

الصدمة النفسية الثنائية

معلم-تلميذ والعنف في المدارس

د/سعدوني مسعودة

أستاذة محاضرة،

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا / جامعة الجزائر2

ملخص:

يعرض المقال أهمية الاستعجال بالاهتمام بظاهرة العنف المتفشي في المدارس الجزائرية خلال السنوات الأخيرة وعواقبه على المدى البعيد على الصحة النفسية والمدرسية. أرادت الباحثة/ النفسانية ربط الصدمة النفسية التي نتجت عن أحداث العشرية السوداء أو ما يسمى بالمأساة الوطنية التي عاشتها الجزائر خلال التسعينات، وتأثيرها على المعلمين الذين أصبحوا يعانون إنهاكاً مهنياً واستياءً، مما أدى بهم إلى اللجوء إلى العنف. وكذلك، أصبح التلاميذ يعانون اضطرابات نفسية متعددة، الأمر الذي جعلهم لا يستثمرون في المدرسة ويلجأون بدورهم إلى الشغب والعداية، للتعبير عن معاناتهم وبأسهم. وهذا ما سمته الباحثة بالصدمة الثنائية.

الكلمات الدالة:

العنف، الصدمة، المعلم، التلميذ، الإنهاك المهني.

Résumé:

Le présent article met en exergue l'importance de s'occuper en urgence du phénomène de la violence qui a pris de l'ampleur durant ces dernières années dans les écoles algériennes, et les répercussions sur la santé mentale et scolaire des enfants à long terme. La thérapeute/chercheuse a mis le lien entre le psychotrauma induit par les

actes de violence intentionnelle durant la décennie noire, ou la tragédie nationale, ainsi appelée, que l'Algérie a vécu durant les années 1990, et son impact sur les enseignants qui ont développé des symptômes du burnout (épuisement professionnel) et le mal de vie. Ceci les a amenés à recourir à la violence envers les élèves, qui, eux-mêmes souffrent de trauma psychique multiple et utilisent l'agressivité et l'anarchie comme moyen d'expression de leur désespoir et malaise. L'auteure appelle cette forme de souffrance, le trauma à deux.

Mots clefs: trauma, burnout, violence intentionnelle, enseignant, élève.

مقدمة:

نلاحظ من خلال وسائل الإعلام المتعددة وممارستنا العيادية مع الأطفال والمعلمين، أن ظاهرة العنف أصبحت متفشية في المدارس وخارجها. لقد تعددت الأسباب لتفسير وتبرير استعمال العنف الذي أصبح عنفاً مجتمعياً، نذكر على سبيل المثال، البطالة، اللامن، الفقر، الظروف الاجتماعية المزرية، الإقصاء، الفشل الدراسي، استقالة العائلة عن مهامها، تحطيم النسيج الاجتماعي، فقدان القيم المدنية، جهاز التأطير غير كاف، الأحداث الصادمة التي مرت بها الجزائر، الخ.

بينت الممارسات في الميدان أن بعض المدارس الجزائرية أصبحت فضاءً مشحوناً بالصراعات والعدائية، وابتعدت عن مهمتها البيداغوجية، حيث ظهرت سلوكيات العنف من الطرفين: المعلم والتلميذ، اللذين، في الحقيقة يعانون من صدمات نفسية وآلام لم تؤخذ بعين الاعتبار، فدخلوا في منظورية الصدمة المزدوجة، أو الثنائية (سعدوني غديري، م. 2011).

ا-تعريف الصدمة النفسية: trauma psychique

تشير الصدمة إلى أحداث مفاجئة، غير متوقعة، شديدة أو عنيفة، تُعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الأحداث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها.

هي حدث خارجي فجائي وغير متوقع؛ يتسم بالحدة ويفجّر الكيان الإنساني ويهدد حياته بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف مع الحدث الصادم (Évènement traumatique).

ويمكن أن تكون الخبرات الصادمة ناتجة عن كوارث طبيعية، مثل الأعاصير، البراكين، الزلازل، والحرائق، أو أعمال من صنع البشر: مثل حوادث الطائرات، القطارات، السيارات، حوادث المناجم، سقوط المباني، الحوادث النووية، الحروب، الإرهاب، التعذيب، الاغتصاب، مشاهدة الآخرين وهم يعذبون الأطفال... الخ، أو انفصال عن علاقة مهمة، تجربة مؤلمة، مثل الإهانة أو خيبة الأمل. هناك أسباب أخرى، مثل، فقدان شخص عزيز، مرض خطير، سماع عن عنف، إلخ.

إن معظم الأشخاص الذين يتعرضون لاضطرابات ما بعد الصدمة يشعرون بالخوف على حياتهم ويرون أشياء مخيفة ويشعرون بالعجز واضطراب عاطفي شديد، إلا أنه من الملاحظ أن هناك بعض الأشخاص لا يُطَوِّرون أعراضاً ما بعد الصدمة رغم تعرضهم لأحداث تُعد صادمة. ليس الحدث الصادم في حد ذاته هو الذي يُحدّد ظهور الصدمة أم لا، وإنما تجربة الفرد والمعيشة للحدث، كما أنه لا يمكن التنبؤ كيف سيستجيب الفرد لحدث معين.

وقد تأخذ الأحداث الصادمة مُنعرجاً عاطفياً حتى ولو أنها لم تُحدث ضرراً جسيماً، فمثلاً، قد يُفاجأ أو يرتبك عندما يكتشف أن حدثاً أدى به إلى العجز وعدم السيطرة.

على كل، بغض النظر عن مصدر الصدمة، يمكننا أن نقول إنها تتضمن 3 عناصر:

1-فجائية الحدث

2-لم يكن الشخص مستعداً

3- لم يكن في استطاعة الفرد أن يمنع الحدث.

II- أسباب الصدمة النفسية:

بالإضافة إلى الأسباب المذكورة في التعريف، هناك أسباب لم تؤخذ بعين الاعتبار وتتضمن ما يلي:

- سقوط أو جروح بسبب ممارسة الرياضة.

- عمليات جراحية، لا سيما الاستعجالية منها، وخاصة أثناء سن مبكر (السنوات الثلاث الأولى)

1 - مرض خطير، لا سيما مُرفق بحمي مرتفعة

- صدمة الولادة

- الانفصال المبكر عن المعتني الأول

- اختلال في التعلق في سن مبكر

- أسباب أخرى، مثل، مرض جسدي أو عقلي، الاكتئاب، الحُداد.

لماذا قد يخلق حدث ما صدمة نفسية عند فرد ما وليس عند فردٍ آخر؟

هناك احتمال أن تكون العوامل المساهمة الآتية:

• شدة وتكرار ومدة الحدث الصادم (النوع I أو II حسب تصنيف (Terr,S,1991).

• التقييم المعرفي للحدث الصادم وأهميته للفرد

• مدى القرب من الحدث

• كيفية رد فعل الشخص للحدث

• كمية وكيفية الدعم الذي تلقاه الشخص بعد الحدث

• ذكاء الفرد ومهاراته - اعتقاداته - اتجاهاته، عمره - جنسه - وضعه الاجتماعي والاقتصادي والديني

• مدى تعرضه لخبرات صادمة سابقة أو أمراض Van der Kolk, B. 2005, Herman, J. 1992) (Sadler, K. 2006, Bailly, L. 2003

بيّنت الدراسات أن الصدمة في سن مبكر تخلق هشاشة بحيث تصعب مواجهة أحداث لاحقة (سعدوني غديري، م، 2011).

جدير بالذكر أنه يمكن لأي شخص أن يُصاب بالصدمة النفسية، وحتى الاحترافيون الذين يعملون مع المصدومين، وكذلك الأشخاص المقربون من شخص مصدوم، يمكن أن تتكون لديهم أعراض الصدمة بالنيابة (الصدمة الثانوية).

لا ينبغي أن يكون تشكيل الأعراض مؤشرَ ضعف، وإنما يجب أن تُؤخذ الأعراض مجدية واتخاذ الخطوات الضرورية للشفاء، مثلما هو الحال في الأمراض الجسمية. بالإضافة إلى ذلك، قد تختلف الفترة الزمانية للشفاء من شخص لآخر، بنفس الطريقة في حالة المرض الجسمي.

III-آثار الأحداث الصادمة

أ- الآثار المباشرة:

- مشاكل في النوم، كوابيس، الاستثارة، سلوك عدائي، اقتحام أفكار وذكريات غير مرغوب فيها،

- اضطرابات في الأكل،

- الانسحاب، تجنب الأشخاص، الأماكن، أو الأشياء،

- نوبات من الذعر والهلع (crise de panique)،

- إفراط في التيقظ والحرص الشديد (hypervigilance)،

-أعراض جسدية: سرعة دقات القلب، آلام في البطن، موجات من البرودة والسخونة، إلخ.

ب-آثار طويلة المدى للصدمة:

-السمنة

- صعوبة في التنفس (مرض الربو، مثلاً)،

-تعاطي الكحول والمخدرات،

-سلوكات خطيرة تؤدي إلى الاعتقال (incarcération،

-تأخر دراسي وتسرب بالنسبة للأطفال،

-خلل في الوظائف المعرفية (مشاكل في التركيز، نسيان، شرود الذهن، النساوة،

صعوبة في اتخاذ القرارات...)،

-خدر وجداني (تجمّد الأحاسيس...)،

-مشاكل علائقية،

-فقدان اعتقادات كانت موجودة سابقاً،

-الشعور المستديم بالضرر، واليأس والبخس، والديونية،

-أمراض مزمنة (جسدية أو/ و عقلية)(Kessler,R.C. et al.,1999).

IV- اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة Posttraumatic stress disorder (PTSD)

من المهم أن نشير إلي أن عبارة اضطراب الضغط بعد الصدمة (PTSD) لم تكن موجودة في قاموس الطب النفسي قبل عام 1980 غير أنها بدأت تدريجياً في الظهور عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية حيث اكتشفت بعض الأعراض النفسية على الجنود في ميادين الحرب أو بعد عودتهم من الحرب.

وقد تمّ تعميم ذلك علي الأشخاص الذين يتعرضون إلي الكوارث والفيضانات والصدمات الكبيرة في الحياة والتي تشمل مجموعة كبيرة من الناس.

1- السياق التاريخي لظهور PTSD:

ظهر مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD: Posttraumatic 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 الدلالة الهامة الذي أحدثه مفهوم PTSD، هو الاعتقاد أن العامل المسبب يكمن خارج الفرد (أي الحدث الصدمي) عوض ضعف ذاتي للفرد (أي عُصاب 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 ضاغطة كوارثياً لم يكن مُدرجاً في مجال التجربة العادية والمألوفة للفرد. فإن الحرفيين الذين صعموا التشخيص الأصلي لـ PTSD، كانوا يقصدون بالأحداث مثل الحروب، التعذيب، الاغتصاب، محرقة النازية، القنبتان الذريتان لـ Hiroshima وNagasaki، الكوارث الطبيعية (مثل الزلزال، الإعصار والبراكين) والكوارث من صنع الإنسان (انفجار المصانع، سقوط الطائرات وحوادث المرور)؛ فهم اعتبروا 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 الاستجابات السيكولوجية لمثل هذه العوامل الضاغطة العادية تكون مُدرجة في تصنيف DSM III كاضطراب التوافق عوض PTSD. إن هذه الثنائية بين

الصدمة والعوامل الضاغطة الأخرى، كانت مؤسسة على الافتراض 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 النفسية الأخرى، نظراً للأهمية الكبيرة التي نسبت إلى العامل المُسبب؛ أي العامل الضاغط الصدمي. ومنه، لا يستطيع المرء القيام بتشخيص PTSD إلا إذا وفى الشخص فعلاً معيار العامل الضاغط الذي يعني أنه تعرّض إلى حدث يُعتبر صادماً. إلا أن التجربة العيادية المتعلقة بتشخيص PTSD بيّنت أن هناك فروقاً فردية في القدرة على التعامل مع الضغط الكوارثي، حيث إن 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 لوضعية ضاغطة حادة (Friedman, 1995).

رغم أن هناك عودة من جديد إلى الاهتمام بالمظاهر الذاتية للتعرض للصدمة، فيجب التأكيد أن التعرض لأحداث مثل الاغتصاب، التعذيب، الإبادة الجماعية، وضغط الحرب، هي تجارب معيشة بصفاتها أحداثاً 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 مشابه للصيغة العاشرة للتصنيف العالمي للأمراض (CIM 10).

إن إدراج PTSD منذ 1980، في التصنيف الرسمي للاضطرابات السيكياترية في DSM في صيغته الأربع، كان انطلاقة لبحوث غزيرة حول الاستجابات السيكياترية لضحايا الأحداث الصدمية، واعتمدت التعريفات التي وردت في الصيغ الأربع لـDSM، على النموذج المفاهيمي الذي يصنف الأحداث الصدمية بصفتها وحدة (entité) مختلفة عن تجارب الضغط الأخرى. ويُصنف PTSD كذلك كوحدة مختلفة عن استجابات الضغط. وعلى خلاف الأحداث الضاغطة العادية، فالأحداث الصادمة أو الكوارثية مرتبطة في DSM بتناذر خاص وهو PTSD، والأعراض المعيارية للاضطراب مُعرّفة بارتباطها بالوقت والمحتوى، ومحدث بارز وخاص (Friedman, op.cit.).

يجدر التنويه قبل التعرّض بالتفصيل إلى أعراض PTSD، إلى أنه منذ 1980، ركزت البحوث الأمريكية بكثافة وفي الفترة الأولى، على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب الفيتنام خاصة، وأولت اهتماماً أقل لضحايا أحداث خاصة؛ مثل الكوارث أو الاغتصابات. أظهرت هذه البحوث أن هناك مجموعة من الأعراض عانى منها هؤلاء الجنود سنوات بعد انتهاء الحرب. وامتدّت البحوث في الفترة الثانية، إلى الصدمة النفسية نتيجة كوارث طبيعية وتكنولوجية، وحوادث فردية وجماعية، اعتداءات، اغتصابات، إلى غير ذلك. وتجدر الإشارة إلى أن لـ PTSD انعكاسات ورهانات اجتماعية واقتصادية 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، إلّا أنهم لم يتمكنوا من الحصول على تعويضات مالية لأنه لم يكن آنذاك أي تشخيص سيكياتري يمكنهم من خلاله طلب المستحقات التعويضية (Friedman op.cit.).

2- أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

تختلف استجابات الأشخاص لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فمنهم ما تظهر عليه أعراض الصدمة بعد عدة أسابيع أو أيام ومنهم من تظهر عليهم بعد أشهر ومنهم من تظهر عليهم بعد سنوات ومنهم من لا تظهر عليهم الأعراض كما سبق القول.

وأحيانا ما تظهر الأعراض بطريقة فجائية ومنهم من تظهر عليهم بطريقة تدريجية أو قد تظهر الأعراض وتختفي على مر الزمن.

وعلي العموم إذا استمرت الأعراض مدة أربعة أسابيع مسببة شدة أو قلقا يؤثر علي عمل الفرد أو حياته، فلا بد أن يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة ويجب عليه البحث عن العلاج.

3- أعراض ما بعد الصدمة إذا استمرت بعد 4 أسابيع

❖ استعادة الحدث الصادم reviviscence: ويكون ذلك عن طريق:

• الاستعادة المتكررة والمؤلمة للحدث الصادم

• الكوابيس الليلية المزعجة التي تدور حول الحدث الصادم

• شعور مفاجئ كما لو أن الحدث الصادم سوف يحدث مرة ثانية وهو ما يسمى

flash backs

• الشعور بالضيق والألم عند تذكر الحدث الصادم

• ردة فعل فسيولوجية عند تذكر الحدث الصادم، مثل دقات القلب السريعة،

التنفس بسرعة، تصلب بعض العضلات، تصيب العرق والدوخة والغثيان.

وهذه الأعراض قد تظهر في أي وقت كما يمكن أن تظهر عند تذكر أي شيء

يرتبط بالحدث الأصلي مثل كلمة أو صورة أو مقالة أو رائحة.

علي سبيل المثال إن سماع طلق ناري في الهواء قد يذكر بالحرب التي عاشها الفرد، أو رؤية تقرير عن الحوادث قد يرجع الشخص إلى الحادث الذي نجا منه.

❖ التجنب évitement :

وهنا يلجأ الشخص الذي تعرض إلي الحادث الصادم إلي تجنب أي شيء يذكر بالحادث لما يسبب الحدث من ألم نفسي. ويكون ذلك عن طريق:

- تجنب الأفكار والمشاعر المذكورة بالحادث الصادم
- تجنب الأنشطة والأماكن التي تذكر بالحادث الصادم
- فقدان الاهتمام بالفعاليات اليومية
- الشعور بالابتعاد عن الآخرين والغربة
- عدم تذكر جوانب هامة من الصدمة
- النظرة التشاؤمية للمستقبل.

❖ الإحساس بالخدر sentiment d'engourdissement :

وهذه طريقة أخرى لتجنب الأفكار المزعجة الناتجة عن الصدمة وفيها يجد الشخص صعوبة في التعبير عن مشاعره. ويكون ذلك عن طريق:

- عدم إظهار مشاعر إيجابية تجاه الأشخاص الآخرين
- الابتعاد عن العلاقات الاجتماعية
- إظهار عدم الاهتمام بأعمال كان يجبها ويهتم بها
- نسيان الحديث عن أجزاء مهمة من الصدمة أو عدم القدرة على الحديث عنها وهذا ما يسمى النسيان النفسي.

والحقيقة أن كثيرا من الباحثين يجمعون بين التجنب والخدر علي اعتبار أنهما عملية واحدة تهدف إلى حماية الإنسان من الألم النفسي الذي تسببه الصدمة.

❖ زيادة اليقظة hypervigilance

إن تعرض الفرد للصدمة قد يجعله يشعر علي الدوام أنه في خطر مما يقلل فرص الاسترخاء والتمتع بالحياة ويظهر ذلك في:

• الشعور المفاجئ بالغضب والتوتر

• صعوبة النوم والاستغراق فيه

• صعوبة التركيز

• عدم الشعور بالأمن والإحساس الدائم بأنه في خطر أو مهدد

• زيادة الاستجابة للمنبهات الخارجية

❖ أعراض أخرى:

إن نجاة شخص من حدث قتل قد يولد عنده إحساسا بالذنب من أنه عاش في حين أن الآخرين ماتوا - كما قد يولد عنده لوم الذات أو تأنيب الضمير من أنه لم يفعل شيئا لإنقاذ الآخرين، هذا بالإضافة إلي مشاعر الخجل واليأس والصراع- ومشاكل في المعدة وألم في الرأس ومشاكل في العمل والعلاقات الاجتماعية واللجوء إلى المخدرات أو العنف، الخ.

4- أعراض ضغط الصدمة عند الأطفال:

حين نسمع كلمة طفل فإن ذلك يُدكرنا بكل معاني البراءة والمرح واللعب والتلقائية والسرير الدافئ، والحاجة للرعاية والحماية والأمان في حضن الأم والأب، في بيئة تخلو من الأخطار، وحيث إن الطفل ليس لديه القدرات المعرفية الكافية لكي يستوعب الخبرات الصادمة ويعطيها معنى مفهوما. لذا يصبح هضم هذه الخبرات

صعباً، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، () عدم قدرة الطفل على التعبير اللفظي عن معاناته، ولذلك تحدث اضطرابات كثيرة في حياته، وغالباً ما تكون استجابة الأطفال مختلفة للصدمة أو الأحداث المؤلمة حيث يشعر الأطفال بـ:

-الخوف والقلق من أنهم سوف يفارقون ذويهم

-التبول الليلي ومص الإبهام

- صعوبة النوم والكوابيس المزعجة

- يسيطر على تفكيرهم وسلوكهم ذكريات ما حدث

- ضعف التركيز

- يصبح الطفل متوتراً وكثير الحركة ولا يطيع الأوامر

-يعانى من أعراض جسمية مثل الصداع وآلم المعدة دون سبب عضوي واضح

-سرعة الانفعال والعدوانية

قد لا نجد عملية استعادة الحدث بالشكل المألوف لدى الكبار وإنما نجد عملية تمثيل الحدث أثناء اللعب، أو نجد أحلاماً مفرجة لا يستطيع الطفل تذكر محتواها.

5- الاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة: عوامل الخطر:

يشعر معظم الناس الذين يتعرضون إلى الصدمات التي تهدد الحياة بالغضب والصدمة والقلق ومع ذلك ليس كل شخص يتطور أعراض الصدمة النفسية كما سبق القول، إلا أن هناك بعض عوامل الخطر التي تزيد من احتمال إصابة الشخص بها وهي:

- التجارب المريرة السابقة ولا سيما في المراحل المبكرة من الحياة

- وجود تاريخ مرض في الأسرة

-تاريخ الاعتداء البدني أو الجنسي

- تاريخ إساءة استعمال المخدرات

- درجة عالية من الإجهاد في الحياة اليومية

- الافتقار إلى الدعم بعد الصدمة

- الافتقار إلى المهارات والعلاقات الاجتماعية

وهنا يجب أن نلاحظ أن الصدمات التي تكون من فعل الإنسان كالاغتصاب والاعتداء والتعذيب تكون أكثر ضرراً من الصدمات الناتجة عن الحوادث والكوارث التي لا مفر منها.

وهنا قد يتبادر إلى الذهن أكثر من سؤال:

هل تكرار الخبرات الصادمة يؤدي إلى تراكم الخبرات الصدمية أم يقلل تأثيرها؟

تبين من خلال الدراسات أن تكرار الخبرات الصدمية يؤثر على البناء النفسي للأطفال وربما يمتد أثره إلى سنوات طويلة وقد يكون مؤذياً للطفل والآخرين، أما عن إيذائه لنفس الطفل فهو يرسب حالة من التوتر المستمر واضطراب النوم والاكتئاب ومشاعر الكره والعنف، وأما عن إيذائه للغير فذلك يرجع إلى إمكانية إطلاق دفعات الكره والغضب والعنف إلى المعتدي أو أي شخص يثير هذه المشاعر. في حين أن الكبار يتفادون في ذلك، فمنهم من يأخذ خبرة لمواجهة الأحداث الصدمية ومنهم من تسوء حالته وعلى العموم لا زال الموضوع في حاجة للبحث.

6- الحصول على مساعدة للاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة:

إذا كان الشخص يعتقد أنه أو أحد الأقارب قد يعاني من أعراض ما بعد الصدمة، فمن المهم طلب المساعدة وأول طريق هو التشخيص والعلاج.

ويمكن أن يكون عند طبيب العائلة - الأخصائي النفسي - الطبيب النفسي - المرشد النفسي - الاجتماعي.

وللأسف الشديد كثير من الناس لا يسعون إلى العلاج ظناً منهم أنهم يستطيعون التغلب على الصدمة، والآخر يتجمل مما قد يؤدي إلى سوء الحالة وتصبح فترة العلاج أطول وأصعب.

لماذا يجب أن نسعى للعلاج والمساعدة

يجب أن نسعى للعلاج والمساعدة لأن،

- العلاج المبكر أفضل وأسرع

- الأعراض يمكن أن تُغيّر حياة الفرد أو أسرته

- تأخر العلاج قد يُظهر مشاكل صحية أخرى

- الأعراض يمكن أن تؤثر على حياة الشخص العملية وعلاقاته الشخصية أو دراسته

- الإسراع في العلاج يمكن أن يحسن طريقة الفرد في التعامل مع المشاكل.

ومن المهم جداً أن اعتبار () البحث عن العلاج ليس علامة من علامات الضعف ولكنها طريقة للتغلب عليها.

كما من المهم أن نعتبر أن الصدمة النفسية جزء من الماضي وهذا في حد ذاته يعتبر أهم من التوجيه والدعم الذي يمكن أن تتلقاه من المعالج.

IV- العنف:

نلاحظ انتشار العنف في المدارس، من خلال الأجهزة السمعية البصرية، والندوات العلمية والأيام التحسيسية، سواء كان ممارساً من طرف المعلمين والهيئة التربوية، أم من طرف التلاميذ أنفسهم.

إذا بحثنا عن الأسباب، نجدها كثيرة ومتنوعة، سنذكر الأهم منها، حسب تجربتنا العيادية والعمل مع الأطفال المتمدرسين والمعلمين:

- تعبير عن استياء التلاميذ والمعلمين

- اكتظاظ الأقسام/ عدم التحكم / مشاكل الانضباط
- الصعوبة أو الإفتقار إلى التواصل/ الحوار
- صعوبة وكثافة البرامج/ ضيق الوقت
- إحباط نتيجة المنافسة
- إنهاك عملي لدى المعلمين
- عوامل اقتصادية متدهورة
- نقص في الوسائل المادية والبيداغوجية، إلخ.

ما يهمننا هو ربط العنف المتفشي في المدارس بأحداث العنف القصدي التي عاشتها الجزائر خلال أكثر من عشرية (1988-1999). أدى هذا السياق إلى تحولات سياسية وثقافية ودينية ومجتمعية، وسيكولوجية وحتى عالمية. لقد خلفت أعمال العنف أضراراً وصددمات نفسية على المستوى الفردي والمجتمعي والزمري والاقتصادي.

لقد مسّ العنف المقصود كل شرائح المجتمع الجزائري ولم يستثن المعلمين والتلاميذ حيث كانوا مستهدفين. فهناك من تمّ اغتيالهم، سواء داخل المدارس والثانويات، وهناك من تمّ اختطافهم، الأمر الذي زرع الرعب والخوف الشديدين في نفوس السكان عامة والأطفال خاصة. نتجت عن ذلك الجوّ المروع صدمات نفسية أثرت في السير العادي لكثير من الأشخاص في مختلف الأعمار.

إن جو اللأمن جعل المعلمين لا يؤدون مهتهم التعليمية وإلى فقدان الدافعية والرغبة في مواصلة مهنتهم، الأمر الذي يدفعهم إلى اللجوء إلى سوء معاملة التلاميذ، تعبيراً عن تدمرهم واستيائهم، ويُفسر هذا بتناذر التكرار الموجود عند ضحايا الصدمات النفسية. فهم يعيدون الصدمة الأصلية، بهدف التحكم في التجارب الصادمة، غير أنه يحدث العكس حيث تزداد الآلام شدة.

بالموازاة، الجوع العام لعدم الأمن والأحداث المروعة، جعلت الأطفال يشعرون بالخوف المستديم، ويظهر ذلك من خلال تكفلنا بالأطفال الذين تعرضوا، مباشرة أو غير مباشرة إلى أحداث العنف المكثف (سعدوني غديري، م.2011).

من بين أعراض الصدمة النفسية عند الأطفال، نذكر: رفض الرجوع إلى المدرسة، فوبيا مدرسية واجتماعية، مخاوف دائمة، لا سيما من الانفصال عن الأولياء، كوابيس وصراخ أثناء النوم، التبول اللاإرادي، عدم التركيز، النسيان، شرود الذهن، شبه تخلف عقلي، تأخر في النمو العقلي والوجداني، آلام جسمية مختلفة، مثل الصداع وآلام في البطن، غضب وسهولة في الاستثارة، الاندفاعية، عدائية، الخ.

تجعل هذه المشاكل التلاميذ غير قادرين على مواصلة الدراسة واللجوء إلى سلوكات غير مقبولة في المدرسة وخارجها.

أما أعراض الصدمة عند المراهقين، فيمكننا ذكر أهمها: بالإضافة إلى المظاهر الموجودة عند الأطفال، هناك أعراض أخرى، اضطرابات في تكوين الهوية، تعاطي المخدرات والكحول، اللجوء إلى سلوكات غير اجتماعية، اضطرابات في التعلم، العجز عن اكتساب المهارات الضرورية والبحث عن الهوية والاستقلالية ومواجهة الحياة، الشعور بمستقبل مسدود، الخ.

كما هو واضح، لا يستطيع المعلم أن يُدرّس ولا التلميذ أن يدرّس. فدخلا في الصدمة المزدوجة، وأصبح السلوك هو الأداة الوحيدة للتواصل.

يمكننا أن ننوه أنه يجب تكوين وتطوير العوامل الواقية، منها النفسية والاجتماعية في المدارس، من أجل مساعدة التلاميذ على المواجهة والإرجاعية، ووضع استراتيجيات لمساعدة ودعم المعلمين الذين يحتاجون تكويناً وتدريماً في الصدمات النفسية وعواقبها لاحقاً على السكان عامة، وعلى الأطفال خاصة، حتى يتمكنوا من الملاحظة والانتباه إلى التغيرات السلوكية والأداء المدرسي عند

التلاميذ، من أجل إحالتهم إلى نفسانيين. بالإضافة إلى هذين توفير الدعم النفسي والوجداني والمعنوي للمعلمين، بمنحهم القدرة والدافعية لمواجهة أداء المهام التعليمية-التربوية وتجنب الإنهاك المهني (سعدوني غديري، م.2010).

خاتمة

تبقى ظاهرة العنف في المؤسسات التربوية انشغال السلطات والمربين والنفسانيين، وجديرة بالاستعجال لإيجاد الحلول والمواجهة لتجنب تفاقم العنف أكثر مما هو عليه حالياً. ونقترح التفكير في جهاز متعدد الخدمات أين يتم التكفل بالمعلمين والتلاميذ والأولياء، بالإضافة إلى تظافر جهود المجتمع المدني والسلطات المعنية بتربية النشء.

المراجع

باللغة العربية:

سعدوني غديري، م.(2011)، مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف: ماذا بعد التكفل النفسي؟ عين مليلة، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.

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.

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.

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.

Friedman M., Keane T., Resick P.(2007). Handbook of PTSD: Science and Practice. New York, Guilford Publications Inc.

Herman J. (1992). Trauma and recovery. New York, Basic Books.

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

Sadlier K. (2006). Psychotraumatisme de l'enfant et approche thérapeutique, in Jehel L., Lopez G. et al. Psycho traumatologie, Paris, Dunod.

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.