

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة العربي بن مهيدي

أم البواقي

كلية: العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم: العلوم الاجتماعية

محاضرات في علم النفس الصدمة

-مطبوعة بيداغوجية مقدمة لطلبة السنة الأولى ماستر

تخصص علم النفس العيادي – السداسي الثاني-

الموسم الجامعي

2020-2019

فهرس المحتويات

تمهيد:.....05

أولاً: الصدمة النفسية:.....06

1- لمحة تاريخية عن ظهور مصطلح الصدمة النفسية:.....08-07

2- تعريفات الصدمة النفسية:.....12-08

1. لغوياً:..

2. إطلافاً:

3- تطور مفهوم الصدمة النفسية :13

1. ظهور مصطلح مصاب الصدمة:17-15

2. مصاب العرب:14

1. النظريات المفصرة للصدمة النفسية:17

2. التحليل النفسي:17

3. النظرية السلوكية:26

4. النظرية المعرفية:27

5. النظرية العصبية البيولوجية:29

6. معايير تحديد الصدمة:30

7. أهم الحالات المرضية التي تخلفها الصدمة النفسية :36

8. التناذرات الكبرى للصدمة النفسية :38

9. تأثيرات الصدمات النفسية على الأطفال:.....44

10. الصدمات النفسية وانعكاساتها على المراهقين:.....47

ثانياً: حالة الإجهاد ما بعد الصدمة:49

I. نبذة تاريخية عن ظهور مصطلح الإجهاد:49

II. تعريفات الإجهاد:51-49

III. ردود الفعل البيوفسيولوجية النفسية لمصطلح الإجهاد:52

1. الإجهاد المتكيف:55

2. الإجهاد الغير متكيف:57

IV. اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة :60

V. بين الإجهاد والصدمة:61

VI. العصاب الصدمي و اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة :62

63.....	1.	العصاب بعد الصدمة :
63.....	2.	إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة :
64	VII.	الأنساق المفترسة للإجهاد:
64.....	1.	النسق النظري لهانزسيلي:
65.....	2.	النسق النظري لسيلبرجر:
66.....	3.	النسق الفكري لهينري موراي:
67.....	VIII.	السياق التاريخي لظهور إجهاد ما بعد الصدمة PTSD:
70.....	IX.	مظاهر التشخيص في DSM-IV.TR:
74.....	1.	المواصفات : ..
74	2.	المظاهر المتلازمة والاضطرابات :
75	X.	عوارض حالة الإجهاد ما بعد الصدمة:
75.....	1.	مرحلة الضمون :
76.....	2.	معايشة الحدث الصدمي:
76.....	3.	تكرار معايشة الحدث الصدمي :
77.....	4.	تجنب المثيرات :
78	XI.	النماذج المفترسة لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة:
78.....	1.	النموذج البيولوجي:
79.....	2.	النموذج السيكولوجي :
79.....	3.	نظرية التعلم و التشريط:
80.....	4.	معالجة الانبعاثات:
80.....	5.	النموذج المعرفي:
81.....	6.	مظاهر التشخيص في DSM-IV.TR:
84.....	7.	معايير التشخيص:.....
	7.	ثالثا: أساليب التعامل مع الصدمات النفسية: العلاجات المتداولة
89	I.	العلاجات التحليلية.....
90.....	1.	العلاجات السيكودينامية.....
93.....	2.	العلاج بتقنية إزالة الحساسية عن طريق تدوير حركة العين.....
93.....	أ.	التعريف بالتقنية.....
94.....	ب.	مبادئ التقنية.....

94.....	ج. مراحل التقنية
	II. العلاجات المعرفية السلوكية.
98.....	تصميم:
98.....	1. نظرة عامة حول العلاج المعرفي السلوكي
100.....	2. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
101.....	3. المبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي
103.....	خاتمة العمل
104.....	قائمة المراجع

تمهيد:

لقد حاولنا من خلال هذه المطبوعة البيداغوجية أن نقدم عملا علميا لفائدة طلبة السنة الأولى ماستر تخصص علم النفس العيادي والذي نتناول من خلاله أحد أهم فروع علم النفس - علم النفس الصدمي- والذي يأخذ بالدراسة والتحليل مفهوم الصدمات النفسية وتأثيرها على النفس البشرية ذلك أنها وحسب التعريف الوارد في الطبعة الرابعة المنقحة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المنقح (DSM-IV) (TR,2000) الذي يصدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية) هي : حدث كبير وجسيم وفجائي ،خارج عن النطاق المألوف واستثنائي وخطير، مما يدخل الأفراد في دوامة من العجز للتكيف معه ، وتتمثل في الأفعال المقصودة (الاعتداء الجسدي،الاغتصاب ،السرقه ، السطو بالقوة ، أعمال إرهابية ،حروب)، والحوادث العامة(حوادث الطرقات،الحرائق،حوادث العمل،حوادث صناعية)،والكوارث الطبيعية(الزلازل ، الفيضانات ، الأعاصير ، انزلاقات التربة....).

لقد ارتبطت توظيف مصطلحي الصدمة النفسية وحالة الإجهاد ما بعد الصدمة بصورة لم يعد هناك إرباك لمعنى استعمالتهما، سنحاول أن نعرض في هذا العمل مقارنة كاملة للصدمة النفسية، ثم مراحل تطور الدراسات النفسية حول هذا الموضوع والمصطلحات المتعاقبة، التي تعبر عنه إلى غاية إقرار الجمعيات العلمية العالمية المرجعية ،(جمعية الطب النفسي الأمريكي، ومنظمة الصحة العالمية) بتوظيف مصطلح الاضطرابات البعد صدمية أو حالة الإجهاد ما بعد الصدمة، ونتناول أهم النماذج والنظريات المفسرة للإجهاد والصدمة النفسية(حالة الإجهاد ما بعد الصدمة) ومعايير تشخيصها وأدوات قياسها وأهم أنواع الأمراض النفسية الناجمة عنها كما تناولنا بكثير من التفصيل خصوصية الصدمات النفسية وكيفية تأثيرها على الطفل والمراهق مركزين على أهم المقاربات العلاجية التي يتبناها المعالجون النفسيون

للتخفيف من حدة الإضطرابات النفسية الناجمة عن مختلف الصدمات النفسية والضغط التي ما فتئت تصبح أكبر هم يواجه البشرية ويعمل على جعلها تعيش صور المعاناة المختلفة.

أولاً - الصدمة النفسية:

إن الحوادث الشديدة والعنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة تخلف ما يسمى بالصدمة النفسية *TRAUMA* ، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها لأنها حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه ، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة، وقد ينتج عن هذا تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف والعجز أو الرعب وأعراض أخرى خطيرة يجب معالجتها.

1 | لمحة تاريخية عن ظهور مصطلح الصدمة النفسية:

المواجهة مع تحديد الحياة هي ما اصطلح على تسمية العصاب الصدمي أو المرضي *Névrose Traumatique* ، ولعل أقدم قصة حول هذا العصاب هي قصة المحارب الأثيني الذي ذكره (هيرودوتس) الذي أصيب بالعمى نتيجة لمجابهته المفاجئة لعدو ضخم الجثة ، جعله يحس أن مونه بات وشيكا (محمد فرج عبد القادر طه ص:56) ولعل ابن سينا هو أول من درس العصاب الصدمي بطريقة عملية تجريبية ، فقد قام بربط حمل بذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع أحدهما أن يطول الآخر ، فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره ، ومن ثم موته، وذلك بالرغم من إعطائه نفس كميات الغذاء التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية ، وبهذا سجل ابن سينا وأرسى مبدأ أثر العصاب الصدمي الذي يمكن أن يؤدي إلى الموت خوفاً فكانت المحاولة لمعرفة الإجابة على آثار الصدمة النفسية على الحيوان، ومن ثمة إلى الإنسان (محمد فرج عبد القادر طه، شاكركنديل، مصطفى كامل عبد الفتاح، ص:56).

إلا أن تسمية وضعية الشعور بتهديد الحياة (اقترب الموت) باسم العصاب الصدمي تدين بها العالم *Oppenbeim* عام 1889 ليوضح ما أصاب عمال القطارات من رعب، وأثار نفسية بعد حادث من حوادث القطارات. ولقد أثار هذا الطرح معارضة العالم *Charcot* الذي لم يرى في هذه الآثار سوى نوعا خاصا من أنواع الهستيريا، أو ربما من أنواع الهستيريا (النوراستانيا). وفي تيار *Charcot* اهتم كل من *Jannet* و *Freud* بدراسة الدور المرضي الذي تسببه الصدمات النفسية والذكريات المنسية ذات الطابع الصدمي في الوعي، وبهذا توصل كلاهما للاوعي الذي يحفظ في المنسيات والمكتوبات الصدمية، كما توصل كلاهما إلى مبدأ التطهير *Catharsis* ويعني العمل على اخراج الصدمة، أو الصدمات من اللاوعي وتذكير الوعي بها حتى يتخلص المرء من أثرها الصدمي، وبالتالي يستعيد توازنه، ولغاية نشوب الحرب العالمية الأولى، كان العصاب الصدمي قد أصاب عدد كبير من الناس ويشكل بهذا عصابا صدميا جماعيا، فاصطلح لفظاً عصاب الحرب وما بين الحرب العالمية الثانية ركزت في ميدان طب الأمراض العقلية العسكرية الذي عرف بصدمات القذائف القطع وخصصت الدراسات في متابعة الآثار البسيكولوجية للصدمة عند المحاربين في سنة 1970 . (*Quebec.Masson* .148.p.1999)، وفي عام 1974 نشر العالمان *Hohnstrom* و *Bugess* مقالات حول تناذر الصدمة موضحين الآثار النفسية والسوماتية عند التعرض لصدمة ما.

وحدة اللفظ لأول مرة في D.S.M4 في 1980 وأدخل اسم جديد اضطرابات الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة P.T.S.D إلا أن الفكرة تبلورت بدقة عن الصدمة النفسية وأثارها وبعض الأمراض البسكوسوماتية أو عصابية كالوهن النفسي والهستيريا (*Léchère .Décembre 1999*).

2. تعريف الصدمة النفسية:

يرجع تنوع التعاريف إلى اختلاف وجهة النظر المنبثقة من النظريات المختلفة، غير أن الخطوط العريضة يتفق عليها كل المختصين في الميدان وتنسجم حولها أفكارهم، وعموماً فالتعاريف السابقة التي تطرق إليها علماء النفس تتداخل في أنها حدث عاطفي وانفعالي في حياة الشخص، يمس التوازن النفسي ويحدث غالباً اضطراباً إما ذهنياً أو عصبياً أو جسدياً، ويتحدد هذا الحدث بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه على الاستجابة الملائمة اتجاهه.

2-1 - لغوياً:

الكلمة الأصلية انبثقت من الكلمة اليونانية *TRAUMA* هو جرح أو ضرر يلحق بأنسجة الجسم، وتستعمل حديثاً عبارة الصدمة النفسية لوصف وضع يجرب فيه الشخص حدثاً صعباً رافقه جرح نفسي، وتدل على حالة الأشخاص الذين يتعرضون لأحداث خطيرة ويلحقهم أذى نفسي مع وجود أو عدم وجود إصابات جسدية، وهؤلاء هم ضحايا الصدمات المختلفة التي تخلفها الكوارث الطبيعية والحوادث الصناعية، وحوادث السيارات والاعتداءات الجنسية أو الأمراض البدنية المزمنة أو الخطيرة.

2-2 - إصطلاحاً:

يطلق اسم الصدمة النفسية على كل تجربة أدت إلى أثر حاد نتيجة رعب أو قلق أو خجل أو ألم نفسي، تحدث الصدمة أو الأزمة عندما يتعرض الفرد لوضع استثنائي من أهم مميزاته، أنه يعتبر خارج حدود الخبرة الإنسانية الاعتيادية، ويسبب ضيقاً شديداً لكل من تعرض له، ومن أمثلة ذلك: التعرض للتعذيب، العنف، الاعتقال، الاغتصاب، فقدان عزيز أو أشياء مادية هامة إلى غير ذلك ...

✚ إدراك الفرد له بأنه وضع بالغ الصعوبة، يفوق القدرة على الاحتمال، ويشكل نوعاً من الخطر على سلامته، وأهدافه الحياتية وعلى تلبية حاجاته الأساسية.

✚ أنه يفوق في حدته مصادر، واليات الفرد الاعتيادية على التكيف.

✚ أنه يتسبب في انهيار القدرة على مواجهة الوضع الطارئ، ويؤدي إلى فقدان حالة التوازن النفسي. أما (فرويد، 1920، FREUD) فيرى أنها تجربة معاشة تحمل للحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبياً زيادة كبيرة جداً في الإثارة لدرجة أن تصفيتها أو إرسالها بوسائل التسوية المألوفة تنتهي بالفشل مما ينجر معها لا محالة اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية ووظيفتها. (الناقلي، 1991، ص: 16) وفي كتابه ما وراء مبدأ اللذة يعرف الصدمة بأنها: كل إثارة خارجية قوية، قادرة على إحداث انهيار في الحياة النفسية للفرد، الصدمة تعبر عن حوادث شديدة ومؤذية ومهددة لحياة الفرد، بحيث تتطلب مجهود غير عادي لمواجهتها والتكيف مع الوضع الجديد. ويعرفها (ميتشل وافرلي EVERLY MITCHEL) بأنها أي حادث يتعرض له الفرد ويخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع إمكانية تمزيق حياته بشدة، وينتج 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 أو الرعب. بينما يعرفها (إبراهيم عبد الستار 1998، الاكتتاب، اضطراب العصر الحديث، عالم المعرفة، الكويت) بكونها حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة، ويفجر الكيان الإنساني ويهدد حياته، بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف معه. (حجازي، 1987، ص: 300).

- أما بالنسبة لـ (جان لابلانش وبونتاليس) فيرى أنها حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عن الاستجابة الملائمة حياله وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب آثار دائمة مولدة للمرض، وتصنف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الآثار تكون مفردة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الآثار وإرضائها نفسياً (جان

لابالانش وبونتاليس ، ي ، 1987، ص:300). كما يعرفها *J. Bergeret* على أنها

تجربة غياب الإسعافات في أجزاء الأنا والتي يجب أن تقوم بتجميع الاستنارات مهما كان مصدرها داخلي

أو خارجي والتي لا يمكن التحكم بها. (*J. Bergeret Opcit. p. 287-288*)

والتعريف الوارد في الطبعة الرابعة المنقحة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المنقح (*DSM-IV*)

الذي يصدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية لاضطرابات الضغوط التالية

للصدمة (*POSTE TRAMATIC STRESS DISRDER, PTSD*) هو : حدث كبير وجسيم وفجائي

، خارج عن النطاق المألوف واستثنائي وخطير، مما يدخل الأفراد في دوامة من العجز للتكيف معه ، وتتمثل

في الأفعال المقصودة (الاعتداء الجسدي، الاغتصاب ، السرقة ، السطو بالقوة ، أعمال إرهابية ، حروب)،

والحوادث العامة (حوادث الطرقات، الحرائق، حوادث العمل، حوادث صناعية)، والكوارث الطبيعية (الزلازل ،

الفيضانات ، الأعاصير ، انزلاقات التربة...) تعتمد أغلب الدراسات النفسية في تعريفها لاضطرابات

الضغوط التالية للصدمة على الأعراض الثلاثة الكبرى المميزة له والمعبرة أيضا عن الصدمة

النفسية، وهي: ردود فعل الفرد النفسية والجسمية إزاء حدث صادم ، تتميز بثلاث خصائص كبرى (تكرار

معايشة الخبرة، التجنب والخدر، زيادة الإثارة)، وتظهر بعد ثلاثة أو ستة أشهر أو سنوات بعد الصدمة.

أما تعريف منظمة الصحة العالمية لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة (*TRAMATIC POSTE*)

(*STRESS DISRDER, PTSD*) فهو من اضطرابات الحصر نتيجة التعرض لحدث مؤلم ، يصل

بعضها إلى حد تهديد حياة الفرد، وقد تشمل هذه الأحداث اعتداءات إرهابية، وحوادث سيارات ، أو اعتداءات

عنيفة ، أو اعتداءات جنسية، أو فقدا أحد أفراد الأسرة إلى غير ذلك ، معايشة هذه المواقف أو مشاهدتها

يولد لدى العديد من الأفراد مشاعر خوف وعجز وغضب والعديد من الأعراض النفسية. ويعرفها (فاروق

السيد عثمان : 2001 القلق وإدارة الضغوط النفسية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ص: 99) بكونها مجموعة

ردود الأفعال الحسية نتيجة لمواقف الفرد اليومية المننتقلة إلى الدماغ على شكل مواقف وتعايير غير قابلة للترجمة الآتية الأمر الذي يؤدي فيما يعد إلى انحباسها داخل النفس البشرية ،ويرى بأن تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة.

أما بالنسبة لتعريف الصدمة من وجهة النظر التحليلية : فقد كان يعتبر أصل كل عصاب هو مرتبط بحدث عنيف ذو طبيعة جنسية ،يحدث في حياة الفرد مبكرا ،لذلك فمفهوم الصدمة كان حاضرا منذ ظهور أول الدراسات حول الهستيريا .هذا المفهوم توسع فيما بعد ،خاصة خلال الحرب العالمية الأولى أين اهتم فرويد بالعصاب الصدمي ، في كل الحالات الصدمية هناك مفهوم اقتصادي مرتبط بمقدار الطاقة ،أي التحدث عن الصدمة التي تشير إلى أحداث عنيفة أثارت سيرورات نفسية ،تكون قوتها تفوق تحمل الاثار. النتيجة التي تفرض نفسها في أن الصدمة ليست مرتبطة فقط بطبيعة الظاهرة ،بل بما ينجر عنها من نتائج وردود فعل كل فرد (Rojer Perron ,2000.p.80).ويرى **N.SILLAMY** أن الصدمة حادث عنيف قابل لشن اضطرابات جسدية ،ونفسية تؤثر على البنية الشخصية ،وان لم تكن هذه الآثار يمكن اعتبارها أزمة عابرة وحسب SILLAMY الصدمة تكون دائما متبوعة بمجموعة من الاضطرابات النفسية والجسدية التي تكون غالبا مستمرة ،أي ما يعرف بتناذر ما بعد الصدمة أهمها:

عدم الاستقرار.

الضعف.

العياء النفسي.

فقدان الذاكرة.

النكوص إلى مرحلة طفولية، الهروب إلى الإدمان وتعاطي الكحول والمخدرات.

توهم المرض.

كما لا يفوتنا أن نذكر تعريف *DSM4* : شخص كان عرضة أو عاش أو واجه حادث أو مجموعة من الحوادث أين وجد أشخاص قتلوا أو عرضوا للقتل ،أو أنه هو قد هدد بالموت أو أن الجملة الفيزيائية للفرد هددت أو حطمت:

أ / - رد فعل نفس الشخص أوجد إثارة انفعالية تتميز ب: عدم القدرة على النشاط الخوف الشديد،رعب وهلع.

ب/- إعادة معايشة الحدث الصدمي في أشكال متعددة مثل:كوابيس متكررة ، ذكريات متكررة وملاحظة في صورة وتذكير *BACK FLASH*، وهن نفسي كلما تعرض لمثير يذكره بالحادث يكون داخلي أو خارجي أو رمزي.

ت/- ديمومة واستمرار السلوك ألتجنبي ،ويعني اضطراب الشخص غالى بذل مجهود ليسيطر على الأفكار أو العواطف أو المواقف أو النشاطات ذات العلاقة بالحادث (حوارات ،أماكن ،أشخاص..).

ث/- عدم القدرة على تذكر عامل جد مهم في الصدمة النفسية :الإحساس بالاعلاقة أو بالغرابة مع الآخرين،تنشيط للعواطف والتطلعات الطبيعية كالحنان،الألفة الجنسية،يحس المصدوم أنه فرد مجني عليه ،بتر مستقبله FUTUR AMPUTE .

ج/- أعراض عصبية إعاشية جد نشيطة:إضطراب النوم،الحساسية النفسية،سرعة الاستثارة النفسية والغضب،اضطرابات إدراكية وردود أفعال فيزيولوجية عندما يتعرض لمواقف تذكره بالحادث.

ح/- الصدمة تنشئ إكلينيكيًا اضطرابًا علائقيًا على الصعيد الاجتماعي والعلمي (*DSM4 ,MASSON*).
(*QUBEC ,1999,P,182*)

3- لمحة تاريخية عن ظهور علم النفس الصدمة: (تطور مفهوم الصدمة النفسية):

3-1/ ظهور مصطلح عصاب الصدمة:

إستعارة مصطلح الصدمة من العلوم الفيزيائية وعلم أمراض التشريح، والانتقال بالمفهوم من الصدمة العضوية التي ينتج عنها الجروح ورضوض إلى الصدمة النفسية للدلالة على إصابات وجروح في الجهاز التنفسي الفرد، فالصدمة النفسية هي نقل لمؤثرات حسية قوية (ليست فيزيائية)، سببها عوامل نفسية خارجية إلى الجهاز النفسي (ليس على الجسد)، هذه التنبهات خطيرة يتم التعرف عليها ضمن السجل الوحيد وهو الجهاز النفسي، أما العوامل الفيزيائية المرافقة لها تأخذ بعين الاعتبار في حدود تأثيرها النفسي الناتج عنها (كروك 1996، *Croc*) وظف مفهوم الضغط (التوتر) خاصة في الفيزياء من طرف (هوك *Hooke*) ليعبر به عن القوة الضاغطة التي تؤدي إلى تغيير شكل المعدن وحجمه.

أهمية الأعراض النفسية المرضية الناجمة عن الصدمات ليست حديثة، وقد ذكرت في العهود القديمة ووردت في الكتابات الأولى عن حالة (جيلغماش *Gilgamesh*) منذ 2200 سنة قبل الميلاد. التي ذكر فيها شدة صدمة مواجهة الموت، حيث أن جيلغماش كان في حسرة دائمة نتيجة تصوره لموته الحتمي، كما وردت أيضا في الكتابات السومرية البابلية حول بطل سومري في لحظات موت أحد أصدقائه أثناء الحرب، بعد ذلك تلت نصوص تاريخية عديدة قدمت ملاحظات عديدة عن أمراض نفسية تلي التعرض لصددمات نفسية، وتناولت الكتابات العربية الإسلامية (ابن سينا والرازي) الأعراض الناجمة عن إصابات جسمية مرضية أو رعب شديد، وبدأ مفهوم الصدمة يتحدد أكثر في الكتابات الغربية للتعبير عن مظاهر نفسية معروفة، حيث قام الطبيب النفسي الألماني (هيرمان أوبنهايم *Herman Oppenheim*) في سنة بتصنيف الأعراض لدى الحالات التي تعرضت لصددمات نفسية وأطلق عليها مصطلح عصاب الصدمة *Traumatischen Neurosen* وتمييزها عن حالة الهستيريا والوهن العصبي، انطلاقا من تفسيرات

نشوءية نفسية Psychogénique، وخلص إلى تحديد الأعراض الإكلينيكية التي ذكرها في كتابه *Die Traumatischen Neurosen* المتمثلة في ذكريات دخيلة، قلق أمام كل ما يذكر الفرد بالصدمة، اضطرابات النوم وكوابيس، مزاج متقلب وفرط الحساسية، انطواء حول الذات وانعزال، كما شملت دراسته أيضا حالات ظهور الأعراض بعد فترة زمنية من وقوع الصدمة، بينما (جون مارتين شاركو) رفض مثل هذا التصنيف المستقل لعصاب الصدمة، واعتبرها مرحلة وسطية *Période de méditation* حسب ما ذكره (كروك، 1999). (Croqc ,1999).

وفي سنة 1889 (ايميل كريبلان، أسس مصطلحاً عصاب الفزع *Névrose D'effroi* وصنّفه كحالة مستقلة عن هستريا الصدمة النفسية، ولاحظ أن فردا شاهد أو تعرض لحادث مؤلم يمكن أن يصاب بعصاب الفزع مع ظهور أعراض تكرر معايشة الأحداث المرتبطة بالصدمة، نوم مضطرب، اضطرابات علائقية، تقلص مجال الاهتمامات، وأعراض اكتئاب، وتوهم المرض، وفي نفس العام قدم (بيار جاننت) آراءه حول الأوتوماتيزم الآليات الذاتية النفسية وعرض في دراسته ثمانية حالات ممن يعانون من الصدمة النفسية، كما أورد كتاباته حول خمسمائة وواحد وتسعون حالة أن مئة وستة وسبعون منهم سبب مرضهم يعود إلى انفعالات قوية تلك التي تعرف حديثا بالصدمة النفسية، وبدأ في استعمال هذا المصطلح سنة 1919. حيث أوضح (جاننت) أن هؤلاء المرضى يتميزون بعدم قدرتهم على التخلص من الذكريات المرتبطة بحادث الصدمة، قائلا: عندما يكون الفرد مصدوما بذكريات مؤلمة يحاول نسيانها بالذهاب بعيدا ومعه أحزانه اللصيقة بها التي ترحل معه حيث انتقل.

3-2 - عصاب الحرب:

تجلت المعرفة العلمية حول الاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة النفسية أثناء وبعد الحروب التي هزت العالم في القرن العشرين وغذت البحث في هذا المجال، فقد لعبت الحرب الروسية اليابانية

(1904-1905) دورا حاسما في تاريخ مصطلح الصدمة النفسية للحرب، في عام 1907 أدخل الطبيب النفسي الألماني (هونغمان *Honigmann*) مفهوم عصاب الحرب ك تصنيف سببي لمرض عصاب الصدمة وقدم ملاحظات عيادية قيمة (Crocq, 2001) وكانت أهم الأمراض النفسية الملاحظة تتمثل في ثلاثة أنواع: حالات الخوف، الهستيريا، الوهن العصبي أو النفسي، وأثناء اندلاع الحرب العالمية الأولى عام 1915 دراسات (جورج ميليام *Georges milliam*) ركزت على سببين رئيسيين لعصاب الحرب، الصدمة الانفعالية واستنفاد الجهد البدني الذي يحدث عند تعرض الفرد للصدمة، أما الأطباء النفسانيين في وحدات القتال فقد ركزوا على أسباب ما بعد الانفعال وليس على الصدمة، والاهتمام بأنواع الأمراض النفسية التي تخلفها الحروب لكون بعض الأعراض تزول بعد فترة، بينما يستمر بعضها الآخر في التطور والتعقيد وأطلقوا مسميات عديدة عليها منها: قلق الحرب، الوهن العصبي الحربي أو النفسي، وأيضا هستيريا الحرب (Crocq, 2001)، وخلال هذه المرحلة كان لمدرسة التحليل النفسي دور مهم في تحديد المصطلح، حيث قام كل من (سيجموند فرويد، ساندور فيرننتزي، أوتو فينشال) بدراسة الاضطرابات الناجمة عن الصدمة بعمق واعتبروها من عصابات الحرب (عصاب الحرب *War neurosis*)، لأنه مهما كان نوع الحدث الصادم مباشر، كلي أو جزئي فانه يؤثر بصفته كجسم غريب على الجهاز النفسي مما سبب ألم ومعاناة نفسية لاحقة وبصفة غير مباشرة إضافة إلى أعراض بدنية تحويلية (Freud 1909).

نظرا لما يحمله الحدث من مؤثرات سلبية ومنع صرف الطاقة فتبقى الانفعالات مرتبطة بذكريات الحدث، ففي الفترة الممتدة من 1894 إلى 1897 حدث تغيير في التوجه الفكري لدى فرويد ولم تعد الصدمة تتمثل في الكوارث أو الحوادث التي يمكن أن تؤدي إلى وفاة الفرد بل شملت أيضا أعمال العنف الجنسي التي يقوم بها الكبار ضد الأطفال وانتقل بذلك من نظرية الصدمة العامة إلى نظرية الإغواء والتي تربط سبب العصاب خاصة الهستيريا بحدث جنسي أثناء مرحلة الطفولة، وأن هذا الاعتداء الجنسي في حد ذاته ليس صدمة، بل تكوين بنية العصاب، التي لا تظهر إلا بعد التعرض اللاحق

L'après-coup في مرحلة البلوغ، هذا المنعطف الواضح في تصورات فرويد حول الصدمة من خلال أعصاب الحرب و الأعصاب الصدمية، يتمثل في إعطائها بعدا اقتصاديا واضحا وليس مجرد اضطراب في الطاقة الليبيدية ، وافترض الحويصلة الحية وأقحم مفهوم صادم الإثارة أما (Ferenczi 1916,p.239) ومن خلال ملاحظاته العيادية التي قام بها في مستشفى بالمجر ،ودراسته لمأتي حالة عرضت عليه في شهرين ،فانه يفسر عصاب الصدمة بأنه مزيج خاص من الأعراض النفسية الهستيرية والنرجسية .وفي الثلاثينات من القرن الماضي ،عمق دراساته حول الصدمة وعارض فيها فرويد موضحا أن وراء الصدمة الجنسية هناك حدث واقعي وليس هوامي (Ferenczi,1934,p.129).

تعتبر الحرب الأمريكية الفيتنامية منعرجا حقيقيا في تاريخ مفهوم الصدمة النفسية ، فكانت الأمراض النفسية التي ظهرت على قدامى المحاربين بعد سنوات من انتهاء الحرب سببا رئيسيا في إقحام مفهوم حالة الإجهاد ما بعد الصدمة سنة 1980 ،ضمن تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكي ، تلي هذه المرحلة أيضا نشوء وتطور هيكل من الدراسات خاص بالصددمات النفسية نتيجة الحوادث المدنية والطبيعية (الكوارث الطبيعية والتكنولوجية ،حوادث الطرقات والأشغال الفردية والجماعية وكذلك الاعتداءات الجنسية ،والأعمال الإرهابية الخ...)،التي ساهمت في توطيد وتوسيع مفهوم حالات الإجهاد ما بعد الصدمة كما دلت على ذلك العديد من الدراسات التي تناولت الأمراض النفسية التي يعاني منها ضحايا العنف والحوادث والإرهاب.(Crocq, 1990)

كما تناولت دراسات نفسية عربية الصدمة النفسية (الناقلي محمد أحمد ، 1991)، ،الرشيدى 1994 ، بدر محمد الأنصاري،1996،شرفي محمد الصغير(2005)، كلها تؤكد على وجود الآثار النفسية بعد التعرض لحوادث خطيرة ،وخلصت معظم هذه الدراسات إلى مجموعات من الأعراض ،حددت كمعايير لتشخيص تناذر حالات الإجهاد ما بعد الصدمة.

لقد كانت بداية نشر الدليل الإحصائي والتشخيصي (*DSM-I*) في سنة 1952، حينها كان الأطباء النفسانيين الأمريكيين يصنفون الصدمة النفسية كحالة تعرف باسم رد فعل التوتر الكبير التي تحدث عندما يتعرض الفرد إلى حالة توتر انفعالي شديد، بما في ذلك المواقف أثناء الحروب، وفي سنة 1968 اختفت هذه الحالة المصنفة من الدليل الإحصائي والتشخيصي (*DSM.II*) وتركت مكانها لحالة ردود الفعل العابرة والتكيف للحياة، واعتبر التوتر المرتبط بمواقف الحرب هو خوف يصاحب المعارك الحربية، حيث أعراض الارتعاش، الهروب، الاختفاء، لكن الاضطرابات النفسية الملاحظة على قدامى الحرب الفيتنامية شغلت الأطباء النفسانيين، هذه المظاهر النفسية جعلت من مثل هذه الحياة العيادية تصنف في الطبعة الثالثة للدليل الإحصائي والتشخيصي (*DSM.II*) تحت مصطلح حالة الإجهاد ما بعد الصدمة (*PTSD*) (Crocq,1996,2001) وهو المتعارف عليه لحد الآن، رغم بعض الانتقادات من بعض الأطباء النفسيين الأوروبيين، في حين نجد بعض المدارس النفسية توظف مصطلح الصدمة النفسية أكثر من مصطلح حالة الإجهاد ما بعد الصدمة مثل جمعية اللغة الفرنسية لدراسة التوتر والصدمة بينما في الدول العربية مازال توظيف كلا المصطلحين كمترادفين ولم يستغني عن أي منهما.

4 - النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

4-1- التحليل النفسي:

4-1-1- نظرية فرويد: *FREUD*

يحتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي حيث ظهر هذا المصطلح منذ البداية في أعمال فرويد *FREUD* في كتاب دراسات حول الهستيرياً وقد ميز هذا الأخير بين الصدمة *Trauma* التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما، وبين الصدمة النفسية *Traumatisme* التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الشخص)

1900-1895-1895 Freud هذا المفهوم أي الصدمة النفسية في فترة 1900-1895-1895 (Kaufman ,1993,p.456)، استعمل

ليشرح نظريته حول أسباب العصابات وخاصة الهستيريا، حيث كان يعتقد أن كل عصاب هو نتيجة حادث صادم غير متوقع وان هناك عجز في قدرات الطفل لرد الفعل الملائم .

احتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة أساسية في نظرية التحليل النفسي ،كان يشير إليها Freud دائما في مقالاته الأولى ولم يتوقف عن الرجوع إلى الصدمة خلال أعماله التي لخصها في كتاباته (ما وراء مبدا اللذة). نلاحظ أن Freud تناول الصدمة النفسية من زاويتين رئيسيتين ،يصعب التمييز بينهما كونهما متداخلتين ومكملتين ،التناول الديناميكي والتناول الاقتصادي .

🚩 التناول الديناميكي:

افترض فرويد في البداية أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية (في نظرية الإغواء) وظهر هذا في كتاباته من 1892 إلى 1897 . ويعتبر الإغواء امتدادا لنظرية صدمة العصابات ،فكان يرى فرويد أن الصدمة النفسية تنتج عن الإغواء ،أي حدث إغواء طفل من طرف شخص راشد ،وكان يصفه فرويد بالشاذ. ولحدوث الصدمة يتطلب أولا : حدث إغواء فرد غير ناضج ويكون في وضعية سلبية passive ومن دون استعداد ثانيا : العامل المفجرو البعدي après coup الذي ينشط ويحيي الآثار الذكروية mnésiques التي عمل الكبت على نسيانها . تأخذ الصدمة حسب فرويد ،معناها من هذا الحدث البعدي ،إذ أشار في دراسات حول الهستيريا " إلى أن الصدمة هي جنسية أساسا ،وجزأ عمل الصدمة إلى عناصر عدة ،كما افترض أن هناك دوما حدثين على الأقل ،حيث يتعرض الطفل في المشهد الأول ،الذي يسمى بمشهد الغواية إلى الإغراء الجنسي من طرف الراشد ،من دون أن يولد هذا الإغراء عنده الإثارة الجنسية ،وبعد البلوغ ،يأتي مشهد ثان ،غالبا ما يكون من دون أهمية ظاهريا ،فيوقظ الحدث الأول من خلال إحدى السمات المرتبطة بينهما .

تبقى حالة Emma بالنسبة للمحللين النفسانيين نموذجاً لتفسير دون العامل البعدي على الأقل من ناحية المظهر الزمني - في الصدمة النفسية في مرحلتين، أي انه يوجد شرطان لظهور الصدمة، الأول ان يعيش الفرد في حالة من السلبية *passivité* وعدم النضج الجنسي، وان الصدمة لا تظهر الا فيما بعد الحدث الثاني، وبالتالي يطلق فيض الاستثارة الجنسية التي تبعث الخلل في آليات دفاع الانا) (C.Damiani)

تجدر الإشارة إلى ان فرويد أولى اهتماماً كبيراً بمشهد الغواية الأبوية ودور الهوامات في نشأة المرض، وان النقطة الأساسية في النظرية التحليلية هو استبدال الخارج (الحقيقة الموضوعية) بالداخل (الواقع النفسي)

وبقي فرويد بين فرضيتين جوهريتين: الغواية الفعلية والغواية الهوامية، إلا انه أصبح يشك في حقيقة الغواية، مما جعله يتخلى عن النظرية الخاصة بها، ووضح ذلك في رسالة بعثها إلى صديقه Fliess بتاريخ: 27-09-1897، أسباب هذا التخلي، حيث كتب "يتعين علي أن أبوح لك رأساً بالسر الكبير الذي اتضح ببطء خلال هذه الشهور الأخيرة، فأنا لم أعد أومن بتفسيرني الشامل للعصاب *Neurotica*، وهكذا اكتشف فرويد أن مشاهدة الغواية ليست إلا مجرد بيانات هوامية معادة، وتلازم هذا الكشف مع الاكتمال التدريجي لفهم الجنسية الطفيلية (لابانشوبونتاليس 1985، ص)

إلا انه يجب التنويه إلى أن النظرة الدينامية للصدمة تبين أهمية التاريخ النفسي للفرد بحدوث الصدمة وكيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحدث الصدمي أبداً على قاعدة عذراء، وإنما يوجد تنظيم نفسي وقاعدة نرجسية وهوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع تهيئة دفاعية وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد في الواقع، حيث يكون الأنا منظماً بشكل جيد ونرجسية ذات صلابه معينة، ولا يضعف

أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة، وعندما يكون الطفل محبوباً ومحترماً، سيكون له حظ أكبر في مقاومة التناول الديناميكي.

✚ التناول الاقتصادي:

لقد دفع مشكل عصاب الحرب فرويد إلى أن يوجه اهتمامه إلى الصدمة النفسية من منظور آخر، وهو التصور الاقتصادي للصدمة الذي كان معروفاً بأنه انكسار واسع لصاد الاثارات، كمؤشر على عدم قدرة الجهاز النفسي على تصريف فيض الاثارات الكبير. إن إظهار هذه الكمية المعتبرة من الاثارات هي مهمة مبدأ اللذة، ولكن بسبب عنف ومفاجأة الصدمة النفسية، يطرد مباشرة من دائرة التأثير، مجبراً بذلك الجهاز النفسي على القيام بمهمة أكثر إلحاحاً، وهي 'ما فوق مبدأ اللذة'. وتتخلص هذه المهمة في ربط الاثارات بشكل يسمح بتصريفها لاحقاً. ويعتبر تكرار الأحلام حيث يعيش الشخص الحدث بشدته ويجد نفسه من جديد في الوضعية الصادمة وكأنه يسعى إلى السيطرة عليها، حالة من اضطراب التكرار. يعتقد فرويد من خلال ملاحظته للظواهر العيادية أين يكون اضطراب التكرار نشطاً، أن مبدأ اللذة يشترط توفر بعض الشروط كي يتمكن بالقيام بوظيفته، والصدمة تلغي هذه الشروط باعتبارها ليست مجرد اضطراب في الاقتصاد الليبيدي، بل تصل إلى مستوى جذري أكثر كي تهدد تكامل الشخص (لابلاننشوبونتايس 1985، ص)

حسب فرويد، ما يميز الصدمة النفسية هو عامل المفاجأة، فحدوث الصدمة يتحدد أساساً بشدة العنف المتعلق بها، بالمقارنة مع حالة التهيئة أو عدمها للجهاز النفسي حين تلقيه لها. فإن صاد الاثارات، باعتباره يحميه ويمنع اقتحام كميات كبيرة من الإثارة إليه، تختلف قدرته على التحمل والصد من فرد لآخر ولدى نفس الشخص من وقت لآخر، وعبر مراحل حياته المتعددة، يدل هذا على تعقد الحدث

الصادم، إذ لا يخص الوضعية الصدمية فقط، بل الفرد في وضعية صدمية، وعلى هذا الأساس يختلف الأفراد في ردود أفعالهم نتيجة الحدث الواحد. (B.Doray et al 1997).

تعتبر الصدمة النفسية من خلال التناول الاقتصادي حدثاً في حياة الشخص يتميز بعدم القدرة الظرفية أو الدائمة على الاستجابة بشكل مكيف، حيث أن أهمية الحدث ومدة استمراره نفسياً لا ترجع فقط إلى خطورة الفعل المرتكب أو للهشاشة الداخلية للفرد، بل تتدخل فيهما عوامل كثيرة ومتشعبة منها الخارجية والمحيطية أو الداخلية المتعلقة ببنية الشخص وتنظيمه النفسي. (op.cit.C.Damiani.)

عند تتبع تطور تصورات فرويد، يتبين لنا أن مشاهدة الإغواء صحيحة كانت أم خاطئة قد تسمح بصفتها معاشاً صدمياً مبكراً، بتفسير المفهوم البعدي للصدمة، فهذه المشاهد التي يرويها المفحوصون، قد تبقى فاعلة بعد وقوع الحدث (أو الأحداث). ومن هذا المنظور تعرف الصدمة بأنها تجربة غياب الإسعاف بين أجزاء الأنا، الذي يجب عليه مواجهة كمية كبيرة من الإسعافات الداخلية أو الخارجية، وهي استثمارات لم يتم التحكم فيها .

يعتبر تعريف فرويد للصدمة اقتصادياً محضاً لأن الصدمة هي مقدار الفارق بين الاستثمارات المقبلة من طرف الأنا والكمية التي يستطيع أن يحولها ويربطها ويتحكم فيها وقت وقوع الحدث، يجد المرء نفسه اذن عاجزاً عن الاستجابة بطريقة ملائمة بسبب شدة وفجائية الحدث، الذي يحدث انقلاباً وأثاراً مرضية مستديمة في التنظيم النفسي.

هناك فيض مفرط في الاستثمارات يتجاوز بكثير قدرة الفرد على التحكم فيها وعلى إنصافها سيكولوجياً، ومنها عجز الفرد على تصريفها وإعادة تنظيمها.

يعتبر الحادث الصادم جسماً غريباً *corps étranger* وملحاً. ويقصد *freud* بهذا المصطلح، هو أن الفرد يجد نفسه عند تعرضه لحدث صادم، أمام مسألة الموت، فهذه الأخيرة تفرض نفسها كحقيقة وهي تدرك من دون وسيط في لحظة ذعر وقلق شديد، اقتحم المشهد الصدمي الجهاز النفسي وأترسخ خارج أية دلالة ومعنى مثل "جسم أجنبي داخلي"، ويتكرر هذا المشهد الصدمي بسبب عدم القدرة على استدخاله وإدماجه في السلسلة الدالة (شبكة التصورات) .. يرى *freud* أن المشهد الصدمي يمثل تمهيداً داخلياً أي مصدر قلق (وبالتالي ضغط)، حتى قبل إعادته في النوم أو في اليقظة (2001 *Freud.C.Clercq.F.Lebigot,1981*)

4-1-2- مساهمة فرانزي:

لقد أثار نظرية فرويد حول الصدمة وأصلها جدالاً وصراعاً كبيرين آنذاك ومن بين الذين قدموا الكثير في ميدان الصدمة وساهموا في إثراء البحوث حولها نذكر *ferenczi sondor* حيث عرض في 1932 أسس نظريته حول الصدمة *trauma*: لا يتكلم الراشد والطفل لغة واحدة، يفرض الراشد على الطفل لغة شغف *passion* مصبوغة بالجنسية اللاشعورية التي لا يمكن للطفل إرضائها بسبب رقة لغته وخلوها من الشغف فالمنبهات الوالدية تتجاوز قدرات الطفل على الأيض *métabolisme* ويمكن أن تكون صدمة حقيقية تؤدي إلى انشطار الأنا والانسحاب النرجسي، وصف فرانزي بالإضافة إلى ذلك التماهي بالمعتدي أين يكون عند الطفل نقص في النضج النفسي الذي يمكنه من تحمل اللغة والسلوكيات المشغوفة من طرف الراشد، فيخضع إذن إلى المعتدي وحينها سيدخل في نفس الوقت الذنب الوالدي اللاشعوري (Bokanowski، 1997)

يعتبر الاستدخال الآلية الدفاعية المفضلة في المرحلة الفمية، فهذه الغواية الأولى من طرف الأم (وليس من طرف الأب)، يكون لها دور في تكوين الهستيريا حسب فرانزي. فقد استرجع فرانزي بعد تخلي

فرويد عن دور الغواية الراسخة في واقع الصدمة التي ظن فرويد أنها هوائية ، فعند فرانزي الصدمة الأصلية هي من الغواية الوالدية للطفل البريء .

يعود أصل الصدمة إلى الغواية الوالدية للطفل البريء عند طلبه للحنان ، فهي فترة مكونة للنفس الإنسانية ، ومنها يعتقد فرانزي أن التقنية التحليلية لا تستكشف بكفاية طلب الحنان هذا الذي يأتي به الفرد يخلق هذا الخلط في اللغة ، وجذور العنف اللاإرادي واللاشعوري من طرف الأم ، وكذلك آلام الطفل صدمة مكونة تجعل الطفل في وضعية ارضان آليات الدفاع خاصة به من أجل المقاومة والخروج بسلام ، وتوجد هذه الفكرة عند D.W.Winnicott الذي يرى أن أصل الجهاز النفسي هناك صدمة أولية ، فهذه الصدمة المبكرة هي إذن أصل النفس وكذلك الأمراض النفسية ، كما هو الحال بالنسبة لعقدة أوديب (S.Ferenczi 2004).

ومن جهة أخرى يرجع فرانزي من جديد مفهوم الصدمة إلى المشهد الواقعي ، فمن خلال دراسات على الحرب وعلى المرضى الذين يعانون العصاب الصدمي ، استنتج أن الهشاشة المكونة للأنا ترجع إلى الطفولة المبكرة وتجعلها قابلة للاستثارة الكبيرة ، أي تعمل على كسر النظام النفسي الذي ليس بحوزته إلا التجزئة morcellement من أجل البقاء على قيد الحياة ، فالآثار الذكورية للحدث المحطم (بمعنى ذعر وهلع) توجد بصفتها منشطرة على بقية النفسية psychisme ، إلا أنها تبقى حية رغم أنها لا شعورية حينها يجد المريض نفسه يكرر باستمرار أثناء أحلامه الوضعية الصدمية والتذكر الواعي مستحيل ويمنع الارضان (S.Ferenczi.op.cit)

يرى فرانزي أن الميل إلى تكرار الصدمة أكبر أثناء النوم مما هو عليه أثناء اليقظة ، فخلال النوم العميق هناك إمكانية رجوع الانطباعات الحساسة غير المحلطة ، والتي هي مخفية بعمق وجد عنيفة وملتهبة فكانت إذن من قبل مصحوبة بلا وعي عميق S.Ferenczi,2004 ، وتجدد الإشارة إلى أن لتكرار

الكوابيس والأحلام فائدة ،لأنه يقود الصدمة النفسية لأن تحل نهائيا أن أمكن فوظيفة الحلم هي تفريجية .

(S.Ferenczi) . traumatolytique

4-1-3 - الصدمة النفسية ونظرية الاستعداد:

ترتكز هذه النظرية على مفهوم الهشاشة النفسية في تسريع حدوث الصدمة حيث أننا نلاحظ أن نفس الحادث الصدمي لا ينتج نفس ردود الأفعال عند نفس الأشخاص ،ومن جهة أخرى يمكن أن يكون حادثا ما صدميا بالنسبة للفرد في زمن معين ويكون عكس ذلك بالنسبة إلى شخص آخر بعض الأفراد يمكن أن يعيش تجارب عنيفة جدا ويخرجون منها سالمين نفسيا بينما عند الأشخاص الآخرين الذين يقعون تحت ضغوطات نوعا ما خفيفة يمكن أن يكفي ذلك من تطوير اضطرابات عميقة ،في هذا الشأن تحدث عالمي النفس فينيكييل ،كمال الشهراوي :

أ/ - نظرية فينيكييل : O.Fenichel

تقترب من النظرية الفرويدية في تناولها للنموذج الطاقوي ويعتقد إن رد الفعل الصدمي يتعلق بالاقتصاد النفسي للفرد بحالته النفسية والجسدية في الوقت الذي يعيش في التجربة الصدمية وقدرتها على التصدي لعنف خارجي عن طريق تصريف حركي مناسب وأيضا الكبت الداخلي ، يميز فينيكييل في نظريته على 03 وضعيات أو أشكال:

01- الفرد في حالة سلامة نفسية ومرتاح حيث يكون قادر على مقاومة ومواجهة المثيرات التي يسببها الحادث الصدمي.

02- قد يكون الفرد سليم ولكنه في حالة تعب (إنهاك نفسي) وبالتالي لا يستطيع مقاومة ومواجهة الاعتداء وبالتالي يصاب بالعصاب الصدمي.

03- الشخص الذي يكون مسبقا مصاب بعصاب أين تكون الطاقة النفسية موجهة إلى الكبت العصابي، في هذه الحالة

يكون هناك عصاب صدمي (ملون) بأعراض تنتمي للعصاب السابق. إن الهشاشة النفسية للاضطرابات النفسو صدمية يمكن أن تعرف كأدنى حالة لمقاومة الاعتداءات والضغوطات مرافقة تحتيا بالميكانيزمات البيولوجية والنفسية السابقة والحاضرة (Tom Kiewig In Crocq ,2000,p.103) وتعتمد حسب فينيكل عل تفاعل العوامل الثلاثة التالية:

- ✓ عنف الصدمة.
- ✓ الظروف الراهنة .
- ✓ استعداد الفرد المسبق.

ب/- مساهمة كمال الشهراوي:

يقترح الشهراوي النظرية الوجودية لمفهوم الهشاشة النفسية للصدمة وذلك في دراسة إكلينيكية تتضمن النتائج السيكوباتولوجية للحوادث، وقد لاحظ بأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسو صدمية دائمة والذين لا يستطيعون الحفاظ على توازنهم النفسي كانوا يعيشون في لحظة انفجار الاضطرابات أزمات فردية مرتبطة بممر صعب في حياتهم(بعد أحداث انفصال عائلي كموت أحد الوالدين ،الاستقلالية الاجتماعية للأطفال بعد بلوغهم سن الرشد ،الصراعات العائلية أو الوصول إلى سن التقاعد).

يبدو أن النتائج النفسو مرضية المرتبطة بالذعر النفسي تأتي من خلال محاولة الفرد عن طريق منطق صدمي متكرر حل أزمة هوية ووجود متعلقة بمرحلة حرجة من الحياة، وذلك باقحام مجموعة التعديلات النفسية، إن وجهة نظر الشهراوي أبعد بأن تكون معاكسة لوجهة نظر فينيكل حين يذكر بأن الصدمة

النفسية لا تكون فقط عبارة عن معاش سابق ولكن أيضا هي أيضا تشكل أداة للتغيير ،فالكائن البشري الذي تواجهه تجارب عنيفة يستجيب لها وفقا لشخصيته ،لتاريخه،لماضيه وحاضره وتجاربه الفردية واعتقاداته وكذلك وفقا للدعم العائلي والاجتماعي الذي يمكن أن يستفيد منه أثناء وبعد الحادث الصدمي (.M.Ouchen,2005,P46

4-2- النظرية السلوكية:

تعددت التجارب العملية لدراسة السلوكات المختلفة وظهرت نماذج متعددة في هذه النظرية،حيث أسس (Skinner.B,1953) ما يعرف بالارتباط الشرطي الفعال ،ويعتبر أن البيئة الخارجية تتحكم في السلوكات كونها تعد مدخلا صحيحا لزيادة احتمال صدور استجابة معينة أو خفض هذا الاحتمال ،وصاغ ذلك على الشكل التالي: تكرار السلوك = صدور السلوك +تدعيم السلوك عدة مرات، وميز (سكينر) بين ما أسماه السلوك الانفعالي الذي هو استجابة مباشرة تصدر كرد فعل على المنبه(وهو ما تعبر عنه مثلا ،حالات توتر الصدمة)، وأوضح أن السلوك الفعال الذي يصدر عن الكائن ليس فقط كاستجابة لمنبهات خارجية محددة بل يصدر عنه تلقائيا سواء أكان سويا أو مضطربا يهدف إلى الحصول على نتائج معينة وهو ما تعبر عنه مثلا حالة التجنب لمواقف ترتبط بالصدمة. ثم أصبح المذهب السلوكي غائيا وذا نزعة قصدية أي هادفة لغرض ما عند (تولمان وكانتور) بالنسبة (لتولمان) حسب ما ورد عن (ميخائيل أسعد، 1994) بأنه لم يعد الزوج المثير -الاستجابة ◦ مهما لكونه} ما هو إلا طرفي حالات شديدة التعقيد تنتج عن عناصر متعددة ومتناهية الصغر وفي مستويات مختلفة { ، واعتبر السلوك هو حصيلة ترابط وظائف في الوحدة العضوية ولها غاية المتمثلة في الغرض الذي تهدف إلى تحقيقه بعد التقاط المثير البيئي ليدخل بذلك النزعة القصدية على اتجاه السلوكيين، ويذكر (يوسف قطامي ،نايفة قطامي 2000) أن نظرية(مورر،1960)مكونة من عاملين لهما دور في ظهور حالة الاجهاد ما

بعد الصدمة عند المحاربين ،حيث يكون فيها حدث الصدمة بمثابة منبه غير مشروط يظهر القلق والخوف بالاستجابة اللاشروطية أو الطبيعية حيث يصبح منبه غير طبيعي (خبرة ما اقترنت بالحدث الصدمي مثل :الأصوات العالية أو سيارات الإطفاء وغيرها من المثيرات) منبها مشروطا وتظهر الاستجابات المشروطة المتمثلة في الخوف والقلق التي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة ، وتؤدي إلى أن يسلك سلوك التجنب بصورة سلبية.

04-3/ النظرية المعرفية:

تميز المقاربة المعرفية بين ثلاثة إختلالات أساسية في الوظيفة المعرفية ،الانحراف المعرفي،العجز المعرفي،وأخيرا الاعتقادات الخاطئة وظيفيا ،بالنسبة للخل الأول فهو يظهر في عدم القدرة على تحقيق بعض الوظائف المعرفية القاعدية ،وكيفما كان محتوى المعلومة التي تعالج في الذاكرة أو أثناء الانتباه أو أثناء تنفيذ سلوكيات مثلا:عدم القدرة على تذكر السياق الذي سمعنا فيه خبرا ما ،عدم استطاعة كبح المعلومة التي لا صلة لها بالموضوع أو غير المفيدة ،فيما يخص العجز المعرفي في عملية الانتباه والذاكرة وفي التأويل ،فإنها لا تأخذ الصبغة العامة التي تعطي طابع مختلف للمعتقد النموذجي وحسب رأي (أندرسون ،*Anderson, 2007*) ◦ يعالج الفرد تفضيليا بعض أنواع المعلومات على حساب معلومات أخرى ،مثل المعلومات التي لها طابع سلبي أو تلك التي تثير فكرة خطر ما .وأخيرا الاعتقادات الخاطئة معرفيا والتي تقوم على مجموعة معقدة من الرابطات بين مفاهيم تكون مخزنة في الذاكرة الدلالية تصبغ لونا خاصا على إدراك وفهم الفرد للعالم بتعديل عملياته النفسية المعرفية والوجدانية والعلائقية .مثلا :إذا كان الفرد يعتقد بأن الظهور أمام جمهور سيؤدي إلى الحكم عليه سلبا ،فان موقفه من المشاركة في تظاهرات عمومية سيصبح متشججا .

وقدم (البيك 1970) نظرية لتفسير الاضطرابات النفسية، مفترضا أنها تحدث كنتيجة لتشوه معرفي يظهر في نظرة الفرد السلبية اتجاه العالم المحيط به ، نظرته السلبية تجاه ذاته، نظرته السلبية اتجاه المستقبل وعندما فحص (بيك) مذكرات مرضاة خاصة المكتتبين منهم، وجد أنهم يميلون إلى تحريف وتشويه كل ما يحدث لهم اتجاه توبيخ الذات ،تصور كوارث قادمة ،وما شابه ذلك ،أما القصور في الأداء والحركة تفسر على أنها مثال لليأس التام من الحياة ،فوجهة نظر (بيك)،هي أن المكتتبين يفكرون بطريقة لا منطقية على وجه العموم وبالتالي فإنهم يتوصلون إلى نتائج غير منطقية عند تقييم أنفسهم مما تجعل الفرد يميل إلى تفسير الحوادث بطريقة تبرر قوله مثلاً: أنني شخص أحمق ، ويصف (بيك) العديد من التشوهات المعرفية التي يعتمدها المرضى عند تفسيرهم للحقائق المتمثلة في (الاستدلال التعسفي ، التجريد الانتقائي ،المغالاة في التعميم ،التهويل والتحقير ...)،ويرى أنهم ضحايا حكمهم الغير منطقي على ذواتهم أما رائد العلاج الانفعالي العقلاني (ألبرت أليس ،1977) في نظريته التي تعد تطورا للتصور المعرفي ،اعتمدت على مقدمة منطقية مفادهاً بأن الناس يتحكمون في أقدارهم بما يحملونه من قيم ومعتقدات والتصرف بموجبها ،مفترضا أنهم يصبحون مضطربين لأنهم يتصرفون طبقاً لأفكار زائفة ، النظرية المعرفية تأخذ بعين الاعتبار تأرجح سلوكيات الفرد في مختلف مراحل آثار الصدمة ،منذ دخولها وطريقة مواجهتها ،فتتكون تدريجياً كأنماط معرفية على المدى الطويل،لأن التخلص منها وإبعادها من الذاكرة العاملة بطيء وصعب ،مما يسمح لها بأن تصبح نمط من الأنماط التي تغيرت بعد الصدمة ،وفي النموذج الذي قدمه (Horowitz (1979) أشار إلى إمكانية وجود أكثر من نمط له نفس المرجع النمطي المعرفي ، وأن النمط السائد يوظف في تنظيم التفكير مؤثراً على المفاهيم والانفعالات التي تتولد أثناء سير مقاطع التفكير ، بينما أوضح كل من (بولان و بورجوا ،1985)، كيفية معالجة المعلومات وفق المقاربة النفسية المعرفية للتوتر في إطار المتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية ،معتبراً أن الوظائف المعرفية لا يمكن تفسيرها بدون العودة إلى البيئة المحيطة (الفيزيائية

،الاجتماعية،الثقافية) ،إضافة إلى الجانب التاريخي . معالجة المعلومات تتم على عدة متغيرات:شخصية ،موقفية،النظرة الاجتماعية الثقافية لحدث ما،كلها تمثل أجزاء من خط المعالجة.

أثناء مواجهة واقع الموت المفاجئ في لحظة ما وزاوله ثم عودته المتكررة الفعلية أو معاشته باستعادته ،يفتت صلابة النفس ويفقد حتى النفس المرنة كيفية التعامل مع هذا النوع من الصدمات،هول الكارثة يجعل الفرد لا يستطيع أن يتحكم في سلوكاته ولا يدري إن كانت موفقة أم لا ، لقد فلت مقود التحكم والسيطرة من يده،فلم يعد قادرا على أخذ القرارات وغابت السلوكات الصائبة والمناسبة للموقف في تلك اللحظات ،لكون مجموعة العمليات الذهنية المتتالية ضمن حلقة التغذية الترجيعية المعرفية بتوظيف فرضيات معرفية مكتسبة لا تستجيب لذلك في كل مرة على مدى أكثر من ثلاثة شهور ،ولم تسترجع الطمأنينة ،لأنها لم توفق في تكوين بناء معرفي يستجيب لحالة التكيف من الناحية المعرفية والفيزيولوجية.

4-4 - النظرية العصبية البيولوجية:

توصلت الدراسات التي أجريت على الحيوانات عند تعريضها للضغوط ،وكذلك الدراسات السريرية التي أجريت على الإنسان ،إلا أن الموصلات العصبية لها علاقة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وتشمل الموصلات العصبية (النورادرينالين ،والدوبامين والمورفينات الذاتية ،ومستقبلات البنزوديازيبين) وكذلك دور شبكات المحاور العصبية (ما تحت المهاد،النخامي، الكظري)،وقد توصلت الدراسات السريرية إلى أن نظام النورادرينالين والمنظومة الأفيونية ومحور ما تحت المهاد -النخامي- الكظري تكون مفرطة الفعالية والنشاط عند المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة،كما توصلت نتائج دراسات أخرى إلى وجود الفعالية والاستجابة المتزايدة للجهاز العصبي المعاشي ،عند المرضى المصابين بحالة الإجهاد ما بعد الصدمة من خلال ضربات القلب المتزايدة وقراءات ضغط الدم ،وكذلك من خلال اضطراب النوم التي توصلوا إلى معرفتها باستعمال جهاز تخطيط الدفاع. قدم (كرينز،1965

، نظرية يوضح فيها الدور الذي يلعبه المهاد التحتاني (الهيبيوثالامس) في اصابة الفرد بالاكئاب في ضوء ما أطلق عليه الدائرة الانفعالية، والتي تنتهي بعد ذلك عند باحات الدوافع في القشرة المخية، وهذه النظرية تؤكد أن الدور المرضي للمهاد التحتاني بكونه هو المسؤول عن احتمال إصابة الفرد بالاكئاب، وشملت الدراسات أيضا، ربط الحالة النفسية بالبيولوجية، والبحث عن تأثيرات الضغط على المناعة، وبنيت الافتراضات على أساس وجود علاقات بين الجهاز العصبي والجهاز الهرموني وجهاز المناعة، وقد توصلت الدراسة الأولى (لازريس وفولكمان، 1987) عن الاستجابة المناعية في حالات الإجهاد النفسي العصبي، والدراسات التي تلتها، إلى أن الضغط يؤثر على مقاومة الالتهابات والأورام (أي تأثير على دور جهاز المناعة)، وأن الأشخاص ضعيفي القدرة على مواجهة الشدة يظهرون استجابة مناعية ضعيفة تجاه اللقاح وانخفاضا في عدد الخلايا الدفاعية الطبيعية، ومنذ أن أثبتت الدراسات التجريبية وجود تفاعلات مزدوجة بين الدماغ وبين الضوابط المناعية، أصبح موضوع الضبط النفسي - العصبي الغدي المناعي - محور للأبحاث الدائرة حول الضغط وانعكاساته على الصحة النفسية والبدنية.

5- معايير تحديد الصدمة:

(1) - الحدث الصادم استثنائي خطير، عنيف، مفاجئ، brutal، فظيع، horrible، مروع وأحيانا مرفوق بموت حقيقي للأشخاص وغالبا ما يكون كذلك مرفقا بخطر حقيقي وموضوعي بموت الفرد ذاته، فالحدث إذن يعتبر تهديدا حياتيا vital، وأن المعاش الشخصي للفرد أثناء الحدث مهم جدا، فهذا المعاش الذاتي هو دائما ضروري وممكن أن يكون كافيا لإحداث الصدمة النفسية. تعتبر الكارثة ذاتية، فريدة وغير قابلة للقياس بتلك التي تمس الشخص العادي فتقييمها بالأرقام ليس له معنى .

(2) - القلق، العرضية التكرارية مثلا الكوابيس المستحوذة والمتكررة لها هدف التحكم والسيطرة

الرجعية netroactive على الاستثارة تحت غطاء القلق .

(3)-الهلع: (fineltan,2005) يمكن القول انه بالاستعانة بالتعبير الفينومونولوجي ،أن الصدمة النفسية تعني :غياب التوقع بسبب فظاعة brutalité الحادث نفسه ،هي حالة معاناة عند أغلبية الناس ،فليس للموت معنى ملموس ،وعلى كل حال لا يمكن تصور كل هذا ،فيكون التصور عن طريق البدائل وعن طريق فظاعة انتظار الأشياء القادمة(المستقبلية) .يدرك الفرد وقتا غير قابل للتعبير عنه ،وقتا جامدا غير قابل للوصف.(fineltan,2005)

لا يظهر القلق بالنسبة لF.lebigot بسبب الكسر (effraction) وانما بسبب درجة صفر التي يصل اليها الوجدان ،فعدم الأصل (néant de l'originare) هو الذي يميز الهلع. effroi وعندما يتذكر الأفراد هذه اللحظة القصيرة جدا للصدمة ،يتحدث عن "عطل" (panne)،"فراغ" ،"صمت مطلق" ،"بياض" ... الخ ،يظهر القلق بعد فوات لحظة الذعر ،في حين تكون الصورة الراسخة تهديدا داخليا بالعدم (1999,1998,lebigot).

أما LCrocq ، فيتحدث عن المواجهة المفاجئة مع الموت الحقيقي ،موتنا الشخصي وموت غيرنا من دون وساطة النظام الدال (le systémesignifiant) الذي يحمي الفرد في الحياة اليومية من هذا الاتصال العنيف. يجد LCrocq ، في هذا المضممار أن هناك ارتفاع ميتافيزيقي تقريبا ،حيث يقول "الأكبر عمقا في هذه التجربة هو الإدراك المتميز للعدم ،لهذا العدم الذي يخشاه المرء وينفيه بشغف كل يوم،لأن توكيد كل وجود والإيمان بالحياة يزوبان في النفي المعزم عليه (المطهر) للعدم (la negation exorciste du néant)،هذا العدم الذي كل واحد منا متأكد منه من غير أن يعرفه حقا.وبالتالي ،يتعلق الأمر هنا بانقطاع في الدال (signifiant) مع اقتحام مفاجئ لتجربة الموت والعدم واللامعنولوج كان له لحد الآن معنى ،يرى الفرد نفسه أمام هذا الظهور المؤكد لموت حقيقي ،مجردا (démuni) من الدلالات (signifiants) و"التصور" لسبب بسيط ،أنه لم يسبق له "التعرف" من قبل على الموت من جهة ،ومن

جهة أخرى لا يمكن للبدائل (substituts) الراسخة في الوعي والثقافة، مثل الجثة والطقوس المتلقاة بالموت، أن تشرح ولا أن تسيطر على هذه المواجهة، ومنها تأتي التجربة الأساسية للذعر والشعور المسبق "بالموت الشخصي بصفته حقيقة نهائية"، و"فقدان الذات بأكملها"، ولهذا يضيف L. Crocq، أن أعراض العصاب الصدمي التي تحاول من دون جدوى عرقلة العملية المميته (processus de motification) (مثل الكف والتفكك والانطواء حول الذات) أو تسجيل الحدث الصدمي (مثل التكرارات) تؤكد قوة وشدة الذعر، وللحاحها بصفته مصيرا.

أما Heinrich، فيرى أن الكارثة تحدث في أي مكان وفي أي زمان، صدفة، سواء أكانت "طبيعية" أو تكنولوجية، حادث في العمل، وما يهم هو الخاص بالبعدية: "لماذا أنا، هنا والآن؟" وأحيانا يكون السؤال أكثر اسقاطا: "لماذا ليس أنا؟"

خلافا عن ما هو موجود في نظرية الغواية والاعتصاب النفسي فهنا، لا يوجد الكبت ولا إعادة التنظيم، فطريقة الدفاع هنا هي "العصاب الصدمي"، أي تنظيم مرضي مركز على التكرار، على سرد القصة والشكاوي والكوابيس ...

يمكننا القول لأول وهلة، أن الفرد شكل صورة متحركة للأبدية وبالفعل، الحركة الدائرية (circulaire) تضمن إبقاء نفس الأشياء عن طريق تكرارها، ويعتبر رجوعها المستمر تعبيراً عن السكوت المطلق Heinrich 2005. من أجل توضيح هذه الفكرة، نعود قليل إلى فرويد الذي صرح أن العلاقات بين العصابات الصدمية والعامل الطفلي ليست موجودة في أبحاثه، الجدير بالذكر أنه كان يركز دائما على السببية المزدوجة (التي أفلقتة حتى خلال أيامه الأخيرة): خارجي - داخلي، موضوعي - نفسي، إلا أن ما يهم المعالج النفسي هو ما وراء الموضوعي الذي يجب الانفصال عنه من دون إنكاره (1)، وهو استقبال العلاج من طرف الشخص المصدوم، وإدماج أو عدم إدماج الحدث أو الوضعية التي تجري في الآنية

،أمام أعينه والتي تدوم وقتا معينا. إذ ضحية الكارثة لم تعد طفلا ،مهما كان النكوص الناتج عن الكارثة (هذا لا يستثني وجود أطفال ضحايا الكوارث الموضوعية).فالحادث ليس محل نزاع فيما يتعلق بموضوعيته ،ولنما ما هو مجهول هي الانعكاسات السيكولوجية على الفرد ،وهناك بالضبط الافتقار إلى الكلمات وحتى الكلمات التي تحكى بها القصة حول الكارثة ،هي في الحقيقة كلمات مأخوذة ومستعارة (مثلا كلمات الشهود) ،وهذا ما يعطي أحيانا صيغة التقرير للمقابلات التي تجرى مع الضحايا عوض سرد القصة(Heinrich2005) ،إلا أن ما تملكه حقا الضحية إلى درجة أنه لا يمكن الجدل فيه هو شريطه (FILM)الشخصي عن الأحداث ،وهو تركيب الصور خلال الكوابيس وليس تركيب الكلمات أو تركيب المشهد في الكابوس .(1985,barrios)

يرى Heinrich أن التمييز بين الغواية والكارثة سمح بتوضيح ما يميز النفاس (الدفاعات والتحويل) عن الإصابة التي سميت بالتشابه "العصاب الصدمي" (névrosetraumatique)،غير أنه توجد مجموعة أخرى من العصابات عن "طريق التشابه" ألا وهي العصابات الراهنة (névrosesactuelles).

يعتقد كل من barrois,sailhan,crocq.1983 أنه من الملائم وضع العصابات الصدمية بصفتها معارضة للنفاس وللعصابات الراهنة ،انطلاقا من المعارضة :السببية الخارجية/ السببية الداخلية .

إلا أن Heinrich2005 لا يوافق كل من barrois,sailhan,crocq،حيث يعتقد أنه من العجب أننا لا نرى أن أي عصاب مهما كان بصفته إصابة ،لا يكون من أصل ذاتي (ضمن - نفسي) حتى ولو أن الضربة /الصدمة (choc) ،(حدث أو وضعية) هي سبب عوض فرصة .ومن المحتمل ألا يكون المصدوم مريضا إذا لم "يحدث الحدث" ،فهناك خلط بين السبب الفاعل الذي يجعل الحدث "يحدث" والسبب الشكلي (الذي يجعل الحدث يشبه ل.....) إلا أنه على المستوى الشكلي ،العصاب الصدمي يشبه

العصاب الزاهن ،ولا سيما عصاب القلق الذي يحدده كل من barrois,crocq1983 بسبب انسابه "الطبع الزاهن" والفعل الامراضي(actepathogénique) ،ومنه يمكن القول أن الأشخاص المصدومون نادرا ما يقدمون تنظيميا واضحا وبنية أكيدة ،سواء أكانت عصابية أو ذهانية .(سعدوني ، د س ، ص 74) سنقدم قبل ذلك التصنيفات الواردة فيما يسمى بالصدمات المعقدة .

- الصدمات المعقدة trauma complexe :

تعتبر Lenore Terr الرائدة في العمل حول الصدمة عند الأطفال ،ومن بين المساهمة التي أتت بها ،نذكر تصنيفها للصدمة المعقدة من النوع الأول(type2) et (type1)

النوع 1: يكون الحدث الصدمي فريدا وله بداية ونهاية محددتين .تحدث الصدمة بسبب عامل ضاغط حاد مثل (حريق ،كارثة طبيعية) .

النوع 2: تتكلم L.Terr عن الصدمة من النوع 2 عندما يكون الحدث متكررا وحاضرا باستمرار ،هناك تهديدا بأن يتكرر في أي وقت ولمدة طويلة من الزمن تحدث الصدمة بسبب عامل ضاغط ومزمن ومؤذي (مثل :العنف العائلي ،الاعتداءات الجنسية ،العنف السياسي ،الحروب ،الخ.....)

كل صدمة هي من النوع 1 في البداية ،وتكون ردود الفعل التي تظهر عند الضحايا هي متشابهة من النوع 1 ،ولكن بالتدرج مع تشكيل النوع 2 ،تظهر آليات التكيف أكثر فأكثر من النوع المرضي (L.Terr.1991.1990)

ترى L.Terr أنه من المهم ألا نخلط بين الفرد الذي مر في حياته بعدة صدمات من النوع 1(مثلا :فقدان ممتلكاته في حريق ،وسنوات بعدها ،نهبت أمواله في اعتداء ،ثم كان شاهد أعيان على حادث مرور خطير ،وبعد ذلك نجا من الموت أثناء حادث مرور ،الخ...) بالصدمة من النوع 2

حسب L.Terr الصدمة الناتجة عن الاعتداء الجنسي أو التعذيب هي من النوع 2 ،حتى ولو أن العامل الضاغط حدث مرة واحدة في حياة الشخص.

أضاف E.F.Solomon ,K.M.Heide (2005) النوع 3 ،ويدل هذا النوع من الصدمة على الأحداث المتعددة والمجتاحة (envahissants)والعنيفة جدا ،وهي حاضرة لمدة طويلة من الزمن ،تحدث الصدمة من جراء عامل ضاغط مزمن أو مؤذ (مثل معتقلات سجون الحرب ،التعذيب ،الاستغلال الجنسي المرغم ،العنف ،الاعتداءات الجنسية داخل العائلات الخ...).

أما E.Josse(2004)أتى بالنوع 4 الذي يشير الى الصدمة المستمرة (trauma en cours) ،أو بما يسمى بالانجليزية(ongoing trauma) ،وما يميز هذا النوع هو أنه مستمر في الحاضر ،مثل فرقة معرضة للاختطاف ،رهائن ،الصحافيون ،العاملون في الخدمات الانسانية ،أفعال الحرب ،الأمراض ،الاعتداءات الجنسية داخل العائلات الخ...)

ترى L.Terr أن(DESNOs specified disorders of extreme stress not otherwise) تدل على آثار ذات البعد الطويل للصدمة المزمنة والتي لا توجد في PTSD ،وأظهر النقاش الذي كان قائما في التسعينات حول تذكر التجربة الصدمية والاعتراف بالصدمة المعقدة ،أنه ليست هناك مجموعة من القواعد المحددة للتعرف مسبقا على الحقيقة في كل حالة ،لذا ينبغي التعمق والعمل بكثافة مع الحالة فردا لتتعلم في كل مرة قصة كل شخص وما معنى حقيقة التذكر عند الشخص ذاته ،فعلى سبيل المثال نذكر قول أحد الجنود الأميركيان العائدين من الفيتنام: "لا أريد أخذ أدوية للكوابيس لأنني أريد أن أتذكر أصدقائي المتوفين"

تؤكد Garuth.C (1995)، معتمدة على تصنيف Terr، أنه ليست هناك مقارنة واحدة لسماع كل التجارب الصدمية المختلفة والقصص المتعددة، ولذا يستدعي الأمر تناولاً متعدد التخصصات والاستمرارية في البحوث حول الصدمة .

ميزت J.Herman بالاعتماد على مفهوم الصدمة المعقدة الذي أتت به Terr 1992 بين الصدمة البسيطة والصدمة المعقدة، حيث تعرف الصدمات المعقدة بصفاتها نتيجة البقاء في وضعية الضحية بصفة مزمنة (victimation chronique) تحت استبعاد وقهر جماعة أو شخص أو أشخاص. يكون الشخص في هذه الوضعيات عامة تحت سلطة وتحكم صاحب الأفعال الصادمة ويمون عاجزاً عن الفرار. أما الصدمات البسيطة في رأي J.Herman فهي تلك الصدمات التي أدرجتها في النوع 1.

6 -/ أهم الحالات المرضية التي تخلفها الصدمة النفسية :

✓ **الحسر:** تبدأ اضطرابات الحسر والخوف منذ خبرة الشخص للصدمة والتي يمكن أن تستمر مدى سنوات أو تختفي ثم تظهر من جديد بنفس الحدة أو تأخذ أشكالاً أخرى ضمن الأمراض النفسية والجسمية.

✓ **قلق الخوف:** يكون على شكل خواف (فوبيا)، يبيدي سلوكيات تجنبية وإفراط في الحذر، والشك والإحساس بالتعبية، وعد القدرة على تحمل المسؤولية وانعدام الثقة في النفس.

✓ **الاهتمام بالجسد:** تكوين نظرة نحو ذاته تنمو انطلاقاً من الصورة الذهنية التي كونها على جسمه، والصددمات تجعل هذه الصورة مضطربة بعدما واجهت خطر الموت أو أحست به، مما يجعل اهتمام الفرد ينصب على جسده، لكون الجسد هو كينونته ووجود حقيقي، فإذا ما تعرض لخطر ما فمعناه نهايته، ومن مثل هذا الاهتمام تنشأ حالات توهم المرض.

✓ توهيم المرض: وهو أن يعتقد الفرد أنه مصاب بمرض ما خطير أو أنه سيصاب به لأن هناك علامات تدل على ذلك، وكل هذه الأفكار لا صلة لها بحالته الصحية الحقيقية، ويشتكى المتوهم بأعراض المرض في كثير من الحالات لا يوجد لها تفسير طبي واضح يوافق تلك الأعراض.

✓ وسواس قهري: يتمثل في سيطرة أفكار أو سلوكيات على الفرد وعدم القدرة على التخلص من محتوى شعور معين، مما يجعلها حاضرة في ذهنه أو على شكل سلوكيات يكررها، ويمكن أن يوصف الشخص إما بالحمق أو بأنه يستمر في سلوك دون سبب كاف.

✓ الإدمان والسلوكيات المنحرفة: يلجأ العديد من ضحايا الصدمات النفسية إلى تناول الكحول والمهدئات التي يصفها لهم الأطباء بغرض التقليل من حدة القلق والضغط المعاش، ولتجنب مواصلة هذا المعاش يتحول التناول تدريجياً إلى حالة إدمان، بينما يتميز آخرون بالعدوانية وسلوكيات مضادة للمجتمع.

✓ الاكتئاب: يعيش الفرد اضطرابات اكتئابية بداية من اليوم الثاني الذي يلي الصدمة، تستمر على مدى ثلاثة أشهر إلا أنها تتميز بحدتها في الشهر الأول، ولقد أشارت بعض الدراسات أن ضحايا الصدمة يتعرضون لنوبات اكتئاب حادة ويمكن أن تمس أكثر من 60% (أتكسون 1957) بينما دراسات (أ.بيك) فيشير إلى أنها نسبة الإصابة بحالة الاكتئاب بعد التعرض للصدمة النفسية تبلغ 50%.

✓ الأفكار الانتحارية أو الانتحار: أثبتت الدراسات أن عددا كبيرا من ضحايا الانتحار هم ممن تعرضوا لصدمة العنف والاعتصاب وزنا المحارم، وقد أكد (كروج *Krug*، لبيجو، ميشال دوكلارك *Michel de clerq ,François Lebigot 2001 a*) ، من خلال أبحاث على مدى 07 سنوات أن نسبة الانتحار ترتفع بعد كل 04 سنوات بنسبة 1.4% لدى الشعوب التي تعرضت للكوارث الطبيعية، الفيضانات، الزلازل، الحروب الخ...

✓ **الذهانات:** تؤدي الصدمة النفسية أحيانا إلى حالات الهوس و الفصام، فالحوادث الخطيرة تؤدي إلى حالة تفكك الشخصية، مما يولد هلاوس سمعية وبصرية وانقطاع الارتباط الشخصي النفسي السوي بالواقع، أو فقدان الأمل نهائيا في الحياة وبالتالي سيطرة الأفكار السوداء على الفرد.

07- التناذرات الكبرى للصدمة النفسية :

يمكن أن يمس الحادث الصدمي الشخص بصورة مباشرة عندما يدرك أن حياته مهددة بالخطر وأنه لا يستطيع أن يستجيب بطريقة ملائمة للوضع، وبصورة غير مباشرة عندما يلاحظ شخصا آخر وهو يقتل دون أن يتمكن من فعل أي شيء، ويختلف الأفراد في استجاباتهم للصدمة النفسية، ويتباين جدولها العيادي من شخص لآخر، وذلك تبعا لتاريخ كل واحد وحسب تنظيمه النفسي، إذ يمكن أن تظهر كل أعراض الجدول العيادي أو بعضها لدى الشخص، وذلك حسب قوة الصدمة ومدى قدرته على مواجهتها، ويختلف الأطباء النفسانيون (*Psychiatres*) حول الجدول العيادي الخاص بها باعتبار أن الأمر يتعلق باضطراب ما يزال غير معروف، يمكن إن نلخص عواقب الصدمة النفسية في ثلاثة تناذرات رئيسية هي:

✓ **تناذر التكرار:** يكتسي التناذر طابعا أمراضيا (*Pathognomonique*) ساطعا للصدمة النفسية، ويأخذ أشكالاً مختلفة، كالأحلام والكوابيس والحاجة القهرية لذكر الحادث، مروراً بالذكريات المؤلمة، التي تعيد إنتاج الحادث الصدمي، إذ يمكن أن يجتاح الشخص بإنتاج عقلي (تصور) متكرر عن الخبرة غير المدمجة عقليا والتي تعيد إنتاج الانفعال الأصلي، فالتكرار إذن هو ميكانيزم منظم يستجيب لحاجة داخلية ترمي إلى التخفيف من حدة التوترات عن طريق تفريغها بكميات صغيرة قصد إحياء حالة ما قبل الصدمة (*prétraumatique*) فله إذن وظيفة تفريغية (*abréactive*) (Damiani, 1997)

(P:122) وقد يعاش الحادث الصدمي في عدة أشكال نذكر منها المظاهر التالية:

أ/- الذكريات المتكررة: يجتاح الحادث الشخص على شكل صور أو أفكار وإدراكات تسبب الشعور بالضيق ،وتفرض نفسها على وعيه رغم انه يحاول التخلص منها ،وأحيانا على شكل اجترارات عقلية شبيهة بالأفكار القهرية الهجاسية ،تترك الفرد واهنا ومغلوبا على أمره ،ويشير DSM IV إلى وجود العاب متكررة تعبر عن موضوع الصدمة عند الطفل (Crocq 1992 ,p:61).

ب/- الأحلام المتكررة : تشكل الكوابيس عرضا خاصا بحالة الضغط ما بعد الصدمة ،وتكون التظاهر الأكثر تواترا فيه ،حيث يمكن أن نلاحظ عند الطفل كوابيس مرعبة دون محتوى واضح (p:210,1996 dsm iv)،والواقع أن هذا التكرار يكتسي وظيفة مفيدة ،على اعتبار انه هو الذي يقود الصدمة النفسية لان تحل نهائيا إن أمكن ،إذ أن ذلك كان أمرا مستحيلا إبان الحادث الصدمي النفسي ،وبهذا فليس من التبصر اعتبار معاودة البقايا اليومية والحياتية أثناء الحلم على أنها عمل ميكانيكي بحث ناتج عن مبدأ التكرار ،إنما له قيمة نفسية تفريجية كبيرة (*traumatolytique*) من خلال معالجة التوترات باستمرار (p:142;1992 ,ferenczi)

ج/- إنطباعات فجائية : كأن الحادث الصدمي سيحدث مرة ثانية على شكل صور إحيائية (*Reviviscences*)،أو أوهام ،أو هلاوس ،أو مشاهد تفككية ،تطبع النبأ المرجع (*Flash-Back*) ،حيث يشاهد عند الأطفال إعادة تكوينات خاصة بالصدمة ،وتظهر هذه الانطباعات بمناسبة مثيرات تستدعي تكرر الصدمة ،حيث تعاد معايشة الرعب المرتبط بالخبرة الصادمة الأصلية مصحوبة بأعراضها الاعاشية كنوبات الصعق (*Sidération*) والهلع ،ونوبات من القلق /البكاء/الغضب ،والعدوانية اللفظية أو الحركية ،مع الشعور الدائم بالتهديد من طرف خطر متوقع ومجهول (Crocq,1992 p:60).

✓ التناذر التجنبي:يظهر التجنب ذو الأصل الصادم مباشرة بعد الحادث ،ويدل على انتقاله إلى وضعيات أخرى متصلة به بعلاقة ترابطية ،حيث ينعكس التهديد على موضوع أو وضعية تسمح بتثبيت القلق ،وحتى أن كانت سير التجنب هذه تهدف بصفة شعورية إلى تجنب الأماكن ،والأشخاص

أو المواضيع المتصلة مباشرة بالحادث الصادم، فإنها يمكن أن تنتشر فيما بعد إلى عناصر بعيدة كالأماكن العمومية، والأشخاص ذوي المورفولوجيا المتشابهة (Damiani, 1997 p:134).

يشكل التجنب احد الأعراض الأكثر ديمومة والمستعصية جدا على التدخلات العلاجية ، حيث تتكرر الإجراءات التحفظية بلا هوادة إلى درجة أنها تفقد نجاعتها ،فتصبح لا تمنح حماية كافية ضد الصدمة ،ولا تفلح في أبعاد القلق ،فالخوف مثلا يحمي من عودة المكبوت الذي يحاول باستمرار الطفو على سطح الشعور (Damiani ,1997 p:135-136) أما *DSM IV* فيشير إلى مجموعة من الأعراض منها: بذل جهد لتجنب الأفكار المرتبطة بالصدمة ، وعدم القدرة على التركيز وتفادي النشاطات ، وعدم القدرة على تذكر جزء من أحداث الصدمة ،وتفديد العواطف ،مثل عدم القدرة على الإحساس بالحنان ،والفقدان الواضح للاهتمام بالنشاطات الهامة (*DSM IV* 1996, P/211)، والواقع أن التجنب ينتج عن جملة من الميكانيزمات الدفاعية التي يتم تنصيبها بهدف تحاشي تناذر التكرار فيؤدي ذلك إلى ما يلي:

أ/ - **تجمد وظائف الفرز**: يصبح الشخص المصدوم عاجزا على فرز المثيرات الخطيرة من التافهة في المحيط الذي يعيش فيه ، إذ يبدو له أن كل شيء مصدر خطر وعدوان ،ينتج عنها حالة استنفار دائمة تظهر من خلال اتخاذ مواقف الحيطة والحذر الكبيرين اتجاه المثيرات المبتذلة ، وصعوبة في النوم تكون مصحوبة باستيقاظات متكررة.

ب/ - **تجمد وظائف الحضور**: يفقد الشخص مراكز اهتماماته المعتادة ،ويقلل من نشاطاته ،ويخيم عليه الانطباع بمستقبل مسدود قد يفرض عليه أعراضا اكتئابية ،حيث يصبح لا يهتم بواجباته كما كان سابقا ،وقد يقلل من قيمتها فلا يرى أنها تستدعي الاهتمام.

ج/ - **تجمد وظائف الحب**: يصبح الشخص سهل الاستثارة والعوانية والتذمر ،ينتابه انطباع بأنه غير مفهوم ،ومهجور من طرف الآخرين (*JONAS ET CROCCQ* 1996, P:28) وذلك نتيجة النكوص النرجسي الذي تنهار ضمنه أسطورة الخلود ،التي نضمن على أنقاضها الشعور بالأمن ،والذي بدونه نبقي

في حالة مستمرة من الضغط والتوجس، غالباً ما تنمو في إطار هذه الشخصية جمل أخرى من السير التجنبية ذات العلاقة بالوضعيات التي تستدعي الحادث الصادم، وتؤدي إلى إعاقة مسار الحياة الطبيعي للفرد، الذي يطور مخاوف مرضية حقيقية، كما قد يمس التجنب فقدان الذاكرة الجزئي أو التعرف الجزئي للواقع.

✓ التناذر العصبي الاعاشي: في خضم الحادث المدمر، تعاش الصدمة كبتير قاس وعنيف للمنبهات الحسية. فالانكسار الناتج عن الانفجار يسبب اجتياح حسياً مع الشعور بفقدان الحدود. ففي لحظة يتجمد (*SE Figet*) الفضاء والزمن، هذا الانطباع للتعبئة الزمانية والمكانية يضاف إلى فقدان الفضاء النفسي، إذ يصبح الشخص عاجزاً عن التفكير والسلوك بطريقة متكيفة لحماية ذاته بسبب صعق (*Sidération*) وظائف الأنا المذكورة سابقاً. وإذا هو محروم من وظائفه المعتادة فقد يصبح فريسة تهيج وذعر يتجليان من خلال هروب مرعب ونشاط عصبي اعاشي (*Neurovégétative*) مفرط، إضافة إلى أن الروائح والصخب يبقيان مثبتان في الذاكرة على شكل آثار حسية (*Traces Sensorielles*). هذه الصور والانطباعات هي التي عادة ما تجتاح نوم الضحية عندما يأتي عنصر واقعي لتنشيطها أثناء اليقظة (Damiani, 1997 p:119).

كما يمكن أن ي سبب الحادث الصادم اللاشخصانية لدى الفرد حيث يصاب الأنا في تكامله وينشط وتعزز اللاشخصانية (*dépersonnisation*) بفقدان حدود الأنا. فالانشطار واللاشخصانية هي وسائل دفاعية لا شعورية سمح لضحايا الصدمات النفسية بالخروج من العنف القاسي الملحق بهم، ذلك أن كلاهما يرميان إلى تحطيم الهوية والمعالم النرجسية. وهذه الاضطرابات التفككية (*dissociative*) عابرة وتختفي تدريجياً غير أنها يمكن أن تترك بصمات (*séquelles*) خطيرة، فهي إذا إشارة إلى إصابة نرجسية عميقة ((Damiani, 1997 121-122)).

في مواجهتهم للصدمة النفسية الشديدة لا يتوفر الأفراد على نفس الموارد، كما أنهم لا يستجيبون لها بنفس الطريقة، فمنهم من تضطرب ذاكرته، ومنهم من تبقى ذاكرته أمينة بمناسبة الصدمة، فتثبت الذكرى بكل تفاصيلها وبقوة كبيرة، يعتبر النسيان من الوسائل التي يستعملها الشخص لينجو من الصدمة، فيدافع بذاكرته وبصورة لا شعورية بهدف نسيان الحادث الصادم (Damiani, 1997 p:128-132). كما تشكل النساوة (Amnesie) وهي نتيجة لكبت الحادث الصادم المتعلق بتصور لا يطاق (لا يحتمل)، إحدى طرق أبعاد الانفعالات والتصورات المدمرة، فالكبت لا يسمح بتذكر الحادث المحفوظ في اللاشعور، غير انه يمكن أن يعاود الظهور مقنعا على شكل عودة المكبوت: الأعراض، الأحلام، الزلازل،..... وهكذا، فان تذكر الحادث الصادم وعدم إنكاره يشكلان المخرج الوحيد للقيام بعمل الحداد بالنسبة للضحايا، بالإضافة إلى صعوبات في التركيز واضطرابات في التفكير، وحتى عسر القراءة الثانوي لدى الأطفال، ويشير DSM IV غالى عدم القدرة على تذكر جزء من حادث الصدمة مع صعوبات في التركيز (1996، ص:211).

كما يتضمن هذا التناذر اضطراب النمو، واضطراب الذاكرة والتركيز ونوبات حادة من القلق الفيزيولوجي تتتاب الشخص المصدوم من حين لآخر.

هي مجموعة لأضرار العميقة التي تلحق بالتنظيم النفسي وطريقة اشتغاله، ويبدو أن الجرح النرجسي وتشوه الشعور بالهوية هي أولى الأضرار، إذا كانت الصدمة هي عبارة عن هزة عنيفة في الجهاز النفسي الذي تفشل ميكانيزماته الدفاعية وتتبع باهتزاز القواعد التي تبنى عليها الذات، ويتسبب ذلك في فشل الأنا في أداء وظائفه ومن جملة هذه الاضطرابات ما يلي:

أ/- الانهيار النرجسي: النرجسية بمرجعيتها الأسطورية لنرسيس تحدد بالحب الموجه إلى صورة الذات
LAPLANCHE ET PANTALISS, 1994, P, 261. إن مفهوم النرجسية في أدبيات التحليل

النفسي له استثناءات متعددة والتي لا تسمح بإعطاء تعريف واحد ومحدد حيث أن اكتشافها قاد فرويد إلى طرح أشكال وجود فترة التطور الجنسي الوسيط بين الشبقية الذاتية وحب الموضوع، أدخل فرويد مفهوم النرجسية ضمن إطار نظرية التحليل النفسي، ويشير بشكل خاص إلى الاستثمارات الليبيدية حيث يذكر بأنه في النرجسية يؤخذ الأنا في كليته كموضوع للحب وأن تكوين الأنا يمن أن يوجه في كليته النفسية إلى تكوين صورة الذات، حيث يعتقد أن وحدة ما دائما تكون مسبقة بالصورة التي يكتسبها الفرد عن نفسه، النرجسية هي ما يسمح للعيش في علاقة معينة مع الذات نفسها تبرز من خلال الثقة بالنفس، تقدير الذات التي تجعل من الفرد غير مضطر للنظر في المرأة من أجل تأكيد وجوده، فالنرجسية عبارة عن مرافقة متجددة طوال الحياة وليست مجرد مرحلة من الحياة يجب تجاوزها ، في هذه الوضعية يؤكد كروك *Krocq* على فقدان هوام عدم الخلود (اللاموت، أو كلية القدرة الشيء الذي تفجره الصدمة النفسية)، يشرح *Le Bigot* بأنه ليست لدينا صورة عن ذاتنا الميتة فكل واحد منا يعرف نظريا بأنه سوف يموت يوما ما ولكن لا أحد منا يصدق هذا فعلا، إن شعور الفرد باللاوجود يكون مرافق بفقدان تقديره لذاته ولقيمه وبالتالي يسبب الأزمة النرجسية. هذا الانهيار النرجسي يمكن أن يترجم كما يلي (لا أمثل أي شيء بالنسبة للآخرين) مرافق بفقدان الإحساس بالهوية كما في العبارة التالية (لا أدري أبدا من أكون).

ب/- **عدم التنظيم العاطفي**: يظهر في شكل أفكار وسلوكيات وانفعالات بعيدة عن تلك التي ألف الفرد إظهارها وتعتبر نتيجة لتفعيل مجموعة من ميكانيزمات الدفاع من النوع العصابي أو الذهاني هذه الميكانيزمات المفعلة هي كالتالي :

- **الانشطار** : خاصة عند ضحايا الاعتداءات الجنسية، أو ذوا ازدواجية الأنا حيث يكون الشطر الأول الضحية بينما يختص الشطر الثاني في التماهي بالمعتدين.

- تكرار الصدمة : الفرد لا يكون لديه الشعور بالوجود إلا من خلال التكرار وكأنه يحاول ان يعطي معنا للحادث.

- القلق المسبق : وهو محاولة التحكم الجزئي أو ألبعدي للخطر.

- النكوص: والذي في بعض الحالات يتعدى إلى كف حاد يمكن أن يصل إلى درجة الانسحاب الخلوي أو فقدان الكلام.

8- تأثيرات الصدمة النفسية على الأطفال:

يعتبر الإهتمام بالطفولة في عصرنا الحاضر من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم وتطور المجتمعات وتحضرها في أبعادها الإجتماعية، الإقتصادية والحضارية، فأطفال اليوم هم رجالات الغد وقادة الأمة ومستقبلها، ومن ثمة وجب على القائمين على شؤون هذا المجتمع التفتن لأهمية رعاية وإعداد أطفال اليوم كحتمية حضارية يفرضها التطور العلمي التكنولوجي المعاصر، كما أن هذا الإعداد يتوقف على ما يضمه المجتمع من مؤسسات وما يقدمه من برامج ومناهج تضمن تكويننا نفسياً، تربوياً واجتماعياً يساهم في بناء شخصيته بما يتوافق وتغيرات وتعقيدات الحياة العامة، ومن أعقد تلك التعقيدات على الإطلاق معايشة الأطفال لأحداث صعبة ومؤلمة وعنيفة أقل ما يقال عنها أنها أحداث صدمية تؤثر بشكل معقد على سيرورة تكوينهم النفسي وبنيات شخصياتهم ولنا في مختلف الأزمات والحروب والتهجير والنقتيل الذي تتعرض له البشرية أمام مرأى الأطفال الكلام الكثير في ذلك، لذلك بات من الضروري الإهتمام بالسيرورات النفسية والتوظيف النفسي للصددمات النفسية التي يعانها الأطفال بغية التدخل المبكر للتحفيف من حدة الإضطرابات النفسية من جهة ومنع تطور المشكلات النفسية التي تسيطر على الطفل إلى تناذرات بعد صدمية يصبح من الصعب التخلص منها بعد ذلك.

تعتبر الطفولة بإمتداد مراحلها وعلى مدى سنوات طويلة مرحلة نمو وتأسيس للشخصية السوية المتوازنة في حال مر النمو بشكل سليم، تتميز بالهشاشة وعدم اكتمال احد أهم ميكانيزمات النمو والمحدد الرئيسي له (عملية النضج)، ونقصد بذلك نضج الوظائف النفسية والفسولوجية وما يتبعها من نضج في نظام العلاقات الإجتماعية والمعرفية .

إن تأثير الأحداث الصدمية على الطفل يعد أكثر خطورة منه عند الراشد، ذلك أن الصعوبة لدى الطفل تكمن في معاناة الطفل من تظاهرات صدمية متعددة الأشكال يصعب الكشف عن مصدرها خاصة في حال عدم اكتمال النمو اللغوي عند الطفل أو إذا كان الطفل لا يتكلم مما يقود إلى تفاقم المشكل عند الطفل شيئاً فشيئاً (زقار، سي موسى.2000)، إذ يعتبر نضج الأعضاء الحسية والحركية عند الطفل وكذا تطور اللغة كوسيط لإدراك الطفل لما يدور من حوله من أحداث، وفي ذات الشأن ترى داميانى Damiani أن تأثيرات الحدث الصدمي متعلقة بشكل رئيسي بمدى ومستوى نضج الانا وانعكاساته على التنظيم الهوامي للطفل، فكلما صغر سن الطفل كلما كبرت درجة خطورة إصابة صورته الجسدية ونموه النرجسي (زقار، سي موسى.2000)، وفي ذات الشأن يقترح بايلي (Baily 1999) عدة مراحل تصف نمو الطفل من حيث الجوانب الحسية الحركية، المعرفية واللغوية والتي تمكن الطفل بعد نضجها من إدراك مختلف ما يدور حوله من أحداث، كما ركز العالم برونر Bruner على مراحل النمو المعرفي عند الطفل واقترح برونر ثلاث مراحل لتكوين المعرفة لدى الطفل و المتمثلة في:

أ. مرحلة التمثيل الحسي:

يبدأ الطفل التعلم في هذه المرحلة من خلال الأنشطة التي يمارسها بنفسه مع الأشياء الحقيقية أو المصنعة المحسوسة، فالتعلم هنا يحدث من خلال التمثيل الحسي لهذه الأشياء ولا يحدث من خلال صور عقلية لها، أو عن طريق كلمات ورموز .

ب. مرحلة التمثيل شبه الحسي:

في هذه المرحلة يتعامل الطفل مع الصور و الرموز مستخدما الصور الذهنية عندما تكون المعلومات على شكل محتوى لغوي فالطفل في هذه المرحلة تكون لديه خلفية حسية مناسبة عن الأشياء مما لا يتدعي حضورها بذاتها، حيث يكون الطفل أكثر قدرة على التعلم.

ج. التمثيل الرمزي أو المجرد:

يصل طفل هذه المرحلة إلى مستوى من النضج العقلي بحيث يتعامل مع الأشياء بواسطة الرموز المجردة دون الاعتماد على خلفيتها الحسية أو شبه الحسية حيث يتم استخدام الكلمات و الرقام دون الإستعانة بالصور أو الأشياء الحقيقية (عروج، 2020.ص.68).

وفي ذات السياق ربط Baily (1997) تأثير الأحداث الصادمة التي يتلقاها الطفل بمراحل نموه المختلفة فيرى أن تجارب الانفصال عند الرضيع تعادل تجربة الموت عند الراشد كما أنه بالنسبة للأطفال في مراحل عمرية صغيرة، تعد استجابة الأولياء للحدث الصدمي أساسية، فرعب الراشد يعتبر إدراكا مضطربا فالراشد الذي طالما اعتقد الطفل أنه مصدرا للحماية يصبح عاجزا وبدون موارد، كما أن أي حدث بسيط ويمكن أن يفسر أنه عديم الأهمية بالنسبة للراشد يمكن ان يكون مصدر رعب وخوف عند الطفل.

بالنسبة للأطفال الأكبر سنا والذين يتمتعون بتحكم تدريجي لفكر التجريدي، فإن ذلك يسمح لهم بالانتقال لفهم أفضل لمفهوم الموت والتي تدرك من طرف الطفل كصدمة نفسية، وتضيف (Terr1983) ان أحد أهم ميزات صدمة الطفل أنه يصعب عليه عرض مفهوم المستقبل، فالمستقبل غامض ومبهم وليست هناك أية خطط مستقبلية، الشيء الذي نلاحظ عكسه تماما بالنسبة للأطفال الذين لم يتعرضوا لصدمة نفسية، وللدفاع ضد التوتر والقلق الذي تخلفه

الأحداث الصدمية فالطفل وعقب ما يتعرض له من أحداث وبعد أسابيع من ذلك يستخدم بعض الأليات الدفاعية ونذكر منها،

- الإنكار الخيالي: والذي من خلاله يحاول الطفل التخفيف من الطابع المؤلم للواقع وذلك بتخيل ان الحادث وقع بصفة مختلفة.
- كف التفكير التلقائي: ومن خلاله يحاول الطفل تجنب التفكير في ما حدث الشيء الذي يثبط إنتاجه للأفكار المولدة للقلق والتوتر.
- التثبيت في الصدمة: فالطفل يحكي وبصورة تكرارية، غير كاملة ومجردة من الإنفعالات حيث ان التكرار يجعل تلك الأفكار مقبولة نوعا ما، فالطفل يتجنب مواجهة مخاوفه الحالية او السابقة لذلك وجب الإهتمام بما يمكن ان يواجهه الطفل مستقبلا من خلال إعادة معايشة الحدث الصادم لذلك يجب على الأخصائيين التركيز على الخطورة الكامنة في المستقبل (مكيري، دس.ص.40).

9- الصدمات النفسية وانعكاساتها على المراهقين:

يذكر الدكتور مكيري Mekkiri في محاضراته حول علم النفس الصدمي أنه لم نعد بحاجة للتذكير أنه من خلال النظرة الديناميكية النفسية تعتبر المراهقة سياق لتحولات نفسية خاصة، تمثل مرحلة عابرة للشخصية، ومن خلال النظرة المرضية النفسية فإن أعراض المراهقة ورغم انها تظهر وكأنها فردية إلا أن فهمها لا يمكن ان يتم إلا من خلال إرجاعها إلى نقطة التقاطع بين النفس والعائلة والمجتمع هذا إذا ما استثنينا تلك التدخلات الضيقة لشتى المجالات في المشاهد النفسية الداخلية الطفولية، وهنا تتواجد كل الرهانات المزدوجة الخاصة بالمرور والتحول من ربط وفك واندماج وانفراد واكتساب وتحويل، هذه التحولات من شأنها أن تتم في وسط نفسي بحث إلا أن تأثيراتها تخضع لمجموع العناصر المكونة للواقع الجماعي العائلي والإجتماعي (مكيري، دس.ص.41).

إن كل المتخصصين الذين حاولوا فهم ودراسة كل ما يمكن أن يحدث للجهاز النفسي لدى المراهقين من جراء معاشتهم لأحداث صدمية يؤكدون على شدة وتضاعف الإضطرابات وذلك على مستوى السياقات المتعلقة بالهوية وعلى مستوى التماهيات وتنتج هذه الإضطرابات نتيجة الخلل الواضح في البنية الدفاعية للأنف، وفي هذا الصدد يركز كل من (Bauret.T.Lacha.C.M-R.Moro.2001.p.471) على أهمية إعادة النظر في الصورة التماهية والتماهيات والإنتماءات بإدخال سياقات الإنشطار وشدة الكبت والتي تعتبر كدفاعات ضد الصدمة الشيء الذي يعقد من عمل بناء الشخصية.

أما على مستوى الأعراض نجد أن العديد من الدراسات خلصت إلى ان المراهقين الذين تعرضوا لأحداث صدمية ويعايشون حالات إجهاد ما بعد الصدمة وخاصة منهم اولئك الذين عايشوا خلال طفولتهم أحداث عنيفة كأحداث العنف الإرهابي خلال تسعينيات القرن الماضي(محتوى رسالة ماجستير الباحثة)، نجد ان هذه الفئة تعاني حتى بعد سنوات من وقوع الحدث الصدمي وبعد مرور فترات كمون معتبرة من تناذرات بعد صدمية أهمها تناذر التكرار، تناذر التجنب، تناذر فرط الإستثارة والتناذر العصبي الإعاشي، كل ذلك سكون مرفوقا بإضطرابات على مستوى التنظيم العاطفي والمعرفي والذي يتجسد من خلال الصعوبات الكبيرة التي يواجهها المراقون في مجال التحصيل الدراسي والمعرفي والنتاج عن عدم القدرة على التركيز، إضافة إلى المشكلات السلوكية والإنفعالية التي تبرز وبشكل خاص في الوسط المدرسي والتي من أبرز أشكالها كل مظاهر العنف والتي تبدأ بالعدوانية التي تكون كرد فعل تجاه بعض المثيرات الخارجية والتي سرعان ما تتحول للمحيط الأُسري ويمكن أن تتحول نحو الذات وما ينجر عن ذلك من مجموع الإضطرابات السلوكية كالسرقة والضرب والتكسير وما يتبعها من مشكلات انفعالية كالإكتئاب والشعور الدائم بالقلق والملل والشعور بالعجز وفقدان الأمل في المستقبل ولن لم يتم التكفل والتركيز على هذه الإضطرابات من طرف جميه من لهم علاقة بالطفل ومحيطه، فإن ذلك ودون محالة سيزج بالمراهقين في دائرة الأدمان وتناول العقاقير ذات الإنتحاء النفسي وتعزز المرور إلى الأفكار الإنتحارية.

01- نبذة تاريخية عن ظهور مصطلح الإجهاد: Le Stress:

كلمة الإجهاد مشتقة من الكلمة اليونانية **STRINGER** والتي تعني ضيقاً أو ربطاً أي الربط الشديد للجسد بواسطة الأطراف حتى يكون فيه الشعور متضاداً مما يؤدي للاختناق الذي يعتبر مصدر للقلق، وقد كان هذا المصطلح يستعمل بكثرة في اللغة الانجليزية في القرن التاسع عشر للتعبير عن الآلام والحرمان والمشاكل، ثم شهد بعدها تطور من حيث المفهوم، وذلك بالانتقال من النتائج الانفعالية إلى عامل أو مصدر الإجهاد، وهو مصطلح فيزيائي يعني تلك الشدة التي توقعه على المادة حتى تنكسر، فالمواد تقاوم بطرق مختلفة، فإما أن يتغير شكلها كالمواد اللينة مثل: العجين ولما أن تتصدع وتتشقق أو تنكسر مثل المواد الصلبة، ثم استعارته الفيزيولوجية عن طريق العالم الأمريكي والتركانون الذي كان أول من استعمله في الفيزيولوجية سنة 1935 في مقالة شهيرة في دراسته على الجنود الطيارين ما بين الحربين العالميتين والتوازن الحيوي، الذي يخضع له الكائن الحي ليعبر عن الحالة التي يتعرض لها وهو يقاوم الشدة والضغط الموقعان عليه، فالإجهاد أو التوتر هو الحالة التي تمر بها العضوية عندما تتعرض لمحاولة كسر التوازن الموجود داخلها، وهو الذي تخضع له كل الكائنات الحية والكون العجيب (الحرارة، الغازات في الهواء، ملوحة المياه.....الخ).

02- تعريف الإجهاد:

تعد محاولة تعريف الإجهاد من المحاولات التي تكتنفها كثير من الصعوبات من الناحية العلمية فهي عملية ترتبط بتحديد ظاهرة الضغوط النفسية ذاتها فما التعريف العلمي إلا كلمات لها مدلولات علمية تحدد طبيعة الظاهرة تحديداً جامعاً مانعاً، فالإجهاد ظاهرة معقدة ومتداخلة الأبعاد والعلاقة بين أبعادها دياكتيكية دائرية، ولم يتفق العلماء على تعريف بعينه يمكن أن يعكس الناحية الكيفية والكمية للإجهاد.

- في اللغة الانجليزية:

وردت ثلاث مصطلحات في الضواغط *Stressor* والضغط *Stress* وقد جاءت الضواغط *Stressor* لتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي، فيزيقية، اجتماعية، نفسية، والتي يكون لها القدرة على إنشاء حالة إجهاد ما، أما كلمة إجهاد (ضغط) *Stress* فتعبر عن الحادث ذاته أي وقوع الإجهاد بفاعلية، الضواغط أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما ويشير مصطلح الانضغاط إلى حالة الانضغاط *Train* التي يعانها ويئن منها الفرد، والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالإعياء والإنهاك والاحتراق الذاتي ويعبر عنها الفرد بصفات مثل: خائف، قلق، مكتئب، مشدود، متوتر، متوجس. (هارون توفيق الرشيد، 1999، ص: 15).

* تعريف هانز سيلي: *H. Selye*

يعرف الإجهاد بأنه استجابة غير النوعية للجسم لأي طلب دافع، كما أنه هو الطريق اللاإرادية التي يستجيب بها الجسد باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع. ويرى سيلي أيضا أن الضواغط *Stressor* هي أي مثيرات قادرة على أن تنتج استجابة تكيفية سوماتية وتوضع هذه المثيرات في التصنيفات التالية:

- أي حادث أو عامل يغير الجوانب الداخلية أو الخارجية للبيئة الفيزيقية للتنظيم.
- أي صدمة غير متوقعة.
- أي حادثة أو موقف قادر على أن يثير جوانب معرفية وتنتج الاستجابات العاطفية وتكون الضواغط الفيزيقية وتتضمن أي تغيير في البيئة الفيزيقية داخليا، خارجيا وهناك أيضا ضواغط فجائية وسريعة وهي مثيرات صدمية مثل: طلق ناري، غلق الباب بقوة، انبثاق النور في الوجه.

* تعريف ليفين وسكوتش: *Levine Scotche*

إن الإجهاد حالة تكون في اضطراب وعدم كفاية الوظائف المعرفية ،ويتضمن المواقف التي يدرك فيها الفرد بأن هناك فرق بين ما يطلب منه سواء أكان داخليا أو خارجيا وقدرته على الاستجابة لها.

* تعريف كوفر وأبلاي: *Cofer- Appley*

إن الإجهاد حالة تكون فيها الحالة العامة والشخصية معرضة للخطر ،ويكسر الفرد كل حيويته للحماية منها.

* تعريف موراي: *Murray*

إن الإجهاد خاصية أو صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد في تحقيق هدف معين ويميز في هذا الصدد بين نوعين من الإجهاد هما:

* إجهاد بيتا *Beta*: ويشير إلى دلالة الموضوعات والأشخاص كما يدركها الفرد.

* إجهاد ألفا *Alpha*: ويشير به خصائص الموضوعات والأشخاص ودلالاتها كما هي.

إن المهم هو النوع الأول حيث أن الأمر الأهم ليس في الموضوعات في ذاتها ولكن الأهم هو دلالة الموضوعات كما يدركها الفرد.

* تعريف كوكس ومكاي: *Cox-Mackay*

الإجهاد هو ظاهرة تنشأ من مقارنة الشخص للمتطلبات التي تطلب منه وقدرته على مواجهة هذه المتطلبات ،وعندما يحدث اختلال أو عدم توازن في الآليات الدفاعية الهامة لدى الشخص ،وعدم التحكم فيها أي الاستسلام للأمر الواقع يحدث ضغطا وتظهر الاستجابات الخاصة به ، وتدل محاولات الشخص

لمواجهة الضغط في كلتا الناحيتين النفسية والفسولوجية، المتضمنة حيل سيكولوجية ووجدانية على قصور الإجهاد.

* تعريف كاندلر: *Candler*

إن الإجهاد حالة من التوتر العاطفي تنشأ من إحداث الحياة المرضية (الرشيدي ، 1999.ص.20).

2-ردود الفعل البيوفيسيولوجية النفسية لمصطلح الإجهاد:

في 1914 عالم فزيولوجي أمريكي Cannon أرجعه إلى التنظيم الهرموني للإنفعالات ، عند الحيوان وفي 1945 الطبيبان النفسيان من الولايات المتحدة الأمريكية J.Spiegel et Grinker ركزا إستعماله في علم الأمراض النفسية للحرب ، في كتابهم " الإنسان تحت الإجهاد " " MEN UNDER STRESS "

من أجل الإشارة إلى الحالة النفسية للمحاربين الذين تعرضوا إلى إنفعالات الحرب والذين طوروا إلى نتائج اضطرابات عقلية حادة ومزمنة مذكور في كتاب لـ (P5-6 . 1991 . stora)، كما أنه وفي العام 1950 تبنى H.SELYE كلمة إجهاد والذي سماه منذ 1936 "التناذر العام للإجهاد " والذي يعتبره إستجابة فزيولوجية نموذجية خاضعة إلى عدوان مهما كانت طبيعته (M.Marchand.2000) .

بداية من 1956 H.SELYE عمم هذا المبدأ عندما يكون هناك تعرض لحدث ما ، نستطيع أن نعرف الإجهاد بأنه : كرد فعل إنعكاسي (لا إرادي) ، عصبي بيولوجي ، فزيولوجي ونفسي للإنذار مع تجنيد لدفاعات الفرد على وجود عدوانية خطر أو لوضعية مفاجئة من هنا نفهم أن هذا الإجهاد ليس إجهاد يوميا وإنما هو إجهاد محدد .

إذ عرفه HANS SELYE المذكور في كتيب موجز لإختبار الإجهاد 6-1975.P5 : " على أنه رد فعل للجسم وليس للعوامل الخارجية التي تؤثر على هذا الرد الفعل ، لهذا فإن (العوامل الخارجية) يطلق عليها إسم "عوامل الإجهاد " ماهي إذا العوامل المجهدة ؟

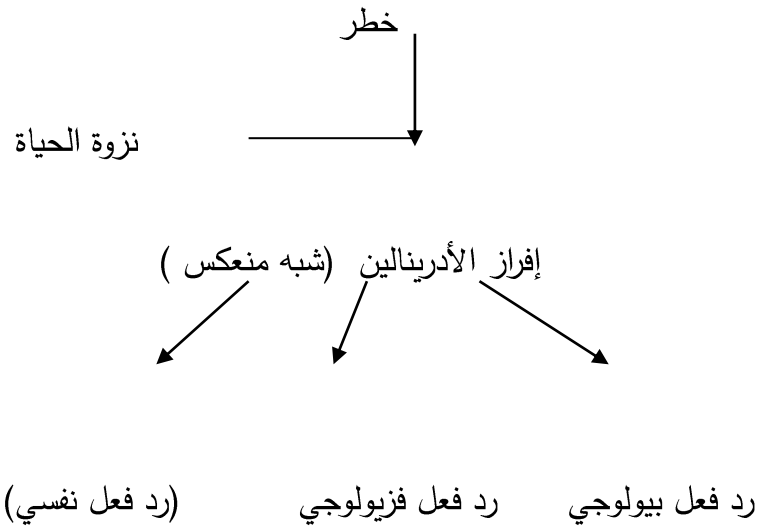
العوامل المجهدة مثل : الفيضانات ، الانفجارات ، الإعتداءات ، الزلازلهي الأحداث الخطيرة .

التي تلحق الإنسان حياته و التي تهدد حياته وتؤدي إلى إصابته بإجهاد ما بعد الصدمة بعد فترة من التعرض لها، وأثناء وجود إجهاد يعني وجود رد فعل للإجهاد ، وهذا الأخير يأتي إذا بعد المرحلة المباشرة بعد الحدث أي بمعنى خلال أربعة و عشرون ساعة بعد الحادث .

ج/ مرحلة الإنهاك : تكون بعد مرحلة المقاومة وهي تنهك العضوية نتيجة الإفرازات للأدرينالين والكورتيزول بغزارة . (j.Cotraux .2001) .

إذ أن رد فعل لإجهاد هو رد فعل بيولوجي ، فزيولوجي ، ونفسي يشبه إستجابة لدى الفرد في وضعية خطرة ، عنيفة ، تضع الشخص في حالة آلية دفاعية مع زيادة إفراز للأدرينالين والذي ينتج على المستوى الفزيولوجي زيادة في ضربات القلب ، ضغط على العضلات ، هروب الدم أكثر نحو الأعضاء النبيلة الضرورية في الجسم ، على المستوى النفسي زيادة في الإنتباه ، والتركيز وإثارة الإدراك ...

أثناء ردة فعل الإجهاد يكون الشخص في حالة إنذار لأنه في مواجهة الخطر هذا الأخير يكون بطلب من نزوة الحياة .



(H. Souki. 2002. P.35)

المخطط رقم 1 : وجود وضعية خطر

و حتى نتحدث عن الإجهاد يجب أن يكون هناك رد فعل للإجهاد ، رداً الفعل المباشرة للتعرض

إلى إعتداء إرهابي مثلاً يدور حول مفهوم أساسي "الإجهاد" هذا الرد الفعل للإجهاد إما يكون متكيف Eu

STRESS أو غير متكيف DI STREES فمدة هذا الإجهاد جد قصيرة (بعض دقائق إلى عدة ساعات

) ، ولمعرفته جيداً وفهمه أكثر سنقوم بتوضيحه بشكل موجز .

3. الإجهاد المتكيف Eu STRESS :

ويتبع بمجموعة من الظواهر والتي تعطل وتلمس المجالات الآتية :

الحقل المعرفي ، الحقل الإنفعالي ، الحقل السلوكي ، الحقل الإرادي ، الحقل الفزيولوجي

- **الحقل المعرفي :** نلاحظ إرتفاع مستوى اليقظة ، وشدة تركيز الإنتباه ، إشتداد للقدرات والتفكير بمنطق الكل أو اللاشيء يؤدي إلى إتخاذ قرار ، كذلك وجود إدراك متأرجح فجأة نحو إدراك سليم ومرة أخرى إلى إدراك سلبي ، فكل إنتباه للشخص وكل تفكيره محتكر حسب وضعية الخطر .

إنطباع وجود حالة من الغضب ، الوهم والشك لأن الفرد في هذه الاثناء يواجه وضعية خطرة أو صدمية ولذلك يرتفع مستوى الإنتباه واليقظة لديه مع محاولة تحليل المعلومات من أجل القيام بسرعة وبفعالية لإختيار السلوك أو الرد الفعل المناسب .

- **الذاكرة :** من أجل الإحتفاظ بمعلومات المحيط وبهدف تذكر ما يفكر به ، فإن مخططات الإجابة ترسخ مسبقا في الذاكرة ، وبالنسبة للتفكير فإن المثيرات في نشاط متزايد (سريع) والتي تستجيب لطوارئ الوضعية والكل يؤول إلى إتخاذ قرار أو عدة قرارات .

- **الحقل الإنفعالي :** يحدث مع مراعاة التفريغ البيوادرينالين ، زوبعة إنفعالية نسبية ولكن بالمقابل هي تؤدي إلى إنذار للنرجسية المهددة بالخطر يحملها للشعور وينتج الإحساس بالخوف المراقب ، وكذلك حدوث سخط وغضب ، دائما في الحقل الإنفعالي العلاقة مع الأخر تبقى عادية ومتكافئة مع الوضعية إما بالتجاذب الوجداني حب الغير ولما ضد عامل

خطر بعدوانية مع الإحساس بالخوف الشديد ، إن أعراضه تميل إلى الإختفاء التلقائي من أجل ترك مكان للإحساس بالراحة ، إنه نوع من التفريغ الإنفعالي .

• **الحقل السلوكي** : تصرف بطيء أثناء التحرك أي أثناء الشعور بالذهول ، صعوبة في مراقبة تصرفاته ، توترات ، بطء في الحركات ، تأتأة ، تلك ردادات الفعل عادة ما تكون لمدة قصيرة .

• **الحقل الإرادي** : وجود رد فعل مباشر يترجم عن رغبة قهرية أثناء نشاط الشخص يحس بضغط داخلي شديد والذي لا يتناقص إلا إذا مر إلى الفعل ، الإحساس بعدم القدرة ، فقدان الثقة بالنفس .

إن رد الفعل المباشر للإجهاد مكلف للطاقة الجسمية لأنه ينهك إحتياط الغلوسيدات العضوية ، والنفسية لأنه ينهك قدرات الإنتباه المتصلة بالتذكر ، بالتحكم الإنفعالي وبالمراقبة الحركية ، زد على ذلك ، عندما تنتهي هذه الطاقة خلال ساعة أو عدة ساعات على حسب الوضعية العنيفة التي تكون سريعة الزوال أو ممتدة ، فهي تفضي إلى حالة نفسية غامضة والتي تجمع بين العيش بإرتياح و "مغادرة الخوف" وبين الإحساس بالنهك الجسيمي .

• **الحقل الفزيولوجي** : وجود تغيرات كثيرة على الجسم كإصفرار الوجه ، عرق ، الاحساس بصدر مضغوط ، زيادة في ضربات القلب ، إنقباض في الشرايين ، ردادات الفعل هذه تكون لها عواقب وخيمة على الطاقة النفسية . الاجهاد يترك حالة من الغموض تنقسم الى الارتياح ، نهك فزيائي ونفسي ، تفريغ انفعالي وعصبية اعاشية ذهول ، صراخ ، بكاء ، هيجان وحتى زيادة في العدوانية وهذه ردادات الفعل تعتبر ردادات فعل متكيفة لأنها تسمح للشخص بمواجهة الخطر .

4. الإجهاد الغير متكيف distress :

عندما يكون الإجهاد حادا أو طويل الأمد أو متكرر بصفة متقاربة يصبح الجسم منهكا وغير قادر على بعث ردات فعل متكيفة فلم تبقى لديه الوسائل لذلك وبهذا يظهر الأشخاص جروحية نفسية ، أو أنهم غير مستعدين .

رد الفعل للإجهاد الغير متكيف يكون ملاحظ أثناء وضعيات عنيفة خاصة فيه عنف طويل المدى أو متكرر من فترة إلى أخرى ، إن رد الفعل الغير متكيف يستطيع أن يتمثل في أربعة أنماط وهي : الدهول ، التهيج ، الهروب نتيجة للهلع والنشاط الآلي

الدهول ، أو الدهشة هي تمسك الفرد بالسلوك الذي كان فيه أن ذلك على مستوى المخطط المعرفي ، فهو يكون مبهور غير قادر على الإدراك ، لا يعرف من هو ولا أين هو متواجد .

• **على مستوى المخطط الإنفعالي** : فهو مندهش ، غير فرح و لا حزين لكن حائر طاف في حالة ثانية ، بعض الأشخاص يقولون " أشعر أنني أحس بخوف كبير " و آخرون يقولون " لدي إحساس أن ما يجري لي و لغيري مثلي " .

• **على مستوى المخطط الإرادي** : الفرد في ذهول فهو في حالة تثبيط للإرادة تعطيل و عدم الإستعداد لاختيار القرار أو أن يأخذ مبادرة و لا يسمع النصائح التي تعطى له من الآخرين ، يبدو أنه تنقل لعالم آخر .

• **على مستوى السلوك** : كأنه معاق ، متصلب عدم القدرة على الحراك أثناء الخطر ، تحت القنابل أو في الشغل لا يكون هدف أمامه مثل أصدقائه الذين دخلوا إلى المخبأ هذه الحالة قد تدوم دقيقة أو عدة ساعات .

• **الإثارة (التهيج)** : هي ردة فعل عكسية لحالة الدهول ، هي حالة إثارة نفسية للانفعالات غير المنتظمة .

الشخص عدواني وثائر ، ولكن إجهاده يكون شديد بالنسبة له هذا يسمح له بفهم الوضعية التي يمر بها ويتخذ قرارا لذلك ، إذ هو يحزر ضغطه الحصري بتفريغ حركي وغير منظم مثلا : التشوير (يعبر بحركات كثيرة) ، صراخ ، بكل معنى الكلمة ، يجري في إتجاه وبعدها يعود إلى اتجاه آخر ، ينطق بكلام غير مترابط ، يظهر الرعب والذعر في ملامح وجهه ، وعلاقته مع الآخرين تكون جد مضطربة : هو يعلم أنه مع الآخرين ، ولكن لا يكون يعرفهم دائما أي غير مدرك أنه يعرفهم ، لا يسمعهم ، ولا يمثل لهم أي هو موجود في مجموعة لكنه لا يتعرف على الآخرين ، هذه الإثارة تستطيع أن تكون عابرة (لمدة دقائق) أو تمتد (لعدة ساعات) .

• **هروب في حالة الهلع :** هي رد فعل للركض بطريقة غير عادية أو الركض بذعر هذه السلوكات طبيعية بالنسبة للشخص الذي إستقبل إشارة وجود مصدر للخطر ويريد أن يبتعد عن هذا الخطر .

ولكن الذي يعتب غير عادي ، هو عندما يريد الإبتعاد بواسطة هروب عنيف أو باندفاع دون تفكير يكون مضطرب ، لا يعرف أين يتجه وكيف يتصرف إتجاه هذه الوضعية الخطيرة . إذا كان شخص أوقف الفرار وجرب أن يفكر ، هذا الفرار يبدي منظر مرعب ، نظرة فارغة وتعابير عامة غير مفهومة ، بمجرد الإرتياح يعاود الركض ولا يتوقف حتى ينهك ولا يحتفظ فيما بعد إلا بذكرى غامضة لهذا الهروب من حالة الهلع و الذي يدفع بالفرار المفزع يكون أثناء الخطر هذه الرغبة في الهرب من الهلع فهي جدا معدية وتستطيع أن تتحول بالتقليد إلى هلع جماعي ، الهروب من حالة الهلع تستطيع أن تدوم من دقيقة إلى عشرات الدقائق حتى ينهك الجسم .

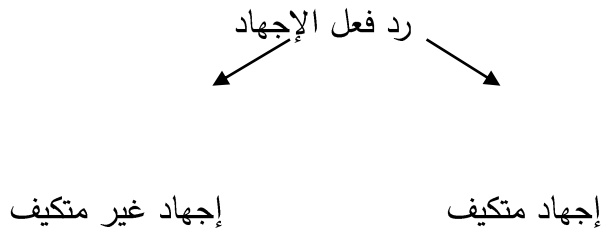
ملاحظة : الهروب من حالة الهلع يعني أن الشخص يبقى يجري ولا يتوقف بعد ساعات حتى يأتي المساعدون .

• سلوك ألي : الأشخاص الذين تبنوا رد الفعل هذا أظهروا وكونوا سلوكا عاديا ، إما يبقون على نفس السلوك الذي كانوا عليه في تلك اللحظة أو أنهم يقلدوا مثال أو ملاحظة أعطيت لشخص آخر ، لكن المتمرنين أو المساعدين يلاحظون أن لديهم حركات متقطعة ، متكررة لأنهم لم يرجعوا إلى الحقيقة المأساوية للحدث ، مثلا : امرأة تنظف في زجاج النافذة وهناك فيضان كارثي وهي مازالت مستمرة في تنظيف زجاج النافذة كأنه شيء لم يحدث : فهذا نشاط عادي ولكن ليس متكيف في هذا السياق لأنها أعادت وكررت النشاط الالي لأنها توجد في وضعية الإجهاد المتجاور .

إذا تحدثنا إليهم يظهروا أنهم يستمعون إلينا لكن لا يدركون ما قلناه لهم ، هذه الحالة تستطيع أن تدوم كذلك عدة دقائق أو أكثر من عدة ساعات ، عندما يخرج الشخص من هذه الحالة يشعر أنه كان في حلم .(L.Crocq.2007) ، فالإجهاد الغير متكيف أو المتجاوز يعبر عنه كهيجان و في بعض الأحيان بهروب من حالة الهلع أو بواسطة تثبيط مع ذهول عام ...

تستطيع ان تكون هناك ردات فعل عصبية هستيرية (خرس) ، او ذهانية، حالات غموض (حيرة) ، الهداءات ، حالات سوداوية – إكتئابية هذه الردات الفعل تكون لدى الأشخاص الذين لديهم جروحية نفسية أو أثناء الوضعية (الحدث) و تكون أكثر عنفا أو تطول في الزمن

(A.Aitmohand et N.korso FecianeBiod . 2002.P70)



المخطط رقم 3 : رد فعل الإجهاد

بعد ردات فعل الإجهاد المتكيف والغير متكيف يصبح الشخص عادي بدون ظهور للأعراض ، وبعد فترة الكمون والتي تستطيع أن تطول بعدها يحدث إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة .

2 إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة :

لا يختلف تعريف الصدمة النفسية عن إجهاد ما بعد الصدمة إلا في بعض النقاط الطفيفة وهذا

تماشياً مع تطور الدراسات المختلفة حول أنواع الصدمات النفسية .

تعتبر منظمة الصحة العالمية الإجهاد ما بعد الصدمة : من الإضطرابات الحصرية وترى أنه ناتج عن التعرض لحدث مؤلم يصل بعضه إلى حد تهديد حياة الفرد ، وقد تشمل هذه الاحداث إعتداءات إرهابية ، حوادث المرور ، إعتداءات عنيفة ، إعتداءات جنسية أو فقدان أحد افراد الأسرة إلى غير ذلك ، معاشة هذه المواقف أو مشاهدتها يخلق لدى العديد من الافراد مشاعر خوف وعجز وغضب والعديد من الأعراض النفسية .

أما التعريف الوارد في الطبعة الرابعة المنقحة في الدليل الإحصائي التشخيصي DSM IV-R

الذي يصدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية لإضطرابات إجهاد ما بعد الصدمة هو: "حدث

كبير و فجائي، خارج عن النطاق المألوف ولستثنائي و خطير . مما يدخل الأفراد في دوامة من

العجز للتكيف معه. ويتمثل في الأفعال المقصودة (الاعتداء الجنسي، السطو بالقوة، أعمال

إرهابية، حروب) والحوادث العامة (حوادث الطرقات، الحرائق، حوادث العمل، حوادث

صناعية....) والكوارث الطبيعية (الزلازل، الفيضانات، الأعاصير، انزلاقات التربة...).

P.Boyer , J-D Guelfi et al, 2003 P .533-534

أما التعريف الوارد في الطبعة الرابعة المنقحة في الدليل الإحصائي التشخيصي DSM IV-R الذي

يصدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية لإضطرابات إجهاد ما بعد الصدمة هو: "حدث كبير و فجائي

، خارج عن النطاق المألوف و استثنائي و خطير . مما يدخل الأفراد في دوامة من العجز للتكيف معه .
و يتمثل في الأفعال المقصودة (الإعتداء الجنسي، السرقة، السطو بالقوة، أعمال إرهابية، حروب)
و الحوادث العامة (حوادث الطرقات، الحرائق، حوادث العمل، حوادث صناعية ..) و الكوارث
الطبيعية (الزلزال، الفيضانات، الأعاصير، انزلاقات التربة ...)(P.Boyer, J-D.Guelfi et
al , 2003 , P.533-534)

إن إجهاد ما بعد الصدمة هو اضطراب حصري كبير ، مختلف عن الاضطرابات الحصرية
الأخرى بسبب أنه يبدأ بواسطة التعرض إلى وضعية صدمية و تناذر إجهاد ما بعد الصدمة يكون بعد
هذا الحدث خاصة أنه مصدوم من الجانب النفسي و ذلك بوجود الخوف المكثف ، و الإحساس بعدم
القدرة ، تكرار معايشة الحدث و يظهر بعد ثلاثة أشهر أو بعد ستة أشهر أو بعد سنوات بعد الصدمة .
فهذا الشخص الذي يعاني من إجهاد ما بعد الصدمة يستطيع أن يكون ضحية الحدث نفسه و يستطيع أن
يكون المساءد أو الشاهد للحدث لأحد الأقارب أو عن كارثة تكون تضم ضحايا كثيرين
(A.S.Seguin.2002) .

فالتعريف الثلاثة الواردة تتفق بأن إجهاد ما بعد الصدمة ينتمي إلى الاضطرابات الحصرية وأنه عبارة عن
حدث يتعرض له الشخص في حياته يؤدي به إلى الشعور بالموت أو خطر مميت ويضم كل طبيعة كارثية
أو إنسانية ، يعني هذا أنه ليس إجهادا يوميا وإنما إجهادا محددًا وجد صادم .

3- بين الإجهاد والصدمة :

للإجهاد والصدمة لاثنتين مختلفتين، إذ أن الإجهاد له رد فعل بيوعصبي فزيولوجي وأن الصدمة
طابعها نفسي، كما أن الإجهاد يشير إلى تغيير مجند في منابع الطاقوية و أن الصدمة هي تحطيم في
الدفاعات النفسية، ومن جانب آخر فالإجهاد يصف الاضطرابات العصبية الإعاشية والصدمة على
التحطيم الحقيقي للجهاز النفسي والذي يكون مصحوبا بحالة الرعب (R.Cario.2004.P.393) .

في الواقع ، على المستوى الإكلينيكي لا يوجد تكافؤ بين هاتين الكلمتين ، و في أكثر الأحيان الأشخاص الذين لديهم رد فعل من إجهاد سلبي يعيشونه كمنط صدمي وبعدها يتطور ألى مرضي بعد صدمي وبالعكس فإن الإجهاد المتجاوز يزول بدون أن يتبع بصدمة نفسية .

نجد كذلك بأن الإجهاد هو الشعور بخطر خارجي للموت بينما الصدمة النفسية هي الشعور بخطر داخلي إضافة إلى المعرفة الحقيقية للموت ، أي التصدي ومواجهة الحدث الإستثنائي الخطير يكون :

- المواجهة بواسطة التهديد بالموت – رداً فعل للإجهاد
- التعرف على حقيقة الموت – الصدمة النفسية

4- العصاب الصدمي وإضطراب إجهاد ما بعد الصدمة :

يقودنا الحديث عن الصدمة والإجهاد للتطرق إلى العصاب الصدمي المرتبط بالصدمة النفسية وبإضطراب إجهاد ما بعد الصدمة المرتبط بالإجهاد .

إذا ما الذي يميز العصاب الصدمي عن إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة ؟

4-1 العصاب الصدمي :

حسب قاموس علم النفس المرضي يعرفه : "مرتبط بصدمة إنفعالية عنيفة : حوادث ، حرب ، كوارث طبيعية ، عنف...تؤدي إلى ظهور أعراض ، هذه الاخيرة ترتبط عموماً بكل وضعية تبحس فيها الشخص أن حياته في خطر . ص 113

إذ هو مفهوم قديم ومصطلح أوروبي ، أستعمل من طرف رواد مدرسة التحليل النفسي وهم

عدة منهم : P.janet . Charcot . Ferenczy . O.Fenichel

S.Freud

خاصة عندما تكون الإضطرابات مزمنة ، والذي يحمل الطابع الجسدي والنفسي للصدمة وأن سببه خارجي ، ويتميز بتناذر التكرار كما نجده في إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة .

وحسب تصنيفه العيادي نجده أنه منظما في العصاب ، من جهة أن العصاب الصدمي يجمع بين إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة مع تغيير شامل وعميق في الشخصية ومن جهة أخرى أن الرعب المفرط أثناء التعرض للحادث الصدمي هو المشترك بينهما ، كما أن كل الصدمات النفسية لا تعطي دائما عصابا صدميا منظما ومزمنا

4-2 إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة : هو مصطلح أمريكي جديد ، مستعمل من طرف أخصائي الطب النفسي ، والذي جاء به التشخيص التفريقي للأمراض النفسية في شكله النموذجي اصبح مميزا أكثر يأتي بعد حدث صدمي قوي و يحدث ذعرا مع عدم القدرة و ينجم عنه غالبا اضطرابات مبكرة و هذا ما جاء به DSM VI

و حسب التصنيف الاحصائي انه ينتمي الى الاضطرابات الحصرية فنجده غير منظم لا في العصاب و لا في الذهان.و ان التكرار هو العرض المهم للتناذر البعد صدمي .
نلاحظ ان اضطراب اجهاد ما بعد الصدمة ظهوره ادى الى وجود تغيير في مفهوم المعايير العيادية اذا نزعت الاغراض الغير نوعية (غير محددة) كالعياء ،الحصر، اضطرابات السلوك، المزاج، اعراض هستيرية، الاضطرابات النفسية و الجسدية من جهة هذا ما يميز اضطراب اجهاد ما بعد الصدمة عن العصاب الصدمي .

و من جهة اخرى نلاحظ ان حذف مصطلح العصاب الصدمي و استبدله باجهاد ما بعد الصدمة بذلك كان مخالفا لنظرية التحليل النفسي ووضع في المقدمة للنظرية البيوفيزيولوجية (نظرية الاجهاد) نلاحظ بذلك تغيير الفرضية النفس ديناميكية بالنظرية البيوفيزيولوجية و ذلك بتغيير مصطلح صدمة بكلمة اجهاد.

03-1/ - النسق النظري لهانز سيلي *Selye.h*

كان لطبيعة تخصصه الدراسي الأولي تأثيرا كبيرا في صياغة نظريته في الإجهاد ، فقد تخصص في دراسة الفسيولوجيا والأعصاب ، وظهر هذا التأثير من خلال اهتمامه باستجابات الجسم الفسيولوجيا الناتجة عن الضاغطة **Stressor** ، كما انه استخدم السم والصدمات الكهربائية على الحيوانات كضواغط ، وتلح المصطلحات الفسيولوجية في صياغته لمسلمات النظرية التي تقدم بها . ويأتلف النسق الفكري لنظرية سيلي *Selye.h* في الضغوط عن الإجهاد (الضغط) متغير غير مستقر ، وهو استجابة لعامل ضاغطة **Stressor** ، يميز الشخص ويصفه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة ، وان هناك استجابة أو أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج (موقف ضاغط) ، وتعتبر هذه الاستجابة ضغطا فعلا ، كما يعتبر حدوثها مصحوبا بأعراض تمثل بالفعل حدوث ضغط ، ويعتبر سيلي أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضاغط عالمية ، وهدفها هو المحافظة على الكيان والحياة . كما يرتبط بين تقدم الفعل أو الدفاع ضد الإجهاد ، وبين التعرض المستمر المتكرر للضاغط ، وفي هذا الصدد حدد ثلاث مراحل للدفاع ضد الإجهاد . وهذه المراحل بعينها تمثل عدة مراحل التكيف وهذه المراحل الثلاث هي :

أ- **الفرع**: وفيه يظهر الجسم تغيرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضاغط ، ونتيجة لهذه التغيرات تقل مقاومة الجسم ، ويوضح سيلي انه في حالة أن يكون الضاغط شديدا فان مقاومة الجسم تنهار وتكون الوفاة .

ب- **المقاومة**: وتحدث هذه المرحلة عندما يكون التعرض للضاغط متلامزا مع التكيف ، وهنا تختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات واستجابات أخرى تدل على التكيف .

ت- الإجهاد: وهي مرحلة تعقب المرحلة الثانية ويكون فيها الجسم قد تكيف، غير أن الطاقة الضرورية، تكون قد استنفذت وأنه إذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمر لفترة طويلة فإنه قد ينتج عنها أمراض التكيف التي تحدث عنه ما يتعدى مصادر الجهاز الفسيولوجي. ويختم سيلبي نظريته بتعريف الإجهاد على أنه حالة من حالات الكائن الحي التي تشكل أساسا للتفاعلات التي يبدي فيها تكيفا أو التي يبدي فيها سوء التكيف .

03-2/ النسق النظري لسيلبرجر: *Spielberger*

يعتبر فهم نظرية سيلبرجر في القلق مقدمة ضرورية لفهم نظريته في الإجهاد، فلق أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين نوعين من القلق هما قلق الحالة *Anxiety State*، وقلق السمة *Anxiéty State*، وفي هذا الصدد يشير يشير سيلبرجر *Spielberger* نفسه إلى أن للقلق شقين يشملان ما يشار إليه على أنه سمة القلق أو القلق العصاب، أو القلق المزمن، وكذلك ما يسمى بحالة القلق أو القلق الموضوعي أو القلق الموقف.

وسمة القلق استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق قلعا يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، بينما حالة القلق موقفية وتعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة و سيلبرجر *Spielberge* في نظريته للضغوط إذ يربط بين قلق الحالة والإجهاد، ويعتبر أن الإجهاد الناتج عن ضاغط معين مسببا لحالة القلق *Anxiéty State*، وما يثبته في علاقة القلق الحالة بالضغط، ليستبعده عن علاقة القلق السمة أو القلق العصابي الناتج عن الخبرة السابقة بالضبط حيث أن الفرد يكون من سمات شخصيته القلق أصلا، ويهتم سيلبرجر *Spielberger* في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها، ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة، فالفرد في

هذا الصدد يقدر الظروف الضاغطة التي أثارت حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف الضغط (كبت، إنكار، إسقاط) أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح بالهرب من الموقف الضاغط.

ولذا كان سبيلبرجر *Spielberger* قد اهتم بتحديد خصائص وطبيعة المواقف الضاغطة التي تؤدي إلى مستويات مختلفة لحالة القلق إلا انه لا يساوي بين المفهومين (الضغط، القلق) ، وذلك لأن الضغط النفسي وقلق الحالة يوضحان الفروق بين خصائص القلق كرد فعل انفعالي والمثيرات التي تستدعي هذه الضغوط فالقلق كعملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغط وتبدأ هذه العملية بواسطة مثير خارجي ضاغط. ويميز سبيلبرجر *Spielberger* أيضا بين مفهوم الإجهاد *Stress* ومفهوم التهديد *Threat* فكلاهما مفهومان مختلفين ، فكلمة ضغط تشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما بين الخطر الموضوعي *Objective* أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف أي بمعنى توقع خطر أو إدراك ذاتي للخطر *Donger Subjective Oppraisal* ، وأخيرا فان سبيلبرجر *Spielberger* قد أجرى كثير من الدراسات تحقق من خلالها من صدق فروض ومسلمات نظرية.

3-03/النسق الفكري لهينري موراي: Murray

وتختلف دينامية موراي النفسية عن دينامية فرويد فهي أكثر فعالية ، وعمقا حيث أضاف موراي مفهوم الأنا المثالية الذي يعبر عن الذات المأمولة إلى التصور الطبوغرافيا للنفس البشرية الذي قدمه فرويد والذي يتكون من الهو والأنا و الأنا الأعلى.

كما حدد موراي شكل الصراع بين هذه المنظمات بصورة تختلف عما حدده التحليل النفسي ، فألهو عند موراي يمكن أن يشتمل على ما هو مقبول من المجتمع إلى جانب الغرائز والحافزات المكروهة كما أنه ليس شريرا ومعادي للمجتمع تماما ، كما أن الأنا ليس جهاز كف أو كبت لدوافع معينة فحسب كما أوضح فرويد بل الأكثر أهمية هو الأنا يجب أن يرتب ويضع المخططات وأن يسيطر على الطريقة التي يجب أن تشبع بها الدوافع الأخرى . ويصل موراي إلى مستوى عال من الدينامية النفسية عندما يتعرض لمفهوم الحاجة ، ومفهوم الضغط **PRESS** ويعتبرهما مفهومان مركزيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني ، ويعد الفصل بينهما تحريفا خطرا، كما يلتقي كل من الضغط والحاجة في حوار دينامي يظهر في مفهوم الثيما **THEMA** والذي يعني به موراي وحدة سلوكية كلية تفاعلية تتضمن الموقف الحافز (الضغط) والحاجة وفي هذه الأثناء قد يحدث وأن ترتبط بعض الحاجات في إشباعها ببعض المواقف أو بعض الأشخاص ، وحينها يحدث ذلك فإنه يظهر مفهوم تكامل الحاجة **NEED Urtegrate** الذي يعبر به موراي عن الاستعداد الموضوعي أي أنه حاجة إلى نوع معين من التفاعل مع شخص معين أو موضوع معين (الرشيدي /ص:50...57).

-السياق التاريخي لظهور PTSD:

ظهر مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD: Post Traumatic Stress) في نظام التصنيف للأمراض العقلية **DSM: Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders** (أي الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية ، في طبعته الثالثة (DSM 1980) (III) رغم أن هذا التصنيف الجديد أثار جدالا حول تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، إلا أنه سد فراغا كبيرا في الطب النفسي ، سواء على المستوى النظري أو المستوى التطبيقي ، فمن المنظور التاريخي

،التغيير الأساسي وذو دلالة هامة الذي أحدثه مفهوم PTSD ،هو الاعتقاد أن العامل المسبب يكمن خروج الفرد (أي الحدث الصدمي) عوض ضعف ذاتي للفرد (أي عصاب صدمي) .إن المبدأ الأولي لفهم القاعدة العلمية والتعبير العيادي لـ PTSD هو مفهوم "الصدمة" (Friedman 1991).

في صياغته الأولى في DSM III عام 1980 ،وصف مفهوم الحدث الصدمي بصفته ضاغط كوارثي لم يكن مدرجا في مجال التجربة العادية والمألوفة للفرد .فان الحرفيين الذين صمموا التشخيص الأصلي لـ PTSD ،كانوا يقصدون بالأحداث مثل الحروب ،التعذيب،الاغتصاب،محرقة النازية ،القنبلتين الذريتين لـ Nagasaki et Hiroshima الكوارث الطبيعية (مثل الزلزال ،الإعصار ، والبراكين) والكوارث من صنع الإنسان (انفجار المصانع، سقوط الطائرات وحوادث المرور) ،فاعتبروا بوضوح أن الأحداث الصدمية مذ تلفة عن العوامل المؤلمة الضاغطة التي تكون عبارة عن تغيرات عادية في الحياة مثل: الطلاق ،الفشل ،الرفض ،مرض خطير ،افلاس مالي ،وهلم دواليك (Friedman 1995) ومن هذا المنطلق المنطقي ،فان الاستجابات السيكولوجية لمثل هذه " العوامل الضاغطة العادية " تكون مدرجة في تصنيف DSM III " كاضطراب التوافق " عوض PTSD .ان هذه الثنائية بين الصدمي والعوامل الضاغطة الأخرى ،كانت مؤسسة على الافتراض القائل بأنه رغم أن أغلبية الأفراد لهم القدرة على التعامل coping ومواجهة الضغط العادي ،فهناك احتمال أن قدراتهم التكيفية تكون هشّة وعاجزة عند مواجهة الضغوط الصدمية .

يعتبر PTSD فريدا من بين التشخيصات السيكياترية الأخرى ،نظرا للأهمية الكبيرة التي نسبت إلى العامل المسبب ،أي العامل الضاغط الصدمي ومنه لا يستطيع المرء القيام بتشخيص PTSD إلا إذا وفى الشخص فعلا " معيار العامل الضاغط " الذي يعني أنه تعرض إلى حدث يعتبر صادما ،إلا أن التجربة العيادية المتعلقة بتشخيص PTSD بينت أن هناك فروق فردية في القدرة على التعامل مع

الضغط الكوارثي ،حيث أن بعض الأفراد الذين تعرضوا إلى أحداث صدمية لا يكونون PTSD ،بينما البعض الآخر لديهم تناذر كامل لـ PTSD ،فهذه الملاحظات أدت إلى الاعتراف بأن الصدمة ،مثل الألم مصفاة من خلال العمليات المعرفية والوجدانية قبل تقييمها بأنها تهديد خطير ،وبسبب الفروق الفردية في عملية التقييم هذه ،يبدو أن مختلف الأفراد يعانون درجات مختلفة من الصدمة ،أين يكون البعض منهم محميا أكثر ،بينما البعض الآخر يكون أكثر هشاشة وقابلية لتكوين أعراض عيادية بعد تعرضهم لوضعيات ضاغطة حادة (Friedman 1995) .

رغم أن هناك عودة من جديد إلى الاهتمام بالمظاهر الذاتية للتعرض للصدمة ،فيجب التأكيد أن التعرض لأحداث مثل الاغتصاب ،التعذيب ،الإبادة الجماعية ،وضغط الحرب هي تجارب معاشة بصفقتها أحداث صادمة تقريبا من طرف كل الناس .

لقد تمت مراجعة معايير التشخيص في DSM III إلى ما يسمى في الصيغة بـ DSM III-R 1987،ثم في DSM -IV 1994 وفي DSM-IV.TR 2000 وهي الصيغة الأخيرة إلى غاية الآن ،يجدر الذكر ،وهذا من أجل توحيد التشخيص ، أن تناذر PTSD مشابه للصيغة العاشرة للتصنيف العالمي للأمراض .

إن إدراج PTSD منذ 1980 ،في التصنيف الرسمي للاضطرابات النفسية في DSM في صيغته الأربعة ،كان انطلاقة لبحوث غزيرة حول الاستجابات النفسية لضحايا الأحداث الصدمية ،واعتمدت التعريفات التي وردت في الصيغ الأربعة لـ DSM ،على النموذج المفاهيمي الذي يصنف الأحداث الصدمية بصفقتها وحدة entité مختلفة عن تجارب الضغط الأخرى ويصنف PTSD كذلك كوحدة مختلفة عن استجابات الضغط ،وعلى خلاف " الأحداث الضاغطة العادية " ،فالأحداث الصادمة أو الكوارثية

مرتبطة في DSM بتناظر خاص وهو PTSD، والأعراض المعيارية للاضطراب معرفة بارتباطها بالوقت والمحتوى، وبحدث بارز وخاص Friedman ;op.cit

يجدر التنويه قبل التعرض بالتفصيل إلى أعراض PTSD، إلى أنه منذ 1980، ركزت البحوث الأمريكية بكثافة وفي الفترة الأولى، على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب الفيتنام خاصة، وأولت اهتماماً أقل لضحايا أحداث خاصة مثل الكوارث أو الاغتصابات، أظهرت هذه البحوث أن هناك مجموعة من الأعراض عانى منها هؤلاء الجنود سنوات بعد انتهاء الحرب، وامتدت البحوث في الفترة الثانية إلى الصدمة النفسية نتيجة كوارث طبيعية وتكنولوجية، وحوادث فردية وجماعية، اعتداءات، اغتصابات، إلى غير ذلك .

وتجدر الإشارة إلى أن لـ PTSD انعكاسات ورهانات اجتماعية واقتصادية وكذلك سياسية، فقد كان جنود حرب الفيتنام يعانون الإعاقة في شتى مجالات حياتهم (الشخصية، العائلية والمهنية...) بسبب المرض العقلي إبان رجوعهم من الحرب، بما فيه الضغط ما بعد الصدمة، إلا أنهم لم يتمكنوا من الحصول على تعويضات مالية لأنه لم يكن آنذاك أي تشخيص سيكياتري يمكنهم من خلاله طلب المستحقات التعويضية. Mezey et Robbin. 2001.

05- مظاهر التشخيص في DSM-IV. 2004

سنقدم فيما يلي المعايير الكاملة لتشخيص PTSD كما وردت في الطبعة الأخيرة من DSM-2004 IV. TR والتي تتضمن: " التعرض إلى "حدث صدمي" وأعراضاً من المجموعات الثلاث للأعراض ذكريات مستحوذة، أعراض التجنب /الخدر أو فقدان الحس، وأعراض الحرص الفائق، أضيف معيار خامس فيما بعد، والذي يتعلق بمدّة الأعراض التي لم تكن واردة في DSM في 1980 عندما اقترح لأول مرة PTSD، وظهرت بعده عدة تجارب ميدانية وأجريت حوله بحوث متعددة

حسب DSM-IV.TR أهم مظاهر PTSD هو تكوين أعراض مميزة بعد التعرض إلى عامل ضاغط صدمي حاد، يتضمن تجربة شخصية مباشرة لحدث يكون فيه الموت الفعلي، أو التهديد به، أو جرح (إصابة) خطير أو تهديد آخر لوحدة وسلامة الجسم، أو يكون الفرد شاهد عيان على حدث يتضمن الموت، إصابة أو تهديد لسلامة جسم شخص آخر، أو سماع بموت مفاجئ أو عنيف، إصابة خطيرة أو تهديد بالموت أو إصابة عضو من العائلة أو إحدى الأقارب (المعيار A1) .

فاستجابة الفرد يجب أن تتضمن خوفا شديدا، العجز، أو الرعب (أو عند الأطفال: تكون الاستجابة متضمنة لسلوك مضطرب أو متهيج) (المعيار A2) .

إن الأعراض المميزة الناتجة عن التعرض لصدمة عنيفة تتضمن المعاشة المستمرة والملحة للحدث الصدمي (المعيار B)، التجنب المستمر للمنبهات المتعلقة بالصدمة وتبلد في الاستجابات العامة (المعيار C)، وأعراض مستمرة وملحة خاصة بالحرص الفائق (المعيار D) .

يجب أن تكون اللوحة العرضية الكاملة متواجدة خلال أكثر من شهر (المعيار E)، وأن يكون للاضطراب معاناة عيادية ذات دلالة أو عجز في الوظيفة الاجتماعية، المهنية أو المجالات المهمة الأخرى (المعيار F) .

تتضمن الأحداث الصدمية المعاشة مباشرة، ولا تقتصر على الحرب العسكرية، اعتداءات شخصية عنيفة (اعتداء جنسي، هجوم جسدي، السرقة، هجوم من الخلف مع محاولة الخنق قصد السلب)، اختطاف، رهينة، هجوم إرهابي، تعذيب، الحبس كسجين حرب أو في المعتقل، الكوارث الطبيعية أو من صنع الإنسان، حوادث المرور، تشخيص بمرض مهدد للحياة، بالنسبة للأطفال، يمكن أن تتضمن الأحداث الصادمة جنسيا تجارب جنسية غير ملائمة نمائيا من دون تهديد فعلي أو عنيف أو إصابة.

تتضمن أحداث شاهد عيان، ولكنها لا تقتصر على مشاهدة إصابة خطيرة أو موت غير طبيعي لشخص آخر بسبب اعتداء عنيف، حادث، حرب، أو كارثة أو مشاهدة فجائية لجثة، أو أجزاء من الجثة. تتضمن كذلك التجارب المعاشة من طرف الآخرين والتي سمع عنها. تتضمن كذلك، ولكنها لا تقتصر على اعتداء شخصي عنيف، حادث خطير أو إصابة خطيرة معاشة من طرف عضو من العائلة أو صديق أو السماع بأن " طفلنا " (من طرف الوالدة) يعاني مرضا مهددا لحياته وقد يكون الاضطراب خاصة خطيرا أو طويل المدى عندما يكون العامل الضاغط من صنع الإنسان (مثل: التعذيب والاعتصاب)، يرتفع الاحتمال بتكوين هذا الاضطراب كلما ارتفعت شدة التقارب البدني مع العامل الضاغط.

يمكن أن يعاش الحدث الصدمي من جديد بطرق متنوعة، يكون عادة لدى الشخص ذكريات مستحوذة ومتكررة للحدث (المعيار B1) أو أحلام مزعجة متكررة أين يعاد الحدث أو يكون متصورا بطريقة مختلفة (المعيار B2)، في حالات نادرة، يعيش الفرد حالات تفكك تدوم من بضعة ثواني إلى ساعات عديدة، وحتى أيام. يعاش من خلالها الفرد أجزاء من الحدث ويسلك كأنه يعيش الحدث في اللحظة نفسها، في هنا ولان (المعيار B3)، وغالبا ما يشار إلى هذه النوبات بـ flashbacks، التي تدوم مدة قصيرة عادة، ويمكن أن تكون مرتبطة بالمعاناة الطويلة واليقظة المرتفعة.

غالبا ما تحدث المعاناة السيكولوجية الحادة (المعيار B4) أو المعاشة الفيزيولوجية (المعيار B5) عندما يكون الفرد معرضا إلى الأحداث التفجيرية أو الإحيائية التي تشبه أو ترمز إلى مظهر من الحدث الصدمي (مثلا: الذكريات السنوية للحدث الصدمي، مناخ بارد أو مثلج أو لباس عسكري بالنسبة للناجين من الموت في المعتقلات في جو بارد، مناخ ساخن ورطب بالنسبة لجنود الحرب في المحيط الهادي الجنوبي، الدخول إلى أي مصعد بالنسبة للمرأة التي تعرضت إلى الاغتصاب داخل المصعد).

يتم تجنب المثيرات المتعلقة بالصدمة بإصرار ، يبذل الشخص عموماً مجهودات عمداً لتجنب الأفكار ، الأحاسيس أو الحديث عن الحدث الصدمي (المعيار C1) وتجنب النشاطات ، أو الوضعيات أو الأشخاص الذين يثيرون ذكريات عن الحدث (المعيار C2) . يمكن أن يتضمن هذا التجنب لما يذكر بالحدث الصدمي : "النساوة (amnésie) لمظهر مهم جداً من الحدث الصدمي (المعيار C3) ، ويشير إلى انخفاض الاستجابة للعالم الخارجي ، "بالحذر السيكولوجي " أو " التجمد الأحاسيس " الذي يبدأ غالباً مبكراً بعد الحدث الصدمي ، قد يشكو الفرد من انخفاض معتبر في الاهتمام أو المشاركة في نشاطات كانت ممتعة له في السابق (المعيار C4) ، الإحساس بالانفصال أو بأنه غريب عن الناس الآخرين (المعيار C5) ، أو انخفاض معتبر في القدرة على الوجدان (لا سيما المتعلقة بالعلاقة الحميمة ، الحنان والجنس) (المعيار C6)

قد يكون هناك إحساس لدى الفرد بأن المستقبل مسدود (مثل عدم توقع أن يكون له مهنة ، زواج ، أطفال ، أو امتداد عادي للحياة) (المعيار C7)

يعاني الفرد أيضاً أعراضاً مستمرة من الحصر أو الحصر المتزايد الذي لم يكن موجوداً قبل الصدمة ، فقد تتضمن هذه الأعراض الصعوبة في الخلود إلى النوم أو البقاء فيه بسبب الكوابيس المتكررة أين تعاد معايشة الحدث الصدمي (المعيار D1) ، اليقظة الفائقة (المعيار D4) ، والقفز المبالغ (المعيار D5)

يتكلم بعض الأفراد عن الاستثارة أو نوبات غضب (المعيار D2) ، أو الصعوبة في التركيز أو إنهاء المهام (المعيار D1)

المواصفات :

يمكن استعمال المواصفات الآتية لتحديد متى بدأ العرض PTSD ومدته الزمنية :

حاد : عندما تكون المدة الزمنية لأعراض PTSD أقل من 03 أشهر

مزمن : عندما تدوم أعراض PTSD ثلاثة أشهر أو أكثر

مؤجل : عندما تمر على الأقل 06 أشهر بين الحدث الصدمي وبداية الأعراض

07/المظاهر المتلازمة والاضطرابات :

المظاهر الموصوفة والمتلازمة والاضطرابات النفسية :

قد يصف الأفراد الذين يعانون PTSD مشاعر الذنب بسبب نجاتهم بينما لم ينجو الآخرون ،أو بسبب ما فعلوه من أجل النجاة ،قد تتدخل نماذج التجنب في العلاقات الشخصية مما يؤدي إلى الصراع بين الأزواج ،الطلاق أو فقدان العمل .يمكن تواجد الهلاوس السمعية أو التخيلات الاضطهادية ،ويمكن أن توجد في حالات خطيرة ومزمنة .

يمكن أن تحدث مجموعة الأعراض المتلازمة والتي غالبا ما يلاحظ تلازمها مع العامل الضاغط العلائقي (مثلا : الاعتداء الجنسي لدى الأطفال أو الاعتداء الجسدي ،العنف المنزلي) :اضطرابات في الوجدان ،التهديم الذاتي ،سلوك اندفاعي ،أعراض التفكك ،شكاوي جسمية ،الشعور بعدم الفعالية ،الخجل ،اليأس أو فقدان الأمل ،الشعور بالضرر المستديم ،فقدان معتقدات سابقة مؤكدة ،النفور ،الانسحاب الاجتماعي ،الشعور بالتهديد المستمر خلال العلاقات مع الآخرين ،أو تغيير في مظاهر الشخصية الموجودة قبل الحدث الصدمي .

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة متلازم مع نسب اضطراب رهاب الخلاء agoraphobia، اضطراب الوسواس القهري ، اضطراب الحصر المعمم ، الفوبيا الاجتماعية ، فوبيا خاصة ، والاضطراب ثنائي القطب bipolaire، فهذه الاضطرابات يمكن إما أن تسبق ،تتبع أو تظهر متزامنة مع بداية اضطراب الضغط ما بعد الصدمة .

08/- عوارض حالة الإجهاد ما بعد الصدمة:

08-1 مرحلة الكمون :

يشير هذا المصطلح إلى المدة الزمنية التي تكون فيها الوضعية هي استبعاد فترتين زمنيتين أحدهما عن الآخر ، ووضع مسافة بين حدثين بحيث تمنع بأن تكون هناك مصادفة بينهما وتسمح بتكوين فارق ضروري من أجل الإعداد النفسي الجديد. **F.Marty.2002.p10** أي أنها الوقت الضروري اللازم للجهاز النفسي للتحضير لنوع جديد من الوظائف حسب المتطلبات التي تفرضها المرحلة الجديدة ،فيما يخص مرحلة الكمون التي تفصل الجنسية الطفلية ،وجنسية البلوغ في النمو النفسو جنسي ،يشير **S.Freud** إلى مرحلة الكمون في تاريخ الصدمة ويعرف الفترة التي تمتد بين ردود الفعل للإجهاد وظهور التناذر النفسو صدمي، انه الوقت المستغرق من طرف الجهاز النفسي من أجل إرساء دفاعات جديدة بعد التقلبات الناتجة عن الحادث العنيف ، يمكن أن تكون مرحلة الكمون صامتة بشكل كلي دون أية أعراض نفسية أو جسدية تذكر ،بينما في حالات أخرى تواجه تطور ملحوظ بظهور اضطرابات نفسية ثرية قليلا أو كثيرا وصارخة نوعا ما ،وعلى حسب الحالات كل الاضطرابات النفسية الملاحظة عادة في خانة العلامات العقلية، **Sémologie Psychatrique** ، يمكن أن تسجل بعد الحادث ثلاث **Sphères** ساحات معنية بالاضطرابات التي تظهر أثناء مرحلة الكمون (اضطرابات الطبع الحساسية ،المؤثرات،نوبات الغضب،العدوانية)،اضطرابات السلوك (الكحول ،محاولة

الانتحار...الخ).وأخيرا اضطرابات المزاج التي تظهر في حالات القلق والاكتئاب لأنه حتى مرحلة الكمون

التي تظهر بدون أعراض يمكن أن تتطور إلى عصاب صدمي **Marty.f 2001**

08- 2 معايشة الحدث الصدمي: معايشة حدث يقع خارج نطاق معايشة الإنسان العادي على أن يكون من شأن هذا الحدث أن يتسبب بالألم الملحوظ لأي كان، مثال ذلك أن يتعرض الشخص لتهديد جدي لحياته أو لتكامله الجسدي أو أن يشهد خطرا جديا يهدد أحد أطفاله أو زوجته (أو زوجها) أو أقارب آخرين أو أصدقاء..الخ، ومن هذه الأحداث أيضا التدمير المفاجئ للمنزل أو للمجتمع السكني أو رؤية شخص أثناء أو بعد تعرضه لأذى جسدي خطير (أو للقتل) نتيجة لحادث أو بسبب تعرضه للعنف الجسدي.

08-3 تكرر معايشة الحدث الصدمي : على الأقل بإحدى الطرق التالية:

أ/- تدخل وتطفل يذكران بالحدث ويتسببان بالألم (الأطفال، تكرر وصف دقائق الكارثة أو مراحلهاالخ).

ب/- أحلام تكرارية مزعجة ذات علاقة بالحدث.

ج/- التصرف أو الإحساس المفاجئ كما لو أن الحدث يتكرر من جديد(ويتضمن هذا البند معاودة معايشة الحدث والأوهام والهوسات ومظاهر تبدد الشخصية التي تظهر في مراحل يسترجع فيها المريض تفاصيل الحدث الصدمي).

د/- ظهور ألام نفسية (شدة) قوية لدى تعرض الشخص لأحداث ترمز إلى الحدث الصدمي أو تشبهه ملابساته بما في ذلك الذكرى السنوية للحدث الصدمي.

04-08 تجنب المثيرات : إستقرار الشخص في تجنب المثيرات التي رافقت الحدث الصدمي أو فقدان

الحس العام (على أن لا يكون هذا فقدان حاصلًا قبل الصدمة) على أن يتظاهر ذلك من خلال ثلاثة

من البنود التالية على الأقل:

- بذل الجهود لتجنب النشاطات والوضعيات التي من شأنها تذكير الشخص بالصدمة.
- عدم القدرة على تذكر مظهر هام للصدمة (يعادل فقدان الذاكرة من النوع النفسي الانتقائي).
- انخفاض هام في الاهتمام بنشاطات مهمة بالنسبة للشخص (كمثل إهمال الأطفال الصغار لتنمية مهاراتهم المكتسبة كالترتيب على الاهتمام بنظافتهم أو تطوير مهاراتهم اللغوية).
- الشعور بالانفصال أو بالنفور من الآخرين.
- ضيق الأفق العاطفي كمثل عدم القدرة على امتلاك مشاعر الحب.
- الإحساس بدنو الأجل (كأن يفقد الأمل في الحصول على عمل أو في الزواج أو في الزواج أو في الأولاد أو في حياة طويلة).

* إستمرارية العوارض التي تعكس زيادة التأثير بالصدمة (على أن لا تكون هذه العوارض

موجودة قبل الصدمة).

* وتنعكس هذه الاستمرارية ببندين من البنود التالية على الأقل:

- صعوبة الإغفال والمحافظة على استمرارية النوم.
- سرعة الاستشارة (الانزعاج والغضب).
- صعوبة التركيز.
- الحذر فوق الاعتيادي.

- استجابة الجفلة المبالغ فيها.
- معاودة مظاهر الاضطراب الفيزيولوجي عند التعرض لأحداث ترمز للكارثة أو تذكر بها (مثلا :امرأة تعرضت للاغتصاب في مصعد ثم تظل تتصبب عرقا كلما دخلت أي مصعد آخر).
- ديمومة الاضطراب (أي ديمومة العوارض المذكورة في الفقرات 2.3.4). (النايلسي، 1991، ص:188).

09/- بعض النماذج المفسرة لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة:

حاولت بعض النظريات أن تعطي تفسيرات متنوعة لتشكيل تناذر الإجهاد ما بعد الصدمة ومن

أهم هذه النظريات:

09-1 النموذج البيولوجي:

حاول بعض الباحثين أن يربطوا تناذر الإجهاد ما بعد الصدمة بعمل الدماغ، وما يطرأ عليه من تبدلات كيميائية و فيزيولوجية ووظائفية، ويرى VONDER KOLK (1984) أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أنحاء الجسم، فاستطرد مادة الدوبامين يرتبط بعدم قدرة الشخص على الهروب أو التخلص من الصدمة التي يتعرض لها، فالتعرض المتكرر للصدمة أو لذكرها يؤدي فيما بعد لحالة من التبلد أو التحذير العاطفي كحل حتمي للصدمة.

إذا فمسير تناذر الإجهاد ما بعد الصدمة يتوقف على نشاط الإفرازات مثل الدوبامين والنورايينفرين ،

وكذلك على المواد المخدرة التي يفرزها الدماغ عند التعرض للصدمة وبعد أن تمر الصدمة تحدث حالة

شبيهة بالانسحاب ، والذي نلاحظه في عوارض الانقطاع الفجائي عن تعاطي المخدرات ، ومن العلوم أن

هذا الانسحاب يترافق بعوارض نفسية فيزيولوجية شديدة الألم مثل: اضطراب النوم والكوابيس والاحتراز الشديد ، وهبات الغضب والعدوانية.

09-2 النموذج السيكولوجي :

حاول كل من **GREEN WILSON AND LINDEY 1985** أن يضعوا نموذجا نفسيا واجتماعيا لتفسير تناذر الإجهاد ما بعد الصدمة ، وهم يعتقدون بان مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدثها وطبيعتها ،ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة ، إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة كلما كان المصدوم قادرا على تخطي آثار الصدمة ، واستعادة التكيف إلى حد معقول ،ومن المؤسف أن نقول بان ضحايا الكوارث الطبيعية بصورة خاصة هم الذين يلقون العون والاهتمام من جانب الأفراد والمنظمات بعكس ضحايا التعذيب والحروب والاعتداء .

09-3 نظرية التعلم و التشریط:

هناك نوعان من التعلم القائم على الاشرط:التشریط الكلاسيكي لبافلوف والتشریط الفاعل لسكنير ويعتقد **KEONE 1985** أن هذين النموذجين من التعلم يفسران لنا كيف يتشكل تناذر الإجهاد ما بعد الصدمة ، فالصدمة والنكبات تعتبر بمثابة منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف إزاء ردات فعل فيزيولوجية مطلقة ، ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها .

فالإجهاد ما بعد الصدمة هو نتيجة للاشرط الذي ينتج وقت إنذار حقيقي ، فبعض ردود فعل الخوف تكون مشتركة مع مثيرات داخلية مثل: دقات القلب، ضغط، دوارومثيرات خارجية مثل المكان، الرائحة ،الصوت المتعلق بالتجربة الصدمية.

4-09 معالجة الانبعاثات:

إن معالجة الانبعاثات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر تناذر الإجهاد ما بعد الصدمة **HOROWITZ1986** ، فالانبعاثات تغزونا من كل جانب ،قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته(ترميز، حل الترميز، السلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لان الانبعاثات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي ،كما هو الحال مثلا في الكوارث والصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ،ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية وهذا ما يؤدي إلى تسوية واضطراب في معالجة الانبعاثات وفي هذه الحالة تبقى الانبعاثات أو المنبهات الصادمة ناشطة وتستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول أن يبعدها عن الوعي غير انه يلجا عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران والتبذل والتجنب وهذه الوسائل الدفاعية تشكل السمات البارزة للإجهاد ما بعد الصدمة حيث يبدو أن المنبهات الصادمة لا تغيب عن وعي الشخص بل أنها تغزو رأسه من حين لآخر وتؤدي الصورة المؤلمة والصور والأفكار المأساوية المرتبطة بالصدمة ،وهذا يعني أن المنبهات الصادمة تخضع لمبدأ التكرار القهري لذكرى الصدمة كوابيس ،أفكار وصور دخيلة وهكذا تبقى هذه المنبهات تخضع حتى تتم معالجتها بشكل كامل.

5-09 النموذج المعرفي:

يرمي النموذج المعرفي إلى إدراك معنى الحدث عند الشخص ،وكيف تظهر لديه المعاناة ويبدو أن هذا الأمر يتوقف على النماذج المعرفية والمعتقدات التي تميز الشخص عن الآخر ،ومما لا شك فيه أن الصدمة تززع هذه البنيات الشخصية ،فوجود هذه المعتقدات المذكورة عند الشخص السوي أو العادي والذي يثق بنفسه ويبني آماله من خلال الواقع الذي يعيش فيه ،وبالتالي لا يتصور بأنه يتعرض لفشل محتم أو لكارثة تخرج عن النطاق المعقول فعندما تقع الكارثة تتحطم المعتقدات والآمال المذكورة ،ويشعر

الشخص بالذ هول واليأس وكأنه لا يصدق ما جرى وهكذا تتحول المعتقدات الايجابية إلى سلبية ويصبح العالم الخارجي مرعبا وهنا تظهر أهمية العلاج المعرفي الذي يتناول بدقة معالجة الأفكار والمعتقدات السلبية ،حتى يتمكن الشخص المصدوم من إعادة بناء تجربته وتبديل مفهومه عن نفسه والواقع والآخرين.(غسان يعقوب ص:60...67).

10/مظاهر التشخيص في DSM-IV.2004

فيما يلي المعايير الكاملة لتشخيص PTSD كما وردت في الطبعة الأخيرة من DSM-2004 IV.TR والتي تتضمن : " التعرض إلى " حدث صدمي " وأعراضا من المجموعات الثلاث للأعراض :ذكريات مستحوذة ،أعراض التجنب /الخدر أو فقدان الحس ،وأعراض الحرص الفائق ،أضيف معيار خامس فيما بعد ،والذي يتعلق بمدة الأعراض التي لم تكن واردة في DSM في 1980 عندما اقترح لأول مرة PTSD،وظهرت بعده عدة تجارب ميدانية وأجريت حوله بحوث متعددة

حسب DSM-IV.TR أهم مظاهر PTSD هو تكوين أعراض مميزة بعد التعرض إلى عامل ضاغط صدمي حاد ،يتضمن تجربة شخصية مباشرة لحدث يكون فيه الموت الفعلي ، أو التهديد به ،أو جرح (إصابة) خطير أو تهديد آخر لوحدة وسلامة الجسم ،أو يكون الفرد شاهد عيان على حدث يتضمن الموت ، إصابة أو تهديد لسلامة جسم شخص آخر ،أو سماع بموت مفاجئ أو عنيف ،إصابة خطيرة أو تهديد بالموت أو إصابة عضو من العائلة أو إحدى الأقارب (المعيار A1) .

فاستجابة الفرد يجب أن تتضمن خوفا شديدا ،العجز ،أو الرعب (أو عند الأطفال :تكون الاستجابة متضمنة لسلوك مضطرب أو متهيج) (المعيار A2) .

إن الأعراض المميزة الناتجة عن التعرض لصدمة عنيفة تتضمن المعايضة المستمرة والملحة للحدث الصدمي (المعيار B)، التجنب المستمر للمنبهات المتعلقة بالصدمة وتبلد في الاستجابات العامة (المعيار C)، وأعراض مستمرة وملحة خاصة بالحرص الفائق (المعيار D).

يجب أن تكون اللوحة العرضية الكاملة متواجدة خلال أكثر من شهر (المعيار E)، وأن يكون للاضطراب معاناة عيادية ذات دلالة أو عجز في الوظيفة الاجتماعية، المهنية أو المجالات المهمة الأخرى (المعيار F).

تتضمن الأحداث الصدمية المعاشة مباشرة، ولا تقتصر على الحرب العسكرية، اعتداءات شخصية عنيفة (اعتداء جنسي، هجوم جسدي، السرقة، هجوم من الخلف مع محاولة الخنق قصد السلب)، اختطاف، رهينة، هجوم إرهابي، تعذيب، الحبس كسجين حرب أو في المعتقل، الكوارث الطبيعية أو من صنع الإنسان، حوادث المرور، تشخيص بمرض مهدد للحياة، بالنسبة للأطفال، يمكن أن تتضمن الأحداث الصادمة جنسيا تجارب جنسية غير ملائمة نمائيا من دون تهديد فعلي أو عنيف أو إصابة.

تتضمن أحداث شاهد عيان، ولكنها لا تقتصر على مشاهدة إصابة خطيرة أو موت غير طبيعي لشخص آخر بسبب اعتداء عنيف، حادث، حرب، أو كارثة أو مشاهدة فجائية لجثة، أو أجزاء من الجثة. تتضمن كذلك التجارب المعاشة من طرف الآخرين والتي سمع عنها. تتضمن كذلك، ولكنها لا تقتصر على اعتداء شخصي عنيف، حادث خطير أو إصابة خطيرة معاشة من طرف عضو من العائلة أو صديق أو السماع بأن " طفلا " (من طرف الوالدة) يعاني مرضا مهددا لحياته وقد يكون الاضطراب خاصة خطيرا أو طويل المدى عندما يكون العامل الضاغط من صنع الإنسان (مثل: التعذيب والاعتصاب)، يرتفع الاحتمال بتكوين هذا الاضطراب كلما ارتفعت شدة التقارب البدني مع العامل الضاغط.

يمكن أن يعاش الحدث الصدمي من جديد بطرق متنوعة ،يكون عادة لدى الشخص ذكريات مستحوذة ومتكررة للحدث (المعيار B1) أو أحلام مزعجة متكررة أين يعاد الحدث أو يكون متصورا بطريقة مختلفة (المعيار B2) ، في حالات نادرة ،يعيش الفرد حالات تفكك تدوم من بضعة ثواني إلى ساعات عديدة ،وحتى أيام .يعاش من خلالها الفرد أجزاء من الحدث ويسلك كأنه يعيش الحدث في اللحظة نفسها ،في هنا ولان (المعيار B3) ،وغالبا ما يشار إلى هذه النوبات بـflashbacks،التي تدوم مدة قصيرة عادة ،ويمكن أن تكون مرتبطة بالمعاناة الطويلة والليقظة المرتفعة .

غالبا ما تحدث المعاناة السيكولوجية الحادة (المعيار B4) أو المعاشية الفيزيولوجية (المعيار B5) عندما يكون الفرد معرضا إلى الأحداث التفجيرية أو الإحيائية التي تشبه أو ترمز إلى مظهر من الحدث الصدمي (مثلا :الذكريات السنوية للحدث الصدمي ،مناخ بارد أو مثلج أو لباس عسكري بالنسبة للناجين من الموت في المعتقلات في جو بارد ،مناخ ساخن ورطب بالنسبة لجنود الحرب في المحيط الهادي الجنوبي ،الدخول إلى أي مصعد بالنسبة للمرأة التي تعرضت إلى الاغتصاب داخل المصعد).

يتم تجنب المثيرات المتعلقة بالصدمة بإصرار ،يبذل الشخص عموما مجهودات عمدا لتجنب الأفكار ،الأحاسيس أو الحديث عن الحدث الصدمي (المعيار C1) ولتجنب النشاطات ،أو الوضعيات أو الأشخاص الذين يثيرون ذكريات عن الحدث (المعيار C2) .يمكن أن يتضمن هذا التجنب لما يذكر بالحدث الصدمي :"النساوة (amnésie) لمظهر مهم جدا من الحدث الصدمي (المعيار C3) ،ويشار إلى انخفاض الاستجابة للعالم الخارجي ،"بالحذر السيكولوجي " أو " التجمد الأحاسيس " الذي يبدأ غالبا مبكرا بعد الحدث الصدمي ،قد يشكو الفرد من انخفاض معتبر في الاهتمام أو المشاركة في نشاطات كانت ممتعة له في السابق (المعيار C4) ،الإحساس بالانفصال أو بأنه غريب عن الناس الآخرين

(المعيار C5) ،أو انخفاض معتبر في القدرة على الوجدان (لا سيما المتعلقة بالعلاقة الحميمة ،الحنان والجنس) (المعيار C6)

قد يكون هناك إحساس لدى الفرد بأن المستقبل مسدود (مثل عدم توقع أن يكون له مهنة ،زواج،أطفال ،أو امتداد عادي للحياة) (المعيار C7)

يعاني الفرد أيضا أعراضا مستمرة من الحصر أو الحصر المتزايد الذي لم يكن موجودا قبل الصدمة ،فقد تتضمن هذه الأعراض الصعوبة في الخلود إلى النوم أو البقاء فيه بسبب الكوابيس المتكررة أين تعاد معايشة الحدث الصدمي (المعيار D1) ،اليقظة الفائقة (المعيار D4) ،والقفز المبالغ (المعيار D5)

يتكلم بعض الأفراد عن الاستثارة أو نوبات غضب (المعيار D2) ،أو الصعوبة في التركيز أو انهاء المهام (المعيار D1)

11- /معايير التشخيص:

قدمت جمعية الطب النفسي الأمريكي (APA) في سنة 2000 معايير تشخيص اضطرابات الضغوط التالية للصدمة في الدليل التشخيصي الإحصائي في الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR) (وصنفته تحت رقم :81-309) ،ويدخل ضمن اضطرابات المزاج ،وفي التصنيف العالمي للأمراض ICD-10 ،التي تشرف عليه المنظمة العالمية للصحة،فإنها تعتبر اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ضمن الاضطرابات الذهنية وتصنفه تحت رقم:(F43.1) وفي حالة كونها مزمنة تصنف تحت رقم:(F62.0). تضمنت المعايير الواردة في الدليل الشخصي الإحصائي الأخير بعض التغيرات الكبرى في استخدام مصطلح حدث صادم ،وما استدعى ذلك من تهديدي لحياة الفرد ،والاستجابة له بالخوف

الشديد أو العجز والرعب، حيث أكدت على أن الخوف من الموت أو التعرض له يعد مؤشراً قوياً من أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، وأبقت على الخصائص الثلاثة الكبرى للاضطراب

* تكرار إعادة الخبر.

* التجنب والخدر.

* زيادة الاستثارة كما هي.

بينما ألحقت تغيرات طفيفة في أعراض كل من هذه المجموعات الثلاثة، شملت معايير فترة ديمومة الأعراض الخاصة بتقييم ستة وظائف نفسية واجتماعية، أما خاصية النبوة المتأخرة بالنسبة للحالات التي تظهر فيها الأعراض، فقد أعيد تقديمها وتنقيحها وتحديد نقطة الاستمرار الفارقة عند 03 أشهر وليس 06 أشهر ، وتشمل معايير التشخيص (المعايير أ إلى و) ما يلي:

جدول رقم (01):

* **معايير تشخيص حالة الإجهاد ما بعد الصدمة (DSM-IV-TR):**

المعيار أ: أن يكون الفرد قد تعرض لحدث صادم يتضمن كلا الشكلين التاليين:

01- الفرد قد تعرض لحدث صدمي أو عدة حوادث، أدت إلى موت أو إصابة بالغة حقيقية أو تفهم على هذا النحو أو تهديد لكيانه أو لأشخاص آخرين ، وكان الفرد شاهداً لمثل هذه الأحداث أو أنه واجهته تعرض لها .

02- رد فعل الفرد كان الخوف الشديد، العجز أو الرعب (ملاحظة: لدى الأطفال الاستجابة تتضمن

سلوك غير منتظم أو تهيج).

المعيار ب: تكرار معايشة الفرد لخبرة حدث الصدمة بإحدى الصور أو الأشكال التالية أو أكثر :

01- التذكر، وتكرار معايشة الحدث المرعب من جديد، ويتضمن صور أفكار وإحساسات، ملاحظة عدد

الأطفال الصغار، التعبير باللعب عن مواضيع أو أشكال مرتبطة بحدث الصدمة.

02- تكرار الأحلام المزعجة عن الحدث الصادم، ملاحظة: عند الأطفال، أحلام مخيفة دون إدراك

محتواها أو معناها .

03- يتصرف الشخص أو يشعر كما لو كان الحدث الصادم معاشا بالفعل (ويتضمن ذلك دلالات إعادة

معايشة الخبرة، أو هام، هلاوس، عودة مقاطع صور غير مترابطة عن الحادثة، بما في ذلك التي تحدث

أثناء اليقظة أو في حالة التخدير، ملاحظة: عند الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل للصدمة.

04- الشعور بألم نفسي بمجرد التعرض لإشارات داخلية أو خارجية، ترمز أو تشبه إحدى جوانب الحدث

الصادم.

المعيار ج: التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة وحالة تخدير في ردود الأفعال العامة

(لا توجد قبل الصدمة) يشير إليها وجود ثلاثة أعراض على الأقل مما يلي:

01- بذل جهد لتجنب الأفكار أو المشاعر والحوارات المرتبطة بالصدمة.

02- بذل جهد لتجنب الأنشطة والأماكن أو الناس الذين يذكرون الفرد بالصدمة.

03- عدم القدرة على تذكر الجانب المهم من الصدمة .

04- نقص الاهتمام أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.

05- الشعور بالعزلة والنفور من الآخرين .

06/- برودة العاطفة(عدم القدرة على الإحساس بمشاعر الحب).

07/- إحساس بفقدان الأمل في المستقبل(مثل:لا يتوقع الفرد أن يكون له مهنة أو يتزوج أو يكون له

أطفال أو

حتى سير الحياة العادي).

المعيار "د" استمرار أعراض فرط الاستثارة (غير موجودة قبل الصدمة)، يشير

إليها وجود إثنين من الأعراض على الأقل ممايلي:

01/- صعوبة الإخلاء إلى النوم أو الاستغراق في النوم.

02/- سرعة التهيج أو انفجارات الغضب.

03/- صعوبة التركيز.

04/- فرط الانتباه.

05/- الاستجابة الفجائية والمبالغة فيها(الإجفال).

المعيار "ه" استمرار الاضطراب (الأعراض المذكورة في المعايير ب،ج،د) لمدة

أكثر من شهر.

المعيار "و" يسبب الاضطراب معاناة شديدة أو نقصاً واضحاً في الأنشطة

الاجتماعية والمهنية أو تقلص مجال الاهتمامات ويكون:

- حاد: إذا استمرت الأعراض لمدة أقل من ثلاثة أشهر.

- مزمنًا: إذا استمرت الأعراض لمدة أقل من ثلاثة أشهر أو أكثر

حيث تكون الاضطرابات: بدأت أو تأخرت في الظهور: بداية الأعراض بعد ستة أشهر على الأقل بعد

ثالثاً: العلاجات النفسية وأساليب التعامل الخاصة بالصددمات النفسية:

1. العلاجات التحليلية:

لقد كان فرويد وبروير ومنذ صدور ذراستهما في الهستيريا يعالجان المرضى تحت التنويم وذلك من خلال الطريقة التفريجية *Method cathartique* والتي تعني "كل طريقة علاجية تهدف لإثارة نوبة انفعالية، لأن هذه الوضعية الحرجة تحرض حلاً للمشكلة التي تعرضها النوبة" فقد كان مصطلح *catharsis* الذي استوحاه فرويد وبروير من أرسطو مصطلحاً محورياً في اصطلاح أرسطو حول التراجيديا *Tragedie* أو المأساة أين تكمن وظيفة التراجيديا حسبها في تفرغ وتطهير الميولات السلبية كالخوف والشفقة غيرها أين ومن خلال تمثيلها يشعر المتفرج بنوع من الإرتياح. ويقول كروك في هذا الشأن ان التفرغ المندمج في سياق علاجي قد يحدث الإرتياح والهدوء بصورة نهائية وهذا ما يؤدي للشفاء ومن خلال هذا المعنى عرف فرويد وبروير طريقتهما العلاجية بالطريقة التفريجية *Method cathartique* والتي تركز من خلال التنويم أو أية وسيلة أخرى على إعادة معايشة الحدث الصادم مصحوباً بكل شحنته العاطفية وربطه بالذات ليجد المفحوص نفسه مرتاحاً ومتخلصاً من هذه الإنفعالات المسببة للمرض، فهذا التفرغ الفعال أو المشبع يمكنه من إعادة تسجيل حادث كان حتى تلك اللحظة متطفلاً في الكل المعقذ للترابطات أو التداعيات. ومن النادر ان يتمكن الشخص وحده أو من خلال الحوارات السطحية مع الأقارب المرور من مرحلة التفرغ *Abreaction* إلى مرحلة التفرغ *catharsis* ولذلك يلزمه محاور ماهر يحثه على التعبير على خبرته بطريقة

حقيقية وصادقة تتعدى مجرد السرد الإملائي البسيط، وذلك من أجل أن يعي العميل بدلالاتها الذاتية، حيث ان هذه المعالجة يمكن ان تقدم بطريقة فردية كما في التحليل النفسي، كما بإمكانها أن تثبت في مسوى أقل بناءا رغم فعاليته كما في حصص العلاج الجماعي أو الـ Debriefing والمنظم تحت إشراف معالج والموجه لمجموعات صغيرة من الأفراد الذين عايشوا نفس الحدث الصادم، أين يستطيع كل واحد من المجموعة التعبير عن دوره، فالدلالة التي سيكتشفها الشخص حينما يصرخ هي دلالة شخصية مستمدة من خبرته الفردية والحميمية، في ماضيه وتاريخه وهوماته وهنا لا يقو م المعالج من خلال حضوره التعاطفي وأسئلته سوى بمساعدة الشخص المصدوم على أن يلد حقيقته الخاصة والذاتية

Declerq.lebigot.2001pp.7 (ورد عن شادلي،2017.ص.175).

1. العلاجات السيكودينامية:

عادة ما يتلقى الشخص المصدوم هذا النوع من العلاج بعد فترة من وقوع الحدث الصدمي وبعدها يفترض أن يتلقى المصدوم العلاجات البعد أنية، حيث يتم اللجوء إلى هذا النوع من العلاجات عندما لا تمكن المقابلات المركزة على الحادث المصدوم من إعادة بناء الصدمة، وهنا يتعين على الأخصائي إرجاع العميل إلى تاريخه وعالمه الهوامي وأن يعبر العميل بالكلمات عما يجعله مشدودا لهذه الخبرة المؤلمة، حيث تبدأ المعالجة عادة بمناسبة سيطرة تناذر التكرار بعد عدة أسابيع، أشهر أو سنوات منذ وقوع الحادث الصدمي.

ويضيف لوبيقو (2001) Lebigot في كتابه التكفل العلاجي السيكودينامي أن المقابلة العيادية تعتبر الفترة المخصصة للحديث عن الحادث وعن مجمل محتويات الحياة النفسية والمتضمنة استدعاء الماضي القريب أو البعيد والتعبير عن المخاوف والهومات والأحكام الأخلاقية

....الخ، فالعميل مطالب بقول الأشياء كما تتبادر لذهنه، حيث ان طريقة العمل هذه مستوحاة من مبدأ التداعي الحر الفرويدي متجنبين بذلك فترات الصمت الطويلة لأنها تؤدي وخاصة في بداية العلاج لظهور مشاعر المعاناة، كما يمكن دمج النشاط الحلمي في محتوى المقابلات من خلال تعليق العميل على كل عنصر من عناصر أحلامه وخاصة ما تعلق منها بكوابيس التكرار كشكل من أشكال تناذر التكرار، أما عن دور المعالج فقد ذكر (Lebigot 2001) أن يكرس نفسه لتقديم التأويلات (إلا إن كان العميل يستطيع القيام بذلك بنفسه)، ان يكرس نفسه للتساؤل، لإلتقاط الجمل المهمة والكلمات الغامضة دون أن ينسى توفير بين ذلك أوقات للراحة والفكاهة..

إن المعالج النفسي في هذا النوع من العلاجات حاضر جدا وضمنا وبطريقة أخوية وعن أهداف العلاج يقول Lebigot ' بطريقة تخطيطية يمكننا القول ان العناصر التي تجعل العلاجات المبكرة غير كافية تنقسم إلى قسمين

- يبدي عنف الحادث للشخص ان الموانع الأوديبية عاجزة أو غير محددة في مواجهة الفضاء الكبير للعدم الذي يشل الجهاز النفسي .
- تكون وبشكل مسبق مسألة العلاقة مع الأصول غير مبنية بشكل كاف .

في كلتا الحالتين ينبغي ان يعاد إحياء الدينامية الأوديبية بطريقة تسمح بأن يحل قلق الخفاء محل قلق الفناء أو العدم، كما يشير Lebigot أنه وفي الحالات الشديدة لا يتم السعي للمقابلات وان التقنيات المتواترة في مثل هذه الحالات هي العلاجات الدوائية ذات الإلتحاء النفسي والسعي لمختلف التقنيات الجسمية، كما أنه من المتواتر جدا إجراء تدخلات في الواقع الخارجي(شادلي،(2017).ص.178).

بخصوص عناصر المعالجة يرى زوكر Zucker أنه ومن أجل الولوج للعالم النفسي للشخص المصدوم بات من الضروري أن نسعى في البداية لإحداث تفريج عن الحادث وعن الإنفعالات وأن نوع الإنفعالات التي حرضها الحادث الصدمي ينبغي لأن تحلل وتفكك في علاقتها مع تاريخ العميل وبذلك تأخذ الإنفعالات معناها وتصبح مدخلا من اجل بناء علاقة بين التأثير الصدمي والتاريخ الشخصي، ذلك أن الإعتداء الراهن يعيد تنشيط محتويات كانت مكبوتة أو منشطرة، فالتعرض للأحداث الصادمة يؤدي أليا لتعرية التوظيف النفسي (ميكانيزمات الدفاع، نقاط الضعف، الثغرات ومسار النمو والتطور) حيث يوقض الإعتداء الراهن ما كان منسيا وما كان منسيا لا يتم تذكره تلقائيا في شكل ذكريات لأنه يظهر في شكل أفعال وانفعال، فالتأثير الصدمي حسب Zucker لا يحرك شيئا آخر سوى نفسه حيث لا يكون هنالك إعادة تنشيط ولحياء للمشكلات القديمة حيث نرى ذلك لدى الأشخاص الذين يمتلكون توظيفا نفسيا سليما.

إن المداخلة العلاجية المبكرة تمثل مناسبة لبناء الغلاف المحتوي لكل من افعتداء الراهن والماضي الصراعي، فالشخص المصدوم إن لم يحظ برعاية ملائمة فسيواجه شعورا بالوحدة التي سوف تزيد من معاناته بحيث يتضخم شعور الوحدة أكثر فأكثر إن كانت العلاقة مع جهات الإختصاص الخارجية مخيبة للأمال وتستقر خيبة الأمل تلك حينما يفقد المصدوم الأمل في إصلاح ما يمكن إصلاحه (شادلي،(2017).ص.179)

وهنا نشير إلى دور المساندة الأسرية والإجتماعية في التخفيف من حدة المشكلات التي يعانيتها الشخص المصدوم وما لها من تأثيرات بالغة الأهمية كونها مستثمرة على أساس الإعتراف بالجرح الذي يعاني منه الشخص المصدوم والمؤسس لفكرة تضميد الجراح عن طريق المساندة وفي هذا الشأن بالذات يقول (De clerq.M.Lebigot.F.2001.P.839) - يمتلك العلاج النفسي بطريقة

واضحة تأثيرا محتويا، ومع ذلك يبدو أنه حينما يتم إدخال الإعتراف بالمعاناة في الواقع يكون العلاج النفسي أكثر إستقرارا-

2. تقنية العلاج عن طريق تدوير حركة العين EMDR.

يقول رائد مدرسة التحليل النفسي سيموند فرويد (إن هناك الكثير من الطرق والوسائل لممارسة العلاج النفسي وكل العلاجات التي تؤدي للشفاء جيدة....أنا لا أرفض أيا من هذه الطرق وأسستها إذا أتحت الفرصة لذلك) (جاك روكس 2008)، انطلاقا من هذه المقولة نستقي أنه يمكننا تطبيق أي طريقة علاجية نتوقع منها النجاح وتؤدي للشفاء، فقد تطور العلاج النفسي مع تطور علم النفس الإكلينيكي وتنوع ضمن العديد من العلاجات وخاصة منها ما يسمى بالعلاجات المختصرة ومنه تقنية العلاج عن طريق تدوير حركة العين EMDR والتي أدخلت إلى الولايات المتحدة من طرف FRANCINESHAPIRO وذلك سنة 1985 وهذه التقنية اختصار لجملة EYE MOVEMENT DESENSITISATION AND REPROCESSING إذ يطلب من الفرد تخيل حدث صدمي وعليه التركيز على الأفكار والإستجابات الوجدانية وفي نفس الوقت يتبع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس، وفي نهاية كل جزء أو مشهد يصف الفرد وبدقة الأفكار وردود الأفعال الإنفعالية، حيث تتكرر المشاهد حتى يتوقف الفرد عن الإحساس بالقلق ويتمكن من تبني أفكار موجبة في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية.

يبقى الهدف من هذه التقنية هو تفكيك الذكرى عن الإنفعال عن طريق حركت العينين وذلك باتباع أصبع المعالج.

أ. مبادئ تقنية: EMDR :

تهتم هذه الطريقة من العلاج بالعميل في كليته وبكل أبعاده الفردية والنسقية كفرد في تفاعل مستمر مع محيطه وذلك بمختلف مظاهره النفسية، الجسمية والسلوكية بحيث يركز العلاج على الماضي والعوامل المفجرة ومحاولة تعديل ما يتوقع العميل في المستقبل فالمعالج يقوم بإعادة تشغيل ميكانيزم نفسي طبيعي للشفاء موجود عند كل واحد فينا ونستطيع مقارنة ذلك من خلال ملاحظة إلتئام جرح بعد تنظيفه من قبل الطبيب. ينطلق المبدأ العام لهذه التقنية من كون ان سلوكياتنا ناتجة عن ماضيها ومجمل أحكامنا اتجاهه (جوهر العلاجات المعرفية). وبذلك فقد قامت شابيرو وذلك عن طريق الصدفة بتفعيل ميكانيزم طبيعي للشفاء عن طريق تنبيه الحواس (العينين).

ب. مراحل وخطوات ممارسة تقنية إزاحة الحساسية EMDR :

أيا كانت الإتجاهات النظرية المتحكمة في الممارسة العيادية ، تقود كلها إلى أن هناك اتفاق حول فكرة نشوء علامات المعاناة الصدمية ، والتي تكون غالبا نتاج خبرات مؤلمة حدثت في الماضي يرتكز على علاماتها للإطلاع على الظواهر المرضية الكامنة في ذاكرة المريض ، حيث يأتي العلاج عن طريق حركة العين ليعرف الصدمة النفسية عل أنها أي حدث يكون له الأثر السلبي المظلم على النفس والذات

هذا الحدث الذي لم يستفد منه كخبرة، لم يتم هضمها من طرف الجهاز المعرفي اللمبي الشبيء الذي يجعلها تبقى عالقة تّورق حياة المريض.

إن عملية العلاج بتقنية تمر بمجموعة من الخطوات والمراحل يتم من خلالها العمل وفق سيرورة علاجية متكاملة لتحقيق الهدف وهي كالتالي:

المرحلة الأولى: مرحلة تاريخ الحالة وتخطيط العلاج.

يضمن من خلالها بأن العميل قادر على تحريك عينيه، ومدى مناسبة العلاج لمثل هذه الحالة على أساس قدرته على التعامل مع الحدث الصادم والذي سوف تتم إثارته بالعلاج، إن هذه المرحلة لا تضم فقط الإجراءات المعتادة لتناول العلاج النفسي بحيث يلم المعالج فيها بكل المعلومات الخاصة بالعميل من التاريخ النفسي والإجتماعي والطبي وذلك للتأكد من طبيعة المرض الذي يعانیه، وربط العلاقة مع العميل وتحديد أهدافها واختبار الحالة العقلية للعميل وتقييم دفاعاته وأنماط العلاقات لديه، فالمعالج يعد خطة علاجية يحدد من خلالها جملة من الأهداف والتي سوف يتم معالجتها ثم تحديد المثيرات الحالية والتي تسبب إرتباكاً إنفعالياً وبعدها تحديد الوضعيات المستقبلية والتي من المتوقع أن تخلق إرتباكاً لدى المريض. (عتيق، 2013، ص. 69-70).

يتم أثناء هذه المرحلة التطرق إلى التاريخ المرضي للعميل المتألم بالتفصيل، بحيث يهتم خلال هذه المرحلة بالطاقات الداخلية للفرد المعالج كصلابة الأنا ومرونتها وغيرها، كما يتم أيضاً تقييم جاهزية العميل للعلاج بتقنية وتحديد ذقيق لأحداث ماضي العميل والحاضر والمستقبل المرتقبة حيث أنه سيكون التركيز في العلاج على مايلي:

يطلب المعالج من العميل سرد ما حدث قبل الحدث الصدمي بقليل وصولاً إلى الحالة الحالية، وفي حالة ما إذا عانى هذا الأخير من حالة حرجة كال بكاء وعدم القدرة على التكلم أو الشكوى الجسدية كالغثيان والصداع فلا يجب على المعالج الإصرار على سرد الوقائع فالمعالج لا يستجوب ولا يلح على التعرف على الأحداث الأكثر تشويشا وهذا من أجل تجنب إثارة القلق لدى العميل في هذه المرحلة.

خلال هذه المرحلة يستحسن تطبيق أحد مقاييس إجهاد ما بعد الصدمة حتى يتمكن المعالج من التقييم الدقيق للحالة.

المرحلة الثانية: مرحلة الإعداد أو التحضير:

ترتكز هذه المرحلة على العلاقة العلاجية ذات النوعية مع المريض لئلا يتسنى له ان يكون فعالاً في شفاء نفسه، كما يتم تعليمه أيضاً تقنيات الإسترخاء وتقنيات التصرف بالإجهاد النفسي لكي يتمكن المعالج من التطرق للحادث الصدمي، حيث أنه لهذه المرحلة أهمية حاسمة في معالجة عملاء ذوي الأنا المفكك وفي حالة معالجة الصدمة النفسية مع العملاء الذين ليس لديهم الموارد الداخلية أو قوة الأنا أو الذين لا يمكنهم تحديد المشاعر وأحاسيس جسمهم، فإن استخدام هذه التقنية كبروتوكول للصدمة دون إعداد قد يؤدي إلى إثارة الذكريات المؤلمة وزعزعة العميل أو إستثارة مشاعر الفشل و الإحباط والنكوص وعليه فإن الإستراتيجيات البديلة تبقى دائماً ضرورية لتحقيق الإستقرار وتطوير الإستعداد لدى العملاء.

إن العديد من هؤلاء العملاء اكتسبوا خبرة فشل العلاج وربما يتخلون عن العلاج قبل الأوان لذلك لزم على المعالج تحضير العميل للعلاج بهذه التقنية ويشرح له سيرورات العلاج كما يجب على المعالج ضمان استرخاء العميل بحيث يجد حريته التامة في التعبير، كما يشرح له نوع الإضطراب الذي يعاني منه كالصدمة مثلاً والتوقعات المعقولة من العلاج (<http://www.emdr.prg>)، وهنا يؤكد المعالج على

المريض الإكتفاء فقط بملاحظة الأفكار والمشاعر والصور التي تمر عبر وعيه كما يتدرب العميل على الإحتفاظ بالأفكار المربكة في ذهنه أثناء تحريك العينين وكما يركز انتباهه على ما يدور بذهنه.

المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم:

يتم خلال هذه المرحلة التعرف على الذاكرة المؤلمة وربطها بصورتها الذهنية وبالنظرة السلبية للذات الناتجة عنها، وخلال ذلك يقيس المعالج مستعملا سلم SUD ، يقيس الإضطراب المحسوس، حيث يحتوي هذا السلم على عشر درجات كما يقيس على سلم VOC والذي يحوي سبع درجات مصداقية الإحساس المرغوب فيه.

في هذه المرحلة يطلب المعالج من العميل تحديد ثلاثة أشياء:

أ. مشهد معين أو صورة ومن خلال ذلك المشهد سوف تتضح الصورة المرئية للصدمة التي واجهت العميل.

ب. إعتقاد سلبي مثل أنا عاجز، أنا لا قيمة لي، أنا شخص سيئ... الخ

ج. إعتقاد إيجابي والذي يتحول من خلاله الأنفا في خطر إلى أنا أمن

الأن.(عتيق،2013،ص.ص71-72)، بحيث تكون تلك الأشياء مرتبطة بالحدث الصدمي ويقيم

المعالج مدى ضيق العميل على سلم الإرتباك الذاتي SUD من الدرجة 0 والتي تعني انعدام

الإنزعاج إلى 10 والتي تدل على شدة الضيق، ثم يقيم مدى صحة الإعتقاد الإيجابي على سلم

مصداقية التغيير VOC (من مصداقية ضعيفة 1 إلى قمة الصدق 7) (عبد

الحميد،2011،ص.4)، وعندها تستخرج الإحساسات الجسدية المرتبطة بالصدمة كضيق الصدر

وانقباض الحلق والشعور بثقل المعدة و...، فمن خلال مرحلة التقييم تم الإلمام بمختلف عناصر

الحدث الصدمي والمتمثلة في العنصر المعرفي (مصداقية التغيير) والذي تم قياسه على سلم

VOC والعنصر الإنفعالي والذي تم قياسه على سلم SUD (درجة الإنزعاج) والعنصر الجسدي ثم التعرف عليه وتحديد مكانه ، فالتقييمات تساعد على معرفة مدى فعالية العلاج وتطوره.

3. العلاجات المعرفية السلوكية:

يعد العلاج السلوكي المعرفي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بتقنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، حيث أنه يتعامل مع مجمل الاضطرابات من منظور ثلاثي الأبعاد متعاملا معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، حيث يعتمد هذا الإتجاه العلاجي على الإقناع الجدلي التعليمي بما يحويه من تقنيات متعددة في تقديم منطق العلاج وشرحه للمريض ولقناعه بضرورة الإلتزام في العلاج وقيامه بالدور المنوط به، موضحا بذلك العلاقة بين الأفكار المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية من ناحية وبين ما يعانيه المريض سواء ما تعلق بالاضطرابات أو ما يترتب عنها من مشاعر سلبية تحد من أداءه الوظيفي في مختلف مجالات حياته وكيف يصعب هذا أداء بالخلل.(التميمي، عبد الكريم،2018.ص.35).

أ. نظرة عامة حول العلاج المعرفي السلوكي:

يستند هذا النمط العلاجي على أنموذج التشغيل المعرفي للمعلومات وكل ما يتعلق بالعمليات المعرفية والذي مفاده أنه خلال التوتر النفسي الناتج مثلا عن معاناة الفرد من مخلفات الصدمات النفسية التي يكون قد عايشها، خلال هذا التوتر يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وأكثر تشويها بحيث تصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه وحول العالم من حوله محددة بدرجة كبيرة وفي هذا الصدد يرى فلاناجان-FLANAGAN- أن التفكير ينظم السلوك ونتائج السلوك تصبح مادة للتفكير، وهذا يعني أن هناك تفاعل مستمر بين التفكير والسلوك لأن إدراك

الفرد للعالم وتفسيره للواقع هو المحدد لأنماطه السلوكية والتواصلية، فقد يكون إدراك الفرد بني على معطيات غير واقعية بل قد تبنى على أفكار لا عقلانية تؤدي إلى قراءة مشوهة للواقع والتي ينتج عنها صعوبات في توافق الفرد مع ذاته ومحيطه نتيجة لإسقاطاته الداخلية عليها.

إنطلاقاً من ذلك كان لزاماً على سياسة العلاج النفسي الإعتماد على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتمكن من إحداث التغيير في سلوكه، حيث يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الإضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية فقط بل يمتد ليشمل أربعة جوانب ممثلة في السلوك الظاهر الخارجي القابل للملاحظة والإنفعال وما يتضمنه من تغيرات فسيولوجية والتفكير ويتضمنه من بني معرفية وأحكام وقيم وأخيراً التفاعل الإجتماعي ومستوى العلاقات التواصلية مع المحيطين.

تحدد أهداف العلاج السلوكي المعرفي في تعليم المريض كيفية تصحيح أفكاره المعرفية الخاطئة وفي تغيير معتقداته المختلفة وظيفياً عن طريق تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات وفي تعديل الأفكار اللاعقلانية والمشوهة والتي تعمل على إبقاء أنماط السلوك والإنفعالات السلبية، حيث يقوم التغيير المعرفي بإثارة التغيير السلوكي مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم بعد ذلك تدعيمه عن طريق ممارسة ذات الفرد لأساليب سلوكية جديدة، ثم يحدث توسيع هذا المنظور مدعماً بالتغيير الإنفعالي عندما يبدا الفرد في التفكير في حلول بديلة ونشير في ذات الصدد أن الإنفعالات تؤدي دوراً مهماً في حدوث التغيير إذ يصبح التعلم أكثر أهمية عندما تتأثر الإنفعالات.

إن العلاج السلوكي المعرفي ينطلق من مسلمة أساسها أن الإضطراب النفسي في الأساس يعد اضطراباً في التفكير والذي من خلاله يقوم المريض بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية مما ينتج عنها اختلالات في الإنفعالات ومن ثمة مواجهة الفرد للكثير من المشكلات النفسية والنفسية والسلوكية وعلى إثرها يقوم المعالج بتعديل سلوك المريض مؤثراً في عمليات التفكير ومساعدة العميل على تعيين مفاهيمه

الخاطئة وتوقعاته غير الواقعية والهدف من ذلك هو التخفيف ما أمكن من الضغوط النفسية التي يعانها العميل من جراء تعرضه لأحداث ضاغطة وصادمة وذلك بتصحيح الإعتقادات الخاطئة التي تساهم بشكل فعال في إخماد الإستجابات الإنفعالية الزائدة وغير المناسبة وتغييرها.

ب. أهداف العلاج السلوكي المعرفي:

يسعى العلاج السلوكي المعرفي إلى:

أ. التعرف على العلاقات المتبادلة بين المعارف والوجدان والسلوك.

ب. تحديد مجمل المعارف المرتبطة بالمشكلة الحالية.

ج. تشجيع المريض على تجريب عدة طرق لفهم الموقف.

د. إن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية.

كما ويعتمد العلاج السلوكي المعرفي على عدة افتراضات تعد أساسا لدراسة وعلاج الإضطرابات النفسية ويكمن ذلك في مدى تأثير الأنشطة المعرفية في السلوك وبما أن هذه الأنشطة المعرفية يمكن مراقبتها وتغييرها، فإن التغيير في السلوك يتم من خلال التغيير المعرفي، فهذه العلاج هو إيجاد حلول لمشكلات المريض باستعمال استراتيجيات سلوكية معرفية فضلا عن مساعدته في أن يفكر بشكل أكثر منطقية وعقلانية، فالمعالج النفسي لا يستطيع أن يحل كل مشكلات المتعالج أو المريض، إن الفرد المتعالج من خلال هذه المقاربة يتعلم كيف يتعلم.

هـ. المبادئ التي يقوم عليها العلاج السلوكي المعرفي:

أ. يستخدم العلاج السلوكي المعرفي تقنيات وطرق مختلفة بغية تغيير المزاج والتفكير والسلوك،

حيث يختار المعالج تقنيات مبنية على صياغته للحالة وطبقا لأهدافه في عدة جلسات والتي

يمكن أن تساعده في تحقيق الهدف العلاجي، ومن ثمة يبدأ في مناقشة ذلك مع العميل وتحديد المهام التي يجب على كل واحد منهما القيام بها، فالتركيز في العلاج ينبغي ان يراعي خصوصية الإضطراب الذي يعاني منه المريض.

ب. يعلم العلاج السلوكي المعرفي العملاء كيف يتعرفون و يقيمون ويستجيبون لأفكارهم ومعتقداتهم اللاعقلانية ومساعدتهم على تقييم مصداقية وفاعلية تلك الأفكار والمعتقدات.

ج. تتميز جلسات العلاج السلوكي المعرفي بالتقنين، حيث يميل المعالج إلى الإلتزام ببنية ثابتة في كل جلسة وباتباع شكل محدد تكون عملية العلاج مفهومة لكل منهما ويزيد ذلك من إمكانية أن يصبح المتعالج قادرا على علاج نفسه بنفسه بعد انتهاء الجلسات العلاجية، حيث أن هذا الشكل المحدد يركز على ما هو مهم بالنسبة للمتعالج ويحقق أقصى حد من الإستفادة من الجلسات العلاجية.

د. إن العالج السلوكي المعرفي محدد بزمن معين بحيث ينبغي على المعالج السلوكي المعرفي أن يلتزم بعدد معين من الجلسات العلاجية اللازمة بغية الوصول إلى الأهداف المنشودة.

هـ. إن العلاج السلوكي المعرفي هو علاج تعليمي في الأساس، يهدف لتعليم المريض كيف يعالج نفسه ويتعامل بشكل إيجابي مع مشكلاته ويركز على تجنب الإنتكاسات لأن المشاركة العلاجية تمكن المتعالج من استنباط طرائق جديدة للتعلم من الخبرات السابقة.

و. يركز العلاج السلوكي المعرفي على الحاضر، إن علاج الكثير من المرضى يتضمن تركيزا قويا على المشكلات التي يعاني منها المريض حاليا وعلى المواقف المؤلمة، فالنقييم الواقعي للمواقف المؤلمة الحالية والعمل على حلها سوف يؤدي إلى تحسن في الأعراض، وبذلك يميل المعالج السلوكي المعرفي بصفة عامة إلى بدأ العلاج بفحص المشاكل الحالية بغض النظر عن الفحص الإكلينيكي كما ويتحول التركيز على الماضي في ثلاث حالات:

- حينما يعبر المريض عن رغبة شديدة في ذلك.
 - حينما لا يعطي التركيز على المشكلات الحالية النتيجة المطلوبة من حيث تغير المشاعر او السلوك.
 - حينما يرى المعالج أنه من المهم فهم كيفية نشوء الأفكار السلبية والمعتقدات الغير عقلانية ومدى تاثيرها على المريض حاليا.
- ز. يتطلب العلاج النفسي تحالفا علاجيا سليما بحيث تعتمد العلاجات المعرفية السلوكية على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمتعالج والتي تلعب دورا رئيسيا في العلاج، يشترط أن تكون تعاونية قائمة على الفهم والرعاية الإهتمام والكفاءة .

خاتمة العمل:

لقد حاولنا من خلال هذه السلسلة من المحاضرات في مقياس علم النفس الصدمة ممثلة في محتوى المطبوعة البيداغوجية الموجهة لفائدة طلبة السنة الأولى ماستر تخصص علم النفس العيادي، حاولنا جاهدين تقديم كل ما يتضمنه محتوى الكانفا المعدة في هذا الشأن وبكثير من التفصيل غرضنا من ذلك إفادة طلبتنا الأعزاء وللمامهم بكل ما يخص موضوع الصدمات النفسية وأعراضه والنظريات المفسرة لها مروراً بالدلائل التشخيصية لها وتناذراتها البعد صدمية المميّزة، هذه الصورة الذهنية تصبح بمثابة جسم غريب في نفسية الفرد وتبرز إلى الوعي مصحوبة بالحالة النفسية التي أحدثتها أثناء الصدمة. هذه الصورة تعطي اضطرابات نفسية وجسدية تعرف باسم تناذر الإجهاد ما بعد الصدمة التي قد تستمر عد أشهر أو سنوات، ويبدو أن هذه المدة تتوقف على طبيعة الصدمة من جهة وشخصية المصاب من جهة أخرى، كما أن هذا الاضطراب متعدد الأوجه وذو عوارض متنوعة تم التعرض لها بكل التفصيل من خلال هذا العمل البحثي العلمي الذي حاولنا من خلاله أن نلم بكل حيثيات الصدمات النفسية ومجمل تأثيراتها على النفس البشرية وأهم الإضطرابات النفسية والتناذرات المرضية البعد صدمية والعديد من المشكلات النفسية والإضطرابات المصاحبة معرجي ن بعدها على اهم المقاربات و التقنيات العلاجية التي يتبناها المعالجون والمحللون النفسانيون من أجل التقليل ما أمكن من حدة تلك الإضطرابات، ولقد اكتفينا من خلال المحاضرات ونظراً للثراء والغنى العلمي الأكاديمي للموضوع ، اكتفينا بما هو مقرر في المقررات الوزارية ثم وزعنا ما تبقى من محاضرات على الطلبة للإستزادة أكثر وخاصة ما تعلق بالجوانب التشخيصية مروراً بمختلف المقاربات العلاجية الإستعجالية الفورية منها ثم المقاربات المعمول بها كالعلاجات السيكودينامية والعلاجات السلوكية المعرفية والتركيز على تقنية إزالة الحساسية عن طريق تدوير حركة العين.

في النهاية نرجوا أن نكون قد وفقنا إلى تقديم محتوى علمي أكاديمي ينتفع به.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة العربي بن مهيدي

أم البواقي

كلية: العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم: العلوم الاجتماعية

محاضرات في علم النفس الصدمة

-مطبوعة بيداغوجية مقدمة لطلبة السنة الأولى ماستر

تخصص علم النفس العيادي – السداسي الثاني-

الموسم الجامعي

2020-2019

