



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة جيلالي اليابس - سيدي بلعباس -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية



المطبوع البيداغوجي لمادة:

علم النفس الصدمة

دروس مقدمة لطلبة السنة أولى ماستر - تخصص علم النفس العيادي

من إعداد: د/ نسيمه رماس أستاذة محاضرة - أ - علم النفس العيادي



السنة الجامعية:

2022-2021

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة جيلالي لياس - سيدي بلعباس -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

المجلس العلمي للكلية

الرقم: م.س/02 /14-07 /م.ع.ك/2022

مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية

المنعقد بتاريخ: 2022/07/14

صادق المجلس العلمي لكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية في دورته العادية المنعقد

يوم 2022 /07/14 ، على اعتماد مطبوعة دروس الموسم ب : علم النفس الصدمة

الموجهة لطلبة السنة الأولى ماستر ، تخصص : علم النفس العيادي للسنة الجامعية 2021

- 2022 المقدمة من طرف الدكتوراه : رياس نسيمة أستاذة محاضرة (أ) بقسم العلوم

الاجتماعية المترشح (ة) لرتبة لأستاذية .

عميد الكلية

رئيس المجلس العلمي

الأستاذة الدكتورة الأخصائية
في علم النفس الاجتماعي
والإحصاءية بالخبيرية
رياس نسيمة

الأستاذ الدكتور: قلاوسي محمد
رئيس المجلس العلمي

الفهرس:

- 8..... المحاضرة رقم 1: مفاهيم أساسية في علم النفس المرضي
- 8..... مقدمة:
- 8..... 1-1: المنهج العيادي في علم النفس المرضي:
- 9..... 2-1: بعض المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي:
- 12..... 3-1 النظريات المفسرة للاضطراب النفسي:
- 13..... المحاضرة رقم 2: تاريخ ظهور تصنيف الاضطراب المتعلق بالصدمة
- 13..... 1- نبذة تاريخي حول مراحل ظهور التصنيف:
- 14..... مساهمات مدرسة التحليل النفسي:
- 19..... المحاضرة رقم 3: تعريف الصدمة النفسية
- 19..... 1-مقدمة:
- 20..... 2- تطور مفهوم الصدمة النفسية:
- 21..... 3- معايير تحديد الصدمة حسب علم النفس الكوارثي:
- 23..... المحاضرة رقم 4: معايير تشخيص الصدمة النفسية
- 23..... معايير تشخيص:
- 27..... المحاضرة رقم 5: التشخيصات الفارقية
- 27..... 1-مقدمة:
- 27..... 2- التشخيص الفارقي مع اضطراب الكرب الحاد:

28	3-التشخيص الفارقي مع اضطرابات التأقلم:
28	4-اضطراب الوسواس القهري:
28	5-الاضطرابات الهذيانية و اضطرابات الهلوسة:
28	6-الصدمة و الحداد:
32	المحاضرة رقم6: النظريات المفسرة للصدمة النفسية
32	1- التفسير النورويولوجي:
46	2- التفسير المعرفي:
47	3- التفسير التحليلي: الآليات النفسية المفسرة للصدمة
51	المحاضرة 7: المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الراشد
51	مقدمة:
51	المظاهر المرضية للصدمة
53	التأثيرات العاطفية:
53	التأثيرات السلوكية:
54	التأثيرات المعرفية:
54	التأثيرات المتعلقة بالهوية الذاتية:
54	التأثيرات العصبية النيولوجية:
55	التأثيرات العلائقية:
56	المحاضرة 8: المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الطفل
56	1-التأثيرات النفسية للصدمة:



- 56.....2-الصدمة النفسية عند الطفل:
- 58.....3- الصدمة المتعلقة بالاعتداء الجنسي على الأطفال:
- 60.....4- الاضطرابات الملاحظة على الطفل ضحية الاعتداء الجنسي:.....
- 62.....5- العوامل المؤثرة على حدة الأعراض:
- 67.....6-الحالة العيادية:.....
- 68.....1-مقدمة:.....
- 68.....2-اضطرابات القلق:
- 69.....3-اضطرابات الاكتئاب:.....
- 70.....4- المخاطر الاجتماعية والصحية المتعلقة بتجارب الخبرة السلبية أثناء الطفولة:.....
- 71.....5-الحالة العيادية:.....
- 72.....المحاضرة 10: أساليب التعامل مع الصدمة النفسية
- 72.....-مقدمة:
- 72.....2-أساليب المواجهة/ Coping :
- 73.....3-أنواع التفكك المتعلق بالصدمة:
- 73.....4-عوامل الوقاية:.....
- 73.....الحالة العيادية:.....
- 75.....المحاضرة 11: التكفل المبكر/الاستعجالي.....
- 75.....1-مقدمة:.....
- 76.....2-العمل في شبكات:

76	3-توصيات المنظمة العالمية للصحة:
79	4-إدارة الأزمات:
79	5-التدخل المبكر - التفرغ السيكولوجي / débriefing
85	المحاضرة 12: العلاجات المعرفية السلوكية
85	1-مقدمة:
85	2-العلاجات المعرفية:
87	3-العلاجات السلوكية:
88	4-التربية النفسية:
89	المحاضرة 13: العلاجات السيكو ديناميكية
89	1- مقدمة:
89	2- أهداف العلاج السيكو ديناميكي:
90	3- تقنيات المقارنة التحليلية:
91	4-العلاجات الجماعية:
EYE MOVEMENT	المحاضرة 14 : إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة
93	DESENSITIZATION AND REPROCESSING
93	1- مقدمة:
98	المحاضرة 15 : طرق الكشف والتقييم
98	1- مقدمة:
98	2- أدوات التقييم:

99 3- دليل تقييم الصدمات النفسية:

108 قائمة المراجع باللغة الاجنبية:



البطاقة التقنية لمادة: علم النفس الصدمة



السداسي: الثاني

عنوان الماستر: علم النفس العيادي

اسم الوحدة: وحدة التعليمية الأساسية - الرصيد: 05 المعامل: 03

أهداف التعليم:

يكن الهدف من الوحدة تمكين الطالب من التعرف على خلفيات نشوء اضطرابات ما بعد الصدمة ومختلف الأعراض التي تظهر لدى الفرد من جراء تعرضه لمختلف الاعتداءات ومعايشته للكوارث الطبيعية. -كما يعتبر مهما أيضا أن يكون هذا الأخير قادرا على القيام بالتشخيص والتشخيص الفارق لحالات الصدمة أو المشابهة لها. -القدرة على التكفل هي أيضا مهمة، سواء التكفل الاستعجالي أو إمكانية توجيه الحالة في حالة عدم التمكن من التقنيات العلاجية.

المعارف المسبقة المطلوبة :

أن يكون الطالب قد اكتسب المفاهيم الأساسية لعلم النفس المرضي للطفل والمراهق والراشد والمسن.

محتوى المادة: (إجبارية تحديد المحتوى المفصل لكل مادة مع الإشارة إلى العمل الشخصي للطالب)

1. -تعريف الصدمة النفسية.

2. -ظريبات تفسير الصدمة النفسية.

3. -المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الطفل

4. -المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الراشد

5. - الاضطرابات المصاحبة للصدمة

6. - التشخيصات الفارقة

7. - أساليب التعامل مع الصدمة النفسية

8. - العلاجات السيكونامية

9. - العلاجات المعرفية السلوكية

10. EMDR

طريقة التقييم: مراقبة مستمرة، امتحان.... إلخ





المحاضرة رقم 1: مفاهيم أساسية في علم النفس المرضي¹

مقدمة:

يهتم علم النفس الإكلينيكي بالأداء النفسي للفرد، إضافة إلى دراسة تطور هذا الأداء النفسي بعناصره السليمة والباثولوجية على حد سواء. كما يشير علم النفس المرضي إلى وصف ودراسة وفهم التوظيف النفسي للفرد السليم منه والباثولوجي، سواء كان مرتبطاً بمرض عقلي أم لا . ويعتبر علم النفس المرضي تخصصاً في حد ذاته، يتطرق لمجموعة الاضطرابات النفسية و كذا اضطرابات الشخصية التي تعبر عن اختلال في التجربة المعاشة من إدراك وعاطفة وتفكير و سلوك.

1-1: المنهج العيادي في علم النفس المرضي:

- المنهج المستعمل في علم النفس المرضي هو المنهج العيادي الذي يهتم بالفرد في مجمله وفي فردانيته Individualité . تستعمل فيه المقابلة العيادية وكذا الاختبارات النفسية الأدائية منها الاختبارات الشخصية وكذا الروايات من أجل الوصول إلى تشخيص كامل وشامل أي دراسة شاملة للحالة.

¹ Jean Bergeret. (2008). Psychologie pathologique- théorique et clinique.

- دراسة الحالة يمكن أن تكون من منظور وصفي يهدف إلى التشخيص حسب DSM و CIM أو من منظور سيكوديناميكي/ تحليلي، تكون هادفة إلى فهم الديناميكية الداخلية للفرد: بنية- طبيعة القلق- العلاقة مع الموضوع- الآليات الدفاعية.

1-2-2: بعض المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي:

1-2-1 مفهوم السواء:

لا يمكن الفصل بين السواء واللا سواء انطلاقاً من ملاحظات خارجية للأفراد وفي غياب معرفة كاملة لبنيتهم الشخصية انطلاقاً من ذلك يجب القيام بالتقييم العيادي للسير العام/ الأداء الوظيفي للفرد. ويمكن الفرق بين السواء واللا سواء في شدة الأعراض.

1-2-2 علم الأسباب / المنشأ:

هو دراسة الأسباب في علم النفس المرضي التي تتداخل مع بعضها البعض اختلافاً عن المجال الطبي مثال: حول تداخل الأسباب النوروفيزيولوجية والنفسية في الفصام أو تداخل الأسباب الفيزيولوجية الهرمونية مع الأسباب النفسية في اضطرابات المزاج. يجب على المختص النفسي توخي الحذر عند محاولة تحديد منشأ الاضطراب والمعاناة النفسية باعتبار تداخل الجانب العضوي الفيزيولوجي أي المورثات والجينات مع الجانب النفسي، وكذا تداخل العوامل الاجتماعية والنفسية في النمو النفسي.

1-2-3 سمات الشخصية واضطراب الشخصية:

السمات هي خاصيات تميز كل شخص، لديها درجة مقبولة. أما اضطراب الشخصية فيخص تزايد السمة في شدتها وتصبح هذه السمة طاغية ويفقد الفرد مرونته.

1-2-4 مفهوم البنية:

تتكون البنية النفسية انطلاقاً من عوامل متداخلة، وراثية بعض الخصائص والعلاقات الأولية مع الوالدين - الاحباطات - الصدمات والصراعات التي تواجه الفرد. تتشكل نفسية الفرد انطلاقاً من هذه العوامل ولا تتغير اسسها بعد ذلك لتشكل بنية عصابية أم ذهانية "ثابتة نوعاً ما" ما عدا التنظيمات الحدية التي يمكن ان تأخذ شكل العصابي والذهاني بفعل أزمات حادة في الحياة أو صدمات. على الأخصائي العيادي اتخاذ الحذر فيما يخص تشخيص بنية الفرد لاسيما في الحالات المؤقتة: عند المرأة بعد الولادة - حالة الصدمة- حالة عملية جراحية صعبة- بعد كارثة طبيعية أو صدمة نفسية. هذه الحالات يمكن ان تؤدي الى مرحلة عابرة ليس لها علاقة مع البنية . كذلك الوضع بالنسبة للطفل والمراهق اللذين هما في مرحلة تطور وبالتالي الأعراض الملاحظة الخارجية يمكن أن لا تعكس البنية لدى الطفل.

1-2-5 طبيعة الصراع:

- البنية العصابية: الصراع يكون بين الأنا الأعلى والهو والواقع عبر الأنا.
- البنية الذهانية: يكون الصراع بين هو والواقع.
- التنظيمات الحدية: الصراع يكون بين المثل الأعلى للأنا والهو.

الدفاعات	العلاقة مع الموضوع	طبيعة القلق	الأعراض	
- رفض الواقع - الانشطار	انصهارية (تكافلية)	التفكك	- الهذيانات اختلال الانية	الذهان/الهو

- تعدد الأنا				
الانشطار - المثثلة	اتكالية واعتمادية	فقدان موضوع	الاكتئاب	التنظيم الحدي/المثل الأعلى للأنا
الكبت	تناسلية	الخصاء	أعراض هستيرية وسواسية	العصابات/الأنا الأعلى

جدول يبين خصائص كل بنية (Bergeret, 2008, p.228)

1-2-6 العرض/العلامة المرضية:

يمثل العرض في مجال علم النفس المرضي ما يظهر على سلوك الفرد أو ما يصرح به الفرد أثناء

المقابلة إلا أنه يبعث الى مفهومي أساسين:

• **المنظور الوصفي:** يتعلق بأمراض وعلامات أساسية في تشخيص الحالة والتشخيص يكون حسب

الدليل التشخيصي المستعان به.

• **المنظور السيكو ديناميكي:** يعتمد على نظرية التحليل النفسي، ويكتسي العرض مفهوم لدى كل حالة

يشكل تسوية بين الرغبة والاليات الدفاعية. لا يكتفي الأخصائي بملاحظة الأعراض الظاهرة بل يحاول

الوصول الى فهم العالم الداخلي وهذا من منظور المنهج العيادي ونظرية التحليل النفسي.

1-2-7 الاليات الدفاعية:

و تعرف ب" الطرق التي يستعملها الأنا في صراعاته" كما يعرفها (Sigmund Freud). وهي

متعددة و تعكس بنية الفرد ، أين نتحدث عن آليات دفاعية "ذات طابع عصابي" أو "ذهاني".

تختلف التصنيفات المتعلقة بالآليات الدفاعية فمنها ما يخص مدرسة التحليل النفسي و من أهم المساهمات

نذكر Laplanche & Pontalis – Bergeret – M.Klein – A. Freud – S. Freud

ومنها ما يخص المدرسة الامريكية DSM- Valenstein...وتقدر إجمالاً بـ 29 الى 39 حسب اتفاق المختصين. نذكر من بينها : الكبت ، التسامي ، القمع ، الإزاحة ، التحويل العكسي ، الإنكار ، التقمص (بأنواعه) ، الإنشطار ، العزل ، الاسقاط، التبرير، الرفض/الواقع....

تعتبر الاليات الدفاعية مهمّة في فهم معنى العرض، تجنّد الاليات الدفاعية لمواجهة الخطر النزوي واسترجاع التوازن النفسي. كما تصنّف الاليات الدفاعية حسب نوعها أي أليات ذات طابع ذهاني او طابع عصابي.

• المرونة: تساعد على تكيف الفرد الداخلي والخارجي.

• التنوع: تعكس سير نفسي مرن تكيفي ومتناسق.

1-3 النظريات المفسرة للاضطراب النفسي:

حسب نظرية التحليل النفسي (السيكوديناميكية) يتشكّل الاضطراب النفسي من تداخل عوامل عدة (بيولوجية/تكوينية، نفسية، اجتماعية) لا سيما فيما يخص خلل (تثبيت) في مرحلة نمائية ما والنكوص إلى هاته المرحلة حسب شدة الاضطراب وقدرة الجهاز النفسي (عبر الأنا) على مواجهته وإحداث توازن آخر أو عدم قدرته وظهور اضطراب.

يقول R.Perron في كتابه "Genèse de la personne" أن "الشخصية" هي "البنية" إذ تقوم

بعمل "تغيير/ تحويل Transformation" من أجل التكيف مع المحيط الخارجي. تعتبر الشخصية الخصائص الدائمة التي تميز الفرد عن باقي الأفراد، الظاهرة منها والكامنة وتتميز بالديمومة والتناسق والشمولية (خصائص جسمية فكرية).

وبالتالي اضطراب الشخصية يعبر عنه في المدرسة السيكوديناميكية باضطراب على مستوى السير

النفسي للفرد والذي يعكس عدم قدرة الجهاز النفسي للفرد على تحويل وتصريف وتخفيف الضغط الذي

يعيشه الفرد في مرحلة من حياته.

المحاضرة رقم 2: تاريخ ظهور تصنيف الاضطراب المتعلق بالصدمة

1- نبذة تاريخي حول مراحل ظهور التصنيف:

نهاية القرن 19: دراسات حول ضحايا السكك الحديدية.

- 1889 أبنهايم Oppenheim أول من استعمل مصطلح عصاب الصدمة والتي كان يربطها بتغيير على مستوى *molécules*/مركبات الخاصة بالجهاز العصبي المركزي. على سبيل المثال تكرار المشاكل المتعلقة بالقلب عند الأشخاص ضحايا الصدمات.
- Samuel Meyers كان أول الأطباء الذين لاحظوا أعراض الصدمة عند الجنود الذين لم يتعرضوا للجرح أثناء الحرب و التي تأخذ شكل اضطرابات انفعالية خلافا لسابقه الذي كان يفسر الأعراض بالجانب العضوي، إلا أنه كان يقرب تفسيره من الهستيريا.
- 1859/Briquet: قام بالربط بين الهستيريا و صدمة الطفولة حيث قام بدراسة على 501 حالة من الهستيريا و التي كانت تعرضت 76% منها للصدمة كانت سببا في الصدمة.
- 1887/ Charcot: تحدّث عن صدمة انفعالية صادمة تسبب حالة نفسية تشبه التنويم، كما كان أول من تحدث عن المظاهر التفارقية التي تابع دراستها Janet
- 1889 Janet طور نظرية مهمة تتعلق بحالة الجهاز النفسي بعد التعرض لحدث مرعب حيث يصبح هذا الأخير غير قادر مؤقتا لتسيير الأفكار التي تسبق الانفعالات المتعلقة بهذه الوضعية. الذكريات المتعلقة بهذه التجارب لم يتم إدماجها على مستوى الشعور فتم عزلها /

تفريقها فتصبح غير متحكم فيها. هنا يصبح الفرد في حالة انفصال/ تفكك لضعف قدراته النفسية بسبب الانفعالات الشديدة التي تعيق قدرته على إدماج المحتويات العقلية في الشعور.

- التوجه الخاص ب Janet تم التخلي عنه نظرا لقوة نظري أنداك والتي كانت مركز اهتمام الكثير على المستوى العالمي. إلا ان منذ 1980 أصبحت نظرية Janet محل اهتمام العديد من الباحثين لأهمية التفكك في الصدمة.

مساهمات مدرسة التحليل النفسي:

- (1895-1920) في هذه الفترة تتعلق الصدمة بالحياة الجنسية حيث فسّر "فرويد" الصدمة بإغواء يحدث في مرحلة الطفولة و الذي تأثيره يكون بعدي، إلى أنه تراجع عن نظريته بعد ذلك وتكلم عن الهوام (Fantasme) الذي هو العامل الصدمي و الذي يحدث العصاب.
- 1895-1980: لم تقم أي دراسة حول نتائج الصدمات الجنسية على الأطفال باستثناء دراسة Ferenczi و نظريته حول اختلال اللغة بين الراشدين و الأطفال اللذين يتميزون عن الراشدين بضعفهم و حاجتهم للعطف. أدخل Ferenczi مصطلح التماهي بالمعتدي، إلا أنه لم يهتم بهذه النظرية إلا بعد عدة سنوات. ساهم (8011- 8091) Ferenczi في التفسير الخاص بالنظرية التحليلية، حيث أدخل تفسير جديد لمثلثا الصدمة لاسيما الذهول (Sidération) الذي يصيب الفرد و الذي يجعله يجند آليا دفاعية خاصة مثل: الانشطار- الاسقاط- النقص الإسقاطي، و التي يؤثر على التنظيم النفسي و بالتالي يؤثر على الأنا. الأنا يتلقى العديد من الاستنارات الخارجية و يقوم بعملية تصفية (في الجانب الشعوري يترجم

و يفسر الاستثارة الخارجية). يقوم الأنا بتجنيد الآليات الدفاعية بصفة مكثفة فيحدث اضطراب

مجهول ويقابله في النتيجة عدم حصول توازن وعدم توافق الاستجابة.

• أثناء الحرب العالمية الأولى وتحت تأثير نظرية الهستيريا ومصطلح الإيحاء، اهتم الأطباء

بتشخيص الجنود الذين يزيفون وضعيتهم، كان الجنود المصدومين يعتبرون ضعفاء وقليلي

الإرادة: تطرق الألمان إلى مرض الإرادة. كان العلاج آنذاك يهدف إلى استعادة صحته

عن طريق تمارين شاقة و كذا عن طريق الشحنات الكهربائية.

• في 1941 قام Kardiner بدراسة على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في الحرب العالمية

الأولى حيث أكد على كثرة ردود الأفعال العصبية الإعاشية وأن الأنا يحاول حماية الذات و

نفسه من الذكريات الصادمة.

بعد الحرب العالمية الثانية، شهدت نظرية الصدمة تحولاً وتطوراً كبيرين:

• - التحدث عن عوامل الحماية كتدريب الجنود- تماسك الجماعات، القيادة والروح المعنوية،

• مع تزايد اعداد المتعرضين للصددمات، قام الأمريكيون بوصف الأعراض الفيزيولوجية

للمرضى، حاولوا استعمال التنويم المغناطيسي لمساعدتهم على استعادة الحدث و تسهيل

التفريغ،

• 1952: صدور اول دليل تشخيصي DSM يحوي تشخيص استجابة الضغط

الشديدة //Gross stress Reaction

• كل الدراسات كانت تهتم آنذاك بالجنود وضحايا الكوارث

• أول دراسة حول الاعتداء الجنسي كانت في 1974، وتزامنت مع دراسات أخرى تهتم بالعنف
الممارس على الأطفال. Lenore Terr اهتمت بتأثير الصدمة على التطور و النمو النفسي
للأطفال.

• DSMIII تم إدماج فيه مجمل الزملاات المرضية الخاصة بالصدمة: الخاصة بالجنود بالمرأة
المعنفة و ضحايا الاغتصاب، حيث فتحت العديد من الأبواب للدراسات الخاصة بالصدمة
النفسية.

• 1992: اقترحت Judith Herman تشخيصا يدرج اضطراب تفكك الهوية-اضطراب
الشخصية الحدية و الاضطراب الجسماني و الذي يخص الصدمات المعقدة DESNOS و
التي لم يحتفظ بها في DSM IV الذي شهد إدراج PTSD ضمن اضطرابات القلق.

• 2013: شهد DSM V تغييرا في تصنيف PTSD حيث تم ادراجه ضمن الاضطرابات
الخاصة بالصدمة و القلق غير المحدد.

• 2018: تم إدراج تشخيص اضطراب CPTSD في CIM11.

2- أعمال S.Ferenczi: لا بأس أن نتوقف عند مساهمات لما قدمته كإضافة لفهم الصدمات
النفسية. لقد ساهم S.Ferenczi بإثراء التحليل النفسي كتلميذ أولا، ثم كتابع وأخيرا كمعلم وصديق
لـ S.Freud إذ حاول تسليط الضوء على الكثير من المسائل الحاسمة في التحليل النفسي لاسيما
النظرية منها وتقنيات العلاج أيضا.

كان S.Ferenczi يتحدث عن الصدمات من منظور حضور الموضوع (الأم أو بديلها) بالنسبة
للطفل وما يمكن أن تترك من علامات نفسية يكون سببها "عيوب" نوعية إجابات الموضوع

للاحتياجات العاطفية للطفل إذ في حالة نقص أو فقدان الموضوع الأولي، عدم استجابته أو الاستجابة غير الكافية له، تتسبب على مستوى الأنا جروح لا تلتحم ، جروح ضارة بالأنا وشالة للقدرات الفكرية وقدرات الارسان.

إن نظرة S.Ferenczi للصدمة النفسية مختلفة تماما عن تلك التي تحدث عنها S.Freud في تلك الفترة باعتباره أن الصدمة ليست ناتجة عن إغراء (عن طريق اعتناء الأم أو غياب الموضوع) بل يتعلق الأمر بخرق للفكر والعاطفة عن طريق نفي العاطفة وإنكار الاعتراف بها وبالإحساس من طرف الموضوع.

ولعل أهم ما جاء به S.Ferenczi في موضوع الصدمة النفسية هو "اختلال اللغات" بين لغتي العاطفة لدى الطفل والشغف (Passion) لدى الراشد وقدم نظريته كما يلي:

- الصدمة مبكرة وتكون ناتجة عن :

1- لغة الشغف لدى الراشدين ونفيهم لاحتياجات الطفل العاطفية

2- نفي الراشدين لمعاناة الطفل مما يشكل عائقا أمام إمكانية استقلال التفكير وبالتالي عدم

إمكانية الترميز.

1-3- اندماجية (Introjection) الطفل للشعور بالذنب لدى الراشد مما يؤدي إلى إتلاف موضوع

الحب وتحويله إلى موضوع كراهية (S.Ferenczi 1932, P.149) .

إن قوة الاستثارة غير المحتملة هي التي تحدد عمق تحلل الأنا على النحو التالي:

1- تغيير في حالة الشعور (ذعر - حالة حلم)

2- فقدان حالة الوعي

3- الإغماء

4-الموت

إن استبعاد وعي الأنا يؤدي إلى تخفيف الألم الناجم عن الاستثارة ويساعد الجزء السليم لانا من أن يعود إلى الحالة الأولية بسرعة، كذلك إبعاد القلق يساعد على استعادة الوظائف الآلية للجسم (Ibid, P.150) .

يتحدث ¹ S.Ferenczi عن الذات والشعور بالذات، إذ يربط الصدمة بتلاشي الإحساس بالذات الذي يشمل قدرة المقاومة، الرد والتفكير من أجل الدفاع عن الذات، كذلك الأمر بالنسبة للأعضاء التي تقوم بالحفاظ على الذات والتي يمكن أن توقف نشاطها أو تخفضه إلى أدنى درجة. يستعير S.Ferenczi لوصف الصدمة النفسية بمثال "كيس الدقيق" لوصف الشكل الجديد الذي يصبح عليه الأنا (Ibid, P.33) .

إن الصدمة النفسية حسب S.Ferenczi تكون ناتجة عن عدم التهيء، إذ يسبقها الإحساس بالثقة بالذات الذي سرعان ما يتلاشى لتحل محله الخيبة بسبب بعض الأحداث. إن كل هاته الأبحاث لـ S.Ferenczi والتي سببت له انتقادات كثيرة من طرف المدرسة التحليلية لم يتم اعتبارها إلا في السنوات الأخيرة بفعل البحث الدائم في موضوع الصدمة النفسية وإدخال العديد من المصطلحات والمفاهيم على النظريات المتعلقة بالصدمة النفسية.

سعدوني مسعودة . 2011 . مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف -ماذا بعد التكفل النفسي؟ دار الهدى.

المحاضرة رقم 3: تعاريف الصدمة النفسية

1-مقدمة:

مصطلح الصدمة يحمل معنيين: الأول عنف من أصل خارجي، ضرب، جرح، بتر، و المعنى الثاني هو الصدمة النفسية أي أثر الحدث الصادم.

أول من استعمل المصطلح هو OPPENHEIM طبيب نفسي ألماني سنة 1888 ليصف الأحداث المخيفة التي تؤثر على النفس مثل: الاعتداءات، حوادث السكة الحديدية - الحروب و تأثيرها، أي ما كان يسمى سابقا عصابات الصدمة. حيث أدخل مفهوم الصدمة النفسية في علم النفس المرضي عبر مرجعه حول Névrose Traumatique و الذي تطرق إلى حالات عصاب ناتجة عن حوادث السكة الحديدية، ومنها انشأ مفهوم الصدمة السيكولوجية (نفسية) Traumatismes /psychologiques.

ثم استعمل "شاركو" Charcot هذا المصطلح ليشرح بعض حالات الهستيريا ثم جاء "فرويد" S. Freudبعده ليعمق هذا المفهوم

2- تطور مفهوم الصدمة النفسية:

حسب مدرسة التحليل النفسي: (1895-1920)¹:

في هذه الفترة تتعلق الصدمة بالحياة الجنسية حيث فسّر "فرويد" الصدمة بإغواء يحدث في مرحلة الطفولة و الذي تأثيره يكون بعدي، إلى أنه تراجع عن نظريته بعد ذلك وتكلم عن الهوام (Fantasme) الذي هو العامل الصدمي و الذي يحدث العصاب.

- (1905-1920) يتحدث عن النمو النفسي الجنسي للطفل عبر المراحل و المناطق الشبقية ، و الميتاسيكولوجيا (الجهاز النفسي) ، كما يتحدث عن الهوامات اللاشعورية الأصلية و القلق المتعلق بها و التي تمثل صدمات بالنسبة للفرد. و بالتالي مفهوم الصدمة متعلقة بالواقع النفسي الداخلي.

- انطلاقا من 1920، يتحدث "فرويد" عن التجارب الصادمة التي يتعرض لها الطفل والتي تحدد ضررا مبكرا للأنثى و جرح نرجسي.

ساهم Ferenczi (1926 - 1933) في التفسير الخاص بالنظرية التحليلية، حيث أدخل تفسير جديد لمثلثات الصدمة لاسيما الذهول (Sidération) الذي يصيب الفرد و الذي يجعله يجند آليات دفاعية خاصة مثل: الانشطار - الاسقاط - التقمص الإسقاطي، و التي يؤثر على التنظيم النفسي و بالتالي يؤثر على الأنثى. الأنثى يتلقى العديد من الاستنثارات الخارجية و يقوم بعملية تصفية (في الجانب الشعوري يترجم و يفسر الاستنثارات الخارجية).

سعدوني مسعودة . 2011 . مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف -ماذا بعد التكفل النفسي؟ دار الهدى.

يقوم الأنا بتجنيد الآليات الدفاعية بصفة مكثفة ← فيحدث اضطراب مجهول و يقابله في النتيجة عدم حصول توازن و عدم توافق الاستجابة.

حسب علم النفس الكوارثي: /Psychologie des catastrophes

أولت المدرسة الفرنسية الاهتمام بالصدمة الناتجة عن عنف من صنع الانسان "الكوارث الاجتماعية " منذ الثمانينات، حيث ظهرت عدة دراسات حول الصدمة وانعكاساتها فيما سمي بالطب النفسي الكارثي و الطب النفسي للحروب. و يتمحور التركيز على الحادث الصادم و أهمية الصدمة و الهلع و أخيرا الالتقاء مع الموت و يلح الباحثون في هذا الميدان على التمييز بين الصدمة و الضغط الذي يعتبر رد فعل بيولوجي خاص.¹

3- معايير تحديد الصدمة حسب علم النفس الكوارثي:²

1- الحدث الصادم استثنائي، خطر عنيف مفاجئ فضيع مروع و أحيانا مرفوق بالموت

الحقيقي للأشخاص و غالبا ما يكون مرفوقا بخطر حقيقي و موضوعي.

2-القلق: العرضية التكرارية مثل الكوابيس المتكررة التي تهدف إلى التحكم و السيطرة على

الانتشار.

3- الهلع: بسبب فضاة الحدث وعدم توقعه من طرف الشخص فإن معاناة الشخص التي

تعرض للصدمة لها علاقة بغياب معنى مفهوم الموت وعدم القدرة على تصورها فيكون

التصور عن طريق البدائل و عن طريق انتظار الأشياء المستقبلية. بالنسبة لي

¹ نفس المرجع السابق

² مسعودي مسعودة . 2011 . مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف -ماذا بعد التكفل النفسي؟ دار الهدى.

LEBIGOT لا يظهر القلق بسبب الاختراق أو الكسر و إنما بسبب الهلع و درجه "0"
التي يصل إليها الوجدان، أي لا يوجد تصور مسبق يربط بالحادث . عندما يتذكر
الأفراد يتحدثون عن العطل و الفراغ، صمت مطلق، ثم يظهر القلق بعد فوات لحظة
الذعر في حين تكون الصورة الراسخة تهديد داخلي بالألم.

ملاحظة: CROQ يتحدث عن المواجهة المفاجئة مع الموت الحقيقي دون وساطة النظام الدال أي
كلمة لها معنى و لها اتصال مع الحادث العنيف. حيث تظهر أعراض العصاب الصدمي مثل:
الكف - التفكك - الانطواء حول الذات - التكرار.

المحاضرة رقم 4: معايير تشخيص الصدمة النفسية

كرب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress

Disorder PTSD

معايير تشخيص¹ :

1- حسب DSM V تكون المعايير التشخيصية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة كالتالي:

- أ- تعرض الفرد لموت حقيقي أو تهديد حقيقي بالموت أو تعرضه لإصابة خطيرة أو لعنف جنسي بطريقة أو أكثر مما يلي: التعرض للحادث شخصيا أو مشاهدة الحدث شخصيا أو العلم بان الوفاة من جراء العنف أو الوفاة في الحادث او التهديد بالموت قد حدث عن قرب أو التعرض بصورة متكررة او التعرض الشديد لتفاصيل بغیضة للحدث او الأحداث وليس من خلال تقارير الإعلام.
- ب- أحد الأعراض المتداخلة التالية على الأقل:

- ذكريات تطفلية مؤلمة، مكرهة للصدمة أو لدى الاطفال لعب متكرر يخص موضوعات الصدمة.
- أحلام مفزعة متكررة ترتبط بالحادث أو الأحداث
- تفاعلات مفككة (استرجاع الأحداث) حيث يشعر أو يفعل الفرد وكأنّ الصدمة أو الصدمات تتكرر (لدى الأطفال إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب).
- نشاط فيزيولوجي مكثف أو مطول مفزع استجابة لمفكرات عن الصدمة أو الصدمات.

ج- عرض واحد على الأقل من أعراض التجنب أو التهرب التالية:

- التهرب من المفكرات الداخلية للصدمة أو الصدمات
- التهرب من المفكرات الخارجية للصدمة أو الصدمات.

د- تغييرات على الأقل من التغييرات السلبية التالية في المفاهيم والمزاج.

- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة أو الصدمات.
- معتقدات او توقعات سلبية مستمرة مفرطة عن ذات المرء أو الآخرين أو العالم.
- لوم مفرط مستمر للنفس أو الآخرين عن الصدمة أو الصدمات
- حالة انفعالية سلبية مستمرة أو لدى الأطفال أصغر من 7 سنوات مزيد من العواطف السلبية المتكررة.

- اهتمام أو مشاركة قليلة ملحوظة في الأنشطة المهمة.
- شعور بالانفصال أو النفور من الآخرين أو عند الأطفال أصغر من 7 سنوات بتراجع اجتماعي.

- عدم قدرة مستمرة على مواجهة الانفعالات الإيجابية.

هـ- تغييرات على الأقل في الإثارة ورد الفعل

- سلوك هياجي أو عدواني
- يقظة مفرطة
- ردود فعل مفاجئة مبالغ فيها
- مشاكل في التركيز
- اضطراب في النوم.

ف- تبدأ الأعراض أو تتفاقم بعد الصدمة أو الصدمات وتستمر شهرا على الأقل.

ك- عند الأطفال أصغر من 7 سنوات تتطلب الأعراض معايير أ ب ج ه و ولكن واحد فقط من الاعراض ج أو د.

الأشكال العيادية:

حاد: لا تدوم الاعراض أكثر من 3 أشهر

مزمن: تدوم الأعراض ثلاث أشهر أو أكثر

متأخر: بداية ظهور الاعراض بعد 6 أشهر من الحدث الصدمي.

2- الحالة العيادية¹:

ج هو رجل يبلغ من العمر 45 سنة، أحيل للعلاج من طرف طبيبه. انفصل ج عن زوجته وكان عاطلا وذكر انه بلا أصدقاء مقربين وقرر أنه كان يشعر بأنه أسيرا لصور حرب العراق منذ عودته من الخدمة العسكرية قبل سنوات، وزادت هذه الاعراض سوءا عندما بدأ يشاهد تغطية للحروب في التلفزيون.

وأشار ج بأنه كان يتعرض لكوابيس متكررة ، فكان يستيقظ وقلبه يدق بشدة وحاول تفادي هذه الذكريات عن الحرب المتضمنة المواقب العسكرية والمحادثات السياسية والمروحيات، ولكن بدون فائدة. كما أنه كان يرتبك غالبا وسط المفكرات فجأة وعندما كان يفعل ذلك كان يجد نفسه مقهورا برعب وجداني واهتزاز بدني وذكر أنه يشعر باليأس منذ عودته من الحرب.

¹هادي الحويلة وآخرون، 2016، ص. 426

وانفصل عدة مرات عن زوجته التي كانت ترد بثورات غضب لابتعاده العاطفي وكان يؤمن بأن زوجته كانت تحبه إلا أنه غير متأكد من شعوره نحوها حيث لا يشعر حقا بارتباطه بها أو أي واحدة أخرى منذ الحرب.

المحاضرة رقم 5: التشخيصات الفارقية

1-مقدمة:

من الضروري القيام بتشخيص محكم و مدقق في علم النفس المرضي بصفة عامة و اضطراب كرب ما بعد الصدمة بصفة خاصة حتى يتسنى للأخصائي النفسي التكفل الأحسن للمريض. في هذه الحالة و جب معرفة التشخيصات الفارقية الممكنة مع PTSD و نذكر أهمها لا على سبيل الحصر:

2-التشخيص الفارقي مع اضطراب الكرب الحاد:

تظهر أعراض الكرب الحاد بعد الحدث و تدوم من يومين إلى شهر، و تكون الاعراض مشابهة لاضطراب الكرب ما بعد الصدمة: التكرار- تنشيط عصبي إعاشي. يمكن أن تتلاشى أعراض اضطراب الكرب الحاد كما يمكن أن تتعقد إلى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لا سيما عند الحالات التي تظهر عليها اعراض تفككية- بكم- حالة انفصال- اختلال الانية- اختلال الواقعية- اختلالات الذاكرة الخاصة بالحدث.

3-التشخيص الفارقي مع اضطرابات التأقلم:

اختلاف فيما يخص المعيار أ حيث أن الحدث الضاغط لا يتعلّق بمفهوم الصدمة المذكور. كما لا توجد أعراض تكرر.

ملاحظة: ارجع إلى DSMV من أجل مراجعة معايير التشخيص و أعراض اضطراب التأقلم.

4-اضطراب الوسواس القهري:

في حالة الوسواس القهري يمكن تواجد أفكار أو صور تغزوا الفرد إلا أنّها ليست لها علاقة بحدث صادم.

ملاحظة: ارجع إلى DSMV من أجل مراجعة معايير التشخيص و أعراض الوسواس القهري.

5-الاضطرابات الهذيانية و اضطرابات الهلوسة:

لا يظهر الشخص الذي يعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة من أفكار هذيانية، فهو يدرك الجانب الباثولوجي لأعراضه ، كما هو قادر على انتقاد تجارب التكرار عكس المرضى المصابين بالفصام أو اضطرابات هذيانية أخرى.

6-الصدمة و الحداد

تتعلّق الضغوط النفسية بظهور اضطرابات عدّة عند الأفراد و يجب الاجتهاد في تقييمها و تشخيصها تشخيصا محكما من أجل التكفل الأمثل بالأفراد.

من الاضطرابات ذات العلاقة بالتعرض للضغوط نذكر:

➤ أعراض الكرب الحاد / Stress aigü

➤ اضطراب ما بعد الصدمة / (PTSD)

➤ الحداد والمشاكل المتعلقة بالحداد المعقد **Deuil et deuil complexe**

و يكمن الفرق بين الحداد و الحداد المعقد في الأعراض الظاهرة على الفرد و كذا مدّة الأعراض و شدّتها.

1-6 الحداد: متعلّق بفقدان شخص قريب، تظهر على الفرد علامات حزن و كآبة **Dysphorie**

متعلّقة بالذكريات الخاصة بالشخص المفقود و تتناقص شيئاً فشيئاً بمرور الأسابيع. يدوم الحداد في شكله الطبيعي من أسابيع إلى أشهر/أقلّ من سنة و ذلك حسب كل فرد و ما هو منتظر في ثقافته.

- ألم فقدان و الذي يترافق بالكثير من العواطف و في بعض المرات الفكاهة

- أفكار مرتبطة بالشخص المتوفى

- الانتقاد الذاتي و المتعلّق بالتقصير تجاه الشخص المتوفى

2-6 الحداد المعقد المستمر **Deuil complexe persistant**

- **A** / فقدان شخص قريب- وجود عرض واحد على الأقل لعدّة أيام عند الفرد و الذي يدوم

12 شهرا على الأقل /6 أشهر عند الطفل بعد فقدان.

- الحاجة الشديدة فيما يتعلق بالمتوفى . عند الطفل تظهر عن طريق اللعب / السلوك و

المتعلّق بالانفصال

- ألم شديد وآلام عاطفية كاستجابة للوفاة

- قلق بشأن المتوفى وظروف الوفاة / عند الطفل عن طريق اللعب و السلوك

- B / على الاقل 6 اعراض معايشة من طرف الفرد كالتالي:

- صعوبة في تقبل الموت- صعوبة في استحضار ذكريات إيجابية عن المفقود- مرارة
و غضب متعلّقة بالموت- سبات/بطئ انفعالي- تقييم سلبي مقارنة بالمتوفى- تجنب مبالغ
فيه لما يذكر بالفقدان: أشخاص- أماكن- وضعيات..

-الرغبة في الموت من أجل التواجد مع المتوفى- صعوبة وضع الثقة في أشخاص آخرين
منذ الفقدان- الشعور بالوحدة و الانفصال- الشعور بعدم وجود معنى للحياة- خلل عند الفرد
فيما يخص دوره في الحياة و الشعور بفقدان جزء من الذات فقدت مع الشخص المتوفى-
صعوبة في الإبقاء على نشاطات و أصدقاء.

- الاضطراب يسبب ضيق شديد من الناحية العيادية.

ملاحظة: هناك أنواع عديدة في الحداد: حداد متؤخّر- حداد مكثّف- حداد غير منتهي-
حداد باثولوجي- حداد صدمي..

6-3 الحداد الصدمي: يخص حالات الانتحار أو القتل. هنا يجب تحديد/استخراج الانشغال المؤلم
و المستمر حول الطبيعة الصدمية للوفاة، بما في ذلك اللحظة الأخيرة للمتوفى، ودرجة المعاناة
والتشويه، والطبيعة الخبيثة والمقصودة للوفاة.

و للقيام بالتشخيص الفارقي بين الكرب الحاد- كرب ما بعد الصدمة و الحداد، قامت المنظمة العالمية للصحة WHO بتحديد منهج للتقييم و التكفل بالحالات حسب الأعراض الملاحظة ، ويكون التشخيص الفارقي محدد ومنتظم.

https://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/en

المحاضرة رقم 6: النظريات المفسرة للصدمة النفسية

1- التفسير النوروبولوجي:

عندما يتعرّض الشخص لحدث صادم، تحدث في الدماغ سلسلة من التغييرات كالاتي:

إدراك الخطر ← استجابة الجهاز اللمبي (الموجود في الدماغ المتوسط ، فوق جذع الدماغ) عن طريق إنذار داخلي ← تنشيط هذا النظام يؤدي إلى إرسال إشارة إلى الغدة الكظرية لإفراز هرمونات الضغط التي تزيد من تدفق الدم إلى عضلات كبيرة تنشط الحواس وتهيئنا للتفاعل بسرعة. بمجرد انتهاء الأزمة ← يقضي الجسم على هرمونات التوتر ويعود إلى طبيعته .

إذا حدثت الصدمة في وقت مبكر من العمر واستمرت مثل حالة إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم:

- تدوم الآثار طويلا

- يبقى الجهاز اللمبي في حالة طارئة

- هذه الحالة المستمرة من اليقظة تجعل الناس جفل مصدوم بسهولة أكبر

- تجربة صعوبة تفسير تعابير الوجه وإشاراته اجتماعياً

- يعانون من صعوبة في النوم ويميلون إلى ذلك تجنب المواقف التي يمكن أن تزيد من التوتر.

-تجنب الصعوبات والألم العاطفي الذي يصاحبهم يمكن أن يسبب الرهاب والاضطرابات نفسية

.(Linehan, 2012).

قشرة الفص الجبهي مركز الفكر في الدماغ، تجد صعوبة في التدخل لتهدئة الجهاز اللمبي. أيضًا ، وفقًا لبعض الدراسات (Davidson et al.,2003) قد يكون هناك نشاط أكبر في **قشرة الفص الجبهي الأيمن** ، وفقًا لقياس تدفق الدم ، وهو جزء من الدماغ مرتبط بالتشاؤم والاكتئاب. نتيجة لذلك ، يمكن أن تتعثر الأفكار في دائرة اجترار الماضي ، خاصة الصدمات الماضية ، والتي تحافظ على الجهاز اللمبي مفرط النشاط.

أثناء النمو ، تطورت هرمونات التوتر للسماح لأجسامنا بالهروب في أوقات الخطر. عندما تنتهي الأزمة ، لم تعد هناك حاجة لهرمونات التوتر. ومع ذلك ، عندما يتم تنشيط النظام باستمرار ، يمكن أن تصبح **هرمونات التوتر** سامة للدماغ وتتداخل مع القدرة على تعلم أشياء جديدة ثم الاحتفاظ بها. **الخصين** ، وهو جزء من الجهاز اللمبي ويساعد على تنظيم الذكريات ، هو في الواقع أصغر في الأشخاص الذين عانوا من صدمة طويلة الأمد. يسبب الكورتيزول موت الخلايا في **الخصين**. بالنظر إلى هذه النتائج يمكن للمرء بسهولة فهم مدى صعوبة حل المشكلات (Badenoch,2008) ، من الصعب على الأشخاص المصابين بصدمات نفسية التفكير في أن الأمور يمكن أن تتحسن أو أن يكونوا على دراية بلحظات الرفاهية. كل الأشياء الجيدة الصغيرة تقلت من وعيهم (Hanson, 2009). لا يستخدم الجميع ردود القتال أو الهروب/fight or flight الكلاسيكية للتعامل مع حدث صادم. بدلا من ذلك ، في بعض الناس ، يشل الجهاز اللمبي الجسم التجميد /Freeze. يمكن للأشخاص الذين يعانون من الشلل في مواجهة موقف ما أن يوقفوا مشاعرهم ويفصلوا/عملية التفكك ؛ يمكنهم حتى أن يفقدوا وعيهم في وسط أزمة حادة (Porges, 2012). هذا هو التطبيق اللاواعي للاستراتيجية القديمة المتمثلة في لعب الموتى لجعل المفترس يفقد الاهتمام ويغادر المشهد. يقع الإغماء في أقصى حدود نطاق ردود الفعل المسببة للشلل.

من الشائع أن يتأرجح الأشخاص المصابون بصدمات نفسية بين فرط اليقظة والتفكك (Van der Kolk, 2012). من المهم أن نتذكر أن ردود الفعل هذه تجاه الصدمة تكون لا إرادية. تكمن الصدمة في الجهاز العصبي. يتفاعل الجسم فوراً مع الخطر المحسوس قبل أن يتمكن الدماغ العقلاني من تحديد ما يحدث بشكل صحيح. تتجم ردود الفعل هذه عن طريق الإشارات اليومية المرتبطة بالحدث المؤلم الأصلي. حتى لو كنت لا تراقب الحيوانات المفترسة الحقيقية ، فالضوضاء الصاخبة والتعبير عن شخص عزيز أو ألف حادثة أخرى يمكن أن تضع الأشخاص المصابين بصدمات نفسية في حالة من التوتر الشديد. كما أن الطريقة التي يتعامل بها كثير من الناس مع المشاعر السلبية يمكن أن تزيد من تراكم الأحداث الصادمة. يمكن أن يؤدي الإفراط في تعاطي المخدرات والكحول إلى زيادة الضغط الناتج عن الحوادث والمشكلات المالية ومشكلات العمل أو المدرسة والجنس غير المحمي والعلاقات غير الصحية. تستمر هذه الظروف في تغيير كيمياء الجسم وبنية الدماغ ووظيفته. كما ذكرنا سابقاً ، **يتقلص الحُصين** عندما يتعرض باستمرار **لهرمونات التوتر**. تزيد هذه الهرمونات نفسها من **حجم اللوزة** ، مما يتسبب في حلقة تغذية مرتدة تجعل **الجهاز اللمبي** أكثر حساسية للإشارات البيئية وأحاسيس الجسم الداخلية المتعلقة بالصدمة. من المهم أيضاً معرفة متى تسير الأمور على ما يرام ومعرفة الوظائف المدمجة للدماغ والتي تشمل:

- وعي جسدي
- القدرة على الاستماع إلى الآخرين
- عواطف متوازنة (ليست فوضوية ولا جامدة)
- القدرة على تهدئة المخاوف
- القدرة على التراجع قبل التصرف

- القدرة على إظهار الوضوح والانعكاس
- القدرة على التعاطف .القدرة على إظهار الأخلاق والعدالة والصالح العام
- القدرة على ممارسة الحدس .

(Siegel,2010)

الإجهاد المزمن يتحدى جهاز المناعة. يصبح من الصعب محاربة المرض. وجدت دراسة Adverse Childhood Experiences Study /ACE ، التي نظرت في التجارب السابقة لآلاف المرضى في كاليفورنيا ، أن الأشخاص الذين أبلغوا عن تعرضهم للعديد من تجارب الطفولة السلبية كانوا أكثر عرضة للإصابة بمرض خطير (Felitti et al.,1998) . يمكن لعوامل أخرى ، مثل الوضع الاجتماعي أن تعزز مشاعر التقليل من قيمة المجتمع وتركه وراءه (Baer, 2012). حتى الثقافات الأكثر مساواة التي تسعى إلى تسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية الشاملة تجد صعوبة في الحد من وسم آثار الفقر على معدلات انتشار الأمراض والوفيات (Sapolsky,2005) .

1-1 الإستجابة الإنفعالية الإعتيادية للخطر:

- اللوزة الدماغية هي البنية الأساسية التي تتحكم في التعبير عن الاستجابات العاطفية والذاكرة العاطفية الضمنية.
- خلال حدث مرهق ، تصل المحفزات الحسية التي تشكل خطرًا أولاً إلى المهاد (بوابة الدماغ ومركز الربط) عبر طريقين/ مسارين متوازيين: انظر المخطط
- سيكون للقشرة والحسين دور مهم في تعديل وتخفيف تأثير المنبهات على اللوزة وفقاً لتحليلهم و القرارات التي سيتم اتخاذها

مسار المهاد / اللوزتين: طريق قصير ، سريع ، تحت القشرة (غير واعي): يكون تنشيط اللوزة الدماغية بشكل مباشر وتوليد استجابات عاطفية حتى قبل حدوث التكامل الإدراكي للدماغ و التخيل التام للخطر؛

طريق المهاد / القشرة / اللوزة: طريق طويل ، بطيء أكثر تعقيداً، قشري (واعي). في المرحلة الثانية ، يسمح المسار القشري الطويل بمعالجة دقيقة وتحليلية للمعلومات (على مستوى القشرة). يصل إلى اللوزة ، ويمر عبر الحُصين (معد الذاكرة الصريحة والتوضيحية والسيرة الذاتية والتشفير السياقي والزمني والمكاني للمحفزات) ، وهو "نظام تشغيل" حقيقي حيث ستتم مقارنة المعلومات إلى "بنك البيانات" من الذكريات من التجارب العاطفية والتعلم ، وتصل إلى القشرة الترابطية (مقر الذاكرة العاملة ومحتوى الفكر الفوري).

توضيح مسار الاستجابة للضغط في الحالتين

2-1 عمل اللوزة:

- يتم تشغيل الاستجابة العاطفية عبر اللوزة. دورها هو إعداد الجسم لسلوك البقاء على قيد الحياة بمقدار الطرق الأربعة المذكورة.
- إضافة إلى ذلك و في الوقت نفسه ، تعطي اللوزة الدماغية للقشرة معلومات حول الحالة العاطفية ومستوى التوتر (مما يسمح للدماغ بدمج التجربة العاطفية في ذاكرته العاملة ويساعد في اتخاذ القرار)، وينقل محتوى ذاكرته الضمنية وغير الواعية والعاطفية إلى الحُصين ، بحيث يتحول إلى ذاكرة ذاتية صريحة وواعية وطويلة المدى.

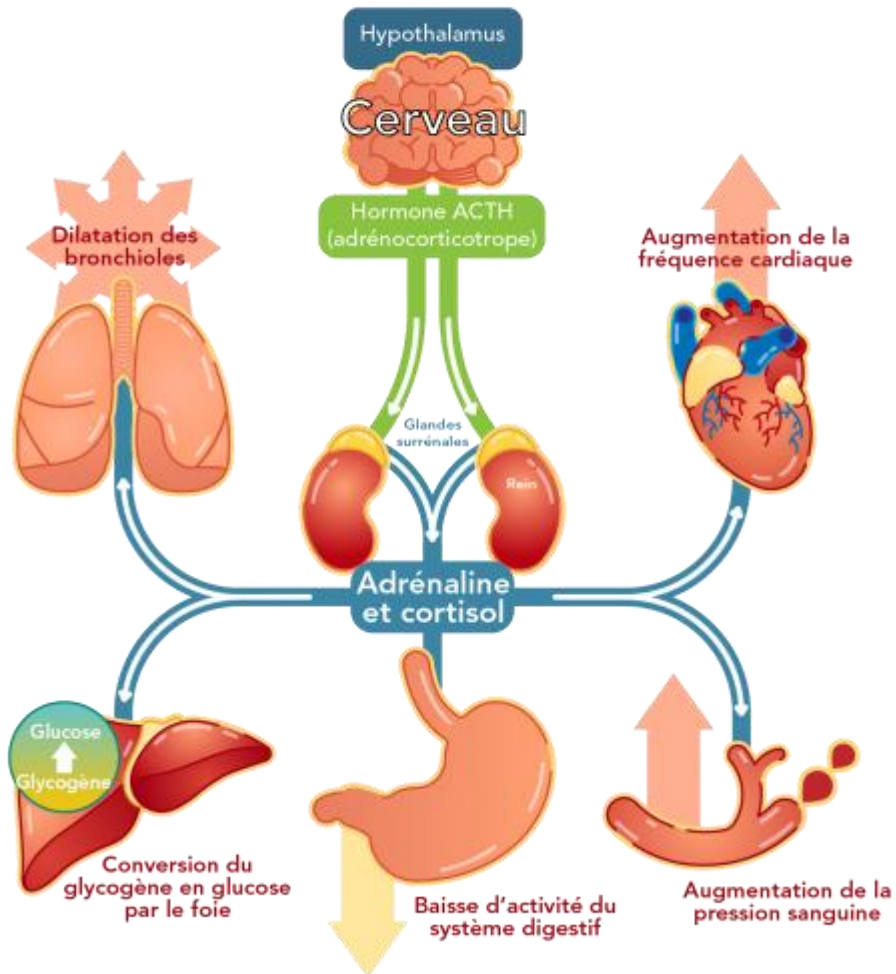
إستجابة إعاشية فورية: تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي – وإفراز الغدة الكظرية هرمونات الإجهاد الأدرينالين و النورادرينالين، والتي تؤدي إلى تسارع معدل ضربات القلب والانقباضات وكذلك معدل التنفس ، وزيادة ضغط الدم إمداد الأكسجين الطاقة =O2+ لمستويات الأعضاء المعنية وإطلاق الجلوكوز :

استجابة سلوكية فورية : من خلال العمل على المادة الرمادية ، مع السلوك المتهيج والتجنب الحركي أو الهروب أو الجمود؛

● استجابة الغدد الصماء عن طريق إفراز الغدة الكظرية القشرية هرمون الكورتيزول. هذا ما يزيد من استحداث السكر في الكبد ويستمر بالتالي إفراز الجلوكوز عند مستوى عالٍ

● استجابة تحفيزية بالعمل على تنشيط إفراز الدوبامين حسب حلقة المكافأة / التعزيز الذي يخلق شعورًا إيجابيًا أثناء السلوكيات الأساسية بهدف البقاء

SYSTÈME DE RÉPONSE AU STRESS



<https://parlonssciences.ca/ressources-pedagogiques/documents-dinformation/le-stress-et-le-cerveau>

1-3 عمل الحصين:

- يعد الحصين ضروريًا لتخزين الذكريات وجلبها /قبل بلوغ الأطفال عامين ، يكون الحصين غير ناضج ولا يمكنه معالجة وتخزين الذكريات ، التي تظل معتمدة على اللوزة و غير واعية.
- حالة الخطر التي تمت إدارتها و التي لم تكن صدمية سيتم دمجها وتخزينها في ذاكرة السيرة الذاتية . هذه الذاكرة ستجعل من الممكن سرد قصة الحدث ، لرسم التجربة ، لتذكر سياقها العاطفي ولكن لا تسترجع بشكل مماثل . سيتم تصور الذاكرة في الزمان والمكان ، وسوف تتلاشى الاستجابات العاطفية والحسية بمرور الوقت.

في حالة حلقة الخوف الإشرطي: و في حالة وجود مثير دون أهمية خاصة ولكنه مرتبط بحالة الخطر التي تم التعرض لها ، على سبيل المثال: مكان ، وقت من اليوم ، يطلق تنبيهًا تلقائيًا)، يمكن تنشيطه على مستوى اللوزة ، ولكن قد يحدث توقف لهذه الحلقة عن طريق القشرة التي تسمح بعملية الترابط والحصين عن طريق التعديل والتخفيض ، و التغذية الرجعية على اللوزة.

1-4 الاستجابة الانفعالية في حالة الصدمة:

- الاستجابة العاطفية الصادمة الاستثنائية في حالة حدث صادم ، مرعب ، تعرض للخوف من الموت ، الاعتداء...
- وهذا يؤدي إلى خرق نفسي مع شلل وظائف القشرة ما يؤدي إلى حالة من الذهول الصدمي.
- هذا الذهول الصدمي يمنع تعديل أو خفض أو انقراض الاستجابة العاطفية التي لا يمكن أن تحدث عن طريق الهروب أو الفهم أو السيطرة على الخطر بفعل القشرة والحصين) حدث غير مفهوم ، بدون مقارنة ، بدون حل ، دون الإشارة إلى أي تعلم تم اكتسابه بالفعل..

• اللوزة التي تواجه هذا النقص في الاستجابة أو تعديل وظائفها ، تزيد من استجابتها العاطفية التي تصبح قصوى .

• يستمر تحفيز الجهاز العصبي اللاإرادي الودي، مع الإفراط في إنتاج هرمونات الإجهاد الأدرينالين والكورتيزول التي تؤدي إلى إجهاد مفرط يمثل خطرًا حيويًا : تسمم القلب والأوعية الدموية للأدرينالين (Infarctus وارتفاع ضغط الدم).تسمم عصبي للكورتيزول مع تلف الخلايا العصبية على مستوى الفص الجبهي و الحصين الذي يمكن أن يفقد 30% من حجمه؟

• خلل في المناعة

• هذا الخطر الحيوي على الجسم مرتبطاً بـ"العمل الزائد" للوزة ، مما سيؤدي إلى إنشاء طريق هروب استثنائي للحماية: حيث يتم فصل الدائرة عن الأجهزة التي لم تعد تعمل. هذا ما يحدث لحلقة الجهاز اللمبي الخاص بالضغط يتم إنتاج الإندورفين (المورفين الداخلي) .

• تقوم الدائرة بفصل الألياف الصادرة من اللوزة ، والتي تظل تعمل ولكن لم تعد قادرة على إطلاق هرمونات التوتر (الأدرينالين والكورتيزول) ، ولا تخبر القشرة بالخطر.

• هذا الانفصال هو حالة تفكك صدمي. بالرغم من الحدث الصادم الذي يستمر، تختفي حالة التوتر فجأة، لا يوجد إفراز الأدرينالين ، ولا الكورتيزول ، لا مزيد من الاستجابة العاطفية ، لا مزيد من الألم نفسية أو جسدية ، لأن الاندورفين يسبب التسكين و التخدير العاطفي.

• لم تعد القشرة الترابطية تتلقى معلومات عاطفية ، تستمر المحفزات المؤلمة في الوصول إلى القشرة الحسية عبر المهاد لكنها تعالج بدون دلالة عاطفية لعدم تلقي معلومات عاطفية، بدون معاناة نفسية أو جسدية ، مما يعطي الضحايا شعور بالغرابة وعدم الواقعية وتبدد

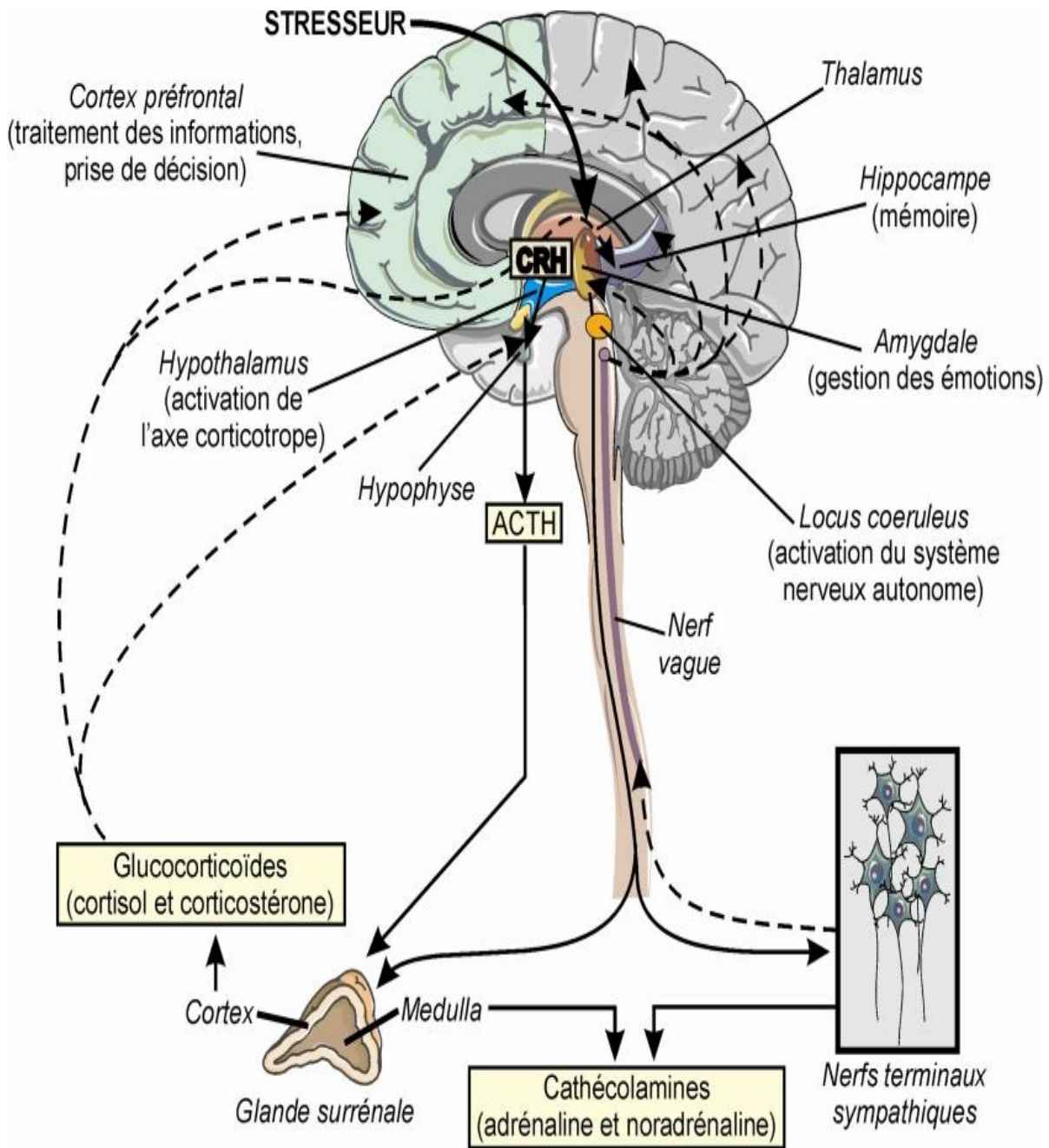
الشخصية كما لو كانوا مشاهدين لما يحدث لهم(كأنهم يشاهدون فيلم). أي انهم في حالة انفصالية/تفككية .

- تتفصل اللوزة عن الحُصين الذي لا يستقبل محتويات الذاكرة العاطفية الضمنية للصدمة. لا يمكن بعد ذلك دمجها كليًا أو جزئيًا وتحويلها إلى سيرة ذاتية وذاكرة تصريحية عاطفية. الذاكرة العاطفية الضمنية الكامنة في اللوزة هي مصدر دائرة خوف مشروطة دائمة لا يمكن إخمادها ، حيث لا يمكن للقشرة الترابطية قبل الجبهية والحصين أن يلعبوا أدوارهم المعدلة.

النتائج:

- يؤدي فصل اللوزة إلى توقيف تهديد حيوي مثل تسكين عاطفي وجسدي على حساب الأعراض التفككية و ذاكرة صدمية متواجدة على مستوى اللوزة.
- يظل الأخير مفعماً بالحيوية ، مشحونًا بالمشاعر الأولية ، لكن بدون تمثيل الذاكرة الشديدة الحساسية والصدمة من المحتمل أن يتم تشغيله بواسطة أي حافز يذكرنا ب الصدمة ، مصحوبة باستجابة عاطفية قوية غير مفهومة للقشرة والحصين اللذين يستقبلان رسائل متناقضة: رسالة صادرة من المهاد عبر القشرة الحسية والحساسة لإبلاغ المواقف العادية ورسالة تنبعث من اللوزة ترسل إلى القشرة معلومات عاطفية من المواقف المهددة للحياة المرتبطة بالذاكرة المؤلمة (ذكريات الماضي ، ذكريات). طالما استمر الخطر ، أو ما دام الضحية في مواجهة خطر التكرار (إذا بقي على اتصال مع المعتدي أو إذا بقي في نفس السياق) ، يظل فصل النسخ الاحتياطي ساري المفعول واستمرار حالة الانفصام.
- الذاكرة الصدمية هي ذاكرة شديدة الحساسية ولا يمكن السيطرة عليها ، يمكن أن "تتفجر" بإحياء نفس الخوف ونفس الضيق.

- يتم تشغيلها بمجرد حدوث الموقف ، الإحساس يذكّر بالعنف أو يجعل الشخص يخشى أن يتكرّر ، ثم تغزو الفضاء النفسي بأكمله بطريقة لا يمكن السيطرة عليها.
- الذاكرة الصدمية جزء من أعراض اضطراب كرب بعد الصدمة وهي عبارة عن إعادة تجارب جزئية أو كاملة للصدمة المتطفلة. أثارها منبهات تذكرنا بالحدث الصادم مبدئيًا ويمكن أن يكون حسيًا (بصريًا ، سمعيًا ، شمياً ، تذوقياً) ، حركياً ، نفسيًا ، عاطفيًا ، جسديًا ، فسيولوجيًا ، سياقيًا (مؤقتًا ، مكانيًا ، مرتبطًا بأحداث الحياة اليومية ، أو بصدمات جديدة...).



https://www.researchgate.net/publication/229159310_Overview_of_acute_and_chronic_stress_responses

1-5 الذاكرة الصدمية:

- هي اضطراب في الذاكرة العاطفية تعتبر نتيجة للصدمة الشديدة و الخطيرة، فهي مرتبطة بآليات الحماية الاستثنائية الموضوعة عندما تغمر القدرات الدفاعية الطبيعية للفرد بسبب الإجهاد الشديد ، و كذا دائرة الخوف الإشرافية الدائمة التي تبدأ بعد ذلك.
- هو أصل أخطر أعراض الصدمات النفسية المزمنة ، والتي لها عواقب وخيمة على صحة وجودة حياة الأشخاص المصابين بصدمات نفسية¹.
- أثناء الأحداث الصادمة الخطيرة والمرعبة ، التي تشكل تهديدًا لحياة الضحايا ، يؤدي الإجهاد الشديد إلى إفشال آليات الدفاع المعتادة في الجسم والتي ، من أجل البقاء ، تؤدي إلى إثارة و تجنيد آليات حماية عصبية بيولوجية استثنائية تشبه الانفصال/déconnexion .
- إن آليات الحماية هذه هي أصل الذاكرة الصدمية والأعراض التفككية.
- إن هياكل الدماغ الموجودة في قلب آليات الصدمة النفسية هذه هي تلك التي تشارك في الاستجابات العاطفية المعتادة للمخاطر وفي دوائر التعلم والذاكرة.
- يعاني الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صادم من ذكريات متكررة تغزو الفضاء النفسي، من اليقظة المفرطة والتهيج ، من اضطرابات النوم (صعوبة في النوم ، الكوابيس) ، ردود الفعل المفرطة ، والغضب ، أو الانفصال عن الآخرين.
- إن استحضار ذاكرة "بسيطة" يمر عبر بنية دماغية رئيسية تسمى الحُصين/hippocampe: له دور رئيسي في التعلم و التذكر ، ثم تمر عبر اللوزة/Amygdale : مركز الدماغ البدائي

¹ Kedia, M.,Sabouraud-Seguin, A. (2020). Aide mémoire psycho-traumatologie. Dunod.

مسؤول عن الانفعالات لا سيما الخوف ، التي تربطها بعاطفة معينة ، ثم عبر المهاد /hypothalamus: إدراج الأحاسيس والمهارات الحركية وتنظيم الوظيفة الحركية والوعي والنوم.

ولكن الطريق للذاكرة ليست هي نفسها عندما يتعلق الأمر بالذاكرة المؤلمة.

-إن إعادة تنشيط الذاكرة المؤلمة و التي تغزو الفضاء النفسي يمر عبر قشرة الفص الجبهي (التي تتحكم في الإنفعالات) ، ثم من خلال اللوزة والمهاد ، وهي بنية تشارك في نقل المعلومات الحسية والحواسية وتصفيتهما.

-الذاكرة المؤلمة هي ذاكرة بارزة بشكل خاص" هناك نوع من الإفراط في ترميز الذكريات و

الدوائر المستخدمة ليست إعتيادية ، وهو ما يفسر هذا الفائض من الذاكرة.¹

1-6 أليات الخوف:

- إن بصمة الذاكرة تتغير بمرور الوقت في الدماغ وسوف تتلاشى أو تتماسك تدريجياً .
- في حالة اضطراب ما بعد الصدمة، يتم توحيد الذاكرة عبر المرور عبر المهاد هو المفتاح لهذا التسجيل غير الإعتيادي.
- أثناء اضطراب ما بعد الصدمة ، تستمر الذاكرة في الارتباط بإحساس بالضيق ، و ردود فعل جسدية وإعاشية للخوف.
- "يعاني جسمنا من فشل في التكيف مع الخطر الذي نواجهه". دائرة الذاكرة التي يتم استرجاعها عدة مرات تصبح أكثر وأكثر تعقيداً ، كما لو أن الدماغ يواصل البحث ، عبثاً ، عن إجابة أكثر تفصيلاً للتغلب على الخطر.

¹ Dr Pierre Marquet, psychiatre responsable de la section spécialisée dans le traitement des troubles de l'humeur et des troubles de la personnalité du service de psychiatrie générale du Centre hospitalier universitaire vaudois .CHUV

• من الناحية البيولوجية ، فإن الصدمة هي إثارة مفرطة للأنظمة التي يتم استدعاؤها في حالة
الخوف ”.

2- التفسير المعرفي:

يشير مصطلح المخططات المعرفية حسب Beck إلى كل من البنية المعرفية والمعتقدات التي تشكل
البنية المعرفية. توفر هذه المعتقدات الموضوع مع إطار لفهم ما يحدث له ، والسماح له بالبقاء
مستقرًا في مواجهة الحدث. قد تكون الأحداث الصادمة مسؤولة عن تغيير المخططات المعقدات
التي يحملها الموضوع عن نفسه وعن العالم وعن الآخرين. هذا ينضم علاوة على الوصف الذي
قدمه “ (2007) Crocq هذا الاختبار يشكل للموضوع اضطراب عميق في الوجود ، في علاقته
مع العالم ومع نفسه”.

حسب نموذج Mowrer فإن تعلم استجابات الخوف (التكييف الكلاسيكي) وسلوكيات التجنب
(التكييف الفعال) تفسر المظهر وصيانة اضطراب ما بعد الصدمة. قد يسبب التعرض لحدث صادم
(التحفيز غير المشروط) لردود الفعل الحركية القوية والفسولوجية والعاطفية والمعرفية.

أما نموذج Foa et Rhothbaum فهو نموذج للمعالجة العاطفية للمعلومات التي يدمج نظريات
التعلم ونظرية Lang العاطفية والنظرية الخوف الافتراضي. يصر هؤلاء المؤلفون على الطبيعة
المسببة للأمراض للخصائص تصورات الحدث الصادم (عدم القدرة على التنبؤ وعدم القدرة على
السيطرة). يمكن أن يكون الحدث الصادم مصدرًا لمشاعر عنيفة وغير متوقعة. الذي - التي -
سيكون هذا في أصل إنشاء هيكل الخوف، لكنه هيكل خوف مرضي ، يختلف عن الهيكل خوف
عادي. هذا الهيكل من الخوف المرضي سيكون في أصل تعديل معتقدات الفرد وخلق أنماط معرفية
مرضية جديدة.

أما Horowitz فيقول أن اضطراب ما بعد الصدمة قد يكون بسبب زيادة المعلومات الواردة أثناء الحدث الصادم. قد يكون استمرار الاضطراب نتيجة عدم القدرة على الاندماج في أنماط المخططات الجديدة ، وعواقب هذه التجاوزات الجديدة معلومة . أعراض التكرار والتجنب تشكل محاولات المعالجة المتكررة للمعلومات.

3- التفسير التحليلي: الآليات النفسية المفسرة للصدمة

1-مقدمة: تقول آنا فرويد Anna Freud¹ أنّ كل عمل دفاعي هدفه التوصل إلى أمان الأنا و تجنب اللالذة/déplaisir .

في حالة الصدمة النفسية يواجه أنا الفرد/le Moi du sujet تراكما للاستثارات ويحاول توقيفها عبر الآليات الدفاعية الاعتيادية، الطريقة الثانية لمواجهة هذه الاستثارات هي النشاط الحسي الحركي (الجانب السلوكي) في حالة عدم تهيئ هاتين الطريقتين تنتشر الاستثارة عبر كامل الجسد.

2-الآليات النفسية المفسرة للصدمة:

من الآليات النفسية الأكثر تداولاً في أدبيات الصدمة النفسية، نذكر:

➤ اضطراب التكرار/Compulsion à la répétition: تطرق سيقمند فرويد

Sigmund Freud² إلى اضطراب التكرار كمبدأ للسير النفسي و علاقته مع نزوة الموت، حيث

أن التجارب المعاشة عن طريق اضطراب التكرار لا تولد إلا الشعور باللالذة للأنا ، لأن هذا

الاضطراب يستحضر نزوات مكبوتة (p.59-60) . و يواصل Freud قائلاً : " فعلا يوجد في

الحياة النفسية اضطراباً للتكرار يتموقع فوق مبدأ اللذة. يمكننا أن نرجع إلى هذا الاضطراب أحلام

¹ Anna Freud (1949). Le Moi et les mécanismes de défense. PUF

² Sigmund Freud. (1920). Au-delà du principe du plaisir. Payot.

عصاب الحوادث و اندفاع الطفل إلى اللعب' (p. 63) . إبتداءا من هاذين المفهومين نرى دور عملية اضطراب التكرار في تكوين الأحلام عند ضحايا الصدمات.

كما يقول فرنكزي « أن Ferenczi¹ كل حلم مهما كان مرفوقا باللاذة هو محاولة للتحليل و التحكم في الحوادث الصادمة، إذا البقايا اليومية هي انطباعات نفسية تميل إلى التكرار بحكم انها غير محللة و غير متحكم فيها » (p.38).

تحدث R.Diatkine عن التكرار الهذيانى للحدث الصادم (**Répétition Hallucinatoire**

de l'expérience traumatique) و الذي تقارنه ' بكتلة منعزلة في النظام النفسي للفرد،

و الذي يحدث نتائج مختلفة : كف ، قلق منتشر ... إنه الوصف العيادي الذي يصاحب تكرار

الحلم في حالة عصاب الصدمة يأخذ اضطراب التكرار كل المجال النفسي، إذ تصبح الذكرى

بمثابة عمل تصور عظيم يجذب إليه أكبر رصيد من الاستثمار و يصبح ما تبقى من النشاط

النفسي مخصصا لتسيير الأشياء اليومية على المدى القصير .و تمثل آلية اضطراب التكرار

طريقة دفاعية يلجا إليها الأنا قصد محاولة إدماج الحدث الصادم إلى مجمل التصورات.

ان اضطراب تذكر الحدث الصادم سواء في الحياة اليومية او العلمية والهوامية (اللعب) يمثل محاولة

ربط و ترميز يقوم بها الأنا كالعمل الذي يقام به في حالة عصاب الصدمة كمحاولة لسد الفراغ الذي

يسود الساحة التصورية للفرد. كما يمكننا أن نلاحظ نمطا آخر للاضطراب أو التكرار او عن طريق

العكس/ **par renversement** نلاحظ أن الفرد في حالة صدمة نفسية معاشة بطريقة سلبية،

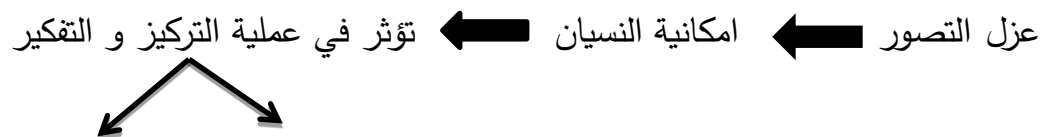
¹ Sandor Ferenczi, S (1932). « Confusion de langues » in : Œuvres complètes de psychanalyse vol IV, 1927-1933, PAYOT.

يحاول تكرار التجربة حيث يصبح هو العنصر الفاعل (تفسير الاتجاه من السلبي إلى الايجابي،)
(Conversion) كمحاولة التحكم في العواطف المعاشة ، و الذي أطلقت عليه أنا فرويد اسم **التماهي**
بالمعتدي Identification à l'agresseur و الذي هو انعكاس للصدمة أين يصبح التكرار
موجها نحو الغير.

➤ انقطاع سلسلة التصورات/Rupture dans la chaine associative

عندما نتحدث عن التصور يبعث بنا إلى التحدث عن عمل الترميز و الذي يعرفه B.Chouvier
(1997) بالقدرة على الربط اللين و القابل للانعكاس بين مختلف التصورات و كذا بين مختلف
مستويات و أنواع التصورات (Ibid .P.15) . و يتحدث B.Chouvier عن خرق في التطور
النفسي للطفل و الذي يؤدي إلى طمس فضاء الترميز و بالتالي اختلال العمل التصوري.
يعرف **بارجوري Bergeret** الخيال بالقدرة على خلق هوامات و هواجس و احلام تمثل الصورة الحية
لمكانة الفرد في محيطه وكذا علاقته و تعاملاته مع الآخرين . فاللعب عند الطفل يعتبره Winnicott
ذو دور علاجي إذ يعطي مجالا هاما تستحضر فيه الصراعات الداخلية عن طريق دعائم تمثلها
أشياء خارجية.

انقطاع الخط الرابط بين التصورات يتم عن طريق **عزل التصور غير المحتمل** و الذي يتجسد في
صعوبة التفكير و التركيز كميكانيزم ضد الصدمة النفسية، ما يحدث فراغ فكريا يتمثل في غياب
التداعيات أو التصورات و الربط ما بينهما.



ملاحظة: الرسم وسيلة تساعد الطفل على التحدث في حالة الصدمة و تساعد على تفعيل عمل الربط في حالة الصدمة، الطفل يجب ان يستعد حياة الطفولة (اللعب، و الرسم) ثم الكلام و الحوار يساعد على استعادة عمل الترميز و التصور من أجل فهم التجارب و دمجها في الحياة النفسية و تخفيض الانقطاع في سلسلة التصورات.

في حالة الصدمة النفسية لا تكون الاليات الدفاعية الاعتيادية فعالة، عندها يقوم الفرد بتجنيد اليات دفاعية أكثر بدائية من أجل مواجهة هذه الوضعية غير الاعتيادية و بلورتها: الانشطار و رفض الواقع من أجل قطع/ بتر جزء من النفس للاستمرار في الحياة للعيش وكأن شيئاً لم يحدث.

كما أثبتت بعض الدراسات أن عدم المرونة في استعمال الاليات الدفاعية / آليات دفاعية من نفس النوع مستعملة بطريقة متكررة وحصرية، يمكن أن تسمح لنا بالتنبؤ بتطور حالة من إجهاد ما بعد الصدمة بعد التعرض لحدث "استثنائي".

¹ نسيمه رماس ، خصائص تصور الذات عند الأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي . رسالة ماجستير تحت إشراف الأستاذة الدكتورة شريفة بوعطة- 2010، جامعة الجزائر2.

المحاضرة 7: المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الراشد

مقدمة:

يعاني كل شخص من آثار الصدمة بطرق مختلفة ومتعلقة بالشخصية. إذ يعاني الأشخاص المصابون بصدمات نفسية من آثار جسدية وعاطفية وسلوكية ومعرفية، روحية وعصبية وعلائقية. يمكن أن تؤدي الصدمة إلى العديد من التغييرات يمكن تلخيصها فيما يلي:

المظاهر المرضية للصدمة¹

- تغييرات في الدماغ
- ضعف الجهاز المناعي
- زيادة الضغط الجسدي والعقلي
- انخفاض الثقة في الآخرين
- صعوبات التعلق وصراع في العلاقات
- فرط اليقظة والجفل
- السلوك الجامد أو عشوائي/غير مستقر

¹ https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit_fr_revised.pdf

وغالبًا ما يرى مقدمو الخدمة علامات فرط التوتر واليقظة لدى العملاء، ولكن تكون ظروفها غير مرتبطة بالصدمات بالضرورة وربما يساء تفسيرها. إذا أخطأ مسؤول العناية والتكفل في التفسير أو فهم السلوك أو كان غير قادر للتعرف على ردود أفعال القتال أو الهروب أو الشلل ، يخاطر بإصدار حكم على العميل ، مما قد يؤدي إلى للصراعات أو العلاقات المعارضة.

من المهم أن نتذكر أن الصدمة تؤثر على طريقة تفاعل الشخص مع علاقة المساعدة ومع مقدمي الخدمة. فآثار الصدمة يشعر بها طوال الحياة .

ووفقًا لدراسة أجريت في كندا ، فإن اضطراب ما بعد الصدمة "مرتبطة بـ مختلف الظروف الصحية الجسدية الخطيرة ، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي ، الآلام المزمنة وأمراض الجهاز الهضمي و السرطان" (2007). من المهم أن ندرك أن يمكن أن يكون لتجارب الصدمة آثار ضارة بصحة الإنسان ، سواء كان هذا الأخير قد تلقى تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة أم لا. هذه النتائج تدعم تلك التي وردت في دراسة ACE¹ ، دراسة تجارب الطفولة الضارة على تجارب الطفولة السلبية (حددت صلة مباشرة بين التجارب السلبية أثناء الطفولة ومشاكل الصحة الجسدية و زيادة الصحة النفسية). (1998)

وجدت دراسة ACE أنه كلما كانت التجربة أكثر سلبية ، زادت يزيد الخطر ليؤدي إلى المشاكل التالية :

¹ ACE, Adverse Childhood Experiences Study (étude sur les expériences négatives vécues pendant l'enfance), 1998.

•• أمراض الكبد ومرض الانسداد الرئوي المزمن ••

•• الاكتئاب

•• محاولات الانتحار

•• نوعية الحياة المتعلقة بالصحة

•• استخدام العقاقير غير المشروعة وإدمان الكحول

العنف المنزلي- تعدد الشركاء الجنسيين - الأمراض المنقولة جنسيا

•• أمراض القلب

الحمل غير المرغوب فيه - التدخين المبكر

التأثيرات العاطفية:

- الاكتئاب • مشاعر اليأس والعجز • الذنب • العار • اللوم الذاتي • كراهية الذات • الشعور بالتلف • سوء تقدير الذات • القلق • الضعف الشديد • نوبات الهلع • الخوف • السلوك القهري والوسواس • الشعور بفقدان السيطرة • الانفعال والغضب والاستياء • الصمت العاطفي • صعوبات العلاقة

التأثيرات السلوكية:

- إيذاء النفس (مثل جرح النفس) • تعاطي المخدرات • تعاطي الكحول والإدمان على اللعب • سلوكيات التدمير الذاتي • العزلة • اختيار الصداقات غير الصحية • السلوك الانتحاري • العنف والاعتداء على

الآخرين

التأثيرات المعرفية:

- اختلالات الذاكرة ، خاصة فيما يتعلق بالصدمة والاستغراق في ذكريات الصدمة ● صعوبة اتخاذ القرارات ● انخفاض القدرة على التركيز ● الشعور بالتشتت ● عدم الاهتمام بالروتين العادي ● أفكار انتحارية.

التأثيرات المتعلقة بالهوية الذاتية:

- الشعور بأن الحياة ليس لها معنى حقيقي
- التساؤل عن الغرض من حياته
- تساؤلات متعددة عن الذات وقيمتها ومالها
- نظرة سيئة عن الذات
- الشعور بالانفصال عن العالم
- نظرة سيئة للفرد عن ذاته وعرقه وثقافته

التأثيرات العصبية البيولوجية :

فرط إفراز هرمونات التوتر التي يكون معدلها لا يعود إلى طبيعته بعد مرور الحدث .قد تستمر التأثيرات التالية لساعات أو أيام على شكل

- قلق، رجفة والمبالغة في استجابة الجفل
- نظام التنبيه في الدماغ يظل "قيد التشغيل". هذا ما يعقد تفسير تعابير الوجه والإشارات الاجتماعية وسلوكيات الآخرين؛ يؤدي إلى تفسير الأحداث كأنها خطيرة تسبب الأرق وتجنب المواقف التي يُنظر إليها على أنها مخيفة

- جزء من أنظمة الدماغ يصبح أصغر أو أكبر مما ينبغي أن يكون.
- ردود فعل القتال أو الهروب أو الشلل التي تختلف من شخص لآخر وهي ردود فعل لاإرادية

التأثيرات العلائقية:

- صعوبة المحبة والثقة في العلاقة
- قلة الاهتمام بالجنس والمسافة العاطفية
- علاقات تتسم بالغضب وانعدام الثقة
- عدم القدرة على الحفاظ على العلاقات
- صعوبات ممارسة دور الوالدين

ملاحظة: تجدر الإشارة أيضًا إلى أن أعراض الفئات المختلفة يمكن أن تتداخل

المحاضرة 8: المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الطفل

عموما يتم تحديد التأثيرات النفسية للصدمة حسب المعايير التالية:

1-التأثيرات النفسية للصدمة:

المستوى الأول: الصدمة أقل تأثيرا الكارثة الطبيعية.

المستوى الثاني: كارثة بفعل حادثة سببها الانسان دون الرغبة في ذلك.

المستوى الثالث: الحروب و العنف المتعمد .

المستوى الرابع: كوارث معتمدة، حيث تبحث الضحية عن المسؤول لمحاكمته.

المستوى الخامس: تعذيب، اعتداء، رهائن، يكون المعتدي قريب و حاضر و متعمد للتأثير في

الآخر، وهذا ما يجعل التأثير أكبر.

بالنسبة للأطفال، هناك عدة تصنيفات نبعت من دراسات عديدة تطرقت للتأثيرات الخاصة بهم على

النحو التالي:

2-الصدمة النفسية عند الطفل:

1-2-تصنيف TERR : حاولت "TERR" تحديد المظاهر النفسية للصدمة عند الطفل. فالطفل

في مرحلة نمائية وعدم اكتمال الشخصية، العلاقة مع الأم والجو الأسري مهمة جدا كالتعرض لحادث

معين وطريقة استجابة الأسرة هي التي تحدث. تحدثت TERR عن خصوصيات PTSD عند

الطفل من مجموعة من الأعراض:

1- تكرار الذكريات المشاهدة: لعب، رسومات.

2- سلوكيات في اللعب متعلقة بموضوع الصدمة، المخاوف، تغيير السلوك تجاه الآخرين.

و تصنيف TERR تدخل عوامل عدة في تحديد الاضطرابات المتعلقة بالصدمة: سن

الطفل- بيئته- نوعية علاقاته السابقة مع الموضوع - مستوى نضج الأنا - الجو العائلي

- المستوى المعرفي - شدة وطبيعة الصدمة.

3- كلما كان الطفل صغير أثناء تعرضه للصدمة كلما كان خطر اصابته بصورته الجسدية

و نموه أكبر.

4- قبل أن يتمكن الأنا من تنظيم نماذج دفاعية كافية ضد القلق، قد تؤدي الصدمة إلى

تشكيل سياق ذهاني و سلوكيات عدوانية.

ملاحظة: TERR تميز أنماط الصدمة كما يلي :

- النمط الأول: أحادية و فريدة و مفاجئة.

- النمط الثاني: معتمدة و متوقعة و متكررة.

2-2- تصنيف Perry و Schwarz :

- عند الرضيع/ مرحلة الطفولة الأولى: يكون أكثر حساسية لسلوكيات و انفعالات محيطه تجاه

الخطر.

الأعراض التي يمكن أن نلاحظها: اختلالات في النمو و في التطور النفسي- بكاء- صراخ شديد-

بلادة ظاهرة- اضطرابات الغذاء- اضطرابات النوم- تأخر في النضج الجسدي (القزم)- استثارة

شديدة. و تعتبر آثار فقدان و الانفصال المبكر الأشد حدة عند الطفل أو الرضيع في هذه المرحلة.

- 2 إلى 6 سنوات: تضاف إلى الأعراض المذكورة عند الرضيع الأعراض الجسمية الأليمة، سلوكيات و انجازات حاملة للتكرار لاسيما في الرسومات أو اللعب، أعراض التجنب المخاوف المحددة، الحزن، المظاهر التفارقية (التفككية)، التشبث و صعوبة الانفصال، سلوكيات نكوصية، الاحساس بالعار من هشاشتهم و ضعفهم، تأخر في تطور اللغة و التطور النفس-حركي، انسحاب و بكم، سلوكيات عدوانية وميل الى الانتقام.

3- الصدمة المتعلقة بالاعتداء الجنسي على الأطفال¹:

إن البحوث الكثيرة والمتعددة حول الاعتداء الجنسي على الأطفال مكنت من عدم نفي وجوده من جهة وتصنيفه ضمن جملة سوء المعاملات الممارسة على الأطفال، ولعل هذا الشكل من سوء المعاملة هو الأصعب بحكم الصمت الذي يخيم على هذا الموضوع سواء من طرف الطفل الذي يعيشه والذي نادرا ما يصرح به أو من طرف الراشد بصمته وعدم رغبته في التحدث عنه (M.Gabel, 1992).

يتفق مجمل الباحثون عموما على نفس التصنيفات المتعلقة بالإعراض الملاحظة على الأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، كما يتفقون أيضا على أن ردود أفعال الأطفال جراء الاعتداء تختلف من طفل لآخر.

يعتبر (1997) Y.L Hoesevoets أن الاعتداء الجنسي هو حدث صادم في حياة الطفل، إنه شيء خارق للغشاء الخاص به ، وعليه فإن الصدمة الجنسية متعلقة بمجموعة من المتغيرات :

1-خطورة الاعتداء الجنسي والعنف النفسي والعاطفي أو الجسدي المرافق له

2-هشاشة الطفل وقوته النفسية، سنه ومستوى تطوره

3-رد فعل المحيط العائلي.

إن تشخيص الأعراض الناجمة عن الاعتداء الجنسي لابد أن يأخذ بعين الاعتبار تاريخ الطفل وتطوره الأولي والأعراض العيادية الملاحظة عليه قبل الاعتداء الجنسي، إذ من الصعب أن نجزم عن العلاقة المباشرة بين الأعراض الملاحظة على الطفل والاعتداء الجنسي، كما أنه من الصعب ملاحظة مخلفات الاعتداء إما لصعوبة تقدير هاته الأخيرة لخمولها أو لإمكانية اختفائها أو إنتقالها وظهورها من جديد .

يتفق الكثير من الباحثين عموما على تصنيف للأعراض يسهل تشخيص الاعتداء الجنسي على الطفل والذي سنستدل به في عملنا هذا لعمليته وسهولته في ميدان التشخيص والبحث في الاعتداء الجنسي على الأطفال.

لقد سبق وان ذكرنا أن الاعتداء الجنسي يحدث اختلالات نفسية وعاطفية عن طريق تدفق الاستئارة التي تغمر الطفل وتفوق قدرته على معالجة وتصفية وإدراك الأحاسيس والمعلومات المتعلقة بالاعتداء.

إن هاته الوضعية لا تمر دون ظهور مجموعة من الأعراض التي لا تكون دوما واضحة ومفهومه من طرف الجميع، سنتطرق لهاته الأعراض التي تبقى حدثها مختلفة من طفل لآخر وكذا مدتها ووقت ظهورها (على المدى القصير والبعيد).

4- الاضطرابات الملاحظة على الطفل ضحية الاعتداء الجنسي:

4-1- اضطراب العمليات العقلية / النفسية :

يكون الطفل شاردًا، رهينة الانفعالات المتعلقة بالاعتداء و التي يحاول كبتها إلا أنها تنشط إذا ما لامست منبهات لا شعورية يتعرض لها الطفل في محيطه. إن الكف النفسي يجمد الروابط و يوقف الأعمال الفكرية كالخيال و الإبداع و الترميز و عمل الهوام عندها يرفض الطفل "عملية الفهم " وهذا ما ينتج عنه تراجع في الفاعلية الدراسية و يترجم ذلك اضطراب التفكير. يقول (D.Lambert 2005) أن الرسم باعتباره قاعدة تبادل مع الطفل، يعكس جروح رمزية تظهر عن طريق تصورات مشوهة لصورة جسمه ولعلاقاته مع المحيط.

4-2- اضطراب العمليات الجسدية :

قد يحل محل التعبير اللفظي تعبير من نوع آخر، أين يتحول الجسد إلى وسيلة تعبير للمعاناة النفسية : آلام متعددة و صداع و آلام في البطن و اضطراب النوم الذي يعكس اختلال الأمن الخارجي والداخلي الذي يشعر به الطفل .
التبول والتبرز يعكسان قلق الطفل ونكوصه، ويكون التبرز الناتج عن الاعتداء الجنسي دليل على ارتجاج الركيزة الذاتية للطفل.

4-3- الأعراض الدالة على الناثولوجيا الرهابية / القهرية

حسب (D.Lambert 2005) تظهر على الأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي أعراض رهابية كالخوف من الظلام و الخوف من السرقة، هاته الأعراض يمكن أن تكون حادة، مباشرة بعد الاعتداء بساعات أو بأيام.

أما عن الأعراض الاستحواذية فإنها تتدرج ضمن محاولة للتحكم (طقوس الغسل و التنظيم).
وعموما يتحدث الباحث عن عدم قدرة الطفل على إدماج الأحاسيس الجسدية والعاطفية الموائية
للاعتداء الجنسي ضمن مركب التصورات المكونة مسبقا، وهذا ما يجعله يشعر دائما بكسر داخلي
يؤثر على مجالات الحياة المختلفة.

4-4 - اضطراب العلاقة مع الآخرين:

إن الأعراض الملاحظة حسب (2005) D.Lambert تنقسم إلى حالتين.

أ- الحالة 1: يلاحظ على الطفل ضحية الاعتداء الجنسي قلق الانفصال الذي يزيد من تبعية هذا
الأخير إلى بعض الأشخاص من محيطه ويعيق عملية استقلاليته.

ب- الحالة 2 : يلاحظ على الطفل اعتراض يصاحبه شتم وأعمال عنف قد يكون سببها وضعيات
محبة يعيشها الطفل كرهبته في السيطرة من طرف الراشد، هذا يشكل اضطرابا في العلاقة مع
الآخر إذ يصعب للطفل إيجاد البعد العلائقي المناسب، فالقرب يشكل خطرا ويمكن أن يؤدي بالطفل
إلى معايشة وضعيات أخرى، أما البعد فهو شبيه بالرفض والوحدة.

إن تصنيف الأعراض هذا يعتبر محل إجماع الباحثين في موضوع الصدمة والاعتداء الجنسي على
الأطفال. لابد أن نؤكد أن هاته الأعراض متفاوتة الحدة من طفل لآخر وهذا راجع لتداخل مجموعة
من العوامل نتطرق إليها بالتفصيل.

5- العوامل المؤثرة على حدة الأعراض:

لا يمكننا أن نتحدث عن الاعتداء الجنسي دون التطرق إلى أنواعه والتي صنفنا إلى قسمين :
الاعتداء الجنسي داخل العائلة والاعتداء الجنسي خارج العائلة.

إن الاعتداء الجنسي داخل العائلة يجعلنا نتطرق إلى القرابة بين المعتدي والطفل والتي تعتبر أساسية لفهم درجة التأثير والاضطراب لدى الطفل.

تجمع الكثير من البحوث على أن التأثير النفسي للاعتداء يكون أكثر حدة في حالة ما إذا كان المعتدي معروف وقريب من الطفل. و يرى (Hoesvoets 1997) انه كلما كانت درجة القرابة كبيرة وعائلية كلما كان الشعور باختلاف الأجيال مضخما للاضطرابات التي تظهر على الطفل بعد الاعتداء الجنسي.

هذا الاختلال يحدث اضطرابا في الصورة الوالدية لاسيما صورة أب يسيء استعمال الثقة
لا يحترم النواهي و أم غير جيدة و غائبة أو غير حامية وفي بعض الأوقات متواطئة بصفة مباشرة أو غير مباشرة.

سنتطرق إلى العوامل المؤثرة على حدة الأعراض الأكثر تداولاً بين الباحثين، من بينها :

5-1 عامل السن:

إن الطفل معرض للإصابة بالاعتداء الجنسي في كل الأعمار، إن العوامل المؤثرة في حدة الأعراض المصاحبة للاعتداء الجنسي على الأطفال بدأت تستقطب اهتمام العديد من الباحثين لاسيما عامل السن حيث ارتأى بعض الباحثين إلى تقسيم الأعراض الملاحظة بعد الاعتداء الجنسي حسب الأعمار المختلفة حتى يتسنى ربط المستوى التطوري للطفل مع طريقة استجابته للاعتداء والتعبير عنه، من بين الباحثين نذكر Hoesvoets ، Lopez وغيرهم.

ما قبل 04 سنوات: يجمع الباحثون على أن الطفل في هاته المرحلة من العمر وبحكم مجموعة من الخصائص التي يمتاز بها كليونته طبعه و عدم نضج شخصيته و قدرته على الكبت وقابليته للتطور والنمو، يستطيع أن يواجه الوضع ويستعيد حالته الطبيعية إذا ما لم يكن الحدث شديداً. في حالة ما إذا كان الحدث شديد القوة، فإن الصدمة المصاحبة للاعتداء الجنسي تتلاشى بصعوبة. إن الطفل الصغير لا يمتلك القدرة على التعبير اللفظي (ولا الإفصاح عن الحدث) فقد يلجأ إلى اضطرابات في السلوك و نكوص وانعزالية و سرعة الغضب و اضطراب في العلاقة كتعبير عن المعاناة.

إن سن الطفل ومستوى تعبيره اللفظي يعتبران من عوامل هشاشته والتأثير على حدة الأعراض الملاحظة على الطفل إثر الاعتداء الجنسي.

ما بين 4 و6 سنوات: تنمو القدرة على التعبير اللفظي في هاته الفترة ، إذ يصبح الطفل أكثر قابلية للتعلم المعرفي والبيداغوجي ويستطيع الوصول إلى التفكير الرمزي. إن عدم نضج الطفل في هذه المرحلة من العمر يجعله غير قادر على فهم طبيعة هاته العلاقة الجنسية مع الراشد وبالتالي فهو غير قادر على عقلنتها، هذا ما يجعله أكثر قابلية للتعبير عن طريق سلوكيات إستجابية تعيق تطوره ونضجه (كف، خوف، نكوص...).

الطفل في فترة التمدرس: رغم أن الطفل في هاته المرحلة يكون في فترة كمون تكون فيها الإشكالية الأوديبية وكذا الاهتمامات الجنسية أقل نشاطاً، فإن الاضطرابات البسيكوباتولوجية تكون أكثر حدة. إن الاعتداء الجنسي حسب (Hoesevoets 1997) يكون له مفعولاً صدمياً إذ يعيد إحياء الصراعات ذات المنشأ الجنسي. في هاته الفترة من العمر، يكون الطفل أكثر لجوء إلى الغضب و القلق والأعمال التهديمية وكذا بعض السلوكيات والدفاعات العصابية (هستيرية ، رهابية ، استحواذية).

ما بين 10 و 12 سنة: وحسب تصنيف Hoesevoets ، إضافة إلى ما ذكر سابقا، يظهر الطفل أعراضا اكتئابية واضطرابات في السلوك الاجتماعي .

في فترة المراهقة : تكون الأعراض أكثر حدة و وضوحا وانفجارية عن طريق القيام بالفعل سواء كان هذا الأخير موجها نحو الذات أو نحو الآخر و الهروب والإدمان، كذلك يلاحظ على المراهقة نقص حب الذات والثقة بالنفس على حد سواء.

بحكم الضعف والهشاشة النرجسية لدى المراهقة، يكون تأثير الاعتداء الجنسي ذا تأثير كبير في فترة المراهقة على مستوى الشخصية والسلوك الجنسي ، إن المراهق يمر بمرحلة تغيرات فزيولوجية وعاطفية وجودية تجعله أكثر عرضة للاستجابة عن طريق اضطرابات ببيكوپاثولوجية حادة. إن هاته الفترة تعيد تنظيم الحياة العلائقية، علاقته مع نفسه و مع جسمه و مع عائلته ومع الآخرين هنا يطرح موضوع الشعور بالذنب أو بالمسؤولية (حسب Hoesevoets)، حسب ما يتم إحيائه من قلق أوديبى بحكم التطور والنضج الخاص بهاته المرحلة.

5-2- عامل الهشاشة المسبقة :

يعتبر Hoesevoets النقائص والحوادث السابقة في حياة الطفل كعوامل مؤثرة في هشاشته وجعله عرضة للاعتداء الجنسي. و يعرض الباحث مجموعة من الأعراض التي يمكن ملاحظتها عند الطفل والتي قد تساهم في تعريضه للاعتداء الجنسي:

- مشاكل في النضج: تخلف عقلي، إعاقة.

- مشاكل نفسية : قلق اكتئاب.....

- عوامل ضغط واقعي: وفاة قريب ، حادث، استشفاء لمدة طويلة ، حرمان عاطفي، إهمال مفرط سوء المعاملة.

- مشاكل سلوكية، عدوانية، إفراط في الحركة.

- مشاكل علائقية.

5-3 خصوصيات الاعتداء:

لا يمكننا أن نعم ونجزم أن كل الاعتداءات الجنسية تتسبب في اضطرابات عميقة ودائمة عند كل الأطفال الذين أعتدي عليهم، إن عنف الاعتداء يتفاعل مع عوامل عدة كالهشاشة، درجة التحمل النفسي والجسدي الخاص بكل طفل وكذا سن الطفل.

إن خطورة الاعتداء الجنسي متعلقة بدرجة القساوة و العنف و مدة وتكرار الاعتداء الجنسي والصمت الذي يخيم على الاعتداء الجنسي.

القوة والإلزام: إن تجربة التعسف والإلزام التي تحيط بالاعتداء الجنسي تعتبر الطفل كموضوع فقد كيانه، تمارس عليه كل التجاوزات في السلطة من طرف الراشد، لاسيما إذا تعلق الأمر بالتهديدات التي يشعر بها الطفل وقت الاعتداء من تهديد الحياة الشخصية و تهديد بإلحاق الضرر الجسدي

و تهديد يمس تصور الذات من أفعال أو أقوال محطّة بالقيمة الذاتية له.

إن استعمال القوة والعنف أثناء الاعتداء يزيد من خطورة الصدمة. إن الضرر الجسدي و الجروح تترك أثارا تلاحظ إلا أن الضرر النفسي يشكل خرقا للغلاف الشخصي للطفل. إن المعاناة النفسية ليست متعلقة بالوجود الوحيد للمعاناة الجسدية، قد يجد الطفل نفسه أمام عنف لفظي يسبب له إحساسا باللالذة و يلحق ضررا بنرجسيته.

هاته الأحاسيس الهادمة تعيد تفعيل نزوة الموت، إذ تجعل الاعتداء الجنسي مقترنا بالعنف وقلق الموت عند بعض ضحايا الاعتداء الجنسي.

يرى (1997) Hoesevoets أنه كلما تكرر الاعتداء ودام في الزمن، كلما تكيست الأعراض لدى الضحية، إلا أنه يصعب على الطفل تحديد المدة التي عاش فيها الاعتداء من جهة وتحديد شدته من جهة أخرى.

إن الأعراض حسب الباحث تعبر عن اضطراب يعيشه الطفل في نموه العادي، اضطراب يترجم عدم قدرته المعرفية و النفسية والعاطفية على فهم وضعية كالاقتداء الجنسي.

إن العرض يمثل حسبه ترجمة لبعدية الصدمة إذ يمر زمن بين وقت الاعتداء الجنسي، وقت الصدمة ووقت العرض أين يعيش الطفل ويحمل معاناته دون فهم معنى هاته المعاناة التي تشكل بصمة عميقة وراسخة في الجهاز النفسي.

لا يستطيع الطفل التحكم في عواطف التعاسة التي تجتاحه إذ رغم ما يبذله من جهد لكبت التصورات الخاصة بالاعتداء إلا أنها تظهر على مستوى الشعور (لغة ، تفكير) أو على المستوى الجسدي (التحويل الجسدي).

كل هاته الأعراض ما هي إلا طريقة للتعبير عن المعاناة الداخلية الناتجة عن هذا الحدث الممرض.

6- الحالة العيادية:

مباشرة بعد التعرض لحدث صدمي، أصبحت الطفلة من البالغة من العمر 6 سنوات كثيرة الحركة، تعاني تناقصا في الشهية والنوم مع كوابيس ليلية متكررة. كما أصبحت قليلة الكلام والحوار مع أفراد أسرتها.

أفادت الأم أن الحالة توقفت عن اللعب مقارنة بقبل الحدث، كما أصبحت لا تهتم بألعابها وأصبحت كثيرة الانعزال عن أقرانها.

دامت هذه الأعراض مدة ثلاثة أشهر.

- أعط التسميات العيادية للأعراض المذكورة؟

- اشرح هذه الأعراض مع شرح الآليات النفسية الكامنة وراءها؟

- ما هي الأساسيات التي يجب أن يأخذها الأخصائي النفسي بعين الاعتبار للتكفل بالطفل؟

- اشرح لم اللعب مهم بالنسبة للطفل ولحياته النفسية؟

المحاضرة 9: الاضطرابات المصاحبة للصدمة

1-مقدمة:

لقد قامت دراسة ESEMed (2000,2005) من إثبات العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD مع اضطرابات القلق وكذا الاكتئاب. عند الطفل تكون هذه النسبة أكثر ارتفاعا عند الطفل بنسبة 75%. وجب على الأخصائي البحث دائما عن السوابق المتعلقة بالصدمة في حالة

2-اضطرابات القلق:

حسب دراسة Kessler(1995) فإن الاضطرابات الأكثر انتشارا هي اضطرابات القلق المعمم المتعلق بالتنشيط العصبي الإعاشي.

رجال	نساء	
17%	15%	اضطراب القلق المعمم
7.3%	12.6%	نوبة هلع
28%	28%	رهاب اجتماعي
31.4%	29%	رهاب بسيط
16.1%	22.4%	رهاب الأماكن العامة
48%	49%	اكتئاب

نسب اضطرابات القلق عند أفراد يعانون من PTSD حسب دراسة¹ Kessler(1995)

إن اضطرابات القلق المرافقة ل PTSD تزيد من احتمال تعقيد الحالة على PTSD مزمن. كما ان إدمان الكحول والمخدرات تساهم في استمرار اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

3- اضطرابات الاكتئاب:

هناك عدة دراسات اكتشفت نسب من 30% إلى 50% من الاكتئاب عند أفراد مصابون بكرب ما بعد الصدمة. هذه النسب يمكن ان تتجاوز 60% إلى 90% عند أفراد تعرضوا لصددمات متعلقة بأحداث عسكرية.

إن السوابق الأسرية للاكتئاب، السوابق الذاتية المتعلقة بالصدمة، سوابق قلق او اكتئاب هي عوامل خطر مشتركة مرضية بين PTSD ونوبة اكتئاب جسيم. نلاحظ ان أعراض تشمل أعراض قلق: نوبة هلع- خوف من الأماكن العامة والمغلقة- الخوف من الوحدة... وأعراض اكتئابية: انعدام الاهتمام- تخدير عاطفي- اضطراب النوم- تهيج- يقظة مفرطة. هذه الاعراض تجعل الفرد يحاول التحقق أو التحكم عبر الحذر وانعدام الثقة واضطراب العلاقات الاجتماعية. وتكون أعراض الاكتئاب أكثر شدة عند وجود نتائج /أعراض جسدية تذكر الضحية مرارا وتكرارا بالحدث، ويمكن ان تسبب PTSD مزمن.

¹ Sabouraud-Seguin, de Foucault. (2020). *Aide mémoire psycho-traumatologie*. Dunod, p.381

4- المخاطر الاجتماعية والصحية المتعلقة بتجارب الخبرة السلبية أثناء الطفولة:

مجالات الصحة	أمراض القلب والرئتين والكبد والسرطانات والأمراض المنقولة جنسيا ، كسور العظام
عوامل الخطر بالاضطرابات المتكررة	التدخين ، تعاطي الكحول ، تعاطي المخدرات غير المشروع ، السمنة ، التقييم الذاتي بتدني مستوى الصحة
الصحة السلوكية	اضطرابات الاكتئاب والقلق ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطرابات الأكل ، وتعاطي المخدرات ، واضطرابات الشخصية أو اضطرابات التفكك، والهلوسة ، والانتحار
الصحة الجنسية والتكاثر	العلاقات الجنسية المبكرة ، عدم الرضا الجنسي ، الحمل المبكر ، الحمل غير المرغوب فيه ، الأبوة في سن المراهقة ، موت الجنين
المشاكل الاجتماعية والصحية العامة	إدراك لمستوى عالٍ من التوتر ، وضعف أداء العمل ، صعوبات في العلاقة الزوجية

(Jeannie Campbell, Executive Vice President, National Council for Community Behavioural Healthcare, 2012)

5- الحالة العيادية:

حالة تبلغ من العمر 29 سنة، ذهبت للاستشارة النفسية بسبب شعورها بالوحدة والحزن. أشارت أثناء المقابلة أنها بالرغم من العلاج المطول للاكتئاب إلا أنها لم تشعر بتحسن.

تم استشفائها من قبل بسبب الأفكار الانتحارية وتشويه الجلد / scarification من أجل إعادة الإحساس بالذات.

-تقول أنها منذ أكثر من 3 أشهر تشعر بغربة وانفصال ولا تحس بذاتها وبنفسها بل تشعر بأنها مختلفة عن عاداتها.

-تحدث عن فراغ في فكرها، كما تشعر أنها منقطعة عن جسدها،

-تقوم بنشاطاتها كالرجل الآلي، وفي بعض الأحيان لا تفرق ما إذا كانت حية أم في حلم.

- الحالة منعزلة وليس لديها أصدقاء، تعيش فترات من القلق ونوبات هلع. أول نوبة عاشتها في فترة

الطفولة بعد طلاق والديها. وثاني نوبة كانت عند استشفاء أمها بمستشفى الأمراض العقلية لأن الأم

مصابة بفصام بارانويدي Schizophrénie paranoïde.

-كانت الحالة قليلة الأصدقاء في طفولتها

-كانت نتائجها الدراسية جيدة

- أثناء المقابلة صرحت الحالة أنها لا تتعاطى مواد مخدرة أو أدوية، ولا تعاني من هلاوس أو

أعراض ذهانية.

المحاضرة 10: أساليب التعامل مع الصدمة النفسية التعايش/ المواجهة

-مقدمة:

عند مواجهة أي حدث صدمي يمكن لبعض الأفراد أن يظهروا مرونة وقدرة على التحدي، فيقومون بالتأقلم على غير غيرهم.

أكدت العديد من الدراسات أن بعض الأفراد يحاولون التأقلم مع الصدمة عبر تجنب التفكير فيها. هؤلاء هم أكثر عرضة من غيرهم في تطوير كرب ما بعد الصدمة.

2-أساليب المواجهة/ Coping¹ :

تظهر الاعراض الانفصالية كطريقة للتعامل مع الصدمة والتي تظهر عن طريق العناصر التالية:

-شعور الفرد بالبعد عن جسده

-شعور الفرد بالبعد عن عواطفه وأحاسيسه

-عدم القدرة على تذكر الحدث

كما يمكن للفرد أن يواجه الصدمة عن طريق كبح الذاكرة، ما يجعله يتجنب مواجهة الذكريات. إلا

ان الأعراض الانفصالية تعتبر مؤشر لتطور كرب ما بعد الصدمة لاحقا حسب العديد من الدراسات.

وللإشارة أن هناك أشكال مختلفة لأعراض التفتك/الانفصالية. فالانفصالية يمكن ان تترافق

بكرب/ضغط أثناء الحديث عن الحدث الصدمي مع ضعف في الاثارة الفيزيولوجية، بينما أخريات

يمكن أن تظهرن أعراض استثارة شديدة مع انفصال خفيف.

¹هادي الحويلة وآخرون، 2016، ص. 429.

3-أنواع التفكك المتعلق بالصدمة:

Type de dissociation	Absence	Excès
Emotion	Anesthésie	Débordement
Représentation	Amnésie	Hypermnésie
Sentiment d'appartenance autobiographique	Dépersonnalisation/ Déréalisation	Sentiment de persécution

4-عوامل الوقاية:

هناك عوامل وقائية تساعد الأفراد على التوافق مع الصدمات بصورة ملائمة وكذا تسمح لهم من تقادي أعراض ما بعد الصدمة ومن بينها:

- قدرات معرفية كافية وجيدة: تجعل الفرد قادرا على التفكير في الأحداث الصدمية
- المساندة الاجتماعية القوية والتي يمثلها الأصدقاء أو أفراد العائلة للمساعدة

الحالة العيادية:

- ليلي تبلغ من العمر 29 سنة، توجهت للاستشارة النفسية بسبب الأعراض التالية:
- تعب، حزن، اكتئاب شديد، فشل كل الأدوية العلاجية التي تناولتها في السابق لمدة طويلة.
- الحالة لا تتذكر العديد من الأحداث ما بين 7سنوات و13سنة، وتبرر ذلك بأن هذه الأحداث لا تمثل أي أهمية وبالتالي طبيعي أن تنساها.
- تقول أن لديها علاقة جيدة مع والديها. أبيها كان كثير الغضب ومدمنا على الكحول.

-تقول أنها حاولت إيذاء نفسها عن طريق محاولة انتحار، بعد زيارة والديها لها بطريقة فجائية. أضافت أن أختها تعرضت لملامسات جنسية من طرف الأب عندما كانت الحالة تبلغ 13 سنة، إلا أنه لم يكن هناك متابعة قضائية. حيث قام الأب بتقديم اعتذار للحالة ولأختها بسبب سلوكه أثناء علاجه من الإدمان، وهي لا تتذكر أي شيء حدث. تقول ليلي أنها لا تشعر بأي غضب تجاه والدها لأنه تكفل بكل شيء حسب تصريحها.

-كانت تعيش في عزلة اجتماعية إلى غاية مرحلة المراهقة، إلا أن نتائجها الدراسية والجامعية كانت جيدة. بالنسبة لعلاقتها العاطفية تقول أنها ليست جيدة لظنها الدائم أنها ليست جيدة كفاية بالنسبة للشريك.

- تقول ليلي أنها ليست لديها القدرة على الإحساس بالأشياء لقولها: أنا لا أحس بشيء. إلا أن أفكارها الانتحارية دائما موجودة.

-تعبّر ليلي عن اضطراب النوم - كوابيس متكررة محتواها: رجل شرير وخطير يلاحقها ولا تستطيع الإفلات منه. كما تتحدث عن صعوبة في التركيز في العمل رغم محاولاتها المتكررة.

-تقوم بمراقبة وتدقيق غلق منزلها مرارا وتكرارا قائلة: من أجل حماية نفسي من أي مكروه.

المحاضرة 11: التكفل المبكر/الاستعجالي

1-مقدمة:

تم تحديد إطار العمل من خلال عمل المنظمة الأوروبية لعلم الضحايا والصدمات النفسية (OVEPE) والجمعية الأوروبية لدراسة الإجهاد الناجم عن الصدمات (ESTSS) وفقاً للمبادئ التالية - :ضرورة التمييز بين "العلاج النفسي" و "مساعدة / دعم الضحايا - ضرورة مراجعة الإطار الذي يتم فيه تقديم الرعاية -التطبيق اللازم لمدونة الأخلاق -ضرورة متابعة المحترف لنتائج البحث العلمي والتوافق -الحاجة للتواصل (نفسى - اجتماعى - قضائى) -استخدام مجموعات المناقشة قدر الإمكان ؛ يجب ترتيب الإطار "العلاجى" مقارنة بالإطار التقليدي ، لأن الأخير "غير مناسب". نلزمنا العلاقة العلاجية "المحددة" بهذه المشكلة المعقدة بمراعاة العناصر التالية (Lopez ، 2007) - :طرح أسئلة حول الماضي المؤلم من المقابلة الأولى -معرفة جيدة بالشبكة الموجودة -تحديد الصدمة التي عانى منها في إطار القانون الذي يعطي معنى ، ووضع نفسه بوضوح في جانب الضحية ، -إقامة علاقة ثقة للحصول على الامتثال العلاجي الجيد ، -اتخاذ وضعية بين التعاطف الضروري للتعرف على المشاعر والمسافة الصحيحة اللازمة للحفاظ على الإطار العلاجي -تأكد من أن حدود الإطار يتم تذكرها والحفاظ عليها: ليست صارمة للغاية ولا غامضة -تجنب الصمت قدر الإمكان -التعرف على الاضطرابات الانفصامية -الحاجة إلى الحفاظ على بيئة آمنة: لا هجر ، لا عنف ، لا خطر من التكرار - الحاجة الى ان تكون تحت الاشراف¹.

¹ Lopez, G. (2020). Cadre thérapeutique, in Aide mémoire psychotraumatologie, 3^{ème} Ed. Dunod

2- العمل في شبكات: ¹

أساسيات التقييم السريري في علم الضحايا يبدأ ب:

- تحديد سبب الاستشارة ؛ سيكون من الضروري التطرق لطبيعة ومدة العنف الذي عانت منه

الضحية، والذي يمكن أن يكون مصحوبًا بإعادة معايشة مقلقة

- تقييم اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام أدوات مختلفة: المقابلات ، المقاييس النفسية ،

الفحوصات النفسية الفيزيولوجية ، إلخ .

-تقييم النتائج الأسرية والمهنية والاجتماعية اللازمة لتقديم الدعم المناسب

-الحاجة إلى تأكيد وضعية الضحية بوضوح

-الانتهاء بالتبعات القانونية لاستكمال الدعم،

تسمح هذه القواعد الموضوعية على هذا النحو بالعمل في شبكة وتضمن العمل العلاجي الذي

يسمح للأخصائي النفسي / المعالج بالقيام بعمل مرافقة في إطار محمي.

3-توصيات المنظمة العالمية للصحة:²

تدرك منظمة الصحة العالمية أن عدد الأشخاص المعرضين للضغط الشديد كبير جداً، هذا ما يشكل أحد

عوامل الخطر في ميدان الصحة النفسية والمشاكل الاجتماعية. إنّ الفئات المستهدفة ببرنامج منظمة الصحة

العالمية فيما يتعلّق بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ تشمل أولئك المعرّضون

لعوامل الضّغط الشديدة مثل اللاجئين، النازحين، ضحايا الكوارث و الإرهاب و الحروب أو الإبادات

¹Farricha, M et Lopez, G, Ibid, p.380.

²نسيسة رماس ورفيقة حفظ الله: دوركل من التدخل النفسي الاجتماعي والدعم الاجتماعي في الوقاية من الصدمات،

المؤتمر الدولي حول الصدمة في الوضعيات الانسانية- أليات التدخل والتكفل- جامعة باتنة1.

الجماعية. و قد وضعت المنظمة العالمية للصحة مخططاً هرمياً للخدمات و الإجراءات الأساسية على مستوى قاعدة الهرم إلى الخدمات و الإجراءات الشديدة التخصص على مستوى قمة الهرم، بغرض الموازنة بين استراتيجيات الاستجابة و بين احتياجات المجتمعات المحلية في حالات الطوارئ.

و يكون التدرج الهرمي المتفق عليه على النحو التالي:

➤ **الاعتبارات الاجتماعية الأساسية ، الخدمات والأمن :** الدعوة من أجل ممارسة إنسانية جيدة،

خدمات أساسية آمنة واجتماعية مناسبة و تحمي الكرامة. يمكن أن يتم تقديم الإسعافات

الأولية النفسية بواسطة العاملين الميدانيين، بمن فيهم العاملون الصحيون أو المدرسون أو

المتطوعون المدربون، و لا يلزم بالضرورة دائماً أن يتولى ذلك مهنيون صحيون.

➤ **تعزيز المجتمع ودعم الأسرة:** تفعيل الشبكات الاجتماعية، مساحات مساندة صديقة للطفل

...

➤ **الدعم النفسي الاجتماعي البؤري/ focused:** الدعم العاطفي والعملي /practical

الأساسي لأفراد أو أسر معينة...

خدمات عيادية/ الرعاية الصحية العقلية الاكلينيكية: ينبغي أن يتم توفير خدمات الصحة النفسية على

مستوى قمة الهرم تحت إشراف أخصائيو الصحة النفسية، مثل ممرضي الطب النفسي والأخصائيين النفسيين

أو الأطباء النفسيين. وتتّم الخدمات العيادية في مرحلتين الأولى تمتد من عدة ساعات بعد الكارثة أو الحدث

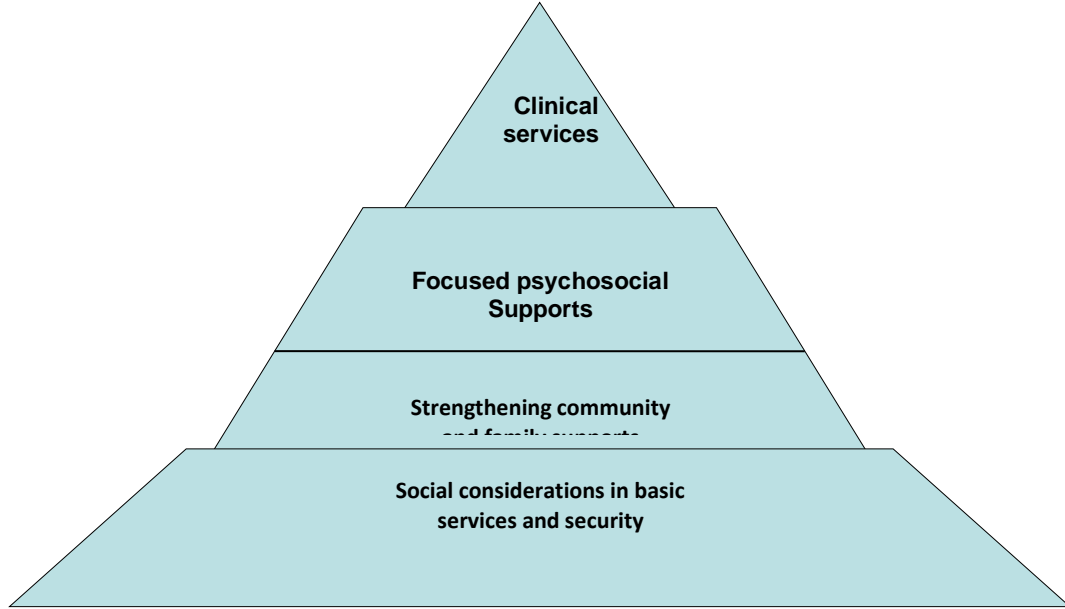
الصادم إلى أسبوع أو عشرة أيام، ويهدف التدخل في هذه المرحلة إلى مساعدة الضحايا على "هضم"

(métaboliser) الحدث المعاش من أجل الوصول إلى التوظيف اليومي "العادي". أما المرحلة الثانية فتتعلّق

بالتكفّل طويل المدى و يتعلق الأمر هنا بكفالة الضحايا الذين امتدت الاضطرابات لديهم أو تأزمت (Bioud,

. Ait Mohand, 2002)

انطلاقاً من هذا الوصف، نلاحظ الأهمية البالغة التي يكتسبها الدّعم الاجتماعي و النّفسي الاجتماعي على مدى كل مراحل التّدخل عبر مجموعة متدخّلين يعملون في إطار شبكة، و أنّ التّكفّل المتخصّص أي العيادي لا يأتي إلّا في آخر مرحلة و يقوم به مهنيّو الصحة النفسية.



التّدخل الهرمي للصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ حسب المنظمة العالمية للصحة

ان عمل الشبكة في مجال الصدمة النفسية يقوم على التنسيق بين مختلف النّشطاء و يرتكز على المريض في الموقع الأول. فمن خلال التركيز على التنسيق، الوقاية و التقييم، يجد المريض مكانه الذي فقده، بحيث أنه يحظى بتكفّل متعدد الاختصاصات من أجل تحسين نوعية الخدمة و إنقاص

التكاليف فتكون المساعدة متكيفة مع الحالة الحرجة، مع تقديم مساعدة ذات جودة. كما تقوم الشبكة بتقديم معلومات واضحة للضحايا، مع توجيه سريع للاستراتيجيات و العلاجات، و الاخذ بعين الاعتبار المظاهر الاجتماعية والقانونية و كذا التكوين المستمر لأعضاء الشبكة (Jehel, Lopez,) (2006)

4- إدارة الأزمات¹:

في سياق التدخل في حالات الأزمات ، يفضل بعض المهنيين اعتماد التفريغ السيكولوجي / débriefing كتدخل فوري للعلاج النفسي اللاحق (IPPI) ، بينما يفضل آخرون ممارسة الأساليب التي تركز على التنقيف النفسي/التربية النفسية-psychoéducation .
وضعية الأزمة تعني اضطراباً أو توتراً أو حتى انفصال ؛ لذلك ، فإن التواصل المتكيف مع الأزمة ضروري لفهم الوضع الفوضوي.

5-التدخل المبكر - التفريغ السيكولوجي /débriefing²

هذا النوع من الرعاية العاجلة يستخدم من طرف خلايا الطوارئ الطبية والنفسية ، وكان يستخدم سابقا من قبل الجيش .

Le defusing: إنه الوجود المهدئ الذي يستدعي التعبير عن مشاعر الناس. يُمارس في المقام

الأول كتدخل منفرد أو للتحضير للتفريغ السيكولوجي.

¹ Lopez, Ibid, p.385-386

² Sabouraud-Seguin, Ibid, p.458

وبحسب البحوث ، فإن هذا الإجراء يسمح ببدء بلورة الحدث من خلال كلمات تعبر عن الانفعالات ، وهذا يعتبر علاجياً.

في المرحلة المباشرة ، يكون للضحايا احتياجات متعددة يجب أخذها في الاعتبار ، خاصة الأمن. يضاف إلى ذلك الحاجة إلى المعلومات.

في المرحلة الحادة ، قد يكون التدخل المنظم ممكناً ، مثل استخلاص المعلومات ، وهو تدخل تربوي قصير غير علاجي نفسي ، مقنن في عدة مراحل على النحو التالي (ميتشل ، 1983) .

خطوات التفريغ السيكولوجي / débriefing :

1- عرض وشرح الأهداف والعملية والقواعد

2- مناقشة الأحداث

3- مناقشة أفكار الافراد حول الحدث

4- مناقشة ردود الأفعال

5- التعرف على الأعراض المختلفة

6- التربية النفسية: ردود الفعل الطبيعية- آليات المواجهة

7- الإجابة على الأسئلة والإيضاحات - توجيه الضحايا ذوي احتياجات محددة للتكفل

عرض المراحل:

(a) المرحلة الأولى: وتسمى المرحلة الإعدادية، و يتم فيها مناقش دستور المجموعة قوانينها

وكذلك عملية التفريغ والتشديد على أهميتها.

(b) المرحلة الثانية: (مرحلة الأعمال) يتم فيها وصف ما حدث و نوعية التجربة و الدور الذي

تمثل أثناء الحدث ، و هو ما يساعد على توضيح طبيعة و تسلسل الأحداث ، و في محو و

حذف كل ما هو مزيف وافتراضي أو دخيل على كل ما هو حقيقي وواقعي.

(c) المرحلة الثالثة: (مرحلة الأفكار) يطلب من كل فرد أن يذكر ماذا كان فكره المسيطر في

زمن الحدث.

(d) المرحلة الرابعة: (مرحلة ردود الفعل) تعتبر المرحلة الأقوى من الناحية الانفعالية يسأل فيها

الأفراد عن العناصر أو المشاهد التي كان لها أثر أكبر عليهم، والتي تتسبب في ضيق نفسي

عندهم، ومع أي من هذه المشاهد كان من الصعب التعايش بعد انتهاء الحدث.

(e) المرحلة الخامسة: (مرحلة العوارض) يطلب الحديث عن العوارض التي ظهرت أثناء الحدث.

(f) المرحلة السادسة: (مرحلة التعلم) حيث يتم عرض و توضيح ماهي ردود الفعل الطبيعية مثل

القلق، و تعليم أدوات مفيدة للتقليل من حدة القلق تساعد في تسريع الشفاء.

(g) المرحلة السابعة / النهائية: و يتم فيها تلخيص ما حدث، طرح اسئلة أو معضلات برزت و

بقيت مفتوحة، ثم الانتهاء إلى مداخلات أخيرة و عرض النتائج.

ايجابيات وحدود التفريغ السيكولوجي :

تسمح هذه التقنية بما يلي:

- تقادي الانسحاب والعزلة من الضحايا

-يساعد أيضًا على تطبيع ردود الفعل

-تعزيز تماسك المجموعات

- يمنع ظهور اضطراب ما بعد الصدمة

مع ذلك ، فقد كان هذا التدخل محل جدل كبير من قبل بعض المهنيين:

- التفريغ السيكولوجي / débriefing له تأثير ضئيل على الوقاية من اضطراب ما بعد الصدمة

؛ بعض الأبحاث تتحدث عن تقاوم الأعراض

- يبرز التعرض المبكر للتنشيط العصبي عند الضحايا

- يمنع المعالجة الطبيعية للصدمات (التكيف)

- يمنع استعماله في حالة تشخيص ذهان لدى الضحية

- يمنع في حالة الانفصال/التفكك

- يمنع في حالة رد فعل عصبي اعاشي قوي جدا.

لهذا فإن التدخل الاجتماعي التعاطفي المبكر يعتبر مناسب جدًا لمساعدة الضحايا.

6- الدعم النفسي الاجتماعي:¹

أظهرت التجارب أن الأفراد الذين يحصلون على الدعم الاجتماعي والمادي و المعنوي، و

يجدون طريقة لمساعدة أنفسهم إثر الكوارث، يكونون أقدر على التعافي من الآثار النفسية على

المدى البعيد. و يؤثر الدعم الاجتماعي إيجابيا على الصحة في الظروف الضاغطة عبر الدور

الوقائي الذي يقوم به، حيث يشكل وسيطا في العلاقة بين الحدث الضاغط والصحة حسب ثلاث

طرق مختلفة :

¹نسيمة رماس ورفيقة حفظ الله: دور كل من التدخل النفسي الاجتماعي والدعم الاجتماعي في الوقاية من الصدمات،

المؤتمر الدولي حول الصدمة في الأوضاع الانسانية- أليات التدخل والتكفل- جامعة باتنة1

أولاً: يؤثر الدعم الاجتماعي بطريقة إيجابية على ضحايا الصدمات، فمن جهة سيدركون بأن الآخرين يمكنهم تقديم الموارد الضرورية للمساعدة، و من جهة أخرى سيدركون قدرتهم على مواجهة مختلف عواقب الحدث.

ثانياً : للدعم الاجتماعي أثر إيجابي على مستوى الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالحدث الضاغط و على تقييم عواقبه. فدعم الأقارب يمكن أن يخفف من أثر الضغط بتقديم حلول لمشاكل الضحية، وذلك بتخفيض الأهمية المدركة للحدث الصادم وتسهيل تبني معارف و معلومات عقلانية والوقاية من الاستجابات السلوكية غير المتكيفة مثل التجنب.

ثالثاً :يؤثر الدعم الاجتماعي مباشرة على السياقات الفزيولوجية جاعلا بالتالي الأفراد أقل انفعالية وتجاوبا للضغط المدرك (Cohen et wills, 1985, cité par Gay.S et al.,2002,) ذكر في طاجين، 2014 ، ص.141-142). كما ذكرت نفس الباحثة، استنادا إلى أدبيات البحث، بأنّ حضور أحد الأقارب وتقديمه الدعم العاطفي في الوضعيات الضاغطة يؤدي إلى انخفاض الضغط الدموي و تسارع دقات القلب.

و يظهر الدعم الاجتماعي على أشكال عدة حسب تصنيف (House 1981) . فقد يكون دعما عاطفيا عن طريق المواساة يمنح الحب والثقة ويعزز الشعور بالقبول و الاعتراف بقيمة الافراد الفعلية. و قد يكون ماديا بتوفير مساعدات و خدمات حسب الاحتياجات المطروحة لدى الأشخاص. و قد يكون عن طريق المعلومات و التوجيهات الضرورية لتمكين الضحية من فهم ما حدث (طاجين، 2014).

إضافة إلى ما ذكرته الأدبيات حول الحاجيات الأساسية للأفراد في حالات الصدمات، توصي المنظمة العالمية للصحة في حالات الإسعافات الأولية و الأزمات بتقديم الدعم الإنساني والمساعدة العملية إلى الأشخاص بطريقة تحترم كرامتهم وثقافتهم وقدراتهم. فبمرور الوقت إذا تمكن الأفراد من استعادة احتياجاتهم الأساسية و حياتهم الطبيعية وحصلوا على بعض الدعم عندما احتاجوا إليه، سيستعيدون توازنهم و لن يحتاجوا حينها إلى التكفل النفسي، إلا في حالة تعارض الأعراض مع الأداء الوظيفي اليومي لديهم.

المحاضرة 12: العلاجات المعرفية السلوكية

1-مقدمة :

حسب منظمة الصحة العالمية ، يقوم العلاج المعرفي السلوكي فرديا كان أو جماعيا على الأخذ بعين الاعتبار أفكار ومعتقدات غير مفيدة تتعلق بالحدث الصادم. هذا ما يجعل الفرد يتجنب هذه الأفكار والمعتقدات بشتى الطرق. العلاج في هذه الحالة يستعمل تقنية التعرض /الخيالي لهذه الأفكار¹.

تعتمد هذه التقنيات العلاجية على التربية النفسية المرافقة لكل التقنيات المستعملة.

2-العلاجات المعرفية:

تهدف إلى تعديل الأفكار التي تسبق أو تعقب الانفعال أو الإحساس أو الفعل.

بادئنا كان هناك نموذج العلاج المعرفي الذي طوره كل من Albert Ellis و Aaron Beck ، ثم طور كل من Foa وKozak وصفا للتغيرات السلوكية والمعرفية الناتجة عن الصدمة النفسية و التي عبروا عنها ببنية الخوف / structure de la peur. وتتضمن هذه البنية العناصر التالية:

-المنبهات التي ترتبط بالحدث

-الاستجابات الجسمية والانفعالية

-المعاني المرتبطة بالمنبه والاستجابة

تساهم بنية الخوف هذه من تحفيز الهروب من الخطر، فالإشارات /المنبهات المرتبطة بالصدمة تنشط بنية الخوف مع إعادة تكرار معايشة الحدث، وبالتالي تجنب هذه الإشارات فور ظهورها. يعتبر الحدث الصدمي كوضعية تناقض مع المعتقدات السابقة الخاصة بالعالم وبالحياء. هنا يفقد الفرد القدرة على وضع معنى للحدث فيقوم بتضخيم معتقداته.¹

إعادة البنية المعرفية/Restructuration cognitive:

يحمل الشخص الذي تعرض لحدث صدمي أفكار داخلية تبعث للقلق تجعل الفرد يعيش في حلقة لا تنتهي. تقوم هذه التقنية على تعديل هذا المخطط واستبداله بمخطط آخر أكثر عقلانية وتكيفاً مع وضعيات الحياة. هذا التغيير يحاول استبدال الأفكار/ردود أفعال الناتجة عن الحدث بأخرى أكثر واقعية وراهنه. هذا التغيير الداخلي سيخفف من تناذر التكرار والتجنب.

إستراتيجيات التعامل/Coping:

وهو مجموعة الجهودات المعرفية التي يقوم بها الفرد لمواجهة وضعية ضغط ما، إما من أجل التحكم في الوضعية، تخفيف الخطر في الواقع الخارجي أم على المستوى النفسي. هنا تقييم هذه الاستراتيجيات حسب Folkman و Lazarus يكمن في تقييم العمليات التي يلجأ إليها الفرد من أجل استعادة توازنه وخفض التوتر. هذا التقييم سيسمح للمعالج من إدراج هدف يخص الاستراتيجيات لمواجهة قصد تعديل أفكار الفرد التي تؤثر على شدة الانفعال، وهذا ما يسمح باستعادة توازن هذا الأخير دون إهدار الكثير من الطاقة.

¹سعدوني، م. 2011. ص. 194

استراتيجيات المواجهة نوعان: الناجحة منها والتي تسمح للفرد من استرجاع قوته وتساعده على المواجهة، والطاقوية منها والتي تجعل الفرد يجند الكثير من الطاقة، كما تكون لها تأثيرات نفسية مصاحبة/مرافقة: إدمان- سلوك عدواني...

3-العلاجات السلوكية¹:

مبدأ العلاج السلوكي هو الأخذ بعين الاعتبار الرعب الناتج عن وضعية الصدمة والتي تؤدي إلى ردود أفعال فيزيولوجية- انفعالية وسلوكية. نموذج الاشرط الكلاسيكي يجعل منبهات الحدث الصدمي تقترن بهذه الاستجابات والتي هي متعلقة بأول استجابة للحدث. كما يقوم الفرد بعدة حلول من أجل تجنب هذه الوضعية وتخفيف الإحساس بالخطر.

إن منع التجنب وتعريض الفرد بصفة مطولة يجعل الخوف والقلق يتناقضان تدريجيا. وذلك عن طريق المواجهة التدريجية للذكرى. في حالة الاضطراب الصدمي يكون العلاج السلوكي عن طريق التعرض التدريجي يهدف إلى خفض الاستجابات السلبية المتعلقة بالمنبه عن طريق تخيل الوضعية الصدمية. هنا يكون التعلم التدريجي للتحكم في الانفعال وفي الاستجابات الفيزيولوجية عن طريق استعمال الاسترخاء.

العديد من الدراسات تحدثت عن نجاعة تقنيات التعرض في خفض إعادة المعيشة والتجنب إلا انها ليست موجهة للأفراد الذين يعانون من قلق شديد أو غضب أو إحساس بالذنب أو تفكك.

¹سعدوني، م. 2011. ص. 198

التعاقد العلاجي:

يأخذ بعين الاعتبار منذ المقابلات الأولى وقبل استعمال أي تقنية علاجية. تعتبر الخصائص العلائقية كالتعاطف والعمل بمهنية مهمة جدا لجعل المريض يسعر بالأمان والارتياح، وهو شيء صعب عند ضحايا الصدمات. هذه الأساسيات ستساعد كثيرا في جعل المريض يستثمر العلاج المسطر.

4-التربية النفسية:

تعتبر التربية النفسية مهمة في انخراط والتزام المريض بالعلاج وفي دافعيته. تسمح هذه الطريقة للمريض بفهم سياقات الاعراض التي يعيشها وما يجب فعله للتخفيف منها. كما تسمح له بفهم سياقات التكرار المتعلقة بالحدث الصدمي والذاكرة الصدمية. هذا كله سيساعد في جعل المريض يغير نظرتة لنفسه وإلى السير النفسي الحالي له وكيف يمكن التعامل مع كل ذلك من أجل تحسين حالته النفسية وبالتالي تسمح التربية النفسية من إعادة البنية المعرفية للفرد الذي تعرض لحدث صدمي.

المحاضرة 13: العلاجات السيكو ديناميكية

1- مقدمة:

تعتبر العلاجات التحليلية ذات فعالية أكبر في حالة الذي يؤدي إلى صعوبة في حياة الفرد وفي توظيفه النفسي. مشكل الصدمة يطرح مشكل الاليات الدفاعية الخاصة بالصدمة. كما يطرح مشكل ضرورة تعديل الإطار المرجعي للتحليل النفسي ولعلاج الحالات العصابية. ذكرنا في المحاضرات الماضية التغيير الذي يحدث في نوعية وفعالية الاليات الدفاعية الخاصة بالصدمة، وهنا سيكمن هدف العلاج.

2- أهداف العلاج السيكو ديناميكي¹:

إضافة للعمل الكبير الذي حققه Freud فيما يخص العلاجات واهتمام المعالج بالاشعور الخاص بالفرد، قام Ferenczi بثورة في العلاجات الخاصة بحالات الصدمات النفسية وركز فيها على العلاجات العلائقية. هنا يكمن جور العلاج الذي يجب أن يكسب ثقة الضحية، الشيء الذي يكون صعبا مع هذه الفئة.

يعتبر الكلام والتعبير جوهر العلاج لأنه يسمح بإيجاد/إعطاء معنى لوضعية يغيب فيها المعنى و تتجسد عبر إعادة المعاشة. هذا التعبير يسمح باسترجاع الأحداث ومسار الحياة الذي انقطع/توقف مع الحدث الصدمي. يسمح التعبير كذلك بترميز الحدث وهذا ما يشكل معالم البلورة النفسية. إضافة إلى العمل على ترميم الجرح النرجسي لدى الضحية.

¹اسعدوني م. 2011.ص.204.

كما تركز هذه المقاربة على نتائج الصدمة، الشيء الذي يتطلب قدرات كافية لدى الفرد من الاستبطان ومواجهة الانفعالات.

إن مكان الكلام ليس مجرد طريقة نحو هدف "التخفيف الكمي" للأعراض (أي التكيف مع الإجهاد ، على سبيل المثال) أو في المنظور "الاقتصادي" للمعاناة النفسية (مثل البحث عن التأثير ، التأثير الشافي لـ "جعل الناس يتحدثون") ، ولكن قبل كل شيء من خلال مراعاة ما ينشأ في البداية غير قابل للفك وغير قابل للتمثيل. تم بناؤه من خلال العلاج إعادة امتلاك لظاهرة كانت بمثابة جسم غريب. إن إعادة نسج شبكة دلالات ومعاني تسمح للفرد العثور على خيط مساره الفردي. يبدو أن النهج الديناميكي النفسي للصدمة يهدف من جهة إلى تخفيف الأعراض الناتجة عن الصدمة ولكن يهتم كثيرا بالحياة النفسية للفرد في مجملها.

3- تقنيات المقاربة التحليلية¹:

-تسهيل العملية التعبيرية عن طريق تدخل المعالج: تكيف إطار التحليل النفسي الكلاسيكي نحو علاج تدخل والمحادثة يختلف إطار الرعاية ، على الأقل بالنسبة للمقابلات الأولى ، عن "العلاج الكلاسيكي" كما تصوره فرويد. يتم تقديم العلاج هنا وجهاً لوجه حتى لا يتم ذلك مواجهة المريض بشكل دائم بالعزلة أو الصمت. المعالج لا يبقى حيادي ، ولا في صمت طويل ؛ على العكس من ذلك ، فهو يحتوي تدفق المشاعر ويساهم في استعادة التعبير المهدئ. المعالج النفسي يتدخل أكثر مع استمرار الأعراض المؤلمة، وكلما تناقص كلما زاد خطاب المريض على خطاب الممارس .

¹ Trauma/psychotrauma/Thérapie brève psychotraumatologie CPNLF.pdf

-المرور من الأحداث الحالية إلى المعاش الطفولي: موقف وكلام المعالج يسمح بتوقيف تدريجي للشعور بالعزلة وعدم القدرة على التغيير لدى المريض. يهدف العلاج أيضا إلى التخفيف من متلازمة التكرار. كما لا يمكن إهمال أعراض المعاناة الأخرى. بعث المرونة في الأبعاد البارزة لأداء الشخصية ، تهدئة العلاقات المتأزمة بين الأفراد...

-العمل بالأحلام التي تعتبر مهمة في العمل العلاجي: الاحلام تعتبر شهادة على اللاوعي وتفصيل الدفاعات الهوائية.

إلا انه يجب الحذر من عدة عناصر قد تصعب العلاج:

-الصمت قد يبعث بالضحايا إلى الرجوع إلى الوضعية الصدمية التي كانت تتميز بالصمت/الذهول
-عجز الفرد على إيجاد الكلمات لوصف التجربة المعاشة قد يسبب صعوبة تواصل بينه وبين المعالج، مما يزيد من وضعية الكف.

-يمكن للحدث الصدمي اقتحام الفضاء النفسي وتجميد العمليات النفسية.

4-العلاجات الجماعية:

ترتكز العلاجات الجماعية على فكرة الارتباط الوجداني الذي يعتبر العامل الحامي الأول ضد الصدمة. وبما ان الافراد يلجؤون غالبا إلى العلاقات القريبة لطلب المساعدة في تحمل ضغوطات الحياة، يكون دور الشبكة الاجتماعية مهما في حماية الأفراد من الصدمات.

من مهام العلاجات الجماعية مساعدة الأفراد على إعادة الإحساس بالأمان وهذا ما تقدمه الجماعة لا سيما في حالة تشكيل روابط قوية بينها، يتقاسمون قصصهم المتعلقة بالأحداث المعاشة تسمح لهم من استرداد الحس الجماعي.

ولاحظ الباحثون والممارسون أن الافراد الذين عاشوا أحداثا مشابهة هم قادرون على إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عما حدث لهم. هذه تعتبر بداية جيدة لمواجهة العالم باعتبار الدعم الاجتماعي مهم في مواجهة الازمات لما يوفره من غشاء حامي للأفراد ضد الضغوطات الحياتية المختلفة.

المحاضرة 14 : إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة Eye Movement

Desensitization and Reprocessing

1- مقدمة:

حسب منظمة الصحة العالمية، العلاج بإزالة حساسية حركة العين يقوم على فكرة أن الأفكار والأحاسيس والسلوكيات هي نتيجة ذكريات غير معالجة. هنا يقوم العلاج على التركيز على ترابط الصور والأفكار والعواطف والأحاسيس الجسدية الصادمة مع تحفيز لحركة العين مع التركيز على الصدمة. هذا العلاج يهدف إلى تخفيف المعاناة وتعزيز المعتقدات التكيفية التي تتعلق بالحدث الصادم.¹

رائدة هذا العلاج هي Francine Shapiro منذ 1985، كما يطلق على هذا العلاج، يطلب من الفرد تخيل حدث صدمي وتركيز أفكاره وأحاسيسه عليه. في نفس اللحظة يقوم المعالج بتحريك الأصابع يمين/يسار و يطلب من المريض تتبع الحركة مع وصف دقيق للأفكار وردود الأفعال الانفعالية. ويستمر المعالج في نفس المنوال حتى تتناقص حدة الانفعالات المتعلقة بالحدث الصدمي، ويتوقف الفرد من الإحساس بالقلق ويستطيع تبني أفكار موجبة عند تخيل الأحداث الصدمية. هذه التقنية العلاجية لم تتحصل على اتفاق الممارسين فالبعض يرى أنها ليست أكثر فعالية من العلاج المعرفي السلوكي والبعض الآخر يرى عدم كفاية التفسيرات النظرية فيما يخص مكون حركة العين، نظرا للنتائج الإيجابية المحققة بالنسبة لهذه التقنية في حالتها استعمال حركة العين وعدمها².

WHO/ 1 Trauma/trauma تقويم ومعالجة WHO_ara.pdf
²هادي الحويلة و آخرون، 2016، ص. 434

تشرح Francine Shapiro الفرضية العصبية لعملية هضم المعلومات الصدمية من طرف النصف الأيمن والأيسر للدماغ، وكذا تفكيك الذكرى عن الانفعال. تستند آلية المعالجة بهذه الطريقة، إلى نظام حركة معين هو نظام الحركة الثنائية: استثارة بصرية للدماغ من خلال العين، أو استثارة حسية للدماغ من خلال النقر، أو استثارة سمعية للدماغ من خلال الصوت باستعمال أداة صوتية.

هذه الحركة المزدوجة تستثير الوصلات العصبية التي تربط شقي الدماغ، فتفتحها وتربطها معا، وبذلك تصل إلى البيانات والذكريات الأليمة المخزنة في أجزاء مغلقة في الشق الأيمن للدماغ، ومن ثم تقوم بمعالجتها وإعادة الإدراك لتلك المعلومات المخزنة فتصبح معلومات مُعالَجة وتُخزَن بالشكل الصحيح في شبكات الدماغ، مما يحولها إلى صورة دماغية جديدة لا تتسبب في أي ألم للإنسان أو ألم أخف.

المراحل الثمانية لعلاج EMDR حسب البروتوكول النموذجي¹ :

المرحلة الأولى: مرحلة تاريخ الحالة وبرمجة العلاج

- ❖ يجمع المعالج معلومات والتاريخ الكامل للحدث الصادم أو المشكل الذي جاء به العميل.
- ❖ ضمان أن تحريك العين هو العلاج المناسب للمريض. أحد جوانب هذا التقييم التأكد من قدرة الشخص على التعامل مع ذكريات الحدث الصادم أو المشكل الذي ستم إثارته أثناء العلاج. يعد المعالج مع المريض خطة العلاج.
- ❖ يتم أيضا تحديد خطة البؤر: المشكل الحالي، الاعتقاد السلبي والاعتقاد الايجابي المرتبطين به، البؤر الماضية، الذكرى المصدر، مثيراته الحالية، سيناريو المستقبل.

¹شرابطة حسيبة، أستاذة بجامعة الجزائر 2

❖ يختار المعالج مع العميل الذكرى المصدر أو الذكرى الأكثر إزعاجا أو الحدث الحالي للبدء في العلاج.

المرحلة الثانية: مرحلة التحضير

❖ ينظم المعالج طريقة جلوسه على الكرسي متقابلا مع العميل، ويكون مقعدا الطرفين متوازيين على شكل سفينتين متعاكستي الاتجاه.

❖ يشرح المعالج للعميل حول كيفية تأثير العلاج ب EMDR على الصدمة.

❖ يشرح المعالج إمكانية استخدام حركة العينين، الصوت أو أنواع أخرى من الحركات المتناوبة.

❖ بناء مكان آمن مع العميل بتقنيات التصور و الذي يمكن العودة إليه خلال المعالجة في حال شعر

العميل بعدم السيطرة على الذكريات المحررة، حيث يُطلب منه أن يستحضر مكانا آمنا مُتخيلا

يختاره ويذهب إليه عندما يطلب منه المعالج ذلك ويتابع بعينه فقط حركة يد المعالج يمينا ثم يسارا،

يقوم بها المعالج 4-6مرات بسرعة عادية ولا يتكلم العميل والمعالج أثناءها، ولا يحرك العميل رأسه،

بل عينيه فقط. (توضيح: عدد المرات يقصد به أن الحركة من اليمين إلى الشمال هي مرة واحدة).

❖ يشرح المعالج انه يمكن استخدام بعض الاستعارات إذا تطلب الأمر ذلك خلال المعالجة، مما

يساعد العميل على بناء مسافة بينه و بين التجربة المؤلمة.

❖ يشرح تعليمات محددة حول إشارة إمكانية التوقف.

المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم

❖ يتم في هذه المرحلة تحديد الذكريات التي ستكون موضوع الحصة.

❖ يسأل المعالج العميل عن أصعب وضعية عاش من خلالها الحدث أو الذكرى.

❖ يسأل المعالج العميل عن الصورة التي تمثل الجزء الأصعب من الحدث أو الذكرى ثم يحدد

انطلاقا منه: - الاعتقاد السلبي حول ذاته الآن.

- الاعتقاد الايجابي الذي يود أن يؤمن به الآن حول ذاته و الذي يصحح به
الاعتقاد السلبي حول ذاته.

- يقيس درجة الإيمان بهذا الاعتقاد بواسطة سلم تقييمي. (من 1 إلى 7)

- يحدد المشاعر السلبية المتعلقة بالمشهد أو الصورة.

- يقيس درجة هذه المشاعر السلبية بواسطة سلم تقييمي. (من 0 إلى 10)

- يحدد موقع هذه المشاعر في الجسم.

المرحلة الرابعة: إزالة الحساسية

❖ و هي مرحلة بداية المعالجة حيث يطلب المعالج من العميل أن يتخيل:

الصورة - الاعتقاد السلبي - الشعور السلبي - الإحساس الجسدي

ثم يبدأ بتتبع حركات أصابعه التي تسمح له بتحريك عينيه من جهة إلى أخرى دون التكلم.

يسأل المعالج العميل بعد كل مجموعة حركات: ما الذي أتى الآن؟ ثم يكمل الحركات إلى حين

تنقية جميع الذكريات السلبية المتعلقة بالحدث الذي يؤدي إلى تنقية الأحداث الأخرى المرتبطة به

أو المتشابهة.

المرحلة الخامسة: مرحلة التثبيت

❖ يربط المعالج في هذه المرحلة الاعتقاد الايجابي بالوضعية و بالصورة الأصلية باستخدام الحركات

الثنائية المتناوبة.

❖ يتحقق من مدى مناسبة هذا الاعتقاد أو ظهور اعتقادات أخرى ايجابية أكثر مناسبة.

❖ يقوم بتصفية الأفكار و/أو المشاعر السلبية التي قد تظهر أمام ترسيخ هذا الاعتقاد.

❖ يقيس درجة الاضطراب في كل مرة بواسطة سلم تقييم الشعور السلبي.

المرحلة السادسة : مرحلة مسح الجسم

❖ يطلب المعالج من العميل: أغمض عينيك و تمنع في الوضعية و التفكير الايجابي ثم استعرض

كل جسمك و قل هل تشعر بأي شيء؟

❖ في حال وجد شعورا ايجابيا يعزز بالحركات المتناوبة البطيئة.

❖ في حال وجد شعورا سلبيا تعاد تصفيته بالحركات المتناوبة السريعة.

المرحلة السابعة: مرحلة الإغلاق

❖ لا بد أن يكون المريض في حالة توازن عاطفي في نهاية الجلسة العلاجية. أي عند تقييم الشعور

السلبى نجد 0 و مدى صحة الاعتقاد الايجابي 7 و مسح الجسم خالي من الاضطراب.

❖ يُشكر العميل على العمل الجبار الذي قام به ثم يُطلب منه ملاحظة الذكريات و الأحلام والسلوكات

أو الأعراض التي قد تظهر و نلفت انتباهه أن المعالجة مستمرة.

❖ إذا لم ينته عمل التصفية لسبب ما يقوم المعالج بإجراء إنهاء الجلسة غير منتهية و يشجع العميل

على الاحتفاظ بسجل لاعتقادات أو مشاعر ايجابية أو سلبية قد يعيشها. ثم يقوم بعملية مسح

الجسم وبتمرين مكان آمن أو بتمرين استرخاء.

المرحلة الثامنة: مرحلة إعادة التقييم

❖ يطلب المعالج في بداية الجلسة الموالية من المريض إعادة النظر في الهدف المحدد في الجلسة

السابقة. واعتمادا على رده ، يقوم بتقييم تأثير العلاج وتكييفه تبعا لذلك.

ملاحظة: ظهرت عدة بروتوكولات أخرى متخصصة منها بروتوكول للأطفال وبروتوكول التدخل السريع

في الأزمة.

- كما لا يمكن استخدام EMDR دون تكوين جدي نظرا لما يشكله من خطر على الممارس العيادي

أولا ثم على المرضى ثانيا.

المحاضرة 15 : طرق الكشف والتقييم

1- مقدمة:

يجب أن تسمح الأدوات المستعملة للتقييم من تحديد النتائج المترتبة عن الحدث من الناحيتين التشخيصية من جهة ولتحديد شدة الأعراض من جهة أخرى.

2- أدوات التقييم:

المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية الوسيلة الأساسية للحصول على تاريخ الحالة والمعطيات المتعلقة بالأحداث الصدمية التي تعرض لها الأفراد، فهي تسمح للأخصائي بالدخول في علاقة ثقة. المقابلة وجها لوجه تسمح أيضا بجمع المعطيات التي تساعد في تحديد شدة الاستجابات ما يجعله كيف عملية التقييم حسب هذه الأخيرة.

أدوات القياس:

تشمل الاستبيانات أدوات يستعملها الأخصائي مع المرضى إما للتقييم الذاتي أو التقييم من طرف الأخصائي. هذه الأدوات متعددة تشمل ما يقيس أعراض التفكك و ما يشمل المعاناة المتعلقة بالصدمة، نذكر أهمها:

-Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique /PDEQ

-Inventaire de la détresse péritraumatique /PDI

-Check-List pour le trouble stress post-traumatique correspondant au DSMV/PCL5

-L'entretien structuré pour l'évaluation du PTSD/ CAPS

- Inventaire d'auto-évaluation du trouble de stress extrême SIDES-SR
- Questionnaire International sur les traumatismes/ QIT
- La Dissociative Experiences Scale/DES
- Le Harvard Trauma Questionnaire/ HTQ
- La Hospital Anxiety and Depression Scale/HAD

3- دليل تقييم الصدمات النفسية:¹

يمثل هذا الدليل أداة أساسية لتنظيم التقييم الخاص بالصدمة. يسمح هذا الدليل من تقييم النتائج الصدمية الحديثة منها والقديمة، وكذا الموارد الداخلية والخارجية التي تتوفر لدى الضحية. قبل القيام بالتقييم الشامل للصدمة يجب التأكد من العناصر التالية:

-الحالة النفسية للضحية أثناء المقابلة التقييمية: المستوى الانفعالي-المعرفي-السلوكي...
 -الموارد الداخلية والاستراتيجيات التي يستعملها الفرد للتخفيف من القلق والمعاناة والاستجابة الانفعالية

-الموارد الخارجية من دعم اجتماعي ومهني من شأنها أن تساند وتساعد الضحية.
جمع المعلومات الشخصية للضحية (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية وما إلى ذلك) والسوابق:
 الجزء الأول من التقييم مخصص لتوضيح سبب الاستشارة وإقامة اتصال مع الشخص، من أجل التمكن من وضع تاريخ لفترة ظهور الأعراض وتطورها، وتقييم الاحتياجات الشخصية والاجتماعية والقانونية الفورية والطويلة المدى.

◆ الحدث (الأحداث) الصادم المؤدي إلى الاستشارة.

1. طبيعة الحدث

¹ Kedia, M., Sabouraud-Seguin, A. 2020, p. 196-204.

2. تاريخ التعرض وسياقه.

3. مستوى التعرض.

4. طبيعة الاصابات (الجسدية/ النفسية)

5. الأشخاص الآخرون المشاركون.

6. الأحداث الأخرى صادمة (على سبيل المثال: يحدد لكل حدث التاريخ والمكان والسياق ..).

◆ عواقب الصدمة النفسية النوعية والغير النوعية .

ردود فعل (استجابات) ما بعد الصدمة

الفئة	مظاهر	الشدة / الحدة
الكرب ما بعد الصدمة		
التفكك ما بعد الصدمة		

◆ الاضطرابات النفسية الصدمية

اضطرابات القلق الحاد.

الفئة	الأعراض	الشدة / الحدة
الاقتحامات		
مزاج سلبي		

		التفكك
		التجنب
		فرط النشاط اللاارادي

◆ اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة

شدة/ الحدة	الأعراض	الفئة
		الإقتحانات
		التجنب
		تغير الإدراكات والمزاج
		فرط النشاط العصبي الإعاشي
		اختلال الإنية/ تبدد الشخصية
		اختلال الواقعية/تبدد الواقع
		تاريخ ظهور الأعراض (يتم تحديدها في حالة ما تكون متأخرة)

◆ اضطراب القلق ما بعد الصدمة المعقد.

الشدة	الأعراض	الفئة
		صعوبات في تنظيم العواطف/ الانفعالات
		التصور السلبي للذات
		عجز في العلاقات

◆ اضطرابات النوم ما بعد الصدمة

الشدة	الوصف	النوم
		جودة النوم - الحالية - السابقة للحدث
		اضطراب النوم ما بعد الصدمة
		الكوابيس
		أرق
		اضطرابات النوم الأخرى(يتم تحديدها)

◆ الاضطرابات المرافقة

الشدة	السابق	الحالي	الاضطرابات
			الاكتئاب
			اضطرابات القلق (يتم تحديدها)
			اضطرابات الادمان (يتم تحديدها)
			اضطرابات السلوك الغذائي (يتم تحديدها)
			الاضطرابات الجنسية (يتم تحديدها)
			اضطرابات الشخصية (يتم تحديدها)
			اضطرابات جسدية الشكل (يتم تحديدها)

◆ مخاطر الانتحار

نوع الخطر	الحالي	السابق	مستوى الخطر
المحاولة الانتحارية الأفكار سيناريو تاريخ محدد مسبقا.			

◆ خصائص/طبيعة الأداء الفردي، العائلي، الاجتماعي_المهني.

الوظائف/ العمليات	الحالي	السابق
المهني / المدرسي		
العائلي		
الزوجي		
الجنسي		
الاجتماعي		
الصدقات		
الثقافي(هوايات... إلخ)		
أخرى (يتم تحديدها)		

◆ عوامل الاحتفاظ/التمسك بأعراض ما بعد الصدمة

عوامل التمسك/ الاحتفاظ	العوامل
	السلوكية
	المعرفية
	الانفعالية
	العلائقية
	العائلية
	اجتماعية_ مهنية
	قضائية/قانونية
	أخرى / يتم تحديدها

◆ السوابق الطبية بما فيها الامراض العقلية والنفسية.

عائلية	شخصية

◆ العلاجات والمتابعة.

السابقة	الحالية	
		الأدوية يتم تحديدها)
		المتابعة العقلية
		المتابعة النفسية

الحوصلة.

في نهاية التقييمات، سيسهل ملخص العناصر الرئيسية التي تم الحصول عليها قراءة النتائج:

1. جمع المعلومات والسوابق/ التاريخ.

2. الموارد الداخلية والخارجية.

3. الأعراض الحالية وتغيير الأداء.

4. التشخيصات.

5. الاضطرابات النفسية المتعلقة بالصدمة: اضطراب الاجهاد الحاد، واضطراب ما بعد الصدمة،

واضطراب ما بعد الصدمة المعقد

6. الاضطرابات المرافقة.

7. خطر الانتحار

8. المشاكل (الأعراض) المستهدفة-التسلسل الهرمي والاستراتيجيات العلاجية.

9. نتائج القياسات السيكومترية (القياسات الأولية)

قائمة المراجع باللغة الاجنبية:

1. American Psychiatric Association. (2000). *Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux DSMIV-R*. Elsevier Masson.
2. American Psychiatric Association. (2015). *Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux DSM5*. Elsevier Masson.
3. Barnhill, JW. (2016). *DSM.5- Cas cliniques*. Elsevier Masson.
4. Benny, M et all. (2016). *Santé mentale et psychopathologie- Une approche biopsychosociale*. Modulo.
5. Bergeret, J. (2008/2011). *Psychologie pathologique- théorique et clinique*. Masson.
6. Bolton, M-J. (2013). *Les traumatismes-Manuel sur les traumatismes..* 2ème édition. Klinic
7. Bouatta, C. (2007). *Les traumatismes collectifs en Algérie*. Casbah Editions.
8. Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé- Concepts, méthodes et modèles*. Dunod.
9. Chafai-Salhi, H. (2003). *L'Ecouteur de rosée. Manuel-guide de prise en charge des psycho traumatismes des enfants et des adolescents*.
10. Chatillon, O., Galvao, F. (ed 2013-2014). *Psychiatrie- Pédopsychiatrie*. Editions Vernazobres- Greco.
11. Collège national universitaires en psychiatrie. (2014). *Référentiel de Psychiatrie- Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie*. Presses Universitaires François- Rabelais.
12. Corruble, E. (2009). *Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères ;* L'Encéphale Supplément 7, S282–S285.
13. Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Odile Jacob
14. Crocq, L., Dalligand, L., Villerbu, L., Tarquinio, C., Duchet, C., Coq, J-M., Chidiac, N., Vitry, M. (2007). *Traumatismes psychiques- Prise en charge psychologique des victimes*. Masson
15. Daligand, L., Daniel Gonin. (1993). *Violences et Victimes*.

16. Damiani, C. (1999). *Enfants victimes de violences sexuelles quel devenir ?* Ed hommes et perspectives.
17. Durand, V-M., Barlow, D-H. (2007). *Psychopathologie, une perspective multidimensionnelle*. 2ème Ed, De Boeck Université.
18. Falguière, J., Rouchy, J-C. (2004). Les traumatismes et leurs traitements. *Revue de psychothérapies psychanalytiques de groupe* ; N°42-1.
19. Ferenczi, S. (ed 2006). *Le traumatisme*. Petite Bibliothèque Payot.
20. Gasmi, I., Porta, B. (2014). *Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant*. Epreuves Nationales Classantes.
21. Ghiglione, R., Richard, J-F. (2007). *Cours de psychologie- Les bases*. Dunod.
22. Gortais, J. (1997). Victimes et effraction traumatique. *Champs psychosomatiques*, septembre n° 10, 38ème année, P. 49 – 54.
23. Gortais, J. (1997). « Victimes et traumatisme psychique », In : *Le journal des psychologues*, Février 97, N° 144.
24. Hirsch, M. (1998). « Deux modes de l'identification à l'agresseur d'après Ferenczi et Freud. A ». *Le coq Héron*, Février ; P. 13-21.
25. Janin, C. (1996). *Figures et destins des traumatismes*. PUF.
26. Josse, E., Lapcevic, J. (2022). Les thérapies du traumatisme psychique à la lumière des neurosciences- Le traumatisme psychique au regard de la consolidation de la mémoire. ALN éditions | « *Hegel* »/ 2022/2 N° 2 | pages 91 à 98 DOI 10.3917/heg.122.0091- cairn.info/revue-hegel-2022-2-page-91.htm
27. Kapsambélis, V .s/d. (2015éd). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Creapsy
28. Kédia et Sabouraud-Séguin, 2020, *Aide-Mémoire Psycho traumatologie*, Dunod
29. Laplanche, J et Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Bibliothèque de Psychanalyse ; PUF ; Paris.
30. Moisan, M-P., Le Moal, M. (2012). Overview of acute and chronic, stress responses, in *Médecine sciences*, Vol28. DO - 10.1051/medsci/2012286014
31. Mekiri, K. (2018). *Famille, Traumatisme et Résilience*. OPU
32. Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *Classification Internationale des Maladies CIM10*.

33. Perron, R. (Ed2015). *Genèse de la personne*. Creapsy
34. Ridouh, B., Chakali, M. (2006). « Fanon et le psycho traumatisme » ; ERES | « VST - Vie sociale et traitements ». 2006/1 no 89 | pages 65 à 70
<http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2006-1-page-65.htm>
35. Roussillon, R. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale*. Elsevier Masson.
36. Serban, I., Jacquet, M-M., Lhote, C. (2005). *Les mécanismes de défense- théorie et clinique*. Armand colin.
37. -Tarquinio, C., Tarquinio, P. (2015). *L'EMDR : préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Elsevier Masson
38. Vila, G., Porsche, L-M & Mouren- Siméoni, M. (1999). *L'enfant victime d'agression sexuelle – Etat de stress post traumatique chez l'enfant et l'adolescent ; Coll Médecine et psychothérapie*. Masson.

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (1999). تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. منظمة الصحة العالمية.
2. أمثال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء أحمد شويخ، ملك جاسم الرشيد، نادية عبد الله الحمدان/ ترجمة. (2016). كتاب علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس. مكتبة الأنجلو المصرية.
3. منظمة الصحة العالمية. (2013). إعادة بناء أفضل لرعاية نفسية مستدامة بعد حالات الطوارئ.
4. منظمة الصحة العالمية. (2012). الإسعافات الأولية النفسية: دليل العاملين في الميدان

5. رماس نسيمة. (2010) . خصائص تصور الذات عند الأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي

رسالة ماجستير تحت إشراف الأستاذة الدكتورة شريفة بوعطة -جامعة الجزائر2.

6. سعدوني مسعودة. (2011) . مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف- ماذا بعد

التكفل النفسي؟ دار الهدى.

7. سي موسي عبد الرحمان.، زقار رضوان. (2015). العنف الإرهابي ضد الطفولة

والمراهقة- علامات الصدمة في الاختبارات الإسقاطية. ديوان المطبوعات الجامعية.