

د. فقيه العبد	واقع الصحة النفسية لدى الأطفال الذين تعرضوا للعنف الإرهابي	كلية الآداب والعلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية قسم علم النفس - جامعة تلمسان -
الملخص: تناولت هذه الدراسة واقع الصحة النفسية للطفل الذي تعرض للعنف الإرهابي، وتوضيح أهم مظاهر الصدمة الانفعالية الناجمة عن ذلك العنف، والتعرف على مدى انتشارها بين هؤلاء الأطفال، ومعرفة ما إذا كان هناك فرق دال إحصائيا بين الجنسين من حيث درجة الإصابة بتلك الاضطرابات. فقام الباحث بدراسة عيادية لحاليتين، وعينة تقدر بـ20 طفلا (9 ذكور و11 أنثى)، سبق لهم وأن تعرضوا للعنف الإرهابي. فاستخدمنا تقنيات دراسة الحالة وفقا لمتطلبات الطريقة العيادية، وتطبيق مقياس «كورنل» للنواحي الانفعالية والمزاجية لرصد مستوى الصحة النفسية لديهم، وتبيان مدى انتشار الاضطرابات الانفعالية والمزاجية. وأسفرت الدراسة على النتائج التالية: يؤثر العنف الإرهابي بشكل سلبي على الحياة النفسية للطفل، تمحورت في مجموعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية تتمثل فيما يلي: - التبول اللاإرادي، والعذوانية والرغبة في الانتقام - بروز عدة اضطرابات انفعالية ومزاجية: كالكتئاب، والحساسية، والتوتر، وعدم الكفاية. - صعوبات مدرسية نتيجة لضعف انتباههم، وصعوبة تركيزهم، وشروذ ذهنهم، وعدم رغبتهم في الدراسة. - لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين من حيث الصحة النفسية.		

خلفية الدراسة:

الاعتداء الإرهابي يؤثر بشكل أو بآخر على سلوك الطفل وشخصيته، وقد يعتبر أعنف ما يواجهه الطفل في حياته، إنه تدمير داخلي للذات قبل أن تنمو وتتكامل، وانتكاسة للأنا والشخصية. إن أغلب الدراسات السابقة تناولت بشكل متزايد أثر الحروب على نفسية الأطفال، وسيكتفي الباحث باستعراض بعض الدراسات تناولت الحادث الصدمي نتيجة للأسر أو الحرب أو العنف الإرهابي، كدراسة فريديريك (1) (Frederick.G in Bailly.T,1996,p36) التي تناولت العصاب الصدمي عند أطفال تعرضوا لمختلف حوادث العنف، فوجد أن 77% من هؤلاء يظهرون أعراض ما بعد الصدمة وهي اضطرابات نفسية تحدث بعد التعرض لأحداث صادمة، أي حدث كان فيه نوع من التهديد لحياة الشخص وشعري مواجهته بالخوف الشديد أو العجز، ويتميز

بحدوث أعراض إعادة معايشة الحدث الصدمي وتجنب ما يذكره، ونسيان أجزاء هامة منه، وتبدل الوجدان واستثارة مفرطة، تستمر على الأقل شهر وتصحبها معاناة نفسية.

أما دراسة لونغوفر تان Lonover Ten 2 والتي قامت بدراسة طويلة لـ 25 طفل سبق لهم وأن احتجزوا لمدة 25 ساعة، حيث لاحظت أن استجابة الأطفال للصدمة تختلف عن استجابة الراشدين لها، حتى وإن كانت في نفس الظروف، وتضيف إلى أنه يستطيع الطفل المصدوم مواصلة عملية التعلم المعرفي والمدرسي بعد الصدمة ولا يحدث له كف على هذا المستوى شرط أن تكون قد قدمت له الرعاية الاجتماعية والنفسية. أما دراسة دونابي ديان Do-nabi Dian 3 فكانت حول عينة بحث واسعة شملت 1532 طفلاً تعرضوا لزلزال أرمينيا سنة 1988، حيث وجد أن 40% يظهرون أعراض عصاب الصدمة وما بعد الصدمة، و30% حالات اكتئابية، و30% حالات صدمية عادية.

وتشير الملاحظات الإكلينيكية التي أوردها كرال – 4Krell على مدى عشرين عاماً من ممارسته العلاجية لحالات من أبناء الأسرى، أن أهم المظاهر التي يتميزون بها تتمثل في مظاهر الاكتئاب أو الانهيار النفسي وغيرها من الأعراض التي لها ارتباط بخبرات الأسر التي تعرض لها أبائهم.

أما دراسة (عبد المتعال وآخرون، 1991) عن المشكلات النفسية والاجتماعية في ضوء ظروف العدوان على عينة قوامها 319 من التلاميذ الكويتيين من الجنسين، وبالمرحلتين المتوسطة والثانوية بالمدارس الكويتية. وقد أوضحت الدراسة أن أهم المشكلات التي يعاني منها التلاميذ كانت على الترتيب التالي: التوتر والقلق ومشاعر الخوف من المستقبل وعدم الأمان، بالإضافة إلى بعض المؤشرات الدالة على الاكتئاب النفسي كالشعور بالحزن والرغبة في البكاء واضطراب النوم والإحساس بالضياع. وقد وجدت فروق بين الذكور والإناث في مدى التأثر بالعدوان حيث كانت الإناث تعاني أكثر من الذكور في المشكلات المتعلقة بالقلق وفقدان الشهية والشعور بالكآبة.

وفي دراسة أخرى في نفس السياق أجراها (جاربارينو - Garbarino، 1991) على 45 طفلاً من كويتيا من الجنسين تراوحت أعمارهم بين 5 - 13 سنة في أحد أحياء الكويت، واستخدم أسلوب المقابلة، فأفاد 62 % منهم أنهم تعرضوا لصدمات نفسية نتيجة مشاهدتهم لأعمال العنف والقتل، وذكر 50% من العينة أنهم تعرضوا لأحلام مزعجة، ومشاعر الخوف والبكاء والنوم غير المنتظم، وكانت رسومهم تعبر عن تأثرهم بالحرب وظروفها.

وفي دراسة أجراها (سهل راشد، 1992) على عينة من الأطفال الكويتيين تقدر بـ 428 من الجنسين بمدارس الروضة والابتدائي. فأظهرت النتائج أن هناك ارتفاع في نسبة بعض المشكلات النفسية بعد الغزو، حيث بلغت نسبة اضطراب النوم بين الأطفال 47.1%، أما الاضطرابات الانفعالية 51.7%، أما المخاوف المرضية بلغت 38.6%، والعدوانية بلغت 25.8%.

أما فيما يخص التجربة الجزائرية في معالجة صدمات العنف لأطفال ضحايا الإرهاب، تشير الدراسة التي نشرتها هيئة La Forem سنة 1999 في مجلة (Santé plus) وهي دراسة قام بها كل من الأستاذ خياطي (مختص في طب الأطفال) والسيدة زميرين (أخصائية نفسية)، حيث أكدت نتائج هذه الدراسة أن العنف الإرهابي الممارس على هؤلاء الأطفال ينجم عنه آثار سلبية تتناقص حدة أعراضها بفعل العلاج النفسي، شملت هذه الدراسة عينة قوامها 27 حالة يقطنون في ضواحي برقي، وبن طلحة، وسيدي موسى، حيث قسمت العينة إلى مجموعتين، وخلصت النتائج من حيث ظهور الأعراض وتطورها إلى ما يلي:

في المجموعة الأولى من الأطفال التي تتراوح أعمارهم بين 5 و 12 سنة ذكورا وإناثا، ظهرت لديهم الأعراض التالية: سلوكيات نكوصية كمص الأصبع، اضطرابات الإخراج، التأخر المدرسي والتبول اللاإرادي. أما المجموعة الثانية من الأطفال ما بين 12 سنة و 14

سنة تمثلت لديهم الأعراض في: اضطرابات سلوكية، العدوانية والاستقرار، المخاوف الليلية والعزوف عن الدراسة.

أما تجربة الهلال الأحمر الجزائري (-1997 2003) 9 في التكفل بأطفال ضحايا الإرهاب والتي شملت المناطق المتضررة من خلال المركز الكائن مقره بين طلحة الجزائر والذي يحوي أخصائيين عياديين وأرطوفونيين ومساعدين اجتماعيين تشير أن الأطفال لديهم يظهرون تقريبا نفس الأعراض والمتمثلة في أعراض ما بعد الصدمة كالتأخر الدراسي، التبول اللاإرادي، النوم المتقطع، الأحلام المزعجة، حب الانتقام والعدوانية.

طرح المشكل وصياغته:

بما أن الدراسات السابقة اهتمت بدراسة الاضطرابات السلوكية والانعكاسات السلبية لصدمة العنف الإرهابي على الطفل، فالدراسة الحالية تحاول تسليط الضوء على واقع الصحة النفسية من خلال الاضطرابات المزاجية والانفعالية لهؤلاء الأطفال. ولتحديد مشكلة الدراسة نطرح التساؤلات التالية:

1- ما مدى تأثير الصدمات العنيفة على نفسية الطفل؟ وما هي أهم المظاهر والاضطرابات الناجمة عنها؟

2- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من حيث درجة الاضطراب؟
الفر 1 ضيات:

- يؤثر العنف الإرهابي بشكل سلبي على الحياة النفسية للطفل.
 - تتمحور الصدمة الانفعالية عند الأطفال الذين تعرضوا للعنف الإرهابي حول الاضطرابات السلوكية والانفعالية والمزاجية.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من حيث الاضطرابات.
- أهمية البحث وأهدافه:

- الاهتمام بأطفال ضحايا الإرهاب وفهم معاشهم النفسي بهدف تقديم المساعدة والرعاية.

- لفت انتباه الأخصائيين والمعينين بشؤون التربية تجاه هذه الشريحة المتضررة وضرورة التكفل وتقديم الرعاية، ومحاولة توعية المجتمع بخطورة تطور الآثار السلبية الناجمة عن العنف الإرهابي فيما يخص صحة الطفل ومستقبله.

- المنهج المتبع في الدراسة:

سنستخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي الذي يعتمد على الدراسة العيادية والمسحية. فمن خلال الدراسة العيادية سنتناول حالتين تناولا عياديا، واستعمال اختبارات إسقاطية تمكنا من معرفة المعاش النفسي لهما. ثم القيام بدراسة مسحية باستخدام مقياس كورنل للصحة النفسية للنواحي المزاجية والانفعالية على عينة واسعة من الأطفال لرصد مستوى الصحة النفسية لدى

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، العنف الإرهابي، الصدمة النفسية.

الصحة النفسية وصدمة العنف الإرهابي

1- مفهوم الصحة النفسية.

الصحة النفسية هي توافق الفرد مع نفسه وبيئته من خلال القدرة على تخطي صعوبات الحياة مهما كانت ظروفها فهي لا تعني الخلو التام من القلق أو بعض الاضطرابات ولكن المهم أن لا تكون بشكل دائم ومستمر، ولكن بصورة مؤقتة كردود لأفعال طارئة لا يطول وقتها.

ولقد اتفق بعض العلماء على أهم المبادئ الأساسية للصحة النفسية من خلال تقديم عدة تعاريف تصب في نفس المفهوم وتختلف في الصياغة، ولعل أهم المبادئ المتفق عليها حسب ما أشار إليه (عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص31) ما يلي:

- الخلو من الاضطرابات النفسية مع التحلي بالقدرة على القيام بعمليات التعلم والتكيف.

- الصحة النفسية مستمرة وليست مؤقتة، بمعنى أننا لا نحكم على شخص بأنه متمتع أو غير متمتع بالصحة النفسية من خلال ملاحظتنا لجزء من سلوكه.
- يجب مراعاة البيئة التي يعيش فيها الشخص لكي نحكم عليه بالصحة أو السوء لأن ثقافات وعادات المجتمعات تختلف، فما يتوافق في مجتمع قد لا يتوافق في مجتمع آخر.

مظاهر الصحة النفسية:

يمكن إجمال مظاهر السوء في النقاط التالية حسب ما ذكره (عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص 32) 11

- الإيجابية: وهي قدرة الفرد على بذل الجهد أمام ما يتعرض له من عقبات وأن لا يشعر بالعجز بل يكون دائم الكفاح والسعي في الحياة.
- التفاؤل: على أن يكون هذا التفاؤل بدون مغالاة أو إفراط لأن ذلك يدفعه إلى المغامرة وعدم أخذ الحيطة والحذر لذلك كان التفاؤل المعتدل أهم مظاهر الصحة.

- تقبل الفرد لحدود إمكانياته: وهي إيمانه وإدراكه لوجود الفروق الفردية بين الناس ورؤيته الواقعية لنفسه بالمقارنة مع الآخرين، ومعرفته لمميزاته الخاصة وحدود قدراته، لو تمتع الفرد بهذه البصيرة وفهم ذاته فهما واقعيًا لتجنب الكثير من الإحباط والفشل.

- اتخاذ أهداف واقعية: بحيث يضع الفرد أهدافا يمكنه تحقيقها مع بذل جهد إضافي مستطاع، وأن تكون هذه الأهداف ضمن ما يخدم الفرد والمجتمع.
- القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة: وهي قدرة الفرد على ربط علاقات صداقة والحفاظ عليها ضمن الجماعات التي ينتهي إليها، حيث تعتبر هذه العلاقات سندا وجدانيا هاما ومقوما أساسيا من مقومات الصحة النفسية.

- احترام الفرد لثقافة المجتمع مع تحقيق قدر من الاستقلال:
من مظاهر الصحة النفسية للفرد أن يسلك سلوكا يتقبله المجتمع وقادرا على أن يكون لنفسه رأيا مستقلا لمختلف

القضايا وفي الوقت نفسه يجب أن يكون للفرد قدرا من التسامح بالنسبة للظروف الفردية القائمة بين الأفراد الذين ينتمون للطبقات الاجتماعية المختلفة.

- إشباع الفرد لدوافعه وحاجاته: وهو قدرة الفرد على إشباع حاجاته الأساسية (الفيزيولوجية، النفسية) من خلال طريقة مواجهته لتلك الحاجات وما يحركها من دوافع على أن تكون طريقة الإشباع تلك ضمن متطلبات المجتمع.

- القدرة على ضبط الذات: أي أن تكون للشخص قدرة ضبط ذاته والتحكم في سلوكه من خلال تقديره للأمور تقديرا قائما على موازنة النتائج وتمحيصها، فكلما زادت القدرة على ضبط الذات كلما قلت الحاجة إلى الضبط الصادر من سلطة أخرى.

- نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه: وهو أن يستطيع الشخص أن يتوافق مهنيا في عمله من خلال رضاه عنه وإشباعه لحاجته النفسية والمادية.

- القدرة على تحمل المسؤولية: لاشك أن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله وما يتخذ من قرارات هي إحدى علامات الصحة النفسية، كما أن الهروب من المسؤولية هو دلالة واضحة أكيدة على الافتقار إلى السواء، وتحمل المسؤولية يرتبط ارتباطا وثيقا بالرشد والنضج.

- قدرة الفرد على التحمل: إن حياة الإنسان مليئة بالأزمات والمشاكل المختلفة كالشدائد والإحباط والحرمان لكن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية، تكون لديه القدرة على الصمود أمام هذه الظروف، ومواجهتها بطريقة سوية باستخدام الموضوعية والعقلانية.

- النضج الانفعالي: ويقصد به قدرة الفرد على ضبط النفس في المواقف التي تثير الانفعال وابتعاده عن التهور والاندفاع، بل المطلوب من الفرد أن تكون استجاباته الانفعالية متناسبة مع مختلف المثيرات الخارجية.

- اتساع أفق الحياة النفسية: ومعناه أن يتخذ الفرد لحياته أهدافا واحتمالات متنوعة حتى إذا فشل في إحداها عوض ذلك عن طريق الاهتمام بالأهداف والاهتمامات الأخرى.

- القدرة على التنظيم الصحي: وتتضمن القدرة على الحفاظ على الصحة الجسمية من خلال التغذية والملبس والنوم وكل ما يتعلق بذلك.

- الاضطرابات الانفعالية والمزاجية:

- الاكتئاب: يعرفه (حامد عبد السلام زهران، د.ت، ص 129) على أنه «حالة من الحزن الشديد المستمر ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه» أما (رمضان محمد القدافي، 1987، ص 187) 13 يعرفه على أنه «اضطراب نفسي يتسم بالقلق والحزن والتشاؤم والشعور بالذنب مع انعدام وجود هدف في الحياة، وتؤثر الحالة على المريض مما يجعله يفقد الدافع للقيام بالنشاطات السابقة التي كان يزاولها، ويصبح الإنسان بطيئاً في عمله ويرى الحياة كثيبة وسوداء مع الشعور بالتعب والإعياء واضطراب النوم وقلة الشهية للأكل».

من هذين التعريفين نستنتج أن الاكتئاب هو اضطراب نفسي من علاماته الحزن وفقدان الأمل وعدم الاهتمام واللامبالاة. ومن أعراضه الأعراض الجسمية التي تتمثل في انقباض الصدر والشعور بالضيق، فقدان الشهية، والصداع والتعب لأقل مجهود، وضعف النشاط العام، والضعف الحركي، ونقص الرغبة الجنسية والضعف الجنسي والإمساك.

أما أعراضه النفسية تتمثل في هبوط الروح المعنوية، الشعور بالفشل، توهم المرض ونقص الانتباه والتركيز والأحلام المزعجة والكوابيس وظهور الميول الانتحارية، وعدم القدرة على ضبط النفس وضعف الثقة بها والشعور بالنقص وفقدان الأمل وشدة الحزن والبكاء أحياناً.

- القلق: يعتبر (علاء الدين كفاي، 1997، ص 342) 14 أن القاسم المشترك بين الاضطرابات النفسية هو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه، ولتعرض للخطر أو لقي إهانة أو أحبط مسعاه أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد. فالقلق اضطراب انفعالي غير ساري شعور به الفرد عندما يتعرض لمثير مخيف أو يجد نفسه في موقف يسبب له

الإحباط، وكثيرا ما تكون هذه الحالة الانفعالية مصحوبة ببعض المظاهر الفيزيولوجية مثل زيادة ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، فقدان الشهية، وارتعاش الأيدي...

- **الغضب:** يعرفه (أحمد عبد الخالق، 1983، ص113) على أنه «وسيلة للتعامل مع البيئة المهددة، ويتضمن استجابات طارئة وسلوكا مضادا لمثيرات التهديد، ويصاحبه تغيرات فيزيولوجية لإعداد الفرد لسلوك يناسب الموقف المهدد، وقد يكون علامة قوة كما قد يكون علامة ضعف، عندما لا يتناسب مع الموقف، ويؤدي الغضب إلى صراع ذي جانبيين:

أولهما: صراع مع الآخرين الذين يعتريهم الغضب أو الذين يتهددهم، وثانيهما الصراع مع النفس لأن الغضب يحرم الفرد من العطف والحنان، ويفقده السيطرة على نفسه، وقد يوجه الغضب في شكل عدوان نحو الآخرين وقد يوجهه نحو الذات، إنه انفعال كثير الحدوث في حياتنا اليومية، وهو على درجات متفاوتة تتراوح بين الغضب الخفيف إلى الغضب الشديد، وقد يتحول الغضب الشديد إلى انفعال آخر كالحزن، إذا كان هذا الغضب الخفيف يحث الإنسان على عقد العزم لتحقيق هدف ما، كما أن الغضب الشديد قد يؤدي إلى آلام نفسية وجسمية خطيرة.

التوتر: يعرفه (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص420) على أن التوتر «حالة من الشعور الذاتي بعدم الراحة وعدم الرضا والارتجاف وسرعة الحركات والصداع». كما يمكن القول أنه استجابة شاملة لحدث أو وضع مكرر ومنفر على شكل توتر.

الحساسية: أما الحساسية هي الشعور بالخطر في جميع المواقف، كما يكون الشخص الحساس أكثر أو سريع التأثر ويسهل إزاء شعوره بسرعة، ولا يتقبل النقد من الآخرين، حيث يفهم هذا النقد على أساس أنه تقليل من مستواه ومن قيمته، كما يشعر أن الناس سيئون فهمه (نفس المرجع السابق، ص 17/419).

عدم الكفاية: يعرفها (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص 420) بأنها الإحساس بالدونية والنقص وعدم الرضا عن الذات، مما يضعف الأداء الوظيفي للشخصية.

ثانيا: العنف الإرهابي والصدمة الانفعالية:

1- تعريف العنف:

أصل كلمة عنف يرجع إلى اللغة اللاتينية حيث تستمد أصلها من كلمة -Violentia والتي تعني: العمل بقوة وخشونة حسب (عبد الرحمن العيسوي، 2002، ص 63). أما التعريف اللغوي كما جاء في (القاموس الجديد، دت، ص 36) يشير إلى أن العنف هو الشدة أو القسوة ويقصد به أي سلوك اعتدائي يصدر من شخص، يستهدف تخويف وإيذاء الآخر جسديا ونفسيا باستعمال الحركات والإيماءات والألفاظ القاسية والعقاب المادي. فيرى دودسون فيري Dodson.F أن العنف هو الشعور بالغضب أو العدوانية يتجسد بأفعال دامية جسديا أو بأعمال تهدف إلى تدمير الآخر. فالعنف هو الشعور بالغضب أو العدوانية يتجسد بأفعال دامية جسديا أو بأعمال تهدف إلى تدمير الآخر. أما تعريف لافو Lafou يركز على القوة دون أن ينفي غريزة السلوك بالإضافة إلى الأذى الجسدي والمعنوي عن طريق التهديد، أما المفكر ألفت حقي يرى أن العدوان سلوك يدفعه الإحباط أو الغضب وهورد فعل غريزي يتهذب بالتعلم أو يدفعه التلذذ في إيذاء الآخرين، وهو نوع من العنف يتسبب في الألم لفرد آخر في عدة صور (عنف جسدي ومعنوي) أو يتسبب في ألم الفرد لذاته، فتجده يلطم خذيه أو يقضم أظافره

من خلال التعاريف سابقة الذكر يمكن اعتبار العنف حالة نفسية واجتماعية يقوم به الفرد أو مجموعة من الأفراد، تهدف إلى إلحاق الأذى بالذات أو بالآخر سواء كان هذا الأذى ماديا أو معنويا أو نفسيا. ومن أشكاله العنف الفردي، والجماعي، ومن أنواعه العنف المرتد على الذات، والعنف الموجه نحو الخارج.

النقص وفقدان الحنان، ومحاولة اتخاذ من السلوك الإرهابي وسيلة لجلب الانتباه ومحاولة إثبات الذات وفرض السيطرة.

- الأسباب الاجتماعية والثقافية: كافتقاد المعنى الحقيقي للحياة خاصة بعد تأخر سن الزواج والبطالة. وتفشي السرقة والاختلاس والتجرد من إنسانية الإنسان. كما أن للكثافة السكانية والتفكك الأسري وغياب لغة الحوار أثر في تغذية مثل هذا السلوك، والتقليد الأعمى للحياة الغربية والتأثر بوسائل الإعلام من خلال أفلام العنف، ووجود هوة ثقافية واضطراب فكري لدى الشباب.

3- الطفل ضحية الإرهاب

مفهوم الضحية: يرى (سعد فطاطري، د.ت، ص 105) أن الضحية هو الطرف الذي أصابه الضرر أو تعرض للأذى من طرف جماعة أو فرد مهما كانت نوعية الاعتداء إما عن طريق الضرب أو الإهانة أو الاغتصاب أو القتل. أما من الناحية الاجتماعية والاقتصادية فالضحية كل من عاش اضطراب أو أزمة أو عدم تكيف مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية وكل من تعرض لحادث أو إصابة أو صدمة. أما الطفل الضحية هو «من لحقه الأذى جراء التعرض لحادث أو صدمة نفسية أو مرض أو إعاقة فترك أثرا سيئا في حياته وقد ينتج عنها اضطرابات سلوكية ومشاكل نفسية». مما سبق ذكره يتضح أن الطفل ضحية الإرهاب هو الذي تعرض للاعتداء الإرهابي مباشرة، أو عانى من آثاره من خلال ما لحقه من أضرار مادية ومعنوية، أو من جراء الأعمال التخريبية والقتل الذي يستهدف المدنيين واستخدام أبشع الطرق والوسائل في إبادة الأبرياء.

وبهذا يمكن تشبيه ظاهرة العنف الإرهابي بحرب ضد الأبرياء وما فيها من الضغوطات الانفعالية ما يفوق طاقة الاحتمال مثل: المجازر والمذابح الجماعية التي حدثت في بلادنا والتي فاقت كل تصور، والصدمة الناتجة عن هذه الأعمال لدى من شاهدها والتي تسببت في اختلال الإدراك والتفكير والشعور بالذعر والقلق الذي لا يحتمل.

- انعكاسات العنف الإرهابي على الجانب السيكلولوجي للطفل:

تؤكد الدراسات السيكلولوجية للأطفال أن حرمان الطفل من الحب والحماية وتعرضه للإحباط يرتبط بزيادة أعراض القلق وضعف الثقة بالآخرين والعدوانية، ونظرا لتعرض الطفل للاعتداء الإرهابي وما لحقه من أذى جراء ذلك تولدت لديه صراعات وأزمات نفسية واضطرابات سلوكية وقد يعيش صدمة نفسية حادة التي تعتبر خبرة مؤدية للجسم، عندما لا يستطيع الجهاز النفسي تحمل الصدمة يتداعى لها بأعراض عصبية، ويفترض فرويد أن للجهاز النفسي وظيفة ضد فرط الإثارة فإذا زادت عن قوة احتمال الأنا أصبحت عبارة عن صدمة نفسية.

تبين نتائج دراسة (25) santé plus, 1999 حول الصدمة النفسية عند الطفل ضحية الإرهاب في الجزائر ثلاث خصائص لشخصية الطفل ضحية الإرهاب: أولها انخفاض مستوى النشاط الفكري والقلق وإعادة تكرار الصدمة وأعراضها، وثانيها تعرض الأنا للصدمة يبقى أساسيا نظرا للصعوبة التحمل لآثار الصدمة لذلك تكون ردود فعل الطفل غير متوازنة، وثالثها أن خطورة الصدمة تظهر من خلال الأعراض والانعكاسات السلوكية. فالطفل ضحية الإرهاب يستطيع إظهار الأعراض التي ترتبط بالضغط والصدمة، وكما أن الأحداث المؤلمة تكررت من فترة لأخرى فإنها تؤدي لاضطرابات سلوكية ومعاونة نفسية وقلق واكتئاب.

- 4 الصدمة النفسية:

إن حياة الإنسان معرضة لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه باستمرار، ومع الوقت يدرك موضوعية هذه التهديدات، كما أن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان هي تلك المواجهة المفاجئة مع الموت التي تدفعه للتفكير في احتمال وفاته في أي لحظة، كما أن تعرض الإنسان لصدمة نفسية كفقدانه لشخص عزيز تدفعه إلى ضرورة القيام بعمل حداد نفسي يهدف من خلاله إلى قطع الصلة مع الموضوع المفقود، فقد تكون الظروف المحيطة

ملائمة ومساعدة على القيام بعمل حداد طبيعي وقد تكون غير ذلك، مما يجعل حياته النفسية معرضة أكثر لتعقيدات واضطرابات لاحقة.

تعرف الصدمة النفسية وفقا لمعجم (مصطلحات التحليل النفسي، 1997، ص300) أنها «حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته، وبالعجز الذي يجد الشخص نفسه بعيدا عن الاستجابة الملائمة حياله وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض، كما تتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الإثارة تكون مفرطة بالنسبة لطاقة شخص على التحمل وبالنسبة لكفاءته على السيطرة لهذه المثيرات وإرضائها نفسيا».

أعراض ما بعد الصدمة:

عموماً فالأعراض لا تظهر إثر حدوث الصدمة مباشرة، وتبدأ بالظهور بعد فترة كمون، هنا يجري عمل تنظيمي يهدف إلى تأمين دفاع متأخر بحثاً عن التوازن الجديد، تعاد معايشة الحدث الصدمي بطريقة متكررة، وفقاً لشكل من الأشكال التالية:

أ- متلازمة التكرار:

- الذكريات المتكررة عند الأطفال الصغار، يشير الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية رقم أربعة DSM IV27 إلى ألعاب متكررة تعبر عن مواضع الصدمة.
- أحلام خاصة: الكوابيس المتكررة عند الأطفال الصغار نلاحظ كوابيس مرعبة دون مضامين معروفة.
- أزمات نفسية مثل التوتر والغضب.

ب- متلازمة الهروب:

- محاولة تجنب الصدمة - محاولة تجنب النشاطات - عدم القدرة على التذكر - تقليص واضح في الرغبة نحو الأشياء - الإحساس بالانفعال واللامبالاة بها - الإحساس بمستقبل غامض.
- الأعراض الأكثر ظهوراً عند الأطفال المصدومين على مستوى مراكز التكفل:
- القلق، اضطرابات سلوكية (العدوانية وعدم الاستقرار الحركي)، فقدان الشهية، العياء، اضطرابات النوم، أوجاع الرأس والبطن، التبول اللاإرادي، الخوف من المثيرات الشبيهة بالحدث والصدمة Trauma phobie.
- عسر القراءة والكتابة، نقص التركيز والانتباه وشرود الذهن والكوابيس المزعجة.

وتتخذ أعراض ما بعد الصدمة أربع صفات رئيسية هي: الذكريات والصور البصرية المرتبطة بالحدث، وتكرار الأفعال والتصرفات كما هو الحال في اللعب،

والمخاوف الخاصة بالكوابيس المتعلقة بالصدمة، فهناك مخاوف شائعة قد تظهر عند الطفل على شكل أشباح مرعبة وفجوات. التكفل بالأشخاص المصدومين:

يعتبر التكفل النفسي أو المساعدة النفسية للأشخاص ضحايا الإرهاب من الاهتمامات الحديثة بالنسبة للجزائر، هذا رغم امتداد أوتفشي هذه الظاهرة في السنوات الأخيرة والاعتراف بضرورة وأهمية وحتمية التكفل النفسي من طرف الأخصائيين في الميدان. ويعتبر التكفل في حد ذاته خطوة أولى تهدف إلى التفكير حول خصوصية العمل النفسي العلاجي الخاص بباثولوجيا الصدمات. لقد فهم المختصون النفسيون خطورة وأثر الحصر بعد الصدمة أيضا، وهم متأكدون أنه في غياب أو عدم التكفل المبكر تصعب المهمة أكثر فأكثر بالنسبة للشخص المصدوم والمجتمع ككل. ومن أهم طرق التكفل المعتمدة ما يلي: الاسترخاء، والعلاج النفسي الفردي والجماعي، والمساندة الاجتماعية بشقيها العاطفي والمادي، وطريقة Débriefing وهي طريقة جديدة في التكفل النفسي بالأشخاص المصدومين، وخلق شبكة التدعيم الدراسي للرفع من التحصيل.

رابعاً: منهجية الدراسة وعرض النتائج وتحليلها.

عينة الدراسة

تم اختيار حالتين من الذكور، دخلا المركز قبل سنتين تقريبا وبمساعدة الأخصائية المشرفة على علاجهما استطعنا الحصول على معلومات أولية عن الحاليتين، ثم باشرنا في إجراء المقابلات 06 مقابلات بمعدل 45 د وأحيانا 30 د لكل مقابلة على حدة.

أما فيما يخص تطبيق مقياس كورنل واختيار العينة، وقع اختيارنا لقرية ريفية بمنطقة سيدي العنصري نظم أكثر من 150 عائلة ضحايا الإرهاب والتي كان يتجاوز عدد أطفالها 200، ومنه اخترنا عينة ممثلة لمجتمع البحث تضم 20 طفلا عن طريق المعاينة العشوائية البسيطة، حيث كان لكل فرد نفس الفرصة في الظهور تقدر بـ 10%. ويتراوح عمرهم الزمني بين 09 إلى 13 سنة، منهم 09 ذكور و11 أنثى. ويتمتع هؤلاء الأطفال بالموصفات التالية:

- أطفال سبق لهم وأن تعرضوا للعنف الإرهابي، يتامى الأبوين أو أحدهما، وشهدوا مجازر بأعينهم. وسبق لهم وأن استفادوا من الكفالة النفسية التي قدمتها خلية التكفل بضحايا الإرهاب بالتنسيق مع المركز الوسيط للصحة النفسية. قبل تطبيق المقياس راجعنا محتوى الفقرات ودرجة تناسبها مع المستوى التعليمي، ودرجة فهمها من طرف الحالات وسهولة الإجابة عليها، وقد تم ذلك واستطعنا أن نفهم الأطفال فحوى الفقرات والهدف من الاختبار وكيفية الإجابة.

الأدوات المستخدمة في الدراسة :

الاختبارات المستخدمة في دراسة الحالة:

- اختبار إسقاطي: اختبار تفهم الموضوع للأطفال CAT.

- اختبار لقياس القدرات العقلية للأطفال وهو اختبار وكسلر لذكاء الأطفال ما بين (05 إلى 16 سنة).

- مقياس كورنل للنواحي الانفعالية والمزاجية

- الأساليب الإحصائية المستعملة

لمعالجة نتائج الدراسة الأساسية استخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية كحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، وحساب النسب المئوية، ومقياس T لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين وفقا للمعادلة التالية:

$$T = \frac{\tilde{a}_1 - \tilde{a}_2}{\sqrt{\left(\frac{\tilde{a}_1^2 \tilde{U}_1 + \tilde{a}_2^2 \tilde{U}_2}{\tilde{a}_1 + \tilde{a}_2 - 2} \right) \left(\frac{1}{\tilde{a}_1} + \frac{1}{\tilde{a}_2} \right)}}$$

ثانياً: عرض النتائج.

1- عرض النتائج الخاصة بدراسة الحالة

الحالة الأولى:

تقديم الحالة وتاريخها: عمار طفل في الثالثة عشر من عمره ذوقامة قصيرة متناسقة يبدو أصغر من سنه ويدرس في السنة الخامسة ابتدائي ويأتي في المرتبة السادسة في أسرة متكونة من 08 أخوة (3 ذكور، 05 بنات). الحالة العائلية: الأب متوفي، تم اغتياله من طرف جماعة إرهابية وعمره 55 سنة، لم يعاني خلال حياته من مشاكل صحية. أما الأم تبلغ 47 سنة، ومصابة بمرض القلب. المستوى الثقافي والاجتماعي للأسرة ضعيف والحالة الاقتصادية متدهورة.

المظهر العام: الطفل لا يهتم بنظافة جسمه وملبسه، ذو ملامح خجولة.

السوابق المرضية: لم تكن لديه سوابق مرضية هامة تذكر.

كان الطفل شاهد عيان لأحداث مرعبة وعمره 10 سنوات، تمثلت في قدوم الإرهابيين ليلاً إلى بيتهم أولاً، ثم مقتل أبيه في اليوم الموالي رفقة عمه وعدد من الجيران الرعاة. بالإضافة إلى مجزرة قطيع الغنم الذي كان يرعاه الأب وزملائه. سبب الدخول إلى المركز: تقدم إلى المركز برفقة والدته وأخته بتوجيه من الفريق الطبي الخاص بالصحة المدرسية وحسب التقرير الوارد فإن الحالة تعاني من اضطراب في الإخراج (التبول والتبرز اللاإراديين)، يحب كثيراً الكتابة بالقلم الأحمر، مع تسجيل تراجع كبير في التحصيل الدراسي.

وصف الحالة:

الوضع العقلي المعرفي: بناء على المعلومات التي استقيناه من معلمه وأمه تبين أن لديه مستوى منخفض في التحصيل حيث كان يتحصل على معدلات تحت المتوسط (4، 4,5 من 10) وللتأكد من هذه النتيجة ولمعرفة سبب الخلل ارتأينا إجراء اختبار وكسلر للذكاء بعد إجراء مقابلات تحضيرية والذي أسفر عن النتائج التالية:

معدل الاختبار الشفوي $QIV = 83$ ، أما معدل اختبار المهارات $QIP = 65$ ، وعليه
معدل الذكاء العام $QI = 70$.

ومن هنا نسجل فرق واضح بين الاختبار الشفوي واختبار المهارات، وهي نتائج
تتفق مع دراسة Rudel و Demckel سنة 1975 التي تؤكد أن الذين يعانون من
اضطرابات في النمو، لديهم نتائج ضعيفة فيما يخص اختبار المهارات.

الوضع العلائقي (الانفعالات والعواطف): عند دخول الحالة إلى المركز كانت
تبدي نوعاً من التحفظ وعدم الاندماج مع الأخصائية كونها ذات ملامح خجولة
من جهة وعدم الشعور بالأمان من جهة أخرى، وللكشف عن الوضع العلائقي
للحالة طبقنا عليه اختبار CAT والذي سجلنا من خلاله المعطيات التالية:
الشعور بعدم الأمان، وحرمان عاطفي، والشعور بالذنب.

تصوره للعالم: عالم مليء بالأخطار والأشرا ويسوده الظلم، عالم يسيطر فيه
القوي على الضعيف.

علاقته بالآخر: تلقائي التصرفات مع والدته، يبدي العطف والتفهم والطاعة
تجاهها، تردد وخجل في إبداء المواقف، وضعيف القدرة على المواجهة، علاقته
بالآخر تتسم بنوع من البرودة الانفعالية، فالطفل يبدي تبعية واضحة للآخر
بالرغم من مشاعر النبذ والاضطهاد التي تنتابه.

أهم الصراعات: صراع الإقدام، كما يجد صعوبة واضحة في مواجهة ضغوط
الحياة اليومية.

طبيعة مظاهر القلق: الخوف من الحرمان (الخوف من أن تجد الحالة نفسها
دون مساعدة)، الخوف من فقدان الاهتمام والوحدة. أما أهم الميكانيزمات
الدفاعية التي يبديها الطفل تتمثل في السلبية والعدوانية.

الوضع النفسي الحركي: تعاني الحالة من اللااستقرار بل تتجول في القاعة وتنتبه إلى ما يوجد بداخلها خاصة الأشياء الحمراء، كالصور والأقلام والورود، واهتمامها بالألعاب ذات اللون الأحمر.

الوضع اللغوي: خجل وتتردد في الاستجابة اللغوية، للطفل فقر لغوي واضح، إلا أننا لم نسجل حالات عسر القراءة أو الكتابة.

الوضع النفسي المرضي: بما أن الحالة كانت تعاني من تبول لا إرادي، فإن مشاعر الذنب والخجل كانت واضحة على ملامحها مما أثر على تحصيله الدراسي، أما فيما يخص الأعراض الجسدية، فالحالة كانت تشكو من صداع بين لحظة وأخرى وآلام على مستوى البطن.

استنتاج عام:

تقدم الطفل إلى المركز وهو يعاني من اضطرابات في عملية الإخراج التبول والتبرز اللاإرادي، وصعوبات كبيرة في مجال الدراسة وانسحاب اجتماعي، مع تسجيل ملاحظة مهمة تتمثل في نزعة كبيرة نحو اللون الأحمر واستعماله في الكتابة. مر الطفل بحادث خارج نطاق الخبرة العادية، وعليه تمثل صدمة العنف الإرهابي بالنسبة له بمثابة تهديد خطير لحياته ووجوده الفاعل، يتذكر الحدث الصدمي بشكل معاود وقسري يقتحم تفكيره، ويظهر جليا في أعباءه التي تحمل موضوع الصدمة ومختلف جوانبها. كما يعاني الطفل من أحلام مزعجة ومتكررة تتضمن إعادة معايشة التجربة من جديد. أما على المستوى المعرفي يبدي الطفل صعوبات واضحة في التركيز والانتباه والتمييز، إن مشاعر العجز بادية عليه، ويعيش في قلق مستمر وتهديد دائم.

الحالة الثانية:

تقديم الحالة وتاريخها: شريف طفل في الثانية عشر من عمره ذوقامة متناسبة مع سنه يدرس في السنة الخامسة ابتدائي وهو الأكبر من بين ثلاثة ذكور وكان تلميذا مجتهدا في دروسه، يعاني حاليا من اضطراب ما بعد الصدمة.

الحالة العائلية: الأب مغتال من طرف جماعة إرهابية وعمره آنذاك 35 سنة كان يعمل كسائق أجرة. تبلغ الأم 32 سنة من عمرها، مأكثة بالبيت، ولا تشكو من أي مشاكل صحية إلا بعض أوجاع الرأس من حين لآخر.

الجد: على قيد الحياة وهو المسئول عن العائلة.

المظهر العام للطفل: لا يهتم بنظافة جسمه وملابسه، ذو ملامح حزينة ينتابها الضياع. يشير هذا الإهمال عن فك الالتزام بالحياة وفقدان الحماس، والشعور باليأس والرضوخ أمام الأمر الواقع.

السوابق المرضية: لم نسجل سوابق مرضية للطفل، وجميع جوانب النمو كانت في حدود ما هو عادي.

سبب الدخول إلى المركز: انخفاض مردوده الدراسي بشكل ملحوظ ومعاناته من اضطرابات سلوكية.

الأعراض التي يبدئها الطفل: القلق، وشكاوي جسدية تتمثل في أوجاع الرأس، وآلام بطنية، بالإضافة إلى صعوبات في النوم، وصراخ ليلي، تبول لا إرادي في الليل والنهار خاصة حين سماع إنذار سيارة الإسعاف. بالإضافة إلى أنه يعاني من اضطرابات سلوكية تتمثل في: عدم الاستقرار النفسي الحركي، والعدوانية، والانفعالية، وصعوبات مدرسية حيث يجد مشكلات واضحة في الانتباه والتركيز والذاكرة، وحسب الأخصائية وما أدلت به عائلة المفحوص أن هذه الاضطرابات ظهرت خلال اليوم الذي عاد فيه شريف من المدرسة إذ رأى سيارة إسعاف بالقرب من جثة أبيه المغتال كان شريف يوم الجنازة غير مبالي، فلم يظهر أي علامة حزن فقد كان يلعب بصفة عادية مع زملائه متخذًا اتجاه دفاعي متمثل في

الإنكار. هذا النفي تم تدعيمه من خلال اتجاه العائلة الذي يبرر غياب الأب لدواعي مهنية بعيدا عن المدينة، معتقدين أنها الوسيلة لتخفيف وطء الصدمة إلا أن هذا التصرف ضاعف من مأساته.

وصف الحالة:

الوضع العقلي والمعرفي: لقد كان الطفل تلميذا ممتازا في دراسته، ولكن مردوده تراجع بعدها حيث تحصل على نتائج لا تعكس مستواه الجيد، وهذا التراجع كان بسبب مختلف الاضطرابات على مستوى الانتباه والتركيز والتذكر. وهذا ما تم ملاحظته عند تطبيق اختبار الذكاء، حيث حصل على النتائج التالية: معدل الاختبار الشفوي $QIV = 87$ ، أما معدل اختبار المهارات $QIP = 99$ ، وعليه درجة الذكاء العام $= 92$.

فالحالة تقع ضمن خانة الذكاء العادي حسب تصنيف وكسلر WISC-III. الوضع النفسي الحركي: تبدو على الحالة اللامبالاة، والحذر الشديد والانتباه إلى كل الأصوات العالية وصفارات الإنذار. كما يتميز الطفل بالاستقرار والاندفاعية وحتى العدوانية.

الوضع اللغوي: يجد الطفل صعوبة كبيرة في التعبير عن نفسه أو القدرة على الحديث إلى درجة الصمت، يتلفظ بعبارات ناقصة ولغته فقيرة.

الوضع النفسي المرضي: الحالة تعاني من اضطرابات نفسية جسدية تتمظهر في أوجاع الرأس، وآلام معدية، والقيء. بتطبيق اختبار CAT على الحالة تم تسجيل الشعور بعدم الأمن، الخوف من المحيط والحساسية تجاهه. أما علاقته بالآخر كانت تتسم بالسلبية والعدوانية و بروز الصراع مع المحيط والحذر الشديد.

طبيعة مظاهر القلق لديه: يكمن مصدر قلقه في الخوف الدائم من المحيط خاصة عند سماعه لصفارة إنذار سيارة الإسعاف. أما فيما يخص الآليات الدفاعية الأكثر بروزا تمثلت في السلبية بمختلف دلالاتها، والعدوانية.

يبين الفحص الأولي للحالة الاضطرابات التالية:

- اضطرابات جسمية: آلام معدية، أوجاع الرأس، القيء.
- اضطرابات سلوكية: تبول لاإرادي، العدوانية، واللااستقرار الحركي.
- اضطرابات في التحصيل الدراسي: تمثلت في اضطرابات الانتباه، التذكر، التفكير، والتركيز.

- اضطرابات النوم: كوابيس ليلية، أحلام مزعجة، رعب ليلي، صعوبة في النوم. الوضع العلائقي: تبدو على الطفل علامات الانعزال وعدم الرغبة في الحياة، ولكن ومع مرور الوقت استطعنا كسب ثقته والدخول معه في علاقة تعاطف فكان الاتصال معه سهلا نوعا ما. أما لعبه يبرز بوضوح نكوص الطفل وميوله العدوانية، أما علاقته بأمه فكانت جد طفولية حيث كان مرتبطا جدا بها، فهولا يقوى على المجيء إلى المركز بدون صحبتها. تبين النتائج المتوصل إليها أن الطفل وجد نفسه في وضعية علائقية تتصف بالغموض وغياب الأطر العقلانية التي تضبط توجهه الانفعالي واستهاماته، مما أدى إلى ارتفاع مستوى قلقه، فلم يجد وسيلة لمجابهة هذا القلق إلا النكوص، فالتحويل الذي حصل مع الطفل ما هو إلا شكلا من أشكال النكوص إلى نماذج قديمة من العلاقة ضد الخطر المجهول الذي يهدد تكامل الذات لديه.

2- عرض النتائج الخاصة بمدى شيع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين أفراد العينة:

الجدول رقم 01: يمثل النسب المئوية للاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى الذكور والإناث.

الاضطرابات الانفعالية والمزاجية	ك	ن	النسبة المئوية
عدم الكفاية	16	20	80%
الكأبة	12	20	60%

القلق	13	20	65%
الحساسية	16	20	80%
الغضب	14	20	70%
التوتر	18	20	90%

من خلال الجدول رقم 01: نلاحظ أن نسبة الاضطرابات الانفعالية والمزاجية مرتفعة جدا بينهم، حيث قدرت النسبة فيما يخص التوتر بـ 90%، أما عدم الكفاية والحساسية فقدرت بـ 80%، بينما قدرت نسبة الغضب لدى بـ 70%، أما القلق قدر بـ 65%، وأخيرا الكآبة قدرت بـ 60%.

2- عرض النتائج الخاصة بمقياس T لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين (الذكور، الإناث).

الجدول رقم 02: يمثل نتائج مقياس T للذكور والإناث فيما يخص درجة الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والمزاجية.

الأفراد	1م الذكور	2م الإناث	ع 1 2	ع 22	T دولية	T جريبية	df	ستوى الدلالة 0,05
20	43,33	29	85,75	55,20	2,10	1,36	18	غير دالة

من خلال نتائج الجدول رقم 2: نلاحظ أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث فيما يخص درجة الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والمزاجية أي أن تأثير الصدمة يمس كلا الجنسين على حد السواء. ومن هنا يتبين أن عامل الجنس ليس له دور في الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والمزاجية من جراء الصدمة الناجمة عن العنف الإرهابي فآثارها تمتد إلى جميع الأفراد سواء كانوا ذكورا أو إناثا، حيث أن أفراد العينة يعيشون في نفس الظروف الاجتماعية.

مناقشة النتائج

- من خلال النتائج المحصل عليها بعد دراسة الحاليتين، نلاحظ بشكل جلي أن العنف الإرهابي يؤثر على الحياة النفسية للطفل. فالمفحوص الأول شاهد جثمان أبيه وهو ملطخ بالدماء، والمفحوص الثاني طفل من نفس السن شاهد جثة أبيه المغتال، وهو من أسرة متوسطة الحال، إذ تبين أن العنف الإرهابي يؤثر بشكل سلبي وخطير على الصحة النفسية والمعاش النفسي للطفل. تشير النتائج أن هؤلاء الأطفال لديهم إدراك سلبي للحياة، فهم دائماً يتوقعون الأسوأ ويشعرون بعدم الثقة بالآخرين، ويشعرون أنهم حرموا من السند العائلي وأنهم أصيبوا بهزة كيانية أفقدتهم فهم ذاتهم وتقبلها، ولذلك فهم يميلون إلى العزلة وفقدان الأمل في المستقبل. ويتجلى ذلك بوضوح في المظاهر التي سجلناها خلال الدراسة والتي شملت الاضطرابات السلوكية والمعرفية والمدرسية والنفسية والنفجسمية، وتتفق هته النتائج إلى حد كبير مع نتائج الدراسات السابقة التي أبرزت خطورة الاضطرابات السلوكية الناجمة عن الحدث الصادم، والتي أسفرت نتائجها على أن معظم الأطفال الذين تعرضوا لصدمات عنيفة لديهم اضطرابات نفسية وسلوكية واضحة.

- كما نلاحظ أن نسبة انتشار الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بينهم عالية ومتفاوتة بين اضطراب وآخر، وإن دلت على شيء فإنما تدل على قوة الصدمة التي تعرضوا لها، حيث بلغت عدم الكفاية نسبة 80% بينهم، والتي تشير إلى ضعف الأداء الوظيفي المصاحب بالارتباك والحيرة ومشاعر النقص والخمول والاتكالية. أما الغضب بلغ لديهم نسبة 90% والذي يدل على العصبية والتوتر مما يجعلهم أكثر اندفاعية، أما الحساسية تنتشر بينهم بنسبة 80% والتي تدل على الحذر والحيطه من المحيط وتوقع الأذى، وهذا ما يؤدي بهم إلى الانسحاب والعزلة وتنامي مشاعر العدوانية.

- كما خلصت الدراسة الحالية إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، أي أن عامل الجنس ليس له دور في تحديد درجة

الإصابة، بل العامل المشترك بين الفئتين هو حجم الإصابة ودرجة التحمل، وتشير كذلك أن الصدمة العنيفة الناجمة عن العنف الإرهابي تؤثر على شخصية الطفل سواء كان ذكراً أو أنثى بحكم أنه في مرحلة النمو وهي مرحلة لبناء الشخصية، وقد تنذر هذه النتائج بمستقبل غير إيجابي لهؤلاء الأطفال إذا لم يتم التكفل بهم على أحسن وجه، وأن أهم ما ينجرعن هته الصدمة مشاعر الحقد والعدوانية والانتقام من جهة، والانعزال والخوف من المحيط وتوقع الأذى من جهة أخرى.

الهوامش

- 1- Bailly.T, les catastrophes et leurs conséquences psycho traumatiques chez l'enfant, Paris, 1996, p36
- 2- (المرجع سابق، ص34)
- 3- (المرجع سابق، ص35)
- 4- Krell.R, holocaust survivors, A clinical perspective, psychiatric journal of the university of Ottawa, 1990, Vol.15 (1) p 18-21
- 5- عبد المتعال صلاح وآخرون، المشكلات النفسية والاجتماعية في مجال التربية، بحث استطلاعي مقارنة عن آراء واتجاهات الطلاب والطالبات الكويتيين والقيادات التعليمية في ضوء ظروف العدوان وتوقعات المستقبل، القاهرة، المركز التربوي الكويتي بالقاهرة، 1991
- 6- Garbarino.J, The youngest victimse, Kuwaiti children bear psychic of conflict Gulf, Psychology International, 1991, Vol 12 (3) p27-40
- 7- سهيل راشد، الآثار النفسية والاجتماعية التي خلفها العدوان العراقي على أطفال الكويت، دراسة مقدمة للمؤتمر الحادي والعشرين لجمعية المعلمين الكويتية عن التخطيط التربوي في مواجهة وتحدي آثار العدوان العراقي المنعقد في الكويت في الفترة الممتدة من 18 إلى 21 أبريل 1992
- 8- Revue Santé plus, la Forem, Octobre 1999, N° 70, p 20
- 9- الهلال الأحمر الجزائري - طبيي وآخرون، التكفل النفسي لأطفال ضحايا العنف وقائع الملتقيات الجهوية، الهلال الأحمر الجزائري، من إعداد و إخراج 2001، ORC.COM، ص (10، 15)
- 10- عبد الحميد الشاذلي: الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2001، ص 31
- 11- المرجع السابق، ص 32
- 12- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط2، القاهرة، د.ت، ص 129
- 13- رمضان محمد القدافي، الصحة النفسية والتوافق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط3، 1987، ص 187

- 14- علاء الدين كفاني، الصحة النفسية، دار هجر للطباعة والنشر، ط4، 1997، ص 342
- 15- أحمد محمد عبد الخالق، أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001، ص 113
- 16- محمد السيد عبد الرحمن: دراسات في الصحة النفسية، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة، الجزء 2، 1998، ص 420
- 17- نفس المرجع السابق، ص 419
- 18- نفس المرجع السابق، ص 420
- 19- عبد الرحمن العيسوي: سيكولوجية المجرم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002، ص 36
- 20- علي بن هادة وآخرون: القاموس الجديد للطلاب، د.ت، د.ط، ص 36
- 21- عبد الرحمن العيسوي، مرجع سابق، 2002، ص 71
- 22- عبد الرحمن العيسوي، مرجع سابق، 2002، ص 26
- 23- يسرى دعبس، الإرهاب – أسبابه واستراتيجية المواجهة والوقاية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، د.ت، ص 05
- 24- سعد فطاطري، معجم الاصطلاحات السياسية الدولية، دار الكتاب للطباعة والتوزيع، القاهرة، د.ت، ص 105
- 25- Revue Santé plus, la Forem, Octobre 1999, N° 70, p 26
- 26- جان لابلاش وح ب بونتاليس: معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للتحليل والنشر والتوزيع، ط3، بيروت، 1997
- 27- Guelfi J.D et al, Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4em édition, texte Révisé, Masson, Paris, 2003, 1120 p