

أثر التكفل النفسي على مصير الأطفال المصدمين من جراء العنف الإرهابي

سعدوني مسعودة
جامعة الجزائر 2

ملخص:

يتناول المقال أثر التكفل النفسي الذي إستفاد منه الأطفال، في فترة الكمون، المصدمين من جراء العنف الإرهابي ومصيرهم سنوات من بعد، عندما أصبحوا مراقبين وشبابا.

لقد ترسخت العشرية السوداء التي عاشها الشعب الجزائري خلال التسعينات آثاراً وخيمة، ستبقى تؤثر على المدى البعيد. في نفوس الأطفال والمراقبين والراشدين. يعاني هؤلاء الأطفال، بدرجات متفاوتة، اضطرابات سيكولوجية وجسمية، الأسر الذي يعرقل سير نموهم المعرفي والانفعالي والنفسي والاجتماعي.

تخلص الباحثة إلى أن الأطفال الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة متكررة ومطلونة، في سن مبكر، ولم يحظوا بدعم اجتماعي، بصفته عامل واقى ومعدل ووسيط ولا من دعم عائلي، خاصة من طرف أم حانية واحتوائية، ولا من تكفل نفسي ملائم مباشرة بعد الأحداث، سيعانون تناورا واضطراب الضغط ما بعد الصدمة المزمنة، أو ما يسمى حالياً بالصدمة التطورية.

مقدمة

تعرض الشعب الجزائري إلى أحداث هائلة لمدة طويلة، بدءاً من 5 أكتوبر 1988 إلى غاية أواخر التسعينات، ولا سيما خلال العشرية الدموية حيث منّ العنف عدة مناطق. وهناك مناطق تضررت بشكل مكثف، مثل منطقة سيدي موسى وضواحيها.

إن سياق العنف الذي عاشته الجزائر هو الذي أدى بـ SARP إلى فتح مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى، وجعل الضحايا يأتون لطلب المساعدة النفسية.

أدى بنا عملنا مع ضحايا العنف الإرهابي منذ سنة 2000، إلى التفكير في مصير الأطفال بعد التكفل النفسي.

من المؤكد أن هذه الأحداث خلقت أثارا في نفوس الأطفال، لا سيما أنها كانت مرتكبة من طرف الراشدين الذين كان من المفروض أن يوفروا لهم الحماية والرعاية. والواضح أن الأطفال يعانون الصدمات النفسية مثلهم مثل الراشدين وأن الانعكاسات على الصحة والنمو الطويل المدى.

كان يُعتقد منذ زمن طويل أن الأطفال لا يتأثرون بالأحداث الصادمة (traumatogènes événements)، غير أن في الوقت الحالي، تفتطن الأخصائيون (أطباء ونفسانيون) وأمرؤوا مدى معاناة والام الأطفال ومنها تزايد الاهتمام بدراسة الصدمة النفسية عند الأطفال، بهدف فهم هذه الشريحة من أجل ضمان تكفل مناسب ووقاية في المستقبل لتحسين الأطفال من الأحداث الصادمة (Seguin-2003, L. Bailly, 2006, K. Sedlier, 1991, L. Terr) من الأحداث الصادمة (Seguin-2003, L. Bailly, 2006, K. Sedlier, 1991, L. Terr).

لقد بينت لنا تجربتنا في الميدان مع ضحايا العنف، بصفتنا ممارسين مهنيين بمركز المساعدة النفسية الكائن ببلدية سيدي موسى، أن الأحداث قد تركت أثارا وخيمة في نفوس الأطفال، ومزقت النسيج العائلي والاجتماعي اللذان يعتبران مصدر الأمان والحماية والدعم، 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 والذي يخفي امراضا مرضية نكتشفها أثناء تكفلنا هؤلاء 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 الإرهابي يعانون اضطرابات

مثلهم مثل الراشدين مما جعلنا نراجع طرق التكفل النفسي التقليدي لإدخال تعديلات وإضافات من أجل المساعدة النفسية الملائمة وسنتطرق لها أثناء عرضنا للتكفل النفسي بالأطفال المصدمين والفصل الخاص بمركز المساعدة النفسية بسيدي موسى .

الإشكالية :

إن عملنا منذ إحدى عشر سنة مع ضحايا العنف الإرهابي بمنطقة سيدي موسى والتي كانت مسرحاً لعنف مكثف ومستمر لأكثر من عشرية كاملة، جعلنا نهتم بصفة خاصة بالأطفال الذين تعرضوا - مباشرة أو غير مباشرة- إلى أحداث صادمة. ولد أدى السياق العام للعنف الذي مرّت به الجزائر منذ الثمانينات (أحداث 5 أكتوبر 1988، ثم العنف الإرهابي)، إلى غاية أواخر التسعينات: إلى تحولات سياسية وثقافية ودينية ومجتمعية، وسيكولوجية وحتى عالية. يمكننا القول أنه ليس بالإمكان فصل هذه الأبعاد بعضها عن بعض، لأنها متداخلة ويصعب تفكيكها، دون إحداث خلل أو "عطب". كما لا يمكننا أخذ الفرد منعزلاً عن بيئته وتجريده من أصالته وجذوره. هذا السياق إذن، هو الذي جعلنا نستقبل في ممارساتنا العيادية بمركز المساعدة النفسية بسيدي موسى: أطفالاً ومراهقين ونساء وفي بعض الحالات رجالاً في معاناة بسبب الصدمات النفسية التي خلفها العنف الإرهابي الذي دام طويلاً.

إن اهتمامنا بمصير الأطفال الذين عاشوا الأحداث الصادمة، وتعاملنا مع الأطفال المصدمين أدى بنا إلى التفكير في البُعد الطويل بعد مرور السنين، عندما يصيرون مراهقين وشباباً، ثم راشدين . كيف سيكون حالهم يا ترى؟ لجأنا حينها إلى مراجعة الأدبيات حول الصدمات النفسية لدى الأطفال، فتبيّن لنا أن الاعتقاد الذي كان سائداً من قبل بأن فترة الطفولة هي أجمل فترات الحياة، وأنها خالية من الضغوط والمعاناة النفسية التي يعاني منها الكبار، غير صحيح، حيث تؤكد الحقيقة العلمية أن الأطفال يعانون هم كذلك، اضطرابات نفسية مثل الكبار- وهذا ما نلاحظه باستمرار- ولكن نلصقهم الوسيلة للتعبير عن مُعاناتهم. فمنهم من يعاني

اضطرابات القلق، والكآبة، وضعف الانتباه، واضطرابات سلوكية، وأمراض نفسية أخرى دون أن يتمكنوا من وضع الكلمات عليها. يجرتنا التفكير هنا في فيلم أخرجه منور¹ "douleur muette". يعاني إذن الأطفال في صمت، ومن سيكون الناطق باسمهم ليدخل عالمهم؟

يتناول بحثنا موضوع الأطفال المصدومين من جراء الفعل الإرهابي الذين استفادوا من التكفل النفسي بالمركز، بعد سنوات من إنهاء العلاج، أي الآن هم مراهقون وشباب. والهدف هو التعرف على مدى تأثير التكفل النفسي لهؤلاء الأطفال على صحتهم ونوعية حياتهم بصفة عامة، ومصيرهم المدرسي بصفة خاصة، بعد مرور سنين.

في هذا الصدد، المقاربة التي نخدم بحثنا لتقييم مدى اثر التكفل النفسي هي تناول الرابطة الامريكية للطب العقلي APA، والتي صنفت مفهوم الصدمة النفسية في 1994 (DSM IV) ضمن جدول اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD).

وبما أن البحوث الحديثة تؤكد - وكذلك عملنا العيادي، وجود الضغط ما بعد الصدمة، (PTSD)، لدى الأطفال مثلهم مثل الراشدين، إلا أن الأمراض الصدمية تختلف عن تلك عند الراشد، فالأمراض المذكورة في الدراسات حول الصدمة النفسية عند الأطفال هي الإنهاك المدرسي مع فقدان وتجمد المكتسبات الدراسية، وانخفاض التحصيل الدراسي، فالشكاوى الجسمية قد تكون العرض السائد الذي يخفي بقية اللوحة العيادية. وتتفق الدراسات أن ما يميز الأطفال والمراهقين المصدومين هي الاضطرابات في السلوك، فقدان الشهية (Anorexie)، الجوع المرضي (Boulimie) أو السحت، المعارضة، العدائية، الهروب وسلوكيات انتحارية والعنف في المدرسة والعائلة .

1- فيلم أخرجه عز الدين منور حول تصور الأطفال ضحايا العنف الإرهابي للمادة الوطنية ووصف معاناتهم من خلال سرد ما حدث لهم

تذكر هذه الدراسات سلوكيات الإدمان (المخدرات، الكحول) واللجوء إلى الأفعال الجنائية (J.M.Sigward, 1995, A.Mehdjoub, 1999, Yona, 1999, L.Crocq, 20006, L.Bailly, 1998, Kelson, 2003, F.Sironi, 2007, M.R.Mro, 2003, A.Green, 1982).

ولقد تم صياغة فرضيات مفادها تحسّن حياة الأطفال المصدومين بفعل العنف الإرهابي، الذين إستفادوا من التكفل النفسي، وتبعتها فرضيات جزئية تنص على اختفاء الأعراض الأساسية التي كانت موجودة عند طلب المساعدة وتطور وتحسن في نوعية الحياة عند الأطفال وأخيرا تحسن في التحصيل الدراسي مع مرور السنوات.

- مجتمع البحث :

يتكون مجتمع البحث الأصلي من كل الأطفال الذين استفادوا من التكفل النفسي في مركز المساعدة النفسية بسيدي موسى (CAP)، من فترة سنة 2000 إلى غاية 2007، والذين كانت تتراوح أعمارهم آنذاك بين 06 و 12 سنة عند طلب المساعدة. والعدد الإجمالي كان حوالي 250 طفلا (بين 06 و 12 سنة)، بما فيهم الذين غادروا المركز بعد انتهاء التكفل أو لم يعودوا بعد عدد من الحصص، لأسباب مختلفة. كل الأطفال كانوا متدرسين ويقطنون المناطق المجاورة لسيدي موسى وتضروث كلها من أعمال العنف الإرهابي، وهي: وسط سيدي موسى، أولاد علال، أولاد سلامة، زواوي، لهواورة، الأريعاء، رايس، نهيمات، بوقرق، البعيز، رولدا، الكاليتوس، مفتاح، برالي، وين طلحة.

تم انتقاء العينة، بطريقة مقصودة، من المجتمع الأصلي المتمثل من 250 طفلا قد إستفادوا من المساعدة النفسية حسب المعايير الآتية عند دراسة ملفاتهم:

- تعرّض الأطفال إلى أحداث العنف الإرهابي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة؛
- يعانون صدمات نفسية، حسب تشخيص النفساني؛
- قد استفادوا على الأقل من 06 حصص علاجية؛ فما أكثر؛
- تتراوح أعمارهم: عند طلب المساعدة: بين 06 و 12 سنة؛
- لم يعاني الأطفال تخلّفاً عقلياً.

-عينة البحث:

اعتماداً على القائمة التي تحصلنا عليها من خلال جردنا للأطفال الذين استفادوا من التكفل النفسي في المركز، وشرعنا في الاتصال بهم: حسب المعلومات الشخصية الواردة في ملفاتهم، مثل رقم الهاتف و/أو عنوان السكن، خلال بداية شهر جويلية 2010، لتطبيق SCL-90-R و QOLS. فعدد العينة النهائي لم يُحدد بعد لأنه كان مرتبطاً بوجود أو عدم وجود هؤلاء الأطفال الذين أصبحوا الآن، إما مراهقين، أو شبان، في بداية الرشد، أو بما يُسمى بالشباب الراشدو لهذا السبب، لم يحدد العدد الفعلي لعينتنا، لكننا كنّا متأكدين بأنه كلما تكون العينة كبيرة، كلما يمكن ضبط النتائج إحصائياً، كما يمكن أن تكون العينة ممثلة للمجتمع الكلي المستهدف. فكان إذن تطبيق المقياسين مشروطاً بموافقة المستفيدين ويقومهم إلى المركز. استمرت محاولات الاتصال إلى غاية آخر أكتوبر 2010، حيث توّلّفنا عن التطبيق، فوصل عدد عينتنا الفعلية إلى 30 شخصاً.

أدوات البحث:

استعملنا في بحثنا هذا، أولاً، دراسة ملفات كل الأطفال الذين استفادوا من التكفل النفسي لانتقاء هؤلاء الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة. ثم مقياس قائمة مراجعة الأعراض SCL-90-R الذي صممه اصلاً النفسي الأمريكي (Derogatis 1973, 1977) من أجل التعرف ما إذا اختفت أو تضاعفت الأعراض التي جاء بها الأطفال عند طلب المساعدة. كما استعملنا سلم جودة الحياة (QOLS) الذي صممه Flanagan خلال السبعينات من أجل قياس إدراكات وتصورات الأفراد عن نوعية حياته ورضاهم، بالإضافة إلى المقابلة غير الموجهة.

المعالجة الإحصائية والنوعية، استعملنا SPSS لمعالجة SCL90-R و QOLS.

- مكان وزمان تطبيق الأدوات:

تمّ تطبيق أدوات البحث في المركز للحفاظ على إطار موضوعي وحيادي، خلال جويلية وسبتمبر وأكتوبر، 2010.

عرض وتحليل النتائج

سنقدم فيما يلي ما توصلنا إليه من النتائج الخاصة بسميزات مجموعة البحث باستخدام مقياس قائمة الأعراض SCL-90-R. لقد اعتمدنا على معلومات ديمغرافية وشخصية وأحداث حياتية من خلال دراسة ملفات المستفيدين من التكفل النفسي، ونشير أننا نعرفهم بكلهم من خلال تكفلنا بعمد معتبر منهم والبقية عن طريق اللقاءات المنتظمة أسبوعياً مع الزملاء في المركز، خلال عمل الإشراف وعرض الحالات في إطار العمل العمادي. جدير بالذكر أن كل نفساني مُطالب بتدوين مضمون الحصة العلاجية مع الجرم على السرية والتكتم من طرف كل الفرقة.

1- سميات مجموعة البحث

عمر طلب المساعدة	التكرارات	النسبة%	عمر القيم	التكرارات	النسبة%
8-6	9	30.0	17-14	17	56.7
12-9	21	70.0	22-18	13	43.3
المجموع	30	100%	المجموع	30	100%

جدول 1: توزيع مجموعة البحث حسب متغير العمر عند طلب المساعدة والتقييم

يتراوح سن مجموعة البحث بين 6 و12 سنة أثناء طلب المساعدة، ويتراوح السن بين 14 و22 سنة عند التقييم.

يُبين الجدول 1 أن فئة عمر الأطفال عند طلب المساعدة هي 30% ما بين 6 و8 سنوات، ويكونون غالباً في الطور الأول من التعليم الابتدائي، يُفسر هذا بالدخول المدرسي لاسيما عند الأطفال ذوي 6 سنوات وتلك المخاوف الناتجة عن الاعتماد عن المنزل والأم. غالباً ما يأتي الأولياء بأطفالهم بسبب المخاوف وعدم التكيف في بداية الدخول المدرسي.

و ترتفع النسبة عند فئة العمر بين 9 و 12 سنة حيث يصبح الأطفال في الطور الثاني من التعليم الابتدائي، حيث تصل النسبة إلى 70٪، ويكون الشغال الوالدين حول امتحان نهاية المرحلة الابتدائية والتخوف من الرسوب المدرسي الذي قد يكون حاصلاً، مما يؤدي بالأولياء إلى البحث عن الحلول، ظناً أن النفساني "يملك الحلول". في بعض الأحيان، يتفطن المعلمون إلى معاناة التلاميذ، فيحيلونهم إلى "الجمعية"، مفتتحون أننا نملك كذلك الحلول.

إذا رجعنا إلى الأدبيات حول الأطفال في مرحلة الكمون، نجد أن في هذه الفترة بالذات، تكثر فيها طلبات المساعدة النفسية (Perron, R.2000).

النسبة %	التكرارات	سن العرض للحدث الصادم
56.7	17	3-1
26.7	8	6-4
16.6	5	8-7
100.0	30	المجموع

جدول 2، سن تعرض مجموعة البحث إلى حدث صادم

نلاحظ في الجدول 2 أن نسبة 56.7٪ من مجموعة البحث قد تعرضت إلى أحداث صادمة من السنة الأولى إلى غاية السنة الثالثة من أعمارها. ونلاحظ أيضاً أننا إذا جمعنا النسب المئوية للأطفال من 1 إلى 8 سنوات، نجد أن 83٪ من أطفال مجموعة البحث تعرضوا إلى الأحداث الصادمة خلال السنوات الستة من أعمارهم. وعلى العموم، واضح من خلال 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. وإذا رجعنا إلى الأدبيات حول سن التعرض إلى الصدمات وعواقبها لاحقاً، نجد أنها تتفق في كون الآثار الناجمة عن الصدمات في سن مبكر ستعرقل النمو النفسي والإنفعالي والمعرفي عند الأطفال وتعميق السير السليم نحو المستقبل، حيث يصعب على الأطفال

عند سن الشباب وبداية سن الرشد، بناء مشروع حياة (Terr, L.1999, Foa, E.1999, Cohen, A.2000).

تشير الدراسة الإيديومولوجية التي قامت بها فرقة البحث بـ SARP (على الراشدين فقط)، إلى أنه من بين عوامل الخطر لتكوين PTSD وأعراض متلازمة هو عامل السن، حيث تبين أن الأفراد الذين تعرضوا إلى أحداث صادمة في الطفولة كانوا أكثر عرضة لتلكها في حياتهم. وتتساءل هنا عن مصير كل أطفال الجزائر الذين تعرضوا إلى العنف المقصود خلال سنوات طويلة.

نوع الفقدانات	التكرارات نعم	النسبة %	التكرارات لا	النسبة %	المجموع
فقدان الكفيل (قتل)	5	16.7	25	83.3	100
فقدان المأوى (حرق أو تفجير)	8	26.7	22	73.3	100
فقدان عمل الكفيل: حرمان الطفل من الحاجيات الأساسية	11	36.7	19	63.3	100

الجدول 3: فقدانات مجموعة البحث للكفيل .

يظهر لنا من خلال الجدول 3 أن 16.7% من مجموعة البحث قد فقدت الكفيل بسبب الإرهاب، و 26.7% فقدت المنزل بسبب، إما تلقيم البيت أو تهديمه أو حرقه، مما أجبر العائلات إلى التنقلات المعقدة وتشردوا. أما 36.7% فقد الكفيل العمل بسبب لحاق مكان العمل، إما أحرق أو قُتل. يجزئنا الحديث هنا إلى القول أنه إذا لم يُقتل الكفيل، فهو من دون شغل و/أو مأوى. وكل هذا أدى إلى معاناة متعددة للعائلة كلها، ونخص بالذكر حرمان الطفل من الحاجيات الأساسية، مثل المأوى والتغذية واللباس والتعلم في ظروف ملائمة، إلى غير ذلك. بينت لنا الدراسات والدراسة الإيديومولوجية التي أجريتها مع فرقة البحث التابعة لـ SARP أنه من بين عوامل

الخطر لتطوير اضطرابات نفسية لدى الطفل هو فقدان شخص عزيز، سواء بالوفاة أو القتل أو الاختطاف. فتصبح كاترثة فردية ومجتمعية، وقد ينتج حداث مرضي. إضافة إلى هذا، يُفقد مع وفاة الشخص السند العائلي و/أو المعيل في العائلة (المصري واخرون، 2001).

2- أسباب طلب المساعدة

عمدنا لتقديم أسباب طلب المساعدة بعد تقديم عرض ووصف مجموعة البحث، لأن الأسباب متداخلة ولا يمكن إرجاعها في جدول، سنقدمها كالتالي:

- مشاكل مدرسية، تأتي في الواجهة، غالباً ما يأتي الأولياء، ونخص بالذكر الأمهات اللاتي يمثلن 90% من الحالات، بسبب فشل الأطفال في الدراسة.
- مشاكل سلوكية، عدوانية، شتم، عناء، عدم طاعة الوالدة خاصة إذا كانت أرملة.
- مشاكل إنفعالية، إفراط في الحركة، تهيج، إستنارة، قفز بلا سبب، إفراط في البقطة، خوف، نوبات ذعر، قلق، غضب شديد، إنفعالات سلبية، مثل الكراهية والحزن والام مختلفة، غير محبر عنها.

- مشاكل معرفية، الأغلبية من الأطفال يعانون من النسيان، عدم التركيز والإنشغال، الكلمة الشائعة عند طلب المساعدة هي "إفيس". هناك من أصبح "بليداً" بسبب تراكم التأخر الدراسي لأن الجو العام لم يكن يسمح لا للمعلم أن يُدرّس ولا للتلميذ أن يدرس، وهب مستمر بسبب التمشيط، تهديد المعلمين وقتل البعض منهم أمام أعين التلاميذ، زرع الهلع المستقيم في نفس السكان. كانت الدراسة آخر ما يفكر فيه التلميذ، وحتى الأولياء. بينت لنا تجربتنا مع الأطفال المصنومين، أن الأطفال لم ينجحوا في دراستهم، ليس لأنهم لم يكونوا أذكياء أو تنقصهم الإمكانيات، بل أصبحوا في نوع من "الخمول الفكري" أين تجمّعت قدراتهم المعرفية، ما نسميه "débilisation" ونلاحظ 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 لأرادي، عدم التحكم في البراز.

- مشاكل علائقية، إنعزال، إنسحاب، خجل،

يمكننا القول عند دراسة الملفات، أن الغلبية مجموعة البحث كانت لها أعراض PTSD مع أعراض متلازمة.

3- عرض وتحليل نتائج البحث

3-1- إختفاء الأعراض

3-1-1- الأعراض عند طلب المساعدة

الجدول 4، توزيع متوسط عدد الأعراض عند طلب المساعدة

الانحراف المعياري	متوسط عدد الأعراض	ترتيب الأعراض عند طلب مساعدة
1.9	3.5	PTSD قلق وأعراض
2.0	3.0	مشاكل الانعلاء والتذكر
2.0	2.7	القلق الخوف
1.9	2.3	الحزن والمزاج الإكتئاب
1.7	1.9	سلوك العدوانة
1.6	1.8	الحمية
1.5	1.6	انحسابية الخشافة
0.7	1.1	توجهات بارانوية
0.7	1.1	توجهات دهابية
0.0	1.0	إفكار أو سلوكيات فخرية وسواسية

لقد إعتدنا على ترتيب الأعراض وجمعها كما جاء بها الأطفال عند طلب المساعدة، وحاولنا أن نقرب من خلال تصنيفها إلى إبعاد SCL-90-R وهي 9 أصلا. لكن هنا، في الجدول 4، عندنا 10 إبعاد عند طلب المساعدة، لأننا أدرجنا مشاكل الإنتباء والتركيز والتذكر في بُعد إضافي، وأعراض 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 . ونهدف هنا إلى التحليل حسب ترتيب الأعراض من حيث العدد وليس من حيث الشدة. لأننا عندما إستقبلنا الأطفال للمساعدة، لم يكن في الحساب تطبيق أي مقياس لتقييم الشدة في سلم، وإنما كان الهدف آنذاك الحرص على تقديم تكفل ملائم للأطفال في معاناة.

نلاحظ من خلال الجدول 4 أن متوسط عدد أعراض القلق وPTSD، هو 3.5، وعند مشاكل الإنتباه والتذكر، هو 3.0، وعند قلق الخوف هو 2.7، ومتوسط أعراض الحزن والمزاج الإكتئابي هو 2.3 عند طلب المساعدة، وهكذا. فتأتي إذن أعراض القلق وPTSD في المرتبة الأولى وتليها أعراض التذكر والتركيز. ثم قلق الخوف، في المرتبة الثالثة. نلاحظ أن كل هذه الأعراض مرتبطة بالصدمات، الخلبية للأطفال الذين جاءوا إلى المركز يعانون قلقا ومخاوف مختلفة، لا سيما تلك المتعلقة بالإنفصال عن الأولياء، الفوبيا المدرسية، الطحل والإنسحاب كنتيجة للظوف، كوابيس ونوبات ذعر، خوف من المعلمين بسبب عدم القدرة على مواجهة الملاحظات أو الإحباطات الناتجة عن الجو المدرسي.

يظهر جلياً في الجدول 4 أن مشاكل الإنتباه والتركيز تأتي في المرتبة الثانية بعد أعراض القلق والضغط ما بعد الصدمة، وهذا متوقع، حيث تنتج صعوبات واضطرابات معرفية مثل شروء الذهن، غموض وخلط واضطرابات في الذاكرة وإنشغال زائد بذكرات (Sadlier,K.2006, Terr, L.1991) Kelson,H.1998, Van der kolk,B.2005).

لقد أثبت لنا العمل العيادي مع الأطفال المصدومين، وكذلك تتفق البحوث المختلفة، أن الأحداث العنيفة التي يتعرض لها الأطفال عامة، وفي سن مبكر خاصة، تعرقل سير النمو العقلي والإنفعالي وحتى الجسمي. على المدى البعيد (Yona,E.1999).

3-1-2 الأعراض عند التقييم

الأعراض عند التقييم	متوسط عدد الأعراض	الانحراف المعياري
أعراض اكتئابية	14.9	8.84
الفكار و/ أو سلوكيات قهريّة وسواسية	13.7	4.5
الحساسية الشغاعية	12.2	5.7
الأعراض الفلزي	12.1	6.2
أعراض حسية	11.8	5.9
البارتوريا التحيلية	9.0	3.3
نوعيات ذهانية	7.9	5.3
لبن الخراف	6.2	3.4
العدوانة	7.4	4.3

جدول 5، توزيع متوسط عدد الأعراض عند التقييم

أما عدد متوسط الأعراض عند التقييم، فكما يظهر في الجدول 5، إعتدنا على مقياس قائمة الأعراض (SCL-90-R) التي صممها Derogatis. نذكر أن لكل بُعد من الأبعاد 9، هناك تدريج متوسط الأعراض، أي تمثل الدرجات متوسط عدد الأعراض المتواجدة لدى مجموعة البحث، والعدد الإجمالي للبنود في المقياس هو 90، مما يفسر العدد المرتفع في متوسط الأعراض عند التقييم، مثلاً، متوسط عدد الأعراض الإكتئابية هو 14.93، والفكار و/ أو سلوكيات قهريّة وسواسية هو 13.7، إلى آخره. (للتذكير، سلم Likert متكون من 5 درجات، ويتدرج من 0 إلى 4 تصاعدياً، من أبداً، نادراً، أحياناً، كثيراً إلى دائماً).

عند تفحصنا للجدولين 4 و 5، نلاحظ أن الأمراض التي جاء بها الأطفال عند طلب المساعدة لم تختلف في الحقيقة، وإنما تمّ الانتقال ضمن نفس الأمراض من حيث ترتيب عدد متوسط الأعراض عند الأفراد، عند الطلب، فكان القلق وأعراض الضغط ما بعد الصدمة في المرتبة الأولى، وأثناء التقييم، سنوات بعد التكفل، أصبحت أمراض

الإكتئاب هي في الرتبة الأولى، بينما كانت في الرتبة الخامسة عند طلب المساعدة. كما نلاحظ أن أعراض الوسواس القهري قد إنتقلت من الرتبة الأخيرة عند طلب المساعدة إلى الرتبة 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، وتركز على الأفكار والمواقف القهرية والأفعال التي يعاني منها الفرد بطريقة لا يستطيع مقاومتها رغم أنها غريبة عنه وغير مرغوبة منه" (Derogatis, 1977).

تؤكد الدراسات حول الصدمات أن أعراض القلق والإكتئاب والوسواس القهري، تكون حاضرة دائما بعد تعرض الأفراد إلى أحداث عنيفة، وبما أن هناك تداخل بين القلق والإكتئاب، فتكون غالباً أعراض هذا الأخير في الواجهة. تظهر كذلك إضطرابات وجدائية عند الأطفال المصدمين، فتبدو مستمرة ومشوشة في شعاعها، وإنطواء على الذات، الإستشارة مرفقة بأحاسيس غامضة ويُعبر عنها من خلال شكاوي مختلفة. نرى ما أسلفنا ذكره في بُعد الحساسية التفاعلية الذي هو في المرتبة الثالثة، وإذا 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 والإنزاع والضييق أثناء التفاعل مع الآخرين، وتُتصف بتوقعاتها السلبية في الاتصال بالآخرين" (op.cit., Derogatis) ².

ومن خلال ما توضح في هذه النتائج في الجدولين 4 و 5، يمكننا أن نقول أن الفرضية الجزئية الأولى القائلة بأن هناك إختفاء في الأعراض الأساسية لم تتحقق، بحيث يتبين لنا أنها في الواقع لم تختف، وإنما إنتقلت من حيث الترتيب حسب متوسط عدد الأعراض والشدة.

غالباً ما نقول لنا الأمهات عند سبب طلب المساعدة لإنها أو بنتها "ما إبتلش راسو، بفلف، ما يدافش على روعو".

كيف تفسر كل هذه التغيرات والانتقالات في الأعراض؟

نرجع إلى الأدبيات والدراسات 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 وحاضراً باستمرار، وهناك تهديد بأن يتكرر في أي وقت لمدة طويلة من الزمن، هناك احتمال بأن تتطور الأعراض وتصبح مُزمّنة.

كل صدمة هي من نوع I، (أي حدث صدمي فريد، له بداية ونهاية)، في البداية، وريود الفعل التي تظهر عند الضحايا هي متشابهة عقب عامل ضاغط من النوع I، ولكن بالتدرّج، مع تشكيل نوع II، تظهر اليات التكيف حتى تصبح مُرضية (Terr, L. 1991). ويمكننا 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، ونسبة 96.7% قد تعرضت للصدمات المتكررة قبل سن 8.

إذا رجعنا إلى الأدبيات وممارساتنا العلاجية، يمكننا التكلم عن التعرّض إلى الصدمات في سن مبكر ومن النوع II، وما يسمى بالصدمات المعقّدة. يؤكد كل من Hyman و Yehuda (2004)، أن هناك تأثير العنف المقصود بعيد المدى على الأطفال، ويتوقف هذا على خطورة الصدمة ومرحلة النمو التي كان فيها الأطفال ومدى الدعم العائلي المتوفر أثناء المعاش الصدمي، ودرجة التدهور واختلال الأنظمة الاجتماعية. تُعتبر كل هذه العوامل مؤشرات مهمة للتنبؤ بأعراض الصدمة لدى الطفل لاحقاً.

إذا أخذنا بعين الاعتبار ما جاءت به الدراسات وما لاحظناه في الميدان العلاجي، يمكننا أن نقول أن أطفال مجموعة البحث قد تعرضوا إلى أحداث صادمة في سن مبكر وأثناء النمو، لمدة زمنية طويلة ومتكررة، وأن العائلة لم تكن قادرة على توفير الحماية والاحتواء الضروريين آنذاك، بما أن كل الأفراد كانوا في معاناة كذلك.

نضيف إلى كل ذلك تدهور النسيج المجتمعي وتفكك الروابط بين الأفراد، سواء كانوا من نفس العائلة أو غيرها، ويُفسر هذا بعدة أسباب، نذكر منها: مناخ الهلع والرعب والخوف و"حتى الجنون" والشكوك التي عمت وسط الجزائريين، كباراً وصغاراً.

في ضوء ما تناولته الأبيات وعمَلنا الميداني، يمكننا تتوقع أن نحصل على تطور وتحسن في الأعراض والشكاوي التي أتى بها الأطفال خلال سنوات 2000-2007. وأن التكفل النفسي كان له مفعولاً بعد سنوات مضت، إلا أن نتائج التقييم تُظهر لنا غير ذلك، مما يؤكد لنا أن عواقب الصدمة عند الأطفال أمر معقد ووشيك، إذ يحتاج إلى دراسات وممارسات مستمرة ومُطوّلة في الزمان وتدخل عدة تخصصات لإيجاد مخرج عسى أن يكون ناجعاً في ميدان علاج الصدمات عند الأطفال.

3-ب-تطور نوعية الحياة:

النسبة%	التكرارات	نوعية الحياة حسب الصحة الجسمية والنفسية الدرجات
0.0	0	1: ليس على الإطلاق
3.3	1	2: قليلاً
26.7	8	3: بقدر معتدل
46.7	14	4: كثيراً جداً
23.3	7	5: بقدر هائل
100.0	30	المجموع

الجدول 6: توزيع مجموعة البحث حسب التحسن في نوعية الحياة حسب الصحة الجسمية والنفسية

النسبة%	التكرارات	نوعية الحياة حسب الإحتياجات/ الدرجات
3.3	1	1: ليس على الإطلاق
23.3	7	2: قليلاً
50.0	15	3: بقدر معتدل

23.3	7	4: كثيراً جداً
0.0	0	5: بقدر هائل
99.9	30	المجموع

الجدول 7: توزيع مجموعة البحث حسب التحسن في نوعية الحياة حسب الإحتياجات

النسبة %	التكرارات	نوعية الحياة حسب الرضا/ الدرجات
0.0	0	1: ليس على الإطلاق
20.0	6	2: قليلاً
43.3	13	3: بقدر معتدل
36.7	11	4: كثيراً جداً
0.0	0	5: بقدر هائل
100.0	30	المجموع

الجدول 8: توزيع مجموعة البحث حسب التحسن في نوعية الحياة حسب الرضا

نرى من خلال الجداول 6 و 7 و 8، المتعلقة بنتائج سلم جودة الحياة، ولا يمكننا فهمها إلا بالشرح والتحليل معاً نظراً للإرتباط بين الأبعاد الثلاث، الصحة الجسمية والإحتياجات والرضا.

إننا نرى في الجدول 6، نرى أن نسبة 26.7% فيما يخص الصحة النفسية والجسمية، تصرّح أنها تتمتع بالصحة بقدر معتدل، بينما 46.7، يرون أنفسهم أنهم في صحة بقدر كثيراً جداً. تبقى التصريحات ذاتية حسب إدراكات الأشخاص.

أما حول البنود المتعلقة بكم يحتاج الفرد، الجدول 7، أي، الحاجات الأساسية المطلوبة في الحياة، فصرّحت نسبة 50% بأنها تحتاج بقدر معتدل، بينما 23.3% تظن أنها تحتاج بقدر كثيراً جداً أي أنه لا تتوفر لديهم الحاجيات الضرورية للعيش. ويعني هذا أن أفراد مجموعة البحث يدرسون أنهم يحتاجون على العموم إلى بعض الحاجيات الأساسية في حياتهم، مثل السكن اللائق والملابس ووسائل النقل والتعديس.

أما فيما يخص الرضا عن الحياة عامة، الجدول 8، هناك نسبة 43.3% صرحت بأنها راضية بقدر معتدل بينما نسبة 36.7% ترى أنها راضية كثيراً جداً. تبقى نسبة 20% تصرح أنها راضية إلا قليلاً.

يمكننا تفسير النتائج بأن مقياس جودة الحياة يقيم مبادئ الصحة الجسمية العامة والنفسية للفرد، ومستوى الإستقلالية والعلاقات والمحيط، تبقى الإجابات ذاتية، ولكن ما يهمنا هو تصورات مجموعة البحث للصحة وجودة الحياة، بغض النظر عن ما إذا كان صحيحاً أم لا، يبقى له نقاش آخر.

مرة أخرى تختلف الإبراهيمات حسب الأفراد لنوعية الحياة لأن سلم QOLS يهدف إلى قياس مدى يتصور الأفراد أن حياتهم جيدة أم لا. تدخل طموحات ورغبات الأفراد ومشاريع يرونها مهمة ولها معنى في حياتهم.

على العموم، يمكننا أن "نصرح" نحن بدورنا، أن تصورات مجموعة البحث حول نوعية الحياة إيجابية نوعاً ما، وأن نسبة الدرجات الكلية هي فوق المتوسط بقدر معتدل، مما يمكننا القول أن هناك تحسن في نوعية الحياة عند التقويم، والفرضية الثالثة بأننا نتوقع أن يكون هناك تحسن وتطور في نوعية حياة الأطفال قد تحققت حسب إبراهيمات وتصورات مجموعة البحث.

3-ج- التحسن في التحصيل الدراسي

المستوى الدراسي عند طلب المساعدة	التكرارات	النسبة%	المستوى الدراسي عند التقويم	التكرارات	النسبة%
التعليم الابتدائي	25	83.3	التعليم الابتدائي	0.0	0.0
التعليم المتوسط	5	16.7	التعليم المتوسط	23	76.7
التعليم الثانوي	0.0	0.0	التعليم الثانوي	6	20.0
التعليم الجامعي	0.0	0.0	التعليم الجامعي	1	3.3
المجموع	30	100	المجموع	30	100

الجدول 9: توزيع مجموعة البحث حسب المستوى الدراسي عند طلب المساعدة وأثناء التقويم.

يبين الجدول رقم 9 المستوى الدراسي الذي جاء به الأطفال عند طلب المساعدة والمستوى الدراسي بعد سنوات من إنهاء التكفل النفسي، أي عند التقييم الذي كان خلال جويلية، سبتمبر وأكتوبر من سنة 2010.

يظهر جلياً أن المستوى الدراسي الذي جاءت به مجموعة البحث عند طلب المساعدة الذي كان يتراوح سنّها آنذاك بين 6 و22 سنة، يتمركز حول السنة الأولى إلى غاية الخامسة، أي بنسبة 83.3%.

أمّا سن التقييم، حيث يتراوح سن مجموعة البحث بين 14 و22 سنة، يتمركز المستوى الدراسي حول التعليم المتوسط، بنسبة 76.7%. هناك شخص واحد من مجموعة البحث تحصل على الليسانس.

إذا رجعنا إلى الجدول الأول، نرى أن عمر مجموعة البحث عند التقييم، يتراوح ما بين 14 و22 سنة، وأن فقط نسبة 20.0% من مجموعة البحث هي في التعليم الثانوي. يعني هذا أن هناك تأخر دراسي لدى أفراد مجموعة البحث التي بقيت متمدرسة.

الوضع الحالي الدراسي	التكرارات	النسبة
تسرب مدرسي	5	16.7
بطل	4	13.3
تكوين مهني	3	10.0
طالب	18	60.0
المجموع	30	100.0

الجدول 10 توزيع مجموعة البحث حسب الوضع الدراسي عند التقييم.

من المهم أن نشير إلى أن الشكل 10 يبين لنا أن 60% من مجموعة البحث بقوا على مقاعد المدرسة رغم من كل ما عانوه، وإذا دلّ هذا على شيء، فإنما يدلّ على أنهم تمكنوا من تخطّي بعض الصعوبات ولم " يتهمزوا"، فكان فالدهم والمساعدة النفسية لهم بمثابة عاملي الحماية والوقاية من التسرب المدرسي. ومن خلال ما سبق ذكره،

يمكننا اعتبار 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 والتصدي للصعوبات. لا يعني هذا أن كل الأطفال الذين بقوا متمدرسين هم في مستوى دراسي جيد، حسب ما لاحظناه أثناء التقييم، إلا أننا نرى أن الإرادة والرغبة لمواصلة الدراسة.

أما الأطفال الذين تركوا مقاعد الدراسة، ويمثلون 36.3٪، إتجه البعض منهم إلى مراكز التكوين (10٪)، بينما البعض الآخر بقي من دون تكوين، أي تسرب مدرسي (17٪)، وهناك حالة واحدة حصلت على الليسانس. ونقصد بوضعية "بطل" هؤلاء الشباب الذين هم في سن الشغل ولم يجدوا عملاً بما فيهم الحالة المتخرجة من الجامعة.

4-ب مناقشة وتحليل النتائج:

في ضوء النتائج التي توصلنا إليها، يمكننا أن نقول أن الفرضية العامة القائلة بأن هناك تحسن عام في حياة الأطفال الذين إستقادوا من التكفل النفسي، تحققت. لقد بينت لنا النتائج أن الأطفال عند التقييم يُمركون حياتهم عامة موجبة إلى حد ما، وأن هناك تحسن في بعض الأعراض، رغم أن البعض الآخر إنتقل في الترتيب مقارنة بفترة طلب المساعدة. هذا وفيما يخص الفرضية الجزئية الأولى المتعلقة بانخفاض أو اختفاء الأعراض الأساسية الموجودة عند طلب المساعدة. لم تتحقق، بالرغم من أنه هناك تحسن، إلا أن الأعراض إنتقلت في المرتبة من حيث الشدة والعدد. ويرجع هذا حسب الدراسات العالمية أن اللوحة العيانية لأعراض PTSD ليست اللوحة العيانية الوحيدة بعد تعرض الأفراد إلى حدث أو أحداث صادمة، بل هناك تلازم أعراض أخرى، مثل الإكتئاب والوسواس القهري والتفكير

(Dubois,V.,Guha-Sapir,D., Declercq, M.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 وتصورات الأفراد عن حياتهم، فبينت نوعية الإجابات أنهم راضون على حياتهم بقدر معتدل على

العموم، وقد يعود هذا إلى القناعة الشخصية عند البعض، حيث كان يجيبنا البعض "واش ديرو، انتاع ربي". نتائج النوعية لجودة الحياة فيما يخص "حكم يحتاج" والحاجة المادية تبقى في سلم Likert حول "معتدل" إلى "ضعيف"، وهذا واضح بسبب تفكير المنطقة.

يمكننا أن نقول أن الفرضية تحققت فيما يخص الرضا على نوعية الحياة، ولم تتحقق فيما يخص التحسن من ناحية الاحتياجات.

الفرضية الجزئية الثالثة القائلة أن هناك تحسن في التحصيل الدراسي عند التقييم، تحققت، حيث بقي 60% في مقاعد الدراسة، وبدل هذا على تصديهم ومواجهتهم للضغوطات بفضل التكفل النفسي والدعم الذي تلقوه مع عائلتهم. أما النسبة التي تركت المدرسة (36.3%) تتمثل في هؤلاء الأطفال الذين تراكم عندهم الفشل الدراسي، وهم الأطفال الذين جاءوا إلى المركز في سن ما بين 9 - 12، وهي نسبة عالية، 70%، وكان 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 حصلت على الليسانس.

للتذكير، كان يُعتقد منذ زمن طويل، أنه لا توجد صدمات عند الأطفال الصغار، إلا أن البحوث الحديثة في العالم أثبتت العكس (Moro, MR., Bitar, D., Le Roch., Baubet, T.2003). بالرغم من الإعتراف بوجود الصدمة عند الأطفال قبل سن التمدرس، إلا أنه يصعب التشخيص بسبب الإفتقار إلى الأنواع الملزمة التي صُممت في الحقيقة أصلاً للراشدين. بالإضافة إلى كون الحدث نفسه مرتبط بمرور فعل العائلة والمحيط والطفل نفسه. ولذا، أصبح من الضروري الإهتمام بهذه الشريحة من أجل التشخيص الصحيح والتدخل المبكر لتجنب ظهور عواقب لاحقة.

في هذا السياق، شرعت مجموعة من المؤلفين سنة 1995، في تكييف معايير الضغط ما بعد الصدمة كما ورد في DSM-IV، ليتضمن معايير ملزمة لسن قبل 3 سنوات (Sheeringa, M.S. 1995): Classification Diagnostique de 0-3. يتمثل الحدث الصادم في مواجهة الطفل الموت الحقيقي أو التهديد بالموت (المعيار A)، (لا أن

عند الطفل الصغير مفهوم الموت غير واضح بعد، حيث أن تصورات الموت بأنه غير قابل للمعكوسية، لم يُكتسب بعد.

من المؤكد أن هناك إجماع في أدبيات الصدمة عند الطفل، بأن اثر الصدمة على هذا الأخير يتوقف على شدة الحسي الحركي والعريّة واللغوي. الأمر الذي أدى ببعض العلماء إلى تعريف الأثر الصدمي بأنه " كل حدث يؤدي بالطفل إلى خلل في قدراته الدفاعية" (Gaensbauer, T., Siegel, CH., Drell, MJ., 1995).

بالنسبة لـ Bailly، يعتبر الحدث الصدمي ليس فقط هلع وزعج اللذان يخلفهما لدى الطفل، وكذلك التهديم المفجئ والعنيف لإعتقادات الطفل فيما يخص عدم هشاشة وثبات حماية والديه له" (Bailly, L., 2003).

لاحظنا من خلال عملنا مع الأطفال المصدومين: أن هناك فروق في ردود الفعل أمام الأحداث الصدمية، حسب سن الأطفال الصغار، ومنها تظهر اختلافات في الشكاوي عندما يأتي الأولياء لطلب المساعدة لأبنائهم. لكن كيف يلاحظ الأولياء أن طفلهم يعاني؟ يمكننا القول أن فكرة Tent التي تقترح بأن ليس للأطفال الصغار القدرة على التعبير الشفوي عن الصدمة، أصبحت غير صحيحة، والدليل على ذلك أن الأطفال- حسب تجربتنا والدراسات في هذا الموضوع- تبين أن الصغار قادرون على التعبير عن الحدث الصدمي الذي وقع لهم في سن مبكر (Gaensbauer, T., Siegel, CH., Drell, MJ., 1995). يعني هذا أن هناك شكلا من التصورات الداخلية التي تتأسس وتبقى مُكّنة لدى هؤلاء الصغار الذين لم تتكون عندهم بعد القدرة على التعبير الشفاهي. يمكن التعرف على هذه الأشكال على المستويين، العلاجي والنظري.

أما فيما يخص التفاعلات بين الأطفال، لاحظنا في عملنا وكذلك وجدنا نوع من الإجماع في الدراسات، أنه ينبغي النظر فيها من خلال 3 زوايا، اثر الصدمة عند الوالدة(ة) على الوظيفة الوالدية، اثر صدمة الطفل على أبويه، وعواقب هذا الأثر على الطفل من جديد (Appleyard, K., 1994).

إن التغيرات السلوكية عند الطفل- بسبب الصدمة- سواء كانت إفرات في الإستنارة والتهيج، أم العكس، في الإنسحاب والإنعزال، قد تساهم في تشكيل خللا

تفاعلياً بين الثنائية أم- طفل، ويُلاحظ هذا في سياقات الحروب والصراعات المسلحة والكوارث، حيث تظهر اضطرابات متنوعة في التعامل بين الثنائي "أم- طفل"، وهذا ما نجده دائماً في ممرساتنا مع الأطفال وامهاتهم نرى اضطرابات شتى نفسية-جسمية يعاني منها الأطفال سوء التغذية، رفض عناية الأم، مقاومة للعلاج الطبي النفسي، وسلوكيات تحطيمية (أسقوط مستمر: عدم المبالاة بالخطرات)، يتكون إذن الخلل الوظيفي عند الأم التي لم تعد تقوم بوظيفتها كحامية واحتوائية، ونفس الشئ بالنسبة للطفل، نُخلط عليه الأمور، فيحدث نوع من "الإنقطاع والتعزق" في الروابط بين "أم- طفل"، لاحظنا عند بعض الأطفال الهوية بينه وبين الأم لدرجة أنه أصبحت العلاقة صعبة جداً، يُنعت بهذا الخلل العائلي "بازواجية 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 ويستمر الإضطراب عند الإثنين. بينت ملاحظات (Bouatta, C. 2010) العيادية أن الصدمات النفسية تخلق خللاً 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 الإثنين، في حين أصبح التفكير والإصمان في عطل.

أشارت (Freud A, 1973) منذ زمن طويل، إلى ربود فعل الأولياء للحدث الصدمي وكيف يمكن نقل مخاوف وقلق الأولياء إلى الطفل. ظهرت أهمية ربود فعل الأم خاصة خلال الحروب وهذا ما لاحظناه عند تدخلاتنا أثناء فيضانات باب الواد في 10 نوفمبر 2001، وزلزال بومرداس في 21 ماي 2003، فراينا كيف يمكن أن تنقل الأم قلقها وقلقها إلى طفلها.

نلاحظ كذلك، أن كل أعضاء العائلة يعانون، فتصبح الصدمة جماعية عائلية، وهذا ما تبين لنا من خلال العينة التي استقأنا من المساعدة النفسية بالمركز. ويرى بعض المؤلفين في هذا الصدد، أن السبب يعود إلى إحياء صدمات الأم التي لم يتم إرضائها. يعود الفضل إلى (Sheeringa MS. 2001) الذي طوّر مفهوم الصدمة

التفاعلية التي تصف تلازم الحدث الصدمي عند الطفل وعند من يعتني به. فصدمة الواحد منهما، قد تؤثر على الآخر؛ أي على الوالد(ة) الذي هو نفسه قد تعرض إلى صدمات سابقة.

بيّن MS.Sheeringa أن يكون الوالد(ة) أو المعتني بالطفل تعرض إلى أحداث صادمة، يرتفع الاحتمال أن يكون هذا الأخير أعراض الضغط ما بعد الصدمة، مع تناثر إعادة المعيشة. يمكن التنبؤ بالقدرات التوافقية للطفل بالإعتماد على الحالة السيكلوجية للأم ومستوى تعرضها لأحداث صادمة. ويؤكد (Bailly C, 1999) أن هلع الأولياء يشكل اضطرابات شديدة عند الأطفال ما بين سن 1 إلى 3. يعتقد الأطفال في هذا السن، أن للراشد قوة عظيمة وحكمة كبيرة، فيجده فجأة عاجزاً ومن دون قوة. أما تواجد الوالد(ة) أثناء الحدث قد يكون عاملاً واثقاً مع توفير نوع من الحماية الجسمية والتعبير عن ما حدث.

نخلص مما سبق أن مصير الصدمة على المدى البعيد، يتوقف على البنية الشخصية للفرد، وقصته الخاصة (تاريخ حياته)، والتاريخ العائلي، والحدث الصادم نفسه. إن الأعراض وتاريخ الفرد هي في متناول النفساني و/أو الباحث، حيث يمكن الحصول عليها بسهولة أكثر من الحصول على الدينامية النفسية، لأن للصدمة النفسية علاقة خاصة بالزمن، حيث يعتبر تقطع والإنقطاع في الوقت الواقعي، ما هو في الحقيقة (لا استمرارية وتراكم بالنسبة للزمن النفسي. يفقد الأفراد المصدومون القدرة على الترميز والهوام، وعلى التسامي كوسائل للتوقع وتعديل الاستجابات الإنفعالية. فهم يفقدون الآليات السيكلوجية التي تسمح لهم بالتعامل ومواجهة الجروح البسيطة في الحياة. يتدخل هذا فقدان في التحمل الوجداني في القدرة على الحداد والعمل من خلال الصراعات العادية، وبالتالي يحد من القدرة على الاستعادة والإرتداد، وإسترجاع التجارب الممتعة والمرضية (Van der Kolk B, 1995) للصدمة إذن، عواقب لا يمكن التحكم فيها إلا بتدخل كل المثلثين والمعنيين بالصحة العامة وخاصة صحة النشأ لتفادي تفاقم الإنعكاسات.

5- النتائج:

بيئت نتائج بحثنا ان الاعراض التي جاء بها الأطفال لم تختلف ككلية، رغم وجود نوع من التحسن في البعض منها، فتم الانتقال ضمن الأعراض من حيث ترتيب الشدة. اما فيما يخص تحسن نوعية الحياة، فوجدنا ان هناك تحسن نسبي، حسب تصريحات المستفيدين، إلا أننا نبقى متحفظين لكون المقياس يعتمد على ادراكات وتصورات الأفراد لنوعية حياتهم.

إعتمدنا على المعطيات حول المسار الدراسي لتقييم المصير المدرسي، فوجدنا ان 60% من مجموعة البحث لازالوا متدربين، وحالة واحدة حصلت على الليسانس، مما يبين إستفادة هؤلاء الأطفال من المساعدة النفسية.

إستنتجنا من كل ما وصلنا إليه من حوصلة حول النتائج، انه بالرغم من نجاعة التكفل النفسي الذي منح الأطفال والأولياء، فضاءً علاجياً إحتوائياً وإنسانياً، ورغم ان الأطفال قد تحسنوا في بعض الميادين، مثل القدرة على إرضان وترميز ما حدث لهم من اعمال عنف مكثف مجتمعي على مدى السنين، تبقى جروح غير مُضمدة، ويعود هذا لأسباب عديدة، نذكر على سبيل المثال: الإعتراف بالصحية والترميم والوقاية. وندخل هنا إلى الصدمة المُزمنة أو المعقدة عندما يتعرض لها الأطفال مبكراً، قبل سن السابعة، بصفة متكررة ومُطولة في الزمان، أي من النوع A، حسب Terr. أو ما يسمى حالياً بالصدمة التطورية، حسب Van Der Kolk، وهذا ما حدث لأطفال الجزائر منذ أكثر من عشرة كاملة.

المراجع

- American Psychiatric Association, (2000, 2004). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Anzieu D., Chabert C. (1987). Les methodes projectives, Paris, PUF
- Bailly L. (1996). Les catastrophes et leurs conséquences traumatiques chez l'enfant, Paris, ESF.
- Basheer 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.
- Bouatta Ch. (2010). Violences des mères, violences des enfants, in Moussa F. Psychothérapies pathologiques limites et résilience, ouvrage collectif, Alger, Casbah.
- Boukhaf. M. (2004). Adolescents victimes de traumatisme : Quelle prise en charge psychologique ? Revue de Psychologie, SARP, Alger, no 12.
- Cohen JA. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. Biol Psychiatry; 53: 827-833
- Crocq, L (1999). Les traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- Jehel L., Lopez G. et al. (2006), *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.
- Kelson H. (1998). *Enfants victimes de la guerre*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Lazarus A.(200). Multimodal strategies with adults, in Corey G.(2005). *Theory and practice of counseling & psychotherapy* (7th ed.). Belmont,CA.,Thomson Learning.
- Lopez G., et Sabouroud-Seguin A. (1998). *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod.
- Perron R. (2000). La notion du traumatisme du point de vue psychanalytique, *Revue de Psychologie*, SARP, Alger, n°08.
- Sadlier K. (2006). Psychotraumatisme de l'enfant et approche thérapeutique, in Jehel L., Lopez G. et al. *Psycho traumatologie*, Paris, Dunod.
- 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.
- 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.

Sironi F. Les enfants victimes de tortures et leurs bourreaux, Psychologie et Education, n°49.Slavson SR. (1953).

Terr L. (1991). Childhood trauma: an outline and overview, American Journal of Psychiatry,148,10-20.

Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.

Yahuda R., Hyman. (1998). Psychological trauma. Washington, DC., American Psychiatric Press.

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.

المصري، م.، خالد، ن.، بوعطة، ش.، عرعرا، ف.، بولاف، م.، طاجين، س.، غري، ح. (2001). بحث ابيدولوجي في انتشار الصدمات النفسية والإضطرابات النفسية في

المجمع الجزائري، Revue Psychologie,Sarp,n° 09