

الصدمة النفسية: تطور المفهوم ووجهات النظر المعاصرة

د/نبيل مناني

أ/عبد الرحيم شادلي

جامعة بسكرة

الملخص :

Résumé :

Le facteur principal qui cause le traumatisme et les troubles post-traumatiques consiste à l'exposition des sujets à un évènement traumatique, mais les sujets exposés à un évènement traumatique ne reçoivent pas tous le trauma et les troubles post-traumatiques, certains d'entre eux subissent des troubles psychiques divers, tandis que d'autres résistent à cet évènement et dépassent ses effets sans répercussions pathogènes. D'ici les opinions divergent sur l'étiologie du traumatisme psychique et sur le rôle de l'évènement traumatique. Dans cet article nous essayons de suivre ces opinions explicatives de l'étiologie du traumatisme psychique et ses répercussions depuis le début de l'élaboration du concept jusqu'aux points de vue contemporaines qui le concernent. Pour atteindre ensuite à l'identification de l'approche théorique la plus appropriée pour aborder le concept du traumatisme psychique.

يتمثل العامل الرئيسي المسبب للصدمة وللاضطرابات ما بعد-الصدمية في التعرض لحادث صادم، إلا أن الأشخاص المتعرضين لحادث من هذا النوع لا يصابون كلهم بصدمة وباضطرابات ما بعد-صدمية، حيث يصاب بعضهم باضطرابات نفسية مختلفة بينما يقاوم بعضهم الآخر ذلك الحادث ويتجاوزون تأثيراته دون عواقب إمرضية. من هنا اختلفت الآراء حول منشأ الصدمة النفسية وحول الدور الذي يلعبه ذلك الحادث الصادم، ولذلك سنحاول في هذا المقال تتبع تلك الآراء المفسرة لمنشأ الصدمة النفسية ولعواقبها منذ بدايات صياغة المفهوم ووصولاً لوجهات النظر المعاصرة حوله، لنتوصل بعد ذلك إلى التعرف على المقاربة النظرية الأكثر ملاءمة لتناول مفهوم الصدمة النفسية.

مقدمة:

يعرف (Sillamy, 1999) الصدمة على أنها: "رضة عنيفة تؤدي إلى تحريض اضطرابات جسدية ونفسية" (،) والصدمة هي إصابة وتصدع داخل الكائن الحي، حيث يصف مصطلح الصدمة (traumatisme) الذي ينتمي في الأصل للاصطلاح الجراحي نتائج هذا التصدع داخل الكائن الحي بفعل تعرضه لعامل خارجي، وقياسا على ذلك فهو يصف التظاهرات التي تحدث على مستوى الجانب النفسي للفرد حينما يتعرض هذا الأخير لحادث مفاجئ وعنيف يهدد بشدة سلامته الجسدية والعقلية، ويسمى هذا الحادث بالحادث الصدمي).

ويهتم علم النفس المرضي بدراسة نتائج التعرض للأحداث الصدمية لأن أغلب الاضطرابات النفسية المعروفة في هذا العلم وفي الطب النفسي قد تتفجر في إطار التعرض لوضعيات صدمية، أي لأحداث تتجاوز القدرات الدفاعية (أو التوافقية) للفرد، كما هو الحال مثلا في الاكتئاب الاستجابي أو الذهان الاستجابي الوجداني، وبالإضافة لذلك هنالك نوع خاص من الاضطرابات النفسية التي يفسر منشؤها وأعراضها بردها أساسا إلى التعرض لحادث صدمي، وهذه الاضطرابات معروفة في علم النفس المرضي والطب النفسي تحت مسميات: "الاضطرابات ما بعد-الصدمة" أو "المتلازمات الصدمية النفسية".

والمتلازمات الصدمية النفسية هي اضطرابات يلعب فيها حادث يمكن تحديده بوضوح دور العامل الأساسي المفجر: فبدون هذا الحادث لا يمكن للاضطراب أن يحدث (،) وبهذا المعنى يتمثل إذن العامل الأساسي المسبب للصدمة والمفجر لأعراض الاضطرابات المرتبطة بها في التعرض لـ "حادث صدمي"، فإلى أي مدى تصدق هذه الفرضية؟

في الواقع تختلف عادة استجابات الأفراد بعد التعرض لحادث من هذا النوع، حيث لا يصاب كل الافراد المتعرضين لنفس الحادث الصدمي بصدمة و بإضطرابات ما بعد-صدمية، ففي حين تصاب فئة منهم فعلا بصدمة و بإضطرابات ما بعد-صدمية (كاضطراب الضغط الحاد، اضطراب ضغط ما بعد-الصدمة... إلخ)، تصاب فئة أخرى بإضطرابات نفسية أخرى (إكتئاب إستجابي، أعصاب متنوعة... إلخ)، وفي الجهة المقابلة لا تصاب فئة ثالثة بأي اضطرابات، حيث يقاوم أفرادها تأثيرات الحادث ويسترجعون توازنهم. فإن كان

الحادث الصدمي هو العامل الأساسي المسبب للصدمة وللاضطرابات المرتبطة بها: لماذا تختلف استجابات الأفراد بعد التعرض له؟ لماذا يقاومه بعضهم ويتجاوزون تأثيراته دون عواقب مرضية؟ ، وهل ترتبط عملية إصابة الفرد بصدمة وتطويره لأعراض اضطرابات ما بعد-صدمة ونفسية بمجرد تعرضه فقط للحادث الصدمي ؟

إنطلاقاً من هذه الإشكالية(المرتبطة باختلاف إستجابات الأفراد بعد التعرض للحادث الصدمي) اختلفت الآراء حول مفهوم الصدمة النفسية(منشؤها و عواقبها) ، و حول أهمية الدور الذي يلعبه الحادث الصدمي ، ومن أجل الإحاطة بالمعارف المتوفرة حول ذلك كله سنحاول في هذا المقال تتبع تلك الآراء والأطروحات المفسرة لمنشأ الصدمة النفسية ولعواقبها منذ بدايات صياغة المفهوم ووصولاً لوجهات النظر المعاصرة حوله، وذلك بهدف التعرف على المقاربة النظرية الأنسب لتناول هذا المفهوم كما يلي:

1. تطور المفهوم:

ابتكر مصطلح الصدمة النفسية وتمت صياغته في علم النفس المرضي في نهاية القرن التاسع عشر من طرف الطبيب النفسي الألماني هيرمان أوبنهايم (Hermann oppenheim) ، وذلك بمناسبة العواقب النفسية لحوادث المرور حيث كان أوبنهايم منحازاً للطرح المرتبط بالمنشأ النفسي، والذي يؤكد بأن الهلع هو المحرض للارتجاج النفسي أو العاطفي، أما على المستوى الاكلينيكي فقد وصف أوبنهايم بعض الأعراض التي أصبحت عناصر خاصة بالأعصاب الصدمية: كوابيس أو اضطرابات النوم المتكررة، نوبات الحصر كاستجابة لكل ما يذكر بالحادث، تهيج وحساسية مفرطة للمنبهات الخارجية) ، ولقد أثار هذا الطرح معارضة العالم Charcot الذي لم يرى في هذه الآثار سوى نوع خاص من أنواع الهستيريا أو ربما من أنواع الهستيريا-النوراستينيا) .

وقد كانت سنة 1889 محطة هامة لإدخال مصطلح الصدمة النفسية للعالم العلمي، ففي جوان من نفس السنة عرض بيار جانيه (Pierre Janet) أطروحته للدكتوراه والآداب حول الآلية النفسية) ، كما اقترح نظرية مفسرة للعصاب الصدمي، فبالنسبة له يعتبر "تفكك الوعي" (la désagrégation de la conscience) السمة الرئيسية المميزة للمرضى المصدومين، فهؤلاء غير قادرين على الانفصال عن الذكرى المرتبطة بصدمتهم، والتي تبدو خاصة، ما قبل شعورية، وغير قابلة للتحويل لفكرة، كما اطلق جانيه على تذكر الأحاسيس، الصور والمحن المعاشة اسم "الفكرة الثابتة" (l'idée fixe) () ، وعندما عرض

جانيه أطروحته تلك قام سيغموند فرويد (Sigmund Freud) - الذي كان مشغولا في تلك الفترة بعلاج الهستيريا- بصياغة نظريته الأولى حول الصدمة النفسية وحول أصل الهستيريا. وافترض فرويد (Freud) في المحور الأول أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية وتنتج عن الإغواء⁽¹⁾، ورأى أن تلك الصدمة تحدث عبر مرحلتين: تسمى الأولى بـ "الحادث المبكر" (coup) والمتمثل في حادث إغواء طفل غير ناضج من طرف شخص راشد، أما الثانية فتسمى بـ "الحادث البعدي" (après-coup) وهو الحادث المفجر الذي يأتي في مراحل لاحقة ليعيد تنشيط الآثار الذكورية المرتبطة بحادث الإغواء المبكر، وقد تراجع فرويد عن نظرية الإغواء هذه -التي تسمى أيضا بالنوروتيك- ليفترض فيما بعد أنه ليس من الضروري أن يكون حادث الإغواء المبكر قد وقع فعلا ، وأن ذلك الحادث قد يكون هوميا (fantasmatique)، وقد أثار هذا التراجع فيما بعد صراعا بين فرويد و فرنرتزي (ferenczi) حول واقعية الحادث الصدمي المبكر و الخارجي، وذلك لأن فرنرتزي أعاد إحياء نظرية النوروتيك بعد سنوات طويلة من تخلي فرويد عنها، ليعتبر أن ذلك الحادث الصدمي المبكر و الخارجي هو حادث حقيقي وقع فعلا في الماضي، وبالرغم من ذلك فإمكاننا أن نلاحظ هنا أن الحادث المبكر -سواء كان واقعا أو هوميا- فإنه لا يكون صدميا إلا من خلال آثاره الذكورية (réminiscences) التي يعاد تنشيطها وإحيائها إثر التعرض لحادث بعدي.

في القرن العشرين أعطت الصراعات المسلحة الفرصة للأطباء النفسيين العسكريين لتعميق الدراسة الإكلينيكية حول الصدمات النفسية، حيث صاغ هونيغمان (Honigmann) سنة 1907 مصطلح "عصاب الحرب" (névrose de guerre)، وذلك بمناسبة الاضطرابات العصابية (الهستيريا، النوراستينيا وتوهم المرض) الملاحظة لدى الضباط الروسين المشتركين في الصراع الروسي-الياباني سنة 1904، وفي خلال الحرب العالمية الأولى تم وصف "صدمة القصف" (shell-shock) التي تم فهمها أساسا من طرف أطباء عسكريين بريطانيين على أنها ناتجة عن رضة دماغية ، ليتم ربطها سريعا بالهستيريا⁽²⁾، وقد كانت الحرب العالمية الأولى مناسبة لاهتمام الأوروبيين بعصاب الحرب أو بالعصاب الصدمي الناجم عن الحرب بصورة أدق، ولقد عرف هذا العصاب اهتمام متزايدا من قبل الباحثين الأوروبيين إبان الحرب العالمية الثانية⁽³⁾، ففي إنجلترا تم وصف "ردود الفعل المؤجلة للمعركة" والتي تتظاهر بعد وقت كمون، وبالموازاة مع ذلك كانت

الاضطرابات ما بعد الصدمية متواترة وشائعة في الولايات المتحدة الأمريكية، أين كانت تبذل جهود معتبرة لانقضاء المقاتلين بإقصاء الأفراد الذين يعانون من هشاشة نفسية⁽⁴⁾.

وهكذا لفتت الحروب التي طبعت النصف الأول من القرن العشرين الانتباه من جديد للأعصبة الصدمية وأحيت التناولات النظرية المرتبطة بها⁽⁵⁾، حيث يتعلق الأمر هنا بالنقاشات التي دارت حول أعصبة الحرب وحول منشئها والتي كانت موضوع الملتقى العالمي الخامس للتحليل النفسي الذي انعقد ببودابست (Budapest) يومي 28 و 29 سبتمبر 1918، وكانت ثمرة تلك النقاشات التي دارت بين فرويد وتلاميذه (فرننزي، أبراهام، سيمبل، و جونز) صدور كتاب "مدخل إلى التحليل النفسي لأعصبة الحرب" سنة 1919، لينشر فرويد سنة 1920 كتابه الشهير "ما فوق مبدأ اللذة" (أين قال - ولأول مرة- بوجود كل من قهر التكرار وغريزة الموت، وأين صاغ نظريته الثانية حول الصدمة النفسية بمفهومها الاقتصادي، حيث رأى أن الحادث الصادم (بسبب عنفه وفجائيته) يخلق صاد الإثارات (pare-excitation)، لتتسرب كميات كبيرة من المثيرات لداخل الجهاز النفسي، وهكذا يعجز الأنا الذي فاجأه الحادث عن التحكم في تلك المثيرات أو تصريفها، ففي حالة الصدمة -حسب رأي فرويد- يواجه الأنا الهلع بدلا من القلق، لأن الحادث يلغي وظيفة إشارة القلق التي يطلقها الأنا عادة لتحريك دفاعاته من أجل مواجهة الأخطار الداخلية والخارجية، ليصوغ فرويد بعد ذلك نظريته الأخيرة حول الصدمة النفسية سنة 1939 في كتابه "موسى والتوحيد" ()، أين رأى هذه المرة أن الصدمات هي عبارة عن أحداث وانطباعات ذات صفة جنسية أو عدوانية، وأنها كذلك جروح نرجسية، وأنها تحدث في زمن الطفولة الأولى وحتى سن الخامسة، وأنه يتم نسيانها تماما بعد ذلك، كما رأى أنه ينتج إثر الإصابة بمثل تلك الصدمات نوعان من النتائج: موجبة وسالبة، فالنتائج الموجبة هي محاولات لإعادة استثمار الصدمة وإحياء ذكرى الحادث المنسي، ويطلق عليها فرويد اسم "تثبيت الصدمة" أو "آليات التكرار"، أما النتائج السالبة فهي محاولات تهدف لإبعاد ذكريات الصدمة المنسية عن الذاكرة، ويطلق عليها فرويد اسم "ردود الفعل الدفاعية"، وأما أعراض العصاب فهي كما يقول فرويد: "بمثابة تسويات تشارك فيها جميع الميول السلبية أو الإيجابية الناجمة عن الرضات، وهكذا تكون الغلبة تارة لهذا العامل وطورا لذاك" () .

بعد نهاية الحرب العالمية الثانية عمل الأطباء النفسيون العسكريون الأمريكيون وخاصة في فيتنام على تأسيس مراكز متقدمة للتدخل المبكر () ، وفي ماي 1972 دق

الطبيب والمحلل النفسي شاتان (Shatan) ناقوس الخطر من خلال عمله على تعريف كل من المختصين في الصحة العقلية والجمهور العريض بالتواجد والتواتر الكبير لـ "متلازمات ما بعد-حرب الفيتنام" (،ومع الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الثالثة (DSM- III) ظهر سنة 1980 "اضطراب ضغط ما بعد-الصدمة" (PTSD) أو "حالة ضغط ما بعد-الصدمة" (ESPT)، ليقدم ذلك الدليل في طبعته المراجعة (DSM-III-R) سنة 1987 معايير أكثر دقة وصرامة، حيث تم التأكيد على منشأ الصدمة والمتمثل في حادث غير مألوف من شأنه أن يحدث حالة كرب (détresse) لدى أغلب الأفراد، كما تم التأكيد أيضا على ضرورة ربط أعراض التكرار، التجنب أو الانفصال، وفراط الاستثارة العصبية، هذه هي الخصائص الأساسية (، وأخيرا ومن جهتها وصفت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها العاشر للأمراض (ICD 10) سنة 1992 ثلاث وحدات إكلينيكية خاصة بالاضطرابات ما بعد-الصدمة وهي: "رد الفعل الحاد لعامل ضغط"، "حالة ضغط ما بعد-الصدمة"، و"التغير المزمن للشخصية عقب خبرة كارثية".

2. وجهات النظر المعاصرة:

ظهرت على مستوى كل من (DSM-IV (1994 و(DSM-IV-TR (2000 وحدة ثانية وهي: اضطراب الضغط الحاد، كما فضل هذا التصنيف الوصفي مصطلح اضطراب (trouble) من حيث كونه أكثر ملاءمة من مصطلح حالة (état) ،وذلك على حساب مصطلح عصاب (névrose)، واستبدل مصطلح صدمة (traumatisme) بمصطلح الضغط (stress) ،مما دفع بأغلب المؤلفين الأوروبيين الذين دققوا في الجدول العيادي الخاص بالمتلازمات الصدمية-النفسية لأن يلحّو على ضرورة التمييز بين الضغط والصدمة (، ومن هنا ظهر للسطح اتجاهان سيكاتريان يتفقان على أهمية الدور المركزي الذي يلعبه كل من الحادث الصادم والاستجابة الانفعالية أثناء التعرض له، إلا أنهما يختلفان بعد ذلك حول التفاصيل.

يتجسد الاتجاه الأول -الأنجلوسكسوني- في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM) الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية، حيث قامت DSM باستبعاد مصطلح العصاب (والعصاب الصدمي) ، واقترحت مصطلح "الضغط" وهو مصطلح صاغه هانز سيلبي (Hans selye) سنة 1936 ليصف به استجابة الكائن الحي عندما يتواجد في وضعية اعتداء أو تهديد تخل بتوازنه ، لتسمح له تلك الاستجابة بتعبئة

دفاعاته في مواجهة الوضعية المهتدة، وانطلاقا من هنا قامت DSM - كما ذكرنا سابقا- بوصف اضطراب ضغط ما بعد-الصدمة في طبعها الثالثة (DSM-III)، كما قامت بتدقيق معايير تشخيصه في طبعها الثالثة المراجعة (DSM-III-R)، وأضافت في كل من طبعها الرابعة (DSM-IV) وطبعها الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR) وحدة جديدة: اضطراب الضغط الحاد، ليتم التأكيد في المعيار (A) من (DSM-IV-TR) على منشأ الصدمة والمتمثل في تعرض الشخص لحادث صادم مع توفر شرطين وهما: أن يكون ذلك الشخص قد خبر أو شهد أو واجه حادث أو حوادث تضمنت موتا فعليا أو تهديدا بالموت أو أذى خطير أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين، وأن تكون استجابته قد تضمنت الخوف الشديد أو العجز أو الترويع.

في الجهة المقابلة دفع كل من الوفاء للتقاليد الاكلينيكية الأوروبية والحاجة لنمط من التفكير يستجيب أكثر لمادة علم النفس المرضي بمؤلفين فرنسيين، بلجكيين، سويسريين وهولنديين إلى شطب مصطلح "ضغط ما بعد-الصدمة" وتطبيقاته النظرية، وإلى النهوض بالمصطلح السيكيوباتولوجي المتمثل في "الصدمة" وذلك في مقابل المصطلح البيوفيزيولوجي المتمثل في "الضغط" (، ومنذ بداية التسعينيات (1990) عمل مجموعة من الشباب وهم أطباء نفسيون عسكريون على رأسهم كل من البروفيسوران لوبيقو (Lebigot) وبغيبول (Briole) على عرض اصطلاح مستوحى أساسا من التحليل النفسي اللاكاني، كما تجاوز هؤلاء وجهة النظر الاقتصادية المرتبطة بالمخطط الفرويدي، وأدمجوا وطوروا كلا من مقولات البروفيسور لويس كروك (Louis crocq) ومكتسبات كلود بارواز (Claude barrois) حول العدم المطلق (le néant absolu) مؤسسين بذلك جسرا يربط بين التحليل النفسي والفينومينولوجيا (.

من هنا شكلت وجهات نظر هؤلاء الأطباء النفسيين العسكريين اتجاها سيكاتريا آخر تجسد في وجهة نظر المدرسة السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية، التي اعترضت على استخدام الـ DSM (والاتجاه الأنجلوسكسوني) لمصطلح "الضغط"، فما يحدث صدمة من وجهة النظر الفرانكوفونية تلك ليس الضغط وإنما الهلع، والهلع (l'effroi) يتجاوز كلا من الخوف (la peur) والقلق (l'angoisse) والضغط (stress)، كما أن عنف الحادث ومفاجأته للشخص لايتركان أي مجال للخوف والقلق، ولا للضغط وتعبئة الدفاعات.

بالإضافة لذلك وعلى مستوى المعاش النفسي للشخص أثناء تعرضه للحادث ، فقد رأت المدرسة السيكاترية الفرانكوفونية أن الأمر لا يتعلق (كما قالت الـ DSM) بـ "تهديد الموت" الناجم عن خطورة الحادث، وإنما يتعلق الأمر - حسب رأيها - بالكيفية التي يتلقى بها الشخص الحادث، والتي تتجسد حسب (De clercq et Lebigot, 2001) () في التقاء ذلك الشخص أثناء تعرضه للحادث مع "عينية الموت" (réel de la mort)، فالصدمة حسب رأي (Crocq) ليست فقط تحطم، اكتساح وتفكك للوعي، فهي أيضا إنكار لكل ما هو قيمة ومعنى، وهي خاصة رؤية للعدم المطلق، وهي حسب رأي (Barrois): انقطاع للعلاقات مع العالم، مجابهة مع لا تمثلية الموت، اكتساح من طرف قلق الفناء، تحطيم لوحدة الفرد وتعطيل للمعنى، وقد دقق (Damiani, 1997) في تلك اللحظة المرتبطة بالهلع وبعدم تواجد أي تمثّل، فحسب رأيه: "ندخل مع الصدمة في المجال المروع المرتبط باللاتمثّل، أي بالهلع والرعب، أين يحدث عنف المواجهة مع العيني ذهولا حقيقيا للأنا، ينهار الفرد، ويتعرض لخطر الانعدام" () .

نجم عن تلك الاختلافات في استخدام المصطلحات بين كل من الاتجاه الانجلوسكسوني والفرانكوفوني اختلافات أخرى على المستوى الإكلينيكي، حيث رأى (Crocq) أن مصطلح الضغط يتلاءم فقط مع المرحلة الآتية التي تحدث في خلالها استجابة مباشرة للحادث، كما رأى أن أهم مرحلة من الناحية الإكلينيكية هي المرحلة ما بعد- الآتية ، والتي يتم في خلالها إما خمود الضغط وإما استقرار علامات الإصابة بصدمة مزمنة، وحسب رأي (De clercq et Lebigot) فقد تتخذ المواجهة مع حادث خطير شكلين قريبين جدا من بعضهما، لكن تأثيراتهما الإكلينيكية مختلفة جدا، ويتمثل هذان الشكلان في:

أ-المجابهة مع تهديد الموت أو خطر الموت: والتي من شأنها أن تحرض ردود فعل للضغط والقلق ولكنها لا تحرض بالضرورة صدمة نفسية.

ب-الالتقاء العيني مع الموت: وهذا الالتقاء يتعلق في أغلب الأحيان بصدمة نفسية يظهر تأثيرها على الشخص عبر مرحلتين، حيث ترتبط المرحلة الأولى بالالتقاء العيني مع الموت (والذي يكون مرفوقا بالهلع وليس بالقلق أو الضغط) ، وقد تظهر بعد ذلك ردود فعل للقلق والضغط ، أما المرحلة الثانية فترتبط بقدوم متلازمة التكرار الصدمية مما يؤكد واقعية الصدمة.

والى هنا نلاحظ أننا لو أعدنا النظر في عملية إصابة الأفراد بصدمة وباضطرابات ما بعد-صدمية (بعد تعرضهم للحادث الصدمي) لوجدنا أن النقاش حول دور الحادث قد كان مفتوحا منذ بدايات صياغة المفهوم ووصولاً لوجهات النظر المعاصرة حوله، فمنذ أن صاغ أوبنهايم مصطلح الصدمة النفسية وربط أعراض العصاب الصدمي بالحادث وبالهلع الذي يكون ذلك الحادث مصحوبا به، إعترض عليه شاركو ليربط تلك الأعراض بالهستيريا وبالنوراستينييا (أي باستعداد مسبق للشخصية)، وهذا يعني أن الحادث لا يلعب -حسب رأي شاركو- سوى دور المفجر لذلك الاستعداد المسبق، ليركز بعد ذلك كل من جانبيه و فرويد على دور الجانب النفسي الداخلي من خلال توضيحهما للدور الأساسي الذي تلعبه الذكريات الصدمية في علاقتها مع الحادث الصادم، كما تم وصف العديد من الوحدات الإكلينيكية المرتبطة بالاضطرابات ما بعد-الصدمة أثناء الحروب التي تخللت القرن العشرين، ليتم فهم أعراضها على أنها مرتبطة أحيانا بالهستيريا، وأحيانا أخرى ناتجة عن رضة دماغية، وأخيرا ركزت المدارس السيكاثرية المعاصرة بدورها على العديد من العوامل: مواصفات الحادث (خطورته، عنفه، فجائيته... إلخ)، استجابة الفرد الانفعالية ومعايشه النفسي أثناء تعرضه للحادث (الخوف، العجز، الهلع، تهديد الحياة، مواجهة عينية الموت... إلخ)، ومن هنا يبدو أنه بالإضافة للتعرض للحادث الصادم، هنالك العديد من العوامل الأخرى التي تتدخل لتتحكم في عملية إصابة الأفراد بصدمة وباضطرابات ما بعد-صدمية، فما هي الطريقة الأنسب لدراسة عملية تدخل تلك العوامل ومساهمتها في إصابة الأفراد بصدمة إثر تعرضهم للحادث؟ وما الذي يجعل بعض الأفراد الآخرين يقاومون ذلك الحادث ويتجاوزونه دون أن يصابوا بأي صدمة؟

3. مفهوم الصدمة النفسية في إطار سياقات الجروحية/الرجوعية(أو الجلد)، وعوامل الخطر/الحماية:

تعالج الأدبيات المتخصصة في علم النفس المرضي والإكلينيكي مفهوم الصدمة النفسية عادة في إطار تدخل العديد من العوامل السابقة والمرافقة واللاحقة للحادث الصادم، حيث ينسب لتلك العوامل (كالتاريخ الشخصي، الحالة الجسمية والنفسية أثناء التعرض للحادث، الدعم الاجتماعي... إلخ) دور التدخل والتأثير على تطوير الأفراد لصدمة أو مقاومتهم لها، ومن هنا تفهم اليوم عملية إصابة الأفراد بصدمة و اضطرابات أو مقاومتهم لتلك الصدمة وعدم تطوير أي اضطرابات في إطار مصطلحات أساسية وهي: الجروحية،

الخطر وعوامل الخطر، الرجوعية(أو الجلد)، الحماية وعوامل الحماية.

ويتمثل الخطر حسب رأي (Ionescu et Blanchet, 2006) (في مجيء "حادث" في مرحلة معينة قد يؤدي للإصابة بالاضطراب، أما الجروحية (vulnérabilité) فهي تعبر عن تميز الشخص ببنية هشة مع قدرات ضئيلة على المقاومة وحساسية للمواجهة، وهناك العديد من عوامل الخطر التي تسمح باعتبار الشخص على أنه معرض للخطر، من بينها محن وأخطار محيطية أو حتى خصائص فطرية وراثية، وفي مقابل ذلك تعبر الحماية عن مجموعة العوامل التي تسمح بتهدئة وتعديل إمكانية إصابة الفرد باضطراب إذا ما كان معرضا للخطر، وتتمثل عوامل الحماية في مساهمات الأفراد، المحيط والوضعيات التي تمكن الفرد من مقاومة الاضطراب، أما الرجوعية -أو الجلد- (résilience) فهي تعبر عن ذلك السياق الذي يحتوي على التفاعلات فرد-محيط، وعوامل الحماية (الفردية، العائلية والمحيطية)، حيث تؤدي تلك التفاعلات لتعديل احتمال إصابة الفرد باضطراب إذا ما كان معرضا للخطر.

وحسب هذا الطرح فقد يتعرض الشخص للخطر (أي للحدث) ويكون حساسا (vulnérable) فلا يستطيع مواجهته، وتتدخل عوامل الخطر لتزيد من احتمال إصابته بالصدمة وبالاضطرابات ما بعد- الصدمة والنفسية، وفي مقابل ذلك فقد يتعرض الشخص للخطر (أو للحدث) ويكون إرجاعيا (résilient) فيستطيع مواجهته، وتتدخل عوامل الحماية لتقلل من احتمال إصابته بالصدمة وبالاضطرابات ما بعد-الصدمة والنفسية.

ويرى (Ionescu et Blanchet) أن كلا من عوامل الخطر والحماية تنتمي لنفس المجالات (الفردية، العائلية والمحيطية)، وأن عوامل الخطر ليست معاكسا لعوامل الحماية، لأن العامل لا يكتسب صفة الحماية أو الخطر من حيث طبيعته بل من حيث شدته وكيفية تفاعله مع العوامل الأخرى، ومن هنا اقترح (Ionescu et Blanchet) أن يتم فهم عملية تدخل كل من عوامل الخطر والحماية ومساهمتهما في تعريض الأفراد لخطر الإصابة بصدمة وياضطرابات- أو حمايتهم من تلك الإصابة- في سياق تفاعلي، وفي ضوء المقاربة النسقية الأيكولوجية، وينطبق ذلك أيضا على كل من الجروحية و الرجوعية(أو الجلد) باعتبارها سياقات تحتوي على التفاعلات فرد-محيط.

والمنظور النسقي الأيكولوجي بمفاهيمه وفروضه يهتم بالتفاعل بين نسق الفرد أو الأسرة أو الجماعة وبين أنساق المجتمع الأكبر⁽⁶⁾، حيث يرى (Ionescu, 2006) (7) - في إطار حديثه عن تطبيقات المقاربة النسقية الأيكولوجية في علم النفس المرضي- أن الاكليينكيين قد اهتموا منذ انطلاقتهم بتوجيهين أساسيين وهما: "الفردانية" (Personnalisme) و"الموقفية" (Situationnisme)، حيث يركز الإكليينكي في الحالة الأولى على الفرد والعوامل الشخصية، بينما يوجه إهتمامه في الحالة الثانية إلى المحيط والعوامل الموقفية، وبالتالي أدى التركيب بين هتين النظريتين إلى قدوم التفاعلية (l'interactionnisme)، التي تسعى إلى دمج كل من إسهامات الفرد والموقف من خلال الاهتمام بعنصر ثالث وهو: التفاعل بينهما، ويدل ذلك حسب رأي (Ionescu) على المرور من الشروحات السببية الخطية وحيدة الاتجاه من نوع "سبب-نتيجة" إلى نموذج شرحي متعدد الأسباب وثنائي الإتجاه، ومن هذا المنظور تعتبر المقاربة النسقية الأيكولوجية حسب رأي (Ionescu et Blanchet)⁽⁸⁾ مقارنة دمجية، تفاعلية، ودينامية.

من هنا نلاحظ إذن أن المقاربة النسقية الأيكولوجية تسمح بالإحاطة بجميع العوامل (الفردية، العائلية والمحيطية) التي تتدخل في عملية إصابة الأفراد بصدمة وياضطرابات- أو مقاومتهم لها- بعد التعرض للحادث، كما تسمح تلك المقاربة أيضا بتناول تأثيرات تلك العوامل في سياق تفاعلي ودينامي، ولا شك أن منظورا كهذا سيسمح من جهة بتعميق فهمنا لعملية إصابة الأفراد بصدمة أو مقاومتهم لها بعد التعرض للحادث، كما سيسمح من جهة أخرى بتوضيح دور أهم العوامل المشاركة في تلك العملية ووضع فرضيات حول العلاقات المتبادلة بينها.

خاتمة:

تعددت الآراء والأطروحات المفسرة لمنشأ الصدمة النفسية وعواقبها منذ بدايات صياغة المفهوم ووصولاً لوجهات النظر المعاصرة حوله، كما اختلفت تلك الآراء حول دور الحادث الصدمي من حيث كونه العامل الأساسي المسبب للصدمة وللاضطرابات المرتبطة بها، حيث ركزت بعض الآراء على مواصفات الحادث والاستجابة الانفعالية أثناء التعرض له ، لتمنح لذلك الحادث دوراً أساسياً، بينما ركزت آراء أخرى على دور الاستعداد المسبق والجانب النفسي الداخلي لتمنح لذلك الحادث دوراً ثانوياً.

من هنا برزت الحاجة إلى دراسة مجموعة العوامل التي تتدخل في عملية إصابة الأفراد بصدمة وباضطرابات- أو حمايتهم منها- بعد التعرض للحادث الصدمي، وأصبح يتم فهم تلك العملية في إطار مصطلحات أساسية وهي: الجرحية، الخطر وعوامل الخطر، الرجوعية(أو الجلد)، الحماية وعوامل الحماية.

ولأن كلا من الجرحية والرجوعية(أو الجلد) هي سياقات تحتوي على التفاعلات فرد-محيط، كما أن كلا من عوامل الخطر والحماية تنتمي لنفس المجالات (الفردية، العائلية والمحيطية)، فقد نصح (Ionescu et Blanchet) بأن يتم جمع تلك العوامل وفهم عملية تدخلها ومساهمتها في تعريض الأفراد لخطر الإصابة بصدمة- أو حمايتهم منها- في سياق تفاعلي ، وفي ضوء المقاربة النسقية الأيكولوجية.

وقد ساعدت تطبيقات المقاربة النسقية الأيكولوجية في علم النفس المرضي على المرور من تفسيرات سببية خطية وحيدة الاتجاه من نوع "سبب-نتيجة" (أو "حادث صدمي-صدمة") إلى تفسيرات متعددة الأسباب وثنائية الاتجاه، ومن هذا المنظور تسمح المقاربة النسقية الأيكولوجية بالإحاطة بجميع العوامل (الفردية، العائلية والمحيطية) التي تتدخل في عملية إصابة الأفراد بصدمة وباضطرابات- أو مقاومتهم لذلك كله- بعد التعرض للحادث، كما تسمح أيضاً بدراسة التأثيرات المتبادلة بين تلك العوامل في سياق تفاعلي ودينامي.

وبالتالي فإن تناول مفهوم الصدمة النفسية من وجهة النظر النسقية الأيكولوجية سيسمح بدراسة الدور الذي يلعبه الحادث الصادم في علاقته مع مجموعة العوامل الأخرى ، والتي تتفاعل فيما بينها بطريقة تؤدي للإصابة بالصدمة أو مقاومتها، كما سيسمح ذلك أيضاً بتحديد أهمية كل عامل من تلك العوامل تبعاً لوزنه ونمط تأثيره، وبوضع فرضيات حول العلاقات المتبادلة بينها.

الهوامش :

(1) Norbert sillamy : **Dictionnaire de psychologie**, Larousse, Paris, 1999, P269.

²Gilbert vila, Luc M. porche, Marie C. Mouren- siméoni : **L'enfant victime d'agression : état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent**, Masson, Paris, 1999, p11.

³ Serban ionescu, Alain blanchet : **Psychologie clinique et psychopathologie**, Presses universitaires de France, Paris, 2006, P129.

⁴ Dalila samai-haddadi : **Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques**, Office des publications universitaires, Alger, 2010, P19.

⁶ محمد أحمد النابلسي: **الصدمة النفسية: علم نفس الحروب والكوارث**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1991، ص ص 17-18.

⁷ Michel de clerq, François lebigot : **Les traumatismes psychiques**, Masson, Paris, 2001, P30.

⁸ Dalila samai-haddadi, OP.CIT, P20.

⁹ عبد الرحمان سي موسي، رضوان زقار : **الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق: نظرة الاختبارات الإسقاطية**، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة، الجزائر، 2002، ط 1، ص 63.

¹⁰ Gilbert vila, Luc M. porche, Marie C. Mouren- siméoni, OP.CIT, P13.

¹¹ محمد أحمد النابلسي: مرجع سابق، ص 32.

¹²Gilbert vila, Luc M. porche, Marie C. Mouren- siméoni, OP.CIT, P14.

¹³ Michel de clerq, François lebigot, OP.CIT, P32.

¹⁴ Demaegd christophe : « l'embarras du travail dans l'étiologie psychanalytique des névroses de guerre », **l'information psychiatrique**, vol.89, N°8, (octobre) 2013, P652.

¹⁵ سيغmond فرويد: **ما فوق مبدأ اللذة**، ترجمة: إسحاق رمزي، دار المعارف، القاهرة، 1994، ط.5.

¹⁶ سيغmond فرويد: **موسى والتوحيد**، ترجمة: جورج طرابيشي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1986، ط.4.

¹⁷ المصدر نفسه، ص 107.

¹⁸ Gilbert vila, Luc M. porche, Marie C. Mouren- siméoni, OP.CIT, P14.

¹⁹ Michel de clerq, François lebigot, OP.CIT, P42.

- ²⁰ Gilbert vila, Luc M. porche, Marie C. Mouren- siméoni, OP.CIT, PP 14-15.
- ²¹ Julien-daniel guelfi, Frédéric rouillon : **Manuel de psychiatrie**, Elsevier masson, Paris, 2012, 2^e éd, P234.
- ²² Michel de clerq, François lebigot, OP.CIT, P55
- ²³ Dalila samai-haddadi, OP.CIT, P29.
- ²⁴ Michel de clerq, François lebigot, OP.CIT
- ²⁵ (Ibid), P16.
- ²⁶ Serban ionescu, Alain blanchet, OP.CIT
- ²⁷ حسين حسن سليمان، هشام سيد عبد المجيد، منى جمعة البحر: **الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة**، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2005، ط1، ص50.
- ²⁸ Serban ionescu : **14 approches de la psychopathologie**, Armand colin, France, 2006.
- ²⁹ Serban ionescu, Alain blanchet, OP.CIT
- ³⁰ عبد الرحمان سي موسي، رضوان زقار : **الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق : نظرة الاختبارات الإسقاطية**، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة، الجزائر، 2002، ط 1، ص 63.
- ³¹ Gilbert vila, Luc M. porche, Marie C. Mouren- siméoni, OP.CIT, P13.
- ³² محمد أحمد النابلسي: مرجع سابق، ص 32.
- ³³ Gilbert vila, Luc M. porche, Marie C. Mouren- siméoni, OP.CIT, P14.
- ³⁴ Michel de clerq, François lebigot, OP.CIT, P32.
- ³⁵ حسين حسن سليمان، هشام سيد عبد المجيد، منى جمعة البحر: **الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة**، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2005، ط1، ص50.
- ³⁶ Serban ionescu : **14 approches de la psychopathologie**, Armand colin, France, 2006.
- ³⁷ Serban ionescu, Alain blanchet, OP.CIT