

## المحاضرة السادسة: الحداد النفسي

### محتوي المحاضرة:

مقدمة

1-الحداد كصدمة نفسية

2-الحداد لدى المراهق

3-أنواع الحداد:

خاتمة

### أهداف المحاضرة:

التعريف بمفهوم الحداد وأهميته في ميدان الصدمة النفسية.

### الأدوات المستعملة في المحاضرة:

مطبوعة المحاضرات.

الصبورة للشرح.

### مقدمة

تعود الدراسات الأولى ذات الطابع العلمي حول الحداد النفسي والفقدان، إلى القرن السابع عشر، حيث وُجد أن الحداد النفسي لديه سببية قوية في إحداث المرض العضوي والعقلي. يذكر Burton أن الحداد والحزن الناجمين عن فقدان شخص قريب يعتبران سببا أساسيا في الميلانخوليا أو الاكتئاب الحاد، وفيما بعد اعتبرا كسببين رئيسيين في الوفاة. في سنة 1917 نشر فرويد مقالا بعنوان "الحداد والميلانخوليا" اعتبر مرجعا للعديد من الباحثين لسنوات طويلة، حيث اعتبر المؤلف أن الحاد يجب أن يقوم "بعمل" لأن الأمر يتطلب طاقة نفسية، وأشار إلى أن هذا العمل ضروري، وإذا أهمل فإن الحاد يقع في المرض (Zech, 2006, pp.11-13).

تطور علم النفس المرضي، وظهور إشكاليات جديدة، جعل الصدمة النفسية بالمفهوم الكلاسيكي الذي أشار إليه فرويد في أعماله الأولى يكاد يتلاشى ويضمحل، وأصبحت ظروف الفقدان ومشاكل الهجر، والفشل، هي التي تفرض نفسها في قصص المرضى، حتى أصبح مفهوم الصدمة النفسية Traumatisme ، يستعمل أكثر بمعنى فقدان موضوعي أو نرجسي، لم يتمكن الفرد من إنجاز عمل حداد عليه (Brette, 1987, p 66).

أول دراسة إمبريقية أجريت على الحداد النفسي وآثاره كانت من طرف Lindeman سنة 1944 ، حيث نشر بحثا بعنوان "أعراضية وتسيير الحداد الحاد"، وكانت تهدف إلى التعرف على ردود الفعل الناجمة عن الحداد الحاد. أما في سنوات السبعينيات فقد قام Parkes بمجموعة من الدراسات حول الحداد النفسي، وميز مجموعة من المراحل المرتبطة به (Zech, 2006, p

(15) وشيئا فشيئا تكاثرت الدراسات حول الموضوع، حتى أصبح ميدان الحداد النفسي حاليا ميدانا قائما بذاته.

### 1- الحداد كصدمة نفسية

في الواقع، الفقدان العاطفي هو بمثابة صدمة، تثير انخفاض طعم الحياة، حيث يصبح الفرد يعيش فترة من الهشاشة، يكون فيها معرضا للمرض والحوادث، وكل الإصابات، بما فيها الموت. فكل فقدان هو معاناة فضة، وعمل حداد طويل ومؤلم (-Schutzenberger, 2007, p.66). 67 عندما يكون الفقدان غير متوقع، فهو من أشد الصدمات على الذات، جراء الضغط المتولد عنها. ويصعب على الفرد حينها، احتواء فيض الإثارات، الذي لا يمكن التخفيف منه إلا بالرجوع إلى السلوك، وأحيانا الفعل الانتحاري (Duchet, 2007, pp.62-66).

إذا كان لشخصية الفرد دور حاسم في القيام بعمل حداد طبيعي، فإن عوامل أخرى قد ترتبط بالفقدان فتحد من تلقائية هذا السياق. طبيعة الفقدان والعنف الذي يصاحبه، وكذا الطابع المباغت الذي يتميز به في بعض الظروف، كلها عوامل تزيد من تعقيد عمل الحداد، وتضفي عليه طابعا صدميا. ويميز الباحثون بين عوامل الحداد الصدمي التابعة أساسا للشخصية، والطابع الصادم للفقدان كالكوارث الطبيعية والإنسانية بأنواعها (الزلازل، الفيضانات، البراكين، الحروب والاعتقالات...)، إذ كلما كانت الشخصية هشة نتيجة إصابتها بصدمات سابقة غير معالجة، أو بأمراض سالفة، وكان الفقدان مفاجئا وفجا، كلما كان خطر تعرض الفرد لحداد صدمي كبير (Bacqué et Hanus, 2005, p 60-61).

نقترب هنا من نموذج الاستعداد- الضغط، الذي يرى أنه كلما كانت درجة الاستعداد للإصابة بالمرض عالية، وكلما كانت الضغوط الخارجية قوية، أدى ذلك إلى انخفاض عتبة التحمل لدى الفرد في مقاومة الاضطراب، وأصبح احتمال إصابته بالمرض عاليا. وعلى النقيض من ذلك، كلما كانت درجة الاستعداد للإصابة بالمرض ضعيفة، نتيجة العوامل الداخلية، وكلما كانت الضغوط الخارجية بسيطة، أدى ذلك إلى ارتفاع عتبة التحمل ضد الإصابة بالمرض. يمر الفرد عند التعرض لصدمة نفسية شديدة كتلك المتعلقة بالفقدان، بسلسلة من العمليات النفسية المعقدة، تهدف إلى محاولة معالجة الصدمة، وذلك من خلال سلسلة من المراحل المتداخلة، وهي كما يلي:

**مرحلة الضغط،** ويقصد بها رد الفعل الانفعالي الحالي، إنه رد فعل فيزيولوجي اتجاه حادث خارجي عند الكائن البشري يتعلق الأمر بالتناذر العام للتكيف. عندما يتمكن الفرد من التحكم في الضغط، فإن ذلك يكون نافعا ومحفزا، غير أنه يصبح ضارا بالنسبة للفكر والصحة عندما يكون مكثفا (Schutzenberger, 2007, p 25).

تمتد هذه المرحلة من اليوم الأول وقد تصل إلى الشهر .على الصعيد الأعراض، قد يتعلق الأمر بالضغط التكيفي المصحوب ببعض الأعراض المضايقة ( الشحوب، التعرق، خفقان القلب، التشنجات المعوية، توترات عصبية) ، كما قد يتعلق بالضغط المتجاوز في أشكاله الصّعقية، كالتهيح، والهروب والهلع، وردود الأفعال الآلآتية. ينتهي الضغط المتجاوز في أغلب الأحيان ( لكن ليس دائما)، إذ لوحظ أن بعض حالات الضغط التكيفي الظاهري، تبدو لاحقا بأنه قد كان لها طابعا صدميا مستورا، فتنتهي في نهاية المطاف إلى عصاب صدمي. بالتالي لا يوجد هناك تطابق وطيد بين حالات الضغط التكيفي وغياب الطابع الصدمي للصدمة، وحالات الضغط المتجاوز وظهور الطابع الصدمي للصدمة (De Clercq et Lebigot, 2001, p 5).

يتماشى مفهوم مرحلة الضغط في هذا الإطار، مع مفهوم مرحلة الصعق في إطار مراحل عمل الحداد. فيمكن أن نشاهد أفراد يظهرون ردود أفعال مبالغ فيها، فيخيل إلينا أنهم في حالة خطيرة، والأمر غير ذلك. كما يحدث أحيانا أخرى، وأن يظهر الفرد فيها عاديا وكأنه متكيف مع هذه المرحلة "الضغط"، لكن يتضح فيما بعد أن موقفه كان يتضمن رفض الوضعية الصدمية، ومن هنا سوف يكون مؤهلا أكثر لتنمية الاضطراب.

**أما مرحلة ما بعد الضغط،** فهي مرحلة تطور ومراقبة، حيث نرى الضغط ينطفئ ويتلاشى من خلال تفريغ انفعالي نفسي أو عصبي مؤجل في بعض الأحيان، وقد نشاهد ظهور بعض علامات تثبيت عصاب صدمي دائم، في مرحلته الكامنة أو "الانتقالية"، والتي مهما كان الأمر فهي ليست صامتة: حبور مفرط، أو موقف انعزالي، ضمن حيرة مقلقة واكتئابية، والاجترارات العقلية الأولى. هذه المرحلة لا تتطلب عناية خاصة ومركزة من قبل الأخصائي النفسي، وإذا كان لا بد من تدخل علاجي أو وقائي هنا، فهي مرحلة اختيارية للفحوص النفسية أو التفريغية. تتداخل هذه المرحلة

مع المرحلة الثالثة، وهي **مرحلة الأعراض المؤجلة**، وحتى المزمنة، هذه المرحلة لا يمكن بأي حال وصفها بالضغط، ذلك أن جدولها العيادي يختلف عن الضغط، على اعتبار أنه لا يتوافق إلا مع رد الفعل الأساسي للعدوان. في هذه الحالة يقترح العياديون الفرنسيون تسمية "التناذر الصدمي النفسي المؤجل" (De Clercq et Lebigot, 2001, p. 5-6).

في الواقع، كل حداد تقريبا يكتسي طابعا صدميا قل أو أكثر، غير أن حداد ما بعد الصدمة يأخذ بعدا أكثر حدة، وأشد عنفا، وبهذا يمكن أن نفهم أن حداد ما بعد الصدمة هو كل حداد خرج عن المألوف، وكان مؤلما بصورة خاصة. كما يمكن أن يفهم من حداد ما بعد الصدمة كل ما كان مرتبطا بفقدان مفاجيء نتيجة عدوان استثنائي سواءا كان ناتجا عن كوارث طبيعية، أو جراء عدوان إنساني أو خطأ تكنولوجي. تولد الظروف الكارثية لدى بعض الأفراد الضعفاء ردود فعل

خبلية عميقة ودائمة نوعا ما (Hanus, 2007, p.164-165). إذن، الكوارث كشكل من أشكال العدوان، تؤدي إلى إحباط عميق، والشعور بالعجز في مواجهة الطبيعة. عندما يتمكن الفرد من إدراك طبيعة العدوان، ويتمكن من ترميزه وإعطائه معنى، فإن ذلك ينزع عن الحادث طابع الغموض، وبالتالي لا يصبح الحادث يمتلك أثرا صدميا. فالقدرة على إيجاد تصورات للصدمة يعتبر عامل أساسي في معالجتها.

## 2- الحداد لدى المراهق

يتقارب عمل الحداد لدى المراهق مع ما هو معروف عن الحداد لدى الراشد، حتى وإن كان من الصعب أن يعيش المراهق حالة الحداد، نتيجة اكتسابه التدريجي للاستقلالية. فعندما يموت الأب مثلا، يسهل علينا فهم حجم الصعوبات التي يجابهها المراهق نتيجة هذا الفراق، ومن ثم في مساندة نموه الخاص. ومن المهم في مثل هذه الظروف السماح للمراهق بالتعبير عن كل ما هو غير عادي في فقيده، علما أن الوالدين ليسا دائما هما المؤهلان لاحتضان هذا الألم، وأن وجود رفيق أو صديق إلى جانبه يمكن أن يقدم له مساعدة كبيرة (De Broca, 2006, p142-143).

الفرد الذي يكون مؤهلا أكثر لاحتضان مشاعر الفقدان هو الذي يساعد المراهق على التعبير أكثر عن معاشه النفسي، ويطبق تحمل صمته. لا يتضمن عمل الحداد لدى المراهق خصوصيات بالمقارنة مع عمل الحداد لدى الراشد.

لكن في ذات الوقت يجب ألا ننسى الهشاشة التي تتسم بها هذه المرحلة النمائية. إذ هناك محاولات انتحارية، وأفكار انتحارية متواترة لدى المراهقين الذين فقدوا أحد والديهم. كما يمكن أن تتفاقم الأعراض النفسية المرضية المرتبطة بهذه الفترة بالظروف الراهنة وتجعل عمل الحداد عشوائيا (Lebovici, 2002, p.108-109). من هنا يأخذ الاهتمام بهذه المرحلة مكانته، إذ أمام الضغوط الداخلية وفيض الإثارات التي قد تعرضها الصدمات الخارجية، قد لا يجد المراهق ملاذا سوى الرجوع إلى الفعل لتصرف الكم الهائل من الإثارات التي لا يعرف كيف يحتويها. فقد يدرك المراهق وضعية ضغط مؤقتة على أنها دائمة، ولا مجال لحلها. ومن هذا القنوط تتغذى الأفكار الانتحارية، التي قد تتحول إلى فعل في غياب يد المساعدة.

إن وفاة شخص عزيز بالنسبة للمراهق، يمكن أن يثير ثورة عارمة لديه، ويزيد من حدة أزمة المراهقة التي يمر بها. ويبقى الخطر الكبير الذي يواجه المراهق الحاد هو الانتحار، إذ يمكن أن يكون الحداد هو القطرة التي تفيض الكأس، وتجعل المراهق يسير في اتجاه رفض الفقدان، أو التوجه نحو الكحول، أو القيام بسلوكات خطيرة (Bacqué, 1997, p 89). فإذا كان الانتحار هو المخرج الأخير الذي يمكن أن يسلكه المراهق، فليس من الملائم أيضا التقليل من قيمة

السلوكات التي تموه هذه الظاهرة. تعاطي الكحول أو المخدرات، أو التدخين، أو الجنوح، كلها سلوكات ذات بعد انتحاري، من قبيل قتل النفس أو معاقبتها.

تعرض المراهق لصعوبات كبيرة يجعل دخوله إلى الاستقلالية والرشد مُعَرَقًا. ومن هنا فإن الاستقلالية تصبح مرادفة للوحدة والبلبلية. كما أن الرجوع إلى الطفولة وما تحمله من اتكالية على المحيط الأسري يظهر أمرًا مستحيلًا. ومن هنا يجد المراهق نفسه بين عالمين. عالم الرشد الذي لا يستطيع الدخول فيه، وعالم الطفولة الذي لا يستطيع الرجوع إليه، وفي مثل هذه الظروف ينشأ الاكتئاب لدى المراهق (Borentain, 2001, p.63-64). التمتع بين الحالتين، يشير إلى مرحلة انتقالية ووضعية أزمة يكون الصراع فيها على أشده، نتيجة صعوبة اتخاذ القرار وغموض المعالم الناجم عن تدمير الصور الوالدية التي يقوم عليها التوازن النفسي للمراهق إلى حد الآن. إن لوفاة أحد الوالدين أو كلاهما أثر سلبي على المراهق، ويمكن أن يظهر من خلال تدني المردود الدراسي والسلوك الاجتماعي. بينت بعض الدراسات أن المراهقين يواجهون فشلًا في الامتحانات، ويرفضون المدرسة، وأن اهتمامهم يقل اتجاه النشاطات المدرسية. يتوازى هذا مع فكرة أخرى تشير إلى أن تدني الأداء الدراسي هو مؤشر دال على الصعوبات الانفعالية، إذ وجد أن ظاهرة الجنوح لدى المراهقين ترتبط بالفقدان الذي تعرضوا له. أبعد من هذا، هناك من الباحثين من أشار إلى أن وفاة الوالدين يمكن أن يعجل من حدوث الاكتئاب لدى المراهقين الذين لديهم استعدادًا للإصابة باضطراب الهوس الاكتئابي (Osterweis, Solomon, Green,

1984, p113) تدني المردود الدراسي، ورفض المدرسة بالنسبة للمراهق الحاد، ليس سوى شكل من أشكال ضعف القدرة على استثمار المحيط الخارجي، ووجه من أوجه الانسحاب الاجتماعي، والشعور بالعجز في مواجهة المحيط. فما دامت كل الموارد النفسية مستعملة في سبيل معالجة فقدان، وتضميد جراح العالم الداخلي، فلم تبق طاقة لضمان استثمار العالم الخارجي، واستمرار الانسجام معه. ميدانياً، طلبات الاستشارة النفسية بالنسبة للمراهقين الحادين قليلة، حتى وإن كان كثير من الراشدين يصرحون بالمعاناة التي عاشوها لما فقدوا أحد والديهم وهم مراهقين، ويلومون أنفسهم، لأنهم تظاهروا أثناء وفاة أحد والديهم باللامبالاة. كما يصعب كشف سياق عمل الحداد لدى المراهق الذي فقد أحد والديه، وذلك نتيجة سياق سحب المثمنة الذي يفرض نفسه على المراهق. يعتبر هذا السياق في حد ذاته، بمثابة عمل حداد، ذلك أن إعادة تنشيط الصراع الأوديبي يضع المراهق في وضعية أقوى من الأب الذي يجب أن يتماهى به، وبالتالي فلا يستطيع أن يضع رهن التساؤل مشاريع قديمة بين عشية وضحاها. كما أن صعوبات عملية سحب التماهي يمكن أن تتصاعد وتتفاقم في الوقت الحالي بسبب المواقف الأبوية المضادة التي تجعل من الوالدين مراهقين أديبين، فلا يُسهَّلون موت هوماتهم وبالتالي، لا يتسنى لنا الكشف عن عمل الحداد لدى المراهقين بسهولة، إذ غالباً ما يكون ذلك بمناسبة القيام بعلاج أو تحليل

نفسى، حيث يظهر عمل حداد حقيقي، يكتمل على أنقاض آلام شديدة (Lebovici, 2002, p109).

إذا كانت هذه الملاحظة تظهر صعوبة لجوء المراهق لطلب المساعدة النفسية عند تعرضه للفقْدان، فإن ظروف الكوارث تعتبر مواتية للسماح له بالتفريغ الفردي أو الجماعي للانفعالات، وبالتالي إمكانية معالجة الحداد. تعتبر عملية دمج المراهق ضمن الجماعة من بين العوامل التي تسهّل عليه القيام بعمل الحداد، وتفادي الآثار السيئة التي من شأنها أن تؤدي إلى تغييرات غير جيدة في السلوك. كما تسمح الجماعة بالتفريغ الحركي للألم، ثم التماهي بالآخرين، والتعبير عن العواطف. ترتبط تساؤلات المراهق بالمستقبل الذي أصبح فجأة أسوداً، وبصعوباته في تقبل الاكتئاب عند الوالد المتبقي، كما تتعدّد بحثه عن هويته الشخصية والجنسية التي تجتاح كل حيزه الفكري، ومن هنا يصبح الحيز المخصص للقيام بعمل الحداد ضيقاً لديه (Bacqué, 1997, p.89-90).

تتعدّد وضعية المراهق أكثر عندما تسقط على كاهله مسؤولية كبيرة، فيجهد نفسه لأن يكون في مستواها، الأمر الذي لا يسمح له بأن يتفرغ لحاله، ويضطر لأن ينضح قبل الأوان، معرضاً سلامته للخطر.

### 3-أنواع الحداد:

هناك عدة اضطرابات عقلية حادة تتجم عن الحداد النفسي، عرفت منذ عهد طويل، مثل ميلانخوليا الحداد وخطر الانتحار، وهوس الحداد والسورات الهذيانية مع الهلوسة، التي تصل حتى إلى إعادة معايشة الميت بشكل وهمي. أما أمراض الحداد المُقَنَّعة فهي أكثر تواتراً من الاضطرابات العقلية الحادة، نتيجة تطورها التدريجي. وعادة ما تتطور أمراض الحداد بعد التعرض إلى فقدان موضوعي من عصاب تم تشكُّله سابقاً (Nachin, 1998, p17). كما يمكن أن يقود الحداد المرضي إلى العصاب ونجد أنفسنا أمام السؤال الذي يطرحه المختصون غالباً في هذا الميدان. هل الحداد يقود إلى المرض النفسي، أم أن المرض النفسي هو الذي يقود إلى تعرقل الحداد؟

يُمَيِّزُ حالياً بين نوعين من الحداد المرضي هما : الحداد المعقد (deuil compliqué) والحداد السيكاتري (deuil psychiatrique).

#### \*الحداد المعقد

يشير إليه بعض الباحثين حالياً، منهم بريجرسن، بالحداد الصدمي (deuil traumatique) ، وهو الذي يسلك مساراً غير معتاد، وغالباً ما يؤوّل إلى عيب (défaut) في مراحل الحداد ، دون أن ينتهي إلى مرض عقلي معين نتطرق فيما يلي إلى هذه الأنواع على سبيل المثال لا الحصر.

**1- الحداد المؤجل (le deuil différé):** يتميز هذا النوع بكون وضعية الرفض الأساسية لواقع فقدان تستمر في الزمن، وبالتالي تعيق عمل الحداد من أن يُباشر، حيث لا يطرأ أي تغيير في نمط الحياة للحاد، ويستمر في الاعتقاد بحضور الفقيد لوقت ما، وبصورة قريبة من الهلوسة، فيتصرف وكأن شيئاً لم يحدث فلا يتم تفرغ الانفعالات والآلام المرتبطة بالفقيد (Bacqué, 2003, p72).

في حالة الحداد المؤجل لا يُظهر الحاد ردود الفعل المعتادة المرتبطة بالحداد السوي، تغيب تعابير الحزن لوقت طويل، ويحدث رفض للمشاعر المرتبطة بالفقدان، فيخيم شعور وكأن شيئاً لم يحدث، ومحاولة تجنب الذكريات المرتبطة بالفقدان. يمكن أن يندesh المحيط لغياب الانفعالات وعدم الحساسية للحزن، حتى وإن كان الأفراد في هذا النوع من الحداد لا يرفضون واقعية الفقدان (Zech, 2006, p 88).

**2- الحداد المزمن (le deuil chronique):** يتميز باستمرار الحزن والأعراض الاكتئابية من ستة إلى إثنا عشر شهراً (Bourgeois, 2003, p73). يستقر الحاد في مرحلة الاكتئاب، دون أن يجد منها مخرجاً، فهو لا يرفض الفقدان بل يقره، لكن في نفس الوقت لا يتقبله، ويبقى في علاقة مستمرة مع الفقيد، تتناوبه مشاعر قلق وذنب قوية من حين لآخر، تعيد إحياء الوضع من جديد. يتميز هذا النوع بتغير في مدة وحدة الظواهر الموجودة في الحداد الطبيعي حسب الظروف وذكرى الفقدان، حيث يعمل الرفض على إطالة الحداد وينتهي إلى وضعية هذائية للحداد، كما يقود التعارض الوجداني أحياناً إلى تثبيت الحداد في مرحلة ما، أو إلى الانتحار حسب شدته.

الحداد المزمن هو استمرار للحداد السوي، حيث تستمر الأعراض المرتبطة به لوقت أطول. ويتضمن مفهوم الحداد المزمن فكرتين: الأولى، هي أن ردود الفعل المرتبطة بالحداد يجب أن تتوقف بعد فترة؛ أما الثانية فتتضمن أن الصيرورة الطبيعية للحداد تُفرض أن روابط الحداد مع الفقيد يجب أن تنقطع (Zech, 2006, p 84).

وبهذا، فلما تستمر أعراض الحداد أو العلاقة مع الفقيد بعد زمنية محددة، فإن الحداد السوي سيتحول إلى حداد مزمن.

**3- الحداد المُقنَّع (le deuil masqué):** يكون هذا النوع من الحداد المقنَّع لما لا يتمكن الحاد من إنجاز أو عدم إنهاء الحداد، ويتميز بكون الأعراض السيكوسوماتية تكون في الواجهة الأولى. تتلشى الأعراض الجسدية عندما يتم الاعتراف بالحداد والاكتئاب، وتتم معالجتها (Bourgeois, 1996, p41). تكون الشكوى الأساسية للمريض مرتبطة بآلام أو أمراض عضوية، أما المعاناة النفسية فلا تظهر إلا ثانوية. يصعب في مثل هذه الظروف فهم هذه الظاهرة على غير المتخصص، نتيجة إلحاح المريض على الطابع العضوي للأعراض. يُفترض

في مثل هذه الظروف اقتفاء أثر الكتابة من العرض العضوي، لأن إهمالها قد يؤدي إلى تجذر الاكتئاب في الشخصية أكثر فأكثر، فيستعصي علاجه فيما بعد.

### \*الحداد السيكاتري (deuil psychiatrique) :

يسبب الحداد السيكاتري تغييرا خطيرا في الحالة العقلية للفرد، ويؤدي إلى انحلال شخصيته، حيث تنمو سلوكيات خطيرة على حياة الشخص وعلى محيطه. يؤول الحداد السيكاتري إلى اضطراب من الاضطرابات المرضية المعروفة، أو يعيد إحياؤها بعدما كانت قد شفيت سابقا . من هذه الأنواع نذكر: الحداد الهستيرى، والحداد الهجاسى، والحداد الميلانخولى، والحداد الهذيانى .سوف نتعرض على سبيل المثال لا الحصر للأنواع التالية:

**1-الحداد الهستيرى:** يظهر على قاعدة شخصية هستيرية مرضية. تتميز بصعوبات علائقية، وأعراض تحويلية.

في إطار العلاقات يسعى الفرد إلى لفت انتباه الآخرين، وإلى استجداء عطفهم، ويُغَيِّر شخصيته حسب الظروف التي يتواجد فيها، ويبدو أنه يلعب دورا مسرحيا (De Broca, 2006, p165). تظهر ردود الفعل والسلوكيات في الأيام الأولى للفقْدان مختلفة، وليس من النادر أن تظهر الأمور عادية لوقت معين، ولكن قليلا ما يتمكن هؤلاء الأفراد من إظهار مشاعرهم عن طريق البكاء، والتأسف. يُخفي هذا المظهر العادي في بعض الأحيان مواقف رفض دائمة. كما يظهر بعض المفحوصين غيابا للألم يشير إلى أن صيرورة الحداد قد تم كفها. عدد معتبر من المفحوصين يُخرجون معاناتهم مظهرين أزمات إنفعالية عنيفة، وتقريغات حركية. كما يشكل آخرون بسرعة أعراضا تحويلية حادة (Hanus, 2007, p 243).

الأعراض الجسدية الأكثر شيوعا هي اضطراب في وتيرة خفقان القلب، والشلل . محاولة الانتحار تكون واردة أكثر عند الحالات التي يكون لديها الشعور بالفقْدان لا يطاق، ذلك أن الحداد يمكن أن يحرض عند هؤلاء الفشل الأول في تجاربهم العلائقية. الهستيريا في حد ذاتها، تعتبر من طرف بعض الباحثين على أنها حداد أوديبى مرضى (Bacqué, 2003, p 81). أي أن الفشل في تجاوز الحداد المرتبط بالمرحلة الأوديبية يقود إلى الهستيريا.

### 2- الحداد الهجاسى

لا ننتظر في هذا النوع من الحداد أن يظهر المعنى مشاعر الحزن والألم بصورة واضحة، بل يميل إلى الاحتفاظ بكل شيء في ذاته، لكنه يبقى يعاني ويتألم في صمت . تتلخص ردود الحد الهجاسى في اشتداد حالة الإنهاك المعتادة، والرغبة في إكمال الواجبات المرتبطة بفقيده "ترتيب مراسم الدفن، معالجة الأمور الإدارية المتعلقة بالوفاة". ومنذ الساعات الأولى للفقْدان تبدأ مشاعر لوم الذات في الظهور. يمكن أن تعرقل هذه المشاعر عمل الحداد بأكمله (Hanus, 2007, p 252). لأنها تغذي التعارض الوجداني، الذي يعتبر عنصر أساسى في الحداد



المرضي. كبت النزوات لدى الهجاسي يكون غير كاف، ولذلك، لما يملئ الواقع وفاة شخص عزيز، تنتشط حالاً رغبات عدوانية اتجاهه. يقود التعارض الوجداني الذي سيطر على الهجاسي إلى مشاعر ذنب حادة، لأن نزعاته التدميرية تصطمم بتحققها على أرض الواقع، ومن هنا ينجم اكتئاب خطير يطيل مدة الحداد الطبيعي. كما أن التماهي بالفقيد يُنشط رغبات في الموت اتجاه الذات، وتجتاحه مشاعر لوم الذات بشكل مستمر، وأحياناً تعرقل حياته، وتنتهي إلى فعل انتحاري، أو إلى انطواء حول الذات (Bacqué, 2003, p 84).

### 3- الحداد الميلانخولي

لعل أول فرق بين الحداد العادي والحداد الميلانخولي يكمن في الشعور بتقدير الذات، الذي يحافظ عليه الفرد في الحداد السوي، ويضطرب في الحداد الميلانخولي (Freud, 2002, p147). أما الاختلاف الثاني فهو متعلق بطبيعة الفقدان. الفقدان في الحداد العادي موضوعي، والحاد يعرف ماذا فقد، أما في الحداد الميلانخولي فالفقدان نرجسي، والحاد يجهل ماذا فقد. الفقدان في الحداد السوي يكون موضوعي وشعوري، فهو مرتبط بفقدان موضوع في العالم الخارجي، أما في الميلانخوليا، فإن الفقدان لا شعوري، وهو مرتبط بموضوع داخلي ممثلن ونرجسي (Hanus, 2007, p 233). لذلك يكون الاكتئاب لدى الحاد مفهوماً، لأن الفقدان واقعي وشعوري. أما الاكتئاب في الميلانخوليا فهو حاد وغير مفهوم، لأننا لا نجد فقداناً موضوعياً أو شعورياً. حتى الميلانخولي في حد ذاته لا يعرف ما حصل له، وأهم ما نندهش له أن نجده يعتقد فعلاً أنه حقيق وعديم القيمة. يحدث الحداد الميلانخولي على الشخصية المرضية الميلانخولية، التي تتميز باكتئاب شديد مع لوم عميق للذات يصل إلى حد كره الذات. الأسباب التي تؤدي إلى ردود الأفعال هذه لا شعورية، ذلك أن هذه الشخصيات لا تعرف لماذا تستجيب بهذه الطريقة، لأن الفقدان داخلي (De Broca, 2006, p 169).

حسب فرويد، يسقط ظل الفقيد على أنا الحاد بفعل التماهي بالفقيد، فَيُعَالِجُ الأنا كما لو أنه الموضوع المفقود، وتتجه إليه حينئذ النزوات العدوانية التي كان يُفترض أن تتجه نحو الفقيد.

### خاتمة

عموماً، فإن مختلف أعراض الحداد المرضي، لا تشكل في الحقيقة سوى إفراطاً للظواهر المعتادة التي نجدها في أي حداد سوي، يعقب فقدان شخص عزيز. فرفض الواقع، والتعارض الوجداني، والعدوانية، ومشاعر الذنب كلها تتواجد في الحداد الطبيعي، إنما شدتها، وإزمانها، وخطورتها هي التي تمنحها الطابع المرضي. كما أن ما يجعلها تتحول لاضطرابات خطيرة إنما هي شخصية الضحية، والظروف التي يتم فيها إنجاز عمل الحداد.

