حيث يعتقد أن الطفل يحتاج إلى توسيع فهمه للعالم ويستمرّ في النمو وفي تطوير الهوية و"دور الجندر" واكتساب المهارات القاعدية المطلوبة للنجاح المدرسي، فهنا، الدور والمهمة الأساسية هي تحقيق معنى الكّد والمثابرة التي تؤدي إلى الوصول وتحقيق الأهداف الشخصية. ويُنتج الفشل في هذه المهام الشعور بالعجز وعدم التلاؤم (Erikson, 1968).

نلاحظ عند مراجعتنا الأدبيات حول فترة الكمون، أن الاعتقاد السائد بأن هذه الفترة تتسم بالهدوء والسلم قد أصبح فيها جدال حيث أن هناك الفكرة بأن هذه الفترة ليست دون مشاكل. يرى (R.Perron) أن الخروج من الدراما الأوديبية، يحدث دائما في الحقيقة، حسب نمطين اللذين يجب جمعهما: التخلي و المشروع.

-التخلي أولاً: يحدث على الأقل من خلال 3 عوامل: في بادئ الأمر، رغبة التقارب الغوامية مع أحد الوالدين يثير مخاوف فيما يتعلق بالوالد الآخر، وهذه المخاوف هي في حدّ ذاتها مزدوجة: قلق الإسترداد (الانتقام) (angoisse de représailles) (وهذا في المخطط البسيط لقلق الخصاء لدى الذكر)، وكذلك تقمص الألم بالنسبة لآلم

¹اعتمد Erikson على نظرية Freud في تكوين نظريته حول المظاهر النفسية الاجتماعية التي تتماشى جنباً إلى جنب مع المظاهر النفسية-الجنسية ويحدثان في نفس الوقت.

الوالد الآخر (douleur identificatoire à la (douleur de cet autre parent) الذي هو كذلك محبوب.

إن التوازن بين منحدري أوديب (les 2 versants de l'Oedipe) سالب وموجب مهم وأساسي لتجاوز الدراما الأوديبية، بما أن هذه الأخيرة مُعرّفة من خلال التآرجح العنيف والشديد بين شكلَيْها ذوى الحَدَيْن (Perron).

-أما العامل الثاني **التخلي**: الجرح النرجسي الناتج عن الملاحظة أن في الحقيقة الطفل صغير جدا ولا يمكنه الإغراء بالنمط والطريقة التي يرغبها: وبالتالي يبقى الأب (أو الأم) في النهاية المنافس الذي لا يمكن أن يكون في نفس مستواه.

يكون التوظيف النفسي أثناء الدراما الأوديبية، كله مطبوعاً بالقوة العظمى (la toute puissance) الموروثة من المراحل السابقة ولاسيما المرحلة الشرجية، وبالتالي، من المحتمل أن يخطر ببال الطفل قدرة الإنتصار على المنافس، فتوهّمات القدرة العظمى تتلاشى وتختفي بالتدريج مع الإحتكاك بالواقع، ومنها، كنتيجة لذلك، يأتي التخلي.

وحسب Perron، هذا التخلي قد يأخذ "منعرجاً" ثالثاً، (ونادراً ما يُذكر في الأدبيات، لكنه يظهر بصعوبة من خلال التحليل) ألا وهو أنه يُعتقد كأنه هوام التحقيق الكامل (comme si le fantasme de réalisation totale) للنزوة الذي يُثير قلقاً لا يمكن التحكم فيه، أي قلق الهوام للنزيف اللبيدي الذي يؤدي إلى الموت.

ستبقى العلاقات الغرامية للراشد مطبوعة بهذا المظهر الثلاثي الأبعاد للتخلي الأوديبية. ستتكون هذه العلاقات في إطار المشروع حيث ستكون الإشباعات العاطفية والجنسية مع شريك (أو شريكة) غير الوالد (أو الوالدة) الذي تخلى عنه، إلا أن سمات هذا الشريك تُذكر بهذا الأخير. يُرصد هذا المشروع في إطار تمييز جديد للجهاز النفسي، ونخص بالذكر "الأنا" (le moi) الذي يعتبره Freud (1923) "هيئة" تبحث دائماً عن التسوية وحل الوسط بين الممنوع والمُباح والمسموح، بين الشرعي والمحكوم عليه. سنعود إلى هذا الموضوع لاحقاً.

تصف Christine Arbisio (2007) بالنسبة لفكرة التخلي والمشروع، النمو النفسي الوجداني عند Freud (1905) بأن الوعد الأوديبية (la promesse œdipienne)، (أي الأمل بتحقيق الأحلام الأوديبية فيما بعد)، يصبح أثناء مرحلة الكمون مُنظماً (organisateur) للتوظيف النفسي للطفل. تستمر Arbisio في تحليلها قائلة بأن هذه المرحلة بعيدة كل البعد بأن تكون مجرد "زمن الإنتصار" بين

تضائل الأوديب ومرحلة البلوغ، بل تُعتبر هذه الفترة قوية أين سيتأسس ويتفوق النظام الرمزي (l'ordre symbolique)، وأين يُجند الطفل خاصة خياله (son imagination) أمام إشكالية الفقدان والخصاء التي تواجهه.

لا يعتقد Bergeret (1974) أنه أثناء هذه الفترة "لا يحدث شيء" (il ne se passe rien)، فيقول، "وحتى في اللوحة التناسلية" (registre génitale) فإننا كلنا مقتنعون بأهمية مرحلة الكمون (الحقيقية) من خلال التماهيات والتسامي والتعديلات الثقافية والإجتماعية والعلائقية، وأن ظهور البوادر الجنسية، حتى ولو أنها غالباً ما تكون غير منظمة، وليس بصدفة أن Freud تكلم عن "فترة" (période) وليس عن مرحلة (stade) كما هو الحال في المراحل السابقة التي هي حقا تطويرية من الناحية البنيوية" (structurelle).

أثناء فترة الكمون، يبقى المعاش الوجداني للطفل منتهجاً بشدة ولكن تنظيمه البنيوي لا يتغير ولا ينتقل إلى درجة جديدة من "السلم التطوري" إلا في المرحلة المُوالية التي هي مرحلة البلوغ. ومن أجل إستعمال مصطلحات "مصورة"، حسب Bergeret دائماً؛ يمكن القول أن "الصمت التطوري" الذي يميّز مرحلة الكمون له هدف؛ وهو الدلالة الضمنية لغياب التطور البنيوي في نفس الوقت الذي يكون فيه "الاجترار" من طرف الطفل لمختلف المكتسبات الثقيلة أثناء المراحل السابقة (op.cit. Bergeret).

يبدو واضحاً إذن، حسب ما سبق ذكره، أن فترة الكمون ليست "هادئة" كما كان يُعتقد، وأنها تأتي في نهاية الجنسية الطفلية (التي غالباً ما تكون منتهية بعد حل عقدة أديب) إلى غاية البلوغ وعودة النزوات الجنسية.

تري Anna Freud أن خلال النمو العادي للطفل، تظهر صراعات جديدة في مرحلة الكمون، مثل التمرد ضد السلطة الوالدية، غير أن "التحرر" وحل عقدة أوديب يجعل الطفل "يغرق" في سياق مقلق للغاية أمام النمو المُرغم والمفروض من طرف المحيط: فوبيا مدرسية، نقص في الإهتمام باللعب والأصدقاء، ظهور حصر عندما يفارق الطفل أمه أو إطار الحياة العائلية (1965, A. Freud).

تري في هذا المجال Lafloude (2010) أن فترة الكمون تناسب عدة سنوات من عمر الطفل وتكثر في هذه المدة بالذات طلبات المساعدة النفسية، فالكثير من الأطفال يعانون حتى ولو أن الفكرة المنتشرة أن في هذه الفترة ليست هناك صراعات على المستوى السيكولوجي. ويبدو أن هناك تناقض، حسب Lafloude، وصف Freud في 1905 فترة الكمون، حيث يرى أن الجنسية الطفلية أثناء الطفولة المبكرة غنية

جدا، وبعدها هناك فترة الممنوعات والحوازر والكبت أين يكون هناك تجريد للصفة التناسلية (désexualisation) بالنسبة للطفل وتُقمع الجنسية الطفلية. إلا أن Freud لم يتكلم عن عقدة أوديب إلا في 1910. لقد فهم Freud أهمية الجنسية الطفلية التي تخضع للكبت والممنوعات قبل مفهومه للأوديب، ويعتبر مفهومه لفترة الكمون سابقاً لمفهومه للأوديب. يعتقد Freud أن فترة الكمون هذه هي بمثابة "نوم" للجنسية الطفلية إلى غاية البلوغ حيث تستيقظ بسبب التعديلات الجسمية الفيزيولوجية.

يقول Freud أن "فترة الكمون" تأتي قبل "تضاؤل الأوديب"، ويتزامن مع ظهور التسامي الذي يُعتبر عملية مؤسّسة للحياة بأكملها، ويضيف Freud أن الممنوعات النزوية هي نُقطة الطاقة الجنسية نحو أهداف إجتماعية ذات قيمة (ثقافية وفن وتعلم) وكل ما يتضمن الإبداع. وهذا كله مهم وأساسي للحياة كلها (Freud, 1910, 1905). أمّا الأطفال الذين لهم مشكل مع فترة السّلم النزوي والهدوء (أي فترة الكمون) غالبا ما يجدون صعوبة في الوصول إلى التسامي.

تُعتبر العفة (la pudeur) والإشمزاز (le dégoût) كبتاً نزوياً، في هذا السياق بالذات وفي الزمن نفسه، توضع الحواجز النفسية لمنع عودة النزوات الجنسية (المكبوتة الآن)، فالحواجز هي العفة والإشمزاز. ويلاحظ أن الإهتمام بالجمال من أجل الدفاع ضد النزوات الجزئية الشاذة (الآن ممنوعة)، يعمل بصفة مستقلة. ويذكر Freud أن في تأسيس الكبت، يكون الوجدان (الشحنة النزوية) والتصوّر منفصلين، والتصوّر هو الذي يصبح لا شعورياً، ومنها يصير الوجدان والنزوات محررة، إذا جرى كل شيء على ما يُرام، فهذه الشحنة بالذات هي التي ستستعمل وتوظف في عملية التسامي (الفضول الجنسي، فضول التعلم)، وإذا لم تجر الأمور على ما يُرام، فهذه الشحنة هي التي ستعطي العرض (op.cit. Lafloude).

يظهر إذن الكبت في وقت متزامن مع فترة الكمون وهو الذي يُدخل (initier) فترة الكمون: إستدخال الممنوع، أي بمعنى آخر، ظهور الأنا الأعلى (surmoi)، والمثل الأعلى للأنا (idéal du moi)، ويمثل الأنا الأعلى ممنوعات الوالدين، بينما المثل الأعلى للأنا هو ظهور المثل (idéal)، يريد الطفل أن يشبهه ويعتمد عليه وفق النماذج الوالدية.

هناك أهمية كبيرة للنشطين بالنسبة لـLacan، حيث يرى أن الممنوع لا يكفي: فهو يُلحّ بأنه أثناء تكوين البنية النفسية، يجب أن يكون هناك الممنوع لزنا المحارم (inceste) وكذلك ينبغي أن يكون هناك توجّه موجب، وهذا هو المثل الأعلى للأنا،

في ديناميكية وحركة تُمكن الطفل من بناء مشاريع في المستقبل. ويمكن للطفل حينها، حسب Lacan، تحمّل الممنوع والانتقال إلى نماذج ذات قيمة (Lacan, 1966).

التماهيات: بعدما نظر Freud حول الأوديب، رأى أن الطفل الذي تخلى عن حب الأم (حب زنا المحارم)، سيتقمص بعدها بالأب، فهو (الطفل) يتخلى عن زنا المحارم والعداية القاتلة (rivalité meurtrière) لإبقاء والمحافظة على نرجسيته، لأنه يخشى الخساء من طرف أبيه، ومنها يظهر الأب بأنه هو الذي تحكّم في الوضعية، فالطفل يتقمص هذا الأب، بينما البنت تنقمص الأم.

يُننى المثل الأعلى للأنا بالاعتماد على الوالدين وعلى المثل الأعلى للوالدين، وبطبيعة الحال، بطريقة لا شعورية.

يُشير المثل الأعلى للأنا إلى هدف في الإسقاط، وهو منظم (structurant)، إنه مثل الأنا الأعلى (surmoi)، فهو ثمرة الأوديب ويحدث هذا بفضل التسوية العصبية (compromis névrotique).

تتساءل Lafloude إذا لم يوجد أوديب؛ كيف نشرح أن هناك ممنوع حول الجنسية الطفلية الصغرى.

بالنسبة لـ Freud، سيتخلى الطفل عن نزواته الجزئية الشاذة، أي الإشباع النزوي حتى يتمكن من العيش في المجتمع والحصول على حماية الجماعة (إذن العيش مع الآخرين يتطلب التخلي عن جزء من إشباعه النزوي). حسب Freud، تعتبر فترة الكمون هذه تعبيراً لكل طفل للدخول إلى الثقافة، حيث يمرّ الطفل من "الطفل النزوي" إلى كائن داخل الثقافة ومن أجل الثقافة، وفي الحقيقة، المثل الوالدية ما هي إلا الممنوعات الإجتماعية:

- منع محارم الزنا.

- منع القتل.

هذا هو أصل العُصاب لكل إنسان في رأي Freud.

يتخلى كل إنسان من أجل الإستفادة من حماية المجموعة، عن جزء من إشباعه، وهذا التخلي يؤدي إلى عدم الرضا، هذا هو العُصاب، هذا هو الممنوع. فهناك العُصاب بمعنى البنية العصبية، والعُصاب النفسي المرضي أين يكون الأنا الأعلى أكثر تشدداً وتصلباً.

قضية التخلي في فترة الكمون هي القاعدة نفسها للعصاب، وبما أن هناك هذا الممنوع، فستبقى الجنسية طفلية بعلاقتها مع كل الميادين الأخرى ولا تستيقظ إلا في البلوغ، إذن تبقى الجنسية طفلية فيما يخص الفرد (Lafloude).

نخلص مما سبق أن مرحلة الكمون (أو فترة كما يسميها Freud) هي فترة تطول وهي المسماة بسنوات الهدوء من الناحية الدينامية، وتميل النزوات في هذه الفترة إلى البقاء في حالة كبت، وتؤدي عودة النشاط الدينامي في المراهقة إلى تنشيط النزوات قبل التناسلية. فإذا أتمّ الأنا بنجاح إزاحة هذه النزوات والتسامي بها، فإن الشخص سينتقل إلى مرحلة النضج الأخير، المرحلة التناسلية.

ويمكن القول أن المراحل المختلفة التي وصفها Freud ليست محدّدة بوضوح أو مميزة عن بعضها البعض بدقة. تمرّ كل المراحل بالتدرّج الواحدة بعد الأخرى، وهناك تداخل أو تضارب بينها.

سنقدم فيما يلي مرحلة المراهقة التي تعتبر في تصنيف Freud المرحلة التناسلية (الخامسة). لا يمكننا التعرّض لكل الأبعاد بالتفصيل، بما أن موضوع دراستنا هو حول فترة الكمون، إلا أنه من المهم التطرق إلى المرحلة التي تلي فترة الكمون ولاسيما أن في بحثنا الميداني، عينة الدراسة ستكون حول سن المراهقة وبداية الرشد أو ما يسمى "الراشد الشاب" (jeune adulte) الذي يتراوح سنهم بين 18-22- لأن الأطفال الذين إستفادوا من العلاج النفسي مرت عليهم بعض السنوات.

2-ب مرحلة المراهقة:

تقع مرحلة المراهقة بين الطفولة المتأخرة (تأتي مباشرة بعد فترة الكمون) وسن الرشد، يصعب تحديدها بالضبط، إلا أنه بالإمكان التعرف على بدايتها وليس من السهل تحديد نهايتها، ومدتها تميل في الوقت المعاصر إلى أن تطول أكثر (Boukhaf، 2004).

إن البلوغ هو المؤشر الذي يأتي بتغييرات جسمية ظاهرية، فالبلوغ هو البعد الجسمي للمراهقة، فهو أحيانا نقطة الإنطلاق أو التعامل التعجيلي (accélérateur) (Mareau، Vanek dreyfus، 2004).

2-ب-1 تعريف المراهقة:

يصعب تعريف فترة المراهقة بدقة، يُعرّفها البعض بما هي ليست عليه، أي أنها ليست لا الطفولة ولا النضج. وفي الوقت الحالي، لم تُعدّ تعتبر بأنها آخر مرحلة للنمو (2004, Boukhaf).

يمكننا القول أنها تتميز بمجموعة من المظاهر السيكولوجية المرتبطة بالتحويلات الجسمية والسيكولوجية للبلوغ. وتجدر الإشارة إلى أن Freud تكلم عن البلوغ أكثر عوض التكلم عن المراهقة في كتاباته، حيث رأى أنها تأتي نتيجة للمراحل السابقة للنمو النفسي-الجنسي وتُعتبر بؤادر للبلوغ "المنبه الجسمي" للعملية النفسية للمراهقة، وتُعلن ظهور الملامح الجسمية عن نهاية الطفولة (2010, Fouchey).

هناك إجماع أن المراهقة تبدأ مع البلوغ وأنها فترة أزمة، تأتي لتوقظ الصراعات الأوديبية غير المُحلّة التي ستمدّد فيها أزمة المراهقة، يُعتبر Stanley (1909) Hall أول من تكلم عن المراهقة بصفتها أزمة "عاصفة وضغط"، ويُعبّر عن هذه الأزمة من خلال ردود فعل عاطفية شديدة والتضاد ومختلف السلوكيات. في أحسن الظروف سيؤدي كل هذا إلى إعادة تنظيم الشخصية عندما تكون حالة المراهقة منافسة مُساعدة وفي صالح المراهق (2010 Fouchey, 2004, Vank). (1985, Perron Dreyfus, Mareau).

يلاحظ في حالة الرشد استقرارا للشخصية وقدرة كبيرة على استعمال القدرات والإمكانات (1978, Adams).

يمكننا أن ننوّه أن الجنسية تأتي في الواجهة بسبب إعادة المعايضة لعقدة أوديب وعقدة الخواء. فهي فترة للهشاشة السيكولوجية لأنه من الناحية الفيزيولوجية، يكون النضج الجنسي مكتسبا، ولكن النضج الإنفعالي لم يُكتسب بعد (Mareau Vank). (op.cit, Dreyfus).

ويتكلم المؤلفون في هذا الشأن عن اللاتزامن أو اللاتوافق (asynchronisme) بين النضجين في هذه الفترة. سيواجه المراهق تحولات عميقة على مستوى رغباته وشهواته وإمكانياته الإنفعالية والفكرية. في نفس الوقت كذلك عليه اختيار توجهاته وميوله واختياراته المهنية بدقة (op.cit. Adams, op.cit. Fouchey).

بالإضافة إلى كل هذه الوضعيات الصعبة التي يجب أن يواجهها المراهق، يمكن القول كذلك أن سمات الطبع النفسية-الجنسية غير محدّدة بوضوح، واللامح الخارجية قد تكون غير واضحة وغير محدّدة، كما أن التوجهات الجنسية غير

مستقرة بعد، وكذلك في هذه المرحلة تكون التوجهات المثلية نوعاً ما هي النمط (دون اللجوء إلى الفعل بالضرورة)، مما يؤدي إلى القلق عادة لدى المراهق. تتأزم الصراعات الذاتية حسب التربية والمعتقدات والثقافة والممنوعات (DreyfusMareau, op.cit.).

2-ب-2 المراهقة حسب Freud:

تُعد المراهقة ضمن المرحلة السادسة في تصنيف Freud للمراحل النفسية-الجنسية، ألا وهي المرحلة التناسلية (stade génital)، ونقرأ في معجم مصطلحات التحليل النفسي بأنها تسمى "مرحلة (أو تنظيم) تناسلية" ويعرفها Laplanche وPontalis كالآتي:

"هي مرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي تتميز بانتظام النزوات الجزئية تحت سيادة المناطق التناسلية، وهي تتضمن فترتين تفصل بينهما مرحلة الكمون أي: المرحلة القضيبية (أو التنظيم التناسلي الطفلي) والتنظيم التناسلي الفعلي الذي يقوم عند البلوغ".

يخصص بعض الكتاب مصطلح التنظيم التناسلي لهذه الفترة الثانية من خلال إدماج المرحلة القضيبية في التنظيمات ما قبل التناسلية" (Pontalis و Laplanche).

لم يكن هناك في البداية بالنسبة لـFreud، كما جاء في الطبعة الأولى من "ثلاث مقالات حول نظرية الجنسية" (عام 1905)، سوى تنظيم جنسي واحد، وهو التنظيم التناسلي الذي يبرز عند البلوغ متعارضاً مع "الشذوذ متعدد الأوجه"، ومع الغلطة الذاتية المميزين للجنسية الطفلية. ولكن Freud عدل تدريجياً هذا المفهوم الأول كما يلي:

- يصف Freud تنظيمات قبل تناسلية (1913-1915).
- يستخلص في فصل إضافي وضعه في "ثلاث مقالات" بعنوان "مرحلة التنظيم الجنسي" حيث يرى أن اختيار الموضوع الجنسي يتم منذ الطفولة: "...تتلاقى كل الميول الجنسية في توجهها نحو شخص واحد، تبحث فيه عن إشباعها. وهكذا يتحقق في سنوات الطفولة شكل الجنسية الأكثر قرباً من شكل الحياة الجنسية النهائية" (Pontalis و Laplanche).

يلخص Freud الفرق بين الإثنين في كون عدم تحقيق التوليف بين النزوات الجزئية عند الطفل، ولا في خضوعها الكامل لسيادة المنطقة التناسلية. وبالتالي المرحلة الأخيرة من النمو الجنسي هي التي تؤدي وحدها إلى توكيد هذه السيادة.

• تراجع Freud وغير رأيه فيما يخص وجود "تنظيم تناسلي" قبل فترة الكمون، فعوضه "بالتنظيم القضيبى". ويكمن الفرق الوحيد بين هذا التنظيم (القضيبى) والتنظيم التناسلي الذي يتلو البلوغ، في أن القضيب هو العضو التناسلي الوحيد الذي يدخل في الإعتبار عند كلا الجنسين في المرحلة الأولى (Pontalis و Laplanche).

إن اكتشاف الجنسية الطفلية نقطة مهمة من بين ما أتت به النظرية التحليلية الفرويدية، هناك فترتان ذات أهمية: الأولى تقع بين مرحلة الأوديب والدخول في فترة الكمون، أما الثانية؛ فتبدأ في البلوغ "كل شيء يحضر في الطفولة، وكل شيء ينتقر في المراهقة".

تتميز المراهقة عند نهاية "الغلمة الذاتية للطفولة"، حيث يكتشف المراهق حينها أن العلاقة بالآخر تجذب لذة جديدة وأن المناطق المولدة للغلمة تتمركز من هنا فصاعدًا حول المنطقة التناسلية. إن الآثار التي تركتها الغلمة الذاتية أثناء الطفولة لم تُعد موجودة أمام العلاقة بالموضوع (Freud، 1905).

من حيث وجهة نظر الدينامية؛ تتميز المراهقة بظهور قدرة اللذة الجنسية وظهور القدرة على الإنجاب، يتحدث البعض عن الانفجار اللببيدي وعن تفجير نزوي تناسلي أثناء المراهقة، وهناك نكوص نحو نزوات ما قبل التناسلية. بالإضافة إلى أن الصراعات الداخلية ليست فقط صراعات أوديبية، بل هي مرتبطة بصراعات قديمة أكثر (archaïques) وصراعات تُذكرُ بالمرحلة الإكتئابية (Klein، 1959)، فيصبح الأنا هُنا بصفته يلعب دورا صادًا للإثارة.

أما فيما يخص وجهة النظر الإقتصادية، فالظهور المفاجئ والعنيف لهذه الطاقة سيجرّ المراهق إلى البحث عن التفريغ الطاقوي.

بالنسبة لـFreud، ستكشف النزوة أن الموضوع عند الآخر وأن المناطق الشبقية (الفمية، الشرجية والبولية) تتجمع، ويقال أن هناك إعادة إحياء قلق الخصاء لدى الذكر والأنثى على حدّ السواء وكذلك عقدة أوديب.

سيعزز إضافة إلى ذلك، ظهور الحيض لدى البنت قلق الخصاء عندها. تجدر الإشارة إلى أن هذه التحولات و"الحصول" (accès) على الجنسية التناسلية تؤدي إلى الجماع لدى البعض، وإلى الإنطواء الإكتئابي عند البعض الآخر، وحتى إلي الجنسية المثلية الكامنة أو الإنتقالية (transitoirement patente). (Adams، 1978، Fouchey، op.cit).

الجسم: فيما يخص الجسم، يتحوّل أثناء المراهقة بسرعة فائقة نسبياً ويتعلّق الأمر بالتغيير الخاص بالمراهق نفسه، والتمركز حول ذاته أكثر مما هو عليه الحال، وتُمثل نظرة الآخرين للمراهق قضية ذات أهمية مثل الرضيع أين تكون نظرة الأم أساسية له. يمكن ظهور مخاوف توهم المرض و رهاب التشوه الجسدي (dysmorphophobie). يعتبر الجسم ممثلاً رمزياً على مستوى المجتمع، قد يُستثمر أم لا، قد يبرز أو يقيم أم لا. المهم أن الجسم هو تعبير رمزي للمراهق عن صراعاته والنماذج العلائقية.

- الوالدان: تعتبر المراهقة عمل حداد من النشاطات النفسية الذاتية التي تعمل في مرحلة المراهقة، هي تجربة الانفصال عن الأشخاص الذين أثروا في المراهق أثناء طفولته.

يصف بعض المؤلفين المراهق مثل شخص في حداد (endeuillé) لذكرى موضوع الحبّ الأولي (الأم) المفقود. المراهق في صراع مع نزواته، سيرفض الوالدين ويُبعدهما عنه، يُعاد تنشيط الصراعات الأوديبية وتهديد زنا المحارم حيث أصبح الآن بإمكانه تحقيقها (op.cit., Vanek Dreyfus, Mareau, Perron).

يميل المراهق إلى رفض التقمّصات القاعدية من طفولته، أي الصور الوالدية المستدخلة. يقال في هذا الصدد أن هناك "قتل الصور الوالدية" الذي هو تكثيف هوامي للعدوانية.

يقول Winnicott (1975) "يعني النمو بطبيعته فعلاً عدوانياً".

يواجه المراهق إذن تناقضاً (paradoxe) وينبغي عليه معاشة صراعات قبل إيجاد الحل، ومنها بإمكانه استعمال مرة أخرى الآليات الدفاعية التي هي في حوزته، ويعني هذا الرجوع إلى العملية الدفاعية لفترة أوديب، كما يمكنه اكتشاف آليات جديدة والتي تُعتبر خاصة بمرحلة المراهقة، وهدفها تمكين المراهق من تحمّل أكثر ذلك الإكتئاب وعدم الإطمئنان فيما يخص التماهيات.

بالإضافة إلى كل ما سبق ذكره، يتطلب من المراهق الحصول على الإستقلالية والتحرر من نفوذ الوالدين (emprise) والتخلّص من الوضعية الأوديبية.

فالصور الوالدية المثالية أثناء الطفولة، أصبحت الآن مشكوكاً فيها وقابلة للمراجعة من خلال رغبته في الإستقلالية وعن طريق لقاءه مع صور أخرى مثالية (أقران، أشخاص آخرون... الخ). ومن هنا، تُعدّ عملية الحصول على الانفصال عن السلطة الوالدية والمواضيع الطفلية من أهمّ المهام التي يسعى إليها المراهق.

• آليات الدفاع أثناء المراهقة: نذكر أهم الآليات الدفاعية حسب Freud (أثناء المراهقة):

-الدفاعات ضد الروابط مع الموضوع الطفلي.

-إزاحة الليبيدو.

-قلب الانفعال (renversement des affects).

-سحب الليبيدو.

-دفاعات ضد النزوات (زهد) (ascétisme) بالتحكم أكثر في نزواته على مستوى الجسم، يرجع هذا إلى سلوكات المراهقين الذين يطبقون على أنفسهم ممنوعات شديدة والتي تضر الجسد. يجب التنويه أن وراء كل هذا، هناك محاولات للتحكم في الرغبات التي تعبّر ضمناً عن الشعور بالذنب الناتج عن اللذة الجنسية.

-دفاعات ممرضة حول الصراع الأوديبي.

-دفاعات ضد الصراع ما قبل الأوديبي.

-العقلنة (التبرير) تسمح بضبط والتحكم أحسن على مستوى التفكير.

-ظهور الإنشطار. سيكون هذا الأخير مقللاً للمحيط، حيث ينتقل المراهق من وضعية إلى أخرى بطريقة سريعة ومفاجئة، دون إمكان التنبؤ بذلك.

تمثل آلية الإنشطار إعادة ظهور دفاعات قديمة تخلى عنها المراهق أثناء الصراع الأوديبي من أجل آليات دفاعية مكيفة ومناسبة أكثر، مثل الكبت. فلإنشطار دور حماية المراهق من صراع التناقض (التضاد). سيظهر هذا الدفاع المراهق كأنه متناقضاً مما يؤدي ببعض المؤلفين إلى القول بأن توظيف المراهقين يُشبه توظيف الحالات البينية (états limites)، (1977, Meltzer, Hana Segal)، (A. Freud, 1975, Haim, 1962، Kernberg, 1980, Jeammet Masterson 1958, Bergeret, 1975, 1985).

-ظهور التقمصات الإسقاطية مع الإنضمام، من دون تمييز إلى أنظمة مثالية.

-إسقاط إضطهادي عندما يكون للمراهق الإحساس بأنه يعيش في عالم نفوري، ومن هنا يجب عليه الدفاع عن نفسه من أجل الحياة، هذا ما هو إلا تعبير لعدوانه الخاص إزاء العالم الذي يحيط به (Fouchey).

يمكننا أن نخلص القول، فيما يخص المراهقة، أن البلوغ سيؤدي بالطفل إلى مرحلة انتقالية إلى بنية أخرى للشخصية (علمًا بأن البنية لم تكتمل بعد) عن طريق ردود فعل خاصة تفرضها هذه المرحلة.

يرى E. Erikson أن المراهقة هي بمثابة البحث عن الهوية والإستقلالية (يسمى هذه المرحلة: "الهوية مقابل غموض في الدور"). هي مرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد، فترة لإختيار الحدود وللتخلص من روابط التبعية وتأسيس هوية جديدة. تتمحور الصراعات الأساسية حول توضيح الهوية الذاتية والأهداف الحياتية ومعنى الحياة. فالفشل في تحقيق معنى الهوية ينتج عنه غموض وخط في الهوية (E.Erikson، 1968).

يمكننا القول أن المراهقة عملية أو صيرورة، ليصبح المراهق راشداً، لكنه ليس براشدٍ ولا بطفلٍ ولا بعابر سبيل" (Gutton, 2003)، فهو يمرّ بحداد لفقدان الوهم الطفلي المتكوّن من الصُّور الهوامية القديمة الوالدية، إضافة إلى الوهم السحري بأنه سيكون هناك شخص ما ليُصلح أخطائه أو تعويضه أو العفو عنه، لأنه "ما هو إلا طفل"، عليه إذن أن يتخلى عن كل هذا، وعملية الحداد هذه لا تمرّ دون متاعب وآلام.

خلاصة الفصل:

إنّ فترة الكمون، كما يسميها، Freud ، لا تأتي بمفردها، و إنما هي استمرارية لنمو الطفل عبر مراحل متداخلة، يمر بها الطفل خلال نموه، حيث يواجه بعض المشكلات التي يصفها Erikson (1968) بأزمات، و ذلك نتيجة مواجهته لمواقف البيئة التي يتفاعل معها، و لا يعني هنا الكوارث و النكسات، و إنما هي نقطة تحوّل في حياة الفرد النفسية. و لا يحدث هذا إلا في علاقته بالمحيط الاجتماعي. و ما يمكن قوله هو أن مرحلة الكمون ليست بمرحلة "هادئة" بالرغم من أن الطفل ينغمس في نشاطات ذات قيمة إجتماعية و ثقافية و فنية و فكرية، الخ. سيؤدي ظهور بوادر البلوغ إلى تغييرات فيزيولوجية و نفسية عميقة التي تُرغم الطفل (الذي أصبح مرهقاً) إلى تنظيم و إعادة تنظيم جنسيته و هويته في جسد راشد، و لا تمرّ هذه المرحلة، مثل كل المراحل، من دون صراعات و أزمات.

في ضوء ما سبق ذكره، كيف سيستجيب الطفل إلى أحداث حياتية صعبة، بل صادمة؟ و ما هي عواقب هذه الأحداث على الأطفال لاحقاً؟

سننتظر في الفصل الموالي إلى إنعكاسات العنف المقصود والصدمات الناتجة و آثارها النفسية على الأطفال.

الفصل الرابع

الصدمة النفسية عند الأطفال

تمهيد

1 - البحوث المتعلقة بآثار الصدمة لدى الأطفال

1-أ- نبذة تاريخية عن الإهتمام بالصدمة عند الأطفال

1-ب- ردود الفعل السيكولوجية للأطفال للأعمال الإرهابية

2- أعراض الصدمة النفسية عند الأطفال حسب PTSD

3- الأعراض النفسية الجسمية:

4- عواقب الأحداث الصادمة على الأطفال

5- الحداد الصدمي عند الأطفال

6- وماذا عن أطفال الجزائر؟

خلاصة الفصل

تمهيد:

تُعتبر البحوث حول آثار الأحداث الصادمة الحقيقية (réels، خارجية) ¹ حديثة العصر، فقد أظهرت البحوث الأولى أن ردود الفعل لدى الراشدين والمحيط العائلي تجعل الطفل يعاني هو كذلك الضغط النفسي، وبهذا أهملت هذه النظريات تأثير الحدث نفسه على الأطفال. وبالتالي، لم تهتم بمعاناة الأطفال الذين تعرضوا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة للأحداث الخارجية الصادمة. عُدل هذا الموقف حيث أصبح في الوقت الحالي الإعتقاد أن السبب الرئيسي لمعاناة الطفل هو الحدث العنيف، وبهذا المفهوم الجديد، نشأ الشكل الطفلي (la forme infantile) لإضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) (K.Sadlier, 2001). لقد أُضيفت أعراض PTSD لدى الأطفال في الصيغة الرابعة المُراجعة (APA،DSM-IV-TR،2004،2000).

رغم أن هناك عدد متزايد من البحوث حول الآثار الناجمة عن الصدمات النفسية على الأطفال والمراهقين، إلا أن هذه البحوث لا تُميز بين أنواع التعرض للأحداث الصادمة (M. Pesci, 1999). كما أنه من الصعب التنبؤ بآثار ذات المدى البعيد للصدمة الأولى أثناء الطفولة، يرجع ذلك لمتغيرات عديدة، تتضمن هذه الأخيرة، طبيعة ومدة وشدة ومعنى الصدمة، مدى تكرار الصدمة والسن والحالة الصحية قبل حدوث الصدمة، طبع وبنية الضحية (تكوينها الشخصي). (M. Geen, 1993).

يرى Bailly (2003) أن علم النفس العيادي للأطفال الذين تعرّضوا إلى أحداث صادمة معقدة، أولاً، يتعلق الأمر بالأحداث التي من المتوقع أنها ستشكل صدمة لدى الطفل ويتوقف هذا على قدرته على إدراك وتصوّر ما يعيشه في الوقت الراهن أثناء الحدث بالذات. بالإضافة إلى ذلك، فإن الحدث نفسه سيكون مُدرّكاً من خلال ردود فعل الأولياء (أو الراشدين في وضعية الوالدين: المعلمون، السائق، ... الخ). وفي الأخير، حسب Bailly، تأتي الصدمة في وقت نمو الطفل ومنها يصعب تقييم ماذا وكيف سيصبح الطفل لو لا الحدث الصادم.

سنسلط الضوء في هذا الفصل الخاص على آثار الصدمة على الأطفال، على الصدمة الناتجة عن أحداث خارجية واقعية، وبالضبط عن الأعمال الإرهابية التي تعرض لها الأطفال، سواء مباشرة أو غير مباشرة، في سن الكمون، بين ستة (06) إلى اثني عشر سنة (12).

¹يتعلق الأمر بالأحداث الصادمة خارجية المنشأ (exogènes)، أي واقعية و نخص بالذكر، في بحثنا العنف بفعل العنف المقصود.

سننظر أولاً إلى البحوث التي تناولت موضوع الصدمة عند الأطفال للتعرف على مدى إهتمام إحترافي الصحة بهذه الشريحة وما هي التطورات التي وصلت إليها فيما يخص إدماج الصدمة النفسية في المقاربات التي تعالج آثار الأحداث الصادمة على الأطفال والمراهقين والراشدين، وما هي التوجهات الحالية في هذا الصدد، سنعرض أعراض الصدمة عند الأطفال حسب الرابطة الأمريكية للطب العقلي (APA) وكيف تمّ تشخيصها وتصنيفها حسب مقاربة (PTSD). يليها التطرق إلى البحوث حول الصدمة عند الأطفال، والآثار المباشرة (الفورية) وذات المدى المتوسط والطويل للصدمة عند الأطفال ونخص بالذكر الدراسات في الجزائر.

1- البحوث المتعلقة بآثار الصدمة لدى الأطفال:

1-أ- نبذة تاريخية عن الإهتمام بالصدمة عند الأطفال:

لقد ركزت البحوث السابقة على آثار الصدمة، على الأفراد، وأغلبية هذه البحوث ركزت على الصدمة التي تؤثر على الأفراد ومجموعات صغيرة من الأشخاص، مثل الإعتداءات الجنسية أو مشاهدة العنف المنزلي.

أمّا الإعلام الذي يركز على مجموعات كبيرة فيقيم أساساً الآثار الناتجة عن الكوارث الطبيعية، مثل العواصف والفيضانات والزلازل، على الراشدين والأطفال.

تقترح البحوث أن آثار الكوارث الطبيعية قد تكون مختلفة عن تلك الناتجة عن الكوارث بسبب الإنسان. (Allen، Dlugohinski، Cohen و Walter، 1985، Turkus، 2002).

يُدرك ضحايا الكوارث الطبيعية الأحداث بأنها خارج نطاق تحكّمهم، أو بأنها قضاء وقدر من الله، بينما الكوارث الناتجة عن الإنسان (أو بما يسمى بالعنف المقصود)، فيمكن أن يشعروا أنهم جزئياً مسؤولون عن حدوثها (Berreu و Eigel، 1985، Rosen، 2000).

رغم هذا، تجدر الإشارة إلى أن البحوث تلتقي نوعاً ما في نفس الآثار (Levant، 2002). وما يهم هنا هو فهم الآثار على الأطفال وردود الفعل للأحداث، للتمكن من تطوير وتقديم التدخلات المناسبة لمساعدتهم عندما تحدث كوارث للمجموعات في المستقبل.

1-ب- ردود الفعل السيكولوجية للأطفال للأعمال الإرهابية:

بدأ اهتمام البحوث على آثار الصدمة الجماعية (trauma de masse) والكوارث في الخمسينات من القرن السابق، كان يُعتقد سابقاً أن الآثار على الأطفال هي آثار طفيفة وعابرة (Gurwitch، et.al، 1998، Vogel و Vernberg، 1993). وتضمنت قائمة الأعراض آنذاك، خوف معتدل، صعوبة طفيفة في النوم وتعلق مرتفع مؤقت (Venberg و Vogel، 1998).

نعرف الآن أن هذا ليس الحال بالضرورة، حيث تؤكد البحوث الراهنة أن الأطفال يعيشون ضغطاً مرتفعاً مشابهاً لضغط الراشدين بعد الكوارث (Gurwitch، 1998).

تقترح البحوث باستمرار أنه ليس من الضروري أن يشاهد الأطفال مباشرة أفعال الصدمة ليعانوا سيكولوجياً. وتلعب وسائل الإعلام دوراً هاماً في تكوين صعوبات سيكولوجية لدى الأطفال الذين أبعدوا عن الحدث، لأن صور ومشاهد العنف المقصود تأتي إلى بيوتهم بألوان حية من خلال التلفزيون والجرائد والإنترنت (Agalon، 1998، Brown، 2002).

تستنتج مختلف البحوث إذن، أنه ليس هناك فروق في الاستجابات المعرفية بين الأطفال الذين يشاهدون مباشرة أعمال العنف المقصود والذين يشاهدون تلك الأعمال عن طريق التلفاز (Terr، et.al، 1996). وحسب الدراسات، ليست مشاهدة الأحداث التي هي مُضِرّة لسلامة الأطفال السيكولوجية، وإنما إدراكهم واستجاباتهم أثناء الصدمة (péri traumatique)، مثل اليقظة المفرطة (hypervigilance) أثناء الصدمة (Gurwitch et.al، 2002، Koplevicz. et.al، 2002، Martino، 2002، Parson، 1995).

يرى Pfefferbaum وزملاؤه أن الاستجابات أثناء الصدمة تعتبر أكبر مؤشر لأعراض PTSD لاحقاً، وكذلك يمكن أن يؤدي توقُّع حدث صدمي جماعي، دون حدوثه في الواقع، إلى معاناة وضغط لدى الأطفال والمراهقين (Kessler et.al، 1993). سنعود إلى تأثير الصدمة على المدى البعيد لاحقاً.

2- أعراض الصدمة النفسية عند الأطفال حسب PTSD

إن أعراض PTSD عند الأطفال، مثلها عند الراشد، لا تمثل إلا جزءاً من الأثر العيادي لحدث صادم على الفرد، ومنه لا تُفهم الاضطرابات النفسية الجسدية والنمائية والمعرفية بأنها اضطرابات مرتبطة (associés) ومدمجة بـ PTSD (comorbidité)، ولكنها تُفهم بصفتها (entité clinique) كآثار وانعكاسات ما

بعد الصدمة النفسية (Bailly، 2003). هذا المظهر العيادي المعروف لدى النفسانيين، ذكّرهُ بعض الباحثين البريطانيين، مثل Street و Sibert (1998) قائلين أن "الأعراض الملاحظة عند الطفل كاستجابة لحدث صادم متنوعة في شدتها وفي مدتها"، وأن "بعض الأعراض، مثل التبول الليلي وقلق الانفصال ومشاكل سلوكية... ليست مُعرّفة من طرف "DSM-III-R".

يرى Bailly، أنه غالباً ما قد تكون الأعراض مجهولة، لأنه قد يكون من الصعب التعرف عليها واكتشافها في منظور ممرّكز حول المرض، فالصدمة قد تؤدي في بعض الحالات إلى ظهور أعراض ليست بالضرورة مُدركة بأنها مضرّة للفرد، فقد يتكون نمط "جديد" للدفاع، مثل الطفل الذي يستثمر فجأة العمل المدرسي كوسيلة لتجنب إعادة معايشة حدث صدمي. إن هذه المظاهر غير معروفة ولا مفهومة من طرف الراشدين. نجد كذلك بعض المظاهر التي لها علاقة بتأثير الأحداث الصادمة مثل المساس بالاعتقادات الأساسية للفرد والأخلاق والتنشئة الإجتماعية للطفل (Bailly، op.cit.).

2-أ- أعراض PTSD عند الطفل¹:

استعمال مصطلح العُصاب الصدمي (névrose traumatique) أو تناظر الأعراض أو اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، يعود إلى الإختيار والتوجه لوضعيات وسجلات معينة. نحن هنا سنركز عرضنا هذا على تقديم الأعراض حسب معايير PTSD، وللتذكير، مفهومية الناطقين باللغة الإنجليزية للطب العقلي في الولايات المتحدة حول الوحدات المرضية (les entités pathologiques).

لقد صُنفت رسمياً الإضطرابات (troubles) منذ ظهور DSMIII في 1980 وهي محدّدة ومعرّفة إجرائياً. يتضمن هذا وجود مجموعة من الأعراض المتطابقة (compatibles). كما أن معايير اضطراب عقلي (trouble mental) ليست على الإطلاق بنيوية (structurel)، حيث يمكن للفرد أن "ينتقل" من "إضطراب عقلي" إلى اضطراب آخر أو ليس له أي اضطرابات حسب النتائج المتحصل عليها من خلال قائمة الأعراض (checklist).

¹ترجمنا أعراض PTSD كما وردت في الطبعة الأخيرة لـ DSMIV-T-R (2004) بما فيها الإضافات عن معايير الصدمة عند الطفل و عرضناها كاملة في الفصل الثاني حول الصدمة النفسية.

2-ب- PTSD عند الطفل والتصنيفات العالمية:

تختلف المعايير الخاصة بـ PTSD الواردة في DSM-IV عن تلك المنشورة في الطبقات السابقة، حيث ألحت الطبعة الجديدة DSM-IV (1995) على الطابع التهديدي للحدث الصدمي على الفرد، وليس على طابعه "خارج مجال التجارب الإنسانية العادية" ولم تحدد بالضبط ماذا يُهدد الطفل وفق عُمره.

يركز DSM-IV على أن تناذر إعادة المعيشة، يمكن أن يأخذ عند الطفل شكل الألعاب المتكررة، والكوابيس، أين المحتويات لا تبدو لها علاقة بالحدث نفسه، وتكرار لعب المشهد الصدمي. غير أنه، لا توجد صيغة حول تصنيف أعراض نكوص النمو ("فقدان القدرات المكتسبة قبل الصدمة").

وتجدر الإشارة هنا، أن تصنيف المنظمة العالمية للصحة في طبعتها العاشرة (CIM-10) لا تأتي بتوضيحات للعاملين مع الأطفال مقارنة مع DSM-IV. (Bailly، 2003).

في بحث حديث، أظهر Carrion (2002) أنه إذا فحصنا تكرار وشدة الأعراض الموجودة في PTSD لدى الأطفال وقيّمنا العلاقة الموجودة بين الأعراض والمعاناة/الإعاقة التي تنتج، يمكننا حينئذ معرفة أنه في الواقع أن الأطفال الذين لا يستوفون معايير PTSD قد يعانون مثلهم مثل أولئك الذين يُظهرون الشكل الكامل لـ PTSD، وبالطبع هذا ليس غريباً على العياديين الذين يفكرون في إطار المنظور البنوي، كما أنه من الصعب انسجام وتلاؤم النتائج مع مقاربة إجرائية وعملية للتشخيص (Bailly، 2003)، إلا إذا شككنا في معايير الفئة الخاصة بـ PTSD عن الأطفال، وليس هذا هو الهدف من دراستنا هذه.

2-ج- معايير (A) لـ PTSD وعمر الطفل (DSM-IV، 1994، DSM IV-، APA، TR، 2004).

يتعرّض الفرد إلى حدث صادم إذا ما توفرت على الأقل ميزتان معا من المواصفات التالية:

- 1 - عاش الفرد، أو كان شاهد عيان، أو واجه حدثاً أو أحداثاً تتضمن خطر الموت أو جرحاً خطيراً أو تهديداً بسلامة الجسم أو بسلامة شخص آخر.
- 2 - استجابة الفرد تكون خوف حادّ، شعور بالعجز أو بالرعب.

ملاحظة: قد تكون الإستجابة عند الأطفال على شكل سلوك مضطرب (désorganisé) أو تهيجي.

فيما يتعلق بالصنف الأول، هناك الفكرة أنه يوجد خطر الموت أو تقييم خطير بتواجد الشخص في خطر. من المعروف أن مفهوم الموت يتأسس تدريجياً عند الطفل، وأن للطفل تصور خاص بالإنفصال حيث يظن أن الشخص الذي اختفى قد يعود من جديد.

لا يُدرك الطفل عدم إمكانية الرجوع (عندما يختفي الشخص، أو يموت) إلا حوالي سن السابعة (Bailly، 1999). فالحديث حول قضية الموت (وعدم الرجوع) لا يُناقش بجدية إلا حوالي سن العاشرة أو الحادي عشر، عند نهاية فترة الكمون وبداية الدخول في مرحلة المراهقة، ومنها، قضية التهديد بالموت عند الطفل تتعلق بسن النمو، وبقدراته الإدراكية والمفاهيمية (Sadlier، 2003، Bailly، 2006).

بيّنت البحوث في هذا السياق، أن درجة الإضطرابات لدى الأطفال تتحدّد بتفاعل العوامل الذاتية عند الطفل نفسه ومحيطه:

- طبيعة ومميزات العنف نفسه، بمعنى آخر، علاقة الطفل بالفاعل، المسافة بالحدث، ردود فعل الأشخاص المحيطين به وهؤلاء الذين يعتنون به.

- مرحلة نمو الطفل المُتعرض، أي مصادره وقدراته الإنفعالية والمعرفية "للتفاوض" مع القلق المرتبط بالأخطار سواء أكانت واقعية أو هوائية.

- السياق العائلي والمجتمعي للحدث العنيف، أي هل الحدث كان منعزلاً وغير مألوف أو هو فعل مزمّن في الحياة اليومية؟

- الاعتراف بالآثار الممكنة للتعرض للحدث العنيف من طرف أعضاء العائلة، موظفي المدرسة، المؤسسات المجتمعية وردود الفعل المساندة لهذه الآثار. (Pynoos et.al، 1987، Nader، 1989، Terr، 1991، Marans، 1997).

إن إدراك التهديد بسلامة الجسم وسلامة الآخرين تتعلق كذلك بالنمو الإدراكي والمفاهيمي لدى الطفل، قبل كل شيء فهم نفسه وفهم الآخر، وكذلك معكوسية (réversibilité) بعض العمليات: هل يمكن تصليح عضو مقطوع مثل ما هو الحال عند تصليح لعبة مثلاً؟ (Bailly، 1999).

إن النضج الحسي الحركي عند الطفل والنمو اللغوي سيكونان وسيطين لما يدركه الطفل. وسيلعب الأولياء دوراً أساسياً، سيكونان نوعاً من "المصفاة" بين الطفل

والحدث وهذا بواسطة عدة طرق: قبل كل شيء، عن طريق حماية الطفل جسمياً من الحدث، مثلاً، قد يتنبأ الراشد بما سيحدث، فَيُبْعِدُ الطفل قبل حدوث الكارثة. يمكن كذلك، أن يحميه أثناء الحدث، إمّا عن طريق توعيته بما يحدث أو عن طريق تجنيبه الألم. فالحماية إذن مزدوجة: حماية الطفل من الحدث الواقعي، وفي نفس الوقت تعزيز الإيمان لدى الطفل بأن لوالديه قدرة الحامي. يمكن كذلك للوالدة (ة) التعبير عن ما حدث، وبالتالي يُهْمَدُ الأثر النفسي للصدمة. وبالعكس، رد فعل القلق الشديد من طرف الوالدة (ة) لحدث ما حتى ولو كان حدثاً طفيفاً، قد يؤدي بالطفل إلى صدمة نفسية: ومن هنا تُعتبر الصدمة الوالدية جزءاً من العامل الصادم عند الطفل (Bailly, 2003).

يمكن إذن القول أنه ما يكون صادمًا للطفل في سن معين، يتوقف على عوامل معقدة ومتعددة والتي تتطور لدى كل الأطفال بوتيرة وطرق مختلفة، ولكن قد يكون مفيداً للنفساني التعرف على بعض هذه المعالم.

يقترح Bailly، التمييز بين المراحل الكبيرة فيما يخص هذا التطور التي هي مهمة ليتعرف عليها العياديون: المرحلة التي لا يمكن للرضيع فيها أن يتكلم أو يمشي، ثم تلك التي يتحكم فيها الطفل باللغة والمشي، ولكنه يستعمل لغة ما قبل التجريد (pré formelle)، ومرحلة ثالثة أين يكون الأطفال قد اكتسبوا التفكير التجريدي، وأخيراً المرحلة الرابعة، عند المراهقة، أين قد يكون لبعض الأحداث، بسبب عملية المراهقة وإشكالياتها، تأثير صدمي خاص.

تعتبر تجارب الانفصال المفاجئ والتشوش الحسي (chaos sensoriel) عند الرضيع، مرادفة لتجربة الموت لدى الراشد، أمّا عند الأطفال الصغار، فرد فعل الأولياء لحدث صادم يُعتبر أساسياً وحرَجًا. فهلع ورُعب الراشد هو بالنسبة للطفل إدراك تشوشي ومقلق وتهديمي، أي أن الطفل الذي كان يعتقد أن الراشد هو الحامي والقوي والحكيم يجده فجأة عاجزاً ومن دون موارد، وبالعكس، يقيّم الراشد حدثاً بأنه طفيف، لكن ربما سيكون هذا الحدث مصدر رُعب عند الطفل الذي تكون لديه إدراكات مشبعة بتخيلات وتصورات كثيرة (Bailly, op.cit.).

يسمح التحكم التصاعدي في التفكير التجريدي عند الأطفال أكبر سناً، بالوصول إلى فهم مفهوم الموت، وبالتالي، "الرسالة الموتية" (message mortifère) للحدث قد تُدرك سواء من طرف الطفل أو الراشد.

يرى Bailly، أنه رغم كل هذا، يبقى التأثير مخففاً نوعاً ما عن طريق التوظيف الذي يمنح مكاناً كبيراً للتفكير السحري وأهمية السجل الخيالي بالنسبة لما هو مُدرك في الواقع.

وأخيراً، من النادر أن يقف الأولياء (عملية المصفاة أو الشاشة) لحماية المراهق في حالة حدوث حدث ما مثل ما هو الحال بالنسبة للأطفال، فالمراهق مهتم جداً بردود الأفعال التي ستبرر رفضهم أو التخلي عن منزلتهم عنده (رفض المثالية). سيلجأ المراهق عند مواجهته الحدث لوحده، إلى تصورية ("imaginarisation") الحدث الذي قد يحميه من الصدمة. وأحياناً، لا يكون المراهق حساساً للربح والهلع الناتج عن الحدث، بما أن الحدث نفسه يُعتبر خرقاً، ويتضمن حسب إدراك وفهم المراهق، العدوانية والعنف والأناية.

وردت ردود الفعل في الدراسات والملاحظات العيادية بعد تعرّض الأطفال لأحداث كارثية (Bailly، 1996، Pynoos، 2003، Moro، 1985، M.R، 1998، Scheeringa 1995 و2001). يقترح Scheeringa تكييفاً لمعايير PTSD بالنسبة للأطفال تحت سن الرابعة، بالنسبة لمعايير (A): يكون الطفل قد عاش حدثاً صادماً ولكنه ليس بالضرورة قد أحسّ بخوف شديد أثناء الحدث. عند الأطفال الصغار، تكون ظواهر إعادة المعيشة عن طريق ألعاب ما بعد الصدمة التي تبرز مظهرًا من الصدمة ولكنها لا تخفف القلق وليست مرصنة ومتخيلة (élaborés et imaginatifs) مقارنة بالألعاب المألوفة لدى الطفل. إذن، يُعبّر عن إعادة المعيشة "بتمثلية" عن "الصدمة"، يلعب مشهد الصدمة، إلا أننا لا نجد الطابع الممل والتكراري لألعاب ما بعد الصدمة، كما أن الكوابيس الصدمية لا تعيد بالضرورة المشهد الصادم. يمكن كذلك ملاحظة تزايد الكوابيس دون أن يستطيع الطفل وصف محتواها، وفي الأخير، يمكن أن يقدم الطفل نوبات من التفكك واسترجاع رؤية مشاهد سابقة (flash-back)، عكس ما هو موجود في معايير الراشدين، فمعياري واحد من هذه الأعراض يكفي في معيار B من PTSD¹.

أما فيما يخص مظاهر الكفّ التي هي مؤشر عن إعادة المعيشة للحدث الصادم لدى الطفل الصغير، فيفتتح Scheeringa وزملاؤه إدراج فقدان المعرفة العملية (savoir faire) لدى الطفل قبل سن الرابعة، ويمس، مثلاً هذا النكوص النمائي، اكتساب اللغة والنظافة.

¹أنظر أعراض PTSD كاملة حسب DSM-IV-TR في الفصل الخاص بالصدمة النفسية.

أمّا معايير D، فمعيّار واحد يكفي: مخاوف ليلية، صعوبة في الإستغراق في النوم غير مرتبطة بالخوف من الكوابيس، السير خلال النوم، صعوبات في التركيز، الخوف من الظلام، ومخاوف أخرى غير مرتبطة ظاهرياً بالصدمة (Scheeringa، 2001).

لقد وجدت Marie Rose Moro (1998 و 1995) أثناء تعاملها مع الأطفال أقل من ثلاثة سنوات الذين عاشوا زلزال أرمينيا (Arménie) في 1988، أنهم يعانون أعراضاً عضوية مثل اضطراب النوم، فقدان الشهية، التقيؤ، أمراض جلدية فجائية من دون سبب. واضح، أنها متعلقة، في الحقيقة، بصعوبات علائقية "أم-طفل"، ويكون الرضّع تُعساء، حزينين، عدائين ويعانون الكف. أمّا عند الأطفال فوق سن الثالثة والمراهقين، فقد أظهرت الدراسات الأعراض التالية (Pynnoos، 1985، 1995 Moro و 1998، Bailly، 2003):

- تأتي في الواجهة اضطرابات سلوكية في المنزل والمدرسة، وراء هذا الخلل الوظيفي، الذي غالباً ما يكون مُكتفياً ومقلّماً في نفس الوقت، هناك عادة إشكالية الحداد.
- مخاوف فجائية ومتنوعة: فوبيا مدرسية، فوبيا اجتماعية، مخاوف مُكثفة ومتعدّدة (خوف من الكلاب، من "الأرواح"...).
- اضطرابات النوم (صعوبات في الإستغراق في النوم، أحلام حصرية...) قد تطول لدى بعض الأطفال.
- حصر مُسهب (anxiété diffuse) ومُجتاح (envahissant) غالباً ما يكون مقترناً بتناذر الإكتئاب، فهذه الباثولوجيا موجودة بتكرار لدى المراهقين.
- اضطراب الوظائف العاصرة (fonctions sphinctériennes) التي غالباً ما يُعيد تنشيطها أثناء مرحلة الطفولة وأعراض أخرى قد تكون مقترنة بها.
- اضطرابات جسمية مثل آلام المعدة، من دون سبب واضح، صداع متكرّر.
- التأتأة، اضطرابات اللغة العرّة (tics) حادة ومتعددة.
- اضطرابات حسية حركية، تتراوح من هفوات فجائية وحديثة إلى عدم القدرة على أداء مهام كان يقوم بها الطفل في الماضي.
- اضطرابات الأكل، لاسيما فقدان الشهية (anorexie)، أو انتقاء حاد لنوع الأكل.
- صعوبات حديثة في الإكتسابات المدرسية والتعلّم مع اضطرابات الذاكرة، التي تكون أحياناً معتبرة.

- ظاهرة التوهّمات و"شبه الهالوس" (قد يسمع الأطفال أصوات الموتى أو أشخاص ما وراء الإنسانية(أرواح)، تعتبر هذه الأعراض حسب Terr (1999) "إدراكات خاطئة ليست لها علاقة بنوبات ذهانية ولا تتأذر الهالوس

1

- تكون أحيانا حياة الطفل مضطربة جدا لدرجة أنه يرغب في تهديم وكسر الأشياء أو يعاني من عدم استقرار حسي حركي خطير مع عدوانية كبيرة.
- يلاحظ أيضا أعراض كف، خمول، فقدان الثقة بالنفس، التي غالبًا ما ينتبه إليها الأولياء متأخرين. (Moro، 1995، 1998).

ترُبط حسب Bailly إعادة المعيشة بعجز ترميز التجربة الصادمة التي تمرر آثارا حسية في مرتبة الذكريات، الشكل الأكثر حدّة ولهذا العجز يناسب حالة الأثر الحسي للحدث الذي يفرض نفسه كاملاً على الجهاز النفسي، أي الهلوسة. على خلاف الذهان، سننتقد هذه الهالوس بعد انتهائها (Bailly، 1995).

يركز تلازم أعراض التكرار غالباً على وقت خاص من الحدث الصدمي: مثلاً ضربة السكين التي تقتل، انفجار القنبلة، صوت البندقية ليس دائماً بالضرورة الفعل العنيف في حد ذاته، وإنما شيء ما يُظهرُ فجأة العنف بالنسبة للشخص الذي يشاهد الحدث: الدّم على الثياب، تفاصيل خاصة لا معنى لها في العادة عند الشخص نفسه، ولكنها أخذت معنى خاصاً عند الشخص المصدوم. يذكر Pynoos (1985) حالة شابة انتابتها هواجس أن أمّها المقتولة لابسة فستاناً قد أعارته منها.

غالباً ما يكون وصف دقيق للحاسة المتعلقة بالذكرى، مثلاً: صوت ما، ضجيج السيارات،... الخ. يشتكي الأطفال في كثير من الأحيان بأنهم واعون بردود فعل غير ممتع لجسمهم أثناء الضغط الذي يلي الحدث الصدمي (Pynoos، op.cit.)، سرعة خفقان القلب وصعوبة التنفس،... الخ (Bailly، 1995).

تحدث غالباً إعادة المعيشة في ذروتها في أوقات أعياد الميلاد، كما ذكرت Anna Freud في حالة Bertie الصغير الذي كان يعاني اضطرابات تصل شدتها "في وقت ذكرى (anniversaire) وفاة أبيه". بالإضافة إلى هذا، قد يكون مفهوم الذكرى (anniversaire) حول اليوم: مثلاً، الثلاثاء أو الأربعاء... الخ، كان الجو جميلاً، أو كان يمطر... أحيانا تكون هذه الذكريات حول ذكرى الحدث حول الساعة، أي الزمن، كذلك يظهر في الأرق، في وقت الإستيقاظ الذي وقع فيه الحدث.

¹ هذه الأعراض حسب Bailly هي أعراض إعادة المعيشة وقد تُصغ بصيغة ثقافية حسب المعتقدات السائدة في المجتمع والتي يشجع بها الأطفال من خلال الحكايات والراويات.

توجد الإشارة إلى الحدث الصادم أو الرجوع إليه من خلال الرسوم الحرّة لدى الأطفال والإختبارات الإسقاطية، وكذلك في الألعاب أين قد يلعب الأطفال بصفة واقعية المشهد أو جزءا منه فقط.

تميّز Terr بين الألعاب ما بعد الصدمة والسلوكيات التكرارية. يصف الأطفال الألعاب بأنها مُسلية ومرحة وفيها نوع من "العدوى"، بينما السلوكيات التكرارية ليست لها طابع "مُسلي" وإنما تمثل تكرار الصدمة عن طريق إعادتها باللعب.

يعتبر اللعب نموذجاً مفضلاً لإعادة المعيشة عند الأطفال تحت ستة سنوات؛ لأنهم لا يملكون بعد القدرة اللغوية. رغم الطابع الظاهري المُسلي، إلا أنه ليس في الحقيقة كذلك، فالطفل يُعيد المشهد كما هو، بينما الألعاب عادة ما تكون متنوعة ويغلبها طابع الخيال والإبداع (op.cit، Bailly).

سنعود إلى الصدمة النفسية بعد أن نعرض الآثار السيكولوجية.

3 - الأعراض النفسية الجسمية:

لم يذكر DSM في كل طبعته المعايير الخاصة بالأعراض النفسية الجسمية، إلا أنها شائعة عند الأطفال مثل الراشدين. في البلدان التي تعاني حروبا، توصف و تُسجل هذه الأعراض طرف العياديين؛ نذكر على سبيل المثال، الإلتهاب الرئوي، الإكزيما، إضطرابات وظيفية في الهضم مثلا، تساقط الشعر، وغيرها. هناك كذلك، إضطرابات في الحيض عند المراهقات. يلاحظ أيضا ارتفاع مرض السكري لدى شريحة الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا إلى أحداث عنيفة (Grappe، 1995).

أكدت M.M. Moro خلال تعاملها مع ضحايا زلزال أرمينيا (Arménie)، تكرار الإضطرابات الجلدية، مثل الإكزيما، والإضطرابات الجسمية الوظيفية، مثل الأم في البطن، الصداع، التأتأة وتقلصات لاإرادية في العضلات (les tics).

لاحظ Cohen (1980) من خلال دراسته على تلاميذ الثانوية في بوسطن بعد فيضانات وعواصف شتاء 1977، أنه كان هناك ارتفاع ملحوظ في ضغط الشريان عند المراهقين، أمّا التأخر في النمو الجسيمي والنحالة المرتبطة بالأحداث الصادمة فتعود إلى عدم توفر التغذية والضغط الناجم عن الصدمات، وهذا ما بينته الدراسة الإبيديومولوجية التي أجرتها فرقة البحث بـSARP في 1999، بمنطقة سيدي موسى ودالي إبراهيم¹، حيث بينت النتائج أن المنطقة التي تعرضت إلى عنف مكثف لمدة

¹لمزيد من التفاصيل، أنظر مجلة SARP رقم 09، 2001.

طويلة تضرّر السكان بسبب تهديم المؤسسات التي يعمل فيها أرباب العائلات، والبيوت وهلم دوالك، فققر العائلات أصبح منتشرًا في منقطة سيدي موسى.

4- عواقب الأحداث الصادمة على الأطفال:

إن الآثار الناجمة عن أعمال العنف المقصود وأحداث أخرى صادمة قد تظهر مباشرة أو تؤجل لتظهر بعد سنوات (Cohen و Pine، 2002، Squires، 2002، 2002، Webb و 1999). كما قد تظهر الآثار بصفة مختلفة مع مرور الوقت (Webb، 1999). بينت الدّراسات أن معاناة أغلبية الأفراد ستخفّض مع الوقت (Gurwitch et.al، 2002، Kiser et.al، 2002، Vogel و Vernberg، 1993). كما أنه بالإمكان أن يعيش بعض الأفراد آثاراً شديدة جدا (الأسوأ) خلال 6 أشهر بعد الصدمة (Levant، 2002)، بينما البعض الآخر قد يعيش الأعراض إلى غاية 16 شهرا قبل بداية انخفاض الأعراض (Vernberg و Vogel، op.cit.).

سنقدم فيما يلي، حسب PTSD، أهم العواقب وردود الفعل المباشرة وطويلة المدى عندما يتعرض الأفراد (الأطفال والراشدون) إلى الحدث الصادم، و سنقدم كذلك آثار الصدمة المعقدة حسب تصنيف L.Terr (1991).

4-أ- الآثار الفورية:

نريد قبل التطرق إلى الآثار المباشرة الناجمة عن حدث صادم، أن نبين أنه في الحقيقة بدأ الإهتمام بالتأثيرات الأولية على الأطفال منذ أكثر من نصف قرن من الآن. يروي Heuyer في تقرير كتبه في 1947 عن الإضطرابات العقلية عند الطفل بسبب الحرب، حالة ولد يهودي عمره 8 سنوات، كان شاهد عيان على مقتل 20 شخصا، فاستطاع الفرار وتوجّه مباشرة إلى الأمام. وجده جنود الحلفاء لاحقًا، بعد مرور وقت، "تائهاً ويتلفظ بكلمات لا نهاية لها" (Bailly، 1996).

أمّا C.J. Frederick (1985) الذي كانت له الفرصة أن يتدخل مباشرة بعد الكوارث الطبيعية لمساعدة الأطفال، فقد لاحظ تكرار إضطرابات النوم بسبب الكوابيس والأفكار المستحوذة المتعلقة بالحدث، والخوف من إعادة الحدث نفسه بنوع من الإفراط في اليقظة.

واضح جدًا أن الإهتمام بالأعراض التي تلي حدثًا صادمًا فيما يخص الأطفال ليس حديثًا كما كان يُعتقد، وإنما هناك ربما معطيات قليلة عن الآثار المباشرة للصدمة، فأغلبية ردود الفعل المباشرة عند الأطفال تتضمن أعراضًا نكوصية مثل التبول الثانوي، مص الأصبع، سلوك تنبعي اتكالي (Moro، Bailly).

تستمر البعض من هذه السلوكيات وتصبح مزمنة، وهناك علاقة وطيدة بين هذه الأعراض وردود فعل الأولياء أثناء الحدث الصادم، حيث أنه من الممكن أن يكون الأطفال "أشكالا درامية من قلق الفراق" متشبثين جسمياً بالأولياء رافضين الابتعاد وحتى الذهاب إلى المدرسة (Bailly).

حسب مراكز علاج الصدمة في الولايات المتحدة الأمريكية (Centres de Traitement، 2010)، تُغطي الآثار الفورية للصدمة مجموعة من الأعراض ولا يُعرف إلا القليل لماذا يستجيب الأفراد بطريقتهم الخاصة.

تُعدّ مجموعة الإستجابات عالمية وتحدث للأفراد من كل خلفيات وكل الفئات الإجتماعية والإقتصادية، والجنس والعرق، سواء كانوا نساءً أم رجالاً، أو أطفالاً (Centre de traitement، 2010).

كل أعراض الصدمة هي ردود فعل لتجربة غير عادية وقاهرة. يمكن جمع هذه الإستجابات عند الأطفال، في خمس فئات : معرفية، انفعالية، فيزيولوجية، إدراكية وسلوكية. ويمكن تلخيصها كالآتي:

4-أ-1- ردود الفعل المعرفية للصدمة:

عدم الإيمان (نفي) بالصدمة، إنكار، غموض وخط، عدم التوجّه، نقص في التركيز، صعوبة في اتخاذ القرارات (مهما كان نوعها)، أفكار لاعقلانية، اضطرابات في الذاكرة، شرود الذهن، انشغال زائد بذكريات ضاغطة.

4-أ-2- ردود فعل انفعالية للصدمة:

ردود الفعل المعاشة مباشرة بعد الحدث الصادم قد تؤدي إمّا إلى التعبير عن الإنفعال أو غياب انفعالي: يظهر بعض الأفراد متهيجين جدا وفي حالة معاناة خطيرة، بينما يكون البعض الآخر متأثرا بنفس الشدّة، لكنهم (الأفراد) يظهرون هادئين صامتين، أو ساكنين.

تتضمن الإستجابات الانفعالية: هزّة ، رجّة (choc)، تجمد، تنميل، ذعر، قلق عام، عدم الأمن، الذنب، العجز، اليأس، رعب، هلع، حزن، غضب، تعبيرات غير مناسبة مثل الابتسامة أو الضحك، التفكك، اللاواقعية، و اللاشخصانية.

أ-4-3- ردود الفعل الفزيولوجية للصدمة:

سرعة دقات القلب، سرعة التنفس، رؤية ضبابية، اضطرابات في السمع، شلل، الآم في البطن، صداع، سخونة، تجمد الأطراف، عدم النوم، فقدان الشهية، ثقل في الجسم، التبول، تقيء، إفراغ الأمعاء.

أ-4-4- ردود الفعل الإدراكية للصدمة:

هناك اضطرابات خطيرة في الإدراك مألوفة منها:

صور ذهنية شديدة وضاعطة، إحساس بأن الوقت يسير ببطء شديد، إدراك حركات كأنها بطيئة جدا، تغير في حجم الصوت، الإحساس بالفراغ أين لا يحدث شيء، إعادة معايشة الحدث، حواس غير طبيعية مثل اللمس، الشم، الذوق أو البصر (رؤية)، إحساس (شعور) الفرد بأنه غائب، الشعور بعدم التحكم في الجسم، الشعور بأن الفرد هو شخص آخر ومتواجد في مكان آخر، رؤية الفرد كأنه خارج جسمه، مشاهدة (رؤية) أشخاص غير موجودين، سماع أصوات غير موجودة، تفسير خاطئ لما يراه ويسمعه الفرد في الواقع.

أ-4-5- ردود الفعل السلوكية للصدمة:

قد تكون هذه الردود متنوعة ومتغيرة، نذكر منها:

عدم الإستجابة للآخرين، الانسحاب المفاجئ عن الآخرين، عدم الإهتمام بنظافة الجسم والحاجيات المألوفة، إفراط في النشاط رغم التعب، محاولة التحكم في الآخرين، نوبات غضب، عدائية، بكاء، مشي مستمر، تجنب النظر إلى الآخرين، إيذاء الذات، التآرجح (الإهتزاز)، عصر اليدين (أو ضمهما)، سلوك قهري مثل إفراط في الأكل، التدخين، شرب الكحول، أو تغيير في المزاج، التعلق بالآخرين، البقاء في المنزل أو في مكان آمن، فحص دقيق للمحيط، التحديق عن قصد. قد توجد هذه الأعراض عند الراشدين والأطفال؛ مع تنوع باختلاف العمر؛ مثل التآرجح و البكاء.

قد تكون كل هذه الأعراض موجودة مباشرة بعد حدث صدمي وقد تستمر لمدة أطول بعد الحدث. ستختفي عند البعض بعد فترة معينة، والبعض الآخر يعيد معايشتها بفترات متقطعة في شكل نوبات، بينما يحتاج البعض إلى تدعيم وتدخل مكثف إذا استمرت هذه الأعراض (op.cit، Centre de traitement).

تجدر الإشارة إلى أن هذه الآثار الفورية عقب حدث صادم منشورة في مواقع الانترنت والهدف منها هو تحسيس الأفراد عامة، كل الشرائح، بالإستجابات الشائعة التي تلي معايشة حدث أو أحداث عنيفة.

4-ب: الآثار متوسطة وبعيدة المدى:

إن هناك اهتمام كبير في الوقت الحالي بالصدمة عند الطفل وأثارها على المدى البعيد (Terr، 1991، Kelson، 1998، Sadlier، 1998، 2006، Sironi، 2002، 2003، Bailly، 2003، Green M (بدون تاريخ)، Yona، 1996 و 1999، Boukhaf، 2004، C.Bouatta، 2007، زقار وسي موسى، 2002، Boukhaf et.al، 2009، Barrois، 1998) وغيرهم، إذ لا يمكننا ذكر كل البحوث التي تناولت موضوع الصدمة وانعكاساتها على الأطفال لاحقا بعد سنوات مضت، لكن سنلخص أهم ما جاء فيها.

تتضمن العواقب 3 فئات رئيسية: اضطرابات نمائية ومعرفية، اضطرابات صيرورة نمو الشخصية، وأثر الصدمة على الميادين الأخلاقية والتنشئة الإجتماعية للطفل لاحقا.

4-ب-1- اضطرابات نمائية ومعرفية:

أظهرت التجارب العيادية والعمل مع الأطفال المصدومين بسبب العنف المقصود (violence intentionnelle)، لنخص بالذكر هنا فقط هذا البعد وهذا النوع من الأحداث الصادمة، أن الأداء والتحصيل الدراسي يأتي في الواجهة. كما بينت الدراسات أن من بين عواقب الصدمة هو انخفاض إدراك الفرد لقدراته الشخصية وإمكانياته بالنجاح، فضعف الثقة في النفس هذا قد يؤدي بالشباب إلى الشعور باليأس وعدم نجاعة شخصيته (Yona، 1999).

بينت دراسة Gardener (1971) أن الأحداث الصادمة العنيفة التي يتعرض لها الأطفال قد تُعرقل سير النمو العقلي للطفل على المدى البعيد، كما أنها تُخفّض من قدرات الطفل على التعلم والإستيعاب بشكل ملحوظ.

أكد Pynoos وزملاؤه، بعد مراجعتهم لأدبيات الإستجابات البيولوجية العصبية عقب الصدمة، أن هذه الأخيرة قد توقف نمو المخ والعمليات الذهنية لأنها تحدث (الصدمة) أثناء مرحلة أين يكون نمو المخ فيها سريعا، ولذا قد يتكوّن تغيير بنيوي مُعتبر في المخ بسبب الأحداث الصادمة؛ كما أنه بالإمكان إحداث نكوص إلى مراحل نمائية أولى من حيث البنية العصبية (Pynoos et.al.، 1987).

حسب Yona، هناك دراسات قليلة حول النمو المعرفي عند الأطفال المصدومين وأن الدراسات الموجودة اعتمدت في بحثها على عينات صغيرة. في حين، يرى Bailly، أن الأداء الدراسي يعود إلى ما كان عليه قبل الصدمة بعد بضعة أشهر ويسترجع الأطفال قوتهم وقدراتهم عندما لا تكون الصدمة مميتة (mortifère) ولا يتسبب الأولياء مباشرة في العنف. في حالة العكس. قد تكون هناك أيضا ظواهر الكف والإعاقة الفكرية، والكبت المكثف الذي سيعرقل التعلم والمكتسبات والتوظيف العقلي للتفكير.

نجد كذلك أطفالا أين يجد توظيفهم الفكري المنطقي في السجل المعرفي طريقة لتجنب الأفكار المتعلقة بالحدث الصادم، ويظهر هذا جليا في العلاج النفسي للأطفال والمراهقين (Hadjam، Cherabta، Boukhaf، 2009).

يمكننا كذلك ملاحظة تطور مفاجئ وبارز لدى الطفل في الوسط المدرسي عقب حدث صادم (Bailly، op.cit.).

أظهرت التجارب العيادية والعمل مع الأطفال المصدومين من جراء العنف المقصود، هي الأخرى أن الأطفال يعانون اضطرابات معرفية مختلفة، منها تأخر في النمو العقلي، اضطرابات الذاكرة والتركيز، مع شروذ الذهن، شبه تخلف عقلي مع تساؤل القدرات العقلية، أي تدهور في الذكاء (débilitation)، (Boukhaf، 2004)، (Sadouni Ghediri، 2010).

4-ب-2- اضطرابات صيرورة نمو الشخصية:

لاحظت Moro (مع معالجين آخرين) عند تعاملها مع الأطفال ضحايا أرمينيا (Arménie)، تأثير الحدث على إنشاء عدوانية واضطرابات عدة لدى الأطفال، "البعض يعاني الكف، الخمول والسلبية مع فقدان الثقة في أنفسهم" (Moro، op.cit.).

يرى Pynoos (1985) أن مشاهدة الأطفال لأفعال العنف، تؤدي بهم إلى تغييرات في المعنى الذي كان يملكه الطفل عن أمنه الخاص و عن أمن الأشخاص الذين يگن لهم عواطف. تعتبر هذه التغييرات في التوجه التي تُعدّل مصير الطفل حسب Terr (1983) المؤشر الأكثر دلالة عن الصدمة الطفلية. فالأطفال المصدومون يجدون صعوبة في التطرق إلى مفاهيم وقضايا مستقبلية خاصة بهم، فلا يمكنهم أن ينظروا إلى آفاق مستقبلية، على عكس الأطفال غير المصدومين، كما أنهم

لا يصفون مشاريعهم وطموحاتهم أي ماذا سيصبحون وسيفعلون عندما يكبرون. (Terr، 1991).

تقول Terr أن الأطفال الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة يصفون حياتهم المستقبلية كالاتي "أعيش يوماً بيوم، ولا أستطيع أن أعرف ماذا ستكون حياتي عندما أكبر".

يصف Eli Ginzberg مراحل النمو للإختيار المهني أين يرى أن الأطفال ما بين سن 6 إلى 11 سنة تكون لهم أحلام اليقظة حول ماذا سيصبحون عندما يكبرون، ويُعتبر هذا من علامات الصحة النفسية عند الأطفال عندما يستطيعون برمجة حياتهم مستقبلياً (se projeter dans l'avenir) عن طريق الأحلام والخيال والتماхийات (Eli Ginzberg، 1957).

إن الأطفال الذين شاهدوا حدثاً عنيفاً دون أن يتعرضوا له مباشرة، غالباً ما يميلون إلى تكوين هومات أين يكون فيها فرد ثالث يتدخل لتغيير مسار ومجرى الأحداث¹. يمكن أن يتقمص الطفل برجال الحماية المدنية والشرطة، والأطباء، لأنهم "يصلحون" وكذلك التقمص بالقضاة والمحامين بصفتهم يدافعون ضد الشر.

يصبح الطفل عند حدوث فعل عنيف جداً، يفكر في مراجعة ماذا كان يعتقد إلى حد الآن حول اتجاهات الراشدين، (Yona، Parkison، op.cit.، 2000).

إن قضية الإنتقام والتماهي بالمعتدي سُنكون موضوع خيال ووهم (fantasme) عند الطفل الذي قد يظهر عدوانية غير مألوفة، وسلوكات خطيرة أو مهدمة للذات، كذلك قد يعاني كفاً مكثفاً مفاجئاً.

تري Sironi (2001) أن الأطفال الذين عاشوا العنف الجماعي والأحداث الصادمة عامة، يبقون صامتين في المدرسة وحتى في المنزل، فهذه الأحداث تُسكت كذلك الراشدين. فالإهانة والخوف والتعذيب أمام الأطفال، شعور بالذنب... الخ، سيترك آثاراً وخيمة لا تُحمد عقباهما عند تفاعل الراشدين مع أبنائهم، وهنا بالضبط، يمكن فهم قصد سياسة الأعمال الإرهابية والتعديبية: تحطيم القيم، والمعالم وتعقيد الروابط التي تجمع الأفراد من الإنتماء العائلي .

تؤكد Sironi أن العنف المقصود أثناء فترة النمو، وتعرض الراشدين إلى العنف المتراكم والخوف الجماعي والرعب والمجازر الجماعية، يجعل المجموعة العائلية والثقافية غير قادرة على احتواء هؤلاء الأطفال، وبالتالي يتغير تصورهم للراشدين

¹ هذا ما لاحظته في عملنا العيادي مع الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا مباشرة وغير مباشرة إلى أحداث العنف، انظر المقال حول التكفل بالأطفال والمراهقين في مجلة SARP، (Boukhaf، 2004).

بشدة. عندما لا يكون هناك احتواء عائلي أو جماعي ناجع، يصبح للأطفال لاحقاً قابلية للإنهيار والهشاشة. وبالتالي، سيلجأون إلى آلية دفاعية "مستعارة"، أي إما، يستدخلون تصورات الآخر، الذي هو المعتدي، ومنها التقمص به، (التماهي بالمعتدي)، وستصبح سلوكياتهم عدوانية وعنيفة، وإما الإمتثال لرغبات وأوامر المعتدي، فيصيرون "مطيعين" ممتثلين مع تبني ذات مزيفة وهوية "متسترة".

دائماً في نفس السياق، قد يُعرض الطفل نفسه إلى الخطر، لأنه في غالبية الأحيان، يعيد الأطفال، أي يكررون الحدث الصدمي (تناذر التكرار) لاشعورياً، وقد يحتوي هذا الحدث عنفاً خطيراً (Sironi، op.cit.).

هناك دراسات حديثة حول العلاقة بين الصدمة النفسية وإضطرابات الشخصية، لاسيما الحالات البينية (états limites)، إلا أن سببية (étiologie) دور الصدمة أثناء الطفولة في تكوين إضطرابات في الشخصية لازال الجدل قائماً حولها. هناك عدة نماذج وسيطة ظهرت لتشرح كيف قد تكون الصدمة عامل خطر (facteur de risque) لاحقاً في الحالات البينية. يرى مثلاً، Sigward (2006)، أن هناك تداخل بين الأعراض ما بعد الصدمة (PTSD) وإضطرابات الشخصية المحتمل أنها متواجدة من قبل، مما يُعقد العمل العيادي مع الأفراد. ركّز Sigward مداخلته على أفراد ذوي سلوكيات إدمان وعلاقة هذه الأخيرة بالأحداث الصدمية، بما أن الكثير من المؤلفين يصنفون السلوكيات الإدمانية ضمن الحالات البينية، فهو يعتقد أن هذه الأخيرة مرتبطة بالصدمة (Sigward، op.cit، Kessler، 1995).

تُعتبر السلوكيات الإدمانية آلية لتنظيم التوازن النفسي، فهي محاولة "لحل" مصطنع ومكلف، من أجل تجنب "إنفجار" إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل عواطف وصور وأفكار وهوامات، معايشة بصفتها خطيرة وغير قابلة للتحكم. إذن هذه السلوكيات، تُبعد، بل تُخدر الصراعات الداخلية والخارجية التي لها علاقة بتلك الأحاسيس المتناقضة التي أحسّها الفرد أثناء الحدث (التماهي بالمعتدي، التفكك، اللاشخصانية).

على كل، الغرض من تقديم سلوكيات الإدمان وعلاقتها بالأحداث الصادمة، هو الإشارة إلى مدى عواقب الصدمة على الإضطرابات النفسية لاحقاً. ومن المهم أن يبحث النفسي للتعرف على الأعراض وربطها بالتغيرات الناتجة عن أحداث صدمية أثناء الطفولة.

تتساءل Sironi (.op.cit) في هذا الصدد، عن كيفية التعبير عن تاريخ وقصة الطفل والمراهق الخاصة والفردية ومقارنتها بالقصة الجماعية (الحروب وكل الأحداث الجماعية منها الإيديولوجية والسياسية والدينية والتكنولوجية... الخ).

يُجبر الأطفال والمراهقون أثناء هذه الأحداث الجماعية، على إباحة الأسرار العائلية وإعطاء معلومات عن طريق التعذيب والضغط والتهديدات¹. يُعامل هؤلاء الأطفال بقسوة شديدة، وغالبا ما يكونون شاهدي أعيان على تعذيب أوليائهم واختطاف أعضاء من أهلهم، وتدمير وحرق بيوتهم، ومدارسهم، وقتل معلمهم². قد يكونون حاضرين مباشرة أثناء الأعمال الإرهابية أو يرون الآثار فيما بعد. يمكننا القول أن اختفاء الأب أو الأخ أو الأم أو الأخت حدث يصعب إرصاده واستيعابه من طرف الطفل، وحتى من قبل جميع الأفراد: من المستحيل معرفة ما إذا كان الشخص المفقود حيا أم ميتا، فيترك هذا فجوة في حياة المحيط العائلي ولا يمكن أبدا القيام بعمل الحداد. بالنسبة لهذا الحداد المرصّي، استعملت مؤخرا مصطلحات خاصة بالصدمة حيث أصبح يُسمى بالحداد الصدمي (Horowitz، 1997، Prigerson، 1995 و1997 و1999، Jacobs)، الحداد اللامتناهي (C.Bouatta، 2007)، أو الحداد المعقد (Bourgeois، 2004)³.

لا يمكن إذن القيام بعمل الحداد عند هؤلاء الأطفال، وتصبح الحياة الإجتماعية كذلك موضوع اضطهاد، سواء كانوا أبناء الإرهابيين أو أبناء الضحايا، كما يكون هناك نوع من التحرشات والضغطات من كل النواحي؛ في المدرسة، في الشارع، (مثلا الإنتماء السياسي، الديني، الحزبي، لأوليائهم... الخ)⁴ Sironi (.op.cit).

لا يفهم الأطفال كل هذا ولا يجرؤون على طرح الأسئلة، إذ لا يمكنهم طرح الأسئلة عندما لا يفهمون. فهذا التصور لجانب من الواقع سيبقى راسخا في معاشهم وسيكون له لاحقا انعكاسات كبيرة على قدرتهم على الإكتساب المدرسي وغيرها من المكتسبات المختلفة.

تعتقد Sironi أن أعمال العنف المرتبطة بالإرهاب والإضطهادات السياسية والإيديولوجية والدينية ستكون لها هي أيضا عواقب وخيمة على الأطفال والمراهقين:

¹ أثناء العشرية الدموية في الجزائر، أستغل الأطفال لإعطاء معلومات عن معلمهم وأساتذتهم وحتى أهلهم، وتسبب هؤلاء الأطفال في قتل العديد من الأشخاص، سنعود إلى هذا الموضوع في الجانب الميداني.

² أجبر الأطفال الجزائريون من طرف الإرهابيين على مشاهدة تعذيب آبائهم واعتصاب أمهاتهم وأخواتهم أمام أعينهم ليكونوا حسب الإرهابيين- شاهدين على التاريخ (شهادات الضحايا خلال العلاج النفسي...).

³ سنعود إلى هذا الموضوع حول الحداد.

⁴ استعملت المدارس في الجزائر أثناء العشرية السوداء كمقر للأحزاب أين يُطلب من التلاميذ انتماء أوليائهم لأي حزب حتى يُبعثوا من الصفوف الأولى ويتركوا في الخلف.

السرقة أثناء التمشيط والبحث، تهديم البيوت والمرافق الإقتصادية والمدارس، الخ، البطالة (لاسيما بطالة الأولياء) ¹. (Sadouni، C.Bouatta، Sironi). (op.cit.، Ghediri).

للغنف الإديولوجي انعكاسات شديدة وبعيدة المدى، حرق الكتب، المدارس، المكتبات، قتل المعلمين (كما كان الحال في الجزائر)... الخ، ويُستعمل في كثير من الأحيان الأطفال كجواسيس عن طريق الإبتزاز والتهديدات، كما أُستعملوا في عدة عمليات إرهابية وغيرها، مثل ما كان عليه في Cambodia مثلا، (لنذكر بلدا واحدا فقط كمثال)، أصبح هؤلاء الأطفال، سنوات من بعد راشدين ويعانون عدة مشاكل مثل الغنف المنزلي، تعاطي الكحول والمخدرات والإدمان على ألعاب القمار، وعدم الإهتمام تماما بما يحيط بهم (Sironi).

يرى كل من Yehuda و Hyman (2004) أن هناك بحوث قليلة لحد الآن حول مدى تأثير أعمال الغنف المقصود على الأطفال على المدى البعيد، إلا أنهما يعتقدان أنه أهم ما يجب أخذه بعين الإعتبار هي خطورة الصدمة أثناء مرحلة النمو التي يكون فيها الطفل، وكذلك درجة التعرض ومدى الدعم العائلي المتوفر أثناء المعاش الصدمي وبعده، ودرجة التدهور والإختلال الإجتماعي، لقد تُعتبر كل هذه العوامل مؤشرات مهمة للتنبؤ بأعراض الصحة النفسية لدى الطفل لاحقا، (Yehuda و Hyman، 1998، 2004).

أما Pine وآخرون، فقد وجدوا عند مراجعتهم لمقاربات حديثة حول آثار الإرهاب على نمو الطفل واحتمال تكوين اضطرابات فيما بعد، أن الأطفال المعرضين مباشرة إلى الإرهاب هم قلة نسبيا في العالم، لكن هناك عدد كبير جدا من الأطفال الذين تعرضوا له بطريقة غير مباشرة من خلال وسائل الإعلام أو أفراد آخرين، أو مدنيين. وبالتالي، يمثل المجتمع المدني ووسائل الإعلام تهديدا خطيرا على الأطفال وعلى صحتهم النفسية على المدى البعيد أكثر من الصدمة نفسها. (Pine et.al.، 2004).

ويمكننا القول في هذا السياق، أن ما يميز سلوك الأطفال ضحايا الأعمال الإرهابية، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، هو حاجتهم الشديدة للأمن والأمان، فتعرضهم لأحداث صادمة قد يغير مجرى حياتهم ويفقدون الثقة في الآخر ويشككون في أن الأمن موجود أصلا (Sironi (op.cit)). وحسب Sironi، يبحث هؤلاء

¹ كنتيجة لكل هذا التهديم، أصبحت بعض المناطق في الجزائر المتضررة تعاني من تفكير شديد وعمت الأمية لدى الأطفال والمراهقين.

الأطفال دوماً عن الفرار ويتجنبون العلاج النفسي، فهم يختبرون الإطار العلاجي وما يمكنهم من أن يثقوا من جديد، ولذا نراهم دائماً يخترقونه عن طريق الغيابات المتكررة وحتى التوقف المفاجئ (Boukhaf، 2004).

4-ب-3- تأثير الصدمة النفسية على التكوين الأخلاقي والتنشئة الإجتماعية عند الطفل:

عند مراجعة الأدبيات حول الموضوع فيما يخص مدى تأثير الصدمة النفسية من جراء العنف المقصود إزاء الأطفال وكذلك العنف المكثف الجماعي، وجدنا أن أغلبية البحوث تتمحور حول آثار الحرب العالمية الثانية ومحرقه اليهود (shoah) ومؤخراً، بدأ الإهتمام فقط بالصدمة عند الأطفال بفعل العنف المقصود بعد انفجار Oklahoma في 19 أبريل 1995 (Marianne Pesci، 1999) يليه تهاطل البحوث بعد 11 سبتمبر 2001.

وأما في البلدان العربية، ليست هناك، حسب مطالعتنا للأدبيات، دراسات ماعدا تلك حول أطفال غزة، وجدير بالذكر أن هناك دراسات كثيرة ظهرت حول أطفال إسرائيل، إلا أننا لا يمكننا عرضها هنا نظراً للإشكالية السياسية وكذلك الحرب لا تزال مستمرة، وبالتالي كيف يمكن قياس وتقييم الآثار والأطفال الذين يعيشون باستمرار الأحداث المروعة، ونخص بالذكر، الأطفال الفلسطينيين والإسرائيليين. فالحدث الصدمي بالنسبة للطفل يبقى صاعقة من دون صبغة سياسية له. وقد عرض أحمد Basheer و Bernard Feldman بعض الإنعكاسات على الفئتين. فوجدا أن المجموعتين تعاني أعراض PTSD وأعراضاً أخرى متعلقة بالصدمة على حد سواء (A.Basheer، 2007، B.Feldman، 2010).

لاحظنا كذلك عدم توفر دراسات حديثة طويلة تقيّم مدى انعكاسات أعمال العنف المقصود على تكوين ونمو الأخلاق والتنشئة الإجتماعية لدى الأطفال، فالدراسات الحالية اكتفت بوصف الأعراض ومعاناة هؤلاء الأطفال، واستمرار هذه الأعراض في كثير من الأحيان في المستقبل عند الرشد، وهذا ما بينته الدراسات عن ما بعد الحرب العالمية الثانية و عن محرقه اليهود، حيث أجمعت ردود الفعل عند الراشدين على المدى الطويل بتعاطي الكحول والإدمان على المخدرات لتجنب الآلام، بينما يستجيب الأطفال، عندما يصلون إلى المراهقة وبداية سن الرشد، عن طريق جناح الأحداث والتمرد على النظام الإجتماعي، وعدم الإمتثال واحترام قيم وعادات مجتمعية قد أكتسبت من قبل، والدعارة من طرف الجنسين... الخ من سلوكات إدمانية وتمردية، مما أدى إلى ارتفاع الفشل الدراسي وعدم التكيف الإجتماعي (Bailly،

(2003). وبالتالي، ارتفع الخل؛ بل الإختلال التفاعلي في المجموعة والعائلة والأنظمة المتواجدة، كما يُلاحظ عدم القدرة على التحمل (intolérance) وتقبل الآخر (C. Rousseau، 2008). أدى هذا ببعض المؤلفين إلى التفكير في إدخال مفهوم غريب وخطير وهو اللامتكيف اجتماعيا (inadapté social).

حسب Bailly، يقارن هؤلاء المؤلفين بين اللامتكيف اجتماعيا، واللامتكيف دراسيا والمتخلف ذهنيا، ونتج عن هذه "التصنيفات" إنشاء مراكز خاصة بهؤلاء "اللامتكيفين اجتماعيا"، مثل مراكز المتخلفين ذهنيا (في اوروبا، بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية خلال أواخر الأربعينيات).

من بين أهم آثار الحرب العالمية الثانية هي تلك التغييرات الشديدة في الشخصية وفي المعتقدات الأساسية والمؤسّسة عند الأطفال الذين انجروا في الحرب، ولاسيما قلق وتخوّفات الراشدين أمام هذه الوقائع. أكّدت كثيرا Simone Marcurs Jeisler (1947) في تقريرها حول "أجوبة على المسح حول الآثار النفسية للحرب"، على هذه الصعوبات "الإجتماعية"، فقد كتبت في تقريرها "عدم الإنضباط، ميول احتجاجية ومطالبة... نضجهم المبكر... تكونت بصفة خاصة لاسيما نتيجة الحياة الخطيرة التي عاشوها..." يوحي هذا التقرير بمحاولات لفهم الظواهر الموصوفة والأحكام المسبقة (Bailly، 2003)، إلا أننا نجد ردود فعل عنيفة للكبار أمام الأطفال الذين أصبحوا "غرباء" عنهم.

من أجل فهم ما حدث عند هؤلاء الأطفال، من الضروري محاولة إعادة الاعتبار لطبيعة الأحداث الصدمية التي تتمثل في اللقاء (ولو أنه فشل) ¹ مع الموت الذي هو نقطة مركزية للحظة صدمية، ونتيجة لذلك، المسّ بأسس وأركان النرجسية عند الفرد (Bailly، C.Bouatta، op.cit، 2005، 2007).

فالإنسان في الواقع، ينمو ويتكوّن منذ ولادته كراوي وبطل لقصته، وتُبنى شخصيته على هذه الفرضية الأولية، رغم أن الفرد يعرف أنه فان، فيستحيل أن يتصوّر أنه "لا يوجد"، أي لا يمكنه أبداً أن يفكر في وجوده "وجها لوجه" أمام الموت، فهذه الأخيرة تعتبر غير قابلة للتصور (l'irréprésentable) ². يمكن اعتبار الصدمة انهياراً لهذه الفرضية الأساسية للكائن الإنساني.

يمكن كذلك تعميم هذا المنظور على معتقدات أخرى أساسية ومؤسّسة، مما يمكن تفسير كيف يكون للمساس ولتهديم السجّل الرمزي للنفس نتيجة الأثر الصدمي، مثله

¹ - une rencontre manquée avec la mort

² ليس الكلام هنا حول التوّهم بالخلود وعدم الموت الموجود في الذهان.

مثل مواجهة الموت¹، مثل اختراق القوانين وحقوق الإنسان، وعدم العقاب (impunité)، خرق قوانين الدولة، وحتى قوانين الحرب، الإعتداء على التابوهات عن طريق الإغتصاب والقتل. يعتبر كل هذا صدمة كامنة ذات قوة وأثر لاحقاً على الراشد والطفل مع الإختلاف فيما بينهما، حيث يُلاحظ تعديلات في قواعد وأسس تكوين الشخصية بسبب الصدمة، فالحدث الصدمي هو انتهاك للقوانين والقواعد الإجتماعية ومنها، يتغير مجرى التنشئة الإجتماعية للطفل التي تصبح خاضعة لرهانات خطيرة (op.cit Bailly، Terr، 1991، Yona، 1999).

أكدت الدراسات الحديثة (تلك التي أجريت بعد انفجار Oklahoma في 1995 وفي 11 سبتمبر 2001) أن الأطفال الذين تعرضوا إلى عنف إرهابي منظم² يعانون، بالإضافة إلى أعراض PTSD وأعراض أخرى مرتبطة بالصدمة (مثل الإكتئاب، اضطرابات السلوك، وأمراض نفسية جسمية... الخ) انعزالا اجتماعيا، فقدان الثقة في الآخرين واختلال في سير نمو الشخصية السليم في المستقبل (Shawer et.al، 2004).

تُبين الدراسات التي أجريت بعد 11 سبتمبر 2001 أن هناك نفور، وغضب وعدائية وحب الإنتقام من الذين تسببوا في أعمال العنف المقصود (Goodman، Rosen، 2002، Gurwitch، 2002)، نفس المشاعر وجدت لدى الأطفال الفلسطينيين والإسرائيليين (Basheer، 2007). إلا أن هذه الآثار آنية وينبغي إجراء بحوث بعد سنوات للتعرف على الآثار ذات المدى البعيد.

هناك إجماع من طرف البحوث القليلة التي تناولت الجانب الأخلاقي والإجتماعي على المدى الطويل، أن هناك تضائل، بل تلاشي للقيم والقوانين من طرف الأطفال ضحايا الصدمة عندما يكبرون، إذ ركزت هذه البحوث على الأطفال بعد الحرب العالمية الثانية (Bailly، op.cit).

أمّا Yona (1999)، فتري من جهتها أن الأطفال الذين عانوا PTSD بعد حدث صدمي، قد أثر سلبيًا على نموهم وعرقل اكتساب المهارات الإجتماعية الضرورية للإستقلالية والإكتفاء الذاتي، وكذلك على القدرة على تكوين علاقات إجتماعية.

¹نتجت عن أعمال العنف المقصود بكل أشكاله صدمات متعددة على المستوى الرمزي والفردى والجماعى والاقتصادى فى الجزائر.
²يقصد هنا بأعمال الإرهاب المنظمة والمستمرة كنظام ضد الحكومات لتغيير سياسة الحكم مثل ما كان عليه فى الجزائر أو الضغط على دولة ما للتخلي عن سياستها فى العالم مثل ما هو عليه فى الولايات المتحدة الأمريكية.

5- الحداد الصدمي عند الأطفال:

كيف يفهم الأطفال الصغار الموت؟ من المعروف، أن العمليات المعرفية تنمو وتتطور حسب السن، لاسيما اللغة والذاكرة، ويظن البعض أن الأطفال الصغار لا يفهمون قضية الموت وليست لهم تصورات عن الواقع، لكن إذا لم يفهم الطفل مفهوم الموت مثل الراشدين، فهو في الحقيقة يملك تصورات ومعتقدات خاصة به، وأن مفهومه للموت يُبنى ويتكوّن تدريجيا حتى يصل إلى ذلك المفهوم الموجود عند الراشدين.

5-أ- بعض المفاهيم الحديثة:

يرى بعض الباحثين أن أعراض الحداد تشبه أعراض PTSD لأنها نتيجة حدث صدمي (Parkinson، 2000، H Prigerson et.al، 1995، A.Bon، 2006، J-James و R.Friedman، 1998، Bourgeois، 2005).

يتعرّض الشخص عند وفاة عزيز في العائلة أو في المحيط مثل الأقارب والأصدقاء، إلى خطر مرتفع لتكوين اضطرابات نفسية مختلفة، مثل الإكتئاب، اضطرابات الحصر و اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة (Zisook، 1991، Parkinson، op.cit، Grappe، 2006).

هناك اهتمام حديث من طرف المختصين فيما يتعلق بالحداد، وقد أثار مفهوم الحداد المرضي جدالاً كبيراً حول الإعراف بتصنيفه من الأمراض العقلية (nosographie des maladies mentales) أين تختلف الأعراضية (sémiologie) عن الإكتئاب وعن نوبات الهلع وعن PTSD (Horowitz، 1997، Prigerson، 1995 و 1997). هناك تسميات جديدة ظهرت للتعبير عن الحداد المرضي: الحداد الصدمي (deuils traumatiques)¹ والحداد الصادم (deuils traumatogènes) من طرف H. Prigerson، والحداد المُعقد (deuils compliqués) من طرف M. Horowitz، والحداد الخاص (deuils spéciaux) (M. L. Pelento، 1989) والحداد اللامتناهي (C.Bouatta، 2007).

ترى Prigerson أن في الحداد الصادم (deuils traumatogènes) غالباً ما يؤدي فقدان إلى اكتئاب جسيم (dépression majeure) مع خطر الإنتحار وصعوبات كبيرة في إعادة التكيف. أمّا في الحداد الصدمي، فتكون الاضطرابات

¹ كلمة "حداد" بالعربية مصدر، لا يمكن أن تكون هناك صيغة جمع، و deuil بالفرنسية تستعمل في المفرد و الجمع.

قريبة من تلك الموجودة في تناذر الصدمة النفسية ولكنها تُعقد بل تمنع عمل الحِداد (M. F. Bacqué، 2003).

تتفق كل الدراسات عن الحِداد المرضي حول محورين اللذين ينظمان تحليل تناذر الألم النفسي: حصر الهجر (anxiété de séparation) والإضطرابات الصدمية النفسية (perturbations psychotraumatiques) ومنها، يتساءل Michel Grappe، ما هو الحال عندما يكون الحِداد عاديا حيث يكون التطور موجبا؟ وما هو الحال عندما يكون الحِداد مَرَضيا وأين تتغير التسمية وفق المفاهيم؟ يرى M. L. Bourgeois (2004)، أن 20% من الحِداد المعقد يصبح مُزَمناً، حيث تكون الآلام ليست فقط نفسية وإنما جسمية على حدّ السواء.

لا يوجد مفهوم الحِداد الصدمي في DSM-IV-TR، ولذا وضع بعض الباحثين معايير للمصادقة عليها في CIM-11 وDSM-V اللذان سيكونان جاهزين للنشر في 2013، حسب مصادر هيئة التحرير. ويعود الفضل خاصة إلى أعمال H. Prigerson (.op.cit)، التي جمعت مجموعة أعراض العُصاب الصدمي وأعراض الحِداد، لتضع أعراضية (sémiologie) خاصة لتشخيص الحِداد الصدمي (Grappe، 2001).

وجدير بالذكر أن هناك مجموعة من المقاييس ظهرت، معتمدة على أعراضية Prigerson، مثل: سُلّم نو أبعاد للتمييز بين الحِداد الصدمي والحِداد العادي (ICG) (Inventory of Complicated Grief) أعدته (Prigerson et.al. 1995). وهو مترجم للفرنسية، كما أن هناك سُلّم آخر، (Texas Revised ، TRIG) (Inventory of Grief) أعدّه (Fasching Bacier et.al. 1987)، بالإعتماد على أعمال Prigerson وزملائها. كذلك هو مترجم إلى الفرنسية.

5- ب: الحِداد الصدمي في DSMV:

فيما يلي معايير لتشخيص الحِداد الصدمي حسب H. Prigerson (1999) والتي ستظهر في DSM-V:

A تجربة (حدث): موت شخص آخر.

B - وجود واحد من الأعراض الأربعة (مرة واحدة أو أحيانا):

1 - استحواذ الأفكار المتعلقة بالميت.

2 - حنين اتجاه الميت (yearning).

3 سلوك للبحث عن الميت.

4 -إحساس بالوحدة نتيجة الوفاة.

C أربعة من ثمانية أعراض التالية:

1 -فقدان المشاريع، إحساس بالتفاهة (المستقبل).

2 -بلادة، انفصال من دون إعادة المعيشة *a-réactivité*.

3 -صعوبة في الاعتراف بالوفاة (نفي).

4 -الإحساس بالفراغ والحياة ليس لها معنى.

5 -الإحساس بأن جزءاً من الذات فارغ.

6 -عالم مفكك (فقدان الأمن أو الثقة أو التحكم).

7 -يُظهر أعراض أو سلوكيات الشخص المتوفى.

8 -الإستثارة، مرارة أو غضب مفرط يتعلق بالوفاة.

D- مدة الإضطراب: على الأقل شهران (2).

E- الإعاقة والخلل الوظيفي.

أثارت هذه المعايير، قبل ظهورها في DSM-V جداً كبيراً، مثلاً، يظن Allen Frances¹ أن التشخيص الجديد للحداد الصدمي سيُخضع الأفراد في حداد مباشرة بعد فقدان شخص عزيز إلى الأدوية (*médicaliser le deuil*) أي، إخضاع الحداد إلى الطب قد يضرّ بالأشخاص.

على كلّ، ليسَ المقام هنا لمناقشة الآراء حول التصنيف الجديد، هدفنا هو تقديم لمحة عن الحداد وما جدّ من جديد في هذا الموضوع لنمرّ إلى الحداد عند الأطفال، فإذا كان لدى الراشد ردود أفعال تتمثل في آلام نفسية يمكن وصفها بالحداد الصدمي عند وفاة فجائية وعنيفة لشخص عزيز، فما هو يا ترى الحال عند الطفل؟.

¹طبيب في الأمراض العقلية، كان chair في DSM- IV Taskforce. Professeur Emeritus.

5-ج الحداد عبر مراحل الطفولة:

يتعلق فَمُهمُ الطفل لظاهرة الموت بالمرحلة النمائية التي يكون فيها (M Hanus، 1994، M.Naguy، 1959). قبل أن نعرض الحداد الصدمي عند الطفل حسب الدراسات حول الأطفال ضحايا الحروب الذين تعرضوا مباشرة إلى تجربة الموت (فقدان أشخاص أعزاء... الخ)، سنقدّم أولاً الحداد عند الطفل في مراحل إلى غاية المراهقة، مع تقديم بعض الخطوات التي يجب إتباعها كوقاية من تكوين حداد صدمي.

يَكُونُ الأطفال الذين تعرضوا إلى فقدان (أو فقدانات) في هشاشة كبيرة وقد ينشأ اختلال وظيفي في السلوك وفي المجال النفسي. يعاني كل الأطفال من فقدانات وتختلف ردود الفعل من طفل إلى آخر وحسب مرحلة النمو التي حدث فيها الفقدان (وفاة).

- قبل عمر 6 سنوات:

يفهم الطفل الموت بأنها ظاهرة عابرة وعكوسية (réversible)، ويلعب بصفة طبيعية "الموت" من خلال لعبه المختلفة: يقتل "جنوده" ثم يُعيد حياتهم، يلاحظ أن الأميرة تحيا بعد قبلة فارس الأحلام، رغم أنها شربت سُمًا، فهو يشاهد أبطاله في الرسوم المتحركة أو ألعاب الفيديو أين تكون الموت والعودة إلى الحياة باستمرار.

تسيطر على حياته النفسانية (son psychisme) الأفكار السحرية (les pensées magiques) فهو يظن أنه مسؤول عن كل ما يحدث في محيطه، ويعتقد أن كلماته تكفي لإحداث الأشياء، وهكذا إذا أحسّ بالغضب عند موت شخص عزيز، فهو يظن أنه المسؤول، وأن هذا الشخص كان من الممكن أن يبقى حيًا إذا ما استمر في أن يكون لطيفًا ومهذبًا. يقوده التفكير السحري إلى تفسير الأحداث بطريقة درامية أكثر مما عليه في الواقع. ولذا من الأفضل ألا نخفي عليه الحقيقة.

يُلاحظ عند الطفل قبل 6 سنوات، في حالة موت شخص عزيز، مثل الأب أو الأم أو شخص آخر في العائلة (أو المسؤول عن تربيته ورعايته) آلام جسمية، وانعزال، أو إفراط في الحركة، وإضطرابات في النوم (C.Jewett، 1982).

- حوالي عمر 6 سنوات (مرحلة الكمون، سن التمدرس):

يدرك الطفل في هذه السن الموت بأنها شيء مُعدي (contagieuse)، فالطفل قد يخشى أن تنتشر العدوى حوله، إذ يعتقد أن الموت قد تصل إليه. وأن هناك قواعد،

حيث الجسم (الجثة) لم يعد يتحرك، لكنه لازال (الطفل) يخلط بين الموت (كمفهوم تجريدي la mort) والميت (المتوفى، le mort). فهو يعاني من نفس الأعراض عند الطفل قبل سن الخامسة، بالإضافة إلى مخاوف وحصر، معارضة، رفض مدرسي، انخفاض في التحصيل الدراسي، اضطرابات في التعلم وسلوكيات نكوصية، مثل التبول اللاإرادي الثانوي، وأحياناً العدوانية. قد تنشأ عند بعض الأطفال الذين عاشوا فقداناً معتبرة مشاكل نفسية حادة مثل الإكتئاب وسلوكيات انتحارية.

تؤثر عدة عوامل في ردود الفعل ولاسيما العلاقة التي كان يُكِنها الطفل للشخص المتوفى. كلما كانت العلاقة والرابطة قوية، كلما زاد الإحتمال بردّ فعل مأساوي (tragique).

- حوالي عمر 10 سنوات (أواخر سن الكمون وقبل البلوغ):

تتميز هذه السن، على العموم، بانفصال الطفل عن تصورات الموت الموجودة في الروايات والرسوم المتحركة، حيث أصبح يُدرك أن الموت لا يمكن عكسها وغير قابلة للرجوع (irréversible). تنمو في هذه السن قدراته المعرفية وتتكوّن، مما يسمح له "بوضع" آليات دفاعية (مثل الكبت)، كما لم يعد يشعر بأنه مسؤول مباشرة عن الأحداث، لكنّه يُدرك صمت الراشدين وقد يُفسره بأنه عدم الثقة فيه من طرفهم، قد يشعر الطفل أنه مرفوض بسبب (les non-dits) "ما لا يقال".

- ما قبل المراهقة:

يُدرك الطفل في أواخر الكمون، مفهوم الموت، ويقرب فهمه من فهم الراشدين، لذا نجده يُلح على الحقيقة (J.James, 1998, C.Jewett, 1982).

5-د علامات الألم عند الطفل:

يميل الراشدون إلى تجنب وتجاهل آلام الطفل عند موت شخص في العائلة أو من الأقارب، كما لا يمكنهم التعرف على علامات الألم، قد يكون الطفل حزيناً وفي نفس الوقت يظهر منفصلاً تماماً. ممكن كذلك أن يؤجل الألم (différé) ويظهر فيما بعد على شكل بكاء أو غضب أو عدوانية تجاه الأقارب وحتى تجاه الشخص المتوفى (الذي تخلى عنه). تعتبر السلوكيات النكوصية وصعوبات أخرى (ذكرت أعلاه) عن الصدمة. يمكن أيضاً أن يلعب الطفل "لعبة الموت" ويُسمى هذا بالألعاب ما بعد الصدمة (jeux post traumatiques) (Moro, Pergerson, Jewett,) (James, op.cit.).

تُريح هذه الظاهرة الراشدين، الذين يظنون أن (الألعاب) بُرهان على سلامة الطفل "كل شيء على ما يُرام، فهو يلعب"، وفي الواقع، قد يُكرر الطفل مشهد الموت بلانهاية، مُبيناً من خلال ذلك أنه بقي "مثبّثاً" في الحدث الذي يؤلمه ويُعيد معايشة جروحه دون انقطاع.

أخيراً، وليس آخرًا، قد يرسمُ الطفل رسومات كما هو متوقع منه، ما يُنتظر منه، من أجل طمأنة عائلته، وليس من الغريب أن يرسم الشمس والأزهار بألوان مُشرقة.

5- إعلان الوفاة:

تبقى لحظة إعلان الوفاة راسخة في ذاكرة الطفل، فالذكرى تستمر بإلحاح لمدة طويلة لأنه يتعلق الأمر بزمن الصدمة، ولذا، من الأفضل أن يكون إعلان الوفاة من طرف شخص خارج المحيط العائلي، لأن الطفل قد يربط الجُداد والألم كما انه يشعر بالمسؤولية لاشعوريا، في أحسن الظروف، يتم الإعلان عن الوفاة من طرف طبيب، دركي، شرطي، رجل الحماية المدنية... الخ المهم أن يكون شخصا غريباً.

يضطر الراشدون في المحيط العائلي إلى أن يكذبوا في بعض الأحيان على الطفل، ممّا يؤدي به إلى الانغماس في عالم غير مؤمن ويصعب عليه لاحقا أن يثق بكلامهم¹. يُبعد الطفل في أغلب الأحيان عن الطقوس المألوفة للجُداد بحجة أنه صغير جداً، عندئذ تعزز العائلة شعوره بالهجر والرفض والقلق، لاسيما في وقت هو بأمس الحاجة إلى الطمأنينة. تسمح طقوس الجُداد للطفل بالاندماج والإشتراك فيها مع عائلته وأقاربه، كما قد يُدرك أن الشخص المتوفى يتم تكريمه بشرف ويُردّ له الإعتبار وأنه مُحاط من طرف عائلته وأقاربه وأصدقائه. كما يُسمح للطفل بالتعبير عن أحاسيسه وتمنح له الفرصة بتوديع المتوفى. (عن طريق دُعاء أو أي شيء يراه مناسباً في هذا الظرف).

مراسيم الجنازة إذن هي وسيلة لإبقاء العلاقة مع المتوفى، وبالطبع فإن حضور مراسيم الجنازة تكون حسب سن الطفل، فقد يحضر جزءاً منها فقط، لكن من المهم أن يكون مرفوقاً بشخص قريب وألا يُترك لوحده حتى لا يشعر بأنه هُجّر.

¹نذكر على سبيل المثال ذلك الطفل الذي كان عمره 5 سنوات لما توفي أبوه في فيضانات باب الواد في 10 نوفمبر 2001، وأخبرته أمه أن أباه في الجنة، وبعد أيام أخذته إلى المقبرة، فرأى ركاما من التراب (القبر) فركله بغضب شديد وفرّ بكل قواه قائلاً: "أنت تكذبي، بابا في التراب وتقولني راه في الجنة."

5-و مُرافقة الطفل في الحداد:

يؤدي الإنقطاع والفقْدان إلى خلق مشاكل كبيرة في المستقبل، فقطع روابط الإرتباط (rupture des liens d'attachement) فجأة ومباشرة يُصدمُ الطفل ويجعله غير قادر على مواجهة الوحدة. أكّدت الكثير من الدراسات (Spitz و Bowlby) أنه عندما يترك الرّضع مبكراً من طرف الأمهات، يستسلمون للموت إذا لم يكن هناك شخص بديل لرعايتهم. و لذا، فالأطفال بحاجة إلى تواجد ورعاية العائلة والأقارب، فالطفل فقد حبّ الشخص المتوفى، و العائلة نفسها في حداد ممّا يخلق اختلالاً في التوظيف العائلي، التي تصبح عاجزة عن التكفل بالطفل، الذي هو في أمسّ الحاجة إلى الرعاية¹.

لقد قدمنا نوعاً من الدليل لفهم الحداد عبر مراحل النمو عند الطفل مع بعض التعابير العيادية التي تظهر عند الطفل إثر وفاة شخص عزيز، مع الخطوات والإجراءات التي ينبغي على المحيط العائلي إتباعها كوقاية من تأسيس حداد صدمي لدى الطفل في حداد.

5-ز- الحداد عند الأطفال:

رأينا أن مفهوم الموت عند الطفل يتوقف عند مرحلة النمو النفسي التي هو فيها عند وفاة شخص عزيز (أو أشخاص كما هو الحال في حوادث المرور والكوارث الطبيعية والمجازر الجماعية، وانفجار القنابل،... الخ من الدمار المكثف للسكان والمباني).

يرى M.Wolfenstein (1966) أن نمو وتكوين الهوية وإستدخال الصور الوالدية ضرورية لعمل الحداد. فالطفل الذي هو في حداد، يمر بفترة قصيرة من الحزن ولكنه ليس بالحداد الحقيقي، فهذا الأخير لا يكون إلا بفهم المعنى الحقيقي والصحيح للموت.

بالنسبة لبعض المؤلفين (M. Hanus و B. Sourkes) (1997) لا يوجد عمل حقيقي للحداد قبل سن العاشرة. أما J.Bowlby (1960) فيرى في هذا الشأن أن الطفل بإمكانه أن يكون في صيرورة (سياق) عمل الحداد قبل سن العاشرة. ويكون عمل الحداد هذا نتاج الإرصان النفسي الذي يتوقف هو الآخر على مراحل النمو. يمثل موت الأم بالنسبة للأطفال الصغار انقطاعاً لروابط الإرتباط الذي قد يؤدي إلى افتقار

¹لاحظنا من خلال عملنا العيادي، أن كثيراً من الأطفال أبعِدوا عن طقوس الحداد ومراسيم الجنّزة بحجة أنهم لا يفهمون ومن أجل حمايتهم من الألم.

عاطفي (carence affective)، واكتئاب (dépression carentielle). ونجد هنا، حسب Grappe، المجموعتين الأساسيتين للحداد الصدمي: معاناة الفراق (la détresse de séparation). فالعمل العيادي مع الأطفال الذين تعرّضوا إلى فقدان (أو فقدانات) يعانون انعزالا وانطواء على الذات، تكيفا مزيقا في الحياة اليومية، أين تظهر أعراض نفسية جسمية¹ (Grappe، 2006). يُلاحظ عند هؤلاء الأطفال المنطويين أثناء العمل العلاجي، نوبات من القلق الشديد مرتبطة بإعادة معايشة الذكريات الصدمية (Grappe، 1997).

على كل، متى يمكننا التكلم عن عمل الحداد لدى الأطفال المصدومين وما إذا كانوا يمرون بحداد "عادي" أو صدمي حسب Holly Pergerson أو صادم حسب Pacqué أو لامتناهي حسب C.Bouatta؟ يتوقف هذا على المراحل النمائية ودعم المحيط العائلي والإجتماعي، والظروف الإجتماعية والتكفل النفسي في الوقت المناسب أو المؤجل.

6- وماذا عن أطفال الجزائر؟:

لقد رأينا انعكاسات وآثار الأحداث الصادمة على الأطفال حسب الدراسات الغربية والبعض منها عربية (مثل فلسطين، العراق) ومدى انتشارها وسط الأطفال على المدى القصير والطويل وما هي عواقب الصدمة على النمو النفسي والمعرفي والإنفعالي والإجتماعي.

لقد مرت الجزائر بأحداث عديدة وعنيفة (émeutes) منذ أحداث 5 أكتوبر 1988، سواء الكوارث الطبيعية (فيضانات باب الوادي في 10 نوفمبر 2001، وزلزال 21 ماي 2003، أو كوارث من صنع الإنسان التي استمرت لأكثر من عشرية كاملة، ولم تنته بعد²).

بما أننا تناولنا الصدمة النفسية في الأدبيات والبحوث عبر العالم، يجزنا هذا القول إلى التساؤل: يا ترى ماذا عن أطفال الجزائر؟ هل هناك بحوث ودراسات حول آثار الكوارث؟ ونخص بالذكر في هذه الدراسة الصدمة النفسية الناتجة عن فعل العنف المقصود؟.

¹ يبين عملنا مع الأطفال ذوي فقدان بسبب الوفاة أو الإختطافات (يبقى الشخص مفقودا) أن هؤلاء الأطفال يظهرون اضطرابات وشكاوي نفسية جسمية متعددة وحتى مزمنة.

² لا زالت الأخبار عبر وسائل الإعلام الجزائرية تبث أعمال العنف المقصود ومقتل الأشخاص لغاية الآن.

عند إطلاعنا على ما كُتب في هذا الشأن، وجدنا مقالات في الصحف "تروي" ما حدث أو تنشر استجابات بعض الإحترافيين النفسانيين الذين يعملون مع بعض الأطفال الذين تعرضوا إلى الأحداث الصادمة، لكن ليست هناك دراسات علمية تخضع لقوانين ومناهج البحث لتقييم الصدمة عند الأطفال، ما عدا دراسة أوقاسي لونييس بجامعة فرحات عباس بسطيف، ودراسة FOREM في بن طلحة (براقى) سنة 2005، ثم دراسة أجرتها فرقة UNICEF مع وزارة الصحة و السكان في 2002 على المراهقين من 12 إلى 18 سنة.

حسب المقالات في الصحف، يبدو أن العُشرية ما بين 1992-2002 قد خُلفت مليون (un million) طفلاً مصدوماً بفعل العنف المقصود، أي أكثر من 12% من السكان المصدومين هم أطفال ومراهقين، من بين هؤلاء الأطفال نجد 250.000 (مائتان وخمسون ألف) يتيماً، فقد أحد الوالدين أو الإثنين معاً، وهم متواجدون، إمّا في مراكز الدولة التي أنشئت خاصة لهذه الفئة (بويرة، جيجل، غليزان، أم البواقي)، إمّا هم عند الأقارب. وحسب التقارير، 5% فقط من الأطفال المصدومين استفادوا من التكفل النفسي.

تبين التقارير والبحوث القليلة والعمل العيادي¹ مع الأطفال الذين تعرّضوا إلى الأحداث الصادمة، أنه بعد مرور سنوات من العنف المقصود الذي عاشته الجزائر، لا زال عدد كبير جداً من الأطفال يعانون صدمات شديدة في صمت².

حسب صاحب المقال في صحيفة الفجر، عيسى لسلج³، أن الأرقام التي قدمها الأساتذة المشاركون في الملتقى الدولي يوم 14 أفريل 2009 بجامعة فرحات عباس، أن عدد الأطفال ضحايا العنف المقصود هم حوالي 40000 (أربعين ألف) يتيم الأب، منهم 7 آلاف (7000) طفلاً ينتسبون إلى والد إرهابي و6 آلاف (6000)⁴ امرأة مغتصبة حسب دراسة أوقاسي لونييس، بعد قيامه بجولة لعدّة ولايات بالجزائر. وأنه تمّ إحصاء أزيد من 460 صدمة نفسية سنوياً بسطيف بسبب أحداث صدمية مختلفة. ويضيف أوقاسي أن الصدمة النفسية متشابهة لدى الأطفال ضحايا العنف المقصود سواء كانوا أبناء الإرهابيين أو أبناء الضحايا، من حيث أن الفنتين تشعران بنفس الخوف والهلع. كما يرى أن الدولة تأخرت في التكفل بهؤلاء الأطفال الذين صاروا ما بين 20 و25 سنة وأنهم لازالوا يعانون صدمات عنيفة ومعاناة عميقة، بالإضافة إلى ظاهرة أخرى، وهي مُدن القصدير التي تُحاصر اليوم كبريات المدن الجزائرية؛

¹أنظر مجلة علم النفس، SARP، رقم 13، 2005.

²الصحف الجزائرية، Forem، Algeria Watch.

³الفجر 17 أفريل 2009، استجابات أثناء الملتقى الدولي حول الصدمة بجامعة فرحات عباس

⁴هناك تضارب في الأرقام، بعض الصحف تذكر 3000 والبعض الآخر 6000

تسكنها الفئات الإجتماعية الفارّة من المناطق الجبلية غير الآمنة دائماً، حسب أوقاسي، أكدت أرقام مديرية الصحة بولاية سطيف، أن هذه الأخيرة عرفت في 2008، معالجة حوالي 460 حالة مصدوم نفسياً تقربوا إلى المختصين في ضحايا العنف، وتؤكد الأرقام أن 300 حالة هم أطفال لا يتجاوز سنهم 16 سنة.

تخلص بالقول صحيفة "الأمة العربية"¹ أن مداخلات الأساتذة في الملتقى الدولي حول الصدمة النفسية بجامعة فرحات عباس، أن "العشرية السوداء" (كما ينعثها الكثير) خلفت آثاراً وخيمة وتسببت في صدمات نفسية عنيفة في أوساط المجتمع، سواء لدى الأطفال أو الكبار.

لنعرض فيما يلي بحوث أوقاسي وForem لأنهما متوفران حسب معلوماتنا ومطالعنا لأدبيات الموضوع حول أطفال الجزائر، الذين تعرضوا إلى الأحداث بفعل العنف المقصود خلال العشرية التي عاشتها الجزائر في التسعينات من القرن السابق.

6-أ دراسة FOREM:

تتضمن الدراسة 3 بحوث فرعية: (M.Khiati, 2006)

الأول: الأطفال الذين تمّ التكفل بهم في مركز Forem منذ افتتاحه في 1998.

الثاني: أطفال من أحياء مختلفة تابعة لدائرة براقى مثل: (الكاليتوس، سيدي موسى..الخ).

الثالث: أطفال من بلديات مختلفة خارج الدائرة (القبة، وسط المدينة...الخ).

أدوات البحث: استعمل سجل سلم العُصاب الصدمي (inventaire-échelle) الذي كونه كل من L.Crocq و A.Steinitz، في 1992² يقيس هذا الإختبار حالة الشخص المصدوم بعد سنوات من الصدمة أو بعد مدّة زمنية معينة.

يحتوي الإختبار على 4 أركان:

أ - الصدمة كحدث، التعرف على طبيعة الصدمة، هل كان الفرد بمفرده أو كان مرفوقاً أثناء الحدث، وأخيراً تقييم خطورة الصدمة بالنسبة للأثر الصدمي.

¹صحيفة الامة العربية، 2009/04/19.

² Inventaire-échelle de névrose traumatique 1992

ب- يُستعمل الإختبار لتقييم عيادي للصدمة بالنسبة لـ5 أبعاد: المَعاش النفسي عندما تكون إعادة معايشة للصدمة، الحصر، أعراض عُصابية نفسية، اضطرابات السلوك والعلاقة الإجتماعية.

ج - اختبار سلم للتقييم ذاتي للصدمة النفسية (auto-évaluation).

كيف يُدرك الفرد إعادة المعايشة للصدمة، يُقيم الإختبار كذلك النوم، والإهتمام الفكري بعد الصدمة، الترفيه (loisirs) بعد الصدمة ومدى اهتمام الفرد بالمستقبل.

لم يُستعمل البُعد الرابع لأنه جزء خاص بالراشدين.

تمّ اختيار هذا الإختبار لأنه يُعتبر صيغة مُكيفة ومعدّلة (ماعد البعد الرابع) من أجل تطبيقها على الأطفال، ويجمع الإختبار أغلبية الأعراض لدى الشخص المصدوم، كما أن تطبيقه ملائم للطفل والمراهق ويسمح بتقييم المصير النفسي للأطفال الذين عاشوا عُنفاً شديداً.

إذن، كما أسلفنا الذكر، يتضمن البحث 3 مجموعات، المجموعة الأولى استفادت من العلاج في المركز (Forem) والمجموعة الثانية لم تستفد وكذلك المجموعة الثالثة لم تستفد والتي تقطن خارج دائرة براقى. كل هؤلاء الأطفال عاشوا الأحداث الصدمية في فترة 1994-2001 في دائرة براقى (البلديات المجاورة). كل الأطفال في المجموعات الثلاث، وُلدوا في 1993-1994، التاريخ الذي بدأت فيه أعمال العنف المقصود التي استمرت إلى غاية الوصول إلى مجزرة بن طلحة في 23 سبتمبر 1997.

أثناء كل هذه المرحلة، كان الأطفال يتعرضون يوميا إلى الرعب والهلع، وانفجار القنابل باستمرار، في المدارس والشوارع والمؤسسات وحتى في المساجد (ببِراقى)، كذلك إطلاق الرصاص، صُراخ، هروب... الخ.

أثناء الدراسة التي أجرتها Forem، كان عُمر الأطفال يتراوح بين 13 إلى 14 سنة، وكان اختيار السنة الدراسية 7 و8 متوسط مقصودا، والهدف كان تقييم عواقب المخلفات الدرامية والمأساوية للإعتداءات الإرهابية المتكررة على الصحة الجسمية والنفسية والإنعكاسات البيداغوجية والإجتماعية والسلوكية على مَعاش الأطفال آنذاك، والمراهقين أثناء البحث.

6-أ1 البحث الأول: 426 طفلاً متمدرساً (الإناث 198، والذكور 228) أي 47،46% من البنات و52،53% من الذكور كلهم متمدرسون في متوسطات (CEM) وسط مدينة براق، بن طلحة، سيدي موسى والكاليتوس.

لم يسبق لأي طفل أنه استفاد من التكفل النفسي.

كانت نتائج سلم Crocq وA.Steinitz كالآتي:

18-30% (78) كانوا شاهدي عيان لأعمال إرهابية أو قتل، أو شاهدوا جثثاً أو جرحى أو تلقوا معلومات سيئة.

34-75% (148) كانوا حاضرين أثناء الإشتباكات والقصف والإغتيالات، أو أخذ رهائن أو أعمال التعذيب.

36-61% (156) كانوا ضحايا الإعتداءات ومحاولة قتل، سرقة تحت التهديدات، اختطاف أو اغتصاب.

10-32% (44) كانوا ضحايا الكوارث الطبيعية، حوادث المرور أو حدث منزلي.

في كل الحالات، كان السؤال: هل كان الطفل وحده أو مرفوقاً؟.

24-88% (106) كانوا بمفردهم عندما شاهدوا أعمال الرعب أو حضروا وقائع صدمية دون أن يكون هناك شخص ليخفف عنهم، يحميهم أو يشرح لهم ماذا كان يحدث، كانت ردود الفعل الهروب، الهلع والخوف الشديد.

60-60% (256) كانوا برفقة أوليائهم، زملاء المدرسة أو أصدقاء.

15-64% (64) كانوا متواجدين في الأقسام، مع معلمهم عند اقتحام المدارس والأقسام من طرف المجموعة الإرهابية، أو أثناء الإشتباكات قرب المدرسة.

تم تقييم خطورة الصدمة بنفس الأداة وهي سلم Crocq وA.Steinitz وكانت النتائج كما يلي:

- هناك صدمة لـ 232 طفلاً من مجموع 426، أي 46،54%.

- كانت الصدمة عنيفة جداً عند 78 طفلاً، أي 30،18%.

- لم يستفد هؤلاء الأطفال من أي نوع من التكفل، فقد أظهروا نوعاً من الخمول (apathie) والكفّ (inhibition) مما أدى بهم إلى مشاكل في التحصيل الدراسي.

- كانت الصدمة معتدلة لدى 66 طفلاً، أي 49،15%، لم يعان فقط 20 طفلاً، أي 7،04% من الصدمة.

- كان هناك اختطاف أو اعتداء مباشرة على قريب لدى 260 طفلاً (61%) أما البقية 60 منهم (14%) فقد شاهدوا اشتباكات مع استعمال السلاح الناري و28 طفلاً (57،06%) تعرّضوا مباشرة إلى الإغصاب أو الإعتداء.

- هناك فقط 6 أطفال (40،01%) كانوا ضحية حوادث المرور أو كارثة طبيعية.

لتلخيص نتائج المجموعة الأولى، يمكن القول أن نسبة 74،57% (246) تعاني صدمة "معتدلة" بينما 25،42% (180) تعاني صدمة خطيرة، حيث ظهرت عندهم عدّة أعراض متفاوتة الشدة، معروفة في الصدمة النفسية، كما عبروا عن حاجاتهم للكلام عن معاشهم ومعاناتهم إلى غاية تاريخ البحث، فهم لازالوا يُظهرون معاناة وعدة إضطرابات مما أثر على مردودهم الدراسي.

6-أ-2 البحث الثاني: 400 طفلاً (الذكور 240 أي 25،60% والإناث 160 أي 75،39%) تتراوح أعمارهم من 10 إلى 14 سنة، استفادوا من التكفل النفسي في مركز Forem في بن طلحة منذ افتتاحه في 1998.

أسباب طلب المساعدة كانت عديدة ومتنوعة، تدلّ كلّها على الصدمة: إضطرابات السلوك في المنزل والمدرسة، الفشل الدراسي، إضطرابات النوم، الحصر والإكتئاب، إضطرابات التحكم في العاصرة (troubles du fonctionnement sphinctérien)، إضطرابات نفسية-جسمية، إضطرابات عصبية إعاشية (dystrophie neurovégétative)، إضطرابات اللغة (تأتأة، العرة tic).

طبّق نفس السلم على المجموعة الثانية، وكانت النتائج كالآتي:

- 55% (220) كانوا شاهدي عيان على القتل أو على فعل عنف إرهابي أو اكتشفوا جثثاً أو جرحى في حالة خطيرة.

- 5،22% (90) حضروا اشتباكات وتفجير القنابل أو اغتيالات أو تعذيب أو اختطاف.

- 22،5% (90) كانوا ضحايا اعتداءات أو محاولة اختطاف أو محاولة اغتصاب.
- 75،24% (99) كانوا إمّا في المدرسة أو في وسط تربوي بحضور راشدين، أما 13،5% (54) فقط كانوا بمفردهم.

تقييم الصدمة كان كالآتي:

- 36% (144) تعرّضوا شخصياً للأحداث.
- 40،25% (161) أصيبوا بصدمة عنيفة بسبب إصابة أحد أفراد العائلة.
- 15،50% أصيب بالصدمة بسبب إصابة شخص قريب.
- 8،25% (33) صدمة معتدلة.
سبب الصدمة هو عنف أساسي مقصود: 80،75% (323)، حدث غير مقصود (اشتباكات بالأسلح الناري...) 19،25% (77).

عواقب جسمية:

- 69،25% (277) كانت لهم صدمات (choc) وفقدان الوعي، غيبوبة (coma) و 30،75% (123) كانت لهم صدمات وشكاوي مختلفة.

الآثار النفسية:

- 57،25% (229) أحسّوا برعب، هلع شديد، خلط وغموض.
- 14،5% (58) شعروا بالعجز والتخلي و الهجر.
- 14% (56) كانت لهم معاناة وعدم التوجّه أو كانوا يظنون أنهم في حلم.
- 14،25% (57) كان لهم شعور بالغرابة (sentiment d'étrangeté) أو اللاشخصانية (dépersonnalisation) أو الآلية (automatisme).

المقارنة بين المجموعتين:

عند المجموعة التي لم تستفد من التكفل: هناك 70،75% (283) يعانون من الصدمة بينما عند المجموعة التي استفادت من التكفل النفسي هناك 42،25% يعانون من الصدمة.

يظهر من خلال النتائج أن اضطرابات الضغط بعد الصدمة تستمر عند البعض حتى بعد التكفل، ولذا يستلزم الأمر متابعتهم حتى في سن الرشد، كما أن الكثير من هؤلاء الأطفال يبقون في هشاشة نفسية ويحتاجون الرجوع إلى الإستشارة النفسية والدعم كلما احتاجوا إلى ذلك¹.

أمّا بالنسبة للأطفال الذين لم يستفدوا من المساعدة النفسية، فعمل الجداد لم يتم، ليبقى السؤال مطروحا، حيث لوحظت لديهم أعراض ما بعد الصدمة: إعادة معايشة الحدث باستمرار، القفز، الغصة في الحلق، سرعة خفقان دقات القلب، إعياء جسدي ونفسي، مشاكل في النوم، الشعور بمستقبل مسدود... الخ.

6-3 البحث الثالث:

2013 طفلا، يقطنون في 7 أحياء بالعاصمة: الحراش، بوروية، القبة، رويبة، دار البيضاء، الكاليتوس، وسط العاصمة.

يُلاحظ في هذه المجموعة أن الإناث أكثر من الذكور: (64،55 إناث) و(36،44 ذكور) من بينهم:

- 13،24% كانوا في مكان الأحداث.

- 89،23% كانوا مصدومين بسبب تكرار رؤيتهم للأحداث المروعة والإجتماعية في التلفزيون.

- 157،14% كانوا يعانون من فوبيا بعد سماع الأحداث من طرف أصدقاء أو أقارب. 40،37% لم يُجيبوا.

أثناء البحث، 43،34% أعلنوا أنهم في أحسن ما يُرام، 41،39% قالوا أنهم لازالوا متأثرين و25،53% صرحوا بأنهم يعتقدون بأنهم يستحقون تعويضات. و44،14% أكدوا بأنهم يحتاجون إلى دعم نفسي و36،18% طلبوا المساعدة المادية، على العموم، مجموعة كبيرة (66،75) منهم كانت لهم نظرة ايجابية نحو المستقبل.

لم يمس البحث الأطفال الذين تعرضوا إلى كوارث عظمى مثل بني مسوس، الرايس، بن طلحة، باب الواد، زغارة...

تخلص الدراسة بتساؤلات عن مصير هؤلاء الأطفال الذين تعرّضوا إلى أحداث العنف المقصود وما سيكون مصيرهم عندما يصبحون راشدين.

¹سنعود إلى هذا عند عرضنا لنتائج بحثنا في الجانب الميداني

6-ب- دراسة Oukaci Lounis¹:

قام Oukaci ببحث على أطفال الإرهابيين (20 طفلا) وعلى أطفال ضحايا العنف المقصود (20 طفلا):

6-ب-1 أطفال الإرهابيين:

تساءل Oukaci (2006) عن حالهم وبماذا يشعرون؟ كيف يتصورون المجتمع وكيف يذكرهم هذا الأخير؟ ما هي آفاق هؤلاء الأطفال؟ أسئلة كثيرة، يجيب عنها Oukaci: فهؤلاء الأطفال يعيشون نوعا من احتقار المجتمع لهم، فهم يتألمون ويحملون ثقلا كبيرا، كما يرون المستقبل مبني على الكراهية ولم يُؤخذوا بعين الاعتبار من طرف السلطات للتكفل بهم، فالنص القانوني 4/38 من التشريع الخاص بالأطفال ضحايا المأساة الوطنية أو "الصراع المسلح"² ينص على أن "الأطفال ضحايا الأعمال الإرهابية يستفيدون مباشرة وبصفة منتظمة من طرف السلطات العمومية على المستويين النفسي والجسمي في المراكز المخصصة لهم في هذا الإطار".

يقول Oukaci لم يحظ أطفال الإرهابيين بهذا القانون للتكفل بهم وقارن هذه الوضعية بحرب التحرير، حيث بعد الإستقلال، لم تتكفل السلطات بأبناء الحركيين، بل كانت الأحاديث والمناقشات آنذاك تغذي الكراهية والحقد وأساليب ديماغوجية إزاء أبناء الحركيين. يظن Oukaci أن التاريخ يعيد نفسه، وإذا لم نتكفل بأطفال الإرهابيين، فنحن نغذي مرة أخرى الكراهية والحاجة إلى الانتقام والعنف من جديد. على كل، يرى Oukaci، من خلال استجواباته للأطفال، أنهم يعانون صدمات نفسية خطيرة، استنتج من خلال تحليل محتوى المقابلات ما يلي:

- قلق الموت موجود 100% عند الأطفال.

- قلق حول مستقبل مسدود 85%.

- الرغبة في الانتقام 75%.

- الكراهية إزاء المجتمع 100%.

يلخص Oukaci من كل هذا، أنه من جهة يعيش الطفل صدمة خطيرة، ومن جهة أخرى، كل المجتمع غير واعي بما يحدث داخله، ويخشى الباحث أن كل هذا سيؤدي

¹نشر ملخص الدراسة في le Quotidien d'Oran, 4 juin 2006 ثم في Algeria-Watch في www.algeria-2007/01/21 watch.org

²حسب ما جاء في ملخص Oukaci

يوماً إلى انفجار آخر، أسوأ من الأول، لأنه سيمس كل المجتمع، لقد كبر هؤلاء الأطفال في وسط متطرف وتلقوا تربية جعلتهم يخضعون إلى مبدأ الجبرية (قضاء وقدر) وأن ما قام به آباؤهم حقاً وعدلاً ويصفونهم بأنهم "مجاهدون" من دون أي تردّد ولا خوف، بالعكس هم فخورون بأبائهم. إلا أن هؤلاء الأطفال، يرغبون ويطمحون في نفس الوقت أن يصبحوا مستقلين وتكون لهم وظائف تمثل رمزية المساعدة مثل الطبيب، فهنا، التناقض والتضاد، من جهة هناك الرغبة في الخدمة الإنسانية، الغيرية، ومن جهة أخرى تلك الأفكار والأحاسيس التهديمية. يعتبر هذا "صرخة" للمجتمع المدني وللسلطات العمومية، حسب تحليل Oukaci، حتى يتم التكفل بهم.

6-ب-2 أطفال ضحايا العنف المقصود:

يعتقد Oukaci أن التكفل بالأطفال ضحايا الإرهاب حق، إلا أننا نرى أن الأغلبية منهم لم تحظ بذلك، وهم "تائهون" على حسب قول Oukaci. حسب تحليل المحتوى للمقابلات التي أجراها Oukaci مع أطفال ضحايا الإرهاب عبر بعض الولايات، فقد كانوا شاهدي عيان على مقتل آباءهم وأقاربهم. وواضح جداً أنهم يعانون صدمات خطيرة، وضيّف إلى ذلك تخلي المؤسسات العمومية عنهم والقليل جداً منهم تم التكفل بهم. سينتج في المستقبل عن كل هذه الإغتيالات وأعمال العنف، الفقر، البطالة، الدعارة، الإدمان على المخدرات، الإغتراب وتكوين العصابات... الخ.

فهؤلاء الأطفال، دائماً حسب تحليل Oukaci، هم مهمشون ومنسيون، ويشعرون بالخيانة من طرف المجتمع والسلطات لدرجة أنهم قد يخلقون شكلاً آخر من الإرهاب بسبب كراهيتهم وحقدهم: العصابية والجريمة المنظمة.

يلخص بحثه هذا قائلاً أن كلتا المجموعتين، سواء أكانوا أطفالاً ضحايا الإرهاب أو أطفالاً إرهابيين، تعاني من القلق والخوف من المجتمع، وهم يعرفون أنهم يعيشون في جو من الكراهية والحقد وحب الانتقام. تشترك الفئتان في إحساس واحد: أزمة عدم الثقة في المجتمع، بالنسبة لبعض الأطفال، يخافون حتى من التصريح بأن آباءهم قُتلوا من طرف الإرهاب خوفاً من الإرهابيين، والبعض الآخر كان ضحية مزدوجة: قتل الأب من طرف الإرهاب وتحطيم منزلهم من طرف الجيش خلال الإشتباكات... الخ.

يُعتبر بحث Oukaci نداءً إلى المجتمع والسلطات العمومية للتكفل بكلتي الفئتين، للوقاية من ظهور آفات مجتمعية؛ وأنه من المؤكد أنهما في معاناة نفسية وتهميش.

في نفس الصدد، يتفق M.Boudarene (2001،2002،2004) مع Oukaci، حيث يعتقد أن العنف المقصود في الجزائر تسبّب في إحداث صدمات نفسية لدى الضحايا وعرض التوازن الإجتماعي إلى الخطر؛ مما أدى إلى انهيار المعتقدات و التشكيك في الأمان. ودائما حسب M.Boudarene، فالإرهابيون ليسوا في مأمن من الإضطرابات النفسية؛ إذ تؤثر الأعمال البشعة و العنيفة على توازنهم النفسي، و لذا؛ يجب التكفل بهم، مثل الضحايا، بالإضافة إلى رجال الأمن الذين، بسبب التهديدات المستمرة، لهم و لعائلتهم؛ أصبحوا في هشاشة كبيرة ويعانون من عدم التوازن الإجتماعي.

هناك إذن إجماع حول ضرورة التكفل بالضحايا و الإرهابيين كعامل وقاية من إحتمال عنف آخر من طرف الأجيال الصاعدة.

6-ج- بحث ابيديومولوجي حول الأطفال والمراهقين (مدى انتشار الصدمة النفسية)¹:

في 2002، قامت وزارة الصحة بالتعاون مع UNICEF بدراسة ابيديومولوجية عن مدى انتشار الصدمة عند الأطفال والمراهقين مست 1200 طفلا و مرافقا من 12 إلى 18 سنة، في 10 ولايات من الوطن؛ وكانت النتائج الأولية كالآتي: (تمثل النسب المئوية الأطفال والمراهقين المصدومين):

تيزي وزو 58،09%.

بوية 16،04%.

شلف 23،29%.

سعيدة 57،21%.

تلمسان 24،09%.

الجزائر العاصمة 34،18%.

بليدة 64،16%.

قسنطينة 40،09%.

جيجل 96،17%.

¹لم يتم نشر الدراسة لأسباب خاصة حسب تصريح مسؤولة في UNICEF.

مدية 26،3%.

ونلاحظ أن ولاية الشلف ومدية تأتيان من بين الأوائل في معاناة الأطفال والمراهقين من الصدمة النفسية من جراء العنف المقصود، كما تأتي العاصمة في المرتبة الرابعة بعد سعيدة.

واضح جدا ممّا سبق أن أطفال الجزائر، مثلهم مثل أطفال العالم يعانون صدمات نفسية من جراء أعمال العنف المقصود. فالأحداث الصادمة تجعلهم في هشاشة وتعرقل سير النمو العادي مما ينتج عنه مشاكل في المستقبل، في سن الرشد، لذا يصبح التكفل النفسي ضرورة مستعجلة إمّا كوقاية من الإضطرابات، إذا كان مبكرا مباشرة بعد الصدمة، أو كعلاج لتجنب تفاقم المعاناة إذا كان بعد فترة زمنية معينة بعد الأحداث.

سنعرض في الفصل الموالي التكفل النفسي بالأطفال المصدومين عامة وبفعل العنف المقصود خاصة.

خلاصة الفصل:

يظهر لنا من خلال البحوث المتوفرة حول الصدمة النفسية عند الطفل؛ و هي حديثة نسبياً؛ بما أنه بدأ الإهتمام بهذه الشريحة من العمر إلا خلال الثمانينات، أن الطفل يعاني؛ مثله مثل الراشد؛ من الصدمات النفسية خارجية المنشأ. يتوقف مدى تأثيرها و عواقبها لاحقاً على مرحلة النمو التي يكون فيها الطفل آنذاك أثناء الحدث الصادم؛ وعلى مدى فعالية العوامل الواقية. يمكننا تلخيص إتجاهين حول الآثار ذات البعد الطويل كالتالي:

-يتجه بعض المؤلفين مثل C.Crocq (1997) نحو الاعتقاد بأن التنبؤ بمصير الأطفال الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة هو نوعاً ما سلبي، بحيث سيكون التأثير على تكوين شخصيتهم التي هي لازالت في صيرورة النمو، و بالتالي؛ ستبقى آثار الصدمة حتى سن الرشد.

-رفض B.Cyrułnick (2003) هذه النظرة التنبؤية التشاؤمية حيث يرى أن ليست كل الأحداث الصادمة ستؤدي بالأطفال إلى أضرار سيكولوجية، فهناك من "يرتد و ينهض" بسرعة بعد تجارب درامية، و يعني بهذا الإرجاعية التي يتصف بها الأطفال.

يبقى هذا الجدل الراهن قائماً؛ و تعددت الآراء فيه، و لا يمكن الفصل فيه نهائياً نظراً لتعدد ظاهرة الصدمة و فردية كل طفل و معاشه النفسي قبل و بعد الحدث الصدمي؛ وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل الآتي؛ أي التكفل النفسي بالأطفال المصدومين و ما هي المقاربات المختلفة التي أثبتت نجاعتها.

الفصل الخامس

التكفل النفسي للأطفال المصدومين

تمهيد:

1 -علاج الصدمة عامة:

2 -أنواع العلاجات النفسية:

2-أ- العلاجات المعرفية.

2-ب- العلاجات السلوكية.

2-ج- EMDR

2-د- العلاجات الجماعية.

2-هـ- العلاجات المستمدة من التحليل النفسي.

2-و- العلاجات العائلية.

3 -علاج الأطفال المصدومين

4 فعالية علاجات الصدمة النفسية عند الأطفال

خلاصة الفصل و الجانب النظري

تمهيد:

أدمجت الصدمة في مجال الطب في أوروبا خلال نهاية القرن التاسع عشر، ويعود هذا، كما رأينا، في الفصل الخاص بالصدمة النفسية، إلى الأعمال التي أجريت آنذاك لتوسيع القطار والتي أدت إلى حوادث جماعية¹. حينها كانت ردود الفعل لدى الناجين متشابهة، وفي 1895، ذكر Freud و²Breuer أن الصدمة تلعب دورا في تكون الإضطرابات العقلية (لاسيما زنا المحارم) واقترحا العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي (Hypnose).

وللرجوع إلى نظرية الهوام (théorie du fantasme) اقترح Ferenczi تعديل الإطار التحليلي والعمل من أجل معالجة الصدمة لمساعدة ضحايا الصدمة الجنسية خلال الطفولة.

عقب الحربين العالميتين (الأولى والثانية)، وصف الطب العقلي العسكري عُصاب الحرب كنتيجة لصدمة القذائف (كما يسميها الأمريكيون (shell shock)).

لقد ساعدت حرب الفيتنام في السبعينات على تطوير البحث في مجال عواقب وانعكاسات الصدمة والبحث عن علاج ناجع، أطلق عليها تسمية إضطرابات الضغط ما بعد الصدمة PTSD والتي كان يُعاني منها الجنود الأمريكيون أثناء الحرب ثم بعدها، عند عودتهم إلى الحياة المدنية (Lopez، Jehel، Seguin Sabouraud، 2006).

وفي نفس الوقت وصف Burgess و Holmstrom (1976) العواقب النفسية والجسمية للإغتصاب. أدمجت الصدمة في 1980، تحت ضغط الجمعيات النسوية والسلمية، في المَرَض العقلي بصفتها إضطرابا، ومنها أدخلت في DSM ضمن إضطرابات الحصر، ساعد هذا الإدماج تجريب وإدخال بعض العلاجات التي كانت تُستعمل من قبل لعلاج إضطرابات الفوبيا (op.cit., Seguin Sabouraud).

¹لقد تطرقنا بنوع من التفصيل إلى الصدمة النفسية في الفصل الثاني.

² Etudes sur l'hystérie

1- علاج الصدمة النفسية عامة (PTSD) :

1-أ- هدف العلاج النفسي:

إن الهدف من علاج PTSD هو مساعدة الفرد المصدوم للانتقال من وضعية سيطرة وملازمة الأحداث الماضية على حياته إلى الوقت الحاضر، أي هنا والآن، حتى يتمكن من الإستجابة للمتطلبات الراهنة بكل قدراته الكامنة. وبالتالي، توضع الصدمة في منظور واسع في حياة الفرد كحدث تاريخي مُنعزل نسبياً، أو مجموعة من الأحداث وقعت في زمن خاص وفي مكان خاص والتي يُتوقع ألا تحدث من جديد إذا تمكّن الفرد المصدوم من التكفل بنفسه وبحياته. ولكن، من الدرامي أن يدخل المصدومون في صدمة مستمرة ومستديمة دون أن يتمكنوا من التحكم والسيطرة على ما يحدث لهم. إن نَعلم كيف يقيّم الأفراد ماذا يحدث لهم وتخطيط الإستجابات المحتملة وهذا بمساعدة الآخرين، قد تجني فوائد سيكولوجية لديهم (Van Der Kolk, et.al., 1995). إن من بين الأشياء البسيطة التي يريد سماعها الفرد المصدوم هو الأمل، ومن بين الأسئلة الأولى التي يطرحها هو مدة العلاج، لذا يقترح Oliver و Bourne (1998) أن يكون العلاج قصير المدى ومحدّداً في الزمان، وقد يوحي هذا بتوقع التغيير أثناء هذه الفترة، أمّا إذا كان العلاج مفتوحاً بلا تحديد، قد يتوقع المصدوم أن الشفاء قد يكون هو كذلك غير محدّد.

فالهدف الشامل هو ليس مساعدة المصدومين على حل كل معاناتهم ومشاكلهم، وإنما مساعدتهم على تجنيد وإعادة توجيه مواردهم الشخصية بكفاية للتمكن بعدها من السيطرة والتحكم في حياتهم من جديد (عملية استعادة القدرة). ولا يعني هذا أنهم لا يحتاجون علاجاً إضافياً (Van der Kolk et.al., Op.cit.).

1-ب- إطار العلاج النفسي:

ترى Seguin Sabouraud (op.cit.) أنه مهما كان الإطار المرجعي النظري الذي يتبناه المعالج النفسي، فإن التركيز على الصدمة أمر أساسي ويجب تكيف وتعديل الإطار لهذا الغرض. وهذا التعديل، بقدر ما هو مهم، بقدر ما هو صعب كذلك وضعه لاسيما عندما تحدث الصدمة أثناء الطفولة. ويُلاحظ أن ضحايا زنا المحارم يحاولون عدة علاجات أين المعالج "لم يسمع" الصدمة التي تعرّضوا لها، ويبقى (المعالج) يركّز -حسب تقنيته- على الماضي والعلاقة بالأولياء أو إضطرابات سيكياترية موجودة في الوقت الراهن.

ترى Seguin Sabouraud أن موقف المعالج واضح ويستلزم عليه معرفة القوانين للرجوع إليها وكذلك التعرف على المتدخلين المختلفين في الشبكة التي يحتاجها الفرد الذي تعرض إلى الصدمة، إضافة إلى معرفة جيدة لعواقب الصدمة وفق مرحلة النمو التي تعرّض الفرد فيها إلى أحداث صدمية (Van der Kolk et.al ، Op.cit). يجب أن يُطوّر صفات نوعية خاصة مثل التقبّل من دون حكم على الإنفعالات وردود الفعل المعروضة، وألا يشعر بأنه "معني" بالحديث خلال المقابلات، كذلك فهم ظاهرة تناذر التكرار التي يعبر عنها المصدومون من خلال سلوكيات عدائية أو الرغبة في السيطرة والتحكّم.

تعتبر العلاقة العلاجية علاقة تعاون وتحالف التي تهدف إلى الوصول إلى غايتها (Corey، 2005، Sadlier، 2001، Bourne و Oliver، op.cit، Herman، 1992، M.R. Moro، 2003). إن الصمت الحيادي ذو القصد الطيب (le silence neutre bienveillant) يؤدي إلى معاش صعب لدى الضحايا، لاسيما ضحايا الإعتداءات الجنسية، ولذا ينبغي على المعالج أن يصغي إلى قصة الفرد بتقمص عاطفي (empathie) و تعزيز ماذا فعل من أجل التعايش ومواجهة انفعاله، عوض التوكيد على الرعب الذي عاشه (حذار من التقليل كذلك ممّا عاشه). إضافة إلى ذلك، منحه الأمل في التغيير (Seguin Sabouraud، Maqueda، Van der Kolk et.al، Op.cit).

حسب Seguin Sabouraud، من الضروري طرح أسئلة مباشرة وواضحة حول كيفية حدوث الحدث الصدمي وعواقبه، لأن الضحايا يميلون إلى تهميش الإضطراب أو يشعرون بالخجل. من المفيد إذن، إعادة الصياغة واستعمال الكلمات المناسبة (جريمة، اغتصاب...الخ) وتقبّل انتقادات الأنظمة من طرف الضحية مثلاً. و عليه، تتوقف الإستجابة العلاجية والتكفل وفق الفترة التي جاء فيها الفرد طالبا المساعدة: سواء مباشرة بعد الحدث (يكون حينها التدخل مبكرا) أو عند تكوّن الأعراض (إذن علاج PTSD)، أو إضطرابات (cormorbides) أخرى ملازمة، مثل الحصر، الإكتئاب، إدمان على المخدرات).

1-ج- الصدمة الحادة مباشرة بعد الحدث:

يكون التركيز مباشرة بعد الصدمة، على إعادة التنظيم وإعادة البناء، يعني هذا استرجاع الإحساس بالأمن والشروع في نشاطات فعلية من أجل عمل تكيفي. حسب بعض الأبحاث، فإن نسبة محددة من الأفراد المصدومين يتكون عندهم PTSD (Op.cit، Van der Kolk et.al). ستصبح الصدمة بالنسبة لهم ذكرى تجربة

شديدة وقعت لهم في الماضي. ليس واضحا إذا كان التكلم عن التجربة المروعة يكون دائما مفيدا وبقي الفرد من ظهور PTSD لاحقا، أظهرت بعض الدراسات التتبعية أن الأفراد الذين استفادوا مباشرة من التفريغ السيكولوجي (debriefing) إثر حدث صدمي، لم يمنعهم من تكوين PTSD لاحقا، على عكس ما كان يُعتقد (Mc Farlane، 1994). جدير بالذكر، أن الدراسات في هذا المجال قليلة (دراسات تتبعية طويلة)¹ ولا يمكن الجزم أن التفريغ السيكولوجي لا يلعب دور الوقاية من تكوين PTSD فيما بعد.

غير أنه يمكننا القول أن الإستجابة الأولية للصدمة تتضمن إعادة الربط وإعادة الروابط بالشبكة التذمعية المألوفة والإنغماس في نشاطات تساعد الفرد المصدوم على استرجاع معنى التحكم والسيطرة في حياته. ومن الواضح جدا أن دور احترافي الصحة النفسية في هذه المرحلة التي يسعى الفرد خلالها إلى استرجاع قواه، محدود نوعا ما (Van der Kolk et.al، Op.cit).

1-1- الحاجة إلى العلاج الموجّه نحو مراحل:

تحتاج الصدمة أن تُعالج بصفة مختلفة وفي مراحل مختلفة من حياة الأفراد عقب الحدث (أو الأحداث) الصدمي وفي مراحل مختلفة من PTSD. فالعلاج الذي كان ناجعا في مراحل معينة من التكفل قد يكون غير ذلك في مراحل لاحقة. ولذا فإن اختيار المقاربات والتقنيات الملائمة أصبح ضروريا عند العمل مع المصدومين.

إن المعالج النفساني مضطر لتكثيف مقارباته حسب المراحل التي يمر بها الفرد الذي تعرّض إلى صدمة أو صدمات (Foa et. al، 1991، Putman et.al، 1991).

بالإضافة إلى تكثيف المقاربات والتقنيات كما ذكر آنفا، على المعالج النفسي أن يواصل التكوين والتجديد والتعرّف على المجال الواسع الآن عند العمل مع الصدمة التي تتطلب علاجا خاصا (أو علاجات)، ما ينبغي معرفته عند العمل مع المصدومين، الذين نجدهم -عند طلب المساعدة- في حالة يأس والشعور بعدم التحكم و من دون أمل، فهم يبحثون إذن عن البنية (structure) والإحتواء والتوجّه (Janoff-Bulmann، 1989، 1992) لأن حياتهم انشطرت إلى جزأين: ماضي (قبل الصدمة) فصار انقطاع وتمزّق، وحاضر (بعد الصدمة)، فهم تحت وقع خلط وغموض وفقدان المعالم لِمَا كانوا عليه ولِمَا أصبحوا عليه.

¹قد توجد هذه الدراسات في البلدان الغربية وتلك الناطقة باللغة الإنجليزية، ولكنها غير متوفرة في الجزائر ولا في شبكة الأنترنت.

فهم يرون حياتهم في جزأين منفردين: الأول حيث كان الأمان؛ وبالتالي فهو شكل مثالي (idéalisé)، أمّا الثاني، فهو مملوء بالخطر وعدم الإطمئنان مع الشعور بمستقبل مسدود (Stradling و Scott، 1998).

إن الأفراد الذين تعرضوا إلى أحداث صدمية قد لا يفكرون أبداً في اللجوء يوماً إلى العلاج النفسي، ولذا قبل فعل ذلك، يحاولون اللجوء إلى عدة وسائل للتخفيف عن معاناتهم، وقد يكون طلب المساعدة آخر مطاف وآخر أمل لهم في عالم أين يشعرون فيه باليأس والعجز (Bourne Oliver، 1998). من البديهي أنهم يرغبون إلى أن يستمع إليهم أحد ويفهمهم ولا يحكم عليهم، وأن يشعروا أنهم أقوى من جديد وأن يُحسوا أن الحياة لها معنى وتوجّه وهدف مرّة أخرى. ولهذا، يحتاج العلاج أن يكون وسيلة للغاية وليست الغاية في حدّ ذاتها. بعد هذه المقدمات الأولية حول التكفل النفسي لضحايا الصدمة، ما هي أهم العلاجات التي تُستعمل لمساعدة الأشخاص الذين تعرضوا إلى أحداث صدمية؟

2- أنواع العلاجات النفسية لـ PTSD:

توجد عدة تقنيات علاجية مختلفة حسب مقاربات نظرية متنوعة، استعملت العلاجات المستمدة من التحليل النفسي لعلاج الإضطرابات النفسية خلال الجزء الأول من القرن العشرين. وفي الثمانينات، بدأ علاج إضطرابات الضغط ما بعد الصدمة، بالموازاة مع إضطرابات الحصر عن طريق المقاربات السلوكية والمعرفية، العلاج الكيمائي، وEMDR¹.

سنذكر باختصار أهم علاجات لـ PTSD التي جُربت وطُبقت منذ ثلاثين سنة : العلاجات السلوكية والمعرفية، العلاج النفسي الدينامي، EMDR، العلاج العائلي، العلاج الجماعي.

2-1- العلاجات المعرفية:

هدف العلاجات المعرفية هو تعديل الأفكار التي تسبق أو تعقب انفعال، أو إحساس أو فعل. فالصدمة هو حدث استحواذي الذي غير، عن طريق العنف، وعدّل وتسبب في اختلال الأفكار والمعتقدات التي تأسست في النظام الإعتقادي المعرفي المؤلف².

¹ Eye movement desensitization and reprocessing

² Albert Ellis : Rational Emotive Therapy

(A.T) Beck: cognitive therapy and the emotional disorder

يُعتبر Albert Ellis (1958، 1962) و Aaron Beck (1963، 1967)، خلال الستينات والسبعينات من القرن الماضي، رائدين في العلاج المعرفي، و طوراً المقاربة المعرفية خلال التسعينات والعشرية الحالية من القرن الواحد والعشرين (G.Corey، 2005)، حيث نظراً وأنشأ نموذجاً للعلاج المعرفي مبيّن من خلاله أن الإنفعالات مرتبطة أشدّ الارتباط بالأفكار، أي محتوى من الأفكار. لقد طوّر A.Beck (1976) نظريته بدءاً من الأفكار غير الصحية واللاعقلانية التي هي مسؤولة عن ظهور و إبقاء الإكتئاب، فاستعمل النفسانيون هذا النموذج عند عملهم مع الأشخاص الذين يعانون PTSD، ليأخذوا بعين الاعتبار البعد المعرفي للإضطراب: الشعور بالذنب، والخجل، تعميم الخوف.

طور فيما بعد، E.Foa و Kozak (1986) نظرية يشرحان فيها التغيّرات السلوكية والمعرفية نتيجة عواقب الصدمة النفسية: عندما يعيش الفرد حدثاً صدمياً، تتكوّن في ذاكرته بنية الخوف (structure de peur) (Seguin Sabouraud، op.cit.)، وتتضمن هذه البنية 3 عناصر:

-المنبهات (رؤية، ضجيج وحواس أخرى مرتبطة بالحدث).

-الإستجابات (جسمية وانفعالية للصدمة).

-معاني مرتبطة ومتعلقة بالمنبه والإستجابة.

تكوّن بنية الخوف هذه برنامج الهروب من الخطر، مثل ما هو الحال في نموذج E.Foa الذي يقترح أن الإشارات (les signaux) المرتبطة بالصدمة تُنشِط بنية الخوف مع إحداث إعادة المعيشة وتناذر التكرار، ممّا يؤدي إلى تجنب هذه الإشارات فور ظهورها. إلا أن هذا النموذج يُلحّ على أهمية التفسير في بنية الخوف. ينقسم الأفراد مجموعة من المعتقدات الموجبة ومخططات شخصية (Schemas) موجودة من قبل (Op.cit.R.Janoff-Bulmann):

"العالم مطمئن"

"الأحداث قابلة للتنبؤ والتحكم"

"لا يمكن أن يحدث لي ضرر"

"يمكنني التعامل مع أي حدث قد يقع في حياتي".

يأتي الحدث الصدمي المَعاش ويدخل في تناقض مع المخططات القاعدية السابقة لدى الشخص، حيث يبحث الضحايا عن معنى (le sens) التجربة من أجل استرجاع الإحساس بالتحكّم ونوع من الفهم للعالم الذي يساعد على الإستقرار، ومنها، قد يعدّلون معتقداتهم أو يضخّمونها. فهذه التعديلات تُحدث أو تؤكد الإحساس بالذنب:

"يمكن أن تأتي الأحداث الخطيرة دون سابق إنذار "قد يصيبني مكروه"" من الممكن أن أكون عاجزاً على مواجهة ما يحدث لي بصفة مؤقتة".

يرى R.Janoff-Bulmann أن الخطر يعمل على إنشاء دور ناقوص الإنذار (alarme) الذي يُحضّر العضوية للدفاع. يخلق عنف الصدمة أو فائض قدرات التكيف للفرد إنذاراً ثانوياً (alarme secondaire) يُطلق في وضعيات تتضمن عناصر تُذكر بالصدمة (Seguin Sabouraud، op.cit.).

سنعرض تقنيتين أساسيتين تُستعمل في علاج PTSD:

2-أ-1- إعادة البنية المعرفية:

تهدف إعادة البنية المعرفية (la restructuration cognitive) إلى التعرف على تلك الأفكار الخاصة أو العبارات الذاتية (discours interne) التي لها علاقة بالقلق الناتج عن الصدمة. تُناقش وتُعدّل المخططات (Schemas) المعرفية أثناء تعرض الفرد إلى ذكرى الحدث الصدمي، هناك إعادة تعلم التفكير العقلاني والمنطقي، وإعادة البنية المعرفية وتلاؤمها مع الوضعية الواقعية. تؤدي الصدمة بالفرد إلى التساؤل عن خطورة العالم، وعن مسؤوليته الخاصة مع الشعور بالذنب المستمر، فهذه التغيرات المعرفية عقب الصدمة تؤثر بشكل بارز على انفعالاته، ودور المعالج هنا هو مساعدته على النظر في الوضعية الراهنة وتقييمها بواقعية وموضوعية مع محاولة إيجاد الحلول وتقييم درجة الخطر الذي يُحس به في وضعية معينة، فهو (الفرد) يركّز على المحيط الراهن الواقعي. (Seguin Sabouraud، Op.cit.، G.Corey).

جدير بالذكر أن تقنيات إعادة البنية المعرفية تتطلب تكويناً خاصاً للمعالج النفساني وتتطلب تجربة معمّقة في الميدان، كما أنها ليست كافية وحدها، إذ يجب أن يُقرن العلاج المعرفي بعلاجات أخرى لعلاج PTSD (Seguin Sabouraud، 1998).

2-أ-2- استراتيجيات التعامل Coping: تتضمن هذه الإستراتيجيات مجموعة من المجهودات التي يلجأ إليها الفرد للتحكّم أو التخفيف من الخطر سواء على مستوى واقعه الخارجي أو على انعكاسات هذا الواقع على معاشه الذاتي.

إن المظاهر المعرفية والسلوكية للمواجهة مرتبطة بقوة، مما يُصعب التقييم. يقترح Lazarus و Folkman (2000) نوعين من الدراسة العملية السيكولوجية للتعامل والتي بالإمكان استعمالهما في الإستراتيجيات على المستوى العلاجي:

- دراسة العمليات الدفاعية الفردية التي تُمكن الفرد من إيجاد توازنه النفسي، حسب أبعاد النضج والباثولوجية وتعتمد على القدرة الداخلية لتخفيض التوتر.

- دراسة الوضعية الضاغطة التي تهدف إلى فهم الحدث من أجل المواجهة بفعالية: البحث عن المعلومات (كيف يحمي الفرد نفسه من الإعتداء، الخ) وتشكيل اتصالات اجتماعية (جماعة الضحايا السابقين...) تقييم عواقب الحدث (فقدان العمل، الإنعزال، عن أصدقاء قداماء... الخ).

إن الإستراتيجية العلاجية تعدّل بصفة معرفية العالم الداخلي للشخص (مثلاً: يقول في نفسه الشخص: "أنا قادر على التحكم في الوضعية...") وتخفيف الأثر الإنفعالي الناتج عن الضغط. يوجد حسب Lazarus، نوع من "المفعول الرجعي" (rétroaction) لهذه الإستراتيجيات على الوضعية الإنفعالية والوجدان المحسوس (émotion ressentie) وهناك نوعان آخران من "Coping" (التعامل) حسب Mc Miller و Ingham (2003):

- "Coping عادي"، ويسمى كذلك "Coping ناجح" أين تُسترجع الضحية قوتها وتعيد مواجهة القضايا القريبة من تلك التي عاشتها من قبل.

- "Coping طاقتوي" الذي هو غير منسجم مثل سابقه، ويُجند الطاقة و"يجر" عواقب مزمنة (إدمان على الكحول، العدائية...) (J.Audet، 2003).

تمنح هذه النماذج عناصر لفهم PTSD وهي مفيدة للمعالج النفسي لأنها تعطيه قاعدة لشرح العلاج، إلا أنها تبقى معرفة منظورية شاملة مُلمة بـ PTSD من أجل إدماج عوامل سببية و عوامل مُهيئة وأخرى تُساعد على استمرار PTSD، حتى يمكن شرح وتفسير كل أعراض هذا الإضطراب. تُرجع نماذج أخرى حديثة، استمرار PTSD إلى عوامل اجتماعية أو بيئية (Williams, Joseph و Yule، 1998).

2-ب. العلاجات السلوكية :

توجد عدّة نماذج نظرية وُصفت من طرف باحثين معرفيين وسلوكيين مثل Janoff-Bulmann (Op.cit.)، و Mc Farlane (Op.cit.)، و Foy، و Foa

وRothbaum (1998)، Jones وBarlow (1992)، ترى أغلبية هذه النماذج أن السلوك الإنساني مكتسب، سواء كان عادياً أو مريضاً عن طريق مبادئ التعلم المعروفة: الإشراف الكلاسيكي (Pavlov) حيث تُكتسب استجابات الخوف، والإشراف الإجرائي (B.F.Skinner) حيث يُكتسب سلوك الهروب. وصف هذه النماذج O.Mowrer (1960) حيث أكد أن الصدمة هي وضعية رُعب ينتج عنها ردود فعل انفعالية مُؤَلَّقة للغاية على ثلاثة مستويات: حركي، فيزيولوجي- انفعالي ومعرفي. في وضعية الصدمة، تُقرن منبهات بالحدث حسب نموذج الإشراف الكلاسيكي (المكان، الضجيج، الأشياء، الألوان، نوع الرجل...) وتؤدي هذه المنبهات فيما بعد، بصفة ثانوية، إلى استجابة حصرية مشابهة لتلك التي أحسَّ بها الفرد أثناء الحدث الأولي.

إن تجنب الخوف والقلق أمرٌ عام، فينتبه الفرد أن القلق ينخفض عندما يهرب من الوضعية التي تُوقظ الحصر والألم اللذين يُذكَران بالحدث (إشراف إجرائي).

يُعزز هذا التخفيف سلوك التجنب ويؤدي إلى ارتفاعه وبهذا تتكرر سلوكيات التجنب عند وضعيات أو انفعالات من أجل تخفيض الحصر، مما يُفسر كيف يصير الإضطراب مزمنًا. أدى هذا النموذج للإشراف بالمعالجين إلى استعمال "تقنيات التعرّض (techniques d'exposition) وهدفها قطع (أو فك) (déconnecter) هذا الترابط وجعله حيادياً من جديد أمام المنبهات التي أصبحت إشارة خطيرة¹.

يرى Schartz وRothbaum (2002) أن الحصر ينخفض عند تعرّض الفرد بصفة مُطوّلة مع منع التجنب بقدر كافٍ، ويلاحظ الفرد أن اختفاء العرّض يكون نهائياً. تعمل تقنية التعرّض للانفعال الذي نتج عن الصدمة عن طريق "مواجهة الذكرى" وليس عن طريق الأفكار التي عوّبت الصدمة. فالتغيير المعرفي يأتي بعد التغيير السلوكي.

تجدر الإشارة إلى أن العلاجات السلوكية المستعملة في علاج PTSD تهدف إلى إطفاء الإستجابات الحصرية والنفورية المرتبطة بالمنبهات- والتقنية الأكثر استعمالاً هي التعرّض التدريجي حيث يتخيل الفرد الوضعية الصدمية التي يصفها بدقة ويتعلم التحكم في الإنفعال. إن الكثير من المعالجين السلوكيين يُقرنون هذه التقنية بتقنية الإسترخاء التي تسمح للفرد بالتحكم في الإستجابات الفيزيولوجية السلوكية (M.R. Moro وDaudet، Op.cit). أمّا التعرّض المباشر (in vivo) فهو مواجهة الفرد للوضعية الحقيقية (مع الحرص أن تكون وضعية آمنة) وليست خيالية، مما يسمح

¹تعتمد هذه التقنية أساساً على أعمال بافلوف في الإشراف الكلاسيكي.

للفرد "المواجهة من جديد" بتلك المنبهات المرتبطة بالصدمة. يتعلق الأمر "بمكافحة المخاوف (فوبيا) و التحكم في الإنفعال الذي يتم عن طريق تكرار التعرّض.

أمّا تقنية "فيض" (الإغراق) (flooding)¹ فهي نوع من التعرّض، لكنه مكثف وبصفة مَطولة، رغم أن الفرد يعيش القلق والحصر أثناء التعرّض، إلا أن عواقب هذا القلق لم تُحدث بعدها (Op.cit ، G. Corey).

"الفيض" هو غَمْر انفعالي نفسي، يُحدثه إمّا استرجاع الصور الصدمية أو التعرّض مباشرة للوضعية التي أحدثت القلق، يمكن إدماج تقنية الإسترخاء وتقنيات أخرى (G. Corey ،Audet ،M.R Moro ،E.Foa).

يعتقد Spiegler (2003) أن تقنية التعرّض تعتبر ناجعة لتخفيف اضطراب القلق وبالإمكان أن تختفي، إلا أنه ينبغي إدماج تقنيات أخرى. أمّا Séguin-Sabouraud فترى أنه لا يجب تطبيق تقنية التعرّض مباشرة مع الأفراد الذين يعانون الغضب المكثف والإحساس بالذنب وحصرًا مرتفعًا أو حالة تفكك. يلاحظ أن فشل تقنية التعرّض يعود إلي مقاومة هذه التقنية (وجود تفكك)، غياب أو إفراط في القلق أثناء التعرّض أو بكل بساطة عدم الإمتثال إلى التمارين أو قد يكون الظرف غير ملائم.

لقد أثبتت أعمال Resick و Schnicke و (Op.cit.), Van der kolk et.al. (1992) أن تقنية التعرّض مع المصدومين كانت ناجعة في تغيير إدراك الذات والآخرين وأدت إلى حلّ الأعراض الناتجة عن الصدمة.

يسمح النموذج السلوكي حسب Séguin-Sabouraud بشرح ظاهرتي إعادة المعاشية والتجنب، إلا أنه أنتقد لأنه لا يشرح ظاهرة التكرار و استمرارية إفراط في الحركة العصبية الإعاشية ولاسيما التعديلات المعرفية الملاحظة في التجربة الصدمية، حيث يجد الفرد نفسه أمام وضعيات مختلفة تمامًا عن ما كان يتصوره من قبل. فهذه المواجهة قد تُغيّر أو تُؤكد أو تُعكس معتقداته: "أصبح العالم غير آمن، تنخفض الثقة في النفس أو في الآخرين، تصبح الأحاسيس بالذنب والغضب مستحوذة وملحة" ممّا تتطلب الحاجة إلى التحكم، فهذه التغييرات والتحوّلات لدى الفرد عَقِب الأحداث الصدمية لم تُشرح أو تُفسر من طرف العلاجات السلوكية، ولذا إدماجها في العلاجات المعرفية يساهم في فهم الجانب المعرفي لدى الفرد.

¹ الترجمة بتصرف لأننا لم نجد المرادف في القواميس.

2-ج- (EMDR):

أدخلت هذه التقنية في الولايات المتحدة الأمريكية من طرف F. Shapiro في 1985، تسمى Eye Movement Desensitization and reprocessing، وبدأ استعمالها في فرنسا عام 1995 من طرف F. Bonnel تحت تسمية « désensibilisation et restructuration par les mouvements oculaires rapides ». يُطلب من الفرد تخيل حدث صدمي، و عليه أن يُركز على الأفكار والإستجابات الوجدانية، وفي نفس الوقت يتبع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس، وفي نهاية كل جزء أو مشهد (séquence)، يصف الفرد بدقة الأفكار وردود الفعل الإنفعالية.

تتكرر المشاهد (les séquences) حتى يتوقف الفرد عن الإحساس بالقلق ويتمكن من تبني أفكار مُوجبة في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية.

تشرح Shapiro الفرضية العصبية الفيزيولوجية لعملية "هضم" المعلومات الصدمية من طرف النصف الأيمن والنصف الأيسر للدماغ، إلا أن السند النظري لازال غير مؤكد من طرف بحوث علمية. يبقى الهدف من تقنية EMDR هو تفكيك الذكرى عن الإنفعال عن طريق حركات العينين بإتباع حركات أصابع المعالج النفساني.

2-د- العلاجات الجماعية

بدأت فكرة العلاج الجماعي في الولايات المتحدة الأمريكية بفضل T.Burrow الذي كان يرى آنذاك أن التحليل النفسي مُركز على الفرد، ومنها أراد إدماج العامل الإجتماعي خلال العشرينات من القرن العشرين، وسمّاه "التحليل الجماعي". شرع بعدها R.Slavson في سنة 1934، في العمل مع الأطفال في مرحلة الكمون، ثم عمّمه على المراهقين والراشدين بمدينة New York. بدأ الإهتمام في نفس الفترة بالعلاج الجماعي التحليلي وإدخال عدة مبادئ وتقنيات وعلاجات فردية، ولذا خلال الأربعينات، أصبحت التسمية "علاجات جماعية" والتي صارت بعد ذلك وحدة علاجية في علم النفس العيادي.

أمّا I.Yalom، الذي يُعتبر من المساهمين الكبار في تطوير العلاج الجماعي، فيرى أن التغيير العلاجي عملية معقدة تحدث من خلال التفاعلات وتجارب إنسانية التي يُسميها "بالعوامل الشفائية" وهي ثمانية: غرس الحب، العالمية، نقل المعرفة

الغيرية، إعادة التصحيحية للمجموعة العائلية الأولية، تكوين تقنيات التنشئة الإجتماعية، محاكاة السلوك والتعلم الإجتماعي العلائقي (I.Yalom، 1975).

ظهرت عدة بحوث وتطبيقات في الميادين المختلفة مثل علم النفس الإجتماعي والتحليل النفسي، وسمحت هذه البحوث بإنشاء عدة أشكال للعلاج الجماعي: العلاجات الجماعية التحليلية، العلاجات العائلية، علاجات الراشدين والمراهقين والأطفال حسب عدة مقاربات، العلاج النفسي الدراسي، علاج الإتصال... (Yenning، 2004، Napier وGershenfeld، 1981، I.Yalom، 1975).

قدمنا لمحة سريعة عن نشأة العلاج الجماعي، و سنركز اهتمامنا على العلاج الجماعي للأشخاص المصدومين وبالخصوص علاج PTSD.

طبّق العلاج الجماعي أول مرّة أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها، لمواجهة إضطرابات عصاب الحرب.

حسب Van der Kolk (op.cit.) يعتبر الإرتباط الوجداني العامل الحامي الأول ضدّ الصدمة: يجتمع دائما الأفراد في مجموعات (communauté) ومنظمات لتساعدهم على التعامل مع التحدّيات الخارجية، و من المألوف أن الأفراد يميلون إلى البحث عن علاقات قريبة لمساعدتهم على توقع وتحمل وإدماج التجارب الصّعبة. و من هذا المنطلق، بينت الدراسات المعاصرة أن بقاء دعم الشبكة الإجتماعية سليما، يحمي الأفراد نسبيا من الكوارث الضاغطة.

بالنسبة للأطفال الصغار، تُعتبر عادة العائلة هي مصدر فعّال للحماية من الصدمة، وأنهم يُتصفون بالإرجاعية (résilience) مادام هناك توفر الحنان وتواجد الشخص المهتم برعايتهم (Wender، 1989، Van der Kolk، 1989، Perry، op.cit، Herman، 1991، Mc Farlane، 1988). يحتاج الكبار كذلك إلى العائلة والأصدقاء لتوفير "الغشاء" الحامي لهم. انطلاقا من الإعتراف بهذه الحاجة إلى الإنتماء كعامل حامي من الصدمة، أصبحت الفكرة مقبولة ومنتشرة أثناء الأزمات، من حيث ضرورة توفير وإعادة بناء الدعم الإجتماعي (Lystad، 1988، Raphael، 1986، Mitchell، 1983).

من مهام العلاج الجماعي والتدخلات الجماعية، مساعدة الضحايا على استرجاع الإحساس بالأمان والتحكم من جديد؛ يُلاحظ أنه بعد صدمة حادّة، غالبا ما يُشكل

الأفراد الذين تعرضوا إلى أحداث صدمية روابط قوية فعالة لأنهم يتقاسمون "قصة الصدمة" وبإمكانهم تشكيل نواة لإسترداد الحسّ الجماعي.

بغض النظر عن طبيعة الصدمة أو بنية المجموعة، هدف العلاج النفسي هو مساعدة الأفراد على مواجهة متطلبات الحاضر، هنا والآن، دون اقتحام (intrusion) غير ضروري للماضي.

أستعمل العلاج الجماعي مع ضحايا العنف العلائقي (Mitchell، 1983) والكوارث الطبيعية (Lystad، 1988، Raphael، 1988) ومع الأطفال ضحايا الإعتداءات الجنسية (Herman و Shatzow، 1987، Schacht et.al، 1990)، مع ضحايا الإغتصاب (Yassen و Glass، 1984)، ونساء ضحايا عنف الأزواج (Rounsaville، 1979) وفي المعتقلات (Danielli، 1985) وفي صدمة الحرب (Parson، 1985).

لاحظ Van der Kolk (op.cit.) أن الأفراد الذين عاشوا نفس الأحداث (أو أحداثا صدمية مشابهة)، هم قادرون على التعبير بالكلمات المناسبة لما حدث لهم، و عبّر عن هذا Spiegel Grinker (1946) بعد الحرب العالمية الثانية "عند العلاج في جماعة مُصغرة، يمكن مواجهة الجماعة الكبيرة، أي العالم، بطريقة أسهل".

2-هـ- العلاجات المستمدة من التحليل النفسي:

يطرح التحليل النفسي إشكاليتين أساسيتين:

-مشكل الصدمة.

-مشكل تضاؤل الآليات الدفاعية.

يعتمد التحليل النفسي على العلاقة بين المعالج و"مريضه" ¹ في إطار وضعه المعالج، اعتمادا على المفهوم الأساسي وهو اللاشعور الذي أرصنّه Freud. عدّل المعالجون الذين يستعملون تقنية التحليل النفسي في الصدمة النفسية، وأدخلوا تغييرات على التقنيات التي كانت أصلا تستعمل في معالجة العُصابات. و ممّا ساعد في تطوير العلاجات المستمدة من التحليل النفسي هي مساهمة أعمال S.Ferenczi التي أصبحت مرجعا في العلاجات "العلائقية" أين يجب جلب وكسب ثقة الضحايا، وهي مهمة صعبة، ومحاولة "إعادة نرجسية الضحية"، يسمح التعبير مع المعالج "تضميد وطعم الكلام" (greffe de paroles) في غياب المعنى الذي يُغذي تناذر

¹ - لم نجد هناك مرادفا لـ patient هناك مصطلحات مثل "عميل" مسترشده، مفحوص، مستفيد... نستعمل هنا كلمة عميل.

التكرار عند المصدومين. يسمح لهم التعبير باسترجاع مسار حياتهم دون البقاء ثابتين وساكنين في بُعد خيالي، أي ذاتي، كما يسمح لهم بالوصول إلى البُعد الرمزي، أي الجماعي (Seguin Sabouraud، opcit).

كما ذكر أنفا، تؤثر الصدمة على المخططات (schèmes) الدفاعية لأننا حيث تكون للآليات جذور في التاريخ وأحداث الفرد السابقة. تُحيي الصدمة عرضية التكرار.

تتضمن المقاربات التحليلية في معالجة PTSD عدة مسالك:

- تسهيل التعبير عن طريق تقنية التداعي الحر.

- السماح بنقل الأفكار الحالية والمعاش الراهن إلى المشاكل العلائقية والمعاشات خلال الطفولة بالإعتماد على تحليل ظاهرة التحويل.

- العمل بالأحلام، في إطار خطة تحليلية وتنبؤية لتطوير العلاج.

يُح كل من C.Barrois و F.Lebigot على مكانة الأحلام في العمل التحليلي بعد الحدث الصدمي (Seguin Sabouraud).

هناك صعوبات عند العمل مع المصدومين (بمفهوم PTSD) في الإطار التحليلي، يذكر G.Lopez (1997) هذه الصعوبات المتعلقة بعلاج PTSD:

- يعتبر الصمت عاملاً لإسترداد المعاشات السابقة للصعق (الذهول) (sidération) وغياب الكلام أثناء الصدمة (péri-traumatique).

- يُعرق المعاش الصدمي التعبير عن الغليان النزوي المنبثق من الصدمة".

- يصطدم المعالج بعجز وصف تجربة الصدمة وغياب الكلمات للتكلم عنها، وبالتالي صعوبة إنشاء "نقطة للتواصل" من أجل تجنب تكوين القيود والكف والتبؤ النفسي.

- قد يفتح الحدث الصدمي التفكير و"يجمد" العمليات النفسية، ويحتل كل الفضاء التحليلي.

جدير بالذكر أن العلاج التحليلي في الصدمة يجب أن يركّز على عواقب الصدمة ويتطلب هذا أن يكون الفرد ذكياً ويملك قدرة كافية لمواجهة الإنفعالات والإستبطان. يبقى اهتمام التحليل هو علاج حالات زنا المحارم، الإعتداءات الجنسية أثناء الطفولة، وسوء المعاملة، وإضطرابات الشخصية والحالات البيئية (Seguin

تُستعمل العلاجات العائلية عندما تكون معاناة عائلية عقب حدث صدمي رئيسي. والحال في هذه الظروف هو:

2-و- العلاجات العائلية:

تُستعمل العلاجات العائلية عندما تكون معاناة عائلية عقب حدث صدمي رئيسي. والحال في هذه الظروف هو:

- تغيير الظروف المعيشية المادية بشكل خطير لدرجة أنه يصعب التكيف.

- تغيير طبع الضحية الذي أدى إلى تعديل (إخلال) التوازن العائلي.

يعبّر كل واحد عن انفعالاته أثناء الجلسات، و بالتالي؛ تُشرح أثناء الجلسات التعديلات (الإختلالات) في التوظيف من أجل البحث عن حلّ الصراعات. تُستعمل كذلك العلاجات العائلية في التكفل النفسي بالأطفال ضحايا سوء المعاملة.

هناك مقاربتان رئيسيتان في العلاجات العائلية:

- النظريات العائلية النَّسَقِيَّة.

- النظريات العائلية التحليلية.

-

2-و-1- النظريات العائلية النَّسَقِيَّة:

تعتمد النظريات العائلية النَّسَقِيَّة على التواصل العملي، أي التواصل الظاهري، ويُعتبر الفرد "عُلبة سوداء" أين تدرس المُدخِلات والمعلومات المستخرجة (Opcit ، J.Audet ، M.Moro et.al).

رغم أن البوادر الأولى لظهور العلاج العائلي النسقي بدأت خلال الأربعينات في الولايات المتحدة الأمريكية، إلا أنه تطوّر خلال الخمسينات (Becvar و Becvar ، 2003)، أثناء فترة تطور العلاج العائلي. كانت هنالك ثورة حول هذا المنظور الذي أثار الكثير من الجدل، أمّا خلال الستينات والسبعينات، قد سادت العلاجات النفسية الدينامكية والسلوكية والإنسانية وكانت تسمى بالقوة الأولى والثانية والثالثة. وفي الوقت الحالي، يعتقد G.Corey أن مختلف المقاربات للعلاج العائلي النسقي تعتبر القوة الرابعة في الولايات المتحدة الأمريكية.

اقترح بعض الباحثين مثل Bateson، Don Jackson، E.Erickson و Watzlawick، الأخذ بعين الاعتبار السلوكيات داخل العائلة من أجل فهم المرض العقلي الذي يُنعت بـ "اللغة دون لغة"، أي الفصام. فالسلوكيات الغربية المعروضة من طرف الفصامي قد يمكن ربطها مباشرة بالنمط العلائقي العائلي.

تنصبّ الدراسة حول العلاجات العائلية النسقية على مجموع العائلة بصفقتها نسقاً (système) وعلى آليات التواصل وليس على عضو فقط من المجموعة العائلية. يرى Watzlawick (1983) أن الأمر لا يتعلق بإضطراب علاقة الأم بابنها، وإنما بكل أنماط التواصل بين أعضاء النسق العائلي الذي صار في حلقة مفرغة. ولا يعمل المعالجون العائليون على محتوى المقابلات، بل على النسق نفسه، أي العائلة، ومنطق التواصل الذي يوحى ويتضمن رموزاً خاصة (une codification).

العائلة هي نسق في معاناة، والمتاعب العائلية هي سبب العواقب والخلل في التواصل، والمرض هو عرض هذه الآلام، يُحافظ على إبقاء توازن المجموعة، وأحد أفراد النظام العائلي "يُضحّي" من أجل الحفاظ على تناسق المجموعة.

أدخل Jackson (1981) مفهوم الإتران العائلي (homéostasie familiale) الذي يعتمد على ظواهر التغذية الرجعية والتنوعات السلوكية لكل فرد لإبقاء النسق ثابتاً.

وصف J.Haley نسق عائلات الفصاميين في 1960، فلاحظ أن تناسق المجموعة مهم جداً لدرجة أنه لا يوجد أي عضو بصفته فرداً (individu): فهو "محبوس" في "ضبابية" عائلية (J.Haley، 1959، 1976).

يتكيّف النسق العائلي للمتطلبات المتغيرة في الحالات العادية، حسب المراحل النمائية المختلفة للعائلة و متطلبات المجتمع المتغيرة هي كذلك (V.Satir، 1964، E.Carter و M.Mc Goldrick، 1980). لذا، يجب التكيّف من أجل توفير الإستمرارية والفرص من أجل النمو النفسي والإجتماعي (S.Minuchin، 1980). تكون العائلة قادرة على تحقيق التوازن الدينامي الإزدواجي الذي يبدو متناقضاً، في الظروف الصحية للنسق: هناك الميل من جهة نحو الإتران العائلي، و من جهة أخرى، هناك القدرة على التحولات والتكيّف (transformations et adaptations) (M. Andolfi، 1979).

تكون العلاقات بين الأعضاء صعبة في العائلات التي يكون فيها خلل وغموض على المستوى التجريدي، فمثلاً قد تكون الرسالة الشفوية ذات معنيين متناقضين،

ويطلب العضو جوابا يتضمن فهماً مُهماً: فلا يمكنه أن ينتقد أو يحتج، فهو عاجز عن التواصل الغيبي والتجريدي (meta communiquer).

درس هذا النمط من التواصل المتناقض، مجموعة من الباحثين بـ Palo Alto بكاليفورنيا (Bateson، Haley و Weackland، 1956) الذين أدخلوا نظرية "الربط المزدوج" (double lien). على كل، يعتمد هذا النوع من العلاج العائلي النسقي أساسا على اختلال التواصل الذي عقب أحداثا صدمية أو أحداثا أخرى وسط العائلة.

2-و-2- العلاجات العائلية التحليلية:

تطرقنا إلى العلاج التحليلي الفردي والآن سنعرض باختصار العلاج الجماعي المستمد من التحليل النفسي؛ ويُعتبر هذا العلاج بديلا للعلاجات الفردية الطويلة المدى، التي غالبا ما تكون صعبة.

الهدف من العلاج التحليلي العائلي هو علاج الجهاز النفسي العائلي في بعده الجماعي وليس الفردي، وتعتمد على المبادئ التالية حسب التطبيقات المبدئية من طرف المحللين النفسانيين (Ruffiot، 1981):

- الإطار المرجعي النظري، ودعم التحليل الجماعي،

- نظريات حول توظيف عائلة الفصامي،

- تقنية تحليلية.

نذكر أنّ الأسس لفهم الظواهر التحليلية الجماعية بعلاقتها بالجهاز النفسي الفردي تطرق إليها Freud في العشرينات: تعرّض إلى 3 أنواع من التواصل:

- العلاقة التنويمية المغناطيسية.

- العلاقة الغرامية.

- العلاقة في الحشد (foule).

أدخلت فكرة "الجهاز النفسي الجماعي" في 1976 من طرف R.Kaës، وأعاد استعمالها A. Ruffiot، في 1981 من أجل شرح التوظيف العائلي (le

(fonctionnement des familles) حيث تكلم حينها عن التوظيف النفسي العائلي".

3- التكفل النفسي بالأطفال المصدومين:

لوحظ خلال العشريّات الأخيرة أن هناك ارتفاع ملحوظ في عواقب الحروب والصراعات المسلحة، إضافة إلى الكوارث الطبيعية، على الصحة النفسية وهناء الأطفال (bien- être)، وبالتالي بات الالتفات والإهتمام بهذه الشريحة مسؤولية الجميع، ولاسيّما احترافيي الصحة بصفة خاصة والسلطات المعنية بصفة عامة. أصبحت هذه التأثيرات والإنعكاسات على صحة الأطفال معترف بها في الميدان العالمي، و قد ساهم تقرير الأمم المتحدة حول ترقية وحماية حقوق الأطفال (Machel، 1996)، بقسط كبير في هذا الإعتراف عن طريق الإشارة إلى الحاجات النفسية والإجتماعية للأطفال والإستعجال بإدماج كل هذا إلى مظاهر عمل المساعدة للتخفيف في إطار يرعى المفاهيم الثقافية والتقاليد المناسبة (B.Kalksma، 2007).

3-أ- ضمنيّات عوامل الخطر وعوامل الحماية للتكفل النفسي:

ترى K.Sadlier (op.cit.) أن هناك عوامل خطر وعوامل حماية ينبغي على المعالج النفساني أن يأخذها بعين الإعتبار عند تعامله مع الأطفال.

فهذه العوامل قد تُضخّم أو تخفّف الإحتمال أنه ستتشكل عند الطفل أعراضية PTSD (Cohen، 1998)، ونذكر أهمّ هذه العوامل:

3-أ-1- خطورة الأحداث الصدمية:

تظهر حسب الدراسات، أعراض صدمية مرتفعة عند الأطفال أو المراهقين الذين تعرّضوا إلى أحداث صدمية خطيرة وشديدة مثل الصدمات بين العلائقية (traumas inter- relationnels)، مثل الإغتصاب أو الإعتداء الجسدي، حيث وُجد أن 99% من الأطفال الذين شاهدوا قتل أحد الأولياء أو تعرّضوا إلى اعتداء جنسي يُعانون أعراض الضغط ما بعد الصدمة، وبالتالي ينبغي أن يُوجه هؤلاء الأطفال إلى التكفل النفسي المخصص.

3-أ-2- ردود فعل الأولياء أمام الحدث الصدمي:

يؤثر دعم الأولياء وقدرتهم على مواجهة الأحداث الصدمية مباشرة على خطورة الأعراض بعد الصدمة، حيث بينت الدراسات أن الأطفال والمراهقين الذين استفادوا من الدعم العائلي والذين لهم أولياء أقل اختلالاً في التوظيف، لهم درجة منخفضة من

أعراض الصدمة النفسية، وتستنجد الدراسات أنه من البديهي أن توجد أعراض مرتفعة عند الأطفال الذين يعيشون في وسط عائلي تسوده وضعيات صدمية داخل العائلة مثل سوء المعاملة الجسمية، والجنسية، عنف بين الأزواج... الخ

ويُفسر هذا بكون أن الأطفال يُدركون مكانة آبائهم، إمّا بصفقتها صادمة (traumatogène) أو بصفقتها في المعاناة والشدة المفرطة لغاية أنهم لا يستطيعون حتى التكفل بأنفسهم ولا بأطفالهم. وتنطبق هذه الحالات الأخيرة كذلك على الكوارث الطبيعية الجماعية أو الحروب المعاشة من طرف عائلات بأكملها؛ ومنها، ترى K.Sadlier أنه من الضروري تقديم نماذج علاجية للأولياء تكون مكثفة ومناسبة لقدرتهم على تدعيم أطفالهم مثل: العمل النفسي التربوي، العلاج الفردي للأولياء، العلاج العائلي، و مجموعة الكلام.

3-أ-3- المسافة الجسدية للحدث الصدمي:

يُظهر الأطفال والمراهقون الذين كانوا متواجدين قرب الحدث الصدمي (مثلا: اغتيال، حادث مرور) أعراضا أكثر من الأطفال الذين كانوا متواجدين بعيدا عن الحدث. إذن ينبغي التعرف على الظروف والمعلومات للتكفل بالأطفال، ليستفيدوا من العناية المخصصة (K.Sadlier، op.cit.).

3-ب- الفائدة من التكفل النفسي:

للتذكير، أصبح معروفا الآن، بعد الدراسات العديدة حول آثار الأحداث الصادمة على الضحايا، أن الإضطرابات ما بعد الصدمة قد ترسخ وتصبح مُزمنة بعد مدة معينة من الحدث الصدمي: قبل شهر، نتحدث عن إضطراب الضغط الحاد (DSM-IV-T-R، 2004) وبعدها، إذا لم تزل الأعراض يمكننا أن نقول أنها أعراض PTSD. وإذا استمرت بعد 3 أشهر، فهي تبدأ في أن تصبح مزمنة، وبعد 6 أشهر، يصعب علاجها (K.Sadlier، op.cit.). بينت دراسة S.Freedman (1999) أن فعالية العلاج النفسي للراشدين تنخفض بصفة دالة بعد سنة من الحدث، تهدف التدخلات بعد السنة الأولى إلى تسيير الأعراض عوض محوها. إمّا بالنسبة للطفل، مادام لازال في النمو، فهناك أمل أن الأعراض تبقى قابلة للتعامل والشفاء. إلا أنه في السياقات الصدمية المتكررة أو المزمنة خاصة في الطفولة (مثل: سوء المعاملة وزنا المحارم)، وكذلك في حالة إمكانية تكوين إضطرابات في الشخصية لاحقا، يتطلب التعجيل في التدخل في أقرب وقت ممكن.

3-ج المقاربات العيادية والتقنيات:

يملك المعالج الذي يتعامل مع ضحايا العنف قائمة كبيرة من التقنيات، منها الأدوية، والتحسيس والتربية، والعلاج النفسي والتدخل العائلي، وفي بعض الأحيان العمل في شبكة متعددة الخدمات. يتطلب العمل مع الأطفال المصدومين اللجوء إلى المقاربات الإدماجية والعمل في إطار التدخلات النفسية-الإجتماعية، بما فيها إدماج الأولياء وحتى المعلمين والنظام التربوي. بعبارة أخرى يستند المعالج "بعلبته للأدوات"¹.

تفسر الصعوبات التي تلقاها البحوث حول الأطفال الذين يعانون اضطرابات ما بعد الصدمة قلة البحوث حول فعالية المقاربات العلاجية، وليس الإفتقار إلى الدراسات. يلجأ المعالج النفسي للأطفال إلى استعمال التقنيات المستعملة مع الراشدين المصدومين، مثل التدخلات الأولية، والمقاربات المعرفية السلوكية، أو EMDR أو المقاربات التقليدية مثل العلاج باللعب (K.Sadlier، op.cit.).

تري J.Beverly (1989) أن التكفل النفسي بالأطفال المصدومين يتضمن مناهج وتقنيات أستهملت خاصة مع "المجروحين" في النفس (la psyché)، فهي تعطي البعض منها التي ترى أنها غير جديدة ولكنها غير مُدمجة في العمل العلاجي من طرف بعض الإحترافيين:

- يحتاج الطفل إلى الإعتراف بآلامه والإستكشاف أثناء العلاج حتى يستطيع إدماج معاناته في معاشه. مساعدة الأطفال على تقبل الواقع وما حدث لهم مهم في العلاج؛ إذا لم يفعلوا، فهم يستمرون في تجنيد قدر كبير من الطاقة لتجنب ما يُخيفهم، غالباً عن طريق آليات الدفاع مثل: التفكك، الإنشطار، والكبت، مما يُعرقل سير النمو.

يتجنب الأطفال كل ما يُذكّرهم بما يريدون نسيانه. من بين آليات التجنب، نجد الإنعزال الشديد، غياب (أو تقليص) التعبيرات الجسمية والإنفعالية، المجازفة الخطيرة والعدوانية. هؤلاء الأطفال الذين لم يفهموا ماذا حدث لهم، قد يخافون أن يلعبوا وأن يحلموا وأن يتخيلوا، خوفاً من أن تخرج الذكريات والأفكار "المُخيفة" والتي لم يُسأل عنها، ولذا، يجب الرجوع إلى الألم من أجل إدماج الحدث الصدمي.

- يُنصح بمساعدة الأطفال المصدومين بصفة دورية، في شكل مرافقة ومسار في العلاج، عوض أن تكون فترة زمنية محدّدة، لأن أثر الصدمة يتضمن كذلك جرحاً

¹ نبيّن لنا تجربتنا العيادية أن العمل مع أطفال ضحايا العنف المقصود يتطلب اللجوء إلى شبكة واسعة بما فيها العمل مع الأولياء والمعلمين عن طريق المساعدة الإجتماعية، والتكوين والمراجعة المستمرة للأدبيات فيما يخص التطور في استعمال تقنيات ملائمة.

في النمو، ولذا ينبغي أن يكون علاجاً تسلسلياً لأنه كلما نُضج وكبر الطفل المصدوم، تتكون لديه معاني مختلفة عن الصدمة.

- ضرورة إدماج الأولياء (أو الأشخاص الذين يحرصون على رعاية الطفل) في العلاج.

- ضرورة تبني مقاربة مباشرة وموجهة، لأن الأطفال لا يبادرون في الحديث عن القضايا التي تغمرهم وتلك التي أخفيت عنهم. التقنيات غير الموجهة مستعملة بكثير ولكنها غير كافية للشفاء إلا إذا استعملت مع التقنيات المباشرة والموجهة. ينبغي أن يتضمن العمل العيادي المظاهر الجسمية والمعرفية والإنفعالية والروحية، بما أن الأضرار تمس كل هذه الجوانب، من الضروري استعمال إستراتيجية متعددة الأبعاد.

- يقوم الكثير من هؤلاء الأطفال المصدومين بسلوكات سرّية وغير وظيفية ومختلة، ويستمرّون فيها لمدة طويلة بعد الحدث (أو الأحداث) الصّدمي. غالباً ما يتكون التفكك والسلوكات المنحرفة المُجنّسة (sexués) عادة بعد الأحداث الصدمية، ولا يُصرح بها إلا بعد مجهودات كبيرة "للاكتشاف" من طرف نفساني ذي تجربة عيادية ومعرفية في ميادين الصدمات النفسية.

- يعني العمل مع الأطفال المصدومين العمل كذلك مع وضعيات مُرعبة ومُروّعة والتي قد تؤثر نفسياً على المعالج وعلى التكفل النفسي.

- استعمال أسلوب مكثف ومرح، ينبغي على المعالج استعمال أسلوب مرح ومكثف حتى يصغي إليه الأطفال و ليحسّوا به كذلك؛ لأن الأطفال المصدومين، غالباً ما يكونون منغلقيين على أنفسهم انفعالياً، ولهم معتقدات مُخيفة عن أنفسهم، مثلاً: أنهم سيئون، وعاجزون ومذنبون. من المهم أن يُبقي المعالج الطفل في حالة قابلية لتقبل الإنفعالات عن طريق تواصل وكلمات موجبة، وممتعة، ويعني هذا أن يعبر المعالج عن قضايا واضحة وحقيقية مع إبقاء الطفل في اتصال معه. عندما يستعمل المعالج أسلوب اللعب والمرح في العلاج، يتعلّم الطفل أنه هو كذلك مرح ويُعجب الآخرين وكذلك يكتسب مهارات اللعب التي هي جزء من العلاج. لا يعرف الأطفال المصدومون كيف يلعبون وهم غالباً منعزلون عن أقرانهم.

من الضروري إيصال الرسالة إلى الطفل، وإلى عائلته، أنه مسموح أن يكون الإنسان سعيداً وتكون له أوقات الفرح، رغم الآلام، وأن بإمكان الحياة الراهنة أن تسترجع مجراها. فقد الكثير من الأطفال الذين تعرضوا إلى أحداث مُروّعة الرغبة في اللعب وفي الأشياء المُسلية والضحك، و لذا؛ تغيير هذه الإتجاهات والمعتقدات

من خلال التواصل المباشر والنشاطات العلاجية وتوجيه الأولياء، قد يُجدي ثماراً على مدى البعيد (J.Beverly، 1989).

قدمنا هذه الخطوات التي مارستها J.Beverly مع الأطفال المصدومين وأثبتت فعاليتها منذ عدة سنوات في الممارسة العيادية. تعتبر هذه التوجيهات بمثابة خطة عمل ودليلاً للعمل مع الأطفال.

3-د- التدخلات النفسية الاجتماعية لمساعدة الأطفال المصدومين من جرّاء العنف والحروب:

برزت عند مراجعة الأدبيات حول التكفل النفسي والاجتماعي بالأطفال المصدومين من جرّاء الحروب والصراعات المسلحة؛ مقاربتان أساسيتان: من جهة، نجد المقاربة التي تأخذ بعين الاعتبار المظهر العلاجي وتهدف إلى العلاج النفسي الاجتماعي والسيكولوجي للفرد أو للجماعة المصغرة؛ أي الأطفال المتأثرين بالحروب. فهذه المقاربة موجّهة بقوة نحو الصدمة النفسية، وتهدف إلى مساعدة الأطفال على التعامل مع التجارب الضاغطة التي عاشوها. و نجد من جهة أخرى، مقاربة أكثر وقائية، عوض أن تركز على التجارب الماضية، فإن التدخلات تركز أساساً على نتائج ومخلفات العنف والتحديات الراهنة لذلك. تستهدف هذه المقاربة مساعدة الأطفال على التكوين والتطور بطريقة صحية في إطار سياقهم الاجتماعي وعلى حمايتهم من اضطرابات نفسية واجتماعية في المستقبل (G.Machel، op.cit.).

وصف وراجع هذين المقاربتين وتنوعهما العديد من المؤلفين والمنظمات، نذكر على سبيل المثال Paardekooper (2002) الذي ميّز بين البرنامج السيكودينامي الذي يركّز على المشاكل المتعلقة بالحرب والعواقب التي تليها، والبرنامج السياقي الذي يركّز على المشاكل التي يواجهها الأطفال يومياً. أمّا Jo de Berry (2004) فقد وصفت برنامجاً حيث يكون العمل مع الأطفال من خلال الخدمات الصحية النفسية وإستراتيجية معتمدة على الدعم النفسي-الاجتماعي للجماعة. بينما يتكلم Richman (2003) عن المقاربة المختصة التي تهتم أساساً بالعبارة الأولية وتُقدم من طرف أخصائين لهذا الغرض.

وأهم ما أسننتج من البحوث حول مقاربات التدخل النفسي-الاجتماعي، نذكر مقاربتين: المقاربة الشيفائية (approche curative) والمقاربة النمائية (approche développementale)، فالأولى تهتم أساساً بمساعدة حل الصدمة وإشفاء جروح الحروب والصراعات المسلحة، وتنقسم إلى مقاربتين فرعيتين: الوقاية والترقية؛

بينت الممارسات أنه ينبغي أن تكون وقاية من الباثولوجية وإعادة النسيج الإجتماعي من أجل مستقبل نفسي-اجتماعي صحي.

أمّا الثانية، فتهتم بالتدخلات النفسية الإجتماعية بمفهومها النمائي والتطوري. سنتطرق لكل مقارنة بالتفصيل.

3-1- المقاربة الشفائية:

هذه المقاربة موجّهة أساسا نحو الصدمة مع التركيز على الآثار والأعراض التي يعيشها الأطفال من جرّاء وضعيات ضاغطة وصادمة، فهي تعتمد في تناولها العلاجي على مقاربات العلاج النفسي المتعلقة بمفاهيم غربية، مثل مفهوم PTSD (ALL wood، Husain و Bell-dolu، 2002، Lowry، 2004).

تتطلب هذه المقاربة الشفائية تدخل أخصائيين في الصحة النفسية، مثل الأطباء النفسيين والمعالجين النفسيين ومعالجين مُبدعين. وتركّز البرامج العلاجية على الصحة النفسية وتتضمن مجموعة متنوعة من التقنيات والمناهج، مثل: العلاج النفسي، سواء كان فرديا أم جماعيا، وعلاج إبداعي (Stein و Fazel، 2002).

تكون المقاربة إذن موجهة نحو العلاج وتهدف إلى تقوية وتمكين الخدمات المحلية للصحة النفسية لتقديم العلاج للأطفال المتضررين من الصدمة.

إن البرامج الشفائية، عندما تكون جزءاً من البرامج الإستعجالية وإعادة التأهيل (réhabilitation)، غالبا ما لها نهاية بارزة، رغم أن طبيعة المدى البعيد لهذه التدخلات صعب أحيانا ليتناسب مع إطار زمني واضح ومحدود (V.Kalksma- van Lith، op.cit).

3-2- المقاربة النمائية:

ترى هذه المقاربة أن الأشخاص هم جزء من النسيج الإجتماعي من العلاقات والبنىات. يُعتبر نمو الطفل، وبما فيه من ردود الفعل للصدمة والأزمات، مُحددا من طرف العلاقات وسط العائلة والمحيط. وهناك تداخل وتبادل مستمر بين نمو الطفل السيكولوجي الداخلي والمحيط الخارجي الإجتماعي.

لا تركّز هذه المقاربة على الأعراض والإضطرابات التي يعانيها الأطفال، بل على طرق تعاملهم (coping) ومواجهة الآثار البعدية للصدمة. أهم المفاهيم في هذه المقاربة هي الموارد (ressources) والعوامل الحامية (facteurs protecteurs).

إن الموارد التي يمكن أن تساعد الطفل على التعامل مع الصدمة والأزمات مرتبطة بالثقافة والسياق المحلي وكذلك بالظروف الفردية. أما العوامل الحامية هي عوامل تقي الأطفال من أسوأ آثار الضغط، مثل: علاقة وجدانية مستقرة مع الأولياء والمتكفلين بالطفل، الدعم الاجتماعي، داخل وخارج العائلة، جوّ تربوي متفتح وموجه نحو العرف والتقاليد ومملوء بالحبّ وتعزيز الكفاءات والشعور الموجب بتقدير الذات (Tolfree، 1996)، يكون البرنامج موجهاً نحو ترقية مهارات التعامل وترميم (استرجاع) الحياة العادية، وتعتبر العلاقات مع العائلة والجماعة عوامل مفتاحية لرفع قدرات الأطفال (S.Betancourt، 1999، Summerfield، 2001، Loughry و Eyber 2003).

تركز هذه المقاربة بالإضافة إلى ذلك، على قدرة الأطفال لإدماجهم في تصميم البرامج التي هي مفيدة لهم. إن هذه المقاربة النمائية مستمدة من البحوث حول التوظيف النفسي الاجتماعي للأطفال في وضعيات الأزمة، مثلاً، بينت البحوث أن الدعم الاجتماعي وتلاؤم العائلة تقلل خطر الإصابة بإضطرابات نفسية والضغط (S.Betancourt، opcit).

على العموم، يمكن القول أن الدعم الاجتماعي وهناء (bien- être) الأولياء، يعتبران عاملين واقعيين أساسيين.

ويشار كذلك حسب الدراسات، أن الارتباط بالثقافة والالتزام بالإيديولوجية يعملان كعوامل حماية، مثلاً وجد لدى الأطفال اللاجئين أصلاً من Tibet، أن العوامل مثل الإعتقاد الديني والتضامن والالتزام الفعلي والعمل بالجماعة ساعدهم على التعامل مع أعراض الضغط (V.Kalksma-van Lith، opcit).

جدير بالذكر أيضاً، دراسة Boothby على الأطفال الفلسطينيين حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال قادرون على التعرف بوضوح على آليات التعامل والقوات والارجاعية التي هي بحوزتهم وبحوزة أوليائهم؛ فالضغط الذي يعاني منه هؤلاء الأطفال يزداد حدةً لأنهم يدركون أنهم لم يعودوا يعتمدون على أوليائهم لحمايتهم وللإعتناء بهم، في حين، يشعر الأولياء بالإحباط والضغط وبالتالي هم يفتقرون إلى الطاقة لتوفير الدعم (Arafat و Boothby، 2003).

يُدرّك الأطفال أن دعم الوالدين والمدرسة كعوامل مهمة لتحسين حياتهم. تمنحهم المدرسة الأمل في المستقبل وتعتبر منتدى اجتماعياً هاماً. يلتزم المعلمون والأولياء عادة بدعم الأطفال، إلا أنه من الصعب، لاسيما بالنسبة للأولياء فعل ذلك.

قام S.Betancourt (2004) بدراسة على المراهقين حول دور الدعم الإجتماعي والترابط بالعائلة وجماعة الأقران والجماعة الموسّعة كعوامل حماية ضد استدخال المشاكل الصحية النفسية التي قد تنتج عقب أحداث صدمية، مثل العنف الإنساني والصراعات المسلحة. فوجد أن الإرتباط بالعائلة والأقران والجماعة (communauté) يلعب دوراً موجبا في تخفيض الإحتمالات باستدخال الضغط. تقترح نتائج هذه الدراسة أن التدخلات لا تستهدف الشباب فرديا بل تمنحهم الفرصة لتحسين الإرتباط بالجماعة المحلية (la communauté)، مثال: من خلال النشاطات والتظاهرات الثقافية بإدماج الأصدقاء والعائلة وأعضاء آخرين من البيئة المحلية.

تتضمن نتائج هذه الدراسة أنه من المفيد أن يوصى بمساعدة الأطفال من أجل تكوين الإرجاعية ضد الأحداث الحياتية السلبية عن طريق العمل مع الأطفال والأولياء معاً لرفع وتطوير مهارات التعامل (Coping). وتتضمن البرامج التي تعتمد على المقاربة النمائية ما يلي:

- استعادة (ترميم) الأحاسيس "بالعادي" عن طريق منح الأطفال الفرص للمشاركة في النشاطات الترفيهية والثقافية والرياضية في البيئة المحلية بالإضافة إلى نشاطات أخرى غير "رسمية".

- توجيه (guidance) الأولياء بشكل مادي وبدعم نفسي اجتماعي.

- تعزيز وتقوية دور المدارس كمراكز متعددة الوظائف.

نخلص القول فيما يخص المقاربة النمائية أن البرامج تتمحور أساساً حول العودة إلى ما هو "عادي" واسترجاع استقرارية الظروف المعيشية، أي بمعنى آخر، إعادة تأهيل دور المدارس واستعادة الطقوس والعادات المألوفة في المجتمع المباشر (إذا كان ممكناً)... الخ.

يبقى الهدف العام هو مساعدة الأطفال على المواجهة والتعامل مع الوضعيات الخاصة من خلال طرق ومناهج إبداعية فنية مثل اللعب والرسم، كما أسلفنا ذكره أعلاه، تهدف البرامج المتنوعة إلى التركيز على المحيط الإجتماعي للطفل من خلال مساندة وإعلام الأولياء بمساعدتهم على دعم أبنائهم (V.Kalksma-van Lith، op.cit.¹).

¹ هناك برنامج شامل نوعاً ما في مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى و الذي قد يُعد نموذجاً للتدخل مع الأطفال ضحايا العنف، سنعرضه في الجانب الميداني.

يمكننا القول أن رواد المقاربة النمائية يتنبئون أن تكون البرامج النمائية هي الرائدة في المستقبل بهدف تقوية بنية الأطفال نحو الصحة النفسية الإجتماعية وهنائهم.

4- فعالية علاجات الصدمة النفسية عند الأطفال:

رغم أن هناك دراسات قليلة جديدة حول مدى فعالية علاجات الأطفال المصدومين وحول نجاعة أية مقاربات، إلا أنه يمكننا القول أن البحوث المتوفرة لحد الآن أظهرت أن المنظور المعرفي- السلوكي برهن على فعاليته في مساعدة الأطفال المصدومين، لأنه يُبادر بادئ ذي بدء بعلاج الأعراض المهمة التي يعانيتها الأطفال (J. Cohen، 1998، D.Kaminer، S.Seedat و D.Stein، 2005، Seguin Sabouraud، K. Sadlier).

تعتقد Seguin Sabouraud، أنه كلما كانت الأعراض خطيرة، كلما استعجل الأمر بضرورة التدخل باستعمال المنهاج المعرفي السلوكي، وهذا لأن الأطفال في مرحلة نمو نفسي سريع، وأن الأعراض يمكنها أن تتفاقم وتزيد الإضطرابات حدة؛ مما سيؤدي إلى صعوبات ومعاناة على المستوى العائلي والإجتماعي والمدرسي.

إنّ تطبيق التقنيات السلوكية-المعرفية مع الأطفال يتطلب تعديلها وتوافقها مع سن الأطفال، ونذكر منها التربية النفسية، الإستكشاف والتقصي المباشر للصدمة، تسيير والعمل مباشرة مع العرض، التقصي وتعديل الإنسابات المعرفية الخاطئة المرتبطة بالصدمة¹ (J.Cohen et.al، 2000).

أظهرت الدراسات الإمبريقية حول العمل مع الأطفال المصدومين، أنّ هناك استعمال لتقنية التعرّض (exposition) التدريجي والذي يحتوي أولاً على الكلام عن التجربة الصدمية والذكريات، والأفكار والأحاسيس المتعلقة بالمعاش الصدمي، قد يكون هذا سهلاً إذا طلب المعالج من الطفل أن يكتب له تقريراً (إذا كان الطفل يعرف الكتابة) وبعد ذلك يقرأ المعالج والطفل معاً التقرير ويساعد هذا الطفل على تكوين القدرة على التحكم في الأعراض وشدة الإنفعالات. تكون المناقشة حول اللوم الذاتي وأفكار أخرى مُشوّهة وخاطئة نتيجة الحدث الصدمي، ومنها يساعد المعالج الطفل على استدخال تصورات وأفكار أكثر واقعية وعقلانية (J. Cohen et.al، 2000). وتستعمل هذه التقنيات عن طريق أدوات اللعب (مثل العجينة، عرائس، دُمى، رسم، وأدوات أخرى وسيطة خاصة بالأطفال).

¹نوع من إعادة البنية المعرفية (recadrage) لكن بتحفظ مع الأطفال لأن النمو المعرفي لازال في صيرورة.

هناك اتفاق عام بأن الأولياء جزء من العملية العلاجية للأطفال المصدومين، حيث يُوقّر لهم حد أدنى من التوعية والتربية النفسية بما فيها شرح احتمالات الإستجابات عَقِب أحداث صدمية حتى يستطيع الأولياء التعامل معها في العائلة. وإذا أظهر الأولياء معاناة، ينبغي التكفل بهم حتى يتمكنوا من دعم وعناية الطفل (Kaminer et.al، Opcit).

ينبغي كذلك توفير تكوين مستمر للمعالجين؛ يتماشى مع التطور العلمي و المستجدات حتى يفهموا ويستجيبوا للحاجات الإنفعالية للطفل؛ وتتكوّن لديهم الخبرة بالتقنيات المناسبة مع التحولات المختلفة لتسيير السلوك وتوقع استجابات الأطفال الذين تعرّضوا إلى أحداث صدمية.

حسب الدراسات؛ غير معروف ما إذا كانت التدخلات النفسية الإجتماعية الأولية مباشرة بعد الحدث الصدمي (J.Cohen، 2003). فعالة أم لا، إلا أنه معروف أن هناك احتمال أنه قد يكون هناك خطر إذا تمت التدخلات النفسية الإجتماعية مبكرا مع الأطفال المصدومين، لأن هناك مجازفة وخطر عند تذكّر الحدث دون السماح بمرور مدة زمنية بعد التجربة (J. Cohen، Op.cit). لم يُقيّم بعد التفريغ السيكولوجي (debriefing) للأطفال والمراهقين في حدود الشهر الأول من الحدث. غير أن الدراسات حول الراشدين تقترح أن استعمال (debriefing) أفضل من أن لا يكون أي تدخل على الإطلاق.

توصي البحوث الإمبريقية الأمريكية باستعمال المقاربات السلوكية المعرفية على الأطفال بعد الشهر الأول إلى ستة أشهر (1-6 أشهر) بعد الحدث الصدمي، لاسيما في حالات الإعتداءات الجنسية (J. Cohen، Op.cit).

أمّا بالنسبة للاتجاه الفرنسي، فنذكر على سبيل المثال Seguin Sabouraud، وG.Lopez، وK.Sadlier، الذين يرون أن هناك صعوبات وبعض المساوئ رغم إثبات نجاعة المقاربات السلوكية المعرفية؛ ولا ينصحون بالتعرّض لأن الإستعمال "السيئ" للتقنية قد يسيء للطفل، لأن الأطفال غير قادرين على الكلام والتعبير عن الصدمة بسبب أعراض التجنب. لذا يقترحون تكييف التقنية بحيث يصبح التعرض إلى الإحساسات الناتجة عن الحدث نفسه مثل الخوف، والحزن والغضب، لمّا يستطيع الطفل تخفيض شدّة الإنفعالات أو يشعر بأنه في أمان، حينها يتمكّن من الشروع في الكلام عن الحدث الصدمي.

نخلص بالقول أنه معترف به الآن أن PTSD منتشر (prévalent) ويعتبر إضطرابا مُعيّقا للأطفال والمراهقين، في العالم المصنوع والعالم في طريق النمو، على

حد السواء، ورغم أن البحوث في هذا الشأن لازالت في بدايتها، هناك إثباتات حول ضرورة التكفل النفسي وعلاج PTSD لهذه الشريحة وأن التدخل ينبغي أن يكون متعدد الأنظمة والمقاربات بما فيها العمل مع الأولياء (للتذكير، لا يوجد طفل بمفرده كما يقول (D.W.Winnicott) والمدارس والبيئة المباشرة، بالإضافة إلى العلاج بالأدوية إذا اقتضى الأمر، و ذلك في حالات حادة من PTSD المتلازم مع أعراض أخرى (cormobidité)، مثل نوبات الذعر والإكتئاب.

تقترح البحوث الأخيرة أن بعض الأدوية قد تفيد؛ إذا ما استهدفت الأعراض الإعاقية للطفل، و حسنت نوعية الحياة وسمحت له بالنمو على المدى الطويل وسهلت من عملية العلاج النفسي عن طريق تمكين الأطفال بالتعامل مع المادة الضاغطة انفعاليا والعمل مع المعاناة للشفاء (Opcit، Kaminer et.al).

خلاصة الفصل و الجانب النظري:

عرضنا في هذا الفصل مختلف المقاربات التي تناولت العلاجات المختلفة فيما يخص التكفل بالأطفال المصدومين؛ و كما رأينا ليس هناك نموذج مُوحد يجمع بين كل الأنظمة العلاجية المقترحة. تبدو لأول وهلة أنها متشعبة بحيث يصعب على المرء الجمع بينها في هيكل مرجعي، بالرغم من أنها تهدف كلها إلى مسعى واحد؛ ألا وهو مساعدة المصدومين؛ سواء أكانوا أطفالا أو مرافقين أو راشدين؛ على الشفاء و الإستعادة والصحة بصفة عامة من أجل الإستمرار في الحياة في ظروف أفضل. نبقى نتساءل كيف يمكن الجمع بين المقاربات "لتصبّ في نهر واحد" يُوحدّها إلى حدّ ما؛ في منهاج للتكفل بالأطفال ضحايا العنف المقصود؟ وهل يمكن تحقيق هذا المشروع دون الدخول في تناقضات قد تسيء بالعمل؟ فحسب تجربتنا الميدانية، يمكننا القول أن عمَلنا مع فئة الأطفال ضحايا العنف المقصود لا يشبه بتاتاً العمل مع الأطفال الآخرين الذين يعانون مشاكل أخرى مختلفة. و يعني هذا أننا مُلزمون بالعمل مع العائلة و المدرسة و المحيط الإجتماعي في شبكة، بعبارة أخرى، أخذ الطفل في منظور كلي و شامل أين يتقاسم المهام كل المعنيين برعايته وسلامته و تربيته. يمكننا من هذه الزاوية فقط، الوصول إلى نقطة لقاء مشتركة بين الإحترافيين: الحرص على الشفاء و إرجاع الحياة إلى مجراها الطبيعي. و بما أن الصدمة النفسية هي اللقاء المُحدق و المدهام مع الموت؛ و تمزق الروابط و النسيج الإجتماعي؛ فمن المنطقي أن تكون الأهداف نحو استعادة البنية الذاتية و الإجتماعية لدى هؤلاء المصدومين، و لا سيما الأطفال الذين هم في صيرورة النمو ولم يكتمل نضجهم بعد.

نرى في هذا السياق، أن كل المقاربات ساهمت في إثراء التكفل بالأطفال المصدومين، والبعض منها أعطت ثمارها، مثل ما هو الحال في العلاجات السلوكية المعرفية، بينما البعض الآخر يحتاج إلى البرهنة أكثر. كما لا يمكننا تجاهل النظرية التحليلية و مساهمتها في ميدان علم النفس، فهي نقطة انطلاق لكل ما ورد الآن من مقاربات و تقنيات حديثة. دائما حسب تجربتنا، من الخطر أن نبقى "متشبهين" بمقاربة فريدة و "وحيدة"؛ و إنما من الضروري التفتح على نماذج مختلفة و محاولة إدماج، بنوع من التحفظ و الدهاء العلمي؛ المفاهيم و التقنيات التي تساعد النفسي في عمله مع الأطفال. لا يعني هذا أبداً التشتت و التوهان إذا حرصنا على التكوين المستمر و التطلع على البحوث باستمرار و البحث العلمي، بالإضافة إلى أن يراجع النفسي نفسه و عمله و العمل مع إحترافيين آخرين لتقاسم الخبرات؛ فقط بهذه

الطريقة يمكنه تجنب الوقوع في الأخطاء و الروتين الممل الذي قد يؤدي به إلى الإنهاك المهني.

لقد قدمنا حوصلة عن الجانب النظري الذي تضمّن مختلف المقاربات و البحوث المتعلقة بالصدمات الناتجة عن العنف المقصود و عواقبها على السكان عامة؛ و على الأطفال خاصة. كما تطرقنا إلى أهم العلاجات المستعملة لمساعدة الأطفال المصدومين. و في هذا الصدد؛ يجرّنا الحديث عن مصير الأطفال الجزائريين المصدومين بفعل العنف المقصود؛ و الذين قد أستفادوا من التكفل النفسي، هذا ما سنتعرف عليه في الجانب الميداني.

الجانب الميداني

الفصل السادس

مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى CAP

- 1 -نبذة تاريخية عن المركز
- 2 -تقديم المركز
- 3 -مهام و خدمات المركز
- 4 -نظام التسيير
- 5 -إستثمار المركز
- 6 -المعاش النفسي للفرقة في البداية
- 7 -نشاطات المركز لسنة 2010

1- نبذة تاريخية عن المركز:

لقد شرعت الجمعية الجزائرية من أجل المساعدة والبحث و التدريب SARP في وضع جهاز للمساعدة النفسية مجاناً للأشخاص المصدومين من جراء العنف المقصود، وهذا منذ سنة 1997، بمركز دالي إبراهيم (CPPP). و كانت تهدف مجانية المساعدة النفسية إلى التكفل بهؤلاء الأشخاص المتضررين و الاعتراف الإجتماعي بالضحية.

كانت تتضمن المساعدة آنذاك توفير الإستشارة النفسية الكلاسيكية، أي بعبارة أخرى، التكفل النفسي الفردي؛ حيث كان ينتظر النفساني العيادي في مكتبه إقبال الضحايا للإستشارة النفسية، غير أن هذا الجهاز سرعان ما تبينت حدوده:

- إقبال الضحايا كان قليلاً جداً.

- لم يواصل الضحايا الذين قدموا إلى CPPP العلاج؛ و كان الإهدار كبيراً، كأن المساعدة المقترحة لم تكن مناسبة لتوقعاتهم.

بدأ الإهتمام يتزايد أثناء تلك الفترة، بالتكوين و البحث في ميدان الصدمة النفسية لدى النفسانيين بالجمعية (SARP) و منها تمّ تكوين نفسانيين لفترة سنتين (1999-2000) في "الصدمة النفسية : نظرية و تطبيق" و هذا بالشراكة مع MSF Belgique و رابطتي الصحة النفسية Les ligues de santé mentale Bruxelloise et Wallonne.

و تضمّن التكوين 3 تربصات (شهر كامل في كل تربص) في بلجيكا مع تنظيم عدة ملتقيات علمية (séminaires) مع مختصين أجانب أتوا إلى SARP في إطار الشراكة. وكانت تتمحور هذه الملتقيات حول الصدمة النفسية، الإشراف، العمل في الشبكة، عمل الحداد، التكفل بالنساء ضحايا الإغتصاب.

يمكننا القول أن التكوين و الملتقيات العلمية و المناقشات كانت مكثفة خلال فترة 1997-2000، و بالموازاة مع كل هذا، أجرت SARP بحثاً ابديميولوجياً حول الصحة النفسية للسكان بالشراكة مع TPO (Transcultural Psychosocial Organization, Amsterdam, (المنظمة النفسية الإجتماعية عبر الثقافات)

1

للتذكير، لقد دام هذا البحث من أفريل 1999 إلى غاية ديسمبر 1999، و ضمّ عينة من 652 راشداً (من 18 إلى غاية 70 سنة) من بينهم 355 رجلاً و 297 امرأة بمنطقتي

¹لقد قدمنا الدراسة في الفصل الأول الخاص بإنعكاسات الإرهاب في الجزائر

سيدي موسى، التي كانت تعتبر مسرحا للأعمال الإرهابية منذ أكثر من عشرية كاملة، و منطقة دالي إبراهيم (326 شخصا) التي يعتقد أنها لم تتعرض مباشرة إلى أعمال العنف المقصود (لمزيد من المعلومات انظر مجلة Psychologie، رقم 09،2001، SARP)، و في الفصل الأول من هذه الدراسة، الخاص بالانعكاسات السيكولوجية للعنف المقصود في الجزائر.

كان الهدف من هذا البحث الإبيدمولوجي هو دراسة انعكاسات الأحداث الصادمة من جراء العنف المقصود على السكان، فيما يخص الصحة النفسية ومدى انتشار الإضطرابات المختلفة.

بيّن تحليل نتائج الدراسة انتشار الإضطرابات النفسية بصفة عامة، لدى السكان في المنطقة المستهدفة. و تجدر الإشارة إلى أنه في الوقت الذي بينت فيه الدراسات أن 30% من السكان في العالم يعانون من إضطرابات نفسية خلال حياتهم، أظهرت دراسة TPO/SARP أن 57% من المشاركين في البحث عانوا على الأقل أحد الإضطرابات خلال حياتهم وأن ثلث (1/3) الأشخاص عانوا أحد الإضطرابات خلال السنة التي أجريت فيها الدراسة.

كانت الإضطرابات الأكثر انتشارا هي PTSD (37.7%) و تبعه إضطراب الحصر (anxiété) (37.5%)، و يليه الإكتئاب (23%)، ثم الجسمنة (Somatisation) (8.3%).

وتجدر الإشارة إلى أن انتشار هذه الإضطرابات كان أعلى لدى سكان سيدي موسى مقارنة بسكان دالي إبراهيم:

ظهر جليا عند تحليل المعطيات المتعلقة بسيدي موسى حول الأحداث الحياتية؛ تعرّض السكان إلى:

- أحداث عنيفة: حرمان و عوز Privations، جو لا أمن، شاهد عيان على الأحداث العنيفة.

- فقدان Pertes، بشري، لاسيما المتعلق بالعنف.

- التنقل Déplacements.

- فقدان الممتلكات و المكتسبات.

- الفقر و التفجير و الصعوبات المادية.

- المرض الشخصي و مرض الأقارب.

- غياب العلاج الطبي.

تم في البداية، نظراً لكل هذه المعطيات، وضع استراتيجيه، التي تمحورت حول 3 نقاط:

- 1- وضع جهاز للتكفل بالضحايا في CPPP بدالي إبراهيم،
- 2- تنظيم تكوين للنفسانيين العياديين حول الصدمة النفسية،
- 3- إجراء دراسة ابيدولوجية لتقييم انعكاسات الأحداث الصادمة على الصحة النفسية لدى السكان المتواجدين في سيدي موسى مقارنة بسكان دالي إبراهيم.

تبين جليا لأعضاء جمعية SARP، في إطار التكفل النفسي لضحايا العنف المقصود، انه يجب ألا ننتظر- بصبر- في مكتنبا، و إنما من الحتمي التنقل نحو الضحية، لتقديم المساعدة النفسية.

يحتاج الضحايا غالبا إلى تكفل يجعلهم يشعرون بأنهم أشخاص بمعنى الكلمة و بأن لهم اعتبار خاص، وبالتالي يجب أن تتماشى المساعدة المقترحة و حاجياتهم، و تتضمن هذه المساعدة التكفل النفسي، الإجتماعي، و القانوني. و لقد بينت لنا الدراسة الإبيدولوجية بالفعل ما كنا نتوقعه، ألا و هو أن العنف المقصود عزز الفقر و التفجير لدى بعض العائلات، إضافة إلى أن البعض الآخر منهم أصبح في عوز شديد بينما كانوا في السابق ذي مستوى اقتصادي- اجتماعي ميسور (فقدان الممتلكات، العمل، الموارد المادية...). كما جعل العنف المقصود الأشخاص "متشردين" بما أنهم فقدوا و/ أو غادروا مساكنهم بحثا عن مأوى آمن في منطقة أخرى. و من جهة أخرى، فإن السياق الإجتماعي لمنطقة سيدي موسى و ضواحيها يعتبر ريفيا- مدنيا، و أن النساء اللواتي لم تحظين بالتعليم، كن في وضعية ذهول Sidération نتيجة الأحداث المروعة التي مررن بها، حيث لم يكن في إمكانهن البحث عن حقوقهن المنصوص عليها في التشريع فيما يخص الضحايا.

و عليه، فقد خلصنا (الباحثة و فرقة الباحثين بـ SARP) بعد دراسة مكثفة لأدبيات التكفل بضحايا الصدمات النفسية، و التكوين في هذا الميدان المشار إليه أعلاه، و نتائج الدراسة الإبيدولوجية، إلى الملاحظات التالية:

- يصعب على الضحية بما أنها في حالة ذهول و معاناة نفسية شديدة، اتخاذ أي إجراء لطلب المساعدة النفسية، و لاسيما عندما يكون مكان العلاج بعيدا عن مقر سكنها.

- يجد الضحايا أنفسهم منغمرين بالمشاكل التي تواجههم باستمرار و التي غالبا ما تكون متعلقة بكيفية البقاء على قيد الحياة، فقد أدى بهم العنف الذي أصابهم إلى فقدان الموارد المادية، اغتيال رب العائلة، فقدان العمل... الخ
- لا يفكر الضحايا في العلاج النفسي لأن هذا الأخير لا يعتبر جزءاً من عالمهم المعرفي، فإذا كانوا يعانون الأرق مثلاً، أو القلق، أو الإكتئاب، و عندما لا يطبقون الألم، يتوجهون إلى الطبيب العام القريب من سكناهم من أجل تخفيف الألم عن طريق الأدوية، كما أنهم يتوجهون إلى الراقي بحثاً عن تضييد أوجاعهم.
- يمكن أن تعتقد الضحايا أنه ليس هناك أي علاج ممكن لما عاشوه من رعب و ذعر.
- لا تعني الصدمة شخصا واحداً، و إنما تمس كل أعضاء العائلة، سواء كانوا أطفالاً، مراهقين أو راشدين .

قد تجدر الإشارة إلى أننا قد استفدنا من التكوين حول الصدمة النفسية المشار إليه أعلاه و أننا ساهمنا بكثافة و فعالية في الدراسة الإبيديمولوجية ؛ و ترجمة و تكييف أداة البحث. كما قمنا بتكوين فريق البحث المتكون من المختصين في علم النفس من أجل إجراء البحث الميداني. كان العدد الكلي 80 نفسانيا تمّ تدريبهم نظريا و ميدانيا في خمس دورات متتابعة. ونظرا لصعوبة كيفية استخدام و تطبيق الأداة في الميدان، قمنا مع فرقة البحث بالإشراف على الفريق حفاظا على نوعية و كمال و مصادقة البيانات. إضافة إلى ذلك، اهتمت عملية الإشراف بالمعاش النفسي و المهني للباحثين حيث كانوا يعرضون عملهم في الميدان و المشاكل التي كانت تواجههم، ويتبادلون الخبرة و الدعم النفسي. قمنا بعد معالجة البيانات إحصائياً مع الفرقة بعرض و تحليل النتائج، التي قُدمت في ملتقى علمي نظمته SARP في ماي 2000، وتم نشر كل المداخلات في مجلة Psychologie، رقم 09، 2001 (المصري و آخرون، 2001).

تقرّر انطلاقاً من هذه المعطيات المُجمّعة في الموقع و من الأدبيات النفسية حول انعكاسات الأحداث الضاغطة و الصادمة على السكان-أفراداً و جماعة- وضع جهاز علاجي خاص بمنطقة سيدي موسى، و هذا بفتح مركز المساعدة النفسية في أفريل 2000. قد يتساءل المرء لماذا هذا التأخر و هل فتح مركز للمساعدة النفسية سيكون مفيداً للسكان في تلك الفترة لأن أحداث العنف و المجازر كانت مكثفة في سنوات 1992-1998؟

يمكننا الرد بالقول: إن الدراسة الإبيديمولوجية التي أجريناها مع الفرقة في SARP في 1999، بينت بوضوح انتشار المعاناة النفسية لدى سكان منطقة سيدي موسى و

ضواحيها (إضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD، الحصر، الإكتئاب، الجسمنة...). وأن التجربة العيادية و كذا الأدبيات المتعلقة بالصدمة النفسية تؤكد أن هذه الأخيرة لا تخضع إلى زمن محدد *linéaire*، و إنما يمكن أن تظهر مباشرة بعد الحدث الصادم، أو سنوات عديدة لاحقاً، في زمن السلم، مثلاً. ولذا تحدثنا عن مرحلة الكمون في الصدمة، إذ قد تنتقل الصدمة عبر الأجيال، من الأولياء إلى الأطفال، إلى الأحفاد (Transmission transgénérationnelle).

2- تقديم المركز (CAP)

يقع المركز في وسط بلدية سيدي موسى التي نشأت في 1862، و تتكون مساحتها من 3770 هكتار (hectares). يصل عدد سكانها حسب إحصائيات 2008 إلى 38520 نسمة، و تتكون سيدي موسى من 06 مناطق *agglomérations secondaires*:

- chef lieu = 21538 نسمة

- منطقة زواوى = 5569 نسمة

- منطقة أولاد علال = 1758 نسمة

- منطقة هواورة = 3967 نسمة

- منطقة دهيمات = 2749 نسمة

- منطقة الرايس = 4691 نسمة

- منطقة نزالي = 1051 نسمة

و يحد سيدي موسى من الشمال براقي، الجنوب بوقرة، الشرق الأربعاء و الغرب بئر توتة. ولقد أصبحت بلدية سيدي موسى تابعة لولاية الجزائر منذ 1997 (n° ordonnance 14/97، إذ كانت في السابق تابعة لولاية البلدية).

3- مهام و خدمات المركز CAP

وضعت الجمعية إستراتيجية هادفة و خاصة بمنطقة سيدي موسى وضواحيها ويمكن أن نذكر أهم الخدمات التي يقدمها المركز، موجهة خاصة حسب حاجيات الضحايا:

3-أ- **التكفل النفسي:** يوجه النفساني العيادي حسب الصعوبات السيكولوجية، الأشخاص نحو المساعدة الملائمة، تتضمن المساعدة النفسية:

- استشارة نفسية فردية للراشدين و الأطفال،

- مجموعة الكلام للنساء، (groupe de paroles)
- مجموعة الكلام للأولياء الذين لديهم أطفال يتلقون المساعدة بالمركز،
- مجموعة الدراما النفسية للأطفال و المراهقين، كل على حدى،
- العلاج الجماعي للأطفال و المراهقين، كل على حدى،
- العلاج العائلي أحيانا- عند الضرورة- لأننا تفتنا أثناء اجتماعات الفريق أن الزملاء قد يستقبلون أفراد العائلة الواحدة- كل واحد بمفرده- ولذا ارتأينا نحن و الفريق أنه من الأنجع تقديم العلاج العائلي بعد تقصي و تشاور بيننا،
- مجموعة الرسم للأطفال،
- مجموعة العلاج النفسي الحركي (psychomotricité) .

و يجدر التنويه هنا، إلى أن عند التكفل بالفرد، سواء كان طفلا، مراهقا، أو راشدا، فكل العائلات معنية بالمساعدة النفسية؛ لأنه من بين مخلفات الأحداث الصادمة هي تمزق الروابط العائلية.

3-ب- المساعدة الإجتماعية: و تحتوي على مجموعة من الخدمات، نذكر أهمها:

- مرافقة الضحايا في الإجراءات الإدارية: السلطات المحلية و لاسيما مكاتب المساعدة للضحايا و مكاتب المساعدة الإجتماعية و السلطات القضائية (الشرطة، الدرك الوطني، المحكمة...)،
- توجيه و تسهيل إحالة الأشخاص إلى العلاج الطبي عن طريق الإتصالات مع الهيئات المعنية،
- المساهمة في إعادة اندماج الشباب المطرودين من النظام التربوي (تسجيلهم في مراكز التكوين المهني و التمهيدي، مساعدتهم على إيجاد شغل...)،
- المساعدة المادية عن طريق الشركاء و الجمعيات الأخرى المحلية و غيرها.

لقد أظهرت لنا تجربتنا بسيدي موسى أهمية و ضرورة توسيع العمل الإجتماعي، وأن العمل النفسي يتمشى حتما مع العمل الإجتماعي من أجل المساعدة الفعلية لضحايا العنف المقصود.

3-ج- المساعدة القانونية: ومن أهم الخدمات نذكر:

- يساعد المحامي (أو المحامية) الضحايا على تحرير و صياغة الطلبات،

- تكوين الملف لضحايا العنف المقصود، الشروع في الإجراءات القانونية بمساعدة المحامين الذين يقبلون التكفل بالضحايا، إما مجانا أو بتخفيض مستحقاتهم،
- الحصول على المعلومات و شرحها و توضيحها للضحايا فيما يخص الإجراءات و تكوين الملفات لهؤلاء الضحايا من أجل التعويضات.

3-د- العمل في الشبكة

يساهم مركز المساعدة النفسية في العمل و التعاون في الشبكة (réseau) المتكونة من الجمعيات المحلية و الهيئات الدولية مثل المركز الثقافي، خلايا التقارب، البلدية، المؤسسات التعليمية و التكوينية و الصحية ببلدية سيدي موسى، و كذلك الجمعيات و الهيئات المتواجدة بالعاصمة.

و تهدف المساعدة إلى تمكين الضحايا من الوصول إلى الإستقلالية و الإكتفاء الذاتي و يتم هذا في المرحلة الأولى عن طريق مرافقتهم نفسيا و اجتماعيا و قانونيا، ثم في المرحلة الثانية، يصبحون قادرين على حل مشاكلهم بأنفسهم و على التعبير و صياغة مشاريعهم المهنية و غيرها.

3-هـ- قاعة الألعاب للأطفال Ludothèque

كان السبب الرئيسي وراء فتح قاعة للأطفال من أجل توفير مكان خاص بهم، أين يمكنهم القيام بنشاطات مختلفة في انتظار دورهم في العلاج النفسي أو توفير مكان للأطفال الذين يرافقون أمهاتهم إلى المركز، إذ لم يكن لديهم فضاء للإنتظار، و لذا بعد تفكير و دراسة تقرر توفير فضاء للأطفال. يحرس هذا الفضاء على تنظيم النشاطات من طرف أخصائية نفسانية مع متربص (ة) أو أكثر في علم النفس العيادي، سنة رابعة، بجامعة الجزائر 2. ولكن لاحظنا -الفرقة بسيدي موسى- مع مرور الزمن، بأنه يجب التفكير بتمعن في وظيفة قاعة اللعب. يمثل حقيقة اللعب نشاطا طبيعيا و هاما لدى الأطفال، إلا أنه يجب تنظيم هذا النشاط و لاسيما أننا لاحظنا أن أطفال سيدي موسى لا يحظون بمكتبة ولا بمركز للنشاط الثقافي، كما أننا لاحظنا أن الأطفال يبدون انبهارا و يجدون متعة كبيرة عند قراءة الكتب أو حتى بمجرد لمسها و مشاهدة الصور... و استعمال اللعب المتوفرة في القاعة.

لاحظ النفسانيون، إضافة إلى ذلك، أن القاعة، رغم أن وظيفتها ليست علاجية، فقد تمكن الأطفال الذين يترددون عليها من تعلم اللعب في الجماعة، الإقتسام، التحمل و الصبر و انتظار دورهم...، من التحكم و الانضباط عوض اللجوء إلى السلوك... لاحظنا أن الأطفال استدخلوا عدة قوانين و حدود في البيئة المصغرة، بينما كانوا

يتصفون بنوع من الفوضى و العنف. ولقد اكتسب الأطفال المنطوون و المنعزلون القدرة على اللعب و الإتصال في جماعة الرفاق وتمكنوا من استرجاع الثقة في النفس.

قرّر الفريق نظرا لكل هذا، و على رأسهم مديرة و منسقة المركز، وضع تخطيط ملائم لمعطيات القاعة:

-تشكيل المجموعات حسب المراحل النمائية (الطفولة الوسطى، المتأخرة و المراهقة)، ينشطها 3 نفسانيين متربصين تشرف عليهم نفسانية دائمة، مع إجراء لقاءات عمل و مشاور باستمرار(كان هذا خلال سنة 2005).

- لقد أعطيت القاعة صيغة جديدة، أي وظيفة احتوائية وفي نفس الوقت تعليمية- ترفيهية (H.Chérabta، 2004).

3-و-الموارد البشرية

يعمل بالمركز نفسانيون دائمون و نفسانيون مؤقتون، مساعدتان اجتماعيتان (assistantes sociales)، مربّي (éducateur)، محامي أو محامية (مرة في الأسبوع)، الكاتبة المستقبلية والحارس و الحارسة على تنظيف المركز. و تجدر الإشارة إلى أنه من بين النفسانيين المتدخلين، مديرة المركز. أما المنسقة التي تشرف على تسيير المركز فهي أخصائية اجتماعية في نفس الوقت.

3-ز- التكوين المستمر و التربص

يستفيد كل المتدخلين بالمركز من تكوين مستمر، عن طريق المشاركة في الملتقيات العلمية والمطالعة المستمرة في ميدان التكفل النفسي- الإجتماعي، و كذا يّكون المركز نفسانيين جدد يؤطّروهم و يشرف عليهم النفسانيون الدائمون، حيث يدوم تربصهم سنتين.

4-نظام التسيير

تُعقد الإجتماعات و الملتقيات كل صبيحة ثلاثاء.

4-أ- دراسة حالة: مرتان في الشهر: يعرض - حسب البرمجة - متدخلان (نفسانيان أو مساعدة اجتماعية) حالة يعالجها، ثم تكون بعد ذلك فترة للمناقشة و التغذية الرجعية.

و الهدف من عرض الحالات في المجموعة المتدخلة هي الإستفادة الجماعية و التعرف على الحالات التي يستقبلها المركز، وكذلك مساعدة الزملاء لبعضهم البعض على تكفل أنجع و إيجاد الطرق الملائمة للعلاج، و التنسيق بين العمل النفسي و الإجتماعي.

4-ب- عرض موضوع البحث: يقدم المتدخلون (مرة في الشهر، بالتناوب حسب الرزنامة) موضوع بحث يتعلق بالتكفل النفسي مدة ساعة كاملة، تليه المناقشة من طرف المتدخلين لإثراء البحث. و يهدف هذا النشاط إلى حثّ الفريق على البحث المستمر في الأدبيات المتعلقة بعلم النفس بصفة عامة و العلاج النفسي بصفة خاصة.

4-ج- الإشراف (مرة في الشهر لمدة 3 ساعات): يوفر المركز حصة إشراف (Supervision) للمتدخلين تقوم بها محللة نفسانية لها تجربة طويلة في الميدان من أجل مساعدة الفريق على تجنب الإحترق المهني و كذا من أجل تجنب الأخطاء المهنية.

يعتبر الإشراف فضاءً خاصاً بالمتدخلين للتعبير عن انشغالاتهم، سواء كانت مهنية أو شخصية و لطلب التوضيح و الإستفسار حول العمل العلاجي.

يمكننا القول أن العمل في المجموعة يساعد النفساني-و المساعد الإجتماعي- على تحسين طرق مساعدته و يتلقى كذلك الدعم و المساعدة من طرف الزملاء مما يقوي و ينمي فيه العزيمة والنشاط و روح الإستمرارية.

4-د- اجتماع التنسيق، وهو خاص بالمتدخلين الدائمين و المسؤولين، ويهدف إلى الحرص على التسيير الحسن للمركز و الأعمال الإدارية و الإتصالات و التسيير المالي...

5- استثمار المركز

منذ بداية فتح المركز في أفريل 2000، بدأت النساء تترددن بكثافة على المركز، و تأتين قبل الموعد، تبقيين في قاعة الإنتظار (في البداية مع أولادهن قبل فتح قاعة اللعب) و تتبادلن الحديث. فأصبحت قاعة الإنتظار (بالنسبة للنساء) فضاءً مميزاً للتقاسم و التواصل، وأحياناً، تأتين فقط (دون موعد) للتحية و للطمأنة بأننا (الفرقة) لازلنا متواجدين بالمركز.

و سرعان ما استثمرت النساء الفرقة العاملة كلها - الحرفيين- بكثافة و بقوة: حيث تسألن عن كل واحد منا، و تُبلغن الغائب منا السلام، تأتين بالحلوى و تتلقى القبلات... فأصبح المركز مكاناً مفضلاً للتبادل، يشبه المنزل العائلي.

يمكننا القول أن وظيفة هذا الفضاء أصبحت شبيهة بوظيفة الأم الحانية و الإحتاوية التي تسهر على الإسناد و توفير الطمأنة لابنها و تضميد الجروح.

يحتل المركز مكاناً خاصاً لإعادة التنظيم المكاني- الزماني لدى الضحايا، و بالتالي فهو معلم (repère) مهم يساهم في إعادة التنظيم النفسي الذي هُدم وانكسر بسبب

العنف المقصود، كما يسمح كذلك بإستعادة نزوات الحياة و النرجسية بما أنه هناك هيئة تعترف بهم، تستمع إليهم وتساندهم (F. arrar, et. al.، 2001).

يمكننا التنويه بأن هذا النوع من الإستثمار و الإلتزام لم نجده حسب معلوماتنا في أماكن أخرى، فهو فريد من نوعه نظرا للأحداث الصادمة التي عاناها السكان بالمنطقة.

6- المعاش النفسي للفرقة في البداية:

نريد أن نعطيَ لمحة عن المعاش النفسي للفرقة في بداية العمل مع ضحايا العنف المكثف، في منطقة سيدي موسى و ضواحيها.

كان هناك إقبال كبير من طرف الضحايا في بداية العمل مع ضحايا العنف المقصود بمنطقة سيدي موسى و ضواحيها، لاسيما من طرف النساء و أبنائهم¹. وجدنا أنفسنا نحن كفرقة، مُجتاحين أمام كل طلبات العدد الهائل لطالبي المساعدة سواء أكانت سيكولوجية، اجتماعية أو قانونية.

كانوا يطلبون المواعيد في مكتب الإستقبال عند تقدمهم للمركز و عند تصريحهم لسبب طلب المساعدة (ملء استمارة خاصة من طرف السكرتيرة)، يشرعون في سرد كل الحكاية من بدايتها إلى نهايتها دون توقف، و كل ما عاشوه أثناء الفترة " الدموية "، ويتم كل هذا في مكتب السكرتيرة قبل أخذ الموعد مع الإحترافيين.

و كما رأينا في الجانب النظري، أن من بين سمات المصدومين هي تلك التكرارات و الإجترازية و عدم الاحتواء، فيبدون لأول وهلة أنهم مُجتاحين envahissants بكلامهم و بوجودهم و ترددهم على المركز. كانت السكرتيرة تتلقى كل حكاياتهم و الشكاوى و الوصف المكثف و المروع لما عاشوه ، فهم يصفونه بصفة مادة خام ، دون وسيط ، و لا صاد إثارة. لم تكن السكرتيرة مستعدة لسماح هذه البشاعة رغم أنها من المنطقة نفسها، كما أنها غير متدربة في الصدمات حتى تستطيع التنبؤ ومحاولة إيقافهم لئلبغهم أن كل ما يقولونه ينبغي أن يكون في مكتب الإستشارة النفسية أو القانونية أو مع المساعدة الإجتماعية (حسب الطلب). كان هؤلاء الضحايا في حالة من الفيض (débordement) لا يُحتمل، فعانت السكرتيرة بسبب ذلك إنهاكا و تعباً شديدين. مما اقتضى الأمر أن تضع الهيئة المسؤولة بعض القوانين حتى "تحمي نفسها" من هذا الفائض ومن التدفق المشحون للإنفعالات المؤلمة و المروعة من طرف الضحايا، مثلا تدربت السكرتيرة على أن تقول لهم في البداية، أنها ستأخذ بعض المعلومات الأولية مع سبب طلب المساعدة لا غير، ثم تُحدد لهم موعدا حسب طلباتهم، وتطلب منهم أن يُوجلوا ما يريدون قوله إلى غاية الموعد المحدد، أين

(1) لم يكن هناك تردد كبير على المركز من طرف الرجال، رغم تأكيد النساء بأنهم في معاناة شديدة.

سيكونون في مكتب "مغلق" نظرا لسياسة المركز فيما يخص التكتّم و السرية والمحافظة على إطار خاص " نحن لا نقشي بأي حال من الأحوال مضمون أقوالكم و لذا يجب أن تتكلموا في المكتب مع المختص (ة)". تمكّن الضحايا بفضل هذه "الخطة" من فهم (نوعا ما) العمل في إطار خاص، كما استطاعوا التحكّم و السيطرة على تلك "الفيضانات" الشفوية والإسهاب في الكلام، أو بما يسمى "بالإسهال الشفوي". كان من الضروري احوائهم و حمايتهم من التوهان.

ما سبق ذكره أعلاه، عاشه كذلك النفسانيون و المساعدات الإجتماعيتان، آنذاك في بداية العمل مع الضحايا، لكن بدرجة أقل مما عاشته السكرتيرة، و ما ساعد الفريق هي تلك الاجتماعات الأسبوعية و الإشراف الشهري و التكوين المستمر.

تسمى هذه الظاهرة في أدبيات الصدمات النفسية بالصدمة الثانوية (trauma secondaire) (Figley 1993 ، Yassen ، 1995 ، Bell ، 1998 ، 1999 ، Pearlman ، 2003 ، Mc cann ، 1990 ، C.Bouatta ، 2008) و هناك من ينعته بالصدمة بالنيابة (vicarious trauma أي trauma par procuration) (Figley، 1995، Pearlman، 1995، Saakvitne ، 1995). و تُعرّف بأنها " تلك التغيرات السلبية التي تحدث عند عمال المتدخلين في المساعدات الإنسانية (travail humanitaire) عند مشاهدتهم لمعاناة الآخرين. هناك تغيرات إيجابية و لكن هناك كذلك ظواهر سلبية عند البعض، تعتبر هذه التغيرات السلبية ثمن العناية بالآخرين الذين يعانون ألما و جروحا و حاجيات معتبرة.

إن الصدمة بالنيابة هي صيرورة التغيير الذي يحدث، لأن الفرد يهتم بالآخرين و يشعر بأنه مسؤول و ملتزم بمساعدتهم. إلا أنه؛ مع مرور الزمن، قد تؤدي هذه العملية إلى تغييرات سيكولوجية و جسمية و روحية لدى المساعدين، و يظهر عليهم الإنهاك المهني مع أعراض الصدمة الثانوية التي تشبه أعراض PTSD .

تكلّم عدة مؤلفين عن تجاربهم الشخصية عند العمل أثناء الكوارث و بعدها في المساعدات الإنسانية، فاقترحوا استراتيجيات للوقاية و للتدخلات الحامية، نذكر منها : الإشراف، دعم الجماعة، حجم العمل، محيط العمل و التكوين، موارد العناية الشخصية (Yassen ، 1995).

تزايد الإهتمام بظاهرة الصدمة بالنيابة و بالتأثر الانفعالي لدى الإحترافيين العاملين مع الناجين من الصدمات، حيث ظهرت عدة مفاهيم، مثل التقمص العاطفي المبالغ (empathie exagérée)، الإعياء العاطفي (fatigue de compassion)، الضغط الصدمي الثانوي (Bell ، 2003)، و تمت مناقشة هذه المفاهيم و أثارت جدالا كبيرا. نلاحظ في النهاية، أن معظم الأدبيات الراهنة تستعمل مفهوم الصدمة بالنيابة (trauma vicariant).

تشبه كما ذكرنا أعراض الصدمة بالنيابة، أعراض PTSD الأولى، إلا أن الصدمة لم يعيشها الفرد مباشرة بصفته ضحية، وإنما من خلال قصة الضحية المباشرة (Figley، 1999).

درس Figley (1983) نقل أعراض PTSD من الضحية الأولى إلى أفراد العائلة نفسها، (transmission intergénérationnelle et intrafamiliale) وهذا ما وجدناه في عملنا العيادي بسيدي موسى، نذكر على سبيل المثال ذلك المراهق الذي كان عمره سنة واحدة عندما حدثت مجزرة الرايس ليلة 29 أوت 1997، أصبح يعاني عندما صار عمره حوالي 10 سنوات، كل أعراض أخته الكبرى التي كان عمرها 4 سنوات أثناء أحداث رايس والتي كانت لها كل أعراض PTSD¹. قال لنا في بداية العلاج النفسي أنه لا يتذكر شيئاً، لكن أكد لنا بعدها أنه يمر بنفس الآلام والكوابيس والمخاوف ونوبات الهلع والقفز... كان طلب المساعدة آنذاك (في 2007) لأسباب متعددة غير واضحة في الحقيقة، أمّا عند مقابلته من أجل بحثنا هذا في شهر أكتوبر 2010، صرّح لنا أنه دخل في صراعات كبيرة مع أوليائه، وأنه لا يركز في الدراسة، بل يرغب في الخروج من المدرسة، وأن لديه مشاكل عائلية حادة.... يظهر جلياً من خلال هذا المثال أنه ليس بالضرورة أن يعيش الفرد حدثاً صادمًا مباشرة حتى يمكننا التنبؤ بتكوين أعراض PTSD لاحقاً، بل قد يصاب الفرد عن طريق النقل من طرف الآخرين، أو من خلال طرق أخرى مثل الإعلام ومشاهدة التلفاز الخ.... (كما رأينا في الفصل الخاص بالصدمة).

لنعود إلى المعاش النفسي عند العاملين بالمركز، لنلخص بأننا (كفرقة) كونا استراتيجيات للحماية ضد الضغوطات ولكن هذا لا يعني أن الفرقة لم تمر بأزمات ومعاناة، ولا زالت، نظراً لثقل العمل مع الضحايا، والدليل على هذا أن هناك من لم يبق طويلاً في المركز. فشاهد المركز عدة تغيرات ورحيل عدة نفسانيين، هناك من غادر لأسباب مهنية، ليعمل في المؤسسات الوطنية، وهناك من ذهب إلى الخارج، والبعض الآخر للدراسة.... لكن كلهم غادروا إلى حد بعيد بسبب إشكالية العمل مع الضحايا والشعور بالإنهيال والعجز.

بقي من الدائمين في المركز نفسانيتان: الباحثة ومديرة المركز اللتان تعملان به منذ افتتاحه في أبريل سنة 2000، ونفسانية أخرى، التي تعمل به منذ ديسمبر 2000، والمساعدتان الإجتماعيتان، اللتان تعملان به منذ 2005، أما بقية النفسانيين، فقد تغيروا. وهذا التغيير في الحقيقة عبارة عن تجديد، الذي يُعتبر إيجابياً لأنه أعطى فرصة للنفسانيين الشباب للممارسة العيادية والتكوين المستمر الذي يعود بالفائدة حتماً على المساعدة النفسية.

¹ تبين لنا أنّ له أعراض PTSD من خلال مقابلتنا معه في إطار بحثنا هذا.

7-نشاطات المركز خلال الفصل الأول لسنة 2010:

إن إشكالية الصدمات النفسية من جراء العنف المقصود معقدة لأن العواقب تبقى لزمناً طويلاً، و تنتقل عبر الأجيال. لازنا نستقبل أشخاصاً مصدومين و حتى الأطفال الذين لم يولدوا خلال العشرية السوداء، هم كذلك يعانون أعراض الضغط ما بعد الصدمة، فـلا عن الأولياء و الإخوة، و هذا ما يسمى بانتقال الصدمة داخل العائلة و عبر الأجيال (Figley، 1999).

نظراً لهذه الأسباب، لازالت منطقة سيدي موسى تعاني من شتى مشاكل، منها نفسية و إجتماعية و اقتصادية، مشاكل دراسية و البطالة، الخ. من أجل مساعدة السكان، يقدم مركز المساعدة النفسية نشاطات و خدمات متنوعة في إطار العمل الجماعي مع إشراك الهيئات المحلية.

سنعطي فيما يلي لمحة عن نشاطات المركز خلال السداسي الأول من سنة 2010، لنبيّن مدى أهمية العمل مع ضحايا العنف المقصود، و أن هؤلاء الأفراد يحتاجون إلى تكفل متعدد التخصصات، حيث يتم "تجنيد" كل الموارد و الطاقات المتوفرة في المجتمع المباشر.

توجد أهداف عامة و هي مساعدة السكان الذين هم في معاناة على استعادة التوازن الفردي والإجتماعي و العائلي و استرجاع الكفاءات و الموارد الشخصية و الجماعية، و أهداف خاصة، نذكر منها التكفل النفسي، حسب نوع العلاج، فردي، جماعي أو عائلي، مساعدة ضحايا العنف على إرصان معاناتهم و على استرجاع الثقة في النفس، و على إمكانية استعادة القدرة على العمل الفعلي و تقرير المصير.

– الهدف الأول خلال السداسي الأول 2010 :

تحسين الوضعية النفسية الإجتماعية لضحايا العنف.

- أ – التكفل الفردي.
- ب – التكفل الجماعي.
- ج – الإحالة نحو الهيئات المختصة.
- د – زيارات إلى البيوت حتى تتمكن المساعدة الإجتماعية من تحديد نوع إستراتيجية المساعدة و التدخل الملائم.
- هـ – التنقل للهيئات المختصة من أجل الذين هم بحاجة إلى التدخل، لحل مشاكلهم المتعددة.

-الدعم الإجتماعي : نذكر مثلاً أنواع الدعم الإجتماعي :

- مرافقة المستفيدين نحو الهيئات المختصة.
- إحالة الأشخاص نحو الأطباء و مخابر التحليل و المستشفيات ومرافقتهم إذا اقتضى الأمر ذلك.

- مساعدات إدارية: مساعدة الضحايا على حل مشاكلهم أي قضايا تخص البلديات، المحكمة، الوزارة، CNAS، DAS، طلب السكن... الخ.
- تكوين و إدماج مدرسي: مساعدة التلاميذ على إعادة إدماجهم في المدرسة بعد طردهم، و تسجيل التلاميذ الذين تركوا المدرسة في مراكز التكوين، مساعدة التلاميذ بالأدوات المدرسية و التدخل إذا كانت لديهم مشاكل مدرسية.
- إدماج اجتماعي و مهني: التدخل لمساعدة الشباب لدى مكتب التوظيف ANEM، ANGEM، المؤسسات... الخ.
- التعامل مع الجمعيات و المراكز المختلفة.
- الدرك الوطني، مكتب الضحايا.
- طلبات متنوعة (اللباس، طلبات خاصة بالأعياد والمناسبات الدينية مثل الزكاة، رمضان و الدخول المدرسي) و أحيانا تطلب بعض الفتيات، عند زواجهن، مساعدة لتحضير "الجهاز"، هنا، يتم إحالتهن نحو أشخاص في الشبكة الإجتماعية التي يعمل معها المركز مثل شبكة "wassila".
- الاستشارة القانونية.
- الإحالة إلى الأطباء النفسانيين.....

-العمل في الشبكة :

- بذل العاملون في المركز منذ 2006، و لاسيما المساعدتين الإجتماعيتين، مجهودات جبارة من أجل توسيع و تطوير شبكة خاصة بالمركز، و تتضمن في الوقت الراهن عدة هيئات، سواء عمومية أو خاصة، نذكر :
- الشبكة الإدارية : البلديات، الدائرة، الولاية، مكتب الضحايا، الشرطة، الوزارات، المحكمة، مكتب حقوق الإنسان، CNAS، CNR، SOEMO، DAS، CASNOS.
 - الإدماج الإجتماعي : مكتب اليد العاملة (ANEM) الشبكة الإجتماعية، العمل في البيت، مؤسسات، ANGEM، ANSEJ، CNAC.
 - التربية : روض الأطفال، المدارس الإبتدائية و التكميليات و الثانويات، دار الشباب، وحدة الكشف المدرسي (UDS).
 - التكوين : CNEP-D، CFPA، (مراكز التكوين في سيدي موسى، براقي، الكاليتوس، الأربعاء و بوقارة) .
 - الرياضة و الترفيه.
 - المركز الثقافي، دار الشباب، متحف الفنون الجميلة، حديقة التجارب.
 - الشبكة الطبية : مركز الصحة، العيادات المتعددة الخدمات، المستشفيات، عيادات خاصة، مخابر التحاليل الطبية.

- الجمعيات و المراكز الطبية النفسية البيداغوجية (CMP).
- مراكز الإستقبال، مراكز إعادة التربية (القصر)، مراكز الشيوخوخة (EPAH).
- مراكز استقبال النساء ضحايا العنف.
- الجمعيات المختلفة : مثل جمعية الأمراض المزمنة، مرض السيدا، المخدرات، ضحايا الإرهاب، حماية الطفولة، جمعيات شبانية SOUK، الخ...
- مراكز الإصغاء للأشخاص في معاناة (بما فيها الدرك الوطني، مركز النقابة الوطنية).
- المنظمات العالمية
- العمل المجتمعي travail communautaire الذي يتضمن العمل و الإتصال وتأسيس العلاقات خارج المركز من أجل توسيع الشبكة التي يعمل معها المركز، بالإضافة إلى تنظيم و المشاركة في النشاطات التحسيسية و التكوينية سواء داخل أو خارج المركز.
- تأطير و تكوين الإحترافيين بالمركز:
 - أ) من أجل التسيير و الحرص على تحقيق أهداف المركز، تُعقد اجتماعات كل صباح يوم ثلاثاء من أجل مناقشة الممارسات العيادية و الإجراءات التي تقوم بها المساعداتان الإجتماعيتان، و هذا حسب البرمجة السنوية :
 - حصة تقديم الحالات و عروض بعض المواضيع حسب الرزنامة المسطرة مسبقا.
 - حصة الإشراف.
 - حصة تنسيقية.
 - ب) تكوين مستمر للفرقة من خلال الدورات التكوينية المختلفة مثل تقنيات الإسقاط، "تكوين الشبكة" ، تكوين في الإرشاد النفسي، EMDR، الاسترخاء... الخ.
 - ت) تربص و تأطير الطلبة من قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا مع المشاركة مع جامعة الجزائر 2.

-الهدف الثاني :

تحسين التكفل بالأطفال و المراهقين و حمايتهم:

- التكفل بـ 31 طفلا في قاعة اللعب من سن 6 إلى 12 (16 إناث و 15 ذكر) من طرف نفسانية و متربصة في السنة الرابعة علم النفس العيادي.

قاعة اللعب هي فضاء للإبداع و الترفيه، بتأطير من النفسانيين، الهدف هو إنشاء جو يمكن الأطفال من التعبير من خلال عدة طرق : الرسم، الموسيقى، المسرح، القصص، ألعاب مختلفة، أشغال يدوية و مشاهدة أفلام خاصة بالأطفال.

يسمح هذا الفضاء للأطفال بالتعامل في مجموعة و اكتساب مهارات متنوعة واحتوائهم، فهو "جرعة من الأكسيجين" في منطقة تنعدم فيها وسائل الترفيه و اللعب و الإرتياح.

-النشاطات السنوية :

○ احتفال خاص بحضور الأمهات و أطفال آخرين، و يشجع هذا النشاط على التفتح على قاعة اللعب و إدماج أطفال جدد. تُقدم خلال الحفلة نشاطات من طرف الأطفال، مثل الأغاني، الأناشيد، عرض الرسومات الخ.. و في النهاية يقدم مهرجان من جمعية "الإبداع الثقافي" عرضا ليمتع الأطفال و الأمهات " بسحره".

○ زيارة إلى المسرح الوطني لمشاهدة مسرحية (كان العدد 44 طفلا) تحت عنوان "المعلم الفاضل".

○ الإحتفال باليوم العالمي للطفولة: احتفال خاص مع نشاطات متنوعة (غناء، رقص، مع تقديم المركز لكعكة ضخمة، (مهداة من طرف متبرع)، كانت الأمهات و أطفالهن الصغار حاضرين، و هذا لإشراك الأمهات اللواتي انبهرن أمام أداء أطفالهن.

-إعلام و تحسيس الأطفال حول حقوق الطفل: أيام تحسيسية نشطتها المحامية و نفسانية و مساعدة اجتماعية بحضور الأمهات.

-يوم تحسيسي حول الإعتداءات الجنسية، كذلك بحضور الأمهات (في المركز و في بعض المدارس دائما).

ملاحظة : (تتم الأيام التحسيسية بالمركز و كذلك في المدارس).

-تكوين المؤطرين في المدارس الإبتدائية و مراكز التكوين (سيدي موسى، بوقرة، الكاليتوس، براق، الأربعاء).

يتمضمّن محتوى التكوين عدة مواضيع مثل : علم النفس الطفل و المراهق، حاجياتهم، وكيفية التعامل مع مشاكلهم....، تسيير الضغط و القدرة على التحكم أمام الأحداث الصعبة، كيفية التعامل مع التلاميذ، كيفية تحفيز التلاميذ، العنف في المدارس و خارجها.

-تكوين الأمهات "كسفيرات" من أجل راحة الأطفال خلال السداسي الأول 2010 : كانت المجموعة تتكون من 12 امرأة لهن أطفال، إما في قاعة اللعب، أو في العلاج النفسي. والهدف من تكوين هذه المجموعة هو منح فضاء خاص بهن للتعبير عن

حاجياتهن وانشغالاتهن مع أطفالهن و في عائلتهن. تشبه هذه المجموعة مجموعة الكلام، و لكن الهدف منها ليس علاجيا. يسمح لهن هذا الفضاء بالتعرف على نمو الطفل و الصعوبات المتعلقة بكل مرحلة، فهم كيفية التعامل مع القضايا التي تشغلهن في مجموعة. أطرَ ونشط هذا الفضاء، نفسانية ومساعدة اجتماعية، أين نوقشت عدة محاور اقترحتها المجموعة.

-فضاء للنساء: تخصيص فضاء للنساء في قاعة الإنتظار، ويسمح لهن هذا الفضاء بالتبادل وتقاسم تجارب من أجل الخروج من العزلة، و هي فرصة لتكوين علاقات جديدة مع المستفيدات من المركز.

ملاحظة : تأتي النساء دائما برفقة أطفالهن الصغار، حيث خصص لهم كذلك فضاء خاص يلعبون فيه، تحت اشراف أمهاتهم.

الهدف الثالث :

تحسيس الشباب والمراهقين بتبني سلوكيات تنبذ العنف بكل أشكاله (العنف المكثف، المنزلي و المتعلق بالجنس...). -عرض سلسلة من الأشرطة و الأفلام حول الموضوع في مراكز التكوين المهني و المراكز الثقافية في المنطقة، مع المناقشة من طرف احترافيين من أجل التوعية ومنح الكلمة للشباب للتعبير بحرية عن أفكارهم و انشغالاتهم.

-فضاء خاص بطلبة الثانوية، جرت العادة أن يوفر المركز فضاء خاصا كل سنة لمساعدة الطلبة المقبلين على امتحان البكالوريا للمناقشة و الإعلام و المساندة النفسية من أجل تسيير الضغوطات و المخاوف أثناء فترة مراجعة البرنامج. يتم اللقاء في المركز، أين تُخصص حصص لهم، على شكل "مائدة مستديرة" تنشطها نفسانية و مساعدة اجتماعية. تعطى لهم أولا بعض المعطيات العلمية و التربوية من باب توعيتهم و تحسيسهم، مثل : العوامل الداخلية و الخارجية المساهمة في النجاح أو الفشل (نظرية الإنساب) العوامل العائلية و توقعات الأولياء التي تزيد من قلق الطلبة الذين يتخوفون من عدم النجاح و بالتالي من خيبة أمل الآباء فيهم. بالإضافة إلى منح بعض المعطيات و النصح حول التغذية و النوم خلال الأسابيع الأخيرة و أثناء الإمتحان، ثم يفتح المجال للمناقشة و التفسير. و الهدف في النهاية هو الوصول إلى نوع من "تحرير" الطلبة من بعض الإعتقادات اللاعقلانية عن النجاح و الفشل، وكيفية تسيير الإنفعالات بفعالية في الحالتين حتى يتمكنوا من الإسترجاع و الإستعداد للسنة الموالية-في حالة الفشل- لإعطاء الأمل. و لوحظ أن أغلبية الطلبة "يتجمدون" كأنهم في حالة تفكك أمام ورقة الأسئلة أثناء الإمتحان بسبب تلك الأفكار و المخاوف التي رسخت منذ زمن، و بالتالي إذا أقبلوا على الإمتحان بأفكار جديدة، فالضغط يخف و تقل الوسوس و يسترجعون القدرة على التفكير و تذكر ما حضروه خلال السنة.

أما الفضاء الثاني فهو داخل الثانوية ، إذ يتم فيه التحسيس و الإعلام و المساندة، بنفس المنهجية، بحضور نفسانية الثانوية.

إعلام و تحسيس حول مواضيع مختلفة مثل :

○ تحسيس النساء حول الصحة و بعض الأمراض مثل : السرطان،
الوقاية بصفة عامة، الكشف المبكر.

○ مشاريع و استقلالية النساء اقتصاديا : كيف يمكن للمرأة أن توظف
قدراتها و خبرتها في ميادين مختلفة : الخياطة، صنع الحلويات،
الطرز... الخ، لتكوين مشروع مصغر يساعدها على الحصول على
مدخول مالي واستعادة الكرامة الذاتية و التحرر نوعا ما من
التبعية.

-تحسيس الشباب : في مراكز التكوين و مراكز الثقافة حول عدة مواضيع رفقة
احترافيي المراكز و كذلك خارجها.

- الهدف الرابع :

تعزيز القدرات المهنية لدى العاملين مع ضحايا العنف: تم التعرف على النفسانيين
بمنطقة سيدي موسى و ضواحيها و عُقدت عدة لقاءات معهم للعمل حول كيفية
مساعدهم من طرف المركز، فكان الإتفاق حول سلسلة من التكوينات التي يوفرها
مكتب التكوين والتدريب (CFP) بدالي إبراهيم التابع لجمعية SARP ، و حضور
حصص الإشراف (supervision) مرة في الشهر في مركز المساعدة النفسية
بسيدي موسى. و الهدف من كل هذا ، هو مساعدة الإحترافيين بالمنطقة، على العمل
في مجموعة أخرى من الأخصائيين و تقاسم الخبرات، و يُسمح لهم بهذا الخروج من
العزلة و الإستفادة من تكوين إضافي يمكنهم على تطوير طرق المساعدة و كذلك
الحماية من الإنهاك المهني الذي يعاني منه الكثير من هؤلاء العاملين في مناطق
تضررت من العنف المكثف.

قدمنا صورة عن الخدمات التي يقدمها مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى خلال
السداسي الأول من سنة 2010 ، لإبراز مدى أهمية التدخلات النفسية -الإجتماعية
والقانونية عند العمل مع ضحايا العنف و ضرورة العمل في المجتمع مع كل
الشرائح، ليس فقط مع من "يدق" باب المركز، فهو عمل شامل و طويل المدى.

سنرى في الفصل الموالي منهجية البحث مع عرض الأدوات المستخدمة في دراستنا
الميدانية.

الفصل السابع

منهجية البحث

1-منهج البحث

2-مجتمع البحث

3-معايير إنتقاء مجموعة البحث

4-عينة البحث الفعلية

5-أدوات الدراسة

6-الأساليب الإحصائية المستخدمة

7-خطوات الدراسة

8-صعوبات واجهت الباحثة أثناء الدراسة

1- منهج البحث:

إتبعنا المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته مع طبيعة دراستنا. يتناول المنهج الوصفي التحليلي دراسة أحداث و ظواهر و ممارسات قائمة و مُتاحة للدراسة دون أن يتدخل الباحث في مُجرياتها، و على البحث أن يتفاعل معها بالوصف و التحليل. و يعتبر هذا المنهج طريقة في البحث عن الحاضر للإجابة عن تساؤلات محددة دون تدخل من طرف الباحث في ضبط المتغيرات أو إدخال مُعالجات جديدة، و إنما يدرس ما هو موجود أو كائن.

2-مجتمع البحث:

يتكون مجتمع البحث الأصلي من جمع كل الأطفال الذين استفادوا من التكفل النفسي في مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى (CAP)، من فترة سنة 2000 إلى غاية 2007، و الذين كانت تتراوح أعمارهم آنذاك بين 06 و 12 سنة عند طلب المساعدة. و العدد الإجمالي كان حوالي 250 طفلا(بين 06 و 12 سنة)، بما فيهم الذين غادروا المركز بعد إنتهاء التكفل أو لم يعودوا بعد عدد من الحصص؛ لأسباب مختلفة. كان كل الأطفال متدرسين و أتوا من المناطق المجاورة بسيدي موسى و تضررت كلها من أعمال العنف المقصود، و هي: وسط سيدي موسى، أولاد علال، أولاد سلامة، زواوي، لهوارة، الأربعاء، راييس، دهيمات، بوقرة، لبعزيز، روندا، الكالتوس، مفتاح، براق، و بن طلحة.

3-معايير إنتقاء مجموعة البحث:

تم إنتقاء مجموعة البحث، بطريقة مقصودة، من المجتمع الأصلي المتمثل من 250 طفلا، أثناء فترة 2000-2007، قد إستفادوا من المساعدة النفسية حسب المعايير الآتية عند دراسة ملفاتهم:

- تعرض الأطفال إلى أحداث العنف المقصود بطريقة مباشرة أو غير مباشرة؛
- يعانون صدمات نفسية، حسب تشخيص النفسائي؛
- قد إستفادوا على الأقل من 06 حصص علاجية؛ فما أكثر؛
- تتراوح أعمارهم؛ عند طلب المساعدة؛ بين 06 و 12 سنة؛
- لم يعان الأطفال تخلفاً عقلياً.

4-مجموعة البحث الفعلية:

إعتماداً على القائمة التي تحصلنا عليها من خلال جردنا للأطفال الذين إستفادوا من التكفل النفسي في المركز؛ شرعنا في الإتصال بهم؛ حسب المعلومات الشخصية الواردة في ملفاتهم؛ مثل رقم الهاتف و/أو عنوان المسكن؛ خلال بداية شهر جويلية؛

2010 ، لتطبيق SCL-90-R و QOLS¹. فعدد مجموعة البحث النهائي لم يُحدد بعد لأنه كان مرتبطاً بوجود أو عدم وجود هؤلاء الأطفال الذين أصبحوا الآن، إمّا مراهقين؛ أو شبان، في بداية الرشد، أو بما يُسمى بالشباب الراشد. و لهذا السبب، لم يُحدد العدد الفعلي لمجموعة البحث، لكننا كُنّا مُدركين بأنه كلما تكون مجموعة البحث كبيرة، كلما يمكن ضبط النتائج إحصائياً، كما يمكن أن تكون مجموعة البحث ممثلة للمجتمع الكلي المستهدف. فكان إذن تطبيق المقياسين مشروطاً بموافقة المستفيدين و بقدمهم إلى المركز. استمرت محاولات الإتصال إلى غاية آخر أكتوبر 2010؛ حيث توقفنا عن التطبيق، فوصل عدد مجموعة البحث الفعلية إلى 30 شخصاً، و قد استثنينا حالتين لسبب عدم توفر المعايير التي عرضناها أعلاه: الحالة الأولى؛ إنتبهنا أن سن طلب المساعدة كان في المراهقة و ليس في مرحلة الكمون. أمّا الحالة الثانية، فكان لها تخلف عقلي.

عند إتصالنا بهؤلاء الأطفال الذين إستفادوا من التكفل النفسي عن طريق الهاتف، و أحياناً عندما تُرسل لهم من طرف أهلهم الذين لازلوا يواصلون العلاج أو التردد على المركز لمختلف الأسباب، سيما المساعدة الإجتماعية أو الإستشارة القانونية، كُنّا نقول لهم ما يلي: " رانا نعاودوا نشوفوا الأطفال لشفناهم من قبل باش نعرفوا كيفاش راهم ملي خالصوا العلاج من المركز، باش نقدرنا نساعدوا أطفال آخرين، لازم تكون عندنا فكرة عليكم إذا راكم تحسنتوا في حياتكم و قرابتكم، أنتم تعاونونا باش نعاونوا دراري و حَدّ آخرين". كان هناك ترحيباً بالفكرة من طرف الأولياء الذين تمكنا من الإتصال بهم. سنعود إلى هذا المحور عند عرضنا صعوبات البحث.

5-أدوات البحث :

خلال العشريات الأخيرة ، أصبح استعمال تصنيف الإضطرابات العقلية وصفاً باستعمال طرق تقييمية مقننة و مُعايرة (Myers و Winters، 2002)، يعود السبب وراء هذه التطورات السريعة في هذا الميدان إلى الحاجة إلى الثبات و الصدق اللذان يمكن من خلالهما أن يتفق الأطباء حول مجموعة من الأعراض عند المريض، و بالتالي، يمكنهم تصنيف وصفي ثابت (fiable)، و تسمح المناهج المعيارية (méthodes standardisées) مثل سلم التقييم (les échelles) بمقارنة ثابتة و تقديم النتائج في البحث في الطب العقلي (Corcoran و Fischer ، 2002). يُلاحظ أن هناك بعض المواصفات التي تتطلب تقييماً ملائماً و مفيداً و تتضمن القابلية للتغيير و التنوع و التفسير، نذكر المواصفتين المهمتين في القياس النفسي عند استعمال سلم التقييم و هما الثبات و الصدق.

¹سنقدم الأداةين في 5-أ و 5-ب بالتفصيل لاحقاً.

يقلل الثبات الأخطاء العشوائية و يقلل الصدق من أخطاء سلم الترتيب، و يعتبر تقييم الثبات و الصدق سلم الترتيب مفتاحا للحكم على قيمة لهدف خاص (Blacker و Endicott، 2000).

إن استبيانات (questionnaires) التقارير الذاتية هي سلالمة للترتيب، لها مواصفات فريدة ، تعتمد على حكم المستجوب بما أنها حساسة لعوامل التطبيق و المحيط و الثقافة و اللغة (Babor et.al، 1990)؛ و يجب أن يصادق عليها مع كل عينة جديدة بمراعاة اللغة و الثقافة التي تستعمل فيها هذه الإستبيانات.

نظرا لطبيعة دراستنا التي تعتبر دراسة طولية و تقييمية للتعرف على التغيرات و تأثير المساعدة النفسية بعد سنوات من إنهاؤها، إذن المنهاج هو وصف و تحليل النتائج المتوصل إليها، لهذا الغرض، استعملنا 4 أدوات : SCL-90-R و QOLS و رانز رورشاخ و قصة الحياة – سنعطي وصفا لكل أداة و كيفية استعمالها.

5-أ- أداة مقياس قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90-R symptom checklist - 90-Revised): (انظر الملحق رقم 4).

استعملنا في بحثنا هذا، مقياس قائمة مراجعة الأعراض SCL-90-R الذي استعمل من قبل من طرف فرقة البحث في SARP في البحث الأبيومولوجي خلال سنة 1999-2000 على 652 شخصا في دالي إبراهيم و سيدي موسى ، و قد قدمنا نتائج الدراسة في الفصل الخاص بإنعكاسات العنف المقصود على السكان في الجزائر.

نذكر أن هذا المقياس طُبق في عدة بلدان، و بما أنه طبق كذلك في الجزائر، من دون صعوبة، فرأينا أنه قد يناسب مجموعة البحث. و نذكر أن هذا المقياس صممه أصلاً النفساني الأمريكي Derogatis (1973, 1977) و طوره فيما بعد. يمكن تطبيقه على الأفراد في سن 13 فما فوق ، و المستوى الدراسي هو السنة السادسة و بعدها ، و مع الأفراد الذين هم في المستشفيات النفسية، و خارجها ، و مع المراهقين (خارج المستشفى)، و أفراد يعانون أمراض عقلية غير المتواجدة في المستشفيات. يستعمل SCL-90-R من طرف النفسانيين العياديين و الأطباء النفسانيين و احترافيي الصحة النفسية ، الأطباء ، المربين. قد يستعمل من أجل أهداف البحث للأغراض التالية :

- التقييم الأولي للأفراد (patients) كطريقة للتعرف على الأعراض.
- قياس تطور و تحسن العميل أثناء و بعد العلاج النفسي للمتابعة.
- قياس نتائج و فعالية البرامج العلاجية من أجل الحصول على معلومات لمراجعة البرامج سواء على المستوى الفردي أو الجماعي.

-يساعد SCL-90-R على قياس التغيرات في الأعراض مثل الإكتئاب و القلق.

يحتوي SCL-90-R على 90 بنداً و تم تعديله من طرف Derogatis في 1986، و يعتبر المقياس في الوقت الحالي الأكثر انتشاراً و استخداماً في كثير من الدراسات في العالم.

مقياس قائمة الأعراض (SCL-90-R) هو اختبار تقرير ذاتي سيكياتري ، يتم تدرج (score) البنود في 5 درجات لسلم Likert ، و يشير إلى تواجد العرض خلال الأسبوع الأخير بما فيه اليوم الذي يطبق فيه المقياس، يأخذ التطبيق عادة 20 دقيقة على الأكثر عندما يملأ الفرد الإستبيان بنفسه.

وصف الملحق :

يعتبر SCL-90-R سجلاً (inventaire) للأعراض ، و كان مُصمماً أصلاً لقياس نماذج عرضية سيكولوجية لدى المرض في الطب و الأمراض العقلية، فيقيس الحالة السيكولوجية الراهنة للمريض و لا يقيس الشخصية. و يتكون المقياس من 09 أبعاد، هي:

- الأعراض الجسمية،(SOMA) Somatization، 12 بنداً
- الوسواس القهري،(O-C) Obsessive-Compulsive، 10 بنود
- الحساسية التفاعلية،(INS) Interpersonal sensitivity، 09 بنود
- الإكتئاب (DEP) Depression، 13 بنداً
- القلق (ANX) Anxiety، 10 بنداً
- العداوة (HOS) Hostility، 06 بنداً
- قلق الخواف (PHO) Phobic Anxiety، 07 بنداً
- البارانويا التخيلية (PAR) Paranoid Ideation، 06 بنداً
- الذهانية (Psy) Psychoticism، 10 بنود

وصف الأبعاد :

الأعراض الجسمية : وهي فئة سلوكية تتضمن الألم والضييق الذي ينتج عن مشاعر الإختلال الوظيفي للجسم، حيث تصف ما يحدث لأعضاء الجسم خاصة المعدة والجهاز التنفسي والدوري والصداع وألم الظهر – وهي أعراض سيكوسوماتية. الوسواس القهري: وهو بُعد يشير إلى وجود صعوبات معرفية وإضطرابات في التذكر وخلو الذهن من أي أفكار منطقية مع صعوبة في التركيز، و تركز على الأفكار والدوافع القهرية والأفعال التي يعاني منها الفرد بطريقة لا يستطيع مقاومتها رغم أنها غريبة عنه وغير مرغوبة منه.

الحساسية التفاعلية : وتتركز الأعراض الأساسية فيه على مشاعر القصور، والإحساس بالنقص عند المقارنة بالغير. ويتميز الأفراد ذوو المستويات العالية من الحساسية التفاعلية ببخس الذات Self-depreciation والإنزعاج والضيق أثناء التفاعل مع الآخرين، وتتصف بتوقعاتها السلبية في الإتصال بالآخرين.

الإكتئاب : ويشير إلى أعراض مزاجية تتصف بالمزاج اليائس، والسلوك الإنسحابي وضعف الإهتمام بالنشاط، ونقص الدافعية، وفقدان الحيوية وميل للأفكار الإنتحارية. **القلق** : وهو نمط من السلوك الذي يصاحبه قلق ظاهر ومرتفع مع ميل للضيق والتملل والعصبية والتوتر وتصاحبه أعراض جسمية مثل ارتجاف الأطراف ونوبات الرعب ومشاعر التشكك.

العداوة: ويشير إلى الأفكار والمشاعر والأفعال التي تخفي مشاعر التبرم ودوافع تحطيم الأشياء مثل المجادلات المستمرة والثورات المزاجية التي لا يمكن السيطرة عليها.

قلق الخواف: ويشير إلى أعراض الخوف ذات الطبيعة المرضية مثل الخوف من الأماكن المفتوحة، أو المغلقة، أو الزحام، ووسائل النقل، وسلوك الخواف الإجتماعي.

البارانويا التخيلية: ويشير هذا البعد إلى التفكير الهذائي، والعداء، والشك والإرتياب، والمركزية، والضلالات، وفقدان الإستقلال الذاتي، والشعور بالعظمة.

الذهانية : ويشير البعد إلى مجموعة من الأعراض التي يعاني منها الأفراد المرضى حيث يظهر الأفراد هلاوس سمعية، إذاعة الأفكار، والتحكم الخارجي المسيطر على أفكار الفرد، وإحجام أفكار عن طريق قوى خارجية غير منظورة.

التطبيق : يتطلب تقديم مقدمة سريعة و قصيرة للمقياس من طرف الفاحص، ولكن ينبغي إتاحة الفرصة للمستجوب لطرح الأسئلة (Derogatis، 2000) .

التعليمة : بسيطة و هي كالتالي (Derogatis) : " هناك قائمة من المشاكل و الشكاوي التي تكون عند الأفراد أحيانا، إقرأ بعناية كل واحدة منها و اختر الرقم الذي يصف بصدق أكثر كم يقلقك المشكل أثناء الأسبوع الأخير بما فيه اليوم، ضع هذا الرقم على يمين المشكل ، لا تتخطى أي بند و اكتب الرقم بوضوح، إذا غيرت رأيك، امح الرقم الأول تماما".¹

¹ عند تطبيق المقياس، فرأنا التعليمة كما وردت، ثم أعدنا الصياغة بكلمات بسيطة مع الحفاظ على المعنى الأصلي.

الزمن المحدد هو 7 أيام بما فيه يوم التطبيق، و لكن صمم المقياس ليكون مرناً، و لذا يمكن تجاوز المدة الزمنية المحددة. رغم أنه يمكن تطبيق المقياس من طرف المستجوب بمفرده، قررنا تطبيق المقياس على مجموعة البحث بأنفسنا لأننا أدركنا أن المراهقين لا يفهمون مضمون بعض البنود و حتى بعض المصطلحات، كان من الضروري إعادة صياغة الأسئلة بكلمات بسيطة مع الحرص على المحافظة على معنى المحتوى.

مجموعة البحث المستهدفة : يمكن استعمال المقياس مع مجتمع واسع يتراوح من أفراد "عاديين" إلى أفراد يعانون أمراضاً طبية و عقلية، و لا يمكن استعماله مع أشخاص في هذيان حاد أو متخلفين عقلياً.

الثبات و الصدق :

يتمتع مقياس SCL-90-R باتساق داخلي (consistance interne) بين (0.79 و 0.89) بالنسبة لعينات عيادية، كما أن ثبات الإختبار مقبول ، و الصدق الظاهري محقق، يبلغ معامل الارتباط بين المقاييس الفرعية مع بعضها (0.45) بالنسبة لعينات غير عادية (Zack et. Al، 1998، Derogatis، 2000).

5-ب- مقياس جودة الحياة، Quality of Life Scale (QOLS)

(انظر الملاحق رقم 5).

صُمم المقياس لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية من طرف النفساني John Flanagan خلال السبعينات، و طُبق على المستوى الوطني على حوالي 3000 شخصاً، في مختلف المستويات التعليمية و العمر و الإنتماء العرقي. و يذكر أن المقياس كُيفَ أصلاً مع المرضى المُزمنين (C.Burckhardt، و K.Anderson، 2003).

كان يحتوي مقياس QOLS على 16 بنوداً، ثم أضيفت بنود أخرى، حسب أهداف البحوث و المؤلفين. نستعمل في بحثنا هذا، صيغة المنظمة العالمية للصحة (OMS) التي تتضمن 32 بنوداً، نظراً لأننا قد إستعملناها في البحث الإبيديومولوجي الذي عرضناه في الجانب النظري؛ و لم نتلقى أية صعوبة مع المستجوبين، و بالتالي نزن أنه يعتبر قابلاً للتطبيق على المجتمع الجزائري. إضافة إلى هذا، استعمال المقياس في بلدان عديدة منذ ظهوره و قد برهنت البحوث المختلفة خلال تطبيقاته منذ أكثر من ثلاثين سنة، صدق و ثبات QOLS. و جدير بالذكر، أنه تم استعمال المقياس في عدة مجالات لجمع المعطيات حول الأمراض المُزمنة و (M.Becket)PTSD، (1993، F.Sainfort، R.Diamond).

يقيس QOLS إدراكات الأفراد لوضعياتهم في الحياة في السياق الثقافي و الأنظمة و القيم أين يعيشون، و كذلك حسب أهدافهم و توقعاتهم و المعايير و الإنشغالات. إن سلم الإستجابات يحدد الشدة، والتكرار، و تقييم ذاتي للحالات و السلوكات، و القدرات. و بالتالي؛ يمنح المقياس ملمحاً وفق ادراك الفرد لجودة الحياة لوضعيته الخاصة. يقيس 6 مجالات:

الصحة الجسدية، الحالة النفسية، مستوى الإستقلالية، العلاقات الإجتماعية، المميزات البيئية و الإعتبارات الدينية و الروحية.

يمكن تطبيق المقياس من طرف الفاحص أو المستجوب نفسه، و قد يستغرق حوالي 15 دقيقة على الأكثر. يطبق على الأفراد ابتداءً من سن 12 فما فوق.

فوائد QOLS:

استعمل المقياس للتمييز بين مختلف المرضى أو بين مجموعات مختلفة من المرضى، و كذلك للتنبؤ بالنتائج المختلفة للأفراد و لتقييم فعالية البدائل و الطرق العلاجية التي تم إستخدامها. إضافة إلى كل هذا؛ يستخدم من أجل تقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة بالنسبة للأفراد، مثل تأثير الحالة الصحية للفرد على قدرته بالقيام بالوظائف المختلفة في جوانب مهمة و متعددة في حياته، يمكننا أن نقول أن QOLS يشمل إحساس المريض بحالته الصحية و التي تتضمن جوانب وظيفية التي تعكس الإحساس بمدى تأثير مرض مُعيّن على الوظائف الرئيسية الثلاث: السيكولوجية؛ و الإجتماعية و الجسدية لهذا الشخص (K.Britton ، M.Wade، P.Trief، 2002).

تطبيق QOLS على مجموعة البحث: نفس الإجراءات التي قمنا بها مع SCL-90-R. كانت التعليمات كالتالي: "سوف أجوّه إليك بعض الأسئلة حول ما هو شعورك تجاه نوعية حياتك و صحتك و جوانب أخرى من حياتك. أرجوك أن تتذكر معاييرك و مسرّاتك و همومك؛ كل الأسئلة تتعلق بالأربع أسابيع الأخيرة". و قد طبقنا السلم مع إعادة الصياغة لبعض البنود التي لم يفهمها المستجوب مع الحرص على الحفاظ على المعنى الأصلي.

5-ج- رانز الرورشاخ:

لقد قمنا بتمرير SCL-90-R و QOLS على مجموعة البحث؛ رغم أن التعليمات تنص على أن الأفراد هم الذين يملأون الإستمارة، للتأكد من ملء الإستمارة بطريقة مناسبة، و لاحظنا أثناء التطبيق أن البعض لا يفهم دائماً بعض البنود، مما جعلنا نعيد صياغة البنود مع محاولة قدر المستطاع التمسك بالصيغة الأصلية. بعد تطبيق المقياسين QOLS على 20 فرداً، لاحظنا أن كلهم قد أجابوا بالإيجاب "كثيراً جداً" عن الأسئلة (في مقياس QOLS) المتعلقة بالرضا عن الحياة الشخصية، و المظهر

الخارجي، و الشعور بالأمان في مكان السكن، علماً بأن المكان كان- و لازال إلى حد ما- غير آمن خلال عُشرية العنف المقصود. أمّا فيما يخص بالمظهر الخارجي؛ نحن نعرف أن مجموعة البحث الحالية في مرحلة المراهقة و الشباب أين يكون للمظهر الخارجي إهتمام و قيمة خاصة مما يعزز نرجسية الشباب.

جدير بالذكر أنه بصفتنا ممارسين عياديين، قد لاحظنا، أثناء تطبيق الإختبارين، أن حالة المراهقين و الشباب ليست على ما يرام، و أنهم لازالوا في معاناة عديدة، مثل الفقر؛ الحالة الاجتماعية المزرية؛ معاناة نفسية؛ تحصيل دراسي ضعيف عند البعض؛ متوسط عند البعض الآخر؛ و عند آخرين؛ تسرب دراسي.

ظهر لنا كل هذا عند تعاملنا معهم أثناء مرحلة التقييم، و لكن لم يصرحوا بهذه المعاناة أثناء تطبيق المقياسين، فهم يصرحون بأنهم راضون و في حالة "لاباس"، الأمر الذي جعلنا نتساءل عن الغرض من ذلك: قد لا يرغبون في إزعاجنا أو جرح مشاعرنا، علماً بأننا قدمنا لهم المساعدة في الماضي، فهم يريدون الحفاظ علينا، رغم أن الأمور لم تتحسن منذ إنهاء التكفل النفسي. بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يجد الأفراد مشاكل في التعبير عن آلامهم، و نحن نعلم أنه من الصعب على المراهقين التكلم عن أمور شخصية لاسيما تلك المتعلقة بالأحاسيس، و قد تبين لنا هذا من خلال تكفلنا بهذه الشريحة (M.Boukhaf، 2004). و هذا ما أدى بنا إذن، إلى اللجوء إلى إستعمال رائر إسقاطي، مثل الرورشاخ، لتتعرف على الآليات الدفاعية التي يلجأ إليها هؤلاء المراهقين و الشباب، لأن بالرغم من أن المقياسين يُعتبران حياديين و موضوعيين، إلا أنهما- في رأينا- لا يقيسان التوظيف النفسي، و تجدر الإشارة إلى أنه رغم أننا إستعملنا SCL-90-R و QOLS، لا يعني أننا لا يمكننا التفتح على المقاربات المختلفة و إستعمال أدوات أخرى نستعين بها من أجل تفسير و شرح بعض الظواهر النفسية.

لمحة عن تقديم اختبار الرورشاخ

لم يكن هيرمان رورشاخ أول من وضع اختبارا اساسه بقع حبرية و لا أول من اتخذ من التحليل النفسي نمودجا لتفسير اختبار للشخصية، ولكن يرجع له الفضل سنة 1920 انه حوّل اختبارا لبقع الحبر من كونه اختبارا للتخيل الى اختبار للشخصية و اكتشافه مفاتيح تفسيرات جديدة خاصة لإستجابات الحركة و اللون (C.Chabert، 1987، D.Anzieu).

يُعد حاليا اختبار الرورشاخ من أكثر الإختبارات الاسقاطية استخداما في المجالين البحثي و العيادي المرضي نظرا لمدى ثباته و حساسيته لعوامل غامضة وسياقات

غفلت عنها المقابلة و استبيانات الشخصية الأخرى. كما لديه القدرة بالكشف على علامات مَرضية في حالة تطورية أو عوامل تدل على تطور الحالة.

يستطيع الفاحص بفضل الرائز أن يقوم بالتقدير الدينامي لإمكانات الفرد الحالية كاملة كانت أم ظاهرة، نقاطه الحساسة و حتى الوصول الى تشخيص نفسي للحالة ووضع التعيينات العلاجية و التنبؤ لها (N. Rausch de Traubenberg ، 1983).

مميزات لوحات اختبار الرورشاخ

في عشر لوحات¹ مرتبة توجد بُقع حبرية سوداء و أخرى ملونة موزعة حول محور تناظري، قامت نينا روش بالتحليل الوصفي لها على امتداد 20 سنة (1970-1990) و بدراسة المميزات الإدراكية لكل لوحة ، فخلصت الى الأبعاد التالية:

- التركيب التناظري اضافة إلى وجود عناصر لونية، هذا بالنسبة الي العنصر الإدراكي، أما فيما يخص المحتوى الظاهر، فإنه يلتزم توافق الواقع الإدراكي، الإجتماعي و التكيفي .
- ان هذين المظهرين الإدراكي و العناصر اللونية يساندان بُعدين مهمين للمثير
- البعد الحسي وهو مرتبط باللون (لوحات سوداء، رمادية سوداء / حمراء و ملونة) . هذان البعدان يكونان القاعدة الأساسية للتحليل، فيتناول التنظيم الإدراكي المعرفي للسياقات الفكرية. و تعتبر الحساسية للألوان مرتبطة بالجانب الحسي و العاطفي .

البعد البنوي

تعتبر اللوحات I، II، VI، IX و بقع متماسكة تسهل التناول الإدراكي الشامل و الموحد ، كما تسهل اسقاط الصور التي تدل على تصور الذات المرتبطة مباشرة بمفهوم الهوية التي تكون موحدة هو مشوشة . وتبعث هذه اللوحات الى اختبار الحدود بين الداخل و الخارج بين الفرد و الآخر، اذ توضح قدرة الفرد على تصور ذاته بصفة كاملة ، وذلك من خلال كمالية الفرد على تصور ذاته بصفة كاملة، و تصور صورة الجسد و تمايزها بالنسبة للآخر و الشعور بالإنتماء الذاتي ، فالفرد يكون حيزا نفسيا خاصا به من خلال عالمه الذاتي وواقعه الخاص . لكن عندما تكون التصورات غير متميزة ، والحدود غير واضحة ، فالعلاقة بين الداخل و الخارج ، الفرد والآخر، تدلّ على ذات مشوشة و غير كاملة، وفي بعض الأحيان الى حد

¹ انظر الملاحق رقم 6

الإضطراب و تجزئة الحيز الجسدي النفسي الذي يكون مضطربا او مفككا في غياب العمل الشامل لأننا الذي يؤمن الوظائف الموحدة و التمييزية .

أما اللوحات I، III و VII، فهي مكونة وفق شكل ثنائي الجوانب ، التي تستلزم العلائقية في مختلف انماطها . كالعلاقات المرآتية ، التي تبعث الى النرجسية او تلك المتعلقة بالفرد و ما يعكسه . او العلاقات الصراعية المرتبطة بالمواضيع بصياغتها اللبديية او العدوانية .

اللوحة VIII ، تعتبر هذه اللوحة على حدى ، لأنه يمكن اعتبارها لوحة متماسكة و موحدة في الوسط ، وثنائية على الجانبين . فلهذا نجد تداعيات مرتبطة بتصوير الذات، و اخرى مرتبطة بالتصورات العلائقية .

و اللوحة X ، فهي لوحة منفردة بخاصية ، أي انها مبعثرة بوجود بقع مختلفة التي تحتل كل حيز اللوحة . فهي بذلك تبعث على التفكك و التشتت من جهة ، و من جهة اخرى، تمثل أرضية لتمالك كل تلك الأجزاء، فهذه الخاصية مرتبطة كذلك مع وجود الألوان المختلفة و كونها آخر لوحة تعبر عن نهاية الاختبار.

البعد الحسي و الخصائص اللونية

تعتبر اللوحات I ، IV، V، VI و VI ، لوحات سوداء أو حتى لوحات غير ملونة لأن طابع اللون الأسود و الرمادي على خلفية بيضاء ، تعتبر جد حساسة و تبعث الى الغموض ، و بالتالي تعبر عن عواطف مقلقة و مكتئبة .

اللوحتان II و III و المسماة اللوحات الحمراء، فهي ثنائية و تحمل اللون الاحمر معا، فبروز النشاطات الجنسية او العدوانية منها ، فالاحمر يدعو الى عواطف قوية وفي بعض الاحيان عنيفة لما تحمله من تصورات رمزية

اللوحتان اللونيتان VIII و IX تستلزم عمليات نكوصية مرتبطة بألوان اللوحات و الاسترخاء التدريجي اثناء التمرير .

اما اللوحة VII فهي لوحة منفردة تتميز باللون الرمادي الفاتح ، المفتوحة على حيز واسع ابيض فهذا الشكل المجوف هو الذي يبعث الي المضمون الكامن المتعلق بالمستوي الرمزي الأنتوي الأمومي.

المضامين الكامنة للوحات

تتكون محتويات بروتوكولات " الرورشاخ " من اجابات لفظية لتعبر عن مجموعة من الصور، و هذه الإجابات تأتي في تسلسل له دلالة، اذ انطلاقا من بقعة حبر يستطيع الفرد (المفحوص) ان يربطها بتصورات ادراكية واخري رمزية .

فيمكن لهذه الإجابات أن تركز علي مواضيع خاصة، فتعبر عن انشغالات المفحوص و متاعبه . حيث نجد بعض المواضيع تعود بصفة منتظمة مما اثار اهتمام العياديين و تساؤلهم عن المحتوي و المضمون الرمزي الهوامي و كذا العاطفي لاختبار " الرورشاخ " .

حاليا لم يعد اختبار " الرورشاخ " كمادة حيادية او فارغة او يستعمل بصفة عشوائية. بل هو موضوع مرتبط بالواقع رغم انه مبهم و غير واضح علي مستوى الادراك، انما يتميز بخصائص تسهل عمل التداعيات وفق رمزية معينة .

مع بداية تحليل للوحات "الرورشاخ " اقترح عدد من المؤلفين تفسيرات رمزية منهم؛ Shaffer،Minkowska ، D. Anzieu و Nina Rausch ، في حين كل هذه الأعمال من المفروض ان لا نستعملها بصفة صلبة و كأننا نتعامل مع تصنيفات، و هذا ما نريد تجنبه، و نأخذ بعين الاعتبار كل الأبعاد التي يمسه اختبار " الرورشاخ "

كما تشير Nina Rausch، علينا ألا نهتم فقط بمحتوى الإجابات، و إنما نهتم كذلك بكيفية مجيء تلك الاجابات، بتحليلها و ربطها مع الإجابات التي جاءت من قبل، و مع تلك التي تأتي من بعد، كل هذا اساسي و مهم في التحليل و تفسير اجابات " الرورشاخ " وفق المحتوى الظاهر و الكامن للوحات ضمن السياقات، الظاهر و الكامن للوحات ، وضمن السياقات النفسية المستعملة و عمل الإرصان.

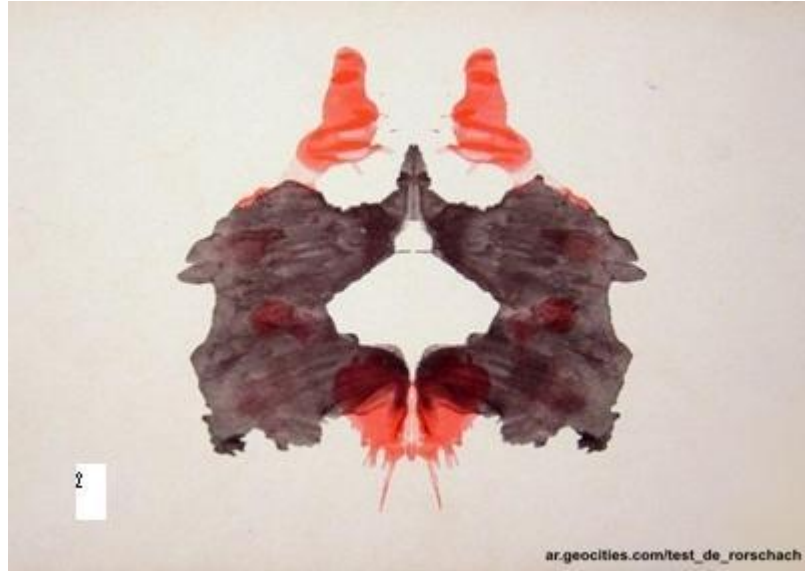
نقدم على حدى وصف كل لوحة و ما تهدف إليه:

I اللوحة



تضع المفحوص أمام الإختبار، مما قد يذكره بتجربة اللقاء الأول مع موضوع لا يعرفه، فهي تبعث الي الصورة الجسدية لكونها ظاهريا تبدو مغلقة و هو مشكلة حول محور يظهر بوضوح . و على المستوى الرمزي، يمكن أن تبعث الي النرجسية من خلال الصورة الجسدية و تصور الذات، أو العلاقة الموضوعية كالعلاقة مع الصورة الأمومية .

اللوحة II



مشكلة حول الفراغ الأبيض وفق ثنائية الجوانب، ثلاثية الألوان (الأحمر، الأبيض و الأسود).

يمكن أن تبعث الى تصورات قديمة بصفاتها كل مبعثر، أي يوجد الأبيض في الوسط الذي يعبر عن فراغ داخلي، نقص جسدي هام، فامكانية التوحيد بين الداخل و الخارج تكون جد حساسة، فهذا النمط من صورة الذات تكون مرتبطة و اندماجية او مهددة على مستوى آخر. تبعث اللوحة II الى اشكالية قلق الخصاء، لأن الفراغ الابيض dbi يشعر به كثقب، جرح، او يكون هنا استثمار معاكس بتقييم المقدمة الوسطى التي تحمل رمز قضيب، فالمحتويات الأنثوية متواجدة بصفة متكررة، كالحيض و الولادة و الهومات الجنسية، في هذه الحالة تبعث اللوحة II الى التصورات العلائقية في استثمارات عدوانية أو لبيدية.

تبعث اللوحة إلى تقمصات السياقات الجنسية، فالثنائية الجنسية تبدو ظاهرة على مستوى الأشخاص في اللوحة (تباين الأعضاء الجنسية، الأثناء و القضيب) مما لا يسهل في بعض الأحيان التقمصات الجنسية. حيث تظهر الصراعات التي تجعل المفحوص في تعارض داخلي مما يصعب عليه معالجتها.

أما التصورات العلائقية ذات الإستثمارات النزوية اللبيدية و العدوانية، فهي تبدو أقل عنفاً، مما هي عليه في اللوحة II، فالطابع الإجتماعي الذي تحمله التصورات العلائقية يعبر عنها بالبعد الإدراكي للوحة (الأشخاص) و بالإجابة المبتذلة.

III اللوحة



لا تبعت هذه اللوحة مباشرة الى تصور الذات، بل توحى بتصور السلطة نظرا لكثافتها و لخصائصها الحسية، فهي تبعت إلى الرمزية القضيبية دون فرض طابع ذكري أو أنثوي، لكن في أحسن الأحوال؛ تكون الرمزية القضيبية مرتبطة بالصورة الذكورية، و هذا ما يسمح بتفسير هذه اللوحة كلوحة أبوية، لكن في حالات أخرى تكون أمام الصورة الأمومية، قضيبية خطيرة و مسيطرة.

IV اللوحة



لا تبعت هذه اللوحة مباشرة الى تصور الذات، بل توحى بتصور السلطة نظرا لكثافتها و لخصائصها الحسية، فهي تبعت إلى الرمزية القضيبية دون فرض طابع

ذكري او أنثوي، لكن في احسن الأحوال تكون الرمزية القضيبيية مرتبطة بالصورة الذكورية، و هذا ما يسمح بتفسير هذه اللوحة كلوحة أبوية ، لكن في حالات أخرى تكون أمام الصورة الأمومية قضيبيية خطيرة و مهيمنة.

V اللوحة



تبعث الى تصور الهوية و تصور الذات، من حيث اشكالية الذات و الصورة الجسدية، و هذا ما يجعلها حساسة للشاشة النرجسية، كما تعتبر لوحة مبتدلة بإختبار الواقع في تناولها للعالم الخارجي و ترابطها من حيث تصور الذات مع علاقاتها بالمواضيع الخارجية.

اللوحة VI



تحمل الرمزية الجنسية، بالنظر الى البُعد القضيبى المسيطر من خلال الجزء العلوي و الوسط، حيث نجد إجابات مثل، قلم و سيف...، كما أن الثنائية الجنسية ممثلة في هذه اللوحة من خلال الحساسية بالصورة الجنسية الأنثوية من خلال الجزء السفلي للوحة، كإعطاء اجابات مثل العضو الجنسي للمرأة.

اللوحة VII



تعبر عن الرمزية الأمومية نظرا للشكل المجوف و تداخل اللونين الأبيض و الرمادي، نجد عدة نماذج ممكنة للعلاقة مع الصورة الأمومية، من القديمة الى الأكثر تطورا، بدءاً من العلاقة الإندماجية، الى علاقات موضوعية متعلقة بالمرحلة الشرجية او الفمية. كما نجد الإحساس بالراحة او الشعور بعدم الأمان ، اكتئاب مرتبط بالفقدان او البحث عن الموضوع الجنسي، فهذه اللوحة تلعب دور الوسيط في ابراز العلاقات المبكرة على مستوى التقمصات.

اللوحة الملونة VIII, IX, X

تبعث هذه اللوحات الى ابراز المشاعر و العواطف التي تسمح بتناول العلاقة التي تربط الفرد بمحيطه و تسهل النكوص، حيث تتنوع و تتداخل ردود الأفعال أمامها مما يصعب حصر رمزياتها، إلا انه عموما تحرض كل منها اشكالية مختلفة كالتالي:

- اللوحة VII نوعية الإتصال مع العالم الخارجي.
- اللوحة IX الرجوع الى العلاقات الأمومية المبكرة.
- اللوحة X اشكالية الفردانية و الانفصال.





تعلیمة الإختبار

يستحسن أن يكون الفرد على يسار الفاحص في زاوية قائمة مع تجنب الوضعية المقابلة و اتخاذ وضع يسمح له بملاحظته خلال استجاباته.

تقدم لوحات الإختبار العشر واحدة تلو الأخرى مرتبطة حسب التقييم المعتمد على كل لوحة و باتجاه اليميني دون اظهار جهة بقعة الحبر .

يقدم الفاحص التعليمية :

توجد تعليمات كثيرة لكن أقصرها هي تلك الأصلية (ما قد يكون هذا؟) qu'est ce que cela pourrait être مع تقليل التدخلات خلال تمرير اللوحات الى أقصى حد، حتى لا تتم ذبذبة سياق استجابات المفحوص (حسب Nina Rausch)، و مهما كانت التعليمية المستخدمة، فالهدف منها هو حتّ فكر المفحوص إلى نشاط غير معتاد، عليه بإعطائه الحرية دون الإيحاء له باتجاه معين للإستجابة .

التعليمية كالأتي مع إعادة الصياغة أحياناً عند عدم الفهم: "نوريك 10 لوحات، تقولي واش تشوف (او تشوفي في حالة الإناث) فيهم، واش تقدر تتخيل".

التحقيق: l'enquête

هي مرحلة تحديد موقع الإجابة (التناول/ la localisation) و محددها (le déterminant) لكل محتوى أعطي خلال المرحلة الأولى من الإختبار، من بقعة الحبر او اللوحة ككل أحياناً، فكل اجابة قابلة للتفيط هي اجابة لديها موقع، محدد و ومحتوى (localisation, déterminant et un contenu) .

تستخدم تعليمية خاصة بمرحلة التحقيق مثلا : " الفراشة ، أين هي، أين رأيته؟".

التحقيق الحدي: l'enquête limite

اقترحها (B. klopfner 1962) حيث تستخدم على شكل أسئلة مباشرة للمفحوص حول بعض الإستجابات التي يتجنبها هذا الأخير كاستجابة محتوى انسان ، لون و حركة ، لأنها معطيات أساسية لتحليل توظيف الفرد.

عدد الأفراد المطبق عليهم رانز الرورشاخ

نذكر أن رانز الرورشاخ ليس الأداة الأساسية في بحثنا هذا، و إنما أستعنا به لتفسير و شرح بعض الظواهر النفسية لدى مجموعة البحث بعد تطبيق المقياسين -SCL 90-R و QOLS، فأخترنا 5 أفراد من بين مجموعة البحث المتكونة من 30 فرداً. و تم تطبيق الرورشاخ على هؤلاء الأفراد الخمسة من طرف نفسانية تعمل بالمركز لضمان الحيادية و الموضوعية.

5-1- سيرة حياة الفرد:

ظهرت تقنية سرد سيرة حياة الفرد كأداة للبحث النوعي في العلوم الإجتماعية. و يعتبر سرد سيرة حياة الفرد منظوراً لفهم و دراسة الأفراد و المعنى الذي يعطونه لحياتهم في شكل حكايات. والمهم، ليس ما لم يحدث؛ و إنما المعنى الذي يُسند إلى ما حدث فعلاً (A.Duclos، 2010).

تعتبر هذه التقنية حديثة نوعاً ما في العلوم الإجتماعية، و يمكننا تعريفها كما يلي: هناك قصة حياة عندما يروي الفرد أثناء المقابلة مع إحتراقي، سواء كان باحثاً أو نفسانياً، قصة حياته و الأحداث التي مرّ بها و كيف يتصور أنها شكّلت مسار مصيره الحالي.

إعتمدنا في بحثنا هذا على ملفات المستفيدين لدراسة محتوى المقابلات و ما ورد فيها من أحداث عاشها الأفراد في مجموعة بحثنا. نظراً لحجم القصص و ما دُوّن في الملفات، إختارنا حالتين إرتأينا أن نوضّح من خلالهما عواقب الصدمة النفسية عند الأطفال على المدى البعيد.

6- المعالجة الإحصائية:

استعملنا SPSS للمعالجة الإحصائية بالنسبة لـ SCL90-R و QOLS، و المنهجية الخاصة لتنقيط و تحليل الرورشاخ لـ Catherine Chabert، أما سيرة الحياة، فاعتمدنا على دراسة الملفات و المقابلات العيادية و التحليل الكيفي. بالنسبة للإحصاء، استعملنا: النسب المئوية، الإنحراف المعياري، والمتوسطات الحسابية.

7- مكان تطبيق الأدوات:

تمّ تطبيق كل أدوات البحث في المركز للحفاظ على إطار موضوعي و حيادي.

8-- صعوبات واجهت الباحثة أثناء الدراسة:

بعد قيامنا بمراجعة كل ملفات الأطفال الذين استفادوا من العلاج النفسي خلال الفترة الزمنية التي تتراوح بين سنة 2000 إلى غاية سنة 2007، حسب المعايير التي ذكرناها آنفاً، شرعنا خلال بداية شهر جويلية 2010؛ في الإتصال بهم عن طريق أرقام الهاتف الموجودة في ملفاتهم أو أحياناً عندما يحضر أحد أفراد عائلتهم إلى المركز. و من هنا واجهتنا عدة مشاكل؛ نذكر أهمها:

- لا تملك الكثير من العائلات الهاتف و لا حتى عنواناً في بعض الحالات، بسبب الترحيل المستمر و عدم وجود مكان مستقر للمأوى (إما تهدمت بيوتهم أو فروا منها خوفاً من أعمال العنف القسدي)؛

- تقريباً كل أرقام الهاتف الثابتة (و هي قليلة) المتوفرة في الملفات موقوفة؛ و البعض من أرقام الهاتف النقال؛ إما تغيّر أوقف الرقم أو أصبح عند شخص آخر ليس من العائلة؛

- كانت الأغلبية من العائلات لا تملك لا الهاتف النقال و لا الثابت؛
- عندما يكون الرقم صحيحاً و يتمّ الرد من طرف أحد أفراد العائلة؛ نقدم أنفسنا بصفتنا من مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى؛ أحيانا نقول "نحن من الجمعية بسيدي موسى" كما يسمي الكثير المركز، و نشرع في تقديم الغرض من الإتصال الهاتفي؛ لاحظنا أن هناك فرحة كبيرة و حتى نوع من التعجّب الموجب "المبتهج" عند هؤلاء الذين تمّ الكلام معهم؛ فرحبوا بالمبادرة و وعدوا بإحضار البنت أو الولد(في بعض الحالات؛ عندما تكون المسافة بعيدة جدا) أو أنهم "يبعثون" بنتهم أو ابنهم إلى الجمعية.

- في الكثير من الأحيان؛ لا يتمّ الحضور إلى المركز؛ فنبقى ننتظر لساعات؛ و أحيانا أخرى؛ يأتي المراهق(ة) أو الشاب(ة) متأخرا؛ ليلتحق بموعد شخص آخر؛ لأننا حسبنا ساعة واحدة لتطبيق المقياسين، ثم نطلب من مجموعة محدودة (05 حالات) العودة لتطبيق رائز الرورشاخ للأسباب المذكورة أعلاه؛

- هناك من يعدون بالحضور و لم يأتوا، و هناك من يرفضون مباشرة، حيث يقول لنا الأب(أو الأم) عن طريق الهاتف "ما حبّش إجي".؛ ممّا جعلنا نتساءل عن سبب الرفض أو عدم الحضور(و هو كذلك رفض غير مباشر). فسألنا يوماً إحدى الزميلات التي ألحّت على قريبها؛ يبلغ عمره 18 سنة في المدة الزمنية لإجراء التطبيق (كان قد إستفاد من قبل من التكفل النفسي و هو ضمن عينة المجتمع التي إنتقيناها حسب المعايير المسطرة)؛ فأجابها "نزيد روح نحكيها من دارة و جديد!!"
بدأنا حينها في التفكير في الأسباب الحقيقية للرفض: لا يرغب الضحايا الرجوع إلى الماضي المؤلم؛ فهم يأملون السير نحو الأمام حتى و لو أن هناك أشياء لازات تؤلمهم. و نجد هذا السلوك حتى عند بعض المستفيدات الراشدات؛ حيث أنهن تُديرن أنظارهن عند رؤية المساعدتين في الشارع، بينما كنّ "تجري" لتحتيتهما من قبل، و يحدث هذا خاصة مع اللواتي تمت معالجة ملفاتهن لضحايا "المأساة الوطنية"،
- شعرنا بالذنب لأننا أعدنا إحياء جروح و تجارب مؤلمة لدى بعض المستفيدين،

نظراً لهذه الأسباب؛ تمكنا من الحصول على 30 فرداً في مجموعة البحث الفعلية؛ و كان من المفروض أن تكون أكثر لو لا الصعوبات التي واجهتنا؛ خاصة المتعلقة بعدم توفير وسائل الإتصال و بُعد المكان الذي يقطن فيه المستفيدين، و رحيل البعض منهم، الخ؛ نضيف الى هذا؛ رفض البعض المجيئ إلى المركز.

نعرض في الفصل الموالي وصف و تحليل نتائج البحث الميداني مع المناقشة، ثم
حوصلة حول الرسالة، و الإستنتاج العام الذي توصلنا إليه مع الآفاق.

الفصل الثامن

عرض و تحليل النتائج

عرض و وصف و تحليل النتائج

سمات مجموعة البحث

أسباب طلب المساعدة

عرض نتائج البحث

مناقشة النتائج

استنتاج عام

قائمة المراجع

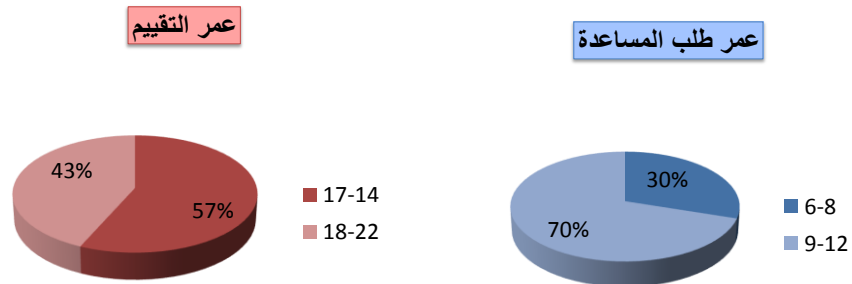
الملاحق

عرض و تحليل النتائج

سنشرع في تقديم ما توصلنا إليه من النتائج الخاصة بمميزات مجموعة البحث باستخدام مقياس قائمة الأعراض SCL-90-R. لقد إعتدنا على معلومات ديمغرافية و شخصية و أحداث حياتية من خلال دراسة ملفات المستفيدين من التكفل النفسي، و نشير أننا نعرفهم كلهم من خلال تكفلنا بعدد معتبر منهم و البقية عن طريق اللقاءات المنظمة أسبوعياً مع الزملاء في المركز، كما شرحناها في نظام تسيير المركز¹. جدير بالذكر أن كل نفساني مُطالب بتدوين مضمون الحصص العلاجية مع الحرص على السرية و التكتّم من طرف كل الفرقة.

1-سمات مجموعة البحث

الشكل 1: سن مجموعة البحث عند طلب المساعدة و التقييم



نُذكر أن سن مجموعة البحث يتراوح بين 6 و 12 سنة أثناء طلب المساعدة، و يتراوح السن بين 14 و 22 سنة عند التقييم.

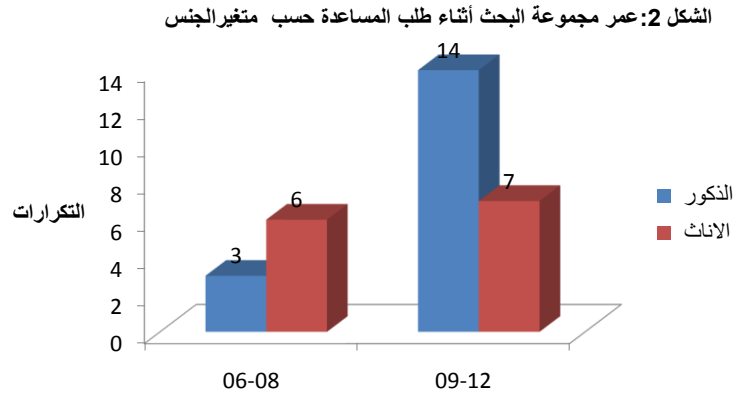
يُبيّن الشكل 1 أن فئة عمر الأطفال عند طلب المساعدة هي 30% ما بين 6 و 8 سنوات، و يكونون غالباً في الطور الأول من التعليم الابتدائي، يُفسر هذا بالدخول المدرسي لاسيما عند الأطفال ذوي 6 سنوات و تلك المخاوف الناتجة عن الإبتعاد عن

¹نقصد هنا حصص الإشراف و عرض الحالات séances de synthèse.

المنزل و الأم. غالباً ما يأتي الأولياء بأطفالهم بسبب المخاوف و عدم التكيف في بداية الدخول المدرسي.

و ترتفع النسبة عند فئة العمر بين 9 و 12 سنة حيث يصبح الأطفال في الطور الثاني من التعليم الإبتدائي، حيث تصل النسبة إلى 70%، و يكون إنشغال الوالدين حول إمتحان نهاية المرحلة الإبتدائية و التخوف من الرسوب المدرسي الذي قد يكون حاصلاً، مما يؤدي بالأولياء إلى البحث عن الحلول، ظناً أن النفساني "يملك الحل". في بعض الأحيان، يتقطن المعلمون إلى معاناة التلاميذ، فيحيلونهم إلى "الجمعية"، مفتنعون أننا نملك كذلك الحل.

إذا رجعنا إلى الأدبيات حول الأطفال في مرحلة الكمون؛ نجد أن في هذه الفترة بالذات؛ تكثر فيها طلبات المساعدة النفسية، كما رأينا في الجانب النظري (2000،R.Perron).



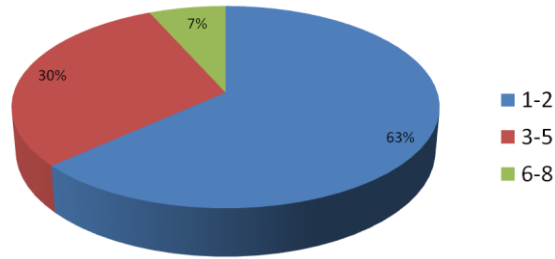
يوضح الشكل 2 عدد الذكور و هو 17، و عدد الإناث، و هو 13. و نذكر أن مجموعة البحث هذه لا تمثل بالضرورة العدد الإجمالي لكل الأطفال الذين إستفادوا من التكفل النفسي أثناء فترة 2007-200، و إنما إعتدنا على الأطفال الذين قبلوا الرجوع إلى المركز من أجل البحث كما شرحنا في منهجية البحث.

يتضح لنا أن الأولياء يقلقون على الذكور في سن ما بين 9-12، (14 ولد من مجموع 17)، أي في الطفولة المتأخرة و بداية المراهقة، حيث تبدأ بعض التغيرات على المستوى السلوكي في الأسرة و الشارع بين الأقران، و المشاكل الدراسية. و تتزامن

هذه الفترة مع الإكتسابات المدرسية و تحضير إمتحان نهاية الطور التعليم الإبتدائي، ضف إلى ذلك إشكالية بداية المراهقة و ما تجرّه من تذبذبات، من سلوكات المعارضة و العدائية و عدم الإمتثال لأوامر الوالدين و المعلمين، حيث تقول لنا أغلب الأمهات "راسو يابس، ما يخذش الراي، إدير كما يحب، الخ).

أما بالنسبة للبنات (7بنات من مجموع 13)، في سن ما بين 9-12، أتى بهن الأولياء لطلب المساعدة، قد يعني هذا أن البنات يظهرن أقل إضطرابات من الذكور في هذا السن، نظراً لأنهن غالباً ما تمكثن في البيت مع الأمهات، بعد ساعات الدراسة، و لا يظهرن سلوكات المعارضة و العناد بشدة مثل ما هو الحال عند الذكور.

الشكل 3:رتبة المستفيد بين الإخوة



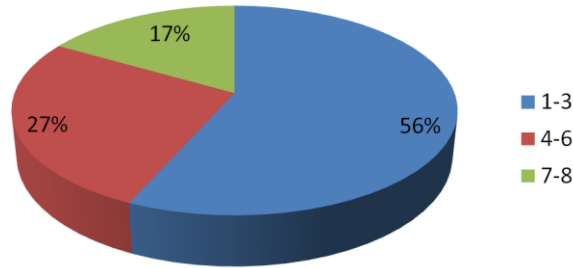
من الواضح، حسب الشكل 3، أن نسبة طلب المساعدة ترتفع عند الأطفال الأوائل في الرتبة بين الإخوة، أي عند الأول و الثاني، حيث نجد نسبة 63.3%. وقد يعني هذا أن العائلات تقلق على صحة الأطفال الكبار أكثر من صحة الصغار، أو أن الأطفال الكبار هم الذين يمرضون؛ و يفسر هذا، حسب الدراسات حول الرتبة بين الإخوة؛ أن ازدياد مولود جديد قد يؤدي بالطفل الأكبر إلى إعادة النظر في عدة أشياء؛ مثلاً يجب عليه أن يتعلم كيف يعيش في الجو العائلي الجديد، و كيف يتقاسم حب الوالدين، و لا تمرّ هذه الفترة دون إضطرابات و نكوص؛ حسب سن الطفل(Gras،2009).

يمكننا القول كذلك أن الأطفال الكبار غالباً ما يكونون في سن التمدرس بينما الصغار لم يلتحقوا بالمدرسة بعد، و أن المشاكل المدرسية هي التي تدفع بالأولياء إلى البحث

عن المساعدة النفسية للكبار. نلاحظ من خلال نتائج الشكل، أن كلما يزيد عدد الأطفال، كلما تنقص طلبات المساعدة لأطفال الصغار، مثلاً، الأطفال بين 6 و 8 سنوات، هناك 6.6%، أي طفلان فقط. و قد يؤكد هذا تفسيرنا المذكور أعلاه أن السبب الرئيسي لطلب المساعدة هو قلق الأولياء على أبنائهم من القشل الدراسي.

و هناك تفسير آخر حسب ما ورد في DSM-IV-T-R، أين نجد في المحور الرابع المتعلق بالمشاكل النفسية-الإجتماعية والبيئية، أنه يذكر أن من بين الأسباب التي تستدعي الفحص العيادي هو مولود جديد في العائلة و الخلافات بين الإخوة، مما قد يفسر لماذا و جدنا في مجموعة البحث أن أغلبية الأطفال الذين أتوا إلى المركز هم في الرُتب الأولى بين الإخوة. تبقى هذه إحتتمالات لظاهرة سبب طلب المساعدة الأطفال الأوائل.

الشكل 4: سن التعرض للحدث الصادم



نرى في الشكل 4 أن نسبة 56.7% من مجموعة البحث قد تعرضت إلى أحداث صادمة من السنة الأولى إلى غاية السنة الثالثة من أعمارها. و نلاحظ أيضا أننا إذا جمعنا النسب المئوية للأطفال من 1 إلى 6 سنوات، نجد أن 83.4% من أطفال مجموعة البحث تعرضوا إلى الأحداث الصادمة خلال السنوات الستة من أعمارهم. و على العموم، واضح من الجدول أن عمر الأطفال الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة في عينتنا لا يتجاوز 8 سنوات. يُفسر هذا أن الأطفال الذين وُلدوا خلال سنوات العنف المقصود، أي في عشرية التسعينات، هم الذين جاءوا إلى المركز عند افتتاحه سنة 2000. و إذا رجعنا إلى الأدبيات حول سن التعرض إلى الصدمات و عواقبها لاحقاً، نجد أنها تتفق في كون الآثار الناجمة عن الصدمات في سن مبكر

ستعرقل النمو النفسي و الإنفعالي و المعرفي عند الأطفال و تعيق السير السليم نحو المستقبل، حيث يصعب على الأطفال عند سن الشباب و بداية سن الرشد، بناء مشروع حياة (Foa،Terr،1999،Cohen،2000).

ذكرنا من قبل أن الدراسة الإبيومولوجية التي قامت بها فرقة البحث بـ SARP (على الراشدين فقط)، تشير إلى أنه من بين عوامل الخطر لتكوين PTSD و أعراض متلازمة هو عامل السن، حيث تبين أن الأفراد الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة في الطفولة كانوا أكثر عُرضة لمثلها في حياتهم. و نتساءل هنا عن مصير كل أطفال الجزائر الذين تعرضوا إلى العنف المقصود خلال سنوات طويلة.

النسبة%	التكرارات	المستوى الاقتصادي لأولياء الأطفال
3.3	1	مستوى مرتفع
30.0	9	مستوى متوسط
66.7	20	مستوى ضعيف
100	30	المجموع

جدول 1 : توزيع مجموعة البحث حسب المستوى الإقتصادي

لقد إعتدنا على دراسة الملفات لتحديد المستوى الإقتصادي الذي جاء به الأطفال عند طلب المساعدة، حسب مدخول الأولياء. ونقصد بالمستوى المرتفع حسب المدخول فوق خمسون ألف دينار و الآباء ذوي المهن الحرة، و المستوى المتوسط حسب المدخول حوالي عشرين ألف دينار ، أما المستوى الضعيف هو المدخول دون عشرة آلاف دينار. و نجد أحيانا عائلات من دون دخل أصلا. نشير أن تصنيفنا هذا عبارة عن إعطاء مؤشر فقط عن المستوى الإقتصادي لعائلات الأطفال، و لاسيما لإبراز مخلفات العنف المقصود على تفكير منطقة سيدي موسى التي كانت تتمتع بنشاطات إقتصادية معتبرة قبل الأحداث.

يوضح الجدول 1 أن أغلبية مجموعة البحث (66.7%) أتوا من عائلات ضعيفة المستوى الإقتصادي، يمكننا تعليل هذه النتائج بكون تضررت المنطقة من التخريب و الدمار أثناء العشرية الدموية، حيث أحرقت و قُنبلت المرافق الإقتصادية التي كان يكسب منها رزقهم أرباب العائلات، و دُمرت الكثير من البيوت مما أدى إلى تشرد الكثير من العائلات و تفجيرها، و قد ذكرنا هذا في الجانب النظري حيث بينت الدراسات-و كذلك عملنا العيادي مع الضحايا- أنه من بين مخلفات أعمال العنف

المقصود هو تدهور الوضع العام و تفكير العائلات، إما عند قتل الكفيل أو عند حرق أو تدمير مكان العمل، مما نتجت البطالة بشكل تفاعلي في المنطقة.

مرة أخرى، يذكر DSM-IV الفقر و فقدان منصب الشغل و الإفتقار إلى الضمان الإجتماعي، هي من العوامل الإقتصادية التي قد تؤدي بالفرد إلى الإضطرابات النفسية، و منها اللجوء إلى طلب المساعدة النفسية.

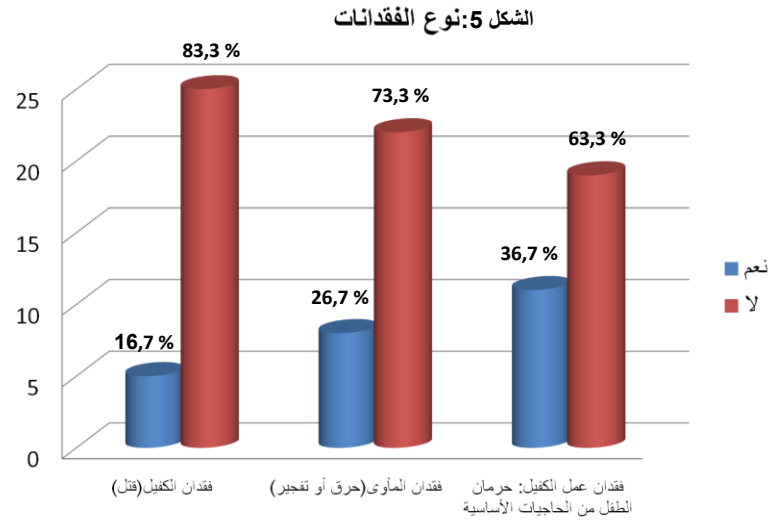
النسبة %	التكرارات	الحدث الصدمي
100	30	جو الإرهاب، خوف، تهديد العائلة أو أحد أفرادها
61.3	22	فقر شديد
56.6	17	أحداث صادمة مختلفة (مرض أحد أفراد العائلة بسبب الإرهاب، خوف من المعملين، عنف وسط العائلة، الخ)
50.0	15	حرق مكان العمل، فقدان عمل الأب أو الكفيل أو العم-الخال المعيل
50.0	15	صدمة بسبب مجزرة بن طلحة صدمة بسبب مجزرة الرليس
50.0	15	شاهد عيان لأعمال إرهابية، انفجار قنبلة أو مقتل شخص عزيز أو معروف
26.6	8	قتل-إختطاف الأب، قتل و إغتصاب الأم
33.0	10	فقدان البيت، تنقلات متعددة

الجدول 2: توزيع مجموعة البحث حسب الحدث الصدمي

صنّفنا الأحداث الصدمية إلى فئات وفق الفقدانات و ما تعرضت له مجموعة البحث، و عمدنا على التصنيف الدقيق و المفصل لإبراز مدى خطورة الأحداث التي عاشها الأطفال في سن مبكر.

يبرز لنا الجدول 2 أن كل طفل من مجموعة البحث قد تعرّض إلى عدة أحداث صادمة، سواء مباشرة أو غير مباشرة، كشاهد عيان، تهديدات للعائلة، تمشيط، قتل أحد الوالدين أو الإثنين، إلى غير ذلك. فكلها عاشت في جو العنف العام. و نلاحظ

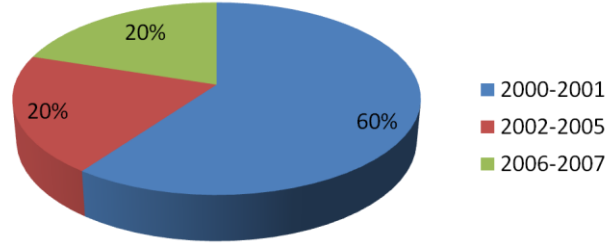
أن 61.33% من مجموعة البحث يعيشون في فقر شديد بسبب حرق و تدمير أماكن العمل للمُعيل أو قتله أو فقدانه، فأصبحت العائلات من دون مدخول. هنا حالات أين يعاني المُعيل، سواء مرضاً جسماً أو عقلياً بسبب الأحداث الصدمية، الأمر الذي يؤدي به إلى العنف و سوء المعاملة تجاه عائلته.



يظهر لنا من خلال الشكل 5 أن 16.7% من مجموعة البحث قد فقدت الكفيل بسبب الإرهاب، و 26.7% فقدت المنزل بسبب، إما تلغيم البيت أو تهديمه أو حرقه، مما أجبر العائلات إلى التنقلات العديدة و تشتتها. أما 36.7% فقد الكفيل العمل بسبب غلق مكان العمل إما أحرق أو قُتل. يجرنا الحديث هنا إلى القول أن إذا لم يُقتل الكفيل؛ فهو من دون شغل و/أو مأوى. وكل هذا أدى إلى معاناة متعددة للعائلة كلها، و نخص بالذكر حرمان الطفل من الحاجيات الأساسية، مثل المأوى و التغذية و اللباس و التمدرس في ظروف ملائمة، إلى غير ذلك.

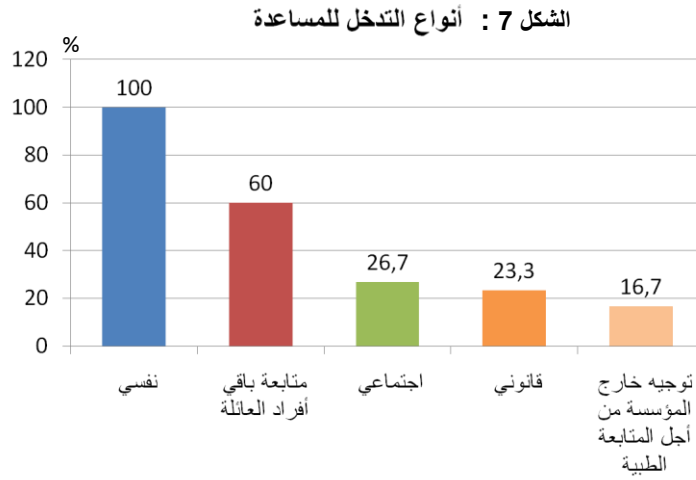
بينت لنا الدراسات و الدراسة الإبيدومولوجية التي أجريناها مع فرقة البحث التابعة لـ *sarp*، أنه من بين عوامل الخطر لتطویر اضطرابات نفسية لدى الطفل هو فقدان شخص عزيز، سواء بالوفاة أو القتل أو الإختطاف. فتصبح كارثة فردية و مجتمعية، و قد ينتج حداد مَرَضِي. إضافة إلى هذا، يُفقد مع وفاة الشخص السند العائلي و/أو المُعيل في العائلة.

الشكل 6: سنة طلب المساعدة



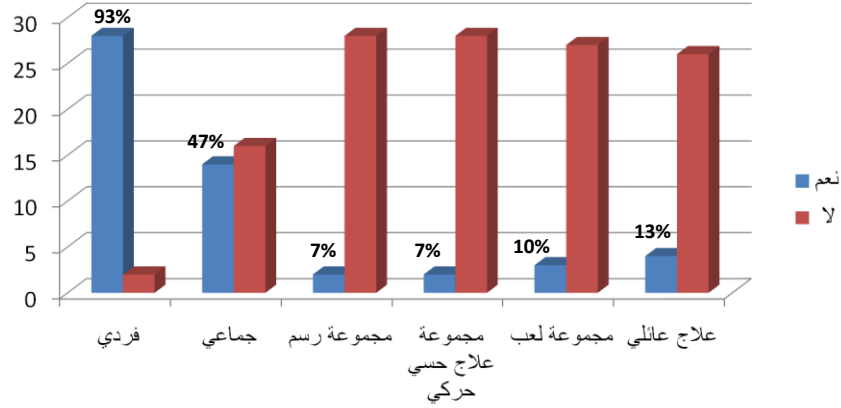
للتذكير؛ فتح مركز المساعدة النفسية بسيدى موسى في أبريل سنة 2000، و نلاحظ في الشكل 6، أن أكبر طلبات المساعدة كانت في السنوات الأولى من افتتاحه، حيث بلغت النسبة 60% خلال 2000 و 2001. و نفسر هذا بالحملات التحسيسية التي قامت بها المساعدة الإجتماعية و المنسقة آنذاك، و كذلك البحث الإيدميولوجي الذي قامت به فرقة البحث SARP. بالإضافة إلى هذا، لم يحظ سكان المنطقة من قبل بمركز المساعدة النفسية ما عدا العيادة المتعددة الخدمات والتي لا توفر التكفل النفسي المنظم و المستمر. إذن؛ كان فتح المركز إستجابة لرغبات العديد الذين هم في معاناة متعددة: هناك طلبات كثيرة جدا من طرف الأمهات لأبنائهن، سواء كانوا صغارا أم كبارا؛ إناثا أم ذكورا. و في نفس الوقت، فهن يطلبن المساعدة (نفسية، إجتماعية، قانونية...) من خلال أطفالهن. في أغلب الأحيان، لا تخرج المرأة بمفردها، فهي مضطرة إلى وجود "عذر" عن طريق أبنائها، للخروج، سواء من أجل الإجراءات الإدارية أو غيرها. تبقى تلك النساء يأتين إلى المركز لطلب المساعدة لأبنائهن و يستفيدن هن كذلك من الخدمات المتوفرة في المركز، و جدير بالذكر، أننا-بصفتنا ممارسين- نعمل دائما مع الأولياء لمساعدة الأطفال. سنعود إلى هذا الموضوع لاحقا.

و نشير أن هذه النسب تمثل فقط الأطفال الذين جاءوا للتقييم، و ليس العدد ممثلاً لجميع الأطفال الذين تابعوا العلاج.



من الواضح حسب الشكل 7، أن كل أطفال مجموعة البحث قد إستفادوا من المساعدة النفسية، بالإضافة إلى أنواع أخرى من المساعدة، مثل المساعدة الإجتماعية و القانونية لعائلات الأطفال، والإحالة إلى الأطباء عند الضرورة، و كما هو مشار إليه في الشكل 7، أكبر نسبة تتمثل في كون أفراد عائلة الأطفال يستفيدون هم كذلك من المساعدة النفسية بالمركز (60%)، و كما أشرنا أعلاه، أن الأمهات يأتين بأطفالهن، و عند التقصي من طرف النفسانيين، يتبين أن الأمهات و أطفال آخرين يحتاجون إلى تكفل نفسي: و نفسر هذا إلى معاناة العائلات بأكملها بسبب العنف المقصود الجماعي الذي لم يستثن أي عضو من العائلة، حيث تكون الصدمة مباشرة أو غير مباشرة و هذا ما تطرقنا إليه بإصهاب في الجانب النظري .

الشكل 8 : أنواع العلاج التي إستفاد منها الأطفال في المركز



يبين الشكل 8 أن أغلبية مجموعة البحث قد إستفادت من التكفل النفسى الفردى (93.3%)، كما أن البعض منها إستفاد كذلك من المساعدة الجماعية، و هذا لأننا أخذنا كل أنواع المساعدات التي إستفاد منها الأطفال، فهناك من إستفاد من العلاج الفردى في البداية قبل أن يُحال إلى العلاج الجماعى، مما يفسر النسب في الشكل 8.

نذكر أن في بداية فتح المركز، كانت هناك ورشتا الرسم و العلاج الحسى الحركى، اللتان دامتا سنة واحدة، و كان ينشطهما آنذاك نفسانيان غير جزائريين، و لم يواصل فيها بسبب مغادرة المختصين الجزائريين. أما قاعة اللعب فهي لازات موجودة كما أشرنا إليه في تقديم المركز.

أما فيما يخص عدد الحصص التي استفاد منها الأطفال، فهناك من إستفاد من حد أدنى من 8 حصص، و أكبر عدد هناك فرد واحد أستفاد من 150 حصة نظرا لإشكالياته الصعبة جدا: إختطاف أبيه عندما كان عمره سنة واحدة. فكانت الأم تُرجعه دائما بعد إنهاء العلاج، و هي نفسها استفادت من مجموعة الكلام للنساء في معاناة. على كل، سنعود إلى هذه الحالة عند عرضنا لسيرة الحياة، لنقدمها بالتفصيل و التحليل. أما فيما يخص عدد الحصص، فنحن أخذنا كل الأطفال الذين إستفادوا على الأقل من 6 حصص فما فوق، نظراً لأننا لم نتمكن من الحصول على عينة أكبر بسبب عدم وجود العناوين و أرقام الهاتف، الخ، كما ذكرنا في الصعوبات التي

واجهتنا في الميدان. و جدير بالذكر، أننا لم نُدخل متغير عدد الحصص لقياس أثر التكفل النفسي، و إنما حددنا حد أدنى 6 حصص فما فوق.

المهم أن الأطفال إستفادوا من التكفل النفسي، سواء كان فردياً أم جماعياً أم الإثنين.

2- أسباب طلب المساعدة: عرض و تحليل

عمدنا لتقديم أسباب طلب المساعدة بعد تقديم عرض و وصف مجموعة البحث، لأن الأسباب متداخلة و لا يمكن إدراجها في جدول. سنقدمها كالتالي:

- مشاكل مدرسية: تأتي في الواجهة، غالباً ما يأتي الأولياء، و نخص بالذكر الأمهات اللاتي يمثلن 90% من الحالات، بسبب فشل الأطفال في الدراسة¹.

- مشاكل سلوكية: عدوانية، شتم، عناد، عدم طاعة الوالدة خاصة إذا كانت أرملة.

- مشاكل إنفعالية: إفراط في الحركة، تهيج، إستثارة، قفز بلا سبب، إفراط في اليقظة، خوف، نوبات ذعر، قلق، غضب شديد، إنفعالات سلبية، مثل الكراهية و الحزن و آلام مختلفة، غير معبر عنها.

- مشاكل معرفية: الأغلبية من الأطفال يعانون من النسيان، عدم التركيز و الإنتباه، الكلمة الشائعة عند طلب المساعدة هي "إغيس". هناك مَنْ أصبح "بليداً" بسبب تراكم التأخر الدراسي لأن الجو العام لم يكن يسمح لا للمعلم أن يُدرّس و لا للتلميذ أن يدرس: رعب مستمر بسبب التمشيط، تهديد المعلمين و قتل البعض منهم أمام أعين التلاميذ، زرع الهلع المستديم في أنفس السكان. كانت الدراسة آخر ما يفكر فيه التلميذ، و حتى الأولياء. بينت لنا تجربتنا مع الأطفال المصدومين، أن الأطفال لم ينجحوا في دراستهم ، ليس لأنهم لم يكونوا أذكيا أو تنقصهم الإمكانيات، بل أصبحوا في نوع من "الخمول الفكري" أين تجمّدت قدراتهم المعرفية، ما نسميه "débilisation". و نلاحظ أن هؤلاء الأطفال يعانون صدمة ثانية؛ حيث لم يقوموا بعمل الحداد حول الفشل الدراسي، تبين لنا هذا عند التقييم.

- مشاكل في النوم: كوابيس، نوم مضطرب، أرق.

- مشاكل نفسية-فيزيولوجية، مثل التبول لارادي، عدم التحكم في البراز.

-مشاكل علائقية، إنعزال، إنسحاب.خجل،

¹انظر الجدول الخاص بالمشاكل المدرسية.

يمكننا القول، عند دراسة الملفات، أن أغلبية مجموعة البحث كانت لها أعراض PTSD مع أعراض متلازمة.

3-تطور الأعراض، جودة الحياة و المصير المدرسي:

سنعرض فيما يلي نتائج بحثنا المتعلقة بمدى تطور الأعراض التي جاء بها الأطفال عند طلب المساعدة، و هل إختفت، تضاءلت أم تطورت نحو أعراض أخرى. و ثنوه بأننا إعتمدنا على قائمة الأعراض التي جاء بها الطفل عند طلب المساعدة و التي صرّح بها الأولياء أثناء المقابلات التي أجريت مع النفساني. حاولنا تدوين و جمع و تصنيف الأعراض عند الطلب وفق معايير SCL-90-R، لنقترب من الأبعاد 9 الموجودة في المقياس، فمثلا، أدمجنا كل أعراض PTSD مع أعراض القلق، و كل الأعراض المتعلقة بالإنتباه و التركيز و النسيان، التي تجعل الطفل يعاني من مشاكل دراسية، أدمجناها في بُعد مشاكل الإنتباه و التركيز.

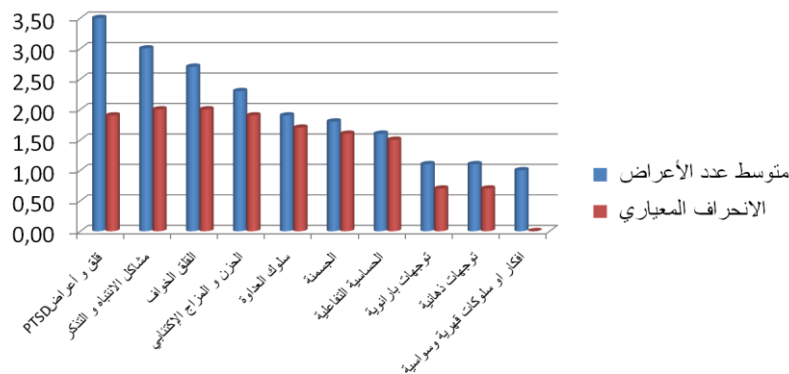
أما فيما يخص SCL-90-R، إستعملنا المعايير و الأبعاد كما وردت في المقياس الذي قدمناه آنفاً.

سنعرض أيضاً نتائج جودة الحياة للتعرف على تصورات و إدراكات المراهقين و الشباب حول حياتهم الراهنة. نقدم بعدها المستوى الدراسي الذي و صلت إليه عينتنا و ما هو مصيرها حالياً.

3-أ- إختبار الفرضيات

3-أ-1- الفرضية الجزئية الأولى: هناك إختفاء الأعراض الأساسية التي كانت موجودة عند طلب المساعدة.

الشكل 9 : ترتيب الاعراض عند طلب المساعدة

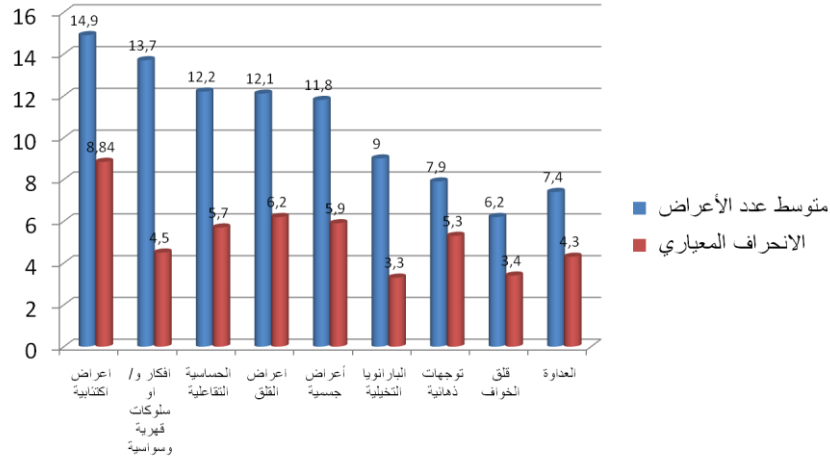


لقد إعتدنا على ترتيب الأعراض و جمعها كما جاء بها الأطفال عند طلب المساعدة، و حاولنا أن نقترب من خلال تصنيفها إلى أبعاد SCL-90-R و هي 9 أصلاً. لكن هنا، في الشكل 9، عندنا 10 أبعاد عند طلب المساعدة، لأننا أدرجنا مشاكل الإنتباه و التركيز و التذكر في بُعد إضافي، و أعراض القلق أدمجناها مع أعراض PTSD في بُعد واحد. كما أجمعنا في كل بُعد عشرة شكاوي، ويمثل كل رقم في المتوسط عدد متوسط الأعراض من عشرة. و نهدف هنا إلى التحليل حسب ترتيب الأعراض من حيث العدد و ليس من حيث الشدة، لأننا عندما إستقبلنا الأطفال للمساعدة، لم يكن في الحسبان تطبيق أي مقياس لتقييم الشدة في سلم، و إنما كان الهدف آنذاك الحرص على تقديم تكفل ملائم للأطفال في معاناة.

نلاحظ من خلال الشكل 9 أن متوسط عدد أعراض القلق و PTSD، هو 3.5، و عند مشاكل الإنتباه و التذكر، هو 3.0، و عند قلق الخواف هو 2.7، و متوسط أعراض الحزن و المزاج الإكتئابي هو 2.3 عند طلب المساعدة، و هكذا. فتأتي إذن أعراض القلق و PTSD في المرتبة الأولى و تليها أعراض التذكر و التركيز، ثم قلق الخواف، في المرتبة الثالثة. نلاحظ أن كل هذه الأعراض مرتبطة بالصددمات، أغلبية الأطفال الذين جاءوا إلى المركز يعانون قلقا و مخاوف مختلفة، لاسيما تلك المتعلقة بالإنفصال عن الأولياء، الفوبيا المدرسية، الخجل و الإنسحاب كنتيجة للخوف، كوابيس ونوبات ذعر، خوف من المعلمين بسبب عدم القدرة على مواجهة الملاحظات أو الإحباطات الناتجة عن الجو المدرسي.

يظهر جلياً في الشكل 9 أن مشاكل الإنتباه و التركيز تأتي في المرتبة الثانية بعد أعراض القلق و الضغط ما بعد الصدمة، و هذا متوقع، حيث تنتج صعوبات و إضطرابات معرفية مثل شرود الذهن، غموض و خلط و إضطرابات في الذاكرة و إنشغال زائد بذكرات ضاغطة (Kelson، 1998، Terr، 1991، Sadlier، 2006، Van der kolk، 2005). لقد أثبت لنا العمل العيادي مع الأطفال المصدومين، و كذلك تتفق البحوث المختلفة، أن الأحداث العنيفة التي يتعرض لها الأطفال عامة، و في سن مبكر خاصة، تعرقل سير النمو العقلي و الإنفعالي و حتى الجسمي، على المدى البعيد (E.Yona، 1999).

الشكل 10 : ترتيب الأعراض عند التقييم



أما عدد متوسط الأعراض عند التقييم، كما يظهر في الشكل 10 ، إعتدنا على مقياس قائمة الأعراض (SCL-90-R) التي صممها¹ L. Derogatis. نذكر أن لكل بُعد من الأبعاد 9، هناك تدرج متوسط الأعراض، أي تمثل الدرجات متوسط عدد الأعراض المتواجدة لدى مجموعة البحث ، و العدد الإجمالي للبنود في المقياس هو 90، مما يُفسر العدد المرتفع في متوسط الأعراض عند التقييم، مثلاً، متوسط عدد الأعراض الإكتئابية هو 14.93، و أفكار و/ أو سلوكيات قهرية وسواسية هو 13.7، إلى آخره. (للتذكير، سلم Likert متكون من 5 درجات، و يتدرج من 0 إلى 4 تصاعدياً، من أبدأ ، نادراً، أحياناً، كثيراً، إلى دائماً) .

عند تفحصنا الشكلين 9 و 10 ، نلاحظ أن الأعراض التي جاء بها الأطفال عند طلب المساعدة لم تختف في الحقيقة، وإنما تمّ الانتقال ضمن نفس الأعراض من حيث ترتيب عدد متوسط الأعراض عند الأفراد: عند الطلب، كان القلق وأعراض الضغط ما بعد الصدمة في المرتبة الأولى، وأثناء التقييم، سنوات بعد التكفل، أصبحت أعراض الإكتئاب هي في المرتبة الأولى، بينما كانت في المرتبة الخامسة عند طلب المساعدة. كما نلاحظ أن أعراض الوسواس القهري قد إنتقلت من المرتبة الأخيرة عند طلب المساعدة إلى المرتبة الثانية عند التقييم، للتذكير، وصفها Derogatis بأنه بُعد " يشير إلى وجود صعوبات معرفية وإضطرابات في التذكر وخلق الذهن من أي أفكار منطقية مع صعوبة في التركيز، و تركز على الأفكار

1انظر الملحق رقم 4، و شرح الأداة في منهجية البحث

والدوافع القهرية والأفعال التي يعانى منها الفرد بطريقة لا يستطيع مقاومتها رغم أنها غريبة عنه وغير مرغوبة منه" (Derogatis، 1977).

تؤكد الدراسات حول الصدمات أن أعراض القلق و الإكتئاب و الوسواس القهري ، تكون حاضرة دائماً بعد تعرّض الأفراد إلى أحداث عنيفة ، و بما أن هناك تداخل بين القلق و الإكتئاب، فتكون غالباً أعراض هذا الأخير في الواجهة. تظهر كذلك إضطرابات وجدانية عند الأطفال المصدومين، فتبدو مستمرة و مشوشة في شدتها، و إنطواء على الذات، الإستثارة مرفقة بأحاسيس غامضة و يُعبر عنها من خلال شكاوي مختلفة. نرى ما أسلفنا ذكره في بُعد الحساسية التفاعلية الذي هو في المرتبة الثالثة، و إذا رجعنا إلى مضمون هذا البند كما ورد عند Derogatis، نجد "تتركز الأعراض الأساسية فيه على مشاعر القصور، والإحساس بالنقص عند المقارنة بالغير. ويتميز الأفراد ذوو المستويات العالية من الحساسية التفاعلية ببخس الذات Self-depreciation والإنزعاج والضيق أثناء التفاعل مع الآخرين، وتتصف بتوقعاتها السلبية في الاتصال بالآخرين" (op.cit.، Derogatis) ¹.

و من خلال ما توضح في هذه النتائج في الشكلين 9 و 10، يمكننا أن نقول أن الفرضية الجزئية الأولى القائلة بأن هناك إختفاء في الأعراض الأساسية لم تتحقق، بحيث يتبين لنا أنها في الواقع لم تختف، و إنما إنتقلت من حيث الترتيب حسب متوسط عدد الأعراض والشدة.

كيف نفسر كل هذه التغييرات و الإنتقالات في الأعراض؟

نرجع إلى الأدبيات و الدراسات التي تناولت الصدمات بفعل العنف الإنساني، أو بما هو معروف بالعنف المقصود، حيث أجمعت أنه إذا تعرّض الإنسان إلى أحداث صادمة من النوع II حسب تصنيف Terr، أي عندما يكون الحدث متكرراً و حاضراً باستمرار، و هناك تهديد بأن يتكرر في أي وقت لمدة طويلة من الزمن؛ هناك احتمال بأن تتطور الأعراض و تصبح مُزمنة.

كل صدمة هي من نوع I، (أي حدث صدمي فريد، له بداية و نهاية) ، في البداية، و ردود الفعل التي تظهر عند الضحايا هي متشابهة عقب عامل ضاغط من النوع I، و لكن بالتدرّج، مع تشكيل نوع II، تظهر آليات التكيف حتى تصبح مرضية (Terr، 1991). و يمكننا تفسير تطور الأعراض عند مجموعة البحث: أولاً، بسبب تكرار الصدمات من نوع II ، وثانياً، حدوث الصدمة في سن مبكر، قبل 6 سنوات. نجد نسبة 73.3% من مجموعة البحث قد تعرضت إلى أحداث صادمة متكررة قبل سن 6، و نسبة 96.7% قد تعرضت للصدمات المتكررة قبل سن 8.

¹ غالباً ما نقول لنا الأمهات عند سبب طلب المساعدة لابنها أو بنتها" ما إسلكش راسو، يخاف، ما يدافعش على روجو"

إذا رجعنا إلى الأدبيات و ممارساتنا العيادية، يمكننا التكلم عن التعرّض إلى الصدمات في سن مبكر و من النوع II ، و ما يسمى بالصدمات المعقدة. يؤكد كل من Yehuda و Hyman (2004)، أن هناك تأثير العنف المقصود بعيد المدى على الأطفال، و يتوقف هذا على خطورة الصدمة و مرحلة النمو التي كان فيها الأطفال و مدى الدعم العائلي المتوفر أثناء المعاش الصدمي، و بعده، و درجة التدهور و إختلال الأنظمة الإجتماعية. تُعتبر كل هذه العوامل مؤشرات مهمة للتنبؤ بأعراض الصدمة لدى الطفل لاحقاً.

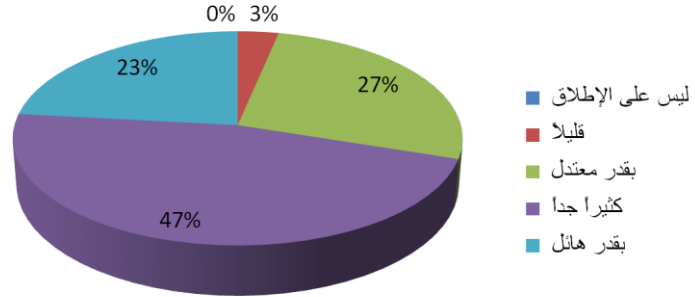
إذا أخذنا بعين الإعتبار ما جاءت به الدراسات و ما لاحظناه في الميدان العيادي، يمكننا أن نقول أن أطفال مجموعة البحث قد تعرضوا إلى أحداث صادمة في سن مبكر و أثناء النمو، لمدة زمنية طويلة و متكررة، و أن العائلة لم تكن قادرة على توفير الحماية و الإحتواء الضروريين آنذاك، بما أن كل الأفراد كانوا في معاناة كذلك.

نضيف إلى كل ذلك تدهور النسيج المجتمعي و تفكك الروابط بين الأفراد، سواء كانوا من نفس العائلة أو غيرها، و يُفسر هذا بعدة أسباب، نذكر منها؛ مناخ الهلع و الرعب الخوف و "حتى الجنون" و الشكوك التي عمت وسط الجزائريين، كباراً و صغاراً.

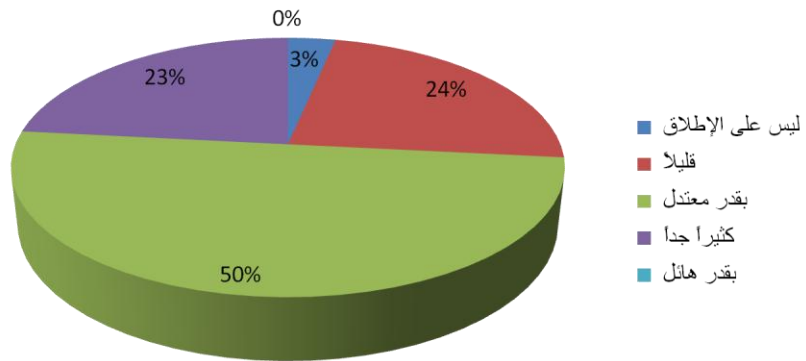
في ضوء ما تناولته الأدبيات و عملنا الميداني، كنا نتوقع أن نحصل على تطور و تحسن في الأعراض و الشكاوي التي أتى بها الأطفال خلال سنوات 2000-2007، و أن التكفل النفسي كان له مفعولا بعد سنوات مضت، إلا أن نتائج التقييم تُظهر لنا غير ذلك، مما يؤكد لنا أن عواقب الصدمة عند الأطفال أمر معقد و وشيك، إذ يحتاج إلى دراسات و ممارسات مستمرة و مُطوّلة في الزمان و تدخل عدة تخصصات لإيجاد مخرج عسى أن يكون ناجعاً في ميدان علاج الصدمات عند الأطفال.

3-أ-2-الفرضية الجزئية الثانية: هناك تطور و تحسن في نوعية الحياة.

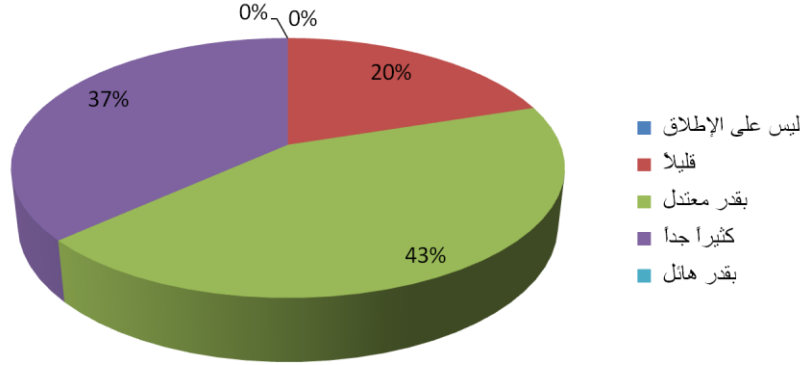
الشكل 11 : نوعية الحياة حسب الصحة الجسمية و النفسية /الدرجات



الشكل 12 : نوعية الحياة حسب الإحتياجات /الدرجات



الشكل 13 : نوعية الحياة حسب الرضا/ الدرجات



نرى من خلال الأشكال 11 و 12 و 13، المتعلقة بنتائج سلم جودة الحياة، و لا يمكننا فهمها إلا بالشرح و التحليل معاً، نظراً للإرتباط بين الأبعاد الثلاث: الصحة الجسمية و النفسية و الإحتياجات و الرضا.

إذا تمعنا في الشكل 11، نرى أن نسبة 27% فيما يخص الصحة النفسية و الجسمية، تصرّح أنها تتمتع بالصحة بقدر معتدل، بينما 47%، يرون أنفسهم أنهم في صحة بقدر كثيرا جدا. تبقى التصريحات ذاتية حسب إدراكات الأشخاص.

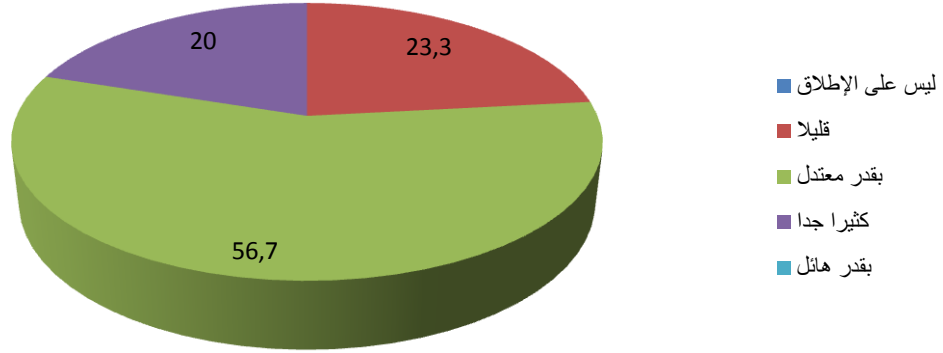
أما حول البنود المتعلقة بكم يحتاج الفرد، الشكل 12، أي، الحاجات الأساسية المتطلبة في الحياة، فصرّحت نسبة 50% بأنها تحتاج بقدر معتدل، بينما 23% تظن أنها تحتاج بقدر كثيرا جداً، أي أنه لا تتوفر لديهم الحاجيات الضرورية للعيش. و يعني هذا أن أفراد مجموعة البحث يدركون أنهم محتاجون على العموم إلى بعض الحاجيات الأساسية في حياتهم، مثل السكن اللائق و اللباس و وسائل النقل و التمدرس.

أما فيما يخص الرضا عن الحياة عامة، الشكل 13، هناك نسبة 43% صرّحت بأنها راضية بقدر معتدل، بينما نسبة 37% ترى أنها راضية كثيرا جداً. تبقى نسبة 20% تصرّح أنها راضية إلا قليلا.

يمكننا تفسير النتائج بأن مقياس جودة الحياة يقيّم ميادين الصحة الجسمية العامة و النفسية للفرد، و مستوى الإستقلالية و العلاقات و المحيط، تبقى الإجابات ذاتية، و

لكن ما يهمنا هو تصورات مجموعة البحث للصحة و جودة الحياة، بغض النظر عن ما إذا كان صحيحاً أم لا، يبقى له نقاش آخر.

الشكل 14 : توزيع مجموعة البحث حسب مجموع الدرجات لجودة الحياة



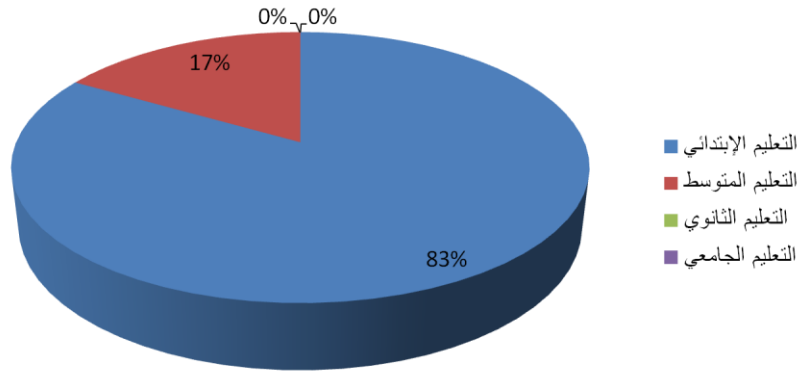
يبرز الشكل 14 جلياً أن نسبة مرتفعة نسبياً، تقدر بـ 56.7% من إدراكات مجموعة البحث أنها لا تتمتع في الحقيقة بحياة جيدة بصورة إجمالية إلا بقدر معتدل، و هناك نوع من التناقضات في تصريحاتهم إذا رجعنا إلى الأشكال 11 و 12 و 13 التي تلم الأبعاد الثلاث لجودة الحياة، ألا و هي الصحة الجسمية و النفسية، الإحتياجات، أي كم يحتاج الفرد في حياته اليومية، و الرضا، أي كم هو راضٍ عن حياته.

تختلف الإدراكات حسب الأفراد لنوعية الحياة، لأن سلم QOLS يهدف إلى قياس مدى تصور الأفراد لحياتهم جيدة ام لا. تدخل طموحات و رغبات الأفراد و مشاريع يرونها مهمة و لها معنى في حياتهم.

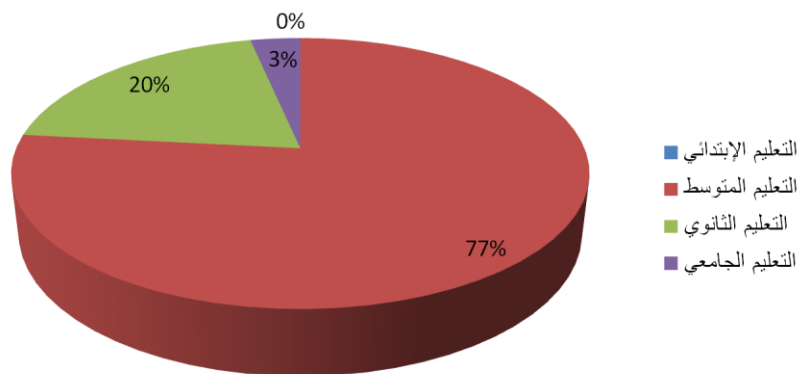
على العموم، يمكننا أن " نصرح" نحن بدورنا، أن تصورات مجموعة البحث حول نوعية الحياة إيجابية نوعاً ما، و أن نسبة الدرجات الكلية هي فوق المتوسط بقدر معتدل، مما يمكننا القول أن هناك تحسن في نوعية الحياة عند التقييم، و الفرضية القائلة بأن هناك تحسن و تطور في نوعية حياة الأطفال قد تحققت حسب إدراكات و تصورات مجموعة البحث.

3-أ-3 الفرضية الجزئية الثالثة: - هناك تطور في التحصيل الدراسي مع مرور السنوات بعد التكفل النفسي.

الشكل 15: المستوى الدراسي عند طلب المساعدة



الشكل 16 : المستوى الدراسي عند التقييم

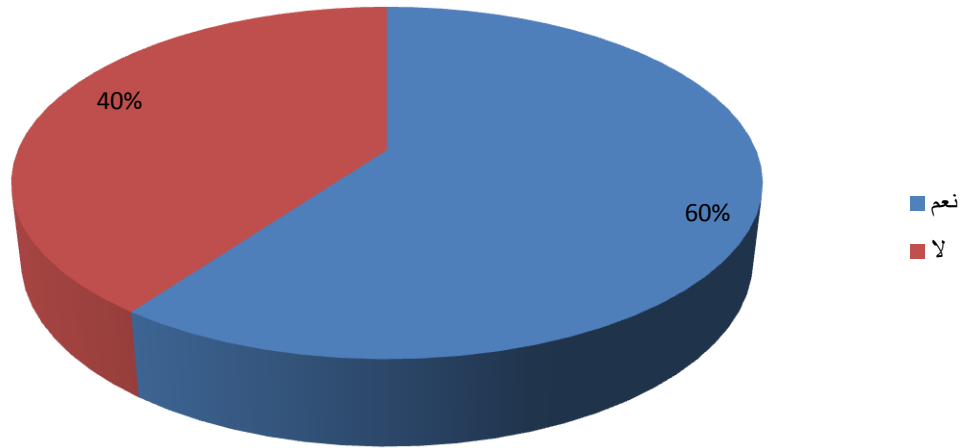


يبين الشكلان 15 و 16 المستوى الدراسي الذي جاء به الأطفال عند طلب المساعدة و المستوى الدراسي بعد سنوات من إنهاء التكفل النفسي، أي عند التقييم الذي كان خلال جويلية، سبتمبر و أكتوبر من سنة 2010.

يظهر جلياً أن المستوى الدراسي الذي جاءت به مجموعة البحث عند طلب المساعدة الذي كان يتراوح سنها آنذاك بين 6 و 12 سنة، يتمركز حول السنة الأولى إلى غاية الخامسة، أي بنسبة 83%.

أمّا أثناء التقييم، حيث يتراوح سن مجموعة البحث بين 14 و 22 سنة، يتمركز المستوى الدراسي حول التعليم المتوسط، بنسبة 77%. هناك شخص واحد من مجموعة البحث تحصل على الليسانس، و أن فقط نسبة 20.0% من مجموعة البحث هي في التعليم الثانوي. يعني هذا أن هناك تأخر دراسي لدى أفراد مجموعة البحث التي بقيت متمدرسة.

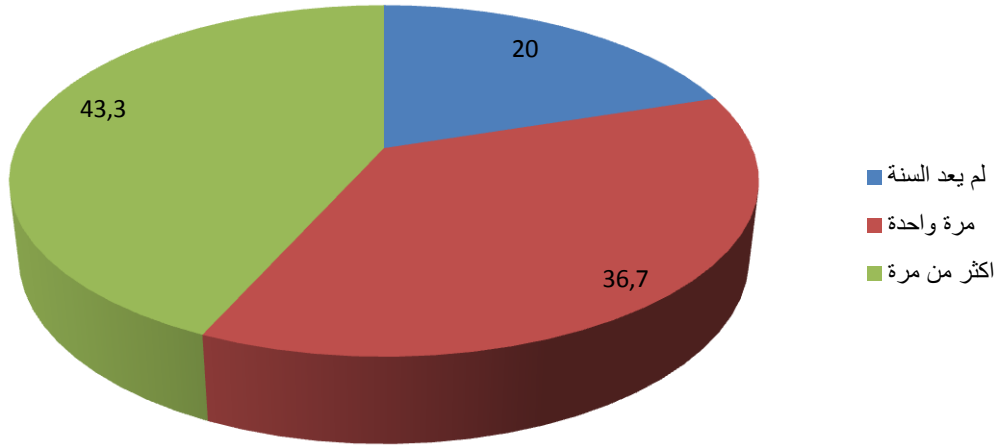
الشكل 17 : توزيع مجموعة البحث حسب المشاكل المدرسية عند طلب المساعدة



يظهر لنا بوضوح من خلال الشكل 17 أن سبب طلب المساعدة هو الفشل الدراسي عند أغلبية الأطفال الذين جاءوا إلى المركز بين فترة 2000-2007 (60%).

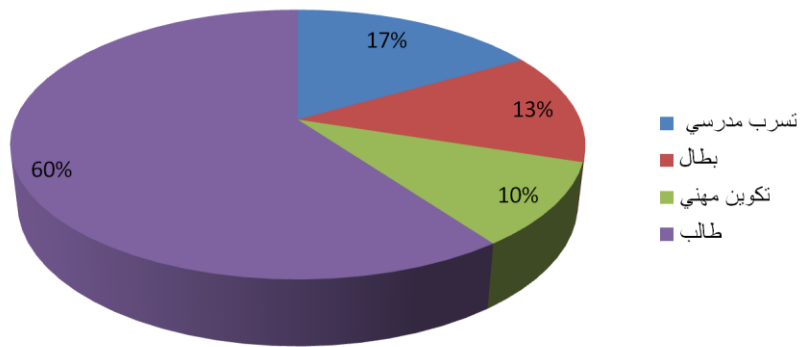
يمكننا تفسير هذه النسبة المرتفعة لكون قلق الأولياء على أطفالهم من حيث التحصيل الدراسي، و غالباً ما يخفي عدة اضطرابات يعانيتها الأطفال. يأتي الفشل الدراسي في الواجهة عند الطلبات، و لكنه من الخطر أن نبق مثبتين في هذا العرض، لأن الصدمات تمس المجال المعرفي و المكتسبات السابقة، بحيث يختل التوظيف الفكري الذي يؤدي بدوره إلى إختلالات أخرى، منها وجدانية و النمو النفسي الحركي و اللغوي والإجتماعي (Yona، 1999، Cohen، 2000، Boukhaf، 2004، C.Bouatta، 2010).

الشكل 18 : توزيع مجموعة البحث حسب إعادة السنة الدراسية



يوضح لنا الشكل 18 أن 36.7% من مجموعة البحث قد أعادت السنة الدراسية مرة واحدة، و 43.3% أكثر من مرة، و يعطينا المجموع 80.0% من الأطفال، قد أعادوا إما مرة واحدة أو أكثر، و هذا الدليل على أن الأطفال الذين تعرضوا إلى صدمات هم في معاناة، و يظهر ذلك في تدرسهم، لا يعني هذا أن ليس من بين الأطفال المصدومين الذين ينجحون في الدراسة، لكن لا نراهم في المساعدة إلا نادراً. و إذا أتى بهم أولياؤهم، فتكون لأسباب أخرى.

الشكل 19 : الوضع الحالي الدراسي



من المهم أن نشير إلى أن الشكل 19 يبين لنا أن 60% من مجموعة البحث بقوا على مقاعد المدرسة رغم من كل ما عانوه، و إذا دلّ هذا على شيء، فإنما يدلّ على أنهم تمكنوا من تخطي بعض الصعوبات و لم " ينهزموا"، فكان فالدعم و المساعدة النفسية لهم بمثابة عاملي الحماية و الوقاية من التسرب المدرسي. و من خلال ما سبق ذكره، يمكننا إعتبار أن الفرضية الجزئية الثالثة القائلة بأن هناك تطور في المستوى الدراسي لدى الأطفال، قد تحققت، نظراً للنتائج المتحصل عليها؛ حيث بقيت نسبة معتبرة على مقاعد الدراسة مما يوحي بمؤشر نوع من المقاومة و التصدي للصعوبات. لا يعني هذا أن كل الأطفال الذين بقوا متمدرسين هم في مستوى دراسي جيد، حسب ما لاحظناه أثناء التقييم، إلا أننا أدركنا لديهم الإرادة و الرغبة لمواصلة الدراسة.

أما الأطفال الذين تركوا مقاعد المدرسة، و يمثلون 36.3%، البعض منهم أتجه إلى مراكز التكوين (10%)، بينما البعض الآخر بقي من دون تكوين، أي تسرب مدرسي (17%)، وهناك حالة واحدة تحصلت على الليسانس. و نقصد بوضعية "بطل" هؤلاء الأطفال الذين هم في سن الشغل و لم يجدوا عملاً، بما فيهم الحالة المتخرجة من الجامعة.

3-ب-تقديم الحالتين:

سنشرع في تقديم حالتين قد إستفادتتا من التكفل النفس من طرفنا لمدة زمنية معتبرة، و تابعتا تطوراتهما بعد إنهاء العلاج، من سنة 2000 إلى غاية فترة التقييم، أي في جويلية 2010. و نعرض هاتين الحالتين بالذات لإبرلز و توضيح نوعين من التوظيف و كيف أثرت الأحداث الصادمة على كل واحد منهما حسب الأحداث الحياتية التي تعرضتا لها، و ما هي الإستراتيجيات التي كوّنهما كل واحد منهما للمواجهة و التعامل مع الوضعيات الضاغطة، و ما هو مصيرهما بعد التكفل النفسي.

تعتبر الحالتان "حنينة" و "زاكو" نموذجاً من الحالات التي تعرّضت إلى العنف المقصود في سن مبكر، قبل ستة سنوات:

3-ب-1- تقديم حالة "حنينة"

حنينة فتاة تبلغ من العمر 18 سنة، تحتل المرتبة الثانية من ثلاثة أطفال (ولدان و بنت)، تعيش مع والديها وأخويها، مأكثة في البيت حيث توقف مسارها الدراسي في السنة السابعة. استفادت ثلاث مرات من المساعدة النفسية في المركز، أي؛ رجعت إلى طلب المساعدة بعد إنهاء العلاج (دائماً برفقة أمها). المرة الأولى خلال 2001 من

أجل مشاكل دراسية (عدم التركيز؛ نسيان؛ خوف من المعلمة؛ "تغيس")، و علائقية مع الأم، و قلق و مخاوف عقب ما عاشوه من أحداث مُروعة بسبب العنف المقصود. إستفادت حنيئة من التكفل النفسي الفردي لمدة 12 حصة، ثم أحييت إلى التكفل النفسي الجماعي (دائماً مع نفس النفسانية و نفسانية ثانية)¹ مع إستمرارية العمل مع الأم من أجل بناء و توطيد علاقة "أم-بنت"، لمدة سنة كاملة. و جاءت في المرة الثانية عام 2006، حيث كانت في السنة السابعة لطلب المساعدة أمام الفشل الدراسي، لكنها لم تواصل دراستها بسبب ضعفها الشديد في كل المواد، لتعود للتكفل مرة ثالثة خلال سنة 2008 حيث تابعت خلال سنة كاملة مرة أخرى (علاج فردي)، ثم وُجّهت من طرف المساعدة الإجتماعية لمتابعة تكوين في الخياطة. نذكر أن في كل مرة تأتي حنيئة برفقة أمها لطلب المساعدة، و لم نر الأب أبداً رغم إلحاحنا.

حنيئة فتاة عاشت حدثاً صدمياً عنيفاً لما كان عمرها أربع سنوات و نصف، قد أضيف إلى عوامل الخطر لمعطيات أليمة سابقة، في تشكيل مجرى حياتها؛ تمثل في القصف الذي مورس على المنطقة التي كانت تسكن فيها عائلتها آنذاك.

-سيرة حياة حنيئة

ما قبل الحدث:

تحكي الأم أنها تربت في عائلة مرموقة و مثقفة أحبّت الموسيقى، فتابعت دروساً في فرنسا لكن فوجئت بمشروع آخر في سن السادس والعشرين²، تمثل في الزواج من شاب من عائلة أقل مستوى و زوج لم يحظ بأي فرصة للتعليم، وليس له أي تكوين مهني، فهو "بيريكولي"، و يبلغ التاسع والعشرين من عمره، "هما جبايلية و ماشي من نفس المستوى"، و تم الزواج وبدأت مشاكل عويصة مع عائلة الزوج، فكانت علاقتها بجميع أفراد الأسرة بما فيهم زوجها سيئة و تتميز بسوء التفاهم و الشخص الوحيد الذي كان يوحي لها ببعض الأمان كان والد زوجها.

تميّز الحمل الأول ببعض مشاكل المرض في الشهر الخامس الى جانب نزيف دموي ما دفع بالطبيب من تحذيرها من الحمل، فوصف لها حبوب منع الحمل لإسترجاع صحتها بعد الولادة الأولى. لكن بعد أربع سنوات، فوجئت الأم التي كانت لازالت تتناول حبوب منع الحمل و بدورة الشهرية العادية بخبر حمل ثان، فكان واقعه كالصاعقة عليها "تغاشيت" حيث كانت قلقة و مضطربة حتى اضطر الطبيب لتهدئتها حيث كانت تقول له "أنا مانيش حابة هذا الصغير إذا يزيد بالعذاب" فكانت أول عبارة

¹ يكون دائماً نفسانيين عند العلاج النفسي الجماعي.

² إرغام العائلة على هذا الزواج

تقولها الأم عن بنتها و هي لازات في الأسابيع الأولى في رحمها، و لم تدر ما إذا كان الجنين ذكراً أم أنثى .

وبعد إجراء الفحوصات أخبرها الطبيب بأنها تنتظر بنتا وأجرت فحوصات كاملة وبدأت المشاكل الجسدية، حيث بدأت تشعر بالآلام في الشهر الخامس و كان عندها نزيف دموي، ما هدد حياة الجنين حسب الطبيبة التي قالت انه سيسقط، وهناك احتمال ولادة بنت مُعَوَّقة، مما أقلق الأم كثيراً بقية الحمل. فوصفت لها أدوية التي زادت من شهية الأم وزاد من وزنها. وبعد سبعة اشهر انقطع النزيف واستمر الحمل بصفة طبيعية لكن بقيت الأم قلقة.

رغم استغراق استخراج المشيمة كلية من رحم الأم بعد 15 دقيقة، إلا أن الولادة كانت بمجملها سهلة وطبيعية وولدت بنتاً طبيعية دون إعاقة، الأمر الذي لم تكدر تصدقه الأم "صبت طبيب راجل عاوني بزاف"، لكن كان للطفلة بشرة سمراء ما جعل الأم ترى فيها زوجها "تشبه لباباها"، فرفضتها حينها؛ وكان رفض شديد من طرف الأم "كي تمسني لحمي يتشوك". رضعت الطفلة عند أمها عشرين يوماً فقط لأن الأم كانت تشعر بالآم في الثدي. فأصبحت الطفلة ترضع بالحليب الإصطناعي؛ ما عرض حياة الطفلة إلى خطر الموت مجدداً حيث تناولت حليباً مستورداً إنتهت مدة صلاحيته، فقاد يقتل الطفلة. وفي سن تسع أشهر، تجدد خطر الموت حيث أصيبت بمرض أصبحت نحيلة وقلبها "يخبط" وشفثتها تصلبتا، الأمر الذي فُسر بالإعتقادات الشعبية القائلة "دخلت عليها عروسة" فعالجوها بدواء تقليدي ثم واصلت نموها طبيعياً إلى غاية سن الرابعة والنصف، سنة الحدث .

الحدث:

تحكي لنا والدة حنينة وقائع إحدى أيام سنة 1996 والتي تبقى راسخة في حياتها. وقع قصف بالمروحيات على المنطقة التي كانوا يقطنون فيها، فُصف بيتهم وكان عمر حنينة أربع سنوات و نصف، وكانت الأم حاملاً بالطفل الثالث. فكانت الأم تحت وقع صاعقة حيث تجمدت تحت وطأة الرعب والهلع الشديدين؛ ولم تقوى على المشي والفرار، كانت حنينة خائفة مثل أمها، لكن فجأة تجرّ أمها بكل قوتها للإبتعاد عن الخطر. حدث هذا في نوع من الجنون والهستيريا العامة حيث عمّت الفوضى في المنطقة والجميع يجري في كل الإتجاهات، وكان هناك جرحى وقتلى في كل مكان والتي شاهدها البنت. وتضيف الأم أن البنت أنقذتها من الموت "حنينة سلكتني من الموت".

أما حنينة، فعاشت الحدث بطريقتها الخاصة ، فبعد القصف وهروب الأشخاص، سحبت حنينة أمها من يدها وفي اليد الأخرى كانت الأم تمسك بكبيس أوراق

، فأضاعت الأوراق؛ فتركت البنت وذهبت للبحث عن الأوراق. حينها؛ وجدت الطفلة نفسها لوحدها، فأصيبت بالخوف وضاعت بين الناس، فأغميَ عليها. وعندما وجدها بعض الأشخاص ذهبوا بها الى الشرطة ليأتي عمها بعد ذلك للبحث عنها "عمي جاء يديني بعد ما تفكرت ماما بلي بحررتي ماجاتش تحوِّس تشوف واش صرى لي، بابا كان في الحبس داوه الشرطة باش ما يروحش مع الإرهاب". بقيت حنينة تبحث عن المعنى منذ ذلك الحين، إلى غاية الساعة، فتتساءل، كيف يمكن لأم أن تنسى بنتها و تجري وراء أوراق، و تتضمن رسوماتها؛ و هي مراهقة (سنة 2008): أم في يدها كيس من الأوراق، و يد أخرى حنينة بفستان جميل بالألوان المزدهرة و شعرها بتصريحة أنيقة les quiquinettes.

بعد الحدث

ظروف الحياة:

وجدت العائلة نفسها بدون مأوى بعد ما أنهار بيتهم تحت القصف، فبدؤوا رحلة الانتقال من مكان إلى مكان ومن بيت إلى بيت آخر. وهو الحال الذي يتقاسمونه مع باقي سكان المنطقة، إضافة إلى انعدام مصدر رزق وظروف سكن صعبة، حيث كانوا في غرفة واحدة يحشر فيها كل الأفراد؛ وأصبح العيش في وضعية مزرية من حيث المستوى الإقتصادي والسكن مع العائلة الكبيرة، إضافة إلى الأزمات العلائقية: العنف الممارس من طرف الزوج على زوجته أمام الأطفال وأحيانا أم الزوج. زادت هذه الظروف في تفاقم الصراعات في العائلة خلال الأزمة الناتجة عن العشرية السوداء.

حنينة و وقع الحدث:

قالت الفتاة أثناء التقييم: "أنا جيت على جال الدراسة أو واش دار فينا الإرهاب. عندي ذكرى قوية شغل مغامرة تجربة الحياة من واش شفت. كان عمري أربع سنوات ونصف كان الناس تحرمو من باباهم وتذبحو كي الكباش، كنت طفلة صغيرة نشفى أنا نحكي لولادي علاش ماقريتش كي يسقسوني علاش ماقريتش، نحكي لهم باش يدو العبرة على خاطر من الأولاد يجي الإرهاب، أنا عقبت بزاف كي يدو عبرة مني مايسمعو لهمش لوكان جيت نكتب واش دارولي نكتب كتاب، من هادك الوقت عقلي راح وماصبتوش حتى لدرك".

حنينة والدراسة

خلال السنة الابتدائية الأولى، تحضيراً لإحتفال آخر السنة، كان التلاميذ يتمرنون على مسرحية، فوزعت المعلمة لكل تلميذ دوراً ومنحت لحنينة دور الحمار،

فرفضت حنينة لكن فُرض عليها الدور. وأثناء عرض المسرحية، قامت بلبس ذيل الحمار؛ ما عمق مأساتها حيث تقول "وعلاش أنا تدير لي الزعكة نتاع الحمار، وعلاش أنا حمار؟"، كان هذا الحديث عند المقابلات الأولى، سنة 2001، أي كان عمر حنينة آنذاك 9 سنوات. تقول حنينة منذ ذلك اليوم أصبحت تشكو من اضطرابات في الذاكرة، حيث تقول الأم أن حنينة تحفظ دروسها ثم تنساها وتشكو من قلة التركيز في القسم وتضيف أنها تشكو من ترهيب المعلمة، فاضطرت لتغيير المدرسة بعد السنة الأولى، وعند تغيير المدرسة سأل المدير عن ما إذا أحببت أن تدرس عند معلم أو معلمة، فاخترت معلماً، لكن ذلك لم يمنع الفشل الدراسي حيث كررت عدة مرات الأعوام الدراسية إلى أن توقف مسارها الدراسي في مستوى السنة السابعة.

حنينة و مشروع الحياة:

بعد رجوعها للمرة الثالثة لطلب المساعدة وهي في صميم سن المراهقة، استدركت حنينة وأصبحت واعية ببعض الأمور التي تخصها وبعض القضايا التي تخص معاملة أمها لها بالمقارنة مع أخويها حيث تقول "نشبه بزاف لبابا خديت منو بزاف سمرا كيما هو"، تحس أن معاملة أمها تختلف مع معاملتها لإخويها "ماما ما كانتش تقولي واش نولي في المستقبل؛ أخي الأكبر إولي كي يكبر محاسب على خاطر ايجب الدراهم وأخي الصغير يولي قائد الطائرة وأنا والو، كي نقولها نولي بوليسيا تقلي تاع الرجالة، كي نقولها نولي استاذة، تقولي تاع وجهك أنت ماتقديش".

نرى من خلال مسار الحالة أن هناك أحداث كثيرة متداخلة، بدأت من اللحظة التي عرفت الأم أنها حامل. سنرى كيف "شكّلت و صنعت" هذه الأحداث المكثفة على مصير حنينة. سنعرض أولاً نتائج قائمة الأعراض SCL-90-R و سلم جودة الحياة QOLS ، عند التقييم ، ثم رائز الرورشاخ، مع المناقشة والتحليل.

نتائج قائمة الأعراض: SCL-90-R عند حنينة:

قائمة الأعراض عند التقييم/عدد البنود لكل بُعد	عدد الأعراض عند التقييم حسب SCL-90.R حسب سلم Likert
افكار و / او سلوكيات قهرية/10	4.1
البارانويا التخيلية/6	2.3
الحساسية التقاعلية/9	1.7
اعراض القلق/10	1.5
قلق الخواف/7	1.5
العداوة/6	1.3
اعراض اكتئابية/13	1.2
أعراض جسمية/12	1.1
توجهات ذهانية/10	0.7

الجدول 3: نتائج قائمة الأعراض SCL-90-R الخاصة بحنينة

نلاحظ من خلال الجدول 3 الذي يبين نتائج قائمة مراجعة الأعراض عند التقييم، أن لحنينة درجة مرتفعة جدا (4.1) في الوسواس القهري، وهو بُعد يشير، حسب قائمة مراجعة الأعراض، إلى وجود صعوبات معرفية وإضطرابات في التذكر وخلو الذهن من أي أفكار منطقية مع صعوبة في التركيز، و تركز على الأفكار والدوافع القهرية والأفعال التي يعانى منها الفرد بطريقة لا يستطيع مقاومتها رغم أنها غريبة عنه وغير مرغوبة منه.

للتذكير، لكل بُعد من قائمة الأعراض عدد معين من البنود¹ و أن التدرج تم حسب سلم Likert. يعني العدد 4.1 أن حنينة سجلت متوسط الدرجات للعدد الإجمالي للبنود في أعراض الوسواس القهري، و هي 10 ، 4.1 من 5 على سلم Likert ، و يُعد مرتفعاً جداً. تأتي في المرتبة الثانية أعراض البارانويا التخيلية بقدر معدل الأعراض 2.3 على 5 في الشدة من 7 بنود. ويشير هذا البعد، كما ورد في SCL-

¹انظر الشرح المفصل في تقديم الأداة.

90-R إلى التفكير الهذائي، والعداء، والشك والإرتياب، والمركزية، والضلالات، وفقدان الإستقلال الذاتي، والشعور بالعظمة.

و يعتبر متوسط عدد الأعراض المرتفع عند التقييم متلازمة مع أعراض PTSD، مما يبين معاناة واضحة بالنسبة لحينة، حتى بعد التكفل، فأعراض الوسواس القهري سائدة و يمكننا تفسيرها بأن هناك علاقة وطيدة مع أعراض متلازمة لـ PTSD عندما يتعرض الفرد إلى أحداث صادمة في سن مبكر، كما هو الحال بالنسبة لحينة. أما أعراض البارانويا التخيلية، تقترح البحوث المختلفة أنها قد تكون موجودة أصلاً و تصبح معقدة بوجود PTSD. تُعد الصدمات المبكرة و الإهمال من بين عوامل الخطر لتكوين اضطرابات نفسية لاحقاً، و لذا هناك الحاجة إلى الحذر و النظر في تلازم الأعراض الذهانية مع الصدمات عند التقييم، ويستدعي التشخيص الفارقي (J.Read ، J.Van ، A. Morrison ، 2005).

تشير في هذا الصدد الدراسات أن اضطرابات الوسواس القهري مرتبطة بعدد الأحداث الصادمة التي عاشها الفرد خلال حياته (RC. Kessler ، A.Sonnega، 1995). عند معايشة الحدث الصادم، يشعر الفرد باستمرار بالقلق و ينشغل بأمنه. فيلجأ إلى السلوكات القهرية، (مثل ترتيب و و تنظيم الأشياء و التأكد، إلى غير ذلك) التي تجعله يشعر أنه في التحكم و في أمان و تُنقص القلق، و لكن على المدى القصير؛ لأن هذه السلوكات لا تساعد الفرد على مواجهة الضغوطات و إنخفاضها، بل تزيدها تفاقمًا و منها يرتفع القلق (JD.Hubbert ، JS.Moser، 2005 ، DL.Murphy ، 2007). تشير البحوث أن من بين الأفراد الذين شُخصوا بـ PTSD، قد تكون نسبة تتراوح بين 4% إلى 22% منهم من يعانون كذلك الوسواس القهري. و في نفس الصدد، تبين أن الأفراد الذين يعانون الوسواس القهري قد عاشوا أحداث صادمة خلال حياتهم. أظهرت دراسة، مثلاً، أن 54% من الأفراد الذين لهم تشخيص الوسواس القهري، صرّحوا بأنهم عاشوا على الأقل حدث صادم في فترة ما من حياتهم (RC.Kessler، op.cit.).

تفسر إذن هذه المعطيات تواجد أعراض الوسواس القهري بقوة عند حينة و تليها أعراض البارانويا التخيلية، أما الأعراض الأخرى، فهي متفاوتة نسبياً و لا تشكل إنشغال كبير. سنعود للتحليل و التعليل بعد عرض نتائج جودة الحياة و رائر الرورشاخ.

سلم جودة الحياة QOLS الخاص بحنينة

الدرجة على سلم Likert	جودة الحياة
4	الصحة النفسية و الجسمية
3	الإحتياجات
3	الرضا
3	الدرجات الإجمالية

الجدول 4: نتائج سلم جودة الحياة الخاص بحنينة

تبيّن لنا نتائج سلم جودة الحياة أن حنينة تصرّح بأنها راضية بقدر معتدل (3.00)، عن حياتها بصفة عامة، و حسب تصريحاتها، تتمتع بصحة جيدة بدرجة 4، أي كثيراً جداً. أما فيما يخص كم تحتاج، تتمثل النتيجة في درجة 3، و هي بقدر معتدل، نحن نعرف أن بسبب العنف المقصود، فقد الأب وظيفته و دُمّر بيت العائلة التي بدأت في التنقل من مكان إلى مكان، مما أدى إلى معاناة إضافية لكل أفراد الأسرة.

للتذكير، يقيس سلم جودة الحياة إدراكات الفرد حول نوعية حياته ، و بالتالي تكون النتائج جدّ ذاتية. وجدنا عند عدة أفراد مجموعة البحث أجوبة لا تعكس حياتهم الفعلية، بما أننا نعرف وضعيتهم و الأحداث التي عاشوها. يرى في هذا الشأن، Kelson (op.cit.) أن هناك ميزة كبيرة عندما يكون الباحث يعرف المستجوبين قبل الدراسة التتبعية ، لأنه يستطيع أن يُسيّر و يتحكّم بطريقة مميزة في الزمانين (الفترة الأولى و الثانية) للدراسة، و كذلك يستأنف الإتصال بهؤلاء الأفراد و يسترجع بسرعة نقتهم.

هذا ما تأكد لنا حيث لاحظنا إرتياحاً كبيراً عندما إتصلنا بالأطفال-عن طريق أوليائهم، و بعد التكلّم معهم مباشرة. إلا أن هذه الميزة التي يتكلم عنها Kelson، تمثّل في نفس الوقت إشكالاً، بحيث يؤثر متغير الإرضاء الإجتماعي (désirabilité sociale) أين يرغب المستجوب أن يُرضي الفاحص، و بالتالي يُجيب حسب توقعات هذا الأخير. و في بحثنا هذا، قد يجيب أفراد مجموعة البحث حسب ما يتصورون أنه مُنتظر منهم، ألا و هو بالإيجاب في عدة حالات لإظهار إمتنانهم لنا بصفتنا ممثلين لفرقة المركز. و قد أشرنا إلى هذه الظاهرة عند تبريرنا لإستعمال إختبار الرورشاخ.

إختبار الروشاخ لحنينة

التنقيط	التحقيق	الاجابة التلقائية
1 - GEF H clob	لوحة بيضاء (كل اللوحة بالابيض والاسود هي انسان) فيها نقطة سوداء بصح الاسود بدى يتلاشى في الوسط	10'' PL I (تعبير وجهي)صورة علاه هاد النقطة سوداء ؟ ما عندها حتى تعبير عندي انا بصح هي تعبير ... انا عندي هاد الانسان اللي في الصورة هادي نقطة سوداء بدات تروح منا ومنا على كل الصورة عجبنتي خاطش حاستها فيا هاديك النقطة السوداء بدات تروح بدات تروح منا و منا من الطرفين و دوركا بدات تاكل من الوسط بين ربعة الصورة هادي عجبنتي بزاف خاطش انا حببت نوصل للطبيبة تاغي بلي انا هاكا وماقدرتش بلي النقطة السوداء بدات تروح مع المراحل (تضحك) والتجارب حتروح و الصورة عجبنتي هادا واش راني شايفة هادا ما كان علاش خيرتو هاد الصورة (ماخيرناش هاكا دايرين) اللي يخزر فيها ويشوفها مليح ويتيقن فيها وشايفها في نفسو انسان عادي ا ا ا ورقة بيضاء ونقطة كحلاء 2'
2 – G bl C' Abstraction		
3 – DC sang	كنت متخيلة هناي الحالة تاغي في الفين وواحد والفين واثنين	9'' PL II سبحان الله نفس الصورة بصح زدتو فيها لون الاحمر برك بالاك كي زدتو لها لون احمر معنتها داك الانسان شايف بزاف بالاك هادا ماكان 50''
4 – DF- abstraction	الاحمر هي الدم الاكلح عبارة عن روح C	
5 – DC sang	Rouge لون الدم noire لون الروح	5'' PL III هاد اللوحة بدات بالاكلح الاحمر بداو يروحو ... بصح اللون الاكلح واللون الاحمر بيقاو شويا ... بيقاو شويا خاطش هاد الانسان اللي في التصويرة النظرة تاغهم ولا شخصيتهم ماتيقاش تتذكر اللون الاحمر واللون الاسود على حساب النظرة تاغي خاطش الصورة الاولى والثانية والثالثة ماشي كيفكيف 54''
6 – GK-H/abstraction		
7 – GE abstraction	بصح تبقى هي هي الروح كلها	7'' PL IV اللون الاسود رجع يسما حالة تروح و تجي في نفس الوقت صورة ممكن تمحي كل حاجة ويمكن

		صورة لحظة او ادكرى .. بصح الانسان يقعد يدكر الصور اللي شافها من قبل ... هادا ماكان 37''
8 – GF+C'A Ban	حمامة سوداء على حساب الشكل	PL V هادي شكيت فراشة حبيبت نشوف الصورة وين راهي رايحة فراشة سوداء (تضحك) عبارة عن فراشة سوداء هادا ماكان بصح لوكان درتو فيها الاولان مليح شابة هادا ماكان 44''
9 – DF+ Anat	عمود فقري في الوسط هو اساسي في الاسرة و الانسان هو الاساس الاطراف رمادية روح فوضوية والوسط كاين اساس يسما كيفاه تكون وكيفاه تربى بالمساعدة من المجتمع والاسرة والمركز	PL VI 5'' حاجة اغرب واش نعبر لك (تضحك) لوحة سوداء فيها نقطة سوداء فيها عبارة عن عمود واش فيه جاي فيه هاكدا (وتشير للشكل) ما فهمتش ... كي نكملي قولي لي واشنو ها لوحة هادي (وتضحك) لوحة هاكا فيها عمود اسود فيها ةسوداء هادا ماكان 58''
10 – G bl C' abstraction	توام شكل اسرة اللي كنت فيها اسرة من جهة ومراة من جهة	PL VII (تضحك) اةة شوفي هاد اللوحة استغربت منها بزاف على حساب ماشفت لخرينة جاب لي ربي بالاك نفس ... الانسان ادا حب يفهم الحالة تاو يفهمها غير بالصورة صورة سوداء فيها فراغ هنا جدا (تضحك) كيما ... كان لابس عليها وطف ... يسما هاد الحالة تروح وتعاود تولي ... الجهتين هادو يتشابهو بالاك العقل والقلب والروح بالاك ... هادا ماكان 1'5''
11 – GC abstraction	لوحة بيضاء هي الروح الوان في الوسط هي الروح	PL VIII واخيرا (ضحك وفرح) لونتو الصورة ... الانسان حياتو حياة شابة ... الانسان كي يشوف الالوان اقسم بالله ... كي يشوف تصويركم ملونة يحس احساس بان الدنيا مافيهاش غير الاسود والاحمر فيها ثانيك الروز الاخضر شيني كل الالوان الانسان كي يشوف الالوان صح انا في واحد الوقت كنت نشوف غير الاسود والاحمر برك وواو وليت نشوف هاكا بالوان متعددة بفضل الاطباء تاوعنا ... بالاك نتوما حبيبتو تورولي هاد التصاور باش نشوف الحالة تاوعي في التصاور ... في الاسود و الاحمر ثم في الالوان صح

		هادا ماكان 1'17''
12 – DF+ anat 13 – DF-anat 14 – DF- anat 15 – DF-anat	عمود فقري في الوسط البرتقالي هي الكتاف الاخضر هي الاضلاع كليتتين علاه كل رسم فيه ثقبين صغيرتين	PL IX دوركا تولي كيما المرة الاولى ... ركزتو في التصويرة نفس الصور بصح الشكل تبدلت.... الانسان ما ييقاش يشوف في هادوك الالوان كاين الوان تبدلت هي نفس الالوان بصح تبدلت ..تبدلت في الشكل في النظر ... حبيتها ما نحيش نفس التصويرة ...الانسان يلزم ابدل التصويرة اللي تكون معاه صح مليحة عجبتني ... هادا ماكان اضلاع الجسم ... عمود فقري وكتاف وهادو اضلاع خاطش باينة عمود فقري كلوتين شغل داخل الجسم نورمالو ترسمو الروح ماشي الجسم نتوما تداوو الروح ماشي الجسم ةعجبتني انا نحب الاولوان هادا ماكان 1'42''
16 – DC abstraction	الازرق هي الحياة الرمادي	PL X 6'' واخيرا كملت الصرو صورة شابة مميزة مليحة عجبتني التصويرة الاوان شابة فيها في النظر التاعي فيها كل انسان عطيتلو لون خاطش النظر كاينة على حساب الشخص اللي يرسمها كان في حالة ...حنا نعرفو بلي الرسامين مساكن فيهم عقدة وفيهم ايجبو يقرأو الانسان كيفاش يحب الطبيعة الشكل ...التصارو اللي شفتهم كامل شابة داك الانسان الي كان في حالة يشوف غير الاسود والاحمر اومبعد ولا يشوف الوان متعددة محددة الاخضر والازرق والاحمر لالا والشيني يسما في اخر المطاف يشوف كل الالوان يشوف الاكل والابيض والازرق والاخضر شابة خاطش الانسان الروح تاعو ماتيقاش عيانة تبرى بصح الروح تبقى تتفكر الام الجسم ينجرح ويبرى بصح الروح تبرى بصح يبقى جرح صغير باش تبقى لو عبرة قدوة لولادها للاسرة تاعها لآخواتها باش داك الانسان كيما نقولو حنا العالم كي يدبر تجربة حنا ديك التجربة نيسطوها لهم ونقولولهم حنا ضحينا ما ضحيناش بالجسم ماضحيناش بيزاف صوالح بصح ضحينا بالروح تاعنا ومهما انو الاخصائية النفسانية لعبت دور كبير بيزاف ونشكرها بيزاف والكل يشكروها من كل عقلي بصح وصلت لوكان تقدر تداويني في الروح وانا صح عندي بنت خالتي ماشي نفس الحالة عندها عقدة دايرة الثقة في روحها قد ماتقدر دايرة الثقة في روحها لدرجة قصوى كي شغل كي تهدري معاهها كي شغل راكي

		تهدي مع راشد وهي صغيرة في اللاج 4'57''
--	--	---

الاختيار الايجابي pl. III et pl. VII

الاختيار السلبي pl. II ET pl. VI

فكرة عامة عن البروتوكول

عدم قابلية بعض الأجوبة للتنقيط كونها تتميز ببعض عدم التناسق و التجريد وعدم الأخذ بعين الإعتبار اللوحات والمادة الواقعية ما قرب الأجوبة من الهذيان.

ندرة أجوبة الحيوان ، الحساسية الكبيرة اتجاه الألوان .

تردد موضوع الأحداث الصدمية وسياق التكرار في أجوبتها.

R = 16

T T: 15'4''

T L M: 40''

T P: 56''

G% = 31,25%

F = 6

A = 1

F% = 37,5%

D% = 56,25%
33,33%

F+ = 2

H = 2

F+% =

56,25%

F- = 4

Bot = 3

F élargie =

44,44%

K = 1

Anat = 5

F+ élargie =

C = 4

Abstraction = 7

H = 12,5%

TRI = 1K/9,5C

C' = 2

Sang = 2

A% = 6%

FC% = 0kan/2,5E

FC' = 1

Ban = 1

RC% = 37,5%

E = 1

EF = 1

الإنطباعات العامة:

في زمن شبه قصير يتميز برتكول حنينة بإنتاجية غزيرة غير متقيدة بتعليمية الإختبار، و ذلك بسرد خبرات شخصية و آراء بعيدة عن المطلوب منها في سياق كلام غير منظم وغير واضح قد يعطي انطباعا بأنه قريب من الهذيان ليعطي أخيرا إجابات عددها أقل من المتوسط 16مقابل 20 كمعيار أدنى.

من الصعب إيجاد مواقع و محددات لها مع حنينة، كما نجد طابع التكرار لمحتويات غير مرئية – روح- قد تتم عن سياق تناذر التكرار .

التحليل الكمي

- السياقات المعرفية:

التناول:

ظهرت طريقة التناول الكلية بنسبة معيارية %31,25 مرتبطة بمحددات شكلية خاصة أمام اللوحات (I III IV V VII VIII). فكان تناولنا ناجحا أمام لوحات أشكالها مكتملة أساسا تشجع هذا النوع من التناول (I V VI) دون بذل مجهود كبير على المستوى الإدراكي. أما باقي اللوحات فقد ظهر التناول الجزئي كطابع أساسي مرتبط بمحددات متنوعة . شكلية أو لونية دون أن ينجح هذا التناول بسبب كون اغلب محدداته سلبية او محتوياتها توحى عن القلق او الإبتعاد عن الواقعية – روح- فالتناول الجزئي الهادف الى المراقبة و التحكم في هذه المحتويات الهوامية المقلقة المهدة غير ناجح في بعض الأحيان، فحنينة تعتمد إذن على الإتكاء على معطيات العالم الخارجي للهروب من الواقع الداخلي المقلق المهدهد، لكن هوامتها تطغى و تظهر قلقها وتظهر قلقها و هشاشة قدراته.

- العلاقة بالواقع الخارجي:

تبدو العلاقة بالواقع الخارجي متأثرة بواقع داخلي مقلق مؤثرة على إمكانيات حنينة على التكيف و الإستجابة له، حيث تظهر $F+= 33,33\%$ و هي نسبة أقل من المعيار بكثير 70 الي 80/، و يتأكد ذلك بنسبة $F+ \acute{e}largie= 44,44\%$ والذي لا يزال أقل من المعيار بكثير.

يتوازي الفشل بإستخدام ميكانيزمات المراقبة f , D بوجود حساسية للون، تحاول حنينة مقاومتها بإستخدام إجابات ذات محتويات جامدة $anat$ ، دون ان تنجح في ذلك، ما يمكن تأكيده من فحص $RC\%= 37\%$, $TRI= 1k/9,5c$

خلاصة:

تتميز حنينة بواقع داخلي مقلق يمنعها من رؤية و الإستجابة لواقع خارجي . و قد تنجح احيانا في التكيف معه إذا وجدت دعما خارجيا كافيا مثال اللوحات ذات البقع الواضحة. أما إذا تركت لنفسها او دفعتها لواقعها الداخلي لجأت الي التنازل الجزئي للمراقبة و التي اغلبها غير ناجحة .

التحليل الكيفي:

الهوية:

انطلاقا من الصلة بالواقع الخارجي و القدرة على رؤية اجسام كاملة، نجد ان حنينة تعاني كثيرا من اجل إبقاء صورة كاملة عن جسم هو غالبا روح فقط ، و بكثير من الدعم الخارجي تستطيع حنينة رؤية جسم كامل لكن محتويات كثيرة هي عبارة عن اشلاء أجسام لا حس لها .

العلاقة بالموضوع:

لا تتحدث حنينة سوى عن أمنيات إنسان و أسرة لكن جسمها غير المتكامل لا يوصلها الى عقد علاقات ناضجة ، فلا نجد أي محتوى يتكلم عن علاقة سوى في اللوحة IV أين تعطي زوجها لكنه توأم ؛ أي صورة طبق الأصل و هذا لسياق نرجسي - صورة مراة-.

القلق:

يظهر القلق جليا كما سبق الذكر و هو القلق من عالم داخلي مهدد . قلق نرجسي حول الإنشغال بوجود الشخص او عدمه و ليس بعلاقة مع افراد آخرين.

ميكانيزمات الدفاع:

تظهر محاولات المراقبة و القمع F , D

الحساسية الإنفعالية للون.

ميكانيزمات أولية من خلال الكلام المهشم .

إستنتاج لنتائج الورشاخ الخاص بحنية:

بيّنت النتائج أن حنية تعاني صعوبات في تسيير الإنفعالت و الصراعات، و بالتالي نقص مهم في القدرة على الإرصان، و أن هناك تذبذب في العلاقة مع الواقع الخارجي مما يدل على الجرح النرجسي العميق، (altération avec la réalité extérieure)، وهناك اللجوء إلى سرد الخرافات، أي العيش في عالم خيالي. فهي حالة حدية تقترب من الذهان.

تحليل و مناقشة نتائج حالة حنية:

يتضح لنا أن نتائج SCL-90-R تتفق مع نتائج الورشاخ، من حيث تواجد بقوة أعراض الوسواس القهري و البارانويا التخيلية. للتذكير، إستعنا برائز الورشاخ لفهم التوظيف النفسي و الآليات المستعملة من طرف حنية، حتى نتمكن من إعطاء معنى و تحليل نتائج قائمة مراجعة الأعراض و سلم جودة الحياة.

تشير الدراسات أن هناك إرتباط بين حدوث صدمات مبكرة عند الطفل و ظهور أعراض الذهان لاحقاً في حياة الطفل (J.M.Sigward، 2006).

عند تمعّنا في حالة "حنينة"، يتبيّن لنا جلياً أن حياتها-حتى الآن- (و حتى قبل حياتها، إذا صح القول) مرّت بأشواق عديدة، بدءاً من لحظة النطفة الأولى عندما عرفت الأم أنها حامل. منذ هذه اللحظة بدأت الأحداث تتراكم الواحد تلو الآخر في حياة حنية. إذا راجعنا التسلسل الزمني و كل ما مرت به حنية، نجد أنها مرت بسلسلة من الأحداث الصادمة و في رحم أمها.

إذا تفحصنا ملياً حالة حنية، ندرك أنها لم تحظ بالعيش و النمو في جو أسري حاني و إحتوائي و محيط آمن. و إذا رجعنا إلى الأدبيات حول الصدمات أثناء الطفولة و عواقبها لاحقاً، نجد أن من بين العوامل الواقية هناك العائلة و المحيط اللذان يحرصان على تطوير الصحة و الهناء لدى الأطفال و العائلات، و يمنح هذا الأولياء القدرة على البحث عن إستراتيجيات التعامل ليكونوا أحسن أولياء حتى تحت الضغط.

تعتبر العوامل الآتية حامية و تقلل و/ أو تحدّ من الضغوطات لدى الأطفال:

- أسرة حانية و إحتوائية/إرجاعية الوالدين/ إستعادة الوظيفة الوالدية

-الدعم الإجتماعي/إرتباط النسيج الإجتماعي و التضامن

- دعم المدرسة و الهيئة التربوية.

-توفير الأمن و الحاجيات الأساسية.

إذا راجعنا مسار حياة حنينة، لم نرَ توفير هذه الشروط و العوامل الحامية، فلم "نعثر" خلال تكفلنا بحنينة على عطف الأم و المعاملة الطيبة لها، إلى غاية سن 9 سنوات حين جاءت بها إلى المركز بسبب الفشل الدراسي و مخاوف مختلفة. حينها، بدأت الأم تستدرك، بعد حصص تدعيمية و إسنادية(نعمل دائماً مع الأولياء و خاصة الأمهات، و نقدم نوع من الإسناد و التوجيهات النفسية و إنشاء تحالف علاجي من أجل مساعدة الطفل سوياً). بدأت الأم تدخل في علاقة مع بنتها في سن متأخر، بفضل المساعدة المزدوجة، بنت/أم. لم تحظ حنينة على دعم أولياء عطفين و جو عائلي منسجم و علاقات أسرية وطيبة، بل كانت-و لا زالت-مشحونة بالصراعات و الضغوطات، سواء على المستوى العائلة النووية أو العائلة الممتدة. وجاءت أحداث العنف المقصود لتضيف آلاماً و ضغوطات أخرى، مما أدى إلى معاناة كل العائلة.

أظهرت دراسة حول مصير الصدمة النفسية من جراء العنف المقصود في الجزائر، أثناء الطفولة في سن المراهقة، أنه من بين العوامل الحامية هي الأم "الواقية و المحتوية" و العلاقة المنسجمة داخل العائلة يسودها التفهم و الحنان. أما عوامل الخطر(عوامل جروحية و هشاشة)، هي الأم " المنهارة و الغائبة" و عدم الإنسجام بين أفراد الأسرة أين يسود سوء التفاهم و الصراعات الداخلية (ن.خالد، ع.أوسعد، 2008).

يظهر لنا جلياً أن أم حنينة لم تكن لا حانية و لا إحتوائية منذ اللحظة التي عرفت أنها حامل، و حتى أثناء حدث العنف المقصود، راحت تبحث عن "الكيس من الوثائق" الذي ضاع من يدها، و تركت يد حنينة وسط الهلع و القصف. فكانت تتساءل و هي عمرها 18 سنة، عند التقييم، كيف يمكن لأم أن تترك بنتها الصغيرة وسط الخطر من دون أحد و نسيبت أن ترجع للبحث عنها؟ لم تفهم حنينة أي شئ و بقيت تبحث عن المعنى إلى حد الساعة.

إذا نظرنا إلى حالة الأم، هي الأخرى مرت خلال حياتها بأحداث مؤلمة غيرت مجرى مصيرها و هي تعاني آلاماً و ضغوطات ناتجة عن الصراعات و الإختلال العائلي و الأمني الذي مرت به الجزائر. فالأم هي الأخرى تعاني و غير قادرة على إحتواء بنتها، لاسيما أن هذه الأخيرة لم تُستثمر من طرف الأم منذ بداية الحمل، الأمر الذي يفسر عدم العناية بها مثل ما هو الحال بالنسبة للولدين اللذان حظيا بمعاملة إحتوائية و إسنادية، مما أدى إلى مسار مختلف عن مسار حنينة. لقد تربت حنينة في عائلة غير واقية و لم تكن الأم إحتوائية و إسنادية خلال السنوات الأولى من عمرها، و تراكمت الأحداث لتزيد من معاناة البنت في سن مبكر. هذا ما يجعلنا نقول أنها في سجل تناذر التكرارات الذي يتصف به المصدومون. مرت حنينة

بأحداث صادمة متكررة و مستديمة منذ البداية، قبل ولادتها، فهي في سجل الصدمة المزمّنة أو الصدمة المعقدة.

ترى J.Herman (1992) أن الأولياء الذين يعانون صدمات غير معالجة و غير مُحلة، قد ينقلونها إلى أبنائهم، و هذا عامل خطر قد يؤدي إلى اضطرابات سيكياترية مختلفة، مثل اضطرابات في الشخصية، كالحالات البيئية و الجسمنة و التفكك و اضطرابات الأكل، إلى غير ذلك.

هناك إهتمام متزايد من طرف علماء الطب العقلي في البحث عن العلاقة بين عواقب الصدمات الطفلية و ظهور الاضطرابات العقلية مثل الحالات البيئية و الذهان، فأثبت بعض الدراسات الحديثة التي أجريت ما بين 1997 و 2005، أن هناك إرتباط بين الصدمة الطفلية و تطور الحالات البيئية، و في حالات أخرى، يكون التطور نحو شخصيات عُظامية أو غير إجتماعية. هناك الإفتراض أنه يوجد إستعداد مسبق عائلي، لظهور الحالات البيئية، و تزيد الصدمة في رفع الإحتمال نحو منظورية صدمية (perspective traumatique). (Q.Debray, 2006).

3-ب-2--تقديم حالة زاكو

سيرة حياة زاكو:

زاكو مراهق يبلغ من العمر 16 سنة، هو ابن وحيد، اختطف والده وهو لا يتجاوز عاما من عمره، يعيش مع أمه وعائلتها، ولا يزال الأب مفقودا لغاية اليوم، كان زاكو يزاوّل الدراسة في مستوى الثانية متوسط أثناء التقييم (جويلية 2010) ولا يزال يزاوّل الدراسة، كان في عمره ستة سنوات لما جاءت به الأم وأختها لطلب المساعدة في مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى، بسبب صعوبات مدرسية وعدم استقرار حسي حركي، ودامت المتابعة النفسية خمسة سنوات حيث استفاد من كل أنواع الخدمات العلاجية المقدمة من المركز (العلاج الفردي، العلاج الجماعي، ورشة الرسم، علاج الحسي الحركي، قاعة الألعاب)، حيث كان يرجع لطلب المساعدة كلما ينهي النفسي برنامج محدد من العلاج. وكانت اشكاليته تتمحور ضمنا حول غياب الأب والأمل في عودته يوما ما...

ما قبل الحدث الصدمي:

تحتفظ الأم ببعض الذكريات مع زوجها المفقود وتقول: "باباه كان يتيم تمنيت لو كان سماه محمد على باباه".

ظروف الحمل والولادة:

خلال الحمل لم تقم الأم باستشارة الطبيب ولو لمرة واحدة، فتصرح أنه كان طبيعياً على العموم إلا أنه وخلال الأشهر الأخيرة من الحمل، كانت تتتابها نوبات من الخوف والهلع بسبب التفجيرات في المنطقة التي عمها اللأمن والخوف الدائمين، فكانت تصاب بالأرق ليلاً، ما كان يمنعها من النوم. أما الولادة فكانت جد عسيرة لأنها جرت في ظروف سيئة وقاسية، لأنها ولسوء الحظ، تزامنت مع إضرابات على مستوى مستشفيات المنطقة، فعندما بدأت الأم تشعر بالأم المخاض راحت تنتقل من مستشفى لمستشفى، لكن من دون جدوى، فعادت إلى البيت مع آلام شديدة ومرتزايدة "كان كلما يجي يخرج نغلق رجلي" فبقيت تعاني و تصرخ لدرجة أن الجيران ظنوا أنه هجوم إرهابي، لكن الأسوأ كان حظر التجول الذي فرض في المنطقة نظراً لظروف عدم الأمن التي كانت سائدة ما منع الأهل من نقلها مرة أخرى إلى المستشفى، فاضطروا في الساعة الرابعة صباحاً لدق أبواب الجيران عسى أن توجد عجوز تتمكن من توليدها، لكن لم يكن أحد يفتح بابها، فالجميع ظنوا أنها دقات الإرهابيين، وبعد معاناة دامت إلى غاية الفجر ولدتُ الطفلَ برفقة عائلتها التي لا تعرف مهنة التوليد "كي أدن الشيخ الله واكبر هو زاد" وكادت الولادة تُودي بحياتها و حياة المولود الذي ولد مختنقاً لأن الأم كانت ملتوية تحت غطاء محاولة ستر نفسها أمام العائلة. وعند الصباح، ومع رفع حظر التجول، نُقلتُ الأم إلى المستشفى مع المولود أين بقيت يومين في العناية المشددة.

العلاقة المميزة: الأم والأم-الخالة:

كان الطفل يبكي خلال الشهر الأول من ميلاده دون انقطاع، رضع حليب أمه خلال ثلاثة أشهر ثم رضع الحليب الإصطناعي لغاية منتصف السنة الثانية، وكان ينام نهاراً ويبقى مستيقظاً ليلاً، فكانت الأم تتناوب مع أختها للسهر معه، كما كانتا تتقاسمان رعايته والاعتناء به، فالخالة احتلت مرتبة أم ثانية لزاكو، فلاحظنا أن الإثنتين متلازمتين في الإعتناء بالطفل، فحتى خلال المساعدة النفسية، فهما تأتبان معاً، وتحضران الجلسات النفسية معاً، كما تضيف الأم أنه مقرب جداً من هذه الخالة.

أثناء الحدث

حسب ما أوردته الأم خلال المقابلة: "الإرهاب داوه (الزوج) من الدار قدام وليدو"

مباشرة بعد الحدث:

طفولة زاكو:

بعد الحدث توجهت الأم مع ابنها للعيش مع عائلتها، حيث كبر فيها وقضى فيها طفولته، كان زاكو ينادي جده (والد الأم) بابا وجدته ماما (والدة الأم)، وكان ينسب لأخواله وخالاته اسم أخي وأختي.

خلال نموه، اتصف زاكو بكثرة وتكرار المرض حيث كان يعاني غالبا من مرض الزكام، ألآم في البطن، حمى مستمرة، غثيان، سعال، صعوبات في التنفس، التهاب اللوزتان، إلى جانب مشاكل الحساسية ومشكل على مستوى الخصيتين أدى إلى إجراء عملية جراحية. وحسب الأم والخالة-الأم، كان دائما يتميز ببعض الخصائص أهمها: أنه كان منسحبا، غير اجتماعي، يمس كثيرا أشياء خطيرة، حتى أنه كاد يسقط من الشرفة.

لكن لما بدأ زاكو يكبر -تقول الأم- انه تفتن لحقيقة أن جده ليس أباه ولا جدته أمه ولا أخواله وخالاته أخوته أو أخواته، ولكن لم يكن يعرف أن والده الحقيقي قد اختطف، وبدأ يسأل أمه عن والده "علاش الناس عندهم خاوتهم وأنا ما عنديش، وأنا ما عنديش بابا" ويطلب منها أن تمشط له مثله "امشطيلي كيما بابا" ولم تقل له الأم ولا العائلة أنه قد أختطف. تضيف الأم أنه كان يتمتع بذاكرة قوية، وكانت تشتكي من كثرة حركته "خفيف" وتضيف أنه كان يخاف كثيرا ويرى في أحلامه شخصا يقتل شخصا آخر، لذلك كان يرفض النوم وحده وأحيانا يقفز بدون سبب، ويكره مشاهدة أفلام الحرب، كما كانت العائلة لا تسمح له بالخروج من المنزل. وعانى طويلا من التبول اللاإرادي، حتى سن متأخر حوالي سن العاشرة، وفي سن الثالثة سقط على رأسه ما أدى إلى خياطته، وفي سن الثامنة سقط من سطح الدور الأول من المبنى.

زاكو والدراسة:

ألحقت الأم زاكو بالروضة لمدة سنتين، إلا انه كان يرفض الذهاب لأن المعلمة كانت تخيفه، لكن وباحتكاكه مع المحيط الخارجي اكتشف زاكو أن والده قد اختطف.

نرى من خلال ما ورد في المقابلات مع الأم و الخالة أن زاكو عاش هو أيضا، مثل حنينة، أحداثا صعبة منذ سن مبكر؛ بدأت مع الولادة و تلك الصعوبات التي مرت بها أمه قبل أن يولد...و كأنّ الأحداث تتسابق الواحد تلو الآخر.

نقدم فيما يلي نتائج مقياس مراجعة قائمة الأعراض ثم مقياس جودة الحياة، و تليها نتائج رانز الرورشاخ، مع المناقشة و التحليل، مثل ما فعلنا في حالة حنينة.

نتائج قائمة الأعراض: SCL-90-R عند زاكو:

عدد الأعراض عند التقييم حسب SCL-90-R	قائمة الأعراض عند التقييم
1.8	البارانويا التخيلية
1.7	أفكار و/ او سلوكيات قهرية
1.6	اعراض القلق
1.5	أعراض جسمية
1.5	الحساسية التفاعلية
1.2	توجهات ذهانية
1.1	العداوة
1.1	اعراض اكتئابية
0.8	قلق الخواف

الجدول 5: متوسط درجة الأعراض عند زاكو حسب SCL-90-R عند التقييم

واضح في الجدول 5 أن أعراض البارانويا التخيلية في المرتبة الأولى، و أعراض الوسواس القهري في المرتبة الثانية، لكن درجة متوسط الأعراض ليست مرتفعة مقارنة مع تلك عند حنينة. نلاحظ أنها نفس الأعراض عند الإثنين، إلا أنها تختلف في الترتيب و الشدة. و كما أسلفنا هي أعراض متلازمة مع أعراض PTSD.

إذا تمعنا في كل درجات متوسط الأعراض، نجدها غير مرتفعة، و يمكننا تفسيرها بأن رغم أن زاكو مرّ بأحداث صعبة و مشوشة للغاية: و لاسيما إشكالية الأب المفقود، و الغموض و الخلط في إنساب الجد و الجدة بصفتها والديه، و الأخوال، إخوته، و الخالات، أخواته، و الخالة مثل أمه الثالثة، فهناك ما يجر الصبي إلى تشوش في الأدوار، فإنه حظي بعوامل أسرية واقية و أم إحتوائية بكفاية (بل أميتين، الأم الخالة).

تجمع البحوث حول وجود مجموعة من عوامل الحماية، و هي كالتالي:

• عوامل خارجية: توفير عوامل و موارد عائلية

–العيش مع العائلة، توفير الموارد المادية،

–العناية و الإهتمام من طرف الأولياء،

–توجيه العائلة، التعامل بفعالية مع الأحداث الصدمية،

–موارد إجتماعية، الإرتباط مع مؤسسات و هيئات إجتماعية،

–علاقات حميمية مع الأقران.

• عوامل داخلية:

–أسلوب التعامل فعال و نشط،

–الصحة النفسية،

–تنظيم جيد للوجدان، النضج و الذكاء،

–التعامل المتكيف لصدمات سابقة،

–تقدير ذاتي مرتفع، مركز التحكم الداخلي،

–نظام إعتقادي ديني(الإيمان). (Mac Farlane ، 1990).

نشير هنا أن زاكو إستفاد من أكبر عدد من الحصص العلاجية،(150حصة، لمدة 5سنوات)، من التكفل النفسي الفردي، إلى الجماعي، إلى ورشة الرسم، العلاج الحسي الحركي و تداوله بإنتظم على قاعة الألعاب. إستفاد من كل خدمات المركز، و هذا لأن الأم و الأخت كانتا تُرجعانه كلما أنهى العلاج، و كانتا تترددان بإستمرار على المركز، تأتیان بطلب جديد في كل مرة: تارة طلبات إجتماعية و تارة أخرى، طلبات تكفل نفسي لزاكو.

كانت أم زاكو نفسها في علاج جماعي(مجموعة الكلام للنساء)، و "الأخت الأم" في علاج فردي، و الأخت الصغرى في علاج فردي و جماعي فيما بعد.

يبدو أن كل الأخوات و الأم، جُنُدن لمساعدة زاكو وإسناده و إحتوائه، و لا يتم هذا إلا بمساعدة أنفسهن لتصبحن قادرات على ذلك.

كما نرى، حظيَ زاكو بجو عائلي واقِي و إحتوائي، رغم أنه كان يعاني من أمراض جسمية مستمرة، مثل الزكام، الحساسية، ومشاكل مدرسية بسبب النسيان و عدم التركيز، إفراط في الحركة...و رغم إشكالية المفقودين، حيث لا نعرف ما إذا المفقود

سيعود يوماً أم لا، و بالتالي قد ينتظره أفراد العائلة طول حياتهم، و يبقى الحداد مجمّداً.

نوعية الحياة عند زاكو:

الدرجة على سلم Likert	جودة الحياة
3.0	الصحة النفسية و الجسمية
3.0	الإحتياجات
4	الرضا
3	الدرجات الإجمالية

الجدول 6: درجات جودة الحياة عند زاكو عند التقييم

يشير الجدول 6 أن زاكو صرّح بأنه يتمتع بصحة نفسية و جسمية بقدر معتدل،

و نفس الشيء بالنسبة للإحتياجات، فهو يرى أن ما عنده يكفي نوعاً، و لا يعني هذا أنه ليست هناك الحاجة إلى الضروريات. أما فيما يخص الرضا في الحياة، فهو راضي بقدر كثيراً جداً، و إذا دلّ هذا على شيء، فإنما يدل على أن زاكو قد عالج أمور عديدة خلال سنوات التكفل في المركز و الإهتمام و الإسناد الذي حظي به من طرف أمه و كل عائلتها.

تبين الدرجات الإجمالية نتائج سلم جودة الحياة، أن زاكو يدرك على العموم بأن حياته معتدلة و أنه راضٍ.

نقدم فيما يلي نتائج رائز الرورشاخ، مثل ما فعلنا في حالة حنينة، لتتعرف على توظيفه النفسي و الآليات الدفاعية التي يلجأ إليها.

تقديم رورشاخ زاكو

التنقيط	التحقيق	الاجابة التلقائية
1- GFC'A	كلش دبابة الشكل واللون	43'' PL I كيفاش زعما؟ واش نتخليها؟ حشرة دبابة هادا ماكان 58''
2- DC sang	Grandes parties latérales c'est la place F Rouge haut extérieur est le sang C	1'05'' PL II بلاصة فيها دم هادا ماكان 1'20''
3 – DF+A 4 – DF+A	Les deux parties noires latérales sont la grenouilles F Rouge médian est le papillon F	59'' PL III (يرفع راسه مفكرا قليلا) زعما ضفدع كلا بابيون 1'12''
5 – GF+ Bot	قاع شجرة الشكل	38'' PL IV شجرة كبيرة طايحة هادا ماكان 51''
6 – GF+C'A Ban	قاع خفاش الشكل واللون	10'' PL V خفاش هادا ماكان 16''
7 – GF+A	Partie supérieure est la tête d'un chat, F	1'16'' PL VI (يقبلها قليلا ويرفع راسه مفكرا قليلا) مافهمتوش هدا (يضحك) كاش حيوان كاش قطة هاداماكان 1'44''
8 - GF-C'A	قاع ضفدع مقسوم (الشكل واللون)	25'' PL VII (بالمقلوب) شغل ضفدع مقسوم على زوج 37''
9 - DkanA	Parties roses latérales sont les chats F	25'' PL III

10 - DCFBot	1 ^{er} et 2eme tiers sont l'arbre CF	زما زوج قطوطة طالعين ففق الشجرة 30''
11 - DC Bot	Les deux verts latéraux sont l'arbre découpé en deux C	32'' PL IX شجرة كبيرة تقسمت على زوج 40''
12 - Gkan+ A/scène	Gris latéral en haut est la place F Les différentes couleurs sont les animaux F	1'28'' PL X كابين حيوانات هائة زوج ولا ثلاثة رايحين يجمعوا في بلاصة واحدة في الفوق 1'45''

الاختيار الايجابي PLV PLX

الاختيار السلبي PLII PLIII

R = 12

T T: 10'

T L M: 46''

T P: 49''

G% = 50%

F = 7

A = 7

D% = 50%

F+ = 5

H = 0

F% =

58,33%

F- = 2

Bot = 3

F+% =

71,14%

Kan = 2

Sang = 1

A% =

58,33%

TRI = 0K/5,5C

C = 2

A/Scene = 1

Ban = 1

FC% = 2kan/0E

FC' = 3

RC% = 33,33%

CF = 1

K=0

الانطباعات العامة:

عدد الإجابات تحت المتوسط 12 في زمن قياسي و انتاج كلامي رغم فقره، فهو يحوي بعض الصور الهوامية المنظمة و تنوعا في محتوى الإجابات , bot , A , ...anat

التحليل الكمي:

التناول:

أبدى زاکو تناولاً كلياً للعالم الخارجي بنسبة 50% والتي تفوق المعيار وذلك امام اللوحات (I IV V VI VII) ما يدل على حرصه الشديد للتحكم وفرض الرقابة على عالمه الخارجي. ارتبطت كل التناولات الكلية بمحددات شكلية موجبة ما عدا تلك اللوحة V و التي تثير مشاعر متعلقة بالأمومة.

و ظهر التناول الجزئي في باقي اللوحات غير متماسكة البقعة بصفة اكبر، حيث اعطى زاکو اجابة باستخدامه جزءاً منها فقط و اهماله لباقي الأجزاء من البقعة و ارتباط التناول الجزئي بمحددات متنوعة C, CF, 'FC, kan, ، يبين هذا نجاح زاکو في الإستخدام الإيجابي لعالمه الداخلي عند تجزئته للحث الخارجي - بقعة أكبر و تحكمه في الوضع.

العلاقة بالواقع:

استخدم زاکو المحددات الشكلية بنسبة 58,33% و بأسلوب ناجح F+=71,14% . كما ظهرت محددات اخرى عبرت عن وجود حياة داخلية تمكن العودة إليها دون الشعور بالتهديد.

تتميز علاقة زاکو بالواقع بكونها معتدلة و غير مشوشة لكن بأساليب دفاعية رقابية و قامعة و الإتكال على الدعم الخارجي للوحات المتماسكة كما تتميز علاقته بالواقع بالإبتعاد قليلا عن العوامل الإجتماعية 58,33%, facteurs de socialisation .

ظهور محتويات مقلقة لم تؤثر كثيرا على العلاقة الجيدة بالواقع الخارجي و التكيف لطلباته - تعليمة الإختبار .

التحليل الكيفي:

الهوية:

ظهرت صعوبة زاكو في قدرته على تقمص صورة انسانية لكن باقي الصور الحيوانية و النباتية كانت كاملة وواضحة، دليل اكتمال صورته الجسمية مؤكدا صحة علاقته بالواقع الخارجي.

التقمصات:

العلاقة بالموضوع:

لم يستطع زاكو اعطاء اجابات ثنائية في اللوحات التي تدعو الى ذلك (II III VII) لكنه قام بذلك امام اللوحات الثلاث اللونية الأخيرة التي تدعو الى نكوص انفعالي مكنه احساسه الإيجابي من اعطاء اجابات بها علاقات بين محتويين في علاقة تناظرية حول محور - شجرة تقسمت على زوج -

اما باقي المحتويات في اللوحات الأخرى الثلاث، مثلا، فقد ظهر العنف/العدوانية- ضفدع كلا بابيون- المرصن، الا ان زاكو لجأ الى تقصير الكلام كاسلوب تحكم يوقف به منظر العنف.

حساسية زاكو لإشكالية العنف تظهر جليا في اللوحة V حيث تغاضى عن رؤية البقعة السوداء.

القلق:

يظهر القلق عند زاكو مرتبطا بموضوع العنف حيث ينجح في إرصانه احيانا و يفشل امام لوحات تدعو الى ارصان موضوع العنف، أحيانا أخرى . كما يتجنب زاكو القلق بالعلاقة التناظرية ، النرجسية و ميكانزمات الرقابة.

السياقات الدفاعية:

عصابية : رقابة - تحفظات كلامية انتاج فقير - نفي -

نرجسية - علاقات تناظرية في الإجابات للوحات اللونية .

خلاصة نتائج رايئز الرورشاخ الخاص بزاکو و تعقيب :

هناك العديد من العناصر التي تدل على الأثر الكبير للصدمة (CR, K=0, C')، وهناك زمن الكمون المعتبر تقريبا في كل اللوحات، (H=0)، لكن يمكن تسجيل عناصر أخذت منحي محاولة إرسان الصدمة (F/, FC, kan, ban).

يمكننا القول، أنه بالرغم من أن زاکو يفتقر إلى القدرات على ربط الإنفعالات و تظهر إنتاجية ضعيفة في رايئز الرورشاخ، إلا أنه يتمتع بقدرات على الإتصال بالواقع الخارجي في إطار توظيف عصابي بميكانيزمات نرجسية أحيانا.

في ضوء ما توصلنا إليه من نتائج حول دراسة ملف زاکو و متابعتنا له منذ سنوات، و نتائج SCL-90-R و QOLS و رايئز الرورشاخ، نستنتج أن زاکو يملك قدرات على الإرجاعية و التصدي لمواجهة الوضعيات المختلفة التي تواجهه في الحياة. و نذكر أن عوامل الدعم و الحماية التي يحظى بها الطفل، مثل أم إسنادية و إحتوائية بكفاية، و عائلة توفر الأمان و الرعاية و الطمأنة، تسمح للطفل أن ينمو و يتزعرع و يكتسب القدرة على تكوين تقدير ذات موجبة و تطوير سبل و إستراتيجيات فعالة لتنظيم إنفعالاته و إمكانياته و توجيهها نحو أفعال ذات معنى و فوائد. بالإضافة، عندما يحظى الطفل بتكفل نفسي مبكر، و هذا بفضل الأم و الأسرة التي تبحث عن الموارد و الدعم الإجتماعي من أجل مساعدة الطفل و مساعدة أفراد العائلة أنفسهم، يستطيع أن يكون مفهوماً إيجابياً حول الذات و الإحساس بالأمان. وهذا ما حدث في حالة زاکو، مما سمح له بالإسترجاع بوجود عوامل واقية و تكفل نفسي في أوانه. و نذكر على سبيل المثال، عند السؤال 12 من QOLS "هل تستطيع تقبل مظهرك الخارجي؟" فأجاب من دون تردد "bien sûr" بدرجة 4، أي كثيراً جداً.

حوصلة ومناقشة نتائج البحث:

في ضوء النتائج التي توصلنا إليها، يمكننا أن نقول أن الفرضية العامة القائلة بأن هناك تحسن عام في حياة الأطفال الذين إستفادوا من التكفل النفسي، تحققت. لقد بينت لنا النتائج أن الأطفال عند التقييم يُدركون حياتهم عامة موجبة إلى حد ما، و أن هناك تحسن في بعض الأعراض، رغم أن البعض الآخر إنتقل في الترتيب مقارنة بفترة طلب المساعدة. هذا و فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى المتعلقة بإنخفاض أو إختفاء الأعراض الأساسية الموجودة عند طلب المساعدة، لم تتحقق، بالرغم من أنه هناك تحسن، إلا أن الأعراض إنتقلت في المرتبة من حيث الشدة و العدد. و يرجع هذا حسب الدراسات العالمية أن اللوحة العيادية لأعراض PTSD ليست اللوحة العيادية الوحيدة بعد تعرض الأفراد إلى حدث أو أحداث صادمة، بل هناك تلازم أعراض أخرى، مثل الإكتئاب و الوسواس القهري و التفكك (V.Dubois ، D.Guha-Sapir ، M. De Clercq ، 2000).

أما الفرضية الجزئية الثانية حيث يكون تحسن في نوعية الحياة بعد مرور مدة من التكفل النفسي، نقول أنه رغم أن مقياس جودة الحياة يقيس إدراكات و تصورات الأفراد عن حياتهم، فبينت نوعية الإجابات أنهم راضون على حياتهم بقدر معتدل على العموم، و قد يعود هذا إلى القناعة الشخصية عند البعض، حيث كان يجيبنا البعض " واش ديرو، انتاع ربي". لنتائج النوعية لجودة الحياة فيما يخص "كم يحتاج" و"الحاجة" المادية تبقى في سلم Likert حول "معتدل" إلى "ضعيف"، و هذا واضح بسبب تقيير المنطقة.

يمكننا أن نقول أن الفرضية تحققت فيما يخص الرضا على نوعية الحياة، و لم تتحق فيما يخص التحسن من ناحية الإحتياجات.

الفرضية الجزئية الثالثة القائلة أن هناك تحسن في التحصيل الدراسي عند التقييم، تحققت، حيث بقي 60% في مقاعد المدرسة، و يدل هذا على تصديهم و مواجهتهم للصعوبات بفضل التكفل النفسي و الدعم الذي تلقوه مع عائلتهم. أما النسبة التي تركت المدرسة (36.3%) تتمثل في هؤلاء الأطفال الذين تراكم عندهم الفشل الدراسي، و هم الأطفال الذين جاءوا إلى المركز في سن ما بين 9-12، و هي نسبة عالية، 70%، و كان السبب الرئيسي هي مشاكل دراسية. إذن نسبة من هؤلاء الأطفال لم تسطع مواصلة الدراسة، فالبعض إتجه إلى مراكز التكوين بينما البعض الآخر بقي يبحث عن حرفة أو شغل. هناك حالة واحدة تحصلت على الليسانس.

للتذكير، ما أسلفنا ذكره في الجانب النظري، كان يُعتقد منذ زمن طويل، أنه لا توجد صدمات عند الأطفال الصغار، إلا أن البحوث الحديثة في العالم؛ تثبت

العكس (MR.Moro ،D.Bitars ،K. Le Roch ،T.Baubet، 2003). بالرغم من الاعتراف بوجود الصدمة عند الأطفال قبل سن التمدرس، إلا أنه يصعب التشخيص بسبب الإفتقار إلى الأدوات الملائمة التي صُممت في الحقيقة أصلاً للراشدين. بالإضافة إلى كون الحدث نفسه مرتبط برود فعل العائلة و المحيط و الطفل نفسه. و لذا، أصبح من الضروري الإهتمام بهذه الشريحة من أجل التشخيص الصحيح و التدخل المبكر لتجنب ظهور عواقب لاحقاً.

في هذا السياق، شرعت مجموعة من المؤلفين سنة 1995، في تكييف معايير الضغط ما بعد الصدمة كما ورد في DSM-IV، ليتضمن معايير ملائمة لسن قبل 3 سنوات (Classification Diagnostique de 0-3 : CD-0-3)، (MS.Sheeringa، 1995). يتمثل الحدث الصادم في مواجهة الطفل الموت الحقيقي أو التهديد بالموت (المعيار A1)، إلا أن عند الطفل الصغير مفهوم الموت غير واضح بعد، حيث أن تصور الموت بأنه غير قابل للمعكوسية، لم يُكتسب بعد. من المؤكد أن هناك إجماع في أدبيات الصدمة عند الطفل، بأن أثر الصدمة على هذا الأخير يتوقف على نموه الحسي الحركي و المعرفي و اللغوي. الأمر الذي أدى ببعض العلماء إلى تعريف الأثر الصدمي بأنه " كل حدث يؤدي بالطفل إلى فائض في قدراته الدفاعية" (T.Gaensbauer،CH.Siegel ،MJ. Drell، 1993). بالنسبة لـBailly، يعتبر الحدث الصدمي ليس فقط هلع و رعب اللذان يخلفهما لدى الطفل، و كذلك التهديم المفجأ و العنيف لإعتقادات الطفل فيما يخص عدم هشاشة و ثبات حماية والديه له" (L.Bailly، 2003).

لاحظنا من خلال عملنا مع الأطفال المصدومين؛ أن هناك فروق في ردود الفعل أمام الأحداث الصدمية، حسب سن الأطفال الصغار، و منها تظهر إختلافات في الشكاوي عندما يأتي الأولياء لطلب المساعدة لأبنائهم. لكن كيف يلاحظ الأولياء أن طفلهم يعاني؟ يمكننا القول أن فكرة Terr التي تقترح بأن ليس للأطفال الصغار القدرة على التعبير الشفوي عن الصدمة، أصبحت غير صحيحة، و الدليل على ذلك أن الأطفال-حسب تجربتنا و الدراسات في هذا الموضوع- تبين أن الصغار قادرين على التعبير عن الحدث الصدمي الذي وقع لهم في سن مبكر (MJ. Drell، T.Gaensbauer،CH.Siegel، 1995). يعني هذا أن هناك شكلاً من التصورات الداخلية التي تتأسس و تبقى ملحة لدى هؤلاء الصغار الذين لم تتكون عندهم بعد؛ القدرة على التعبير الشفاهي. يمكن التعرف على هذه الأشكال على المستويين، العلاجي و النظري.

أما فيما يخص التفاعلات بين الأطفال، لاحظنا في عملنا و كذلك و جدنا نوع من الإجماع في الدراسات، أنه ينبغي النظر فيها من خلال 3 زوايا: أثر الصدمة عند

الوالدة) على الوظيفة الوالدية، أثر صدمة الطفل على أبويه، و عواقب هذا الأثر على الطفل من جديد (K.Appleyard، 1994).

إن التغيرات السلوكية عند الطفل-بسبب الصدمة- سواء كانت إفراط في الإستثارة و التهيج، أم العكس، في الإنسحاب و الإنعزال، قد تساهم في تشكيل خلافاً تفاعلياً بين الثنائية أم- طفل، و يُلاحظ هذا في سياقات الحروب و الصراعات المسلحة و الكوارث؛ حيث تظهر إضطرابات متنوعة في التعامل بين الثنائي "أم-طفل"، و هذا ما نجده دائماً في ممرساتنا مع الأطفال و أمهاتهم، أين نرى إضطرابات شتى نفسية-جسمية يعاني منها الأطفال: سوء التغذية، رفض عناية الأم، مقاومة للعلاج الطبي النفسي، و سلوكيات تحطيمية (سقوط مستمر؛ عدم المبالاة بالخطر، الخ). يتكون إذن الخلل الوظيفي عند الأم التي لم تعد تقوم بوظيفتها كحامية و إحتوائية، و نفس الشئ بالنسبة للطفل، تُخلط عليه الأمور، فيحدث نوع من "الإنقطاع و التمزق" في الروابط بين "أم-طفل". لاحظنا عند بعض الأطفال الهوة بينه و بين الأم لدرجة أنه أصبحت العلاقة صعبة جداً، كما كان الحال في حالة "حنينة". يُنعت بهذا الخلل العلائقي "بازدواجية التعبير عن الضغط ما بعد الصدمة" (expression du stress posttraumatique à deux)، (MJ.Drell, et.al.1993) ، أين نجد إستجابة الأم لصدمة الطفل مما يخلق نظاماً تفاعلياً معقداً و يستمر الإضطراب عند الإثنيين. بينت ملاحظات C.Bouatta (2010) العيادية أن الصدمات النفسية تخلق خلافاً في التعامل التعبيري بين أم-طفل، أين يلجأ كل واحد منهما إلى الفعل عوض الكلام، الأمر الذي يؤدي بالأم إلى التعبير عن طريق "العنف الجسدي" كوسيلة للتعامل مع ابنها، الذي بدوره يستعمل نفس النمط في المدرسة مع زملائه، فنشأت دوامة من التعبير السلوكي عند الإثنيين ، في حين أصبح التفكير و الإرصان في عطل.

أشارت Anna freud (1973) منذ زمن طويل، إلى ردود فعل الأولياء للحدث الصدمي و كيف يمكن نقل مخاوف و هلع الأولياء إلى الطفل. ظهرت أهمية ردود فعل الأم خاصة خلال الحروب و هذا ما لاحظناه عند تدخلاتنا أثناء فيضانات باب الواد في 10 نوفمبر 2001، و زلزال بومرداس في 21 ماي 2003، فرأينا كيف يمكن أن تنتقل الأم قلقها و هلعها إلى طفلها.

نلاحظ كذلك، أن كل أعضاء العائلة يعانون، فتصبح الصدمة جماعية عائلية، مما يفسر نتائج الشكل 7 ، أين نجد نسبة 60% من أعضاء عائلة مجموعة البحث قد أستفادت من المساعدة النفسية بالمركز. و يرى بعض المؤلفين في هذا الصدد، أن السبب يعود إلى إحياء صدمات الأم التي لم يتم إرصانها. يعود الفضل إلى MS.Sheeringa (2001) الذي طور مفهوم الصدمة التفاعلية التي تصف تلازم الحدث الصدمي عند الطفل و عند من يعتني به. فصدمة الواحد منهما، قد تؤثر على الآخر؛ أي على الوالدة) الذي هو نفسه قد تعرض إلى صدمات سابقة.

بيّن MS.Sheeringa أن كون الوالدة(ة) أو المعتني بالطفل تعرض إلى أحداث صادمة، يرتفع الإحتمال أن يكون هذا الأخير أعراض الضغط ما بعد الصدمة، مع تناذر إعادة المعاشة. يمكن التنبؤ بالقدرات التوافقية للطفل بالإعتماد على الحالة السيكولوجية للأم ومستوى تعرضها لأحداث صادمة. و يؤكد C.Bailly (1999)، أن هلع الأولياء يشكل إضطرابات شديدة عند الأطفال ما بين سن 1 إلى 3. يعتقد الأطفال في هذا السن، أن للراشد قوة عظمية و حكمة كبيرة، فيجده فجأة عاجزاً و من دون قوة. أما تواجد الوالدة(ة) أثناء الحدث قد يكون عاملاً واقعياً مع توفير نوع من الحماية الجسمية و التعبير عن ما حدث، و هذا ما يبرر فقدان المعنى لما حدث لحينة عندما تركتها أمها جارية وراء كيس من الأوراق، لم تفهم كيف يحصل هذا بينما كانت في أشد الحاجة لحماية و حنان و وجود أمها لتحتويها في الظرف لم يتحمّله حتى الكبار.

حسب دراسة أجريت في Macedoine، تبين أن الطفل الأكبر أو الفريد قد يكون عامل هشاشة لتكوين PTSD عند الأطفال بين 0-6 سنوات في سياق الحرب (T.Baubet، 2003). و هذا ما توصلنا إليه في الجدول رقم 3، حيث وجدنا أن نسبة 80% من مجموعة البحث هم في الرتبة الثالثة الأولى.

نخلص مما سبق أن مصير الصدمة على المدى البعيد، يتوقف على البنية الشخصية للفرد، وقصته الخاصة(تاريخ حياته)، و التاريخ العائلي، و الحدث الصادم نفسه. إن الأعراض و تاريخ الفرد هي في متناول النفساني و /أو الباحث، حيث يمكن الحصول عليها بسهولة أكثر من الحصول على الدينامية النفسية، لأن للصدمة النفسية علاقة خاصة بالزمان؛ حيث يعتبر تقطع و الإنقطاع في الوقت الواقعي، ما هو في الحقيقة إلا استمرارية و تراكم بالنسبة للزمن النفسي. يفقد الأفراد المصدومون القدرة على الترميز و الهوام، و على التسامي كوسائل للتوقع و تعديل الإستجابات الإنفعالية. فهم يفتقدون الآليات السيكولوجية التي تسمح لهم بالتعامل و مواجهة الجروح البسيطة في الحياة. يتدخل هذا فقدان في التحمل الوجداني في القدرة على الجداد و العمل من خلال الصراعات العادية، و بالتالي يحدّ من القدرة على الإستعادة و الإرتداد ، و إسترجاع التجارب الممتعة و المرضية (B. Van der Kolk، 1995). للصدمة إذن، عواقب لا يمكن التحكم فيها إلا بتدخل كل الممثلين و المعنيين بالصحة العامة و خاصة صحة النشأ لتفادي تفاقم الإنعكاسات.

إستنتاج عام:

عاشت الجزائر منذ أكثر من عشرية أحداثاً دموية و مُروعة؛ تركت خسائر ضخمة على المستوى البشري والرمزي والمادي و الإقتصادي. خلفت أيضاً عدداً لا يُحصى من الأفراد؛ صغاراً و كباراً، نساءً و رجالاً، يعانون شتى الأمراض، جسدية و نفسية.

إذا كان من الممكن إعادة بناء و /أو ترميم المنشآت البنائية و تأيئتها من جديد، و إصلاح ما خُرب و دُمّر من جسور و مدارس و مؤسسات؛ و إنعاش الإقتصاد، و تعويض الخسائر المادية لأهلها من السكان، و حتى دفع الفدية لأهل الضحايا، و تقاضي تعويضات مالية في إطار التشريع الجزائر الإستثنائي الخاص "بالمأساة الوطنية"، نتساءل بصفقتنا نفسانيين: هل يمكن إستعادة و ترميم الخسائر البشرية؟ هل يمكن تضميد الجروح الخفية المتسترة؟ كيف يمكن علاج الآلام النفسية الناتجة عن فعل العنف القسدي ؟ هل يمكن إسترجاع عقل تلك الطفلة التي تقول لنا عندما أحضرتها أمها للمساعدة النفسية، و عمرها 9 سنوات "منْ هذا الوقت، بَحَرْتُ عقلي حتى دُرِكْ" (كان عمرها 4 سنوات و نصف أثناء الحدث الصادم)¹. هل وجدت عقلها بعد "الترميم و التصليح"؟

ما مصير هؤلاء الأطفال مثل هذه البنت البريئة؟ كم عددهم و أين هم الآن؟ أسئلة كثيرة، حاولنا من خلال بحثنا هذا الإجابة عن القليل منها في ضوء ما توصلنا إليه من خلال مراجعتنا للبحوث حول الصدمات النفسية بفعل العنف المقصود و تجربتنا الطويلة مع الضحايا في منطقة سيدي موسى التي عاشت عنفاً مكثفاً لسنوات عديدة، أو على الأقل وضع الكلمات حول معاناة الجزائريين عامة و الأطفال خاصة.

هناك تزايد في الإهتمام بدراسة الصدمات النفسية عند الأطفال و عواقبها على المدى البعيد. و في هذا الصدد، عند مراجعتنا للأدبيات، تبين أن هناك إجماع أن الأطفال يعانون صدمات نفسية مثلهم مثل الكبار، و أن الإنعكاسات تكون و خيمة لاحقاً إذا لم يتم التكفل الطبي و النفسي و الإجتماعي في الوقت المناسب (L.Terr، 1991، B.van der kolk، 2005، K.Sadlier، 2006، E.Yona، 1999، A.Basheer، 2007، M.Khiati، 2006، C.Bouatta، 2010، F.Sironi، 2007)². تتفق الدراسات أن العنف، مهما كانت صيغته و أشكاله و أهدافه، يُخلف لدى الضحايا معاناة و صدمات فردية، و المساس في أعماق جسدية و نفسية، و نعني هنا أن الأوجاع هي فردية بالرغم من أن العنف المقصود لا يستهدف الأفراد فقط، و

1 قدمنا هذه البنت كمثال لمعاناة الأطفال في سيرة الحياة في نتائج البحث.

² هناك مراجع غزيرة، لا يمكننا ذكرها كلها، عرضناها بوفرة في الفصل الخاص بالصدمة عند الأطفال.

إنما الجماعات كلية، و السكان كلهم، و تهديم الروابط الإجتماعية و النسيج المجتمعي و المعالم الأساسية.

أظهرت البحوث أن تعرض الأطفال إلى صدمات معقدة قد يؤثر على نموهم في شتى الميادين (معرفية، إنفعالية، نفسية، سلوكية)، و أن بعض الأطفال قد يُظهرون توظيفاً صحياً في بعض المجالات (تحصيل دراسي جيد مثلا)، و توظيفاً مريضاً في مجالات أخرى (أمراض جسدية أو مخاوف، مثلاً). بالإضافة إلى ذلك، عندما ينتقل الأطفال من مرحلة نمائية إلى مرحلة أخرى، يواجهون عوامل ضاغطة حيث يتطلب منهم المواجهة و التكيف و التوافق مع الوضعية الجديدة. يتوقف هذا، على عوامل الحماية، منها فردية، و عائلية و محيطية ، يرى van der kolk أن أكبر تهديد يعرقل المواجهة الفعلية و التصدي لعوامل الخطر هو إنهيار الأنظمة الواقية، فينتج عنها تضرر النمو عند الأطفال، سواء من الناحية المعرفية أو الجسمية أو النفسية؛ مما يؤدي إلى إختلال وظيفي علائقي بين الطفل و المعتني به (غالباً الأم)، و فقدان القدرة و الدافعية على التفاعل في المحيط (B.van der kolk ، 2005). ترى في هذا الصدد C.Bouatta، أن هناك تأثير تربوية الأم المصدومة على ابنها الذي يعاني هو كذلك من الصدمة، فيصبح الإتصال و التواصل بينهما صعباً، يسوده العنف و الإختلال العلائقي (C.Bouatta، 2010).

هناك جدال قائم حول التكفل بالأطفال المصدومين و ما هي أنجع التقنيات العلاجية، لاسيما أن أغلبية المقاربات صُمت أصلاً للكبار¹.

في هذا الإطار، تناولنا في بحثنا كموضوع الدراسة الأطفال في سن الكمون المتمدرسين، الذين تعرضوا- مباشرة و غير مباشرة- إلى أحداث صادمة بفعل العنف المقصود. و الهدف هو التعرف على مدى فعالية التكفل النفسي على الصحة و نوعية الحياة و المصير المدرسي لهؤلاء الأطفال المصدومين الذين إستفادوا من المساعدة النفسية، بين السنوات 2000-2007 ، بمركز سيدي موسى التابع إلى SARP.

تمّ التقييم في مرحلتين: الفترة الأولى، عند طلب المساعدة، بالرجوع إلى دراسة الملفات، للتعرفّ على الحالة الصحية التي جاءوا بها. أمّا الفترة الثانية، هي فترة تتبعية (تقييمية)، سنوات بعد التكفل النفسي، و هذا بمقابلة هؤلاء الأطفال الذين أصبحوا مراهقين و شباباً.

من أجل ذلك، طبقنا أدوات قياسية: مقياس مراجعة قائمة الأعراض (SCL-90-R) لتعرفّ على مدى التحسن في الأعراض، و مقياس جودة الحياة (QOLS) لتقييم نوعية الحياة. تبين لنا من خلال تطبيقنا SCL-90-R، أن مجموعة البحث المتكونة من 30 فرداً، لازالت تعاني من أعراض متلازمة للصدمة النفسية، مثل أعراض

¹لقد عرضنا بالتفصيل هذه المقاربات في الفصل الخامس.

القلق و الإكتئاب و الوسواس القهري، إلى غير ذلك. هذا من جهه، و من جهة أخرى، يصرح الأفراد عند تطبيق QOLS أن حياتهم "لا بأس" و أنهم راضون بقدر كاف على العموم ، 43.3% أجابوا بدرجة 3، أي بقدر معتدل، و 36.7، صرحوا بأنهم راضون بدرجة 4، أي بقدر كثيراً جداً. مما جعلنا نتساءل عن الأسباب و قد ذكرناها آنفاً، الأمر الذي أدى بنا إلى اللجوء إلى إستعمال رانز الرورشاخ، لفهم و تفسير بعض الظواهر النفسية و الآليات الدفاعية التي لاحظناها أثناء تطبيق المقياسين. لقد أخذنا 5 حالات من بين المجموعة لتطبيق رانز الرورشاخ، الذي بين وجود معاناة و تواجد أعراض متفاوتة. بناءً على هذه النتائج، قدمنا حالتين، بنتاً و ولداً، كمثالين لوصف عواقب الصدمة. فعرضنا الحالتين بالتفصيل، بإستعمال دراسة الملفات و SCL-90-R و QOLS، و رانز الرورشاخ، بالإضافة إلى المقابلة أثناء التقييم. و لتدعيم نتائجنا، إستعملنا تقنية تاريخ الحياة للحالتين المذكورتين، كنا تكفلنا بهما نفسياً لمدة معتبرة، و قد تابعنا مصيرهم منذ إنهاء العلاج النفسي. و الغرض هو الإلمام بالمقاييس المذكورة، حتى نعطي نظرة شاملة لمصير الفرد عبر الأحداث الحياتية التي يعيشها و كيف تؤثر عليه في مختلف مراحل حياته.

بيّنت لنا تجربتنا في الميدان و كذلك نتائج البحوث المختلفة (J.Herman، 1992، P.Levine، 2005)، أن ليس كل الأحداث الصادمة تؤدي إلى أضرار سيكولوجية، هناك أفراد، ينهضون و يرتدون بعد تجارب صعبة و مؤلمة، بينما يبقى يعاني البعض الآخر ألاماً عميقة و مستديمة بعد تعرضهم ظاهرياً إلى تجارب أقل شدة. هناك عدة عوامل خطر قد تؤدي بالأفراد إلى معاناة نتيجة تعرضهم إلى أحداث صعبة و إلى مجموعة من الفقدانات. و هناك إحتمال أن الأفراد يعانون صدمات إذا تعرضوا من قبل إلى أحداث صادمة، لاسيما أثناء الطفولة. تنتج الصدمة أثناء الطفولة عن أي شيء قد يوقف و يخلق إضطراباً في الإحساس بالأمان، بما فيه بيئة غير مستقرة و غير مطمئنة، وجود عنف بشتى أنواعه و إعتداءات مختلفة، فتساهم هذه العوامل في رفع هشاشة و عدم القدرة على الإرجاعية، كما هو الحال في حالة حنينة. أما عندما تكون العوامل الواقية حاضرة في حياة الطفل، أي الدعم العائلي و إحتواء الطفل و طمأننته و تواجد الأولياء (أو إحداهما) عند الحدث الصدمي، تكون للطفل القدرة على الإرتداد و الإستعادة فيما بعد. و هذا ما وجدناه في حالة زاكو.

بيّنت نتائج بحثنا أن الفرضية العامة القائلة أن هناك تحسّن عام في صحة الأطفال المصدومين بفعل العنف المقصود، الذين إستفادوا من التكفل النفسي، قد تحققت. أما الأعراض التي جاء بها الأطفال لم تختلف كليةً، رغم وجود نوع من التحسن في البعض منها، فتم الإنتقال ضمن الأعراض من حيث الترتيب في الشدة

والعدد، و بالتالي لم تتحقق الفرضية الجزئية الأولى المتمثلة في إختفاء أو إنخفاض في الأعراض بعد مدة زمنية من التكفل النفسي.

أما فيما يخص تحسن نوعية الحياة، فوجدنا أن هناك تحسن عام في نوعية الحياة بقدر معتدل، حسب تصريحات المستفيدين، إلا أننا نبقى متحفظين لكون المقياس يعتمد على إدراكات و تصورات الأفراد لنوعية حياتهم. فأهداف السلم هو قياس إدراكات الأشخاص لنوعية حياتهم، و منها يعتبر غير حيادي و غير موضوعي. يمكننا الإستنتاج أن الفرضية الجزئية الثانية القائلة أن هناك تحسن في نوعية الحياة؛ قد تحققت.

و أخيراً، تشير نتائج البحث أن هناك نوع من التحسن الدراسي عند مجموعة البحث بعد مرور سنوات من التكفل، إعتدنا على المعطيات حول المسار الدراسي لتقييم المصير المدرسي، فوجدنا أن 60% من مجموعة البحث لازالوا ممتدرسين، و حالة و احدة تحصلت على الليسانس، وبالتالي الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت، بما أننا وجدنا تحسناً في التحصيل الدراسي.

إستنتجنا من كل ما وصلنا إليه من حوصلة حول النتائج، أنه رغم نجاعة التكفل النفسي الذي منح للأطفال و الأولياء، فضاءً علاجياً إحتوائياً و إسنادياً، و رغم أن الأطفال تحسّنوا في بعض الميادين، مثل القدرة على إرصان و ترميز ما حدث لهم من أعمال عنف مكثف مجتمعي على مدى السنين، تبقى جروح غير مُضمّدة، و ندخل هنا إلى الصدمة المزمنة أو المعقدة أو بما يسمى بالصدمة التطورية، عندما يتعرض لها الأطفال مبكراً، قبل سن السادسة، بصفة متكررة و مُطولة في الزمان، أي من النوع II، حسب Terr. و هذا ما حدث لأطفال الجزائر منذ أكثر من عشرية كاملة.

للتذكير، تتكون مجموعة بحثنا من 30 فرداً، أتوا بعد إتصالنا بهم من أجل البحث، و هناك عدد من مجتمع البحث الذي تستوفي فيهم المعايير المسطرة من طرفنا لغرض البحث، قد رفض، و شرحنا هذا في منهجية البحث. تبقى العينة غير ممثلة للمجتمع الكلي من الأطفال الذين إستفادوا من التكفل النفسي بمنطقة سيدي موسى. إلا أننا أترينا البحوث من خلال دراستنا هذه، التي تعتبر ثمرة ممارسة عيادية لمدة إحدى عشرة سنة مع ضحايا العنف المقصود، و خصيصاً عملنا مع الأطفال المصدومين. تتمثل مساهمتنا العلمية في مجال إنعكاسات الصدمات النفسية على الأطفال في الجزائر في كون أننا وجدنا أنه عندما يتعرض الأطفال إلى صدمات معقدة من النوع II حسب تصنيف Terr، و في سن مبكر، و عند غياب عوامل الحماية، و إذا لم

تتوفر التدخلات العلاجية، الطبية و النفسية في الوقت المناسب، تتطور إلى صدمات مُزمنة، فيصعب حينها الشفاء و الإستعادة.

في ضوء ما توصلنا إليه، وبالرغم من أن الأطفال ضحايا العنف المقصود بمنطقة سيدي موسى و ضواحيها قد إستفادوا من التكفل النفسي، وأن هناك تحسن و تطور في التحصيل الدراسي و إدراكهم لجودة حياتهم بدرجة معتدلة على العموم، إلا أن الألام لازات موجودة سنوات بعد التكفل، و نحن نتساءل عن نجاعة العلاج النفسي الذي يتم سنوات بعد تعرض الأطفال إلى أحداث صادمة، لأنهم لم يستفدوا من العلاج إلا عند فتح المركز سنة 2000 . و لذا نتساءل ما إذا سيكون التكفل النفسي ناجعا و مفيداً عندما يتم في أوانه، أيام قليلة بعد حدوث الصدمة النفسية؟ بالإضافة، من أجل تكفل مناسب و ناجع بالأطفال المصدومين، نُوصي بالعمل المجتمعي المتعدد الخدمات في إطار شبكة أين يتم إشراك كل الإحترافيين في الصحة و التربية، دون إقصاء الأولياء و المعلمين، أليس هم الذين يقضون معظم أوقاتهم مع الأطفال؟

تبقى آفاق الأمل لمزيد من إثراء البحوث.

قائمة المراجع

باللغة الأجنبية

American Psychiatric Association, (2000,2004). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Andolfi M.L. (1979).Family therapy: an international approach, New York, Plenum Publishing Co.

Anzieu D., Chabert C. (1987).Les methodes projectives, Paris, PUF .

Arrar F. (2001). Santé somatique et santé mentale, Revue de Psychologie, Sarp, Alger, n°09.

Audet J., Katz JF. (2006), Précis de victimologie générale, 2eme édition, Paris, Dunod.

Austin T. (1999). Banana justice: field notes on Philippine crime and custom, Santa Barbara, California, Praeger.

Austin WT. (1999). Banana justice: field notes on Philippine crime and custom, Santa Barbara, Ca., Praeger.

Bacqué M.F. (1997). Deuil et santé, Paris, Odile-Jacob.

Bailly L. (1996), Les catastrophes et leurs conséquences traumatiques chez l'enfant, Paris, ESF.

Bailly L.(2003).Les syndromes psychologiques chez l'enfant,in Lachal C., Ouss-Ryngaert, Moro, M.R. et al. (2003), Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire, Paris, Dunod.

Barrois. C. (1988). Les névroses traumatiques, Paris, Bordas.

Barrois. C. (1998). Les névroses traumatiques, 2eed. Paris, Dunod.

Bassheer A. (2007). Effects of terrorism on children: Psychosocial and biological understanding. Journal of the Islamic Medical Association,.

Baubet T.,Le Roch k., Bitar D., Moro MR. (2003). Soigner malgré tout, vol.2.,bébés, enfants et adolescents dans la violence, Grenoble, La Pensée Sauvage, 71-95.

Beck A.(1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions; in Corey G.(2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy (7th Ed.). Belmont, CA. Thomson Learning.

- Beck A.(1967). Depression: Clinical, experiment, and theoretical aspects, in Corey G.(2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy (7th Ed.). Belmont, CA. Thomson Learning.
- Becvar D., Becvar R. (2003). Family therapy: A systemic integration (5th ed.), in Corey G.(2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy (7th ed.). Belmont,CA.,Thomson Learning.
- Bergeret J. (1974). La personnalité normale et pathologique, Paris, Bordas.
- Bergeret J. (1979). Psychopathologie, Paris, Masson.
- Betancourt Stichk (2004). Mental health in post war Afghanistan, in Kalksma-Van-Lith B. (2007). Psychosocial interventions for children in war-affected areas: the state of the art, War Trauma Foundation Journal, volume 5; n°1.
- Beverly J. (1989). Treating traumatized children: new insights and creative interventions, Mass. Lexington Books.
- Bokanowski TK., Kelly-Lain&, Pragier G., Ferenczi S. (1995). Collections” monographies de la RFP”, Paris, PUF.
- Bon A. (2006). Deuil traumatique et trauma chez les rescapés de Tsunami de décembre 2004, thèse de doctorat en médecine, sous la direction de Baubet, T.
- Bonelli L. (2005). Un ennemi « anonyme et sans visage ». Renseignement, exception et suspicion après le 11 septembre 2001, Cultures et conflits, 58,
- Bouatta C. (2000). Le psychologue face au traumatisme de l'autre. Une histoire à deux temps, Revue de Psychologie, SARP, Alger, n°08.
- Bouatta Ch. (2001). Le stress extrême, Revue de Psychologie, Sarp, Alger, n°09.
- Bouatta Ch. (2007), Les traumatismes collectifs en Algérie, Alger, Casbah.
- Bouatta Ch.(2010). Violences des mères, violences des enfants, in Moussa F. Psychothérapies pathologiques limites et résilience,ouvrage collectif, Alger,Casbah.
- Boudarene M.(2001). Violence terroriste en Algérie et traumatisme psychique, Stress et Trauma, 1(2) ,91-98.
- Boudarene M.(2002). Terrorisme en Algérie : quel devenir pour les liens filial et social ? Stress et trauma, 2(4), 213-217.
- Boukhaf M., Cherabta H., Hadjam R.(2009). Psychothérapie de groupe d'enfants : Quelle place pour les parents ?). Dirrassat Fi El-ôloum El-insania oua El-ijtimaiya ; n° 12 ; Alger, Université d'Alger2.7-22.

- Boukhaf. M. (2004). Adolescents victimes de traumatisme : Quelle prise en charge psychologique ? *Revue de Psychologie, SARP, Alger*, no 12.
- Boukra L. (2006). *Le terrorisme*, Alger, Chihab.
- Bourgeois M. (2004). Les deuils traumatiques, in Jehel L., Lopez G. et al. (2006), *Psycho- traumatologie*, Paris, Dunod.
- Bourne, L., Olivier B. (1998). A model for counseling survivors of trauma. Website: <http://www.leforum.com/impact>.
- Bowlby J. (1969). *Attachement and loss: Vol 1. Attachement*. New York, Basic Books.
- Braconnier A., Marcelli D. (2008). *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Masson.
- Brown A., Bourne L. (1996). The social work supervisor in L. Bourne and B. Olivier (1998). A model for counseling survivors of trauma. Website: <http://www.leforum.com/impact>.
- Burckhardt C., Anderson K. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization, in *Health and quality of life outcome*, 1:60.
- Burgess A., Homlstrom L. (1976). Coping behavior of rape victims, in Jehel L., Lopez G. et al. (2006), *Psycho- traumatologie*, Paris, Dunod.
- Burrow T. (1926). The laboratory method in psychoanalysis, in Yalom ID. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*, New York, Basic Books, Inc.
- Carrion V., Weems C., Ray R., Reiss A. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth, in Lachal C., Ouss-Ryngaert, Moro, M.R. et al. (2003), *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*, Paris, Dunod.
- Carter E., Mc Goldrick (1980). *The family life cycle: a framework for family therapy*, New York, Gardner Press Inc.
- Chaliand G. (2003). *Les stratégies du terrorisme*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Chaliand G. (2008). *Les guerres irrégulières*, Paris, Folio.
- Chiland C., Young G.J. (1997). *Les enfants et la violence* (traduction de l'anglais par Ivonne Noiset), Paris, Presse Universitaire de France.
- Claw, Baraniuk J., Zheng, Y. (2003). Unexplained symptoms after terrorism and war, in Danieli Y., Brom D. Sills J., *the trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook*, Washington DC., Haworth Press Inc.

- Cohen J.(1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder, in Jehel L., Lopez G. et al. (2006), Psycho- traumatologie, Paris, Dunod.
- Cohen JA. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biol Psychiatry*; 53: 827–833
- Corey G.(2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy (7th ed.). Belmont,CA.,Thomson Learning.
- Crocq L. (1994), « Les victimes psychiques »,in *Victimologie*, 1
- Crocq L. (1997). Le traumatisme psychique chez l'enfant, in dossier documentaire du séminaire de formation sous la direction de L.Crocq et M. Vitry, Algérie, UNICEF.
- Crocq, L (1999). Les traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob.
- Crocq,L. (1997), « Stress, trauma, et syndrome psychotraumatique » in *Soins psychiatriques*,188.
- Cromer, K.R., Schmidt, N.B., & Murphy, D.L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1683-1691.
- Cyrułnik B. (2003). La résilience ou comment renaître de sa souffrance, in Jehel L., Lopez G. et al. (2006). Psycho traumatologie, Paris, Dunod.
- Damiani,C.(1997). Les victimes, violences publiques et crimes privés, Paris, Bayard.
- Danieli Y., Brom D. Sills J. (2005). The trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook, Washington DC., Haworth Press Inc.
- Danielli, Y. (1985). The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: A lesson from holocaust survivors and their children, in C.R. Figley (Ed.), *Trauma and Its Wake (Vol.1)*. New York: Brunner/Mazel.
- Debray Q. (2006). Traumatisme, syndrome psychotraumatique et troubles de la personnalité, in Jehel L., Lopez G. et al. (2006), Psycho traumatologie, Paris, Dunod.
- De Clercq M., Lebigot F. (2001). Les traumatismes psychiques, Paris, Masson.
- De Yong (2002). Public mental health traumatic stress and human rights violations in low-income countries, in Danieli Y., Brom D. Sills J., the trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook, Washington DC., Haworth Press Inc.

- Derogatis L.R. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90:a study in construct, *Journal of Clinical Psychology*, vol.12, issue 3.
- Derrida J. (2004). A review of Philosophy in a Time of Terror, in Borradori G., *Dialogues with Jürgen Habermas and Jacques Derrida*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Doray B., Louzoun C. (1997), *Le traumatisme dans le psychisme et la culture*, Paris, Eres
- Drell MJ., Siegel CH., Gaensbauer JT. (1993). Posttraumatic stress disorder in Baubet T., Le Roch k., Bitar D., Moro MR. (2003). *Soigner malgré tout*, vol.2., bébés, enfants et adolescents dans la violence, Grenoble, La Pensée Sauvage, 71-95.
- DUCLOS A.,(2010). Récits de vie et sociologie clinique, *Les Cahiers de Psychologie politique* No 16.
<http://odel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1516>
- Durodie and Wessely (2003). Psychological responses to the new terrorism: A Nato-Russian dialogue. Amsterdam, Ios Press.
- Dyregrov A. and Raundelen M. (1991). War experience and psychological impact on children. In: Dodge P. and Raundelen M. (1991). *Reaching children in war: Sudan, Uganda and Mozambique*. Bangladesh, Sigma Foriag.
- Ellis A. (1958). Rational psychotherapy, in Hansen et.al. *Counseling:Theory and process*(2nd ed.). Boston, Mass., Allyn and Bacon Inc.
- Engdal B. (2005). International findings of terrorism, in Danieli Y., Brom D. Sills J., *the trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook*, Washington DC., Haworth Press Inc.
- Erikson E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, Norton.
- Fazel M., Stein A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of disease in childhood*, in Machel G. (1996). *Promotion and protection of the rights of children: impact of the armed conflict on children*, in Kalksma-Van-Lith B. (2007). *Psychosocial interventions for children in war-affected areas: the state of the art*, *War Trauma Foundation Journal*, volume 5; n°1.
- Feldman B.I. *Enfants victimes de guerre*, in Jehel L., Lopez G. et al. *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.
- Ferenczi S.(1970). Deux types de névroses de guerre, in De Clercq M., Lebigot F. (2001). *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.

Figley, CR. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, London, Brunner Routledge.

Flanagan JC. (1978). A research approach to improving our quality of life, *American Psychologist*, 33, 138-147.

Flanagan JC. (1982). Measurement of the quality of life: Current state of the art, in Burckhardt C., Anderson K. *The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization*, in *Health and quality of life outcome*, 1:60.

Foa EB. Keane TM. Cohen JA. Friedman MJ., (2009). *Effective treatment for PTSD: practice guidelines from the International Society for traumatic stress studies*, New York, The Guilford Press.

Fouchey M.(2009). *Approches théoriques du développement de l'enfant*, psychologie-m-fouchey.psyblogs.net.

Foy D.(1992) *Treating PTSD: Cognitive-behavioral strategies*. New York, Guilford Publications.

Foy D., Madvig B., Pynoos R. and Camilleri J.(1999). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, vol 34. Issue 2, 133-145.

Foy et.al. (1997). *Introduction to group interventions for trauma survivors*.

Frances A. (2010). *DSM- V in distress: The DSM, impact on mental health practice and research*, *Psychology Today*, March 28th.

Freud A. (1958). *Adolescence. Psychoanalytic study of the child*, (13), 255-278.

Freud S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*, in Bergeret J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Bordas.

Freud S.(1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, in Bergeret J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Bordas.

Freud S., Breuer J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*, in , in Bergeret J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Bordas.

Freud. S. (1921). *Psychologie collective et analyse du moi*, in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris.

Freud. S. (1951). *France du principe du plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris.

Freud. S. (1985). *Moïse et le monothéisme*, Gallimard, Paris

- Friedman M., Keane T., Resick P.(2007). Handbook of PTSD: Science and Practice. New York, Guilford Publications Inc.
- Gaensbauer TJ.(2002). Representation of trauma in infancy : clinical and therotical implications for the understanding of early memory. *Mental Health*, 23, 259-277.
- Gaensbauer TJ., Siege H. (1995). Therapeutic approaches to post traumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Mental Health*, 16, 292-305.
- Gerard L., et Madoun S. (2007). ABC de la victimologie. Paris,Grancher.
- Gesell (1958). L'adolescent de 10 à 16ans, Paris, PUF.
- Ginzberg E. Career choice (1951).In :Weinrach S.(1978).Career counseling: Theoretical and practical perspectives. New York, Mc Graw-Hill Book Co.
- Grappe M. (1997). Troubles psychiques postraumatiques chez les enfants victimes de guerre : séquelles simples et formes cliniques graves, in Jehel L., Lopez G. et al. (2006). *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.
- Grappe M. (2001). Deuil et traumatisme chez l'enfant et l'adolescent, in Jehel L., Lopez G. et al. (2006). *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.
- Grappe M. (2006). Le deuil traumatique, in Jehel L., Lopez G. et al. *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.
- Green B.(1991). Trauma interventions in war and peace: prevention practice and policy, New York, Plenum Press.
- Gurwitch et al. (2001). Television exposure in children after terrorist incident, *Psychiatry*, 64, 202-2111.
- Guus V. (2003). Training counselors in areas of armed conflicts within a community approach, Amsterdam, Stichting Pharos.
- Haim A.(1970). Les suicides d'adolescents, Paris, Payot.
- Haley J. (1959). The family of schizophrenia: a model of system, *Journal of nervous mental disorders*, n°129, 357-374.
- Haley J. (1976). Problem-solving therapy: new perspectives, California, Harper Colophon books.
- Hanus M. (1995). Les deuils dans la vie, Paris, Maloine.
- Herman J. (1992). Trauma and recovery. New York, Basic Books.
- Horowitz, M.J. (1991). Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. Chicago, University of Chicago Press.

- Hubbert, J.D., Moser, J.S., Gershuny, B.S., Riggs, D.S., Spokas, M., Filip, J. et al. (2005). The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 127-136.
- Huyghe B. (2005). *Message et terreur, acteurs et vecteurs*, Paris, Editions Eyrolles.
- International Peace Academy (IPA), (November, 2003). *Human rights, the United Nations, and the struggle against terrorism*, New York, IPA.
- Jacobs S. (1999). *Traumatic grief diagnosis treatment and prevention*, in in Jehel L., Lopez G. et al. (2006). *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.
- James J., Friedman R. (1998). *The grief of recovery: Handbook*. New York, Harper Collin Publishers, Inc.
- Janoff-Bualmann (1992). *Shattered assumptions: toward a new Psychology of trauma* in L. Bourne and B. Olivier (1998). *A model of counseling survivors of trauma*. Website: <http://www.leforum.com/impact>.
- Jeammet Ph. (2002). *L'adolescence*, Paris, Solar.
- Jehel L., Lopez G. et al. (2006), *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.
- Jossé E. (2004). *Le trauma, guide de prise en charge psychosociale*, Médecins sans Frontières Belgique (MSF Belgique), documentaire interne.
- Kaës R. (2001). *Ruptures catastrophiques et travail de la mémoire*, in Choutri F. *Violence, trauma et mémoire*. Alger, Casbah.
- Kalksma-Van-Lith B. (2007). *Psychosocial interventions for children in war-affected areas: the state of the art*, War Trauma Foundation Journal, volume 5; n°1.
- Kaplan G. *Health impact of terrorism on the Arab minority in Israel. A quantitative synthesis of published research*, *Psychiatry*, 21, 46-53.
- Kelson H. (1998). *Enfants victims de la guerre*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Kernberg O.(1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*, New York; Jason Aron Son.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kestenberg E. (1962). *L'identité et l'identification chez les adolescents*. *Psychiatrie, Enfance*, 5,(2), 444-522.

Khaled N. (2001). Présentation du cadre général de la recherche épidémiologique sur la santé mentale, Revue de Psychologie, SARP, Alger, n°09.

Khaled N. (2005). Psychological effects of terrorist attacks in Algeria, in Danieli Y., Brom D. Sills J., the trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook, Washington DC., Haworth Press Inc.

Khiati M. (2006). Les enfants traumatisés de Bentalha, Alger, édition FOREM.

Lachal C., Ouss-Ryngaert, Moro, M.R. et al. (2003), Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire, Paris, Dunod.

Ladame FG. (1980). L'adolescent et psychanalyse : résistance intérieures et résistance extérieures, in Braconnier A., Marcelli D. (2008). Adolescence et psychopathologie, Paris, Masson.

Lazarus A. (1997). Brief but comprehensive psychotherapy: the multimodal way, in Corey G. (2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy (7th ed.). Belmont, CA., Thomson Learning.

Lazarus A. (2000). Multimodal strategies with adults, in Corey G. (2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy (7th ed.). Belmont, CA., Thomson Learning.

Le monde diplomatique (Février, 2004). Qu'est-ce que c'est le terrorisme international ?

Levant RF. (2002). Psychology responds to terrorism : Professional Psychology Research and Practice, 33, 507-509.

Levin, P., Kline, M. (2008). Trauma proofing your kids: A parents' guide for instilling confidence, joy and resilience. Berkely, CA., North Atlantic Books.

Lopez G., et Sabouroud-Seguin A. (1998). Psychothérapie des victimes, Paris, Dunod.

Loughry, M. , Eyber, G. (2003). Psychosocial concept in humanitarian work with children, a review of the concepts and related literature, Washington, National Academic Press.

Lugassy F. (1998). Les équilibres pulsionnels de la période de latence, Paris, L'harmattan.

Lustig S., Kia-Keating M. , Knight W. , Geltman P., Ellis H., Kinzie J., Keane T., Saxe G. (2003). Review of child and adolescent refugee, in Kalksma-Van-Lith B. (2007). Psychosocial interventions for children in war-affected areas: the state of the art, War Trauma Foundation Journal, volume 5; n°1.

Lystad, M. (1988). Mental health response to mass emergencies. New York: Brunner/Mazel.

- Machel G. (1996). Promotion and protection of the rights of children: impact of the armed conflict on children, in Kalksma-Van-Lith B. (207). Psychosocial interventions for children in war-affected areas: the state of the art, War Trauma Foundation Journal, volume 5; n°1.
- Malone D. (2005). The high- level panel and the security council, in Danieli Y., Brom D. Sills J., The trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook, Washington DC., Haworth Press Inc.
- Maqueda F.(1998). Carnet d'un psy dans l'humanitaire,in Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire, Paris, Dunod.
- Mareau C., Vanek Dreyfus A.(2004). L'indispensable de la psychologie. Paris, Studyrama.
- Marsella A., Fathali M., Moghadem (2005). The origins and nature of terrorism: foundations and issues, in Danieli Y., Brom D. Sills J., The trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook, Washington DC., Haworth Press Inc.
- Masterson J.F. (1967). The psychiatric dilemma of adolescence. Boston, Little Brown Co.
- Mc Farlane A. (1994). Individual psychotherapy for posttraumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America,17(2),393-408.
- Mc Farlane AC.(1988). Recent life events and psychiatric disorder in children: the interaction with preceding extreme adversity, Journal of Clinical Psychiatry, 29(5).
- Meltzer D. (1977). Les structures sexuelles de la vie psychique,(traduction par J.Begoin), Paris, Payot.
- Minuchin S. (1978).Families& family therapy, Boston, Mass., Harvard College.
- Mitchell, J. (1983). The critical incident stress debriefing. Journal of Emergency Medical Services, 8, 36-39.
- Montiel c., Anuwar M. (2002). Other terrorism, psychology and media, peace and conflict, in in Danieli Y., Brom D. Sills J., The trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook, Washington DC., Haworth Press Inc.
- Napier R., Gershenfeld M.(1981). Groups: theory and practice (2nd ed.), Boston, Mass., Houghton Mifflin Company.
- North C. (2004). Somatization and terrorism, in Danieli Y., Brom D. Sills J., the trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook, Washington DC., Haworth Press Inc.

- Paardekooper B. (2002). Children of the forgotten war: a comparison of two intervention programs for the promotion of well-being of Sudanese refugee children, in Machel G. (1996). Promotion and protection of the rights of children: impact of the armed conflict on children, in Kalksma-Van-Lith B. (2007). Psychosocial interventions for children in war-affected areas: the state of the art, War Trauma Foundation Journal, volume 5; n°1.
- Parkinson R. (2000), Post-trauma stress, Cambridge, MA, DA CAPO Press Life Long Books.
- Parson ER. (1995). Mass traumatic terror in Oklahoma City and the phases of adaptational coping, Journal of contemporary Psychotherapy, 25, 267-309.
- Perrin S., Smith P., Yule W.(2000). Practitioner review: the assessment of the posttraumatic stress disorder in children and adolescent, Journal of Child Psychiatry and Psychology, 41, 277-289.
- Perron R. (1985). Genèse de la personne, Paris, PUF.
- Perron R. (2000). La notion du traumatisme du point de vue psychanalytique, Revue de Psychologie, SARP, Alger, n°08.
- Perron,R.(2000).Une psychanalyse pourquoi ? Paris: Dunod.
- Perron,R.(2000).Une psychanalyse pourquoi? Paris : Dunod.
- Pesci M. (1999). The Oklahoma City Bombing: the relationship among modality of trauma exposure, gender and posttraumatic stress symptoms in adolescents. Unpublished Ph.D. thesis in Psychology.
- Pfefferbaum B. (1997) Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. ;36: 1503–1511.
- Pfefferbaum B., North C., Doughty E., Gurwith R. , Fullerton C., Kyula J.,(1998). Psychiatric morbidity among victims of bomb blast, in Danieli Y., Brom D. Sills J., the trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook, Washington DC., Haworth Press Inc.
- Pfefferbaum B., North C., Doughty E., Gurwith R. , Fullerton C., Kyula J (April,2003)., Posttraumatic Stress and Functional Impairment in Kenyan Children Following the 1998 American Embassy Bombing ,American Journal of Orthopsychiatry, volume 73, issue 2, 133-140.
- Pine DS.,Cohen JA. (1998). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. In A.Basheer, (2007). Effects of terrorism on children: Psychosocial and biological understanding. Journal of the Islamic Medical Association.

Pine, DS., Cohen JA. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment sequelae, *Biological Psychiatry*, 519-531.

Portney C. (1996). Intergenerational transmission of trauma. *Psychiatric Times*, April 2003. (20),4.

Post J. (2002). Differentiating the threat from chemical and biological terrorism: motivation and constraints, in Danieli Y., Brom D. Sills J., *The trauma of terrorism; sharing knowledge and shared care: an international handbook*, Washington DC., Haworth Press Inc.

Prigerson,H.G. et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity, in Jehel L., Lopez G. et al. *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.

Privat P.(1988). *Les psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse*, Paris, Editions Clancier Guenaud.

Pynoos R. (1996) Steinberg AM. Goenjian A. Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and current controversies. In: Van der Kolk B, editor; McFarlane AC, editor; Weisaeth L, editor.

Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford. Pp. 331–358.

Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, Nunez F, Fairbanks L.(1987) Life threat and posttraumatic stress in school-age children, in Chiland C.,Young G.J.(1997).

Pynoos RS., Nader K. (1989). Children's Memory and Proximity to Violence, , in Chiland C.,Young G.J.(1997). *Les enfants et la violence* (traduction de l'anglais par Ivonne Noiset), Paris, Presse Universitaire de France.

Rauch de Traubenberg N.(1983). *la pratique du Rorschach*,Paris, PUF.

Read J.,Van J., Morrison A.,Ross A.(2005). Childhood trauma,psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications, *Psychiatria Scandinavica*,vol 112; n°5,330-350.

Rousseau C. (2008).Terrorisme et santé mentale des enfants, in conférence, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 6, issues4-5, 199-205.

Sadlier K. (2001). *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant victime d'agression*,Paris, PUF, Coll. Médecine et Société.

Sadlier K. (2006). *Psychotraumatisme de l'enfant et approche thérapeutique*, in Jehel L., Lopez G. et al. *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.

Sadouni Ghediri M. (2010). Le cas d'une adolescente qui est revenue de très loin : entre résilience et traumatisme en cours (ongoing trauma). *Dirrassat Fi El-ôloum El-insania oua El-ijtimaiya* ; n° 16 ; Alger, Université d'Alger2. 69-88.

Satir V. (1964). *Conjoint family therapy*, Palo Alto: Science and Behavior Books.

Schacht, A., Kerlinsky, D., Carldon, C. (1990). Group therapy with sexually abused boys: Leadership, projective identification, and counter transference issues. *International Journal of Group Psychotherapies*, 40(4), 401-417.

Schlenger W. (2002). Criterion A, trauma exposure in the modern world, Paper presented at the 18th Annual Meeting of the International Society for the Traumatic Studies, Baltimore, MD.

Scott M., Stradling S. (1998). *Brief group counseling*. Chichester, John Wiley & Sons. Seguin-Sabouraud A. (2006). Les principales psychothérapies in Jehel L., Lopez G. et al. (2006).

Shapiro F.(1985).Eye movement desensitization and reprocessing:basic principles, protocols and procedures, in Corey G.(2005). *Theory and practice of counseling & psychotherapy* (7th ed.). Belmont,CA.,Thomson Learning.

Sheeringa MS., Zeanah SH.(2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Trauma Stress*, 14,799-815.

Sheeringa MS., Zeanah SH. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.

Shukla A. (2009). Impact of terrorism on social, economic and legal structures of the countries, in Arce D., Sandler T., *Strategic analysis of terrorism*, Texas, Springer.

Sironi F. Les enfants victimes de tortures et leurs bourreaux, *Psychologie et Education*, n°49.Slavson SR. (1953).

Psychotherapie de groupe analytique, in Privat P.(1988). *Les psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse*, Paris, Editions Clancier Guenaud.

Solomon EF., Eldna P. (2005). The biology of trauma: implications of treatment, *Journal of interpersonal violence*, vol. 20, n°1, 51-60.

Somasundaram, D. (2004). Short and long term effects of terrorism in Sri Lanka, *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 9 (1/2, 3/4), 215-226.

Specht J. (2005). Parental strategies for addressing children's responses arising from vicarious exposure to acts of terrorism, Ph.D. thesis in Psychology, University of Wisconsin, Milwaukee.

- Spiegler M.&Guevremont D.(2003). Contemporary behavior therapy, in Corey G. (2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy (7th Ed.). Belmont, CA. Thomson Learning.
- Terr L. (1990). Too scared to cry: psychic trauma in childhood, New York, Basic Books.
- Terr L. (1991). Childhood trauma: an outline and overview, American Journal of Psychiatry,148,10-20.
- Terr L. (1998). What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age of five at the time of documented traumatic events, Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,96-104.
- Thielman, S. (2004). The effect on Kenyan employees of the attacks on the American embassies in the East Africa, Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 9 (1/2, 3/4), 233-240.
- Tolfree D. (1996). Restoring playfulness: different approaches to assisting children who are psychologically affected by war or displacement, in Kalksma-Van-Lith B. (207).
- Psychosocial interventions for children in war-affected areas: the state of the art, War Trauma Foundation Journal, volume 5; n°1.
- Turkus JA. (2002). Terrorism: impact and response, in Centering: Newsletter of the Center: posttraumatic disorders programs, 6-12.
- Van der kolk B., Onno Van der Hart, Burbridge J. (1995). Approaches to the treatment of PTSD, in Williams M.,Sommers J.(2002).Simple and complex post-traumatic stress disorder: Strategies for comprehensive treatment in clinical practice, New York, The Haworth Press.Inc.
- Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents.*Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Vogel, JM., Vernberg EM. (1993). Children's psychological responses to disasters, Journal of Clinical Psychology, 22, 464-484.
- Watzlavick P.(1983). Contexte historique et scientifique de la thérapie interactionnelle, in Audet J., Katz JF. (2006), Précis de victimologie générale, 2eme édition, Paris, Dunod.
- Webb, NB. (1999). School-based crisis assessment and intervention with children following urban bombing, New York, The Guilford Press.
- Website:www.psyb.com/intro-group-interventions.

Winnicott DW. (1958). Analyse de l'enfant en période de latence, in processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot.

Winnicott DW. (1975). Jeu et réalité, l'espace potentiel, (traduit par G. Monod et JB. Pontalis), Paris, Gallimard.

World Health Organization(1996). Mental health of refugees, Geneva, WHO publications.

Yehuda, R. (2002). Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 341-368.

Yahuda R. (2004). Childhood reaction to terrorism; induced trauma: A review of the past 10 years. *Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 43, issue 4, 381-392.

Yahuda R., Hyman. (1998). Psychological trauma. Washington, DC., American Psychiatric Press.

Yalom ID.(1975). The theory and practice of group psychotherapy, New York, Basic Books, Inc.

Yassen J. (1995). Crisis assessment and interventions of victims of violence, in Figley, CR. (1995).

Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized, London, Brunner Routledge.

Yemming N. (2004). Les psychothérapies de groupe, in conférence en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, UFR de Psychologie Tours Deug, 1 et2.

Yona E. (1999). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review, National Center for Post Traumatic Stress Disorder, , Boston,MA., V.A. Medical Center.

Yona,E.(1999). Posttraumatic stress disorder in children and adolescence: a review. National Center. Boston.M.A.

Yule W. (1995). Posttraumatic stress disorders. In: Rutter M, editor; Taylor E, editor; Hersov L, editor. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. 3rd ed. Oxford: Blackwell;. Pp. 392–406.

بالعربية :

سي موسى، ع ،و زقار، ر. (2002)، الصدمة والحداد عند الطفل و المراهق، نظرة الإختبارات الإسقاطية، الجزائر UNICEF.

برنتاليس ج.ب.و و لابلانش، ج ، (1985)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي. الجزائر ديوان المطبوعات الجامعية.

المصري؛ م، خالد؛ ن، بوعطة؛ ش، عرعار؛ ف، بوقاف؛ م، طاجين؛ س، غربي؛ ح. (2001). بحث ابيدميولوجي في انتشار الصدمات النفسية و الإضطرابات النفسية في المجتمع الجزائري،

Revue de Psychologie, Sarp, Alger, n°09.

خالد؛ ن، أوسعد؛ ع (2008). صدمة الطفولة و مصيرها في سن المراهقة،

15-14Revue de Psychologie, Sarp, Alger, n°

شراطة ح. فضاء اللعب و الترفيه في مركز المساعدة النفسية لسيدى موسى: فضاء للترفيه و الوقاية،

12Revue de Psychologie, Sarp, Alger, n°

عباس محمود عوض(1980)، علم النفس الفيسيولوجي، بيروت، دار الجامعة.

طلعت عبد الحليم (1983)، الأسس النفسية للنمو الإنساني، بغداد، المؤسسة العربية للدراسات و النشر.

جريدة الفجر، 14 و 17 أفرير، 2009.

جريدة الامة العربية، 19 أفريل، 2009.

والترج كوفيل، تيموتي كوتليلو، فابيان روك، (1986)، (ترجمة محمود الزياتي)، الأمراض النفسية، الكويت، مكتبة الفلاح.

لوران البير، ترجمة الجمالي ح. (1984). طريقة التحليل النفسي و العقيدة الفرويدية، بغداد، المؤسسة العربية للدراسات و النشر.

التكالي كريمة(2009). الإرهاب: مفهومه، أسبابه، و علاقته بحقوق الإنسان، محاضرة بجامعة مقرب، ماليزيا.

الملاحق

**Mission du Centre d'Aide
Psychologique de Sidi Moussa**

Aide
psychologique

Travail
social

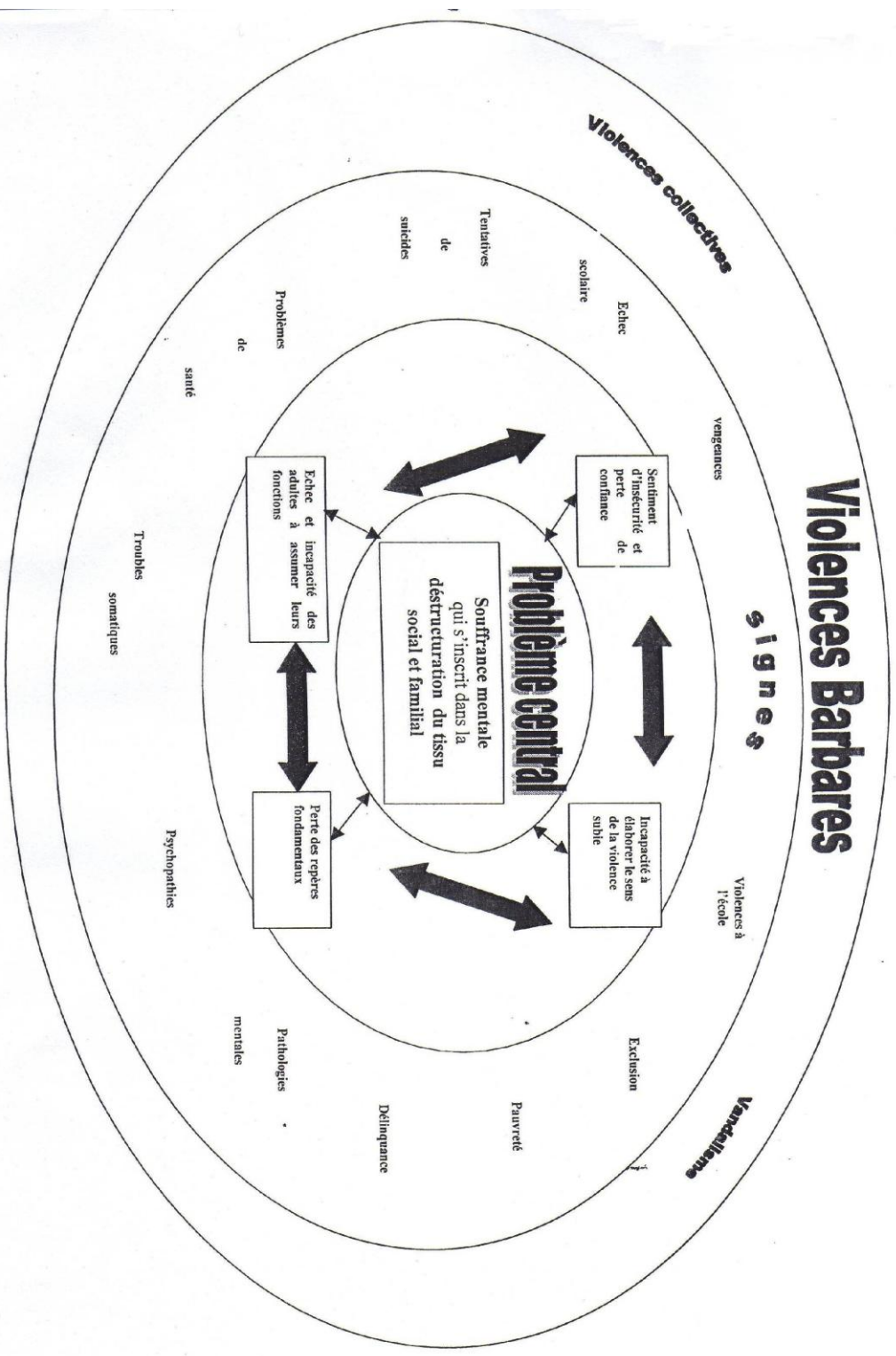
**Centre de
proximité**

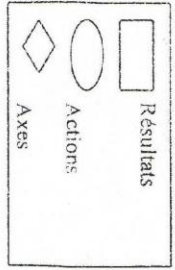
Conseil
Juridique

Travail de
réseau

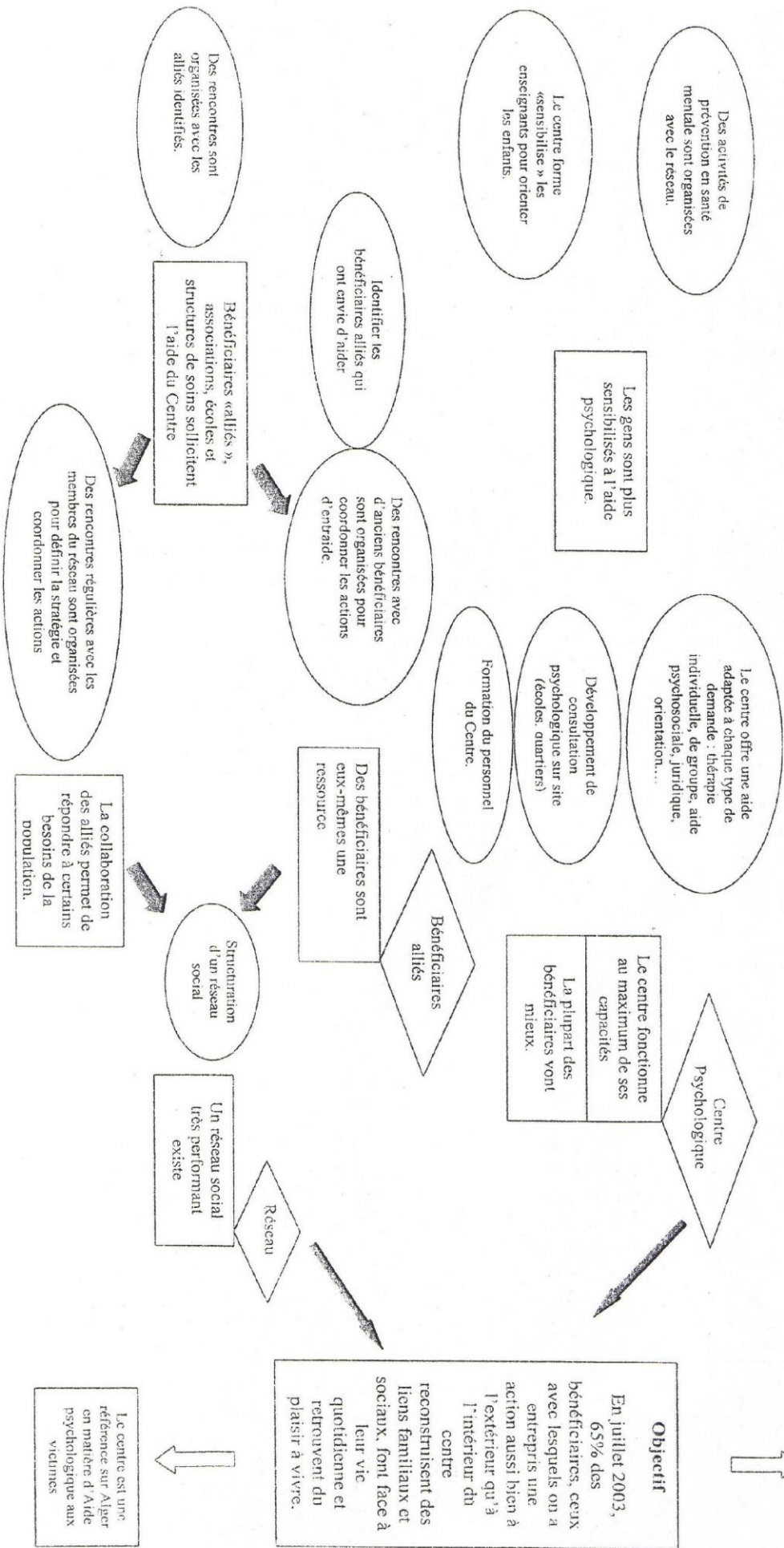
Intervention auprès de
personnes vulnérables

1.3. Les problèmes spécifiques du groupe cible dans lequel le projet pense intervenir:





2.4. Stratégie de l'Aide Psychologique





تعليمات

يوجد أدناه قائمة بالمشاكل والشكاوى التي يتعرض لها الناس أحيانا. اقرأ كل منها بعناية واختر أحد الأوصاف المرقمة التي تشكل أفضل وصف لمدى ما سببته لك تلك المشكلة من إزعاج في الماضي بما في ذلك الوضع الراهن. ضع ذلك الرقم في المربع المفتوح على يمين المشكلة. لا تهمل أي بند، واكتب رقمك بوضوح. إذا غيرت رأيك، امح رقمك الأول تماما. اقرأ المثال أدناه قبل أن تبدأ، وإن كان لديك أي سؤال فاسأل الفني.

مثال: ما مدى معاناتك من أوجاع جسدية: الرد مثلا 3

يمكنك أن تختار

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
0	1	2	3	4

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما	
0	1	2	3	4	1. الصداع
0	1	2	3	4	2. سرعة الانفعال والاضطراب الداخلي
0	1	2	3	4	3. وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك
0	1	2	3	4	4. الشعور بالإعياء أو الاغماء أو الدوخة
0	1	2	3	4	5. أشعر بأن رغبتى وحياتى الجنسية غير طبيعية
0	1	2	3	4	6. الشعور بالحساسية تجاه الآخرين
0	1	2	3	4	7. الشعور بأن شخصا ما يستطيع السيطرة على أفكارك
0	1	2	3	4	8. القاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك
0	1	2	3	4	9. الصعوبة في تذكر الأشياء
0	1	2	3	4	10. الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والاهمال
0	1	2	3	4	11. الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة
0	1	2	3	4	12. آلام في القلب أو الصدر
0	1	2	3	4	13. الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع
0	1	2	3	4	14. الشعور بالخمول أو قلة النشاط

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما	
0	1	2	3	4	15 التفكير في انهاء حياتك
0	1	2	3	4	16. سماع أصوات لا يسمعيها آخرون
0	1	2	3	4	17. رعشة بالجسم
0	1	2	3	4	18. الشعور بعدم الثقة فى معظم الناس
0	1	2	3	4	19. ضعف الشهية للطعام
0	1	2	3	4	20. البكاء بسهولة
0	1	2	3	4	21. الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر
0	1	2	3	4	22. الشعور بأنك محبوبوس أو مقيد الحركة
0	1	2	3	4	23. رعب مفاجئ بلا سبب
0	1	2	3	4	24. ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها
0	1	2	3	4	25. الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك
0	1	2	3	4	26. لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك
0	1	2	3	4	27. الاحساس بالآلم في أسفل الظهر
0	1	2	3	4	28. عدم القدرة على اتمام أعمالك
0	1	2	3	4	29. الإحساس بالوحدة
0	1	2	3	4	30. الشعور بالإنقباض
0	1	2	3	4	31. في القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها
0	1	2	3	4	32. الشعور بعدم الإهتمام بما حولك
0	1	2	3	4	33. الشعور بالخوف
0	1	2	3	4	34. الاحساس بأن مشاعرك يمكن أن تخرج بسهولة
0	1	2	3	4	35. الاحساس بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة
0	1	2	3	4	36. الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك
0	1	2	3	4	37. الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك
0	1	2	3	4	38. الاضطرار الى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من صحتها
0	1	2	3	4	39. الاحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها
0	1	2	3	4	40. الاحساس بالغثيان أو اضطراب المعدة
0	1	2	3	4	41. الاحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)
0	1	2	3	4	42. الشعور بالآلم فى العضلات
0	1	2	3	4	43. الشعور بأن الآخرين يرقبونك أو يتحدثون عنك
0	1	2	3	4	44. صعوبة الاستغراق في النوم

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما	
0	1	2	3	4	45. الاضطرار إلى إعادة التأكد من أعمالك (تعيد وتزيد)
0	1	2	3	4	46. صعوبة اتخاذ القرارات
0	1	2	3	4	47. الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الحافلات
0	1	2	3	4	48. صعوبة التقاط الأنفاس
0	1	2	3	4	49. الاحساس بنوبات من البرودة والسخونة في جسمك
0	1	2	3	4	50. الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال لأنها تسبب لك الاحساس بالخوف
0	1	2	3	4	51. الاحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار
0	1	2	3	4	52. تنميل أو وخز في أجزاء من جسمك
0	1	2	3	4	53. الاحساس بان شيئا يقف في حلقك (يسد حلقك)
0	1	2	3	4	54. الشعور باليأس من المستقبل
0	1	2	3	4	55. صعوبة في التركيز
0	1	2	3	4	56. الشعور بالضعف في أجزاء من جسمك
0	1	2	3	4	57. الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلها
0	1	2	3	4	58. الشعور بثقل في ذراعيك وأرجلك
0	1	2	3	4	59. التفكير في الموت
0	1	2	3	4	60. الإفراط في تناول الطعام
0	1	2	3	4	61. الشعور باضطراب والضييق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك
0	1	2	3	4	62. الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك
0	1	2	3	4	63. الشعور برغبة ملحة في ضرب أو جرح أو إيذاء شخص ما
0	1	2	3	4	64. الاستيقاظ من النوم مبكرا ولا تستطيع العودة الى النوم
0	1	2	3	4	65. تكرار نفس الأفعال مثل اللمس والعد والغسل
0	1	2	3	4	66. نوم مضطرب أو غير مريح
0	1	2	3	4	67. الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء
0	1	2	3	4	68. وجود أفكار أو معتقدات لا يشاركك فيها الآخرون
0	1	2	3	4	69. الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين
0	1	2	3	4	70. الشعور بضييق في الأماكن المزدحمة كالسوق أو السينما
0	1	2	3	4	71. الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (تعب في تعب)
0	1	2	3	4	72. نوبات من الفزع والذعر بدون سبب معقول

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما	
0	1	2	3	4	73. الاحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان
0	1	2	3	4	74. الدخول في كثير من الجدل والمناقشات
0	1	2	3	4	75. الشعور بالعصبية عندما تكون بمفردك
0	1	2	3	4	76. الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاتك
0	1	2	3	4	77. الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين
0	1	2	3	4	78. الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تتمكنك من الجلوس هادئا في مكان
0	1	2	3	4	79. الشعور بأنك عديم الأهمية
0	1	2	3	4	80. أشعر بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة لي
0	1	2	3	4	81. أشعر بالعصبية والتوتر لدرجة ابدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي.
0	1	2	3	4	82. الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة
0	1	2	3	4	83. الشعور بأن الناس سيأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك
0	1	2	3	4	84. أشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت في الجنس
0	1	2	3	4	85. أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد وأن تعاقب على ذنوبك
0	1	2	3	4	86. أشعر بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة
0	1	2	3	4	87. الاعتقاد بأن هناك شيئا خطيرا قد حل بجسمك
0	1	2	3	4	88. عدم الشعور بأنك قريب من أي انسان آخر
0	1	2	3	4	89. الشعور بالذنب
0	1	2	3	4	90. الشعور بأن هناك تغييرا غريبا قد طرأ على أفكارك

نوعية الحياة Quality Of life

الآن سوف أوجه إليك بعض الأسئلة حول ما هو شعورك تجاه نوعية حياتك. صحتك و جوانب أخرى من حياتك، أرجوك أن تتذكر معاييرك ومسرارتك و همومك.
كل الأسئلة تتعلق بالأربع أسابيع الأخيرة.
مجري المقابلة : اقرأ (بند)التالي هل كان ذلك: ليس على الإطلاق , قليلا , بقدر معتدل , كثيرا جدا, أو بقدر هائل

بقدر هائل	كثيرا جدا	بقدر معتدل	قليلا	ليس على الإطلاق	
5	4	3	2	1	1QOL كيف تقيم نوعية حياتك ؟
5	4	3	2	1	2QOL كم أنت راضي عن صحتك؟
الأسئلة التالية تتعلق بمدى تعرضك لإشياء معينة في الأسابيع الأربعة الأخيرة.					
5	4	3	2	1	3QOL إلى أي مدى تشعر بأن الألم (الجسماني)يجول دون قيامك بما ينبغي عمله ؟
5	4	3	2	1	4QOL إلى أي حد تحتاج علاجا طبيا في حياتك اليومية ؟
5	4	3	2	1	5QOL إلى أي حد تستمتع بالحياة ؟
5	4	3	2	1	6QOL إلى أي حد تشعر بأن حياتك ذات معنى ؟
5	4	3	2	1	7QOL إلى أي حد تستطيع التركيز جيدا ؟
5	4	3	2	1	8QOL إلى أي حد تشعر بالأمان في حياتك اليومية ؟
5	4	3	2	1	9QOL إلى أي مدى صحية محيطك المادي ؟
الأسئلة التالية تتعلق بمدى تجربتك أو قدرتك على عمل أشياء معينة في الأسابيع الأخيرة .					
5	4	3	2	1	10 QOL أ لديك طاقة كافية للحياة اليومية ؟
5	4	3	2	1	11 QOL هل تستطيع تقبل مظهرك الخارجي ؟
5	4	3	2	1	12QOL أ لديك مال كاف لمواجهة إحتياجاتك ؟
5	4	3	2	1	13QOL ما مدى توفر المعلومات التي تحتاج إليها في حياتك ؟
5	4	3	2	1	14 QOL إلى أي حد تتوفر لك فرصة أنشطة ترويحية ؟

الأسئلة التالية تتطلب منك أن تذكر مدى كونك راضي سعيد أو مرتاح بشأن جوانب متعددة من حياتك خلال الأربعة الأسابيع الماضية .

بقدر هائل	بقدر كثيرا جدا	بقدر معتدل	قليلا	ليس على الإطلاق	
5	4	3	2	1	15 QOL كم أنت راض عن نومك ؟
5	4	3	2	1	16 QOL كم أنت راض عن قدرتك على أداء أنشطتك اليومية ؟
5	4	3	2	1	17 QOL كم أنت راض عن قدرتك على العمل ؟
5	4	3	2	1	18 QOL كم أنت راض عن نفسك ؟
5	4	3	2	1	19 QOL كم أنت راض عن علاقاتك الشخصية ؟
5	4	3	2	1	20 QOL كم أنت راض عن حياتك الجنسية ؟
5	4	3	2	1	21 QOL كم أنت راض عن الدعم الذي تتلقاه من أصدقائك ؟
5	4	3	2	1	22 QOL كم أنت راض عن أحوال المكان الذي تعيش فيه ؟
5	4	3	2	1	23 QOL كم أنت راض عن توفر الخدمة الصحية لك ؟
5	4	3	2	1	24 QOL كم أنت راض عن تنقلاتك ؟
5	4	3	2	1	25 QOL ما مدى استطاعتك التنقل ؟
<p>الأسئلة التالية تشير الى مدى تكرار شعورك أو تعرضك لأشياء معينة مثلا دعم عائلتك أو تجارب السلبية مثل الشعور بعدم الأمان.</p>					
5	4	3	2	1	26 QOL كم يتكرر شعورك بمشاعر سلبية مثل اليأس، القلق الإحباط ؟
5	4	3	2	1	27 QOL كم يتكرر شعورك بأن الناس الذين عاشوا هنا قبل حضورك لا يعاملوك معاملة حسنة ؟
5	4	3	2	1	28 QOL كم أنت راض عن إمكانية الدراسة ؟
5	4	3	2	1	29 QOL كم أنت راض عن إمكانية ممارستك شعائرك الدينية أو القيام بعاداتك الخاصة ؟
5	4	3	2	1	30 QOL كم أنت راض عن توفر وظيفة لك ؟
5	4	3	2	1	31 QOL إلى أي حد يتوفر لك الاتصال بمنظمة حقوق الإنسان ؟
5	4	3	2	1	32 QOL إلى أي حد تستطيع المشاركة في تنظيم مقر سكنك / مأواك / مجتمعك ؟
5	4	3	2	1	33 QOL إلى أي حد تستطيع العمل في مهنتك السابقة ؟

