خلاصة وتوصيات

عدنان الأمين

أجريت هذه الدراسة في ربيع العام ٢٠٠٧، أي بعد مرور حوالي تسعة أشهر على حرب تموز ٢٠٠٦ التي شنتها إسرائيل على لبنان. وقد شملت عينة من ٦٦٣٢ طفلا وشابا، بحيث تعتبر من بين الأوسع في العالم في هذا النوع من الاستقصاءات. أفراد العينة كانوا ملتحقين بالمدارس، في روضات الأطفال (ثلاثة صفوف) والتعليم العام (من الصف الأول إلى الصف الثاني عشر). وقد اعتمدت في اختيار العينة قواعد إحصائية تجعلها ممثلة لتلامذة لبنان من حيث القطاع والمحافظة والمرحلة التعليمية وحجم المدرسة والجنس. ومن مزاياها أيضا أنها مقارنةً بالدراسات العالمية استخدمت سبع أدوات قياس. الأدوات الست الأولى تقيس الأحوال النفسية للأطفال والشباب من أوجه متعددة، ويبلغ عدد المقاييس النفسية الفرعية فيها ٣٥ مقياساً. والأداة السابعة تقيس مدى التعرض لحوادث حرب تموز ٢٠٠٦ ولحوادث قبلها وتكشف عن السمات الاجتماعية والاقتصادية للمستطلعين.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الأحوال النفسية للأطفال والشباب، أي ما إذا كانوا يعانون من اضطرابات أو مشكلات نفسية، في الفترة التي تلت تعرض لبنان في تموز ٢٠٠٦ لعدوان إسرائيلي وحشي شمل جميع أراضيه معتمدا استراتيجية القصف الجوي الشامل لسكانه وبناه التحتية، مع تركيز على مناطق معينة مثل النبطية والجنوب والبقاع والضاحية الجنوبية. وقد حاولت الدراسة تقدير نطاق انتشار هذه المشكلات من خلال احتساب الحالات «العيادية» أي تلك التي تستدعي مزيدا من المتابعة والتشخيص، وذلك مقارنة بنسب ومتوسطات حسابية متداولة عالميا، في مجتمعات لم تشهد حروبا (الولايات المتحدة، حيث طورت هذه أدوات الدراسة أصلا، وحيث توجد نتائج يمكن اعتمادها للمقارنة) وتلك التي شهدت حروباً

(وبخاصة الكويت وفلسطين). أي أن السؤال هنا هو التالي، هل تنتشر لدى الأطفال والشباب، بعد تموز ٢٠٠٦، كمعدل عام، مشكلات نفسية مثل أقرانهم في مجتمعات عادية ومجتمعات ما بعد النزاعات، أم أكثر منهم أم أقل؟ يليه طبعا السؤال الثاني، الذي كان في أساس هذه الدراسة: إلى أي حد يزيد انتشار هذه المشكلات لدى السكان الذين كانوا أكثر تعرضا لحرب تموز ٢٠٠٦؟ أما السؤال الثالث فيتعلق بالمسألة التالية: هل هناك عوامل أخرى (اجتماعية سكانية) تفسر نسبة ارتفاع هذه الاضطرابات، وفي أي اتجاه تفعل هذه العوامل فعلها، والى أي حد يبقى تأثير حرب تموز ٢٠٠٦ قائما بعد ضبط هذه العوامل؟

كانت وراء هذه الدراسة غايتان: واحدة علمية، من أجل تقديم معرفة جديدة حول الموضوع، وثانية عملية، من أجل إحراز تقدم في تحديد ماهية الدعم النفسي المطلوب للأطفال والشباب في لبنان، ومن أجل توفير قاعدة متينة من المعارف ينطلق منها مركز للدعم النفسي للأطفال والشباب سوف ينشأ في لبنان.

في هذه الخلاصة سوف نستعرض أبرز النتائج التي تم التوصل إليها، تبعا للموضوع (وليس تبعا لترتيب الفصول). ونقارن النتائج التي حصلنا عليها بالنتائج المحصلة في بلدان أخرى حيث استعملت الأدوات نفسها. وبما أن أداتين من أصل ستة (قائمة الشخصية للشباب وقائمة الشخصية للأطفال) لم نجد استعمالا لهما إلا حيث صممتا (الولايات المتحدة الأميركية)، فإن المقارنة مع هذا البلد سوف تكون الأكثر تكرارا، خاصة أنهما تتضمنان العدد الأكبر من المقاييس (١٩ مقياسا). كما سنحاول أن نستخرج من هذه النتائج عددا من التوصيات تباعا.

أولاً: الأحوال النفسية

الاضطرابات الانفعالية Emotional Problems

١. إن نسبا عالية من الأطفال والشباب تعاني من «أعراض ضغط ما بعد الصدمة» Post Traumatic Symptoms، وهي تتراوح بين ٢٧,٧% من التلامذة الملتحقين بالصفوف من الأول إلى الخامس و٢٦,٤% من التلامذة الملتحقين بالصفوف من السادس إلى الثاني عشر.

هذه النسب قريبة جدا من المتوسطات الحسابية المعروفة عالميا في البلدان التي

شهدت حروبا ونزاعات (٢٥%). وهي دون النسب التي ظهرت في عدد من هذه البلدان. فهي وصلت أحيانا إلى ما فوق ال٧٠% في البلدان التي تعرض فيها الأطفال لعنف شديد (رواندا). وفي الكويت، وبحسب إحدى الدراسات، بلغت نسبة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند التلامذة ٤٥,٦%، وذلك بعد أربع سنوات ونصف من الغزو العراقي بحسب إحدى الدراسات (Al Naser et al., 2000). في حين أظهرت دراسة أخرى (تجريبية) أن أكثر من ٧٠% من الأطفال سجلوا مستويات متوسطة إلى مرتفعة من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Nader et al., 1993). كما كشفت دراسة ثالثة أن ٦٥% من أطفال العينة تنطبق عليهم محكات تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة (Awadh et al., 1998). فيما بينت دراسة رابعة أن مدى انتشار أعراض ضغط ما بعد الصدمة بين الأطفال يتراوح بين أقل من ٤% للأعراض الشديدة و٢٣% للأعراض المعتدلة و٣٤% للأعراض الطفيفة (Hadi & Llabre, 1998). وفي فلسطين تفاوتت نسبة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين الدراسات: لدى أكثر من ٥٠% من الأطفال المعرضين بشكل مباشر (Allwood et al, 2002)، لدى ٥٩% من الأطفال المعرضين بشكل مباشر للقصف (Thabet et al, 2002)؛ ولدى ٣٣% في المستوى الحاد و٤٩% في المستوى المتوسط (Qouta & Odeb, 2005)؛ ولدى ٤١% في المستوى الحاد (Thabet & Vostanis, 1999)؛ ولدى ٥٤% في المستوى الحاد و٣٣,٥% المتوسط (Qouta et al., 2003). وتشترك هذه النتائج المتباينة في أنها تبين أن أطفال لبنان وشبابه أظهروا نسبا أقل بشكل ملحوظ مما ظهر لدى أطفال وشباب فلسطين والكويت في مقياس ضغوط ما بعد الصدمة.

وعند مقارنة فئات هذه الأعراض في لبنان يتبين أن أقلها شيوعا هي أعراض «التجنب» avoidance في حين أن أكثرها شيوعا هي أعراض «الاستثارة» arousal، بينما تقع أعراض «الاسترجاع» re-experiencing the event في منزلة وسطى بين المنزلتين. تشير أعراض «التجنب» إلى تجنب ما يذكّر بالحادث، كتجنب الأفكار والمشاعر المقترنة بالصدمة وتجنب كل ما يحرك ذكرى الحادث والعجز عن استرجاع بعض أوجه الحادث والإحساس بالكرب عند التعرض لأي محفزات متصلة بالحادث الصادم. ويتضمن «الاسترجاع» استرجاع وقائع الحدث والإحساس وكأنه يتكرر وأحلام وارتجاعات زمنية عن الحادث الصادم ومعاودة عيش الحادث بصورة

متكررة. أما «الاستثارة» فتشير إلى مواجهة مشكلات في النوم والانفعالية وصعوبة التركيز وفرط التنبه والإثارة الفيزيولوجية إزاء المحفزات المتصلة بالصدمة. وهي تعتبر الأكثر عيادية بقدر ما تدل على الأذى النفسي وتعطل الحياة الطبيعية.

٢. إن نسبة معتدلة من التلامذة والتلامذة تعاني من أعراض «القلق» Anxiety، الذي يشمل الخوف والتوتر والعصبية.

٣. إن نسبة مرتفعة باعتدال (مقارنة بعينات اميركية) تعاني من «الضغط المدرك» Perceived Stress الذي يتمثل في اعتبار المستطلعين عددا من المواقف التي واجهوها خلال الشهر السابق مسببة للضغط.

٤. إن اضطرابات «الخوف والهم» Fear and Worry أكثر انتشارا بين العينة اللبنانية وإن بصورة طفيفة، مقارنة بعينة أميركية (حيث استخدمت الأداة نفسها على تلامذة عاديين)، إذ بلغ المتوسط الحسابي لدى الذكور اللبنانيين ٥,٤٣ في حين كان ٤,٩٤ لدى أقرانهم الأميركيين، وبلغ ٨,١٥ لدى الإناث اللبنانيات مقابل ٦,٥٨ لدى الإناث الأميركيات. هذا لدى تلامذة الصفوف من السادس إلى الثاني عشر. كذلك فإن المتوسط الحسابي لـ«الانزعاج النفسي» Psychological Discomfort لدى تلامذة الصفوف من الأول إلى الخامس كان أعلى لدى اللبنانيين (٣,٨٣) مقارنة بأقرانهم الأميركيين (٢,٧٤). يشير «الخوف والهم» إلى أن الشخص يعاني من الهم و/أو الوحدانية و/أو التقلب في المزاج و/أو الخوف و/أو عدم الأمان. حتى أصغر المشكلات قد تشكل تحديا كبيرا لاستقراره الانفعالي. وقد بلغت نسبة الحالات العيادية في هذا المحور ٦,٥%. ويشير «الانزعاج النفسي» إلى سلوك غير مطواع وقدرة ضئيلة على ضبط الغضب ومزاج متقلب وابتعاد عن الآخرين ومشاكسة في العلاقات. وغالبا ما يفيد الأهل بأن هؤلاء الأطفال يشعرون بأن الآخرين لا يفهمونهم وبأنهم يعانون من نقص في الثقة بالنفس. وقد بلغت نسبة الحالات العيادية في هذا المحور ٧,١%.

٥. إن الاكتئاب Depression ليس منتشرا بصورة ملحوظة لدى التلامذة اللبنانيين. صحيح أنه أوسع انتشارا لدى الإناث اللبنانيات (متوسط حسابي ٢,٧) مقارنة بالإناث الأميركيات (٢,١١)، لكن الفارق ضئيل، ثم أن الفروق بين الذكور اللبنانيين وأقرانهم الأميركيين ليست ذات دلالة. أما لدى أطفال الروضات فإن

متوسطات حسابية «القلق/ الاكتئاب» Anxious/Depressed هي أدنى لدى الأطفال اللبنانيين مقارنة بالأطفال الأميركيين ذكورا وإناثا. وهي أدنى في لبنان (١٠% لدى تلامذة الصفوف ٦-١٢، و١١% لدى أطفال الروضات) مما ظهر في الكويت (١٤%).

٦. يمكن القول إنه، باستثناء مقياس الضغط ما بعد الصدمة فإن التلامذة اللبنانيين يظهرون، في الاضطرابات الانفعالية، متوسطات حسابية ونسبا مرتفعة بصورة طفيفة، أو مرتفعة باعتدال.

المشكلات السلوكية Behavioral Problems

٧. بلغت نسبة الحالات العيادية بين التلامذة اللبنانيين في «الاندفاعية» Impulsivity ١٤,٢%، وهي من أعلى النسب التي سجلت في مشكلات الصحة النفسية في قائمة الشخصية للأطفال والشباب. لكن المقارنة مع أقرانهم الأميركيين بينت أن المتوسطات الحسابية للبنانيين هي أدنى من متوسطات الأميركيين، إن بالنسبة للذكور (١,٧٨ مقابل ٢,١٣) أو بالنسبة للإناث (١,٨٢ مقابل ١,٩٦). وتشير الاندفاعية إلى سلوك خارج عن السيطرة ويشمل ذلك زيادة النشاط الحركي والصعوبة في إكمال عمل معين قبل البدء بعمل آخر وقلة القدرة على ضبط مشاعر الغضب. يقابله لدى الأطفال الأصغر سنا «الاندفاعية والتشتت» Impulsivity and Distractibility الذي يشير إلى الفوضى والتشتت الذهني والتعبير الإشكالي عن الغضب. وغالبا ما يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم مشاكسون، ميالون إلى الإحباط ويفتقرون إلى حس المسؤولية. ويصف الأهل هؤلاء الأطفال بأنهم ميالون إلى النسيان والتشتت الذهني والتململ وهم اندفاعيون وصداميون وانفعاليون. وقد تبين أن متوسط «الاندفاعية والتشتت» لدى الأطفال اللبنانيين كان أعلى (٤) مما لدى أقرانهم الأميركيين (٢,٦٨). أما نسبة الحالات العيادية فقد بلغت ١٣%. علما أن الدراسات التي أجريت في فلسطين سجلت النسب التالية: اضطرابات سلوكية وانفعالية: ٢٦,٨% (Thabet & Vostanis, 1999)، سلوك عدواني: ٤٦%. ومع الذهاب نحو أطفال الروضات يتبين أن نسبة الحالات العيادية تنخفض إلى ٨,٢% في «مشاكل الانتباه» Attention Problems و«السلوك العدواني» Aggressive Behavior، ثم ترتفع إلى ١٢% في «رد الفعل العاطفي» Emotionally Reactive.

٨. لا فروق ذات دلالة بين التلامذة اللبنانيين والتلامذة الأميركيين في مشكلات «فقدان السيطرة» Dyscontrol، علما أن نسبة الحالات العيادية بلغت ٨,٨%. ويشير ارتفاع المتوسطات الحسابية في هذه المشكلات إلى العجز عن التعبير عن المشاعر السلبية بطريقة مضبوطة وما ينتج عن ذلك من قلة تحكم بالسلوك. كما يشير إلى تعبير غير مناسب عن الغضب وعجز عن التجاوب بالطريقة المناسبة مع الآخرين. ويتخذ هذا النوع من المشكلات لدى الأطفال الأصغر سنا (من الصف الأول إلى الصف الخامس) أبعادا أوسع، إذ يشير إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من سوء تحكم بسلوكهم ومن عجز عن التعبير عن غضبهم بطريقة مضبوطة، وإلى أنهم يتصرفون بشكل غير مسؤول. وغالبا ما يوصفون بأنهم مشاكسون وانفعاليون وميالون إلى الإحباط. وقد يعبرون عن كره للمدرسة ويكون أداؤهم في الصف دون المستوى المطلوب. وهؤلاء التلاميذ لا يطيعون البالغين سواء أكانوا في المنزل أم في المدرسة. وهم يشتكون من الآخرين ويتشاجرون معهم، كما يتعرضون للتلامذة الآخرين بالإساءة والمضايقات. وغالبا ما يصفهم أهلهم بأنهم عنيدون وغير مطيعين وغير منضبطين. وقد بلغت نسبة الحالات العيادية لدى هذه الفئة ٧,٦%.

المشكلات النفسية الجسدية Psychosomatic Problems

٩. بلغت نسبة الحالات العيادية في محور الأعراض النفسية الجسدية Psychosomatic Symptoms ٩,٤%، وفي محور التوتر العضلي والقلق Muscular Tension and Anxiety ٨,١% (الصفوف ٦-١٢). وهي نسب معتدلة، وان كانت متوسطات العينة اللبنانية في المحورين أعلى (وذات دلالة إحصائية) من متوسطات العينة الأميركية للذكور كما للإناث. ويشير ارتفاع المتوسط في المحور الأول إلى وجود أعراض كالتعب والصداع وآلام المعدة. ونادرا ما تؤدي الزيارات المتكررة للأطباء إلى تحديد أساس عضوي للمشكلات الصحية. وقد يشعر بعض الشبان بأنهم معرضون بشكل غير طبيعي للمرض. ويشير الارتفاع في المحور الثاني حول التوتر العضلي والقلق إلى مجموعة من الأعراض التي يرجح أن تكون الانعكاس الجسدي لكرب نفسي، فصعوبة التنفس والدوار وخفقان القلب قد تؤشر إلى القلق في حين أن الألم في العضلات أو التشنج في الظهر أو الصدر أو الوجه أو الأطراف يمكن أن يشير إلى التوتر.

وترتفع نسبة الحالات العيادية في الأعراض الجسدية Somatic Concern لدى تلامذة الصفوف ١-٥ إلى ١١,٤%، ويبلغ متوسط التلامذة اللبنانيين في هذا المحور (٢,٣٦) ضعفي متوسط التلامذة الأميركيين (١,١٨).

أما لدى أطفال الروضات فإن نسبة الحالات العيادية في محور الشكاوى الجسدية Somatic Complaints فتعود لتنخفض إلى ٧,٣%. مع الإشارة إلى أن متوسط العينة اللبنانية هو أدنى من متوسط العينة الأميركية. ويندرج في هذه المجموعة من المشكلات لدى هؤلاء الأطفال «مشاكل النوم» Sleep Problems حيث ترتفع نسبة الحالات العيادية مجددا إلى ١١,٢%.

مشكلات علائقية Relational Problems

١٠. من أبرز المشكلات العلائقية تلك التي تتصل بالأهل. هناك محور «النزاع بين الأهل والأولاد» Parent-child Conflict الذي يشير، لدى تلامذة الصفوف ٦-١٢، إلى شعور بالتعاسة جراء حياة عائلية يراها المستطلع مليئة بالتوتر. وهو يوحي بعلاقات رديئة بين الشباب والأهل. ويوصف الأهل بأنهم غير متفهمين وغالبا ما يكونون غاضبين وفاقدي الصبر. في هذا المحور كان المتوسط الحسابي للعينة اللبنانية (٢,٣٥ للذكور و٢,٧ للإناث) أدنى من متوسط العينة الأميركية (٢,٦١ للذكور، و ٢,٨ للإناث)، علما بأن الفروق بين إناث العينتين لم تكن ذات أهمية إحصائيا. أما نسبة الحالات العيادية فكانت بمقدار ١١,٣%.

وفيما يتعلق بتلامذة الصفوف ١-٥ فقد تم قياس «الاختلال العائلي» Family Dysfunction. وفيه يقر الأهل بقلة انخراطهم بشكل نشط في الحياة العائلية وقلة تقبلهم لمشكلات أطفالهم السلوكية، ويصفون أطفالهم بأنهم غير سعداء في المنزل وغالبا ما يختلفون حول طبيعة التعامل بالشكل الأفضل مع مشكلات أطفالهم. بلغت نسبة الحالات العيادية في هذا المحور ١١,١%، علما بأن متوسط العينة اللبنانية (٢,٣٧) جاء أعلى من متوسط العينة الأميركية (١,٨٦).

١١. في محور النزاع مع الأقران Conflict with Peers، الذي يكشف أن الشباب يجدون صعوبة في إقامة صداقات والاحتفاظ بها، ويصفون علاقاتهم الماضية والحاضرة مع أقرانهم بانها غير مرضية وأن أصدقاءهم قليلون وغالبا ما يتجاهلهم الآخرون أو يسخرون منهم أو ينبذونهم، فإن نسبة الحالات العيادية كانت ٧,١%

(لدى تلامذة الصفوف ٦-١٢). وبالمقارنة مع العينة الأميركية كانت المتوسطات عند الذكور اللبنانيين أعلى (٢,٢٢) بصورة طفيفة مما عند الذكور الأميركيين (٢,٠٧)، وكذلك الحال لدى الإناث (٢,١٣ لدى اللبنانيات، و١,٨٧ لدى الأميركيات).

ونجد نوعا مماثلا من المشكلات لدى تلامذة الصفوف ١-٥، يدعى « قصور المهارات الاجتماعية» Social Skills Deficits وغالبا ما يقر التلامذة الذين يعانون من مشكلات هنا أنه ليس لديهم سوى قلة من الأصدقاء وأنهم غير شعبيين بين أقرانهم ويتمنون لو كانوا قادرين أكثر على إقامة صداقات والاحتفاظ بها. وقد يفيدون أن الآخرين يتجاهلونهم أو يسخرون منهم، أو أنهم في المقابل لا ينسجمون مع أقرانهم. كما يفيد الأهل أن أقران أطفالهم يتجاهلونهم وأن أطفالهم لديهم قلة من الأصدقاء ونادرا ما يصطحبون أطفالا آخرين معهم إلى منزلهم. وعند ارتفاع المتوسطات الحسابية، يصف الأطباء العياديون هؤلاء الأطفال بأنهم معزولون وبأن أقرانهم يضايقونهم أو ينبذونهم. بلغت نسبة ذوي الحالات العيادية في هذا المحور ٥,٤% فقط، على أن متوسط تلامذة العينة اللبنانية (٣,٠١) كان أعلى من متوسط العينة الأميركية (٢,٣٣).

١٢. كذلك جاءت متوسطات العينة اللبنانية أعلى (٢,٢ لدى الذكور و٢,٣٨ لدى الإناث) مما لدى العينة الأميركية (٢,٠٧ لدى الذكور و١,٧٦ للإناث) في محور «العزلة» Isolation، لدى تلامذة الصفوف ٦-١٢. ويسجل ارتفاع المتوسط الحسابي في هذا المحور لدى الأشخاص الذين يتجنبون الأهل والأقران ويفضلون القيام بنشاطات وحيدين. وقد لا يجد هؤلاء الأشخاص في العلاقات الاجتماعية ما يرضيهم على الصعيد الانفعالي، ومن المحتمل أن تأتي العزلة عن المجتمع رداً على نزاعات طويلة مع الآخرين. وقد بلغت نسبة الحالات العيادية ١١,٥% وهي مرتفعة نسبيا.

أما لدى تلامذة الصفوف ١-٥ فإن «الانسحاب الاجتماعي» Social Withdrawal يظهر عندما يفيد الأهل عن سلوك انطوائي لدى أطفالهم. وقد يصف الأطباء العياديون هؤلاء الأطفال بأنهم منعزلون اجتماعيا. وتنبئ مستويات أعلى أيضا بخجل إشكالي. ويفيد الأهل أن هؤلاء الأطفال يلعبون وحيدين، وأنهم لا يشعرون بالارتياح في غالب الأحيان عند التعرف إلى أشخاص جدد وينتابهم القلق في الحالات التي تتطلب منهم التحدث إلى الآخرين والتعبير عن آرائهم. وجاءت نسبة

الحالات العيادية في عينتنا ١٠,١%، علما بأن متوسط العينة اللبنانية جاء هنا أيضا أعلى (٢,٩٥) من العينة الأميركية (٢,٠).

أخيرا بالنسبة لأطفال الروضات أظهر احتساب محور «الانسحاب» Withdrawn أن متوسطات التلاميذ اللبنانيين أقل من متوسطات التلاميذ الأميركيين، لدى الذكور والإناث على السواء، وأن نسبة الحالات العيادية كانت بمقدار ٦,٥% فقط.

مشكلات أخرى

١٣. تحريف الواقع Reality Distortion. يشير ارتفاع المتوسط الحسابي في هذا المقياس إلى أن المستطلع معرض لإساءة فهم دوافع الآخرين وتصرفاتهم. وتؤشر بيانات هذا المحور من القائمة إلى الحاجة لتقييم عيادي متأن. وتبين النتائج أن المتوسط الحسابي للعينة اللبنانية (الصفوف ٦-١٢) أعلى منه في العينة الأميركية لدى الذكور (٢,٧٦ مقابل ٢,٤) ولدى الاناث (٢,١٦ مقابل ٢,١٤)، وكذلك أعلى من العينة الأميركية في الصفوف ١-٥ (٢,٥٦ مقابل ١,١٣) وهو فارق لافت ويستدعي فحصا إضافيا. ومن حيث النسب المئوية بلغت الحالات العيادية ٣,١% في مجموعة الصفوف ٦-١٢ و٩,٨% في مجموعة الصفوف ١-٥.

الارتباطات بين محاور الاضطرابات النفسية

١٤. في البحث عن الارتباطات بين الأعراض التي قاستها اختبارات ضغط ما بعد الصدمة، والقلق والضغط المدرك (٣ محاور) من جهة وما قاسته قائمة الشخصية للشباب (١٠ محاور) من جهة ثانية لدى تلامذة الصفوف ٦-١٢، يتبين أن القلق يقف وراء جميع الحالات العيادية التي ظهرت في المحاور التي تتضمنها قائمة الشخصية. بالمقابل نجد أن ضغط ما بعد الصدمة يرتبط بأربعة محاور فقط في القائمة: التوتر العضلي والقلق، الاكتئاب، الانعزال الاجتماعي، النزاع مع الأقران. أما الضغط المدرك فيرتبط بسبعة محاور في القائمة: الاندفاعية، فقدان التحكم، النزاع بين الأهل والأولاد، تحريف الواقع، الأعراض النفس-جسدية، التوتر العضلي والقلق، الخوف والهم.

١٥. مع الانتقال الى الصفوف ١-٥ تتغير الصورة، حيث ترتبط الأعراض التي قاستها اختبارات ضغط ما بعد الصدمة، والقلق والضغط المدرك (٣ محاور) من جهة

بجميع ما قاسته قائمة الشخصية للأطفال، من جهة ثانية (٩ محاور). وتشير هذه الارتباطات إلى أنه مع ارتفاع نسبة الحالات العيادية في مجموعة المحاور الأولى ترتفع نسبة الحالات العيادية في مجموعة المحاور الثانية. يستثنى من ذلك عدم وجود ارتباط بين الضغط المدرك (في المجموعة الأولى) ومحور قصور المهارات الاجتماعية (في القائمة).

التوصية الأولى: توسيع نطاق التدخل النفسي والنفس اجتماعي لتشمل كافة ميادين الصحة النفسية

بالنظر إلى النتائج التي أظهرتها الدراسة، من الضروري التركيز على أهمية توسيع نطاق التدخل النفسي والنفس اجتماعي لتشمل كافة ميادين الصحة النفسية، ونوعي التدخل الفردي والمجتمعي، خاصة وأن الأعراض أو الاضطرابات التي تنجم عن التعرض للحرب لا تعدو كونها تعبيرات عن واقع واحد يشكل القلق قاعدته الأساسية، وتحمل كلها عناصر تعطيل التكيف النفسي- الاجتماعي psychosocial adjustment، وهي متصلة بصورة أو أخرى ببعضها ببعض. لذلك يجب على أي برنامج للمساعدة والدعم النفسي يبغي الفعالية والاستدامة أن يتعامل مع هذه المشكلات بصورة متزامنة، انطلاقا من مبدأ تآزر تعزيز الايجابيات.

١٦. تأتي هذه التوصية متوافقة مع معظم خطط التدخل النفسي والنفس-اجتماعي في المجتمعات والبلدان التي شهدت حروبا ونزاعات عسكرية، وتقوم هذه الخطط اليوم على مقاربتين:

الأولى كلاسيكية علاجية curative، تتمحور حول تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة، ويتركز التدخل فيها حول الحدث الصادم نفسه وآلية التعامل معه في الزمن الحاضر. وتشمل عادة خدمات الطب النفسي والعلاج النفسي والإستشارة النفسية. لكنها وإن اعتمدت بشكل حصري، تبقى مفاعيلها محدودة نوعًا ما خاصة وأنها تطال المجموعات الصغيرة أو الأفراد الأكثر تأثرًا بالحرب وأن معظم الدراسات التي أجريت بعد الحروب أظهرت أن نسبة أعراض ما بعد الصدمة تتدنى بشكل ملحوظ مع مرور الوقت بعد التعرض للأزمة ويبقى عدد الحالات العيادية الحادة والتي تتطلب الإحالة إلى العلاج محدودًا.

أما المقاربة الثانية فنمائية developmental وهي ما يعرف بالتدخل المجتمعي community based intervention القائم على فكرة أن الحروب والنزاعات العسكرية تحدث اختلالا في البنى والآليات المجتمعية الحيوية للراحة النفسية والنمو النفسي السليم عند الأفراد، خاصة عند الأطفال. ويهدف هذا النوع من التدخل بالتالي إلى تعزيز هذه البنى والآليات عبر دعم عوامل الحماية protective factors ومهارات التعامل مع الظروف coping skills الموجودة تكوينيًا لدى معظم الأطفال والشباب، بتحفيز وتعزيز كافة المهارات الإبداعية والتعبيرية عند الأطفال (اللفظية verbal، التشغيلية occupational والفنية منها artistic)، والمهارات الفكرية والتفكير المنطقي في حل المسائل الإشكالية، وسبل حل النزاعات عند الطفل وبناء الأنظمة العلائقية السوية والصحية. يشمل هذا النوع من التدخلات مساهمة الأخصائيين في علم النفس، العلاج بالفن، الأخصائيين والعاملين في القطاع التربوي وكل من يعنى بالطفل في محيطه الحيوي. وفي سياق التدخل المجتمعي يشدد الاختصاصيون وهيئات المجتمع الدولي على استهداف جمهور المدارس باعتباره الفرصة الذهبية لضم أكبر عدد من المستفيدين، حيث يؤمن التدخل ضمن المدارس العمل على مستويات عدة.

١٧. لكن بالنظر إلى النتائج والمقارنات المذكورة أعلاه، والى ما تقدره منظمة الصحة العالمية من أن ١٠% من الأفراد المعرضين للنزاعات العسكرية يصابون باضطرابات نفسية حادة في حين يصاب ١٠% آخرون بتغيرات سلوكية تعيق وظائفهم اليومية، وأن أكثر الاضطرابات شيوعاً هي الاكتئاب، القلق، الأعراض النفس-جسدية واضطرابات النوم (WHO, 2001, 2005). يمكن القول إن انتشار الاضطرابات النفسية ما بعد حرب تموز ٢٠٠٦ لدى أطفال وشباب لبنان هو أوسع بقليل مقارنة بمجتمعات لم تشهد الحرب (كالمجتمع الأميركي)، وأقل بكثير مما شهده أو يشهده أقرانهم في مجتمعات تعرضت للحرب. فكيف نفسر هذه النتائج؟

العوامل المحتملة للتخفيف من المشكلات النفسية

يمكن التفكير بثلاثة عوامل:

١٨. عامل «التكيف مع الحرب». ذلك أن لبنان يعيش حالات من الحرب منذ ما يزيد عن الأربعين عاما (منذ العام ١٩٦٧)، تتراوح بين طيران وقصف إسرائيلي

مستمرين، واجتياحات إسرائيلية متعددة وصل أحدها إلى بيروت (في العام ١٩٨٢)، وحرب لبنانية امتدت ١٥ عاما (١٩٧٥-١٩٩٠). وهذا التكيف يتخذ عدة أشكال: ١) الإقامة في مناطق دائمة التعرض ومتابعة الحياة العادية، وبحيث أن السكان «يسجلون» مواقع الحوادث وهم مستمرون في نشاطهم العادي. يحصل ذلك في المناطق المتاخمة للحدود مع إسرائيل مثلما كان يحصل في بيروت إبان الحرب اللبنانية، ٢) إقامة «شبكة أمان نفسي» تتمثل في توزع أفراد العائلة بين أفراد مقيمين في مناطق القتال وآخرين بعضهم نازح وبعضهم مهاجر. علما بأن النزوح والهجرة هي من سمات المجتمع اللبناني القديمة بغض النظر عن الأحداث والحروب. ويتكل الأفراد على شبكة العلاقات هذه في توفير مصادر الدعم المادي وفي توفير منافذ نجاة في حال تدهورت الأحوال. ويمكن القول إن كل أسرة في لبنان لديها فرد أو أكثر يعمل أو يقيم في مكان آخر داخل في لبنان أو خارجه. وفي أيام المحن يتحرك الناس في جماعات، أو نحو جماعات، تقوم على النسب والتعاضد الضيعي والعصبية. يتم الاحتضان الأهلي عبر شبكة النزوح والهجرة، مثلما يتم عبر رعاية المقيمين الذين حلت بهم المصائب. لقد تركت حرب تموز ٢٠٠٦ أفراداً من دون أهل مباشرين فقام الأهل الأبعد بإيوائهم ومساندتهم وتقاسموا معهم رغيف الخبز والفراش والسقف، ٣) نمو عادات استقبال النازحين، فقد نزح مئات آلاف السكان في حرب تموز ٢٠٠٦ إلى مناطق لا أقارب لهم فيها فجرت العناية بهم بصورة واسعة من قبل سائر السكان ومنظمات المجتمع المدني في المحافظات التي كانت أقل تعرضا للحرب، و٤) ابتكار البدائل للاستمرار في العيش. لقد طور اللبنانيون أساليب جديدة للتكيف مع المفاعيل التقطيعية والتدميرية للحرب. فهم مثلا سرعان ما انتقلوا بعد العام ١٩٨٢ من نظام إلى آخر في الإنارة، من الشمع إلى مصباح الكاز إلى مصباح الغاز فالمولدات الصغيرة للمنازل فالمولدات الكبيرة للأحياء (الاشتراكات) وتكيفوا مع وقائع هذه الأنظمة. كذلك أقيمت شبكة اتصالات هاتفية في الأحياء (اشتراكات) ربطاً بالشبكة الرئيسية. ثم انتشر بسرعة قياسية استعمال الهاتف الخليوي فور ظهوره.

١٩. «عامل الجماعة». تشمل «الجماعة» الأسرة النواتية كما تشمل الأسرة الموسعة والطائفة وأهل الملة (الدين) وأهل القرية أو الحي. ثمة إرث راسخ في التعاضد على أساس الجماعة في لبنان. وهو يشكل عامل حماية داخل كل جماعة

على حدة. وأصغر وحدات هذا التعاضد هي الأسرة التي تبقى السند الرئيسي في أيام الشدائد، ومنها فترات الحروب. لكأن «الفرد» القائم بذاته يكاد يكون غائبا عموما في المجتمع اللبناني. وتمثل الانتخابات النيابية والبلدية مناسبات متكررة تكشف قوة الولاءات العائلية التي يكون ثمنها الحصول على الحماية وعلى فرص العمل.

٢٠. «عامل القضية». مقاومة إسرائيل في لبنان تعود أيضا إلى ما قبل أربعين عاما. وقد رفعت راياتها قوى وأحزاب سياسية متعددة، لبنانية وفلسطينية. وكان لهذه المقاومات جماهير ولها شعارات وأناشيد ورموز وأبطال. ومن المعروف عالميا أن «الإيديولوجيا» تولد نوعا من المرونة resilience أو من التفاعل الايجابي مع الحرب باعتبارها عملا لازما لتحقيق مبادئ أو الدفاع عن مصالح حيوية. وللجيوش عادة أساليب في التعبئة تعتمد على المبدأ نفسه. لكن الجديد في موضوع المقاومة الحالية في لبنان ضد إسرائيل (حزب الله) هي أنها ليست حزبا سياسيا أو ميليشيا، كما كانت حال القوى المسلحة اللبنانية أيام الحرب اللبنانية، بل هي أقرب إلى أن تكون «مجتمعا» يضم الأسر بكاملها، كبارها وصغارها، في مزيج يضم الهوى السياسي والعقيدة الدينية والخدمات الاجتماعية وفرص العمل. وهذا السياق الفريد يجعل من «القضية» أمرا جديا في التعامل مع الحرب وتوفير القدرة على احتمالها.

٢١. إن البحث في العوامل المفسرة لتخفيف الآثار النفسية لحدث الحرب لا يقتضي غض النظر عن هول الحدث نفسه. مَثَلنا في ذلك كمَثَل من يتعرض لحادث سيارة وينجو إلا من رضوض أو جروح ما. من العوامل المفسرة لنجاته مثلا حزام الأمان أو بالون الدفاع أو أمر آخر. وهي عوامل حماية. لكن ذلك لا يقتضي نسيان أنه كان يقود بسرعة، أو أن عجلات السيارة قديمة وأن السيارة تحطمت جزئيا أو كليا أو أن هناك شخصا آخر توفي، الخ. لقد انطلقت الدراسة من عرض لما هو متداول حول واقعة الحرب ونتائجها التدميرية المتعددة من قتلى وجرحى وتهجير وتدمير منازل وبنى تحتية وما إلى ذلك لتحصر نفسها بالنواتج النفسية. يجب الإقرار طبعا أن إسرائيل كانت دائما لعنة على لبنان وسكانه، وخاصة في مناطقه الحدودية، وأن القصف الإسرائيلي يعرفه كل لبناني ولد وعاش في جنوب لبنان منذ العام ١٩٤٨. وأن تحليق الطائرات الإسرائيلية في سماء لبنان وخرق جدار الصوت يعرفه

سكان لبنان في معظم المناطق حتى اليوم، وأن إسرائيل التي اجتاحت جنوب لبنان في العام ١٩٧٨، لم تنسحب منه بعد انسحاب منظمة التحرير الفلسطينية إلى تونس في العام ١٩٨٢، رغم القرارات الدولية التي ضربت بها عرض الحائط. لكن ذلك لا يقتضي نسيان أن اللبنانيين مسؤولون ولو جزئياً عن الحروب الداخلية. بل يمكن القول أن القدرة اللبنانية على ابتكار البدائل لمواجهة ظروف الحرب كانت مدهشة في نجاحها، بقدر ما كانت قدرتهم على ابتكار البدائل لتجنب الحرب مرة ثانية مدهشة في فشلها. لذلك يشكل عامل الجماعة في وجهه الآخر عامل نزاع (مع الجماعات الأخرى)، ويفسر الحرب اللبنانية المعروفة (١٩٧٥-١٩٩٠) وما قبلها (حوادث ١٩٥٨) وما بعدها (وصولا إلى حوادث ٧ أيار ٢٠٠٨). أما عامل «القضية» فلا يعني أن الآثار النفسية سوف تختفي، فقد تخف حدتها وقد تظهر آثارها لاحقا أو بصور أخرى. ومن المعروف أن العائدين من الحرب في أكثر الجيوش حماسة للحرب، يحال الكثيرون منهم بعد ذلك للعلاج النفسي، حتى يمكنهم العودة إلى حياتهم الطبيعية، وأن قدرا عاليا من التعبئة يقوم عادة على قمع الألم والحزن.

٢٢. إلى ذلك يجب إدراج واقعتين إضافيتين: الأولى أننا نتكلم حتى الآن عن الأحوال النفسية في المجتمع اللبناني ككل. والمجتمع اللبناني ككل لم يتعرض لحرب تموز بالقدر نفسه وبالأسلوب نفسه. وهذا يعني أن «المتوسطات حسابية العامة» التي نتكلم عنها هي أرقام متوسطة بين أناس تعرضوا للحرب بصور متفاوتة. ومن هنا نفهم أن المشكلات النفسية سوف تكون أكثر انتشارا بين الذين تعرضوا أكثر من غيرهم لحرب تموز ٢٠٠٦، كما سنرى. الواقعة الثانية تكمن في أن المشكلات النفسية لدى اللبنانيين قد تنتشر لأسباب لا تعود إلى الحرب، خاصة في المناطق التي لم تكن معرضة مباشرة لها. والمثال القوي على ذلك سكان مدينة بيروت. فهؤلاء شهدوا منذ العام ٢٠٠٥، أي قبل الحرب بأكثر من سنة، حادثا مروعا تمثل باغتيال الرئيس رفيق الحريري، وما تلاه من اغتيالات وأحداث أمنية. هذه الاغتيالات والأحداث حملت ولا شك آثارها الخاصة، وأدت إلى بلبلة نفسية لدى السكان، وبخاصة لدى المتعلقين بالشخصيات التي اغتيلت. أضف إلى ذلك أن بيروت عاشت حرب تموز ٢٠٠٦ على طريقتها، بسبب التصاقها بالضاحية والسماع الدائم للقصف والغارات، فضلا عن بعض الحوادث المتفرقة فيها. وهذه الأمور قد تكون ساهمت

في رفع نسبة المشكلات النفسية في مناطق لم تصنف في خانة التعرض العالي في حرب تموز ٢٠٠٦. بناء عليه يمكن القول إن المعدل العام «المعتدل» يخبئ تباينات مرتبطة بحرب تموز ٢٠٠٦ وغير مرتبطة بها. ومن هنا أهمية النظر في العوامل والأوساط التي يزيد فيها انتشار المشكلات النفسية.

ثانياً: العلاقة بين حرب تموز ٢٠٠٦ والاضطرابات النفسية لدى الأطفال والشباب

١. لم يكن الهدف الأساسي من هذه الدراسة إجراء مسح شامل للأحوال النفسية للتلامذة وحسب، بل كانت نقطة الانطلاق البحث عن آثار حرب تموز ٢٠٠٦ في هذه الأحوال. لكن بعد الفحص والتدقيق تبين أن دراسة «أثر» الحرب لن يكون ممكنا من الناحية المنهجية. ذلك أن معرفة الخصائص النفسية للأطفال والشباب الذين تعرضوا للحرب متعذر إذا لم تجر مقارنتهم بالذين لم يتعرضوا للحرب. وهذا يطرح مشكلة تحديد هؤلاء وأولئك بصورة مسبقة ومقنعة. ثم أننا لا نعرف ما إذا كان الذين لم يتعرضوا لحرب تموز ٢٠٠٦ (مع افتراض إمكانية حصرهم مسبقا) لهم خصائص نفسية تعزى إلى عوامل «حرب» سابقة لحرب تموز ٢٠٠٦، أو لاحقة لها، وهذه العوامل، وغيرها، تكون عادة متداخلة بين المجموعتين. لذلك استقر الرأي على أن يكون الجمهور الذي يشمله الاستقصاء ممثلا للأطفال والشباب على المستوى الوطني. فهذا يسمح بإجراء مقارنتين مفيدتين في الوقت نفسه: مقارنة العينة اللبنانية بعينات من دول أخرى، بحيث يمكن القول أن الأطفال والشباب اللبنانيين يعانون بصورة أقل أو أكثر من أقرانهم في بلدان أخرى. ثم مقارنة الجمهور الذي تعرض أكثر من غيره لحرب تموز ٢٠٠٦ بالجمهور الوطني ككل وبالمجموعات التي كانت أقل تعرضا للحرب، بعد رصد مدى التعرض للحرب لدى جميع أفراد العينة وتصنيفهم في فئات طبقا لفئات التعرض. وهذا ما يسمح من جهة ثالثة بفحص أثر العوامل الأخرى في تفسير النواتج النفسية. بناء عليه تحول هدف الدراسة إلى فحص الأحوال النفسية للأطفال والشباب «بعد» حرب تموز ٢٠٠٦.

٢. تبين أن الذين لم يتعرضوا لحرب تموز ٢٠٠٦ أبدا (صفر حوادث) هم قلة قليلة (٣٩ شخصا، أو ٠,٦%). ولعل هؤلاء كانوا خارج لبنان إبان الحرب. ذلك

أن حوادث التعرض كما عرضت على المستطلعين تشمل أمورا بسيطة مثل متابعة أخبار الحرب بشكل دائم، أو مشاهدة صور حية عن الحرب في وسائل الإعلام، وأمورا قاسية أو دراماتيكية مثل «مات والدك» و «ماتت والدتك» أو «أصبح بيتكم غير صالح للسكن»، الخ. وهذا يعني أن جميع اللبنانيين تعرضوا بصورة أو أخرى للحرب. بلغ عدد الحوادث التي عرضت على التلامذة ٣١ حادثا، وبلغ المتوسط الحسابي الذي صرح التلامذة أو صرح أهلهم بأنهم تعرضوا لها ١٠,٢ حوادث للشخص الواحد. وهذه نسبة عالية، خاصة إذا ما قارناها بما أشارت إليه دراسات أخرى عن حروب سابقة في لبنان. ولتكوين صورة إجمالية عن مدى التعرض للحرب وزعنا مجموع الحوادث إلى ثلاثة مستويات: ذوو مستوى التعرض المنخفض كان متوسط عدد الحوادث التي تعرضوا لها ٦,٢٤ حوادث ونسبتهم ٣٥,٥%، ذوو مستوى التعرض المتوسط كان متوسط عدد الحوادث التي تعرضوا لها ٩,٩٤ حوادث ونسبتهم ٢٩,٩%، أما ذوو مستوى التعرض العالي فكان متوسط عدد الحوادث التي تعرضوا لها ١٤,٨٤ حادثا ونسبتهم ٣٤,٦%.

٣. كذلك جرت دراسة وتيرة التعرض للحرب من حيث أنواع هذا التعرض بعد أن تبين نتيجة التحليل العاملي أن أجوبة التلامذة وأهاليهم تتحلق حول عوامل معينة. وتبين أن هذه الأنواع تتدرج من حيث وتيرتها على النحو الآتي: حوادث «السماع» (٩٦,٧%)، «ملتجأ» (٥٧,١%)، حرمان (٣٠%)، «مشاهدة» (٢٦%)، «وفاة» (٣,٧%). صحيح أن «السماع» بلغ النسبة الأعلى لكن ارتفاع نسبة الذين اضطروا للاحتماء في ملجأ أو لمغادرة المنزل أو للنزوح إلى منطقة أخرى (الملتجأ) تعتبر عالية بكل المقاييس، وذات طبيعة صادمة بقدر ما تفقد الأطفال المجال الحيوي الذي يوفر الألفة والأمان.

٤. وقد اعتمدت الطرق نفسها للكشف عن مدى التعرض ما قبل الحرب. وقد اختلفت النتائج طبعا هنا مقارنة بحوادث حرب تموز ٢٠٠٦، إذ إن الذين لم يتعرضوا لأي حادث قبل حرب تموز ٢٠٠٦ بلغ عددهم ١٧٣٤ شخصا (٢٦,١%). لذلك فإن مستويات التعرض كانت هنا على الشكل التالي: تعرض متدن (لا حوادث، ٢٦,٢%)، تعرض متوسط (١-٢ حادثان، ٤٩,٦%)، تعرض عال (٣-١٥ حادثا، ٢٤,٢%). كذلك جرى البحث عن «أنواع حوادث التعرض» قبل الحرب فتبين أنها تقع في أربعة أنواع: «عمليات عسكرية» (٦٢%)، «حوادث لا تتصل

بالحرب» (٢٦%)، «عنف» (٢٢%)، «اعتداءات عسكرية» (٢,٧%). ويشير النوع الأول إلى مدى شيوع العمليات العسكرية (مشاهدة قصف مدفعي، مشاهدة طائرات عسكرية، حادث هدد أحد أفراد العائلة) حتى في فترة ما قبل حرب تموز ٢٠٠٦.

٥. بالانتقال من الذين صنف تعرضهم لحرب تموز ٢٠٠٦ في المستوى المتدني، إلى الذين صنف تعرضهم لها في المستوى العالي، تقفز نسبة من سجلت لديهم حالات عيادية (مؤشر الوضع العيادي) بمقدار مرة ونصف في قائمة الشخصية للشباب (التي طبقت على تلامذة الصفوف ٦-١٢، من ٣٤% إلى ٥٣%) وأكثر من مرتين في قائمة الشخصية للأطفال (التي طبقت على تلامذة الصفوف ١-٥، من ٢٢,٩% إلى ٤٨,٢%)، وبمقدار ثلاث مرات في قائمة تدقيق السلوك (التي طبقت على أطفال الروضات، من ١٥% إلى ٤٦%).

٦. وعند النظر في المحاور أو المقاييس كل على حدة يتبين أن نسبة الحالات العيادية في مقياس تحريف الواقع مثلا ترتفع من ١% لدى الذين كان تعرضهم متدنيا إلى ٥,٦% لدى الذين كان تعرضهم للحرب عاليا، أي بزيادة ٥,٦ مرات. تدل هذه الحالة على درجة عالية من الاحتقان النفسي المفضي إلى حالة من التهديد الداخلي الذي يتخذ شكل الغربة والتوجسات والتوهمات. هذا لدى تلامذة الصفوف ٦-١٢. والنتيجة لدى تلامذة الصفوف ١-٥ قريبة وان كانت أدنى بقليل، حيث تزيد نسبة الحالات العيادية في هذا المقياس ٤,٦ مرات. هذا الحجم من الزيادة (٤ مرات وأكثر) يسجل أيضا في المقاييس التالية: الأعراض الجسدية، الانزعاج النفسي، الانسحاب الاجتماعي (تلامذة الصفوف ١-٥)، الشكاوى الجسدية، مشاكل النوم، القلق والاكتئاب، الانسحاب (أطفال الروضات). المجموعة الثانية من المقاييس سجلت فيها زيادات في النسب المئوية للحالات العيادية ما بين مرتين وأربع مرات صعوداً من التعرض المتدني إلى التعرض العالي للحرب وهي التالية: التشتت والحركة المفرطة، أعراض نفس جسدية، توتر عضلي وقلق، نزاع بين الأقران، نزاع بين الأهل والأولاد (تلامذة الصفوف ٦-١٢)، الاندفاعية والتشتت، فقدان التحكم، الاختلال العائلي، قصور المهارات الاجتماعية (تلامذة الصفوف ١-٥)، مشاكل الانتباه، السلوك العدواني (أطفال الروضات). المجموعة الثالثة من المقاييس سجلت زيادات في نسب الحالات العيادية أقل من مرتين صعوداً من التعرض المتدني إلى التعرض العالي للحرب، وهي التالية: الاندفاعية، فقدان التحكم، الخوف والهم،

الاكتئاب، الانعزال الاجتماعي (تلامذة الصفوف ٦-١٢)، وضعف الأداء المدرسي (تلامذة الصفوف ١-٥).

٧. وقد أجريت تحليلات مقارنة لتحديد الفئات أو المجموعات السكانية التي كانت أكثر تعرضا للحرب. وتبين أن أكثر من صرحوا بأنهم تعرضوا لحرب تموز ٢٠٠٦ (من حيث العدد الإجمالي لحوادث التعرض)، هم تلامذة: التعليم الرسمي، محافظة النبطية، الطائفة الشيعية، من صنفت مهن آبائهم في فئات مهنية دنيا، ومن كان آباؤهم وأمهاتهم من ذوي المستوى التعليمي المتدني (أميون، أو تعليم ابتدائي). وهذه المجموعات كانت الأكثر تعرضا من حيث أنواع التعرض، مع أن سكان محافظة بيروت سجلوا أعلى متوسط في النوع المسمى «الأحداث غير المرتبطة بالحرب»، يليهم سكان محافظة الشمال.

٨. ثم طبقت أساليب إحصائية بحثا عن مدى مساهمة التعرض لحرب تموز ٢٠٠٦ في تفسير النواتج النفسية أي الاضطرابات النفسية للأطفال والشباب، بعد ضبط العوامل الاجتماعية والديموغرافية المذكورة والتعرض السابق للحرب. وأظهرت هذه الفحوص أن التعرض كان من أهم العوامل المسهمة في إحداث هذه الاضطرابات. لقد فسر التعرض للحرب التغير في أعراض ضغط ما بعد الصدمة والقلق والضغط المدرك ومدى انتشار الحالات العيادية عند الشباب (صفوف ٦-١٢) والأطفال (صفوف ١-٥ وصفوف الروضات). وقد تبين أن مؤشر الوضع العيادي يرتفع بمقدار ٢,١٩ مرتين لدى الشباب من الصف السادس إلى الثاني عشر، مقارنة بين الأقل تعرضا والأكثر تعرضا لحرب تموز ٢٠٠٦، وبمقدار ٣,١٦ مرات لدى الأطفال من الصف الأول إلى الخامس، وبمقدار ٤,٦٨ مرات لدى أطفال الروضات. هذا التصاعد في تأثير الحرب من الأكبر إلى الأصغر سنا قد يفسر بكون الفئات الأصغر سنًا أكثر هشاشة من الآخرين نظرًا لعدم توافر أواليات الدفاع التي تسمح بمواجهة الخطر المحدق لديهم، فيلجأ الأطفال عادة إلى الأهل للاحتماء والبحث عن الأمان. هنا يُطرح السؤال حول فعالية الأهل في احتواء مخاوف الطفل وقدرتهم على التخفيف من وطأة الصدمة ولعل الإجابة تكمن في درس كيفية إدراك الأهل أنفسهم لأحداث الحرب. ولكن، لا يخفى أن النتائج المترتبة عن التعرض لأحداث حرب أو اعتداء عسكري تتعدى الأضرار المادية والخسائر الناجمة عن الحرب والتي يظهر أثرها حال وقف إطلاق النار وعودة الحياة إلى طبيعتها لكن آثار

التعرض على المدى الطويل قد تختبئ وراء القصور في الوظائف النفسية المعتادة (فكرية، انفعالية وعلائقية) والتي لو استمرت دون متابعة، تعرقل النمو النفسي السليم خاصة عند الأطفال وتصبح مشكلة الفرد مع الوقت مشكلة يرزح مجتمع بأكمله تحت وطأتها.

٩. كذلك أظهرت الفحوص أن التعرض لحوادث قبل الحرب ساهم أيضا في تفسير النتائج، وهذه الحوادث على نوعين، منها عسكري، ومنها مجتمعي أو فردي، ما يشير إلى أهمية توسيع التفكير في الاضطرابات النفسية إلى ما قبل الحرب وما بعدها.

التوصية الثانية: متابعة الكشف عن حجم التعرض لحرب تموز ٢٠٠٦ على المستوى الوطني

بناء على ما ورد أعلاه، ونظرا لتعدد حوادث التعرض وتنوع الحوادث التي كشفت عنها الدراسة وتباينها وتداخلها، فمن الضروري العمل على متابعة الكشف عن حجم التعرض لحوادث حرب تموز ٢٠٠٦ على المستوى الوطني، وما قبلها، وما بعدها، وعلى مستوى كل مدرسة على حدة، وتحديد أنواع الاضطرابات التي تركها هذا التعرض بأنواعه ومستوياته المختلفة، ومتابعة الحالات العيادية، وإقامة النظم المناسبة لتوفير الدعم النفسي للأطفال والشباب تبعا لنتائج الكشوف المتكررة والمتابعة.

ثالثاً: العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية وظهور الاضطرابات النفسية

نذكر أن الدراسة استخدمت ست أدوات لقياس الأحوال النفسية للأطفال والشباب، بعضها استخدم للصفوف ٦-١٢ وبعضها للصفوف ١-٥ وواحدة لصفوف الروضات. ومعظم هذه الأدوات يتضمن مكونات سميناها محاور أو مقاييس يقيس كل منها مجالا معينا من الاضطرابات أو حقلا معينا من المشكلات النفسية. ونقدم في الإطار أدناه جردة كاملة بجميع هذه المقاييس من أجل تبسيط العرض المتعلق بأثر المتغيرات المستقلة.

- مقاييس الأحوال النفسية للصفوف ٦-١٢، وعددها ١٣، هي: ١) أعراض ضغط ما بعد الصدمة، ٢) القلق، ٣) الضغط المدرك، ٤) الاندفاعية، ٥) فقدان التحكم، ٦) النزاع بين الأهل والأولاد، ٧) تحريف الواقع، ٨) الأعراض النفسية الجسدية، ٩) التوتر العضلي والقلق، ١٠) الخوف والهم، ١١) الاكتئاب، ١٢) الانعزال الاجتماعي، ١٣) النزاع مع الأقران. علما بأن هناك ثلاثة مقاييس إضافية لم تخضع للتحليل الإحصائي بسبب انخفاض معامل الثبات فيها، وهي: ١٤) التشتت والحركة المفرطة، ١٥) محور ضعف الأداء المدرسي والذاكرة، ١٦) الصعوبات التعلمية. (المقاييس الثلاثة الأولى تعود إلى ثلاث أدوات، والمقاييس الثلاثة عشر الباقية تتضمنها أداة واحدة-قائمة الشخصية للشباب).

- مقاييس الأحوال النفسية للصفوف ١-٥، وعددها ١٢، وهي: ١) أعراض ضغط ما بعد الصدمة، ٢) القلق، ٣) الضغط المدرك، ٤) ضعف الأداء المدرسي، ٥) الاندفاعية والتشتت، ٦) فقدان التحكم، ٧) الاختلال العائلي، ٨) تحريف الواقع، ٩) الأعراض الجسدية، ١٠) الانزعاج النفسي، ١١) الانعزال الاجتماعي، ١٢) قصور المهارات الاجتماعية. (المقاييس الثلاثة الأولى تعود إلى ثلاث أدوات، استعملت هي نفسها مع مجموعة الصفوف ٦-١٢، والمقاييس التسعة الباقية تتضمنها أداة واحدة- قائمة الشخصية للأطفال).

- مقاييس الأحوال النفسية لصفوف الروضات وهي سبعة: ١) رد الفعل العاطفي، ٢) القلق/الاكتئاب، ٣) الشكاوى الجسدية، ٤) الانسحاب، ٥) مشاكل النوم، ٦) مشاكل الانتباه و٧) السلوك العدواني. (جميع هذه المقاييس السبعة تعود إلى أداة واحدة- قائمة تدقيق السلوك للأطفال).

يبلغ مجموع هذه المقاييس ٣٢ مقياساً. وإذا أضفنا المقاييس الإجمالية (مؤشر الوضع العيادي) لثلاث أدوات (قوائم الشخصية للشباب والأطفال وصفوف الروضات) يكون مجموع المقاييس التي طبقناها على التلامذة في كافة المراحل التعليمية ٣٥ مقياسا. وقد حللنا النواتج النفسية (المتغيرات التابعة) التي تقيسها هذه المقاييس تبعا للمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية (المتغيرات المستقلة)، والتي يبلغ عددها ١٢ متغيرا. وبالتالي لن يكون مريحا عرض نتائج الارتباطات بين ٣٥ مقياسا و١٢ متغيرا (المجموع ٤٢٠ اختبارا إحصائيا). لذلك سوف نأخذ كل متغير مستقل على حدة ونفحص الاتجاه العام لعلاقاته بتلك المقاييس.

١ . الجنس

في معظم الأحيان كانت هناك فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث (في ٢١ اختبارا إحصائيا من أصل ٣٥). وفي معظم الأحيان كانت الاضطرابات أكثر انتشارا لدى الإناث. فقد ظهرت لدى هؤلاء اضطرابات أكثر مما ظهر لدى الذكور في المؤشر الإجمالي لقائمة الشخصية للشباب، وفي ٨ محاور من هذه القائمة، وفي محورين (من ٩) في قائمة الشخصية لدى الأطفال، وفي ٤ اختبارات (من ٦) في مجموعة ضغط ما بعد الصدمة-القلق-الضغط المدرك. والذكور ظهرت لديهم اضطرابات أكثر مما ظهر لدى الإناث في ثلاثة محاور (من ٩) في قائمة الشخصية لدى الأطفال وفي المؤشر الإجمالي لهذه القائمة، وفي محورين (من أصل ٥) في لائحة تدقيق السلوك. ويلاحظ أن أنماط الاستجابة أتت متوافقة مع الأدبيات التي تشير إلى أن الذكور في حال التعرض لحادث صادم يميلون عادة إلى الاستجابة النشطة أو السلوك المتمظهر عبر تغير مفاجئ في السلوك وصعوبة تحكم بالاندفاعية، في حين تميل الإناث إلى الاستجابة السلبية أو استدخال مشاعر القلق والخوف التي تظهر بشكل انسحاب وعزلة تامة أو أعراض جسدية لا مبرر عضويًا لها غالبًا ما تشتكي منها الفتيات (Perry, 1995). وهذا ما يتسق أيضا مع الاتجاهات السلوكية للجنسين في المجتمعات التقليدية كالمجتمعات العربية مثلاً التي توجب على الذكور قمع مشاعر الخوف والقلق والتحلي بالشجاعة والتماهي بصور الأبطال والجنود والشهداء، في حين تحظى الفتيات بحماية أكبر ما يدفع إلى أن تتخذ استجابتهن عادة طابع الأعراض الانفعالية الكامنة.

٢ . العمر

في معظم الأحيان أيضا كانت هناك فروق ذات دلالة بين فئات الأعمار (في ٢٥ اختبارا إحصائيا من أصل ٣٥). وفي معظم الأحيان أيضا كانت الاضطرابات تظهر لدى الأكبر سنا: لدى الفئة العمرية ١٨-٢٠ (الصفوف ٦-١٢) والفئة العمرية ١١-١٣ (الصفوف ١-٥) والفئة العمرية ٤-٥ (صفوف الروضات). ومن الممكن الافتراض أن الأكبر سنا يكونون أكثر إدراكا لما يحيط بهم وأكثر استقلالية عن أهلهم ما يجعلهم أكثر تعرضا للمناخ العام الضاغط والى القلق المصيري على المستقبل، وهم على كل حال الأكثر قدرة على التعبير عن أنفسهم. وبالنظر إلى أبرز الفروق

التي توفرت من خلال إجراء المقارنة بين الجنسين آخذين بالاعتبار المراحل العمرية، نجد أن الاضطرابات الانفعالية كانت الأبرز عند الفئات الأكبر سنًا وبشكل خاص عند الإناث (أعراض ما بعد الصدمة، القلق، الأعراض النفسية الجسدية، التوتر العضلي والقلق، الخوف والهم، الاكتئاب والانعزال الاجتماعي). بالمقابل نجد لدى الأصغر سنا أن المشاكل السلوكية وقصور الانتباه والأداء المدرسي قد برزت خاصة عند الذكور: ضعف الأداء المدرسي، الاندفاعية، التشتت والتمرد والعصيان (الصفوف ١-٥)، مشاكل الانتباه، السلوك العدواني وتمظهر المشاكل (أطفال الروضات) في حين سجلت الفتيات المتوسطات الحسابية العليا في الانعزال الاجتماعي والأعراض النفسية الجسدية (الصفوف ١-٥).

٣. الصف

في معظم الأحيان أيضا كانت هناك فروق ذات دلالة بين الصفوف (في ٢٦ اختبارا من أصل ٢٩). لكن نظرا لأن أي من الأدوات لم يطبق على جميع الصفوف فإن الفروق المسجلة لم تكن ذات وجهة قابلة للتعميم. ذلك أن الفروق ذات الدلالات سجلت في الصفوف: ١٢، ١٠، ٧، ٦، ٥، ٤، ١، روضة أولى، روضة ثانية. وهذا التشتت هو الذي يفقد الفروق معناها. يمكن القول فقط إن الصف الأعلى تظهر فيه الاضطرابات أكثر من الصفوف الأدنى في المرحلة نفسها، وهذا مرتبط على الأرجح بالعمر. كما يمكن القول إن الصف ١٢ هو الصف الذي ظهرت فيه الاضطرابات في أكبر عدد من المحاور، قياساً على الصفوف الأخرى التي طبقت عليها نفس الأداة (٦ من ١٠ محاور). ويكمن تفسير ذلك باعتبار هذا الصف مرتبطا بالضغوط المدرسية الناجمة عن كونه صف الامتحانات الرسمية النهائية المؤدية إلى نيل الشهادة الثانوية.

٤. القطاع

في معظم الأحيان أيضا كانت هناك فروق ذات دلالة بين القطاعات التربوية (في ٢٩ اختبارا من أصل ٣٥). لكن الميزة هنا أن القطاع الرسمي هو الذي يشهد أكثر من غيره ظهور الاضطرابات النفسية: في ٢٣ مقياسا غالبيتها الساحقة في الصفوف ٦-١٢ و١-٥ (جميع المحاور هنا). في حين ظهر القطاعان الخاص والمجاني في

ستة مقاييس، أربعة منها في رياض الأطفال. وتوحي هذه النتيجة بأن الأكثر حرماناً أو الأقل حماية هم الأكثر تعرضا لظهور الاضطرابات النفسية. وهؤلاء لا يزورون عادة المعالجين النفسيين ولا «يظهرون» على شاشة المداولات بين الاختصاصيين.

حتى الآن هناك اتجاه يمكن رسم معالمه كما يأتي: الأكثر نضوجاً والأكثر حرماناً والأكثر تعرضاً للحرب هم الأكثر عرضة للاضطرابات، وهؤلاء في العينة هم: الفتيات الأكبر سناً، والأكثر فقراً في المدارس الرسمية أو المجانية.

٥. المدرسة

لم يكن ممكنا فحص هذا المتغير المستقل مع جميع المقاييس، ولا كان ممكنا تطبيق الاختبار الإحصائي نفسه الذي طبق على المتغيرات الأخرى ANOVA نظراً لطول لائحة المدارس (١٢٣)، لذلك اقتصر الفحص على المؤشر الإجمالي لكل أداة (٩ اختبارات إحصائية)، وقد تم ذلك من خلال إدخال هذا المتغير (المدرسة) في التحليل. وبينت هذه الاختبارات أن المدارس هي وحدات قائمة بذاتها تختلف بصورة دالة في ما بينها من حيث كثافة انتشار الاضطرابات النفسية (في كافة الاختبارات). وهذه النتيجة ذات أهمية بالغة لجهة أنها تدفع إلى جعل المدارس هي الوحدة الأساسية للكشف عن الاضطرابات النفسية وتوفير خدمات الدعم النفسي للأطفال والشباب.

٦. المحافظة

مع هذا المتغير، والمتغير الذي يليه (الطائفة) نكون قد انتقلنا إلى دراسة الفروق في مدى انتشار الاضطرابات النفسية إلى متغيرات تميز بين الجمهور على أساس اجتماعي أفقي، أو تبعا لخريطة التنوع اللبناني. في بعدها الجغرافي، نقرأ على هذه الخريطة توزعا متباينا للتعرض لحرب تموز ٢٠٠٦، وفي بعدها السكاني نقرأ عليها توزعا سكانيا متباينا طائفيا أيضا، على الأقل من حيث غلبة طوائف معينة.

في جميع الاختبارات تقريبا كانت هناك فروق ذات دلالة بين المحافظات (٣٢ من ٣٥). لكن المفاجأة أن هذه الفروق لم تكن ذات وجهة واحدة. إذ يتوقع المرء أن تكون محافظة النبطية (أو الجنوب أو حتى البقاع)، هي مكان انتشار الاضطرابات النفسية، باعتبارها كانت الأكثر تعرضا للحرب يتبين أن هذا التوقع صحيح في ٧

مقاييس في النبطية و٨ مقاييس في البقاع ومقياس واحد في الجنوب (المجموع ١٦ من ٣٢). وهو غير صحيح في ١٦ مقياسا، حيث تظهر بيروت والشمال باعتبارهما المحافظتين الأكثر احتضانا للاضطرابات النفسية: ٨ مقاييس في بيروت و٨ مقاييس في الشمال. أما محافظة جبل لبنان فلا تظهر أبدا على مسرح الاضطرابات النفسية التي تقيسها أدواتنا، كمحافظة ذات متوسطات أعلى ودالة إحصائيا. واللافت في ما ذكرناه أنه في حين أظهرت محافظة النبطية أعلى القيم في مؤشر الوضع العيادي الإجمالي في قائمة الشخصية للأطفال (صفوف ١-٥)، فإن محافظة بيروت هي التي أظهرت القيم العليا في هذا المؤشر في قائمة الشخصية للشباب (صفوف ٦-١٢). فهل الأمر محض صدفة؟ لكن إذا قلنا إن التعرض العالي يزيد من الاضطرابات النفسية، وإن محافظة النبطية هي أكثر المحافظات تعرضا، بحسب تصريح المستطلعين في الحالتين، فكيف تصبح محافظة بيروت هي صاحبة الاضطرابات النفسية الأعلى في قائمة الشخصية للشباب؟ هل يمكن القول إن «شباب» النبطية أقل اضطرابا (من «شباب» بيروت) بسبب «عامل القضية»، أي لارتفاع نسبة الإيديولوجيا وتأثيرها في النبطية (جمهور المقاومة) في حين لا تنفذ الايديولوجيا فيها إلى «الأطفال» فتنكشف عندئذ الاضطرابات لدى أطفالها؟ نحن هنا أمام ما يشبه الأحجية.

٧. الطائفة

مع الانتقال إلى الطائفة تتأكد قوة عوامل التنوع في التمييز بين مدى انتشار الاضطرابات النفسية. إن جميع الاختبارات تقريبا أظهرت فروقا ذات دلالة بين الطوائف (٣٣ من ٣٥). لكن يتبين لنا هنا أن التلامذة السنة هم الذين سجلوا المتوسطات العليا في ١٤ مقياسا، بينما سجل الشيعة المتوسطات العليا في ٩ مقاييس. والتأمل في النتائج على أساس المحاور يوضح تفاصيل الصورة. في قائمة الشخصية للشباب كانت النتائج مشتتة بين الطوائف. فقد حصل على المتوسطات العليا: الشيعة في محور واحد، الموارنة في محور واحد، السنة في محورين، و«غير ذلك» في خمس محاور. وفي قائمة الشخصية لدى الأطفال (الصفوف ١-٥) سجل السنة المتوسطات العليا في جميع المحاور، وفي قائمة تدقيق السلوك (أطفال الروضات) سجل الشيعة أعلى المتوسطات في ستة من سبعة محاور. وفي نظرة

مقارنة إلى نتائج المحافظة والطائفة معا، يتبين أن أعلى المتوسطات في قائمة الشباب سجلت في بيروت ولدى خليط من الطوائف، وفي قائمة الأطفال سجلت في الشمال ولدى السنة، وفي قائمة تدقيق السلوك سجلت في البقاع والنبطية والجنوب ولدى الشيعة. وهي نتائج متسقة داخليا. وبالتالي فإن حل الأحجية يمكن أن يكون على الشكل التالي: لا يجب اعتبار أي من المحافظتين (النبطية وبيروت) أو أي من الطائفتين (السنة والشيعة) حاضنة لاضطرابات نفسية أكثر من الأخرى بالمطلق. وأنه في كل مرة نتكلم فيها عن المجموعة التي تنتشر فيها الاضطرابات النفسية أكثر من الأخرى يجب تحديد القول عن أي مقياس أو أي اضطرابات نتكلم. والمنطق نفسه ينطبق على التعرض (وآثاره النفسية) بالنسبة للمحافظة والطائفة. فهناك فرق بين المؤشر الإجمالي للتعرض (وهو مجموع عدد الحوادث) و«أنواع التعرض» التي جرى استخراجها من خلال التحليل العاملي. إن تعرض طفل أو شاب لثلاثة حوادث قوية ربما يكون أقوى من تعرض زميله لعشرة حوادث. وأحيانا يكون للتعرض لحوادث بسيطة مثل السماع ومتابعة وسائل الإعلام أثر نفسي أقوى على أطفال لم يعتادوا مثل هذا الأمر مقارنة بأطفال اعتادوا عليه. وكما ذكرنا أعلاه فإن محافظة بيروت شهدت أحداثا من نوع آخر تركت بصماتها كما يبدو على الأوضاع النفسية للأطفال والشباب من جميع الطوائف. خلاصة القول إن ظهور نتائج متباينة بين المقاييس في هذين العاملين (المحافظة والطائفة) وبالمقارنة مع نتائج مستوى التعرض يفرض عدم الركون الى أية تعميمات؛ وإن الفروق تعزى إلى تعدد الأدوات المستخدمة والمحاور المختلفة التي تضمنتها، وتعزى إلى العوامل المخففة المذكورة سابقا، كما يمكن أن تعزى إلى عوامل أخرى سوف نستقصي بعضها أدناه.

٨. مهنة الأب

مع الانتقال إلى هذا المتغير ننتقل إلى مجموعة مختلفة بطبيعتها عن العاملين السابقين، لأنه يصنف الناس طبقا لها ضمن تراتبية طبقية، في حين صنفوا هناك ضمن منطق التنوع. لذلك نسمي العوامل الحالية عوامل التراتبية والسابقة عوامل التنوع.

والأمور هنا واضحة ومتسقة: كلما نزلنا في السلم الاجتماعي زادت نسبة الاضطرابات النفسية. في معظم المقاييس (٢٩ من ٣٥)، ظهرت فروق في

الاضطرابات النفسية تبعا لمهنة الأب. وقد حصلت المهن التي صنفت «دنيا» على أعلى المتوسطات في ٢٦ مقياسا من ٢٩، مقابل مقياسين للفئة العليا ومقياس واحد للفئة الوسطى. هذه النتيجة تقدم تفسيرا إضافيا للنتائج التي حصلنا عليها في عوامل التنوع: إن ارتفاع المتوسطات العيادية لدى السنّة في الشمال يعود إلى الانتماء إلى فئات اجتماعية دنيا. فقد فحصنا الوضع المهني لآباء عينة الصفوف ١-٥، فتبين أن أعلى نسب الفئات الدنيا نجدها في محافظتي النبطية والشمال، ولدى السنّة والشيعة. وبالتالي فإن ظهور السنّة في قائمة الشخصية للأطفال كأصحاب أعلى متوسط في مؤشر الوضع العيادي وفي المحاور يعزى إلى سنّة محافظة الشمال (٩٠% من تلامذة هذه المحافظة هم سنة في عينة الصفوف ١-٥) وليس إلى سنة محافظة بيروت (٢٦% منهم سنة في هذه العينة).

٩. عمل الأم

إن معظم الأمهات لا يقمن بعمل مأجور، بل يعملن كربات بيوت (٨٥% من مجموع العينة). وبالتالي فالمقارنة بين اللواتي يعملن بأجر واللواتي لا يعملن محفوفة بالمخاطر، خاصة بعد تجزئة العينة إلى ثلاث مجموعات تبعا للأدوات المستخدمة مع كل مجموعة (رياض أطفال، صفوف ١-٥، صفوف ٦-١٢). إحصائيا تبين أن هناك فروقاً في النواتج النفسية ذات دلالة بين فئات عمل الأم في ١٩ من ٣٥ مقياسا. ارتفع متوسط الاضطرابات النفسية في الصفوف ٦-١٢ لدى الأم العاملة، في محور واحد وفي مؤشر الوضع العيادي، وفي الصفوف ١-٥ لدى الأم ربة المنزل في سبعة محاور، وفي صفوف التعليم ما قبل الابتدائي لدى الأم ربة المنزل في ستة محاور وفي مؤشر الوضع العيادي. هذه المعطيات المتباينة تمنع استخراج نتيجة عامة أو قابلة للتعميم.

١٠. المستوى التعليمي للأب

أثر هذا المتغير يشبه أثر «مهنة الأب» من جهتين. من حيث عدد الاختبارات ذات الدلالة الإحصائية (٣٢ من ٣٥)، ومن حيث الوجهة: جميع الاختبارات أظهرت أن متوسط الاضطرابات يرتفع مع انخفاض المستوى التعليمي للأب باتجاه المستوى الابتدائي أو الأمي. ويبلغ الوضوح أقصاه مع تلامذة الصفوف ١-٥، حيث سجل

المنتمون إلى آباء أميين أعلى المتوسطات العيادية. وهذا ما يتسق مع النتائج المتعلقة بالمحافظة (الشمال) والطائفة (السنة) التي لاحظناها سابقا لدى تلامذة هذه الصفوف.

١١. المستوى التعليمي للأم

ما قيل عن المستوى التعليمي للأب يصح على المستوى التعليمي للأم، مع فارقين: أن عدد الفروق الدالة إحصائياً أقل (٢٩ من ٣٥)، وأن المستوى التعليمي المتوسط ظهر في ٥ محاور هنا فيما لم يظهر أبدا في عامل المستوى التعليمي للأب. وإذا أضفنا معطيات المستوى التعليمي للأم الى المعطيات المستخرجة حول عملها أمكن الاستنتاج أن وضع الأب المهني والتعليمي يبدو أكثر أهمية من وضع الأم المهني والتعليمي في تحديد مدى انتشار الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والشباب.

١٢. الوضع الأسري للأهل

يقصد بالوضع الأسري ما إذا كان الأبوان منفصلين أو مطلقين. وأرقامنا حول المطلقين والمنفصلين محدودة: ثمة ٢٢٩ شخصا صرحوا أن الأبوين هم في هذه الحالة من أصل ٦٦٣٢ الذين يشكلون العينة، أي ما يوازي ٣,٤%. وهذا العدد يعود لينقسم إلى ثلاث مجموعات، حسب الصفوف. وقد انخفض العدد لدى أطفال الروضات لدرجة لم يعد الاختبار الإحصائي صالحا معهم. لذلك فإن النتائج هنا غير مبنية على معطيات كافية. ما حصلنا عليه هو بعض الفروق الدالة إحصائياً فقط (في ١١ اختبارا من أصل ٢٧). وفي جميع هذه الحالات سُجل المتوسط الأعلى لدى الأبوين المنفصلين أو المطلقين.

مقارنة بين المتغيرات الاجتماعية

يمكن القول إن عوامل التراتبية الاجتماعية كانت أكثر اتساقا من عوامل التنوع في تفسير الفروق في النواتج النفسية للتلامذة. لكأن الوضع الاجتماعي الاقتصادي الأدنى الذي يكون عادة متأزما في زمن السلم يصبح أكثر هشاشة في زمن الحرب، أو أكثر انكشافاً من حيث انخفاض عناصر الحماية ومن بين عوامل التراتبية هذه كانت الخصائص الاجتماعية (المهنة، المستوى التعليمي) للأب أكثر أهمية من الخصائص الاجتماعية للأم. وهذا يشير إلى أهمية دور الأب في توفير الحماية اللازمة للاستقرار النفسي للأبناء في زمن الحرب والاضطرابات الأمنية. وهذه النتيجة تختلف عما

نحصل عليه عادة عندما ندرس العلاقة بين الخصائص الاجتماعية للأبوين والتحصيل المدرسي للأبناء في زمن السلم، حيث بينت دراسات عديدة أن مستوى الأم التعليمي هو أهم عامل على الإطلاق في تفسير النجاح المدرسي للأبناء. على أن اضطراب العلاقة بين الأبوين (الذي يتمثل في الطلاق والانفصال) يعود ليؤثر سلبا في الأحوال النفسية للأبناء.

أما عوامل التنوع، أي الطائفة والمحافظة، فقد بدت آثارها متباينة ولا تأخذ منحى واحدا بالنسبة لكل طائفة ومحافظة على حدة.

التوصية الثالثة: الاهتمام بالفئات الأكثر معاناة من الاضطرابات النفسية

بناء على النتائج المسجلة أعلاه، يمكن القول إن تقديم المساعدة في حقل الصحة النفسية في لبنان يجب أن لا يكون محصورا في طائفة معينة أو محافظة معينة بل أن يتوافر على مستوى لبنان ككل، وأن يستهدف المجموعات والفئات الأكثر تعرضاً والأقل حماية الآتية، بالترتيب التنازلي لمقدار الحاجة إلى الدعم:

١. المدارس التي شهدت أحداثا كثيفة في حرب تموز ٢٠٠٦،

٢. الأطفال والشباب الذين كانوا الأكثر تعرضا لحوادث حرب تموز ٢٠٠٦،

٣. الأطفال والشباب الذين شهدوا أحداثا فردية واجتماعية، مدنية وعسكرية وأمنية، قبل حرب تموز ٢٠٠٦ وبعدها،

٤. الأطفال والشباب الملتحقين بالتعليم الرسمي والمنتمين إلى الأبوين الأقل تعليما، والى أباء تقع مهنهم في الدرجات الدنيا من السلم الاجتماعي،

٥. الأطفال والشباب المنتمين إلى أبوين منفصلين أو مطلقين، أو إلى أسر مفككة عموما، أو إلى أسر يغيب عنها أحد الأبوين لسبب أو آخر.

التوصية الرابعة: مراعاة الجنس والعمر في خطط التدخل النفسي والنفس اجتماعي

١. إن مراعاة الفروق بين الجنسين ضرورية في التعامل مع الأطفال والشباب. ذلك أن طريقة إدراك الخطر، والتعامل معه والتعبير عن المشاعر تختلف بين الجنسين نتيجة للاختلاف الفيزيولوجي أو نتيجة للقوالب الثقافية. قد

يكون الأهل ميالين أكثر للشكوى من التغيرات السلوكية الظاهرة لدى الذكور إجمالاً، لكن كمون الانفعالات لدى الإناث اللواتي يكتفين بالسكوت قد يكون مأزميا أكثر من التعبير الصريح عن الانفعالات.

٢. من الضروري أيضا مراعاة الفروق العمرية، ليس اهتماما بعمر معين أكثر من الآخر، ولكن تقديرا بأن لكل عمر سماته في التعامل مع الصدمات، ولأن سلوكا ما قد يعتبر عياديا في عمر معين يكون عاديا في عمر آخر، ولأن طريقة التعبير عن المشكلة تختلف، فهناك أعراض كامنة وأعراض ظاهرة، ولأن الأهل يجب أن يكونوا على بينة من هذه الأعراض لاسيما لدى الأصغر سنا الذين لا يعبرون لفظيا عن المشكلة.

التوصية الخامسة: اعتماد المدارس كوحدات أساسية لتقديم خدمات الدعم النفسي، وتطوير خدمات الإرشاد النفسي فيها

تبين الدراسة أن الفروق بين المدارس في النواتج النفسية كبيرة، بسبب الفروق في التعرض أو بسبب فروق اجتماعية وجغرافية. هذا من جهة أولى. ومن جهة ثانية فإن المدارس تضم غالبية الأطفال والشباب في لبنان في عمر ٣-١٨. ومن جهة ثالثة فإن المدارس توفر بيئة للدعم المبني على المقاربة النمائية، فضلا عن أنها تسمح بتسهيل توفير الخدمات العلاجية. وهذا يفترض تطوير خدمات الإرشاد النفسي في جميع المدارس اللبنانية، وإحداث نقلة نوعية في هذا الحقل في المدارس الرسمية، وتطوير الأنظمة والأجهزة ذات العلاقة في وزارة التربية الوطنية والتعليم العالي.

التوصية السادسة: التوسع في مفهوم الخدمات النفسية بصورة تغطي الجوانب الوقائية والنمائية

تساعد التوصيات الدولية في موضوع الصحة النفسية، بالإضافة إلى «دراسة الجدوى» التي أجريت بموازاة الدراسة الحالية (تقرير غير منشور) على توسيع آفاق المساعدة النفسية للأطفال والشباب، على النحو التالي:

١. توعية الأهل في مجال الصحة النفسية وكيفية التعرف إلى «لغة الأعراض»

التي يلجأ إليها الطفل للتعبير عن خوفه أو قلقه، وتحفيز التواصل بينهم وبين الأطفال والشباب لما في ذلك من تعزيز لفعل الحضن الأسري الذي يحصن الطفل في مواجهة الشدائد.

٢. تدريب الهيئات التعليمية في المدارس على آلية التعرف إلى الاضطرابات النفسية وعلى إحالة الحالات التي تستدعي تشخيصا إضافيا أو استشارة نفسية.

٣. بناء نظم تقصي في المؤسسات التربوية توفر سجلات شبيهة بالسجلات الطبية للأطفال، بما يسمح بمتابعة نموهم النفسي وتقييم أدائهم المعرفي والانفعالي والسلوكي باستمرار، وبما يسهل على المؤسسات أولاً متابعة الحالات الدقيقة، وثانيًا العمل ضمن الجماعة على تعزيز سبل مواجهة الأحداث الصادمة التي يمكن أن يواجهها الأطفال في المستقبل.

٤. وضع استراتيجيات تدخل قائمة على تدعيم مقومات المرونة عبر: ١) تحفيز الرغبة لدى التلامذة في تحسين الأداء المدرسي، ٢) تنمية الشبكة العلائقية مع الأقران أو مع البالغين والأهل، ٣) تعزيز قدرة الطفل على ضبط الاستثارة واستعادة التوازن العاطفي بعد الأزمة.

٥. وضع استراتيجيات تدخل تأخذ بعين الاعتبار: ١) أن نسبة أعراض ما بعد الصدمة تتدنى بشكل ملحوظ مع مرور الوقت بعد التعرض للأزمة ويبقى عدد الحالات العيادية الحادة التي تتطلب الإحالة إلى العلاج محدودًا، ٢) الاهتمام بالمقاربة النمائية حيث يكون التركيز على دعم عوامل الحماية ومهارات التعامل مع الظروف الموجودة تكوينيًا لدى معظم الأطفال والشباب (كما ورد في التوصية الأولى).

التوصية السابعة: متابعة البحوث العلمية في ما يتعلق بالكشف عن الأحوال النفسية للأطفال والشباب والعوامل المؤثرة فيها وتلك التي تساعد على تجاوزها

إن تقديم خدمات مساعدة للتلامذة في مجال الصحة النفسية، يتطلب، استنادا إلى نتائج هذه الدراسة، وبالنظر أيضا إلى حدود هذه الدراسة، إجراء المزيد من البحوث العلمية الآيلة إلى:

١ . تنويع أدوات الكشف عن الأحوال النفسية للتلامذة بما يسمح برصد الأعراض المتعددة وتحديد أهميتها، بما في ذلك إجراء مقابلات عيادية لعينات من المجموعات الأكثر تعرضا والأكثر معاناة،

٢ . تطوير أدوات الكشف عن الأحوال النفسية، خاصة أن جميع الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة مقتبسة من مجتمعات أخرى. الأمر الذي يفرض إجراء المزيد من البحوث عليها وفحص صدق بنودها، وترابطاتها الداخلية، والعلاقات بين نتائج أكثر من أداة، وفحص صدقها وثباتها عبر الزمن، وفحص دقة نتائجها من خلال عينات تطبق عليها أدوات ذات طابع تشخيصي.

٣ . تضمين الكشف أدوات تكشف عن الحوادث السابقة، ومدى التعرض لحوادث عسكرية، وعن معطيات تسمح بتحديد توافر عناصر الحماية، فعلا أو إدراكا.

٤ . رصد الأشكال الشائعة والممكنة في مقاومة أو امتصاص الصدمات، تلك القائمة موضوعيا في المجتمع (عوامل التكيف مع الحرب والتعاضد الاجتماعي والقضية) وتلك التي تتصل بالقدرات الشخصية والنمو النفسي، كنظم التأويل المعرفي للأحداث، والتحصين النفسي وآليات الدفاع ضد الأخطار، وعوامل الشفاء الذاتي واستيعاب آثار الصدمات وتعويضها من خلال طاقات النماء الحيوية وخصوصا في سن الطفولة والشباب.

المراجع

Allwood, M.A., Bell-Dolan, D., & Hussein, S.A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 450-457.

Al-Naser, F., Al-Khulaifi, I.M., & Martino, C. (2000). Assessment of posttraumatic stress disorder four and one-half years after the Iraqi invasion. *International Journal of Emergency Mental Health, 2*(3), 153-156.

Awadh, A.M., Vance, B., El-Beblawi, V., & Pumariega, A.J. (1998). Effects of trauma of the Gulf war on Kuwaiti children. *Journal of Child & Family Studies, 7*, 493-498.

Hadi, F., & Llabre, M.M. (1998). The Gulf crisis experience of Kuwaiti children: Psychological and cognitive factors. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 45-56.

Nader, K.O., Pynoos, R.S., Fairbanks, L.A. Al-Ajeel, M., & Al-Asfour, A. (1993). A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *British Journal of Clinical Psychology, 32*, 407-416.

Perry, B., Pollard, R., Blakeley, T., Baker, W., & Vigiliante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: How states' becomes traits. *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 271-291.

Qouta, S., & Odeb, J. (2005). The impact of conflict on children: The Palestinian experience. *The Journal of Ambulatory Care Management, 28*(1), 75-9.

Qouta, S., Punamäki, R.L., & El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child and Adolescent Psychiatry, 12*(6), 265-272.

Thabet, A.A., & Vostanis, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 385-391.

Thabet, A.A., Abed, V., & Vostanis, P. (2002). Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: A cross-sectional study. *Lancet, 359*, 1801-1804.

World Health Organization. (2001). *World health report 2001 - Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: Switzerland.

World Health Organization. (2005). *Resolution on health action in crises and disasters*. Geneva: World Health Organization.