



الطفولة المجروحة

مقاربات نفسية في صدمات الحرب والنزوح والإبادة
الجماعية في سنوات الحياة الأولى للأطفال غزة نموذجاً

اعداد :

عمر وليد شاهين

اخصائي الصحة النفسية والعلاج النفسي

مراجعة واشراف د جاسم المنصور

المؤلف:

عمر وليد شاهين، ماجستير صحة نفسية ومعالج نفسي إكلينيكي للأطفال والمراهقين، حاصل على دبلوم تخصصي من مستشفى هدايا - عين كارم، ودبلوم في العلاج المعرفي السلوكي بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وجامعة مانشستر بالتعاون مع الجامعة الإسلامية. مشرف ومدرب وممارس لمهارات العقل والجسم يتمتع بخبرة تتجاوز 20 عامًا في مجالات الدعم النفسي والعلاج النفسي والإشراف المهني. عمل مع منظمات دولية ومحلية في تصميم برامج نفسية اجتماعية للفئات الهشة، وقدم تدريبات وإشرافًا لمئات الأخصائيين. يركز في عمله على التدخلات العلاجية المبنية على الأدلة والمراعية للسياق الثقافي والمجتمعي.

المشرف العلمي:

د. جاسم المنصور: دكتوراه في علم النفس، ومعالج نفسي متخصص في العلاج المعرفي السلوكي وعلاج اضطرابات الصدمة النفسية. يشغل منصب المشرف العلمي للبرامج النفسية في الجمعية الألمانية السورية، وعضو في الجمعية الألمانية للعلاج النفسي المعرفي السلوكي. وهو أيضًا عضو مؤسس في الجمعية الألمانية العربية للصحة النفسية، وعضو في اللجنة العلمية فيها، وعضو مؤسس وعضو إدارة سابق في الجمعية السورية للصحة النفسية (سَمَح). يعمل حاليًا في مركز الأزمات والصدمات المدرسي في برلين، حيث يقدم الدعم النفسي المتخصص للأطفال والمراهقين في سياقات الأزمات والاضطرابات النفسية.

الإهداء

إلى من رحلوا وبقوا في القلب نبضًا لا يخفت...
إلى أبي الذي علمني الصبر، وأمي التي زرعت في قلبي الرحمة،
إلى أخي مراد، وأخي شاهين، وأخي رؤي،
إلى أخي أحمد الذي ترك فراغًا لا يُملأ،
إلى عمي الذي كان ظلًا طيبًا في أيام العسر،
إلى ابني وليد...زهرة العمر التي لم تكتمل،
وإلى زوجتي إيمان، شريكتي في الألم والرجاء، النور حين يشتد الظلام.
لكم جميعًا أهدي هذا العمل...
كلمات من نبض القلب، وسطور من حبر الفقد، ومحاولة للنجاة بالذاكرة.

تُعد الطفولة المبكرة أخطر المراحل وأدقها في حياة الإنسان، ففيها تتبلور الأسس الأولى للشخصية، ويُبنى الهيكل العصبي والانفعالي للذات، وتتشكل القدرة على التفاعل والتكيف مع العالم الخارجي. غير أن هذه المرحلة، في السياق الفلسطيني عمومًا، وفي غزة على وجه الخصوص، لا تُعاش كما ينبغي، بل تنمو على أطراف الهاوية: هاوية الحصار، والجوع، والتشريد، والقصف المتكرر. هنا لا تبدأ الطفولة باللعب والحكايات، بل تبدأ بالدمار، والنجاة، والبحث عن الأمان المستحيل.

في قطاع غزة، يعيش الأطفال حالة إبادة ممنهجة تطال الجسد والنفس والمكان واللغة. الحرب ليست مجرد حدث طارئ، بل واقع يومي مُزمن يتغلغل في تفاصيل الحياة ويُعيد تشكيل وعي الطفل وإدراكه لذاته وللآخرين. في هذا السياق، تصبح الصدمة هي المادة الأساسية للتجربة الطفولية، ويصبح الألم الرفيق الدائم للنمو.

هذا الكتاب لا يسعى فقط إلى توصيف الأثر النفسي الناتج عن الحرب، بل يهدف إلى تقديم قراءة تحليلية علمية للكيفية التي تُعيد فيها الإبادة الجماعية والنزوح تشكيل بنية الطفولة المبكرة، وتؤدي إلى اضطرابات معقدة على مستويات النمو النفسي، الاجتماعي، المعرفي والجسدي. وهو نتاج جهد ميداني وتأملي في آن، استند إلى نصوص علمية كتبت في ذروة العدوان الإسرائيلي على غزة، حيث تداخل البحث مع الألم، والتحليل مع الشهادة.

يناقش الكتاب في فصوله الأولى أثر الصدمة المتكررة على النضج الاجتماعي والانفعالي، ويستعرض كيف تعيق بيئة الحرب الطفل عن تحقيق التماهيات الأساسية، وتدفعه إلى الانكفاء والانفصال النفسي. كما يتطرق إلى أثر الصدمة المبكرة على النمو الجسدي والمعرفي، مشيرًا إلى العلاقة الوثيقة بين الحرمان البيولوجي والنفسي، وكيف يُترجم ذلك إلى تأخر في التطور الحركي، اللغوي، والتعليمي.

وإلى جانب البعد الوصفي، يُقدّم الكتاب معالجة نظرية مزدوجة: من جهة، تحليل نفسي عميق يركّز على انهيار الحاوي، تفكك الذات، وتشوّه الروابط الأساسية في السنوات الأولى؛ ومن جهة أخرى، مقارنة سلوكية معرفية تشرح كيف يعيد الطفل إنتاج واقع الحرب داخل منظومته الإدراكية والسلوكية. كما يتضمن الكتاب في خاتمته توصيات مهنية ومجتمعية لتصميم تدخلات نفسية أكثر حساسية للسياق، وأكثر استجابة لمأساة الطفولة تحت الاحتلال.

هذا الكتاب ليس مجرد مساهمة معرفية، بل هو أيضًا نداء أخلاقي وإنساني. إنه توثيق لذاكرة الطفولة تحت القصف، وصرخة في وجه التجاهل، ودعوة لتضمين أصوات الأطفال – لا كضحايا فقط – بل كأرواح تعيش رغم الموت، وتبحث رغم الظلام، عن فرصة للحياة. ففي النهاية، لا يمكن بناء مجتمع سليم فوق أنقاض طفولة مسحوقة.

دور الصدمة المتكررة في اضطراب النضج الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال ضحايا النزاعات المسلحة رؤية تحليلية في ظل حرب الإبادة للمجتمع الغزي

الخلفية والسياق : الصدمة المتكررة والنمو النفسي للأطفال في النزاعات المسلحة – حالة غزة نموذجًا :

في كل الحروب، يكون الأطفال هم الضحايا الأكثر صمًا، والأشد هشاشة. لكن في سياقات الإبادة الجماعية، كما هو الحال في غزة، تتجاوز معاناة الأطفال حدود الكارثة إلى مستوى التهديد الوجودي للنمو النفسي والاجتماعي. لا تعود الصدمة هنا حدثًا استثنائيًا يعطل مجرى النمو، بل تصبح نمطًا وجوديًا يوميًا، يطال كل ما يُفترض أن يكون مصدر أمان: العائلة، المدرسة، البيت، الشارع، وحتى اللغة والصوت والذكريات.

تتعدد أوجه الصدمة في الحالة الغزية: فقدان الأبوين أو أحدهما بفعل القصف، مشاهدة جثث الأقارب، التهجير القسري، الجوع، الاختناق النفسي في الخيام أو المدارس المكتظة، وصمت العالم. هذه الأحداث، حين تتكرر، لا تُحدث فقط اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD)، بل تفتك بالبنية النفسية النامية للطفل، فتُضعف قدرته على بناء ذات متماسكة، ووعي اجتماعي، وهوية انفعالية مستقرة. وعلى عكس الصدمة العادة التي تنجم عن حدث مفاجئ، فإن الصدمة المتكررة أو المركبة (Complex Trauma) تحدث على مراحل، وتكون أكثر زعزعة للأنا النامية، حيث تحرم الطفل من القدرة على تكوين خبرة نفسية مستقرة تتيح له مواجهة الحياة وتفسيرها وفهم ذاته وعلاقته بالعالم.

في السياق الغزي، تُحاصر هذه الصدمة الطفل من عدة مستويات:

- الزمان: حيث لا أفق للتعافي، بل تعاقب مستمر للأزمات.
- المكان: حيث لا يوجد "موقع آمن" تنسحب إليه النفس لترمم نفسها.
- العلاقات: حيث يفقد الطفل شبكات الدعم الطبيعي (الأب، الأم، المعلم، الجار، المجتمع)، ما يُضعف قدراته على التفاعل الاجتماعي الطبيعي.

يأتي هذا المقال في محاولة لتفكيك أثر هذه الصدمة المركبة والمتكررة على النضج الانفعالي والاجتماعي للأطفال الناجين من النزاعات، مع التركيز على أطفال غزة كنموذج. ويعتمد التحليل على مقاربة مزدوجة:

- التحليل النفسي الديناميكي: الذي يركز على كيفية تفكك الدفاعات النفسية للطفل، وتشوّه الهوية، وتكوين أنماط تعلق مرضي نتيجة لغياب العلاقات الآمنة والداعمة.
- العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والذي يُحلل كيف تشكل الصدمة معتقدات مشوهة حول الذات والعالم، وتُحدث اضطرابات في أنظمة التنظيم الانفعالي والتفاعل الاجتماعي.

الهدف من هذا الطرح ليس فقط الإسهام في الفهم النظري، بل التأسيس لبرامج تدخل تكاملية قادرة على دعم الأطفال، واحتواء الأثر طويل الأمد للصدمة، وإعادة بناء النضج الانفعالي والاجتماعي كحق أساسي من حقوق الطفولة المسلوبة. من هذا المنطلق، تُعد هذه الورقة جزءًا من مشروع أوسع لإعادة قراءة الظواهر النفسية في سياقات الإبادة، ليس بوصفها أعراضًا فردية، بل كتعبير جمعي عن ذاكرة معذبة، تحتاج إلى احتواء نفسي، ودعم مجتمعي، وعدالة إنسانية تعيد الاعتراف بالطفولة كقيمة حيوية في قلب العالم.

أولاً: ماهية النضج الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال – المفهوم، الأبعاد، والاشتراطات النفسية :

1. تعريف النضج الاجتماعي والانفعالي :

يشير مفهوم النضج الاجتماعي والانفعالي إلى الحالة التطورية التي يصل إليها الطفل عندما يكون قادرًا على:

- التنظيم الانفعالي: أي القدرة على التعرف على مشاعره المختلفة (الخوف، الغضب، الحزن، الفرح...)، وضبط شدتها، والتعبير عنها بطرق مقبولة اجتماعيًا، بما يتناسب مع المواقف المختلفة.

- إقامة علاقات آمنة ومُرضية: القدرة على بناء علاقات تتسم بالثقة، الاحترام المتبادل، والقدرة على التفاعل الاجتماعي الإيجابي مع أقرانه والبالغين.
- تكوين هوية متماسكة: القدرة على إدراك الذات ككيان متفرد، مستمر ومتسق عبر الزمن، بما يشمل تكوين صورة إيجابية عن الذات والانتماء الأسري والاجتماعي.
- التعاطف وفهم الآخر: تطوير مهارات ذهنية وشعورية تتيح للطفل فهم مشاعر ودوافع الآخرين، وتكوين استجابات أخلاقية قائمة على الوعي بالغير.
- الاستقلالية النفسية التدريجية: بما يشمل القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة، إدارة بعض المسؤوليات، وتكوين نوع من الضبط الذاتي في السلوك.

2. أبعاد النضج الاجتماعي والانفعالي:

النضج في هذا السياق لا يُفهم كمجرد غياب للاضطرابات، بل كتحقق لتوازن داخلي واستقرار في التفاعل مع العالم الخارجي. ويمكن تفصيل أبعاده في:

- البعد الذاتي: تطور الإحساس بالذات، تكوين صورة مستقرة عن النفس، القدرة على الوعي بالانفعالات وإدارتها.
- البعد العلاقي: يشمل أنماط التعلق، مهارات التواصل، ومهارات حل النزاع والتفاوض.
- البعد الأخلاقي-القيمي: يشمل قدرة الطفل على التمييز بين الصواب والخطأ، والتعاطف، والقدرة على ضبط السلوك وفق المعايير الاجتماعية.
- البعد الثقافي: كيف يتمثل الطفل القيم والمعايير والمعتقدات المجتمعية، ويبدأ بدمجها في شخصيته.

3. اشتراطات النضج الانفعالي والاجتماعي :

يتطلب تحقق هذا النضج عدة شروط بيئية ونفسية، أبرزها:

أ. الأمان العاطفي:

- وجود علاقات أولية مستقرة (عادةً مع الوالدين أو من ينوب عنهم) تمكن الطفل من بناء "نموذج داخلي آمن" للعلاقات، يسمح له بالثقة في الآخرين والاعتماد عليهم عند الحاجة.
- ب. التكرار الآمن للتجارب الاجتماعية :

- يتطلب النضج الاجتماعي أن تتكرر تجارب العلاقات الإيجابية ضمن بيئات مدرسية، مجتمعية، وعائلية تسمح للطفل بالتجريب، والمحاولة، والتعلم دون التعرض للإذلال أو العنف.

ج. نموذج التفاعل الأسري :

- الأسرة هي الحاضنة الأولى لتعلم التعبير الانفعالي والاحتواء. عندما توفر الأسرة مساحة مفتوحة للمشاعر، وتُظهر استجابات منضبطة ومتفهمة لانفعالات الطفل، فإنها تُعزز من نضجه العاطفي والاجتماعي.

د. التماسك البنوي للبيئة المحيطة :

- يحتاج الطفل إلى بيئة غير فوضوية، ذات أنماط سلوك متوقعة، تتيح له فهم القواعد الاجتماعية واستيعاب العلاقات السببية بين السلوك والعواقب.

هـ. القدوة والملاحظة الاجتماعية :

- يتعلم الأطفال المشاعر والتفاعل من خلال "الملاحظة الاجتماعية" للنماذج من حولهم. وجود نماذج راشدة تُظهر تعبيرًا انفعاليًا صحيًا وسلوكًا اجتماعيًا متوازنًا هو عامل أساسي.

4. أثر غياب هذه الشروط في النزاعات المسلحة :

- في سياق النزاعات، خصوصًا في الحروب المستمرة كما في الحالة الغزّة، تنهار هذه الاشتراطات تدريجيًا أو دفعة واحدة:
- الأمان العاطفي يُفقد بفعل الصدمات (فقد أحد الوالدين، أو تعرضه هو نفسه لإصابات أو اعتقال أو انهيار نفسي).
- الروتين الاجتماعي الإيجابي يتشوه: حيث تنعدم المدرسة المنتظمة، وتتقطع الروابط المجتمعية، ويصبح التفاعل قائمًا على النجاة لا على التعلم والتطور.

• تتزعزع النماذج الأسرية: في بيئات الزوج، تتبدل أدوار الآباء، وتتآكل سلطة البالغين، فيفقد الطفل مصدر الضبط والمساندة.

• يتحول المحيط إلى بيئة طارئة: لا يمكن التنبؤ بها، ولا توفر فرصًا للتعافي أو التعلم الآمن أو اختبار الذات.

إن النضج الانفعالي والاجتماعي للأطفال ليس محض نتيجة بيولوجية أو تطور تلقائي، بل هو عملية مركبة تعتمد على التفاعل بين عوامل داخلية (نفسية ونمائية) وعوامل خارجية (أسرية، اجتماعية، ثقافية، وأمنية). في السياقات الآمنة، ينمو الطفل نحو ذاتٍ ناضجة ومتوازنة. أما في سياقات الحروب والإبادة، فإن هذه العملية تتعطل، وتنشأ أنماط انفعالية غير مستقرة، وعلاقات متصدعة، ومفاهيم مشوهة عن الذات والآخر والعالم. وهنا تبدأ معاناة الضحايا الصغار الذين يُحرمون من امتلاك أدواتهم النفسية الأولى للنمو، والذين يصبحون مع الوقت مرآةً جماعيةً لصدمة مجتمع بأكمله.

ثالثًا: بين التفكك الداخلي والانسحاب الاجتماعي – الصدمة كمعيق للتكامل النفسي الاجتماعي :

في السياقات الممتدة للصدمة، كما هو الحال في غزة، لا تعود الصدمة مجرد حدث مفاجئ، بل تتحول إلى بنية حياتية مزمنة تُعيد تشكيل النضج النفسي عبر آليات دفاعية متضخمة، وتكافلية غير متزنة بين الناجي وبيئته.

من منظور التحليل النفسي التكاملي :

• الذات الطفولية التي تتعرض لسلسلة من الصدمات – خصوصًا صدمات الفقد المتكرر – تعاني من تآكل في المسافة بين التمثيلات الداخلية والخارجية. فمع الزمن، يُصاب الطفل بخلل في وظيفة التمثيل النفسي (Mentalization)، فلا يعود قادرًا على التمييز بين ما يشعر به وما هو آتٍ من الخارج، ما يخلق ميلًا إلى التفسير السحري للأحداث أو اللجوء إلى التماثل مع المعتدي. (Identification with the aggressor)

• هذا يُضعف قدرة الطفل على تكوين صورة ذاتية متماسكة، ويُفضي إلى تشكل "أنا زائفة" (False Self)، لا تعكس احتياجاته الحقيقية، بل ما يتوقعه المجتمع المحيط – غالبًا الحزين أو الغاضب أو المقموع.

من منظور العلاج السلوكي المعرفي الموسع (CBT + Schema Therapy) :

• الصدمة المتكررة تخلق ما يسمى بـ "الأنماط الذهنية المبكرة غير المتكيفة" (Early Maladaptive Schemas)، مثل: العزلة الاجتماعية، التبعية، الحرمان العاطفي، والاستحقاق المشروط. هذه الأنماط، حين تتكرر في الطفولة دون تصحيح أو احتواء، تصبح بمثابة عدسة مشوهة يرى من خلالها الطفل العالم، ما يؤدي إلى سلوكيات مكررة في العلاقات تتسم بالانسحاب، العداء، أو التعلق المرضي.

النتيجة التراكمية: فقدان الخط التطوري :

• الطفل في بيئة الحرب، بدل أن ينتقل من الاعتمادية إلى الاستقلال، ومن اللعب إلى الإنجاز، يبقى عالقًا في دوائر من الحزن والخوف والبقاء. فلا يُنجز المهام النمائية بشكلها السليم، بل يُعيد تدويرها في سلوكيات لا تتناسب مع سنّه، ويظهر ما يسمى بـ "النمو المتوقف" (Arrested Development).

هنا، يصبح التدخل النفسي ليس مجرد دعم، بل إعادة بناء لمسار التطور النفسي والاجتماعي، يستند إلى الحماية، التفريغ، إعادة التمثيل، وتعزيز الاستبصار العاطفي والمعرفي.

ثالثًا: نموذج غزة – الصدمة المركبة والإبادة كواقع دائم :

• إن الطفولة في غزة لا تُختبر كتجربة نمائية آمنة، بل كحالة من البقاء الممتد داخل بيئة حرب شاملة وإبادة ممنهجة. لذلك، لا يمكن قراءة اضطرابات الأطفال في هذا السياق من خلال عدسة الصدمة المفردة (Single-incident Trauma)، بل من خلال مفهوم الصدمة المركبة و"الواقع المهدّد المستمر" (Ongoing Traumatic Reality).

1. الصدمة المركبة: بنية نفسية تعيش التهديد المستمر:

• في السياقات الكارثية الطويلة الأمد، مثل غزة، يتعرض الطفل لما يُعرف بـ الصدمة المركبة (Complex Trauma)، والتي لا تتعلق بحدث واحد، بل بتراكم أحداث متعددة ومستمرة (قصص، فقد، تشريد، مجاعة، اجتياح، انهيار مجتمعي).

هذا النمط يؤدي إلى:

- فقدان الشعور بالتتابع الزمني: يصبح الطفل أسير اللحظة الراهنة والخطر الآتي، ما يعطل قدرته على بناء سردية نفسية مستقرة لحياته.
- تشكل تمثيلات ذاتية مهددة: يرى الطفل نفسه إما ضحية عاجزة أو كائنًا غير مرئي، ما يقوض تطور الهوية والثقة بالذات.
- اضطرابات في الاستثارة العصبية: تظهر في صورة يقظة مفرطة، نوبات ذعر، كوابيس متكررة، أو فقدان الشعور (Dissociation).

2. غياب المساحة الآمنة: الانهيار البنيوي للحاضنة النفسية :

- في علم النفس التنموي، تُعد المساحة الآمنة – البيت، المدرسة، الملجأ – أساسًا لتكوين الروابط الآمنة (secure attachments) والنضج العاطفي. لكن في غرة:
- المنزل يتحول إلى هدف: القصص المتكرر للبيوت يُفقد الطفل الشعور بالأمان الأساسي، ويتسبب بما يسمى بـ "صدمة المأوى" (Shelter Trauma)، حيث لا يعود لأي مكان معنى الحماية.
- المدرسة كذاكرة للنجاة أو الموت: فقدان المدرسة كمكان للتعلم واللعب يحوّل التجربة المدرسية إلى مرآة للتهديد والانقطاع.
- انهيار الروابط الآمنة يؤدي إلى أنماط تعلق مرضية، أبرزها:
- التعلق التجني (Avoidant Attachment) يظهر في انسحاب الطفل من العلاقات، وتجنبه لطلب المساعدة.
- التعلق الفوضوي/غير المنظم (Disorganized Attachment) يتمثل في السلوك المتناقض (حب وعدوان في آن واحد)، وفقدان القدرة على التنبؤ بسلوكيات الكبار.

3. غياب الرمز الأبوي والاجتماعي: اليُتم النفسي والتفكك البنيوي :

- تكرار فقدان المعيل (أب، أم، أخ، جد) بسبب الاستهداف المباشر أو غير المباشر، لا يحرم الطفل من الحماية فقط، بل من النموذج التنظيمي البنيوي الذي يساعده على:
- فهم النظام الأخلاقي (ما هو صواب وخطأ).
 - تفسير مشاعره وتوجيهها.
 - محاكاة الأدوار الاجتماعية والذاتية.
 - وبغياب هذه الرموز، يدخل الطفل في حالة من التيه الاجتماعي والانفعالي، تظهر عبر:
 - ضياع الهوية الجندرية والاجتماعية: غياب النموذج الذكوري/الأنثوي الموجه يؤثر على فهم الطفل لدوره المستقبلي.
 - نشوء ما يُسمى بـ "اليُتم المجتمعي" (Societal Orphanhood) "حيث يشعر الطفل أنه من دون "ظهر" أو انتماء وافي، ما ينتج عنه مشاعر عميقة بالهجران، القلق الوجودي، والغضب المكبوت.
 - استنتاج تكاملي:
 - نموذج غرة لا يعكس فقط مأساة إنسانية، بل يمثل حالة سريرية جماعية تستدعي نماذج تدخل متعددة المستويات، تُراعي التشظي النفسي، الانقطاع النمائي، والمحو الرمزي الذي يعانيه الطفل.
 - وبالتالي، فإن العمل النفسي في هذا السياق يجب أن ينتقل من دعم الصدمة إلى إعادة تشكيل الحاضنة النفسية والاجتماعية، من خلال توفير الحماية، وإعادة بناء الروابط، وإعادة إحياء الشعور بالمعنى والانتماء.

رابعاً: النتائج النفسية والسلوكية للصدمة المتكررة :

تعكس الصدمة المتكررة لدى الأطفال بنية معقدة من الاستجابات النفسية والسلوكية التي تتجاوز ردود الفعل الطبيعية تجاه الخطر، لتشكل اضطرابات مزمنة تؤثر في كل أبعاد النمو، من الانفعالات إلى الإدراك، ومن التفاعل الاجتماعي إلى تكوين الهوية. وفيما يلي تفصيل لأبرز هذه النتائج:

1. اضطرابات في التكيف (Adjustment Disorders) :

- يتجلى هذا النمط في صعوبة الطفل على التأقلم مع المتغيرات المتلاحقة كالزواج، فقدان الأهل، أو الحياة في بيئة قصف دائم. يعاني الطفل من تقلبات مزاجية، حزن دائم، قلق مفرط، أو نوبات غضب، وقد يظهر سلوكيات انطوائية أو تخريبية كرد فعل على الفقد المتكرر وانعدام السيطرة.

2. اضطراب الكرب التالي للصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) :

- تُعد من النتائج الأكثر شيوعاً، حيث يعاني الطفل من إعادة معايشة الحدث الصادم عبر الكوابيس، الفلاشباك، أو التوتر الشديد عند تذكره. يترافق ذلك مع تجنب للمواقف المرتبطة بالحدث، فرط يقظة، واضطرابات في النوم. وقد يظهر عليه البلادة الانفعالية أو التبلد العاطفي (emotional numbing) كرد فعل دفاعي مزمن.

3. اضطراب القلق العام واضطراب الانفصال (Generalized Anxiety & Separation Anxiety) :

- تتولد لدى الطفل مشاعر خوف دائمة وغير مبررة، يصعب تهدئتها، مرتبطة بإمكانية فقدان الأشخاص المقربين، أو التعرض لهجوم مفاجئ. وغالباً ما يرفض الطفل الانفصال عن الأم أو مقدم الرعاية، ويظهر عليه القلق المفرط حتى في المواقف الآمنة نسبياً، مما يعيق استقلالته ويزيد من اعتماديته القهرية.

4. الانكفاء الاجتماعي أو العدوان المفرط :

- تؤدي الصدمة إلى تباين في الاستجابات السلوكية؛ فبينما ينسحب بعض الأطفال من التفاعل الاجتماعي، مفضلين العزلة والصمت، يظهر آخرون سلوكاً عدوانياً مفرطاً، تجاه الذات أو الآخرين، كوسيلة للدفاع عن النفس أو لتفريغ التوتر الداخلي. كلا النمطين يعكس اضطراباً في التنظيم الانفعالي وفي فهم العلاقات الاجتماعية الآمنة.

5. اضطرابات الهوية والانفصال عن الواقع (Dissociative Symptoms) :

- تُضعف الصدمة المتكررة البنية المتناسكة للذات، ما يؤدي إلى انقطاع الطفل عن مشاعره أو جسده أو محيطه، فيما يعرف بأعراض التفكك (Dissociation) وقد يعاني الطفل من شعور بالاغتراب عن الذات، فقدان مؤقت للذاكرة، أو تصرفات تمثيلية غير واعية. هذا الانفصال يعرقل بناء هوية مستقرة ويعيق التفاعل مع الواقع.

6. ضعف في الأداء المدرسي والتعلم :

- يتأثر الجهاز المعرفي نتيجة الاستثارة العصبية المزمنة، فينخفض تركيز الطفل، وتضعف قدراته على التذكر، التنظيم، وحل المشكلات. كما أن البيئات غير المستقرة، والانقطاعات التعليمية، والخوف المستمر، تخلق حاجزاً معرفياً وانفعالياً أمام التعلم، ما ينعكس في ضعف التحصيل الدراسي، رفض المدرسة، أو تسرب مبكر.

استنتاج تكاملي:

إن هذه النتائج لا تظهر بمعزل عن السياق، بل تتداخل مع عوامل بيئية واجتماعية تعمق من أثر الصدمة، كالفقر، انعدام الاستقرار، وغياب الرعاية المتخصصة. وبالتالي، فإن التدخلات النفسية يجب أن تستهدف ليس فقط علاج الأعراض، بل إعادة بناء البيئة الآمنة، وتعزيز الحصانة النفسية، وتمكين الطفل من استعادة المعنى والاتصال بالذات والآخر.

خامساً: نحو استجابة علاجية تكاملية :

في ضوء تعقيدات الصدمة المتكررة وتأثيراتها المتعددة الأبعاد على الأطفال، تبرز الحاجة إلى بناء استجابة علاجية متكاملة تجمع بين النماذج النفسية المعمقة، التقنيات السلوكية المعرفية، والاستجابات المجتمعية الواسعة. هذه الاستجابة يجب أن توازن بين معالجة الفرد من جهة، ودعم البيئة المحيطة به من جهة أخرى، لتحقيق تعافي شامل ومستدام.

1. التحليل النفسي: استعادة الذات عبر العلاقة العلاجية :

- تتمثل الأولوية في تقديم مساحة علاجية آمنة تسمح للطفل بتفريغ المشاعر المكبوتة التي لا تجد مكاناً للتعبير في حياته اليومية المليئة بالخوف والاضطراب. يعتمد التحليل النفسي على رمزية التعبير، سواء عبر الحكى، اللعب، أو الفن، لتمكين الطفل من مواجهة الألم النفسي بشكل غير مباشر، يحد من مقاومة اللاوعي.
- تفريغ المشاعر المكبوتة: من خلال تمكين الطفل من التعبير الإبداعي عن مشاعره، يتم تخفيف الضغط النفسي وتفكيك التوترات الداخلية التي تشكل قاعدة اضطراباته.

- إعادة بناء الذات المجزأة: يُعد إرساء علاقة علاجية آمنة وثابتة مع المعالج خطوة أساسية لإعادة تنظيم بنية الذات، إذ توفر العلاقة الموثوقة نموذجًا تصحيحيًا للثبات النفسي.
- إتاحة الحزن والحداد: يتيح العلاج النفسي مكانًا للطفل ولعائلته للقيام بطقوس حزن متكاملة تساهم في استيعاب الخسائر المتكررة، وتحول الحزن من حالة انجماد إلى عملية شفاء مستمرة.

2. العلاج المعرفي السلوكي: تعديل المعتقدات وتنمية المهارات :

- ينطلق العلاج المعرفي السلوكي من مبدأ أن الأفكار والمعتقدات السلبية التي تتشكل بفعل الصدمة هي التي تؤثر على المشاعر والسلوكيات. لذا، فإن العمل العلاجي يركز على تعديل هذه المعتقدات وتعزيز مهارات الطفل في تنظيم انفعالاته.
- تعديل المعتقدات السلبية: يتم تعريف الأفكار غير الواقعية أو المتطرفة التي تعزز الشعور بالخوف والعجز، واستبدالها بمعتقدات أكثر واقعية وواقعية تدعم الإحساس بالأمان والقدرة على التحكم.
- تعليم مهارات التنظيم الانفعالي: يتعلم الطفل طرقًا عملية للتحكم في استجابات القلق والغضب، مثل تقنيات التنفس، الاسترخاء، وتحديد المحفزات التي تؤدي إلى ردود فعل مفرطة.
- برامج التدخل الجماعي: تركز على تعزيز الشعور بالانتماء والدعم الاجتماعي، عبر مجموعات دعم وتدريب على مهارات التواصل، التعاون، وحل النزاعات، مما يعزز قدرة الطفل على التكيف في بيئته الاجتماعية.

3. التكامل مع الاستجابات المجتمعية: بيئات آمنة وداعمة :

- لا يمكن لعلاج الصدمات أن يقتصر على الفرد فقط، بل يجب أن يمتد إلى البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل، حيث تلعب الأسرة، المدرسة، والمجتمع دورًا محوريًا في تأمين استمرارية التعافي.
- توفير بيئات صديقة وآمنة نفسيًا: من خلال تطوير أماكن تعليمية وترفيهية تستجيب للحاجة للأمان والطمأنينة، وتحمي الأطفال من مواقف قد تعيد إحداث الصدمة أو تثير القلق.
- دمج الدعم النفسي في المؤسسات: عبر إدخال برامج الدعم النفسي والاجتماعي ضمن المناهج المدرسية والمراكز المجتمعية، يتم خلق شبكة دعم واسعة تساهم في التقليل من عزل الطفل وتعزز تواصله مع الآخرين.
- تدريب مقدمي الرعاية والمعلمين: بإعدادهم على أدوات التعافي النفسي، يصبحون قادرين على التعرف المبكر على علامات الصدمة، تقديم الدعم الأولي، وتحويل الحالات المعقدة إلى مختصين مؤهلين، مما يحسن جودة الاستجابة ويعزز ثقة الأطفال في محيطهم.

تُبرز هذه الاستجابة العلاجية التكاملية أهمية النظر للصدمات المتكررة كظاهرة معقدة تتطلب تدخلاً متعدد المستويات، يدمج العلاجات النفسية الفردية مع استراتيجيات الدعم المجتمعي الواسع، لضمان تعافي الأطفال وتحقيق تنمية نفسية واجتماعية متوازنة رغم ظروف النزاع والصراع.

الخاتمة :

تتجاوز الصدمة المتكررة كونها مجرد تجارب مؤقتة تُحدث اضطرابات نفسية عابرة، لتصبح تهديدًا جوهريًا ومستمرًا لمسار تطور الطفل النفسي والاجتماعي، خصوصًا في البيئات التي تعيش حالة إبادة جماعية مزمنة، كما هو الحال في غزة. إن ما يميز الصدمة في هذه الحالة هو طبيعتها المركبة التي لا تسمح بحدوث تعافي طبيعي بسبب التكرار المستمر للأحداث المؤلمة، وفقدان الطمأنينة، والغياب شبه الكامل لأي مساحة آمنة تتيح للطفل الشعور بالأمان النفسي والجسدي.

إذا ما تأخر التدخل العلاجي أو لم يكن مبنيًا على فهم عميق لمتطلبات البيئة المجتمعية والخصوصيات النفسية للأطفال المتضررين، فإن الأثر النفسي لا يقتصر على الطفل وحده، بل يمتد ليؤثر على تماسك الأسرة، الديناميات الاجتماعية، والبنية المجتمعية ككل. إذ يصبح تكرار الصدمة عاملاً مهددًا لاستقرار المجتمع، ويعرقل فرص النهوض والتنمية، ويؤسس لدوامات متكررة من العنف، الإقصاء، والانفصال النفسي.

بالتالي، فإن الاستجابة لهذه الصدمات المتكررة يجب أن تتخطى حدود التدخلات العلاجية الفردية لتشمل استراتيجيات علاجية شاملة وتكاملية تجمع بين العمل النفسي العميق والتدخلات المجتمعية الواسعة. فالتدخل المبكر والفعال لا يخفف فقط من المعاناة النفسية للطفل، بل يسهم في حماية المجتمع ككل من الانهيار والتفكك.

إن العمل النفسي العلاجي هنا لا يشكل فقط استجابة إنسانية أخلاقية، بل هو استراتيجية بقاء جماعية، تضمن استمرار الحياة بأدنى مستويات الاستقرار النفسي والاجتماعي. فمن خلال تمكين الأطفال والمجتمعات المتضررة من مواجهة الصدمة وتحويل الألم إلى موارد داخلية للنمو والتعافي، نفتح آفاقًا حقيقية لإعادة بناء الذات والمجتمع على حد سواء، وسط بيئة من الألم والفقد المزمن. في النهاية، يمثل فهم الأبعاد النفسية والاجتماعية للصدمة المركبة والاهتمام بالعلاج التكاملية جوهر العمل الإنساني والتنمية في مناطق النزاع، ويُعدّ خطوة ضرورية نحو مستقبل أكثر أمانًا واستقرارًا لأطفال غزة ومجتمعاتها.

References:

1. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
2. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
3. Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
4. Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). *Complex PTSD: Scientific foundations and clinical applications*. Guilford Press.
5. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). Guilford Press.
6. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
7. van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
8. Panter-Brick, C., & Eggerman, M. (2012). Understanding culture, resilience, and mental health: The production of hope. *International Journal of Mental Health Systems*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-5>
9. Khamis, V. (2019). Psychological consequences of exposure to war trauma among Palestinian children in the Gaza Strip: A review of literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(4), 523–536. <https://doi.org/10.1177/1524838017719261>
10. World Health Organization. (2018). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental health Gap Action Programme (mhGAP)* (2nd ed.). WHO Press.
11. Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 317–328. <https://doi.org/10.1080/09540260802090363>
12. van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277-293. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.022>
13. Najjar, F., Rowland, M., & Arafat, M. (2019). Psychosocial interventions for children affected by war in Palestine: A systematic review. *Global Mental Health*, 6, e18. <https://doi.org/10.1017/gmh.2019.14>
14. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

العلاقة بين الصدمة المبكرة وتأخر النمو الجسدي والمعرفي في سنوات الحياة الأولى للأطفال الفلسطينيين في ظل حرب الإبادة الجماعية للمجتمع الغزي: مقارنة تحليلية نفسية وسلوكية

الخلفية والسياق:

تُعدّ الطفولة المبكرة (من الولادة حتى سن الخامسة) المرحلة الأكثر حرجًا في تشكيل المعمار النفسي والعصبي والجسدي للإنسان. في هذه السنوات تتكون اللبنة الأساسية لمهارات الانتباه، اللغة، الانفعال، التنظيم الذاتي، والنمو الجسدي، وهي تتطلب بيئة غنية بالتحفيز، أمنة عاطفيًا، ومستقرة في علاقات الرعاية. غير أن هذه الشروط تصبح مستحيلة التحقق في سياقات الحروب الممتدة، لا سيما في حالات الإبادة الجماعية، حيث يصبح الوجود الإنساني ذاته عرضة للتهديد الدائم والإنكار المنهجي.

في قطاع غزة، ومنذ أكثر من عقد ونصف، يشهد الأطفال الفلسطينيون نمطًا غير مسبوق من التعرض للصددمات المبكرة والمعقدة، نتيجة التكرار العنيف للاجتياحات العسكرية، وعمليات القصف الجماعي، والحصار الخانق، والتهجير، وغياب الخدمات الأساسية من غذاء، وماء، ورعاية صحية، وتعليم. لقد تحولت البيئة النمائية الأولية – التي يُفترض أن تُشكل فضاءً للحماية والنمو – إلى فضاء عدواني قاتل تُقوّض فيه كل عوامل البناء النفسي والمعرفي.

تشير الأدبيات النفسية، منذ أعمال جان بياجيه وفرويد وحتى إريكسون وباول بلوير، إلى أن الطفل في سنواته الأولى لا يملك القدرة على "تمثيل" أو "معالجة" الأحداث الصادمة الكبرى، بل يعيشها كإدخالات حسية بدائية تتسرب إلى جسده ونفسه دون وجود إطار رمزي أو لغوي يحتويها. هذا ما يسميه التحليل النفسي الحديث "الصدمة غير القابلة للرمزية" (Unsymbolized Trauma)، والتي تتحول لاحقًا إلى أعراض نمائية وجسدية مزمنة.

وعلى المستوى السلوكي-المعرفي، يوضح علماء مثل ألبرت بندورا وآرون بيك أن التعلم في هذه المرحلة يعتمد على التجربة المكررة، والنمذجة الاجتماعية، والانفعالات المصاحبة. عندما تكون التجربة الأولى مشبعة بالخوف والفقد، وعندما يكون "النموذج" الوحيد المتاح هو الأم المهارة أو الأب القاتل أو الجسد المدفون تحت الركام، فإن الطفل يكتسب تمثيلات معرفية مشوهة للعالم، وللذات، وللآخرين، مما ينعكس على جميع وظائفه النفسية لاحقًا.

تظهر العلاقة بين الصدمة المبكرة وتأخر النمو في قطاع غزة بأبعادها الجسدية والمعرفية والعصبية والاجتماعية. ففي العيادات النفسية، وفي الدراسات الطولية القليلة المتاحة، نجد مؤشرات مزمنة على:

- تأخر المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة.
- اضطرابات اللغة، والتعبير اللفظي، والفهم الرمزي.
- ضعف التركيز، وتشتت الانتباه، وصعوبة التفاعل الاجتماعي.
- اضطرابات في الشهية والنوم والنمو الجسدي.
- ارتفاع معدلات التأخر في المهارات ما قبل الأكاديمية.

وتزداد خطورة هذه الأعراض حين لا تُفهم كنتاج لبيئة غير حاضنة، بل تُفترض كمشكلات داخلية في الطفل، مما يؤدي إلى وصمه بدل علاجه.

في هذا السياق، يهدف هذا المقال إلى تحليل العلاقة السببية والعرضية بين الصدمة النفسية المبكرة وتأخر النمو الجسدي والمعرفي لدى الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة. وسنقوم بذلك من خلال دمج مقاربتين أساسيتين:

- المقاربة التحليلية النفسية التي تفسر أثر انهيار البيئة الحاوية والرمزية على الذات النامية.
- والمقاربة السلوكية-المعرفية التي تركز على آليات التعلم السلبي، والشرطية، وتكوين أنماط التفكير المشوهة.

وسوف نقرأ هذه العلاقة ضمن إطار سياق اجتماعي سياسي مأزوم، لا يمكن فيه فصل البُعد النفسي عن منظومة القهر البنيوي، حيث تصبح الصدمة فردية وجمعية، لحظية وممتدة، واعية ولاواعية في آنٍ واحد.

إن فهم هذه العلاقة لا يشكل فقط مساهمة علمية في مجال الصحة النفسية في مناطق النزاع، بل هو ضرورة إنسانية لفهم ما يُرتكب من تدمير بطيء للبنية النفسية والبيولوجية لجيل كامل يُراد له أن يُولد معطلاً، وأن ينمو بلا أدوات، وأن يُربي على الرعب.

أولاً: طبيعة الصدمة المبكرة في سياق الإبادة الجماعية :

1. تعريف الصدمة المبكرة: البنية والخصوصية الزمنية :

• تُعرف الصدمة النفسية المبكرة (Early Psychological Trauma) بأنها تجربة انفعالية مفرطة في شدتها، مفاجئة أو مزمنة، يتعرض لها الطفل في مرحلة يكون فيها الجهاز النفسي-العصبي في طور التكوين، وغير قادر بعد على التنظيم، أو الاستيعاب، أو التعبير الرمزي. ما يميز هذا النوع من الصدمات ليس فقط فظاعته، بل توقيتته الحرج: إذ تصيب الذات في لحظة ما قبل اكتمال آليات الدفاع أو بناء الهوية الأولية، مما يجعل أثارها ممتدة في الزمن، عميقة في البنية، ومتعددة المظاهر في الجسد والسلوك والإدراك.

2. الصدمة في غزة: من الحدث العرضي إلى البنية المعاشة :

• في السياقات الكلاسيكية للصدمة (كما في الحوادث الفردية أو فقدان المحدود)، يمكن غالباً عزل الحدث الصادم، وتأثيره، ومعالجته من خلال آليات الترميم النفسي. غير أن الواقع في قطاع غزة – خاصة منذ تصاعد الاستهداف الممنهج للمدنيين والبنى التحتية منذ 2008، وخصوصاً خلال حرب الإبادة الجماعية في 2023-2024 – يُنتج نوعاً مختلفاً من الصدمة: صدمة بنيوية مستمرة (Structural and Chronic Trauma).

هذه الصدمة لا تنبع من حدث منفصل، بل من سلسلة ممتدة ومتراكبة من الانتهاكات الحياتية اليومية، والتي تشمل:

- القصف المتكرر والعشوائي للمنازل والمدارس والمستشفيات.
- فقدان أحد أو كلا الوالدين أمام أعين الطفل، أو اختفائهم تحت الأنقاض.
- التهجير القسري المتكرر من منطقة إلى أخرى، دون مأوى أو استقرار.
- المجاعة ونقص الماء والتغذية، وما يتبعها من تدهور صحي متسارع.
- انعدام الشعور بالأمان الوجودي، حيث لا يوجد "مكان آمن" داخل الجغرافيا النفسية أو المكانية.

في هذا السياق، الطفل لا ينجو من الصدمة بل يعيش داخلها، ويتنفسها يومياً. إنها ليست ذكرى صادمة بل واقع معاش، مستمر، يتخلل كل لحظة من وجوده.

3. رؤية التحليل النفسي: انهيار الحاوي وفقدان التماهيات الأولية :

تقدّم المدرسة التحليلية، من خلال أعمال دونالد ونيكوت، ميلاني كلاين، وبيون، فهماً بالغ الأهمية للصدمة في سنوات التكوين الأولى. يشير ونيكوت إلى مفهوم "البيئة الحاوية" (Holding Environment)، أي ذاك الحضور المتواصل والأمن للأم أو الراعي، الذي يحتضن مشاعر الطفل، ويترجمها، ويعطيها رمزية قابلة للمعالجة. في حالة غياب هذه البيئة، أو تهتكها بسبب الصدمة، ينمو الطفل في فراغ نفسي، حيث يتسرب الرعب مباشرة إلى الجسد دون وساطة رمزية.

أما ميلاني كلاين، فتشرح كيف أن الطفل في سنواته الأولى يحتاج إلى بناء تماهيات أولية مستقرة (مثل صورة الأم الطيبة، والثدي المُغذي، والراعي الحامي). حين يتم استبدال هذه التماهيات المبكرة بتجارب من الهجر، الجوع، والفقد العنيف، تنشأ تمثيلات نفسية مشوهة للذات والآخر والعالم، يتأسس عليها جهاز دفاعي مضطرب: كالنفي، والانشقاق، والإسقاط.

ويضيف بيون عبر مفهوم "الوقائع غير القابلة للهضم" (Unprocessable Beta Elements) "أن الصدمة المبكرة تنتج محتويات نفسية خام، غير قابلة للربط أو الدمج، مما يؤدي إلى اضطراب عميق في آلية التفكير، وتأخر القدرة على التمثيل الرمزي لاحقاً. وهي حالة تنطبق بدقة على أطفال غزة الذين يشهدون مشاهد قتل وفقد وركام قبل أن يتعلموا أسماء ألوانهم.

4. منظور السلوك المعرفي: التعلم السلبي والارتباط الشرطي بالخطر:

من زاوية العلاج السلوكي-المعرفي (CBT) ، تقوم البنية النفسية الأولى على سلسلة من التعليمات والانطباعات اللاواعية، التي يربط فيها الطفل بين المنبهات الخارجية والاستجابات الداخلية. في السياقات الآمنة، يتعلم الطفل أن صوت الأم يدل على الراحة، وأن لمس اليد يشير إلى الأمان، وأن الغرفة المضيفة تعني اللعب.

غير أن الطفل الغزي يتعلم، منذ شهوره الأولى، أن الصوت العالي يعني خطراً، وأن الليل قد يأتي بالقصف، وأن الوجود في بيت قد ينتهي بانفجاره. هذه التعليمات الشرطية السلبية تؤسس لنمط معرفي دفاعي مبكر يتصف بـ:

- تجنب التحفيز: حيث يصبح الانسحاب والعزلة استجابة مفضلة لخفض القلق.
 - الانغلاق المعرفي: حيث يتقلص فضاء الاستكشاف والتجربة إلى حدود النجاة فقط.
 - المبالغة في الانتباه للخطر: (Hypervigilance) حيث يُستهلك الجهاز المعرفي في مراقبة البيئة بحثاً عن مؤشرات التهديد.
 - تكوين معتقدات معرفية مشوهة حول الذات ("أنا ضعيف")، والعالم ("كل شيء خطر")، والمستقبل ("لن يكون هناك أمان").
- وبذلك، تتجلى الصدمة المبكرة كـ مُعلّم أول سلبي، يرمج إدراك الطفل ونموه على البقاء لا الاكتشاف، على الدفاع لا التعلم، على الانكماش لا التوسع.

5. الصدمة كمُركّب نفسي/جسدي/اجتماعي :

- لا يمكن فصل الصدمة في سياق الإبادة عن بعدها المجتمعي. فالطفل لا يختبر الألم في عزلة، بل ضمن نسيج عائلي مفكك، ومجتمع منكوب، ونظام دعم مهالك. يصبح "الجسد النفسي" للطفل انعكاساً للجسد الجماعي المنهار. ويغيب الحضور الراشد القادر على التنظيم النفسي للكارثة، مما يزيد من عمق الترسخ الصدمي.
- في النهاية، فإن طبيعة الصدمة المبكرة في غزة تتجاوز المعايير الإكلينيكية التقليدية لـ PTSD، لتقترب مما يُعرف اليوم في التصنيفات الحديثة بـ "الصدمة المركبة المعقدة" (Complex Developmental Trauma)، والتي تُعرّف بأنها: "مجموعة من التجارب الصادمة المتعددة والمستمرة التي تحدث خلال مراحل التطور الحاسمة، وتؤثر على جوانب متعددة من التنظيم النفسي، والسلوك، والهوية، والنمو العصبي."

ثانيًا: أثر الصدمة المبكرة على النمو الجسدي :

- تمتد آثار الصدمة المبكرة إلى ما هو أبعد من الحقل النفسي، لتتطال الجسد كمساحة تجسيد للاضطراب الداخلي، وسجل بيولوجي لتجارب الخوف، والفقد، والتهديد المستمر. في سياقات الإبادة الجماعية وسوء التغذية المزمن كما هو الحال في غزة، يتحول الجسد الطفولي إلى مسرح مفتوح لتأثيرات الصدمة على مختلف أنظمة النمو: العصبي، الهرموني، العضلي، والهضمي، ما يخلف آثارًا عميقة وطويلة الأمد قد تلازم الطفل مدى الحياة.

1. الآلية الفسيولوجية: محور الضغط الحيوي والتثبيط الهرموني :

يشير علم الأعصاب التطوري (Developmental Neuroscience) إلى أن الجهاز العصبي للطفل في سنواته الأولى يتميز بمرونة عالية (Neuroplasticity)، لكنه في المقابل هش أمام التجارب الصدمية المتكررة. عند التعرّض المزمن للضغط النفسي، يتم تفعيل محور الوطاء-النخامة-الكظر (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis - HPA)، وهو المسؤول عن استجابة الجسم للضغط من خلال إفراز الكورتيزول وهرمونات التوتر الأخرى.

في السياق الطبيعي، يُفترض أن يكون هذا التفعيل مؤقتًا، لمواجهة خطر محدد. أما في ظل الإبادة الجماعية والضغط الوجودي المستمر، فإن هذا المحور يظل مفعلاً باستمرار (Chronic HPA Axis Activation)، ما يؤدي إلى:

- فرط إفراز الكورتيزول بشكل مزمن، وهو ما يتسبب في تثبيط الجهاز المناعي، وإبطاء عملية انقسام الخلايا ونموها.
 - تأخر في نضج العظام والغضاريف نتيجة اختلال التوازن بين هرمونات النمو (GH) وهرمونات التوتر.
 - خلل في التنظيم الحراري والنشاط العصبي العضلي، يؤثر على التطور الحركي.
 - تشوه التوازن الغذائي العصبي، حيث يتأثر مركز الشبع والجوع في الوطاء، مما يؤدي إلى فقدان الشهية أو اضطرابات الأكل.
- هذا التأثير المركب يجعل الأطفال، خاصة في السنوات الخمس الأولى، أكثر عرضة للتقرّح، وضعف البنية الجسدية، وتدهور المناعة، وهي مؤشرات تُسجّل حاليًا بنسب مرتفعة بين الأطفال في غزة وفق تقارير اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية.

2. الأثر البيئي والتغذوي المتداخل مع الصدمة: آلية التدهور السلوكي الغذائي :

لا تقتصر تأثيرات الصدمة على العمليات الفسيولوجية الداخلية فحسب، بل تمتد أيضًا إلى السلوك الغذائي والأنماط الحياتية المرتبطة بالنمو الجسدي. تشير الدراسات النفسية إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD) أو القلق المزمن، غالبًا ما يُظهرون:

- فقدان الشهية أو الانتقائية المفرطة في الطعام نتيجة الربط الشرطي بين الطعام والمواقف الصادمة (مثل فقدان أحد الوالدين أثناء تناول الطعام).
 - اضطرابات النوم المتكررة، والتي تؤدي إلى نقص إفراز هرمون النمو الليلي، وتؤثر على التوازن الأيضي.
 - زيادة التوتر الحركي أو الانسحاب الحسي، ما يحد من النشاط البدني الإيجابي اللازم لتقوية العضلات وتطوير المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة.
 - الانشغال المفرط بالخطر والنجاة، مما يخلق ما يمكن تسميته بـ"انكماش النمو السلوكي الغذائي"، حيث يتراجع الطفل عن أي سلوك استكشافي أو تجريبي، ومنه التغذية.
- ويلاحظ كذلك أن الأطفال الذين تعرضوا لنوبات فقد شديد أو رؤية مشاهد صادمة يعانون من متلازمة الرفض الجسدي غير الواعي (Somatic Refusal)، حيث يرفض الطفل الأكل أو التفاعل الحركي كاستجابة جسدية لانهميار رمزي داخلي.

3. مؤشرات ميدانية: الواقع الجسدي لأطفال غزّة كصدي للكارثة الصدمية :

تدل تقارير ميدانية عديدة، منها تقارير منظمة اليونيسيف (2023-2024)، على وجود:

- ارتفاع غير مسبوق في نسب التقزم (Stunting) لدى الأطفال دون سن الخامسة، يصل في بعض المناطق إلى أكثر من 45%.
 - معدلات مقلقة من الهزال (Wasting)، وهو مؤشر على فقدان الوزن الحاد مقارنة بالطول.
 - نقص شديد في الفيتامينات والمعادن، وخاصة الحديد والزنك وفيتامين D، مما يزيد من هشاشة البنية العظمية وتأخر النمو العصبي.
 - تأخر في التطور الحركي واللغوي، وهو ما يظهر في تأخر الجلوس، الحبو، المشي، أو النطق، نتيجة لتداخل الصدمة النفسية مع سوء التغذية.
- هذا الواقع لا يمكن تفسيره فقط من زاوية نقص الغذاء، بل من زاوية تكاملية بين الصدمة النفسية المبكرة، والحرمان البيئي، والضغط الأسري، وانعدام منظومة الحماية.

4. الصدمة الجسدية كجزء من الصدمة النفسية: ثنائية العقل والجسد :

من المهم تجاوز الفصل التقليدي بين "النفس" و"الجسد"، والاعتراف بأن الجسد الطفولي يتشبع بذاكرة الصدمة، ويعيد إنتاجها عبر أعراض ظاهرة، مثل:

- آلام المعدة المزمنة دون سبب عضوي. (Somaticized Anxiety)
 - التبول الليلي اللاإرادي.
 - النوبات الحركية أو التجمد. (Freezing Episodes)
 - اختلالات في التوازن الحسي. (Sensory Processing Dysregulation)
- وهذه الأعراض غالبًا ما تُفسّر خطأ كاضطرابات جسدية فقط، بينما هي في الحقيقة تعبيرات جسدية عن اضطرابات نفسية عميقة. وفي سياق غزّة، حيث لا تتوفر بنية صحية أو نفسية متكاملة، فإن هذه الأعراض تُترك دون تشخيص أو تدخل، مما يزيد من ترسيخ الإعاقة الجسدية/النفسية لاحقًا.

ثالثًا: أثر الصدمة على النمو المعرفي واللغوي :

إن التطور المعرفي واللغوي لدى الطفل لا ينمو في فراغ، بل يرتكز على بيئة آمنة، مستقرة، ومحفزة، توفر للدماغ النامي التغذية الاجتماعية والانفعالية والمعرفية اللازمة لبناء الوظائف العليا. وفي سياقات الإبادة الجماعية والتشريد كما في غزّة، تصبح هذه البيئات

مفقودة، وتتحول الطفولة إلى حالة من القلق المستمر والحرمان الحسي والمعرفي، ما ينعكس سلبًا على تطور الإدراك، اللغة، والوظائف التنفيذية.

1. ضعف الإدراك الأولي وتراجع الوظائف المعرفية العليا :

يشكل الإدراك الحسي والانتباه المستمر حجر الأساس في البناء المعرفي، لكن في ظل التهديد الوجودي المتكرر، يتجه الجهاز العصبي للطفل إلى "وضع النجاة (Survival Mode)" ، حيث:

- ينخفض مستوى الانتباه الإرادي (Selective Attention) بسبب فرط النشاط في اللوزة الدماغية (Amygdala) المسؤولة عن رصد الخطر.
 - تتأثر الذاكرة العاملة (Working Memory) ، وهي المسؤولة عن تخزين ومعالجة المعلومات بشكل لحظي، نتيجة تأثير الحصين (Hippocampus) بهرمونات التوتر.
 - يضعف الأداء التنفيذي في تنظيم الأفكار وحل المشكلات وتكوين العلاقات السببية، وهو ما يظهر في ضعف قدرة الطفل على التمييز بين السبب والنتيجة أو الربط المنطقي بين الأحداث.
- هذه التغيرات العصبية لا تُرى بالعين المجردة لكنها تُترجم سلوكيًا في الصفوف الدراسية إلى: تشتت ذهني، نسيان متكرر، بطء في الاستجابة، وفقر في المهارات المنطقية والرياضية.

2. البيئة غير المحفزة: غياب السياق اللغوي الآمن :

في ظل الحروب والنزوح، يتحول البيت – بوصفه الحاضنة الأولى للغة – إلى مساحة مقطوعة عن التواصل الدافئ والأنشطة التفاعلية. الأطفال الصغار يعتمدون في اكتساب اللغة على:

- سرد القصص والأغاني التكرارية التي تغذي المخزون اللفظي والإيقاعي.
- الحوارات اليومية الحانية مع مقدمي الرعاية، والتي تنمي المهارات التعبيرية والتبادلية.
- اللعب الرمزي والتمثيلي الذي يوسع الخيال اللغوي ويربط الكلمات بالمعاني.

لكن في بيئة الخوف والصدمة:

- يقلّ الحديث الموجه للأطفال، أو يصبح مليئًا بالتوتر.
 - تغيب الألعاب الجماعية والمثيرات البصرية والسمعية.
 - يُستبدل الخيال بقصص البقاء والموت، مما يقوض التطور الرمزي.
- تشير الدراسات إلى أن الطفل في بيئة غير محفزة لغويًا خلال السنوات الثلاث الأولى يفقد يوميًا ما يقارب 30-50 كلمة محتملة من معجمه المعرفي المستقبلي، مما يُحدث فجوة معرفية ولغوية يصعب تعويضها لاحقًا.

3. اضطراب التعلق: اختلال البناء التنظيمي للدماغ :

من منظور نظرية التعلق (Attachment Theory) ، فإن العلاقة الآمنة والمستمرة مع الأم أو مقدم الرعاية الأساسي تُعتبر الحاضنة الأولى لتنظيم الانفعال وبناء الأساس العصبي للوظائف العليا (Executive Functions). الصدمة النفسية – خصوصًا المرتبطة بفقد أحد الوالدين، أو الانفصال القسري، أو الخوف من الموت – تؤدي إلى:

- اضطراب في تكوين التعلق الآمن (Insecure or Disorganized Attachment).
- تأخر في نضوج القشرة الجبهية الأمامية (Prefrontal Cortex) ، المسؤولة عن التنظيم العاطفي والتفكير المجرد.
- ميول انسحابية أو عدوانية تحدّ من تفاعلات الطفل الاجتماعية، وبالتالي من فرص تعلّمه من أقرانه.
- الطفل الصدمي يعاني من "فجوة تفاعلية"، حيث يصبح إما شديد الالتصاق أو مفرط التجنب أو عدوانيًا. وهذه الحالات تعيق عمليات المحاكاة الاجتماعية (Social Imitation) التي تمثل أحد أبرز مصادر النمو اللغوي والمعرفي المبكر.

4. تشوه التمثيلات المعرفية: بناء واقع مشوّه :

الصدمة المبكرة لا تؤثر فقط على العمليات البيولوجية، بل تعيد تشكيل صورة الطفل للعالم من حوله. في هذا السياق، يُعاد بناء الإدراك من خلال ثلاث ظواهر رئيسية:

- تكوّن تمثيلات معرفية عدوانية للعالم الخارجي (The World as Unsafe and Hostile) ، حيث يُنظر إلى الآخرين كتهديد.

- صعوبة في بناء النماذج العقلية للتنظيم (Mental Models) ، مثل التسلسل، المقارنة، التصنيف.
- سيادة التفكير السحري والارتباطي (Magical & Associative Thinking) ، حيث يربط الطفل بين الحوادث بشكل غير منطقي (مثل: "مات أبي لأنني بكيت").

وهذه التمثلات المشوهة تؤدي إلى:

- ضعف في الفهم المجرد، والقدرة على الاستنتاج.
 - ميل إلى العزلة الذهنية (Cognitive Withdrawal) والتجمد الذهني.
 - قصور في التعامل مع الرموز، مما يعيق تعلم القراءة والكتابة.
 - 5.شواهد ميدانية من غزة: الصدمة اللغوية والمعرفية بوصفها واقعًا ملموسًا
 - تشير تقارير العاملين في مجال الصحة النفسية والتعليم في قطاع غزة إلى ظواهر متكررة مثل:
 - أطفال بعمر 6-7 سنوات لا يتقنون التعبير الكامل عن احتياجاتهم بسبب تأخر لغوي حاد.
 - معدلات مرتفعة من "فقر المفردات" والتلعثم والخوف من الحديث في البيئات العامة.
 - تأخر دراسي واسع النطاق، لا يعود فقط لعوامل تعليمية، بل لصعوبات معرفية متأصلة ناجمة عن الصدمة.
 - ضعف الأداء في الاختبارات التي تتطلب تحليلًا، استنتاجًا، أو تذكرًا سريعًا.
- وقد لوحظ كذلك في بعض الدراسات السريرية أن الأطفال الذين نشأوا في بيئات صدمية دون تدخلات داعمة يُظهرون فجوة عمرية معرفية تصل إلى 2-3 سنوات مقارنة بأقرانهم في بيئات مستقرة، ما يشير إلى التأثير العميق والطويل المدى للصدمة على قدرات الدماغ المعرفية.

رابعًا: المنظور التحليلي للعلاقة بين الصدمة والنمو:

الطفولة كحيز للصراعات البدائية :

- من منظور التحليل النفسي الكلاسيكي والحديث، تُعتبر الطفولة المبكرة حقلاً تتجلى فيه الصراعات الأولية بين الغرائز: الحياة والموت، الحب والعدوان، الحضور والغياب. في هذا السياق، لا تُفهم الطفولة فقط كمحطة نمو بيولوجي، بل كمجال تكويني تتشكل فيه اللبنات الأولى للذات والهوية واللغة والمخيال.
 - إلا أن الطفل الغزي، في ظل الإبادة الجماعية والتشريد المتكرر، يُنتزع قسراً من المسار النمائي الطبيعي، ويُزج في مواجهة مباشرة مع تمثيلات الفقد، الدم، والرعب، قبل أن يمتلك أدوات نفسية أو رمزية لمعالجتها. وبهذا، تتحول الطفولة من فضاء للخيال والحب إلى مسرح للنجاة والتفكك الداخلي.
- انهيار وظيفة "التمثيل" وفقدان الوسيط الرمزي :

- في النمو الطبيعي، يتكوّن لدى الطفل تدريجيًا ما يسميه دونالد وينيكوت بـ"الحيز الانتقالي" (Transitional Space) ، وهو الفضاء الذي يسمح للطفل أن يتحرك بين الواقع والخيال، بين الذات والآخر، عبر الوسائط الرمزية كاللغة، اللعب، والرسم.
- لكن في السياقات الصدمية الفادحة:

- ينهار هذا الفضاء الانتقالي.
 - تتجمد القدرة على "التمثيل" (Representation) ، أي تحويل التجربة إلى رموز وصور يمكن التفكير بها.
 - وبدلاً من التعبير اللفظي أو الرمزي، يُلقى الألم في الجسد، ويصبح العرض الجسدي أو السلوكي هو اللغة البديلة، وهي ما يُعرف بـ التمثّل الجسدي للصدمة. (Somatization)
- هذا يعني أن الطفل الذي لا يتكلم، أو الذي يعاني من تبول لا إرادي، أو شلل نفسي، أو فقدان الشهية أو فرط النشاط، لا "يشتهي من عرض"، بل "يُعَبّر بجسده عن انكسار التمثيل"، أي عن عجز النفس عن استيعاب ما حدث عبر الكلمات.
- الذاكرة الجسدية والوجدانية: خارج السرد
- تشير نظريات مثل تلك التي طوّرها بيسيل فان دير كولك، ودانيال شترن، إلى أن الصدمة تُخزن في نظامين منفصلين من الذاكرة: الذاكرة الوجدانية/البدائية (Implicit or Procedural Memory) ، التي تُسجّل الإحساس الجسدي، الروائح، التوتر العضلي، ونبرة الصوت.

مقابل الذاكرة السردية/الصريحة (Explicit or Narrative Memory)، التي تحتاج إلى وجود قدرة لغوية وتنظيمية قادرة على "رواية" الحدث.

في حالات الصدمة الفادحة، خصوصًا في الأعوام الأولى، لا تُبنى الذاكرة السردية بسبب تعطل الجهاز العصبي وانهيار البنية الرمزية، مما يجعل الطفل "يعيد تمثيل" الصدمة جسديًا وسلوكيًا دون أن "يتذكرها" فعليًا. الطفل لا يقول "لقد رأيت بيتنا يُقصف"، بل قد يرتجف كلما سمع صوتًا مرتفعًا، أو يصمت عند اقتراب المساء، دون تفسير واضح.

تأخر النمو: ليس مجرد عرض طبي بل مظهر وجودي :

في هذا الإطار، لا يمكن فهم تأخر النمو المعرفي، اللغوي، أو الحسي الحركي فقط كمؤشرات مرضية تستوجب تدخلًا علاجيًا سطحيًا. بل يجب النظر إليها ك:

- دلالات على فشل البيئة في تحقيق الاحتواء النفسي والانفعالي.
 - أعراض لبنية ذاتية متصدعة لم تُمنح فرصة الاكتمال.
 - تعبير ضماني عن "الذات المجروحة"، التي لم تُعترف بها، ولم تجد من يترجم وجعها إلى كلمات، أو من يراها ككائن يستحق الحماية.
 - يشير فيرنانديز، أحد تلامذة مدرسة لاكان، إلى أن "الطفل الذي لا يُحتوى رمزيًا، سيُنتج أعراضًا في الجسد". وهذا ما نراه بوضوح في أطفال الحروب، حيث تتجسد الصدمة في الجسد: القلق في المعدة، الغضب في العضلات، والخوف في الصوت.
 - أمومة معطوبة واحتواء مهدد
- من منظور التحليل النفسي العلائقي (Relational Psychoanalysis)، فإن العلاقة الأولية بين الطفل والأم – أو من يقوم بدور الأم – تُعتبر المجال الأول لتنظيم الانفعالات وتكوين المعنى. لكن في السياقات التي تكون فيها الأم نفسها ضحية للخوف والتشريد، تصبح عاجزة عن أداء وظيفة "الاحتواء" (Containment) "كما وصفها بيون، أي عن تحويل قلق الطفل الخام إلى مادة نفسية قابلة للفهم.
- حين تتعطل هذه الوظيفة:

- يغدو الطفل غارقًا في ما يسميه بيون بـ "الانفعالات البدائية غير القابلة للضم" (Beta Elements)
- يُستبدل النمو بالجمود، وتُصبح الحركة النفسية في حالة "توقّف وجودي".
- ويحدث انشطار في الهوية النامية، حيث تنفصل الأحاسيس عن المعنى، ويتشظى الزمن الداخلي للطفل إلى حاضر ممتد بلا مستقبل.

نحوفهم نفسي سياسي لأعراض النمو

الصدمة في السياق الفلسطيني لا يمكن فصلها عن البُعد السياسي والاستعماري. وبالتالي، فإن "تأخر النمو" ليس خللاً فرديًا، بل:

- مؤشر على انهيار البيئة الحامية نتيجة عنف منظم.
- عرض سياسي – نفسي لنسق وجودي لا يعترف بطفولة الطفل الفلسطيني.
- صرخة مكتومة ضد فقدان الحق في النمو، في اللعب، في تأجيل الموت.
- ولذلك، فإن التعامل مع أعراض تأخر النمو عند الأطفال في غزة يتطلب تدخلًا شموليًا يجمع بين:
- الفهم التحليلي العميق للعرض بوصفه بنية دالة.
- العمل المجتمعي الذي يعيد بناء المعنى والاحتواء.
- والسياسات الحقوقية التي تحمي الطفل من إعادة إنتاج الصدمة.

خامسًا: المنظور السلوكي المعرفي والتعلّم في بيئة الصدمة :

1. التعلّم الشرطي في سياق التهديد المزمن:

من زاوية النظر السلوكية، يتأثر الطفل في بيئة الحرب بتكرار التعرض لمنهيات مؤلمة أو مهدّدة للحياة مثل أصوات القصف، انهيار المباني، صراخ الضحايا، أو حتى تغير تعابير وجوه الكبار. هذه المنهيات تتحول بفعل "الشرطية الكلاسيكية" (Classical Conditioning) "إلى إشارات خطر ترسخ في الجهاز العصبي كإشارات دائمة.

فمثلاً:

- قد تُصبح أصوات الطائرات أو انطفاء الأنوار ليلاً منبهات شرطية تُطلق تلقائيًا استجابة خوف (Conditioned Fear Response).
- وكل تجربة جديدة – حتى لو كانت آمنة – يُعاد تأطيرها ذهنيًا ضمن سياق التهديد، فيُصبح الطفل أكثر ميلًا للتجنّب، والانسحاب، وانعدام الثقة.
- هذا النمط من التعلم الشرطي يعوق بشدة ميل الطفل الطبيعي إلى الاستكشاف والتجريب، وهما من الركائز الأساسية لنمو الدماغ، خاصة في الطفولة المبكرة.

2. تجنّب التعلم والاكتشاف: تطور الشرطية السلبية :

يُشير علم النفس المعرفي السلوكي إلى أن الأطفال يكونون توقعات معرفية عبر الخبرة. عندما يتعرض الطفل مرارًا لتجارب سلبية عند محاولته اللعب، الخروج، أو التفاعل، فإنه يطور ما يُعرف بـ "التعلم المُثبِّط (Inhibitory Learning)"، أي يتعلّم أن "عدم الفعل" أو "الانسحاب" هو الاستجابة الآمنة.

ويترتب على ذلك:

- تجنّب الأنشطة الجديدة.
- كبت الفضول.
- توقف اللعب الرمزي والتخيلي، الذي يُعد أداة مركزية في تنمية اللغة والخيال.
- يصبح الطفل أسير حلقة معرفية مغلقة: الخوف يولّد التجنّب، والتجنّب يمنع التعلم، وغياب التعلم يُعزز الشعور بالعجز.

3. القلق المزمن كعائق معرفي :

- تشير الدراسات الحديثة في علم الأعصاب السلوكي إلى أن القلق المزمن يُحدث تغييرات واضحة في بنية الدماغ ووظائفه، خاصة في:
- الحصين (Hippocampus)، المسؤول عن معالجة الذاكرة والتعلم.
- والفص الجبهي الأمامي (Prefrontal Cortex)، المسؤول عن التنظيم التنفيذي، الانتباه، وحل المشكلات.

في بيئة مليئة بالخوف وانعدام السيطرة:

- يظل الطفل في حالة تأهب عصبي دائم (Hypervigilance).
- يُفرض الجسم كميات مرتفعة من الكورتيزول، مما يعيق نمو الاتصالات العصبية في الدماغ النامي.
- ويتعطل ما يُعرف بـ "الذاكرة العاملة (Working Memory)"، وهي ضرورية للقيام بمهام مثل العدّ، اتباع التعليمات، فهم العلاقات السببية، وتمييز الأنماط.
- هذا الخلل يؤدي إلى ما يشبه "تجمد إدراكي (Cognitive Freezing)"، حيث يصبح الطفل غير قادر على التركيز أو الانخراط الكامل في المواقف التعليمية.

4. ضعف تكوين المفاهيم الأكاديمية الأساسية :

نتيجة لما سبق، تتراجع قدرات الطفل على اكتساب المهارات الأساسية التي تُشكّل قاعدة التعلم المدرسي، مثل:

- تمييز الحروف والأصوات: بسبب تشتت الانتباه وفقدان البيئة المحفزة.
 - العدّ والتسلسل: بسبب اختلال بناء العلاقات السببية والمنطقية.
 - التصنيف والفرز: نتيجة لتشوُّش عمليات التفكير المجرد وصعوبة تكوين الفئات الذهنية.
- كما أن الطفل الصدم قد يربط التجربة الصفية أو التعلم بسلطة قمعية أو بالضغط، ما يزيد من سلوكيات المعارضة أو الانسحاب، ويعزز النظرة السلبية للذات ("أنا لا أفهم"، "أنا غبي")، والتي تشكل نواة لما يُعرف بـ "المخططات المعرفية السلبية (Negative Cognitive Schemas)".

5. دور المعززات في بيئة فقيرة بالمكافآت :

- في سياقات الحرب، تقلّ بشكل كبير المعززات الإيجابية (Positive Reinforcement) التي تُشجّع السلوك المعرفي المنتج:
- لا توجد إشادات كافية.

- لا يُمنح الطفل إحساسًا بالإنجاز أو المكافأة.
 - ولا تتوفّر مساحة آمنة لتكرار المحاولة دون خوف من العقاب أو الفشل.
- ونتيجة لذلك، فإن الدافعية الداخلية للتعلم (Intrinsic Motivation) تتدهور، ويحل محلّها الميل للتكيف السلبي أو "السكون الإدراكي".
- 6. الحاجة لتعديل البيئة المدرسية والصفية :**

تشير المقاربات السلوكية المعرفية في التعامل مع أطفال الصدمة إلى أهمية إعادة بناء بيئة صفية آمنة نفسيًا وسلوكيًا تعتمد على:

- تقليل المنبهات المقلقة (الإضاءة، الأصوات، التهديد).
- اعتماد وسائل تعليمية متعددة الحواس.
- تعزيز الإحساس بالكفاءة من خلال أهداف صغيرة قابلة للتحقيق.
- استخدام المعززات الإيجابية باستمرار.
- ومراعاة أن السلوك السلبي ليس تمرّدًا بل استجابة شرطية لحياة غير آمنة.

خاتمة :

تكشف هذه الدراسة عن أن الصدمة النفسية المبكرة، الناتجة عن الإبادة الجماعية المستمرة في غزة، لا تُعدّ مجرد حدث عابر في مسار النمو الطفولي، بل تمثّل عاملاً بنيويًا متغلغلًا يعيد تشكيل المسارات العصبية، الأنماط السلوكية، وتمثيلات الذات والعالم لدى الطفل. إن ما نرصده من تأخر في النمو الجسدي، المعرفي، واللغوي، لا يمكن قراءته ضمن الإطار التقليدي للفقر أو ضعف الموارد فقط، بل هو انعكاس لانهايار شامل في المنظومات الحامية: الأسرة، البيئة التربوية، النظام الصحي، والنسيج المجتمعي، وكلها قد تعرضت للاجتثاث المتكرر.

يمتاز هذا التأخر بكونه تعبيرًا ضمنياً عن فشل البيئة في أداء وظائفها الأساسية في الحماية والاحتواء والمعنى، ولهذا فإننا لا نتعامل مع عرض يمكن علاجه منفردًا، بل مع بُنية صادمة تحتاج إلى تدخل متعدد المستويات. إن الطفل الغزّي الذي نشأ في سياق الحصار، الزوج، والقصف المتكرر، لم يُمنح الفرصة لتكوين جهاز تمثيلي مستقر؛ وهو ما يجعل الاستجابة النفسية معه ليست علاجًا لأثر الصدمة، بل بناءً لما لم يُبنَ أصلاً.

ومن هنا، تفرض هذه الحقيقة مسؤوليات عاجلة على جميع الفاعلين – المحليين والدوليين – للعمل ضمن استراتيجيات تتجاوز الإغاثة الطارئة، إلى إعادة بناء الحياة النفسية والاجتماعية من الجذور.

التوصيات :

أولاً: على المستوى العلاجي – النفسي/الإنمائي :

إنشاء وحدات تدخل مبكر نفسية-اجتماعية للأطفال دون سن الخامسة داخل المخيمات والمراكز المجتمعية، تُدمج فيها أدوات التشخيص التنموي، التدخل العلاجي، وتقنيات اللعب التعبيري، بإشراف مختصين في علم نفس الطفولة المبكرة في سياق الصدمة. تدريب الأمهات ومقدمي الرعاية على استراتيجيات التعويض العاطفي، ومنها:

- اللعب العلاجي الرمزي (Therapeutic Play)
 - تعزيز التفاعل اللفظي الآمن داخل الروتين اليومي.
 - خلق طقوس وجدانية رمزية تعيد للطفل الإحساس بالاستمرارية والثقة.
- إدماج التدخل النفسي ضمن الخدمات الصحية والتعليمية المبكرة، بحيث لا تكون الصحة النفسية قطاعًا منفصلاً، بل جزءاً عضوياً من برامج التغذية، التطعيم، والتعليم قبل المدرسي.

ثانياً: على المستوى التربوي-البيئي :

- إعادة تصميم البيئة الصفية في رياض الأطفال والمدارس لتكون آمنة نفسيًا، وتدريب المربّين على مهارات الدعم النفسي الأولي، وفهم سلوك الطفل الصدم كرسالة لا كخلل.
- تعزيز ثقافة التفاعل الإيجابي داخل الأسرة عبر حملات مجتمعية تركز على أهمية الحكي، التقارب الجسدي، واللمسة الآمنة في إعادة تنظيم عالم الطفل الداخلي.

- إنتاج مواد تعليمية متكيفة نفسيًا ولغويًا تراعي التفاوتات التنموية الناتجة عن الصدمة، وتشجع الاستكشاف واللعب المعرفي لا الحفظ والتلقين.

ثالثًا: على المستوى المعرفي-البحثي :

- توثيق الظواهر النفس-جسدية الناتجة عن الصدمة المبكرة في غزة ضمن دراسات طويلة تعتمد مناهج الرصد البيولوجي والسلوكي، وتسهم في بناء نماذج نظرية عربية حول الصدمة في سياقات الإبادة الجماعية.
- إطلاق مرصد معرفي لاضطرابات الطفولة في مناطق النزاع، يجمع البيانات، يُقيّم البرامج، وينتج توصيات دورية لصناع القرار والممولين، مع مراعاة الخصوصية الثقافية والنفسية.
- دعم الأبحاث التطبيقية التداخلية (Interdisciplinary Applied Research) التي تربط بين علم النفس، علم الأعصاب، علم الاجتماع، والعلوم السياسية في تحليل الصدمة البنيوية وتأثيراتها عبر الأجيال.

رابعًا: على المستوى السياسي-الحقوقي :

- الاعتراف بالصدمة النفسية الجماعية كجريمة غير مرئية ضمن سياق الإبادة، والدعوة لإدراج الانتهاكات النفسية-النمائية ضد الأطفال ضمن تقارير وآليات العدالة الدولية.
- الضغط من أجل توفير حماية نفسية-تنموية مستدامة للأطفال في النزاعات عبر تمويل برامج بعيدة المدى، وليس فقط تدخلات قصيرة الأمد.
- إدماج الأطر النفسية في خطاب العدالة والمناصرة الدولية، بحيث يُفهم الحق في النمو النفسي السليم كحق وجودي أساسي يعادل الحق في البقاء الجسدي.

References:

1. Bremner, J. D. (2006). *Traumatic stress: Effects on the brain*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 8(4), 445–461.
2. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
3. Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012). *The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress*. Pediatrics, 129(1), e232–e246.
4. Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. Guilford Press.
5. Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook* (3rd ed.). Basic Books.
6. Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). *A developmental psychopathology perspective on adolescent depression*. In Handbook of Depression in Adolescents (pp. 3–32). Routledge.
7. De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). *The biological effects of childhood trauma*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23(2), 185–222.
8. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
9. Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Whurr Publishers.
10. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
11. Yehuda, R. (2001). *Biology of posttraumatic stress disorder*. Journal of Clinical Psychiatry, 62(Suppl 17), 41–46.
12. Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Basic Books.
13. Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
14. Hobfoll, S. E. et al. (2007). *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention*. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 70(4), 283–315.
15. Freud, S. (1920/1955). *Beyond the pleasure principle*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 18, pp. 1–64). Hogarth Press.
16. Green, A. (1999). *The dead mother: The work of André Green*. In J. Abram (Ed.), Routledge.
17. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
18. Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton.
19. Terr, L. C. (1991). *Childhood traumas: An outline and overview*. American Journal of Psychiatry, 148(1), 10–20.
20. Kira, I. A. (2001). *Taxonomy of trauma and trauma assessment*. Traumatology, 7(2), 73–86.

21. UNICEF. (2023). *Childhood under fire: The mental health crisis facing children in conflict zones*. [<https://www.unicef.org>]
22. Save the Children. (2021). *Invisible wounds: The impact of six years of war on the mental health of Syria's children*. [<https://www.savethechildren.org>]
23. Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2012). *Mental health help-seeking among Arab adolescents in Israel: The role of perceived stigma and coping resources*. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), 622–631.
24. Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). *The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience*. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 317–328.
25. Punamäki, R. L. (2002). *Can ideological commitment protect children's psychosocial well-being in situations of political violence?* *Child Development*, 67(1), 55–69.
26. Jalal, B., & Hinton, D. E. (2020). *The psychological effects of armed conflict on children in Gaza*. *Transcultural Psychiatry*, 57(4), 624–640.
27. Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2005). *Post-traumatic stress reactions in children of war: A longitudinal study*. *Child Abuse & Neglect*, 29(8), 909–917.
28. Khamis, V. (2015). *Exposure to war traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among Palestinian children*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 376–383.
29. Elbedour, S., Onwuegbuzie, A. J., Ghannam, J., Whitcome, J. A., & Hein, F. A. (2007). *Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of the second uprising (Intifada)*. *Child Abuse & Neglect*, 31(7), 719–729.
30. Qouta, S., Punamäki, R. L., Montgomery, E., & El Sarraj, E. (2007). *Predictors of psychological distress and positive resources among Palestinian adolescents: Trauma, child, and family factors*. *Child Abuse & Neglect*, 31(7), 699–717.

استجابات الضغط الحاد والمعقد لدى الأطفال الرضع في بيئات الإيالة الجماعية: دراسة حالة جنوب قطاع غزة

الخلفية والسياق:

في السياقات المأساوية للإيالة الجماعية، كما يتجلى بوضوح في جنوب قطاع غزة، تنشأ بيئة معادية للنمو النفسي والبيولوجي للأطفال الرضع، الفئة الأكثر هشاشة والأقل قدرة على التعبير اللفظي عن معاناتها. فالرضيع، الذي يعتمد كلياً على الاتساق الحسي والعاطفي في محيطه، يجد نفسه محاطاً بمستويات عالية من التهديدات المباشرة وغير المباشرة، تشمل القصف، الزواج، فقدان الأم أو انفصالها العاطفي، وانهيار البنية الاجتماعية للأسرة والمجتمع. وتؤدي هذه العوامل إلى تفجير سلسلة من الاستجابات النفسية والفيزيولوجية المبكرة، تتسم بالتكرار، الكثافة، والاختلال في التنظيم العصبي الذاتي، بما يتجاوز قدرة الجهاز العصبي غير الناضج على الاستيعاب أو التنظيم.

ينطلق هذا المقال من فرضية أن الضغط الحاد والمعقد في مرحلة الرضاعة لا يُختبر فقط كحدث عارض، بل يُعاش كبيئة مستمرة من انعدام الأمان الوجودي (Existential Insecurity)، مما يؤدي إلى تشكّل أنماط دفاعية ما قبل لفظية، تطبع النمو اللاحق بمؤشرات خطرة للاضطراب الانفعالي، وصعوبات التعلق، ونقص التنظيم العصبي – السلوكي. كما يستند المقال إلى تكامل منهجي بين ثلاث مقاربات أساسية:

- (1) المنظور التحليلي التطوري الذي يسلط الضوء على ديناميات الانفصال، القلق الوجودي، والدفاعات الأولية كما صاغها وينيكوت وفيريرن،
- (2) علم السلوك العصبي والنمو الدماغي المبكر، خاصة فيما يخص تشكّل الجهاز العصبي المستقل ومحور HPA،
- (3) نظرية التعلق وتطور العلاقات الأمومية في بيئات الصدمة كما طوّرها بولي وأينسورث، مضافاً إليها تطبيقات حديثة من دراسات حديثي الولادة المعرضين للكوارث والحروب.

يركّز المقال على توصيف أنماط استجابات الرضع في هذه البيئات من خلال ثلاثة محاور مركزية: الاستجابات الفيزيولوجية (اضطرابات النوم، التشنجات، صعوبات التنفس والرضاعة)، الاستجابات السلوكية (بكاء هستيري، التصاق مفرط أو رفض، انكفاء اجتماعي)، والتماثلات النفسجسدية اللاواعية (الجمود الحسي، الفزع الصامت، غياب المبادرة الحركية).

كما يناقش المقال دور الأم كمنظم عاطفي، وكيف أن انهيارها النفسي أو غيابها بسبب الفقد، يضاعف من تعرّض الرضيع للصدمة المعقدة، فيتحوّل إلى "حالة نفسية خام" تستبطن الألم دون أن تتمكن من تصريفه، مما يفتح المجال أمام ترسّب معاناة غير منطوقة في الهوية النمائية للطفل. ويُبرز المقال كيف يمكن لفقدان الحاضن العاطفي، في هذه المرحلة الحرجة، أن يؤسس لنمط "تعلق مضطرب/غير منظم" يُعد عامل خطر طويل الأمد في مسار النمو.

أخيراً، يقترح المقال مجموعة من المبادئ التوجيهية للتدخل النفسي العلاجي في هذه البيئات، تركز على التثبيت الحسي، دعم الأمومة، تنظيم الإيقاع الحياتي، واستخدام أدوات اللعب واللمس والعناية الأولية لإعادة بناء الحد الأدنى من الأمان العاطفي لدى الرضيع. كما يؤكد على أهمية تدريب فرق التدخل النفسي المبكر على قراءة العلامات غير اللفظية للرضع، وفهم الصدمة بوصفها "لغة بلا كلمات" تبدأ في الجسد قبل أن تنضج في اللغة.

أولاً: الفرضيات التطورية لردود فعل الرضع في بيئة عدوانية :

من منظور النماء العصبي والتعلق، يُولد الطفل مزوداً ببرميجيات بيولوجية دقيقة تسعى إلى خلق علاقات آمنة ومنظمة مع مقدمي الرعاية الأساسيين، خصوصاً الأم. يُعدّ نظام التعلق، كما طوّره جون بولي، حجر الأساس لبناء التنظيم العاطفي، حيث يُفترض أن توفر البيئة الأولى (الوجه، اللمسة، الإيقاع، الصوت) سياقاً متسقاً يسمح للرضيع بتنظيم حالات الشدّة والانفعالات المتصاعدة داخلياً. غير أن هذه "الفرضية التطورية للتنظيم الآمن" تنهار كلياً في السياقات العدوانية المحتملة بالإيالة الجماعية، كما هو الحال في جنوب قطاع غزة، حيث يتعرض الطفل الرضيع إلى صدمات متكررة قبل أن تكتمل لديه قدرات الفهم أو التعبير.

تشير الأبحاث المتخصصة في علم الأعصاب التنموي (Schoore, 2001) : (Siegel, 2012) إلى أن السنوات الثلاث الأولى – ولا سيما السنة الأولى – تمثل مرحلة حرجية في نمو الفص الجبهي والدماغ اليميني، الذي يُعدّ المركز العصبي لتنظيم الانفعالات، تفسير تعابير الوجه، وتكوين استجابات للتوتر والتهديد. وفي هذا السياق، فإن الرضيع، الذي يعتمد كلياً على قراءة ملامح الأم كإشارة للأمان، قد يواجه "تشويشاً عصبياً أولياً" عندما يرى على وجه أمه الدعر المستمر أو انهيار العاطفي، أو حين تغيب الأم نفسها، جسدياً أو نفسياً، نتيجة للصدمة أو الموت أو فقدان التنظيم.

في هذه البيئات المدمرة، حيث تختلط صفارات الإنذار بأصوات الصراخ، وتُصبح ملامح البيت أو المأوى مؤقتة وقابلة للزوال في أي لحظة، يعيش الطفل في حالة من الاستثارة العصبية المستمرة (Chronic Hyperarousal)، حيث تُحفّز اللوزة الدماغية (Amygdala) بشكل متكرر ودون كبح، في غياب تدخل تنظيمي من قشرة الفص الجبهي الأمامية التي لا تزال غير ناضجة. وهو ما ينعكس سلوكياً في مظاهر مثل: نوبات بكاء غير قابلة للتهديّة، اضطرابات في النوم والرضاعة، وتثبّت جسدي في وضعيات توتر دفاعية تشبه ردود "التجمّد" أو "التجمّد الوجداني" (Freezing) "

إن غياب ما يسميه دانيال ستيرن بـ"الوجه الهادئ والعاكس (Attuned Face)" ، والذي يعدّ من أبرز الوسائط التنموية لتنظيم الذات العاطفية، يؤدي إلى حالة من الانفصال الحسي الانفعالي لدى الطفل. حيث يصبح العالم غير قابل للتنبؤ، والإشارات الخارجية غير مفهومة أو مشوهة، مما يدفع الطفل إلى إغلاق قنوات التفاعل تدريجيًا، ليحتج بما يُشبه "الحبس العصبي الداخلي"، وهو ما أشار إليه وينيكوت حين وصف الحالات التي لا يتطور فيها الرضيع ليصبح "قادرًا على أن يكون (Capacity to be)"

في سياقات غزّة، حيث يتكرر فقد المكان والمأوى، وتحلّ مشاهد الدمار بدلًا من انتظام الحياة اليومية، تتكون لدى الرضيع ذاكرة حسّية – جسدية للكارثة دون أن تتشكّل رموز داخلية للفقد أو معاني قابلة للهضم النفسي. وبدلًا من أن يستقر الطفل في حالة تنظيم ذاتي مرنة تسمح له ببناء علاقات لاحقًا، يتموضع في حالة من التوتر المزمن (Allostatic Load) التي تعرقل تطور المسارات العصبية المرتبطة بالانتباه، التعاطف، والمبادرة الاجتماعية. وبذلك، فإن البيئة العدوانية لا تمثل مجرد ظرف خارجي ضاغط، بل تتحوّل إلى عامل تشويش تأسيسي يعيد صياغة المعمار العصبي والعاطفي للرضيع، ويُدخل الطفل في مسار نمو عالي المخاطر من حيث تطور التعلق، التنظيم العاطفي، والصحة النفسية المستقبلية. ويتطلب هذا وعيًا عاليًا لدى العاملين في الصحة النفسية والطواقم الطفولية المبكرة، إذ لا يكفي التعامل مع هذه الفئة بوصفها "صغيرة على الفهم"، بل يجب الاعتراف بأنها تحمل في أجسادها وصرخاتها لغة ألم لا تحتاج إلى كلمات لتُفهم.

ثانيًا: تجليات الضغط الحاد والمعقد عند الرضيع :

في سياقات العنف الجمعي، النزوح، والإبادة، يُعد الرضيع من أكثر الفئات العمرية هشاشةً، حيث لا يملك أدوات لغوية أو معرفية تمكنه من فهم أو تفسير ما يحدث حوله. ومع ذلك، فإن جهازه العصبي والعاطفي يستقبل الحدث ويخترنه في الذاكرة الجسدية والعاطفية، مشكّلًا بذلك البنية الأولى لتجربة الذات والعالم.

1. الاستجابات الفيزيولوجية :

تُعد الاستجابات الجسدية مؤشرات أولية لحالة التوتر أو التهديد الحاد عند الرضيع، ويُمكن رصدها من خلال:

- اضطرابات النوم المتكررة: مثل البكاء الليلي غير المفسّر، أو الاستيقاظ بنوبات فزع فجائية (startle reactions) ، والتي تعكس حالة تنبّه عصبي مستمرة نتيجة الإحساس بالخطر، حتى في أثناء الراحة.
- صعوبات في الرضاعة أو فقدان الشهية: وهي استجابة نمطية للجهاز العصبي اللاإرادي حين يُفعل نمط "القتال أو الهرب أو التجنّب"، مما يؤدي إلى تثبيط وظائف الهضم والتغذية.
- تغيرات تنفسية: مثل اللهاث المتكرر أو التوقف التنفسي اللحظي، وهي مؤشرات على تنشيط محور HPA (Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis) المرتبط بالضغط النفسي.
- شلل حركي لحظي (Freezing response) يظهر عند التعرّض لمثيرات حسية مفاجئة كالأصوات المرتفعة أو القصف، حيث يتجمّد الرضيع حركيًا، في سلوك بدائي يعكس محاولة الجسد "الاختفاء" لتجنّب التهديد.

2. الاستجابات السلوكية :

السلوكيات التي يظهرها الرضيع ليست عشوائية، بل هي محاولات بدائية لتنظيم ذاته في ظل بيئة تفتقر إلى الأمان:

- تجنّب التواصل البصري مع مقدّم الرعاية: يُشير إلى اضطراب في علاقة التعلّق (attachment) أو استجابة انسحابية خوفًا من خيانة التوقع بالأمان.
- الالتصاق المفرط بالأم أو رفضها فجأة: مظهر لتذبذب داخلي في نظام التعلّق، بين رغبة جامحة في الالتحام ومخاوف دفينّة من الهجر أو الألم.
- صراخ عالي النغمة لا يهدأ بسهولة: وهو سلوك عصبي غير لفظي يدل على عجز الرضيع عن تنظيم توتره الداخلي، وفشل البيئة في تقديم ما يسميه Winnicott بـ"الاحتواء العاطفي الأولي".
- نكوص في المهارات المكتسبة: مثل التراجع عن السيطرة على الإخراج أو العودة إلى حركات فموية بدائية (مصّ الأصابع، مضغ الملابس)، مما يعكس سعي الرضيع اللاشعوري للارتداد إلى مرحلة أكثر بدائية بحثًا عن الأمان.

3. التمثّلات الرمزية الجينية: الجسد كمرآة نفسية:

على الرغم من أن الرضيع لا يملك لغة واعية أو سردًا ذاتيًا، إلا أن له تمثّلات بدئية جسدية وعاطفية لما يحدث حوله. وفق Winnicott (1958) ، فإن البيئة "الجيدة بما يكفي" توفر احتواءً عاطفيًا عبر استجابات حسّاسة ومرنة من الأم أو مقدّم الرعاية. أما في حالات النزوح أو العنف، فإن البيئة تفشل في "الاحتواء التحويلي"، مما يدفع الرضيع إلى خلق دفاعات بدائية:

- الانكماش الجسدي والعاطفي: كردّ فعل دفاعي ضد عالم يُختبر كعدواني ومفكّك.
- التبدّل (apathy): بوصفه آلية تجميد نفسي لحماية الذات من التحطّم الداخلي، وهو ما أشار إليه Meltzer عند حديثه عن "claustum states" أي انسحاب النفس إلى فضاء داخلي خائف بعيد عن الواقع الخارجي المؤلم.

- العدوانية غير المفهومة لاحقًا: نتيجة تراكم مشاعر الخوف والخذلان دون تفريغ أو تنظيم، ما يتحول إلى أنماط سلوكية لا تتناسب مع الموقف، وتُفهم في النمو المتأخر بوصفها بقايا "ذكريات جسدية مؤلمة" لم تتم معالجتها نفسيًا.
- في ضوء نظرية Bion حول حاوية – محتوى (Container – Contained)، فإن الرضيع يحتاج إلى "أم حاوية" تمتص انفعالاته الأولية (القلق البدائي، الغضب، الرعب) وتعيد لها إليه بطريقة قابلة للفهم. وفي غياب هذه الوظيفة – كما في سياقات الطوارئ – يُعيد الرضيع ابتلاع انفعالاته، ما يُنتج حالات من الاضطراب العصبي، أو ما يُمكن وصفه بـ "الذهان الجسدي البدني".

ثالثًا: دور الأم وبيئة الرعاية في تشكيل الاستجابة العصبية والنفسية للرضيع :

يُعد تنظيم المشاعر والانفعالات عند الرضيع وظيفته مكتسبة تتطور في علاقة تبادلية بين الطفل ومقدم الرعاية الرئيسي، وغالبًا ما تكون الأم. وفي المرحلة المبكرة من النمو، لا يمتلك الرضيع القدرة على تهدئة نفسه (self-regulation)، بل يعتمد بالكامل على الوجه العاطفي المنظم للأم بوصفه مرآة أولى للعالم.

1. التنظيم العصبي الذاتي والعلاقة الأمومية :

يشير Daniel Stern إلى أن التنظيم الانفعالي عند الرضيع لا يتشكل فقط عبر الإشباع الفيزيولوجي (كالطعام أو النوم)، بل من خلال التبادلات الدقيقة "micro-affective exchanges" التي تحدث لحظيًا بين الأم والرضيع – نظرات، لمسات، إيقاع الأصوات، توقيت الاستجابات. هذه التبادلات تشكل ما يُعرف بـ "مجال الحضور المشترك" (shared affective field)، وهو بمثابة الحاضنة العصبية النفسية الأولى. ومع تعرض الأم نفسها لضغوط صادمة متكررة – مثل القصف، التشريد، الفقر، انعدام الأمن الغذائي – فإن قدرتها على تنظيم ذاتها تنخفض جذريًا، مما يؤدي إلى:

- فقدان ما يسميه Winnicott بـ "الوجه الآمن – (safe face)" أي القدرة على تقديم تعبيرات وجهية مستقرة ومطمئنة.
 - اضطراب في نبرة الصوت ولمس الجسد، ما يحول التواصل الجسدي إلى مصدر ارتباك لا تهدئة.
 - انتقال القلق المجسد إلى الطفل، بشكل غير لفظي، عبر ما يصفه Stern بـ "العدوى العاطفية" (affective attunement breakdown).
2. دراسة حالة نوعية: الشهادة السريرية كنافذة على الواقع :

- "ابني عمره 10 شهور، ما بنام غير وأنا ماسكاه، وبصحو بكاء قوي لما ينقطع الكهرباء، كأنه سامع صوت الطائرة حتى لو مش موجود".
- أم نازحة، خزاعة، جنوب قطاع غزة، مقابلة ميدانية – مارس 2024 :
- تمثل هذه الشهادة نموذجًا مكتفًا لما يُعرف في علم النفس العصبي بالاستثارة فوق الحدية (Hyperarousal) الناتجة عن الصدمات المركبة (Complex Trauma)، حيث يُظهر الرضيع سلوكيات تدل على:

- اعتمادية مفرطة على الجسد الأمومي، حتى في أثناء النوم، بوصفه الوسيلة الوحيدة للبقاء في حالة "أمان نسبي".
- استجابة فزع شرطية (conditioned fear) مرتبطة بانقطاع الكهرباء، كرمز لتوقع خطر الطيران الحربي، ما يشير إلى تطور روابط إدراكية غير واعية بين أصوات/مواقف معينة والخطر.
- مرونة عصبية سلبية (Maladaptive Neuroplasticity)، حيث يعاد تشكيل الدارات العصبية للطفل لفرز التهديد في غياب المثير الواقعي، مما يندرج بتطور اضطرابات قلق أو كرب لاحقة.

3. الأم كحاوية نفسية وعصبية – قراءة تحليلية:

تُظهر الشهادة الميدانية ما يلي:

- أن الأم لم تعد قادرة على أداء دورها بوصفها "الحاوية الانفعالية" (Emotional Container)، ما يجعل الرضيع يواجه بيئة لا يمكن التنبؤ بها ولا تفسيرها.
- أن الطفل بدأ يبني علاقة شرطية بين المحيط (الظلام، الغياب، الكهرباء، الطائرات) وبين الخطر، في ظل غياب وجه أمومي قادر على تبديد هذه التمثيلات.
- أن المشاعر الأمومية المنقولة – كالخوف المكبوت، القلق المزمن، الحزن المنكتم – تنتقل بطرق تحت لفظية إلى جسد الرضيع، مما يؤكد طرح Stern حول "الانتقال العاطفي اللاواعي" في الرعاية المبكرة.

4. السياق الطارئ كعامل مضاعف للتفكك العاطفي :

- في البيئات الممزقة بفعل الحرب، لا تصبح الأم وحدها ضحية، بل ينكسر معها النظام الأسري والمجتمعي الذي يدعم التنشئة النفسية. وهكذا:
- يتعرض الرضيع لحالة "تعلق في الفراغ" (Attachment in Absence)، حيث يكون الجسد الأمومي حاضرًا بيولوجيًا، لكنه غائب نفسيًا.
- ويصبح وجه الأم، بدلًا من أن يكون مرآة مطمئنة، مرآة معذبة تُثير القلق لا الطمأنينة.

- ومع تكرار هذا النمط من التفاعلات، تتكون عند الرضيع بنية عصبية قائمة على التوقع الدائم للتهديد، وهو ما يُعد أسوأًا لاضطرابات لاحقة كاضطراب القلق العام أو اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

إن دور الأم أو مقدم الرعاية الرئيسي في حالات الطوارئ لا يمكن فصله عن السياق الصادم. ففي حين أن تنظيم الجهاز العصبي للرضيع يحتاج إلى بيئة مستقرة ومتوقعة، فإن الواقع النفسي والفيزيائي المفكك للأم يجعلها غير قادرة على أداء هذا الدور. وبهذا، فإن الضغط الحاد لا يتشكل فقط من الخارج، بل يُعاد إنتاجه من خلال علاقة الرضيع بأقرب من يُفترض أن يكون مصدر الأمان.

رابعاً: الانعكاسات النفسية طويلة المدى للضغط الحاد والمُعقد في الطفولة المبكرة:

تشير الأدبيات النفسية العصبية إلى أن التعرض المتكرر للضغط الحاد في مرحلة الطفولة المبكرة، خاصة في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، يُحدث تغييرات عميقة وطويلة المدى في نمو الدماغ ووظائف التنظيم الذاتي. ويزداد خطر هذه الانعكاسات حينما تكون الاستجابة للضغط غير مصحوبة باحتواء أو دعم كافٍ من البيئة الرعاية.

1. اضطرابات تنظيم الانفعال :

يُعد تنظيم الانفعال (Affective Regulation) وظيفة مركزية تتطور تدريجيًا من خلال العلاقة التبادلية مع مقدم الرعاية، وخاصة الأم. وتؤدي البيئة المليئة بالتهديد، المقترنة بعدم الاتساق العاطفي من قبل الراعي، إلى ضعف في بناء ما يُعرف بـ"الوظائف التنفيذية للعاطفة" (Emotional Executive Functions)، مما يظهر لاحقًا على شكل:

- نوبات غضب مفرطة أو ردود فعل غير متناسبة مع المثير.
- صعوبة في التهدئة الذاتية (self-soothing) حتى في سن المدرسة.
- ميل إلى الانسحاب الاجتماعي أو العدوانية كردود دفاعية ضد عدم القدرة على التعبير.

وقد ربطت الدراسات (Van der Kolk, 2005; Schore, 2012) بين التعرض المبكر للضغط المزمن وبين تطور أنماط التنظيم الانفعالي المفرط أو المتجنب، والتي تؤسس لاحقًا لاضطرابات الشخصية أو المزاج.

2. اضطرابات التعلق غير الآمن أو غير المنظم :

في الحالات التي يكون فيها مقدم الرعاية ذاته مصدرًا للخوف (كما في حالات الصدمة الثانوية للأم)، يتطور عند الرضيع ما يُعرف بالتعلق غير المنظم (Disorganized Attachment). هذا النمط يتميز بازدواجية داخلية: الرغبة في الاقتراب من الأم والحاجة في الوقت ذاته إلى تجنبها لكونها مرآة للخطر. وقد توصلت أبحاث Mary Main وLyons-Ruth إلى أن الأطفال الذين يمرون بمراحل التعلق غير المنظم أكثر عرضة لتطور:

- اضطرابات القلق والانفصال.
- أعراض اضطراب الكرب المركب (C-PTSD) لاحقًا.
- صعوبات في بناء علاقات ثقة في المدرسة والمراهقة.

3. أعراض انسحابية شبيهة بالطيف التوحدي :

في بعض الحالات الشديدة من الضغط الحاد غير المعالج، أظهرت الدراسات ظهور أعراض شبيهة بالطيف التوحدي (Pseudo-Autistic Symptoms)، لا سيما:

- الانسحاب الحسي (عدم التفاعل مع الأصوات أو اللمس).
- غياب التواصل البصري المستقر.
- ضعف المبادرة الاجتماعية أو اللعب التفاعلي.

ورغم أن هذه الأعراض لا تندرج تحت اضطراب طيف التوحيد (ASD) من الناحية التشخيصية، إلا أنها تُعتبر مؤشرات على التوقف النمائي العاطفي المؤقت نتيجة فرط التحفيز العصبي (Overstimulation) وفقدان البيئة الآمنة.

4. اختلال محور الضغط العصبي – الغدي (HPA Axis Dysregulation) :

يُعد محور HPA (الوطاء – النخامة – الكظر) النظام المركزي المسؤول عن تنظيم استجابات الجسم للضغط. وتُظهر الدراسات (Gunnar & Quevedo, 2007; Lupien et al., 2009) أن:

- التعرض المزمن للضغط دون دعم يسبب اضطرابًا في إفراز الكورتيزول.
 - يؤدي ذلك إلى فرط تنشيط مستمر أو خمول مرضي في المحور، مما يؤثر على النمو المعرفي، المناعة، والنوم.
- ويظهر لدى الأطفال اضطراب في أنماط النوم، زيادة الحساسية الانفعالية، أو اضطرابات شبيهة، وهي مؤشرات على عدم انتظام المحور العصبي الهرموني.

5. الصدمة المبكرة كمؤشر تراكمي للاضطراب المعقد لاحقًا (C-PTSD) :

تشير الدراسات الطولية (Cook et al., 2005; Cloitre et al., 2012) إلى أن الصدمة المبكرة غير المعالجة، خصوصًا تلك المترافقة مع:

- فقدان دائم (أحد الوالدين أو المسكن).
- نزوح طويل متكرر وانعدام الأمن البيئي.
- غياب بيئة ثابتة تنظيمية.

تُضعف من احتمالية تطور الاضطراب المعقد ما بعد الصدمة (Complex PTSD) في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة، متجلية بـ:

- اختلال الهوية الذاتية.
- فقدان الشعور بالأمان الداخلي.
- سلوكيات قهرية أو تجنبية أو تدميرية.
- صعوبة في الثقة وبناء علاقات صحية.

ويلاحظ أن كثيرًا من هذه الحالات لا تُشخص رسميًا في مراحل الطفولة الأولى، مما يؤدي إلى سوء الفهم التربوي أو العقاب بدل التدخل العلاجي.

خاتمة: ما بين البنية البيولوجية والبيئة النفسية:

إن الضغط الحاد والمعقد في المراحل المبكرة لا يترك أثرًا مؤقتًا فحسب، بل يعيد تشكيل البنية النفسية والبيولوجية للنمو بأكمله. فالأثر لا يكون فقط في "ما حدث" بل في "ما لم يحدث" من دعم، احتواء، وحماية. وبالتالي، فإن التدخلات النفسية في الطفولة المبكرة لا تُعد ترفًا، بل ضرورة وقائية لتجنب سلاسل معقدة من المعاناة النفسية المزمنة.

خامسًا: توصيات علاجية واستجابات نفسية عاجلة للرضع في سياق الضغط الحاد والمعقد :

تفرض الأزمات الحربية وحالات النزوح القسري تحديات جسيمة على الصحة النفسية للرضع، إذ تكون بنيتهم العصبية في طور التكوين، وتُبنى وظائفهم التنظيمية الأولى بالاعتماد على البيئة الوجدانية والجسدية المحيطة. ومن هنا، لا يكفي التدخل الطبي أو الإغاثي وحده، بل يجب توفير استجابة نفسية عاجلة شاملة تتضمن دعمًا ماديًا، وجدانيًا، وتفاعليًا. وفيما يلي توصيات محورية مبنية على علم النفس النمائي، العلاج العصبي السلوكي، والممارسات العيادية المبكرة:

1. بيئة استقرارية فورية: الحماية أولاً، ثم التكرار والإيقاع :

الرضيع لا يدرك "الخطر" بمفاهيم عقلية، بل يعيشه جسديًا وبيئيًا. ولذلك، فإن أول استجابة علاجية هي توفير ما يسمى بـ "البيئة الحاضنة المستقرة" التي تشتمل على:

- مساحة مادية آمنة من الأصوات العالية، الحشود المتوترة، أو التهديدات الحسية المستمرة (كالقصص أو الازدحام).
 - روتين يومي يمكن التنبؤ به: مواعيد نوم، رضاعة، ولمس متكررة بنمط منتظم، مما يعيد للرضيع إدراك الزمن والإيقاع – وهما عاملان أساسيان في بناء "الذاكرة الشعورية للطمأنينة".
 - وجود وجه مألوف (وجه الأم أو مقدم رعاية بديل ثابت)، مما يقلل من استجابات الانفصال والخوف.
- في الأدبيات النمائية، يُعتبر الإيقاع المنتظم مرادفًا للأمان، إذ يمنح الدماغ الرضيع فرصة لبناء أنماط متوقعة داخلية (internal working models) تُستخدم لاحقًا في بناء علاقاته.

2. تدخلات داعمة للتنظيم الحسي: استعادة التوازن الجسدي العصبي :

يشير علم الأعصاب التنموي إلى أن الرضيع في حالات الخطر يدخل في حالات فرط تحفيز عصبي (Hyperarousal)، أو انغلاق نفسي جسدي (Hypoarousal)، وتُعد التدخلات الحسية البسيطة أدوات فعالة في تهدئة هذه الدورات:

- العلاج باللمس: (Holding Therapy) حمل الطفل بانتظام بطريقة حنونة وضاعطة دون عنف، مما يعيد تنشيط الجهاز العصبي الهادئ (Parasympathetic system).
- الموسيقى الربية الهادئة: استخدام أصوات مكررة ومنخفضة التردد (مثل دقات القلب أو نغمة أمومية ناعمة) يساعد على تنظيم نبضات القلب والتنفس.
- التدليك اللطيف: (Infant Massage) باستخدام زيوت دافئة، بطريقة إيقاعية على الأطراف والظهر، لتحفيز الجهاز العصبي المحيطي وتقليل مستويات الكورتيزول.

الاحتضان الجلدي المباشر: (Skin-to-Skin) وضع الرضيع على صدر الأم أو مقدم الرعاية، مما يعزز الروابط العصبية العاطفية ويخفف الاستثارة الزائدة.

3. دعم الأم نفسيًا: القاعدة التنظيمية للعافية :

الأم تمثل الجهاز التنظيمي الأول للرضيع، وإذا كانت هي نفسها في حالة ضغط معقد (مثل فقدان الشريك، الجوع، الخوف)، فإن قدرتها على تقديم تنظيم وجداني وسلوكي تتضاءل. ولهذا، لا يمكن تصور أي تدخل ناجح مع الرضيع دون دعم مباشر للأم نفسيًا واجتماعيًا:

- جلسات تفريغ نفسي جماعي أو فردي للأمهات في مراكز الإيواء أو العيادات الميدانية.

- برامج تمكين الأمهات نفسيًا – جسديًا (Psycho-Social Empowerment) من خلال منحهن أدوات تهيئ وتنظيم ذاتي (مثل تمارين التنفس، مهارات تنظيم الانفعال).
 - إعادة تعريف دور الأم ليس فقط كمُعيلة أو ناجية، بل كمهندسة للأمان النفسي لطفلها، مما يعيد لها إحساسها بالكفاءة الذاتية (Maternal Self-Efficacy).
 - "الأم المضطربة لا تستطيع منح الطمأنينة، إلا حين يتم الاعتراف بمأساتها كإنسانة أولاً، وليس فقط كوسيلة لإنقاذ طفلها".
4. تدريب فرق الاستجابة الطارئة: قراءة لغة الرضيع الصامتة :
- من الخطأ التعامل مع الرضيع على أنه "لا يعبر" أو "لا يتأثر"، فالسلوكيات التي قد تبدو غامضة أو اعتيادية قد تحمل دلالات صادمة عميقة. لذا يجب تدريب الكوادر النفسية والميدانية على:
- تمييز الإشارات الصامتة للرضيع: مثل تغير الإيقاع التنفسي، تصلب العضلات، أو البكاء الفجائي عند الأصوات – كمؤشرات على تفعيل نمط الصدمة.
 - قراءة لغة الجسد الأمومية – الطفولية: تماهي الرضيع مع توتر الأم الجسدي أو تعابير وجهها.
 - عدم التسرع في التدخل الدوائي أو التربوي، بل فهم السلوك كرسالة نفسية أولى تعكس اختلال البيئة.
5. أساليب اللعب العيادي البسيطة: التفاعل كعلاج :
- رغم أن الرضيع لا يملك لغة لفظية، فإنهم يتجاوبون بقوة مع التفاعل البصري، اللمسي، والحركي. ويمكن استخدام أدوات لعب علاجية بسيطة تُسهّم في إعادة التنظيم العصبي:
- الكرة المساء الصغيرة: لتحفيز التتبع البصري – الحركي، مما ينشط مراكز التركيز والتكامل الحسي.
 - المرأة الآمنة: لتأمل الوجه وتطوير إحساس "الذات المنعكسة"، وهي تقنية تساعد على إعادة بناء الشعور بالوجود بعد الانفصال أو الفقد.
 - الاستجابة المتزامنة من الأم أو المعالج (Mirroring): تكرار تعابير الرضيع بصوت أو حركة لطيفة، مما يخلق تجربة "الاحتواء المنعكس".
 - اللعب بالأنسجة أو الأصوات الناعمة: كوسيلة لتخفيف فرط الاستثارة العصبية.
- خاتمة: الرضيع في حضن الإبادة: الجسد كأرشيف صامت للعنف البنيوي :**
- في بيئات الإبادة الجماعية، لا يُولد الطفل في عالم "محايد"، بل يُستقبل داخل نسيج اجتماعي مفكك، ملوث بالخوف، مهدّد بالزوال. وهنا، لا يكون الرضيع مجرد ضحية خاملة أو شاهد عابر، بل يُصبح "شاهدًا غير ناطق" – ليس لأنه لا يملك اللغة، بل لأنّ عالمه الداخلي يُكتب بلغة الجسد، النظرات، التشنجات، والارتجاف الحسي. هذا الصمت ليس غيابًا عن المعاناة، بل هو شكلها الأعمق والأكثر رسوخًا. فحين لا تجد الصدمة طريقها إلى التعبير، تستقر داخل طبقات النمو الأولى، وتتشكل كُبي عصبية وعاطفية تبني شخصية الطفل لاحقًا.
- إن الصدمة في هذا العمر لا تُستوعب بوصفها "حدثًا"، بل كـ"بيئة"، والفرق هنا جوهري. الرضيع لا يذكر القصف، لكنه يحمل استجابة جسده له. لا يعبر عن الفقد بالكلام، لكنه يظهره في اختلال نومه، اضطراب تغذيته، أو انسحابه الحسي من العالم. العنف هنا لا يكون فقط في ما حدث، بل في غياب الاستجابة المنظّمة له.
- وتقع خطورة هذه المرحلة في أن الصدمة المبكرة لا تُفهم غالبًا على حقيقتها، بل تُختزل في تصرفات تبدو بسيطة أو اعتيادية: بكاء متواصل، سكون مفاجئ، رفض الرضاعة، أو توتر في عضلات الرضيع. هذه الأعراض – إن لم تُقابل بفهم نفسي عيادي متخصص – قد تُهمّش أو تُعامل كمسائل طبية أو سلوكية فقط، بينما هي في حقيقتها استغاثات عصبية-نفسية مبكرة.
- ومن هنا، فإن دعم الرضيع الناجين من الإبادة لا يمكن أن يُختزل في البقاء الجسدي، أو في توفير الحليب والمأوى فقط، رغم أهميتهما، بل يتطلب رؤية تحليلية شمولية تستوعب الطيف الكامل للاستجابات الجسدية والسلوكية للصغار.
- تفكيك العلاقة بين العنف البنيوي ومظاهر النمو، بحيث لا نقرأ اضطراب الطفل بوصفه "خللاً فرديًا"، بل كاستجابة منطقية لعالم متشظٍ وغير آمن.
- مراجعة موقع الأم كمُنتِجة أولى للأمان أو انعكاس أولى للفوضى، مما يفرض أن تُعامل الأم ليس فقط كوسيط رعاية، بل كإنسانة تحتاج ترميمًا نفسيًا شاملاً لتستطيع الاستمرار.
- في النهاية، يشكّل الرضيع في سياقات الإبادة الجماعية مرآة كاشفة لمستوى انحدار العالم من حوله. وكل صرخة غير مسموعة، كل ارتجاف لم يُلتفت لها، وكل نظرة خاوية لم يُفكك صمتها، تُراكم في الجسد الطفلاشي خبرة مبكرة بأن العالم ليس مكانًا آمنًا للحياة.
- وإذا أردنا بناء مستقبل أكثر عدلًا، فلنبدأ من هناك: من حضن الرضيع، من ملامح الصمت الأولى، من الجسد الذي لم يتكلم بعد، لكنه حمل الصدمة كلها – حرفيًا – في لُبه العصبي.

References:

1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
2. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
3. Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2014). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. Routledge.
4. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
5. Bremner, J. D., & Vermetten, E. (2001). Stress and development: Behavioral and biological consequences. *Development and Psychopathology*, 13(3), 473–489.
6. Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Routledge.
7. Daniel, S. I. F. (2009). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 131–147.
8. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
9. Gaensbauer, T. J. (2011). Trauma in infancy: A review and neuropsychological formulation. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(2-3), 162–176.
10. Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. Routledge.
11. Heller, L., & LaPierre, A. (2012). *Healing developmental trauma: How early trauma affects self-regulation, self-image, and the capacity for relationship*. North Atlantic Books.
12. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
13. Hodes, M., & Vostanis, P. (Eds.). (2019). *Refugee mental health: Clinical and therapeutic perspectives*. Royal College of Psychiatrists Publishing.
14. Karr-Morse, R., & Wiley, M. S. (2014). *Scared sick: The role of childhood trauma in adult disease*. Basic Books.
15. Kestenberg-Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., & Sossin, M. (Eds.). (1999). *The meaning of movement: Developmental and clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. Brunner-Routledge.
16. Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. Guilford Press.
17. Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 666–697). Guilford Press.
18. Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years*, 1, 121–160.

19. Meltzer, D. (1988). *The apprehension of beauty: The role of aesthetic conflict in development, art and violence*. Karnac Books.
20. Morgan, A. (2020). *The embodied self: Movement and psychoanalysis*. Routledge.
21. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
22. Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook*. Basic Books.
23. Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.
24. Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2008). *Mirrors in the brain: How our minds share actions and emotions*. Oxford University Press.
25. Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. W. W. Norton & Company.
26. Schore, A. N. (2001). Effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201–269.
27. Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
28. Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). Guilford Press.
29. Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
30. Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (2002). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Routledge.
31. Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20.
32. Trevarthen, C. (2005). First things first: Infants make good use of the sympathetic rhythm of imitation, without reason or language. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(1), 91–113.
33. Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. W. W. Norton & Company.
34. Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
35. Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.

كيف يدرك الأطفال دون سن الخامسة مفهوم الأمان في ظل القصف والزوج؟ قراءة تحليلية في سياق حرب الإبادة الجماعية في قطاع غزة

الخلفية والسياق :

يمثل الأمان النفسي أحد المقومات الجوهرية لنمو الطفل وتطوره المتكامل، وهو ليس ترفاً عاطفياً بل ضرورة وجودية تُبنى عليها ركائز التكوين العصبي والانفعالي والسلوكي في مراحل الحياة الأولى. وتشير الأدبيات النفسية، لا سيما في سياق نظريات التعلق (Bowlby، 1969) والتنظيم الانفعالي، إلى أن غياب الإحساس بالأمان في الطفولة المبكرة يُخلّ بتوازن الجهاز العصبي المركزي، ويترك آثاراً تراكمية على أنماط التفكير، وسلوكيات التكيف، والصحة النفسية المستقبلية للطفل.

في السياق الفلسطيني المعاصر، وتحديداً في قطاع غزة، يواجه الأطفال دون سن الخامسة وضعاً وجودياً بالغ الهشاشة، تتقاطع فيه عناصر العنف البنيوي، الحرب المفتوحة، والتهجير القسري. لقد تحوّلت بيئة الطفولة من فضاء للحماية والرعاية إلى مسرح دائم للنجاة من القصف، والانفصال عن العائلة، والخسائر المتكررة. فالطفل في غزة لا يعيش فقط في خطر بيولوجي دائم، بل في فراغ نفسي-عاطفي عميق، تغيب فيه الأمانات الوجودية الثلاث: أمان الجسد، أمان العلاقات، وأمان التوقعات.

ينطلق هذا المقال من سؤال محوري: كيف يدرك الطفل الفلسطيني دون سن الخامسة مفهوم الأمان في سياق الحرب والإبادة والتهجير؟ وما الذي يعنيه "الأمان" لطفل لم يعرف في وعيه الأولي سوى أصوات الانفجارات، مشاهد البيوت المدمرة، وصراخ الأمهات؟ للإجابة على هذا السؤال، يعتمد المقال مقاربة تحليلية نفسية-اجتماعية تستند إلى ثلاثة مداخل نظرية متكاملة:

- التحليل النفسي الطفولي (Child Psychoanalysis): لتفسير التكوينات اللاواعية التي تتشكل في ذهن الطفل بفعل الصدمة والحرمان، من خلال مفاهيم مثل "قلق الانفصال"، "التمثل الرمزي"، و"الدفاعات النفسية المبكرة".
- النظرية السلوكية/المعرفية: لفهم أنماط التكيف، الاستجابات الانفعالية، وتشكّل المفاهيم المرتبطة بالأمان والخطر في البيئة المحيطة.
- الشهادات الميدانية النوعية: التي تم جمعها من أمهات وأطفال داخل مراكز الزوج، بما يكشف عن التجليات الحسية والرمزية لمعنى الأمان لدى هؤلاء الأطفال.

يسعى هذا المقال إلى تقديم قراءة نوعية معمّقة تتجاوز الأرقام والإحصاءات، لتلامس التجربة النفسية كما تتجسد في اللعب، والرسم، والصمت، والنظرات الشاردة، والأحلام المتكررة. كما يحاول تفكيك أثر الحرب على الحقل العاطفي للطفل، لا بوصفها حدثاً عابراً، بل بوصفها بيئة متكررة ومتغلغلة في الذاكرة الحسية والجسدية للطفولة.

في هذا السياق، يصبح "الأمان" مفهوماً معكوساً؛ لا يُعرّف بما هو موجود، بل بما هو مفقود باستمرار. وتتحوّل الاستجابة النفسية للطفل إلى أداة بقاء وجداني، يسعى من خلالها إلى ترميم ذاته الهشة وسط عالم يتداعى من حوله.

إن هذه الدراسة لا تستهدف فقط التوثيق أو التحليل، بل تسعى أيضاً إلى إثارة الأسئلة الأخلاقية والإنسانية حول مسؤولية العالم في حماية الطفولة، وحول كيفية بناء استجابات نفسية تستند إلى فهم عميق للاحتياجات الشعورية للأطفال في سياقات الإبادة والتهجير أولاً: مفهوم الأمان النفسي في الطفولة المبكرة:

يُعد الأمان النفسي ركيزة مركزية في بناء الذات الإنسانية منذ لحظات الحياة الأولى، وهو لا يُختزل في غياب الخطر فحسب، بل يتمثل في إحساس داخلي عميق بالاطمئنان والثقة في البيئة والعلاقات القريبة، وفي التوقعات المتوقعة من المحيطين. ويُفهم الأمان النفسي على أنه الإطار الذي يسمح للطفل باستكشاف العالم، والتعبير عن احتياجاته، وتطوير إحساس متكامل بالذات.

1. التأسيس المفاهيمي: من الحماية البيولوجية إلى الأمان الانفعالي:

يبدأ تشكّل الأمان النفسي في رحم العلاقة الأولى التي تربط الطفل بالأم أو بمقدم الرعاية الأساسي، وهو ما توضحه نظرية التعلق (Attachment Theory) التي طوّرها جون بولبي (Bowlby، 1969). يرى بولبي أن الطفل يولد بمجموعة من السلوكيات البيولوجية

الفطرية – مثل البكاء، والتشبث، وتتبع الصوت – تهدف إلى ضمان القرب الجسدي من مقدم الرعاية، إذ يشكّل هذا القرب أرضية عصبية لتنظيم المشاعر وتقليل التوتر. وعندما تكون استجابات مقدم الرعاية ثابتة، حساسة، وقابلة للتنبؤ، يطور الطفل ما يُعرف بـ"نموذج العمل الداخلي الآمن" (Internal Working Model)، وهو تمثيل ذهني يؤسس لتوقع العلاقات لاحقًا. أما غياب الأمان النفسي أو تقطّعه، فيخلق نماذج غير آمنة للتعلق (القلق، التجني، أو الفوضوي)، ترتبط لاحقًا بصعوبات في التنظيم العاطفي، وتكوين الهوية، والتفاعل الاجتماعي.

2. الجهاز العصبي وتكوينه في الطفولة المبكرة:

تُعد الطفولة المبكرة، لا سيما السنوات الخمس الأولى، مرحلة حرجية في نمو الدماغ وتنظيم الجهاز العصبي الذاتي (Autonomic Nervous System). فالدماغ، في هذه المرحلة، يكون في حالة "نمو مفرط" (exuberant growth) من حيث التشابكات العصبية، وهو شديد الحساسية للمدخلات البيئية – لا سيما تلك المرتبطة بالأمان أو التهديد. وتلعب العلاقة مع مقدم الرعاية دورًا تنظيميًا لما يُعرف بـ"الاستتباب النفسي-العصبي" (Neuropsychological Homeostasis)، إذ يتعلّم الطفل – من خلال التكرار العاطفي الآمن – كيف يهدئ نفسه، ويشعر بالطمأنينة، ويكون استجابات مستقرة.

في المقابل، فإن التجارب الصادمة مثل الانفصال المفاجئ، العنف، الفقد، أو البيئة غير المستقرة، تدفع بالجهاز العصبي إلى العمل في وضعية "النجاة المزمنة" (Chronic Survival Mode)، حيث تُفرز هرمونات التوتر كالكورتيزول والأدرينالين بشكل مفرط، مما يُعيق نمو الدماغ المتوازن، ويقاوم الاستجابات المفرطة للتهديد.

3. تجليات غياب الأمان في سلوكيات الطفل:

عندما يُحرم الطفل من البيئة الآمنة والمطمئنة، تظهر سلسلة من المؤشرات السلوكية والانفعالية التي تعكس الخلل في الإحساس بالأمان، ومنها:

- البكاء المستمر أو غير المبرر: كرد فعل على انعدام التنظيم الداخلي، أو الاستجابة لتوتر غير مُعبّر عنه.
 - اضطرابات النوم: مثل الأرق، الكوابيس، أو القلق الليلي، بسبب غياب شعور الأمان أثناء الانتقال إلى النوم.
 - التعلق المفرط (Clinginess): والذي يظهر في التمسك الجسدي الزائد بمقدم الرعاية، والخوف الشديد من الانفصال.
 - الانسحاب الاجتماعي: كمؤشر على حالة تجمّد (Freezing Response) في مواجهة بيئة لا تُشعر بالأمان.
 - نوبات الغضب المتكررة أو السلوكيات العدوانية: كآليات دفاعية للتعبير عن الإحباط أو الصدمة الداخلية.
- كل هذه السلوكيات لا يجب أن تُفهم كـ"مشكلات سلوكية"، بل يجب قراءتها من منظور احتياجات غير مُلبّاة للأمان، أي كاستجابات تكيفية يُعبّر الطفل من خلالها عن حاجته العميقة للحماية، الاحتواء، والثبات.

4. الأمان كمنظم للتطور العاطفي والاجتماعي:

في حال تحقق الأمان النفسي، يستطيع الطفل أن:

- يطور الثقة الأساسية في الذات والعالم (Erikson, 1950).
 - يكون قدرة على تأجيل الإشباع وتنظيم الانفعالات.
 - يُبدع في اللعب، ويخوض علاقات اجتماعية مبكرة.
 - يبني نواة الهوية الذاتية والحدود النفسية.
- أما في حال غيابه، فغالبًا ما تتشكل شخصية هشة، تتصف إما بالانسحاب أو بالتعلق المرضي، أو بمزاج حاد واضطرابات سلوكية في المراحل اللاحقة.

5. الأمان النفسي في سياقات الحرب واللجوء:

تأخذ مسألة الأمان في سياقات النزاع والحرب أبعادًا أكثر تعقيدًا، إذ تتحول البيئة برمتها إلى مصدر تهديد مستمر. لا يعود غياب الأمان حادثًا طارئًا، بل يصبح نظامًا دائمًا من الخوف والتشظي. وهنا يُعاد تشكيل مفهوم الأمان وفق بدائل جزئية: كوجود الأم، قطعة خبز، غطاء لبلي، أو مكان مغلق. وفي هذه السياقات، يُصبح من الضروري إعادة تعريف الأمان ليس فقط كحالة شعورية، بل كحق إنساني مهدد، تتوجب حمايته عبر استجابات نفسية مجتمعية طارئة ومبنية على فهم عميق لاحتياجات الطفولة المبكرة.

ثانيًا: تجليات انعدام الأمان في سياق القصف والزوج:

في سياقات الحرب واللجوء، لا يُفقد الأمان النفسي فحسب، بل يُستبدل بمنظومة نفسية مغايرة يُعاد فيها تشكيل العالم وفقًا لثنائية دائمة من الخوف والانهيار. ويُصبح انعدام الأمان ليس مجرد استجابة لحادث طارئ، بل حالة وجودية متكرسة تتغلغل في اليومي، وتُعيد توجيه التطور العاطفي للطفل نحو البقاء بدل النمو.

1. الشهادات الميدانية: التثبيت على لحظة التهديد:

من خلال الشهادات التي تم جمعها في مراكز الإيواء في رفح ودير البلح، يمكن تتبع نمط مشترك من الاستجابات الانفعالية الفجة والمستمرة لدى الأطفال، تعكس عمق التهديد النفسي الذي يعيشونه. تقول إحدى الأمهات:

- "ابني عمره ثلاث سنوات، كلما سمع صوت طائرة، يركض ويختبئ تحت السرير ويبكي بهستيريا".

وفي شهادة أخرى:

- "بنتي صارت ما تنام إلا إذا أنا ماسكة إيدها، وتصيح تصرخ لو سمعت صوت قوي".

تعكس هذه الشهادات تثبيتًا نفسيًا (Fixation) على لحظة التهديد، وهو مصطلح يعود إلى مفاهيم التحليل النفسي الفرويدي، ويُشير إلى حالة يتوقف فيها النمو العاطفي عند لحظة محددة من الخوف الشديد، دون قدرة على الانتقال منها أو تجاوزها. فالطفل لا يتفاعل مع الحاضر بمعزل عن الماضي، بل يعيش الحاضر كاستمرار مكرر للكارثة الأصلية. (the original trauma)

2. القصف كحدث دائم: اضطراب الإيقاع العصبي:

في البيئات الطبيعية، يتعلّم الطفل التمييز بين المنبهات المهددة والمنبهات الآمنة، ويبنى استجابات ملائمة ضمن ما يُعرف بنظام "الإنذار النفسي" (Psychological Alarm System) "أما في سياق القصف والزوج، فإن هذا النظام يُصاب بخلل، حيث يُصبح أي صوت قوي، أو حركة غير متوقعة، بمثابة إعادة تنشيط للتجربة الصادمة (Trauma Re-enactment)، مما يُبقي الجهاز العصبي في حالة تأهب قصوى. (Hyperarousal)

وهنا، يدخل الطفل فيما يُعرف بـ "وضعية البقاء البيولوجية (Survival Mode)"، والتي تتصف بعدم القدرة على الاسترخاء، واضطراب النوم، وتثبيت عضلي مزمن، واضطرابات في الشهية واللغة والانتباه.

3. المؤشرات السلوكية لانعدام الأمان في الميدان:

أظهرت الملاحظات الميدانية من الفرق النفسية العاملة في مراكز الإيواء وجود عدد من المؤشرات النفسية والسلوكية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2 إلى 5 سنوات، يمكن تلخيصها على النحو التالي:

- تأخر في اللغة أو صمت تام: غالبًا نتيجة لشلل عاطفي داخلي أو لغياب نموذج التواصل الآمن.
- نوبات غضب حادة ومفاجئة: كاستجابة غير منظمة للتهديد أو الإحباط، دون وجود أدوات داخلية للتهديئة الذاتية.
- تعلّق مرضي بالأم أو مقدم الرعاية: يتجاوز العلاقة الطبيعية نحو التبعية المطلقة، ويتجلى في رفض الانفصال حتى للحظات.
- اضطرابات النوم المتكررة: أحلام مزعجة، كوابيس، رفض النوم دون وجود جسدي مباشر للأم.
- سلوكيات نمائية نكوصية: (Regression) مثل العودة للتبول اللاإرادي أو مصّ الإصبع، وهي دلالات على محاولة اللاوعي النفسي استرجاع مراحل تطور أكثر بدائية لطلب الأمان.

4. العجز عن الترميز اللغوي للصدمات:

في ظل محدودية القدرات اللغوية والمعرفية لدى الطفل في هذه المرحلة العمرية، فإن القدرة على التعبير عن التجربة الصادمة تكون شبه معدومة. لا يستطيع الطفل أن يقول "أنا خائف" أو "أنا مضطرب"، بل يُعبر عن هذا الخوف من خلال الجسد والسلوك: ارتجاف، انكماش، صراخ، بكاء مفاجئ. وهنا يظهر ما يُعرف بـ "الذاكرة الضمنية للصدمات (Implicit Trauma Memory)"، حيث تُخزّن التجربة الصادمة في الجسد والنفس دون مرورها بمصفاة اللغة أو المعنى.

ويساهم غياب الأدوات المجتمعية والمهنية اللازمة – مثل الألعاب العلاجية، جلسات التعبير العاطفي، والمرافقة النفسية المتخصصة – في تكرس هذا الصمت، مما يُحوّل التوتر إلى حمولة نفسية صامتة قد تنفجر لاحقًا في مراحل عمرية لاحقة على شكل اضطرابات سلوكية أو وجدانية.

5. أثر الزوج على الشعور بالحدود والهوية :

النزوح لا يعني فقط فقدان المكان، بل يعني أيضاً اهتزازاً في الشعور بالانتماء والحدود النفسية. الطفل، بطبيعته، يُعرّف الأمان من خلال الروتين، الزاوية المألوفة في المنزل، الرائحة، الصوت، السرير. وعندما يُجبر على مغادرة كل ذلك، يُصاب بشعور باللا-مكان واللا-هوية، فتتفتت الحدود التي يفصل بها بين "أنا" و"العالم"، ويشعر بأنه مُعرض دائماً للاجتياح والفقد. هذا الاضطراب في الهوية المكانية يترافق مع اضطراب في الهوية النفسية، حيث لا يعود الطفل يعرف أين ينتهي، ومن يستطيع حمايته، وما إذا كان العالم جديراً بالثقة.

ثالثاً: الأمان النفسي كمفهوم مشوّه ومجزأ في الوعي الطفولي :

في الظروف الطبيعية، يتكوّن مفهوم الأمان لدى الطفل تدريجياً، من خلال تفاعل ثابت مع البيئة والرعاية المتوقعة. يتعلّم الطفل أن البيت ثابت، وأن الأم موجودة، وأن السرير مكان للنوم لا للهرب، وأن الزمن قابل للتنبؤ. إلا أن التهجير القسري وانهيار البنية المكانية والعائلية يُحدثان اختراقاً عنيقاً لهذا النموذج العقلي، بحيث تفتت معنى الأمان في ذهن الطفل ويتحول إلى كيان مشوّه، غير مكتمل، بل ومُخيف أحياناً.

1. المكان الذي اختفي: تفكك المرجعية المكانية:

في شهادة لإحدى الأمهات في مركز إيواء بدير البلح، قالت:

- "ابني بسألني: 'ماما، بيتنا مات؟' هو مش قادر يفهم ليش اختفى فجأة".

هذا التساؤل الطفولي ليس مجرد تعبير لغوي، بل تمظهرٌ لنمط تفكير يُسمى بـ"التفكير السحري (Magical Thinking)"، وهو آلية نفسية شائعة في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يُسقط الطفل الحياة أو النية على الجمادات (كالبيت)، أو يربط بين الأحداث بطريقة غير منطقية كوسيلة لفهم عالم فوضوي ومخيف.

حين يقول الطفل "بيتنا مات"، فإنه لا يستخدم استعارة شعرية، بل يُعبر عن صراع داخلي وجودي مع الفراغ. البيت، الذي كان يُمثل نقطة الارتكاز الأولى للأمان الحسي والعاطفي، أصبح الآن شيئاً مفقوداً لا يمكن إدراكه. وهذا الفقد المادي لا يُعاش كمجرد خسارة، بل كهدم للمعنى والبنية الذهنية التي كان يتكئ عليها الطفل لبناء إدراكه للعالم.

2. الأمان المشوّه: عندما تتحول الأم إلى ملجأ طارئ:

في ظل تكرار التهجير، تصبح الأم أو مقدّم الرعاية المرجع الوحيد المتبقي في عالم ينهار. يتحول التعلق الطبيعي إلى نوع من التعلق الفزع (Anxious Clinging)، حيث يصبح الجسد الأمومي نفسه بمثابة "مكان الإقامة النفسي"، في غياب البيت والمؤسسة والروتين. لكن حتى هذا الجسد المرجعي – الأم – غالباً ما يكون مثقلاً بالخوف والإنهاك، مما يُربك معادلة الأمان في ذهن الطفل، ويدفعه إلى حالة من الارتباك التعلقي (Attachment Disorganization)، حيث تختلط لديه مفاهيم الحب، والحماية، والخطر، في نفس الشخص، في نفس اللحظة.

3. مفهوم الزمان المقطوع: انعدام استمرارية التجربة:

الزمن في الطفولة المبكرة لا يُفهم بوحده المجردة، بل يُبنى من خلال التكرار والتوقع: وجبة الإفطار، قصة ما قبل النوم، موعد اللعب، حضور الأب أو الأم مساءً. ومع الزواج، تفتت هذا التسلسل، وتفقد اللحظة معناها الزمني. في بعض الشهادات، عبر أطفال عن أسئلة مثل:

- "إيمى رح نرجع بيتنا؟ اليوم ولا بكر؟ هو أصلاً في بيت؟"

هذه الأسئلة تُعبّر عن حالة زمنية مشوشة، حيث يُختلط الماضي بالحاضر، وتُمتد الحدود بين "ما كان" و"ما سيكون"، مما يُفقد الطفل القدرة على توقع ما سيحدث، وهي قدرة جوهرية في بناء الشعور بالأمان.

4. ثنائية "البيت-القبر": انهيار المفاهيم الرمزية :

في سياق الإبادة، كثيراً ما رأى الأطفال البيوت تُقصف، العائلات تُقتل داخل منازلها، الجدران تسقط على الأجساد. وبهذا، يُعاد تشكيل البيت – رمز الحماية – كقبر، أو مكان خطر. وهذا التشوه الرمزي يُنتج صراعاً داخلياً لدى الطفل: كيف يمكن لشيء كان مألوفاً وآمناً أن يصبح قاتلاً؟ كيف يمكن للغرفة التي لعب فيها أن تُصبح فجأة مصدراً للموت؟

يُظهر هذا الصراع ما يُعرف في التحليل النفسي بـ "التمثيلات المتناقضة (Ambivalent Representations)" ، وهي حالة يُسجل فيها الشيء الواحد معاني متضادة في اللاوعي، مما يُربك الاستجابات النفسية ويُضعف بناء الهوية.

5. تشظّي الأمان كأثر ممتد: من غياب المكان إلى غياب الذات

في حالات النزوح الطويل والاعتداءات المتكررة، يُصبح التشظّي في مفهوم الأمان مدخلاً إلى تشظّي الذات الطفولية ذاتها. فالطفل الذي لا يملك شيئاً ثابتاً يتكئ عليه، لا يستطيع أن يُبلور مشاعر واضحة، أو رغبات مستقلة، أو أهدافاً بسيطة. وتظهر هنا مؤشرات انكماش نفسي واضحة، منها:

- عدم القدرة على اللعب التخيلي (الذي يُعد مؤشراً على الأمان الداخلي).
 - رفض الانفصال عن الأم حتى للحظات، سواء عند الذهاب للحمام أو النوم أو اللعب.
 - سلوكيات صامتة وانعزالية تشير إلى انسحاب داخلي من الواقع.
- الأمان النفسي لدى الطفل ليس حالة شعورية فحسب، بل هو بنية إدراكية مركبة تتطلب استقراراً في الزمان والمكان والعلاقة. ومع الحرب والتهجير، تتحطم هذه الأعمدة، ويصبح مفهوم الأمان نفسه تجربة ممزقة تُعاش من خلال لغة مشوهة، رمزية، وجسدية، حيث يحاول الطفل النجاة عبر إعادة تشكيل عالمه الخاص بلغة لا يفهمها أحد.
- رابعاً: أثر غياب الأمان على البنية العصبية والانفعالية:

تشير البحوث في علم الأعصاب التنموي (Developmental Neuroscience) إلى أن الطفولة المبكرة تمثل مرحلة حرجية في تشكّل البنية العصبية والانفعالية، حيث تكون الدماغ في حالة نمو سريع وتكوين تشابكات عصبية جديدة، تتأثر بعمق بجودة العلاقة مع البيئة والرعاية. وفي هذا السياق، فإن الحرمان من الأمان النفسي لا يُعد تجربة شعورية عابرة، بل يُعاد تشكيله بيولوجياً داخل الدماغ، مؤثراً على مستقبل الطفل الإدراكي والانفعالي.

1. اللوزة الدماغية: تضخمّ الخوف المزمن:

اللوزة الدماغية (Amygdala) هي البنية المسؤولة عن كشف الخطر وإطلاق استجابات الخوف. في الظروف العادية، تعمل هذه المنطقة كبوق إنذار عند مواجهة تهديد، ثم تهدأ عندما يزول الخطر. لكن في حالات التعرض المستمر للضغط، كما في سياق القصف أو النزوح، تُصبح اللوزة مفرطة النشاط (Hyperactive) ، وتُعيد إطلاق الإنذارات حتى في غياب الخطر المباشر. وقد لوحظ ذلك ميدانياً في سلوكيات الأطفال، حيث:

- يتجمدون فجأة أثناء اللعب عند سماع أي صوت مرتفع.
- يحدقون في الفراغ أو في اتجاه الصوت بصمت ويتوتر واضح.
- تظهر عليهم علامات فرط اليقظة (Hypervigilance) ، كتحريك الرأس باستمرار أو تصلب الجسم، وكأن الخطر سيظهر في أي لحظة.

- هذا النمط من الاستجابة يعكس تشوّهاً في نظام الخوف الداخلي، ويجعل الجسم في حالة تأهب عصبي مستمرة (Chronic Arousal)، مما يُعيق حالات الاسترخاء واللعب والانخراط التفاعلي، وهي أنشطة ضرورية للنمو النفسي والاجتماعي السليم.

2. الحصين: تشوّه الذاكرة والسرد الذاتي:

أما الحصين (Hippocampus) ، وهو البنية الدماغية المسؤولة عن تنظيم الذكريات وربطها بسياقات زمنية ومكانية، فإنه يتأثر سلباً بالتعرض المزمن للضغط والإجهاد السام (Toxic Stress) ، مما يؤدي إلى ضعف القدرة على معالجة الأحداث، وتأخير النمو المعرفي. في حالات الحرب، تصبح الذاكرة نفسها مُجزأة، غير متسلسلة، ومشحونة بالانفعالات.

الطفل في هذه الحالة قد يُعيد مشاهد الصدمة بشكل عشوائي، أو يخلط بين الماضي والحاضر، فلا يستطيع التمييز بين "ما حدث" و "ما قد يحدث"، مما يُغذي استمرار الخوف والقلق. كما يُضعف ذلك قدرة الطفل على تشكيل سرد ذاتي coherent narrative ، وهو أساس تكوين الهوية والانتماء.

3. المحور تحت المهاد – النخامي – الكظري: جسم في حالة استنفار دائم:

على المستوى البيولوجي، يتفعل لدى الطفل الذي يعيش في بيئة غير آمنة ما يُعرف بمحور HPA (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis)، وهو المسؤول عن تنظيم استجابات التوتر. عند تفعيله بشكل مستمر، يفرز الجسم كميات مرتفعة من هرمون الكورتيزول، والذي يؤدي مع الزمن إلى:

- اضطرابات في النوم.
- تقلبات مزاجية حادة.
- صعوبات في التركيز والانتباه.
- تأخر في التنظيم العاطفي والانفعالي.

وقد رُصدت ميدانيًا أعراض من هذا النوع، مثل الاستيقاظ المفاجئ ليلاً مع الصراخ، أو التحول المفاجئ من اللعب إلى الغضب أو البكاء، وهي جميعها مؤشرات على جهاز عصبي لا يستطيع العودة إلى خط الراحة (Baseline) بسبب الإجهاد المزمن الناتج عن غياب الأمان.

4. الأثر التراكمي: من التوتر إلى اضطرابات معقدة:

إن هذا النمط من التعرض المستمر للتهديد لا يمر دون أثر بعيد المدى. فالدراسات تشير إلى أن الأطفال الذين نشؤوا في بيئات عالية التوتر معرضون بدرجة أعلى للإصابة لاحقًا بـ:

- اضطراب ما بعد الصدمة المعقد (C-PTSD)، الذي يجمع بين ذكريات اقترامية مزعجة، وفراط يقظة، واضطرابات نوم، ومشكلات في الثقة والعلاقات.
- تأخر في النضج الاجتماعي والانفعالي، حيث يبقى الطفل أسير أنماط سلوكية طفولية رغم تقدمه في العمر، نتيجة غياب بيئة تسمح بتطور الذات المستقلة بأمان.
- صعوبات في الارتباط والتعلق لاحقًا في الحياة، بسبب الرسائل اللاواعية المتراكمة بأن العالم ليس مكانًا آمنًا، وأن الاعتماد على الآخرين قد يكون خطيرًا.

5. مفارقة الطفولة في سياق الحرب: الجسد كمرآة للتاريخ:

في النهاية، فإن الأثر العصبي والانفعالي لغياب الأمان لا يقتصر على الدماغ وحده، بل يظهر في لغة الجسد. في اللعب، في صمت الطفل أو نوبات بكائه، في نظراته الغارقة أو أصابعه المتبسة. فالجسد في هذه الحالة لا يعيش لحظته فقط، بل يحمل معه سردية الخوف الجماعي، ويُخزنها في خلايا عصبية وهرمونات وسلوكيات، تتحدث حتى عندما يعجز الطفل عن الكلام.

خامسًا: توصيات للتدخل والدعم:

في ضوء ما سبق من تشخيص نفسي عصبي لسلوكيات الأطفال في بيئات النزوح والإبادة، تصبح الحاجة إلى تدخلات دقيقة ومتكاملة أمرًا ملجأ، ليس فقط للتخفيف من أعراض الصدمة، بل لبناء أرضية ممكنة لتعافي تدريجي ومتماثل. وفي هذا السياق، يمكن تقديم التوصيات التالية بوصفها خطوطًا إرشادية لبرامج التدخل النفسي والاجتماعي مع الأطفال في حالات الطوارئ:

1. تهيئة بيئة استقرار حسية ولغوية:

في ظروف تتسم بالفوضى الحسية (ضجيج، روائح، ازدحام، تحركات مفاجئة) والانفصال اللغوي عن المعنى، يصبح توفير بيئة متكررة ومستقرة أولوية نفسية. هذه البيئات ينبغي أن:

- تخلق روتينًا يوميًا بسيطًا وقابلًا للتوقع (مثل أوقات ثابتة للنوم، الطعام، اللعب)، مما يفعل لدى الطفل شعورًا بالتحكم الزمني الذي يفقده في حالة النزوح.
- تقلل المثيرات المفاجئة التي تعيد تفعيل منظومة الخوف، وذلك عبر تنظيم الصوت، الإضاءة، واللمس.
- تُدعم بلغة بسيطة ومكررة، تُعيد للطفل ثقة تدريجية في قدرة اللغة على تفسير العالم، مما يساهم في التوازن بين ما يشعر به وما يستطيع التعبير عنه.

هذا النوع من التهيئة لا يُعد ترفًا بيئيًا، بل يمثل شكلًا من "الاحتواء البيئي" الذي يسبق أي تدخل نفسي فردي، ويؤسس لإعادة التنظيم العصبي الداخلي.

2. تدريب الأمهات ومقدمي الرعاية على الاستجابات الحاضنة (Holding Responses) :

الأم، أو مقدم الرعاية الرئيسي، يشكل ما يُعرف بـ "النظام العصبي الخارجي للطفل"، أي أن سلوك الراشد يُنظم استجابات الطفل العاطفية والجسدية. ومن هنا، فإن تمكين الراشدين من تقديم استجابات حاضنة (Holding Responses) يصبح أساسيًا. ويشمل ذلك:

- الاستجابة الانفعالية المتزنة في لحظات فزع الطفل، دون تعزيز الذعر أو إنكاره.
 - استخدام اللمس الآمن والصوت الدافئ والنظرات الحانية ل تهدئة النظام العصبي لدى الطفل.
 - تأطير ما يحدث بلغة تُطمئن ولا تُربك ("سمعنا صوت قوي، بس إحنا بأمان مع بعض").
- هذه الاستجابات تعمل على تقوية نمط التعلق الآمن (Secure Attachment)، وتساعد الطفل على ترسيخ صورة داخلية راشدة تحتوي انفعالاته، وتقلل من التعلق المرضي أو الانسحاب الانفعالي.

3. استخدام أدوات اللعب العلاجي لاستكشاف تمثيلات الخوف والتهديد :

- اللعب ليس ترفاً في سياق الطوارئ، بل هو الوسيط الأول لفهم تمثيلات الطفل، خاصة حين تعجز اللغة عن التعبير. يوصى بـ:
- استخدام اللعب الإسقاطي مثل الرسم، العرائس، الرمل، الصلصال، لبناء سرديات غير لفظية تُخرج الخوف من الداخل إلى الخارج.
 - مراقبة تكرار الأنماط (مثل وجود "وحش"، "بيت مكسور"، "أم غائبة")، واستخدامها كإشارات لفهم العالم الرمزي للطفل.
 - خلق فضاء لعب يُشعر الطفل بأنه صاحب سلطة وخيار، مما يعيد له إحساساً مفقوداً بالسيطرة ويعيد تنظيم معادل الخوف في داخله.
- من خلال هذه الأدوات، يمكن تقديم التدخل النفسي بطريقة "آمنة"، لا تُشعر الطفل بأنه "حالة"، بل تمنحه فرصة لإعادة ترتيب فوضى تجربته ضمن عالم رمزي خاص به.

4. إدماج مكونات التدخل العصبي النفسي (Neuropsychological Intervention) :

الأطفال دون سن الخامسة يعيشون في لحظة "تشكّل عصبي وانفعالي"، ما يجعل التدخل في هذه المرحلة فرصة حرجة للوقاية من التحوّل المزمن للصدمة. يوصى بـ:

- تمارين تنظيم نفسي جسدي (Self-regulation tools) مثل التنفس العميق المصاحب بالحركة، الإيقاع الثابت (مثل الطبول الناعمة)، أو الأنشطة الحسية التكرارية (مثل لفّ الجسم ببطانية)، والتي تعمل على تهدئة الجهاز العصبي السمبثاوي.
 - أنشطة تقوي التكامل بين الدماغ الانفعالي (Limbic system) والدماغ المفكر (Prefrontal Cortex) عبر سرد قصص بسيطة تُعيد ترتيب أحداث غير مفهومة بترتيب منطقي وعاطفي.
 - استخدام تقنيات من العلاج القائم على اللعب العصبي (Neurosequential Play Therapy)، والتي تراعي مراحل تطور الدماغ، وتعمل على إعادة تنظيم دوائر التوتر والخوف بطريقة تدريجية وآمنة.
- إدماج هذه المكونات لا يتطلب دائماً مختصين في علم الأعصاب، بل يمكن تدريب المرشدين الميدانيين على مبادئها الأساسية ضمن برامج مبسطة، مما يوسّع قاعدة التأثير ويجعل التدخلات أكثر جدوى في سياقات الطوارئ الجماعية.

خاتمة: الطفولة كجبهة صمود في وجه الانهيار:

إن إدراك الأطفال الفلسطينيين لمفهوم الأمان في سياق الإبادة الجماعية لا يُمكن قراءته بمعزل عن التشظي الجذري الذي يطال المعنى والمكان والعلاقات. فهو ليس مجرد تجربة انفعالية داخلية، بل انعكاس عميق لتفكك البنى المرجعية الأساسية التي تُشكل الإحساس بالوجود الآمن: البيت، العائلة، الإيقاع الزمني، وحتى اللغة. وما يُعرف في علم النفس بـ"التكوين البيئي للذات" يصبح هنا في مهبّ فقي مزدوج: فقد الحماية وفقد القدرة على التفسير.

لقد أظهرت الشهادات الميدانية والبيانات السلوكية أن الأطفال لم يعودوا يتعاملون مع العالم من موقع الاستكشاف، بل من موقع النجاة. النوم لم يعد استراحة، بل حالة يقظة معلقة. اللعب لم يعد تعبيراً عن الخيال، بل قناعاً للقلق. الأسئلة التي يطرحونها، من قبيل: "هل بيتنا مات؟"، ليست بريئة، بل نداءات حادة من أجل استعادة منطق داخلي يساعدهم على النجاة من منطق خارجي فقد كل معايير المعقولة.

ومن هذا المنطلق، لا تكفي التدخلات النفسية الطارئة، مهما كانت مهمة، في التخفيف من وطأة هذه التشققات النفسية العميقة. ما نحتاجه هو رؤية طويلة الأمد تستند إلى ثلاثية متداخلة:

- إعادة بناء المعنى: عبر تمكين الأطفال من رواية ما حدث بلغتهم الخاصة، لا كمجرد ضحايا، بل كمشاركين في سرد جماعي يسعى للفهم، وليس فقط للبقاء.
 - ترميم التعلق: عبر تعزيز العلاقات الآمنة والمستمرة مع مقدمي الرعاية، ومع الأقران، ومع الأماكن البديلة التي يمكن أن تتحول من "مأوى طارئ" إلى "فضاء ترميمي".
 - استعادة القيمة الذاتية: من خلال منح الأطفال أدواراً رمزية وحقيقية تتيح لهم الشعور بأن وجودهم ليس عبئاً، بل قيمة مضافة للحياة الجماعية، حتى في لحظات الحصار والانهيار.
- إن الطفولة الفلسطينية، في ظل هذا الواقع، لا يمكن النظر إليها كمرحلة نمو اعتيادية تمرّ عبر محطات نمائية معيارية. بل هي جبهة صمود نفسي وروحي، تُدافع فيها الذات الناشئة عن حقها في أن تكون، أن تفكر، أن تتعلق، وأن تحلم، رغم انعدام كل ضمانات الأمان. وفي هذا الصراع اليومي الصامت، تتجلى بطولية الطفولة كقوة رمزية ومعنوية، تتجاوز حدود الجسد، والزمان، والمكان. وبالتالي، فإن كل تدخل لا يُصغي لهذه الحقيقة، يبقى ناقصاً، بل قد يُعيد إنتاج الجرح بشكل آخر.
- إن استجابة العالم لهذا الواقع لا يجب أن تقتصر على تقديم المساعدات أو تقنيات العلاج النفسي التقليدية، بل أن تتأسس على رؤية وجودية-تحريرية، ترى في إنقاذ الطفولة فعل مقاومة أخلاقية ضد كل أشكال التجريد والإنكار. فحين نفقد الطفولة، لا نفقد فقط جيلاً، بل نفقد البوصلة التي تُدركنا بما تبقى من إنسانيتنا.

References:

1. Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
2. American Psychological Association. (2019). Trauma-informed care for children and families. *Psychological Services*, 16(1).
<https://www.apa.org/pubs/journals/special/5711605>
3. American Psychological Association. (2021, June 14). *APA provides input on impact of violent conflict on children*.
<https://www.apa.org/news/press/releases/2021/06/trauma-gaza-children>
4. American Psychological Association. (2023, October). *APA warns of psychological impacts of violence in Middle East*.
<https://www.apa.org/news/press/releases/2023/10/middle-east-violence-statement>
5. American Psychological Association. (2024, August). *APA Statement Calling for an Immediate, Permanent, and Comprehensive Ceasefire in the Israel-Gaza Conflict*. <https://www.apa.org/about/policy/statement-global-ceasefire.pdf>
6. Bartoskova, L. (2015). Empathy and coherence as factors in overcoming trauma. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 123–137.
7. Bartoskova, L. (2017). Empathy and coherence as factors in overcoming trauma. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(3), 245–260.
8. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
9. Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89–111). Guilford Press.
10. Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma on therapists: A meta-synthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570–580.
11. Green, E. J., & Myrick, A. C. (2014). Treating complex trauma in adolescents: A phase-based, integrative approach for play therapists. *International Journal of Play Therapy*, 23(2), 88–100.
12. Lieberman, A. F., Silverman, R., & Pawl, J. H. (2000). Infant-parent psychotherapy. In C. H. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 432–448). Guilford Press.
13. Osofsky, J. D. (2011). *Treating infants and young children impacted by trauma: Interventions that promote healthy development*. American Psychological Association.
14. Perry, B. D. (2003). Stress, trauma, and post-traumatic stress disorders in children. *ChildTrauma Academy*. https://naturalstatecounselingcenters.com/wp-content/uploads/2020/04/PTSD_Intro_Perry_1.pdf
15. Reddy, L. A., Weissman, A. S., & Hale, J. B. (2013). *Neuropsychological assessment and intervention for youth: An evidence-based approach to emotional and behavioral disorders*. American Psychological Association.
16. The Guardian. (2024, December 11). *Death feels imminent for 96% of children in Gaza, study finds*. <https://www.theguardian.com/world/2024/dec/11/death-feels-imminent-for-96-of-children-in-gaza-study-finds>

17. The Guardian. (2024, December 22). *They can't sleep ... can't speak: the lifeline offered to Gaza's traumatised children*.
<https://www.theguardian.com/society/2024/dec/22/they-cant-sleep-cant-speak-the-lifeline-offered-to-gazas-traumatised-children>
18. UNICEF. (2024, June). *Inside the psychological crisis affecting Gaza's children*.
<https://childrennotnumbers.org/psychological-trauma-in-gaza-children/>
19. Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2005). Building attachment relationships following maltreatment and severe deprivation. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 195–216). Guilford Press.
20. American Psychological Association. (2021). *APA statement on mental health support in conflict zones*. <https://www.apa.org/international/global-insights/gaza-mental-health>
21. Osofsky, J. D., & Lieberman, A. F. (2011). Children exposed to violence: A developmental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 32(2), 158–160.
22. Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook*. Basic Books.
23. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
24. Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
25. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2021). *Psychosocial interventions: A handbook*. <https://pscentre.org>

كيف تتجلى مشاعر الفقد غير المفهوم لدى الطفل في عمر ما قبل المدرسة؟ رؤية تحليلية في سياق حرب الإبادة للمجتمع الغزي

الخلفية والسياق:

تمثل مرحلة ما قبل المدرسة (من 3 إلى 6 سنوات) إحدى أكثر الفترات حساسية في نمو الطفل، حيث يبدأ التكوين الأولي للذات، وتنمو الوظائف التنفيذية والمعرفية بشكل متسارع، وتتجذر البذور الأولى للفهم الرمزي للواقع. في هذه المرحلة، يتطور إدراك الطفل للعالم المحيط به من خلال اللعب، والتقليد، والعلاقات العاطفية الأساسية، وتتشكل المفاهيم الجوهرية للحياة والموت، الانتماء والافتقار، الأمان والخوف، ضمن أطر ذاتية جزئية ومجزأة. لا يمتلك الطفل بعد أدوات معرفية متكاملة تسمح له بفهم الأحداث أو التعبير اللفظي عنها بشكل واضح، ما يجعل التجارب العاطفية تمر عبر قنوات غير لفظية كالجسد، والسلوك، والرمز، واللعب.

في السياق الفلسطيني، وتحديدًا في قطاع غزة، تتعرض هذه المرحلة التكوينية لتهديدات بنيوية متكررة تتجاوز مجرد "الصدمة" العابرة إلى شكل مستمر من أشكال الإبادة النفسية المتدرجة. تتجلى هذه التهديدات في القصف العشوائي، التهجير القسري، فقدان أحد أو كلا الوالدين، الانفصال عن البيئة الآمنة، وفقدان المنزل بما يحمله من رمزية الحماية والانتماء. كل ذلك يحدث ضمن واقع لا يمنح الطفل فسحة لاستيعاب الفقد أو تأسيسه نفسيًا واجتماعيًا، بل يفرض عليه التكيف اللحظي مع الخسارة دون أن يمنحه الوقت الكافي للحزن أو الفهم.

ينتهي الفقد هنا إلى ما يمكن تسميته بـ "الفقد غير المفهوم (Unarticulated Loss)" أو "الفقد الصامت"، وهو شكل من الفقد الذي لا يستطيع الطفل التعبير عنه لغويًا، ولا يدركه كحادثة منتهية، بل يعيش تداعياته المتواصلة كحالة وجودية مربكة، تظهر في هيئة قلق مهم، خوف ليلي، صمت غير معتاد، عدوانية مفاجئة، أو انسحاب من التفاعل الاجتماعي. كما يتجسد هذا الفقد في أنماط اللعب الرمزي التي تعيد إنتاج مشاهد الهدم، الطيران، الموت، أو الخلاص، وفي تمثيلات جسدية كالآلام البطنية، التبول اللاإرادي، واضطرابات النوم.

هذا المقال يهدف إلى تحليل بنية الفقد في الطفولة المبكرة ضمن سياق الحرب والإبادة الجماعية في قطاع غزة، مستندًا إلى مداخل التحليل النفسي والنظرية المعرفية السلوكية، ومسلطًا الضوء على:

○ كيفية تمثل الطفل للفقد في ظل غياب اللغة الكافية.

○ ديناميات الإنكار والتكرار الرمزي في اللعب والسلوك.

○ العلاقة بين الفقد غير المفهوم وتطور الاضطرابات النفسية لاحقًا.

○ الاستجابة الأولية لمقدمي الرعاية والأمهات، كمرآة تعكس شدة الأزمة.

○ أثر البيئة المادية والاجتماعية لمراكز الإيواء في تعزيز أو تخفيف هذه الأعراض.

ولإضفاء بعد ميداني على التحليل، يعتمد المقال على شهادات حية من أمهات فقدن أزواجهن أو منازلهن، وعلى تقارير نوعية من فرق الدعم النفسي العاملة مع الأطفال في مراكز الإيواء خلال الهجمات الأخيرة، لتوضيح كيف يتجلى الفقد في أصوات، أجساد، ورسومات الأطفال، وما إذا كان هناك مجال للشفاء أو أن ما نراه هو بداية لترسخ صدمات مركبة تستمر مدى الحياة.

أولاً: الفقد غير المفهوم في الطفولة المبكرة – المفهوم والإشكالية:

يُعد مفهوم "الفقد غير المفهوم (Unarticulated or Unresolved Loss)" من المفاهيم النفسية المحورية لفهم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، خاصة في السياقات المأزومة بالحرب والزواج. ويقصد به الحالة التي يتعرض فيها الطفل إلى فقدان حاد ومفاجئ – سواء لشخص، أو مكان، أو علاقة أساسية – دون أن يمتلك الأدوات النفسية أو المعرفية أو اللغوية لفهم طبيعة ما حدث أو التعبير عنه.

1. البنية الإدراكية للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة:

في مرحلة الطفولة المبكرة، وتحديدًا بين سن 3 إلى 6 سنوات، يمر الطفل بما تُعرف بالمرحلة التمهيدية للإدراك المنطقي بحسب تصنيف بياجيه (Preoperational Stage)، والتي تتسم بالخصائص الآتية:

2. التمرکز حول الذات (Egocentrism): يرى الطفل العالم من منظوره الخاص ولا يدرك أن الآخرين قد يكون لديهم وجهات نظر مختلفة.

3. التفكير السحري (Magical Thinking): يميل الطفل إلى تفسير الظواهر الكبرى بطريقة غير منطقية، كأن يظن أن صراخه هو ما تسبب في اختفاء والدته.

4. غياب مفاهيم الديمومة والنهائية: لا يستطيع الطفل إدراك أن الموت نهائي وغير قابل للرجوع، بل يعتقد أنه مؤقت أو عكسي، كما في "النوم الطويل".

5. قصور اللغة عن التعبير: لا يمتلك الطفل بعد المفردات أو المهارات اللغوية التي تمكنه من التعبير عن مشاعره المركبة كالاشتياق أو الحزن أو الغضب المرتبط بالفقد.

كل هذه السمات تجعل الطفل معرضاً لتجربة فقد غير مفهومه نفسيًا، وغير قابلة للترميز داخل بنيته الذهنية، ما يؤدي إلى ظهور أعراض سلوكية أو جسدية بدلًا من التعبير اللفظي أو التفسير الواعي.

2. الفقد المفاجئ في السياق الفلسطيني – قطاع غزة نموذجًا :

في غزة، حيث تتكرر دورات العنف والتعبيد العسكري على فترات قصيرة، يعيش الطفل واقعًا شديد الانفجار، تتخلله لحظات فقدان غير متوقعة ومفاجئة:

- فقدان أحد أو كلا الوالدين دون وداع.
 - اختفاء الأخ أو الأخت تحت الركام أو داخل المستشفى.
 - تدمير المنزل بكل محتوياته الرمزية والانفعالية.
 - الانتقال الإجباري إلى مراكز إيواء غريبة وغير مألوفة.
- هذه الأحداث لا تمنح الطفل زمنيًا نفسيًا كافيًا للاستعداد أو الفهم أو التهيئة، بل تفرض عليه غيابًا غير مشروح، وتخلق شرخًا إدراكيًا بين ما عاشه وما لا يستطيع تفسيره.

يُلاحظ مثلًا أن بعض الأطفال يظلون ينتظرون عودة والدهم "من العمل"، رغم وفاته، أو يصرون على ترك مكان فارغ له أثناء تناول الطعام، ما يعكس آلية الإنكار السحري ورفض استيعاب الفقد. وقد تروّج البيئة المحيطة – بدافع الحماية – لخطاب غير واقعي كـ"هو مسافر"، "ذهب إلى الجنة"، دون إدراك المدى تعقيد الرسائل غير المتسقة التي يتلقاها الطفل.

3. الأعراض والنتائج النفسية للفقد غير المفهوم :

- إن الفقد غير المفهوم لا يظهر في شكل حزن صريح أو بكاء مستمر، بل يأخذ أشكالًا غير مباشرة، منها:
- الصمت الانفعالي: يصبح الطفل أقل كلامًا، وأقل تفاعلًا مع محيطه، وينسحب اجتماعيًا دون تفسير.
 - اللعب التكراري الرمزي: يعيد تمثيل مشاهد القصف، الهروب، الموت، أو الهدم من خلال اللعب الحر أو التمثيلي.
 - نوبات غضب أو عدوانية: كرد فعل لا شعوري على الإحباط أو مشاعر الذنب والارتباك.
 - فرط التعلق: يتشبث بالأم أو أحد مقدمي الرعاية بشكل مبالغ فيه، خوفًا من فقدانهم أيضًا.
 - أعراض جسدية وظيفية: مثل التبول اللاإرادي، اضطرابات النوم، آلام في البطن أو الصدر، أو فقدان الشهية.
- كل هذه الأعراض تعكس محاولات الطفل غير الواعية لتنظيم تجربة لا يمكنه إدراكها أو تصنيفها داخل خبراته السابقة.

4. الإشكالية في غياب التفسير والدعم :

الإشكالية الحقيقية في حالة الفقد غير المفهوم تكمن في غياب الاستجابة النفسية الملائمة من البيئة الراشدة المحيطة بالطفل. ففي كثير من الحالات، لا يتلقى الطفل تفسيرًا بسيطًا ومناسبًا لعمره لما حدث، كما لا يُمنح الوقت أو الاحتواء العاطفي الكافي لتفكيك التجربة. بل إن الأسر، بدافع الألم أو الصدمة أو الانشغال بالبقاء، قد تتجاهل مشاعر الطفل، أو تفرض عليه الصمت كنوع من آلية دفاع جماعية. وفي السياقات الجماعية – كالملاجئ أو مراكز الإيواء – يغيب أحيانًا الحضور النفسي الحميم الذي يمكن أن يقدمه أحد مقدمي الرعاية الأساسيين، وهو ما يزيد من اضطراب الهوية العاطفية لدى الطفل، ويعمّق شعوره بالضيق.

الفقد غير المفهوم لدى أطفال ما قبل المدرسة في غزة لا يُعد مجرد عرض نفسي عابر، بل هو بنية مركبة من الألم الصامت، يتسلل إلى هوية الطفل وتكوينه العاطفي والنفسي دون أن يُفهم أو يُعالج. إنها ندبة داخل الوعي الناشئ، لا ترى بالعين المجردة، لكنها تعيد تشكيل سلوك الطفل، نظرتة للعالم، وشعوره بالأمان والانتماء.

ثانيًا: تجليات الفقد في السلوك واللغة – مقارنة تحليلية :

يشكل الفقد غير المفهوم لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة أحد أكثر أنماط الصدمة تعقيدًا، لأنه لا يعبر عن نفسه بشكل مباشر أو منطقي، بل يظهر عبر سلوكيات متغيرة، تعبيرات لغوية متكررة، وأنماط لعب رمزية. هذه التجليات تعكس صراع الطفل بين الرغبة في الفهم، والعجز عن التفسير، وبين الحاجة إلى الأمان، وفقدان مرجعية الانتماء.

1. التعلق المفرط (Hyperattachment) :

- يُعد التعلق المفرط من أكثر المظاهر شيوعًا لدى الأطفال الذين اختبروا فقدًا مفاجئًا وغير مشروح. ويظهر في شكل:
- رفض الانفصال عن الأم أو مقدم الرعاية حتى لفترات قصيرة، مثل الذهاب للحمام أو الابتعاد داخل نفس الغرفة.
 - نوبات بكاء هستيرية عند مغادرة الأم أو غيابها المؤقت.
 - تتبع الطفل المستمر لمن يثق به، وطلبه المتكرر للطمأنة الجسدية (حضان، إمساك اليد، النوم بجانبه).
- هذه المظاهر تمثل رد فعل انفعالي غير واعٍ على تجربة فقد لم تُستوعب بعد، حيث يخشى الطفل أن يتكرر الغياب بطريقة مفاجئة. التعلق هنا ليس مجرد سلوك اعتمادي، بل استجابة وجودية على تهديد داخلي للأمان الأساسي.

في إحدى المقابلات مع أمهات في مراكز الإيواء بغزة، أشارت إحدهن إلى أن طفلها "يصرّ على الإمساك بملابسها حتى أثناء الطهي أو التنقل داخل الخيمة، ويبدأ بالصراخ فوراً إن لم يجدها". هذا السلوك يعكس خللاً في تنظيم العلاقة التعلّقية بسبب غياب الأب دون تفسير، ما جعل الطفل يعيش في قلق دائم من تكرار سيناريو الفقد.

2. العدوانية أو الانسحاب :

بعض الأطفال يعبرون عن الفقد بسلوك عدواني مفاجئ وغير متناسب مع الموقف، في حين ينسحب آخرون إلى حالة من الصمت والجمود العاطفي:

- **العدوانية:** ضرب الأطفال الآخرين، تمزيق الألعاب، رمي الأغراض، أو الصراخ لأسباب بسيطة. هذا العدوان غالباً ما يُفهم على أنه محاولة لتفريغ الغضب الداخلي من الفقد والارتباك، أو كصرخة غير واعية على غياب السيطرة.
- **الانسحاب:** الصمت المطول، التوقف عن اللعب، النظرات الشاردة، أو البقاء بمفرده رغم وجود أطفال آخرين. في هذا النمط، يستخدم الطفل الانكفاء الداخلي كآلية دفاعية لتقليل الإثارة النفسية الناتجة عن الفقد.

الجدير بالذكر أن بعض الأطفال ينتقلون بين الحالتين بشكل متذبذب، فتظهر عليهم نوبات عدوان قصيرة يتبعها انسحاب طويل، ما يدل على صراع داخلي مع مشاعر متضادة: الغضب، الذنب، الخوف، والحزن غير المعبر عنه.

3. التكرار اللغوي للسؤال :

أحد أبرز التجليات اللغوية للفقد غير المفهوم هو تكرار الأسئلة المرتبطة بالغياب، كنوع من البحث عن معنى:

- "وين راح بابا؟"
- "ليش بيتنا راح؟"
- "رح نرجع على البيت؟"
- "ماما، إحنا حنموت كمان؟"

يُعيد الطفل هذه الأسئلة مراراً دون أن يكتفي بأي إجابة، لأن الخيال لا ينجح في ملء الفراغ الإدراكي الذي خلفه الغياب. وغالباً ما تكون الإجابات الراشدة مشوشة أو متناقضة ("بابا عند الله"، "بابا بالسفر"، "راح وما حيرجع")، مما يزيد من ارتباك الطفل وتضخيم حاجته لإعادة السؤال. من منظور التحليل النفسي، فإن هذا التكرار يعكس محاولة الطفل لتثبيت معنى غائب من خلال اللغة، وهي محاولة غير ناجحة لأن اللغة لديه ما زالت في طور النمو الرمزي، ما يجعل السؤال نفسه أداة للبحث عن التنظيم الداخلي، لا مجرد استفسار معرفي.

4. اللعب الرمزي كساحة للتمثيل :

اللعب في هذه المرحلة لا يُعد ترفاً أو وقتاً حراً، بل هو الوسيلة الأساسية التي يعبر بها الطفل عن عالمه الداخلي. في حالات الفقد، يتحول اللعب إلى تمثيل رمزي لتجربة غير مفهومة، ومشاعر غير معبر عنها:

- تكرار دفن الدمى، أو اللعب بـ "الجنازات".
- تمثيل سيناريو القصف أو الهروب تحت البطانية.
- هدم بيوت الألعاب بالرجلين أو اليدين.
- اختيار أدوار موتى أو جرحى أثناء اللعب الجماعي.

غالباً ما يُبدي الطفل بروداً عاطفياً أثناء هذه التمثيلات، أو يضحك بشكل غير متسق مع مضمون اللعب، وهو ما يعبر عن تشوش في تنظيم المشاعر المرتبطة بالتجربة الصادمة. اللعب هنا يتحول إلى مساحة رمزية لمعالجة ما لا يمكن التعبير عنه بالمنطق أو اللغة.

من الشهادات الميدانية في مركز إيواء بخان يونس، لاحظت إحدى المتطوعات أن طفلة عمرها أربع سنوات كانت تلعب يومياً لعبة "الموت"، حيث تغطي الدمى وتضعها جانباً ثم تبكي قليلاً وتضحك قائلة: "ناموا للأبد!". هذه المفارقة بين السلوك والمعنى تكشف عن تدخّل الدفاعات النفسية (كالإنكار) مع الحاجة للتفريغ الرمزي.

تجليات الفقد غير المفهوم في السلوك واللغة لدى الطفل الغزي ليست مجرد مظاهر فردية، بل هي ترميزات معقدة لصراع داخلي مع غياب لا يُفهم، ومع مشاعر لا تجد معبراً واضحاً. العدوانية، التعلق، الصمت، أو اللعب بالموت ليست مشكلات تحتاج إلى تقويم سلوكي، بل رسائل غير مشفرة من عالم داخلي يتفكك تحت ضغط الفقد والانفصال.

هذا يتطلب من مقدمي الرعاية، والممارسين النفسيين، قراءة هذه الرسائل بمفاتيح رمزية ونمائية، لا بحكمية تربوية أو تقييمية، وفتح مساحات تواصل آمنة للحديث، واللعب، وإعادة البناء النفسي.

ثالثًا: التمثلات الجسدية والانفعالية للفقد - قراءة نفسجسدية في سياق الطفولة المبكرة :

بينما يُنظر إلى الفقد في الغالب كحدث نفسي أو عاطفي، إلا أن الجسد في مرحلة الطفولة المبكرة يُعدّ الواجهة الأولى والأكثر صدقًا للتعبير عن الألم والغياب. ففي غياب الأدوات المعرفية واللغوية اللازمة للفهم أو التعبير، يتكلم الطفل بجسده. يظهر الفقد إذًا على هيئة اضطرابات جسدية وانفعالية مترابطة، تعكس اختلالًا في التوازن النفسي الفيزيولوجي.

1. اضطرابات النوم: بين الكوابيس والأرق :

يُعدّ النوم من أكثر السلوكيات تأثرًا باضطرابات الفقد والصدمة عند الأطفال. وتشمل مظاهر ذلك:

- كوابيس متكررة تتضمن صورًا عن القصف، الموت، أو الهروب.
- نوبات بكاء ليلية قد تحدث دون أن يسبقها حلم واضح.
- رفض النوم وحيدًا أو مقاومة وقت النوم بشكل عنيف.
- صحوّة مفاجئة مع هلع أو نداء متكرر لشخص مفقود.

من منظور التحليل النفسي التنموي، يُمثل النوم تسليمًا مؤقتًا للسيطرة والثقة في محيط آمن. أما بعد الفقد، فيفقد الطفل شعوره بالأمان الداخلي، ويخشى أن يغيب من يحب مجددًا وهو نائم، تمامًا كما حدث في الفقد الأصلي. فتتحول اللاوعيات المقلقة إلى رموز مرعبة في الحلم، أو تمنع النوم كليًا.

2. اضطرابات الأكل: رفض الحياة أو محاولة السيطرة :

الطعام في الطفولة المبكرة ليس مجرد حاجة بيولوجية، بل يحمل رمزية قوية للاتصال، الاحتواء، والعلاقة مع الأم. بعد الفقد، قد يظهر على الطفل:

- فقدان شهية حاد أو امتناع تام عن الأكل.
- الأكل النهم المفاجئ كوسيلة لملء الفراغ الداخلي.
- رفض بعض الأطعمة المرتبطة بالبيت القديم أو الذكريات.

غالبًا ما تكون هذه الاضطرابات محاولات غير واعية للسيطرة على ما تبقى من العالم، أو رفض ضمني لاستمرار الحياة بعد الغياب المؤلم. في حالات النزوح القسري في غزة، لوحظ لدى العديد من الأطفال توقف تام عن الأكل لعدة أيام بعد فقدان الوالدين أو تدمير المنزل، في ما يشبه "إضرابًا طفوليًا عن الحياة".

3. مشكلات الإخراج: عودة إلى ما قبل السيطرة :

في مراحل النمو الطبيعي، تُعد السيطرة على الإخراج مؤشرًا على النضج العصبي والنفسي. لكن بعد الفقد، يعود بعض الأطفال إلى أنماط سابقة، تشمل:

- تبول لا إرادي ليلي حتى لو كان الطفل قد تجاوز هذه المرحلة سابقًا.
- إمساك مزمن رغم عدم وجود سبب عضوي.
- خوف من استخدام الحمام أو رفضه.

يُفسّر ذلك نفسيًا على أنه انهيار في الشعور بالأمان الداخلي، وعودة إلى مرحلة أكثر بدائية من النمو حيث يشعر الطفل أنه "لا يتحكم في شيء"، تمامًا كما لم يستطع منع الفقد. التبول اللاإرادي هنا لا يُعد مشكلة عضوية، بل صرخة جسدية تقول: لقد فقدت السيطرة على عالمي.

4. التوتر العضلي والحركات العصبية اللاإرادية :

في حالات التوتر المزمن، يبدأ الجسد في إنتاج حركات لا واعية تهدئ القلق الداخلي أو تعبر عنه، ومن أبرزها:

- قضم الأظافر بشكل متكرر.
- شد الشعر أو اللعب المفرط بالأذن.
- اهتزاز الساقين أو تشنجات عضلية أثناء النوم.
- عض الشفاه أو طحن الأسنان.

هذه الحركات تعبر عن محاولات جسدية بديلة للتنظيم الانفعالي. فالطفل الذي لا يستطيع التعبير عن حزنه أو فهمه، يُنزل التوتر إلى الجسد ويُحاول تهدئته ذاتيًا، دون وعي. ولذا، لا يُفترض في هذه الحالات أن تُفسّر ك"عادات سيئة"، بل كشيفرة جسدية لحالة نفسية مضطربة.

5. علامات الحزن المبكر: جسد "خارج الزمن" :

في سياق الفقد المركب في غزة، يُظهر العديد من الأطفال ملامح حزن تتجاوز أعمارهم، وكأنهم يشيخون عاطفيًا قبل الأوان. تشمل هذه المظاهر:

- نظرات زائغة أو عيون شاردة لا تركز على المحيط.
- صمت طويل حتى في مواقف تتطلب الاستجابة.
- غياب اللعب التفاعلي أو الاهتمام بالمثيرات البيئية.
- تكرار حركات تهدئة ذاتية مثل مص الإصبع، لف الملابس، أو التأرجح الجسدي.

قالت إحدى الأمهات في مركز إيواء بخان يونس:

• "ابني ما عاد يحيي، حتى وهو صاحي، يقعد ساكت كأنه مش هون. وإذا شاف صورة بيتنا، يضل يطالع فيها ويبكي بدون صوت".
هذه الشهادة تُجسد نموذجًا لما يسميه البعض "الانسحاب الانفعالي الجسدي"، حيث يتحول الجسد إلى مرآة لغياب الحضور النفسي، وإلى حامل لصورة الغياب الأصلية.

التمثيلات الجسدية والانفعالية للفقد ليست مجرد أعراض ثانوية، بل تُعد اللغة الأولى التي يعبر بها الطفل عن محنته في عالم لم يعد آمنًا أو مفهومًا. ففي ظل بيئة كالتي يعيشها أطفال غزة – حيث لا وقت للفهم أو الحداد، ولا لغة للفقد – يتكلم الجسد بما لا تستطيع الكلمات أن تحمله. هذه المظاهر تستدعي من الأخصائيين النفسيين ومقدمي الرعاية فهمًا عميقًا لرمزية الجسد في التعبير عن الصدمة، والقدرة على الإصغاء إلى تلك الإشارات الدقيقة لا بهدف علاجها فقط، بل لفك شيفرتها، وإعادة بناء المعنى المفقود في تجربة الفقد.

رابعًا: السياق الجماعي للفقد في غزة – عندما يتحول الغياب إلى هوية جمعية :

في السياقات المعتادة، يكون الفقد تجربة شخصية، محدودة بغياب فرد، أو زوال كيان حميم، تتيح فيها البيئة للطفل وقتًا ومكانًا للحزن، للتفسير، ولإعادة التوازن. أما في سياق الإبادة الجماعية في غزة، فإن الطفل لا يواجه فقدًا فرديًا فحسب، بل يعيش داخل نسيج اجتماعي متشظٍ، حيث الفقد هو القاعدة، والاستثناء هو النجاة.

1. فقد جماعي يتكرر بلا نهاية :

يفقد الطفل في غزة منزله، مدرسته، صديقه، قريبه، أمانه، وربما ذاته، في سلسلة لا تمتح أي فرصة للاستيعاب. لا وقت للتفسير، ولا فسحة للحداد، بل تُعيد البيئة المحيطة إنتاج الصدمة يوميًا عبر:

- أصوات الانفجارات في الخلفية اليومية.
 - صور الجثث والمباني المهتمة في كل مكان.
 - حكايات الناجين ودموع الأمهات.
 - حديث الكبار عن الفقد والنجاة بأسلوب مكسور، بلا نهاية أو معنى.
- يعيش الطفل في بيئة نفسية جماعية مضطربة، تتشبع بالحزن، والخوف، واللامعنى. وهنا، لا يعود الفقد حدثًا واحدًا، بل نظامًا يوميًا للفوضى والتشظي، يشمل الأفراد والعلاقات والأمكنة، وحتى اللغة.

2. انهيار الثبات النفسي والزمني :

في علم النفس التنموي، يُعد إحساس الطفل بالاستمرارية والثبات من أهم أعمدة التكوين النفسي السليم. أما في الواقع الغزي:

- لم يعد المكان ثابتًا: البيت لم يعد موجودًا، والشارع تغيرت معالمه، والمدرسة أصبحت ركامًا.
 - لم تعد العلاقة دائمة: من كان بالأمس موجودًا، قد يغيب اليوم بلا عودة.
 - لم يعد الزمن مفهومًا: الماضي مؤلم، الحاضر مشوش، والمستقبل غير موجود في المخيلة.
- بهذا، يُصاب الطفل بما يمكن وصفه بـ**"تفتت الهوية النفسية"***، حيث يُصبح من الصعب عليه معرفة: من أنا؟ أين أنتهي؟ من سيبقى معي؟ وماذا يعني الغياب أصلًا؟

3. الغياب الكامل للطقوس :

في معظم الثقافات، تُساهم طقوس الحداد – كالجنازات، الوداع، الحديث عن المفقود – في بناء إطار رمزي للفقد، يُساعد الأطفال على التفهم، والاحتواء، والتأقلم. غير أن:

- في غزة، تُدفن الجثث بسرعة، غالبًا بدون مراسم.
 - لا يوجد وقت للكلام، ولا فسحة للشرح.
 - الكبار أنفسهم منهارون، وغارقون في الصدمة.
- بغياب هذه الطقوس، يُحرم الطفل من بناء سردية نفسية متماسكة عن ما حدث. فيظل معلقًا بين أسئلة لا تُجاب، وذكريات بلا إطار، وخسارات تراكم بلا حدود أو معنى. يعيش الحداد في الفراغ، وليس في الطقوس.

4. من الفقد إلى هوية مفجوعة :

عندما يعيش الطفل في جماعة كلها مفجوعة، يتحول الفقد من تجربة إلى هوية جمعية. يصبح:

- الحزن جزءًا من اللغة اليومية.
- الموت صورة متكررة في الخيال واللعب.

- الخراب خلفية دائمة لكل حكاية.
 - ويبدأ الطفل بتشكيل فهمه لذاته والعالم من خلال هذه العدسة:
 - "أنا طفل من غزة، أي أنني خسر، وسأخسر، وسأحزن".
- هذا التكوين، على خطورته، هو نتاج طبيعي للانهيال المستمر للمعنى والسند الاجتماعي، حين تغيب الدولة، والنظام، والتعليم، وحتى الحكايات التي تمنح العالم شكلاً أو غاية.

5. تعقيد الفقد الجمعي: من اللاوعي الجماعي إلى الانفعال المتنقل :

وفقاً لتحليلات علم النفس الجمعي، فإن الفقد الجماعي في ظروف الإبادة يُنتج "لاوعياً جمعيًا مفاجئاً"، ينقل نفسه من جيل إلى آخر، ومن فرد إلى آخر. في هذا السياق:

- يتحوّل الخوف إلى عدوى انفعالية.
 - يُولد الشعور باللاجدوى كأرضية ثقافية.
 - يُتوارث الحزن حتى قبل الفهم اللغوي.
- ولا يقتصر التأثير على الطفل المنكوب مباشرة، بل يمتد إلى أقرانه، جيرانه، وحتى الكبار الذين لا يمتلكون رواية شافية لما حدث. إنه فقد بلا شاهد، وبلا ختام، وبلا لغة.
- السياق الجماعي للفقد في غزة ليس مجرد خلفية اجتماعية، بل هو عنصر مُشكّل للبنية النفسية للطفل. في مثل هذا الواقع، يفقد الطفل ليس فقط من يحب، بل القدرة على فهم الفقد ذاته. وبدل أن يكون الفقد تجربة مؤقتة تُرَمَّم، يصبح حالة وجودية تعيد تعريف المعنى، والانتماء، والذات. لذلك، فإن التدخل النفسي في مثل هذا السياق لا يمكن أن يقتصر على الطفل كفرد، بل يجب أن يعالج الجرح الجمعي، ويستحضر الذاكرة، والطقس، والرواية، كوسائل لإعادة بناء التماسك النفسي والاجتماعي في زمن التشظي الكلي.

خامساً: نحو استجابات نفسية داعمة للفقد غير المفهوم عند الأطفال :

في السياقات الحربية التي يتعرض فيها الأطفال لفقدان غير مفهوم ومفاجئ، يصبح التدخل النفسي ليس مجرد خيار، بل ضرورة وجودية. الفقد غير المفهوم لا يُعالج بمفردات جاهزة أو حلول عامة، بل يتطلب استجابات دقيقة، حساسة، وتطورية، تُراعي المرحلة العمرية، والسياق الثقافي، ونمط الفقد، وطبيعة الجماعة المحيطة.

1. لغة الفقد: الحاجة إلى تفكيك المعنى دون تهشيم النفس :

- يحتاج الطفل إلى رواية تساعد على تنظيم إدراكه للحدث. لكن هذه الرواية يجب أن تكون:
- مبسطة لغوياً ومتناسكة رمزيًا، وتتناسب مع المرحلة المعرفية والانفعالية للطفل.
 - صادقة دون قسوة، وحانية دون تزييف. فكلمات مثل "راح على الجنة" قد تخلق عند الطفل رغبة لاواعية بالذهاب أيضًا، أو تؤدي إلى شعور بالخيانة إذا اكتشف الحقيقة لاحقًا.
 - تتجنب الإنكار أو التجاهل، لأن الصمت لا يُفسّر كطمأنينة، بل كغموض مرعب.
- مثال تطبيقي: بدل قول "أبأ سافر" يمكن استخدام تعبير مثل:
- "أبأ صار ما بيقدر يرجع، بس إحنا بنقدر نحكي عنه ونرسم له، وهو دايماً بقلوبنا".
- هذا، يُدخل الطفل في دائرة الفهم الجزئي دون قسوة الانفصال الكلي.

2. التعبير غير اللفظي: فتح بوابات الحزن دون إجبار:

- الطفل لا يعبر بالحكي كالبالغ، بل يفكك ألمه عبر قنوات رمزية، لذا يجب إتاحة وسائل آمنة وفعالة للتعبير، مثل:
- اللعب الرمزي (تمثيل الفقد عبر العرائس أو المجسمات)
 - الرسم الحر (رسم المنزل، الأسرة، الغائبين)
 - الحكايات القصيرة (قصص عن الغياب، المغادرة، الانتظار)
- هذه الأنشطة ليست تسلية، بل أدوات علاجية تُتيح للطفل فرصة التعبير، والتفريغ، وإعادة ترتيب المشاعر، دون الضغط على قدرته اللغوية المحدودة.

3. تمكين مقدمي الرعاية: التحسس لا التفسير:

غالبًا ما يمر الأطفال بمشاعر فقد صامت لا يُفصح عنها، إما لعدم قدرتهم، أو لخوفهم من إثقال الكبار. هنا، يصبح دور مقدمي الرعاية (الأمهات، الجدات، المتطوعين، الأخصائيين) محوريًا في:

- ملاحظة العلامات غير المعلنة: كالتعلق الزائد، الانسحاب، نوبات البكاء الليلية، التكرار اللغوي.
- الرد بطريقة حاضنة: لا تشرح فقط، بل تحتوي، تتنفس معهم، وتمنح شرعية لحزنهم.
- مفتاح التعامل هنا ليس الإجابة، بل الحضور – أن يشعر الطفل أن هناك من يبقى، يستمع، ويتفاعل دون أحكام.

4. إعادة إنتاج الرمية: وداع ملموس في غياب الطقوس :

في ظل غياب الجثث أو الطقوس التقليدية للحداد، يمكن مساعدة الطفل على بناء طقوس رمزية بديلة، مثل:

- تخصيص ركن صغير فيه صورة الغائب، أو غرض يخصه.
- رسم مشهد وداع، أو إرسال "رسالة" إلى من غاب.
- إشعال شمعة رمزية أو قول كلمات وداع جماعية.

هذه الطقوس الصغيرة تُمكن الطفل من ممارسة الفقد النشط بدل الغياب الغامض، وتساعد على بناء إطار نفسي للانفصال دون كسر داخلي.

5. التحفيز الحسي والعلاج باللعب: ترميم الجهاز العصبي عبر الجسد :

نتيجة التوتر المزمن والفقد المصادم، يعاني الطفل من اضطرابات في التنظيم العصبي (مثل الأرق، القلق، الحركات اللاواعية). ولهذا:

- العلاج باللعب (Play Therapy) يساعد الطفل على استعادة الشعور بالأمان والتحكم.
 - التحفيز الحسي (Sensory Regulation) عبر أدوات مثل الرمل، الماء، أو الحركات الإيقاعية، يُعيد للجهاز العصبي توازنه.
- تُستخدم هذه الأنشطة ضمن برامج ممنهجة في مراكز الإيواء أو الفصول الآمنة، بحيث تكون أدوات اللعب ليست فقط للمرح، بل أيضًا للمعالجة النفسية الذاتية.

6. تكامل الاستجابة النفسية مع السياق الإنساني الأوسع :

لا يمكن فصل التدخل النفسي عن بقية الاحتياجات. فالجوع، والخوف، والتشريد، تُضعف قدرة الطفل على الاستيعاب أو التفاعل. لذلك، يجب أن تكون الاستجابة النفسية:

- متزامنة مع الدعم الغذائي والطبي والمكاني
- منسجمة مع الثقافة المحلية والعقائدية
- مبنية على شراكة مع العائلة لا نيابة عنها

يتطلب التعامل مع الفقد غير المفهوم عند الأطفال نهجًا شموليًا، يتجاوز تقديم الدعم العاطفي إلى إعادة بناء العالم الرمزي والوجداني للطفل. نحن لا نُزيل الألم، بل نساعد الطفل على تشكيل معناه، وتحمل شدته، وتحويله إلى قصة قابلة للعيش. فالفقد، وإن كان مؤلمًا، يمكن أن يُصبح جزءًا من نسيج الطفل النفسي دون أن يمزقه، إذا وُجدت لغة حانية، وطقوس بديلة، وبيئة حاضنة، ومرافقة طويلة النفس.

خاتمة: الفقد غير المفهوم – جرح مفتوح في زمن الطفولة المعلقة :

الفقد غير المفهوم في الطفولة ليس مجرد غياب شخص أو مكان، بل اختلال عميق في البنية النفسية التي من خلالها يفهم الطفل العالم. ويشعر بالأمان، ويكون علاقاته ومعانيه الأولى. حين يُفتقد الأب فجأة دون وداع، أو يُقصص البيت بلا تفسير، أو تُمعى تفاصيل الحياة من دون إنذار، لا يخسر الطفل شيئًا واحدًا، بل يخسر الإطار كله – يخسر اللغة التي بها كان يفهم، والمكان الذي به كان يستقر، والوجه الذي به كان يطمئن. في غزّة، حيث تتقاطع الطفولة مع الإبادة، وتتماهى اللحظة الآنية مع الفقد المزمن، يصبح كل طفل مشروع فُقِدَ متعدد الطبقات: فقد للأسرة، للحي، للمدرسة، للروتين، وحتى لصوته الداخلي. فالفقد هنا لا يُعاش مرة واحدة، بل يتكرر ويتضاعف ويُعاد تمثيله يوميًا – في صور الشهداء، في أنقاض البيوت، في الصمت الجماعي، وفي قلق الأمهات، ونظرات العجز التي لا تُفسّر. هذا الواقع يُنتج نوعًا من الفقد الرمادي – غير مُعلن، غير مُعالج، غير مفهوم. إنه "الفقد المعلق" الذي لا يُغلق بجنازة، ولا يُنسى بنوم، ولا يُروى بقصة. ومع غياب الطقوس، وانقطاع الروتين، وندرة الحضور النفسي الآمن، يُترك الطفل وحيدًا في مساحة نفسية فارغة، تحكمها الخيالات والتفسيرات القلقة.

لهذا، فإن التعامل مع الفقد ليس مسألة علاجية ثانوية، بل أولوية إنسانية واستراتيجية في الاستجابة النفسية للأطفال في حالات الحرب والنزوح. الفقد هو البوابة التي تُفتَح منها باقي الاضطرابات، والانكسارات، والمآزق النفسية لاحقًا. وإن لم يُفهم ويُعالج، فقد يتحول إلى نواة لصدمات مركبة تؤثر على الهوية، والعلاقات، والتنظيم العاطفي، والسلوك الاجتماعي.

خاصةً في مرحلة ما قبل المدرسة – المرحلة التي تتشكل فيها الوظائف المعرفية والعاطفية والبنائية الأولى – يصبح فهم الفقد وتجلياته شرطاً حتمياً لأي تدخل يسعى لحماية ما تبقى من نمو الطفل الإنساني وسط الدمار. فالحماية هنا لا تعني فقط تأمين الخبز والمأوى، بل بناء حاضنة رمزية وعاطفية تعيد للطفل إمكانية الإحساس بالمعنى والاستمرارية والانتماء.

الكلمات الأخيرة :

إن الفقد في زمن الطفولة ليس نهاية، لكنه لحظة حرجية في خط النمو. وإذا ما أحطناها بالاعتراف، والرعاية، واللغة الصادقة، والطقوس البديلة، قد يتحول الألم إلى سردية قابلة للعيش، لا إلى ندبة صامتة تحت جلد الطفولة. وإن كنا عاجزين عن منع الفقد في ظل الكارثة، فبوسعنا – وربما واجبنا – أن نعيد صياغته بلغة إنسانية، تحتضن الطفل بدل أن تتركه يغرق في صمته الطويل.

References:

1. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
2. Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children* (M. Cook, Trans.). New York: International Universities Press. (Original work published 1936)
3. Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
4. Pynoos, R. S., & Nader, K. (1993). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 445–453. <https://doi.org/10.1007/BF00974323>
5. UNICEF. (2017). *Guidance for supporting young children in humanitarian and fragile settings*. New York: UNICEF.
6. Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: Guilford Press.
7. Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 799–815. <https://doi.org/10.1023/A:1013002507972>
8. Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 243–258). London: Hogarth Press.
9. Play Therapy International. (2012). *The therapeutic use of play with traumatized children*. London: PTL.
10. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
11. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
12. Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
13. Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
14. Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108(2), 267–290. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.267>
15. Farhood, L. F., & Dimassi, H. (2012). Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from Southern Lebanon. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(3), 303–311. <https://doi.org/10.1177/1043659612441011>
16. Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2000). Post-traumatic stress disorder reactions in children of war: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 291–298. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00127-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00127-1)
17. Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 317–328. <https://doi.org/10.1080/09540260802090363>
18. APA (American Psychological Association). (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). Washington, DC: Author.
19. Qouta, S., Punamäki, R.-L., & El Sarraj, E. (2008). Child development and family mental health in war and military violence: The Palestinian experience. *International Journal of Behavioral Development*, 32(4), 310–321. <https://doi.org/10.1177/0165025408090976>

20. El-Khodary, B., & Samara, M. (2019). The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 641–651.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-8>

التشوهات المعرفية والتعامل مع العواطف السلبية لدى الأطفال بعد التعرض للصدمات المتعددة:

رؤية تحليلية في سياق حرب الإبادة والنزوح في غزة

الخلفية والسياق :

تعد تجربة الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة واحدة من أكثر التجارب المدمرة على المستوى النفسي، حيث يعاني هؤلاء الأطفال من تأثيرات عميقة نتيجة لتعرضهم للصدمات المتعددة الناجمة عن النزاع المستمر، وحرب الإبادة التي ألحقت بالعديد من الأحياء والمجتمعات الفلسطينية. التشوهات المعرفية هي أنماط من التفكير الخاطئ التي تتشكل نتيجة لهذه التجارب المؤلمة، مما يؤثر بشكل كبير على كيفية تعامل الأطفال مع عواطفهم السلبية ويؤدي إلى تفاقم مشاكلهم النفسية، مثل الاكتئاب، والقلق، واضطرابات ما بعد الصدمة. في هذا المقال، سنستعرض تأثير الصدمات المتعددة على الأطفال الفلسطينيين في غزة، ونناقش دور التشوهات المعرفية في تشكيل العواطف السلبية، بالإضافة إلى استراتيجيات التعامل مع هذه العواطف باستخدام العلاج المعرفي السلوكي والنظريات ذات الصلة بالسكيمات المعرفية.

الجزء الأول: تأثير الصدمات المتعددة على الأطفال الفلسطينيين في غزة :

- يشهد قطاع غزة بشكل مستمر موجات من العنف والنزاع المسلح الذي يترك آثارًا نفسية عميقة على الأطفال. التعرض لهذه الصدمات يشمل القصف، والتهجير القسري، وفقدان الأهل والأصدقاء، والعيش في بيئة مليئة بالتهديدات المستمرة. الأطفال في هذه البيئة غالبًا ما ينشأون وهم يواجهون تجارب من الخوف، والقلق، وفقدان الأمان. وقد أظهرت العديد من الدراسات النفسية أن الأطفال الذين يتعرضون للصدمات المتعددة يصبحون أكثر عرضة للإصابة بمشاكل نفسية طويلة الأمد، مثل اضطرابات ما بعد الصدمة، والاكتئاب، واضطرابات القلق.
- تعد الصدمات المتعددة من العوامل المؤثرة بشكل عميق في تشكيل الهوية النفسية للأطفال. وهذا يمكن أن يؤثر على الطريقة التي يفهمون بها العالم من حولهم، مما يساهم في تشكيل "السكيمات المعرفية" أو الأنماط الثابتة من التفكير التي تحدد كيفية إدراكهم لأنفسهم، وللعالم، وللمستقبل. على سبيل المثال، قد يتطور لدى الطفل الفلسطيني شعور دائم بأن العالم مكان غير آمن، وأنه محاط بالخطر المستمر، مما يعزز مشاعر اليأس والعجز.

الجزء الثاني: التشوهات المعرفية و أثرها على العواطف السلبية لدى الأطفال :

التشوهات المعرفية:

- وفقًا للنظرية المعرفية السلوكية، تعتبر التشوهات المعرفية تشوهات في الطريقة التي يعالج بها الفرد المعلومات. هذه التشوهات قد تشمل التعميم المفرط، والتفكير الكارثي، والتفسير السلبي للذات. لدى الأطفال الفلسطينيين الناجين من النزاع، تصبح هذه التشوهات أكثر وضوحًا بسبب التجارب العاطفية القاسية التي يتعرضون لها.

التعميم المفرط:

- يبدأ الطفل الفلسطيني الذي تعرض للعديد من الصدمات في تعميم تجاربه السلبية على جميع جوانب حياته. على سبيل المثال، إذا تعرض الطفل للهجوم أو فقدان أحد أفراد العائلة، قد يبدأ في الاعتقاد بأن كل تجربة سيخوضها في المستقبل ستنتهي بنفس الطريقة السلبية. هذا يؤدي إلى شعور دائم بالخوف والعجز، ويزيد من شعور الطفل بعدم القدرة على التكيف مع العالم.

التفكير الكارثي:

- التفكير الكارثي هو نمط من التفكير يرى الشخص من خلاله أن أسوأ السيناريوهات ستكون النتيجة الحتمية لأي حدث. الأطفال الفلسطينيون، الذين يعيشون في بيئة مليئة بالتهديدات المستمرة، يتطور لديهم هذا النمط من التفكير، مما يؤدي إلى الشعور المستمر بالخوف والقلق. يشعر الطفل أن كل شيء يمكن أن يتحول إلى كارثة، سواء كان ذلك في المدرسة أو في المنزل أو في تفاعلاته الاجتماعية.

التفسير السلبي للذات:

- الطفل الذي يمر بتجربة الصدمة قد يبدأ في تفسير ذاته بشكل سلبي. على سبيل المثال، يمكن أن يعتقد أن ما حدث له كان نتيجة لعيب فيه أو أنه لا يستحق العيش بسلام. هذه السكينة السلبية تساهم في تعزيز مشاعر الاكتئاب، حيث يفقد الطفل الأمل في تحسين وضعه النفسي أو الاجتماعي.

الجزء الثالث: التعامل مع العواطف السلبية في إطار العلاج المعرفي السلوكي :

- في ظل هذه التشوهات المعرفية، يتعرض الأطفال الفلسطينيون لتحديات كبيرة في التعامل مع عواطفهم السلبية مثل الحزن، الغضب، والخوف. لذلك، يُعتبر العلاج المعرفي السلوكي (CBT) أحد الأساليب الفعالة في معالجة هذه التشوهات. يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على تغيير الأفكار السلبية، مما يساعد في إعادة تشكيل التصورات والمعتقدات لدى الأطفال.

استراتيجيات التعامل مع العواطف السلبية:

في العلاج المعرفي السلوكي للأطفال الذين يعانون من آثار الصدمات المتعددة، يتم التركيز على عدة استراتيجيات أساسية:

إعادة هيكلة الأفكار:

- من خلال التعرف على التشوهات المعرفية مثل التعميم المفرط والتفكير الكارثي، يتم تعليم الأطفال كيفية تحدي هذه الأفكار واستبدالها بأفكار أكثر توازنًا وواقعية. على سبيل المثال، إذا كان الطفل يعتقد أن كل تجربة ستنتهي بكارثة، يمكن مراجعته في مواقف يومية لإظهار كيف أن بعض المواقف قد تسير بشكل طبيعي أو إيجابي.

التنظيم العاطفي:

- تعليم الأطفال كيفية التعرف على مشاعرهم والتعامل معها بشكل صحي يمثل جزءًا أساسيًا من العلاج المعرفي السلوكي. من خلال تقنيات مثل التنفس العميق، الاسترخاء العضلي، والتوجيه الذهني، يمكن للأطفال تعلم كيفية التحكم في مشاعرهم السلبية وتوجيهها بشكل إيجابي.

الأنشطة التكيفية:

- تشجيع الأطفال على المشاركة في الأنشطة التي تعزز من شعورهم بالقيمة الذاتية، مثل الفنون، الرياضة، أو التفاعل مع الأقران، يساعد في تخفيف أعراض الاكتئاب والقلق. هذه الأنشطة تعطي الأطفال فرصة لاكتساب المهارات والإنجازات التي تقوي من تقديرهم لذاتهم وتقلل من مشاعر العجز.

الجزء الرابع: تطبيق العلاج في السياق الفلسطيني :

- تطبيق هذه الاستراتيجيات العلاجية في سياق الأطفال الفلسطينيين الذين تعرضوا للصدمات يتطلب مراعاة العوامل الثقافية والبيئية الخاصة بهم. إذ يجب على المعالجين أن يكونوا حساسون للظروف الصعبة التي يعيشها الأطفال في غزة، مثل النزوح القسري، والفقر، والخوف المستمر من العنف. من المهم أن يتضمن العلاج أيضًا دعمًا للأسرة، حيث يلعب الوالدان أو مقدمو الرعاية دورًا مهمًا في مساعدة الطفل على التعافي.

الخاتمة:

إن التشوهات المعرفية التي يتعرض لها الأطفال الفلسطينيون نتيجة للصدمات المتعددة تؤدي إلى تأثيرات سلبية كبيرة على عواطفهم وسلوكياتهم. من خلال العلاج المعرفي السلوكي، يمكن إعادة هيكلة هذه الأفكار السلبية وتوفير استراتيجيات فعالة للتعامل مع العواطف السلبية، مما يساعد الأطفال على التعافي من آثار الصدمات وتحسين نوعية حياتهم النفسية. إن توفير الدعم النفسي للأطفال الفلسطينيين في غزة يعد أمرًا بالغ الأهمية لمساعدتهم على التغلب على ماضيهم المليء بالتحديات والمضي قدمًا في بناء مستقبل أكثر صحة وسعادة.

التفاعل بين السكيمات المعرفية والتربية العاطفية للأطفال بعد الصدمات المركبة: تأثير العائلة والمجتمع

رؤية تحليلية في سيكولوجية المجتمع الغزي

القسم الأول: السكيمات المعرفية عند الأطفال الفلسطينيين بعد الصدمات المركبة

الخلفية والسياق :

تُعد السكيمات المعرفية (Cognitive Schemas) من المفاهيم المحورية في علم النفس المعرفي والإكلينيكي، حيث تمثل أنماطاً تنظيمية مستقرة تُؤطر الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته والعالم والآخرين. في حالات التعرض لصدمات مركبة، خاصة لدى الأطفال، تخضع هذه السكيمات لتغيرات جذرية قد تتخذ طابعاً تكيفياً أو مرضياً. في السياق الفلسطيني، وبالأخص في قطاع غزة، حيث تتوالى الأحداث الصدمية من حروب متكررة وحصار طويل الأمد ونزوح قسري، يصبح فهم ديناميات السكيمات المعرفية أمراً بالغ الأهمية لفهم السلوكيات والانفعالات اللاحقة لدى الأطفال النازحين.

خصائص السكيمات المعرفية بعد الصدمة :

- تشير الأدبيات النفسية إلى أن الأطفال لا يعايشون الصدمة بوصفها حدثاً منفصلاً، بل يعيدون دمجها داخل أنساقهم الإدراكية الأولية، مما يؤدي إلى بناء أو تثبيت سكيمات جديدة مشوهة. وتمثل هذه السكيمات أدوات تفسيرية لما يواجهونه من مواقف لاحقة، كما تحدد استجاباتهم الانفعالية والسلوكية المستقبلية.
- وقد أظهرت الملاحظات السريرية والمقابلات الميدانية مع أطفال نازحين في مخيمات رفح وخان يونس والمواصي، أن عدداً كبيراً منهم قد طور سكيمات معرفية ثابتة تحكمت في رؤيتهم لأنفسهم والعالم المحيط بهم. فيما يلي أبرز هذه السكيمات:

أولاً: سكيمة فقدان الأمان (Loss of Safety Schema) :

يُعد الشعور الأساسي بالأمان قاعدةً لبناء الثقة والانفتاح على العالم في مراحل الطفولة المبكرة. لكن مع التعرض لصدمات مركبة كفقدان المنزل أو أفراد العائلة أو مشاهدة العنف المباشر، تنشأ سكيمة فقدان الأمان.

- السمات السلوكية: يقظة مفرطة، خوف مفرط من الأصوات العالية، تجنب الأماكن المفتوحة، اضطرابات النوم.
 - السمات المعرفية: اعتقاد دائم بأن الخطر محقق، وتوقع الأسوأ في كل تفاعل اجتماعي.
- الشهادات الميدانية: أشار طفل (9 سنوات) نازح من رفح إلى أنه "لا ينام إلا وهو يرتدي حذائه" خوفاً من القصف الليلي، مما يعكس استقرار سكيمة فقدان الأمان في ذهنه.

ثانياً: سكيمة العجز المكتسب (Learned Helplessness Schema) :

مع تكرار الصدمات وعدم القدرة على تغيير نتائجها أو تجنبها، يطور الأطفال شعوراً بالعجز المكتسب، حيث يرون أنفسهم كضحايا دائمين بلا قدرة على الدفاع أو المبادرة.

- السمات السلوكية: انسحاب اجتماعي، اعتماد مفرط على البالغين، فقدان الحافزية، أداء مدرسي متدنٍ.
 - السمات المعرفية: تصورات عن الذات باعتبارها ضعيفة وعاجزة أمام تحديات الحياة.
- الشهادات الميدانية: عبرت طفلة (11 عاماً) من مخيم الشاطئ عن شعورها بأنها "لا تستطيع فعل شيء لتحسين حياتها"، حتى في المهام اليومية البسيطة.

ثالثاً: سكيمة الخيانة والغدر (Mistrust/Abuse Schema) :

نتيجة لتجارب الفقد أو الخذلان من قبل أشخاص موثوقين (كأفراد الأسرة أو المجتمع أو حتى الأنظمة الاجتماعية)، يتبنى الأطفال سكيمة خيانة، حيث يرون الآخرين كأشخاص محتملين للخيانة أو الإيذاء.

- السمات السلوكية: صعوبة في تكوين صداقات، حذر مفرط في التفاعلات الاجتماعية، سلوكيات دفاعية أو عدوانية.

• السمات المعرفية: توقع دائم للغدر حتى من الأشخاص المقربين.
الشهادات الميدانية: أحد الأطفال النازحين قال: "حتى لو أعطاني أحدهم طعاماً، أشك أن فيه شيئاً ضاراً"، مما يدل على التعميم المفرط للخذلان كقاعدة معرفية.

رابعاً: سكيمة التوقعات السلبية المستقبلية: (Negative Future Expectations Schema)

ينتج عن التعرض المستمر للدمار واليأس تبلور اعتقاد راسخ بأن المستقبل لا يحمل أي فرص للتحسن أو النجاح.

- السمات السلوكية: ضعف الأمل، العزوف عن وضع أهداف، عدم التخطيط للمستقبل.
 - السمات المعرفية: نظرة سوداوية للحياة، استبعاد إمكانيات التغيير أو التحسن.
- الشهادات الميدانية: وصف مراهق (14 عاماً) نازح تجربته قائلاً: "نحن ننتظر الموت، لا شيء آخر"، مما يعكس الانغماس الكامل في سكيمة مستقبل سلبي.

العلاقة بين السكيمات والاضطرابات النفسية :

أدى تثبيت هذه السكيمات إلى زيادة معدلات الاضطرابات النفسية بين الأطفال النازحين، منها:

- اضطراب القلق المعمم. (GAD)
- اضطراب ما بعد الصدمة. (PTSD)
- اضطرابات الاكتئاب.
- اضطرابات الهوية والتفكك.

وبينت نتائج دراسة ميدانية أجريت عام 2024 على عينة من أطفال نازحين في غزة أن 72% ممن طوروا سكيمات فقدان الأمان والعجز المكتسب كانوا يعانون من أعراض قلق واكتئاب مرتفعة مقارنة بأقرانهم الذين حظوا بدعم نفسي منتظم بعد الزواج.
النتيجة :

إن السكيمات المعرفية الناتجة عن الصدمات المركبة لدى الأطفال الفلسطينيين تشكل تحدياً مركزياً أمام عملية التعافي النفسي والاجتماعي. فهي لا تقتصر على إعادة تفسير الماضي، بل تصوغ توقعات المستقبل، وتشكل سلوكيات الحاضر، مما يجعل التعامل العلاجي معها أولوية قصوى في أي تدخل نفسي موجه لهذه الفئة.

القسم الثاني: التربية العاطفية في بيئات النزوح والتهجير:

الخلفية والسياق :

تُعد التربية العاطفية من أهم جوانب التنمية النفسية والاجتماعية للأطفال، إذ تهدف إلى تعليمهم كيفية التعرف على مشاعرهم، التعبير عنها بشكل مناسب، وتنظيم استجاباتهم العاطفية بما يتوافق مع المتغيرات المحيطة بهم. في السياقات الطبيعية، تُسهم التربية العاطفية في تعزيز الصحة النفسية للأطفال وتطوير علاقاتهم الاجتماعية السليمة. أما في بيئات النزوح والتهجير، فإن هذه العملية تواجه العديد من التحديات، مما يؤثر بشكل مباشر على قدرة الأطفال على التعامل مع مشاعرهم في ظل الظروف القاسية التي يعيشونها.

إن النزوح القسري الناتج عن الحروب والصراعات، مثل ما يحدث في قطاع غزة، يتسبب في تشكيل بيئات تربية معقدة مليئة بالضغوط النفسية والاجتماعية. في هذه البيئات، غالبًا ما تكون التربية العاطفية غير موجهة بشكل صحي، بل تتأثر بالظروف المحيطة التي تتطلب أشكالًا من الاستجابة العاطفية قد تكون غير متوافقة مع احتياجات الطفل النفسية. ووفقًا لذلك، فإن بيئات النزوح تنتج نوعين رئيسيين من التربية العاطفية التي يمكن أن تؤثر بشكل عميق على صحة الطفل النفسية في المستقبل.

التربية العاطفية الدفاعية :

تشير التربية العاطفية الدفاعية إلى أسلوب تربية يُركز على محاولة حماية الأطفال من مشاعر الألم والخوف الناتجة عن الصدمات عبر إخفاءها أو كبتها. في بيئات النزوح، حيث يكون الخوف والقلق سمة مهيمنة، يسعى العديد من الآباء والأمهات إلى تعليم أطفالهم كيفية السيطرة على مشاعرهم حتى لا يظهروا ضعفًا أو مُعرضين للخطر. في هذا السياق، قد يتم إخبار الأطفال بعدم إظهار مشاعر الحزن أو الخوف أو القلق، إما خوفًا من أن يتمكن الآخرون من رؤية ضعفهم أو لأنهم يشعرون بعدم القدرة على تقديم الدعم العاطفي اللازم. التأثيرات النفسية: يؤدي هذا النوع من التربية إلى تراكم المشاعر المكبوتة، مما قد يسبب مشاكل عاطفية لاحقًا مثل القلق المزمن، الانفصال العاطفي، واضطرابات الهوية. فعندما لا يتمكن الطفل من التعبير عن مشاعره بشكل صحي، فإن هذه المشاعر قد تنفجر في وقت لاحق بطرق غير متوقعة أو قد تؤدي إلى مشاعر من العجز والعزلة.

الشهادات الميدانية:

- في مخيم شمس والتحرير بالمواصي، تحدث العديد من الأمهات عن محاولاتهم المستمرة لإخفاء مشاعرهن أمام أطفالهن خوفًا من التأثيرات السلبية. إحدى الأمهات قالت: "أنا دائمًا أخبر أولادي أن لا يبكو لأننا لا نملك ترف البكاء في هذه الحياة"، في إشارة إلى الكبت العاطفي الذي يُفرض على الأطفال في سياقات النزوح.

التربية العاطفية المفرطة الحماية :

تُعرف التربية العاطفية المفرطة الحماية بأنها أسلوب تربية يركز على تحذير الأطفال من المخاطر المحتملة وبيالغ في توفير الحماية لهم. في بيئات النزوح، حيث تكون المخاطر الحقيقية قائمة، قد يتخذ الأهل نهجًا مفرطًا في الحماية، مما يؤدي إلى تغذية مشاعر القلق والخوف المرضي لدى الأطفال. يعتقد الأهل أنه من الأفضل تحذير الأطفال بشكل مستمر من "خطر الموت" أو "الأذى" في محاولة للوقاية من التجارب الصدمية، مما يخلق بيئة مليئة بالتحذيرات والمخاوف المبالغ فيها.

التأثيرات النفسية:

- قد تؤدي التربية المفرطة الحماية إلى تطوير مشاعر القلق المرضي والخوف الاجتماعي، حيث يتوقع الأطفال دائمًا حدوث الكوارث. يمكن أن تصبح استجابات الأطفال مرهونة بالخوف من المستقبل، وقد يفشلون في بناء الثقة في أنفسهم أو في قدراتهم على التعامل مع الحياة بشكل مستقل.

الشهادات الميدانية:

- في مخيمات النازحين، أشار بعض الأطفال إلى أن أمهاتهم كن دائمًا "تحذرهن من اللعب في الخارج" أو "من التحدث مع الآخرين" خوفًا من أن يتم اختطافهم أو أن يصيبهم مكروه. إحدى الأمهات في مخيم المواصي قالت: "أنت لست بأمان هنا. يجب أن تكوني دائمًا بالقرب مني ولا تذهبي بعيدًا عني"، مما يعكس نوعًا من الحماية المفرطة التي تزيد من مشاعر الخوف لدى الأطفال.

إعادة برمجة الجهاز العاطفي للطفل :

تعد التربية العاطفية أحد العوامل الأساسية التي تُساهم في تشكيل الجهاز العاطفي للطفل. عندما يتعرض الأطفال لأساليب تربية تتراوح بين الكبت المفرط والعزلة العاطفية من جهة، والمبالغة في الحماية من جهة أخرى، يتم إعادة برمجتهم العاطفية بشكل قد يكون غير صحي على المدى الطويل.

- **التأثيرات على العلاقات الاجتماعية:** الأطفال الذين تربوا في بيئات عاطفية غير مستقرة قد يواجهون صعوبة في تكوين علاقات صحية مع أقرانهم أو مع البالغين، حيث يتوقعون أن يكونوا دائمًا في حالة من الخطر أو الكبت العاطفي. هذا قد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي أو الميل إلى العزلة، بالإضافة إلى القلق الاجتماعي الذي يُحيلهم عن التفاعل الطبيعي مع البيئة المحيطة بهم.
- **التأثيرات على مفهوم الذات:** يؤثر أسلوب التربية العاطفية بشكل مباشر على تصور الطفل لذاته. فعندما يتم إخبار الطفل بشكل مستمر بعدم إظهار مشاعره، أو عندما يُحذر بشكل مفرط من المخاطر، قد يطور الطفل شعورًا بالنقص أو القلق الدائم بشأن اتخاذ قراراته. وبذلك، تتبلور لديه صورة سلبية عن نفسه وقدراته، مما قد يؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس وصعوبة في اتخاذ القرارات المستقبلية.

التحديات العلاجية في معالجة السكيمات المعرفية الناتجة عن التربية العاطفية :

- **علاج السكيمات المعرفية المرتبطة بأنماط التربية العاطفية في بيئات الزوج:** يتطلب استراتيجيات معقدة تجمع بين تدخلات علاجية معرفية وسلوكية تركز على إعادة بناء الثقة في الذات والآخرين. تبدأ العلاجات بإيجاد مساحة آمنة للأطفال للتعبير عن مشاعرهم، وتعليمهم كيفية التعامل مع الخوف والقلق بطريقة صحية. كما يجب تقديم الدعم النفسي للأهل لتعلم أساليب تربية أكثر توازنًا وتسمح للأطفال بالتعبير عن مشاعرهم بشكل آمن.

النتيجة :

تُعد التربية العاطفية في بيئات الزوج تحديًا كبيرًا، حيث يُحتمل أن تتسم بأنماط غير متوازنة سواء بالكبت المفرط أو الحماية الزائدة. ولهذا، فإن فهم هذه الديناميكيات يساعد في تصميم برامج دعم نفسي وتربوي تستهدف تحسين صحة الأطفال النفسية، عبر تقديم بيئة عاطفية آمنة تسمح لهم بالتعامل مع مشاعرهم بشكل صحيح. مع استمرار أبحاث التدخلات النفسية، ستكون هذه الأنماط الأساسية في التربية العاطفية حجر الزاوية لمساعدة الأطفال النازحين على التأقلم والتعافي من تأثيرات الزوج.

القسم الثالث: دور العائلة والمجتمع في إعادة بناء أو تدمير السكيمات

الخلفية والسياق :

تُعد العائلة والمجتمع من الركائز الأساسية التي تحدد كيفية تعامل الأفراد مع الصدمات والتعامل مع تأثيراتها النفسية. بعد تجارب الصدمة، مثل تلك التي يواجهها الأطفال الفلسطينيون في سياقات النزوح والتهجير، يصبح دور العائلة والمجتمع محوريًا في إعادة تشكيل السكيمات المعرفية للأطفال. هذه السكيمات، التي هي بمثابة الفلاتر التي يرى من خلالها الفرد العالم، يمكن أن تتأثر بشكل إيجابي أو سلبي من خلال البيئة المحيطة به. سواء كانت العائلة مرنة وقادرة على دعم أفرادها بشكل صحي، أو كانت مفككة ومعرضة للإنكار أو العدوانية، فإن هذه الديناميكيات تؤثر بشكل كبير على كيفية إعادة بناء أو تثبيت السكيمات المشوهة.

العائلات المرنة ودورها في إعادة بناء السكيمات :

العائلات المرنة هي تلك التي تمتلك القدرة على التكيف والتعامل مع الأزمات بمرونة. في سياق العائلات الفلسطينية النازحة، يمكن أن تكون مرونة الأسرة في التعامل مع الصدمات عاملاً أساسيًا في تسهيل التعافي النفسي للأطفال. تعتمد هذه العائلات عادةً على استراتيجيات دعم نفسي نشط، مثل فتح النقاشات حول الصدمة والتعبير عن المشاعر، مما يساعد في إعادة بناء السكيمات بشكل صحي وسليم.

- التفاعل الإيجابي مع الأطفال: في هذه العائلات، يُشجع الأطفال على التعبير عن مشاعرهم دون خوف من العقاب أو الرفض، مما يساعدهم في تكوين رؤية أكثر توازنًا للعالم. يُستخدم الحوار المفتوح حول تجارب الصدمة لتقليص مشاعر العجز أو الخوف، حيث يُسمح للأطفال بطرح الأسئلة والمشاركة في تفكيرهم حول ما حدث، مما يعزز من مرونتهم النفسية.
- الاستجابة للضغوطات النفسية: إحدى الأمهات في مخيم الشاطئ قالت: "نحاول أن نكون دائمًا صادقين مع أولادنا، حتى وإن كان ذلك صعبًا. لا نريد أن يشعروا أن هناك شيئًا يجب أن يخفوه أو يخافوا منه". هذا النوع من التعبير المشترك قد يساعد الأطفال على فهم ما يحدث في حياتهم بطريقة أكثر توازنًا، مما يعزز من تطوير سكيمات معرفية صحية، حيث يتعلم الطفل أن الحياة مليئة بالتحديات التي يمكن مواجهتها والتغلب عليها.

- إعادة بناء السكيمات بعد الصدمة: تعتبر العائلات التي تعتمد أسلوب التربية القائم على الفهم والمشاركة، أكثر قدرة على مساعدة أطفالها في إعادة بناء السكيمات المعرفية المشوهة الناتجة عن الصدمات. مثلاً، إذا كان الطفل قد طور سكيمة "العجز المكتسب" نتيجة لفقدان الأمن في بيئة الزوج، فإن الحوار المستمر والمشاركة العاطفية قد تساعده على إعادة بناء هذه السكيمة وتحويلها إلى "سكيمة القدرة على التأثير" من خلال تجربة النجاح في الأفعال اليومية البسيطة.

العائلات المتصدعة وأثرها على تثبيت السكيمات المشوهة :

على النقيض من ذلك، تواجه العائلات المتصدعة تحديات كبيرة في التعامل مع تأثيرات الصدمة. قد يكون لدى هذه العائلات مواقف إنكارية أو عدوانية تجاه الصدمات، مما يؤدي إلى تثبيت السكيمات المشوهة بدلاً من إعادة بنائها. في بعض الأحيان، تكون الاستجابة الأولى للصدمات هي محاولة إخفاءها أو نفها بالكامل، وهو ما يعزز من مشاعر العجز والخوف لدى الأطفال.

- التكتّم على الصدمة والإنكار: في هذه الحالات، قد ترفض العائلة بالكامل الاعتراف بوجود مشكلة، معتبرة أن الحديث عن الصدمة هو نوع من الضعف. عندما لا يتم التعبير عن الصدمات أو مشاعر الألم، فإن الأطفال قد لا يجدون وسيلة لفهم ما حدث لهم أو للطريقة التي يمكنهم بها التعامل مع هذه الصدمات.
- التأثيرات النفسية على الأطفال: من خلال الإنكار والرفض، قد يطور الأطفال سكيمات معرفية مشوهة، مثل "سكيمة الخيانة" أو "سكيمة العجز المكتسب". في إحدى الشهادات من مخيم جباليا، قالت إحدى الأمهات: "أحيانًا لا يمكنني الحديث عن كل ما مررنا به. حاولنا دائمًا أن نظهر للأطفال أن كل شيء على ما يرام، ولكننا نعرف أنه ليس كذلك". هذه السكيمات تصبح متجذرة في تفكير الأطفال، مما يعيق قدرتهم على التكيف مع البيئة الجديدة ويزيد من مشاعر الإحباط والعجز.
- العوامل المجتمعية المتعززة للإنكار: في بعض الأحيان، قد تعزز الأعراف المجتمعية فكرة أن الخروج عن الصمت هو علامة على الضعف، مما يدفع العائلات إلى تبني مواقف إنكارية أو رفض التعامل مع التأثيرات النفسية الناتجة عن الصدمات. هذه العائلات، في حالات معينة، قد تكون في حاجة ماسة لدعم خارجي مثل المساعدة النفسية أو المشورة الأسرية لتغيير هذه المواقف.

دور المجتمع في تشكيل السكيمات المعرفية: الأعراف الثقافية والتفسير الاجتماعي للصدمة :

على المستوى المجتمعي، تلعب الأعراف المحلية دورًا مهمًا في تكييف كيفية فهم الصدمة والتعامل معها. في المجتمعات الفلسطينية النازحة، يتم تقديم تفسيرات للصدمة من خلال عدسات ثقافية قد تكون إما علاجية أو قد تؤدي إلى ترسيخ التشوهات المعرفية. بعض الأعراف مثل "الصبر الفلسطيني" أو "ثقافة الفداء" قد تساهم في تقديم تفسيرات تُمجّد الألم والصمود، مما يساهم في عملية المقاومة المجتمعية، بينما يمكن أن تُقيد القدرة على الاعتراف بالضعف أو طلب المساعدة النفسية.

- **ثقافة الصبر والفداء:** يُعد مفهوم "الصبر" جزءًا أساسيًا من الهوية الفلسطينية في مواجهة التحديات العميقة. وفي بعض الحالات، قد يؤدي التأكيد المستمر على الصبر كقيمة اجتماعية إلى تعزيز الفكرة بأن الصدمة يجب أن تُتحمل دون التعبير عن الألم. هذا النوع من التصور قد يؤدي إلى تقليص قدرة الأفراد على معالجة مشاعرهم بشكل فعال، ويزيد من احتمال تطور السكيمات السلبية مثل "سكينة العجز المكتسب" أو "سكينة التوقعات السلبية المستقبلية".
- **تفسير الصدمة كجزء من الهوية:** من جهة أخرى، قد تساهم هذه الأعراف في تقديم معنى للصدمة والتضحية، حيث يُنظر إلى المعاناة كجزء من النضال الفلسطيني، مما قد يُعزز من السكيمات المعرفية التي تُصور الصدمة كجزء طبيعي من الحياة اليومية. هذا التأثير يمكن أن يساعد الأطفال في إيجاد مصدر للمعنى في تجربتهم، لكنه في نفس الوقت قد يُكرس الألم والتضحية باعتبارها قيمًا اجتماعية مركزية قد تُصعب مسار التعافي.

النتيجة:

دور العائلة والمجتمع في إعادة بناء السكيمات المعرفية بعد الصدمات مركب ومتعدد الجوانب. العائلات المرنة التي تعتمد على استراتيجيات دعم نفسي نشط تساعد في إعادة بناء السكيمات بشكل صحي، بينما العائلات المتصدعة قد تؤدي إلى تثبيت السكيمات المشوهة لدى الأطفال. على المستوى المجتمعي، تلعب الأعراف الثقافية مثل "الصبر" و"الفداء" دورًا مزدوجًا، حيث يمكن أن تقدم معاني علاجية ولكن قد تركز أيضًا التشوهات المعرفية. من المهم توفير الدعم النفسي لجميع أفراد المجتمع لضمان إعادة بناء السكيمات بطريقة إيجابية وفعالة.

القسم الرابع: أنماط اضطرابات نفسية ناتجة عن التشوه السكيمي

الخلفية والسياق :

تُعد الصدمات المركبة التي يعاني منها الأطفال الفلسطينيون النازحون في غزة عاملاً رئيسياً في تشكيل اضطرابات نفسية متنوعة تؤثر بشكل عميق على حياتهم اليومية. يشير العديد من المعالجين الميدانيين إلى أن التشوهات السكيمية الناجمة عن تجارب العنف، الزوج، وفقدان الأمن تساهم بشكل كبير في ظهور أنماط من الاضطرابات النفسية التي تتداخل مع تطور الأطفال وتحقيقهم لذواتهم في سياق اجتماعي وثقافي معقد. يتناول هذا القسم بعض الأنماط البارزة من هذه الاضطرابات النفسية التي لوحظت لدى الأطفال في بيئة الزوج، موضوعاً الروابط بين التشوهات السكيمية والصعوبات النفسية المستمرة التي يواجهها هؤلاء الأطفال.

1. اضطرابات التعلق :

اضطرابات التعلق هي حالة تتمثل في صعوبة الطفل في بناء روابط صحية وموثوقة مع الآخرين، سواء كانوا من أفراد الأسرة أو من المجتمع المحيط به. هذا الاضطراب يعود إلى أنماط التعلق التي تم تكوينها في وقت مبكر من الحياة، وتؤثر في شكل خاص في الأطفال الذين نشأوا في بيئات مليئة بالصدمة والفقدان. في السياق الفلسطيني، يشير الباحثون إلى أن الأطفال الذين فقدوا أحد الوالدين أو كليهما بسبب القصف أو الزوج أو الذين تعرضوا لفقدان مأوى دائم قد يطورون أنماطاً من اضطراب التعلق.

- **التعلق المفرط بالوالدين:** غالباً ما يعاني الأطفال من اضطرابات التعلق المفرط، حيث يظهرون حاجة مفرطة للبقاء بالقرب من أحد الوالدين خوفاً من فقدانه. هذا الاضطراب قد يؤدي إلى صعوبة في استقلاليتهم ويظهر على شكل القلق المفرط والتمسك المستمر بالأب أو الأم.

- **التعلق المشوش أو المتجنب:** على النقيض، قد يُظهر الأطفال الذين تعرضوا لانفصال أو فقدان مفاجئ نوعاً من التعلق المشوش أو المتجنب، حيث يتجنبون بناء علاقات حميمة خوفاً من الخيانة أو الإهمال. أظهرت مقابلات ميدانية مع الأطفال في مخيمات غزة أن العديد من الأطفال يواجهون صعوبة في تكوين علاقات طبيعية مع أقرانهم بسبب هذه الاضطرابات، حيث يقول أحد الأطفال في مخيم رفح: "أنا دائماً أخاف من أن يتركني أحد، لا أستطيع اللعب مع الآخرين بشكل طبيعي".

2. اضطرابات التفكك :

تتجسد اضطرابات التفكك في انفصال الشخص عن وعيه، مشاعره، أو واقع حياته كوسيلة دفاعية ضد الألم النفسي الشديد. عند الأطفال الذين يعيشون في بيئات ذات صدمات متكررة، مثل الزوج المستمر، تصبح الذاكرة مشوهة والمشاعر غير متصلة بالواقع. قد يواجه الأطفال صعوبة في تذكر الأحداث المؤلمة أو في تحديد مشاعرهم تجاه تجاربهم السابقة.

- **الانفصال العاطفي:** الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التفكك غالباً ما يظهرون قدرة محدودة على الاتصال بمشاعرهم، سواء كانت سلبية أو إيجابية. قد يظهرون حالة من الانفصال العاطفي أو الشعور وكأنهم يعيشون في "عالم منفصل" عن العالم المحيط بهم.
- **انعدام الإدراك للواقع:** في بعض الحالات، قد يعبر الأطفال عن شعورهم وكأنهم يشاهدون حياتهم من بعيد، مما يعيق تطور هويتهم الشخصية والاجتماعية.

في إحدى الحالات من مخيم جباليا، قالت إحدى الأمهات: "طفلي لم يعد يتحدث عن الأحداث الماضية. أحياناً، يشعر وكأن ما حدث لا يهمه أو لا يتذكره".

3. التبدل العاطفي :

التبدل العاطفي هو حالة من انخفاض الاستجابة العاطفية، حيث يصبح الفرد غير قادر على تجربة الفرح أو الحزن بشكل طبيعي. هذا النوع من الاضطرابات يُعتبر من الآليات الدفاعية التي يستخدمها الطفل لحماية نفسه من المعاناة المستمرة. بعد تجربة الصدمات المتكررة، يُصاب العديد من الأطفال بالتبدل العاطفي كطريقة للتكيف مع محيطهم العدواني والعنيف.

- **عدم الاستجابة للأحداث العاطفية:** الأطفال الذين يعانون من التبدل العاطفي يظهرون صعوبة في الاستجابة للأحداث التي قد تثير مشاعر الفرح أو الحزن. فقد يتعاملون مع مواقف الموت أو الفقدان بشكل روتيني دون أن يظهروا أي مشاعر واضحة.

- العجز عن التفاعل مع البيئة المحيطة: هذا النوع من الاضطرابات يجعل الأطفال يظهرون سلوكاً متحفظاً وعزلة اجتماعية، حيث يتبعدون عن التفاعل مع البيئة المحيطة بهم. في بيئات النزوح، يصبح التبلد العاطفي سمة بارزة بين الأطفال الذين يعيشون في بيئات عنيفة وغير مستقرة.

تقول إحدى الطفلات في مخيم الشاطئ: "أحياناً لا أستطيع أن أشعر بأي شيء، حتى لو حدث شيء سيء، لا أشعر بالحزن أو حتى بالخوف."

4. اضطرابات الهوية :

اضطرابات الهوية تتعلق بالصراع الداخلي حول من هو الشخص وماذا يمثل في العالم. للأطفال الفلسطينيين في بيئات النزوح والتهجير، يصبح هذا الصراع أكثر تعقيداً بسبب التوترات المستمرة التي يعانون منها في تحديد هويتهم الوطنية والدينية والفردية.

- الصراع بين الهوية الوطنية والدينية: الأطفال الفلسطينيون الذين نشأوا في بيئات تعيش حالة من النزاع المستمر يجدون أنفسهم في صراع دائم بين انتمائهم إلى هويتهم الوطنية، التي يتم تجريدهم منها بسبب النزوح أو فقدان الأراضي، وبين الحفاظ على هويتهم الدينية والثقافية في بيئات أجنبية أو غير مستقرة.
 - تأثير الصدمة على الهوية الفردية: نتيجة للمشاعر المستمرة بالتهديد والعزلة، يعاني بعض الأطفال من فقدان الاتصال بهويتهم الفردية. قد يظهرون شعوراً بالغربة عن أنفسهم أو حتى يطورون شكوكاً حول قيمة حياتهم وهويتهم.
- أوضح أحد الأطفال في مخيم البريج: "أنا لا أعرف من أكون بعد الآن. نحن نشعر وكأننا فقدنا كل شيء. حتى هويتنا لم تعد واضحة بالنسبة لنا."

النتيجة :

تشكل الصدمات المركبة التي يعاني منها الأطفال الفلسطينيون النازحون بيئة خصبة لظهور العديد من الاضطرابات النفسية المعقدة، والتي ترتبط بشكل مباشر بالتشوهات السكيمية الناتجة عن الصدمة. اضطرابات التعلق، التفكك، التبلد العاطفي، واضطرابات الهوية، هي نماذج مميزة من هذه الاضطرابات التي تؤثر بشكل عميق على قدرة الأطفال على التكيف والنمو في بيئاتهم. إن فهم هذه الاضطرابات بشكل دقيق يتطلب اتباع استراتيجيات تدخل علاجية تركز على معالجة التشوهات السكيمية وتوفير الدعم النفسي اللازم للأطفال لتطوير هوية صحية وتوازن عاطفي يساعدهم على التكيف مع تحديات حياتهم.

القسم الخامس: دراسات حالة تطبيقية

الخلفية والسياق :

في هذا القسم، نقدم دراستين حالتين تطبيقيتين للأطفال الفلسطينيين النازحين الذين تأثروا بالصدمة المركبة، حيث تُظهر هذه الحالات كيف تؤثر الصدمات النفسية على الأطفال في البيئات الزوج والتهجير. تُعد دراسة الحالات هذه أداة مهمة لفهم تأثيرات الصدمات على النمو العقلي والعاطفي للأطفال من منظور سلوكي معرفي.

الحالة الأولى – مروان (10 سنوات)

خلفية الحالة:

- مروان هو طفل فلسطيني يبلغ من العمر 10 سنوات، نازح من مدينة غزة، فقد منزله في قصف جوي شديد في إحدى الهجمات الأخيرة، كما فقد أحد إخوته في القصف نفسه. بعد الحادثة، بدأ مروان يظهر أعراضاً نفسية ملحوظة تتضمن كوابيس ليلية مستمرة، قلق مفرط، وخوف شديد من الأصوات العالية، التي تذكره بالقصف الذي شهدته المنطقة. كما أنه يعاني من صعوبة في النوم ويستيقظ مرعوباً من الكوابيس.

التحليل السكيمي:

عند فحص مروان بشكل مفصل، تبين أن تجاربه الصادمة قد شكلت لديه عدة سكميات معرفية سلبية، والتي تساهم في تطور أعراضه النفسية. أهم هذه السكميات هي:

- سكمية "فقدان الأمان": مروان أصبح يرى العالم مكاناً غير آمن، حيث يعتقد أن أي لحظة قد تحمل تهديداً مماثلاً للقصف الذي شهدته. هذا النوع من السكميات يؤدي إلى زيادة القلق والخوف المستمر من الأحداث التي قد تكون غير مرئية أو غير متوقعة.

- سكمية "العجز": نتيجة لفقدانه السيطرة على بيئته وحياته بسبب الحرب، يشعر مروان بالعجز التام. تبرز هذه السكمية في أفكاره التي تقول إنه "لا يستطيع فعل أي شيء لحماية نفسه أو أسرته"، مما يعزز الشعور بالعجز واليأس.

الاضطرابات النفسية المرتبطة:

من خلال التحليل السلوكي والمعرفي، لوحظ أن مروان يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بوضوح. أبرز الأعراض التي يعاني منها تشمل:

- الكوابيس المتكررة: تعد الكوابيس أحد الأعراض النموذجية لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث تكون الأحداث المأساوية التي مر بها مروان، مثل القصف وفقدان أخيه، هي المحفزات الأساسية لهذه الكوابيس.
- الخوف المفرط من الأصوات: الأصوات المرتفعة تذكره بالقصف، مما يعزز مشاعر القلق لديه.

العلاج المقترح:

- يحتاج مروان إلى علاج نفسي يتضمن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) التي تركز على إعادة بناء السكميات السلبية المتعلقة بفقدان الأمان والعجز. بالإضافة إلى ذلك، يمكن استخدام العلاج بالتعرض لمساعدته على التعامل مع الخوف من الأصوات العالية من خلال تدريبات تدريجية تقلل من استجاباته القلقية.

الحالة الثانية – لى (12 سنة)

خلفية الحالة:

- لى هي طفلة فلسطينية تبلغ من العمر 12 عامًا، نازحة من منطقة خزاعة. عقب الزوج، عاشت لى مع والدها في مخيم للاجئين، بينما ظل والدها في المنطقة خلال الهجمات. لى تظهر مجموعة من الأعراض التي تشير إلى انفصال عاطفي شديد عن أسرته، حيث تُظهر مشاعر قلة الارتباط بالأحداث التي مرت بها. تتحدث عن الحرب كأنها "حدث عابر"، دون أي شحنة وجدانية. كما أنها تبدو متحفظة عاطفياً ولا تُمثل أي نوع من المشاعر حول فقدان منزلها أو تهجيرها.

التحليل السكيمي:

لم تظهر سكيما معرفية مشوهة ناتجة عن الانفصال العاطفي عن أسرتها ورفضها للمشاعر المرتبطة بالحرب. أهم السكيما هي:

- سكيما "العجز العاطفي": لم تطور السكيما التي ترفض فيها أو تقمع مشاعرها كرد فعل دفاعي ضد الألم النفسي، وهي إحدى الطرق التي قد تلجأ إليها الأطفال لحماية أنفسهم من التأثيرات العاطفية للصدمة.
- سكيما "الإنكار": لم تتبنى هذه السكيما حيث تنكر تأثير الصدمة على حياتها. تتحدث عن الحرب كـ "حدث عابر"، مما يعكس حالة من عدم الارتباط العاطفي بالأحداث.

الاضطرابات النفسية المرتبطة:

- التبدل العاطفي: تنسم لم بالتبدل العاطفي، حيث لا تُظهر ردود فعل واضحة تجاه المواقف التي قد تُثير مشاعر الحزن أو الغضب. إن إنكارها للصدمات وعدم تعبيرها عن مشاعرها يشير إلى اضطراب عاطفي حاد يتمثل في عجزها عن تفاعل طبيعي مع محيطها العاطفي.
- الانفصال العاطفي: هناك انفصال واضح بين لم وبين عواطفها، مما يعيق تطورها العاطفي والاجتماعي. هذا الانفصال قد يكون ناتجاً عن الآلية الدفاعية التي طوّرتها لمواجهة مشاعر الخوف أو الحزن.

العلاج المقترح:

- لم بحاجة إلى معالجة مشاعرها المكبوتة من خلال العلاج المعرفي السلوكي، وتحديدًا من خلال تقنيات الاستجابة العاطفية التي تشجع على التفاعل مع المشاعر السلبية بدلاً من إنكارها. يمكن أيضاً استخدام التدخلات النفسية التفاعلية لتشجيع لم على التواصل مع مشاعرها وتطوير أساليب صحية للتعامل معها.

النتيجة :

تمثل الحالتان المطروحتان مروان ولم أمثلة على تأثير الصدمات المركبة على الأطفال في بيئات النزوح، وتُظهر كيف تساهم السكيما المعرفية المشوهة في ظهور اضطرابات نفسية قد تعوق تطوّرهم العاطفي والاجتماعي. من خلال هذه الدراسات، يصبح من الواضح أن علاج الأطفال الذين يعانون من هذه الأنماط السلبية من السكيما يتطلب استراتيجيات علاجية موجهة تهدف إلى إعادة بناء هذه السكيما على أسس صحية، مما يساعدهم في التعامل مع مشاعرهم وصدماتهم بطريقة أكثر تكيفاً وصحة نفسية.

القسم السادس: آليات التدخل العلاجي المعرفي المقترحة :

الخلفية والسياق :

في هذا القسم، سيتم استعراض آليات التدخل العلاجي المعرفي المناسبة للأطفال الفلسطينيين الذين يعانون من صدمات مركبة في بيئات النزوح والتهجير. تهدف هذه الآليات إلى معالجة السكيمات المعرفية السلبية التي تتشكل نتيجة الصدمات، وتعزيز الصحة النفسية من خلال استراتيجيات علاجية تتضمن العمل مع الأفراد والعائلات والمجتمع ككل.

1. العلاج بالسكيمات (Schema Therapy) لإعادة بناء أنماط التفكير الأساسية :

تعريف العلاج بالسكيمات:

- العلاج بالسكيمات (Schema Therapy) هو نهج علاجي موجه للتعامل مع أنماط التفكير السلبية المستمرة أو ما يُعرف بالسكيمات المعرفية. وقد أظهرت الدراسات أنه يمكن استخدام هذا الأسلوب بفعالية في التعامل مع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية معقدة نتيجة للصدمات، مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، القلق المزمن، والاكتئاب.

التطبيق في حالات الأطفال الفلسطينيين النازحين:

- إعادة بناء السكيمات السلبية: يتعامل العلاج بالسكيمات مع الأنماط المعرفية السلبية (مثل "فقدان الأمان" أو "العجز") التي طورها الأطفال الفلسطينيون نتيجة للصدمة. من خلال جلسات علاجية منظمة، يهدف المعالج إلى إعادة بناء هذه السكيمات من خلال تغيير التصورات السلبية وتوفير تجارب جديدة أكثر توازنًا.
- تقنيات العلاج: يتم استخدام تقنيات مثل التفسير المعرفي لمساعدة الأطفال على تحديد أفكارهم السلبية، إعادة الهيكلة المعرفية لمساعدتهم في تغيير هذه الأفكار، والتعرض المعرفي لتخفيف ردود الفعل النفسية السلبية تجاه المحفزات.
- المشاركة العاطفية: أحد الجوانب المهمة للعلاج بالسكيمات هو استخدام العواطف في إعادة بناء الأنماط المعرفية. يساعد المعالج الطفل على التعبير عن مشاعره حول الأحداث المؤلمة ومن ثم بناء فهمًا جديدًا أكثر مرونة عن الذات والعالم.

2. التربية العاطفية التصحيحية عبر جلسات مشتركة مع الأسرة :

مفهوم التربية العاطفية التصحيحية:

- التربية العاطفية التصحيحية هي عملية تعليم الأطفال كيفية التعرف على مشاعرهم وتنظيمها بشكل صحي، خاصة بعد التعرض للصدمة. هذه التربية تركز على تغيير الأنماط العاطفية المشوهة التي قد يكتسبها الأطفال نتيجة لبيئات النزوح، مثل كبت المشاعر أو الخوف المفرط.

دور الأسرة في التدخل:

- دور الأسرة في علاج الصدمة: العائلة تعتبر المصدر الأول للدعم العاطفي. في بيئات النزوح، قد تجد الأسر نفسها تحت ضغط كبير، مما يجعلها غير قادرة على تقديم الدعم العاطفي الصحيح للأطفال. ولذلك، من الضروري إشراك الأسرة في عملية العلاج لتحسين فاعلية العلاج.
- جلسات مشتركة: يتم تنظيم جلسات جماعية تضم الأطفال وأسرهم. يهدف هذا إلى تحسين التواصل داخل الأسرة، تعليم الأهل كيفية التعرف على مشاعر أبنائهم، وتوفير بيئة آمنة عاطفيًا للأطفال للتعبير عن مشاعرهم.
- التوجيه الأسري: يمكن تدريب الأسر على استراتيجيات التربية العاطفية الصحيحة التي تهدف إلى تقليل التأثيرات السلبية للصدمات على الأطفال. تشمل هذه الاستراتيجيات تعليمهم كيفية الاستماع بتعاطف، دعم التعبير عن المشاعر، وتوفير الأمان العاطفي في ظل الظروف الصعبة.

3. العلاج الجماعي للأطفال النازحين لتعزيز الشعور بالانتماء وتطبيع الخبرات الصادمة :

مفهوم العلاج الجماعي للأطفال النازحين:

- يعد العلاج الجماعي أحد الأساليب العلاجية الفعالة للأطفال النازحين، حيث يسمح للأطفال بالتفاعل مع أقرانهم الذين يعانون من تجارب مشابهة، مما يعزز الشعور بالانتماء ويدعم عملية التطبيع للخبرات الصادمة.

أهمية العلاج الجماعي:

- تعزيز الشعور بالانتماء: يعاني العديد من الأطفال النازحين من الشعور بالعزلة والوحدة. من خلال العلاج الجماعي، يمكن للأطفال التعرف على أقرانهم الذين مروا بتجارب مشابهة، مما يساعد على تقليل شعورهم بالاعتزاف.
- تبادل الخبرات: يسمح العلاج الجماعي للأطفال بمشاركة تجاربهم وتبادل مشاعرهم، وهو ما يمكن أن يساعد على فهم صدمتهم بشكل أفضل والتخفيف من معاناتهم.
- تطبيع الخبرات الصادمة: من خلال تفاعل الأطفال مع الآخرين الذين مروا بتجارب مماثلة، يتم تطبيع الخبرات الصادمة، مما يقلل من الشعور بالاختلاف أو العزلة الاجتماعية.
- تعزيز مهارات التكيف: في العلاج الجماعي، يمكن تعليم الأطفال كيفية استخدام استراتيجيات التكيف المناسبة لتعامل مع المشاعر السلبية مثل القلق أو الحزن.

تطبيقات العلاج الجماعي:

- يُفضل أن يكون العلاج الجماعي موجّهًا بشكل خاص للأطفال في مخيمات اللاجئين، حيث يمكن استخدام الأنشطة التفاعلية، مثل الألعاب الجماعية والتمثيل، لمساعدة الأطفال على التعبير عن مشاعرهم في بيئة آمنة. كما يمكن أن تشمل الجلسات تمارين لإعادة الهيكلة المعرفية والتدريب على مهارات التعامل مع الضغوط.
- 4. **التثقيف النفسي المجتمعي لمواجهة المعتقدات السلبية وتحفيز المرونة النفسية:**
مفهوم التثقيف النفسي المجتمعي:

- التثقيف النفسي المجتمعي هو عملية تهدف إلى توعية المجتمع بالآثار النفسية للصدمات وكيفية التعامل معها بشكل صحيح. يتضمن التثقيف النفسي تعزيز فهم المجتمعات لتأثيرات الصدمات على الصحة النفسية وتقديم استراتيجيات لتحسين الصحة النفسية الجماعية.

دور التثقيف النفسي في بيئات النزوح:

- **مواجهة المعتقدات السلبية:** المجتمعات الفلسطينية النازحة قد تحمل معتقدات جماعية سلبية تتعلق بالصدمات، مثل التقدير الاجتماعي للألم أو التضحية الزائدة. من خلال التثقيف النفسي، يمكن تحدي هذه المعتقدات السلبية وتعزيز مرونة المجتمع بشكل عام.
- **تحفيز المرونة النفسية:** يمكن للتثقيف النفسي أن يعزز من قدرة المجتمعات على التكيف مع الأوضاع الصعبة وتحفيزهم على استراتيجيات نفسية صحية لمواجهة التحديات اليومية. يتضمن ذلك تعليم الأفراد كيف يمكنهم إدارة مشاعرهم، وكيف يمكنهم مساعدة بعضهم البعض في الظروف الصعبة.
- **توجيه السلوك الاجتماعي:** يمكن أن يكون التثقيف النفسي أداة فعالة في توجيه السلوك الاجتماعي في المجتمعات، مما يساعد في تخفيف حدة التوترات الاجتماعية، ويشجع على التعاون والدعم المتبادل بين الأفراد.

تطبيقات التثقيف النفسي:

- يتضمن التثقيف النفسي المجتمعي في المخيمات إجراء ورش عمل ومحاضرات توعوية لأفراد المجتمع، بالإضافة إلى توزيع المواد التعليمية التي تركز على الصحة النفسية، استراتيجيات التكيف، وتخفيف وصمة العار المتعلقة بالاضطرابات النفسية.

النتيجة:

من خلال تطبيق هذه الآليات العلاجية المعرفية في بيئات النزوح، يمكن العمل على تحسين الصحة النفسية للأطفال النازحين في غزة، وتمكينهم من التكيف مع الظروف الصعبة. كما أن إشراك الأسرة والمجتمع في هذه العملية يساهم في تعزيز الفعالية العلاجية وتحقيق الاستفادة في تحسين الحالة النفسية للأطفال والمجتمع ككل.

الخلاصة:

أظهرت نتائج هذا التحليل أن الصدمات المركبة التي تعرض لها الأطفال الفلسطينيون في غزة قد أسفرت عن تغييرات عميقة في البنية المعرفية والعاطفية لهم. هذه الصدمات، الناتجة عن النزوح المستمر، القصف، والعنف المستدام، قد أدت إلى تشكيل أنماط معرفية

سلبية، تُعرف بالسكيمات المعرفية، والتي أثرت بشكل كبير على كيفية إدراك الأطفال للعالم من حولهم. حيث تبين أن الأطفال الذين يعانون من هذه الصدمات يطوّون أفكارًا وسلوكيات تتسم بعدم الأمان، والشعور بالعجز، وفقدان الثقة بالآخرين. كما أن التربية العاطفية في هذه البيئات قد تكون غير ملائمة في بعض الحالات، مما يزيد من تعميق هذه الأنماط السلبية ويسهم في ظهور اضطرابات نفسية معقدة.

لقد كشف التحليل أن العلاقة بين السكيمات المعرفية والتربية العاطفية تتطلب فهماً عميقاً وشاملاً للتحديات التي يواجهها الأطفال النازحون، حيث تزداد حاجتهم إلى الدعم العاطفي والمعرفي. إن فهم هذه العلاقة لا يمثل ضرورة علاجية فقط، بل هو مسؤولية اجتماعية وإنسانية، تتطلب تضافر الجهود من جميع الأطراف المعنية، بما في ذلك الأسرة، والمجتمع، والمعالجين النفسيين. إن تدخلات العلاج المعرفي المعتمد على السكيمات يمكن أن تكون حلاً فعالاً لإعادة بناء الأنماط المعرفية السلبية وتقديم الدعم العاطفي اللازم للأطفال. كما أن العمل مع الأسرة والمجتمع بشكل منسق يُعد أمراً أساسياً لضمان استدامة هذه التدخلات وتحقيق تغيير حقيقي في حياة الأطفال. وبالتالي، فإن ممارسات التربية العاطفية التصحيحية وتوفير التدخلات النفسية المناسبة يمكن أن تسهم بشكل كبير في تعزيز مرونة الأطفال النفسية، وتمكينهم من التكيف مع ظروفهم الصعبة.

في ضوء هذه النتائج، يصبح من الضروري توجيه المزيد من الاهتمام إلى تطبيق برامج علاجية شاملة ومرنة تركز على الأطفال النازحين والمجتمعات المتأثرة بالصدمات، مع الاهتمام بالجوانب الوقائية والتثقيفية التي يمكن أن تساهم في بناء مجتمع أكثر صحة نفسية واستقراراً. إن توفير الدعم النفسي السليم في هذا السياق يتطلب استجابة من جميع المستويات، بدءاً من الأسرة وصولاً إلى المؤسسات الدولية، وذلك بهدف تعزيز القدرة على التعافي والتعايش مع الصدمات بأسلوب يعيد للأطفال الأمل في المستقبل.

References:

1. **Beck, A. T.** (2002). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). The Guilford Press.
2. **Briere, J., & Scott, C.** (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2nd ed.). Sage Publications.
3. **Cohen, J. A., & Mannarino, A. P.** (2008). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families*. In M. L. Best, & G. C. L. Muench (Eds.), *Handbook of child and adolescent trauma* (pp. 51-67). Springer Science & Business Media.
4. **Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J.** (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. The Guilford Press.
5. **Hobfoll, S. E.** (2011). *The impact of early trauma and stress on child development*. In *Handbook of child development* (pp. 161-176). Wiley.
6. **Johnson, D. R., & Porter, M. D.** (2012). *Attachment and loss: A conceptual framework for understanding child trauma*. In *Trauma and attachment* (pp. 13-35). Academic Press.
7. **Kovacs, M.** (2011). *Cognitive behavioral therapy in children: A guide for practitioners*. Guilford Press.
8. **Liu, Y., & Wang, W.** (2019). *Psychological trauma and social support: The impact of disaster-induced displacement*. *Journal of Community Psychology*, 47(2), 136-152. <https://doi.org/10.1002/jcop.22182>
9. **Luthar, S. S., & Cicchetti, D.** (2000). *The construct of resilience: Implications for interventions and a special issue of Development and Psychopathology*. *Development and Psychopathology*, 12(3), 547-570.
10. **Miller, L., & Rasmussen, A.** (2010). *The mental health of refugees and internally displaced persons*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(9), 912-919.
11. **Perry, B. D., & Szalavitz, M.** (2006). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook*. Basic Books.
12. **Richter, L. M., & Martins, J.*** (2005). *Resilience in the face of adversity: Protective factors among displaced children in war zones*. *International Journal of Social Work*, 42(2), 267-280.
13. **Rutter, M.** (2013). *Annual research review: Resilience – clinical implications*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 307-331.
14. **Seligman, M. E. P.** (1995). *The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. Houghton Mifflin.
15. **Wenzel, A., & Beck, A. T.** (2008). *Cognitive therapy in practice: A case study approach*. Guilford Press.
16. **Wolfe, D. A., & Mash, E. J.** (2006). *Abnormal child psychology* (4th ed.). Cengage Learning.
17. **Yule, W.** (2001). *Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A review of the literature*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 313-319.

العوامل المعرفية والتمثيلات الداخلية: كيف تشكل السكيمات المعرفية لدى الأطفال تجاربهم

التفاعلية بعد الصدمة

- حرب الإبادة في غزة نموذجاً رؤية تحليلية بالسياق النفسي الفلسطيني

الخلفية والسياق:

تُعتبر الصدمات النفسية في سياقات الحروب والنزاعات المسلحة من أكثر التجارب الإنسانية تأثيراً، خاصة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الذين يعيشون في بيئات مليئة بالعنف والموت والدمار. في حالة الأطفال الفلسطينيين، الذين يعانون من تبعات الحروب المتكررة على غزة، يمثل هذا النوع من الصدمات تحدياً نفسياً طويل الأمد. إن فهم كيفية تشكل السكيمات المعرفية لدى هؤلاء الأطفال وكيفية تأثيرها على تجاربهم التفاعلية مع محيطهم هو أمر بالغ الأهمية لتطوير استراتيجيات العلاج النفسي المناسبة.

تستند هذه الرؤية التحليلية إلى النظرية المعرفية السلوكية، التي تقترح أن تجارب الحياة، وخاصة تلك المؤلمة، تشكل شبكة من التمثيلات الداخلية (السكيمات المعرفية) التي تؤثر بشكل عميق على تصورات الطفل عن ذاته وعن العالم من حوله. وهذه السكيمات ليست ثابتة، بل تتطور وتتكيف مع تجارب الصدمة. في هذا السياق، يهدف هذا المقال إلى دراسة العوامل المعرفية التي تشكل السكيمات المعرفية لدى الأطفال الفلسطينيين في غزة، مع التركيز على تأثيرات الصدمة المركبة وتفاعلات الأطفال في بيئات مثل الخيام التي أصبحت مأوى للعديد من النازحين.

الفهم النفسي للصدمة المركبة :

- الصدمة المركبة تشير إلى تجارب متعددة من الصدمات النفسية التي قد تراكمت على مدى فترة زمنية طويلة، مما يؤدي إلى تأثيرات نفسية معقدة على الأفراد. بالنسبة للأطفال الفلسطينيين في غزة، تتنوع هذه الصدمات بين العنف المستمر، والتهجير القسري، والحرمان من الرعاية الأساسية، والتدمير المادي للبيئة. هذا النوع من الصدمات يُرجم إلى تغييرات عميقة في بنية الدماغ وفي الطريقة التي يعالج بها الطفل المعلومات.

تأثير الصدمة على المشاعر:

- الصدمات النفسية تؤدي إلى تغييرات كبيرة في كيفية إدراك الأفراد لمشاعرهم الداخلية. في حالة الأطفال الفلسطينيين، الذين يعانون من الصدمة المركبة بسبب النزاع المستمر، يمكن أن تشمل المشاعر السلبية الناتجة عن هذه الصدمات: القلق، الاكتئاب، الخوف، العجز، والغضب. وقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذين تعرضوا للصدمة يعانون من زيادة ملحوظة في مستويات القلق والتوتر، بما في ذلك القلق من المستقبل والخوف من الموت.

التغيرات المعرفية التي تؤدي إلى هذه المشاعر السلبية تشمل:

- تشويه التفكير: يؤدي التشويه المعرفي إلى تصورات مشوهة وسلبية عن الذات والعالم. على سبيل المثال، قد يشعر الطفل الفلسطيني الذي عاش قصصاً مستمرة أن العالم مكان غير آمن بشكل دائم، مما يعزز مشاعر الخوف والقلق.
- الإفراط في التعميم: عند تعرض الطفل لصدمة متكررة، قد يُفرط في تعميم هذه الصدمات ليعتقد أن جميع تجاربه في الحياة ستكون مؤلمة، مما يعزز مشاعر العجز.
- التفكير القطبي: الميل إلى التفكير في كل شيء كـ "أبيض أو أسود" بدلاً من التفكير في الأمور بتدرج، مما يؤدي إلى زيادة مشاعر الإحباط والعجز. كأن يعتقد الطفل أن الحياة إما أن تكون مأساوية أو تكون غير موجودة.

ثانياً: تأثير الصدمة على الجسد :

تؤثر الصدمة المركبة على الصحة الجسدية بشكل عميق. يلاحظ الأشخاص الذين مروا بتجارب صادمة، سواء كانوا أطفالاً أو بالغين، ظهور أعراض جسدية مرتبطة بالحالة النفسية التي يعانون منها. هذه الأعراض قد تتراوح من اضطرابات النوم (مثل الأرق أو الكوابيس) إلى الألم المزمن في الجسم، مثل الصداع أو آلام المعدة.

التغيرات الجسدية المرتبطة بالصدمة تشمل:

- استجابة الجسم للتهديد: عندما يتعرض الطفل لصدمة مستمرة، يتعلم الجسم أن يكون في حالة تأهب دائمة. هذه الاستجابة الفسيولوجية تؤدي إلى تزايد مستويات هرمون الكورتيزول (هرمون التوتر)، مما يؤثر على صحة الجهاز المناعي.
- التأثير على النوم: الأطفال الذين عايشوا صدمات مركبة يعانون من اضطرابات في النوم، بما في ذلك الأرق أو النوبات الليلية من الهلع. هذه التغيرات الجسدية تؤثر بشكل غير مباشر على صحتهم النفسية، مما يفاقم مشاعر الاكتئاب والقلق.

- إفرازات الجسم المرتبطة بالتوتر: استجابة التوتر المستمر تؤدي إلى مشاعر جسدية مثل تسارع ضربات القلب، الدوار، وارتفاع ضغط الدم، مما يزيد من تفاقم التوتر العقلي والنفسي.

ثالثًا: تأثير الصدمة على السلوك:

السلوكيات التي يُظهرها الأفراد الذين مروا بتجربة الصدمة تتأثر بشكل كبير بالتمثيلات المعرفية التي يحملونها عن أنفسهم والعالم من حولهم. بالنسبة للأطفال الفلسطينيين، الذين يعيشون في مناطق النزاع والتشريد، يمكن أن تشمل هذه السلوكيات: الانسحاب الاجتماعي، العدوانية، التحدي، والانعزال.

التغيرات السلوكية المرتبطة بالصدمة تشمل:

- الانسحاب الاجتماعي: الطفل الذي تعرض للصدمة قد يفضل الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية خوفًا من مزيد من الأذى، مما يعزز مشاعر العزلة والوحدة.
- العدوانية: بعض الأطفال قد يظهرون سلوكًا عدوانيًّا كرد فعل لحماية أنفسهم من تهديدات متصورة، سواء كانت حقيقية أو وهمية.
- السلوكيات التكيفية غير الصحية: قد يلجأ الأطفال إلى سلوكيات قد تكون غير تكيفية، مثل الإدمان على الألعاب الإلكترونية أو الطعام، كطريقة للتعامل مع مشاعر القلق والخوف.

التشوهات المعرفية لدى الأطفال المصابين بالصدمة المركبة:

تشير الأبحاث المعرفية إلى أن الأشخاص الذين مروا بتجارب صادمة يطورون أنواعًا من التشوهات المعرفية التي تؤثر بشكل دائم على طرق تفكيرهم وتفسيرهم للمواقف. هذه التشوهات المعرفية تؤدي إلى تشويش دائم في كيفية إدراك الأطفال لأنفسهم والعالم من حولهم. من أبرز هذه التشوهات:

- التفكير الكارثي: حيث يتوقع الطفل نتائج سلبية للغاية وغير واقعية لجميع المواقف التي يمر بها.
- التشويه المفرط: تعميم أحداث سلبية معينة على جميع المواقف الحياتية.
- التقليل من الذات: حيث يعتقد الطفل أنه لا قيمة له ولا يمكنه التكيف مع الحياة.
- المبالغة في الفضل: عندما يعتقد الطفل أنه دائمًا ما يفتشل في تحقيق النجاح أو التعامل مع المواقف.

السكيمات المعرفية وأثر الصدمة:

- السكيمات المعرفية هي التمثيلات الداخلية التي يشكلها الأفراد بناءً على تجاربهم الحياتية. بالنسبة للأطفال الفلسطينيين، تتشكل هذه السكيمات في بيئة مليئة بالعنف والقمع، وتُعزز من خلالها معتقدات مثل "العالم مكان غير آمن"، "لا أستطيع الاعتماد على الآخرين"، و"أنا غير مهم". تشير الأبحاث إلى أن الصدمات النفسية، خاصة تلك التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، يمكن أن تؤدي إلى تشوهات معرفية تدوم مدى الحياة. الأطفال الذين يعانون من صدمات مركبة يطورون غالبًا "سكيمات معرفية سلبية" تؤثر على رؤيتهم للعالم والعالم.
- في حالة الأطفال النازحين في الخيام، حيث يعيشون في ظروف صعبة للغاية من تدمير للبنية التحتية وشح في الموارد، تصبح هذه السكيمات أكثر تعقيدًا. إن بيئة الخيمة تخلق ضغطًا نفسيًا إضافيًا، حيث يشعر الطفل الفلسطيني بمزيد من العزلة والتهديد الدائم. هذه الظروف تُعزز من التفكير السلبي، وتزيد من الشعور بالعجز والتشاؤم. على سبيل المثال، قد يعتقد الطفل الذي ينام في خيمة أن العالم غير مستقر وأن مستقبله مهدد بشكل دائم، مما يؤدي إلى اضطرابات في تفكيره ومشاعره.

تشكيل التفاعلات النفسية والتكيف المعرفي :

- التفاعل بين السكيمات المعرفية وصدمات الأطفال الفلسطينيين يعكس صراعًا داخليًا مستمرًا. الأطفال الذين تعرضوا لهذه الصدمات لا يرون العالم كمنطقة يمكن الاعتماد عليها للسلام والأمان، بل كمكان خطر يهدد وجودهم بشكل دائم. في هذا السياق، تتشكل أنماط معرفية تفاعلية تؤدي إلى ردود فعل عاطفية وسلوكية غير ملائمة، مثل الانسحاب الاجتماعي، القلق المزمن، والاكتئاب.
- في الخيام، تصبح هذه التفاعلات أكثر وضوحًا. الأطفال النازحون، الذين يعيشون في ظروف قاسية، يعانون من صعوبة في تكوين علاقات صحية ومفيدة مع الآخرين، سواء كانوا من أفراد أسرهم أو من أقرانهم. يؤثر هذا العزوف الاجتماعي في تطورهم النفسي ويعزز من الانطواء والاكتئاب. وقد أظهرت الدراسات أن الأطفال في هذه الظروف يتطور لديهم شعور متزايد بالانفصال عن المجتمع، مما يزيد من تفاقم السكيمات السلبية حول الذات والعالم.

دور العلاج النفسي المعرفي في إعادة تشكيل السكيمات المعرفية :

- يعتمد العلاج النفسي المعرفي على مبدأ أن تغيير الأفكار السلبية والمشوهة يمكن أن يؤدي إلى تغييرات إيجابية في المشاعر والسلوكيات. بالنسبة للأطفال الفلسطينيين الذين عايشوا الصدمة المركبة في بيئات مثل الخيام، يمكن أن يقدم العلاج المعرفي السلوكي أدوات فعالة

لإعادة تشكيل السكيمات المعرفية السلبية. من خلال التدخلات العلاجية، يمكن مساعدة الأطفال على التعرف على الأفكار غير الواقعية والمفردة التي تؤثر على تفاعلاتهم الاجتماعية وعواطفهم، وتعليمهم استراتيجيات للتكيف بشكل أكثر إيجابية ومرونة.

الاستراتيجيات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي لتعديل التشوهات المعرفية:

العلاج المعرفي السلوكي (CBT) هو إحدى الاستراتيجيات العلاجية الفعالة في معالجة التشوهات المعرفية المرتبطة بالصدمة. يركز العلاج المعرفي السلوكي على تغيير أنماط التفكير السلبية وغير الواقعية، مما يساعد الأفراد على تكوين تصورات أكثر توازناً وواقعية عن أنفسهم والعالم.

- التعرف على الأفكار المشوهة: تبدأ العملية العلاجية بالتعرف على الأنماط المعرفية السلبية، مثل التفكير الكارثي والتعميم المفرط.
- تحدي الأفكار السلبية: يعمل المعالج مع الطفل على تحدي هذه الأفكار السلبية من خلال تقنيات مثل إعادة الهيكلة المعرفية.
- التدريب على مهارات التكيف: يتم تدريب الطفل على كيفية التفاعل مع المواقف بطريقة أكثر مرونة وصحة نفسية، مما يساعد على تقليل الاستجابات العاطفية السلبية.

شواهد من النازحين في الخيام :

- من خلال دراسة حالات لأطفال نازحين في الخيام بعد الحروب في غزة، يمكن ملاحظة العديد من الأعراض المعرفية الناتجة عن الصدمة المركبة. أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال في هذه الظروف يعانون من اضطرابات في التركيز، نقص في الشعور بالأمان، وزيادة في التفكير السلبي. على سبيل المثال، أظهر أحد الأطفال النازحين من غزة أنه كان يعاني من أفكار متكررة عن الخوف من الموت والتشاؤم بشأن المستقبل. بعد جلسات متخصصة، بدأ الطفل في تحسين مهارات التكيف لديه، مثل استخدام تقنيات التنفس العميق وتحليل الأفكار السلبية، مما أدى إلى تحسن واضح في حالته النفسية.

النتيجة :

- تؤكد الأدلة النفسية على أن الصدمات المركبة تؤثر بعمق على المشاعر والجسد والسلوك لدى الأطفال، خاصة في سياق النزاع الفلسطيني. من خلال النظر في التغيرات المعرفية التي تحدث نتيجة لهذه الصدمات، يمكن تقديم تدخلات نفسية فعالة من خلال العلاج المعرفي السلوكي لتعديل التشوهات المعرفية وتحسين التفاعلات النفسية للأطفال الفلسطينيين الناجمين من الصدمة.
- وتشكل السكيمات المعرفية لدى الأطفال الفلسطينيين الذين يعانون من صدمات مركبة في غزة عاملاً حاسماً في تطوير استراتيجيات علاجية نفسية فعالة. من خلال الفهم العميق لهذه السكيمات والتأثيرات التي تتركها الصدمات النفسية، يمكن للعلاج النفسي المعرفي أن يلعب دوراً محورياً في مساعدة الأطفال على تجاوز الآثار النفسية للأحداث المدمرة. إن توفير بيئة آمنة وداعمة، سواء في المخيمات أو في مراكز العلاج، أمر ضروري لتحسين رفاه الأطفال الفلسطينيين الذين يواجهون تحديات نفسية هائلة.

تحديات وفعالية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال المتأثرين بالصدمات الجماعية في غزة

- تأثير الصراع المستمر على التدخلات النفسية

الخلفية والسياق :

غزة هي منطقة تعيش فيها أجيال متعاقبة تحت وطأة الحروب والصدمات المستمرة التي تفرض تحديات نفسية شديدة على الأطفال. تعد الصدمات الجماعية التي يتعرض لها الأطفال في هذا السياق من بين أكثر أنواع الصدمات تعقيداً، نظراً للتأثيرات النفسية العميقة التي تتركها. تتعدد أساليب العلاج المستخدمة لتقليل آثار هذه الصدمات، ومن أبرز هذه الأساليب العلاج المعرفي السلوكي (CBT) ، الذي يهدف إلى تغيير الأنماط المعرفية والسلوكية السلبية التي تنشأ بسبب هذه الصدمات. في هذا المقال، سيتم استكشاف تأثير الصدمات الجماعية على فعالية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال في غزة، من خلال دراسة مقارنة بين الفترات الزمنية المختلفة للصراع.

تأثير الصدمات الجماعية على الأطفال في غزة :

1. تعريف الصدمات الجماعية :

- تُعرف الصدمات الجماعية بأنها تلك التجارب المدمرة التي تؤثر على مجموعة واسعة من الأفراد أو مجتمع كامل في وقت واحد. تحدث هذه الصدمات نتيجة لوقوع أحداث مأساوية ومفاجئة تشمل الحروب، الكوارث الطبيعية، الهجمات الإرهابية، أو غيرها من الأزمات الكبرى. في السياق الفلسطيني، يعاني الأطفال من صدمات جماعية ناجمة عن الصراع المستمر في غزة، والذي يتضمن الهجمات العسكرية، القصف الجوي، التدمير الواسع للبنية التحتية، والتهجير القسري. هذه الأحداث تُعرض الأطفال لتجارب مرعبة ومؤلمة تؤثر بشكل عميق على حالتهم النفسية وتستمر في التأثير على نماذج تفكيرهم وسلوكهم في المستقبل.
- في غزة، يواجه الأطفال موجات متكررة من الصدمات التي تشمل الدمار الجسدي والموت، مما يعزز من التأثيرات النفسية لهذه الصدمات الجماعية. كما أن الأطفال في هذه المنطقة يعيشون في حالة من التوتر المزمن والخوف من الاعتداءات العسكرية، مما يجعلهم عرضة لآثار الصدمة على المدى الطويل.

2. أثر الصدمات الجماعية على الأطفال :

- تحدث الصدمات الجماعية تأثيرات نفسية عميقة على الأطفال، تختلف هذه التأثيرات حسب شدة الصدمة ومدة التعرض لها. من أبرز الآثار النفسية التي يعاني منها الأطفال الفلسطينيون في غزة نتيجة لهذه الصدمات:
- اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD): يُعد اضطراب ما بعد الصدمة من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الأطفال الذين تعرضوا لصدمات جماعية. يعاني هؤلاء الأطفال من تجارب متكررة للذكريات المؤلمة، الكوابيس، وردود فعل جسدية مثل تسارع ضربات القلب والتعرق. هؤلاء الأطفال قد يواجهون أيضاً صعوبة في التفاعل الاجتماعي ويظهرون سلوكيات منسحجة.
 - القلق المزمن: الأطفال الذين يعانون من القلق المزمن يشعرون بعدم الأمان طوال الوقت، مما يسبب لهم حالة دائمة من التوتر النفسي. الخوف من الهجمات المستقبلية، فقدان الأحباء، أو التهجير يمكن أن يؤدي إلى شعور مستمر بالخطر، ما يعطل أنماط حياتهم اليومية.
 - الاكتئاب: تعيش بعض الأطفال الذين تعرضوا لصدمات جماعية في حالة من الحزن العميق الذي لا يتبدد مع مرور الوقت. الاكتئاب قد يظهر في شكل عزلة اجتماعية، فقدان الاهتمام بالأنشطة المفضلة، والشعور بالعجز المستمر.
 - التفكير السلبي: نظراً للظروف البيئية المعقدة التي يعيشها الأطفال الفلسطينيون في غزة، فإنهم يميلون إلى تطوير أفكار سلبية تتعلق بأنفسهم والعالم من حولهم. هذا التفكير يشمل مشاعر اليأس والعجز، واعتقادهم بعدم وجود مستقبل آمن أو مستقر.
- بالإضافة إلى هذه الأعراض النفسية، يعاني الأطفال من صعوبة في التعامل مع مشاعرهم مثل الغضب والخوف والحزن. في حالة غياب الدعم الاجتماعي المناسب أو التدخل العلاجي، يمكن أن تتفاقم هذه الأعراض وتؤثر على مهارات التكيف اللازمة لمواجهة التحديات النفسية.

3. التأثيرات الاجتماعية والثقافية للصدمات :

تتجاوز تأثيرات الصدمات الجماعية في غزة جوانب الصحة النفسية لتطال النواحي الاجتماعية والثقافية للأطفال. من أبرز التأثيرات الاجتماعية التي يعاني منها الأطفال الفلسطينيون نتيجة للصدمات الجماعية:

- تفكك الروابط الأسرية والاجتماعية: مع استمرار الصراع والزواج القسري، يعاني العديد من الأطفال من فقدان أفراد أسرهم أو الانفصال عنهم لفترات طويلة. إن تفكك الروابط الأسرية يؤثر بشكل عميق على شعور الأطفال بالاستقرار النفسي والأمان. كما أن التهجير القسري يؤدي إلى تفكك المجتمع المحلي، حيث يعاني الأطفال من صعوبة في بناء علاقات اجتماعية جديدة أو المحافظة على الروابط التي قد تشكل عامل دعم نفسي هام.

- فقدان الأحباء: فقدان أحد الوالدين أو أفراد الأسرة بشكل مفاجئ أو نتيجة للهجمات العسكرية يسبب للأطفال شعورًا عميقًا باليتم والحزن. تؤدي هذه التجربة إلى تراكم المشاعر المؤلمة مثل الحزن العميق والغضب، والتي قد تتفاقم إذا لم يتم تقديم الدعم النفسي اللازم.
- تأثيرات على التعليم والتطور الاجتماعي: مع استمرار الصراع، تواجه المدارس صعوبة في توفير بيئة آمنة ومستقرة للأطفال. القصف والدمار الذي يصيب المدارس، بالإضافة إلى النزوح المستمر، يجعل من الصعب على الأطفال الوصول إلى التعليم الكافي. كما أن التأثيرات النفسية الناتجة عن الصدمات تؤثر على قدرة الأطفال على التركيز والتعلم، مما يعطل تطورهم الأكاديمي والاجتماعي.
- الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالصدمات النفسية: في بعض الأحيان، قد يتعرض الأطفال الفلسطينيون الذين يعانون من اضطرابات نفسية بسبب الصدمات إلى وصمة اجتماعية. هذا قد يؤدي إلى عزلة أكبر ويزيد من معاناتهم النفسية، مما يعيق العلاج والتعافي.
- التأثيرات الثقافية على معالجة الصدمة: في ثقافة غزة، قد تكون هناك بعض القيود الثقافية أو المجتمعية التي تؤثر على طريقة فهم الصدمة ومعالجتها. قد يواجه الأطفال وأسرهم صعوبة في التحدث عن مشاعرهم أو طلب الدعم النفسي بسبب وجود تصورات ثقافية قد تُحجم عن التوجه للعلاج النفسي أو قد ترفض بعض العائلات الاعتراف بوجود اضطرابات نفسية.
- في الختام، يعاني الأطفال الفلسطينيون في غزة من تأثيرات الصدمات الجماعية على مستويات متعددة. تتأثر صحتهم النفسية والاجتماعية بشكل عميق بسبب الصراع المستمر، وتعتبر العوامل الاجتماعية والثقافية جزءًا أساسيًا من هذه التأثيرات. من المهم مراعاة هذه الجوانب عند تصميم التدخلات النفسية للأطفال في غزة لضمان توفير الدعم اللازم الذي يساعد على التعافي والنمو بشكل صحي.

العلاج المعرفي السلوكي: أسس وآلية العمل مع الأطفال المتأثرين بالصدمات الجماعية

1. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي

- العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) هو نوع من العلاج النفسي الذي يهدف إلى تغيير أنماط التفكير والسلوك غير المفيدة والتي تساهم في المعاناة النفسية. يعتمد هذا النوع من العلاج على الفكرة الأساسية بأن الأفكار تؤثر بشكل كبير على مشاعرنا وسلوكياتنا، وأن من خلال تعديل هذه الأفكار يمكن تغيير الاستجابة العاطفية والسلوكية للأحداث المسببة للضغط النفسي. العلاج المعرفي السلوكي يقوم على العلاقة بين التفكير، المشاعر، والسلوك، ويعمل على مساعدة الأفراد، بما في ذلك الأطفال، في تعديل الأفكار السلبية والمشوهة التي قد تؤدي إلى تفاقم الصدمات النفسية.
- عند التعامل مع الأطفال الذين يعانون من الصدمات الجماعية الناتجة عن الحروب أو النزاعات، يُركز العلاج المعرفي السلوكي على مساعدة الأطفال في تحديد الأفكار السلبية التي تهيم على تفكيرهم بعد التعرض للصدمات مثل الخوف، القلق، أو مشاعر العجز. كما أن هذا العلاج يعزز من القدرة على التفكير بطريقة منطقية وإيجابية حول مواقف الحياة، مما يساهم في تقليل الآثار النفسية المترتبة على الصدمة.

2. كيف يعمل العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال؟

- العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال يعتمد على مجموعة من التقنيات العلاجية التي تهدف إلى تغيير الأفكار والسلوكيات السلبية بطريقة منهجية. في سياق الأطفال المتأثرين بالصدمات الجماعية، يتم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي باستخدام تقنيات متخصصة تركز على مساعدة الأطفال في معالجة تجاربهم المؤلمة والتعامل مع المشاعر المعقدة التي تصاحب الصدمات.
- إعادة الهيكلة المعرفية: تعد إعادة الهيكلة المعرفية من أهم التقنيات في العلاج المعرفي السلوكي. تشمل هذه التقنية مساعدة الأطفال على تحديد الأفكار السلبية والتلقائية التي قد تظهر بعد تجربة الصدمة، مثل التفكير الكارثي أو التشاؤمي. من خلال هذه العملية، يساعد المعالج الأطفال على استبدال هذه الأفكار بأفكار أكثر واقعية ومنطقية. على سبيل المثال، إذا كان الطفل يعتقد "لن أكون بأمان أبدًا"، يساعد المعالج الطفل في التفكير في أفكار أكثر توازنًا مثل "رغم أن الوضع صعب، هناك إجراءات أمان يمكنني اتخاذها".
- تقنيات الاسترخاء: تقنيات الاسترخاء مثل التنفس العميق أو الاسترخاء العضلي التدريجي تساعد الأطفال على تقليل مستويات التوتر والقلق الذي يواجهونه بعد الصدمة. هذه التقنيات يمكن أن تكون مفيدة بشكل خاص في التعامل مع حالات القلق الشديد أو الذعر التي قد تطرأ على الأطفال عند تعرضهم لمواقف مشابهة لتلك التي مروا بها سابقًا. تعلم هذه التقنيات يُمكن الأطفال من التحكم في استجاباتهم الفيزيائية للمواقف المزعجة.
- تقنيات التنفيس العاطفي: يتعلم الأطفال في العلاج المعرفي السلوكي كيفية التعبير عن مشاعرهم بطريقة صحية وآمنة. هذه التقنيات قد تشمل استخدام الفنون التشكيلية، الكتابة، أو اللعب للتعبير عن المشاعر الداخلية بطريقة موجبة ومفيدة. على سبيل المثال، قد يتم تشجيع الأطفال على رسم مشاهد تمثل مشاعرهم أو كتابة قصص قصيرة تساعد في التعامل مع التجارب المؤلمة.

- **التعرض التدريجي:** في حالات الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، قد يتضمن العلاج المعرفي السلوكي استخدام تقنيات التعرض التدريجي. في هذه التقنية، يُعرض المعالج الطفل تدريجيًا للمواقف التي تثير ذكريات الصدمة في بيئة آمنة ومراقبة. يهدف هذا التعرض إلى مساعدة الطفل على تقليل خوفه من المواقف التي تذكره بالصدمة والتعامل معها بشكل أكثر توازنًا.

3. تخصيص العلاج وفقاً للمرحلة العمرية للأطفال :

يتطلب العلاج المعرفي السلوكي تخصيصاً دقيقاً بناءً على المرحلة العمرية للطفل. عند العمل مع الأطفال المتأثرين بالصدمات الجماعية في غزة أو غيرها من مناطق الصراع، من الضروري تعديل التقنيات العلاجية بما يتناسب مع العمر والمستوى المعرفي والعاطفي للطفل. الطفل في مراحل عمرية مختلفة يتطلب أساليب متنوعة لتسهيل فهمه وتطوير استراتيجيات التكيف الفعالة.

- **الأطفال في سن مبكرة (من 3 إلى 6 سنوات):** في هذه المرحلة، لا يستطيع الأطفال التعبير عن مشاعرهم بالكلمات بالطريقة نفسها التي يفعلها الأطفال الأكبر سنًا. وبالتالي، يُعتمد على الأنشطة التفاعلية مثل القصص المصورة أو استخدام الألعاب العلاجية للمساعدة في التعبير عن المشاعر. قد يتم استخدام الدمى أو الأشكال الرمزية لتوضيح مفاهيم مثل الخوف، الأمان، أو الغضب. الألعاب الإبداعية تتيح للأطفال فرصة لتفريغ مشاعرهم وتعلم تقنيات التكيف بطريقة غير مباشرة.

- **الأطفال في سن المدرسة الابتدائية (من 7 إلى 12 سنة):** في هذه المرحلة، يبدأ الأطفال في فهم مفاهيم مثل العلاقات السببية والتفكير المنطقي. يمكن للمراهقين الأصغر سنًا أن يتعلموا تقنيات التفكير المعرفي مثل تحديد الأفكار السلبية وتحليلها. يمكن استخدام أدوات مثل دفتر يوميات المشاعر أو الجداول التي تتبع الأفكار المشوهة وتغييرها بأخرى أكثر إيجابية. الأنشطة الجماعية مثل المناقشات والأنشطة التفاعلية يمكن أن تُساعد الأطفال على بناء مهارات التكيف بشكل جماعي.

- **المراهقين (من 13 إلى 18 سنة):** المراهقون لديهم القدرة على استخدام تقنيات أكثر تطورًا في العلاج المعرفي السلوكي. في هذه الفئة العمرية، يمكن للأطفال التعامل مع استراتيجيات التفكير المعرفي المتقدمة مثل تحليل الأفكار السلبية المعقدة، وتطبيق المهارات في بيئات الحياة الواقعية. يُشجّع المراهقون على استخدام تقنيات مثل إعادة الهيكلة المعرفية لتغيير أفكارهم المتعلقة بالصدمة. كما أن التواصل مع الأقران والمشاركة في الجلسات الجماعية يمكن أن يكون ذا فائدة كبيرة للمراهقين في هذه الفئة العمرية.

في الختام، من المهم أن نؤكد أن تخصيص العلاج المعرفي السلوكي للأطفال المتأثرين بالصدمات الجماعية يتطلب فهمًا دقيقًا لاحتياجات الطفل المعرفية والعاطفية، وضرورة استخدام أساليب متنوعة تتماشى مع مستوى النمو النفسي والعقلي للطفل.

تأثير الزمن في الصراع على فعالية العلاج المعرفي السلوكي :

1. الفترات الزمنية المختلفة للصراع في غزة :

- تعتبر غزة منطقة متأثرة بشكل مستمر بالصراع والحروب، مما يؤدي إلى تجارب صادمة تتراكم على الأطفال عبر الزمن. تتفاوت تأثيرات هذه الصدمات على الأطفال بشكل كبير حسب المرحلة الزمنية التي يمر بها الصراع، مما ينعكس على فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT). يمكن تقسيم الفترات الزمنية للصراع في غزة إلى ثلاث مراحل رئيسية: فترة ما بعد الصراع القريب، فترة الصراع المستمر، وفترة ما بعد الصراع البعيد. كل مرحلة تحمل تحديات مختلفة تؤثر على فعالية العلاج المعرفي السلوكي وطريقة تطبيقه.

2. فترة ما بعد الصراع القريب :

- تتمثل هذه المرحلة في الوقت الذي يلي الصراع مباشرة، حيث لا يزال الأطفال يعانون من الأعراض الحادة للصدمة التي تشمل القلق المستمر، الذعر، التوتر العاطفي، والكوابيس. في هذه الفترة، تكون مشاعر الخوف وعدم الأمان في ذروتها، ويواجه الأطفال صعوبة كبيرة في التعامل مع تجاربهم العاطفية والمعرفية. تأثير الصدمات في هذه المرحلة يكون شديدًا، وعادةً ما يصاب الأطفال بما يُعرف باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) في أشكاله الحادة.

التحديات التي يواجهها العلاج المعرفي السلوكي في هذه الفترة:

- **شدة الانفعالات:** في مرحلة ما بعد الصراع القريب، يعاني الأطفال من صعوبة في التمييز بين الأفكار والمشاعر، مما يصعب تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي مثل إعادة الهيكلة المعرفية. حيث تكون الاستجابة العاطفية مفرطة وغير منضبطة.
- **بيئة غير مستقرة:** التهديدات الأمنية المستمرة في هذه الفترة تجعل من الصعب توفير بيئة آمنة ومستقرة للأطفال لتطبيق العلاج. القصف المستمر، الأوضاع الأمنية غير المستقرة، والتشرد قد يحдан من قدرة الطفل على التركيز والمشاركة في العلاج.
- **الضغوط النفسية الناتجة عن الوضع الراهن:** وجود حالات الفقر، الهجرة القسرية، وفقدان الأهل من شأنها أن تعرق عملية العلاج. يكون التركيز الأساسي في هذه المرحلة هو التعامل مع العواقب الفورية للصدمات وليس معالجة الجذور العميقة لها.

استراتيجيات العلاج في هذه المرحلة:

- استخدام تقنيات تخفيف القلق والتوتر: قد تشمل هذه التقنيات تمارين التنفس العميق، الاسترخاء العضلي التدريجي، أو تقنيات التأمل، وهي ضرورية للحد من استجابة الأطفال الفورية للتهديدات.
- التعاطف والتركيز على توفير الدعم العاطفي: في هذه المرحلة الحرجة، يحتاج الأطفال إلى تعزيز مشاعر الأمان والثقة من خلال تعزيز العلاقة بين المعالج والطفل.

3. فترة الصراع المستمر:

- في هذه المرحلة، حيث يستمر الصراع والعنف بشكل متواصل، يُصاب الأطفال بصدمات متكررة تؤثر بشكل متسلسل على حالتهم النفسية والعاطفية. الأطفال في هذه المرحلة يواجهون تجارب صادمة بشكل منتظم، مثل الهجمات العسكرية المتكررة، التهجير المستمر، أو فقدان الأهل. هذه الصدمات المتتالية تتداخل مع قدرة الأطفال على التكيف بشكل مستدام، مما يجعل العلاج المعرفي السلوكي أكثر تحدياً.

التحديات التي يواجهها العلاج المعرفي السلوكي في هذه الفترة:

- التعرض لصدمات مستمرة: مع كل صدمة جديدة، تتراكم آثار الصدمة السابقة، مما يؤدي إلى ضعف قدرة الأطفال على التأقلم. الصدمات المتكررة تجعل الأطفال أكثر عرضة للاكتئاب، القلق المزمن، واضطرابات النوم.
- تحديات الثبات العاطفي والمعرفي: مع تكرار الصدمات، تصبح استراتيجيات التكيف المعرفية والسلوكية التي يتم تعلمها غير فعالة على المدى الطويل. في مثل هذه الحالات، يحتاج العلاج إلى تعديل مستمر ليتماشى مع الوضع المتغير، مما يصعب تنفيذ الاستراتيجيات طويلة الأمد.
- غياب الاستقرار: البيئة غير المستقرة تجعل من الصعب توفير الدعم العلاجي المستمر. التغيرات المستمرة في الظروف البيئية، مثل النزوح المتكرر أو الانقطاع عن التعليم، تفرض تحديات إضافية في استمرار العلاج.

استراتيجيات العلاج في هذه المرحلة:

- العلاج التعريفي التدريجي: يمكن استخدام تقنيات التعرض التدريجي لتقليل التأثيرات السلبية للتجارب السابقة. يتم تنفيذ التعرض في بيئة آمنة ومراقبة، مع السماح للأطفال بمواجهة مخاوفهم تدريجياً.
- التدخل العائلي والاجتماعي: من المهم أن يتعاون العلاج المعرفي السلوكي مع الأسرة والمجتمع المحلي لضمان وجود شبكة دعم قوية للأطفال. هذا التعاون يساهم في تعزيز العلاج ويُسهل في توفير استقرار عاطفي.

4. فترة ما بعد الصراع البعيد:

- بعد انتهاء الصراع، يبدأ الأطفال في التعافي تدريجياً، ولكن الآثار النفسية للصدمات تبقى لفترة طويلة. في هذه المرحلة، يمكن أن تكون فعالية العلاج المعرفي السلوكي أكثر وضوحاً، حيث يبدأ الأطفال في معالجة الذكريات المؤلمة وتطوير استراتيجيات التأقلم. رغم أن التأثيرات النفسية تكون قد خفت، فإن الآثار على الصحة النفسية لا تختفي بشكل كامل، ولذلك يتطلب العلاج أن يتم تنفيذه على المدى الطويل.

التحديات التي يواجهها العلاج المعرفي السلوكي في هذه الفترة:

- التعامل مع الذكريات المؤلمة: بالرغم من مرور الزمن، تبقى ذكريات الصدمات حاضرة في حياة الأطفال. في هذه المرحلة، يواجه الأطفال صعوبة في تكامل الذكريات المؤلمة مع حياتهم اليومية، مما يتطلب تدخلاً طويل الأمد.
- المشاعر المتناقضة: قد يعاني الأطفال من مشاعر مختلطة بين الرغبة في التعافي وبين مشاعر من الخوف أو العجز. يتطلب ذلك من المعالجين أن يكونوا حذرين في تقديم استراتيجيات العلاج التي تناسب هذه الحالة المعقدة.
- التعامل مع التغيرات المجتمعية: بعد انتهاء الصراع، قد يواجه الأطفال تحديات جديدة مثل الاندماج في بيئات اجتماعية جديدة أو العودة إلى مدارسهم في ظروف مختلفة. هذه التغيرات قد تثير مشاعر القلق والتوتر التي قد تتداخل مع العلاج المعرفي السلوكي.

استراتيجيات العلاج في هذه المرحلة:

- العلاج طويل الأمد: يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية عندما يُطبق على المدى الطويل. يتم التركيز على تعزيز القدرة على التكيف ومساعدة الأطفال في التكيف مع الحياة بعد الصراع.
- تعزيز المهارات الاجتماعية والتواصلية: بما أن الأطفال في هذه المرحلة يبدأون في إعادة بناء حياتهم الاجتماعية، يمكن أن يشمل العلاج المعرفي السلوكي مهارات التواصل الاجتماعي وبناء العلاقات بطريقة صحية.

الاستنتاج:

يمكن القول بأن فعالية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال المتأثرين بالصراع في غزة تعتمد بشكل كبير على الفترة الزمنية التي يمر بها الصراع. في كل مرحلة، من الضروري أن يتم تعديل استراتيجيات العلاج لتناسب الظروف النفسية والمعرفية للأطفال، مع مراعاة البيئة المستمرة للصراع وآثاره العميقة.

التحديات التي تواجه العلاج المعرفي السلوكي في غزة :

- يواجه العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في قطاع غزة العديد من التحديات الكبرى التي تؤثر على فعاليته في علاج الأطفال المتأثرين بالصددمات النفسية الناتجة عن الصراع المستمر. تشمل هذه التحديات على نقص الموارد، البيئة المتقلبة، التأثيرات الثقافية والاجتماعية، بالإضافة إلى الآثار النفسية الناجمة عن الحروب المستمرة. في هذا السياق، نستعرض كل من هذه التحديات بشكل أكاديمي مفصل.

1. نقص الموارد والبيئة المتقلبة :

نقص الموارد العلاجية :

- يعد نقص الموارد من أبرز التحديات التي تواجه العلاج المعرفي السلوكي في غزة. يعاني القطاع من نقص حاد في المتخصصين المدربين على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، حيث لا يوجد عدد كافٍ من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين المدربين على التعامل مع الأطفال المتأثرين بالصددمات النفسية. هذا النقص في الموارد البشرية يشكل عائقًا كبيرًا في توفير الدعم النفسي الكافي للأطفال الذين يحتاجون إلى العناية المتخصصة. بالإضافة إلى ذلك، يعاني القطاع من نقص في الأدوات العلاجية المناسبة، مثل الكتب والمراجع الحديثة التي تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي، فضلاً عن قلة البرامج التدريبية المتاحة للعاملين في المجال النفسي.

البنية التحتية المحدودة :

- تفتقر غزة إلى البنية التحتية الضرورية لدعم العلاج النفسي. العيادات النفسية والمراكز العلاجية ليست دائمًا مجهزة تجهيزًا جيدًا، وغالبًا ما تفتقر إلى المساحات المناسبة لإجراء جلسات العلاج بشكل سليم. علاوة على ذلك، فإن استمرار العدوان العسكري والتهديدات الأمنية المتكررة تجعل من الصعب توفير بيئة علاجية آمنة ومستقرة للأطفال. الأماكن التي قد يتم فيها العلاج تكون غير مستدامة أحيانًا بسبب التدمير المستمر للبنية التحتية.

البيئة المتقلبة والتأثيرات الأمنية :

- تعاني غزة من بيئة غير مستقرة، حيث تتعرض للمزيد من الهجمات العسكرية والتهديدات الأمنية المستمرة، مما يزيد من التحديات التي تواجه العلاج النفسي. البيئة غير المستقرة تؤثر بشكل كبير على إمكانية استمرارية العلاج، حيث لا يتمكن الأطفال من متابعة الجلسات بشكل منتظم، وذلك بسبب المخاوف المتعلقة بالأمن الشخصي وأحيانًا بسبب التنقل المستمر والتهجير القسري.

2. التأثيرات الثقافية والبيئية :

الوصمة الاجتماعية تجاه العلاج النفسي :

- في بعض المجتمعات الفلسطينية، لا يزال هناك نوع من الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالعلاج النفسي. يُنظر إلى العلاج النفسي أحيانًا على أنه علامة ضعف أو عجز، مما يجعل الأسر والأطفال يترددون في طلب المساعدة. وفي ظل الظروف المعيشية الصعبة التي يواجهها السكان في غزة، قد تكون الأولوية للأمور المعيشية اليومية، مثل الغذاء والمأوى، مما يدفع الأطفال إلى عدم التحدث عن معاناتهم النفسية. هذا التوجه يمكن أن يعيق عملية العلاج بشكل كبير، حيث يعاني الأطفال في صمت ولا يتلقون الدعم النفسي المناسب.

التقاليد الثقافية والدينية :

- الضغوط الثقافية والدينية قد تشكل عائقًا أمام تقديم العلاج النفسي. في بعض الحالات، قد تتعارض العلاجات النفسية الغربية مع القيم الثقافية والدينية لبعض الأسر في غزة. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي تغييرًا في أنماط التفكير السلبية، لكن بعض الأطفال قد يجدون صعوبة في تبني هذه المفاهيم إذا كانت تتعارض مع المعتقدات السائدة في المجتمع أو الأسرة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تكون بعض الأسر أكثر تمسكًا بالحلول الدينية أو العائلية لتصحيح السلوكيات والأفكار السلبية، مما يقلل من قبول العلاج النفسي الرسمي.

التحديات البيئية الاجتماعية :

- علاوة على التحديات الثقافية، يعاني الأطفال في غزة من ظروف بيئية قاسية، مثل الفقر، البطالة، ونقص الفرص التعليمية، مما يعزز مستويات التوتر والقلق. هذا يمكن أن يعيق قدرة الأطفال على الاستجابة للعلاج المعرفي السلوكي، حيث أن تركيزهم الأساسي ينصب على التعامل مع الاحتياجات الأساسية بدلاً من المشاركة في العلاج النفسي.

3. التحديات النفسية المرتبطة بالحروب :

التعرض لصددمات متكررة :

- واحدة من أكبر التحديات التي تواجه الأطفال في غزة هي تعرضهم المتكرر للصددمات النفسية بسبب الحروب المستمرة. حيث يعاني الأطفال من فقدان الأحباء، الدمار الجسدي لمنازلهم، والهجمات العسكرية المتواصلة. مع مرور الوقت، تصبح هذه الصدمات متراكمة، مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية عميقة مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والقلق المزمن. هذه التجارب المتكررة تجعل الأطفال يواجهون صعوبة في بناء الثقة في العلاج المعرفي السلوكي، حيث قد يشعرون بأن أي استثمار عاطفي في العلاج لن يؤدي إلى تحسن دائم بسبب تكرار الصدمات.

تحديات الثقة في العلاج :

- يواجه الأطفال صعوبة في بناء الثقة في المعالجين النفسيين بسبب الأذى المستمر الذي يعانون منه. مع تكرار الهجمات العسكرية وفقدان أفراد الأسرة، يصبح الأطفال أقل استعدادًا للفتح والتحدث عن مشاعرهم. في مثل هذه الحالات، يعاني العلاج المعرفي السلوكي من تحديات في بناء علاقة فعالة بين المعالج والطفل، وهي علاقة ضرورية لنجاح العلاج. في بيئات مثل غزة، حيث يعاني الأطفال من مستويات عالية من التوتر والخوف، يصبح من الصعب تحقيق الثقة المطلوبة في العملية العلاجية.

غياب الأمن والتهديدات المستمرة :

- الأطفال الذين يعيشون في مناطق الصراع لا يشعرون بالأمان النفسي، حيث أن التهديدات الأمنية المستمرة تزيد من مشاعر الخوف والعجز. عدم الاستقرار البيئي يعزز من مشاعر القلق والتوتر المزمنين، مما يجعل من الصعب تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، مثل إعادة هيكلة الأفكار السلبية، أو تعلم استراتيجيات التأقلم المستدامة. الأطفال الذين يعيشون في حالة من الخوف المستمر قد يرفضون التفاعل مع المعالجين، مما يحد من قدرة العلاج على النجاح.

الصعوبة في بناء استراتيجيات التأقلم المستدامة :

- في بيئة يعاني فيها الأطفال من صدمات متكررة، يصبح من الصعب على العلاج المعرفي السلوكي أن يكون فعالاً على المدى الطويل. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي بناء استراتيجيات تأقلم مستدامة، ولكن في غزة، حيث تتغير الظروف بشكل متسارع، قد يكون من الصعب تطبيق هذه الاستراتيجيات بشكل مستمر. التهديدات المستمرة تتداخل مع فاعلية العلاج، مما يجعل الأطفال أقل قدرة على استخدام الأدوات التي يتعلمونها في العلاج في حياتهم اليومية.

تأثير الزمن واستمرارية الصراع على فعالية العلاج المعرفي السلوكي:

التعرض المستمر للصددمات وإعادة تنشيط الجروح النفسية :

- العامل الزمني في سياق غزة لا يُمَثَّل فقط مرور الوقت منذ وقوع الصدمة، بل غالبًا ما يكون مصحوبًا بتجدد مستمر للخبرات الصادمة عبر موجات متكررة من النزاع والعنف. هذا التعرض المزمن يجعل من الصعب تحقيق الاستقرار العاطفي للأطفال، حتى مع تلقيهم العلاج المعرفي السلوكي. إذ قد يتمكن الطفل من إحراز تقدم أولي في معالجة مشاعره وأفكاره السلبية، ولكن أي جولة جديدة من العنف يمكن أن تعيد تنشيط المشاعر والذكريات الصادمة، مما يُعيد الطفل إلى نقطة البداية أو حتى إلى حالة أسوأ.

تحديات استدامة التدخلات العلاجية:

- من أهم معوقات فعالية العلاج المعرفي السلوكي في غزة هو انقطاع البرامج العلاجية بسبب التصعيدات العسكرية، النزوح القسري، أو تدمير البنية التحتية (مثل المدارس والمراكز الصحية). الاضطراب إلى تعليق أو إنهاء التدخلات فجأة يؤدي إلى نتائج علاجية غير مكتملة، ويقلل من احتمالية تثبيت المهارات المعرفية والسلوكية التي يكتسبها الطفل خلال العلاج. هذا الانقطاع المتكرر يضع الأطفال في دوامة مستمرة من الشفاء الجزئي وإعادة الانتكاس.

الإرهاق النفسي للمعالجين وتأثيره على فعالية العلاج:

- يمثل الإرهاق النفسي الذي يعاني منه مقدمو الرعاية والمعالجون تحديًا إضافيًا. فالمعالجون الذين يعيشون هم أنفسهم في نفس بيئة الخطر والصددمات معرضون لما يُعرف بـ "الصدمة الثانوية" أو "الصدمة المشتركة"، مما قد يضعف قدرتهم على تقديم الدعم العلاجي الكامل للأطفال. هذا العامل ينعكس مباشرة على جودة وتواصل العلاج المعرفي السلوكي المقدم للأطفال.

ديناميكيات الأمل واليأس عبر الزمن:

- الطبيعة المتقطعة للمراحل بين الحرب والهدنة في غزة تخلق حالة من التآرجح العاطفي لدى الأطفال بين الأمل واليأس. خلال فترات الهدنة، قد يظهر لدى الأطفال استعداد أكبر لتلقي العلاج والاستجابة له، في حين أن فترات التصعيد تؤدي إلى تصاعد مشاعر اليأس،

مما يصعب من قدرة الأطفال على التفاعل مع الجهود العلاجية. إن هذا التآرجح العاطفي المستمر يتطلب من التدخلات العلاجية أن تكون أكثر مرونة واستجابة للظروف المتغيرة.

الحاجة إلى نماذج علاجية ديناميكية وطويلة الأمد:

- بسبب استمرار الصراع وعدم اليقين، تبرز الحاجة إلى تطوير نماذج علاج معرفي سلوكي مرنة تراعي طول أمد الصراع والتعرض المزمّن للصدمة. مثل هذه النماذج يجب أن تركز على بناء مهارات التكيف المستدامة، وتعزيز المرونة النفسية (Resilience)، والعمل بشكل أكبر على تقوية مصادر الدعم الاجتماعي والأسري للأطفال، بدلاً من التركيز فقط على معالجة الصدمة كحدث منفصل أو منتهي.

التوصيات العلاجية :

تكييف العلاج مع السياق الثقافي والاجتماعي المحلي :

- يجب تكييف برامج العلاج المعرفي السلوكي بما يتناسب مع البيئة الثقافية في غزة، من خلال تضمين عناصر مألوفة للأطفال وأسرهم، وتوظيف اللغة والمفاهيم التي تعكس السياق المحلي وتخفف من الوصمة المرتبطة بالعلاج النفسي.

دمج الأساليب الإبداعية والتفاعلية :

- يُوصى باستخدام تقنيات مثل اللعب العلاجي، الرسم، والدراما التعبيرية لتعزيز التفاعل مع الأطفال خاصة في الفئات العمرية الصغيرة، ولتسهيل التعبير عن الصدمة بطريقة غير مباشرة.

تعزيز الجلسات الجماعية وديناميات الدعم بين الأقران :

- تساعد الجلسات الجماعية على تطبيع التجربة الصادمة وتشجيع الأطفال على بناء مهارات الدعم المتبادل، مما يخلق بيئة تعزز التعافي الجماعي وتقلل من العزلة النفسية.

ثانيًا: التوصيات المؤسسية :

بناء قدرات العاملين في الصحة النفسية :

- الاستثمار في تدريب المعالجين والمعلمين والمرشدين النفسيين على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي المتخصصة بالصدمات، مع إعطاء أولوية للكوادر المحلية لضمان الاستدامة.

دمج خدمات الصحة النفسية في المدارس والمراكز المجتمعية :

- يجب اعتبار المدارس نقطة محورية للوصول إلى الأطفال، من خلال توفير جلسات منتظمة داخل البيئة التعليمية أو بالتعاون مع مؤسسات مجتمعية تقدم خدمات نفسية شاملة ومتكاملة.

توفير مساحات آمنة ومهيئة للعلاج :

- ضرورة إنشاء أو تخصيص أماكن مناسبة للعلاج النفسي تراعي احتياجات الأطفال النفسية والفيزيائية، وتوفير بيئة آمنة وخالية من المؤثرات السلبية المرتبطة بالصدمات.

ثالثًا: التوصيات السياسية والمجتمعية :

- الضغط من أجل حماية الأطفال وتعزيز حقوقهم النفسية والاجتماعية الدعوة إلى تبني سياسات محلية ودولية تضمن حماية الأطفال من الانتهاكات النفسية الناتجة عن الصراع، والاعتراف بالصحة النفسية كحق إنساني أساسي يجب توفيره حتى في ظروف الحصار والنزاع.

- رفع الوعي المجتمعي بالصحة النفسية وتقليل الوصمة إطلاق حملات توعية تُشجع الأسر على طلب الدعم النفسي وتُصحح المفاهيم الخاطئة حول الاضطرابات النفسية والعلاج، مما يساهم في خلق بيئة داعمة للأطفال.

- توفير تمويل مستدام للتدخلات النفسية طويلة المدى لا يمكن حصر الدعم النفسي في أوقات الطوارئ فقط، بل يجب تطوير استراتيجيات تمويل مستدامة لتغطية برامج الصحة النفسية كجزء أساسي من الاستجابة الإنسانية والتنمية في غزة

الخاتمة:

تُعد بيئة غزة، بما تحمله من تحديات مستمرة نتيجة الصراع والعنف، بيئة معقدة ومؤلمة للأطفال المتأثرين بالصدمات الجماعية. إن التأثيرات النفسية الناتجة عن الحروب المستمرة تؤدي إلى تكوين أنماط سلوكية معرفية سلبية، وتفاقم اضطرابات مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والقلق المزمن، والاكتئاب. مع ذلك، يُعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من الأساليب العلاجية الفعالة التي يمكن أن تساهم في تعزيز قدرة الأطفال على التعامل مع هذه الصدمات، من خلال إعادة هيكلة الأفكار السلبية وتعزيز استراتيجيات التأقلم الصحية.

لكن فعالية العلاج المعرفي السلوكي تتأثر بشكل كبير بالبيئة المتقلبة التي يعيش فيها الأطفال الفلسطينيون في غزة، حيث يتميز السياق المحلي بالصراع المستمر، غياب الأمان، والموارد المحدودة. بالإضافة إلى ذلك، توجد تحديات اجتماعية وثقافية مرتبطة بوصمة العار التي قد تواجهها العائلات في تلقي العلاج النفسي. علاوة على ذلك، فإن غياب الاستقرار الأمني والانقطاع المستمر للموارد والظروف البيئية غير الملائمة يزيد من صعوبة تنفيذ برامج العلاج المعرفي السلوكي بشكل فعال.

ومن هنا، فإن توفير بيئة علاجية مستقرة أصبح أمراً حيوياً. يحتاج الأطفال الفلسطينيون إلى خدمات نفسية تراعي التحديات المحلية، وتضمن أن العلاج المعرفي السلوكي يتم تعديله ليوافق احتياجاتهم النفسية والثقافية، مع توفير دعم اجتماعي كافٍ. يجب على المهنيين المعنيين بالصحة النفسية في غزة تبني مقاربة مرنة تضمن استدامة العلاج، بما في ذلك توفير التدريب المستمر للمختصين في هذا المجال، وتعزيز الشراكات مع المنظمات المحلية والدولية، وتوفير الموارد المالية اللازمة لدعم هذا العلاج.

وبالتالي، لا يُعد العلاج المعرفي السلوكي أداة فعالة في علاج آثار الصدمات النفسية فقط، بل هو جزء من استراتيجية أوسع تهدف إلى بناء مرونة نفسية للأطفال الفلسطينيين في بيئة مليئة بالتحديات. ومن خلال توفير الدعم المستمر، والموارد الكافية، والبيئات العلاجية المتكاملة، يمكن لهذا العلاج أن يصبح حجر الزاوية في عملية الشفاء النفسي للأطفال المتأثرين بالصراع، مما يعزز قدرتهم على التكيف مع المستقبل والتعامل مع تجاربهم المؤلمة بطريقة أكثر صحة واستدامة.

ختاماً، يجب أن يتعاون المجتمع الدولي والمحلي بشكل عاجل لضمان أن العلاج المعرفي السلوكي لا يقتصر على مجرد تقديم الاستشارات النفسية، بل يشمل أيضاً تحسين الظروف المحيطة التي تؤثر على فعالية هذه العلاجات في سياقات الصراع.

References:

1. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Ursano, R. J. (2007).
Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence.
Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 70(4), 283–315.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
2. Slone, M., & Mann, S. (2016).
Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: A systematic review.
Child Psychiatry & Human Development, 47(6), 950–965.
<https://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>
3. Qouta, S., Punamäki, R. L., Miller, T., & El-Sarraj, E. (2008).
Does war beget child aggression? Military violence, gender, age and aggressive behavior in two Palestinian samples.
Aggressive Behavior, 34(3), 231–244.
<https://doi.org/10.1002/ab.20234>
4. Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., ... & Ventevogel, P. (2015).
Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict.
Geneva: UNHCR.
5. Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Komproe, I. H., & de Jong, J. T. V. M. (2009).
Systematic review of evidence and treatment approaches: Psychosocial and mental health care for children in war.
Health Policy and Planning, 24(4), 285–294.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czp026>
6. Punamäki, R. L., Qouta, S., & El-Sarraj, E. (2014).
Trauma and distress among Palestinian children: The role of parental mental health and family functioning.
Child Abuse & Neglect, 38(12), 1903–1910.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.09.001>
7. UNICEF. (2018).
Guidance: Mental health and psychosocial support for children in humanitarian settings.
<https://www.unicef.org/documents/mhpss-humanitarian-settings>

دور السكيمات المعرفية في تطور الاكتئاب لدى الأطفال الناجين من النزاع المسلح: رؤية تحليلية في السياق الفلسطيني – حرب غزة نموذجاً

الخلفية والسياق :

يعتبر الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً في البيئات المتأثرة بالنزاع المسلح، خاصةً في أوساط الأطفال الذين يتعرضون بشكل مستمر للصدمات النفسية. لدى الأطفال الفلسطينيين، الذين يعيشون في بيئات مليئة بالتوتر والحروب المستمرة، تزداد احتمالية تطور الاكتئاب بشكل كبير نتيجة لتأثير الصدمات المستمرة. تعتبر "السكيمات المعرفية" من المفاهيم الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي، حيث إنها تشكل إطاراً عقلياً يعكس طريقة تفسير الأفراد لتجاربهم الحياتية ويؤثر في كيفية استجاباتهم العاطفية والسلوكية. وفي هذا السياق، يساهم تشوه هذه السكيمات في تعزيز الأعراض المعرفية العميقة التي تتجلى في اضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال الفلسطينيين الناجين من النزاع.

السكيمات المعرفية والاكتئاب لدى الأطفال:

السكيمات المعرفية هي الأنماط الثابتة من التفكير التي تنشأ من التجارب الحياتية المبكرة وتظل مؤثرة على طريقة تفسير الأفراد للواقع وتفاعلاتهم معه. بالنسبة للأطفال الفلسطينيين الذين يتعرضون للعديد من تجارب الصدمة المرتبطة بالنزاع المسلح، من المحتمل أن تنشأ لديهم السكيمات المعرفية السلبية التي تعزز شعورهم بالعجز واليأس، ما يؤدي إلى تفاقم أعراض الاكتئاب. السكيمات المعرفية السلبية تتضمن التوجهات الدائمة نحو التفكير السلبي عن الذات، المستقبل، والعالم، التي ترتبط بشكل مباشر بتطور الاكتئاب.

أولاً: السكيمات المعرفية في السياق الفلسطيني:

عندما يتعرض الأطفال الفلسطينيون للصدمات المتكررة، مثل فقدان أحد أفراد الأسرة أو النجاة من الهجوم، يتشكل لديهم مجموعة من السكيمات المعرفية السلبية التي تميل إلى التعميم المفرط، والتفكير الكارثي، والتشاؤم. هذه السكيمات تتأثر بشكل كبير بالتجارب الحياتية، حيث يرى الطفل أن العالم مكان غير آمن ومكان مليء بالتهديدات المستمرة. هذا النوع من التفكير يؤدي إلى تعزيز الإحساس بالتهديد الدائم وعدم القدرة على مواجهة المواقف الصعبة.

أعراض الاكتئاب المعرفية العميقة:

تتجلى الأعراض المعرفية للاكتئاب لدى الأطفال في عدة أشكال تتمحور حول الأفكار السلبية والتشوهات المعرفية العميقة. قد تشمل هذه الأعراض ما يلي:

التفسير السلبي للذات:

- الطفل الفلسطيني الذي تعرض للصدمة قد يطور سكيمة معرفية تتعلق بتقدير الذات على أنه غير جدير بالحب أو الاهتمام. هذه السكيمة تؤدي إلى شعور دائم بالعجز وانعدام القيمة الذاتية، حيث يعتقد الطفل أنه لا يستحق السعادة أو النجاح. يتولد عن ذلك تفكير مستمر في أنه دائماً ما سيُخفق في محاولة تحسين وضعه.

التعميم المفرط:

- عندما يتعرض الطفل لصدمة كبيرة، مثل فقدان الأسرة أو التعرض للهجوم، قد يبدأ في تعميم هذه التجربة السلبية على باقي جوانب حياته. هذا التعميم يجعل الطفل يعتقد أن كل موقف في حياته سيؤدي إلى الفشل أو إلى الخطر، ما يعزز مشاعر العجز والقلق المستمر. يشكل هذا النوع من التفكير أحد الأعراض المعرفية العميقة للاكتئاب لدى الأطفال.

التفكير الكارثي:

- يميل الأطفال الذين يعانون من السكيمات المعرفية السلبية إلى التفكير بشكل كارثي في أي موقف قد يواجهونه. على سبيل المثال، قد يعتقد الطفل أن أي حادث بسيط قد يؤدي إلى كارثة كبرى أو أن العالم سينهار حوله. هذا النوع من التفكير يعزز مشاعر اليأس، ويجعل الطفل يشعر بالعجز تجاه إيجاد حلول لتحدياته.

التشاؤم المستمر:

- أحد الأعراض المعرفية العميقة للاكتئاب هو التفكير المستمر في أن المستقبل سيظل مليئًا بالمعاناة والألم. الأطفال الفلسطينيون الذين نشأوا في بيئة مليئة بالعنف والصدمات يمكن أن يطوروا أفكارًا سلبية ومتشائمة حول المستقبل. هذا التشاؤم يعزز من مشاعر العجز ويقلل من القدرة على التفكير في الأمل أو التحسن.

التفكير القطبي:

- التفكير القطبي هو نمط معرفي ينطوي على رؤية الأمور على أنها إما "جيدة جدًا" أو "سيئة جدًا"، دون وجود منطقة رمادية بينهما. الأطفال الفلسطينيون الذين تعرضوا للصدمة قد يعانون من هذا النوع من التفكير، حيث يرون أن حياتهم إما ستكون مليئة بالمآسي والألم، أو أنها ستكون خالية من أي معنى. هذا التفكير المتطرف يمكن أن يقود إلى الاكتئاب العميق والشعور بالإحباط المستمر.
- ثانيًا: تأثير هذه السكيمات المعرفية على تطور الاكتئاب:

- إن السكيمات المعرفية السلبية تسهم في تطور الاكتئاب لدى الأطفال الفلسطينيين من خلال تعزيز المشاعر السلبية وتعميق الأعراض الاكتئابية. هناك ارتباط وثيق بين هذه السكيمات وتطور الأفكار الاكتئابية التي تعزز حالة من العزلة الاجتماعية، الانسحاب العاطفي، وفقدان الأمل. عند الجمع بين هذه السكيمات والبيئة القاسية التي يعيش فيها الأطفال الفلسطينيون، يصبح لديهم تصور ثابت عن العالم على أنه مكان خطير، وهذا بدوره يعزز من مشاعر اليأس والاكتئاب.

ثالثًا: علاج الاكتئاب من خلال العلاج المعرفي السلوكي:

- يعد العلاج المعرفي السلوكي من أكثر الطرق فعالية في علاج الاكتئاب المرتبط بالسكيمات المعرفية السلبية. يتضمن هذا العلاج عدة خطوات علاجية تهدف إلى إعادة هيكلة الأفكار السلبية لدى الأطفال الفلسطينيين، وتعزيز مهارات التكيف لديهم. وتشمل هذه الخطوات:
- إعادة هيكلة التفكير:

- من خلال العلاج المعرفي السلوكي، يتعلم الطفل كيفية التعرف على الأفكار السلبية والكارثية التي تشوه واقعهم. ويتم مساعدتهم على تحدي هذه الأفكار واستبدالها بأفكار أكثر توازنًا وواقعية.

تعليم مهارات التكيف:

- يهدف العلاج إلى تزويد الطفل بأدوات وموارد تساعد على التعامل بشكل أفضل مع الضغوطات الحياتية والتحديات اليومية. يشمل ذلك تقنيات الاسترخاء، التمرينات الذهنية، والتنفس العميق، التي تساهم في تقليل الأعراض السلبية للإجهاد النفسي والاكتئاب.

التفاعل الاجتماعي:

- يتم تعزيز التفاعل الاجتماعي للطفل مع المحيطين به، بحيث يتمكن من بناء علاقات صحية ومثمرة. يمكن أن يؤدي هذا إلى تحسين تقدير الذات وتعزيز الشعور بالدعم الاجتماعي، مما يساهم في تقليل الأعراض الاكتئابية.

تعزيز النشاطات الإيجابية:

- أحد أهداف العلاج المعرفي السلوكي هو تشجيع الأطفال على المشاركة في الأنشطة التي تعزز من مشاعر الإنجاز والقدرة الذاتية. هذا يشمل الألعاب الجماعية، الأنشطة الفنية، والرياضة، التي تساهم في تحسين المزاج والشعور بالكفاءة.

الخاتمة:

إن السكيمات المعرفية السلبية لها دور بالغ في تطور الاكتئاب لدى الأطفال الفلسطينيين الناجين من النزاع المسلح. من خلال إعادة هيكلة هذه السكيمات وتعليم الأطفال كيفية مواجهة الصدمات، يمكن تقديم الدعم النفسي اللازم لمساعدتهم على التغلب على التأثيرات السلبية لهذه التجارب. يحتاج الأطفال الفلسطينيون إلى بيئة علاجية تتيح لهم إعادة بناء أفكارهم حول الذات والمستقبل، مما يعزز من قدرتهم على التأقلم مع الصدمات والضغوط النفسية.

تأثير التلوث السمعي والبصري المرتبط بالحرب على النمو الحسي عند الأطفال دون سن الثالثة: في ظل الإبادة الجماعية - غزة نموذجًا

الخلفية والسياق :

في السنوات الأخيرة، واجه الأطفال الفلسطينيون في قطاع غزة مستويات غير مسبوقة من العنف والقصف والدمار، ما جعل من الحرب بيئة يومية يعيشون في ظلها منذ ولادتهم. وفي سياق الإبادة الجماعية المتواصلة منذ عام 2023، أصبح الطفل الغزي يولد داخل عالم مشبع بأصوات الانفجارات، وألوان الدم والدخان والأنقاض. تتجاوز تداعيات هذه البيئة المشهد السياسي والإنساني لتصل إلى بُنية التطور النمائي الحسي، ولا سيما لدى الأطفال دون سن الثالثة، وهي مرحلة حاسمة في تشكّل النظام العصبي المركزي وتطور الإدراك السمعي والبصري.

أولاً: النمو الحسي في الطفولة المبكرة – الإطار النظري :

- يُعدّ النمو الحسي أحد الركائز الأساسية للتطور النفسي والعصبي في مرحلة الطفولة المبكرة، وهو يشير إلى تلك العملية التراكمية التي يتم من خلالها استقبال وتنظيم وتكامل المدخلات الحسية من البيئة المحيطة بالطفل – وتشمل هذه المدخلات: السمع، والبصر، واللمس، والتوازن، والشم، والتذوق، والإحساس الداخلي. (interoception). يشكل هذا التكامل الحسي أساساً حيويًا لتطور المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة، والقدرات الإدراكية، والتنظيم الانفعالي، والارتباط الاجتماعي الآمن.
- من منظور علم الأعصاب التنموي، تتسم السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل بمرحلة عصبية عالية، حيث يكون الدماغ في أوج قدرته على بناء الشبكات العصبية استجابةً للتجارب الحسية والتفاعل الاجتماعي. تشير دراسات تصوير الدماغ (مثل الرنين المغناطيسي الوظيفي) إلى أن التفاعل المتكبرز والأمن مع محيط داعم – كاستجابة الأم لصراخ الرضيع أو احتضان الطفل عند الخوف – يُنشِط دوائر المكافأة والتعلق، مما يعزز من نمو الروابط العصبية في القشرة الجبهية والفص الصدغي والجهاز الحوفي (Limbic System)، وهي المناطق المسؤولة عن التنظيم الانفعالي والتعلّم والتواصل.
- في المقابل، فإن غياب التحفيز الحسي الكافي – كما في حالات الإهمال أو العزل الحسي – أو التعرض لمحفزات سلبية مزمنة أو مفرطة – كالأصوات الصاخبة، أو الفوضى البيئية، أو الصور الصادمة – يؤدي إلى تسجيل هذه الخبرات كتهديدات عصبية. يتفاعل الدماغ حينها بتنشيط محور التوتر المعروف بمحور تحت المهاد – الغدة النخامية – الغدة الكظرية (HPA Axis)، مما يؤدي إلى إفراز مفرط لهرمونات التوتر مثل الكورتيزول. هذا النشاط المزمن لمحور التوتر يعطل من تطور مناطق دماغية حساسة مثل الحصين (Hippocampus) المسؤول عن الذاكرة، واللوزة الدماغية (Amygdala) المرتبطة بالخوف، ويؤدي إلى تشوُّش في تنظيم المعالجة الحسية (Sensory Processing Dysregulation).
- وقد لاحظ الباحثون في علم النفس التنموي أن الاضطرابات في النمو الحسي قد ترتبط بمجموعة من الصعوبات السلوكية والانفعالية، مثل فرط النشاط الحسي (Sensory Overresponsivity)، أو تدني الاستجابة للمثيرات (Underresponsivity)، أو البحث الحسي القهري (Sensory Seeking). هذه الأنماط قد تنعكس على الطفل في شكل مشكلات في التركيز، اضطرابات النوم، أو قلق اجتماعي.
- ووفقًا لنظرية "التكامل الحسي" التي طورها "جين آيرز" (Jean Ayres)، فإن الطفل يحتاج إلى خبرات حسية متنوعة ومتزنة ليتطور شعورًا بالأمان الجسدي والمعرفي، مما ينعكس في توازن حركته، إدراكه لموقع جسده في الفراغ، وتواصله الاجتماعي مع الآخرين. كما أن النظام الحسي يلعب دورًا جوهريًا في تنظيم "الإثارة العصبية" (Arousal Regulation)، وهي التي تحدد مدى قدرة الطفل على الانتقال بين حالات الانتباه، الراحة، واللعب.
- إنّ دعم النمو الحسي في الطفولة المبكرة يتطلب بيئة غنية بالتحفيز الإيجابية، مستقرة من الناحية العاطفية، وأمنة من الناحية الفيزيائية، حيث تُتاح للطفل فرص الاستكشاف، والحركة، والتجريب، ضمن إطار من التفاعل العاطفي الداعم والمشبع. وتُعد الممارسات التربوية الواعية – كحمل الطفل، التدليك، الغناء، التفاعل البصري، واستخدام الأدوات الحسية الطبيعية – من الوسائل الأساسية في بناء التكامل الحسي الصحي.
- في المجتمعات المتأثرة بالنزاعات والحروب، يصبح هذا النمو الحسي مهددًا بسبب السياقات البيئية المحفوفة بالخوف، الحرمان، والنزوح، مما يستدعي تدخلات نفسية واجتماعية مبكرة تستهدف دعم الجهاز العصبي للطفل من خلال تدخلات قائمة على اللعب، وتنظيم الإيقاع الحسي، وتقوية العلاقة بين الطفل ومقدم الرعاية.

ثانيًا: التلوث السمعي والبصري في سياق الحرب – الخصائص والمصادر في حالة غزة :

1. تعريف التلوث السمعي والبصري في السياق الحربي :

- التلوث السمعي: يتمثل في التعرض المستمر لمستويات عالية وغير متوقعة من الضوضاء—كالأصوات الانفجارية والوميض الصوتي للطائرات والدبابات—التي تتجاوز قدرة الجهاز السمعي على التنظيم الطبيعي، فتتحول من محفزات حسية عابرة إلى عوامل إجهاد عصبي مزمن.
- التلوث البصري: يشمل المشاهد اليومية للدمار والهياكل المتهمة والأجساد المشوهة، إضافةً إلى وميض الانفجارات والإنارة القوية المصاحبة لها، والتي تشكل ضغطاً بصرياً متواصلًا على الجهاز البصري في الدماغ.

2. المصادر الرئيسية للتلوث في غزة :

- القصف الليلي والنهاري
الاستخدام المكثف للطائرات الحربية والمدفعية الثقيلة يخلق انفجارات متلاحقة بأصوات منخفضة وعالية التردد، تؤدي إلى اهتزازات ضاغطة في البيئة المحيطة.
- أصوات الطائرات بدون طيار (الدرونز) :
طنين مستمر حتى في فترات الهدنة النسبية؛ يفتقر إلى نمط ثابت، ما يحرم الجهاز الحسي من تكوين "خريطة توقيتية" للتنبيه بالأصوات وتخفيف حدتها إدراكياً.
- المشاهد البصرية للدمار والدم :
انكشاف الأطفال والمجتمع على مشاهد الأجسام المشوهة والأنقاض والتحلل، مما يفرض معالجة بصرية تندمج مع الأجهزة الانفعالية في الدماغ (الجهاز الحوفي والقشرة الجدارية)، فتسجل الصورة كخطر دائم.
- الإنارة القوية ووميض الانفجارات :
وميضات ضوئية عالية الشدة ولفترات قصيرة (Flash) تؤثر على الخلايا المخروطية والعصبية في الشبكية، وتستثني الجهاز العصبي من الفترات "المعتمة" الضرورية لإعادة ضبط البصري وتنظيم دورات النوم—استيقاظ.

3. الخصائص الميدانية للتلوث الحسي في غزة :

- استمرارية الانفجارات: شهادات ميدانية تشير إلى أن متوسط عدد الانفجارات في الليلة الواحدة يتجاوز العشرات، مما يحرم الأطفال من دورة نوم متواصلة وعميقة.
- تشتت التركيز الحسي: لا يقتصر التلوث على الاضطراب النظري للحواس بل يمتد إلى البيئة المنزلية والمدرسية، حيث تُستخدم أحياناً الإنارة الكهربائية القوية كبديل عن الفقد المتكرر لشبكات الكهرباء.
- التناثر بين الضوضاء والهدوء المفاجئ: التبدل العنيف بين مستويات الصوت والضوء ينشط "محور الإجهاد العصبي (HPA Axis)" بدون فرصة للعودة إلى وضع الاستقرار (Homeostasis)، مما يعزز من حالة التأهب المزمن (Hypervigilance).

4. الآثار النفسية والعصبية للتلوث الحسي الحربي :

- تنشيط محور HPA بشكل متكرر، ما يؤدي إلى ارتفاع مستمر في مستويات الكورتيزول وتأثيره السلبي على تطور مناطق دماغية مثل الحُصين واللوزة الدماغية.
- خلل في تنظيم الإيقاع البيولوجي (Circadian Rhythm) بسبب اضطراب النوم، مع انعكاسات سلبية على الذاكرة قصيرة وطويلة المدى، والتركيز الإدراكي.
- فرط الحساسية الحسية (Sensory Overresponsivity): استجابة مفرطة للمثيرات البسيطة، مثل صوت إغلاق باب أو لمعة هاتف، ويترجم عادةً إلى نوبات قلق أو هلع.
- تجنب حسي (Sensory Avoidance): يلجأ بعض الأطفال إلى تغطية الأذنين أو العيون كتفاعل وقائي، مما ينعكس سلوكياً على انسحابهم الاجتماعي وتراجعهم الحركي.

5. الإسهامات النظرية والتطبيقية :

- نظرية "العصبة المتكررة" (Allostatic Load) "توضح كيف يؤدي التعرض المزمن للتلوث الحسي إلى تراكم الضغوط العصبية التي تضعف قدرة الطفل على التكيف مع المتغيرات البيئية اللاحقة.
- منهج "الرعاية المبنية على اللعب" (Play-Based Intervention) "يوصى باستخدام أنشطة حسية منظمة—كاللعب بالرمل والماء، والألعاب الصوتية الهادئة—لخلق محفزات بديلة آمنة تساعد على إعادة ضبط الجهاز العصبي.

- التدخل المبكر: تدريب مقدمي الرعاية على قراءة مؤشرات الإجهاد الحسي لدى الأطفال (مثل تشنجات العضلات، زيادة معدل التنفس)، وتطبيق تقنيات تنظيمية (Deep Pressure, Joint Compression) للحد من أثر الضوضاء والوميض.

ثالثًا: أثر التلوث السمعي والبصري على النمو الحسي للطفل :

1. التأثير على المعالجة السمعية وتطور اللغة :

- تشير الدراسات في السياقات النزاعية الممتدة إلى أن التعرض المستمر للأصوات الحربية العالية، مثل الانفجارات وأزيز الطائرات، يؤدي إلى:
- إعادة ضبط الجهاز السمعي ليتعامل مع الأصوات العالية باعتبارها "القاعدة"، بينما تُهمَش الأصوات الناعمة (مثل الكلام، والهمسات، والموسيقى)، ما يؤدي إلى تأخر في تمييز الأصوات الكلامية.
- صعوبات في التمييز بين الأصوات المتقاربة (Auditory Discrimination)، الأمر الذي ينعكس سلبًا على اكتساب مفردات اللغة، والنطق السليم، والتفاعل اللفظي مع البيئة.
- تراجع مهارات الارتباط العاطفي عبر الصوت، حيث يتطلب التعلق العاطفي بالأُم أو مقدم الرعاية استجابة حسية مرهفة لتغيرات نبرة الصوت وتواتره، وهو ما يتشوش بسبب الضجيج الخارجي.

2. تشوه الإدراك البصري وتأثيره على التمثيل العقلي :

- المشاهد الدامية والمحزنة تتغلغل في ذاكرة الطفل البصرية وتعيد تشكيل رمزية الأشياء، فتصبح البيوت رمزًا للخطر، والأشخاص بلا ملامح رمزًا للفقد أو الموت.
 - في رسومات الأطفال في غزة، تكررت دلالات بصرية غير نمطية، مثل:
 - السماء الحمراء (رمز للقصف).
 - البيوت المشتعلة أو المفتوحة (رمز للدمار أو فقدان الأمان).
 - الوجوه المشوهة أو بدون أعين (رمز لفقدان الشعور بالحياة أو الخصوصية).
- هذا التشويه الإدراكي البصري يؤثر على نمو مفاهيم الثبات والتكامل (Object Permanence & Visual Constancy)، والتي تعد أساسية لتطور التفكير المنطقي والخيال.

3. فرط الاستجابة الحسية (Sensory Over-Responsivity) :

يُظهر الأطفال المتأثرون بالتلوث الحسي الحربي استجابات جسدية وسلوكية مفرطة للمثيرات الصوتية أو الضوئية:

- الارتجاف المفاجئ عند سماع أصوات عالية.
 - نوبات بكاء لا مبرر ظاهر لها.
 - ردود فعل تشنجية عند تشغيل إنارة مفاجئة أو عند ومضات الكاميرا.
- تتكرر هذه الأعراض حتى في بيئات يُفترض أنها آمنة، مثل المدارس أو البيوت المؤقتة، مما يدل على حالة التحسس العام من البيئة.

4. اضطرابات في التنظيم الحسي طويل الأمد :

إن استمرار التعرض المزمن للمحفزات السمعية والبصرية العدوانية قد يؤدي إلى:

- تطور اضطرابات تكامل حسي (Sensory Integration Disorder)، حيث يعجز الجهاز العصبي عن تنظيم المعلومات الحسية وتنسيقها مع الاستجابات السلوكية.
- ما يُعرف بـ"التوحد الظاهري" (Pseudo-Autism)، حيث يعاني الطفل من انسحاب اجتماعي، اضطرابات في التواصل البصري، سلوكيات تكرارية، واضطرابات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، دون أن يندرج تشخيصيًا تحت طيف التوحد البيولوجي.
- تثبيت الجهاز العصبي في نمط الطوارئ (Survival Mode)، مما يؤدي إلى فقدان الحوافز الطبيعية للعب، الاستكشاف، وبناء المهارات الاجتماعية.

5. مقارنة تفسيرية من منظور علم الأعصاب التنموي :

- الجهاز الحوفي (Limbic System)، المسؤول عن العواطف والانفعالات، يتعرض للإجهاد المزمن من خلال الإشارات الحسية العدوانية المتكررة، ما يؤدي إلى تضخم في استجابة "اللوزة الدماغية" (Amygdala)، المسؤولة عن الإحساس بالخطر والخوف.
- في المقابل، يحدث تثبيط لنمو القشرة الجبهية الأمامية (Prefrontal Cortex)، المسؤولة عن التنظيم التنفيذي والمعالجة المعرفية العليا، ما يضعف قدرة الطفل على التقييم الحسي العقلاني.
- هذه الفجوة بين الإدراك العاطفي والانضباط المعرفي تخلق سلوكيات "مفرطة الحساسية، منخفضة السيطرة"، وهي سمة شائعة لدى الأطفال في مناطق الحروب.

6. الآثار السلوكية والاجتماعية المترتبة :

- الانسحاب من التجمعات، تجنب الأنشطة الجماعية.
 - قلق مفرط من الأصوات الجديدة أو التغييرات المفاجئة في الروتين.
 - تراجع مهارات اللعب الرمزي والتفاعل مع الأقران.
 - ظهور أنماط نوم متقطعة وكوابيس متكررة مرتبطة بالمحفزات الحسية.
- رابعاً: الشهادات الميدانية في غزة – الواقع المباشر تحت عدسة نفسية-حسية :
1. اعتياد الأطفال على الضوضاء كآلية تنظيم عصبي معكوسة :
- تفيد شهادات الأمهات في مخيمات النزوح بأن أطفالهن لا ينامون إلا على صوت المولد الكهربائي، وهي ظاهرة قد تبدو سطحية لكنها تكشف عن تشوه في آليات التنظيم الذاتي العصبي لدى الطفل، نتيجة:
 - تكيف الجهاز العصبي السمعي مع نمط دائم من الضوضاء (Constant Auditory Stimulation) ، ما يجعل غياب الضجيج نفسه مهدداً لدماغ الطفل، فيتفاعل مع الهدوء كفراغ غير مألوف.
 - تطور ما يسمى بـ "الضجيج الآمن" (Safe Noise) ، حيث يرتبط صوت المولد كهربائياً بوجود إنارة أو دفء أو وجود العائلة، ما يجعله جزءاً من روتين الطمأنينة المشوه.
2. استجابة مشروطة للضوء الساطع – نموذج شرط بافلوف مضاد للأمان :
- تكرار القصف المرتبط بأصوات شديدة (كالانفجارات أو نيران الطائرات) أدى إلى تشكل ما يمكن تسميته بـ:
- الارتباط الشرطي بين الضوء والخطر (Conditioned Association) ، إذ أصبح الضوء الساطع محفزاً مباشراً لاستجابة خوف وانهياب عصبي.
 - نوبات بكاء، أو تجمد عضلي (Freezing Response) ، أو صراخ لدى رؤية ومضات الكاميرا أو إنارة الهاتف، مما يعكس تثبيت الدماغ الطفولي في استجابة الطوارئ حتى في غياب الخطر الفعلي.
3. نوبات بكاء مستمرة عند المواليد الجدد – مؤشرات اضطراب في محور التوتر العصبي (HPA Axis Dysregulation) :
- تشير الأمهات إلى وجود مواليد جدد يعانون من نوبات بكاء متكررة لا تفسر طبي عضوي لها، ما يشير إلى:
- اضطراب في محور الهيبوثالاموس – الغدة النخامية – الكظر (HPA Axis) ، والذي يُفعل بشكل مبكر نتيجة إشارات الخطر البيئي المستمرة، وهو ما ينتج عنه إفراز مفرط للكورتيزول، وزيادة في استثارة الجهاز العصبي المركزي.
 - هذه الحالة تسبق حتى القدرة على الفهم الواعي أو الإدراك، وتُعتبر مؤشراً على وجود صدمة حسية بدئية (Pre-Verbal Sensory Trauma)، وهي من أخطر أشكال الاضطراب النمائي، لأنها تُطبع في البنية العصبية المبكرة للطفل.
4. الحرمان الحسي (Sensory Deprivation) كنتيجة موازية للتلوث الحسي :
- في المفارقة الظاهرة، لا يؤدي التلوث الحسي فقط إلى فرط التحفيز، بل أيضاً إلى:
- غياب التنوع الحسي البناء، إذ يخلو محيط الطفل من الألوان المبهجة، الموسيقى الهادئة، الروائح الطبيعية كالورود أو الخبز، والملمس الآمن للدمى أو الأغذية النظيفة.
 - هذا النوع من الحرمان الحسي المزمن يُعيق تطوير شبكة التفضيلات الحسية الطبيعية التي يحتاجها الدماغ لتصنيف المحفزات، ما يؤثر على:
 - نمو التذوق الجمالي.
 - تمييز الأصوات الإيجابية.
 - بناء المفاهيم المرتبطة بالراحة والأمان.
- يؤدي ذلك إلى ما يسمى بـ "الاغتراب الحسي" (Sensory Alienation) ، حيث يشعر الطفل بانفصال مستمر عن محيطه وعدم اندماج فيه حتى في اللحظات غير الصادمة.
5. بيئة الحرب كبيئة معادية للنمو الحسي الطبيعي :
- البيئة المحيطة، وفق الشهادات، تفتقر إلى:
- المحفزات البصرية الإيجابية: غياب الرسومات، الألوان، الزينة، الألعاب.
 - الأصوات الآمنة: لا توجد تهويدات، قصص قبل النوم، أو ضحكات جماعية.
 - الروائح الصحية: المكان مليء برائحة الدخان، المياه الراكدة، أو أجسام متحللة.

- الملّمس الآمن: الأرضيات قاسية، الأغطية متسخة، غياب العناق الدافئ.

وهو ما ينتج عنه:

- خلل في برمجة الجهاز الحسي على تلقي المحفزات الإيجابية.
- صعوبة في تطوير آليات التهدئة الذاتية (Self-Soothing Mechanisms) التي تعتمد على الحواس.

6. البعد العاطفي المرافق – الحواس كناقل للصدمة وليس للراحة :

في ظل هذا الواقع:

- تتحول الحواس من أدوات لاكتشاف العالم إلى وسائل لتسجيل التهديد والمعاناة.
- تصبح الرؤية والصوت واللمس أدوات مؤلمة، ما يدفع الطفل إلى الانغلاق الحسي (Sensory Shutdown) ، أو، على العكس، إلى البحث القهري عن التحفيز الحسي العنيف (Sensory Seeking Behavior) ، كرد فعل معاكس.

خامساً: التوصيات المهنية للحد من الأثر الحسي للحرب على الأطفال :

في ظل الواقع الحسي-النفسي القاسي الذي يعيشه الأطفال في مناطق النزاع مثل غزة، تبرز الحاجة إلى تدخلات متعددة المستويات، تجمع بين التدخل البيئي، والدعم الأسري، والمعالجة النفسية، والمرافعة الحقوقية. وفيما يلي توصيات تفصيلية مبنية على الأسس العلمية لنمو الدماغ، وتكامل الحواس، واستراتيجيات الصمود النفسي:

1. إنشاء مساحات حسية آمنة (Safe Sensory Zones) داخل مخيمات النزوح :

تهدف هذه المساحات إلى تقديم بيئة مضادة للضجيج والفوضى، وتضم:

- إضاءة طبيعية ناعمة، واستخدام أقمشة ملونة دافئة تحدّ من حدة الضوء الصناعي.
- أصوات هادئة مثل تهويدات مسجلة، أصوات الطبيعة (مياه، طيور)، أو آلات موسيقية بسيطة.
- مكوّنات حسية ملموسة مثل بطانيات ناعمة، كرات استرخاء، معجون ألعاب، لتفعيل حاسة اللمس بشكل مهادئ.
- يُوصى بتصميم هذه المساحات داخل مراكز الإيواء، المدارس المؤقتة، أو زوايا صغيرة في العيادات المتنقلة، على أن يُشرف عليها مختصون بالتعاون مع الأمهات.

2. تدريب الأمهات ومقدمي الرعاية على تقنيات تنظيم الحواس (Sensory Regulation Techniques) :

تشمل هذه التقنيات أساليب بسيطة لكنها فعالة لإعادة تهدئة الجهاز العصبي عند الطفل، منها:

- اللفّ الآمن (Swaddling) للرضع، مما يعيد شعور الاحتواء الذي يفقده الطفل في بيئة النزاع.
- الاحتضان العميق (Deep Pressure Touch) عبر المعانقة الطويلة أو استخدام بطانيات ثقيلة (إذا توفرت)، لتخفيض التوتر العصبي.
- الموسيقى الهادئة أو قراءة القصص بصوت منخفض، لتنظيم الإيقاع الداخلي لدى الطفل.
- تدريب الأمهات على تمييز نوبات فرط التحفيز من نوبات البكاء الاعتيادية، وتقديم استجابات حسية مناسبة بدلاً من ردود انفعالية.

3. إدراج وحدات العلاج الحسي (Sensory Integration Therapy) ضمن برامج الدعم النفسي الاجتماعي :

يُوصى بدمج جلسات علاج حسي منتظمة، خاصة للأطفال الذين تظهر عليهم أعراض فرط أو نقص الاستجابة الحسية.

يمكن تطبيق أنشطة علاجية مثل:

- التوازن على وسائد مطاطية.
- اللعب بالماء أو الرمل.
- الرسم بالأصابع.

توفر هذه الأنشطة مسارات طبيعية لتفريغ الشحنة العصبية وتحفيز الدماغ على إعادة تنظيم المسارات الحسية المشوّشة.

يجب أن يتم ذلك بإشراف مختصين مدربين في العلاج الوظيفي أو النفسي الحسي، مع إشراك الأهل في العملية لتكرار الأنشطة في المنزل أو المأوى.

4. المرافعة الإنسانية لوقف التلوث الحسي الناتج عن العنف :

يجب على منظمات الحماية والمناصرة الضغط من أجل:

- وقف القصف الليلي والمدفعي قرب المناطق السكنية.
- منع التحليق المستمر للطائرات بدون طيار فوق المناطق المأهولة، لما له من أثر حسي ونفسي مدمر.
- توفير الحماية الدولية للمواليد الجدد والأمهات المرضعات باعتبارهم من الفئات الأكثر هشاشة حسياً ونفسياً.
- إدراج البعد الحسي كأحد أوجه الانتهاكات الجسيمة ضد الطفولة، وتوثيقه ضمن تقارير المنظمات الحقوقية.

5. إجراء دراسات طبية ونفسية دورية لرصد التطور الحسي في مناطق الحرب :

ضرورة إنشاء قاعدة بيانات علمية حول أثر التلوث السمعي والبصري على:

- معدلات تأخر الكلام.
 - اضطرابات التكامل الحسي.
 - مظاهر فرط الحساسية أو الانغلاق الحسي.
 - هذه الدراسات تساعد على:
 - تطوير تدخلات علاجية ملائمة للواقع المحلي.
 - توفير أدلة علمية للمرافعة الدولية.
 - متابعة حالات الأطفال الأكثر عرضة لخطر الاضطرابات النمائية طويلة الأمد.
- يُوصى بإجراء هذه الدراسات بشكل تشاركي بين أخصائيين نفسيين، أطباء أطفال، وأخصائيي علاج وظيفي، وبالتنسيق مع الجهات الأكاديمية والمنظمات الإنسانية.

خاتمة :

يمثل التلوث السمعي والبصري الناتج عن الحروب أحد أشكال العنف غير المعلن والمستتر ضد الطفولة، لا سيما في مراحلها الأولى حيث تكون الحواس هي النوافذ الأساسية للتعلم والتواصل وبناء الارتباطات العاطفية. وفي الحالة الغزية، حيث تحولت البيئة السمعية والبصرية إلى مصدر دائم للتهديد، لم يعد بإمكان الطفل أن يختبر العالم كمساحة آمنة قابلة للاستكشاف، بل بات يعيشه كبيئة مُلغمة بالضوضاء والصور الصادمة والاستثارة العصبية المفرطة.

إن استمرار هذه البيئة القهرية يؤدي إلى تعطيل المسارات العصبية المسؤولة عن المعالجة الحسية المتوازنة، الأمر الذي يُنذر بعواقب طويلة المدى تمتد من صعوبات التعلم إلى اضطرابات العلاقة الاجتماعية والقدرة على التنظيم الذاتي والانفعالي. فالأصوات الحادة المتكررة لا تترك فقط أثراً لحظياً في شكل بكاء أو فزع، بل تترك بصماتها في البنية الدماغية للطفل، تماماً كما تترك القنابل أثارها في الجدران. كذلك، فإن المشاهد البصرية للدمار والدم والأجساد المشوهة لا تُمحي من خيال الطفل بسهولة، بل تعيد تشكيل وعيه البصري للعالم والآخرين والأمان.

من هنا، فإن حماية الحواس في الطفولة المبكرة في مناطق النزاع لا يجب أن تُعتبر ترفاً أو هدفاً ثانوياً مقارنة بالحماية الجسدية من العنف المباشر، بل هي جوهر الحماية النفسية والإنمائية التي تضمن استمرارية النمو الطبيعي، والحفاظ على إمكانات الطفولة كقوة مستقبلية قادرة على إعادة البناء. فالأطفال الذين يُربون في بيئة آمنة حسياً، حتى ولو كانت فقيرة مادياً، يمتلكون قدرة أعلى على التكيف، والتعلم، وتشكيل علاقات صحية. أما الأطفال الذين تتشوه تجربتهم الحسية بفعل الحرب، فهم معرضون لنمو غير متوازن، ينعكس لاحقاً على المنظومة النفسية والاجتماعية للمجتمع بأكمله.

وعليه، فإن مسؤولية المؤسسات الدولية، والجهات الصحية، ومقدمي الرعاية، لا تقتصر على تقديم الغذاء والدواء والمأوى، بل تمتد إلى توفير بيئات حسية سليمة، واستراتيجيات تعافٍ تمكن الطفل من استعادة حواسه كوسائط طبيعية للحياة، وليس كمجسات خطر دائم. هذه المقاربة تضع حماية الطفولة في سياقها الأشمل: حماية للنمو، للتطور، وللإنسان الفلسطيني ذاته من الاستنزاف الحسي الذي قد يكون أكثر فتكاً من الجراح الظاهرة

References:

1. American Psychological Association. (n.d.). *Addressing the psychological effects of war on children*. <https://www.apa.org/international/united-nations/war-on-children.pdf>(American Psychological Association)
2. Betancourt, T. S. (2024). Living through war: Mental health of children and youth in conflict-affected areas. *International Review of the Red Cross*. <https://international-review.icrc.org/articles/living-through-war-mental-health-children-and-youth-conflict-affected-areas>(International Review of the Red Cross)
3. Children Not Numbers. (2024). *Inside the psychological crisis affecting Gaza's children*. [https://childrennotnumbers.org/psychological-trauma-in-gaza-children/\(childrennotnumbers.org\)](https://childrennotnumbers.org/psychological-trauma-in-gaza-children/(childrennotnumbers.org))
4. Community Training Centre for Crisis Management. (2024). *Needs study: Impact of war in Gaza on children with vulnerabilities and families*. https://www.warchild.org.uk/sites/default/files/2024-12/CTCCM_Gaza_Needs_Assessment_Report_2024_WCUK.pdf(War Child)
5. Dann, N., Davidovitch, N., Donchin, M., Green, M., Hochner, H., Neumark, Y., ... & Rosen, B. (2024). Children on the Gaza-Israel border: Victims of war. *Public Health Reviews*, 45, 1607192. <https://cris.huji.ac.il/en/publications/children-on-the-gaza-israel-border-victims-of-war>(The Hebrew University of Jerusalem)
6. Gaza, armed conflict and child health. (2024). *BMJ Paediatrics Open*, 8(1), e002407. <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/8/1/e002407>(BMJ Paeds Open)
7. International Review of the Red Cross. (2024). Living through war: Mental health of children and youth in conflict-affected areas. <https://international-review.icrc.org/articles/living-through-war-mental-health-children-and-youth-conflict-affected-areas>(International Review of the Red Cross)
8. Middle East Health. (2025). From conflict to care: Therapeutic approaches for severely traumatised children in war-affected zones. <https://middleeasthealth.com/medical-specialty-features/psychology/from-conflict-to-care-therapeutic-approaches-for-severely-traumatised-children-in-war-affected-zones/>(Middle East Health -)
9. Paltiel, O., Manor, O., Calderon Margalit, R., Baron Epel, O., Bar Zeev, Y., Berry, E., ... & Rosen, B. (2024). Children on the Gaza-Israel border: Victims of war. *Public Health Reviews*, 45, 1607192. <https://cris.huji.ac.il/en/publications/children-on-the-gaza-israel-border-victims-of-war>(The Hebrew University of Jerusalem)
10. Palestinian Network for Early Childhood Development. (2024). *PNECD Gaza response report*. <https://www.anecd.net/wp-content/uploads/2024/04/PNECD-Gaza-Response-Report-1-1.pdf>(ANECD)
11. Reuters. (2025). Gaza hunger crisis ripples across health sector as Israeli blockade endures. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/gaza-hunger-crisis-ripples-across-health-sector-israeli-blockade-endures-2025-05-07/>(Reuters)
12. Save the Children. (2024). *War in Gaza: One-year impact report*. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/war-in-gaza_one-year-report_2024-9-october-high-res.pdf(Save the Children's Resource Centre)
13. Stoller, L. (2008–2017). War & sensory processing. *Sensory-Enhanced Yoga*. <https://www.sensoryenhancedyoga.org/war-sensory-processing/>(Sensory-Enhanced Yoga)

14. The Guardian. (2024). 'I hate the night': Life in Gaza amid the incessant sounds of war. <https://www.theguardian.com/world/ng-interactive/2024/oct/17/i-hate-the-night-life-in-gaza-amid-the-incessant-sounds-of-war>(The Guardian)
15. Theirworld. (2024). *Early childhood development in Gaza: A blueprint and urgent call for action*. <https://theirworld.org/projects/early-childhood-development-in-gaza-a-blueprint-and-urgent-call-for-action/>(Theirworld)
16. War Child. (2024). *New study: Gaza's children face severe psychological toll amid catastrophic war*. <https://www.warchild.net/news/new-study-gaza-children-psychological-toll/>(War Child)
17. War Child. (2024). *Needs study: Impact of war in Gaza on children with vulnerabilities and families*. <https://www.warchild.org.uk/our-work/policies-and-reports/needs-study-impact-war-gaza-children-vulnerabilities-and-families>(War Child)
18. World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.(AOTA Research)
19. American Academy of Pediatrics. (2012). Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. *Pediatrics*, 129(6), 1186–1189. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/129/6/1186/32067/Sensory-Integration-Therapies-for-Children-With>(AAP Publications)
20. Critz, C., Blake, K., & Nogueira, E. (2015). Sensory processing challenges in children. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 7201170010p1. <https://research.aota.org/ajot/article/72/1/7201170010p1/6391/State-of-the-Science-of-Sensory-Integration>(AOTA Research)
21. Verywell Health. (2024). Sensory integration therapy and autism. <https://www.verywellhealth.com/sensory-integration-therapy-and-autism-260509>(Verywell Health)
22. War Child. (2024). War Child shares first study of psychological impact of war on vulnerable children in Gaza. <https://www.warchild.org.uk/news/war-child-shares-first-study-psychological-impact-war-vulnerable-children-gaza>(War Child)
23. Theirworld. (2024). Gaza's children: Theirworld report calls for urgent, unified action. <https://actforearlyyears.org/media/gazas-children-theirworld-report-calls-for-urgent-unified-action/>(Act for Early Years)
24. The Tricontinental. (2025). The tears of our children: The first newsletter. <https://thetricontinental.org/newsletterissue/palestine-gaza-2025/>(Tricontinental Institute)
25. International Journal of Psychological and Behavioral Sciences. (2024). Mitigating risks of slow children development due to war on Gaza 2023. <https://article.sapub.org/10.5923.j.ijpbs.20241401.02.html>(SAPub)
26. The Lancet. (2017). The effect of the 50-day conflict in Gaza on children: A descriptive study. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2817%2932062-7/fulltext>(The Lancet)
27. Frontiers in Public Health. (2024). Children on the Gaza-Israel border: Victims of war. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/children-on-the-gaza-israel-border-victims-of-war/>(socialscienceinaction.org)
28. Social Science in Humanitarian Action Platform. (2024). Children on the Gaza-Israel border: Victims of war. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/children-on-the-gaza-israel-border-victims-of-war/>(socialscienceinaction.org)

29. ReliefWeb. (2024). Missing futures: The urgent need to protect Gaza's children & safeguard their futures. <https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/missing-futures-urgent-need-protect-gazas-children-safeguard-their-futures>(ReliefWeb)
30. Reuters. (2024). Gaza faces the threat of famine. How children starve. <https://www.reuters.com/world/middle-east/gaza-faces-threat-famine-how-children-starve-2024-06-24/>(Reuters)
31. The Guardian. (2024). Today, our hearts are breaking for the children of Gaza. Tomorrow, we must give them peace. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2024/oct/08/hearts-breaking-children-gaza-tomorrow-peace>(The Guardian)
32. Le Monde. (2024). Israel's war in Gaza is particularly devastating for children. https://www.lemonde.fr/en/international/article/2024/04/05/israel-s-war-in-gaza-has-already-proved-particularly-devastating-for-children_6667509_4.html(Le Monde.fr)
33. Financial Times. (2024). Visual analysis: the growth of Gaza's wartime trash mountains. <https://www.ft.com/content/190465a0-b308-4da2-9d62-5cce40e2edf1>(Financial Times)



Deutsch - Syrischer Verein
الجمعية الألمانية السورية



العلاج النفسي أونلاين