وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر -بسكرة-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: **العلوم الاجتماعية**

الرقم التسلسلي:............
رقم التسجيل: ....

عنوان الأطروحة

إنعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف

-دراسة حالات من منظور نفسي عيادي-

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث(ل م د) في:**علم النفس**

تخصص: **علم النفس العيادي**

إعداد الطالب: **عبد الرحيم شادلي**

إشراف الأستاذ: **د/ نبيل مناني**

أعضاء لجنة المناقشة			
الإسم واللقب	**الرتبة العلمية**	**الجامعة**	**الصفة**
جابر نصر الدين	**أستاذ**	**بسكرة**	**رئيسا**
مناني نبيل	**أستاذ محاضر ـ أ-**	**بسكرة**	**مشرفا ومقررا**
بوسنة زهير	**أستاذ**	**قسنطينة**	**عضوا مناقشا**
كربوش عبد الحميد	**أستاذ**	**قسنطينة**	**عضوا مناقشا**
نحوي عائشة	**أستاذ محاضر- أ-**	**بسكرة**	**عضوا مناقشا**

السنة الجامعية: 2017/2016

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر -بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: **العلوم الاجتماعية**

الرقم التسلسلي:............

رقم التسجيل: ....

عنوان الأطروحة

إنعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف

-دراسة حالات من منظور نفسي عيادي-

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث(ل م د) في:**علم النفس**

تخصص: **علم النفس العيادي**

إعداد الطالب:

عبد الرحيم شادلي

إشراف الأستاذ:

د/ نبيل مناني

أعضاء لجنة المناقشة			
الإسم واللقب	**الرتبة العلمية**	**الجامعة**	**الصفة**
جابر نصر الدين	**أستاذ**	**بسكرة**	**رئيسا**
مناني نبيل	**أستاذ محاضر - أ-**	**بسكرة**	**مشرفا ومقررا**
بوسنة زهير	**أستاذ**	**قسنطينة**	**عضوا مناقشا**
كربوش عبد الحميد	**أستاذ**	**قسنطينة**	**عضوا مناقشا**
نحوي عائشة	**أستاذ محاضر- أ-**	**بسكرة**	**عضوا مناقشا**

السنة الجامعية: 2017/2016

شكر وعرفان

أتوجه بالشكر إلى :

- د/ نبيل مناني ، أستاذي المشرف على هذه الأطروحة ، الذي أفسح لي المجال لأفكر و لأجسد أفكاري، والذي إجتهد ليرسم على وجوهنا الابتسامة في وقت كنا في أمس الحاجة لتلك الابتسامة، والذي وجدته إلى جانبي في أصعب اللحظات التي مررت بها خلال فترة إنجاز هذا البحث.

- د/عائشة نحوي ، أستاذتي المشرفة على مذكرتي للماستر، التي علمتنا مبادئ علم النفس العيادي والعلاج النفسي، و شجعتني في وقت كنت فيه مبتدئا في هذا العلم على إجراء بحث غير طريقة تفكيري.

- المعالج النفساني/ رامز العابد ، أستاذي و صديقي، الذي علمني التواضع أولا، ثم طريقة التعامل مع الحالات في إطار عيادي ثانيا، و الذي أشكره أيضا على منحي مكتبه للعمل مع أحد حالات هذا البحث.

- أصدقائي عادل عزوزي ، الصادق يسقر، و كريم معمري ، و أيضا صانعة المعدات/إيمان على مساعدتهم لي في الوصول لحالات هذا البحث ، كما أشكر كلا من الصادق يسقر على مساعدته لي في كتابة هذا البحث وإخراجه ، ولبال عبد الحميد على المساعدة .

- و إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا البحث.

عبد الرحيم شادلي.

ملخص البحث

يتناول هذا البحث إشكالية اختلاف استجابات الأفراد بعد التعرض لحادث مولد للصدمة، حيث يتمثل العامل الرئيسي المسبب للصدمة وللاضطرابات ما بعد-الصدمية في التعرض لحادث صدمي، إلا أن الأفراد المتعرضين لذلك الحادث لا يصابون كلهم بصدمة وباضطرابات ما بعد-صدمية، يصاب بعضهم باضطرابات نفسية مختلفة، بينما يقاوم بعضهم الآخر ذلك الحادث ويتجاوزون تأثيراته دون عواقب إمراضية. من هنا اختلفت الآراء حول منشأ الصدمة النفسية وحول الدور الذي يلعبه الحادث الصدمي:

- ففي مستوى أول من الطرح تناقش مسألة اختلاف استجابات الأفراد (مقاومتهم او إصابتهم) بعد التعرض للحادث من خلال ربط تلك العملية بالتفاعل المتبادل بين عوامل الخطر والحماية.

- وفي مستوى آخر من الطرح يفهم دور الحادث من خلال ربطه بالاستعداد المسبق وبالتاريخ الشخصي، وفي هذه الحالة لا يلعب ذلك الحادث سوى دور المفجر لذلك الاستعداد المسبق، لأنه يحرك ويعيد تنشيط محتويات مرتبطة بالتاريخ الشخصي للفرد وبتوظيفه النفسي.

- أما في مستوى أخير من الطرح، فالحادث الصادم لا يحرك شيئا آخر سوى نفسه، وإذن فما يحدد شكل استجابة الأفراد هو صفات الحادث في حد ذاته واستجابتهم الانفعالية أثناء التعرض له.

في ضوء هذه الأطروحات يوجه هذا البحث الانتباه إلى التعرض للبتر باعتباره حادثا مولدا للصدمة، فبالإضافة لاصطحاب سبب البتر (إن كان مرضا) بعوامل خطر، وتميزه (إن كان حادث مرور، انفجار ... إلخ) بمواصفات العنف والفجائية، يحمل البتر في حد ذاته مواصفات الحادث المولد للصدمة لأنه يمس الفرد في تكامله الجسمي، ويخل أيضا بتوازن توظيفه النفسي بسبب التغييرات العنيفة والعميقة التي يحدثها في واقعه الخارجي (الإعاقة والتحديات التي تفرضها، تغير النشاطات اليومية والمهنية، والحياة العلائقية والاجتماعية) ،و في واقعه النفسي الداخلي (إصابة صورة الجسم التي كونها منذ مراحل الطفولة المبكرة، إصابة نرجسية في حبه لذاته وشعوره بالقيمة ... إلخ). وإذن يؤدي البتر - بالإضافة لكونه حادثا مولدا للصدمة - إلى تحريك عناصر ومحتويات مرتبطة بالتوظيف النفسي للمبتور وبتاريخه الشخصي، وأمام هذا الوضع تم طرح التساؤلات التالية:

1- ماهي تأثيرات البتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور؟

2- كيف يؤثر التعرض للبتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على التوظيف النفسي للمبتور، وما هي أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته؟

وللإجابة عن هذه التساؤلات تم توجيه البحث إلى المستوى التطبيقي من أجل تحقيق هدفين أساسيين وهما:

1- التعرف على انعكاسات التعرض للبتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور بعد مدة من تعرضه للبتر.

2- التعمق في فهم الكيفية التي يؤثر بها البتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على التوظيف النفسي للمبتور، ودور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته.

من أجل تحقيق هذه الأهداف تم تصميم وتنفيذ إجراءات منهجية تجسدت في الاعتماد على منهج دراسة الحالة . وفي إطار هذا المنهج تم توظيف مجموعة من الأدوات تمثلت في المقابلات العيادية للبحث في شكلها النصف موجه، حيث تم تصميم كل مقابلة وفق دليل يحتوي على مجموعة محاور، ويحتوي كل محور بدوره على مجموعة أسئلة هدفها الأساسي هو جمع البيانات الضرورية للإجابة عن أهداف البحث، وبالإضافة لذلك فقد تم الاعتماد أيضا على الملاحظة الحرة كأداة مكملة للمقابلة العيادية للبحث. وفي إطار متابعة تأثيرات البتر على التوظيف النفسي للمبتور تم استخدام اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) ،حيث اعتمدنا على تقنية شنتوب (Shentoub, 1990) من أجل انتقاء مادة الاختبار، خطوات التطبيق والتحليل.

ولأن هذا البحث استهدف فئة الراشدين - من الجنسين- الذين تعرضوا لبتر واحد أو أكثر من أطراف جسمهم - أثناء تدخل جراحي- بسبب تعرضهم لحادث أو مرض، فقد تم اختيار حالاته من خلال استهداف أفراد تتوفر فيهم تلك الخصائص، ثم استشفاف إمكانية تطوعهم للمشاركة في البحث، وهكذا تمثلت حالات هذا البحث في ثلاث أفراد كانوا من الذكور الذين تراوحت أعمارهم بين 24-33 سنة، والذين تشابه سبب البتر لديهم ، كما تشابه أيضا نوع ومستوى البتر لدى فردين منهما تعرضا لبتر على مستوى الساق، بينما تعرض الفرد المتبقي لبتر على مستوى أحد الأطراف السفلية وأحد الأطراف العلوية.

بعدما تم تطبيق إجراءات البحث على الحالات أبرزت النتائج ما يلي:

- **<u>في مستوى أول من التحليل:</u>** متعلق بالإجابة عن هدف البحث الأول والمرتبط بـ "التعرف على انعكاسات التعرض للبتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور بعد مدة من تعرضه للبتر"، فقد كشفت النتائج أن حالات البحث الثلاث قد تعرضوا لنفس سبب البتر الذي تمثل في نفس الحادث المولد للصدمة (حادث انفجار)، كما تشابهت استجابتهم المباشرة (أو الآنية) لذلك الحادث، حيث عرضوا جميعا استجابة ضغط حادة، وبالرغم من ذلك فقد اختلفت استجاباتهم على المدى البعيد : أين قاوم

كل من الحالة الأولى والثالثة تأثيرات ذلك الحادث ولم يطوروا أعراض أي اضطراب صدمي مزمن، بينما طور الحالة الثانية اضطرابا صدميا مزمنا. وبالإضافة لذلك فقد انعكس التعرض للبتر- في حد ذاته- في شكل نقص جسمي (مرتبط بفقدان الأطراف المبتورة)، مضاف إليه نقص في القدرات الجسمية، وعلى مستوى نفسي داخلي انعكس التعرض للبتر- لدى الحالات الثلاث - في شكل شعور بالحزن والاكتئاب ناجم عن جرح نرجسي مرتبط بإدراك وتقبل حالة النقص وعدم الاكتمال الجسمي.

- **<u>أما في مستوى ثاني من التحليل:</u>** متعلق بالإجابة عن هدف البحث الثاني والمرتبط بـ "التعمق في فهم الكيفية التي يؤثر بها البتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على التوظيف النفسي للمبتور، ودور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته"، فقد كشفت النتائج أنه بالنسبة لنتيجة التعرض لسبب البتر، كانت أهم العوامل المتدخلة في تحديد شكل استجابة الحالات مرتبطة بمواصفات الحادث في حد ذاته وبالاستجابة الانفعالية أثناء التعرض له. أما بالنسبة لنتيجة التعرض للبتر في حد ذاته، فقد كشفت النتائج أن التأثيرات التي أدخلها البتر (والمتمثلة في حالة النقص وعدم الاكتمال الجسمي التي انعكست على مستوى نفسي داخلي في شكل جرح نرجسي ترجمته وعبرت عنه مشاعر الحزن والاكتئاب) قد حرضت على مستوى التوظيف النفسي للحالات سيرورة حداد، حيث تقبل الحالات الثلاث كلهم واقع تعرضهم للبتر، وباشروا جميعا سيرورة حداد من أجل التكيف مع وضعية البتر والنقص الجسمي ، وتجاوز مشاعر الحزن والاكتئاب الناجمة عنها، وبالرغم من ذلك فقد اختلفت مآلات تلك السيرورة النفسية لدى كل منهم (أي اختلفت استجاباتهم لتأثيرات البتر)، وقد كشفت النتائج أن مآل تلك السيرورة (وبالتالي شكل الاستجابة لتأثيرات البتر) قد كان مرتبطا - لدى الحالات الثلاث- بعوامل تنتمي أساسا للتاريخ الشخصي ولنمط التوظيف النفسي، أما الكيفية التي تدخلت بها تلك العوامل في تحديد شكل استجابة الحالات الثلاث لتأثيرات البتر فيمكن تلخيصها في الفرضية التالية: "يستجيب المبتور على مستوى نفسي داخلي لواقع تعرضه للبتر، ويتكيف مع ذلك الواقع بطريقة تابعة أساسا لتاريخه الشخصي ولنمط توظيفه النفسي"، وبعد ذلك فقد كشفت نتائج تحليل الحالة الثانية أن عواملا أخرى متعلقة بالبتر في حد ذاته وبسبب ذلك البتر قد تتدخل لتساهم في تعقيد شكل استجابة المبتور ، حيث تدخلت عوامل خطورة (متعلقة بشدة درجة البتر وما نتج عنها من ثقل لدرجة العجز والإعاقة، بالإضافة لتأثيرات الصدمة الناجمة عن التعرض لسبب البتر) لتعقد شكل استجابة الحالة الثانية لتأثيرات البتر.

Résumé de la recherche

Cette recherche aborde la problématique de la variation de réaction des sujets après l'exposition à un évènement traumatogène, cet évènement est l'élément étiologique central du trauma et des troubles post-traumatique, mais les sujets exposés à un évènement traumatogène 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 traumatogène (ou traumatique, ou encore traumatisant).

Dans une première perspective, est étudiée la variation des réactions des sujets (leur résistance ou leur atteinte) dans son lien avec l'interaction entre les facteurs de risque et de protection.

Dans une autre perspective, le rôle de l'évènement étudié à travers sa liaison avec la prédisposition et l'histoire personnelle (ou individuelle), et dans ce sens l'évènement ne joue que le rôle du déclencheur de cette prédisposition, car il réactive des contenus liés à l'histoire personnelle et du fonctionnement psychique d'un sujet.

Alors que dans une dernière perspective, l'évènement ne réactive que lui-même, et par conséquent se sont les caractéristique de l'événement lui-même et la réaction affective immédiate qui déterminant la forme de réaction du sujet après l'exposition à cette évènement.

Dans le cadre de ces perspectives, cette recherche se focalise sur l'amputation qui est un évènement traumatogène, si la raison de l'amputation est une maladie elle sera accompagnée de facteurs de risque et s'il s'agit d'un accident de la circulation ou d'explosion … etc, elle sera cratérisée de violence et de soudaineté imprévue. Ajoutant à cela que l'amputation est un évènement traumatogène en soi, parce qu'il touche le sujet dans son intégrité physique, et le déséquilibre dans son fonctionnement psychique à cause des changements violents et profonds qu'il provoque dans sa réalité extérieure et intra psychique. Donc l'amputation en plus qu'elle soit génératrice de trauma, elle réactive des éléments et des contenus liés au fonctionnement psychique de l'amputé et de son vécu subjectif. Devant cette état nous avons posé les questions suivants :

1- quel est l'impact de l'amputation (en tant qu'événement traumatogène) sur l'état psychique de l'amputé ?

2- comment l'exposition à l'amputation (en tant qu'événement traumatogène) peut-elle influencer le fonctionnement psychique de l'amputé, et quelle sont les facteurs intervenant dans la délimitation de la forme de sa réaction ?

Pour répondre à ces questions nous avons dû orienter notre recherche vers le niveau pratique afin de réaliser deux buts qui sont :

1- la reconnaissance des impacts de l'exposition à l'amputation (en tant qu'événement traumatogène) sur l'état psychique de l'amputé.

2- l'approfondissement dans la compréhension de la manière avec laquelle l'amputation (en tant qu'événement traumatogène) agit sur le fonctionnement psychique de l'amputé, et le rôle des facteurs intervenant dans la délimitation de la forme de sa réaction.

Afin de réalisé ces buts nous avons utilisé la méthode de l'étude de cas, et dans le cadre de l'étude de cas nous avons utilisés un ensemble d'instruments qui consiste à des entretiens cliniques de recherche dans sa forme semi-directifs ; chaque entretien a été conçu selon un guide contenant un ensemble d'axes, et chaque axe est constitué d'un ensemble de questions. Nous avons aussi utilisé l'observation libre comme instrument complémentaire à l'entretien clinique de recherche, et pour suivre les impacts de l'amputation sur le fonctionnement psychique de l'amputé nous avons utilisé le TAT (Test d'Aperception des Thèmes), et nous nous sommes basé sur la technique de Shentoub (1990) afin de déterminer le matériel du test, la passation de l'épreuve et l'analyse du matériel.

Etant donné que cette recherche a pour but la catégorie des adultes- des deux sexe- qui ont subi une amputation d'un ou de plusieurs membre -dans un cadre chirurgical- soit après un accident ou une maladie. Les cas ont été choisi parmi des individus qui répondent à ces critères, puis ils ont été consultés pour l'éventualité de volontariat dans cette recherche. L'échantillon est constitué de trois individus de sexe masculin entre 24 et 33 ans, dont la raison de l'amputation est un accident d'explosion ; le type et le niveau de l'amputation sont similaires chez deux individus qui ont subi une amputation transtibiale, alors que l'individu restant a été amputé au niveau d'un membre inferieur et un supérieur.

Après l'application des instruments de la recherche sur les cas, les résultats ont démontré :

- **Dans un premier niveau d'analyse :** Concernant la réponse du premier but de cette recherche lié à «la reconnaissance des impacts de l'exposition à l'amputation (en tant qu'événement traumatogène) sur l'état psychique de l'amputé ». Les résultats ont révélé que les trois cas de cette recherche ont subi la même raison de l'amputation qui consiste au même évènement traumatogène (explosion), leurs réactions immédiates à cette événement sont similaires (réactions de stress aigu), et malgré cela leurs réactions à long terme sont différentes : le premier et le troisième cas ont résisté à l'impact de l'évènement, et n'ont pas développé des symptômes de trouble psychotraumatique chronique. Par contre le deuxième cas a développé un trouble psychotraumatique chronique. Les impacts de l'amputation lui-même se sont exprimés à travers une imperfection corporelle (liée à la perte des membres amputés), accompagnée d'une diminution des capacités physique. Et sur le plan intrapsychique, les impacts de l'exposition à l'amputation sont exprimés chez les trois cas sous forme de sentiments de chagrin et de dépression issus d'une blessure narcissique liée à la perception et l'acceptation de l'imperfection et l'incomplétude corporelle.
- **Dans un deuxième niveau d'analyse :** Concernant la réponse du deuxième but de cette recherche lié à « l'approfondissement dans la compréhension de la manière avec laquelle l'amputation (en tant qu'évènement traumatogène) agit sur le fonctionnement psychique de l'amputé, et le rôle des facteurs intervenant dans la délimitation de la forme de sa réaction ». Les résultats nous ont montré que par rapport aux répercussions de l'exposition à la cause de l'amputation, les facteurs intervenant dans la délimitation de la forme des

réactions des cas sont liés à des caractéristiques de l'évènement lui-même, ainsi que la réaction affective immédiate. Quant à l'exposition à l'amputation elle-même, les résultats nous ont montré que l'impact principal de l'amputation (qui consiste à une imperfection corporelle qui influence le monde intrapsychique par des sentiments de chagrin et de dépression) a introduit au niveau du fonctionnement psychique un état de processus du deuil. Par ce que les trois cas ont tous accepté la réalité de leurs amputations, ils ont tous plongé dans un processus du deuil pour s'adapter à la situation d'amputation et d'incomplétude corporelle, et le dépassement des sentiments de chagrin et de dépression qui en issus, mais malgré cela les destins de leurs processus du deuil se sont différencié (et donc leurs réactions aux impacts de l'amputation sont différentes). Dans ce sens les résultats nous ont monté que le destin de ce processus du deuil (qui est une forme de réactions aux impacts de l'amputation) est lié -chez les trois cas- à des facteurs appartiennent à l'histoire personnelle et au mode de fonctionnement psychique. Quant à la manière avec laquelle se sont intervenus ces facteurs pour la délimitation de forme de la réaction des trois cas à l'impact de l'amputation et que nous pouvons résumer dans l'hypothèse suivante : « l'amputé réagit au niveau intrapsychique à la réalité de son exposition à l'amputation et s'adapte à cette réalité d'une manière faisant partie de son histoire personnelle et de son mode de fonctionnement psychique ». Et pour finir les résultats du deuxième cas ont montré que d'autres facteurs liés à l'amputation elle-même et à la cause de cette amputation peuvent participer à la complication de la forme de réaction de l'amputé à l'impact de l'amputation ; En effet la forme de réaction du deuxième cas est compliquée ainsi que la transformation de sa dépression en un état de désespoir et de retrait de la vie, ceux-là sont liés à l'intervention des facteurs en rapport avec l'intensité de degré de l'amputation et de ce qui en découle de lourdeur de degrés d'endicap, Ainsi que par l'impact de traumatisme psychique causé par l'exposition à la cause de l'amputation.

فهرس المحتويات

شكر وعرفان --أ

ملخص البحث -- ب

Résumé de la recherche--- ه

مقدمة ---1

الفصل الأول: التعريف بموضوع البحث---3

1. الدراسات السابقة--- 4

2. إشكالية البحث -- 29

3. أهمية البحث--- 36

3. 1. على المستوى النظري--- 36

3. 2. على المستوى التطبيقي -- 37

4. دوافع اختيار موضوع البحث --- 37

4. 1. الدوافع الذاتية لاختيار موضوع البحث -- 38

4. 1. 1. في علاقته مع خبراتي الشخصية-- 38

4. 1. 2 في علاقته مع خبراتي في البحث والممارسة العيادية -- 40

4. 2. الدوافع الموضوعية لاختيار موضوع البحث -- 41

5. أهداف البحث-- 42

6. تعريف مفاهيم البحث إجرائيا -- 42

الفصل الثاني: الصدمة النفسية --- 44

1. الصدمة النفسية: تطور المفهوم -- 45

1.1. تطور المفهوم -- 45

2.1. وجهات النظر المعاصرة -- 51

2. صدمة نفسية أم ضغط؟ --- 56

1.2. تمهيد-- 56

2.2. بين الضغط والصدمة--- 57

2. 3. خلاصة -- 61

3. حادث صدمي أم مولد للصدمة؟ --- 62
1.3 تمهيد --- 62
2.3. صدمي أم مولد للصدمة؟ --- 63
4. انعكاسات الصدمة النفسية --- 66
1.4. أهم الاضطرابات "ذات الخصوصية" المرتبطة بالصدمة النفسية --- 66
2.4. تعليق --- 74
3.4. الوضعية الإكلينيكية --- 76
4.4. عواقب نفسية/ اجتماعية للصدمة النفسية --- 81
الفصل الثالث: الصدمة النفسية والتوظيف النفسي --- 84
1. تمهيد ومناقشة --- 85
2. التوظيف النفسي --- 99
1.2. وجهة النظر الموقعية --- 101
2. 2. وجهة النظر الدينامية --- 116
2-3. وجهة النظر الاقتصادية --- 136
3. تعقيب --- 142
الفصل الرابع: الصدمة، التوظيف النفسي، ومبتور الأطراف --- 143
1. الصدمة والتوظيف النفسي: تأملات --- 144
1.1. تمهيد --- 144
1. 2. تأملات حول مفهوم الصدمة النفسية --- 144
1. 2. 1. مفهوم الصدمة النفسية في إطار سياقات الجروحية/الرجوعية، وعوامل الخطر/الحماية --- 144
1. 2. 2. مفهوم الصدمة النفسية من ناحية إكلينيكية سيكاترية --- 148
1. 2. 3 مفهوم الصدمة النفسية من ناحية سيكودينامية --- 159
2 - علاج الصدمة النفسية --- 171
2. 1. العلاج: تفريغ أم تعبير بالكلمة؟ --- 171
2. 2 طرق وتقنيات علاجية : --- 177
2. 2. 1 : العلاج السيكودينامي --- 177
2. 2. 2: المقاربة النسقية والعلاج الأسري --- 180
2. 2. 3: العلاج السلوكي/المعرفي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة --- 184
2. 2. 4 : العلاج الدوائي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة --- 189
3. البتر، ومبتور الأطراف --- 191
3. 1. بتر الأطراف --- 191

3. 2. مبتور الأطراف: انعكاسات البتر على المبتور ---------- 192
3. 2. 1: قبل العملية ---------- 192
3. 2. 2: أثناء العملية ---------- 192
3. 2. 3: بعد العملية ---------- 193
3. 3 ملاحظات على شخص تعرض للبتر ---------- 210
الفصل الخامس: إجراءات البحث ---------- 219
1.حالات البحث ---------- 220
2. حدود البحث ---------- 221
2. 1. الحدود البشرية ---------- 221
2. 2. الحدود الزمانية ---------- 222
2. 3. الحدود المكانية ---------- 222
3. منهج البحث ---------- 222
4. أدوات البحث وإجراءات تطبيقها ---------- 222
4. 1. المقابلة العيادية للبحث ---------- 222
4. 2. الملاحظة ---------- 224
4. 3. اختبار تفهم الموضوع (T. A. T) ---------- 224
4. 3. 1. الخلفية التاريخية والنظرية لتقنية شنتوب (Shentoub) ---------- 225
4. 3. 2. وضعية الـ TAT (La situation TAT) ---------- 227
4. 3. 3. وصف مادة الاختبار ---------- 229
4. 3. 4. خطوات تطبيق الاختبار ---------- 229
4. 3. 5. شبكات الفرز وسياقات TAT ---------- 231
4. 3. 6. تحليل إختبار T.A.T ---------- 232
الفصل السادس: تقديم وتحليل حالات البحث ---------- 234
1. تقديم وتحليل الحالة الأولى: عماد، 29 سنة ---------- 235
خلاصة عامة عن الحالة الأولى ---------- 258
2. تقديم وتحليل الحالة الثانية: أمين،33 سنة ---------- 260
خلاصة عامة عن الحالة الثانية ---------- 287
3. تقديم وتحليل الحالة الثالثة: محمد، 24 سنة ---------- 291
خلاصة عامة عن الحالة الثالثة ---------- 312
4. حوصلة عامة عن الحالات في ضوء أهداف البحث ---------- 315
تفسير ومناقشة النتائج ---------- 320

خاتمة -- **327**

قائمة المراجع -- **329**

الملاحق -- **333**

فهرس الجداول

عنوان الجدول	**الصفحة**
توزيع خصائص حالات البحث.	221
مجموعة المقابلات المستعملة، محاورها، وأهدافها.	223

مقدمة

عاشت مجموعة من الدول العربية مؤخرا موجة من الحروب التي أطلق عليها المحللون والسياسيون العديد من التسميات كالثورات العربية، الحروب الأهلية، الربيع العربي... إلخ ، وفي الواقع لا يهتم النفسانيون والسيكاتريون بتسميات وأسباب تلك الحروب بقدر ما يهتمون بنتائجها على المستوى النفسي، فالحرب مهما تعددت تسمياتها لأغراض سياسية تبقى دائما اسمها "الحرب"، وأكبر ألم تدخله تلك الحرب يحدث بعد انتهائها، وذلك حينما يغادر شبح الحرب -الرمادي -مخلفا وراءه منازل مهدمة ،وأرامل ،ويتامى ومشردين، وخاصة "مصدومين"، ولقد أعطت الصراعات المسلحة عبر التاريخ (وخاصة الحروب العالمية الأولى والثانية) فرصة للأطباء النفسيين والعسكريين لتعميق خبرتهم حول الصدمات النفسية، حيث كانت الاضطرابات ما بعد-الصدمية متواترة وشائعة في مختلف دول العالم، كما كانت تلك الاضطرابات تحدث بعد التعرض لأحداث صدمية، ولذلك أصبح الحادث الصدمي يعتبر العامل الأساسي المسبب لها، وبالرغم من ذلك فقد برزت إشكالية اختلاف استجابات الأفراد المتعرضين لحادث من هذا النوع، والتي تتراوح على مستوى إكلينيكي بين الإصابة بصدمة وباضطرابات ما بعد-صدمية، أو باضطرابات نفسية أخرى، أو حتى مقاومة تأثيرات ذلك الحادث وعدم الإصابة بأي صدمة أو اضطراب ،مما أدى إلى بروز موجة من البحوث والدراسات حول التأثيرات الإمراضية لذلك الحادث الصدمي، وحول العوامل المتدخلة في تحديد شكل استجابة الأفراد بعد التعرض له.

في الواقع لا يتعرض الأفراد لصدمات في زمن الحرب فقط، فحتى حينما ترفع الحرب أوزارها ويسود السلم، يظل الأفراد يتعرضون للصدمات بسبب تعرضهم لأحداث مختلفة من بينها: حوادث المرور، الكوارث الطبيعية والإصابات الجسمية. وعن هذه الأخيرة يقول النابلسي في كتاب «الصدمة النفسية: علم النفس الحروب والكوارث » : "قليلة هي الدراسات التي تناولت جرحى الكوارث، مع العلم أن هؤلاء مهمون ومساعدون في تحري آثار الكارثة على الأصعدة الصحية (جسدية ونفسية) والاجتماعية" (النابلسي، 1991، ص ص. 214-215).

في هذا السياق من التفكير يتناول هذا البحث إصابة البتر باعتباره حادثا مولدا للصدمة، فبالإضافة لتأثيرات سبب البتر، يؤدي البتر في حد ذاته إلى إصابة الشخص في تكامله الجسدي، وإلى الإخلال بتوازن توظيفه النفسي . ومن هنا يبدو أن دراسة مثل هذه التأثيرات ستكون مفيدة من جهة في تعميق معرفتنا بتأثيرات التعرض لحادث صادم، وبدور أهم العوامل المتدخلة في تحديد شكل استجابة الأفراد بعد التعرض له، ومن جهة أخرى في متابعة انعكاسات تلك التأثيرات على التوظيف النفسي لمبتوري الأطراف، ومن أجل ذلك فقد تم تقسيم محتوى هذا البحث إلى جانبين: نظري وتطبيقي.

يحتوي الجانب النظري على أربعة فصول، حيث يعرف الفصل الأول بموضوع البحث، وذلك من خلال تلخيص مجموعة من الدراسات السابقة ،مرفوقة بتحليل معمق لكل دراسة على حدى، ثم التعقيب على تلك الدراسات مجتمعة، ليتم بعدها طرح إشكالية البحث، ووصف أهميته ،وتحديد كل من دوافع اختيار موضوعه، أهدافه ومفاهيمه. يأتي بعد ذلك الفصل الثاني الذي عرضنا فيه لتطور مفهوم الصدمة النفسية منذ بدايات صياغته ووصولا لوجهات النظر المعاصرة حوله، كما ناقشنا فيه بعض المسائل المرتبطة بالصدمة النفسية من خلال عنصري: صدمة نفسية أم ضغط؟، وحدث صدمي أم مولد للصدمة؟، لنتعرض في نهاية هذا الفصل لانعكاسات الصدمة النفسية على المستوى السيكاتري ،وأيضا لبعض عواقبها النفسية-الاجتماعية. بعد ذلك انطلقنا في الفصل الثالث وافتتحناه من خلال تمهيد ومناقشة استرجعنا في إطارهما العديد من المسائل المرتبطة بسيكوباتولوجيا الصدمة النفسية وتوسعنا في مناقشتها، لنتطرق بعد ذلك لأهم القواعد التي يعتمد عليها فهم التوظيف النفسي في إطار نظرية الميتاسيكولوجيا، وذلك من خلال عرض وجهات النظر الثلاث: الموقعية، الدينامية والاقتصادية. وتوجهنا بعدها للعمل على الفصل الرابع، أين أعدنا صياغة بعض الأفكار والآراء التي زرعناها على صفحات الفصل الثاني والثالث، مما مكننا من تقديم طرح لمفهوم الصدمة النفسية (منشؤها وانعكاساتها) من ثلاث زوايا: من زاوية سياقات الجروحية/ الرجوعية وعوامل الخطر/الحماية، من زاوية إكلينيكية سيكاترية، و من زاوية سيكودينامية. لنتعرض بعد ذلك لمسألة علاج الصدمة النفسية، أين ناقشنا في البداية فكرة العلاج من حيث كونه تفريغا أم تعبيرا بالكلمة، ثم عرضنا مجموعة من الطرق والتقنيات العلاجية المتبعة في علاج الصدمة النفسية، وتطرقنا بعدها للبتر ولمبتور الأطراف، حيث تعرضنا للبتر(لأسبابه ومستوياته)، ثم لانعكاسات البتر على المبتور ،وذلك من خلال مناقشة أهم الإجراءات و الانعكاسات التي يتعرض لها المبتور قبل، أثناء و بعد عملية البتر، واختتمنا هذا كله بتقديم مجموعة ملاحظات أجريتها على شخص تعرض للبتر وتقاسم معي جزءا من خبرته التي عاشها أثناء تعرضه لذلك، كما اختتمنا الجانب النظري بتعقيب حاولت من خلاله تقديم حوصلة عامة عن أهم الأفكار والآراء التي طبعت مسار التفكير عبر فصول الجانب النظري (الثاني، الثالث والرابع).

وقد تطرقنا بعد ذلك مباشرة للجانب التطبيقي الذي يحتوي بدوره على ثلاثة فصول، حيث عرضنا في الفصل الخامس إجراءات البحث: حالاته، حدوده، منهجه، أدواته وإجراءات تطبيقها، لنقوم في الفصل السادس بتقديم وتحليل حالات البحث كل على حدى، مع تقديم خلاصة عامة لكل حالة، ثم حوصلة عامة عن الحالات في ضوء أهداف البحث، و أخيرا تطرقنا في الفصل السابع لتفسير ومناقشة النتائج.

الفصل الأول: التعريف بموضوع البحث

1. الدراسات السابقة
2. إشكالية البحث
3. أهمية البحث
4. دوافع اختيار موضوع البحث
5. أهداف البحث
6. تعريف مفاهيم البحث إجرائيا

1. الدراسات السابقة

1.1 دراسة الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP) والمنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات (TPO) (1999):

قامت الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP) بالشراكة مع المنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات (TPO) بتنفيذ بحث مسحي ابيدميولوجي حول انتشار الصدمات النفسية والاضطرابات النفسية في المجتمع الجزائري، وذلك في الفترة الممتدة بين أفريل وديسمبر 1999. تكونت عينة البحث من 652 فرد، حيث تم سحب عينتين متساويتين بطريقة عشوائية من منطقتين مختارتين من ولاية الجزائر: منطقة سيدي موسى التي تعرضت للكثير من أعمال العنف والإرهاب خلال العشرية السوداء التي عاشتها الجزائر، ومنطقة دالي إبراهيم التي لم تتعرض بدرجة عالية لتلك الأحداث، وروعي تعادل توزيع العمر والجنس في العينتين ليعكس التوزيع الطبيعي في المجتمع الجزائري.

كان البحث يهدف لدراسة كل من انتشار الأحداث الصادمة والضاغطة، وأيضا الضغط والاضطرابات النفسية المرتبطة بهما، ثم دراسة العلاقة بينهما، والتعرف على العوامل التي تحدد العلاقة بين حادث حياتي (صدمي/ضاغط) وحدوث (ضغط نفسي/ اضطرابات نفسية)، والتي تسمى بعوامل الخطورة و/أو الحماية، وأخيرا التعرف على المجموعات السكانية المعرضة لخطر الضغط النفسي والاضطرابات النفسية بهدف وقايتهم وعلاجهم وإجراء البحوث حولهم.

إعتمد البحث على الأسلوب شبه التجريبي حيث اعتنق فريق البحث - في المنظمة النفسية الاجتماعية والجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس - النموذج النظري المقدم من طرف (Kleber et Brom 1992) لتصميم دراستهم.ويحدد هذا النموذج – الذي عدله ذلك الفريق ليوافق المعطيات الخاصة بالمجتمع الجزائري- ما يلي:

- المتغيرات الحرة: التي تتكون من الخلفية الديمغرافية (كالعمر، الجنس، السكن، والحالة الاجتماعية) ،ومتغيرات التعرض للأحداث الصادمة.
- المتغيرات التابعة: وهي الاضطرابات النفسية والجسمية الناتجة عن التعرض لأحداث الحياة الصادمة.
- المتغيرات الوسيطية: وهي التعامل والدعم الاجتماعي، التي تعدل في العلاقة بين المتغيرات الحرة والتابعة.

صممت أداة البحث لتناسب هذا النموذج النظري، وتمت ترجمتها وتكييفها من طرف فريق البحث، وهكذا تكونت تلك الأداة من ثلاث أجزاء أساسية، حيث يتكون كل جزء من مجموعة أدوات موزعة كما يلي:

- الجزء الأول: ويشمل مقاييس التعرض للأحداث المختلفة على امتداد الحياة.
- الجزء الثاني: ويشمل الأدوات المستعملة للاستقصاء عن الاستجابة المرضية لأحداث الحياة والصدمات النفسية.
- الجزء الثالث: ويشمل استبيانات تستقصي عن عدد من العوامل التي تتوسط العلاقة بينهما (كالدعم الاجتماعي، طلب المساعدة، نوعية الحياة والإعاقة).

استمر جمع البيانات مدة ثمانية أشهر، ليتم تحليلها بعد ذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، وذلك من خلال تحويل المتغيرات المدروسة إلى (اسمية، طبقية...الخ) ،ثم استعمال أدوات إحصائية لمقارنتها ودراسة العلاقات بينها (كاختبار T.test، معامل الخطورة النسبي المعدل...الخ).

كشف هذا البحث عن نتائج متنوعة سأحاول عرضها هنا بطريقة تمكنها من الإجابة عن أهدافه، وتمكننا من التركيز على النتائج ذات الدلالة بالنسبة لبحثنا ولإشكاليته. فمن جهة كشفت نتائجه عن وجود ارتفاع ملحوظ لدى العينة في انتشار الأحداث الضاغطة والصادمة على مختلف أنماطها ،وعلى مختلف مراحل الحياة ، كما أبرزت أن مستوى ونوع التعرض للأحداث يختلف باختلاف المتغيرات الديمغرافية ،حيث لوحظ ارتفاع نسبة التعرض للأحداث الصادمة في الذكور عنه لدى الإناث ،وفي المجموعات العمرية الأكبر عنه لدى الأصغر، وفي سكان سيدي موسى عنه لدى سكان دالي إبراهيم، وبينما أبدى الذكور نسبة أعلى من التعرض للأحداث الصادمة عبر مراحل الحياة المختلفة، أبدت الإناث نسبة أعلى من التعرض لأحداث الحياة الحالية. وبالإضافة لذلك كشفت النتائج أيضا عن وجود ارتفاع هام في مستوى المعاناة النفسية (الضغط النفسي والإجهاد)، وفي نسب انتشار الاضطرابات النفسية المختلفة، حيث وجد أن أكثر من نصف المشاركين في العينة يبدون مستوى عال من المعاناة النفسية (24% سجلوا مستوى مرتفع، و33% مستوى مرتفع جدا)، ولوحظ هذا الارتفاع لدى سكان سيدي موسى ولدى النساء ولدى الأجيال الأصغر أكثر من غيرها. وبالنسبة للاضطرابات النفسية فقد عانى 58% من أفراد العينة من اضطراب نفسي واحد على الأقل خلال حياتهم، وأكثر من ثلث العينة يعانون من أحد هذه الاضطرابات في السنة التي أجرى فيها البحث، ولوحظ أكثر من اضطراب واحد عند نفس الشخص في 28% من أفراد العينة. كان أكثر الاضطرابات انتشارا لدى أفراد العينة اضطراب ضغط ما بعد-الصدمة بنسبة (37.4%)، تليه اضطرابات القلق بنسبة (37.3%)، يليها الاكتئاب بنسبة(23%)، تليهم اضطرابات

التجسيم بنسبة(8.3%)، وكانت هذه الاضطرابات كلها موجودة بنسبة أكبر لدى سكان سيدي موسى عنها لدى سكان دالي إبراهيم، ولدى النساء عنها لدى الرجال.

أما من جهة النتائج ذات الدلالة بالنسبة لإشكاليتنا -والمرتبطة أساسا بالعلاقات بين مجموعة المتغيرات المدروسة- فقد كشفت عن ما يلي :

- وجود ارتباط هام بين التعرض لأحداث صادمة والتعرض لأحداث حياة حالية، حيث كان هنالك ارتباط هام بين عوامل التعرض المختلفة (سواءا بين العوامل الخاصة بمرحلة ما من العمر، أو بين مراحل العمر المختلفة)، فسكان سيدي موسى الذين تعرضوا لعدد أكبر من الأحداث الصادمة خلال الأزمة هم الذين أبدوا درجة أعلى من التعرض لمضايقات الحياة الحالية، كما أن الأشخاص الذين تعرضوا لأحوال الحياة الصادمة في الطفولة كانوا أكثر عرضة لمثلها فيما بعد 12 سنة من العمر. وقد كان التعرض للأحداث الصادمة مرتبطا بارتفاع ملحوظ في مستوى المعاناة النفسية والتي كانت مرتبطة بأحداث الحياة القريبة (الحالية) ،كما كان هنالك ارتباط هام بين الاضطرابات النفسية المدروسة ومستوى المعاناة النفسية، والتي تزيد بزيادة الاضطرابات المشخصة. وكشفت النتائج أن اضطراب ما بعد- الصدمة مرتبط بأحداث العنف والفقدان السابقة التي حدثت أساسا خلال العشرية السوداء، وقد تنبأ مكان السكن سيدي موسى باحتمال حدوث هذا الاضطراب،كما تنبأ أيضا التعرض لمستوى متوسط أو عالي من الأحداث الصادمة باحتمال حدوث كل من اضطراب ما بعد- الصدمة والاكتئاب، وارتبطت اضطرابات القلق والاكتئاب بالتعرض لأحداث صادمة في الطفولة (خاصة التعرض للفقدان والأذى الجسمي والنفسي في عائلة المنشأ بالنسبة للاكتئاب)، وكانت الأجيال الأصغر أكثر تعرضا لاضطرابات القلق من الأجيال الأكبر.

التحليل:

أبدى فريق هذا البحث أثناء مناقشتهم لنتائجه ثلاث ملاحظات مهمة:

- الأولى: تتمثل في وجود ارتباط هام للتاريخ الشخصي بمعدلات انتشار المعاناة والاضطرابات النفسية.
- والثانية: تتمثل في وجود تراكم زمني للأحداث الصادمة عبر مراحل الحياة المتتابعة، مما دفع بهم للتساؤل عن الآلية المسؤولة عنه، والتي اقترحوا أنها قد تكون نوعا من الهشاشة في التركيب العصبي للشخص، ينتج عن التعرض الشديد أو المتكرر للصدمات، وينتج عنه فقدان لعوامل الحماية الطبيعية.

- أما الثالثة: فتتمثل في أنهم استنتجوا - كتلخيص لكل ما تم عرضه- أن الناتج النهائي لهذه العملية هو تكون حلقة مغلقة من: التعرض للأحداث، وبالتالي النتائج النفسية والاجتماعية التي تؤدي لفقدان الموارد، وبالتالي التعرض لأحداث أخرى. وهكذا توصلوا للقول بتعقد الصورة التي سموها بـ"الصورة النفسية الاجتماعية" (وفي موقع آخر "الصورة المرضية") مما يشكل -حسب رأيهم- مشكلة كبيرة للمختصين (أطباء ونفسانيين)، ويستدعي نمطا جديدا من التدخلات يأخذ بعين الاعتبار النواحي النفسية،الاجتماعية والطبية،وذلك من خلال العمل ضمن فريق متعدد التخصصات.

ولمناقشة هذه النتائج والمقترحات سأعيد رسم جزء من الصورة المرضية التي وصفوها بالمعقدة، حيث سأحاول تشكيلها باستعمال جزء مهم من نتائج بحثهم كما يلي:

إن كان الفرد في عام 1999 من سكان سيدي موسى (وهي منطقة تعرضت بدرجة كبيرة لأحداث العنف خلال العشرية السوداء) فهذا يعني أنه تعرض بنسبة كبيرة للأحداث الصادمة، حيث تتوزع هذه الأحداث عبر مراحل العمر المختلفة إن كان الفرد ذكرا، بينما تتمركز زمنيا بنسبة أكبر في أحداث الحياة الحالية إن كان الفرد أنثى، وهذه الأحداث مرتبطة بما سبقها، فإذا تعرض الفرد لأحداث صادمة في الطفولة فهو أكثر عرضة لمثلها فيما بعد سن 12 ،وبالتالي أكثر عرضة لأحداث الحياة الحالية ،وبالتالي لارتفاع مستوى معاناته النفسية ،والتي قد تؤدي لإصابته باضطرابات نفسية ، تزيد بدورها من معاناته كلما ارتفع عددها ،وتعيقه وتضعف موارده، وفي غياب تلقيه لدعم اجتماعي(مثلا بسبب غيابه في المحيط) فقد يتعرض لأحداث حالية، وبالتالي لمعاناة ولاضطرابات. وهكذا فإن تعرض الفرد بنسبة أكبر لأحداث العنف والفقدان التي حدثت خلال العشرية السوداء فقد يصاب بإضطراب ما بعد- الصدمة،أما إذا تعرض بنسبة أكبر للأحداث الصادمة في الطفولة فقد يصاب بالاكتئاب (خاصة إن تعرض للفقدان وللأذى النفسي والجسمي في عائلة المنشأ)، أو باضطرابات القلق (خاصة إن كان ينتمي لفئة الأجيال الأصغر سنا).

نلاحظ إذن أن الصورة المرضية هنا يرسمها التفاعل المتبادل بين هذه العوامل التي يعتبر بعضها فاعلا أحيانا ومفعولا به أحيانا أخرى، وتتوسطهما عوامل تعدل في قوة وشدة الفعل ،حيث يتم قياس تأثيراتها بارتفاع نسبتها أو انخفاضها، وبقياس الارتباطات بينها (وهي أيضا على وزن كلما ارتفع ارتفع، وكلما ارتفع انخفض أو انخفض ارتفع). وبغض النظر عن التفسيرات المقدمة من قبل فريق البحث، فأنا شبه متأكد بأن التفسير هنا لن يستطيع أن يقدم أكثر من فكرة الارتفاع والانخفاض، وهنا لن تكون الصورة المرضية معقدة أبدا، فنحن نعلم مسبقا أن ارتفاع الأحداث الصادمة في مرحلة سابقة يؤدي لارتفاعها في مرحلة لاحقة، وأن أحداث الحياة الحالية هي سبب أساسي في ارتفاع المعاناة النفسية، وأن هذه المعاناة

تزيد بزيادة عدد الاضطرابات، وأن الدعم الاجتماعي مثلا يقلل من احتمال الإصابة بالمعاناة وبالاضطرابات، وهنا ليس على الفريق المتعدد التخصصات إلا التدخل لخفض نسبة عوامل الخطر وزيادة نسبة عوامل الحماية، فعلى الطبيب مثلا أن يعالج المريض من الناحية الجسمية، كما على الأخصائي الاجتماعي أن يساعده في حل مشكلاته الاجتماعية -كالبطالة- وتمكينه من حقوقه...الخ، أما النفساني فعليه أن يخلصه من الآثار الناتجة عن تعرضه لأحداث صادمة تؤثر سلبيا على نفسيته، وكل هذا يتم برفع نسبة عوامل الحماية وخفض نسبة عوامل الخطر،وذلك حسب الفرضية التي سميتها "الارتفاع والانخفاض".

في الواقع قد لا يؤدي تعرض فرد لأحداث صادمة عبر مراحل حياته المختلفة لإصابته بمعاناة واضطرابات، ربما لأنه رجوعي (résilient) ، و ربما لأنه تلقى دعما اجتماعيا، وربما لأن هناك أمورا أخرى لا نعرفها ساعدته في الاحتفاظ بصحته، وقد يؤدي تعرض شخصين لنفس الحادث إلى اضطراب أحدهما وعدم تأثر الآخر، وهنا ولتفسير هاتين الحالتين لا يمكننا الاعتماد على قاعدة بيانات تقول بأن ارتفاع عدد من العوامل وانخفاض أخرى يؤدي للاضطراب ،لأنه قد تكون نفس العوامل مرتفعة أو منخفضة بنفس النسبة لدى الشخصين اللذين اضطرب أحدهما بينما لم يتأثر الآخر، كما قد لا يكون ارتفاع بعض العوامل سببا لانخفاض بعضها الآخر لدى الشخصين بنفس الطريقة، وقد يكون هذا سببا في نجاح نفس التدخل العلاجي المبني على قاعدة البيانات تلك لدى أحدهما وفشله لدى الآخر،فإدماج شخص في عمل وبالتالي تخلصه من البطالة قد لا ينقص معاناته بل يزيدها ويزيد من تعرضه للضغط، كما أن علاج شخص آخر من اضطراب جسمي مثلا قد يزيد من تعرضه لمشاكل حالية لأنه كان يستعمله كستار يختفي وراءه للتهرب من مسؤولياته، والتي قد تكون مصدر معاناة له أكثر من المرض نفسه، فهذه العوامل قد يفاقم بعضها بعضا، وقد يلغي بعضها تأثير البعض الآخر، فقد يعالج مريض جسميا من قبل الطبيب فتختفي معاناته نفسيا، كما أن حصوله على عمل قد يؤدي إلى تخفيف الضغط عليه واختفاء تلك المعاناة، بينما قد لا يحدث ذلك إن كان مصدر هذه المعاناة أساسا هو الصدمات السابقة ،وفي هذه الحالة لا نحتاج لفريق طبي متعدد التخصصات، فقد يقوم النفساني بعلاجه وتختفي معاناته. واذن فما أريد قوله في النهاية هو أن ما يعقد الصورة المرضية هو الطريقة الخاصة التي تتفاعل بها هذه العوامل لدى كل شخص، والتي قد لا تشبه طريقة تفاعلها لدى شخص آخر، فطريقة التفاعل هذه هي التي ترسم شكل استجابة الاشخاص للأحداث الصادمة ،والتحدي هنا أثناء التشخيص هو الكشف عن ميكانيزمات التفاعل هذه لدى كل واحد منهم، أي عن الكيفية التي تتفاعل بها هذه الأحداث مع واقع الشخص الخارجي (المادي والاجتماعي) وواقعه النفسي الداخلي، ويتم ذلك ليس بقياس ارتفاع نسبة أو شدة عوامل وانخفاض بعضها، وإنما بطريقة

خاصة تابعة لخصوصية هذين الواقعين، وانطلاقا من هنا تبنى المداخلة العلاجية التي قد تحتاج لفريق متعدد التخصصات لدى حالات، وقد لا تحتاج إلا لمتخصص واحد لدى حالات أخرى.

1 .2. دراسة Alice pâquet (2002):

قامت (Alice pâquet) بتجسيد دراسة بعنوان: المصابون بحروق: دراسة استكشافية للرضى عن صورة الجسم، الشعور بالفعالية، الرعاية الاجتماعية والنشاط الانشغالي (les personnes atteinte de brulures : étude exploratoire de la satisfaction de l’image corporelle, du sentiment d’efficacité, des provisions sociales et de l’activité occupationnelle) ،وذلك في إطار التحصل على درجة (la maitrise) بإحدى الجامعات الكندية (l’université du Québec a Trois-Rivières) ،حيث عالجت هذه الدراسة موضوع إعادة التكيف النفسي الاجتماعي لدى المصابين بحروق، ومن هنا كان الهدف هو التعرف على دور مجموعة من المتغيرات (الرضى عن صورة الجسم، الرعاية الاجتماعية، الشعور بالفعالية الشخصية،و النشاط الانشغالي)،ثم استكشاف إمكانية وجود ارتباطات بينها.

ولدراسة هذه المتغيرات استعملت الباحثة مجموعة من الأدوات المتمثلة في: مقياس المعلومات العامة (Questionnaire de renseignement généraux) ، سلم الرضى عن المظهر (échelle de satisfaction de l’apparence)، سلم الفعالية الشخصية (échelle d’auto –éfficacité)، سلم الرعاية الاجتماعية (échelle de provisions sociales). تكونت العينة من 115 فردا (61 ذكور و 54 إناث) أصيبوا بحروق، وعاشوا صدمة مرتبطة بتعرضهم لذلك مما تطلب معالجة طبية خاصة في وسط استشفائي، حيث يترواح سن أفراد العينة بين 14 و 85 سنة بمتوسط يساوي 44.5، ويسكنون بمنطقة شرق الكيبيك بكندا.

كشفت النتائج أن 57.4% من أفراد العينة تعرضوا لحروق من الدرجة الثانية والثالثة ، كما كشفت أيضا عن الدور المهم الذي يلعبه العامل النفسي المتمثل في الرضى عن المظهر (صورة الجسم) ،حيث أن الأشخاص الذين لديهم رضى مرتفع عن مظهرهم كانت لديهم درجات مرتفعة من الشعور بالفعالية الشخصية والدعم الاجتماعي، وقد ثبت أنه هنالك فروقات دالة بين الأفراد الراضين وغير الراضين عن مظهرهم بالنسبة للإنتاجية (عدد الساعات المكرسة في العمل، الدراسة...الخ) ،حيث كان غير الراضين عن مظهرهم أقل إنتاجية، يعانون من تغييرات في علاقاتهم بالآخرين و في العمل أكثر منه لدى الراضين عن مظهرهم . وبالإضافة لذلك كشفت النتائج أنه هنالك علاقة دالة إحصائيا بين الدعم

الاجتماعي والشعور بالفعالية الشخصية، فكلما شعر الأشخاص بدعم من طرف محيطهم كلما كان شعورهم بالفعالية الشخصية مرتفعا، كما أكدت تلك النتائج على التأثير المهم لعواقب الإصابة بحروق على العمل ،حيث أن 59% من المصابين تعرضوا لتغييرات مرتبطة بعملهم بعد الحادث ، وأخيرا أكدت النتائج أيضا على أهمية التعرض لحروق داخل ظروف العمل، حيث أن الفترة الفاصلة بين الصدمة (التعرض للحروق) والعودة للعمل كانت أكبر لدى من تعرضوا لحروق داخل عملهم منها لدى من تعرضوا لحروق خارج إطار العمل.

التحليل:

نفس الملاحظات تتكرر حول نوعية المنهجية (التي تعتمد على استخدام أساليب احصائية) والمستعملة في أغلب البحوث التي قمنا بتلخيصها ومناقشتها، وفي الدراسة التي بين أيدينا نشير الى أن الباحثة قد أغفلت ذكر المنهج المستعمل، وهو منهج وصفي، حيث قدمت مجموعة من المتغيرات ووصفت العلاقات بينها إحصائيا. أما على مستوى أهم ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة، فما يهمنا وما له علاقة ببحثنا هو دور مجموعة المتغيرات النفسية والاجتماعية في عملية التوافق بعد التعرض لإصابة جسمية (متمثلة في التعرض لحروق)،حيث برزت أهمية دور المتغير النفسي المتمثل في الرضى عن صورة الجسم (أو عن المظهر) في الرفع من شعور الشخص بفعاليته، وفي الرفع من إدراكه بأنه يتلقى دعما اجتماعيا،وفي التقليل من المشاكل المرتبطة بعلاقاته مع الآخرين، والرفع من إنتاجيته، وهذا يعني تسهيل وإتاحة توافقه بعد التعرض لتلك الإصابة، كما ثبت أن أهم عامل اجتماعي يسهل هذا التوافق هو الدعم الاجتماعي، وخاصة من خلال مساهمته برفع ثقة المصاب بنفسه وبقيمته (أي شعوره بأنه فعال).

ملاحظة أخيرة سجلناها حول الفترة الفاصلة بين التعرض للصدمة(المتمثلة في التعرض لحروق) والعودة للعمل، حيث كانت أطول لدى من تعرضوا لحروق داخل عملهم منها لدى من تعرضوا لحروق خارج إطار العمل ، ومن البديهي أن يتبادر للذهن هنا سؤال بسيط مفاده :ما سبب ذلك؟، وفي الواقع أجابتنا الباحثة أثناء تفسير النتائج بأن السبب قد يكون مجموعة من العوامل لم تتناولها دراستها، مثل الإصابات الجسمية كالكسور، والنفسية كالقلق والاكتئاب، أوالمعاناة من أعراض ضغط ما بعد الصدمة ،ونضيف نحن الى تلك العوامل أن السبب قد يكون طول فترة الحداد ،أو عدم توفر الظروف الملائمة للعودة للعمل -كالانتقال من مكان السكن- أو مشاكل عائلية أو...،وبإمكاننا هنا أن نذكر عشوائيا عشرات العوامل .و يبرز لنا ذلك جانبا آخر من قصور هذه المنهجية(الاحصائية) في معالجة الظاهرة

النفسية، يتمثل في عدم قدرتها على الإحاطة بكل العوامل المؤثرة في الواقع النفسي الداخلي للفرد، وفي واقعه الخارجي.

1 .3. دراسة Anne Curelli (2004):

قامت (Anne curelli) بتجسيد دراسة بعنوان: ألم الطرف الشبحي: تأثير العوامل النفسية (Douleur du membre fontôme ; influence de facteurs psychologiques)، وذلك في إطار التحصل على درجة (la maitrise) بجامعة شارل ديغول بفرنسا (Université Charles de gaulle de Lille 3).

هدفت الدراسة للتعرف عن تأثير مجموعة من السوابق الديمغرافية (كالسن والجنس) والنفسية (القلق كسمة ومركز التحكم) ومجموعة من المعدلات (الدعم الاجتماعي المدرك، الضغط المدرك، استراتيجيات المواجهة) على مجموعة من المعايير (ألم الطرف الشبحي، القلق كحالة، الاكتئاب، نوعية الحياة). ولدراسة هذه المتغيرات استعملت الباحثة العديد من الأدوات، حيث قامت بتصميم مقياس من أجل تقييم المتغيرات المرتبطة بالبتر، كما استعملت كلا من: السلم البصري الغير رقمي (Echelle Visuelle Analogique EVA) لقياس شدة الألم، مقياس سانت أنطوني للألم (QDSA) ، قائمة القلق سمة – حالة (STAI-Y)، قائمة بيك للاكتئاب- الصيغة المختصرة- (BDI)،مقياس الدعم الاجتماعي (SSQ)، سلم الضغط المدرك (PSS)، مقياس مركز التحكم ثلاثي الأبعاد (Mesure de lien de contrôle tridimensionnel. IPAH)، مقياس إعادة الاندماج في الحياة العادية (Questionnaire de réintégration à la vie normale RNLI) ، مقياس استراتيجيات المواجهة (WWC-R)، بالإضافة لمقابلة نصف موجهة. تكونت العينة من 22 فردا (20 ذكور و 2 إناث) مبتورين على مستوى الأطراف السفلية منذ حوالي أربع سنوات، 14منهم تعرضوا للبتر بسبب صدمي (حوادث عمل، حوادث مرور...الخ)، و 8 بسبب الأمراض (سرطان، سكري...الخ).

من أهم النتائج التي كشفت عنها هذه الدراسة: معاناة 91% من أفراد العينة من الأحاسيس الشبحية (Douleurs fantôme)، حيث لوحظ غلبة أحاسيس السخونة والحركة لديهم (40% و30% على التوالي)، وقد تبين أن 75% من هذه الأحاسيس تم عيشها على أنها مضايقة، وكذلك ظهرت نسبة 85% منها على أنها مؤلمة، أما بالنسبة للآلام على مستوى نهاية الطرف المبتور (Douleurs au niveau du moignon) فقد عانى منها 60% من أفراد العينة.

وبالنسبة لتأثير السوابق فقد كشفت النتائج أن مركز التحكم الخارجي (سواء كان مرتبطا بـ "الآخرين" أو "الحظ") يضخم الأحاسيس المؤملة على مستوى الطرف الشبحي، ولا يسمح بتحقيق توافق جيد مع ظروف الإعاقة (اكتئاب مرتفع ونوعية حياة منخفضة/ رديئة)، كما ثبت أيضا أنه كلما كان الفرد متقدما في السن كانت شدة درجة الألم مرتفعة، أما القلق كسمة فليس له تأثير على الألم الشبحي إلا في الجانب المتعلق بالضيق الناتج عن ذلك الألم، وكلما كان هذا النوع من القلق مرتفعا انخفضت نوعية الحياة وارتفعت درجة القلق كحالة والاكتئاب، ولذلك ظهر عامل القلق كسمة على أنه مؤثر على التوافق الانفعالي والتوافق مع ظروف الإعاقة.

أما بالنسبة لتأثير المعدلات فقد كشفت النتائج أنه كلما كان الضغط المدرك مرتفعا كلما ارتفعت الشدة والضيق الناتج عن الألم الشبحي،وكلما ارتفع مستوى الاكتئاب والقلق كحالة وانخفضت نوعية الحياة، وهذا يعني أن درجة مرتفعة من الضغط المدرك تتنبأ بأحاسيس مؤلمة شديدة ومضايقة، وبتوافق سيء مع البتر، كما كشفت النتائج أيضا عن أهمية الدعم الاجتماعي (المتوفر/ المتاح) في إدراك الألم الشبحي، حيث كلما ارتفع عدد الأشخاص الذين بإمكان الفرد الاستناد عليهم انخفضت درجة عيش الألم على أنه شديد، وفي هذا الإطار ثبت أيضا تأثير عامل الرضى (satisfaction) المرتبط بالدعم الاجتماعي ، فكلما كان الفرد راضيا عن الدعم الاجتماعي الذي حضي به انخفضت درجة شدة الألم ، وقد ثبت أن هذا الرضى له تأثير مفيد على نوعية الحياة ومستوى الاكتئاب، واللذان لم يثبت تأثير توفر الدعم الاجتماعي عليهما؛ كما ثبت أيضا أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة ليس لها أي تأثير على الألم الشبحي، ولكنها تؤثر على كل من: القلق كحالة، الاكتئاب، ونوعية الحياة.

وأخيرا فيما يتعلق بالتأثير المشترك (influence conjointe) لكل من السوابق والمعدلات، فقد كشفت النتائج أن أهم عاملي تأثير هما مركز التحكم (سواء كان مرتبطا "بالآخرين" أو "الحظ") والضغط المدرك، حيث ثبت تأثيرهما على المعايير الأربع: ألم الطرف الشبحي، القلق كحالة، الاكتئاب ونوعية الحياة، ويضاف إلى هذا التأثير الأساسي تأثيرات ثانوية لسوابق ومعدلات أخرى مثل: الرضى المرتبط بالدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة.

<u>التحليل:</u>

على المستوى المنهجي لم تذكر الباحثة المنهج الذي استعملته ، وأنا لا أدري هل هو منهج وصفي(لأنها استرسلت تقدم وصفا للدرجات التي تحصل عليها الأفراد على تلك المقاييس ،ووصفا لمجموعة العلاقات الإحصائية بين المتغيرات التي تقيسها) ،أم منهج

تجريبي - حيث تناولت دراستها تأثير مجموعة من المتغيرات المستقلة (وهي السوابق: كالسن، القلق كسمة...الخ) على مجموعة من المتغيرات التابعة (وهي المعايير: كالألم الشبحي، القلق كحالة......الخ)، تتوسطهما متغيرات وسيطية (وهي المعدلات: كالضغط المدرك، الدعم الاجتماعي المدرك...الخ)- وهذ أمر منهجي مهم كان ينبغي عليها إدراكه وذكره لتوضيح معالم الطريقة التي تتبعها من أجل الوصول للنتائج. أما بالنسبة لمحتوى نتائج هذه الدراسة فأعتقد بأنها مفيدة لبحثنا لأنها تسلط الضوء على مجموعة من المتغيرات التي تؤثر على المعاش الجسمي و النفسي لفئة مبتوري الأطراف بعد تعرضهم للبتر.

1. 4. دراسة نور الدين خالد وعزيزة أوسعد (2006):

قدم كل من نور الدين خالد وعزيزة أوسعد دراسة طولية بعنوان: "صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة"، وكان مصدر هذه الدراسة التي نشرت عام 2006 هو معطيات بحث أشرف عليه نور الدين خالد عام 1999،تكونت عينته من 14 طفلا وطفلة تراوحت أعمارهم بين 10 و12 سنة، حيث كانوا موزعين على الصفين الخامس والسادس ابتدائي من ثلاث مدارس ابتدائية بالعاصمة (ببراقي ،بن طلحة والحراش)، وقد كانت كل حالة من أفراد تلك العينة شاهدا على حدث صدمي معين مثل: قتل الأب/ الأم ، انفجار، هجمات ليلية ... إلخ.كما كانت نتائج ذلك البحث غنية من حيث أنماط الاستجابة للأحداث الصدمية عند الطفل في ظل أجواء أسرية مختلفة، مما دفع بهم الى الاهتمام بأطفال ذلك البحث بعد مرور ثمانية سنوات من إجرائه ، حيث أصبح هؤلاء الأطفال مراهقين تمكن الباحثان من الاتصال بستة منهم (ثلاث ذكور وثلاث إناث) من منطقتي (براقي والحراش).

هدفت الدراسة إلى التعرف على المصير النفسي والدراسي الذي آل إليه أفراد العينة، وعن دور العامل الأسري كعامل تفسيري لهذا المصير. ومن هنا طرح الباحثان فرضيتين أساسيتين مفادهما: أن الأطفال الذين تأثروا بنسبة كبيرة على الأمد القصير وتواصل تدهورهم إلى عام بعد الصدمة ويعيشون في ظل ظروف أسرية سيئة يتواصل تدهورهم إلى سن المراهقة، أما الأطفال الذين تأثروا بنسبة كبيرة على الأمد القصير وتمكنوا من تحسين وتدارك وضعيتهم الدراسية بعد عام من الصدمة ويعيشون في ظل ظروف أسرية ملائمة يتواصل تحسنهم إلى سن المراهقة. وللتأكد من هتين الفرضيتين اعتمد الباحثان على الملفات المدرسية لأفراد العينة من أجل تتبع تطور نتائجهم الدراسية بعد تعرضهم للصدمة، وأيضا على المقابلة العيادية النصف موجهة من أجل البحث عن آثار الصدمة التي حدثت لهم خلال طفولتهم.

كشفت نتائج بحثهم في مستوى أول عن اختلاف المسارات الدراسية للحالات، حيث كان أغلبها متذبذب ويتميز بالتعثر والإخفاق المتكرر وأحيانا المتتالي الذي ينتهي بالانقطاع عن الدراسة (وهذا ما حدث لدى أربع حالات من ستة تقريبا). وفي مستوى ثاني أعمق سعت دراستهم للكشف عن أهم العوامل التي تفسر الاختلاف بين استجابات الأفراد لأحداث صدمية متشابهة،وذلك من خلال دراسة معمقة لحالتين: حالة إرجاعية وحالة أقل إرجاعية (un cas résiliant et un cas de moindre résilience). وهكذا أكدت نتائج دراستهم على أهمية الخلفية الأسرية في مصير الطفل النفسي و الدراسي ،وعلى الدور الأساسي الذي تلعبه الأم في تحديده، فبالرغم من تشابه التركيبة الأسرية للحالتين (الارجاعية و الأقل ارجاعية) وانتشار الأعراض النفسية والعضوية لدى أفراد كل واحدة منهما، يكمن الاختلاف الجوهري بين الأسرتين في نوعية العلاقات التي تربط أفرادها (سواء العلاقة "الحالة-الإخوة" ، "الحالة-الأم" أو "الإخوة-الأم")،حيث اتسمت هذه العلاقات بالقوة في أسرة الحالة الإرجاعية ،الذي كان أكثر قدرة على مقاومة الصدمة، أما في أسرة الحالة الأقل إرجاعية فقد تميزت تلك العلاقات بالهشاشة. وبناء عليه ابتكر لنا الباحثان نمطين من الأمهات، تشكل الأولى عامل حماية (protection)، وتشكل الثانية عامل جروحية (Vulnérabilité)، وقد أطلقا على النمط الأول اسم الأم الواقفة المحتوية (la mère résistante et contenante)، مثل أم الحالة الإرجاعية التي جندت قواها لمساندة ودعم أبنائها، مما حماه من المضاعفات النفسية، أما النمط الثاني فقد سموه بالأم المنهارة الغائبة (la mère décomposée et absente)، مثل أم الحالة الأقل إرجاعية التي تحولت شخصيتها إلى شخصية صدمية عصابية، مما أثر على صحته النفسية وجعله أسير أعراض ضغط ما بعد-الصدمة،كما تدهور مساره الدراسي. وبالتالي فقد أثرت طبيعة الأم على الأسرة، والتي أثرت بدورها على المصير النفسي والدراسي لأفراد العينة، وهكذا تحققت فرضيات دراستهم حسب الصيغة المذكورة سابقا.

التحليل:

قبل تحليل نتائج هذه الدراسة أشير في البداية إلى أني أعجبت بها كثيرا، حيث اتضحت في رأسي من خلال الاطلاع عليها مسألتان: الأولى هي اختلاف مآل الصدمة النفسية لدى مجموعة أفراد العينة، حيث أثرت فيهم بطرق مختلفة ليضطرب بعضهم ويقاومها البعض الآخر، والثانية هي ربط الباحثين لاختلاف تلك الاستجابات بالخلفية الأسرية، وبدور الأم الذي اعتبر مركزيا في تحديد المصير الذي ستؤول اليه صدمة الطفولة في مراحل لاحقة من العمر، وهكذا ابتكر لنا الباحثان نمطين من الأمهات، أم تمثل عامل حماية (protection) وهي أم واقفة محتوية، وأم تمثل عامل جروحية

(vulnérabilité) وهي أم منهارة غائبة، ومن هنا أصبحنا نعرف أن الحماية و الخطر لا يرتبطان بدور الأم فقط، فحتى شخصيتها قد تكون عامل حماية تقي من الاضطراب أو عامل خطر تسرع قدومه.

وبعد أن تلاشى جزء من الإعجاب، وتأملت النتائج بعمق، استنتجت أني لم أفهم هل كان الباحثان يتحدثان عن دور الأم أم عن شخصيتها، أم أنها يستعملان المصطلحين كمترادفين؟. وبدا لي أنهما كانا يتحدثان عن شخصيتها، حيث فسرا بروفيل الحالة وبروفيل الأسرة من خلال بروفيل الأم، فالحالة الإرجاعية الذي يزاول دراسته واسترجع توافقه ونشاطه الوظيفي، كانت طريقة ترحيبه وابتسامته ولطفه هي نفسها لدى أمه، مما حماه -حسبهما- من الاضطراب ومن آثار الصدمة، أما الحالة الأقل إرجاعية الذي انقطع عن دراسته وأصيب باضطراب ضغط ما بعد – الصدمة، فبدا وكأنه يقلد أمه التي أصيبت هي الأخرى بعصاب صدمي. وهنا حلت الحيرة محل الإعجاب، فهل هذا يعني أن استجابة نفس أفراد العائلة -الذين تجمع بينهم نفس الأم وتسود داخل أسرتهم نفس نوعية العلاقات- ستكون متشابهة إذا ما تعرضوا لنفس الحادث الصدمي؟. لقد أشار الباحثان أثناء تقديم حالات دراستهم الى أن استجابات أفراد أسرة الحالة الإرجاعية قد تنوعت بعد تعرضهم لنفس الحادث الصادم (الذي تمثل في قتل الأب على يد الإرهاب)، ففي حين أصيبت والدته بمرض جلدي وكانت تعاني من الفزع والأرق، أصيبت أخته الكبرى -كما أصيب هو- بوساوس عابرة، وواصلت أخته دراستها -كما واصلها هو- إلا أنها لم تكن محظوظة مثله من الناحية الصحية وأصيبت فيما بعد بالصرع-بينما لم يصب هو بأي اضطراب- كما أن إخوته الآخرين لم يكونوا محظوظين مثله من الناحية الدراسية و انقطعوا كلهم عن الدراسة. فلماذا اختلفت استجابات هؤلاء الأفراد ومصيرهم بعد التعرض للصدمة بالرغم من انتمائهم لنفس الأسرة ونفس الأم ؟

حتى لا نطيل التحليل هنا وندخل في تفاصيل ليس هذا مكانها اشير الى أن ربط المصير النفسي والدراسي بالعامل الأسري (سواء بدور الأم من حيث نوعية علاقاتها مع أبنائها، أو بانعكاس بعض أو كل ملامح شخصيتها بشكل مرآتي على شخصياتهم) غير كافي لتفسير اختلاف مصير نفس أفراد الأسرة الذين تعرضوا لنفس الحادث، ربما لأن لكل واحد منهم تاريخ شخصي خاص وبنية نفسية خاصة(وهي عوامل فردية) رغم تقاطعهم في بعض الصفات بحكم انتمائهم لنفس الأسرة، وربما لأن بعضهم تمكن من تكوين صداقات وتعرف على أشخاص مرجعيين خارج الأسرة (أساتذة مثلا وفروا له دعما) وهي عوامل محيطية لم يتمكن البعض الآخر تحصيلها، وبما أن نفس المتغيرات الثلاث (الفردية، الأسرية، والمحيطية) نجدها في كل من عوامل الحماية والخطر، وبما أن الطبيعة الحمائية أو الخطرية لا يكتسبها العامل في حد ذاته بل حسب طريقة تفاعله مع عوامل أخرى، فينبغي علينا -إن أردنا الحصول على الصورة الكاملة

لاضطراب(أو لعدم اضطراب) شخص بعد تعرضه لحادث صادم- أن ندرس التفاعل القائم بين تلك العوامل بطريقة ديناميكية، ترسم صورة ديناميكية لا يمكن تجميدها ثم وصفها انطلاقا من عامل منعزل.

1. 5. دراسة مجموعة من الباحثين -الهيئة الوطنية للصحة والبحث الطبي FOREM- (2007):

قام مجموعة من الباحثين والأطباء(مصطفى عشوي، مصطفى خياطي، صبرينة قهار، نبيلة خلال،و سهيلة زمرلين) المنتمين للهيئة الوطنية للصحة والبحث الطبي -FOREM- بإجراء دراسة ميدانية تتبعية عنوانها: "اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية في الجزائر".كان هدفها متابعة الحالة النفسية لمصدومات جراء التعرض لأحداث العشرية السوداء، وذلك من أجل تقويم وضعياتهن الديمغرافية، ودراسة حالاتهن النفسية من خلال معرفة استمرار معاناة الاضطرابات التالية للصدمة بعد سنوات من تعرضهن لها، ومعرفة كل من مستوى تقدير الذات واستراتيجيات التوافق المتبعة من طرف المصدومات من جهة، والتعرف على أنماط التحكم عند المصدومات وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي من جهة أخرى، وأخيرا وضع قاعدة بيانات تتعلق بالمتابعة من حيث التشخيص والعلاج والتكفل الاجتماعي والمهني بالمصدومات.

تكونت عينة الدراسة من 120 شخص تراوحت أعمارهم ما بين 15 إلى ما فوق 55سنة، وكان كل أفرادها إناثا أغلبهن ذوات مستوى تعليمي منخفض (أميات، مستوى ابتدائي)- باستثناء 5% كن من الجامعيات- كما تراوح مستواهن الاجتماعي ما بين منخفض بنسبة 20.8%، ومتوسط بنسبة 76.7%، ومرتفع بنسبة 2.5%، حيث كانت نسبة 82.5% منهن عاطلات عن العمل، و14.2% يشتغلن ،و3.3% في تكوين أو تدريب. تعرضت 51% من المشاركات لأحداث صادمة تمثلت في اغتيال أزواجهن، و21% لوفاة الأزواج، و10% لمجزرة بن طلحة (في ضواحي العاصمة الجزائرية)، و8% لخطف الآباء أو إختفائهم، بينما تعرضت البقية لأحداث أخرى مثل إغتيال الآباء أو وفاتهم، وإغتيال الأقارب، وحوادث السيارات، وذلك أثناء العشرية السوداء في الفترة الممتدة بين (1992-2002). وقد تم التكفل بهن من طرف نفسانيين بمركز بن طلحة -الواقع بضواحي العاصمة الجزائرية- و بالمركز التابع للهيئة الوطنية لترقية الصحة والبحث الطبي، حيث تمت مقابلتهم لإجراء هذه الدراسة سنة 2007.

اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي التحليلي، حيث إستخدموا مجموعة من المقاييس: مقياس الاضطرابات التالية للصدمة(PCLS)، مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، مقياس إستراتيجيات التوافق (GISS)، ومقياس روتر لمركز التحكم (داخلي/ خارجي)،ومن أجل معالجة البيانات قاموا باستعمال مجموعة من الأدوات الإحصائية : كاي مربع (Khi^2)، تحليل التباين، معامل بيرسون...الخ.

كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سلبية بين السن وكل من متغيرات البطالة ، المستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي لأفراد العينة. كما شعرت 98% منهن بأن حياتهن قد تغيرت بعد التعرض للصدمة، وأجابت 97.5% بأنهن ما تزلن تحتجن إلى استمرار التكفل النفسي بهن. وبالنسبة للتعرف على استمرار المعاناة من الاضطرابات التالية للصدمة (PTSD) بعد عدة سنوات من التعرض لها، فقد تبين أن 46.7% منهن يعانين منها، بينما 53.3% لا يعانين منها، وقد تبين أنه ليس هنالك فروق دالة إحصائيا من حيث النسبة بين المجموعتين، كما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية من حيث المعاناة من (PTSD) حسب متغيرات: السن والمستوى التعليمي والوضع المهني والوضع الاجتماعي ونمط الصدمة وتاريخ الصدمة، ولم توجد أية علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المعاناة من (PTSD) واستراتيجيات التوافق، وأيضا بين المعاناة من (PTSD) ونمطي التحكم، بينما كانت هنالك علاقة ارتباط سلبية دالة إحصائيا بين المعاناة من (PTSD) ومستويات تقدير الذات، مما يدل على أن نسبة الاضطرابات التالية للصدمة تكون أعلى لدى المشاركات ذوات التقدير المنخفض. وقد كانت نسبة 38% من أفراد العينة ذوات تقدير ذات منخفض، و32% ذوات تقدير ذات متوسط، و30% ذوات تقدير ذات مرتفع، كما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوات التقدير المرتفع والمنخفض من حيث النسبة. وقد تبين عدم وجود فروق دالة إحصائيا في تقدير الذات لديهن حسب متغيرات: السن، والمستوى التعليمي والوضع المهني والوضع الاجتماعي، بينما تبين أنه هنالك علاقة ارتباط إيجابية بين مستوى تقدير الذات والمستوى التعليمي. وبالنسبة لاستراتيجيات التوافق (التوافق بالتمركز حول المهمة /التوافق بالتمركز حول التجنب) فقد كشفت النتائج أنه ليست هنالك علاقة ارتباط دالة إحصائيا بين تقدير الذات والتمركز حول المهمة، كما أنه ليست هنالك علاقة ارتباط دالة بين التمركز حول المهمة والإصابة بـ (PTSD)،ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التمركز حول المهمة أو التجنب كاستراتيجيات للتوافق حسب متغيرات: السن، المستوى التعليمي، الوضع المهني، والمستوى الاجتماعي للمشاركات. وقد بينت النتائج أنه هنالك علاقة ارتباط إيجابية بين تقدير الذات والتمركز حول التجنب، بينما لم توجد علاقة ارتباط دالة بين التمركز حول التجنب و (PTSD). وأخيرا وبالنسبة لنمط التحكم (داخلي/خارجي) فقد تبين أنه هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين نمطي التحكم عند المشاركات، بينما لا توجد علاقة ارتباط دالة بين نمط التحكم والمعاناة من (PTSD)، وبين نمط التحكم ومستويات تقدير الذات،ولا توجد فروق دالة إحصائيا في نمط التحكم حسب متغيرات: السن، الوضع المهني، والمستوى الاجتماعي، بينما وجدت فروق في نمط التحكم حسب المستوى التعليمي، كما وجدت علاقة ارتباط سلبية بين المستوى التعليمي ونمط التحكم، فكلما كان المستوى التعليمي مرتفعا كلما كان التحكم داخليا.

التحليل:

لقد واجهت صعوبة كبيرة في تلخيص هذه الدراسة التي نشرت في كتاب تحت عنوان "الصدمات النفسية في الجزائر"،والتي يقول عنها أصحابها : "تجدر الإشارة إلى كون هذه الدراسة رائدة من حيث المنهجية التي اعتمدت عليها، إذ تعتبر من الدراسات العربية القليلة التي اعتمدت على المنهج التتبعي في دراسة الاضطرابات التالية للصدمات، وعلاقة ذلك بأنماط التوافق ،وبمستويات تقدير الذات، وأنماط التحكم لدى الشخص، وعلاقة ذلك أيضا ببعض المتغيرات الشخصية كالسن والمستوى التعليمي والوضع المهني للمشاركات" (عشوي، وخياطي،2012،ص.136)، ولذلك سأحاول التعمق في تحليلها.

ولنبدأ بتفحص "ريادة المنهجية" التي اعتمدت عليها هذه الدراسة: فهل يسمى الالتقاء بمجموعة من الأفراد في فترة زمنية محددة (صيف 2007) دون أن نملك معطيات عن حالتهم النفسية قبل تلك الفترة (باستثناء تعرضهم لصدمات نفسية) ،ولاعن كيف تطورت تلك الحالة التي حددتها الدراسة بمتغيرات (استمرار المعاناة من الأعراض التالية للصدمة، مستوى تقدير الذات، استراتيجيات التوافق، أنماط التحكم)، هل يسمى هذا الإجراء بدراسة تتبعية؟ وهل تسمى تلك المتغيرات بالحالة النفسية؟! وبالنسبة لدراسة العلاقة بين هذه المتغيرات فقد كانت الدراسة تهدف إلى "معرفة" استمرارية الإصابة بـ PTSD ،و "معرفة" كل من مستوى تقدير الذات واستراتيجيات التوافق وأنماط التحكم كل على حدى، ولم يذكر ولو هدف واحد أن هذه الدراسة تسعى لدراسة العلاقة بين هذه المتغيرات، وحتى إشكالية دراستهم تساءلت على وزن "هل" بالنسبة للمصدومات: هل لا يزلن يعانين من استمرار الإصابة بـالاضطراب التالي للصدمة وهل يعانين من تقدير منخفض للذات؟ وعلى وزن "ما هي" بالنسبة للمصدومات اللواتي لا زلن يعانين من الاضطراب التالي للصدمة: ما هي استراتيجيات التوافق لديهن؟ وما هي أنماط التحكم لديهن؟. وهنالك فرق كبير بين تعرض 120 فردًا مكونا للعينة لأحداث صدمية وبين تعرضهن للإصابة بأعراض اضطراب التالي للصدمة(PTSD)، فأفراد العينة ذكر أنهم تعرضوا لأحداث صادمة وليس لأعراض الاضطراب التالي للصدمة، ولمعرفة استمرار الإصابة بأعراض هذا الاضطراب ينبغي التعرف أولا عما إذا حدث أم لا. ولنضع ملاحظاتي هذه جانبا لنتتبع هذه المرة فائدة الطريقة "الإحصائية" المعتمدة ،حيث جاءت النتائج تسترسل لتوضح العلاقة بين مجموعة المتغيرات المعروضة والمسماة بـ "الحالة النفسية" وبين المتغيرات المسماة "ديمغرافية"، و أيضا الفروق بين أفراد العينة بالنسبة لمجموعة هذه المتغيرات،وسنذهب معهم في نفس هذا الاتجاه من خلال عرض مجموعة من تلك النتائج مرفوقة بأسئلة أطرحها لتبين مدى فائدة هذه الطريقة كما يلي:

كشفت نتائج الدراسة أن نسبة من يعانين من استمرار الإصابة بأعراض الاضطرابات التالية للصدمة بلغت 46.7% ،بينما بلغت نسبة من لا يعانين منها 53.3% ،وقد تبين أنه لا توجد فروق "ذات دلالة إحصائية" من حيث النسبة بين المجموعتين، مما يعني أن العينة انقسمت إلى شطرين تقريبا متساويين: شطر يعاني وشطر لا يعاني، فلماذا استمرت المعاناة من هذه الاضطرابات لدى نصف أفراد العينة ولم تستمر لدى النصف الآخر؟

وتكشف النتائج: لا توجد فروق لدى أفراد العينة من حيث استمرار المعاناة حسب المتغيرات الديمغرافية، وحسب نمط الصدمة وتاريخ الصدمة، فما الذي ساهم إذن في استمرار معاناة النصف وعدم معاناة النصف الآخر من هذه الاضطرابات؟

وتكشف النتائج: لم توجد أية علاقة ارتباط دالة بين استمرار الإصابة بالاضطراب التالي للصدمة واستراتيجيات التوافق، ولا بين استمراره ونمطي التحكم (أي أغلب متغيرات الحالة النفسية)، ولكن وجد ارتباط سلبي بين استمرار المعاناة من هذا الاضطراب وعنصر واحد من عناصر الحالة النفسية وهو تقدير الذات. إذن فهذا يعني أن اللواتي لديهن تقدير منخفض للذات هن اللواتي يعانين من هذا الاضطراب؟

وتكشف النتائج: أن نسب تقدير الذات متقاربة لدى أفراد العينة، حيث لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوات التقدير المرتفع وذوات التقدير المنخفض. فبما أنه ليست هنالك علاقة بين استمرار الإصابة بإضطراب ما بعد الصدمة والمتغيرات الأخرى باستثناء متغير تقدير الذات، وبما أنّ نسب تقدير الذات متقاربة لدى كل أفراد العينة، لماذا انقسمت العينة إلى شطرين، شطر يعاني وآخر لا يعاني؟

لنحاول إذن تعميق التحليل و إتباع طريق آخر لعلنا نجد سبيلا للإجابة عن هذا السؤال ، فقد كشفت النتائج أنه هناك علاقة ارتباط إيجابية هذه المرة بين تقدير الذات والمستوى التعليمي مفادها : كلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفع تقدير الذات، والذي من المفترض -كما أشرنا سابقا- أنه يؤدي إلى عدم استمرار الإصابة بالاضطرابات التالية للصدمات، الا أن النتائج لم تثبت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة من حيث المعاناة من استمرار الإضطرابات التالية للصدمات حسب المتغيرات الديمغرافية ومنها: المستوى التعليمي. فكيف يمكننا تتبع تأثير ارتفاع المستوى التعليمي الذي يرفع تقدير الذات، الذي يؤدي بدوره إلى عدم الإصابة بالإضطرابات التالية للصدمة، وبالتالي تفسير إصابة شطر العينة وعدم إصابة شطرها الآخر، مع العلم بأنه لم توجد فروق بين أفراد العينة تدل على تأثير المستوى التعليمي في استمرار الإصابة أو عدم استمرارها. وبالرغم من ذلك يبدو أنه هنالك مخرج آخر للبحث عن

دور هذا المتغير، فقد كشفت النتائج هذه المرة عن وجود علاقة ارتباط سلبية بين المستوى التعليمي ونمط التحكم، فكلما كان المستوى التعليمي مرتفعا كان التحكم داخليا، مما جعل القائمين بالدراسة يستنتجون أثناء التفسير أن تجاوز نصف أفراد العينة للصدمة وعدم معاناتهم من الاضطرابات التالية لها راجع إلى تميزهن بنمط تحكم داخلي -حيث بلغت نسبة انتشاره لدى أفراد العينة 73.3%- .فكيف أمكنهم تتبع تأثير المستوى التعليمي من حيث كونه عاملا يؤثر في نمط التحكم والذي ينبغي أنه يؤثر بدوره في إصابة أفراد العينة بالاضطرابات التالية للصدمة أو عدم إصابتهم بها، في حين أثبتت نتائج دراستهم أنه لا يوجد ارتباط بين هذه الإصابة ونمط التحكم، ولا بين نمط التحكم هذا وتقدير الذات.

وأنكص هنا إلى سؤالي الأول: لماذا نصف سيدات العينة يعانين من الاضطرابات التالية للصدمة بينما لا تعاني نصف السيدات الأخريات من نفس الاضطرابات؟ وأنا متأكد هذه المرة بأن نتائج هذه الدراسة لن تقدم إجابة واضحة لهذا السؤال، كما أن هذه المنهجية من وجهة نظري "غير رائدة"، وغير مناسبة لدراسة تأثير التعرض لصدمة نفسية على المدى البعيد، أولمعرفة دور العوامل المساعدة /غير المساعدة على تجاوز تلك الصدمة، أو حتى لمعرفة العلاقات بينها وكيفية تأثيرها على بعضها البعض من جهة، وعلى تجاوز الفرد للصدمة من جهة أخرى.

1. 6. دراسة وفاء محمد أحميدان القاضي (2009):

قامت وفاء محمد أحميدان القاضي -في إطار التحصل على درجة الماجستير- بتجسيد دراسة بعنوان: "قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة" ،حيث هدفت تلك الدراسة الى التعرف على علاقة قلق المستقبل بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، و على تأثير بعض المتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، وجود أبناء أم لا، مكان البتر، سبب البتر ومدة الإصابة) ،ومن هنا قامت الباحثة بطرح مجموعة من التساؤلات تبحث في مستوى أول عن وجود علاقة دالة احصائيا بين قلق المستقبل وكل من صورة الجسم ومفهوم الذات، وفي مستوى ثاني عن وجود فروق دالة احصائيا في كل من قلق المستقبل وصورة الجسم ومفهوم الذات تُعزَى لمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، وجود أبناء أم لا ، نوع البتر، سبب البتر، مدة الإصابة).

وللإجابة عن هذه الأسئلة أعدت الباحثة مجموعة من المقاييس (مقياس قلق المستقبل، مقياس مفهوم الذات، ومقياس صورة الجسم) التي قامت بتطبيقها في إطار المنهج الوصفي

التحليلي على عينة من حالات البتر. تكونت تلك العينة من 250 فردا أصيبوا في الفترة الممتدة بين انتفاضة الأقصى (سنة 2000) إلى غاية الحرب الأخيرة على غزة (2008).

كشفت النتائج في المستوى الأول عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين قلق المستقبل وكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى أفراد العينة.أما في المستوى الثاني فقد كشفت عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا في متغيري قلق المستقبل ومفهوم الذات تُعزَى لمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، وجود أبناء أم لا، مكان البتر، سبب البتر، ومدة الإصابة. وينطبق ذلك أيضا على متغير صورة الجسم، حيث لم توجد فروق دالة إحصائيا في صورة الجسم تعزى للمتغيرات السابقة باستثناء مدة الإصابة، أين وجدت فروق دالة إحصائيا في صورة الجسم تعزى لمتغير مدة الإصابة لصالح ذوي الإصابة الأقل من مدة سنة.

التحليل:

تعتبر هذه الدراسة من حيث المنهجية شكلا نموذجيا لعشرات الدراسات التي قمت بقراءتها ،ولعشرات الجلسات التي حضرتها في إطار مناقشة مذكرات الليسانس،وأطروحات الماجستير والدكتوراه.وحتى لا أفرغها من محتواها وأعلق عليها شكليا أو منهجيا فقط، أشيرفي البداية إلى أن الشيء الوحيد الذي استفدته من الإطلاع على محتواها هو أن المجتمع الفلسطيني ينظر إلى المصاب من طرف الاحتلال الاسرائيلي -لأي سبب- نظرة البطل الذي يقدم التضحيات من أجل وطنه، ويحظى هذا الأخير بالإحترام والتقدير في مجتمعه، وكنت أتمنى لو درست الباحثة دور هذه الدلالة الرمزية التي يكتسبها البتر في التأثيرعلى تقدير المبتور لنفسه وتكيفه مع حياته ، ولكن دوري كباحث ليس التمني وإنما النقد والتحليل واستخلاص العناصر الأساسية لبناء بحثنا، ومن أجل ذلك أسجل الملاحظات التالية:

أصبح استخدام الأساليب الاحصائية لقياس العلاقات بين مجموعة من المتغيرات، وقياس الفروقات موضة في الدراسات التي تتناول الظواهر النفسية، وأصبحت البحوث النفسية وكأنها بحوث في الإحصاء وليس في علم النفس، ولا أعلم إن كان هذا تقدما أم تخلفا، إلا أنني أعلم أن هذه الأساليب غير مفيدة في دراسات كالتي بين أيدينا، فما الذي سنستفيده مثلا عندما تكشف النتائج أنه توجد علاقة دالة إحصائيا بين قلق المستقبل و صورة الجسم أو مفهوم الذات، وحتى لو كان شكل هذه العلاقة معروفا إحصائيا مثلا: كلما ارتفع مفهوم الذات انخفض القلق، فإن هذه الصيغة تعجز عن تفسير ميكانيزمات انخفاض ذلك القلق وأسبابه ،أي تعجز عن تفسير كيف؟ ولماذا؟ ،وهنا يسعى الباحثون الذين حاولوا الالتزام بمنهجية دقيقة حسب اعتقادهم - كما سعت الباحثة في هذه الدراسة- إلى تقديم تفسيرات لمثل تلك

النتائج في شكل تكهنات، فمثلا فسرت الباحثة نتيجة وجود علاقة بين قلق المستقبل وصورة الجسم بأنها: "أمر طبيعي حيث أن صورة الجسم لها علاقة بتفاؤل الفرد المستقبلي و طموحاته" ، وأحيانا أخرى يأتي التفسير في شكل تعبير عن رأي الباحث الخاص الناتج عن حدسه ،أو في شكل تفسير عشوائي للعلاقة بين المتغيرات، فمثلا في الدراسة التي بين أيدينا فسرت الباحثة نتيجة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الذات تُعزَى لمتغير مكان البتر(علوي/سفلي،مشترك) بالقول أنه" من المتعارف عليه أن الفرد يبدأ في تكوين صورته عن ذاته وصورته الجمالية من السنوات المبكرة وعبر المراحل العمرية المختلفة، ومكان البتر له علاقة بالصورة الجمالية للشخص، وهذه الصورة نتيجة لما حدث فيها من تشويه وفقدان تترك آثارا على مفهوم الذات، فلا يتأثر مفهوم الذات بمكان البتر لأن الفرد ينظر إلى جسده ككل متكامل". فهل هذا يعني أن من بتر إصبعه سيكون مفهومه لذاته كمن بترت أطرافه الأربعة (يديه وقدميه)؟. إن وضع النتائج في هذه الصيغ الإحصائية، وتقديم مثل تلك التفسيرات العشوائية لها ، واستخدام الباحثة لبعض التعابير من مثل: " الصدمة تجعل الفرد أكثر وعيا فيكون أيضا أكثر قلقا فيتوقع الفرد المبتور حدوث كوارث أخرى"، و مصطلحات من مثل "الوصمة النضالية"،و"وسام البطولة" و"الشعور بالتوجس" يجعل من تحليل هذه الدراسة -وغيرها من الدراسات المشابهة التي تخليت عن استعمالها- واستخلاص بعض العناصر من نتائجها لبناء إشكالية بحثنا أمرا مستحيلا بالنسبة لي.

1. 7. دراسة Vasconcellos.D , Picard.O , et Cohen-Ichai.S (2010):

قام كل من (Vasconcellos. D., Picard. O.,et Cohen-Ichai. S., 2010) بنشر بحث بعنوان "الصدمة المرتبطة بالعلاج" (le traumatisme du traitement). حيث استهدف هذا البحث فئة المصابين بفيروس الايدز (VIH)، و تكونت العينة من 19 مريضا تم تعيينهم من طرف Dr. Odile Picard بعيادة متعددة التخصصات بأحد مستشفيات باريس (polyclinique de l’hôpital Saint-Antoine à paris)، وقد اقترح الانضمام على المرضى الذين بدأت معالجتهم بشكل جد نشط (thérapie- Anti-Rétrovirale hautement Active)، كما استبعد المرضى الذهانيون أو الذين يعانون من اضطرابات عصبية /نفسية، كان 9 مرضى من أفراد العينة يعيشون قرانا مستقرا (en couple stable) منذ عامين إلى 14 عاما، كما توزعت العينة من حيث الأصل بين فرنسيين أصليين وأجانب، ومن حيث انتقال المرض بين انتقال من نفس الجنس ومن جنس مغاير (Homo et hétérosexuel) ،ومن حيث وضعيتهم الاجتماعية بين متقاعدين، بطالين، موظفين، حرفيين، طلبة، وإطارات.

صمم هذا البحث النوعي وفق بروتوكول تتبعي (longitudinale) قسم على أربع مراحل، واستعملت فيه المقابلات الإكلينيكية واختبارين اسقاطيين (الرورشاخ و TAT) بهدف الكشف عن دور الهشاشة النفسية لهؤلاء المرضى، والتي تضعف من إمكانياتهم للتوافق مع التهديدات الحقيقية والهوامية المرتبطة بوضعيتهم الحالية، بالإضافة إلى الآثار الجانبية للدواء في الانقطاع عن التقيد بالعلاجات اللاحقة من طرفهم. وهكذا وظفت المقابلات على امتداد المراحل الأربع من أجل الكشف عن المتغيرات النفسية المشاركة أثناء التقيد بالعلاج في الإطار الحالي وفي إطار التاريخ الشخصي لكل مريض، ثم لمرافقة الوضعية التي اتخذها العلاج، ومعرفة ردود الفعل الأولية للمريض والتأثيرات الثانوية المحتملة،والتي يتم فهمها على المستوى الجنسي، ثم لإعطاء المريض فرصة للتفكير في الاحتمالات المستبعدة والصعوبات المواجهة من أجل دمج العلاج في حياته اليومية، ثم من أجل إتمام محصلة النتائج ومعرفة العناصر التي تبعث على الرضى والعوامل التي تعرقل التقيد بالعلاج. وقد امتدت هذه العملية حوالي عام حيث كانت الفترة التي تفصل بين كل مقابلة ولاحقتها 4 أشهر. أما الاختباران الاسقاطيان (الرورشاخ و TAT) اللذان تم تطبيقهما بعد المقابلة الأولى مباشرة فقد استهدفا تقييم المتغيرات التالية: التنظيم النرجسي، تمثل الذات (représentation de soi)، حركة الدفعات الغريزية، العلاقات بالموضوع، ميكانيزمات الدفاع، نمط الاكتئاب وتسيير القلق (élaboration de l'angoisse). وقد اقترح الباحثون الفرضية التالية: يتلقى بعض المرضى المصابين بمرض معدي -يعيق ويعاقب نشاطهم الجنسي- الأدوية على أنها عقاب يحرمهم من مصدر هام للمتعة والتواصل العاطفي، وهذا التأثير الثانوي المضاف إلى العلاج يصبح تبريرا من أجل تفسير صعوباتهم الجنسية مما يؤدي لخطر الإخلال بمتابعة العلاج.

كشفت النتائج عن أنه من بين 19 مريضا هنالك 9 مرضى مصابون بذهول ليبيدي (sidération libidinale) في أثناء العام الأول من العلاج، وقد تم عرض النتائج المرتبطة بهذه المجموعة الفرعية التي احتوت على شكلين من الحالات: فئة ممن هم على علم منذ زمن قريب بأنهم حاملون للفيروس / مصابون، وفئة ممن ينبغي عليهم دمج العلاج في مناخ عيشهم للإصابة التي حلت بهم منذ سنوات. وفي هذا الاطار كشفت النتائج عن ثراء التعبير الهوامي لدى هؤلاء المرضى ذوي الإصابة السوماتية مما يستبعد التفكير العملي لديهم (pensée opératoire)، وبالتالي فالمصدومون بسبب معرفتهم منذ عهد قريب بإصابتهم سيشهدون عملا نفسيا ذو نوعية غير متجانسة ولكنه مؤكد ولا مفر منه، كما تم الكشف أيضا من خلال بروتوكولاتهم أن أعراضهم ناجمة أكثر عن ذهول ظرفي لليبيدو منه عن هبوط في الطاقة الحيوية من نمط الاكتئاب الأساسي، وتم الكشف عن أن بعض السياقات الدفاعية المعمول بها من شأنها أن تعيق التفريغ النفسي (dégagement psychique) محاصرة بذلك المريض في دائرة بدون مخرج.

وفيما يتعلق بتمثل الذات فمن خلال المقارنة بين الاستجابات في البطاقة 5 للرورشاخ لمجموعتي المرضي (من هم على علم منذ عهد قريب، ومن هم على علم منذ سنوات بإصابتهم) تم الكشف عن أن عملية استرجاع صورة لا شعورية لجسم مدمج ممكنة الحدوث،وأن هذا التدارك (reprise) ضروري من أجل الحماية الأمثل للتوازن بين النرجسية والاستثمار الموضوعي، ولكنه غير كافي لأن مرضى المجموعة الثانية لا يزالون يعانون من تثبيط للرغبة.

أما فيما يخص الإشكاليات العلائقية المسقطة على الرورشاخ و TAT فقد تم الكشف لدى هؤلاء المرضى التسع عن ثلاث ديناميات نفسية مختلفة، تستخدم بطريقة منعزلة أو مجتمعة (isolées ou combinées) وهي:

- إدراك الخطر داخل كل اقتراب علائقي، وهو خطر مرتد بطريقة دائرية لأنه مدرك داخل ميكانزم التقمص الاسقاطي.
- توقع الحرمان الذي لا يمكن تجنبه في مواجهة موضوع داخلي غائب، لا يمكن تعويضه ومخيب للأمل.
- استراتيجيات الهجر التي تنهك العلاقة داخل انتظارات مكلفة.

تم الكشف أيضا عن أن الاستثارة الليبيدية تظهر كأنها تهديد قريب الحدوث يمس بالتوازن الضعيف المحصل من خلال توفيقات متعددة يشك المريض بأنها قادرة على حمايته في مواجهة الموضوع المرغوب والمخيف. كما تم الكشف عن أن الأدوية أيضا تظهر كأنها قذارة محمولة تعمل على حجب وتغطية صراعات نفسية داخلية من الصعب جدا مواجهتها، وحتى مخلفات العجز الجنسي القديمة أو المتناوبة يتم إعادة تأويلها داخل الظروف الحالية. إذن هذا التبرير يحمي تقدير الذات أين يتموقع المريض في وضعية تحثه على عدم السعي لإقامة علاقات جنسية، ليأتي بعد ذلك الدفاع كتهديد له بأنه متضرر كليا وبصورة نهائية من خلال الأدوية.

التحليل:

لن أهتم هنا كثيرا بمنهجية هذا البحث الذي طبق على عينة من المجتمع الفرنسي مصابة بفيروس الإيدز، وسأكتفي هنا بتسجيل مجموعة من الملاحظات التي تعتبر مفيدة بالنسبة لبحثنا (والتي تتمثل في بعض الأفكار التي جاء بها البحث حول انعكاس الإصابة الجسمية والمعالجة الدوائية على التوظيف النفسي في شكل صدمة) كمايلي:

- الملاحظة الأولي تتمثل في تأكيد دور عامل نفسي وهو الدلالة النفسية للدواء (الذي يدرك كعقاب) في إنتاج عرض (وهو اختلال التوظيف الجنسي) كان يُعتَقَدُ أنه ناتج عن عامل بيولوجي مرتبط بالأدوية، وأيضا مرافقة هذه الدلالة النفسية للآثار الجانبية للدواء ومساهمتها في عملية الانقطاع عن العلاج.

- الملاحظة الثانية مرتبطة بمعاناة حوالي نصف أفراد العينة من ذهول ليبيدي، وهنا يبرز دور الإصابة الجسمية والمعاناة التي يتعرض لها المريض أثناء العلاج في خلق صدمة نفسية لديه.

- الملاحظة الثالثة تدور حول المرضى الذين هم على علم منذ عهد قريب بأنهم مصابون، حيث كانوا يشهدون اختلالا في التوظيف النفسي بالمقارنة مع المرضى الذين هم على علم منذ سنوات بإصابتهم والذين ظهر توظيفهم النفسي بصورة أكثر تنظيما واستقرارا، وهنا تبرز أهمية المدة التي لا يمكن اختصارها من أجل تجسيد عمل بنائي نفسي لدمج كل من الصدمة والاصابة الجسدية.

- الملاحظة الرابعة والأخيرة مرتبطة ببروز ديناميات نفسية خاصة بهذه الفئة المصابة، وهنا تبرز أهمية الدفاعات النفسية في حفظ التوازن النفسي ومواجهة الصدمة الناجمة عن اصابة جسدية فمثلا: دلالة الاستثارة الليبيدية (التي تدرك كتهديد) بالإضافة إلى دلالة الأدوية (التي تدرك على أنها قذارة محمولة) يخلان بالتوافق النفسي للمريض المتضرر جسميا ونفسيا وجنسيا، والذي لا يستطيع تجاهل هذا كله، وبالتالي إقامة علاقات جنسية و الحصول على الإشباع، ليأتي الدفاع من خلال إدراك الخطر داخل كل اقتراب علائقي، توقع الحرمان، واستراتيجيات الهجر ويعمل على تأكيد وضعيته السابقة وتثبيط الرغبة لديه، وبالتالي حماية توازنه النفسي. وكأن هذه الصيغة تبدو كالتالي: يعمل المريض على تبرير تضرره من الناحية الجنسية، ثم تتدخل الدفاعات ليصبح الأمر الذي لا يستطيع القيام به يبدو وكأنه لا يريد القيام به، وهذا ما يحمي تقديره لذاته ويساعده في مواجهة اصابته .

وأخيرا يمكن الإشارة إلى أنه أمكننا من خلال نتائج هذا البحث الإطلاع على دور وأهمية العناصر المكونة للتوظيف النفسي في تلقي الحدث الذي يعتبر صدميا، وإعطائه دلالته الخاصة على مستوى هذا التوظيف، وأيضا على دورها في مواجهة الصدمة وتسييرها. وهذه معطيات تعتبر مكملة لما نعرفه حتى الآن من خلال معطيات الدراسات التي سبق تلخيصها.

التعقيب على الدراسات السابقة:

تتقاطع هذه الدراسات -وإن اختلفت عناوينها والمتغيرات التي تدرسها- مع دراستنا الحالية في نقطة محورية وهي: دراسة نفس الظاهرة المتمثلة في تأثير التعرض لحادث صادم (و لاصابة جسدية)على الفرد، واستجابات الأفراد على المستويين القريب والبعيد له ، ودور أهم العوامل المتحكمة في تلك العملية. وسنحاول هنا تلخيص وتفحص مجموعة الملاحظات

التي قدمناها أثناء تحليل هذه الدراسات (والمرتبطة بالطريقة والأفكار التي استخدمتها في معالجة تلك الظاهرة) كما يلي:

سجلنا على مستوى الدراسة التي قامت بها الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP) والمنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات (TPO) ملاحظة مهمة مفادها أن المنهج الابيدوميولوجي والإجراءات الإحصائية مناسبة لدراسة انتشار الأحداث الصادمة، الضغوط ،الاضطرابات النفسية، والعوامل المرتبطة بها،وذلك من أجل التعرف على المجموعات السكانية المعرضة للخطر وتوجيه التكفل الملائم لهم. لكن هذه الإجراءات لا تستطيع تقديم أكثر من ذلك، لأنها لا تقدم أكثر من وصف إحصائي للتأثيرات المتبادلة بين تلك العوامل بقياس ارتفاع نسبتها أو انخفاضها (وفق فرضية سميتها ب"الارتفاع والانخفاض"). في حين أثبت التحليل أن تلك التأثيرات تتم بطريقة معقدة لا تستطيع تلك الفرضية تفسيرها. وهنا أثرنا نقطة أخرى مرتبطة بواقع مفاده أن تعرض شخصين لنفس الحادث قد يؤدي لإصابة أحدهما بضغط نفسي واضطرابات وعدم إصابة الآخر، وقد تكون نفس العوامل مرتفعة أو منخفضة بنفس النسبة لدى الشخصين، ففي هذه الحالة كيف يمكننا تفسير اختلاف استجابتهما؟ .ولنتفحص اذن كيف تجيب دراسة استعملت منهجية كيفية بعيدة عن فرضية الارتفاع والانخفاض عن سؤال من هذا لنوع، ففي الدراسة المعنونة ب"صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة" حاول الباحثان من خلال تطبيق المقابلات الإكلينيكية تتبع تأثير التعرض لأحداث صادمة في الطفولة على مراحل لاحقة من العمر،وذلك من خلال تتبع المصير النفسي والدراسي لأطفال تعرضوا لأحداث صادمة بعدما أصبح هؤلاء الأطفال مراهقين، وهكذا ربط الباحثان اختلاف استجابات هؤلاء المراهقين لصدمات الطفولة(حيث اضطرب بعضهم بينما قاومها البعض الآخر) بتأثير العامل الأسري وخاصة بدور شخصية الأم، وهنا سجلنا ملاحظة أخرى مفادها أن العامل الأسري غير كافي لتفسير اختلاف استجابات الأفراد للصدمة، وقد استنتجنا ذلك لأن إخوة الحالة الذي قاوم الصدمة اختلفت استجاباتهم ومصيرهم النفسي والدراسي (بالرغم من أنهم تعرضوا لنفس الحادث، وينتمون لنفس الأسرة، وتجمع بينهم نفس الأم) حيث انقطع أغلبهم عن الدراسة بينما لم ينقطع الحالة، واضطرب بعضهم بينما لم يضطرب هو، فلو كان مصير الصدمة تحدده نوعية العلاقات داخل الأسرة وشخصية الأم فلماذا اختلف مصيرهم؟ لماذا لم يقاوموا الصدمة كلهم؟ أو يضطربوا جميعا؟ وهل هذا يعني أنه هنالك عوامل أخرى غير العامل الأسري تتدخل لترسم اختلاف استجابات الافراد لنفس الحادث؟ .تجيبنا عن هذا السؤال مجموعة من الدراسات تقترب من دراستنا من حيث نوعية الحادث الذي تدرس تأثيراته

(والمتمثل في التعرض لإصابة جسمية أو للبتر) ، حيث كشفت دراسة (**Vasconcellos.D , Picard.O , et Cohen- Ichai.S)** -على عينة من المجتمع الفرنسي- عن تأثير الهشاشة النفسية والدلالة التي يعطيها الأفراد للحادث (الإصابة بالإيدز والعلاج منه) في تلقيه والاستجابة له، بينما كشفت دراسات كل من Alice paquet على عينة من المجتمع الكندي تعرضوا لحروق، و Anne Curelli على عينة من المجتمع الفرنسي تعرضوا للبتر، ووفاء محمد أحميدان القاضي على عينة من المجتمع الفلسطيني تعرضوا أيضا للبتر عن تأثير العديد من العوامل(الرضا عن المظهر، الضغط المدرك، الدعم الاجتماعي...الخ) وتدخلها في تحديد استجابات المتعرضين لتلك الإصابات. وبالنسبة لهذه الدراسات الثلاث الأخيرة التي تدرس تأثير التعرض لإصابة جسمية (كالحروق والبتر) على حياة المصابين من خلال حساب العلاقة بين مجموعة متغيرات بطرق إحصائية تنطبق عليها من حيث الطريقة نفس الملاحظات التي سجلناها أثناء مناقشة فرضية الارتفاع والانخفاض، بل أكثر من ذلك: فهي لا تستطيع الإحاطة بالصورة الكلية لتلك التأثيرات، لأنها تدرس بعض المتغيرات و يفلت من قبضتها الكثير، وهنا يأتي التفسير جزئيا لذلك التأثير، وفي كثير من الأحيان قد يتعذر التفسير، مثلما حدث في دراسة Alice Paquet حيث لم تستطع الباحثة تفسير أسباب طول الفترة الفاصلة بين الإصابة والعودة للعمل لدى من تعرضوا لحروق داخل عملهم منها لدى من تعرضوا لحروق خارج اطار العمل،وذلك لأنها لم تدرس مجموعة أخرى من المتغيرات: كالقلق والاكتئاب والإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية...الخ. وإذن لتفسير تأثيرات التعرض لحادث من هذا النوع على حياة الأفراد النفسية والاجتماعية: كم متغيرا يجب أن ندرس؟ وما هي مجموعة المتغيرات المؤثرة ؟ وهل يمكن لفرضية الارتفاع والانخفاض أن تحيط بها كلها ونحن نعلم بتعقد الظاهرة النفسية، وبتعقد الصورة المرضية لاستجابات الأفراد المتعرضين لحادث صدمي، وذلك بسبب تعدد وتداخل تلك المتغيرات، بالإضافة لخصوصية الطريقة التي تتفاعل بها لدى كل شخص.

واذن ما الذي نستنتجه من هذه المناقشة؟ .نشير في البداية الى أننا لن نحاول إيجاد موقع لدراستنا بالقول مثلا: "أن الدراسات التي تناولت تأثير الإصابة الجسمية والبتر لم تدرس بعض المتغيرات ودراستنا تتناول هذه المتغيرات لملء تلك الفجوة"، فنحن لم نقدم تلك التحليلات التي أجهدنا أنفسنا بمناقشتها لمجرد قول ذلك، بل لنتمكن من تفحص المنهجية والأفكار التي اعتمدت عليها تلك الدراسات في معالجة موضوع تأثير التعرض لحادث صادم (ولاصابة جسمية)على

الفرد، واستجاباته القريبة والبعيدة له، ودور أهم العوامل المتحكمة في تلك العملية ،ومن هنا يمكننا القول أننا استنتجنا ما يلي:

● على مستوى المنهجية توصلنا إلى أن الإجراءات الإحصائية مناسبة لدراسة انتشار الأحداث الصادمة،الضغط،الاضطرابات ما بعد الصدمية والعوامل المرتبطة بها، كما أنه من المفيد الاعتماد على نتائجها من أجل فهم الإطار الاجتماعي المشترك الذي يعيش فيه الأفراد، ومن أجل الاحاطة بأهم العوامل المنتشرة فيه والمؤثرة على استجاباتهم وعلى حياتهم، إلا أن "الصيغ الإحصائية" التي تعتمد عليها الدراسات التي تأخذ بتلك الإجراءات في تقديم نتائجها حول تأثير التعرض لأحداث صدمية ،وحول التفاعلات المتبادلة بين مختلف العوامل المحددة لاستجابات الأفراد لتلك الأحداث، لا تتعدى مجرد الوصف ،وهي غير كافية لفهم الواقع المعقد المتمثل في الطريقة الخاصة التي يؤثر بها التعرض لحادث صادم على الأفراد، ولفهم الطريقة الخاصة التي تتفاعل بها تلك العوامل لدى كل فرد لتحدد شكل استجابته لذلك الحادث. كما أن تقديم النتائج في شكل صيغ احصائية غير مفيد كثيرا في مجال العلاج النفسي، لأن هذا النوع من العلاج يتطلب فهم ميكانيزمات تأثير الحادث، والسياقات النفسية المحددة لاستجابات الأفراد له، وهذا ما لا تستطيع تلك الصيغ تقديمه.

● أما على مستوى الأفكار المعتمدة في معالجة الموضوع فقد توصلنا إلى أن أي دراسة -ومهما كانت نوعية الإجراءات التي تتبعها(كيفية أو كمية)- تحاول تفسير تأثير التعرض لأحداث صادمة والاستجابة لها انطلاقا من عامل منفرد ومنعزل، أو من مجموعة عوامل(ثلاث أو أربع أو أكثر) ستتوصل لرؤية ناقصة لواقع ذلك التأثير، كما حدث في الدراسة الكيفية التي حاولت تفسير اختلاف استجابات الأفراد المتعرضين لنفس الحادث من خلال التركيز على العامل الأسري، والتي لا يمكنها انطلاقا من هذه النتيجة تفسير اختلاف استجابات نفس أفراد الأسرة الذين تعرضوا لنفس الحادث، فالتفكير بهذه الطريقة يؤدي لرؤية ناقصة للواقع، أو لرؤيته ووصفه من زاوية ضيقة، كما حدث مع الدراسات الكمية الإحصائية التي تناولت تأثير التعرض لإصابات جسمية (كالحروق والبتر) من خلال دراسة تأثير بعض المتغيرات، مما حرمها من رؤية الصورة الكلية لتلك التأثيرات بسبب عدم دراستها لمتغيرات أخرى، وفي هذه الحالة تواسي تلك الدراسات نفسها على بترها لجزء أو لأجزاء من تلك الصورة عن طريق الاكتفاء برؤية جزء منها فقط حسب المتغيرات التي درستها، وفي مراحل لاحقة من طريقة التفكير هذه تقوم بنفي ذلك الجزء أو تلك الأجزاء، وتعتبر الجزء -أو المتغيرات التي درستها- هي الصورة الكلية لواقع تأثير التعرض لأحداث صادمة(أو لاصابات جسدية)، وهنا تقتصر

على وصف تلك التأثيرات بوضعها في صيغ إحصائية. يستثنى من هذه الدراسات تلك التي حاولت الكشف عن دور الهشاشة النفسية لفئة المصابين بفيروس الإيدز في تلقي ذلك الحادث الصادم (الإصابة والعلاج منها) وإعطائه دلالة خاصة، ثم الاستجابة له، فطريقة معالجتها لهذه الظاهرة تقترب كثيرا من طريقة تفكيرنا(بحكم التخصص في علم النفس الاكلينيكي)، لأن تلك الهشاشة النفسية تابعة لشخصية الفرد ولبنيته الخاصة، وللطريقة الخاصة التي تتفاعل بها العوامل المكونة لواقعه النفسي الداخلي و الخارجي.

2. إشكالية البحث:

يتمثل العامل الأساسي المسبب للصدمة ولأعراض الاضطرابات ما بعد-الصدمية في التعرض لحادث ذو طبيعة صدمية ، حيث يفترض أن يصاب الشخص بصدمة وباضطرابات مرتبطة بها بعد تعرضه لحادث من هذا النوع، فإلى أي مدى تصدق هذه الفرضية؟

في الواقع تختلف عادة استجابات الأفراد في مواجهة ذلك الحادث، فبعد تعرضهم له قد يصاب بعضهم فعلا بصدمة نفسية ويطورون أعراض اضطرابات ما بعد–صدمية (ضغط ما بعد الصدمة، عصاب صدمي ...إلخ)، كما قد يطور بعضهم الآخر أعراض اضطرابات نفسية أخرى (اكتئاب استجابي، ذهان استجابي، أعصبه متنوعة ...الخ)، وفي الجهة المقابلة لا يصاب بعضهم الآخر ولا يطورون أي اضطرابات،بل يقاومون تلك الخبرة المؤلمة ويسترجعون توازنهم الذي أخل به الحادث. فلماذا تختلف استجابات الأفراد في مواجهة الحادث "ذو الطبيعة الصدمية" ؟ ،لماذا يستطيع بعضهم مواجهته وتحمل تأثيراته فلا يصابون؟ ،وهل ترتبط عملية إصابة الفرد بصدمة وتطويره لأعراض اضطرابات ما بعد-صدمية بمجرد تعرضه للحادث، أم أن الأمور أعقد من ذلك بكثير؟ ،هذه هي أكبر المسائل المطروحة في مجال دراسة الصدمة النفسية وعواقبها (أو انعكاساتها)، ولأنها مسائل لا يمكن حلها أو الإجابة عنها بشكل مباشر وبسيط تتم مناقشتها غالبا من عدة زوايا وفي إطار العديد من الطروحات.

ففي اطارسياقات الجروحية/ الرجوعية وعوامل الخطر/ الحماية تناقش مسألة اختلاف استجابات الأفراد في مواجهة الحادث (إصابتهم أو عدم إصابتهم بعد التعرض له) في إطار تدخل العديد من عوامل الخطر والحماية (الفردية، العائلية والمحيطية) ، والتي تتفاعل فيما بينها بطرق مختلفة لتحمي الفرد أو لتعرضه لخطر الإصابة بالاضطراب. ولو بحثنا عن مثال يجسد هذه الطريقة من التفكير لمثل أمامنا فورا مثال البحوث الابيديميولوجية (أو الوبائية)، حيث تدرس تلك البحوث عادة انتشار الاضطرابات والعوامل المرتبطة بها، وفي مجال الصدمة

النفسية تطرح تلك البحوث غالبا مجموعة من عوامل الخطر (عنف الحادث أو تكرره، شعور الفرد بالتعب أثناء التعرض له، التعرض لصدمات سابقة ...الخ)، تقابلها مجموعة من عوامل الحماية (كالدعم الاجتماعي ...إلخ)، ومجموعة أخرى من العوامل (السن، الجنس ...إلخ) لا تعتبر عوامل خطر ولا عوامل حماية إلا بعد ما تتم دراستها، لتحاول تلك البحوث بعد ذلك دراسة التفاعلات والارتباطات بين تلك العوامل (لجلب الاضطراب أو للحماية منه) باستخدام أساليب إحصائية. وفي هذا الإطار سجلنا العديد من الملاحظات أثناء تحليل أحد نماذج تلك البحوث الابيديميولوجية (بحث الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس-SARP- والمنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات-TPO-) الذي من بين أهدافه: التعرف على عوامل الخطر والحماية التي تحدد العلاقة بين حادث حياتي (صدمي / ضاغط) وحدوث ضغط نفسي / اضطرابات نفسية ، واستنتجنا بعد تحليله أن الأساليب الإحصائية المستخدمة لدراسة عوامل الخطر والحماية بقياس ارتفاع نسبتها أو انخفاضها، ودراسة التفاعلات والارتباطات بينها (وهي أيضا على وزن كلما ارتفع ارتفع، وانخفض ارتفع ،انخفض ...الخ) غير قادرة على تفسير الكيفية ولا الميكانزمات، حيث كشفت نتائج ذلك البحث عن وجود ارتباط هام للتاريخ الشخصي بمعدلات انتشار المعاناة والاضطرابات النفسية ، فكيف تدخل ذلك التاريخ الشخصي إذن لإحداث معاناة واضطرابات؟ ، في الواقع لا يمتلك ذلك البحث (بسبب إجراءاته الإحصائية) القدرة على الإجابة عن سؤال من هذا النوع، و أقصى ما يستطيعه هو القول مثلا بأن: " ارتفاع " التعرض لأحداث صادمة أدى الى"إرتفاع نسبة" التعرض لـ ...الخ، وبالرغم من أن نتائج ذلك البحث كشفت أيضا عن وجود ارتباط بين التعرض لأحداث صادمة عبر مراحل العمر المختلفة (حيث ثبت أن الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة في الطفولة كانوا أكثر عرضة لمثلها فيما بعد سن 12 من العمر)، وبالرغم من أن القائمين بالبحث أقروا بوجود تراكم زمني للأحداث الصادمة عبر مراحل الحياة المتتابعة لدى أفراد العينة، فقد عجز البحث (والقائمون به) في الكشف عن ميكانزمات ترابط تلك الأحداث، ووجدوا أنفسهم مضطرين لأن" يقترحوا" أن تكون الآلية المسؤولة عن ذلك نوعا من الهشاشة في التركيب العصبي للشخص، ينتج عن التعرض الشديد أو المتكرر للصدمات، وينتج عنه فقدان لعوامل الحماية الطبيعية (أي أنها قد تكون نوعا من الجروحية).

وحسب هذا الطرح فقد يكون الشخص معرضا للخطر (أو للحادث) ويكون هشا –أو جروحيا -(Vulnérable) فلا يستطيع مواجهته، وتتدخل عوامل خطر لتزيد من احتمال إصابته بالاضطراب بعد التعرض للحادث،و في مقابل ذلك فقد يكون الشخص معرضا للخطر

(أي للحادث) ويكون قويا –أو إرجاعيا– (résilient) فيستطيع مواجهته، وتتدخل عوامل حماية لتقلل من احتمال إصابته بالاضطراب بعد التعرض للحادث. ولنختبر إذن بعد هذا التوضيح مدى فائدة مقترح ذلك البحث الإبيديميولوجي من خلال تتبعنا هذه المرة لتحليل بحث كيفي عيادي ،حيث حاول كل من نور الدين خالد وعزيزة أوسعد (في بحث لهما بعنوان: صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة) تتبع مآل صدمات نفسية تعرض لها أطفال بعدما أصبح هؤلاء الأطفال مراهقين، كما حاول الباحثان التعرف على مآل المصير النفسي والدراسي لديهم ،وعلى دور العامل الأسري كعامل تفسيري لذلك المصير، وهكذا بعدما اعتمدا على نظرية الرجوعية للكشف عن أهم العوامل المفسرة لاختلاف استجابات الأفراد لأحداث صدمية متشابهة، فسرا اختلاف استجابات حالتين (حالة إرجاعية وأخرى أقل إرجاعية) من خلال ربطه أساسا بالعامل الأسري وخاصة بدور الأم، حيث كمن الاختلاف الجوهري -حسبهما– في نوعية العلاقات الأسرية التي اتسمت بالقوة في أسرة الحالة الإرجاعية الذي كان أكثر قدرة على مقاومة الصدمة، وبالهشاشة في أسرة الحالة الأقل إرجاعية الذي أصيب باضطراب ما بعد-صدمي، فهل هذا يعني أن استجابات نفس أفراد الأسرة الذين تسود داخل أسرهم نفس نوعية العلاقات وتجمع بينهم نفس الأم ستكون متشابهة إذا ما تعرضوا لنفس الحادث الصادم؟

كشفت نتائج بحثهم أن استجابات أفراد أسرة الحالة الإرجاعية قد اختلفت بعد تعرضهم لنفس الحادث الصادم، فكيف يمكن إذن تفسير هذه النتيجة ؟، في الواقع لا يستطيع ذلك البحث الإجابة عن هذا السؤال لأنه ركز على دور عامل واحد (العامل الأسري) وأهمل دور العوامل الأخرى (الفردية،والمحيطية)، لينطلق الباحثان بعد ذلك في تفسير اختلاف استجابات الأفراد وإصابتهم أو عدم إصابتهم بصدمة بعد تعرضهم للحادث من خلال ربط ذلك كله بالعامل الأسري ، ولكن أليس من المدهش أن يقع الباحثان في خطأ من هذا النوع؟ ألم يعتمدا على نظرية الرجوعية التي تحتوي على عوامل أسرية، فردية ومحيطية، فلماذا ركزا فقط على العامل الأسري؟

أعتقد أنهما أخطآ منذ البداية حينما حاولا التعرف على دور العامل الأسري كعامل تفسيري للمصير الذي آل إليه أفراد عينة بحثهم، لأنه لا يمكن تفسير اختلاف استجابات الأفراد (وإصابتهم أو عدم إصابتهم بالصدمة بعد تعرضهم للحادث) انطلاقا من عامل واحد منفرد ومنعزل عن مجموعة العوامل الأخرى المتدخلة في تلك العملية، والتي يؤثر ويتأثر بعضها ببعض، ولذلك كان عليهما أن يركزا على البعد التفاعلي بين تلك العوامل، لأن العامل لا يكتسب صفة الحماية أو الخطر من حيث طبيعته، بل من حيث شدته وكيفية تفاعله مع العوامل

الأخرى، التي تتفاعل بدورها لدى كل فرد بطريقة ديناميكية لترسم شكل استجابته (إصابته أو مقاومته) بعد التعرض للحادث، وهو شكل لا يمكن رؤيته بصورة كلية انطلاقا من تأثير عامل منعزل، ولذلك اقترح (Ionescu, 2006) في كتابه « 14 approches de la psychopathologie » أن يتم جمع تلك العوامل وفهمها في سياق تفاعلي، وفي إطار المقاربة النسقية -البيئية، ومع ذلك فقد أشار هذا الأخير إلى أن تلك المقاربة تمتلك تأويلات معينة لمفاهيم الصحة العقلية، المرض، والعرض، وإلى أنه غالبا ما يتم في إطارها استبدال المرض الفردي بالمرض العائلي، وهذا هو الفخ الذي وقع فيه الباحثان هذه المرة، " فخ المقاربة النسقية"، حيث استرسلا يفسران إختلاف استجابات الأفراد لحوادث صادمة متشابهة (وإصابتهم أو مقاومتهم) انطلاقا من العامل الأسري. ولنذهب الآن لأبعد من ذلك: فمن حيث الميكانيزم فسر الباحثان (اللذان وقعا في فخ المقاربة النسقية بالرغم من اعتمادهماعلى نظرية الرجوعية) في بحثهما (الذي يدرس مآل صدمة الطفولة في سن المراهقة) إصابة الحالة الأقل إرجاعية وعدم إصابة الحالة الإرجاعية من خلال ربط تلك العملية بشخصية الأم، و ذهبا إلى أن الحالة الإرجاعية الذي قاوم صدمة الطفولة ولم يصب في سن المراهقة كانت طريقة ترحيبه وابتسامته ولطفه هي نفسها لدى أمه مما حماه -حسبهما- من الإضطراب و من آثار الصدمة،أما الحالة الأقل إرجاعية الذي أصيب باضطراب ضغط ما بعد-الصدمة فبدا وكأنه يقلد أمه التي أصيبت هي الأخرى بعصاب صدمي ! .

في الواقع بالإضافة لأنني لا أعتقد أن إنعكاس بعض صفات شخصية الأم بشكل مرآتي على شخصية الابن سيحميه من الاضطراب و يحد من تطور الصدمة، فأنا لا أعتقد أيضاً أن الاضطرابات ما بعد- الصدمية تنتقل "كالانفلونزا" من الأم إلى الابن، و كل ما أعتقده هنا هو أنه لم يكن بإمكان ذلك البحث (الذي درس مآل صدمة الطفولة في سن المراهقة) أن يشرح ميكانيزم ترابط الأحداث الصادمة عبر مراحل الحياة المتتابعة،و الذي أقترح بحث SARP و TPO أنه قد يكون نوعا من الجروحية، و أعتقد أن الباحثان لم يكونا يمتلكان الوسائل النظرية الكافية لتفسير مآل التعرض لأحداث صادمة في الطفولة و مصيرها في سن المراهقة، وهي وسائل من شأنها أن تفسر الميكانيزمات والسياقات النفسية الداخلية التي يتبلور من خلالها التعرض لأحداث صادمة في الطفولة عبر مراحل العمر المختلفة ليتحدد شكل الاستجابة لأحداث صادمة في مراحل لاحقة من العمر.

لنحاول إذن إعادة رؤية مقترح بحث SARP و TPO بمنظار آخر غير المنظار الذي اقترحه القائمون بالبحث، فحينما تشير نتائج بحثهم إلى وجود تراكم زمني للأحداث الصادمة

عبـر مراحـل الحيـاة المتتابعـة، فهـي تشـير لفكـرة مفادهـا أنـه كلمـا تعـرض الفـرد لأحـداث صـادمة عبـر مراحـل حياتـه السـابقة سـيكون أكثـر تعرضـا للإصـابة بصـدمات إذا مـا تعـرض لأحـداث صـادمة فـي مراحـل حياتـه اللاحقـة، وحينمـا يقتـرح القـائمون بالبحـث أن الميكـانيزم المسـؤول عـن تلـك العمليـة قـد يكـون نوعـاً مـن الهشاشـة (أو الجروحيـة)،فهـم يقترحـون –بلغـة أخـرى– أنـه قـد يكـون نوعـا مـن "الاسـتعداد المسـبق" للإصـابة بسـبب التعـرض لصـدمات سـابقة، فـإذا مـا سـحبنا فكـرة "الاسـتعداد المسـبق" لمجـال آخـر مـن التفكيـر (غيـر مجـال سـياقات الجـرو حيـة/ الرجوعيـة) فسـنجد أنفسـنا أمـام مسـتوى آخـر مـن الطـرح علينـا تفحصـه لعلنـا نفهـم دور ذلـك الإسـتعداد المسـبق و ذلـك الميكانيزم بشكل أفضل.

فـي هـذا المسـتوى الآخـر مـن الطـرح أعتقـد أن مسـألة دور "الاسـتعداد المسـبق" للإصـابة بصـدمة بعـد التعـرض للحـادث قـد كانـت مطروحـة منـذ بـدايات صـياغة مفهـوم الصـدمة النفسـية، فمنـذ أن صـاغ أوبنهـايم (Oppenheim) مصـطلح الصـدمة النفسـية ووصـف الأعـراض المرتبطـة بهـا ، وربـط تلـك الأعـراض بـالهلع الـذي يكـون الحـادث مصـحوبا بـه، اعتـرض عليـه شـاركو (Charcot) ليـربط تلـك الأعـراض بالهسـتيريا وبالنوراسـتينيا، أي ليربطهـا باسـتعداد مسـبق للاستجابة بطريقـة محـددة إذا مـا تعـرض الشـخص للحـادث، وبهـذا المعنـى لا يلعـب الحـادث سـوى دور المفجـر لـذلك الاسـتعداد لا أكثـر ولا أقـل. وقـد قـام سـيغموند فرويـد(Sigmund Freud) -الـذي كـان مشغولا بعـلاج الهسـتيريا- بعـد ذلـك بتـأليف نظريتـه الأولـى حـول الصـدمة -وحـول منشـأ الهسـتيريا- التـي تـدعى ب "النوروتيكـا"، أيـن افتـرض أن الصـدمة النفسـية هـي سـبب الهسـتيريا، وأن تلـك الصـدمة (ذات الطبيعـة الجنسـية) تحـدث عبـر مـرحلتين: تسـمى الأولـى "بالحـادث المبكـر" (coup) المتمثـل فـي حـادث إغـواء طفـل غيـر ناضـج ومتواجـد فـي وضـعية سـلبية مـن طـرف شـخص راشـد، أمـا الثانيـة فتسـمى بــ "الحـادث البعـدي" (après- coup) والمتمثـل فـي الحـادث المفجـر للاضـطراب، حيـث يـأتي هـذا الحـادث فـي مراحـل لاحقـة ليعيـد تنشـيط الآثـار الذكرويـة المرتبطـة بحـادث الإغـواء المبكـر، وقـد افتـرض فرويـد فـي البدايـة أن هـذا الحـادث المبكـر قـد وقـع فعـلا، وتراجـع عـن ذلـك فيمـا بعـد ليفتـرض أنـه قـد يكـون هواميـا (fantasmatique)، وأثـار هـذا التراجـع فيمـا بعـد صـراعا بـين فرويـد وفرنتـزي(ferenczi) حـول واقعيـة الحـادث الصـدمي المبكـر والخـارجي، حيـث أعـاد فرنتـزي إحيـاء نظريـة النوروتيكـا بعـد سـنوات طويلـة مـن تخلـي فرويـد عنهـا، معتبـرا أن الحـادث الصـدمي المبكـر والخـارجي هـو حـادث حقيقـي وقـع فعـلا فـي الماضـي، ومـن حيـث الميكـانيزم نلاحـظ هنـا أن الحـادث الصـدمي المبكـر – سـواء كـان واقعيـا أو هواميـا – فإنـه لا يكـون صـدميا إلا مـن خـلال "آثـاره الذكرويـة " التـي يعـاد تنشـيطها إثـر التعـرض لحـادث

بعدي ، وقد تطورت آراء فرويد بعد ذلك ليصوغ نظريته الثانية حول الصدمة النفسية بمفهومها الاقتصادي سنة 1920 في كتابه الشهير"ما وراء مبدأ اللذة"، وليصوغ نظريته الأخيرة حول الصدمة النفسية سنة 1939 في كتابه "موسى والتوحيد"،كما تطورت منذ ذلك الحين آراء وطروحات فرويد على يد العديد من تلاميذه ومن المحللين النفسانيين، حيث عمل بعضهم على تعميق وتدقيق آرائه الميتاسيكولوجية ، في حين اختلف معه بعضهم الآخر وطوروا آراءهم الميتاسيكولوجية الخاصة، ومن أبرز المحللين المعاصرين الذين طوروا اصطلاحهم حول الصدمة النفسية بالاعتماد على آراء فرويد هنالك الفرنسي كلود جانين (Claude Janin,1996)، حيث عمل هذا الأخير في كتابه «Figures et destins du traumatisme » على تطوير اصطلاحه حول الصدمة من خلال التركيز على دور الاستعداد المسبق و الجانب النفسي الداخلي في تلقي الحادث الصدمي وفي حدوث الصدمة. وعموما يفهم دور الحادث الصدمي في هذا المستوى من الطرح من حيث كونه حادثا يحرك ويعيد تنشيط محتويات مرتبطة بالتاريخ الشخصي للفرد وبتوظيفه النفسي.

يتجسد المستوى الأخير من الطرح في وجهة نظر اتجاهان سيكاتريان يريان أن الحادث الصدمي لا يحرك شيئا آخر سوى نفسه، و بالتالي فما يحدد استجابة الأفراد للحادث -حسب رأيهما- ليس الاستعداد المسبق أو التاريخ الشخصي، و إنما مواصفات الحادث في حد ذاته واستجابة الفرد الانفعالية أثناء تعرضه له، و بالرغم من اتفاقها في هذه النقطة فهما يختلفان حول التفاصيل. حيث قام الاتجاه الأول (الانجلوسكسوني ممثلا في DSM) باستبعاد مصطلح العصاب - والعصاب الصدمي- و اقترح بدلا من ذلك مصطلح "الضغط"، وهكذا وصفت DSM إضطراب ضغط ما بعد–الصدمة ، حيث تم التأكيد في DSM-IV(المعيار A) على منشأ الصدمة و المتمثل في تعرض الشخص لحادث صدمي مع توفر شرطين: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.

إعترض الإتجاه الثاني (الأوروبي ممثلاً في المدرسة السيكاترية العسكرية الفرانكفونية) على مصطلح الضغط البيوفيزيولوجي، وإستمسك رواده بمصطلح "الصدمة" بمفهومه السيكوباتولوجي، حيث رأوا أن ما يحدث صدمة ليس الضغط وإنما الهلع (l’effroi)،والذي يتجاوز كلا من الخوف (la peur) والقلق (l’angoisse) والضغط (stress)، لأن عنف الحادث و مفاجأته للشخص لا يتركان أي مجال للخوف والقلق، ولا

للضغط وتعبئة الدفاعات، أما بالنسبة للمعاش النفسي أثناء التعرض للحادث فقد رأت المدرسة الفرانكفونية أن الأمر لا يتعلق (كما قالت DSM) بـ "تهديد الموت" الناجم عن خطورة الحادث، و إنما يتعلق بالكيفية التي يتلقى بها الفرد الحادث، والتي تتجسد -حسب رأي Briole ,et Lebigot- في التقائه أثناء التعرض للحادث مع "عينية الموت" (Réel de la mort) ، فالصدمة –حسب رأي Crocq- ليست فقط تحطم، إكتساح وتفكك للوعي، فهي أيضاً إنكار لكل ما هو قيمة ومعنى، و هي-حسب رأي Barrois- إنقطاع للعلاقات مع العالم، مجابهة مع لا تمثلية الموت، إكتساح من طرف قلق الفناء، تحطيم لوحدة الفرد وتعطيل للمعنى، فأثناء مواجهة إنكشاف الموت الفعلي يتجرد الشخص من التمثلات ، ولا تستطيع حتى تلك المقترحة من طرف الوعي أو الثقافة (كالجثة و طقوس الدفن) شرح تلك المواجهة و لا التحكم فيها، وكل ما يشعر به الشخص في تلك اللحظة هو الهلع، وموت الذات كحقيقة مؤكدة.

في ضوء هذه المعطيات والطروحات لنركز انتباهنا على التعرض لنوع معين من الأحداث، وهي "الإصابات الجسمية" التي تؤدي في أقصى درجاتها إلى بتر طرف أو عدة أطراف من الجسم، حيث يتعرض الأفراد للبتر عادة بسبب إصابتهم بأمراض وتعرضهم لحوادث، وعادة ما تكون تلك الأمراض(كالتهاب العظام والأنسجة،السكري...الخ) مصحوبة بعوامل ضاغطة (استشفاء، آلام ... إلخ)، كما قد تحمل تلك الحوادث (كحوادث المرور،الصعقات الكهربائية،الإنفجارات...الخ) بسبب عنفها و فجائيتها مواصفات الأحداث المولدة للصدمة، وبالإضافة لذلك يعتبر البتر في حد ذاته (لأنه حادث خطير يمس الشخص في تكامله الجسمي) حادثا مولدا للصدمة، وغالبا ما تعاش تجربة البتر بشكل تراجيدي، حيث تمتد تأثيراته لمرحلة ما بعد البتر لتخل بتوازن التوظيف النفسي للمبتور وبمختلف أوجه حياته السابقة ، وذلك بسبب التغييرات العنيفة و العميقة التي يحدثها البتر في واقعه الخارجي والنفسي الداخلي، فبالإضافة للآلام الجسمية التي يتعرض لها المبتور، الإعاقة والتحديات التي تفرضها، التغييرات التي تحدث في النشاطات اليومية والمهنية،وفي الحياة العلائقية والاجتماعية، يؤدي البتر لإصابة الصورة اللاشعورية التي كونها المبتور عن جسمه منذ مراحل طفولته المبكرة، كما أن إصابة مثل تلك الصورة الجسمية (الضرورية لبناء الأنا، ولشعور الشخص بذاته وتقديره لها) تؤدي لإصابة نرجسية (أي لإصابة في حب الشخص لذاته وشعوره بالقيمة)، ومن أجل أن يتجاوز المبتور ذلك النقص وعدم الاكتمال الظاهري المرتبط بفقدان طرف من الجسم، والداخلي المرتبط بالفقدان النرجسي، ينبغي عليه الدخول في سيرورة نفسية شاقة ومرهقة تدعى بعمل الحداد، حيث يرتبط نجاح تلك السيرورة في مراحل لاحقة من العمر بنجاحها في مراحل الطفولة المبكرة. وبهذا المعنى يؤدي البتر (بالإضافة لكونه حادثا مولدا للصدمة، واصطحابه بالعديد من العوامل التي تتفاعل فيما بينها لتؤثر على الحالة النفسية للمبتور) إلى

تحريك عناصر ومحتويات مرتبطة بتوظيفه النفسي وبتاريخه الشخصي، وأمام هذا الوضع نطرح التساؤلات التالية:

1. **ماهي تأثيرات البتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور؟**
2. **كيف يؤثر التعرض للبتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على التوظيف النفسي للمبتور، وما هي أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته؟**

3. أهمية البحث:

تكمن أهمية هذا البحث وموضوعه فيما يلي:

3. 1. على المستوى النظري:

- يعتبر موضوع الصدمة النفسية موضوعا مفتاحيا في علم النفس المرضي ، فمن جهة بدأ فهم الاضطرابات النفسية (و خاصة الهستيريا) انطلاقا من فهم تأثيرات الصدمة النفسية، ومن جهة أخرى تحدث أغلب الاضطرابات المعروفة في علم النفس المرضي والطب النفسي في إطار التعرض لأحداث صادمة تتجاوز القدرات الدفاعية للشخص، و يسترجع هذا البحث مجموعة من وجهات النظر والطروحات المعروضة في الأدبيات العالمية حول الصدمة النفسية (وحول انعكاساتها)، حيث لم نكتفي بمجرد عرضها ، بل قمنا بشرحها، مناقشتها وتدقيقها، وإذن يساهم هذا البحث من جهة في تحديد وضعية المعارف المتوفرة حول الصدمة النفسية، كما يساهم أيضا في تطوير وتعميق تلك المعارف من جهة أخرى .
- يعالج أيضا هذا البحث موضوع التوظيف النفسي بشكل واضح وبتفاصيل معمقة، وذلك أمام الغموض الكبير ونقص الدقة اللذان يعالج بهما هذا الموضوع عادة، ولذلك تناولنا مجموعة من المعطيات المتعلقة بالتوظيف النفسي وشرحناها في اطار نظرية الميتاسيكولوجيا الفرويدية، وذلك بالاعتماد أساسا على مؤلفات فرويد بنفسه، وبالتالي يضع هذا البحث تلك المعطيات تحت تصرف هؤلاء الذين يحاولون فهم التوظيف النفسي بشكل واضح، وتحت تصرف الباحثين الذين يستوحون من التحليل النفسي والذين يعتمدون على المقاربة السيكودينامية.
- بالإضافة لذلك يقدم هذا البحث مجموعة من الدراسات السابقة حول الصدمة النفسية، وحول تأثير كل من البتر والإصابة الجسمية على الجوانب النفسية، كما نتناول تلك الدراسات بالتحليل والنقد المفصل، وهذا ما يفتح المجال للباحثين المهتمين بمثل تلك الموضوعات من أجل

متابعة تفاصيل تلك الدراسات وتفاصيل تحليلها، مما سيمكنهم ربما من استلهام أفكار وإشكاليات لم يهتم بها بحثنا الحالي.

- وأخيرا نساهم من خلال ترجمة العديد من وجهات نظر الرواد في مجال الصدمة النفسية من اللغة الفرنسية الى اللغة العربية في نقل آراء باحثين يعملون ويفكرون باللغة الفرنسية إلى باحثين يعملون ويفكرون باللغة العربية،وبالتالي نجسد في هذا البحث دعوة للتفتح على اللغات الأجنبية، لأن اللغة –من وجهة نظري- ليست سوى ناقل للمعرفة الإنسانية، ووسيلة لتبادل الخبرات والمعارف بين بني البشر.

3. 2. على المستوى التطبيقي:

- غالبا ما يصطدم النفسانيون العياديون (وخاصة المبتدئون) في بلدنا بتلك الخبرة: "يواجه النفساني المفحوص، ولا يعرف من أين يبدأ، ولا ما الذي سيفعله، أو ما هي الأسئلة التي ينبغي طرحها، أو المعطيات التي ينبغي البحث عنها ...الخ". ولا شك أن ذلك ناتج عن الغموض والتشويش الكبير الذي يعاني منه النفسانيون الجزائريون (وحتى العرب) بسبب غياب مدرسة جزائرية (أو حتى عربية) لتنظيم الخطوات العيادية المرتبطة بالتشخيص، وأمام هذا الوضع يساهم هذا البحث على الأقل في إبراز طريقة العمل العيادية.
- بالإضافة لذلك يحاول هذا البحث لفت انتباه مؤسسات الصحة العمومية (بما فيها من مختصين) إلى أهمية الحالة النفسية لمبتوري الأطراف، وبالتالي إلى ضرورة الاهتمام – وبشكل جدي – بالجانب النفسي وليس الجسمي فقط لأفراد تلك الفئة.

4. دوافع اختيار موضوع البحث:

يقول Sillamy في إطار تعريفه لمصطلح الدافعية (motivation): "يميز علم النفس الكلاسيكي بين البواعث (motifs) والدوافع (mobiles)، فالأولى هي الأسباب الفكرية لأفعالنا، أما الثانية فهي الأسباب العاطفية، ولكن هذا التمييز مصطنع وعبثي، ففي الواقع وعلى مستوى جوهر تصرفاتنا ليس هنالك فقط سبب واحد، بل مجموعة من العوامل التي لا يمكن فصلها، عوامل شعورية ولا شعورية،

فيزيولوجية، فكرية، عاطفية واجتماعية متواجدة في حالة تفاعل متبادل" (Sillamy, N., 1999, P.173).

في الواقع - و Sillamy محق فيما قاله – تحكم تصرفاتنا واختياراتنا دوافع (صور، عواطف وأفكار) شعورية، ما قبل شعورية، ولا شعورية يصعب الفصل بينها، وبعد هذا التوضيح سأحاول هنا إذن استشفاف الدوافع التي دفعتني لاختيار موضوع هذا البحث كما يلي:

4. 1. الدوافع الذاتية لاختيار موضوع البحث:

4. 1. 1. في علاقته مع خبراتي الشخصية:

- كنت منذ فترة التحاقي بالجامعة أتعرض لضغوط من مصادر مختلفة، وفي غياب أي مساعدة محتملة حاولت مساعدة نفسي من خلال فهم حالة الضغط والكيفية الأسلم لمواجهتها، وقرأت عن "اضطراب ضغط ما بعد- الصدمة" في الـ DSM، وشعرت أنني كنت أعاني فعلا من أعراض ضغط (المعيارD)، ولكنني لم أكن أعاني من أعراض صدمة وإعادة معايشة الحوادث التي كنت أتعرض لها (المعيارB)، وعلقت في ذهني منذ ذلك الحين فكرة مفادها إمكانية وجود فرق بين الضغط و الصدمة بعد التعرض لأحداث ضاغطة مرهقة.
- انطلقت منذ فترة في محاولة لتحليل نفسي بالاعتماد على تحليل بعض أحلامي، وعلى تحليل علاقتي التحويلية مع أحد أصدقائي (وهو معالج نفسي اعتبره – نفسيا –بمثابة أبي)، مما دفعني لتعميق وتكثيف قراءاتي لمؤلفات فرويد ولنظرية التحليل النفسي محاولا فهم طريقة عمل وارتباط الذكريات ومعانيها الشعورية واللاشعورية، وتعرفت أثناء قيامي بذلك على طريقة عمل التوظيف النفسي وعلى نظرية الميتاسيكولوجيا.
- أثناء فترة بداية إنجازي لهذا البحث كنت أعيش خبرة حداد، وقد خبرت بنفسي مدى مطابقة ما كنت أعيشه مع بعض مفاهيم التحليل النفسي من مثل: العلاقة بالموضوع ، وفقدان الموضوع، والنكوص، وسيطرة مبدأ اللذة على التوظيف النفسي(أين كنت في البداية أرفض الفقدان وأشعر أن الموضوع المفقود سيعود بالرغم من أن كل المؤشرات الواقعية كانت تثبت عكس ذلك، ولكني لم أنتبه لها ولم أتذكرها إلا فيما بعد حينما كنت أراجع نفسي)، كما فهمت أيضا معنى أن يفرض مبدأ الواقع نفسه (حينما اقتنعت وسلمت بواقع الفقدان)، واختبرت ميكانيزم التقمص (أين وجدت في نفسي بعض صفات وتصرفات الموضوع المفقود)، وقد أدى

كـــل ذلـــك لزيـــادة استبصـــاري بلعـــب التوظيـــف النفســـي، وتعزيـــز قنـــاعتي بقـــدرة نظريـــة الميتاسيكولوجيا على شرح ما يحدث في أعماق النفس.

- بالإضـــافة لـــذلك هنالـــك فـــي ذاكرتـــي العديـــد مـــن الـــذكريات مـــا قبـــل الشـــعورية التـــي لهـــا علاقـــة بموضـــوع البحـــث، والتـــي قـــد تكـــون ارتبطـــت - ربمـــا- مـــع أفكـــاري الشـــعورية لتـــدفعني لاختيارذلـــك الموضـــوع ، وأبرزهـــا: مشـــهد شـــاهدته -قبـــل ســـبع أو ثمانيـــة ســـنوات- فـــي مسلســـل أمريكـــي بعنـــوان "Mental" (وهـــو مسلســـل تـــدور أحداثـــه فـــي مستشـــفي للطـــب العقلـــي، وبطلـــه ســـيكاتري يتســـم بتهـــوره وتلقائيتـــه تقمصـــت بعـــض جوانـــب شخصـــيته أثنـــاء فتـــرة متـــابعتي للمسلســـل)،أيـــن تـــأثرت كثيـــرا بـــذلك المشـــهد: "حينمـــا كـــان بطـــل المسلســـل يشـــرح لأعضـــاء فريقـــه الطبـــي دوافـــع اهتمامـــه بفهـــم العقـــل وتـــذكر(فـــي شـــكل Flash-back) أنـــه حينمـــا كـــان صـــغيرا وذهـــب مـــع أمـــه للمستشـــفى تفاجـــأ بشـــخص مبتـــور يطلـــب منـــه حـــك قدمـــه الغيـــر موجـــودة، فانـــدهش ونشـــأت لديـــه – انطلاقـــا مـــن ذلـــك الموقـــف– رغبـــة فـــي فهـــم طريقـــة عمـــل العقـــل البشـــري". وهنالـــك أيضـــا مشـــهد آخـــر فـــي ذاكرتـــي يتمثـــل فـــي: "مشـــهد صـــديقي (المعـــالج النفســـاني) وهـــو يحـــدثني عـــن الطـــرف الشـــبح لـــدى المبتـــورين حينمـــا كنـــا نتجـــول فـــي إحـــدى الأمســـيات الرائعـــة أيـــن كنـــت – وفـــي نفـــس الوقـــت –هادئـــا و منبهـــرا بطريقـــة شـــرحه مـــن جهـــة، ومســـتغربا لفكـــرة أن يحـــس شـــخص بوجـــود طـــرف تـــم بتـــره مـــن جهـــة أخـــرى"، و هـــا هـــي ذكريـــات أخـــرى تـــرتبط – هـــذه المـــرة – بمحـــاولتي للالتحـــاق بالعمـــل فـــي قســـم الرضـــوض والصـــدمات بمركـــز استشـــفائي جـــامعي، حيـــث كنـــت "أتجـــول (بصـــحبة المنســـق الطبـــي) فـــي أروقـــة ذلـــك القســـم وأشـــاهد مجموعـــة مـــن المبتـــورين فـــي غـــرفهم"، و بينمـــا كنـــت أفكـــر فـــي إمكانيـــة عملـــي معهـــم، ومـــا الـــذي ســـأقدمه لهـــم، كـــان المنســـق الطبـــي يشـــرح لـــي أنهـــم ليســـوا بحاجـــة الـــى مخـــتص نفســـاني، و يشـــكك فـــي أهميـــة الخـــدمات التـــي يقـــدمها النفســـانيون بالمستشـــفى، ليخبرنـــي فيمـــا بعـــد أن البروفيســـور –رئـــيس القســـم – لـــيس لديـــه وقـــت لمقـــابلتي، فأصـــبت بإحبـــاط كبيـــر دفعنـــي لمغـــادرة ذلـــك القســـم (و صـــور المبتـــورين الـــذين شـــاهدتهم و الـــذين لـــم أتمكـــن مـــن العمـــل معهـــم عالقـــة فـــي ذهنـــي) ، و أخيـــرا هنالـــك ذكريـــات أخـــرى مرتبطـــة بمناقشـــات أجريتهـــا مـــع صـــديق وزميـــل لـــي أثنـــاء التحـــاقي بالدراســـة فـــي الـــدكتوراه، أيـــن تناقشـــنا "و نحـــن مســـتلقون علـــى أســـرتنا بغرفـــة فـــي الإقامـــة الجامعيـــة" حـــول مذكرتـــه للماســـتر (التـــي درس فيهـــا ســـيرورة الحـــداد) ليخبرنـــي أنـــه ينـــوي تطـــوير موضـــوعه ذاك

على مستوى الدكتوراه* ، وأخبرته أنني اخترت البحث في مجال الصدمة النفسية ، وأنني قرأت عن المبتورين و فهمت أنهم بالإضافة لكونهم يتعرضون لحادث ذو طبيعة صدمية (البتر) فهم أيضا يتعرضون لتغييرات داخلية تخل بتوظيفهم النفسي، و يمرون بسيرورة حداد لتقبل وضعيتهم ، و شرح لي سيرورة الحداد بدقة ، كما لفت انتباهي الى إمكانية دراسة اختلاف استجاباتهم لذلك الحادث، و شعرت بعمق تلك الأفكار أثناء نقاشي معه وبأن هذا الموضوع جدير بأن يتم البحث فيه.

4. 1. 2 في علاقته مع خبراتي في البحث والممارسة العيادية:

- أنجزت أثناء فترة دراستي الجامعية بحثين أكاديميين على مستوى مرحلتي ليسانس والماستر، كما اشتغلت بعد تخرجي كنفساني للصحة العمومية في مؤسسة استشفائية متخصصة بالأمراض العقلية، وعلى مستوى بحث ليسانس (الذي درست فيه السلوك العدواني لدى الطلبة باستخدام منهج وصفي وأساليب إحصائية) توصلت لفكرة مؤداها أن الأساليب الإحصائية غير قادرة على التعبير عن حقيقة المشاعر الإنسانية، ولذلك جسدت على مستوى الماستر دراسة عيادية حاولت من خلالها اختبار مدى فعالية العلاج النفسي متعدد الأساليب في تحقيق التوافق النفسي لدى مصاب بذهان هوسي اكتئابي (وقد كانت أغلب التقنيات التي طبقتها مستوحاة من المدرسة السلوكية-المعرفية)، وقمت بقياس مستوى توافق الحالة قبل وبعد تطبيق تلك التقنيات العلاجية، فتوصلت إلى أنه قد توافق أكثر مع نفسه ومع بيئته بعد تلقي العلاج، وبعد عام من توصلي لتلك النتيجة وإنهائي لتلك الدراسة اتصل بي والده ليخبرني أن نوبة هوسية قد عاودته، وأنه نقل لقسم الطب العقلي ليخضع للاستشفاء، وبالرغم من أني كنت أتوقع حدوث مثل هذا الأمر إلا أنني أعدت التفكير في تلك التقنيات التي طبقتها عليه، وفهمت أن المدرسة السلوكية-المعرفية لا تفسر سوى أجزاء معينة من الشخصية ومن المرض (وأنها تفسر بالإضافة لنتائج الاشراط ما يحدث فقط على مستوى الشعور)، واقتنعت أنه هنالك أجزاء أخرى من الشخصية (أجزاء لا شعورية) ينبغي علي تعميق معرفتي بها واستكشاف طرق نشاطها وعملها، وفهمت أنه لن يتأتى لي ذلك إلا من خلال فهم قواعد وطريقة عمل التوظيف النفسي بشكل دقيق. أما بالنسبة للفترة التي اشتغلت بها كنفساني بمؤسسة استشفائية متخصصة بالأمراض العقلية فقد رأيت الكثير من الحالات الذهانية التي تعالج بالأدوية، كما خبرت بنفسي مسألة انفجار النوبة الذهانية (الهوسية، الهذيانية ...الخ) بعد تعرض المريض لأحداث حياتية ضاغطة أو صادمة (وأتذكر هنا بعض المرضى الذين انفجرت لديهم النوبة بعد دخولهم في صراعات عائلية من بينهم بروفيسور في الإلكترونيك، كما أتذكر أيضا مريضا شابا انفجرت لديه

* صديقي ذاك هو عمارة خيذر، وقد توفي للأسف قبل أن يتمكن من عرض أطروحته للدكتوراه، وأنا أشكر كل من المشرف على أطروحته (البروفيسور: جابر نصر الدين) وإدارة كلية العلوم الانسانية والاجتماعية بجامعة محمد خيضر –بسكرة- على إتاحتهم لي فرصة (وشرف) عرض أطروحته في إطار مناقشة تكريمية، لأن ذلك ساعدني كثيرا على تحمل حزني المرتبط برحيله.

النوبة بعد تعرضه لاعتداء جنسي)، وفهمت دور وأهمية الحادث الصادم في تفجير الاضطراب، ونشأت لدي رغبة في دراسة انعكاسات مثل تلك الأحداث الصادمة على حالات أخرى غير الحالات الذهانية.

4. 2. الدوافع الموضوعية لاختيار موضوع البحث:

- قرأت (أثناء فترة كنت خلالها مترددا من جهة إزاء فكرة العمل مع مبتوري الأطراف ،وأفكر من جهة أخرى في إمكانية تغيير عينة البحث) مقالا بصحيفة « le quotidien d' Oran »، عنوانه: « Prés de 1500 amputations de pieds de diabétiques en 2013 : la prise en charge d'un seul malade coute 3000 euros au CHUO »، عالج فيه كاتبه مجموعة من المشكلات المرتبطة بعملية بتر قدم السكري، التي إعتبرها مشكلة حقيقية للصحة العمومية في بلدنا، كما ذكر (من بين ما ذكر) أن: تلك العمليات تكلف المركز الاستشفائي الجامعي بوهران (CHUO) تكاليف باهظة، وأشار أيضا إلى أن مرضى السكري يعانون -عبر كامل التراب الوطني الجزائري- من نقص في البنى المتخصصة بالتكفل (من حيث العدد والقدرة على الاستشفاء)، ومن نقص في الفرق متعددة التخصصات، مما يؤدي غالبا لتعقيدات في حالة المرضى. وقد كانت تدور في ذهني حينما كنت أقرأ ذلك المقال مجموعة من التساؤلات والقراءات التي كنت أجريها على بعض معطياته مثل: اهتمام كاتب المقال ببتر قدم السكري (بينما هناك أنواع أخرى للبتر)، وتحدث كاتب المقال عن تلك المشكلات التي تعاني منها فئة فقط ممن يخضعون للبتر، حتى أصبحت عملية بتر قدم السكري تمثل مشكلة حقيقية للصحة العمومية، مما جعلني أشعر أن تلك المشكلات (المرتبطة بنقص البنى المختصة بالتكفل، ونقص الفرق المتعددة التخصصات ...الخ) هي مشكلات بدائية تدل على تراجع المنظومة الصحية ببلدنا، وتساءلت: "هل يمكنني كنفساني تناول المشكلات النفسية لمبتور يعاني من مشكلات في الاستشفاء ونقص في المختصين (أي من نقص في حاجات أساسية وجسمية)؟ "، وبالإضافة لذلك كنت أعرف جيدا أن المشكلات المرتبطة بالبتر لا تتوقف عند نقص البني المتخصصة، صعوبة الاستشفاء، وارتفاع تكاليف العملية والأدوية، بل تمتد تلك المشكلات لمرحلة ما بعد العملية لترتبط هذه المرة بالعمل على توفير الظروف الملائمة لتسهيل عملية تأقلم المبتور مع حالته الجديدة، وذلك بعد أن يتم بتره وإرساله لمنزله مصحوبا بتلك العاهة المستديمة. ولا شك أن ذلك

العمل يتطلب وجود شبكة منظمة ومنسقة من المختصين، فإن كان هناك نقص في التنسيق بين عدد قليل من المختصين (حيث ذكر كاتب المقال أربع مختصين: أطباء عامون، مختصون بالسكري، جراحون ومختصون بجراحة العظام) فهل سيكون هناك تنسيق على مستوى عدد أكبر وشبكة أوسع من المختصين للاهتمام بمتابعة حالة المبتور الجسمية والاجتماعية والنفسية؟ .لقد دفعتني هذه القراءات والتساؤلات إلى عكس ما ينبغي أن يكون، ففي حين كان ينبغي لها أن تدفعني للتخلي عن دراسة فئة المبتورين، أثارت فضولي حول ما يمكن أن يقدمه بحث كبحثي (يدرس انعكاسات الصدمة النفسية على المبتورين)، وزادت من تمسكي بدراسة أفراد فئة مبتوري الأطراف.

5. أهداف البحث:

يسعى هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على انعكاسات التعرض للبتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور بعد مدة من تعرضه للبتر.

2. التعمق في فهم الكيفية التي يؤثر بها البتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على التوظيف النفسي للمبتور، ودور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته.

6. تعريف مفاهيم البحث إجرائيا:

❖ **الصدمة النفسية:**

ونعني بها مجموعة التظاهرات والاضطرابات ما بعد- الصدمية أو النفسية التي تنتج على مستوى الجانب النفسي بعد التعرض لحادث مولد للصدمة. والحادث المولد للصدمة هو حادث عنيف و/أو مفاجئ يهدد الشخص في سلامته الجسدية و/أو النفسية.

❖ **بتر الاطراف:**

يتمثل البتر في قطع واستئصال أحد أطراف الجسم أو أي جزء من ذلك الطرف، ويتم ذلك من خلال التعرض لتدخل جراحي أو أثناء التعرض لحوادث وصدمات جسمية. أما مبتور الأطراف فهو شخص تعرض لبتر واحد أو أكثر من أطراف جسمه لأسباب مختلفة (أمراض حوادث... الخ). ويعتبر البتر حادثا مولدا للصدمة لأنه يمس المبتور في سلامته وتكامله الجسدي، ويخل بتوازن توظيفه النفسي.

❖ **التوظيف النفسي:**

ويتم فهمه في هذا البحث بالإعتماد على نظرية الميتاسيكولوجيا، كما تتم دراسته إجرائيا من خلال اختبار تفهم الموضوع (TAT).

أما عن تأثير التعرض لحادث مولد للصدمة على التوظيف النفسي فيقول De clercq وLebigot : "إن التعرض لاعتداء يؤدي آليا لانكشاف التوظيف النفسي، إنها تعرية لميكانزمات الدفاع، لنقاط الضعف، لنقاط الانقطاع ومسار النمو". (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, P.237)، وفي نفس السياق يرى Bergeret وآخرون أن التأثير الأساسي للصدمة النفسية يتمثل في: "اختبار نوعية ومرونة مختلف عناصر جانب نفسي في إطار التنظيم (...) كما تمارس الصدمة أيضا تأثيرها على النظام الدفاعي ككل، وتكشف عن نوعية المنظمات ومتانة نقاط التثبيت". (Bergeret, J., Becache, A., Boulanger, J. J., Chartier, J. P., Dubor, P., Houser, M., et al, 2008, P.261)

الفصل الثاني: الصدمة النفسية

1. تطور المفهوم ووجهات النظر المعاصرة

2. صدمة نفسية أم ضغط؟

3. حدث صدمي أم مولد للصدمة؟

4. انعكاسات الصدمة النفسية

1. الصدمة النفسية: تطور المفهوم

1.1. تطور المفهوم:

إن تاريخ مفهوم الصدمة النفسية قديم، كما أن الكتابات التي تعالج تطور هذا المفهوم عديدة، ثرية، ومتنوعة، وسنحاول هنا إلقاء الضوء على أهم المراحل التاريخية وأهم الإسهامات العلمية التي ساعدت على تطوير فهم الصدمة النفسية ووصف التظاهرات المرتبطة بها كما يلي:

ابتكر مصطلح الصدمة النفسية (traumatisme psychique) وتمت صياغته في علم النفس المرضي في نهاية القرن التاسع عشر من طرف الطبيب النفسي الألماني (Herman Oppenheim) (Haddadi, D.,2010, p.19)، وذلك في مؤلفه الأعصبة الصدمية (les névroses traumatiques) سنة 1888، أين قام بتطوير مقال حول نفس الموضوع كتب (...) سنة 1884، وهكذا ابتكر (Oppenheim) في مؤلفه هذا المتضمن 42 حالة من الأعصبة التي حدثت عقب التعرض لحوادث عمل أو حوادث مرور مصطلح الصدمة النفسية، وكان منحازا للطرح المرتبط بالمنشأ النفسي La thèse * psychogénique)، لأن الهلع (effroi) هو الذي يحرض اضطراب نفسي (ébranlement psychique) أو عاطفي (Affectif). (De Clercq, M., Lebigot, F., 2001, P. 29) **، أما على مستوى المخطط الإكلينيكي فقد وصف (Oppenheim) بعض الأعراض التي أصبحت عناصر خاصة بالأعصبة الصدمية: كوابيس أو اضطرابات النوم المتكررة، نوبات الحصر كاستجابة لكل ما يذكر بالحادث، تهيج وحساسية مفرطة للمنبهات الخارجية (Haddadi, D., 2010, P. 19).

---

* : إن المصطلح (Psychogène) يعني نفساني الأصل -أو ذو منشأ نفساني- ونتكلم في الميدان الإكلينيكي (سواءا الطبي أو النفسي) مثلا: عن اكتئاب نفساني المنشأ (Dépression psychogène) عندما ينتج الاكتئاب أساسا من التفاعلات المتبادلة بين عوامل خارجية مفجرة للاضطراب وعوامل مرتبطة بشخصية هشة، ويسمى الإكتئاب في هذه الحالة بالإكتئاب الإستجابي (Dépression Réactionnelle) أو الإكتئاب العصابي (Dépression Névrotique) تبعا لوزن العوامل المؤثرة في تظاهره، حيث يكون وزن الأحداث الصادمة والعوامل الخارجية المفجرة أكبر في النوع الأول، بينما يكون وزن العوامل المرتبطة بالشخصية أكبر في النوع الثاني، والعلاج الأنسب في هذه الحالات هو العلاج النفسي، وخاصة المعرفي أو المستوحى من التحليل النفسي تبعا للمدرسة التي يعتنقها الإكلينيكي، بينما نتكلم عن إكتئاب داخلي المنشأ (Dépression Endogène) عندما لا تكون هنالك لا أحداث مفجرة ولا شخصية ذات إشكالية، وغالبا ما يكون الإكتئاب في هذه الحالة ذهانيا،ومن الأشكال الشائعة جدّا له الميلانخوليا (La forme Mélancolique)، التي تتميز بتواتر السوابق الإكتئابية (الشخصية و العائلية)، والعلاج الأنسب في هذه الحالات هو الأدوية ،وخاصة مضادات الإكتئاب.

** : الفصل الذي اقتبسنا منه هذه المعلومات كتبه (L. Croqu) وهو بعنوان: « Perspective Historique sur le trauma » ،أما الكتاب فهو من تأليف DE Clercq و lebigot، وهم من العلماء المعاصرين الذين ساهموا في تطوير مفاهيم مختلفة حول الصدمة النفسية ، وللتوسع أكثر في تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية يمكن الرجوع لهذا الفصل(في كتاب les traumatismes psychiques) الذي روى فيه Crocq تاريخ مفهوم الصدمة في التراث الأسطوري والتاريخي والعلمي، ووضح كيف تطورت الملاحظات الإكلينيكية وأثريت أثناء مختلف الحروب عبر التاريخ، وأبرز المساهمات المختلفة لعلماء، أطباء، وفلاسفة في تطوير هذا المفهوم.

أثار صدور المؤلف الأول لـــ Oppenheim اعتراض Charcot الذي نفى استقلالية الأعراض المرتبطة بالعصاب الصدمي، و ربطها بالهستيريا، بالنوراستينيا، أو بالهستيريو- نوراستينيا (l'hystéro-neurasthénie) (...) وقد كانت سنة 1889 محطة هامة لإدخال مصطلح الصدمة النفسية للعالم العلمي، ففي جويلية ناقش (Pierre janet) أطروحته للدكتوراه والآداب حول الآلية النفسية(l'automatisme psychologique)، حيث عرض 21 حالة عصابية نتجت لدى أغلبهم بفعل صدمة نفسية (...) وعلى مستوى الإمراضية (sur le plan pathogénique) حدد Janet "تفكك الوعي" (désagrégation de la conscience) الذي يبدو سمة مميزة لهؤلاء المرضى المصدومين (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, P.30)، فهم غير قادرون على الانفصال عن الذكرى المرتبطة بصدمتهم والتي تبدو خاصة ، ما قبل شعورية، وغير قابلة للتحول لفكرة (non idéique)، كما سمى تذكر الأحاسيس، الصور والمحن باسم "الفكرة الثابتة" (l'idée fixe) حيث تستثار صور، تخمينات (pensées)، إعادة معايشات (reviviscences) وتصرفات بدائية غير توافقية، بينما يستمر الجزء المتبقي من الوعي في استلهام تخمينات وأفعال أكثر بنائية (plus élaborées)، ويعطي حيزا لتخمينات، مشاعر وأفعال توافقية (Hddadi, D. S., 2010., P.20).

في شهرأوت من نفس السنة انعقد بباريس مؤتمري: علم النفس الفيزيولوجي والتنويم المغناطيسي أين قام Janet بمعارضة Bernheim: "فهل كل الحالات أم فقط المرضى هم من يمكن إخضاعهم للتنويم المغناطيسي"؟، وأين عرض كل من Burot وBourru (...) حالتهم المسماة (M^{me} X) التي شفيت من عصابها من خلال إعادة معايشة ظرف حياتي تحت تأثير التنويم المغناطيسي (...) وقد جاء (Sigmund Freud) الذي كان مشغول البال بعلاجه اليومي لمريضته الأولى Emmy Von (...) ليحضر هذه المؤتمرات، دون أن ينسى المرورعلى مدرسة Nancy لزيارة Bernheim منافس Charcot في مجال التنويم المغناطيسي، ليقوم Freud بمعالجة مريضته تلك من خلال إعادة معايشة الصدمة تحت تأثير التنويم المغناطيسي (...) كما قام بتكييف مصطلحات Jenet القائلة "بتفكك الوعي" وبالحادث الصدمي المتطفل (parasite) الذي يتصرف من خلال "آثاره الذكروية" (réminiscence) كجسم غريب لا يطاق حتى بعد مدة طويلة من التعرض له (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, p. 31). فما يحدث صدمة حسب رأي Freud هو الخبرة المصادفة لمشاعر معذبة جداغيرقابلة للتفريغ (non Abréagis) مباشرة من خلال التصرفات كالبكاء، وغير قابلة للتفريج فيما بعد من خلال التداعيات.

وقد افترض فرويد (Freud) في المحور الأول أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية، وتنتج عن الإغواء، أي حادث إغواء طفل من طرف شخص راشد، وأشار إلى أن حدوث الصدمة يقتضي توفر أمرين: الأول هو حادث إغواء كائن غير ناضج، ويكون في وضعية سلبية ومن دون تهيؤ، أما الثاني فهو العامل المفجر أو البعدي (l’après-coup) الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله، فهو الذي ينشط الآثار الذكروية المتعلقة بحادث الإغواء المبكر (سي موسى، وزقار، 2002، ص. 63).

بعد عدة سنوات تراجع فرويد عن فرضية الصدمة النفسية (والصدمة الجنسية) التي هي أصل الهستيريا لصالح اصطلاح هوامي (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, P.31). ففي رسالة وجهها لــ Wilhem Fliess (...) لم يعد يعتقد بالنوروتيكا (neurotica) وإذن لم يعد يعتقد بالصدمة المرتبطة بالإغواء المبكر من طرف راشد، وقد سمح له هذا الحذف باستبدال واقعية الحدث بإمكانية كونه هواميا (Haddadi, D.,2010,P.21). ويرى (De clercq,et lebigot,2001) أن Freud دقق أفكاره في "دراسات حول الهستيريا (Etudes sur l’hystérie)، وهو مؤلف كتبه بالتعاون مع Joseph Breuer ،حيث طور فيه اصطلاحه حول الصدمة النفسية،حول الأثر الذكروي (réminiscence)* وحول مبدأ التفريج (catharsis)** أو الانفراج بالتداعيات المحررة (abréaction associative libératoire).

---

* : إن الترجمة الحرفية لـ (réminiscence) هي "ذكرى" أو "ذكرى ماضية "،وقد فضلت ترجمتها ب"أثر ذكروي" لأن الصدمة النفسية لا تتحول إلى ذكرى كما رأينا أعلاه،و بالإضافة لذلك فالصدمة لا يمكن دمجها في إطار التاريخ الشخصي للفرد، ولا يمكن استدعاؤها كباقي الذكريات، فهي تبقى في صورة بدائية، وتجتاح وعي الشخص وكأنها تحدث له في نفس الوقت، كما أنه لا يمكن التعبير عنها من خلال اللغة.

** : إن المصطلح (Catharsis) غالبا ما يترجم في المؤلفات العربية بــ "مبدأ التطهير" أو "العلاج التطهيري" ،وقد فضلنا ترجمته "بالتفريج" بإيحاء من الدكتور حسين عبد القادر الذي يشير (في كتاب "التحليل النفسي: ماضيه ومستقبله") بأننا في العربية نقول: "فرج الله كربتك" و"فرج الله الغم"، أي كشف وتكشف الشيء أو الغم أو الكرب ، وأعتقد أن هذا المصطلح أدق وأقرب إلى المعنى الصحيح، فقد جاء في (Dictionnaire de la psychanalyse) أن المصطلح Cathartique يعني أي طريقة علاجية تهدف لإثارة نوبة انفعالية، لأن هذه الوضعية الصعبة تحرض حلولا للمشكلة التي تفرضها تلك النوبة الانفعالية، وقد استعمل مصطلح catharsis لأول مرة من طرف أرسطو، وتم استعادته فيما بعد من طرف Freud و Breuer ليصفا به أول طريقة لهما في التحليل النفسي: "إعادة معايشة الوضعية الصدمية من أجل تحرير المشاعر المنسية"، وهذه الطريقة التي ارتبطت بممارسة التنويم المغناطيسي تخلى عنها فرويد بتخليه عن هذا الأخير وابتكاره لمصطلحات: التحويل والتداعي الحر، كما ورد في هذا المؤلف الأخير أن المصطلح Abréaction يعني: الحضور على مستوى الوعي لمشاعر كانت حتى تلك اللحظة مكبوتة، فبعض المشاعر يتم كبتها في اللاشعور بسبب ارتباطها بذكرى صدمة نفسية، وحينما تنفجر هذه المشاعر والتعبير عن تلك الذكرى في نفس الوقت في مجال الوعي تتكون ظاهرة الإنفراج Abréaction وتتظاهر من خلال حركات وكلمات توضح هذه المشاعر ، و لذلك أعتقد أن الأمر هنا ليس مرتبطا بالتطهير بقدر ما هو مرتبط بالإنفراج، أي بانكشاف أجزاء من اللاشعور لمجال الشعور (أوالوعي). ان التعبير "فرج الله كربتك" يعني-حسب رأيي-: ستنتهي معاناتك عما قريب، ولكن هذا التعبير يشهد على اختلاف معارفنا الشعبية ومعتقداتنا(كمسلمين) عن المعارف التي يطلعنا عليها التحليل النفسي، فالانفراج في ثقافتنا الشعبية يحدث بإذن من الله وليس بإذن من المحلل النفسي أوفي إطار علاقة تحويلية، وحتى لا نخرج عن الموضوع ننتهي بالقول أن "التفريج" أو" العلاج التفريجي" Catharsis يعني: الجهد العلاجي المبذول لكشف جزء من المكبوتات لساحة الوعي، بينما يعني "الانفراج" Abréaction: الحالة التي يكون فيها ذلك الجزء من المكبوتات متواجدا في ساحة الوعي.

في القرن العشرين أعطت الصراعات المسلحة فرصة للأطباء النفسيين العسكريين لتعميق دراستهم الإكلينيكية حول الصدمة النفسية، حيث صاغ (Honigmann,1907) مصطلح "عصاب الحرب" (névrose de guerre) بمناسبة الاضطرابات العصابية (الهستيريا، النوراستينيا وتوهم المرض) الملاحظة لدى الضباط الروسيين المشتركين في الصراع الروسي- الياباني سنة 1904 (Vila, G., porche, L.M., & Mouren-siméoui, M.C.,1999.P13)، وفي الحرب العالمية الأولى طرحت سريعا الفرضية الإمراضية القائلة بالرضة الدماغية (Etiologie commotionnelles) وعرض سريعا وبأشكال مختلفة تشخيص صدمة القصف "Vent de l'obus" (...) في فرنسا، و "Granat explosion" أو" Granat schokuirshung" في ألمانيا، و "Shell shock" في انجلترا ،حيث تم تكييف هذه التسمية الأخيرة بالتدريج واستعملت هنا وهناك (De clercq, M.,Lebigot, F.,2001, PP.33-34)

أثارت الحرب العالمية الثانية الاهتمام من جديد بهذه الاضطرابات، ففي إنجلترا تم وصف "ردود الفعل المؤجلة للمعركة "(réactions de combat retardées) التي تأتي بعد وقت كمون، كما كانت الاضطرابات النفسية- الصدمية متواترة وحاضرة في الولايات المتحدة الأمريكية، أين بذلت جهود هامة من أجل انتقاء المقاتلين وإقصاء الأشخاص المتميزين بضعف نفسي. (Vila, G., porche, L. M., &Mouren-siméoni, M. C., 1999, P. 14)

لفتت الحروب التي تخللت النصف الأول من القرن العشرين الانتباه من جديد إلى الأعصبة الصدمية وأحيت من جديد التناولات النظرية المرتبطة بها (...) وتمكن التحليل النفسي (...) بالتدريج من ربط تسميات الأعصبة النفسية بالحالات المستعصية الناتجة عن الحرب،حيث ربط كل من Hesnard في فرنسا، Adrian وEder في بريطانيا العظمى، وVogt في ألمانيا عصاب الحرب بتعقيدات ما قبل شعورية. أما(Abraham,1918) و (Ferenczi,1916-1918) وهما من تلاميذ Freud اللذين تم تعبئتهم في الجيش الألماني (Armés Austro-allemandes) فقد ساهما في تطوير نظرية التحليل النفسي لأعصبة الحرب،وذلك بفك رموز دلالات الأعراض الهستيرية، التي تنتصب كشواهد على أضرحة الذكريات المدفونة في الأعماق كما يقول Ferenczi (1916) ،الذي ألح على النكوص الطفلي لهؤلاء العصابيين، حيث عرف أصل هذا النكوص بالإستناد على الاختلال الاقتصادي لليبيدو النرجسي، و هي نوع من الغرائز الحيوية أكثر عالمية من الليبيدو الجنسية حسب Ferenczi (1918)، كما ألح (Simmel,1918) من جهته على: "تغير الروح" (changement d’âme) أو "إنطمار الشخصية" (ensevelissement de la personnalité) والتي تعتبر كعرض أساسي يختص به المصاب بعصاب

الحرب (De clercq, M.,lebigot. F., 2001, PP. 32-35). وقد أعطى هذا الأخير أهمية خاصة لعلاج الأعصبة الصدمية الناتجة عن الحرب بالحلم وبتحليله (Haddadi, D., 2010, P.24).

بالتوازي مع ذلك كان (Freud,1920) يركز تفكيره حول الرعب وحول كابوس التكرار، ليتوصل لتعريف "إجبار/ قهر التكرار" (compulsion de répétition) على أنه وسيلة دفاعية خارج مبدأ اللذة، والتمس وراء هذا القهر "غريزة الموت " (pulsion de mort)، وهي انجذاب للموت والعودة لحالة اللاحياة، كما أنها متوازية مع "الليبيدو" التي هي غريزة الحياة (pulsion de vie). وهكذا عرض Freud نموذج تحليلي نفسي دينامي ونسبي للصدمة (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, P.35)، وفي "ما وراء مبدأ اللذة" وضح Freud اصطلاحه الجديد، حيث عرفت الصدمة النفسية على أنها انكسار لصاد الإثارات - pare-excitation- يحرض على المستوى الاقتصادي اكتساح من طرف كميات كبيرة من الطاقة الغير مربوطة (énergie non liée)، وهنا يعجز الجهاز النفسي بسبب غياب استعداده من خلال القلق، حيث أن إشارة القلق لم تعد تسمح للأنا بحماية نفسه من الإنكسار الكمي، سواء كان من مصدر خارجي أو داخلي، وعلى المستوى الإكلينيكي يبقى الفرد مثبتا في الصدمة كما تشهد على ذلك تظاهرات التكرار: الكوابيس المتكررة، إجترار عقلي وردود فعل الفزع، والتي تعيد الفرد بدون توقف للوضعية الصدمية الأساسية (Haddadi, D., 2010, P. 22)، إذن فهذه النظرة دينامية بسبب مقولاتها المرتبطة بفيض الاثارات التي تتسبب بها فجائية الحادث، والتي تخل بتوازن الجهاز النفسي، ونسبية بسبب مقولاتها المرتبطة بنسبية الصدمة، حيث أن عنف الحادث بفيض الاثارات التي يحملها لا يحرض صدمة نفسية بمفرده، فما يحرض هذه الأخيرة هو تفاعله مع حالة الفرد النفسية أثناء تعرضه للحادث، ومع بنيته وتاريخه الشخصي.

وبتعبير آخر فنفس الحادث الذي من شأنه توليد صدمة، قد يولد ردود فعل توافقيه (لدى شخص سليم مرتاح)، أو عصاب صدمي خالص (لدى شخص سليم ولكنه لا يُشَغِّلُ مؤقتا قوى ضرورية من أجل صد أو ربط الإثارات)، أو عصاب صدمي مختلط بعصاب داخلي (لدى فرد عصابي أين تكون كل القوى وبصورة كلية ممتصة من خلال الكبت العصابي القديم، وبالتالي لا يشغل أبدا الطاقة الضرورية من أجل مواجهة الصدمة) (De clercq, M. Lebigot. F., 2001, P.35).

وفي كتاب "الكف، العرض، والقلق" أعاد (Freud , 1926) النظر في اصطلاحه حول أصل القلق، واقترح نظرية جديدة شرح من خلالها أنه حينما يفرض حادث خارجي ومفرط نفسه على التنظيم العقلي، فإن ذلك يعمل على طمر الدفاعات ضد القلق.(Haddadi, D. , 2010, P.22).

وضع فرويد(1939) بعد ذلك لمساته الأخيرة على نظريته حول الصدمة النفسية في كتابه: "موسى والتوحيد" (moise et le monothéisme)، ولنفسح المجال مباشرة لفرويد بنفسه ليشرح لنا نظريته تلك حيث يقول في مؤلفه هذا: "الندرس في المقام الأول الرضات، فزمنها جميعها ينحصر بين الطفولة الأولى وبين السنة الخامسة تقريبا (...) ،إن الأحداث المشار إليها تغرق بصورة عامة في عالم النسيان، وتغيب عن الذاكرة غيابا تام (...) وهذه الأحداث هي عبارة عن انطباعات ذات صفة جنسية أو عدوانية، وهي بالتأكيد كذلك جروح مبكرة يصاب بها الأنا (جروح نرجسية) (...) ،إن هذه النقاط الثلاث: الظهور المبكر إبان السنوات الخمس الأولى، النسيان، والمضمون العدواني- الجنسي وثيقة الترابط فيما بينها، فالرضات هي إما أحداث تتعلق بجسم الطفل وإما إدراكات حسية وبوجه خاص إدراكات حسية بصرية أو سمعية، وبالتالي فهي اما أحداث معاشة وإما انطباعات (...) ،إن للرضات نوعين من النتائج: نتائج موجبة ونتائج سالبة، فالنتائج الموجبة هي عبارة عن محاولات لإعادة استثمار الرضة ، أي لإحياء ذكرى الحادث المنسي، أو بتعبير أدق لإعادة الصفة الواقعية إليه ولبث الحياة فيه من جديد (...)و نطلق على جملة هذه الجهود اسم "تثبيت الرضة" أو كذلك "آليات التكرار" (...)، أما ردود الفعل السالبة فترمي إلى هدف مختلف كل الاختلاف، فالرضات المنسية تغيب عن الذاكرة نهائيا، ولا يعود شيء يتكرر، ونحن نطلق عليها اسم "ردود الفعل الدفاعية"، التي تجد ترجمتها في "تحاشيات" قد تتحول بدورها إلى ضروب من الكف والرهاب (...) ،وحاصل الكلام أنها لا تعدو أن تكون هي الأخرى، شأنها شأن ردود الفعل الموجبة: تثبيتات للرضات وإن تكن معكوسة الاتجاه". (فرويد، س.، 1982، ص ص. 104- 107).

برز من جديد الاهتمام بالصدمات النفسية بعد الحرب الأمريكية في فيتنام (1964-1973)، والتي مثلت حسب رأي (L. Crocq, 2001) صدمة معنوية للأمريكيين بسبب" انهيار حلم السلام الأمريكي". وفي ماي 1972 لاحظ الطبيب والمحلل النفسي (Shatan) (...) الحضور والتواتر الكبير لمتلازمات ما بعد حرب الفيتنام (Post-Vietnam syndromes)،حيث تنفجر هذه المتلازمات بعد وقت طويل جدا من الكمون (أشهر أو سنوات) وبعد العودة إلى الوطن، وتتضمن: إعادة المعايشة، كوابيس واجترار عقلي حول التضحيات التي بذلت من دون جدوى (sacrifices inutiles)، انتفاضات (sursauts)، حالة إنذار، العدوانية، الانطباع بأن الشخص قد فقد شخصيته السابقة -"تغيير صورة الشخصية" (transfiguration de la personnalité) حسب Shatan-. ونجد هنا البروفيل الإكلينيكي والبنيوي لعصاب الحرب القديم الذي وصفه Ferenczi و Freud وخاصة Simmel (مع "تغير الروح")، وهكذا قام (Shatan ,1973) (...) بتكوين فريق بحث من الأطباء النفسيين المهتمين، والذين كان أغلبهم من قدماء الفيتنام، وتمكن من اقتراح صيغة أولية لما أصبح فيما بعد- سنة 1980- تشخيص PTSD في المراجعة الثالثة للنظام الوصفي الأمريكي DSM. (De clercq, M, Lebigot, F., 2001,P.42).

ومع الدليل التشخيص والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الثالثة (DSM-III) سنة 1980 قدم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، أو حالة ضغط ما بعد- الصدمة (ESPT)، وعرضت معايير دقيقة وأكثر صلابة في الطبعة المراجعة (DSM-III-R) سنة 1987، وتم التأكيد على منشأ الصدمة النفسية (Etiologie traumatique)المتمثل في حادث غير مألوف من شأنه أن يستثير حالة كرب (détresse) لدى أغلب المتعرضين له، كما تم التأكيد على ضرورة ربط أعراض التكرار، التجنب أو الانفصال وازدياد الإثارة العصبية. هذه هي الخصائص الأساسية (...) ،ولم تغير الطبعة الأخيرة وهي (DSM-IV) سنة 1994 كثيرا المعايير المحددة لاضطراب ضغط ما بعد- الصدمة، ولكنها دققت أكثر الخصائص المميزة للحادث الصدمي وللاستجابة الانفعالية المباشرة (Vila, G., porche, L.M., & Mouren-siméoni, M. C., 1999, PP.14-15) . وأخيرا وصفت منظمة الصحة العالمية سنة 1992 في تصنيفها العالمي العاشر للأمراض (ICD 10) ثلاث وحدات أساسية خاصة بالاضطرابات ما بعد- الصدمية وهي:

- "رد الفعل الحاد لعامل ضغط" (Réaction aigue à un facteur de stress)

- "حالة ضغط ما بعد الصدمة" (Etat de stress post-traumatique).

- "التغير المزمن للشخصية عقب خبرة كارثية" (Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe).

2.1. وجهات النظر المعاصرة:

قام نظام DSM وهو نظام لا نظري* (Athéorique) باستبعاد فرضية "الأعصبة" واقترح مصطلح "الضغط" (Stress)، وانطلاقا من سنوات الثمانينات (1980) شهد التراث

*: يشير (ioescu,2006) في كتابه «14 approches de la psychopathologie» الى أن فكرة ابتكار علم نفس مرضي أين يكون وصف الاضطرابات لا نظري ظهرت في أمريكا في إطار الأعمال التي قادت إلى تأليف الطبعات المتتالية للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM)، والمبدأ الأساسي الموجه لـ DSM هو غياب المرجعية لأي اصطلاح نظري غير مبرهن فيما يتعلق بالمنشأ (Etiologie) أو الإمراضية (Pathogénie)، وإذن فنظام DSM في طبيعته هو نظام وصفي لا نظري (nosologie athéorique) ،وأشير هنا إلى أن أهم الوصفيات المستخدمة حاليا على المستوى العالمي بالإضافة إلى (DSM) هي: التصنيف العالمي العاشر للأمراض (CIM1O) والذي تصدره المنظمة العالمية للصحة (OMS)، والتصنيف الفرنسي المراجع للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق (CFTMEA-R) وهو التصنيف الوحيد المتخصص باضطرابات الطفل والمراهق، وأشير أيضا إلى أن الوصف العرضي هو مهنة يتخصص بها السيكاتريون، فهم يبدأون بالوصف وينتهون بتقديم علاج دوائي مناسب لذلك الوصف، بينما تعتبر نفس الخطوة (أي الوصف العرضي) بالنسبة للنفساني الاكلينيكي مدخلا من أجل القيام بالتحليل السيكوباتولوجي،و الذي يسمح بتقديم علاج نفسي مناسب، أي أنه يبدأ عمل النفساني العيادي عندما ينتهي عمل الطبيب السيكاتري. إنّ فكرة التكامل هذه وللأسف الشديد يعجز عن فهمها العديد من النفسانيين العيادين والسيكاتيرين في مجتمعنا، ولذلك يعيشون حتى وقتنا الراهن صراعا وهميا.

السيكاتري الأمريكي ازدهارا في انتاج المؤلفات حول موضوع اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية المرتبطة بحرب الفيتنام (PTSD du Vietnam)، وذلك من خلال أعمال William wilson, Sonnenberg, Keane, Friedman, Blank وآخرون. (Haddadi, D., 2010.P.26)

وقد سمح هذا التراث من الأعمال ومنذ سنوات الثمانينات بتجسيد الخبرة وتطوير التفكير السيكاتري الأمريكي حول الصدمة (...) فقد قام المؤلفون الأمريكيون للـ (DSM) بتقويمات وتعديلات على مرحلتين حول تشخيص (PTSD) وذلك من خلال مراجعتين الأولى في الطبعة الثالثة المراجعة (DSM-III R) سنة 1987 ،والثانية في الطبعة الرابعة (DSM-IV) سنة 1994. ففي سنة 1987 قامت (DSM-III-R) بحذف التمييز "حاد – مزمن" (Aigu-chronique) ليبقى فقط التمييز "مبكر- متأخر" (Précoce- différé)، كما أضافت المعايشات الهلوسية (Flash- back)، ومعايشتها الظرفية التفككية/ التفارقية (حسب معنى Janet) في المعيار (B) المتعلق بإعادة المعايشة، وضاعفت المعيار (C) (الخاص بانخفاض التنشيط) بتجنب المثيرات الخاصة، وقامت بتصفية جزئية لتناقض الأعراض في المعيار (D) بحذف المعيار -غير المستقر- المرتبط بشعور الذنب المتعلق بالبقاء على قيد الحياة (culpabilité du survivant) واضطرابات الذاكرة، وأضافت الاستثارة (irritabilité) وانفجارات الغضب (Accès de colère)،كما عنونت هذه المعايير بـ (increased arousal)* (...) و بعد سبعة سنوات عام 1994 عملت (DSM-IV) على تقديم نقد توضيحي، وذلك بتأكيدها في المعيار (A) (التعرض لحادث مولد للصدمة) على أن يكون الشخص قد عاشه في خوف، عجز أو ترويع (horreur)، مما يجعلها متصلة بمصطلح نسبية الصدمة المعرف من طرف Freud. كما أضافت للمعيار (B) المتعلق بإعادة المعايشة: عودة الفعالية النفسية -الفيزيولوجية عند التعرض لإشارات مستحضرة (والتي كانت حتى هذه اللحظة مرتبطة بالمعيارD)، وأضافت معيارا جديدا (F) مرتبط بمعاناة شخصية مهمة إكلينيكيا، وباختلال في التوظيف الاجتماعي أو المهني، ومن بين محتويات المعيار (D) نجد دائما صعوبة التركيز، كما أضيف معيار جديد (E) يفرض أن تكون مدة الاضطرابات أكثر من شهر، حيث تم تعريف النوع "الحاد" إذا كانت المدة أقل من 3 أشهر، وهو متعارض مع النوع

* : يشير Crocq هنا إلى أن المصطلح الانجليزي (Increased Arousal) ترجم ترجمة سيئة للفرنسية بـ: Hyperactivité neurovégétative، ويترجم هذا المصطلح للعربية بـ: "زيادة إثارة الجهاز العصبي المستقل" أو " توتر المجموع العصبي المستقل"، ويقول Crocq أنه كان ينبغي ترجمتها للفرنسية بـ: "Hyperexcitabilité"، وقد ترجم تيسير حسون في "مرجع سريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للأمراض العقلية -4" مصطلح (Increased Arousal) بـ: "إزدياد الإثارة واليقظة".

"المزمن" (ثلاث أشهر فأكثر)، وأخير تم تخصيص "البدأ المتأخر" لكل وقت كمون يستغرق على الأقل 6 أشهر، وقد أضافت (DSM-IV) بجانب تشخيص الـ PTSD (الذي يكتب من الآن فصاعدا دون خط فاصل(Posttraumatic stress disorder) التشخيص الجديد لـ "اضطراب الكرب الحاد" (Acute stress disorder). (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, PP. 54- 55)

أما في أوروبا فقد كانت وجهات النظر وطرق التفكير والعمل مختلفة عن نظيرتها في أمريكا خصوصا، وفي الدول الأنجلوسكسونية والمتحدثة باللغة الإنجليزية عموما، ويشير (Crocq,2001) إلى أن الوفاء للتقاليد الإكلينيكية الأوروبية والحاجة لنمط من التفكير يستجيب أكثر لمادة علم النفس المرضي دفعا بمؤلفين فرنسيين، بلجيكيين، سويسريين وهولنديين إلى شطب مصطلح (PTSD) وتطبيقاته النظرية ، وإلى النهوض بالمصطلح السيكوباتولوجي المتمثل في "الصدمة" والمعارض للمصطلح البيو- فيزيولوجي المتمثل في "الضغط".

ومنذ بداية التسعينيات (1990) عمل مجموعة من الشباب وهم أطباء نفسيون عسكريون -على رأسهم البروفيسوران Lebigot و Briole -على عرض إصطلاح مستوحى أساسا من التحليل النفسي اللاكاني*، حيث تجاوز هؤلاء وجهة النظر الإقتصادية المرتبطة بالمخطط الفرويدي (Schéma Freudien) وأدمجوا وطوروا مقولات البروفيسور Crocq ومكتسبات Claude Barroise بهدف بناء جسر بين التحليل النفسي والفينومينولوجيا (Haddadi, D., 2010, P. 29).

وعلى مستوى إكلينيكي يشير (Crocq ,1998) إلى أهمية المرحلة "ما بعد الآنية" (Post-Immédiate) التي تقع زمنيا بعد المرحلة الآنية (Immédiate) المرتبطة بالضغط، وقبل المرحلة المتأخرة (Différé) المرتبطة بإستقرار عصاب صدمي، وتكمن أهمية هذه المرحلة في كونها جسرا يربط بين تلك المرحلتين، حيث أنها إما ستشهد خمودا وإنطفاءاً للضغط، وإما ستكون مرحلة كمون يلاحظ على مستواها أولى علامات استقرار عصاب صدمي.

أما على مستوى الإمراضية (Pathogénie) فلنفسح المجال لـ (Crocq) بنفسه ليشرح لنا وجهة نظره حيث يقول :"على مستوى المخطط الإمراضي، فقد شجعنا منذ زمن بعيد (1965-1966) على

* : نسبة إلى الطبيب والمحلل النفسي الفرنسي "جاك لاكان" (Lacan Jacques – Marie)، ولد بباريس سنة 1901 وتوفي سنة 1981، وله نظرية خاصة به في التحليل النفسي.

تكييف وجهة نظر فينومينولوجية، لا تنظر إلى العصاب الصدمي على أنه ناتج عن عمل الميكانزمات، بل على أنه بناء غير طبيعي للعالم،وذلك في إطار تشوش للزمانية ،مطبوع بطابع الحضور الكلي للصدمة المرعبة، بديمومتها اللامتناهية المسقطة في المستقبل (أين يكون هناك انطباع بانسداد المستقبل وبتعليق الزمن)، وإعادة تنظيم الماضي بناءًا على صورتها من خلال اختيارات مرتبطة بآثار ذكروية تفرض نفسها، ففي إطار هذا الإصطلاح اللاخطي (Non linéaire) للزمن نقوم بنقد فرضيات الاستعداد القبلي (prédisposition) والعصاب الكامن، والتي يستنجد بها وبسرعة كبيرة الاكلينيكيون والخبراء ضحايا "وهم الاستذكار" (L'illusion Rétrospective)، فصورة الماضي التي يعطيها لهم المريض ليست سوى انعكاس مضلّل لطريقته في كونه "مصدوم" اليوم، مع انتقاءاتها وإصطباغاتها الاستذكارية، في حين أنه في الحقيقة وحسب صيغة جد عسكرية معروضة من طرف (Lacan)، فالماضي "يميل للزوال" (Porté disparu) ولا يترك سوى رواسب لـــ "حقائق مؤجلة" (vérités sursitaires)، كما ننتقد أيضا الاصطلاح الساذج "البعديَّةُ" (l'après – coup) وكأنها حكاية الحسناء في الغابة النائمة، في حين أن Freud بنفسه تكلم عن "حدوث تعديل في المرحلة البعدية- remaniement effectué après coup-، ومن وجهة النظر الفينومينولوجية هذه ينبغي أيضا إعادة صياغة مسألة المعنى (sens)- وغياب المعنى (non-sens)- وبعد ذلك مسألة الميكانزمات الإمراضية: فالصدمة ليست فقط تحطيم، اكتساح وتفكك للوعي، فهي أيضا إنكار لكل ماهو قيمة ومعنى، وهي خاصة رؤية للعدم الغيبي والمخيف (Aperception du néant mystérieux et redouté)، هذا العدم الذي نحن على يقين مطلق بأنه موجود حتما، ولكننا لا نعلم عنه شيئا، ونقضي كل حياتنا ونحن ننكره بتكلف، إذن فصحيح جدا أن أي شيء، أي كائن موجود هو: كما يؤكد (Merleau Ponty, 1961) ليس فقط "شيئا ما" (quelque chose) ولكنه "شيء ما وليس لا شيء" (quelque chose et non pas rien). (De clercq, M., Lebigot, F.,2001, PP.56-57)

في هذا السياق من التفكير انعطف الطبيب والمحلل النفسي (Barrois,1998) بدوره عن المخطط الاقتصادي الفرويدي، ليعتبر الصدمة على أنها: انقطاع للعلاقات مع العالم، مجابهة مع الاحتمال المدهش والغير متوقع المرتبط بالموت (impensable de la mort)، اكتساح من طرف قلق الفناء (angoisse de néantisation)، تحطيم لوحدة الفرد، وتعطيل للمعنى (...) ،فالحدث الصدمي يقتحم الوجود كـــ "لحظة مندفعة" (momment propulsif) في بعده الزماني، "خارق" (épiphanie) في ظهوره، "كارثي" (Apocalypse) في انكشافه، و"تكهني" (prophétie) في بعده المستقبلي / المرتبط بالقدر، ففي مواجهة انكشاف الموت الفعلي، يتجرد الشخص من الدلال (signifiants)، من التمثلات "représentation"

لتعذر استفادته من عرض مسبق لها، وحتى البدائل المشكلة من طرف الوعي أو الثقافة مثل الجثة وطقوس الدفن لا تستطيع لا شرح ولا التحكم في هذه المجابهة، أين يكون هناك خبرة أساسية متمثلة في الهلع، شعور مسبق بـــ "موت الذات كحقيقة مؤكدة" و "فقدان الذات نفسها كليا"، وفي هذه الحالة فأعراض العصاب الصدمي التي تحاول بدون جدوى بناء سد في وجه سياقات الإفناء/ الاماتة (mortification) (مثلا: التثبيط، التفكك والانطواء على الذات)، أو "تسجيل" المشهد الصدمي (مثلا: من خلال التكرارات)، ليست أكثر من تأكيد لقوة الهلع (effroi) واستمراريته كقدر لا مفر منه (De clercq. M, Libigot. F., 2001, P. 57).

و كما ذكرنا سابقا قام مجموعة من الأطباء النفسيين العسكريين الفرنسيين بعرض اصطلاح جديد حول الصدمة النفسية وعلى رأسهم Briole و Lebigot. واللذان تم صياغة أهم مصطلحاتهم في مؤلفين أوليين لـــ (Briole,1998) ، وقبل ذلك في تقرير ل Briole, Lafout, Faver, Lebigot, و Vallet بعنوان: "الصدمة النفسية: التعرض والتطور" (le traumatisme psychique : rencontre et devenir)، والذي تم عرضه في مؤتمر congrès) LxxxxII^{e}) للطب النفسي وعلم الأعصاب بالغة الفرنسية "بتولوز" (Toulouse) في جوان 1994، ليتم بعد ذلك صياغة: أن ما يحدث صدمة هو "التقاء فعلي مع الواقع"، (rencontre authentique avec le réel) بالنسبة لشخص لم يشهد حتى تلك اللحظة سوى التقاء غير موفق (Rencontre manquées) * والذي يكون فيه الواقع/ العيني (Réel) محتجز ومخفف من خلال الهوام، ومجمَّل من خلال الحلم. وفي الالتقاء الفعلي يكون هنالك "اختراق عنيف للهوام" (Traversée sauvage du fantasme) وخلل في الدال "Signifiant" أو "ثغرة داخل الرمزي" (Trou dans le symbolique)، وقد صدرت مؤلفات لكل من Payen, Lassagne, Lucas, Marblé, و Duperret توضُّح هذه النظرية بعرض حالات من عصاب الحرب متحصل عليها من: الجزائر، التشاد، ويوغسلافيا،و هنالك مؤلفات أخرى (Lebigot, 1991) تتساءل حول "الذهول" (fascination) الذي يعرضه المصابون بعصاب الحرب تجاه صدمتهم، وتوضح علاقته مع الكبت الأصلي (Refoulement originaire) (...) إن المساهمات التي تقدمت بها هذه الأعمال (...) تتجاوز أيضا وجهة النظر الاقتصادية للمخطط الفرويدي (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, p. 58)

*: لا أعتقد أنني وفقت في ترجمة المصطلح réel "بواقع"، ولدى حدس بأن ما هو مقصود بـــ (réel) ليس "الواقع"، ومن ثم لم أوفق أيضا في ترجمة (rencontre manques)، ولعل السبب في ذلك هو عدم معرفتي بالتحليل النفسي اللاكاني (Lacan)، ولا شك أن نقص معارفي هذه تحتاج للاطلاع مستقبلا على نظرية Lacan.

هنالك أخيرا تيار آخر -حاضر في الأدبيات الفرانكفونية المعاصرة- يثير الفرضية المرتبطة بدور الجانب النفسي الداخلي في الصدمة، من أبرز ممثليه (Claude Janin,1996) وكتابه الرائع: « Figures et destins du traumatisme » (...) و (Jacques Press,1999) وكتابه « la perle et le grain de sable »، حيث قام هذان المؤلفان بتطوير اصطلاحها انطلاقا من تحليل نفسي فرويدي في جوهره. (Haddadi, D ., 2010, PP. 29-30). وسنتطرق لأفكار (Claude Janin) في موقع لاحق من هذا البحث.

2. صدمة نفسية أم ضغط:

1.2. تمهيد:

لقد تتبعنا حتى الآن تطور وجهات النظر حول مفهوم الصدمة النفسية منذ Oppenhein و Charcot و Janet و Fraud و Honigman و Simmel و Shatan ووصولا إلى الوجه الذي تبدو عليه الملامح المعاصرة لطرق التفكير حول هذا المفهوم، وقد انقسم هذا الوجه إلى نصفين، نصف ترتسم عليه تفاصيل التيار السيكاتري الأمريكي التي رسمها Kane و Friedman و Blank وغيرهم من المؤلفين، لتجتمع هذه التفاصيل في لوحة كبرى إسمها: الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM)، أما النصف الثاني فترتسم عليه تفاصيل التيار الأوروبي، وتتلون باللون الفرانكفوني، لتجتمع هذه المرة تلك التفاصيل في لوحة بمدخلين، ففي حالة رؤيتها من المدخل الأول تبرز الصورة التي رسمها Crocq و Barroise و Lebigot و Briole وغيرهم من الأطباء النفسيين العسكريين والمؤلفين الذين تجاوزوا وجهة النظر الاقتصادية لـــ Freud وأدمجوا وجهات نظر Lacan ليطوروا اصطلاحهم حول الصدمة النفسية من هذا المنطلق. أما إذا رأينا تلك اللوحة من المدخل الثاني فتبرز لنا الصورة التي رسمها Janin و Press اللذان طوروا اصطلاحهما انطلاقا من التحليل النفسي الفرويدي، وسنركز هنا على الانقسام الأول ، فقد أشرنا سابقا أن التيار الأمريكي ممثلا في دليله التشخيصي (DSM) يفضل استعمال مصطلح "الضغط"، بينما يفضل التيار الفرانكفوني استعمال مصطلح "الصدمة". ولنحاول اذن توظيف المعطيات التي جمعناها حتى الآن وندمجها مع معطيات جديدة لننتج نصا يشبه جولة بين المصطلحين من أجل التعرف على التضاريس المميزة لكل منهما.

2.2. بين الضغط والصدمة:

المصطلح "ضغط -stress" هو مصطلح إنجليزي، صاغه هانز سيلي(Hans Seley) سنة 1936 ليصف به استجابة الكائن الحي عندما يتواجد في وضعية اعتداء أو تهديد تخل بتوازنه، وبالتالي تسمح له هذه الاستجابة بتعبئة دفاعاته لمواجهة تلك الوضعية.

وتحرض كل العوامل الضاغطة داخل العضوية/ الكائن الحي (Organisme) استجابة خاصة به، ومختلفة من واحد لآخر، وهي: الاستجابة الخاصة (Spécifique)، وخارج إطار حدوث هذه الاستجابة الخاصة، تحرض العوامل الضاغطة داخل الكائن الحي استجابة أخرى مشتركة لدى الجميع، عامة (Non spécifique)* ، فمن أجل استرجاع توازنه وتمكين رد الفعل تعرض على الكائن الحي استجابة مزدوجة، وهي في نفس الوقت خاصة وعامة، والحاجة لهذا النمط الثاني من النشاط العام (non spécifique) تمثل حسب(Selye,1963) أصالة و جوهر الضغط ، لأن العامل الضاغط أو الوضعية سواءا السارة أو غير السارة، ليست لها أي أهمية، فالشيء الوحيد المهم هو شدة الحاجة إلى إعادة التلاؤم أو التوافق" (De clercq. M., Lebigot. F. 2001, P14).

انطلاقا من الدراسات حول الضغط البيولوجي لدى الفئران وصف (Selye ,1936, 1962,1978) : "المتلازمة العامة للتوافق" (Syndrome Général d'Adaptation S.G.A) التي تحتوي على ثلاث أطوار، ففي طور الإنذار (Phase d'alarme) تحدث تغييرات بيولوجية متميزة تعقب مباشرة التعرض لعامل ضغط، وفي أثناء طور المقاومة (Phase de résistance) يصارع الكائن الحي ضد عامل الضغط، وتجند آلياته الدفاعية لأقصى درجة، ويستعين بما يحتويه مخزونه، ويأتي طور الإنهاك (Phase d'épuisement) عندما يتعرض الكائن الحي بطريقة ممتدة وطويلة لعامل الضغط، حيث لا يستطيع تجنيد إمكانات طاقوية من أجل التعامل مع الوضعية التي يتواجد فيها، وحتى إشارات رد فعل الإنذار التي تتظاهر لا يتم تجديدها وهذا ما يؤدي إلى الموت. (Ionescu. S., 2006, P.87).

يبرز الفرق بين "الضغط العادي" و "الضغط المرضي" على مستوى فعالية أطوار التوافق، ففي حالة الضغط العادي تعمل الاستراتيجيات على تكييف استجابة توافقية، بينما في حالة الضغط المرضي يتم تجاوز القدرات التوافقية التي تصبح غير فعالة، وهذا ما يؤدي لظهور اضطرابات التوافق العابرة أو المزمنة. (Declercq,M., Lebigot, F., 2001. P. 14).

* : إن استجابة "الضغط" حسب هذا المبدأ الذي صاغه (selye) تعتبر: استجابة إنسانية عالمية (universelle) بغض النظر عن نوع العامل الذي يستثيرها.

من نفس المنظور عرف Crocq استجابة الضغط على أنها: "رد فعل بيولوجي، فيزيولوجي وسيكوجي للإنذار، للتعبئة، وللدفاع في مواجهة اعتداء أو تهديد"(Vila,G.,Porche,L.M.,&Mouren-siméouni,M.C.,1999.P.12)، ويضيف(Crocq,1999) لذلك أن استجابة الضغط هي " استجابة عابرة (Ephémère)". فالضغط يكون له علاقة متميزة مع عامل الضغط ،مع موضوع الضغط، وهو في النهاية استجابي للحادث، ويعبر الضغط عن نفسه إكلينيكيا من خلال: توتر المجموع العصبي المستقل، الذي يكون مرفوقا إذا كان الضغط مجاوزا للحد باضطرابات التصرف أو باضطرابات أخرى سيكاترية (...)، ولأنه إستجابي :يختفي الضغط باختفاء العامل الضاغط، ولهذا اجتهد المؤلفون الأمريكيون متبوعين بالعديد من الباحثين الأوروبيين في عرض الضغط على أنه المحور الذي تدور حوله استجابات الشخص في مواجهة الحادث الكارثي، حيث يتكلمون في هذه الحالة عن: "رد فعل عادي لوضعية غير عادية" (réaction normale a une situation anormale) ، يصاب به أي شخص ،وينتهي بانتهاء هذه الوضعية غير العادية، ومن خلال هذا الاصطلاح حضي مصطلح الضغط بالنجاح وفضلت الـ (DSM) التخلي عن مصطلح "العصاب الصدمي" لصالح مصطلح "اضطراب ضغط بعد-الصدمة"، وهكذا فالشخص الذي يقع ضحية للضغط لا دخل له بذلك، حيث قام هؤلاء المؤلفون بإلغاء الشخص وبعدم تحميله أية مسؤولية. (De clercq, M., Lebigot, F., 2001. P.15)

في الجهة المقابلة يعرف (Sillamy,1999) الصدمة على أنها: "رضة عنيفة تؤدي الى تحريض اظطرابات جسدية ونفسية". ويشير (De clercq ,et Lebigot, 2001) إلى أن مصطلح الصدمة منحدر من الكلمة اليونانية" TPaVUa" والتي تعني "إصابة مع تصدع / تحطيم" Blessure avec effraction،كما يشير كل من (Vila, Porche ,et mouren-simeoni, 1999) إلى أن مصطلح الصدمة "traumatisme" ينتمي أساسا إلى الاصطلاح الجراحي ، أين يتم استعماله لوصف محصلة ما ينتج داخل الكائن الحي بفعل التصدع الناجم عن تأثير عامل خارجي، ومن أجل تفادي الخلط مع مصطلح الصدمة الجسمية أوصى Crocq باستعمال مصطلح "الصدمة النفسية" (Traumatisme psychique ou psychotraumatisme) ، الذي يصف التظاهرات التي تنتج داخل الجانب النفسي للشخص عندما يتعرض لحادث مفاجئ وعنيف يهدد تكامله الجسمي و/أو النفسي.

من أجل التعمق أكثر في فهم الصدمة النفسية لنسترجع الآن بعض المعطيات التي سبق وتعرضنا لها أثناء عرضنا لتطور مفهوم الصدمة النفسية، أين رأى Oppenheim أن الصدمة هي ذات منشأ نفسي لأن "الهلع" (effroi) هو الذي يحرض الاضطراب، كما تكلم Janet عن "تفكك الوعي" وعن بقاء ذكرى الصدمة النفسية في صورة بدائية ، و تكلم (Freud,1920) في "ما وراء مبدأ اللذة " عن "اكتساح" عنيف داخل الجانب النفسي من طرف الصدمة بسبب عنف الحادث ومفاجأته للأنا الذي لم يكن مستعدا لتلقيه من خلال إشارة القلق. حيث يشير (De clercq,et Lebigot) الى أن فرويد ميز تمييزا أساسيا في "ما وراء مبدأ اللذة" بين "الخوف (la peur) وهو مرتبط فقط بموضوع الخطر، والقلق (l'angoisse) أين تكون إسهامات الخطر نفسه أهم من موضوع هذا الخطر، والهلع (effroi) وهو الحالة التي تحدث عندما نقع فجأة في وضعية خطرة دون أن نكون مهيئين لذلك،ومن هذا المنطلق فقد أشارا أيضا إلى أن "الهلع" متناسب جدا مع حالة الرعب المرتبطة بالصدمة فهو يتجاوز الخوف، القلق والضغط لأنه يعبر عن: "الالتقاء العيني مع الموت". (réel de la mort). * فعند مواجهة الشخص للخطر في حياته الخاصة (بموت عزيز، التعرض لكارثة، رؤية أجسام مبتورة أو مشوهة... إلخ) يلتقي التقاءا عينيا مع الموت، وفي هذه اللحظة بالذات ليس هنالك أي ضغط أو قلق، هنالك فقط "بياض un blanc، فراغ بدون أي كلمة،و الشيء الوحيد الذي يعبر عنه في تلك اللحظة هو "الهلع"، وذلك في مواجهة عدم التمكن من تمثل الموت (irreprésentable de la mort) ، و عدم القدرة على امتلاك بعض المقاطع اللفظية التي من شأنها أن تحيط بهذا الالتقاء مع الموت.

---

* : أشير إلى أن الحدس الذي شعرت به من قبل ومحتواه أن: المصطلح réel لا يعني "الواقع" قد تأكد صدقه، فقد قمت بمحاولة لتتبع أفكار الأطباء النفسيين العسكريين (Baroise, Crocq, Lebigot,briole...الخ) حول الصدمة ،والتي انطلقت أساسا من التحليل النفسي اللاكاني، وقد اكتشفت من خلال اطلاعي على (Dictionnaire de la psychanalyse) –وهو مؤلف تحت إشراف (Roland chemama,1993) – أن المصطلح "réel" هو واحد من بين المصطلحات التي صاغها Lacan، وأنه مرتبط ارتباطا وثيقا بمصطلحي "Imaginaire" و "symbolique"، حيث لا يمكن فهمه بمعزل عنهما، ، والعيني (réel) –حسب رأي Lacan- هو المستحيل وهو ما لا نستطيع التعبير عنه من خلال إخضاعه بصورة كاملة للرمزية داخل الكلمة أو الكتابة - ولعل هذا ما يبرر عدم قدرتي على فهمه فهما واضحا-، وقد عرض Lacan تصوره لكل من (imaginaire, réel, symbolique) في إطار ما يسمى بــ "mathème"، كما كان Lacan يعرض مفاهيمه وتصوراته في صيغ رياضية ومخططات و علاقات حسب مبادئ اللغة ريتم، مما جعل من الصعب جدا بالنسبة لي تحقيق فهم واضح لهذه المصطلحات، بسبب غياب تصور تخطيطي وديناميي من طرفي لنظرية Lacan ،فأثناء تقلبي بين صفحات هذا المعجم-المذكور أعلاه- كان كل مصطلح يرسل بي لمصطلح آخر مثلا: réel أرسلني إلى كل من imaginaire و symbolique، وفي حين أرسلني imaginaire إلى stade de miroir، أرسلني symbolique إلى signifiant الذي أرسلني بدوره إلى discour والذي أرسلني أيضا إلى كل من sujet و objet... ، وهكذا كتبت العديد من الصفحات باللغة العربية، وأثناء محاولة استخراج الأفكار الأساسية شعرت بأنني أحرف نظرية Lacan، وأنبه هنا أن فهم أفكار Lacan يجب أن ينطلق من المخططات والصيغ التي صاغها هو بنفسه، ومن إحاطة عميقة باللغة الفرنسية دون إسقاط أو تأويل أو خلط بين معاني الكلمات والمصطلحات في اللغتين العربية والفرنسية. وعموما فما يهمنا هنا هو أن المصطلح réel يختلف عن مصطلح "Réalité" (واقع) الذي يعني الواقع الخارجي أو المنظم في شكل تمثلات للعالم الخارجي من خلال الرمزي، فعلاقة (العيني) "réel" بالرمزي علاقة مختلفة،والعيني موجود في مكان أين لا يستطيع الشخص الالتقاء به، وعندما يلتقي به فإنه يستيقظ من حالته المألوفة، فهو يتظاهر على أنه ما لا يمكن الإمساك به من طرف النظام الرمزي،وأمام réel تتوقف كل الكلمات. ولأني لاأعرف حتى الآن ترجمة عربية مناسبة لهذا المصطلح سأحتفظ بالمصطلح "عيني".

دقق (Damiani,1997) في تلك اللحظة المرتبطة بالهلع و بعدم تواجد أي كلمة حيث يقول: "مع الصدمة ندخل في المجال المفزع المرتبط بـ "اللاتمثل" (irreprésentable)، أي المرتبط بالهلع وبالذعر، فعنف المواجهة مع العيني (réel) يسبب ذهولا حقيقيا للأنا، ينهار الشخص، ويتعرض لخطر تصور العدم (néantisation)(De clercq, M., Lebigot, F., 2001. P.16) .

في نفس السياق -كما رأينا سابقا- يرى (Barrois,1998) أن مواجهة الانكشاف العيني للموت يعرض الشخص للهلع،و للشعور بموت الذات كحقيقة مؤكدة، فالصدمة –حسب رأيه-هي: انقطاع للعلاقات مع العالم، تحطيم لتكامل الشخص، اكتساح من طرف قلق الفناء/العدم ،ومواجهة مع لا تمثلية الموت. وهذا الالتقاء العيني مع الموت لا تستطيع-حسب رأي Barrois- التمثلات المقترحة من طرف الوعي أو الثقافة (كالجثة و طقوس الدفن) شرحه ولا التحكم فيه، والصدمة في النهاية هي تعطيل للمعنى حيث يرى (Crocq,1999) من وجهة النظر الفينومينولوجية أنه ينبغي إعادة صياغة مسألة "المعنى" و"غياب المعنى"، لأن الصدمة -حسب رأيه- ليست فقط تحطم، اكتساح، وتفك للوعي، فهي أيضا إنكار لكل ما هو قيمة ومعنى.

ويؤكد (De clercq ,et Lebigot) أنه إذا كانت آثار الضغط تختفي بمجرد اختفاء تأثير العامل الضاغط، فصورة الصدمة تطبع داخل الجانب النفسي للشخص "تهديدا داخليا"، يعمل على إنتاج تأثيرات آنية مباشرة، ويؤثر أيضا في مراحل لاحقة، وعند استقرارها داخل الجانب النفسي للشخص لا تجد هذه "الصورة المرتبطة بعينية الموت" (image de réel de la mort) أي تمثلات لتركبها. و لذلك يؤكد Lebigot أنها:" لا تتصرف كذكرى، فهي تبقى عذراء (intacte) قريبة من تفاصيلها، وعندما تتظاهر في الوعي-في الكوابيس أو في حياة اليقظة- فإنها تنتمي دائما للحاضر،وكأنها حدث يقع في الوقت الراهن" (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, P.16). كما يؤكد أيضا (De clercq,et Lebigot) مرة أخرى أنه إذا كانت متلازمة التكرار الصدمية تترافق مثلها مثل الضغط بـأعراض "توتر المجموع العصبي المستقل" فهي لا تتعلق مثل الضغط باستجابة توافقية أو غير توافقية في مواجهة تهديد خارجي، فالتهديد في حالة الصدمة النفسية داخلي وليس خارجي، وفي هذه الحالة يتعلق الأمر بـ "العيش دائما وباستمرار في مواجهة خطر داخلي مرتبط بالرعب".

انطلاقا من هنا وضح لنا هذان الأخيران أن مواجهة حادث خطير قد تتخذ شكلين قريبين جدا من بعضهما إلا أن لهما تأثيرات إكلينيكية مختلفة جذريا وهما:

1. المجابهة مع تهديد الموت (أو خطر الموت): والذي من شأنه أن يحرض ردود فعل للضغط وللقلق(أحيانا معتبرة جدا) ولكنه لا يحرض بالضرورة صدمة نفسية.

2. الالتقاء مع عينية الموت (réel de la mort): وهذا الالتقاء يتعلق في أغلب الأحيان بصدمة نفسية، يظهر تأثيرها على الشخص عبر مرحلتين أساسيتين: ترتبط الأولى بالالتقاء مع عينة الموت، الذي يكون مرفوقا بالهلع وليس بالقلق، وهذه المرحلة الأولى المرتبطة بالهلع قد تتبع فيما بعد بردود فعل القلق والضغط، أما الثانية فهي مرتبطة بقدوم متلازمة التكرار الصدمية، والتي يؤكد قدومها واقعية الصدمة النفسية المعاشة من طرف الشخص.

في نفس السياق يقول De clercq : "في المراحل بعد الآنية التي تلي الحدث المولد للصدمة، ليس من الممكن دائما تقدير أن انتكاسة الشخص ناتجة عن استجابة ضغط في مواجهة هذا التهديد الحيوي، أم أنها مرتبطة فعلا بصدمة نفسية. إن عدم أخذ هذه الفروق الإكلينيكية الأساسية بعين الاعتبار في الأدبيات الأنجلوسكسونية، وخاصة في (DSM-IV) يبدو لنا إشكاليا، ويشرح جزءا كبيرا من الغموض المعاصر على المستوى الإكلينيكي والتجريبي، والمرتبط أيضا بالتدخلات في الميدان (...) وفي منطق الـ DSM-IV فإن ردود الفعل الآنية بعد مجابهة الحادث الكارثي قد تسجل حضورها من خلال قدوم صدمة نفسية ومتلازمة التكرار، والتي يتم فهمها قبل انقضاء مدة شهر على أنها حالة الضغط الحاد!" (De clercq, M., Lebigot, F., 2001. PP.17- 18).

2. 3. خلاصة:

أعتقد أنه بنهاية عرضنا لهذه الأفكار قد آن الأوان للإجابة عن السؤال المطروح في العنوان: "صدمة نفسية أم ضغط؟"، فإذا أردنا التقدم في دراسة الموضوع ينبغي علينا أن نحتفظ في أذهاننا بـ "ذكريات نشطة" عن بعض الأمور من مثل:

أن الضغط هو استجابة مباشرة في مواجهة "تهديد" أو "خطر" يستثيره "عامل خارجي"، حيث تهدف استجابة الضغط" لتعبئة الدفاعات" من أجل "التوافق" مع الوضعية المهددة أو الخطرة، فالضغط هو "استجابي" للحادث (أي للعامل الضاغط)، و "ينطفئ" بمجرد اختفاء هذا العامل الضاغط، وأخيرا يعبر الضغط عن نفسه إكلينيكيا من خلال "أعراض توتر المجموع العصبي المستقل"، أين يبقى الكائن الحي يقضا، فطنا، نشيطا، باحثا عن حلول، ساعيا للتحكم في الوضعية، فالضغط في نهاية المطاف هو "استجابة عادية لوضعية غير عادية"، وتختفي تلك الاستجابة "العادية" بمجرد زوال تلك الوضعية "غير

العادية". ومن هنا يختلف مصطلح "الضغط" اختلافا جذريا عن مصطلح "الصدمة النفسية"، فالمواجهة في حالة الصدمة ليست مع "التهديد" (menace) أو "الخطر" (danger)، وحتى لو كان هذا التهديد وذلك الخطر مرتبطان بالموت، ففي الصدمة هنالك مواجهة مع "العيني" (réel)، مواجهة أساسية مع "عينية الموت" (réel de la mort)، أي مع الموت في صورتها الأكثر عينية، وهنا تتوقف كل التمثلات، كل الكلمات، وليس هنالك أي خوف أو قلق، ليس هنالك أي ضغط، هنالك فقط فراغ، بياض، وهنالك فقط "الرعب" و "الهلع"، اللذان يكون الحادث مرفوقا بهما، فعنف الحادث ومفاجأته للشخص لا يتركان أي مجال للضغط أو للقلق ولا لتعبئة الدفاعات، ويلغى كل شيء إلا "الهلع"، تنطبع بعد ذلك هذه الصورة للصدمة داخل الجانب النفسي في شكل "تهديد داخلي"، يبقى تأثيره مستمرا على الشخص ولا ينتهي بانتهاء الحادث، لأن التهديد لم يعد خارجيا مرتبطا بالحادث، بل أصبح داخليا مرتبطا بالهلع، وبما أن هذه الخبرة المرتبطة بالهلع لا يمكن التحكم فيها من خلال التمثلات أو الكلمات فإنها تبقى في صورتها الأصلية، وحتى عندما تستيقظ من جديد ويعاد إحياءها من طرف الشخص يحدث ذلك وكأنها تحدث له في نفس الوقت الذي تتظاهر فيه، حيث تتظاهر الصدمة على شكل متلازمة التكرار (وخاصة من خلال : كوابيس متكررة وإعادة معايشات) وعندما تتظاهر الصدمة في هذا الشكل (وحتى لو كانت مصحوبة بأعراض توتر المجموع العصبي المستقل كما هو الحال في الضغط) فإن الأمر لا يتعلق باستجابة توافقية أو غير توافقية في مواجهة تهديد خارجي، لأن التهديد في الصدمة داخلي ودائم، ومرتبط بمواجهة الرعب والهلع، وناجم عن الالتقاء العيني مع الموت،وما متلازمة التكرارسوى إعادة تنشيط لهذه الخبرة بهدف التحكم فيها.

3. حادث صدمي أم مولد للصدمة؟:

1.3 تمهيد:

تعلمنا من خلال تعرضنا للعنصر السابق أنه إن كان الضغط هو استجابة عامة لحادث ضاغط تنتهي بانتهائه فالصدمة هي شيء مختلف تماما،لأن ما يحدث صدمة من وجهة النظر السيكاترية العسكرية الفرانكفونية هو كون ذلك الحادث مرفوقا بـــ "الالتقاء مع عينية الموت"، كما تتمثل أهم مميزات هذا الحادث في كونه مفاجئ، عنيف، تتوقف أمامه قدرة الشخص على التمثل والتعبير، ويحمل معه نسبة معتبرة من الهلع الذي يستقر في أعماق الجانب النفسي الداخلي ، ويتحول لتهديد حقيقي ذو طبيعة "داخلية"، كما تعلمنا أيضا أن ما يؤكد واقعية مواجهة الشخص لـــ "عينية الموت" أثناء تعرضه للحادث هو ظهور متلازمة التكرار ما

بعدالصدمية ،التي تعبر عن هذه الخبرة التي عاشها الشخص من خلال إعادة إحيائها ومعايشتها بطريقة قهرية وغير متحكم فيها.

إذن فالحادث ليس صدميا من حيث طبيعته، بل لأنه يتضمن: "التقاءا مع عينية الموت" ،وهذا يعني أن :"كل الأشخاص المتعرضين لذلك الحادث لا يلتقون كلهم مع عينية الموت، وبالتالي قد يصاب بعضهم بإضطرابات ما بعد صدمية، وقد لا يصاب البعض الآخر بها"، وانطلاقا من هذه النقطة الأخيرة ينبغي علينا مناقشة وإعادة صياغة التعبير "حادث صدمي" ،الذي يعني :"التعرض بالضرورة للصدمة بعد التعرض للحادث ".

2.3. صدمي أم مولد للصدمة؟

من أجل حدوث اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تشترط الـــ DSM-IV-TR في المعيار (A): أن يكون الشخص قد تعرض لحادث صدمي (أن يكون 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 الترويع، وتعطي الـــ DSM دورا محوريا لهذا الحادث في نشوء ذلك الاضطراب وتطوره، ويرى (De clercq,et Lebigot,2001) أنه في إطار هذا المنطق يجري كل شيء وكأن خطورة الحادث الكارثي هي أهم عنصر محدد لتطوير اضطرابات ما بعد صدمية، فهذا الدور يلعبه-حسب رأي DSM- الحادث بخصائصه الصدمية وليس المعاش الشخصي له، ولأن هذان الأخيران لا يتفقان مع هذه الفكرة فقد وضحا لنا -في كتاب (Les traumatismes psychiques)- الدور الأساسي للمعاش النفسي للحادث -والمرتبط حسبهما بـــ "المواجهة مع عينية الموت"- كمحدد أساسي لتطوير الاضطرابات ما بعد الصدمية من خلال مثالين إكلينيكيين كما يلي:

عرضا في المثال الأول حالة السيدة M، وهي أرملة تبلغ من العمر 74 سنة تعرضت في أحد الأيام بينما كانت تتنزه مع كلبها للسرقة، حيث فوجئت بفتى يسحب حقيبتها ويحاول أن يسرقها، لم تتردد السيدة M في التمسك بحقيبتها محاولة عدم إفلاتها لأنها "آخر هدية من زوجها قبل وفاته"، وأمام هذا الوضع استمر السارق بضربها على وجهها بعنف أكبر فأكبر، لينتهي بها المطاف إلى إفلات حقيبتها حيث أغمي عليها، واستعادت وعيها فيما بعد في المستشفى، أين طلب المتخصص بالصدمة تصويرا بالأشعة السينية للجمجمة والدماغ، ولأن هذا التصوير لم يظهر شيئا، وأمام حالة الخدر التي كانت تعاني منها السيدة M التي لم تنطق بكلمة، وبقيت مذهولة تائهة. استدعى هذا المختص فريق وحدة الكوارث وأعلمهم بأنه لم يفهم ما المشكلة قائلا: "إنها لا تعاني من شيء إطلاقا، سوى بعض الكدمات!"، ليتم الاحتفاظ بها شكليا لليلة واحدة في المستشفى،وذلك من أجل مساعدتها على التعبير من خلال الكلمات عن ما يحدث لها، أين كانت تردد في العديد من المرات: "أنا لا أفهم شيئا، لقد قتلني، لقد رأيت نفسي ميتة"، وبالنظر لحالتها

هذه تم استدعاء جارتها، وعرضت عليها -أي على السيدة M- مقابلات نفسية. وهكذا و بعد المقابلة الأولى لم تعد السيدة M، وبعد شهر اتصلت الجارة - مشغولة البال- لتبلغهم أن السيدة M لم تخرج من منزلها منذ ذلك الحين، كما أبلغتهم أنها طلبت من جمعية حماية الحيوان تلقيح كلبها قائلة "لا أريد أن يتسبب بموتي للمرة الثانية"، وهكذا بالرغم من خضوعها للتكفل، ومن تشخيص حالتها من طرف الجراح المختص في الصدمة بأنها: "لا تعاني من أي مشكل" طورت السيدة M فيما بعد عصاب صدمي أساسي مع حالة اكتئاب هامة.

أما في المثال الثاني فقد عرضا حالة السيد H البالغ من العمر 22 سنة، والذي تم إحضاره إلى مستشفى (Saint luc) في حالة خطيرة، مصابا بالعديد من الطعنات التي تسبب له بها ثلاثة شبان هجموا عليه محاولين أن يسرقوا مفاتيح سيارته الرياضية، ولأن السيد H يملك حزاما أسودا في رياضة الكاراتيه، قرر ألا يسمح لهم بذلك وأن يدافع عن نفسه، حيث تمكن من إزاحة اثنين من خصومه، ولكنه تعرض لهجوم بالسكين من طرف الخصم الثالث، الذي تسبب له بإصابات. التقى المؤلفان بالسيد H صدفة عند قدومه إلى مصلحة الاستعجالات ،وقد لفت انتباههم عنف الحالة التي كان يعاني منها، وإلى نفس المستشفى تم إحضار أحد من اعتدوا عليه في سيارة إسعاف لأنه كان يعاني من عديد الكسور التي سببها له السيد H الذي تبادرت له الأسئلة التالية: "ما هي حالة الاثنين الآخرين؟" و "كيف لم أنتبه لقدوم الشخص الثالث؟". ألحق فيما بعد السيد H بغرفة العمليات، ثم تمت إعادته إلى جناح العلاجات المكثفة، ليتم في اليوم الموالي استدعاء المؤلفين من طرف مسؤول هذا الجناح الذي كان متفاجئ بما حدث للسيد H قائلا: "لقد شهد الموت عن قرب، كانت تفصله عنه بعض السنتيمترات، لقد أصاب السكين أحد الشرايين القريبة من القلب (Aorte)"، مع ذلك كان السيد H هادئا جدا، كان يقول مازحا: "في المرة القادمة سأكون حذرا أكثر"، عرض عليه أن يتكلم عن ما عاشه وما حدث له، و قبل ذلك بسرور كبير، وبالرغم من أن الحادث الذي تعرض له السيد H شديد وخطير، لم يطور هذا الأخير لا حالة ضغط ما بعد الصدمة ولا عصاب صدمي، حيث أنه (حسب رأي المؤلفين)و بعد استجابة الضغط الأساسية، لم يلتقي مع عينية الموت، ففي إطار المقابلة لم يقل في أي لحظة أنه يفكر في الموت. في حين أن السيدة M التي لم تتعرض طبيا لخطر الموت واجهت لأقصى درجة عينية الموت، لتطور فيما بعد صدمة نفسية في شكل متلازمة التكرار الصدمية، واضطرابات رهابية وإكتئابية.

ان كـــل الأشـــخاص الـــذين يتعرضـــون لحـــادث مـــن شـــأنه تحـــريض صـــدمة (Potentiellement traumatisant) لا يعيشـون كلهـم بطريقـة صـدمية، حيـث يتفاعـل بعضـهم معـه بطريقـة توافقيـة مـن خـلال استجابة بسيطة للضـغط. ومـن هـذا المنطلـق يؤكـد لنـا المؤلفـان: "نعتقـد أن تسـمية أي حـادث، وضـعية أو كارثـة بـــ "مولـد للصـدمة" (traumatogène) أنسـب مـن تسـميته بــ "الصـدمي" (traumatique)، فلـيس الحـادث هـو الصـدمي، وإنمـا المعـاش الشخصي للمتعرض له" (De clercq, M., Lebigot, F., 2001,P.20).

فـي نفس السياق تشير (Bouatta,2004) فـي مقـال لهـا بعنـوان « Trois années de prise en charge psychosociale des victimes de violences liées au terrorisme » .* إلـى أنهـم لاحظـوا -أي هـي وفريقهـا- أثنـاء تكفلهـم بضـحايا العنـف الإرهـابي فـي مركـز المسـاعدة النفسـية (CAP) بسـيدي موسـى**. أن سـكان هـذه المنطقـة قـد تعرضـوا للعنـف الإرهـابي بنسـب كبيـرة وبـأنواع مختلفـة: الخـوف مـن التعـرض للاغتيـال بسـبب ظـروف الـلا أمـن السـائدة فـي المنطقـة، حضـور عمليـات اغتيـال، رؤيـة جثـث، سـماع إنفجـارات، الاسـتماع لأحاديـث تـدور حـول مـوت الآخـرين...الـخ. ومـن خـلال عملهـم مـع تلـك الفئـة اتخـذت الكاتبـة وفريـق المركـز علـى المسـتوى النظـري موقفـا مـؤداه أن: عـيش أحـداث مولـدة للصـدمة (ولـيس صـدمية) لا تحـرض بالضرورة صدمات و اضطرابات نفسية.

ومـن وجهـة نظـري يبـدو أن هـذا الموقـف مناسـب جـدا، لأنـه يوسـع مـن مجـال الفئـة التـي ينبغـي التكفـل بهـا ممـن تعرضـو لمحاولـة اغتيـال، ووصـولا إلـى مـن سـمعوا عـن تعـرض الآخـرين للاغتيـال. ولأنـه لا يتخـذ مـن درجـة خطـورة الحـادث مقياسـا أولا وأخيـرا تبنـى عليـه التـدخلات. فقد لا يطـور مـن نجـى مـن محاولـة اغتيالـه اضـطرابات مـا بعـد صـدمية، فـي حـين قـد يطـور مـن تعـرض لمحاولـة سـرقة تلـك الاضـطرابات، كمـا طـورت السـيدة M التـي لـم تتعـرض لجـروح خطيـرة ولا للمـوت موضـوعيا -أي طبيـا-عصـابا مـا بعـد صـدميا، وكمـا لـم يطـور السـيد H الـذي أصـيب إصـابات خطيـرة وواجـه المـوت طبيـا لأنـه "شـهد المـوت عـن قـرب" و "كانـت تفصـله عنـه بعـض

* : نشرت هذه المقالة في مجلة "علم النفس" وهي مجلة سنوية تصدر(باللغتين العربية والفرنسية) من طرف: الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP)، العدد 12، بعنوان:"ضحايا ومعالجين: تجارب المساعدة النفسية والاجتماعية"'.

**: وهي منطقة بالجزائر، تعرضت بدرجة كبيرة لأحداث العنف الإرهابية، ومن أجل التوسع أكثر بإمكان القارئ مراجعة دراسة الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس والمنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات في الجزء المخصص للدراسات السابقة في بحثنا هذا.

السنتيمترات لأن السكين أصاب أحد الشرايين القريبة من القلب" أي اضطرابات ما بعد صدمية.

خلاصة:

من المفيد إذن أن نحتفظ في أذهاننا بالقاعدة التي صاغها (De clercq,et Lebigot):"ليس الحادث هو الصدمي وإنما المعاش الشخصي للمتعرض له". وأعتقد أن استعمال التعبير"مولد للصدمة" مفيد من عدة نواحي منها: أن الانتباه ينبغي أن يوجه إلى ما عاشه الشخص أثناء تعرضه للحادث وليس لخطورة الحادث وكونه غير عادي، كارثي، يتضمن تهديدا بالموت، أذى خطيرا، تهديد للسلامة الجسدية،...الخ، ومنها أيضا أنه ينبغي على المستوى الإكلينيكي متابعة كل من تعرضوا لحادث مولد للصدمة على المديين القريب والبعيد للتعرف عن ما إذا كانوا سيطورون اضطرابات ما بعد صدمية، أم أن استجابتهم ستكون توافقية وستقتصر على "استجابة عابرة للضغط".

4. انعكاسات الصدمة النفسية:

1.4. أهم الاضطرابات "ذات الخصوصية" المرتبطة بالصدمة النفسية:

عرضت الأنظمة الوصفية (DSM و CIM10) مجموعة من الاضطرابات المرتبطة بالصدمة النفسية، حيث وصفت الـ (DSM-IV,1994) اضطرابين أساسيين أكثر خصوصية من حيث ارتباطهما بالصدمة النفسية، وهما "اضطراب الكرب ما بعد الرضح" (Posttraumatic stress disorder)، و"اضطراب الكرب الحاد" (Acut stress disorder)،وبالإضافة لذلك فقد وصفت أيضا اضطرابات أخرى أقل خصوصية، كما عرضت الـ (CIM10, 1992) بدورها ثلاث اضطرابات أساسية وهي: "رد الفعل الحاد لعامل ضغط" (Réaction aigue a un facteur de stress) وهو مرتبط بالاستجابة المباشرة لعامل الضغط، و"حالة ضغط ما بعد الصدمة" (état de stress post traumatique)، و"التغير المزمن للشخصية عقب خبرة كارثية" (Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe).

ولنتطرق إذن أولا للمعايير التشخيصية المعروضة في DSM-IV-TR من أجل تشخيص الإضطرابان المذكوران أعلاه كما يلي:

4. 1. 1./ 309.81 اضطراب الكرب ما بعد الرضح (Posttraumatic stress disorder)

A. تعرض الشخص لحادث رضحي مع وجود كل مما يلي:

1) أن يكون الشخص خبر أو شهد أو واجه حادث أو حوادث تضمنت موتا فعليا أو تهديدا بالموت أو أذى خطير، أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين.
2) أن تكون استجابة الشخص قد تضمنت الخوف الشديد أو العجز أو الترويع
ملاحظة: قد يعبر عن ذلك عند الأطفال سلوك مشوش أو سلوك متهيج.

B. استعادة خبرة الحادث الرضحي بشكل مستديم بطريقة (أو أكثر) من الطرق التالية:

1) تذكرات مكربة إقحامية معاودة للحدث، بما في ذلك الصور أو الأفكار أو الإدراكات.
ملاحظة: قد يحدث عند الأطفال الصغار لعب تكراري يعبر من خلاله عن مواضيع أو نواحي الرضح.
2) أحلام مكربة معاودة عن الحادث. ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة بدون التعرف على محتواها.
3) التصرف أو الشعور كما لو أن الحادث الرضحي يعاود الحدوث (ويشمل ذلك الشعور بإعادة إحياء الخبرة، والإخالات والأهلاسات ونوبات تفارقية استعادية، بما في ذلك تلك التي تحدث عند الاستيقاظ أو عند الانسمام). ملاحظة: قد يحدث عند الأطفال الصغار إعادة تمثيل خاصة بالرضح.
4) ضائقة نفسية شديدة عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشابه أحد أوجه الحادث الرضحي.
5) عودة الفعالية النفسية عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية ترمز أو تشابه أحد أوجه الحادث الرضحي.

C. تجنب مستديم للمثيرات المصاحبة للرضح وتخدير Numbing الاستجابة العامة (غير الموجودة قبل الرضح) كما يستدل على ذلك من ثلاثة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:
1) جهود لتجنب الأفكار أو الاحساسات أو الأحاديث التي صاحبت الرضح.
2) جهود لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص الذين يثيرون تذكرات الرضح
3) العجز عن تذكر جانب هام من الرضح
4) انخفاض الاهتمام أو المشاركة الواضحين في أنشطة مهمة.
5) الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين
6) تضييق المجال الوجداني (مثل العجز عن امتلاك مشاعر مُحبَّة)

7) إحساس بتقاصر المستقبل (مثال: لا يتوقع أن يحصل على مهنة أو أن يتزوج أو أن يكون لديه أطفال أو أن يكون لديه مدى حياة طبيعي).

D. أعراض مستديمة من ازدياد الإثارة واليقظة "Arousal" (لم تكن موجودة قبل الرضح)، كما يستدل عليها من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1) صعوبة الولوج في النوم أو المحافظة عليه
2) استثارة أو انفجارات غضب
3) صعوبة التركيز
4) فرط التيقظ hyper vigilance
5) استجابة إجفال مبالغ فيها

E. مدة الاضطراب (الأعراض في المعايير B و C و D) أكثر من شهر.

F. يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

حدد إذا كان:

حادا: إذا كانت مدة الأعراض أقل من 3 أشهر

مزمنا: إذا كانت مدة الأعراض أكثر من ثلاث أشهر

حدد إذا كان:

مع بدء متأخر: إذا بدأت الأعراض بعد 6 أشهر على الأقل من بعد التعرض للعامل المكرب. (جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2004، ص ص. 113- 114).

4. 1. 2. / 308.3 اضطراب الكرب الحاد (acute stress disorder)

A. تعرض الشخص لحادث رضحي يتواجد فيه كل مما يلي:
1) أن يكون الشخص خبر أو شهد أو واجه حادث أو حوادث تضمنت موتا فعليا أو تهديدا بالموت، أو أذى خطير أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين.

2) أن تكون استجابة الشخص قد تضمنت الخوف الشديد أو العجز أو الترويع

B. حدث لدى الشخص إما أثناء مروره بالخبرة أو بعد خبرة الحادث المكرب ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التفارقية التالية:

1) الاحساس الذاتي بخدر أو انفصال أو غياب الاستجابة الانفعالية.
2) انخفاض في وعي المحيط (مثل أن يكون في ذهول (في شدة DAZE).
3) تبدد الواقع
4) تبدد الذات
5) نساوة تفارقية (أي العجز عن تذكر وجه هام من أوجه الرضح)

C. استعادة خبرة الحادث الرضحي بشكل مستديم بطريقة أو أكثر من الطرق التالية: صور معاودة، أفكار، أحلام، إخالات، نوبات استعادية أو إحساس بإعادة إحياء الخبرة، أو ضائقة عند التعرض لتذكرات الحادث الرضحي (ما يذكر به).

D. تجنب واضح للمثيرات التي تستدعي تذكرات الرضح (مثل الأفكار، المشاعر، الأحاديث، الأنشطة، الأماكن، الناس).

E. أعراض واضحة من القلق أو تزايد اليقظة (مثل صعوبة النوم، الاستثارة، ضعف التركيز، فرط التيقظ، استجابة إجفال مبالغ فيها، زلز حركي).

F. يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي أو أن الاضطراب يخل (يضر) بقدرة الفرد على متابعة مهمة ضرورية، مثل الحصول على مساعدة ضرورية أو تعبئة الموارد الشخصية (تنقيلها Mobilizing) بإخبار أفراد الأسرة عن الخبرة الرضحية.

G. يستمر الاضطراب يومين على الأقل و4 أسابيع كحد أقصى وهو يحدث في غضون 4 أسابيع من الحادث الرضحي.

H. لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل: سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة، ولا يعلله اضطراب ذهاني وجيز وهو ليس مجرد تفاقم لاضطراب على المحور I أو II موجود سابقا (جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2004، ص ص. 114- 115).

أما بالنسبة للاضطرابات التي وصفت من طرف منظمة الصحة العالمية (OMS) في تصنيفها العالمي العاشر للأمراض (CIM10,1992) فيشير(Vila ,Porche, et mouren-simeoni,1999) الى أن هذه الأخيرة قدمت وصفا قريبا من وصف الـــ DSM بالرغم من بعض الاختلافات، فردود الفعل لعامل ضغط مهم (رد الفعل الحاد لعامل ضغط وحالة ضغط ما بعد الصدمة) مرتبطة(فيCIM10) مع اضطرابات التوافق في وحدة تشخيصية واحدة (F43)، ولنتطرق اذن بعد هذا التوضيح لوصف الــ CIM10 لهذين الاضطرابين كما يلي:

- **رد الفعل الحاد لعامل ضغط (Réaction aigue a un facteur de stress):**

هو اضطراب عابر تتظاهر أعراضه آنيا في خلال الساعة التي تلي المجابهة (المعيار B)، بعد مجابهة عامل ضغط نفسي أو جسمي خاص (المعيار A)، وتتوزع الأعراض (المعيارC) على مجموعتين*:

معيار(1) تستجيب الأعراض للمعايير B و C و D للقلق المعمم (F41.1)

معيار(2) (a) انطواء بالنسبة للتفاعلات الاجتماعية المنتظرة

(b) ضيق مجال الوعي أو الانتباه

(c) شرود واضح (désorientation apparente)

(d) غضب أو عدوانية لفظية

(e) يأس أو فقدان الأمل

(f) ازدياد نشاط عشوائي أو بدون هدف

(g) كرب (Affiction) غير متحكم فيه ومجاوز للحد (مع الأخذ بعين الاعتبار معايير الثقافة).

وبالإمكان تحديد شدة رد الفعل الحاد لعامل الضغط باستعمال الرموز:

F43.00 خفيف: يستجيب فقط للمعيار (1)

F43.01 متوسط: يستجيب للمعيار (1)، مع حضور عرضين على الأقل من المعيار (2).

F43.02 شديد: سواء يستجيب للمعيار (1)، مع حضور أربع أعراض على الأقل من المعيار (2)، أو يستجيب للمعايير [A,B,C] لفقدان الوعي التفارقي وهي:

---

* : ورد في كتاب "المرشد في الطب النفسي" (وهو من إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي تحت إشراف منظمة الصحة العالمية، 1999) وصف مختصر وشامل للأعراض، يبدو من المناسب ذكره هنا حيث تتضمن أعراض هذا الاضطراب (المسمى في ذلك الكتاب "تفاعل الكرب الحاد") : حالة ابتدائية من الذهول مع بعض الضيق في مجال الوعي والانتباه، وعدم القدرة على فهم المنبهات، وتشوش الإدراك، وقد يلي هذه الحالة إما انسحاب متزايد من الموقف المحيط (يصل إلى حد فقدان الوعي التفارقي أوالانشقاقي)، أو تهيج وزيادة نشاط (استجابة هروب أو شرود)، وتشيع أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل المميزة لقلق الهلع (سرعة نبضات القلب، التعرق والتورد). و تظهر الأعراض عادة خلال دقائق من حدوث المنبه أو الحدث المسبب للكرب، وتختفي خلال يومين أو ثلاثة أيام (وغالبا في خلال ساعات)، وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئي أو كلي للنوبة.

[A: الاستجابة للمعايير العامة لاضطراب تفارقي (F44)]

[B: تناقض جد ملاحظ أو غياب للحركات الإرادية واللغة وردود الفعل العادية للضوء للضجيج وللّمس]

[C. المظهر، التنفس، والقوة العضلية تبقى عادية (وهذا ينطبق غالبا على تنسيق حركات عدسة العين) [La coordination des mouvements oculaire

تبدأ الأعراض في التناقص في خلال 8 ساعات إذا كان عامل الضغط عابرا أو بالإمكان إبطاله، أما إذا بقي نشطا فتبدأ الأعراض في التناقص في خلال الــ 48 ساعة (المعيار D)، وأخيرا ينص (المعيار E) - وهو معيار مرتبط باستبعاد الاضطرابات الأخرى من أجل التشخيص- على: الغياب الحالي لأي اضطراب عقلي أو سلوكي آخر موصوف داخل CIM10، وخاصة القلق المعمم (F41.1) أو اضطراب الشخصية (F60)، كما لا ينبغي أن يأتي الاضطراب في خلال الثلاث أشهر الأولى التي تلي نهاية نوبة اضطراب عقلي أو سلوكي آخر.

- **حالة ضغط ما بعد الصدمة (état de stress post –traumatique): (المعايير التشخيصية لبحث CIM10، 1994)**

A. مواجهة قصيرة أو ممتدة لوضعية أو لحادث ضاغط، ذو طابع مهدد أو كارثي، من شأنه أن يحرض أعراض واضحة للكرب لدى أغلبية الأشخاص.

B. استرجاع أو إعادة معايشة العامل الضاغط بشكل مستديم، كما يشهد على ذلك: إعادة المعايشات الإقحامية (Flash-Backs)، تذكرات مكربة، أحلام معاودة (تكرارية) أو الشعور بالضيق عندما يتعرض الشخص لوضعيات مشابهة للعامل الضاغط أو مرتبطة به.

C. تجنب أو ميل للتجنب- غير موجود قبل التعرض لعامل الضغط- للوضعيات المشابهة لعامل الضغط أو المرتبطة به.

D. سواء (1) أو (2):

(1): عجز جزئي أو كلي عن تذكر أوجه مهمة من فترة التعرض لعامل الضغط

(2): حضور لأعراض مستديمة تعبّر عن ازدياد الإثارة النفسية وفرط اليقظة -غير موجودة قبل التعرض لعامل الضغط- كما يشهد على ذلك حضور تظاهرتين على الأقل من التظاهرات التالية:

(a): صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه

(b) تهيج أو نوبات غضب

(c) صعوبة التركيز

(d) فرط التيقظ

(e) استجابة انتفاظ (sursaut) مبالغ فيها.

E. قدوم المعايير B، C و D في خلال الستة أشهر التي تلي العامل الضاغط، أو نهاية مرحلة ضغط، وبالإمكان هنا تضمين بدء متأخر لأكثر من ستة أشهر إذا كنا نتعقب أهداف خاصة (في هذه الحالة يجب أن تكون هذه الأخيرة واضحة بشكل محدد (Vila, G., porche, L. M, & Mouren- siméoni, M.C., 1999, P.31)

يتجسد الاضطراب الثالث المرتبط بالصدمة و الموصوف على مستوى CIM10 تحت رمز (F62) في:

- التغير المزمن للشخصية عقب خبرة كارثية (Modification durable de la personnalité après une expérience de ctastrophe). (المعايير التشخيصية لبحث CIM10، 1994):

A. دليل قاطع (بالإستناد إلى السوابق الشخصية أو إلى شهود مهمين) على تغير ظاهر ومستمر للشخص في طرق إدراكه، علاقاته وتفكيره المرتبطة بنفسه وبالمحيط بعد التعرض لضغط كارثي (مثلا: خبرة معاشة في معتقل، تعذيب، كارثة وتعرض ممتد لوضعيات تحمل خطرا حيويا).

B. يكون التغير في الشخصية مهما ويعرض صفات غير مرنة وسيئة التوافق، يعبر عنها من خلال حضور تظاهرتين على الأقل مما يلي:

(1) تصرف مستديم بعدائية وبحذر اتجاه العالم لدى شخص لم تكن لديه مثل هذه الصفات سابقا.

(2) انسحاب اجتماعي (تجنب التواصل مع أشخاص آخرين غير بعض الأقارب الذين يعيش معهم الشخص) غير ناتج عن اضطراب عقلي آخر راهن، مثلا: اضطراب المزاج.

(3) شعور ثابت بالفراغ أو بفقدان الأمل غير محصور بنوبة منعزلة لاضطراب المزاج، وغائب قبل التعرض لخبرة الضغط الكارثي، وقد يكون هذا مصحوبا بتبعية مفرطة للآخرين، بالعجز عن التعبير عن مشاعر سلبية أو عدائية وبمزاج اكتئابي مزمن من دون اضطراب اكتئابي معروف قبل التعرض للضغط الكارثي.

(4) شعور دائم بكونه "معرض للأذى" (être sur la brèche)، أو الشعور بالتهديد دون سبب خارجي مؤكد من خلال يقظة مفرطة وتهيج (استثارة) لدى شخص لم تكن لديه مثل هذه الصفات سابقا، وقد تكون هذه الحالة من فرط اليقظة المزمن، الإجهاد الداخلي والشعور بالتهديد مصحوبة بميل لتعاطي الكحول بصورة مجاوزة للحد، أو بتعاطي مكونات أخرى من المنشطات النفسية.

(5) شعور دائم بالتغير أو بكونه مختلف عن الآخرين (بكونه غريبا)، وقد يكون هذا الشعور مصحوبا بخبرة خدر انفعالي.

C- يتداخل التغير بصورة هامة مع الأداء الوظيفي الشخصي في الحياة اليومية، أو يكون سببا للمعاناة الشخصية، أو يكون له عواقب وخيمة على المحيط الاجتماعي.

D- يُطَوِّرُ تغير الشخصية بعد الخبرة الكارثية، ولا ينبغي وجود سوابق لاضطراب، أو تفاقم لصفات الشخصية الراشدة، أو إضطراب الشخصية أو النمو في خلال الطفولة أو المراهقة، والتي من شأنها أن تشرح صفات الشخصية الراهنة.

E- يُعْرَضُ تغير الشخصية على الأقل منذ سنتين، ولا ينبغي أن يكون مرتبطا بنوبات اضطراب عقلي (وخاصة بحالة ضغط ما بعد –الصدمة) ولا يكون ناجما عن خلل (Lésion) أو مرض دماغي.

F- غالبا ما يكون تغير الشخصية الذي يستجيب للمعايير المذكورة أعلاه مسبوقا بحالة ضغط ما بعد – الصدمة (F43.1)، وقد تكون أعراض هاتين الحالتين مترابطة، وقد يكون تغير الشخصية نتيجة للتطور المزمن لحالة ضغط ما بعد- الصدمة، ومع ذلك فتشخيص التغير المزمن للشخصية لا يتم وضعه في هذه الحالة، فعلاوة على أن حالة ضغط ما بعد الصدمة تستمر في خلال عامين على الأقل، هنالك فترة إضافية وهي عامين على الأقل لتكتمل في خلالها المعايير المذكورة أعلاه. (Vila, G., Porche, L. M., & Mouren-siméoni, M. C.,1999, PP.32- 33)

2.4. تعليق:

لا تتجسد الصدمة النفسية سيكاتريا في شكل الاضطرابات ما بعد-الصدمية فقط، فقد تظهر اضطرابات أخرى بعد التعرض لحادث أو لعامل ضغط أهمها: "اضطرابات التأقلم/التوافق" (Adjustement disorders/ Troubles de l'adaptation)، و"الاضطراب الذهاني الوجيز" (Brief psychotic disorder/psychose réactionnelle brève)،وتتضمن الأولى -أي اضطرابات التأقلم- الموصوفة على مستوى DSM-IV-TR: تطورا لأعراض انفعالية أو سلوكية كاستجابة لعامل ضغط (شدة/ شدات) يمكن تحديدها* .(حيث يمكن تحديد الشدة / الشدات النوعية على المحورIV)** ، وتحدث هذه الأعراض في غضون 3 أشهر من بداية الشدة/ الشدات (المعيار A)، وتكون هامة سريريا أين يستدل عليها بإحدى التظاهرتين التاليتين: (1) ضائقة صريحة تتجاوز ما يمكن توقعه من التعرض لعامل الشدة، و/ أو (2) اختلال هام في الأداء الاجتماعي أو المهني/الأكاديمي (المعيار B)، كما ينبغي أن لا تمثل هذه الأعراض حالة الفقد /الفجيعة (المعيار D)، وأن لا يحقق الاضطراب المرتبط بالشدة معايير اضطراب نوعي آخر على المحور I، وهو ليس مجرد تفاقم لاضطراب سابق الوجود على المحور I أو المحور II (المعيار C)، ولا تدوم هذه الأعراض أكثر من 6 أشهر إضافية حالما ينتهي عامل الشدة (أو عقابيله) (المعيار E)، وقد يكون الاضطراب "حادًّا" إذا استمر أقل من 6 أشهر، أو "مزمنا" إذا استمر 6 أشهر أو أكثر، لأنه و بالتعريف لا يمكن للأعراض أن تدوم أكثر من 6 أشهر بعد انتهاء عامل الشدة أو عقابيله، وبالتالي يطبق المحدد المزمن حين تكون مدة الاضطراب أكثر من 6 أشهر كاستجابة لعامل شدة مزمن أو لعامل شدة يمتلك عقابيل باقية، وأخيرا هناك عدة صيغ محتملة لاضطراب التأقلم يتم ترميزها بناءا على النمط الفرعي الذي يتم اختياره تبعا للأعراض المسيطرة فقد يكون اضطراب التأقلم:

---

* : نحن نعلم في علم النفس الإكلينيكي أن الإنسان ومنذ مراحل حياته الأولى قد يتعرض لمشكلات توافق (سوء توافق، ضيق، أعراض سلوكية و/أو انفعالية) وذلك في سياق نموه وتعرضه لتغيرات ذات دلالة في حياته أو لأحداث حياتية مجهدة، فقد يعرض الطفل الملتحق بالمدرسة حديثا خوفا، بكاءا، تغيبا عن المدرسة، سلوكات عدوانية في البيت... إلخ. كما قد يعرض الراشد المنفصل عن زوجه/زوجته حديثا اكتئابا وحزنا، وميلا لتناول الكحول، وإهمالا لالتزاماته، تغيبات متكررة عن العمل...الخ، كما نعلم أيضا أن هذه الأعراض لا تعبر بالضرورة عن اضطراب كامن في الشخصية، وأنها قد تكون عابرة، وتحدث خاصة كاستجابة للتغيير .

** : تتضمن DSM نظاما للتقييم متعدد المحاور (multiaxial assessement) وهنالك خمسة محاور مدرجة في تصنيف الـــ DSM-IV وهي: المحور I: الاضطرابات السريرية،و حالات أخرى قد تكون مركزا للاهتمام السريري. المحور II: اضطرابات الشخصية، التخلف العقلي. المحور III: حالات طبية عامة. المحور IV: مشكلات نفسية اجتماعية ومشكلات بيئية. المحور V: تقييم شامل للأداء الوظيفي. ويمكن الإشارة إلى طبيعة عامل الشدة (الضغط) بإدراجه على المحور IV والذي يسمح بفهم المشكلات الاجتماعية والمشكلات البيئية التي قد تؤثر على تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية (المحورين I وII). وقد تكون المشكلة النفسية الاجتماعية أو البيئية عبارة عن حدث حياتي سلبي أو صعوبة بيئية أو قصور أو شدة عائلية...، كما قد تكون الشدات إيجابية كالترقية في العمل. ولدواعٍ عملية وضعت أنماط المشكلات المختلفة في فئات مثلا: المشكلات في مجموعة الدعم الرئيسية: مثل موت أحد أفراد العائلة، مشكلاتٍ صحية في العائلة، تمزق العائلة بالانفصال...الخ. المشكلات التعليمية: مثل الأمية، النزاع مع المعلمين أو زملاء المدرسة ... إلخ، مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية أخرى: مثل التعرض للكوارث أو الحرب أو الاعتداءات...الخ، (وهناك العديد من فئات أنماط المشكلات المختلفة المذكورة في نظام الـــ DSM).

- 309.0 مع مزاج اكتئابي: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضا مثل المزاج المنخفض أو الحزن الدامع Tear fulness أو مشاعر اليأس.

- 309.24 مع قلق: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضا مثل العصبية أو القلق أو الجزع jitteriness، أو عند الأطفال خوف من الانفصال عن رموز (أشخاص) التعلق الرئيسيين.

- 309.28 مع قلق ومزاج اكتئابي مختلط: عندما تكون التظاهرات المسيطرة هي خليط بين الاكتئاب والقلق.

- 309.3 مع اضطراب في المسلك: عندما يكون التظاهر المسيطر هو اضطراب في المسلك، يحدث فيه انتهاك لحقوق الآخرين أو للأعراف والقواعد الاجتماعية مع الأخذ بعين الاعتبار سن الشخص (مثال: التغيب عن المدرسة ، التخريب، القيادة المتهورة، العراك، تخلف عن المسؤوليات القانونية وإهمالها).

- 309.4 مع اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضا انفعالية (مثل الاكتئاب، القلق) واضطراب في المسلك (أنظر النمط الفرعي أعلاه).

- 309.9 غير المحدد: وذلك للارتكاسات سيئة التكيف (مثل الشكاوى الجسدية أو الانسحاب الاجتماعي أو الانفكاك عن العمل أو النشاط الأكاديمي، لعوامل الشدة غير المصنفة على أنها واحدة من الأنماط الفرعية النوعية لاضطراب التأقلم.

أما الاضطراب الثاني- أي الاضطراب الذهاني الوجيز- الموصوف على مستوى DSM-IV-TR فيتضمن : وجود واحد أوأكثر من الأعراض الذهانية (أوهام، أهلاسات، كلام مشوش ، سلوك مشوش أو جامودي بشكل فاضح)، ولا تعتبر هذه التظاهرات أعراضا إذا كانت أنماطا للاستجابة جائزة ثقافيا /حضاريا (المعيار A)، كما أن مدتها هي يوم على الأقل، ولكن أقل من شهر مع عودة كاملة في النهاية إلى مستوى الأداء الوظيفي ما قبل المرض (المعيار B)، ولا ينبغي أن يعلل الاضطراب باضطراب وجداني مع مظاهر ذهانية، أو باضطراب فصام وجداني أو بفصام، وليس ناجما عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة (المعيار C)، وقد يكون الاضطراب سواءا: مع عامل شدة واضح (ذهان ارتكاسي/ تفاعلي/وجيز): إذا حدثت الأعراض بعد فترة وجيزة وبوضوح كاستجابة على أحداث منفردة أو مجتمعة ستكون بوضوح ذات شدة على أي كان تقريبا في نفس الظروف وفي نفس ثقافة الفرد، أو بدون عامل شدة واضح: إذا لم تحدث الأعراض الذهانية بعد فترة قصيرة و بشكل واضح كاستجابة على أحداث منفردة أو مجتمعه ستكون بوضوح ذات شدة على أي

كان تقريبا في نفس الظروف وفي نفس ثقافة الفرد، أو مع نوبة عقب الولادة: إذا كانت النوبة ضمن الأسابيع الأربعة التالية للولادة.

بالإضافة لهذين الاضطرابين قد يحرض التعرض لعامل ضغط أو لحادث مولد للصدمة العديد من الاضطرابات الأخرى الموصوفة على مستوى الــ DSM أهمها: اضطرابات المزاج (الاضطراب الاكتئابي الجسيم، الاضطرابات ثنائية القطب)، اضطرابات القلق (ويتعلق الأمر باضطرابات أخرى غير اضطراب الكرب ما بعد الرضح، واضطراب الكرب الحاد)...الخ.

3.4. الوضعية الإكلينيكية:

في أثناء تعرضنا للعناصر السابقة أين حاولنا استكشاف التطورات المرتبطة بمفهوم الصدمة النفسية، وما ترتب عنها: ضغط وصدمة/ أو ضغط أم صدمة؟ ، واجهنا "عينيا" تيارين أساسيين يمثلان المحورين اللذين تدور حولهما هذه المصطلحات، كما رأينا أن التيارالأول الأمريكي ممثلا في نظام DSM "اللانظري" والذي استعبد مؤلفوه "الأنجلوسكسونيون" مصطلح "العصاب" لصالح مصطلح "الضغط" الذي يعبر عن رد الفعل الدفاعي للكائن الحي في مواجهة عامل ضاغط من أجل التوافق معه. ولا يكون الضغط مرضيا إلا إذا كان حادا، ممتدا ومتكررا. وفي هذا الإطار وصف مؤلفو الــ DSM ردود الفعل الحادة والعابرة "اضطراب الكرب الحاد"، وردود الفعل المزمنة والمتأخرة "اضطراب الكرب ما بعد الرضح"، وفي هذا الإطار أيضا اعترض التيار الثاني "السيكاتري الفرانكفوني" الذي يمثله مجموعة من الأطباء النفسيين العسكريين على مصطلح "الضغط" واعتبروه مختلفا تماما عن مصطلح "الصدمة النفسية"، التي تحدث حسبهم نتيجة "الالتقاء العيني مع الموت" تحت تأثير حادث "مولد للصدمة" يتم عيشه من خلال "الهلع" ليتحول التهديد من "خارجي" مرتبط بالحادث إلى "داخلي" مرتبط بهذه الخبرة التي عاشها الشخص أثناء تعرضه للحادث، ففي الصدمة لا يتعلق الأمر بالتوافق أو بتجاوز الدفاعات من طرف عامل ضاغط ، فالصدمة ليست فقد تحطم اكتساح وتفكك للوعي. فهي أيضا إنكار لكل ما هو قيمة ومعنى، وهي خاصة رؤية للعدم الغيبي والمخيف حسب رأي Crocq، والشخص في مواجهة الانكشاف الفعلي للموت كما يرى Barrois يتجرد من الدلالات، ومن التمثلات فيعجز النظام الرمزي المستعمل في الحياة اليومية عن التحكم في هذه الخبرة، ولا تستطيع حتى التمثلات المصاغة من قبل الوعي أو الثقافة شرحها ولذلك تبقى في صورتها الأصلية وتعبر عن نفسها في شكل متلازمات التكرار. وفي هذا الإطار بما أننا عرضنا الجداول العيادية للاضطرابات ما بعد الصدمية الموصوفة من طرف DSM-IV و CIM10 يتبقى لنا هنا أن نتساءل عن ما تقود إليه وجهة النظر الفرانكفونية هذه على المستوى الإكلينيكي؟

في الواقع لا يزال مصطلح العصاب الصدمي -المعروف في الوصف الكلاسيكي- مستعملا في العيادة السيكاترية الأوروبية وخاصة الفرنسية، ويعبر هذا المصطلح عن وحدة وصفية إكلينيكية تجمع كل الأعراض المزمنة والمتأخرة التي تتظاهر بعد فترة كمون إثر التعرض لصدمة نفسية، ويعتبر "تناذر التكرار" (syndrome de répétition) العرض الأساسي (Signe pathognomonique) المميز للعصاب الصدمي، حيث يعبر التكرار عن نفسه في كوابيس تكرارية، إعادة معايشات الصدمة، انتفاضات جسيمة...الخ، كما يكون العصاب الصدمي أيضا مرفوقا بأعراض مصاحبة: قلق، وهن (إعياء)، تجنب صدمي، اضطرابات الطباع...الخ.

و لنوجه الآن انتباهنا لأمر آخر حيث يقول Crocq:"لاتعطي كل الصدمات حيزا لنشوء عصاب صدمي مبني ومزمن،فعلى المستوى التطبيقي هنالك مجموعة من الحالات، تتدرج بين حالات معتدلة وعابرة، وجداول تشبه اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، أعصبة منتظمة، دائمة ومعجزة ،وحتى حالات ذهانية مسيرة من خلال عدم الواقعية،وتبدد الشخصية" (De clerq. M., Lebigot. F., 2001, P.56)

وقد رسم لنا Crocq الملامح الاكلينيكية التي يتخذها الاضطراب المرتبط بالصدمة النفسية بشكل كرونولجي، بثلاث ألوان تخيلناها و كأنها تتدرج من الأخضر إلى الأحمر، حيث ميز هذا الأخيرعلى المستوى الإكلينيكي بين ثلاث مراحل لتطور الصدمة النفسية: المرحلة الآنية (phase immediate)، المرحلة بعد الآنية (phase post-immédiate) والمرحلة المتأخرة (phase différée)، ولنفسح المجال إذن لــ Crocq بنفسه ليشرح لنا ما الذي تتميز به كل مرحلة حيث يقول: " وحدها المرحلة الآنية، أو "الاستجابة الانفعالية الآنية" (التي تستمر من بضعة ساعات إلى يوم) هي التي يمكن تسميتها بالضغط، وهذا إذا أردنا إقامة مقارنة مع الوصف الأنجلو- سكسوني (حتى لو أن هذا الأخير مدّد مدة حالة الضغط الحاد فيما بعد اليوم الأول إلى أربع أسابيع)، و على المستوى العرضي فقد يتعلق الأمر بـ "ضغط متوافق"، مثقل فقط بأعراضه المصاحبة، والتي تكون في بعض الأحيان مضايقة (اصفرار، تعرق، تسارع خفقان القلب، انقباضات، توتر مرتبط بالحصر،... الخ). كما قد يتعلق الأمر أيضا بـ "ضغط مجاوز للحد" في أشكاله المتمثلة في: الذهول، الهيجان، الهروب في ذعر والأفعال الآلية، وهذا الضغط المجاوز للحد يؤدي غالبا (ولكن ليس دائما لأننا رأينا ضغوطات مجاوزة للحد تتطور دون عواقب) إلى متلازمة صدمية – نفسية مزمنة، ولكن بعض الضغوطات التي تبدو بأنها متوافقة يتبين فيما بعد بأنها كانت وبشكل خفي صدمية، لأنها تخفي خبرة معاشة مرتبطة بالتصدع وباللامعنى، وتؤدي فيما بعد إلى عصاب صدمي، إذن فليس هنالك تناسب قطعي بين المتناقضين: ضغط متوافق كنقيض للضغط المجاوز للحد، وغياب العواقب كنقيض لقدوم العواقب (...)و تمتلك المرحلة الثانية وهي المرحلة بعد الآنية أهمية

كبرى، فهي مرحلة التطور والمراقبة: فإما نلاحظ خمودًا للضغط "Queue de stress"، أحيانا ليس بدون تفريغ انفعالي متأخر، نفسي أو مرتبط بتوتر المجموع العصبي المستقل، وإما نلاحظ ظهور علامات استقرار عصاب صدمي مزمن، في مرحلته المتمثلة في الكمون أو "التوسط" (Médiation)، والتي ومهما قلنا، ليست هادئة تماما (n'est pas silencieuse): غبطة بالغة من طرف الشخص السعيد بكونه "متحرر من الخوف" ولكنه مذهول بما عاشه، أو تصرف انسحابي في إطار التردد المرتبط بالحصر الاكتئابي، أولى إعادة معايشات الحادث، وأولى الاجترارات العقلية (...) وفيما يخص المرحلة الثالثة، المرتبطة بالعواقب المتأخرة، وحتى المزمنة، فلا يمكن بأي حال من الأحوال تسميتها بالضغط، لأن جدولها العيادي يختلف عن نظيره المرتبط بالضغط (حتى ولو كان جزء من أعراضها، حسب إعادة المعايشات ومعاشها على مستوى السجل المرتبط بزوبعة أعراض توتر المجموع العصبي المستقل يشبه هنا التظاهرات الفيزيولوجية للضغط)، ولأن الضغط لا يتناسب إلا مع رد الفعل الأولى للاعتداء، وبالنسبة لهذه المرحلة الثالثة يقترح الإكلينيكيون الفرانكفونيون مصطلح "المتلازمة الصدمية – النفسية المتأخرة" (Syndrome psycho- Traumatique différé)، مصطلح يغطي التشكيلة الكاملة لمجموعة الحالات الملاحظة على مستوى هذه المرحلة: وبصورة جيدة الأمراض الصدمية – النفسية العابرة (والتي تنطفئ في حوالي عدة أشهر)، ومتلازمات مزمنة تستجيب للمعايير اللازمة من أجل تشخيص حالة ضغط ما بعد – الصدمة المزمنة (DSM-IV)، وأعصبة صدمية مؤكدة (مع تغير نمطي للشخصية)، وحالات قريبة من الذهان لقوة الدرجة التي كانت عليها شدة وتشويش الخبرة الصدمية الأولية المرتبطة بعدم الواقعية وتبدد الشخصية، ومن أجل تلخيص الوضعية الفرانكفونية، يمكننا التشجيع على الاصطلاح العام، المتمثل في "المتلازمة الصدمية – النفسية" (Syndrome psycho – Traumatique) والذي يغطي بصورة جيدة حالات المرحلة الآنية والتي من المؤكد بأنها صدمية (ولكن ليس الضغوطات المتوافقة أو المجاوزة للحد والتي تنحل بدون عواقب)، ويغطي أيضا الحالات المرضية المرتبطة بالمرحلة ما بعد الآنية، والحالات المرضية المرتبطة بالمرحلة المتأخرة، العابرة أو المزمنة. وفي هذا السياق نشير إلى أن الصفة "حاد" لا تتطابق مع الصفة "آني": ففي "الآني" يمكن أن نلاحظ أمراض غير حادة، كما قد يصطبغ "المزمن" بدفعات حادة. (De Clercq, M., Lebigot, F., 2001, PP.5-6).

إذن تفضل المدرسة الفرانكفونية استعمال مصطلح "المتلازمة الصدمية – النفسية (Syndrome psycho traumatique)" الذي يغطي جميع الحالات الإكلينيكية التي تنفجر بعد التعرض لحادث مولد للصدمة، ويبدو من المفيد هنا – من أجل تلخيص ما سبق ذكره – اختتام هذا العنصر – المرتبط بالانعكاسات السيكاترية للصدمة النفسية- بالطرح الذي قدمه لنا(Plagnol ,2006)

في كتاب * « Psychologie clinique et psychopathologie » حول أنواع المتلازمات الصدمية – النفسية، حيث ميز لنا أربع وضعيات إكلينيكية كنقاط مرجعية لمجموعة المتلازمات الصدمية – النفسية وهي:

1- المتلازمة الصدمية الحادة(Syndrome traumatique aigu): وتندرج تحت هذه الوضعية مجموعة من المتلازمات: "اضطراب الكرب الحاد" في الـDSM-IV، و"رد الفعل الحاد لعامل ضغط"في CIM10، حيث تنفجر "آنيا" أو في الدقائق التي تلي الحادث – الغير مألوف الذي يعرض الشخص مباشرة للموت- والذي يحرض الشعور بالخوف، بالعجز أو بالرعب. وبالإمكان هنا ملاحظة جميع التظاهرات المرتبطة بالحصر ولكن أبرزها هي ردود الفعل من النمط التفارقي (التحويل النفسي): ذهول، تبدد الشخصية، شبه – تشوش، شرود (Fugue)، نشاط آلي، فقدان الذاكرة المرتبط بالنوبة الصدمية...، كما يمكن أيضا ملاحظة حالات هلع، أعراض إكتئابية أو هوسية (فرط النشاط، هيجان)، اضطرابات السلوك، وأحيانا حالات هذيان حادة، ومن حيث المبدأ: فرد الفعل هذا لا يدوم لأكثر من عدة أيام.

2- المتلازمة الصدمية المزمنة (Syndrome traumatique persistant): وتصف هذه الوضعية مجموعة من الوحدات الإكلينيكية: " العصاب الصدمي" في الوصف الكلاسيكي، و "اضطراب الكرب ما بعد الرضح" – أو حالة ضغط ما بعد الصدمة. PTSD- في الـ DSM أوCIM، وتتميز هذه المتلازمة بنواتها الإكلينيكية النمطية، فبعد الصدمة الأولية، بعد تعرض الشخص لحادث غير مألوف أو لا يطاق ومعاناته من الضيق ،الرعب، والعجز، واحتمال إصابته بمتلازمة صدمية حادة، بعد هذا كله وبعد مدة قد تطول أو تقصر – من عدة أيام إلى العديد من السنوات – تستقر المتلازمة الصدمية المزمنة وتتميز من خلال التكرار، ومن خلال عناصرها الإكلينيكية الأساسية المتمثلة في:

- تكرار إعادة معايشة الحادث الصدمي: صور دخيلة تعيد تقريبا إحياء الوضعية الأصلية، أحلام، تذكرات إقحامية معاودة للحدث (Flash – Backs)، وحتى إدراكات هلوسية. ويكون كل هذا مصحوبا بإعادة معايشة مشاعر الضيق أو الرعب. ويكون التفكير مستقطبا هو الآخر من خلال الحدث، حتى ولو كان فقدان الذاكرة لوجه مهم من هذا الأخير ليس بالأمر النادر.

* : والكتاب تحت إشراف كل من(Alain Blanchet ,et Serban ionescu)ومن نشر: Presses Universitaire de France بباريس، سنة 2006، أما الفصل الذي استقيت منه المعلومات وهو بعنوان « Sémiologie en psychopathologie de L'adulte » فقد كتبه Plagnol Araud، وهذا الكتاب هو ثمرة جهد جماعي تناول مؤلفوه من خلال فصوله المختلفة مجموعة من مبادئ المدرسة الفرانكفونية في علم النفس الإكلينيكي والمرضي.

- تجنب المثيرات المرتبطة بالحادث الصدمي: حيث أن المواجهة غير المتوقعة لهذه المثيرات تحيي وتجدد القلق وأعراض التكرار.

- أعراض الحصر مع استثارة المجموع العصبي المستقل (فرط التيقظ، أرق، تهيج، تجسيم... إلخ).

- تعب (عياء) عام: وهن، تضييق النشاطات ، اضطرابات التركيز والذاكرة، انفصال عن الآخرين أو تبعية نكوصية، شعور بضياع، غياب المستقبل، الذنب ("متلازمة البقاء على قيد الحياة" – Syndrome du survivant). وتكتسح المتلازمة الصدمية المزمنة حياة الشخص، بحيث تكون لها عواقب وخيمة على الشخصية: اضطرابات علائقية، انسحاب (إنطواء)، شعور بعدم التفهم، وحتى بالعدائية، توهم المرض أو التطير (Revendication Sinistrosique)، وحتى انتكاسات إكتئابية أو مرتبطة بالتبعية (الكحول، الإدمان...).

3- الإستجابة الصدمية (Réaction traumatique): من المتواتر أنه إذا عمل حدث ما على تحريض استجابة صدمية فالعنصر الذي يستدل به على ذلك هو: الاكتساح من طرف ذكرى الحادث، أحيانا مع إعادة معايشة إقحامية، فبعض الوضعيات النوعية (الاستجابات الصدمية) تقود إلى عزل المتلازمات ذات الخصوصية (الموصوفة في الوضعيات 1 و 2 حيث لا تكون دائما شديدة أو حاضرة في مجملها) مثلا: الحداد المرضي، وقد ميزت الـDSM و CIM أيضا هذه الوضعيات النوعية: "اضطرابات التوافق" و ذلك عندما تكون الأعراض منخفضة الشدة أو ليست متميزة حيث تكون غالبا محدودة بعدة أشهر إذا اختفت الوضعية المحرضة.

4- المركب الصدمي (Composante Traumatique):

قد تنفجر العديد من الاضطرابات النفسية مباشرة بعد التعرض لوضعيات صدمية، فالانتكاسة تحدث دائما في إطار حادث يتجاوز القدرات الدفاعية للشخص، وقد يكون المركب الصدمي في المخطط الأولي، كما هو معروف مثلا في بعض حالات الفوبيا، أو التحويل، وكما هو الحال وبالتعريف في "الاكتئاب الإستجابي" (Dépression réactionnelle)، أو في "الذهان الاستجابي الوجيز " (Psychose réactionnelle Brève).

4.4. عواقب نفسية/ اجتماعية للصدمة النفسية:

بالإضافة للعواقب السيكاترية السابقة الذكر،يتحدث كل من(De clercq,et Lebigot ,2001) عن مجموعة من العواقب "النفسية- الاجتماعية" المحتملة للصدمة النفسية، حيث يتحدث Lebigot من جهته عن عواقب نفسية آنية (Répercussions psychologique immédiates) تتمثل في:

(أ): التهديد الداخلي: (La menace interne): الناتج عن استقرار الصورة الصدمية في الجانب النفسي الداخلي، حيث وبعد انتهاء الحادث يفقد الشخص شعوره بالأمان، وبسرعة يعبر المصدمون عن أمرين - ينجم أحدهما عن الآخر- ويرافقانهم لمدة طويلة: الأول هو ما وصفه المؤلفون السابقون على أنه: "نهاية وهم الخلود" (La fin de l'illusion d'immortalité)، و الثاني هو الشعور المحزن بكونهم "لم/لن يعودوا مثلما كانوا عليه في السابق" (n'être plus comme avant) فهم يعيشون وكأنهم: "منحوا تأجيلا" (En sursis)، "ميتون بالفعل" (Déjà mort)، "أشباح" (des Zombies)، وقد تنشأ وبسرعة العديد من التظاهرات من مثل: نزع الاستثمار الموضوعي (Désinvestissment objéctal)، وذنب البقاء على قيد الحياة" (Culpabilité du survivant)، ويظهر هذا التهديد الداخلي قدراته على التحول فيما بعد إلى منهج للذهول وللتعلق بالصورة الصدمية.

(ب): "الخجل والهجر" (La honte et l'abandon): واللذان من شأنهما أن يتظاهرا مبكرا أيضا، حيث يمنع الخجل/الشعوربالعار الشخص العائد لمنزله/ لموطنه من الحديث مع محيطه عما أصابه وعما عاشه، وفي مقابل ذلك لا يمكن لمحيطه التكهن بما أصابه، وهي نقطة الانطلاق بالنسبة لسوء التفاهم مع الأقارب والانطواء العدواني على الذات، كما أن مجموعة سلوكات المصدومين تشير إلى أنهم يشعرون بأنهم حاملون لـــ "وصمة" (Souillure) يريدون إخفاءها، وفي هذا السياق يسوق لنا Lebigot مثالا عن شخص يعاني من رهاب وسائل النقل العمومي والذي عبر عن ذلك بقوله: "أخاف أن تتقاطع نظراتي مع الراكب الجالس أو المقابل لي، وأن يرى في عيني كل ذلك الرعب المتواجد في داخلي"، أما بالنسبة لمشاعر الهجر فقد يبررها الواقع ما بعد الحدث في العديد من الوضعيات: جندي يفقد أعضاء فصيلته (فرقته)، شخص يعتدى عليه في شارع مهجور ...، فهذه الخبرات المرتبطة بالضيق الفائق، والتخلي المطلق قد تعمل على استقرار مباشر لحالة خطيرة، كما أن ذكرى هذه الساعات الأولى تكون أحيانا منبعا للمعاناة النفسية أكثر من الحدث في حد ذاته.

(ج): الذنب (La culpabilité): والذي لا يكون دائما شعوريا، حيث يكون مرتبطا في مجمله أو في جزء منه بـــ "الاجتياز الصدمي" (Franchissement traumatique) اجتياز/اختراق حاجز الكبت

الأصلي من طرف الصدمة، وأحيانا يؤدي هذا الذنب إلى الدخول في انهيار اكتئابي يستقر غالبا بعد فترة وجيزة من قدوم متلازمة التكرار، أما في المرحلة الآنية فغالبا ما يكون نتيجة لفرط تقدير المعاناة الذي يحرضه المعالجون الذين يعملون على "إزالة الشعور بالذنب" (Déculpabilisation)، فهذه التدخلات لا تؤدي غالبا إلا لإسكات المريض، ولعدم بلوغه لهدفه. كما من شأنها أيضا الإضرار بالعلاجات اللاحقة وخاصة إذا كانت مصحوبة بــ "تدعيم إيجابي" من نوع: "آه، لا ...ليس هنالك ما تلام عليه، بالعكس أنظر للشجاعة التي أثبتتها"، وقد ترتكب غلطة من نفس النوع عندما يحاول المعالج "إزالة المبالغة" (Dédramatisation). وبالاضافة لذلك يتحدث De clercq من جهته عن عواقب نفسية اجتماعية على المدى البعيد (Répercussions psychosociales à long terme) من بينها: إختلال الوظيفة الجنسية (Dysfonction sexuelle)، الغضب (Colère): والذي ينبغي تشجيعه لأنه يعتبر وسيلة للتعبير من طرف بعض المصدومين تمكنهم من التفريغ النفسي والانفعالي ومن التحكم فيما بعد في ردود فعلهم وكبت مشاعرهم، الاستخدام المفرط للكحول والمهدئات(Abus d'alcool et de tranquillisant والذي يلجأ إليه العديد من المصدومين من أجل تهدئة قلقهم، كما قد يطلبون من معالجيهم مهدئات لنفس السبب أو لمعالجة اضطرابات النوم... ،ويرى De clercq أن هذا الاستخدام وهذا العلاج يعيق التعبير عن المعاش الصدمي ووظيفته التفريجية، كما أنه قد يرتبط بأولى خطوات المريض نحو التبعية للأدوية النفسية أو للكحول. ،عدم التفهم وعدم أخذ مشاكل المصدوم على محمل الجد (Incompréhension et non prise au sérieux des problèmes de la victime): حيث أن المحيط العائلي والزوج غالبا ما يحيطون المصدوم برعاية بالغة في البداية، ويعتقدون أن الأمور ستهدأ بسرعة، وبعد بضعة أسابيع لا يريدون التفكير بالأمر أكثر من ذلك، وفي هذه الفترة بالذات تتظاهر أعراض توتر المجموع العصبي المستقل المرتبطة بالحصر الرهابي، الاضطرابات الإكتئابية، تظاهرات التجنب والاكتساح من طرف ذكرى الصدمة...، وكل هذا يستثير لدى الزوج والمحيط ليس فقط مشاعر عدم الفهم (لماذا لا يزال ذلك يؤثر عليه؟) بل شعورا بالسخط، وحتى رفض تام للتعامل مع مشكلة هي بالنسبة لهم "تم حلها"، وهذا التصرف من طرف العائلة من شأنه أن يجعل المصدوم يحس بأنه مرفوض ويفاقم عزلته العاطفية والاجتماعية. ،جعل المريض محورا للاهتمام (Position de malade désigné): وهذا التصرف معاكس لسابقه، حيث يحاط المصدوم بحماية مفرطة ورعاية فائقة مما يقوي التظاهرات الرهابية والتجنبية، ويعامل المصدوم على أنه ضحية البيئة الاجتماعية، ويتم إزالة أي عائق يعترضه، ويوضع في دور المريض، ويلعب معه كل من المحيط والزوج دورا أموميا، وتتكون سريعا الأعراض ما بعد الصدمية...وتصبح مزمنة. ،مشكلة التصرفات التي ينبغي التعامل بها مع المصدوم (Problème de l'attitude à adopter face à la victime): فغالبا ما تكون معرفة الزوج والمحيط العائلي بالمشكلات ما بعد الصدمية قليلة أو منعدمة، كما أنهم لا يعلمون كيفية التعامل مع المصدوم: هل ينبغي

التعامل معه بحزم ومساعدته على مجابهة أماكن الكارثة والظروف المحيطة بها من جديد؟ هل ينبغي التكفل به من أجل مساعدته على العودة لعمله في أسرع وقت؟ أم ينبغي تركه يرتاح ومنحه عطلة مرضية للعديد من الأسابيع، وحمايته في المنزل؟. ،تواتر الانفصال والطلاق (Séparation et divorces fréquents): حيث أن تطوير اضطرابات ما بعد الصدمية، انعزال المصدوم، فقدانه لعلمه، التجنب... كل هذا يؤثر على حياته الجنسية والعاطفية، وعلى نوعية العلاقات مع الزوج ومع الأطفال، ويقود في العديد من الوضعيات إلى الانفصال وحتى الطلاق، وبالتالي لتفاقم العزلة الاجتماعية للمصدوم.

الفصل الثالث: الصدمة النفسية والتوظيف النفسي:

1. تمهيد ومناقشة

2. التوظيف النفسي

2. 1. وجهة النظر الموقعية

2. 2. وجهة النظر الدينامية

2. 3. وجهة النظر الاقتصادية

3. تعقيب

1. تمهيد ومناقشة:

لقد تعرضنا حتى الآن للعديد من العناصر، كما أنهينا العنصر الأساسي المرتبط بانعكاسات الصدمة من الناحية العرضية، ويالها من مفاجأة...! يبدو أن الشخص قد يطور بعد تعرضه لصدمة اضطرابا من بين أغلب الاضطرابات النفسية التي نعرفها، كما أن أغلب الاضطرابات المعروفة على مستوى الوصفيات وفي علم النفس المرضي قد تتظاهر بعد التعرض لضغط أو لصدمة. والأفراد قد يطورون اضطرابات نفسية مختلفة بعد تعرضهم لنفس الصدمة.

من هنا يبدو أن موضوع الصدمة النفسية موضوع مفتاحي لمن أراد التعمق في علم النفس المرضي، فقد كان من المفترض في هذه اللحظة بالذات وبعدما تعرضنا للجانب العرضي -أي للاضطرابات المرتبطة بالصدمة -أن نتعرض للعنصر الموالي وهو عنصر الإمراضية أو المنشأ (Itiopathogénie)، ولكننا حينما وصلنا إلى هذا العنصر تبين لنا أن موضوع الصدمة النفسية هو موضوع اشكالي في حد ذاته ولا ينبغي تناوله بطريقة تقليدية.

لقد قضيت مدة من الزمن أفكر في موضوع سيكو باثولوجية الصدمة النفسية، وقد ارتسمت في عقلي - في خلال هذه المدة - ثلاثة أفكار أساسية يمكن اعتبارها مستويات من التعمق في منشأ الصدمة النفسية والاضطرابات المرتبطة بها، وسنناقش الفكرة الأولى والثانية في هذا التمهيد بينما سنتوسع في الثالثة عبر بعض عناصر هذا الفصل كما يلي:

<u>الفكرة الأولى:</u>

وهي مرتبطة بالإشكالية الأساسية لموضوع الصدمة النفسية: لماذا يتعرض البعض لصدمة ويطورون اضطرابات ما بعد صدمية بعد تعرضهم للحادث بينما يقاومه البعض الآخر ويتجاوزونه دون عواقب مرضية؟ ولنناقش مباشرة هنا مجموعة الأفكار التي تدور حول هذا الفلك:

إن العنصر الأساسي المسبب لصدمة أو لاضطرابات ما بعد-صدمية هو: "التعرض لحادث مولد للصدمة"، وتشرح نظريات مختلفة (سلوكية- معرفية، التحليل النفسي...الخ) بطرق مختلفة كيفية حدوث هذه الصدمة،ولا تهمنا هذه النظريات إلا من حيث طرقها العلاجية، كما أن التحليل النفسي من شأنه أن يساعدنا على التعرف على كيفية تصرف الصدمة داخل الجهاز النفسي(وكل هذا سنتعرض له لاحقا)، وما يهمنا هنا حقا هو تلك الفكرة: "الأفراد المتعرضون لحادث من شأنه توليد صدمة لا يطورون كلهم اضطرابات ما بعد صدمية، كما أن الاضطرابات التي يطورها بعضهم ليست متشابهة كليا بالإضافة

لاختلاف درجاتها من حيث الشدة والإزمان". إذن فكيف تستوي فكرتين متناقضتين: "أن العنصر المسبب لاضطرابات ما بعد-صدمية هو الحدث المولد للصدمة"، و"أن الأفراد المتعرضين لحدث من هذا النوع لا يطورون كلهم تلك الاضطرابات"؟ فإن كان الحدث هو مسبب الصدمة واضطراباتها فلماذا لا يصاب كل من تعرض له بذلك...!؟.

من هذا المنطلق تتحدث الأدبيات التي تعالج موضوع الصدمة النفسية عن العديد من العوامل السابقة والمرافقة واللاحقة للحدث - والتي تدرسها أيضا البحوث الوبائية (الابيديميولوجية) - حيث يُنسَب لتلك العوامل دور التدخل والتأثير على تطوير الفرد لاضطرابات ما بعد صدمية- أو عدم تطويره لها - ،ومن بين هذه العوامل هنالك: الحالة النفسية والجسمية للفرد أثناء تعرضه للحدث (شدة التعرض للحدث، الهلع، التعب...إلخ)، الجنس، السن، المستوى التعليمي، الصدمات السابقة، سوابق الإصابة بالأمراض النفسية، التاريخ الشخصي، الدعم الاجتماعي...الخ.

ولكن أولا: أي عامل من هذه العوامل يعرض الفرد لخطر تطوير اضطرابات ما بعد صدمية، وأيها يحميه من هذا الخطر؟ وثانيا: كيف تتفاعل هذه العوامل وغيرها مع بعضها البعض لكي تجلب سواءا الحالة الأولى (الاضطراب) أو الثانية (عدم الاضطراب)؟

يبدو أن هذه التساؤلات قد ألقت بنا -دون أن نشعر بذلك- في أعماق علم النفس المرضي. وقد ناقشنا هذه التساؤلات مطولا أثناء تحليلنا للدراسات السابقة -راجع الدراسات السابقة والتعقيب عليها- فما الذي توصلنا إليه؟ سوف أربط السؤال الأول هنا "بالتأثير" (أي بوزن العوامل المؤثرة)، أما السؤال الثاني فسيتم ربطه "بالتفاعلات المتبادلة" (أي بالطريقة التي تتفاعل بها هذه العوامل فيما بينها) بهدف مناقشة ما توصلنا إليه من خلال تحليلنا للدراسات السابقة من جهة، واقتراح بدائل من جهة أخرى في ضوء كل من التأثيرات والتفاعلات. وإذن فما توصلنا إليه من خلال تحليل الدراسات السابقة هو:

أولا: على مستوى التأثير:

والأمر هنا مرتبط بمقاومة الصدمة أو عدم مقاومتها كنتيجة لتأثير تلك العوامل، وقد توصلنا من خلال التحاليل التي أجريناها إلى مجموعة من الملاحظات من بينها: أنه لا يمكن تفسير تطوير الأفراد لاضطرابات ما بعد-صدمية انطلاقا من تأثير عامل واحد- مثلا العامل الأسري- أو حتى من تأثير مجموعة من العوامل- ثلاث أو أربع- محددة مسبقا، لأنه لا يمكن دراسة تلك التأثيرات انطلاقا من عامل واحد أو من بعض العوامل فكما قلنا سابقا: "هذه الدراسات تدرس بعض المتغيرات، ويفلت من قبضتها الكثير، وهنا يأتي التفسير جزئيا لهذا التأثير، وفي كثير من الأحيان قد يتعذر حتى التفسير". وذلك

بالإضافة إلى أن العامل لا يكتسب صفة الخطر أو الحماية في حد ذاته، ولا يمكن اعتباره كذلك من حيث ما هو عليه مسبقا.

ثانيا: على مستوى التفاعلات:

وقد أثرنا على هذا المستوى العديد من التساؤلات حول طبيعة هذه العوامل: لأي مجال تنتمي؟ وحول عددها: كم عاملا يجب أن ندرس؟ وحول طريقة تفاعلها: بأي طريقة يمكننا رؤية الصورة الكلية لهذا التفاعل؟ وقد توصلنا إلى أن البحوث الابيديميولوجية بالرغم من إحاطتها بكم كبير من هذه العوامل إلا أن طريقة دراستها لها غير كافية لفهم كيفية تفاعلها، فالإجراءات الإحصائية التي تستخدمها غالبا أو دائما هذه الدراسات لا تمكن من فهم الواقع المعقد والمتداخل لتفاعل هذه العوامل، كما أنها لا تمكن أيضا من كشف دور بعض العوامل في التفاعل مثلا: لم تتمكن الدراسة الابيديميولوجية التي قامت بها الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP) بالشراكة مع المنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات (TPO) من الكشف عن دور التراكم الزمني للأحداث الصادمة عبر مراحل الحياة المتتابعة (أي عامل الصدمات السابقة) في الإصابة بصدمات أو باضطرابات لاحقة، والقول هنا أن ارتفاع نسبة التعرض مثلا يؤدي لارتفاع احتمال الإصابة لا يغنينا في شيء، فنحن نريد التعرف عن لماذا يؤدي ارتفاع نسبة التعرض لارتفاع احتمال الإصابة؟ وقد أحسنوا صنعا هنا حينما تساءلوا عن الآلية المسؤولة عن ذلك والتي افترضوا أنها قد تكون نوعا من "الهشاشة في التركيب العصبي للشخص"، ونجيبهم نحن بالقول: أن إجراءات بحثهم لا تمكنهم أولا من دراسة هذه الآلية لأنها مرتبطة بتاريخ الشخص وبنيته الخاصة، وأن الهشاشة لا يمكن اختزالها في "التركيب العصبي" أو "الجهاز العصبي" ،فنحن نمتلك مفاهيم واسعة للهشاشة سنتدرج في فهمها عبر مناقشتنا هذه. وما نقترحه إذن وهو بمثابة "نظارات طبية" لتفادي نقص الرؤية (أو لتوسيع مجال الرؤية) هو:

أولا: على مستوى التأثير:

من أجل التعرف على وزن العوامل المؤثرة، وتفادي تفسير مقاومة الصدمة أو عدم مقاومتها انطلاقا من تأثير عامل منفرد أو بعض العوامل المحددة مسبقا، نقترح أن يتم فهم تلك التأثيرات في ظل سياقات الجروحية (الهشاشة)/ الرجوعية.* (Vulnérabilité/ résilience). ولنتطرق إذن لبعض المصطلحات والمبادئ التي تعتمدها خاصة المدرسة الفرانكفونية في تفسير الاضطرابات النفسية عموما

* : وننبه هنا إلى أن هذا الفهم ينبغي أن يخضع لمقاييس صحيحة وليس كما حدث في بحث: "صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة" حيث أن الباحثين بالرغم من اعتمادهما على هذه الطريقة في الفهم، إلا أن تفسيرهما لمقاومة الصدمة أو عدم مقاومتها انطلاقا من عامل واحد -هو العامل الأسري- قد أفسح لنا المجال لنقدم ما قدمناه من ملاحظات حول عدم إمكانية التفسير انطلاقا من عامل منفرد /معزول.

ومقاومة الصدمات خصوصا في ظل هذه السياقات، وسنلخص هنا جزءا مما أورده كل من(Ionescu,S .,et Blanchet, A.,2006) في كتاب « Psychologie clinique et psychopathologie » وفي فصل بعنوان : (La psychopathologie comme processus : Vulnérabilité et résilience)، حيث يتناول هذا الفصل علم النفس المرضي كسياق في إطار كل من الجروحية والرجوعية، لأن ذلك العلم -حسب المؤلفين- أصبح يتكون في وقتنا الراهن من سياق يشرك الفرد البيو-سيكو- سوسيولوجي ومحيطه في إطار العديد من المركبات. كما يشرك أيضا التفاعلات وردود الأفعال التي تُدخِل تغييرات مزمنة، ولنستوحي إذن مما أورده المؤلفان في ذلك الفصل كما يلي:

1. الخطر والجروحية: (Risque et vulnérabilité):

- يعرف الخطر: على أنه احتمال قدوم "حادث" في خلال مرحلة معينة أو قبل عمر معين. وفي ضوء هذا التعريف فالمصطلح "حادث" يتعلق ببداية مرض أو اضطراب أو موت شخص.

- الجروحية / الهشاشة: بذلت الكثير من الجهود لتمييز هذا المصطلح عن مصطلح الخطر، ويدقق Ingram و Price (2001) في ثلاث صفات من أجل فهم جيد للجروحية/ للهشاشة وهي: أ/ كونها صفة مستقرة فطرية أو مكتسبة من خلال التعلم، ب/ أن الخصائص التي تجعل الشخص هشا هي ذات طبيعة داخلية (Endogènes) مما يجعلها وبوضوح خصائص وراثية، كما أن الجروحية (الهشاشة) تتكون من خصائص كامنة مما يجعلها صعبة الملاحظة، ج/ الجروحية: -حسب العديد من النماذج السيكوباتولوجية- لا تعبر عن نفسها في غياب الضغط، فالجروحية البيولوجية في علم النفس المرضي لا تعبر عن نفسها ولا تتجسد في الاضطرابات العقلية إلا في ظل بعض الشروط المحيطية، وقد قام Ingram و Price بالتمييز بين الخطر والجروحية حسب المبدأ التالي: "يكون الشخص معرض للخطر لأنه يعيش في محيط ضاغط، ويتحول هذا الخطر إلى اضطراب إذا كان الشخص هشا". وقد شكك المؤلفان(أي Inoescu,et Blanchet)فيما قدمه هذان الأخيران حيث بدا لهما أن الجروحية تبدو أقل استقرارا مما توصف به من جهة، كما شككا من جهة أخرى في التفريق الذي يربط الجروحية بالفرد والخطر بالمحيط، فهنالك عوامل خطر فردية ووراثية ومكتسبة. ليعتبرا الجروحية بعد ذلك على أنها: "ميدان أُضعِفَ بفعل تأثير عوامل الخطر الراهنة والسابقة". وهنالك العديد من عوامل الخطر التي تسمح باعتبار أن الشخص "معرض للخطر" من بينها: سلوكات، عادات حياة يومية، محن وأخطار محيطية، وحتى خصائص فطرية أو وراثية.

تطرق المؤلفان بعد ذلك لمجموعة من الصفات التي تميز أنواعا مختلفة من عوامل الخطر (قبل حدوث الاضطراب)، كما تطرقا لخمس كيفيات إكلينيكية توضح أبسط طريقة يتفاعل بها عاملي خطر (أ) و (ب) من أجل جلب اضطراب (إ)، ففي الحالة الأولى -أي قبل حدوث الاضطراب- يمكن اعتبار العامل على أنه "عامل خطر" (Facteur de risque) إذا كان هذا العامل مرتبطا بالاضطراب ويسبق قدومه، أما "عامل الخطر المسبب"(le facteur de risque causale) فهو عامل مرتبط بالاضطراب، يسبق قدومه، ويتحكم فيه بطريقة تؤثر في قدومه، وهذان الشرطان -أي سبقه للاضطراب والتحكم فيه- هما وحدهما اللذان يسمحان بمنح صفة "مسبب" لهذا العامل، حيث لا نتحدث في مجال الأمراض النفسية عن "سبب" (cause) وحيد يمكن اعتباره شرط ضروري وكافي لقدوم الاضطراب، ولهذا نتحدث عن "عامل خطر مسبب"، وعن سلسلة سببية (une chaine causale) وحتى عن سلاسل سببية متعددة تحتوي على عوامل خطر (وراثية، بيولوجية، محيطية، عائلية...) فتأثير أحد هذه العوامل لا يمكن فهمه جيدا في معزل* عن العوامل الأخرى (l'effet d'un seul de ces facteurs de risque ne peut être entièrement compris en faisant Abstraction de celui des autres).

أما في الحالة الثانية -حالة قدوم الاضطراب- فسنتطرق لثلاث كيفيات إكلينيكية من بين الخمس التي ساقها المؤلفان والتي تشرح أبسط وضعية يتفاعل بها عاملي خطر (أ) و (ب) لجلب اضطراب (إ)، ولكن قبل ذلك ينبغي الاهتمام بثلاث خصائص لـــ (أ) و (ب) كما يلي:

- الحضور الزمني: (أيهما ظهر أولا (أ) أو (ب)؟)

- الارتباط: (هل (أ) و (ب) مترابطان؟)

- السيطرة: (إذا استعمل أحدهم (أ) و/أو (ب) من أجل التنبؤ بقدوم الاضطراب (إ) فأي حكم يمكن ترجيحه بقوة: الحكم المبني على (أ) وحده، أو على (ب) وحده، أو على (أ) و (ب) مترابطان. وحسب الإجابة الممكنة يمكن التحدث عن (أ) مسيطر، (ب) مسيطر، أو سيطرة مشتركة لـ (أ) و (ب).

<u>الكيفية الأولى:</u> (أ) و (ب) هما: "عاملا خطر مستقلان" (A et B sont des facteurs de risque indépendants) مثلا: أثبتت البحوث التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن كون

* : وأدعو اللذين يفسرون انطلاقا من عامل واحد أن يتأملوا المصطلح الذي عبرنا عنه بـــ: "في معزل" فمن بين معاني هذا المصطلح بالفرنسية (Abstraction) كما ورد في "Dictionnaire de Français" أنه يعني: مصطلح أو فكرة ليست لها صلة مع الواقع، وقد يقال مثلا: "تكون بعيدا عن الواقع إذا لم تأخذ بعين الاعتبار ما يلي" (Faire abstraction de ne pas tenir compte de)، ويعني أيضا (abstraction): "عزل عنصر عن مجموعة"، وهذا بالضبط ما يحدث عندما يتناول الباحث دراسة تأثير عامل واحد في ظاهرة معقدة كظاهرة الاضطرابات النفسية، حيث أن المعطيات التي يجمعها من الواقع غير كافية، وعليه تأتي تفسيراته بعيدة عن واقع الظاهرة أو غير مكتملة في أحسن الحالات.

الشخص "أنثى" ومن أصل عرقي "أسمر" يكونان عاملي خطر بالنسبة للتعرض للسمنة (البدانة)، فكون الشخص إمرأة: (العامل (أ)) و كونها من أصول إفريقية-أمريكية أو إسبانية- أمريكية (العامل (ب)) يعرضانها لوضعية يكون فيها خطر السمنة مرتفعا، وفي هذه الحالة (أ) و (ب) لا يملك أي منهما حظورا زمنيا سابقا للآخر، ليسا مترابطين ويمارسان سيطرة مشتركة.

<u>الكيفية الثانية:</u> "(أ) معدل لـ (ب)" (A est modérateur de B): مثلا: أن يكون الشخص "أنثى" (العامل (أ))، وأن يتعرض لبلوغ مبكر (العامل (ب)) هي عوامل خطر قد تُعرّض لاضطرابات الهلع، فالدراسات التي أجريت تظهر أن عامل "البلوغ المبكر" مهم أكثر لدى النساء، وإذا اعتبرنا أن (أ) يعدل من تأثير (ب)، فهذا معناه أن البلوغ المبكر معدل بصورة أكبر لدى الرجال، فالعامل المعدل (أ) يبين إذن "لدى من، وفي أي شروط" يؤثر العامل (ب) من أجل جلب الاضطراب (إ)، ومن أجل أن يكون لـ (أ) تأثير معدل على (ب) فمن الضروري أن يكون: (أ) سابقا لـ (ب) زمنيا، أن لا يكون (أ) و (ب) مترابطان و أن يكون (أ) و (ب) متشاركي السيطرة.

<u>الكيفية الثالثة:</u> "(ب) هو وسيط لـــ (أ) "B est médiateur de A": وفي هذه الحالة (ب) يشرح كيف/لماذا يلعب عامل آخر (أ) دورا في قدوم الاضطراب (إ)، وهذا النمط من العلاقات مهم جدا في بناء السلاسل السببية، مثلا: في حالة التخلف العقلي الناتجة عن خطأ وراثي للاستقلاب: مرض "الفينيلسيتونوري" (phénylcétonurie)، فالمرض منقول وراثيا، وناتج عن توقف رد فعل تحويل الفينيل آلانين (Phénylalanine) إلى تيروسين (Tyrosine) وهذا التوقف سببه نقص الفينيل آلانين- هيدروكسيلاس (Hydroxylase) في هذه الحالة فالنقص العقلي (إ) المحدث بفعل "جين الفينيلسيتونوري" (العامل (أ)) له وسيط/ناقل يتمثل في نقص الفينيل آلانين- هيدروكسيلاس (العامل (ب))، وفي هذه الحالة فـ (أ) يسبق (ب) زمنيا، وهما مترابطان، وسواء (ب) هو المسيطر وهنا نتكلم عن توسط كلي أو (أ) و (ب) لهما سيطرة مشتركة وهنا نتكلم عن توسط جزئي.

2/ الرجوعية وعوامل الحماية: (la résilience et les facteurs de protection):

- تعرف الرجوعية * على أنها:

---

* : وينبغي أن لا يفوتنا التمييز المهم الذي أشار له المؤلفان بين: "الرجوعية الحقيقية" (Vraie résilience) و "شبه الرجوعية" أو "الرجوعية كواجهة" (pseudo- résilience ou résilience de façade) وهو مصطلح استعمل سنة 1987 من طرف المحلل النفسي الأمريكي Anthony الذي يرى أن استعمال مصطلح "الرجوعية الحقيقية" يجب أن يقتصر على الأشخاص الذين يكون توظيفهم النفسي الداخلي المبني على كل من: المرونة، اندماج السياقات النفسية والنضج متلائما مع المطالب الخارجية، أما "شبه الرجوعية" فهي تتميز من خلال تنظيم جامد للشخصية، ففي هذه الحالة وكما يقول Anthony هنالك وهم بامتلاك القوة، بالتفوق على الضغط، وبالسعادة.

✓ "قدرة" على النمو الجيد على المستوى النفسي بالرغم من قدوم أحداث مخلة بالتوازن، وبالرغم من شروط حياة صعبة، صدمات أحيانا قاسية. أو هي قدرة على التوافق بسرعة بالرغم من التعاسة والمحن واسترجاع التوازن بعد وضعيات معينة.

✓ "نتيجة" تتمثل في غياب الاضطرابات العقلية، أثناء وبعد وضعيات معروفة على أنه من شأنها أن تولد مثل هذه الاضطرابات.

✓ "سياق" تشترك فيه التفاعلات فرد محيط، وعوامل حماية (فردية، عائلية ومحيطية) معدلة للخطر وللمحنة.

- عامل الحماية يعني: مساهمات الأفراد، المحيط، الوضعيات والأحداث والتي تعدل من احتمال التنبؤ بالمرض النفسي بالاستناد إلى حالة فرد معرض للخطر، فهي تمكنه من مقاومة الخطر. وهنالك ثلاثة مجالات تنتمي إليها عوامل الحماية - حسب garmezy (1985)- حيث أشار هذا الأخير إلى ثلاث متغيرات أساسية تعتبر كعوامل حماية بالنسبة للطفل وهي:

أ/ خصائص بيوسيكولوجية وسوسيو-عاطفية (مثلا صحة جيدة، هدوء، تقدير الذات، مستوى النمو).

ب/ خصائص الوالدين/ المحيط العائلي، والتفاعلات آباء-أبناء (التربية، الحماية...)

ج/ خصائص المحيط الاجتماعي (إمكانيات متاحة، تكفل اجتماعي...)

ونتذكر نحن هنا أن عوامل الحماية لا تنشط إلا في حالة وجود خطر وبتعرض الفرد للضغط، ويسوق لنا المؤلفان (أي Ionescu, et Banchet) رأي Rutter (1987) القائل بأن عوامل الحماية قد تكون أيضا غير فعالة إذا لم تستخدم. حيث يرى هذا الأخير أن الأطفال الذين لم يتعرضوا لخبرات صعبة يصبحون ضعفاء (Vulnérable) فيما بعد، مثلهم مثل الأطفال الذين عاشوا ضغوطا مجاوزة للحد "فالحد الأدنى" و "الحد الأعلى" يفتح للأطفال فرصا لاختبار عوامل حمياتهم.

ولنسترجع الآن تعليقنا السابق أثناء تحليل الدراسات السابقة أين قلنا: "لا يمكن تفسير التأثيرات انطلاقا من عامل واحد أو من بعض العوامل المحددة مسبقا لأن العامل لا يكتسب صفة الحماية أو الخطر في حد ذاته" ولنعزز رأينا برأي المؤلفين حيث يشيران إلى أننا: نجد نفس الأنماط الثلاثة للمتغيرات الفردية، العائلية والمحيطية في عوامل الحماية كما نجدها في عوامل الخطر، كما يشيران أيضا إلى أن عوامل الحماية ليست بالضرورة معاكسة لعوامل الخطر، فشدتها والدور الذي تلعبه داخل دينامية خاصة هو الذي يعطيها هذه الصفة، وعامل يمكن اعتباره على أنه عامل حماية قد يتحول لعامل خطر إذا ما تظاهر بشدة كبيرة، فصفة الحماية أو الخطر لا يمتلكها العامل في حد ذاته ولكن حسب درجة شدته

وحسب كيفية تفاعله مع العوامل الأخرى* ، ويشير المؤلفان أيضا إلى أن الميكانزمات وتأثيرات التفاعل هذه لا تزال غير معروفة بشكل جيد.

ونشير نحن في نهاية تعرضنا لهذا الجانب المرتبط بـ "التأثير" إلى الملاحظة التي قدمها المؤلفان حول مصطلح الرجوعية فحسبهما: يفرض تعقد هذا المصطلح دمج مختلف المقاربات، وقد أشارا إلى أن هذه المقاربة الدمجية قد ارتسمت معالمها فعلا في كتاب آخر لأحدهما هو كتاب « 14 Approches de la psychopathologie » لـــ "Serban ionescu" (1995). وفي ظل المقاربة النسقية-البيئية (Approche écosystémique)، والمقاربة الدمجية هي إذن مقاربة تفاعلية دينامية (transactionnelle – dynamique).

ثانيا: على مستوى التفاعلات:

ولنتذكر التساؤلات التي أثرناها على هذا المستوى: لأي مجال تنتمي العوامل! كم عاملا يجب أن ندرس؟ بأي طريقة يمكننا رؤية الصورة الكلية لهذا التفاعل؟ وقد علقنا أيضا على الدراسات الإبيديميولوجية وعن عدم قدرة إجراءاتها الإحصائية على فهم الواقع المعقد لهذا التفاعل، وحتى عن عدم قدرتها على الكشف عن دور بعض العوامل في التفاعل، وقد رأينا أثناء مناقشتنا السابقة أن عوامل الحماية والخطر تنتمي لنفس المجالات: الفردية، العائلية والمحيطية. أما الطريقة التي تمكننا من الإحاطة بهذه العوامل ومن رؤية الصورة الكلية لتفاعلها فهي: وكما أشار المؤلفان في الملاحظة المذكورة أعلاه:"المقاربة النسقية-البيئية"، لأنها تتناول الفرد ومحيطه بمنظور تفاعلي.

أعتقد أننا ينبغي أن نتجنب الخوض في تفاصيل المنظور الأيكولوجي بمصطلحاته ومستوياته، كما ينبغي علينا أيضا تجنب الخوض في تفاصيل المنظور النسقي، والتطورات الابستيمولوجية التي سمحت بدمج المنظورين لكي لا ننحرف عن هدفنا المتمثل في التعرف على كيفية إحاطة هذه المقاربة بعوامل التفاعل وكيفية شرحها لهذا التفاعل من أجل جلب الاضطراب النفسي، ولهذا علينا وفقط أن نهتم بتطبيقات هذه المقاربة في علم النفس المرضي، فمن المعروف -وهذا ما يشير إليه أيضا(Ionescu,2006) -أن هذه المقاربة تمتلك تأويلات مختلفة لمفاهيم الصحة العقلية والمرض والعرض...الخ، وأنها مثلا تعتبر أعراض الشخص على أنها استعارات للعلاقات البيشخصية، وكثيرا ما تستبدل المرض الفردي بالمرض

* : ولنستعن بمثال من بحثنا هذا لتوضيح هذا الرأي: والمثال هنا مرتبط بالوضعية التي سماها (De clercq) بـــ "جعل المريض محورا للاهتمام" – راجع عنصر عواقب نفسية اجتماعية للصدمة – حيث يحاط المصدوم بحماية مفرطة ورعاية فائقة مما يقوي التظاهرات الرهابية والتجنبية. فلنلاحظ هنا أن "الرعاية الأسرية" وهي عامل حماية تتحول لعامل خطر إذا ما بلغت شدة مجاوزة للحد وقد تجلب أو تعقد الاضطرابات النفسية. وهذا المثال يوضح دور الشدة فقط، أما كيفية تفاعل هذا العامل مع العوامل الأخرى فهو يخضع لدينامية الفرد الخاصة: فما يعتبر مبالغا فيه لدى شخص لا يعتبر كذلك لدى آخر.

العائلي* .وقد يتم الحديث في إطارها حتى عن "عائلة فصامية"!! ونتوقف هنا لأن الدخول في تعقيدات من هذا النوع لن يفيدنا في شيء.

إذن من أجل التعرف على عوامل التفاعل وعلى كيفية تفاعلها لجلب الاضطراب، نعتمد على آراء المؤلف (Ionescu,2006) الذي قدم لنا في كتاب« 14 Approches de la psychopathologie » وفي فصل بعنوان "psychopathologie écosystémique" شرحا مفصلا لـ "نموذج تفاعلي في علم النفس المرضي" مقترح من طرف Marsella، ولكن قبل أن نتعرض لهذا النموذج ينبغي أن نتطرق أولا لبعض المعطيات التي زودنا بها Ionescu كما يلي:

اهتم الإكلينيكيون (مطبقون وباحثون) منذ انطلاقهم بتوجهين أساسيين وصفا بأسماء: "الفردانية" (Personnalisme) و "الموقفية/الوضعية " (situationnisme)، ففي الحالة الأولى يركز الإكلينيكي على الفرد والعوامل الشخصية، أما في الحالة الثانية فهو يوجه اهتمامه إلى المحيط والعوامل الموقفية، وبالتالي أدى التركيب الجدلي بين هتين الوضعيتين المتناقضتين إلى قدوم "التفاعلية" (L'interactionnisme) والتي تسعى إلى الأخذ بعين الاعتبار دور واسهامات كل من الفرد والوضعية (أو الموقف)، وذلك من خلال الاهتمام بعنصر ثالث مهم وهو: التفاعل أو العلاقة بين الفرد والوضعية، وهذا يدل أيضا على المرور من الشروحات السببية الخطية وحيدة الاتجاه من نوع: "سبب- نتيجة "، إلى نموذج شرحي متعدد الأسباب، ثنائي الاتجاه.

ولنتعرض الآن للنموذج الذي اقترحه Antony Marsella ** والمعروف باسم "النموذج التفاعلي في علم النفس المرضي" (Modèle interactionniste de la psychopathologie)، ومن المهم التعرض له بتفاصيله كما لخصه Ionescu في كتابه السابق الذكر، حيث يشير هذا الأخيرالى أن النموذج تعرض للعديد من التعديلات منذ انطلاق سلسلة الدراسات التي قام بها Marsella والمتعلقة بنموذج تفاعلي يمكن تطبيقه على أنماط مختلفة من الاضطرابات العقلية سنة 1967، كما اقتُرِحت أيضا العديد من التكيفات المرتبطة بهذا النموذج، حسب ما أدلى به Marslla بنفسه (1984)، ويرى Ionescu أن مركبات هذا النموذج متواجدة على مستوى DSM-III، ويحتوي النموذج التفاعلي الذي قدمه Marsella -حسب Ionescu- على أربع مركبات قاعدية وهي:

---

* : وهذا هو الفخ الذي وقع فيه الباحثان (مع احترامي لجهدهما ووعيي يقيمة أعمالهما) اللذان قاما ببحث: "صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة"، حيث كانا يفسران بروفيل الشخص وبروفيل الأسرة من خلال بروفيل الأم، فالحالة الذي قاوم الصدمة كان بنفس لطف أمه، كما كانت طريقة ترحيبه وابتسامته هي نفسها لدى أمه مما حماه حسبهما من الاضطراب ومن آثار الصدمة. أما الحالة الذي أصيب باضطراب ضغط ما بعد-الصدمة فبدأ وكأنه يقلد أمه التي أصيبت هي الأخرى بعصاب صدمي.

** : وهو أستاذ التعليم العالي بقسم علم النفس بجامعة هاواي، مدير سابق لبرنامج البحوث حول الفصام لمنظمة الصحة العالمية، وللمعهد الوطني للصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية.

1-المركب "فرد" (La composante «personne»):

ويعرض من خلال بعد "المواجهة" La dimension faire face، الذي يتضمن كل الأوجه (البيولوجية، السيكولوجية والسوسيولوجية) للتوظيف الانساني، والتي تعتبر كوسائط للعوامل الضاغطة، والفروقات الفردية المرتبطة بهذا البعد -"المواجهة"- تشرح النتائج المختلفة جدّا لنفس عامل الضغط.

فعلى المستوى البيولوجي: الحالة الصحية للكائن الحي مهمة جدّا، حيث أن كلا من الإرهاق المفرط، سوء التغذية، النقص الذي يصيب أعضاء مختلفة من شأنه أن يكون منبعا للعديد من المشكلات وخاصة في مواجهة عوامل ضغط قاسية، فالطاقة والتحمل الضروريين من أجل مواجهة عوامل ضاغطة يتأثران ويتناقصان حينما تكون هنالك مشاكل فيزيولوجية، ومن الواضح في الوقت الراهن أن القدرة البيولوجية على المواجهة هي جزء مهم مما يحدث أثناء مواجهة عوامل ضاغطة.

وعلى المستوى النفسي: فمن المهم فهم الدور الذي يلعبه التوسط المعرفي للضغط (La Médiation cognitive du stress)، فقد وجد Marsella أن الأفراد يميلون لاستعمال أربع أنماط مختلفة لما سماه "فلسفات الحياة من أجل مواجهة الضغط" وهي: الدين، السلوك الموجه نحو الذات، الإسقاط، والخضوع للقدر التفاؤلي (Fatalisme optimiste)*، فقدرة الأفراد على شرح العوامل الضاغطة التي يواجهونها تعتبر عنصراً حاسما في استجاباتهم لهذه العوامل، فالعمليات الإدراكية تمكن الأفراد من إخماد (Désamorcer) عوامل ضاغطة مولده للأضرار، مما يسمح بتخفيف قسوتها ونتائجها السلبية، فالوساطة النفسية لعوامل الضغط تمكن من مواجهة فعالة لها.

وعلى المستوى الاجتماعي: تتواجد دعائم من أجل مواجهة عوامل الضغط يمكن الحديث عنها من خلال مصطلحات: العائلة، الأصدقاء ... وقد أثبتت نتائج البحوث أن أنظمة الدعم الاجتماعي هي المحددات المهمة في أثناء تطور الاضطرابات السيكاترية كالفصام، والاكتئاب، والاضطرابات العصابية.

2-المركب المحيطي (La composante environnementale):

* : ويرى Ionescu أن هذه الفلسفات الأربع من شأنها أن تتحدد بمساعدة أربع مؤشرات: أ / في فترة الاضطراب قد يلجأ الشخص للصلاة ويسند أمره لله، ب/ قد يحل الأشخاص مشاكلهم بالتفكير وبالتخطيط أثناء الوضعيات التي يواجهونها، ج/أغلبية المشكلات ناتجة عن سوء تفهم من طرف الآخرين، د/الأمور تجري كما قدر لها أن تكون فما كان ينبغي وقوعه لا بدّ من أن يقع. ويبدو لي أن مثل هذه الأمور هي ما يدرسه زملاؤنا الباحثون تحت مسميات "استراتيجيات مواجهة الضغوط".

ويعرض من خلال "عوامل الضغط"، وقد عرّف Marsella (1984) عامل الضغط على أنه: "كل حدث، موضوع، أو سياق يستثير حالة تغيير داخل النظام الحي"، وحسبه فهنالك ثلاث أبعاد للعوامل الضاغطة (الفئة، المحتوى، المواصفات) ينبغي استكشافها كما يلي :

- الفئة (La catégorie): تستند إلى الميدان الخاص الذي تأتي منه عوامل الضغط: السكن، العمل، الصحة، الحياة الزوجية، تربية الطفل، تيسير أوقات الفراغ، التغذية، العلاقات البيشخصية...الخ، ومن البديهي أنه إذا ما كانت إحدى هذه الفئات تمثل المنبع الأساسي لعوامل الضغط ففئات أخرى من شأنها أيضا أن تشترك معها في هذه المهمة.

- المحتوى (Le Contenu): ويستند إلى النمط الخاص لعامل الضغط الذي يتأتى من الفئات المذكورة، فقد يتعلق الأمر مثلا: "بفقدان" الزوج، العمل، أو مصدر الرزق، أو بـ "اتساع الهوة" بين الطموحات والمنجزات المتعلقة بالعمل، السكن، الحياة الزوجية...الخ. ويرتكز المحتوى أساسا على نوعية الخصائص التي "يلتمسها" عامل الضغط، وفي هذا الإطار قد يعتبر المحتوى أنه على علاقة مع بعض أنماط الاستجابات.

- المواصفات (Les descripteurs): وتستند إلى مختلف وحدات قياس عوامل الضغط والتي من بينها ومن أهمها: التواتر، الشدة، المدة، الشكل أو المظهر (مستمر، متصاعد، متنازل...الخ)، التعقيد (التفرد أو التعدد)، كون العامل قابل للتمييز أو التعريف، كونه قابلا للتحكم فيه (من خلال استجابات شخصية أو اجتماعية)، الحميمية (La familiarité)، التوقع (La prédictibilité)، الصراع المحدث بفعل كون عامل الضغط يحتوي على قيم إيجابية أو سلبية.

3-المركب "التفاعلي" (La composante interactive):

ويعرض من خلال البعد "حالة الضغط" (La dimension état de stress)، وتستثار هذه الحالة من خلال التفاعل بين "عوامل الضغط" و "موارد الكائن الحي"، فحالات الضغط تعاش على مستويات التوظيف، البيولوجي، السيكولوجي والسوسيولوجي، وهنالك بعدين مهمين لحالة الضغط داخل النموذج الذي اقترحه Marsella، وهما محتوى ومقاييس/مواصفات حالة الضغط، ويتم تناول "المقاييس" من ثلاث نواحي: شحنة النسق، نمط الخبرة، ومستوى التنشيط. وبالاستناد إلى خصائص المقاييس تلك يسمح اختبار "محتوى" حالة الضغط بوضع أشكال مختلفة من شأنها أن توضع في علاقة مع أنماط سيكوباثولوجية، مثلا: حالة ضغط تشارك فيها شحنة مفرطة للنسق، خبرة سلبية ومستوى مرتفع

من التنشيط قد تؤدي إلى اشراط لبروفيل سيكوباتولوجي "باهت" (Terme) يتميز بـ: الانطواء، اللامبالاة والهلاوس.

4- المركب "السيكوباتولوجي": (La composante « Psychopathologie »): وصف Hans selye "المتلازمة العامة للتوافق"*، والتي تعتبر كاستجابة انسانية عالمية، غير متغيرة، مهما كان الضاغط الذي يولدها.

ويعلق Ionescu على هذه الأخيرة حيث يرى أن وصف استجابة عالمية لا يسمح بفهم قدوم الاضطرابات النوعية، ولذلك اقترحت عدة نظريات جديدة تلح على أوجه خاصة مثل: الضعف الوراثي، الهشاشة المكتسبة، أشكال مكتسبة من الاستجابات العضوية، الانفعالية، أو محددات مرتبطة بنمط الشخصية، ولهذه النظريات أضاف Marsella نظرية خامسة توحي -حسب Ionescu- بأن نمط الاضطراب النوعي المطور من طرف فرد ما ناتج عن وظيفة التفاعل بين الكائن الحي والوضعية المتواجد فيها -كما هو مذكور أعلاه- فالكائن الحي يعرض على أنه نظام (أو نسق) استجابي هدفه مواجهة الضغط حيث يعمل هذا النسق على عدة مستويات بيو – سيكو – سوسيولوجية. أما الوضعية (أو الموقف) فهي تعرض على أنها مصدر لعوامل الضغط، والتفاعل بين الكائن الحي والوضعية كنتيجة هو حالة ضغط قد تؤدي لإشراط أشكال نوعية من السلوكات التي قد تصبح سيئة التوافق. إذن فالأنماط السيكوباتولوجية التي يطورها الفرد محددة بالمتغيرات المرتبطة بالكائن منها بالمتغيرات المرتبطة بالوضعية.

اقترح Marsella (1984) أخيرا نظام وصفي يمكن حسبه من بناء علاقة بين السلوكات سيئة التوافق والمركبات الثلاث الأولى من نموذجه: موارد الفرد، عوامل الضغط وحالة الضغط. حيث اعتبر Marsella أنه من المهم في هذا الإطار وصف السلوكات السيكومرضية بالاستناد على بعدين:

أ/ مختلف الأنظمة الوظيفية (السوماتية، الحسية، الإدراكية، الحركية، العاطفية، المعرفية، البيشخصية) للأنا، والتي تأتي داخلها السلوكات المرضية كاستجابة.

ب/ الاسهامات الكمية (التواتر، المدة أو الكمون) والنوعية (مثلا: ملاءمة الوضعية) للاستجابات الصادرة من طرف مختلف الأنظمة المتعددة.

* : راجع أطوار التوافق حسب Selye في بحثنا هذا، وفي العنصر "صدمة نفسية أم ضغط" .

ونختتم نحن هذا الجزء (أو مجموعة الأفكار التي تدور في فلك الفكرة الأولى من هذا التمهيد) بملاحظتين لـ Ionescu حيث يرى أولا: أن طريقة العمل هذه سمحت للإكلينيكيين وللباحثين بوصف "الأعراض" بتفاصيل أكبر، كما سمحت بفهم خصائصها بشكل أعمق. ويرى ثانيا: أن Marsella واعٍ بعدم اكتمال نموذجه، وأنه ينصح بتناول المتغيرات المذكورة في نموذجه في المستقبل من خلال تطوير مؤشرات كمية لهذه المتغيرات، وبتدقيق أو وضع فرضيات حول العلاقات بينها، مما سيسمح باختبار هذا النموذج بشكل تجريبي* .

<u>الفكرة الثانية:</u>

وهي مرتبطة في جزء منها بالفكرة الأولى، وتمثل مستوى ثاني من التعمق في سيكوباتولوجية الصدمة النفسية، فبعد أن ناقشنا في الفكرة الأولى أسباب تعرض البعض لصدمة وتطويرهم لاضطرابات مرتبطة بها وعدم تعرض البعض الآخر ومقاومتهم لها، وناقشنا دور تفاعل مجموعة العوامل المشاركة في تلك العملية، وهو تفاعل معقد ومتداخل اقترحنا دراسته من خلال البعد "التفاعلي" الذي يدمج إسهامات كل من "الفرد" و"الوضعية" في سياق دينامي ومتعدد الأبعاد. ها نحن نتخصص أكثر في هذا المستوى الثاني من التعمق لندرس هذه المرة "الخصوصية في التفاعل" بين الفرد "المتميز بفردانيته البنيوية والتاريخية" و الوضعية "المتمثلة في العامل الضاغط/الحادث الصادم والعوامل المرتبطة به"، لنتعرف عن كيف تلعب هذه "الخصوصية في التفاعل" دورها من أجل جلب الاضطرابات ما بعد الصدمية.

وأعتقد اننا نمتلك بالفعل معطيات حول هذه القضية ... معطيات نائمة في العناصر التي تعرضنا لها في الفصل الأول، سنحاول إيقاظها هذه المرة وتحريكها بطريقة أذكى من التي عرضناها بها في الفصل الأول. ولنوظف اذن بعضها -وخاصة ما ارتبط منها بوجهة النظر السيكاترية العسكرية الفرانكفونية- لصياغة بعض المعطيات التي قد تساعدنا على الفهم والتفسر فيما بعد كما يلي:

* : وهذا بالضبط ما تقوم به الدراسات الإبيديميولوجية التي تتناول موضوع الصدمات والضغوط، والدراسات التي تعتمد على المنهج التجريبي (أو شبه التجريبي !)، وقد افترضنا أن الدراسات الإبيديميولوجية هي الأكثر دقة في هذا المجال بسبب دقة إجراءاتها المنهجية وارتفاع مستوى القائمين بها وهم في أغلب الحالات: فرق بحث، منظمات صحية، معاهد متخصصة في الصحة العقلية، عابرة للثقافات...الخ. ومن بين مهام هذه الدراسات التعرف على مجموعة من المتغيرات المرتبطة بالضغط، وقياس العلاقات بينها إحصائيا وتكوين فروض حول ارتباطها ببعضها، وقياس فروق بين الأفراد من حيث تعرضهم لها...الخ. ويبدو أن بحوث زملائنا في الجامعات التي تعتمد على طريقة التفكير تلك وعلى المنهج...شبه التجريبي !! يمكن اعتبارها صورا مصغرة ليست باكتمال ودقة البحوث الإبيديميولوجية، ونرى أنها مهمة أيضا من هذه الناحية في تكوين فروض حول العلاقات بيت تلك المتغيرات، أو الفروق أو ...الخ، ونحن نهدي لزملائنا هؤلاء- المنتظمين تحت لواء المنهج التجريبي والباحثين باللغة العربية- هذه الترجمة العربية لنموذج marsella 1984، كما لخصه بالفرنسية المؤلف Ionescu 2006 في كتاب « 14 Appproches de la psychopathologie »- في سياق حديثه عن علم النفس المرضي من وجهة نظر نسقية - إيكولوجية Psychopathologie écosystémique ، وهذا النموذج هو نموذج تفاعلي في علم النفس المرضي، آملين أن يتم ربط وتفسير النتائج بهذا النموذج، وبنماذج أخرى حتى نتمكن نحن كإكلنيكيين من استغلال تلك النتائج في تفسيراتنا.

- الضغط هو استجابة مباشرة في مواجهة خطر أو تهديد خارجي تهدف لتعبئة الدفاعات (التي من بينها القلق) من أجل التوافق، وتتظاهر إكلينيكيا من خلال توتر المجموع العصبي المستقل، وتنتهي بانتهاء العامل الضاغط. أما الصدمة فهي تتظاهر غالبا بعد وقت كمون وبعد مواجهة حدث خارجي، حيث يتحول التهديد من خارجي إلى داخلي مرتبط بالهلع، ولهذا فهي لا تنتهي بانتهاء العامل الضاغط، وتعبر عن نفسها إكلينيكيا من خلال التكرار.

- تنشأ الصدمة انطلاقا من "الهلع" (oppenheim ,1888) وليس من الخوف أو القلق (Freud,1920)، فالهلع يتجاوز الخوف والقلق وأيضا الضغط (De clercq, Lebigot ,2001).

- يتميز الحادث الذي من شأنه توليد اضطرابات ما بعد-صدمية ذات خصوصية بأنه "غير مألوف" ومن شأنه أن يستثير استجابة مشابهة لدى أغلب الأفراد المتعرضين له (DSM-IV).

- ليس الحادث هو الصدمي وإنما المعاش الشخصي للمتعرض له (De clercq, Lebigot 2001)

- ما يحدث صدمة هو تعرض الفرد لـــ "الالتقاء مع عينية الموت" أثناء مواجهته للحادث المفاجئ المصحوب بالهلع (وجهة النظر السيكاترية العسكرية الفرانكفونية: Briole, Lebigot 1994-1998) مما يؤدي لتعطيل المعنى (Crocq 2001)، وتجرد الشخص من الدلالات والتمثلات حيث لا تستطيع حتى التمثلات المقترحة من طرف الوعي أو الثقافة التحكم في هذه الخبرة أو مجابهتها (Barrois).

- تتخذ المواجهة مع حدث خطير شكلين: أ/ المجابهة مع تهديد الموت، خطر الموت والذي يحرض ردود فعل للضغط وللقلق وليس بالضرورة صدمة(De clercq, Lebigot 2001). ب/ الالتقاء مع "عينية الموت" والذي يحرض غالبا صدمة (Lebigot 1999)

- تتطور الصدمة النفسية من خلال ثلاث مراحل: الآنية (وهي مرتبطة باستجابة الضغط والتي قد تكون متوافقة أو مجاورة للحد)، بعد الآنية (والتي يحدث في خلالها إما خمود الضغط أو كمون ينذر بتطور اضطرابات مزمنة)، المتأخرة (والتي تتظاهر في خلالها إما اضطرابات مزمنة أو متأخرة) (Crocq 2001).

- في المراحل بعد الآنية ليس من الممكن دائما تقدير انتكاسة الشخص ناتجة عن استجابة ضغط في مواجهة التهديد الحيوي أم أنها مرتبطة فعلا بصدمة (De clercq 1999).

<u>الفكرة الثالثة:</u>

وتعتبر امتدادا لما سبقها، فقد درسنا في الفكرة الأولى اختلاف استجابات الأفراد للحادث أو العامل الضاغط، وتوصلنا إلى اكتشاف دور مجموعة من العوامل التي تساهم في تطوير الأفراد لصدمة أو مقاومتهم لها، وأن هذه العوامل تفهم بشكل صحيح في سياق "تفاعلي" يدمج كلا من "الفرد والوضعية المتواجد فيها"، ثم حاولنا استخلاص بعض المعطيات – في الفكرة الثانية- التي تشرح الطريقة الخاصة التي يتفاعل بها الفرد (المتميز بفردانيته) مع الحادث (المولد للصدمة) لكي يحدث الاضطراب، وها نحن في مستوى ثالث من التعمق نحاول تتبع الصدمة النفسية إلى داخل الجهاز النفسي من أجل دراسة الخاصية الأساسية للصدمة النفسية وهي: اكتساح التوظيف النفسي للفرد والاخلال بتوازنه النفسي. وهذا يدفع بنا لدراسة الميكانيزمات النفسية الداخلية للمصدوم من جهة، ويفرض علينا دراسة جانب آخر مؤثر داخل الجهاز النفسي وهو الجانب اللاشعوري، وإذن لننقل هذه المصطلحات "فرد"، "وضعية"، "بعد تفاعلي" إلى مجال أعمق، ولنمنحها في هذه الحالة "جنسية!" التحليل النفسي، وإذن سوف نتكلم على مستوى نظري عن الميتاسيكولوجيا الفرويدية، التي تشرح مبادئ التوظيف النفسي، لكي نتمكن فيما بعد من نقلها على مستوى تقني إلى المجال الاسقاطي لنتكلم في هذه الحالة عن "العالميْنْ"!! ،ليس عالمي الجن والإنس**، وإنما العالم الداخلي للفرد وعالمه الخارجي، واللذان يمثل الالتقاء بينهما جوهر التوظيف النفسي، وتمثل ميكانزمات الربط بينهما جوهر شخصية الفرد، أما الصدمة النفسية فهي تنشأ عند نقطة التقاطع بينهما، ولا شك أن فهم هذا كله لن يتأتى لنا الا من خلال فهم التوظيف النفسي، ولنتطرق اذن لطبيعة هذا التوظيف ولمبادئه كما يلي:

2. التوظيف النفسي:

نحن على علم بوجود تيارات عديدة في التحليل النفسي في وقتنا الراهن، وينبغي علينا في مثل هذه المواضيع العميقة العملاقة أن نتجنب الغرق أو التسلق لمسافات لا قبل لنا بها، ففي الحالة الأولى سوف تجرفنا تيارات التحليل النفسي الذي جاء به فرويد وحده إلى أعماق نظرياته المتعددة التي تتطلب

---

* : لقد ترجم كل من سي موسى وبن خليفة 2010 في كتابها: "علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي: الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الاسقاطية "الجزء الأول. مصطلح "ميتاسيكولوجيا" (Métapsychologie) بـــ"ما وراء علم النفس" وقد أشار المؤلفان إلى أن هذا المفهوم يعتبر من بين المصطلحات التي من الصعب نقلها إلى اللغة العربية بصفة سليمة، وأشير أنا هنا إلى أنه من الشائع ترجمة هذا المصطلح من طرف محللين نفسيين عرب وخاصة في مؤلفات المشرق العربي بـــ "علم النفس الأعماق" أو "سيكولوجية الأعماق" والتي تهدف لدراسة التوظيف النفسي من نواحي دينامية، طوبوغرافية واقتصادية.

كل منها فصلا في حد ذاته، ومن المرجح أن تقذف بنا هذه التيارات إلى مسافات بعيدة... تحت جبل الجليد، الذي يقبع جزء منه في الماء وجزء أكبر آخر فوق سطح الماء. أما في الحالة الثانية فسيؤدي بنا تسلق وجهات نظر أتباع فرويد ومخالفيه والخوض في تفاصيلها -حيث تختبئ الشياطين- إلى عدم القدرة على التسلق، وربما إلى عدم بلوغ القمة العملاقة لجبل الجليد. لنتواضع إذن... ولنحاول توجيه معارفنا من أجل خدمة الموضوع الذي نحن بصدده من جهة ومن أجل غايات عملية من جهة أخرى* ... ولنبدأ إذن بفهم التوظيف النفسي في ضوء الميتاسيكولوجيا كما يلي:

أعتقد أنه علينا في البداية التعرف على معنى هذا المصطلح: فالميتاسيكولوجيا هي القاعدة النظرية للتحليل النفسي، ومصطلح الميتاسيكولوجي يغطي مجموعة المبادئ، النماذج النظرية، المصطلحات التحليلية النفسية... الخ، التي تلتحم وتنصهر مع بعضها البعض في إطاره، وفي هذا السياق قد تغنينا كلمات فرويد عن الكثير مما يمكن قوله حيث يقول في كتابه "حياتي و التحليل النفسي": "كنت قد بذلت فعلا في مراحل سابقة من عملي محاولات في سبيل الوصول إلى نظريات أعم، بادئا من ملاحظات التحليل النفسي، فقد وجهت النظر في مقال

---

* : في هذا الاتجاه من التفكير كنت شاهدا منذ مدة على نقاشات مطولة لزملاء لي حول الدين الإسلامي وحول مذاهبه وأئمته والاختلافات العقدية والفقهية، ولقد وقفت حتى على حمية البعض منهم لمذاهب دون غيرها حيث كانوا يملكون من الأفكار و المرجعيات ما يؤهلهم لخوض مناقشات وحتى مناظرات مذهلة، ولقد انبهرت بسعة معارف أحدهم وكنت أناديه بـــ "الشيخ" احتراما وإكبارا... ولكم كانت دهشتي وخيبة أملي كبيرين حينما توجهت إليه ذات يوم لأسأله عن كيفية الوضوء الأكبر... فلم يستطيع الإجابة... لقد كان يموه الإجابة بشكل جعلني أصاب بالإحباط... نعم لم يكن يعرف طريقة الوضوء الأكبر. وقد علمت لاحقا من أحد زملائنا أنه لم يكن حتي يصلي...؟! لم يكن يفعل كل ذلك في حين كان مدافعا شرسا عن الإسلام داخل أسوار الجامعة... وفي حين كان يناقش آراء كبار العلماء وحتى بعض القضايا الفقهية للإمام مالك -رحمه الله-... لقد تعلمت منذ ذلك اليوم أمرين: أولا: "عدم تجسيد الأفكار في الأشخاص" (وهو نوع شائع لدى المذاهب التي تجل أئمتها ومسؤوليها ورؤساءها وترفعهم لدرجة الألوهية)، وهو أيضا نوع من أنواع عبادة الأوثان، ومن سلبيات تجسيد الفكرة في شخص أن انحراف هذا الشخص أو عدم كفايته قد يؤدي للتشكيك في صدق الفكرة أو رفضها أو الارتداد عنها... وكل هذا كنت قد قرأت عنه في كتاب للأستاذ والمفكر الجزائري الكبير (مالك بن نبي) -ولم أعد أمتلك هذا الكتاب-، وأعتقد أنه كتاب "مشكلة الأفكار في العالم الإسلامي". ففرويد لم يدعي النبوة ولم يطلب من أحد أن يعبده، فهو عالم قد يصيب وقد يخطئ، ونحن نستوحي من نظريته حتى ولو لم نتبعها حرفيا، وهذا هو بالضبط معنى" مقاربة (أو تناول)"كما جاء في كتاب (موريس انجرس) المعنون بـــ "منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية". فنحن نستوحي من التحليل النفسي ونستعمل مصطلحاته مع إقرارنا بأنه من الصعب جدا تناول هذه المصطلحات خارج الفضاء التطبيقي للتحليل النفسي، ونحن لسنا محللين نفسانيين ولا نستطيع الولوج إلى المادة النفسية التي يحصلها المحللون داخل العملية العلاجية، ولا نستعمل نفس تقنياتهم وأهمها التداعي الحر. كما أننا لا نمتلك نفس الإطار الإكلينيكي الذي يستعملونه (الفضاء التحليلي) ولا نمتلك في معهد يتخرج منه المحللون النفسانيون في الجزائر، بل لا يوجد مثل هذا المعهد في أغلب الدول المغاربية و العربية... ولهذا السبب فنحن نستوحي وفقط، ونتمنى أن نوظف ما نستوحيه من اصطلاح بطريقة صحيحة أو مقاربة للصحة على الأقل ... ،الأمر الثاني الذي تعلمته هو أن علما من دون عمل ليس إلا شبحا يدعي الوجود في غياب كل ما يدل على وجوده، فزميلنا ذاك ..."الفقيه الذي لا يصلي!" لم يكن سوى رجلا يقول ما لايفهم أو ما لايعلم... أو أنه كان يعلم ما لا يفعل...، ففي مجال البحث العلمي تعني النظرية مجموعة من المصطلحات، تعريفات، قوانين، افتراضات...الخ لها علاقة ببعضها البعض وتقترح رؤية منظمة للظاهرة بهدف عرضها، تفسيرها، التنبؤ بها ...الخ بشرط ينبغي التنبيه له وهو أن تكون هذه المصطلحات، الافتراضات...الخ قابلة للتحقق منها في الواقع. وهكذا تتأكد النظرية في كلها أو جزء منها أو ينتفي بعضها أو كلها وتتطور أو تتراجع مع مرور الزمن... وهذه هي حلقة البحث العلمي لمن أراد أن ينتفع بعلمه. ذهاب وإياب بين النظرية والواقع عبر منهج علمي وخطوات منظمة... وهكذا أيضا تتراكم المعرفة العلمية مع مرور الزمن. وفي هذا السياق من التفكير لا أرى أي داع للمعارضة الشديدة التي يواجه بها بعض -بل أغلب- الأكاديميين الذين قابلتهم خلال رحلتي الجامعية نظرية التحليل النفسي، فهم لا يفوتون أي فرصة للقول بأنها أصبحت في طيات الماضي،وذلك في نفس الوقت الذي لا يفهم فيه أغلبهم جوهر وسياقات هذه النظرية إلا من حيث اعتبارها نظرية في الجنس ... كما أن أغلبهم أيضا لم يعش العلاقة العلاجية التحليلية... ولم يعش يوما العلاقة التحويلية (التحويل وتضاد التحويل)... بل ربما لم يلتقي يوما ولو حتى بحالة واحدة خارج إطار التحليل النفسي، بالرغم من أنه يعتبر نفسه نفسانيا محترفا...! .

قصير هو "بيانات خاصة بمبدئي التوظيف في الحياة النفسية" الذي نشر في عام 1911 إلى سيطرة مبدأ اللذة وتجنب الألم في الحياة النفسية ثم حلول ما يسمى مبدأ الواقع محله (ولم يكن في ذلك طبعا أي جديد) وبعد ذلك (1915 – 1917) حاولت تأليف "ما بعد علم النفس"* ، وكنت أقصد بذلك منهجا في البحث ينظر بمقتضاه إلى كل عملية نفسية من حيث علاقتها بثلاثة إحداثيات أطلقت عليها على التوالي: الدينامي، الطبوغرافي والاقتصادي، وهيء لي أن ذلك يمثل أبعد هدف يمكن أن يطمح علم النفس لبلوغه، ولكن المحاولة لم تكتمل، وبعد كتابة بحثين أو ثلاثة: "الغرائز وأطوارها"، "الكبت"، "اللاشعور"، "الحداد والاكتئاب" ... الخ، توقفت (...) وقد أخذت على عاتقي في أحدث أبحاثي النظرية مهمة تحليل جهازنا النفسي" (فرويد، س.، 1994، ص ص. 88-89).

نعم، وباختصار ذلك هو معنى الميتاسيكولوجيا، فهي تسعى لتناول العمليات النفسية في مجموعها من خلال ثلاثة أبعاد: الدينامي، الطوبوغرافي والاقتصادي** ، وتجدر الإشارة قبل التطرق لهذه الأبعاد إلى أن فرويد قد أسس للميتاسيكولوجيا من خلال العديد من كتاباته. كما أنه قد أدخل في خلال حياته العديد من التعديلات على نظريته تلك، كما تجدر أيضا الإشارة هنا أن الجهاز النفسي وكيفية عمله (أي التوظيف النفسي) يتم تناوله من خلال هذه الأبعاد، ولنتطرق لها إذن كما يلي:

1.2. وجهة النظر الموقعية (le point de vue topique)

ورد في (Dictionnaire de la psychanalyse) أن مصطلح الموقعية (Topique) يعني: "أسلوبا نظريا في تمثل التوظيف النفسي على أنه جهاز له تنظيم مكاني، فأمام ضرورة تمثل الجانب النفسي على أنه تفاعل دينامي لمجموعة من الأنظمة -أو جهات الاختصاص- (Instances)، والتي غالبا ما تكون في صراع عنيف اقترح س.فرويد أن يتم تمثل هذه الأنظمة من خلال جهاز نفسي موزع مكانيا" (Chemama, R., 1993, P.284).

وفي هذا السياق يقول فرويد في "تفسير الأحلام": "سنتصور الجهاز النفسي كما لو كان آلة مركبة نسمي مقوماتها المختلفة "جهات اختصاص" أو -زيادة في الإيضاح- "أنظمة"،

* : أي الميتاسيكولوجيا.

** : بالإضافة لهذه الأبعاد الثلاث هنالك بعد رابع يدخل أيضا في إطار الميتاسيكولوجي وهو البعد النشوئي أو التكويني (génétique) وتكمن أهميته في كونه يتناول مسألة نمو الجهاز النفسي ولهذا أعتقد أنه لا مفر هنا من التطرق له بعدما نتطرق للأبعاد السابقة الذكر.

ولنــا بعـد ذلــك أن نتوقــع وجــود علاقــة مكانيــة منتظمــة بــين هــذه الأنظمــة، مثلمــا ترتــب أنظمــة العدسات المختلفة في المقراب واحدة خلف الأخرى" (فرويد، س. ، 1994، ص 528)

وهكذا قدم لنا فرويد في إطار هذا التصور نظريتين موقعيتين: الأولى ميز فيها سنة (1900) بين ثلاث أنظمة (أو جهات اختصاص): اللاشعور، ما قبل الشعور والشعور. أما الثانية فقد فرق فيها سنة (1920) بين: الهو، الأنا والأنا الأعلى. وقد يبدو لنا هنا أن هتين النظريتين قد تلغي أو تعوض إحداهما الأخرى، إلا أن ذلك غير صحيح، فبالرغم من أنهما تمثلان طريقتين مختلفتين في النظر إلى التوظيف النفسي إلا أنه ينبغي استعمالها معا من أجل فهم هذا الأخير. ولنتطرق إذن لكل منهما بتفاصيل أكبر كما يلي:

الموقعية الأولى:

وصف فرويد في الفصل السابع من كتابه "تفسير الأحلام" (1900) أول تصور له لتركيب الجهاز النفسي -وهو ما يسمى بالموقعية الأولى- حيث رأى أن هذا الأخير يتكون من: اللاشعور (اختصارا: لاش)، وما قبل الشعور (قبش)، والشعور (يسمى اختصارا: ش)، كما سمى أيضا هذا النظام الأخير بنظام الإدراك-الشعور (إد-ش)، ويبدو لي أنه من المفيد هنا الاستعانة بالمخطط الذي عرضه (Bergeret, et al,2008) في كتاب (psychologie pathologique : théorique et clinique) من أجل شرح هذه الأنظمة* كما يلي:

* : وبإمكان القارئ أيضا متابعة أفكار فرويد والإطلاع على المخططات التي قدمها بالرجوع إلى الفصل السابع من كتابه "تفسير الأحلام" الذي ترجمه للعربية مصطفى صفوان، وراجعه مصطفى زيور، ويمكن التحصل عليه مجانا من الأنترنيت مثلا من خلال البحث عبر المحرك Google.

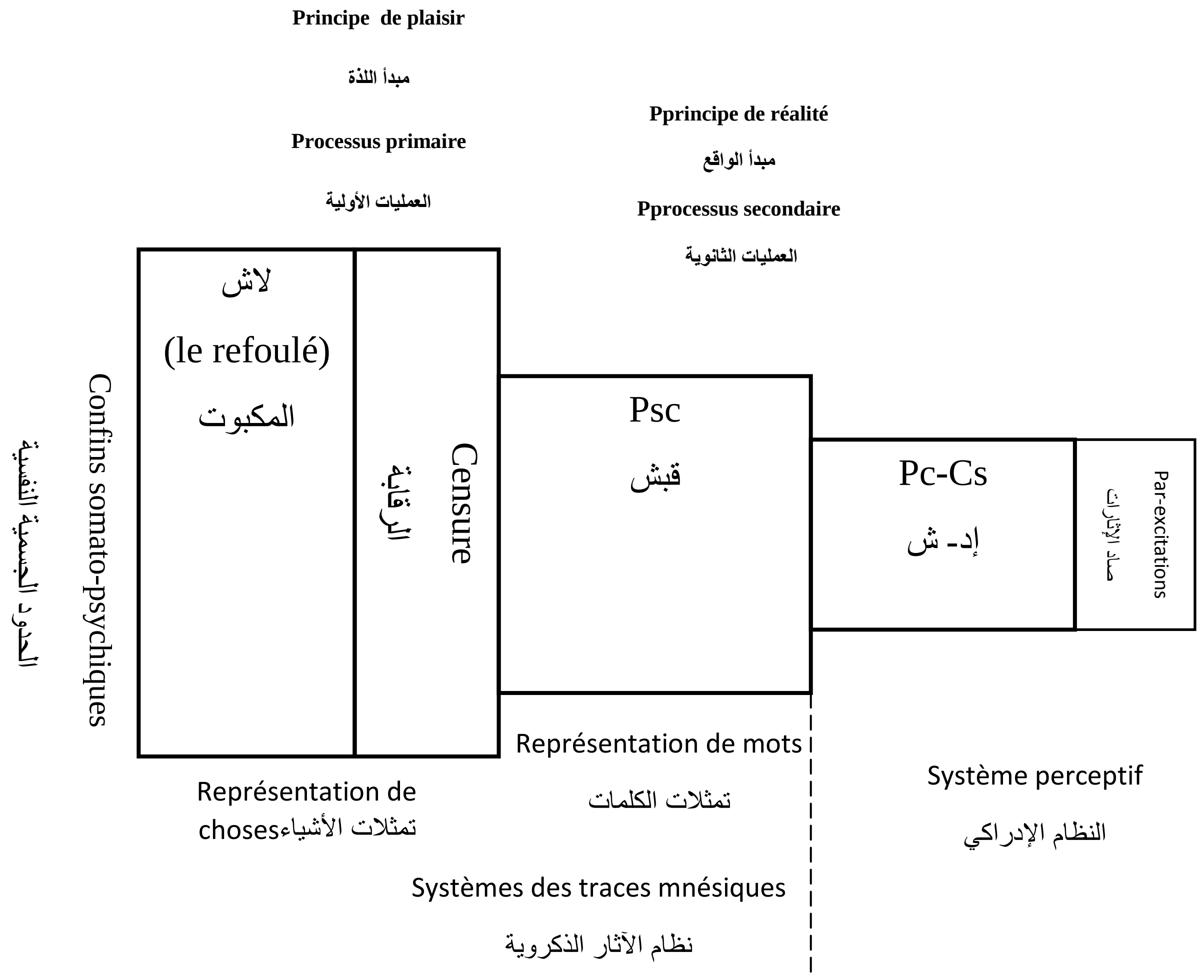

Schéma de l’appareil psychique selon la première topique

مخطط الجهاز النفسي حسب الموقعية الأولى

أ. نظام الإدراك- الشعور "إد- ش" (système perception – conscience Pc-Cs):

يقع هذا النظام –حسب فرويد- في صدر الجهاز النفسي حيث يتموقع بين العالم الخارجي من جهة وأنظمة الآثار الذكروية من جهة أخرى، ولذلك فهو يستقبل المنبهات الحسية القادمة من العالم الخارجي من تلك الجهة والإحساسات الداخلية المنبعثة من تلك الأنظمة من الجهة الأخرى (أنظر أيضا المخطط السابق).

إن وظيفة الإدراك تتعارض هنا مع وظيفة الاحتفاظ: فنظام "إد-ش" لا يحتفظ بأي آثار متبقية للاستثارات التي يسجلها، كما أن النظام يعمل وفق سجل كيفي، بخلاف باقي الجهاز النفسي الذي يعمل وفق الكميات. (Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J., Chartier, J. P.,Dubor, P., Houser, M., 2008,P54)

وفي هذا الصدد يقول فرويد: "ذلك أن الشعور الذي ننظر إليه باعتباره عضوا حسيا مخصصا لإدراك الكيفيات النفسية قادر في حياة اليقظة على تلقي التهييجات من جهتين: أولا من الحافة المحيطة بسطح الجهاز كله، من النظام الإدراكي*، ثم –بالإضافة إلى ذلك- من تهييجات اللذة والألم التي تدل الدلائل على أنها تكاد تكون الكيف الوحيد الذي يصحب تنقلات الطاقة في داخل الجهاز، فجميع العمليات الأخرى التي تقع في الأنظمة النفسية- بما فيها قبش- مجردة من كل كيفية نفسية، وبذلك لا تستطيع أن تكون موضوعات للشعور إلا من حيث تسلم لذة أو ألما" (فرويد. س.، 1994، ص. 562).

يبقى لنا هنا أن نشير إلى أن هذا النظام هو مقر عمليات التفكير المنطقي إن صح التعبير لأننا نقصد به هنا المنطق الذي نستعمله عادة في حياة اليقظة من إطلاق الأحكام، والوعي بالمتناقضات....الخ، حيث يقول فرويد: " رأينا (...) أننا لا نستطيع أن نلقي الضوء على تكوين الحلم إلا إذا جازفنا فافترضنا أن هناك جهتي اختصاص نفسيتين تُخضِع إحداهما الأخرى لنقد يستتبع إقصاءها عن الشعور، وقد كانت النتيجة التي انتهينا إليها هي أن الجهة المختصة بالنقد أوثق صلة بالشعور من الجهة المُنتقَدة (...) ثم بعد ذلك وجدنا أسبابا تدعونا إلى القول بأن الجهة الناقدة لا تختلف من تلك التي توجه حياتنا المستيقظة وتقرر أفعالنا الإرادية الشعورية" (فرويد. س.، 1994، ص. 532).

* : يشير مصطفى صفوان مترجم كتاب "تفسير الأحلام" أن فرويد يستخدم كلمة الإدراك (Wahrnehmung) بمعنى انطباع حافة الجهاز المستقبلة بصورة بصرية أو سمعية إلى آخر الكيفيات المختلفة، وهذا الإدراك يستتبع إدراكا ثانيا يسميه فرويد أحيانا (Auffassung) بمعنى انجذاب الانتباه إلى المحتوى الإدراكي وحصول العلم به، وذلك هو الشعور، والشعور هو عضو هذا الإدراك الثاني.

ب. ما قبل الشعور "قبش" (préconscient "PCS"):

طلبا للاختصار نشير إلى أن هذا النظام يقع بين اللاشعور والشعور (أنظر المخطط)، بالرغم من صعوبة فصله عن هذا الأخير فقد كان فرويد يستعمل غالبا الصيغة: نظام ما قبل الشعور-الشعور في مقابل نظام اللاشعور، وذلك لأنه كان يتأرجح بين فكرتي تكون الجهاز النفسي من نظامين أم من ثلاثة أنظمة، ليستقر به الرأي أخيرا على ثلاثة أنظمة مختلفة.

وبالإمكان تعريفه بطريقة صحيحة من خلال خصائص محتواه وطريقة عمله، فبالنسبة لمحتواه، يمكن القول أنه غير حاضر داخل ساحة الشعور ومع ذلك يمكنه المرور بيسر إلى المعرفة الشعورية، فهو ينتمي لنظام الآثار الذكروية كما أنه مكون من "تمثلات الكلمات" (Bergeret. J., Bécache. A., Boulanger. J. J., Chartier. J. P., Dubor. P., Houser. M., et al, 2008, P.54)

يقول فرويد في "تفسير الأحلام": "جميع العمليات الأخرى التي تقع في الأنظمة النفسية -بما فيها قبل الشعور- مجردة من كل كيفية نفسية، وبذلك لا تستطيع أن تكون موضوعات للشعور إلا من حيث تسلم لذة أو ألما (...) ولكن لكي يصبح الإتيان بأفعال أدق تركيبا شيئا ممكنا، فقد صار من الضروري فيما بعد أن يُجعَل سير الأفكار غير متوقف على انتقاء الألم أو وجوده، ولهذا الغرض احتاج النظام قبش إلى أن تكون له كيفيات خاصة به تستطيع أن تجتذب انتباه الشعور، ومن الراجح هنا أكبر الرجوح أنه قد وجدها بربط العمليات قبل الشعورية بالنظام الذكروي للرموز اللغوية -وهو نظام لا يخلو من الكيف-" (فرويد. س.، 1994، ص. 562)، ويقول في موضع آخر: "ولكي تكتسب العمليات الفكرية كيفا ربطت لدى الكائنات الإنسانية بذكريات لفظية تكفي بقاياها الكيفية في جذب انتباه الشعور إليها" (فرويد. س.، 1994، ص. 599).

ففي إطار نظرية التوظيف النفسي يختلف التمثل عن العاطفة (أو الوجدان) وهي الطاقة الكمية المرتبطة بأي تمثل حيث أن مصدرها غريزي. ففي العمق كل تمثل إذن هو أثر ذكوري مستثمر بصورة أكثر أو أقل عاطفيا، فتمثل الكلمات هو تمثل لفظي نوعه (أو كيفه) يكون بالأحرى، حسب فرويد سمعي (Acoustique)، وهو يتعارض مع تمثل الأشياء والذي يكون بالأحرى ذا طبيعة بصرية (Visuel)، كما في الحلم، وننوه هنا بأن تمثل الأشياء لا يمكنه الوصول إلى الشعور المستيقظ إلا بارتباطه بأثر لفظي (Bergeret. J., Becache. A., Boulanger. J. J., Chartier. J. P., Dubor. P., Houser. M., et al, 2008, PP. 54-56)

وأنوه أنا بدوري هنا إلى أن كلا من نظامي الشعور وما قبل الشعور يعملان وفق أسلوب العمليات الثانوية، حيث تكون الطاقة النفسية مربوطة، وحيث تكون السيطرة لمبدأ الواقع على مبدأ اللذة (وسنتعرض لكل هذا من خلال عرضنا لوجهات النظر اللاحقة).

ج. اللاشعور "لاش" (Inconscient "ICS"):

هكذا عرفه فرويد:" غياب التناقض، عمليات أولية (حركية الاستثمارات)، لا زمانية، وتعويض الواقع الخارجي بالواقع النفسي، هذه هي الخصائص التي يتوقع وجودها على مستوى العمليات التي تنتمي لنظام اللاشعور" (Clément, C. B., Gantheret, F., & Mérigot, B., 1976, PP.30-31).

فاللاشعور لا يعرف التناقض، تستوي لديه الـــ "نعم" والـ "لا" وقد يعبر عن إحداهما بالأخرى وعن الشيء بنقيضه، كما أنه لا علاقة له بالزمان فمحتوياته غير منتظمة في إطار زماني ولا تتغير بمرور الزمن، بالإضافة لذلك فهو لا يخضع لمتطلبات الواقع الخارجي حيث يعمل وفق أسلوب العمليات الأولية، أين تكون الطاقة النفسية حرة، وأين تكون السيطرة لمبدأ اللذة على مبدأ الواقع -وسنتعرض لكل هذا بتفاصيل أكبر من خلال وجهات النظر اللاحقة- وما يهمنا هنا هو وضع هذا المصطلح (أي اللاشعور) في إطار وجهة نظر الموقعية الأولى كما يلي:

إنه الجزء الأكثر بدائية من الجهاز النفسي، والأكثر قربا للمصدر الغريزي، فمحتواه بحكم ذلك يتكون أساسا من التمثلات الفكرية لهذه الدوافع الغريزية (Réprésentants de ces pulsions)، ولكن لماذا تمثلات الغرائز* (Représentants) وليس الغرائز (Pulsion)؟، لأنه وبالنسبة لفرويد الغريزة هي مصطلح يقع "على الحدود بين البيولوجي والسيكولوجي"، وعلى مستوى العمليات العقلية فتمثلات الغرائز هذه هي التي تتدخل، وهذه الأخيرة على مستوى اللاشعور هي "تمثلات الأشياء" (في مقابل تمثلات الكلمات في ما قبل الشعور)، وهي أيضا تمثلات الأشياء التي لاقت كبتا أوليا (Bergeret. J., Bécache. A., Boulanger. J. J., Chartier. K. P., Dubor. P., Houser. M., et al, 2008, PP. 54- 56)

* : يعني المصطلح (Représentant): كلا من التمثل (Représentation) والشحنة العاطفية (la charge Affective) المرتبطة به، إذن فـــ: (représentant= représentations+affect) وقد خطر ببالي هنا أنه بالإمكان ترجمة (représentant) بـــ: الممثل النفسي للغريزية، مثلما ترسل جمعية أو منظمة أو جهة معينة ممثلا لها ليعبر عن توجهاتها وأهدافها لدى وسائل الإعلام أو لدى جهات أخرى قد تربطها بها علاقات مختلفة.

يبقى لنا في نهاية عرضنا لوجهة النظر الموقعية الأولى أن نشير إلى أمرين: أولا للحدود التي تفصل بين مختلف الأنظمة النفسية والقوة الأساسية المسؤولة هنا عن السماح للمحتويات النفسية بالمرور عبر تلك الحدود من نظام لآخر أو منعها من ذلك هي الرقابة، وهي تقوم بدورها مثلما تقوم شرطة الحدود بدورها في السماح أو رفض المرور من بلد لآخر. ومثلما تقوم حواجز الدرك والشرطة في بلدنا بتمكين المسافرين من العبور من نقطة لأخرى أو منعهم من ذلك وإخضاعهم لإجراءات معينة كطلب الوثائق أو التفتيش*...الخ. والرقابة بين نظامي اللاشعور وما قبل الشعور أكثر صرامة منها بين بين نظامي ما قبل الشعور والشعور، فالإجراءات المتبعة من أجل المرور من بلد لآخر أكثر صرامة من تلك المتبعة من نقطة لأخرى داخل نفس البلد، ونختم هنا بالإشارة ثانيا إلى الحدود التي تفصل بين سطح الجهاز النفسي والعالم الخارجي وتسمى بـــ "صاد الإثارات" (أنظر المخطط السابق)، وهو يقوم بوظيفة المصفاة أي أنه يمنع مرور تنبيهات ذات شدة عالية لا يمكن تحملها أو التحكم فيها إلى داخل الجهاز النفسي.

الموقعية الثانية:

اتضحت المعالم الأساسية لهذه الموقعية الثانية في "ما وراء مبدأ اللذة" (1920)، ثم قام فرويد بعد ذلك بتطويرها في "الأنا والهو" (1923)، حيث ميز هذه المرة بين: الهو، الأنا، والأنا الأعلى.

أ. الهو (Le ça):

من المهم -على الأقل بالنسبة لي- قبل التطرق لماهية و مميزات هذا النظام أن نستكشف أولا العلاقة بين الهو واللاشعور **، ولنسترجع إذن بعضا مما قاله فرويد حيث يقول في كتابه "الأنا و الهو": "لقد ذهبنا إلى أنه توجد في كل فرد منظمة دقيقة للعمليات العقلية سميناها الأنا (...) وعن هذا الأنا أيضا يصدر الكبت الذي تمنع به بعض نزعات العقل لا من الظهور في الشعور فحسب، بل تمنع أيضا من الظهور في سائر صور النشاط الأخرى، وتظهر هذه النزعات المكبوتة أثناء التحليل متعارضة مع الأنا (...) ونحن نرى الآن أن المريض يجد كثيرا من المشقة حينما نجابهه ببعض المهام أثناء التحليل كما نرى تداعي أفكاره يتوقف كلما اقترب من الأشياء المكبوتة، ونقول له حينئذ إن هناك مقاومة متغلبة عليه، ولكنه يكون غير منتبه للأمر إطلاقا (...) وبما أن هذه المقاومة بدون أدنى شك تصدر عن أناه وتنسب إليه، فإننا

* : أنا أمتلك هذا التصور لدور الرقابة منذ مدة ولم أعد أتذكر هل استوحيته من مصدر ما أم هو من نسج خيالي...، وعلى أي حال ينبغي علينا تصور الرقابة على أنها قوة متحركة، وليست حاجزا جامدا وفي هذا المعنى يمكن تشبيه الرقابة بالدور الذي يقوم به أفراد الشرطة من يقظة وملاحظة المسافرين وليس بالحواجز المادية التي تغلق بها الطرقات.

** : لأنه من الشائع لدى من لا يدققون في المصطلحات أن يستعملوا هذين المصطلحين كمترادفين مع مزجهما بمصطلح الكبت بطريقة غامضة وربما غير صحيحة، فقد كنت أستنتج غالبا -حتى هذه اللحظة- من خلال قراءتي لعديد البحوث و استماعي وحضوري للعديد من محاضرات أساتذة إكلينيكيين ...كنت أستنتج غالبا أو دائما: أن كل ما هو لا شعوري فهو يتواجد في الهو، وأن كل ما هو خارج الهو فلا يمكنه أبدا أن يكون لا شعوريا.

نجد أنفسنا في موقف لم نكن نتوقعه، فلقد وجدنا في الأنا ذاته شيئا لا شعوريا أيضا، وهو يتصرف تماما كالشيء المكبوت (...) والنتيجة التي نصل إليها من هذه الملاحظة فيما يتعلق بممارسة التحليل النفسي هي أننا نجد أنفسنا في ارتباك وصعوبة لا حد لهما فيما إذا تمسكنا برأينا السابق وحاولنا مثلا أن نستنتج الأمراض العصابية من الصراع الذي ينتصب بين الشعور واللاشعور، ويصبح من الواجب علينا أن نستبدل بهذا التقابل تقابلا آخرا مستمدا من تبصرنا في شروط تركيب العقل، أعني ذلك التقابل بين الأنا المنظم وبين ما هو مكبوت ومنفصل عن الأنا (...) إننا ندرك أن اللاشعور لا يتطابق مع المكبوت، ولا يزال صحيحا أن كل ما هو مكبوت لا شعوري، ولكن ليس كل ما هو لا شعوري مكبوتا" (فرويد. س.، 1982، ص ص. 31- 32).

ننطلق من شهادة فرويد هذه التي تقر بأن المقاومة التي تصدر عن الأنا تكون لا شعورية، وبالتالي في الأنا نفسه شيئا لا شعوريا يتصرف تماما كالشيء المكبوت الذي فصلته المقاومة عن الأنا، ويصبح هنا من الممكن لنا أن نشير إذن إلى أن: اللاشعور قد طرح هنا- في إطار الموقعية الثانية- ليس كنظام وإنما ككيفية -أو خاصية- يتميز بها الهو، وهذه الخاصية أيضا موجودة في المنظمات الأخرى - الأنا والأنا الأعلى- إلا أن ما يميز الهو عن تلك المنظمات هو كون خاصية اللاشعور هي الكيفية الوحيدة الموجودة فيه بينما تكون هذه الخاصية موجودة جزئيا -أي في جزء ولو كبير- في المنظمات الأخرى، وإذن فالهو في مجمله لا شعوري، والقوانين التي تسيره هي نفسها التي تسير اللاشعور، أي أنه يعمل وفق أسلوب العمليات الأولية ومبدأ اللذة.

ولننتقل الآن لكلام آخر يمكن قوله عن الهو، فهذا "الهو" -اللاشعوري في مجمله- يتكون في جزء منه من المكبوتات التي فصلتها المقاومة عن الأنا، فما هي إذن المحتويات الأخرى التي يتكون منها الجزء المتبقي من الهو؟ ونعود مرة أخرى إلى فرويد حيث يقول في كتابه "الموجز في التحليل النفسي": "حصلنا على ما نعرفه عن هذا الجهاز النفسي من دراسة التطور الفردي للوجود الإنساني، وقد أطلقنا على أقدم هذه المناطق (أو المنظمات) النفسية اسم الهو، ومضمونه كل ما هو موروث، كل ما يظهر عند الميلاد، كل ما هو مثبت في الجبلة، لهذا فهو يتألف أولا وقبل كل شيء من الميول الغريزية التي تصدر عن التنظيم الجسمي، وتجد ههنا أول تعبير نفسي عن ذاتها في صور نجهلها" (فرويد. س.، 2000، ص. 26).

نستنتج إذن أن محتويات الهو -"اللاشعورية"- تنقسم إلى جزئين: جزء نفسي فطري -أو موروث- يشمل الاحتياجات الجسمية التي تجد أول تعبير نفسي عنها في الهو، الميولات الفطرية، وكل ما هو مُثَبت في الجبلة، أما الجزء الآخر فهو مكتسب ويشمل المكبوت.

مع مجئ "الهو" اعترف فرويد وحدد جيدا داخل الجهاز النفسي دورا كان مهملا حتى الآن: وهو الخاص بغرائز الهدم والموت، ففي الهو، الذي يكون مفتوحا في عمقه (en son Fond) على ما هو عضوي، تسيطر هنالك بوحشية وعلى نحو غامض هذه الغرائز التي تتواجه مع غرائز الحياة، فوضى، قدرٌ يغلي، ممتلئ بالإثارة، هذه هي المقارنات والصور التي خطرت لفرويد في محاولته للتعبير عن هذا الهو، المسكون بقوى عمياء (des puissances aveugle) لا يمكن السيطرة عليها، والذي يمثل "المعترك" (l’arène) أين تتصارع الغرائز (Chemama, R., 1993, P.36).

نشير إذن في الأخير إلى أن الهو هو القطب الغريزي في الشخصية -أو الجهاز النفسي- كما أنه -أي الهو- النواة الأساسية لوجودنا، ومنه تنمو المنظمات الأخرى وهي تعتبر بمثابة تمايزات عنه بفعل عوامل معينة، وفي هذا الصدد يقول فرويد في "الموجز في التحليل النفسي": "إذا ما أعدنا النظر في تاريخ نمو الفرد وجهازه النفسي لأمكننا أن نميز في الهو تمييزا هاما، ففي البداية كان الهو كل شيء، وقد نما الأنا منفصلا عن الهو تحت تأثير العالم الخارجي تأثيرا متصلا" (فرويد .س.، 2000، ص. 49).

ب. الأنا (le moi):

فلنبدأ من حيث بدأنا أثناء تعرضنا لمنظمة "الهو" أين بدأنا باستشفاف العلاقة بين الهو واللاشعور، وتوصلنا إلى القول -حسب آراء فرويد- بأن الهو لا شعوري في مجمله، وأن ما يميزه عن المنظمات الأخرى هو كون اللاشعور الخاصية الوحيدة المتواجدة فيه ، بينما تكون هذه الخاصية متواجدة بنسب معينة في المنظمات الأخرى، فإذا ما انطلقنا من هنا، وإذا ما تذكرنا آراء فرويد حول المقاومة التي تصدر عن الأنا والتي لا ينتبه إليها المريض، وإذا ما انتبه إليها فإنه لا يعرف ما هي ولا كيف يصفها، وبما أنها تصدر عن أناه فقد افترض فرويد أن في الأنا ذاته شيئا لا شعوريا، وفي هذا الصدد يقول Bergeret,et al: "في إطار هذه الموقعية يكون الأنا في جزء كبير منه لا شعوريا، ويبدو هذا -كما قلنا- بصورة واضحة جدا في بعض ميكانزمات الدفاع، مثلا وبطريقة اعتيادية جدا في السلوكات الوسواسية، حيث يجهل الشخص في الحقيقة دافع وميكانزمات سلوكه، ولكن أكثر من ذلك يجب أن تعتبر هذه الميكانزمات في مظهرها القهري، التكراري، وفي تجاهلها للواقع على أنها خاضعة للعمليات الأولية" (Bergeret, J., Becache, A., Boulanger, J. J.,Chartier, K., Dubor, P., Houser M., et al, 2008, p.59)

فالأنا هو موطن الشعور ولكنه أيضا حيز للتظاهرات اللاشعورية، وقد فهمنا الآن الجزء الثاني من هذه العبارة -أي كون جزء كبير من الأنا لا شعوري- وعلينا الآن أن نحاول فهم الجزء الأول منها -

أي كيف يمكن للأنا أن يكون موطنا للشعور- وإذن علينا أن نبدأ من البداية، أي من الطريقة التي ينشأ بها الأنا.

يقول فرويد في "الأنا و الهو": "نستطيع أن نرى بسهولة أن الأنا هو ذلك القسم من الهو الذي تعدل نتيجة تأثير العالم الخارجي فيه تأثيرا مباشرا بوساطة جهاز الإدراك الحسي- الشعور: أي أن الأنا هو عبارة عن امتداد لعملية تمايز السطح، وفضلا عن ذلك فإن الأنا يقوم بنقل تأثير العالم الخارجي إلى الهو وما فيه من نزعات، يحاول أن يضع مبدأ الواقع محل مبدأ اللذة الذي يسيطر على الهو، ويلعب الإدراك الحسي في الأنا نفس الدور الذي تلعبه الغريزة في الهو، ويمثل الأنا ما نسميه الحكمة وسلامة العقل على خلاف الهو الذي يحوي الانفعالات*" (فرويد، س.، 1982، ص ص 42- 43).

وعن نشأة الأنا يقول Bergeret,et al : "هنالك مشكلة مهمة جدا، فليس من السهل أن نفهم بوضوح، وخاصة بطريقة واحدة نشأة هذا الأنا، فمن جهة نرى أنه من الممكن أن يعتبر على أنه تمايز تدريجي عن الهو، وهذا التمايز يتم حول نواة أصلية تعرض من خلال نظام الإدراك- الشعور، وانطلاقا من هذه النواة يسيطر الأنا تدريجيا على باقي الجهاز النفسي، أي على الهو، أما من وجهة نظر أخرى فيبدو بأن هذا الأنا يتشكل ويصاغ بعد تقمصات متلاحقة لموضوعات خارجية، والتي تكون أيضا مستدخلة، ومستدمجة في هذا الأنا. وليس من السهل مناغمة وربط وجهتي النظر هاتين المتعلقتان بنشأة الأنا، ومن الممكن أن نعتبر أن الأنا يستولي بطريقة ما على أجزاء أكبر فأكبر من الطاقة الليبيدية المحتواة في الهو، وأن هذه الكميات من الطاقة تنقل وتصاغ من خلال سياقات التقمص" (Bergeret. J., Becache. A., Boulanger. J. J., Cartier. J. P., Dubor. P., Houser. M., et al., 2008, P.59)

يقوم الأنا بالعديد من الوظائف فعنه -كما رأينا سابقا- تصدر المقاومة والكبت، كما أنه وبحكم اتصاله بالواقع الخارجي يحاول أن يفرض مبدأ الواقع على الهو الذي يسيطر عليه مبدأ اللذة. وعن وظائف الأنا يقول فرويد في "الموجز في التحليل النفسي": "يسطير الأنا على الحركات الإرادية، نتيجة للعلاقة السابقة التكوين بين الإدراك الحسي والفعل العضلي، كما يقوم بمهمة حفظ الذات، وهو يؤدي هذه

* وبإمكان القارئ أيضا متابعة أفكار فرويد حول "الأنا" من خلال كتابه "الأنا والهو" حيث وضع تصوره للأنا في شكل هندسي، كما أضاف للأنا فصا سمعيا، وقد توصل أيضا إلى القول بتأثير الإدراكات الحسية المنبعثة من سطح البدن في تكوين الأنا، وقد ذهب إلى أبعد من ذلك حينما اعتبر أن الأنا هو أولا وبالذات "أنا بدني" – وقد عقب مترجم الكتاب، محمد عثمان نجاتي على تصريح فرويد هذا بالقول: لأن الشعور بالأنية (أي بالذات) إنما هو مستمد في الأصل من الإحساسات البدنية، والأنا منطقة إسقاط لجميع الإحساسات التي تحدث في البدن- وفي هذا السياق شبه فرويد الأنا "بجنين اللحاء" الذي يعرفه علماء التشريح، -حسب تعبيره- وقد أشار مترجم الكتاب أن كتب التشريح تلجأ عادة إلى رسم جنين في وضع مقلوب، توجد رأسه أسفل وقدماه أعلى، وذلك لتوضيح مواضع المراكز العصبية الحركية والحسية في اللحاء، حيث توجد في لحاء المخ أمام شق رولاندو المراكز العصبية الحركية التي تشرف على الحركة في جميع أجزاء البدن، والتي تشرف على القدمين والساقين والفخذين تتواجد في أعلى اللحاء، أما التي تشرف على الحركة في اليدين والفم والرأس فتتواجد أسفله، وتتواجد المراكز العصبية المشرفة على الإحساسات من الجلد والعضلات -بنفس الترتيب المقلوب- على الجانب الآخر من شق رولاندو في مقابل المراكز العصبية المشرفة على الحركة.

المهمة بأن يتعلم معالجة المثيرات الخارجية، فيدخل خبرات تتعلق بها (في الذاكرة) ويتفادى المثيرات المفرطة في القوة (بالهرب) ويستقبل المثيرات المعتدلة (بالتكيف)، وهو يتعلم أخيرا تعديل العالم الخارجي تعديلا يعود عليه بالنفع (النشاط)، ففي الداخل -تجاه الهو- يكتسب السيادة على مطالب الدوافع الغريزية، بأن يقرر ما إذا كان يجب السماح لها بالإشباع أو إرجاء هذا الإشباع لأحيان وظروف مواتية في العالم الخارجي أو قمع تنبيهاتها أصلا، وهو في أفعاله خاضع لاعتبار التوترات التي تحدثها المنبهات القائمة فيه، الواردة عليه فيستشعر ارتفاعها ألما وانخفاضها لذة (...) والأنا يسعى وراء اللذة ويتجنب الألم، والزيادة المترقبة أو المتوقعة في الألم يستجاب لها نذير القلق، والمناسبة التي تحدث فيها، سواءا كانت تتهدده من الخارج أو من الداخل تسمى خطرا، وبين الحين والحين يفقد الأنا صلته بالعالم الخارجي ويعود إلى حالة النوم، حيث يحدث في تنظيمه تغيرات بعيدة المدى" (فرويد. س، 2000، ص ص. 26- 27). فإن كان "الهو" هو القطب الغريزي في الشخصية، فالأنا هو القطب الدفاعي فيها، وهو يقوم بوظائف مهمة كما رأينا. وإن كان قويا في جوانب فهو أيضا ضعيف في جوانب أخرى حيث يقول فرويد في "الأنا والهو": "ونحن نرى هذا الأنا نفسه، من جهة النظر الأخرى، كأنه مخلوق ضعيف يقوم بخدمة أسياد ثلاثة، وهو مهدد تبعا لذلك بثلاثة أخطار مختلفة: من العالم الخارجي، ومن ليبيدو الهو، ومن قسوة الأنا الأعلى" (فرويد. س، 1982، ص 89.)

ج. الأنا الأعلى (le surmoi):

أدخل مصطلح الأنا الأعلى هو أيضا سنة 1923، وتتلخص نشأة هذا النظام وخصائصه في العبارة الشهيرة: "الأنا الأعلى هو وريث عقدة أوديب"،وتقترب نشأة الأنا الأعلى كثيرا من نشأة الأنا، فالأنا الأعلى مثل الأنا، ينشأ من الهو، وينتظمان أحدهما كالآخر من خلال سياقات التقمص، ومن كلا الوالدين (Bergeret, J., Becache, A., Boulanger, J. J., Cartier, J. P., Houser, M., et al, 2008, P.60) .

ويبدو أن الأمور هنا تحتاج إلى شرح: فقد رأينا أثناء تعرضنا لمنظمة الأنا أن نشأته إشكالية أين يمكن النظر إليها من جهتين: من جهة يعتبر الأنا أنه تمايز عن الهو نتيجة لتأثير نظام الإدراك الحسي و الشعور المتصل بالعالم الخارجي، أما من الجهة الأخرى فيمكن النظر إليه على أنه يشتكل ويصاغ من خلال تقمصات متلاحقة لموضوعات خارجية، وهذه الجهة الثانية هي التي تهمنا هنا لكي نفهم دور ميكانزم التقمص في نشأة كل من الأنا ومن ثم الأنا الأعلى، ونحن ملزمون في هذه الحالة بالعودة لكتابات فرويد حيث يقول في "الأنا والهو" (1923):" لقد كنّا موفقين حينما فسرنا ذلك الاضطراب المؤلم الذي يعرف بالميلانخوليا، بأن افترضنا أن الأنا عند هؤلاء الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب قد استعاد

أحد موضوعات حبه القديمة، أي أنه قد استبدل بحبه لهذا الموضوع تقمص شخصيته" (فرويد. س.، 1982، ص 47).

ولنوجه انتباهنا هنا إلى بعض العبارات التي ذكرها فرويد من مثل: "استعادة الميلانخولي لأحد موضوعات حبه القديمة"، و"أنه قد استبدل بحبه لهذا الموضوع تقمص شخصيته". حيث يشير مترجم الكتاب – محمد عثمان نجاتي - إلى أن فرويد يرى أن فقدان موضوع الحب يؤدي إلى قيام المحب بتقمص شخصية الموضوع، وبالتالي يغير كل من الليبيدو والعدوان اتجاههما فيصبحان يتجهان للأنا بعدما كانا يتجهان للموضوع الخارجي، وينشأ عن اتجاه العدوان إلى الأنا حالات الشعور بالنقص وتأنيب الضمير والاكتئاب (وهي ما يشعر به الميلانخولي)، ونستنتج نحن من ذلك إذن الشحنة النفسية * التي كانت متجهة لموضع خارجي (شخص أو شيء يكون هدفا للتفريغ) يسترجعها الأنا من خلال سيرورة التقمص، ولكن كيف يتم ذلك؟ وما هي نتائج هذه العملية إذا ما تمت؟، ولنبدأ بالإجابة عن هذا السؤال الأخير حيث يقول فرويد:" في أول الأمر لم نكن نقدر الأهمية الكاملة لهذه العملية (...) غير أننا قد أخذنا نفهم بعد ذلك أن لهذا النوع من الإبدال دورًا كبيرًا في تحديد الصورة التي يتخذها الأنا". (فرويد، س.، 1982، ص .48).

إذن تتشكل من خلال عملية التقمص هذه طباع الأنا (خُلُقُهُ أو صفاته)، ولكن كيف يتم ذلك؟ ** يقول فرويد: "عندما يحدث أن يضطر أحد الأشخاص إلى التخلي عن أحد الموضوعات الجنسية فإنه غالبا

---

*: ونحن نعلم أن الشحنة النفسية (أو الغريزية) مصدرها الأساسي هو " الهو " لأنه – وكما ذكرنا سابقا – القطب الغريزي في الشخصية

**: يشير فرويد (1923) في " الأنا والهو" إلى أنه أثناء المرحلة الفمية من الصعب جدّاً التمييز بين حب الموضوع والتقمص، وقد افترض – أي فرويد – أن حب الموضوع بالميول الشبقية يأخذ يصدر فيما بعد عن الهو الذي يشعر كأنها حاجات، ويفطن الأنا الذي لا يزال ضعيفا إلى حبه للموضوع، وهو إما أن يستسلم لهذا الحب، وإما أن يحاول أن يقي نفسه منه بعملية الكبت، ويشير فرويد إلى مشابهة "طريقة"- حسب تعبيره – لاحلال التقمص محل حب الموضوع نجدها في اعتقاد البدائيين وفيما وضعوه من محرمات بناءًا على هذا الاعتقاد، وهو أن صفات الحيوانات التي يتمثلونها في أجسامهم كغذاء إنما تبقى كجزء من خلق الأشخاص الذين يأكلونها، ويشير أيضا إلى أن هذا الاعتقاد هو أحد الأسس التي نشأت منها عادة أكل لحوم الحيوانات. كما يضيف بأن ما ينسبه هذا الاعتقاد من نتائج إلى السيطرة الفمية على الموضوع إنما تشاهد في الواقع فيما بعد في حالة اختيار الموضوع الجنسي. وأتذكر أنا هنا ميكانزم L’introjection (الامتصاص) ، والذي ابتكره المحلل النفسي الشهير وتلميذ فرويدساندرور فرنزي (S. Ferenczi) حيث قصد به – كما يشير لذلك محمد عثمان نجاتي مترجم "الأنا والهو" - : "العملية السيكولوجية التي يتم بمقتاضاها إدماج صورة موضوع الحب في منظمة الأنا، وينتج عن ذلك تحول الليبيدو عن الموضوع الخارجي واتجاهه نحو صورته العقلية الموجودة في الأنا"، وفي نفس سياق الحديث عن ميكانزم (الامتصاص Introjection) يشير Bergeret,et al (2008) إلى أن هذه العملية السيكولوجية (أو الدفعة النفسية) تهدف إلى استدخال كمية أكبر فأكبر من العالم الخارجي إلى داخل الجهاز النفسي، وبفعل هذه العملية يثرى أنا الطفل، أما لدى البالغ فتنتج سلسلة من الهوامات الداخلية اللاشعورية لتنظم صورة عقلية حميمية أين يصبح الشخص يتعامل معها كما لو أنها موضوع حقيقي خارجي، و من هنا فالامتصاص-حسب رأيهم- إذن هو دفاع ضد عدم الرضى الذي يحدث بسبب الغياب الخارجي للموضوع، ويظهر ذلك – كما يشير عثمان نجاتي– في بعض حالات الحزن الناشئة عن موت المحبوب أين يقوم المحب يتمثل صورة المحبوب في نفسه، وتأخذ انفعالاته تتجه نحو هذ الصورة العقلية للمحبوب كما كانت تتجه نحو المحبوب نفسه، وهذا ما يحدث في حالات الميلانخوليا، ونعود لـ Bergeret,et al حيث يشيرون هذه المرّة إلى انه بالنسبة للمؤلفين الكلاينيين هنالك تفاعل دائم بين الدفعات الاسقاطية والامتصاصية، وكذلك بين عوالم الموضوعات الداخلية والخارجية، وأشير أنا إلى أن هذا يكفي – أي أن ما ذكرنا هنا حول ميكانزم الامتصاص يكفينا لفهمه- لأنه تتداعى الآن في رأسي أفكار ميلاني كلاين نفسها التي تنتمي لتيار ما بعد الفرويديين، والتي لها مدرسة في التحليل النفسي شائعة ومؤثرة، وتستعمل نظريتها خاصة في فهم الأطفال والذهانيين، و لميلاني كلاين أفكار مخالفة لفرويد من بينها الطريقة التي نشأ من خلالها الأنا الأعلى، ولا أعتقد أن المكان هنا مناسب للخوض في تفاصيل ذلك كله، فالأنا الأعلى من حيث كونه " وريث عقدة أو ديب" ينشأ بالنسبة لفرويد بعد عقدة أو ديب الموازية لمرحلة النمو الجنسية القضيبية وليس قبلها كما هو الحال بالنسبة لميلاني كلاين.

ما يترتب على ذلك أن يطرأ تغيير في أنا هذا الشخص يمكن وصفه فقط بأنه عبارة عن وضع هذا الموضوع داخل الأنا (...) وربما يكون الأنا بقيامه بهذا الامتصاص، الذي هو عبارة عن نوع من النكوص إلى طريقة المرحلة الفمية، إنما يسهل بذلك التخلي عن الموضوع، أو إنما هو بذلك يجعل هذه العملية ممكنة، وربما يكون هذا التقمص هو الشرط الوحيد لتخلي "الهو" عن موضوعات حبه (...) ويجب بالطبع أن نسلم منذ البداية بأنه توجد درجات مختلفة للقدرة على المقاومة، وهي التي تحدد مقدار مقاومة خلق الفرد لتاريخ تأثير اختيارات موضوعات حبه، أو مقدار قبوله لتأثيرها (...) وعندما يتخذ الأنا صفات الموضوع فإنه يقوم بفرض نفسه على الهو كموضوع للحب، ويحاول أن يهون من أمر ضياع ذلك الموضوع بقوله: انظر،إنني أشبه الموضوع أيضا، فأنت تستطيع أن تحبني كذلك ". (فرويد. س.، 1982، ص ص. 49-52).

ولنستدر الآن بسياق أفكارنا -دون أن نخفف من سرعتها- لكي نصل لفهم موضوعنا الحالي -أي نشأة الأنا الأعلى من خلال التقمص- حيث يقول فرويد: "مهما أصبحت قدرة خلق الشخص على مقاومة تأثير حبه السابق المهجور للموضوع في السنوات التالية، فإن آثار التقمصات الاولى التي تتم في الأيام الأولى من الطفولة ستكون عامة وباقية إلى الأبد، وهذا يعود بنا مرة أخرى إلى نشأة الأنا المثالي* ، إذ أن وراءه يكمن أول وأهم التقمصات** جميعها، ألا وهو تقمص شخصية الأب*** الذي يحدث في الأيام الأولى من تاريخ حياة كل شخص" (فرويد، س.،1982، ص ص. 52-53).

يشير فرويد إلى أنه بالرغم من هذا كله فالموضوع معقد جدّا، ويرجع تعقيده إلى عاملين وهما الصفة الثلاثية لموقف أوديب والثنائية الجنسية في بنية كل فرد. وإذن لنخفف الآن من سرعة أفكارنا بعض الشيء، ولنحاول أن نفهم...رويدا...رويدا...هذه العبارة الشهيرة: " الأنا الأعلى هو وريث عقدة أوديب "، ومن الواضح هنا أن ذلك يتطلب منا التعرض لعقدة أوديب نفسها كما يلي:

---

* : أي الأنا الأعلى حيث كان فرويد يسميه في "الأنا والهو" بالأنا المثالي تارة والأنا الأعلى تارة أخرى.

** : يذكر Bergeret,et al (2008) ثلاث أنواع من التقمص وهي: أ/ التقمص الأولي (L'indentification primaire) وهو مرتبط بالاستدماج الفمي (l'incorporation orale) حيث يفترس – أو يلتهم – الموضوع، وذلك بدون تميز مسبق بين الرقة والعداء، ولا بين الذات وغير الذات في هذا الاندفاع القبل–جنسي الذي يهدف إلى تحديد الهوية النرجسية القاعدية للشخص، ب/ التقمص الثانوي (l'identification secondaire) ويظهر هذا النمط من التقمص مع مجيء الأوديب، وهو مخصص لتأكيد الهوية الجنسية للشخص، ج/ يشير Bergeret إلى أنه انطلاقا من علم النفس الجماهير وصف فرويد نمطا ثالثا من التقمص أين يماهي الشخص هنا موضوعاته الخاصة مع موضوعات شخص آخر وخصوصا مع موضوعات جماعة بأكملها، ويحدث هذا من خلال التقليد والعدوى، وخارج كل الروابط الليبيدية المباشرة.

*** : ويشير فرويد أنه من الأسلم القول: "تقمص شخصية الوالدين" لأن الطفل لا يستطيع أن يميز من حيث القيمة بين أبيه وأمه قبل أن يعرف بدقة الفرق بين الجنسين وهو عدم وجود القضيب، ويشير أيضا أنه قد ناقش هنا تقمص شخصية الأب لتبسيط العرض.

يشعر الطفل *- حسب آراء فرويد في "الأنا والهو" – في سن مبكرة بالحب نحو أمه من جهة – وهو حب كان يتعلق في الأصل بثدي الأم كما أنه أول اختيار للموضوع ينشأ على صورة اعتماد على الأم – كما يقوم هذا الطفل من جهة أخرى بتقمص شخصية الأب، وتبقى هاتان العلاقتان جنبا لجنب لفترة، إلاّ أن الرغبات الجنسية المتجهة نحو الأم تأخذ تزداد في الشدة فيما بعد ويبدو الأب وكأنه يعوق تحقيق هذه الرغبات، وعليه يبدأ تقمص شخصية الأب يتخذ صفة عدائية و يتحول إلى رغبة في التخلص من الأب و أخذ مكانه، و اذن يتضمن الموقف الأوديبي في هذه الحالة : الحب الشديد المتجه نحو الأم والتناقض الوجداني المتجه نحو الأب – و هذا هو مضمون عقدة أوديب الايجابية – وبزوال عقدة أوديب يصبح من الواجب على الطفل أن يتخلى عن حبه لأمه، و قد يملأ مكانها بأحد النتيجتين: سوءا بتقمص شخصية الأم أو بزيادة شدة تقمصه لشخصية الأب، ويؤدي زوال عقدة أوديب بهذه الطريقة إلى تأكيد صفة الذكورة في طباع الطفل (الذكر) – كما أن هذه العملية تؤدي بالبنت الصغيرة إلى زيادة شدة تقمصها لشخصية أمها و بالتالي التأكيد على طبع الأنوثة في طباعها (أو خلقها)- وهكذا تحدد نسبة الاستعدادات الجنسية نحو الذكورة أو الأنوثة في كل من الجنسين ما إذا كان الموقف سيؤدي إلى تقمص شخصية الأب أو الأم ،إلا أن عقدة أوديب البسيطة هذه ليست الأكثر شيوعا حيث تكشف الدراسة الدقيقة – حسب آراء فرويد دائما في " الأنا و الهو" – عن وجود عقدة أوديب الكاملة، وهي ذات وجهين : إيجابي وسلبي، و ذلك راجع إلى الثنائية الجنسية الموجودة في الأصل عند الأطفال** ، وبالتالي فالطفل الذكر لا يقف موقف التناقض الوجداني من أبيه و المحب لأمه، و لكنه يسلك أيضا سلوك البنت و يقف موقف المحب لأبيه و المعادي لأمه – وهذا هو مضمون عقدة أوديب السلبية.- و يرى فرويد أنه من الأفضل افتراض وجود عقدة أوديب الكاملة و خاصة لدى العصابيين، و عندما تحل عقدة أوديب فان الاتجاهات التي تتكون منها العقدة تتجمع على نحو ما بحيث تؤدي إلى تقمص شخصية الأب و شخصية الأم.

يقول فرويد : " وعلى ذلك فمن الممكن أن نعتبر أن النتيجة العامة الإجمالية للمرحلة الجنسية التي تسيطر عليها عقدة أوديب انما هي عبارة عن تكوين أثر في الأنا يتكون من هذين النوعين من التقمص مجتمعين معا على نحو ما، و يقوم هذا التغير الذي يطرأ على الأنا بالاحتفاظ بوضعه الخاص، فهو يقف موقفا مخالفا لمضموني الأنا الآخرين، في صورة أنا مثالي أو أنا أعلى، وليس الأنا الأعلى مجرد أثر خلفته اختيارات الموضوع المبكرة التي قام بها الهو، و لكنه يمثل أيضا تكوين رد فعل قوي ضد هذه

* : والمعطيات هنا مرتبطة بحالة الطفل الذكر، وأشير هنا إلى أن عقدة أوديب لدى الطفل الذكر ليست مناظرة للأوديب لدى البنت الصغيرة، حيث تبدأ عقدة أوديب لدى البنت حينما تكتشف عدم امتلاكها للقضيب، وتكون هذه الخبرة مماثلة للخصاء، وهنالك عبارة شهيرة عادة ما نقرأها في كتب التحليل النفسي مفادها أن: " الفتاة تدخل في عقدة أوديب من خلال عقدة الخصاء، بينما يخرج الفتى من عقدة أوديب من خلال عقدة الخصاء".

** أي وجود صفات الجنسين في أي طفل سواءا كان ذكرا أو أنثى، وأتذكر هنا كتاب فرويد " ثلاثة مباحث في نظرية الجنس"، وربما سيكون من المفيد للقارى الإطلاع عليه لفهم مواضيع من مثل: الثنائية الجنسية.

الاختيارات، و ليست علاقته بالأنا قاصرة فقط على إتباع هذا القانون : "ينبغي عليك أن تكون كذا وكذا (مثل أبيك)"، و لكنها تشمل أيضا هذا التحريم: "لا يجب عليك أن تكون كذا و كذا (مثل أبيك)، أي لا يجب عليك أن تفعل كل يفعل، فهناك أشياء كثيرة تعتبر من حقوقه الخاصة ". (فرويد، س.، 1982، ص . 57). ويرى فرويد أن كبت عقدة أوديب ليس سهلا، لأن الطفل يدرك أن الوالدين وخاصة الأب يقفان عقبة في سبيل تحقيق رغباته الأوديبية، ولذلك يساهم الأنا للمساعدة في كبت هذه العقدة، و ذلك من خلال إقامة نفس هذا العائق في داخل الجانب النفسي للطفل.

ومن خلال ميكانزم التقمص يستدخل هذا التهديد الخارجي المرتبط بالعلاقة بالوالدين، والخوف من فقدان حبهما، و التهديد بالعقاب، فكل هذا يتحول إلى أنا أعلى من خلال سياقات التقمص. (Chemama, R., 1993, p.276)، و هكذا ينشأ الأنا الأعلى كما يقول فرويد : "نتيجة عاملين هامين جدا، أحدهما بيولوجي و الآخر عامل تاريخي، أي أنه يحدث نتيجة الفترة الطويلة التي يقضيها الإنسان في حالة ضعف واعتماد على الغير أثناء طفولته، و نتيجة عقدة أوديب " (فرويد، س.، 1982، ص.58) .

و هكذا أيضا يصبح الأنا الأعلى الوريث الشرعي لعقدة أوديب و الممثل الرسمي لكل ما هو سام في الطبيعة الإنسانية ، أو كما يقول فرويد: " نجيب على كل هؤلاء الذين شعروا بأن إحساسهم الخلقي قد صدم، والذين اعترضوا علينا قائلين بأنه لا شك من وجود طبيعة سامية في الإنسان، ونستطيع أن نقول : إن هذا صحيح جدا، وأن هذه الطبيعة السامية تتمثل في هذا الأنا المثالي أو الأنا الأعلى، وهو الذي يمثل علاقتنا بوالدينا، و قد عرفنا هذه الكائنات السامية حينما كنا أطفالا صغارا، و قد أعجبنا بها وخشيناها، ثم بعد ذلك تمثلناها في أنفسنا ". (فرويد. س.، 1982، ص.60).

إن الشروط الخاصة بنشأة الأنا الأعلى تكسبه صفات خاصة ، فكما يقول Bergeret,et al : " لا يتعلق الأمر هنا بتقمص شخصية الوالدين (أو أنا الوالدين) فمن المعروف أن: أنا أعلى قاسي قد يتكون (أو يبنى) انطلاقا من أب لطيف، فالتقمص يتم بالاعتماد على الأنا الأعلى للوالدين والذي يظهر من خلال تصرفاتهما التربوية، ومن جيل إلى جيل" (Bergeret, J., Becache, A., Boulanger, J. J., Cartier. J. P.,Dubor, P., Houser, M., et al, 2008 , P.60)

وعن ذلك أيضا يقول فرويد –في " الموجز في التحليل النفسي- : " لا يقتصر تأثير الوالدين – بطبيعة الحال – على طبيعة الوالدين فحسب، بل إن من خلالهما ليظهر التأثير

المتأصل للتقاليد العائلية و العنصرية و القومية، كما تدخل فيه مطالب البيئة الاجتماعية التي يمثلانها، و على النحو نفسه يتلقى الأنا الأعلى للطفل – إبان تطوره الفردي- إضافات جديدة من خلفاء الأبوين و من يقوم مقامهما في الأطوار اللاحقة كالمعلمين والشخصيات البارزة في الحياة العامة والمثل العليا الموقرة في المجتمع، و من البين أن الهو والأنا الأعلى – على تباينهما الأساسي- يتفقان في أنهما يمثلان الماضي، فالهو يمثل آثار الوراثة و يمثل الأنا الأعلى – في جوهره- ما أخذ عن الآخرين*."(فرويد. س.، 2000، ص.28).

في صياغة يمكن إعتبارها الأخيرة، يضطلع الأنا الأعلى بثلاث وظائف: وظيفة مراقبة الذات (Auto-Observation) من جهة، ومن جهة أخرى وظيفة الضمير الخلقي (Conscience Morale)، أو الرقابة (Censure)، وغالبا ما تكون هذه هي المقصودة خاصة عندما يستعمل مصطلح الأنا الأعلى بمعنى محدد. وأخيرا وظيفة إقامة المثل العليا (أو وظيفة مثالية –Une fonction d'idéal) والتي ينطبق عليها في وقتنا الراهن مصطلح مثالية الأنا (Idéal du moi)، والتفريق بين هاتين الوظيفتين الأخيرتين يظهر من خلال الفرق بين الشعور بالذنب والشعور بالنقص (أو بالدونية)، فالشعور بالذنب مرتبط بالضمير الأخلاقي، أما الشعور بالدونية فهو مرتبط مع وظيفة المثالية. وعلى مستوى الاصطلاح، فإذا كانت التعبيرات مثالية الأنا (Idéal de moi) والأنا الأعلى (Surmoi) عادة ما يتم ربطها بنفس النظام، فالاستعمال الاعتيادي يبدو أنه يعطي للتعبير: أنا مثالي (Moi Idéal) معنى مختلفا قليلا، فهو يرمز إلى تكوين بدائي جدا مشابه لـ: المثالي ذو القوة المطلقة الخاص بالنرجسية الأولية، أو على أي حال، الخاص بالنرجسية الطفلية. (Bergeret. J., Becache, A., Boulanger, J. J. Cartier, J. P. Dubor, P., Houser, M., et al, 2008, PP. 60-61)

2. 2. وجهة النظر الدينامية:

ينظر من هذه الناحية إلى الظواهر و العمليات النفسية على أنها ناتجة عن تركيب أو توفيق بين القوى المتعارضة أو المتصارعة فيما بينها، ولكي أشرح هذه الفكرة لا أدري من أين

* ينتقل فرويد في كثير من كتاباته من تطور الفرد إلى تطور النوع البشري بطريقة عجيبة تبدو لمن لم يقرأ بعض كتبه من مثل :" الطوطم و التابو" و "موسى و التوحيد" شكلا من أشكال التخريف الممنهج، و تبدو لمن يمتلك إلماما بنظريات فرويد في التحليل النفسي نوعا من أنواع العبقرية النادرة، و في سياق الحديث عن الأنا الأعلى يشير فرويد مثلا في "الأنا و الهو" إلى أن "الأنا " يقوم من خلال تكوين "الأنا الأعلى" بإستعادة جميع الآثار الباقية في الهو عن التطورات البيولوجية والتغيرات التي مر بها النوع الإنساني ثم يمر بها مرة أخرى في حياة كل فرد، ويضيف أيضا فرويد بأن كل من الدين والأخلاق والشعور الإجتماعي إنما كانت في الأصل شيئا واحدا، و أنها قد إكتسبت –تبعا للفرض الذي وضعه في كتاب " الطوطم و التابو"- عن عقدة الأب أثناء نشوء النوع الإنساني ... وعلى من أراد أن يتابع القصة إلى نهايتها – وربما ستكون بدايته- أن يطالع مؤلفات فرويد تلك.

أبدأ؟ وأول ما يخطر بالذهن حينما نقول: " الصراع بين القوى المتعارضة" هو المعطيات المرتبطة بنظرية الكبت، التي تفترض أنه هنالك دوافع في اللاشعور محتفظة بشحنتها الأصلية من الطاقة، وأنها تندفع نحو الشعور باستمرار من أجل تفريغ شحنتها تلك، وأنه هنالك قوة مضادة لها تمنعها من هدفها ذلك لأنها غير مقبولة في مجال الشعور* وأتذكر هنا أفكار فرويد - التي تعرضنا لبعضها في سياق حديثنا عن منظمة الهو- في كتابه "الأنا والهو" أين رأى أن الكبت يصدر عن الأنا حيث تمنع بعض الدوافع من الظهور في الشعور، وأين تحدث عن مفهومين لمعنى اللاشعور: مفهوم وصفي و مفهوم دينامي، ويشرح فرويد المفهوم الأول بالإشارة إلى أن العنصر النفسي (كالفكرة مثلا) لا يكون شعوريا دائما، فحالة الشعور تستمر لفترة قصيرة جدا، والفكرة التي تكون شعورية الآن لا تظل شعورية في اللحظة التالية بالرغم من أنها تستطيع أن تصبح شعورية مرة ثانية تحت شروط معينة، ويصف فرويد حالة الفكرة في الفترة الواقعة بين هاتين الوضعيتين بالقول أنها كانت "كامنة" ويرى أن القول "لا شعوري" بهذا المعنى يعادل القول "كامن ويستطيع أن يصبح شعوريا"، أما اللاشعور بالمعنى الدينامي -وهو المفهوم الفرويدي للاشعور- فيعني وجود عمليات عقلية أو أفكار قوية جدا تستطيع أن تحدث نفس الآثار التي تحدثها الأفكار العادية وذلك من موقعها اللاشعوري، أي أنها تؤثر في النشاط النفسي دون أن تصبح شعورية، والسبب في أن مثل هذه الأفكار لا يمكنها أن تصبح شعورية هو وجود قوى معينة تقاومها، ويسمي فرويد الحالة التي تكون فيها تلك الأفكار قبل أن تصبح شعورية بـ " الكبت"، ويرى أن القوة التي سببت الكبت وعملت على استمراره هي "المقاومة"، ويقول: "هذا القدر من الاستبصار في الديناميات النفسية لابد أن يترك أثرا في مصطلحاتنا وفي وصفنا، فما هو كامن ولا شعوري فقط بالمعنى الوصفي وليس بالمعنى الدينامي فإننا نسميه "قبلشعوريا"، أم لفظ اللاشعور فإنا نبقيه للمكبوت اللاشعوري بالمعنى الدينامي". (فرويد. س.، 1982، ص.28).

و اذن فاللاشعور بالمعنى الوصفي -كما رأينا- يطلق على العناصر النفسية الكامنة قبل الشعور، والتي تظهر بسهولة في الشعور تحت شروط مناسبة، أما اللاشعور بالمعنى الديناميكي فيتضمن العناصر النفسية المكبوتة، والتي تتلقى مقاومة كبيرة تمنعها من الظهور في الشعور، وبالرغم من ذلك فهي تستطيع أن تنشط وأن تؤثر من موقعها اللاشعوري، وعليه تعتمد دراسة العمليات النفسية من الناحية

* : وهل هذا هو ما تدعوه المؤلفات والبحوث في وقتنا الراهن بالصراع بين الرغبة والدفاع؟ لأنني قرأت كثيرا ولم أفهم سوى قليلا ،وربما هذا راجع للتجريد الكبير الذي غالبا ما تعالج به مثل هذه المواضيع والتي كان ينبغي أن تعالج بلغة تعبر عن واقع الأمور بدلا من اللغة المتكلفة والمجردة، التي تعتمد على أسلوب التزحلق فوق المصطلحات ، فالطريق إلى المعرفة ليس مفروشا دائما ببساط أحمر، كما أن الطريق إلى معرفة اللاشعور لا يكون غالبا مفروشا بالزهور، فمن أراد استكشاف المستور، عليه أن يتحمل ألم السير على الأشواك وهو مسرور.

الدينامية على فرضية وجود مجموعتين أو قوتين متصارعتين في داخل النفس، والصراع يحدث هنا بين القوى اللاشعورية التي تضغط من أجل التظاهر والتعبير عن نفسها في الشعور، والقوى المقاومة التي تمنعها من ذلك -أو بين الرغبة (désir) والدفاع (défense) حسب التعبير الشائع في المؤلفات وخاصة باللغة الفرنسية- وأعتقد أنني قد استنفذت هنا كل ما يمكنني قوله عن النظرة الدينامية من حيث كونها تنظر للظواهر النفسية على أنها نتيجة لصراع أو للعب القوى المتعارضة فيما بينها*. ويبدو أني سأتكفل من خلال عرض وجهة النظر هذه بتوضيح طبيعة هذه القوى، التي أراد فرويد منذ بداية أعماله أن يؤسس الصراع على التعارض القائم بينها، فهذه القوى – المنتجة للحياة ولجميع الظواهر النفسية- هي ذات أصل غريزي -حسب رأي فرويد- حيث يعتمد عرض وجهة النظر الدينامية أساسا على مصطلح الغريزة، وهي تلك العملية الدينامية، الحركية، اللاشعورية التي تعتمد على الاندفاع... وأشعر هنا وكأنه هنالك قوى من نوع ما... مغناطيسية أو جاذبية تجذبنا للأسفل وتدفع بنا للدوران حول معاني مصطلح الغريزة، ولنفسح المجال إذن لأنفسنا لنقفز -كما يقفز رائد الفضاء حينما تنعدم الجاذبية- فوق كوكب الغريزة.

ولنبدأ بالتعرف على مصطلح "الغريزة" ** في التحليل النفسي، حيث يقول حسين عبد القادر في "التحليل النفسي: ماضيه ومستقبله": "لقد استعمل فرويد كلمتين ألمانيتين للغريزة، أولاهما تتصل بالمعنى الغائي لها عند الحيوان الذي يتعرف الأخطار بشكل غريزي، فالكلمة الألمانية التي ساقها في هذه الحالة هي (instinkt)، لكن الاستخدام الآخر لديه كان للكلمة الألمانية (trieb) والتي تعني قوة الدفعة التي تحرك النشاط الذي تبعثه للإشباع، وللموضوع الذي يحقق الإشباع معا. وكان مقصد فرويد في معناها الغائي الحيواني (...) ونحسب في ضوء هذا المعنى أن الترجمة الإنجليزية لمصطلح (trieb) بغريزة (Instinct) قد جانبها الصواب، وبالمثل فإن ترجمتها (بنزوة) في العربية كما هو شائع في عديد

---

* : والشائع في كل المؤلفات -حسب قراءاتي- أن الصراع يبنى على أساس التعارض بين الغرائز، وهذا ما حاوله فرويد بنفسه من خلال عرضه لنظرية الغرائز: الأولى والثانية، وفي مستوى أكثر نضجا من نظرية التحليل النفسي بالإمكان بناء الصراع أيضا على أساس التعارض الدينامي بين مختلف أنظمة الجهاز النفسي وبينها وبين العالم الخارجي حيث يدير "الأنا" الصراع بين "الهو" و "الأنا الأعلى" و " العالم الخارجي".

** : والذي غالبا ما يساء فهمه من طرف الكثيرين، فقد تناقشت مع عدد من النفسانيين الأكاديميين الذين يعتبرون نظرية التحليل النفسي على أنها نظرية في "الجنس" وربما تتظاهر في شعورهم إثر اعتقادهم هذا مجموعة من التصورات المنبوذة من طرف الشعور أثناء ذكر مصطلح "الغريزة الجنسية"، وربما هذا هو أيضا ما يدعو لنبذ هذه التصورات والأفكار المشحونة من ساحة الشعور ولقمعها أو حتى كبتها، ومن ثم تبنى أفكارهم وتدخلاتهم على مقاومة نظرية التحليل النفسي (وأفكارها الجنسية التي تبنى عليها سلوكات الإنسان و شخصيته)، ويحاولون بعد ذلك البحث عن أفكار مضادة لها في نظريات أخرى (ربما أسهل وأقرب إلى ثقافتهم من التحليل النفسي)، وهم واثقون من دون معرفة بمعاني مصطلحات هذه النظرية وبمبادئها وتطبيقاتها أنها خاطئة وأصبحت في خبر كان، لأن العلم، وخاصة علم الأعصاب والفسيولوجيا قد أثبتا عدم صحتها، وفرويد في نظرهم هو شخص متلاعب ويشبه مسيلمة الكذاب، ونظريته ضد مبادئ الدين وضد ثقافة المجتمعات العربية -وهي ثقافة جماعية- ولا تصلح للتطبيق على الفرد العربي، والأدهى من ذلك أن المدرسة الفرانكفوية تعتمد كثيرا على نظرية التحليل النفسي، وفرنسا العدو التاريخي للجزائر غير مرغوب في ثقافتها من قبل الوطنيين الأحرار الذين أرادوا أن يبنوا الجزائر على مبادئ الإسلام واللغة العربية، والذين ينظرون للجزائريين الفرانكفونيين -كما يسمونهم – على أنهم من بقايا الاستعمار، وكأن الصراع هنا ينتقل من داخل الفرد إلى داخل المجتمع ويتخذ شكلا مرتبطا بالهوية ومقاومة التفسخ...الخ. والعلم غير معني بهذه الصراعات الثقافية والتاريخية، فالمعيار الذي يعتمده هو كونه يدعوا آراء النظرية لأن تثبت صحتها من خلال اختبارها في الواقع. ولهذا فعلينا على الأقل نحن الباحثون أن نعتمد على هذا المعيار، وأن نحلل مقاوماتنا الذاتية لكي لا تكون قراءاتنا موجهة بفكر مسبق، وعندئذ فقط ستتضح لنا الصورة، وسنحصل على فهم واضح لنظرية تطغى فيها الذاتية على الموضوعية لأنها تسعى لفهم الإنسان في حالات شفائه ومرضه من خلال دراسته من طرف انسان آخر.

من تراجم المشرق العربي لفرويد لهو أمر يبعد بالمصطلح عن معناه وبخاصة أن ترجمته كما جاءت في الفرنسية إنما هي (pulsion) أي دفعة" (عبد القادر، والنابلسي، 2002، ص ص. 229-230).

وأعتقد أني لست معنيا هنا بالدخول في حرب الألفاظ، فأنا لست معتادا على التلاعب بالألفاظ، كما أني معتاد على التفكير بالمصطلح الألماني الذي ساقه فرويد (trieb) من خلال الاصطلاح الفرنسي (pulsion) والذي يعني بالعربية اندفاع أو (دفعة غريزية). وسأوجه جهدي لتوضيح هذا المعنى هنا كما يلي: يتعرض الكائن الحي (والإنسان طبعا) لنوعين من الاستثارة، استثارة خارجية، مؤقتة، متقطعة يمكن تفاديها بالخروج أو بالهرب من مجال التنبيه. وأخرى داخلية تمارس ضغطا متصلا، وتفرض على الكائن الحي القيام بأفعال مناسبة من أجل تفاديها والهرب منها، أو إشباعها مؤقتا، ويطلق على هذا النوع الثاني من الاستثارة الداخلية اسم "الدفعات الغريزية" -أو الحاجات أحيانا- وتقع الدفعة (أو الدفعات) الغريزية -حسب تصور فرويد- على الحدود الفاصلة بين الجسم والنفس، حيث تعبر نفسيا عن التنبيه الصادر من داخل الجسم وأعضائه *، يقول فرويد في "ثلاث مباحث في نظرية الجنس": "نعني بـ (الغريزة) الممثل النفسي لمصدر متواصل التنبيه من داخل الجسم نميز بينه وبين التنبيه الخارجي والمتقطع، تحتل الغريزة موقعها إذن عند الحد الفاصل بين المضمارين النفسي والجسمي" (فرويد،س.، 1983، ص. 43). فالدفعة الغريزية :"كمفهوم على الحدود الفاصلة بين النفسي والجسمي كتمثل نفسي للمثيرات الصادرة عن الكائن العضوي تمتد في النفس مقياسا للمطلب المفروض عليها للعمل كنتيجة لاتصالها بالجسم" ** (عبد القادر، والنابلسي، 2002، ص 230) .بحكم ذلك وبفعل ذلك هي ظاهرة دينامية متحركة وليست شيئا جامدا متوقفا كما يدل على ذلك رأي bergeret ,et al حيث يقولون: " يمكن أن نلاحظ أن التعبير مطلب (أو حاجة) للعمل مفروض على النفس *** exigence de travail "

---

* : أعني بأن الدفعة هي التي تعبر نفسيا عن التنبيه الصادر من داخل الجسم بأنها هي: " الممثل النفسي لتنبيهات الجسم الداخلية"، وأعني بالممثل النفسي هنا المصطلح الفرنسي (représentant)، وقد ترجمت سابقا- أثناء التعرض لمنظمة اللاشعور- هذه العبارة "représentant de ces pulsion" بـ: "التمثلات الفكرية لهذه الدوافع الغريزية"، وقد أشرت في الهامش أنه من المناسب ترجمة (représentant) بـ"الممثل النفسي للغريزة"، وذلك لأن هذا المصطلح يحتوي كلا من التمثل (représentation)، والشحنة العاطفية (la charge affective) المرتبطة به -حسب ما هو شائع وحسب آراء أغلب المؤلفين - واحتفظت منذ ذلك الحين بمعادلة صغتها في رأسي على النحو التالي:
"représentant = représentation+ charge affective" أو "الممثل النفسي للغريزة= التمثل+ الشحنة العاطفية (أو الانفعالية)". وأعتقد أن هذه الأفكار مفيدة هنا في توضيح مصطلح الغريزية الغامض في أذهاننا.

**: أشير هنا إلى أن هذه الفقرة من إنتاج فرويد في مقالته عن " الدوافع الغريزية وتقلباتها"، وقد اقتبستها من كتاب "التحليل النفسي: ماضيه ومستقبله" لعبد القادر والنابلسي، حيث اقتبسها عبد القادر حسين وترجمها بدوره من الطبعة الانجليزية للمقالة المعنونة بـ: instinct and their vicisstudes ،وذلك لأنني لم أتمكن من تجسيد ترجمة عربية مناسبة لهذه الفقرة من الفرنسية، وأيضا بدت لي ترجمة الدكتور عبد القادر حسين غريبة وغير مفهومة، ولهذا ومن أجل تحقيق فهم أفضل- سأوردها بالفرنسية كما اقتبسها Bergeret,et al- من الطبعة الفرنسية للمقالة (les pulsions et leurs destins) -كما يلي:

"Un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence du travail qui est imposé au psychisme en conséquence de sa Liaison au corporel."

***: أي مطالبة النفس بالقيام بنشاط معين كنتيجة لاتصالها بالجسم، مثل المطالبة التي يتعرض لها الأب من قبل أبنائه الصغار أو زوجته الذين ليس لديهم معيل غيره. فهو مطالب ومضطر للقيام بعمل ما من أجل سد حاجياتهم بحكم علاقتهم به، ومن أجل ذلك فهو يتحرك ويقوم بنشاط فكري، حركي ...الخ.

imposée au psychisme متناسق مع مفهوم الاندفاع (poussée) المتواجد داخل كلمة الدفعة (pulsion) في حد ذاتها". (Bergeret. J., Becache, A., Boulanger, J. J., Cartier, J. P., Dubor. P., Houser, M., et al, 2008, p. 66)

في هذا السياق، وفي هذا المعنى يمكن فهم الدفعة الغريزية وتصورها من خلال أربع خصائص أساسية تتميز بها وهي: الاندفاع، الهدف، المصدر والموضوع.

يعبر الاندفاع (poussée) عن الجانب الدينامي، الحركي في الغريزة، ذلك أنها في حالة حركة دائمة بسبب قوة الضغط الدافعة لها، فقوة الضغط الدافعة هذه والتي نعبر عنها بـــ" الاندفاع" هي جوهر الدفعة الغريزية، والدفعة الغريزية في جوهرها هي كتلة من النشاط والحركة، وهذا يعني أنها تحمل في طياتها شحنة، والهدف (but) إذن هو تفريغ هذه الشحنة، ويقول Bergeret ,et al : "هذا الهدف هو دائما اختفاء الضغط الناشئ خصوصا من خلال تظاهر الدفعة الغريزية، ويحدث هذا الاختفاء من خلال التفريغ (décharge)، أي من خلال تصريف الطاقة المتظاهرة إلى خارج النظام، وهذا التفريغ إذن هو إشباع (أو إرضاء) الدفعة الغريزية (la satisfaction de la pulsion)، ولكن هذه هي الطريقة الأكثر عموما والأكثر تشددا في فهم هدف الدفعة الغريزية، فهذا المصطلح من شأنه أن يصف أيضا الوسائل والميكانيزمات التي تسمح ببلوغ هذا الهدف النهائي، وهكذا فهدف دفعة غريزية شبقية فمية قد يكون الامتصاص (la succion) أو الاستدماج (l’incorporation)، أو هدف الدفعة الغريزية الجنسية التناسلية هو الجماع (le coit)" (Bergeret. J., Becache, A., Boulanger, J. J., Cartier, J. P., Dobor, P, Houser, M., et al, 2008, p.66)

والآن إذا ما تساءلنا من أين يأتي هذا الضغط الذي يتطلب التفريغ أو الإشباع فنحن هنا بصدد الحديث عن المصدر (source)، ويعبر مصطلح "مصدر الدفعة الغريزية" -حسب رأي (Bergeret ,et al,2008)- عن معنيين، معنى موقعي ومعنى سببي، ذلك أنه يصف في نفس الوقت عملية جسمية تحرض على المستوى النفسي حالة ضغط، استثارة، وأيضا منطقة الجسم التي تجري فيها هذه العملية.

أخيرا يعني "الموضوع" (objet) بكلمات فرويد الشهيرة: "في ماذا، أو من خلال ماذا يمكن للغريزة أن تحقق هدفها"، ويضيفBergeret ,et al عبارة فرويد التالية: "وهو أكثر شيء متغير (أو متقلب) في الدفعة الغريزية، فهو غير مرتبط بها في الأصل"* ، ويقولون: " المعنى التحليلي النفسي لمصطلح الموضوع متفرع طبعا عن المعنى الكلاسيكي، أي معرف بكونه ما هو مترابط مع الشخص (أو

* : "il est ce qu’il y a de plus variable dans la pulsion, il ne lui est pas originairement lié"

مع أناه) في علاقة معينة، ونخص بالذكر أنه قد يتعلق الأمر بشخص، ولكن أيضا بموضوع جزئي كثدي الأم مثلا، وقد يكون ينتمي للعالم الحقيقي أو للهوام، وأيضا قد يكون خارجيا بالنسبة للفرد أو داخليا كما هو الحال في النرجسية (...) حيث يصبح الأنا موضوع حب بالنسبة للهو". (Bergeret. J., Beache, A., Boulanger. J. J., Cartier, J. P., Dubor.P., Houser, M. et al, 2008, p.67)

والآن بعدما تعرفنا على العناصر (أو الخصائص) الأساسية التي يتم من خلالها تصور الدفعة الغريزية، أعتقد أن الطريق أصبح مفتوحا أمامنا، ويجدر بنا التقدم خطوة للأمام من أجل الحصول على رؤية واضحة للصياغة النظرية التي قدمها فرويد لموضوع "الدفعة الغريزية !"، ويبدو أن علامة التعجب هذه التي وضعتها أمام مصطلح "دفعة غريزية" لها معنى مفاده أنه ليس هنالك دفعة واحدة، بل دفعات متعددة، وهذا يعني أيضا أنها قد تكون متعاونة أو متعارضة، متحدة أو منفصلة، كما أنه يمكن أيضا رد مجموعة من الدفعات الغريزية المتعددة هذه إلى دفعة غريزية واحدة أساسية، وهذه هي الفكرة الرئيسية التي بنيت عليها نظرية التحليل النفسي. وأقصد بها هنا فكرة "الثنائية" (dualité)، ومفادها أن هذه الدفعات الغريزية تجتمع في غريزتين أساسيتين في نهاية المطاف تتواجهان، بل وتتصارعان، وأن الحياة نفسها بهذا المعنى هي نتيجة للتعارض الدينامي بينهما، وإذا ما أردنا العمل بفكرة "الثنائية" هذه لتتبع مراحل تطور الصياغة النظرية لموضوع "الدفعات الغريزية" في رأس فرويد، فإننا سنميز بين مرحلتين أساسيتين (تسميان في وقتنا الراهن بالنظرية الأولى، والنظرية الثانية للدفعات الغريزية) ،وتشتمل الأولى على المقابلة بين دفعات الغرائز الجنسية (حفظ النوع) ودفعات غرائز الأنا (حفظ الذات)، بينما تقابل الثانية بين دفعات غرائز الحياة و الموت، وتفصل بينهما مرحلة مهمة تتمثل في إدخال مصطلح النرجسية والمقابلة بين حب الذات وحب الغير. ولنتطرق إذن لتفاصيل هذا كله كما يلي:

- المرحلة الأولى: دفعات الغرائز الجنسية في مقابل دفعات غرائز الأنا

يقول فرويد في سياق حديثه عن نظرية الليبيدو في كتابه "ثلاث مباحث في نظرية الجنس": "إن الفرضية القائلة أن للتهيج الجنسي أساسا كيميائيا تتفق على أكمل وجه مع التصورات التي كوناها لأنفسنا لنستعين بها على فهم التظاهرات النفسية للحياة الجنسية والسيطرة عليها، وقد أخذنا بمفهوم لليبيدو يجعل منه قوة متغيرة كميا تتيح لنا أن نقيس السيرورات والتغيرات في مجال التهييج الجنسي، نحن نميز الليبيدو من الطاقة التي ينبغي أن نفترض وجودها في أساس جميع السيرورات النفسية بوجه عام، و التمييز الذي نجريه يطابق أصول الليبيدو الخاصة، إذ نعزو إلى هذا الأخير فضلا عن طابعه الكمي طابعا كيفيا، وحين نميز بين طاقة الليبيدو بين كل طاقة نفسية أخرى نفترض أن السيرورات الجنسية في العضوية تتميز عن وظائف التغذية بكيمياوية خاصة، وقد بين لنا تحليل الانحرافات والأعصبة النفسية أن هذا

التهيج الجنسي لا ينبع فقط من الأجزاء التي تسمى بالتناسلية، بل كذلك من سائر الأعضاء". (فرويد. س، 1983، ص 90)، قد تبدو كلمات فرويد هذه لأول وهلة غامضة أو غير مفهومة، وخاصة لمن لا يمتلك معرفة بالتحليل النفسي، وأؤكد للقارئ هنا أننا لو تتبعنا أبعادها في أعماق نظرية التحليل النفسي الفرويدي لتطلب منا ذلك عددا كبيرا من الصفحات لشرحها، ذلك أن فرويد أمضى فترة طويلة قبل أن يتمكن من إعطاء تعريف واضح ومحدد لمصطلح الدفعة الغريزية، حيث عرفها بوضوح عام 1905 في كتابه "ثلاث مباحث في نظرية الجنس" أين اعتبرها -كما سبق وأشرنا- ممثلا نفسيا لتنبيه قادم من داخل الجسم، ورسم موقعها على الحدود الفاصلة بين النفس والجسم، و الليبيدو بهذا المعنى هي القوة أو الطاقة التي تعبر نفسيا عن تظاهرات الدفعات الغريزية "الجنسية"، فمصطلح الليبيدو إذن يصف لدى فرويد: "طاقة نفسية خاصة وفقط بالغرائز الجنسية"، أو كما قال هو بنفسه: "نميز الليبيدو من الطاقة التي ينبغي أن نفترض وجودها في أساس جميع السيرورات النفسية بوجه عام"، وهذه الخاصية الأخيرة التي منحها فرويد لمصطلح الليبيدو أي كونه يعبر-وأعتذر عن التكرار المتعمد هنا- عن طاقة نفسية ذات طبيعة جنسية" كانت محل خلاف بينه وبين يونج الذي كان يستعمل المصطلح للدلالة على "طاقة نفسية غير خاصة تتظاهر في كل الدفعات الغريزية سواء كانت جنسية أو غير جنسية" وقد اعترض فرويد على هذا الاستعمال لأننا (أو لأنه) كما قال هو بنفسه: "نضحي بكل ما أكسبتنا إياه المشاهدات التحليلية النفسية حتى الآن إن طمسنا مع ك.غ يونغ معالم مفهوم الليبيدو فرأينا فيه معادلا للطاقة النفسية بوجه عام" (فرويد، س، 1983، ص ص. 91- 92)، وحينما يقول فرويد "ما أكسبتنا إياه المشاهدات التحليلية النفسية" فلا ينبغي علينا أن نعتقد أنه كان يمازح يونغ...، ذلك أنه كان يعمل قبل ذلك ومنذ فترة طويلة على فهم طبيعة القوى التي تدفع الإنسان للحياة، كما كان يعمل أيضا على فهم القوى التي تعطي للعرض العصابي القوة لكي يتكون، وقد شك – منذ محاولاته الأولى- أن هذه القوى هي نفسها وأن تحولها هو ما يحرض الأعراض، وحاول إذن في تلك الفترة أن يمايز بين مجموعتين من هذه القوى سماهما: " الطاقة الجنسية الجسمية و الطاقة الجنسية النفسية ، وقد صاغ أيضا مصطلح الليبيدو، ليتجه اهتمامه بعد ذلك أكثر نحو نظريات الهوام والكبت، واكتشف تكوينات اللاشعور، وفي سنة 1905 مع الاستكشاف المستوفي لـ الـ "كيف" المتعلق بالعصاب، عاد للسؤال الأساسي الذي طرحه من قبل والمرتبط بـ الـ"لماذا"، أي المرتبط بالطاقات المستعملة في السياقات العصابية، والمشكل بالضبط هنا يكمن في أن ميكانزمات تكوين السياقات العصابية تخفي طبيعة القوى التي ترتكز عليها، وبالتالي من أجل الولوج إلى ذكاء هذه الأخيرة كان فرويد مجبرا على أن يتبع طريقا ملتويا، حيث يتعلق الأمر بمجالين- خمنهما- يسمحان بالملاحظة في فضاء مفتوح، أي بتحرر كاف من الكبت للعب الدفعات الغريزية هذا، الذي يكون محرك الأعصبة ومحرك الإنسان، وهذان المجالان هما على التوالي: مجال الانحرافات- أين نادرا ما يكون الكبت فعالا- ومجال الأطفال (...) قبل أن يحدث الكبت بشكل كبير" .(Chemama, R., 1993, P.231). وهكذا

وبعدما درس فرويد الانحرافات الجنسية، والأعراض العصابية التي تمثل نقلا أو بديلا لإشباع رغبات جنسية غالبا غير سوية، ذهب إلى أبعد من ذلك حينما اعتبر أن الطفل يعرض في حياته الجنسية استعدادا للانحراف متعدد الأشكال، وقد مكنه التحليل النفسي من توسيع مصطلح الجنس ليشمل جنسية غير سوية (أو منحرفة) تتظاهر بشكل واضح في شعور المنحرفين، وتنقل وتستبدل هذه الغرائز "المنحرفة" بسبب الكبت -والمقاومة- لدى العصابيين، كما ينبغي لها أن تخضع لدى الطفل لضروب من الكف والكبت والتسامي...الخ أثناء نموه،بل ذهب فرويد إلى أبعد وأبعد من ذلك حينما منح صفة "الجنسية" لأنشطة لم يكن يخطر ببال أحد أنها كذلك -كالمص مثلا والنشاط الفمي للرضيع- وقال بوجود جنسية طفلية، وغرائز جزئية، ومناطق شبقية...الخ. كما وصف مراحل لانتظام الطاقة الليبيدية وتطورها عبر الحياة...الخ. إذن ففرويد لا يمازح يونغ، ولا يمازحنا حينما يقول: "بين تحليل الانحرافات والأعصبة النفسية أن هذا التهييج الجنسي لا ينبع فقط من الأجزاء التي تسمى بالتناسلية بل كذلك من سائر الأعضاء"* .

ومن هنا نربط قوله هذا من أجل الدخول مباشرة في موضوعنا الحالي بالذي سبقه أين قال: "حين نميز بين طاقة الليبيدو و بين كل طاقة نفسية أخرى نفترض أن السيرورات الجنسية في العضوية تتميز عن وظائف التغذية بكيمياوية خاصة".

إذن افترض فرويد في بداية صياغته لموضوع الدفعات الغريزية أن "السيرورات الجنسية في العضوية تتميز عن وظائف التغذية بكيمياوية خاصة"، واعتمد المبدأ الذي قال به الشاعر ومحتواه هو: المقابلة بين الجوع والحب" ،أي أننا يمكننا أن نصنف في إطار الجوع أو الحب كل الغرائز التي تختلج بأنفسنا، وقسم فرويد إذن الدفعات الغريزية إلى مجموعتين: الدفعات الغريزية الجنسية والتي تهدف إلى

* : ولكي يعرف القارئ كيف يمكن أن تكون بعض مناطق الجسم (التي تسمى عادة بالمناطق الشبقية) مصادرا للتهييج الجنسي و للدفعات الغريزية الجنسية حيث يتوقف مجمل النمو النفسي الجنسي (أو نمو الشخصية) على الدفعات الصادرة منها والسيرورات التي تجري على مستواها أو أهدافها وعلاقاتها بالموضوعات...الخ. إذا أراد القارئ التعرف على كل ذلك فعليه التوجه لدراسة أو مراجعة وجهة النظر النشوئية أو التكوينية (génétique)، كما بإمكانه مراجعة الصيغة التي وضعها فرويد بنفسه بالإضافة للعديد من الصيغ التي عرضها علماء محللون من أمثال كارل أبراهام، ميلاني كلاين...الخ، وتمتلئ صفحات الكتب التي تتناول التحليل النفسي والكتب التي تدرس النمو النفسي للطفل (أو نمو شخصيته) بمثل هذه المواضيع ،وأنصح القارئ أن لا يضيع وقته في القراءات المجردة أو التعابير الغامضة المبهمة. لأن المؤلفين في مثل تلك الحالات لم يرتقوا بعد إلى مستوى يمكنهم من الشرح ربما لأنهم لم يفهموا التحليل النفسي بالقدر الذي يسمح لهم بتصور مفاهيمه والتعبير عنها وإيصالها لعقول الآخرين، وبدلا من ذلك عليه توجيه جهوده للحصول على معلومات تسمح له بتكوين تصور محدد وواضح للمفاهيم بالرغم من أن ذلك يتطلب خلفية نظرية عن التحليل النفسي وتطبيقاته بشكل عام، وتتواجد مثل هذه المعلومات في كتب من مثل: " psychologie pathologique : théorique et clinique"(et, Bergeret al,2008). حيث نجد مثلا فصله الأول المعنون بـــ (Aspect génétique) مخصصا لدراسة جوانب النمو النفسي الجنسي بأفكار يطرحها علماء لهم آراؤهم الخاصة في علم النفس المرضي. وهذا الكتاب متاح مجانا على الأنترنت "ويكفي إدخال اسمه على محرك بحث كـــ "google" للحصول عليه-، وإلى هنا أكون قد أعفيت نفسي من الالتزام السابق الذي أشرت إليه في أحد الهوامش أثناء شرحي لأبعاد الميتاسيكولوجيا ومفاده أننا سنتطرق لوجهة النظر النشوئية أو التكوينية هذه، وعلى القارئ إذن أن يعتمد على نفسه أحيانا وأن يبذل جهوده الخاصة للحصول على المعرفة ومحاولة فهمها، وأكتفي هنا بالإشارة إلى أن فرويد قسم مراحل النمو النفسي لليبيدو حسب طريقتين لتنظيم الليبيدو، ومن المعلوم أن هذه المراحل هي درجات لتنظيم الليبيدو أثناء تقدم النمو، كما أن هذا التنظيم ينظر إليه من زاوية المناطق الشبقية ومن زاوية العلاقة بالموضوعات، وبالتالي فطريقتا التنظيم هما: التنظيم القبلتناسلي (ويحتوي المرحلتين الفمية والشرجية)، والتنظيم التناسلي، ليأتي كارل أبراهام ويقسم كل من المرحلتين الفمية والشرجية إلى تحت مراحل باكرة ومتأخرة، وتأتي ميلاني كلاين لتدلو بدلوها هي الأخرى وتتحدث عن وضعيات، ويأتي ريني سبيتز هو الآخر ليتحدث عن "منظمات" وهكذا...الخ.

الاحتفاظ بالنوع، أي إلى بقاء النوع البشري * ، ودفعات غرائز الأنا التي تهدف إلى الاحتفاظ بالفرد -أي بقاء الفرد واستمراره في الحياة- وينشأ التعارض بين المجموعتين إثر ما تجلبه الاندفاعات الغريزية الجنسية من تهديد لحياة الفرد ولأمنه أثناء تعامله مع واقعه الفيزيقي والاجتماعي. إلا أن هذا التعارض لا ينشأ إلا فيما بعد، ففي بداية الحياة لا تكون الدفعتان متعارضتان بل العكس حيث تنشأ بالاعتماد على بعضها البعض حسب النموذج المعروف بــ "الدعم" (étayage) لأنها تشترك في كل من المصدر البدني والموضوع أثناء بداية الحياة. وها هو مثال جيد للتدليل على ذلك "يقوم الرضيع في بداية حياته بعملية "المص" من أجل امتصاص الغذاء من ثدي أمه أو بديله-وذلك من أجل اشباع حاجته للغذاء -أي الجوع-، إلا أنه بعد ذلك يعاود فعل المص هذا حتى في غياب الجوع، وهذا يعني أن فعل المص أصبح يستثير لذة في حد ذاته، وأن الرضيع أصبح يبحث عن هذه اللذة "الليبيدية": من خلال المص في حد ذاته، وهكذا يستند الإشباع الليبيدي في البداية على حاجة فيزيولوجية -أي التغذية- وينفصل عنها فيما بعد حينما يكتشف الرضيع أن استثارة الفم والشفتان تحقق لذة في حد ذاتها حتى ولو لم يكن هنالك غذاء، ويصدق هذا القول المرتبط بالوظيفة الجسمية المتعلقة بالتغذية على كل المناطق والوظائف الجسمية الأخرى التي تلعب دورها في أثناء النمو النفسي الجنسي (ويبدو هنا أن وجهة النظر الدينامية لها علاقة مباشرة مع وجهة النظر النشوئية التي تحدثت عن ضرورة مراجعتها منذ قليل في الهامش). إذن تنفصل الدفعتان الغريزيتان بحيث يكون موضوعها في البداية خارجيا (وهو ثدي الأم في المرحلة الفمية، وهو أيضا موضوع جزئي يساهم في إشباع دفعة غريزية جزئية) ولكن الدفعة الغريزية الجنسية بعدما يحدث هذا الانفصال يصبح يمكن لها أن تشبع من خلال موضوع شبقي ذاتي (كأن يمص الطفل إصبعه) ومن هنا أيضا تتعارض الدفعتان لأن دفعات غرائز الأنا التي تسعى لحفظ الذات لابد لها من أن تحترم الواقع (مبدأ الواقع) فهو الضامن الوحيد لاستمرار حياة الفرد (فالرضيع مثلا لكي يشبع جوعه ينبغي له أن يحصل على الغذاء من ثدي أمه أي أن التغيير ينبغي أن يأتي من العالم الخارجي) كما أن دفعات الأنا هذه ومن أجل حفاظها على حياة الفرد ينبغي عليها أيضا أن تقوم بكبت الدفعات الغريزية الجنسية التي تتعارض مع الواقع لأنها تخضع لمبدأ اللذة حيث تهدف دائما إلى الإشباع وخفض التوتر بأي ثمن، ليس فقط بطريقة شبقية ذاتية بل حتى على مستوى الهوام (وسنتطرق لمبادئ اللذة والواقع وغيرها من مبادئ التوظيف النفسية فيما بعد من خلال عرضنا لوجهة النظر الاقتصادية).

إذا ما نظرنا بهدوء إلى هذه الأفكار فسنجد أنفسنا أمام مجموعة من المعادلات: تبدأ الدفعتان بالاعتماد على بعضها البعض، تتجهان في البداية لموضوع خارجي (ثدي الأم مثلا في المرحلة الفمية)

---

* : ونحن نعرف جميعا الكيفية التي يولد بها الطفل... ذلك أن الغرائز الجنسية إذا ما قدر لها أن تتحد لخدمة أهداف تناسلية وأن تتجه لموضوع جنسي سوي (الرجل موضوعه المرأة والعكس) فستكون نتيجة ذلك إنتاج إنسان جديد يحمل صفات أبويه، ومحمل بـــADN يمرره بعد ذلك لأبنائه وهكذا يستمر النوع البشري في البقاء.

،تنفصل الدفعة الليبيدية لتصبح تتجه لموضوع داخلي- أي شبقي ذاتي- ،تبقى دفعات غرائز الأنا -التي تقوم بحفظ الذات- تحترم معطيات الواقع الخارجي وتسعى في خلال قيامها بدورها للتعلق بموضوعات تنتمي للعالم الخارجي، تصر الدفعات الليبيدية على الإشباع وعلى تفريغ شحنتها -أي على الحصول على اللذة التي تحدث من خلال التفريغ- بغض النظر عن معطيات الواقع، ويتحقق لها ذلك ليس فقط من خلال موضوعات تنتمي للعالم الخارجي، بل من خلال موضوعات تنتمي للطفل ولبدنه كأن يمص الطفل إصبعه لإشباع دفعة غريزية جزئية فمية -أي لإستجلاب لذة شبقية ذاتية فمية أو لإستجلاب لذة تسمى بـ "لذة العضو"- ،تتعارض الدفعتان لأن طلب اللذة بغض النظر عن معطيات الواقع قد يعرض الشخص لخطر أو لتهديد يمس حياته وبقاءه واستمراره الصراع والتعارض القائم بين هاتين الدفعتين الغريزتين.

وقد كانت الأمور تبدو بسيطة إذا ما نظرنا لها بتلك الطريقة، دفعتان غريزيتان، حفظ الذات وحفظ النوع، مبدآن: الواقع واللذة، إشباع شبقي ذاتي وإشباع موضوعي (أي يتم من خلال موضوعات تنتمي للعالم الخارجي) ، إلا أن فرويد أدخل فيما بعد مفهوما قلب نظرته هذه للغرائز رأسا على عقب، إنه مفهوم "النرجسية" الذي يعني استثمار الأنا بالليبيدو، ومعنى ذلك أن دفعات الغرائز الجنسية لا تتجه فقط لموضوعات خارجية أو لموضوعات شبقية ذاتية فهنالك مرحلة لا تصبح فيها المناطق الشبقية هي المستثمرة ليبيديا وإنما الشخص في كليته (الأنا-البدن) هو المستثمر، وهذا يعني أيضا أن دفعات غرائز الأنا (أو المحافظة على الذات) مشبعة بالليبيدو، وأن الدفعات الغريزية الجنسية مستثمرة أيضا في دفعات غرائز الأنا. وكأن فرويد كان يحاول أن يقول لنا -وأنا أعبر هنا بكلماتي وليس بكلمات فرويد عما فهمته-: "إن كان الشخص يحافظ على ذاته، فهذا يعني أيضا أنه يحب ذاته"، ومن هنا لم يعد للتقابل الذي قال به فرويد بين دفعات غرائز الأنا والدفعات الليبيدية أي وجود.

ويبدو أننا لا ينبغي أن نمر هنا على مصطلح "النرجسية" مرور الكرام...على موائد اللئام... وربما مرور الكرام و اللئام على موائد لا يستطيعون الجلوس إليها لتعذر ذلك عليهم وليس بسبب عدم رغبتهم في الجلوس*، فقد أدى إدخال فرويد لمصطلح "النرجسية" ليس فقط لإعادة صياغة نظريته عن الدفعات الغريزية، بل أيضا لإعادة صياغة نظريته الموقعية. ولنلتفت الآن بذاكرتنا إلى مناقشتنا السابقة لميكانزم نشأة كل من الأنا والأنا الأعلى -أثناء معالجتنا لنظام الأنا الأعلى في سياق حديثنا عن الموقعية الثانية- أين تحدثنا عن ميكانزم التقمص كميكانزم أساسي لنشأة كلا النظامين كما رأينا -من خلال مناقشتنا تلك- كيف تغير الدفعات الليبيدية اتجاهها حيث تصبح تتجه لأنا الشخص بعدما كانت تتجه لموضوع حب

* : ولاشك أن المختصين في الإسقاطيات والتحليل النفسي يدركون مدى صعوبة التعرض لمصطلح " النرجسية" (طبعا خارج القول بوجود نرجسية اولية وثانوية، أو أخذ هذا المصطلح في سياقه المرضي والقول مثلا بـــ قلق الهجر أو سمات الشخصية النرجسية...الخ). هذا المصطلح الذي يستعمله زملاؤنا للقول بأنه يصف: "حب الذات"... هكذا دون مقدمات... ، وأنا أعتقد -على عكس زملائنا هؤلاء- أن هذا المصطلح يتطلب نوعا من التأمل النظري بهدف معرفة موقعه ودوره في الحياة النفسية.

خارجي بعدما ينفصل الشخص عن الموضوع، حيث يقوم الأنا في هذه الحالة بتمثل صفات الموضوع في داخله، كما رأينا أيضا كيف ينتج عن اتجاه العدوانية للأنا إصابة الشخص بالميلانخوليا -حسب آراء فرويد- واستنتجنا أن الشحنة الليبيدية -المتواجدة أصلا في الهو- والمسحوبة من موضوع خارجي يسترجعها الأنا من خلال التقمص، حيث يتم تحويل الليبيدو المتعلقة بالموضوع إلى ليبيدو نرجسي، وهكذا يصبح الأنا مخزنا لليبيدو النرجسي المسحوبة من الموضوعات الخارجية والمجردة من طاقتها الجنسية، والمحولة عن أهدافها الجنسية الأصلية، وهكذا وبعدما يتخلى الأنا عن موضوع حبه، وبعدما يتمثل الشخص صفات الموضوع داخل أناه، يفرض الأنا نفسه على الهو كموضوع للحب، وكأنه يقول له- كما عبر فرويد عن ذلك- :"أنظر إنني أشبه الموضوع أيضا، فأنت تستطيع أن تحبني كذلك".

وإذن يتكون الأنا من خلال تقمصات متلاحقة لموضوعات خارجية، وبنفس الطريقة يتكون الأنا الأعلى من خلال تقمص الوالدين، بل من خلال تقمص الأنا الأعلى لهما، ومن هنا -كما أشرنا سابقا أثناء معالجتنا لنشأة ووظائف الأنا الأعلى- يضطلع الأنا الأعلى بثلاث وظائف: مراقبة الذات، الضمير الخلقي وإقامة المثل العليا (أو وظيفة المثالية) حيث تنسب هذه الأخيرة في وقتنا الراهن لما يسمى "مثالية الأنا" (idéal de moi) والتي تمثل النموذج الذي ينبغي أن يكون عليه الأنا، وعنها ينتج الشعور بالدونية الذي يختلف عن الشعور بالذنب الناتج عن وظيفة الضمير الخلقي، ولنبدأ إذن هنا في تطوير أفكارنا، ولننطلق من حيث انتهينا في مناقشتنا تلك -المرتبطة بنظام الأنا الأعلى- حيث يقولBergeret ,et al: "هنالك عموما تياران تقمصيان كبيران يساهمان في بناء الشخصية وفي تمييزها: التقمص الأولي، وهو أسلوب بدائي لبناء الشخص (sujet) حسب نموذج الآخر، مرتبط بالعلاقة الخاصة بالاستدماج الفمي، ويهدف قبل كل شيء لضمان هوية الشخص، لبناء الذات (soi)، والأنا/ ضمير المتكلم (je)، أي أن هذا التيار يتعلق أساسا بالسجل النرجسي، والتقمص الثانوي المزامن للتيار الأوديبي (...) والذي يساهم في بناء الهوية الجنسية، وفي التمييز بين الجنسين". (Bergeret. J., Becache. A., Boulanger. J. J., Cartier, K. P., Dubor.P., Houser, M., et al, 2008, P.39)

نلاحظ هنا نوعين من التقمص: أولي وثانوي، حيث يرتبط التقمص الأولي بالاستدماج الفمي، أين تتميز هذه المرحلة القبلتناسلية بعدم التمييز بين الذات والموضوعات، ومن ثم يهدف التقمص -و نموذجه البدائي (أو النمطي) في هذه المرحلة هو الاستدماج أو الامتصاص- إلى بناء الهوية النرجسية، بينما يرتبط التقمص الثانوي بالمرحلة الأوديبية التي تتزامن مع المرحلة التناسلية وبالتالي يهدف هذا النوع الثاني من التقمص إلى بناء الهوية الجنسية -من خلال الدخول في الصراع الأوديبي، وحله عن طريق تقمص الوالدين من نفس الجنس أو من الجنس الآخر أو كليهما.

انطلاقا من هذه الاعتبارات ومع العلم بوجود نموذجين من التنظيم الليبيدي في الحياة النفسية (أي القبلتناسلي والتناسلي) يمكننا أن نتساءل كما يلي: في أي مرحلة من مراحل النمو تنشأ النرجسية؟ مع العلم أنها من دون شك سابقة للمرحلة التناسلية، ولكن في أي فترة بالضبط تقع هذه المرحلة زمنيا؟ يقولBergeret ,et al: "ما سنقوله يتضمن وجهين للنرجسية: فهي مرحلة من مراحل التطور الليبيدي ولكنها أيضا معطى بنيوي دائم للأنا (...)، ولكن كيف يمكن فهم مصطلحات النرجسية الأولية والنرجسية الثانوية في كلا وجهتي النظر السابقتين، بالرغم من أنها مصطلحات تكونت و استعملت من طرف جميع المؤلفين تقريبا بعد فرويد؟ فالنرجسية الثانوية -التي تبدو بأنها الأقل إرباكا- هي مصطلح إكلينيكي أساسا، يتفق مع كل الوضعيات أين يكون هنالك انسحاب لليبيدو الموضوعي إلى الأنا، أما التعبير "نرجسية أولية" فهو يصف الوضعية الأولية (initial) أين يكون الليبيدو مستثمرا في الشخص ذاته، ولكن في أي فترة يمكن وضع هذه المرحلة؟ (...)، بالنسبة لفرويد وحتى 1915 فهي تقع بعد الشبقية الذاتية، ولكنه ومنذ 1916 قال بوجود استثمار نرجسي أكثر بدائية سابق لكل استثمار للعالم الخارجي (...) وهذه المرحلة في النموذج النمطي هي الحياة داخل الرحم، والتي تتصف باللاتمايز المزدوج: بين الأنا والهو، وبين الهو-أنا والعالم الخارجي، وهذا الاصطلاح يثير بعض المشكلات (...) فبالنسبة لبعض المحللين، بعد م. كلاين، يوجد لدى الرضيع منذ البداية علاقات ذات نمط موضوعي، كما أنه يعرض "أنا" نشط وظيفيا، إذن فحالة اللاتمايز تصبح حالة جنينية جد افتراضية. كما أنه هنالك بغض المؤلفين الذين يقتربون من الآراء الأولى لفرويد، حيث يضعون النرجسية الأولية في الفترة * أين يتكون (من خلال استدخال صورة الآخر) أنا-

* : تتزامن هذه الفترة مع مرحلة المرآة، حيث ورد في "dictionnaire de la psychanalyse" (1993) أن مرحلة المرآة (stade du Miroir) هي: "مصطلح تم صياغته من طرف لا كان (J. Lacan) وذلك من أجل الأخذ بعين الاعتبار النرجسية الأولية، أول إدماج للأنا، والتقمصات الثانوية (...) وتمثل مرحلة المرآة مرحلة قدوم النرجسية الأولية، نرجسية بالمعنى الكامل للأسطورة لأنها تشير للموت، موت مرتبط بالقصور الحيوي لتلك الفترة، في الواقع إنها مرحلة لبناء الكائن الإنساني تقع بين الشهر السادس والشهر الثامن عشر، فترة تتميز بعدم نضج الجهاز العصبي، ويعاش نقص النضج هذا الخاص بالولادة لدى الإنسان من خلال هوامات الجسم المجزئ (...) فالطفل إذن في الفترة ما قبل المرآة يعيش على أنه مجزئ، فهو لا يميز مثلا: بين جسمه وجسم أمه، بينه وبين العالم الخارجي، وإذن والحالة هذه يبدأ الطفل المحمول من طرف أمه بالتعرف على صورته حيث يمكننا رؤيته في الواقع يحدق في المرآة، ويلتفت من أجل رؤية المحيط المنعكس (وهي أول مرحلة للذكاء): فإيماءاته وابتهاجه تشهدان على ضرب من استطلاعه لصورته في المرآة، فيبدأ إذن يختبر لاعبا علاقة حركاته مع صورته ومع المحيط المنعكس، ينبغي أن نفهم مرحلة المرآة على أنها تقمص، أي التحول الذي ينتج لدى الشخص عندما يحمل صورة (...). فمن الممكن إذن أن تقول أن الصورة المرآتية هي التي تعطي للطفل الشكل الحدسي لجسمه وأيضا علاقة جسمه بالواقع المحيط (...) ويبدأ الطفل إذن يتوقع خياليا الشكل الكلي لجسمه (...) ولكن ما هو مهم في النشوة المفترضة لصورة الجسم في المرآة هو أن الطفل المحمول من طرف أمه، في نظرته في تحديقه، يلتفت إليها وكأنه يطلب منها المصادقة على اكتشافه، إنه التعرف عليه من قبل أمه: "نعم إنه أنت، بيدرو ابني" (oui c’est toi Pedro mon fils)، والتي من خلال "إنه أنت" (c’est toi) تمنحه الـ "إنه أنا" (un c’est moi)، وهكذا يحصّل الطفل صورة عنه (image de lui) من خلال المرور بسياقات للتقمص (...)، حيث لا يرى الطفل أبدا من خلال عينيه هو ولكن دائما من خلال عيني الشخص الذي يحبه أو يكرهه. ونحن نتحدث هنا عن مجال النرجسية على أنها المؤسسة لصورة جسم الطفل انطلاقا مما هو حب الأم وما له علاقة بالنظرة الممنوحة له، فلكي يتمكن الطفل من التلاؤم مع هذه الصورة، لكي يتمكن من استدخالها، فهذا يتطلب أن يكون له مكان في الآخر (وكما يحدث هنا يتجسد من خلال الأم)، فإشارة التعرف هذه من طرف الأم، سواء كانت حقا (أو دفاعا) لتسميته بيدرو (pedro)، تتخذ وظيفة السمة الأحادية التي تبني انطلاقا منها مثالية الأنا" (Chemama. R., 1993, PP. 192- 193).

شخص (un moi- personne) أو أنا- ضمير متكلم (un je) موحد ومعرف بوضوح، وذلك بالتعاون مع اكتساب مخطط جسمي". (Bergeret. J, Becache A., Boulanger, J. J. Cartier , J. P, Dobor, P, Houser, M., et al, 2008, p.73)

يطرح (Bergerte ,et al,2008) في سياق حديثهم عن معطيات نشوئية (Aspect Génétique) مجموعة من الآراء المرتبطة بمشكلات تتعلق بالنرجسية وبمرحلة النمو المسماة بمرحلة "القضيب الرمزي" (Stade phallique)* ذلك أن هذه المرحلة -حسب آرائهم- يحيط بها نوع من الغموض لأنها تتعلق بما هو قبلتناسلي وبما هو نرجسي، كما تتعلق من جهة أخرى (بل تتزامن وتتناقض) مع الأوديب، وانطلاقا من ذلك قدموا مجموعة من الملاحظات التي تدور حول استعمال فرويد بنفس المعنى لمصطلحات: "القضيب الرمزي" (phallus) و "القضيب" (pénis) مما أدى لنوع من الغموض الذي حاولوا أن يتجاوزه بتحديد معاني كلا المصطلحين: حيث يدل "القضيب" (pénis)- حسبهم- على العضو الذكري في واقعه التشريحي، أما "القضيب الرمزي" (phallus) فهو يدل على الوظيفة الرمزية التي تمنح خطأ للقضيب، وفي هذا السياق إذا ما كان "قلق الخصاء" (l’angoisse de castration) استجابة عاطفية تحدث بعد مشاهدة غياب القضيب لدى الفتاة، والتي تدخل لدى الطفل الذكر الخوف الهوامي من فقدانه، ولدى الفتاة الرغبة في اكتسابه حيث يحدد قلق النقص أو عدم الاكتمال هذا حسب رأيهم نوعا آخر القلق هو قلق الموت (l’angoisse de la mort)، يفترض المؤلفون بعد ذلك وانطلاقا من وجود فترة نمو نشوئية ذات نمط نرجسي وقبل تناسلي تسمى بـــ "القضيبية الرمزية" (phallique) متميزة عن المرحلة التناسلية الأوديبية ووجود نوعين من قلق الخصاء:

- قلق خصاء نرجسي، قبل تناسلي، ومتعلق برمزية القضيب (une angoisse de castration, narcissique, prégénitale, et phalilique)، حيث يطور هذا النوع من الخصاء حول القضيب الرمزي (phallus)، وحول ما يمثله ذاتيا (ce qu’il réprésente subjectivement)

---

* : ومن المعروف أن هذه المرحلة تقع بين المرحلتين القبلتناسلية، والتناسلية، حيث أنها تأتي بعد المرحلة القبلتناسلية (وبعد الشبقيات الذاتية- الفمية والشرحية)، كما يفترض أيضا أن تشهد هذه المرحلة نوعا من توحد للشبقيات الذاتية وللدفعات الجزئية المرتبطة بها حول المنطقة التناسلية والتي يتمثلها الطفل في البداية من خلال "القضيب الرمزي" (le phallus)، وهو عضو رمزي يكتسبه كلا الجنسين لأن الطفل لا يفرق في البداية من حيث القيمة بين أبيه وأمه قبل أن يعرف بدقة الفرق بين الجنسين وهو عدم وجود القضيب، فهذه المرحلة لا يوجد فيها سوى عضو جنسي واحد وهو القضيب الذكري، وهذه المرحلة كما ورد في " dictionnaire de la psychanalyse": " تمثل لدى فرويد طورا انتقاليا وذلك من خلال وصفها الأولي: عدم تنظيم الدفعات الغريزية الجنسية القبلتناسلية المقابل للتنظيم الجنسي في حياة الرشد، فمرحلة القضيب الرمزي هذه هي على إثر إشارة الخصاء، مما يطرح التساؤل في علاقتها مع الأوديب حول إمكانية وجود هذه المرحلة في حد ذاتها" (Chemama, R., 1993, p.270). وكما نلاحظ هنا تطرح هذه المرحلة العديد من التساؤلات في علاقتها بما هو قبل تناسلي، وبالنرجسية، وأيضا في علاقتها بما هو تناسلي، وبالتالي بالأوديب ،وهي تساؤلات سيجيب عنها المؤلفون -أعلاه- بمجموعة من الآراء.

- وقلق خصاء جنسي، أوديبي، ومتمركز حول الموضوعات (une angoisse de castration génétale, oedipienne et objecto- centrée) ويتعلق هذا النوع من الخصاء "بالقضيب" (pénis)، ذلك العضو الذي يجلب لذة للذات وللآخر.

يوجه المؤلفون بعد ذلك انتباههم لمعالجة أهم المشكلات المتعلقة "بالقضيب الرمزي" (phallus) والذي لا يدرك أثناء هذه المرحلة -أي أثناء stade phallique- على أنه عضو تناسلي-أي pénis- وإنما يدرك على أنه عضو يرمز للقوة أو للاكتمال (un organe de puissance ou de complétude)، ومنه فحينما يكتشف الطفل في الواقع فروقا متعلقة بحضور أو غياب عضو ظاهر للعيان فهو يصطدم بحقيقة أكبر من مستوى فهمه وتفسيره لأنه غير قادر في تلك الفترة على التأويل جنسيا، وعليه يكون القلق الناتج أن ذاك مرتبطا بفكرة مفادها أن امتلاك القضيب هو دليل على الاكتمال، وعدم امتلاكه (أو خطر فقدانه) يدل على الفقدان أو النقص، ومن هنا يطرح المؤلفون فكرة قلق الخصاء النرجسي، ذلك أن مصطلح "القضيب الرمزي" (phallus) له معنى مزدوج: فهو يدل من جهة على تأويل خاطئ مفاده أن من يمتلك القضيب هو وحده الكامل المكتمل، ومن جهة أخرى يدل على معنى آخر إيجابي ومعاكس للأول لأنه تمثل (représentation) مما يجعله مشابه للنرجسية الوجودية، أي للشعور بالهوية الذاتية، حيث أن كل الرجال وكل النساء تبعا لذلك لهم حق طبيعي في امتلاك "قضيب رمزي بشكل رمزي" (un phallus symbolique)، كما أن كلا الجانبين يستطيعان الشعور بتجريدهما منه، ونحن هنا -حسب رأي المؤلفين- في مجال المرض المتعلق بالنرجسية وبالإكتئاب.

ينطلق المؤلفون بعد ذلك في استكشاف بعض المشكلات المرتبطة بالنرجسية ويطرحون أيضا على هذا المستوى مجموعة من الآراء التي تكشف هذه المرة عن أوجه للنرجسية -حيث غيرت آرائهم نظرتي أنا نفسي (أي الباحث) لهذا المصطلح الذي عادة ما نتناوله في سياقه المرضي- ،ذلك أن نرجس وأوديب -حسب رأي المؤلفين- هما نموذجين مختلفين للتوظيف العاطفي والعلائقي، وهما يمثلان تياران ينتميان لمراحل موقعية ونشوئية متتابعة في سياق النمو، كما يمكن النظر لهما على أنهما في صراع متعاقب أو متزامن، أساسي، ودائم لدى كل فرد، وإذن فمن وجهة نظر نشوئية، وعلى أساس القدوم المتعاقب زمنيا، فنرجس وأوديب هما في نهاية المطاف تيارين متجاورين ومتصاحبين، ينشطان بالتناوب أو في نفس الوقت طوال حياة الإنسان، وبالرغم من أنه يمكن أن ينسب لنرجس (أو التيار النرجسي) وظيفة ليس فقط قبل-تناسلية بل ضد-تناسلية، فنرجس وأوديب- حسب رأي المؤلفين- ليسا متناقضين بل على العكس متعاونين، وما هو مهم -حسب رأيهم دائما- هو ما يحدث على مستوى "التواصل-ربط" (communication/ liaison) بين مختلف المستويات والمراحل أثناء النمو وأثناء التنظيم المكتمل

للنفس، فما هو مهم لدى فرد ما هو كفاءته على الاستعمال المرن لمختلف المكونات الجزئية لتنظيمه النفسي، وخاصة حريته أو عدمها في الربط بين نرجسيته وجنسيته.

يشير المؤلفون في نفس السياق لوجه "حسن" للنرجسية (un bon narcissisme)، ذلك أن النرجسية هي الباعثة على بناء صورة ذات موحدة، مكتملة وإجمالية. كما أنها -حسب عبارة فرويد الشهيرة "مكمل ليبيدي للأنانية"«complément libidinale de l’égoisme» ، تلك الأنانية الخاصة بدفعات غرائز حفظ الذات، بالإضافة لذلك فتلك النرجسية لا تتجاوز الشبقية الذاتية الأولية لكي تمكن الشخص من دمج صورة إيجابية ومختلفة عن الآخر، وخاصة عن الآخر في مكانته الجنسية. وفي نهاية المطاف فهي التي تعرض وتحفظ الحد الأدنى من "حب الذات" الضروري جسميا ونفسيا للبقاء على قيد الحياة.

يقول المؤلفون (أيBergeret ,et al,2008)هذه المرة في سياق حديثهم عن معطيات ميتاسيكولوجية: "مهما يكن الأمر من هذه النقاشات يمكننا أن نعتبر أن النرجسية قادتنا إلى الأخذ بثلاث وقائع وهي: حالة تامة من اللاتمايز (أنا-هو، وشخص-عالم خارجي)، بناء صورة موحدة للذات (من خلال تجميع الشبقيات الذاتية و/أو من خلال استدخال صورة الآخر) ،و انسحاب الليبيدو المستثمرة في الموضوعات الخارجية إلى الأنا (النرجسية الثانوية)" (Bergeret, J., Beacache, A., Boulanger.J. J., Cartier, J. P., Dubor, P., Houser, M., et al, 2008, p.73)

في نهاية عرضنا لهذه المرحلة (أي مرحلة إدخال النرجسية) من المهم هنا التذكير بأن التقابل الذي قال به فرويد بين دفعات غرائز الأنا (حفظ الذات) ودفعات الغرائز الجنسية لم يعد له وجود، ذلك أن النرجسية -كما يقول فرويد بنفسه- هي المكمل الليبيدي للأنانية (أو اهتمامات الأنا)- l’égoisime ou intérêt du moi- والأنانية * كما هو معلوم مرتبطة بغرائز حفظ الذات، ومن ثم لم يعد التفريق والمقابلة بين حب الذات وحفظ الذات بالأمر السهل، وإذا ما أضفنا إلى ذلك أن تحويل الليبيدو من ليبيدو موضوعي إلى ليبيدو نرجسي يتضمن تجريدها من طاقتها الجنسية وربما تحويلها إلى أهداف غير جنسية، فسيبدو فرويد وكأنه كان يمزح مع يونغ حينما اعتبر الليبيدو بأنها "طاقة نفسية خاصة بالغرائز الجنسية"، وسيبدو يونغ محقا كونه اعتبرها: "طاقة نفسية غير خاصة تتظاهر في جميع الدفعات الغريزية سواء كانت جنسية أو غير جنسية"، ذلك أن فرويد نفسه الذي قابل بين الدفعات الجنسية والدفعات الأخرى (حفظ

* : لاحظ معي لو انعكس مصطلح "الأنا- نية" يصبح "نية- الأنا"، وكأن كلمة الأنانية تشير إلى حركة دوران الأنا حول نفسه، وكأن نية-الأنا أثناء دورانه حول نفسه هو جذب كل ما يحيط به إليه، قارن هذا التصور مع الليبيدو- النرجسية، لاحظ معي أيضا هذا التصور الطريف "الجنسية" أو "الجن- سية"، هل هنالك علاقة بين شعور الشخص بأنه قد تلبسه "جن"، وشعوره بأن دفعاته "الجن- سية" المكبوتة تحاول أن تتظاهر في الشعور، هذه الدفعات "الجن- سية" التي تعبر عن الجانب الحيواني في الإنسان، أي عن "جنس" آخر غير جنس الإنسان المتحظر.

الذات) رأى بعد إدخاله لمصطلح النرجسية أن هذه الدفعات الأخرى مستثمرة ليبيديا من خلال ليبيدو كانت في البداية جنسية، وأصبحت فيما بعد نرجسية. وبدا وكأن نظرية الصراع التي أقام فرويد عليها تفسير الاضطرابات النفسية الوظيفية والتي بناها على أساس التعارض بين هاتين الدفعتين قد انهارت على رأسه، واستمرت الأوضاع على تلك الحال، ودخلت نظرية التحليل النفسي في مخاض إلى أن ولَدَ (أو وَلَّدَ) فرويد وَلَدًا جديدا يتمثل في صياغة نظرية جديدة.

- المرحلة الثانية: دفعات غرائز الحياة في مقابل دفعات غرائز الموت:

بعد إدخال مصطلح النرجسية -الذي ناقشنا الاعتبارات المرتبطة به في المرحلة السابقة- قام فرويد في "ما وراء مبدأ اللذة" (1920) بالتساؤل حول "مبدأ اللذة" من حيث كونه المبدأ الوحيد المسيطر على الحياة النفسية -أي على سير العمليات النفسية التي تنطلق من الاستثارة إلى التفريغ-، وفي سبيل ذلك قدم العديد من المشاهدات الإكلينيكية حول ظواهر مختلفة، فقد تحدث -في ما وراء مبدأ اللذة- عن عصاب الحرب (أو عصاب الصدمة) وعن ما يدخله من مظاهر تتعلق بالفزع، وأيضا عن أحلام المرضى المصابين بعصاب الصدمة والتي تعود بالمريض إلى الموقف الصدمي مما ينافي طبيعة عمل الحلم الذي يهدف لتحقيق رغبة، كما قدم أيضا مجموعة من الملاحظات تدور حول لعب الأطفال، وحول سلوك المرضى أثناء العلاج بالتحليل النفسي (وما يلازمه من مظاهر التحويل أين يعيد المريض في الحاضر ما هو مكبوت بدلا من أن يستعيده في ذاكرته على أنه جانب من الماضي)، و الأكثر من ذلك أن الأشخاص الأسوياء يكررون هم أيضا بعض خبرات الماضي المؤلمة بنفس الشكل الذي تتكرر به لدى المرضى فمنهم كما يقول فرويد: "ذلك الجواد المحسن الذي يجحد إحسانه على الدوام من أحسن إليهم ويولون عنه غاضبين (حتى لكأن « اتق شر من أحسنت إليه » قد وضعت من أجله هو) (...) ومنهم من تنتهي به أية صداقة إلى أن يخونه لا صديق واحد بل كافة من يصادق واحدا بعد الآخر (...) أو من هذا أيضا ذلك العاشق الغزل الذي تأخذ كل غرامياته بالنساء نفس المجرى وتنتهي به كل مرة عين النهاية، هذا الورود الدائم للأمر الواحد لا يثير عند الباحث منا أية دهشة إذا ما نسبناه إلى السلوك الإيجابي الذي يقوم به الشخص، إذا ما استطعنا أن نتميز في شخصيته سمة أساسية باقية لا تتغير أبدا، سمة يلزمها أن تظهر وأن تعبر عن نفسها بتكرار عين الخبرات التي مرت به من قبل، غير أن ما يثير فينا العجب أكثر من هذا بكثير هو الحالات التي يبدو فيها الشخص وكأن الخبرة وقعت به وهو سلبي لا حيلة له في ردها ولا قدرة لديه في دفعها عن نفسه (...) ومن أروع الصور الشعرية التي ترسم هذا القدر الغريب ما كتبه الشاعر "تاسو" في ملحمته الغنائية المعروفة « تحرير أورشليم » وفيها يقتل البطل « تانكرين » -دون فطنة منه- حبيبة قلبه « كلوريندا » حين نازلته بعد أن تنكرت في درع فارس من فرسان الأعداء، وبعد أن

ووريت الثرى قادته خطاه إلى غابة سحرية عجيبة كانت تبعث الرعب في نفوس رجال الجيش الصليبي، حيث امتشق حسامه وهوى به على إحدى الأشجار الطويلة السامقة، فإذا الدماء تتدفق من حيث شق الشجرة، وإذا صوت كلوريندا التي كانت روحها التجأت إلى هذه الشجرة يصيح به متوجعا معاتبا إياه على أن أنزل بمعبودة فؤاده مرة ثانية مثل ما أنزله بها من قبل" (فرويد، س، 1994، ص ص. 46- 47).

إذن ما الذي استنتجه فرويد من "تكرار الأقدار" هذا، ومن مشاهداته حول ظاهرات: عصاب الصدمة، لعب الأطفال وسلوكيات المرض أثناء العلاج بالتحليل (والتحويل)؟ .يجيبنا فرويد على ذلك فيقول: "لو أننا رأينا إلى مثل تلك الشاهدات التي تقوم على سلوك المرضى أثناء التحويل، وإلى تلك التي تقوم على دراسة حياة العاديين والأسوياء من بني البشر، لأتانا من الإقدام ما يخول لنا أن نفترض أنه يوجد بالنفس حقا إجبار على التكرار يلزمها بإعادة الأمر الواحد مرة بعد مرة، وأن هذا الإجبار أمر يعلو مبدأ اللذة ويفوقه قوة وسطوة، وإذا نحن سلمنا بهذا استطعنا أن ننسب إلى هذا الإجبار أحلام المصابين بعصاب الصدمة وأن نفسر على ضوئه محبة التكرار التي تلازم لعب الأطفال". (فرويد. س، 1994، ص ص. 47- 48)، وبالتالي انتهى المطاف بفرويد إلى أن يفترض -انطلاقا من دراسته لمجموعة الظاهرات تلك- وجود مبدأ آخر في أعماق الحياة النفسية هو مبدأ " إجبار (أو قهر) التكرار" (compulsion de répétition).

انطلق فرويد بعد ذلك في نوع من التأمل النظري -استدعى فيه سيلا من معارفه في علم الأحياء (البيولوجيا) بل استدعى إحدى الأساطير التي رواها أفلاطون...الخ- وطرح فرضيات وتساءل وأجاب عن العديد من الأمور المرتبطة بالغرائز حيث يقول مثلا -في ما وراء مبدأ اللذة- :"ما هي طبيعة العلاقة التي تربط الميول الغريزية بالإجبار على التكرار؟ إذا ما وصلنا إلى هذه النقطة لم نستطيع أن نتحاشى الظن بأنا قد عثرنا على السبيل الذي يدل على وجود خاصة عامة شاملة لكافة الغرائز، بل لعلها تشمل الحياة العضوية بصفة عامة (...) ذلك أنه يبدو أن الغريزة هي إجبار في صميم الحياة العضوية لإرجاع حالة سابقة اضطر الكائن الحي إلى التخلص منها تحت ضغط بعض القوى الخارجية القاهرة" (فرويد، س.، 1994، ص 68)

إذن افترض فرويد أن إجبار (أو ميل) التكرار هو خاصية عامة في الغرائز، وأن الغرائز هي إجبار في صميم الحياة العضوية للعودة بالكائن الحي لحالة سابقة اضطر عن التخلي عنها بسبب مؤثرات العالم الخارجي، ومن هنا يكون الميل نحو التطور والتقدم راجعا لتأثير تلك العوامل الخارجية التي تخل بتوازن الكائن الحي وترغمه على الخروج من حالة الجمود والسكون وذلك كما يقول فرويد: "لأن الكائن لم يكن لديه منذ مبدأ وجوده أي ميل إلى التغير، وأنه ولو بقيت الظروف على حالها لما قام إلا بتكرار

المنوال الذي سارت عليه حياته، فإذا تابعنا البحث إلى نهايته وجدنا أن ما قد أثر على تطور الكائنات الحية إنما هو تاريخ الكرة الأرضية التي نعيش عليها وتاريخ علاقتها بالشمس، وهكذا تقبل الغرائز العضوية المحافظة كل تغير تفرضه ظروف الحياة على الكائن الحي وتختزنه كي تعيد تكراره، ومن ثم تتخذ تلك الغرائز مظهرا خداعا، إذ يلوح أنها قوى تنزع نحو التغير والرقي، بينما هي في الواقع لا تسعى إلا نحو الوصول إلى هدف قديم (...) ذلك أنه مما يناقض طبيعة الغرائز المحافظة أن يكون هدف الحياة حالة لم تعرض البتة للكائن من قبل، بل على النقيض من ذلك ينبغي أن تكون حالة قديمة سابقة (...) فإذا قبلنا الحقيقة التي لا استثناء لها: وهي أن كل حي يموت نتيجة لأسباب داخلية -أي يعود إلى حالة المادة الجامدة- فإنه يكون لزاما علينا أن نقول: « إن الموت غاية كل حي » وإذا ألقينا بنظرة إلى الوراء قلنا: « إن الميت قد وجد قبل الحي »" (فرويد. س، ص ص. 70-71).

فإذا كانت الغرائز تدفع الكائن الحي إلى الرجوع لحالة سابقة تخلى عنها بفعل عوامل خارجية، فما هي الحالة السابقة لكل الحالات، أو بتعبير أدق ما هي الحالة السابقة للحياة؟ .إنها حالة المادة الجامدة، أو بتعبير أدق إنها: الموت،و من هنا افترض فرويد وجود "غريزة الموت"، فهدف الحياة في نهاية المطاف هو الموت، أو كما قال: "إن الموت غاية كل حي"، ولكن هل ينطبق هذا على كافة الغرائز التي تفعل فعلها داخل الكائن الحي.

فالتسليم كما يقول فرويد: "بوجود غرائز للإبقاء على الحياة الغريزية بأجمعها تهدف إلى التماس الموت، وعلى ضوء هذا تكاد تتلاشى أهمية غرائز المحافظة على الحياة والسيطرة والاعتزاز بالذات، لأنها غرائز فرعية تصبح وظيفتها العمل ان تضمن سير الكائن الحي في سبيله إلى الموت (...) وإذا بنا وقد عجزنا عن تفسير ذلك التصميم المحير الذي يدفعه إلى الإبقاء على حياته في وجه أية عقبة تعترضها" (فرويد، س، 1994، ص. 72).

فما الذي يدفع الكائن الحي للبقاء على قيد الحياة؟ وما الذي يدفع به إلى إطالة حياته بدلا من أن يسلك أقصر طريق إلى غاية حياته، أي إلى الموت؟ وهل أبالغ إن قلت: لماذا يعيش الكائن الحي 20 أو 70 سنة لكي يموت بدلا من العيش 5 دقائق؟ لماذا يرهق نفسه؟!

يقول فرويد: "لا تتبع كافة الأحياء الأولية، التي تدخل في التكوين المعقد لأجسام الكائنات العليا كل مراحل التطور التي تؤدي إلى غاية الحياة ألا وهي الموت، فبعضها مثل جراثيم التناسل قد تحتفظ بالتكوين الأصيل للمادة الحية، حتى إذا مر بعض الوقت، انفصلت عن الكائن الحي كله بما استوعبته من الاستعدادات الغريزية التي كانت قد انتقلت إليها عن طريق الوراثة أو ظفرت بها عن طريق الاكتساب

الجديد، وهاتين الخاصتين هما في الواقع ما يهيئ لجراثيم التناسل حياة مستقلة منفصلة، فإذا ما واتتها الظروف بدأت تتحول وتنمو، أي بدأت تتكرر عين الدورة التي يعود إليها الفضل فيما لها من حياة، فإذا ما بلغت غايتها واصل جانب من الكائن سيره من العدم، بينما ينفصل عنه جانب آخر ويبدأ الدورة من جديد في صورة جرثومية من جراثيم التناسل، وهكذا تعمل هذه الجراثيم على دفع الموت عن المادة الحية (...) هذه الغرائز التي ترعى أقدار تلك الكائنات الأولية التي يمتد بقاءها اكثر من بقاء الفرد بأجمعه، والتي تهيء لتلك الكائنات ملجأ أمينا حين تعجز عن الدفاع في وجه العوامل التي تصدر عن العالم الخارجي، والتي تؤدي إلى اجتماعها بغيرها من الخلايا التناسلية، وما إلى ذلك، إنما هي مجموعة الغرائز الجنسية، وهي تتميز بالميل إلى المحافظة، حالها في ذلك حال غيرها من الغرائز لأنها تعمل على استعادة الأحوال الأولى للمادة الحية، لكنها أكثر ميلا للمحافظة، إذ هي تتميز بشدة مقاومتها للمؤثرات الخارجية، كما أنها أشد محافظة من ناحية أخرى، إذ أنها تعمل في سبيل الإبقاء على الحياة أمدا يتمد زمنا طويلا، فالغرائز الجنسية في الواقع هي غرائز الحياة بمعنى الكلمة". (فرويد. س.، 1994، ص ص. 73-74).

انتهى المطاف بفرويد في صياغته الأخيرة لنظرية الغرائز إذن إلى القول بثنائية جديدة، حيث قابل هذه المرة بين: دفعات غرائز الحياة ودفعات غرائز الموت. ويبدو أنه من الحكمة هنا أن نتوقف بعدما وصلنا إلى هذا الحد عن متابعة ألوان التفكير التي سلكها ليفترض ذلك في "ما رواء مبدأ اللذة" -ذلك الكتاب المرهق-.

و لنوجه ما تبقى لنا من جهد للتعرف على دور هاتين الغريزتين، وربما على مظاهرهما أو حتى موقعهما ...الخ. ولنقفز إذن من أجل ذلك في الزمن إلى أحد أواخر أعمال فرويد وهو من دون شك "الموجز في التحليل النفسي" أين قدم فرويد آراءه النهائية عن نظريته تلك، حيث يقول –هذه المرة في الموجز- : "بعد تردد وتذبذب طويلين استقر رأينا على افتراض وجود غريزتين أساسيتين فقط هما الإيروس وغريزة التدمير (ويقع في نطاق الإيروس التعارض غريزة حفظ الذات وغريزة حفظ النوع، وكذلك غريزة حب الذات وغريزة حب الموضوع)، وهدف الإيروس إنشاء وحدات جديدة لا تفتأ تزيد حجما، والاحتفاظ بها على هذا النحو، ومن ثمة فهدفها الربط. أما هدف الثانية فهو على الضد: حل الروابط وبالتالي تدمير الأشياء، ويمكن أن نتصور أن الغاية القصوى لغريزة التدمير هي رد الحي إلى الحالة اللاعضوية، ولذا نسميها أيضا غريزة الموت" (فرويد. س.، 2000، ص. 30).

لننتقل الآن إلى تظاهر هاتين الغريزتين في المجال الاكلينيكي من خلال ظاهرات السادية والمازوشية حيث يقول Bergeret ,et al : " كيف نفهم السادية-المازوشية انطلاقا من افتراض دفعة غريزة الموت؟ .ففي الأصل تكون هذه الدفعة موجهة ضد الشخص ذاته، ولكن الليبيدو (طاقة الإيروس)

ترتبط بها، وبفعل ذلك تحمل معها في نفس الوقت الذي تتجه فيه للعالم الخارجي جزءا كبيرا من دفعة غريزة الموت التي تسخر أيضا لخدمة الدفعة الجنسية، وهذا الامتزاج لدفعتي الموت و الدفعة الجنسية الموجه إذن نحو موضوع خارجي هو السادية. ولكن يبقى جزء آخر من دفعة الموت المتحدة أيضا مع الإيروس متجها نحو الشخص، وهو يكون إذن المازوشية الأصلية الشبقية، أو المازوشية الأولية (le masochisme originaire érogène ou masochisme primaire). يبدو إذن أن دفعات غرائز الحياة والموت هما دائما متحدتان (أو مندمجتان أو متشابكتان)، هذا التشابك ليس مجرد مزج عام لمحتويين داخل محتوى واحد، فهو يخضع للعمل الخاص بالإيروس الذي يبحث دائما عن الربط، عن الجمع، وحينما لا يكون هنالك تشابك بين الدفعات الغريزية يتظاهر التناقض حب-كره" (Bergeret. J., Becache. A., Boulanger.J. J., Cartier, J. P., Dubor, P, Houser, M., et al, 2008, P.75)

تتحد أو تمتزج الغريزتان بنسب مختلفة، كما أن هذه النسب تتغير، تزيد أو تنقص بطريقة معتبرة، وعن هذا يقول فرويد -في الموجز- :"وللتفاوت في نسبة امتزاج الغرائز نتائج بينة ظاهرة، فزيادة العدوان الجنسي زيادة مفرطة تحول المحب إلى قاتل من أجل اللذة الجنسية، كما ان الانخفاض الشديد في العامل العدواني يجعل منه خجولا أو عنينا". (فرويد. س.، 2008، ص 31).

في نفس السياق يقول Bergeret ,et al : "وأيضا من أجل شرح التقلبات السهلة والسريعة لإحدى النزعتين، فكر فرويد في وجوب إدخال نوع ثالث من الطاقة، طاقة محايدة وسهلة التعبئة، والتي يمكن أن تضاف سواء للنزعة الشبقية أو للنزعة الهدامة من أجل زيادة الشحنة الكلية للطاقة". (Bergeret. J., Becache. A., Boulanger. J. J., Cratier. J. P., Dubor, P., Houser, M., et al,2008, P.76)

من وجهة نظر موقعية ينبغي عدم حصر أي من الدفعتين الغريزيتين في أحد الأنظمة النفسية، فهما موجودتان في كافة أنحاء الجهاز النفسي، وفي البداية يكون الهو -كما ذكرنا سابقا في بحثنا هذا- الخزان الأصلي لكلا الدفعتين، بعد ذلك يصبح الأنا الخزان الرئيسي لليبيدو (أي للإيروس) وأيضا للدوافع التدميرية (أو الهدّامة) التي تحول طاقتها إلى الأنا الأعلى الذي يتمايز عن الأنا ويعمل ضده طيلة الحياة على نحو تدميري (أومازوشي).

وأخيرا يقول Bergeret ,et al: "من أجل تثبيت الأفكار، من المهم الاطلاع على أما أصبحت عليه مصطلحات النظرية الأولى في الدفعات الغريزية في هذه النظرية الثانية، فالدفعة الغريزية الجنسية

أصبحت الإيروس الذي يبحث عن تجميع أجزاء المادة الحية، أو بصورة أدق هذا الجزء من الإيروس الذي يوجه نحو الموضوع الخارجي. أما مصطلح غرائز الأنا عرفت على أنها ذات طبيعة ليبيدية ولكن موضوعها داخلي وهو الأنا، فالتضاد بين الغرائز الجنسية وغرائز الأنا تحول أيضا إلى تضاد بين غرائز الأنا والغرائز الموجهة نحو الموضوعات لكنهما كلاهما ذو طبيعة ليبيدية" (Bergeret. J., Becache, A., Boulanger, J. J., Cartier, J. P., Dubor, P., Houser, M., et al, 2008,P.76)

3-2. وجهة النظر الاقتصادية:

تعتبر وجهة النظر هذه حسب رأي (Bergeret ,et al,2008) تعميقا لا مفر منه لوجهة النظر الدينامية، وتدرس وجهة النظر الاقتصادية الميتاسيكولوجية كيفية تنقل وتوزيع الطاقة النفسية، كيفية استثمارها عبر مختلف أنظمة الجهاز النفسي، عبر مختلف المواضيع والتمثلات. حيث تسعى هذه النظرة لدراسة ذلك كله من زاوية كمية، أي أنها تفترض وجود طاقة نفسية قابلة للقياس كميا، أو بمعنى آخر وجود طاقة نفسية قابلة مثلا للارتفاع أو للإنخفاض، للنقل، وللتفريغ...الخ.

وقد رأينا سابقا أنه في إطار نظرية التوظيف النفسي يتم التفريق بين التمثل (représentation) والعاطفة (أو الوجدان) (Affect)، حيث تعبر هذه الأخيرة عن كمية الطاقة التي ترتبط بأي تمثل، وهي ترتبط (أو تستثمر) أيضا في موضوعات خارجية وربما تسحب منها، وتعبر هذه الظاهرة إذا ما بلغت ذروتها عما اصطلح على تسميته في المجال الإكلينيكي بـ "النرجسية الثانوية"، أما استثمارها من طرف التمثلات فهو يؤدي إلى اعتبار أن كل تمثل هو في العمق أثر ذكروي مستثمر بصورة أكثر أو أقل عاطفيا، وأنه هنالك تمثل الكلمات ونوعه حسب فرويد "سمعي"، والذي يتعارض مع تمثل الأشياء ونوعه "بصري" كما في الحلم، وأن تمثل الأشياء لا يمكنه الوصول إلى الشعور المستقيظ إلا بارتباطه بأثر لفظي .

يتساءل (Bergeret ,et al,2008) عن ماهية هذه الطاقة النفسية، أو هذا الكم العاطفي؟ (Ce quantum d'affect, cette énergie psychique, quelle est-elle exactement ?). ويجيبون عن ذلك مباشرة بالإشارة إلى أن صياغة مصطلح الدفعة الغريزية قد ساهم في تحديد طبيعتها، ذلك أن هذه الطاقة تستمد من الدفعات الغريزية لكي تصبح فيما بعد طاقة ليبيدية توظف في الاستثمار، ولذلك فمنبعها الأساسي هو "الهو"، وهو الخزان الأصلي للدفعات الغريزية،و هو أيضا الخزان الذي تستمد منه الأنظمة الأخرى (الأنا والأنا الأعلى) فيما بعد طاقتها الخاصة، ويذكر المؤلفون بالإضافة لذلك أن مصطلح الطاقة العصبية أو النفسية (énergie nerveuse ou psychique) كان حافزا منذ الأعمال

الأولى لفرويد وبروير، كما يذكرون أيضا أن الكثير من الباحثين من بينهم أسماء لامعة عمل معهم فرويد: هالمولتز (Helmoltz)، مينرت (Meynert) وبروكا (Brucke) كانوا قد افترضوا منذ البداية أن الطاقة العصبية (والتي تسمى أيضا الضغط العصبي "tension nerveuse"،أوالاستثارة "excitation") تتواجد في حالتين مختلفتين، فمثلها هو الحال في الفيزياء هنالك طاقة حالية أو حركية (énergie actuelle ou cinétique) وهنالك طاقة كامنة أو ساكنة (énergie potentielle ou statique) *

يقول فرويد –في" ما وراء مبدأ اللذة"- :" لقد بحثنا في رأي جديد هو الفرض الذي قال به "بروير" بأن للمنظمات النفسية أو عناصرها شكلين من الشحنة: شحنة حرة طليقة تعمل على الانصراف، وشحنة رابضة كامنة. ومن هنا يمكن أن نذهب إلى أن "تقييد" الطاقة التي تتدفق على الجهاز النفسي يكون بتحويلها من الحالة الطليقة إلى الحالة الكامنة" (فرويد. س.، 1994، ص. 60).

تتناسب الحالة الحرة للطاقة (أين يكون الهدف هو التفريغ المباشر وبأسهل الطرق) مع أسلوب العمليات الأولية، أما الحالة المقيدة للطاقة (أين تكون الطاقة مقيدة والتفريغ مؤجل أو متحكم فيه) فمع أسلوب العمليات الثانوية، وهما أسلوبا سير العمليات العقلية أو النفسية، وإذن تسعى العمليات الأولية إلى إعطاء حرية للطاقة لكي تفرغ مباشرة بينما تسعى العمليات الثانوية لتقييدها وتكييفها مع الواقع، وبعد ذلك يبدو أنني أواجه صعوبة كبيرة في تقديم تفاصيل أكثر وشروحات لهاتين العمليتين (بغض النظر عن تعريفات المعاجم، وسرد مجموعة من العبارات التي قد لا يفهمها أحيانا حتى كتابها)، وذلك لأنه من الصعب فهمها واستيعابها لمن ليس له دراية بسيكولوجية الحلم**...، ونحن نعلم أن فرويد قد ناقش -في "تفسير الأحلام" (1900) وفي سياق حديثه عن العمليات الأولية والثانوية- أسلوبين من النشاط النفسي

*: وكما نعلم فقد كان فرويد طبيب أعصاب، كما عمل مع علماء بارزين في مجال علم الأعصاب والفيزيولوجيا حيث عمل مثلا في مختبر الفيزيولوجيا مع "بروكا" و أجرى بحوثا حول النخاع الشوكي والجهاز العصبي مع "مينرت" طبيب الأمراض العصبية ورئيس قسم الطب النفسي بفيينا، وعمل مع شاركو المشهور بدراساته حول اضطرابات الجهاز العصبي، والتنويم والهستيريا، ومع تلميذ شاركو "بيار جانيه" بباريس ومع "بروير"... الخ. وكل هؤلاء علماء في علم الأعصاب والفيزيولوجيا، ولذلك كان فرويد يتحدث عن الطاقة النفسية (أو العصبية) في بدايات أعماله على أساس أنها طاقة تتعلق أساسا بالجهاز العصبي، حيث تنتقل السيالة العصبية من خلية لأخرى (تكون مشحونة قبل ذلك بشحنة كامنة) في شكل كهربائي وكيميائي، وهكذا قد يتم تنقلها بسهولة إذا كانت الطرق مفتوحة أمامها، وقد يتم تثبيطها (إي أنها تتلقى مقاومة). ويهدف الجهاز في حالة البدائية (كما عرفه فرويد في تفسير الأحلام) لتفريغ هذه الطاقة مباشرة من الطريق الحركي (ولنتذكر طريقة العلاج التي كان يستخدمها فرويد وبروير في بدايات الأعمال حول الهيستيريا وهي "التفريج" (catharsis) والتي تهدف لإعادة إحياء الوضعية الصدمية من أجل تفريغ العواطف التي سببت الإضطراب). إلا أن فرويد انتزع بعناء كبير -أثناء تطويره للتحليل النفسي- اصطلاحه من مجال علم الأعصاب (ولا أعرف هل نجح فرويد أم لا لأننا نلمس في كتاباته تأثره الكبير بهذا العلم وبالبيوفيزيولوجيا كما هو الحال في "ما وراء مبدأ اللذة") و هكذا أصبحنا نتحدث اليوم عن الشحنة العاطفية، وعن التمثلات: تلك الآثار الذكروية (السمعية أو البصرية) المستثمرة بشحنة...إلخ في إطار نظرية الميتاسيكولوجيا.

**: ويعتبر كتاب فرويد "تفسير الأحلام" مفتاحا في يد من أراد فتح الأبواب المغلقة في عقله، ولمن أراد فتح أبواب جديدة في المعرفة، ولمن أراد التعمق في فهم العمليات الأولية والثانوية حيث سيتمكن قارئه إذا ما كان عارفا بالفلسفة وبعلم المنطق (مبادئ العقل، مقولات العقل... الخ) أي بالمنطق الذي يستعمله فكرنا المستيقظ وهو يتناسب مع العمليات الثانوية، سيتمكن بالإضافة لذلك من التعرف على نوع آخر من المنطق وهو منطق اللاشعور، أو منطق العمليات الأولية من تكثيف ونقل... ،كما سيتعرف أيضا على كيفية حدوثه من خلال عمل الحلم.

تعالج بهما مادة الحلم، ومن بين ما تحتويه هذه المادة بقايا نهارية (أي أفكار أو انطباعات متخلفة في الذاكرة مثلا من بقايا النهار السابق) والتي قد تكون غالبا خالية من القيمة النفسية مما يسهل استثمارها ونقل الطاقة إليها ، وغالبا ما تكون تلك البقايا مؤلفة تأليفا منطقيا، أي أنها خضعت لنشاط فكرنا المستيقظ أو بتعبير آخر لأسلوب العمليات الثانوية، يستغلها الحلم -حسب آراء فرويد- لأنها قد تكون نشأت من اليوم السابق دون أن يلحظها الشعور، أو أن الانتباه قد انصرف عنها نتيجة لهدف آخر أو لأنها غير محتملة ،ويقول فرويد: "لنجمل مقالنا: إننا نصف عملية فكرية هذا شأنها بأنها عملية قبل شعورية، ونراها عملية معقولة كل المعقولية، ونعتقد أنها قد تكون أهملت فحسب وقد تكون قطعت قطعا وقمعت، ولنقل بعد ذلك صراحة كيف نتصور سير أفكارنا: إننا نعتقد أن هناك مقدارا معينا من التهييج -هو ما نسميه طاقة استثمارية- ينتقل ابتداء من فكرة غائية ما وفق الطرق الاستدعائية التي تنتقيها هذه الفكرة، والعملية الفكرية التي نقول إنها أهملت هي عملية لم تلق مثل هذا الاستثمار، وأما تلك التي تقمع أو تنبذ فعملية رد عنها هذا الاستثمار وفي كلتا الحالتين تترك العملية لتهييجاتها الخاصة، وبوسع العملية الفكرية المستثمرة استثمارا غائيا أن تجذب إليها تحت شروط خاصة انتباه الشعور، وعندئذ تلقى بوساطته استثمارا مضاعفا" (فرويد، س، ص. 579).

بعدما تتعرض تلك البقايا لهذا الإهمال، أو للقمع و الكبت من قبل الشعور حيث ينزع أو يرد عنها الاستثمار ويلتفت عنها الانتباه، تتعرض للمعالجة من طرف عمليات نفسية غير سوية، عجيبة وغريبة لا يعرفها فكرنا المستيقظ ولا يقبلها، وهي "عمليات النقل" (أين تنزلق أو تتزلج الشحنة الخاصة بتمثل ما إلى تمثل آخر وهكذا عبر سلسلة من التمثلات (أو الانطباعات) حيث تفرغ إحداها من شحنتها أو من أهميتها النفسية وتنسب هذه الشحنة للتمثل الذي تنتقل إليه والذي يبدو مهما رغم كونه تافها أحيانا بينما يصبح التمثل المهم تافها أحيانا أخرى)، و"التكثيف" (أين تتجمع بشدة شحنة مجموعة من العناصر النفسية أو التمثلات في عنصر واحد يبدو ذو أهمية كبيرة و شدة عالية لأنه يهدف في النهاية إلى اجتذاب إنتباه الشعور)، وما ينتج عنهما من أفكار وسيطية، وعدم الاهتمام بالتناقض... الخ، أي أنها تعالج من خلال سياقات التفكير الأولي (أو العمليات الأولية).

يقول فرويد: "هذه بضعة من أعجب العمليات غير السوية التي تنتاب أفكار الحلم، بعد أن تم تكوينها على نهج معقولة في خلال عمل الحلم، ونرى أن الطابع الرئيس لهذه العمليات هو أن كل الأهمية تنصب فيها على جعل الطاقة المستثمرة متحركة قادرة على التفريغ، وأما محتوى العناصر النفسية التي قد ترتبط بها هذه الاستثمارات وما لها من معنى خاص فيعدان أمرا ثانويا (...) وهكذا أنساق إلى هذه النتيجة: وهي أن نوعين مختلفين من العمليات النفسية يشتركان في تكوين الحلم، ينتج أحدهما أفكار حلم

صحيحة كل الصحة تعدل التفكير السوي قيمته، بينما يعالج الآخر هذه الأفكار علاجا مغربا، مجافيا لمعايير الصحة إلى أبعد مدى (...) لقد بحثنا من قبل في وهم توهمناه عن جهاز نفسي بدائي، قاعدة العمل فيه هي السعي إلى تجنب تراكم التهييج والبقاء خاليا منه بقدر الإمكان، ولهذا بني على غرار جهاز انعكاسي وكانت القدرة الحركية التي هي في المحل الأول وسيلة لتغيير الجسم تغييرا باطنيا هي طريق التفريغ الموضوعة في متناول هذا الجهاز، ثم بعد ذلك ناقشنا النتائج النفسية التي تنجم عن خبرة الإشباع، واستطعنا -ونحن لما نزل بهذا الموضع- أن نضيف فرضا ثانيا مؤداه أن تراكم التهييج (تراكما يتم على أنحاء مختلفة لا يعيننا أمرها) يحس في صورة ألم وأنه يحرك عندئذ الجهاز إلى العمل بقصد استعادة خبرة الإشباع التي تضمنت إنقاص التهييج إنقاصا أحس في صورة لذة، ومثل هذا التيار الذي يجري في الجهاز مبتدئا من الألم متجها إلى اللذة قد سميناه رغبة (...) ومن الجائز أن أول اتجاه الرغبة كان إلى استثمار ذكرى الإشباع استثمارا هلوسيا، غير أن أمثال هذه الهلاوس لم يلبث أن تبين قصورها عن التأدية إلى إنهاء الحاجة ومن ثم إلى اللذة المصاحبة للإشباع اللهم إلا أن يثبت الجهاز عليها إلى حد الاستنفاذ، ولهذا كان من الضروري أن يظهر إلى الوجود نشاط ثان -أو نشاط صادر عن نظام ثان إذا أردنا التحدث بلغتنا- نشاط لا يترك الاستثمار الذكروي يستمر حتى يبلغ الإدراك ويقيد القوى النفسية من هناك، بل يعرج بالتهييج الناشئ عن الحاجة في طريق دائري مؤد في نهاية الأمر-بعد المرور بالحركة الإرادية-إلى تغيير العالم الخارجي تغييرا يتيح الإدراك الحقيقي لموضوع الإشباع، هذا هو ما انتهينا إليه في أمر صورتنا التخطيطية عن الجهاز النفسي، والنظامان هما بذرة ما نسميه اللاشعور، وقبل الشعور (...) ولست أستمسك إلا بتلك الفكرة: أن نشاط أول النظامين يتجه إلى تأمين التفريغ الحر لكميات التهييج، بينما يوفق الثاني بوساطة الاستثمار الصادر عنه إلى كف هذا التفريغ وإلى تحويل الاستثمار إلى استثمار مستكن، رافعا منسوبه في الوقت نفسه من غير شك، وعلى ذلك أقدر أن تفريغ التهييج يخضع تحت سيطرة النظام الثاني لشرائط ميكانيكية تختلف كل الاختلاف منها تحت سيطرة النظام الأول (...) وأسمي العملية النفسية التي لا يسمح بها إلا النظام الأول عملية أولية، فأما تلك التي تنجم عن الكف الذي يفرضه النظام الثاني فأسميها عملية ثانوية. وهناك بعد -كما أستطيع تبيانه- هدف آخر يضطر النظام الثاني من أجله إلى تصحيح العملية الأولية: ذلك أن العملية الأولية تجهد من أجل تفريغ التهييج لكي تتمكن بمعاونة كمية التهييج المتراكمة على هذا النحو من إقامة عينية إدراكية، ولكن العملية الثانوية قد تركت هذا الهدف واتخذت بدله هدفا آخر، وهو أن تقيم عينية فكرية (...) ومن الضروري للتفكير أن يعنى بالروابط بين الأفكار دون أن يظله الانسياق وراء شدتها".(فرويد. س.، ص ص. 582- 586). وبعد هذه الشروحات المقدمة من طرف فرويد بنفسه لا أعتقد أنني أمتلك معرفة تمس جوانب أخرى من العمليات الأولية والثانوية، ربما باستثناء القول بأنه -وحسب آراء فرويد دائما- ومن وجهة نظر نشوئية تنشأ العمليات الأولية زمنيا قبل العمليات الثانوية، ويترتب على ذلك اقتصار دور العمليات الثانوية على توجيه الرغبات

والعمليات الأولية المنبعثة من اللاشعور في أنسب الطرق، وأيضا بقاء جزء كبير من المادة الذكروية بعيدا عن متناول ما قبل الشعور والشعور.

وأعتقد أنه آن الأوان لنوجه انتباهنا الآن لمبادئ التوظيف الاقتصادي (والتي تدعى أيضا في أغلب المؤلفات بالعربية والفرنسية بـ: مبادئ التوظيف النفسي)، لنتحدث في هذه الحالة عن مبادئ اللذة والواقع والثبات، واضطرار التكرار كما يلي:

تخضع العمليات الأولية (أين تكون الطاقة حرة وتسعى للتفريغ المباشر) لمبدأ يسمى "بمبدأ اللذة" (principe de plaisir) وهو قانون يحكم النشاط النفسي في بدايته، أين يسعى الجهاز النفسي للبحث عن اللذة وتجنب الألم، ويتناسب الألم مع زيادة كمية الاستثارة (أو شدة الطاقة)، أما اللذة فتتناسب مع انخفاضها، وعليه تتجه العمليات النفسية (وفقا لمبدأ اللذة) من الألم إلى اللذة، أي من زيادة كمية الاستثارة (أو شدة الطاقة) إلى تخفيضها بالطرق المباشرة (كما هو الحال في الجهاز النفسي البدائي الانعكاسي الذي صممه فرويد في "تفسير الأحلام" أين تتجه الإثارة من القطب الإدراكي لتفرغ مباشرة من خلال الحركة، وكما هو الحال في الرغبة أين تتجه الإثارة مثلا من حاجة جسمية إلى استثمار ذكرى الإشباع استثمارا كاملا، أي بعثها بعثا هلوسيا)، وفيما بعد أثناء نمو الجهاز النفسي يتبين من خلال اختبار الواقع محدودية العمل بمبدأ اللذة (فالرضيع الذي يهلوس ويستثمر إدراكيا موضوع إشباع موجود في ذاكرته سيشعر أن حاجته للغذاء -أي الاستثارة التي تنتج عن الجوع- لن تلبى، أي أنه لا يأكل و لا يشبع بمجرد تذكر أو تخيل الغذاء أو مصدره، كما أن الشخص البالغ إذا لم يتحكم في عدوانيته وضرب شخصا فقتله فإنه سيتعرض للسجن طوال حياته وربما للإعدام)، من ثم كان ينبغي احترام معطيات الواقع، أي عدم تفريغ الطاقة تفريغا مباشرا لأن ذلك سيؤدي مثلا للحرمان من الإشباع أو للتعرض لأخطار وتهدد البقاء على قيد الحياة، ومن هنا يعمل "مبدأ الواقع" (principe de réalité) على تأجيل التفريغ المباشر، وربط الطاقة، والدوران بالرغبة من أجل تحقيق الإشباع في نهاية المطاف من خلال الواقع الخارجي، وهو إذن يعمل على تعديل ومراجعة مبدأ اللذة من خلال اختبار معطيات العالم الخارجي، ونلاحظ هنا أيضا علاقته المباشرة مع العمليات الثانوية (أين تكون الطاقة مقيدة والتفريغ مؤجل).

يقولBergeret ,et al: " لمصطلح اللذة كما تم تطبيقه في مبدأ اللذة نتيجة طبيعية هي ما ندعوه: "مبدأ الثبات" (principe de constance)، وهو كما قال فرويد الفرضية التي حسبها يميل الجهاز النفسي إلى الاحتفاظ في أدنى مستوى ممكن أو على الأقل في أدنى ثبات ممكن بكمية الإثارة التي يحتويها، ومنه إذا ما أخذنا الأمور في معناها الآخر، فالإدراك الذاتي لزيادة التوتر يدخل عدم اللذة والبحث عن إمكانية للتفريغ(...) في الواقع يمكن أن يفهم مبدأ الثبات هذا بطرق مختلفة، سواء على أنه

ثبات الشحنة الطاقوية الكلية لنظام مغلق، أو على أنه الحفاظ على مستوى متعادل لهذه الشحنة في مختلف أجزاء النظام، أو حتى على أنه تنظيم ذاتي لهذا النظام في مواجهة الاختلالات القادمة من الخارجي، وهذا الوصف الأخير الخاص بالفيزيولوجيا هو ما يوصف عموما من خلال مصطلح التوازن (homéostasie)، ولكن كيف كان يفهمه فرويد؟ .في الواقع لم يشرحه أبدا بوضوح تام (...) وفي التعريف الذي قدمناه لمبدأ الثبات (...) فالحفاظ على مستوى ثابت للشحنة الطاقوية أو تخفيضها لأدنى حد يبدو أنه تم أخذهما كمترادفين، وهذا الغموض لم يتم تجاوزه أبدا" (Bergeret, J., Becache, A., Boulanger, J. J., Cartier, J. P., Dubor, P., Houser, M., et al, 2008, PP.64-65)

كان فرويد إذن -حسب رأي Bergeret,et al- يتحدث عن: "الميل إلى الثبات" أو إلى "تخفيض التوتر الداخلي" أو إلى "التخلص منه نهائيا" كمترادفات. فالثبات والتخلص لم يتم التمييز بينهما، ولكن لنركز انتباهنا على هذه الكلمة الأخيرة: "التخلص من التوتر" داخل الخلايا وداخل الجسم، أي تخفيض التوتر ليصبح يساوي الصفر، ما الذي يعنيه هذا؟

هذا يعني ببساطة موت الكائن الحي.، ولنوجه انتباهنا الآن لتسليط الضوء على ذاكرتنا، فقد تطرقنا (أثناء عرضنا للمرحلة الثانية من الصياغة النظرية للدفعات الغريزية: غرائز الموت في مقابل غرائز الحياة) لسياق التفكير الذي تأتى من خلاله لفرويد القول بوجود غرائز الموت، تلك الغرائز التي تسعى للعودة بالكائن الحي إلى حالة سابقة، والحالة السابقة لحالة الكائن الحي هي الجماد، والحالة السابقة للحياة هي الموت، التي هي هدف غرائز الموت، وقد توصل فرويد لذلك من خلال افتراضه بأن الإجبار أو الميل لتكرار حالات سابقة هو خاصية تتميز بها الغرائز، كما توصل للقول بهذا الرأي الأخير من خلال اكتشافه لمبدأ "إجبار التكرار" أو "قهر التكرار" (compulsion de répétition)، والذي توصل إليه عن طريق ملاحظاته حول: ظاهرات تكرار الأقدار، ولعب الأطفال،و المصابون بعصاب الصدمة الذين تعود بهم أحلامهم للموقف الصدمي، و سلوكيات المرضى أثناء العلاج بالتحليل النفسي (وما يلازمها من مظاهر التحويل، أين يعيد المريض في الحاضر ما هو مكبوت بدلا من أن يستعيده في ذاكرته على أنه جانب من الماضي). وقال فرويد تبعا لذلك بوجود مبدأ آخر يعمل عمله فيما فوق مبدأ اللذة، بل ربما فيما قبل مبدأ اللذة، وهو مبدأ "إجبار التكرار"، ويعني هذا المبدأ -إذا ما أردنا فهمه ببساطة أقرب إلى السذاجة كما هو الحال في تعريفات المعاجم وأغلب المراجع التي قرأتها- أنه هنالك ميل قاهر يدفع الفرد لتكرار خبرات وتجارب سابقة بغض النظر عن نفعها له، وهو يكررها هنا لا شعوريا (أي رغما عنه) بالرغم من أنها قد تكون مؤلمة، وبذلك يضع

نفسه في مواقف مؤلمة لأنه يعيشها على أساس أنها تنتمي للحاضر لا للماضي ولأنه لا يتذكر نموذجها الأصلي، وهو حينما يكررها إنما يكررها مضطرا، أي أنه مرغم لا بطل.

3. تعقيب:

في الواقع لقد تطرقنا لأهم القواعد التي يعتمد عليها فهم التوظيف النفسي من خلال عرضنا لوجهات النظر الميتاسيكولوجية الثلاث: الموقعية، الدينامية والاقتصادية. مع العلم بأن وجهة النظر النشوئية تدخل أيضا في إطار الميتاسيكولوجيا ولا يمكن الاستغناء عنها في فهم التوظيف النفسي، وإلى هنا يبدو أنه من شبه المستحيل على الأقل بالنسبة لي أن نحيط بكل ما قيل حول التوظيف النفسي في بحثنا هذا ،وينبغي أن يتذكر القارئ هنا ما قلناه في بداية تعرضنا لعنصر التوظيف النفسي، ذلك أن هذا المجال واسع وممتد ويضم العديد من الصياغات النظرية كنظرية القلق ، والمصطلحات كمفهوم الهوام ، بالإضافة لإسهامات العديد من المحللين والعلماء، ففي موضوع نمو الجهاز النفسي مثلا هنالك العديد من الآراء انطلاقا من فرويد الذي يعتمد على آرائه الميتاسيكولوجية في وقتنا الراهن خاصة في فهم البنيات العصابية، إلى أبراهام، وميلاني كلاين بفهمها المستحدث لمراحل النمو وبأعمالها حول نفسية الأطفال وبرؤيتها الميتاسيكولوجية التي تفهم من خلالها في وقتنا الراهن البنيات الذهانية، ووينيكوت واهتمامه بالعلاقة بالموضع وخاصة بالأم واصطلاحه الشهير حول "الفضاء البيني" و "الموضوع الانتقالي" والذي يعتمد عليه كثيرا في فهم التنظيمات الحدية، بالإضافة لتيارات فكرية كالذي جاء به كوهيت (kohut) واصطلاحه حول ما يسمى بـ "الذات" (self) وعلاقتها بالنرجسية والتي يعتمد عليها أيضا في شرح هذه التنظيمات الحدية، وهارتمان (hartmann) ووجهات نظره التي يرتكز عليها ما يسمى اليوم "بسيكولوجية الأنا" (egopsychology)، و لاكان (Lacan) الذي أعاد قراءة فرويد لينتج اصطلاحا جديدا (le symbolique, l’imaginaire,et le réel) ...الخ. وهذا يعني أن المجال مفتوح لي وللقارئ لنقرأ ولنتوسع ونتعمق من أجل الوصول إلى مستوى يمكننا من فهم نفس الموضوع أو الظاهرة بأشكال مختلفة، ومن وجهات نظر عديدة، من أجل لمس تفاصيلها بوضوح أكبر.

الفصل الرابع: الصدمة، التوظيف النفسي، ومبتور الأطراف

1. الصدمة و التوظيف النفسي: تأملات

2. علاج الصدمة النفسية.

3. البتر، ومبتور الأطراف.

1. الصدمة والتوظيف النفسي: تأملات

1.1. تمهيد:

إن كلمة "تأملات" هنا تجعلني أشعر بشعور لا أعرف كيف أعبر عنه بالكلمات، فحينما أوحي بأنني "أتأمل" فقد أبدو وكأنني فيلسوف يتابع الصلات بين مجموعة من الأفكار والتصورات بطريقة منطقية، أو كعالم بحجم نيوتن مثلا: أتأمل الطبيعة فتسقط علي تفاحة لأستنتج منها فرضية وجود الجاذبية،في حين انني في الواقع مجرد باحث مبتدئ،وتسمى هاتان الطريقتان في التفكير الممارستان من طرف كلا الشخصين (الفيلسوف الذي يتابع الصلات بين الأفكار والإفتراضات، وذلك الذي يتابع مجموعة من الوقائع التي قد يتوصل من خلالها إلى وضع أفكار وافتراضات) في لغة الفلسفة والعلم بالإستنباط والإستقراء، وكلاهما ناتج عن حركة ذهنية ينطلق فيها التفكير تارة من الفرضيات ليتأكد من صدقها في الواقع وتارة أخرى من الواقع ليصوغه في افتراضات ذهنية، هذه الحركة الذهنية تسمى بالإستدلال، والإستدلال هو مصدر المعرفة العلمية كلها. هذا هو مفهوم التأمل بالنسبة لي كباحث في مجال العلم، أي هو الإستدلال بنوعيه (الإستنباط والإستقراء)، أما مفهومه بالنسبة لي كنفساني (أستوحي من التحليل النفسي) فهو نشاط يعمل به فكرنا المستيقظ حينما يوجه اهتمامه إلى طرق الربط بين التمثلات والأفكار(والتي تبدو وكأنها الطرق والقواعد التي يقول بها فلاسفة المنطق الصوري)، أي هو عمل العقل وفقا لأسلوب العمليات الثانوية، وهو ما يسمى بـ "التفكير التأملي" (La pensée réflexive)، وأنا لا أعرف هنا بدقة الفرق بين نوعي التفكير هذان، ويبدو لي أنهما نفس العملية الفكرية مسماة بأسماء مختلفة (أحيانا الإستدلال، وحجج وبراهين، وأحيانا تفكير تأملي ومراجعة ثانوية ... إلخ). وفي واقع الأمر فإن عقلي يمارس هذا النوع من التفكير أتوماتيكيا، ولذلك سأستعمله هنا لمحاولة تلخيص كل ما تم عرضه حول الصدمة النفسية من خلال تأمل مفهوم الصدمة النفسية من عدة زوايا كما يلي:

1. 2. تأملات حول مفهوم الصدمة النفسية:

1. 2. 1. مفهوم الصدمة النفسية في إطار سياقات الجروحية، الرجوعية، عوامل الخطر وعوامل الحماية.

تنشأ الاضطرابات المرتبطة بالضغط وبالصدمة بعد التعرض لحادث عنيف، حيث يعتبر هذا الحادث (أو العامل الضاغط) السبب الأساسي والمباشر لنشوء ضغط أو صدمة،

ولكن لا يطور كل الأفراد المتعرضين لحادث من هذا النوع اضطرابات ضغط، أو اضطرابات ما بعد صدمية. كما أن الاضطرابات التي يطورونها لا تحتوي على نفس الأعراض، ولا تكون بنفس درجة الشدة والإزمان. وفي الجهة المقابل لا يطور بعضهم أي اضطرابات، يتجاوزون الخبرة التي عاشوها أثناء تعرضهم للحادث، يسترجعون توازنهم الذي أخل به الحادث ويتوافقون في نهاية المطاف.

انطلاقا من هنا تفهم اليوم كيفية إصابة الأفراد بصدمة، بضغط وباضطرابات نفسية عموما في علم النفس الإكلينيكي والمرضي في إطار مصطلحات أساسية: كالجروحية، الخطر وعوامل الخطر. وفي الجهة المقابلة: الرجوعية، الحماية وعوامل الحماية. وقد تابعنا هذه المصطلحات من خلال آراء (Ionescu,et Blanchet,2006) حيث يتمثل الخطر -حسبهما- في مجيء حادث في مرحلة معينة قد يؤدي للإصابة باضطراب، أما الجروحية فهي تعبر عن تميز الشخص ببنية هشة مع قدرات ضئيلة على المقاومة وحساسية للمواجهة، وإذن يكون الشخص في خطر إذا كان يعيش في محيط ضاغط، ويتحول هذا الضغط إلى اضطراب إذا كان ذلك الشخص هشا - أو جروحيا- (Vulnérable) (وهذه هي أبسط صورة، لأنه وبعد هذا هناك نقاشات حول الفصل بين الخطر والجروحية، وحول إرجاع الخطر للمحيط والجروحية للفرد، وحول احتواء الجروحية على عوامل محيطية)، وفي مقابل ذلك تعبر الحماية عن مجموعة من العوامل التي تسمح بتهدئة وتعديل إمكانية إصابة الفرد باضطراب إذا ما كان معرضا للخطر (أي يعيش في محيط ضاغط)، وتمثل الرجوعية حسب ذلك: السياق الذي يتفاعل فيه الفرد والمحيط وعوامل حماية من أجل تعديل إمكانية إصابته باضطراب إذا ما كان معرضا للخطر، حيث يؤدي ذلك التفاعل لعدم انفجار اضطراب بالرغم من تعرض الشخص لوضعيات ضاغطة ومهددة، كما يسمح له باسترجاع توازنه والتوافق معها

يعني ذلك أن الشخص قد يتعرض للخطر (أي للحادث) ويكون هشا - أو جروحيا- (Vulnérable) فلا يستطيع مواجهته،وتتدخل عوامل خطر لتزيد من احتمال إصابته بالاضطراب، وفي مقابل ذلك قد يتعرض شخص للخطر (أو للحادث) ويكون قويا -أو رجوعيا- (Résilient) فيستطيع مواجهته، وتتدخل عوامل حماية لتعدل من إمكانية إصابته بالاضطراب، تحميه وتمكنه من استرجاع توازنه، في هذا الإطار تفهم اليوم - خاصة من طرف الدراسات الإبيديميولوجية- كيفية إصابة الأفراد باضطرابات ضغط وصدمة بعد تعرضهم لحادث وذلك من خلال طرح مجموعة من عوامل الخطر (خصائص الحادث: فجائيته، عنفه، تكرره، حالة الفرد أثناء تعرضه للحادث - التعب، الخوف...، التاريخ الشخصي: التعرض لصدمات سابقة، سوابق إصابة بأمراض عقلية ... إلخ) وفي مقابل ذلك تطرح

مجموعة من عوامل الحماية: كالدعم الاجتماعي مثلا. بل تطرح البحوث الإيبيديميولوجية العديد من العوامل الأخرى والتي لا تعتبر لا عوامل خطر ولا عوامل حماية إلا بعدما تتم دراستها: كالسن، الجنس، المستوى التعليمي والوضعية الاقتصادية والاجتماعية: الفقر والغنى، الزواج والعزوبة، الطلاق والترمل ...إلخ

ولنناقش هنا إذن عوامل الخطر وعوامل الحماية، وأشير في البداية أني لست بصدد نقد الأساليب الإحصائية التي تستخدمها الدراسات الإيبيديميولوجية لدراسة تلك العوامل، والارتباطات بينها وتأثيرها على جلب الاضطرابات بواسطة: معامل بيرسون، واختبار الفروق بـ T.Test ، K^2... إلخ، لأنني قمت بذلك أثناء تحليل الدراسات السابقة، وبعد هذا التوضيح لننطلق في مناقشتنا:

لقد رأينا مع (Ionescu,et blanchet,2006) أن: كلا من عوامل الخطر وعوامل الحماية تنتمي لنفس المجالات: الفردية، العائلية والمحيطية، وأن عوامل الخطر ليست معاكسا لعوامل الحماية، وأن العامل لا يكتسب صفة الحماية أو الخطر من حيث طبيعته بل من حيث شدته، كيفية تفاعله مع العوامل الأخرى، وأن عاملا يمكن اعتباره كعامل حماية قد يتحول إلى عامل خطر إذا ما بلغ شدة معينة، ولكن كيف نثبت كل ذلك؟

لاحظ معي: أولا تدرس البحوث الإيبيديميولوجية مجموعة من العوامل: كالسن والجنس (وهي عوامل فردية)، والزواج والطلاق والترمل (وهي عوامل عائلية)، والفقر والغنى ومنطقة السكن (وهي عوامل اجتماعية لها علاقة بالعمل وبالوضعية الاقتصادية والمحيط الذي يعيش فيه الأفراد)،و في الواقع لا تعتبر هذه العوامل لا عوامل حماية ولا عوامل خطر إلا بعدما تتم دراستها من طرف هذه البحوث، وقد تبحث دراسة إيبيديميولوجية في انتشار الاضطرابات ما بعد الصدمية محاولة ربطها ببعض العوامل، وقد تتوصل هذه الدراسة مثلا إلى القول بأن الاضطرابات ما بعد الصدمية تنتشر أكثر في منطقة السكن (أ) وتتحول منطقة السكن (أ) في هذه الحالة لعامل خطر، أو تتوصل إلى القول بأن هذه الاضطرابات منخفضة في منطقة السكن (أ)، وتتحول منطقة السكن (أ) في هذه الحالة لعامل حماية، أو قد تتوصل هذه الدراسة للقول بأن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة منتشر أكثر لدى النساء، ويتحول عامل الجنس الأنثوي في هذه الحالة إلى عامل خطر، أو أن نسبة هذا الاضطراب منخفضة لدى النساء،ويتحول عامل الجنس الأنثوي في هذه الحالة إلى عامل حماية. هذا يثبت أن العامل لا يكتسب صفة الحماية أو الخطر من حيث طبيعته. فلنذهب الآن لأبعد من ذلك، فعامل حماية (كـ"الدعم الاجتماعي" الذي تعتبره الدراسات الإيبيديميولوجية على أنه عامل حماية منذ البداية وتجرى حوله العديد من الدراسات من حيث كونه كذلك) قد يتحول لعامل

خطـر إذا مـا بلـغ شـدة معينـة، وقـد أشـار(De clercq ,2001) إلـى الوضـعية التـي سـماها (position de Malade désigné) أيـن يحـاط المصـدوم بحمايـة مفرطـة ورعايـة فائقـة، ويعامـل علـى أنـه ضـحية البيئـة، يـتم إزالـة أي عـائق يعترضـه، يوضـع فـي دور المـريض، ويلعـب معـه المحـيط دورا أموميـا ممـا يقـوي التضـاهرات الرهابيـة والتجنبيـة، والتـي قـد تصـبح مزمنـة نتيجـة ذلـك. ونلاحـظ هنـا كيـف يتحـول عامـل حمايـة كالـدعم الاجتمـاعي إلـى عامـل خطـر إذا مـا بلـغ شـدة مفرطـة، بـل أكثـر: إن مـا يعتبـر مفرطـا لـدى شـخص مـا لا يعتبـر كـذلك لـدى شـخص آخـر، ففـي حالــة الــدعم مــثلا يتــدخل: نــوع الــدعم الــذي تلقــاه الشــخص فــي الواقــع وكميتــه، إدراك الشــخص وتقييمــه لهــذا الــدعم الــذي تلقــاه مــن حيــث كونــه كــاف حســب حاجتــه، إمكانياتــه، طــرق تربيتــه، وضـعيته الصـحية والاجتماعيـة ... إلـخ. إذن فمـا يعتبـر حمايـة أو خطـرا هـو الكيفيـة التـي تتفاعـل بهـا تلـك العوامـل مـع بعضـها الـبعض، والكيفيـة الأسـلم لفهمهـا هـي فهمهـا فـي سـياق تفـاعلي. وأشـير هنـا إلــى أن ســياقات الرجوعيــة والجروحيــة تُفهــم فــي وقتنــا الحــالي فــي إطــار تفــاعلي يحتــوي التفــاعلات بـين الفـرد ومحيطـه. لـذلك اقتـرح(Ionescu ,2006) أن يـتم جمـع هـذه العوامـل وفهمهـا فـي سـياق تفـاعلي فـي إطـار المقاربـة "النسـقية - البيئيـة" (Approche écosystémique)، وأشـير أنـا هنـا إلــى أن كــلا مــن الخطــر والجروحيــة والحمايــة والرجوعيــة يمكــن أيضــا فهمهــا فــي إطــار هــذه المقاربـة باعتبارهـا سـياقات تحتـوي علـى التفـاعلات "فـرد - محـيط"، ولكـن لنـتحفظ قلـيلا هنـا، فقـد أشــار Ionesco (2006) إلــى أن هــذه المقاربــة تمتلــك تــأويلات معنيــة لمفــاهيم الصــحة العقليــة، المــرض والعــرض. حيــث تعتبــر مــثلا أعــراض الشــخص علــى أنهــا اســتعارات للعلاقــات البيشخصيــة، وكثيــرا مــا يــتم فــي إطارهــا اســتبدال المــرض الفــردي بــالمرض العــائلي حيــث يــتم الحـديث مـثلا عـن "عائلـة فصـامية" ! وبـالرغم مـن أننـي لسـت خبيـرا فـي هـذه المقاربـة فقـد لمسـت هــذه الطروحــات حينمــا حللــت بحــث "صــدمة الطفولــة ومصــيرها فــي ســن المراهقــة" (راجــع الدراسـات السـابقة فـي بحثنـا هـذا)، أيـن لاحظنـا أن الباحثـان -ومـع احترامـي لجهـدهما كمـا ذكـرت سـابقا- وبـالرغم مـن أنهمـا قـالا بأنهمـا سـيعتمدان علـى دراسـة الصـدمة مـن إطـار سـياقات الجروحيـة والرجوعيـة، فقـد قلـت بعـدما تـم تحليـل الدراسـة أنهمـا "قـد وقعـا فـي فـخ المقاربـة النسـقية البيئيـة"، لأنهمـا كانـا يفسـران بروفيـل الشـخص وبروفيـل الأسـرة مـن خـلال بروفيـل الأم، فالحالـة الـذي قـاوم الصـدمة كـان بـنفس لطـف أمـه، كمـا كانـت طريقـة ترحيبـه وابتسـامته هـي نفسـها لـدى أمـه ممـا حمـاه -حسبهم- مـن الاضـطراب ومـن آثـار الصـدمة. أمـا الحالـة الـذي أصـيب باضـطراب ضـغط مـا بعـد الصــدمة فبــدا وكأنــه كــان يقلــد أمــه التــي أصــيبت هــي الأخــرى بعصــاب صــدمي ! ... فــي الواقــع. - وأعتــذر هنــا مســبقا للبــاحثين- لقــد دارت فــي ذهنــي بعــدما قــرأت بحثهمــا هــذه الفكــرة: هــل الاضـطرابات النفسـية ومـا بعـد الصـدمية هـي اضـطرابات معديـة؟ تنتقـل كـالانفلونزا مـن الأم إلـى

الابن... !؟ لنتجاوز ذلك، لقد اقترحت أن يتم فهم تلك التفاعلات بين الفرد ومحيطه في إطار النموذج الذي عرضه Marsella والذي قدمه Ionescu (2006) في (14 Approches de la psychopathologie) ، والمسمى بـ "نموذج تفاعلي في علم النفس المرضي" ،حيث يحتوي هذا النموذج الذي عرضه Marsella لحالة الضغط على أربع مركبات وهي: 1) المركب "فرد": ويعرض من خلال بعد المواجهة (Faire face)، ويعبر هذا المركب عن موارد الكائن الحي البيو سيكو- سوسيولوجية والتي تمكنه من مواجهة الضغط، 2) المركب "المحيطي": ويعرض من خلال "عوامل الضغط" ومصدرها المحيط، 3) المركب "التفاعلي" : ويعرض من خلال "حالة الضغط" والتي تستثار من خلال التفاعل بين " موارد الكائن الحي" و "العوامل الضاغطة"،4) المركب "السيكوباتولوجي": وقد وصف Selye ثلاث أطوار لـ "المتلازمة العامة للتوافق"، حيث يتحول الضغط إن لم تكن هذه الأطوار فعالة من ضغط متوافق إلى ضغط مجاوز للحد، وعموما يعرض الكائن الحي في هذا النموذج على أنه نسق استجابي، يعمل على عدة مستويات بيو- سيكو- سوسيولوجية من أجل مواجهة الوضعية التي تعرض أنها مصدر لعوامل الضغط. وينتج من خلال التفاعل بينهما حالة الضغط، والذي قد يكون متوافقا أو مجاوزا للحد.

1. 2. 2. مفهوم الصدمة النفسية من ناحية إكلينيكية سيكاترية:

لقد تجولنا خاصة في الفصل الأول من هذا البحث بفكرنا حول مفهوم الصدمة النفسية، وسأحاول هنا تتبع مسار التفكير الذي تطور من خلاله هذا المفهوم من جهة، ووضعية المعارف الراهنة حوله من جهة أخرى بهدف رصد أهم الأفكار وحتى متابعة تطبيقاتها الإكلينيكية من اجل الوصول لأوضح صورة ممكنة عن مفهوم الصدمة النفسية من الناحية الإكلينيكية.

لقد رأينا من ناحية تاريخ تطور المفهوم أن العلماء قد وصفوا أثناء تطور فهمهم للصدمة النفسية مجموعة من التضاهرات، كما حاولوا تفسيرها بردها لعوامل مسببة، وأول من صاغ مصطلح الصدمة النفسية هو "أوبنهايم" (Oppenheim) حيث وصف مجموعة من التضاهرات (كوابيس واضطرابات النوم المتكررة ونوبات الحصر كاستجابة لكل ما يذكر بالحدث، تهيج وحساسية للمنبهات الخارجية) كما رأى أن هذه الأعراض هي ذات منشأ نفسي، فالسبب الرئيسي لتحريضها هو "الهلع" الذي يكون الحدث مصحوبا به، وهنا اعترض عليه "شاركو" (Charcot) الشهير ونفى استقلالية هذه الأعراض لينسبها للهيستيريا وللنوراستينيا ،ولو نظرنا منذ البداية لمفهوم الصدمة النفسية في عقلية هذين العالمين الكبيرين لرأينا أنه كان هناك خلاف حول هذا المفهوم منذ بداية صياغته، فحينما ينسب Oppenheim أعراض

الصدمة للهلع فهذا يعني أنه ربطها بالحادث وباستجابة الشخص الانفعالية أثناء تعرضه له، وحينما ينسب Charcot هذه الأعراض للهستيريا والنوراستينيا فهذا يعني أنه ربطها ببنية الشخص وباستعداده القبلي للاستجابة بمثل تلك الأعراض بغض النظر عن طبيعة الحدث. بعد ذلك جاء "بيار جانيه" (Pierre Janet) - تلميذ Charcot - وقدم تفاصيل مميزة حول مفهوم الصدمة النفسية من خلال المصطلحات التي عرضها، أين تحدث عن "تفكك الوعي" حيث تتواجد ذكرى الصدمة في حالة ما قبل شعورية غير قابلة للتحول لفكرة، كما سمى تذكر الأحاسيس، الصور والضغوطات المرتبطة بهذه الذكرى بإسم: " الفكرة الثابتة "،أين تستثار صور، تخمينات، إعادة معايشات، وتصرفات بدائية غير متوافقة،بينما يستمر الجزء المتبقي من الوعي في استلهام تخمينات مبنية أكثر، ولو استعنا هنا بمعارفنا في علم النفس المرضي من أجل فهم أفكار Janet للفت انتباهنا أولا أن Janet هو تلميذ Charcot، وأن Charcot هو رائد الأبحاث في مجال الهستيريا في ذلك الوقت، وأن الهستيريا كانت تفهم من طرفه على أنها ناتجة عن إصابة دينامية، وأن هذه الإصابة الدينامية تتمثل في أفكار مشحونة بشدة تتسلط على عقل المريض، حيث تكون نوبات الهستيريا مشابهة لحالات التنويم المغناطيسي، ولو ربطنا ذلك بكون Janet قدم أطروحته للدكتوراه حول"الآلية النفسية"، لفهمنا على الفور فكرة تفكك الوعي، وفكرة بقاء ذكرى الصدمة في حالة قبل شعورية، ولفهمنا الطريقة التي تنشط بها تلك الذكرى التي تبقى في حالة بدائية، ولفهمنا أيضا أفكار فرويد(Freud) -وهو تلميذ Charcot أيضا- الذي تشبه أفكاره أفكار Janet من حيث بقاء ذكرى الصدمة في حالة بدائية، ومن حيث نشاط ذكرى الحادث الصدمي (المتطفل) الذي يتصرف داخل الوعي كجسم غريب لا يطاق حتى بعد انقضاء مدة طويلة على حدوثه، إلا أن Freud -الذي كان مهتما بعلاج الهستيريا- افترض أن الحادث الذي يولد صدمة هو ذو طبيعة جنسية، وعرض بذلك نظريته حول النوروتيكا (Neurotica)، ومفادها أن الصدمة ذات طبيعة جنسية، وأنها تحدث على مرحلتين: تتعلق الأولى بالحادث المبكر (Coup)، بينما تتعلق الثانية بالحادث البعدي (Après coup)، والأول هو حادث إغواء طفل غير ناضج متواجد في وضعية سلبية ن طرف راشد، أما الثاني فهو الحادث المفجر الذي ينشط الآثار الذكورية المتعلقة بحادث الإغواء المبكر. هذه هي الفرضية التي كان يعتمد عليها في تلك الفترة لتفسير منشأ الهستيريا، إلا أن Freud تراجع عنها فيما بعد، فلا يعقل أن يكون كل الهستيريين قد تعرضوا للإغواء فعلا من طرف شخص راشد أثناء طفولتهم، ومع بدايات تعمقه فيما يحدث على مستوى الواقع النفسي الداخلي افترض Freud أن الحادث قد يكون هواميا، أي أن الطفل تخيله وليس من الضروري أن يكون قد وقع فعلا، وعموما فنحن نعلم أن ما يحدث صدمة (حسب عقلية Freud أثناء بدايات صياغاته

النظرية) هو الخبرة المصادفة لمشاعر معذبة جدا غير قابلة للتفريغ المباشر (في تصرفات بكاء ... إلخ)، وغير قابلة فيما بعد للتفريغ غير المباشر (من خلال التداعيات)، كما نعلم أيضا أن علاج المرض الهستيري كان يتم -ومنذ أن نشر Freud و Breuer: "دراسات حول الهستيريا" - من خلال طريقة التفريج (Catharsis) والتي تهدف لإعادة معايشة الوضعية الصدمية من أجل تفريغ المشاعر المنسية المرتبطة بها، حيث كانت هذه الطريقة مرتبطة بالتنويم، وتخلى عنها Freud فيما بعد بتخليه عن التنويم واكتشافه للتحليل النفسي، ومع تقدمه في التحليل النفسي وبالموازاة مع تأليفه لـ " ما وراء مبدأ اللذة " (1920) - أين قال لأول مرة بوجود مبدأ قهر التكرار، وغريزة الموت- صاغ Freud نظريته الجديدة حول الصدمة بمفهومها الاقتصادي حيث يكتسح الحدث بسبب عنفه وفجائيته صاد الإثارات -Pare) (excitation، فيكتسح الجهاز النفسي بفعل ذلك من طرف كمية كبيرة من الطاقة، ويعجز الأنا الذي فاجأه الحدث والذي لم يكن مستعدا لمواجهته من خلال إشارة القلق عن التحكم في كميات الطاقة تلك وربطها، وقد رأى Freud فيما بعد أن ما يحرض صدمة هو "الهلع" وليس "القلق"، وأن الصدمة تنشط فيما بعد من خلال تظاهرات التكرار التي تعيد الفرد بدون توقف للوضعية الصدمية.

بعد ذلك أعطت الصراعات المسلحة فرصة لتعميق الخبرة الإكلينيكية حول الصدمة النفسية، ووصف العلماء والأطباء النفسيون العديد من المصطلحات والمتلازمات التي ترمز للإصابة بأعراض اضطراب ناجم عن صدمة، حيث صاغ " هونيغمان" (Honigmann) (1907) مصطلح " عصاب الحرب" بمناسبة الصراع الروسي - الياباني (1904)، كما عرض أثناء الحرب العالمية الأولى تشخيص ما يسمى بـ " صدمة القصف" في العديد من البلدان ("Vent de l'obus" في فرنسا و "Granatschok wirshung" في انجلترا)، كما وصفت في هذه الأخيرة -أي انجلترا- أثناء الحرب العالمية الثانية: " ردود الفعل المؤجلة للمعركة" والتي تتظاهر بعد وقت كمون، وأثناء الحرب الأمريكية الفيتنامية وصف "شاتان" (Shatan) (1972) ما يسمى بـ "متلازمة ما بعد حرب الفيتنام" والتي تنفجر أيضا بعد وقت طويل من الكمون (والتي تتضمن الأعراض الكلاسيكية لعصاب الحرب، حيث يتضمن هذا الاخير الأعراض الكلاسيكية للعصاب الصدمي الذي تحدث عنه فرويد وتلاميذه: من إعادة معايشات كوابيس، إجترار عقلي، حالة إنذار ... إلخ)، وقد اقترح Shatan صيغة أولية لما أصبح فيما بعد تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الثالثة (DSM- III) لسنة 1980.

لنبدأ الآن في تأمل وجهات النظر الإكلينيكية المعاصرة ووضعية المعارف الراهنة حول مفهوم الصدمة النفسية، ففي وقتنا الراهن يبرز للسطح اتجاهان أساسيان يتمثلان في وجهة النظر الأنجلو-سكسونية (وخاصة الأمريكية) ممثلة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM) الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية، ووجهة النظر الأوروبية (وخاصة الفرنسية) ممثلة في النظرة السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية، وفي الواقع فهما اتجاهان سيكاتريان. وما يهمنا هنا هو رصد الخلفية الفكرية لكل منهما وكيفية فهمه للصدمة النفسية كما يلي:

قامت (DSM) - وهي نظام لا نظري مبدأه الأساسي وصف الاضطرابات مع عدم اعتماد أي مرجعية لأي اصطلاح نظري غير مبرهن فيما يتعلق بالمنشأ - باستبعاد فرضية الأعصبة (والعصاب الصدمي) واقترحت مصطلح "الضغط"، ووصفت "اضطراب ما بعد الصدمة"، وعرضت معايير لتشخيصه، وتم التأكيد في الطبعة الثالثة المراجعة (DSM-III-R) على منشأ الصدمة: وهو حادث غير مألوف من شأنه أن يستثير حالة ضغط لدى أغلب المتعرضين له، وأدخلت العديد من التعديلات عبر الطبعات المتلاحقة أهمها تركيز (DSM-IV) على الاستجابة الانفعالية للشخص أثناء تعرضه للحادث (أن يكون الشخص قد عاشه في خوف، عجز، أو ترويع)، كما عرضت معايير لتشخيص اضطرابات أخرى مرتبطة بالتعرض لحادث صادم أهمها " اضطراب الضغط الحاد " (Acute stress disorder)، ويعتبر مصطلح "الضغط" الذي اعتمدت عليه DSM (والشائع في الثقافة الأنجلو سكسونية) مصطلحا بيو-فيزيولوجيا صاغه لأول مرة "هانز سيلي" (Hans Selye) ليصف به استجابة الكائن الحي عندما يتعرض لوضعية اعتداء أو تهديد (أي لعامل ضاغط)، حيث تهدف هذه الاستجابة لتحريك دفاعاته من أجل مواجهة الوضعية والتوافق معها، وقد دقق Selye في استجابة الضغط هذه ليعتبرها في جوهرها استجابة عامة (Non spécifique)، مشتركة لدى الجميع بغض النظر عن طبيعة العامل الضاغط سواءا كان سارا أو غير سار. بعد ذلك وصف Selye انطلاقا من دراساته حول الضغط البيولوجي لدى الفئران ثلاث أطوار لـ "المتلازمة العامة للتوافق" ، حيث يبرز الفرق بين الضغط العادي والمرضي على مستوى فعالية هذه الأطوار . ففي الحالة الأولى يتمكن الكائن الحي من تحريك دفاعاته والتوافق مع الوضعية الضاغطة، أما في الحالة الثانية فيتم تجاوز القدرات الدفاعية ويؤدي ذلك لعدم القدرة على التوافق مع الوضعية، أو الاضطرابات أو حتى للموت.

اعترضت وجهة النظر السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية (التي تعكس التقاليد السيكاترية والإكلينيكية الاوروبية النابعة من اتجاهين أساسيين: الفينوميـنولوجيا والتحليل النفسي) على مصطلح الضغط "البيو-فيزيولوجي"، وفضلت الاستمساك بمصطلح "الصدمة" بمفهومه السيكوباتولوجي، ويمثل هذه النظرة مجموعة من السيكاتريين العسكريين على رأسهم "ليبيغو و بريـيول" (F. Lebigot et G. Briole) الذين طوروا اصطلاحهم انطلاقا من التحليل النفسي اللاكاني (نسبة لـ Lacan) ، وأدمجوا وجهات نظر "كروك وباروا ز" (L. Crocq et C. Barrois) (كما سنشاهد بعد قليل) ، وعموما فقد رأى Crocq أن استجابة الضغط هي استجابة عابرة، ذلك أن الضغط هو رد فعل بيو- فيزيولوجي، وسيكولوجي للإنذار، يسمح بالتكيف مع الوضعية المهددة من خلال تحريك الدفاعات الفيزيولوجية (كزيادة ضربات القلب مثلا) والسيكولوجية (كتركيز الإنتباه مثلا) مما يؤهل الكائن الحي لإيجاد الحلول التوافقية، وهو مفيد، ولا يتحول إلى رد فعل مرضي إلا إذا كان حادا أو متكررا حيث يصبح في هذه الحالة ضغطا مجاوزا للحد، والضغط بهذا المعنى له علاقة مباشرة مع عامل الضغط، فهو يعتبر في نهاية المطاف استجابيا للحادث الضاغط (المتمثل في تهديد آو خطر يثيره عامل ضغط "خارجي") يختفي الضغط باختفائه، ويعبر الضغط عن نفسه إكلينيكيا من خلال أعراض توتر المجموع العصبي المستقل (hyperactivité neurovégetative.)، والتي تترافق إذا كان مجاوزا للحد باضطرابات أخرى سيكاترية، أما الصدمة - حسب وجهة النظر هذه - فهي تحدث بسبب "الهلع" (L’effroi) الذي ينتج عن مفاجأة الحدث وعنفه وعدم الاستعداد لمواجهته، والهلع يتجاوز الخوف (La peur)، والقلق (L’angoisse)، والضغط (Stress)، فعنف الحدث ومفاجأته للشخص لا يترك أي مجال للخوف أو للقلق والضغط، فليس هنالك أي مجال لتعبئة الدفاعات، بعد ذلك تنطبع صورة الصدمة في داخل الجانب النفسي للفرد وتتحول من تهديد خارجي (مرتبط بالحادث) إلى تهديد داخلي (مرتبط بالهلع)، ويستمر تأثيرها لتتظاهر إكلينيكيا (وغالبا بعد وقت كمون) من خلال أعراض التكرار، حيث يعيد الشخص إحياءها على أنها تنتمي للحاضر وليس للماضي، وقد تكون تظاهرات التكرار هذه مرفوقة بتظاهرات أخرى أهمها أعراض توتر المجموع العصبي المستقل كما هو الحال في حالة الضغط . ولكن حتى لو تظاهرت أعراض توتر المجموع العصبي هنا بنفس الطريقة التي تتظاهر بها في حالة الضغط فالأمر لا يتعلق بالتوافق مع تهديد خارجي وعابر، لأن التهديد في حالة الصدمة يصبح داخليا ودائما.

لقد ذهب أصحاب هذا الإتجاه لأبعد من ذلك (أي تجاوزوا فكرة الاكتساح من طرف الهلع التي رأيناها من قبل لدى Oppenheim وFreud، وفكرة تفكك الوعي التي رأيناها لدى Janet). فالصدمة حسب رأي Crocq ليست فقط تحطم، اكتساح وتفكك للوعي، فهي أيضا إنكار لكل ما هو قيمة ومعنى، وهي خاصة رؤية للعدم الغيبي والمخيف، وهي حسب رأي Barrois (1998): انقطاع للعلاقات مع العالم، مجابهة مع لا تمثيلية الموت (Impensable de la mort)، اكتساح من طرف قلق الفناء

(Angoisse de néantisation)، تحطيم لوحدة الفرد وتعطيل للمعنى. ففي مواجهة انكشاف الموت الفعلي يتجرد الشخص -حسب Barrois- من التمثلات لعدم استفادته من عرض مسبق لها، ولا تستطيع حتى البدائل المشكلة من طرف الوعي أو الثقافة (كالجثة وطقوس الدفن) شرح هذه المجابهة ولا التحكم فيها، أين تكون هنالك خبرة أساسية متمثلة في الهلع، وشعور مسبق بـ "موت الذات كحقيقية مؤكدة"، وقد دقق Damiani (1997) في هذه اللحظة المرتبطة بـ "اللاتمثل" (Irreprésentable) وبالهلع، وبعدم تواجد أي كلمة، فمع الصدمة ندخل - حسب رأيه- في المجال المفزع المرتبط بـ اللاتمثل. لينتهي Lebigot و Briole وآخرون إلى أن ما يحدث صدمة في نهاية المطاف هو "التقاء مع العيني (Réel)"، بل هو إلتقاء مع "عينية الموت" (Réel de la mort). وقد أشار Lebigot و De clercq في " Les traumatismes psychiques" إلى انه عندما يواجه الشخص خطرا يهدد حياته (موت عزيز، التعرض لكارثة ... إلخ) فقد يلتقي هذا الشخص إلتقاءا عينيا مع الموت، وفي تلك اللحظة ليس هناك أي قلق أو ضغط بل هناك فقط بياض (un blanc)، فراغ بدون أي كلمة، والشيء الوحيد المعبر عنه في تلك اللحظة هو "الهلع"، وذلك في مواجهة عدم التمكن من تمثل الموت.

إذن فحسب الإتجاه السيكاتري العسكري الفرانكوفوني: ما يحدث صدمة هو تعرض الشخص لحادث خطير، عنيف ومفاجئ يهدد حياته، ويعرضه بفعل ذلك للهلع، تتوقف قدرته على التمثل والتعبير، وقد يلتقي التقاءا عينيا مع الموت. ولكن لنتوقف قليلا هنا، ألم تقل (DSM) تقريبا نفس الشيء؟ لنسترجع المعيار (A) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في (DSM-IV-TR) والقائل بتعرض الشخص لحادث صدمي مع:

1- أن يكون الشخص خبر أو شهد أو واجه حادث أو حوادث تضمنت موتا فعليا، أو تهديدا بالموت، أو أذى خطير، أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين.

2- أن تكون استجابة الشخص قد تضمنت الخوف الشديد أو العجز أو الترويع.

هل اصطنعت وجهة النظر السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية صراعا شكليا مع الـ (DSM)؟ هل الخلاف بينهما هو في نهاية المطاف خلاف حول الألفاظ المستعملة لوصف الحدث ولوصف استجابة الفرد أثناء التعرض له؟ هل مجابهة الفرد مع حادث خطير يتضمن موتا فعليا، أو تهديدا بالموت أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين وشعوره بالخوف، العجز أو الترويع الذي قالت به الـ (DSM) مساوي لمواجهة الشخص لحادث خطير ومفاجئ يهدد حياته ويشعره بالهلع ويجعله يلتقي إلتقاءا عينيا مع الموت الذي قالت به النظرة السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية؟ هل أرهقنا أنفسنا في تتبع خلاف غير موجود أصلا؟ لنستجمع قوانا،

أولا: إن ما يحدث صدمة حسب وجهة النظر السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية هو الهلع، وليس الخوف الشديد أو العجز أو الضغط، ولكن بالرغم من ذلك يبقى التشابه كبيرا في كون الحادث يتضمن - حسب DSM- موتا فعليا أو تهديدا بالموت أو أذى خطير أو تهديد السلامة الجسدية للذات وللآخرين. فما الذي يميز إذن الاصطلاح الذي تقول به النظرة السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية والمتمثل في كون الحادث يتضمن "التقاءا مع عينية الموت" عن اصطلاح (DSM) هذا؟ لندقق أفكارنا: لقد أكد Lebigot و De clercq (دائما في Les traumatismes psychiques) أن المواجهة مع حدث خطير قد تتخذ شكلين قريبين جدا من بعضهما، لكن تأثيراتها الإكلينيكية مختلفة جدا وهما:

1- المجابهة مع تهديد الموت، خطر الموت، والذي من شأنه أن يحرض ردود فعل "للضغط" و لـ "القلق" أحيانا معتبرة جدا ولكنه لا يحرض بالضرورة صدمة نفسية

2- الإلتقاء مع عينية الموت، وهذا الإلتقاء يتعلق في غالب الأحيان بصدمة نفسية، أين يظهر تأثير الصدمة على الشخص عبر مرحلتين:

- ترتبط الأولى بالإلتقاء مع عينية الموت، والذي يكون مرفوقا بالهلع وليس بالقلق، وقد تتبع هذه المرحلة الأولى المرتبطة بالهلع فيما بعد بردود فعل القلق والضغط.
- بينما ترتبط المرحلة الثانية بقدوم متلازمة التكرار الصدمية، فقدومها يؤكد واقعية الصدمة النفسية المعاشة من طرف الشخص.

من هنا اقترح De clercq و Lebigot تسمية الحادث بالمولد للصدمة (Traumatogène) وليس بالصدمي (Traumatique)، لأنه وحسب رأيهم ليس الحادث هو الصدمي، بل المعاش الشخصي للمتعرض له، وهذا المعاش الشخصي لا يتمثل في تهديد الحادث لحياة الشخص وخوف الشخص على حياته أو شعوره بالعجز أو الضغط. بل يتمثل في التقاء هذا الشخص مع عينية الموت أثناء تعرضه للحادث.

في الواقع يعتبر مصطلح "عينية الموت" بل مصطلح عيني (Réel) مصطلحا عميقا من الناحية النظرية، حيث يتطلب فهمه معرفة معمقة بالتحليل النفسي اللاكاني، بل يتطلب فهمه طرح أفكار Lacan وطرح المصطلحات الأساسية التي صاغها وهي: الرمزي، العيني، والهوامي (Symbolique, Réel et Imaginaire) وهذا ما لا طاقة لي به هنا، وقد حاولنا بالفعل تتبع فكرة خطر أو تهديد الموت (أو السلامة الجسدية) واختلافه عن مواجهة "عينية

الموت" من خلال المثالين الإكلينيكيين اللذين قدمهما (De clercq ,et Lebigot ,2001) والمرتبطان بحالتي: السيدة M،و السيد H (اللذان لخصناهما سابقا).

وإلى هذين المثالين أضيف أنا مجموعة من الملاحظات التي أجريتها على حالة التقيت بها صدفة في جناح الاستعجالات بالمركز الاستشفائي الجامعي - بن فليس بباتنة-، حيث استدعيت من طرف أخي الذي تعرض لحادث مرور والذي كان متواجدا بجناح الاستعجالات في مساء يوم جمعة (وأعتقد أنه بالضبط يوم 16-01-2015 أين كان الحدث البارز في تلك الأيام هو إعادة رسم الصحيفة الفرنسية شارلي إيبدو للكاريكاتير المسيء للرسول محمد - صلى الله عليه وسلم- ورد المسلمون في ذلك المساء على المسيرات التي كانت باريس مسرحا لها تحت شعار "أنا شارلي" بمسيرات أخرى كان مسرحها العديد من الدول العربية والمسلمة تحت شعار "أنا محمد")، هرولت مسرعا لأطمئن على أخي، أين كانت إصابته طفيفة وتمت معالجة جراحه، وبينما كنا ننتظر قدوم الطبيب المسؤول لمنحنا وصفة والسماح لنا بالمغادرة إذ بنا نتفاجأ بدخول شخصين للجناح كان أحدهما ملطخ الوجه بالدم، بينما كان الآخر يجري في كل الاتجاهات وهو في حالة رعب وفزع شديدتين أين كانت تعلو عينيه نظرة غريبة مذهولة لا أعرف كيف أصفها.. كان يصرخ بأنهم قد اعتدوا عليه بالسكين: "ضربوني بموس"، ويردد أنهم قتلوه:"قتلوني"، وبأنه يعاني من ألم شديد "سطر... سطر... قتلني السطر"، قدمت له طاولة طبية ليستلقي عليها، جلس عليها وهو في حالة حركة دائمة، طلبت اسمه وأخبرته أنه في المستشفى وأنه ليس في خطر وأنه سيتم علاجه، لم يعبأ بأغلب ما قلته، كان ينظر لي نظرة فزعة وهو في حالة حركة دائمة، ويصرخ بأنه يعاني من ألم :" قتلني السطر" وبأنه قد مات :"قتلوني"، وأحيانا بأنه سيموت:" راح نموت"، كما كان من فترة لأخرى يصرخ على الشخص الذي قدم معه (الملطخ الوجه بالدم) بأنه السبب لتعرضه للإعتداء:"في جرتك، في جرتك ... راح يقتلوني"، جاء الممرض المسؤول وطلب مني الإنسحاب صارخا:" خلينا نخدمو .. خليونا نخدمو..." ،إنسحبت وأخبرته أن الحالة يعاني من أعراض الضغط:" راهو Traumatisé"، لم يعبأ الممرض بما قلته (وربما فهم كلمة Traumatisé بأنه قد تعرض لصدمة بمعناها الطبي، وربما كان من الأفضل أن أقول:" راهو مـ Choqué" بالرغم من أن الممرض لم يكن ليعبأ بما أقوله حتى لو قلت ذلك). وبينما كان الحالة في حركة دائمة اضطر الممرض وزملاؤه لتثبيت ذراعه حيث أمسكوها بقوة، ووضع الممرض إبرا في يد الحالة (وأعتقد أنه كان يسحب عينات من دمه لإجراء التحاليل). تركنا الحالة في تلك الوضعية، وغادرت أنا وأخي جناح الاستعجالات (من دون الحصول على وصفة)، وعدت للمنزل. وفي

مساء يوم الغد أخبرني أخي أن أحد معارفه الذي يعمل بالمستشفى والذي التقينا به عندما قابلنا الحالة هناك قد أخبره بأن الحالة: "قد توفي في صبيحة ذلك اليوم" -رحمه الله-.

نلاحظ هنا أن الحالة تعرض فعلا لحادث خطير، هدد حياته وهدد سلامته الجسدية، كما أنه عانى من أعراض الضغط، أو حتى ما يسمى بـ "رد الفعل الحاد لعامل الضغط" في CIM10: ازدياد للنشاط العشوائي واستجابة شرود: حيث لم يتوقف عن الحركة وكان يجري في كل الاتجاهات بالجناح وكأنه فاقد للوعي ومذهول وهو في حالة فزع شديدة، وضيق في مجال الوعي والانتباه: حيث لم يعبأ بأغلب ما قلت ولا بما قاله الممرض ولا بما كان يحدث في القاعة وبقي مثبتا في حالة حركة وصراخ دائمين، وبالإضافة لذلك فقد كان يعاني من ألم شديد، وكان يردد باستمرار:"قتلني السطر" وكأن شدة الألم الذي كان يعاني منه أو شدة الاستثارة التي كان يتعرض لها جعلته "يحس" بأنه سيموت. ولكن هل واجه عينية الموت ؟ .هذا ما لا أستطيع أن أجزم به، فقد كان يردد إلى جانب قوله أنه سيموت، قوله بأنه قد مات :"قتلوني" أي شعر فعلا بأنه قد مات، وبالرغم من ذلك فلا يمكن التأكد إكلينيكيا بأنه قد أصيب بصدمة، وانه قد واجه "عينية الموت" قبل أن تصدر تلك الأعراض المرتبطة باستجابة الضغط، ذلك لأنه وببساطة قد شاءت له الأقدار- للأسف- أن يموت فعلا. وليس هناك أي مجال لرصد تظاهرات التكرار التي تؤكد - حسب وجهة النظر السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية - واقعية الصدمة، والتي تؤكد أن الشخص قد إلتقى فعلا مع عينية الموت أثناء مواجهته للحادث.

ولتتضح الصورة أكثر، لنحاول الآن متابعة هذه الأفكار وتطبيقها على مستوى عرضي (أي على مستوى الأعراض والاضطرابات المرتبطة بكل من الضغط والصدمة) كما يلي:

لنحتفظ أولا بهذه الفكرة في أذهاننا: يعبر الضغط (بالمعنى الذي صاغه به Selye، وبمعناه في DSM) عن نفسه إكلينيكيا من خلال أعراض توتر المجموع العصبي المستقل، وتنتج هذه الأعراض كاستجابة مباشرة وعابرة لعامل ضغط خارجي، ولا تتحول لإستجابة مرضية إلا حينما يصبح الضغط مجاوزا للحد. بينما تعبر الصدمة (بالمعنى الذي صاغها به Oppenheim، وبالمعنى الذي عرضها به Janet، Freud والمدرسة السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية) عن نفسها إكلينيكيا من خلال أعراض التكرار، والتي تتظاهر غالبا بعد وقت كمون، فهي ليست استجابة مباشرة وعابرة، حيث يعيد الشخص معايشة ذكريات الصدمة المشحونة بالهلع بصفة دائمة ومستمرة من خلال أعراض التكرار هذه، وبعد ذلك قد يكون هذا التكرار مرفوقا بأعراض أخرى أهمها أعراض الضغط.

لنحاول الآن تطبيق هذه الفكرة على المستوى الإكلينيكي: لقد وصفت الـ (DSM) مجموعة من الاضطرابات التي تنفجر بعد التعرض لحادث ضاغط (أو مولد لصدمة)، حيث منحت لبعضها صفة "الاضطرابات ذات الخصوصية" (وهي إضطراب ضغط ما بعد الصدمة واضطراب الضغط الحاد)، ولبعضها الآخر صفة "اضطرابات اقل خصوصية" (كاضطراب التأقلم والاضطراب الذهاني الوجيز)، وقد لاحظت أنا أن الاضطرابات ذات الخصوصية تحتوي على الأعراض المعبرة عن الصدمة (أي أعراض التكرار أو ما يسمى عادة بإعادة المعايشات في DSM) بينما لا تحتوي الاضطرابات الأقل خصوصية على أعراض التكرار، حيث لا تتوفر فيها كل المعايير المميزة لاضطراب ما بعد - صدمي، ولذلك أعتقد أن هذه الاضطرابات (الأقل خصوصية) هي في جوهرها اضطرابات ضغط، والذي قد يكون عابرا، وقد يكون مزمنا إذا ما أصبح مجاوزا للحد.

ولنناقش الآن الاضطرابات ذات الخصوصية: إن اضطراب ضغط ما بعد -الصدمة أو (PTSD) الذي وصفته DSM يعني بالنسبة لي (سواءا قصدت DSM ذلك أم لا): "اضطراب إعادة إحياء ومعايشة ذكرى الخبرة التي عاشها الشخص أثناء تعرضه للحادث بواسطة أعراض التكرار مرفوقة بأعراض أخرى من بينها أعراض الضغط"، لأن الصدمة (التي تتظاهر بأعراض التكرار) هي التي تظهر في المخطط الأولي لهذا الاضطراب بينما يكون هناك في الخلفية أعراض أخرى من بينها أعراض الضغط، وأنا لا أفهم لماذا سمت الـ DSM اضطرابا كهذا هو في جوهر اضطراب صدمة باضطراب ضغط أو "ضغط ما بعد الصدمة"، وكأن الضغط هنا هو المهم، فهل حينما تعالج أعراض الضغط (أو توتر المجموع العصبي المستقل) من خلال الأدوية تزول معها أعراض التكرار؟ .هذا ما لا أعرفه، لنعد الآن لـ "اضطراب الضغط الحاد"، وهو يتميز عن "اضطراب ضغط ما بعد - الصدمة" (الذي قد يكون حادا إذا كانت الأعراض أقل من 3 أشهر أو مزمنا إذا استمرت الأعراض أكثر من 6 أشهر، أو متأخرا إذا بدأت الأعراض بعد 6 أشهر) من حيث كونه - أي اضطراب الضغط الحاد- اضطرابا عابرا يستمر من يومين إلى أربعة أسابيع على الأكثر، ويتضمن هذا الاضطراب: أعراض الضغط (أي توتر المجموع العصبي المستقل)، وأعراض التجنب، والأعراض التفارقية، ولكنه يتضمن أيضا أعراض التكرار !، ولم أفهم لماذا نسبت الـ DSM أعراض التكرار (أي أعراض الصدمة) لاضطراب عابر ومباشر اسمه "اضطراب الضغط الحاد"؟.

في الواقع لقد شوشت الـ DSM تفكيري حينما سمت اضطرابا صدميا في جوهره (وهو اضطراب ضغط ما بعد - الصدمة) باضطراب ضغط، وحينما نسبت أعراض الصدمة لاضطراب هو في جوهره اضطراب ضغط (أي اضطراب الضغط الحاد)، ولحسن الحظ يبدو أن منظمة الصحة العالمية قد تنبهت لهذه الملاحظة المتعلقة بـ "اضطراب الضغط الحاد" في تصنيفها العالمي العاشر للأمراض (CIM10) حينما وصفت اضطرابا موازيا "لاضطراب الضغط الحاد" اسمه " رد الفعل الحاد لعامل ضغط"، حيث يكون رد الفعل هذا عابرا أين تتظاهر أعراضه مباشرة في خلال الساعة التي تلي مجابهة عامل ضغط، وتختفي هذه الأعراض في عدة ساعات ولا تتجاوز يومين أو ثلاثة كأقصى حد، كما تحتوي على: الأعراض التفارقية، وأعراض توتر المجموع العصبي المستقل، ولكن ليس أبدا على أعراض التكرار، فلماذا نسبت الDSMهذه الأعراض لاضطراب الضغط الحاد؟

لا ينبغي أن ينتظر القارئ مني أن أجيب على هذه الأسئلة، وكنت لأجيب عنها لو كنت أفكر خارج إطار DSM، وقد طرحتها هنا لأبين الصعوبة التي خلقتها الـ DSM حينما جمعت بين الضغط والصدمة بطريقة تصعب فهم: هل الاضطراب في جوهره هو اضطراب ضغط أم اضطراب صدمي (مرفوق بأعراض الضغط)؟ كما لا أعتقد أن القارئ يتوقع مني أن أفكك الاضطرابات التي وصفتها الـ DSM لأصنفها على أنها اضطرابات ضغط خالصة، أو اضطرابات صدمة خالصة (فأفكك مثلا "اضطراب الضغط الحاد" بطريقتين: سواءا بالإبقاء على أعراض التكرار ونسبه لاضطرابات صدمية أو دمجه بطريقة ما في "اضطراب ضغط ما بعد الصدمة"، أو بحذف أعراض التكرار ونسبه لاضطرابات الضغط العابرة)، لأن الأمور أعقد مما تصورت، فاختلاط أعراض الضغط بأعراض الصدمة في هذه الاضطرابات أدى إلى صعوبة فهم أيهما أهم، وأيهما جلب الآخر. والخوض في هذه الأمور هو وظيفة السيكاتريين، وبالإضافة لأني لست سيكاتريا، فأنا لست منظمة بحث طبي، ولا أمتلك وسائل جمعية الطب النفسي الأمريكية التي تصدر الـ DSM، وإنما طرحت هذه الأفكار والملاحظات والتساؤلات من أجل الوصول لأوضح صورة إكلينيكية ممكنة عن مفهوم الصدمة النفسية من حيث المنشأ والأعراض، ولكي نُثبّت كل ذلك في أذهاننا أقترح أن نختم هنا بالطرح الإكلينيكي الذي قدمه Crocq والذي يجمع مختلف الإضطرابات التي تحدث بعد التعرض لحادث مولد للصدمة في سياق كرونولوجي، حيث تجمع المدرسة السيكاترية الفرانكوفونية مجموعة الاضطراب تلك تحت إسم: "المتلازمة الصدمية- النفسية" (Syndrome Psycho-Traumatique)، وقد

رأى Crocq أن الصدمة النفسية تتطور بشكل كرونولوجي عبر ثلاث مراحل (يمكن إدراج أنواع معينة من تلك الإضطرابات تحت كل منها) وهي:

أ- المرحلة الآنية: (Phase Immédiate)

والتي تحدث فيها استجابة مباشرة وعابرة لعامل الضغط، وتلك الاستجابة التي تحدث في هذه المرحلة هي وحدها التي تتلاءم مع مصطلح الضغط، والذي قد يكون متوافقا (بالرغم من اصطحابه بأعراض مضايقة) وقد يكون مجاوزا للحد، وفي هذه الحالة يمكن إدراج "اضطراب الضغط الحاد" في DSM، و"رد الفعل الحاد لعامل ضغط" في CIM10في إطار هذه المرحلة.

ب- المرحلة ما بعد- الآنية: (Phase Poste-Immédiate)

وتكتسب هذه المرحلة أهمية كبرى لأنها مرحلة التطور والمراقبة، ولأنه يتم على مستواها إما خمود الضغط، وإما بروز علامات استقرار عصاب صدمي مزمن حيث تعتبر هذه المرحلة في هذه الحالة الثانية مرحلة كمون.

ج- المرحلة المتأخرة: (Phase Différée)

والاستجابة التي تحدث في هذه المرحلة لا تتلاءم أبدا مع مصطلح الضغط، لأنه يعبر عن استجابة مباشرة وعابرة، ولأن الأعراض التي تأتي في هذه المرحلة تكون متأخرة (أي تتظاهر بعد فترة كمون) و/أو مزمنة، ومن الواضح أنه يندرج تحت هذه المرحلة:"اضطراب ضغط ما بعد- الصدمة" في DSM و CIM10، و"العصاب الصدمي" في الوصف الكلاسيكي، و"التغير المزمن للشخصية عقب خبرة كارثية" في CIM10.

1. 2. 3: مفهوم الصدمة النفسية من ناحية سيكوديناميية:

دمج فرويد مصطلحات Janet القائلة بتفكك الوعي، وبالفكرة الثابتة، أين تبقى ذكرى الصدمة منفصلة عن الوعي، ويتصرف الحادث الصدمي المتطفل من خلال آثاره الذكروية كجسم غريب لا يطاق داخل الوعي، بعد ذلك قدم فرويد نظريته التي تدعى بالنوروتيكا (والتي عالج فيها أصل الهستيريا) حيث افترض أن الصدمة هي سبب الهستيريا، وأن تلك الصدمة هي ذات طبيعة جنسية، وإنها تحدث عبر مرحلتين: تسمى الأولى بالحادث المبكر(Coup) والذي يتمثل في حادث إغواء طفل غير ناضج متواجد في وضعية سلبية من طرف راشد، أما المرحلة الثانية فتتعلق بالحادث البعدي (Après- coup) حيث يأتي هذا الحادث في مرحلة لاحقة ليعيد تنشيط الآثار الذكروية المتعلقة بحادث الإغواء المبكر، وافترض فرويد في البداية أن حادث

الإغـواء المبكـر قـد وقـع فعـلا، ثـم تراجـع عـن ذلـك وافتـرض أن هـذا الحـادث قـد يكـون هواميـا (Fantasmatique) -أي قـد يكـون الطفـل تخيلـه فحسـب ولـيس مـن الضـروري أنـه قـد وقـع فعـلا-، ونلاحـظ هنـا أن الحـادث المبكـر -سـواءا كـان واقعيـا أو هواميـا - لا يكـون صـدميا إلا مـن خـلال آثـاره الذكرويـة التـي يـتم تنشـيطها إثـر التعـرض لحـادث بعـدي، لنتـابع الآن مسـار تفكيرنـا ... ولكـن قبـل ذلـك لا ينبغـي أن نمـر مـرور الكـرام علـى هـذه المسـألة: "تراجـع فرويـد عـن فكـرة كـون الحـادث المبكـر واقعيـا وافتـراض أنـه قـد يكـون هواميـا"، فهـذه المسـألة مهمـة جـدا فـي التحليـل النفسـي لأنهـا تتعلـق بحقيقـة التـاريخ الشخصـي للأفـراد، فهـل الأحـداث التـي يسـتدعيها العصـابي قـد وقعـت فعـلا أم لا؟ هـل عاشـها هـذا العصـابي فعـلا أم أنهـا مزيفـة ومـن إنتـاج خيالـه؟. نـاقش Janin (1996) هـذه المسـألة فـي مقدمـة كتابـه: "Figures et destins du traumatisme". حيـث اسـتدعى Janin -فـي تلـك المقدمـة المعنونـة بــ: La réalité entre traumatisme et histoire- الصـراع الـذي دار بـين فرويـد وفرنتـزي (Ferenczi) حـول واقعيـة الحـدث الصـدمي، وقـد عـاد فرنتـزي -حسـب رأي Janin- لنظريــة النوروتيكــا بعــد 35 ســنة مــن تخلــي فرويــد عنهــا، حيــث عــالج فــي مقالتــه الشـهيرة "Confusion de langue" مسـألة واقعيـة الحـدث الخـارجي الصـدمي (الـذي هـو أصـل الهسـتيريا) بـأن اعتبـره حـدثا حقيقيـا وقـع فعـلا فـي الماضـي، وانطلاقـا مـن هنـا عـرض نظريتـه كمـا يلـي: تحـدث الصـدمة كنتيجـة لإسـتجابة إسـتكانية مـن طـرف الراشـد للإسـتمالة اللطيفـة مـن طـرف الطفـل. (Le traumatisme est le résultat d'une réponse « passionnelle » de l'adulte aux sollicitations tendres de l'enfant)، يـتم إنكـار هـذه الإسـتجابة الإسـتكانية مـن طـرف الراشـد، وبالتـالي يـدخل هـذا الإنكـار (Déni) لـدى الطفـل إنشـطارا للأنـا (Clivage du moi)، وهكـذا يحـس الطفـل أنـه بـريء مـن الحـادث، وفـي نفـس الوقـت يسـتدمج الشـعور بالـذنب الخـاص بالراشـد، والأكثـر مـن ذلـك أن الطفـل ومـن أجـل الإحتفـاظ بصـورة جيـدة عـن الراشـد فهـو يفضـل أن يعتقـد بـأن المشـهد الصـدمي هـو إنتـاج هـوامي خـالص لأنـه يفضـل تقبـل فكـرة أن ذاكرتـه ليسـت جـديرة بالثقـة مـن أن يعتقـد بـأن شـيئا مـن هـذا النـوع -ومـع أشـخاص كهـؤلاء- قـد حـدث فعـلا فــي الماضــي (تضــحية ذاتيــة بتكاملــه النفســي مــن أجــل إنقــاذ الوالــدين (Autosacrifice de l'intégrité de son propre esprit pour sauver les parents)، ويعتبـر هـذان الخطـان (أي نظريــة فرويــد حــول الصــدمة مــع تطويراتهــا اللاحقــة وخاصــة المرتبطــة بالبعــد الإقتصــادي، ونظرية فرنتزي) خطان مرجعيان في التحليل النفسي حسب رأي Janin.

وحينما نطرح مفهوم الصدمة من ناحية "سيكودينامية" فهذا يعني أننا نعمل في إطار نظرية سيكولوجية بحتة، أي في إطار نظرية الميتاسيكولوجيا* (وهي القاعدة النظرية للتحليل النفسي**)، وحينما كنت أفكر في الصدمة من تلك الناحية كانت أفكاري تتجه دائما في نفس المسار: انطلاقا من الصدمة كسبب للعصاب، ووصولا للعصاب الصدمي كنتيجة للاكتساح الكمي، وحينما كانت أفكاري تقطع ذلك المسار كنت أتوقف غالبا في ثلاث محطات كبرى: الحادث المبكر والحادث البعدي، العصاب الصدمي، والصدمة الاقتصادية الناتجة عن الاكتساح الكمي. حيث كنت أجلس مطولا في تلك المحطات (واضعا يدي على خدي) محاولا فهم الصدمة النفسية.

ولأننا تطرقنا لفكرة الحادث المبكر والبعدي لنتقدم الآن خطوة للأمام في مسار تفكيرنا لنصل لمصطلح العصاب الصدمي الخالص كنتيجة للإكتساح الكمي بالمعنى الذي عرف به فرويد الصدمة في "ما وراء مبدأ اللذة" (1920)، ولكن قبل ذلك ما هي الفرضيات التي كان يفسر من خلالها ذلك النوع من العصاب في إطار التحليل النفسي قبل سنة أو سنتين من صدور "ما وراء مبدأ اللذة"؟ يقول فرويد في -ما وراء مبدأ اللذة- :" ليس رأي التحليل النفسي في عصاب الصدمة متفقا على أي وجه من الوجوه بنظرية الصدمة في شكلها الساذج، ذلك لأن الرأي الأخير يذهب إلى أن صميم الصدمة هو الهدم المباشر لأنسجة الخلايا، إن لم يكن للتكوين التشريحي الدقيق لعناصر الجهاز العصبي" (فرويد، س.، 1994، ص 61).

من الواضح إذن أن رأي "التحليل النفسي" في سبب نشوء عصاب الصدمة (أو عصاب الحرب أو أي وحدة إكلينيكية معادلة لهما) معارض للفرضيات الإكلينيكية المفسرة لسبب نشوء أعراض ذلك العصاب بارجاعها لأسباب ميكانيكية أو عصبية (étiologie d’une commotion mécanique ou neurologique, ou étiologie commotionnelle)، ولكن ما هو رأي "التحليل النفسي" إذن في منشأ تلك الأعراض؟

يقول فرويد :"لقد ذهبت في كتاب آخر إلى أن عصاب الحرب (إذا استخدمنا هذا المصطلح كي يعني شيئا أكثر من مجرد الإشارة إلى الظروف التي وقع فيها المرض) يمكن أن

* وقد عرضتها في الفصل الثاني تحت عنوان "التوظيف النفسي"، حيث تناولنا التوظيف النفسي في إطار الميتاسيكولوجيا من خلال وجهات النظر الثلاث: الموقعية، الدينامية والإقتصادية

** في الواقع من الصعب جدا علي الإلمام بكل ما قيل حول الصدمة النفسية من وجهة نظر التحليل النفسي، أولا لأنني لست محللا، وثانيا لأن المحللين يستطيعون الولوج لمادة نفسية لاشعورية لا نستطيع نحن كنفسانيين عياديين (أو عاديين) الولوج إليها، وحتى لو أدعينا أننا نستطيع ذلك من خلال الإسقاطيات وتأويلها حسب التوجهات التحليلية، تبقى تقنياتنا وفضاء عملنا أثناء العلاج (الذي يعتمد على طريقة العمل وجها لوجه) مختلفة عن تقنيات المحلل وفضاء عمله: أين يطلب من المريض الاستلقاء على أريكة ليجلس المحلل خلفه ويطلب منه ذكر كل ما يجول بخاطره، ويحاول المحلل تأويل مستدعياته، أحلامه وإعادة بناء هواماته ...إلخ ولذلك فإن أفضل طريقة لفهم نظريات التحليل النفسي هي الخضوع للتحليل أو ممارسته، مع العلم أنه لا يمكن ممارسة التحليل النفسي قبل الخضوع له.

يكون لونا من عصاب الصدمة قد هيأ السبيل له ما في الأنا من صراع" (فرويد، س.، 1994، ص 63)، إذن يرجع التحليل النفسي أعراض عصاب الحرب (أو العصاب الصدمي) إلى :"ما في الأنا من صراع"، والآن تحرك عبارات فرويد تلك في ذهني سؤالين: الأول:" ما هو هذا "الكتاب الآخر" الذي ذكر فيه فرويد كل ذلك؟، ولحسن الحظ أجاب مترجم "ما وراء مبدأ اللذة" عن سؤالي هذا بأن ذكر أنه كتاب "عصاب الحرب"، وعنوانه بدقة هو "مدخل إلى التحليل النفسي لأعصبة الحرب" (Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre)، أما السؤال الثاني فيتعلق بما عناه فرويد حينما قال:" لقد ذهبت في كتاب آخر إلى أن عصاب الحرب... يمكن أن يكون لونا من عصاب الصدمة قد هيأ السبيل له ما في الأنا من صراع"؟، فعبارة "ما في الأنا من صراع" جديدة علي، لأننا نعلم أن الصراع في الهستيريا ينشأ بين الأنا والهو، أي بين الرغبات الجنسية التي تندفع بقوة لتعبر عن نفسها والأنا الذي يتصدى لها بالكبت. فهل الأمر مختلف في عصاب الصدمة (أو عصاب الحرب)؟، هل ينشب الصراع في هذه الحالة بين الأنا والأنا نفسه ؟ .كنت على وشك عدم القدرة على الإجابة عن هذا السؤال لأنني لم أقرأ كتاب "مدخل إلى التحليل النفسي لأعصبة الحرب" (1919)، الذي نشره فرويد بالتعاون مع تلاميذه: فرنتزي، أبراهام، سميل، وجونز، حيث صدر هذا الكتاب بعد سنة من إنعقاد ملتقى عالمي للتحليل النفسي في بودابست (Budapest) سنة 1918، وكان موضوع النقاش في هذا الملتقى (وأيضا في الكتاب) هو: عصاب الحرب، ولحسن الحظ يمكننا متابعة ذلك النقاش من خلال مقال حديث بعنوان: « L’embarras du travail dans l’étiologie psychanalytique des névroses de guerre » عرض فيه كاتبه (Demaegdt,2013)الفرضيات المفسرة لعصاب الحرب من طرف فرويد وتلاميذه كما يلي:

إفترض فرنتزي (Sandor Ferenczi) أن أعصبة الحرب هي ذات منشأ نفسي، لأن أعراض هذه الأعصبة تسيطر عليها الاضطرابات الحركية مما يعني أنها ليست أكثر من مجرد أعراض هستيرية، وقدم فرنتزي أطروحته حول أعراض أعصبة الحرب بأن اعتبرها "أعراضا نرجسية" تتعلق بـ "تضخم نرجسي"، ففي حماسة المعركة يبحث الجندي عن نوع من الهيبة والشرف، ولكن إنهيار (أو إنخفاض) شعور القوة المطلقة (Une chute du sentiment de toute- puissance) يقوده للإصابة بجرح نرجسي، ومنه فأعصبة الحرب -حسب رأي فرنتزي- لا تشكك في أطروحة التحليل النفسي (القائلة بالأصل الجنسي) إذا ما أخذنا بعين الاعتبار وجود النرجسية على أنها حب للذات وعلاقة عاطفية تجاه الأنا والجسم، فما يصاب بجرح في حالة عصاب الحرب هو: الأنا، حب الذات والنرجسية.

أثرت أطروحات فرنتزي هذه على أبراهام (Karl Abraham) الذي دافع أيضا عن المنشأ النفسي لأعصبة الحرب، حيث افترض أن هذه الأعصبة هي ذات أصل جنسي، وأن الحوادث التي تحدث أثناء الحرب لا تمثل سوى عذرا لتفجير أعصبة موجودة أصلا كما هو الحال في الهستيريا، والمصدومون حسب رأي ابراهام: لديهم استعداد مسبق لأن يكونوا مصدومين بفعل "تثبيت في المرحلة النرجسية"، كما أن بعض أعراض عصاب الحرب (الموازية لأعراض العصاب الصدمي) مثل: الإرتجاف، الصداع، القلق، المشاعر الإكتئابية ...إلخ يمكن ربطها مع العجز الجنسي (Impuissance sexuelle) لأن هؤلاء المصدومين يتميزون بعدم الإستقرار فيما يتعلق بجنسيتهم، فهم - حسب رأي أبراهام- يفتقرون للرجولة -أو الفحولة- (Ils manquent de virilité)، لأنهم يعانون من استحالة استثمار موضوع (أي امرأة)، وإذن تتناسب النرجسية في هذه الحالة مع جنسية مثلية كامنة لهؤلاء الجنود.

ويشير Demaegdt -كاتب المقال- إلى أن كلا من فرنتزي وأبراهام إستدعيا النرجسية، وبالرغم من ذلك استعملها كل واحد منهما بطريقة مختلفة، فبالنسبة لفرنتزي يتعلق الأمر في حالة عصاب الحرب بانخفاض (أو انهيار النرجسية)، أما بالنسبة لأبراهام ففرط النرجسية هو الذي يمنع المريض من تكريس نفسه للدفاع عن القضية الوطنية.

بعد ذلك افترض سيمل (Ernest Simmel) -الذي كان طبيبا مختصا في علاج الأمراض الناجمة عن الحرب، والذي تم تحليله من طرف أبراهام- أن الجدول العيادي للمصابين بعصاب الحرب يمكن إرجاعه لاضطرابات الشخصية المجاورة للأعراض،وأن هذا الجدول يتميز من خلال تفكك الشخصية الذي ينشأ إثر صراع بين مركب الأنا ومركب الأحاسيس والإنفعالات العنيفة،وحينما لا يتمكن العصابي من السيطرة على هذا الصراع فهو يترك نفسه ليكتسح من قبله، وهكذا ابتكر سيمل - حسب رأي Demaegdt- نظرية جديدة حول الصدمة بأن اعتبرها : "دفاعا ضد التحلل (أو عدم الإندماج) العقلي والجسمي " (Une défense contre la désintégration mentale et physique)،فالصدمة بالنسبة لسيمل هي دفاع يستخدمه الشخص ضد ميوله الهدامة، بسبب تغير التصرفات الأخلاقية في زمن الحرب، مما يؤدي لحدوث تغير جذري في حواجز الوعي وحدود الضمير. ومن هنا افترض جونز (Ernest Jones)أن أحد الصراعات التي يرجع إليها جذور العصاب هو صراع متعلق بالأنا، حيث ذهب إلى أن الإنسان لديه عادة دليل يشتمل على مجموعة من القوانين (Un Code de règles)، التي تحكم حياته اليومية، أما في زمن الحرب فيؤدي تحرير الميول الممنوعة وفي نفس الوقت ضرورة الخضوع للإنضباط والتحكم في الذات -على جبهة القتال-

إلى هدم التناسب الذي كان قائما بين أنا مثالي واندفاعات كانت مقموعة، حيث يوافق جزء من الأنا على مجموعة من القوانين بينما يعترض عليها الجزء الآخر من الأنا نفسه.

وأخيرا أكد فرويد أن أعصبة الحرب ذات منشأ نفسي، وبالرغم من ذلك فقد رأى انها لا تستجيب للنظرية القائلة بالأصل الجنسي للأعصبة * ، لأنه لا يمكن التأكيد على أن أعراض عصاب الحرب تنشأ كما هو الحال في الأعصبة التحويلية بسبب الصراع بين الأنا والدفعات الجنسية، فقد رأى فرويد أنه وبالرغم من أن كلا من الأعصبة التحويلية وأعصبة الحرب تلتقي من حيث كون العدو فيها "عدوا داخليا"، فأعراض عصاب الحرب تنشأ بسبب صراع داخل الأنا (وليس بين الأنا والدفعات الجنسية)، حيث يحدث في حالة أعصبة الحرب صراع بين مثاليتين للأنا (deux idéaux du moi)، تتمثلان في الانا القديم والأنا الجديد الذي فرضته الحرب، أين يفرض الأنا الجديد نفسه على القديم، ولكن عندما يبدأ القصف يفهم الأنا القديم (الإعتيادي) أن الأنا الآخر (الجديد) خطير وقد يعرضه للقتل، وقد افترض فرويد بعد ذلك أن الصراع النرجسي داخل الأنا المصاب بعصاب الحرب موازي للسياق الميلانخولي، وهكذا أدخل فرويد -حسب رأي Demaegdt- من خلال فكرة الصراع على مستوى الأنا ووجود عدو داخلي شكلا جديدا من الصراع الغريزي** ، وبدل موقع التهديد الصدمي الذي كان ينتمي للعالم الخارجي ليصبح تهديدا داخليا، أي داخل الأنا.

بعد سنة من صدور "مدخل إلى التحليل النفسي لأعصبة الحرب" (1919) صدر كتاب "ما وراء مبدأ اللذة" (1920) أين قال فرويد لأول مرة بقهر التكرار وبغريزة الموت، وأين عرض مفهومه الإقتصادي الشهير للصدمة، حيث استخدم فرويد هذه المرة -ومن أجل شرح الصدمة- استعارة الحويصلة الحية (La visécule vivante)، وتمتلك هذه الحويصلة لحاءا خارجيا يعتبر درعا يقيها من المثيرات التي تفد عليها من العالم الخارجي، ولا يسمح هنا الدرع إلا بمرور كميات ضئيلة من الطاقة (تعتبر بمثابة عينات)، وقياسا على ذلك يتحطم هذا الدرع (أو ما يسمى بصاد الإثارات -Pare exitation) في حالة الصدمة بسبب قوة وعنف المثيرات الآتية من العالم الخارجي، يقول فرويد :" نحن نعرف أن الصدمة هي ما يتأتى من مثيرات العالم الخارجي التي تبلغ من القوة حدا يؤدي بها إلى اختراق الدرع الواقي (...) ومثل تلك الصدمة الخارجية حادث لا بد أن يثير اضطرابا واسعا في عمل الطاقة التي ينطوي عليها الكائن الحي وأن يحرك كافة أشكال الدفاع الممكنة، ولابد في عين الوقت أن يتعطل فعل مبدأ اللذة تعطلا مؤقتا، فإذا الجهاز النفسي وقد غمرته مقادير ضخمة من المثيرات لا قبل له بمنعها، وإذا هو يواجه مشكلة أخرى هي مشكلة السيطرة غلى هذا الفيض من المؤثرات التي تدهمه، والعمل على تقييدها بالمعنى

* وقد ثبت فرويد على هذا الرأي حتى أواخر حياته
** ونحن نعلم أنه صاغ بعد ذلك -في ما وراء مبدأ اللذة- نظريته الثانية حول الغرائز، وأدخل شكلا جديدا من الثنائية الغريزية، حيث أصبح الصراع يحدث في نظريته الثانية تلك بين: غرائز الحياة وغرائز الموت.

النفسي." (فرويد، س.، 1994، ص ص. 58-59)، إذن يخترق فيض من الإثارات القوية في حالة الصدمة الدرع الواقي، ويخل بتوازن الطاقة التي يحتويها الجهاز النفسي، وإذا بالجهاز النفسي "وقد غمرته مقادير ضخمة من المثيرات لا قبل له بمنعها"؟ فلماذا لم يستطع منعها؟ يقول فرويد :" نحن نعمل على تفهم ما يقع بالنفس إذا ما انكسر درعها الذي يقف في وجه المثيرات وما يتبع ذلك من المشاكل والاضطرابات، على أننا ندرك أيضا ما لعنصر الفزع* من أهمية، فهو ينشأ من عدم التأهب على أي وجه من الأوجه لمقابلة الجزع ** (...) ومن هذا نرى إذا أن التأهب لمقابلة الجزع، وأن زيادة الشحنة في المنظمات المستقبلة هو آخر خط من خطوط الدفاع التي تقوم في وجه المثيرات الخارجية" (فرويد، س.، 1994، ص 61).

إذن لا يستطيع الجهاز النفسي منع مقادير الاستثارة العنيفة التي يحملها الحادث لأن درع هذا الجهاز (أو صاد الإثارات) يخترق من جهة، ولأن إشارة القلق التي يطلقها الأنا والتي تعمل على حمايته وشحن طاقته (أي تعبئة دفاعاته) لمواجهة الأخطار الداخلية والخارجية يتم تعطيلها من جهة أخرى بسبب مفاجأة الحدث، وهكذا يصاب الأنا بالفزع بدلا من القلق، يتم تجاوز قدراته الدفاعية، ويصبح عاجزا عن التحكم في تلك المثيرات وربطها أو "تقييدها بالمعنى النفسي" كما قال فرويد، وأعتقد أننا في حاجة للتعمق قليلا في هذا الرأي من خلال التعرف على وظيفة وأصل شارة القلق التي يتم إلغاؤها من طرف الحادث العنيف والصادم ، والتي يكون القضاء عليها سببا في حدوث الصدمة، ومن أجل ذلك لنقفز مباشرة للـ "الكف والعرض والقلق" الذي قدم فيه فرويد (1926) نظرية القلق كإشارة إنذار (والتي تسمى في وقتنا الراهن بالنظرية الثانية للقلق)، حيث كان فرويد يرى في نظريته الأولى عن القلق أن الليبيدو تتحول أوتوماتيكيا إلى قلق حينما يتم منع الدوافع الجنسية من التفريغ والإشباع (أي حينما يتم منع الغريزة من بلوغ هدفها)، ليتراجع فرويد عن رأيه هذا حيث اعتبر في نظريته الثانية أن القلق هو إشارة إنذار يطلقها الأنا من أجل تحريك دفاعاته حينما يشعر أنه على وشك التعرض لخطر داخلي (أي غريزي) أو خارجي (أي موضوعي).

ويتمثل الخطر في حالة يشعر فيها الفرد: أولا بزيادة في التنبيه، وثانيا بعدم القدرة على تفريغه أو التحكم فيه بسبب عجزه بيولوجيا أو نفسيا، يقول فرويد "أخذنا نبحث عن حقيقة حالة الخطر ومعناها، ومن الواضح أنها تتكون من تقدير الشخص لقوته بالنسبة إلى مقدار الخطر، ومن اعترافاته بالعجز أمامه عجزا بدنيا إذا كان الخطر موضوعيا، وعجزا نفسيا إذا كان الخطر غريزيا، وهو في عمله هذا يكون موجها بالخبرات الواقعية التي مر بها (...) ويظهر الفرد تقدما هاما في قدرته على حفظ ذاته إذا استطاع أن يتنبأ بحالة صادمة من هذا النوع الذي يؤدي للعجز ، وأن يتوقعها بدلا من مجرد إنتظار وقوعها، دعنا

* أي الهلع.
** أي القلق.

نسمي الحالة التي تتضمن سببا لمثل هذا التوقع حالة خطر، إنه في مثل هذه الحالة تحدث إشارة القلق، وتعلن الإشارة ما يأتي: "إنني أتوقع حدوث حالة أشعر فيها بالعجز" أو "إن الحالة الحاضرة تذكرني بخبرات صادمة سابقة، ولذلك فإنني أتوقع وقوع صدمة، وإني أتصرف كما لو أن الصدمة قد وقعت فعلا، بينما لازال يوجد وقت لتجنب هذه الصدمة"، فالقلق هو من جهة توقع وقوع الصدمة، وهو من جهة أخرى تكرار للصدمة في صورة مختلفة." (فرويد، س.، 1989، ص.147).

لننظم أفكارنا: يتضمن الخطر حالة تتميز بزيادة في التنبيه وعجز عن تفريغه أو التحكم فيه، والصدمة هي حالة يكون فيها الخطر قد وقع فعلا، أما القلق فيتضمن حالة يتم من خلالها توقع إمكانية حدوث وشيك لمثل تلك الصدمة، وإعادة بعث آثارها بشكل مخفف بهدف الوقاية من حدوثها مجددا، فوظيفة القلق كإشارة إنذار هي التنبؤ بإمكانية وقوع الصدمة، وإعادة بعث آثارها بشكل مخفف لشحن الطاقة وتحريك الدفاعات بهدف تجنب وقوعها مجددا، وهذا يعني أن الشخص قد تعرض فعلا لصدمة، وأن آثار تلك الصدمة موجودة في الذاكرة، وأن القلق أصبح يعيد بعثها فيما بعد حينما يتوقع وقوع حالة مشابهة للحالة التي كان عليها الشخص حينما كان تحت تأثير الصدمة، ولكن ما هي تلك الصدمة التي يكررها القلق فيما بعد؟ .ولا شك أن تكون مثل تلك الصدمة قد وقعت في وقت مبكر جدا، أين كان الشخص عاجزا ولا يمتلك الدفاعات المناسبة لمواجهة الخطر المتمثل في فرط التنبيه (أو فرط الإستثارة)، وتتبادر إلى أذهاننا فورا حالة الرضيع، العاجز، الذي يطرد من رحم أمه ليواجه عالما مليئا بالإثارات والأخطار، حيث تتضمن عملية الميلاد -بما تحتويه من إحساسات شديدة (كتدفق الهواء للرئتين، وزيادة ضربات القلب ...)، وعجز بيولوجي للرضيع حالة تستحق أن تسمى بصدمة، أو بصدمة الميلاد، والتي اعتبرها فرويد النموذج الأصلي الذي تتكرر على منواله حالات القلق اللاحقة، حيث يقول: "نحن ميالون إلى افتراض وجود عامل تاريخي يجمع بين إحساسات القلق وبين تنبيهاته العصبية بدقة، وبعبارة أخرى إننا نفترض أن حالة القلق هي استعادة لخبرة ما تتضمن الشروط الضرورية لمثل هذه الزيادة في التنبيه ولمثل هذا التفريغ في مسالك معينة، وأن كدر القلق يستمد صفته الخاصة من هذه الحادثة، والميلاد بالنسبة إلى الإنسان خبرة نموذجية من هذا النوع، ولذلك فإننا نميل إلى اعتبار حالات القلق كأنها استعادة لصدمة الميلاد" (فرويد، س.، 1989، ص ص. 107-108).

أعتقد اننا ينبغي أن نتوقف قليلا هنا أمام :"صدمة الميلاد"، وأن نتساءل عن الطريقة التي تؤثر بها هذه الصدمة في نشوء حالات القلق اللاحقة؟، ونحن إذن أمام الصراع الذي دار بين فرويد وأوتو-رانك (Otto Rank) حول أهمية صدمة الميلاد وحول دلالتها من الناحية النفسية، حيث أعطى رانك أهمية كبيرة لصدمة الميلاد في نشوء الاعصبة، و اعتبر أن حالات القلق اللاحقة تنشأ بسبب القلق الذي حدث أثناء الميلاد،وأن حالات القلق تلك تعتبر تنفيسا لصدمة الميلاد، وان درجة شدة هذه الصدمة تلعب

دورا محوريا في تحديد ما إذا كان الفرد سيصبح سويا أو عصابيا، وبالإضافة لذلك ذهب رانك إلى أن صدمة الميلاد ترمز للإنفصال عن الأم والطرد من رحمها، واسترجع فرويد في "الكف والعرض والقلق" نظرية رانك تلك، وانتقدها بالقول: "إن رأيه *الذي يذهب إلى أن هؤلاء الأشخاص الذين يصبحون عصابيين هم الأشخاص الذين كانت صدمة الميلاد عندهم شديدة جدا إلى درجة أنهم لم يستطيعوا على الإطلاق أن ينفسوا عنها، إنما هو رأي مشكوك فيه جدا من الناحية النظرية، فنحن لا نعرف على وجه الدقة ماذا يقصد بالتنفيس عن الصدمة، فإذا اخذنا هذا القول بمعناه الحرفي فإنه يتضمن أنه إذا أظهر الشخص إنفعالات القلق مرارا وبدرجة أكثر شدة كان أقرب إلى حالة الصحة العقلية، ولكن هذه النتيجة لا يمكن الدفاع عنها، فقد سبق أن تخليت عن نظرية التنفيس التي لعبت دورا كبيرا في طريقة التفريغ، لأنها لم تكن متفقة مع الحقائق، فالإهتمام الزائد بتفاوت شدة صدمة الميلاد لا يدع مجالا للقول بالجبلة الوراثية كعامل مسبق حقيقي، ذلك لأن هذا التفاوت عامل بدني يؤثر بطريقة عرضية بالنسبة إلى الجبلة، ثم إنه ذاته يعتمد على مؤثرات كثيرة يمكن أن نسميها عرضية -مثل المساعدة التي تحدث في الوقت المناسب أثناء ولادة الطفل-. إن نظرية رانك تهمل إهمالا تاما العوامل الخاصة بالجبلة والعوامل الخاصة بنشوء النوع، وإن حاولنا أن نجعل مكانا لعامل الجبلة بإدخال تعديل في رأيه بأن نضيف أن ماهو مهم في الواقع هو مقدار رد الفعل لتفاوت شدة صدمة الميلاد لقضينا بذلك على معنى نظريته." (فرويد، س.، 1989، ص ص. 128-129).

في الواقع إن رأي فرويد منطقي جدا، فإن ركزنا على تفاوت شدة صدمة الميلاد -كأن يتعرض الرضيع لولادة صعبة مثلا- ورأينا -كما رأى رانك- ان درجة مرتفعة من شدة تلك الصدمة، والتي تحدد درجة شدة استجابة القلق الناشئ عنها، والذي يحدد بدوره ما إذا كان الشخص في مراحل حياته اللاحقة سيتعلم التغلب على القلق ويصبح سويا، أو ما إذا كان سيفشل في ذلك ويصبح عصابيا، إن أخذنا برأي كهذا فسنهمل دور عامل الجبلة (أو الإستعداد الوراثي) في نشوء العصاب، وإن أدخلنا هذا العامل لأصبح ما هو مهم هو الإستعداد المسبق للإستجابة بدرجة معينة لشدة صدمة الميلاد، ولقضى هذا الرأي كما قال فرويد على معنى نظرية رانك. وأعتقد أنه حتى لو لم يدخل فرويد عامل الجبلة لكان باستطاعته القضاء على نظرية رانك من خلال تلك الفكرة البسيطة المرتبطة بالتنفيس،ونحن نعلم أن علاج الصدمة كان يتم -على يد فرويد و بروير- من خلال طريقة التفريج -أو التفريغ- (Catharsis)، والتي تهدف لإعادة معايشة الصدمة غالبا تحت تأثير التنويم من أجل تفريغ وتنفيس المشاعر المرتبطة بها، وبهذا المعنى فإن كان الشخص قد تعرض لصدمة ميلاد شديدة بالمعنى الذي طرحه بها رانك، وإن كانت هذه الصدمة الشديدة يتم تنفيسها وتفريغها فيما بعد من خلال ظهور القلق بصفة متكررة وشديدة، فسيكون هذا الشخص

* أي رأي رانك

أقرب إلى الصحة منه إلى العصاب، ولكن فرويد تخلى عن طريقة التفريج وشعر أنه ليس معنيا بالدفاع عن هذا الرأي، وأعتقد أني لست معنيا أيضا بتعميقه أو البحث فيه لأني مقتنع أنه لا يمكن إختزال العصاب برده إلى صدمة الميلاد، ذلك أن العصاب ينشأ كنتيجة لتدخل عوامل متعددة وراثية وبيئية تتجاوز نشوء الفرد إلى نشوء النوع.

الآن علينا أن نلتفت بانتباهنا للدلالة النفسية لصدمة الميلاد التي اعتبرها رانك ترمز للإنفصال عن الأم، حيث وافقه فرويد على هذا الرأي فلم ينكر أهمية خطر الإنفصال عن الأم، إلا أنه رأى أن الرضيع لا يكون مدركا لهذا الخطر أثناء الولادة، فالرضيع لا يعي لحظة ولادته أن حياته مهددة، لأنه لا يعي بمحتوى الواقع، يتساءل فرويد: "ما هو الخطر؟ إن في عملية الميلاد خطرا حقيقيا يهدد الحياة، ونحن نعرف معنى ذلك من الناحية الواقعية، ولكن ليست لدينا أية فكرة عن معنى ذلك من الناحية السيكولوجية، فليس لخطر الميلاد في ذلك الوقت أي مضمون عقلي عند الشخص، وليس من الممكن أن نفترض أن الجنين كان لديه أي نوع من المعرفة بأن حياته كانت مهددة بخطر الموت، إنه يستطيع فقط أن يدرك حدوث اضطراب كبير في الناحية الإقتصادية من طاقته الليبيدية النرجسية، إذ تتراكم عليه كميات كبيرة من التنبيه فتثير فيه مشاعر وجدانية جديدة من الكدر، وتكتسب بعض الأعضاء شحنات وجدانية جديدة" (فرويد، س.، 1989، ص 110).

إذن ليس لصدمة الميلاد - حسب رأي فرويد- "أي مضمون عقلي" أو أي دلالة من الناحية النفسية*، ويدرك الرضيع الخطر أثناء الميلاد من خلال تعرضه لفيض من التنبيهات القادمة من العالم الخارجي، والإحساسات الشديدة المصاحبة (كتدفق الهواء للرأتين وتسارع ضربات القلب)، وعجزه أمام تلك الوضعية، ويتكرر القلق فيما بعد حسب هذا النموذج، ونحن نعرف كيف يتم تفريغ التنبيه المرتبط بالقلق في مسالك غالبا حركية، أين يكون القلق (أو ما يعبر عنه فيزيولوجيا بالضغط) مصحوبا بتظاهرات فيزيولوجية: سرعة التنفس، تزايد ضربات القلب، التعرق ... إلخ.

لنتخذ الآن من هذه الفكرة المرتبطة بكون صدمة الميلاد ليس لها " أي مضمون عقلي" جسرا يصلنا مباشرة ببعض أطروحات Janin.(1996) التي عرضها في figures »

* وكما نعلم صاغ فرويد بعد ذلك نظريته الأخيرة حول الصدمة في "موسى والتوحيد" (1939)، حيث اعتبر أن الصدمات ترجع لزمن الطفولة الأولى وحتى سن الخامسة، وأنها عبارة عن انطباعات ذات صفة جنسية أو عدوانية، وأنها أيضا جروح نرجسية مبكرة يصاب بها الأنا، وانها تغرق بعد ذلك في عالم النسيان، ورأى فرويد أن للصدمات نوعين من النتائج (أو ردود الأفعال): موجبة وسالبة، وردود الأفعال الموجبة هي محاولات لإعادة إحياء ذكرى الصدمة وبعث الحياة فيها من جديد، ويطلق فرويد على هذه المحاولات إسم "تثبيت الصدمة"، أو "آليات التكرار"، أما ردود الأفعال السالبة فهي تهدف لأمر معاكس حيث تبعد الصدمات المنسية عن الذاكرة ولا يعود شيء يتكرر، ويطلق فرويد على هذه المحاولات الموجبة إسم "ردود الفعل الدفاعية"، وأعراض العصاب هي توفيقات تشارك فيها كل من الميول الموجبة والسالبة الناتجة عن الصدمات،حيث تكون السيطرة أحيانا للأولى وأحيانا للثانية، أما بالنسبة لسياق تطور العصاب فيقول فرويد: " رضة مبكرة ، دفاع، كمون، إنفجار العصاب، عودة المكبوت الجزئية، هذا هو في رأينا منحنى تطور العصاب" (فرويد، س.، 1982، ص. 112)

« et destins du traumatisme، أيـن رأى أن أحـد الأشـكال الأساسـية للصـدمة مرتبطـة ب "عدم تحديد المعاشـات النفسـية الداخليـة " (la non qualification des vécus psychique interne)، و طـور Janin اصـطلاحه حـول النـواة الصـدمية انطلاقـا مـن اسـتعارة " اللؤلـؤة" التـي قـدمها Viderman. حيـث تتشـكل " اللؤلـؤة "(la perle) انطلاقـا مـن حبـة رمـل (grain de sable) ، و ترمـز حبـة الرمـل هـذه فـي التحليـل النفسـي – حسـب الاسـتعارة – إلـى الحـادث أو أثـره، والـذي تطـور الهوامـات حولـه و انطلاقـا منـه ، كمـا تطـور التحجـرات اللؤلؤيـة حـول حبـة الرمـل، إلا أن ذلك لا يحـدث دائمـا ، فحسـب Janin لا يكـون مصـير حبـة الرمـل دائمـا هـو التحـول للؤلـؤة، بـل إن التحـول للؤلـؤة هـو مصـير قليـل الاحتمـال بالنسـبة لحبـة رمـل ، و قياسـا علـى ذلـك فـالكثير مـن الأحـداث التـي تسـجل فينـا دون دون أن تحـدث لهـا مثـل تلـك التشـكيلات و التطـورات الهواميـة هـي التـي تكـون مـا يسـميه Janin " النـواة الصـدمية للأنـا " ،و انطلاقـا مـن هنـا طـور Janin فكرتـه عـن منطـق الصـدمة حـول مـا سـماه ب " السـاخن و البـارد" (le chaud et le froid) ، حيـث قـدم بـدوره اسـتعارة سـيكو-فيزيولوجيـة مفادهـا أن البشـرة تحتـوي علـى مسـتقبلات حسـية تميـز أحاسـيس السـخونة و البـرودة ، و بـالرغم مـن ذلـك فـاذا عرضـنا سـطح جلـد شـخص معصـوب العينـين إلـى حـرارة أو بـرودة شـديدتين ، فـان هـذا الشـخص لا يسـتطيع التعـرف علـى طبيعـة الاسـتثارة التـي يتلقاهـا ، و منـه ف "فـرط الاسـتثارة " أو " انخفـاض الاسـتثارة " يعاشـان بـنفس الطريقـة ، و يتواجـد الشـخص المصـدوم – حسـب رأي Janin– بالضـبط فـي هـذه الوضـعية ، و ذلـك بسـبب غيـاب التمـثلات التـي تسـمح لـه بـربط الاثـارة الداخليـة التـي تحرضـها الوضـعية الصـدمية ، حيـث تكـون هـذه الاسـتثارة غيـر محـددة (non qualifié) مهمـا كـان مصـدرها (حرمان أو فرط الإثارة)، و تعاش ذاتيا في الحادث البعدي على مستوى سجل فرط الاستثارة .

قـدم Janin انطلاقـا مـن اصـطلاح " النـواة البـاردة" و "النـواة السـاخنة" – و بعـدما نـاقش حـالتين حللهمـا فـي الفصـل الأول مـن كتابـه- نموذجـا للصـدمة علـى ثلاثـة أزمنـة(أو مراحـل) حيـث تميـز الـزمن الأول للصـدمة (le premier temps du traumatisme) بعـدم احتـرام حاجـات الحـالتين مـن حيـث كـونهم أطفـالا ممـا سـبب إصـابة نرجسـية ، و هـذه هـي النـواة البـاردة للصـدمة الغير مستوعبة من طرف الأنا (le noyau froid du traumatisme non assimilé par le moi) ، أمـا الـزمن الثـاني فيتميـز بجنسـنة الـزمن الأول للصـدمة (est un temps de sexualisation du premier temps traumatique) ، و يكـون هـذا الـزمن الثـاني النـواة السـاخنة للصـدمة (le noyau chaud de traumatisme) ، فـي حـين يمثـل الـزمن الثالـث (الـذي يـأتي بعـد البلـوغ حسـب رأي Janin) زمنـا تتشـكل مـن خلالـه الصـدمة المتناقضـة المكونـة

من هاتين النواتين (le traumatisme paradoxal constitué de ces deux noyaux) مع عدم إمكانية التمييز بينهما.*

بالإضافة لهذا الشكل الأول للصدمة المرتبط بعدم تحديد المعاشات النفسية الداخلية ، صاغ Janin شكلا آخر للصدمة مرتبط بالالتقاء بين الهوام و الحادث الخارجي (أي بين الواقع الداخلي و الخارجي) ، حيث انطلق Janin هذه المرة من أفكار Winnicott المتعلقة بالمواضيع و الظواهر الانتقالية ، ليعتبر أنه حتى لو كان هنالك دائما تفريق بين الهوام و الواقع ، فالواقع المستدعى من طرف المريض هو ذو طبيعة انتقالية ، لأنه يقع على الحدود التي تفصل الداخل عن الخارج ، و الموضوع يقع دائما بين اثنين (المحلل و المريض) ، أي أنه يكون في نفس الوقت : موضوعا حقيقيا (معدلا من خلال العمليات النفسية كالاستدماج و الإسقاط ، و متمثلا على نحو محرف من خلال الأحلام والهوامات)، و موضوعا نفسيا (مبنيا من خلال تفصيله حسب الخصائص الحقيقية للموضوع و المحيط)، هذا هو الوجه المزدوج للواقع، حيث تكمن خاصيته الأساسية في كونه انتقاليا ، و منه يرى Janin أن أحد الاشكال الأساسية للصدمة تبنى في إطار" عدم تميز الواقع من حيث كونه انتقاليا" détransitionnalisation de la réalité))، ويحدث هذا حينما يواجه الفرد حادثا يعيد نسخ الهوام، كمواجهة الطفل مثلا لإغواء حقيقي يعيد نسخ هوام الإغواء الأصلي réplication dans la réalité du fantasme originaire de) séduction)، أو حينما يرى الطفل في اختفاء شخص قريب تحقيقا لبعض الهوامات العدوانية اللاشعورية، وفي مثل هذه الإلتقاءات المؤلمة بين الهوام والواقع يتواصل الفضاء النفسي والفضاء الخارجي بطريقة تؤدي لعدم تمكن الجهاز النفسي من القيام بدوره المتمثل في احتواء العالم الداخلي، ويسمي Janin هذه الحالة بـ: "إنهيار الموقعية الداخلية" (Collapsus de la topique interne)، حيث لا يتم التعرف على مصدر الإستثارة، هل هي ذات طبيعة داخلية أم خارجية، وترتبط حالات الإنهيار هذه إكلينيكيا –حسب رأي Janin- بظاهرات تبدد الشخصية (dépersonnalisation)، ففي حالة الإرتجاج (l'ébranlement) على المستوى الحسي (Perceptible) تعاش هذه الوضعيات غالبا على أنها أوقات قصيرة من تبدد الشخصية، مما يحرض أحد أهم الدفاعات الفعالة ضد هذا التأثير المكتسح، وهو محاولة فصل أو شطر (Tenter de séparer, de cliver) أحد أوجه الواقع، ويتعلق الأمر هنا بالفصل بين الحادث والهوام. ويرى Janin أنه يمكن اعتبار الإنشطار (clivage) على أنه ميكانيزم وظيفي (Fonctionnel) لأنه يلتقى به في تنظيمات نفسية غير منشطرة بنيويا، وبهذا المعنى فالإنشطار يعكس محاولة من طرف الشخص لإعادة بناء غلافه النفسي (L'enveloppe de son

* قدم janin في الفصل الأول (le trauma de la commémoration a l'élaboration) من كتابه (figures et destins du traumatisme) حالتين(rose et marie) حللهما بهدف توضيح أفكاره حول الأزمنة الثلاث للصدمة، و بإمكان من أراد تعميق فهمه لتلك الأزمنة الرجوع للفصل الأول من كتاب janin للاطلاع عليهما.

(psychisme من خلال إبعاد ما يمكن للواقع الخارجي أن يهدمه، ويستدل Janin على ذلك بأن بعض المرضى الذين يعرضون على أنهم في حالة انطواء (كما لو أنهم نزعوا الاستثمار من العالم الخارجي) فهم في الواقع في حالة إعادة محاولة بناء غلافهم النفسي المتصدع بسبب الانهيار الموقعي، وعلى عكس ذلك فبعض المرضى الذين يبدو أنهم وباستمرار مأخوذون من طرف الواقع، حيث يستجيبون دائما بطريقة متوافقة، فهم أيضا واقعون تحت تأثير الانهيار الموقعي، وتوظيفهم يدخل في إطار ما يسمى بـ "التفكير العملي" (La pensée opératoire)، فحتى لو كانت تحدث في حالة الصدمة محاولة لربط الإثارة الناتجة عن التصدع، فالأمر حسب رأي Janin يتعدى محاولة الربط إلى محاولة الشخص إعادة بناء غلافه النفسي.

وأخيرا –ونختتم بهذه الفكرة الرائعة مسار تفكيرنا هنا- عرض Janin خبرة من الحياة اليومية اعتبرها نموذجية لوضعيات الانهيار الموقعي، وتتمثل هذه الخبرة في قول الشخص لمن يخاطبه: "أقرصني، إني أحلم" (Pince moi, je rêve)، ومعناها الكامن – حسب Janin- هو: "أقرصني لكي أحلم" (Pince moi pour que je rêve).

2 - علاج الصدمة النفسية:

2. 1. العلاج: تفريغ أم تعبير بالكلمة؟

ناقشنا -حينما عرضنا للصدمة من ناحية سيكوديناميكية- الصراع الذي دار بين فرويد ورانك حول دلالة صدمة الميلاد وأهميتها، ورأينا كيف إعتبر رانك أن حالات القلق اللاحقة ليست سوى تنفيسا لصدمة الميلاد عبر مسار الحياة، وأنه إن كانت تلك الصدمة شديدة وكان رد فعل القلق أثناءها شديدا، فلن يتعلم الشخص أبدا التغلب على قلقه فينتهي مصيره إلى الإصابة بالعصاب، ورأينا أيضا كيف اعترض فرويد على نظرية رانك وقال بأنها تهمل دور العامل الوراثي (أو الاستعداد المسبق الجبلي) ورأى أننا إن أدخلنا هذا العامل لأصبح ما هو مهم هو الاستعداد المسبق للاستجابة بدرجة معينة لشدة صدمة الميلاد، ولقضى فرويد - كما قال هو بنفسه- من خلال هذه الفكرة على نظرية رانك، وقلت -أثناء المناقشة- أني أعتقد أنه حتى لو لم يدخل فرويد عامل الجبلة (أو الوراثة) لكان بإمكانه القضاء على نظرية رانك من خلال تلك الفكرة المباشرة التي رآها فرويد حينما انتقد رانك بالقول: "إن رأيه الذي يذهب إلى أن هؤلاء الأشخاص الذين يصبحون عصابيين هم الأشخاص الذين كانت صدمة الميلاد عندهم شديدة جدا إلى درجة أنهم لم يستطيعوا على الإطلاق أن ينفسوا عنها، إنما هو رأي مشكوك فيه جدا من الناحية النظرية، فنحن لا نعرف على وجه الدقة ماذا يقصد بالتنفيس عن الصدمة، فإذا أخذنا هذا القول بمعناه الحرفي فإنه يتضمن أنه إذا أظهر الشخص انفعالات القلق مرارا وبدرجة أكثر شدة كان أقرب إلى حالة الصحة

العقلية."، وحاولت أن أثبت ذلك بالقول اننا نعلم أن فرويد وبروير كانا يعالجان الصدمة من خلال الطريقة التفريجية (Méthode cathartique) التي تهدف لإعادة معايشة الصدمة بكل إنفعالاتها تحت تأثير التنويم من أجل تفريغ وتنفيس تلك الإنفعالات، وبهذا المعنى فإن كان الشخص قد تعرض لصدمة ميلاد شديدة (بالمعنى الذي طرحه رانك) يتم تنفيسها وتفريغها فيما بعد من خلال ظهور القلق بصفة متكررة وشديدة، فسيكون أقرب إلى الصحة منه إلى العصاب، ولكني حينما رأيت أن فرويد كان بإمكانه القضاء على نظرية رانك من خلال هذه الفكرة المرتبطة بالتنفيس. لم أرى ما رآه فرويد خلف تلك الفكرة حينما قال: "ولكن هذه النتيجة لا يمكن الدفاع عنها فقد سبق أن تخليت عن نظرية التنفيس التي لعبت دورا كبيرا في طريقة التفريغ، لأنها لم تكن متفقة مع الحقائق"، ومع أني لا أعرف ما هي تلك الحقائق التي يتحدث عنها فرويد، فأنا أتراجع عن رأيي ذاك، وأرى أن فرويد لو كان بإمكانه القضاء على نظرية رانك من خلال فكرة "كون الشخص إن كان ينفس عن صدمة ميلاد شديدة من خلال ظهور القلق بصورة متكررة وشديدة لكان أقرب إلى الصحة منه إلى العصاب" لفعل ذلك *، وما كان فرويد ليتردد ويقول أنه تخلى عن نظرية التنفيس لأنها لم تتفق مع الحقائق لو توفرت له الدلائل الإكلينيكية والعناصر النظرية الكافية لنقض نظرية رانك من خلال فكرة التنفيس تلك، أي ما كان ليتردد لو توفرت له "الحقائق"، والتي لا أعلم ما هي، فقد تراجعت عن رأيي ذاك لأنني تنبهت هنا لواقعة مهمة جدا (ربما تكون من بين الحقائق التي استبصر بها فرويد في تلك الفترة) ومفادها: أن المصدوم يعيد معايشة الصدمة بكل المشاعر المرتبطة بها (من خلال هلوسات، كوابيس ...)، حيث تكون إعادة المعايشة تلك مرفوقة بأعراض القلق (أو الضغط)، كما قد يتعرض -وهو في حالته تلك- لنوبات تفارقية تشبه كثيرا حالات التنويم (كالتخدير، الإنفصال ...)، وبالتالي فإعادة معايشة الصدمة بهذه الطريقة تشبه كثيرا الطريقة التفريجية التي كان فرويد وبروير يعالجان بها المرضى. وكأن المصدوم يحاول معالجة نفسه أوتوماتيكيا من خلال إعادة معايشة الصدمة وتفريغ الإنفعالات العنيفة المرتبطة بها عن طريق القلق. فلماذا لا يشفى من خلال محاولته تلك؟ لماذا يظل قريبا إلى العصاب منه إلى الصحة؟ هل هذا يعني أن تفريغ المشاعر المرتبطة بالصدمة غير كافي لحدوث العلاج؟ عن طريق ماذا يتم العلاج إذن؟. صغت العنوان هنا على شكل سؤال: العلاج: تفريغ أم تعبير بالكلمة؟، لأننا نعلم أن (Anna.o) وهي إحدى المريضات الهستيريات التي كانت تعالج من خلال الطريقة التفريجية، قد سمت العلاج بـ "العلاج بالكلام" (Talking cure)، ولا شك أنه علينا هنا العودة للطريقة التفريجية، والتعمق أكثر في فهم دورها في علاج الصدمة، لأنها أول طريقة لعلاج الصدمة، ولأنه لا يخفى على أحد اليوم ما يحققه تعبير المريض (Verbalisation) عما عاشه من نتائج إيجابية تؤدي لشفائه من الصدمة.

* والشيء الوحيد الذي لازلت مقتنعا به هو أنه لا يمكن اختزال العصاب برده لصدمة الميلاد، لأنه مرض نفسي ينشأ نتيجة عوامل عديدة، وراثية وبيئية، تتعدى نشوء الفرد إلى نشوء النوع.

كان فرويد وبروير - ومنذ صدور دراسات في الهستيريا- يعالجان المرضى تحت التنويم من خلال الطريقة التفريجية (Méthode cathartique) والتي تعني: "كل طريقة علاجية تهدف لإثارة نوبة انفعالية، لأن وضعية حرجة كهذه تحرض حلا للمشكلة التي تعرضها النوبة" (Chemama, R., 1993 , P.41)، وقد كان مصطلح "Catharsis" -الذي استوحاه فرويد وبروير من أرسطو- مصطلحا محوريا في اصطلاح أرسطو حول التراجيديا -أو المأساة- (Tragédie)، حيث تكمن وظيفة التراجيديا حسبه في تفريغ (تطهير) الميولات السلبية (الخوف، الشفقة (Pitié) ...)من خلال تمثيلها، أين يشعر المتفرج بنوع من الإرتياح وتهدأ مشاعره حينما يضفي الممثلون نوعا ما من المعنى على تلك الميولات السلبية والتعاسة غير المفهومة.

في هذا السياق لاحظ (Crocq,2001) أن إعادة معايشة الصدمة تكون مصحوبة بتظاهرات قلق شديد، أو حتى هيجان ونحيب، وسمى هذه الظاهرات بـ "الإنفراج" (l'Abréaction)، أو "ردود الفعل المؤجلة لإعادة المعايشة الإنفعالية الحادة" (Réactions différée de reviviscence imotionnelle intense)، ورأى أن هذه الظاهرات (Ces abréactions)* تؤدي للشعور بإرتياح عابر بعدما يحدث التفريغ، وتجلب إعياءا (أو سكونا)، وراحة (أو هدوءا)، ولكن لا يتعلق الأمر هنا إلا بارتياح وهدوء عابر، حيث تنشط إعادة معايشات جديدة وتعطي مجالا لتفريغات جديدة، ويقول Crocq: "ومع ذلك فالتفريغ** (l'abréaction) المندمج في سياق علاجي قد يحدث الإرتياح والهدوء بصورة نهائية، وهذا

---

* لم يكن ينبغي على Crocq أن يستخدم مصطلح "Abréaction" للدلالة على "التفريغ الذي يحدث أثناء إعادة معايشة الصدمة، من خلال القلق، الهيجان والنحيب"، وبالرغم من أني أعلم أن Crocq هو أحد العلماء المرجعيين في مجال الصدمة، واحد أهم مرجعيات المدرسة السيكاترية العسكرية الفرانكوفونية -ولا شك أنه لهذا السبب كلف بكتابة مدخل لكتاب يعكس وجهة النظر تلك المدرسة للصدمة النفسية- أعتقد أن Crocq كان عليه الإكتفاء أثناء تعبيره عن تلك الظاهرات ببعض التعبيرات التي كان يستخدمها مثل "Réaction différée de reviviscence imotionnelle"، "Décharge"، "Epuisement"، "Soulagement"، فبالفعل تعتبر ردود فعل القلق (الهيجان، النحيب) التي تكون إعادة المعايشة مصحوبة بها " ردود انفعالية شديدة ومؤجلة"، بإمكانها إحداث تفريغ (Décharge) بشكل ما، كما يمكنها أن تجلب -بعدما يحدث ذلك التفريغ كما هو الحال بعدما ينتهي الضغط- حالات من الإعياء (epuisemant)، والهدوء أو الإرتياح (Soulagement)، ولكن -حسب رأيي- لا يمكنها أبدا أن تحدث (Des Abréactions)كما قال Crocq، وتعني "l'abréaction"-كما ورد في Dictionnaire de la Psychanalyse : "الحضور في ساحة الوعي لعاطفة كانت حتى تلك اللحظة مكبوتة، فبعض العواطف التي لم يتم الإحساس بها بطريقة عادية وقت حدوثها، تبقى محفوظة في اللاشعور بسبب إرتباطها بذكرى صدمة نفسية، وهكذا يتم كبت العاطفة والذكرى المرتبطتان بسبب طابعهما المعذب، وحينما تنفجر العاطفة والتعبير عن الذكرى بالكلام في نفس الوقت على مستوى الشعور (أو الوعي)تحدث ظاهرة الإنفراج (l'abréaction) وتتظاهر من خلال حركات وكلمات تبين تلك العواطف، وغالبا ما يحدث الإنفراج عندما يتم نزع المقاومة لحدوث مثل ذلك الإنفجار، ويتم ذلك في إطار علاج تحليلي. وبفضل التحويل على شخص المحلل" (Chemama, R.,1993,p.1) ، بهذا المعنى لا أعتقد أن إعادة معايشة الصدمة وتفريغ شحنتها الانفعالية من طريق القلق يمكن تسميتها بـ Abréaction فلكي يحدث هذا الأخير ينبغي أن تنفجر المشاعر المنسية المرتبطة بالصدمة والتعبير عن ذكراها في نفس الوقت على مستوى الوعي، وبما أن ذكرى الصدمة -كما رأى Janet- تتواجد في حالة تفكك عن الوعي، فأغلب الظن أن إعادة معايشتها المرفوقة بالقلق تلك تتم بصورة أوتوماتيكية، ولا يمكنها جلب ذكرى الصدمة لمجال الوعي إلا على شكل "جسم غريب"، فالصدمة تكتسح الوعي ولا تعالج بطريقة واعية من خلال انفجار المشاعر المرتبطة بها والتعبير عن ذكراها في نفس الوقت في ساحة الوعي مما يحدث الانفراج (l'abréaction)، ولا يمكن أبدا تسمية تفريغ المشاعر الصدمية عن طريق القلق أو الهيجان أثناء إعادة معايشة الصدمة بـ "Abréaction".

** سأترجم مصطلح (Abréaction) "بالتفريغ" وأوردهما جنبا إلى جنب في نص Crocq، لأن ذلك هو المعنى الذي قصده به، ولأنني أقتبس كلامه، وبعد ذلك فأنا لا أتفق مع Crocq على هذا المعنى للأسباب التي شرحتها في الهامش السابق -وقد ترجمته سابقا بـ "الإنفراج" لأنني أعتقد أن هذه الكلمة هي التي تعكس المعنى الصحيح.

ما يؤدي للشفاء، وفي هذا المعنى عرّف فرويد وبروير طريقتهما التفريجية* (Méthode Cathartique) (...) فبالنسبة لفرويد ترتكز الطريقة التفريجية -من خلال التنويم أو من خلال أي وسيلة أخرى- على إعادة معايشة الحدث الصادم مصحوبا بكل شحنته العاطفية، وربطه بالذات، ليجد المريض نفسه مرتاحا ومتخلصا من هذه العواطف المسببة للمرض، فهذا التفريغ الفعال أو المشبع (أو المرخي) يمكنه من إعادة تسجيل حادث كان حتى تلك اللحظة متطفلا في الكل المعقد للترابطات (أو التداعيات) (D'avoir pu réinscrire un évènement jusqu'alors « parasite » dans « le grand complexe des associations »)، وبعض شروحات فرويد لم تحتفظ سوى بالجزء الأول من الرسالة، وقصرت العلاج التفريجي على مجرد التفريغ من خلال مقارنته بالتطهير المألوف** (Certains exégètes de Freud n'ont retenu que la première partie du message et ont assimilé la Catharsis à la seule abréaction, la comparant à une vulgaire purgation) (...) إن التفريغ (l'Abréaction) أو إعادة المعايشة الانفعالية التي تنتج سواءا تلقائيا، أو تحرض من خلال منبه مستدعي، أو في نهاية المطاف من طرف المعالج، ليست هي وحدها التي تحدث العلاج، حيث يتم لها ذلك إذا ما تم دمجها في سياق علاجي يمكن من التخلص من كل الشحنة العاطفية للصدمة، ويؤدي من خلال التعبير بالكلام (Verbalisation) عن الخبرة الصدمية إلى التحكم في الصدمة من خلال الكشف عن دلالتها الخاصة بالنسبة للشخص*** ، ومن النادر أن يتمكن الشخص وحده،

---

* قد انتبهت لهذا المعنى منذ أولى صفحات هذا البحث -في هامش في الفصل الأول- أين ترجمت (Méthode Cathartique) بـ "الطريقة التفريجية" (بإيحاء من "حسين عبد القادر" حيث أشار في كتاب "التحليل النفسي: ماضيه ومستقبله" إلى أننا نقول في اللغة العربية "فرج الله كربتك" و"فرج الله الغم". أي الكشف وتكشف الشيء أو الغم)، كما ترجمت مصطلح "Abréaction" بـ "الإنفراج" (أو الفرج) وكانت في ذهني فكرة انكشاف الشيء أو الغم، وبالمعنى التحليلي النفسي إنكشاف جزءمن المكبوتات لساحة الوعي، واستنتجت في النهاية أن "الطريقة التفريجية" أو "العلاج التفريجي" (Méthode cathartique ou Catharsis) تعني مجموعة الجهود العلاجية التي تبذل من أجل كشف جزء من المكبوتات لساحة الوعي، بينما يعني الإنفراج أو "الفرج" (L'abréaction) الحالة التي يكون فيها ذلك الجزء من المكبوتات متواجدا في ساحة الوعي.

** وكأن Crocq ينتقد فرويد، وكأنه يقول له: "كنت تعتقد أن العلاج التفريجي يهدف فقط لإحداث التفريغ المألوف بالمعتى الذي فهمته به انا". ان سوء فهم Crocq لمعنى مصطلح Abréaction بدأ يعقد الأمور قليلا، إن كان فرويد قد قصر الـ Catharsis على مجرد l'Abréaction فقد كان محقا في ذلك، فهدف العلاج التفريجي هو إحداث الإنفراج (أو الفرج)، وبعد الشدة يأتي الفرج.

*** كان على Crocq أن يفصح عن نواياه منذ البداية ويقول: "يحدث تفريغ للمشاعر المرتبطة بالصدمة من خلال القلق (أو الهيجان) أثناء إعادة معايشة الصدمة، وهذا التفريغ وحده لا يحدث الشفاء، وإنما يجب دمجه في خطوات علاجية، وينقسم العلاج إلى جزأين: الأول هو إعادة معايشة الصدمة بكل شحنتها العاطفية، والثاني هو تقييدها أو تسجيلها في الكل المعقد للتداعيات - أي تمثلها ودمجها في التاريخ الشخصي للفرد-"، ثم يقول: "وقد ركز فرويد على الجزأ الأول فقط، ورآى أن علاج الصدمة يتم من خلال تفريغ المشاعر المرتبطة بها كما يحدث عندما تتم إعادة معايشة الصدمة وتفريغ شحنتها عن طريق القلق" ثم يقول: وقد اكتشفت أنا Crocq مايلي: "إن التفريغ، أو إعادة المعايشة الانفعالية التي تنتج سواءا تلقائيا، أو تحرض من خلال منبه مستدعى، أو في نهاية المطاف من طرف المعالج، ليست هي وحدها التي تحدث العلاج، حيث يتم لها ذلك إذا ما تم دمجها في سياق علاجي يمكن من التخلص من كل الشحنة العاطفية للصدمة، ويؤدي من خلال التعبير بالكلام عن الخبرة الصدمية إلى التحكم في الصدمة من خلال الكشف عن دلالتها الخاصة بالنسبة للشخص"، هذا هو بالضبط معنى Abréaction الذي لم يفهمه Crocq والذي قال سابقا أن فرويد رأى أن هدف الـ Catharsis هو إحداث l'abréaction، ثم ما معنى دمج التفريغ في خطوات علاجية؟ أليس هذا هو المعنى الذي عرف به فرويد وبروير طريقتهما التفريجية -بكلمات Crocq نفسه-، وبعد ذلك ما معنى قول Crocq أنه ينبغي دمج التفريغ (بالمعنى الذي فهمه به) في خطوات علاجية تمكن من التخلص من كل الشحنة العاطفية للصدمة من طريق التعبير بالكلام عنها مما يؤدي إلى التحكم في الصدمة والكشف عن دلالتها الخاصة. ألم تسمي (Anna.O) (التي كانت تعالج بالطريقة التفريجية) العلاج بـ "العلاج بالكلام"، وأخيرا هل كان فرويد غبيا ليوجه جهوده العلاجية لمجرد تفريغ المشاعر المرتبطة بالصدمة من خلال إثارة النوبة وفقط. ألم يلاحظ فرويد أن العصابين (الذين تعرضوا لصدمة في طفولتهم) يعاودهم القلق بشكل متكرر وشديد دون أن يشفوا، ليأتي Crocq ويقول =

أو من خلال الحوارات السطحية مع الأقارب، من المرور من مرحلة التفريغ (l’Abréaction) ليصل إلى مرحلة التفريج* (Catharsis) ولذلك يلزمه محاور ماهر، يحثه على التعبير عن خبرته بطريقة حقيقية (Authentiquement) وصادقة (Sincèrement)، تتعدى مجرد السرد الإملائي البسيط (Au-delà du simple récit narratif)، وذلك من أجل أن يعي بدلالتها الذاتية، وهذه المعالجة يمكن أن تقدم بطريقة فردية كما هو الحال في العلاج النفسي التكلفي، أو التحليل النفسي، كما بإمكانها أن تثبت في مستوى أقل بناءا ولكنه مع ذلك فعال (أي في الوقاية، أو التخفيف من العواقب المزمنة) في حصص العلاج الجماعي، أو الديبريفينج (Débriefing) المنظم تحت إشراف معالج، والموجه لمجموعات صغيرة من الأفراد الذين عاشوا نفس الحادث الصادم، أين يستطيع كل واحد منهم التعبير حسب دوره، ولكن سواءا كان العلاج فرديا أو في شكل حصص الديبريفينج الجماعي، لا يمتلك المعالج سلطة فرض دلالة خارجية للخبرة الصادمة على الشخص، فالدلالة التي سيكتشفها الشخص حينما يصرح (En s’énonçant) هي دلالة شخصية، تضرب جذورها في خبرته الفردية والحميمية ،في ماضيه، تاريخه، هواماته وفي كل شبكة دلالاته ولا يقوم المعالج من خلال حضوره التعاطفي وأسئلته سوى بمساعدة الشخص على أن "يلد" (à accoucher) حقيقته الخاصة والذاتية، حسب النموذج السقراطي** . " (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, PP. 7-8)

="بعض شروحات فرويد" (Certains exégètes de Freud) -والتي لا نعلم أين بعضها الآخر- قد أكدت على ذلك فقط، ما الذي أكدت بعض شروحاته الأخرى إذن؟، ألم يعترض فرويد على رانك حينما رأى أن حالات القلق اللاحقة هي تنفيس وتفريغ لصدمة الميلاد ، ألم يبتكر فرويد التحليل أين يتم إعادة إحياء الصدمة من خلال التحويل، وتحريك الذكريات المرتبطة بها من خلال التداعي الحر، من أجل جلب الصدمة لساحة الوعي والتعبير عنها وتمثلها مما يسمح بدمجها في شبكة التداعيات وفي التاريخ الشخصي للفرد، في الواقع لست محامي فرويد، ولكن تقديم Crocq لتلك التوجيهات بعدما بنى مداخلته على شكل:" 1) هناك جزئين للعلاج : التفريغ، ودمج الصدمة من خلال التعبير عنها بالكلام وإعطائها معنى في التاريخ الشخصي للفرد. 2) ركز فرويد على الجزء المرتبط بالتفريغ. 3) إن التفريغ وحده لا يحدث العلاج وإنما ينبغي أن يكون مرفوقا بالتعبير بالكلام عن ذكرى الصدمة ودمجها في شبكة التداعيات. يوحي لنا بأن Crocq هو من اكتشف أن العلاج لا يحدث إلا من خلال التعبير عن الصدمة ومنحها معنى من خلال ربطها بالتاريخ الشخصي، وغالبا ما تقرأ في المراجع الفرنسية ما يلي: "الصدمة حسب رأي Crocq ليست فقط إكتساح، تحطم، وتفكك للوعي، فهي أيضا إنكار لكل ما هو قيمة ومعنى"، ألم يكن فرويد يدري بأن الصدمة ليست لها دلالة نفسية، وأنها تكتسب هذه الدلالة من خلال ربطها بتاريخ الشخص، أي منحها معنى؟

* بالمعنى الذي شرحته في الهوامش السابقة يمر الشخص من مرحلة الـ Catharsis ليصل إلى مرحلة L’abréaction، وليس العكس كما قال Crocq (الذي فهم l’Abréaction على أنها تفريغ)

** يرى Crocq أنه سواءا كان العلاج فرديا أم جماعيا لا ينبغي أن يفرض المعالج دلالة خارجية للحادث الصادم، بل يجب أن يكتشف الشخص هذه الدلالة حينما يتكلم هو بنفسه عن الحادث، لأنها دلالة شخصية وليس على المعالج سوى أن يساعده على أن يلد (a accoucher) حقيقته الخاصة والذاتية : "حسب النموذج السقراطي"، وتتبادر لذهني الآن عبارتين شهيرتين لسقراط، وهما: "الشيء الوحيد الذي أعرفه هو أني لا أعرف أي شيء" و "اعرف نفسك بنفسك". حيث كان سقراط - الذي كانت أمه قابلة (Sage- femme) تساعد النساء على ولادة أطفالهن- يجوب شوارع أثينا محاولا مساعدة من يحاورهم على أن يلدوا معارفهم الخاصة من داخل أنفسهم، وكانت طريقته "التوليدية" (Maïeutique) تسعى لتوليد المعارف (أو الحقيقة) من العقول "الحوامل بها" من خلال المساعدة على إيجادها في الداخل وليس فرضها من الخارج، ومن اجل ذلك كان سقراط يجري حواراته عبر مرحلتين: تتميز المرحلة الأولى بكونها سلبية يتظاهر فيها سقراط بالجهل والسذاجة ويلقي الأسئلة (التي كان يركبها بإحكام) على محاوره مدعيا طلب التعليم منه، ليدفعه من خلال أسئلته -التي تخفي وراءها السخرية والتهكم- والأمثلة والتشبيهات التي يقدمها إلى الوقوع في التناقض والحيرة، وبالتالي كان يعمل على إعداده لقبول الحقيقة، لتأتي المرحلة الثانية أي مرحلة التوليد: وهي مرحلة إيجابية يساعد فيها سقراط محاوره (من خلال الأسئلة والأمثلة والاعتراضات المرتبة منطقيا) على الوصول إلى الحقيقة بنفسه، أي على استخراج المعرفة التي كان يجهلها سابقا من نفسه دون أن يفرض عليه سقراط رأيه.

يعكس مسار تفكير Crocq في مجمله مايلي: 1) ليس بإمكان التفريغ الإنفعالي الذي يحدث أثناء إعادة المعايشة أن يؤدي للشفاء، 2) يمكن لهذا التفريغ إذا ما تم دمجه في سياق علاجي أن يؤدي إلى تفريغ كل الشحنة العاطفية للصدمة، وبالتالي إحداث هدوء وارتياح بشكل نهائي، وهذا ما يساعد على بدأ الشفاء. 3) يحدث الشفاء من خلال تعبير الشخص بالكلام عما عاشه أثناء الصدمة، وهذا مايساعده على الكشف عن دلالة الصدمة، ودمجها في تاريخه الشخصي وإعطائها معنى، وهكذا يحدث الشفاء.

ويتفق التصور الذي أمتلكه عن علاج الصدمة بشكل كامل مع تصور Crocq هذا، ولأني أختلف معه حول معنى مصطلح "Abréaction" الذي استخدمه هو بمعنى "التفريغ"، والذي استخدمته أنا بمعنى "الإنفراج" أو (الفرج). سأعيد صياغة ذلك التصور باستخدام المعنى الذي شرحته في الهوامش السابقة كما يلي : يهدف العلاج التفريجي إلى إعادة معايشة الصدمة بكل شحنتها العاطفية، حيث تكرس مجموعة من الجهود العلاجية (التنويم أو وسائل أخرى) من اجل تمكين المريض من استرجاع ذكرى الصدمة بكل شحنتها العاطفية، ومواجهتها وهو في حالة تسمح له بذلك، وأعتقد أنه بالإمكان في هذه المرحلة دمج محتويات الصدمة المفككة (إحساسات، سلوكات، صور ...)، وبعد ذلك ينبغي جلب هذه المحتويات لساحة الوعي من اجل أن تحدث (l'Abréaction) أو الإنفراج، ولا يحدث ذلك إلا من خلال تعبير المريض بالكلام عن خبرته الصدمية مما يساعد على انفجار العواطف المرتبطة بالصدمة والتعبير عن ذكراها بالكلام في ساحة الوعي، وتعتبر هذه مرحلة مهمة تسمح بوعي المريض بمحتوى الصدمة وتمثلها، بعد ذلك ينبغي أن يعطي المريض معنى للصدمة ويدمجها في تاريخه الشخصي ليتمكن من العيش بسلام والتوجه نحو المستقبل بخبرته الصدمية تلك، وهنا يخبرناCrocq بأن المعنى الذي يعطيه المريض للصدمة ينبغي أن يكون معنى "ذاتي" يكتشفه المريض حينما يتحدث عن الصدمة، لان الدلالة التي يعطيها للخبرة الصدمية هي دلالة شخصية وينبغي أن يدركها المريض في إطار خبرته الذاتية وتاريخه الشخصي، ولا ينبغي أن تفرض عليه هذه الدلالة من الخارج.

ولنتوقف قليلا عند رأي Crocq هذا، ألا تفسر في بلداننا العربية الزلازل والكوارث على أنها "عقاب من الله"، ألا يعتقد أغلبنا أننا نتعرض لمثل تلك الحوادث وما شابهها لأننا "ابتعدنا عن ديننا"، هل ينبغي على المعالج أن يعطي معنى للحادث من خلال فرض تفسير كهذا على الشخص؟ هل يقبل ذلك الشخص معنى كهذا إن كان غير متدينا؟ ما الذي ينبغي على المعالج فعله إذن؟ هنا تبرز أهمية رأي Crocq، حيث رأى أن: "المعالج لا يقوم من خلال

حضوره التعاطفي وأسئلته سوى بمساعدة الشخص على أن "يلد" حقيقته الخاصة والذاتية حسب النموذج السقراطي". أي أن يساعده على أن يولد معنى للخبرة الصدمية التي مر بها من داخله، وحسب قناعته هو، لا أن يفرض عليه مثل ذلك المعنى من الخارج.

ولكي أجيب أخيرا عن السؤال الذي طرحته في العنوان: لا يحدث الشفاء بمجرد تفريغ الشحنة العاطفية المرتبطة بالصدمة بشكل أوتوماتيكي (عن طريق القلق، الضغط أو ماشابههما) ولو كان الأمر كذلك لشفي المريض بعد عدة مرات من إعادة معايشة الصدمة بشكل متكرر وشديد (أو حاد)، ولكي يشفى المريض ينبغي عليه مواجهة ذكرى صدمته بشحنتها العاطفية، إعادة دمج محتويات الصدمة المفككة، الوعي بها وإعطائها معنى في إطار خبرته الذاتية وتاريخه الشخصي، أي في إطار شخصيته ككل الممتدة في الزمن، وهذا ما يمكنه من التحكم في الآثار السلبية للصدمة (الشعور بالذنب، فقدان المعنى، فقدان الثقة ...) وتحمل خبرته الصدمية تلك - التي ستصبح جزءا من ذاكرته ومن ماضيه الشخصي- وبالتالي يستطيع -وهو في حالته تلك- التقدم نحو الأمام والتوجه للمستقبل.

2. 2: طرق وتقنيات علاجية.

2. 2. 1 : العلاج السيكودينامي:

يقول Lebigot (2001) في " Les traumatismes psychiques ": " نتحدث هنا عن العلاجات النفسية التي ترتكز على مصطلحات التحليل النفسي، مع العلم أن التحليل النفسي الخالص نادر بالنسبة للمرضى الذين يعانون من عصاب صدمي، وقد تم نشر بعض العلاجات في الولايات المتحدة من طرف Deitz (1986)، و Lindy (1985-1986)، وفي فرنسا من طرف Briole (1987)" (De clercq, M., Lebigot, F. 2001, P. 245) .

وفي إطار حديثه عن العلاجات السيكودينامية (Prise en charge psychothérapiques psychodynamiques)، رأى Lebigot أنه عادة ما يدخل المصدوم في هذا النوع من العلاج بعدما يكون قد تلقى علاجات ما بعد آنية، حيث يتم اللجوء إليه حينما لا تمكن المقابلات المركزة على الحادث المصدوم من إعادة بناء الصدمة، وهنا يتعين عليه أن يعيد زيارة تاريخه وعالمه الهوامي وأن يعبر بالكلمات عما يجعله مشدودا لهذه الخبرة المؤلمة والمذهلة، وتبدأ المعالجة عادة بمناسبة قدوم متلازمة التكرار (أي بعد عدة أسابيع، أشهر أو سنوات من قدوم الحادث)، وبالنسبة للنماذج التطبيقية للعلاج رأى Lebigot أن المقابلة تعتبر فترة مخصصة للحديث عن الحادث، وأيضا عن محتويات أخرى للحياة النفسية: إستدعاء الماضي القريب أو البعيد، المشاريع، التعبير عن المخاوف و الهوامات، الأحكام

الأخلاقية ... إلخ، فالمريض مدعو لقول الأشياء كما تتبادر لذهنه، وطريقة العمل هذه مستوحاة من مبدأ التداعي الحر الفرويدي، ولكنها قد تبتعد أحيانا عن هذا المبدأ في شكله الخالص، حيث يتم مثلا تجنب فترات الصمت الطويلة لأنها تؤدي -وخاصة في بدأ العلاج- لظهور مشاعر الهجر أو حتى المعاناة، وبالإضافة لذلك يمكن دمج النشاط الحلمي (l'activité onirique) في محتوى المقابلات، وهنا يكون المريض مدعوا للتعليق على كل عنصر من عناصر أحلامه، وخاصة ما تعلق منها بالتبديلات التي تتعرض لها كوابيس التكرار، أما عن دور المعالج فقد رأى Lebigot أنه عليه أن يكرس نفسه لتقديم التأويلات (إلا إن كان المريض بإمكانه القيام بذلك بنفسه)، كما عليه -أي المعالج- أن يكرس نفسه أيضا للتساؤل، لإلتقاط الجمل المهمة والكلمات الغامضة، ولتوفير أوقات للراحة والفكاهة، فالمعالج هنا حاضر جدّا، وضمنيا: حاضر بطريقة أخوية. وعن أهداف العلاج يقول Lebigot: "بطريقة تخطيطية يمكننا القول أن العناصر التي تجعل العلاجات المبكرة غير كافية تنقسم إلى نوعين: فسواءا يبدي عنف الحادث للشخص أن الموانع الأوديبية عاجزة أو غير محددة في مواجهة الفضاء الكبير للعدم الذي يشل الجهاز النفسي، أو تكون وبشكل مسبق مسألة العلاقة بالأصول لم تبنى بشكل كافي، وهذا ينطبق أيضا على الموضوع المفقود، وتكون النرجسية عائقا يمنع الشخص من الانضمام كليا لخط الدال، وفي كلتا الحالتين ينبغي أن يعاد إحياء الدينامية الأوديبية بطريقة تسمح بأن يحل قلق الخصاء محل قلق الفناء (أو العدم)، فالموت ينبغي أن يدخل من جديد في سجل الفقدان لكي لا يمارس مجددا التأثير الساحر المرتبط بالنيرفانا" (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, P. 248) ، وأخيرا أشار Lebigot إلى أنه وفي الحالات الشديدة لا يتم السعي للمقابلات، وأن التقنيات المتواترة في هذه الحالات هي وصف الأدوية والسعي لتقنيات جسمية، كما أنه من المتواتر جدّا إجراء تدخلات في الواقع الخارجي.

وفي نفس السياق - وفي نفس الكتاب- يقول Zucker (2001) : "لن نتمكن أبدا من التعرف على القيمة العلاجية للمداخلات في "الواقع" إذا لم نسعى لذلك، ومن المدهش جدا ملاحظة درجة تغير جدول القلق-الإكتئاب المرتبط بحالة ضغط ما بعد الصدمة إنطلاقا من اللحظة التي يتواصل فيها المختص النفساني أو السيكاتري مع إحدى جهات الإختصاص مهما كان نوعها: الشرطة، القضاء، المحامي، التأمين، رب العمل ... إلخ، وهذا صحيح بالنسبة لكل الضحايا مهما كان نوع الإعتداء: حادث عمل، اعتداء جسدي، إغتصاب ... إلخ" (De Clercq, M., Lebigot, F., 2001, P.235). وقد رأى Zucker (في إطار مداخلته حول العلاج السيكوديناميي المختصر: بين المعاناة والواقع (Prise en charge psychothérapeutiques psycho dynamiques brèves : entre la souffrance et la réalité) أن المقاربة السيكودينامية المبكرة تأخذ بعين الاعتبار الاعتداء الحالي وتحلل تأثيره على الجهاز النفسي للضحية حسب الصدى الذي يستثيره، وأن هذا الصدى مرتبط بتاريخ الشخص، حيث

يقول: " بالإعتماد على خبرتنا الإكلينيكية *، يبدو أن بناء الصدمة يمر من خلال بناء المشكلات التي تأتي لتزيد حدة الوضعية الحالية، وأنه في إطار هذا الشرط وحده يمكن للصدمة أن تحتل مكانا بحيث لا تعيق حياة الشخص" (De clerq, M., Lebigot, F., 2001, PP. 235-236)

وبخصوص عناصر المعالجة رأى Zucker أنه ومن أجل الولوج للعالم النفسي للشخص من الضروري أن نسعى في البداية لإحداث تفريج عن الحادث وعن الإنفعالات، وأن نوع الإنفعالات التي حرضها الإعتداء (أو الحادث) ينبغي أن تحلل وتفكك في علاقتها مع تاريخ الشخص، وبذلك تأخذ الإنفعالات معناها وتصبح مدخلا من أجل بناء علاقة بين التأثير الصدمي والتاريخ الشخصي، ذلك أن الإعتداء الراهن يعيد تنشيط محتويات كانت مكبوتة أو منشطرة، فالتعرض لإعتداء يؤدي آليا لتعرية التوظيف النفسي: ميكانزمات الدفاع، نقاط الضعف، الثغرات ومسار النمو والتطور. وكذا يوقض الإعتداء الراهن ما كان منسيا، و "ماكان منسيا" لا يتم تذكره تلقائيا في شكل ذكريات لأنه يتظاهر في شكل أفعال (وإنفعال) ولهذا لا يكفي مجرد احتواء البكاء و/أو الصراخ، بل ينبغي تعلم مساءلتهما، هذا من جهة، ومن جهة أخرى رأى Zucker أن التأثير الصدمي قد لا يحرك شيئا آخر سوى نفسه، حيث لا يكون هنالك إعادة تنشيط وإحياء لمشكلات قديمة، وعادة ما يحدث ذلك لدى أشخاص يمتلكون توظيفا نفسيا سليما، ولا يمرون بأية خبرة خاصة أثناء تعرضهم للإعتداء (أو الحادث)، وفي كل الأحوال تمثل المداخلة العلاجية المبكرة مناسبة لبناء الغلاف المحتوي لكل من الإعتداء الراهن والماضي الصراعي، كما أنها تسمح بتفكيك البنى التي تبدأ بإحداث تغييرات داخل التوظيف النفسي. بالإضافة لذلك رأى Zucker أن المصدوم إن لم يحظ برعاية ملائمة فسيواجه شعورا بالوحدة يزيد من معاناته، ويتضخم شعور الوحدة أكثر فأكثر إن كانت العلاقة مع جهات الإختصاص الخارجية مخيبة للآمال، وتستقر خيبة الأمل تلك حينما يفقد المصدوم الأمل في إصلاح ما يمكن إصلاحه، والإصلاح المنتظر ليس فقط ماديا بقدر ما هو رمزي لأنه مستثمر على أساس الاعتراف بالجرح الذي تلقاه الشخص، ولا يمكن لهذا الجرح أن يضمد (أو يفكر فيه) (Cette blessure ne pourra se panser (penser)) إلا إذا كان العالم الخارجي يعترف به ويتقبل وجوده، وأمام هذه الحالة ناقش Zucker دور المعالج حيث رأى أن المعالج قد يحس بأن هناك شعور بالعجز، باللاعدالة وبالغضب يكبر بداخله شيئا فشيئا، وهنا لديه خياران: سواءا يبقى في أريكته يحاول أن يؤول، أن يحتوي ...، أي أن يقوم بعمله العلاجي على أحسن وجه، أو يقرر أن يربط هذا النوع من العمل بتدخلات في الواقع، ويرى Zucker

* و Zucker هو دكتور في علم النفس، وكان حينما كتب تلك الأسطر مسؤولا عن وحدة الاستعجالات السيكاترية بالمركز الاستشفائي الجامعي (CHU Saint-Pierre, Bruxelles, Belgique).

أن الأمر لا يتعلق هنا بأن يقوم المعالج بعمله العلاجي بطريقة صحيحة بقدر ما يتعلق بمسألة أخلاقية، فهل لنا الحق (كمعالجين طبعا) أن نبقى خارج الواقع في حين يسمح لنا المكان الذي نحتله بأن نكون مسموعين*؟ ، وفي هذا السياق يقول Zucker : "يمتلك العلاج النفسي بطريقة واضحة تأثيرا محتويا ، ومع ذلك يبدو انه حينما يتم إدخال الاعتراف بالمعاناة في الواقع يكون العلاج النفسي أكثر استقرارا " (De clercq, M. , Lebigot, F. 2001, p.839).

2. 2. 2: المقاربة النسقية والعلاج الأسري:

يقول (Ionescu, 2006) في: «14 approches de la psychopathologie»: "عرفت بعض عناصر المقاربة النسقية البيئية بفضل التقدم والشعبية التي حصلت عليها طرق العلاج الأسري،و قد قام كل من Ferbert وBeels(1969) بدراسة هذه الطرق وصنفاها حسب الدور الذي يتولاه العلاج إلى فئتين : تتمثل الأولى في "الموجهين"- أو المرشدين –(directifs) الذين يتدخلون بصورة نشطة ويسيرون اللقاءات العلاجية ، واهم ممثلي طريقة العمل هذه Virginia satin , Nathan Ackermann , Roland Charp , Salvador Menuhin , Murray Bowen , Norma Paul و robert mC Gregor ،أما الفئة الثانية فتتمثل في "المتفاعلين" (réactif) و الذين يسمحون بنشاط أكثر حرية و اقل تحكما ، وتنقسم هذه الفئة الى جزأين :(أ) "المحللون" (les analystes) مثل Whitaker، Lyman Wynne، Bosozormenyi، Alfred Friedman والذين يتصرفون بطريقة مشابهة لطريقة المحللين النفسانيين التقليديين، (ب) "المطهرون " (les puristes) ويتمثلون خاصة في Don Jackson. Jay Haley. Gerad zuk الذين يحترمون بانتظام نظرية الأنساق. و يهتمون بالمعايير العائلية وعمليات التواصل." (Ionescu,S.,2006, p84).

يوضح (1958)Ackermann وهو من الباحثين الأوائل في العلاج الأسري أن العلاج الأسري يعتبر أسلوبا تطبيقيا يستخدم مع حالات الاضطرابات النفسية و العاطفية ويقوم على تحقيق المقابلة مع الأسرة بكاملها في إطار تفاعلي و ديناميكي، و يستند هذا الأسلوب على مسلمة أساسية هي أن الأسرة كوحدة طبيعية وحيوية تتكون من مجموعة من الأفراد يشتركون في هوية واحدة و يتأثرون بها عن طريق عن تبادل العواطف circular exchange of

* من الواضح ومن المعروف أن التدخلات العلاجية في التحليل النفسي وفي الكثير من أشكال العلاجات النفسية الأخرى تسعى لإحداث تغيير في التوظيف النفسي للشخص وليس في العالم الخارجي المحيط به، وبالرغم من ذلك يبدو أن المداخلات في الواقع الخارجي مهمة جدّا بالنسبة للمصدومين، ولكني لا أعتقد أن تلك هي مهمة الأخصائي أو المعالج النفساني، وهنا تبرز أهمية العمل في فريق متعدد التخصصات،حيث يهتم الأخصائي الاجتماعي بمهمة التدخل في الواقع الخارجي (أي مع جهات الاختصاص: كالضمان الاجتماعي...الخ) كما بامكانه أن يعتمد-كما هو معروف- على المقاربة النسقية كإطار لإجراء تلك التدخلات، ولكي تأتي مثل تلك التدخلات بثمارها ينبغي أن يكون أمثال هؤلاء المختصين "مسموعين" من طرف جهات الإختصاص تلك، فهل هم "مسموعون" في بلدنا؟، هل ينبغي أن يصرخوا بصوت عالي لكي يتم سماعهم؟ ... أترك السؤال مفتوحا.

وبناءا على هذا التصور فان المشكلات تظهر عندما يحدث اعتراض لعملية تبادل emotions المشاعر والعواطف بين أفراد الآسرة ،الأمر الذي يؤدي إلى تعرضهم إلى القلق و الضغوط و بالإضافة إلى ذلك فان الأحداث التي تعيق عملية الاتصال بين أفراد الأسرة ستؤدي إلى الاضطرابات الأسرية وعدم قدرة الأسرة على تأدية مهامها بفاعلية، ويتفق O'byrne و Masson مع التصور السابق للعلاج الأسري حيث يرون أن التدخل العلاجي يهدف إلى تغيير بعض الجوانب في نسق الأسرة التي تؤثر في قدرتها على تنظيم وإدارة شؤونها و تأدية مهامها كوحدة اجتماعية وكأفراد، وترتبط عمليات التدخل في العلاج الأسري بالعمل على تغيير منظومات التفاعل والاتصال داخل الأسرة ومساعدة أفراد الأسرة على تغيير أساليب وأنماط التفكير كأفراد وكمجموعة . (سليمان ، عبد المجيد ، و البحر ، 2005 ، ص.283).

في هذا السياق يقول Robin , noirot و Mauriac : " عديدة هي الأعمال التي أشارت إلى أهمية نوعية الدعم الاجتماعي في التنبؤ الوقائي وأيضا التطوري لحالة ضغط ما بعد الصدمة ، وبالرغم من ذلك فمن النادر وجود الأعمال التي تعتمد على التكفل العائلي بالضحايا المتواجدين في مثل تلك الوضعية عن طريق دمج الأقارب أثناء المتابعة .حتى لو لم يكونوا مشتركين بصورة مباشرة في الحادث الصدمي"(De clercq, M. Lebigot, F., 2001. P 267).

و في سياق حديثهم عن التكفل بالمصدومين والمقاربة النسقية (prise en charge psychotraumatique et approche systémique) وعن المقاربة النسقية العائلية والتدخل في حالة الأزمة (approche systémique familiale et intervention de crise) رأى كل من (robin , noirot ,et Mauriac ,2001) في (les traumatismes psychiques) أنه بالرغم من صعوبة الإلمام بمختلف التطبيقات الناجمة عن تيار العلاجات العائلية النسقية في أمريكا وفي أوربا فمن الواضح أن هذه المقاربة تحتوي على خصائص متفق عليها، من بينها الفكرة القائلة أن العلاقات داخل الأسرة أو الجماعة الاجتماعية – أي النسق- هي علاقات مترابطة ، وذلك يعني أن كل تغيير لدى إحدى أفراد النسق ينتج بالضرورة تغيرا لدى الأفراد الآخرين، وتعرض الأنظمة الإنسانية توازنا ديناميا حيث يمكن للتغيرات والتقلبات أن تعرض تكامل النظام للخطر، وتنشا هذه التغيرات عن اختلالات تأتي من خارج النظام - أو النسق- (بطالة ، كارثة ، اعتداء ....) أو من داخله (حداد ، ولادة ، مراهقة ، مرض....)،وحينما تواجه الأسرة أو أي نظام آخر تغيرات لدى احد أفرادها تكون هناك إمكانية حدوث أزمة حيث تتناسب الأزمة مع فترة من اللاإستقرار حينما يكون التغيير على وشك الحدوث .

وعلى المستوى التطبيقي ناقش (Mauriac, Robin,et noirot) بعض الأوجه التقنية والاصطلاحية للمداخلة ، حيث رأوا مثلا أنه حين يجتمع أقارب المصدوم يكون الهدف الأول للمداخلة

تعريف المشكلة بطريقة تسمح بأن يشعر كل فرد أنه معني بالأمر وبإمكانه التأثير في الوضعية ، وقد يستخدم المختصون هنا العديد من الطرائق ولكن عليهم أن يسمحوا أولا بتحصيل سرد للأحداث الراهنة والمشاعر المعاشة بطريقة تتعدى مجرد البحث عن التفريج (أو التفريغ) إلى البحث عن تحصيل تقاسم للخبرة أين يعترف كل فرد أنه عاش الأمور بشكل مختلف ، من هنا ينبغي خلق سياق يتجاوز من خلاله الأفراد القصة المعاشة بشكل فردي إلى قصة جماعية يحتل فيها كل فرد – وخاصة المصدوم –مكانا خاصا ، بالإضافة لذلك ولأن المداخلة تهدف لمساعدة الأفراد على التقدم نحو الأمام وتفادي شعورهم باستمرارية الحادث، فعلى المعالجين أن يدللوا على أن الصدمة قد مضت ، أن يقدموا تعليمات أو – خدمات – (مرافقة ، متابعة إكلينيكية ، وصف أدوية ....) وأن يعطوا معلومات حول ردود الفعل الاعتيادية لدى المصدومين وأقاربهم... ، وينبغي أن يوصف كل ذالك من اجل تمكين الأفراد من الشعور وبأسرع وقت ممكن بأنهم يتحكمون في الوضعية انطلاقا مما يمتلكون وما يقومون به ، أما عن سبب وصفهم للمداخلة على أنها نسقية، فقد رأى (Mauriac , Robin,et noirot)أنهم اعتبروها على أنها كذالك لأنها تحتوي على العديد من العناصر المكونة للمقاربة النسقية ، حيث لا يكون الاهتمام مثلا موجها للعرض على انه خاص بالفرد ، وحيث يوجه الاهتمام الى التقاطعات التي تحدث بين الفرد و أعراضه ،و الأقارب وسلوكهم الخاص، فلا تقتصر المداخلة مثلا على مجرد السعي للقضاء على الكوابيس والقلق بل تتعدى ذلك لتهتم بالطريقة التي يمكن للمصدوم وأقاربه أن ينظموا بها أنفسهم للتعامل مع تلك الأعراض .

وأعتقد–كما ذكرت في الهامش السابق – أنه بإمكان الأخصائي الاجتماعي أن يستخدم أيضا المقاربة النسقية- البيئية لإجراء تدخلات، وخاصة ما تعلق منها بالتدخل مع الأسرة ، ولهذا رأيت أنه من المهم اشتراك هذا النوع من المختصين في عملية التكفل بالمصدومين ، ولكن هل كنت على صواب ؟ ما الحاجة إلي أخصائي اجتماعي ان كان النفساني يمكنه التدخل مع الأسرة، باستخدام طرق العلاج الأسري ومبادئ المقاربة النسقية أو حتى النسقية البيئية ؟ لنرى طريقة استخدام هذه المقاربة من زاويتين،وهما العلاج الأسري والخدمة الاجتماعية :

ركز كل من (Noirot , Robin ,et Mauriac) (وهم أطباء سيكاتريون) حينما تحدثوا عن المقاربة النسقية والعلاج الأسري للتدخل مع المصدومين على أهمية دمج أفراد أسرة المصدوم في العلاج ، والهدف من ذلك هو أن يؤثر أفراد أسرة المصدوم بطريقة ايجابية على حالته ويتم تفادي تعقيدها، وهذا ما يبرر أهمية التدخل مع المصدوم وأيضا مع أسرته ،فما الذي تتميز به مداخلة من هذا النوع من وجهة نظر الخدمة الاجتماعية ؟ ، يقول كل من حسن سليمان ، سيد عبد المجيد ،وجمعة البحر (وهم دكاترة في الخدمة الاجتماعية) في "الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة " :

"إن النسق الذي تسعى الخدمة الاجتماعية إلى تغييره أو التأثير فيه من اجل تحقيق أهدافها يطلق عليه مصطلح النسق المستهدف (....) والنسق المستهدف للتغيير لا يقتصر على الفرد أو الأسرة فقط بل يمتد ليشمل سائر الأنساق الأخرى التي ترتبط بالمشكلة التي يتم التعامل معها فأحيانا تكون الموارد غير متاحة أو يصعب الحصول عليها ، والسياسات الاجتماعية غير عادلة ، ويتعرض بعض الناس خاصة الضعفاء لظلم وتسلط الفئات القوية، من هنا فان الأخصائيين الاجتماعيين يتطلعون إلى معرفة اين يقع التغيير المطلوب خارج نطاق الأفراد والأسر والعمل مع البيئة من اجل زيادة فعالية هذا التغيير " (سليمان ، عبد المجيد ، البحر ، 2005، ص ص. 32 33).

قد يدمج إذن الأخصائي أو المعالج النفساني أفراد أسرة المصدوم في العلاج بهدف التحكم في عواقب الصدمة ، تفادي تعقيد حالة المصدوم ، وتحريك الموارد التي يمتلكها هو وأسرته لمواجهة حالته، وباختصار توفير الدعم اللازم له لتجاوز صدمته، وبالإضافة لذلك قد يتدخل الأخصائي الاجتماعي على مستوى انساق أخرى للبيئة (تتفاعل مع الفرد وأسرته) كمؤسسات التأمين والضمان الاجتماعي ومؤسسات التشغيل ، القضاء ... الخ ، بل وبإمكانه التدخل حتى على مستوى السياسات العامة والخدمات المتاحة للمصدومين وأسرهم في المجتمع من أجل التحسيس بوضعيتهم والتصدي مثلا للقوانين التي لا تستجيب لاحتياجاتهم ، وهذا مهم جدا – على الأقل من وجهة نظري – لأننا (كنفسانيين طبعا) قد نشتغل على التوظيف النفسي للمصدوم من اجل إخراجه مثلا من اكتئاب نفسي ، ولكن مهمتنا تكون معقدة جدا إذا كان ذلك المصدوم عاطلا عن العمل ، ويحس بأنه " محقور " في بلده ، ويدلل على ذلك بالملفات التي قدمها للمؤسسات بدون جدوى ، نحس بأن حقوقه قد هضمت دون أن نتمكن من مساعدته للتحصل عليها "العين بصيرة واليد قصيرة " كما يقول المثل الشعبي ، ونلاحظ حينما نستنجد بأفراد أسرته أنهم لا يمكنهم مساعدته لأنهم فقراء ،و قد يدفع له الضمان الاجتماعي (إن تعرض لإصابة أثناء تعرضه للحادث) أجرا زهيدا لا يكفيه حتى لسد حاجياته الأساسية ، حيث يدفع له ذلك الأجر الزهيد بصفته " معاقا "، وقد تسبب له هذه الصفة أثناء وقوفه في الطابور لتلقي أجره حرجا شديدا حينما يخرج للشارع ، أين ينظر له الناس نظرة تشعره بأنه (وبسبب إعاقته) شخص " ناقص " ومسكين " يؤذي عيون المارة ويرسم على وجوههم ملامح الحزن و الشفقة و أحيانا الاشمئزاز ، مما يزيد معاناته ويعمقها ، وقد نعمل مع فتاة مصدومة لأنه تم الاعتداء عليها جنسيا ، ونحرز تقدما علاجيا هاما فتنخفض شدة الأعراض وتبدأ تلك الفتاة بمواجهة صدمتها وبالتحكم في المشاعر المرتبطة بها ، والناتجة عنها ، ونبدأ بملاحظة أنها تتحسن تدريجيا ، وتأتي جلسة المحاكمة لتتواجه تلك الفتاة مع من اعتدى عليها ، وتتعرض لضغط شديد ، وقد يوحى لها المحامي أو القاضي أنها كانت السبب بطريقة أو بأخرى فيما حدث لها ، وتفهم هي ذلك الإيحاء بمعنى أنها قد أغرت من اعتدى عليها ، تتدهور حالتها ويزيد شعورها بالذنب و ب "العار" ،

وينخفض تقدير ها لذاتها ،وتحس أنها تستحق " ما حدث لها " ، وأنها ينبغي أن تدفع الثمن، وتأتينا بعد ذلك مكتئبة محملة بمشاعر الذنب، و تصرح في المقابلة أنها تفكر في الانتحار، وأنها تعتقد أن الانتحار هو الحل الوحيد الذي سيخلصها من معاناتها ، وتتعقد إذن مهمتنا العلاجية من جديد .

بإمكان الأخصائي الاجتماعي أن يتدخل في الحالة الأولى مثلا مع مؤسسات التشغيل والضمان الاجتماعي ليساعد ذلك المصدوم على تحصيل حقوقه ، وبإمكانه أن يتدخل مع الحالة الثانية على مستوى الجهات القضائية ليطلب مثلا تأجيل موعد المحاكمة ان رأى النفساني أن الحالة النفسية لتلك الفتاة لا تسمح لها بالخضوع للمحاكمة، حتى ولو بصفتها ضحية ، بل وبإمكان الأخصائي الاجتماعي أن يتدخل في التحسيس بالوضعية التي يعيشها المصدومون ،كأن يتدخل مثلا على مستوى وسائل الإعلام لشرح حالة المصدومين وتسهيل حصولهم على حقوقهم والمطالبة بقوانين ... الخ ، وبالإضافة إلى ذلك اعتقد أيضا أنه على جهات الاختصاص تلك أن تتجاوب مع الأكفاء والخبراء من أمثال هؤلاء المختصين، فتفسح مثلا وسائل الإعلام – وخاصة السمعي البصري – المجال لهم بدلا من إفساحها المجال لمروجي التفاهات كـ بلخضر وبلزرق ، وبلحمر ... وغيرهم ممن يجهلون المجتمع ويكرسون ثقافة " الغول"، وبالتالي يعقدون أيضا مهمتنا كنفسانيين وكباحثين نحاول المساهمة في تقدم المجتمع وليس في تعميق تخلفه.

2. 2. 3: العلاج السلوكي/المعرفي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

تتشكل التساؤلات التي يطرحها علم النفس الصدمة (La Psycho-traumatologie) بالنسبة للسلوكيين حسب اصطلاح التعلم: كيف يتم تعلم استجابة (الخوف وارتباطاته) إنطلاقا من خبرة واحدة (الحادث الصادم)؟ لماذا لا تنطفئ هذه الإستجابة (تطور واستمرار حالة ضغط ما بعد الصدمة)؟ كيف يمكننا تعديلها (العلاج)؟ ولكن أيضا لماذا لا يتفاعل كل الأشخاص بنفس الطريقة أمام نفس الحادث؟ ولماذا "يتعلم" بعضهم الإستجابة ولا يتعلمها البعض الآخر (عوامل الجروحية والرجوعية)؟ وأمام نفس الأسئلة يشرك المعرفيون دور المخططات المعرفية، البنى، المعتقدات، الذكريات، التأويلات، التعريفات، عمليات الإنتباه (...) فتمثلات العالم والذات يتم الإخلال بها، ويحرك كل من الإنتباه والإدراك من أجل التعرف على علامات الخطر التي تؤدي لإرتجاج الدفاعات، وتكون هذه الأخيرة بدورها غير توافقية لأنها تطور إنطلاقا من معتقدات غير عقلانية، من تحريفات معرفية ومن تأويلات مغلوطة،ويعبر كل هذا عن نفسه من خلا أعراض حالة ضغط ما بعد الصدمة، وقد قاد الإعتراف بالتفاعلات المتبادلة بين التعلم والمعرفة إلى نماذج دمجية وإلى علاجات مسماة بـ : معرفية - سلوكية، حيث تعمل هذه الأخيرة على مستوى المخططين، وتبحث غالبا على إستكشاف نتائج فك الإشراط من أجل تسهيل إعادة

البناء المعرفي، بينما تستخدم الذكريات والصور العقلية كمنبهات محرضة لإستجابات يتم الإعتياد عليها (De clercq, M. Lebigot, F., 2001, PP. 253-254)

من بين ذلك كله هنالك على المستوى النظري فكرة أساسية مرتبطة بالتفسير السلوكي/المعرفي لطريقة إكتساب المخاوف، وحسب تلك الفكرة يمكن أن تكتسب المخاوف عموما من خلال إشراط كلاسيكي كما يمكنها أن تعود أيضا لأسباب معرفية، وعن إكتساب المخاوف من خلال إشراط كلاسيكي يقول الحجار (1999) - في "الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي / السلوكي "- : "تصدر هذه المخاوف عن حادثة وحيدة مفردة (تعلم في تجربة واحدة) ومثالنا على ذلك عصاب القتال، فالعسكري الذي شهد مذبحة مخيفة دارت حوله يصاب بقلق إشراطي بفعل المنبهات المخيفة التي أحاطت به، وإذا صدف ان ظهر موقف سببي مثل صوت مدفع رشاش أ وشيء مما يماثله في الصوت، فإن هذا المنبه يحدث عنده إستجابة قلق بفعل الإشراط." (الحجار، 1999، ص. 30)، أما بالنسبة للمخاوف التي تعود لأسباب معرفية فيقول بيك - في "العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية"- : "عندما يقول شخص أنني متوتر فهو يعني أنه يحس قلقا الآن وحالا، ولكن ماذا تراه يعني حين يقول إن لدي خوفا (أو أنا خائف) من العواصف الرعدية؟ إنه يشير إلى مجموعة من الظروف ليست قائمة حالا ولكن يمكن أن تقع في وقت ما في المستقبل، بهذا المعنى فإن الخوف يمثل "ميلا" إلى أن يدرك المرء مجموعة معينة من الأحوال بصفتها تهديدا، وأن تكون إستجابته إن تعرض لها هي إستجابة القلق". (بيك، آ.، 2000، ص. 151). ،ينتج الخوف إذن من خلال إشراط كلاسيكي اذا ما تم تعلمه في إطار خبرة عاشها الشخص، وقد يعود الخوف لأسباب معرفية إذا ما كان الشخص يقدر احتمال تعرضه لخطر إذا ما تواجد في موقف معين حتى ولو لم يتعرض له، وفي هذا الصدد يقول بيك: " ليست المشكلات النفسية بالضرورة نتاج قوى خفية سرية مستغلقة *، فقد تنتج عن عمليات عادية مثل التعليم الخاطئ، والإستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة وعدم التمييز بين الخيال والواقع، كما ان التفكير قد يكون واهما لأنه مستمد من مقدمات منطقية خاطئة، والسلوك قد يكون إنهزاميا لأنه مبنى على إتجاهات غير عقلانية." (بيك،آ .، 2000، ص. 33).

* بيك (Arron Beck) هو احد أهم أعلام المدرسة المعرفية، وقد انبهرت بروعة كتابه "العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية" (الذي قرأته حينما كنت لا أزال طالبا مبتدئا في علم النفس)، كما انبهرت بالطريقة التي كان يتابع بها بيك الأفكار "اللاعقلانية" و "اللامنطقية" على مستوى الشعور، ولكن سرعان مازال إنبهاري ذاك حينما قرأت "تفسير الأحلام"، أين كان فرويد يتابع تلك الأفكار "اللاعقلانية"و "اللامنطقية" (التي ينسجها عمل الحلم) على مستوى اللاشعور، وأين علمنا فرويد أن منطق اللاشعور (أو منطق العمليات الأولية) يختلف كليا عن منطق الشعور (أو منطق العمليات الثانوية)، وأن ما يعتبر "منطقيا" لدى "اللاشعور" لا يعتبر كذلك لدى الشعور(راجع عنصر التوظيف النفسي في هذا البحث).

أما على المستوى التقني فهنالك العديد من التقنيات السلوكية-المعرفية التي تستخدم لعلاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، ومن أبرزها:

أ- الإغراق:

في هذه التقنية يتم تحريض القلق الشديد إما تخيليا أو واقعيا كما يبدو من خلال تعريض المريض له (...) ويسمي ستابفل هذه التقنية "بالتفجير الداخلي Implosive". (الحجار، 1999، ص ص. 113-115). وتستخدم هذه التقنية في مجال إضطراب ضغط ما بعد الصدمة عن طريق التعريض التخيلي للموقف الصادم حتى يفقد هذا الأخير قدرته على استثارة قلق شديد، فالهدف هنا هو إطفاء القلق من خلال التعرض لمنبهات في ظروف معينة.

يحدد (Keane ,1985) ثلاث مراحل في تطبيق الطريقة المذكورة: التدريب على الإسترخاء، التخيل السار، والتخيل المؤلم للحدث- الصدمة، فالتدريب على الإسترخاء أمر ضروري ومفيد خاصة عندما يتناول مختلف العضلات، وبعد أن يتوصل المريض إلى تحقيق الإسترخاء فإنه يشعر بالحرارة والراحة داخل جسمه وعندئذ يكون قادرا على تخيل مشهد جميل (المرحلة الثانية)، أما في المرحلة الثالثة فإننا نركز على الحدث نفسه، وهنا يجب أن نقوم بوضع لائحة بالمشاهد والمنبهات المؤلمة التي يجب معالجتها (...) وفي نهاية كل جلسة يجب العودة إلى الإسترخاء. (يعقوب، 1999، ص ص. 137-138).

ب- إزالة التحسس المنهجي:

تقتضي هذه الطريقة بتعريض المريض للمنبه المؤلم ولكن بصورة تدريجية وليس دفعة واحدة كما هي الحال في الإغراق. (يعقوب، 1999، ص. 139). وعلى المستوى الفيزيولوجي يتم تثبيط القلق المثار عند المريض بفعل الإستجابة المعاكسة الإسترخائية للعضل، ويكون ذلك بتعريض المريض إلى المنبه الإشراطي الذي بدوره يثير الإستجابة اللاتكيفية العصابية وهو في حالة إسترخاء تنفسي-عضلي، ويستغرق التعريض عادة عدة ثوان، ويتكرر ليحدث التناوب بين التعريض والإسترخاء حتى يتم إطفاء الإستجابة القلقية، فالمنبه الإشراطي بهذه الطريقة المتصاعدة يفقد قدرته على إثارة القلق، ويتم تجزئة الموقف المخيف إلى وحدات موقفية متصاعدة في إثارتها للخوف، ولا يتجاوز الفاصل بين موقف على السلم الهرمي وآخر في شدة الخوف أكثر من 10 % باعتبار أن شدة رأس الهرم الذي فيه ذروة الموقف المثير للخوف المراد إطفاؤه تقدر بـ 100 %، ومن ثم يتعامل المريض مع مواقف الخوف المجزأة بتناوب عملية التعرض والإسترخاء فلا ينتقل من موقف مدرج على هذا السلم الهرمي إلى آخر حتى تصبح شدة الخوف صفرا، ويتم تدريب إزالة التحسس المنهجي ورفع وحدات المواقف من قبل

المريض والمعالج معا، ومن ثم يدرب المعالج المريض على تطبيق هذه التقنية بجلسات علاجية، ويطلب إليه فيما بعد التدرب عليها بمفرده بعد أن يتقن تطبيقها. (الحجار، 1999، ص ص. 81-82)

جـ - الإستعادة المعرفية:

يمكن تطبيق الإستعادة المعرفية لمعنى الحدث ضمن شرطين (Foy ,1992): الشرط الأول يقتضي بتصحيح معنى السببية وتوزيع المسؤولية، فالمريض يعتقد بأنه هو المسؤول الوحيد عن كل ما حدث من آلام لسواه (أقرباء، أصدقاء)، وهنا يجب توزيع المسؤولية على الأشخاص المستببين بما حدث، ويمكن استخدام طريقة الإستعادة المعرفية جنبا إلى جنب مع الإغراق وبالتحديد بعد الإنتهاء من الجلسة، أما الشرط الثاني فيقتضي باستخدام الإستعادة المعرفية في جلسات العلاج الفردي، وبشكل مستقل بحيث ينكب المعالج على معالجة الأفكار الخاطئة عند المريض والمتعلقة بنظرته إلى نفسه وإلى العالم والمستقبل*. (يعقوب، 1999، ص ص. 138-139)

د - تقنيات أخرى:

يضع فوا وزملاؤه (...) تعديل بنى الخوف عند المريض في محور المبدأ العلاجي النفسي لعلاج الصدمة، وينطلقون من أن بنى الخوف Fear structures عند مريض إضطراب الإرهاق التالي للصدمة (PTSD) تتضمن عناصر مرضية تقود من بين ما تقود إلى أن يتم تعميم القلق الذي هو نتيجة من الخبرات الصادمة على منبهات غير خطيرة، وفي أثناء العلاج السلوكي الإستعرافي** يحصل تنشيط لبنى الخوف بواسطة المواجهة المطولة، حيث تتم مواجهة المريض بخبرات الصدمة وبخوفه مما يتيح الإعتياد، وفي أثناء المواجهة يحصل المريض على معلومات جديدة غير قابلة للإندماج مع العناصر المتضمنة في البنية المرضية (يشعر المريض بالخوف ولكنه يكون في الوقت نفسه بأمان على سبيل المثال) مما يدعم تعديل بنية الخوف، ومن خلال إعادة الخبرة يتم في الوقت نفسه تنظيم الذكريات الصادمة مما يسهل إندماج خبرات الصدمة في التصورات الإستعرافية القائمة، ومن الممكن أن

* من الواضح أن الأسلوب الأمثل لتغيير نظرة المريض (أي نظام معتقداته) حول نفسه (أو ذاته) والعالم (أو الأحداث وخاصة الحدث الصادم) والمستقبل هو الأسلوب المعرفي، وهنالك الكثير من التقنيات المعرفية التي تستخدم لإحداث مثل ذلك التغيير، ومن أجل التعرف على مثل تلك التقنيات وعلى مبادئ العلاج المعرفي أوجه القارئ إلى كتاب آرون بيك (Arron Beck) الرائع والمعنون بـ " العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية" (Cognitive therapy and the emotional disorders).

** أي السلوكي المعرفي.

يعقب هذا إعادة تقويم جديدة للصدمة، فيتم إضعاف الإرتباط الترابطي Associative connect مع المنبه داخل بنية الخوف التي كان يستجاب لها في السابق بالخوف نتيجة التعميم، ويقتصر الخوف منذئذ على المواقف الخطيرة بالفعل، فتتناقص أعراض إضطراب الإرهاق التالي للصدمة (PTSD) وبشكل خاص الإقتحامات وسلوك التجنب. (سموكي، م .، ريشكه، ك .، كوغل، ب.، رضوان،و بركات، 2010، ص. 98).

هنالك أيضا تقنية أخرى شهيرة وواسعة الإستخدام في علاج إضطراب ضغط ما بعد الصدمة إسمها: خفض حساسية حركات العين والإعادة (Eye movement desensitization and reprocessing أو EMDR)، حيث اكتشفت هذه التقنية من طرف فرانسين شابيرو (Francine shapiro).

ويقوم أساس خفض حساسية حركات العين والإعادة (EMDR) على الإفتراضات حول تخزين ذكريات الصدمة في الدماغ، حيث تتم إزالة الإنفصال dissociation المستثار من خلال الصدمة بين اللوزة وقرين أمون (تلفيف حصان البحر hippocampus) والدماغ، وتُعمِلُ (EMDR) التنبيه الثنائي Bilateral المتبادل لنصفي الدماغ من خلال حركات العين ومع التبوؤر المزدوج double focusing للإنتباه، وهذا يعني أنه تتم استثارة نصفي الكرة الدماغية كلتيهما بالتبادل من خلال المتابعة البصرية لإصبع المعالج أو النقر على اليد اليمنى واليسرى للمريض. وفي أثناء ذلك يجيب المريض على أسئلة حول المشاعر أو الخبرات فيما يتعلق بالموقف الصادم. (سموكر، م.، ريشكة، ك.، كوغل، ب. رضوان، وبركات ، 2010، ص.99).

وأخيرا يستخدم أيضا التنويم* كتقنية لعلاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وفي هذا السياق يقول Smaga (2001) - في "Les traumatismes psychiques" وفي إطار

---

* في الواقع لا ينتمي التنويم لمجال التقنيات السلوكية- المعرفية، فالتنويم تقنية سابقة للعلاج السلوكي-المعرفي، وأيضا للتحليل النفسي، وقد أوردته في هذا الموضع من أجل الاختصار فحسب، ولا يفوتنا هنا أن نلاحظ التشابه الكبير بين تقنيات التعريض السلوكية (كالإغراق مثلا) والتنويم، حيث يتم مثلا في الإغراق تعريض المصدوم وهو في حالة استرخاء تخيليا للموقف الصادم ومواجهة القلق المرتبط به حتى لا يصبح ذلك الموقف يستثير قلقا شديدا، وتقريبا هذا هو ما يحدث في التنويم أين يعيد المصدوم معايشة الموقف الصادم -تحت تأثير التنويم- من أجل مواجهة وتفريغ القلق والمشاعر المرتبطة به، ومن اجل الوصول في نهاية المطاف إلى حالة الإنفراج (l'abréaction)، ولكن أليس هذا هو ما يحدث أيضا في تقنية EMDR أين تستثار - والمريض يتابع إصبع المعالج يمينا ويسارا- الصور والذكريات والمشاعر المرتبطة بالصدمة بهدف مواجهتها ودمجها؟. ألا تشبه هذه التقنية في جزء منها تقنية التنويم ،وهل يحتمل أن يكون المصدوم (وهو يركز انتباهه على إصبع المعالج أو على جزء معين في داخله -حينما يتم النقر على يده اليمنى واليسرى-) في حالة تنويمية أو في حالة "غشوة" (Trance) والتي يعرفها جيدا المنومون الحديثون الذين يعتمدون على أعمال "ميلتون إيريكسون" (Milton Erickson)؟. في الواقع لم أعد أدري من اكتشف ماذا؟! ويبدو أن فرويد قد تفطن لأهم جزء في علاج الصدمة حينما اعتبر أن الطريقة التفريجية ترتكز على إعادة معايشة الحدث الصادم مصحوبا بشحنته العاطفية (من خلال التنويم أو من خلال أي وسيلة أخرى) ثم ربطه بالذات، وبالإضافة لذلك لا يفوتنا هنا أيضا أن نشير إلى أن أفكار Crocq (المتمثلة في إعطاء معنى للصدمة والكشف عن دلالتها الذاتية بالنسبة للمصدوم لكي يتمكن من دمجها في تاريخه الشخصي) تتناسب مع التقنيات المعرفية، حيث يمكن بلوغ تلك الغاية (أي إعطاء معنى للصدمة والكشف عن دلالتها) ودمجها في نظام معتقدات المصدوم من خلال تقنيات العلاج المعرفي.

مداخلته حول التنويم لعلاج الضغط الحاد وضغط ما بعد الصدمة - : " يمكن أن تستخدم الكثير من التقنيات التنويمية في علاج حالة ضغط ما بعد الصدمة، فالتنويم يمكن أن يستخدم كعلاج تكفلي من أجل السيطرة على القلق، وأيضا من أجل استرجاع الصدمة حينما لا يتمكن المريض من تذكر الحادث الصادم، كما قد يستخدم كتقنية لإحداث الإنفراج (Abréaction)، أو كتقنية دمجية (Technique intégrative) من أجل السماح بإندمال الجانب التفككي (Cicatrisation de l'aspect dissociatif)." (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, p.282).

2. 2. 4 : العلاج الدوائي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

يشكل العلاج الدوائي (الطبي السيكاتري) عادة المرحلة الأولى في علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، حيث يستهدف هذا العلاج أساسا تخفيف أعراض الاضطراب، كما يساهم في بناء جسر يسمح بالمرور للعلاج النفسي.

وقد حاول الخبراء مؤخرا مقارنة ترتيب فعالية بعض الأدوية على بعض الأعراض، فالمثبطات الإنتقائية لإستعادة السيروتونين ISRS (...) وخاصة نيفازودون (Néfazodon) والفونلافاكسين (Venlafaxine) ينصح بها في المرتبة الأولى وذلك بالنسبة لأغلبية الأعراض الخاصة (...) أما مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات (Antidépresseurs tricycliques) فهي وحدها تستعمل في المرتبة الثانية (...) وفيما يتعلق بالأعراض التفككية لم يوحي الخبراء بأي دواء في المرتبة الأولى (أو ذو اهتمام أولي) في حين يفضلون في الخط الثاني: ISRS، نيفازودون، فونلافاكسين، وثلاثية الحلقات (أو المركبات الثلاثية)، وأخيرا يفضل الترازودون (Trazodone) في المرتبة الأولى بالنسبة لإضطرابات النوم، ليأتي في المرتبة الثانية كل من: زوابيدام (Zoipidam)، بينادريل (Benadryl)، المركبات الثلاثية (Tricycliques) والبنزوديازيبين (Benzodiazépine). (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, PP. 294-295).

قام كل من Du crocq و Vaiva (2001) في "Les traumatismes psychiques" وفي إطار مداخلتهما حول العلاج السيكوفارماكولوجي لحالة ضغط ما بعد الصدمة (Traitement psychopharmacologique de l'état de stress post- traumatique) بتخليص نتائج مجموعة من الدراسات التي أجريت حول الفعالية المحتملة أو الممكنة للأدوية على أعراض حالة ضغط ما بعد الصدمة وذلك حسب أصنافها العلاجية، وقد عرضا ملخصا في شكل جدول يلخص مفعول الأدوية على الأعراض المستهدفة والمرافقة لحالة ضغط ما بعد الصدمة كما يلي:

الصنف العلاجي	المفعول المحتمل على الأعراض المستهدفة لحالة ضغط ما بعد الصدمة	المفعول الممكن على الأعراض المستهدفة لحالة ضغط ما بعد الصدمة	المفعول الممكن على الأعراض المرافقة لحالة ضغط ما بعد الصدمة
المثبطات الإنتقائية لإستعادة السيروتونين ISRS	المعيار C (انخفاض الإهتمام	المعيار B و D.	-الغضب، العدوانية، الإندفاعية - سلوك انتحاري، اكتئاب، هلع/حصر -أفكار وسواسية، سوء استخدام العقاقير والتبعية
المضادات الأدرينالينية Anti-adrénergique	المعيار B و D	المعيار C (الأعراض التفككية)	-الغضب، العدوانية - هلع/ حصر
مثبطات أكسدة أحادي الأمينات IMAO	المعيار B	المعيار D (اضطرابات النوم)	إكتئاب، هلع/ حصر
المركبات الثلاثية الحلقات Tricyclique	المعيار B	المعيار D (اضطرابات النوم)	إكتئاب، هلع/ حصر
البنزوديازيبين Benzodiazépines		المعيار B و D	هلع/ حصر
مضادات التشنج معدلات المزاج Anti- convulsant thymorégulateurs	المعيار D	المعيار B و C	عدوانية، إندفاعية
المعاكسات الأفيونية Antagonistes opioïdes	المعيار B (التذكرات المكربة الإقحامية المعاودة للحدث Flash-back). المعيار C (إنخفاض الإهتمام émoussement)		سوء إستخدام العقاقير والتبعية
مضادات الذهان Antipsychotiques		المعيار D (فرط التيقض)	أعراض ذهانية

3. البتر، ومبتور الأطراف:

3. 1. بتر الأطراف :

يتمثل البتر في قطع واستئصال أحد أطراف الجسم، أو أي جزء من ذالك الطرف، ويتم ذالك سواء من خلال التعرض لتدخل جراحي أو خلال التعرض لحوادث وصدمات .

وتتوزع أسباب البتر الأساسية عادة في ثلاث فئات وهي :

أ – الأسباب الصدمية (حوادث المرور ، حوادث منزلية وحوادث العمل ،حروق ،صعقات كهربائية ...الخ)

ب- الأسباب المتعلقة بالأمراض (السرطانات والأورام الخبيثة، التهابات العظام والأنسجة، أمراض الشرايين كالقصور الشرياني للأطراف السفلية –الناتج أساسا عن كل من السكري والتبغ ...الخ)

ج- الأسباب الخلقية (congénitale) :أين يؤدي الغياب الخلقي للنسيج أو للطرف إلى إصابة معادلة للبتر ، وغالبا ما يؤدي ذلك أيضا إلى نشوء عضو مشوه ،وقد تنجم هذه الحالة عن شذوذ أثناء تكون الجنين كما يمكنها أيضا أن تنتج عن أسباب طبية ، بالإضافة إلى ذالك هناك العديد من الأسباب الأخرى التي تؤدى للبتر ، كالحروب ومخلفاتها* ، والمعتقدات ... وأحكامها**

ويتم البتر عادة في الأطراف السفلية أو العلوية من الجسم ، أو في كليهما ، كما تختلف مستوياته :حيث تتراوح في الأطراف السفلية من بتر إصبع أو أكثر من أصابع القدم إلى بتر منتصف القدم أو القدم بأكمله،و من بتر الساق إلى فصل الركبة ، والى بتر الفخذ وصولا ، لفصل الحوض ،أما في الأطراف العلوية فيمتد من بتر أحد أصابع اليد أو أكثر أوجزء من اليد إلى فصل المعصم ، ومن بتر الساعد إلى فصل الكوع ،والى بتر الذراع ،وصولا لفصل الكتف.

---

* وتحضرني هنا صور مواطنينا المبتورين من سكان الأرياف، الذين تعرضوا للبتر بسبب انفجار لغم أرضي هنا أو هناك، ألغام زرعها الاستعمار الفرنسي أثناء حرب التحرير، ولازالت تنفجر بعد أن تم التحرير !

**وتحضرني هنا أيضا فكرة: "بتر يد السارق" في ديننا الإسلامي، إلا أنني لا أعرف مدى تطبيقها وانتشارها أو إن كانت تعتبرها البحوث الإيبيديميولوجية سبب شائعا أم نادرا لبتر الأطراف العلوية.

3. 2. مبتور الأطراف: انعكاسات البتر على المبتور:

في الواقع سأتطرق للبتر هنا –مهما كانت أسبابه ومستوياته – من حيث كونه: فعل (action) يتم تجسيده في إطار مداخلة جراحية ، أين تفشل كل العلاجات التي كانت تهدف للحفاظ على التكامل الجسمي للفرد ، وهكذا يفرض البتر نفسه "كحل أخير " يتم اللجوء إليه للحفاظ على حالة المصاب مهما كان نوعها (مرض أو صدمة) ،ويحتوي سياق المداخلة الجراحية – التي يتم من خلالها بتر المصاب – على إجراءات وعلى انعكاسات تتوزع عبر مراحل قبل وأثناء وبعد العملية كما يلي :

3. 2. 1: قبل العملية:

قبل بدأ العملية يتمثل الإجراء الأول في : إعلام المريض و/ أو أهله بقرار البتر ، وهذا القرار ضروري جدا ، لأنه يسمح بأخذ موافقة المريض مما يساعده علي تقبل وضعيته الجديدة فيما بعد ،كما يسمح له أيضا بتفادي الانعكاسات السلبية للبتر، وأمام هذا الإجراء هناك وضعيتان نموذجيتان يتم مواجهتهما عادة : حيث يتم في الوضعية الأولى مناقشة قرار البتر في إطار استعجالي – و قد يكون المريض فاقدا للوعي أحيانا – وهنا إن تعذر إعلام المريض فمن الضروري إعلام احد أفراد عائلته – إن كان ذلك ممكنا- ، أما في الوضعية الثانية – وهي الأكثر توترا – فيكون عادة التدخل الجراحي مبرمجا، وغالبا ما يكون هناك وقت كافي لاعلام المريض ومناقشة قرار البتر معه ، ومن المعروف انه حينما يكون البتر مفروضا على المريض دون توفر الوقت الكافي لتقبله أو استيعابه فان ذلك سينعكس سلبيا على حالته فيما بعد.

وبالإضافة إلى ذلك يمثل كل من التخدير والتسكين (anesthésie et antalgie) جوانب ملموسة تحوز على اهتمام المريض في هذه المرحلة، وهنا ينبغي تكييف نمط ملائم من التخدير لحالة المريض الصحية ولانشغالاته، فان لم يتم التخدير بشكل صحيح فان ذلك سينعكس أيضا بالسلب على حالة المريض فيما بعد.

3. 2. 2: أثناء العملية:

بعد ذلك يأتي يوم العملية أين ينقل المريض للجناح الجراحي ، وعموما يعتمد التجسيد التقني للمداخلة الجراحية على قواعد ، تقنيات ، ومعدات مرتبطة بعملية البتر ، يعرفها الجراحون جيدا ، ويلتزمون بها ، و ما يهمنا هنا هو أن كل من مسائل اندمال الجروح (la cicatrisation) ، والشكل الذي يرجى منحه لنهاية الطرف المبتور (le moigon) لتمكين المريض فيما بعد من استخدام المعدات

(l'appareillage) ،وهي مسائل يتم التفكير فيها والعمل عليها منذ بدء التدخل الجراحي وحتى نهايته، أين يتم تجفيف الجرح من النزيف (drainage) وإغلاق الجلد (fermeture cutanée)، إلا في الحالات المسماة ب (le moignon laissé ouvert) أين تترك نهاية الطرف المبتور مفتوحة ليتم غلقها فيما بعد من خلال مداخلة أخرى، وأخيرا إجراء فحص بالأشعة (radiographie) و تطبيق نوع معين من التضميد (pansement) على نهاية الطرف المبتور .

3. 2. 3. بعد العملية:

بعد ذلك يدخل المريض الذي أصبح مبتورا في مرحلة ما بعد العملية ، وهنا تبدأ تظهر انعكاسات (أو تأثيرات) البتر على جميع مستويات حياته، ولنتابع إذن تلك الانعكاسات كما يلي :

3. 2. 3. 1. على المستوى الجسمي:

في هذا المستوى يواجه المبتورون عادة نوعين من الآلام، يرتبط النوع الأول بالآلام التي تحدث في موقع البتر، أي على مستوى نهاية الطرف المبتور (douleurs du moignon) ،وتنتج هذه الآلام مباشرة اثر التعرض لعملية البتر(أين يتم قطع الأعصاب مثلا) ،كما يمكنها أن تنتج اثر التعرض لتعقيدات على مستوى نهاية الطرف المبتور ، أما النوع الثاني فهو مرتبط عادة بما يسمى (الطرف الشبح - membre fantôme/ou hallucinose) ، و" ألم الطرف الشبح"(douleur de membre fantôme / ou algo-hallucinose) ، ويعبر الطرف الشبح – الذي يتظاهر مبكرا ومباشرة بعد حدوث البتر – عن استمرار أو عودة ظهور إحساس المبتور بالطرف الذي تم بتره، أما آلام الطرف الشبح فهي تعبر عن مجموعة الآلام التي يمكن أن يحس بها المبتور في شبح الطرف الذي تم بتره ، فآلام الطرف الشبح هي متلازمة ألم معقدة تتكون من عدة أحاسيس (تشنجات، انقباضات ، نبضات كهربائية ... الخ)، وقد تظهر وتختفي هذه المتلازمة مبكرا بعد البتر، كما يمكنها أن تستمر لبضعة أسابيع أو أشهر، ونادرا ما تقاوم العلاجات و تستمر لدى- فئة قليلة – مدى الحياة، وسواء كانت الآلام مرتبطة بنهاية الطرف المبتور أو الطرف الشبح، ينبغي التحكم فيها من خلال مضادات الألم أو العلاجات المخصصة لمثل تلك الحالات.

ويتدخل في علاج المبتور عادة مجموعة من المتخصصين، أين يبدأ التكفل به مباشرة بعد العملية ، حيث يتم التكفل من جهة بالعوامل التي قد تؤثر على نتائج تلك العملية (كوضعية جسم المريض على السرير ، ووضعية السرير ، ووضعية نهاية الطرف المبتور

فيه ، والطريقة الملائمة لتضميده والمساعدة على التئام الجروح ...الخ) .أما من جهة أخرى فيتم التكفل بإعداد المبتور لمواجهة التحديات التي يفرضها عليه البتر (حيث يتم مثلا مساعدته على استرجاع قوته العضلية و الحركية لإعداد العضو المصاب على الصمود في وجه الصعوبات المرتبطة ببداية استخدام المعدات) ، ويدخل المبتور – حين مغادرته السرير عادة – في برنامج تأهيلي يسمح له بالتدرب على استخدام المعدات و الأطراف الاصطناعية *

ويكون استخدام الطرف الاصطناعي تابعا –خاصة- لمستوى البتر،و لوضعية نهاية الطرف المبتور، حيث يكون هذا الأخير بدوره موضعا للتغيرات المرتبطة بالشكل والحجم ،ولذلك يتم صنع مأخذ الطرف الاصطناعي في البداية حسب أبعاد نهاية الطرف المبتور (ليبدأ المبتور عادة في استخدامه بعد عدة أسابيع من عملية البتر)، وبعد ذلك يتم تغيير مأخذ الطرف الاصطناعي تبعا للتغيرات التي تحدث في نهاية الطرف المبتور ، وتستمر هذه العملية إلى حين استقرار حجم نهاية الطرف المبتور مما يسمح بانجاز أول طرف اصطناعي نهائي ، إلا أن الأمور لا تتوقف عند هذا الحد بحيث تحدث تغييرات جديدة في نهاية الطرف المبتور بعد عدة أشهر من عملية البتر ، وتتجسد هذه التغييرات عادة في ضمور يصيب نهاية الطرف المبتور مما يجعل حجم مأخذ الطرف الاصطناعي الأول كبيرا ، وهكذا يخضع مأخذ الطرف الصناعي – أو الطرف الصناعي بأكمله – لتغييرات متكررة تبعا للظروف المتعلقة بالتغييرات التي تصيب نهاية الطرف المبتور، والاختلالات التي تحدث في الطرف الصناعي ،ويتطلب ذلك عادة زيارة صانع المعدات (prothésiste) لإعادة تكييف الطرف الصناعي ، وتجدر الإشارة هنا إلى انه عادة ما يتكفل الضمان الاجتماعي – وبنسبة 100/ 100– بالمصاريف المرتبطة بالتحصل على طرف اصطناعي وبالتعديلات التي تجرى عليه .

3. 2. 3. 2. على المستوى النفسي:

على المستوى النفسي يعاش كل من المرض أو الحادث، الاستشفاء، الجراحة ، الإصابة، ...الخ على أنها عوامل ضاغطة قد تتجاوز القدرات التوافقية للمبتور ، كما تعاش تجربة البتر عادة – أو دائما – بشكل تراجيدي ، حيث يمس البتر الشخص في تكامله الجسمي ، و يخل بتوازنه وبمجمل أوجه حياته السابقة (نشاطاته اليومية والمهنية ، حياته العلائقية والاجتماعية...الخ) ، وبالإضافة لذلك يتعرض المبتور لتغيرات نفسية داخلية عنيفة لأن البتر

* هناك نوعان معروفان من الأطراف الاصطناعية وهما الطرف الاصطناعي الخاص بالحياة الاجتماعية PROTHESE DE VIE SOCIALEوالطرف الاصطناعي الوظيفي PROTHESE FONCTIONELLE ، والطرف الاصطناعي الخاص بالحياة الاجتماعية له وظيفة جمالية حيث يعوض من خلاله الجزء المفقود من الطرف المبتور ، اما الطرف الصناعي الوظيفي فهو يسمح بالقيام بأفعال ووظائف معينة.

يمس مباشرة كلا من مخططه الجسمي وصورته الجسمية ، ويؤدي ذلك لاضطراب صورته التي كونها عن نفسه وعن حياته مما يتطلب منه الدخول في سيرورة حداد لتجاوز" ما كان عليه سابقا " (قبل البتر) وتقبل "ما هو عليه حاليا" (بعد البتر)، ويبدو هنا أن كلا من مفاهيم : "مخطط الجسم" ، " صورة الجسم " ، و"سيرورة حداد" تتطلب التوضيح والفهم المعمق..كما يلي:

3. 2. 3. 2. 1. مخطط الجسم وصورة الجسم:

يمتلك مفهوم "صورة الجسم " أهمية كبرى في حالة التعرض للبتر ، لذلك أعتقد (مرغما لا بطل) أنه لا مفر هنا من التعرض له بلغة متخصصة ، ولا شك أننا هنا أمام إحدى أهم وأصعب المسائل في علم النفس ، انها مسألة " الجسم في الحياة النفسية " (موقعه ، دوره ، مستويات تمثله ...الخ)، وتعالج هذه المسألة عادة في علم النفس المعاصر من زاويتين : من زاوية علم الأعصاب والطب النفسي العصبي تحت مسمى" مخطط الجسم " (schéma corporel) ، ومن زاوية التحليل النفسي تحت مسمى صورة الجسم (image du corps) ،و في هذا السياق يقول Anzieu (1976) : " تنتمي صورة الجسم للسجل الهوامي (registre imaginaire) وتتطلب أن يتم تمييزها عن مخطط الجسم المأخوذ من سجل حسي-حركي و فكري (registre sensori-moteur et intellectuel)، فصورة الجسم لا شعورية وقاعدتها عاطفية ، أما مخطط الجسم فهو ما قبل شعوري، وقاعدته عصبية ، في الحالة الأولى يعاش الجسم على انه الوسيلة الأولى للعلاقة مع الأخر ، أما في الحالة الثانية فيستعمل الجسم كأداة في المكان وعلى الأشياء " . (Anzieu, D., 1976, p.301) ، ولنبدأ أولا بالتعرف على مفهوم مخطط الجسم حيث : " وصف Sir henry Head هذا المصطلح الذي كان يدعى أحيانا من طرفه بمخطط الجسم وأحيانا بنموذج هيئة الجسم (modèle postural du corps)، ويبنى نموذج الهيئة هذا انطلاقا من معطيات حسية ، بصرية ، لمسية وخاصة المرتبطة بالهيئة ، وقد تم عرضه على أنه متغير بالضرورة ، تتم مساءلته من خلال كل معطى جديد ، بالرغم من ذالك يسمح وجوده المستديم بمواجهة دائمة لكل إدراك أو إحساس جديد بالنسبة للجسم في وضعه الكلي". (Clément, C. B., Ganteret, F. , et mérigot, B.,1976, p.67)

في نفس السياق يقول Anzieu : "ينتظم الإدراك حسب مجموعة الأفعال التي يسمح بها النظام العصبي العضلي (le système neuromusculaire) ، فكل إدراك متطور – كإدراك الصلات ، أو ذلك المرتبط بالحركات ، أو تحديد الأحاسيس في مناطق محددة من الجسم - يستلزم ضمنيا وجود إطار مرجعي مبني من خلال تمثل عقلي مجرد ومخطط للتنظيم الحسي – الحركي وذلك حسب الأبعاد الثلاثة للفضاء أو(المكان) : العمودية (la verticalité) مع اللاتناظر النسبي وإمكانية التكامل بين اليمين

واليسار ومع عكس الصورة المرآتية ، عمق المجال الإدراكي – الحركي (la profondeur du champ perceptivo-moteur) مع تقدير المسافة بين الأشياء والجسم، والتحديد المزدوج للمنبهات الفيزيقية في العالم الخارجي أثناء إرسالها وعلى مستوى الجسم أثناء استقبالها ، هذا التمثيل العقلي ، المجرد والدينا مي سمي بمخطط الجسم من طرف طبيب الأعصاب الانجليزي "Head (Anzieu, D., 1976, p. 302).

إن أكبر دليل على الوجود المستمر لمثل هذا التمثيل العقلي المجرد والمخطط للتنظيم الحسي- الحركي ، والمسمى ب " مخطط الجسم "هو تلك الظاهرة المسماة " الطرف الشبح " ،أين يستمر إحساس المبتور بحضور الطرف الذي تم بتره ، أو حتى الإحساس بالألم في شبح الطرف (الوهمي طبعا) ، وهذا يعني أن إصابة بتر الطرف التي تلقاها الجسم لم تلمس طريقة الإدراك الحسي لذالك الطرف في الجهاز العصبي ، إلى درجة أن هذا الإدراك يستمر في التظاهر حتى في غياب المعطيات الحسية القادمة من الطرف في حد ذاته.

لنلتفت الآن بانتباهنا إلى المفهوم الأخر: " صورة الجسم " (من أجل التعمق في فهمه طبعا في إطار التحليل النفسي) فقد رأينا (أثناء تعرضنا لوجهة النظر الموقعية) أن فرويد قد وضح العلاقة بين الأنا و الجسم أو (أوالبدن)، بأن اعتبر أن الأنا هو " أولا أنا بدني "، حيث يقول – في" الأنا والهو " – :"نستطيع أن نرى بسهولة أن الأنا هو ذلك القسم من الهو الذي تعدل نتيجة تأثير العالم الخارجي فيه تأثيرا مباشرا بواسطة جهاز الإدراك الحسي – الشعور (...) وتتضح أهمية الوظيفة التي يقوم بها الأنا في توليه الإشراف عادة على منافذ الحركة (...) ويبدو أنه يوجد إلى جانب تأثير جهاز الإدراك الحسي عامل آخر له دور في تكوين الأنا وتميزه عن الهو ، فمن بدن الشخص ذاته ومن سطح البدن على الأخص تنبعث الادراكات الحسية الخارجية والداخلية (...) إلا أن الأنا هو أولا و بالذات أنا بدني ، وهو ليس مجرد كيان سطحي وإنما هو إسقاط للسطح ". (فرويد ، س. ، 1982 ، ص ص. 42-44).

إن كون الأنا " أولا و بالذات أنا بدني "- أي مستمدا من الإحساسات الجسمية وعلى الأخص المنبعثة من سطح الجسم –و كونه في نفس الوقت " إسقاط للسطح "- أي إسقاط عقلي لتلك الإحساسات- يؤشر هنا بداية انتقال تصور الجسم في التحليل النفسي من جسم بيولوجي إلى جسم هوامي ، فكون الأنا مستمدا من تلك الإحساسات وإسقاطا عقليا لها في نفس الوقت يوضح حسب Gantheret (1976) تقاربا و تباعدا بين الأنا والجسم حيث يقول في « La psychanalyse » ، وفي فصل بعنوان(l'image du corps) :"حاول فرويد أن يوضح هذه العلاقات بين الجسم البيولوجي والجسم الهوامي ، وخاصة حينما بين أن دفعات الغرائز الجنسية

الجزئية تتبع الاتجاهات وتختار الموضوعات التي بينتها لها دفعات غرائز حفظ الذات * ،كذلك فالموضوع الذي يتوقع الرضيع أن يتم إشباع حاجته الحيوية وإطفاء جوعه من خلاله هو الثدي ، وهو أيضا الموضوع المفضل للدفعة** الفمية ، ولكن هل يتعلق الآمر بنفس الثدي ؟ نعم ولا : فهو الموضوع الحقيقي الذي ينبغي أن يأتي منه الإشباع الحقيقي، ولكنه أيضا في نفس الوقت ، ولوقت طويل فيما بعد – ربما للأبد - : الموضوع الهوامي للرغبة " (Clément, C. B, Gantheret , F. , et Mérigot , B. , 1976 , p.74).

. في هذا السياق يشرح فرويد –" في تفسير الأحلام " – تصوره للرغبة فيقول : "الرضيع الجائع يصرخ أو يرفس من غير حول ولكن الموقف لا يتغير ، لأن التهييج الصادر عن حالة باطنية ليس راجعا إلى قوة عائق موقوت بل إلى قوة متصلة الفعل، وإنما يحدث تغيير إذا أمكن بطريقة من الطرق (بالعون الخارجي في حالة الطفل) أن تتحقق خبرة إشباع تضع حدا للمنبه الباطني، ومن المقومات الجوهرية في خبرة الإشباع هذه إدراك حسي معين (إدراك الغذاء مثلا) تضل صورته الذكروية من الآن فصاعدا مرتبطة بالأثر الذكروي المتخلف عن التهييج الذي أحدثته الحاجة ، ويكون نتيجة الارتباط الذي ينشا على هذا النحو أنه كلما ثارت بعد ذلك تلك الحاجة يظهر على الفور اندفاع نفسي بغيته أن يعيد استثمار الصورة الذكروية للإدراك وان يعيد بعث الإدراك عينه ، أي أن يسترجع موقف الإشباع الأول ، ومثل هذا الاندفاع هو ما نسميه رغبة ، أما عودة الإدراك إلى الظهور فتحقيق رغبة " (فرويد ،س . ، 1994 ، ص ص. 554-555)

وغاية عمل الحلم – كما نعلم- هو تحقيق رغبة (غالبا بشكل هلوسي) ، كما يمكن للرغبات أن تتحقق أيضا في سيناريوهات هوامية،و في هذا السياق يرى Bergeret وآخرون (2008) أن كلا من الأحلام الليلية و أحلام اليقظة تشتركان في خاصية أساسية : تحصيل إشباع للشخص بطريقة غير تابعة للواقع الخارجي ، وقد كان فرويد يعتقد – حسب Bergeret وآخرون- أن : " عددا كبيرا من الأحلام النهائية (أو أحلام اليقظة) تبقى لاشعورية ، وهذه الأحلام في الواقع ليست سوى الطريقة المبنية- بشكل أكثر أو اقل – والتي يعبر الهوام (fantasme) عن نفسه من خلالها ، والتوهم (la fantasmatisation) هو نشاط عقلي

*راجع وجهة النظر الدينامية في هذا البحث، وخاصة النظرية الأولى للدفعات الغريزية أين لا تكون دفعتا حفظ الذات و النوع متعارضة في بداية الحياة ،لأنها تشترك في كل من المصدر البدني والموضوع ، وأين يستند الإشباع الليبيدي في بداية الحياة على إشباع فسيولوجي حسب نموذج "الدعم" (étayage) .

** قد شرحت سابقا (أثناء التعرض لوجهة النظر الدينامية) فكرة كون الدفعة الغريزية هي التي تعبر نفسيا عن التنبيه الصادر من داخل الجسم، فهي إذن "الممثل النفسي" لذلك التنبيه ، وهكذا ترجمت المصطلح الفرنسي représentant بالممثل النفسي للغريزة، وذلك لأنه يحتوي كلا من التمثل Représentation والشحنة العاطفية Charge affective المرتبطة بذلك التمثل.

أساسي محركه الرغبة ، بصورة أدق الرغبة التي لم تشبع في الواقع ، وقد ربط فرويد قدومه في الجهاز النفسي بإدخال مبدأ الواقع (...) فالإشباع الهلوسي لرغبة الآكل يؤدي للحرمان ، أما الدفعات الجنسية فمن السهل جدا التملص منها حيث تستعمل بعض نماذج التفكير لإشباعها في الخيال وهذا هو التوهم أو(الهيام) (...) والهوا مات المكبوتة قد تتمكن من التعبير عن نفسها دون الولوج للشعور، كالأعراض العصبية، الإبداعات الفنية ولعب الأطفال (...) ويمكن أن نلاحظ هنا أن مصير هوام ما يكون مختلفا حسب بنية الشخص (...) ونؤكد بقوة على أهمية الوظيفة الدفاعية للهوام، ولكن يبدو أن هذه الوظيفة لا تملك نفس الأهمية لدى رواد المدرسة الكلاينية ، لأن الهوام اعتبر من طرفهم على انه التعبير العقلي البسيط ، التمثل النفسي للغريزة (وإذن تم اعتباره علي انه عملية جسمية)، وينبغي التنبه إلى أن هذه الهوامات البدائية ،القديمة لا تتلاءم مع سياقات فكرية و لكن مع أحاسيس ، مع معاشات، إذن فهنالك تقارب كبير بينها وبين التحقيق الهلوسي للرغبة ، مع ذلك فمن المؤكد أن بناءها يتأثر مبكرا بتلك الميكانيزمات البدائية أيضا : الانشطار، الاستدماج ،الإسقاط ... ،والأكثر من ذلك أن هذه الميكانزمات النفسية تكتسب وجودها النفسي من حيث كونها هوام، فالاستدماج (l'introjection) مثلا يتم عشية حسب أسلوب الامتصاص – أو الابتلاع (l'incorporation) الفمي ، وهذا يعني أن الهوام لا يتدخل فقط على مستوى الوظيفة الدفاعية للأنا، ولكن أيضا لحظة نشوئه ." (Bergeret, J., Becache, A., Boulanger, J. J., Cartier, J.P., Dubor, P., Houser, M.,et al , 2008, pp.86 -88)

هكذا إذن انتقل مفهوم الجسم في التحليل النفسي من تصور لجسم بيولوجي إلى تصور لجسم هوامي ، وهكذا أيضا انبعث مفهوم " صورة الجسم" كما يقول Anzieu : " من المنظور التكويني (génétique) في التحليل النفسي (...) فبمناسبة نمو وظائفه البيولوجية ينجذب انتباه الطفل الصغير إلى مناطق مختلفة من جسمه وهي تلك التي يعطيه محيطه نموذجا عنها من خلال الاهتمام لديه ، وبطريقة خاصة ، بمنطقة معينة وبوظيفة معينة ، مثلا التغذية ،التغوط (la défécation)، الإنتصاب (l'éréction) ، العلاقات بالموضوع ، أي المواقف الداخلية للطفل تجاه موضوع رغبته ، والتي تفسح المجال في البداية لمناطق ووظائف جسمية من حيث كونها تجلب لذة كبيرة للطفل (...) فالنظام ينتظم حول مراحل للنمو النفسي الجنسي وحول دلالات خاصة لهذه المراحل بالنسبة لكل شخص ، وهذه الأخيرة يمكن أن تتلخص في تضاد جوهري خاص : افترس- تفترس* (dévorer – être dévoré) بالنسبة

* ألا تتذكرون هنا ذلك المثل الشعبي الشهير " تغدى به قبل أن يتعشى بك " !

للمرحلة الفمية ، نشاط – إستكانة (activité–passivité) بالنسبة للمرحلة الشرجية ، قضيبي – مخصي (Phallique –châtré)، بالنسبة للمرحلة القضيبية " (Anzieu, D., 1976, PP. 302-303)

في الواقع وعلى المستوى النظري : يعتبر مفهوم " صورة الجسم " – حسب Anzieu - مفهوما تحليليا ما بعد فرويديا ، صاغه نظريا Paul Schilder ،حيث خصص هذا الأخير – كما يقول Gantheret - :" أحد أهم مؤلفاته (1935) لدراسة صورة الجسم ، وقد درس في الجزء الأساسي لمؤلفه هذا البنية الليبيدية لتلك الصورة ، فبالنسبة له الليبيدو هي التي تضع في هيئة شكل مجموعة المعطيات الحسية ". (Clément,C.B., Gantheret,F., et Mérigot, B., 1976, P. 72)

أما ميلاني كلاين (Melanie Klein) - المشهورة ببحوثها على الأطفال – فقد أدت أعمالها إلى تعميق وتدقيق مصطلحات فرويد حول النمو ، فبالنسبة لها – كما يقول Anzieu - : " تعمل الدفعتان الأساسيتان والمتضادتان الليبيدو و العدوانية معا منذ الولادة ، وبالاعتماد على التنوعات في تركيزهما يمكن فهم تطور شخصية ما وتحولاتها السيكوباتولوجية ،أما المراحل الفمية ، الشرجية ،والقضيبية فلا تتابع حسب هذا الترتيب، وهي في الواقع تتداخل ، عقدة أوديب تتظاهر مبكرا، إستماج أو إسقاط الموضوع الجيد أو الموضوع السيئ يكونان أولى سيرورتين نفسيتين ، و الوضعيات الاضطهادية والبارانويدية تحرضان أولى التمايزات المستقرة على مستوى الجهاز النفسي " (Anzieu, D. , 1976, pp. 303-304).

في تعقيب له على آراء ميلاني كلاين، وعلى ميكانيزمي الاستدماج والإسقاط يقول (Anzieu) -الذي ابتكر المصطلح الشهير " الأنا الجلدي "- :"يفرض كل من الاستدماج و الإسقاط و يعززان تمثلا أوليا للداخل و الخارج ، فبالاعتماد على صورة الأم الجيدة ، التي تكون تغذيتها حيوية ، ومداعبتها مهدئة ، يعيش الرضيع علاقة استدماجية ، أي استدخالية: يرضع حليبها، تحمله بين ذراعيها ، فهو يعيش في داخلها، وما هو مكافئ لذلك بالنسبة له أنها تعيش بداخله، وعدم التمييز هذا بين الجسمين، والمعاش بدائيا من طرفه، يغذي فيما بعد هوامات محتملة للإندماج مع الأم ، أو حتى العودة للرحم الأمومي (...) ويحس الطفل في نفس الوقت أنه جيد لأنه محبوب من طرف أمه ، ومحبوب من طرفها لأنه الموضوع الجيد (...) أما صورة الأم السيئة ، تلك التي تعتبر طفلها على أنه موضوعها السيئ ، تغذيه بحليب أسود ومسمم، مع معانقة خانقة، ومداعبات تخترق بطريقة بشعة الجسم ، فهي تتلاءم مع التمثل الذي يكونه الطفل بطريقة مشوشة حول إساءته الخاصة، وخطر تهديم الموضوع المحبوب ، وحينما

تقوم هذه الصورة المهدمة باقتحامه فهو يحاول أن يطردها للخارج (...) إن انشطار الموضوع الجيد والموضوع السيئ هو الميكانيزم النفسي الأول للرضيع، فهو ميكانيزم حيوي بالنسبة له لأنه يسمح له بالاحتفاظ بالجيد في داخله وطرد السيئ للخارج، وتمثل غلاف يفصل بين الجيد في الداخل والسيئ في الخارج هو نتيجة لهذا الإنشطار، وسطح الجسم الخاص (...) يتم تخيله كحاجز (une barrière) ، حاجز مسامي -أو ذو مسام(poreuse)-، ورهيف (frêle)، ولكنه مع ذلك حاجز يحميه من ضياع الجيد من احتياج السيئ، وهذا ما سميناه نحن بأنفسنا " الأنا الجلدي " (moi peau) (...) وتم ربطه مع غريزة التعلق (la pulsion d'attachement) التي تم توضيحها من طرف Bowlby، هذا السطح مثقوب بفتحات مزدوجة تسمح بدخول الجيد وخروج السيئ (من أجل تحقيق متعة وبهجة لحياة الطفل)، ولكن وظيفتها يمكن أن تنعكس وذلك بترك السيئ يدخل والجيد يخرج (وهذا ما يسبب القلق) (...) وهذه الصورة الأولية للجسم باعتباره سطحا ملموسا وبصريا تقدم الفضاء التخيلي الذي ينبسط فيه الحلم، ورمزية الأحلام التي اكتشفها فرويد هي في المقام الأول تصوير رمزي لأجزاء من جسم الأم والطفل "(Anzieu, D.,1976, PP. 304-305) .

و أخيرا هنالك (Jacques Lacan) ومصطلحه الشهير : " مرحلة المرآة " * (stade du miroir) ، حيث تتزامن هذه المرحلة مع قدوم النرجسية ومع أول إدماج للأنا ، وحدوث ذلك مرتبط مباشرة ببناء صورة جسمية، وتقع هذه المرحلة زمنيا بين الشهر السادس والشهر الثامن عشر، وهي فترة تتميز بنقص نمو الجهاز العصبي ، أين يعايش هذا النقص من خلال هوا مات الجسم المجزأ والمفكك (حيث لا يميز الطفل مثلا بين جسمه وجسم أمه ، بينه وبين العالم الخارجي ...الخ) ، وهكذا يأتي ذلك الوقت الخاص : يرى الطفل نفسه في المرآة، فتتجمع الصورة المشتتة التي يمتلكها الطفل عن جسمه وتتوحد دفعة واحدة ، يتعرف الطفل بابتهاج عن صورته المرآتية ، ويمنحه ذلك نشوة وشعورا حدسيا بالشكل الكلي لجسمه ، ويبدأ الطفل منذ تلك اللحظة يتوقع تخيليا شكل جسمه ككل مترابط ، حيث يعدل الاستثمار النرجسي للجسم الخاص القلق البدائي المرتبط بتفككه .

وهكذا تصبح " صورة الجسم" تنتمي - كما قال Anzieu– للسجل الهوامي (أو الخيالي)، أو كما تقول B. Clément : "السجل الخيالي (l'imaginaire) يستولي على

*وقد تعرضنا لـ" مرحلة المرآة " سابقا أثناء تطرقنا لوجهة النظر الدينامية ، ولإدخال مصطلح " النرجسية " الذي يعتبر مرحلة انتقالية من النظرية الأولى للدفعات الغريزية إلى النظرية الثانية .

الجسم، بأتم معنى الكلمة ، ويحدث ذلك في وقت محدد من حياة الفرد"* (Clément, C.B.,Gantheret, F. , et Mérigot ,B.,1976, p. 52)

وفي إطار مقابلتها بين الصورة الجسمية والهوية تقول B. Clément: " تبعث الصور الجسمية في النظام المرجعي للتحليل النفسي إلى مرحلة مبكرة من النمو النفسي ، إلى ذلك العالم المليء بالرعب والافتراس ، أين تكون العدوانية والحب مجتمعان في نفس التيار ، الصور الوالدية ، صور الاخوة ، وصورة الفرد في حد ذاته تنقسم ، تبتر، تمتص إحداها الأخرى في إطار تفكك وتشتت للجسم (...) والمضاد لهذا التفكك البدائي هو شكل الأنا الذي يتكون أول مرة في المرآة : شكل هيكلي يجمع الأجزاء ليعطي كلا ، جسما ينتمي لشخص ،فالصورة في المرآة تسمح للشخص بالقول" انه جسمي " كما تضمن له ملكية وهمية في إطار مكاني وزماني لم يكن يعرفهما من قبل ، إنها الهوية (c'est l'identité) في معناها السيكولوجي والقانوني : أين يكتب الإسم الخاص بالفرد على بطاقة ، بجانب صورة فوتوغرافية تسمح بالتعرف عليه". (Clément, C.B., Gantheret, F., et Merigot, B.,1976, PP. 53-54)

ولا ينبغي أن يفوتنا أمر مهم جدا هنا، فمن الواضح (دون الحاجة لدراسات تثبت ذلك وما اكثرها) أن صورة الجسم لها علاقة مباشرة بشعور الشخص بذاته وبتقديره لها، ولست مستعدا هنا للدخول في النقاشات المطولة والطروحات المختلفة حول "مفهوم الذات "، وحول مدى التطابق بين مفهوم "الذات" (soi) ومفهوم"الأنا" (moi)، أو حتى مفهوم الـ "أنا : ضمير المتكلم" (je) ومفهوم "sujet" لدىLacan ، فمن الواضح أن الصورة في المرآة والتي تسمح (كما قالت B. Clément أعلاه) للشخص (أو للطفل) بالقول" إنه جسمي " ،هي التي ستسمح له بالقول –فيما بعد – " إنه أنا "، وهي التي ستسمح له بالتعرف على نفسه حينما تناديه أمه (أوالآخرون) باسمه :" توتو ... ابني ... إنه أنت." ، وهي التي ستسمح له بالقول : "أنا ...أريد أو ...أنا لا أريد ..." ، وسواءا عنى فرويد بالمصطلح الألماني " Ich " الأنا أو الذات ، فان الفكرة المفتاحية هنا هي كون " الأنا " (le moi) مكانا للاستثمارات الليبيدية مثله في ذلك مثل أي موضوع خارجي ، وأن يكون الأنا مستثمرا ليبيديا فهذا يعني أن الأنا يمكنه أيضا أن يكون موضوعا للحب ، وأن الليبيدو قد تكون مستثمرة فيه بشكل كلي كما (هو الحال في النرجسية الأولية) وأنها – أي الليبيد و- قد تسحب من موضوعات خارجية وترتد للأنا – من خلال التقمص – (كما هو الحال في النرجسية الثانوية) .

*هذا الوقت المحدد من حياة الفرد هو" مرحلة المرآة ".

وإن كانت صورة الجسم (والمظهر) معطى أساسي في معادلة بناء الشخص لذاته أو "أناه " ، وان كان ذلك الشخص يحب أناه " ، فان إصابة البتر (وهي إصابة للجسم ولصورته ول "أناه") تؤدي مباشرة لإصابة نرجسية (لإصابة في حبه لنفسه) و لجرح نرجسي عميق ، وذلك بما تسببه من " نقص" ومن" عدم اكتمال" ، وغالبا ما نلاحظ مثل هذه الإصابات النرجسية لدى أفراد تعرضوا لإصابات جسمية أدت لإعاقتهم أوتشوههم، ولدى نساء تعرضن لاعتداءات جنسية ، ولدى أزواج لم يتمكنوا من الانجاب ...، وعادة ما تؤدي هذه الإصابات الى نقص تقديرهم (أو حتى احتقارهم) لذواتهم ، وعادة ما يختفي وراء كلماتهم حزن وألم كبير أثناء تعبيرهم عن أنفسهم وعما حدث ويحدث لهم ، وفي نهاية المطاف غالبا – أو دائما – ما تكون الاستجابة العاطفية لمثل هذه الاستجابات النرجسية : إحساس بألم بالحزن ، وبالقهر والوجه الآخر – المرضي – لتلك الإستجابة نعرفه نحن (الإكلينيكيون) تحت ما يسمى " الاكتئاب الاستجابي "

ويبدو في هذا السياق أن Bergeret وآخرون (2008) يمتلكون مفهوما أخر عن الاكتئاب في معناه المرضي ، حيث يعتبرونه أولا : تعبيرا أساسيا عن مرض النرجسية ، ويربطونه ثانيا : باستعداد قبلي ، ويقولون : " الرهان الحقيقي لاكتئاب ما هو ذالك المرتبط بحداد داخلي ، بفقدان الموضوع النرجسي المكون للذات ، أي الشعور بالقيمة، والمعاناة المعروضة هنا مرتبطة أساسا بانعدام قيمة الصورة النرجسية للذات (...) ولكن قبل أن يكون مفقودا فالموضوع النرجسي الداخلي بالأ حرى لم يتم بناؤه أبد في جميع الأحوال بطريقة مكتملة ومرضية، وإذن فلدى الأشخاص الاكتئابيين و/ أو المكتئبين (les sujets dépressifs et déprimés) يكون الحداد مرتبطا أكثر بعدم البناء منه بالفقدان " Bergeret, J., Becache, A., Boulanget, J. J. Cartier, J. P., Dubor, P., Houser, M., et al ,2008 p.)

و حينما يصاب المبتور بتلك الاصابة وبذلك الجرح، فان ذلك سيجعله يشعر انه قد " تحطم "،وهنا من اجل أن يتمكن من تجاوز الفقدان –النقص – الظاهري (الجسمي) والداخلي (النرجسي) فهو مدعو للدخول في سيرورة نفسية مرهقة وشاقة تسمى" بعمل الحداد" ، واذا ما جرت الأمور بشكل سليم فستمكنه هذه السيرورة من تجاوز" ما كان عليه سابقا " وتقبل "ما هو عليه حاليا" ، و"الاستمرار في الحياة " بالرغم من ذلك كله .

3. 2. 3. 2. 2. عمل الحداد :

ونحن هنا مجددا أمام مفهوم نفسي علينا تعميق فهمنا به ، حيث يمثل الحداد – حسب فرويد (1915)- رد فعل لفقدان شخص عزيز أو شيء مجرد يحل محله كالوطن ، الحرية ،

موضوع مثالي ...الخ ، ولنلتفت بذاكرتنا لمناقشتنا السابقة حيث رأينا (أثناء تعرضنا لوجهة النظر الموقعة ولمنظمة الأنا) أن الأنا يتميز عن الهو نتيجة تأثير العالم الخارجي في الهو بواسطة جهاز الإدراك الحسي – الشعور ، ولكنه أي الأنا يتشكل ويصاغ أيضا بعد تقمصات متلاحقة لموضوعات خارجية ، وحينما حاولنا فهم دور التقمص في نشأة كل من الأنا والأنا الأعلى (أثناء تعرضنا لمنظمة الأنا الأعلى)، التقينا بآراء فرويد الذي يقول في "الأنا و الهو" : " لقد كنا موفقين حينما فسرنا ذلك الاضطراب الذي يعرف بالميلانخوليا بأن افترضنا أن الأنا عند هؤلاء الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب قد استعاد احد موضوعات حبه القديمة ، أي انه قد استبدل بحبه لهذا الموضوع تقمص شخصيته ". (فرويد س.، 1982 ، ص47).

وناقشنا آنذاك فكرة فرويد حول فقدان موضوع الحب، حيث يؤدي ذلك – حسبه – إلى قيام المحب بتقمص شخصية الموضوع ، وهكذا يغير كل من الليبيدو والعدوان اتجاههما فيصبحان يتجهان للأنا بعدما كانا يتجهان للموضوع الخارجي ، وينتج عن اتجاه العدوان للأنا حالات الشعور بالنقص وتأنيب الضمير والاكتئاب (وهي ما يشعر به الملانخوليا).

والموضوع في التحليل النفسي (كما رأينا أثناء تعرضنا لوجهة النظر الدينامية) معرف بكونه ما هو مترابط مع الشخص أو مع أناه في علاقة معينة ، فقد يكون هذا الموضوع شخصا كاملا أو موضوعا جزئيا (كثدي الأم)، كما قد ينتمي للعالم الخارجي أو للهوام ، وقد يكون خارجيا بالنسبة للفرد أو داخليا، والأنا -كما رأينا سابقا – يمكنه أن يكون موضوع استثمار ليبيدي (كما هو الحال في النرجسية الأولية وأيضا في النرجسية الثانوية) ، وبالتالي فالأنا يمكنه أن يكون موضوع حب (موضوع حب بالنسبة للهو) ، والموضوع المادي المصاب في حالة البتر هو الجسم، و شكله النفسي هو صورة الجسم ، أما الموضوع النفسي الداخلي المصاب هو الأنا في بعده النرجسي (أي في حب الشخص لأناه). وفي الواقع أنا أعرف الطريقة التي يتم بها عمل الحداد وسحب الاستثمار من موضوعات حب خارجية ، أما عن عمل الحداد على"الأنا " نفسه بصفته موضوع حب داخلي وسحب الاستثمار منه ، فليس لدي أدني فكرة ، فان لم يعد الشخص يحب "ذاته" أو "أناه" فسوف يكتئب ثم ينتحر.

لنركز الآن انتباهنا على عمل الحداد من حيث كونه سيرورة نفسية، حيث جاء في "Dictionnaire de La psychanalyse" أن :" س. فرويد قد باشر في 1915 دراسة مقارنة بين الحداد وسياق الميلانخوليا (الحداد والميلانخوليا ، صدر عام 1917)، فأمام الاعتراف باختفاء الموضوع الخارجي ينبغي أن يقوم الشخص بعمل ما ، عمل الحداد

(travaille du deuil) ، أين ينبغي أن تنفصل الليبيدو عن الذكريات والآمال التي تربطها بالموضوع المفقود ليصبح الأنا بعد ذلك حرا، وقد قامت م . كلاين وباعتمادها على أعمال ك. أبراهام بإثراء الاصطلاح الفرويدي (في الحداد وعلاقته بالحالات الهوسية – الاكتئابية 1940)، وذلك من خلال اكتشافها للفضاءات النفسية الداخلية ، مسرح تواجد الموضوعات الداخلية التي تختبر جودتها ومتانتها أثناء التعرض لفقدان موضوع خارجي ، وعمل حداد مؤلم هو أمر عادي قد تم القيام به سابقا من طرف كل طفل صغير تمكن من دخول وبناء الوضعيات الاكتئابية ، وفي أثنائها يعي الطفل أن الشخص الذي يحبه والشخص الآخر الذي يهاجمه في هواماته التدميرية هما نفس الشخص ،و يمر إذن من خلال ذلك بمرحلة حداد أين يعاش الموضوع الخارجي وأيضا الموضوع الداخلي على أنهما متلفان ، مفقودان ، يهجران الطفل و يتركانه لاكتئابه ، وشيئا فشيئا ، وبألم، يعمل الطفل على هذا التناقض، ويتمكن – مدفوعا بالذنب الاكتئابي – من إنشاء موضوع داخلي جيد وآمن في داخله، وحينما يكون الشخص في حداد فهو يبحث حسب سياق مشابه ، عن إعادة إنشاء موضوعاته الجيدة ، والديه المحبوبين في داخله ، وهو بذلك يجد ثقته في المحبوب في داخله ، ويتمكن بالاعتماد على هذا الحضور الداخلي من تحمل فكرة أن الشخص الخارجي والمفقود ليس مثاليا",(Chemama, R., 1993, PP. 64-65)

إذن من وجهة نظر تحليلية نفسية يرتبط نجاح سيرورة الحداد في مرحلة الرشد بنجاحها في مراحل الطفولة المبكرة، فلدى فرويد كما رأينا يفرض الأنا نفسه على الهو كموضوع للحب بعد أن يقوم بتقمص صفات الموضوع المفقود، وهذه العملية ليست سوى "نكوصا" لمراحل سابقة من النمو (المرحلة الفمية المتميزة بالتقمصات الأولية) حيث يقول فرويد :" عندما يحدث أن يضطر أحد الأشخاص إلى التخلي عن أحد الموضوعات الجنسية فانه غالبا ما يترتب على ذلك أن يطرأ تغيير في أنا هذا الشخص يمكن وصفه فقط بأنه عبارة عن وضع هذا الموضوع داخل الأنا كما يحدث ذلك في الميلانخوليا (...) وربما يكون الأنا بقيامه بهذا الامتصاص ، الذي هو عبارة عن نوع من النكوص إلى طريقة المرحلة الفموية إنما يسهل بذلك التخلي عن الموضوع أو إنما هو بذالك يجعل هذه العملية ممكنة ، وربما يكون هذا التقمص هو الشرط الوحيد لتخلي ألهو عن موضوعات حبه" . (فرويد ، س.، 1982 ، ص. 49) ، أما لدى ميلاني كلاين – كما هو مذكور أعلاه - فنجاح سيرورة الحداد في مراحل لاحقة من حياة الفرد مرتبط بنجاح هذا الفرد في بناء وتجاوز" الوضعية الاكتئابية " أثناء مرحلة الطفولة المبكرة .

لننتقل الآن لنقطة أخرى تتعلق بمراحل الحداد ، حيث يمكن الحديث عن نجاح سيرورة عمل الحداد إذا ما مر الفرد بمجموعة من المراحل ، قد عدد المختصون في مجال الحداد وأبرزهم المحلل النفسي Michel Hanus، والمختصة النفسية Marie Frédérique Bacqué مجموعة من المراحل التي سماها كل منهم بأسماء مختلفة ، وسأحاول هنا تلخيص أهم المراحل وأهم ما يحدث فيها (باعتباري مختصا نفسيا أحفظ تلك المراحل عن ظهر قلب ، وعملت مع أشخاص في حالة حداد ، ومررت أنا نفسي بسياقات حداد) كما يلي :

تتمثل المرحلة الأولى في مرحلة الصدمة /الرفض (le choc et le refus) حيث يؤدي سماع خبر الفقدان ل" ذهول" (sidération) يؤثر على كافة الوظائف النفسية والجسدية ،و غالبا ما تكون هذه الحالة مصحوبة برفض تصديق الخبر الجديد (و السيء): "لا..."، "غير ممكن..."، "مستحيل... !"، حيث تعكس استجابات الأفراد في هذه المرحلة رفضهم التام لواقع الفقدان ، ورغبتهم في إلغاء ذلك الواقع، على أمل أن يعود الموضوع أو الشخص المفقود، لتأتي بعد ذلك مرحلة الإنكار (déni) ،أين يذهب الحاد (أي الشخص المتواجد في وضعية الحداد) للبحث عن الموضوع(أو الشخص) المفقود،و يحاول جاهدا إيجاده، ويتصرف كما لو أن المفقود لا يزال حاضرا ، وغالبا ما تكون حالته تلك مصحوبة بتفريغات انفعالية : صراخ، ألم ، غضب ، عدوانية وتمرد :" لماذا أنا ... ما الذي فعلته..." ، ،ونحيب ، وأنين ،و بكاء ...، وتعتبر هذه التفريعات مهمة لأنها تسمح باستيعاب الواقع وتعبر عن تقبل ولو جزئي لواقع الفقدان (لغياب الموضوع في الواقع الخارجي)، حيث لا يبدأ عمل الحداد فعليا إلا بعد تجاوز رفض وإنكار واقع الفقدان ، ويحدث ذلك في المرحلة الموالية وهي مرحلة الاكتئاب (La dépression) ، وهي مرحلة أساسية بالنسبة لسيرورة الحداد، ففيها يفرض واقع فقدان الموضوع المحبوب (أي مبدأ الواقع) نفسه ، وهكذا يبدأ عمل الحداد فعليا بعد تقبل ذلك الواقع المؤلم، وعادة ما تمثل الدموع وسيلة للتعبير عن ذلك، حيث تؤشر إدراك الشخص لفكرة أن الموضوع المفقود : " لم يعد موجودا... " ، وبمجرد إستيعابه لذلك يدخل الحاد عادة في حالة اكتئاب (قد تكون أعراضها موازية للجدول العيادي للاكتئاب الاستجابي) ، وغالبا ما تكون هذه الحالة مصحوبة بمشاعر الذنب والتناقض الوجداني تجاه الموضوع المفقود ، أين يسترجع الحاد – وفي جو من الألم- كل ذكرى وكل أمل مرتبط بالموضوع ليتم نزع الاستثمار منه ومواجهته بتلك الحقيقة : " لم يعد موجودا... " ، وهذه العملية مكلفة جدا طاقويا حيث يصرف الجهاز النفسي أثناء القيام بها كمية كبيرة من الطاقة لفترة معينة تبدو أثناءها تلك الذكريات والآمال في حالة فرط استثمار surinvestissement

،ويبدو أثنائها الحاد مرهقا ، منطويا، ساحبا للاستثمار من الواقع الخارجي، لا يشغل باله سوى الفقدان والموضوع الذي يقاسمه مؤقتا مصيره الممثل في الانعدام – أو عدم الوجود – ،وبشكل عام يبدو في أثناءها الحاد غير قادر على القيام مؤقتا بنشاطاته المعتادة أو إدارة علاقات جديدة في الواقع الخارجي ، وتنتهي هذه المرحلة بتقبل الحاد لفكرة مؤداها :" أن الموضوع المفقود قد ذهب من غير رجعة "، وهكذا يدخل في المرحلة الأخيرة المتمثلة في مرحلة إعادة التنظيم (Réorganisation ou rétablissement)، والتي تبدأ حينما يتقبل الحاد مواصلة العيش دون الموضوع المفقود ، تتناقص أو تختفي أعراض الاكتئاب ، وينقص الانشغال بالفقدان وبالموضوع، وتنفصل الليبيدو عن الذكريات والآمال المرتبطة بذلك الموضوع، يسترجع الأنا طاقته، ويرفع الكف والتثبيط، يصبح الحاد قادرا على استثمار الواقع الخارجي من جديد،و قادرا على التوجه نحو المستقبل وعلى الاهتمام بمواضيع ومشاريع جديدة ،وهكذا ينتهي عمل الحداد حيث يسمح في نهاية المطاف للشخص ب : " الاستمرار في العيش بالرغم من غياب الموضوع المفقود ." ، وبالرغم من ذلك فان الانفصال عن ذلك الموضوع لا يتم بشكل كلي إلا نادرا ، كما أن سيرورة الحداد تترك أثرها في الشخص حيث لا يصبح الحاد أبدا نفس الشخص الذي كان عليه قبل قيامه بعمل الحداد : يزيد مستوى نضجه ، ويصبح قادرا على مواجهة وضعيات مماثلة ، وتجدر الإشارة في نهاية عرضنا لهذه المراحل أنها حسب رأي المختصين تتداخل فيما بينها وهي تابعة لبنية الشخص ولتاريخه الفردي المتفرد .

في الواقع لا تسير الأمور دائما على الشكل الذي وصفناها به أعلاه ، فالألم والحزن ضروريان لتحقيق الانفصال عن الموضوع المفقود خلال المرور عبر مراحل الحداد تلك ، وهذا هو ما يحدث فعلا في الحداد العادي أو السوي، إلا أنه هناك وجه آخر لتلك العملية (وجه سيكوباتولوجي) اسمه " الحداد غير السوي"، حيث يميز المختصون عادة بين نوعين أساسيين من هذا الحداد وهما: الحداد المعقد (Le deuil compliqué)، والحداد المرضي (Le deuil pathologique)، ويحدث "الحداد المعقد" حينما تتوقف سيرورة الحداد في أحد مراحله دون الوصول لمرحلة إعادة التنظيم ودون الإصابة بأمراض عقلية (أو نفسية)، لأنه وأثناء تلك المراحل تستخدم ميكانزمات نفسية تسمح بحماية الفرد من وقع حادث الفقدان ليتمكن فيما بعد من الانفصال عن الموضوع، إلا أن بعض الأفراد لا يستطيعون تجاوز تلك الدفاعات أو يبقون مثبتين فيها، وهكذا يتخذ "الحداد المعقد" عدة أشكال: فقد يكون "مؤجلا" (Différé) أين يبقى الفرد مثبتا في إنكار واقع الفقدان، ولا تظهر عليه أي مظاهر للحزن أو الاكتئاب، وكأنه يحاول من خلال الإنكار أن يحافظ على حضور الموضوع المفقود، وقد يكون الحداد

المعقد "مثبطا" (Inhibé) أين لا يرفض الفرد هذه المرة واقع الفقدان الخارجي للموضوع، وإنما يرفض كل المشاعر والعواطف المؤلمة والمرتبطة بذلك الفقدان (يرفض واقع الفقدان الداخلي) وبالتالي يكون هنالك أي غياب لأي ألم ظاهر وعزل للمشاعر مما يعرقل عمل الحداد، وقد يكون الحداد المعقد "مزمنا" (Chronique) أين يرتبط الأمر هنا بتعقيدات المرحلة الاكتئابية حيث تستمر الأعراض لفترة طويلة،و لا تتناقص بمرور الزمن، وحيث يسيطر على الفرد عادة التناقض الوجداني، الشعور بالذنب، ولوم الذات، الحزن ...إلخ ، و أخيرا قد يكون الحداد المعقد "مستبقا " (Anticipé) أين يكون الفرد على علم مسبق بأن الفقدان سيحدث ، وتظهر عليه أعراض الحداد السوي قبل حدوث الفقدان ، وحينما يحدث الفقدان فعلا لا يستطيع الدخول في سيرورة حداد فعلية ، ويكون غالبا معرضا لخطر تطويراضطراب اكتئابي. وهذه هي أشكال الحداد المعقد ، أما بالنسبة للنوع الثاني والمتمثل في " الحداد المرضي " فيعتقد المختصون أن الأمر هنا متعلق باستعداد مسبق للإصابة باضطرابات نفسية معينة بعد حدوث الفقدان، أي أن الأمر متعلق – وباختصار – بنوع تنظيم شخصية الفرد (ببنيته النفسية) وبقدرته على تجاوز وضعيات الفقدان في مراحل الطفولة المبكرة ، وهكذا يتخذ الحداد المرضي عدة أشكال : الحداد الاكتئابي ، الهوسي ، الهستيري ،الوسواسي، والجسدي (Somatique).

ويجدر التذكير هنا بأن سيرورة الحداد هي خطوة ضرورية بالنسبة للمبتور، تسمح له بتقبل صورته الجديدة (المبتورة والمصابة)، وترميمها، والمرور لوضعية جديدة تتمثل في تقبل البتر، ودمج صورة جسم جديدة، وبالتالي تطوير صورة ذات جديدة، والعودة بها للحياة اليومية ،والتطلع للمستقبل بثقة، بمسؤولية، باستقلالية وبدون مشاعر النقص والتبعية، مما يجعله –من جديد- مؤهلا و قادرا على مواجهة تعقيدات وتقلبات الحياة التي لا مفر منها.

3. 2. 3. 3. على المستوى الاجتماعي:

يدخل البتر –كما ذكرنا سابقا- مجموعة من التغييرات في حياة المبتور (السابقة للبتر) وعلى المستوى الاجتماعي: قد يفقد المبتور (حسب درجة إصابته) عمله أو يرغم –على الأقل- على تغيير وظيفته أو مهنته (وهو أمر صعب بالنسبة لأشخاص قضوا حياتهم كلها في ممارسة مهنة معينة)، وبالإضافة لذلك قد يتطلب البتر (حسب درجة العجز) إجراء تعديلات في المسكن، السيارة ... إلخ، مما يعرض المبتور لمشكلات جديدة مرتبطة بالسكن وبالتنقل، فقد طرح علي أحد المبتورين (يتنقل على كرسي متحرك) ذات يوم حينما وجهته لمعالج نفساني السؤال التالي: هل مكتب المعالج موجود في الطابق العلوي أم السفلي؟ وحينما أخبرته أنه

متواجد في الطابق الثاني لمست فيه ترددا ورغبة في عدم الذهاب إليه، وطرح علي مسألة كونه لا يستطيع صعود الدرج على كرسيه المتحرك...، ويواجه المبتورون -في مثل حالته- والذين يسكنون في عمارات بخمس طوابق مشكلات من نفس النوع، مما يحد من حريتهم في التنقل، ويصبح الخروج من المنزل لشراء الخبز من المحل المجاور -لديهم- : "مشروعا ... ينبغي التفكير فيه برزانة وتأني ...".

ويواجه المبتورون (وخاصة من فقدوا عملهم ومن هم مرغمون على إجراء تعديلات في مساكنهم) صعوبات معتبرة في الناحية الاقتصادية، وخاصة إذا كان المبتور أب عائلة، ولديه أفواه مفتوحة تنتظر الغذاء، وليس لديها شخص آخر تنظر له سواه. وقد واجهت يوما (في أحد مراكز الديوان الوطني لأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها*) مبتورة تبكي بحرقة في أروقة ذلك المركز، وفهمت فيما بعد حينما عملت معها أنهم كانوا يمنحونها مواعيد لتسليم حذاء كانت في أمس الحاجة له ولم يسلموه لها، وكانت تنتقل في العديد من المرات من قرية تابعة لذلك المركز أين كانت تواجه صعوبات كبيرة في التنقل، ولم تكن تملك أحيانا حتى مصاريف التنقل، لتتفاجأ بأن الحذاء "لم يصنع بعد"، وأنه "عليها العودة بعد أسبوعين، أو شهر، أو ...". ولازلت أذكر وجه المسؤول عن منحها ذلك الحذاء، وطريقة إخباره لها بأنه : "عليها العودة بعد ..." وكأنه لم يكن يقول لها "عليك العودة" بل "عليك اللعنة !" ،لقد كنت أجلس في أروقة المركز ألاحظ المبتورين، وأقرأ ملامح وجوههم، لم يكن ذلك المسؤول يعرفني بعد، كان ينظر لي بازدراء وهو يتبختر في بذلته القديمة ويصدر أصواتا مزعجة بحذائه (الذي يشبه الكعب الذي ترتديه النساء) والذي يشبه لونه لون الحنة، وأؤكّد لكم أنه ليس مؤهلا للتعامل مع افراد تلك الفئة ...

قد تؤثر تلك الصعوبات في المصاريف وفي التنقل على حياة المبتور وتؤدي به إلى الانعزال، وخاصة إذا ما كانت هنالك تغييرات وصراعات عائلية، وخاصة إذا لم تتفهم عائلته وضعيته، وخاصة إذا لم يحض بالدعم الاجتماعي والتكفل الملائم بوضعيته، لقد أخبرني ذات يوم شخص مصاب باضطراب حركي (لا يستطيع التحكم بحركاته وخاصة الدقيقة، وجسمه في حالة ارتعاش دائم ولا يستطيع المشي إلا بمساعدة شخص يتركز عليه...) حينما استفسرته عن طريقة تخيله "لصورة الجسم" وقال أنها عبارة عن "هيكل عظمي" فقلت "وإذا فقد جزء منه؟" فقال: "تشتكي كل الأعضاء"، واستدل بحديث الرسول (صلى الله عليه وسلم) : "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له

* وأعتقد أنه من الأفضل لهذا الديوان تغيير كلمة "معوق" بكلمة أخرى أقل إيلاما وأقل جرحا لكرامة الناس.

سائر الأعضاء بالسهر والحمى* " ، وأخبرني أن الشخص بإمكانه التعامل مع الإصابة ومع حالته إذا : "سارت معه عائلته في نفس الخط" وإذا "وجد من يساعده" ،كما أخبرني أنه قد طلق زوجته لأنها لم تكن تتفهم وضعيته وكانت تطالبه بما لا طاقة له به.

ولا ينبغي أن ننسى - في هذا السياق- نظرة المجتمع لتلك الفئة، حيث يقول مصطفى غالب -في "نقطة الضعف"- : "لسوء الحظ لا يقدر المجتمع في جميع الحالات مدى خطورة نقطة الضعف التي تصيب حواس الفرد أو أعضاء حركته، وتكون النتيجة أن يصبح عصبيا، سريع الإثارة والغضب، ويتسم شعور الأفراد نحوه بالعطف والشفقة المصحوبين بالأسى والحسرة، وعليه فإن (...) المصاب بنقطة الضعف الذي يلمس الشعور بالعطف والشفقة نحوه تتولد لديه علامات مصطنعة بالموافقة الظاهرية، إلا أنه يتولد لديه أيضا شعور قوي بالاعتراض والبغض لبيئته (...) ويكون نتيجة ذلك هو الانعزال عن المجتمع والانطواء." (غالب، 1986، ص ص. 14-15).

لا أريد أن أتأثر أو أبالغ هنا (حفاظا على موضوعيتي) : أفسحوا المجال لمخيلتكم ولذاكرتكم : كيف ينظر الناس في الشوارع للأشخاص الذين يسمونهم ب " المعاقين " ؟ كيف ينظرون للمبتورين اللذين يتنقلون على كرسي متحرك، أو اللذين يرتدون طرفا اصطناعيا ؟ كيف ينظرون لهم؟

لنتخيل أن عين الشخص الذي ينظر للمبتور قد تحولت لمرآة (مشحونة بالشفقة المصحوبة بأسى)، ثم لنضع صورة المبتور على تلك المرآة، كيف سيرى المبتور نفسه فيها؟ ثم لنتخيل الشخص الذي ينظر للمبتور وهو يوجه نظراته (أو سهامه) ليصيبه بها. إن النظرة التي يرمق (أو يمرق) بها الناس المبتورين في الشوارع تعتبر – بالنسبة لي –بمثابة مرآة يرى المبتور فيها صورته، ويتعرف على الشخص الجديد، والشكل الجديد الذي أصبح عليه، شخص ناقص يثير الشفقة، وشكل مشوه يؤذي الأبصار ويخلق فيها التردد، الحسرة، التناقض، التجنب ، ...إلخ. هذا ما لاحظته وما أزال ألاحظه حينما أتجول في شوارع مدينتنا وحينما أرى الطريقة التي ينظر بها أفراد مجتمعنا للأفراد المصابين بالإعاقة أو بالبتر ... حتى صرت أعتقد أن مدينتنا أصبحت: " قرية ظالم أهلها ...." .

يقول مصطفى غالب: "من الأمور التي اتفق عليها علماء النفس أن هناك عوامل متعددة تعمل على خلق الشعور بالنقص والضعف عند الكائن الحي المصاب، ويساهم في إبراز

* وهذا الحديث متداول جدا في ثقافتنا وعلى ألسنتنا، أما من حيث كونه صحيحا، حسنا، أو ضعيفا فأنا لا أعلم، والتصحيح والتضعيف هو من اختصاص علماء الحديث.

هذه الحالة أفراد المجتمع، فهم يفترضون أن المصاب بنقطة الضعف إنسان أقل منهم (...) ولا يرى الكثيرون من أفراد المجتمع مانعا من إظهار هذا الشعور بكل قوة وإشعار المصاب أنه شخص ناقص أو تافه، وأنه يجب أن يخجل من نفسه* ، وقد يحدث كل هذا للمصاب من أقرب الأقربين إليه" (غالب، 1986، ص. 25).

أعتقد –شخصيا- أن أفراد المجتمع عليهم أن يتقبلوا أفراد فئة المبتورين: بقلب صادق وبدون نفاق، ويتظاهر هذا التقبل أساسا من خلال احترام المبتور (وليس الشفقة عليه) ومن خلال الثقة في قدراته المتبقية، ويتجسد هذا الاحترام في سلوكات الأفراد وردود فعلهم نحو المبتور، ولكي تتغير سلوكات الأفراد (وردود فعلهم) ينبغي أن تتغير صورتهم الذهنية عن المبتور، ولكي تتغير صورتهم الذهنية (عن المبتور) ينبغي أن تتغير تصوراتهم المسبقة عن البتر وعن المبتور وعن الطريقة التي ينبغي أن يتعاملوا بها معه، تلك "التصورات" التي ترسمها (من دون شك) ثقافة المجتمع في عقول المنخرطين فيه **

3 .3 ملاحظات على شخص تعرض للبتر:

سوف أتقاسم معكم هنا (بعدما تعرضنا للبتر والمبتور ، ولتأثيرات البتر على المبتور) خبرة عشتها ذات يوم عندما التقيت صدفة مع شخص بترت يده ، أين تقاسم معي ذلك الشخص بدوره جزءا من خبرته التي عاشها أثناء تعرضه للبتر ، وقد كان ذلك يوم عيد الأضحى (04 أكتوبر 2014)، أين ركبت مع شاب في الثلاثينات ، سائق سيارة أجرة غير قانونية (أو كما ندعوها fraude) ولم انتبه في البداية إلى يده اليسرى (المبتورة حتى الكوع) حيث كان يرتدي طرفا صناعيا شبيها بلون الجلد ولم يحركها أبدا ، وانتبهت لها حينما نزل في محطة الوقود لتزويد سيارته – القديمة والمتعبة –بالبنزين ، وكان حديثنا منذ ركوبي معه حتى وصولنا لمحطة الوقود يدور حول الفقير، وحول المصاعب التي يتلقاها في بلادنا ، وحول الأخلاق والنية التي ضاعت وحلت محلها المادة- أي النقود – في تعاملات الناس، وبدا لي متفتحا ومرنا بالرغم من شعوري أن هناك حزن يختفي في مكان ما بين كلماته ، وبعد أن انتبهت إلى يده

* وفي الواقع لاحظت أن أفراد المجتمع يشعرون المبتورين أن لديهم نقص أو على الأقل يذكرونهم بذلك دون أن يتعمدوا ذلك وربما تكون نيتهم طيبة وهدفهم مساعدة المبتور ، فقد رأيت ذات يوم رجلا، في الأربعينيات، قوي البنية جسديا، يصرخ في أروقة مركز الأطراف الصناعية مطالبا بحقوق المبتورين مذكرا بأنهم "معاقون ، مساكين، مهضومة حقوقهم، لا يستطيع بعضهم حتى الوقوف على قدميه... الخ " ،وقد لاحظت نوعا من الاستياء والحزن على ملامح بعض المبتورين الجالسين هناك حينما كان يصفهم بتلك الأوصاف .

** وأعتقد أن دراسة مثل تلك التصورات هي مهمة المختصين في علم النفس الاجتماعي بالدرجة الأولى، والمختصين الاجتماعيين بالدرجة الثانية، كما أعتقد أن المجتمع بما يمتلكه من وسائل (كالجمعيات ووسائل الإعلام) بإمكانه نشر ثقافة توعوية تهدف لتعليم الأفراد "الذين لم يصابوا بعد" مجموعة الطرق الملائمة للتعامل مع أفراد هؤلاء الفئات الذين "أصيبوا بسبب ظروف تتجاوز قدراتهم" بـ "مصيبة" أو بـ "إصابة" قد يكون كل فرد من "الذين لم يصابوا بعد" معرضا لها.

المبتورة وشعر بذلك قال لي:" راك تشوف الواحد يدو مقصوصة و راهو يخدم ويخلط " .وكشفت له حينئذ عن هويتي المهنية وأخبرته أنني نفساني ، وأقوم حاليا ببحث علمي حول الأشخاص الذين حدثت لهم إصابة البتر ، فاسترسل بعد ذلك يروي لي قصته مع البترحيث قال (بعدما روى لي كيف كان يعمل في ورشة عمل مفتوحة وتعرض لصعقة كهربائية عالية الشدة مصدرها أعمدة الكهرباء مما أدى إلى بتر يده قبل حوالي عام) أنه :" في مساء يوم واحد حدث زلزال في حياته " وكان يشير بيده السليمة بطريقة دائرية و يقول :" كل شيء تبدل في عشية " ، كما أخبرني انه حين تم نقله إلى المستشفى في مدينة "س" وحينما طلب منه الأطباء إمضاء الأوراق من أجل بتر يده ليتم إنقاذ حياته لم يصدق ذلك ، ولم يفهم ما الذي يجري ، وقال "قلت هاذو راهم يتمسخرو بيا ... وقلت بلي رآهم يحسبوا فيا طفل صغير ...يخلعوا فيا ."، وقد طلب منهم فيما بعد السماح له بالاتصال بأبيه ليساعده في اتخاذ قرار البتر ، وذكر أن أباه هو الذي شجعه على ذلك، وذكر هنا مشهد " البروفيسور" المكلف بحالته والذي كان محاطا بحوالي عشرين متدربا : " يتبعوا فيه " – كما قال – ، وقد وصف ذلك البروفيسور بأنه كان " قاوي" ، وروى لي بعد ذلك كيف تم نقله إلى الجناح بعد العملية قائلا :" صرات لي كيما الأفلام هاذوك... الضوء ضارب فيا ...»، ثم اخبرني انه حينما استيقظ كان يرفض النظر إلى يده المبتورة، وطلب مني أن أتخيل أنني استيقظت يوما ووجدت يدي مبتورة فماذا ستكون ردة فعلي ؟ فأخبرته أنه من الصعب علي أن أتخيل ذلك، ليروي لي بعد ذلك – بعدما سألته كيف كان يقضي أيامه في المستشفى؟ - انه كان يقضيها مستمعا طوال الوقت لإذاعة- لم أعد أتذكر اسمها – تبث القرآن الكريم، وانه كان دائما يستغفر، كما كانت تزوره مختصة نفسانية لتتجاذب أطراف الحديث معه، وكان يستأنس برفقتها أو كما قال : " تونسني وتحكي معايا " ، وكانت أهم انشغالاته في تلك الفترة تدور حول ما الذي سيحدث له في المستقبل أو كما قال : "في السبيطار راني مع ناس مبتورين ... ماكانش مشكل ، بصح كيفاش ندير كي نخرج، كيفاش رايح تقابل الناس ... يشوفوك يدك مقصوصة...." ، وقد كان حزينا جدا وهو يسترجع تلك الانشغالات وينطق بتلك الكلمات، وهنا اخبرني (وتبدلت ملامح وجهه وأشع الأمل من عينيه) أن التفاف أبناء حيه عليه بعد خروجه من المستشفى واهتمامهم به بالإضافة لقبول صديقته لوضعيته وعدم هجرها له قد ساعده كثيرا....، والى هنا انتهت رحلتي معه وأوصلني لوجهتي ، أوقف محرك السيارة ، وتجاذبت معه أطراف الحديث قليلا – لكي لا اقطع عليه كلامه بشكل عنيف لأنه كان يتألم حينما كان يروي لي قصته – ، وبعدما تحدثنا في موضوع آخر قليلا ، وضحكنا كثيرا ، ورفض أن يتقاضى أجره فأجبرته على ذلك ، ودعته ، وودعني بدوره قائلا : " معرفة خير إن شاء الله ".

وأخيرا في نهاية عرضنا هذا سأُحاول هنا التعقيب على الجانب النظري لهذا البحث بفصوله الثلاث (الثاني، الثالث والرابع)، وفي الواقع لم أرد تسمية هذا التعقيب ب "التلخيص" أو "الخلاصة" لأني لا أزال مقتنعا بأن من لم يقرأ ما ورد في تلك الفصول بتمعن فسيفوته الكثير مما تطرقنا له ، و بالرغم من ذلك أعتقد أنه لا مفر هنا من صياغة تعقيب على شكل دليل هدفه التدليل على أهم الأفكار،الآراء، المناقشات ، و الملاحظات التي وردت في فصول الجانب النظري كما يلي:

تابعنا في الفصل الثاني (المعنون بالصدمة النفسية) تطور مفهوم الصدمة النفسية منذ بدايات صياغته ووصولا لوجهات النظر المعاصرة حوله ،منذ أن صاغه "أوبنهايم " (ووصف الأعراض المرتبطة به) ومنذ أن إعترض عليه "شاركو" (وربط أعراض العصاب الصدمي التي وصفها أوبنهايم بالهستيريا و بالنوروستينيا) ، ومنذ أن صاغ "جانيه" اصطلاحه الخاص حول الصدمة ، ومنذ أن قدم "فرويد" نظريته الأولى عن الصدمة "النوروتيكا" (و التي تراجع عنها فيما بعد ليصوغ نظريات أخرى) ، ومنذ أن وصف الأطباء النفسيون العسكريون- في القرن العشرين و بمناسبة الصراعات المسلحة- وحدات اكلينيكية مختلفة لاضطرابات ما بعد – الصدمة ، و منذ أن قام "شاتان"(بعد الحرب الأمريكية في فيتنام أين برزت متلازمات ما بعد – حرب الفيتنام) بالعمل مع مجموعة من الأطباء النفسيين ليقترح صيغة أولية لما أصبح فيما بعد يسمى: ب "اضطراب ضغط ما بعد-الصدمة " ، ووصولا لوجهات النظر المعاصرة التي انعكست في آراء مدرستين رائدتين : المدرسة الأنجلو- سكسونية (ممثلة في DSM)، و المدرسة الأوروبية الفرانكفونية، التي وصفتها بأنها لوحة بمدخلين، حيث تبرز في حالة رؤيتها من المدخل الأول الصورة التي رسمها الأطباء النفسيون العسكريون و على رأسهم Crocq ;Barrois ;Lebigot ;Briole…etc الذين عرضت لآرائهم، و الذين تجاوزوا وجهة النظر الاقتصادية الفرويدية و ركزوا على المعاش النفسي أثناء التعرض للحدث و المتمثل في مواجهة "عينية الموت" ،كما ادمجوا وجهات نظر Lacan لتوضيح آرائهم تلك ،أما في حالة رؤية تلك اللوحة من المدخل الثاني فتبرز لنا الصورة التي رسمها محللون نفسانيون (من أمثالJanin– الذي عرضت لآرائه أيضا) و الذين طوروا اصطلاحهم انطلاقا من التحليل النفسي الفرويدي و ركزوا على دور الجانب النفسي الداخلي في الصدمة ، و انطلاقا من تلك الآراء المختلفة ناقشت العنصرين: (صدمة نفسية أم ضغط؟ ، و حادث صدمي أم مولد للصدمة؟)، حيث توصلنا إلى أن مصطلح "الضغط" و نتائجه الإكلينيكية (و الذي تعتمده

المدرسة الانجلو – سكسونية) يختلف عن مصطلح "الصدمة" و نتائجه الإكلينيكية (الذي تعتمده المدرسة الأوروبية الفرانكفونية) ، كما توصلنا (من خلال عرض معطيات و أمثلة مختلفة) إلى أن ما يحمل صفة "الصدمي" – حسب وجهة النظر الفرانكفونية – هو المعاش الشخصي للمتعرض للحادث و ليس خطورة الحادث في حد ذاته ، ومن ثم فتسمية "حادث مولد للصدمة " انسب من تسمية "حادث صدمي" .

بعد ذلك تعرضنا لانعكاسات الصدمة النفسية على المستوى السيكاتري كما تظهر في الوصفيات العالمية (DSM-IV،CIM10) و تطرقنا للمعايير التشخيصية للاضطرابات ما بعد – الصدمية (ذات الخصوصية) ، و تحدثنا – في التعليق- عن اضطرابات أقل خصوصية (و رأينا أن اغلب الاضطرابات المعروضة من طرف الوصفيات العالمية و تلك المعروضة في علم النفس المرضي قد تنفجر بعد التعرض لحادث "ضاغط" أو "مولد للصدمة") ، و حاولنا من خلال عنصر "الوضعية الإكلينيكية" أن نتحصل على صورة إجمالية لتلك الاضطرابات (ما بعد- الصدمية) في شكل منظم ، فتطرقنا لكيفية فهم و تصنيف تلك الاضطرابات من طرف وجهة النظر السيكاترية الأوروبية الفرانكفونية ،ورأينا – على المستوى السيكوباتولوجي – أن مصطلح "العصاب الصدمي" المعروف في الوصف الكلاسيكي لا يزال مستعملا في العيادة السيكاترية الاوروبية ، كما رأينا – على المستوى الإكلينيكي – أن المدرسة الفرانكفونية تجمع مجموعة الاضطرابات ما بعد- الصدمية تحت مسمى " المتلازمة الصدمية – النفسية " (مصطلح يغطي جميع الحالات الإكلينيكية التي تنفجر بعد التعرض لحادث مولد للصدمة) ، واطلعنا على كيفية ترتيب تلك المتلازمات في إطار كرونولوجي – يعكس مراحل تطور الصدمة – من طرف Crocq، الذي ميز بين المرحلة : الآنية ، ما بعد الآنية ، والمتأخرة ، كما إطلعنا على مجموعة من الوضعيات الإكلينيكية لتلك المتلازمات و التي عرضها لنا Plagnol على وزن (المتلازمة الصدمية الحادة ، المتلازمة الصدمية المزمنة ، الاستجابة الصدمية ،و المركب الصدمي) ،لنختتم أخيرا عنصر انعكاسات الصدمة (والفصل الثاني) بالتعرض لبعض العواقب النفسية – الاجتماعية للصدمة .

بعد ذلك انطلقنا في الفصل الثالث (المعنون بـ : الصدمة النفسية و التوظيف النفسي) و حركناه بدءا بتمهيد و مناقشة : أين استرجعنا العديد من المسائل التي تعرضنا لها في الفصل الثاني بالإضافة لبعض معطيات الدراسات السابقة ، و أين وقفنا مندهشين أمام سيكوباتولوجية الصدمة النفسية، لأن الأفراد المتعرضين لحادث مولد الصدمة : يطور بعضهم اضطرابات ما بعد – صدمية ، يطور بعضهم الآخر اضطرابات أخرى ، ويتجاوز بعضهم الآخر الحادث دون

عواقب ، مع العلم أن العامل الأساسي المسبب للصدمة هو التعرض ل "حادث مولد للصدمة "، و هكذا دفعتنا تلك المعطيات إلى إعادة التفكير في سيكوباتولوجيا الصدمة النفسية، و هكذا أيضا قمت بطرح مجموعة من المعطيات موزعة عبر ثلاث أفكار أساسية اعتبرتها- آن ذاك - مستويات للتعمق في سيكوباتولوجية الصدمة و الاضطرابات المرتبطة بها ، فناقشت في الفكرة الأولى الإشكالية الأساسية للصدمة : لماذا يتعرض البعض لصدمة و لاضطرابات ما بعد- صدمية بعد تعرضهم للحادث بينما يقاومه بعضهم الآخر ويتجاوزونه دون عواقب ؟ و أجبت عن ذلك السؤال من خلال عرض فكرة تدخل عوامل أخرى تساهم في حماية الفرد أو تعريضه لخطر تطوير اضطراب بعد تعرضه للحادث ، ثم ناقشت تلك العملية في إطار سياقات الجروحية/الرجوعية و عوامل الخطر/الحماية ، أين تعرفنا على تلك العوامل و طريقة تفاعلها لجلب الاضطراب أو الحماية منه ، و أين تعرفنا على المقاربة المناسبة لدراستها و لدراسة طريقة تفاعلها ، و بعد أن ناقشنا ذلك كله تطرقنا للفكرة الثانية أين تعرضنا ل "خصوصية التفاعل " بين " الفرد" المتميز بفر دانيته و "الوضعية" المتمثلة في الحادث المولد للصدمة و العوامل المرتبطة به، فأعدنا إحياء مجموعة المعطيات (التي كانت نائمة على صفحات الفصل الثاني) و المرتبطة أساسا بوجهة النظر السيكاترية العسكرية الفرانكفونية حول الفروق بين الضغط و الصدمة ، و حول مواصفات الحادث المولد للصدمة ، و حول طريقة التفاعل بين الفرد و الحادث (أثناء فترة وقوعه)، و التي ستحدد إذا ما كان ذلك الفرد سيصاب باضطراب ما بعد- صدمي (من خلال التقائه مع "عينية الموت") أم لا ، لنشير أخيرا في الفكرة الثالثة إلى أن الصدمة النفسية تخل بالتوظيف النفسي للفرد، وأنه من المهم دراسة تلك التأثيرات لأن العالم الداخلي للفرد يتدخل بشكل أو بآخر أثناء وقوع الحادث (الذي ينتمي للعالم الخارجي) ،و لأن الالتقاء بين العالم الداخلي و الخارجي للفرد و ميكانيزمات الربط بينهما يمثلان جوهر توظيفه النفسي ، و أخيرا لأن الصدمة تنشأ عند نقطة التقاطع بينهما ... و هكذا وجدنا أنفسنا – أمام الغموض الذي تعالج به مثل هذه المواضيع عادة- مدفوعين لمعالجة موضوع التوظيف النفسي ، فتطرقنا له في إطار نظرية الميتاسيكولوجيا الفرويدية أساسا من خلال عرض وجهات النظر الثلاث : الموقعية ، الدينامية ،و الاقتصادية، مع الإشارة لأهمية وجهة النظر النشوئية (التي لا يمكن الاستغناء عنها في فهم التوظيف النفسي) ، و لا يفوتنا هنا أن نشير إلى أننا عالجنا موضوع التوظيف النفسي بعناية فائقة و بتفاصيل معمقة نضعها بين أيدي الباحثين الذين يستوحون من التحليل النفسي ... و هؤلاء الذين يعتمدون على المقاربة السيكودينامية ، و أخيرا اختتمنا الفصل الثالث بتعقيب قلت فيه – بعد التطرق لأهم القواعد التي يعتمد عليها فهم

التوظيف النفسي - : "إلى هنا يبدو أنه من شبه المستحيل – على الأقل بالنسبة لي – أن نحيط بكل ما قيل حول التوظيف النفسي في بحثنا هذا".

و قد قلت ذلك لأنه و بالإضافة للميتاسيكولوجيا الفرويدية هنالك العديد من الآراء الميتاسيكولوجية الأخرى ك: آراء ميلاني كلاين ، هارتمان، لاكان ...الخ ، و هذا يعني (بطريقة أو بأخرى) أنني أحيل القارئ ليطلع بنفسه – إن كان في حاجة لذلك – على آراء هؤلاء الذين ذكرتهم في ذلك التعقيب .

بعد ذلك توجهنا للعمل على الفصل الرابع – و الأخير – (و المعنون ب: الصدمة، التوظيف النفسي، و مبتور الأطراف)، وشعرت أن البذور (المتمثلة في الأفكار و الآراء) التي زرعناها (على الصفحات) في حقول الفصل الثاني و الثالث قد "نضجت... و حان وقت قطافها" ، فأعدت صياغتها تحت مسمى : "الصدمة و التوظيف النفسي : تأملات " و " تأملات حول مفهوم الصدمة النفسية" أين طرحت مفهوم الصدمة النفسية ، منشؤها ، و انعكاساتها السيكوباتولوجية و الإكلينيكية من ثلاث زوايا: من زاوية سياقات الجروحية / الرجوعية و عوامل الخطر / الحماية ، ثم من زاوية اكلينيكية سيكاترية ، و أخيرا من زاوية سيكودينامية، و أعتقد أن كل زاوية من تلك الزوايا تلمس جانبا معينا من سيكوباتولوجيا الصدمة ، كما أعتقد أيضا أننا إن نظرنا للصدمة النفسية من تلك الزوايا الثلاث مجتمعة فإننا سنتمكن (على المستويين النظري و التطبيقي) من رؤية انعكاساتها بتفاصيل أكبر ،و بعد ذلك يمكننا القول أن الطرح الذي قدمته للصدمة النفسية من زاوية سياقات الجروحية / الرجوعية و عوامل الخطر / الحماية يفيد في تفسير كيفية إصابة بعض الأفراد باضطرابات ما بعد – صدمية (طبعا بعد تعرضهم للحادث) و مقاومة بعضهم الآخر له ، و أعتقد أيضا أن الآراء المطروحة في هذا الإطار مفيدة لدراسة عوامل الضغط و لفهم حالة الضغط ، و لذلك تعرضنا للصدمة من الزاوية الثانية : الاكلينيكية السيكاترية ، أين حاولنا متابعة أهم الاصطلاحات التي تطور عبرها مفهوم الصدمة النفسية للتعرف على تطبيقاتها الإكلينيكية ، و أين رأينا أن اختلاف الاصطلاح الذي يعتمده الاتجاهان السيكاتريان المعاصران (الاتجاه الانجلو- سكسوني الذي يعمل بمصطلح "الضغط" و الاتجاه الفرانكفوني الذي يعمل بمصطلح "الصدمة") قد نتجت عنه اختلافات على المستوى الإكلينيكي ك: حدوث الصدمة اثر التعرض للهلع و ليس الخوف، القلق ،و الضغط ، و اختلاف مواجهة " تهديد الموت" (الذي تقول به DSM) عن مواجهة "عينية الموت" (الذي تقول به المدرسة الفرانكفونية) أثناء التعرض لحادث خطير ،مما يؤدي لاختلاف الأشكال الإكلينيكية التي تنتج عن كل منهما ،و اختلاف تعبير كل من الضغط و الصدمة عن

نفسيهما إكلينيكيا ، و أعتقد أن الآراء المطروحة في هذا الإطار مفيدة لفهم منشأ الصدمة بشكل دقيق ، و للتفريق بين الضغط و الصدمة، و التعرف على الاضطرابات الإكلينيكية المرتبطة بكل منهما بشكل واضح ، أما طرحنا للصدمة النفسية من الزاوية الثالثة: السيكودينامية ، فقد تطرقنا فيه لنظرية فرويد الأولى عن الصدمة (" النوروتيكا") و فكرته عن الحادث المبكر و البعدي (coup/après–coup) ، و تراجع فرويد عن كون الحادث واقعيا لصالح فكرة "احتمال كونه هواميا" ، واعتراض فرنتزي على ذلك برده لصفة الواقعية للحدث (و إعادة إحيائه لنظرية النوروتيكا) ، كما تطرقنا للتفسيرات المختلفة لمصطلح "العصاب الصدمي" قبل صدور " ما وراء مبدأ اللذة" من خلال الاطلاع على أراء فرويد ، فرنتزي ، أبراهام ، سيمل ، وجونز ، لنتطرق بعد ذلك لنظرية فرويد الاقتصادية للصدمة* ، و التي قادتنا لمناقشة وظيفة " إشارة القلق" التي يتم إلغاؤها من طرف الحادث المفاجئ والعنيف ، فناقشنا نظريات فرويد الأولى و الثانية عن القلق و علاقته بالصدمة ، ووجدنا أنفسنا أمام " صدمة الميلاد" فناقشنا الخلافات التي دارت بين فرويد و أوتو- رانك حول أهمية صدمة الميلاد ،و حول دلالتها من الناحية النفسية ، ثم اتخذنا من رأي فرويد القائل بأنه " ليس لصدمة الميلاد أي دلالة نفسية " جسرا عبرنا من خلاله مباشرة لبعض أطروحات Janin حول الصدمة النفسية ، و أعتقد أن الآراء المطروحة في هذا الإطار مفيدة لفهم وضعية الذكرى الصدمية داخل التوظيف النفسي ، و لفهم دور الجانب النفسي الداخلي – و ما يحدث فيه – في حالة الصدمة .

بعد ذلك تطرقنا لمسألة علاج الصدمة النفسية، فناقشنا في البداية فكرة العلاج من حيث كونه تفريغا أم تعبيرا بالكلمة؟ و استنتجنا أن إعادة معايشة الصدمة (من خلال أعراض التكرار و أعراض أخرى) تشبه كثيرا الطريقة التفريجية (Méthode cathartique) التي كان فرويد و بروير يعالجان بها المرضى ، ثم تعمقنا في الطريقة التفريجية لفهم دورها في معالجة الصدمة ، فرأينا مع Crocq و بعد أن انتقدناه خاصة حول طريقة استخدامه لمصطلح " abréaction" أن تفريغ الصدمة (من خلال معايشتها المصحوبة بتظاهرات القلق ، الضغط و الهيجان) لا يؤدي للشفاء ، و إنما يحدث الشفاء إذا ما تم دمج ذلك التفريغ في سياق علاجي يسمح للمصدوم بإعادة معايشة الحادث الصادم بكل شحنته العاطفية ، كما يسمح له بتمثل الصدمة و دمجها في تاريخه الشخصي و إعطائها دلالة ذاتية (أو معنى ذاتي) عن طريق التعبير عنها بالكلام (Verbalisation) ، و يتم كل ذلك بمساعدة المعالج الذي يتمثل دوره أساسا في مساعدة المصدوم على أن : " يلد حقيقته الخاصة و الذاتية حسب النموذج السقراطي"

* وقد تطرقنا لنظريته الأخيرة كما صاغها في "موسى والتوحيد" (راجع الفصل الثاني)

كما رأى Crocq ، و بعد أن ناقشنا ذلك كله تطرقنا لمجموعة من الطرق و التقنيات العلاجية المستخدمة في علاج الصدمة فتعرضنا لكل من : العلاج السيكودينامي ، العلاج الأسري و المقاربة النسقية، العلاج السلوكي / المعرفي و العلاج الدوائي لاضطراب ضغط ما بعد – الصدمة.

وأخيرا تعرضنا للبتر و لمبتور الأطراف، فتطرقنا للبتر:لأسبابه ومستوياته ، ثم تطرقنا لمبتور الأطراف و لانعكاسات البتر عليه ، فعالجنا البتر – هذه المرة – من حيث كونه فعلا يتم تجسيده في سياق مداخلة جراحية، و ناقشنا أهم الإجراءات و الانعكاسات التي يتعرض لها المبتور قبل ، أثناء ، و بعد العملية الجراحية ، و هكذا تطرقنا لأهمية إعلام المريض و / أو أهله بقرار البتر و أهمية كل من التخدير و التسكين قبل العملية ، كما تطرقنا لأهم الإجراءات الجراحية و الطبية التي يتعرض لها المبتور أثناء العملية ، لنتطرق بعد ذلك لمرحلة ما بعد – العملية :أين تظهر انعكاسات البتر على جميع مستويات حياة المبتور ، فتابعنا تلك الانعكاسات على ثلاث مستويات:

أ- على المستوى الجسمي : تابعنا خاصة أنواع الآلام التي يتعرض لها المبتور (الآلام على مستوى نهاية الطرف المبتور ، و آلام الطرف الشبح) ، و التكفل بالمبتور من أجل إعداده لاستخدام المعدات ، و المشكلات المرتبطة باستخدام المعدات و الأطراف الصناعية ...الخ .

ب- على المستوى النفسي : تابعنا الكيفية التي يعاش بها البتر و العوامل المصاحبة له بسبب التغييرات التي يحدثها في الحياة السابقة للمريض ، كما تابعنا أهم التغييرات النفسية الداخلية التي يحدثها البتر و المتمثلة أساسا في اضطراب مخطط الجسم و صورة الجسم ، و ضرورة دخول المبتور في سيرورة حداد لتجاوز " ما كان عليه سابقا " و تقبل " ما هو عليه حاليا " ، ولمسنا في أنفسنا الحاجة إلى تعميق معرفتنا بهذه المفاهيم ، فناقشنا الفرو قات بين مخطط الجسم و صورة الجسم ، ثم تعمقنا في فهم " صورة الجسم " من زاوية التحليل النفسي عبر آراء: (Freud,Shilder,Klein,Anzieu,Lacan…etc) ،و انتبهنا إلى أن صورة الجسم لها علاقة مباشرة مع شعور الشخص بذاته (أو بأناه) و تقديره لها ، فناقشنا هذه الملاحظة في ضوء إصابة البتر و ما تؤدي له من إصابة نرجسية ، و قلت – آن ذاك- أن الموضوع المادي المصاب في حالة البتر هو الجسم و شكله النفسي هو "صورة الجسم" أما الموضوع النفسي الداخلي المصاب فهو "الأنا" في بعده النرجسي (أي في حب الشخص لذاته – أو لأناه-) ، وبما أن المبتور مدعو للدخول في سيرورة حداد (لتجاوز ذلك النقص الظاهري الجسمي و الداخلي

النرجسي) فقد تطرقنا لمفهوم الحداد ، و لعمل الحداد من حيث كونه سيرورة نفسية ، ثم لمراحله ، و للتعقيدات التي تحدث فيه .

ج- على المستوى الاجتماعي: تابعنا مجموعة التغييرات و المشكلات التي تحدث في حياة المبتور الاجتماعية (فقدان العمل ، مشكلات اقتصادية مرتبطة بالسكن و التنقل ، و عائلية ...الخ) كما دللت على تلك المشكلات بأمثلة استقيتها من خبرتي الشخصية، لأناقش بعد ذلك نظرة المجتمع للمبتورين و ما ينجم عنها ، و اختتمنا مناقشتنا تلك المرتبطة بالبتر و المبتور (كما اختتمنا الفصل الرابع) بملاحظات أجريتها ذات يوم حينما التقيت (صدفة) بشخص تعرض للبتر، أين تقاسم معي ذلك الشخص (في ذلك اليوم) جزءا من خبرته التي عاشها أثناء تعرضه للبتر ، و تقاسمت أنا – بدوري- معكم تلك الخبرة التي عشتها معه في هذا البحث.

الفصل الخامس: إجراءات البحث

1. حالات البحث.

2. حدود البحث.

3. منهج البحث.

4. أدوات البحث وإجراءات تطبيقها.

1.حالات البحث:

استهدف هذا البحث فئة الراشدين من الجنسين، الذين تعرضوا لبتر واحد أو أكثر من أطراف الجسم أثناء تدخل جراحي بسبب تعرضهم لحادث أو مرض (حيث يستبعد هنا الأفراد الذين ولدوا مشوهين)، أما بالنسبة للفترة الفاصلة بين التعرض للبتر وإجراء البحث فهي غير محددة(لأن أعراض الصدمة النفسية قد تتظاهر آنيا،أو بعد فترة كمون ، وقد تكون عابرة ،أو مزمنة تستمر مع الفرد مدى الحياة) .

وقد تم اختيار حالات هذا البحث من خلال استهداف أفراد تتوفر فيهم خصائص مجتمع البحث (المذكورة أعلاه)، ثم استشفاف إمكانية تطوعهم للمشاركة فيه، وهكذا من أجل الوصول للحالات توجهت إلى قسم الرضوض والصدمات بالمركز الاستشفائي الجامعي بباتنة، وإلى مركز باتنة الملحق بالديوان الوطني لأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها، كما طلبت من بعض زملائي ومعارفي أن يساعدوني في الوصول لأحد المبتورين (بشرط أن تتوفر فيه خصائص مجتمع البحث). من هنا وعلى مستوى قسم الرضوض والصدمات بالمركز الاستشفائي الجامعي بباتنة، لم أتمكن من الوصول لأفراد مبتورين بسبب عدم تعاون المنسق الطبي، أما على مستوى مركز باتنة الملحق بالديوان الوطني لأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها، فقد تمكنت بمساعدة صانعة المعدّات من الوصول لفرد مبتور تتوفر فيه خصائص مجتمع البحث، كما تمكنت أيضا من الوصول لفرد آخر بمساعدة صديق لي، ومن الوصول لفرد ثالث بمساعدة صديق آخر، وهكذا إذن تمكنت من الوصول إلى ثلاث حالات تتوفر فيهم خصائص مجتمع البحث، ويوضح الجدول التالي توزيع خصائص حالات البحث (مع العلم أن الأسماء الممنوحة لهم هي أسماء مستعارة):

الرقم	الاسم	السن	سبب البتر	نوع ومستوى البتر	الفترة الفاصلة بين التعرض للبتر وتطبيق إجراءات البحث
1	عماد	29	التعرض لانفجار لغم أرضي	تعرض للبتر على مستوى الساق اليسرى	14 سنة
2	أمين	33	حادث عمل (انفجار)	تعرض للبتر على مستوى الساعد الأيسر، وعلى مستوى الفخذ الأيمن	5 سنوات
3	محمد	24	التعرض لانفجار لغم أرضي	تعرض للبتر على مستوى الساق اليمنى	سنتين

الجدول (1): توزيع خصائص حالات البحث.

نلاحظ من خلال الجدول 1: أن الحالات كلهم من الذكور الذين يتراوح سنهم بين 24 و33 سنة، كما نلاحظ أن سبب البتر كان متشابها لديهم وتمثل في التعرض لحادث انفجار، وينطبق ذلك على نوع ومستوى البتر الذي كان متشابها لدى كل من عماد ومحمد اللذان تعرضا لبتر على مستوى الساق ، بينما كان أسوأ أنواع البترهو ذلك الذي تعرض له أمين، حيث تعرض للبتر على مستوى أحد الأطراف العلوية و أحد الأطراف السفلية، أما بالنسبة للفترة الفاصلة بين التعرض للبتر وتطبيق إجراءات البحث فقد تفاوتت لدى الحالات لتتراوح بين سنتين و 14 سنة.

2. حدود البحث:

2. 1. الحدود البشرية:

أجري هذا البحث على فئة جد متميزة تمثلت في فئة الراشدين من مبتوري الأطراف، الذين تعرضوا للبتر بسبب حادث أو مرض، وهنا يبرز أمر مهم يتعلق -حسب رأيي- بمدى تمثيلية حالات البحث للمجتمع الذي استهدفه، ولأننا اعتمدنا على طريقة المعاينة غير الاحتمالية من نوع المعاينة النمطية(أين قمنا باختيار أفراد تتوفر فيهم خصائص مجتمع البحث -أي يعتبرون بمثابة صور نمطية لنفس المجتمع الذي استخرجوا منه- ثم طلبنا منهم التطوع للمشاركة في البحث) يمكننا القول أننا لا نعرف إن كانت حالات هذا البحث ممثلة للمجتمع المستهدف أم لا. وفي هذا الصدد يقول موريس أنجرس: "في حالة المعاينة غير الاحتمالية فإن احتمال اختيار عنصر من مجتمع بحث ما غير معروف، ومن المستحيل معرفة إن كان لكل عنصر من البداية حظ مساو أم لا لأن ينتقى ضمن العينة، وإذا كانت العينة المكونة بهذه الطريقة ربما ممثلة، فإنه لا يمكن تقييم درجة تمثيليتها." (أنجرس، م.، 2013، ص. 302).

2. 2. الحدود الزمانية:

انطلق هذا البحث فعليا بداية من أكتوبر 2012 واستمر إلى غاية أوت 2016.

2. 3. الحدود المكانية:

تم تطبيق إجراءات هذا البحث بولاية باتنة (بالجزائر)، وقد أجريت المقابلات مع الحالة الأولى (عماد) بعيادة أحد أصدقائي (وهو معالج نفساني يشتغل بعيادته الخاصة وسط مدينة باتنة). بينما أجريت المقابلات مع الحالة الثانية (أمين) بأحد المكاتب التابعة لمركز باتنة الملحق بالديوان الوطني لأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها، والواقع أيضا بأحد أحياء مدينة باتنة. أما بالنسبة للحالة الثالثة (محمد) فمن أجل إجراء المقابلات معه تنقلت إلى منزله الواقع بإحدى البلديات التابعة لولاية باتنة.

3. منهج البحث:

نظرا لطبيعة موضوع البحث وأهدافه، تم الاعتماد على منهج دراسة الحالة، وذلك من أجل الفحص المعمق لحالات فردية، بهدف التعرف أولا على شكل استجابة المبتور بعد تعرضه لحادث مولد للصدمة (البتر). والتعمق ثانيا في فهم الكيفية التي أثر بها البتر على التوظيف النفسي للمبتور، ودراسة أهم العوامل التي تدخلت لترسم شكل استجابته. ولا ينبغي أن تفوتنا هنا الإشارة إلى أن منظور البحث (كما هو مذكور في عنوانه) هو منظور عيادي، أي هو منظور يعتمد على الدراسة المعمقة لحالات فردية ومتفردة من حيث كونها وحدات كلية متواجدة في وضعية.

4. أدوات البحث وإجراءات تطبيقها:

4. 1. المقابلة العيادية للبحث:

إعتمدنا على المقابلة العيادية للبحث في شكلها النصف موجه بهدف جمع معلومات تسمح بالإجابة على تساؤلات البحث وأهدافه، ومن أجل ذلك تم تصميم كل مقابلة وفق دليل يحتوي على مجموعة من المحاور، حيث يحتوي كل محور بدوره على مجموعة من الأسئلة، ويوضح الجدول التالي مجموعة المقابلات المستعملة، محاورها، وأهدافها:

الرقم	عنوان المقابلة	محاور المقابلة	أسئلة المقابلة	أهداف المقابلة
1	المقابلة التمهيدية	1- تقديم موضوع البحث والحصول على موافقة الحالة، 2- شرح مسار إجراءات البحث، 3- إطلاع الحالة على أخلاقيات استخدام المعلومات التي سيدلي بها.	انظر الملحق رقم (1)	شرح موضوع البحث، انتقاء أفراد العينة والحصول على موافقتهم للمشاركة في البحث، الاتفاق مع الحالة على طريقة العمل واطلاعه على محتوى المقابلات التي سيخضع لها وأخلاقيات استخدام المعلومات التي سيدلي بها.
2	مقابلة تاريخ الحياة.	1- البيانات المميزة ودوافع المشاركة في البحث، 2- مميزات البيئة والتاريخ الأسري والشخصي، 3- التاريخ التعليمي والمهني، 4- التاريخ الطبي، 5- التاريخ الجنسي والزواجي، 6- الاهتمامات والعادات	انظر الملحق رقم (2)	جمع بيانات الحالة والتعرف على دوافع مشاركته في البحث، جمع معلومات عن تاريخ حياة الحالة والتعرف على سيرورة نمو وتطور شخصيته، وعلى أهم العوامل المؤثرة فيها .
3	مقابلة المعاش النفسي لتجربة البتر وتأثيراتها	1- المعاش النفسي في مواجهة سبب البتر، 2- المعاش النفسي في مواجهة تجربة البتر وأهم العوامل المؤثرة، 3- المعاش النفسي بعد التعرض للبتر وأهم العوامل المؤثرة.	انظر الملحق رقم (3)	التعرف على الكيفية التي عاش بها الحالة سبب البتر واستجابته الآنية له، التعرف على الكيفية التي عاش بها الحالة خبرة تعرضه للبتر وردود فعله الآنية أثناء تعرضه لتلك الخبرة ،بالإضافة لأهم العوامل المتدخلة في تحديد استجاباته، التعرف على شكل استجابة الحالة (على المديين القريب والبعيد) بعد تعرضه للبتر، بالإضافة لمتابعة تأثيرات البتر على مختلف جوانب حياته ،وتحديد أهم العوامل التي تدخلت لترسم شكل استجابته.

الجدول (2): مجموعة المقابلات المستعملة، محاورها، وأهدافها.

وتجدر الإشارة إلى أننا سنقوم باستخدام معطيات المقابلات العيادية للبحث بشكل كيفي من أجل صياغة حالات البحث.

4. 2. الملاحظة:

وهي أداة لا يمكن الاستغناء عنها في المجال الإكلينيكي، وقد اعتمدنا على الملاحظة الحرة كأداة مكملة للمقابلة العيادية للبحث، وذلك لأننا نتواجد أثناء المقابلة في موقف تفاعلي مع الحالة ،مما يمكننا من ملاحظة: إيماءاته، استجاباته الغير لفظية، ردود فعله الانفعالية ... إلخ.

4. 3. اختبار تفهم الموضوع (T. A. T):

في إطار متابعة تأثيرات البتر على التوظيف النفسي للمبتور، وفي سياق دراسة استجاباته بعد تعرضه للبتر، وأهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجاباته تلك، ولأن منظور البحث هو منظور عيادي، سنعتمد على اختبار تفهم الموضوع (T. A. T) لدراسة ديناميكية استجابات المبتور بعد تعرضه للبتر، أي لدراسة الطريقة التي ينظم بها "أنا" المبتور استجابته في وضعية صراعية وهي وضعية الـ (T.A.T)، مع العلم أن استجابة الأنا لتلك الوضعية تتم باستعمال ميكانزمات الدفاع، كما أن تحديد نوعية ميكانزمات الدفاع المستخدمة لفك الصراع يسمح بالتعرف على نوعية التوظيف النفسي للفرد (أي على بنيته النفسية).

ومن أجل انتقاء مادة الاختبار وخطوات التطبيق، التنقيط والتحليل، سنعتمد على تقنية شنتوب (Shentoub, 1990)، والتي عرضتها في دليل استعمال اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) وفق مقاربة تحليلية نفسية*، ومن أجل التعرف على تقنية شنتوب تلك، سنحاول إذن التطرق لمجموعة العناصر التالية:

* Shentoub, V et *al*., (1990). Manuel d’utilisation du T.A.T : Approche psychanalitique. Paris : Bordas

4. 3. 1: الخلفية التاريخية والنظرية لتقنية شنتوب (Shentoub) :

ظهر اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) للوجود سنة 1935 بعيادة هارفرد النفسية، تلك الحاضنة الشهيرة لعلم النفس العيادي الأمريكي، والتي أصبح هنري موراي (Henry murray) -وهو مبتكر ذلك الاختبار- مديرا لها بعد مشوار طويل له كطبيب وبيوكيميائي، وقد كان اختبار تفهم الموضوع مكونا في صيغته الأصلية من 31 صورة، تقدم على مرتين، كما يمكن توزيعها في مجموعات موجهة بالترتيب إلى الراشدين من الرجال والنساء ، وإلى الأطفال من البنين والبنات الذين يفوق سنهم 10 سنوات، حيث تعرض تلك الصور شخصيات مختلفة من حيث السن والجنس تؤخذ في وضعيات محددة نسبيا ولكنها تترك مجالا للتأويلات، كما تعرض أيضا مناظر طبيعية مركبة بشكل قليل البناء نسبيا (Shentoub, V., *et al*, 1990, P. 5)

عرض موراي بعد ذلك (1938) نتائج نظريته في الشخصية في كتاب "استبارات الشخصية" الذي طرح فيه فرضية تقمص الراوي للشخصية الرئيسية (البطل) في المشهد، وعن طريقه يعبر عن حاجاته الخاصة، أما الأشخاص الآخرون فهم يمثلون الوسط الذي يحس به الفرد كضغط لتحقيق حاجاته. (سي موسي، وبن خليفة، 2010، ص. 165). لينشر موراي بعد ذلك الشكل النهائي للاختبار مرفوقا بدليله التطبيقي سنة 1943، حيث احتوى ذلك الدليل على ثلاث قوائم للمتغيرات الأساسية للشخصية.

ويرجع الفضل لبيلاك (L. Bellak, 1954) في إرجاع اختبار تفهم الموضوع للمسار الذي انطلق منه، وخاصة لنظرية التحليل النفسي، وذلك بتأكيده على الموقعية الثانية (هو -أنا- أنا أعلى)، وعلى دور الأنا ووظائفه، المقاومات والدفاعات. (Shetoub, V., *et al*, 1990, P. 6)، وبالموازاة مع محاولات بيلاك ظهرت من جانب آخر محاولات عديدة لتغيير طريقة موراي باقتراح تصنيفات جديدة للحاجات، إلا أنها بقيت مرتبطة بالجانب الشكلي للقصص دون تطوير تحليل خاص لمادة الاختبار، ولعل السبب في ذلك هو التمسك بمنظور "سيكولوجية الأنا" الذي أسسته مدرسة التحليل النفسي الأمريكي تحت كنف هارتمان. (سي موسي ، وبن خليفة، 2010، ص. 116).

رأت شنتوب منذ بداية أعمالها حول (T.A.T) (1954) أن جل تلك المحاولات قد ركزت كثيرا على الاستقلالية المطلقة للأنا في علاقته مع الطاقات المحايدة (neutralisées) واهملت الجانب الهوامي اللاشعوري، في الوقت الذي لا بد لهذا الأنا الشعوري الذي يقود الفعل أن يكون متفتحا على الخزان النزوي والطاقوي، وأن يكون أليفا مع الهوامات المحتواة في ذلك الخزان لكي يستمد منها قوته. (سي موسي، وبن خليفة، 2010، ص ص. 166- 167).

في نفس السياق تقول شنتوب: "عوضا عن الاستقلالية هنالك مجال للحديث عن علاقات متبادلة بين الأنا والأنظمة الأخرى للجهاز النفسي". (Shentoub, V., *et al*, 1990, P. 10)، وانطلاقا من هنا ذهبت شنتوب إلى أن ما ينبغي البحث عنه في بروتوكول T.A.T ليس النسج القصصي للصراع كما تتم روايته من طرف المفحوص على مستوى المحتوى الظاهري للقصة، وإنما ينبغي البحث عن الطريقة التي ينظم بها الأنا استجابته في وضعية صراعية تعرضها في نفس الوقت كل من المادة، التعليمة والوضعية في مجملها. ولكي تكون تلك الاستجابة ناجحة -حسب رأي شنتوب- ينبغي أن يتمتع الأنا باستقلالية نسبية تسمح له بأن يكون أليفا مع الهوامي، ينبغي عليه أن يمتلك القدرة على اللعب بين السجل الشعوري واللاشعوري، أن يمر بسلاسة من اللامعقول إلى المعقول والعكس، وبالتالي ينبغي أن يكون هنالك إدماج نسبي للجهاز الدفاعي، الذي يسمح للطاقة الحرة بأن تكون في خدمة الأنا الشعوري.

هكذا بدأت إذن أعمال شنتوب -كما ذكرنا سابقا- سنة 1954، حيث عارضت أبحاثها ومنذ البداية أعمال هنري موراي وتابعيه الذين حافظوا على اصطلاحه المتمثل في: نظرية الحاجات/ الضغوط ، البحث عن الدوافع، عن الصراعات ... إلخ. كما تجاهلت شنتوب أيضا مجموعة البحوث حول المتغيرات المعزولة (كالعدوانية، الحاجات الجنسية، الرغبة في تأكيد الذات ... إلخ) ، وحول علاقات الارتباط بين تلك المتغيرات والسلوك الظاهري للفرد، ورأت أن الـ T.A.T لا يكتسب قيمته إلا في ضوء مقاربة شمولية، وعليه اعتمدت على مصطلح "البنية الفردية" كمرجعية، حيث يشير هذا المصطلح -حسب رأيها- إلى الخطوط الكبرى المستقرة نسبيا للتنظيم العقلي، وإلى الأنظمة المنتقاة للحياة الداخلية والعلائقية لكل فرد، وفي الفترة الممتدة بين 1955 و 1962 تم توجيه الانتباه إلى شكل القصص، أي إلى مختلف نماذج الحوار التي تشهد على ميكانزمات الدفاع كما تظهر عادة في البنيات السيكوباتولوجية المعروفة، وانطلاقا من 1963 تم التأكيد على دور الأنا، وعلى وظائفه الشعورية واللاشعورية في فعل التنظيم المتعلق بـ "رواية قصص انطلاقا من منبه"، وفي سنة 1967 وبمناسبة بحث طولي حول مصير التظاهرات الرهابية - الوسواسية لدى الطفل برزت ضرورة صياغة نظرية حول T.A.T، ومن أجل ذلك رأت شنتوب أنه لا ينبغي الاعتماد على العناصر المتناثرة لنظرية التحليل النفسي، و لذلك اعتمدت على الميتاسيكولوجيا الفرويدية -مأخوذة في مجملها- كمرجع أساسي لها، وذلك من خلال الاعتماد على الموقعتين الأولى (اللاشعور، ما قبل شعور والشعور) والثانية (الهو، الأنا والأنا الأعلى)، بالإضافة لوجهات النظر الكلاسيكية الثلاث: الدينامية، الاقتصادية والموقعية، دون الخلط بين الوضعية التحليلية النفسية ووضعية الـ T.A.T، بين التداعيات الحرة المحصلة داخل العلاج التحليلي والتوهمات التلقائية المعطاة للـ TAT.

وهكــذا تجســدت نتــائج أعمالهــا اللاحقــة بالاشــتراك مــع ر. دوبــراي (1969-1974) بعـرض تقنيـة تحليـل وتفسير الاختبـار انطلاقـا مـن المسـلمات النظريـة المقدمـة فـي إطـار مـا يسـمى "سـياق TAT".(سـي موسـي، وبـن خليفـة، 2010، ص. 167)، وتعنـي نظريـة "سـياق الــ TAT" (théorie du « Processus TAT ») بكلمـات شـنتوب: "مجموعـة الآليـات العقليـة المشـاركة فـي هـذه الوضـعية الفريـدة: أيـن يطلـب مـن المفحـوص أن يتخيـل قصـة انطلاقـا مـن اللوحـة، وبتعبيـر آخر أن يصوغ توهما انطلاقا من واقع ما". (Shentoub. V *et al.*, 1990, P. 26).

4. 3. 2. وضعية الـ TAT (La situation TAT):

ترى شنتوب أن مجموعة الميكانزمات (أو الآليات) العقلية المشكلة لسياق TAT لا يمكن التطرق إليها إلاّ من خلال التطرق للوضعية التي ولّدتها، حيث تسمى تلك الوضعية بوضعية الـ TAT، وتتكون وضعية الـ TAT -حسب رأي شنتوب (Shentoub, 1990)- من ثلاث معالم رئيسية وهي: المادة، التعليمة، وحضورالنفساني العيادي (le matériel, la consigne et la présence du psychologue clinicien) .

تتجسد مـادة الاختبـار فـي مجموعـة الصـور التـي تعـرض للمفحـوص، والتـي تتعلـق حسـب رأي مـوراي بــ "وضـعيات إنسـانية كلاسـيكية"، أمـا بالنسـبة لشـنتوب فهـي تتعلـق بوضـعيات تبعـث لــ "صـراعات عالميـة"، فمهمـا كانـت طبيعـة اللوحـة هنالـك -حسـب رأي شـنتوب- مرجعيـة دائمـة لمـا يميـز الطبيعـة البشـرية، وذلـك حسـب طريقـة اسـتعمال ومعالجـة كـل مـن الليبيـدو والعدوانيـة، سـواء تعلـق الأمـر بسـجل الإشـكالية الأوديبيـة التـي تحـرض الفـروق بـين الجنسـين وبـين الأجيـال، أو بسـجل إشـكالية أكثـر بدائيـة، كمـا تـرى شـنتوب أن سـير الاختبـار يـدعو المفحـوص للـدخول فـي تلـك "القوالـب المتتابعـة"، يـدعوه لتشـكيل وتعـديل تمثلاتـه، عواطفـه وحتـى دفاعاتـه، كمـا يـدعوه أيضـا لبناء القصة مع الصدى المتعلق بمستوى الإشكالية الموحى به.

بالإضــافة لــذلك رأت شــنتوب أن درجــة بنــاء الصــور (أي مــادة الاختبــار) هــي غالبــا مبتذلــة وفــي نفــس الوقــت غامضــة قلــيلا فــي عــرض شخصــيات وأشــياء، وأمــام مــادة كهــذه (محــددة موضـوعيا ولكـن لهـا صـدى مـع الصـراعات العالميـة) افترضـت أن كـل صـورة مـن صـور الاختبـار تحتـوي علــى "محتـوى ظــاهري" (يتمثـل فــي العناصـر الرئيسـية المعروضـة: شخصـيات، سـنهم، جنسـهم، أشـياء ... إلـخ)، و"محرضـات كامنـة" مـن شـأنها أن تعيـد تنشـيط مسـتوى أو آخـر لإشـكالية مــا، وانطلاقــا مــن هنــا وضــعت شــنتوب مســلمة مفادهــا أنــه يتواجــد علــى مســتوى مــادة الاختبــار تنــاقض داخلــي -ينبغــي استكشــافه- بــين المحتــوى الظــاهري الــذي يضــع حــدود التــوهم مــن خــلال

إدخاله لمبدأ الواقع، والمحرضات الكامنة التي تعيد تنشيط الآثار الذكروية الذاتية المتعلقة بالهوامات الأصلية والتي تدخل هي الأخرى مبدأ اللذة.

إن هذا التناقض الداخلي متواجد أيضا على مستوى تعليمة الاختبار، ونصها: "تخيل (ي) قصة انطلاقا من اللوحة" (imaginez une histoire à partir de la planche)، أين يكون المفحوص مدعوا للتحكم الشعوري (أي لضرورة التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة، بناء قصة منطقية، متكاملة وقابلة للإيصال للآخر) ،وإذن لضرورة الخضوع لمتطلبات المراجعة الثانوية، ومع ذلك فهو مدعو في نفس الوقت لضرورة تخفيض عتبة التحكم (أو الرقابة) من أجل التمكن من الانسياب في عملية التخيل (مما يعني النكوص، والمرور للهوامات والسياقات الأولية)، وإذن فما يميز هذه التعليمة هو- كما تقول شنتوب- :" ضرورة ربط التيارين ودمجهما في نفس التيار، الانسياب ولكن مع التحكم بطريقة تمكن من تحويل تمثلات الأشياء إلى تمثلات للكلمات، تقبل العواطف كما يعرضها التيار النكوصي، ولكن مع غربلتها بطريقة تمكن من التكفل بها من طرف التفكير." (Shentoub, V., *et al*, 1990, P. 28)

وأخيرا يعتبر النفساني الاكلينيكي -بحضوره- عنصرا مكونا لوضعية TAT، حيث يستثمر الاكلينيكي من طرف المفحوص حتى قبل أن يلتقي به، فهو كما تقول شنتوب: " ككل موضوع مستثمر حتى قبل أن يتم إدراكه" (Shentoub, V., et al, 1990, P. 28).

ويعتبر حياد الاكلينيكي ضروريا، ولكن ذلك الحياد -حسب رأي شنتوب- هو هدف ينبغي الوصول إليه أكثر من كونه معطى مباشر، ويتم التشكيك في ذلك الحياد من طرف المفحوص بسبب الاستجابات التحويلية التي تحرضها الوضعية، أين يستثمر شخص الاكلينيكي إيجابيا، سلبيا أو بطريقة متناقضة. وهكذا فقد يعاش على أنه سلطة تفرض وتتحكم، أو جهة اختصاص متساهلة ... إلخ. ومن جهة أخرى يتم التشكيك في ذلك الحياد أيضا من طرف الاكلينيكي حيث يؤثر سلوكه الشعوري واللاشعوري على نمط استجابة المفحوص، وعليه ينبغي أن يتمسك الاكلينيكي بتصرف يترجم ازدواجية دوره، عليه أن يكون حاضرا بحيادية، لا يتدخل لا يطرح أسئلة، يمتنع عن أي حكم وعن أي علاقة حقيقية، وفي نفس الوقت عليه أن يفرض المادة والتعليمة، ويسجل حوار المفحوص، مما يجعله ممثلا للهوام والواقع في نفس الوقت، فالإكلينيكي كما تقول شنتوب: "كمجموع الوضعية، حامل لقاعدة تتمثل في تحريض كل من الرغبة والدفاع." (Shentoub, V., *et al*, 1990, P. 29).

4. 3. 3. وصف مادة الاختبار:

يتكون الاختبار في أصله من 31 لوحة فيها تصاوير ورسومات مبهمة أغلبها مشكلة من شخص (12 لوحة) أو أشخاص (15 لوحة)، في حين تصور لوحات أخرى نادرة (3 لوحات) مشاهد طبيعية مختلفة، بالإضافة إلى لوحة بيضاء (رقم 16)، تحمل هذه اللوحات أرقاما على ظهرها من 1 إلى 20، لأنها غير موجهة في مجملها لكل الفئات من السن والجنس، فمنها ما هو مشترك لدى كل الأشخاص، وهي عادة تحمل رقما فقط (عددها 11 لوحة)، أما الأخرى الباقية فهي متغيرة حسب السن والجنس، يكون فيها الرقم التسلسلي مصحوبا بالحرف الأول من الكلمة الأصلية بالإنجليزية: B= boy -ولد، G= girl -بنت، M= male -رجل، F= female- امرأة .(سي موسي، وبن خليفة، 2010، ص ص. 167-168).

تقول شنتوب: "من الطبعة الأصلية التي تحتوي على 31 لوحة، لا نحتفظ سوى باللوحات التي تعتبر الأكثر ملاءمة والأكثر دلالة." (Shentoub, V., *et al*, 1990, P. 39)، وهكذا إذن ومن بين الـ 31 لوحة الأصلية تم اختيار : "تلك التي هي أكثر دلالة وأكثر ملاءمة لديناميكية سياق TAT، وتتمثل في 18 لوحة من 31، بمعدل 13 لوحة لكل صنف.". (سي موسي، وبن خليفة، 2010، ص. 168). كما تتمثل تلك المختارة في كل من اللوحات: 1، 2، 3BM، 4، 5، 6GF، 6BM، 7GF، 7BM، 8BM، 9GF، 10، 11، 12BG، 13B، 13MF، 19 و16، وتطبق هذه اللوحات في حصة واحدة، إذ تقدم اللوحات الواحدة تلو الأخرى مراعين في ذلك الأرقام والإشارات الموجودة وراءها (شرادي، 2011، ص. 103). أما بالنسبة للوحات الموجهة للراشدين الذكور (أي الرجال) فهي تتمثل في كل من اللوحات: 1، 2، 3BM، 4، 5، 6BM، 7BM، 8BM، 10، 11، 13MF، 19 و16. حيث تقدم هذه اللوحات بنفس الترتيب الذي أوردناها به.

وللاطلاع على كل من المحتوى الظاهري (matériel manifèste) والإلتماسات الباطنية (sollicitation latentes) لكل لوحة من لوحات الاختبار، نحيل القارئ إلى الدليل الأول لشنتوب (Shentoub. V *et al.*, 1990) والمعنون بـ « Manuel d'utilisation du T.A.T : approche psychanalytique ».

4. 3. 4. خطوات تطبيق الاختبار:

يطبق الاختبار حاليا في حصة واحدة بالعدد المذكور أعلاه من اللوحات (13 لوحة لكل صنف من الأشخاص)، واحتفظ بتعليمة ملخصة أساسا على الشكل التالي: "تخيل (ي) قصة انطلاقا من اللوحة." (سي موسي، وبن خليفة، 2010، ص. 174).

قبل بدء الاختبار، إن كان الفاحص يجري مقابلات أو اختبارات أخرى على المفحوص فينبغي عليه أن يعلمه أنه سيخضع لاختبار TAT (في نهاية تلك المقابلة أو ذلك الاختبار)، وأثناء بدء الاختبار توضع اللوحات مرتبة ومقلوبة في الجهة اليسرى من المكتب، ويعرف الفاحص المفحوص بالاختبار، ليبدأ الاختبار بعد ذلك من خلال التلفظ بالتعليمة ومنح المفحوص اللوحة الأولى، وقد تكيف التعليمة حسب اللغة المستعملة من طرف المفحوص دون الإخلال بصيغتها وبمعناها الأصلي.

يستقبل أغلب الأفراد التعليمة ببساطتها فيبدؤون مباشرة في سرد القصص، أما بعض الأفراد فيجدون صعوبة في الانطلاق ويطلبون توضيحا خاصة من حيث كيفية التحليل أو كيفية الانطلاق: كالاستفسار عن لغة التعبير، أو طلب الاختيار بين وصف الصورة أو الاعتماد على التخيل، أو عبارات مثل: "هل أعطي صورة على اللوحة؟"، "كيفاش قصة؟"، "مافهمتش مليح !"، "نخمم أو نحكي؟"، وهي عبارات تبرز صعوبة الانطلاق في تشكيل القصص، وحاجتهم إلى مساعدة الفاحص كسند، كما تمثل بعض هذه الاستجابات مواقف دفاعية تدخل في سياق الفحص والاختبار، قد تزول بسرعة لدى البعض، أو تبقى مستقرة عبر كل إنتاج البروتوكول لدى البعض الآخر، ويتدخل الفاحص من أجل مساعدة هؤلاء المفحوصين على الانطلاق، وبمجرد مباشرة المفحوص التعبير يبدأ في تسجيل كل ما يصدر عنه من كلام يتلفظ به بحذافيره ودون تغييره، أو كل تصرف تجاه المادة أو الفاحص، دون إغفال تسجيل وقت الكمون والوقت الكلي للوحة (سي موسي وبن خليفة، 2010، ص ص. 175- 176).

ويعني زمن الكمون (temps de latence) الزمن المستغرق بين عرض اللوحة على المفحوص وانطلاقه في التعبير، أما الزمن الكلي للوحة (temps total par planche) فيعني الزمن المستغرق بين عرض اللوحة على المفحوص وانتهائه منها، أي من رواية القصة المتعلقة بها*، وبالإضافة لتسجيل الزمنين ينبغي -كما ذكرنا أعلاه- تسجيل حوار المفحوص بحذافيره، وبنفس اللغة والصياغة التي يورده بها** .

في الحالة المثالية -ومن حيث المبدأ- لا يتدخل النفساني (أو الفاحص) أثناء سير الاختبار (وسرد القصص)، ولكن هذا لا يعني انه ليس عليه التدخل أبدا، فبإمكانه كما تقول

* على المستوى التطبيقي لاحظت أن أغلب النفسانيين الذين التقيت بهم يستخدمون عادة لقياس هذين الزمنين عداد الزمن -أو كرونومتر- (chronomètre)، وغالبا عداد زمن الهاتف النقال، واضعين ذلك الهاتف على المكتب، في حين لا توصي شنتوب باستخدام عداد الزمن، وتقترح بدلا من ذلك استخدام ساعة يد لا تجلب الانتباه، ولكن دون إخفائها.

** وترى شنتوب أن استخدام آلة التسجيل (magnétophone) يبقى إشكاليا، وذلك لأنه يدخل متغيرا جديدا على الوضعية، فقد يحرك استخدامه شعورا سلبيا أو إيجابيا، ولكنه لا يكون أبدا من غير تأثيرات.

شنتوب :" أن يتدخل إذا رأى أن الضرورة تقتضي ذلك، بشرط أن يتجنب بعض المنزلقات كالإيحاء أو الأحكام القيمية" (Shentoub, V., *et al*, 1990, P. 41)، وإذن تكون التدخلات أثناء سرد القصص نادرة جدا، إلا في الحالات التي لا يستطيع بعض الأفراد الاستمرار في السرد، أو الذين يظهرون كفا شديدا تجاه الوضعية، فنساعدهم بتشجيعهم على مواصلة التعبير أو نكرر لهم التعليمة (في بداية الفحص) لتحرير تخيلاتهم أكثر في إطار ما يبدو لهم في الصورة (سي موسي، وبن خليفة، 2010، ص 176)، ويأخذ النفساني بعين الاعتبار تدخلاته وأثرها في تقييم سير الاختبار، فقد يشير مثلا إلى أنه قد تم الإحساس بها كدعم، كسند أو على العكس: كتثبيطات، كاعتداءات أو اضطهاد. (Shentoub, V., *et al*, 1990, P.4)، وتجدر الإشارة هنا إلى أن اللوحة 16، وهي لوحة بيضاء، تتطلب غالبا إعادة تكرار التعليمة لأنه يصعب عادة بناء إجابة أمامها.

تستدعي هذه الصعوبات أمام هذه المنبهات مراعاة أن نهاية أي فحص يمثل نوعا من الفقدان وانقطاعا للعلاقة التحويلية الإيجابية التي أقيمت خلال التطبيق، لهذا نطلب من المفحوص في الأخير إبداء رأيه في الوضعية التي مر بها، وكيف كانت إحساساته. يعتبر هذا نوعا من التحضير لإنهاء عملية الفحص على شكل مقابلة عفوية، وذلك يساعد على طمأنة المفحوص وعدم الانقطاع المباشر عن الوضعية المستثمرة. (سي موسي، وبن خليفة، 2010، ص. 177).

4. 3. 5. شبكات الفرز وسياقات TAT :

لقد طرأت تعديلات كثيرة على الشبكة الأصلية التي عرضتها ف. شنتوب لأول مرة في مقال لها تحت عنوان "مساهمة في البحث عن صدق اختبار تفهم الموضوع: شبكة الفرز" (1958)، وقد توصلت بالتعاون مع ر. دوبراي (1969، 1978، 1987، 1990) إلى آخر شكل لها في سنة 1990، وهو الشكل الذي نعتمد عليه في تنقيط البروتوكولات. (سي موسي، وبن خليفة، 2010، ص. 188).

وتحتوي شبكة شنتوب (1990) على أربع سلاسل (أو فئات) كبرى من السياقات، حيث تتمثل هذه السلاسل -كما لخصها سي موسي وبن خليفة (2010)- في:

1. سلسلة السياقات A، وهي ممثلة لأسلوب الرقابة المرتبطة بالصراع الداخلي
2. سلسلة السياقات B، وتمثل أسلوب الهراء (labilité) المتعلق بالصراع العلائقي
3. سلسلة السياقات C، وهي تمثل تجنب أو كف الصراعات
4. سلسلة السياقات E، وهي ممثلة لبروز السياقات الأولية التي تظهر على شكل اضطرابات اللغة أو قوة وحدة التصورات والوجدانات.

وللاطلاع بشكل مفصل على هذه السلاسل، وعلى شبكة الفرز (feuille de dépouillement) لشنتوب 1990، أحيل القارئ باللغة الفرنسية إلى دليل شنتوب (1990): « Manuel d'utilisation du T.A.T: approche psychanalytique »"*، كما أحيل القارئ باللغة العربية إلى الجزء الأول من كتاب "علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي" لكل من سي موسي وبن خليفة (2010)**.

4. 3. 6. تحليل إختبار T.A.T :

تقول شنتوب: " ترتكز طريقة تحليل بروتوكول الـ TAT أساسا على دراسة سياقات الحوار المستعملة في بناء القصص، وارتباطاتها مع الإشكاليات التي تسعى لمعالجتها." (Shentoub, V., *et al*, 1990, P.63)، وتشتمل عملية التحليل -حسب شنتوب (1990)- على مرحلتين، حيث يتم في المرحلة الأولى تحليل اللوحات واحدة تلو الأخرى، وتتضمن هذه المرحلة الأولى بدورها إجراءين وهما: فك تشفير (décryptage) سياقات بناء الحوار بمساعدة شبكة الفرز، واستخراج الإشكاليات التي يتم التطرق لها من طرف المفحوص في مواجهة اللوحات. أما في المرحلة الثانية فيتم إنشاء تركيب -أو تلخيص- (synthèse) للمعطيات التي تم جمعها، حيث يتم بناء ذلك التركيب من خلال إجراءين وهما: أولا تجميع مختلف سياقات بناء الحوار المستعملة من طرف المفحوص على مستوى شبكة الفرز.و ثانيا استخراج أنماط التوظيف النفسي المعروضة داخل خبرة الـ TAT، واقتراح فرضيات متعلقة بالتوظيف النفسي للمفحوص.

ولا نكتفي في تجميع السياقات بالتحليل الكمي الذي يقوم على معاينة السياقات المستعملة بتكرار أعلى أو أدنى، أو كما يعمل به إسقاطيو جامعة باريس 5 في حساب تكرار السياقات من حيث كونها حاضرة (+) أو متكررة (++) أو مستعملة بكثرة (+++)، كما يجب توظيف تلك السياقات من حيث نوعيتها ووظائفها في الخطاب وكذا ارتباطاتها فيما بينها في إرصان إشكالية كل لوحة بمفردها، ومن ثم إرصان الإشكالية العامة المستخرجة من جميع اللوحات بعد ذلك، وهذا ما يشكل دعامة التحليل الكيفي، ونفضل الحساب العددي لتلك السياقات لكي نضبط بدقة أكثر الثقل الذي يؤثر به سياق ما على بناء القصة بالنسبة إلى سياق آخر، ومهما يكن فإن ذلك الضبط العددي لا يمثل هدفا في حد ذاته، بل وسيلة فقط لدراسة دينامية تلك السياقات في معالجة الإشكاليات النفسية المستخلصة من التقاء وتداخل المحتوى الظاهري

* Shentoub. V et al., (1990), Manuel d'utilisation du T.A.T : Approche psychanalytique. Paris : Bordas. A partir de la Page 68.

** سي موسي عبد الرحمان ،وبن خليفة محمود (2010). علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي: الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطية (ج1). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. ص 189.

والباطني للصورة في نفسية أو عقلية المفحوص (...) وإذن نعمل بمنهجية التحليل التي تقوم على اتباع المراحل التالية: تفكيك القصص عن طريق التنقيط في كل لوحة واستنتاج إشكاليتها، تجميع السياقات في شبكة الفرز، واستنتاج الفرضية التشخيصية للتنظيم النفسي. (سي موسي ،وبن خليفة، 2010، ص ص. 190-191).

وأخيرا بالنسبة لإجراءات تطبيق أدوات هذا البحث، نشير إلى أننا نلتقي في البداية أثناء المقابلة التمهيدية مع الحالة لنشرح له طريقة العمل من خلال اطلاعه على المقابلات التي سيخضع لها: عددها، محتواها، مواعيد ومكان إجرائها، لنلتقي معه في المرة الثانية من أجل إجراء مقابلة تاريخ الحياة، وفي المرة الثالثة من اجل اجراء مقابلة المعاش النفسي لتجربة البتر وتأثيراتها، وفي المرة الرابعة والأخيرة من أجل تطبيق اختبار TAT.

وتجدر الإشارة أيضا إلى أن مواعيد المقابلات تضبط بالاتفاق مع الحالة حسب ما تسمح به رزنامة أوقاته، كما أن مكان المقابلات يقترح من قبل الباحث، فإن لم يستطع الحالة الإلتحاق بالمكان المقترح، يتنقل الباحث إلى المكان الذي يتم الاتفاق عليه مع الحالة حسب ما تسمح به ظروفه وقدرته على التنقل، ولضمان إتصال فعال ، ولأن البحث أجري بولاية باتنة، تجرى المقابلات العيادية باللغة الدارجة(أو العامية) المتداولة بهذه المدينة (أين يقطن كل من الباحث وحالات البحث) مع العلم أنني(أي الباحث) لا أتقن اللغة الشاوية المتداولة بضواحي وقرى مدينة باتنة ، ويهدف هذا الاجراء لمراعاة لغة الحالة التي يستخدمها عادة في حياته اليومية للتعبير عن افكاره، مشاعره، مشاكله ...إلخ، أما بالنسبة للزمن المستغرق أثناء المقابلة فيقدر الباحث أنه قد يتراوح بين 40 دقيقة و 1 ساعة، ولكن يبقى ذلك مجرد تقدير، حيث تنتهي المقابلة بعد تحقق أهدافها، أو بطلب من المفحوص ليتم استئنافها لاحقا (باستثناء مقابلة الـ TAT التي ينبغي إجراؤها في حصة واحدة).

بعد المقابلة الأخيرة يفتح الباحث حوارا عفويا مع الحالة، ويمنحه رقم هاتفه ليتمكن من الاتصال به إن كانت لديه استفسارات أو أراد توجيهات ... إلخ، وذلك من أجل ترك المجال مفتوحا للحالة وعدم الانقطاع المباشر عن العلاقة الاكلينيكية التي أقيمت أثناء تطبيق أدوات البحث، والتي قد تثير صراعات نفسية أو تحرك مشاعر تحويلية.

الفصل السادس: تقديم وتحليل حالات البحث

1. تقديم وتحليل الحالة الأولى: عماد ،29 سنة.

2. تقديم وتحليل الحالة الثانية: أمين ،33 سنة.

3. تقديم وتحليل الحالة الثالثة: محمد ،24 سنة.

4. حوصلة عامة عن الحالات في ضوء أهداف البحث.

1. تقديم وتحليل الحالة الأولى: عماد، 29 سنة:

عماد هو شاب عازب يبلغ من العمر 29 سنة، ويعيش -وقت إجراء المقابلات- مع والدية وإخوته بمدينة (س)، أين أتم دراسته الجامعية ليشغل بإحدى ثانويات تلك المدينة وظيفة أستاذ مستخلف، والتي يرى بأنها "مهنة شريفة ذات مسؤولية عظيمة". في أول لقاء معه كان عماد يرتدي ملابس شبابية أنيقة ومتناسقة مع بنيته الجسدية القوية، ويمشي بطريقة سلسة تخفي إصابته بحيث يصعب على الملاحظ أن يميز بأنه يرتدي ساقا اصطناعية، كما كان يتواصل بسهولة ويتكلم بلغة دارجة واضحة أحيانا، ليلجأ أحيانا أخرى إلى الحذر والتحفظ والتكلم بلغة عربية فصحى والتواصل بطريقة تشبه كثيرا طريقة إلقائه للدرس في القسم، ويرجع عماد دوافع تطوعه للمشاركة في البحث إلى ميوله الشديدة لعلم النفس ويضيف: "والعلاج، حاب نـ Démarrer، ننطلق في مشروعي، واش راهو حاكمني باش ننطلق !".

كشفت قصة حياته المفصلة أنه كان الابن الخامس ضمن أسرة تتكون بالإضافة إلى الأب والأم من ثمانية أولاد: ثلاث بنات وخمسة ذكور، حيث قضى طفولته الأولى في بيئة قروية محافظة ومتواضعة، مع أسرته تلك التي كانت تعاني من فقر انعكس عليه في شكل حرمان من الحاجات الضرورية، والتي لخصها في:" القش، الألعاب، المصروف، الماكلة وخاصة اللبسة". وبالرغم من أن عماد كان مستوعبا لذلك الحرمان حيث كان يفسره كما قال: "كنت فاهمها بلي الله غالب"، إلا أن ذلك خلق لديه شعورا بالنقص ترجمه في قوله: " إنسان كي يعود موش لابس، مايهدرش مليح، مايقراش مليح..."، وبالإضافة لذلك عانى عماد في طفولته من "الحقرة تاع الجيران"، التي قابلها غياب الأب من حين لآخر بسبب سفره للعمل في مدينة أخرى: "باباك ماكانش راهو في الصحراء ... يضربك ويزيد" ، وأمام عجزه عن مواجهة تلك "الحقرة" المرفوقة بغياب الحماية الأبوية يقول عماد: "كنت نبكي، تحس بكري بلي راك مظلوم ... ماكانش لي يديفوندي عليك ... مانشتيش الحقرة"، وقبل أن نتقدم قليلا لنوجه انتباهنا هنا لعبارة "باباك ماكانش ... يضربك ويزيد" والتي يبدو بأنها تحمل دلالة مزدوجة في النظام الذاتي المرتبط بالعالم الداخلي لعماد، فبالرغم من أنها ترتبط ظاهريا بـ "حقرة الجيران" وتعني أن من كان يقوم بضربه هو أحد هؤلاء الجيران، فقد تم التصريح بها عن طريق العلاقة التحويلية في شكل إسقاط ليحل التعبير "باباك ماكانش ... يضربك ويزيد" مكان التعبير "بابا ماكانش ... يضربني ويزيد"، وفي الواقع هذا هو ما كان يحدث فعلا حيث كان عماد يتعرض في صغره للضرب من طرف والده، ليروي لنا هذه المرة تفاصيل ما عاشه بالقول: "بابا عنيف ،يكرهني، وكان يضربني، وللضرك راهو باغي يضربني، يعذبني عن جهل، في الصغر كنت

نسكت وضرك ماتخبيش في قلبك، تصارحو وتقولو موش هكذا يديرو الناس"، ولا شك أن لجوءه للإسقاط من جديد أثناء محاولته التعبير عن معاناته والتصريح بها لأبيه: "ماتخبيش في قلبك ... تصارحو ..." يبرز ثقل تلك المعاناة وأيضا صعوبات التعبير عنها، حيث يجيب عماد عن سؤال مرتبط بإحساسه أثناء تعرضه للضرب والتعنيف من طرف أبيه بالقول: "ماعندكش باباك"، وهو تصريح يختفي وراءه الكره وصعوبات تسيير العدوانية المرتبطة لا شعوريا بالموقف الأوديبي وبهوامات قتل الأب وأخذ مكانه بجانب الأم، هذه الأخيرة التي لا يستطيع عماد التعبير عن علاقته بها إلا في شكل مبتذل: "مّا الوطن، حاجة تحتويك، الأم لعبت كل الأدوار، يمّاك ... معلم، ويمّا نبغي نرجعلها الخير تاعها، إذا وصلت لبلاصة بفضلها، هي وربي سبحانه"، وأمام هذا الوضع يصف عماد نمط تعلقه بوالديه فيقول "مع الأم مرتاح، ومع الأب هايب"، كما يصف أيضا أسلوب تربيته من قبلهما قائلا: "الأسلوب التقليدي: العصا"، ويرى أن ذلك الأسلوب قد تغلب عليه الجانب العقابي، وأن الشيء الوحيد الذي تعلمه منه هو: "النظام، نظام عسكري، حتى لو لم تكن منظم ، لو كان مانلقاش حاجة منظمة نجن".

إذن وفي مواجهة كل من الحرمان المرتبط بنقص الحاجات الضرورية والذي يؤثر حسبه على تقدير الشخص لذاته :"إنسان كي يعود موش لابس ما يهدرش مليح، مايقراش مليح..."، و "حقرة الجيران" المرفوقة بغياب الحماية وعجزه عن التصدي لها، حيث كان يواجهها بالبكاء ويحس تجاهها كما قال: "بلي راك مظلوم ماكانش لي يديفوندي عليك" طور عماد منذ صغره رغبة في النجاة والنجاح على شكل هوسي حيث أخبرني وهو يتحدث عن طموحاته المستقبلية حينما كان صغيرا أنه يريد أن يصبح: "التفكير في المستقبل، بطبيعة الحال أن أصبح ..."، في الواقع لم يخبرني أبدا عن ما كان يريد أن يصبح عليه، وربما لم تكن لديه تصورات محددة عن ذلك، ولكن المهم أنه أخبرني بأنه كان يتخيل نفسه في المستقبل: "ديما في السماء، ريادي، الأول في أي حاجة نديرها" هذا من جهة، أما من الجهة الأخرى فقد ترابط أسلوب تربيته الذي تغلب عليه الجانب العقابي والنظام الصلب وضرب أبيه له مع تفتح حياته الجنسية في سن مبكر: " منين كنت صغير شفت زوج ... في بعضاهم، كنت أقل من 6 سنين، هيجوني نفسيا، شفت زوج في السرير، هيجوني نفسيا، ومبعد الـ sexe لي نحكمو مانرحموش، كانت حياتي الـ sexuelle ناشطة فوق العادة، كي شفت هاذو العريانين قل من 6 سنين ..." وسواءا كانت هذه الذكريات واقعية أو هوامية، فإن رد الفعل عليها وعلى غيرها من خبراته الجنسية المبكرة قد كان قويا حيث ترجمه في قوله: "الجنس ... دخلولي لحكاية في راسي بلي راهو حرام ... مع طفلة، قضاو عليا"، ووراء تصريحه هذا يختفي الوقع الشديد لقلق الخصاء

المرتبط بثقل الممنوع، والذي ربما سيتدخل بقوة لاحقا في تشكيل بنيته النفسية في مناخ ينبغي عليه فيه أن يتراجع عن رغباته الجنسية خوفا من العقاب الشديد الذي سيلحق به إثر التعبير عنها، وأن يسير كرهه وعدوانيته تجاه أبيه في إطار موقف يكاد يتكثف فيه كل من "ضرب الأب" و "حقرة الجيران" ليضطهدانه، ويضيف عماد: "كون زوجت مولا 12 سنة".

بعد بلوغه سن الخامسة عشر، وبعد تحصله على شهادة التعليم الأساسي، انتقل عماد رفقة عائلته لقضاء العطلة الصيفية ببيت جده الواقع وسط القرية (ع)، والتي قضى بها أوقاتا جميلة حيث تجول ولعب على مدى الثلاثة أيام الأولى، ليدوس في اليوم الرابع على لغم أرضي ويتعرض لانفجار ذلك اللغم المضاد للأشخاص، حيث يروي لنا تفاصيل معاشه النفسي الذي ميزته استجابة ضغط تفارقية سريعة تمثلت في تبدد الواقع لحظة الإنفجار قائلا: " كي طرطقت واحد الـ 10 secondes كنت تبالي بلي نحلم مانيش فايق، ومبعد تكاكيت مع روحي، شفت رجلي هكذاك ...، وحنا كنا نعرفو بلي بلاصة تاع إرهاب، وهاهو هذاك طارت رجلو ديرولو Prothèse يولي يمشي normal"، ولا يذكر عماد ما حدث بعد ذلك، وكل ما يذكره هو قدوم جده الذي ربط رجله المصابة وحمله ليتوجه به إلى المستشفى، حيث يعبر هذه المرة عما عاشه لحظة وصوله للمستشفى فيقول: "كي دخلنا للسبيطار دارولي التحاليل، ينحيو ويانجيكتيو، أنا كنت حاسب بلي راح طير رجلي وراح نموت ... كنت حاط بلي راح نموت". ليتم بعد ذلك بتر ساقه اليسرى في إطار استعجالي أين أمضى جده على قرار البتر. وفي الواقع نشهد هنا على حضور بعض عناصر اضطراب الضغط الحاد (الموصوف في DSM-IV-TR) متمثلة خاصة في حضور أحد شروط المعيار (A): التعرض لتهديد وخطر الموت، بالإضافة لبعض الأعراض التفارقية المرتبطة بالمعيار (B) والتي تجسدت خاصة في تبدد الواقع أثناء تعرضه للحادث، ونساوة تفارقية بعد التعرض له، حيث بالإضافة لنسيانه لما حدث في خلال الفترة الفاصلة بين تعرضه للانفجار وقدوم جده، نسي عماد أيضا ما حدث وما كان يحدث في خلال فترة الخمسة أيام التي قضاها في المستشفى بعد تعرضه للبتر، مما يؤكد على الطبيعة الصدمية لحادث الانفجار الذي تعرض له، وعلى تأثيراته القوية التي تجسدت في تحريض استجابة ضغط مجاوزة للحد في تلك الفترة، ويضاف لتلك التأثيرات وقع البتر في حد ذاته، حيث يجيب عماد في هذا السياق عن سؤال متعلق بإحساسه وهو يرى ساقه مبتورة لأول مرة بتأفف وتأوه متبوعان بفترة من الصمت ارتسم في خلالها على ملامحه كل من الحزن والألم، لينطق بعد ذلك قائلا: "تشوف رجلك طايرة آ حبيبي... كارثة ".

بعد خروجه من المستشفى وعودته لمنزله، يصف عماد حالته النفسية في خلال الثلاث أشهر الأولى قائلا: "كنت مقلق، نعيط على الدار، نكسر، ساعات تبكي ... رجلك ماكانش، كنت مارق مع الدار، ومانتعاملش مليح". وسواءا كان هذا التفريغ الانفعالي مرتبطا بحالة الضغط التي عانى منها، أو مرتبطا - وهو الاحتمال الذي أرجحه- باستجابة الحداد والفقدان التي يدخلها البتر، فهو مفيد في كلتا الحالتين، حيث يشهد -في حالة الضغط- عن تفريغ انفعالي متأخر ومرتبط بخمود للضغط في المرحلة ما بعد-الآنية،مما يقيه من تطوير اضطراب صدمي مزمن، حيث لم نسجل أعراض اضطراب من هذا النوع لدى عماد. أما في الحالة الثانية المرتبطة بالحداد :" دللوني mais طايرة رجلك..." فيفيد مثل ذلك التفريغ الانفعالي المرتبط بمرحلة رفض واقع الفقدان بتسهيل المرور لمرحلة قبول ذلك الفقدان ولو جزئيا، أي قبول واقع الفقدان الخارجي وغياب الرجل المبتورة، فهو(أي عماد) "مقلق"، ويصرخ ويبكي لأنه استوعب حقيقة مفادها أنه "طايرة رجلك". وهكذا إذن استمر عماد على تلك الحالة التي إنتبه إلى أنها هدأت بمناسبة انشغاله بالتحصل على الطرف الصناعي، والذي يروي لنا ما عاشه أثناء عملية تحصله عليه قائلا:" كي رحت ندير الـ prothèse ماتعاملوش معانا مليح، الطبيب يقلبك، ومادارليش provisoire prothèse، دارلي direct الـ finale، هكذاك بعد 6 أشهر ولّا أكثر، وقعدت نتبع حتان دارولي prothèse."

اليوم وبعد 14 سنة من تعرضه للبتر، لا زال عماد يتأوه ويتألم في مواجهة سؤاله عن التغيرات التي أحدثها البتر في حياته ليقول:" bien sur، البتر يبدّلك حياتك، انا كنت ناوي نخرج لاعب كرة قدم دولي كبير، راحتلي ... بالاك لوكان ماصراليش البتر هذا مانيش قاعد معاك ضرك ... رجلك مقصوصة مش ساهلة، وكي تمشي تتعبك الـ prothèse .. تجي تمشي بش تروح تدير حاجة تبطل تولّي ماديرش". ويعلق عماد على حالة صحته الجسمية فيقول : " صحتي تهلكت، راهي في انحطاط ملي راحت رجلي، الـ sport ماكانش، قلبي يخبط، راني ماشي ونهبط، لوكان نكمل هكذا قادر نمرض، ظهري، البّاسر، les varices، لوكان نبقى هكذا نروح للدمار الشامل، ولوكان نبدل تولّي كيما كانت، لازم الـ sport". ويضيف عماد معلقا هذه المرة عن التغييرات التي حدثت في حياته العلائقية:" كاين ناس يهابوك يوليو مايهابوكش، تتبدل العلاقة معاهم، نقولك باختصار: مع الناس تحس بالحقرة". أما نفسيا فيحس عماد أنه مستقر ولم يتغير:" هكذا... هذه هي عقليتي"، وفي هذا السياق يواجه سؤالا مرتبطا بمدى تقبله للبتر ولوضعيته بانزعاج وتأفف ليجيب عنه بالقول: "هيه متقبلها، محتمة، قضاء وقدر، أنا مانيش حاب نكون هكّا، رجلك ماكانش، معاق، وتوصلت حتّان كفرت... نقول لربي

علاه أنا، علاه تنقص رجلي، باغي نبقى كيما كنت، بصح قضاء وقدر، وراك فكرتني اليوم باش نحمد ربي على خاطر ماحمدتوش كيما لازم". وبالرغم من اعتباره ضحية إرهاب بسبب انفجار اللغم، وتخصيص الدولة لمبلغ 14000 دج يتلقاه عماد كأجر شهري، فهو لم يتوقف يوما عن العمل:" خدمت تاجر، خدمت الجبس، خدمت لبّست الحيط ... واحد رجلو بالـ prothèse يلبس الحيط.. تقول مايقدرش، بصح أنا خدمتها ... وقريت"، ويترجم عماد سبب ممارسته لبعض المهن التي تتطلب قوة بدنية "الجبس، التلباس" في قوله:" خدمت باش نـ prouver ليّا موش للناس بلي مانيش مبتور"، كما يرد على سؤال مرتبط بمدى تغير نظرته لذاته بعد البتر بالقول: "كيفاش تبدلت نظرتي لروحي.. ! انا كنت حاب نولّي TOP، حاجة كبيرة، ماتبدلتش بقات هي هي". حيث يلخص عماد طموحاته المستقبلية بالقول: "أنا حبيت نولّي قدوة للآخرين ... يقولو نديرو كثر من عماد"، وفي الواقع لم يخبرني عماد من هم هؤلاء "الآخرون"، ولا أعرف إن كان يقصد بهم فئة المبتورين أم غيرهم، ولكن المهم أنه لا يزال يتخيل نفسه في المستقبل: "TOP، fort، حاجة كبيرة".

وأخيرا وفي حوار تلقائي معه بعد نهاية المقابلة الأخيرة عبّر عماد عن العديد من مشاكله وانشغالاته: "بابا صعيب وحاب نلقى حل، هو حاط روحو رب المقلة، وانا رب المقلة، لازم ننقص شويا، ديما مشاكل معاه، وأنا مسنطح ... أنا قلوقي، لازمني نتبدل باش نقدر نتعامل معاه، لازملي local، نخرج من الدار ..."، "حاس روحي محكوم، وحاب نتخلص من الحاجة لي حاكمتني باش ننطلق".

انطلاقا من هنا يمكن تلخيص أهم العناصر التي تم الكشف عنها في النقاط التالية:

- عانى الحالة في طفولته من نقص مرتبط بالحرمان من الحاجات الضرورية، بالإضافة لما سماه بـ "الحقرة" المرفوقة بغياب الحماية الأبوية وعجزه عن التصدي لها، وأيضا للضرب والتعنيف من طرف الأب. ولمواجهة ذلك النقص والعجز ومايرتبط بهما من حزن وانخفاض تقدير الذات، طور الحالة رغبة في النجاة والنجاح على شكل هوسي ارتكزت أساسا على مثلنة صورته الذاتية التي أسقطها في المستقبل على شكل: "ديما في السماء، ريادي، الأول في أي حاجة نديرها".
- تزامن تفتح حياته الجنسية في سن مبكر مع كل من ضرب أبيه له، وتربيته بأسلوب تغلب عليه الجانب العقابي، وفرض النظام عليه بشكل متسلط مما أدى من جهة إلى معاناته من الوقع الشديد لقلق الخصاء المرتبط بثقل الممنوع، ومن جهة أخرى إلى صعوبات في تسيير العدوانية الموجهة نحو الأب.
- تجسد سبب البتر في حادث مولد للصدمة (انفجار لغم أرضي) تعرض الحالة أثناءه لتهديد الموت (بمعنى الـ DSM)، كما حرض ذلك الحادث لديه استجابة ضغط آنية مجاوزة للحد (أعراض تفارقية)

والتي كانت عابرة، حيث لم نسجل أي أعراض مرتبطة باضطراب صدمي مزمن لدى الحالة، ونسجل هنا تدخل العوامل المتمثلة في: القدرة على تأويل الحادث أثناء وقوعه، والتفريغ الانفعالي في المرحلة ما بعد الآنية.

- أدرك الحالة حادثة تعرضه للبتر على شكل "كارثة"، كما يثير لديه الحديث عن موضوع البتر انزعاجا مصحوبا بتأوه ، بحزن وألم.
- تجاوز مرحلة رفض واقع الفقدان ليدخل على الأقل في مرحلة قبول الفقدان في الواقع الخارجي (أي غياب الساق المبتورة)، كما تشهد على ذلك استجابته بعد تعرضه للبتر والمتمثلة في كل من التفريغ الانفعالي: صراخ، بكاء ... إلخ، والتمرد على القدر: "توصلت حتان كفرت ... نقول لربي علاه أنا، علاه تتقص رجلي".
- يرى الحالة أنه تقبل وضعية البتر لأنها قضاء وقدر: "محتمة"، وذلك بالرغم من أنه لا يريد أن يكون في تلك الوضعية، حيث مارس بعض المهن التي تتطلب قوة بدنية ليثبت لنفسه أنه ليس مبتورا.
- خلق لديه البتر صعوبات يومية متعلقة بالتنقل واستخدام الطرف الصناعي، بالإضافة لمشكلات صحية وعلائقية، حيث يحس في علاقته مع الناس بـ "الحقرة".
- على المستوى النفسي يحس بأن نظرته لذاته لم تتغير، فهو مازال يريد أن يصبح "top، حاجة كبيرة " و "قدوة للآخرين"، كما لازال يتخيل نفسه في المستقبل: "Top، fort، حاجة كبيرة".
- يعاني الحالة من مشكلات عائلية مرتبطة أساسا بالصراع مع الأب: "بابا صعيب وحاب نلقى حل، هو حاط روحو رب المقلة، وأنا رب المقلة"، مما أدى به للتفكير في مغادرة المنزل. كما يحس أيضا بأنه هنالك شيء ما يكبحه ويمنعه من الانطلاق، ويريد التغيير والتخلص من تلك القوة الكابحة: "حاس روحي محكوم، وحاب نتخلص من الحاجة لي حاكمتني باش ننطلق".

تحليل بروتوكول TAT :عماد،29 سنة.

تقدم المفحوص لإجراء الاختبار أنيقا (bien habillé) ،وبدا قبل بدء الاختبار مرتاحا حيث طلب أن يبدل مكانه ويجلس على كرسي الفاحص، كما طلب أيضا من الفاحص أن يلتقط له صورا، أما أثناء إجراء الاختبار فقد بدا المفحوص حائرا ومتسائلا، ليخبر الفاحص بعد نهاية الاختبار أن اللوحات قد أقلقته كثيرا، وأنه بالرغم من بساطة الاختبار "الاختبار simple، كي شغل اللوحة واش حابة تقول" فإنه لم يتمكن من إخراج ما بداخله "قلقوني، كي شغل حبيت نخرّج حاجة ومابغاتش تخرج".

تشهد المقروئية العامة للإنتاج القصصي على الميل العام لتجنب وكف الصراع، فبالرغم من تنوع السياقات الموظفة لمحاولة بناء القصص إلا أنها خضعت لتقييد وتثبيط شديد منع بناءها، وبالتالي بناء الصراع المرتبط بها، حيث خدم توظيف سياقات التجنب الرهابي (CP) المصحوبة بسياقات التجنب الأخرى (CF, CC, CN) وربطها بسياقات الرقابة (A2) من جهة تجنب وكف التمثلات والعواطف المرتبطة بالصراع، الذي بلغ في بعض اللوحات (2، 10، 13MF) درجة الكف والتثبيط لبروز أي صراع،وذلك أمام عجز المفحوص عن بنائه أو حتى تناوله، كما خدم ذلك من جهة أخرى التصدي للاكتساح الهوامي (غير قابل للبناء) والتحرير الغريزي (وخاصة العدواني) المكثف بدفاع وتثبيط هو أيضا مكثف (كما هو الحال في اللوحات 7BM، 8BM، 19).

وحتى حينما تتدخل سياقات الهراء (B) بحضور الرقابة وغياب التجنب (اللوحة 3BM)، أو حينما يتم الربط بينها وبين كل من الرقابة والتجنب (اللوحة 4) حيث يتمكن المفحوص من استدعاء الصراع وتصويره ولو جزئيا، يؤدي ذلك إما لتدخل الرقابة (كما هو الحال في اللوحة 3BM) لكبت التمثلات والعواطف المرتبطة بالصراع ومنع تطويره أمام ثقل الممنوع، وإما لتدخل التجنب (كما هو الحال في اللوحة 4) لتقييد العواطف ومنع ربطها بالتمثلات وبالتالي لخنق الصراع وتثبيطه.

وإذن يشهد الإنتاج القصصي للمفحوص من جهة على صعوبات الربط بين التمثلات والعواطف، كما يبرز من جهة أخرى غياب القدرة على الربط بين العدوانية والليبيدو، وعلى تسيير التناقض الوجداني، في جو يسوده انفصال الحب عن الكره، الذي تحول في اللوحة (6BM) -أمام الصورة الأمومية وأمام ضعف القدرة على تسيير عواقب الانفصال- إلى انشطار للمواضيع.

<u>اللوحة 1</u>

...''16 نتخيل قصة ... وإذا ماقدرتش ...'' 32 طفل يخمم مغمض عينيه ... حاب يخدم ولّا واش حاب يدير؟ بالاك يعشق في القيتارة تاعو ولّا حاب يولّي guitariste كبير، واش من قصة مافهمتش آ حكيم ! ماقدرت نتخايل حتى قصة، point final ''1'59.

- **السياقات:**

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1)، يدخل المفحوص في التعبير من خلال توجيه طلبات للفاحص "نتخيل قصة ... وإذا ماقدرتش" (CC2) تتخللها توقفات داخل القصة (CP1)، ليباشر بعد ذلك

تعبيره متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "طفل يخمم مغمض عينيه" (CF1)، وموجها سؤالا للفاحص (CP5) بعد فترة من الصمت (CP1)، يواصل المفحوص بعد ذلك حواره ليؤكد في إطار التحفض الكلامي "بالاك" (A2.3) على انطباع ذاتي "يعشق في القيتارة تاعو" (CN1)، وليقوم في إطار التذبذب بين تفسيرات مختلفة "يعشق في القيتارة تاعو ولّا حاب يولي .." (A2.6) بإجراء مثلنة ذاتية "guitariste كبير" (CN10)، لينهي حواره بتوجيه سؤال للفاحص يتخلله ميل لرفض رواية القصة "واش من قصة، مافهمتش آ حكيم !" (CP5) معلنا بعد ذلك عجزه عن تخيل القصة (E9)، مع ميل إلى التقصير "point final" (CP2).

- **الإشكالية:**

أدت محاولات التجنب وإنكار وضعية العجز المولدة لقلق الخصاء (التي برزت بقوة) إلى ظهور تيار للمثلنة وإسقاط رغبة للنجاح الهوسي العظامي في المستقبل، فهل يتعلق الأمر بالعجز عن توظيف الموضوع خوفا من تصورات الإخصاء، أم بالصراع الهوسي ضد الاكتئاب المرتبط بفقدان الموضوع؟

<u>اللوحة 2</u>

’’ 18 ... فهمني نحكيلك قصة ... نشوف في الحرث، الحصان، السيد يحرث، وحدة هازة كتابات، كاينة مرا من هيه، هاذو راهم في الدوار ولّا واش؟ نتخيل قصة ... هنالك واحد واش راه يخمم؟ هاذاك مع الحريث، هاذي تخمم، هاذيك مع كتاباتها (يقلب اللوحة ويقرأ)، هذا الـ TAT، هاك (يسلم اللوحة للفاحص) ’’1’59.

- **السياقات:**

بعد وقت كمون أولي (CP1)، دخل المفحوص في التعبير موجها طلبا للفاحص (CC2)، ليؤكد بعدها على الجانب الإدراكي "نشوف" متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة (CF1)، وواصفا لأجزائها "الحرث، الحصان، كتابات" (A2.1) ،ومتعرفا على الشخصيات غير معرف بهم "السيد، وحدة، مرا" (CP3)، ليعود بعد ذلك إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة في شكل سؤال موجه للفاحص: "هاذو راهم في الدوار ولّا واش؟" (CF1, CP5) ومتبوع بتوجيه طلب آخر للفاحص "نتخيل قصة" (CC2)، وبعد فترة من الصمت (CP1)، يباشر المفحوص حواره من جديد بتوجيه سؤال آخر للفاحص (CP5)، ليعود بعد ذلك إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة (CF1)، معددا لشخصياتها مع عدم التعريف بهم "هاذاك، هذيك، هذي" (CP3)، ومع عزلهم "هاذاك مع الحريث، هذي تخمم، هذيك مع كتاباتها" (A2.15)، لينهي بعد ذلك حواره بإثارة حركية (CC1)، وبالتعليق على أداة الاختبار (CC3).

- **الإشكالية:**

تعرف المفحوص على الأشخاص بميزاتهم، إلا أن ذلك لم يمكنه من عقد العلاقة الثلاثية الأوديبية بينهم، حيث يشهد التجنب مع عدم التعريف بالأشخاص وعزلهم على رفض أي بروز للصراع الأوديبي، مما يدل على ثقل الرغبات الأوديبية، وما ينجم عنها من تصورات متعلقة بالذنب، كما يدل التجنب السلوكي للصراع على عدم قدرة الفكر على التكفل بالصراع الأوديبي البناء، الذي كان ينتظر توظيفه في هذه اللوحة.

اللوحة 3BM

الحزن هاذا، هذي طفلة، بغات تزّوّج، بالاك ضربوها، بالاك أنهكتها كاش حاجة، المهم راهي في حالة يرثى لها، وحساب واش راني نشوف، نشوف في حزن، حزن راني قتلك، يكون عشيقها، بالاك رسبت في الدراسة، بالاك زوجت وطلقت ..''1'16.

- **السياقات:**

يدخل المفحوص هذه المرة مباشرة في التعبير (B2.1)، ليتلفظ بعاطفة معَنوَنة "الحزن هذا" (CN3)، وليتعرف على شخصية الصورة من خلال التمسك بالمحتوى الظاهري لها (CF1)، مشددا على انطباع ذاتي "بغات تزّوّج" (CN1)، ليقوم في إطار التحفض الكلامي "بالاك" (A2.3) بالتذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6)، مدركا بعدها حالة الانهيار "حالة يرثى لها" (E6). يواصل المفحوص بعد ذلك حواره متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "حساب واش راني نشوف" (CF1) ليقوم - في إطار التكرار والاجترار "نشوف ... نشوف ... حزن ... حزن". (A2.8)- بإدخال شخصية غير مشكلة في الصورة "عشيقها" (B1.2)، وليختتم حواره بعد ذلك بالتذبذب -في إطار التحفض الكلامي "بالاك" (A2.3)- بين تفسيرات مختلفة "بالاك رسبت في الدراسة، بالاك زّوجت وطلقت" (A2.6).

- **الإشكالية:**

نشهد هنا على رفع الكف والتجنب الشديد الذي ظهر في اللوحات السابقة. فقد تعرف المفحوص على العاطفة الاكتئابية والتي تم ربطها سريعا ببروز الرغبة الأوديبية وبروز الرقابة المضادة لها في شكل اضطهاد، مما يدل على ثقل الممنوع وقسوة الأنا الأعلى. كما أن التذبذب وعدم تحديد موضوع الفقدان يشهد على عدم تقبله ،وصعوبة تسيير الحزن والعدوانية الموجهة نحو الذات والمرتبطان بالتراجع عن موضوعات الحب أمام ثقل الممنوع.

اللوحة 4

النساء، وهذا راجل، راهم يدابزو عليه، وهو رايح ماشاتيش، بالاك خاصو كاش ما وحدة أخرى، وهاذيك تحاول فيه، مادام l'image étrangère أجنبي هاذيك راهي مرتو وهاذيك تحاول فيه، المهم أنا راني نشوف كاين راجل وزوج نساء point final. ''1'07

- **السياقات:**

دخل المفحوص مباشرة في التعبير (B2.1) متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة (CF1) مع عدم التعريف بالشخصيات "النساء، راجل" (CP3)، ليشدد بعد ذلك على العلاقات بين الأشخاص "راهم يدابزو عليه" (B2.3)، وعلى موضوع من نوع ذهاب "وهو رايح" (B2.12) مع رمزية شفافة "ماشاتيش" (B2.9)، وليشدد أيضا -في إطار التفحص الكلامي "بالاك" (A2.3)- على انطباع ذاتي "خاصو كاشما وحدة أخرى" (CN1)، وعلى العلاقات بين الشخصيات في شكل محاولة لبناء حوار " تحاول فيه" (B2.3). يباشر المفحوص بعد ذلك حواره بانتقاد أداة الاختبار " l'image étrangère أجنبي" (CC3)، ليعود ويشدد على العلاقات بين الأشخاص في إطار اختلاط الهويات "هاذيك راهي مرتو، وهاذيك تحاول فيه" (B2.3, E11)، ويختتم حواره بالعودة إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "راني نشوف كاين راجل وزوج نساء" (CF1) مع ميل إلى التقصير "point final" (CP2).

- **الإشكالية:**

أعادت البطاقة هنا إحياء الإشكالية الأوديبية وخاصة في جانبها السلبي الأنثوي، حيث تمكن المفحوص من تصوير الصراع العدواني التنافسي بين المرأتين من أجل الرجل، في إطار اختلاط هوية المرأتين، كما تم تصوير الرجل في وضعية استكانة مع محاولة جنسنة العلاقة، أين اصطدم بروز الرغبة الأوديبية بالرقابة والتجنب، فهل يتعلق الأمر بكبت الرغبة الأوديبية من خلال اختيار وضعية التجنب والاستكانة أمام إصرار موضوع الرغبة "تحاول فيه" تحت ثقل الممنوع والخوف من تصورات الإخصاء، أم بثقل كبت الميولات الأنثوية وصعوبة تسيير التناقض الوجداني تجاه الصورة الأبوية؟.

اللوحة 5

''9 une chambre، une femme، bon ... حالّة باب، والباب فيها كحولية، الظلام، الباب هاذاك فيه الضوء، يا ترى حالّة الباب، ولاّ باغي تقول تقرا كتابات، l'image هاذي تعبر على دور الكتاب، و en plus لامبة هاذي، الكتاب هو الضوء point final ''1'08.

- **السياقات:**

بعد صمت قصير يباشر المفحوص التعبير من خلال التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة " une chambre، femme une" (CF1)، ليعود بعد فترة من الصمت (CP1) إلى التمسك من جديد بالمحتوى الظاهري للصورة "حالّة باب" (CF1) مشددا بعد ذلك على خصائص حسية "الباب فيها كحولية" (CN5) ومتأرجحا بين التصورات المتضادة "الظلام .. الضوء" (B2.6) مع اجترار كلمة "الباب ... الباب" (A2.8). يواصل المفحوص حواره ليتذبذب هذه المرة -في إطار التحفظ الكلامي "يا ترى" (A2.3)- بين تفسيرات مختلفة "حالّة الباب، ولاّ باغي تقول تقرا كتابات" (A2.6)، وليلجأ إلى العقلنة في شكل عنونة ذات علاقة بالمحتوى الظاهري " l'image هاذي تعبر على دور الكتاب" (A2.13)، ليعود –بعدما وصف أحد أجزاء الصورة " en plus لامبة هاذي" (A2.1)– ويجري عقلنة أخرى في شكل ترميز "الكتاب هو الضوء" (A2.13)، مختتما حواره بميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية:**

يحاول المفحوص هنا تجنب وتثبيط أي صراع تجاه الصورة الأمومية، كما ان الحضور القوي للأم هنا تحول إلى رقابة شديدة اتخذت كحاجز ضد بروز تصورات الانتهاك وما ينجم عنها من مخاوف مرتبطة بالإخصاء.

<u>اللوحة 6BM</u>

''9 راجل مع يماه، أغلب الظن مع يماه، راه منشوع، ويماه الحسرة والدهشة بادية على وجهها، أغلب الظن الزوجة مرتو، مرتو فرشا، وهو الله غالب، الله غالب être peut رباتو يمّاه، هو مليح، essentiel يماه ناس ملاح ومرتو ميش مليحة وهو مليح. ''1'08

- **السياقات:**

يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة ومشددا على العلاقات بين الأشخاص "راجل مع يمّاه" (CF1, B2.3)، ليكرر بعد التحفظ الكلامي "أغلب الظن" (A2.3) عبارة "مع يماه" (A2.8)، وليعود بعد ذلك إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة معبرا عن انطباع ذاتي "راهو منشوع"، "يماه الحسرة والدهشة بادية على وجهها" (CF1, CN1). يدخل المفحوص بعد ذلك -في إطار التحفظ الكلامي "أغلب الظن" (A2.3)- أشخاصا غير مشكلين في الصورة "الزوجة" (B1.2)، مجترا لكلمة "مرتو ... مرتو" (A2.8) مع مثلنة سلبية "مرتو فرشا" (CM2)، وبعد اجترار عبارة "الله غالب ... الله غالب"

(A2.8) يعود ليشدد أيضا في إطار التحفظ الكلامي "peut être" (A2.3) على العلاقات بين الأشخاص "رباتو يمّاه" (B2.3)، ليعبر بعد ذلك عن تصور مثالي إيجابي هذه المرة "هو مليح" (CM2). وليختتم حواره بالتأرجح بين تمثلات المواضيع الجيدة والسيئة "ناس ملاح، ميش مليحة، مليح" (E15).

- **الإشكالية:**

نشط التقارب أم-إبن هنا رقابة شديدة أقيمت كحاجز ضد بروز التصورات المحارمية. حيث يدافع المفحوص ضد قلق الخصاء بالنكوص إلى علاقة بدائية تجاه الصورة الأمومية، أين يدل الانشطار بين تصورات المواضيع السيئة والجيدة مع عدم بروز إمكانية الربط بينها على صعوبة تسيير أو حتى المرور للتناقض الوجداني والجمع بين نفس التيارين (الليبيدي والعدواني) في نفس المرأة (الأم)، كما يدافع المفحوص ضد الاكتئاب الناجم عن التخلي عن موضوع الحب باللجوء لدفاعات هوسية تجسدت هنا في تيارات للمثلنة.

<u>اللوحة 7BM</u>

.. ’’6 شريرين، هكذا يبانتلي، زوج des mafia كبار يحوسو يقسمو كلش، ولا قادر ... وهاذاك كبير في l’age، peut être بالاك شعرو شايب ويحكي لهذا قالو الدنيا عبارة عن خمس مراحل ماتحرق راسك ما والو، هاو واش دير هاو واش دير’’1’08.

- **السياقات:**

يدخل المفحوص هذه المرة في التعبير من خلال إدراك مواضيع شريرة "شريرين" (E14)، لتعود تلك المواضيع – بعد انطباع ذاتي "هكذا بانتلي" (CN1)- وتتظاهر في شكل مواضيع سيئة أو اضطهادية " زوج des mafia" (E14) في إطار التشديد على الفعل "يحوسو يقسمو كلش" (CF3)، وبعد التحفظ الكلامي "ولّا قادر" (A2.3) المتبوع بفترة من الصمت (CP1)، يواصل المفحوص حواره متعرفا على أحد شخصيات الصورة غير معرف به "هاذاك" (CP3) ومتمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "هاذاك كبير في l’age" (CF1)، ليحاول بعدها في إطار التحفظ الكلامي "peut être، بالاك " (A2.3) أن يبني حوارا بين الشخصيات مع عدم التعريف بالشخصية الثانية المستدعاة "ويحكي لهاذا قالو ..." (B2.3, CP3)، ليتجسد الحوار في نهايته بالميل إلى الابتذال "ماتحرق راسك ما والو، هاو واش دير هاو واش دير" (CP4).

- **الإشكالية:**

يبدو أن النكوص والانشطار الذي أحدثته اللوحة السابقة قد استمر هنا، أين حرّض التقارب أب-ابن بروز الموضوع السيء في شكل اضطهادي، مما يدل على اضطراب خطير في العلاقة مع الصورة الأبوية، وعلى صعوبة أو حتى استحالة تسيير العدوانية الموجهة نحو الأب ،والتي يحاول المفحوص تثبيطها عن طريق استثمار الواقع اليومي. بعد ذلك وفي مستوى أعلى من التنظيم تكشف صعوبات تحديد نوع التقارب عن صعوبات في تقمص الموضوع من نفس الجنس، كما يسعى المفحوص من خلال الكف والتجنب إلى تجميد أي حركة غريزية ليبيدية أو عدوانية تجاه الصورة الأبوية، مما يطرح من جديد إشكالية بناء أو حتى المرور للتناقض الوجداني.

__اللوحة 8BM__

’’7 ... السبيطار، البارسيون، راهم يحلّو فيه ولّا مانعرف، سبيطار ولّا واشي هو؟ يشرحو فيه، وهذا لّهنا وليدو ولّا؟ معقدة شويّا هاذي، فيها وفيها، فيها بزاف حوايج. عندها معاني كثيرة point final ’’1’09.

- **السياقات:**

بعد صمت قصير يدخل المفحوص في التعبير مشددا على مدركات الحياة اليومية "السبيطار، البار اسيون" (CF2)، ليتمسك بعدها بالمحتوى الظاهري للصورة (CF1) مدركا لشخصيات غير معرف بهم "راهم" (CP3)، ومشددا على الفعل في إطار بروز تعبير عدواني حاد "يحلّو فيه" (CF3, E8)، وفي إطار التحفظ الكلامي "ولاّ مانعرف" (A2.3). يواصل المفحوص بعد ذلك حواره بتوجيه طلب للفاحص "سبيطار ولّا واشي هو؟" (CC2)، ليعود التعبير العدواني الفظ إلى التظاهر من جديد في شكل تشديد على الفعل "يشرحو فيه" (E8, CF3)، وليوجه المفحوص بعد ذلك طلبا آخر للفاحص مع عدم التعريف بالأشخاص والتشديد على العلاقات بينهم "هذا لّهنا وليدو ولّا" (CC2, CP3, B2.3). لينهي بعد ذلك حواره بانتقاد مادة الاختبار "معقدة شويا هاذي" (CC3)، وبالابتذال "فيها وفيها، فيها حوايج بزاف، عندها معاني كثيرة" (CP4)، مع الميل إلى التقصير "point final" (CP2).

- **الإشكالية:**

إن العدوانية التي برزت هنا بشكل فظ مرتبطة بهوام قتل الأب ،حيث تعبر عن ميول سادية قوية تجاه صورة الأب، والتي يحاول المفحوص تجنبها وتثبيطها خاصة عن طريق استثمار الواقع اليومي والعملي، لإخفاء مشاعر الذنب وتجنب إعادة تنشيط قلق الخصاء وذلك

في غياب بروز أي قدرة على الربط بين التيارات الليبيدية والعدوانية من أجل إصلاح صورة الأب.

اللوحة 10

.. ’’6 هذا راجل؟ الحنان، الأب الحنون، هاذاك راجل ولّا مرا؟ ولاّ هي، هاذي واعرة (يقلب اللوحة في عدة اتجاهات) الأم الحنون، لاكان الأب، الأب الحنون ’’1’13.

- **السياقات:**

بعد وقت كمون قصير يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة (CF1) ليتساءل حول جنس الشخصية التي أدركها "هذا راجل؟" (CP5)، وليعبر بعد ذلك عن عاطفة معنونة ومميزة لأبطال القصة "الحنان" (CN3). يعود المفحوص بعد ذلك إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة معبرا عن انطباع ذاتي "الأب الحنون" (CN1)، ومتسائلا عن جنس الشخصية الثانية التي أدركها "هاذاك راجل ولاّ مرا؟" (CP5)، مع غموض في الخطاب "ولاّ هي .." (E20)، ليواصل حواره بانتقاد أداة الاختبار "هاذي واعرة" مع إثارة حركية (CC1 ,CC3)، مختتما إياه بالتذبذب بين تفسيرات مختلفة "الأم الحنون لاكان الأب، الأب الحنون" (A2.6)، مع اجترار كلمة "الأب، الأب" (A2.8)، ومع عزل الأشخاص (A2.15)، ومع الميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية:**

أعادت اللوحة هنا تنشيط الهوامات المرتبطة بالعلاقة مع الزوج الأبوي، حيث يصارع المفحوص ضد تغليم العلاقة بين الأبوين من خلال تجنب وكبت التيارات الليبيدية لإخفاء التصورات الأوديبية وما يرتبط بها من صراع، وبالتالي فالربط بين الحنان والجنسية داخل العلاقة هو أمر غير ممكن بسبب ثقل الكبت. كما يكشف التردد في تحديد جنس الشخصيات عن صعوبات في التقمصات.

اللوحة 11

(يقلب اللوحة) .. ’’15 ... واش راح نشوف في هاذو، الناس ولّا الجاج، تفكرت الثورة الزراعية هاذيك، كيفاه يسميوها...هاذي كي شفتها تفكرت crise économique، الخدمة، الفقر، الإحتياج، تخدم tout la journée بـ 1 دينار point final ’’1’11.

- **السياقات:**

بعد إثارة حركية (CC1)، وبعد فترة من الكمون (CP1)، يدخل المفحوص في التعبير موجها طلبا للفاحص "واش راح نشوف في هاذو" (CC2)، ليلجأ بعد ذلك إلى التخريف خارج الصورة "الناس ولا الجاج"(E6)، ويواصل المفحوص بعد ذلك حواره معتمدا على مصادر تاريخية ذاتية "تفكرت الثورة الزراعية هاذيك"(CN2) ليوجه طلبا أخر للفاحص "كيفاه يسميوها"(CC2)، وبعد فترة من الصمت (CP1) يباشر حواره من جديد بمحاولة التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "هاذي كي شفتها" (CF1)، والتي فشلت بعد استحضاره لمصدر تاريخي ذاتي "تفكرت crise economique" (CN2)، ليلجأ من جديد إلى التخريف خارج الصورة مع عدم التلاؤم بين موضوع القصة والمنبه "الخدمة، الفقر، الاحتياج، تخدم toute la journée بـ 1 دينار" (E7)، مختتما حواره بالميل إلى التقصير "point final" (CP2) (عدم إدراك المنظر الطبيعي بعناصره {E1}).

- **الإشكالية:**

إن التوتر والقلق الذي أثاره المنظر الطبيعي المشكل في اللوحة -أي الواقع الخارجي الإدراكي- ،والذي لم يستطع المفحوص تفريغه إلا على شكل حركي، قد أدى هنا إلى إنكار ذلك الواقع الخارجي الإدراكي، ليخدم ذلك الإنكار فيما بعد محاولات التجنب الرهابي للقلق البدائي الذي تعرضه اللوحة، حيث يفضل المفحوص الانسحاب نرجسيا في مواجهة الطبيعة الأم، وفي مواجهة عالم مليء بالأخطار، مما يدل على صعوبة تحمل القلق البدائي قبل التناسلي وإعادة بنائه.

<u>اللوحة 13MF</u>

’’ 18 ... مانعرف، مرا معريا والراجل لابس ويبكي، (ينظر إلى اللوحة بحيرة)، je ne sais pas، (ينزل اللوحة) كون يفوت عليك واحد moins de 18 ans تنعتلو هاذي ... كاين problème sexuel، واشي هو je ne sais pas ’’1’36.

- **السياقات:**

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1) يدخل المفحوص في التعبير بإعلان ميله إلى الرفض التصوري "مانعرف" (CP5)، ليلجأ بعدها إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "مرا معريا والراجل لابس" (CF1)، مع عدم التعريف بالأشخاص (CP3) ومع إبداء انطباع ذاتي "يبكي" (CN1)، متبوع

بإبداء هيئة دالة على العواطف (CN4). يواصل المفحوص بعد ذلك حواره بإنكار معرفته لمعنى المحتوى الذي أدركه من خلال تمسكه السابق بالمحتوى الظاهري للصورة "je ne sais pas" (A2.11)، ليتبع ذلك بإثارة حركية (CC1)، وبتوجيه سؤال للفاحص تتخلله رمزية شفافة "كون يفوت عليك واحد moins 18 ans تنعتلو هذي" (CP5, B2.9). وبعد فترة من الصمت (CP1) يختتم حواره من خلال ثبوت الموضوع الجنسي "كاين problème sexuel" (B2.9)، الذي أنكر معرفة طبيعته في شكل ميل للرفض "واشي هو je ne sais pas" (A2.11, CP5) مع ميل للتقصير (CP2).

- **الإشكالية:**

يدل إنكار وتجنب بروز الدفعات الليبيدية هنا على عدم قدرة المفحوص على تحمل كميتها، وعجزه عن تسييرها، حيث سمح كبتها بتجنيبه مشاعر الذنب والندم تحت ثقل الممنوع، مما يطرح إشكالية الربط بين العواطف والتمثلات أمام ثقل الكبت من جهة، والربط بين الحركات الليبيدية والعدوانية في غياب أي استدعاء للعدوانية وأي قدرة على الربط والاعتراف بالصراع الغريزي داخل الزوج من جهة أخرى.

<u>اللوحة 19</u>

’’17 ...بالاك كي يمرض الواحد تحكمو السخانة يبدا يتخيل لحوايج هاذو، بالاك الجماد، سيبيريا، هاذي صورة شويا غريبة، شويا مفزعة point final ’’47

- **السياقات:**

بعد وقت كمون أولي (CP1) يدخل المفحوص في التعبير ليدرك في إطار التحفظ الكلامي "بالاك" (A2.3) موضوعا مريضا "كي يمرض الواحد تحكمو السخانة" (E6) مؤكدا بعد ذلك على الخيال "يبدا يتخيل لحوايج هاذو" (A2.12). ليواصل حواره بالتمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "الجماد، سيبيريا" (CF1) في إطار التحفظ الكلامي "بالاك" (A2.3). وأخيرا يختتم المفحوص حواره بانتقاد المادة "صورة شويا غريبة" (CC3) مع التعبير عن عاطفة عدوانية قوية "شويا مفزعة" (E8)، ومع الميل إلى التقصير (CP2) .

- **الإشكالية:**

إن النكوص الذي تثيره اللوحة تمت مواجهته هنا بالكبت والتجنب، حيث لم يتمكن المفحوص من استدعاء حاوي يسمح له بالفصل الواضح بين الداخل والخارج وبالتالي الاحتفاظ بالجيد في الداخل وإسقاط السيء للخارج. فهل يتعلق تجنب وكبت استحضار المواضيع هنا بنقص خبرات الإشباع أمام صورة أم

بدائية باردة تشبه "الجماد وسيبيريا"، وبالتالي نقص تكوين موضوع داخلي جيد والاعتماد عليه كسند حامي، أم بالخوف من اكتساح الموضوع السيء المدرك هنا في شكل مفزع.

اللوحة 16

’’7 ... إيه (يتنهد) قالك لوكان مايش الظلام فلا معنى للنور، ولولا وجود الشر لا معنى للخير، واش راح نقولك، نحوس على الهنا، الخير، الناس كل يعيشو كيف كيف، كفانا مشاكل، كفانا حقرة، كفانا رشاوي، كفانا كفانا، point final c’est tout ’’1’22

- **السياقات:**

بعد وقت كمون أولي (CP1)، وبعد إبداء هيأة دالة على العواطف (CN4)، يدخل المفحوص في التعبير من خلال التحفظ الكلامي "قالك لوكان" (A2.3) ليتأرجح بين تصورات متضادة "الظلام ... النور ... الشر ... الخير" (B2.6)، ليباشر حواره بعد العودة إلى التحفظ الكلامي "واش راح نقولك" (A2.3) باللجوء إلى الابتذال "نحوس على الهنا، الخير، الناس كل يعيشو كيف كيف، كفانا مشاكل، كفانا حقرة، كفانا رشاوي، كفانا كفانا..."(CP4) مع اجترار كلمة "كفانا ... كفانا ... كفانا" (A2.8) ومع الميل إلى التقصير (CP2) .

- **الإشكالية:**

في حين تبقى العواطف مثبطة ومقيدة مما يطرح من جديد إشكالية الربط بين التمثلات والعواطف، تشهد قدرة المفحوص هنا على التأرجح والربط بين تصورات متضادة على مرونة (labilité) التوظيف النفسي.

خلاصة سياقات TAT عماد، 29 سنة.

سياقات A	سياقات B	سياقات C	سياقات D
	B1.2 = 2	CP1 = 13	E1 = 1
		CP2 = 9	E6 = 3
		CP3 = 8	E7 = 1
		CP4 = 3	E8 = 3
		CP5 = 9	E9 = 1
A1 = 0	B1 = 2	CP = 42	E11 = 1
A2.1 = 2	B2.1 = 2	CN1 = 7	E14 = 2
A2.3 = 15	B2.3 = 7	CN2 = 2	E15 = 1
A2.6 = 5	B2.6 = 2	CN3 = 2	E20 = 1
A2.8 = 7	B2.9 = 3	CN4 = 2	
A2.11 = 2	B2.12 = 1	CN5 = 1	
A2.12 = 1	B2 = 15	CN10 = 1	E = 14
A2.13 = 2		CN = 15	
A2.15 = 2	B = 17	CM2 = 2	
A2 = 36		CM = 2	
A = 36			
		CC1 = 4	
		CC2 = 7	
		CC3 = 5	
		CC =16	
		CF1 = 18	
		CF2 = 1	
		CF3 = 3	
		CF = 22	
		C = 97	

تحليل السياقات:

تتوزع السياقات المستعملة من طرف المفحوص على مختلف السجلات، لكن بتكرارات مختلفة، حيث هيمنت على الشبكة سياقات التجنب الرهابي (CP = 42) والتي هدفت إلى تجنب الصراع، تليها سياقات الرقابة (A2 = 36) والتجنب العملي (CF = 22) لتعزيز كف وتثبيط الصراع، لتتدخل بعد ذلك سياقات المرونة (B = 17) من أجل التخفيف من صلابة الدفاع، أما سياقات التجنب الأخرى المتمثلة في كل من السياقات السلوكية (CC = 16) والنرجسية (CN = 15) والهوسية (CM = 2) فقد تدخلت لتخدم نفس التوجه المتمثل في تعزيز كف وتثبيط الصراع، ويشهد حضور السياقات الأولية بكمية قليلة نسبيا (E = 14) على محاولة تحرير الجانب الهوامي والغريزي.

1. السياقات الرهابية (CP = 42) :

وتطغى عليها تلك المرتبطة بالتوقفات الكلامية (CP1 = 13) والتي تدخلت لتعرقل بناء القصص وبالتالي تجنب وتقييد التعبير عن الصراع، تليها السياقات المرتبطة بكل من الميل للتقصير (CP2 = 9) والميل إلى طرح أسئلة وإلى الرفض (CP5 = 9) وهي تكشف عن صعوبات في تناول المادة وبلورة أفكار مترابطة بشأنها، وتتدخل السياقات الرهابية الأخرى: المرتبطة بعدم التعريف بالأشخاص (CP3 = 8) لتجنب استدعاء تمثلات العلاقات المشحونة غريزيا، وبالابتذال (CP4 = 3) لتعزز الميول التجنبية للصراع.

تنتشر هذه السياقات الرهابية في أغلب اللوحات، حيث تم توظيفها لتجنب بروز التصورات والرغبات المرتبطة بالصراع (كما هو الحال في اللوحات 1 و 2)، وأيضا لمحاولة التصدي للاكتساح من طرف الهوام (كما هو الحال في اللوحة 7BM)، أو حتى لتجنب بروز التيارات الغريزية الليبيدية والعدوانية (كما هو الحال مثلا في اللوحات 8BM و 13MF).

2. سياقات الرقابة - السجل الوسواسي- (A2 = 36) :

وتأتي في المقدمة كل من التحفظات الكلامية (A2.3 = 15) والاجترار (A2.8 = 7)، حيث دل توظيف التحفظات الكلامية على الحذر والشك أمام بروز التمثلات والعواطف أو حتى الهوامات المرتبطة بالصراع، وبالتالي مواجهتها

بالكبت مما عرقل كثيرا محاولات التعبير عن الصراع وصياغته، كما خدم التكرار والاجترار نفس الغرض، حيث وُظّف خاصة للتحكم في الرغبات والعواطف المرتبطة بالصراع، لتتدخل بعد ذلك نزعة التذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6 = 5) والتي تشهد على نمط التسيير النفسي الداخلي للصراع بين الرغبة والدفاع من جهة، وحدّته من جهة أخرى. وتأتي سياقات الرقابة الأخرى المتمثلة في كل من التعلق بالأجزاء (A2.1 = 2)، الإنكار (A2.11 = 2)، العقلنة (A2.13 = 2)، العزل (A2.15=2) والتأكيد على الخيال (A2.12 = 1). وهي كلها تخدم نفس الأهداف المتمثلة في كبت وعزل التمثلات والعواطف المرتبطة بالصراع لتؤكد على محاولة تسيير الصراع القائم بين الرغبة والدفاع في إطار نفسي داخلي.

تسيطر سياقات الرقابة هذه في بعض اللوحات ،أين استخدمت في اللوحة (3BM) لكبت بروز الرغبة أمام ثقل الممنوع، وفي اللوحة (5) لعزل العواطف المرتبطة بالصراع الغريزي-الليبيدي والعدواني- ،أما حينما ترتبط بسياقات التجنب وخاصة الرهابي (CP) فهي توظف غالبا لصالح التجنب والكف الشديد لبروز أي صراع (كما هو الحال في اللوحات 2، 10 و 13MF).

3 السياقات العملية (CF = 22) :

غلبت عليها سياقات التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1 = 18)، تليها وبكمية قليلة كل من سياقات التشديد على الفعل (CF3 =3) وعلى الحياة اليومية (CF2 = 1)، وقد وظفت هذه السياقات لتخدم نفس التيار المتعلق بتثبيط الصراع والهروب منه سواء عن طريق التمسك والاستناد على الواقع الخارجي الإدراكي والموضوعي (باستخدام سياقات CF1) أو باللجوء لأفعال الحياة اليومية والملموسة (CF2 و CF3) لمحاولة إفراغ المادة من صداها الهوامي. وفي الواقع حينما يتم ربط سياقات (CF1) بكل من سياقات التجنب الرهابي والرقابة فهي تستخدم كعتبة تسمح بالاستناد على الواقع الخارجي في مرحلة أولى ،لتوجيه الصراع إلى الداخل في مرحلة ثانية (كما هو الحال في اللوحات 10 و 13MF)، وأحيانا تخدم محاولات تثبيط الصراع بالعودة إلى التمسك بالواقع الخارجي (كما هو الحال في اللوحة 4)، أما سياقات اللجوء لأفعال الحياة اليومية والعملية (CF2 و CF3) فقد تم الاعتماد عليها من أجل الصراع ضد تظاهر الواقع الداخلي الغريزي و الهوامي الفظ باستخدام الواقع الخارجي (كما هو الحال في اللوحة 7BM وخاصة 8BM).

4. سياقات الهراء -السجل الهستيري- (B = 17) :

وهي حاضرة كمحاولة لإضفاء نوع من المرونة على التوظيف النفسي بالتخفيف من صلابة الدفاع، ويغلب عليها التركيز على العلاقات بين الأشخاص (B2.3 =7) والتي يحاول المفحوص عن طريقها تصوير الصراع عن طريق العلاقات البيشخصية. تليها محاولات تغليم العلاقات (B2.9 = 3) والتي حاول المفحوص عن طريقها أن يجنسن العلاقة كما هو الحال في اللوحة 13MF، وتتدخل بكميات قليلة سياقات الهراء والمرونة الأخرى المتمثلة أساسا في كل من إدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2 =2) والدخول المباشر في التعبير (B2.1 = 2)، التأرجح بين تصورات متضادة (B2.6 =2) والتشديد على مواضيع الذهاب (B2.12 = 1) لتخدم نفس الأهداف المتمثلة في محاولة تصوير الصراع والتعبير عنه من خلال تجسيده في العلاقات بين الأشخاص. وفي الواقع نادرا ما ينجح المفحوص في تصوير الصراع عن طريق سياقات الهراء تلك حيث تمكن مثلا في اللوحة(4) من تصوير الصراع نسبيا ،لتبقى صعوبات التقمص شاهدة على العجز أمام ذلك الصراع مما برر تدخل الكبت لكفه، وفي كثير من الأحيان تستخدم تلك السياقات لخدمة أهداف التجنب والكبت (كما هو الحال في اللوحات 5 و 13MF) ،حيث تفشل في تصوير الصراع أحيانا أخرى أمام قوة ذلك التجنب والكبت (كما هو الحال في اللوحات 6BM و 7BM).

5. السياقات السلوكية (CC = 16) :

وتغلب عليها الطلبات الموجهة للفاحص (CC2 = 7)، تليها كل من انتقادات الأداة (CC3 = 5) والإثارات الحركية (CC1 = 4). وتتدخل هذه السياقات بصفة عامة لتعزيز الميول التجنبية، حيث تتدخل أحيانا لتقوية التجنب ،ولتشهد على تبعية المفحوص في مواجهة الوضعية الصراعية وعجزه أمامها (كما هو الحال في اللوحات 1 و 2). كما توظف أحيانا أخرى لعدم قدرة التفكير على التكفل بالهوام أو الصراع المجاور، أين لا يجد التوتر متنفسا له إلا عن طريق انتقاد الأداة (كما هو الحال في اللوحة 8BM) أو عن طريق الميل إلى تفريغه حركيا (كما هو الحال في اللوحة 11).

6. السياقات النرجسية (CN = 15) والهوسية (CM2 = 2):

تتدخل السياقات النرجسية عن طريق الانطباعات الذاتية (7 = CN1) يليها كل من الاعتماد على مصادر شخصية (2 = CN2)، إظهار عاطفة مُعنْونة (CN3 =2)، هيأة دالة على العاطفة (2 = CN4) واستثمار الإحساس (1 = CN5). وقد استخدمت هذه الأساليب كطرق انسحابية لتعزيز التجنب (كما هو الحال في كل من اللوحة 1 و 4)، وللانسحاب نرجسيا أمام الصراع العلائقي (كما هو الحال في اللوحة 6BM) أو حتى الانسحاب النرجسي أمام الواقع الخارجي المقلق والموتِّر (كما هو الحال في اللوحة 11) ،أما المثلنة الذاتية (1= CN10) التي برزت في اللوحة (1) فهي تهدف لفرط استثمار الذات لإسقاط رغبة في النجاح الهوسي في المستقبل لتجاوز النقائص النرجسية والعجز الحالي، وفي نفس السياق تتدخل السياقات الهوسية في اللوحة (6BM) على شكل مثلنة إيجابية وسلبية للمواضيع (2= CM2) أمام انشطار المواضيع الجيدة والسيئة ، وعدم القدرة على بناء الصراع ، وبالتالي فهي موظفة لتجنب الصراع وعزل تلك المواضيع أكثر منها كدفاعات ضد الاكتئاب المرتبط بالانفصال.

7. السياقات الأولية (E =14):

وهي حاضرة بكمية قليلة نسبيا لتشهد على محاولات تحرير الجانب الهوامي والغريزي، حيث تمثلت في كل من إدراك المواضيع المتضررة (3= E6) والتعبيرات العدوانية الفظة (3= E8) تليها كل من إدراك المواضيع الشريرة (E14)، التخريف خارج الصورة (E7)، عدم إدراك موضوع ظاهري (E1)، التعبير عن تصورات مرتبطة بالعجز (E9)، اختلاط الهويات (E11)، انشطار الموضوع (E15) ، وغموض الخطاب (E20). ويشهد استخدام هذه السياقات أحيانا على ضخامة الاكتساح من طرف الهوام والتحرير الغريزي وخاصة العدواني الفظ من جهة، وضخامة الدفاعات التي تهدف إلى تقييده من جهة أخرى (كما هو الحال في اللوحات 7BM، 8BM و19). أما في حالات أخرى فهي توظف لغايات دفاعية متعلقة أساسا بالتجنب، فعدم إدراك المنظر الطبيعي الظاهري بعناصره المقلقة في اللوحة (11) لا ينتمي لتيار إنكار الواقع الخارجي بقدر ما هو تحكم في المدرك لغايات التجنب، كما أن غموض الخطاب في اللوحة (10) استخدم لتجنب إدخال الصراع على العلاقة.

الإشكالية العامة:

يسمح تحليل كل من السياقات والمقروئية العامة لإنتاج المفحوص بإدراج توظيفه النفسي ضمن البنية العصابية من نمط العصاب الرهابي الوسواسي. كما تسمح الإشكاليات الملتمسة في مختلف اللوحات بتلخيص إشكاليته العامة كما يلي:

يشهد الكف والتثبيط الشديد المصحوب بالكبت عن وجود صراع حاد بين المحتويات الذكروية المكبوتة (والمرفوضة) والدفاع من جهة، وعن صعوبة بناء الصراع الأوديبي من جهة أخرى. حيث أدى استخدام التجنب الشديد والكبت إلى نشوء صعوبات في الربط بين التمثلات والعواطف، بالإضافة لصعوبات في الربط بين التيارات الليبيدية والعدوانية ، وبالتالي صعوبة تسيير التناقض الوجداني تجاه الصورة الأبوية. حيث يصارع المفحوص ضد قلق الخصاء بتجنب وكبت الخطر النزوي المرتبط ببروز الميول المحارمية تجاه الصورة الأمومية وتثبيط أي تناقض وجداني تجاهها لتفادي مشاعر الذنب وتصورات الإخصاء أمام ثقل الممنوع (اللوحة5 و 6BM). وترتبط تصورات الإخصاء تلك بالصورة المتسلطة للأنا الأعلى التي طورها المفحوص كتعويض لنقص تقمص الصورة الأبوية ، بسبب نقص الروابط الإيجابية مع الأب وصعوبة تسيير العدوانية تجاهه (اللوحة 7BM و 8BM)، ليتخذ تقمص الأب صورة مرعبة تغذي مشاعر الذنب والخوف أمام بروز الرغبات الأوديبية التي إتخذ قمعها في اللوحة (3BM) شكلا اضطهاديا.

وبالتالي فالحل الرهابي وبالإضافة لكونه دفاعا ضد قلق الخصاء، فهو أيضا محاولة لحل صراع التناقض الوجداني غير القابل للبناء بتجنبه أولا ، ثم بتوظيف الكبت لعزل التصورات والعواطف المرتبطة به، ولكن حينما يفشل ذلك الحل أحيانا في احتواء قلق الخصاء (اللوحة 1)، وأمام انفصال الحب عن الكره، وتصورات الخوف من الفقدان وصعوبة تسيير عواقب الانفصال عن مواضيع الحب وما يتبعها من حزن واكتئاب (اللوحة 3BM و6BM) ينكص المفحوص إلى مستوى قبل تناسلي من التوظيف النفسي ، يتحول فيه انشطار الحب عن الكره إلى انشطار للمواضيع الجيدة والسيئة مما يدل من جهة عن صعوبات إرصان الحداد والاكتئاب الناجم عن الانفصال، ومن جهة أخرى عن ضعف تماسك البنية العصابية للتوظيف النفسي.

خلاصة عامة عن الحالة الأولى

انطلاقا من تحليل معطيات المقابلات العيادية وبروتوكول TAT، يمكن تلخيص أهم ما كشفت عنه النتائج في علاقتها بأهداف البحث كما يلي:

<u>في مستوى أول من التحليل:</u> لاحظنا من جهة أن الحالة وأثناء تعرضه لسبب البتر (المتمثل في حادث مولد للصدمة تجسد في انفجار لغم) قد تعرض لتهديد الموت (بمعنى DSM) ، كما عانى أيضا من استجابة ضغط مجاوزة للحد، وبالرغم من ذلك كانت تلك الاستجابة عابرة حيث لم نسجل لديه أعراض أي اضطراب صدمي مزمن. كما سجلنا بهذا الصدد تدخل عاملين تمثلا في القدرة على تأويل الحدث أثناء وقوعه، والتفريغ الانفعالي في المرحلة ما بعد الآنية. أما من الجهة الأخرى فقد انعكس التعرض للبتر على حالته النفسية في الشكل التالي: أدرك حادثة تعرضه للبتر في شكل "كارثة"، ويرى أنه قد تقبل وضعية البتر لأنها قضاء وقدر بالرغم من أنه لا يريد أن يكون مبتورا، كما مارس بعض المهن التي تتطلب قوة بدنية لكي يثبت لنفسه أنه ليس مبتورا، ويبدو أنه قد تجاوز مرحلة رفض واقع الفقدان وتمكن من المرور لمرحلة قبول الفقدان في الواقع الخارجي (أي غياب الرجل المبتورة)، وبالرغم من ذلك لازال الحديث عن البتر يثير لديه انزعاجا مصحوبا بمشاعر الألم والحزن، كما يحس أن نظرته لذاته لم تتغير وأنه يتخيل نفسه في المستقبل "top، fort، حاجة كبيرة" و "قدوة للآخرين".

<u>أما في مستوى ثاني من التحليل:</u>

<u>نلاحظ أولا:</u> أنه وبالرغم من أن البتر قد أدخل لديه صعوبات يومية مرتبطة بالتنقل واستخدام الطرف الصناعي بالإضافة لمشكلات صحية ، إلا أن أهم المشكلات الراهنة التي يعاني منها الحالة تمثلت في مشكلات عائلية مرتبطة بالصراع مع الأب: "هو حاط روحو رب المقلة، وأنا رب المقلة"، وهي مشكلات مرتبطة أكثر بتاريخه الشخصي وبنمط توظيفه النفسي، حيث كان يتعرض في صغره للضرب من طرف أبيه مما عرقله عن تطوير روابط إيجابية مع الأب. كما كشف تحليل توظيفه النفسي عن صعوبات في تسيير العدوانية والكره تجاه ذلك الأب، وأيضا عن صعوبات في بناء الصراع الأوديبي، و يبدو أن شعوره العام بأنه هنالك شيء ما يكبحه ويمنعه من الانطلاق مرتبط أيضا بنمط توظيفه النفسي المندرج ضمن التوظيف الرهابي الوسواسي، حيث يتمثل ذلك "الشيء" أو كما سماه "الحاجة" في صلابة الدفاع وخاصة التجنب الرهابي والكبت أمام ثقل الممنوع ومخاوف الاخصاء ، مما عرقله عن التفتح

على حركاته الداخلية وتجنيد طاقاته الغريزية من أجل أن "ينطلق"، ويبقى العلاج النفسي هنا يمثل مخرجا من ذلك الكبح مادام الحالة يرغب في العلاج والتغيير :" حاس روحي محكوم، وحاب نتخلص من الحاجة لي حاكمتني باش ننطلق" (وهذا هو الدافع الأساسي الذي جعله يتطوع للمشاركة في هذا البحث).

كما نلاحظ ثانيا: أن أهم تأثير للبتر هنا هو مشاعر الألم والحزن التي يثيرها الحديث عن موضوع البتر لدى الحالة، والتي يبدو بأنها مرتبطة بالنقص الذي حرضه ذلك البتر، والذي أدركه على شكل: " أنا مانيش حاب نكون هكّا، رجلك ماكانش، معاق"، وبالرغم من أنه تقبل ذلك النقص في الواقع الخارجي (أي فقدان الساق المبتورة) فهو يصارع ضده في الواقع الداخلي النفسي، حيث أثار تقبل النقص الخارجي (الجسمي) على مستوى داخلي كلا من الألم والحزن ، واللذان يصارع المفحوص ضدهما باللجوء لدفاعات هوسية تمثلت أساسا في المثلنة. ونسجل هنا أيضا أن أهم العوامل التي تدخلت في تحديد شكل استجابته تلك مرتبطة أكثر بتاريخه الشخصي وبتوظيفه النفسي، فمن جهة ومن أجل مواجهة النقص والعجز وما يرتبط بهما من حزن وانخفاض تقدير الذات طور الحالة في صغره رغبة في النجاة والنجاح على شكل هوسي ارتكزت على مثلنة صورته الذاتية وإسقاطها في المستقبل على شكل: "ديما في السماء، ريادي، الأول في أي حاجة نديرها"، ولا يزال في الوقت الراهن يحاول النجاة من مشاعر النقص التي يدخلها البتر بالاعتماد على نفس التوجه المتمثل في مثلنة صورته الذاتية وإسقاطها في المستقبل على شكل رغبته في أن يصبح "top، fort، حاجة كبيرة" و "قدوة للآخرين". كما كشف تحليل توظيفه النفسي من جهة أخرى أنه يميل لاستخدام المثلنة الذاتية كدفاع هوسي ضد وضعيات العجز التي تعيد تنشيط المشاعر الاكتئابية (اللوحة 1 من TAT) ، كما يميل لمثلنة المواضيع أيضا للدفاع هوسيا ضد المشاعر الاكتئابية الناجمة عن الفقدان أمام نقص قدرته على الربط بين الحب والكره ، والذي يتحول أحيانا إلى انشطار للمواضيع الجيدة والسيئة (اللوحة 6BM) مما أضعف من تماسك بنيته العصابية ، ومما يدل أيضا على صعوبة تسيير عواقب الفقدان وما يتبعها من حزن واكتئاب (اللوحة 3BM)، وترتبط تلك الصعوبة بصعوبات في بناء الوضعية الاكتئابية (مأخوذة في معنى ميلاني كلاين) ، وبالتالي بصعوبات في إرصان الحداد الأصلي.

وعموما نسجل في هذا المستوى من التحليل ثقل العوامل المرتبطة بالتاريخ الشخصي للحالة وبنمط توظيفه النفسي، حيث لاحظنا أن أهم مشكلاته الراهنة مرتبطة أكثر بتأثير تلك العوامل، كما لاحظنا أيضا أنه أمام التأثير الذي أدخله البتر ، والمتمثل في مشاعر الحزن والاكتئاب المرتبطة بإدراك النقص ، تدخلت العوامل المرتبطة بتاريخه الشخصي وبتوظيفه النفسي لتحدد شكل استجابة الحالة لذلك التأثير.

2. تقديم وتحليل الحالة الثانية: أمين، 33 سنة.

أمين هو شاب أعزب، يبلغ من العمر 33 سنة، توقف عن الدراسة بالمرحلة الثانوية، ولا يشغل حاليا - وقت إجراء المقابلات معه- أي وظيفة بالرغم من تلقيه لبعض العروض: " بروبوزالي واحد مولا magasin باش نحكملو la caisse، بصح رفضت باش نيفيتي المشاكل، العمال نتاعو يفيسو، ولوكان نحكم واحد يسرق كيفاش ندير ... أنا فاتت عليا المشاكل هاذي ونعرفها، نبقى هكذا خير". ويعيش أمين بمدينة (أ) مع أسرته، أين التقيت به لأول مرة بأحد المراكز الملحقة بالديوان الوطني لأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها (ONAPH)، ورأيته في بهو ذلك المركز -مصحوبا بوالده وجالسا على كرسيه المتحرك- يرمق الناس أحيانا بنظرات حذرة وكأنه سيتعرض لاعتداء من طرفهم، ويغوص أحيانا أخرى في التفكير موجها نظره للأرض بينما ترتسم على وجهه ملامح حزن شديد، فطلبت من صانعة المعدات أن تقترح عليه المشاركة في هذا البحث، فاقترحت عليه ورفض، ثم اقترحت عليه هذه الأخيرة أن يتحدث معي ويقرر بنفسه، وبعدما تجاذبنا أطراف الحديث وشرحت له موضوع البحث وأهدافه وأيضا طريقة العمل وافق أمين على التطوع للمشاركة في البحث. وأذكر هنا أنه كان يخبر صانعة المعدات في ذلك اللقاء أنه يريد التحصل على طرف اصطناعي ، و بالرغم من أنه لا يستطيع المشي فهو يود الظهور بمظهر لائق:" المهم مانبقاش في التصويرة هاذي". وفي الواقع كان سير المقابلات صعبا جدا علي وعلى أمين، حيث كان هذا الأخير يحاول السيطرة على سير المقابلات، ويحدد لي الوقت الذي ينبغي أن ألتزم به، كما كان يتحدث دون انقطاع (وكأنه في حالة تداعي حر) ، ويروي أحداثا لا علاقة لها بأسئلة المقابلات (وربما بذلك السلوك كان يتجنب تلك الأسئلة). وعادة ما كان يقاطعني حينما يشعر بأنني أمهد لإنهاء المقابلة، ويتحدث قليلا ثم ينهي هو المقابلة، كما كان يرمقني من حين لآخر بنظرات حزينة لم أعرف معناها، وكل ما كنت أراه في نظراته وما كنت أسمعه خلال فترات صمته هو الاكتئاب الذي لم أستطع تفسيره أو ربطه بالتمثلات والخبرات التي كان يحدثني عنها أحيانا مما كان يربكني قليلا، وقد طلب مني في خلال لقائنا الثاني المرتبط بمقابلة تاريخ حياته أن أتحصل له على دواء لأنه لا ينام جيدا (وجلب لي علبة ذلك الدواء الذي كان اسمه Stilnox وهو منوم ومسكن يستخدم لعلاج الأرق)، وحينما أخبرته بأنني سأوجهه لمعالج نفساني زميل لي ليخضع لفحص مجاني ويتحصل على الدواء المناسب لحالته شكرني، إلا أنني حينما أخبرته بأننا سنتحدث في تلك المقابلة عن تاريخ حياته انزعج وتناول "الشمة"، ثم أخبرني بأنه ليس لديه أي تاريخ ، وعقب على ذلك قائلا :" مانيش كبير، ومانيش عسكري ولّا ... باش يكون عندي ماضي"، ليخبرني

بعد ذلك أنه عليه العودة للمنزل، وأن المقابلة لا ينبغي أن تتجاوز 15 دقيقة، فوافقتُ وانطلقَت تلك المقابلة التي أجريتها معه بصعوبة وفي حصتين.

كشفت قصة حياته أنه كان الابن الثاني ضمن أسرة تتكون بالإضافة إلى الأب والأم من أربع إخوة: أختان وأخوان، حيث كانت أسرته تلك متواضعة الدخل:" الرزق قليل"، وتعيش ببيت جده الذي تتواجد به ثلاث عائلات أخرى، وبالرغم من ذلك يرى أمين أنه لم يتعرض لأي صعوبات اقتصادية في طفولته التي امتازت -حسب رأيه- بنشأة عادية ومحيط أسري إيجابي وداعم، كما يرى أيضا أنه لم يكن هنالك أي مشكلات داخل عائلته، وأن حياتهم كانت عادية جدا: "كيما كامل العائلات الجزائرية"، ولأنه نشأ بأحد الأحياء الشعبية بمدينة (أ) استرسل أمين في إطار حديثه عن شخصيته وعن تخيلاته عن نفسه أثناء الطفولة يروي لي مغامراته وأحداث حياته اليومية التي كان يعيشها في حيه الشعبي، أين كان يتجول في صغره مع أصدقائه فيتشاجرون مع أقرانهم تارة، ويذهبون تارة أخرى للمسبح سيرا على الأقدام بالرغم من بعده عن حيهم، على عكس أطفال الأحياء الراقية الذين يتميزون -حسبه- بالرخاوة، ولا يعول عليهم كثيرا في حماية أنفسهم، وقد كان يصور نفسه وهو يروي ذلك كله بأنه كان طفلا نشيطا، شجاعا، لا يخاف ولا يعتمد على الأخرين، يمقت حالة الاستكانة والضعف التي كان يتميز بها أطفال الأحياء الراقية، حيث يرى أنه قد تمت تربيته من قبل والديه بأسلوب علمه الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية ومواجهة جميع ظروف الحياة ويقول: "حتى ضرك راني نعتمد على نفسي، وحتى كي نحتاج حاجة مانقوللهمش، عندي صحابي نهز يدي برك يعطيوني، وحتى القش في الأعياد كاين جماعة ما يسلكوش عليا، وكاين صحابي كعبات برك كشما نحتاج يعطيوني، والترينينق (أي الحذاء الرياضي) هذا لي راني لابسو، كي جيت نشريه ماسلكش عليّا". وفي حديثه عن نمط تعلقه بوالديه حينما كان صغيرا يرى أمين أن والده يتميز بالصرامة والجدية ظاهريا ،إلا أنه يتعامل معه جيدا "بابا مزير بصح يتعامل معايا Bien، حاس بيا وحاس بيه"، ويرى أيضا أنه قد تلقى منه الدعم اللازم بعد تعرضه للبتر، كما يصف شخصية أمه بأنها متماسكة تمتاز بالحنان والصبر، ويرى أنها قد دعمته هي الأخرى نفسيا وماديا بعد تعرضه لحادث البتر: "تدوشني، وماتخلينيش، وماتتهناش عليا حتان تعطيني الأمور اللي خاصتني، وماتخليش الآخرين يعاونوني وهي حاضرة، وباعت ذهبها كي كنت نعالج (في المدينة "ع")، وكي تجي شهريتها تعطيني منها". وعموما نلاحظ هنا أنني من جهة لم أستطع التعمق كثيرا في ماضي أمين المتعلق خاصة بظروف نشأته وتاريخه الأسري ، لأنه كان يتجنب الحديث في مثل تلك الأمور ، ويتطرق لها إما بابتذال وإما بالخوض في تفاصيل

ومواضيع أخرى لا علاقة لها بالأسئلة الموجهة له ، أو حتى بالاسترسال في رواية أحداث الحياة اليومية التي لا توقظ أي ذكريات، كما نلاحظ من جهة أخرى أنه كان يستدعي خبرات ماضيه المتعلقة بأسلوب تربيته وبنمط تعلقه بوالديه وخاصة بأمه انطلاقا من الاستدلال بوقائع تنتمي لمرحلة ما بعد البتر.

وبالرغم من ذلك التجنب الذي ميز طريقة أمين في تناوله للخبرات المشكلة لتاريخه الشخصي، فقد تمكن هذه المرة من فتح باب إحدى حجرات ماضيه على مصراعيه ليتحدث بطلاقة وباسترسال عن خبراته الجنسية المبكرة، وأيضا عن مجموعة من الخبرات الصادمة التي تعرض لها في صغره. حيث يروي لنا أمين أنه وقبل بلوغه سن التمدرس كان كثير التردد على منزل الجيران الذي كانت تقطنه ثلاث فتيات راشدات وجميلات كن يداعبنه ويلعبن معه، كما كان يتعرض أيضا لإغراءات جنسية من طرفهن ، حيث كان يرى أجسادهن عارية، كما كانت إحداهن تكثر من الاحتكاك به، ولأن هذه الأخيرة كانت تحب شخصا من سنها فقد كانت تستخدم أمين عادة لإغواء حبيبها ذاك. وفي هذا السياق يتذكر أمين أنهن كن يقللن من الاحتكاك به حينما كان يأتي أبوهن، فإن غادر هذا الأخير عدن لعادتهن معه. وبالرغم من أننا نعلم أن فرويد قد منح لمثل هذه الأحداث الجنسية المبكرة المتعلقة بالإغواء أهمية كبيرة ، حيث جعل منها -في إطار نظرية النوروتيكا- السبب الأساسي لنشوء العصاب، فإنه لا يمكنني هنا التنبؤ بوقع مثل تلك الخبرات على التوظيف النفسي لأمين، لأنني لم أكون حتى الآن أي فكرة واضحة عن توظيفه باستثناء ملاحظتنا لذلك الاكتئاب الذي يبدو سمة ملازمة لتوظيفه النفسي. وعموما لنترك هذه المهمة لاختبار TAT، ولنوجه انتباهنا الآن لأهم الخبرات الصادمة التي عاشها أمين ، حيث يروي لنا هذه المرة أنه (بين سن الحادية عشر والثالثة عشر) عايش الكثير من المشاهد والأحداث المروعة التي عانى منها الشعب الجزائري في خلال فترة العشرية السوداء ويقول: "كان وقت الإرهاب وين كنا نعمرو الماء ونشريو الخبز على ال5 نتاع الصباح، نعمرو الماء عند واحد جارنا تحت الرافال- الرصاص يصيح، واحد النهار رحت (إلى الحي "ك") باش نشري الخبز، وشفت ثلاثة موتى ورجليهم كوحل ويترعدو هكذا ... (يحرك أصابع يديه)، وبقيت مـ choqué حتان جاني واحد الشايب وحكم يدي ووصلني للدار، ومبعد طلع الصباح في نفس النهار زدت شفت ثلاثة آخرين (في الحي "ش") وكانو مغطيين، هاذاك الوقت كانو المفقودين يحوسو عليهم ماليهم، وعلى هاذيك عرّاولهم على وجوههم باش يشوفوهم، الـ civil هو لي عرالهم على وجوههم، وبقيت واحد العشرة أيام مـ choqué، كي نقعد وحدي نتفكرهم، وماناكلش ، وكي نجي ناكل نتفكر وجوههم باللحية ورجليهم، بقيت مـ choqué من اللقطة

اللولة: كانت الموت عزيزة، بصح مبعد في اللقطة الثانية جاو صحابي وقالو لي راهم كاينين آخرين لهيه، ماتشوكيتش على خاطر كنا في جماعة وحنا لي رحنا شفناهم، ووالفت ولات تبالي حاجة normale، ياخي في هاذيك الفترة لي ماتت قلوبنا". وبمجرد حديثه عن تلك الخبرات تتداعى في ذاكرته مشاهد عنف أخرى تعرض لها في صغره حيث يسترسل أمين دون أن أطلب منه ذلك ليروي تفاصيل تلك المشاهد قائلا: "مرّة كنت في الفيرما، وواحد ولد عمي ضرب ولد عمي آخر باللي يهزو بيها القرط، غرسهالو في صدرو، حضرت أنا كي تقابضو وشفت كيفاش حتان تقابضو، ومرة وحدة بنت عمي في الدوار طاحت من فوق الحصان وعفسها، كنت حاضر ثمّا، ومرة شفت حادثة مرور tracteur صدم في taxi تاع عرس، وكي رحنا نجريو أنا وولد عمي شفنا الدم يقطر، اللحم مخلط مع الحديد، ومبعد رجعت خفت ...".

وعن تأثيرات الأحداث الإرهابية السابقة عليه يقول أمين: "في الوقت هاذاك ماكانش الأمن، تخاف تتحرك خاطر الحي كان معمر بالارهابيين"، ومن جهة أخرى أثرت تلك الأحداث أيضا على حياته الدراسية حيث يروي إحدى خبراته المرتبطة باختباء الإرهابيين بإحدى الإقامات المقابلة للمتوسطة التي كان يدرس بها، مما دفع به إلى التغيب عن المدرسة لفترات طويلة بسبب الخوف. وبالرغم من أن أمين كان يربط تذبذب دراسته في كثير من الأحيان بتدهور الأوضاع الأمنية في تلك الفترة ، إلا أن ذلك لم يكن السبب الحقيقي الذي دفع به للتخلي عن الدراسة، حيث يرى أنه قد ترك الدراسة لأن المناخ السائد في حيه لم يكن يشجع على ذلك، أين لم ينتقل أغلب جيرانه وأصدقائه للمرحلة الثانوية، بينما انتقل هو ومجموعة من زملائه الذين عدد أسماءهم على أصابع يد واحدة، وهكذا وبعدما انتقل من الأولى للثانية ثانوي بمعدل مرتفع ، درس بهذه الأخيرة شهرين ثم توقف عن الدراسة بملئ إرادته لكي يعمل ويبني مستقبله، لأن المناخ السائد في حيه الشعبي كان يشجع على العمل وليس على الدراسة كمشروع مستقبلي ناجح.

بعد توقفه عن الدراسة اشتغل أمين كميكانيكي مع أحد جيرانهم ، ليتوقف بعد ثلاثة أشهر عن العمل بسبب شجار دار بينه وبين جارهم ذاك، حيث التحق بعد ذلك بالعمل في محل لبيع وكراء أشرطة الفيديو، وتولى تسيير ذلك المحل لمدة 5 سنوات، أغلق بعدها المحل ووجد نفسه من جديد يبحث عن عمل، وهكذا التحق هذه المرة بالعمل مع عمه الذي علمه مهنة الطلاء التي أصبح يشتغل بها ويعتبرها مصدر رزقه منذ ذلك الحين، وبمجرد تطرقنا للحديث عن تلك المهنة التي وصفها بالقول "هي اللي حبستني" انزعج أمين انزعاجا شديدا ، وطلب مني أن

توقف المقابلة لأنه عليه العودة للمنزل، فوافقت وأنا متسائل عن سبب رد فعله العاطفي والتجنبي القوي تجاه التمثلات المرتبطة بممارسته لتلك المهنة.

في المقابلة اللاحقة استأنفنا الحديث عن حياته المهنية وعن ممارسته لمهنة الطلاء، أين فهمت في تلك المقابلة سبب رد فعله السابق، حيث كانت تلك المهنة سببا في تعرضه لحادث صادم، وقبل أن نتطرق لتفاصيل تعرضه لذلك الحادث نسجل هنا في استجابته السابقة عرضين مرتبطين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة (الموصوف في DSM- IV) وهما: الضيق الشديد الذي بدا عليه إثر تعرضه لإشارات داخلية (التمثلات المرتبطة بممارسته لمهنة الطلاء التي كانت سببا في تعرضه للحادث) ذكرته بالحادث (وهو عرض ينتمي للمعيار B)، وأيضا جهوده المبذولة من أجل تجنب الأفكار والأحاسيس المرتبطة بتعرضه لذلك الحادث حيث طلب مني إيقاف المقابلة (عرض ينتمي للمعيار C).

وعن ملابسات تعرضه لذلك الحادث يروي لنا أمين تفاصيل أحد أسوء أيامه بالعمل فيقول: "كنت نخدم في chantier، وفي هاذاك النهار كملت الخدمة وكنت رايح للدار، وكانت السماء مغيمة، ورجعت للـ chantier قالي المقاول روح بنتر الخزنة تاع التريسيتي، قلت له بلي راهي danger وبديت نبنتر فيها، تفلقت ... لقيت روحي طايح على كرشي ونعيط ... ورجليا ماحسيتش بيهم، وشفت رجلين تاع الناس لي كانو دايرين ثما، وسمعت واحد يعيط يقولهم خليوه يتنفس ... بعدها فقت في السبيطار". وبالإضافة لملاحظتنا أن أمين قد عاش ذلك الحادث بشكل تراجيدي أين برزت عليه ملامح الرعب وهو يروي تلك الأحداث، نلاحظ أيضا أن حادث الانفجار الذي تعرض له هو حادث مولد للصدمة بكل المقاييس، حيث تتوفر فيه معايير الفجائية والعنف، كما تتوفر فيه شروط الحادث الصادم الموصوفة في المعيار (A) من DSM-IV والمتمثلة في تعرضه لحادث تضمن تهديدا خطيرا للسلامة الجسدية عاشه أمين في حالة عجز وترويع، ليدخل بعدها في حالة غيبوبة أين تم نقله للمستشفى وهو على تلك الحالة: "كنت في les urgences، وماكنتش فايق، حكاولي مبعد، دخلت في غيبوبة وكنت في الـ coma 25 يوم، كيما حكاولي كنت في حالة ... ميخوذ محروق". وبينما كان أمين في حالة الغيبوبة تلك خضع وفي إطار استعجالي لعملية بتر على مستوى ساعده الأيسر وساقه اليمنى.

وفي مواجهته لسؤال مرتبط باستجابته حينما رأى ساعده وساقه مبتوران لأول مرة يقول أمين: "كي فقت دورت راسي لقيت يدي هاذي (يشير ليده المبتورة) معلقة، ومبعد شفت رجلي لقيتها ماكانش، ثما بقيت واحد 40% مانيش مصدق، وغاضتني رجلي هاذي (يشير لرجله المبتورة) أكثر من يدي، وقلت رايح نبقى هكذا !". ليبقى بعدها في المستشفى يتلقى العلاج لمدة شهر و20 يوم، يصف أمين حالته أثناءها بأنها تميزت عموما بالصبر إلى درجة أنه كان يواسي أهله حينما كانوا يزورونه: "الاباس، كي يجيو الدار وليت أنا نصبر فيهم"، وبالإضافة لذلك يقارن حالته تلك التي تميزت بالصبر مع حالة أحد المرضى الذي

كان: "يكفر"، ليأتي به الطبيب المسؤول لأمين الذي كان يقرأ مصحفا وينزع عنه الغطاء ويقول لذلك الشخص الذي كان "يكفر": "شوف"، وهكذا وعضه أمين ليقول له بعد ذلك: "أحشم على روحك أنا مع المرأة وأنت تطيح !". وفي الواقع لا أدري لماذا قال له ذلك لأنه أخبرنا أنه كان يقرأ مصحفا ... ولكن ذلك لا يهم، فما يهم هنا هو أن ذلك الطبيب اقترب من أذن أمين وتمتم بكلمات لم يسمعها هذا الأخير، وبالرغم من ذلك فهو يعتقد أنه قال له: "راهو رايح يعقب (أي سيموت)". ويقول أمين بعد ذلك: "وكتبنا ربي عمر جديد".

باستثناء حالة الصبر تلك فقد كان أمين يعاني في تلك الفترة من قلق واستثارة، وأيضا من صعوبات بالنوم، ولأنه لم يكن ينام بالليل فقد كان دائم التشاجر مع فريق العمل الليلي: "ماكنتش نرقد في الليل، ونتقابض مع الـ Groupe نتاع الليل، كنت نتقابض معاهم ماكانوش متهليين فيا، مايخدموش (...) واحد يجي يرقد واحد يجي يزني ... وكان واحد الفرملي ديما نتقابض معاه". ولأن صعوبات النوم والاستثارة ونوبات الغضب تلك هي أعراض مرتبطة بالضغط فقد وصف له دواء Tranxene (وهو مضاد للقلق) من أجل التحكم بها، ولأنه لم يكن ينام بالليل فقد كان أمين يفكر فيما سماه: "الحياة الأولى" ، والتي يعني بها حياته قبل التعرض للبتر: "كنت نتفكر كيفاش كنت نخرج، ونروح نتقهوى، ونروح نخدم ...".

بعد خروجه من المستشفى يروي لنا أمين تفاصيل ما عاشه قائلا: "قعدت في الدار نـ soigner وناكل، مبعد خرجت كي جابلي واحد يعرفو بابا كرّوسا (أي كرسي متحرك)، وخرجت بعد شهر مع بابا، والكارتي أكّل يسلم ... واحد يبكي، واحد يقولي اسمحلي ماقدرتش نجيك للسبيطار..."، وبعد ذلك ... لا أريد أن أروي تفاصيل ما عاشه أمين بحزني أنا (فبالرغم من أننا مطالبون كنفسانيين بالتمتع بصفة المشاركة الوجدانية فنحن مطالبون أيضا بأن نحلل مشاعرنا في إطار التحويل المضاد) ، ولنفسح المجال إذن لأمين ليروي لنا تفاصيل ما عاشه بحزنه هو حيث يقول: "بعد شهرين عاودو رجعوني للسبيطار باش يزيدو ينقصولي في رجلي، وأنا كنت عايش الشهرين هاذوك بالوهم تاع راني رايح نمشي ونتحرك، وقتلوني بـ la réeducation، وكي فقت من العملية جاوني الأطباء زعما باش يقولولي راك رايح تبقى هكذا ماتنوضش، وفقتلهم، وكان معاهم واحد زعما كان يوجد في روحو باش يقنعني، ومع قالي الطبيب أحمد ربي رانا درنا الـ possible باش نمنّعوك من الموت: تنملت وحسيت بالدنيا تدور بيا، وكي جاء يهدر هاذاك لي زعما راح يقعني كوبيتهالو، ودورت راسي وديقوتيت الليلة هاذيك، فوّتها تعيس ...".

اليوم وبعد خمس سنوات من تعرضه للبتر على مستوى الساعد الأيسر والفخذ الأيمن، وإصابة عموده الفقري، أصبح أمين مقعدا على كرسي متحرك ولا يستطيع الوقوف والمشي من جديد، حيث يجيب عن سؤال مرتبط بالتغييرات التي أحدثها البتر في حياته قائلا: "راح كلش" ، فلم يعد قادرا لا على التنقل

ولا على العمل أو حتى على قضاء حاجياته الضرورية، كما يروي أيضا أنه ومنذ فترة تعارك صديقان له في المقهى فنهض الحاضرون ليفصلوا بينهما ليحس هو في تلك اللحظة بالعجز وبأنه معاق. ويضيف أمين هذه المرة متحدثا عن تأثير البتر على حياته الصحية والذي تجسد في معاناته من السمنة بسبب عدم قدرته على التحرك وممارسة الرياضة: "هذيك النهار جارنا عندو مرايا في الدار، شفت روحي فيها لقيت فخاذي ساحو وكرشي خرجت، قتلو شكون العبد هذا؟". وعن تغير نظرته لنفسه يجيب أمين: "أنا الماضي تاعي حرقتو"، ويضيف قائلا: "هذيك النهار سقساني الطبيب تاع l'assurance قالي قداه في عمرك، قتلو لعمر الجديد ولا القديم ...". حيث يفصل أمين بين مرحلتين من حياته: ما قبل- وما بعد تعرضه للبتر، ليجيب عن سؤال مرتبط بمدى تقبله لوضعية البتر بكلمة واحدة: "أكسيبتيتها" ، حيث أخبرني بعد ذلك أنه لم يتحدث في هذه الأمور منذ مدة طويلة ، وأن رأسه أصبح يؤلمه حينما يتناول مثل هذه المواضيع، وأخيرا رد أمين حينما سألته عن مدى شعوره بالقدرة على التعامل مع وضعيته الجديدة ومواصلة حياته، و تخيلاته عن نفسه في المستقبل قائلا: " مانقدرش نتخيل روحي في المستقبل ... أنا راني عايش نهار بنهار".

انطلاقا من هنا يمكن تلخيص أهم العناصر التي تم الكشف عنها في النقاط التالية:

- انزعج الحالة كثيرا أثناء تطرقنا للحديث عن تاريخ حياته، حيث أخبرني في بداية المقابلة أنه ليس لديه تاريخ: "مانيش كبير، ومانيش عسكري ولّا ... باش يكون عندي ماضي"، كما تميزت طريقته في استدعاء خبرات ماضيه المرتبطة بظروف نشأته وبتاريخه الأسري بالتجنب، ونلاحظ أيضا أنه كان يستدعي خبرات ماضيه المتعلقة بأسلوب تربيته وبنمط تعلقه بوالديه وخاصة بأمه انطلاقا من الاستدلال بوقائع تنتمي لمرحلة ما بعد البتر.
- تعرض الحالة في صغره لإغواء جنسي من طرف جاراته الراشدات.
- تعرض أيضا في طفولته لخبرات صادمة تمثلت في معايشته لأحداث العنف الإرهابية، ولمشاهد مرعبة مرتبطة برؤيته لأشخاص موتى، بالإضافة لمشاهد عنف أخرى ، ونلاحظ هنا من جهة أن تلك المشاهد المرعبة المرتبطة برؤيته لأشخاص موتى قد حرضت لديه استجابة صدمية تمثلت في إعادة معايشته لتلك المشاهد، والاكتساح من طرف الصور التي شاهدها، كما نسجل أيضا في هذا الإطار تلفظه بتعابير مرتبطة بتصورات الموت: "من اللقطة اللولة كانت الموت عزيزة"، "ياخي في هاذيك الفترة لي ماتت قلوبنا"، ونلاحظ من جهة أخرى أن تداعي تلك المشاهد

المرتبطة برؤيته لأشخاص موتى قد حرك بصورة آلية ذكريات أخرى مرتبطة بمشاهد عنف عايشها في صغره.

- تمثل سبب البتر في حادث مولد للصدمة (تجسّد في التعرض لانفجار) توفرت فيه خصائص الفجائية والعنف، كما توفرت فيه أيضا شروط الحادث الصادم الموصوفة في المعيار (A) من الـ DSM-IV والمتمثلة في تعرضه لحادث تضمن تهديدا خطيرا لسلامته الجسدية، عاشه في حالة عجز وترويع، كما يبدو أن الحالة قد عانى بعد تعرضه لذلك الحادث من أعراض ضغط حادة تمثلت في: صعوبات النوم، استثارة ونوبات غضب، أين وصف له دواء Tranxene (وهو مضاد للقلق) من أجل التحكم بتلك الأعراض.
- يبدو الحالة منشغلا بفكرة الموت أو حتى مذهولا أمامها، حيث نلاحظ من جهة وبالرغم من أنه لم يسمع الكلمات التي تمتم بها الطبيب في أذنه حينما جلب له ذلك المريض الذي كان "يكفر"، فقد أول الحالة تلك الكلمات على شكل: "راهو رايح يعقب (أي سيموت)"، كما نلاحظ من جهة أخرى أنه وفي مواجهة إخبار الطبيب له بأنهم قد عملوا ما بوسعهم لإنقاذه من الموت عرض الحالة استجابة ضغط تفارقية تمثلت في الإحساس بخدر ، وانخفاض في وعي المحيط: "ومع قالي الطبيب أحمد ربي رانا درنا الـ possible باش نمنّعوك من الموت، نمّلت وحسيت بالدنيا تدور بيا".
- يفصل الحالة بين مرحلتين في حياته: ما قبل- وما بعد تعرضه لحادث الانفجار، حيث يبدو أن ذلك الحادث الصادم قد خلق انقطاعا في سيرورته التاريخية: "أنا الماضي نتاعي حرقتو"، حيث يدعو الحالة مرحلة ما قبل تعرضه للبتر بـ "الحياة الأولى"، كما يدعو مرحلة ما بعد تعرضه للبتر بـ "عمر جديد".
- يبدو أن الحالة قد طور اضطراب صدمي مزمن، حيث سجلنا عليه أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (الموصوف في DSM-IV-TR) والتي تمثلت فيما يلي:

- المعيار (A): تعرضه لحادث تضمن تهديدا خطيرا لسلامته الجسدية، عاشه في حالة عجز وترويع.

- المعيار (B): الضيق الشديد الذي بدا عليه إثر التعرض لإشارات داخلية (تجسدت في التمثلات المرتبطة بممارسته لمهنة الطلاء التي كانت سببا في تعرضه للحادث) والتي ذكرته بذلك الحادث، وأيضا عودة الفعالية النفسية التي تمثلت في

شعوره بألم في الرأس إثر حديثنا عن الخبرات المرتبطة بتعرضه للبتر ، وبالتالي إثر تعرضه لإشارات داخلية ترمز لتعرضه لحادث الانفجار، حيث أخبرني أنه لم يتحدث في مثل تلك الأمور منذ مدة طويلة، وأن رأسه أصبح يؤلمه حينما يتناول مثل تلك المواضيع.

- المعيار (C): جهوده المبذولة من أجل تجنب الأفكار والأحاسيس التي صاحبت تعرضه للحادث، حيث وبمجرد تطرقنا للحديث عن مهنة الطلاء التي كانت سببا لتعرضه للحادث والتي وصفها بالقول: "هي اللي حبستني" طلب مني إيقاف المقابلة، وأيضا انخفاض الاهتمام والمشاركة في أنشطة مهمة حيث رأينا كيف رفض العمل الذي عرض عليه، ووجد لنفسه عدة تبريرات لكي يبقى منسحبا، كما نسجل أيضا عرضا آخر ينتمي لهذا المعيار تمثل في الإحساس بتقاصر المستقبل، حيث لا يتوقع الحالة أصلا أنه سيمتلك في المستقبل مدى حياة طبيعي: "مانقدرش نتخيل روحي في المستقبل .. أنا راني عايش نهار بنهار".

- المعيار (D): معاناته من صعوبات النوم ، مما دفع به لأن يطلب مني أن أتحصل له على دواء منوم ومضاد للأرق (Stilnox)، وأيضا فرط التيقظ الذي لاحظناه في استجابة الحذر الشديد التي كان يعرضها أثناء تواجده وسط الناس، أين كان يرمقهم بنظرات حذرة وكأنه سيتعرض لاعتداء من طرفهم.

- وبالنسبة للمعيار (E) نلاحظ أن الأعراض قد تجاوزت مدة شهر أو حتى سنوات، أما بالنسبة للمعيار (F) فنلاحظ أن الحالة لم ينسحب فقط من الأنشطة المهنية أو الاجتماعية بل انسحب من الحياة.

- تم البتر في إطار استعجالي أين تعرض الحالة لغيبوبة وكان فاقدا للوعي أثناء خضوعه لعملية البتر.
- أثناء رؤيته لساعده وساقه مبتوران لأول مرة ، تقبل الحالة واقع الفقدان جزئيا: "بقيت واحد 40% مانيش مصدق"، وقد أدى به ذلك التقبل الجزئي لواقع الفقدان إلى الشعور بالحزن :" غاضتني رجلي هاذي أكثر من يدي"، كما حاول أيضا في تلك الفترة إسقاط نفسه في المستقبل بإصابته تلك: " وقلت رايح نبقى هكذا !"، ويصف الحالة استجابته لخبرة تعرضه للبتر في تلك الفترة بأنها تميزت عموما بالصبر.
- بعد تعرضه للبتر مباشرة كان الحالة يفكر فيما سماه:" الحياة الأولى" ، والتي يقصد بها حياته قبل أن يتعرض لعملية البتر:" كنت نتفكر كيفاش كنت نخرج، ونروح نتقهوى، ونروح نخدم ...".

- بعد خروجه من المستشفى عاش الحالة فترة من الزمن بأمل أنه سيمشي مجددا، ليتم القضاء على أمله ذاك بإدخاله من جديد للمستشفى أين تم تمديد بتر رجله اليمنى من الساق إلى الفخذ. مما جعله يعيش إحباطا شديدا، و يبدو أن تمديد مستوى ذلك البتر قد أدى إلى تمديد وتعميق مستوى حزنه ومعاناته.
- نسجل هنا أيضا شدة إصابة البتر، حيث تعرض الحالة لبتر على مستوى ساعده الأيسر وفخذه الأيمن بالإضافة لإصابة عموده الفقري، لتتجسد النتيجة المباشرة لتلك الإصابة الوخيمة في ثقل درجة العجز والإعاقة ، أين أصبح الحالة مقعدا على كرسي متحرك، كما لم يعد قادرا على التنقل أو العمل أو القيام بنشاطاته المعتادة.
- بالرغم من محاولته ترميم صورته النرجسية ، حيث لاحظنا أثناء إلتقائنا به لأول مرة أن الحالة كان يحاول التحصل على طرف إصطناعي للتجميل من أجل أن يظهر بمظهر لائق، يبقى أمين يعيش على مستوى نفسي داخلي في جو من الحزن الذي يبدو أنه قد تحول إلى يأس وانسحاب من الحياة: "مانقدرش نتخيل روحي في المستقبل ...أنا راني عايش نهار بنهار".

تحليل بروتوكول TAT : أمين، 33سنة.

قبل بدأ الاختبار اتصل المفحوص بالفاحص هاتفيا ليؤجل موعد الاختبار إلى اليوم الموالي، ليتصل أيضا في ذلك اليوم الموالي ويؤجل الموعد المُؤجل إلى اليوم الموالي، أين جاء المفحوص لإجراء الاختبار أنيقا ، يرتدي ملابس جديدة يختفي وراءها حزنه الذي لازالت ملامح وجهه تعبر عنه.

تكشف المقروئية العامة لإنتاجه القصصي عن غلبة الميل العام إلى التثبيط والكف الهوامي من أجل تقييد التعبير عن الصراع، حيث أدى تدخل التجنب الرهابي (CP) إلى كبح تظاهر العالم الداخلي الذي يريد المفحوص إخفاءه بالصمت الطويل والمتواصل ، وبأخذ مسافة من المحرضات الكامنة للوحات لتجنب التعبير عن الصراعات المرتبطة بها، ليتم بعد ذلك طرد الصراع الداخلي إلى العالم الخارجي من خلال التجنب العملي (CF) لكف الصدى الهوامي المرتبط به ، واستبداله بأفعال الحياة اليومية والعملية التي لا توقظ لا عواطف ولا ذكريات. مما يشهد على هشاشة العالم الداخلي للمفحوص وحاجة توظيفه النفسي للاستناد على العالم الخارجي (اللوحات 6BM، 7BM) .

وأمام هذا النمط من التوظيف تبقى محاولات بسط الصراع على مستوى نفسي داخلي وتيسيره بإستثمار الفكر من خلال سياقات الرقابة (A) ، أو بإستثمار العلاقات البيشخصية لتهويله ومسرحته من خلال سياقات الهراء(B) جد هشة، حيث تتدخل سياقات الرقابة عموما لتعزيز جهود سياقات التجنب الأخرى (وخاصة الرهابي) من أجل عرقلة بروز العواطف المرتبطة بالصراع، وخصوصا من أجل عزل واستبعاد العواطف المرتبطة بالصراع العلائقي (اللوحات 7BM، 13MF)، أو حتى لمنع ربطها

بالتمثلات (اللوحة 10)، كما أن ارتباط سياقات الهراء بكل من الرقابة والتجنب الرهابي من جهة وبالتجنب النرجسي (CN) من جهة أخرى، أدى لإنقاص فعاليتها والحد من كفاءتها، حيث تعمل كل من الرقابة والتجنب الرهابي على كبح وعزل العواطف المرتبطة بالصراع، لتتدخل بعد ذلك السياقات النرجسية لتعزيز ذلك التجنب بمحاولة الانسحاب من الصراع العلائقي، مما عرقل كثيرا محاولات تصويره ومسرحته (اللوحة 4) هذا من جهة. ويرتبط من جهة أخرى الحضور القوي للانسحاب النرجسي بالحضور المتواضع للسياقات السلوكية (CC) والهوسية (CM) ، والتي أبرز توظيفها حاجة المفحوص للسند (خاصة عن طريق استثمار الوضعية الإسقاطية والعلاقة مع الفاحص) إما لتفريغ التوتر المرتبط بالصراع الداخلي وتجنب التعبير عنه، أو باستثمار وظيفة الإستناد على الموضوع، أو حتى باستخدام الفاحص كسند لمحاولة التعبير عما يدور بالعالم الداخلي للمفحوص، وهنا يتدخل عادة الانسحاب النرجسي لنزع الاستثمار من موضوع السند ليبقى الاكتئاب (في اللوحة 3BM) ينتمي للعالم الداخلي للمفحوص والذي لا يريد التعبير عنه، أو ليتخلى (في اللوحة 10) عن موضوع السند من أجل تجنب العلاقة مع الآخر والتهرب من التبعية تجاهه. وفي هذا الجو من الكف والتثبيط تفلت بعض التصورات القوية المرتبطة (في اللوحة 3BM و13MF) بإدراك شخصيات منهارة أو مريضة أو حتى ميتة، والمرتبطة (في اللوحة 8BM) بالبروز الفظ للعدوانية وكبحها بدفاع مكثف نظرا لصعوبات تسييرها واستحالة التفاوض معها.

<u>اللوحة 1</u>

26’’ ... هذا طفل صغير في سن 15/14، محتار، والوضعية لي قاعد فيها ... ويشوف مع الكامنجا هاذي، يشوف معاها كيفاه ... يتعامل معاها، هاذو لي تحتو وراقي مايكونوش تاع solfège؟ يشوف مع هاذي يخمم كيفاش راح يتعامل معاها ... بالاك تكون محتمة عليه. ’’02 ‘2.

- **السياقات:**

بعد فترة من الصمت (CP1)، يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "هذا طفل صغير" (CF1) ومصرحا بتوضيحات رقمية "15/14" (A2.5)، ليعود بعد إبداء انطباع ذاتي "محتار" (CN1)، إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "الوضعية لي قاعد فيها ... ويشوف مع الكامنجا هاذي" (CF1) أين تخلل تعبيره فترة من الصمت (CP1). ليواصل بعد ذلك حواره مجترا لكلمة " يشوف ... يشوف" (A2.8) ومشددا على الفعل "يشوف معاها ... يتعامل معاها" (CF3) مع توقفات في التعبير (CP1). يصف المفحوص بعد ذلك أحد

أجزاء الصورة في شكل طلب موجه للفاحص "هاذو لي تحتو وراقي مايكونوش تاع solfège؟" (A2.1, CC2)، ليعود إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة في إطار التشديد على الفعل "يشوف مع هاذي يخمم كيفاش راح يتعامل معاها" (CF1, CF3)، وليختتم حواره بعد فترة من الصمت (CP1)، وبعد التحفظ الكلامي "بالاك" (A2.3) بالتشديد على الانطباع الذاتي "تكون محتمة عليه" (CN1).

- **الإشكالية:**

أدّى تقمص الوضعية الطفلية المرتبطة بالعجز وعدم النضج الوظيفي إلى بروز تصورات مرتبطة بالعاطفة الاكتئابية، والتي يحاول المفحوص تجنبها والدفاع ضدها باللجوء إلى التمسك بالواقع الخارجي والعملي المعزز بكف الصراع، مع عدم القدرة على استثمار الموضوع وإقامة روابط وظيفية معه، مما يدل على نقص وعدم كفاية استثمار الذات.

اللوحة 2

’’25 ... ماتبانش مليح ... هذيك أرض؟ فلاح ... هاذو المادامات نتاعو ولاّ بناتو؟ ... نديروهم مادامات نتاعو ... هو لاتي بخدمتو، بصحتو الله يبارك ... ممكن متجاهل نسوانو في زوج، وحدة مهمومة ... والثانية مكسرة الروتين هاذاك بالمطالعة. ’’1’48.

- **السياقات**

بعد فترة من الكمون (CP1) يدخل المفحوص في التعبير بانتقاده الأداة "ماتبانش مليح" (CC3)، ليوجه طلبا للفاحص "هذيك أرض؟" (CC2) بعد فترة من الصمت (CP1)، وليتمسك بعدها بالمحتوى الظاهري للصورة معرّفا بإحدى شخصياتها "فلاح" (CF1). بعد فترة أخرى من الصمت (CP1) يوجه المفحوص هذه المرة سؤالا للفاحص "هاذو المادامات نتاعو ولاّ بناتو؟" (CP5)، ليلجأ في إطار الصمت المتواصل (CP1) إلى الابتذال "نديروهم مادامات نتاعو" (CP4)، وليعبر بعد ذلك عن انطباع ذاتي "لاتي بخدمتو" (CN1) مع التركيز على تفاصيل نرجسية "بصحتو الله يبارك" (CN10)، وليعود بعد ذلك في إطار التوقفات الكلامية (CP1) للتعبير عن الانطباعات الذاتية "متجاهل نسوانو، وحدة مهمومة" (CN1). وأخيرا يختتم المفحوص حواره بالتشديد على أفعال الحياة اليومية والعملية "مكسرة الروتين هاذاك بالمطالعة" (CF2).

- **الإشكالية**

يتجنب المفحوص هنا استدعاء العلاقة الثلاثية في غياب أي بروز للصراع، ويستدعي بدلا من ذلك علاقة ثنائية من خلال تكثيف الصورة الأنثوية وتصويرها في وضعية تبعية للشخصية الذكورية، مما يدل على محاولة إخفاء المشاعر التنافسية وصعوبة تسيير العدوانية، كما أن تصوير الشخصية الأنثوية في وضعية تبعية للشخصية الذكورية في ظل الانسحاب النرجسي لهذه الأخيرة وغياب الرغبة في أي استثمار علائقي أدى لبروز العاطفة الاكتئابية، مما يدل على صعوبة تسيير الفقدان والتخلي عن الموضوع حيث يميل المفحوص للتمسك بأفعال الحياة اليومية لملئ الفراغ.

<u>اللوحة 3BM</u>

22'' ... هــاذي عرعــورة لــي فــي ظهــرو؟ ...، واش تكــون مــرا؟، أنــت علابالــك؟ ... هــاذي ديرهــا المــرأة المتحطمــة، نــديروها هاكّــا بــرك، مافيهــا ملامــح وجــه مافيهــا والــو، عاطيتنــا بــالظهر قاعــدة قعــدة مــا ... كتومــة مخبيــة ... مــاتكتبش هــاذي، مــرأة محطمة فرات.''2'16

- **السياقات**

بعـد فتـرة مـن الصـمت (CP1)، يـدخل المفحـوص فـي التعبيـر متمسـكا بـالمحتوى الظـاهري للصــورة (CF1)، ليــدرك مــن خــلال تفصــيل نرجســي ســلبي "هــاذي عرعــورة" (CN10) شخصـية الصـورة دون التعريـف بهـا "لـي فـي ظهـرو" (CP3)، وبعـد فتـرة مـن الصـمت (CP1) يواصـل المفحـوص التعبيـر متسـائلا عـن جـنس الشخصـية التـي أدركهـا "واش تكـون مـرا؟" (CP5)، وموجهـا طلبـا للفـاحص "أنـت علابالـك؟" (CC2) ليعـود مـن جديـد إلـى الصـمت (CP1). ويباشـر بعـد ذلـك حـواره ليـدرك موضـوعا منهـارا فـي إطـار الميـل إلـى العقلنـة وإلـى عنونـة القصـة ذات العلاقـة بـالمحتوى الظـاهري "المـرأة المتحطمـة" (E6, A2.13). يميـل المفحـوص بعـد ذلـك للابتـذال "نـديروها هاكّـا بـرك" (CP4)، وللتمسـك بـالمحتوى الظـاهري للصـورة "مافيهـا ملامـح وجـه مـا والـو، عاطيتنـا بـالظهر، قاعـدة قعـدة ..." (CF1) ، ليعبـر بعـد فتـرة مـن الصـمت (CP1) عـن انطبـاع ذاتـي "كتومـة، مخبيـة" (CN1)، وليوجـه بعـد فتـرة أخـرى مـن الصـمت (CP1) طلبـا آخـر للفـاحص "مـاتكتبش هـاذي" (CC2). حيـث ينتهـي الحـوار بعـد ذلـك بعـودة ظهـور إدراك الموضوع المنهار "مرأة محطمة" (E6)، مع الميل إلى التقصير "فرات" (CP2).

- **الإشكالية**

إن المشاعر الاكتئابية التي يحاول المفحوص هنا تجنب وتثبيط بروزها مرتبطة بنقائص نرجسية، ويشهد إدراك الشخصية "المتحطمة" في إطار عقلاني على صعوبة تسيير العدوانية الموجهة للذات، ليبقى الاكتئاب المرتبط بالنقص والذي تم تناوله على أنه جرح نرجسي ينتمي للعالم الداخلي ، حيث يبقى المفحوص على حالة الحزن دون اللجوء لأي استثمار موضوعي. كما أن إنكار تمثل الفقدان يطرح هنا إشكالية بناء الوضعية الاكتئابية.

<u>اللوحة 4</u>

''14 ... هذا couple في نهاية العلاقة، الأنثى متمسكة ماهيش باغية تطلق ... والراجل في حالة ... باغي يهجر ولّا يفك الارتباط لي كاين بيناتهم، وهاذيك لي لداخل واش؟ ... هذا وين شفتها، لابسة لبسة غير محتشمة تماما. هنا تتبدل لحكاية، مادام كاين طرف ثاني من هيه ... هاذي الصورة لي باينة هي تحاول فيه وهو باغي يطلق" '3.

- **السياقات**

بعد فترة من الصمت (CP1) يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "هذا couple" (CF1) ومشددا على العلاقات بين الأشخاص "في نهاية العلاقة" (B2.3)، ليعبر بعدها عن انطباع ذاتي في إطار التشديد على الفعل "الأنثى متمسكة، ماهيش باغية تطلق" (CN1, CF3) وليعود بعد فترة من الصمت (CP1) إلى التعبير عن انطباع ذاتي آخر "الراجل في حالة" (CN1) متبوع بفترة أخرى من الصمت (CP1) يليها التعبير عن انطباع ذاتي آخر "باغي يهجر" (CN1) في إطار التناوب بين حالات انفعالية متعارضة "ماهيش باغية تطلق، باغي يهجر ولا يفك الارتباط لي كان بيناتهم" (B2.6). يدرك المفحوص بعد ذلك إحدى تفاصيل الصورة في شكل طلب موجه للفاحص "وهاذيك اللي الداخل واش؟" (A2.1, CC2)، ليشدد بعد ذلك على الإحساس "هذا وين شفتها" (CN5) المسبوق بالصمت (CP1)، وليركز بعد ذلك على تفاصيل نرجسية مُمَررا عبرها رمزية شفافة "لابسة لبسة غير محتشمة تماما" (CN10, B2.9) محاولا تغيير منحى القصة "هنا تتبدل الحكاية" (A2.14) ، ومبررا ذلك بالاعتماد على تفصيل الصورة الذي أدركه سابقا "مادام كاين طرف ثاني من هيه" (A2.2)، ليعود بعد فترة من الصمت (CP1) إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "هاذي

الصورة لي باينة" (CF1) محاولا بناء حوار بين الشخصيات "هي تحاول فيه" (B2.3) ومختتما حواره بانطباع ذاتي مع التشديد على الفعل "باغي يطلق" (CN1, CF3).

- **الإشكالية**

يصور المفحوص هنا الصراع داخل الزوج في إطار الانفصال والهجر، وفي ظل تبعية المرأة وانهيار الرجل ، مما يطرح إشكالية الهجر وصعوبة تسيير عواقب الانفصال والتي يصارع المفحوص ضدها من خلال استثمار الواقع الإدراكي واليومي، وبالرغم من استثمار الشخصية الثالثة و محاولة جنسنة العلاقة وتمرير الرغبة الأوديبية لم يتمكن المفحوص من المرور للتثليث الأوديبي بسبب تجنب وتثبيط الصراع من خلال التمسك خاصة بالواقع الخارجي الإدراكي واليومي.

اللوحة 5

18'' ... هذه غرفة مرتبة، يوجد فيها ورود، الكتب، يدل على أن صاحب الغرفة ... إنسان ... مثقف، هذه تكون مرتو ولّا أمه، طلت ... شاقّة الباب يمكن جات تطل عليه، تشوف برك 2'11''.

- **السياقات**

بعد فترة من الصمت (CP1) يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة ومُبديا انطباعا ذاتيا "هاذي غرفة مرتبة" (CF1, CN1) لينتقل بعدها إلى وصف تفاصيل الصورة "ورود، كتب" (A2.1) مبررا تفسيره الموالي بتلك التفاصيل في إطار التوقفات الكلامية "يدل أن صاحب الغرفة ... إنسان ... مثقف" (A2.2, CP1) ليعود بعدها إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة متذبذبا بين تفسيرات مختلفة متعلقة بهوية المرأة التي أدركها "هاذي تكون مرتو ولّا أمه" (CF1, A2.6). يواصل المفحوص بعد ذلك حواره بالعودة إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة في إطار التشديد على الفعل "طلّت، شاقة الباب" (CF1,CF3) المرفوق بالتوقفات الكلامية (CP1) ليقوم في إطار التحفظ الكلامي "يمكن" (A2.3) بإدخال شخصية غير مشكلة في الصورة مع عدم التعريف بها "تطل عليه" (B1.2,CP3) وليختتم حواره بالميل إلى الابتذال "تشوف برك" (CP4).

- **الإشكالية :** إصطدمت محاولات بسط الصراع هنا بالتجنب والتثبيط الذي بلغ درجة تجميد أي نشاط غريزي ليبيدي أو عدواني تجاه الصورة الأمومية، حيث يتجنب المفحوص ويصارع ضد تظاهر الواقع الداخلي باللجوء لاستثمار الواقع الخارجي الإدراكي واليومي.

اللوحة 6BM

16’’ ... هذه الأم وولدها ... في مظهر يدل على الاختلاف و ... هنالك مشكل عميق بينهما (يملي على الفاحص)، نزيد نعطيك الملامح والشوفات ولاّ هكّا برك؟ ... الشوفا نتاعي تاع الاختلاف الوضعية لي واقفين فيها في زوج، الأم عاطياتو بالظهر وهو صامت، مكشر ... وعنيد ’’2’57.

- **السياقات**

بعد فترة من الكمون (CP1)، يحدد المفحوص هوية الشخصيتين المناسبة للمحتوى الظاهري للصورة مع التشديد على العلاقات بين الأشخاص "هذه الأم وولدها" (CF1, B2.3) ليعود بعد فترة من الصمت (CP1) إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "في مظهر يدل على الاختلاف" (CF1)، وليعبر بعد فترة أخرى من الصمت (CP1) عن تصور قوي مرتبط بوجود إشكالية ما "مشكل عميق بينهما" (E9) مع الاستهزاء بالفاحص والإملاء عليه وكأنه طفل صغير يكتب ما يملي عليه المفحوص (CC4). يواصل المفحوص حواره ليوجه في إطار الاستهزاء أيضا طلبا للفاحص "نزيد نعطيك الملامح والشوفات ولاّ هكّا برك؟" (CC2)، وليؤكد بعد فترة من الصمت (CP1) على الانطباع الذاتي "الشوفا نتاعي" (CN1)، وليعود إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "الاختلاف الوضعية لي واقفين فيها في زوج، الأم عاطياتو بالظهر" (CF1) مع التشديد على العلاقات بين الأشخاص (B2.3). مختتما حواره بانطباعات ذاتية "صامت مكشر وعنيد" (CN1) تتخللها فترة من الصمت (CP1).

- **الإشكالية**

يحاول المفحوص تصوير الواقع الداخلي أو التقارب أم - إبن بتحويله إلى واقع موضوعي عن طريق التمسك بالواقع الخارجي الإدراكي لتجنب وتثبيط أي صراع تجاه الصورة الأمومية. كما أن الميل لتصريف التوترات حركيا من خلال العلاقة مع الفاحص يشهد على عجز التفكير عن التكفل بذلك الهوام القوي المرتبط بـ "مشكل عميق بينهما" والذي لم يتمكن المفحوص من بنائه بسبب التثبيط الشديد. فهل يتعلق الأمر بالانفصال وبتسيير عواقبه في إطار إعراض الأم وغضب الابن؟

اللوحة 7BM

22’’ ... هذه تجربة الحياة بين الأب والابن، الأب شايب بياض شعرو، c’est à dire ... الاختلاف في السن ... مع حكمة الأب ... وحيرة الابن. ’’2’10.

- **السياقات**

تباطأ المفحوص كعادته في مباشرة التعبير (CP1) ليتعرف على الشخصيتين المتناسبتين مع المحتوى الظاهري للصورة في إطار يميل إلى العقلنة وإلى التجريد "هذه تجربة الحياة بين الأب والابن" (CF1, A2.13)، ليعود بعد ذلك إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "الأب شايب" (CF1) مع التركيز على تفصيل نرجسي مميز لهوية الأب التي أدركها "بياض شعرو" (CN10). يواصل المفحوص بعد فترة من الصمت (CP1) حواره ليعود من جديد إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "الاختلاف في السن" (CF1)، وليلجأ بين صمتين (CP1) إلى العقلنة "حكمة الأب" (A2.13) وإلى التعبير عن انطباع ذاتي " حيرة الابن" (CN1) أين تميز حواره بالميل إلى الابتذال (CP4).

- **الإشكالية**

إن إدراك التقارب أب -ابن في إطار عقلاني يهدف هنا لكف استدعاء تمثلات العلاقة المشحونة غريزيا، حيث يستثمر المفحوص الواقع الخارجي الإدراكي لتجنب بروز الواقع الداخلي، كما أن عدم التواصل بين الأبن والابن يكشف عن انسحاب نرجسي وتجنب أي استثمار موضوعي وما يحركه من تيارات غريزية عدوانية و/أو ليبيدية تجاه الصورة الأبوية.

<u>اللوحة 8BM</u>

.. ’’9 عنف ... والإجرام ... (يقلب اللوحة واضعا إياها على مكتب الفاحص). ’’32

- **السياقات**

بعد صمت قصير يعبر المفحوص هذه المرة عن تصورات قوية مرتبطة بموضوع عدواني "عنف" (E8) ليعود بعد فترة من الصمت (CP1) إلى التعبير عن نفس التصورات "الإجرام" (E8)، وليختتم حواره بعد فترة أخرى من الصمت (CP1) برفض اللوحة (CP5) مع الميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية**

إن العدوانية المرتبطة بهوامات التدمير والجرم يستحيل هنا تسييرها، حيث لم تستطع الدفاعات الرهابية احتواءها، أين أدّى بروزها بكميات ضخمة إلى إدخال اختلال في التنظيم تميز بسيطرة عدم الربط الغريزي لأن الدفاعات تم تجاوزها.

<u>اللوحة 10</u>

17’’ ... هذه الحب والعطف والحنان، واحتياج المرأة للرجل ... دير احتياج المرأة للحضن الدافئ. كتبتها صاحيت ’’47

- **السياقات**

بعد وقت كمون أولي (CP1) يعبر المفحوص عن عواطف مكيفة حسب المنبه وذات علاقة بالمحتوى الكامن للوحة "هذه الحب والعطف والحنان" (B1.4)، ليلجأ بعدها إلى التعبير عن حاجيات المرأة في إطار استثمار موضوع الرجل كسند وفي إطار يميل إلى العقلنة "احتياج المرأة للرجل" (CM1, A2.13). ليواصل بعد ذلك حواره بالميل إلى الابتذال "دير" (CP4) بعد فترة من الصمت (CP1) مجترا للتعبير "احتياج المرأة" (A2.8) مع التشديد على الخصائص الحسية "للحضن الدافئ" (CN5). مختتما حواره بالاستهزاء بالفاحص "كتبتها صاحيت" (CC4) مع ميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية**

رغم تمكن المفحوص من استدعاء عواطف الحب والحنان التي تحرضها اللوحة ، فهو لم يتمكن من الاعتراف بها على أنها تربط الزوجين في إطار علائقي، حيث تم كف وتجنب البعد الليبيدي للتقارب بين الزوجين لتحل محله علاقة اتكالية تميزت بالحاجة إلى السند، والذي تم طلبه في مرحلة أولى من خلال استثمار موضوعي علائقي، ليتقهقر في مرحلة ثانية عن طريق انسحاب نرجسي واستثمار أحاسيس "الدفء" المضادة لمشاعر الانفصال والهجر.

<u>اللوحة 11</u>

1’26’’ ... هاذي باين فيها الصخور، وتبان حضارة قديمة، الجسر مبني بالحجر ... وغارقة بزاف، وواد صخري. ’’2’04

- **السياقات**

بعد وقت كمون أولي طويل (CP1)، يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "هذي باين فيها الصخور" (CF1)، ليلجأ بعدها إلى الابتعاد في الزمن "تبان حضارة قديمة" (A2.4) عائدا بعد ذلك إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "الجسر مبني بالحجر" (CF1). يواصل المفحوص بعد فترة من الصمت (CP1) حواره بالتشديد على رصد الحدود والحواف "غارقة بزاف"

(CN6)، ليختتمه بعد ذلك بالعودة إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "وواد صخري" (CF1) مع الميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية**

يحاول المفحوص هنا تجنب وإبعاد الخطر الداخلي والقلق البدائي الذي تحييه اللوحة عن طريق استثمار الواقع الخارجي والإدراكي، حيث تأتي صلابة المواضيع الظاهرية المستثمرة "صخور، حجر، وواد صخري" لتعوض عالم داخلي هش.

<u>اللوحة 13MF</u>

45’’ ... هذا الفراق الأبدي، الزوجة في حالة وفاة ولاّ مريضة ... والزوج متأثر غير قادر على النظر للي راهي معاه. ’’1’25

- **السياقات**

بعد فترة من الصمت (CP1) يدخل المفحوص في التعبير معنونا القصة "الفراق الأبدي" (A2.13)، ليعبر في إطار تمسكه بالمحتوى الظاهري للصورة (CF1) عن تصورات قوية مرتبطة بالموت "الزوجة في حالة وفاة" (E9) معدلا إياها في إطار التذبذب بين تفسيرات مختلفة من خلال إدراك موضوع مريض "ولاّ مريضة" (A2.6, E6). يواصل المفحوص حواره بعد فترة من الصمت (CP1) ليعبر عن انطباعات ذاتية "الزوج متأثر غير قادر على النظر" (CN1) وليختتمه بالتشديد على العلاقات بين الأشخاص """للي راهي معاه" (B2.3) مع الميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية**

إن إشكالية الصراع الغريزي المرتبط بتسيير الحركات الليبيدية والعدوانية داخل الزوج تم طردها هنا لتفسح مكانها لإشكالية مرتبطة بالانفصال، والتي سعى المفحوص عن طريق إدراكها في إطار عقلاني إلى كبت التمثلات والعواطف المرتبطة بها نظرا لعدم قدرته على تسييرها، وفي إطار تصويره المأساوي لعواقب ذلك الانفصال يحاول المفحوص تثبيط وتجنب الدفعات العدوانية التي تم تحريكها بكميات ضخمة، فهو "غير قادر على النظر" لها أمام تهدم الموضوع وغياب القدرة على ربطها من خلال استدعاء الحركات الليبيدية لإصلاح ذلك الموضوع.

<u>اللوحة 19</u>

21’’ ... هذه لوحة فنية ... يمكن فيها ... البيت الخشبي وسط الثلوج ولّا على ضفاف النهر ... هذا مايبان ثلج مايبان ماء، هذه الشميني ... شميني دافئ. ’’1’19.

- **السياقات**

بعد فترة من الصمت (CP1) يظهر المفحوص هذه المرة لائحة في شكل لوحة فنية "هذه لوحة فنية" (CN8)، ليلجأ بعد فترة أخرى من الصمت (CP1) إلى التحفظات الكلامية "ويمكن فيها" (A2.3) المتبوعة بالصمت المتواصل (CP1). يتابع المفحوص بعد ذلك حواره متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة ومتذبذبا بين تفسيرات مختلفة "البيت الخشبي وسط الثلوج ولّا على ضفاف النهر" (CF1, A2.6)، ليعود في إطار الصمت المتواصل (CP1) إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة وإلى التذبذب بين تفسيرات مختلفة "هذا مايبان ثلج مايبان ماء" (CF1, A2.6)، مختتما حواره أيضا بالعودة للتمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "هذه شميني" (CF1) ومشددا بعد فترة أخيرة من الصمت (CP1) على الخصائص الحسية "شميني دافئ" (CN5).

- **الإشكالية**

يبدو المفحوص هنا أكثر حساسية للثنائية داخل/خارج منها للثنائية جيد/سيئ، وفي هذا الإطار يحاول المفحوص تثبيط وتجنب أي حركة نكوصية لاستبعاد تظاهر الواقع الداخلي، كما تشهد هشاشة المواضيع الداخلية والخارجية المستدعاة عن طريق التمسك بالواقع الإدراكي الخارجي عن صعوبات في بناء غلاف نفسي حاوي يسمح بالتمييز الواضح بين الداخل والخارج.

<u>اللوحة 16</u>

27'' ... (يتنهد) أي حكاية ... 45'' هاذي ديرها واحد ساجد، ويطلب في الرجاء، وينظر للسماء بخشوع، متمني المغفرة وحسن الخاتمة. 1'16''

- **السياقات**

بعد فترة من الصمت (CP1) وبعد إبداء هيأة دالة على العواطف (CN4)، وبعد توجيه طلب للفاحص "أي حكاية" (CC2)، وبعد فترة أخرى من الصمت (CP1) يدخل المفحوص في التعبير من خلال الميل للابتذال (CP4) ليُدخل شخصية غير مشكلة في الصورة مع عدم التعريف بها "هاذي ديرها واحد ساجد" (B1.2, CP3)، مشددا بعد ذلك على الفعل "يطلب في الرجاء، وينظر للسماء" (CF3)، مختتما قصته بمقصد يقوم على تحقيق سحري للرغبة "متمني المغفرة وحسن الخاتمة" (B2.7) .

- **الإشكالية**

في جو من الاكتئاب والتثبيط تتخذ العلاقة مع الموضوع شكلا ميلانخوليا، أين يكاد المفحوص أن يقاسم الموضوع المفقود مصيره المتمثل في الانعدام والموت، فهو في المستقبل "ينظر للسماء بخشوع، متمني المغفرة وحسن الخاتمة".

خلاصة سياقات TAT أمين، 33 سنة.

سياقات A	سياقات B	سياقات C	سياقات E
A1 = 0	B2.1 = 2 B1.4 = 1 B1 = 3	CP1 = 45 CP2 = 5 CP3 = 3 CP4 = 6 CP5 = 3 CP = 62	E6 = 3 E8 = 2 E9 = 2 E = 7
A2.1 = 3 A2.2 = 2 A2.3 = 3 A2.4 = 1 A2.5 = 1 A2.6 = 4 A2.8 = 2 A2.13 = 5 A2.14 = 1 A2 = 22 A = 22	B2.3 = 5 B2.6 = 1 B2.7 = 1 B2.9 = 1 B2 = 8 B = 11	CN1 = 14 CN4 = 1 CN5 = 3 CN6 = 1 CN8 = 1 CN10 = 4 CN = 24	
		CM1 = 1 CM = 1	
		CC2 = 7 CC3 = 1 CC4 = 2 CC = 10	
		CF1 = 24 CF2 = 1 CF3 = 6 CF = 31 C = 128	

تحليل السياقات

يكشف تحليل شبكة سياقات المفحوص على هيمنة تلك المرتبطة بتجنب وكبح الصراع، وفي مقدمتها التجنب الرهابي (CP=62)، يليه التجنب العملي (CF=31) لتعزيز الهروب من الصراع الداخلي بطرده إلى العالم الخارجي الموضوعي واليومي. ولخدمة نفس الاتجاه تتدخل مختلف السياقات الأخرى حيث توظف السياقات النرجسية (CN= 24) عادة للانسحاب أمام الصراعات العلائقية، والتي تتدخل الرقابة (A=22) للتحكم في استدعاء العواطف المرتبطة بها واستبعادها لتفادي الصراع، وأمام هذا الوضع تتدخل سياقات الهراء والمرونة بصورة متواضعة (B=11) لمحاولة التخفيف من صلابة ذلك الدفاع وتصوير الصراعات العلائقية، لتبقى كفاءتها هي أيضا متواضعة في ذلك الجو من الكف والتثبيط الذي تتكاثف جهود سياقات التجنب الأخرى (CC=10, CM=1) لتقويته. ولا عجب أن يؤدي ذلك الكف إلى التضييق على الجوانب الهوامية والغريزية مما أدى إلى تفجير السياقات الأولية بكمية قليلة ومتواضعة (E=7).

1- السياقات الرهابية (CP=62) :

وتطغى عليها بصفة مهيمنة تلك المرتبطة بالتوقفات الكلامية (CP1=45) والتي تجسدت بفترات الصمت الأولي الطويل في مباشرة التعبير ، المعزز بفترات الصمت داخل القصص لتجنب بروز الصراع الداخلي الذي يريد المفحوص إخفاءه، ولذلك يتدخل كل من الابتذال (CP4=6) والميل إلى الاختصار والتقصير (CP2=5) وإلى طرح الأسئلة والرفض (CP3=5) أو حتى عدم التعريف بالأشخاص (CP3=3) كدعم لحالات الصمت من أجل أخذ مسافة من المحرضات الكامنة للوحات ، وبالتالي خنق محاولات بسط الصراعات المرتبطة بها ومنع تطويرها.

تنتشر هذه السياقات في كل اللوحات حيث تتدخل لتعزز جهود السياقات الأخرى بتجنب الصراع، وذلك من خلال مساهمتها (كما هو الحال في اللوحات 1 و 6BM) باستبعاد العواطف المرتبطة به، أو (كما هو الحال في اللوحة 2) بتجنب بروز تمثلات العلاقات المرتبطة بالصراع وبالتالي المشحونة غريزيا، أو حتى لمحاولة الكبح الكلي لتظاهرات العالم الداخلي، لتبقى الشخصية التي تم تقمصها نرجسيا (في اللوحة 3BM): "كتومة، مخبية" لا تريد التحدث عما يدور بداخلها، وأمام عجز الدفاعات الأخرى تتدخل سياقات التجنب الرهابي (كما هو الحال في

اللوحة 8BM) لاحتواء تظاهر الجانب الغريزي وخاصة العدوانية المكثفة بتثبيط وتقييد هو أيضا مكثف.

2- السياقات العملية (CF=31) :

وتهيمن عليها تلك المرتبطة بالتمسك بالمحتوى الظاهري للصور (CF1=24) والتي تم توظيفها لطرد الصراع الداخلي إلى العالم الخارجي، ليتم بعد ذلك تعويض عناصر ذلك الصراع الذي ينتمي للعالم الداخلي بعناصر الواقع الخارجي الموضوعية والملموسة من أجل كفه وتثبيطه. ولتعزيز هذه النزعة يتدخل أيضا كل من التركيز على الحياة اليومية (CF2=1) وعلى الفعل (CF3=6) لكف الصدى الهوامي المرتبط بالصراع واستبداله بأفعال الحياة اليومية والعملية التي لا توقظ لا عواطف ولا ذكريات أو ترابطات.

تنتشر هذه السياقات في أغلب اللوحات وترتبط بسياقات التجنب الرهابي وبمختلف السياقات الأخرى لتعزيز كف الصراعات، حيث تدخلت في اللوحة (2) لتعزيز تجنب استدعاء العلاقة الثلاثية الأوديبية وتفادي ربطها، وبالتالي تفادي بروز الصراع الأوديبي، وفي اللوحات (1 و 5) لتعزيز تثبيط الصراع والهروب منه، أما في اللوحة (19) فقد تم استخدام عناصر الواقع الخارجي للصراع ضد بروز وتظاهر الواقع الداخلي، حيث يعمل المفحوص أحيانا أخرى على تحويل ذلك الواقع الداخلي (المرتبط بالتقارب أم - إبن في اللوحة (6BM)، وبالتقارب أب - إبن في اللوحة 7BM) إلى واقع خارجي وموضوعي لكف أي صدى هوامي وغريزي تجاه الصور الأمومية والأبوية.

3- السياقات النرجسية (CN=24):

والتي تجسدت أولا في الانطباعات الذاتية (CN1=14) حيث تم توظيفها هنا للانسحاب من الصراع العلائقي وتثبيطه، وفي إطار ذلك التثبيط تتدخل التفاصيل النرجسية (CN10=4) لتساعد في اللوحة (2) على تحديد الهوية الجنسية للذكر وفصله عن الإناث، أو في اللوحة (7BM) على تحديد فرق الأجيال والفصل بين الأب والابن. وفي نفس السياق يتدخل كل من التركيز على الإحساس (CN5=3) والهيأة الدالة على العاطفة (CN4=1) ورصد الحدود (CN6=1) وإظهار لوحة

فنية (CN8=1) لتعزيز ميول التجنب والانسحاب من الصراع وتجميد العواطف المرتبطة به.

وترتبط هذه السياقات في أغلب اللوحات بسياقات التجنب الرهابي والعملي من أجل تعزيز ميول تجنب وتثبيط الصراع. لتبقى الشخصية الذكورية التي تقمصها المفحوص في اللوحة (2) منشغلة بمعطيات العالم الخارجي واليومي "لاتي بخدمتو" لملء الفراغ، ومنسحبة غير راغبة في أي استثمار علائقي "متجاهل نسوانو في زوج" خوفا من الانفصال، أو لتبقى الشخصية التي تقمصها في اللوحة (3BM): "كتومة مخبية" ، تحتفظ باكتئابها في عالمها الداخلي ولا تريد الإفصاح عنه، ليأمر المفحوص الفاحص :"ماتكتبش هاذي". أو حتى ليبقى الإبن في اللوحة (6BM) وأمام إعراض الأم "عاطياتو بالظهر" منسحبا "صامت، مكشر وعنيد"، وفي إطار ما عبر عنه المفحوص في اللوحة (13MF) بـ "الفراق الأبدي" وأمام تهدم وتضرر الموضوع "الزوجة في حالة وفاة ولّا مريضة" يلجأ الزوج إلى الانسحاب من العلاقة ليبقى "متأثرا غير قادر على النظر للي راي معاه".

4- سياقات الرقابة (A=22) والهراء (B=11):

أمام هذا النمط من التوظيف النفسي تبقى محاولات بسط الصراع بين الرغبة والدفاع وتسييره على مستوى نفسي داخلي جد هشة، حيث توظف سياقات الرقابة المتمثلة في كل من العقلنة (A2.13=5) لتعطيل استدعاء العواطف المرتبطة بالصراع وتجنب المواجهة معها، ويدل توظيف التذبذب بين تفسيرات مختلفة (A2.6=4) على عدم فعالية الفكر في مجابهة الصراع. بينما يتدخل تمرير الانتباه للتفاصيل والأجزاء (A2.1=3) وتبرير التفسير بتلك الأجزاء (A2.2=2) من أجل استثمار الإطار الإدراكي لعزل العواطف، وهكذا تتدخل باقي سياقات الرقابة: التحفظ والشك (A2.3=3)، التكرار (A2.8=2)، الابتعاد الزماني (A2.4=1)، محاولة تغيير منحى القصة (A2.14=1) والتدقيق الرقمي (A2.5=1) كلها لخدمة نفس الهدف المتمثل عموما في تقوية تعطيل بروز العواطف، وخصوصا بعزل واستبعاد العواطف المرتبطة بالصراع العلائقي، حيث ترتبط هذه السياقات بسياقات التجنب الأخرى وخاصة الرهابي لتعمل مثلا (في اللوحات 1 و 3BM) على تعزيز تجنب العاطفة الاكتئابية بعرقلة بروزها، أو (كما هو الحال في اللوحة 7BM) على عزل العواطف المرتبطة بالصراع العلائقي، وخاصة ذلك المتعلق بالانفصال (كما

هو الحال في اللوحات 4 و 13MF)، وحتى حينما يتم استدعاء العواطف فهي تتدخل (كما هو الحال في اللوحة 10) لمنع ربطها بالتمثلات.

وأمام عدم قدرة الفكر على التكفل بالصراع تتدخل سياقات الهراء كمحاولة أخيرة لتصويره في إطار مسرحي ومهول عن طريق عقد العلاقات بين الأشخاص (B2.3=5) وإدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة (B1.2=2)، أو حتى لمحاولة التأرجح بين حالات انفعالية متعارضة (B2.6) وتمرير الرغبة (B2.7) أو الرمزية الجنسية (B2.9) أو حتى تنشيط العواطف ذات العلاقة بالمحرضات الكامنة (B1.4). وبالرغم من ذلك تبقى فعالية هذه السياقات محدودة جدا، وحتى عندما يستطيع المفحوص عن طريقها استدعاء العواطف (كما هو الحال في اللوحة 10) تتدخل الرقابة والتجنب الرهابي لمنع ربطها بتمثلات العلاقات، وحينما يتم ربط سياقات الهراء بكل من الرقابة والتجنب وخاصة الرهابي والنرجسي فإن ذلك يؤدي (كما هو الحال في اللوحة 4 مثلا) من جهة لكبح وعزل العواطف المرتبطة بالصراع العلائقي، ومن جهة أخرى إلى محاولات الانسحاب من ذلك الصراع ، مما عرقل كثيرا محاولات تصويره ومسرحته.

5- السياقات السلوكية (CC=10)، والهوسية (CM1=1) :

وهي حاضرة بصفة متواضعة لتبرز حاجة التوظيف النفسي للمفحوص إلى السند، سواءا باستثمار وظيفة الاستناد على الموضوع (CM1=1) (في اللوحة 10)، أو باستثمار الوضعية الإسقاطية عن طريق الطلبات الموجهة للفاحص (CC2=7) والاستهزاء به (CC4=2) أو حتى انتقاده الأداة (CC3=1)، حيث يستثمر المفحوص خاصة العلاقة مع الفاحص ليستخدمه أحيانا من أجل تفريغ توتره الداخلي الذي لا يجد مخرجا له إلا من خلال الاستهزاء بالفاحص وإسقاطه على العالم الخارجي، أو ليستخدمه كما هو الحال في أغلب الأحيان كسند يعتمد عليه من أجل محاولة التعبير عن عالم داخلي هش.

6- السياقات الأولية (E=7) :

في جو يسوده كف وتثبيط الصدى الهوامي وكبح التحرير الغريزي تفلت بعض التصورات القوية المرتبطة بإدراك مواضيع منهارة ومريضة (E6=3) أو حتى المرتبطة بالموت (E9=2) (في اللوحات 3BM و 13MF)، كما أن بروز التصور المرتبط بالعدوانية (في اللوحة 8BM) بشكل قوي وفظ، ومواجهته بتجنب رهابي مكثف وضخم يدل على عدم القدرة على تسيير تلك الدفعة العدوانية أو التفاوض معها.

الإشكالية العامة:

يسمح كل من تحليل شبكة سياقات المفحوص ومقروئية البرتوكول في مجمله بدمج توظيفه النفسي ضمن التنظيم الحدي من نمط التوظيف الحدي الاكتئابي.

كما تسمح طريقة معالجة الإشكاليات الملتمسة في مختلف اللوحات بتلخيص إشكاليته العامة كما يلي:

تدور الإشكالية الأساسية للمفحوص حول قلق الانفصال وصعوبة إرصان الحداد للموضوع الأصلي وتسيير الاكتئاب، وفي الواقع لا ينبغي أن يظللنا الحضور القوي للدفاع الرهابي لأنه غير موظف هنا في إطار بنية عصابية متماسكة، وإنما في إطار توظيف حدي يصارع ضد الاكتئاب. أين يفيد ذلك التشكيل الرهابي في تثبيط تظاهرات عالم داخلي هش أو حتى في محاولة احتواء الميول العدوانية والتدميرية تجاه الموضوع (اللوحة 8BM).

ويعود أصل هشاشة العالم الداخلي للمفحوص إلى هشاشة الحدود الفاصلة بين الداخل والخارج ، وإلى هشاشة المواضيع الداخلية -أو المستدخلة- (اللوحة 19) ، مما أدى إلى صعوبات في احتواء الصراع وتسيير الدفعات الغريزية (الليبيدية والعدوانية) على مستوى نفسي داخلي، فبالرغم من محاولة استخدام دفاعات عصابية (متمثلة خاصة في التجنب الرهابي والكبت) تبقى النزعة المسيطرة متمثلة في طرد الصراع الداخلي إلى العالم الخارجي ، أين تأتي صلابة المواضيع الخارجية (اللوحة 11) لتعوض هشاشة المواضيع الداخلية.

في هذا الاتجاه يسعى المفحوص من خلال إخراج الصراع الداخلي عن طريق التمسك بعناصر الواقع الخارجي الإدراكي ، أو حتى عن طريق الانتقال للفعل إلى كف وتجميد أي صدى هوامي وغريزي (ليبيدي وعدواني) تجاه الصورة الأمومية (اللوحات 5 و 6BM) ، أو تجاه الصورة الأبوية (في اللوحة 7BM)، لتبقى قوة الدفعات الغريزية -وخاصة العدوانية المرتبطة بهوامات الجرم الأبوي (في اللوحة 8BM)- غير قابلة لا للتفاوض معها ولا لدمجها من أجل تنمية إشكالية التناقض الوجداني في إطار أوديبي. وانطلاقا من هنا يعمل إذن انفصال الحب عن الكره من جهة على تعقيد عملية إرصان الحداد والتخلي عن موضوعات الحب الأولية، ومن جهة أخرى على إضعاف التنظيم الأوديبي وعرقلة المرور للتثليث المرتبط به (اللوحات 2 و4)، حيث يتقهقر المفحوص إلى علاقة ثنائية يصور من خلالها إشكالية الانفصال في إطار التبعية تجاه الموضوع وحاجة الأنا للسند. وأمام الخوف من عواقب ذلك الانفصال والفقدان ينسحب المفحوص نرجسيا من العلاقة (اللوحات 2، 4 و10) لتجنب المعاناة المرتبطة به من جهة، كما يسحب من جهة أخرى الاستثمار من موضوع السند لكي لا تؤدي الدفعات العدوانية إلى تدمير ذلك الموضوع وفقدانه وبالتالي الانهيار، وتتجسد هذه المعادلة في اللوحة (13MF) أين يبقى المفحوص أمام تهدم الموضوع وفي غياب القدرة على إصلاحه من خلال استدعاء الدفعات الليبيدية منسحبا ومنهارا،

يخفي اكتئابه المرتبط بالعجز ونقص استثمار الذات (في اللوحة 1) ليبقى ذلك الاكتئاب المرتبط بالنقص والمدرك على شكل جرح نرجسي (في اللوحة 3BM) ينتمي للعالم الداخلي للمفحوص، وفي غياب الرغبة في أي استثمار موضوعي أو الانفتاح على الآخر لتجاوز اكتئابه يبقى المفحوص في جو من التثبيط تكاد تتخذ فيه علاقته مع مواضيعه الداخلية شكلا ميلانخوليا ، يتقاسم فيه مع الموضوع المفقود مصيره المتمثل في الموت والانعدام ليبقى (في اللوحة 16):" ينظر للسماء بخشوع متمني المغفرة وحسن الخاتمة".

خلاصة عامة عن الحالة الثانية

انطلاقا من تحليل معطيات المقابلات العيادية وبروتوكول TAT، يمكن تلخيص أهم ما كشفت عنه النتائج في علاقتها بأهداف البحث كما يلي:

<u>في مستوى أول من التحليل:</u>

<u>لاحظنا أولا:</u> أن الحالة قد عانى بعد تعرضه لسبب البتر المتمثل في حادث مولد للصدمة (تجسد في تعرضه لانفجار مرتبط بحادث عمل) من أعراض ضغط حادة، حيث وُصف له دواء مضاد للقلق (Tranxene) من أجل التحكم بتلك الأعراض، كما لاحظنا أيضا أنه قد طور بعد ذلك اضطرابا صدميا مزمنا تمثل في اضطراب ضغط ما بعد-الصدمة المزمن (الموصوف في DSM-IV)، ونسجل هنا تدخل العديد من العوامل المتمثلة في: توفر خصائص الفجائية والعنف في ذلك الحادث الذي توفرت فيه أيضا شروط الحادث الصادم الموصوفة في DSM-IV ، والمتجسدة في تضمنه لتهديد خطير للسلامة الجسدية وعيشه في حالة عجز وترويع. وأيضا تعرض الحالة في طفولته المبكرة لأحداث ذات طبيعة جنسية متعلقة بالتعرض للإغواء من طرف شخص راشد، بالإضافة لتعرضه أيضا في طفولته لخبرات صادمة تمثلت في معايشته لأحداث العنف الإرهابية ولمشاهد مرعبة مرتبطة برؤيته لأشخاص موتى (حرضت لديه استجابة صدمية تمثلت في إعادة معايشته لتلك المشاهد)، كما تعرض أيضا في طفولته لمشاهد عنف أخرى.

وفي هذا الإطار لاحظنا أيضا أن حادث الانفجار قد خلق انقطاعا في سيرورته التاريخية، وبتر حياته إلى شطرين، حيث يفصل الحالة بين مرحلتين من حياته: ماقبل- وما بعد تعرضه للحادث، ويدعو مرحلة ما قبل تعرضه للحادث بـ "الحياة الأولى" و "العمر القديم"، ومرحلة ما بعد تعرضه للحادث بـ "عمر جديد". كما سجلنا في نفس السياق من جهة أنه كان ينزعج كثيرا أثناء التطرق لخبرات تاريخه الشخصي، حيث كان يخبرني أحيانا أنه ليس لديه أي ماضي أو تاريخ شخصي، وتارة أخرى أنه قد أحرق ماضيه، وتميزت طريقته في استدعاء خبرات ذلك الماضي المرتبط بظروف نشأته بالتجنب، وبالإضافة

لذلك فقد كان يستدعي خبرات ماضيه المتعلقة بأسلوب تربيته وبنمط تعلقه بوالديه وخاصة بأمه انطلاقا من الاستدلال بوقائع تنتمي لمرحلة ما بعد تعرضه للحادث، كما سجلنا من جهة أخرى انشغاله بفكرة الموت.

<u>وقد لاحظنا ثانيا:</u> أن التعرض للبتر قد انعكس على حالته النفسية في الشكل التالي:

يقول الحالة أثناء رؤيته لساعده وساقه مبتوران لأول مرة: "بقيت واحد 40% مانيش مصدق"، وهذا يعني أن نسبة 60% الأخرى متعلقة بتصديقه و تقبله للفقدان في الواقع الخارجي (أي لغياب الساعد والساق)، أما على مستوى نفسي داخلي فقد تم تقبل ذلك الواقع في حالة استكانية تميزت بالصبر، وكلمة الصبر هنا تعني الاستسلام لواقع الفقدان دون أي تفريغ انفعالي أو تمرد على وضعية البتر، حيث أدخل ذلك التقبل شعورا بالحزن مرتبط بجرح نرجسي "غاضتني رجلي"، ويبدو أن الحالة قد باشر سيرورة حداد أين دفعه كل من ذلك التقبل الجزئي لواقع الفقدان والحزن المرتبط به إلى الدخول في المرحلة الاكتئابية، حيث حاول أن يسترجع في جو من الألم والحزن ذكرياته المرتبطة بحياته قبل البتر من أجل نزع الاستثمار منها، وكان يفكر عادة فيما سمّاه: "الحياة الأولى" -أي حياته قبل البتر- : "كنت نتفكر كيفاش كنت نخرج، ونروح نتقهوى، ونروح نخدم ..." ، كما حاول أيضا أن يسقط نفسه بإصابته تلك في المستقبل: "قلت رايح نبقى هكذا !"، و بالرغم من ذلك فقد فشلت سيرورة عمل الحداد تلك، أين بقي مثبتا في المرحلة الاكتئابية وأصبح يعاني من حداد معقد مزمن ،حيث سجلنا استمرارية حالة الحزن والتثبيط، والتي تحولت إلى حالة يأس وانسحاب من الحياة، فالحالة لم يعد مهتما باستثمار الواقع الخارجي أو التوجه نحو المستقبل: "مانقدرش نتخيل روحي في المستقبل ... أنا راني عايش نهار بنهار"، وذلك بالرغم من محاولته ترميم صورته النرجسية على مستوى خارجي (حيث رأينا أنه كان يحاول الحصول على طرف صناعي ليظهر بمظهر لائق). ونسجل هنا تدخل العديد من العوامل المتمثلة في : تعرضه للبتر في إطار استعجالي أين كان فاقدا للوعي وفي حالة غيبوبة، وأيضا خضوعه بعد التعرض للبتر إلى بتر جديد تمثل في تمديد مستوى البتر الأول، مما أدى إلى تمديد وتعميق حزنه ومعاناته، وجعله يعيش إحباطا شديدا مرتبطا بفقدان أمل أنه سيمشي مجددا.

وأخيرا نسجل هنا أيضا شدة إصابة البتر (حيث تعرض لبتر على مستوى ساعده الأيسر وفخذه الأيمن بالإضافة لإصابة عموده الفقري) والتي تجسدت نتيجتها المباشرة في ثقل درجة العجز والإعاقة، أين أصبح الحالة مقعدا على كرسي متحرك، غير قادر على التنقل أو العمل أو حتى القيام بنشاطات حياته اليومية المعتادة.

في مستوى ثاني من التحليل:

نلاحظ أولا: أنه وبالنسبة لمعاناة الحالة من أعراض ضغط حادة كاستجابة مباشرة بعد تعرضه للحادث، وتطويره بعد ذلك لاضطراب صدمي مزمن، سجلنا تدخل العديد من العوامل المرتبطة بتاريخه الشخصي ، والتي تمثلت في تعرضه لصدمات جنسية مبكرة متعلقة بالإغواء من طرف راشد، بالإضافة للتعرض لخبرات صادمة تمثلت في معايشته لأحداث العنف الإرهابية، ولمشاهد مرتبطة برؤيته لأشخاص موتى، وأيضا لمشاهد عنف أخرى أثناء طفولته، وفي الواقع لم أتمكن من إقامة أي روابط بين تلك الأحداث المرتبطة بتاريخه الشخصي وأعراض اضطرابه الصدمي الراهن، حيث يبدو أن العوامل المهيمنة على عملية إصابته بذلك الاضطراب الصدمي قد كانت مرتبطة أكثر بمواصفات الحادث في حدّ ذاته وبالاستجابة الانفعالية أثناء التعرض له : فجائية الحادث وعنفه من جهة أو حتى خطورته وتضمنه لتهديد السلامة الجسدية (بمعنى DSM) من جهة أخرى، بالإضافة لمعاشه النفسي الذي تمثل في العجز والرعب. ولعل أهم ملاحظة هنا هي تلك المرتبطة بتحطم الوحدة التاريخية للحالة، أين أدخل حادث الانفجار انقطاعا في سيرورته التاريخية، حيث أصبح يدعو مرحلة ما قبل تعرضه للحادث بـ "الحياة الأولى"، وما بعد تعرضه للحادث بـ "عمر جديد"، وكأنه قد مات فعلا أثناء تعرضه لذلك الحادث وبُعث من جديد، وكأن ماضيه الشخصي قد اختفى أو أحرق بنيران حادث الانفجار، لتصبح خبرات ذلك الماضي موجهة تتحكم في استدعائها خبرات ما بعد تعرضه للحادث، في إطار انقطاع للاستمرارية في الزمن، وانشغاله بفكرة الموت ، مع الشعور بانسداد المستقبل وبتعليق الزمن: "مانقدرش نتخيل روحي في المستقبل ... أنا راني عايش نهار بنهار".

كما نلاحظ ثانيا: أن أهم تأثير أدخله البتر هنا في الواقع الخارجي للحالة هو ثقل درجة العجز والإعاقة الناجمة عن شدة إصابة البتر، حيث أصبح مقعدا على كرسي متحرك، غير قادر لا على التنقل ولا على القيام بأبسط نشاطات حياته اليومية، وتذكره أبسط أحداث تلك الحياة اليومية بإعاقته وتجعله يحس بالعجز وبأنه معاق. أما على مستوى نفسي داخلي فقد سجلنا عدم قدرة الحالة على إرصان أو تجاوز الحداد المرتبط بفقدانه لساعده ورجله، أين أصبح يعاني من حداد معقد مزمن مرتبط بالتثبيت في المرحلة الاكتئابية، حيث لاحظنا استمرارية كل من حالة الحزن المتعلقة بجرح نرجسي والتثبيط، والتي تحولت إلى حالة يأس وانسحاب من الحياة وعدم القدرة على استثمار الواقع الخارجي أو التوجه نحو المستقبل.

وترتبط صعوبات إرصان أو تجاوز الحداد هنا بعوامل تنتمي أكثر لنمط التوظيف النفسي للحالة، حيث كشف التحليل أنه كان يوظف ضمن توظيف حدّي اكتئابي، سيطر عليه التجنب الرهابي الذي عمل على كبت تظاهرات العالم الداخلي وتجنب بروز الصراع، ليتم بعد ذلك طرد الصراع الداخلي إلى العالم الخارجي عن طريق سياقات الكف العملي بسبب هشاشة العالم الداخلي للحالة، والذي لاحظنا أيضا أن

إشكاليته الأساسية تدور حول قلق الانفصال وصعوبات في كل من إرصان الحداد للموضوع الأصلي وتسيير الاكتئاب. وهكذا رأينا أن الحالة كان يحاول تثبيت وتجنب المشاعر الاكتئابية المرتبطة بنقائص نرجسية (في اللوحة 3BM) ليبقى ذلك الاكتئاب المرتبط بالنقص ينتمي للعالم الداخلي للحالة، وليبقى هذا الأخير غارقا في حزنه وانهياره دون اللجوء لأي استثمار موضوعي أو الانفتاح على الآخر لتجاوز اكتئابه، وإذن فصعوبات إرصان أو تجاوز الحداد المرتبط بالفقدان الذي أدخله البتر متعلقة هنا بصعوبات بنيوية ووظيفية مرتبطة بعدم إرصان الحداد الأصلي.

أما حالة اليأس والانسحاب من الحياة وعدم القدرة على استثمار الواقع الخارجي أو التوجه نحو المستقبل (والتي برزت في نهاية المقابلات على شكل: " مانقدرش نتخيل روحي في المستقبل ... أنا راني عايش نهار بنهار"، وفي اللوحة الأخيرة من TAT (اللوحة 16) على شكل اكتئاب وتثبيط تكاد في إطاره تتخذ علاقته مع مواضيعه الداخلية شكلا ميلانخوليا، ليبقى متوجها نحو المستقبل وهو: "ينظر للسماء بخشوع متمني المغفرة وحسن الخاتمة") فهي مرتبطة أكثر بتأثير عوامل خطورة تمثلث في تمديد مستوى بتره، وأيضا بشدة إصابة البتر التي نتج عنها ثقل درجة العجز والإعاقة، حيث تثبت له أبسط أحداث الحياة اليومية أنه قد أصبح عاجزا ومعاقا مما يزيد في تعميق حزنه ومعاناته، وإذن في تعقيد حالته، وكأن ذلك يحدث في الشكل التالي: حزن واكتئاب داخلي مرتبط بالفقدان وبالنقص والعجز ← التعرض لأحداث حياة يومية تؤكد ذلك النقص والعجز ← تعميق حالة الحزن والاكتئاب المرتبط بالنقص والعجز = تعقيد وضعية الحالة ، والذي يبقى يدور في حلقة اكتئاب مغلقة، هذا من جهة. أما من جهة أخرى فيبدو أن حالة اليأس تلك مرتبطة أيضا بتأثير حادث الانفجار الصادم وبما أحدثته الصدمة من تغيير وبناء جديد في العالم الداخلي للحالة، ومن انقطاع لسيرورته التاريخية ولاستمراريته في الزمن، مع انشغاله بفكرة الموت وشعوره بتعليق الزمن وبانسداد المستقبل.

وإذن نلاحظ في هذا المستوى من التحليل أن شكل استجابة الحالة للبتر قد حددته أساسا عوامل مرتبطة بنمط توظيفه النفسي. لتتدخل بعد ذلك عوامل خطر مرتبطة بشدة درجة البتر في حد ذاته، وبتأثيرات الصدمة (الناجمة عن التعرض لسبب البتر المتمثل في حادث صادم) وتساهم في تعقيد حالته.

3. تقديم وتحليل الحالة الثالثة: محمد، 24 سنة.

محمد هو شاب أعزب يبلغ من العمر 24 سنة، أنهى دراسته بالمرحلة المتوسطة، ويشتغل حاليا -وقت إجراء المقابلات معه- بمهنة فلاحية (تربية الأرانب) بالقرية (أ) ،أين يعيش مع والديه وإخوته. وفي أول لقاء معه بدا محمد شابا بسيط المظهر، معتدل القامة والوزن، ترتسم على وجهه ملامح أهل الريف وكرمهم، حيث استقبلني في منزله وقدم لي القهوة والكعك ، وأخبرني أنه بإمكاني أن أطرح أي أسئلة أريدها، كما كان يتحدث بهدوء وارتياح ويبتسم من حين لآخر. وقد دار حديثنا في ذلك اللقاء حول موضوع علم النفس ، حيث أخبرني أنه قد كون فكرة عن هذا العلم انطلاقا من متابعته لبرامج إحدى القنوات الوثائقية ، واستدل بشريط وثائقي أعجبه كثيرا وكان موضوعه يدور حول "الوسواس القهري"، كما أخبرني أن ديننا الإسلامي فيه الكثير من علم النفس، وأنه ينبغي لهذا العلم أن يأخذ من ذلك الدين.

كشفت قصة حياته أنه كان أصغر الأبناء ضمن أسرة تتكون بالإضافة إلى الأب والأم من سبعة إخوة، ثلاثة ذكور وأربع إناث، حيث نشأ محمد في بيئة جبلية قروية تميزت -كما وصفها- بخشونة المعيشة وندرة العمل مع صعوبات في النقل والتعليم، وقد انعكست عليه تلك الظروف منذ أن كان صغيرا في شكل صعوبات اقتصادية عانت منها أسرته على امتداد فترة دراسته ، مما أثر كثيرا على مساره الدراسي، حيث ترافقت تلك الصعوبات التي تجسدت في نقص الحاجات الضرورية: "الغداء، والفاياج ساعات يكون وساعات ماكانش" التي كما يقول: "تعبتني، même لقراية عدت مانقراش، في CEM النقل والمشاكل، الكرارس ساعة كاينة ساعة ماكانش" مع ما وصفه بعدم تفهم وقسوة الأساتذة: "في الابتدائي كنت نقرا حذا الدار ... نقرا مليح، وفي المتوسط ماعنديش حق الفاياج، وخاوتي بزاف يقراو ... الأب مايقدرش، والمعلم مايحسنش العون، كي مايلقاش عندك الكرارس يضربك"، "كاينة أستاذة تاع الرياضيات تضربك، تعيشلك في حياتك، هي في صلاحك بصح الطريقة كانت غالطة". ليدفع به ذلك إلى التوقف عن الدراسة في السنة الثالثة متوسط: "كي مايكونوش إمكانيات وأستاذ مايحسنش العون تولي تزرتي، ورايح تبطل لقراية، وتولي ماتقنعكش و ça y est ... كيما يقولو في الحرب تستنزف القوة نتاعك، ماكانش باش تكمل." وقد إلتفت انتباهي ومحمد يحدثني عن ذلك كله إلى الطريقة التي كان يفرض بها نفسه على زملائه والتي كان يعوض أيضا من خلالها كلا من نقص الحاجات الضرورية ، وانخفاض مستواه الدراسي في المرحلة المتوسطة حيث يقول: "كنت نعرف نقرا، في الـ CEM بديت نفلس، ولحوايج لي كانو يكوفريوني كنت نريض ... نلعب Ballon مليح، وهاذي كوفرات لحوايج هاذوك، كي شغل القش لي ماتلبسش مليح الناس ماتعيشلكش، كاين حوايج يكوفريو حوايج".

بالإضافة لتلك الصعوبات عانى محمد أيضا أثناء فترة دراسته (من الخامسة ابتدائي إلى الثالثة متوسط) من مرض بالرئة والجهاز التنفسي، يصف تأثيره عليه فيقول: "سوفريت معاه المرض هاذاك،

الوقت هاذاك كنا نخدمو الدمير، ماكنتش نقدر نخدم خدمات، وكي نلعب Ballon نغلب ليه ليه، وفي الليل مانرقدش"، وقد واجه محمد ذلك المرض بنفس الطريقة التي كان يعوض من خلالها نقص الحاجات الضرورية وانخفاض مستواه الدراسي، حيث يتحدث عن سبب شفائه فيقول: "الـ sport، الـ Ballon هو لي خلاني نرتاح"، ويبدو أن إتقانه للعبة كرة القدم قد ساهم كثيرا في صقل شخصيته منذ الطفولة ، حيث يحدثني عن طموحاته حينما كان طفلا فيقول: "كنت نشتي الـ sport، كنت حاط راح نخرج مدرب، تقدر تقول بين صحابي كنت في الـ Ballon أنا لمخير".

بالإضافة لحبه لكرة القدم، كان محمد في صغره يحب الدين الإسلامي والأئمة والعلماء المسلمين، حيث يصف شخصية والده بأنه إنسان متدين يتميز بالسخاء وحب الضيوف، وفلاح يحب العمل بتربية المواشي والأنعام، كما يتحدث عن نمط تعلقه به فيقول: "في حياته ما ضربني، وأنا حوايج ماتقدرش تشوفهم في روحك الناس يشوفوهم فيك، خرجت نميل ليه في الفلاحة وفي لحوايج هاذو"، أما عن نمط تعلقه بأمه فيقول: " الأم تمد كلش، تنحي من فمها وتمدلك"، ويرى أنه قد تمت تربيته من قبل والديه بأسلوب متدين وصفه بأنه :" تاع حلال وحرام" ، مع خشونة في المعيشة : "كنت صغير تسمى ماتربيناش في الدلال ... بكري كانت الميزيرية موش كيما ضرك، بدينا نخدمو صغار خلاص في البحيرة، في سن تحب تريض شويا تتقلق"، وفي جو تسوده الروايات والقصص عن تاريخ أبطال الأوراس وأبطال الأسرة ، حيث يتحدث عن الخلفية التي نشأ فيها والداه: "هوما من جيل تاع الثورة، العائلة نتاعنا هي لي كانت توكل في نتاع الثورة، والشيء لي تربّاوه طبقوه"، كما يرى أن ذلك الأسلوب قد صقل شخصيته منذ الصغر: "خلاتني: التربية، الدين، الخدمة، تخرج تعول على روحك"، وبالإضافة لإيجابيات ذلك الأسلوب الذي علمه الاعتماد على النفس وتحدي الصعاب وسمح له باستدماج محتويات ثقافة بيئته، نسجل هنا أيضا ثقل الممنوع الذي ترجمه في قوله : أسلوب "تاع حلال وحرام"، حيث واجه محمد الأسئلة المرتبطة بخبراته الجنسية المبكرة وبسن البلوغ بتفاجؤ وحيرة، وكأنه لا يعرف الإجابة أو لا يملك أي ذكريات مرتبطة بها، كما بدا متفاجئا من جرأتي على طرح تلك الأسئلة ، ليلخص لي بعد أن اختفت ملامح التفاجؤ والحيرة من وجهه أهم خبراته المرتبطة بسن البلوغ قائلا: "كي كنت مراهق، كنا نقراو، ونزرتيو، ونريضو، كنت كي شغل كنت مريض فيها في الجهاز التنفسي، ونميل للرياضة". و يبدو أن ثقل هذا الكبت وذلك الممنوع سيكون لهما وزنهما في التأثير على نمط توظيفه النفسي.

بعد توقفه عن الدراسة اشتغل محمد وهو بسن السابعة عشر في مهنة الخراطة، ولأنه كان يسكن ببيئة قروية فقد كان يقضي أوقات راحته وفراغه متجولا

بالجبـل المجـاور لقـريتهم، حيـث صـعد ذات يـوم لـذلك الجبـل مصـحوبا بصـديقين لـه: "كـانو معايـا زوج صـحابي" ليتجـول كعادتـه، ولكـن ذلـك اليـوم لـم يكـن كسـائر الأيـام ، أيـن تعـرض فيـه محمـد لانفجـار لغـم أرضـي، ويـروي لنـا معاشـه النفسـي لحظـة الانفجـار فيقـول: "كـانو معايـا زوج صـحابي، حسـبت روحـي نحلـم، السـطر فـي رجلـي، عيطـت علـى صـحابي واحـد ماجـاوبني، ومبعـد السـطر قلـت مـانيش نحلـم، لقيـت عكـاز بقيـت نمشـي بيـه حتـان وصـلت للقريـة، جـاو تـاع القريـة وجـات l'ambulance هزتنـي وأنـا كـي شـفت رجلـي عرفتهـا بلـي say"، ونلاحـظ هنـا أنـه بـالرغم مـن تعرضـه لإسـتجابة ضـغط تفارقيـة سـريعة تمثلـت فـي شـعوره بأنـه يحلـم لحظـة الانفجـار، وأيضـا لعامـل خطـر صـدمي تمثـل فـي عـدم تلقيـه النجـدة وتخلـي أصـدقائه عنـه لحظـة الحـادث، فقـد كـان سـلوك محمـد أثنـاء الحـادث نشـيطا ، أيـن سـيطر علـى اسـتجابته مبـدأ الواقـع ، وتمكـن مـن أن يـدرك بأنـه لا يحلـم إنطلاقـا مـن الألـم الـذي كـان يعـاني منـه، كمـا تمكـن أيضـا بـالرغم مـن حالتـه الصـعبة مـن أن يمشـي وصـولا للمكـان الـذي تلقـى فيـه النجـدة والإسـعاف. وهكـذا إذن حملتـه سـيارة الإسـعاف بعـد ذلـك متوجهـة بـه للمستشـفى ، ليعبـر لنـا هـذه المـرة عـن مـا عاشـه أثنـاء وصـوله لهـذا الأخيـر قـائلا: " كـي رحـت للسـبيطار مـاطولوش وداروليـي l'anesthésie، وقصـوليي رجلــي ، أنـا كنـت عـارف بلـي راهـي راح تـتقص"، ويضـيف : " كنـت علابـالي بلـي لازم نـدير البتـر، فـي صـلاحي، حاجـة فـي صـلاحك"، وهكـذا إذن تـم بالفعـل بتـر سـاقه اليمنـى فـي إطـار إسـتعجالي ، حيـث لا يـدري محمد حتى أن عملية البتر تتم بموافقته أو بموافقة وإمضاء أحد أفراد عائلته.

فـي مواجهـة سـؤال مـرتبط باسـتجابته حينمـا رأى سـاقه مبتـورة لأول مـرة يجيـب محمـد(وقـد ارتسـمت علـى وجهـه ملامـح الحـزن) :" بعـدما فقـت مـن العمليـة ... شـفت رجلـي مقصوصـة، تقـدر تقـول تقبلـت ... بصـح عرفـت بلـي راحـو معاهـا حـوايج، أنـا كنـت نشـتي نـريض، نطلـع للجبـل ..."، كمـا يصـف حالتـه النفسـية فـي خـلال فتـرة السـبعة أيـام التـي قضـاها بالمستشـفى بعـد تعرضـه مباشـرة للبتـر قـائلا:" كنـت راضـي بالقضـاء والقدر".

أمـا بعـد خروجـه مـن المستشـفى فيصـف لنـا حالتـه النفسـية فـي خـلال الأشـهر الأولـى بأنهـا قـد تميـزت أيضـا بالهـدوء، مـع رغبتـه فـي الخـروج والتحـرك: "مـع وصـلت للـدار خرجـت وكنـت ديمـا نحـب نخـرج"، إلا أن رغبتـه تلـك فـي الخـروج والتحـرك اصـطدمت فيمـا بعـد بصـعوبات متعلقـة بتحصـله علـى الطـرف الصـناعي ممـا أدى بـه إلـى الشـعور بإحبـاط شـديد: "كـي رحـت نجيـب الــ

Prothèse، ورحت للـ ONAPH، فما تقدر تقول طاحلي الـ morale كي حكيت مع الطبيب، تقدر تقول مايعرفوش يتعاملو، خرجت قلت لخويا هذا لي يشنف علينا مانزيدش نرجعلو، ومبعد رحت لواحد privé في مدينة (ب) دارلي provisoire prothèse وماساعدتنيش ... كنت نمشي بيها بزاف ضرتني، وتنفخت رجلي، وثما تقدر تقول زاد طاحلي الـ morale كي دخلت للسبيطار، المهم قعدت خمسة أيام داواوني، وكي خرجت بدلت الـ prothèse ورحت لواحد في المدينة (د) خدملي difinitive prothèse وكانت كبيرة عليا، وضرك راني نديرلها في الإصلاح puisque نحتاجها ونحب نمشي ونتحرك".

اليوم وبعد سنتين من تعرضه للبتر يرى محمد أن أهم تأثير أحدثه البتر في حياته هو ذلك المرتبط بإصابة صحته الجسمية: "كيما قتلك الصحة، معناها أنا تربيتي كانت تعتمد على الصحة، والأعمال لي كنت نديرها: الفلاحة والرعي تعتمد على الصحة" ، حيث يرى أيضا أن تلك الإصابة قد أثرت على مختلف جوانب حياته الأخرى المهنية والعائلية: " ضرك المشاكل في الخدمة، كنت نخدم Tourneur ضرك حبستها، وكنت نرعى الغنم ... ندير الفلاحة، وكاين حوايج بزاف كنت منحيهم على الدار، وضرك الصحة ماكانش شويا، واحد النهار لعجوز تقابض على الحيط هنا في الدار ماكانش لي يبنترو، لحوايج هاذو كنت نديرهم أنا". وعن تأثير البتر على روتين حياته اليومية يضيف محمد: "تقدر تقول البتر بدّلي حياتي كامل ... قلّبها، كلش تبدل، الأمور لي كنت نديرهم قبل راحو، كنت نريض، نروح نصلي، وليت مانتحركش بزاف". وبالرغم من ذلك النقص في القدرة الجسمية وما نجم عنه من عواقب ، فقد بدا محمد متقبلا لواقع فقدان ساقه، حيث ارتسمت على وجهه ملامح الحزن في مواجهة سؤال مرتبط بمدى تغيير نظرته لنفسه بعد التعرض للبتر، ليقول بعد أن تنهد واستجمع أنفاسه: "... تبدلت هيه، ضرك نقولك: حاجة كنت تقدر دّيرها قبل تولّي ماتقدرش دّيرها ... تغيضك روحك ... مثلا حجرة كبيرة كنت تقدر تهزها تولّي ماتقدرش تهزها". وبالإضافة لتقبله لواقع فقدان ساقه وما يتبعه من فقدان لقدراته الجسمية ، وأيضا من حزن مرتبط بفقدان تلك القدرات، يبدو أن محمد قد دخل في سيرورة حداد ناجحة أين فرض مبدأ الواقع نفسه: "تقبلتها ... معناها كاين واقع لازم تقابلو، ومكتوب ... حاجة كي تعود كاتبة، مثلا رجلي تقصت: تقصت ... مابقاش". وأين تمكن من نزع الاستثمار من التصورات والنشاطات التي كان يقوم بها قبل تعرضه للبتر، ومن تكييف تصوراته عن نفسه ونشاطاته حسب وضعيته

الصحية الجديدة التي فرضها عليه البتر: "كي تروح الصحة لازم واحد يبدل روحو، وأنا نقابل الواقع ونخدم بالواقع، الواقع يقول كيما هاك، وضرك كاين واحد يقابل الواقع بالصلاة والصبر وكلش، وكاين واحد يقابلو بالزطلة والشراب ... وأنا ديما في المسجد". كما يحدثنا عن مشاريعه الراهنة فيقول: "الدولة عاطيتني شهرية تاع ضحايا الإرهاب (14000 دج)، وراني ناكل وقاعد في الدار، وزت درت batterie تاع قنون، وراني شريت numéro (أي قطعة أرض) نبني فيه". وبناءا عليه يتخيل محمد نفسه في المستقبل: "عادي، نخدم ونعيش normal".

وأخيرا في حوار تلقائي بعد نهاية المقابلات دار فيه حديثنا حول مسألة تقبل البتر، أخبرني محمد أن الإنسان يتقبل البتر كما قال: "على حساب عوامل"، كما حدثني أيضا عن أهم العوامل التي جعلته يتقبل واقع تعرضه للبتر قائلا : "أنا التربية نتاعي هي لي خلاتني نتقبلها، معناها مانعززش روحي، كنت صغير نسرح ندير الفلاحة، حياتنا كانت صعيبة ، وعليها كي جات الحاجة هاذي تقبلتها، معناها مانعززش روحي ولّا نقول كيفاه ... صرات تقصت: تقصّت معناها التربية نتاعي(إخشوشنوا فإن النعمة لا تدوم) هي لي خلاتني نتقبلها، والمؤمن يتوقع أي حاجة تصرالو، الموت يامن بيه"، وإلى ذلك يضيف محمد: "الدين هو أقوى حاجة تعاونك"، ويضيف أيضا: "كي شغل عسكري كي يدخل للحرب، واحد مدرب وواحد موش مدّرب، واحد كي يكون مدّرب يطبق واش تعلم، والآخر مايقدرش". وفي حديثه عن إحدى طرق تعويض الإصابة يقول محمد: "كاين ناس من المظهر تاعو هو موش متقبل، وكي يعدل روحو يكون bien، الهندام ماتحقرهمش ... قادرين يديرولك مرض نفسي".

انطلاقا من هنا يمكن تلخيص أهم العناصر التي تم الكشف عنها في النقاط التالية:

- نشأ الحالة في بيئة قاسية أين عانى في صغره من عدة صعوبات تمثلت خاصة في نقص الحاجات الضرورية وإصابته بمرض تنفسي. وبالرغم من ذلك فقد تمكن من مواجهة تلك العوامل الضاغطة ، ووجد منذ صغره طريقة لتعويض النقص (المرتبط بنقص الحاجات الضرورية وانخفاض مستواه الدراسي والصعوبات الصحية) ، حيث استثمر إحدى نقاط قوته ليغطي بها نقاط ضعفه، وتجسدت نقطة قوته تلك في إجادته للعبة كرة القدم: "كنت نريض نلعب ballon مليح،وهاذي كوفرات لحوايج هاذوك، كي شغل القش كي ماتلبسش مليح الناس ماتعيشلكش، كاين حوايج يكوفريو حوايج". كما بنى تخيلاته وطموحاته المستقبلية على نقطة القوة تلك: "كنت حاط راح نخرج مدرب".
- تربى الحالة في صغره بأسلوب متدين، وفي جو تسوده الروايات عن تاريخ أبطال الثورة مع خشونة في المعيشة ،حيث كان يعمل منذ صغره بالفلاحة، وقد مكنه ذلك الأسلوب من تعلم الاعتماد على

النفس وتحدي الصعاب، كما سمح له باستدماج محتويات ثقافة بيئته، إلا أنه من جهة أخرى لم يكن يستجيب لحاجاته كطفل وخاصة تلك المتعلقة باللعب: "بدينا نخدمو صغار خلاص في البحيرة، في سن تحب تريض شويا تتقلق" ، كما سجلنا تأثيرا آخر لذلك الأسلوب الذي وصفه بأنه "تاع حلال وحرام" ، وهو ثقل الممنوع الذي أقيم كحاجز منعه من التعبير عن ذكرياته وخبراته الجنسية المبكرة والمرتبطة بسن البلوغ.

- أثناء تعرضه لسبب البتر الذي تمثل في حادث مولد للصدمة (انفجار لغم أرضي) ،تعرض الحالة لاستجابة ضغط تفارقية سريعة تمثلت في شعوره بأنه يحلم، وأيضا لعامل خطر صدمي تمثل في عدم تلقي النجدة وتخلي أصدقائه عنه، وبالرغم من ذلك فقد كان سلوكه نشيطا أثناء الحادث ، أين سيطر على استجابته مبدأ الواقع، وتمكن إنطلاقا من الألم الذي كان يعاني منه أن يدرك أنه لا يحلم، كما تمكن أيضا بالرغم من إصابته من المشي وصولا للمكان الذي تلقى فيه النجدة، ولم نسجل بعد ذلك معاناته من أعراض أي اضطراب صدمي مزمن.
- منذ تعرضه لحادث الانفجار ورؤيته لإصابة ساقه كان الحالة يتوقع أنه سيتعرض للبتر، حتى قبل أن تتم العملية. كما أدرك أن خضوعه لعملية البتر سيكون في صالحه.
- تقبل منذ أن رأى ساقه مبتورة لأول مرة واقع الفقدان الخارجي (أي فقدان الساق المبتورة) ، كما تمكن أيضا من توقع عواقب ذلك الفقدان، المتمثلة أساسا في فقدانه لمواضيع كانت مستثمرة قبل تعرضه للبتر.
- تقبل تعرضه للبتر وفقدان ساقه باستكانة (أو بطريقة سلبية passive): "كنت راضي بالقضاء والقدر" ، حيث لم يعبر عن أي غضب أو عدوانية مرتبطة بذلك الفقدان ، كما لم يتمرد في قبول وضعية البتر.
- بعد تعرضه للبتر مباشرة كان يرغب بالخروج والتحرك لاختبار قدرته الجسمية، إلا أن رغبته تلك اصطدمت بصعوبات مرتبطة بتحصله على الطرف الصناعي(سوء المعاملة من طرف الطبيب المسؤول، ونقص جودة الخدمات المقدمة له) مما أدى به إلى الشعور بالإحباط، وبالرغم من ذلك تمكن من تحدي تلك الصعاب وواصل محاولات تحصله على طرف صناعي ملائم من أجل أن يتمكن من المشي والتحرك.
- أهم تأثير أدخله البتر على الحالة هو ذلك المرتبط بإصابة صحته ونقص قدرته الجسمية، حيث لم يعد يستطيع القيام بأعمال ونشاطات كان يقوم بها قبل تعرضه للبتر، كما سجلنا أيضا أن أهم عواقب ذلك النقص هو الحزن المرتبط بجرح نرجسي ترجمه في قوله: "حاجة كنت تقدر ديرها قبل تولي ماتقدرش ديرها: تغيضك روحك".

- يبدو أن الحالة قد دخل في سيرورة حداد ناجحة أين فرض مبدأ الواقع نفسه، وتقبل واقع الفقدان الخارجي (فقدان الساق وما يتبعها من نقص قدراته الجسمية) وأيضا واقع الفقدان الداخلي (أي الحزن المرتبط بذلك الفقدان الخارجي وما يتبعه من تغييرات داخلية) ، كما تمكن من نزع الاستثمار من تمثلاته عن نفسه والنشاطات التي كان يقوم بها قبل تعرضه للبتر ، ومن تكييف تصورات جديدة عن نفسه ونشاطات جديدة حسب وضعيته الصحية التي فرضها عليه البتر (حيث وبالرغم من أنه كان يريد في صغره أن يصبح مدرب كرة قدم لم يخبرني أبدا بعدما فقد ساقه أنه لازال يرغب في ذلك، كما كيف نشاطه المهني حسب قدراته الجديدة) ، وبناءا على ذلك فهو يتخيل نفسه في المستقبل: "عادي، نخدم ونعيش normal".
- يرى الحالة أن العوامل التي جعلته يتقبل وضعية البتر هي تلك المرتبطة بنمط تربيته، حيث لم يتم تدليله في صغره ، أين عاش حياة صعبة في بيئة قاسية ، ومارس مهنا فلاحية صعبة في صغره، مما جعله يتقبل المصاعب ويتحداها دون أن يشتكي: "معناها مانعززش روحي ولا نقول كيفاه"، وهذا ما جعله يتقبل البتر حتى دون أن يحتج "صرات تقصت تقصت". كما أن تربيته الدينية جعلته يتقبل "القضاء والقدر" ، ويتوقع تعرضه لأي شيء مهما كانت درجة سوئه: "المؤمن يتوقع أي حاجة تصرالو، الموت يامن بيه"، وانطلاقا من تسلحه بتلك المعارف والخبرات يشرح لنا الحالة طريقة مواجهته لخبرة البتر في شكل استعارة فيقول: "كي شغل عسكري كي يدخل للحرب ، واحد مدرّب وواحد موش مدرب، واحد كي يكون مدرّب يطبق واش تعلم، والآخر مايقدرش".

تحليل بروتوكول TAT : محمد، 24 سنة.

بدا المفحوص قبل الاختبار مرتاحا ومستعدا لإجرائه، حيث كان يعبر أثناء تمرير اللوحات بصوت خافت ولغة بسيطة، ليخبر الفاحص بعد نهاية الاختبار أن اللوحات لم تقلقه، وأنه قد عبر عن بعضها بينما لم يتمكن من التعبير عن بعضها الآخر: "يعني القَدَرْ. حشمت برك، يعني ماتقدرش تحكي عليها".

كشفت المقروئية العامة لإنتاجه القصصي عن الاتجاه التقييدي والميل العام للتحكم وكبح الصراعات، حيث أدى ربط سياقات التجنب (وخاصة الرهابي) بسياقات الرقابة (التي تهيمن عليها الدفاعات الوسواسية (A2.8, A2.3)) إلى كبت وكبح نشاط العالم الداخلي الهوامي والغريزي ومنع تظاهره، ليسيطر التجنب الرهابي مثلا في اللوحة (13MF) ويعمل على تثبيط بروز الدفعة العدوانية، أو لتسيطر الرقابة في اللوحة (1) وتحقق كبتا كليا للرغبة، أو حتى لتتكاثف جهود التجنب الرهابي والرقابة في اللوحة (8BM) لكبت بروز الدفعة العدوانية تجاه الصورة الأبوية، حيث لم يتمكن المفحوص من استدعاء تلك الدفعة في اللوحة (7BM) إلا على شكل تكوين عكسي، أما في اللوحة (3BM) فقد تكاثفت

تلك الجهود لفصل العاطفة عن التمثل، ولكبح استدعاء أي تيارات غريزية في اللوحة (4)، أو حتى لكبتها أمام الصورة الأمومية في اللوحة (6BM) لتجنب مشاعر الذنب وخوفا من الإخصاء أمام ثقل الممنوع.

وترتبط هذه السياقات بسياقات التجنب الأخرى لتعزيز الميل العام إلى تجنب وكبح تظاهرات العالم الداخلي، حيث يتدخل الاستنجاد بالعالم الخارجي واليومي (CF) في اللوحات (5 و 6BM) - وفي جو يتميز بكبت التناقض الوجداني - لتعزيز كف الجانب الهوامي والغريزي تجاه الصورة الامومية للهروب من الصراع باستبدال صورة الأم الداخلية المشحونة غريزيا بصورة الأم الخارجية الواقعية والمألوفة التي لا تثير أي صراع، وفي الوضعيات التي لا يستطيع المفحوص أمامها مواجهة الصراع أو التعبير عنه أو حتى مواجهة قلقه البدائي وإعادة بنائه، فهو يميل إلى تعزيز التجنب الرهابي والرقابة كما هو الحال في اللوحة (11) من خلال التفريغ الحركي (CC1) للتوتر المرتبط بذلك القلق، أو كما هو الحال في اللوحة (19) من خلال الانسحاب من الصراع بتجميد العواطف المرتبطة به في لوحة فنية (CN8) معززة بابتسامة (CN4) لمنع استدعاء تلك العواطف والتعبير عنها لفظيا.

وأمام هذا الوضع يتم عرقلة محاولات تصوير الصراع عن طريق سياقات الهراء والمرونة (B)، وإنقاص فعاليتها بكبت وتجنب بروز العواطف والتيارات الغريزية المرتبطة بذلك الصراع (كما هو الحال في اللوحات 2، 6BM و7BM)، ولا شك أن ارتباط سياقات الهراء بكل من التجنب الرهابي والرقابة يدل من جهة على الطبيعة العصابية لتسيير الصراع، كما يدل نقص فعاليتها من جهة أخرى على الصلابة في تسيير ذلك الصراع، والتي تتجسد أيضا في كبت وكبح تفجير السياقات الأولية (E) وعدم السماح بتحرير ودوران الجوانب الهوامية والغريزية، لتفلت بالرغم من ذلك أحيانا بعض التصورات العدوانية القوية من الكبت وتصطدم بالتجنب (اللوحة 3BM)، أو ليعمل التحكم في الإدراك (E1) على تمديد الكبت في اللوحة (1)، أو حتى ليدل خطأ الإدراك (E4) في اللوحة (10) على فشل الكبت أمام قوة الاكتساح من طرف الهوام.

<u>اللوحة 1</u>

''5 طفل هذا، كي شغل راه كان في المدرسة، عطاه المعلم تمرين، كي روّح للدار بغا يحلّو بصح، نقول ... كي شغل ... كي شغل قلق. كان قلقان في المدرسة، هكذا خلاص. ''55

- **السياقات:**

يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "طفل هذا" (CF1)، ليلجأ في إطار التحفظ الكلامي "كي شغل" (A2.3) إلى التطرق للوضعية الصراعية من خلال الاحتماء بسيناريو اجتماعي مألوف "كان في المدرسة عطاه المعلم تمرين، كي روّح بغا يحلّو"

(A1.3) مع إدخال شخصية غير مشكلة في الصورة "المعلم" (B1.2). يواصل المفحوص حواره باللجوء إلى التحفظات الكلامية "بصح، نقول، كي شغل" (A2.3) المرفوقة بفترات من الصمت (CP1)، ليلجأ بعد العودة للتحفظ الكلامي "كي شغل" (A2.3) إلى التركيز على الصراع النفسي الداخلي "قلق، كان قلقان" (A2.17). وليختتم حواره بالميل إلى التقصير "هكذا خلاص" (CP2). (عدم إدراك -أو تعتيم- الكمان (E1))

- **الإشكالية:**

سيطرت على الصراع المستدعى هنا رقابة شديدة أقيمت كحاجز ضد بروز الرغبة، حيث سمح تعتيم الموضوع بكبت الإشكالية المرتبطة باستثمار موضوع الرغبة وما ينتج عنه من تصورات الإخصاء. مما يشهد على ثقل الممنوع ورفض المفحوص لتوظيف موضوع الرغبة تحت وطأة ذلك الممنوع المتعلق بتصورات الإخصاء.

<u>اللوحة 2</u>

.. ’’10 هذا فلاح ... المرأة هاذي تخزر فيه كي شغل تسنا فيه يروح، والمرأة هاذي تحكي مع هاذي لي حذا الشجرة، تحكي معاها وراحت خلاتها. ’’59

- **السياقات:**

بعد صمت قصير يدخل المفحوص في التعبير من خلال التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "هذا فلاح" (CF1) المتبوع بفترة من الصمت (CP1)، ليشدد بعد ذلك على العلاقات بين الأشخاص "المراة هاذي تخزر فيه" (B2.3)، مركزا في إطار التحفظ الكلامي "كي شغل" (A2.3) على موضوع من نوع ذهاب "تسنا فيه يروح" (B2.12)، ليقوم في إطار العودة الى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة (CF1)، وفي إطار عدم التعريف بالأشخاص "المرأة هاذي" (CP3) ببناء حوار بين الشخصيات "المرأة هاذي تحكي مع هاذي لي حذا الشجرة" (B2.3)، مختتما حواره بالتشديد على موضوع من نوع قول وذهاب "تحكي معاها وراحت خلاتها" (B2.12) مع الميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية:**

لم يتمكن المفحوص من المرور للتثليث الأوديبي بسبب هشاشة التقمصات التي أدت إلى عدم التمييز بين الشخصيتين الانثويتين، ويحاول بدلا من ذلك تصوير الصراع من خلال علاقات ثنائية بين الرجل والمرأة ، أين تصطدم محاولة تمرير الرغبة بالرقابة، وبين المرأتين أين يهدف عدم التعريف بهما إلى تجنب استدعاء مشاعر التنافس والعدوانية.

اللوحة 3BM

.. ’’9 هذي طفلة، هذي طفلة تبكي مانعرف واش صرالها. المهم تبكي، مانعرف واش صرالها، ماعلاباليش أنا واش صرالها ... تقابضت مع راجلها ولا وشيه. ’’46

- **السياقات:**

يدخل المفحوص في التعبير متمسكا هنا أيضا بالمحتوى الظاهري للصورة "هذي طفلة" (CF1)، ليعبر بعد اجترار التعبير "هذي طفلة ... هذي طفلة" (A2.8) عن انطباع ذاتي "تبكي" (CN1)، متبوع بالميل إلى الرفض "مانعرف واش صرالها" (CP5) مع الميل إلى الابتذال وعدم توضيح دوافع الصراع "المهم تبكي" (CP4). يواصل المفحوص بعد ذلك حواره مجترا للتعبير "مانعرف واش صرالها" (A2.8) ليتظاهر من جديد ميله إلى رفض رواية القصة "ماعلاباليش انا واش صرالها" (CP5) المتبوع بفترة من الصمت (CP1). وليختتم حواره بالتعبير عن تصور قوي مرتبط بموضوع عدواني "تقابضت" (E8) مع إدخال شخصية غير مشكلة في الصورة في إطار التشديد على العلاقات بين الأشخاص "مع راجلها" (B1.2, B2.3)، وبتوجيه سؤال إلى الفاحص في شكل ميل للرفض "ولّا وشيه " (CP5) مع الميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية:**

رغم اعتراف المفحوص بالعاطفة الاكتئابية ، إلا أنه لم يتمكن من ربطها بتمثل فقدان الموضوع بسبب الكبت والتثبيط الشديد الذي مورس على ذلك التمثل "مانعرف واش صرالها، مانعرف واش صرالها، ماعلاباليش أنا واش صرالها" ، مما يدل على ثقل الكبت والممنوع، كما أن تظاهر العدوانية في شكل عودة للمكبوت بعد فترة الصمت الأخيرة يشهد على صعوبة تسيير العدوانية الناجمة عن الانفصال.

اللوحة 4

... ’’4 (يبتسم) هاذي تصويرا، مرا مع راجلها، واش راح نقولك، ضرك كيفاه نوصفلك ... هاذي تقدر تقول، تقدر تقول تواعد فيه هكّا. ’’1’10

- **السياقات:**

بعد إظهاره لهيأة دالة على العاطفة (CN4) يدخل المفحوص في التعبير مظهرا للائحة في شكل صورة "هاذي تصويرا" (CN8)، ليلجأ بعد ذلك إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة مشددا على العلاقات بين الأشخاص "مرا مع راجلها" (CF1, B2.3). يتابع المفحوص حواره في إطار التحفظات الكلامية "واش راح نقولك، كيفاش نوصفلك" (A2.3) المتبوعة بفترة من الصمت (CP1). ليختتمه أيضا

في إطار التحفظ الكلامي "تقدر تقول، تقدر تقول" (A2.3) بتغليم (érotisation) العلاقة في إطار الميل إلى الابتذال "تواعد فيه هكّا" (B2.9, CP4) .

- **الاشكالية:**

يشهد التجنب والكف الشديد الذي بلغ درجة تجميد بروز الدفعات العدوانية والليبيدية على صعوبة تسيير التناقض الوجداني داخل العلاقة الزوجية، أو حتى على صعوبة الربط بين الدفعات المتضادة، كما أن الرقابة الشديدة التي صاحبت محاولة تمرير الرغبة الأوديبية وجنسنة العلاقة تشهد على ثقل الممنوع.

اللوحة 5

... ’’9 هذي عجوزة تعيط لولدها، تعيط لولادها يجيو يتغداو ولاّ ماعلاباليش. ’’25

- **السياقات:**

يباشر المفحوص التعبير كعادته متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "هذي عجوزة" (CF1)، ليدخل في إطار التشديد على الفعل أشخاصا غير مشكلين في الصورة "تعيط لولدها" (CF3, B1.2)، وليجتر بعد ذلك كلمة "تعيط" (A2.8) محولا صيغة المفرد التي ميزت الشخصية المدخلة على الصورة "ولدها" إلى صيغة جمع "ولادها" وذلك في إطار التشديد على وقائع الحياة اليومية "تعيط لولادها يجيو يتغداو" (CF2)، مختتما حواره بالميل إلى الرفض مع الميل إلى التقصير "ولّا ماعلاباليش" (CP5, CP2).

- **الإشكالية:**

أعادت اللوحة هنا تنشيط صورة الأم الحامية التي تهتم بأولادها، حيث يحاول المفحوص من خلال التجنب واستثمار الواقع اليومي والمألوف تقييد وتثبيط الصراع، وكبح التعبير الغريزي الليبيدي العدواني تجاه الصورة الأمومية.

اللوحة 6BM

..’’3 هذا يهدر مع مّو ... يهدر مع مّو، هذا جابلها خبر ... آ ... جابلها خبر وعيا كيفاش يقولهولها ، كي شغل خبر موش مليح وهي كي سمعاتو تقبلاتو normal. ’’42.

- **السياقات:**

يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة (CF1)، غير معرف بالأشخاص "هذا" (CP3)، ومشددا على العلاقات بينهم في إطار ما هو يومي وواقعي "يهدر مع مّو" (B2.3, CF2)، ليعود بعد فترة من الصمت (CP1) إلى اجترار التعبير "يهدر مع مّو" (A2.8)، وليشدد بعد ذلك من جديد على العلاقات بين الأشخاص "جابلها خبر" (B2.3) مجترا في إطار الصمت المتواصل (CP1) لعبارة "جابلها خبر" (A2.8)، ليشهد بعد ذلك تركيزه على الصراع النفسي الداخلي ببروز تصور قوي مرتبط بالعجز "عيا كيفاش يقولهولها" (A2.17, E9). يواصل المفحوص بعد ذلك تعبيره ليلجأ في إطار التحفظ الكلامي "كي شغل" (A2.3) إلى تهويل "dramatisation" الصراع مع عدم توضيح دوافعه "خبر موش مليح" وإلى تصويره عن طريق العلاقات البينشخصية "خبر موش مليح وهي كي سمعاتو تقبلاتو normal" (B2.5, CP4). مختتما إياه بالميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية:**

يتميز الاقتراب أم- إبن هنا ببروز مشاعر الذنب المرتبطة بالرغبات المحارمية، والتي يحاول المفحوص كبتها وتجنبها بشدة من خلال استثمار صورة الأم الواقعية واليومية، وأيضا المحتوية والمهدئة.

اللوحة 7BM

8'' هذا شايب كي شغل مع ولدو، باباه يحكي معاه وهو يسمعلو، كي شغل يحكيلو في مّو ''34 ..

- **السياقات:**

يدخل المفحوص في التعبير محددا إحدى شخصيتي الصورة عن طريق التمسك بالمحتوى الظاهري "هذا شايب" (CF1)، ليقوم بعد التحفظ الكلامي "كي شغل" (A2.3) بالتعرف على الشخصية الثانية في إطار التشديد على العلاقات بين الأشخاص "مع ولدو" (B2.3)، محاولا بعد ذلك بناء حوار بينهم "باباه يحكي معاه" (2.3)، ليقوم عن طريق التكوين العكسي بقلب الدفعة العدوانية إلى ضدها من خلال إبقاء الابن في وضعية استكانة وطاعة "وهو يسمعلو" (A2.10). يواصل المفحوص حواره ليشدد بعد التحفظ الكلامي "كي شغل" (A2.3) على موضوع من

نوع قول "يحكيلو" (B2.12) مدخلا أشخاص غير مشكلين في الصورة "في مّو" (B1.2)، حيث تميز حواره بالميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية:**

نجح المفحوص هنا في استدعاء التثليث الأوديبي، وفي تصوير الصراع عن طريق العلاقات البينشخصية، إلا أن الرقابة الشديدة التي أقيمت في وجه بروز الدفعة العدوانية تدل على ثقل تلك الدفعة وأيضا على ثقل الاستثمار المضاد لها في الأنا الأعلى، أي على ثقل الممنوع. مما يكشف عن صعوبة تسيير العدوانية تجاه الأب ،حيث يكبت المفحوص تمثلات معارضة ما يقوله الأب ليبقى الابن في وضعية الطاعة والخضوع "يسمعلو" من أجل إخفاء رغباته الأوديبية خوفا من تصورات الخصاء أمام الصورة الأبوية.

__اللوحة 8BM__

... ''10 هذا طفل راه يخمم، كي شغل راه يتفكر في حوايج موش ملاح ... حوايج كانو ... كيما نقولو ... كوابيس. ''36

- **__السياقات:__**

بعد وقت كمون قصير نسبيا يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "هذا طفل" (CF1)، ليعبر بعد ذلك عن انطباع ذاتي "يخمم" (CN1) ، وليلجأ في إطار التحفظ الكلامي "كي شغل" (A2.3) إلى التشديد على الصراع النفسي الداخلي "يتفكر" (A2.17) ، حيث أدى ذلك إلى بروز تصور قوي مرتبط بالعدوانية "حوايج موش ملاح" (E8)، ليجتر كلمة "حوايج" (A2.8) بين صمتين (CP1). وليختتم حواره بعد تحفظ كلامي "كيما نقولو" (A2.3)، وبعد فترة أخيرة من الصمت (CP1) بالتأكيد على الجانب اللاواقعي لما يتذكره الطفل من خلال اللجوء للخيال "كوابيس" (A2.12)، مع الميل للتقصير (CP2).

- **__الإشكالية:__**

وكأن الأنا الأعلى يقول هنا: "التعبير عن العدوانية تجاه الأب ممنوع"، أو حتى: "الذي تحاول تذكره يمنع منعا مجرد استدعائه"، وأمام هذه التهديدات وتحت ثقل ذلك الممنوع يسعى "أنا" المفحوص من خلال الكبت والتجنب إلى تجميد أي تيار غريزي عدواني تجاه الصورة الأبوية لإخفاء مشاعر الذنب وتصورات الإخصاء المرتبطة بمثل ذلك الهوام.

<u>اللوحة 10</u>

’’8 هذا شايب، محضن بنتو، هذي هي. ’’21

- **السياقات**

يدخل المفحوص في التعبير محددا إحدى شخصيات الصورة عن طريق التمسك بالمحتوى الظاهري "هذا شايب" (CF1)، ليشدد بعدها على العلاقات بين الأشخاص في إطار تغليم العلاقة "محضن بنتو" (B2.3, B2.9). مختتما حواره بالميل إلى الابتذال مع ميل إلى التقصير "هذي هي" (CP4, CP2). وفي حضور إدراك خاطئ مرتبط بالفرق بين الأجيال (E4).

- **الإشكالية**

إن بروز الهوام المحارمي وإن يكن معكوسا بالنظر لجنس المفحوص قد كلفه هنا خطأً إدراكيا مرتبطا بإدراك الفرق بين الأجيال الغير مشكل في اللوحة، مما يبرر الكبت والتجنب الذي مورس في اللوحات السابقة على بروز تلك الهوامات ، أوحتى عدم قدرة الدفاعات على احتوائها ودمجها في حركة صراعية أوديبية بناءة.

<u>اللوحة 11</u>

(يقلب اللوحة في عدة اتجاهات) ’’19 ... هاذي طريق، طريق في الجبل، هاو الشجر شغل شلال هنا ... فيها شلال. (يقلب اللوحة في عدة اتجاهات) ’’50.

- **السياقات**

بعد الإثارة الحركية (CC1) وبعد وقت الكمون الأولي الطويل (CP1) يدخل المفحوص في التعبير متمسكا بالمحتوى الظاهري للصورة "هاذي طريق، طريق في الجبل (CF1) ومجترا لكلمة "طريق، طريق" (A2.8) ، ليدرك بعدها تفصيل نادر وغريب "هاو الشجر" (E2)، وليعود بعد التحفظ الكلامي "شغُل" (A2.3) إلى التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة "شلال هنا" (CF1) ، مكررا بعد فترة من الصمت (CP1) كلمة "شلال" (A2.8)، ومختتما حواره بالعودة إلى الإثارة الحركية (CC1) مع الميل إلى التقصير (CP2).

- **الإشكالية**

يسعى المفحوص من خلال استثمار عناصر الواقع الخارجي إلى كبت وتجنب بروز القلق الداخلي البدائي الذي تعرضه اللوحة. كما أن الميل إلى تفريغ التوتر في شكل حركي يشهد على عدم قدرة المفحوص على تسيير ذلك القلق أو حتى بنائه والصعود به لمستوى أعلى من التنظيم.

اللوحة 13MF

’’7 هذي ... هذا قتل مرتو ولّا وشيه. هذي هي. ’’25

- **السياقات**

يباشر المفحوص التعبير في إطار التحفظ الكلامي "هذي" (A2.3) المتبوع بفترة من الصمت (CP1) ، ليتمسك بالمحتوى الظاهري للصورة غير معرف للأشخاص "هذا" (CF1, CP3)، وليبرز بعد ذلك تصور قوي مرتبط بالموت في إطار التشديد على العلاقات البينشخصية "قتل مرتو" (E9, B2.3) متبوع بالميل إلى الرفض في شكل سؤال موجه للفاحص "ولّا وشيه" (CP5) ، ليختتم حواره بالميل إلى الابتذال مع ميل إلى التقصير "هذي هي" (CP4, CP2).

- **الإشكالية**

إن إعادة تنشيط العدوانية المرتبطة بتصورات الإجرام بكميات ضخمة وبشكل فظ هنا يبرر كبتها في اللوحات السابقة، فالمفحوص لا يستطيع تسييرها. ولذلك يلجأ إلى التجنب الرهابي لاستبعاد تمثل جنسي سادي، كما لا يستطيع ربطها عن طريق استدعاء الحركات الغريزية الليبيدية التي تبقى هي الأخرى مكبوتة تحت ثقل الممنوع.

اللوحة 19

(يقلب اللوحة في عدة اتجاهات) ’’42 ... هذي لوحة رسمها واحد، مافهمتش أنا على واه تعبر بصح ... مانعرف واش من فن هذا (يبتسم) ’’1’00.

- **السياقات**

بعد الإثارة الحركية (CC1) وبعد وقت الكمون الأولي الطويل (CP1) يدخل المفحوص في التعبير مظهرا لوحة فنية "هذي لوحة رسمها واحد" (CN8)، ومدخلا أشخاص غير مشكلين في الصورة مع عدم التعريف بهم "واحد" (B1.2, CP3) ، ليميل بعدها إلى الرفض "مافهمتش أنا على واه تعبر" (CP5)، وليعود بعد التحفظ الكلامي "بصح" (A2.3)، و بعد فترة من الصمت (CP1) إلى الميل للرفض "مانعرف واش من فن هذا" (CP5). مختتما حواره بهيأة دالة على العواطف (CN4) مع ميل للتقصير (CP2).

- **الإشكالية**

يسعى المفحوص من خلال استخدام دفاعات التجنب وخاصة الرهابية إلى تقييد وتثبيط استدعاء الهوامات المجاورة، فهل رفض استدعاء المواضيع متعلق هنا بالنقص المرتبط بتكوين

موضـــوع داخلـــي حـــامي وحـــاوي، أم بـــالخوف مـــن ولوجهـــا تحـــت ثقـــل الممنـــوع والهوامـــات المحارمية؟ .

<u>اللوحة 16</u>

...’’10 كيفاه نتخيل، نتخيلو فيها بلادنا طلعت ازدهرت، ولات كيما دبي في العمران، تقدر تقول في الاقتصاد كيما أمريكا الناس عايشـة bien. وتقدر تقول تسّمّا ... الدولـة تـولّي عندها هيبـة ... نفوذ ... الناس عايشة كل كيف كيف ... وتسّما ... هذي هي ’’22’1.

- **السياقات**

يدخل المفحوص في التعبير موجها طلبا للفاحص "كيفاش نتخيل" (CC2) ليؤكد بعدها على القطب الخيالي "نتخيلو" (A2.12) منطلقا في رواية قصة شديدة الابتذال (CP4) مع حضور عناصر من نمط تكوين عكسي "العمران، الاقتصاد" (A2.10) في إطار التحفظ الكلامي "تقدر تقول" (A2.3). يواصل المفحوص حواره أيضا في إطـار التحفظـات الكلاميـة "تقدر تقول، تسّما" (A2.3) وفـي إطـار التوقفات داخـل القصـة (CP1)، ليعـود مـن جديـد للابتـذال "الدولـة تـولي عنـدها هيبـة، النـاس عايشـة كيـف كيـف" (CP4). مختتمـا قصـته فـي إطـار الـتحفظ الكلامـي "تسّـما" (A2.3) الـوارد بـين صـمتين (CP1) بالميل أيضا إلى الابتذال "هذي هي" (CP4).

- **الإشكالية**

يشهد الكبت والتجنب الشديد هنـا عن عدم قدرة المفحـوص علـى استدعاء وإعادة بنـاء مواضيعه الداخلية إلا في شكل تكوين عكسي لتجنب قلقه، مما يؤكد من جديد على ثقل الممنوع ورجحان كفة الكبت.

خلاصة سياقات TAT محمد، 24 سنة.

سياقات A	سياقات B	سياقات C	سياقات E
A.1.3 = 1 A1 = 1	B1.2 = 5 B = 5	CP1 = 15 CP2 = 11 CP3 = 4 CP4 = 8 CP5 = 7 CP = 45	E1 = 1 E2 = 1 E8 = 2 E9 = 2 E4 = 1 E = 7
A2.3 = 17 A2.8 = 8 A2.10 = 2 A2.12 = 2 A2.17 = 3 A2 = 32 A = 33	B2.3 = 11 B2.5 = 1 B2.9 = 2 B2.12 = 3 B2 = 17 B = 22	CN1 = 2 CN4 = 2 CN8 = 2 CN = 6	
		CC1 = 3 CC2 = 1 CC = 4	
		CF1 = 13 CF2 = 2 CF3 = 1 CF = 16 C = 71	

تحليل السياقات:

يكشف تحليل شبكة سياقات المفحوص عن غلبة سياقات الكف وتجنب الصراع، والتي تجسدت أساسا في السياقات الرهابية (CP = 45)، تليها سياقات الرقابة (A = 33) التي ساهمت بالتحكم في الصراعات وكبتها، وبعد ذلك تتدخل سياقات الهراء والمرونة (B = 22) كمحاولة لتخفيف الصلابة في تسيير الصراع، أما سياقات التجنب الأخرى فقد تدخلت بكميات متوسطة (CF = 16) أو قليلة (CN= 6, CC = 4) لتعزيز الحيل التجنبية للصراع، ويشهد حضور السياقات الأولية بكمية قليلة (E = 7) على التثبيط الشديد الذي مس تحرير الجوانب الهوامية والغريزية.

1. السياقات الرهابية (CP = 45):

نسجل فيها الحضور القوي للتوقفات الكلامية (CP1 = 15) التي ساهمت في كبح تظاهرات العالم الداخلي، يليها الميل للتقصير (CP2 = 11) من أجل تقييد وتثبيط الصراع ومنع تطويره، وتتدخل سياقات الرقابة الأخرى المتمثلة في كل من الابتذال (CP4 = 8) والميل للرفض (CP5 = 7) وعدم التعريف بالأشخاص (CP3 = 4) لتخدم نفس التوجه المتمثل في تجنب الصراع سواءا بكبح العواطف والتمثلات المرتبطة به أو حتى باستبعاده ورفض التعبير عنه.

تنتشر هذه السياقات في كل اللوحات، حيث يتم ربطها عادة بسياقات الرقابة لتوظف كما هو الحال في اللوحة (6BM) لعرقلة التعبير عن الصراع بتجنب استدعاء العواطف المرتبطة به، أو كما هو الحال في اللوحة (13MF) لتثبيط بروز الدفعة العدوانية، أو في اللوحة (4) لتجميد استدعاء أي تيارات غريزية، أو حتى كما هو الحال في اللوحة (19) من أجل كف النشاط الهوامي المجاور.

2. سياقات الرقابة -السجل الوسواسي- (A = 33):

وتهيمن عليها تلك السياقات المميزة للدفاع ذو النمط الوسواسي متمثلة في الحضور القوي للتحفظ الكلامي (A2.3 = 17) الذي يكشف عن الشك والحذر أمام تظاهر الواقع الداخلي الهوامي والعاطفي، ليتدخل بعد ذلك الاجترار (A2.8 = 8) للتحكم في تظاهر ذلك الواقع وكبته، حيث تهدف هذه الدفاعات لكبت العواطف ومنع ربطها بالتمثلات لكف الصراع، أما سياقات الرقابة المتمثلة في كل من التشديد على

الصراعات النفسية الداخلية (3 = A2.17) والتأكيد على الخيال (2 = A2.12) فهي تتدخل لتدل على الوعي بالبعد الخيالي و على طبيعة تسيير الصراع بين الرغبة والدفاع في إطار نفسي داخلي، ويتدخل أيضا التكوين العكسي (2 = A2.10) ليدعم الدفاع من النمط الوسواسي من خلال مساهمته كما هو الحال في اللوحة (7BM) بقلب الدفعة العدوانية الموجهة للأب إلى ضدها. أما دمج المصادر الاجتماعية (1= A1.3) والذي برز فقط في اللوحة (1) فهو ليس سوى محاولة تمهيدية للتطرق للصراع عن طريق الاحتماء بسيناريو اجتماعي فشلت أمام ثقل الكبت.

تنتشر هذه السياقات في أغلب اللوحات، حيث أدى تدخلها بكثافة في اللوحة (1) إلى كبت كلي للرغبة أمام ثقل الممنوع، وفي اللوحة (8BM) إلى كبت الدفعة العدوانية تجاه الصورة الأبوية، حيث يستدعي المفحوص تلك الدفعة في اللوحة (7BM) على شكل تكوين عكسي أمام كبت التناقض الوجداني وصعوبة تسييره، وحينما يتم ربط تلك السياقات بسياقات التجنب وخاصة الرهابي (مما يدل على الطبيعة العصابية للصراع) فهي تستخدم لفصل العاطفة عن التمثل (كما هو الحال في اللوحة 3BM)، أو لتجميد أي بروز للدفعات الغريزية (كما هو الحال في اللوحة 4)، وكبتها أمام الصورة الأمومية خوفا من تصورات الخصاء ومشاعر الذنب (كما هو الحال في اللوحة 6BM).

3. سياقات الهراء -السجل الهستيري- (B = 22):

ويطغى عليها التركيز على العلاقات بين الأشخاص (11 = B2.3) الذي يحاول المفحوص عن طريقه تصوير الصراع من خلال عقد علاقات بيشخصية، ويتدخل أيضا كل من إدخال أشخاص غير مشكلين في الصور (5 = B1.2)، التركيز على مواضيع من نوع ذهاب وقول (3 = B2.12)، أو حتى التهويل (B2.5 = 1) لخدمة نفس الغرض ومحاولة تمديد السيناريوهات الهوامية لتصوير الصراع، كما ارتبط حضور تغليم العلاقات (2 = B2.9) في اللوحة (4) بمحاولة التعبير عن الرغبة داخل الزوج في شكل متحفظ ومبتذل.

إن ربط هذه السياقات في أغلب اللوحات بكل من سياقات التجنب الرهابي والكبت قد أنقص من فعاليتها، وحتى حينما تتدخل بصورة مكثفة (كما هو الحال في اللوحات 2، 6BM و 7BM) تتم عرقلة محاولات تصوير الصراع بالكبت والتجنب

اللـــذان يعمـــلان علـــى كـــبح بـــروز العواطـــف والـــدفعات الغريزيـــة المرتبطـــة بـــه. ممـــا يشـــهد على الصلابة في تسيير الصراع.

4. السياقات العملية (CF = 16)، النرجسية (CN = 6)، والسلوكية (CC = 4)

تسـيطر علـى السـياقات العمليـة تلـك المتعلقـة بالتمسـك بـالمحتوى الظـاهري (CF = 13) والتـي يسـتخدمها المفحـوص لتعزيـز تجنـب الصـراع عـن طريـق التمسـك بـالواقع الخـارجي الإدراكـي. يليهـا كـل مـن التشـديد علـى الحيـاة اليوميـة (CF = 2) وعلـى الفعـل (CF3 = 1) التـي اسـتخدمها المفحـوص فـي اللوحـات (5 و 6BM) مـن أجـل كـف الجانــب الهــوامي والغريــزي تجــاه الصــورة الأمويــة، وبالتــالي مــن أجــل الهــروب مــن الصــراع باســتبدال صــورة الأم الداخليــة المشــحونة غريزيــا بصــورة الأم الخارجيــة الواقعيــة والمألوفــة، وفــي نفــس الســياق تتــدخل الســياقات النرجســية ممثلــة فــي الانطباعــات الذاتيــة (CN1 = 2) والهيـآت الدالـة علـى العواطـف (CN4 = 2) وإظهـار صـور فنيـة (CN8 = 2) لتعزيـز التجنـب، وتسـتخدم كطـرق انسـحابية فـي وضـعيات لا يمكـن فيهـا مواجهــة الصــراع أو القلــق كمــا هــو الحــال مــثلا فــي اللوحــات (4 و 19) ، أيــن تــم اســتخدامها خاصــة لتجميــد اســتدعاء أي تيــارات غريزيــة وعاطفيــة، وفــي خدمــة نفــس الاتجــاه التجنبــي تتــدخل ســياقات الكــف الســلوكي ممثلــة خاصــة فــي الاثــارات الحركيــة (CC1 = 3) يليهـا طلـب موجـه للفـاحص (CC2 = 1) حيـث تتـدخل هـذه السـياقات فـي اللوحــات الغامضــة والأقــل تشــكيلا ليــتم اســتخدامها كمــا هــو الحــال فــي اللــوحتين(11 و19) لتفريغ التوتر المرتبط بالقلق البدائي غير القابل للبناء على شكل حركي.

5. السياقات الأولية (E = 7):

ويعــود حضــورها بكميــات قليلــة إلــى ســيطرة الكبــت والتجنــب اللــذان خنقــا محــاولات التحريــر الهــوامي والغريــزي، وبــالرغم مــن ذلــك تفلــت بعــض التصــورات القويــة (E6) المرتبطــة بــإعلان العجــز عــن التعبيــر (اللوحــة 6BM) بالإضــافة للتعبيــر عــــن العدوانيــــة (E8) (فــــي اللوحــــات 3BM، 8BM و13MF)، أو الاكتســــاح مــــن طــرف الهــوام (E2) (فــي اللوحــة 11)، وأحيانــا تتــدخل هــذه الســياقات لتمديــد الكبــت حيــث هــدف الــتحكم فــي المــدرك عــن طريــق تعتــيم موضــوع الرغبــة (E1) فــي اللوحــة (1) إلــى خدمــة كبتــه لاحقــا، بينمــا كلــف تــدخلها فــي اللوحــة (10) - أمــام فشــل الكبــت- المفحــوص خطأ إدراكيا (E4) مرتبطا بالاكتساح من طرف الهوام.

الإشكالية العامة:

يدل تحليل شبكة السياقات المستخدمة من طرف المفحوص بالإضافة لمقروئية البروتوكول العامة على اندراج توظيفه النفسي ضمن البنية العصابية من نوع العصاب الوسواسي. وفي هذا الإطار يمكن تلخيص إشكاليته العامة كما يلي:

تدور إشكالية المفحوص الأساسية حول مخاوف الخصاء المرتبطة بالصراع الأوديبي الذي لا يستطيع بناءه وتجاوزه بسبب كبت وكبح العواطف المرتبطة به، بالإضافة لمنع ربطها بالتمثلات (اللوحة 3BM). حيث يستخدم أثناء دفاعا صلبا متمثلا في الدفاع الوسواسي المصحوب بتشكيل رهابي تجنبي للصراع ضد قلق الخصاء.

ويعود أصل ذلك الدفاع إلى عدم قدرة المفحوص على الانفصال عن موضوع الحب الأولي (الصورة الأمومية)، حيث تحرك الحاجة إليه وما يتبعها من هوامات محارمية الكبت والكبح خوفا من تصورات الخصاء أمام ثقل الممنوع (اللوحات 5، 6BM و19). فلا يستطيع المفحوص حتى استدعاء مواضيعه الداخلية تحت تأثير كبت التناقض الوجداني تجاهها إلا في شكل تكوين عكسي (اللوحة 16)، ويرتبط ثقل الممنوع هنا بالجانب اللامتسامح للأنا الأعلى الذي طوره المفحوص كتعويض لنقص تقمص الصورة الأبوية التي لا يستطيع تسيير العدوانية الموجهة لها (اللوحة 8BM)، كما لا يستطيع أيضا التفتح على تلك الصورة الأبوية والتفاوض معها إلا من خلال استدعاء تلك الدفعة العدوانية في شكل تكوين عكسي تجسد في اللوحة (7BM) بقلبها إلى ضدها عن طريق إبقاء الابن في حالة استكانة وطاعة، فبينما الأب : "يحكيلو في مّو" يبقى الابن "يسمعلو" لإخفاء رغباته الأوديبية خوفا من تصورات الإخصاء. وقد بلغ به ذلك الخوف في اللوحة (1) درجة كبت موضوع الرغبة كليا ورفض توظيفه، وأمام هذا الوضع يبقى إذن الصراع بين الرغبات الأوديبية المكبوتة والدفاع ضدها تحت ثقل الممنوع على حدته بدون مخرج.

خلاصة عامة عن الحالة الثالثة

إنطلاقا من تحليل معطيات المقابلات العيادية وبرتوكول TAT، يمكن تلخيص أهم ما كشفت عنه النتائج في علاقتها بأهداف البحث كما يلي:

<u>في مستوى أول من التحليل:</u>

لاحظنا من جهة أن الحالة وأثناء تعرضه لسبب البتر (الذي تمثل في حادث مولد للصدمة تجسد في انفجار لغم أرضي) عانى من استجابة ضغط تفارقية مباشرة، وأيضا من تدخل عامل خطر صدمي تمثل في عدم تلقي النجدة أثناء تعرضه للحادث، وبالرغم من ذلك فقد كان سلوكه نشيطا أثناء الحادث أين تمكن بالرغم من إصابته أن يمشي وصولا للمكان الذي تلقى فيه الإسعاف، حيث لم يطور بعد ذلك أعراض أي اضطراب صدمي. أما من جهة أخرى فقد انعكس التعرض للبتر على حالته النفسية في الشكل التالي:

أدت إصابة البتر إلى إحداث نقص في قدراته الجسمية ، حيث لم يعد يستطيع القيام بأعمال ونشاطات كان يقوم بها قبل تعرضه للبتر، وعلى مستوى نفسي داخلي كانت عاقبة ذلك النقص هي الشعور بحزن مرتبط بجرح نرجسي: "حاجة كنت تقدر ديرها قبل تولّي ماتقدرش دّيرها: تغيضك روحك"، ويبدو أن الحالة قد دخل في سيرورة حداد ناجحة أين فرض مبدأ الواقع نفسه، حيث توقع أنه سيتعرض للبتر قبل أن تتم العملية ، كما أدرك أن خضوعه لعملية البتر سيكون في صالحه، وتمكن أيضا منذ أن رأى ساقه مبتورة لأول مرة من توقع عواقب ذلك الفقدان. وهذا ما مكنه فيما بعد من تقبل واقع الفقدان الخارجي (فقدان الساق وما يتبعها من نقص قدراته الجسمية) وواقع الفقدان الداخلي (أي الحزن المرتبط بذلك الفقدان الخارجي وما يتبعه من تغييرات داخلية) ، كما تمكن من نزع الاستثمار من تمثلاته عن نفسه والنشاطات التي كان يقوم بها قبل البتر، وكيّف تصورات جديدة عن نفسه ونشاطات جديدة حسب وضعيته الصحية التي فرضها عليه البتر، كما كيّف أيضا نشاطه المهني حسب قدراته الجديدة: "الدولة عطاتني شهرية تاع ضحايا الإرهاب 14000 دج ، وراني ناكل وقاعد في الدار، وزدت درت batterie تاع قنون، وراني شريت numéro (أي قطعة أرض) نبني فيه" ، وبناءا عليه فهو يتخيل نفسه في المستقبل: "عادي، نخدم ونعيش normal"، ولكن بالرغم من ذلك تبقى الطريقة التي تم بها التقبل تثير التساؤل حول مدى فعالية سيرورة الحداد وتقبل البتر، حيث تقبل الحالة حادثة تعرضه للبتر في شكل: " كنت راضي بالقضاء والقدر"، وفي وضعية استكانية دون أن يعبر عن أي غضب أو عدوانية مرتبطة بذلك الفقدان، أي دون أي تفريغ انفعالي مرتبط بالمرور من مرحلة رفض الواقع إلى مرحلة تقبل الواقع.

في مستوى ثاني من التحليل:

لاحظنا إذن أن أهم تأثير أدخله البتر هنا هو الإنقاص من القدرة الجسمية للحالة ، والتي انعكست على جوانب حياته الأخرى المهنية واليومية، كما لاحظنا أيضا أن ذلك النقص قد انعكس على مستوى داخلي في شكل حزن مرتبط بجرح نرجسي: " حاجة كنت تقدر ديرها قبل تولي ماتقدرش دّيرها: تغيضك روحك"، وبالرغم من ذلك فقد تمكن الحالة من الدخول في سيرورة حداد ناجحة أين فرض مبدأ الواقع نفسه، ليتمكن من تقبل الفقدان على مستوى خارجي (أي فقدان الساق وما يتبعها من نقص في قدراته الجسمية) وعلى مستوى داخلي (أي الحزن المرتبط بذلك الفقدان الخارجي وما يتبعه من تغييرات داخلية)، كما تمكن من نزع الاستثمار من تمثلاته عن نفسه والنشاطات التي كان يقوم بها قبل البتر ومن تكييف تمثلات ونشاطات جديدة متناسبة مع وضعيته الصحية الجديدة واستثمارها من أجل التوجه نحو المستقبل، إلا أننا لاحظنا أن عملية التقبل تلك قد خضعت لوضعية استكانية أين تم تلقي البتر في شكل: "قضاء وقدر" ودون أي تعبير عن غضب وعدوانية مرتبطان بذلك الفقدان، وهذا هو شكل استجابة الحالة ، فما هي أهم العوامل التي تدخلت لتحديد استجابته تلك؟

- <u>نلاحظ أولا:</u> أن نجاح سيرورة الحداد قد ارتبط هنا بخضوع التوظيف النفسي للحالة لمبدأ الواقع، حيث كشف تحليل توظيفه النفسي أنه يوظف ضمن بنية عصابية متماسكة ، يخضع في إطارها "الأنا" لمبدأ الواقع ويستثمره على حساب مبدأ اللذة.
- <u>كما نلاحظ ثانيا:</u> أن تقبل الحالة لإصابة البتر وقدرته على التعامل معها مرتبطان بعوامل تنتمي لتاريخه الشخصي ولأسلوب تربيته، حيث سمحت سيرورة نموه(التي تفاعلت في خلالها عوامل مرتبطة بخصائصه الشخصية مع عوامل بيئته العائلية والمحيطية) بأن تجعل منه شخصا رجوعيا منذ طفولته، أين تربى في شروط حياة صعبة وبيئة قاسية (فمارس في صغره مهنا فلاحية صعبة، وعانى من نقص في الحاجات الضرورية وأيضا من مرض تنفسي أدّى للإنقاص من قدراته الجسمية) مما فتح له المجال منذ صغره لاختبار قدرته على التحمل، فتمكن من مواجهة تلك العوامل الضاغطة وطوّر طريقة لتجاوز النقص وتعويضه تمثلت في قيامه باستثمار نقاط قوته ليغطي بها نقاط ضعفه، وهكذا تمكن من مواجهة تلك الصعاب وتحديها دون أن يصاب أو ينهار، وبالإضافة لذلك مكنته تربيته الدينية من توقع تعرضه لأي شيء مهما كانت درجه سوئه، والتعامل معه على أنه قضاء وقدر، وبهذه الطريقة تمكن الحالة من التعامل مع حادثة تعرضه للبتر، حيث يشرح لنا الكيفية التي تدخلت بها سيرورة نموه - التي جعلت منه شخصا رجوعيا- في عملية تلقيه لخبرة البتر في شكل استعارة فيقول: " كي شغل عسكري كي يدخل للحرب واحد مدرب وواحد موش مدرب، واحد كي يكون مدرب يطبق واش تعلم، والآخر مايقدرش". وفي الواقع ينسب الحالة رجوعيته تلك لنمط تربيته القاسية ، حيث يرى أنه لم يتم تدليله في صغره مما جعله يتقبل أي

شيء يتعرض له دون أن يشتكي، ولكني أرى أن رجوعيته تلك تكمن في خصائصه الشخصية والعاطفية ، أي في هدوئه وقدرته على تحمل الصعاب التي فرضها عليه ذلك النمط من التربية دون أن يصاب أو ينهار ، وليس في نمط تربيته تلك التي سنسجل انعكاساتها السلبية على توظيفه النفسي فورا:

- حيث نلاحظ ثالثا: أنه قد تم تقبل وضعية البتر وفق نمط استكاني، كما تم تلقيها في شكل قضاء وقدر، دون أي تفريغ انفعالي أو تعبير عن غضب وعدوانية متعلقان بالاحتجاج على الفقدان. وذلك كله مرتبط أيضا بعوامل تنتمي للتاريخ الشخصي للحالة ولنمط تربيته الذي ساهم في تشكيل توظيفه النفسي، حيث لم يكن الحالة منذ صغره يعبر عن مشاعره وعن قلقه المرتبط بفرض مهن صعبة وغير مناسبة لسنه، والتي عرقلت تعبيره عن حاجاته كطفل وعن رغباته المرتبطة باللعب، كما تعلم منذ صغره ألا يحتج: "معناها مانعززش روحي ولا نقول كيفاه" ، وقد سجلنا أن أهم تأثير لنمط تربيته الدينية الذي وصفه بأنه "تاع حلال وحرام" هو ثقل الممنوع ، الذي منعه من الانفتاح على ذكرياته وخبراته الجنسية. كما أكد تحليل توظيفه النفسي صحة ملاحظتنا تلك، حيث كشف التحليل أن توظيفه النفسي وبالرغم من إندراجه ضمن بنية عصابية ، فهو من نمط العصاب الوسواسي الذي سيطر عليه دفاع صلب تمثل في كبت شديد (هيمنت عليه الدفاعات الوسواسية) المصحوب بتشكيل رهابي تجنبي، مما أدى إلى كبت وكبح نشاط عالمه الداخلي الهوامي والغريزي ومنع تظاهره، حيث يرتبط ذلك الكبت والكبح بالخوف من الخصاء أمام ثقل الممنوع. ولهذا السبب لم يتمكن الحالة من استدعاء موضوع الرغبة واستثماره ليبيديا (في اللوحة 1)، ولنفس السبب لم يتمكن من استدعاء الدفعة العدوانية تجاه الصورة الأبوية (في اللوحة 7BM) إلا في شكل تكوين عكسي وقلب تلك الدفعة العدوانية إلى ضدها عن طريق كبت تمثلات معارضة ما يقوله الأب وإبقاء الابن في وضعية استكانة وطاعة "يسمعلو" لإخفاء رغباته الأوديبية خوفا من تصورات الإخصاء، وبنفس الطريقة يتلقى الحالة وضعية البتر في شكل "قضاء وقدر" مستكينا (أو مسكينا) وخاضعا لأنه لا يستطيع التعبير عن مشاعر معارضته لما يحدث له، لتبقى تلك المشاعر مكبوتة أمام ثقل الممنوع. ويبدو أن هذا النمط من التقبل (الذي لم يخضع لسياق نشط وفعّال) قد حد كثيرا من الطاقات الإبداعية للحالة وضيّق أفق حياته، حيث يختصر لنا نشاطات حياته الحالية فيقول: "الدولة عطاتني شهرية تاع ضحايا الإرهاب 14000 دج: وراني ناكل وقاعد في الدار، وزدت درت batterie تاع قنون ..."، كما يلخص لنا طموحاته المستقبلية فيقول: "عادي نخدم ونعيش normal"، وحتى في اختياره لمهنته الراهنة (تربية الأرانب) يبقى الحالة خاضعا لتقمص صورة الأب (الفلاح الذي يحب العمل بتربية المواشي والأنعام) بشكل مستكين وسلبي.

وعموما نسجل في هذا المستوى من التحليل ملاحظة أساسية مفادها : أن أهم العوامل التي تدخلت لتحدد شكل استجابة الحالة لإصابة البتر كانت عواملا مرتبطة بتاريخه الشخصي وبنمط توظيفه النفسي.

4. حوصلة عامة عن الحالات في ضوء أهداف البحث:

إنطلاقا من تقديم وتحليل حالات البحث يمكن تقديم حوصلة عامة عن أهم ما كشفت عنه النتائج في مستويين من التحليل كما يلي:

في مستوى أول من التحليل:

متعلق بالإجابة عن هدف البحث الأول والمرتبط بـ : "التعرف على انعكاسات التعرض للبتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على الحالة النفسية للمبتور بعد مدة من تعرضه للبتر" فقد كشفت النتائج عن ما يلي:

أوّلا: تعرض حالات البحث الثلاث لنفس سبب البتر، الذي تمثل في حادث انفجار (انفجار مرتبط بحادث عمل بالنسبة للحالة الثانية، وانفجار لغم أرضي بالنسبة للحالتين الأولى والثالثة)، وهو يحمل مواصفات الحادث المولد للصدمة، كما تشابهت أيضا استجاباتهم المباشرة (أو الآنية) لذلك الحادث، حيث عانوا جميعا من استجابة ضغط حادة، وبالرغم من ذلك فقد اختلفت استجاباتهم على المدى البعيد، أين تمكن كل من الحالة الأولى (عماد) والحالة الثالثة (محمد) من مقاومة تأثيرات ذلك الحادث ولم يطوّرا أعراض أي اضطراب صدمي مزمن، بينما أصيب الحالة الثانية (أمين) باضطراب صدمي مزمن.

ثانيا: إنعكس التعرض للبتر أساسا في شكل نقص جسمي (مرتبط بفقدان الأطراف المبتورة) مضاف إليه نقص في القدرات الجسمية، مما أدى إلى تراجع في القدرة على القيام بوظائف ونشاطات مرتبطة بما قبل التعرض للبتر لدى الحالة الثالثة (محمد)، وإلى ثقل درجة العجز والإعاقة لدى الحالة الثانية (أمين)، أما على مرآة الجانب النفسي الداخلي فقد إنعكس التعرض للبتر(لدى الحالات الثلاث) في شكل شعور بالحزن والاكتئاب، وكلاهما مرتبط بجرح نرجسي ناجم عن إدراك وتقبل حالة النقص وعدم الاكتمال الجسمي، والتي عبر عنها الحالة الأولى (عماد) بالقول: "أنا مانيش حاب نكون هكّا، رجلك ماكانش، معاق" ، والحالة الثانية أمين بالقول: "غاضتني رجلي"، والحالة الثالثة محمد بالقول: "حاجة كنت تقدر دّيرها قبل تولّي ماتقدرش دّيرها: تغيضك روحك". حيث لاحظنا أن الحالات الثلاث قد تقبلوا كلهم واقع تعرضهم للبتر، أي تقبلوا الفقدان في الواقع الخارجي (واقع غياب الطرف المبتور)، كما تمكنوا جميعا (مدفوعين بتقبل الفقدان في الواقع الخارجي، وبمشاعر الحزن الناجمة عن ذلك التقبل) من الدخول في سيرورة حداد هدفها تجاوز مشاعر النقص والحزن المرتبطة بالفقدان، وإرصان ذلك الفقدان على مستوى نفسي داخلي من أجل التكيف مع وضعية البتر، وبالرغم من ذلك فقد اختلفت على مستوى نفسي داخلي طريقة تقبلهم لذلك الفقدان، حيث تقبل الحالة الأولى (عماد) واقع الفقدان الخارجي (أي غياب الطرف) بطريقة نشطة وفعالة (أين قام بتفريغ إنفعالي مرتبط بذلك الفقدان، كما تمكن من التعبير عن

مشاعر التمرد والعدوانية المرتبطة بتعرضه للبتر)، بينما تقبل كل من الحالة الثانية (أمين) والثالثة (محمد) واقع الفقدان الخارجي بطريقة استكانية وخاضعة (دون أي تفريغ إنفعالي، أو تعبير عن مشاعر التمرد و العدوانية المرتبطة بالتعرض للبتر)، وبالإضافة لذلك فقد اختلفت أيضا مآلات سيرورة عمل الحداد لدى كل منهم، حيث نجحت تلك السيرورة لدى الحالة الثالثة (محمد)، بينما لا يزال الحالة الأولى (عماد) لحد الآن يصارع ضد الحزن والاكتئاب الناجمان عن تقبل النقص الخارجي (الجسمي)، أما الحالة الثانية (أمين) فقد أصبح يعاني من حداد معقد مزمن مرتبط بالتثبيت في المرحلة الاكتئابية، تجسد في استمرار حالة الحزن والتثبيط، التي تحولت إلى حالة يأس وانسحاب من الحياة، وعدم قدرة على استثمار الواقع الخارجي والتوجه نحو المستقبل.

<u>أما في مستوى ثاني من التحليل:</u>

متعلق بالإجابة عن هدف البحث الثاني والمرتبط بـ: "التعمق في فهم الكيفية التي يؤثر بها البتر (باعتباره حادثا مولدا للصدمة) على التوظيف النفسي للمبتور، ودور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل إستجابته". فقد كشفت النتائج عن ما يلي:

<u>أولا</u>: وبالنسبة لنتيجة التعرض لسبب البتر الذي تجسد في تعرض الحالات الثلاث لنفس الحادث (حادث انفجار)، فقد لاحظنا أن ذلك الحادث كان مولدا للصدمة لأنه يحمل مواصفات العنف والفجائية، وأيضا لأنه كان حادثا خطيرا بمعنى (DSM-IV)، حيث تعرض الحالة الأولى (عماد) لتهديد الموت، كما تعرض كل من الحالة الثانية والثالثة لأذى خطير في سلامتهم الجسدية، كما لاحظنا أيضا أن استجابة الحالات الثلاث الآنية (أو المباشرة) لذلك الحادث قد تشابهت، حيث عانوا جميعا من استجابة ضغط حاد، لتفترق بعد ذلك طرقهم على المدى البعيد، حيث كانت استجابة الضغط تلك عابرة لدى كل من الحالة الأولى والثالثة فلم يطوروا أي اضطراب صدمي مزمن، بينما أصبح الحالة الثانية يعاني من اضطراب صدمي مزمن.

وبالنسبة لمقاومة كل من الحالة الأولى (عماد) والثالثة (محمد) لعواقب التعرض لذلك الحادث المولد للصدمة، فقد سجلنا تدخل عوامل كانت مرتبطة أكثر بنمط الاستجابة أثناء التعرض للحادث مباشرة (في المرحلة الآنية) وبعد التعرض له (في المرحلة ما بعد الآنية)، حيث سجلنا لدى الحالة الأولى عماد: قدرته على تأويل الحادث أثناء وقوعه، وأيضا قيامه بتفريغ انفعالي في المرحلة ما بعد الآنية، كما سجلنا لدى الحالة الثالثة (محمد): سلوكه النشيط والفعال أثناء التعرض للحادث، حيث تمكن وبالرغم من إصابته الخطيرة من أن يمشي وصولا للمكان الذي تلقى فيه الإسعاف.

أما بالنسبة لإصابة الحالة الثانية (أمين) باضطراب صدمي مزمن، فقد سجلنا تدخل العديد من العوامل المرتبطة بتاريخه الشخصي (تعرضه لصدمات جنسية مبكرة متعلقة بالإغواء من طرف راشد، بالإضافة لتعرضه لخبرات صادمة تمثلت في معايشته لأحداث العنف الإرهابية، ولمشاهد مرتبطة برؤية أشخاص موتى وأيضا لمشاهد عنف أخرى أثناء الطفولة). إلا أننا لم نتمكن من إيجاد أي روابط بين تلك العوامل (المتعلقة بتاريخه الشخصي وبتعرضه لخبرات صادمة أثناء الطفولة) وبين أعراض اضطرابه الصدمي الراهن، حيث يبدو أن أهم العوامل التي تحكمت في شكل استجابته تلك قد كانت مرتبطة بمواصفات الحادث في حد ذاته، وبالاستجابة الانفعالية أثناء التعرض له. فبالإضافة لتميز استجابة الحالة الثانية أثناء التعرض للحادث بالعجز والرعب، خلق ذلك الحادث انقطاعا في سيرورته التاريخية، وبتر حياته إلى شطرين: ما قبل - وما بعد التعرض للحادث، وأصبح يشعر كأنه قد مات فعلا أثناء التعرض للحادث ثم بعث من جديد، حيث تؤكد هذه العناصر مصحوبة باضطرابه الصدمي على مواجهته لـ "عينية الموت" (مأخوذة في معنى المدرسة السيكاترية الفرانكوفونية) أثناء تعرضه للحادث.

ثانيا: وبالنسبة للكيفية التي أثر بها البتر في حد ذاته ، فقد لاحظنا أن حالة النقص وعدم الاكتمال الجسمي (المرتبطة بفقدان الطرف المبتور) قد حرضت على مستوى نفسي داخلي جرحا نرجسيا ترجمته مشاعر الحزن والاكتئاب. وفي مواجهة ذلك تقبل الحالات الثلاث واقع تعرضهم للبتر، كما باشروا جميعا سيرورة حداد من أجل التكيف مع وضعية البتر والنقص الجسمي، وتجاوز مشاعر الحزن والاكتئاب الناجمة عنها، ومع ذلك فقد اختلفت مآلات تلك السيرورة النفسية لدى كل منهم.

في هذا الإطار كشف التحليل أن أهم العوامل التي تدخلت في نجاح سيرورة عمل الحداد لدى الحالة الثالثة (محمد) قد كانت مرتبطة بتاريخه الشخصي وبنمط توظيفه النفسي، حيث إرتبط نجاح تلك السيرورة أساسا بخضوع توظيفه النفسي (الذي ينتمي لبنية عصابية متماسكة) لمبدأ الواقع، كما إرتبطت عملية تلقيه لإصابة البتر وقدرته على التعامل معها بكل من سيرورة نموه وأسلوب تربيته، واللذان جعلا منه (منذ صغره) شخصا رجوعيا يستطيع مواجهة شروط حياة صعبة ومتطلبات بيئة قاسية، كما مكّناه أيضا من مواجهة مشاعر النقص وإيجاد طرق لتعويضه وتجاوزه. وهكذا إذن يلخص لنا محمد الطريقة التي تدخلت بها معطيات سيرورة نموه وأسلوب تربيته في عملية تلقيه لإصابة البتر في شكل استعارة فيقول: "كي شغل عسكري كي يدخل للحرب، واحد مدرب وواحد موش مدرب، واحد كي يكون مدرب يطبق واش تعلم والآخر مايقدرش"، وبالرغم من نجاح سيرورة الحداد والتقبل لديه ، فقد لاحظنا أن تلك السيرورة لم تخضع لسياق نشط وفعال، حيث تلقى الحالة وضعية البتر (كما يتلقى العسكري أوامره) بطريقة استكانية وخاضعة (دون أي تفريغ انفعالي أوتعبير عن المشاعر العدوانية أوالاحتجاج على وضعيته).

وقد كشف التحليل أن طريقة تلقيه لوضعية البتر تابعة أيضا لأسلوب تربيته الذي ساهم في تشكيل توظيفه النفسي، حيث لم يكن يعبّر منذ صغره عن مشاعره وقلقه المرتبطان بمواجهته لشروط حياة صعبة، كما طغى على توظيفه النفسي ثقل الممنوع والكبت، ولهذه الأسباب لم يتمكن من التعبير عن مشاعر معارضته لما حدث و يحدث له، ويبدو أن هذا النمط من التقبل قد حد كثيرا من طاقاته الإبداعية وضيّق أفق حياته.

أما بالنسبة للحالة الأولى (عماد) ، فقد لاحظنا أنه يصارع على مستوى نفسي داخلي ضد مشاعر الحزن والاكتئاب (الناجمة عن تقبل النقص الجسمي) من خلال دفاع تابع أساسا لكل من معطيات تاريخه الشخصي وتوظيفه النفسي. حيث لاحظنا أنه (لمواجهة النقص والعجز وما يرتبط بهما من حزن وانخفاض تقدير الذات) قد طور منذ صغره رغبة في النجاة والنجاح على شكل هوسي، إرتكزت على مثلنة صورته الذاتية وإسقاطها في المستقبل على شكل: "ديما في السماء، ريادي، الأول في أي حاجة نديرها"، كما كشف تحليل توظيفه النفسي أنه يميل لاستخدام المثلنة الذاتية كدفاع هوسي ضد وضعيات العجز، ويميل لمثلنة المواضيع أيضا للدفاع هوسيا ضد المشاعر الاكتئابية الناجمة عن الفقدان، ولا يزال يحاول النجاة من النقص الذي أدخله البتر، ويواجه مشاعر الاكتئاب الناجمة عنه بالاعتماد على مثلنة صورته الذاتية وإسقاطها في المستقبل على شكل رغبته في أن يصبح : "Top، fort، حاجة كبيرة"، و"قدوة للآخرين"، وقد كشف التحليل أن نمط دفاعه هذا ناجم عن صعوبات في تسيير عواقب الفقدان وما يتبعها من حزن واكتئاب، حيث ترتبط تلك الصعوبات بصعوبات في بناء الوضعية الاكتئابية.

وأخيرا بالنسبة لمعاناة الحالة الثانية (أمين) من حداد مزمن مرتبط بالتثبيت في المرحلة الاكتئابية، فقد لاحظنا من جهة أن عجزه عن إرصان وتجاوز الحداد قد كان مرتبطا أيضا بعوامل تنتمي لنمط توظيفه النفسي، حيث كشف التحليل أنه يوظف ضمن توظيف حدي اكتئابي، تدور إشكاليته الأساسية حول قلق الانفصال وصعوبات في كل من إرصان الحداد للموضوع الأصلي وتسيير الاكتئاب، ليبقى ذلك الاكتئاب المرتبط بنقائص نرجسية ينتمي للعالم الداخلي للحالة، وليبقى هذا الأخير غارقا في حزنه دون اللجوء لأي استثمار موضوعي أوالانفتاح على الآخر لتجاوز اكتئابه، وبهذا المعنى فعجزه عن إرصان وتجاوز الحداد المتعلق بالفقدان (الذي أدخله البتر) مرتبط هنا بصعوبات بنيوية ووظيفية متعلقة بعدم إرصان الحداد الأصلي . أما من جهة أخرى فقد لاحظنا أن تعقد حالته تلك ، وتحولها إلى حالة يأس وانسحاب من الحياة قد كانت مرتبطة من ناحية بتدخل عوامل خطورة متعلقة بشدة درجة البتر وما نتج عنها من ثقل لدرجة العجز والإعاقة، ومن ناحية أخرى بتأثيرات الصدمة.

الفصل السابع
تفسير ومناقشة النتائج

تفسير ومناقشة النتائج

لاحظنا أولا أن الحالات الثلاث قد تعرضوا لنفس سبب البتر، الذي تجسد في نفس الحادث المولد للصدمة، أين عرضوا جميعا استجابة ضغط حادة كرد فعل مباشر لذلك الحادث، ومع ذلك فقد اختلفت استجاباتهم على المدى البعيد، حيث كانت استجابة الضغط عابرة لدى كل من الحالات الأولى والثالثة، فلم يطورا على المدى البعيد أي اضطراب صدمي مزمن، بينما طوّر الحالة الثانية اضطرابا صدميا مزمنا. وقد سجلنا تدخل مجموعة من عوامل الحماية التي ارتبطت بمقاومة كل من الحالة الأولى والثالثة لعواقب التعرض لذلك الحادث تمثلت في: القدرة على تأويل الحادث أثناء وقوعه، التفريغ الانفعالي في المرحلة ما بعد الآنية ، والسلوك النشط والفعال أثناء التعرض للحادث. كما سجلنا تدخل العديد من عوامل الخطر الصدمية المرتبطة بإصابة الحالة الثانية باضطراب صدمي تمثلت في: تعرضه لخبرات صادمة أثناء الطفولة (صدمات جنسية مبكرة متعلقة بالإغواء من طرف شخص راشد، معايشة أحداث عنف إرهابية، مشاهد مرتبطة برؤية أشخاص موتى ومشاهد عنف أخرى) بالإضافة لتميز معاشه النفسي أثناء التعرض للحادث بالعجز والرعب، وبالرغم من ذلك فمن الحكمة هنا ألا نربط اختلاف استجابات الحالات (أي مقاومة الحالة الأولى والثالثة لعواقب التعرض للحادث وإصابة الحالة الثانية) بتلك العوامل، لأننا تعلمنا أثناء تحليل ونقد الدراسات السابقة أن أي دراسة تحاول تفسير تأثير التعرض لحادث صادم ومحددات الاستجابة له انطلاقا من عامل منعزل ومنفرد (أو مجموعة عوامل - ثلاث أو أربع أو أكثر محددة مسبقا-) ستتوصل لرؤية صورة ناقصة لواقع ذلك التأثير، أو لرؤيته ووصفه من زاوية ضيقة، وذلك بسبب دراستها لبعض العوامل وإهمالها لدور عوامل أخرى، وقد لا تتمكن انطلاقا من العوامل التي درستها من تقديم تفسير لاختلاف استجابات الأفراد لذلك الحادث، وهذا ما حدث في دراسة مجموعة من الباحثين المنتمين للهيئة الوطنية للصحة والبحث الطبي -FOREM- (المعنونة بـ : اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية في الجزائر) والتي وصفها القائمون بها بأنها: "رائدة من حيث المنهجية" (ولم يكن ينبغي عليهم قول ذلك لأن تحليلها من طرفي قد أثبت عكس ما كانوا يقولون)، وقد كان من بين أهداف دراستهم تلك متابعة الحالة النفسية لمصدومات من أجل التعرف على استمرار المعاناة من الاضطرابات التالية للصدمة بعد عدة سنوات من التعرض لها، وهكذا انقسمت عينة بحثهم تقريبا إلى شطرين: شطر يعانين من اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة (نسبتهن 46.7 %) وشطر لا يعانين منها (نسبتهن 53.3 %)، وهكذا أيضا طرحنا سؤالا مفاده: لماذا استمرت المعاناة من تلك الاضطرابات لدى شطر العينة ولم تستمر لدى الشطر الآخر؟، وحاولنا الإجابة

عنه من خلال تتبع نتائج بحثهم التي كشفت عن عدم وجود فروق لدى أفراد العينة بالنسبة لأغلب العوامل (أو المتغيرات) التي درسوها، وأيضا عن عدم وجود علاقة ارتباط بين الإصابة بأعراض ضغط ما بعد الصدمة وأغلب العوامل التي درسوها، فلماذا انقسمت العينة إذن لشطرين: شطر مصاب والآخر غير مصاب بذلك الاضطراب؟.

أعتقد أنه لا داعي هنا لأن نسترجع تحليلنا لتلك الدراسة لأنني أثبتت - أثناء تحليلها - أنها لا تستطيع الإجابة عن ذلك السؤال.

كيف يمكننا إذن تفسير مقاومة كل من الحالة الأولى والثالثة لعواقب التعرض لذلك الحادث وإصابة الحالة الثانية باضطراب صدمي بعد التعرض له؟. لقد رأينا أثناء التحليل أن أهم العوامل التي تدخلت لتحدد شكل استجابة الحالات الثلاث للحادث قد كانت مرتبطة أكثر بمواصفات الحادث (في حد ذاته) وبالاستجابة الانفعالية أثناء التعرض له، وذلك بالرغم من أننا سجلنا بالنسبة لإصابة الحالة الثانية باضطراب صدمي مزمن تدخل العديد من العوامل المرتبطة بتاريخه الشخصي وبتعرضه لخبرات صادمة أثناء الطفولة. وبالرغم من أن دراسة الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP) والمنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات (TPO) - المعنونة بـ : بحث إبيديميولوجي في انتشار الصدمات النفسية والاضطرابات النفسية في المجتمع الجزائري- قد أثبتت وجود ارتباط (وهو ارتباط إحصائي) بين التعرض لأحداث صادمة عبر مراحل الحياة المتتابعة، أين كشفت نتائجها أن الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة في الطفولة كانوا أكثر عرضة لمثلها فيما بعد سن 12 من العمر (مع العلم أنها عجزت في الكشف عن ميكانزم ترابط تلك الأحداث لأن منهجيتها كانت تندرج ضمن ماسمّيته بـ "فرضية الارتفاع والانخفاض")، وبالرغم من أن تلك النتيجة تعني أنه كلما تعرض الفرد لأحداث صادمة في مراحل حياته السابقة سيكون أكثر تعرضا للإصابة بصدمات إذا ما تعرض لأحداث صادمة في مراحل حياته اللاحقة، وبالرغم من أن الحالة الثانية (أمين) قد تعرض لخبرات صادمة في مراحل حياته السابقة (أثناء الطفولة) وأصيب باضطراب صدمي حينما تعرض لحادث صادم في مرحلة من مراحل حياته اللاحقة، فنحن لم نتمكن من إيجاد أي روابط بين تعرضه لخبرات صادمة أثناء الطفولة وأعراض اضطرابه الصدمي الراهن، ولذلك فلا داعي لأن نلجأ للتفسيرات العجيبة كالتي قدمتها دراسة نور الدين خالد وعزيزة أوسعد (بعنوان: صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة)، أين حاول الباحثان تتبع مآل صدمات الطفولة في سن المراهقة، وأين فسرا اختلاف استجابات حالتين (واحدة إرجاعية والأخرى أقل إرجاعية) من خلال ربطها بالعامل الأسري، حيث فسرا كلا من عدم إصابة الحالة الإرجاعية ومقاومته

لتأثيرات الحادث وإصابة الحالة الأقل إرجاعية باضطراب صدمي مزمن عن طريق ربط تلك العملية بشخصية الأم، وذهبا إلى أن الحالة الإرجاعية الذي قاوم صدمة الطفولة ولم يصب في سن المراهقة كانت طريقة ترحيبه ولطفه وابتسامته هي نفسها لدى أمه مما حماه -حسبهما- من الاضطراب ومن آثار الصدمة ! ، أما الحالة الأقل إرجاعية الذي أصيب باضطراب ضغط ما بعد الصدمة فبدا وكأنه يقلد أمه التي أصيبت هي الأخرى بعصاب صدمي! ... وينبغي أن ينتبه القارئ هنا إلى أنني انتقدت تفسيرهما بعلامات تعجب، حيث عبرت عن تعجبي بالكلمات أثناء تحليل تلك الدراسة فقلت: "بالإضافة لأني لا أعتقد أن انعكاس بعض صفات شخصية الأم بشكل مرآتي على شخصية الابن سيحميه من الاضطراب ويحد من آثار الصدمة، فأنا لا أعتقد أيضا أن الاضطرابات النفسية، وما بعد الصدمية تنتقل كالإنفلونزا من الأم إلى الابن".

إنطلاقا مما سبق ذكره، ولأن نتائج التحليل قد كشفت أن أهم العوامل التي تدخلت لترسم شكل استجابة الحالات للحادث قد كانت مرتبطة بمواصفات ذلك الحادث وبالاستجابة الانفعالية أثناء التعرض له، فإن واقع مقاومة كل من الحالة الأولى والثالثة لعواقب التعرض للحادث وإصابة الحالة الثانية بعد التعرض له ، بالإمكان توضيحه في ضوء الطرح الاكلينيكي الذي قدمته المدرسة السيكاترية العسكرية الفرانكفونية، وذلك من خلال تفسير اختلاف استجاباتهم تلك بالقول : أن مقاومة كل من الحالة الأولى والثالثة لعواقب التعرض للحادث قد كانت مرتبطة بعدم تعرضهما للهلع ، وعدم مواجهتهما لـ "عينية الموت" أثناء قوع الحادث، لذلك و بعدما عرضا ردود فعل مباشرة للضغط، فهما لم يطورا على المدى البعيد أي اضطراب صدمي مزمن، أما إصابة الحالة الثانية باضطراب صدمي فهي مرتبطة بتعرضه للهلع ومواجهته لـ "عينية الموت" أثناء التعرض للحادث، وتؤكد نتائج بحثنا أيضا على صحة آراء تلك المدرسة الفرانكفونية حينما فرّقت بين مصطلح "تهديد الموت" الناجم عن خطورة الحادث (الذي تعتمده الـ DSM) ومصطلح "عينية الموت" (réel de la mort)، حيث كشف التحليل أن الحالة الأولى (عماد) قد تعرض فعلا أثناء الحادث لـ "تهديد الموت" (بمعنى الـ DSM) إلا أنه وعلى مستوى إكلينيكي لم يطوّر أي اضطراب صدمي، في حين طوّر الحالة الثانية اضطرابا صدميا مزمنا ، مما أكد واقعية مواجهته لعينية الموت أثناء تعرضه للحادث، وبالإضافة لذلك فقد لاحظنا أن آراء رواد تلك المدرسة السيكاترية الفرانكوفونية حول الصدمة قد كانت أنسب لتفسير واقع ما عانى منه الحالة الثانية (الذي أصيب بصدمة)، حيث لاحضنا أن تلك الصدمة قد أحدثت تقريبا نفس التأثيرات التي تحدث عنها L. crocq قائلا: " على مستوى المخطط الإمراضي فقد شجعنا منذ زمن (...) على تكييف وجهة نظر فينومينولوجية لا تعتبر

العصاب الصدمي على أنه ناتج عن عمل الميكانزمات، وإنما على أنه بناء غير طبيعي للعالم، في إطار تشوش للزمانية، مطبوع بطابع الحضور الكلي والمرعب للصدمة، وبديمومتها الثابتة والمسقطة في المستقبل (أين يكون هنالك انطباع بانسداد المستقبل وبتعليق الزمن)، كما يعاد أيضا تنظيم الماضي بناءا على صورتها من خلال اختيارات ذِكروية تفرض نفسها". (De clercq, M ., Lebigot, F., 2001, P.56)

وهذا ما لاحظناه فعلا حيث أحدثت الصدمة انقطاعا في السيرورة التاريخية للحالة الثانية(أمين)، وأصبحت خبرات ماضيه موجهة تتحكم في استدعائها الصدمة، وكل ذلك في إطار انقطاع للاستمرارية في الزمن والشعور بانسداد المستقبل وبتعليق الزمن ، والذي عبر عنه أمين بالقول: "مانقدرش نتخيل روحي في المستقبل ... أنا راني عايش نهار بنهار".

وقد جسدت حالة أمين أيضا بعض آراء Barrois حول الصدمة ، وذلك لأن هذا الأخير يرى أن الصدمة هي: انقطاع للعلاقات مع العالم، مجابهة مع لا تمثلية الموت، اكتساح من طرف قلق الفناء، تحطيم لوحدة الفرد ، وتعطيل للمعنى، أين لا يستطيع الشخص - حسب رأي Barrois- مجابهة انكشاف الموت الفعلي ، لأن تلك المجابهة تجرده من التمثلات، وتكون هنالك خبرة أساسية متمثلة في الهلع، وشعور مسبق بموت الذات كحقيقة مؤكدة. حيث لاحظنا فعلا بأن الصدمة بالإضافة لإحداثها حالة يأس وإنسحاب من الحياة (ومن العالم الخارجي) لدى أمين، فقد أحدثت أيضا تحطما في وحدته التاريخية وبترت حياته لشطرين: ما قبل - وما بعد التعرض للحادث، وخلقت لديه شعورا بموت الذات أثناء التعرض للحادث، حيث أصبح يشعر كأنه قد مات فعلا أثناء تعرضه للحادث ثم بعث من جديد، ولذلك فهو يدعو مرحلة ما قبل تعرضه للحادث بـ "الحياة الأولى" وما بعد تعرضه له بـ "عمر جديد".

لنلتفت الآن بانتباهنا ثانيا لتأثيرات البتر في حد ذاته، حيث لاحظنا أن أهم تأثير أدخله البتر هو ذلك المتعلق بحالة النقص وعدم الاكتمال الجسمي (المرتبطة بفقدان الطرف المبتور)، والتي انعكست على مرآة الجانب النفسي الداخلي في شكل جرح نرجسي ترجمته وعبرت عنه مشاعر الحزن والاكتئاب. كما لاحظنا أن تلك التأثيرات قد حرضت على مستوى التوظيف النفسي للحالات سيرورة حداد إختلفت مآلاتها لدى كل منهم (مع العلم أن تلك السيرورة النفسية كانت تهدف للتكيف مع وضعية البتر والنقص الجسمي وتجاوز مشاعر الحزن والاكتئاب الناجمة عنها).

ومن أجل مناقشة هذه النتيجة التي كشف عنها التحليل أعتقد أنه لا داعي هنا لاستدعاء نتائج الدراسات السابقة التي تناولت تأثيرات التعرض لإصابات جسمية ، كدراسة Alice paquet (بعنوان: المصابون بحروق: دراسة استكشافية للرضى عن صورة الجسم، الشعور بالفعالية، الرعاية الاجتماعية والنشاط المهني) التي أجريت على عينة من المجتمع الكندي، أو حتى تلك التي تناولت كلا من تأثيرات التعرض للبتر ودور مجموعة العوامل المحددة لشكل استجابة الأفراد لتلك التأثيرات، كدراسة Anne curelli (بعنوان: ألم الطرف الشبحي: تأثير العوامل النفسية) التي أجريت على عينة من المجتمع الفرنسي تعرضوا للبتر، ودراسة وفاء محمد أحميدان القاضي (بعنوان: قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة) التي أجريت على عينة من المجتمع الفلسطيني تعرضوا أيضا للبتر، لأن تلك الدراسات - كما رأينا أثناء تحليلها- قد حاولت الكشف عن تأثيرات التعرض لإصابات جسمية وللبتر، وعن دور مجموعة من العوامل المتدخلة في تلك العملية باستخدام أساليب إحصائية، وبالإضافة لأنني أشرت أثناء تحليل والتعقيب على الدراسات السابقة أن الصيغ الإحصائية التي كانوا يقدمون نتائجهم في إطارها لا يمكنها تقديم أكثر من وصف للعلاقات بين العوامل المدروسة بالاعتماد على فرضية الارتفاع والانخفاض، وأنها غير كافية لفهم كل من واقع تأثير التعرض لإصابات وللبتر ومحددات الاستجابة لذلك التأثير، فأنا أشير هنا إلى أن تلك الصيغ الإحصائية لا تجيب أيضا عن الأسئلة المتعلقة بالسيرورات (أو السياقات) النفسية الداخلية.

إذن لماذا اختلف مآل سيرورة عمل الحداد لدى حالات هذا البحث؟ أي لماذا اختلف مآل استجاباتهم لتأثيرات البتر؟ ، لقد كشفت نتائج التحليل أن مآل تلك السيرورة النفسية قد كان مرتبطا لدى كل حالة بعوامل تنتمي أساسا لتاريخه الشخصي ولنمط توظيفه النفسي، أما عن الكيفية التي تدخلت بها تلك العوامل في تحديد شكل استجابة الحالات لتأثيرات البتر فيمكننا تلخيصها في الفرضية التالية: ***" يستجيب المبتور على مستوى نفسي داخلي لواقع تعرضه للبتر، ويتكيف مع ذلك الواقع بطريقة تابعة أساسا لتاريخه الشخصي ولنمط توظيفه النفسي"*** ، حيث كشف التحليل أن نجاح سيرورة عمل الحداد لدى الحالة الثالثة قد كان مرتبطا بخضوع توظيفه النفسي (العصابي) لمبدأ الواقع، كما كشف التحليل أنه تلقى إصابة البتر بنفس الطريقة التي كان يتلقى بها شروط حياته الصعبة ومتطلبات بيئته القاسية أثناء طفولته، أما بالنسبة للحالة الأولى فقد كشف التحليل أنه لا يزال يصارع ضد تأثيرات البتر بنفس الطريقة التي كان يواجه بها النقص والعجز وما يرتبط بهما من حزن في طفولته، وبنفس الطريقة التي

يواجه بها توظيفه النفسي وضعيات العجز والفقدان، وأخيرا فقد كشف التحليل أيضا أن الحالة الثانية قد واجه تأثيرات البتر (أي وضعية النقص والفقدان ومشاعر الحزن والاكتئاب التي أدخلها البتر) بالبقاء مثبتا في المرحلة الاكتئابية مع عدم قدرته على إرصان أو تجاوز الحداد، وهي طريقة تابعة تابعة أساسا لنمط توظيفه النفسي ، الذي كشف التحليل أنه يندرج ضمن توظيف حدي اكتئابي تدور إشكاليته الأساسية حول قلق الانفصال وصعوبات في كل من إرصان الحداد للموضوع الأصلي وتسيير الاكتئاب.

وبعد ذلك يمكننا القول - إنطلاقا من نتائج تحليل الحالة الثانية- أنه قد تتدخل عوامل أخرى مرتبطة بحادث البتر في حد ذاته وبسبب ذلك البتر لتعقد شكل استجابة المبتور لتأثيرات إصابة البتر، أما عن كيفية تدخل تلك العوامل ، فقد لاحظنا من جهة أن شدة درجة البتر وما نتج عنها من ثقل لدرجة العجز والإعاقة (لدى الحالة الثانية) قد تدخلت في تعقيد حالته بطريقة يمكن تلخيصها في المعادلة التالية: *حزن واكتئاب داخلي مرتبط بالفقدان، بالنقص والعجز + التعرض لأحداث حياة يومية تؤكد ذلك النقص والعجز = تعميق حالة الحزن والاكتئاب المرتبطة بالنقص والعجز*، وهكذا يبقى الحالة يدور في حلقة اكتئاب مغلقة. كما لاحظنا من جهة أخرى أن الصدمة الناجمة عن تعرضه لسبب البتر (الذي تجسد في حادث انفجار) قد ساهمت في تعقيد حالة اكتئابه وفي تحويلها لحالة يأس وانسحاب من الحياة بما أحدثته من تغيير وبناء جديد في عالمه الداخلي، ومن انقطاع لسيرورته التاريخية ولإستمراريته في الزمن ، وبما أدخلته من شعور بتعليق الزمن وبانسداد المستقبل.

وإذا ما أردنا مناقشة بعض التفاصيل المتعلقة بطريقة التكيف مع وضعية البتر، التي رأينا أنها تتم على مستوى نفسي داخلي من خلال المرور بسيرورة حداد، فبإمكاننا هنا التطرق لإحدى المسائل التي طرحتها - على مستوى الجانب النظري وأثناء التعرض لعنصر: عمل الحداد- حيث قلت (في إطار الحديث عن سحب الاستثمار من موضوع الحب أثناء عمل الحداد): " إن الموضوع المادي المصاب في حالة البتر هو الجسم وشكله النفسي هو صورة الجسم، أما الموضوع النفسي الداخلي المصاب فهو الأنا في بعده النرجسي (أي في حب الشخص لأناه)، وفي الواقع أنا أعرف الطريقة التي يتم بها عمل الحداد وسحب الاستثمار من موضوعات حب خارجية، أما بالنسبة لطريقة عمل الحداد على الأنا نفسه بصفته موضوع حب داخلي، وسحب الاستثمار منه فليست لدي أدنى فكرة".

وقد أبرز لنا الحالة الثالثة - الذي نجحت سيرورة الحداد لديه- أنه في حالة التعرض للبتر ينبغي أن يقوم المبتور بسحب الاستثمار من تمثلاته عن ذاته (أو عن أناه)، ومن نشاطاته

المتعلقة بمرحلة ما قبل التعرض للبتر، وأن يقوم بتكييف واستثمار تمثلات جديدة عن ذاته ونشاطات متناسبة مع الوضعية الصحية التي يفرضها البتر، و ذلك من أجل التوجه نحو المستقبل. وبهذا المعنى لا ينبغي أن يظل لاعب كرة قدم مثلا يعتقد أنه سيدخل مجال الاحترافية والعالمية، أو أن يظل يطمح للالتحاق بالفريق الوطني لبلاده أو بفرق ذائعة الصيت بعدما تعرض لبتر ساقه، وبإمكان ذلك اللاعب إذا تمكن من التكيف مع إصابته على أحسن وجه أن يلتحق مثلا بفريق كرة قدم لذوي الاحتياجات الخاصة.

في نفس السياق المتعلق بمناقشة طريقة التكيف مع وضعية البتر، أعتقد أنه ينبغي علينا هنا إعادة صياغة فكرة تقبل الإصابة (أو الإعاقة الناجمة عن البتر)، حيث رأينا أن حالات البحث قد تقبلوا كلهم واقع تعرضهم للبتر، أي تقبلوا الفقدان في الواقع الخارجي (واقع غياب الطرف المبتور) ، وبالرغم من ذلك فإن كلا من الحالة الأولى والثانية لم يتمكنا من تحقيق تكيف ناجح مع وضعية البتر، وبالرغم من نجاح سيرورة الحداد لدى الحالة الثالثة فقد رأينا أن تقبله لوضعية البتر بطريقة استكانية قد حد كثيرا من فعالية تكيفه مع تلك الوضعية، وفي الواقع لقد أخبرني ذات يوم أحد الحالات الذي تعرض لحادث عمل أدى به لفقدان البصر أنني ينبغي أن أستبدل - حينما أخاطبه - كلمة "تقبُل" (accepter) بكلمة "تجاوُز" (dépasser)، وأضيف أنا هنا إلى كلمة "تجاوز" كلمة "تعويض".

وقد كشف تحليل حالات هذا البحث أن مسألة "تقبل" إصابة البتر مرتبطة أساسا بخضوع التوظيف النفسي لمبدأ الواقع، وبالتالي بتمكن المبتور من تقبل الفقدان الجسمي (أي تقبل الفقدان في الواقع الخارجي)، أما مسألة "التكيف" مع وضعية البتر فهي مرتبطة أكثر بتجاوز تأثيرات ذلك الفقدان على مستوى نفسي داخلي (عن طريق المرور بسيرورة حداد)، وأعتقد أن مسألة "التكيف الناجح" مع وضعية البتر مرتبطة أكثر بتعويض النقص الذي يدخله البتر، وقد أثبتت نتائج هذا البحث أن كيفية وميكانزمات تجاوز تأثيرات البتر ومآل سيرورة الحداد لدى حالات البحث قد كانت تابعة أساسا للتاريخ الشخصي لكل حالة ولنمط توظيفه النفسي.

ولأنه يبدو أن ما يحقق تكيفا ناجحا مع وضعية البتر هو تعويض الإصابة وليس تقبلها، أقترح أن توجه البحوث المستقبلية إنتباهها ليس لمسألة تقبل وضعية البتر وإنما لمسألة "تعويض إصابة البتر"، وذلك من خلال دراسة كيفيات وميكانزمات تعويض تلك الإصابة.

خاتمة

يرى كل من, (Vassilief ,Chiesa ,Menager ,Terracher ,Lariviere ,Camilleri, et Anract 2000) – وكلهم أطباء أغلبهم جراحون بالمستشفيات الفرنسية – أن التكفل النفسي بالمرضى في حالة البتر لا يحتاج للمعارف التي يقدمها الطب النفسي وعلم النفس ، ولكن ببساطة لفطرة سليمة (bon sens) وللوقت من أجل أن يتم الاستماع والشرح ، وهذا ما يعكس - حسب رأيهم – الاحترام الذي ينبغي أن يكنه الجراح لمريضه ، كما يرون أيضا أنه بالموازاة مع ذلك فالتكفل السيكاتري أو النفسي بالإمكان اقتراحه على المريض إذا ما كان يرغب بذلك. ويبدو أنه بسبب مثل هذه الآراء - التي يعتنقها أغلب الجراحين الذين التقيت بهم في خلال رحلة انجاز هذا البحث – واجهت صعوبة كبيرة في التحصل على المعارف المرتبطة بالحالة النفسية للمبتور، وبتأثيرات البتر على حياته النفسية الداخلية.

في الواقع أعتقد أن مثل هذه التعليمات – التي أخبرنا بها هؤلاء الأطباء - تهدف للتكفل النفسي بالطبيب الجراح وليس بالمبتور ، أين يقوم ذلك الجراح الذي يمتلك " فطرة سليمة " بالاستماع لمريضه (الذي سيبتر أحد أطرافه) ويشرح له ملابسات الوضعية أو الموقف الذي يمر به لأنه يحترمه، وهكذا يبدو ذلك المريض متفهما لحقيقة مفادها أنه ينبغي أن يتعرض لعملية بتر، ليقوم بعدها بإمضاء قرار البتر (هو أو أحد أفراد عائلته)، ويتخلص الطبيب الجراح من إحساسه اللاشعوري بالذنب لأنه سيقوم ببتر يد أو ساق أحدهم، ويبدو أن هذا السيناريو من شأنه أن يلطف من وقع الجو الدرامي المحيط بذلك الموقف، وفي ما وراء هذا السيناريو أعتقد أن عزاء كل من الطبيب الجراح والمريض الذي سيتعرض للبتر يكمن في أنهما ليس لديهما الاختيار، فالجراح مرغم على إنقاذ حياة ذلك المريض من خلال بتر أحد أطرافه، وذلك المريض مرغم على التعرض لعملية البتر من أجل أن يستمر في البقاء على قيد الحياة،ولكي يستمر في البقاء على قيد الحياة بعد أن يصبح مبتورا لابد من تضميد جراحه الجسمية، وأيضا من تضميد جراحه النفسية، و تضميد هذه الجراح النفسية يحتاج بالتأكيد للمعارف التي يقدمها الطب النفسي وعلم النفس، فقد كشفت نتائج تحليل حالات هذا البحث أن التعرض لسبب البتر في حد ذاته قد يؤدي للإصابة بصدمة، وأن تأثيرات تلك الصدمة قد تمتد الى مرحلة ما بعد التعرض للبتر، وتساهم في تعقيد شكل الاستجابة لتأثيرات ذلك البتر (وهذا ما حدث فعلا لدى الحالة الثانية). كما كشفت النتائج أيضا أن شكل الاستجابة لتأثيرات البتر على المدى البعيد قد كان مرتبطا لدى حالات البحث الثلاث بعوامل تنتمي أساسا للتاريخ الشخصي ولنمط التوظيف النفسي، حيث توصلنا إلى أن المبتور يستجيب على مستوى نفسي داخلي لواقع تعرضه للبتر، ويتكيف مع ذلك الواقع بطريقة تابعة أساسا لتاريخه الشخصي ولنمط توظيفه النفسي، وانطلاقا من هذه النتيجة: يبدو أن الوقت المتوفر الذي اختصر هؤلاء الأطباء وظيفته في "الاستماع والشرح " ينبغي أن يستغل أيضا في إجراء فحوص نفسية (وخاصة فحوص للتوظيف النفسي)، حيث يبدو أن مثل هذه

الفحوص ستساعد على التنبؤ بما ستكون عليه شكل استجابة المريض لتأثيرات البتر، بعدما يصبح ذلك المريض مبتورا. بالإضافة لذلك فالتكفل السيكاتري أو النفسي ليس: "بالإمكان اقتراحه على المريض إذا ما كان يرغب بذلك " ، وإنما هو ضروري لكي يتمكن ذلك المريض- الذي أصبح مبتورا – من التكيف مع وضعية البتر والنقص الجسمي الدائم، و تجاوز مشاعر الحزن والاكتئاب الناجمة عنها على المدى البعيد ، وقد كشفت النتائج أن ذلك التقبل والتجاوز يتم من خلال المرور بسيرورة حداد ، كما أشرنا أثناء تفسير تلك النتائج أن تقبل إصابة البتر غير كاف لتحقيق تكيف ناجح مع الوضعية التي تدخلها تلك الإصابة ، حيث تقبل حالات البحث كلهم واقع تعرضهم للبتر، إلا أن ذلك لم يمكنهم من تحقيق تكيف ناجح مع وضعيتهم، واستنتجنا أن التكيف الناجح ليس مرتبطا بتقبل إصابة البتر بقدر ما هو مرتبط بتجاوز وتعويض النقص الذي تحدثه، وقد أثبتت نتائج هذا البحث أن كيفية تقبل ومحاولة تجاوز تأثيرات البتر (و مآل سيرورة الحداد) لدى حالات البحث قد كانت تابعة أساسا لمعطيات التاريخ الشخصي لكل حالة ولنمط توظيفه النفسي ، وأقترح هنا – من جديد – أن توجه البحوث المستقبلية انتباهها وتسخر جهودها للعمل على مسألة تعويض إصابة البتر ، وذلك من خلال دراسة كل من كيفيات وميكانيزمات تعويض تلك الإصابة، حيث يبدو أن توفير مثل هذه المعارف هو وحده الكفيل بتعميق معرفتنا بتأثيرت البتر باعتباره حادثا مولدا للصدمة (ومخلا بالتوظيف النفسي) من جهة، وبتوفير نماذج نظرية عيادية ملائمة للتكفل النفسي بالمبتور ومساعدته على تحقيق تكيف ناجح مع وضعيته على المدى البعيد من جهة أخرى ، وعلى هؤلاء الباحثين العياديين الذين يريدون التعمق في هذه المسائل أن يتذكروا ما قاله لي ذلك المبتور (الذي أجريت عليه ملاحظات عرضتها في إطار التطرق للبتر ومبتور الأطراف) حيث طلب مني أن أتخيل أنني استيقظت يوما ووجدت يدي مبتورة فـ :" كيف ستكون ردة فعلي" ؟

قائمة المراجع

أولا.المراجع باللغة العربية:

1. أسعد، ميخائيل. (2010). *دليل العلاج النفسي* (ط. 1). لبنان: كتابنا للنشر.
2. أنجرس، م. (2013). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية*: تدريبات عملية (بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون، مترجم). الجزائر: دار القصبة للنشر.
3. بيك، آ. (2000). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية* (عادل مصطفى، مترجم). بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
4. جمعية الطب النفسي الأمريكية. (2007). *مرجع سريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للأمراض العقلية* -4 (تيسير حسون، مترجم). دمشق: د. ن.
5. الحجار، محمد. (1999). *الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي-السلوكي* (ط. 1). بيروت: دار النفائس.
6. خالد نور الدين، وأوسعد، عزيزة. (2008). صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة. *علم النفس*، 14/13، 5- 43.
7. سليمان، حسين حسن، عبد المجيد، هشام سيد، والبحر، منى جمعة. (2005). *الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة* (ط. 1). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
8. سموكر، م .، ريشكة، ك .، كوغل، ب.، رضوان، سامر، وبركات، مطاع. (2010). *إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة: دليل معالجة الصدمة من النوع الأول* (سامر جميل رضوان، مترجم). الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
9. سي موسي، عبد الرحمان، وزقار، رضوان. (2002). *الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق: نظرة الاختبارات الاسقاطية* (ط. 1). الجزائر: جمعية علم النفس الجزائر العاصمة.
10. سي موسي، عبد الرحمان،و بن خليفة، محمود. (2010). *علم النفس المرضي التحليلي والاسقاطي: الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الاسقاطية* (ط. 2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
11. سي موسي، عبد الرحمان، وبن خليفة، محمود. (2010). *علم النفس المرضي التحليلي والاسقاطي: نماذج من التوظيفات الحدية والعائلية* (ط. 2) الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية.
12. سي موسي، عبد الرحمان،و بن خليفة، محمود. (2010). *علم النفس المرضي التحليلي والاسقاطي: نماذج من التوظيفات العصابية والذهانية* (ط. 2). الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية.

13. شرادي، نادية. (2011). *التكيف المدرسي للطفل والمراهق على ضوء التنظيم العقلي* (ط. 2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

14. عبد القادر، حسين، و النابلسي، محمد أحمد. (2002). *التحليل النفسي: ماضيه ومستقبله* (ط. 1). دمشق: دار الفكر.

15. عشوي، مصطفى، وخياطي، مصطفى. (2012). *الصدمات النفسية في الجزائر*. الجزائر: شركة دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع.

16. غالب، مصطفى. (1986). *نقطة الضعف*. بيروت: دار ومكتبة الهلال.

17. فرويد، س. (1981). *ثلاث مباحث في نظرية الجنس*(جورج طرابيشي، مترجم). بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر.

18. فرويد، س. (1982). *الأنا والهو* (محمد عثمان نجاتي، مترجم). بيروت: دار الشروق.

19. فرويد، س. (1986). *موسى والتوحيد* (جورج طرابيشي، مترجم). بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر.

20. فرويد، س. (1989). *الكف والعرض والقلق* (محمد عثمان نجاتي، مترجم). بيروت: دار الشروق.

21. فرويد، س. (1994). *تفسير الأحلام* (مصطفى صفوان، مترجم). القاهرة: دار المعارف.

22. فرويد، س. (1994). *حياتي والتحليل النفسي* (مصطفى زيور، عبد المنعم المليجي، مترجم). الإسكندرية: دار المعارف.

23. فرويد، س. (1994). *ما فوق مبدأ اللذة* (إسحاق رمزي، مترجم). القاهرة: دار المعارف.

24. فرويد، س. (2000). *الموجز في التحليل النفسي* (سامي محمد علي، عبد السلام القفاش، مترجم). مصر: مكتبة الأسرة.

25. القاضي، وفاء محمد أحميدان. (2009). *قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة*. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية-غزة، فلسطين.

26. المصري، مصطفى، خالد، نور الدين، بوعطا، شريفة، عرعار، فاطمة، بوقاف، زهرة، طاجين، سليمة، وآخرون .(2001). بحث إبيديميولوجي في إنتشار الصدمات النفسية والاضطرابات النفسية في المجتمع الجزائري. *علم النفس*، 9، 5-44.

27. منظمة الصحة العالمية. (1999). *المرشد في الطب النفسي. الإسكندرية*: منظمة الصحة العالمية-المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.

28. النابلسي، محمد أحمد. (1991). *الصدمة النفسية: علم النفس الحروب والكوارث*. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

29. يعقــوب، غســـان. (1999). *ســـيكولوجيا الحـــروب والكـــوارث ودور العـــلاج النفســـي: إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة* (ط. 1). بيروت: دار الفارابي.

ثانيا. المراجع باللغة الأجنبية:

30. Anract, P., Camilleri, A., Larivière, J. Y., Terracher, R., Ménager, D., Chiesa, G., et al. (2000). Amputations et désarticulations des membres: Prise en charge du patient avant, pendant et après l'intervention. In *Encyclopédie Médico-chirurgicale* (PP. 44-103). Paris : elsevier SAS.

31. Anzieu, D. (1976). *Les méthodes projectives*. Paris : Presses universitaires de France.

32. Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J .J., Chartier, J. P., Dubor, P., Houser, M ., et al. (2008). *Psychologie pathologique : Théorie et clinique* (10e. éd). Paris : Elsevier masson.

33. Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3e éd). Paris : Dunod.

34. Bouatta, C. (2004). Trois années de prise en charge psychosociale des victimes de violences liées au térrorisme. *Psychologie,* 12, 9-18.

35. Chemama, R. (1993). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : France loisirs.

36. Clément, C. B., Gantheret, F., & Mérigot, B. (1976). *La psychanalyse*. Paris : Librairie Larousse.

37. Demaegdt, C. (2013, Octobre). L'embarras du travail dans l'étiologie psychanalytique des névroses de guerre. *L'information psychiatrique,* 89 (8), 651-659.

38. De clercq, M., & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.

39. Guelfi, J. D., Rouillon, F. (2012). *Manuel de psychiatrie* (2eéd). Paris : elsevier masson.

40. Ionescu, S. (2006). *14 approches de la psychopathologie*. France : Armand colin.

41. Ionescu, S., & Blanchet, A. (2006). *Psychologie clinique et psychopathologie.* Paris : Presses universitaires de France.

42. Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris : PUF.

43. Samai- haddadi, D. (2010). *Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques*. Alger : office des publications universitaires.

44. Shentoub, V., & al. (1990). *Manuel d'utilisation du T.A.T : Approche psychanalytique*. Paris : Bordas.

45. Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larosse.

46. Sofiane, M. (2013, 9 Décembre). Près de 1500 amputations de pieds de diabétiques en 2013: La prise en charge d'un seul malade côute 3000 euros au CHUO. *Le quotidien d'Oran*, N°5789, P.11.

47. Vila, G., Porche, L. M., & Mouren-siméoni, M. C. (1999). *L'enfant victime d'agression : état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Masson.

الملاحق

الملحق رقم (1): المقابلة التمهيدية

المحور الأول: تقديم موضوع البحث والحصول على موافقة الحالة

أنا طالب في الدكتوراه نخدم في أطروحة تاع دكتوراه حول الكيفية التي يؤثر بها البتر على الحالة النفسية، وراني حاب نتحاور مع ناس صراتلهم الـ cas تاع البتر باش يعاونونا ونفهمو مليح التأثيرات تاعو:

1. كاش ما عندك استفسارات أو أسئلة على البحث هذا لي راني ندير فيه؟
2. تقدر تفكرني في السبة لي خلاتك تتعرض للبتر؟
3. تقدر تعاونا وتطوع باش تشارك في هذا البحث؟

- لا: يعطيك الصحة لي قبلت باش تقابلني، إن شاء الله المرة الجاية تقدر تعاونا.
- نعم: يعطيك الصحة، ضرك نشرحلك كيفاش راح نخدمو مع بعض وواش رايح نديرو كي نتلاقاو في المرات الجايين.

المحور الثاني: شرح مسار إجراءات البحث

بعد هذه المقابلة رايح نتلاقاو ثلاث مرات، في المرة الأولى نطرحلك أسئلة ونحكيو على التاريخ الشخصي تاعك (كيفاش كانت التربية تاعك، البيئة لي كبرت فيها، أهم الأحداث والخبرات لي فاتت عليك كي كنت صغير...) باش نقدرو نعرفو كيفاش تطورت الشخصية تاعك عبر مختلف مراحل حياتك، وفي المقابلة لي بعدها نحكيو على الخبرة تاع البتر: كيفاش عشتها، كيفاش أثر البتر عليك من بعد، الأمور لي تبدلت في حياتك، المشكلات لي خلقهالك، وكيفاه كنت تتعامل معاها...، وفي المقابلة الثالثة والأخيرة نتلاقاو باش نديرو واحد الـ test إسمه TAT، و TAT هذا اختبار تاع شخصية فيه صور نعتهملك، وتتخيل قصة من كل صورة وتحكيهالي.

4. فهل عندك وقت باش نتلاقاو في الثلاث مرات هاذو ونديرو المقابلات لي قتلك عليهم؟

- لا: يعطيك الصحة كي حبيت تعاونا، إن شاء الله المرّة الجاية إذا كان عندك وقت تقدر تخبّرني ونتلاقاو
- نعم: الاتفاق مع الحالة على مواعيد ومكان المقابلات.

المحور الثالث: إطلاع الحالة على أخلاقيات استخدام المعلومات التي سيدلي بها

في الأخير نحب نقولك بلي طبيعة العمل تاعنا تقتضي منا باش نلتزمو بـ l’anonymat، أي أني نوعدك بلي مانذكرش اسمك أو معلوماتك الشخصية، وحتى المعلومات اللي رايح تقولهملي في المقابلات نديرلهم من بعد ترميز باش واحد مايقدر يتعرف على صاحب هذه المعلومات، ونوعدك ثاني بلي المعلومات لي رايح تقدمهملي مانستخدمهمش إلا في إطار هذا البحث ولأغراض البحث العلمي.

الملحق رقم (2): مقابلة تاريخ الحياة

المحور الأول: البيانات المميزة ودوافع المشاركة في البحث.

في المقابلة هاذي كيما قتلك المرة لي فاتت راح نطرح عليك أسئلة ونحكيو على تاريخ الحياة تاعك، وقبل ما نبداو نحب نسجلو برك بعض المعلومات العامة:

- الاسم:
- السن:
- الجنس:
- المستوى الدراسي:
- المهنة الحالية:
- الحالة الاجتماعية:
- عدد الأولاد:
- عدد الإخوة والأخوات:
- الترتيب بين اُخوة والأخوات:
- محل الإقامة في الوقت الحالي:

1. تقدر تقولي على الدافع أو الحاجة لي خلاتك تطوع وتشارك في البحث هذا؟

المحور الثاني: مميزات البيئة والتاريخ الأسري والشخصي.

ضرك نبداو نحكيو على أمور متعلقة بالتربية تاعك وبالتاريخ تاع حياتك، وفي البداية:

2. نحبك توصفلي البيئة العامة لي تربيت فيها؟

2. 1. واشي هي أهم التغيرات لي صرات فيها (مثلا الانتقال من مكان السكن، تغيرات في المستوى الاقتصادي أو في نمط الحياة ... إلخ)

2. 2. شحال كان عمرك وقتها، وكيفاش أثرت هذه التغييرات عليك؟

3. كيفاش كان الأسلوب أو الطريقة لي رباوك بيها والديك؟

3. 1. تقدر توصفلي الشخصية تاع باباك وكيفاش كان يتعامل معاك؟

3. 2. تقدر توصفلي الشخصية تاع يمّاك وكيفاش كانت تتعامل معاك؟

3. 3. كيفاش كانت الأجواء العامة داخل عائلتك: علاقة والديك ببعضهما، علاقتهما بإخوتك، وعلاقة إخوتك ببعضهم، وعلاقتك أنت بإخوتك وأخواتك؟

3. 4. راك حاس بلي والديك وأفراد عائلتك يحترموك ويحبوك؟

4. أوصفلي الشخصية تاعك في الطفولة، وكيفاش كانت تخيلاتك على روحك كي كنت صغير؟

5. واشي هي أهم الصعوبات لي تعرضتلها في الطفولة (مثلا: موت أحد أفراد العائلة، أذى نفسي أو جسمي داخل أو خارج العائلة، انفصال مفاجئ أو مستمر عن العائلة، حرمان من الحاجات الضرورية ...)؟

6. هل تعرضت في الطفولة لأحداث أو مواقف سببت لك صدمات في هاذاك الوقت؟

6. 1. شحال كان عمرك وقتها؟

6. 2. كيفاش أثرت هذه الأحداث عليك وعلى المحيطين بك؟

المحور الثالث: التاريخ التعليمي والمهني.

7. ضرك نحبك تحكيلي شويا على سنوات الدراسة تاعك كيفاش فوتها؟

7. 1. شحال كان عمرك كي دخلت للمدرسة وكي خرجت (أو تخرجت)؟

7. 2. هل كانو عندك أصدقاء كثيرين/قليلين، وكيفاش كانت علاقاتك معاهم ومع الأساتذة لي كانو يقريوك؟

7. 3. كي كنت تقرا كاش ما كان سنة عاودت فيها؟ واش من سنة عاودت؟ وحسب رايك واشي هي السبة لي خلاتك تعاود؟

8. تقدر تقولي على الخدمات لي خدمتها؟ وواش كان الموقف تاعك من كل وحدة منها؟

المحور الرابع: التاريخ الطبي

9. هل كاينة أمراض جسمية أو نفسية عند واحد من أفراد أسرتك في الماضي أو في الحاضر؟

10. هل توفي أحد أفراد عائلتك أو أقاربك، وواش كانت السبة تاع الوفاة؟

11. أوصفلي التطور تاع صحتك النفسية والجسمية عبر مراحل حياتك، وكاش ما عانيت من أمراض أو مشاكل صحية؟

المحور الخامس: التاريخ الجنسي والزواجي

12. كي كنت صغير منين جات أولى معلوماتك على الجنس وفكرتك الأولى على الطريقة اللي يزيد بيها الطفل؟ كيفاش كانت استجابتك وقتها؟

13. شحال كان عمرك كي بلغت، وكيفاش كانت استجابتك وقتها؟

13. 1. واشي هي أهم الأحداث لي عشتها في تلك المرحلة من العمر، وكيفاش كانت استجاباتك لها؟

13. 2. هل كانت عندك علاقات عاطفية؟ كيفاش عشتها؟
14. أوصفلي شخصية زوجك/زوجتك، وعلاقتك به/بها؟
15. هل كاينة أمور أو تفاصيل أخرى عندها علاقة بحياتك الجنسية وماحكيناش عليها؟

المحور السادس: الاهتمامات والعادات

16. واشي هي أهم الاهتمامات والعادات اللي مارستها أو مازالك تمارسها في حياتك اليومية (مثلا هوايات معينة، ممارسة الرياضة، أنشطة اجتماعية أو أنشطة أخرى ...).

وأخيرا في نهاية المقابلة هاذي، كاش ما كاين أمور أخرى ماحكيناش عليها؟

الملحق رقم(3): مقابلة المعاش النفسي لتجربة البتر وتأثيراتها

في المقابلة هاذي راح نحكيو على التجربة تاع البتر: كيفاش عشتها، واش صرالك في هذيك الفترة و كيفاش أثر عليك البتر من بعد...

المحور الأول: المعاش النفسي في مواجهة سبب البتر.

1. قلتلي بلي السبة اللي خلاتك تتعرض للبتر كانت؟

1-1 مرض: أحكيلي على الفترة هاذيك تاع المرض:

كيفاش عشتها، واش هي الأمور اللي قلقاتك أو دارتلك ضغط، وهل كاين عباد عاونوك، أو أمور نقصتلك شوية من الضغط؟

2-1 حادث : كيفاش عشته ؟ واش حسيت أو واش صرالك وأنت تتعرض له ؟ و واش هي الاستجابات الي درتها في هذيك اللحظة ؟

المحور الثاني: المعاش النفسي في مواجهة تجربة البتر وأهم العوامل المؤثرة .

2 . من بعد كيفاش حتان وصلت للسبيطار؟ و كيفاه كانت حالتك الجسمية و النفسية وأنت في الطريق؟

3 . كي دخلت للسبيطار كنت فايق مع روحك؟ و مستوعب الشيء اللي راه يصرالك ؟

4 . شحال قعدت فالسبيطار باش قالولك بلي راك رايح تدير العملية تاع البتر؟ و شكون اللي قالك؟

4-1- هل عطاوك معلومات كافية عن البتر و فهموك على واه رايح تدير العملية ؟ وهل كان عندك وقت كافي باش تخمم في القرار تاع البتر أم أن الأمور صرات في إطار استعجالي؟

4-2- كيفاش كنت تشوف في البتر فالفترة هذيك؟

4-3- هل كنت مصدق بلي راك رايح تدير العملية؟ وهل كنت حاس بلي راك تقدر تدير حاجة تجاه وضعيتك أم لا؟

4-4- شكون اللي عطا الموافقة على عملية البتر أنت أو أحد أفراد العائلة ؟

5 . بعد ما عرفت بلي راك رايح تدير العملية تاع البتر كيفاش عشت الفترة هذيك قبل العملية؟

5-1- شكون هوما المختصين اللي كانوا يتعاملو معاك ؟ وهل كنت راضي على العلاجات أو الخدمات اللي قدموها لك ؟

5-2- واش هي الأمور اللي قلقاتك أو دارتلك ضغط ؟

5-3- واش هي الأمور اللي شجعاتك أو لعباد اللي عاونوك في تلك الفترة ؟

المحور الثالث: المعاش النفسي بعد التعرض للبتر وأهم العوامل المؤثرة.

بعدها درت العملية وتم البتر: ما نوع ومستوى البتر.

6 – كي فقت من العملية مباشرة و شفت (رجلك/يدك ...) مبتورة واش حسيت / واش صرالك ؟ وكيفاش كانت استجابتك ؟

7- بعدها شحال بقيت في السبيطار ؟

7-1- كيفاش كانت حالتك النفسية والجسمية عموما في هذيك الفترة؟

7-2- هل عانيت من أعراض أو مشاكل نفسية في الأيام الأولى بعد البتر؟ (ما هي، متى بدأت،كم استمرت ، وكيف تم علاجها ؟).

7-3- تكفلو بيك مليح في تلك الفترة ؟

8 – كي خرجت من السبيطار و روحت للدار كيفاش كانت حالتك الصحية والنفسية في خلال الست أشهر الأولى بعد البتر؟

8-1- واش هي أهم المشاكل اللي عانيت منها في تلك الفترة؟

8-2- كيفاش كنت تتعامل مع وضعيتك الجديدة ومع الناس اللي دايرين بيك ؟

8-3- هل عانيت في تلك الفترة من مشاكل أو أعراض نفسية ؟ (ما هي ؟ متى بدأت ؟ كم استمرت ؟ كيف تم علاجها ؟).

9- هل لقيت مشاكل في التحصل على Prothèse و في استعمالها ؟

10- اليوم شحال عندك مللي تعرضت للبتر ؟

11- واش هي أهم الأمور الي بدلهالك البتر في حياتك ؟

11-1- واش هي الأمور اللي تبدلت في حياتك اليومية والمهنية ، وكيفاش راك تتعامل معاها؟

11-2- واش هي أهم المشاكل الصحية اللي خلقهالك البتر، وكيفاش راك تتعامل معاها ؟

11-3- هل تبدلت علاقاتك مع أفراد عائلتك ومع الناس اللي تتعامل معاهم ؟

12- هل كاين عباد يعاونوك كي تحتاجهم أو أمور تساعدك في التعامل مع وضعيتك الحالية ؟

12-1- راك حاس بلي أفراد عائلتك فاهمين وضعيتك و حاسين بيك ويعاونوك كي تحتاجهم ؟

12-2- هل تستفيد حاليا من خدمات صحية أو اجتماعية ؟ وهل راك راضي على الخدمات اللي استفدت منها أو لي راك تستفيد منها؟

13- اليوم بعد مدة مللي تعرضت للبتر تبدلت النظرة نتاعك لروحك ؟ واش تبدل فيها ؟

14- هل أثر لك البتر على ثقتك بنفسك ؟

15- ضرك (في الوقت الحالي) راك حاس بلي تقبلت البتر وتقبلت وضعيتك الحالية ؟

نعم : واش هو الشيء اللي خلاك تتقبلها ؟ و كيفاش حتان تقبلتها؟

لا : راك حاس بلي حاجة ماتبدلت فيك ، و راك كيما قبل ما يصرالك البتر ؟

16- واش هي أهم الصعوبات اللي راك تواجهها في الوقت الحالي ؟ و كيفاش راك تتعامل معاها؟

17- اليوم راك حاس بلي capable باش تتعامل مع وضعيتك وتكمل حياتك normale.

18- هل عندك مشاريع ناوي تديرها في l’avenir ؟

19- كيفاش راك تتخيل في روحك في المستقبل؟ .