

الصدمة النفسية: تنظير لمفاهيمها واضطراباتها

Psychic trauma: theory of concepts and disorders

د. بهتان عبد القادر*

جامعة قلمة - 8 ماي 1945 - (الجزائر)، behtane.abdelkader@univ-guelma.dz

تاريخ الاستلام: 2021/11/07 تاريخ القبول: 2021/11/09 تاريخ النشر: 2021/11/21

Abstract:

The aim of our theoretical study is to define psychic trauma according to different approaches, including the cognitive, systemic and psychoanalytic approach.

In addition, a presentation of the most widespread traumatic effects on children and adolescents, as well as discriminatory pathological signs according to the classification of the American Psychiatric Association (APA).

We recall that the simplified study of trauma aims to enable students involved in their university studies to understand and avoid ambiguity.

ملخص:

تهدف دراستنا النظرية إلى التعريف بالصدمة النفسية حسب مختلف المقاربات، سيما المقاربة المعرفية، النسقية، والتحليلية.

فضلا عن عرض لأهم الآثار الصدمية لدى الطفل والمراهق، وكذا العلامات المرضية التمييزية للصدمة النفسية من وجهة نظر تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي.

كما نشير إلى أن الدراسة المبسطة للصدمة تستهدف تمكين الطلبة المعنيين في دراساتهم الجامعية من الفهم وتفادي الغموض.

Keywords: Psychic trauma; Effects of psychic trauma; مقاربات الصدمة النفسية؛ صدمة نفسية؛ آثار الصدمة النفسية؛
Approaches to psychic trauma; Trauma in children; Trauma in adolescents; Trauma according to DSM (APA)؛ صدمة طفل؛ صدمة مراهق؛ الصدمة حسب الدليل الإحصائي (APA).

*المؤلف المرسل: بهتان عبد القادر : behtane.abdelkader@univ-guelma.dz : abehtc2i@gmail.com

1. مقدمة

نتطرق في بحثنا هذا إلى دراسة الصدمة النفسية؛ نتعرف عليها، عن أنواعها، ظواهرها وطبائعها. هذه الصدمة الناتجة عن مختلف الأحداث ولعل أهمها تلك الناتجة عن الجريمة كونها بفعل يد الإنسان وضد كيانه مهددة حياته و/أو حياة الآخرين، سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة، قد تخلف آثارها التي قد تكون آنية أو قد تكون مخفية لزمن قريب أو لأمد بعيد. حينها، فإن الاضطراب الحاصل بسبب الصدمة يدعى باضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة (PTSD). لذلك، فإن تشخيص هذا الأخير في الوظائف النفسية والفردية قد يمكننا من تقديم علاج.

إن عايش الفرد صدمة نفسية فقد عايش الموت وكانت حياته مهددة بفعل فاقت قدرته قدرة الفرد. وأهم ما يجلب الاهتمام في هذا الصدد هي الآثار الصادرة عنها، أو بالأحرى لواحق الصدمة، فيصبح المصدوم يعيش للحظة الصدمية كمرجع قبلي سليم و/أو بعدي فيه معاناة.

فالتشخيص النفسي العيادي يوعز الاضطراب إلى أسباب عدة، أهمها طبيعة الصدمة، التاريخ الشخصي للفرد، جنسه وأساليب التكيف مع الوضع، ودعم المحيط... الخ.

لذلك، فإن المشاكل المرافقة للعصاب الصدمي، أو لاضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة قد تكون عابرة، خطيرة أو خطيرة جدا، نجدها خصوصا على مستوى التهيجات، الاكتئاب، اضطراب المزاج السلوكي والمعرفي، تفكك الشخصية أو غيرها من الأعراض ذات المنشأ النفسي والتي تمس الجسد بصفة مباشرة أو غير مباشرة، مخلفة آثارا خطيرة... وما يزيدتها تعقيدا أو انفتاحا وتنبؤا على الشفاء إنما يكمن بالأخص في السيرورات واستراتيجيات المواءمة وعمل الحداد، دون أن ننكر كفاءة المعالج ودور المصدوم في تقبل الإصابة ومن ثم العلاج، وعلى هذا الأساس لا يمكن أن نجزم بوجود تقنيات علاجية أو أدوية نهائية لعلاج اضطراب اللاحق للصدمة.

وانطلاقا مما سبق، فإننا نهدف من خلال دراستنا النظرية إلى التعريف بالصدمة النفسية حسب مختلف المقاربات، سيما المقاربة المعرفية، النسقية والتحليلية. فضلا عن عرض لأهم الآثار الصدمية لدى الطفل والمراهق، وكذا العلامات المرضية التمييزية للصدمة النفسية من وجهة نظر تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي. مع العلم أن هذه الدراسة يمكن أن يستعين بها الطلبة المعنيين في دراساتهم الجامعية من الفهم وتفادي الغموض.

2. تعريف الصدمة

الصدمة تقابل المصطلح اليوناني «Trauma» وتعني: "جرح"، "إتلاف"، "كارثة". وتنتج بسبب حدث مفاجئ. بالدرجة الأولى يتسم الحدث الصدمي بالفجائية. وقد عرّف Sillamy الصدمة بأنها: "تنشأ نتيجة ظهور حدث مفاجئ وغير منتظر، جديد في حياة الفرد حيث يعتبر وجوده مهما جدا. وبسببه يصل الفرد إلى عدم التكيف، ويتعلق الأمر في أغلب الأحيان بإحباط أو فقدان عزيز" (Sillamy, 1980, p.280).

وفي علم النفس، تشير الصدمة إلى حدث يعاني منه الفرد، ويمكن أن تؤثر عواقبه على توازنه النفسي (Bloch, 1997). كما نطلق تسمية الصدمة على كل ظاهرة نفسية تعرض لإصابة عاطفية عميقة والتي يمكن ملاحظتها لدى

الأفراد الذين نجوا من الموت، مسببة معاناة. فهي أي حدث مؤلم يأتي في وقت يزعج وجودنا وعواطفنا، وينجر عنه المعاناة من العدوان أين يمتد تأثيره للعضو (Lebigot, 2005).

فالصدمة النفسية تشير إلى مجموعة من الآليات التي يتم وضعها بعد حدث يولد إفرازات عاطفية لا يمكن السيطرة عليها والتي تتجاوز قدرات الفرد (Crocq, 2014 ; Lebigot, 2009).

كما يصف Ferenczi (1933) الصدمة على أنها تكون غير متوقعة، ويتحدث عن ارتجاج عقلي يدمر القدرة على المقاومة والتصرف والتفكير.

في حين يعرف الدليل الأمريكي للأمراض العقلية American Psychiatric Association (DSM, 2003) الصدمة بأنها هجوم على السلامة الجسدية أو العقلية لأي شخص. فالاضطرابات النفسية الملحوظة هي الانتعاش وغياب رد الفعل النفسي المرتبط بحالة من اليقظة والخوف المبالغ فيها (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020).

فالصدمة يمكن اعتبارها مأساة إنسانية حاملة لوهم الخلود، إذ أن حتمية الموت موجودة هنا والجانب المساوي في الصدمة يمثل هذا القدر من التصلب (Barrois, 1988, p. 88).

حيث أن المأساة أو المعاناة النفسية¹ هي التي تفرض نوع معين من الأسئلة، أما الأوهام والهوامات لا تعطي صورة حقيقية للواقع، فالضحية في صعوبة مع الرمزية لإدراج هذه التجربة الصدمية في بنيتها التفكيرية أي يستذكر ألمه دون مراقبة ودون تحديد، وفي الواقع هو الذي يحييها للذات، فالواقع هو الذي يحيي الصدمة الفعلية (بفعل حادث مشابه). فالحالة الناتجة عن آثار الصدمة تهدد بنية الشخصية والطقوس والقيم الاجتماعية... كما أن المعالم الاجتماعية يمكن أن تسمح بالنشاط والقيام بالخطوات الأولى لسياق الحداد للذات أو مع الآخرين بالموازاة مع تهديد الشخصية، إذ يعزز المجتمع الانطواء على الذات عند الضحية، وهذا السياق يمثل بواسطة النفي الرمزي يتبع بانسحاب الضحية من المجتمع؛ وإن حدث تدهور وظال زمن خروج الفرد من عملية الحداد بصفة غير سليمة، في ظل عدم التزام المجتمع بالمساندة وهو ما قد يزيد من العزلة، وبذلك سيصبح الفرد الحامل للصدمة كالفرد الحامل للفيروس، فهو في مثل هذه الحالة ضحية للمجتمع، ما يأخذ به إلى التجنب والعزلة.

3. أنواع الصدمة

1.3. الصدمة الأساسية

يتصل هذا النوع بالخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد خلال النمو وسيكون لها آثار نفسية حاسمة والتي لا يمكن أن تحدثها أي صدمة أخرى.

¹ تختلف عن المرض في الطب.

1.1.3. صدمة الميلاد

بالنسبة لـ Otto Rank (1924) فإن: الميلاد تهتز له نفسية الطفل ويصحبها القلق الشديد كونه أصل القلق اللاحق الذي تُطبع به الانفعالات، ولهذا كان للميلاد صدمة أخرى باعتبارها انفصال عن الأم.

2.1.3. صدمة البلوغ

تضاهي صدمة الميلاد آثارا، فالمعروف أنّ الطفل أثناء البلوغ يشهد تغيرات على مستوى الجسم ويشعر بمشاعر لم تكن له من قبل ويأتي بتصرفات تشعره بأنه مختلف تماما، وقد تكون لهذه المرحلة في نموه تأثيرات هائلة على حياته النفسية وتضل معه بقية العمر.

3.1.3. صدمة الحياة

يرجع هذا النوع من الصدمات إلى الأحداث مختلفة في حياة الفرد سيما تلك الأحداث العنيفة، ويمكن ذكر ثلاثة أنواع منها:

1.3.1.3. الصدمة الناتجة عن معايشة الحدث

مثل الانفجارات، الزلازل، البراكين، الحرائق، الحروب، حوادث السيارات ومشاهدة الموت.

2.3.1.3. صدمة ناتجة عن فقدان عزيز

هذا الأمر يؤثر بطبيعة الحال على نفسية الفرد ويسبب آثارا نفسية وخيمة سواء كان حاضرا أو غائبا.

3.3.1.3. صدمة الطفولة

قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا كالعلاقات الجراحية التي تجري للطفل دون إعدادة نفسيا، الاعتداءات الجنسية على الطفل، أو موت أحد الوالدين أو كليهما بشكل مفاجئ.

ولكي يكون الحدث مؤلماً، يجب أن يفي بمعايير معينة منها:

- أن يكون تهديداً للفرد

- أن يكون مفاجئاً

- أن يسبب شعوراً بالعجز والرعب يتجاوز قدرات الفرد. وهنا يواجه الموضوع إمكانية الموت.

وقد بدى لفترة طويلة، أن معظم الاهتمام قد تم توجيهه إلى الصدمات المرئية (الضرب والجروح). غير أنّ العلاج النفسي قد أظهر مؤخرًا الآثار النفسية للصدمة (التحرش الأخلاقي).

ووفقا لذلك، يميز Terr (1991) بين نوعين من الصدمات، الصدمة من النوع الأول (صدمة بسيطة) تتبع حدثاً منفرداً محدوداً بالوقت (حادث، حريق، عنف جسدي)، والصدمة من النوع الثاني التي تكون كنتيجة لحدث متكرر (حرب، تعذيب).

كما يفرق Herman (1992) بين الصدمات البسيطة والصدمات المعقدة، فهي نتيجة الإيذاء الشخصي، أين يجد الضحية نفسه في قبضة مهاجمه ولا يستطيع الهروب منه.

نتحدث أيضاً عن الصدمة المباشرة، والتي تتميز بحقيقة أنّ الفرد قد عانى أو شهد أو تسبّب في حدث صادم. وتشير الصدمة غير المباشرة إلى حقيقة أن الفرد الذي لم يتعرض لصدمة قد يكون مصاباً باضطراب ما بعد الصدمة بسبب علاقته مع شخص تعرض لصدمة.

4. مقاربات الصدمة

يظهر Marty (2001) أنّ حقيقة الصدمة وتعبيرها بالإجماع بغض النظر عن النهج، أين يكون هناك دائماً فائض (صوت، صورة، معنى، قلق، إجهاد...) مرتبط بنقص الحماية؛ إذ يبدو الأمر كما لو أن الجهاز النفسي قد تعرض لصدمة دمرت قدرات الشخص. هنا، لا يستطيع الفرد التأقلم بسبب ضعف الدفاعات.

حيث أن هناك عدة مقاربات قد تناولت الصدمة منها:

1.4. المقاربة المعرفية (معالجة المعلومات)

تؤكد المقاربة المعرفية على ظواهر الإدراك والمعرفة. حيث تفترض هذه النظرية أن الشخص الذي لديه معرفة بالخطر سيستعد. غير أن الحدث الذي يتسبب في الصدمة لا يسمح بالتوقع، فإن البنية المعرفية للفرد سوف تنقلب رأساً على عقب. هنا، ستؤدي الصدمة إلى تقويض معالجة المعلومات وتؤدي إلى استراتيجيات التجنب والإحياء والإنذار. وفيما يتعلق بالعلاج، يقترح المعرفيون تعديل التفسيرات السلبية للواقع، فهم يجلبون المريض لمواجهة الإجهاد أثناء تعديل المشاعر المرتبطة به.

فالتيار التفكيري حول علم النفس المعاصر الذي يركز على الظواهر المعرفية، والذي يتعلق بعلم النفس المعرفي بكل السياقات التي تحول المدخلات الحسية، المنقوصة، المشككة، المخزنة، المسترجعة والمستخدم، أين تستخدم هذه المصطلحات جميعها علم النفس المعرفي من قبل الاحساس، الادراك، الصورة، الاستدكار، الاسترجاع، حل المشكل، التفكير، فكلها ترجع إلى مراحل افتراضية أو إلى مراحل المعرفة.

فكل مظهر سيكولوجي عبارة عن تظاهرة معرفية، إنها نظرية معالجة المعلومة بامتياز. والتي تفترض بأنّ الشخص يمكنه إدراك الخطر، وبالتالي سيرتب الأمور للدفاع أو للهروب. ويمكن القول بأن الصدمة عبارة عن وضعية يغيب فيها كل تحضير أو استعداد. بل فجائية الحادث وعدم التنبؤ به هو المسيطر، فمن شأن هذا الفعل أن يحدث اضطراباً في البنية المعرفية.

فالصدمة تحدث اضطراباً على مستوى معالجة المعلومات، وتنتج ردود فعل التجنب، وإعادة معايشة النجدة. وبالتالي، إحداث تعطيل في التنبيه عن وجود خطر.

1.1.4. المرض الناتج

يقترح المعرفيون علاجات مرتكزة على تعديل التفسيرات السلبية للواقع، بمعنى تجعل المفحوص المصدوم يقف على مواجهة مواقف الضغط لتعديل الانفعالات الضاغطة بسبب ارتفاع درجة التنبيه من خلال العدد المتتالي للتجارب الانفعالية، بهدف الحصول فيما بعد وهدوء على معايشة الحدث الصدمي، أين يمكن الاعتماد على عمليات الاسترخاء (الاسترخاء المباشر *vivo* والتخيلي *imagination*).

2.1.4. العلاج المعرفي

يقوم العلاج المعرفي على تصحيح الأفكار، وبالتالي ينتقل إلى تصحيح السلوكات. وبالنسبة إلى Ellis فإن الأفكار اللاعقلانية قد تؤدي إلى اضطراب السلوك، أو بالأحرى إلى الجنون.

ومن وجهة نظرنا، فإن الأفكار الغير سوية قد تتجلى في الأفكار غير المنطقية وغير الديكارتية. فغياب أحدهما أو كليهما أو وجود اضطراب على مستواهما من شأنه أن يحدث أيضا اضطرابات في البنية المعرفية والسلوكية (Damiani, 2008).

2.4. المقاربة النسقية

يؤهل النهج النسقي طريقة التحليل، إذ أن تناول نسق معقد يفضل المقاربة الشمولية على الدراسة النهائية للتفاصيل. وتبعاً لذلك، يتميز كل نسق بوظيفتين: الميل إلى التوازن والقدرة على التحول. فيما يتعلق بالصددمات النفسية، يفضل النهج النسقي مصطلح الأزمة، والتي يُعرفها على أنها سياق يؤدي إلى اختلال التوازن. حيث يمكن أن تكون هذه الأزمات إيجابية (إعادة تنظيم) أو سلبية (زعزعة الاستقرار). يدعي العلاج الجهازي أنه يشفي الصدمة من خلال عدم الاعتماد على السبب على ذلك، بل على وظيفة هذا الأخير.

وترتكز هذه المقاربة على النظرية العامة للأنساق والتي تؤكد على أن كل نسق لا بد أن يتميز بوظيفتين متقابلتين هما التكيف والتحويل، دور هاتين الوظيفتين هو المحافظة على التوازن داخل النسق (توازن مؤقت)، بحيث يضمنان إلى حد ما التطور والإبداع. بناءً على هذا يمكن تعريف النسق كما يلي: *النسق عبارة عن مجموع العناصر متفاعلة بصفة دينامية ومنظمة بناءً على الكل.*

تستخدم النظرية النسقية مصطلح "أزمة" وكل ما يتصل بها، وتعرفها على أنها نسق يحدث فشلاً في التوازن، معلنة بذلك المرور إلى وضعية جديدة متحوّلة: *أين يحدث النسق فشلاً.*

وتكون الأزمات ثنائية القطب: لديها في البداية مظهر إيجابي أثناء التغيير والاختيارات وإعادة التنظيم واتخاذ القرارات التي تفرضها الأزمات، وكذلك مظهر سلبي يحدث لا توازن داخل النسق مثل: الصلابة وانسداد الاستعدادات التي تسهر على التنظيم الدائم للنسق.

فيما يتعلق بالمرض تتوقع المقاربة النسقية المرور من " لماذا؟ " (أي الاستفهام حول العَرَض) إلى " لأجل " أو " بهدف ". بمعنى التساؤل حول وظيفة المرض، مع التأكيد على أنّ الوظيفة تمسح وتطفئ (أي فهم الوظيفة يسمح بتمسح المرض).

على مستوى العلاج، تدرج العلاجات المعرفية والنسقية على العموم في العلاجات القصيرة. فالعلاجات النسقية بصفتها علاجات جماعية تسمح بعلاج أفراد العائلة مكان تواجد المصدوم. وترتكز أساسا على دراسة أسباب الأزمة من خلال أدوار عناصر النسق العائلي، وقد تندرج الكيفية في عدة طرائق، على سبيل المثال تتم المقابلة مع العنصر المضطرب وغير المتوازن بحضور عناصر النسق الأخرى، بحيث يجلسون خلفه بحضور المختص النفسي (المتمرس في العلاج العائلي) (بَهْتان، 2020).

3.4. المقاربة التحليلية

التحليل النفسي هي طريقة بحث ترتكز أساسا على الدلالات اللاشعورية للكلام وللأفعال ومنتجات الفرد (المخيل). فهي مجموعة من النظريات النفسية والنفوسومرضية التي تهدف إلى معالجة المعطيات حول الفرد... (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 358). وتعرف ضمنه الصدمة بأنها حدث في حياة الفرد تحددها شدتها. فالموضوع غير قادر على الإجابة عليه بصفة فورية، حيث يمكن أن تكون العواقب أكثر أو أقل ديمومة.

بعبارة اقتصادية، تتميز الصدمة بتدفق هائل من التنبهات تفوق قدرة الفرد على المواجهة والاستجابة النفسية لهذه التنبهات (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 499).

وبذلك، تعرّف النظرية التحليلية الصدمة بأنها: " حدث من حياة الفرد يعرف من خلال شدته، وعدم القدرة على الاستجابة بصفة ملائمة أو مناسبة، وظهور علامات مرضية مستدامة تؤثر على التنظيم النفسي " (p. 350).

إذن فالتنظيم النفسي على مستوى الجهاز النفسي² يقوم على إدماج التنبهات النفسية والربط فيما بينها، ولفهم أكثر لمختلف المصطلحات التحليلية لا بد من الرجوع إلى مؤسس التحليل النفسي وأعماله.

² الموقعية (Topique): هي نظرية أو نظرة تفترض تعريف الجهاز النفسي من خلال أنساق وظائف مختلفة في إطار منظم وهو الأمر الذي يجعلنا نعتبرها مواطن أو فضاءات نفسية تمكن من اعطاء صورة ممثلة بكيفية جيدة في الفضاء. تحدث Freud عن الموقعية الأولى (اللاشعور – ما قبل الشعور – الشعور) والتي تحدث فيها عن خزانات من غير محتوى أو من غير مضمون.

في (1920) وضع Freud مكونات الجهاز النفسي (الأنا – الهو – الأنا الأعلى) وعندما تحدث على الجهاز النفسي تحدث بالدرجة الأولى على الدفاعات الأولى، والدفاعات جملة وتفصيلا هي مجموع العمليات التي تهدف إلى خفض أو مسح كل تهديد من شأنه أن يضع كيان الفرد في خطر، وترتكز الدفاعات أساسا على التنبيه الداخلي بسبب تمثيلات الفرد للموضوع المهدد فيستجيب بتنبيه ملائم أو غير ملائم (السواء واللاسواء) يهدد توازن الفرد.

1.3.4. العلاقة مع الموضوع

تفترض نظرية العلاقات الموضوعية لـ (Fairbairn, 1952) أن العلاقات المختلفة مع الآخرين تبني تصورات الأطفال وتوقعاتهم عن الآخرين. أين قد يقوم الشخص الذي عانى من الصدمة خلال حياته ببناء علاقات خطيرة مع الأشياء ومصادر الضيق (Milot et al., 2018, p. 38).

2.3.4. الإكراه على التكرار

يشير إكراه التكرار إلى التكرار الذي يؤثر على موضوع الصدمة. فـ (Freud, 1920) يساعد في شرح عملية الإيذاء التي لوحظت في ضحايا الصدمة، والتي تشير إلى ميل ضحايا الصدمات إلى تعريض أنفسهم لمواقف قد تذكرهم بالحدث الصادم.

لقد ربط Freud (1920) الصدمة بمعارضات الجهاز النفسي، مع وجود اختلال في الإثارة. حيث تسبب إصابة الفرد بالشلل التام بسبب الخوف من دافع خارجي أو داخلي. فالعصاب الناتج عن الصدمة (أو إجهاد ما بعد الصدمة) يعتمد على التكرار وإكراهاته، فيصبح من الضروري الجمع بين الصدمة وفقدان الموضوع.

3.3.4. فرويد والصدمة

أخذت الصدمة النفسية مكانا كبيرا من المفاهيم الفرويدية من الناحية الزمنية، في كتابه "دراسات حول الهستيريا" تحدث على أن الصدمة هي من أهم أسباب الهستيريا. لأنّ الصدمة أصبحت حدثا شخصيا في تاريخ الفرد، وسببا ذاتيا في ظهور الاضطرابات. وقد ركز Freud تحديدا على المظهر الاقتصادي للصدمة، إذ أن نتائجه تؤثر على الجهاز النفسي فيصبح عاجزا على صرف التنبهات بصفة ثابتة وبسبب تكرار الصورة الجنسية المضخمة، حيث يُرجع Freud الاغراء *sédution* في مرحلة الطفولة من قبل راشد (شاذ) ويؤكد على أن الصدمة تكون دائما من طبيعة جنسية.

لقد أكد على أن الصدمة أساسا تكون من طبيعة جنسية ويؤكد كذلك على أن الكبت كميكانيزم دفاعي أساسي في الصدمة في كتاب *l'esquisses* ويؤكد أن للصدمة حدثين على الأقل، الأول هو الاغراء، في هذه المرحلة لا يوجد تنبيهات عند الطفل باعتبارها مرحلة سلبية، والثانية تأتي بعد الرشد (بعد النضج) تحيي من خلال آثار استذكارية المرحلة الأولى حيث كان الكبت، هذا الاستذكار يؤدي إلى تدفق تنبيهات جنسية والتي تتسبب في إثارة أو تنبيه دفاعات الأنا. أين نلاحظ أنه بعد الحدث تظهر قيمة الصدمة على سطح الشعور.

وقد عرفت الصدمة النفسية من خلال زمنين أساسيين هما الكبت ثم إعادة ظهور المكبوت *l'après-coup*

أ. في سنة (1910) في كتابه "ما وراء مبدأ اللذة" يعطي Freud أولوية للمفهوم الاقتصادي للصدمة بدل مفهوم الاغراء، وهنا يحدد أيضا العصاب الصدمي وهذا يعني أن الصدمة في حد ذاتها إن وقعت فهي تجاوزته، أي أن الشخص الذي صُدم وتسببت هذه الصدمة في إصابة عضوية فإن هذا الشخص الذي تعرض للصدمة وكبتها

يمكن أن يتعرض للانتكاسة. فوظيفة البناء الواقى هو الحفاظ على التوازن النفسي للشخصية والوقاية من التنبهات الآتية من الخارج.

ب. هجر Freud في كتابه "رجل النداب" سنة (1918) نظرية الاغراء وارتكز على نظرية الهوامات اللاشعورية والواقع النفسي والجنسية الطفلية العفوية.

أخذت المقدمة أو الصف الأول بدل نظرية الصدمة للعصابات، ولكن إن قلنا أن Freud أصبح لا يعطي الاهتمام بالقدر الكافي لنظرية الاغراء فإنه في المقابل يوافق على المظاهر الاغرائية ودلالاتها المرضية لكن في نهاية (1918) ومع نهاية الحرب العالمية الأولى نلاحظ في كتابات Freud ما يصطلح عليه بعصابات الحرب وهو المصطلح الذي وضع في الواجهة اشكالية الصدمة في مظهر اكلينيكي للعصابات الصدمية والذي في الأصل يمكن أن يكون الصراعات بين المثل (بين الأنا المثالي ومثالية الأنا) ويؤكد Freud على أن أصل الصراع دائما نرجسي.

ج. في سنة (1926) في كتابه "الكف والعرض والقلق" يؤكد Freud على وجود خطرين أساسيين في مواجهة الشخص هو الخطر الداخلي النابع من الفرد ويقابله الخطر الخارجي بمعنى أن الأنا يتعرض للخطر من الباطن والخارج.

وقد أدخل مصطلحات جديدة مثل القلق الآلي (وهي استجابة عفوية للجسم إلى وضعية صدمية مشابهة) والقلق الانذاري (كل وضعية تنبأ بالخطر).

في كلتا الحالتين يظهر القلق على أنه تعبير للخطر الذي عاشه الرضيع وهي تجربة صدمية أولية تنبأ بالفقدان الأمومي أو فقدان الموضوع، ويؤكد Freud إذن في كتابه على الشرط الأساسي المحدد للصدمة: فقدان الموضوع وقلق الاخضاء، ويجمع في هذا الإطار كل أنواع القلق المرتبطة بالفقدان.

د. صدر كتاب Freud ل'Homme Moïse (1939) يذكر فيه بأن الجرح النرجسي من أصل صدمي دون الحديث عن الصدمة النرجسية.

ويستمر أيضا Freud على أن آثار الصدمة تكون إيجابية وسلبية (إيجابية أي أن دفاعات الأنا تثار بفعل القلق الآلي حينما يتعرض لحادث مشابه، والسلبية أي أن الأنا لم يستطع انتقاء المثبرات الصدمية أو المشابهة الأصلية أو غير الأصلية).

وفي هذا الصدد، يشير Ferenczi (1933) إلى أن الصدمة ليست فقط من أصل جنسي. وهكذا، بالنسبة له فإن الصدمة ستنشأ من الأحداث المبكرة التي تعرض للخطر نرجسية الفرد. ويوضح بأن الصدمة تؤدي إلى الذهول الذهني، والذي بدوره يؤدي إلى آليات دفاع الحركة، وتعطيل التنظيم الداخلي للفرد. كما نشر Lacan (1966) فكرة ما بعد الانقلاب، أي إعادة صياغة نفسية للأحداث الماضية.

في حين حدد Selye (1983) الإجهاد بأنه مجموعة من الوسائل الفسيولوجية والنفسية التي ينفذها الشخص من أجل التكيف مع حدث ما؛ ويحتوي نموذجه على ثلاث مراحل، المرحلة الأولى هي رد فعل الإنذار حيث يتفاعل الجسم مع الحدث المجهد، وقد تم بناء المرحلة الأولى حول الشعور بالصدمة (تأثير المفاجأة) والصدمة المضادة (الدفاع)، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة المقاومة حيث يبدأ الجسم في التكيف مع الإجهاد، في حين أن المرحلة الثالثة هي مرحلة الإرهاق حيث لا يستطيع الجسم التعامل مع الإجهاد، يمكن أن يكون لهذه المرحلة الأخيرة عواقب وخيمة للغاية لأنها يمكن أن تؤدي إلى الموت (cité par Paulhan & Bourgeois, 1985).

وقد أوضح Rank (1924) في حديثه عن صدمة الولادة، والتي يميزها عن تلك الناتجة عن الولادة. أين أشار إلى أن كل ولادة جديدة هي مرادف للخسارة: فبمجرد أن يولد الطفل يفقد أمه.

يعتقد Winnicott (1974) أن الصدمة تمثل الفشل فيما يتعلق بالإدمان على الآخرين. في بعض الحالات، يؤدي الانتقال من القلق إلى الألم، ثم الانتقال الذي لا رجعة فيه تقريبًا من الألم إلى الألم، إلى قلق كارثي. كما تعني الصدمة كذلك أن الفرد قد شعر بقطع في استمرارية وجوده، بحيث يتم تنظيم دفاعاته البدائية بطريقة تعمل على حماية ضد تكرار هذا الحدث.

في حين يصف Crocq (1993) الصدمة بأنها مجموعة من العوامل ذات خصائص معينة: التهديد بالموت، الإصابة، المعاناة، التعذيب، الشاهد على موت الآخر (الذي يسميه الشهيد).

بالنسبة لـ Janet (1889) فإن الفرد لديه ميل معين للانزعاج من عواطفه و/أو الأحداث. لكي يتم اعتبار الحدث مهمًا، يجب أن يكون له خصائص معينة مثل المفاجأة والعنف والتهديد. وفوق كل شيء، يصر على وجوب تجربة الحدث بطريقة مؤلمة، وهكذا لن يكون لأحداث معينة نفس الانعكاسات على الأفراد (cité par Landa & Gimenez, 2009).

وقد نفذ Janet مفاهيم التفكك والتفكك النفسي لتعيين بعض التجارب العاطفية. وهكذا، يظهر أن الأشخاص المصابين بصدمة نفسية يمنعون جزءًا من الواقع وتجربتهم للتغلب على صدماتهم. ومع ذلك، يبدو أن هذه التجربة تظهر في حالة من التنويم المغناطيسي، أثناء النوم أو حتى في الوعي كأفكار ثابتة.

وبالتالي، فإن هذه المقاربة تجمع بين أسباب النشوء الداخلية والخارجية (Endogènes, Exogènes) للصدمة (Bertrand, 1990). حيث أن المقاربة كان لها قبول من قبل المقاربة التحليلية الحديثة، أين أشار (Perron, 2000) بأن الصدمة النفسية: "تحدث عندما يوجد حدث مفاجئ وعنيف يثير لدى الفرد إعصار انفعالي لا يمكن احتوائه، ويعطيه الشعور بحدوث كارثة (قد يتعلّق الأمر بكارثة بيئية، حرب...) تهدّد حقيقته حياته، وقد يتعلّق الأمر بحدوث أهون، لكن الفرد يعطيه قيمة أكبر من حجمه. أي بنفس صفة الكارثة (مثلا موقف نرفزة أحد الوالدين أمام طفل يناهز السنتين أو الثلاث). "فنحن دائما أمام صدمة عندما لا نقدر على المواجهة والتصرف حيال الانفعال الكبير والهائج".

5. آثار الصدمة

يمكن أن تؤدي الصدمة إلى تحلل عصابي أو ذهاني، هذا التحلل يسبب قلقاً كبيراً نتيجة للعجز وعدم القدرة على التكيف (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 26). إذ أن هناك تأثيرات مختلفة للصدمة: الدهشة، الانقسام، التفكك، الإنكار، التخدير وما إلى ذلك (Chabrol, 2005 ; Freud, 1938). فالآثار النفسية الرئيسية: تركيز الانتباه على الموقف المهدد التي تدفع الاهتمامات الأخرى بعيداً عن الوعي، وتحشد القدرات المعرفية وتشجع على اتخاذ القرار والعمل. تنتهي الاستجابة للضغط بشعور غامض بالإرهاق والشعور بالراحة. أين نجد أن معاناة الصدمة أكثر ديمومة من الإجهاد حتى لو بدا هذان المصطلحان مرتبكين. إذ يؤكد Selye (1983) على الطبيعة الفسيولوجية للتوتر، أين يحدث الإجهاد دون تدخل من الإرادة حتى لو كان الفاعل مدرّكاً للتهديد أو العدوان، ومدركاً لرد فعله وكذلك التغيرات الفسيولوجية والنفسية التي يسببها. حيث نجد في روايات الأشخاص الذين عانوا من الصدمة، شكلاً من أشكال الانقسام الذاتي، وبالفعل يقول البعض إنهم شعروا أنهم يشاهدون المشهد وكأنهم خارج أجسادهم. بمعنى آخر، يتمكن الأشخاص من الانسحاب من المشهد الصادم والعودة إلى أنفسهم عندما ينتهي كل شيء. في هذه العملية "الخارجية"، يلاحظ الفرد ما يحدث، فكل شيء يحدث كما لو كانوا يشاهدون المشهد من الخارج، وعندما ينتهي المشهد، يعود كل شيء إلى "طبيعته": يستأنف الوقت مساره، ويصبح الفضاء الجسم مرة أخرى. وبالمثل، هناك نوع من الغربة عن الواقع في المشهد، أي أن الناس لديهم انطباع بأنهم في حلم، ويبدو الأمر كما لو أنهم أثناء الصدمة لجأوا إلى عالم خارجي يشبه الحلم، حيث لم يعد الزمان والمكان قصيرين (cité par Paulhan & Bourgeois, 1985).

حيث يمكن أن يتخذ العصاب الصدمي أشكالاً مختلفة: اضطراب الشخصية، اضطراب المزاج، اضطراب السلوك، الشكاوى الجسدية، حالات القلق (الذعر، والرهاب)، الأمراض النفسية الجسدية، التغلب على القمع (لم شمل الشيء المفقود)، مصدر كرب وفناء ومتعة ممنوعة، كما قد يأخذ الاكتئاب شكل الحداد.

حيث أن نقص اللغة الذي يستبعد الفرد من العالم الناطق، أين يمكن أن تكون هذه الحالة مصدراً للضييق والعار والهجر والذنب. فالصدع النرجسي الناتج عن صورة الموت ونهاية وهم الخلود (Lebigot, 2016, p. 68).

6. المظاهر الجسمية والنفسية للصدمة عند الطفل والمراهق

1.6. ردود الأفعال البسيطة والخطيرة

يوضح Freud (1905، 1915) أن اكتشاف الاختلاف الجنسي ومركب الإخصاء وعقدة أوديب يمكن أن تكون لحظات مؤلمة بشكل خاص للأطفال.

فردود الفعل الأولى بعد الحدث الصدمي التي تصدر عن الشخص الذي عاش الحدث الصدمي (المصدوم)، مثل ردود فعل نفسية أولية كالصراخ، البكاء أو السكوت أو فقدان الوعي والانعزال. وكذلك ردود فعل متوسطة تحدث بعد مرور فترة عن الحادث: فقدان الشهية، الشراهة، عدم الاستجابة بطريقة ملائمة للمواقف المفرجة أو المحزنة، كما قد يلاحظ على هذا الشخص في هذه المرحلة أنه يمارس حياته بشكل عادي لكن في الباطن هو يفرضها على نفسه.

فالفرد المصدوم يعاني من فرط الإحساس والشك، وللخروج من أزمته لا بد من اتخاذ قرارات مهمة جدا. لأن الصدمة لن تشغل فكر المصدوم فحسب بل تهز شخصيته أيضا، فقد تجعله يواجه الأحداث التافهة باستجابات هائلة، والأحداث الكبيرة باستجابات غير كافية. ووفقا لذلك، توجد ردود الأفعال البسيطة وأخرى خطيرة.

1.1.6. ردود الأفعال البسيطة

1.1.1.6. الاستنفار

هي تزامن الحدث الصدمي مباشرة (حركات، نشاط ذاكرة، بكاء، صراخ) وهذه الحركات البسيطة تساعد على التنبؤ بالآثار اللاحقة من أمثلتها: الجمود والتوتر، نشاطات غير ملائمة، الشعور بأن الشخص أصبح غير فعال، أفكار دخيلة وقهرية تدخل عليه، السلوك التجنب، تغير ملحوظ على مستوى اللغة أو القلق والمشاعر العدوانية، الكراهية والمسافهة، تعاطي الكحول، أفكار انتحارية، كوابيس ليلية، الاستثارة لأي منبه كان أو فرط الهيجان.

2.1.6. ردود الأفعال الخطيرة

وهي مرحلة ثانية تأتي بعد ردود الأفعال البسيطة، والتي تكون متنوعة منها:

1.2.1.6. ردود الأفعال الانفعالية

ردود فعل القلق أيضا ناتج عن ردود فعل الصدمة بالرغم من أنها يمكن أن نجدها منفصلة عن الصدمة. وبالتالي يمكن مراقبتها من حيث ظهور أشكالها والأعراض المصاحبة لها.

2.2.1.6. ردود الأفعال المرضية (متأخرة)

زمن ظهورها ليست في زمن ظهور الصدمة وإنما في زمن لاحق للصدمة، بعد مرور وقت معين يلاحظ هيمنة ردود فعل سلوكية مرضية، وقد تتطور إلى أمراض جسمية.

ومن بين هذه الأمراض المتأخرة عبر الزمن نجد: الأمراض الغدية، اضطرابات المناعة، الهرم المبكر، سرطانات، أمراض سيكوسوماتية. وقد تطول أو تقصر عبر الزمن، ولا يجب مزجها أو خلطها مع ردود الأفعال الناتجة عن الشدة والتوتر والإرهاق النفسي التي يسببها الحادث، فمظاهر الصدمة تستقر مع الوقت بعد فترة من الكمون والتي تختلف من شخص لآخر، هاته الفترة تبدو هادئة ظاهريا لكن الملاحظة الدقيقة تظهر تلك الأعراض المتنوعة (ردود أفعال خطيرة) والتي من الممكن أن تحدث تغيير مميز للشخصية، نسميها آثار الصدمة. وفي اللغة الفرويدية نسميها العصاب الصدمي.

2.6. الأعراض تبعا للمراحل العمرية (الطفل والمراهق)

1.2.6. الطفل أقل من ست (6) سنوات

أول علامة من علامات الصدمة نجد الكوابيس، التعلق، التبول والخوف من الظلام..... إلخ.

2.2.6. من سنتين إلى 12 سنة

انسحاب كبير، سلوكيات انفصالية، عدم القابلية للفت الانتباه، نكوص أو سلوكيات نكوصية، اضطرابات في

النوم، كوابيس، مخاوف عقلانية، هيجان، رفض الذهاب إلى المدرسة ويشتهي من آلام عضوية، معاناة تدمرسية، اكتئاب، قلق، شعور بالذنب والقيام بالتفاهات.

3.2.6. من 12-17 سنة

يُبدون مشاعر متشابهة مع مشاعر الراشدين، ذكريات، كوابيس، انعدام الانفعال، التجنب، اكتئاب، تعاطي المخدرات، الأفكار الانتحارية، اضطراب الحواس، اضطرابات التغذية، الانسحاب والانعزال، التجنب المدرسي، اضطرابات النوم، مشاعر الذنب المفرطة، مشاعر الانتقام (نقص الدعم العائلي والاجتماعي يخفف من الشفاء من تبعات الصدمة)³ (Damiani, 2008).

3.6. أشكال سريرية أخرى

ترجع الصدمة إلى مفهوم الجرح عند تمزق الأنسجة بفعل الصدمة (يصدم الجسم)، فالصدمة النفسية العنيفة تهز النفس ومحتوياتها لتترك فيها ثغرة عقلية وتضطرب فيها مكانزمات الدفاع بالرغم من انعدام الفعل الصدمي.

1.3.6. الصدمة النفسية ذات طبيعة معقدة

تكون على أشكال متعددة، لأنها تُدخل الضحية في بعد يتميز بالاعقلانية الذاتية الوجودية والتيه. عندما يكون الفرد خاضعا للتهديد فإنه في سياق صدمي مباشر، بمعنى أنه يأخذ طابع مهدد لوجوده قبل أن يكون شاهدا مباشرا على موت عزيز أو شخص ما، فهذا الموضوع له دلالاته بالنسبة للمصدوم، والتي ترجع إلى مفهوم التقمص مع الضحية ومع روابط حقيقية وذاتية بين الأشخاص، مثل أن تكون روابط عائلية حميمية أو مهنية (كمعاش مشترك، علاقة خاصة).

2.3.6. التهديد

هو تهديد بالموت، بالعدم، بالتهديم الكلي أو الجزئي. فعند مواجهة الذات الحقيقية للموت يمكن أن يحدث في لحظة ضئيلة جدا إتلاف لحدود النفس، ويترك فيها آثارا لا تسمى. فالتهديد قد يكون من أصل إنساني وطبيعي وبيولوجي. أو بالأحرى يمكن أن يكون حقيقيا أو موضوعيا، أو يمكن أن يكون ذاتيا، وبالتالي سيكون وقتيا أو متكررا. فالتنبيه المفرط يستدعي الخوف، الموت والرغبة التي توظف المخاوف الوراثية (خبرات صدمية سابقة) (Mannoni, 1988).

3.3.6. سياق الموت

فالموت يكون مفاجئا وغير متنبأ به ودون سابق إنذار، ويمكن القول بأنّ للموت أنواع يواجهها الفرد: كموت الذات، موت الآخر أو الآخرين، رؤية الميت أو الجثة التي تصدم... إنها رمزية التعرف على المصدوم ودرجة إرعاها له بالرغم

³ المراهقون أكثر عرضة للصدمة من الفئات العمرية الأخرى (الأطفال والراشدين) لأنّ المراهقة في حد ذاتها أزمة والفرد في هذه المرحلة مازال يتذكر ذكريات الطفولة، فالأزمات والتجارب الحياتية تجعل من الراشد يعرف كيف يتعامل مع الصدمات، أما عند المراهق فنقص التجارب (أي اللانضج) تجعله يتأثر. وفي حالات العنف الشديدة (كوارث طبيعية، أو التي يتدخل فيها الانسان: قتل، اغتصاب، تشويه...) يكون الطفل والمراهق على حد السواء في تبعات الصدمة.

من أنه لا يمكنه تمثل الموت، فيفترض بأنّ الموت هو المسبب الأكبر للصدمة، لأنّ ظهورها المفاجئ والقاسي هو الذي يحدث رعباً وتجميداً للضحية (Dahn,1995).

فالصدمة حينها تخرج الضحية من سجّل ذو طابع إنساني، وتقطع علاقته مع الآخر. فمن المستحيل قتل الميت ثانية، هذه الاستحالة تشكل عائقاً للواقع، فهو عائق لا يمكن تجاوزه لأنّه يضع حداً للكلام، في مواجهة الحدث الصدمي الضحية تفقد مراقبة حياتها أو التحكم فيها وقد تُرجع الأمر إلى الصدفة أو إلى الآخر (المكتوب، القدر....).

كما تجلب الصدمة عدم القدرة والعجز إلى معاش الضحية فضلاً عن الضغط النسبي، فهي تفقد استقرار الاعتقادات القاعدية (الأساس) للضحية، فيصبح هذا المعاش غير مفهوم ومبهم ودون دلالة بالنسبة للضحية. فالهدوء التام أو الصرخات هي غالباً وسائل للتعبير أثناء الصدمات إنها تَفقد الكلمات، يمكنها إنهاك كل طاقاتها النفسية العالية والاجتماعية فتجد نفسها لوحدها مع الصدمة دون حارس أو رقابة، بل في وجود الخوف الضامر (المخفي).

وبذلك، تُطبع الصدمة في نفسية الضحية انهيارات دخيلة في البيئة النفسية فتنتج تثبيت صدمي، وهو ما يولد حينها توقف للزمن، فهي اللحظة التي لا يعني فيها الماضي والحاضر والمستقبل شيئاً، وتصبح اللحظة الصدمية هي الوحيدة التي تعني كمرجع. ولو أن البعد منها لا يعني شيئاً سوى المعاناة وعدم الفهم (Crocq, 1993).

4.3.6. اضطرابات في السلوك

من الاضطرابات السلوكية الشائعة نجد:

- السلوك الانتحاري: إذ يمكن أن يتخذ العصاب الصدمي خصوصاً لدى الراشدين أشكالاً مختلفة: اضطراب الشخصية، اضطراب المزاج، اضطراب السلوك، الشكاوى الجسدية، حالات القلق (الذعر، والرهاب)، والأمراض النفسية الجسدية (Pollock et al., 1990, cités par Lebigot, 2016, p. 68). إذ يبدو الانتحار غير منطقي خاصة عندما ينجوا المرء من الموت. ففي الواقع، لا يتعلق الأمر بإلقاء نظرة خاطفة على الفراغ، فهو يمكن أن يكون شكل من أشكال الهروب: أين يريد الشخص الانتحار للهروب من تجربته المملوءة بالمعاناة (الاكتئاب)⁴.

- السلوك الإدماني: إن إدمان الكحول، المخدرات (المهدئات، المؤثرات العقلية أو غيرها من المنتجات السامة)، اضطرابات الأكل. إذ يبدو أن الأشخاص الذين يعانون من الإدمان يُدفعون إلى الموت (Lebigot, 2016, p. 64). هذه التبعيات المختلفة ينظر من خلالها إلى آخرين على أنهم مسؤولون عن الانهيار.

1.4.3.6. المرور إلى الفعل

يفرض الأفراد حاجة للعنف على أنفسهم و/أو على الآخرين. أين يدرك البعض أن موقفاً ما يمكن أن يقودهم إلى ارتكاب ما لا يمكن إصلاحه.

⁴ الاكتئاب الشديد مختلف عن الاكتئاب الأسامي الذي تحدث عنه "Marty"

2.4.3.6. شكاوى جسدية (ألم)

الشكاوى الجسدية تعبير عن عدم الراحة، لكنها نادراً ما تأخذ شكل توهم المرض، فهذه الشكاوى لها بُعد واضح من اكتئاب القلق، لكنها نادراً ما تكون جزءاً من وصف العصاب الصدمي (Lebigot, 2016, p. 65).

3.4.3.6. الأمراض النفسية الجسدية

العصاب الصدمي كنتيجة للصدمة عبارة عن مرض معقد يكون فيه الأداء النفسي مضطرباً، كما يمكن أن تكون خفيفة أو أكثر خطورة، حيث أنها غالباً ما تكون أمراض الجلد أو الجهاز المناعي (السكري، ارتفاع ضغط الدم، الغدة الدرقية) التي تظهر فجأة وتكون مقاومة للعلاجات المختلفة، وتشير هذه الأمراض إلى الشعور بالإهانة والتجريد من الإنسانية الذي يشعر بها بعض المصابين بالصدمة النفسية.

1.3.4.3.6. أشكال سريرية

لكي تكون قادراً على إجراء تشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة، يلاحظ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أنه من الضروري وجود عنصر واحد على الأقل من عناصر المعيار (الاقتراب من متلازمة التكرار). ومع ذلك، لا ينبغي إهمال آلية الإنكار، فضلاً عن مظهر الكوابيس الذي يتم إثباته من خلال شهادات المرضى أنفسهم أو من طرف الأقارب. بالرغم من ذلك، قد لا تكون هذه الكوابيس مصدر هذه الصورة (Lebigot, 2016, p. 66).

2.3.4.3.6. أشكال اكتئابية: متلازمة Targowla

لوحظت متلازمة تارجويلا (1950) في ضحايا الترحيل، أين تهيمن عليهم الصورة العيادية إلى حد كبير؛ فالوهن البدني والعقلي يصاحب هذه المتلازمة، كما أن الشعور بالعجز، عدم القدرة على التصرف *aboulie* والشعور بالعزلة يمكن أن تؤدي إلى الانتحار، فالبيئة المعادية تجعل المعاناة أسوأ، بحيث يصبح لدى الفرد إحساس عميق بالظلم الذي يمنعه من تحمل أي مسؤولية (Lebigot, 2016, p. 68).

5.3.6. اضطرابات في الشخصية

يلاحظ بعض المرضى تغيراً في سلوكهم مع بعضهم البعض بينما لا يلاحظ الآخرون ذلك، والذي يظهر من خلال التهيج والعدوانية والانسحاب إلى الذات وما إلى ذلك. إذ يحاول معظمهم تجنب التصرفات التي تُشعر بالإهانة. أين يمكن أن تؤدي هذه المشاكل إلى الانفصال (Lebigot, 2016, p. 63). ووفقاً لذلك، فقد تعددت الاضطرابات على مستوى الشخصية بعد حدوث الصدمة.

1.5.3.6. الشخصية المقنعة Persona

طبق Jung (1964) مفهوم الشخصية لوصف تكيف الذات مع المطالب المجتمعية المختلفة، فالشخصية هي شكل من أشكال وهم الشخصية، أي ما يعتقد الفرد لتوضيح هذا التعريف، من الضروري إجراء مقارنة مع الأقنعة المستخدمة خلال المهرجانات والعروض المسرحية، فتمثل هذه الأقنعة الهوية الفردية الزائفة والأدوار التي يلعبها كل فرد في المجتمع. إذ تشير الشخصية إلى الشخصية التي يندمج فيها الفرد ليتوافق مع التوقعات الاجتماعية، وفي ظل هذه

الظروف يمكن أن تسبب الشخصية في أن يصبح الفرد شخصية ويفقد هويته الحقيقية. على الرغم من هذا الجانب السلي، فتظل الشخصية وسيلة للتكيف مع المجتمع، وذلك بإنشاء شخصية يمكن قبول الفرد من خلالها. إذ يتعلق الأمر كله بحماية النفس من التهديدات الخارجية عن طريق إخفاء الشخصية الحقيقية.

2.5.3.6. الشخصية "كما لو أنّ، أو الممثلة" *Comme-si; as if*

إن شخصية "التمثيل" ليست سوى حماية للذات من تجربة صادمة من الفراغ والنقص، فالشخصيات "التمثيلية" تقع بعد الصدمة. ومن الناحية الدينامية، يكمن سبب هذه الصدمة في العلاقة بين الأم والطفل: فإن لم يكن الطفل قادرًا على بناء وجود خاص به بسبب وجود الأم في كل مكان، وكأن التمثيل هو الوسيلة الوحيدة المتاحة لمواصلة العيش في وهم الحياة الطبيعية. إذ يتميز هذا النوع من الشخصية بتجربة مؤلمة تم تجنبها من أجل تجنب القلق. فالشخصية "التمثيلية" تأتي لمحاربة نقص ما، وتفكك. حيث تتكون الصورة العيادية للناس "كما لو أنّ" من انطباع بالفراغ، تجربة مؤلمة، جانب سيكوباتي، اهتمام خاص للغاية لتجنب عودة الصدمة، الإبداع، والشعور بالعيش الحياة كمكافأة، ومقاومة التحويل المضاد (Deutsch, 1978 ; McFarland Solomon, 2006).

3.5.3.6. الشخصية (الذات) الزائفة "غير الحقيقية"

يوضح Ferenczi (1933) أنه تنشأ لدى الطفل الحاجة لعواطف الكبار، الرقة، والحب، وذلك أثناء الصدمة التي تحدث عدم قدرة على التواصل، وهنا لا يستطيع الشخص الذي عانى من الصدمة أن يثق، لأنه يشعر أنه لن يتم فهمه أو سماعه، فيبني المصدوم نفسه على شكل فراغ، بحيث يحاول بشتى الوسائل أن يملأه؛ كما يضيف على ذلك بأنه عندما تظهر مثل هذه الصدمة، تفحصها النفس وتحاول إصلاحها. لذلك، فالهدف هو حماية الفرد من عودة هذه الصدمة، من خلال إطلاق الحماية داخل النفس نفسها، فهذا الشخص ليس منفصلاً عن الأحياء فحسب، بل إنه محاصر أيضًا نظرًا لعودة الصدمة بسبب الهلوسة، محدثة بما يسمى *الارتجاج العقلي* المرتبط بالصدمة، والذي يمكن أن يؤدي إلى الصدمة (المتخيلة) والتي تسبب في عدم القدرة على التصرف والتفكير والدفاع عن النفس.

كما يُظهر Winnicott (1970) أن الذات الزائفة تُنتج أساسًا عن علاقة أبوية سيئة، وعلى وجه الخصوص علاقة أمومية. ففي الواقع، يكفي أن تكون الأم شديدة الحماية أو بعيدة جدًا عن قدرة الطفل على بناء نفس مزيفة. وفي ظل هذه الظروف، تُعرّف الذات الزائفة على أنها صدفة، وهي صدفة تجعل من الممكن حماية الذات الحقيقية وتمويهها من أجل الحفاظ عليها من العيوب البيئية. بمعنى آخر، تسمح الذات الزائفة بإخفاء الذات الحقيقية بينما تسمح لها بمواصلة وجودها.

فشخصية الذات الزائفة، والشخصية "التمثيلية" (تحسن التمثيل)، حيث تسمح بإخفاء الهوية الحقيقية تحت عدة ذرائع، والهدف من ذلك هو حماية الذات من احتمال عودة الصدمة.

4.6. اضطراب ما بعد الصدمة حسب الجمعية الطب العقلية الأمريكية (APA)

جدول (1)

وصف اضطراب ما بعد الصدمة حسب DSM⁵ و CIM

CIM-10	DSM-V	DSM-IV (1994)	DSM-III	DSM-II	DSM-I (1952)
اضطراب ما بعد الصدمة: يختلف عن الأمراض (رد الفعل: عصبي أو ذهاني). نفس الشيء عن الصدمة.	يتميز بين الإجهاد والصدمة. بسبب الاغتصاب. والتهديد بالاغتصاب، لأنه ينطوي على تهديد الشخص بالقتل. فالضحية تتعرض لاعتداء على سلامتها الجسدية وتواجه الموت. فالإجهاد الأصلي لاضطراب ما بعد الصدمة مرتبط بمعدل إجهاد مرتفع للغاية. يمكن أن يتخذ هذا الضغط أشكالاً مختلفة: الطلاق، والانفصال، والفشل المدرسي، والكوارث الطبيعية، والموت... الخ. مدى الإجهاد الذي يمثله الفشل في الامتحان، أو وفاة أحد أفراد الأسرة، أو عندما يرى الفرد جسداً مشوهًا، أو أعضاء يمكن أن يعانون أيضًا من أشكال اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة للتواصل المباشر مع الضحية.	سيطرة مشاعر الغضب أو الخزي. غياب بعض المشاعر. ولا يعني أنها غير موجودة، على سبيل المثال في شكل الإنكار. تعتبر أن الضحايا المباشرين فقط هم من يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة الحاد أو المزمن.	يتعامل جيدًا مع الصدمات، لكن يبدو أن الصدمة لا تختلف كثيرًا عن الإجهاد. إذ ينص المعيار A على أن الشخص قد واجه حدثًا صادمًا تواجده فيه عناصر مختلفة: حدث أدى إلى الوفاة أو الإصابة أو شكل تهديدًا للسلامة الشخص الجسدية ورد فعل الخوف والشعور بالعجز. يسمى الخوف، لكنه لا يتعلق بلقاء الحقيقي. تم الحفاظ على هذا المعيار في الإصدارين (III-R و IV، 1987).	يعرض ملاحظات سريرية فقط. لا يستخدم الوصمات البيولوجية لأغراض التشخيص، والتي ظهرت في خضم حرب فيتنام. حذف جميع مصطلحات التحليل النفسي. واستبدل فكرة رد فعل الإجهاد الكبير بـ "رد فعل التكيف مع حياة البالغين". عندما يتعلق الأمر بالحرب وضغوط القتال، تتحدث الطبعة عن خوف من القتال لا يدوم بمرور الوقت، إذا استمر الاضطراب فهذه حالة أخرى. لا يشير إلى الصدمة النفسية التي قد تكون أي شيء آخر غير الإجهاد.	تتطور الاضطرابات المختلفة إلى اضطرابات مزمنة، والتي تقسم إلى خمسة معايير: أين تضيف الإصدارات الأخيرة معيارين إضافيين يتوافقان مع اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). فالمعيار A يتعلق بشكل أكثر تحديدًا بالإجهاد الأولي (الإجهاد السببي). عبارة عن "ردة فعل الإجهاد الكبير". هنا، يوصف الإجهاد بأنه رد فعل على الموقف الذي يضطر فيه الفرد إلى مواجهة صعوبات جسدية أو عاطفية شديدة (حالة الحرب، والكوارث الطبيعية، والحريق، والانفجار، وما إلى ذلك).

المصدر: (Lebigot, 2016, pp. 51-53)

⁵ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية.

7. خاتمة

كانت الصدمة دائما ترجع إلى عيادية الهستيريا، وبالتحديد إلى ارتفاع شدة التنبيه الجنسي غير المكتمل في نفسية الطفل. من ناحية هذا البعد، فإن العلاقات بين الإغراء وفشل الترميز تبقى في المقام الأول. بالنسبة لـ Freud (1920) ليس الحدث في حد ذاته المسبب للصدمة، إنما عدم القدرة على إستدخاله في الباطن؛ ومن الناحية الاقتصادية ترتبط الصدمة مباشرة بتنبيه مفرط غير قابل للمعالجة، ويفترض ذلك أيضا باحثين آخرين ومنهم (Marty, 1990).

إذ أن أصل الصدمة الداخلي والخارجي الذي تشير إليه A, Freud (1976) قد ينشأ في الأول من عنف الحدث نفسه، مثلا فإن نقص الأوكسجين عند الولادة قد يضاف عليه سوء المعاملة للرضيع. إذ أن التعريف الذي قدمه Freud عن الصدمة قد أهمل الجانب الخارجي (العنف الخارجي) وأسندها فقط إلى الأصل الجنسي الداخلي، فكل عامل معزول قد يصبح فعل صدمي منذ أن يصبح شديد وعنيف، وكل العوامل ولو كانت صغيرة فإن اجتمعت بلغت بقوتها جدار الدّفاع النفسي والعقلي للأنا لدى الفرد (Cité par Crocq, 1985).

فضلا عن ذلك يشير باحثون آخرون إلى حجم الضغط المتعرض له في كل فترة عمرية مقابل عتبة التحمل لدى كل فرد، وهو ما قد يضمن أمام قوة تراكمات الضغوط، ويُفقد انسجام وتوافق الأنا (Diwo, 1997).

والسؤال الذي يطرح نفسه: ما هي المحدّات والسياقات الراهنة التي تقحم الفرد في الوضعية الصدمية، أو معاش القلق النفسي (Cyrulnik, 2003) (أنظر في كتاب "سيرولنيك":/المقاومة الارجاعية).

حيث أنه لا تعد الصدمة صدمة إلا إذا تدخلت عدة عوامل أهمها الفعل الصدمي، الذي يقحم الحادث الصدمي وشخصية المصدوم والسياق الذي وقع فيه الحادث، وطبيعة الدعم المنتظر، والدعم المحصل، ووقتيّة هذين الأخيرين. إذ لا يعتد بعامل منعزل من هذه العوامل للحديث عن المصدوم. حيث لا بد من التدخل (من الأفضل أن يكون من زاوية عدة مقاربات) في إطار متعدّد التخصصات (طبي، نفسي، اجتماعي، اقتصادي...) للكشف عن آثار قد ترجع أولا إلى الفعل الصدمي.

نشير أيضا إلى أن وقتية (مباشر بعد الحادث، أو مؤجل) حدوث الدعم (من جميع التوجهات) سيؤثران على ما يسمى بـ "ما قبل الحداد" والحداد النفسي" معاً، فثمة آثار سيكولوجية (نفسية، وجسمية وعلائقية) تحدث للمصدوم تباعا لما لطبيعة كل متغيرات هذا الفعل. ومما سبق، نتطلع لاحقا إلى كتابة أهم علاجات المصدوم وفق مختلف المقاربات فضلا عن كيفية الدخول والخروج من الحداد.

المراجع

بّهتان، عبد القادر. (2020). علم النفس الصدمة [مطبوعة دروس موجهة لطلبة الماستر علم النفس العيادي]. جامعة قلمة - 8 ماي 1945-

- American Psychiatric Association (APA). (2003). DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV](2^{ème} Ed Texte révisé) [traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq]. Paris: Editions Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2016). *Mini DSM-5. Critères diagnostiques* (traduit par M.-A. Crocq & J. D. Guelfi). Paris: Editions Masson.
- Barrois, C. (1988). *Les névroses traumatiques* (1^{er} Ed.). Paris : Dunod.
- Bertrand, R. (1990). De la logique à la politique. *Hermès*, 7(1). 1-264. <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/15092>
- Bloch, H. (1997). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défenses. *Recherche en Soins Infirmiers*, 3(82), 31-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Ciccone, A., & Ferrant, A. (2009). *Honte, Culpabilité et Traumatisme* (Ed.). Paris: Dunod.
- Crocq, L. (1985). Événement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre. In J. Guyotat & P. Fédida (Eds.), *Événement et psychopathologie* (pp. 111-120). Villeurbanne: SIMEP.
- Crocq, L. (1993). Le trauma et ses mythes. *Psychologie Médicale*, 25(10). 992-999. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=3786284>
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques* (Ed.). Paris: Masson.
- Cyrlunik, B. (2003). Résilience et relation d'aide. *Perspective Soignante*, (17).32-46. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=15299955>
- Dahn, A.-F. (1995). La mort dans les yeux ou la rencontre du réel dans la névrose traumatique. *Le Bulletin Freudien*(25), 55-62. <http://www.association-freudienne.be/pdf/bulletins/27-BF25-26.05.DAHIN.pdf>
- Damiani, C. (2008). La haine et le trauma ou felix culpa. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*. 8 (2). 94-101. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=20393232>
- Deutsch, H. (1978). Les personnalités « comme si » *Identification. L'autre c'est moi* (pp. 237-253). Vienne: Tchou.
- Diwo, R. (1997). Événements de vie, mentalisation, somatisation et tentatives de suicide : Approche comparée à l'adolescence (thèse de doctorat, Université Nancy 2). Nancy. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01776235/document>
- Ferenczi, S. (1933). *Psychanalyse. Œuvres complètes*. Paris: Payot.

- Freud, A. (1976). *L'enfant dans la psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris: Champs Classiques.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1938). *Le clivage du moi dans le processus de défense*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris: Payot.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: CNRS.
- Jung, C. G. (1964). *Dialectique du moi et de l'inconscient*. Paris: Gallimard.
- Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2020). *Psychotraumatologie*. Paris: Dunod.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris: Seuil.
- Landa, H., & Gimenez, G. (2009). Le trauma et l'émotion: apports de la théorie janetienne et perspectives nouvelles. *L'Évolution psychiatrique*, 74(4), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.09.006>
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris: Dunod.
- Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma*, 9(4), 201-204. https://traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-201-204_Lebigot-2.pdf
- Lebigot, F. (2016). *Traiter les traumatismes psychiques* (3^{ème} édit.). Paris, Dunod.
- Mannoni, P. (1988). *La peur*. Paris: PUF.

- Marty, P. (1990). Psychosomatique et psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 5(3), 615-624. <https://pep-web.org/browse/document/rfp.054.0615a>
- McFarland Solomon, H. (2006). La personnalité « as if »: la création du self face au vide. *Cahiers Jungiens de Psychanalyse*, 3(119-120), 51-71. <https://doi.org/10.3917/cjung.119.0051>
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1985). *Stress et coping les stratégies d'ajustements à l'adversité*. Paris: PUF.
- Perron, R. (2000). *Le traumatisme au psychodrame : du pire au meilleur*. Paris: PUF.
- Rank, O. (1924). *Le Traumatisme de la naissance. Influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective*. Paris: Payot.
- Sillamy ,N. (1980). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*. Paris, Bordas
- Terr, L. (1991). Childhood Traumas : An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, (11), 7-39. https://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=17866