



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة باجي مختار - عنابة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس الارطفونيا



محاضرات في مقياس

علم نفس الصدمة

موجهة لطلبة السنة اولى ماستر علم النفس  
العيادي

إعداد الدكتور: بوشريط ساسي

السنة الجامعية: 2024/2023



فهرس المحتويات	
أ	المقدمة
01	(1) مدخل الى الصدمة النفسية وتعريفها
1	تمهيد
1	تعريفات الصدمة النفسية
3	مصطلحات متعلقة بالصدمة
6	التعريف الاجرائي للصدمة
8	خلاصة
02	(2) النظريات المفسرة للصدمة النفسية
9	1. الصدمة من وجهة نظر التحليلية
10	2. التحليل النفسي وصدمة الأنا
11	3. السيكوسوماتيك التحليلي
11	4. النموذج البيولوجي العصبي
12	5. مركزية الأعصاب والعلامات البيولوجية للصدمة
12	6. الاثر العصبي البيولوجي للصدمة
14	7. النظرية السلوكية
15	8. النظرية المعرفية
16	9. النظرية البيولوجية
17	10. النظرية البيوكيماوية
18	خلاصة
03	(3) المظاهر النفسية والمرضية للصدمة عند الطفل



19	تمهيد	
19	1. تحديد المفاهيم	
20	2. مفهوم الصدمة النفسية عند الطفل	
23	3. ردود الفعل	
24	4. المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الطفل	
27	5. مظاهر الصدمة النفسية لدى الطفل المعتدى عليه	
29	6. آثار الصدمة النفسية عند الطفل: مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الطفل	
32	7. طرق التدخل لمساعدة الأطفال المتأثرين بالظروف الصادمة	
33	8. التكفل النفسي لدى الطفل المصاب بالصدمة:	
34	9. حالة نموذجية للصورة السريرية لطفل في سن المدرسة (6 إلى 12 سنة)	
35	10. الصور السريرية حسب العمر	
36	11. الوقع النفسي الفوري	
38	12. الوقع النفسي العاجل :	
38	13. أعراض الصدمة النفسية حسب DSM5	
41	14. التكفل النفسي عقب الصدمة النفسية:	
41	15. إجراءات وقائية تفيد في التخفيف من الضغوط وتجنب وقوع الصدمة النفسية:	
43	16. دراسة حالة:	
44	خلاصة	
	<b>(4) المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الراشد</b>	<b>04</b>
45	تمهيد	
45	1. تعريف الصدمة النفسية	
46	2. أنواع الصدمات النفسية	
48	3. مراحل الصدمة النفسية	



49	4. تأثير الصدمة النفسية	
51	5. العوامل التي تزيد النتائج السلبية للحدث الصادم	
51	6. ردود الفعل للصدمة النفسية	
53	خلاصة	
	<b>(5) الاضطرابات المصاحبة للصدمة</b>	<b>05</b>
54	تمهيد	
54	1. التشخيص الفارقي	
66	2. الاضطرابات الجسدية المصاحبة للصدمة النفسية	
71	3. الاضطرابات النفسية	
75	4 القلق العام	
78	خلاصة	
	<b>(6) أساليب التعامل مع الصدمة النفسية:</b>	<b>06</b>
79	تمهيد	
79	1. التدخلات النفسية الفورية	
81	2. تسيير الأزمة	
81	3. التطهير المبكر: (Defusing)	
82	4. المساندة النفسية الاجتماعية	
82	5. التدخلات النفسية بعد الفورية	
82	6. التطهير النفسي	
83	7. إزالة الصدمة عن طريق حركة العين: EMDR	
84	8. أساليب مواجهة الصدمة النفسية	
85	9. علاج الصدمات النفسية	



86	خلاصة	
	<b>(7) العلاجات السيكودينامية للصدمة</b>	<b>07</b>
87	تمهيد	
87	1. الفرضيات الاساسية للمنظور النفسي الديناميكي	
88	2. نظريات ديناميكية أخرى أكثر حداثة	
91	3. مراحل العلاج النفسي السيكودينامي	
91	4. التقنيات العلاجية في النظرية السيكودينامية	
94	5. النماذج العلاجية النفسية الدينامية للصدمة	
96	6. تقنيات العلاج النفسي الدينامي	
97	خلاصة	
	<b>(8) العلاج المعرفي السلوكي للصدمة</b>	<b>08</b>
98	تمهيد	
98	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي	
99	2. أهداف العلاج المعرفي السلوكي	
99	3. مبادئ ومسلمات العلاج المعرفي السلوكي	
100	4. مراحل العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي	
105	5. التقنيات السلوكية المعرفية التي تعالج الصدمة	
107	خلاصة	
	<b>(9) إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين EMDR</b>	<b>09</b>
108	تمهيد	
108	1. تعريف إزالة الحساسية بحركة العين EMDR	
109	2. تاريخ ظهور تقنية إزالة التحسس بحركة العين EMDR	



111	3. اهداف ومبادئ تقنية EMDR	
111	4. هل شاييرو اول من اكتشفت تقنية EMDR	
112	5. الاساس النظري لتقنية EMDR:	
114	6. المكونات الاساسية واهداف المعالجة بواسطة EMDR	
116	7. تفعيل نظام المعالجة المعلوماتية l'information	Activation du système de traitement de
118	8. مراحل ممارسة تقنية EMDR	
123	9. مدى فاعلية تقنية EMDR ومقارنتها بالعلاجات الاخرى	
124	10. حالات تطبيق ال EMDR:	
125	خلاصة	
126	خاتمة	
127	قائمة المراجع	

فهرس الاشكال		
80	مخطط يوضح اساسيات التدخل النفسي الفوري	01



فهرس الجداول		
80	اقتراح MITCHELL 2007 المواجهة الفورية لاي حدث صدمي	01

## مقدمة



في البداية تجدر الإشارة الى علاقة الصدمة النفسية بعلم النفس العيادي، كذا مكانته وأهميته بالنسبة لطور الماستر. كما نعلم ان علم النفس العيادي هو علم يدرس الفرد في وسطه الطبيعي، وهذا بدراسة معمقة لانفعالاته، تصوراته، وسلوكاته، اي كل ما يحول في داخله، سواء كان في الحالة السوية أو في مجال الاضطرابات النفسية والعقلية، لهذا تتجلى مكانة الصدمة النفسية في هذا العلم، التي تشكل ظاهرة نفسية غير عادية، تهز الجهاز النفسي للفرد، وتعرضه إلى هشاشة قصوى، قد تنهار كلياً أو جزئياً كل الدفاعات المحاولية لإعادة النظام والاتزان الداخلي. أما بالنسبة لإدراج هذا المقياس في طور الماستر، فهذا يعد من الضروري دراسته، وهذا لعدة أسباب تخص الممارسة العيادية لأخصائي النفساني وكذا البحوث الأكاديمية. ونذكر أهمها هو التقاء النفساني بهذه الظاهرة في مساره المهني، وهذا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، فهناك من يتردد على العيادة النفسية لطلب المساعدة عقب معايشة لحدث صدمي، وظهور أعراض غير معهودة لا يستطيع تخطيطها لمفرده، لا سيما مع انتشار الحروب والنزاعات في العالم وكذا كل أشكال العنف الجسدي والمعنوي في زمن التنافس الجيوسياسي والاقتصادي. كما نجد من يأتي لأسباب لا تبدو في الوهلة الأولى ذات صلة بمعايشة حدث صدمي قد كان وراء صدمة نفسية، تعتبر نواة لشبكة من الارتباطات والاتفاقات التي اسفرت عن أعراض ظاهرية، هي بمثابة نتيجة تغيرات، تشويهاً وتحويلات كفيلة عن حجب الصدمة النفسية الأصلية إن الحياة الإنسانية عرضة دائماً لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه الإنسان، ومع الوقت يدرك الإنسان موضوعية هذه التهديدات وحقيقتها كما يدرك أن آماله نجاحه أكبر كثيراً من احتمالات موته وبهذا تترسخ لديه فكرة الموت المؤجل إلى أجل غير مسمى، فهو يعتقد بقدرته على تجاوز الأخطار والتهديدات وإذا كنا في مجال الحديث عن الصدمة النفسية فإن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان هي تلك المواجهة فجأة مع الموت فهذه المفاجأة تزيل عن ذهنه فكرة التأجيل وتدفعه للتفكير باحتمال موته في أية لحظة أو ضمن فترة معينة من الزمن وستحاول من خلال هذا الفصل المتعلق بالصدمة النفسية إلقاء الضوء عن مختلف المفاهيم السيرورات الميكانيزمات المستعملة والاضطرابات الواردة والتي تكون عادة مرتبطة بالصدمة النفسية، كما سنحاول اقتراح بعض الاستراتيجيات المساعدة في التكفل بالأفراد المتعرضين لصدمة عنيفة مهما كان نوعها.



## المحاضرة 01:

مدخل الى الصدمة النفسية وتعريفها



## (01) مدخل الى الصدمة النفسية و تعاريفها

تمهيد:

ان الحياة الانسانية عرضة دائما لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه الإنسان. وعندما نتكلم عن التهديدات فنحن نخص بالذكر أحداث فجائية وغير متوقعة تعرف بالصدمة ولأكثر تحديدا فنحن في مجال الصدمة النفسية فان أكبر تهديد يمكن للإنسان ان يتلاقاه هو تلك المواجهة المفاجئة إثر حوادث شديدة وعنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة تخلف ما يسمى بالصدمة النفسية بحيث تجتاح قدرة الإنسان التحملية ودفاعاته النفسية التي تحميه في مثل هذه المواقف. بحيث يخلف الحدث الصادم اثارا بليغة إما اثار عضوية او نفسية او تغيرات في الشخصية وهذا نتيجة لعدم السيطرة والتحكم في ردود الفعل حيث ينشا عن الصدمة الخوف والرعب وأعراض أخرى خطيرة لأنها حدث عاطفي انفعالي يمس التوازن النفسي. وخلال هذا العرض سنتناول مجموعة من التعريفات باختلاف وجهات النظر المستخلصة من النظريات المختلفة والتي ساهمت في تفسيراتها للصدمة النفسية، وبالرغم من اختلاف التعريفات ووجهات النظر والتفسيرات إلا أنها تتفق في أمر معين ألا وهو أن الصدمة حدث عنيف مهما كان مصدره يجتاح قدرة الفرد والياته الدفاعية يؤثر على الأداء الوظيفي العصبي والأداء الحركي للشخص أي انه حدث عنيف قوي واقتحامي مهما اختلف الموقف او شدة ذلك الحدث أو اختلاف الأعمار او الأجناس. فأكبر صدمة يمكن للإنسان أن يتلقاها هي تلك المواجهة المفاجئة مع الموت والتي تزيل من الذهن فكرة التأجيل وتدفعه للتفكير باحتمال موته في أي لحظة، كما أن ردود فعل الفرد إزاء هذا النوع من الصدمات لا يكون دائما متكيف ويمكن أن تكون عواقب وخيمة على صحته العقلية والنفسية على المدى الطويل خاصة إن لم يتمكن من تجاوز هذه الصدمة وإرضائها بالسبل السوية. لذا يسعى الفرد في حياته إلى تحقيق الامان للوصول إلى درجة معينة من الصحة النفسية و الجسمية والعقلية، ولكن في معظم الاحيان يخفق الفرد في ذلك بسبب تعرضه إلى الكوارث الطبيعية و الأزمات البشرية التي تهدده بالموت أو توصله إلى مواجهة حقيقية مع الموت و التي من شأنها أن تخلق أزمات نفسية تعيق الفرد عن أداء نشاطه بطريقة معتادة فيدخل الفرد بذلك في صراعات نفسية تؤثر على مختلف سلوكه اليومي وعلى حسب شدة الازمة و حسب طبيعته و البيئة و الشخصية و الأثر الذي تتركه في نفسيته فيتحول بذلك الفعل أو الحدث إلى صدمة نفسية.

### 1. تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية:

مر مفهوم الصدمة النفسية بمرحلة تاريخية طويلة حافلة بالإنجازات الباهرة والناجحة خاصة في مرحلة ما قبل التاريخ، ولعل أبرز تلك النجاحات هو ذلك النجاح التاريخي الذي أبرز ملاحظات أخرى وجديدة مثل قصة ايبيزدوس المذكورة لدى هيرودوت هذا الجندي الذي فقد بصره في معركة ماراتون وهي بلدة تقع على بعد 40 كلم على أثينا.

بعد عدة قرون جاء كتاب ألفه قبل الميلاد يهدف هذا الكتاب الى حث الناس على مواجهة الخوف، الموت والآلهة مشخصا حالة الأحلام الصدمية التي ترجع طبيعة الأحلام الى معايشة الأحداث خلال ذلك اليوم مواضيع أحلامنا هي في الحقيقة

التي شددت انتباهنا أطول مدة وتطلبت منا بذل جهد نفسي في واقعنا، نشن معارك ونواجه القتال البحري وندعم كفاحنا المعتاد ضد العاصفة. بعد ذلك جاءت الحروب الدينية التي ابرزت الأعلام الصدمية خاصة في الحروب التي جمعت بين الكاثوليك والبروتستانت ما بين 1562 و 1598 و تسجل الحروب الدينية ضمن إطار صراعات عقائدية على الصعيد الأوروبي ، حيث ان الملك شارل العاشر مع نهاية مجزرة ، هذه المجزرة منظمة ضد البروتستانت الذين أعدموا في باريس نهاية أوت 1572 ، حيث اتصل بطبيبه الشخصي ليلبغه لتعرضه لأحلام مضايقة و تثير لديه صدمات ما أدري ما للذي يحدث معي منذ يومين او ثلاثة (إني أحس بشيء ما في نفسي و جسدي و كأن على الحمى إنه يتهاى لي و كأنني أرى يقظتي و في نومي أن أجسام أولئك القتلى ماثلة أمامي و أواجههم، حيث أن مصطلح الصدمة النفسية مشتق من اليونانية و كان يستعمل في الجراحة ليدل على حدوث فعل عنيف على الجسم بسبب حدث خارجي مثل ضربة جرح ... و ليدل أيضا على عنف من أصل خارجي ، و من جهة أخرى آثار الحدث على الجسم التي قد تقصر أو تطول ، و قد بقي هذا المعنى المزدوج عندما نقل الى الطب العقلي ثم الى التحليل النفسي.

لقد أدخل هذا المصطلح هرمان ابنهايم الطبيب النفسي الألماني سنة 1884 ليصف الأحداث العنيفة التي تؤثر على النفس اعتداءات وحوادث... وتأثيرها أي العصابات الصدمية. يعتبر ابنهايم المرجع الأساسي في تاريخ العصابات الصدمية ولقد ادخل نهاية القرن 19 مفهوم الصدمة النفسية في علم النفس المرضي فنشر مرجعه حول العصابات الصدمية 1888 وفي الحقيقة هو مرجع حول النفس الموضوع كتبه بالتعاون مع زميله في 1884 يعرض ابنهايم في مرجعه 1888 42 حالة عصاب ناتجة عن حوادث العمل وحوادث السكة الحديدية، ومنها نشأ مفهوم الصدمة السيكلوجية.

وسرعان ما استعمل هذا المصطلح ليشرح بعض حالات الهستيريا، وكذا فرويد الذي حول بعمق هذا المفهوم. وأكدت دراسة فونتانا وآخرين أن سبب الشروع بالانتحار بين أفراد عينة مؤلفة من 1198 جنديا من المشاركين في حرب الفيتنام، راجع الى ان الاضطرابات النفسية كانت العامل الرئيسي وراء حالات الشروع بالانتحار.

وأن التعرض للحدث الصادم يؤدي الى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة الذي يؤدي بدوره الى الشروع بالانتحار، والواقع ان الفترة ما بين الحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية شهدت مآسي كثيرة عن آثار الحروب وهذا ما دعا الاختصاصيين الإكلينكيين والخبراء العسكريين الى اعتبار ان الانهيارات النفسية للجنود الأمريكيين في الفيتنام أظهرت أعراض الاضطراب لدى أكثر من ثلث الجنود العائدين، ولعل هذه الأعراض النفسية المرضية التي صاحبت حرب الفيتنام هي التي بلورت مفهوم اضطراب الشدة ما بعد الصدمة.

ولم يقتصر اهتمام الباحثين على ناحية الحروب فحسب بل هناك أحداث أخرى ساهمت في تطور البحث في اضطراب لضغوط التالية للصدمة مثل كوارث طبيعية، حوادث العنف والاعتصاب.

حيث ظهرت في نفس الفترة تقريبا اعراض عند النساء اللواتي تعرضن الى الاعتداءات الجنسية تشبه الى حد كبير اعراض قداماء محاربي الفيتنام بالرغم من الاختلاف الكبير بين نوعية الأحداث الصدمية هذه الأعراض تتمثل في الخوف، القلق، اعادة تذكر تفاصيل الحادث الصدمي. (عابد عواد، 2004 ص ص 12-13)

## 2. تعريفات الصدمة النفسية:

يرجع تنوع التعاريف الى اختلاف وجهات النظر المنبثقة من النظريات المختلفة غير ان الخطوط العريضة يتفق عليها كل المختصين في الميدان:

لغة: تشتق كلمة صدمة في اللغة العربية من مصدر تصادم يصدم والتي تعني التقاء عنيف بين شيئين، والصدمة هي ما يحدث عند هذا الالتقاء. (البستاني. براورز واخرون، 2014، ص 347)

اصطلاحا: الصدمة النفسية هي معايشة الفرد لخبرة الحدث أو مشاهدته أو مواجهته، وهذا الحدث يتضمن موتا أو أذى حقيقي أو تهديدا للفرد أو أشخاص الآخرين مع حدوث ردة فعل فورية مثل الشعور بالخوف الشديد أو الرعب.

وفي الواقع أن الصدمة هي كلمة ذات أصل يوناني استعملت قديما في الطب والجراحة وتدل الكلمة المخصصة Traumatisme في اليونان على الجرح مع الكسر ومن مفرداته باللغة الفرنسية Trauma الأذى للحديث عن الآثار التي يتركها جرح ناتج عن العنف الخارجي.

تطور مفهوم الصدمة: استعارة مصطلح الصدمة من العلوم الفيزيائية وعلم الأمراض التشريحية والانتقال بالمفهوم من الصدمة العضوية التي ينتج عنها الجروح الى الصدمة النفسية للدلالة على اصابات وجروح في الجهاز النفسي فالصدمة النفسية هي نقل للمؤثرات حسية قوية سببها عوامل نفسية خارجية الى الجهاز النفسي هذه التنبهات خطيرة يتم التعرف عليها ضمن السجل الحيد وهو الجهاز النفسي اما العوامل المرافقة لها تأخذ بعين الاعتبار في حدود تأثيرها النفسي الناتج عنها. (عبد الخالق، 1993، ص ص 100-101)

الصدمة هي حدث او تجربة معاشة في حياة الانسان تؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة كبيرة جدا من الاثار، تتحدد تبعا لشدها وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه، اذ ان محاولة خفض التوتر الناتج عنها بحلول سوية ومألوفة تؤول بالفشل. وهذا ما يضطر الانا للقيام بدفاعاته لمواجهتها حيث تختلف الدفاعات تبعا لقوة الانا وطبيعة التثبيات وتوقفات مراحل النمو، وقد عرفها معجم التحليل النفسي على انها حدث في حياة الفرد يتحدد بشده وبالعجز الذي يجد الشخص نفسه فيه والاستجابة الملائمة حياله، بما يثيره التنظيم النفسي من اضطراب وأثار دائمة مولدة للمرض وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الاثار تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الاثار .

(Laplanche et Pantalís, 2007, p 300)

أما الجمعية الأمريكية للطب العقلي فتزى أن الصدمة النفسية تحدث "عندما يعيش الفرد أو يشاهد أو يواجه حدث يتضمن تهديدا فعليا بالموت أو جروح خطير يفقدان سلامته الجسدية أو بخطر على أحد الأقارب، الأصدقاء أو بتدمير سكن أو اكتشاف جثة أو جريح فتكون استجابته بالخوف والرعب والعجز وفقدان التحكم وعرفها عن طريق ستة عناصر:

- شخص كان عرضة او واجه حادثا ومجموعة من الحوادث قتل او عرضة للقتل او تهديد بالموت وان الجملة الفيزيائية للفرد هددت او حطمت رد فعل الشخص المعرض وجه اثاره انفعالية تتميز بالخوف وعدم قدرته على النشاط والرعب.

- اعادة معايشة الحادث في اشكال مختلفة مثل ذكريات متكررة وملاحظات داخل صور وتفكير كوابيس متكررة وهن نفسي كلما تعرض لمثير داخلي او خارجي.

- ديمومة واستمرار التجنب يعطي اضطراب المصدوم الي بذل جهد ليسيتر على الافكار او العواطف او مواقف ذات علاقة بالحادث.

- عدم القدرة على تذكر عامل مهم في الصدمة والاحساس بالعلاقة مع الاخرين وتنشيط للعواطف والحاجات والتطلعات.

- اما بالنسبة للجانب العصبي أكثر ما يميزها سرعة الاستثارة واضطرابات ادراكية وردود افعال فيزيولوجية.

اذن فهي حادث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة ويؤثر على الفرد مما يؤدي الى ظهور مما يؤدي الى ظهور عدة اضطرابات في سلوك. (Marc-Antoine et al, 2015, pp 268-270)

الصدمة من وجهة نظر Frenczi: يرى ان الصدمة تتضمن انهيار الشعور بالذات والقدرة على المقاومة والسلوك والتفكير بهدف الدفاع عن النفس ا وان الاعضاء التي تتضمن الحفاظ على الذات تقلل من وظيفتها الى اقصى حد ممكن فهي بهذا المعنى اذن تلاشي وفقدان الشكل الاصلي والتقبل السهل ومن غير مقاومة للشكل الجديد حيث تبرز الصدمة النفسية دائما من غير تهيب وتكون مسبقة بالشعور بالثقة بالنفس فيأتي الحادث الصادم ليزعزع هذه الثقة ويحطمها في الذات وفي المحيط الخارجي ويرى ان الصدمة يمكن ان تكون فيزيائية خالصة او نفسية خالصة او فيزيائية ونفسية معا فقد ربط بين الصدمة الجسمية والنفس فبالنسبة اليه كل هزة جسمية تكون دوما نفسية وفسر بدقة المعاش الاولي حيث يقول ان الصدمة الغير منتظرة والغير محضر لها تكون متعبة وتكون احيانا لديها فعل المخدر وبالنسبة اليه الصدمات تؤدي الاثشطارات النفسية والتي يتزايد عندها وتنوعها بتكرار الصدمات. (سي موسى وزقار، 2002، ص 63)

«ما هو صدمي هو عدم التحضير النفسي، يترجم عدم وجود اجابة رغم الجهد، فيكون استحالة استجابة عملية «فالصدمة النفسية هي ظاهرة تحدث في الحياة النفسية تحت وطأة حادث يمكن ان يكون صدمي، يعيشه الشخص بذعر، رعب، مع إحساس عدم القدرة في حالة عدم وجود الإسعاف، حسب المحلل والطبيب العقلي Barrois: تعتبر الصدمة كاتقطاع لروابط مع العالم ومواجهة اللامعقول: الموت، هجوم قلق النراغ، مساس لوحدة الفرد. (De Clercq, 1997, p 20)

حسب Freud المشهد الصدمي يجتاح الجهاز النفسي كجسم غريب داخلي، فان للصورة الصدمية اتصالات مع مكان سري وخفي وممنوع للجهاز النفسي او انها مكبوتة وهو مكان ممنوع كما يصوره فرويد موضوع مفقود. (Lebigot, 2005, p 94)

يعرف معجم مصطلحات التحليل النفسي العصاب الصدمي على انه نمط من العصاب تظهر فيه الأعراض إثر صدمة انفعالية ترتبط عموماً بوضعية أحس الشخص فيها أن حياته مهددة بالخطر وهو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق عارمة وقد تجر إلى حالات من الهياج والذهول أو من الخلط العقلي ويتيح لنا تطوره اللاحق الذي يأتي غالباً بعد فترة من السكينة. (عبد القادر، 1993، ص 64)

الصدمة تشير إلى حوادث تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها. (Postel, 1998, p 32)

تعرف الصدمة بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع امكانية تمزيق حياة الفرد بشدة، وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز والرعب. (سي موسى وزقار، 2002، ص 72)

أما Bergeret يعرف الصدمة النفسية على أنها غياب النجدة في أجزاء الأنا التي ينبغي أن تواجه تراكمات الاثارات التي لا تطاق سواء كانت من مصدر داخلي أو خارجي. (Bergeret, 1982, p 236)

أما Milani klayn ترى أن كل صدمة مهما كانت، تعتبر كسراً وتخرب كل ما بناه الطفل، كذلك توظف وتنشط هوماته البدائية وكل جسم ينفجر تحت تأثير أي صدمة يستطيع تفجير الضحية إلى عدة عناصر. (Perron, 1983, p 87)

ويعتبر Diatkine أن الصدمة النفسية الأثر الناتج عن اثاره عنيفة تظهر في ظرف لا تكون فيه نفسية الفرد في مستوى القدرة على خفض التوتر الناتج وذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ أو لعدم قدرة الفرد على القيام بارصان عقلي كافي. (سي موسى وزقار، 2002، ص 63)

تعريف الدكتور عروج: يطلق اسم الصدمة النفسية على كل تجربة أدت إلى أثر حاد نتيجة رعب أو قلق أو خجل أو ألم نفسي، وتحدث الصدمة أو الأزمة عندما يتعرض الفرد لوضع استثنائي من أهم مميزاته أنه يعتبر خارج الخبرة الإنسانية الإعتيادية، ويسبب ضيقاً شديداً لكل من تعرض له، كما أنه يفوق في حدته مصادر وآليات الفرد الاعتيادية على التكيف.

يرى maynixon: ان الصدمة تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة قوية ومؤذية ومهددة الحياة بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى جهود غير عادية لمواجهتها والتخلي عنها.

يعرفها Nobert: تنشأ الصدمة النفسية نتيجة ظهور مفاجئ وغير منظم لعنصر جديد في حياة الفرد والذي يعتبر وجوده بصفة كبيرة وبسببه يصل الفرد مؤقتاً إلى عدم التكيف ، ويتعلق الأمر في اغلب الأحيان بالإحباط أو فقدان شخص عزيز. (Sillamy, 2010, p 198)

التفسير الذاتي للصدمة : يلعب ادراك الفرد للحدث الصعب دوراً رئيسياً في المعنى الخاص والذاتي خلال فترة الشعور بالتهديد ويتضمن مدى وعي الفرد وقدرته على التوجيه الزمني والمكاني وقدرته على بذل نشاطات واستجابات التفكير واستيعاب

المصدوم لما حدث حيث توضح دراسات الاستجابة للخطر الى فرط في تفاعل اللوزة وانخفاض في نشاط الجزء الوسيط من القشرة الامام جيبية مما يعني تفاعل اللوزة بقوة مع الأخطار المحتملة بينما يعاني الجزء الوسيط مشاكل في تنظيم الاستجابة للخطر ونتيجة لزيادة نشاط اللوزة فان ذلك يؤدي لإفراز المزيد من Noradrenaline عن الحد الطبيعي ويؤدي الى: فرط الاستجابة للمواقف وجود صعوبة في النوم الشعور بالعصبية الاندفاع والغضب وتكون القشرة الحجاجية اقل نشاطا وهي مسؤولة عن كبح السلوك الحركي عندما يكون زائد او غير ضروري وهذا ما يعني تحكم ضئيل في سلوك الاندفاع او الغضب. (عكاشة، 2023، ص ص 215-219)

الحالات النفسية المرضية التي تظهر بعد التعرض لحدث مؤلم تمثل صدمة نفسية وعنيفة بما يكفي لتطغى على القدرات الدفاعية للموضوع يمكن ان يكون الحدث الصادم اعتداء او محاولة اغتصاب او كارثة طبيعية او حادثا صفته الاساسية مواجهة الذات بطريقة وحشية مع اقتراب الموت سواء كانت موته هو او موت شخص اخر يخلف حالة من الاجهاد لاحقا يصر هذا الوصف على ردة الفعل الفوري للموضوع المصاب يؤثر على التكيف الفيزيولوجي انه مفهوم معمم لجميع حالات التهديد او خطر الموت حيث يتم احياء الصدمة مرارا وتكرارا من خلال التكريرات المتطفلة ولكن قبل كل شيء من خلال الكوابيس وصبح لدى المريض انطباع ملح بان الحدث يمكن ان يحدث مرة اخرى وقد يواجه عناصر تذكر بالصدمة ويعزز حدوث هذه التكريرات التي هي في الاصل افرازات عاطفية التي ترمز الى ردود الفعل الدفاعية والتي لم يكن من الممكن وضعها في مكانها أثناء الصدمة. (Andre, 2006, p 52)

### 3. مصطلحات متعلقة بالصدمة:

الجرح النرجسي: ويعني ضربة لتقدير الذات حسب viral.

حالة تخدير: تحول خلال فترة الصدمة إلى الجمود التام حركيا ونفسيا. (زهران، 2005، ص 47)

تلف السطح الجبهي الحجاجي: يؤدي الى سهولة الاثارة وتشتت الانتباه ونوبات انفجارية من الغضب.

تحت المهاد: يقع فوق النخاع المستطيل وأسفل المخ يتكون من مجموعة من الخلايا تسمى الانواء التحت مهتدية ومجموعة من اليااف عصبية متصلة بعدة اجزاء من المخ ترتبط بالغدة النخامية.

النورادرينالين Noradrénaline: مادة كيميائية عضوية من عائلة Catécholamines يصنف دورها الوظيفي ضمن الهرمونات الناقلات العصبية يشار اليه بهرمون المكافحة والهروب ويكمن دوره في مدى اصدار اشارات عصبية كرد فعل عكسي لبعض المواقف في حياتنا.

الدوبامين Dopamine: يعتبر من النواقل ويؤثر على المشاعر يعزز من الشعور بالسعادة. (طه فرج، 1990، ص 65)

**ضغط الصدمة:** يتعرض الأطفال والبالغين الى مواقف أو تجارب حياتية مخيفة وخطرة مثل حوادث الطرق الإصابات البليغة، والجرائم كل هذه تؤدي إلى اضطرابات نفسية مختلفة نتيجة للصدمة مثل اضطرابات ولسلوك والعواطف، أن الأطفال يتعرضون للإصابات النفسية كما في البالغين إذا لاحظ الآباء ذلك ويجب أن يقدموا المساعدة السكنة أو ممكن استشارة المهنيين مثل الأطباء الباحثين النفسيين.

**الاجهاد:** استجابة فورية او بيولوجية للإنذار والدفاع عن الفرد في مواجهة العدوان او التهديد ويمكن ان يكون حالة داخلية طويلة الامد.

**الحدث الصدمي:** هو موقف عنيف غير عادي لم يعتد عليه الإنسان يتسم بالقوة والشدة وتهديد حياة الإنسان، ويعمل هذا الحدث الصدمي عمل المنبه الضاغط ويترتب عليه تأثيرات سلبية أو أعراض مرضية، وهذا الحدث الصدمي يفوق كل الخبرات السابقة للفرد الذي يعيشه بهلع شديد.

**اضطراب ما بعد الصدمة: SSPT Syndrome du stress post traumatique** هي كل حادثة تكون خارج استجابة مدى الخبرة المعتادة للفرد، وتسبب له الكرب النفسي، حيث تكون استجابة الضحية متصفاً بالخوف الشديد والشعور بالعجز.

**العصاب الصدمي:** اضطراب نفسي شديد يظهر على الفرد بتأثير صدمة شديدة ومفاجئة تصيبه وتهدد حياته كما في الحروب والكوارث، الغالب في هذا العصاب أن تكون

**الصدمة الشديدة:** مؤثراً مباشراً، وأن تكون قد جاءت إثر عدد من صدمات سابقة مر بها الفرد. (النابلسي، 1991، ص 22)

**Serotonine:** يعرف بهرمون السعادة هو احد اهم النواقل العصبية الكيميائية التي تستخدمها خلايا الدماغ للتواصل فيما بينها كما يساعد في سلامة وصحة العقل حيث ان بقاءه ضمن المستوى الطبيعي يجعل الانسان سعيدا او هادئا.

**Acetylcholine:** هو مادة كيميائية تتواجد في الحويصلات المشبكية ينقل النبأ العصبي من الخلية قبل المشبكية الى اللواقظ الحساسة المتواجدة على الخلية.

**Parasympatique:** هو الجهاز المسؤول عن استجابة الراحة والهضم عندما يسترخي الجسم او يرتاح او يتغذى.

**Sympatique:** هو الجهاز المسؤول عن استجابة الكر والفر عندما يستعد الجسم. لمؤثر ما.

**Corticoide:** هو فئة من المواد الكيميائية التي تشمل الهرمونات المنشطة التي تنتج في قشرة الغدد الكظرية.

**Psychosomatique:** هو ان العقل والجسد مرتبطان وجاء هذا المصطلح نتيجة دمج كلمتين من اليونانية العقل والجسم وتعرف الامراض السيكوسوماتية بانها الاعراض التي تصيب احد اجهزة الجسم ووظائفه ولا تستجيب للعلاج الطبي النوائي.

**العصاب:** هو نوع من انواع الخوف التي يؤدي الى اضطراب في الشخصية والتوازن النفسي وهو اضطراب عصبي وظيفي غير مصحوب بتغير بنيوي في الجهاز العصبي. (يعقوب، 1999، ص ص 165-168)

لأبد من الإشارة في هذا السياق، أن الصدمة النفسية، تعتمد على شرطين اثنين: فأما الشرط الأول، فهو أن الفرد قد عانى من الحدث، أو وقع أمامه، وأما الشرط الثاني، فإن الفرد يستجيب إلى الحدث المعني بالخوف الشديد، أو الرعب وبموجب هذين الشرطين، تستطيع أن نميز الأطفال الذين تعرضوا إلى الصدمة النفسية عن غيرهم.

نجد أن الحدث الصدمي سوف يخضع الجهاز النفسي لعرقلة يمكن أولاً أن ترصن عند فرد ما، وفي وقت ما، أما إذا كان ذلك مستحيلاً فينجر عنه هلع في الجهاز النفسي مسبباً الصدمة. كما أن "الصدمة هي وقت لصمت داخلي، أين تنقص الكلمات، وتلعب خبرات الطفولة المؤلمة والصادمة دوراً رئيسياً في تشكيل الشخصية، وتظهر آثار الصدمة النفسية في صورة أعراض جسمية وسلوكية ومعرفية، فتبدو أعراضها الجسمية في سرعة ضربات القلب الشعور بالآلام المعدة والصداع وفقدان الشهية، بينما تبدو أعراضها السلوكية والنفسية غالباً في البكاء، وقضم الأظافر والسلوك العدواني والغضب، والعناد وغيرها، في حين تبدو الأعراض المعرفية في الميل الي تفسير الإشارات الاجتماعية والبيئية بطريقة خاطئة والتركيز على فكرة تقييم الذات من قبل الآخرين وتوقع النتائج السلبية للمستقبل والضعف والصدمة النفسية قد تكون حادة أو تستمر لفترة من الزمن دون قدرة الشخص على مواجهتها أو تفرغها بصورة مقبولة. (غراب، 2014، ص 181)

**4. التعريف الاجرائي للصدمة:** حدث فجائي غير متوقع وخارج عن نطاق تحمل الشخص مؤلم يهدد سلامة الشخص من النواحي الجسمية والنفسية والعقلية. ويؤدي التعرض لهذه الأحداث المفاجأة إلى مشاعر من الفزع والرعب مع الإحساس بالعجز عن العودة إلى مسار الحياة الطبيعي التمرق العاطفي أثناء المواضع المتكررة وتجارب الإساءة هي مصادر لا يمكن إنكارها للصدمة هذه التجارب الشديدة عاطفياً، عندما لا يتم دمجها من قبل الفرد، لن تؤدي فقط إلى الاكتئاب، ولكن إلى سلسلة من الآليات النفسية قصيرة وطويلة المدى مثل القلق والتشوهات المعرفية والهوية والتجنب واضطرابات الانفصال العقلي التي تؤثر على العلاقات العاطفية بشكل عام.

أظهر أن الآباء الذين تعرضوا للإيذاء في طفولتهم والذين قاموا بإعادة إنتاج الإساءة مع أطفالهم تعرضوا لصدمة أكبر من الآباء الآخرين الذين لم ينقلوا الإساءة من جيل إلى جيل. آثار الصدمة على المستوى النفسي لا تتكرر مع مرور الوقت، بل على العكس من ذلك، يبدو أن عددًا كبيرًا من ضحايا سوء المعاملة في مرحلة الطفولة يميلون إلى تحويل مشكلتهم إلى مرحلة البلوغ. من بين الآثار طويلة المدى للصدمة المشاعر والأفكار المتغيرة التي تتداخل مع الأداء الفردي وسلوك الوالدين. يُعتقد أن المعلومات الصادمة تظل نشطة في الوعي حتى يتمكن الجسم من معالجتها وتصنيفها. إذا لم يتم حل الصدمة، يتفاعل النظام من خلال آليات نفسية مختلفة تغير سلوك الشخص ومشاعره وعواطفه الصدمة هي مفهوم يشير إلى واقع معقد لا يمكن اختزاله في تعريف نظري واحد. (Tarabulsky, et al, 2008, p 61-63)

#### خلاصة:

ما هي الصدمة النفسية وما تأثيراتها على الأفراد سؤال يستحق الوقوف عنده لبرهة من الوقت، يتعرض الأشخاص خلال حياتهم لأنواع مختلفة من الضغوط والحوادث والإصابات ويختلف تعاملهم معها كما يختلف تأثيرها عليهم، فمعظم الناس يتجاوزون هذه الحوادث دون صعوبات تذكر، إلا أن بعضهم من الممكن أن يبقى لديهم بعض الآثار التالية لها ومن أهم هذه الآثار هي الصدمات النفسية.



## المحاضرة 02

النظريات المفسرة للصدمة

النفسية



## (2) النظريات المفسرة للصدمة النفسية

### 1. الصدمة من وجهة نظر التحليلية:

يحتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي حيث ظهر هذا المصطلح منذ البداية في كتاب "دراسات حول الهستيريا" وقد ميز هذا الأخير بين الصدمة التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما، وبين الصدمة النفسية التي تشير إلى الحدث الخارجي الذي يصيب الفرد. ويعتبر فرويد صدمة الولادة مع ما يصاحبها من إحساس الولد بالاختناق المرادف لضيق الموت (بمثابة أول تجربة للقلق) في حياة الإنسان، ثم عاد فرويد إلى تناول موضوع العصاب الصدمي في عدة مناسبات بعد الحرب العالمية الأولى في كتاب "ما وراء مبدأ اللذة" سنة 1920 وفرويد لا ينكر مبدأ العصاب الصدمي بل إنه يعترف قبل وفاته بهذه العصبية فيقول: "لقد شذت هذه العصبية دوما وتمردت على فرضية الصراع النفسي الطفولي".

وقد تناول فرويد الصدمة النفسية من زاويتين أساسيتين يصعب التمييز بينهما، سنتناولهما فيما يلي:

#### أولاً: وجهة نظر دينامية:

افترض فرويد أن الصدمة النفسية تكون دائماً جنسية وتنتج عن الإغراء، إذ يتعرض الطفل في المشهد الأول الذي يسمى بمشهد الغواية إلى إغراء جنسي من قبل راشد بدون أن يولد عنده هذا الإغراء إثارة جنسية، وبعد البلوغ يأتي مشهد ثاني يكاد أن يكون عديم الأهمية ظاهرياً لكن يوقظ المشهد الأول من خلال إحدى السمات الترابطية بينهما. وبالتالي ذكرى المشهد الأول هي التي تطلق فيضاً من الإثارة الجنسية التي تغطي على دفاعات الأنا. وقد سمي فرويد المشهد الأول بالمشهد الصدمي وعليه يمكن القول أن الفرد الذي تعرض لأحداث صدمية في مرحلة الطفولة أدى به إلى اكتساب ما يسمى بالاستعداد المسبق لصدمة وهذا تكلم عليه Oppenheim في نظرية الاستعداد المسبق.

وسماه فرويد coup وعليه فإن الميكانيزم المسؤول عن تلك العملية يصبح يعاني من الهشاشة وبالتالي لا يلعب الحادث سوى عاملاً مفجراً لذلك الاستعداد وسماه فرويد *Apré Coup*.

ومنه نستنتج أن فرويد أكد على أن الصدمة لها جذور جنسية في مرحلة الطفولة فكل الصدمات راجعة إلى هوامات لا شعورية أدت إلى اكتساب ما يسمى بالاستعداد أو التاريخ النفسي. (سي موسي وزقار، 2002، ص 65)

#### ثانياً: وجهة نظر اقتصادية:

هذه النظرية الكمية الاقتصادية تعززت بفعل الحرب العلمية الأولى، حيث احتلت العصابات الصدمية مكانة هامة في دراسات فرويد بين 1916 و1920 وأصبح مصطلح الصدمة ليس له إلا المعنى الاقتصادي، حيث تطلق تسمية الصدمة على حدث غير ممتد في الزمان والمكان، يحمل معه فيضاً من الاستثارة النفسية تفوق شدته عتبة التحمل التي يتوفر عليها الفرد، مما يخلق اضطرابات دائمة في استعمال الطاقة النفسية. لقد دفع مشكل عصاب الحرب فرويد إلى أن يوجه اهتمامه إلى الصدمة

النفسية من منظور آخر وهو التصور الاقتصادي لها، فقد عرفها على أنها انكسار واسع لصناد الإثارات، كإشارة إلى عجز الجهاز النفسي على تصريف الفيض الكبير من الإثارات، ذلك أن إظهار هذه الكمية الكبيرة من الإثارات هي مهمة مبدأ اللذة، ولكن بسبب عنف ومفاجأة الصدمة النفسية، يطرد مباشرة من دائرة التأثير، مجبرا الجهاز النفسي على القيام بمهمة أكثر إلحاحا وهي مهمة " ما فوق مبدأ اللذة". وتتخلص هذه المهمة في ربط الإثارات بشكل يسمح بتصريفها لاحقا. ويعتبر تكرار الأحلام محاولة من الفرد للسيطرة على الوضعية الصدمية حيث يعيش الحدث بشدته من جديد، وهي حالة من اضطراب التكرار. ويعتقد فرويد، من خلال ملاحظاته للظواهر العيادية أين يكون اضطراب التكرار نشطا، أن مبدأ اللذة يشترط توفر بعض الشروط كي يتمكن من القيام بوظيفته، والصدمة تلغي هذه الشروط باعتبارها ليست مجرد اضطراب في الاقتصاد الليبيدي، بل تصل إلى مستوى جذري أكثر كي تهدد تكامل الشخص.

## 2. التحليل النفسي وصدمة الأنا:

من أجل إيضاح هذا التلازم بين المظاهر النفسية وتلك الجسدية نجد من الضروري مناقشة تأثير الصدمة النفسية على صعيد الأنا. هذا التأثير الذي درسته مطولا المحللة ميلاني كلاين وتلامذتها من بعدها ويتلخص هذا التأثير بالجدول التالي:

الجسد يهدد الأنا (عندما يكون الجسد هو مصدر الصدمة التي تهدد الحياة مثل السرطان).

الجسد موضوع تهديد (يكون الجسد سليما ولكنه يتعرض لتهديد عوامل خارجية).

الجسد المشوه (الخوف من تشوه الجسد).

الجسد المتخلف (التفكيك النفسي أو الجسدي).

أما عن الشرح التحليلي لهذه الحالات فهو التالي: حسب التحليل النفسي فإن الشخص يتبنى (من الناحية النفسية) استنادا إلى علاقته بجسمه الخاص وذلك بدء من اللحظة التالية يدرك فيها تمايزه عن جسد أمه والمرض الشاكين من اضطراب علاقتهم بأجسادهم لا يستطيعون تحقيق هذا التمايز إلا بصورة جزئية، وذلك بحيث تبقى تجاربهم الجسدية البدائية (عندما كانوا لا يفرقون بين أجسادهم وأجساد أمهاتهم ففي هذه التجارب البدائية يظن الطفل أن جسد أمه هو جسده نفسه) محفوظة وحاضرة في أجسادهم. وتعود هذه التجارب البدائية إلى الظهور كلما تعرض الشخص إلى صدمة أو إلى تجربة سيئة، وذلك بحيث تتحول علاقة الشخص بجسمه إلى تكرار النمط البدائي وبهذا يمكننا أن نتكلم عن حالة من التثبيت والنكوص تسببها الصدمة وهذه الحالة تقود إلى انفصال الأنا وذلك بحيث يتعد الجسم الذي لا يعود معاشا من قبل الشخص ككل كائن. وهكذا ينشأ الفارق بين الكائن الجسد والانا الجسد، وهذا ينفصل الأنا عن الجسد فتعمد الأنا إلى موضعه الجسد وتنتظر له على أنه أحيانا مهدد وأحيانا مهدد وأحيانا مشوه وأحيانا مختلف. وهنا نذكر بأن معايشة الجسد بطريقة مرضية نفسية لا تتعلق فقط بالبنية الذاتية للشخص (أي التنظيم الخاص لجهازه النفسي ومجموعة أعتال هذا التنظيم) ولكنها تتعلق أيضا بنوعية الصدمات التي يتعرض لها الشخص.

### 3. السيكوسوماتيك التحليلي:

اعاد المحللون المحدثون العاملون في ميدان السيكوسوماتيك طرح موضوع الاعصبة الراهنة وكان مدخلهم الى ذلك اعادة قراءة لحالة دورا تلك المريضة الشهيرة التي عالجها فرويد وكتب عن حالتها كتابا لا يزال مستخدما في تعليم التحليل النفسي. بهذه المناسبة تعمق هؤلاء المحللون في دراستهم للحالة دورا فراو انها تعاني من عصاب هستري لكنها كانت تعاني من وضعيات عصابية اخرى وتنتمي الى ميدان الاعصبة اللانمطية وهذه الاعصبة هي المسؤولة عن الاضطرابات السيكوسوماتية لدى دورا. ومن هنا سميت هذه الاعصبة بالسيكوسوماتية وهم يقسمون هذه الاعصبة الى:

العصاب السلوكي وينجم عن سوء تنظيم الجهاز النفسي.

العصاب الطبعي وينجم عن عدم كفاية التنظيم النفسي على درجات ومن هنا يقسم العصاب الى ثلاثة درجات:

- جيد العقلنة.

- غير مؤكد العقلنة.

- سيئ العقلنة.

ونحن هنا نركز على هذه المنطلقات النظرية بهدف تغطية جانب فائق الاهمية في موضوع الصدمة وهو المتمثل بالتظاهر الجسدي لأثر الصدمة والذي يمكنه ان يصل الى حدود الموت. كما يقول المحللون ان المصاب بهذه الاعصبة يكون اقل قدرة على تحمل الصدمات والرضوض النفسية وذلك بسبب خلل في الجهاز النفسي المسؤول اصلا عن اصابته بالعصاب. (النابلسي، 1991، ص 25)

### 4. النموذج البيولوجي العصبي:

توصلت الأبحاث البيولوجية العصبي إلى أن الصدمة النفسية هي حالات شذوذ في انظمة النواقل العصبية التعديلية الرئيسية الاربعة وعلى مستوى المحور التحت المهادي الكظري وخلل وظيفي في حلقة اللوزة والقشرة اما الجبهية المسؤولة عن ضبط النشاط اللوزي وخفض الاستثارة اللوزية المفردة الناتجة عن اثار الحدث الصدمي. من المؤكد ان اضطراب ما بعد الصدمة له تأثير كبير على الدماغ عموما وعلى الجهاز اللمبي خصوصا ويعتقد أن اللوزة تلعب دورا هاما في تطور اضطراب مبعده الصدمة حيث تستقبل اللوزة معلومات من مثيرات خارجية وتحدد الانفعالات المرتبطة بها كما إن اللوزة توجه مختلف الاستجابات السلوكية الصادرة: مواجهة , هروب او جمود وتثير تغييرات في مستويات هرمونات الضغط catecholamines وتؤكد العديد من النماذج العصبية للصدمة النفسية ان القشرة امام الجبهية تؤثر على استجابة اللوزة من خلال تطبيق نوع من الكف او التثبيط بعد استجابات الإنذار الأولي ولقد وجد النشاط المنخفض في منطقة القشرة أمام الجبهية وعلى مستوى القشرة الحزامية الأمامية مرتبط بزيادة نشاط اللوزة واثبتت الدراسات التي قام بها Rauch أن الفرد المصاب عندما يعيد معايشة تجربته الصدمية خلال جلسة العلاج نلاحظ لديه تناقص في النشاط العصبي على مستوى منطقة بروكا في النصف الكروي

الأيسر وتنشيط المستوى الكروي الأيمن وهو ما يفسر الصعوبة الكبيرة في التعبير اللفظي عن التجربة الصدمية وانفصال مركز اللغة عن المراكز الانفعالية...

5. مركزية الأعصاب والعلامات البيولوجية للصدمة: حاول البحث العلمي العصبي المعاصر شرح الركائز العصبية الحيوية للصدمة لتوضيح عوامل الخطر الرئيسية فقد طور المجال فرضية والتي بموجبها تعتبر الصدمة بمثابة فشل الآليات التي ينطوي عليها التوازن الفيزيولوجي فهو حالة يتم فيها اعاقه عملية الشفاء في حال تطورت الصدمة الى اضطراب ما بعد الصدمة. (Kirmayer, et al, 2007, pp 21-22)

الاستثارة العصبية الزائدة: ان الحدث الصدمي يؤدي إلى استجابة حيوية عصبية تؤدي إلى تنشيط افراز هرمونات الضغوط المختلفة والتي تسمح للكائن الحي بان يستجيب للضغوط بطريقة تكيفية وتتضمن هذه العمليات افراز cortisol و. Catécholamines (عكاشة، 2023، ص 11)

وحسب Venderkolk الصدمة قد كونت اعراضا من العجز المتعلم الذي يشبه أعراض الخدر الوجداني وهي حالة ناتجة بسبب إفراز مادة أفيونية من الجسم وعند التعرض لأي منبه يشبه الحدث الصدمي تفرز هذه المادة وتؤدي إلى حالة من الخدر والهدوء وهذا ما يفسر الخدر النفسي في اضطراب ما بعد الصدمة ,عند التعرض للصدمة ويواجه المصاب حدث شبيه بذلك الحدث الصادم يتعرض الجسم والعقل لمثل هذا الخوف والذي يغير وظائف المخ فقد تدركه شبكية العين ثم ينتقل الى المهاد وتصل المعلومات البصرية الى عقدة اللوزة ضمن هذا الهيكل الأساسي في نشأة الصدمة يدخل نظامان عصبيان حيز التنفيذ: الخلايا العصبية المستجيبة من ناحية والخلايا العصبية في السياق تتم برمجة الخلايا العصبية المستجيبة من خلال وظيفتها الذاتية لتنشط عند ظهور موقف خطير. (الرشدي، 2001، ص 116)

6. الاثر العصبي البيولوجي للصدمة: غالبا ما تستخدم كلمة الصدمة في المحادثة لوصف مجموعة من الضغوط اليومية ومع ذلك فليس كل توتر يغير من البيولوجية العصبية للشخص او القدرة على الشعور بالأمن العاطفي فالصدمة النفسية هي شكل من أشكال الصدمات المزمنة حيث يشعر صاحبها بالضغط النفسي عاطفيا وجسديا ويؤثر على دوائر الدماغ بما في ذلك تغير نظام الاستجابة للضغط. ما يعتبر صدمة نفسية يختلف باختلاف الأفراد فيتضمن التصور الشخصي للفرد.

من جهة أخرى تشير المرونة العصبية إلى قدرة الدماغ على التكيف القائم على البقاء على قيد الحياة فالاستراتيجيات التي تظهر استجابة للشدائد متجذرة في الضرورة البيولوجية للبقاء على قيد الحياة غالبا ما تتشكل هذه التكيفات اثناء الطفولة وهي جزء لا يتجزأ من الجهاز العصبي وتعمل خارج الوعي، يخزن الدماغ الصدمات كذكريات كجزء من استراتيجيات الحماية. يبدأ نظام الاستجابة للضغط المسمى بمحور ما تحت المهاد (الغدة النخامية) عن طريق التهديد الفعلي او المتصور، اللوزة تتلقى المعلومات باعتبارها المستجيب الاول من المهاد يتم فحصها بسرعة للخطر مع إمكانية تفعيل الغدة النخامية. الإنتاج المفرط لهرمون cortisol يخلق حالة من الاجهاد السام داخل الجسم والذي يغير التركيب المادي وظيفه اللوزة، الاجهاد المزمن اثناء الطفولة يشار اليه بمحنة الحياة المبكرة فقد تم ربطها بالجسد بعد البلوغ والجدير بالذكر ان مناطق الدماغ الاكثر

مشاركة في الاستجابة للصدمة هي تلك التي تخضع لتفسيرات كبيرة تستند إلى النمو خلال فترة المراهقة. (Rosenzweig, 2017، p 14)

تحدث الصدمة في وجود حدث صادم فتجمع العين او الاذن او الجلد معلومات حول السياق يتم نقلها الى الذاكرة وبالتحديد في الحصين يتم طباعة ذكرى الحدث بقوة لأنها تخضع لعمل الهرمونات التي يطلقها مركب اللوزة بالإضافة إلى ذلك، هناك دلائل على أن اضطرابات ما بعد الصدمة في نتيجة لكن من العمليات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية وحتى الثقافية على الرغم من هذه الصعوبة تكشف العديد من الدراسات التي أجريت على المصدومين عن سلسلة من الاضطرابات النفسية والعصبية. كما جرت على أساس نتائج هذه الدراسات محاولات لتطوير نماذج يمكن لها أن تفسر طريقة تشكل الصدمة وهي على النحو التالي:

نموذج الذاكرة: عند حدوث الصدمة يحدث افراز كميات هائلة من هرمونات عصبية تؤدي إلى خلل في عمل الحصين Hippocampe الحصين في علم التشريح وعلم النفس الفيزيولوجي، وكما هو معروف أنه جزء من الدماغ، وهو بنية حاسة من أجل اختزان الذاكرة ومن أجل التمثيل الحيزي البيئة المادية وهو لدى النساء أكبر منه لدى الرجال إن الخلل في تشكل الحصين تعطل إلى حد بعيد عملية الإدراك المكاني والزمني للانطباعات الحسية على نطاق واسع، وبهذا فإن الأحاسيس لا تصنف وتخزن حسب فئات وبواب، ولكن تفهم هذه الانطباعات الحسية و الصوتية والبصرية، والشمية والحركية على شكل قدر من المعلومات المفككة، ولا يتم تغذية الاحاسيس المؤلمة إلى الذاكرة الصريحة في الحصين وتخزينها في مكان آخر هو منطقة اللوزة الدماغية الذاكرة الحسية وبشكل مجزئ، وعند إعادة التذكر من هذه المحتويات، فإن الذكريات تكون مجزأة .

نموذج الإجهاد الهرموني: نظام الإجهاد Noradrénaline لدى مرضى الصدمة النفسية ويسمى بهرمون المواجهة والمكافحة والهروب ويكون أكثر نشاطاً بالمقارنة مع الأصحاء وهذا يؤدي إلى أعراض مصاحبة مثل الأرق، وعدم القدرة على التركيز، والإفراط في الإثارة أو العصبية. وتشير بعض الدراسات إلى أن انخفاض هرمون cortisone.

يواجه الإنسان في حياته اليومية ضغوطاً نفسية متعددة، والضغط Stress هو أحداث نتيجة متطلبات استثنائية عليه، أو مشاكل أو صعوبات تجعله في وضع غير اعتيادي فتسبب له توتراً من الصعب السيطرة عليه، وينجم عنه اضطرابات نفسية متعددة.

مناطق المخ المتأثرة بالصدمة: خلل وظيفي في منطقتين رئيسيتين وهما:

اللوزة: وهو جزء صغير من المخ يشبه اللوزة يقع في منتصف الفص الصدغي وهي مصممة لكي:

- تتعرف على الأخطار في
- تنشيط الجهاز العصبي الودي
- تساعد في تخزين المشاعر
- البيئة وتنشط استجابة الفرار او
- ليساعد في التعامل مع
- والذكريات المتعلقة بالخطر
- الشجار.
- الخطر.

القشرة الامامية الجبهية (PFC) هذا الجزء يقع في الفص الجبهي مباشرة خلف الجبهة وهي مصممة لكي:

- تنظيم الانتباه والوعي.
- تحديد معنى الأحداث ودلالاتها العاطفية.
- اختيار أفضل استجابة للموقف.
- تنظيم المشاعر.
- تحفز السلوك الواعي الارادي.
- تمنع او تصحح ردود الفعل المختلة

(حمروش، 2000، ص 14)

## 7. النظرية السلوكية:

تؤكد النظرية السلوكية للصدمة النفسية على العوامل البيئية وأهمية التعلم بنوعيه (الاشراط الكلاسيكي والاشراط الإجرائي) في تحديد السلوك بنوعيه، السوي وغير السوي، واللذان يخضعان لقانون واحد هو التعلم. وبناء على هذه النظرية يكون الحدث الصدمي بمثابة المنبه اللاشروطي يظهر الخوف أو القلق مقرونا بالاستجابة السلوكية اللاشرطية أو الطبيعية (كالتجنب مثلا). ويصبح المنبه غير الطبيعي (أي الشرطي) (كالمثيرات التي اقترنت بالحدث الصدمي مثل الأصوات العالية أو سيارات الاطفاء وغيرها من المثيرات) منبها شرطيا يؤدي إلى استجابات انفعالية شرطية، متمثلة في الخوف المكتسب والقلق المكتسب، والتي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة، وتؤدي به إلى أن يسلك سلوكا تجنبيا سلبيا.

يرد هذا التيار على اضطرابات الميكانيزمات الأساسية للتعلم ومنها نجد الاشرط الكلاسيكي والاشراط الإجرائي.

حيث أن مفهوم السلوك لحالة الضغط ما بعد الصدمة تعتبر كمركز لتطوير استجابة الصدمة وهي الوضعية المرعبة التي تثير رد فعل وجداني وقلق واضطراب على 3 مستويات:

- المستوى السلوكي، - المستوى الفيزيولوجي، - المستوى المعرفي.

وهذه الوضعية تحتوي على عدة متغيرات (نوع الحادث الصادم، مكانه، طريقة حدوثه... الخ) وعندما تجتمع هذه الأخيرة كلها لكون الحادث الصادم على شكل اشراط كلاسيكي أي كل مثير يعطي استجابة.

كما أن اشراط الكلاسيكي حسب سكينر فهو يأخذ بعين الاعتبار التعميم وتوجد معنى آخر للصدمة النفسية والذي يركز على سمات وشدة الضغط الذي يكون الصدمة والتي تكون كافية (سمات + شدة) لخلق استجابة معينة على حساب النماذج المتعلقة سابقا الاشرط والاشراط الإجرائي، إضافة إلى متغيرات أخرى تلعب دور كبير في استمرار الاضطراب ونجد منها المتغيرات البيولوجية والمعرفية، تتكون الاستجابة المخدرة من انقباض عاطفي. العزلة الاجتماعية، والتراجع عن الالتزامات العائلية، وانعدام التلذذ، والشعور بالغرابة. يمكن فهمه على أنه طريقة لدرء الذكريات المتطفلة المتكررة للصدمة. قد يكتسب الأفراد المصابون بصدمة نفسية بعض الشعور بالتحكم الذاتي عن طريق تجنب جميع المواقف أو المشاعر المتعلقة بالصدمة. غالبًا ما يتجنبون العلاقات الحميمة، على ما يبدو خوفًا من انتهاك متجدد لسند التعلق بالتركيز على كيفية إدارة ضحايا الصدمات للتعبير العاطفي والتواصل بين الأشخاص، قدمت كريستال صورة للتغيير العميق في الشخصية. كجزء من "متلازمة الكارثة" فقدان القدرة على استخدام منافذ الدعم المجتمعي، اكتئابًا مزمنًا متكررًا مع مشاعر اليأس أعراض نفسية جسدية. "التخدير" العاطفي أو منع القدرة على الاستجابة بشكل عاطفي، وعدم القدرة على التعرف على ردود الفعل العاطفية

والاستفادة منها. والنتيجة هي وجود شبيه الإنسان الآلي، وخالٍ من الخيال والتعاطف مع الآخرين، وغالبًا ما يكون مصحوبًا بمرض جسدي مزمن، أو إدمان الكحول، أو إدمان المخدرات. (Van Der, 1994, PP 16-18)

#### 8. النظرية المعرفية:

تستند هذه النظرية على فرضية أساسية والتي تتمثل في أن الفرد قاعدة معلومات أولية (بنية وضيعة) نحضره لمواجهة أو الحروب في حالة ولوج خطر ما، فإذا لم يستطيع الفرد اعطاء دلالة لوضعية على أنها مهددة فقاعة المعلومات الأولية نخترط وتؤدي إلى ظهور اعراض التجنب واعراض القابلية للإثارة الانفعالية واعراض تكرارية للحدث الصدمة.

ويقوم المنظور المعرفي الصدمة النفسية على افتراض أن الاضطرابات النفسية الناتجة عن الضغوط والصدمات ناجمة عن التفكير غير العقلاني والمعتقدات الخاطئة فيما يتعلق بالذات واحداث الحياة والعالم بشكل عام، وعلى هذا الافتراض وضعت **فول** وزملائها نظرية تفسر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، خلاصتها ان الأحداث الصدمية تهدد افتراضات الأشخاص العادية أو السوية فيما يتعلق بمفهومى الأمن والامان.

وفي سياق النظرية المعرفية للصدمة النفسية دائما يعتقد لوتزوكين ان الافراد المصابين بالاضطراب الصدمي يعانون من خلل في شبكة المعلومات الخاصة بالصدمة (أي شبكة المخططات الإدراكية) فيؤدي هذا إلى معالجة الفرد المعلومات بصورة خاطئة بحيث يعي الفرد المصاب الأشياء والتلميحات المبهمة على أنها تهديد ولذلك يصبح من السهل إثارة خوفه أو قلقه مما يتسبب سلوك تجنبي غير سوي، ووفق هذه النظرية فإن الحدث الصادم يدرك على أنه معلومة جديدة وغريبة عن المخطط الإدراكي أي على مسجلة في الذاكرة.

يتميز هذا النموذج بأنه يعطي أهمية كبيرة لفردية الشخص ضحية الصدمة، ويرى هذا النموذج ان الأفراد يطورون فرضيات أو معتقدات أو توقعات محورية في مجالات الحاجات الأساسية تعرف بالمخططات المعرفية وتتأثر هذه الخطوط بالصدمة إلى أقصى حد.

فالصدمة تمزق الخطوط المعرفية و تعطل قدرة الفرد على استخدام تلك الخطوط بأساليب فعالة، اذا يركز Mac can و Pearlman على الاستجابة الصدمة، وليس على الصدمة في حد ذاتها، فالأفراد يتمتعون بمقدرة كاملة على بناء واقعهم الشخصي كلما تفاعلوا مع بيئتهم وفق هذا النموذج، فإن كل فرد يكون قد نظن معتقداته الرئيسية عن الكيفية التي يسلك و يعمل بها، و يستخدم الفرد مهاراته (مهارات الانا) في دعم الذات او تدعيمها، بعبارة اخرى فإن الفرد يبني واقعا و ينظم الدير الذات من خلال خططه المعرفية و لكن الصدمة تمزق التوازن بين هذه المعتقدات محدثة حالة من الجنود و الاضطراب. (الرشيدى، 2001، ص 122)

وضمن هورتوز (1976) في نموذج المشهور لمعالجة معلومات الاستجابة لصدمة أفكار من النظرية التحليلية التي تعتبر ردود فعل الصدمة تتعلق بالدينامية النفسية في الأصل (العملات النفسية التقليدية) و أفكار من النظرية المعرفية الانفعال و معالجة المعلومات تتبع لهذا النموذج (النموذج المعرفي) فإن التوافق مع الحدث الصادم يتطلب إدماجه في النسق المعرفي او تطوير نسق جديد و حتى تكتمل هذه العملية فإن الصدمة تبقى في الذاكرة الأنشطة و حيث تكون المعلومات المرتبطة بالحدث الصادم خارج الوعي الشعوري نستخدم ميكانزمات الإنكار أو التجنب والخذر الانفعالي لتحفظ الفرد من ان تحرق به الصدمة بينما يفسر الأحداث المحفوظة في الذاكرة و ميلها لتكرار كجزء من تكاملها و تنسيقها كما اشار هورتوز 1986 الى التذبذب و الارتباك الذي يتخلل فترات إعادة معانات الخبرة و فترات الأفكار و الانفعالات المقترحة (الإنكار، الخذر، تصورها حدث ماضي).

حيث يرى أنه يحرق الى تسهيل معالجة المعلومات وتنظيمها حتى لا تغمر هذه الفترات ذاكرة الفرد وتؤدي الى انفعالات حادة تخرج عن نطاق السيطرة، استمر هورتوز في تطوير منهجه وتكلم عن التأثير الواقعي والمخفف للمساندة الاجتماعية ضد تطور اعراض الصدمة مما يسمح بالمعالجة الدقيقة والكافية لحدث الصدمة.

يرى هذا النموذج ان ميكانزمات العمليات المعرفية متضمنة في التعافي والشفاء عبر الوقت كما تحدث في المراحل الخمس:

اولا: التعرض الموضوعي، والعامل الرئيسي في هذه المرحلة هو خطورة مصدر الشيء الذي يؤدي إلى الصدمة.

ثانيا: شبكة المعلومات، والتي تتحدد أساسا بالإدراكات الذاتية والمعنى المرتبط بالخبرة.

ثالثا: سميت بمرحلة الاقتحام أثناءها تنشيط شبكة الذاكرة في محاولة لمعالجة وتحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة.

رابعا: مرحلة التجنب، وتتصف باستخدام الهروب والإنكار كخطط مواجهة في الاستجابة للاقتحام.

خامسا: سميت بمرحلة النتيجة يتحقق فيها الشفاء من خلال شبكة معالجة الحلول. (قطامي، 2004، ص 54-56)

## 9. النظرية البيولوجية:

حاول النموذج البيولوجي تفسير ظهور اعراض الصدمة، اين يشترك في كثير من الجوانب مع نموذج سلوك الحيوان ايزاء الصدمة التي لا مهرب منها و كلاهما يتضمن التعرض للضغط شديد لا يمكن تفاديه، ويسلم كل من كان فإن Dercole وآخرون أعراض الصدمة تنجم عن التغيير في نشاط الناقلات العصبية ، وعن أعراض فقدان الذاكرة المادة والانتفاضية الجديدة والتوريطات العدوانية يعتقد بأنها ترتبط بالنشاط الزائد لإثارة الأدرينالين ، ولمثيرات مرتبطة بالصدمة والتي يتبعها استهلاك كيميواويات حيوية للمخ ونقص أدرينالين على مستوى الجهاز العصبي المركزية ، الذي يعتقد أنه يفسر لنا أعراضا مثل فقدان الإحساس باللذة.

الانسحاب الاجتماعي والخذر العاطفية أو الوجداني ، تنشأ بذلك دائرة من السلوكيات التي تبحث فيها الصحية عن تكرار التعرض للضغط محاولة منها لإعادة الحصول على تأثير فقدان الإحساس بالألم.

وعلى الرغم من أن النموذج البيولوجية مثيرة للعقول إلا أنها اعتبرت اولية بطبيعتها وتترك الكثير من الغموض في تفسير الصدمة وأعراضها وتأثير الفوارق الفردية في الاستجابة للصدمة. (فرج، 2000، ص ص 125-128)

تم وصف الاستجابة للصدمة النفسية على أنها إعادة إحياء وإنكار مرحلي، مع ردود متداخلة ومخدرة بالتناوب. وتتمثل الاستجابات التداخلية في فرط النشاط، ونوبات انفجارية عدوانية، واستجابات مروعة، وذكريات تدخلية في شكل كوابيس وذكريات الماضي، وإعادة تمثيل المواقف التي تذكرنا بالصدمة. الأشخاص المصابون بصدمات نفسية لا يتحملون الاستثارة النفسية والفسولوجية. وتتكون استجاباتهم المعتادة للتوتر إما من إفرازات حركية، بما في ذلك أعمال عدوانية ضد الذات أو ضد الآخرين، أو الانسحاب الاجتماعي والعاطفي قد تأخذ إعادة التجربة المتطفلة أيضًا شكل إعادة تمثيل طوعية على ما يبدو على سبيل المثال، يقوم بعض قدامى المحاربين في فيتنام بالتجنيد كمرتزقة، وقد يصبح ضحايا الجنس مثل سولت عاهرات، وقد يعرض الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء الجسدي أنفسهم لخطر دائم. صدم فرويد بهذا التعرض الطوعي للصدمة، ورأى أنها محاولة لاكتساب الإلتقان وقد أطلق رانجيل وهورويتز على هذا "شغف الصدمة".

#### 10. النظرية البيوكيماوية:

لوحظ ان الافراد الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة SSPT لديهم رد فعل فيزيولوجي أكثر من غيرهم نحو الصدمة. وتتضمن التغيرات فعالية النواقل العصبية او الهرمونات المشتركة في استجابة المواجهة او يرتبط بتزايد SSPT وقد لوحظ ان تحرير النورادرينالين في الدماغ وانخفاض نسبة السيروتونين وارتفاع نسبة الاستيلكولين وتناوب النشاط الباراسمبثاوي المفرط مع نشاط السمبثاوي المفرط وكل ذلك مع زيادة حساسية التغذية الراجعة السالبة للمحور التحت مهادي النخامي متسببة في انخفاض مستويات الكورتيزون في الدم تزامنا مع ارتفاع تركيز عامل تحرير الكورتيكويدات المركزي بالسائل المخي الشوكي.

نموذج Louis Croq يقول ان ادراكنا للصدمة يعتمد على ثلاث نقاط:

الاغتراب الصدمي: لدى الاشخاص الذين يحسون بتغيير في شخصيتهم معارفهم وادراكهم للأشياء والاحساسات والافكار ويتعلق الامر بعد الحدث الصادم.

وقتيّة: الانسجام الوقي العميق يميز الشخص المصدوم فقد توقف الزمن بالنسبة له عند لحظات الصدمة بسبب الرعب

لا معنى: ضياع نرجسية المصدوم وفقدان قيمة وجوده وفقدان معنى الأشياء ومحو لكل معنى الأشياء كذلك السلبية اتجاه الذات والمحيط. ان الصدمة ضياع شخصية وتحطم لمعنى الوجود. (عبد الخالق، 2000، ص 214)

## خلاصة:

ختاما تتجلى مكانة الصدمة النفسية حيزا كبيرا في حياة الفرد النفسية والجسدية والعلائقية لأنها تهز الجهاز النفسي وتعرضه للهشاشة و الضعف وغالبا إلى الاضطراب فقد تنهار كليا او جزئيا كل الدفاعات ويختل بذلك التوازن النفسي لذلك اختلفت الآراء وتعدت الأبحاث العلمية في تفسيرها للصدمة لأنها تعتبر عالم معقد يصعب تحديده بمصدر واحد فقط بل يتعدى ذلك نظرا لتعدد عملية حدوث الصدمة المرتبطة بالعالم الخارجي والعالم الداخلي للإنسان ونقصد بذلك فيزيولوجية الصدمة وكيفية حدوثها من الجانب العصبي وتأثيرها على مدركات الفرد وعلى الجانب العلائقي المتمثل في تغيير سلوك الفرد فقد جمعنا في هذا العرض مجموعة من الآراء لمتخصصين وعلماء تطرقوا الى تعريفات ونظريات مبنية على منهج واسس علمية لتحديد دورها المفهوم المحدد للصدمة ولايزال مفهوم الصدمة غامضا بالنسبة للكثير فقد اعتبروه عالم معقد ومفقود كل هذه الآراء والاختلافات قادتنا إلا ان بالرغم من تعدد الآراء الا ان الصدمة تمثل للإنسان حدث عنيف يضرب الجهاز النفسي فيؤدي به الى الضعف والهشاشة لينبثق عن هذا اجهاد ما بعد الصدمة والذي سوف نتطرق له في عروض موالية .



## المحاضرة 03

المظاهر النفسية والمرضية للصدمة

عند الطفل



### (3) المظاهر النفسية والمرضية للصدمة عند الطفل

تمهيد :

لفترة قصيرة ظن الباحثون ان الصدمة حكرا على الراشد وانه من غير الممكن ان تصيب الطفل لأنه لا يمكن ان يعيش حوادث خطيرة فهو طفل محمي وبريء، وان حدث له امر خطير فهو لا يفهم خطورة ما عاشه، تعتبر الصدمة أزمة نفسية شديدة يعجز الفرد عن التكيف معها، بحيث تهدد حياته أو حياة المحيطين به بالخطر، والتي يمكن أن تتشكل من خلال طريقتين أساسيتين إما بالتعرض المباشر للفرد، أو أن يكون شاهدا على الحدث الصدمي، والذي من خلاله يشعر الفرد بالخوف الشديد، الرعب، الاحساس بالعجز التام. وعادة ما ترتبط الصدمة النفسية بالحدث الصدمي وتترتب عنها أعراض الـ PTSD والتي يكون من الصعب التحكم فيها ولهذا تشخيص الصدمة عند الطفل امر صعب وسنحاول تقصي هذا الامر في هذا البحث.

#### 1. تحديد المفاهيم:

##### 1.1 مفهوم الصدمة النفسية:

##### التعريف اللغوي:

جاء في لسان العرب كلمة الصدم أي ضرب الشيء الصلب بشيء مثله، وصدمه صدما، أي ضربه بجسده، وصدمه أمر أي أصابه، والتصادم يعني التزاحم.

##### التعريف الاصطلاحي :

تدل الصدمة، على الإثارة النفسية التي تنتج عن حدث يكون غالبا حدثا مفاجئا أو غير متوقع وغير منتظر، يؤدي إلى مشاكل نفسية أو جسدية، كوفاة شخص عزيز أو رسوب عند الامتحان، لم يكن متوقع مثل ما يحدث عند الاخفاق في شهادة البكالوريا، خاصة عند الطلبة النجباء، الأمر الذي يؤدي إلى استثارة انفعالية شديدة قد تفقد الجهاز النفسي توازنه، وقد تكون الآثار مؤقتة عند بعض الأشخاص وقد تستمر عند البعض الآخر تبعا للفروق الفردية، لذلك البد من مساعدتهم نفسيا لتجاوز الآثار السلبية للصدمة النفسية. (سي موسى، 2002، ص45)

هي معايشة الفرد لخبرة الحدث أو مشاهدته أو مواجهته ، وهذا الحدث يتضمن موتاً أو أذى حقيقي أو تهديد الفرد أو الأشخاص الآخرين مع حدوث ردة فعل فورية؛ مثل: الشعور بالخوف الشديد أو الرعب، إن الحرب هي أكثر الأزمات التي تتسارع فيها احداث ومواقف ومحن تمتد انعكاساتها لأجيال عديدة ، لأنها في حقيقتها تصيب الفرد والمجتمع وتؤثر في الهوية وتهددها وتتطوي على آثار نفسية واجتماعية وتربوية تعيشها قطاعات كبيرة من المجتمع ولفترات زمنية طويلة ، وتؤثر على كل جوانب الحياة السلوكية والمعرفية والانفعالية والجسمية والاجتماعية اضافة إلى بعض مظاهر الامراض الاجتماعية كالجريمة والجنح. (الرشيدي، 2000، ص 27)

يحتل مفهوم الصدمة مكانة معتبرة في نظرية التحليل النفسي، حيث يعود بداية ظهور هذا المفهوم إلى بداية أعمال فرويد Freud.S في كتابه "دراسات حول الهستيريا" وقد ميز فرويد بين الصدمة التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج لدى الشخص بسبب حادث ما، وبين الصدمة النفسية Traumatisme التي تشير إلى الحدث الخارجي الذي يصيب الشخص .

ويرى Perron أنه في كل حالات الصدمة النفسية هناك مفهوم اقتصادي فنحن نتحدث عن كميات من الطاقة سببها أحداث عنيفة تفوق شدتها كما أن الصدمة النفسية لا تتعلق فقط بطبيعة الحدث حيث أن نفس الحدث قد يكون له تأثيرات مختلفة على أفراد مختلفين.(Perron, 1983,p87)

أما بارجوري Bergeret فيعرف الصدمة النفسية على أنها غياب النجمة في أجزاء الأنا التي ينبغي أن تواجه تراكم الإثارات التي لا نطاق سواء كانت من مصدر داخلي أو مصدر خارجي.(Bergeret, 1982, p236)

تحدد الجمعية الأمريكية الطب العقلي 1994 بدقة في تعريفها الصدمة الظروف التي تنتجها ويعبر عن هذه الأخيرة في الاختلال في التوازن الانفعالي لدى الفرد أو عجز في السيارة على انفعالاته وترى أن الصدمة النفسية تحدث عندما يعيش الفرد أو يشاهد أو يواجه حدثا عندما يعيش الفرد أو يشاهد أو يواجه حدثا يتضمن تهديدا فعليا بالموت أو الجروح الخطرة أو تهديد بفقدان السلامة الجسدية أو بخطر أحد الأقارب الأصدقاء أو بتدمير يكن أو باكتشاف جثة، وتكون استجابته بالخوف أو الرعب والعجز وفقدان التحكم. (عبد الله، 2012، ص13)

أما معجم مصطلحات التحليل النفسي فقد عرفها على أنها حدث في حياة الفرد يتحدث بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص نفسه فيه والاستجابة الملائمة حياله بما يثيره التنظيم النفسي من اضطراب وأثار دائمة مولدة للمرض، وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الإثارة تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته على السيطرة على هذه الآثار. (لابلانث، 1997، ص300)

## 2. مفهوم الصدمة النفسية عند الطفل:

قبل التطرق الى مفهوم الصدمة النفسية عند الطفل سنقدم مفهوما للطفولة:

### 1.2 مفهوم الطفولة:

إنها تلك المرحلة التي تبدأ من الولادة إلى البلوغ الجنسي تمثل البذور الأولى لشخصية الطفل، ويتكون منها الإطار لشخصيته، ويكون لهذا أكبر أثر في شخصية الطفل في المراحل اللاحقة.

الطفولة عالم رحب مليء بالإثارة والمتعة والغموض والمفاجآت، فيه يحتاج إلى جهد غير يسير وقدر قليل من الجرأة والشجاعة والإقدام فضلا عن التسلح بالعلم والمعرفة بأسرار هذا العالم، فمرحلة الطفولة هي الأساس في بناء الإنسان ونموه عبر حياته كلها، فهي مختل الشخصية وإن جاز التعبير بذرتها الأولى، فإذا توافرت لها الظروف المواتية للنماء والازدهار أنبتت شخصية

قوية متينة البنيان، عميقة الجذور، فالطفل كائن ضعيف حساس من السهل التأثير فيه وتشكيله وهنا يكمن دور الأسرة. (منسي، 2007، ص 21)

## 2.2 مفهوم الصدمة النفسية عند الطفل :

في خصوص الصدمة النفسية لدى الأطفال فهي كما حددها تير TEER هي النتيجة العقلية للصدمة مفاجئة أي حدث منفرد غير متوقع، أو سلسلة من الأحداث المتكررة التي تعود بالطفل الى عجز مؤقت وابتعاد عن ميكانزمات المواجهة العادية، وافترض تير أنه بالنسبة للصدمة طويلة المدى على خلاف الأحداث المنفردة أي مشاهدة حادثة سيارة حيث يوضع الطفل في مكان بلا ضرورة ومحاولات كثيرة لحفظ الذات، وقد تضمن تركيز البحث داخل اساءة واهمال الطفل تحديد متلازمات عرضة لحماية نفس الفرد من التفكك في بيئة ذات صدمات المدى وقد جعل مثل هذا البحث سلسلة من التأثيرات العرضية لدى ضحايا بنسبة كبيرة من الصدمات مثل :

اضطراب التالي للصدمة والتفكك، والانتحار اضطرابات الاكل تعددت الخبرات الصادمة التي يمر بها الانسان في مرحلة الطفولة ومما لاشك فيه ان هذه الخبرات الصادمة لها اثار سلبية تمس النمو النفسي للفرد، وتؤثر على صحته النفسية على المدى القريب والبعيد وتزيد من احتمال الاصابة ببعض الاضطرابات في المستقبل، بل يعتبرها البعض عاملا مسببا الكثير من الاضطرابات النفسية في مرحلة الطفولة او مرحلة المراهقة مثل الاكتئاب، القلق، المخاوف المرضية، الانتحار، ادمان الكحول والمخدرات، اضطراب السلوك السيء، النشاط الحركي الزائد والاضطرابات السلوكية والانفعالية الاخرى.

لاعتبار ان الطفل كائن هش في مرحلة نمائية، ولا تزال مختلف وظائف النفسية والفيزيولوجية لم تكتمل بعد، ومن هنا فإن المعاملة الوالدية السيئة يمكن ان تشكل صدمة نفسية بالنسبة له، وعندما يكون العدوان من مصدر خارجي، فان الاضطراب يمكن ان لا يظهر مباشرة حيث تكمن صعوبة الصعوبة عند الطفل في وجود تظاهرات صدمية متعددة الاشكال ويصعب الكشف عن مصدرها إذا كان الطفل يتكلم مما يعود التي تقاوم المشكل عنده شيئا فشيئا. (سي موسى، 2002، ص 84)

النمو مرحلة من المراحل الأساسية التي لا بد أن يمر بها الإنسان وفي هذه المرحلة تحدث تغيرات في جسم الإنسان وبنيته وتساهم في هذه التغيرات مجموعة من العوامل بالإضافة إلى تغيرات في طريقة تفكيره وتعامله مع الآخرين، كما أن لكل مرحلة متطلبات من أجل النمو السليم لأنها تحقق للفرد التكيفي النفسي والاجتماعي السليم.

إن علم النفس يهتم بدراسة نمو الطفل كونه يؤثر تأثيرا مباشرا على مدى قيامه بعد ذلك بوظائفه في الحياة لذلك سنحاول دراسة ذلك من خلال استعراض هذه المراحل وفقا لما أورده اما مرحلة الطفولة الأولى تمتد من الولادة حتى سن ثلاث سنوات وهي المرحلة التي ينتقل فيها الجنين من الاعتماد الكلي على الأم عن طريق الحبل السري إلى الاستقلال عن الأم والاعتماد عليه بشكل آخر، حيث كان يعتمد الجنين على أمه في تنفسه وغذائه المباشرين، وتعد هذه الفترة فترة حرجة في سبيل البقاء أن سيرورة هذا المفاجئ للطفل قد دعت بع علماء النفس مثل "أثورانك" إلى أن يعتبره بمثابة حدث الصدمة في حياة الإنسان وتبقى آثاره مترسخة في اللاوعي لدى الفرد مما قد يدفع الإنسان إلى الرغبة في العودة مرة أخرى إلى الفردوس المفقود، الذي كان ينعم به عندما كان في رحم أمه اما مرحلة الطفولة المبكرة وهي الفترة من ثلاث سنوات إلى سن السادسة كما تسمى

ايضا بمرحلة ما قبل المدرسة، وقد أطلق عليها " فرويد" اسم المرحلة القضيبيية، وسماها " اريكسون" مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب بينما سماها " بياجيه" اسم مرحلة ما قبل العمليات وتبعاً للنمو الأخلاقي يصطلح عليها " كولبرج" مصطلح مرحلة الولد الطيب أو البنت الطيبة وبالاعتماد على الأساس البيولوجي النهائي والأساس الأبوي سميت هذه المرحلة بمرحلة ما قبل التمدرس.

أما ميلاني كلاين فترى أن كل صدمة مهما كانت تعتبر كسرا وتخرب كل ما بناه الطفل، كذلك توقظ وتنشط هوماته البدائية، وكل جسم ينفجر تحت تأثير أي صدمة يستطيع تفجير الضحية إلى عدة عناصر. (Lopez, 1995, P55)

ويرى Perron أنه في كل حالات الصدمة النفسية هناك مفهوم اقتصادي، فنحن نتحدث عن كميات من الطاقة سببها أحداث عنيفة تفوق شدتها صاد الإثارات كما أن هناك حقيقة تفرض نفسها وهي أن الصدمة النفسية لا تتعلق فقط بطبيعة الحدث حيث أن نفس الحدث قد يكون له تأثيرات مختلفة على أفراد مختلفين (Perron, 1983, P87)

### 3.2. أعراض الصدمة النفسية على الأطفال:

نجد أن " لينورتار" يقسم اضطراب الشدة عقب الصدمة حسب عدد مرات تعرض الفرد لذلك خاصة الطفل اما مره واحده او تكرار تعرفه الصدمات.

#### الصدمة من النوع الأول:

\* اضطرابات متعددة.

\* قلق عام.

\* سلوك التجنب.

\* صعوبات تعليمية: اضطراب النباهة، التركيز الاستيعاب والحفظ.

\* اضطراب السلوك والمعاملات: التهيج فرط الحركة، والتفكير أو الخمول.

#### الصدمة من النوع الثاني:

التعرض المزمّن لصدّامات حسب رأي "تار" يقوم طفل محاولات عديدة من أجل الحفاظ على نفسه والانا التي تعبر عنه .

\*آليات المقاومة والتكيف : الرفض والمنع، القهر، الإيذاء الذاتي محاولة الانتحار، تعذيب الذات، الإيذاءات المختلفة (الصراخ تهيج، كسر الأشياء).

\*أهم الأعراض : نذكر الكارثة الوهن النفسي غياب أي سند نفسي، الانقطاع والانعزال تدني روح الاهتمام، رهاب محدد وكآبة.

\*تكرار معايشة الكارثة : وهو العنصر الاساسي الدال على الحالة المزمنة فالأطفال يعبرون عن صدمتهم بتمثيل ذلك في رسوماتهم وفي العابهم معايشة الحدث حسيا خاصة عندما يكون الطفل شارد الذهن ان يكون في حالة استرخاء فكري.  
(النابلسي، 2000، ص45)

### 3. ردود الفعل:

#### 1.3. ردود الفعل للمعرفية الصدمية:

عدم الإيمان بصدمة، إنكار نقص التركيز، صعوبة في اتخاذ القرارات، أفكار لا عقلانية، اضطرابات في الذاكرة، شروذ الذهن، انشغال زائد بذكريات ضاغطة.

#### 2.3. ردود الفعل الانفصالية الصدمية :

تختلف ردود الفعل المعايشة بعد الحدث الصادم فهي قد تؤدي إلى تعبير عن مختلفين من الانفعال أو غياب الانفعال فيظهر الاول متهيجا وفي حاله معاناة خطيرة بينما يكون البعض الآخر متأثرا بنفس الشدة لكنهم يظهرون أنهم أفراد هادئين صامتين أو ساكنين تتضمن الاستجابات الانفعالية درجة تجمد، ذكر قلق عام، عدم الأمن الذنب، العجز، اليأس، الرعب، الهلع، حزن غضب، تغيرات غير مناسبة مثل الابتسامة او الضحك التفكك اللاواعية، اللاشخصانية.

#### 3.3. رد فعل الفيزيولوجية الصدمة :

سرعه دقات القلب، سرعة التنفس، سرعة ضبابيه، اضطرابات في السمع، شلل، الام في البطن، صداع وشحوب الوجه، تجمد الأطراف فقدان الشهية التبول التقيؤ.

#### 4.3. رد الفعل الادراكي للصدمة :

صوره ذهنية شديدة وضاغطة احساس بان الوقت يسير ببطء شديد، إدراك الحركات كأنها بطيئة جدا، تغير في حجم الصوت والاحساس بالفراغ، اي لا شيء، يحدث الشعور بعدم التحكم في الجسم، الشعور بان الفرد هو شخص اخر متواجد في مكان آخر، رؤية الفرد كأنه خارج جسمه، مشاهدته أشخاص غير موجودين، سماع أصوات غير موجودة، تفسير خاطئ لما يراه  
الفرض ويسمعه في الواقع. (سيد عبد النبي، 2019، ص ص 245-247)

#### 5.3. رد الفعل السلوكي للصدمة :

عدم الاستجابة للآخرين الانسحاب المفاجئة اهمال الذات والجسم الافراط في النشاط رغم التعب نوبات غضب وعدائيه إيذاء الذات وبكاء سلوك قاري مثل الافراط في الاكل الإدمان المزاجية في أغلب الأحيان تكون هذه الأعراض موجودة مباشرة بعد حدث صدمي وتستمر لمدة أطول بعد الحدث فرط النشاط العصبي الحركي والجهاز المعاشي فرط النشاط تمثله مجموعة من الأعراض الأطفال المصابين بصدمة يتميزون بفرط الحركة ويشتركون مع الكبار في نوبات القلق حالة استنفار وردود فعل

سريعة مع ارتجاف كما يجد الكثير من الأطفال صعوبة كبيرة في مراقبة دوافعهم أي غياب كل مراقبة ذاتية. (سعدوني، ص140)

#### 4. المظاهر النفسية المرضية الصدمة عند الطفل:

التجارب التي يمر بها الفرد أو الأحداث التي يتعرض لها سواء كانت بسيطة أو عنيفة وإن كانت كذلك فتسبب له صدمة نفسية (الحنفي، 1996، ص 924) تتحدى تجارب الصدمات النفسية في الحياة جهود تعايش الفرد العادية بالنسبة للأطفال تتضمن تجارب الصدمات النفسية أمور أخرى منها الاعتداءات الجنسية وغيرها من الإساءات الجسدية والإهمال انتحار الزملاء أو أفراد الأسرة الحروق الكوارث الطبيعية مثل الفيضانات الأعاصير الحرائق والإجراءات الطبية يمكن ان تكون حاله من الصدمة النفسية للأطفال مشاهده او تجريه جرائم العنف مثل الاختطاف او حوادث السير حطم الطائرات الاغتصاب او فقدان احد الوالدين كل هذا يسبب صدمه نفسيه للأطفال. (عبد الخالق، 2006، ص96)

بعد تعرض الطفل للصدمة تظهر عليه عدة أعراض متباينة تختلف شدتها ودرجتها حسب نوعيه الصدمة والتي تتعكس على عده جوانب تمص الطفل ونجد الجانب النفسي الجسدي والعقلي وغيرها من شأنها ان تؤثر في سير حياته.

#### 1.4. الاضطرابات الحسية:

يا قائد من استجابات انفعاليه والعاطفيه تعود الى منبهات داخلية او خارجية شبيهه بشكل من أشكال الصدمة ونجد فيها الحدث الصدمي.

الاكتئاب: الذي يظهر بطريقه سريعة وهو عبارة عن حزن شديد ينتاب الشخص مع الاحساس بالشعور بالذنب حيث يؤدي الى الانطواء والى الهياج نتيجة الانقباضات الحادة والسريعة المسببة لفقدان الامل بالإضافة الى الاسس الموجودة في نشاطات الطفل الجامدة. (شعبان، 2008، ص111)

الانسحاب النفسي او هو احساس الطفل بوجود نجوة نفسية تباعد بينه وبين الاشخاص، موضوعات مجاله النفس الى درجه يتعرض بها بالاختفاء التقبل حيث يترتب على ذلك انعزال الطفل على الوسط وعدم اقامه علاقات.

التجنب: ان جمعيه الطب الامريكي قد جمعت في نقطه واحده مساله التجنب والتبلد باعتبار ان التبلد هو حامل لاستجابة التجنب ففي البداية يحاول الطفل المصدوم تجنب الافكار والصور والاشياء المرتبطة بالحدث الصدمي وبعد ذلك يمتد التجنب الى اي افكار ومشاعر اخرى لا ترتبط مباشرة بالحدث والتي تخضع بالمريض الى التفكير بالحدث. (وليد، 2013، ص45)

سرعه الانفعال فهذا يميز رد فعل المنظوم اتجاه العائلة والاصدقاء ولذلك نحو مصيره وفي هذا السياق يقال ان الهياج الزائد قد يتوافق بسلوك عنيف غير متوقع حيث ولو لم تكن هناك اسباب كافية. (الفاطر جي، 2003، ص98)

#### 2.4. الاضطرابات السلوكية :

البكاء : يعتبر البكاء والدموع التعبير العام للحزن والالام الذي يعيشه الطفل المصدوم.

اضطرابات النوم: نجد منها الارق الذي نفسي به صعوبة البدء في النوم او عدم الراحة اثناءه او صعوبة الاستمرار فيه.

افراط النوم: وهو خمول الطفل ويميل الى النوم لساعات طويلة في النهار بالإضافة لنوم الليل الاعتيادي.

المشي اثناء النوم: وهو ترك المكان والتجول في انحاء المنزل مع فتح العينين والقيام ببعض الاعمال.

العوانية: وهو سلوك مرافق للحدث يتمثل في الضرب الصدم اذاء الذات السلوكيات القهرية.

الافراط في النشاط: وهو الميل لتصرف بالدفاع فالطفل المظلوم لديه نشاط مفرط مع ضعف القدرة على التركيز وتكرار

الافعال وتصرفات كما هي الحال للعب يلعب الطفل الصدمة ويكررها ويكثر الاشياء والصراخ وتكون هذه الاعراض موجودة مباشرة بعد الحدث الصدمي وتستمر لمدته اطول بعد الحدث.

الشروء وسرحان: حاله تتميز بفقدان الوعي الادراكي والشعوري. (Iebigot, 2005, p 87)

#### 3.4. الاضطرابات المعرفية:

##### اضطرابات في الذاكرة Troubles de mémoire :

حيث يصبح المصدوم غير قادر على استرجاع خبرته وذكرياته خاصه متعلقة بالحدث الصادم لأنه يريد تناسيها وهذا ما يؤثر على عمل ذاكرته.

##### اضطراب الانتباه Troubles de l'attention :

حيث يتميز انتباه الطفل بتشتت الافكار المحملة بانفعالات الشديدة كالأوهام والتخيلات والوساوس. (Nassikas, 2003, p 105)

فردود الفعل المعرفية للصدمة عند الطفل تتمثل في عدم الايمان بالصدمة الانكار نقص في التركيز صعوبة في اتخاذ القرارات افكار لا عقلانية شروء الذهن الانتقال الزائد بالذكريات الضاغطة.

##### المظاهر الفيزيولوجية:

سرعات دقات القلب سرعه التنفس رؤية ضبابيه اضطرابات في السمع شلل الالام في البطن صداع ويتكون الوجه تدمر الاطراف فقدان الشهية التبول اللاإرادي التقيؤ .

التبول اللاإرادي يتميز بإفراز لا إرادي للبول اثناء الليل والنهار ويعتبر غير طبيعي بالقياس للعمر العقلي للفرد وليس نتيجة لعدم التحكم بالمثانة في الحادث الصدمي يمكنه التأثير على التبول والتبرز اللاإرادي. (الخالدي، 2009، ص102)

السلوكات النكوصية: وصفها فرويد بالتبول الليلي لا ارادي والتبرز اللاإرادي الثانوي ومصل الإبهام والكلام الطفولي والتبعية للآخرين وردود فعل القلق امام الغرباء واللامبالاة العاطفية تجاه الوالدين.

#### 4.4. اختلالات الشخصية:

عند الطفل والمراهق تتخذ بشكل اضطرابات التوجيه والتأكيد لشخصيه فالصدمة بمثانة الكاشف القاطع عن العجز وغياب الحماية والاحساس بالتهديد الذي يحدث على مستوى وظيفة المحيط فيصعب التمييز بين الخبرات العادية وعلى مستوى وظيفة الوجود فتظهر صعوبة في تصور المستقبل ويتشدد قوانين أحلام اليقظة كما ينحصر تقمصي شخصيه المعتدين والشرطة والأطباء والمحامين عوض تقمص نماذج ايجابيه ناضجة وعلى مستوى وظيفة الحب يظهر عجز في حب الذات والآخرين ويقلص مجال العلاقات الاجتماعية مما يزيد من حده العصب عدوانيه والغربة.

مظاهر التكرار: حيث يتكرر الحادث الصادم عند الطفل بأشكال مختلفة منها:

الكوابيس: يعيش الطفل المصدوم بطريقة جد واضحة صوره الصدمة عندما ينام تحت غطاء كوابيس مختلفة ومتنوعة ومفزعته فتضعف نفسه عندما يفقد من خلالها القدرة على الكلام والحركة ويظهر على شكل حلم دقيق ومؤلم كما انه يشعر خلاله بالتشنج.

#### 5.4. الذكريات المتكررة: Les souvenirs répétitifs

من خلالها يشعر الطفل المظلوم بالاختناق والضيق بسبب صوره الصدمة التي تتضمنها وتحملها من خلال تلك الذكريات. (De Clercq, 2002, p153)

حدد دليل الاحصائي والتشخيص الرابع DSM الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وهي كالآتي:

- أ - أن يكون الشخص قد تعرض لحدث صدمي عاشه عن النحو التالي:
  - أن يكون الشخص قد شاهد أو خبر حدثا أو أكثر فيه حالات الموت والتهديد بها وسلامة الجسم له والآخرين.
  - أن يستجيب لهذا الحدث بخوف شديد أو رعب أو عجز
- ب - يستعيد الطفل الحدث الصدمي بشكل اقحامي في واحد أو أكثر مما يلي:
  - ظهور ذكريات أليمة تبدو على شكل صور أو أفكار أو إدراكات ترتبط بالحدث الصدمي (عند الأطفال يظهر لديهم نوع من اللعب التذكاري يرتبط موضوعه بالحدث الصدمي).
  - ظهور الحدث الصدمي أو أجزاء منه في الأحلام (عند الأطفال تكون أحلامهم مفزعة دون أن يستطيعوا الحديد مضمونها).

- يتصرف الشخص أو يشعر كما لو أن الحدث الصدمي يحدث مرة أخرى (عند الأطفال قد تظهر في سلوكياتهم أجزاء محددة من الحدث الصدمي)

- شعور بالضيق والارتباك عند التعرض لإشارات ورموز داخلية أو خارجية ترتبط بالحدث الصدمي بشكل عام.

- تظهر لدى الشخص استجابات أو ردود أفعال فيزيولوجية عند التعرض لهذه الاشارات.

ج - يتجنب الشخص بشكل مستمر كل المثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي ويبدو في ثلاثة على الأقل مما يلي:

- يبذل الشخص جهدا في تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث" المرتبطة بالصدمة .

#### 5. مظاهر الصدمة النفسية لدى الطفل المعتدى عليه:

ترتبط الصدمة النفسية بالأشخاص الذين تعرضوا لحوادث عنيفة فجائية واستثنائية، لدى فان أي شخص معرض لمثل هذه الصدمات وخاصة الأشخاص ذوي الخصائص الأكثر استعدادا للإصابة بأعراض الصدمة النفسية، بعد التعرض لمثل هذه الحوادث من بينهم الأطفال حيث ترى C.Damiani ان الاثر الصادم مرهون في نفس الوقت بمستوى نضج الانا ومدى صداه في التنظيم الهوامي للطفل، اذ كلما كان الطفل صغيرا كلما كان خطر الاصابة في صورته الجسدية ونموه النرجسي أكبر. (سي موسى رضوان زقار 2000) فالاضطرابات النفسية المصاحبة للصدمة النفسية ترتبط بالاستجابات للضغوط بطبيعة الأحداث ومصادرها لكن الأمر يتوقف على الكيفية التي يستجيب بها الطفل لتلك الضغوط، وعلى ما تعنيه الإساءة الجنسية التي تعرض لها، وأن عواقب حدث صدمة العنف الجنسي يؤثر على نمط حياة الطفل في المراحل اللاحقة ايضا وتتجلى انعكاساته في جوانب شخصية واسرية واجتماعية ومهنية بعد سنوات من التعرض للعنف الجنسي في مرحلة الطفولة. (غسان، 1999، 75)

#### 1.5. مظاهر التشخيص حسب DSM 5 :

للتشخيص النفسي أهمية كبيرة في ميدان علم النفس المرضي، فعن طريقه يمكن تحديد نوع ومشكلة الفرد واضطرابه ومدى خطورته عند التعرف على زملة الأعراض التي يعاني منها. وكلما كان التشخيص مبكرا، تصبح فرصة العلاج أفضل. (زهرا، 2005، ص 158)

#### 2.5. التشخيص حسب DSM 5:

**المعيار A:** إن الأعراض المميزة الناتجة عن التعرض لصدمة عنيفة تتضمن المعايير المستمرة والملحة للحدث الصدمي.

**المعيار B:** وجود واحد أو أكثر من الأعراض المقترحة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

- الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية عن الحادث الصادم.

- عند الطفل يتم عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

- أحلام مؤلمة ومتكررة حيي يرتبط محتوى الحلم بالحدث الصادم.
- ردود أفعال تفارقيه حيي يشعر الفرد أو الطفل ويتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر
- الإحباط النفسي الشديد لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تخبه جانبا من الحدث الصادم
- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية أو تشابه جانبا من الحدث الصادم.
- المعيار C:** تجنب ثبات للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح وأحد مما يلي أو كليهما:
- تجنب أو جمود لتجنب الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث.
- تجنب أو جمود لتجنب عوامل التذكير الخارجية والتي تثير الذكريات المؤلمة والأفكار...الخ عن الحدث المرتبط بشكل وثيق عن الحدث الصادم.
- المعيار D:** التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادمي كما يتضح من الاثنتين
- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم
- المعتقدات السلبية ثابتة ومبالغ فيها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات والآخر أو العالم.
- المدركات ثابتة ومشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه.
- الحالة العاطفية السلبية المستمرة.
- تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
- مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.
- عدم القدرة المستمرة على اختيار المشاعر الايجابية.
- المعيار E:** تغيرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم
- سلوك متوتر ونوبات الغضب.
- التهور أو السلوك التدميري للذات.

- التيقظ المبالغ فيه.

- استجابة عند الطفل مبالغ بها.

- مشاكل في التركيز.

- اضطرابات النوم.

المعيار F: مدة الاضطراب (B - D - C - E) أكثر من شهر واحد.

المعيار G: يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها.

المعيار H: لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو لحالة طبية أخرى.

6. آثار الصدمة النفسية عند الطفل: مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الطفل:

تتصف الصدمات النفسية بأنها:

- فجائية، غريبة، مؤلمة، حادة، شديدة ومتكررة.

- لا نستطيع أن نتنبأ بزمن حدوثها.

- نفقدنا السيطرة على الموقف.

- نفقدنا الإحساس بالثقة بالنفس في مواجهة المواقف.

- الشعور بالعجز.

- تحدث تشبيطا حادا في مجريات حياتنا اليومية.

- تسبب القلق والحزن الشديد.

أما عن آثار الصدمة النفسية على الصحة النفسية وعلى الفرد عموما فنذكر منها ما يلي:

- الحزن، اليأس، الألم والحداد؛

- الاكتئاب العصبي البسيط والحاد؛

- انعدام الشعور بالقيمة والجدوى واحتقار الذات؛

- العزلة والانسحاب الاجتماعي؛

- التخييلات والأوهام والهذات؛

- التفكير في الانتحار ووضع حد للمعاناة؛

- هستيريا القلق؛

- فقدان السمع والبصر؛

- الشلل الهستيرى؛

- الحبسة الكلامية وعدم النطق؛

- الأعراض الحسية الحركية؛

- فقدان الذاكرة الهستيرى؛

ظهور بعض الأمراض التي تصنف في فئة الاضطرابات السيكوسوماتية (Mini DSM-IV Ntr, 2004, P 215-218)

إن الطفل الذي يعاني من آثار الصدمة النفسية تظهر عليه المظاهر التالية أو بعض منها ويمكن تلخيص هذه المظاهر فيما يلي:

- خلل في السلوك اليومي وعدم القدرة القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.

- ردود فعل سلبية وانسحاب تام.

- الخوف والقلق والتوتر.

- الشرود الذهني وعدم القدرة على التركيز والانتباه.

- اضطرابات في النوم والأحلام المزعجة والكوابيس.

- أعراض فيزيولوجية مثل: فقدان الشهية، اضطراب الكلام، التبول الليلي اللاإرادي.

- هجمة الرعب وهي الشعور بالتهديد والتنقل من مكان لآخر والجري من المكان بطريقة عدوانية وبحركة منتظمة ويمكن ان نلخص عواقب الصدمة النفسية في ثلاث تناذرات اساسية وهي:

تناذر التكرار: يكتسي التكرار طابعا مرضيا ساطعا للصدمة النفسية ويأخذ اشكالا مختلفة كالأحلام والكوابيس والحاجة القهرية لذكر الحادث مرورا بالذكريات المؤلمة التي تعيد انتاج الحادث الصدمي فالتكرار اذن هو ميكانيزم منظم يستجيب لحاجة داخلية ترمي الى تخفيف من حدة التوترات عن طريق تفريغها بكميات صغيرة قصد احياء حالة ما قبل الصدمة، وقد يعاش الحادث في عدة اشكال نذكر منها المظاهر التالية:

التكريرات المتكررة: يجتاح الحادث الشخص على شكل صورة وافكار وادراكات تسبب الشعور بالضيق وتعرض نفسها على وعيه رغم انه يحاول التخلص منها، ويشير DSM 4 الى وجود العاب متكررة تعبر عن موضوع الصدمة عند الطفل.

الاحلام المتكررة: تشكل الكوابيس عرضا خاصا بحالة الضغط ما بعد الصدمة، حيث نلاحظ عند الطفل كوابيس مرعبة دون محتوى واضح.

انطباعات فجائية: كان الحادث الصدمي سيحدث مرة ثانية على شكل صورة احيائية، او هام. هلاوس. مشاهدة تفككيه وتظهر هذه الانطباعات بمناسبة مثيرات تستدعي ذكرى الصدمة حيث تعاد معايشة الرعب المرتبط بالخبرة الصادمة الاصلية مصحوبة لأعراضها الإعاشية كنوبات الصعق. الهلع. البكاء. الغضب. العدوانية. (اللفظية والحركية) مع الشعور الدائم بالتهديد من طرف خطر متوقع ومجهول التناذر التجنبي: يظهر التجنب ذو الاصل الصادم مباشرة بعد الحادث الصادم، حيث ينعكس التهديد على موضوع او وضعية تسمح بتثبيت القلق وان كانت سير التجنب هذه دف بصفة شعورية الى تجنب الاماكن والاشخاص والمواضيع المتصلة مباشرة بالحادث الصادم فإنما يمكن ان تنتشر فيما بعد الى عناصر بعيدة كالأماكن العمومية والاشخاص المشاة ويشكل التجنب أحد الاعراض الأكثر ديمومة والمستعصية جدا على التدخلات العلاجية. (Damiani, 1997, p13-22)

يمكن أن نلخص عواقب الصدمة النفسية في ثلاث تناذرات أساسية وهي:

#### التناذر التجنبي:

يظهر التجنب ذو الاصل الصادم مباشرة بعد الحادث الصادم، حيث ينعكس التهديد على موضوع أو وضعية تسمح بتثبيت القلق، وإن كانت سير التجنب هذه تهدف بصفة شعورية إلى تجنب الأماكن والأشخاص والمواضيع المتصلة مباشرة بالحادث الصادم، فإنها يمكن أن تنتشر فيما بعد إلى عناصر بعيدة كالأماكن العمومية والأشخاص المشابهة، ويشكل التجنب أحد الأعراض الأكثر ديمومة والمستعصية جدًا على التدخلات العلاجية (Damiani, 1997, p134).

والتجنب هذا يؤدي إلى ما يلي:

تجمد وظائف الفرز: يصبح الشخص المصدوم عاجز عن فرز المثيرات الخطيرة من التافهة في المحيط الذي يعيش فيه، إذ يبدو له أن كل شيء مصدر خطر وعدوان... بالإضافة إلى صعوبة في النوم تكون مصحوبة بإستيقاظات متكررة.

تجمد وظائف الحضور: يفقد الشخص مراكز اهتماماته المعتادة ويقلل من نشاطاته، حيث يصبح لا يهتم بواجباته كما كان سابقا وقد يقلل من قيمتها، فلا يرى أنها تستدعي الاهتمام.

تجمد وظائف الحب: يصبح الشخص سهل الاستئثار والعدوانية والتذمر، ينتابه انطباع بأنه غير مفهوم ومهجور من طرف الآخرين، غالبا ما تنمو في إطار هذه الشخصية جملة أخرى من السير التجنبية ذات العلاقة بالوضعيات التي تستدعي الحادث الصادم، وتؤدي إلى إعاقة مسار الحياة الطبيعي للفرد، الذي يطوّر مخاوف مرضية حقيقية، كما قد يمس التجنب فقدان الذاكرة الجزئي أو التعرف الجزئي للواقع (Crocq, 2012, p28)

## التناذر العصبي الإعاشي:

يسبب الحادث الصادم اجتياحا حسيا مع الشعور بفقدان الحدود، ففي لحظة يتجمد الفضاء والزمن ، هذا الانطباع للتعبئة الزمنية والمكانية يضاف إلى فقدان الفضاء النفسي، إذ يصبح الشخص عاجز عن التفكير والسلوك بطريقة متكيفة لحماية ذاته بسبب صعق وظائف الأنا، وبالتالي فقد يصبح فريسة تهيج وذعر يتجلبان من خلال هروب مرعب ونشاط عصبي إعاشي مغرط، هذه الصور والانطباعات التي عادة ما تجتاح نوم الضحية عندما يأتي عنصر واقعي لتنشيطها أثناء اليقظة، بالإضافة إلى صعوبات في التركيز واضطرابات في التفكير وحتى عسر القراءة الثانوي لدى ا فال، ويشير DSM4 إلى عدم القدرة على تذكر جزء من حادث الصدمة مع صعوبات في التركيز .

كما يتضمن هذا التناذر اضطرابات في النوم، واضطرابات في الذاكرة والتركيز ونوبات حادة من القلق قد تنتاب الطفل المصدوم من حين لآخر. (سي موسي، 2002، ص 89)

ان مظاهر الصدمة النفسية لدى الطفل المعتدى عليه ترتبط الصدمة النفسية بالأشخاص الذين تعرضوا لحوادث عنيفة فجائية واستثنائية، لدى فان أي شخص معرض لمثل هذه الصدمات وخاصة الأشخاص ذوي الخصائص الأكثر استعدادا للإصابة بأعراض الصدمة النفسية، بعد التعرض لمثل هذه الحوادث من بينهم الأطفال حيث ترى C. Damiani أن الأثر الصادم مرهون في نفس الوقت بمستوى نضج الأنا ومدى صدهاء في التنظيم الهوامي للطفل، إذ كلما كان الطفل صغيرا كلما كان خطر الإصابة في صورته الجسدية ونموه النرجسي أكبر. (سي موسي، 2002، ص 45)

فلاضطرابات النفسية المصاحبة للصدمة النفسية ترتبط الاستجابات للضغوط بطبيعة الأحداث ومصادرها لكن الأمر يتوقف على الكيفية التي يستجيب بها الطفل لتلك الضغوط، وعلى ما تعنيه الإساءة الجنسية التي تعرض لها، وأن عواقب حدث صدمة العنف الجنسي يؤثر على نمط حياة الطفل في المراحل اللاحقة أيضا وتتجلى انعكاساته في جوانب شخصية واسبوية واجتماعية ومهنية بعد سنوات من التعرض للعنف الجنسي في مرحلة الطفولة. (Coutanceau, 2012, pp 265-266)

للتشخيص النفسي أهمية كبيرة في ميدان علم النفس المرضي، فعن طريقه يمكن تحديد نوع ومشكلة الفرد واضطرابه ومدى خطورته عند التعرف على زملة الأعراض التي يعاني منها. وكلما كان التشخيص مبكرا، تصبح فرصة العلاج أفضل.

### 7. طرق التدخل لمساعدة الأطفال المتأثرين بالظروف الصادمة:

- نقل الشخص المصاب من بؤرة التوتر إلى مكان أكثر أمان.

- إعطاء فرص للشخص بأن يصف الحدث من وجهة نظره وبلغته الخاصة.

- الطلب منه أن يعبر عن مشاعره أثناء مروره بالحدث وشعوره حاليا.

- مساعدته على أن يشعر بالأمان والتحدث بحرية.

- استخدام مهارات الاستمتاع الفعال وطرح الأسئلة المفتوحة النهائية.

- استخدام تقنيات الاسترخاء العضلي لمساعدته على التنفس بعمق والشعور بالراحة.

- تقديم الدعم والمساعدة النفسية والتظمن حتى يشعر بالأمان.

هذا بشكل عام، لكن التدخل بمقابل الحالات الصدمية خاصة لدى الأطفال يحتاج إلى عياديين متخصصين، على دراية كافية بخصوصية النمو النفسي والعاطفي والجنسي السوي لدى الطفل، وفي المقابل تختلف التظاهرات المرضية التي يمكن أن يعيشها، ومختلف التقنيات التي يمكن توظيفها تقوم على مبدأ ضرورة طمأنة الطفل، لأن أول ما سيفقده أمام أي ضغط أو حدث مزعج هو الإحساس بالأمن النفسي، الذي هو أساسي وقاعدي ترسو عليه نرجسية الطفل، والطفل بساطته وعدم نضجه لا يعرف للحياة مبدأ غير مبدأ للذة، وكل ألم مهما كان بسيطاً هو مستنكر ومزعج ومهدد لكيونته البريئة في حين وجد كل من (خان Kahan و أنتونيسي Antonucci أن المساندة الاجتماعية لها ثلاثة مقومات مهمة هي: العاطفة Affect والتفاعل Affirmation وتقديم العون أو المساعدة. (عسكر، 2000، ص 9)

#### 8. التكفل النفسي لدى الطفل المصاب بالصدمة :

\*إخبار الطفل أنه من الطبيعي الإحساس بالخوف والانزعاج عند حدوث شيء سيء له .

\*محاولة تشجيع الطفل على التعبير على مخاوفه وأفكاره والأحداث السيئة له الشيء حدثت له أثناء حدوث الحدث الصدمي .

\*إعادة ارجاع الثقة في نفسه وفي الآخرين.

\*الاهتمام وازعاجه الخاصة من طرف المدرسين والموظفين لأن المدرسة تعتبر بيئة علاجية للأطفال .

\*العمليات العلاجية تكون باللعب حيث يكون الأخصائي في اللعب معه وتعتبر وتصحيح أحداث اللعبة من سلبية الى ايجابية .

\*عدم الافراط في حماية الطفل حتى لا يفقد الشعور بالأمان .

\*حماية الطفل تشكل عادي وتجنب تعرضه لصدمة ثانية .

\*عدم تجاهل العلاجات التي تحدث في علم النفس ومنها طريقة التحليل النفسي والتي تهدف الى محاولة فحص ومعالجة تأثير اللاوعي للصدمة .

\*العلاج السلوكي : يستخدم لتجاوز اليأس الحماية المدركة التي تفرض نفسها في الحياة اليومية ويحاول تحديد العناصر واحد تلو الآخر على استقراء وفصل رد فعل عن هذا المحفز للتوصل وتحقيق التخلص من أعراض الصدمة.

\* إضافة الى مجموعة من العلاقات التي من شأنها أن تحقق من عدة الصدمة في العلاج بتقنية الاسترخاء العلاج الابداعي العلاج باللعب وفي حالة عدم التحكم في الصدمة النفسية يمكن اللجوء الى العلاج النفسي كمضادات الاكتئاب. (السيد، 2013، ص66)

#### 9. حالة نموذجية للصورة السريرية لطفل في سن المدرسة (6 إلى 12 سنة):

الاستجابة الفورية يتسم رد الفعل الفوري بالخوف والرعب والشعور بالعجز، تشمل الصورة، كما هو الحال في البالغين أعراض الارتباك الزمني المكاني، والتوقف عن التفكير مع عدم فهم الموقف، وتجربة الغربة عن الواقع وتبدد الشخصية (الانفصال الناتج عن الصدمة) الشحوب والتعرق وعدم انتظام دقات القلب والتشنجات الحشوية المختلفة، الرعاش المتشنج وفقدان البول بشكل بارز خلال هذه الفترة المباشرة يمكن للمرء أن يلاحظ: حالة من الذهول التام في بعض الأحيان، على العكس من ذلك، الإثارة النفسية الحركية الشديدة مع الانفجالات والبكاء أحياناً يكون سلوكاً غير منظم وتلقائياً، يتابع الطفل لدقائق طويلة، أو اللامبالاة الظاهرة، نشاط غير مناسب للسياق تظهر مظاهر قلق الانفصال من المرحلة المباشرة:

الخوف من هجر الوالدين، الخوف من الوحدة، مع سلوك التثبيت بالبالغ وقد لوحظ هذا بشكل خاص من قبل للأطفال الناجين من القصف الإسرائيلي في لبنان. ولكن يحدث أيضاً أنه يمر بالشرط المسبق لمرحلة الكمون الخاطئة، مما يؤدي إلى سلوك طبيعي على ما يبدو واستئناف الأنشطة السابقة، ولكنه في الواقع يستجيب للتحضير لمتلازمة الصدمة النفسية الدائمة. تحت المظهر الهادئ والهادئ للغاية يشعر الطفل بالحيرة والعزلة وعدم الرغبة في اللعب والتحدث وأحياناً فقط بعد فترة ثمانية إلى خمسة عشر يوماً تظهر عليه الأعراض الأولى لحالة صدمة نفسية متأخرة ودائمة مع اضطرابات النوم ومظاهر القلق والبكاء والمواقف التراجعية أو العدوانية المتلازمات الصدمية النفسية المزمنة في المرحلة المزمنة، يمكن تقسيم الصورة السريرية التي لوحظت عند الأطفال إلى ثلاثة مجالات: أعراض الانتعاش، والأعراض غير النوعية واضطراب تطوير الشخصية (بما في ذلك مواقف التجنب والانسحاب المذكورة في اضطراب ما بعد الصدمة، ولكن قبل كل شيء تنطوي على اندثار عاطفي كبير) إحياء المعاش الصدمي هذه صور وأفكار وتدابير وأفعال كما لو كان الحدث سيحدث مرة أخرى وكوابيس متكررة تتطور العديد من الأفكار المتطفلة بسرعة إلى سيناريوهات حيث يأخذ الطفل دوراً نشطاً أو دفاعياً أو انتقامياً ويرى فيه نفسه يقاوم المعتدي أو يهاجمه بدوره من بين "التصرف كما لو..." (قاسم، 2017، ص 264)

يجب الإشارة إلى اللعب المتكرر، الذي يتم ملاحظته كثيراً في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و12 عاماً والذي يتمثل إما في تكرار لفظة العدوان أو لفظة الدفاع (على سبيل المثال، التهديد بمسدس، أو تجمهر تحت طاولة)، أو إعادة إنتاج المشهد في صورة مصغرة مع شخصيات من ألعابه (جنود بلاستيكيون) يجعلهم يصطدمون بعنف أو تنظيم عروض مسرحية حقيقية باستخدام مجموعات (أثاث) وتعبئة الإخوة والأخوات وزملاء الدراسة (لعبة الزلزال أو الإعصار).

نادراً ما تعيد الأحلام إنتاج الحدث نفسه بكل تفاصيله بل حدث من نفس النوع مشهد مطاردة، عدوانية من قبل الوحوش أو الوقوع في الفراغ وإثارة اليقظة هناك أيضاً رعب ليلي مصحوب برهاب الظلام أعراض غير محددة، أكثر الأعراض التي يعبر عنها الطفل المصاب بصدمة نفسية هي الشكوى الجسدية: "أعاني من صداع" أو "أعاني من آلام في المعدة" أو "أعاني من

الأم في الظهر". في بعض الأحيان تكون هذه أعراض وظيفية، مثل تشنجات في الجهاز الهضمي، غثيان، قيء أو إسهال. في بعض الأحيان تكون اضطرابات نفسية جسدية حقيقية، مع تلف الأعضاء، مثل الصدفية والأكزيما والثعلبة والربو وحتى مرض السكري غالبًا ما يتم تقديم الشكاوى الجسدية أولاً من قبل الطفل لأنه عند التحدث إلى الطبيب أو الممرضة، يعتقد أنه يجب أن يتحدث فقط عما هو جسدي، غالبًا ما يظهر التعب في شكاوى الطفل: الإرهاق الجسدي والإرهاق العقلي، وهذا الأخير يؤدي إلى عدم الانتباه في المدرسة، وصعوبة في اكتساب الذاكرة، وعدم القدرة على التركيز على العمل المدرسي، مع تداعيات منع عمليات الاستحواذ وحتى الخسارة. من المقتنيات قبل الصدمة. يصبح الطفل المصاب بصدمة نفسية قلقًا مع نوبات من القلق النفسي (مخاوف غير معقولة) ونوبات جسدية نوبات ضيق التنفس.

#### 10. الصور السريرية حسب العمر:

##### الرضيع (قبل سنة واحدة):

لفترة طويلة تم تجاهل تأثير الصدمات على الأطفال حتى التقليل من شأنها علاوة على ذلك ، فإن الأعراض التي لوحظت أقرب إلى العيوب الوجدانية السريرية منها إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في هذا العمر ، الطفل غير قادر بعد على تقييم الخطر وليس لديه الوسائل الدقيقة للتعبير عن معاناته تتجلى السيمولوجيا أحيانًا في اللامبالاة والانسحاب وأحيانًا من خلال فرط الاستثارة مع البكاء والصراخ المتواصل اضطرابات النوم والشهية والقيء وكذلك المظاهر النفسية الجسدية (الأكزيما) هي طريقة مميزة للتعبير عن المعاناة عند الرضع الذين لا يستطيعون التأمل أو التعبير عن المشاعر ، على المستوى النظري يشير البحث التحليلي النفسي إلى علم النفس المرضي قبل اكتساب اللغة:

تخيلات الاتهام والتشظي في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 1 إلى 5 سنوات مع اكتساب اللغة ، يتمكن الطفل تدريجياً من تكوين تصورات ذهنية للأخطار والهجمات وخاصة للتعبير عن خوفه ومعاناته على عكس ما كنا نعتقد منذ زمن طويل يمكن أن يُصاب الطفل الصغير بصدمة نفسية إنه قادر على أن يدرك - حتى لو لم يفهم ذلك بالضبط - حالة عدوانية أو تهديد لسلامته الجسدية غالبًا ما يتم هذا الوعي في حالة الكوارث والحوادث والاعتداءات حيث يتعرض والديه للتهديد والهجوم من جانبه - "في المرأة" ، عندما يلاحظ فجأة خوف والديه وضيقهم وعجزهم ، بما في ذلك عدم القدرة على الحماية له بهذا المعنى ، سيعاني الطفل الصغير من صدمتين: صدمته الخاصة ، بالإضافة إلى انعكاس وصدمة والديه سلاحظ بعد ذلك خلال مرحلة فورية من الدهشة المرعبة أعراض القلق التي يدور موضوعها حول الانفصال مع شرط وجود والديه بالقرب منه أو على مرمى البصر والخوف من الهجر وربما الخوف من أن والديه سيكونان ضحايا نفس العدوان الذي عانى منه للتو بالإضافة إلى ذلك ، فإن المظاهر الجسدية المؤلمة متكررة جدًا ، بالإضافة إلى اضطرابات النوم واضطرابات العضلة العاصرة الثانوية كما يتم ملاحظة التغييرات في الشخصية والسلوك مثل العدوانية والتهيج والغضب العنيف أو المعارضة المنهجية غالبًا ما يتم ملاحظة تعديل أو فقدان الاهتمامات المعتادة مع الميل إلى الانسحاب أو الألعاب المتكررة التي تتناول موضوع الصدمة خلال هذه الفترة.

## المراهق (من 12 إلى 18 عامًا):

يمر المراهق بمرحلة ثورة بيولوجية مع تحولات سريعة وملحوظة في جسمه ومرحلة من التفكك الاجتماعي ، حيث يحبط انجذاب الانتماء إلى مجموعات من المراهقين الآخرين الخضوع للمجموعة الالتزام بقيم عالم الكبار في عصرنا ، كثيرًا ما يتم وصف الظواهر الانفصالية في المراهق المصاب بصدمة نفسية سواء كان ذلك بمناسبة حالات الراحة (الهلوسة والأوهام والذكريات الماضية و "التجربة أو سواء في مظاهر القلق تجارب تبدد الشخصية (التمثيل هو دفاع نفسي ساند في هذه الفئة العمرية سنجده في اضطرابات السلوك اللاحقة للرضح سيكون سريع الاندفاع ، إما في شكل تشويه للذات وسلوك انتحاري (مستوحى من الشعور بالذنب) ، أو في شكل عدوان لفظي أو إيماي ضد الآخرين وسلوك غير اجتماعي وما قبل الانحراف يمكن أيضًا تقديم تعاطي المخدرات والكحول كبديل يسمح للمراهق بالهروب من تجربة مؤلمة لا تطاق وكأعراض أخرى يلاحظ المرء حالات جسدية مؤلمة وظهور استجابات محيرة على الجسم واضطرابات في الوظائف الغريزية (اضطرابات النوم ، واضطرابات الشهية وفرط النشاط الجنسي مع الميل إلى المخاطرة ومضاعفة الشركاء ، خاصة في حالات الاعتداء الجنسي .

أخيرًا، تم العثور على اضطرابات الهوية والشخصية في المراهقين الأكثر هشاشة سوف تأتي الصدمة لتعويض التوازن النفسي غير المستقر بالفعل يمكننا بعد ذلك أن نشهد النقشي المفاجئ أو الخبيث لحلقة ذهانية حادة أو تحت حادة وأحيانًا طريقة للدخول إلى مرض فصام الشخصية، المتغيرات حسب طبيعة الصدمة، سوء المعاملة الجسدية أو النفسية للطفل الذي يقع ضحية للعنف الجسدي أو المعنوي هو طفل مصاب بصدمة نفسية ويتحمل عواقب نفسية طويلة المدى. (Beriault, 2005, pp 125-130)

## 11. الوقع النفسي الفوري :

الذي يأتي مباشرة بعد الحدث المفاجئ المرعب، ويستمر من 10 دقائق إلى ساعة في حالة من الهيجان والاضطراب النفسي الحاد. فيشعر الفرد بالذعر والاحساس بالتهديد مع الاحساس بالقلق والتوتر وعدم الأمان والانتباه المركز، مما يحدث تغيرات فيسيولوجية، تتمثل في، عدم الرغبة في الكلام وسرعة النبض إلى الغثيان والقيء واضطرابات الجهاز الهضمي، وقد تظهر أعراض الشلل وحالة من الخوف والرغبة في الهروب والاختفاء وكذلك الشعور بالنقمة والاهتياج والشعور بالغرابة. (شعبان، 2013، ص43)

توجد علاقة وثيقة بين الصدمة والانفعال، بحيث تساهم البنى الدماغية في التحكم فيهما وتوجيههما حيث نجد:

- القشرة المخية (cortex cérébral) ، بعصبوناتها التي يبلغ عددها عشرة مليارات تقريبًا هي المحطة الأخيرة لمعظم الإشارات الواردة من المحيط، ومقر انجازات التعليم والذاكرة ومنطلق الحركة الإرادية. هنا يتم تقييم الموقف أو الطرف الطارئ وبرمجة السلوك. وتلعب مناطق الترابط في الفصوص الجبهية والصدغية والجدارية دورًا خاصًا في نشوء الكرب الذي تحدثه الصدمة.

- الجهاز اللمبي الذي أدخل مفهومه في قبل "بروكا" منذ عام 1872 يشارك في وظائف مركبة مثل الانفعال والحافز والذاكرة قصيرة الأمد والتقل إلى الذاكرة طويلة الأمد وتنظيم حالة النشاط.

- المهاد (Hypothalamus) يعد مركز الجهاز اللمبي، ويقر له بالموقع القيادي في تنظيم وتنسيق الجمل الانبائية-الصماوية، وتتمثل مهمته الرئيسية في الحفاظ على الاستتباب، أي ثبات شروط التوازن الفيزيائية الكيميائية لاستقلاب الطاقة.

- يعد النخامي (Hypophyse) عضو تنظيم الوظائف الهرمونية في العضوية ترتبط هذه البنى الدماغية المذكورة بعلاقة متبادلة وثيقة بعضها مع بعض. (كلاوس. غيرت، 2006، ص ص 59-63)

عندما يعيش الفرد الحدث الصادم كالفيضانات أو الزلازل أو الأمراض المزمنة، أو بمجرد ما يتلقى أثناء حدث صادم، تحدث لديه ردود فعل فيزيولوجية لا ارادية ناتجة في الجهاز الباراسميتاوي، الذي يعطي إشارة انذار عن التعرض لخطر يهدد التوازن، ومعرض للتعبئة والدفاع ضد تهديد خارجي، ومن هنا فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له آثاره الفيزيولوجية المعبئة (تحرير السكر في الدم، ارتفاع ضغط الدم، توجه الكتل الدموية من المحيط نحو الأعضاء المركزية، زيادة ضربات القلب ... الخ) التي تجعل الجسم في حالة تأهب واستعداد.

هذا الاستنفار يؤدي إلى ارتفاع نسبة الاستيل كولين في الدم وانخفاض في نسبة السيروتونين والدوبامين في الدماغ ونقص مادة النورايبيفرين يرتبط بعدم قدرة الشخص على الهروب أو التخلص من الصدمة التي تعرض لها ، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى إفراز مادة الدوبامين ، لأن الاستجابة الفعالة ازاء الصدمة غير ممكنة، فالتعرف المتكرر الصدمة أو لتكرارها يؤدي إلى التبدل أو التخدير العاطفي كحل حتمي الصدمة، وهنا يفرز الدماغ مواد مخدرة طبيعية لها مفعول الأفيون تؤثر على نشاط إفرازات الدوبامين والنورايبيفرين و كذلك المواد المخدرة التي يفرزها الدماغ التي تحدث حالة من الانسحاب . فالأشخاص الذين يعانون أكثر من سواهم، هم الذين يسيطر لديهم الجهاز البراسميتاوي، لذلك يتوصلون إلى تحقيق ترميز كافة الأحداث المؤلمة والمفاجئة بشكل صحيح، ويستجيبون فيزيولوجيا بشكل غير عادي للمنبهات تظهر في شكل اضطرابات النوم والكوابيس الاجترارية الشديدة ونوبات غضب والعدوانية، مما يشير إلى معالجة خاطئة وناقصة تعقد على منبهات حسية بالدرجة الاولى وتؤدي إلى استجابة نفسية محضة. (يعقوب، 1999، ص ص 78-79)

وقد تكون أعراض الصدمة النفسية قوية لنجد من آثارها: سيطرة مشاعر الانفصال المستمر للجسد على البيئة المحيطة والاعتراب عن الواقع وفقدان الإحساس بالزمن أو التعرض لنسيان فترات من الحدث الصادم الذي تعرضت له الضحية أو نسيانه بالكامل.

- تداخل الحدث وتذكره بصورة متكررة.

- انسحاب تام من العلاقات الاجتماعية وزيادة تكرار نوبات القزع، أو سيطرة نزوات العنف والتدمير على بعض الأشخاص

## 12. الوقع النفسي العاجل :

قد يستمر لفترة تتراوح بين ساعة وعدة ساعات، يحدث فيها إما استمرار الوقع النفسي الطبيعي أو حدوث الوقع النفسي بعد تأخره من 15 دقيقة إلى 6 ساعات والأخير يشمل وقع انفعالي، يتمثل في الدموع والقلق والغضب وأثار عضلية مثل: رعشة أو هياج عضلي، وأثار عصبية مثل: سرعة في النبض وقيء.

### 1.12. رد الفعل المدمر :

هو يتمثل بحالة من الكف يظهر في: عدم القدرة على الحركة وردات فعل من تصرفات غباء بعيدة عن المنطق وكذلك انهيار وجداني أو حالة من الهيجان: هيجان نفسي وعضلي ولفظي، وقد تجد نوبة هلع تتجلى بهروب غير منظم وعنف وعدوان على الآخرين والهروب في الاتجاه الممهد نحو الخطر وكذلك سلوك تلقائي مثل فقدان الذاكرة الانتقائي. (شعبان، 2013، ص ص 44 - 45)

## 13. أعراض الصدمة النفسية حسب DSM5:

ملاحظة: تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين والأطفال الأكبر من 6 سنوات.

A-التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو) أكثر من الطرق التالية:

1-التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2-المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

3-المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.

4-التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم، على سبيل المثال اول المستجيبين لجمع البقايا البشرية ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال.

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون والأفلام أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B-وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقترحة التالية المرتبطة بالحدث الصادم والتي بدأت بعد الحدث الصادم.

1-الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية عن الحدث الصادم .

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم

2- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في العلم بالحدث الصادم. ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

3-ردود فعل تفارقيه على سبيل المثال (flashbacks) ومضات الذاكرة حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل الوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4-الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث.

5-ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

C-تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما :

1-تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

2-تجنب أو جهود لتجنب عوامل التنكير الخارجية (الناس، الأماكن والأحداث والأنشطة والأشياء والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D-التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

1-عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب القساوة التفارقية ولا يعود العوامل أخرى مثل إصابات الرأس والكحول، أو المخدرات).

2-المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، والآخر، أو العالم على سبيل المثال "أنا سيئ"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطير بشكل كامل"، "الجهاز عصبي لدي دمر كله بشكل دائم".

3-المدركات الثابتة والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد الى لقاء اللوم على نفسه نفسها أو غيرها .

4-الحالة العاطفية السلبية المستمرة على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب والشعور بالذنب أو العار.

5-تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة. (الحامدي، 2014، ص ص 112-113)

### 1.13. مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين:

7- عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضاء أو مشاعر المحبة).

E- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر) مما يلي :

1- سلوك متوتر ونوبات الغضب دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

2- التهور أو سلوك تدميري للذات.

3- التيقظ المبالغ فيه. (Hyper vigilance)

4- استجابة عند الجفل مبالغ بها.

5- مشاكل التركيز.

6- اضطراب النوم على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر.

F- مدة الاضطراب معايير (B, C, D, E) أكثر من شهر واحد.

G- يسبب الاضطراب احباطا سريريا هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد فيما إذا كان:

مع أعراض تغارقية: أعراض الفرد تقي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فُرداً على الشدائد يختبر الفرد أعراضاً مستمرة او متكررة من أي مما يلي:

1-تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية) على سبيل المثال الشعور كما لو كان الواحد في حلم الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

2-تبدد الواقع تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة) على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية للمادة (مثل السلوك اثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

#### 14. التكفل النفسي عقب الصدمة النفسية:

التكفل النفسي يكون تبعا لمراحل ردود الفعل النفسية عقب الصدمة ويمكن تقسيمها عموما إلى مراحل:

❖ **المرحلة الأولى الاستعجالية:** وهي مرحلة الإنذار وحالة الاستنفار النفسية، مع العلم أن تدخل المختصين النفسانيين لوحده في الكارثة وفي نفس الفترة له وزن من ناحية التخفيف من الضغط النفسي لدى المصابين هذه الفترة العصبية تتطلب رابطة اتصال وتبادل مع المصاب، بعض الأطباء النفسانيين ينصحون أيضا بتقديم أدوية معدلة للمزاج عندما يبلغ القلق مداه وهذا مهم للتخفيف من حدة الانفعالات.

❖ **مرحلة قريبة الأمد (الشهر الأول):** وهي مرحلة المقاومة بتطوير وسائل دفاعية وتوظيف السلوكات والمعارف المكتسبة وهي مرحلة حاسمة أنه خلالها يتمكن الفرد من قهر الضغط النفسي الذي أرغمه ويتكيف مع الواقع، وإذا لم يتمكن من السيطرة على الضغط النفسي الذي يتولد من فترة إلى أخرى مع نفاذ قدرة الوسائل الدفاعية الذاتية وتحولها إلى عوامل مدعمة لديه من الأعراض المضطربة عندما تبدأ الحالة المرضية.

❖ **مرحلة بعيدة الأمد (بعد شهر إلى مدة سنوات):** هي مرحلة الانهالك نظرا لعدم التكيف وواقع الكارثة ونتائجها الوحشية المعنوية منها والمادية مما يؤدي إلى استمرار معاناة الحدث الصدمي وترسخ الجسم الغريب في النفس فحالات القلق والضغط التي تؤدي إلى إضرابات نفسية مختلفة يمكن أن تصل إلى حد الكآبة والانتحار أو الى عرض تستلزم علاج نفسي يشرف عليه الإخصائي الإكلينيكي.

#### 15. اجراءات وقائية تفيد في التخفيف من الضغوط وتجنب وقوع الصدمة النفسية:

من الملاحظ في أغلب الأحيان، نكون نحن المتسببين للضغوط النفسية، لخلل في اسلوب حياتنا، أو الطريقة التي نتعامل بها مع متطلبات هذه الحياة. ولأننا نجهل كيفية التعامل أو التعايش مع الضغوط، التي نتعرض لها نكون كذلك السبب في استمراريتها، وتفاقمها للدرجة التي تنتج عنها أعراض وأمراض نفسية، وينقسم تدبير هذه الضغوط إلى:

-وضع استراتيجية للتعامل مع الضغوط.

ينحصر حسب مراحل العمل على الاضطرابات النفسية، ما بعد الاحداث الصادمة. وفق ما يلي:

1-تثبيت الشخص الذي يسعى للعلاج.

2-العمل عبر الخبرة الصادمة

### 3- إعادة انشاء الصلات الاجتماعية ، وقدرة الشخص على ممارسة الحياة اليومية

ليتم بذلك العمل، وفق استراتيجيات مدروسة ومجربة في مقاربة الصدمات النفسية اجتماعياً، وعباديا وفق التالي:

- **تغيير أسلوب التفكير:** إن أسلوب إعادة تأطير التفكير في المشكلة، يساعد الإنسان على رؤية الأمور، بمنظار إيجابي، بدلا عن التركيز على الجوانب السلبية منها، ولهذا يمكن التخلص من الأفكار، والمشاعر السلبية التي تؤدي للضغط النفسي.

المثل الشائع في هذه الحالة الكوب المملوء للنصف، الإيجابي يركز على النصف المملوء ويبدو سعيدا به، أما السلبى فيركز على النصف الفارغ ويتحسر عليه لذا يجب التركيز على الايجابيات، في الإنجاز لأنها تعطينا مزيدا من الثقة والتركيز على النتائج. أما السلبية فتصيب الإنسان بالإحباط، وتزيد من حدة الضغوط .

- **يجب أن نعترف:** ونتقبل النتائج السلبية لإنجازتنا، ونعترف بأخطائنا. ولا نحاول التنصل من المسؤولية بإيجاد الأعذار أو المبررات أو تحميل المسؤولية للآخرين. تحملنا لمسؤولية إخفاقنا يعطينا الإرادة اللازمة، لتصحيح الخطأ والمضي إلى الأمام.

البعض يقضى وقتا طويلا في محاولة لإنجاز أمر مستعصي، وهو يعرف جيدا أن خيوط الحل بيد شخص آخر، غير متعاون أو أن الإمكانيات اللازمة غير متوفرة. الواقعية في التفكير، وفي الإنجاز لا تتركنا أي مجال للضغوط في أي كانت.

من هنا يبدو أن من المفيد، تغيير السلوك من خلال بعض الملاحظات :

- **الحزم :** الحزم في الأمور مهم للغاية وعدم التساهل ، أو التنازل من أجل إرضاء الغير ، حتى لا يتعود الآخرون الاعتماد عليك لمجرد أنك لا تستطيع الاعتذار ، ولمعرفتهم الجيدة أنك بلين جانبك، الإصرار على الحقوق وعدم التنازل عنها ، والتعبير عن الأفكار والمشاعر ، والمعتقدات بحرية وبصراحة كاملة ومن دون التعدي على حقوق ومشاعر الآخرين تدل على النضج والاستقلالية ، وكذلك الحال مع الحزم وحزم الأمور عند الضرورة

- **التنظيم :** عدم النظام يؤدي إلى الضغوط في العمل ، والحياة الاجتماعية. الشخص المنظم دائما، لديه مذكرة يدون عليها أنشطته، وواجباته اليومية على حسب أسبقياتها وبمواعيد محددة.

- هذه الطريقة لا يمكن معها ، إغفال موعد أو التزام بأمر ما كالتعود أن نقول "لا" عند الحاجة: فالبعض لا يستطيع الاعتذار، أو قول لا لحساسيتهم من الآخرين ، هؤلاء يكونون دائما عرضة للاستغلال ، وبذلك يضطرون لفعل شيء لا يرغبون فيه ، وذلك يؤدي إلى مزيد من الضغوط ، تعلم أن تعتذر أو ترفض أمرا لا يروق لك ، أو ليس لديك الوقت له. ويستحسن أن تطلب من الشخص الآخر، أن يمهلك لكي تفكر في الأمر، بدون التزام منك بشيء.

- علينا أن لا نحمل أعباء أو مسؤوليات الغير : فتعود الآخرين على أن تكون جمل يتحمل الأثقال ، ويقوم بعمل كل شيء ويتحمل مسؤوليات الجميع ، لأجل ذلك يترك له الآخرون كل الأعباء والمسؤوليات ، وقد يحاسبونه على أي تقصير منهم.

لذلك فعدم الالتزام بأعباء، أو مسؤوليات غير محددة: البعض يلتزم بمسؤوليات، أو أعباء غير محددة أو فوق طاقته ومن المؤكد أن ذلك الالتزام سوف يزيد عليه الضغوط، أو يعرضه للمساءلة في حالة وجود أخطاء أو تأخير يجب الالتزام بمسؤوليات، أو أعباء محددة وأن تعطى النفس الوقت، والصلاحيات الكافية لذلك. (شعبان، 2013، ص ص35-36)

## 16. دراسة حالة:

شاب في مقتبل العمر، بشوش الوجه طيب لدرجة أنه يظهر أنه مختل عقليا، يتكلم عن الحادثة وكأنه يروي فلما كان يجيب على أسئلة الحالة بكل سعة صدر وكانت الابتسامة لا تفارق وجهه، كان ينتظر أسئلة الباحثة ليجيب عليها بعد شرح الباحثة لموضوع الدراسة، أبدى تجاوبا وتعاونيا مع أسئلتها .

المظهر الخارجي: (أ- و) شاب يبلغ من العمر 28 سنة أنقطع عن صفوف الدراسة في السنة التاسعة أساسي، ذو جسم نحيل، يرتدي ملابسه عادية، كثير الحركة. تم إجراء المقابلة معه في مكتب المحامية التي كانت تتابع قضية قتل عمدي مع سبق الإصرار والترصد للمالك الذي كان يشتغل عنده الحالة (أو) ويبدو متعاونيا جدا، وكان مطيعا لكل تعليمات الحالة، ولا يرى في وجهه إلا ابتسامته العريضة حتى أنها كانت في الكثير من الحالات تبدو غير طبيعية.

صدمة الواقعة الإجرامية ورد فعل الحالة تم التواعد مع صاحب المزرعة - الرجل السارق والحالة (أو) في مزرعته على الساعة السابعة مساء، أحد أيام شهر جوان من سنة 2002 حيث قام المالك وبمساعدة الحالة (أو) بتكثيف الرجل، وإشباعه ضربا بالوسط، قائلا: "هكذا متزيدش تسرق أشياء الناس". ثم أمسك لوحة متينة وواصل الضرب والحالة (أو) ويحاول التدخل لتوقيف عملية الضرب، وكان الضحية يستفزه بالكلام قائلا: أنت ماكش راجل لأن الرجال يواجهوا ماش يتخابو ويخرجوا في الليل. هذا الكلام أثار ثائرة الرجل ليوجه ضربات عديدة لرأس الضحية حتى هشمه ولم يتوقف إلا والدماغ تلتخ المكان وصوت الضحية انخفض تدريجيا ليعم الصمت على المكان فما كان من القاتل سوى الإسراع بوضع الرجل في كيس (خيشه) يحمله بمساعدة الحالة (أو) ليحفر حفرة في المزرعة ويدفنا الجثة فيها، بعد أيام لاحظ أهل القرية غياب الضحية، وبدأت الشكوك تدور حول مالك المزرعة - بصفته العدو الأول للضحية - أما الحالة (أو) فقد اختفى عن الأنظار ولم يخرج من المنزل مدة زمنية، على غير العادة يقول الحالة: كنت في حالة تشبه اللحم، أو ما فرقتش واش صرا كان صح ولا كنت نلحم ؟ انا كنت أساعد في جريمة قتل والآن أنا بسكوتي أشارك فيها مرة أخرى كلما ترقد نحس صوت الضحية يناديني، كنت تشوف صورته في كل مكان، وصورة الحادث لا تغادر مخيلتي أصبت بالخمول ولا أستطيع الاستمرار في الحياة، كنت أريد الانتحار، لكي ارتاح وفي أثناء بحث أهل الضحية، قرر (أو) الاعتراف بكل حيثيات الجريمة، وتفاصيلها لرجال الشرطة، بعد ذلك تم زج القاتل بالسجن، واستجواب الحالة.

آثار الصدمة: شكلت الصدمة نقطة تحول في حياة الحالة، والتي لم تعهد مشاهدة هذه الأمور حيث قال الحالة: بعد تلك الليلة المشؤومة، أحس بالذنب يلاحقني في كل مكان، أنا كنت سبب في قتله لما سمحت للمالك بقتله، لو تدخلت لما كان ميت، ويتساءل: كيفاه راح نرقد، نأكل، كل شيء سامط في هذه الدنيا ما دام كانت الموت علاء نعيشو؟ ما دام كان الكرة،

ويضحك قائلاً: "راني حاب نصرخ ونقول لكل الناس: "أنا قائل باش نتخلص من النار اللي داخل قلبي، أنا مذنب وكنت غبي، وتسببت في موت إنسان بدون قصد .... كنت قادر ننقذو .

انعزل الحالة مدة من الزمن عن العمل وعن الحياة الاجتماعية مع الجيران ليعود بعد مضي الحادثة في حالة غير معهودة، بحيث تتناوبه ثورات من المرح الزائد ونوبات ضحك مبالغ فيها، مع فرط نشاط غريب أين قررت العائلة أخذه إلى الطبيب الذي أمر بدوره بإيداع الحالة بمستشفى الاضطرابات العقلية بدائرة المعذر، ليملك هناك مدة ثلاث أشهر ويغادر المكان، لكنه بقي تحت المراقبة الطبية المستمرة مع تناول الأدوية المهدئة إلى الآن.

#### خلاصة:

الصدمة على الاطفال تعتبر مشكلة خطيرة جدا، أثارها تمتد الى بقية حياة الفرد في حال لم يجد التدخل المبكر والسريع والتكثيم لا يساعد الأطفال بتاتا، فان أثارها تكون في مختلف مراحل نموه وحياته، وتسبب له إعاقة نفسية، وأذى نفسي وجسمي وأمراض خطيرة لا ريب أن الآثار السابقة سوف تنعكس على المجتمع بحرمانه إذ أن شريحة الأطفال تعد شريحة مهمة في المجتمع، كما أن طفل اليوم سوف يصبح شاب الغد والذي يمثل الساعد العري في عمله البناء والتنمية. فللطفل الحق في الحماية وفي تعلم حماية ذاته، وتنمية استراتيجيات مواجهة مواقف الحياة، وهذا الامر يتطلب ايجاد مؤسسات وهيئات تتناول هذه المسألة بأكثر فعالية.



## المحاضرة 04:

المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند

الراشد



#### (4) المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الراشد

تمهيد:

يعتبر موضوع الصدمة النفسية من المواضيع التي استقطبت اهتمام العديد من الباحثين، خصوصا في العقود الأخيرة، وهذا بالنظر إلى كثافة الحوادث الصدمية التي باتت تزداد في عددها وتتنوع في أشكالها وتنتشر في مختلف مناطق العالم وفي كل الأوقات. لا يكاد يمر علينا يوم دون أن يصل إلى مسامعنا أو أبصارنا عبر مختلف المحطات إلى اعلامية عالمية حدوث كوارث طبيعية في بقعة من بقاع العالم. الفيضانات التي تسببها الأمطار، الزلازل والاعاصير، كلها حوادث من شأنها أن تهدد حياة الإنسان، وقد تؤدي إلى نشوء اضطرابات نفسية مختلفة بما في ذلك الصدمات النفسية .

كما تتعرض حياة الإنسان إلى التهديد كذلك نتيجة الأحداث الصدمية الي يتسبب في إحداثها الانسان بصورة قصدية أو عن غير قصد وسنتطرق في بحثنا هذا إلى تعريف الصدمة النفسية وأنواعها، العوامل المختلفة المتسببة في حدوثها ومظاهرها المرضية عند الراشد.

#### 1. تعريف الصدمة النفسية :

الصدمة عبارة عن حادث أو موقف مرهق واقع خارج مجال الخبرة الانسانية المعتادة تتضمن اضطفاء استثنائيا أو درجة شبيهة بالكارثة والتي قد تستثير لدى كل فرد بلبلة عميقة، ويمكنها أن تستمر لفترة قصيرة أو تطول وأن تحدث مرة واحدة أو تتكرر وما يميز الحدث الصادم وجود خطر أو تهديد حاد لحياة أو لصحة الشخص نفسه أو الآخرين ومن أمثلة هذه المواقف الاستغلال الجنسي أو الجسدي والاعتداءات الجسدية والاعتداءات الجسدية والارهاب والحروب والابعاد إلى المعسكرات اعتقال والحوادث والكوارث الصناعية أو الطبيعية.

ويتم التفريق بين النوع الأول والنوع الثاني من الصدمة (Trauma type 1 et type 2) وتقصده بالصدمة من النوع الأول الأحداث الصادمة المنعزلة ، غير المتوقعة التي تستمر لفترة محدودة ومن بينها على سبيل المثال الاغتصاب لمرة واحدة والكوارث الطبيعية وحوادث السير والعمل وتكون مشاعر الحوف واليأس هي المشاعر المسيطرة في خبرة الحدث الصادم. (ميرفين، وآخرون، 2010، ص 73)

#### 1.1 الصدمة النفسية حسب معجم علم النفس: Larousse

الصدمة النفسية هي صدمة عنيفة من المحتمل أن تؤدي إلى اضطرابات جسدية ونفسية، غالبا نتيجة. المشاعر غنية شديدة أو صدمة على مستوى الدماغ بسبب حادث سير أو كارثة فجائية (زلزال، حديث، الخ)، يعاني الأشخاص من مجموعة من الاضطرابات النفسية المستدامة إلى حد ما (متلازمة ما بعد الارتجاج)، وأهمها التهيج، الوهن والانحدار إلى مرحلة طفولية وأحيانا اللجوء إلى المرض (توهم المرضي) أو الكحول. وللتخفيف من الضغط العاطفي لدى المصدومين، غالبا ما يكون العلاج بالنوم والدعم العلاجي النفسي ضرورياً. (Sillamy, 2010, p 285)

## 2. أنواع الصدمات النفسية :

هناك العديد من التصنيفات لأنواع الصدمات النفسية، بناء على أبعاد صادمة مختلفة، ولا يتعلق الأمر بشدة وكم التعرض الصدمي فقط وإنما بالأبعاد الصدمية وشدة وخطورة وطبيعة الاستجابات المرضية اتجاهها.

### 1.2 الصدمات من النمط الأول، الثاني والثالث:

**1.1.2 صدمة من النمط الأول:** تنتج عن حدث واحد، محدود في الوقت وله بداية ونهاية واضحة، يتجلى في خلال ذكريات كاملة ومفصلة، كالحريق أو كارثة طبيعية.

**2.1.2 صدمة من النمط الثاني:** تنتج عن حدث متكرر، أو موجودة باستمرار أو يهدد أن يتكرر حدوثه في أي وقت (العنف الأسري، الاعتداء الجنسي، الارهاب والعمليات الحربية).

**3.1.2 الصدمات من النمط الثالث:** أضافت كل من الدراسات سولومون وكاتلين هايد (Solomon E.P et Heide 1999) K.M الصدمة من النوع الثالث إنها الصدمة التي تسببها أحداث متعددة متكررة اجتياحيه وعنيفة ومزمنة.

تظهر على شكل خدر عاطفي، هشاشة الشعور بالذات في الكثير من الأحيان، الاعتقاد. بحصول ضرر لا يمكن إصلاحه وأنه لا يحق له أن يكون على قيد الحياة، مشاعر اليأس والعار، صعوبات في الوثوق تتداخل مع العلاقات العادية، وعدم وجود مفهوم للمستقبل. علاج الأشخاص الذين يعانون من الصدمات من النوع الثالث أكثر تعقيدا وأكثر صعوبة من علاج الناجين من الصدمات من النوع الأول أو الثاني.

### 2.2 الصدمات البسيطة والصدمات المعقدة:

قامت جوديث هيرمان (Judith Herman 1997)، أستاذة بكلية الطب بهارفارد بتصنيف الصدمة إلى بسيطة ومعقدة.

**1.2.2 الصدمة البسيطة:** ان تعريف Herman للصدمة البسيطة يشبه تعريف Lonore Terr للصدمة من النوع 1 .

**2.2.2 الصدمة المعقدة:** تعرف Judith Herman الصدمة المعقدة على أنها صدمة تنجم على الأحداث تعرف المتكررة المهدة باستمرار، والخضوع لشخص أو مجموعة، الأشخاص.

في هذه الحالات تكون الضحية عادة أسيرة لفترة طويلة (أشهر أو سنوات) تحت سيطرة مرتكب الأفعال الصادمة وغير قادر على الهروب منه مثل العنف داخل الأسرة (العنف الأسري، الإهمال، الإساءة والاعتداء تجاه الأطفال وكبار السن وما إلى ذلك) والاعتداء الجنسي / أو الجسدي، أو خارج ي معسكرات الاعتقال (التعذيب القسري، الخضوع للأعمال المهينة وغير الأخلاقية، عمليات حربية كالقصف، إطلاق النار، ألغام، حصار مدينة ... الخ)، والاتجار بالبشر (الاستغلال الجنسي والعمل القسري)، التحرش (التحرش الأخلاقي والجنسي، الابتزاز).

تتميز هذه المواقف بتكرار أشكال مختلفة من العنف لا يمكن للضحايا الهروب أو لديهم انطباع بأنهم غير قادرين على الهروب.

### 3.2 الصدمة المباشرة وغير المباشرة :

**1.3.2 الصدمة المباشرة:** نتحدث على صدمة مباشرة عند ما تواجه الضحية الموت أو توشك عليه، أو تصاب بالرعب والخوف نتيجة تعرضها مباشرة لحدث صادم أو كانت شاهدة عليه أو كونها الفاعل.

يمكن للحدث الصادم أن يكون حسي (رأت، سمعت وإلى ذلك)، أو عاطفي على: الضحية (شعرت بالخوف، الكرب، الرعب، الرهبة العجز والعار... إلخ).

شهادة: أخبرني صديق من الكونغو أنه قتل رجلا في شبابه. كنت مع بعض الأصدقاء أمسكنا بسارق، وضعنا إطارا حول رقبته ثم وضعنا بعض البنزين وأضرمنا النار فيه. لا يزال بإمكانني سماع صراخه، وأرى مظهره، عيناه، فمه الملتوي ... ذلك المظهر سيبقى معي بقية عمري، سيطاردني كل حياتي، أراه كل يوم في أحلامي. لا أحد يستحق هذا، ليس لدينا الحق في القيام بذلك. بعد ذلك أصبحت متدينا جدا، كل يوم أسأل الله المغفرة. أعلم أنني سأدفع ثمن ذلك كل حياتي.

**2.3.2 الصدمة غير المباشرة:** الصدمة غير المباشرة هي معاناة الشخص أو الضحية من موقف لم يمسه شخصيا بل تعرض له طرف آخر. فهي معاناة محددة تم التعرض لها في الحياة الخاصة أو المهنية، وتسمى أيضا بالصدمة بالإنبابة أو الصدمة المرتدة. وتكون الصدمة غير المباشرة ناتجة على حدث مر به أشخاص على اتصال وثيق مع الشخص: أفراد العائلة، أصدقاء، جيران وزملاء في محنة (شخصا يحتضر، مصاب، ضحايا عنف ... إلخ).

الشيء الذي يدفعهم لمواجهة مواقع تجعلهم يمرون بمشاعر قوية وشديدة. وتصيب الصدمة. غير المباشرة على سبيل المثال: فريق المساعدة الطبية الطارئة، رجال الإطفاء، الصحفيون. (Evelyne, 2019, pp 54-55)

فقد نشأت تسميات عدة ومختلفة للأحداث الصادمة و قد يراهن التقسيم وفق الصدمات الناجمة عن تسبب بشري مقابل بالصدفة والصدمة قصيرة مقابل طويلة الأمد ومن الصدمات المثبتة بشريا من المعاملات الجسدية والجنسية والاعتداءات الجنائية وخبرات الحرب أما الكوارث الطبيعية والصدمة الناجمة عن الحوادث على سبيل المثال فيتم تصنيفها ضمن الصدمات والصدفة و على خلفية توقع محك الحدث في DSM 4 تم كذلك إدخال الأمراض المهتدة للحياة كأمراض القلب والسرطان والايذز وكذلك بمراعاة الضغط الحاد ASR فقد تم في السنوات الأخيرة كذلك دراسة الأمراض الحادة كالأحداث القلبية Cardiaque كعوامل إرهاق (Stress) بصورة جيدة وفي التقسيمات القديمة حسب تير (Terr 1989) فقد تم التقسيم إلى الصدمة من النمط 1 الصدمة الوحيدة والصدمة من النمط 2 (الصدمة المتعددة) في حين أن الصدمة من النمط (1) تنطبق على الصورة التقليدية اضطرابات ما بعد الصدمة فإنه في الصدمة من النمط 2 أي الصدمة المتعددة فغالبا ما تتم ملاحظة الأعراض النوعية لاضطرابات ما بعد الصدمة المركب (كالخطف، الانتهاك الجنسي المتكرر) اضطراب الضغط

المتطرف غير محدد في مكان آخر (Troubles de stress extrême non spécifiés) ويشير كل من ميركل و روزنر (2005) إلى تداخل كبير بين كلا الشكلين يحتاج في السنوات القادمة إلى كثير من الأبحاث.

وقد تحدث فيغلي (Figley 1995) مفهوم الصدمة الثانوية وحيث يكون المعينون في اضطرابات ما بعد الصدمة الأولى ضحايا الحدث الصادم فإن المعرفة بالصدمة التي يتعرض أو تعرض لها شخص آخر تقود في الحالة الثانوية في سياق تقديم المساعدة إلى ضغط متعلق بالدور للمساعد، ولم تتم في الآن دراسته الصدمات الثانوية الا في مجال المساعدين المحترفين (كالشرطة والدفاع المدني و الاسعاف أو الأطباء والجهاز الطبي).

وعلى الرغم من وجود خلاف في المراجع فإن النتائج الامبريقية تشير إلى شدة الصدمة القابلة للقياس من خلال مؤشرات موضوعية تتعلق بدرجة العواقب ووفقا لدراسات مختلفة فإن للاغتصاب وخبرات الحرب وسوء المعاملة أو الاستغلال الجنسي في الطفولة أعلى درجة من تكرار الاضطراب كما توصل كل من غلاتن وفلور (2001) ويول (2001) في دراسة جائحه واسعة بأن اضطرابات ما بعد الصدمة بعد الاغتصاب تظهر لدى 50-80% و في الأسر الناجم عن الحرب السياسي تظهر لدى 50-70% في السلب لدى 52% تقريبا ولدى الجنود بعد المعارك في 20% و في حوادث اليسر 15-39% على هذه الخلفية لا بد من التأكيد على بأن شدة الصدمة بالتحديد ليست هي التي تجدد شدة الاضطراب و بالتالي تتطور الاضطراب يتعدد بشكل خاص خلال عوامل ما قبل وأثناء و بعد الصدمة. (بيرند واخرون، 2016، ص ص305-307)

### 3. مراحل الصدمة النفسية:

**1.3 المرحلة الأولى:** الفاصلة بين الصدمة و بين ظهور العوارض من المتفق عليه أن الصدمة النفسية فهي حالة ذات آثار و عواقب عرضية، وذات ديمومة (قد تطول وقد تقصر) وعليه فإنه لا يجب المزج بينه وبين ردود الفعل الفورية الناجمة عن الشدة والإرهاق النفسي الذين تسببهما الكارثة فمظاهر الصدمة النفسية تستقر مع الوقت وتحديداً بعد فترة من الكمون وتختلف هذه الفترة باختلاف الأشخاص و باختلاف الوضعيات ( يمكنها أن تتراوح بين عدة أيام وعدة أشهر) ولقد أسمى سابقونا هذه الفترة ب "فترة الحضانة" أو فترة " النقل" أو فترة « الاجترار » أو "فترة التأمل" وكلها ترمز إلى العمل الدينامي الذي تقوم به الدفاعات الشخصية في محاولة منها لإصلاح الخلل الناجم عن الصدمة. وهذا العمل الدينامي يستدعي دفاعات جديدة لمساعدته في مواجهة التخريب الذي نجم عن حدث لم يكن بالإمكان التحكم به وبآثاره لدى وقوعه وتبدو هذه الفترة هادئة ظاهريا، إلا أن عين الخبير تستطيع أن تلاحظ علامات وأعراض متنوعة مثل: الانطواء على الذات -الاجترار العقلي الوجداني - الانسحاب، الانهيار أو على العكس الحبور الفجائي (عشوائي وغير مبرر) وذلاقة اللسان من النوع السمج.

**3.3 العلامات الصدمية الأخرى العامة والأعراض المستعارة من صدمات أخرى:** إلى جانب تناذر التكرار المرضي وصف الباحثون في جداولهم العيادية المقترحة عددا من العوارض العامة كمثل القلق والتعب والعياء والعجز الجنسي.

#### 4. تأثير الصدمة النفسية:

من الطبيعي أن يظهر تأثير الصدمة النفسية علينا بأشكال من السلوك. تختلف عما يظهر علينا عادة من سلوك في المواقف الطبيعية وهكذا فإن جوهر الصدمة هو في أن نستجيب لحدث صادم من خلال ردود فعل طبيعية تحدث في جسدنا (كالارتعاش أو التعرق أو تغير الحساسية الألم) وتظهر في سلوكنا (الرعب أو الدهشة والتجمد) ونصب طريقة تفكيرنا تطاير الأفكار وتشتتها الشعور بالعجز وهذه الاستجابات قد تأتي مباشرة بعد الحدث أو تتأخر في الظهور أو تظهر وتتطور بأشكال مفاجئة ومن هنا فإن في الامكان الحديث عن استجابات المصدوم تمر بعدة من المراحل التي قد تكون سريعة ومتداخلة فيما بينها وهذه المراحل هي:

1-المفاجأة (الذهول) بالحدث الصادم: دون أي فرصة لتجنبه .

2-التوتر الشديد والسلوك الذي يحاول عبثا التخلص من الموقف (بطريق المحاولة والخطأ) الشعور بالوجد وفقد الثقة بالنفس.

3-الاستسلام للعجز والكف عن التعامل مع الموقف والتفكير بطلب مساعدة الآخرين.

4-استنهاك القوى استبطاء خطوات الآخرين والشك في نجاحه بالمساعدة، انخفاض التوتر تدريجيا والاستسلام الكلي. يمكن في العادة تصنيف ردود الفعل على الصدمة في ثلاثة فئات أساسية تم عرضها:

1-المفاجأة (الذهول) بالحدث الصادم، دون أي فرصة لتجنبه 2-التوتر الشديد والسلوك الذي يحاول عبثا التخلص من الموقف بطريق المحاولة والخطأ)، الشعور بالعجز وفقد الثقة بالنفس 3-الاستسلام للعجز والكف عن التعامل مع الموقف والتفكير بطلب مساعدة الآخرين 4-استنهاك القوى استبطاء خطوات الآخرين والشك في نجاحهم بالمساعدة انخفاض التوتر تدريجيا والاستسلام الكلي. ويمكن في العادة تصنيف ردود الفعل على الصدمة في ثلاث فئات أساسية تم عرضها في مكان آخر من هذا الكتاب، ولذلك سنترك الخوض فيها بالتفصيل لمكانه.

أ-ردود الفعل الاقترامية (Réactions Intrusives) وهي أفكار أو صور مختزنة تقتحم وعينا دون إرادتنا أو قصدنا، وتعيدنا إلى حالة الانزعاج والقلق المرافق للحدث الصادم بشكل غير مفهوم لمن حولنا، مثل تذكر صور الحادث، أو أصوات رافقته، أو روائح مميزة له كروائح الحريق أو معاودة تخيل الكارثة بالكامل.

ب-ردود الفعل التجنبية: (Réactions d'évitement) وتتجلى في الابتعاد عن كل ما يذكر بالصدمة كالخوف من الذهاب إلى مكان الحدث نفسه، ورفض الحديث عن الموضوع بالكامل، وفي الحالات الشديدة يظهر التجنب على شكل إغماء، وربما يبدو كردود فعل تفككية (Dissociation) تتجلى في فقدان ذاكرة جزئي وربما كلي.

ج-ردود الفعل الجسدية: (Réactions somatiques) وتنتج عن شدة الانفعالات واستمرارها مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية قد لا يعي صاحبها ارتباطها بالانفعال، كآلام المعدة، أو تسرع ضربات القلب أو الصداع الشديد، واضطرابات النوم أو فرط التعرق، أو الهياج وفرط نشاط... الخ .

#### 1.4 إصابة منطقة الضبط الذاتي:

إذا أنت الإصابة ضمن أحد المجالات الأربعة فإن شدتها وقوة تأثيرها علينا تتوقف على مدى تماسك مجالات حياتنا الأخرى، فلو أتت الصدمة من جهة الحياة الصحية (مثل انكشاف أمر مرض جسدي غير عابر كالتعرض لأزمة قلبية فإن شدة تأثيرها تتعلق بكل من المجالات الثلاثة الباقية، وبدقة أكبر من تفعيل احتياطات الفرد في مجال الأسرة والعمل والحياة الاجتماعية، التي تساعده كلها على تطويق آثار الصدمة وتجاوزها والتعامل معها، وربما فيما بعد القدرة على تعديل مفهوم حدود ضبطه الصحي واستعادة درجة من التكيف مساوية وربما متفوقة على أسلوب تكيفه قبل صدمة المرض، أما إذا لم يتم تفعيل هذه الاحتياطات فإن تأثير الصدمة يكون أكبر، وربما امتد ليؤثر ببقية مجالات الحياة، مثل تراجع مساحة الضبط الأسري الذاتي من خلال قطع العلاقات مع الأقرباء خوفاً من مشاعر الشفقة لرؤيته في حالة المرض والضعف، والأمر نفسه ينطبق على بقية مجالات الحياة. ومن هنا نستطيع أن نفهم عملية المساعدة النفسية الأولية في مثل هذه الحالات بأنها إجراءات تقوم بها بهدف إطلاق وتفعيل احتياطات الفرد من مجالات حياته الأخرى لتدعم تعامله مع صدمته وتحد من امتداد آثارها، تمهيدا لمساعدته في استعادة ضبطه في المجال المصاب والتكيف مع المرحلة القريبة التالية مباشرة للصدمة.

#### 2.4 إصابة منطقة الضبط الذاتي في أكثر من مجال:

تأتي الرياح بما لا تشتهي السفن وأحيانا تأتي الأشياء السيئة مع بعضها البعض. ففي ظروف النكبات تأتي المثيرات الصادمة من كل حذب وصوب، وتطال أكثر من مجال واحد في حياتنا. لنفرض أن نكبة فيضان قد حصلت، فنجد أن المصابين بالنكبة يفقدون سيطرتهم المعتادة في مجال العمل من خلال فقدان العمل وكل أشكال التعاملات المالية الاعتيادية بسبب انهيار مكان عملهم وعدم وجود حركة عمل على الإطلاق وفي مجال الصحة من خلال عدم القدرة على الاستمرار في النظام السابق من العادات الصحية الجيدة بسبب الفيضان وما يتبع ذلك من انتشار الأوبئة، وفي مجال الأسرة من خلال عدم اجتماع شمل الأسرة، كان لا يستطيع الأب العودة إلى البيت بسبب انقطاع الطرقات واكتشافه عند عودته أن أهل بيته قد رحلوا حيث يقيم الصغار مع أمهم في مخيم مخصص لهم، ويفرض على الرجال الذهاب إلى ورشات إزالة الأوحال ومساعدة الآخرين، وكذلك الحال فيما يتعلق بالأصدقاء والدور الاجتماعي الذي يلعبونه حينما يصبح كل منهم مشغولا بنفسه وربما بأسرته وإنقاذ ما يمكنه إنقاذه. في مثل هذه الحالات تأتي شدة الصدمة مضاعفة وتكون فرص الفرد في المواجهة أقل بكثير بسبب عدم القدرة على تفعيل الاحتياطات لأن كل المجالات قد تم إيذاؤها بالحدث الجلل وهو ما يدعى الصدمات المركبة. (Traumatisme complexe) والأمر يكون أصعب وأمر من هذا في حالات الحروب، ولقد رأينا كيف أن الإنسان العراقي قد أصيب في كثير من الحالات بالمصائب في كل هذه المجالات الحياتية، ففقد أعلى الغوالي لديه، وربما انقسمت أسرته من حيث مكان الإقامة، فالأب في مكان والأم وبعض الأولاد في مكان، وبقية الأولاد في مكان ثالث، وإضافة لذلك يفقد العراقي عمله لتهجيره من مكان إلى آخر بشكل. (ميرفين واخرون، 2010، ص ص 65-67)

## 5. العوامل التي تزيد النتائج السلبية للحدث الصادم:

جميعنا نتعرض لأحداث صادمة بمستويات مختلفة في مراحل حياتنا المتعاقبة، ولكن استجاباتنا للصدمات تختلف من فرد إلى آخر ومن ظرف إلى آخر، ويعود هذا الاختلاف إلى جملة من العوامل بينها ما يتعلق بالفرد نفسه، وبينها ما يعود إلى خصائص الحدث الصادم نفسه، ومنها ما يتوقف على الظروف المحيطة بالصدمة بشكل عام. وتبين الدراسات أن أهم العوامل التي ترفع احتمال تفاقم آثار الصدمات ما يلي:

ارتفاع الخسارة أو الأذى اللاحق لها: كلما ارتفعت شدة الأذى الجسدي كالبتير أو الحرق أو الكسور المركبة... الخ)، والمادي كفقْدان المصادر المادية ومدخرات الحياة دفعة واحدة)، والمعاناة النفسية الشعور بالعجز والذنب والخوف الشديد على الحياة، وفقْدان أشخاص مهمين في حياة الفرد المرافقة للحدث الحاسم، زاد هذا من احتمالات فقْدان أو تحطيم إيمان المصاب بقيم كانت أساسية لديه كفقْدان مصادر التوازن والاستقرار النفسي الداخلي في حياة الفرد. تعدد مجالات الحياة التي تتأثر بهذه الأحداث الأسرة العمل الحياة الاجتماعية الحياة الصحية. ومن أهم الأحداث الحاسمة التي تصيب مجالات الحياة كلها:

الكوارث الطبيعية كالفيضانات والزلازل والأعاصير والحروب وخاصة تلك المديدة منها، والسجن أو الاعتقال درجة العجز أو مشاعر العجز التي تثيرها عند الفرد بعد الحدث وأثناءه. درجة الدعم الاجتماعي الرسمي والفردية المتاحه للفرد أثناء الحدث وبعده. التعرض لتهديد جدي ومباشر لحياة الشخص نفسه أو لحياة أحد المقربين منه طول فترة التعرض للحدث الصادم التعذيب والاضطهاد المستمر، وتعدد الاغتصاب. (Dahin, 2014, pp 211-214)

## 6. ردود الفعل للصدمة النفسية:

### 1.6. رد الفعل التكيفي الفوري للصدمة:

رد الفعل التكيفي الفوري والذي يسمى أيضا "بالإجهاد المتكيف" وهو رد فعل من التأهب والتعبئة يضاعف الانذار الفسيولوجي وتعبئة الإجهاد مع تنبيه نفسي وتعبئة إن الإجهاد ينطوي على دائرة انعكاسية حيوية وعصبية فسيولوجية مع التأثيرات التالية: ينبض القلب بشكل أسرع يرتفع ضغط الدم ويزداد معدل التنفس ويزيد مستوى السكر في الدم لتوفير هذا الاحتياطي من الطاقة إلى العضلات ، تهرب كتلة الدم من المحيط نحو الأعضاء ويقف الشعور في النهاية ويكون الكائن الحي بأكمله جاهزا للاستجابة.

أخيرا من خلال آلية التغذية الراجعة يتم إبلاغ الدماغ القشري بهذه التغيرات ويمكنه تعديل قراراته وفقا لذلك من الناحية الفسيولوجية، يعتبر الإجهاد آلية انعكاسية مستقلة عن الإرادة لكن الموضوع يدرك آثاره على المستوى النفسي يتجلى في اليقظة والتعبئة في المجالات المعرفية والعاطفية والارادية والسلوكية الأربعة.

في المجال المعرفي يحدث بشكل عفوي دون مبادلات أو قرار الوعي ارتفاع في مستوى اليقظة وتركيز الانتباه وتفاقم القدرات في التقويم والاستدلال، و ذكر ذلك يؤدي إلى اتخاذ القرار يتحول الإدراك فجأة من وضع الاستقبال السلبي إلى الوضع النشط

للتنفس الانتقائي للإشارات ذات الصلة في الموضوع الذي تلقى دون أن يحتفظ بعديد من المنبهات البصرية والسمعية والشمية والحسية وما إلى ذلك من البيئة فجأة نصفه في حالة تأهب واستكشاف يسمع للبيئة إلى الضوضاء والأصوات والأحاسيس ، يستنشق روائح غير عادية ليحتفظ فقط بما يمكنه إبلاغه عن التهديد ، فرط النشاط الذي يستجيب لإلحاح الموقف في المجال العاطفي، من خلال الإفراز البيولوجي للأدرينالين : هناك اضطراب عاطفي ممزوج نسبياً ولكنه يحافظ على حالة اليقظة للزجسية المهدة ويؤدي بها إلى الوعي، لاحظ أن رد الفعل الطبيعي يشمل أيضا الحد من هذا المد العاطفية تبقى ردة الفعل طبيعية ومناسبة للموقف. يشعر الشخص بتوتر دخلي مزعج لن يتم تقليبه الا من خلال التمثيل انه يمزق نفسه عن تروده في اتخاذ إجراء أخيراً.

في المجال السلوكي يترجم هذا إلى سلسلة من المواقف والايامات المناسبة وموقف نفسية والاستعداد للدفاع أو ايماءات الانسحاب بهدف تقليل أو القضاء على التهديد.

## 2.6. ردود الفعل المباشرة للكارثة ولأبعدها المختلفة:

إن ردود الفعل هذه تتضمن التجارب النفسية الداخلية والسلوك الخارجي. فالاستجابات القلبية والشديدة العامة، بما فيها العوارض. هي على درجة من الأهمية كما أنه من المهم أيضاً وصف السلوك تجاه الكارثة وبعدها مباشرة. إن هذا السلوك قد يكون أيضاً حسن التكيف أو رديء التكيف ولهذا أثره بالنسبة لفرض النجاة والخلص والواقع أن أي تعريف لكلمة مباشرة يظل نسبياً ولكنه قد يتراوح بين الـ 24 و الـ 48 ساعة الأولى وبين الأسبوع الثاني التالي لحدوث الكارثة، على الأكثر. وقليلة الدراسات التي تصف ردود الفعل المباشرة أو المبكرة هذه ومن الأمثلة على هذه الدراسات دراسات ويزارت التي تناولت مجموعة سكانية مرت بتجربة حريق معمل دهانات. ومثل آخر في استمارة الصحة العامة التي قام بها باركر. ودراسة لوندنين لمجموعة من الناجين من حريق نادي ليلي ولكننا لا نزال بحاجة لإجراء المزيد من الدراسة لبعض ردود الفعل المعينة المرتبطة بالبقاء على قيد الحياة (مثل شعور الناجين بالذنب) وجوانب اللوم والالتهام وخاصة في الكوارث التي هي من صنع الإنسان. وقد قام ويزارت بدراسة سلوك مجموعة سكانية بكاملها خلال الكارثة وردود الفعل القلبية خلال الأسابيع القليلة الأولى بعد الكارثة مستعملاً لوائح عوارض القلق مقاييس قلق الحالة ومطوراً مؤشراً للقلق الصدمي وتقديرات لاستجابات مهمة أخرى. وقد قام لوندنين بدراسة ردود أفعال الدفاعية واستجابات أخرى لدى عدد من الباقين على قيد الحياة ومنهم من فقدوا أقرباء خلال الكارثة. كما قام رافايل أيضاً بملاحظة ردود الفعل المباشرة لناجين فقدوا أقرباء لهم في كارثة سكة حديد. كما أجرى مالت «ومعاونوه دراسات لردود الفعل المباشرة تجاه الحوادث العارضة. (Coraline. Wissam, 2020, pp 47-49)

ويمكننا أن نفترض أن هذه المعلومات عن ردود الفعل المباشرة والمبكرة هي معلومات ذات قيمة بالنسبة للنواحي التالية :

أ. في تحديد سلوك التكيف مع النجاة والاستجابة المناسبة تحت وطأة الصدمة التي تسببها الكارثة.

ب. في فهم أفضل للأنماط العامة لردود الفعل المباشرة، وفي تقدير ما إذا كانت ردود الفعل المبكرة قادرة على مساعدتنا في التنبؤ حول السلوك التكيفي في المراحل اللاحقة أو حول المشاكل التي قد تنشأ في المدى القصير أو المتوسط أو الطويل.

وذلك من خلال قياس النتائج بشكل منهجي عند نقاط زمنية معينة بعد الكارثة. وقد يتضمن هذا تجميعاً للمعلومات المتعلقة بالتاريخ الطبيعي للاضطراب العقلي حيث تحمل ردات الفعل المبكرة دلالة على بدء ظاهرة الاضطراب

ج. في إجراء مسح للمجموعات السكانية حتى يمكن اتخاذ خطوات نحو تقديم المساعدة للأشخاص الأكثر تضرراً، والوقاية من تطورات الحالة المرضية

د. في التحقق ما إذا كانت ردات الفعل المبكرة المحددة أو غير المحددة مرتبطة ببعض عناصر الشدة الكارثية أي الأبعاد الكارثية الموصوفة أعلاه كما افترضها ويزات ورافاييل وآخرون.

هـ. في تحديد الآليات التي يمكن للأفراد أن يحاولوا بواسطتها التعامل مع ردود فعلهم تجاه تجربتهم المرعبة.

**3.6. رد الفعل الغير تكيفي للصدمة (الفوري):** يقال إن رد الفعل الفوري غير المناسب (غير التكيفي) ناتج عن اشخاص ضعفاء نفسياً، أو غير مستعدين، أو منعزلين ويستأوون من هذه العزلة عندما يتعرضون للهجوم ولكن يمكن ملاحظته أيضاً في أي شخص في الهجمات العنيفة بشكل استثنائي ، أو في حالات العدوان المطول أو المتكرر على فترات زمنية قصيرة يمكن أن يتخذ هذا التفاعل الفوري غير القادر على التكيف أربعة أشكال هي الدهشة والاثارة ، والذعر ، ونشاط الأوتوماتيكي على المستوى المعرفي، إنه مذهول وغير قادر على الإدراك والتقييم والتفكير والتعبير من نفسه لم يعد يعرف من هو و أين هو ؟

-على المستوى العاطفي ، إنه ذهول فوق الخوف ، في نوع من الغيبوبة. يقول بعض الأشخاص كنت خائفاً أكثر من الخوف لدرجة انت كنت غير مبالي بأي شيء يمكن أن يحدث لي " يقول آخرون شعرت أنه كان يحدث لأشخاص آخرين بجانبني."

-المستوى الارادي ، يشعر هؤلاء الأشخاص بالذهول ويصابون بالشلل. (مرسلينا، 2013، ص 210)

#### خلاصة:

حتى عندما يكون الشخص متحمساً لتقديم أكبر قدر ممكن من المساعدة والدعم للأشخاص المصدومين، يكون من الضروري جداً أن يكون واضحاً ما هي الظروف التي يعيش تحتها الأشخاص حالياً. حتى لو لم يكن هناك خطر محقق على حياتهم بعد الآن، فبالنسبة للكثير من المصدومين ليس هنالك فرص للبقاء والمستقبل يعول عليها بعد. لا يمكن أن للعلاج البدء تحت ظروف البيئة غير الآمنة والفرص المستقبلية غير الواضحة. يكون العلاج ممكناً عندما يشعر الشخص بالأمان وعندما تكون ظروف المعيشة مستقرة، لكي يكون من الممكن التعامل مع وإطلاق الذكريات والمشاعر المرتبطة بحالة الصدمة والتي من الممكن أن تكون باعثة على التوتر من جديد.



## المحاضرة 05:

### الاضطرابات المصاحبة للصدمة



## (5) الاضطرابات المصاحبة للصدمة

**تمهيد:**

إن تعرض الأشخاص لأحداث صادمة عنيفة تتخطى حدود احتمالهم، سواء كان هذا التعرض مباشرا في شخصهم أو غير مباشر كسماع خبر مؤلم عن أشخاص تجمعهم بهم درجة القرابة، أو حدوث ذلك للآخرين في حضورهم، من شأنه أن يكون مرحلة حياتية قاسية قد يتمكن من تمريرها كحدث عابر دون أن تتسبب له في اختلالات عقلية أو نفسوجسمية كما من شأنه كذلك أن يكون سببا في نشوء اضطرابات مختلفة للفرد منها العقلية والنفسية ومنها العضوية أو الفيزيولوجية. أو أن يزيد من شدة الأمراض الموجودة قبل وقوع الحدث الصادم، وهذا باحتساب عدة عوامل مهمة كغياب الميكانيزمات الدفاعية، وهشاشة العضو أو استعداده القبلي، هكذا يكون الفرد في لحظة الاجتياح هذه معزولا يواجه عنفا جسديا أو نفسيا شديدين، حيث تختلف الاستجابة في شكل معاناة تتطور إلى اضطرابات أو إلى أمراض، سنحاول أن نتناول أهم ما يمكن حصره منها باعتماد تصنيفها في جوانب على الرغم من تداخلها وتشابك انفعالاتها العميقة. يمكن لكثير من العوامل أن تؤثر في قوة هذه الاضطرابات الناتجة عن الصدمة من بين هذه العوامل كذلك سن المصاب وخبراته السابقة التي تلعب دورا أيضا، لكن بشكل خاص تكون ظروف الحياة بعد حادث الصدمة مهمة أيضا، فيما إذا وجد مثلا الدعم من الأقرباء والمحيط الآمن أو لم يجد .

### 1. التشخيص الفارقي:

من خلال دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM5، الذي يذكر الاضطرابات المصاحبة للصدمة في التشخيص الفارقي ويعددها كما يلي:

#### 1.1. اضطراب الكرب الحاد (Trouble de stress aigu) :

A - التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

(1) التعرض مباشرة للحدث الصادم .

(2) المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين .

(3) المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا. (الحمادي، 2015، ص ص 117-

(118)

(4) التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع النفايات البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال). ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B - وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

#### \* أعراض الاقتحام:

(1) الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سنا من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

(2) أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

(3) ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، [flash-backs] ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: عند الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

(4) الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم

#### \* المزاج السلبي:

(5) عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).

#### \* الأعراض التفارقية:

(6) احساس متغير بالواقع اما بالبيئة المحيطة أو بالنفس (مثلا، رؤية النفس من منظور آخر، الإحساس بالغيوبية، تباطؤ الزمن). (الحمادي، 2015، ص ص 120-121)

(7) عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النسيان التفرقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات)

\*أعراض التجنب:

(8) تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

(9) تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، الأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم .

\*أعراض الاستثارة :

(10) اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).

(11) سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء .

(12) التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance)

(13) مشاكل في التركيز

(14) استجابة عند الجفل مبالغ بها.

C - مدة الاضطراب - أعراض معيار - B من 3 أيام إلى شهر واحد.

D - بسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاما في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

E - لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل : الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى (إصابة خفيفة للرأس) ولا يُفسر بشك ل أفضل باضطراب ذهاني وجيز . (الحمادي، 2015، ص ص 122-123)

## 2.1 اضطراب التعلق التفاعلي (Trouble réactif de l'attachement)

A - نمط ثابت من السلوك المنسحب عاطفياً المكبوت تجاه مقدمي الرعاية البالغين والذي يتظاهر بكل مما يلي:

(1) نادراً أو في الحدود الدنيا ما يسعى الطفل للبحث عن السلوان عندما يعاني.

(2) نادراً أو في الحدود الدنيا ما يستجيب الطفل للسلوان عندما يعاني.

(3) نادراً أو في الحدود الدنيا ما يستجيب الطفل للسلوان عندما يعاني. (الحمادي، 2015، ص 130)

B - اضطراب اجتماعي وعاطفي ثابت يتميز باثنين على الأقل مما يلي:

- (1) استجابة عاطفية واجتماعية في الحد الأدنى للأخريين .
- (2) وجودان إيجابي محدود.
- (3) نوب غير مفسرة من الهياج، الحزن، أو الخوف، حيث تكون هذه النوب مثبتة حتى في حالة عدم التفاعل مع مقدمي الرعاية البالغين.

C - اختبر الطفل نوعا من الرعاية الغير كافية كما ثبت بواحد من التالي على الأقل:

- (1) الإهمال الاجتماعي أو الحرمان على شكل الفقد المستمر للحاجات العاطفية الأساسية من الراحة، والتحفيز، والمودة المقدمة من قبل مقدمي الرعاية البالغين .
- (2) التغيير المتكرر لمقدمي الرعاية الأساسيين والتي تحد من فرص تشكيل ارتباطات مستقرة (على سبيل المثال، التغيير المتكرر في دور الرعاية).
- (3) التنشئة في مواضع غير عادية والتي تحد بشدة من فرص تشكيل ارتباطات انتقائية (مثل المؤسسات ذات النسب العالية من طفل - مقدم الرعاية).

D - يفترض أن الرعاية في المعيار C هي المسؤولة عن السلوك المضطرب في المعيار A على سبيل المثال، بدأت الاضطرابات في المعيار A تالية لعدم وجود الرعاية لكافية في المعيار C).

E - لم يتم الوفاء بمعايير اضطراب طيف التوحد.

F - الاضطراب مثبت قبل سن 5 سنوات.

G - السن التطوري للطفل هو 9 أشهر على الأقل.

تحديد الشدة الحالية: يتم تحديد اضطراب التعلق التفاعلي كشدديد عندما يظهر الطفل كل أعراض هذا الاضطراب، وكل عرض يظهر عند مستويات مرتفعة نسبيا.

### 3.1. اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل (Trouble de l'engagement social désinhibé)

A - نمط من السلوك حيث يقارب ويتفاعل الطفل مع البالغين غير المألوفين بشكل نشط ويظهر اثنان على الأقل مما يلي:

- (1) تحفظ منخفض أو غائب لدى مقاربة البالغين غير المألوفين والتفاعل معهم.

(2) سلوك مألوف مفرط لفظيا أو جسديا) غير مستحسن ثقافيا ولا يتوافق مع الحدود المناسبة للعمر. (الحمادي، 2015، ص 131)

(3) انخفاض أو غياب التحقق من وجود مقدم الرعاية بعد الابتعاد عنه، حتى في الأماكن غير المألوفة . .

(4) الاستعداد للذهاب مع البالغين غير المألوفين مع القليل من التردد أو غيابه.

**B** - لا يتعلق السلوك في المعيار A بالاندفاعية (كما في اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة) ولكن يتضمن سلوكا متحلا اجتماعيا.

**C** - اختبر الطفل أشكالاً متطرفة من العناية غير الكافية كما ثبت بواحد مما يلي:

(1) الإهمال الاجتماعي أو الحرمان على شكل الفقد المستمر للحاجات العاطفية الأساسية من الراحة، والتحفيز، والمودة المقدمة من قبل مقدمي الرعاية البالغين.

(2) التغيير المتكرر لمقدمي الرعاية الأساسيين مما يحد من الفرص لتشكيل الرباط المناسب (مثل التغيير المتكرر في دور الرعاية).

(3) النشوء في أماكن غير معتادة مما يحد بشدة من الفرص لتشكيل الرباط الانتقائي (مثل المؤسسات ذات النسبة المرتفعة من الطفل-مقدم الرعاية).

**D** - الرعاية في المعيار (C) يفترض أن تكون مسؤولة عن اضطراب السلوك في المعيار (A) مثل أن يكون اضطراب السلوك في المعيار (A) قد بدأ بعد الرعاية المرضية في المعيار (C).

لا بد أن يكون سن الطفل التطوري تسعة شهور على الأقل .

مستمر: تحديد ما إذا كان الاضطراب الحالي حاضرا لأكثر من 12 شهرا

تحديد الشدة الحالية: يتم تحديد اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل كشدید عندما يظهر الطفل كل أعراض هذا الاضطراب، وكل عرض يظهر عند مستويات مرتفعة نسبيا. (الحمادي، 2015، ص ص 132-134)

#### 4.1. اضطرابات التأقلم (Troubles de l'adaptation)

**A** - تطور أعراض انفعالية أو سلوكية كاستجابة لضغط (ضغوطات) يمكن تحديدها، وتحدث في غضون 3 أشهر من بداية الشدة (الشدة).

**B** - هذه الأعراض أو السلوكيات هامة سريريا كما يستدل عليها بواحد من التظاهرين التاليين : (الحمادي، 2015، ص 135)

(1) إحباط صريح لا يقارن بحدة وكثافة الكرب. آخذين بعين الاعتبار السياق الخارجي والعوامل الثقافية والتي قد تؤثر على شدة الأعراض والحالة.

(2) انخفاض هام في الأداء الاجتماعي أو المهني ومجالات الأداء الهامة الأخرى.

C - لا يحقق الاضطراب المرتبط بالشدة معايير اضطراب عقلي آخر، ولا يعد فقط تفاقما للاضطراب عقلي سابق.

D - لا تمثل الأعراض حالة الفقد (الحداد). (الحمادي، 2015، ص 136)

E - حالما ينتهي عامل الشدة (أو عواقبه) فإن الأعراض لا تدوم أكثر من 6 أشهر إضافية.

حدد فيما إذا كان :

\* حادا: إذا استمر الاضطراب أقل من 6 أشهر.

\* مزمنًا: إذا استمر الاضطراب 6 أشهر أو أكثر. بالتعريف، ال يمكن للأعراض أن تدوم أكثر من 6 أشهر بعد انتهاء عامل الشدة، وبالتالي يطبق المجدد المزمّن حين تكون مدة الاضطراب أكثر من 6 أشهر كاستجابة لعامل شدة مزمّن أو لعامل شدة يمتلك عقابيل باقية.

\* مع مزاج اكتئابي: عندما تهيمن أعراض المزاج المنخفض، البكاء، فقدان الأمل.

\* مع قلق: عندما تسيطر أعراض مثل العصبية أو التوجس أو الجزع، أو قلق الانفصال

\* مع قلق ومزاج اكتئابي مختلط: عندما تسيطر أعراض مشتركة للقلق والاكتئاب

\* مع اضطراب في المسلك: عندما يكون التظاهر المسيطر هو اضطراب في المسلك.

\* مع اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضا (مثل، الاكتئاب، القلق) واضطراب في المسلك (انظر النمط الفرعي أعلاه). (الحمادي، 2015، ص 137)

## 5.1 اضطراب كرب ما بعد الصدمة TSPT

1.5.1 تعريف اضطراب كرب ما بعد الصدمة: TSPT كلمة Trouble du stress post traumatique TSPT هي اختصار العبارة Trouble de Stress Post-Traumatique والتي تعني اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، حيث تعرفه جمعية الطب النفسي الأمريكية (1980-1987-1994): بأنه اضطراب يتعرض شخص ما لحدث مؤلم جدا (صدمة) يتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة، وقد يكون حادا أي أنه يستمر لفترة محدودة، وقد يطول ويصبح مزمنًا. (غسان يعقوب، 1999، ص 38)

عرفها "باتل فيكرام" سنة 2008 على أنها حالة من الكرب النفسي تحدث لشخص عرف تجربة معرضة للموت. (فيكرام باتل، 2008، ص 295) كما تعرف بأنها تطور للأعراض المصاحبة لأية صدمة عنيفة وقعت للشخص وسبب للآخرين الموت أو الأذى أو مشاهدتها أو السماع بإصابة أحد أفراد الأسرة. إذن اضطراب كرب ما بعد الصدمة، هو اضطراب وقلق ينتج عن التعرض لحدث حاد أو مزمن أو متأخر. (النايلسي، 1991، ص ص 131-135)

### 2.5.1. أسباب اضطراب كرب ما بعد الصدمة: TSPT

يحدث اضطراب كرب ما بعد الصدمة بسبب واقعة ضاغطة غير مألوفة، صادمة، وحدث عنيف يشهد الشخص نفسه أو لأحد أفراد العائلة، كالاعتداء المادي أو الجنسي أو السرقة، والتعرض لهجوم أو الاختطاف أو الأسر، وأثناء معاشة الحروب والتعذيب والاعتقال، أو نتيجة التعرض للكوارث الطبيعية والبشرية، كحوادث وسائل المواصلات (برا، بحرا، جوا) أو مشاهدة أحداث مفرجة، أو العلم أنها وقعت لأشخاص مقربين، أو نتيجة الإصابة بمرض خطير يهدد الحياة، ونتيجة للتشوه الجسدي الذي لا يرجى له شفاء. (أبو عيشة. عبد الله، 2012، ص 18)

### 3.5.1. أشكال اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

أ- الشكل الحاد: الاستجابة الحادة للضغط أو ما: أيضا الاضطراب النفسي الحاد وتظهر عند 70% من الضحايا خلال الحادث الصدمي أو الأربعة أسابيع التي تتبعه، ولكن بمرور الوقت قد يحدث تحسن أو شفاء من هذه الأعراض بنسبة 30% من المصابين.

إن بصفة عامة فإن الأعراض تبدأ في الشكل الحاد مباشرة بعد حدوث الصدمة ويجب أن لفترة قد تصل إلى 6 أشهر وتكون إمكانات الشفاء هنا أفضل قهار.

ب- الشكل المزمن: هو ما يطلق عليه اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (TSPT)، وهو يعرف بمجموعة من الأعراض الدائمة والمستمرة تظهر الوقت عند 70% من الأفراد الذين لديهم استجابات حادة للضغط (Aigues)، لتظهر لديهم بشدة متغيرة، حيث 40% يستجيبون بطريقة سطحية، و20% معتدلة، و10% بصورة عنيفة (حاد)، مع تقاوم تدريجي وتدهور. أي تستمر الأعراض بعد انقضاء ستة أشهر من بداية الصدمة.

ت- الشكل المتأخر: تبدأ الأعراض هنا بالظهور بعد فترة طويلة من الركود قد تصل إلى عدة أشهر أو سنوات .

### 4.5.1. النماذج المفسرة لتشكيل اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

حاولت بعض النظريات أن تعطي تفسيراً لتشكيل اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ومن أهم هذه النظريات نذكر ما يلي: (غسان يعقوب، 1999، ص 71)

أ- معالجة الأنبيات: تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب ما بعد الصدمة، فالأنبيات تغزونا من كل حذب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته (ترميز، حل الترميز، السلوك)، بينما لا تتم معالجة القسم الآخر

بشكل صحيح لأن الأنبيات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي جهاز الاستقبال)، بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجة الأنبيات.

- ويعتقد Horowitz بأن معالجة الأنبيات الصادمة لا بد لها أن تمر بمراحل متعددة:

المرحلة الأولى: مرحلة الانفعال الشديد، ويدخل فيه الصراخ أو الرفض والاحتجاج والخوف الشديد مع فترات من التفكك والذهان .

المرحلة الثانية: النكران والتبدل وعمليات التجنب لكل ما يذكر بالحدث بالإضافة إلى الانسحاب.

المرحلة الثالثة: النكران والتبدل والأفكار الداخلية التي تتوافق مع حالة من اليأس والاضطرابات الانفعالية.

المرحلة الرابعة: العمل من خلال الصدمة، بحيث تصبح الأفكار والصور الداخلية أخف وطأة، ويصبح التعامل معها ممكناً، بينما يشتد النكران والتبدل، وتبرز استجابات الفلق والاكتئاب، والاضطرابات الفيزيولوجية.

المرحلة الخامسة: وفي المرحلة الأخيرة يحدث التحسن النسبي في الاستجابة، ولكن المريض لا يصل إلى هذا التحسن بشكل كامل، إذ تستمر لديه بعض الاضطرابات المزاجية. (غسان يعقوب، 1999، ص ص71-72)

ب- النموذج السيكولوجي:

حاول كل من (Green 1985) و (Wilson (1992) Lindey أن يضعوا نموذجاً نفسياً واجتماعياً لتفسير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وهم يعتقدون بأن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها، ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة كلما كان المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول. (عبد الخالق، 1994، ص 163)

\* نظرية التعلم والإشراط: هناك نوعان من التعلم القائم على الإشراط وهما:

- الإشراط الكلاسيكي: الذي يدرس ردات فعل الجسم أو الكائن ايزاء ضغوط البيئة (المنبهات)، وفيه يكون الشخص خاضعاً لتلك الضغوط وليس له الخيار في تبديلها، وهذا ما جاء به بافوف Pavlov ، كما عالج إمكانية خلق استجابة شرطية عن طريق ربط منبه طبيعي الذي يقدمه بمنبه شرطي وعلى إثر ذلك قام بتحديد قوانين خاصة بعملية التعلم الكلاسيكي للسلوكيات العادية والمرضية تتمثل في: الانطفاء، التعميم الزائد، والتمييز. وقد تم دراسة اكتساب العصابات عند الإنسان من طرف واطسن والتي برزت في تجربة مخاوف الطفل ألبرت (Albert) ، كما قام ماري كوفر (Mory Cover Jones) بتجربة مماثلة على الطفل بيتر (Peter) لتعليمه استجابة مضادة لمخاوفه: تناول مثلجات تعمل على إزالة الاستجابة الشرطية المرتبطة بانفعالات، وأصبحت هذه الأخيرة القاعدة، كما وصفه بعد ذلك ولبر (Walper) بالكف المتبادل. (عبد الخالق، 1994، ص 164)

- الإشراف الفاعل (السكينري): برز هذا المبدأ من خلال استعمال "سكينر Skinner" لعلبة تجريبية بها حيوان، يعمل صدفة على الضغط على لائحة للحصول على الطعام، ليكرر بعد ذلك هذه العملية، فاستنتج Skinner بأن المتغير التابع الواجب دراسته في كل سلوك هو الاستجابة ووتيرة تكرارها، أو حذف بعض الاستجابات، وتعزز ردود الأفعال من خلال عواقبها، حيث تصبح وحدة تحليل السلوك هي ظروف تعزيز .

- نظرية التعلم الاجتماعي: يؤكد كوترو (2001) Cottraux بأن نظرية التعلم الاجتماعي الأكثر اكتمالا حاليا في نظريات التعلم، فهو يعتبر نموذج متعدد التأثير الذي يسلم بعضوية نشطة تؤثر وتتأثر بالمحيط.

### ج - النموذج المعرفي:

الحدث عند الشخص وكيف تظهر لديه المعاناة، ويبدو أن هذا الأمر النموذج المعرفي إلى إدراك معنى يرمي يتوقف على نظرة الشخص إلى ذاته والعالم هنا ندخل في صلب القيم والمعتقدات والنماذج المعرفية التي تميز شخصا عن آخر، ومما لا شك فيه أن الصدمة تؤدي إلى زعزعة هذه البيانات الشخصية. (مزوز وبوفولة، 2016، ص80)

د - النموذج البيولوجي: حاول بعض الباحثين أن يربطوا اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبدلات كيميائية وبيولوجية ووظائفية. ويرى أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أنحاء الجسم، وهذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي:

\* ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين في الدم.

\* ارتفاع نسبة الأستيلكولين.

\* انخفاض في نسبة النور إينفرين.

\* انخفاض في نسبة السيروتونين في الدماغ.

\* انخفاض في نسبة الدوبامين في الدماغ. (غسان يعقوب، 1999، ص78)

فقد حاول (DE Lapina 1984) (أن يربط اضطراب ما بعد الصدمة بطبيعة الجهاز العصبي، وهو يرى أن الأشخاص الذين يعانون أكثر من سواهم هم الذين يسيطر لديهم الجهاز البراسيمبثاوي، لذا فهم لا يتوصلون إلى تحقيق ترميز كاف للأنباءات المؤلمة والمفاجئة بشكل صحيح، كما أنهم يستجيبون فيزيولوجيا وبشكل غير اعتيادي لتلك المنبهات .

ففي إطار الدراسات الفيزيولوجية الدماغية أثبت "ليدوكس Le Doux ورومانسكي (Romanski) وكساغوريس (Xagoris) سنة 1989، أن اللوزة Amygdale هي مكان إشراف الخوف في الأحداث الصادمة (يتم ربط منبهات المحيط مع الصدمة). (غسان يعقوب، 1999، ص78)

## هـ-نظرية Wilson وغموض الهوية:

اعتمد Wilson (1977-1972) على نظرية Erikson لدراسة الهوية عند الجنود المقاتلين في الفيتنام، وجد أن الجنود المراهقين والذين تتراوح أعمارهم ما بين 17 و 24 سنة يتعرضون لضغوط ومخاوف شديدة، تعرقل لديهم نمو الهوية الايجابية (مرحلة المراهقة هي مرحلة الاستحقاقات: النجاح الأكاديمي، الشهادات...)، غير أن الحرب لا تسمح بتحقيق هذه الطموحات وبناء الهوية الايجابية بشكل ملائم.

### 5.5.1. أعراض اضطراب ما بعد الصدمة:

تنقسم الأعراض إلى إعراض أولية وأعراض ثانوية:

#### أ- أعراض أولية:

- \* إعادة الخبرة المتصلة بالصدمة والمعاناة من خلال:
- \* الأفكار الاقتحامية، المشاعر، الصور، الذكريات.
- \* تذكر الحادث بشكل معاود بسبب الانزعاج والاضطراب.
- \* الأحلام والكوابيس، المعاودة بشكل ضيق.
- \* يعيش الفرد الحادث مرة ثانية واستعادة شريط الذكريات.
- \* الانزعاج نتيجة للتعرض لحوادث ترمز للصدمة أو تذكير الفرد بها.
- \* تجنب العالم الخارجي.
- \* تناقص الاهتمام بالأنشطة المهمة.
- \* المدى الضيق للوجدان.
- \* مشاعر الانفصال والنفور.
- \* النسيان لأسباب نفسية.
- \* السلوك التجنبي.
- \* بذل جهد لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.
- \* بذل جهد لتجنب الأنشطة أو المواقف التي تثير ذكرى الصدمة.

\* عدم القدرة على استرجاع جوانب مهمة من الصدمة.

- التنبيه الزائد:

\* صعوبة النوم، إعادة الذاكرة وصعوبات التركيز.

\* التهيج وانفجارات العنف والغضب.

\* شدة الاستجابة الفيزيولوجية للأحداث التي تتكرر الفرد بالصدمة أو ترمز إليها.

\* التنبيه المرتفع والتيقظ الزائد.

\* مشاعر الذنب:

\* وهي تنشئ إحساس الفرد ذاته لم يقدم ما عنده أثناء الصدمة.

ب- أعراض ثانوية:

\* الاكتئاب: قدرت نسبة الإصابة Ruby Villar ب 30%، وهو شائع لدى ضحايا الصدمات حسب الغير مسنين رغم الاختلاف في الصدمات المتضمنة فيه والمسببة له، وهذا ما أكدته دراسات، وكشفت دراسات أخرى عن ظهور ارتفاع نسبة الملاحم الاكتئابية لدى المرضى الذين يعانون من زملة استجابة الضغوط، فظهر لدى أكثر من 75% الأعراض التالية:

\* الشعور بالكآبة: الشعور بنقص الطاقة، الحزن، الشعور بعدم الاهتمام بالأشياء، فقدان الاهتمام بالعلاقات الجنسية، التعب، عدم الأهمية.

\* القلق: يعتبر عنصر أساسي في الاضطرابات بالإضافة إلى الهلع، فلقد لاحظ Horowitz أن 75% من المرضى يعانون من TSPT يقرون بوجود الأعراض التالية:

\* سرعة دقات القلب، ويصبح الشخص مفزوعاً فجأة دون سبب .

\* هذا بالإضافة إلى: قلق الموت، السلوك الاندفاعي، سوء استخدام العقاقير والأدوية النفسية.

6.5.1. علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة TSPT :

أ-العلاج الدوائي: ويتمثل هذا العلاج في تناول:

- مثبطات إعادة التقاط السيروتونين (IRS) الذي يعدل السيروتونين، ومن أهم المواد الكيميائية التي تعطى للمريض.
- مضادات الاكتئاب الجديدة: ينصح بها إذا لم ينجح النوع الأول.
- مضادات الذهان غير المثبطة: Antipsychotiques Atypique وتكون مصاحبة بمضادات الاكتئاب.

• أدوية معدلة المزاج (بوكرمة، 2015، ص ص 99-102)

#### ب-العلاج بالتحليل النفسي:

العديد من علماء التحليل النفسي نماذج تفسيرية وعلاجية لمشكلة الصدمة النفسية، كما قدموا مفاهيم إكلينيكية تفيد في العلاج (كحاجز المنبه) و (إجباراً لتكرار الذي قدمه "فرويد"، وما قدمه "ليفتون". ( انطباع الموت) وقد قدم "هور وتيزولندي (Lindy) " (Horowitz) نموذجين للعلاج النفسي وهما:

الحمل الزائد من المعلومات.

\* المعالجة غير المكتملة للمعلومات.

وتحدد ثلاثة أساليب عامة للعلاج تعتمد وفقاً لدرجة سيطرة آليات الإنكار أو الخدر وهي:

- التحكم الزائد - الإقحام أو التكرار - التحكم المنخفض. (مزوز وبوفولة، 2016، ص 88)

ت-العلاج المعرفي: ويمكن تحديد نظريتين أسهمت في تطوير هذا العلاج وهما:

العلاج المعرفي الدلالي: والذي يشمل نظرية الأبنية الشخصية التي جاء بها "جورج كيلبي J. Kily"، وهي الطريقة التي يرى الفرد من خلالها العالم من حوله وخبراته التي مر بها.

نظرية التعلم الاجتماعي: ركز كل من "جوليان روتر" و "ألبرت باندورا" و "والتر ميشيل" و "دونالد ماكينباو" على أهمية التفاعل بين العمليات المتعددة المتضمنة في تفكير الفرد ومشاعره وسلوكه وبين نواتجها في البيئة. واقترح ليفنثال " Leventhal نموذج "الاستجابة المتوازنة" الذي يحدد تعاقب الأحداث من الخطر إلى الفعل كما يلي :

(خطر خارجي — تقدير الخطر — سلوك مناسب للتغلب عليه)

الشكل رقم (01) يوضح نموذج الاستجابة المتوازنة ليفنثال Leventhal (مزوز وبوفولة، 2016، ص 89)

ث-العلاج السلوكي: والذي يعتبر أحد الأساليب الحديثة المبنية في الأساس على نظريات وقواعد التعلم، يعتمد هذا العلاج على مبدأ أن الإنسان يتعلم السلوك السوي وغير السوي من خلال تفاعله مع البيئة، وجوهر العلاج هو إحلال السلوك الملائم والمرغوب فيه محل السلوك غير الملائم والمكروه .

\* التدريب على الاسترخاء: تحصل الحالة المرغوب فيها عن طريق القيام بتمارين الاسترخاء، أي راحة العضلات والتنفس والدورة الدموية المشابهة لحالة النوم وتشكل تمارين الاسترخاء تتبعاً متضمناً على المستوى العضوي والنفسي لإيحاءات ذاتية تؤدي إلى تعزيز مخفض لتنظيمات المريض التنفسية والحركية والنفسية والانفعالية، ويدخل التدريب الذاتي كالأراحة والاستجمام وتمارين "اليوغا" للحصول على اتخاذ جسدي تستهدف العضلات والتنفس والقلب والدورة الدموية والبطن وليونة الجبهة في الرأس، ثم يتم التركيز على المواقف النفسية والوصول إلى السعادة وللمعالج دور هام في إحداث حالة الاسترخاء .

\* التدريب على التخيل السار: يهدف إلى زيادة حالة الاسترخاء لدى الفرد وتحديد قدرته على تخيل مشهد سار مع توجيه الأخصائي، حيث يطلب من الفرد تخيل صور أو مشاهد سارة في أماكن يحبها، وتستدعي منه الاسترخاء، في الوقت الذي يقدم الأخصائي تفاصيل يمكن تصورها عن المشهد السار.

\* العلاج بالتفجر الداخلي أو بالغمر: ويكشف هذا الأسلوب عن استراتيجية سلوكية يمكن استخدامها كنسق لبناء برامج علاجية لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة النفسية، وتتضمن عدة أطوار فرعية من أبرزها عمل تنظيم هرمي للذكريات الصادمة.

\* خفض الحساسية المنتظم: ويعتبر هذا الأسلوب مفيداً في علاج بعض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كحالات القلق والخوف والكوابيس، وذلك بالتدرج من خلال مجموعة مواقف أو الأحداث المتخيلة المثيرة للقلق وانتهاء بالأكثر إثارة للقلق. (مزوز وبوفولة، 2012، ص93)

\* العلاج بتقنية EMDR: وهي تقنية إزالة الحساسية وإعادة الصيرورة العلاجية عن طريق حركة العينين، وتعتمد هذه التقنية على الطرق التالية:

- أن يطلب من الفرد تخيل الحدث الصدمي، وعليه يركز على الأفكار، والاستجابات الوجدانية، وفي نفس الوقت يتبع حركة أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس، وفي نهاية كل مشهد أو جزء يصف الفرد بدقة الأفكار وردود الفعل الانفعالية، وتكرر المشاهد التي يتوقف فيها الفرد عن الإحساس بالقلق، يتمكن من تبني أفكار موجبة، في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية. (سعدوني، 2012، ص 141)

## 2. الاضطرابات الجسدية المصاحبة للصدمة النفسية:

### 1.2. تأثير الصدمة النفسية على الصحة الجسمية أو البدنية:

يرتبط كل من الذهن والبدن بعضهما بعضاً، فعندما تمر بأي صدمة فانه من الطبيعي أن يتأثر كل من الذهن والبدن بهذه الصدمة، وقد يلجأ بعض المرضى الى مواجهة أحداث الصدمة بأساليب

غير سوية، لها تأثيرات سلبية على المدى البعيد، كما قد يلجأ بعضهم الى التدخين، والشراهة في الأكل، وتعاطي الكحول، والعقاقير المخدرة من أجل التوافق مع الانفعالات السلبية ومواجهتها. وتساعد هذه الأساليب الأفراد على المواجهة في المدى القريب، إلا أنها تسبب عديداً من المشكلات على المدى البعيد مثل السمنة، والسرطان، وأمراض القلب، فأسلوب مواجهة الصدمة يؤثر على مستوى الصحة البدنية والذهنية على حد سواء

### \* العوامل المؤثرة على الصحة الجسمية الراجعة لصدمة نفسية:

يوجد عاملان رئيسيان يؤثران على مستوى الصحة الجسمية أو البدنية بسبب المرور بالصدمة:

أولاً: هو سلوكيات المواجهة غير السوية من أجل التوافق مع أحداث الصدمة، والتي تتمثل في التدخين، وتعاطي الكحول والعقاقير المخدرة، الانخراط في أنشطة جنسية غير سوية. وتشير الاحصائيات الى أن معدلات انتشار الآلام المزمنة لاضطرابات الجهاز الهضمي، والرئتين، وأمراض النساء، والتهابات الأنسجة مرتفعة بين الأفراد ذوي اضطراب الصدمة من غيرهم من العاديين. فالعلاقة بين الصحة النفسية والذهنية والصحة البدنية علاقة تتسم بالقوة، وعادة ما يذهب الأفراد ذو اضطراب ما بعد الصدمة الى زيارة الأطباء بشكل متكرر، نظرا للمشكلات الصحية التي يمرون بها .

ثانياً: هو نتيجة التغيرات الفسيولوجية في الدماغ، حيث تحدث تغييرات حيوية في الدماغ ترجع الى الضغوط المزمنة، ومن ثم ظهور أعراض الاضطراب في شكل فسيولوجي، عند ظهور المرور بخبرات حياتية تعمل على استدعاء أحداث الصدمة، مثل تكرار خبرات الصدمة، وتتمثل هذه الأعراض الفسيولوجية في صورة زيادة ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب، مع وجود اختلافات في الأنظمة العصبية لدى الأفراد ذوي اضطرابات الصدمة نتيجة التعرض للضغوط، حيث يكون هناك نشاط في لوزة الدماغ عند التعرض لأحداث الصدمة مع ارتفاع معدلات الكوليسترول في الدم، والهرمونات التي تتعلق بالاستجابة للضغوط، ويمكن أن تسبب هذه التغيرات العصبية أمراض القلب نتيجة التعرض للضغوط على المدى البعيد. أحداث الصدمة -التغيرات الكيميائية في الدماغ والجسم -المشكلات البدنية. (محمد نجيب، 2019، ص20)

## 2.2. الأمراض المصاحبة للصدمة النفسية :

وتشمل شكاوى جسدية متكررة ومزمنة ومقاومة لأي علاج لذا لم يتم التعرف الاضطرابات النفسية المسبب بها وعلاجها في أغلب الأحيان تكون :

### 1.2.2. ضغط الدم

هو قوة دفع الدم من خلال الأوعية الدموية؛ حيث يعمل القلب بجهد أكبر والأوعية الدموية بضغط أكثر مما يجعلها عامل خطر رئيساً لأمراض القلب والسكتة الدماغية ومشاكل خطيرة أخرى. ويتحدد مقدار الضغط بكمية الدم التي يضخها القلب وحجم مقاومة الشرايين لقوة تدفق وجريان الدم، ويعد ارتفاع ضغط الدم عمومًا مرض يتطور على مدى سنوات، وعلى الرغم مما ذكر آنفاً، فإنه بالإمكان اكتشاف ارتفاع ضغط الدم في وقت مبكر للسيطرة عليه. (عبد المنعم، 1994، ص 232)

وتحتاج الأنسجة والأعضاء الدم المحمل بالأكسجين من أجل القيام بعملهم والبقاء على قيد الحياة، عندما ينبض القلب فإنه يخلق الضغط الذي يدفع الدم من خلال شبكة من الأوعية الدموية على شكل أنبوب. والتي تشمل الشرايين والأوردة والشعيرات الدموية، وهذا الضغط نتيجة قوتين:

● القوة الأولى الضغط الانقباضي، وهي القوة التي يضخ القلب بها الدم إلى جميع أنحاء الجسم.

● القوة الثانية الضغط الانبساطي، وهو ضغط الدم الذي يحدث بين نبضات القلب. (شمسي، 2007، ص 18)

معظم المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم لا يشكون من أية أعراض خاصة بضغط الدم. وكثيراً ما يكتشف ارتفاع ضغط الدم مصادفة أثناء فحص سريري للمريض لسبب آخر؛ ورغم أن كثيراً من الناس يظن أن الصداع هو عرض لارتفاع ضغط الدم، فإن الصداع علامة مميزة فقط للارتفاع الشديد في ضغط الدم، ويحدث عادة في الصباح عند الاستيقاظ من النوم، ثم يزول تلقائياً بعد عدة ساعات.

- يشكو البعض من الدوخة أو الخفقان أو التعب أو العنائة، أو الرعاف أو النبيلة الدموية ظهور دم في البول، أو غشاوة في البصر .

- أما إذا كان المريض مصاباً بارتفاع ضغط ثانوي، فقد يشكو من بعض الأعراض التي نوحى بالسبب .

- إذا كان يشكو كثرة التبول والعطش، وضعف العضلات، وربما كان ذلك نتيجة نقص بوتاسيوم الدم الذي قد ينجم عن زيادة الدوسترون الدم.

- هناك بعض الأمراض التي تعتبر سبباً نادراً لارتفاع ضغط الدم ولكن يجب أخذها بعين الاعتبار :

• المصابين بمرض كوشينغ فقد تبدو عليهم البدانة، وتشققات البطن، وتدور الوجه.

• المصابين بالورم القماميني (فيوكروموستيوما) من نوبات الصداع والخفقان والتعرق والدوخة لدى الوقوف. (شمسي، 2007، ص ص 49-50)

\* ضغط الدم المنخفض :

هو هبوط ضغط الدم فجأة عن مستواه الطبيعي، وهذا ما يحرم الدماغ فجأة من الحصول على كمية كافية من الدم وما أن يضطجع الإنسان حتى تعود تروية الدماغ بالدم إلى طبيعتها، ويستعيد وعيه. (شمسي، 2007، ص 20)

2.2.2. مرض السكري:

يعتبر مرض السكري مرضاً مزمناً يؤثر في قدرة الجسم على استخلاص الطاقة المتمثلة بالسكر من الغذاء، إذ يحتاج الجسم إلى هرمون الأنسولين لتنظيم دخول السكر إلى الخلايا. وفي مرض السكري، لا يعمل البنكرياس على إنتاج كميات كافية من الأنسولين، أو لا يعود باستطاعة الجسم الاستفادة من هذا الأنسولين، ويعد مرض السكري من أكثر الأمراض انتشاراً في العالم، كما أنه مسؤول عن وفاة حوالي 1.6 مليون شخص في عام 2015.

\* أنواع مرض السكري:

هناك ثلاثة أنواع رئيسية من مرض السكري، وهي على النحو الآتي :

النوع الأول: ويسمى أيضا بالسكري المعتمد على الأنسولين، وهو من أمراض المناعة الذاتية، ويعد الأكثر خطورة.  
النوع الثاني: البنكرياس يفرز كميات قليلة من الأنسولين، أو قد تكون خلايا الجسم مقاومة للأنسولين ويعد لأقل خطورة من النوع الأول.

- سكري الحمل: يظهر فترة الحمل وغالبا ما يتم الكشف عنه في المنتصف أو أواخر الحمل، ويؤثر في الأم والجنين، حيث تصبح الأم عرضة للإصابة بالنوع الثاني من السكري، أما الأضرار على الجنين فتكون أكثر خطورة، مثل الزيادة المفرطة في وزن الجنين قبل الولادة والمعاناة من مشاكل في التنفس بالإضافة الى زيادة فرصة اصابته بمرض السكري والسمنة في حياته. (محمد نجيب، 2019، ص ص 201-203)

#### \* أعراض السكري:

- الشعور بالعطش والجوع الشديدين
- ازدياد الشهية ومع ذلك يصاب بفقدان الوزن.
- كثرة التبول.
- جفاف الفم.
- الشعور بالتعب والاعياء باستمرار.
- قد يعاني أيضا من عدم وضوح الرؤية.
- الشعور بالخدران في اليدين والقدمين.
- جفاف الجلد.
- الشعور بالحكة.
- بطء التئام الجروح والتقرحات.
- تكرار الإصابة بالعدوى الفطرية. (محمد نجيب، 2019، ص ص 205-206)

#### أمراض القلب:

تؤثر أمراض القلب على أي من وظائف القلب وعلى أي جزء من أجزاء القلب، والأكثر شيوعا هو متلازمة الشريان التاجي. عندما تكون هناك عملية تصلب في داخل الأوعية الدموية التاجية، وعندما يحدث انقباض في هذه الأوعية الدموية، فمن المحتمل حدوث تضيق في جوفها، الأمر الذي يعيق إيصال الدم الى عضل القلب.

ان أي مس بعضلة القلب أو بقدرتها على الانقباض من شأنه أن يسبب هبوطاً مؤقتاً أو مستديماً في قدرة القلب على الانقباض.

وحيث تتضرر قدرة القلب على الانقباض يطرأ تراجع في ضخ الدم الى أعضاء حيوية في الجسم. وعملية تضيق الأوعية الدموية هذه تسبب الذبحة الصدرية. (إسماعيل، 2012، ص 71)

#### أعراض أمراض القلب:

تختلف أعراض أمراض القلب باختلاف المرض وهي كالتالي:

#### أعراض أمراض القلب الوعائية :

- ألم في الصدر - ضيق النفس - تخدر شعور بالبرد في الساقين والذراعين.

- أعراض أمراض القلب الناجمة عن اضطرابات النظم: (عدم انتظام ضربات القلب)

رفرقة (ارتعاش) في الصدر - تسرع القلب (نبض سريع) - بطء القلب (نبض بطيء) - ألم في الصدر - ضيق تنفس دوخة - اغماء (محمد نجيب، 2019، ص ص 206-207)

- أعراض أمراض القلب الناجمة عن اعتلال عضلة القلب:

ضيق النفس عند بذل أي جهد أو حتى وقت الراحة - تورم الرجلين، الكاحلين، والقدمين - انتفاخ في البطن جراء تراكم السوائل - التعب - اضطراب نظم القلب (تسرع، خفقان، أو رفرقة) - دوخة، واغماء. (محمد نجيب، 2019، ص ص 206-207)

#### الصداع النصفي: (الشقيقة)

هو نوع خاص من الصداع المنتشر بين الناس في كل سن بدءاً من الطفولة حتى الشيخوخة مروراً بالمرهقين والبالغين من الرجال والنساء.

ويحدث الصداع النصفي نتيجة انقباض وارتخاء في جدران الأوردة في أحد جهتي المخ، ويكون مصحوباً بأعراض أخرى.

#### أعراض الصداع النصفي:

الصداع هو ألم الرأس، وهو من أكثر الشكاوى انتشاراً، غالبية الحالات لا ترتبط بمرض عضوي. وللصداع عالقة ببعض الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب، ومن الأنواع الشائعة صداع التوتر الذي يحدث بسبب تقلص العضلات لأسباب نفسية، والصداع النصفي (الشقيقة Migraine) الذي يحدث في صورة نوبات نتيجة الاضطراب الدورة الدموية. (الشربيني، 2004، ص 71)

يعتبر الصداع النصفي (الشقيقة) أحد أنواع الصداع الوعائي Vasculaire، ويحدث في صورة نوبات متكررة، والسبب اضطراب في الدورة الدموية للرأس من انقباض وانسبساط الأوعية الدموية، ويصحب الصداع ألم في العين واضطراب في الرؤية. (الشربيني، 2004، ص 111)

- تبدأ نوبات الصداع بألم ثابت حول إحدى العينين بعد حوالي 2-3 ساعات من الاستغراق في النوم، أي أن هذا النوع من الصداع يحدث ليلاً وأثناء النوم. وغالبا ما يصاحب هذا الألم إفراز دموع غزيرة، ويعقبه رشح بالأنف.
- ارتخاء جفن العين العلوي مع احمرار وتورم بالوجه. وبالعالم استمرار نوبة الصداع لساعة أو ساعتين ثم تختفي تدريجياً، وتتكرر النوبة لعدة أيام وقد تستمر لشهور أو سنوات.
- تكون نوبات الصداع النصفي على هيئة ألم شديد ونابض في أحد جانبي الرأس، وهذا الألم يسوء عند عمل أي مجهود.
- دائما ما يصاحب نوبة الصداع رغبة في القيء أو تقيؤ فعلي.
- تشوش بصري وظهور نقاط وضوء أمام العين مما يجعل العين حساسة بشدة لأي اضاءة.
- نادرا ما يصاحب هذا الصداع ضعف وألم في الذراع والساق، ولكن سرعان ما يزول ذلك دون أي علاج. (سعد، 2019، ص ص 273-274)

### الأمراض الجسدية المؤدية لاضطراب الصدمة:

السيّدنا: عندما تم ادخال اضطراب الصدمة في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية. تعد متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايدز) واحدة من أولى اضطرابات الصحة الجسدية التي تم دراستها بالاشتراك مع اضطراب الصدمة. وهو أيضا اضطراب الصحة الجسدية الذي يؤدي الى أعلى معدل انتشار لاضطراب الصدمة. حيث أن انتشار اضطراب الصدمة لدى الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة المكتسب يتراوح ما بين 30 الى 35%، ويمكن تفسيره من خلال حقيقة أن المرض يحدث بشكل مفاجئ وغير متوقع ويمثل تهديدا للحياة وهما عاملا خطر لتطور اضطراب الصدمة.

السرطان: لم تسلط الأبحاث الحديثة على الطبيعة المؤلمة للسرطان فحسب، برزت أيضا أن علاجه يمكن أن يكون حدثا مؤلما يؤدي الى الاصابة بصدمة نفسية، حيث أن البداية المبكرة للمرض، وشدة المرض، والعلاج عوامل خطر لتطوير اضطراب الصدمة. (Ludivine, 2012, p 298)

### 3. الاضطرابات النفسية :

1.3. العصاب الصدمي: (تناذر التكرار) هو نمط من العصاب تظهر فيه الأعراض أثر صدمة انفعالية ترتبط عموما بوضعية اخس فيها الفرد أن حياته مهددة بالخطر وهو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق عارمة تجر إلى حالات من الهياج والذهول او الخلط العقلي ويتيح التطور اللاحق لنا والذي يأتي غالبا بعد فترة من السكينة .

## الاعراض:

- إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل صور و ذكريات تفرض نفسها و تكون مصحوبة بشعور الضيق
- إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل كوابيس و أحلام مزعج و التي تكون مصحوبة بالذكر والخوف.

\* علاقته بالصدمة: تلعب الصدمة هنا دورا حاسما في محتوى العرض نفسه وهذا على شكل معاودة الحادث الصدمي بكوابيس تكرارية واضطرابات النوم، والذي يبدو وكأنه محاولة متكررة لاستيعاب الصدمة وتصريفها، يخصص فرويد والمحللون النفسيين تسمية العصاب الصدمي عادة لهذه اللانحة الإكلينيكية الأخيرة. (laplanche، 2007، ص335)

\* الخجل و الهجر: واللذان من شأنها أن يتظاهر مبكرا أيضا، حيث يمنع الخجل/ الشعور بالعار الشخص العائد لمنزله / لوطنه من الحديث مع محيطه عما أصابه و هي نقطة الانطلاق بالنسبة لسوء التفاهم مع الأقارب و الانطواء العدواني على الذات كما أن مجموعة سلوكيات المدونين تشير إلى أنهم يشعرون بأنهم حاملون لوصمة يريدون أنفاسها و في هذا السياق يسوق لنا مثلا عن شخص يعاني من رهاب وسائل النقل العمومية و الذي عبر عن ذلك بقوله " أخاف أن تتقاطع نظارتي مع الراكب الجالس او المقابل لي و ان يرى في عيني كل ذلك الرعب المتواجد في داخلي " اما بالنسبة لمشاعر الهجر فقد يقرها الواقع ما بعد الحدث في العديد زمن الوضعيات : جندي يفقد أعضاء فرقة ، شخص يعتدي عليه في شارع مهجور ... فهذه الخبرات المرتبطة بالضيق الفائق و التخلي المطلق قد تعمل على استقرار مباشر لحالة خطيرة كما أن ذكرى هذه الساعات الأولى تكون أحيانا منبها المعاناة النفسية أكثر من الحدث في حد ذاته. (De clerq et lebigot, 2001, p 162.)

اضطرابات الاكل: هو اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات وما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، والتكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده وبكمية تزيد عما يتطلب نمو طبيعي للفصل وقد يصاحبه محاولة الفرد للتخلص من الطعام الزائد. (شقيير، 2002، ص 13)

\* فقدان الشهية العصبي: يتميز اضطراب فقدان الشهية العصبي بفقدان الوزن او نقص فيه ، صعوبات الحفاظ على وزن الجسم المناسب الطول و العمر و تشوه في صورة الجسم لدى الكثير من الأفراد، الأشخاص الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي يقيدون عموما عند السرعات الحرارية و انواع الطعام الذي يتناولونه، بعض الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطرابات يمارسون الرياضة بشكل قهري و يشعرون من خلال التقيؤ والمسهلات، يمكن أن يؤدي اضطراب فقدان الشهية على الأشخاص في جميع الأعمار و الأجناس و التوجهات الجنسية و الاعراق لقد وجد المؤرخون و علماء النفس أدلة على ظهور أعراض لفقدان الشهية لمئات و آلاف السنين .

على الرغم من الاضطراب يبدأ في أغلب الأحيان خلال مرحلة المراهقة الا ان عددا متزايدا من الأطفال وكبار السن يتم تشخيصهم أيضا بفقدان الشهية العصبي. (شقيير، 2002، ص 14)

## الأعراض والتشخيص:

معايير تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي وفق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس:

**A** - قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر والجنس و المسار التطور و الصحة البدنية انخفاض ملحوظ في الوزن يعرف على أنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي اما بالنسبة للأطفال و المراهقين فهو اقل من الحد الأدنى المتوقع. (الحمادي، 2015، ص 130)

**B** - خوف شديد من كسب الوزن او من البدانة او سلوم مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدني بشكل كبير  
**C** - اضطراب في الطريقة التي يقيس فيها الشخص وزنه او شمله او تأثير غير ملائم الوزن الجسم او شكله على التقييم الذاتي او إنكار خطورة الانخفاض الراهن الوزن الجسم.

\* الشراهة في الاكل: اضطراب الشراهة الطعام من الاضطرابات المهددة للحياة يمكن علاجه يتسم بنوبات متكررة في تناول كميات كبيرة من الطعام (غالبا ما يكون سريعا وإلى حد الانزعاج)، شعور بفقدان السيطرة أثناء الشراهة يعاني الفرد من مشاعر الخجل او الضيق والذنب بعد ذلك واللجوء الغير منظم لاستخدام التدابير التعويضية غير الصحية مثل التطهير لمواجهة الشراهة عند تناول الطعام ويعتبر الاضطراب الأكثر شيوعا في الو.م.أ .

اضطراب الشراهة الطعام واحد من أحدث اضطرابات الاكل المعترف بها رسميا في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، قبل الدليل الخامس كان اضطراب الشراهة الطعام مدرج من اضطرابات (اضطراب التغذية او الاكل ذات المحدد الآخر) معايير التشخيص:

معايير تشخيص اضطراب الشراهة الطعام وفق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس :

**A** - نوبات معاودة من الشراهة عند الاكل و تتصف نوبة الشراهة عند الأكل بكل ما يلي :

1. اكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة في الوقت وتحت نفس الظروف وذلك في فترة منفصلة من الوقت.

2. احساس بإعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الاكل او السيطرة على ماهية او مقدار ما يأكل)

**B** - تتوافق نوبات الاكل بشرتها مع ثلاثة او اكثر مما يلي :

1. الاكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد.

2. تناول الطعام حتى الشعور الغير مريح بالامتلاء.

3. تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع فيزيائياً.

4. تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج حتى كمية الطعام المتأولة.

5. الشعور بالاشمئزاز من الذات او الاكتئاب او بالذنب الشديد بعد ذلك. (الحمادي، 2015، ص 189)

C - تواجد إحباط ملحوظ اتجاه الأكل بشراهة

D - تحدث الشراهة عند الأكل معدل وسطي مرة أسبوعياً على الأقل لمدة ثلاثة أشهر

E - لا يترافق الشره عند الأكل مع سلوكيات تعويضية غير مناسبة من النهم العصبي او فقدان الشهية العصبي. (الحمادي،

2015، ص 189)

اضطرابات النوم:

عرفه مختصون بالصحة العقلية 1999: بأنه منغصات تلازم بعض الناس وتؤثر على كمية النوم ونوعيته الأمر الذي يجعل قدرة الفرد اقل كفاءة في الأداء الوظيفي الاعتيادي فترة شهر أو أكثر. (Yves Dauvilliers, 2019, p 42)

وعرفه لاهي (lachey) بأنه الحالة التي تقود الشخص إلى النوم لمدة أطول أو اقل او انه يعاني من مصاعب او متاعب لها خطورة في تمليّة النوم. (lachey, 2001, p 164)

أعراضه او أشكال اضطرابات النوم:

\*الأرق: هو الامتناع الكافي على الراغب في النوم في مواعيده المألوفة او الحفاظ على النوم وهو يأتي بدرجات مختلفة أشدها امتناع النوم بكامله غير أنه أكثر ما يأتي على شكل هو في وقوع النوم (الأرق المبكر) او الاستفاده المبكرة وتعذر النوم بعدها (الأرق المتأخر) وهو أكبر اضطرابات النوم شيوعاً. (Isabelle et Agnès, 2024, p 145)

\* النوم المفرط: وهو نقيض الأرق وفيه تطور لساعات النوم الى ما فوق الحد الأعلى الطبيعي إلى حوالي 10 ساعات ونصف او يزيد فيه زمن النوم الى ما يتعدى المعدل الطبيعي الذي استقر عليه نوم الفرد عادة. (philippe, 2021, p 56)

\* نوبات النوم: وهي حالة الدخول في النوم بطريقة غير طبيعية وبدون مقدمات ولهذا تسمى في بعض الأحيان. بغفوات النوم والتي يصبح فيها الفرد ليس لديه القدرة في السيطرة على الدخول في حالة النوم وبما ان تحدث عندما تكون يكون الفرد وهو يسير او أثناء سيطرة السيارة. (Philippe, 2021, p 178)

الاكتئاب: يصب الاكتئاب الأفراد من مختلف الأعمار حيث يمكن القول أن ما نسبته (4\_ 24 %) من أفراد اي مجتمع يعانون من أعراض اكتئابية حقيقية وهو حالة شعورية و نوع من المزاج يمر به معظم الناس ولو لفترة قصيرة وعرف الاكتئاب كحالة مرضية منذ القدم وقد لا تظهر أعراضه بوضوح خاصة في المستويات بسيطة الشدة التي تستدعي الانتباه فهناك عدد

غير قليل من الحالات التي يعاني منها المراهقون والشباب حيث يتجه المصاب الاكتئاب منذ بدايته إلى تبديد الشعور عن طريق تعاطي الكحول أو العقاقير أو العنف أو المثابرة. (مصطفى نوري، 2009، ص 132)

#### الأعراض:

يعتبر شرف الدموع في هذه المرحلة مؤشرا إيجابيا في عمل الحداد وإن كان المثير من الناس السبكي لأسباب ثقافية وأحيانا تحت غطاء الرجولة للأسف بالنسبة للرجال بالدموع هي التي تسمح بتفريغ التوترات وتتيح الترويح الحقيقي عن النفس عموما فإن الحداد في هذه المرحلة يشكل حالة اكتئابية عنيفة لرد فعل فقدان وتمس كامل جوانب الحياة الإنسانية نوجزها فيما يلي:

تظهر المعاناة على الصعيد الجسمي لدى بعض الأفراد من خلال الأرق و اضطراب النوم والأحلام المزعجة وأحيانا عن الهلاوس البصرية في حين يميل الآخرون إلى الأفراد في النوم بهدف النسيان ما حدث ، كما قد يفقد الحاد شهرته فيصعب بالخلافة و أحيانا الشراهة إضافة إلى الامهات و العزلة اما على الصعيد الفكري فغالبا ما يسود تباطؤ الأفكار مع ضعف قدرات الانتباه و التركيز و تلف في الذاكرة وقصيرة المدى ، في حين نجد التظاهرات على الصعيد العاطفي تظهر من خلال المزاج المكتئب و السوداوية الذي يطبع الحياة النفسية إضافة إلى نوبات القلق و العدوانية الموجهة نحو الآخرين والحساسية المفرطة لكل ماله علاقة بالحادث المساوي هذه الأعراض ليست ثابتة عند كل فرد.

ويشعرون بالحزن الطويل المستمر وفقدان الأمل ويمكن لهذه الأفكار والاحساسات أن تصبح قوية جدا بحيث تظهر لدى المصابين أفكار بأنهم لا يريدون الاستمرار في الحياة او حتى يقوم بالانتحار. (عبد الرحمان، 2015، ص 66)

علاقته بالصدمة: يفقد الكثير من المصابين والصدمات النفسية الاهتمام بالأشياء التي كانت تبعث عندهم الشعور سابقا.

**4 القلق العام:** يعد القلق من أكثر الحالات الوجدانية الشائعة والمسببة لكثير من المشكلات النفسية والسلوكية، حيث أظهرت الدراسات الوقائية في العالم ان 15 % من المجتمع يعانون من القلق على مدار العام الواحد. (الأنصاري، 2004، ص 88)

يعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب وهو جزء من الحياه البشرية وهو احد لوازم الوجود البشري اذ ان القلق بمثابة الحرص على الحياه وهو رغبه في الحياه اذ تزيد اليات العالم عمل نفسه حين ينتابها شعور غامض بالخطر او التهديد وهو على النقيض من الاكتئاب اذ تتزايد في حالات الاكتئاب اليات العمل التي تهدد حياه الفرد النفسية والاجتماعية هذا الشعور الغامض بالتهديد الارض يصل الى حد الاضطراب الذي يحتاج الى مساعده خارجيه سواء بالعقاقير او الاساليب العلاجية والإرشادية للتخفيف حده هذا الاضطراب. (إبراهيم وعسكر، 2008، ص 51)

زملة أعراض القلق يندرج العديد من الاضطرابات النفسية تحت هذه الزملة وهي كلها اشكال للقلق ولكنها تختلف من حيث النوع حي ولكن وخاصه في حاله اضطرابات الذعر او الهلع الهائمه او المسيطرة على كل النشاطات النفسية ولا ترتبط بأية مثيرات خارجيه إذ تكون بمثابة خبره غامضه لا يعرف الفرد مصدرها أما في حالات الفوبيا أو المخاوف المرضية فانه في

الغالب ما يكون هناك موضوع للقلق واخيرا في حالات الوسواس القهري لكونه لا يستطيع الارتباط مع بعض الافكار الداخلية الملحة يهدده وتكون من الشده بحيث تجلب له حالات من عدم السرور والارتباك والازعاج والمضايقة. (ابراهيم وعسكر، 2008، ص 51)

#### 1.4. الأعراض الناجمة عن القلق العام :

أعراض جسدية: منها الضعف العام ونقص الطاقة والحيوية والنشاط والمثابرة مثل اختلاج الفم، مص الإبهام وقضم الأظافر ورمش العينين... الخ

أعراض نفسية: وتشمل العبرات النفسية التي يحدثها القلق والخوف الشديد من شر مرتقب وتوقع حدوث إذا ومصائب وانعدام القدرة على تركيز الانتباه والإنهاك النفسي والاكتئاب وانعدام الثقة بالنفس والرغبة الدائمة في الهروب من مواجهة المواقف والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والفشل وصعوبة النوم والكوابيس وفقدان الأمن النفسي. (الخالدي، 2006، ص 127)

التناسر التجنبي: يظهر التجول ذو الاصل الصادم مباشرة بعد الحادث و يدل على انتقاله إلى وضعيات أخرى متصلة به بعلاقة ترابطية ، حيث يعكس التهديد على موضوع او وضعية تسمح بتثبيت القلق و حته أن كانت سر الجانب هذه تهدف بصفة شعورية إلى تجنب الأماكن و الأشخاص او المواضيع المتصلة مباشرة بالحادث الصادم فإنها يمكن أن تنتشر فيما بعد إلى عناصر بعيدة كالأماكن العمومية و الأشخاص ذوي المورفولوجيا المتشابهة ، بكل التجنب احد الأعراض الأكثر ديمومة والمستعصية جدا على التدخلات العلاجية حيث تتكرر الإجراءات التحفيزية بلا هوادة إلى درجة أنها تفقد نجاعتها، فتصبح لا تمنح حماية كافية ضد الصدمة و لا تفلح في ابعاد القلق فالخوف مثلا لا يحمي من عودة المكبوت الذي يحاول باستمرار الطفل على سطح الشعور . يشير DSM 05 إلى مجموعة من الأعراض منها:

- بذل جهد لتجنب الأفكار المرتبطة بالصدمة.

- عدم القدرة على التركيز وتفاذي النشاطات وعدم القدرة على تذكر جزء من أحداث الصدمة وتفيد العواطف مثل عدم القدرة على الإحساس بالحنان والفقدان الواضح الاهتمام. (عبد الرحمان، 2015، ص 34)

- تجمد وظائف الحضور : يفقد الشخص مراكز اهتماماته المعتادة ويقفل من نشاطاته ويمكن عليه الانطباع بمستقبل مسدود وقد يفرز عليه أعراض إكتئابية.

- تجمد وظائف الحب ، يصبح الشخص سهل الاستئارة و العدوانية و التذمر ، ينتابه انطباع بأنه غير مفهوم و مهجور من طرف الآخرين . (عبد الرحمان، 2015، ص 34)

## اضطراب الهلع

A - نوبات هلع متكررة غير متوقعة. هجمة الهلع هي اندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق، وخلال هذا الوقت تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية :

ملاحظة: يمكن أن يحدث الاندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق.

(1) خفقان، دقات القلب الشديدة، أو تزايد سرعة القلب.

(2) تعرق.

(3) ارتعاش أو ارتجاف.

(4) أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.

(5) شعور بالغصة.

(6) ألم أو انزعاج صدري.

(7) غثيان أو تلبك في البطن.

(8) الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.

(9) قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.

(10) مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتميل أو بالوخز).

(11) تبدد الواقع إحساسات باللاواقعية (أو تبدد الشخصية) أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته.

(12) خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.

(13) خوف من الموت.

ملاحظة: قد تشاهد أعراض ثقافية محددة مثلاً، طنين، آلام الرقبة والصداع والصراخ أو النكاء الخارجة عن السيطرة. لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة .

B - واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر (أو أكثر) لأحد أو لكلاً ما يلي:

(1) قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها مثال، فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية،

"يصبح مجنوناً. (الحمادي، 2015، ص ص 94-95)

(2) تغيير كبير لسوء سلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع (مثلاً، السلوكيات تهدف إلى تجنب حصول نوبات الهلع، مثل تجنب الحالات غير المألوفة).

C - لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً، إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلاً، فرط نشاط الدرق، واضطرابات قلبية رئوية).

D - لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، مثلاً هجمات الهلع لا تحدث فقط كاستجابة للمواقف الاجتماعية المرهوبة، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، وليس كاستجابة للأشياء أو الحالات المرهوبة للوساوس، كما في الوسواس القهري، وليس كاستجابة لما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس كاستجابة للانفصال عن شخص ص به، متعل كما اضطراب قلق الانفصال. (الحمادي ، 2015 ، ص95)

#### خلاصة:

الاعتلال المشترك موجود بشكل كبير في علم النفس المرضي. إنه أمر شائع في الصدمات النفسية. في الواقع، الصدمة النفسية هي متلازمة (إن صحت العبارة) متعددة الاضطرابات المشاركة والمصاحبة. من هذا المنطلق نختم فنقول أن المرضى الذين مروا بتجربة صدمية لديهم أيضاً معدلات عالية من الأمراض، فالصدمة النفسية تترك لدى الفرد آثاراً لا تمحى منى الحياة وذلك نتيجة ما يتعرض له الفرد من ضغوطات ومشاكل خطيرة لا يستطيع التكيف والتعامل معها وكذلك التخلص منها، وهذا ما يجعله يعاني من التوتر والانفعالات الزائدة التي تخلف من ورائها عواقب وخيمة تؤدي إلى اضطرابات أخرى.



## المحاضرة 06:

أساليب التعامل مع الصدمة النفسية



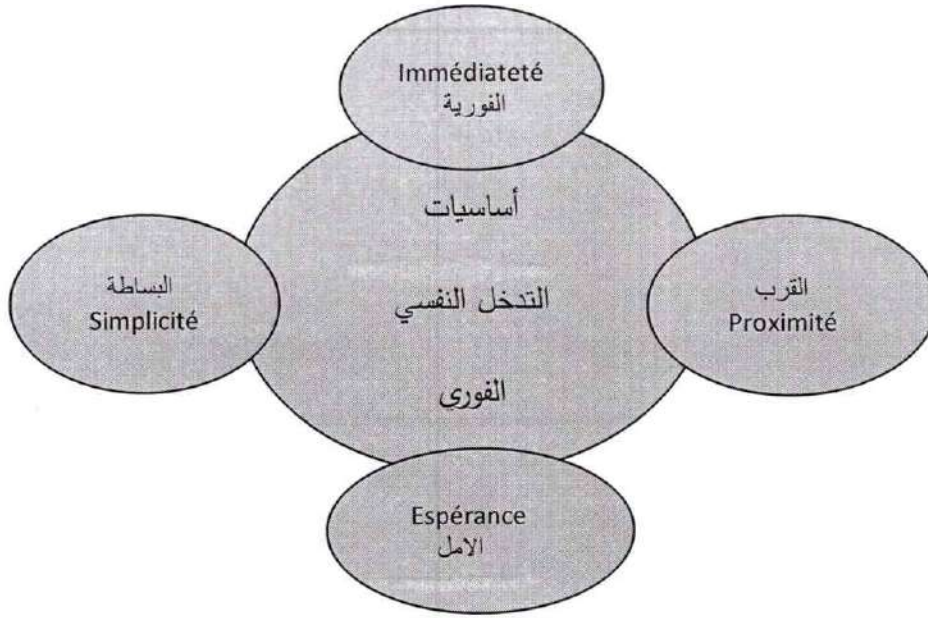
## (6) أساليب التعامل مع الصدمة النفسية:

تمهيد:

يعتبر موضوع الصدمة النفسية من المواضيع التي استقطبت اهتمام العديد من الباحثين. خصوصاً في العقود الأخيرة، وذا بالنظر إلى كثافة الحوادث الصدمية التي باتت تتكاثر في عددها وتتنوع في أشكالها وتنتشر في مختلف مناطق العالم وفي كل الأوقات. فلا يكاد يمر يوماً دون أن يصل إلى مسامعنا أي ابصارنا حدوث كوارث طبيعية في بقعة من بقع عالمنا الفسيح، فالفيضانات التي تسببها الأمطار والتسونامي التي ترمي بها البحار وكذلك الزلازل والأعاصير والبراكين كلها حوادث من شأنها أن تهدد حياة الإنسان وقد تؤدي إلى نشوء اضطرابات نفسية مختلفة، بما في ذلك الصدمات النفسية. إن الاهتمام بدراسة الصدمات النفسية من حيث البحث والفهم والتشخيص والعلاج هو في الحقيقة أمر اهتمام بالصحة النفسية لدى شريحة كبيرة من الأفراد الذين تعرضوا إلى تجارب صدمية في مرحلة من مراحل حياتهم، ومسعى إيجابي في تقديم الدعم والسند للأشخاص المصدومين.

1. التدخلات النفسية الفورية: كتب الطبيب العقلي Stirling عام 1906 أول مقال حول سيرورة التدخل النفسي خلال الازمة وفي سنة 1952 قدم مفهوم الإنقاذ والإسعاف النفسي مبرراً أهميته حال الإستعجالات الجسمية اين يتم التركيز على طمأنة الضحية باستخدام تقنيات الإيجاب والاقناع والتفريغ الانفعالي والتحكم في الاعراض والوقاية من تعقيدها، فالأحداث الصدمية تولد آثار نفسية على الضحايا من غير الممكن تفاديها. وعلى هذا الأساس كانت التدخلات على المستوى الجسمي والنفسي امراً ضروريا تهدف الى كبح التعقيد النفسي، وكان لزاماً على فرق التدخل النفسي تقديم الخدمات العلاجية الفورية عند الازمات كالتي ترتبط بحوادث المرور. (De Clercq et lebigot, 2001, p 135)

\* ويهدف التدخل النفسي الفوري الى إراحة الضحايا من معاناتهم النفسية عموماً. تلك التي عايشوها بشكل مفاجئ ، و مهما كان حجم المعاناة و القلق و الضغط الناجم و يجب تهيئة الضحايا الى استجابة علاجية لمعاينة قدرته على المواجهة و الحد من الآثار النفسية المرضية اللاحقة و يهدف الإسعاف المباشر حسب Ralpie 1996 الى المساواة و الحماية الجسمية و حصر الطاقة في سلوكيات بناءة إيجابية و التقرب من العائلة و الأصدقاء و العمل على المستوى العاطفي من خلال المساندة العاطفية و الانفعالية ، التحدث عن التجربة الانفعالية و تأسيس الإحساس بالأمن و توظيف شبكة اجتماعية و تواصلية و استعجالية من خلال تحديد التوجيهات اللازمة. (Kedia et Aurore, 2020, P 116)



شكل رقم 1: مخطط يوضح اساسيات التدخل النفسي الفوري.

من بين تقنيات التدخل الفوري نجد :

خطة عمل :

اقترح Mitchell 2007 المواجهة الفورية لأي حدث صدمي إتباع خطة عمل تشمل خمسة مراحل وفقا لما يأتي :

المرحلة	الموضوع	الأسئلة
الهدف	تحديد الضحايا المستهدفين وتمطهم وطبيعتهم: أولية: كل فرد تعرض مباشرة للحدث الصدمي المروري حيث يكون الإحساس بالعجز. ثانوية: كل فرد كان شاهدا مباشرا للحدث او لعلاقة مباشرة بالضحية الأولية. من الدرجة الثالثة: كل فرد له علاقة غير مباشرة بالحدث وشاهدا له أو من بين فرق التدخل.	من يحتاج المساعدة؟ هل هو فرد أو جماعة؟ ما مستوى الإصابة؟ هل هي مجموعة واحدة (عائلة) أم متعددة؟ ما هو حجم كل مجموعة؟
النمط	تحديد نوعية التدخل النفسي المطلوب	ما هي الوسائل المتاحة؟ من الذي بإمكانه التدخل في وسط الأزمة؟ ما هو التدخل النفسي الاستعجالي المناسب أثناء الأزمة؟

الوقت	التخطيط الزمني	ما هو الوقت المناسب لتقديم التدخل النفسي المطلوب؟
النتائج	معاينة و تقييم نتائج الحادث المروري و العنف الذي خلفه و شدته و الخسائر البشرية.	ما هي مخلفات هذا الحادث؟
التدخل النفسي الاستعجالي	تحديد أدوار كل عضو من الفريق.	

## جدول رقم 1 يحدد مراحل العمل النفسي الاستعجالي لمواجهة أزمة حادث مرور

2. **تسيير الأزمة:** غالبا ما يكون الحدث الصدمي مرتبط بحوادث المرور مخرقا آثار تمس النسيج الاجتماعي ما يجبر المتدخلين اعتماد سلوكيات آلية وفوضوية دون أي تفكير او انتاج خطة للعمل مما يؤدي بهم الى ارتكاب أخطاء عدة ما لم تكن لديهم فرصة للتشاور والتفكير حول آدائهم الاستعجالي النفسي، والذي سيتم القيام به وفقا للمعطيات المتحصل عليها عن الحادث قبل ان ينتهي بهم الامر في مواجهة الحدث الصدمي بشكل مباشر واندفاعي سلبية. فأمام حادث مرور كارثي مفاجئ يكون الجميع في معاش صدمي يتميز بعدم قدرة الأفراد الضحايا على التفكير او التركيز، وبغض النظر عن طبيعة الحادث وحجمه تكمن مهمة الأخصائي النفسي في إعادة ضبط النظام والحفاظ على استقراره وإعادة التركيز ومحاولة استدخال الكلمة والتفكير من خلال توزيع الأدوار بصورة منطقية وفعالة على الجميع مما يسمح بسيرورة جيدة للعلاج وهذا ما يسمى بالتسيير الجيد للأزمة المرتبطة بحوادث المرور.

تحصل الأزمة عند غياب وجود حرمان مادي او غياب الرموز بمعنى غياب المصطلحات والمعاني التي يمكن ان تشرح الأزمة المرتبطة مثلا بحادث المرور والتي غالبا ما يصاحبها حالة الهياج النفسي الحركي ومظاهر للعنف غير الممكن التحكم فيها بشكل مباشر، وتسيير الأزمة يكون من خلال التفاوض بمحاولة إيجاد دلالات وإعطاء معنى اللامعنى وإعادة ضبط النظام حتى ظل الفوضى وحالة العطب. (Kedia et Aurore, 2020, P 124)

3. **التطهير المبكر (Defusing):** تعتبر تقنيات التدخل النفسي الفوري بسيطة، بداية تقديم المهدئات من قبل الطبيب العقلي بعد الإسعافات الجسمية بطبيعة الحال ثم يكون التدخل النفسي كمثل أثر حادث المرور مباشرة بعد هيكلة مقابلات عيادية من اجل محو الآثار المبكرة للصدمة المرتبطة بحادث المرور وذلك عن طريق التدخل في عين المكان، على عديد الناجين فرديا أو جماعيا شريطة ان يكون الضحايا قد تعرضوا لنفس الحادث وتجمعهم نفس الأزمة.

بداية بالدعوة الى الكلام والتعبير بذكر الضحية اسم ويعبر عن معاناته ويقدم شكاويه و يسرد تجربته و مواصلة للوجود (إنك حي ترزق). التعبير الشفوي عن المعاش الصدمي الذاتي هو بداية إعطاء معان ودلالات حياتية استمرارية من شأنها التخفيف من الأسى الحاد الذي يشعر به الضحايا قبل أن يتطور ذلك الى آثار سلبية أكثر تعقيدا. فالتطهير المبكر حسب Mitchell 2007 يهدف الى تحييد الوضعية الصدمية والابتعاد عن الخجل المرتبط بالوضع المؤلم قبل ان يتطور الى قبلة انفعالية.

وعلى هذا يقدم المتدخل النفسي مبكرا للإصغاء مرتكزا على معالم المشاركة الوجدانية للضحية التي هو بصدد التعبير عن معاناتها ما يكون ضمادات للثقوب والفراغ النفسي والانفعالي الذي أحدثته الصدمة النفسية، كما يهدف التطهير المبكر الى إعادة احياء المشهد الصدمي من خلال التحدث عن حيثيات الحادث الأمر الذي يجرد الضحية تدريجيا من كل ا طاقة الانفعالية ويمكنها من التحكم في ذاتها عقليا وانفعاليا وعاطفيا وذهنيا وحتى جسميا .

ومن الجدير ذكره في المقاربة التدخلية المبكرة أن الضحية بحاجة للكلام لكن ليس في شكل خطاب او تعليمات وإنما في اخذ وعطاء يسود التفهم والإصغاء الجيد والمشاركة الوجدانية باقتراح دلالات ومعاني. يستلزم المتدخل منح الطمأنينة في شكل كلمات وإزالة الألم النفسي بالإعلام والتوعية ان الخطر قد زال ومحاولة مفهمة الحادث بتقديم معلومات حول الاعراض والضغط والصدمة وتقديم خطاب تشجيعي لمواجهة الإحساس بالعجز وفقدان الثقة بالنفس وكذلك كلمات المساندة لمواجهة الإحساس بالترك. كما يستلزم التطهير المبكر اليقظة في مواجهة الاعراض والتفكير في البعد والتنبؤ الجيد حول كيفية تطور الأعراض، فمن المهم استخراج الجداول العيادية المرتبطة بالصدمة النفسية اذ ان الامر لا ينتهي عند التطهير المبكر فهو مرحلة تمهيدية للولوج الى مراحل التكفل البعد الفوري.(Crocq, 2012, pp 101-103)

**4.المساندة النفسية الاجتماعية:** نقدم المساندة النفسية الاجتماعية لجميع الحاضرين الذين شهدوا الموقف ويمكن تلخيص الأهداف في النقاط التالية:

- الحضور جنب الضحية الشاهدة للحادث.

- الاستعلام على الحاجات الضرورية الأساسية والدقيقة للضحية.

- توفير المساعدة المالية وسلوكيات الوجدانية والطمأنينة.

- الإصغاء الجيد للضحية و التضامن معه.(Crocq, 2012, pp 205-206)

**5. التدخلات النفسية بعد الفورية:** يمر الشخص المصدوم بمرحلتين، الأولى هي الأثر الفوري والتي تدوم بضعة أيام. يساند التدخل النفسي فيها الفرد بتقديم المعلومات حول الاضطراب وكذلك الضبط الفوري للتدفق الانفعالي المرتبط بهول الصدمة. اما المرحلة الثانية وهي ما بعد المراحل الحادة، يكون فيها المصدومين أكثر قابلية للخضوع لتدخلات أكثر نظامية بفائدة الوقاية اين يظهر دون التطهير النفسي على عدة مراحل وتناقض أفكار الفرد واستجاباته وتحديد أراضه النفسية ثم تحديد الانعكاسات السوية وميكانيزمات التكيف بهدف إعادة الاندماج الاجتماعي.

**6. التطهير النفسي (Debriefing):** يمكن تعريف التطهير النفسي كعلاج قصير المدى في الممارسة النفسية الصدمية أين يرتبط بالتدخلات النفسية العلاجية بعد الفورية المطبقة في الإستجالات الطبية النفسية ويمارس من يومين الى عدة أيام بعد الحادث (بين 24 ساعة الى 72 ساعة)، في مكان محايد ومستقر قد يكون فرديا او جماعيا ومدته تتراوح بين ساعة ونصف الى ثلاث ساعات حسب عدد الأفراد المشاركين والذين لا يجب أن يتجاوز عددهم 12 شخصا. هذه الطريقة الموجهة للمدنيين والممارسين الذين واجهوا اعتداءات او حوادث خطيرة أثناء ممارسة وظيفتهم.

يهدف التطهير النفسي عامة الى تسهيل سيرورة الصدمة، بحث وتشجيع الأشخاص المتأثرين بالحدث الصدمي بحديث عن تجربتهم لمنع او التقليل من ظهور الاضطرابات النفسية وتعزيز شفائهم. اما الهداف الخاصة فتكمن في تحديد الحالات التي تحتاج مساعدة علاجية وتوجيهها لمختصين وكذا الحد من ظهور الاعراض النفسية الصدمية ومن المبادئ الأساسية للتطهير النفسي نجد:

- احترام السرية والكتمان لكسب الثقة مع تقديم قواعدها وكيفية سيرها.
- تسهيل وتشجيع المصدوم على التعبير اللفظي.
- تحظير المصدوم للعودة الى الحياة الاجتماعية مع تهيئته عن طريق التنبؤ بالحاجات والصعوبات التي قد يعاني منها فيما بعد تطبيق التقنية، حيث يستطيع المصدوم التعبير عن طريق تشجيعات المختص المطهر عن أحاسيسه وانفعالاته وعن كل استجابة أثناء وبعد الصدمة النفسية.
- يمر التطهير النفسي بعدة مراحل حسب: Mitchell
- المرحلة التمهيدية: التقديم للعملية مع ضمان الثقة.
- مرحلة الحقائق: وصف موضوعي للأحداث الصدمية.
- المرحلة الانتقالية: تقديم الموفق.
- مرحلة الاعراض: تناقش فيها طبيعة الأعراض.
- مرحلة إعادة تربية الانفعالات: اعداد التطورات المستقبلية وتوضيح طرق التعايش مع النتائج الأخرى للحدث الصادم.
- إعادة التأهيل : تقديم مناقشة عامة عن الجلسة و تلخيصها.

ان هذه المراحل تسمح للوصول الى النواة الانفعالية النفسية للفرد وبالتالي مساعدته على التعبير عن طريق التفرغ والتفيس.

## 7. إزالة الصدمة عن طريق حركة العين: EMDR

يظهر اليوم ان العلاج بإزالة التحسس الصدمي عن طريق حركة العين من أكثر العلاجات فعالة في حالات الصحة النفسية، فهو موضوع العديد من الدراسات الحالية المرتبطة بالصدمة كحوادث المرور فهو علاج إدماجي يأخذ من التحليل النفسي مبدأ التداوي الحر ومن العلاج المعرفي سلوكي تقنية التعريض، ومن العلاج التتويمي تقنيات التركيز وتحويل الانتباه. وتبدأ هذه التقنية من هدف معين لصورة مستوحاة من صورة مزعجة ثم إعادة المعالجة تكون من خلال التنبيه الثنائي البديل، ويطلب من المفحوص بعدها أي فكرة سلبية ترتبط بالصورة الذهنية (هنا والآن)، حيث تسجل هذه المعارف السلبية المسؤولة عن الحادث وتقدير الذات (أستحق ما يجري) وتأنيب الضمير (إنه خطأي)، الإحساس بالأمن والقابلية للتعرض (انني في خطر) والإحساس بالعجز (انني عاجز). تتعلق هذه المعارف بالضحية اذ تكون لا منطقية ولا معممة على وضعيات أخرى.

تعاش كحقيقة انية وفورية محملة بطاقات انفعالية. يتبع التقييم بمعرفة الأفكار السلبية ثم يطلب منه تقييم مدى منطقية الأفكار الإيجابية الجديدة ومدى واقعيته، بعدها يقيم الانفعال المصاحب لهذه الوضعية والمعارف السلبية وكذا قاعدتها الجسمية وحدتها.

بعد التقييم تكون مرحلة إعادة المعالجة بسلسلة من التشبيهات الثنائية البديلة المتناولة (30 دقيقة) ما يسمح بتدفق الأفكار والصور بين الحضور والمتابعة الى غاية الانهالك وازالة الحساسية من الصورة والفكرة الصدمية المرتبطة بالحادث. ثم يمر المعالج الى مرحلة أخرى اين يكون التناوب الثنائي البديل إيجابيا مع التقييم المتكرر. (Steve, 2019, p 91)

#### 8. أساليب مواجهة الصدمة النفسية:

المواجهة الوسييلية: (**Confrontation Directe**) هي محاولات حل المشكلات بغية التحكم تحكما مباشرا بالمطالب التي تفرضها الضواغط في الموقف وتتضمن مخططا معرفيا للفعل والعمل.

المواجهة التعبيرية: (**Confrontation Expressive**) تتصف بمحاولات خفض للاستئارة الانفعالية، والشعور بالضيق من خلال بعض الاساليب المعرفية والانفعالية وينتج عن هذا الاسلوب من المواجهة ان تتأثر سلبيا العمليات المعرفية الرئيسية وهيا لإدراك التقدير وعزو الاسباب وتكوين مخطط معرفي للفعل والعمل، وتشمل المشاعر السلبية ومشاعر العجز والياس والاستهداف.

اعادة البناء المعرفي: (**Restructuration Cognitive**) يشير هذا الاسلوب الى المواجهة عن طريق اعاده تقدير المعرفي واعاده بناء الافكار والمشاعر المتعلقة بالضواغط التي اختبرها الفرد. من شأن الاسلوب الايجابي في اعاده البناء المعرفي ان يندمج الفرد في معرفة تعمل على زيادة معالجة المعلومات عن طريق:

- توسيع نطاق الانتباه الى خصائص مجال المنبهات وعناصرها.

- البحث النشط على بيانات جديدة متعلقة بحل المشكلة.

- بناء مخططات معرفيه للعمل والفعل.

اما في حاله الاسلوب السالب لإعادة البناء المعرفي، فان الشخص يركز على استخدام عمليات دفاعية مثل الإنكار أو التحريف لمواجهة الحدث الضاغط .

المواجهة القائمة على مرونة التكيف والقابلية لاستعادته التوازن: (**Adaptation Résiliente**) ويشير هذا الاسلوب الى مقدرة الفرد على أداء المرونة والتحكم في الاحداث الضاغطة على نحو المستمر دون اخلال بالاتزان النفسي ولا يمثل هذا الاسلوب عبئا على مصادر الفرد وامكانياته او يفوقها حيث يستند الفرد في ممارسة هذا الاسلوب الى عمليات معرفية دقيقة في إدراك الحدث الصدمي وتقديره.

## 9. علاج الصدمات النفسية:

### 1.9. العلاج الدوائي: يتمثل العلاج الدوائي في:

مثبطات اعاده التقاط السيروتونين الذي يعادل السيروتونين من خلال فرط التنبيه دارة الخوف فيبدأ مفعول مضادات إعادة التقاط السيروتونين بعد اربعة او خمسة اسابيع من خلال العلاج وهذا حتى يمكن الوقاية من الانتكاسات ومن اهم المواد التي يتم تقديمها للمريض نجد السيرترالين، الباروكستين، الفلوكستين.

مضادات الاكتئاب: ينصح بها اذ لم ينجح النوع الاول حيث يرد الدواء وما معه حيث حوالي 20% على 40% من المرضى لا يستجيبون لمضادات التقاط السيروتونين وحسب.

يجب الاخذ بعين الاعتبار خطورة واقدمية حاله الاضطرابات الصدمية ومراعاة المريض الذي يعاني من اضطرابات صدمية واضطرابات النوم وزيادة الوزن والحصر والتهيجان، ومن اهم الادوية نجد فينلافاكسين والميرتازابين .

مضادات الدهون غير المثبطة: تعطى هذه المواد بكميات صغيرة وتكون مصاحبة بمضادات الاكتئاب وهي فعالة لعلاج اعادة احياء الاعراض الصدمية والعدوانية واضطرابات النوم والكوابيس والاعراض الدهانية ان وجدت ومن اهم مضادات الدهون غير نمطية نجد الريسيريديون، اولانزابين، كينيابين.

ادويه معدلة للمزاج: هي مواد معدله للمزاج وكذلك مضادات لفرط الحساسية وزيادة تفريقها للنواقل العصبية بسبب تكرار المثريات المتعلقة بإعادة احياء الحوادث الصدمية وتعطى هذه الادوية غالبا مع مضادات الدهون ويمكن ذكر انواع من هذه المواد منها: اللاموتريجين، الغاليروات، فابابونتان. (De Clercq, Le bigot, 2001, pp 294-295).

2.9. العلاج السلوكي: يركز العلاج السلوكي على العمل ما على البيئة الضاغطة وعلى تقليل الاستجابات للمؤثر للضاغط وتحديد المثير الضاغط وتقليله والعمل على تلاشيه، ومن ثم يركز على تحليل ومعالجة الاحداث الطبيعية. ومن اهم الاستراتيجيات في العلاج السلوكي العلاج بالتفجير الداخلي بهدف خفض القلق ويمر بثلاث مراحل:

- التدريب على الاسترخاء: يهدف تسيير قدرات الفرد على تخيل مشهد الحدث الصادم وحفظ مستوى القلق الذي ينبع عند تخيل مشاهد الصدمة خلال استخدام كلمات هادئة وارخاء العضلات.

- التدريب على تخيل السار: ويهدف لزيادة حالة الاسترخاء لدى الفرد وتحديد قدرته على تخيل مشهد سار في اماكن يحبها، ويستدعى منه الاسترخاء في الوقت الذي يقدم الاخصائي تفاصيل يمكن تصورها عن المشهد السار.

- العلاج بالتفجير الداخلي او الغمر: ويكشف هذا الاسلوب عن استراتيجية سلوكية يمكن استخدامها لبناء برامج علاجية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتتضمن هذه اطوار فرعية من أبرزها عمل تنظيم هرمي للذكريات الصادمة حيث يحدد الفرد الحوادث الصادمة التي تعرض لها، إذا كان تعرض لأكثر من حادث صادم يطلب منه ترتيبا هرميا لاستدعاء القلق.

(يعقوب غسان، 1999، ص 137-138)

### 3.9. العلاج السلوكي المعرفي: هنالك العديد من التقنيات السلوكية المعرفية التي تستخدم لعلاج الصدمة:

ازالة التحسس المنهجي: من خلال تعريض المريض لمنبه مؤلم ولكن بصورة تدريجية وليس دفعة واحدة كما هو الحال في الاغراق وعلى المستوى الفيزيولوجي، يتم تثبيت القلق عند المريض بفعل استجابة المعاكسة الاسترخائية للعضل. ويكون ذلك بتعرض المريض الى المنبه الاشرطي الذي بدوره يشير للاستجابة اللا تكيفية العصبية وهي في حالة استرخاء نفسي عضلي، ويتكرر التعريض ليحدث التقارب بينه وبين الاسترخاء ثم يتم اطفاء الاستجابة العقلية.

\_ الاستعادة المعرفية: ويمكن تطبيقها ضمن شرطين الاول يقتضي تصحيح ما حدث من الم لسواه وهنا يجب توزيع المسؤولية على الاشخاص المتسببين في الحادث اما الشرط الثاني فيقتضي استخدام الاستعادة المعرفية في جلسات العلاج الفردي وبشكل مستقل بحيث يركز المعالج على معالجه الافكار الخاطئة عند المريض والمتعلقة بنظراته الى نفسه والى العالم والمستقبل. (محمد حجار، 1999، ص 113)

### 4.9. العلاج النفسي الأسري :

على المستوى التطبيقي الاسري ناقش Mauriac Robin Noirod بعض الواجه التقنية والاصطلاحية للتدخل الاسري حيث رأوا ان حين يجتمع اقارب المصدوم يكون الهدف الاول للمداخلة تعريف المشكلة بطريقة تسمح بان يشعر كل فرد انهم معني بالأمر وبإمكانه التأثير على الوضعية. وهنا ينبغي خلق سياق يتجاوز من خلاله الافراد القصة المعاشة بشكل فردي الى قصة جماعية يحتل فيها كل فرد وخاصة المصدوم مكانا وان يعطوا معلومات حول ردود الفعل الاعتيادية لدى المصدومين واقاربهم وقد Mauriac Robin أنه يصبح النظر غير موجه للعرض على انه خاص بالأفراد فقط، فلا تقتصر المداخلة مثلا على مجرد السعي للقضاء على الكوابيس والقلق بل تتعدى ذلك لنهتم بالطريقة التي يمكن للمصدوم و اقاربه ان ينظموا بها انفسهم للتعامل مع تلك الاعراض وقد ركز على دمج افراد الاسرة المصدومة بهدف التأثير الايجابي على حاله الفرد.

\_ ان النسق الذي تسعى الخدمة الاجتماعية الى تغييره لا يقتصر على الفرد والاسرة فقط بل يمتد ليشمل سائر الأنساق الاخرى التي ترتبط بالمشكلة التي يتم التعامل معها كذلك تم الدمج الاخصائي افراد الاسرة المصدوم في العلاج بهدف التحكم في عواقب الصدمة لتفادي تعقيد حالة المصدوم وتحريك الموارد التي يمتلكها هو واسرته لمواجهة حالته وباختصار توفير الدعم اللازم له لتجاوز صدمته. (شادلي عبد الرحيم، 2017، صفحة 180)

### خلاصة:

من خلال ما تطرق إليه بحثنا هذا نجد ان كل ما زاد الشخص لمجموعة من الضغوطات المتعددة كلما ازدادت فرصة تعرضه لصدمة. ولهذا العرض من الممكن اقتراح مجموعة من الأساليب والاستراتيجيات للتعامل والتصدي للصدمة النفسية، ومن هذا الأخير نستنتج انها تختلف الطرق والاستراتيجيات التي ننتهجها للتخلص من الصدمة. حيث أن العلاج النفسي يهدف الى السيطرة على أعراض الصدمة النفسية والخروج منها. وهنا ظهرت تقنيات علاجية كالتطهير النفسي وتقنيات أخرى التي كانت فعالة في التعامل مع الصدمة النفسية.



## المحاضرة 07:

# العلاجات السيكودينامية للصدمة



## (7) العلاجات السيكودينامية للصدمة

تمهيد:

يتعرض الإنسان في حياته للعديد من المواقف التي قد تسبب له صدمات نفسية وتؤدي إلى الإخلال بتوازنه النفسي فيصبح غير متوافق مع بيئته والعالم الخارجي، وتؤثر فيه استجابات باثولوجية مرضية ذات منشأ صدمي ومع الوقت يدرك الفرد أن هذه التهديدات تولد له مخلفات نفسية، وإن كان قدرة الإنسان على تجاوزها تبقى عند حدود إمكانياته النفسية وصلابة جهازه النفسي، فهو يعتقد بقدرته على تجاوز الأذهان. وإذا كنا في مجال الحديث عن الصدمة النفسية فإن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الفرد وتؤثر على صحته النفسية تلك التي يواجهها فجأة واقتحامية قد تؤدي للموت، وهذه الصدمات قد تكون متكررة وفي بعض الأحيان تولد اضطرابات أخرى لذلك يجب الإشارة إلى ضرورة المساندة والتكفل الطبي النفسي.

### 1. الفرضيات الأساسية للمنظور النفسي الديناميكي:

**الافتراض الأول: أولوية اللاواعي:** يؤكد العاملون في النظرية النفسية الديناميكية على أن أغلب العمليات النفسية تحدث خارج نطاق الوعي اليقظ، تفترض مصطلحات تحليل النفسي أن أنشطة العقل أو النفس عمليات غير واقعية إلى حد كبير وتؤكد الأبحاث هذه الفرضية الأساسية للتحليل النفسي بتعذر الوصول بالوعي إلى كثير من النشاطات الذهنية كالذكريات والدوافع والمشاعر وغيرها.

**الافتراض الثاني: الأهمية الحاسمة للتجارب الباكرة:** وفقاً للنموذج النفسي الديناميكي فإن التجارب الباكرة وتشمل حتى تلك التي تحدث في الأسابيع أو الأشهر الأولى من الحياة تضع أسس تشكيل الشخصية وركائزها وتؤثر فيها لسنوات أو حتى لعقود لاحقة.

**الافتراض الثالث: السببية النفسية:** لا يحدث شيء في الحياة العقلية عن طريق الصدفة ولا يوجد شيء كالتفكير أو الشعور أو الدافع أو السلوك العشوائي وهذا ما أصبح يعرف اليوم بمبدأ السببية النفسية وعلى الرغم من قلة علماء النفس الذين يقبلون بمبدأ السببية النفسية بالضبط كما يتصورها المحللون النفسيون فإن معظم الباحثين يتفقون على أن الأفكار والدوافع والاستجابات العاطفية والسلوكيات المعبر عنها لا تنشأ عشوائياً بل تتبع نوما لمزيج من العمليات البيولوجية والنفسية القابلة للتحديد.

### نقاط القوة:

- الديناميكية النفسية أدت إلى ظهور واحد من أوائل "النفسي"، وهو التحليل النفسي، والذي يعتمد عليه الآن في العديد من العلاجات النفسية.

- يمكن القول أن فرويد كان أول شخص يسلط الضوء على أهمية الطفولة في الصحة العقلية وهذه فكرة مستخدمة على نطاق واسع اليوم.

- يأخذ النهج الديناميكي النفسي في الاعتبار كلا الجانبين "الطبيعة والتنشئة".

- ادعى فرويد أن شخصية البالغين هي نتاج دوافع فطرية، أي الدوافع أو الحوافز الطبيعية التي نولد بها وتجارب الطفولة، أي الطريقة التي نشأنا بها ورعايتنا في الطفولة.

### 1.1. الانتقادات الموجهة للنظرية:

- يتجاهل العمليات الوسيطة (مثل التفكير).

- يضع النهج الديناميكي النفسي الكثير من التركيز على العوامل النفسية، دون النظر إلى العوامل البيولوجية والجينية التي تؤثر على مشاكل الصحة العقلية وتساهم فيها.

- مشكل الحتمية (غياب الحديث عن الإرادة الحرة).

- غير قابل للدحض (يصعب إثبات خطأه).

- دراسات الحالة - ذاتية لا يمكن معها تعميم النتائج.

- ان تبسيط العقل البشري في الهو والانا والانا العليا والمراحل النفسية الجنسية الخمس يجعل النهج اختزالياً.

### 2. نظريات ديناميكية أخرى أكثر حداثة:

هناك العديد من الأساليب والنماذج والنظريات التي تم تطويرها عبر التاريخ من النهج النفسي الديناميكي. بالإضافة إلى العلاجات السابقة، هناك بعض العلاجات والنظريات النفسية الحديثة نسبياً، والتي تركز بشدة على الممارسة ويوم العلاج اليومي، وليس بشكل كبير نحو التفسيرات المنهجية لهيكل العمليات الذهنية.

### 1.2. نظرية العلاج النفسي الديناميكي القصير:

هذا المنظور يبدأ من فكرة ذلك يجب أن يركز العمل العلاجي على مجال معين يولد صعوبات أكبر وماذا يفسر المشكلة الخاصة للمريض. وتتمثل خصائصه الرئيسية في إيجازه والمستوى العالي لتعريف عنصر العمل والأهداف المراد تحقيقها.

بالإضافة إلى ذلك مستوى عالٍ من توجيهية المعالج أمر شائع أيضًا والتعبير عن التفاؤل بشأن تحسن المريض. إنها تسعى إلى مهاجمة المقاومة للعمل لاحقًا على القلق الناتج عن الهجوم ومن ثم إدراك المشاعر التي ولدت مثل هذه الدفاعات والانزعاج.

ضمن هذا النوع من العلاج النفسي، يمكننا العثور على تقنيات مختلفة، مثل العلاج النفسي الموجز مع استقراز الكرب أو تعطيل اللاشعور.

## 2.2. العلاج القائم على النقل:

يقترحه كيرنبرغ، وهذا هو نوع من العلاج ذو أهمية كبيرة في علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية كحد أقصى. تستند النظرية التي تقوم عليها إلى نظرية علاقات الكائن لاقتراح نموذج يكون فيه التركيز على كل من العالم الداخلي والخارجي للمريض والذي يركز على العمل من نقل الصعوبات الداخلية إلى المعالج. في الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات شديدة في الشخصية، فإن تجربة الإحباط وعدم القدرة على تنظيمها هي التي تسود، والتي تنقسم فيها الروح النفسية في نهاية المطاف بطريقة تحدث انتشار الهوية...

وهي تسعى إلى تعزيز تكامل الهياكل العقلية للمرضى، وإعادة تنظيمها والسعي إلى إنشاء تعديلات تسمح بوظيفة عقلية مستقرة تسير فيها الخبرة الذاتية والإدراك والسلوك جنبًا إلى جنب. السياق والعلاقة العلاجية وتحليل العلاقات بين الكائنات الأساسية، تحليل المشاعر الناتجة عن العلاقة معهم (بما في ذلك العلاقة العلاجية) والخيال اللاواعي الذي يولد هذه العلاقة، مما يساعد على فهمها.

## 3.2. العلاج على أساس العقلية:

طور باتمان وفوناجي نموذجًا ونوعًا من العلاج يبدأ من مفهوم العقلية. من المفهوم على هذا النحو القدرة على تفسير الإجراءات وردود الفعل الخاصة والآخرين على أساس وجود العواطف والأفكار، والاعتراف بها باعتبارها حالة ذهنية.

بتأثير كبير ويستند إلى حد كبير على نظرية ارتباط بولبي، يحاول تفسير الاضطراب العقلي (وخاصة اضطراب الشخصية الحدية) كنتيجة للصعوبة في إسناد الحالات الذهنية لما يفعلونه أو يشعرون به. العلاج مرتبط بهذا النموذج ابحت عن التطابق، تفضل العلاقة بين الشعور والفكر، تطوير القدرة على التفكير الذهني ومحاولة فهم عواطف الفرد ومشاعر الآخرين، وبالتالي تحسين العلاقات الشخصية. (الخفش، 2011، ص 87-88)



#### 4.2. العلاج النفسي الدينامي للصدمة:

وجدت بعض الدراسات الصارمة أن العلاجات النفسودينامية قد تكون مفيدة في علاج الصدمة، بينما دراسات أخرى وجدت أنها غير فعالة، إذ لا توجد نظرية واضحة حول الرابط الموجود بين المحافظة على الأعراض والاقتراحات العلاجية، كما لا يوجد دليل على فعالية التحليل في خفض خطر الإزمان باستثناء نظرية الصدمة ل (Horowitz 1997). (Nutt et all, 2009, p 100)

يقول (Lebigot 2001): تتحدث عن العلاجات النفسية التي تركز على مصطلحات التحليل النفسي الخالص النادر بالنسبة للمرضى الذين يعانون من عصاب صدمي. وقد تم نشر بعض العلاجات في الولايات المتحدة من طرف (Deitz 1986)، وLindy (1985-1986) وفي فرنسا من طرف Briole (1987). (هبة، 2019، ص 157)

وفي إطار حديثه عن العلاجات السيكودينامية يرى Lebigot انه عادة ما يدخل المصدوم في هذا النوع من العلاج بعدما يكون قد تلقى علاجات ما بعد آنية، حيث يتم اللجوء إليه حينما لا تمكن المقابلات المركزة على الحادث المصدوم من إعادة بناء الصدمة، وهنا يتعين عليه أن يعيد زيارة تاريخه وعالمه الهوامي وأن يعبر بالكلمات عما يجعله مشدودا لهذه الخبرة المؤلمة، وتبدأ المعالجة عادة بمناسبة قدوم متلازمة التكرار بعد عدة أسابيع، أشهر أو سنوات من وقوع الحادث. وبالمناسبة للنتائج التطبيقية للعلاج يرى أن المقابلة تعتبر فترة مخصصة للحديث عن الحادث وأيضا محتويات أخرى للحياة النفسية: استدعاء الماضي القريب أو البعيد، المشاريع، التعبير عن المخاوف والهوامات، الأحكام الأخلاقية ... الخ.

فالمريض مدعو لقول الأشياء كما تتبادر لذهنه، وطريقة العمل هذه مستوحاة من مبدأ التداخي الحر، ولكنها قد تبتعد أحيانا عن المبدأ في شكله الخاص حيث يتم مثلا تجنب فقرات الصمت الطويلة لأنها تؤدي وخاصة في بداية العلاج - لظهور مشاعر الهجر أو حتى المعاناة، بالإضافة إلى ذلك يمكن دمج النشاط الحلمي في محتوى المقابلات وهنا يكون المريض مدعو للتعليق على كل عنصر من عناصر أحلامه، وخاصة ما تعلق منها بالتبديلات التي تتعرض لها كوابيس التكرار. أما عن دور المعالج فقد يرى Lebigot انه عليه أن يكرس نفسه لتقديم التأويلات (إلا أن كان المريض بإمكانه القيام بذلك بنفسه)، كما عليه - أي المعالج - أن يكرس نفسه أيضا للتساؤل، لالتقاط الجمل المهمة والكلمات الغامضة، و لتوفير أوقات الراحة والفكاهة، فالمعالج هنا حاضر جدا و ضمنيا حاضر بطريقة أخوية.

وعن اهداف العلاج يقول Lebigot: بطريقة تخطيطية يمكن القول أن العناصر التي تجعل العلاجات المبكرة غير كافية تنقسم إلى نوعين:

فسواء يبدي عنف الحادث للشخص أن المواقع الاوديبية عاجزة أو غير محددة في مواجهة الفضاء الكبير للعدم الذي يشمل الجهاز النفسي، أو تكون وبشكل مسبق مسألة العلاقة بالأصول لم تبنى بشكل كافي، وهذا ينطبق أيضا على الموضوع المفقود، وتكون النرجسية عائقا يمنع الشخص من الانضمام كليا لخط الدار وفي كلتا الحالتين ينبغي أن يدخل من جديد في سجل الفقدان لكي يمارس مجددا التأثير الساحر المرتبط " بالنيرفانا". وأخيرا أشار Lebigot إلى أنه وفي الحالات الشديدة لا

يتم السعي للمقابلات، وأن التقنيات المتواترة في هذه الحالات هي وصف الأدوية والسعي لتقنيات جسمية، كما أنه من المتواتر جدا إجراء تدخلات في الواقع الخارجي. (Lebigot, 2012, p 242)

### 3. مراحل العلاج النفسي السيكودينامي :

لقد أشار فرويد إلى مراحل العلاج النفسي في ضوء نظرية التحليل النفسي كما يلي:

**المرحلة الأولى:** تتمثل في مقابلة العميل عدة مقابلات وذلك من أجل إشكالية تحديد المشكلة التي يعاني منها هذا الأخير؛ وكذلك إمكانية إيجاد الحل لهذه المشكلة والجزء الثاني من هذه المرحلة التي يركز فيها المعالج على التعرف على ما يعانيه العميل من خلال الصراعات اللاشعورية عنده ويشمل دور المعالج في هذه المرحلة في فهم الصراعات وملاحظتها وتسجيلها منذ الجلسة الأولى وذلك حتى يتمكن المعالج من الرجوع إليها في الجلسات اللاحقة.

**المرحلة الثانية:** هي مرحلة تطور التحويل التي تعتبر من أساسيات التحليل النفسي ففي هذه المرحلة يستفيد المعالج مما يشعر به العميل اتجاهه وكذلك في معرفة المعالج كيف أصبح يدرك ويفسر ويستجيب للحاضر؛ وهل هذه الاستجابة كانت في الماضي حتى يتحدد سلوك العميل في الحاضر وهنا على المعالج أن يدرك مدى إمكانية التحويل اتجاه العميل.

**المرحلة الثالثة:** والتي تسمى بمرحلة العمل التي يقوم بها المعالج اتجاه العميل، حيث تحدد هذه المرحلة في إمكانية تعميق الفهم والمعرفة عن العميل؛ وكلما كان هناك عمل من خلال عملية التحليل كان هناك إمكانية لفهم العميل؛ فكلما تحدث العميل عن مشكلته التي يعاني منها ساعد ذلك المعالج في فهمه أكثر؛ وهنا مما يزيد من حجم العمل وعدم التمرکز على جانب واحد من المشكلة قد لا يكون هو الأساس من معاناة العميل.

**المرحلة الرابعة:** وهي إقرار التحويل ويقصد بها أنه عندما يعتقد كل من المعالج والعميل أن ما يعانيه هذا الأخير من معاناة وصراعات قد تم حصرها وفهماها؛ فإن المراحل الأربعة تبدأ بتحديد وقت العلاج لذا كل المراحل السابقة ماهي إلا عملية تحضير لتطبيق الأساليب العلاجية التي سوف يستخدمها المعالج مع العميل. (سالم، 2003، ص 99)

### 4. التقنيات العلاجية في النظرية السيكودينامية:

من أهم التقنيات الرئيسية المستخدمة في المدرسة التحليلية هي: التداوي الحر المقاومة، التحويل والتحويل المضاد، تحليل الأحلام والتفسير.

**التنويم المغناطيسي:** من الناحية التاريخية أتى التنويم أولاً لقد عالج فرويد "بروبرفتاة" تبلغ من العمر 20 سنة إذ كانت تعاني من أعراض عصبية عديدة مثل السل والسعال العصبي وكشف التنويم ذاكرة مكبوتة تسمع صوت الموسيقى راقصه تأتي من منزل قريب بينما كانت تمرد والدها بشعورها أنها كانت ترفض أكثر من رعاية والدها المتوفي وشعورها بالذنب من أنها كانت ترقص أكثر من رعاية والدها واختفى سؤالها العصبي بعد أن ظهرت من جديد تلك الذاكرة المكبوتة. (عبد القادر، 2002،

ص94)

أشارت الأبحاث أيضاً إلى التنويم المغناطيسي على أنه "محو" مؤقت لانا وأظهرت أبحاث الدكتور ديفيد شبيجل خبير التنويم المغناطيسي وأستاذ الطب النفسي والعلوم السلوكية في كلية الطب بجامعة ستانفورد أنه يمكن أن يعمل على مناطق دماغية متعددة بما في ذلك بعضها المرتبط بإدراك الألم وتنظيمه حيث تم العثور على التنويم المغناطيسي أيضاً لتهدئة أجزاء من الدماغ تشارك في المعالجة الحسية والاستجابة العاطفية. (الدسوقي، 2016، ص ص 65-67)

يقول شبيجل: "في حين أن معظم الناس يخشون فقدان السيطرة على التنويم المغناطيسي إلا أنه في الواقع وسيلة لتعزيز التحكم في العقل والجسم" بدلاً من السماح للألم أو القلق أو الحالات الأخرى غير المفيدة بالسيطرة على العقل يساعد التنويم المغناطيسي الأشخاص على ممارسة المزيد من السيطرة على أفكارهم وتصوراتهم

ومع ذلك هناك الكثير من الجدل حول كيفية عمل التنويم المغناطيسي كما يقول لين ميلينج أخصائي علم النفس السريري وأستاذ علم النفس بجامعة هارتفورد "في الأصل افترض فرويد أن التنويم المغناطيسي يضعف الحاجز بين الوعي واللاوعي"، كما يقول مضيفاً إن هذه النظرية قد تم التخلي عنها إلى حد كبير بينما يعزو البعض قوة التنويم المغناطيسي إلى تأثير الدواء الوهمي.

وهناك نظرية أخرى مفادها أن "التنويم المغناطيسي يجعل الناس يدخلون في حالة متغيرة من الوعي مما يجعلهم مستجيبين للغاية للاقتراحات المنومة" كما يقول في حين أن الحديث عن "حالات الوعي المتغيرة" يبدو مخيفاً بعض الشيء فلا يوجد فقدان للوعي أو فقدان للذاكرة. (صفوان، 2018، ص 55)

**التداعي الحر :** طور فرويد هذه التقنية كبديل للتنويم المغناطيسي لأنه كان يعتبر التنويم أكثر عرضه للخطأ ولأن المرضى يمكن أن يتعافوا ويستوعب الذكريات المهمة وهم واعون بشكل كامل ومع ذلك انه على الرغم من الجهد المبذول من قبل الفرض من أجل التذكر إلا أن هناك مقاومه منعه من الولوج إلى الذكريات الأكثر إيلاماً وأهميه توصل أخيراً إلى وجهه نظر مفادها أن بعض الذكريات قمعت بالكامل وحوصرت وأُنزلت إلى عالم اللاوعي شجع هذه التقنية الجديدة أيضاً من خلال تجارب مع الأنسة "اليزابات" وهي إحدى زبائنه الأوليات والتي اشتكت من قطاع تدفق فكرها . حيث وصف فرويد هذه التقنية على النحو الآتي: «أن أهمية التداعي الحر هي أن المرضى يتحدثون من تلقائي أنفسهم بدلاً من تكرار أفكار المحلل النفسي فهم يستعملون خلال أفكارهم الخاصة بدلاً من تكرار اقتراحات الآخرين فقط.

طور فرويد هذه التقنية كبديل للتنويم المغناطيسي لأنه كان يعتبر التنويم أكثر عرضه للخطأ، ولأن المرضى يمكن أن يتعافوا ويستوعبوا الذكريات المهمة، وهم واعون بشكل كامل. ومع ذلك، شعر فرويد أنه على الرغم من الجهد المبذول من قبل الفرد من أجل التذكر، إلا أن هناك مقاومة منعه من الولوج إلى الذكريات الأكثر إيلاماً وأهمية. توصل أخيراً إلى وجهة نظر مفادها أن بعض الذكريات قمعت بالكامل، وحوصرت وأُنزلت إلى عالم اللاوعي. شُجع على هذه التقنية الجديدة أيضاً من خلال تجاربه مع «الآنسة إيزابيث»، وهي إحدى زبائنه الأوليات والتي اشتكت من انقطاع تدفق فكرها، وهو ما وصفه كاتب سيرته الرسمي إيرنست جونز بأنه "أحد الأمثلة العديدة لتطوير المريض لعمل الطبيب"

تحليل الأحلام: هي التقنية الثالثة المستخدمة بواسطة المحللين النفسيين هي تلك الخاصة بتحليل الأحلام وطبقا لفرويد فإن تحليل الأحلام يقدم الطريق السلطاني إلى اللاشعور وقال فرويد انه يوجد رقيب داخل العقل يحافظ على المدى المكبوتة خارج الوعي الشعوري ولكن هذا الرقيب غالبا ما يكون اقل حذرا خلال النوم ونتيجة لذلك فإن الأفكار المكبوتة في اللاشعور تكون أكثر احتمالا لان تظهر في الأحلام من التفكير اليقظة ورغم ذلك فإن هذه الأفكار تبرز في صورته متكررة بسبب طبيعتها الغير مقبولة.

انقسم علماء النفس بشكل حقيقي حول وظيفة الحلم ومعانيه. اعتقد بعض علماء النفس أن الأحلام ليست أكثر من نشاط عشوائي للدماغ يحدث أثناء النوم، ولكن فرويد غير مفهوم تفسير الحلم ووظيفته بطريقة ثورية ومختلفة ووضع نظريات رائدة مع آخرين مثل كارل يونج بأن الأحلام يمكن أن تكشف عن أعرق رغبات الفرد وحاجاته اللاواعية. فيعتقد المحللون النفسيون، مثل فرويد ويونج، أننا نخفي نزعاتنا ورغباتنا المزعجة والغير مقبولة عن طريق استبدالها بأشياء رمزية أكثر قبولاً لتحل محلها في ظل المحتوى الكامن لأحلامنا. (صفوان، 2018، ص 56)

**المقاومة :** هي إحدى الحيل التي يقوم بها المريض للدفاع عن النفس من اجل عدم كشف المكبوتات غير المرغوب في كشفها لاسيما عندما تكون هذه المكبوتات مخيفه وتجري على صيغته انفعاليه قويه وكذلك إحساس بالشعور بالخجل أو الذنب وهي الإفصاح عما لديه من مشاعر وأفكار وخبرات وتعمل المقاومة كدفاع ضد القلق وتعتبر عن رغبة لا شعورية لدى العميل في عدم المشاركة في عملية العلاج وتهدف إلى الحول دون ظهور المواد المكبوتة في اللاشعور إلى حيض الشعور حيث أنها تؤذي المشاعر العميل وربما يكون سبب وراء مقاومه الحصول على مكاسب ثانوية يجنيها العميل من وراء اضطرابه حيث أن هذه الاضطرابات التي يعانها العميل تخدم أغراضا لا شعورية لديه كما يكون نمط شخصيه العميل احد أسباب هذه المقاومة كان يكون ده شخصيه مازوشيه ومن ثم يشعر بالمتعة واللذة من التأديب الذات واللامها علاوة على أن المواد المكبوت التي تعترض المقاومة ظهورها لها دلالات خاصة في حياه العميل وعلاقته الوثيقة بمشكلته وفي هذه الحالة تنشط وميكانيزمات الدفاع بجوار المقاومة منعا لظهور هذه المكبوتات إلى هذا الشعور ومن تم تؤدي إلى راحة العميل.

**التنفيس الانفعالي:** وهو تشجيع المريض على تذكر الخبرات السابقة الأليمة والصدمات والاحباطات والحوادث والحوادث المائية واسترجاع ما قد مر به من ذكريات والصراعات الانفعالي حتى يتخلص من الشحنات الانفعالية الضارة.

ويعرف ايضا أحيانا باسم "التفريغ أو التطهير الانفعالي". وهو إجراء هام في عملية الإرشاد النفسي.

والتنفيس الانفعالي يقصد به التنفيس عن المواد والخبرات المشحونة انفعاليا، ويتضمن تفريغ العميل ما بنفسه من انفعالاته، أي أنه يعتبر بمثابة تطهير للشحنات الانفعالية، وتفريغ للحمولة النفسية.

إن المشكلة النفسية في حياة العميل كجمرة النار في يده، وكالشوكة في قدمه، يجب أن يخرجها أولا وبأسرع ما يمكن ويطهر مكانها حتى يستطيع أن يتعامل مع الناس وأن يشق طريقه في الحياة.



عملية التنفيس الانفعالي: تعتبر عملية التنفيس الانفعالي بمثابة "بكاء على كتف المرشد" 1. فمن مظاهر التنفيس الانفعالي ما يلاحظ أثناءه من بكاء العميل أو غضبه أو ثورته، أو الإقضاء أو الاعتراف المفاجئ بكل شيء. (مرسلينا، 2013، ص 213-214)

ويمكن تشبيه عملية التنفيس الانفعالي بعملية التحنيط أو سحب الروح أو الشحنة الانفعالية من الخبرة المخيفة، فتصبح -رغم ظهورها في حيز الشعور- غير مخيفة. إن الخبرة الانفعالية المترتبة بالعميل مثلها كمثل الوحش المفترس يخيف باستمرار حتى وهو بعيد، أما عندما تفرغ أو تطهر من الشحنة الانفعالية فإنها تكون مثل الحيوان المحنط، كان وحشا ومفترسا يخيف فعلا، ولكن تم صيده والسيطرة عليه وسحب روحه وحنيطه فأصبح مع وجوده معنا لا يخيف. وهكذا، بعد التنفيس الانفعالي وسحب وتنفيس وتفرغ وتطهير الشحنة الانفعالية من الخبرة المؤلمة أو المشكلة المؤلمة، يمكن للعميل أن يتذكرها ويتكلم عنها دون قلق أو خوف.

**التحويل:** ويعرف أيضا باسم الطرح وهو تحويل المشاعر والانفعالات التي يكنها المريض في الواقع في واقع الحياة لشخص أو لأشخاص آخرين ويسقطها أو يطرحها على المحلل والتحويل يعكس عناصر من المرض النفسي ويوجد أنواع من التحويل هي:

**التحويل الايجابي:** وهو استبدال العلاقة العلاجية بعلاقة عاطفيه موجبه نحو المعالج.

**التحويل السلبي:** وهو عبارة عن علاقة عدوانيه أو رافضه يحولها المريض تجاه المعالج .

**التحويل المختلط:** وهو يجمع بين التحويل الموجب والتحويل السالب وذلك حسب الحالة المريض الانفعالي.

**التحويل المضاد:**

- وهو ثاني انواع التحويل من حيث الترتيب فبعد أن عاش العميل التحويل الأول سواء كان ايجابي أو سلبي.

- يمر إلى التحويل المضاد وهو التحويل الذي يقوم به المعالج ويكون في شكل استجابة لا واعية من المعالج أو المحلل تجاه العميل. (صفوان، 2018، ص 74)

- وهما يؤكد فرويد على تأثير الذاتية الخالصة للمعالج فالكثير من المعالجين يظهرون تركيباتهم النفسية الذاتية وقد تكون في شكل مقاومة وذاتية للمعالج تجاه عميله.

- وحسب يونغ هي عملية تمكن المعالج من وضع إطار علائقي يلعب دور هام في باقي المسيرة العلاجية. (صفوان، 2018، ص 74)

**5. النماذج العلاجية النفسية الدينامية للصدمة:**

نموذج (هورتز) للعلاج النفسي الدينامي: ونستعرض هنا طرق العلاج الصدمة حسب هذا النموذج:

ويتبنى (هورتيز) منحى دينامي في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يصفه بالعلاج ذو التوجه المرحلي والعلاج النفسي الدينامي المركز والعلاج الدينامي المختصر والعلاج النفسي الدينامي الموجه لعلاج الأزمة. ويتميز نموذج (هورتيز) بأنه لا يركز تحديدا على المحاربين القدامى وخاصة فيتنام وإنما يركز على ضحايا جرائم العنف مثل التعذيب والاعتصام والاعتداء وحوادث الطرق وضحايا فقدان الأسرى، مما يجعله قابلا للتطبيق على مدى واسع من أنماط الأحداث الصادمة.

ويرتكز النموذج على جانبين هامين:

- الحمل الزائد من المعلومات.

- المعالجة غير مكتملة للمعلومات.

و يعتبر هذا النموذج أن الخبرة الصادمة تكون من القوة لدرجة أن تعالج على الفور لذا يجري استبعادها من الوعي و تظل مخزونة في شكل نشط للذاكرة حيث تعمل آلية الخدر على حماية الأنا من المعلومات الصادمة و غالبا ما تتواتر اقتحامات ذهنية كالأفكار و الصور و نوبات الانفعالات و إحياء الخبرة الصادمة نتيجة استثارتها من أحداث خارجية و تستمر حالة الخدر هذه حتى تتم معالجة المعلومات كلية و هنا يكون دور العلاج في إكمال معالجة المعلومات و ليس فقط التفرغ أو التنفيس و الإقحامات الذهنية تيسر من عملية معالجة المعلومات كما تساعد العمليات كما تساعد العمليات الدفاعية على الاستيعاب التدريجي للخبرة الصادمة. (نجاتي، 1998، ص 115)

وتتحدد 3 أساليب عامة للعلاج: وتعتمد وفقا لدرجة سيطرة آليات الإنكار أو الخدر وهي:

- التحكم الزائد.

- الإقحام والإنكار.

- التحكم المنخفض.

ويتضمن العلاج حسب نموذج (هورتيز) أساليب واستراتيجيات تدخل عديدة منها: التنويم المغناطيسي والإيحاءات والمسرحيات النفسية والضغط الاجتماعي والتنفيس الانفعالي والتداعي والكلام واستخدام الصور من أجل الاستدعاء وإعادة البناء المعرفي والمعالجة وإعادة التنظيم واستدعاء وتدعيم الأفكار المتناقضة واستبعاد المنبهات البيئية والاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية وغيرها من الاستراتيجيات والمساندة الاجتماعية القوية والإيجابية.

نموذج (لندي) للعلاج الدينامي: تتحدد عملية العلاج النفسي وفقا لهذا النموذج في ثلاث أطوار:

- يبدي الشخص المصدوم مقاومة تجاه مخاطرته بأن يسمح للمعالج الدخول تحت (غشاء الصدمة) الذي يمثل الحاجز النفسي الذي تكون نتيجة الصدمة وأصبح يستقطب الخبرات التالية ويستجيب لها بشكل يؤدي إلى انغلاق الذات على الخبرات

الصادمة ويقوم المعالج في هذه المرحلة بإعادة بناء العلاقة بين المنبهات التذكيرية التي تعمل كعوامل مهيةة للأعراض وبين الذكريات الصادمة ويؤلف ذلك صورة تشكيلية للحدث الصادم وهذه العملية تعرف بعملية التفسير .

- وفي هذا الطور المسمى (طور العمل المباشر) يعمل المعالج على مساعدة الشخص المصدوم على تنظيم خبراته الصادمة وفقا لجرعات يتم التحكم بها ويستخدم التفسير وإعادة البناء والقلق الاشاري والصورة التشكيلية للحدث الصادم ويوضح الدفاعات وما وراءها من حالات انفعالية كالشعور بالغضب والعجز والخزي والذنب.

- ويسمى هذا التطور بطور الإنهاء ويبدأ الشخص المصدوم باختيار قدرته على السيطرة والتمكن كلما تعامل مع المنبهات التذكيرية الجديدة للحدث الصادم ويبدأ بالثقة في قدرته على الاحتفاظ بتماسكه في ظل وجود هذه المنبهات والتهديدات مما يجعله يسترد توازنه الانفعالي ويستخلص معنى الحدث الصادم ويستعيد طاقته وإحساسه بالاستمرار النفسي بين الماضي والحاضر والمستقبل. (أبو عيشة. عبد الله، 2012، ص213-216)

#### 6. تقنيات العلاج النفسي الدينامي:

**العلاج بالتنويم (Hypnothérapie):** عرفت الجمعية الطبية البريطانية 1955 التنويم بأنه "حالة عابرة من التغيير في انتباه الفرد، قد يحدثها شخص آخر، ويمكن خلالها أن تظهر تلقائيا ظواهر مختلفة، وقد تحدثها مشيرات أخرى، تشمل هذه الظواهر على تغيير في الوعي والذاكرة، وزيادة القابلية للإيحاء، وظهور استجابة وأفكار لم يكن الفرد يستأنس بها في حالته الذهنية المعتادة". (Louis et all, 2006, p210)

استخدم هذا العلاج في الحرب العالمية الثانية و هو من مركبات الباربيتورات Barbituriques، حيث تؤخذ على شكل حقن في الوريد لإحداث التنويم النصفي، أي ما يسمى بالغش التنويمي في معالجة الصدمة النفسية، إذ يكون المصاب في حالة بين النوم واليقظة و في أثناء هذه العملية يطلب من المنوم أن يسترجع ذاكرته و يصف الحادثة الراهنة بكل تفاصيلها، أي إعادة إحياء الحادثة الراهنة و ما رافقها من انفعالات ومخاوف صاحبت التعرض لها، و تشجيعه على تفرغ انفعالاته و تخيلاته و أفكاره الحبيسة بأقصى ما يستطيع، و هذا ما يسمى بالتفرغ الانفعالي تحت تأثير النوم الباربيتوري، و ثبت أن مثل هذا التفرغ يخفف إلى حد كبير أعراض الصدمة، و يلجأ إلى هذا النوع من العلاج بوصفه علاجا اسعافيا أثناء الحروب.

**العلاج بالتخيل:** وهو من العلاجات النفسودينامية المختصرة، حيث يقدم المعالج مشهدا مرتبطا بالصدمة، ويحث المريض على تطويره تلقائيا من خلال تداعيات، بعيدا عن أي تخطيط، فاستعمال تقنية التخيل لا يخطط له مسبقا بل تدخل هذه التقنية في الوقت المناسب ضمن سياق الحصة، وقد كانت 10 جلسات من العلاج بالتخيل فعالة في تحسين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المريض وهذا بناء على ما لاحظته المعالج وأقره المريض، ويعتمد هذا العلاج على ما يلي:

التدريب على الاسترخاء .

التدريب على التخيل السار المفرح (Nutt et all, 2009, p100)

وعموما في العلاج النفسي المختصر يتم التركيز على الحدث الصدمي نفسه، ومن خلال حديث المريض عنه أمام معالج هادئ، متعاطف، ورحيم دون أن يطلق أحكاما، فإن ذلك المريض يبلغ أكبر معاني التناغم الذاتي، ويطور دفاعات واستراتيجيات مواجهة أكثر تكيفا، وينجح أكثر في تعديل انفعالاته. (Scotty.Palme, 2003, p 16)

العلاج بالسيكودراما: تعتبر السيكودراما أو الدراما النفسية طريقة أساسية في العلاج النفسي، و هي شكل من أشكال الفن العلاجي للعمل على حل المشكلات الشخصية و العمل على إيجاد بدائل و حلول من خلال التمثيل بدلا من الكلمات فقط، حيث يتم استخدامها في حالات الصدمة من خلال إعادة تفعيل التجارب الجسدية التي يتم إحضارها من الماضي إلى هنا و الآن، مما يسمح للعميل بمعالجة الذكريات بتوجيه من المعالج، فالسيكودراما مناسبة في حالات الصدمة النفسية لأنه يتم تخزين الذكريات المؤلمة على مستوى الحواس، فالصدمة ليست مجرد نتاج لعجز العقل عن التعامل بفاعلية، بل ظاهرة "عقل جسدي" حيث لا يقتصر تذكر الصدمة على التصورات الإدراكية بل يشمل أيضا ذكريات الجسم و ردود الفعل الحسية مثل التنفس السريع و التعرق، و ردود أفعال حسية و تأثيرات على عمليات التفكير، أي يكون إدراك الصدمة مرتبطا بالجسد و العقل فهذا يعني أن الخطة العلاجية الجيدة يجب أن تستهدف الجسد و العقل معا. (هبة، 2019، ص 178)

#### خلاصة:

ومما تقدم أعلاه حول ما يخص الصدمة النفسية ومنظورها من التحليل النفسي وعلاجها من خلال السيكودينامي نستخلص أن الصدمات النفسية لا يمكن الهروب منها وأنها على الأرجح تستمر في تأثيرها على حياتنا على النحوين الإيجابي والسلبي لذلك يجب ومن الضروري التكفل بها.



## المحاضرة 08:

العلاج المعرفي السلوكي للصدمة



## (8) العلاج المعرفي السلوكي للصدمة

تمهيد:

ان التعرض لحادث ضاغط لا يحدث نفس التأثير لدى جميع الأفراد، فعوامل الخطورة يمكن ان تلعب دورا في العمل على زيادة الاحتمالية نتوج اضطراب ما بعد الصدمة بعد التعرض للأحداث الصادمة فالعديد من الخصائص الشخصية تلعب دورا هاما في تطوير اضطراب بعد الصدمة وكذا العوامل المرتبطة بالحدث الصادم والعوامل المرتبطة بالبيئة المحيطة وحول الطرق العلاجية فقد تعدت الأساليب العلاجية ومنها : العلاج المعرفي السلوكي الذي اظهر فعالية اكبر مقارنة مع الإجراءات الأخرى في علاج الاضطرابات النفسية وبعد العلاج المعرفي السلوكي محاولة هادفة للمحافظة على كفايات تعديل السلوك باستخدام الأنشطة المعرفية للفرد من اجل التعامل مع السلوك، ويستند العلاج المعرفي السلوكي على مساعدة الفرد على إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغييرها الى أفكار او قناعات إيجابية اكثر واقعية وبهدف الى محاولة تغيير الأفكار الخاطئة وذلك من خلال عملية علاجية تسمى : إعادة البناء المعرفي بهدف ان تصبح العمليات المعرفية اكثر اتصالا بالواقع وبهذا فإن هذا النموذج يتعامل مع السلوك اللاتكفي، باعتباره نتاجا للتفكير غير الوظيفي، ومن هنا يمكن النظر الى العلاج على انه عملية تعلم داخلية، تشمل اعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئة المختلفة. (الأسدي وعطاري، 2014، ص 237)

### 1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، ويعمل إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي السلوكي. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلفة وظيفيا تعد هي المسؤولية في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكرب.

وبنفس المنطق يتحمل المريض مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية. (عباس، 1992، ص 17)

ويعرف بيك (Beck, 1979) العلاج المعرفي السلوكي بأنه مجموعة من المبادئ التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ:

أ -العوامل المعرفية (تفكير-تخيل-تذكر) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا.

ب -تعديل هذه العوامل يكون ميكانيزما هاما لإنتاج تغير في السلوك المختل والذي ينتج بسبب أشكال منحرفة من التفكير وتتم عملية الفهم لهذه النماذج من خلال، الأحداث المعرفية (Événements cognitifs) والعمليات المعرفية (les processus cognitifs) والتركيبات المعرفية (Restructurations cognitives).

ويعرفه ستيفن وكراسك بأنه عدد من التقنيات المعرفية السلوكية طورت لتوضيح أشكال متنوعة لاضطرابات إكلينيكية محددة وتستند هذه التقنيات على مفاهيم وافتراضات أساسية ومن هذه المفاهيم ميكانيزمات التعلم ومعالجة المعلومات.

ويعرفه ميوزينا وسيج تغيير التأويلات الخاطئة لدى الفرد والتي تستند على أن مواقف معينة سوف تقوده إلى الفشل بينما تكمن المشكلة في معتقداته أن مخرجات تلك الحالات سوف تجلب له الحرج أو الإهمال ومن الأساليب المتبعة لتحقيق تلك الأهداف إخضاع الفرد إلى تدريب اجتماعي قاسي ويشمل التعرض للمواقف المثيرة لقلقه ويتم ذلك بعد عزل الأفكار الخاطئة. (الزراد، 2005، ص 99)

## 2. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يلخص كل من بيك وفريمان وبيلاك وماكينب وموباترسون أهداف العلاج المعرفي السلوكي بالنقاط التالية:

- مساعدة المريض كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
- مساعدة المريض على أن يكون واعيا بما يفكر فيه.
- مساعدة المريض على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.
- تعليم المرضى طريقة تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات.
- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.
- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفتيات سلوكية ومعرفية متبادلة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة، وعند مواجهته ضغوط طارئة. (بومجان، 2016، ص 160)

## 3. مبادئ ومسلمات العلاج المعرفي السلوكي:

يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي في العلاج، وتتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منهما من جوانب. وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي :

1- أن العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول .

2- أن المعرفة لها دورا أساسيا في معظم التعلم الإنساني .

3- أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي .

4- أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دورا أساسيا في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما .

5- أن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية.

#### 4. مراحل العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

يمر عادة البرنامج العلاجي بالمرحل التالية:

الجلسات التمهيديّة: ويتم خلالها إرساء دعائم العلاقة العلاجية والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطوير العملية العلاجية وفي تحقيق ما يخطط له من أهداف. ويتم خلال هذه المرحلة مايلي:

1-تقييم المشكلة التي يعاني منها الفرد.

2-تقييم العوامل التي تسهم في تطور مشكلة العميل وتعمل على استمرارها.

3-مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التي يعاني منها.

ويتم ذلك باستخدام المقابلات التشخيصية كما يتم اللجوء إلى التقييم السيكومتري لمشكلات العميل وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

المرحلة الثانية من العملية العلاجية: ويتم خلالها تدريب المريض على استخدام مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي يمكن أن تساعده على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الانفعالية الحادة أو ما قد يصدر عنه من أفعال اندفاعية، ويكمن الهدف خلال هذه المرحلة في تعزيز سلوك العميل وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر وقدرته على ضبطها، وضبط النفس، وبتث الأمل فيه حول إمكانية التغيير.

المرحلة الثالثة: يقوم المعالج خلال هذه المرحلة بعرض الصياغة المعرفية للأعراض المرضية التي يشعر العميل بها والتي يتسم بها الاضطراب الذي يعاني منه، ويقوم المعالج هنا بإجراء العديد من المناقشات التي تدور حول مدى إسهام تلك المعاني والمفاهيم التي يكونها الفرد عن الأحداث والمواقف في حدوث خبرات معينة لديه، ولذلك فإن المراحل الآتية تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدي لها من خلال تكوين مفاهيم واعتقادات وأفكار بديلة عن طبيعة تلك الخبرات، على أن تستند هذه الأفكار والمفاهيم إلى الواقع وذلك بهدف تخليص المريض من الضيق والكرب والتوتر الذي يشعر به، وتعزيز محاولاته لإعادة التوافق وذلك من خلال إعادة البناء المعرفي عن طريق التخلص من تلك الأفكار الأوتوماتكية (التلقائية) السلبية، ثم استبدالها بأفكار واعتقادات أخرى أكثر عقلانية، وإلى جانب ذلك يمكن استخدام استراتيجيات المواجهة والتي تلعب دورا جوهريا في مواجهة مشكلة المريض أو اضطرابه.

المرحلة الأخيرة: وتدور حول إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد على , عادة تدريب المريض عليها من جديد، حيث أن استراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية والقيام بذلك خلال هذه المرحلة تفيد في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج وتعرف هذه المرحلة الأخيرة بمرحلة الإقفال أو الانتهاء من البرنامج. (عادل عبد الله، 2009، ص 52-53)

وتتكون جلسات العلاج المعرفي السلوكي من عدة مكونات وهي على النحو التالي:

1- وضع جدول لما يدور بالجلسة ثم يوضح المعالج للمتعالج ما يود عمله خلال الجلسة، ثم يشرح بعض الأمور، مثل كون الوقت محدد، ويجب أن تناقش أكثر الأمور أهمية، ويعلق المعالج على الجلسة السابقة، ويراجع الواجب المنزلي.

2- الأحداث السابقة بين الجلستين: يراجع المعالج الأحداث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة، والمشاكل التي اعترضت المريض خلال هذه الفترة، وخلال قيامه بالواجب المنزلي على أن تتم مراجعتها باختصار، وبطريقة مقبولة مع إيجاد الحلول الملائمة.

3- الموضوعات الأساسية للجلسة الحالية: يستغرق ذلك معظم وقت الجلسة، وتستخدم الفنيات التي تساعد المريض على التعامل مع الأفكار السلبية، وتختلف الموضوعات التي تناقش من جلسة لأخرى.

4- الواجب المنزلي: ويكون مرتبط بما حدث في الجلسة، ويعرض بطريقة محددة وواضحة ويكون مقبول ومفهوم لدى العميل.

5- التعليق آخر الجلسة: حيث يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل، ويطلب منه تلخيص ما تعلمه، وكذلك رأيه في الجلسة وعلى المعالج أن يرحب بأي ملاحظات يبديها المريض مهما كان نوعها لأن ذلك يساعد على التفاهم ويشعر المريض بالأمان، أي يطلب منه التغذية الراجعة.

6- عادة ما يتراوح عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي اثني عشر جلسة بواقع جلستان أسبوعياً.

7- وقد يحتوي البرنامج العلاجي على 16 جلسة، وينفذ البرنامج إما في صورة جلسات جماعية أو فردية، والجلسة الأولى تكون تريبوية، وتركز على بناء الثقة بين الأفراد، أهمية الحفاظ على سرية المعلومات التي تتداول في الجلسات ويتراوح زمن الجلسة ما بين 30 إلى 60 دقيقة.

ويمكن تلخيص تركيب وبناء جلسة العلاج المعرفي السلوكي التي تستغرق حوالي ستين دقيقة بنظام (20/20/20) كمايلي:

العشرون دقيقة الأولى: يتم فيها وضع جدول أعمال الجلسة، التركيز على فهم نوع مشكلة المريض (عاطفية، اجتماعية، أسرية، سلوكية، معرفية، مهنية، جسدية)، التركيز على أي مدى تسببت المشكلة في الإعاقة الوظيفية، مناقشة الواجب السابق.

العشرون دقيقة الثانية: يتم فيها مناقشة موضوع معين يطرحه المعالج حسب احتياج المريض، تدريبه على مهارة جديدة، تطبيقات عملية، التأكد أن المريض استوعب ما قيل في الجلسة.

العشرون دقيقة الثالثة: يتم فيها الاستماع إلى المريض، استكشاف مدى استجابة المريض لتغيير الأفكار والسلوك السليبي، إعطاء الواجب المنزلي الجديد. (فرغلي، 2008، ص 47)

5. التقنيات السلوكية المعرفية التي تعالج الصدمة :

1. الاسترخاء:

الاسترخاء "انخفاض أو القضاء على التوتر" أو "طريقة علاجية للاسترخاء والتحكم في الوظائف الجسدية من خلال العمليات النفسية النشطة" (Robert et all, 2008, p384)

- يقصد به التمدد، الراحة، الهدوء. (Monique. Aline, 2018, p 947)

- ارتخاء تام للشد العضلي، وارتخاء عضلي ونفسي. (Jacques. Garnier, 2017, p 769)

يعرف جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي "الاسترخاء بأنه حالة خالية من التوتر، تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق والغضب والخوف المزعجة، وتنتشر فيها حالة من الهدوء، والاسترخاء أيضا هو عودة العضلات إلى حالتها الطبيعية بعد فترة من التقلص. (الحويلة، 2010، ص 75)

بالمعنى السليم، يهدف الاسترخاء إلى الراحة الجسدية. إنها أيضا عملية تسمح بعمل على الجسم من قبل العقل بمرور الوقت تغير هذا التعريف كثيرا. بالمعنى اللاتيني، ترجم هذا المصطلح إلى «relaxation»، أي الراحة والاسترخاء. في القرن الثاني عشر، كان "الاسترخاء" مرادفا للسامح" في ذلك الوقت، وكذلك كان مصطلحا قانونيا، بمعنى إطلاق سراح شخص ما. "الاسترخاء" في القرن الرابع عشر، يتطور ليشير إلى انخفاض أو إزالة التوتر. في وقت لاحق، في القرن التاسع عشر يصبح الاسترخاء "هادئا"، مما يعني عمل تخفيف ... ثم يتطور هذا المصطلح ليأخذ معنى استرخاء العضلات، بينما في اللغة الإنجليزية، يعني استرخاء العقل. أخيرا في القرن العشرين، أصبح هذا الفعل أساسيا ويتخذ معنى الاسترخاء النفسي الفيزيائي.

يمكننا بالفعل أن نلاحظ أنه في أسفل هذا المصطلح، يظهر مكونان: استرخاء العضلات واسترخاء العقل. (Jean, 2020, p 187)

ويعتمد المدخل المعرفي السلوكي في الاسترخاء على ثلاث مراحل وهي:

**المرحلة الأولى:** تعليمة تهدف إلى تطوير الوعي بالأفكار والمشاعر والأحاسيس والسلوك ويتعرف الفرد عن حديثه عن الذات.

**المرحلة الثانية:** يقوم الفرد بإعادة بناء حديثه مع ذاته بغرض تحويل الاستجابات من السلبية إلى الإيجابية، وقد تستخدم مهارات نفسية لتحقيق ذلك منها الاسترخاء العقلي.

المرحلة الثالثة: عبارة عن استجابات جديدة تطبق في الواقع من خلال التصور العقلي هذه الطريقة تستخدم لمواجهة الضغوط وقد ثبتت فاعليتها في نطاق واسع بالنسبة لحالات التوتر الزائد والقلق. (راتب، 2004، ص ص. 130-132)

#### المبادئ العامة لتحقيق الاسترخاء:

تعتبر مبادئ الاسترخاء مدخلا هاما لاكتساب مهارات التدريب على الاسترخاء بشتى أنواعها وأهمها:

-عدم إجبار المفحوص بتطبيق التقنية، إنما بإرادته أي يكون مستعد للعلاج وله قابلية لذلك.

-يجب أن يذهب المتعالج لدورة المياه قبل بدء الجلسة.

-يجب خلع الحذاء، كما يجب أن يتم ترخية جميع الملابس الضيقة خاصة عند منطقة الرقبة والوسط.

-يجب ألا تعقد الجلسة مباشرة بعد تناول الوجبات، وذلك لأن هذا من شأنه أن يبطأ من عمل الجهاز الهضمي ولن يقوم بعمله بشكل صحيح. (شاهين، 2013، ص ص 108-110)

-يجب الانتباه إلى استخدام الكلمات والتعبير وتعليمها للمتعالج والتي منها (أترك عضلات مسترخية).

-جعل الكلمات تتتابع ببطء وبتلقائية طبيعية فنتقل من احياء إلى آخر مع فواصل زمنية.

-تنبيه المعالج إلى أهمية بقاءه يقضا واعيا أثناء الاسترخاء.

-الحصول على التغذية الراجعة والتي تكون آخر كل حصة، فيتكلم مع المفحوص عن مشاعره وردود أفعالهن المقاومات النفسية التي ظهرت خلال الجلسة، ووفقا لهذه التغذية الراجعة يمكن أن نستمر أو نتوقف وتغير التقنية أو الأسلوب المستعمل.

الوسائل التي تعزز بيئة الاسترخاء:

#### حجرة خاصة:

إذا كان من الممكن فمن المفيد أن يخصص الفرد إحدى الحجرات لإدارة جلسات الاسترخاء، وذلك العدد من الأسباب ألا وهي:

إن الجو الذي تخلقه جلسات الاسترخاء المتتالية يترك أثره على الحجرة التي تمت فيها هذه الجلسات، فيضفي عليه الهدوء والسكينة. ففي بعض الأحيان تعطي بعض الحجرات الإحساس بالاسترخاء للأشخاص بمجرد دخولهم من الباب.

(هيرون، 2005، ص 24، 25)

أثاث وديكورات الحجر: في بادئ الأمر سيتم فرش الحجر بسجادة وستائر ثقيلة تحجب الضوء عن الحجر، ويجب أن تعزز الديكورات المستخدمة من جو الاسترخاء المريح للحجر، وإذا يمكن أن تضيف للحجر ديكورات كالنباتات والزهور مجففة أو زينة من كريستال.

-لون الحجر: يشكل لون الحجر جانبا مهما جدا في عملية الاسترخاء، وذلك لأن هناك بعض الألوان تساعد أكثر في عملية الاسترخاء، ومن الأفضل استخدام ألوان فاتحة والهادئة وليست القاتمة أو المبرهجة، الألوان المناسبة لغرفة الاسترخاء:

-الأزرق ولون هادئ وناعم يساعد على الاسترخاء.

-الوردي لون دافئ ومحفز.

-الأخضر والتناغم والتعاطف.

-الأصفر ولون العقل والفكر.

الموسيقى: تتميز أغلب حجرات الاسترخاء، بأنها مزودة بمراكز الموسيقى، إذ سيتم وضع السماعات في جميع أنحاء الغرفة ليتسنى لجميع الموجودين داخل الحجر الحصول على قدر نفسه من الصوت. الغرض من استخدامها مساعدة الشخص في الحصول على حالة مزاجية صحيحة ولتعزيز التجربة. (Monique, 2011, p 68)

## 2. التعريض:

التعريض في العلاج السلوكي المعرفي، هو الوقوف وجها لوجه أمام ما نخاف منه، ولكن ليس بطريقة عشوائية، فهو ليس مواجهة بسيطة ومباشرة وشديدة وليس علاجاً بالصدمة. في الواقع، التعرض الجيد يجب أن يسبق بتشخيص جيد وتحليل دقيق للمشكلة (التحليل الوظيفي) وبتفسير جيد للمريض لاضطرابه ولفائدة التعرض وطريقة تطبيقه (التربية النفسية). بعد ذلك، التعريض يجب أن يكون خاصا بالمريض (لا يطبق تعريض واحد على جميع المرضى)، ويكون بشكل متدرج فتكون البداية بالوضعية التي تسبب أقل قلق (مثلا: رؤية صورة طائر الحمام)، ثم ننقل بشكل تدريجي إلى الوضعيات التي تسبب قلقا أكثر (مثلا: تقديم الطعام لطيور حمام حقيقية في حديقة حيوانات والسماح لها بالإحاطة به).

إذا كانت استراتيجية التعريض مطبقة بأحكام، فإنه عندما يتم التعرض للوضعيات الأكثر قلقا بعد التعرض للوضعيات الأقل قلقا، فإن الوضعيات الأولى تصبح أقل شدة مما كانت عليه في البداية. يكون التعريض أيضا متكررا حسب الحاجة، إنه من المهم أن تدوم حصص التعريض مدة كافية لإنقاص القلق كل مرة. يسبب انخفاض القلق في الوضعيات المقلقة ظاهرة "التعود" التي تؤدي بشكل تدريجي إلى إزالة التحسس وإلى انطفاء استجابة "الخوف".

إن هذه السيرة هي التي تجعل من التعريض تقنية فعالة جدا. (بوفيه، 2008، ص 14)





### 3. التقنيات المعرفية:

هي على سبيل المثال: استخدام "خانات بيك"، والتي تركز على التعيين في جدول، الوضعيات (مثلا: بكاء طفلي الصغير) التي تولد أفكارا خاطئة أو مختلفة محددة (مثلا: أنا أم فاشلة) وهذه الأفكار لها تأثير مسيئ للمرض ونسُميها "الأفكار الآلية"؛ ثم بعد ذلك، وبمساعدة المعالج، يقوم المريض باختبار عقلانية هذه الأفكار بطريقة منتظمة (مثلا التساؤل السقراطي: "ماذا تقولين لنفسك؟ هل هذه فكرة عقلانية؟ هل يبكي أطفال الأمهات الأخريات؟ هل هن أمهات سيئات؟ ... الخ). وهذا ما يمكن المريض من تشكيل أفكار جديدة تسمى "الأفكار البديلة" وتكون هذه الأفكار أكثر تكيفا وتصبح موضوعا لنوع آخر من "خانات بيك"، وذلك ليتمكن المريض بشكل تدريجي من تبني تصورات عقلانية وبناءة حول نفسه والعالم ومحاربة الأفكار الآلية السلبية (في الأخير يتبين أنني لست أما أسوء من الأمهات الأخريات). وهذا التغيير للأفكار الآلية السلبية بالأفكار البديلة هو ما يمكن من الوصول إلى سلام أو هدوء انفعالي و"إعادة تشغيل" سلوكي. وهذا هو ما نسميه "إعادة البناء المعرفي". (عبد الستار، 2000، ص 74)

### 4. التقنيات الانفعالية:

وهي على سبيل المثال، مقارنة "الوعي الكامل" التي تستند إلى بعض التقنيات العقلية التي تركز على الانتباه (مثال: تركيز الانتباه على التنفس) التي تقود المريض إلى إدراك داخلي "ما وراء الأفكار" (يعني هذا أن يكون قادرا على ملاحظة أفكاره، ولكن في الوعي الكامل يكون هذا أوسع قليلا، لأن هذه الوضعية أي "ما وراء" يمكن أن يتم تطبيقها على احساسات المريض، انفعالاته، أفكاره ...

هذا يسمح بتغيير علاقة المريض مع انفعالاته ومع أفكاره، وتقليل تأثيرها السلبي عليه، لا يحدث هنا إذن التغيير المباشر للأفكار والانفعالات، ولكن لعلاقة المريض معها، وهذا ما يؤدي إلى تغييرها مع مرور الوقت. لأن هذا السلوك العقلي يلغي استجابة التجنب، التي تكون متكررة جدا فإنها تساهم في تعزيز الانفعالات السلبية. (الديبوي، 2010، ص 195)

### الخطة العلاجية:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا مقننا يستغرق وقتا محددا في علاج المشكلات والاضطرابات المختلفة التي يعاني منها الفرد، ويعد من هذا المنطلق ذا ثلاثة أهداف تتمثل في العمل على تقليل ما يشعر به ذلك الفرد من كرب وعجز يرجع في الواقع إلى الاضطراب الذي يعاني منه، والتقليل من حدة الاضطراب الانفعالي الذي يعترضه، وتدعيم مشاركته الفعالة في المواقف الاجتماعية المختلفة والعمل على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي. ويعمل في سبيل ذلك بقوة ثلاثية تضم استراتيجيات معرفية، وأخرى سلوكية، وثالثة انفعالية حيث يضم مكونات ثلاثة يتم في ضوءها اختيار تلك الاستراتيجيات هي المكونات المعرفية والسلوكية والانفعالية. (رضوان وبركات، 2010، ص 155)

ويتوقف عدد الجلسات العلاجية والوقت الذي يستغرقه البرنامج على مدى حدة وتعدد المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني الفرد منه، ومدى رغبة ذلك الفرد في إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج. وعادة ما يبدأ البرنامج العلاجي بجلسات

تمهيدية يتم خلالها إرساء دعائم تلك العلاقة والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطور العلاج وفي تحقيقه لما يخطط له من أهداف. ويتم من خلال هذه المرحلة استخدام المقابلات التشخيصية وذلك لتقييم المشكلة التي يعاني الفرد منها، وتقييم تلك العوامل التي تسهم في تطور هذه المشكلة وتعمل على استمرارها. كما يتم خلال هذه المرحلة أيضا مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التي يعاني منها. (ماثيو وآخرون، 2022، ص ص 165-168)

ويمكن في هذا الصدد أن يتم اللجوء إلى التقييم السيكومرتري لتلك المشكلة وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

ويتم الانتقال بعد ذلك إلى المرحلة التالية من العلاج والتي يتم خلالها تقديم النصيحة من جانب المعالج وتدريبه للمريض على استخدام مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي يمكن أن تساعد على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الانفعالية الحادة أو ما قد يصدر عنه من أفعال اندفاعية.

ويكمن الهدف خلال هذه المرحلة في تعزيز سلوكه وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر وقدرته على ضبطها، وضبط النفس، وبتثبات الأمل فيه حول إمكانية التغيير. وقد تتكامل مثل هذه الاستراتيجيات منذ البداية إذا كانت هناك حاجة ملحة لتقديم مساعدة منظمة ومقننة للمريض منذ المراحل المبكرة في عملية العلاج. أما في المرحلة الثالثة فيقوم المعالج بعرض منظور جديد لطبيعة خبرات المريض والأحداث الحياتية التي تترك الخبرات بصماتها عليها بشكل عام. ويعتمد هذا المنظور الجديد على الصياغات المعرفية للأعراض المرضية التي يشعر المريض بها والتي يتسم بها الاضطراب الذي يعاني منه. وتبذل محاولات عديدة خلال هذه المرحلة بغرض إجراء المناقشات التي تدور حول مدى اسهام ذلك المنظور في حدوث خبرات معينة من جانب المريض، وهو الأمر الذي يجعل المرحلة التالية من العلاج تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدي لها، ومن ثم التوصل إلى منظورات بديلة تتعلق بطبيعة تلك الخبرات على أن تستند تلك المنظورات إلى تفسيرات تستند إلى الواقع. كما يتم خلالها أيضا التعامل مع نسق اعتقادات المريض بغرض الحد من الضيق والكرب والتوتر الذي يشعر المريض به، وتعزيز محاولاته التي تهدف إلى تحقيق التوافق الذي يتم من خلال إعادة البناء المعرفي عن طريق التخلص من تلك الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) السلبية، ثم استبدالها بأفكار واعتقادات أخرى أكثر عقلانية. ويمثل ذلك بطبيعة الحال جوهر الخطوة التالية والتي يتم خلالها إلى جانب ذلك التعامل مع الافتراضات المختلة وظيفيا سواء تعلقت بالذات أو بالآخرين. ومن أمثلة هذه الافتراضات تلك التي تشعر المريض بعدم القيمة، والتفاهة وهو الأمر الذي يتطلب اللجوء إلى استراتيجيات معينة كتلك التي يمكن استخدامها مع الاكتئاب أو مع اضطرابات الشخصية، إلى جانب استخدام استراتيجيات المواجهة والتي تلعب دورا جوهريا في مواجهة تلك المشكلة أو ذلك الاضطراب الذي يعاني المريض منه.

أما المرحلة الأخيرة من العلاج فتدور حول إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد بوضوح تام على بعض دلائل معينة تتعلق بالتنظيم الذاتي، كما يمكن خلالها أيضا التأكيد على استراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية وإعادة تدريب المريض عليها من جديد حيث أن القيام بذلك خلال هذه المرحلة يفيد في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

وتعرف هذه المرحلة الأخيرة من العلاج بمرحلة الإقفال أو الانتهاء من البرنامج. (بطرس، 2010، ص 68)

ونظرا لما كشفت عنه دراسات عديدة تناولت مختلف الاضطرابات مستخدمة هذا الأسلوب العلاجي من أنه يعد هو الأفضل على المدى البعيد، وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد انتهاء البرنامج العلاجي، فإنه من المتوقع أن يتم إجراء القياس التتبعي خلال فترة لا تقل بأي حال من الأحوال عن ثلاثة شهور وذلك بحسب طبيعة الاضطراب. (كيري، 2024، ص 214)

#### خلاصة:

وفي الأخير نستنتج ان العلاج المعرفي السلوكي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته ونرى ان التدخل العلاجي الناجح للاضطراب الصدمة يحتاج الى تقدير الدقيق للبيانات والمعلومات المستمدة وملاحظة السلوك من أجل اختيار البرنامج العلاجي المناسب وتقييم مدى فعالية على الفرد.





## المحاضرة 09:

إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة

العينين EMDR



## (9) إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين EMDR

### EYE Movement Desensitization Reprocessing

تمهيد:

عندما يتعرّض المرء لصدمة نفسية، أكانت حادثة تهدّد حياته، أو شيئاً أقلّ شدةً مثل الشعور بالإهانة، فقد يستمرّ تأثيرها السلبي عليه لعدّة سنوات. ويرجع ذلك إلى عدم تمكّن الدماغ من التعامل مع الصدمة، ما يؤدي إلى استعادة ذكريات من الماضي، والكوابيس، والسلوكيات التي قد تبدو ظاهرياً غير متّصلة بالحدث الأساسي.

وهنا يأتي دور العلاج عبر الاستثارة الثنائية لحركة العين، وهو أسلوب علاجي تمّ تطويره بالأساس لمعالجة حالات الصدمات النفسية الشديدة الناجمة عن أحداث سلبية، مثل الاعتداء الجنسي، أو التعذيب، أو الإهمال في مرحلة الطفولة.

وقد اتّسع نطاق استخدام هذا النوع من العلاج اليوم ليشمل علاج الاضطرابات النفسية والعقلية، بما في ذلك إدمان الكحول، وإدمان المخدرات، والاكتئاب، كما أثبتت فاعليته الكبيرة للأفراد الذين يرغبون في تحسين قدرتهم على معالجة المشكلات العاطفية أو البدنية. فما هي تقنية إزالة الحساسية بحركة العين وما هي فعاليتها في العلاج؟

#### 1. تعريف إزالة الحساسية بحركة العين: EMDR

بالانجليزية: Eye Movement Desensitization Reprocessing

بالفرنسية: Desensibilisation et Retraitement par les Mouvement Oculaires

تبرز الـ EMDR كواحدة من أكثر الطرق فعالية للأشخاص الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (ضحايا الحوادث والحروب والاعتصاب....) ولكن أيضاً عندما تترك بعض التجارب الصعبة ذاكرة مريرة وملينة بالمعاناة في بعض الأحيان. يمكن أن تثبت هذه الطريقة أيضاً أنها فعالة للغاية في أنواع أخرى من الصعوبات مثل إدمان المخدرات أو فقدان الشهية أو الاكتئاب.

EMDR هو اختصار لـ "إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة"، وهو ما يعني بالفرنسية: حركات العين لإزالة التحسس وإعادة معالجة المعلومات السلبية. الـ EMDR هو علاج جديد قائم على العاطفة. النتائج في القضاء على الأعراض مذهلة. يعتمد الـ EMDR على استخدام حركات العين الإيقاعية من اليسار إلى اليمين ومن اليمين إلى اليسار، وهي تقنية تحفز عملية الشفاء الذاتي الطبيعية للدماغ العاطفي. (Barbara, 2016, p 366)

في الواقع، يحتفظ جسمنا بالأثر الذي لا يمحي للصدمة بكل الصور والأصوات والأفكار والمشاعر المرتبطة بها. العقل العاطفي لا يتخلص من الخوف أبداً. يفتح الـ EMDR المشاعر السلبية المخزنة في الجهاز العصبي، ثم يساعد الدماغ على

إعادة المعالجة تجربة ليتم استيعابها. يستمر الشعور بالذكريات المؤلمة بنفس القوة التي كانت عليها أثناء التجربة الأصلية. كما توضح فرانسيس شابيرو، يتم تخزينها في "شكل زائف من الذاكرة". ترتبط مباشرة بالعواطف والأحاسيس الجسدية التي رافقت التجربة الأصلية، فهي شديدة للغاية. (Cyril, 2017, p 256)

لقد كنا جميعًا ضحايا لأحداث مؤلمة إلى حد ما: الفجعية، والحوادث، والمرض، والاعتصاب ... وهكذا ظهرت أعراض مختلفة. من المخاوف البسيطة إلى الكوابيس المتكررة، مرورًا بنقص الثقة بالنفس، والقلق الذي لا يطاق أو حالات الاكتئاب ... الصدمات التي عانينا منها مصحوبة بمخترات من الأعراض المؤلمة التي تسمح حياتنا. والتي حتى الآن، علم النفس الكلاسيكي لديه بالكاد تمكنت من جعلها تختفي تمامًا. المتلازمة هي مجموعة من الأعراض التي تختلف من شخص لآخر. سنعود لاحقًا إلى طوبولوجيا الأعراض الرئيسية التي تهاجمنا.

لذلك، يُنظر إلى الـ EMDR على أنه العلاج الأكثر فعالية للتغلب على هذه المشكلات. تعزز العملية العلاجية لـ EMDR ظهور المشاعر وإجلائها. يقلل بشكل فعال من تأثير الصدمات في جلسات قليلة.

كذلك يعرفها الحمزاوي بأنها تقنية تعتمد على ترك المريض يستعيد المشاهد المرعبة التي رآها أو عاشها مع استعادة المشاعر والمخاوف التي انتابته بسببها يتابع المريض في ذات الوقت من خلال حركة عينه بسرعة تصاعديّة حركة يد المعالج، فهذه الحركة ستكون سريعة مما يؤدي إلى طيها بالنسيان بشكل متدرج.

أما سعدوني فغديره فتعرف تقنية EMDR: أن يطلب من الفرد تخيل الحدث الصدمي، وعليه أن يركز على الأفكار كالاستجابات الوجدانية وفي نفس الوقت يتبع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس، ونهاية كل جزء أو مشهد يصف الفرد بدقة الأفكار والردود الفعل الانفعالية، وتكرر المشاهد التي يتوقف فيها الفرد عن الإحساس بالقلق، ويتمكن من تبني أفكار موجبة في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية.

فهذه الطريقة تعتمد على حد كبير من الجلسات العلاجية القصيرة، وتكتفي بجلسة أو جلستان قصيرتان لمعالجة الحالات الخفيفة من PTSD حسب تقدير الخبير النفسي مارتين ساك من قسم العلاج النفسي في نيويورك، أما المعانون من اضطراب مزمن عقب حالات الإساءة أو الاعتصاب الجنسي في الطفولة فيحتاجون إلى نحو 20 جلسة. (سعدوني، 2012، ص141).

## 2. تاريخ ظهور تقنية ازالة التحسس بحركة العين EMDR:

وضعت هذا الاتجاه الاختصاصية النفسية الدكتورة فرانسيس شابيرو Shapiro Francine من جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس عام 1987م ، ونال شهرة عالمية بسبب إستطاباته ونجاحه في علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية بنسبة حوالي (70-75%) من الحالات ، وفي العدد الصادر عن الجمعية الأمريكية النفسية في آب المونيتور 1995م أشير إلى الرحلة التي قام بها عالم النفس العيادي جوفري وايت من كاليفورنيا إلى سراييفو في ديسمبر عام 1995م ، لتدريب المعالجين النفسانيين الكروات والمسلمون على تقنية نفسية علاجية لا تتجاوز 90 دقيقة، ولا يحتاج المريض المصاب بالصدمة النفسية trauma أكثر من (4/3) جلسات ليشفى من اضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للصدمة النفسية SSPT وأعراض هذه

الاضطرابات الرئيسية هي الكوابيس الليلية المخيفة والأفكار الوسواسية OCT الدخيلة intrusive thoughts. وسيطرة ذكريات الصدمة النفسية وصورها المخيفة Back Flash ، وسرعة الغضب والهيجان وسوء التكيف المهني والاجتماعي والأسري، والسلوك المتهور الترويعي الشديد، وفقدان السيطرة على الذات ، ومثل هذه الأعراض ظهرت لدى الجنود المقاتلين في حرب الفيتنام في 1970م وقام الدكتور الحجار بالاتصال بالدكتور جوفري طالبا برنامج التدريب الذي طبقه على المعالجين النفسيين في البوسنة المسلمة، والحصول على كتاب الباحثة شابيرو (فيصل محمد خير الزراد ، 2005 ، ص 312 ) والتي اكتشفت تقنية ال EMDR بمحض الصدفة تقريبا عندما كانت تنتزه في منتزه سينترال بارك بنيويورك (وليد خالد عبد الحميد، 2011، ص01)، وذهنها مشغولة بالمشاكل المتعلقة بإصابتها بمرض السرطان عام 1976م، وتركت زوجها واتجهت نحو دراسة فن التأمل Meditation والتخيل الموجه والعلاج التنويمى والإركسوني والبرمجة اللغوية العصبية (فيصل محمد خير الزاد ، 2005، ص316)، بينما عيناها تجولان هنا وهناك لاحظت أن تلك الأفكار قد تغيرت حيث تلاشت منها الشحنة الانفعالية السلبية، فلم تعد لها تلك الذكريات أي الضيق، بل أن ستحضرها صار شيئا عاديا، فخطر ببالها أن حركات عيناها هي سر هذا التغيير، وبعدها اقترحت على أصدقائها وزملائها وبعض المتطوعين إخضاعهم إلى نفس الوضعية التي عاشتها للتأكد مما تظنه، حيث كانت تطلب من كل واحد أن يستحضر في ذهنه ذكرى حدث مازال إلى الآن يسبب له ضيقا أو انزعاجا مثل ذكرى تعرض لإهانة أو سخرية، وفي نفس الوقت يتابع بعينه حركات أصابع يدها تلوح بها أمامه وتحركها يمينا وشمالا، وقد وصلت إلى نتائج مذهلة حيث تناقص لدى هؤلاء الأفراد الضيق الانفعالي الذي كان يراوده من قبل إزاء ذكرياتهم المقلقة. (وليد ، 2013 ، ص 68 )

وبعد 6 أشهر بلغ عدد الأفراد الذين طبقت عليهم تجاربها 70 فردا، حيث جربت عليهم حركات العينين بأشكال مختلفة (حركات أفقية عمودية مائلة / حركات سريعة، بطيئة / حركات في مجال واسع ضيق بعدها أرادت Shapiro أن تختبر فعالية طريقتها على الذكريات الصدمية، فطبقت EMDR على أحد محاربي الفيتنام القدامى، والذي يدعى دوغ.

ستعرض هذه الدراسة لاحقا، وتليها أول دراسة مضبوطة طبقت ونشرت Shapiro هذه الدراسة الهامة سنة 1989م، ورغم أهمية هذه الدراسة إلا أنها لاقت اهتماما ضئيلا، ومع ذلك استمرت في تجاربها، وقد أضافت سنة 1991 كلمة reprocessing إعادة المعالجة إلى اسم التقنية لتؤكد على العنصر المعرفي وعلى عنصر معالجة المعلومات، وهي عناصر مركزية في إجراءات ال EMDR، وكانت Shapiro قد عرضت طريقتها منذ البداية على العالم J. Wolpe فأراد أن يتأكد بنفسه بفعالية ال EMDR وأجرى تجربة على امرأة تعرضت سابقا للاغتصاب، وتعاني على اثر ذلك من PTSD ، وتوصل إلى نتائج باهرة بتطبيقه لهذه التقنية، ونشر دراستها سنة 1991م. وهكذا تغير الوضع تماما واستقطبت دراسة Shapiro وتقنياتها اهتمام العلماء، وتم نشر أكبر من 100 حالة إلى غاية (2007)، كما نشرت أكثر من 20 دراسة مضبوطة حول ال EMDR و PTSD فقط، وهذا ما يجعل البحوث حول ال EMDR تتفوق بطريقة دالة على أي مقارنة علاجية نفسية أخرى، أو على أي مقارنة علاجية بالعقاقير، بل يمكننا القول أنها بفضل ال EMDR تعرف العلماء أكثر على PTSD فمنذ أن أدخل DSM 3 سنة 1980 تشخيص PTSD إلى غاية 1992 كانت توجد 6 دراسات مضبوطة فقط ضمن كل العلاجات النفسية ب PTSD ، أما بعد اكتشاف EMDR فقد تضاعف عدد الدراسات حول PTSD

وعلاجاته، وقد نشرت شابيرو سنة 1995 كتيباً يضم 40 صفحة تصف فيه بالتفصيل التقنية كما صورتها آنذاك. (عتيق نبيلة، 2013، ص 56-58) 22 فرداً، وبدأ استعمالها في فرنسا ع 1995 من طرف Bonnel.F تحت تسمية (Christophe, 2021, p) Oculaires rapides désensibilisation et retraitement par les mouvements 56)

### 3. اهداف ومبادئ تقنية EMDR:

#### 1.3 الاهداف:

وضع شعور ايجابي بدلا من سلبي تعديل المعتقدات والسلوكيات.

يساعد في تخفيف الأعراض السريرية بنجاح بمعالجة مكونات الذكريات المخزنة أو

الصدمية المساهمة سواء كانت صغيرة أو كبيرة

تفكيك الذكرى عن الانفعال عن طريق حركات العينين باتباع حركات اصابع المعالج.

#### 2.3 المبادئ:

تستند EMDR على ملاحظة أن مجرد ذكرى الصدمة ليست كافية بل على الشخص المصدوم ان يتذكر قلب المشهد

بيروتوكول EMDR، مطمئن، ولذلك يمكن أن يرافق الشخص المصدوم إلى نواة الصدمة.

تذكر الشخص المصدوم لا يركز على اللفظ فقط بل التصورات والإدراكات والعواطف والأحاسيس الجسدية، بالإضافة إلى

الحواس (حركة العينين). (Cyril, 2017, p109)

#### 4. هل شابيرو اول من اكتشفت تقنية EMDR :

يبدو أن شابيرو لم تكن أول من اكتشف الدور الهام لحركات العينين، وقد سبقها إلى ذلك العالم R. VITTOZ في مطلع القرن العشرين والعالم ANTROBUS وزملائه في ستينات وسبعينات القرن الماضي، بالتالي كل عالم على حده. فيتوز روجر هو طبيب سويسري ولد سنة 1863 وتحصل على شهادة الطب في 1886 وكانت عبقريته تكمن في اكتشافه "الاهتزازات الدماغية" سنة 1906، وقد نشر كتابه الوحيد بمنشورات BAILLIRE في باريس سنة 1911 ويعنون "علاج الصعوبات النفسية بإعادة تأهيل التحكم حدود سويسرا في فرنسا إنجلترا، الولايات المتحدة الأمريكية، وتوفي في أبريل 1925م.

أهم ما جاء به العالم : تتمثل عبقريته في العمل على اكتشافه تلك القدرة الطبيعية للدماغ البشري على استعادة عافيته، ثم بحثه عن مفاتيح كل ذلك، كما تحدث فيتوز عن ثنائية الدماغ البدائي والشعوري "، حيث كان يرى أن كل شيء يتم تبادله داخل أدمغتنا إلا أن التأثيرات المتأخرة للصددمات العاطفية هي التي تقطع الاتصال بين الدماغين، ومن أهم اكتشاف لفيتوز هو الاهتزازات الدماغية، حيث أن هناك نمطان في عمل الدماغ، نمط الاستقبال ونمط الإرسال ، وتنتج الاهتزازات الدماغية

على اثر عمل الدماغ، كما أن إعادة تأهيل هاتان الوظيفتين هي قاعدة طريقة فيتوز ، وكان هذا العالم يبحث أساسا عن كيفية تقويم الاهتزازات الدماغية لمساعدة الدماغ على استعادة وظيفته، فطريقة فيتوز تمثل علاجا نفسيا حقيقيا لأن مختلف التمرينات الجسمية تؤثر على عمل الدماغ، والذي بدوره يؤثر في حالة توازنه على الجانب النفسي .أنتروباس وزملاؤه : عكف هذا العالم وزملاؤه على دراسة النشاط الحركي للعينين وأثبتوا في تجارب نسقية أن الحركات التلقائية للعينين ترتبط بتغيرات في الانفعالات والأفكار غير السارة، كما لاحظوا أن خصائص حركات العينين تتعلق بطريقة دالة ببعض الاستجابات المعرفية، وقد أقرها هذا العالم وزملاؤه على سبيل المثال أن محاولة إيقاف سلسلة من الأفكار السلبية أو المسببة للقلق باستعمال حركات العينين يمكنها أن تؤدي إلى سلسلة من التغيرات السريعة في النشاط المعرفي، وقد سأل أنتروباس إحدى مريضاته خلال إجراء تجربته عن طبيعة الأفكار التي راودتها بعدما لاحظ سلسلة من حركات العينين خلال مجال 15 ثوان، وأخبرته المريضة أن حركات العينين كانت تبعا لظهور أفكار مؤلمة جدا، فاستنتج العالم أن حركات العينين بالطريقة المذكورة ترتبط بتغيرات في المحتوى المعرفي، والنتيجة التي نخرج بها انطلاقا من عرضنا لأعمال فيتوز وأنتروباس أن الأول انتبه إلى دور حركات العينين في تعديل عمل الدماغ، ومن ثم في علاج الاضطرابات النفسية، وهذا ما يتماشى مع ما توصلت له شابيرو أما العالم أنتروباس وزملاؤه فان تجاربهم تؤكد على أن حركات العينين تتماشى مع المحتوى المعرفي والحالة الانفعالية للفرد، فحركات العينين يمكن اعتبارها مرآة عاكسة لما يجول بذهن الفرد من أفكار ، وما يدور في نفسه من انفعالات. (مراد واخرون، 2022، ص 158)

## 5. الاساس النظري لتقنية EMDR:

### 1.5 نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات Informations adaptatives:

#### 1.1.5 نموذج المعالجة (AIP modal) Modèle de traitement

##### 1.1.1.5 تعريف AIP:

إن المهم الجيد لتقنية EMDR يتطلب منا استيعاب نموذج AIP، فهذا الأخير يمثل الأساس النظري الذي تقوم عليه مقارنة EMDR، وهو افتراض حول الطرق التي يمكن أن يستعملها الدماغ لمعالجة الخبرات (المعلومات) والوصول إلى حل تكيفي، مما ساهم في ترسيخ معنى الراحة والفعالية للفرد، ونموذج AIP هو نموذج عصبي فيزيولوجي في طبيعته، ولذلك نجد أن شابيرو استعانت بمصطلحات المعلومات العصبية الفيزيولوجية التي رأت أن استعمال هذه المصطلحات ليس لديها أي مرجعية أو دلالة عصبية فيزيولوجية محددة ودقيقة وهو أمر هام جدا في التأكيد على فكرة أن فعالية EMDR لا تقوم على صدق وصحة النموذج الفيزيولوجي المقدم، لأن فيزيولوجية الدماغ لازالت غير مفهومة وغير واضحة، بعد ، وبكلمات ت أبسط تؤكد شابيرو على أن النموذج المفسر لفعالية تقنيته لا يتمتع بالصدق التام، وهذا راجع لكونه يقوم على معلومات فيزيولوجية عصبية مرتبطة بالدماغ غير كافية وغير دقيقة، إلا أن هذا النموذج لا يتناقض مع ما توصل إليه العلم إلى حد الآن حول فيزيولوجية الدماغ، إذ أن البحث في مجال فيزيولوجية الدماغ مازال ضعيفا والنتائج المتوصل إليها غير أكيدة وغير كافية، وعليه فان فعالية EMDR لا تتوقف على صحة النموذج المفسر، وقد كررت شابيرو هذه الفكرة وأكدت عليها

في قولها : " قدمت نموذجاً نظرياً (تقصد نموذج AIP) لتفسير التأثيرات العيادية لل EMDR وليس لإثبات وجود آليات خاصة، وصرحت أن النموذج يبقى مجرد فرضية، وهو قابل للتغيير القائم على الملاحظات المخبرية والعيادية، وقد استوحيت شابيرو نموذج AIP من العالمين :

العالم بافلوف: الذي يسلم في أعماله بأنه يوجد في الدماغ توازن بين الكف والإثارة، وه ذا التوازن هو المسئول على العمل العادي للدماغ، فان تسبب شيء ما في اختلال هذا التوازن نتج عن ذلك باثولوجيا عصبية، وهذا ما يشبه "العقدة في الحبل" وهذا ما يتماشى كذلك. مع أفكار فيتوز. ( Shapiro, 2018, p16 )

العالم HOROWITZ: حيث يرى حسب نموذجه أن الأعراض الصدمية تمثل رد فعل إزاء عدد ضخم من المعطيات التي تكونها الخبرة الصدمية.

#### 2.1.1.5 افتراضات نموذج AIP:

لقد اختلفوا المؤلفين فيما بينهم في تلك الافتراضات، فمنهم من اقتصر على 3 عناصر، ومنهم من رآها تتجاوز 10 افتراضات، ولذلك اربلينا أن ندرج العناصر التي اتفق عليها العلماء، والتي أكدت عليها شابيرو، كما ارتأينا ألا ندرج تلك الافتراضات كيفما كان (بطريقة عشوائية) بل اتبعنا بالترتيب الذي نراه يساعدنا في الفهم الجيد لنموذج AIP، وعليه فان افتراضات هذا النموذج تم حصرها فيما يلي:

1 - يوجد لدى كل شخص نظام فيزيولوجي لمعالجة المعلومات، تتم من خلاله معالجة الخبرات والمعلومات الجديدة بصورة طبيعية، وهذا ما يقود إلى حالة تكيفية، فهو نظام فطري يعمل على تحويل المعلومات (المدخلات) المركبة نحو الانحلال التكيفي والاندماج النفسي السليم.

2 - مثلما لدى الجسم ميل طبيعي نحو الصحة، كذلك الذهن لديه ميل طبيعي للراحة والصحة النفسية /العقلية، وهذا ما تطلق عليه شابيرو "التعافي الذاتي النفسي" وهو مفهوم فطري في نموذج AIP مستوحى من فكرة التعافي لدى الجسم على أثر التعرض لإصابة جسدية، ويبدو أن هناك سلسلة من الأحداث المتشابهة تقع في السيرورات الذهنية، إذ أن معالجة المعلومات تميل طبيعياً للتحرك نحو الصحة النفسية، فإذا تعطل نظام AIP أو اختل توازنه على اثر صدمة نفسية مثلاً فإننا نلاحظ ظهور استجابات غير تكيفية، لكن إذا تم التخلص من ذلك التعطل في النظام فان المعالجة تتم ويمكن للمعلومات أن تصل إلى حل تكيفي، ويحدث إدماج وظيفي وهنا يمكننا أن نشبه ذلك بهضم المعلومات.

3 - تعتبر الشبكات الذكورية العنصر الحيوي في نظام AIP وهي تمثل أساس الأفكار، والمشاعر والانفعالات والسلوكيات التي يقوم بها الفرد في الوقت الحالي، والشبكات الذكورية عبارة عن نظام مترابط من المعلومات، ونستطيع أن نشبهها بشبكة من القنوات التي يتم على مستواها تخزين الذكريات والأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسدية المترابطة ببعضها البعض، حيث تنتظم الشبكات الذكورية حول أقدم حدث مرتبط بها، ولذلك تتأثر السلوكيات والخبرات الحالية بالسلوكيات والخبرات الماضية.

4 - خلال إحدى مراحل النمو الحرجة يتسبب التعرض إلى صدمة أو إلى ضغوط مستمرة في تعطيل نظام AIP، وبالتالي فإن المعلومات بالخبرة الصدمية أو بالخبرة المسببة للارتباك يتم تخزينها بطريقة غير وظيفية، وتظل على شكلها الأصلي دون معالجتها، وهذا ما يخلق لاحقاً ردود أفعال غير وظيفية لدى الفرد على إثر تعرضه لمثيرات حالية لها علاقة بالخبرة الصدمية أو بالحدث الأصلي.

عندما يقودنا الحاضر الى الشبكات الذكروية فإن مظهرات الذكريات القديمة غير المهضومة تعود من جديد.

5 - تسهل إجراءات EMDR الوصول إلى الذكريات الصدمية كما تسهل معالجتها، وبالتالي التوصل إلى حل تكيفي لتلك ال ذكريات، إذ أن EMDR يعمل على تنشيط نظام AIP بعد أن كان معطلا بسبب الصدمة فيستعيد نشاطاته ويقوم بمعالجة تلك المعلومات الصدمية المخزنة بطريقة غير تكيفية.

6 - ينتج عن المعالجة التكيفية للمعلومات 3 فوائد هي: التعلم التخلص من الضيق الانفعالي والجسدي، وتمكن الفرد من الاستجابة الوظيفية. وهنا نقول أن المعلومات الصدمية قد وصلت إلى حل تكيفي. (Lee et all, 2002, p39)

## 6. المكونات الأساسية واهداف المعالجة بواسطة EMDR

### 1.6 مكونات المعالجة بال EMDR

يجب اولاً مساعدة المفحوص على تحديد الذكرى المؤلمة التي ستكون محور العلاج هذه الذكرى هي الجزء الأكثر اثاراً للقلق الحدث الصادم للمفحوص، فإذا تم استخدام الاهداف الخاطئة او المكونات الخاطئة فمن المحتمل ان تكون تأثيرات المعالج والبروتوكولات المحددة السلبية بغض النظر عن عدد الجوانب السريرية التي تتطلب العلاج يجب ان يكون كل هدف محدداً ومعالجا بالكامل فهذه الاهداف هي اللبنة الأساسية للعلاج وتستحق الاهتمام السريري الدقيق ، يساعد الهدف المحدد المفحوص والمختص على فهم سياق الصدمة مما سيؤدي الى معالجة اسرع يطلب من البحوث تفاصيل حول الذاكرة الصادمة وفقاً لمكونات التالية :

الصورة l'image

التفكير السلبي La pensée négative

التفكير الايجابي La pensée positive

المشاعر Les émotions

الاحاسيس الجسمية Les sensations physiques

### 1.1.6 الصورة: L'image

يطلب من المفحوص التفكير في الحدث ثم التركيز على الصورة واحدة تمثل اما الحدث بأكمله او الجزء الاكثر ازعاجا منه سواء كانت الصورة مميزة ام لا فنتيجة بسيطة في الواقع من الشائع جدا ان يكون لدى المبحوث صورة غير واضحة او عرض مجزئ للحدث الهدف هو ببساطة اقامة صلة بين الوعي ومكان تخزين المعلومات في المخ.

#### 2.1.6 التفكير السلبي LA PENSEE NEGATIVE:

يعرف تفكير السلبي بأنه تقييم سلبي الذاتي الذي يقوم به الضحايا في الوقت الحاضر يطلب من المفحوص بعد ذلك تحديد عبارة تعبر عن المعتقد السلبي الاساسي او تقييم الذاتي غير المتكيف الذي يتوافق مع الصورة يطلق عليه التفكير السلبي في حين ان مصطلح التفكير غالبا ما يستخدمه لتحديد كل التمثيلات الواعية للتجربة وبهذا فإننا نستخدمها في العلاج العصبي لحركة العين لدلالة على الاعتقاد او التقييم لذلك فتفكير يمثل تفسير الحالي للمفحوص لذاته وليس مجرد وصف يجب التفكير السلبي على السؤال ما هو معتقداتي المهينة لنفسي فيما يتعلق بالحدث.

#### 3.1.6 التفكير الايجابي LA PENSEE POSITIVE:

بمجرد ان يحدد المفحوص والمعالج التفكير السلبي مرتبط بالهدف فان الخطوة التالية في الجلسة هي ان يحدد التفكير الايجابي مرغوب فيه ويصنفه على مقياس ماذا صحة التفكير المكون من سبع درجات حيث واحد غير صحيح تماما وسبع صحيح تماما يجب ان يعتمد التصنيف على مدى صدقها ومدى تصديق التفكير الايجابي للمفحوص.

#### 4.1.6 المشاعر LES EMOTIONS:

يطلب من المبحوث تقديم تقييم على اساس مقياس الوحدات الذاتية للاضطراب حيث صفر تساوي لا يوجد اضطراب و10 تساوي اعلى ازعاج او اضطراب ممكن. يساعد هذا المقياس المعالج على تقييم تطور العلاج وقد تم تطوير هذا المقياس كجزء من علاج السلوكي يجب ان يتأكد المعالج بان المبحوث لا يربط درجة او مستوى التوتر الذي يشعر به في وقت وقوع الحدث الهدف هو معالجة المعلومات المختلفة.

#### 5.1.6 الاحاسيس الجسمية: LES SENSATIONS PHYSIQUES:

تشير تجربة السريرية الى ان الاحاسيس الجسدية الناتجة عندما يركب المفحوص على الذاكرة المؤلمة هي نقاط محورية مفيدة للعلاج قد تترافق هذه الاحاسيس مع التوتر العاطفي مثل تواتر في العضلات الرقبة او زيادة معدل ضربات القلب قد تكون الاحاسيس الجسدية الاخرى جزءا من التجربة الحسية للصدمة المستهدفة نفسها مثل احساس بقبضة يد الجانب الاحداث الجسدية الواضحة ترتبط ايضا بالتفكير السلبي لذلك لا تعبر المعالج بالعلاج او التقنية للذاكرة كاملة حتى تتم اعادة معالجة جميع الاحاديث الجسدية السلبية الناتجة عن الافكار الصدمة بشكل مناسب في نهاية العلاج يجب ان لا يكشف المسح الذهني للجسم قبل المبحوث عن اي توتر مسبق او احاسيس جسدية غير نمطية. (Shapiro, 2018, p55)



## 7. تفعيل نظام المعالجة المعلوماتية :Activation du système de traitement de l'information

يمكن تنشيط النظام معالجة المعلومات للمفحوص من خلال اجراءات التقنية واستقدام حركة العينين الثنائيتين الموجهة او عن طريق اشكال بديلة من التحفيزات مثل المس او السمع نظرا للاختلاف تفضيلات المفحوص يجب على المعالج ان يكون على دراية بثلاثتهم.

### 1.7 حركات العين:

هناك عدة انواع مختلفة من حركة العين التي يمكن استخدامها في التقنية مهمة المعالج هي الاستفادة من النوع الذي يناسب احتياجات المفحوص هدفه وتوليد حركة العين من جانب الى جانب الاخر من مستوى نظر مفحوص اي من اليمين الى اليسار تتم هذه الحركة الثنائية الكاملة بأسرع ما يمكن دون ازعاج المبحوث يستخدم فيها المعالج اصبعين او أكثر كنقطة محورية تسمح هذه التقنية المفحوص بتتبع الاصابع دون الحاجة الى التركيز على جسم صغير ودون وجود ارتباطات سلبية قد يتم استنباطها.

بمسك المعالج الاصبعين في وضع مستقيم ويوجهها الى وجه المبحوث حوالي 12 الى 14 بوصة ثم يسال المفحوص هل هذا مريح اذ كانت الاجابة لا حينها يجب تحديد الوضع والمسافة المناسبة وأكثر راحة للمفحوص يجب تقييم قدره المبحوث على تتبع الاصابع المتحركة من خلال البدء ببطء ثم زيادة السرعة حتى نصل الى الحركة المناسبة والمريحة له خلال مرحله الاختبار يطلب بمن مبحوث الافصاح عن اي تفضيلات فيما يتعلق بالسرعة والمسافة والطول قبل التركيز على المواد المزججة عاطفيا.

بعد استهداف المادة المختلفة وظيفيا يجب على المعالج ان يستمع الى كل الملاحظات الذي يبديها المفحوص في نهاية كل مجموعه لتقييم مقدار المعالجة التي حدثت إذا كانت المادة المختلفة وظيفيا تتغير بسهولة وكان المبحوث مرتاحا نسبيا من الممكن الحفاظ على السرعة التي تتحرك بها الاصابع وان كان العكس حينها يجب ضبط السرعة وكذلك الاتجاه وعدد الحركات العين داخل كل مجموعة

خلال هذه المرحلة الاولية قد يجدي لعيادي ان المفحوص يواجه صعوبة في متابعة الاصابع بسهولة يمكن ان يتجلى هذا العجز في عدم انتظام حركه العين النتوء بما في ذلك التوقيفات والبدائيات والسرعة عندما يحدث هذا يجب على المعالج ان يطلب من المريض ادفع اصابعك بعينيك تدرّب هذه العبارات المريض على تطوير شعور بالاتصال الديناميكي بأصابع التوجيه وهو تمرين يمكن ان يمنحه احساسا بالتحكم في الحركة مما يؤدي الى تتبع أكثر سلامه

ويمكن للمعالج بعد ذلك اختيار فعالية مجموعة من حركات العين المائلة عن طريق تحريك يده عبر خط الوسط للوجه المريض من أسفل يميل الى اعلى اليسار او العكس اي من مستوى الذقن الى مستوى الحاجب المقابل مره اخرى يجب على المعالج تقييم النتائج المتعلقة بسهولة الحركة وسرعتها إذا كان المريض يتبع اتجاه واحد بسهولة أكثر من الاخر حينها يجب

ان يكون هذا هو الاتجاه المستخدم السائد إذا ظهر المعالج عالقا لم يتم الإبلاغ عن تغيير في المعلومات يعد المجموعات متتالية من حركات العين .

يجب على المعالج تجربه التغيير في حركه العين بدءا من التغيير في الاتجاه يتم تحديد مده المجموعة ايضا من خلال ملاحظات المرضى تتكون المجموعة الاولى من 24 حركه ثنائيه اتجاه حيث يساوي التحول من اليمين الى اليسار حركه واحده تمكن هذه المجموعة المعالج من تقييم راحه المريض والسرعة المفضلة والقدرة على الحفاظ على حركات العين خلال هذه المجموعة قد يلاحظ المريض ببساطه ردود افعال الخاصة او يركز على تمرين في مكان امن وهادئ باستخدام حركه العين البطيئة بدلا من حركات السريعة المستخدمة في المعالج نفس العدد من حركات يمكن استخدامه في مجموعه اعاده المعالجة الاولى بعد مجموعه اعاده المعالجة الأولية هذه يجب ان يسأل المعالج ما الذي تحصلت عليه الان يتيح هذا السؤال للمريض فرصه الإفصاح عما يختبره من حيث الصور والافكار والعواطف والاحاسيس الجسدية اذا اظهر المريض ان مؤشر على زياده التأثير العلاجية اذا كان يشعر بالتحسن او اذا ظهرت معلومة جيدة يمكن للطبيب تكرار اتجاه المجموعة وسرعتها ومدتها ومع ذلك يجب ان يكون معالجه على استعداد للتجربة لاكتشاف ما اذا كان بعض الاختلافات سيكون اكثر افاده افاد المعالجون ان مجموعه من 24 حركه ضرورية بشكل عام للمريض العادي لمعالجه المواد المعرفية الى مستوى جديد من التكيف رغم ذلك فان استجابة المريض الفردية هي المحددة النهائي يحتاج بعض المرضى الى 36 حركه او اكثر لحركه مجموعه لمعالجه المواد استجابات العاطفية العالية تتطلب عموما عددا كبيرا من حركه العين في مجموعه واحده اكثر مما تتطلبه المواد المعرفية الباحثة على سبيل المثال رأى جديده تزيد من عمق الفهم من الناحية اخرى فان بعض المرضى غير قادرين جسديا على القيام بأكثر من بعض حركات العين على التوالي بسبب :

- ضعف متاصل في عضلة العين

- قد لا يتمكن المرضى الاخرون من متابعة حركة اليد بسبب ارتفاع مستوى القلق

- قد يظهر عملاء اخرون عجزا حادا في تتبع او قد يجدون حركات التتبع مفرطة

## 2.7 الاشكال البديلة للتحفيز :

بالنسبة للمرضى الذين يجدون حركات العين غير مريحة جسديا او نفسيا يمكن استخدام الاشكال البديلة من التحفيز للمس والسمعي التي اثبتت فعاليتها يتم التمرين من خلال جلوس المريض مع رفع راحة يديه على ركبتيه ثم يقوم المعالج بإصبع واحدة او اصبعين بالنقر بإيقاع راحه المريض بشكل تناوبيه يمينا ويسارا بنفس السرعة التي يتم بها اجراء حركات العين يمكن للمعالج النقر على ركبتيه مريض لا يحتاج المريض الى تثبيت كلا من هذه الصنابير بشكل معتمد حتى يكون العلاج في العالم ومع ذلك فقد تم الإبلاغ سريريا عن حدود مجموعات عفوية من حركات العين السريعة اثناء هذه الاجراء . ( shapiro,2018, p65 )

## 8. مراحل ممارسة تقنية EMDR

يعتمد عدد الجلسات قبل البدء بالعملية على مدى تعقيد قصة المريض، والقدرة على "التهدئة الذاتية" واستخدام تقنيات ضبط النفس المختلفة لتقليل الاضطرابات المحتملة التي قد تحدث أثناء العلاج. يجب على الممارس تعليم المريض هذه التقنيات خلال مرحلة التحضير. سيكون الوقت المطلوب لهذه المرحلة مختلفًا لكل عميل. في معظم الحالات، يجب أن يبدأ العلاج الفعال بعد جلسة إلى ثلاث مراحل.

### 1.8 خطوات المعالجة

العمل ينجز في 3 مراحل:

- ازالة حساسية الذكرى العنيفة.
- اعادة ربط الحدث بالأداء النفسي.
- استبدال المعتقد السلبي بالإدراك الايجابي.

#### 1.1.8 المرحلة الاولى: اكتشاف الصدمة:

يجلس المعالج قرب العميل ويطلب منه استرجاع الذكرى الصادمة او الحدث الصادم اي (عملية تصور لذكرى الصادمة) اذ لم يتذكر العميل الحدث الصادم يطلب من المعالج بالتركيز على الاعراض المحسوسة ويقوم المعالج بالتقييم الاعراض على مقياس من 0 الى 10 (0 = عدم الرضا. 10 = في اسوأ حالته) درجة اضطراب العواطف السلبية.

المستويات الثلاثة للعواطف السلبية للعميل تتطابق مع:

العواطف: بالنسبة للجانب العنيف للصدمة، فيما يتعلق بالجانب العنيف للصدمة مع الذكريات المرتبطة بها (ذكريات، كوابيس (...)

التصور: لتقسيم درجة الاضطراب الحالي (القلق، اكتئاب، خوف غير مفسر)

الاعتقاد: فيما يتعلق بتجربة التي تحافظ على المشاعر السلبية مثال: الخطأ خطئي ولن اخرج منه ابدا).

#### 2.1.8 المرحلة الثانية:

- يجلس المعالج امام المريض ويطلب منه ابقاء راسه ثابتا فقط عينيه تتحرك.

- يجب على المريض الآن التركيز على التجربة الصادمة حاليا.



- يتبع إصبع المعالج من اليمين الى اليسار او من اليسار الى اليمين بحيث يكون بإصبع واحد او بإصبعين أولاً ببطء ثم بسرعه كبيرة.

- وهذا حسب القاعدة 21 مرة.

- ويمكن للمعالج خلال هذه الفترة ان يقدم اقتراحات مباشرة او غير مباشرة او ما بعد التتويج.

### 3.1.8 المرحلة الثالثة:

- يتم اجراء تقييم للتغيرات على المقاييس الثلاثة المذكورة أعلاه.

- يطلب المعالج من المريض تحديد التغيرات والتحسينات فيما يتعلق بالصور او الاحاسيس

- ويمكن اجراء التقييم على مستوى العام او بشكل منفصل على المقاييس الثلاثة.

### 4.1.8 الرجوع الى المرحلة الثانية:

كرر الخطوة الثانية عدة مرات من اجل استمرار في تقليل شدة المقاييس بعد بضع دقائق يخفي مشاعر المتعلقة بالصدمة  
(Shapiro, 2022, pp 95-96 )

### 2.8 وصف عملية عملية ال EMDR:

مهما تكن الاتجاهات النظرية المختلفة التي تحكم مختلف الممارسات العيادية تعود الى ان هناك اتفاق حول فكرة نشوء علامات المعاناة الصدمية، والتي تكون غالباً نتاج خبرات مؤلمة حدثت في الماضي، وتعتبر علامات الصدمة النفسية نموذج يرتكز عليه للمعرفة والاطلاع على الظواهر المرضية الكامنة في ذاكرة المريض. والعلاج بحركة العين يعرف الصدمة النفسية بانها اي حدث يكون له أثر سلبي مظلم على النفس والذات، هذا الحدث الذي حدث في الماضي والذي لم يستفاد منه كخبرة لم يتم هضمها من طرف الجهاز المعرفي اللمبي، مما ادى الى بقائها عالقة تؤرق حياة المريض.

وتمر عملية المعالجة بتقنية EMDR بثمانية مراحل:

#### المرحلة الاولى: مرحلة تاريخ الحالة وتخطيط العلاج:

هي المرحلة الاولى من العلاج يتضمن من خلالها بأن العميل قادر على تحريك عينيه وان هذا العلاج مناسب له على اساس قدرته على التعامل مع الحدث الصادم الذي ستم اثارته بالعلاج , وهذه المرحلة لا تشمل فقط الاجراءات المعتادة لتناول العلاج النفسي بحيث يلم المعالج فيها المعلومات الخاصة بالعميل من التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي وذلك للتأكد من طبيعة المرض الذي يعانیه واقامة علاقة معه، وتحديد اهدافه وامتحان الحالة العقلية وتقييم دفاعات العميل وانماط العلاقات فالمعالج يعد خطة علاجية يحدد من خلالها جملة من الاهداف التي ستم معالجتها ثم تحديد المثيرات الحالية التي تسبب ارتباكاً انفعالياً , ثم تحدد الوضعيات المستقبلية التي من المتوقع ان تخلق ارتباكاً لدى المريض .



ويتم فيها التطرق الى التاريخ المرضي للشخص المتألم بالتفصيل بحيث تهتم هذه المرحلة بالطاقات الداخلية للفرد المعالج من صلابة الانا والجلد.

ولكن ايضا تقييم جاهزية العميل للعلاج بطريقة EMDR وتحديد محدد الاحداث ماضي العميل والحاضر والمستقبل المرتبطة فسوف يكون التركيز في العلاج على ما يلي:

يطلب المعالج من العميل سرد ما حدث قبل الحدث الصدمي بقليل وصولا الى الحالة الحالية, وفي حالة ما اذا كان العميل في حالة حرجة بكاء مثلا ولا يستطيع التكلم او معاناة جسديه غثيان الصداع لا يصر على سرد الوقائع ,وانما يقول له قل ببساطة ماذا حدث فالمعالج لا يستوجب ولا يلحق على التعرف على الاحداث الاكثر تشويشا وهذا لتجنب اثاره القلق لدى المريض ,في هذه المرحلة لا يقدم المعالج المحفزات الثنائية حتى يتجنب بدء العلاج قبل اوانه , واذا كان من الممكن تطبيق مقياس لقياس الاجهاد ما بعد الصدمة حتى يمكن للمعالج من تقييم الفعالية

#### المرحلة الثانية: الاعداد والتحضير:

تركز هذه المرحلة على بناء علاقة علاجية مع المريض لكي يصبح له دور فعال في الشفاء نفسه ,كما يتم تعليمه ايضا تقنية الاسترخاء وتقنيات التصرف بالإجهاد النفسي لكي يتمكن المعالج من التطرق الى الحدث الصدمي , ولهذه المرحلة اهمية حاسمة في معالجة عملاء ذوي الأنا المفكك ,لان في حالة معالجة الصدمة مع العملاء الذين ليس لديهم الموارد الداخلية او قوة الانا او الذين لا يمكنهم تحديد المشاعر واحاسيس الجسم , فان استخدام EMDR كبروتوكول الصدمة دون اعداد قد يؤدي الى اثاره ذكريات المؤلمة , زعزعة العميل او استشارة مشاعر الفشل والاحباط والنكوص , وعليه فاستراتيجيات بديلة تبقى دائما ضرورية لتحقيق الاستقرار وتطوير الاستعداد لدى العملاء .

العديد من هؤلاء العملاء اكتسبوا خبرة "فشل العلاج" وربما يرتكون العلاج قبل الاوان , يلتزم على المعالج تحضير العميل للEMDR ,ويشرح له سيرورات العلاج , كما ان المعالج يتضمن استرخاء العميل بحيث يجد حريته التامة في التعبير , كما يشرح له نوع الاضطراب الذي يعاني منه كالصدمة مثلا وتوقعات المعقولة من العلاج ,حيث يلاحظ المريض محتويات الذهنية , وهنا نؤكد على ان المريض يطلب منه ان يكتفي فقط بملاحظة الافكار والمشاعر والصور التي تمر على وعيه , كما يتدرب المريض على الاحتفاظ في ذهنه بالأفكار المربكة اثناء تحريك العينين ,كما يركز انتباهه على ما يدور بذهنه .

#### المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم:

يتم فيها التعرف على الذاكرة المؤلمة وربطها بصورتها الذهنية وبالنظرة السلبية للذات الناتجة عنها، هنا يقيس المعالج مستعملا سلم SUD الذي يعبر عن الاضطراب المحسوس به، يحتوي هذا السلم على درجات (من 0 الى 10) ويقاس كذلك على سلم VOC مصداقية الاحساس المرغوب فيه، يحتوي هذا السلم على درجات (من 1 الى 7)

وفي هذه المرحلة يطلب المعالج من العميل تحديد ثلاثة اشياء:

- مشهد معين او صورة: ومن خلال هذا المشهد ستتضح الصورة المرئية للصدمة التي واجهتك.

- اعتقاد سلبي: مثل انا عاجز، انا لا قيمة لي، انا شخص سيئ.

- اعتقاد ايجابي: يتحول من انا في خطر الى انا آمن الآن.

وتكون هذه الاشياء خاصة بالذكرى الصدمة، ويقيم مدى ضيقه على سلم وحدات الارتباك الذاتي SUD (من صفر انعدام الانزعاج الى 10 شدة الضيق)، ثم يقيم مدى صحة الاعتقاد الايجابي على سلم مصداقية التغيير VOC (من مصداقية ضعيفة واحد الى كامل الصدق 7).

واخيرا تستخرج الاحساسات الجسدية المرتبطة بصدمة مثلا: ضيق الصدر، انقباض الحلق، الشعور بالثقل في المعدة، ومن خلال مرحلة التقييم تم الالمام بمختلف عناصر الهدف الصدمي وهي العناصر المعرفي (مصداقيه التغيير)، والذي تم قياسه على سلم VOC والعنصر الانفعالي يقاس على سلم SUD (درجة الانزعاج) والعنصر الجسدي BODY scan ثم التعرف عليه وتحديد مكانه، فالتقييمات تساعد على معرفه مدى العلاج وتطوره.

#### المرحلة الرابعة: مرحلة ازالة الحساسية:

بعد ان تكون جميع عناصر الخلل الموجودة في الذاكرة الصدمية قابلة للوصول اليها وعن طريق عملية التحفيز الثنائي (تحريك العين يمين ويسارا) يسمح بتحول الذاكرة الصدمية الى ذاكرة سردية عادية بحيث تهدف الى معالجة ذكريات المخزنة بطريقة غير تكيفية والوصول بالحدث الصدمي الى حل تكيفي ومن خلال معالجة تلك المعلومات، يحدث اتحاد ما بين شبكه الذكورية غير التكيفية الخاصة بالذكريات الصدمية والشبكات الذكورية التكيفية الاخرى.

ففي جلسة ال EMDR يطلب المعالج من المريض ان يركز انتباهه على المواد المستهدفة وعلى معاناة الذكرى والاليمة وما يتسببه له من انزعاج والتي تم تحديدها في المرحلة السابقة ، وكذلك على رغبته في التغيير ومن خلال الاحتفاظ بكل ذلك في الذهن، ويطلب من المريض القيام بسلسلة من الحركات اي التنبيه الثنائي للعين وذلك بمتابعة اصبع يد المعالج التي تتحرك بصورة ايقاعية وبشكل سريع ذهابا وايابا ضمن معالجة رؤية المريض وعلى بعد 30 سم ، ويظل الرأس في حالة سكون خلال تحريك العين، حيث تدوم كل مرحلة تنبيه ثنائي من 30 الى 60 ثانية، ويقوم المريض في النهاية بتنفس عميق في عده ثواني بعد ذلك يتكلم على ما احس به خلال فتره التنبيه الثنائي، ثم يعيد المعالج قياس الانزعاج على سلم SUD وقياس رغبة التغيير على سلم VOC ثم يعاد التنبيه الثنائي مره اخرى حتى ينخفض الاحساس المزعج الى ادنى درجة ممكنة وهكذا تبدأ عملية المعالجة وتتواصل العملية الى ان تتوقف المواد الصدمية المستهدفة من التسبب في اي ارتباك وهذا ما يترجم الحصول على درجة صفر على سلم SUD وعلى المعالج ان يسمح بحدوث انفعالات من قبل العامين خلال العملية مع ترك المبادرة والقيادة للمريض وهذا اهم اسلوب لعمل خلال هذه المرحلة كما يجب التذكير الى ان حصل ال EMDR قد تدوم من 60 الى 90 دقيقة كأقصى حد.

### المرحلة الخامسة: مرحلة التثبيت:

في هذه المرحلة تكون مصداقية الرغبة في التغيير قد ارتفعت مشكلة دافع ايجابي يتم ربطه مع ما تبقى من احساس مزعج فنتم ازالته بفترات التنبيه اخرى , في هذه المرحلة يستمر العلاج حتى تكون درجة مصداقية الرغبة في التغيير 6 او 7 , حيث يسأل المعالج المريض عندما تفكر في الحدث الاصلي بما تشعر ايزاء هذه الكلمات :لقد فعلت افضل ما لدي او اي اعتقاد ايجابي حدد سابقا , وهكذا يتم التعزيز وتقوية الاعتقاد الايجابي عبر سلسلة من الاثارة ثنائية الجانب ويقوم المعالج صحة الاعتقاد وتستمر هذه العملية ومعالجة كل ما يعيق شعور المريض بان ذلك الاعتقاد صادق والخطوات السابقة تقام من جديد في كل لقاء مع المريض باستخدام صورة مؤلمة مختلفة.

### المرحلة السادسة: مرحلة المسح الجسدي:

ان احدى نقاط قوة EMDR هي اهتمامات بالمعلومات غير لفظية والتي تتضمن الروائح والمذاقات والاصوات كما تتضمن احساسات جسدية اخرى مثل التوتر او التضايق حتى نضمن ان كل المظاهر الذكرى الصدمية تمت معالجتها ,ويقوم المريض بمسح ذهني لكل جسده للتعرف على اي احساسات جسدية مربكة ثم يعالجها عبر سلسلة من الاثارات ثنائية الجانب وتستمر هذه العملية الى غاية التخلص من تلك الاحساسات الجسدية المربكة , والهدف من هذه المرحلة هو تحديد التوتر او المشاعر السلبية التي لا تزال متبقية والعمل على ازالتها باستخدام سلسلة من حركة العين حيث يركز المريض مغمضا العينين على ما تبقى من انزعاج يحس به في بدنه على شكل تقلصات عضلية قلق احساس ارتعاش درجة حرارة الجسم ,اذا احس المريض بشيء من هذا القليل فيجب معاودة التنبيه الثنائي للعين حتى يزول الانزعاج.

### الرحلة السابعة: مرحلة الاختتام:

هذه المرحلة تتكرر في نهاية كل جلسة بغض النظر عن المهام التي يقوم بها المريض مع المعالج حيث يجب التأكد من ان المريض وصل الى حالة من التوازن العاطفي والذهن قبل ان نسمح له بمغادرة قاعة الفحص حتى وان لم تنتهي المعالجة وذلك بممارسة استراتيجيات التهدئة الذاتية ويحاول ان يعيدوا تصريفه بشكل صحيح عن طريق الاسترخاء ,ويخبره بان المعالجة تستمر الى جلسات اخرى ويطلب من المريض استعمال مذكرات لتدوين المواد الجديدة التي ظهرت ,وتقنيات التهدئة التي استعملها المريض لاحتواء ذلك الهيجان ,ليتم التركيز عنها في الحصص الالية.

### المرحلة الثامنة: مرحلة اعادة التقييم:

في بداية الجلسة الموالية يتأكد المعالج من ان النتائج الايجابية المتحصل عليها في الجلسة السابقة لم تتعطل حيث يطلب من المريض اعادة النظر والتفكير ثانيا في الهدف المحدد خلال الجلسة السابقة وبناء على ردود فعل المريض يقوم بتقييم تأثير العلاج وتكيفه تبعا لذلك , ومن ثم يكيف السيرورة العلاجية فيعمل على تحديد ومعالجة الاهداف القديمة التي مازالت تحتاج الى معالجة او تحديد اهداف جديدة لمعالجتها , وفي هذه المرحلة كسابقتها وليس بالضرورة ان يكون ترتيبها الاخير

لكنها مرحلة مهمة جدا لان المعالج يضمن من خلالها ان المريض لن ينتقل الى معالجة مادة جديدة الا بعد معالجة مواد سابقة وبلوغ المستوى المرغوب والذي يتمظهر مثلا في درجة 0 على SUD ودرجه 6 او 7 على سلم VOC.

وفي نهاية العلاج يطلب من المريض ملء استمارة تحتوي الذكريات التي تم التعامل معها خلال الجلسات والاحاسيس المرافقة التي تتبادر الى ذهنه خارج الجلسات. (Shapiro, 2022, pp73-76)

### 9. مدى فاعلية تقنية EMDR ومقارنتها بالعلاجات الاخرى:

من اجل معرفة مدى فاعلية EMDR في علاج الاضطرابات تمت مقارنتها مع العلاجات الاخرى فطبقت على مجالات عديدة من الاضطرابات ومن بينها:

#### 1.9 دراسة مقارنة ب EMDR والتغذية الراجعة الحيوية في علاج المصابين بل TSPT على اثار الحرب:

هذه الدراسة عبارة عن المقارنة بين فعالية التداخلين علاجيين TSPT على عينه مضبوطة عشوائيا وتتكون من 35 فرد من المحاربين القدامى والذين لديهم TSPT مرتبط بالحرب، تم علاج هؤلاء بإحدى العلاجات التالية: 12 جلسة EMDR ن = 10. 12 جلسة تغذية رجعية حيوية يصحبها الاسترخاء ن = 12

بالمقارنة مع الشروط العلاجية الاخرى وجد ان هناك تأثير دال مباشرة بعد العلاج بالمقارنة مع شروط العلاجية الاخرى بل EMDR، وهذا بناء على عدد من التقارير الذاتية، وكذا القياسات السيكومترية المقننة وبالمقارنة كذلك مع التدخلات العلاجية الاخرى، فان هذه التأثيرات العلاجية استمرت عموما في ثلاثة أشهر الموالية.

#### 2.9 دراسة مقارنة بين EMDR والتعرض المطول في علاج ضحايا الاغتصاب بال EMDR:

قامت هذه الدراسة بتقييم مدى فاعلية التعرض المطول EMDR بالمقارنة مع عدم طلق العلاج في حالة TSPT لدى ارشادات لضحايا الاغتصاب، حيث ن=74، وجد تحسن في TSPT والذي تم تقييمه من خلال الاكتئاب، التفكير، حالة القلق.

وهذا التحسن دال جدا سواء في مجموعة EMDR او مجموعة PE مقارنة مع مجموعة ثالثة والتي عددها ن=20 فردا ولا توجد فروق دالة بين EMDR والتعرض المطول من حيث التغيير من الحالة الاولى او بعد العلاج مباشرة او بعد مرور ستة اشهر، وهذا بناء على القياسات التي تمت على سلالم كمية.

نلاحظ في الدراسات والتعارض المطول فعلا يتساويا في فعاليتها.

#### 3.9 دراسة مقارنة بين EMDR والعلاج المعرفي السلوكي TCC في علاج TSPT:

قام DEVILLE و SPENCE سنة 1999 بمقارن بين علاجين، حيث شخص المشاركون بان لديهم TSPT وتم تقييم الاعراض من خلال التقارير الذاتية والاستبيانات التي يستعملها العيادي، وبعد ذلك خضع المشاركون عشوائيا اما للعلاج ب

EMDR او للعلاج السلوكي والذي يتضمن التعرض التخيلي المطول التدريب على الادارة الضغوط واعادة البناء المعرفي، تلقى كل المشاركون 9 جلسات علاجية وتم تسجيل علاجات صوتا وصورة هذا لضمان امانة وصحة العلاج.

كما تم تقييم المشاركين قبل العلاج وبعدها مباشرة وكذلك بعد مرور سنة واحدة.

اظهرت نتائج ان العلاج المعرفي سلوكي أكثر فعالية من وهذا من الناحية الاحصائية والعيادية سواء بعد العلاج مباشرة او بعد مرور سنة واحدة، ورغم ان العلاجين يتساويان في التخلص من الضيق الا ان العلاج المعرفي يبدو أكثر مصداقية ويؤدي الى توقعات أكبر في التحسن والتغيير. (Evelyne et all, 2023, pp 86-89)

#### 10. حالات تطبيق ال EMDR:

ان فعالية هذه التقنية في العلاج الصدمة بالنسبة حوالي 70 او 75% من الحالات امر مفروغ منه ومعترف به ولم يعد محل جدال او صراع، ولذلك تزايد طموح المناصرين فوسعوا مجال تطبيقها على اضطرابات نفسية اخرى وكذلك على مجتمعات خاصه، ولو ان هذه التجارب ما زالت تحتاج لتتقحها وتطويرها أكثر.

وجد عده علماء ان EMDR ذو فعالية معتبرة في التخفيف من الاضطرابات القلق والهلع والخوف من الحديث، كما وجد ان هذه التقنية فعالة في علاج اضطرابات نفسية. وتطورت في سياق احداث الحياة المؤلمة مثل: علاج حالة الحداد على إثر فقدان شخص عزيز، اضطرابات سلوكية كالعدوانية لدى المراهقين او الخوفات المرتبطة بالإنسان، بالإضافة الى جمعية اقسام الدفاع وشؤون المحاربين القدامى، اقرت بفاعليتها في علاج حالات الادمان، قلق الاداء، مشاعر الذنب المعقدة، واضطرابات الشخصية، وضحايا الاغتصاب والعنف ضد الاطفال.

ويمكننا القول ان اخر ما توصل اليه تطوير التقنية EMDR هو امكانية تطبيق على مجتمعات الخاصة مثل: الاطفال الزواج. كما استعملت في العلاج الاسري وفي الصداع النصفي وهذا طبعا بتكييف البروتوكول يتماشى مع تلك الفئات والحالات الخاصة. اما الحالات التي لا يطبق فيها النساء الحوامل، امراض القلب، مشاكل في العين، الاضطرابات الذهانية، الصرع، حالات الانتحار، حالات العدوانية. (Amaury. Julie, 2023, p 103)

## خلاصة:

مما لا شك فيه ان هذه التقنية العلاجية قد حققت نتائج رائعة في علاج مرض صدمات النفسية وهي تتميز عن باقي العلاجات الاخرى بدراسة علمية تجريبية اثبتت فعاليتها في مثل هذا الاضطراب وان مستقبل هذه التقنية في عقد القائم من الزمن سيكون لا محالة في البحث وسيركز على فهم كيفية عمل هذه التقنية. والتقنية من الناحية العلمية وخاصة انها اصبحت تطبق على بعض الاضطرابات النفسية الاخرى حيث انها غير مكلفة وتتطلب امكانية مادية اضافة الى انها سريعة وفعالة لدرجة كبيرة ولا تستغرق فترات طويلة من الزمن وتحقق النتائج ايجابية وواضحة. معالجة هذا المرض وانشاء مراكز متخصصة لعلاجه ومهمة وطنية وقومية عاجلة ان استعمال علاج التحسس واعادة المعالجة بحركة العين المبني على الدليل العلمي في علاج المبتلين وتدريب المعالجين والاطباء نفسهم في ممارسة هذه التقنية العلاجية سيكون مهما لضمان فعالية مثل هذا المراجلة ان هذا العلاج الذي سيستعمل اليوم بصورة واسعة في الغرب يعتبر اضافة المهمة للمعالجة العديد من الامراض النفسية الاخرى كما تكشف البحوث الحديثة.



## خاتمة:

يمكن أن تكون الصدمة تجربة ساحقة تعطل العديد من مجالات حياة الفرد، ليمتد تأثيرها إلى الأبعاد النفسية والجسدية والاجتماعية والروحية. يتفاعل الناس مع الصدمات بطرق مختلفة وقد يواجهون مجموعة واسعة من الأعراض والعواطف. لذلك فقد يساهم تلقي العلاج المناسب بعد التعرض للصدمة في تعلم كيفية التحكم في الأعراض وتحسين جودة الحياة، ويعتمد مدى الاستجابة للعلاج على الدعم الذي يتلقاه المريض ومدى تقبله للخضوع للعلاج والالتزام به، ولكن في بعض الحالات قد تستمر الأعراض وتتطور إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة.

يعد العلاج التكاملي للصدمة النفسية استراتيجية علاجية نفسية تعتمد على توظيف النماذج النفسية المتعددة، ويهدف خاصة إلى التعرف على التفسيرات المحتملة للخبرة الصدمية في أبعادها المختلفة والمتداخلة البيولوجية منها والنفسية والاجتماعية الثقافية. ومن خلال ذلك «يتم إرسان نموذج العلاج الأكثر ملاءمة للحالة انطلاقاً من الخصائص التي تم تفسيرها سابقاً في سياقاتها المتعددة. ثم تأتي مرحلة تدريب المريض على السيطرة على الإنفعالات والأفكار السلبية وتقويم سير عملية إرسان المعلومات السليمة بعيداً عن المعلومات الدخيلة التي خلفها الحدث الصادم والعواقب التي تتجر عنه في مناحيها الشخصية والمهنية والاجتماعية والاقتصادية، إلى غاية تقبل الواقع والتغير الذي يحدث في حياة الفرد عموماً، إضافة إلى تنمية أفكار حول قدرة تحمل المخاطر ومواجهتها».

وللتوفيق بين مفهوم اللياقة البدنية والنفسية للتحكم في الضغوط، فإن العلاج التكاملي يوصي بالمطالعة والتعرف على الموضوع من مصادر علمية، كون ذلك ينمي لدى المتعرض للصدمة النفسية إدراك ووعي حالة أعراض الصدمة لدى الإنسان مما يساعده على إعادة التقييم الإيجابي لمختلف أعراض الصدمة التي كان يعاني منها.

بعد الحديث حول كيفية الخروج من الصدمة النفسية من خلال الأدوية والعلاج النفسي، والحديث عن بعض النصائح التي قد تساعد في الخروج منها أيضاً، مثل: الالتزام بخطة العلاج، القراءة حول الصدمة النفسية لمعرفة أهم الاستراتيجيات التي قد تكون الأنسب من أجل الخروج من الصدمة النفسية، عدم صرف الأدوية لنفسك والاستعانة بالطبيب النفسي، تشتيت الانتباه عند الشعور بالغضب من خلال المشي أو حتى قيادة الدراجة.



## قائمة المراجع



## قائمة المراجع العربية:

1. إبراهيم عبد الستار، عسكر عبد الله (2008): علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، ط4، مكتبة الأجلو المصرية، القاهرة، مصر.
2. أبو عيشة زاهدة، تيسير عبد الله (2012): اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
3. الأسدي سعيد جاسم، عطاري محمد سعيد (2014): الصحة النفسية للفرد والمجتمع، دار رضوان، الأردن.
4. اسماعيل محمد صالح (2021): تغذية مرضى الجهاز الهضمي، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر.
5. الأنصاري بدر محمد (2004): قياس الشخصية، ط02، دار الكتاب الحديثة، القاهرة، مصر.
6. البستاني كرم. براورز بولس. أنطوان نعمة (2014): المنجد في اللغة والاعلام، ط48، دار المشرق، بيروت، لبنان.
7. بطرس حافظ بطرس (2010): المشكلات النفسية وعلاجها، دار المسيرة، عمان، الأردن.
8. بوفيه سيريل (2008): مدخل الى العلاجات السلوكية المعرفية، دار المجدد، سطيف، الجزائر .
9. بوكرمة فاضلي (2015): علم الأدوية النفسية، ط2، دار هومة، الجزائر.
10. بيرند رولر واخرون (2016): التشخيص النفسي الاكلينيكي (2) التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية، الجزء 1، ترجمة سامر جميل رضوان، دار الكتاب الجامعي، الجمهورية اللبنانية، الامارات العربية.
11. الحامدي أنور (2014): الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية DSM5، ط5، بيروت، لبنان.
12. الحامدي أنور (2015): خلاصة الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، ط03، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
13. حمروش عبد السلام (2000): كيف يتأثر اداء المخ باضطراب الكرب التالي للصدمة النفسية، الباحثون المصريون. مصر.
14. الحنفي عبد المنعم (1996): موسوعة علم النفس، ط4، المجلد الثالث، مكتبة مدبولي، القاهرة، مصر.
15. الحولية امانال هادي (2010): القلق والاسترخاء العضلي، دار النشر الهندسية، القاهرة، مصر.
16. الخالدي أديب محمد (2006): علم النفس الإكلينيكي (المرض) الفحص والعلاج، ط02، دار وائل للنشر، عمان الأردن.
17. الخالدي عطا الله (2009): الصحة النفسية وعلاقتها بالتحصيل والتوافق، ط02، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
18. الخفش سامح وديع (2011): النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن.
19. الدبوبي عبد الله (2010): الانفعالات النفسية من منظور إسلامي، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
20. الدسوقي كمال (2016): الطب العقلي والنفسى علم الأمراض النفسية، دار وائل، عمان، الأردن.
21. راتب أسامة كامل، (2004): النشاط البدني والاسترخاء، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
22. الرشيدى البشير (2001): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الديوان الاميري، مكتب الانماء الاجتماعي، الكويت.
23. الرشيدى، بشير صالح (2000): الاضطرابات التالية للصدمة، مكتب الانماء الاجتماعي، الكويت.
24. رضوان، سامر، بركات مطاع (2010): إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة، دليل معالجة الصدمة من النوع الأول، دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة.



25. الزراد محمد خير الدين (2005): العلاج النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
26. زهران حامد عبد السلام (2005): علم النفس الطفولة والمراهقة، ط4، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
27. سالم محمد شريف (2003): الوسواس القهري، ط5، دار العقيدة، الإسكندرية، مصر.
28. سعد عبد القادر ماهر (2019): العناية الصحية، المكتبة الالكترونية، بغداد، العراق.
29. سعدوني غديرة (2012): مصير الأطفال المصدومين جراء العنف، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر.
30. سعدوني غديرة مسعودة (2012): مصير الاطفال المصدومين من جراء العنف ماذا بعد التكفل، ط2، شبكة العلوم النفسية والعربية، الجزائر.
31. سي موسى عبد الرحمان وزقار رضوان (2002): الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، دار رضوان للنشر والتوزيع، الجزائر.
32. سيجموند فرويد، ترجمة: محمد عثمان نجاتي (1998): الكف والعرض والقلق، ط4، دار الشروق، القاهرة، مصر.
33. السيد إبراهيم جابر (2013): قاموس علم الاجتماع وعلم النفس، دار البداية، عمان، الأردن.
34. سيد عبد النبي محمد (2019): الغذاء وأمراض العصر، ط2، دار الكتب المصرية للنشر، الجيزة، مصر.
35. شادلي عبد الرحيم (2017): انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف -دراسة حالات من منظور نفسي عيادي، جامعة محمد حيدر، بسكرة.
36. شاهين رسلان (2013): الاسترخاء مفتاح الصحة النفسية، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
37. الشربيني لطفي عبد العزيز (2004): معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية، الكويت.
38. شعبان حسن، مرسلينا، (2013)، حركة العينين السريعة والمتابعة وإعادة المعالجة في الاضطرابات التالية للصدمة، مقال منشور بموقع: [www.arabpsynet.com/Documents/DocMarcelinaEMDR.pdf](http://www.arabpsynet.com/Documents/DocMarcelinaEMDR.pdf)
39. شعبان فضل امحمد (2008): العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات، الدار الجامعية، غرمان، ليبيا.
40. شقير زينب محمد (2002): احذر اضطرابات الاكل، الشره العصبي، السمنة المفرطة، فقدان الشهية العصبي، ط02، مكتب النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
41. شمسي حسان باشا (2007): ارتفاع ضغط الدم الأسباب والأعراض والعلاج، ط4، دار البشير، جدة، المملكة العربية السعودية.
42. صفوان مصطفى (2018): التحليل النفسي - علما وعلاجا وقضية، هيئة البحرين للثقافة والآثار، مملكة البحرين.
43. طه فرج عبد القادر (1990): علم النفس النمو، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
44. عابد عواد الوريكات (2004): نظريات علم الجريمة، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
45. عادل عبد الله محمد (2009): العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة، مصر.
46. عباس فيصل (1992): التحليل النفسي والاتجاهات الفرو يديه، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان.
47. عبد الخالق احمد (1993): اضطراب الضغوط التالية للصدمة، عالم الفكر، الكويت.
48. عبد الخالق احمد (1994): مبادئ التعلم، ط 02، دار المعرف الجامعية، الإسكندرية، مصر.
49. عبد الخالق احمد (2000): دراسة ابيميولوجية للاضطرابات التالية الاحداث الصدمية، مكتبة الانماء الاجتماعي، الكويت.
50. عبد الخالق أحمد محمد (2006): الصدمة النفسية، ط2، دار اقرأ، مصر.
51. عبد الرحمان بن موسى (2015): العنف الإرهابي منذ الطفولة والمراهقة، علامات الصدمة والحداد في الاختبارات الإسقاطية، ط 02، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.



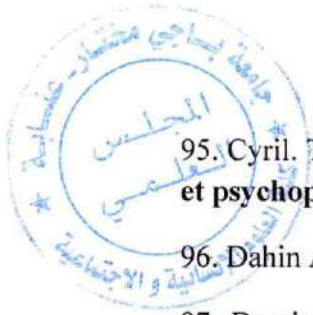
52. عبد الستار إبراهيم (2000): العلاج النفسي الحديث، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
53. عبد القادر فرج طه (2002): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد وصباح، الكويت.
54. عبد القادر فرح (1993): موسوعة علم النفس وتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت.
55. عبد الله تيسير، أبو عيشة زاهدة (2012): اضطرابات ما بعد الصدمة النفسية، دار وائل، عمان، الأردن.
56. عبد المنعم حنفي (1994): موسوعة علم النفس والطب النفسي، ط 4. مكتبة مدبولي، القاهرة، مصر.
57. عسكر علي (2000): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط2، دار الكتاب الحديث، الكويت.
58. عكاشة احمد (2023): علم النفس الفيسيولوجي، طبعة 14، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
59. غراب هشام احمد (2014): الصحة النفسية للطفل، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
60. غسان يعقوب (1999): سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، دار الفارابي، بيروت، لبنان.
61. فرج صفوان (2000): المشكلات النفسية عند الاطفال، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
62. فرغلي علاء الدين بدوي (2008): مهارات العلاج المعرفي السلوكي، مكتبة النهضة المصرية، مصر.
63. قاسم حسين صالح (2017): الاضطرابات النفسية والعقلية، ط2، دار دجلة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
64. القاطرجي نهى (2003): الاغتصاب دراسة تاريخية نفسية اجتماعية، مجد المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
65. قطامي يوسف (2004): النظرية المعرفية الاجتماعية وتطبيقاتها، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
66. كلاوس شويخ، شرايكنه غيرت (2006): الكرب أو الشدة النفسية أفكار-نظريات-مشكلات، ترجمة الياس حاجوج، دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة، دمشق، سوريا.
67. كيربي روتر (2024): دليل عملي لمهارات العلاج الجدلي السلوكي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، ط 2، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
68. لابلاتش، بوتاليس (1997): معجم مصطلحات التحليل النفسي، ط4، ترجمة مجد، المنظمة العربية للترجمة، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان.
69. ماثيو ماكاي. ميشيل سكين. باتريك فانينج (2022): العلاج المعرفي السلوكي حل القلق، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
70. محمد الحجار (1999): الوجدان في فن ممارسه العلاج النفسي السلوكي، دار النفائس، بيروت، لبنان.
71. محمد نجيب أحمد الصبوة (2019): دليل عملي لتكامل علاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
72. مراد علي عيسى سعد، مصطفى كامل جمعة، محمد فتح الله (2022): اضطراب الصدمة وضغوط ما بعد الصدمة - التشخيص والإدارة والعلاج، دار الفكر للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
73. مرسلينا حسن شعبان (2013): الدعم النفسي ضرورة مجتمعية، اصدارات شبكة العلوم النفسية العربية.
74. مزوز بركو، بوفولة بوخميس (2016): علم النفس الصدمي، ط1، دار قانة، باتنة، الجزائر.
75. مصطفى نوري عبد الرحمان (2009): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط 02، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
76. منسي محمود عبد الحميد (2007): الصحة وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية، ط2، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
77. ميرفين سموكر، ريشكو، كونراد (2010): مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، دار الكتاب الجامعي للطباعة والنشر، الامارات العربية المتحدة.



78. النابلسي احمد (1991): الصدمة النفسية علم النفس الحروب والكوارث، ط4، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
79. النابلسي احمد محمد، (1991): الصدمة النفسية علم النفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
80. النابلسي حسين عبد القادر أحمد (2000). التحليل النفسي: ماضيه ومستقبله، دار الفكر المعاصر، القاهرة، مصر.
81. هبة خالد سليم (2019): الدراما السيكودراما: السوسيو دراما وتطبيقاتها في العملية التعليمية، دار أمانة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
82. هيرون كريستين (2005): العلاج بالاسترخاء: الدليل العملي، ط 2، دار فاروق للنشر والتوزيع، مصر.
83. وليد خالد (2013): معالجة الاضطرابات التالية للصدمة بعلاج ابطال التحسس بحركة العين، شبكة العلوم النفسية والعربية، الجزائر.
84. وليد خالد عبد الحميد (2013): أفاق جديدة معالجة الاضطرابات التالية للصدمة بعلاج ابطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، الكتاب العربي للعلوم النفسية، العراق.
85. يعقوب غسان (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، دار الفارابي، بيروت، لبنان.

#### قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

86. Amaury. M, Julie. R (2023) : **Le Grand Livre du trauma complexe - De L'Enfant à l'adulte** Fondements - Enjeux cliniques - Psychopathologie - Prise en charge, Edition Dunod, France.
87. André. pierre (2006) : **Psychiatrie de l'adulte**, Heures de France, Paris, France.
88. Barara. H (2016): **An EMDR Therapy Primer: Second Edition: From Practicum to Practice** second Edition, springer-publishing company, New York.
89. Bergeret. J (1982) : **Psychologie Pathologique, théorique et clinique**, édition Masson, Paris, France.
90. Beriault. M (2005) : **Guérir avec L'EMDR preuve et controverse**, Editions du Centre de psychologie appliquée, France.
91. Christophe. M. (2021) : **L'EMDR : Histoire, méthode et techniques pour se libérer de ses traumatismes et dépasser ses blocages**, 2e édition, Edition EYROLLES, France.
92. Coraline. H. Wissam E (2020) : **Le trauma ? Comment s'en sortir**, Editions De Boeck Sup, France.
93. Coutanceau. R (2012) : **Trauma et résilience**, Dunod, Paris.
94. Crocq. L (2012) : **seize leçons sur le trauma**, Odile Jacob, France.



95. Cyril. T (2017) : **Pratique de l'EMDR : Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques**, Edition Dunod, Paris, France.

96. Dahin A-F (2014) : **La Victime dans tous ses états**, Edition Fabert, France.

97. Damiani. C (1997) : **les victoires violences publiques et crimes**, Prives Board, Paris, France.

98. De Clercq M (2002) : **les traumatismes psychiques**, deuxième édition, Paris, France.

99. De clercq M. (1997) : **Urgences psychiatriques et intervention de crise**, De boeck, Paris, France.

100. De Clercq .M et lebigot. F (2001) : **les traumatismes psychiques**, Editions Masson, Paris, France.

101. Evelyne J , Alain B , Erik S , Eric B , Louis C (2023) : **Le traumatisme psychique chez l'adulte**, Editions De Boeck, France.

102. Isabelle Poirot, Agnès Brion (2024) : **Psychothérapies des troubles du sommeil de l'adulte**, éditions Elsevier, France.

103. Jacques D. Garnier M (2017) : **Dictionnaire illustre des termes de médecine**, 32<sup>e</sup> éd, Edition Maloine, France.

104. Jean C (2020) : **Les psychothérapies cognitives et comportementales**, Edition : Elsevier Masson, France.

105. Kédia M. Aurore S (2020) : **Aide-mémoire – Psychotraumatologie**, 3<sup>e</sup> édition, Dunod, France.

106. Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Barad, M. (2007) : **Inscribing trauma in culture, brain, and body**, Combridge university dress. New York.

107. Lachey B (2001) : **psychology an Intraduction**, 07 th ed, Mc giw Hill éducation, University of Chicago.

108. Laplanche J et Pantalís J.B (2007) : **vocabulaire de psychanalyse**, sous la direction de Daniel Lagache, Presses universitaires de France, Paris, France.

109. Lebigot. F (2012) : **De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique**, Bibliothèques de l'UJF, et de Grenoble INP. France.

. Lebigot F (2005) : **Traiter les traumatismes psychiques**, Dunod, Paris, France.110

111. Lee, C. & Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002) : **Treatment of post-traumatic stress disorder : A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitisation and reprocessing**, Journal of Clinical Psychology, 58, 1071-1089.

112. Louis Jehel, Gérard Lopez, Odile Kremp, Aurore Sabouraud-Séguin, Karen Sadlier. (2006) : **Psychotraumatologie : Évaluation, clinique, traitement**, Edition Dunod, France.
113. Ludivine Bissler (2012) : **Le cancer et la question du trauma psychique**. L'aide-Mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin, édition, Dunod, paris, France.
114. Marc-Antoine Crocq, Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer, Charles-Bernard Pull, Marie-Claire Pull (2015) : **DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, Elsevier Masson, France.
115. Mini DSM-IV ntr (2004) : **Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux**, Masson, Paris, France.
116. Monique C. Cormier. Aline F (2018) : **Les dictionnaires Larousse**, Presses de l'Université de Montréal, Canada.
117. Monique D F (2011) : **Cet autre divan, psychanalyse de la mémoire du corps**, PUF, Presses Universitaires de France, France.
118. Nassikas K (2003) : **Le trauma et le langage des sens**, Evolution psychiatrique (n° 2 vol 68)
119. Norbert sillamy (2010) : **Dictionnaire de la psychologie**, Larousse, Bordas, Paris, France.
119. Nutt David, Murray Stein, Joseph Zohar (2009) : **Post-traumatic stress disorder diagnosis management and treatment**, 2nd edition, informa healthcare, united kingdoms.
120. Perron, R (1983): **L'agression c'est les autres**, édition Bordas, Paris, France.
121. Philippe A (2021) : **Retrouver le sommeil sans se prendre la tête**, Edition First, France.
122. Philippe Az (2021) : **Sommeil, fatigue et troubles cognitifs**, De Boeck supérieur, Neuropsychologie, France.
123. Postel. J (1998) : **Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique**, Larousse, France.
124. Robert, Paul ; Rey-Debove, Josette ; Rey, Alain (2008) : **Le Nouveau Petit Robert 2008 : Dictionnaire Alphabétique Et Analogique De La Langue Française**, French Edition, Hardcover, France.
125. Rosenzweig Julie (2017) : **Understanding neurobiology of psychological trauma**, School of social work, Portland state university.
126. Scotty mj. Plame vs (2003): **Trauma and post-traumatic stress disorder**, sage publication company, London.
127. Shapiro F (2018): **Eye movement desensitization and reprocessing EMDR therapy: basic principal, protocols, procedures 3<sup>rd</sup>**. The Guildford press, New York.

128. Shapiro F (2022) : **Manuel d'EMDR : Principes, protocoles, procédures**, 2e édition, Edition Dunod, France.

129. Steve H (2019) : **Le Trauma, quelle chose étrange**, Edition Ça et là, France.

130. Tarabulsy George. M. Marc A. Provost, Sylvie Drapeau, Émilie Rochette (2008) : **l'évaluation psychosociale auprès de famille vulnérables**, presses de l'université du Québec, Canada.

131. Van Der Kolk. Bessel. A (1994) : **Psychological trauma**, london manufactured in the united states on acid free paper.

132. Yves D (2019) : **Les troubles du sommeil**, 3 edition, Elsevier, France.

