



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

محاضرات في علم النفس الصدمة

مطبوعة دروس مقدّمة لطلبة ماستر 1 علم النفس العيادي

د. عبد القادر بهتان (أستاذ محاضر "أ")

السنة الجامعية 2021/2020

الفهرس

4..... مقدمة

محور1: تعاريف الصدمة النفسية ونظرياتها

5..... الدرس 1: تعاريف الصدمة النفسية ونظرياتها

11..... الدرس 2: نظريات مفسرة للصدمة

15..... الدرس 3: مقاربات الصدمة

22..... الدرس 4: رؤاد نفسانيون في الصدمة النفسية

محور2: المظاهر النفسية المرضية للصدمة

33..... الدرس 5: الآثار الجسمية و النفسية للصدمة لدى الطفل والمراهق

37..... الدرس 6: اضطرابات الصدمة حسب المعايير الدولية

43..... الدرس 7: اضطراب الإجهاد الحاد

47..... الدرس 8: أشكال عيادية أخرى

50..... الدرس 9: العوامل النفسية الرئيسية التي تزيد من حدة الصدمة وأثارها

محور3: أساليب التعامل مع الصدمة النفسية

55..... الدرس 10: استراتيجيات المواجهة *Coping*

59..... الدرس 11: "ميكانيزمات" الدفاع النفسية

محور4: علاجات الصدمة النفسية

62..... الدرس 12: العلاج الاستعجالي

68..... الدرس 13: علاجات سلوكية معرفية (CBT)

76..... الدرس 14: عمل الجداد *T. de deuil*

محور5: اختبار وتقييم الصدمة النفسية

80..... الدرس 15: اختبارات ومقاييس الصدمة النفسية

83..... قائمة المراجع

84..... ملحق

جداول توضيحية

- جدول 1: ملخص لأهم الرواد في علم النفس الصدمة 29
- جدول 2: ملخص لوصف اضطراب ما بعد الصدمة. (بِهتان، 2021) 41
- جدول 3: اضطرابات DSM-V (2016) مقابل CIM (2015) 42
- جدول 4: الفروق بين الاضطرابات الكبرى في الشخصية 54
- جدول 5: مستويات الدفاعات في الحالات الصدمية 61

مقدمة

الإنسان ضعيف ليس فقط جسدياً ولكن نفسياً أيضاً. فقد يجد نفسه في مواجهة حدث يمكن أن يصيبه بجروح عميقة (نفسية و/أو جسمية)، وهو ما يسميه علماء النفس بـ "الصدمة النفسية". يبدو أن الصدمة كانت مع البشر إلى الأبد. ومع ذلك، فإن الاهتمام بكل ما يتعلق بعلم النفس الصدمة حديث جداً، مقارنة ببداية ظهور علم النفس (نهاية ق19). أما سيكولوجية الصدمات فقد تطورت خاصة بعد الحربين العالميتين. بحيث، لا يزال موضوع الصدمات النفسية وتسييرها على صلة أكبر بـ "طيف الارهاب العالمي" وبأشكال الحروب والأحداث العنيفة المتعددة¹، سيما حوادث الطرقات فضلا عن الكوارث الطبيعية. وبالرغم من محاولة فهمها على مستويات متعددة (طبية ونفسية واجتماعية وقانونية)، سنركز في هذا العمل، بشكل أساسي على كل ما يتعلق بإكلينيكية الصدمات النفسية.

تتضمن مطبوعة الدروس خمس محاور أساسية، سيخصص المحور الأول لتعريف الصدمة النفسية ونظرياتها. على وجه الخصوص، سوف نميز بين الصدمة وفق مختلف النظريات والمقاربات. في المحور الثاني، المظاهر النفسية المرضية للصدمة ومخلفاتها على الجسم والنفس والجانب العلائقي، وفي المحور الثالث نبين أساليب التعامل مع الصدمة النفسية. و سيخصص المحور الرابع لبعض أساليب علاج الصدمة النفسية، وفي المحور الخامس نعرض فيه اختبارات مساعدة في تشخيص اضطرابات الصدمة ولواحقها. فضلا عن خطة عرض الدروس، وبعض الاختبارات النفسية

نضع إذن بين يدي طلبة علم النفس العيادي الطور الثاني من التدرج؛ ماجستير السنة الأولى دروس "علم النفس الصدمة"، مع العلم أننا قمنا بتدريس هذا المقياس لمدة أربع سنوات. المقياس محتوى في الوحدة الأساسية. يكمن الهدف من تدريسه تمكين الطالب من التعرف على الصدمة النفسية و على خلفيات نشوء اضطرابات ما بعد الصدمة ومختلف الأعراض التي تظهر لدى الفرد من جراء تعرضه ومعايشته لمختلف الاعتداءات البشرية والكوارث الطبيعية. ولأجل إثراء المعارف لدى الطالب المقبل على التحضير لشهادة الماجستير تخصص عيادي، ارتأى الأستاذ الباحث الاعتماد على العديد من مراجع الأكاديمية للبحث.

¹ قد يتفاقم الفعل الصدمي ليس فقط بفعل عنفية الحدث، بل ربما بتناقض الدور المنتظر القيام به. على مرّ العصور يفترض حيثما وجد الفقر توجد الحرب، لكن ما نقرأه ونراه أن من يدعى العلم أفقر من الفقر. فكثرة الحروب أصبح شائع في أوروبا وأمريكا. وما تخلفه الحرب أصدّم من الصدمة،

الدرس الأول: تعاريف الصدمة النفسية ونظرياتها

1/ تعريف

تأتي فكرة الصدمة من المصطلح اليوناني "الصدمة" Trauma والذي يعني الإصابة. هذا لتسمية ظاهرة نفسية لإصابة عاطفية عميقة، والتي يمكن ملاحظتها في الأفراد الذين نجوا من الموت. يتم اعتباره مرهقًا أو مؤلمًا أي حدث مؤلم أو مقيد يأتي في وقت يزعج وجودنا ويزعج عواطفنا. تتضمن هذه الفكرة العدوان والتأثير العضوي الذي ينشأ من هذا العدوان. (Bokanowski, 2010, 2015)

تعرف النظرية التحليلية الصدمة النفسية كما يلي: "هي حدث من حياة الفرد يعرف من خلال شدته، وعدم القدرة على الاستجابة بصفة ملائمة أو مناسبة، وظهور علامات مرضية مستدامة تؤثر على التنظيم النفسي". (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 350)

تشير الصدمة النفسية إلى مجموعة من الآليات التي يتم وضعها بعد حدث يولد إفرازًا عاطفيًا لا يمكن السيطرة عليه يتجاوز قدرات الفرد (Crocq, 2014; Lebigot, 2009) بحيث تتجلى الصدمات النفسية في اضطراب ما بعد الصدمة، والاضطرابات السلوكية، واضطرابات القلق، والانفصال، وما إلى ذلك. يعرف الدليل الاحصائي للأمراض العقلية DSM (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2003) الصدمة بأنها هجوم على السلامة الجسدية أو العقلية لأي شخص، والاضطرابات النفسية الملاحظة هي الانتعاش، وغياب رد الفعل النفسي المرتبط بحالة من اليقظة، والخوف المبالغ فيه (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020)

يمكن إدراج تعريفين لمصطلح الصدمة:

- ذو طبيعة طبية، يعرض الصدمة كمجموعة من الإصابات التي يسببها (بشكل عرضي أو ضروري) عامل خارجي، بالإضافة إلى مجموعة الاضطرابات التي تنتج عن ذلك.

- ذو طبيعة نفسية، الصدمة بأنها حدث ذو أهمية عاطفية قوية تؤدي إلى اضطرابات نفسية أكثر أو أقل استمراريًا نتيجة عدم قدرة الفرد على الاستجابة بشكل مناسب. (Larousse, 2016)

تشير الصدمة في علم النفس، إلى حدث يعاني منه الفرد، ويمكن أن تؤثر آثاره على توازنه النفسي. (Bloch, 1997) لذلك يجب أن نفرّق بين الحدث الذي هو سبب الصدمة (الظرف، المفاجأة)، والصدمة (التأثير الكمي: عدد المصابين؛ والنوعي: حدّة الجروح) وما بعد الحدث (آثار الصدمة). (Chipman Gaudin, 2002)

تُعرّف منظمة الصحة العالمية (WHO, OMS) الصدمة بأنها "ضرر مادي يلحق بجسم الإنسان عندما يتعرض بوحشية لكميات من الطاقة (ميكانيكية، حرارية، كيميائية، إشعاعية) تتجاوز عتبة التحمل الفسيولوجي، أو تحرم من عنصر أو أكثر من العناصر الحيوية (الأكسجين والحرارة)".

باختصار، الصدمة هي حدث غير متوقع يؤدي إلى إصابات جسدية و/ أو نفسية. فعنصر **المفاجئة** لا يسمح للفرد بحماية نفسه بشكل كافٍ، لذلك "يُضرب بشدة". في زمن الصدمة، قد يعاني الفرد من نوع من الحيرة والدهشة وقد يُشلّ. فالصدمة عبارة عن تقلبات في حياة الفرد. فيجد الفرد نفسه تتفوق عليه حالة معينة. نتيجة هذا التغلّب النفسي تجعل من الصعب التأقلم والتوافق. (Clervoy, 2016)

يتجلى مظهر الضحية في التغيّر المفاجئ والسريع للحياة. هذا التغيّر الممهر، كما يبدو لنا، يحدث للمصدم "قوضى في الحواس". حيث تصبح بعض التفاصيل أكثر إثارة من غيرها. إنّه لا يرى قصته فحسب، بل يحاول أيضًا العودة إلى الحياة، والعيش مع ما مرّ به.

الصدمة عامل تثبيت. حسب "لابلانوش وبونطاليس" (Laplanche & Pontalis, 2002)، الصدمة النفسية عبارة عن حدث حياتي للفرد يعرّف من خلال شدته، وعدم قدرة الفرد على الاستجابة بصفة تناسقية. والاهتزاز والآثار المرضية المستدامة هي التي تحدث على مستوى التنظيم النفسي.

من الناحية الاقتصادية، تتميز الصدمة بشدة تفوق التنبّهات الشديدة، بالنسبة إلى سماح وقدرة الفرد على التحكم النفسي وتنظيم التنبّهات. (Pireyre, 2015, p. 226)

2/ مميزات الصدمة

- الصدمة تميّز التأثيرات المختلفة على التنظيم الوهبي للفرد. توجد في جميع التنظيمات النفسية من النوع العصبي. (Bokanowski, 2002, pp. 14-15)

- الصدمة تحدّد المنظور الاقتصادي النفسي (على سبيل المثال: غياب الاستثارة). تؤدي إلى وظيفة نفسية تسمى "بصمة الصدمة" أو "الصدمة"، وتأثيراتها ليست دائماً قابلة للتمثيل أو قابلة للترميز أو الرمزية.

- الصدمة تشير إلى الآثار الإيجابية والسلبية على التنظيم النفسي. تتنوع آثارها: "هجمات على الأنا المبكرة"، "مناطق نفسية ميتة" (Abraham & Torok, 1978) أو حتى "إصابات نرجسية". ولا تؤدي الصدمات إلى تعطيل الأداء النفسي السليم فحسب، بل إنها تعزّز أيضاً الدّفاعات البدائية (الإنكار، الانشطار، الإسقاط، التقمص الإسقاطي، والمثالية، ...)

تشير الصدمة النفسية إلى مجموعة من الآليات التي يتم وضعها بعد حدث يولد إفرازات عاطفية لا يمكن السيطرة عليها تتجاوز قدرات الفرد. (Crocq, 2014; Lebigot, 2009)

يُعتبر مرهقاً أو مؤلماً أي حدث مؤلم أو مقيد يأتي في وقت يزعج وجودنا ويزعج عواطفنا. تتضمن هذه الفكرة العدوانية والتأثير العضوي الذي ينشأ من هذا العدوان. (Lebigot, 2005)

يصف "فيرينزي" (1933) Ferenczi الصدمة بأنها صدمة غير متوقعة. يتحدث عن "ارتجاج عقلي" يدمر القدرة على المقاومة والتصرف والتفكير.

يمكن اعتبار الصدمة مأساة إنسانية حاملة لوهم الخلود (ضد قلق الموت) إذ أن حتمية الموت موجودة هنا والجانب المساوي في الصدمة يمثل هذا القدر من التصلب. (Barrois, 1988, p. 88)

فالمأساة هي التي تفرض نوع معين من الأسئلة، أما الأوهام و الهوامات لا تعطي صورة حقيقية للواقع، فالضحية في صعوبة مع الرمزية لإدراج هذه التجربة الصدمية في بنيتها التفكيرية أي تستذكر ألمه دون مراقبة ودون تحديد، والواقع هو الذي يحياها للذات. أي الواقع الذي يأتي لإحياء الصدمة الفعلية (بفعل حادث مشابه). وإنّ حالة آثار الصدمة تهدد بنية الشخصية والطقوس والقيم الاجتماعية... تخدم المعالم

الاجتماعية وتسمح بالنشاط والقيام بالخطوات الأولى لسياق الحداد للذات أو مع الآخرين. بالموازاة مع تهديد الشخصية يعزّز المجتمع الانطواء على الذات لدى الضحية، هذا السياق يمثل بواسطة النفي الرمزي ويتبع انسحاب الضحية من المجتمع.

إن حدث تدهورا وطال زمن وخروج الفرد من عملية الحداد بصفة غير سليمة، المجتمع يزيد من عزلته. فالفرد الحامل للصدمة كالفرد الحامل للفيروس للضحية المجتمع، تؤدي إلى التجنب و العزلة.

3/ أنواع الصدمة

لكي يكون الحدث مؤلماً، يجب أن يفي بمعايير معينة: أن يكون تهديداً للفرد، وأن يكون مفاجئاً، ويسبب شعوراً بالعجز والرعب ويتجاوز قدرات الفرد. هنا يواجه الموضوع إمكانية الموت. لفترة طويلة، يبدو أن معظم الاهتمام قد تم توجيهه إلى الصدمات المرئية (الضرب والجروح). لم يكشف العلاج النفسي إلا مؤخراً عن الآثار النفسية للصدمة (التحرش الأخلاقي).

1.3/ من ناحية درجة الصدمة، يميز "تير" (1991) Terr بين نوعين من الصدمات:

الصدمة من النوع الأول (بسيطة): تتبع حدثاً منفرداً محدوداً بالوقت (حادث، حريق، عنف جسدي).
الصدمة من النوع الثاني: هي نتيجة حدث متكرر (حرب، تعذيب). (يفرق هيرمان (1992) بين الصدمات البسيطة والصدمات المعقدة. هذه هي نتيجة الإيذاء الشخصي. وهنا يجد الضحية نفسه في قبضة مهاجمه ولا يستطيع الهروب منه.

يُميّز "هيرمان" (1992) Herman بين الصدمات البسيطة والصدمات المعقدة. هذه الأخيرة هي نتيجة الإيذاء الشخصي. وهنا يجد الضحية نفسه في قبضة مهاجمه، ولا يستطيع الهروب منه.

2.3/ من ناحية ظرفية الصدمة، نتحدث عن الصدمة المباشرة وغير المباشرة:

- الصدمة المباشرة تتميز بحقيقة أنّ الفرد قد عانى أو شهد أو تسبب في حدث صادم.
- الصدمة غير المباشرة تشير إلى حقيقة أنّ الفرد الذي لم يتعرّض لصدمة قد يكون مصاباً باضطراب ما بعد الصدمة بسبب وجود علاقة مع شخص تعرض لصدمة. (بّهتان، 2007)

3.3/ الصدمة الأساسية

يتصل النوع الأول بالخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد خلال النمو و سيكون لها آثار نفسية حاسمة و التي لا يمكن أن تحدثها أي صدمة أخرى.

1.3.3. صدمة الميلاد: بالنسبة لـ"أوتورانك" Otto Rank: الميلاد تهتز له نفسية الطفل و يصيبها القلق الشديد كونها أصل القلق اللاحق الذي تطبع به الانفعالات، و لهذا كانت للميلاد صدمة أخرى باعتبارها انفصال عن الأم.

2.3.3. صدمة البلوغ: تضاهي صدمة الميلاد آثارا، فالمعروف أن الطفل أثناء البلوغ يشهد تغيرات على مستوى الجسم و يشعر بمشاعر لم تكن له من قبل و يأتي بتصرفات تشعره بأنه مختلف تماما و قد تكون لهذه المرحلة في نموه لها تأثيرات هائلة على حياته النفسية و تضل معه بقية العمر.

3.3.3. صدمة الحياة: يرجع هذا النوع من الصدمات إلى أحداث مختلفة في حياة الفرد سيما تلك الأحداث العنيفة و يمكن ذكر ثلاثة أنواع منها:

أ. الصدمة الناتجة عن معايشة الحدث : مثل انفجارات، زلازل، براكين، حريق، حروب، حوادث السيارات، مشاهدة موت.

ب. صدمة ناتجة عن فقدان عزيز: هذا الشيء يؤثر بطبيعة الحال على نفسيته و يسبب آثار نفسية و خيمة سواء كان حاضرا أو غائبا.

ج. صدمة الطفولة: قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا كالعمليات الجراحية التي تجرى للطفل دون إعدادة نفسيا. أو الاعتداءات الجنسية على الطفل أو موت أحد الوالدين أو كليهما فجائيا.

4/ الفعل الصدمي

لكي يكون الحدث مؤلماً، يجب أن يفي بمعايير معينة: أن يكون تهديداً للفرد، و يكون مفاجئاً، و يسبب شعوراً بالعجز، والرعب، و يتجاوز قدرات الفرد. هنا يواجه الموضوع إمكانية الموت.

لفترة طويلة، بدى أن معظم الاهتمام قد تم توجيهه إلى الصدمات المرئية (الضرب والجروح). لقد أظهر العلاج النفسي مؤخرًا الآثار النفسية للصدمة (التحرش الأخلاقي،....). يمكن تلخيص الصدمات من ناحية الأحداث في الشكل أسفله:

شكل 1: تتعدد الصدمات بتعدد الأحداث (Roques, 2011, p. 49)

صدمة بسيطة <-----	حدث فريد
صدمة مركبة ومعقدة <-----	حدث طويل المدة
صدمة نفسية وتشوه الأنا. <-----	وسط "متسمم" (سوء المعاملة، صدمات جزئية يومية ووضعيات عنف وتوبيخ غير متنبأ بها) + معاش الفرد (الصدمي) (يضيف الباحث)

الدرس 2: نظريات مفسرة للصدمة

من المستحيل فهم التجربة الصدمية دون نظريات. أي تفسر الصدمة من خلال العديد من النظريات:

1/ نظرية ممارسة السلبية

ليس كاف تنظيم الصدمة عن طريق نمذجة فائض لأن هذه التجربة قبل كل شيء: "فجوة في الإدراك مقرونة بفجوة في التصور: لا داخل ولا خارج [...] لا يمكن الشك في وجودها إلا من خلال بعض اضطرابات "حوادث الفكر"، مما يدل على وجود اضطراب بسبب عدم التمثيل وليس لمحتوى الحدث. « (p. 157, 2001, Botella)

2/ نظرية "السماح لكل شيء بالخروج والصراخ بشكل جيد"

يتذكر "ألفاريز" Alvarez النظرية القديمة التي تقترح التفرغ. وهي نظرية اللفظ، لمعارضتها لنظرية العلاقة الموضوعية. ربما تكمل التصور الأول بهذا المفهوم. لذلك نتساءل بصفة ضرورية: "ما نوع الموضوع (شخص أو مظهر خيالي من الشخص) الذي يمنع هذه الدموع أو لا يمكنه تحملها؟" (p. 1992, 18)

3/ نظرية كلاين

لطالما أصرت نظريات "كلاين" على الصفات الخيالية للموضوع، فقد أشارت "كلاين" بسرعة كبيرة إلى الطريقة التي يمكن بها للمواضيع الداخلية (صور أو مظاهر صورة هوائية، أو خيالية) أن تتفاعل مع المواضيع الواقعية.

4/ نظرية علم الأمراض

تعتبر نظرية علم الأمراض ونظرية التكفل بكل مفحوص ضرورية دائماً للاستكشاف والأخذ في الاعتبار في أي عمل عيادي. يتحدث علم الأمراض عندما تكون الفجوة بين أنماط التفكير والواقع كبيرة جداً.

5/ نظرية الطي لـ "دولوز" Deleuze

يلخص "دولوز" نظرية عامة عن الطي: "[...] نظل لايبنيزيين (Leibniziens) لأن الأمر دائماً يتعلق بالطي والتكشف والطي. (Deleuze, 1986, p. 189) لذلك طور نظرية عامة عن الطي، وهي نظرية تفسر الطي على أنه بنية للديناميكية واللانهاية. بالنسبة إليه، المفحوص هو كائن مطوي، ومكشوف، ومطوي.

6/ نظرية الترميز والتاريخ

يشير "روسيلون" Roussillon أن عدة المفحوص ترمز إلى الترميز، وتحتوي على ثلاثة مستويات من الترميز (الابتدائي والثانوي والمعاش). كما لاحظ بعض التناقضات (ما يتم معاشته "حقيقي"، وما تم تقديمه يستحق "التصور". (Calamote, 2014, p. 194)

7/ نظرية الوعي بالصراعات

وفقاً لهذه النظرية، فإن الناجين من الأحداث الصادمة لا يعتادون على العنف، بل على العكس، فهم شديداً الحساسية وضعفاء. (Milot, Collin-Vézina, & Godbout, 2018, pp. 41-42)

8/ نظرية العلاج الانفعالي

تشير إلى أن الصدمة يمكن أن تؤدي إلى ظهور هياكل قائمة على الخوف. في الواقع، عندما يجد الناجي نفسه معرضاً لأحد مكونات هيكل الخوف الخاص به، يتم تنشيطه. هذا يسمح للناجي بالتعرف على الخطر وتجنبه. (بّهتان، 2007)

9/ نظرية نموذج الديناميات الصدمية

يفترض هذا النموذج أربعة أبعاد تسبب الصدمة:

1.9/ الشعور بالخيانة مما يؤدي إلى عدم الثقة.

2.9/ الشعور بالعجز والخروج عن السيطرة.

3.9/ وصمة العار التي تؤدي إلى تدني احترام الذات.

4.9/ الجنس الصادم أو تطوير معتقدات خاطئة تتعلق بالجنس. (Milot et al., 2018, pp. 42-43)

10/ نظرية المعالجة الانفعالية

تشير إلى أنّ الصدمة يمكن أن تؤدي إلى ظهور هياكل قائمة على الخوف. في الواقع، عندما يتعرض الناجي لأحد مكونات هيكل الخوف، يتم تنشيط هيكل الخوف هذا. الأمر الذي يسمح للناجي بالتعرف على الخطر وتجنبه

11/ نظرية التوعية

وفقاً لهذه النظرية، فإن الناجين من الأحداث الصادمة لا يعتادون على العنف، بل على العكس، فهم شديداً الحساسين وضعفاء. (Milot & al., 2018, pp. 41-42)

12/ مخطط الفكر لـ يونج جيفري (Young & al., 2005)

إنها بنية ذاكرة تسمح بمعالجة المعلومات التي يبني فيها الفرد رؤيته الخاصة للعالم وبينته والآخرين ونفسه. هذا النمط من التفكير يحد من أنماط التكيف الفردية. يتعامل نمط التفكير مع الكثير من المعلومات (الشخصية والبيئية والحديثة والماضي). الهدف هو تقديم تصور للوضع. إنه على وجه الخصوص، هو الذي يثير الأفكار التلقائية التي تؤثر على السلوك. كما تساعد العمليات المعرفية الناتجة في توجيه التفكير من خلال تفضيل أحداث معينة على غيرها:

1.12/ الانفصال والرفض ينتج الهجر وعدم الاستقرار عن نقص الدعم من أولئك الذين من المفترض أن يحافظوا على سلامة الطفل. يمكن لهذا الأخير أن يطور الشعور بالتخلي عنه، أي أنه لا يتلقى الحماية اللازمة. ينشأ عدم الثقة وسوء المعاملة من المواقف غير الآمنة التي قد يشعر فيها الطفل بشكل من أشكال الخيانة. ينتج الحرمان العاطفي عن تجارب الفراغ العاطفي، ونقص التعاطف، وقلة الانتباه، ونقص الحماية. الفرد مقتنع بأن الآخر لن يقدم له أبداً الدعم العاطفي الذي يحتاجه. يتولد الشعور بالنقص والعار من خلال إبراز عيوب الطفل. لذلك فإن الشخص مقتنع بأنه أدنى من الآخر ويفتقر إلى الثقة بالنفس. في العزلة والغربة، يشعر الشخص بالانفصال عن العالم الخارجي.

2.12/ عدم الاستقلالية والأداء فيما يتعلق بالشعور بالتبعية وعدم الكفاءة، فقد عاش الشخص في بيئة من التبعية والاندماج مع الآخر. إنه مقتنع بأنه لا يستطيع التعامل بمفرده. يعمل الآخرون كدعم. خوفاً من أحداث لا مفر منها / لا يمكن السيطرة عليها، يتم تقديم العالم كمصدر للخطر. يعيش الفرد في خوف وانعدام الأمن. في الحماية المفرطة والشخصية الضامرة، يطور الفرد تبعية مفرطة ويصبح غير قادر على

التكيف. يحدث الفشل عندما يُعامل الفرد منذ فترة طويلة على أنه مصاصة في حالة فشل. لقد طور إحساسًا بعدم التكافؤ أبدًا، فضلًا عن الشعور بالدونية.

3.12/عدم وجود حدود لرسم الحق الشخصي والسيطرة أثناء طفولة لا حدود لها. يعتقد الفرد أنه يمكنه الحصول على كل شيء الآن. لا يمكنه تحمل الإحباط، فيميل إلى الرغبة في السيطرة على الآخر. يشير الافتقار إلى ضبط النفس والانضباط الذاتي، و إلى عدم القدرة أو عدم الرغبة في التحكم في عواطف المرء وأفعاله في مواجهة الإحباط.

4.12/الاعتماد على الآخرين والخضوع، يضحى الفرد برغباته لإرضاء الآخر. هنا، الشعور بالذنب، الخوف من الهجر، الخضوع حاضر جدًا. يشير إنكار الذات إلى حقيقة أن الشخص يخاف من إيذاء شخص آخر ولا يهتم كثيرًا بنفسه. بحاجة إلى الموافقة والاهتمام وموافقة الآخر.

5.12/اليقظة والتثبيط خوفًا من الأحداث السلبية. طور الشخص صورة سلبية للأشياء والأحداث التي حدثت في حياته. فيبالغ في تقدير الجوانب السلبية ويتجاهل الجوانب الإيجابية. فيخشى ارتكاب الأخطاء والعواقب. السيطرة المفرطة تتعلق بردود الفعل العفوية بدافع الخوف.

6.12/ارتكاب الأخطاء أو لكسب الرفض من الآخرين. يميل الشخص إلى أن يكون لديه تطلعات شخصية عالية جدًا. فمن الصعب عليه الاسترخاء. إنه لا يتسامح مع أي أخطاء. تشير العقوبة إلى عدم التسامح وعدم التعاطف وعدم المرونة.

الدرس الثالث: مقاربات الصدمة

1/ المقاربة المعرفية (معالجة المعلومات)

تؤكد المعرفية على ظواهر الإدراك والمعرفة. تفترض هذه النظرية أن الشخص الذي لديه معرفة بالخطر سيستعد له. وفقاً لعلماء الإدراك، يكتسب الشخص كل سلوكياته (يمكن أن تصبح بعض السلوكيات متكررة) أثناء التعلم فيقوم بتعبئة عمليات التفكير التي تسمح له بالتكيف. يظهر علم الأمراض عندما تصبح السلوكيات غير مكتملة. لأن الحدث الذي يتسبب في الصدمة يززع البنية المعرفية للفرد لا يسمح لنا بالتوقع، مما يؤدي بالصدمة إلى تقويض معالجة المعلومات، وإلى استراتيجيات التجنب، والحذر، والإنعاش.

عبارة عن تيار تفكيري حول علم النفس المعاصر الذي يركز على الظواهر المعرفية. ويتعلق علم النفس المعرفي بكل السياقات التي تحول المدخلات الحسية منقوصة مشكلة مخزنة مسترجعة ومستخدمة. تستخدم مصطلحات علم النفس المعرفي من قبيل الاحساس، الإدراك، صورة، امتلاك، استذكار، استرجاع، حل المشكل، تفكير، فكها ترجع إلى مراحل افتراضية أو إلى مراحل المعرفة. فكل مظهر سيكولوجي عبارة عن تظاهرة معرفية، انها نظرية معالجة المعلومة بامتياز.

يفرض اتجاه النظرية المعرفية بالنسبة للصدمة بأن الشخص يمتلك معرفة الخطر، و بالتالي سيرتب الأمور للدفاع أو للهروب. يمكن القول بأن الصدمة عبارة عن وضعية يغيب فيها كل تحضير أو استعداد. بل فجائية الحادث وعدم التنبؤ به هو المسيطر، فمن شأن هذا الفعل يحدث اضطراب في البنية المعرفية.

فالصدمة تحدث اضطراباً على مستوى معالجة المعلومات، و تنتج ردود فعل التجنب، و إعادة معايشة النجدة. و بالتالي إحداث تعطيل في التنبيه على وجود خطر. (بتهان، 2007)

من ناحية المرض الناتج يقترح المعرفيون علاجات مرتكزة على تعديل التفسيرات السلبية للواقع. بمعنى تجعل المفحوص المصدوم يقف على مواجهة مواقف الضغط لتعديل الانفعالات الضاغطة بسبب

ارتفاع درجة التنبيه من خلال عدد متتالي من التجارب الانفعالية، بهدف الحصول فيما بعد و يهدوء على معايشة الحدث الصدمي، ويمكن الاعتماد على عمليات الاسترخاء (الاسترخاء المباشر *in vivo* و التخيلي *(imagination)*).

فيما يتعلق بالعلاج، يقترح المعرفيون تعديل التفسيرات السلبية للواقع. من خلال مواجهة المفحوص للضغط الصدمي بهدف تعديل المشاعر المرتبطة به. فيقوم العلاج المعرفي، على تصحيح الأفكار، وبالتالي ينتقل إلى تصحيح السلوكيات. بالنسبة إلى "إليس" Ellis الأفكار اللاعقلانية قد تؤدي إلى اضطراب السلوك. أو بالأحرى إلى الجنون.

من وجهة نظرنا الأفكار غير السوية قد تتجلى في الأفكار غير المنطقية وغير الديكارتية. غياب أحدهما أو كليهما أو وجود اضطراب على مستواهما من شأنه يحدث أيضا اضطرابات في البنية المعرفية والسلوكية. (بهتان، 2007)

2/ المقاربة الإنسانية

وفقاً لهذا النهج، يمتلك الإنسان القدرة على التكيف وفقاً للحالات. ومع ذلك، يجب أن تكون البيئة مواتية تأخذ بعين الاعتبار عاطفة الفرد المصدوم لمساندته والتعاطف معه. فالإنسان جملة من العواطف (الصادقة) تختلف عن الذكاء (حيل).

3/ المقاربة النسقية

ترتكز هذه المقاربة على النظرية العامة للأنساق² والتي تؤكد على أن كل نسق حي لا بد أن يتميز بوظيفتين متقابلتين هما التكيف (الميل إلى التوازن) و القدرة على التحول، دور هاتين الوظيفتين لا تثبت المحافظة على التوازن داخل النسق (توازن مؤقت)، كونهما يضمنان إلى حد ما التطور و الإبداع.

²النسق عبارة عن مجموع عناصر متفاعلة بصفة دينامية ومنتظمة بناء على الكل.

فيما يتعلق بالصدمة النفسية، تفضل هذه المقاربة مصطلح **الأزمة** باعتبارها نسق يحدث فشلا في التوازن، معلنة بذلك المرور إلى وضعية متحوّلة جديدة. ويمكن أن تكون هذه الأزمة إيجابية (إعادة تنظيم)، أو سلبية (زعزعة استقرار)، وفي هذا النهج، لم يعد الفرد هو المركز لإيجاد الحل، بل الأسرة التي تشكل نظام إيجاد الحلول، كونها تعاني من خلل وظيفي على مستوى العلاقات. يتم معالجة الصدمة من خلال الاعتماد ليس على السبب بل على العلاقات داخل النسق، أي على وظيفة الأخير. أي أنّ المقاربة النسقية تتوقع المرور من " لماذا ؟ " (أي الاستفهام حول العرّض) إلى التساؤل حول وظيفة المرض، مع التأكيد على أنّ الوظيفة تمسح و تطفئ (أي فهم الوظيفة يسمح بتمسح المرض).

على مستوى العلاج، تدرج العلاجات المعرفية والنسقية على العموم في العلاجات القصيرة. فالعلاجات النسقية بصفتها علاجات جماعية تسمح بعلاج أفراد العائلة مكان تواجد المصدوم. ترتكز أساسا على دراسة أسباب الأزمة من خلال أدوار عناصر النسق العائلي، وقد تندرج الكيفية في عدة طرائق. على سبيل المثال تتم المقابلة مع العنصر المضطرب وغير المتوازن بحضور عناصر النسق الأخرى. بحيث يجلسون خلفه بحضور المختص النفسي (المتمرس في العلاج العائلي). (بّهتان، 2021)

9/ العلائقية

علاقة الكائن تفترض نظرية العلاقات الموضوعية (Fairbairn, 1952) أن العلاقات المختلفة مع الآخرين تبني تصورات الأطفال وتوقعاتهم للآخرين. يمكن للشخص الذي عانى من صدمة خلال حياته أن يبني علاقات خطيرة بين الأشياء ومصادر الضيق. (Milot & al., 2018, p. 38)

10/ مقاربة علم النفس المرضي

قد تكون الأزمة ثنائية القطب: لديها في البداية مظهر إيجابي أثناء التغيير و الاختيارات و إعادة التنظيم واتخاذ القرارات التي تفرضها الأزمات. فضلا عن مظهر سلبي يحدث لا توازن داخل النسق- الصلابة وانسداد الاستعدادات التي تسهر على التنظيم الدائم للنسق- (بّهتان، 2021)

تحليل الاضطرابات النفسية أصلها في التنمية. يبني الفرد هيكل شخصيته بناءً على علاقاته مع العالم المحيط. تنشأ الأمراض عندما يكون الفرد غير قادر على تسيير التوترات الداخلية بشكل متكيف. فيصبح غير قادر على استثمار نفسه.

11/ السلوكية

يتم اكتساب جميع السلوكيات وفقاً لآليات مماثلة تستجيب لقوانين التعلم. فالسلوك مرتبط بالدرجة الأولى بالبيئة. (Ionescu, 2019) بمجرد تحديد اللاسواء، يلاحظ مدته وتكراره وشدته، وتحدد الظروف البيئية المحيطة بالسلوك. ثم يبني العلاج السلوكي من خلال قمع وإطفاء السلوك المرضي.

12/ مقاربة علم الأعصاب

أظهرت التطورات التكنولوجية المختلفة فيما يتعلق بتصوير الدماغ أنّ بعض الاضطرابات تنشأ من خلل وظيفي في الدماغ.

13/ السيكوسوماتية

يظهر مارتي (Marty 2001) أنّ حقيقة الصدمة والتعبير عنها يتم بغض النظر عن النهج. إنها دائماً فائض (صوت، صورة، معنى، قلق، إجهاد...) مرتبط بنقص الحماية. يبدو الأمر كما لو أنّ الجهاز النفسي قد تعرّض لمثل هذه الصدمة التي دمرت قدرات الشخص. وهنا لا يستطيع الفرد التأقلم بسبب ضعف الدفاعات. (بّهتان، 2007)

14/ مقاربة ديناميات الصدمة

يفترض هذا النموذج أربعة أبعاد مؤلمة: (1) الشعور بالخيانة مما يؤدي إلى عدم الثقة (2) الشعور بالعجز وفقدان السيطرة (3) وصمة العار التي تؤدي إلى تدني احترام الذات (4) ممارسة الجنس الصادم أو تطوير معتقدات كاذبة تتعلق بالجنس.. (Milot & al., 2018, pp. 42-43)

"التحليل النفسي هي طريقة بحث تركز أساساً على الدلالات اللاشعورية للكلام و للأفعال ولمنتجات الفرد (المخيل). و هي مجموعة من النظريات النفسية و النفسومرضية التي تهدف إلى معالجة المعطيات حول الفرد... (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 358)

يسلّط التحليل النفسي الضوء على الأهمية اللاشعورية لكلمات أو أفعال الفرد. (Laplanche & Pontalis, 1967) و الصدمة عبارة عن حدث في حياة الفرد تحددها شدتها. لا يمكن إعطاء تفسير للموضوع على الفور. كون العواقب تكون أكثر أو أقل ديمومة.

العلاقة مع الموضوع: تفترض نظرية العلاقات الموضوعية (Fairbairn, 1952) أنّ العلاقات المختلفة مع الآخرين تبني تصورات الأطفال وتوقعاتهم للآخرين. قد يقوم الشخص الذي عانى من الصدمة خلال حياته ببناء علاقات مع مصادر الضيق. (Milot et al., 2018, p. 38)

الإكراه على التكرار: يحدّد الإكراه من خلال التكرار الذي يؤثر على موضوع الصدمة. (فرويد، 1920) ويساعد في توضيح المعاناة على ضحايا الصدمة. فضلاً عن ميل ضحايا الصدمات إلى تعريض أنفسهم لمواقف قد تذكّرهم بالحدث الصادم.

على مستوى الاقتصاد النفسي، تتميز الصدمة بتدفق هائل من التنبهات تفوق قدرة الفرد على المواجهة والاستجابة النفسية لهذه التنبهات. (p. 499) والتنظيم النفسي على مستوى الجهاز النفسي يقوم على إدماج التنبهات النفسية والربط فيما بينها.

لقد ربط فرويد (1920) الصدمة بتعارضات الجهاز النفسي³؛ وجود اختلال في الإثارة. تسبب إصابة الفرد بالشلل التام بسبب الخوف من دافع خارجي أو داخلي. فالعُصاب الناتج عن الصدمة⁴ (أو إجهاد ما بعد الصدمة) يعتمد على التكرار وإكراهاته. فيصبح من الضروري الجمع بين الصدمة وفقدان الموضوع.

³الموقعية (topique): نظرية تفترض تعريف الجهاز النفسي من خلال أنساق ووظائف مختلفة في إطار منظم. نعتبرها مواطن أو فضاءات نفسية تمكن من إعطاء صورة ممثلة بكيفية جيدة في الفضاء. تحدث فرويد عن الموقعية الأولى (اللاشعور - ما قبل الشعور - الشعور) والتي تحدث فيها عن خزانات من غير محتوى أو من غير

مضمون. في الموقعية الثانية (1920) وضع ماهيات الجهاز النفسي (الأنا – الهو – الأنا الأعلى) وتحدث بالدرجة الأولى على الدفاعات البدائية، والدفاعات النفسية عموماً كمجموع عمليات تهدف إلى خفض أو مسح كل تهديد من شأنه أن يضع كيان الفرد في خطر، و تتركز الدفاعات أساساً على التنبيه الداخلي بسبب تمثيلات الفرد للموضوع المهتد فيستجيب بتنبيه ملائم (السواء) أو غير ملائم (اللاسواء) بهتد توازن الفرد. (بهتان، 2017)

⁴ أو كما أسماه بالعصاب الصدمي، مباشرة بعد الحرب العالمية 1.

المقاربة الأخيرة (Bertrand, 1990) تجمع بين أسباب النشوء الداخلية والخارجية (Endogènes, Exogènes) للصدمة. هذه المقاربة كان لها قبول من قبل المقاربة التحليلية الحديثة (Perron, 2000):

تحدث الصدمة النفسية عندما يوجد حدث مفاجئ وعنيف يثير لدى الفرد إصعاب انفعالي لا يمكن احتواءه، ويعطيه الشعور بحدوث كارثة (قد يتعلق الأمر بكارثة بيئية، حرب،... تهديد حقيقية حياته، وقد يتعلق الأمر بحادث أهون، لكن الفرد يعطيه قيمة أكبر من حجمه. أي بنفس صفة الكارثة (مثلا موقف نرفزة أحد الوالدين أمام طفل يناهز السنتين أو الثلاث). دائما نحن أمام صدمة عندما لا نقدر على المواجهة والتصريف حيال الانفعال الكبير والهائج.

16/ التحليل الوسائطي للصدمة النفسية

استخدم مصطلح التحليل الوسائطي من قبل "قايس" (1976) بخصوص الجماعات، وأعيد استخدامه من قبل "أنزيو" في موضوع التحليل الفردي. افترض "أنزيو" بأن للحالات المعالجة تجارب سلبية في الساحة الوسائطية. ما قد يتيح الفرصة لتحليل التحويل من نوع استغلالي الذي يدمر هذه الساحة ويسبب بذلك فراغا في الذات، وضيقا في الأنا، واهتزازا سوماتيا. الأشخاص الذين تم مقابلتهم غالبا غير متسامحين مع الاطار التحليلي العادي (السكوتات، التفسير الأوديبي، وضعية وجهها لوجه، حيادية الفاحص تعاش على أتمها إهمال).
اللمس يضفي عمية "إحماء" للتحويل، كثرة اللمس في غير سياقه، والمرافقة المفرطة يسبب خطورة. فإذا تم التفكير في هذه الجزئية بكفاية في إطار المنهجية التحليلية، قد تكون ضامنة لمساعدة نرجسية المفحوص. أي أنّ الفاحص لا يجب أن يتميز بالبرودة ولا بالإثارة المفرطة عند استخدام الكلمات.
(Calamote, 2014, pp. 155–158)

الدرس الرابع: رواد نفسانيون في الصدمة النفسية

1/ فرويد Freud Sigmund

أخذت الصدمة النفسية مكانا كبيرا من المفاهيم الفرويدية. من الناحية الزمنية. في كتابه "دراسات حول الهستيريا" تحدث على أن من أهم أسباب الهستيريا هي الصدمة. لأنّ الصدمة أصبحت حدثا شخصيا في تاريخ الفرد، و سببا ذاتيا في ظهور الاضطرابات. ركز فرويد تحديدا على المظهر الاقتصادي للصدمة، نتائجه تؤثر على الجهاز النفسي أي يصبح عاجزا على صرف التنبهات بصفة ثابتة، و بسبب تكرار الصورة الجنسية المستبكرة يرجع فرويد الاغراء (*séduction*) في مرحلة الطفولة من قبل راشد (شاذ) ويؤكد على أن الصدمة تكون دائما من طبيعة جنسية.

بقي فرويد يؤكد على أنّ الصدمة أساسا تكون من طبيعة جنسية، وأنّ الكبت كميكانيزم دفاعي أساسي في الصدمة، يؤكد في كتاب *l'esquisses* أن للصدمة حدثين على الأقل، الأول هو الاغراء، في هذه المرحلة لا توجد تنبهات لدى الطفل باعتبارها مرحلة سلبية، و الثانية تأتي بعد الرشد (بعد النضج) تحيي من خلال آثار استذكارية المرحلة الأولى حيث كان الكبت، هذا الاستذكار يؤدي إلى تدفق تنبهات جنسية و التي تتسبب في إثارة أو تنبيه دفاعات الأنا. نلاحظ أنّه بعد الحدث تظهر قيمة الصدمة على سطح الشعور.

عرفت الصدمة النفسية من خلال زمنين أساسيين هما الكبت ثم إعادة ظهور المكبوت *l'après-coup* في كتابه "ما وراء مبدأ اللذة" (1910) يعطي أولوية للمفهوم الاقتصادي للصدمة بدل مفهوم الاغراء. أي أنّ الصدمة في حدّ ذاتها إنّ وقعت فهي بمثابة تجاوز لقدرات الشخص الذي تعرّض للصدمة فتسببت في إصابته عضويا. أما الشخص الذي كبتها يمكن أن يتعرّض *للانتكاسة* (العصاب الصدمي). إنّ الحفاظ على التوازن النفسي للشخصية، والوقاية من التنبهات الآتية من الخارج من وظيفة البنية الواقية.

في كتابه "رجل النشاب" (1918) هجر فرويد نظرية الاغراء وارتكز على نظرية الهوامات اللاشعورية والواقع النفسي والجنسية الطفلية العفوية. لقد أخذت المصنف الأول بدل نظرية الصدمة

للعصابات، و لكن إن قلنا أن فرويد أصبح لا يعد يعطي الاهتمام بالقدر الكافي لنظرية الاغراء فإنه في المقابل يوافق على المظاهر الاغرائية و دلالاتها المرضية. إلا أنه ومع نهاية الحرب العالمية الأولى نلاحظ في كتابات فرويد ما يصطلح عليه بـ "عصابات الحرب" (1918) وهو المصطلح الذي وضع في الواجهة اشكالية الصدمة في مظهر اكلينيكي للعصابات الصدمية و الذي في الأصل يمكن أن تكون الصراعات بين المثل (بين الأنا المثالي و مثالية الأنا)، حيث يؤكد فرويد على أن أصل الصراع دائما نرجسي.

في كتابه "الكف والعرض والقلق" (1926) يؤكد فرويد على وجود خطرين أساسيين تواجه الشخص: الخطر الداخلي (نابع من الفرد)، والخطر الخارجي (الأنا معرّض للخطر من الباطن و الخارج). و قد أدخل مصطلحات جديدة مثل **القلق الآلي** (استجابة عفوية للجسم إلى وضعية صدمية مشابهة) و **القلق الانذاري** (كل وضعية تنبئ بالخطر). ففي كلتا الحالتين يظهر القلق على أنه تعبير للخطر الذي عاشه الرضيع (تجربة صدمية أولية تنبئ بالفقدان الأمومي أو فقدان الموضوع)، يؤكد فرويد في كتابه على الشرط الأساسي المحدد للصدمة (فقدان الموضوع وقلق الخصاء). في هذا الاطار جمع كل أنواع القلق المرتبطة بالفقدان.

في كتابه "موسى الإنسان" (1939) يذكر بأن الجرح النرجسي من أصل صدمي دون الحديث عن الصدمة النرجسية. ويشير إلى أن آثار الصدمة إيجابية (دفاعات الأنا تثار بفعل القلق الآلي حينما يتعرض لحادث مشابه) و سلبية (الأنا لم يستطع انتقاء المثيرات الصدمية أو المشابهة الأصلية أو غير الأصلية).

لقد احتلت الصدمة مكانة مهمّة في العمل الفرويدي. في الواقع، اعتقد فرويد (1895 ؛ 1895) أن الصدمة هي أحد أسباب الهستيريا. في الوقت نفسه، يُظهر أن الصدمة هي في الأساس جنسية وأن القمع يستخدم للدفاع ضدها. وضح (1905، 1915) أن اكتشاف الاختلاف الجنسي ومركب الخصاء وعقدة أوديب يمكن أن تكون لحظات مؤلمة بشكل خاص للأطفال. في وقت لاحق، تخلى (1918) عن نظرية الإغواء لصالح الخيال والتثبيت. ثم يربط (1920) الصدمة بتعارضات الجهاز النفسي.

يصاب الفرد بالشلل التام بسبب الخوف من أصل خارجي أو داخلي، ويعتمد العصاب الناتج عن الصدمة (أو إجهاد ما بعد الصدمة) على إكراه التكرار. يربط بين الصدمة وفقدان الموضوع. بعد ذلك، اعتبر (1926) الصدمة (بصرف النظر عن عصاب الحرب) حيث أننا نتعرض للهجوم من الداخل والخارج. هذا ما سمح له بتطوير نظريته عن القلق، والتي حدّدها بين استجابة الجسم العفوية للوضعية المؤلمة، وتضاعف الصدمة. بالنسبة له (1939)، الصدمة تسبب الجروح النرجسية.

في اللغة الفرويدية تحدّث عن "العصاب الصدمي". وهو عبارة عن مرض معقد يكون فيه الأداء النفسي مضطرباً. العصاب الصدمي عبارة عن مرض معقد يكون فيه الأداء النفسي مضطرباً. يوضح "باروا" (1998) Barrois أنّ العصاب الصدمي مرض عقلي ينشأ في نفس لحظة وقوع الحادث وتنبع عواقبه من متلازمة التكرار. أي أنها نتيجة مباشرة لتوغل صورة الحدث الصادم. فهي خاصية (مرضية) من العصاب الصدمي، فضلاً عن أنّه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالإكتئاب.

يمكن أن يتخذ العصاب الصدمي خصوصاً لدى الراشدين أشكالاً مختلفة: اضطراب الشخصية، واضطراب المزاج، واضطراب السلوك، والشكاوى الجسدية، وحالات القلق (الذعر، والرهاب)، والأمراض النفسية الجسدية. (Lebigot, 2016, p. 68)

2/ يونغ Carl Jung

طبق يونغ (1964) مفهوم الشخصية لوصف تكيف الذات مع المطالب المجتمعية المختلفة. الشخصية شكل من أشكال وهم الشخصية (ما يعتقد الشخص). لتوضيح هذا التعريف، من الضروري إجراء مقارنة مع الأقنعة المستخدمة خلال المهرجانات والعروض المسرحية. تمثل هذه الأقنعة الهوية الفردية الزائفة والأدوار التي يلعبها كل فرد في المجتمع. إنّها تشير إلى الشخصية التي يندمج فيها الفرد ليتوافق مع التوقعات الاجتماعية. في ظل هذه الظروف، يمكن أن تتسبب الشخصية في فقدان هويته الحقيقية. على الرغم من هذا الجانب السلبي، تظل الشخصية وسيلة للتكيف مع المجتمع. يتم التكيف

من خلال إنشاء شخصية تمكّن قبول الفرد. يتعلق الأمر كله بحماية النفس من التهديدات الخارجية عن طريق إخفاء الشخصية الحقيقية.

3/ "دويتش" (1978) Deutsch

إنّ الشخصية المصطنعة ليست سوى حماية للذات من تجربة صادمة من الفراغ والنقص. الشخصيات "كأنما" *comme-si; as-if* تقع في مكانها بعد الصدمة. يكمن سبب هذه الصدمة في العلاقة بين الأم والطفل: لم يكن الطفل قادرًا على بناء وجود خاص به بسبب وجود الأم في كل مكان. الشخصية "كأنما" هي الوسيلة الوحيدة المتاحة لمواصلة العيش في وهم الحياة الطبيعية. يتميز هذا النوع من الشخصيات بتجربة مؤلمة تم تنحيتهما من أجل تجنب القلق. الشخصية "كأنما" تأتي لمحاربة نقص، تفكك. تتكون الصورة السريرية للناس "كأنما" من انطباع بالفراغ، وتجربة مؤلمة، وجانب سيكوباتي، واهتمام خاص للغاية لتجنب عودة الصدمة. والإبداع، والشعور بالعيش مكافأة الحياة ومقاومة التحويل المضاد.

(Deutsch, 1978; McFarland Solomon, 2006)

4/ فيرنيتزي (1933) Ferenczi

يشير "فيرنيتزي" (1933) إلى أنّ الصدمة ليست فقط من أصل جنسي. في الوقت نفسه، ليست صدمة ولا قمعًا ولا خيالًا. بالنسبة له، تنشأ الصدمة من الأحداث المبكرة التي تعرّض نرجسية الفرد للخطر وتؤدي إلى الدهشة العقلية، والتي بدورها تعمل على آليات دفاع الحركة، وتعطيل التنظيم الداخلي للفرد. بالنسبة له، الصدمة نتيجة الحركات العاطفية من قبل الكبار في مواجهة طلبات الأطفال للحنان، فضلًا عن إنكار الكبار للمعاناة النفسية للطفل. يُظهر "فيرنيتزي" أنّه بين عواطف الكبار والحاجة إلى الحنان والحب والحقيقة لدى الطفل، تحدث الصدمة. لدى الشخص المصاب بالصدمة عدم قدرة على التواصل (لا يستطيع الشخص الذي عانى من الصدمة أن يثق، لأنه يشعر أنه لن يتم فهمه أو سماعه)، ويبني نفسه في شكل من الفراغ الذي يحاول بشتى الوسائل أن يملأه. عندما تظهر مثل هذه الصدمة، تفحصها

النفس وتحاول إصلاحها. يهدف حماية الفرد من عودة هذه الصدمة، من خلال إطلاق الحماية داخل النفس نفسها. هذا الشخص لا ينفصل عن الأحياء فحسب، بل هو أيضًا محاصر من قبل عودة الصدمة بسبب الهلوسة. يسمح له هذا بتقديم مفهوم "الارتجاج العقلي" والذي يمكن أن يؤدي إلى الصدمة. ومن هذه الصدمة المتصورة أنّ القدرة على التصرف والتفكير والدفاع عن النفس نجد:

- التقمص مع المعتدي (آلية خيالية يعرض فيها الفرد المعتدي إلى نفسه من أجل السيطرة عليه. يرتبط بالإغواء)،

- وشلل الفكر (حالة من الحيرة لدرجة أنه لم يعد يستطيع التفكير فيها)،

- وانشطار الأنا (وصفه فرويد في البداية، بالنسبة لـ "فيرينزي" لا يتعلق فقط بمركب الخشاء. بل إنّ الأنا يوجد بين موقفين نفسيين متعارضين: أحدهما يأخذ الواقع في الاعتبار بينما ينكر الآخر هذه الحقيقة نفسها. يتعايش الموقفان جنبًا إلى جنب دون التأثير على بعضهما البعض).

5/ "لاكان" Lacan Jacques

قام لاكان (1966) بنشر فكرة ما بعد الاقلاب. يشير هذا المصطلح إلى إعادة التنظيم النفسي للأحداث الماضية.

6/ سيلبي هانز Selye Hans

طبيب كندي حدّد (1983) الإجهاد بأنه مجموعة من الوسائل الفسيولوجية التي ينفذها الشخص من أجل التكيف مع حدث ما. نموذجه له ثلاث مراحل:

- المرحلة الأولى: رد فعل الإنذار. يتفاعل الجسم مع الحدث المجهد. تبنى المرحلة الأولى حول الشعور بالصدمة (تأثير المفاجأة) والصدمة المضادة (الدفاع).

- المرحلة الثانية: المقاومة. حيث يبدأ الجسم في التكيف مع الإجهاد.

- المرحلة الثالثة: الإرهاق. لا يستطيع الجسم التعامل مع الإجهاد. يمكن أن يكون لهذه المرحلة الأخيرة عواقب وخيمة للغاية (الجنون، الموت).

نفساني نمساوي (1924) يتحدث عن صدمة الميلاد، التي يميزها عن تلك الناتجة عن الولادة. ويوضح أن كل ولادة جديدة هي مرادف للخسارة: فبمجرد أن يولد الطفل يفقد أمه.

8/ وينيكوت Winnicott Donald

يعتقد وينيكوت (1974) أن الصدمة تمثل الفشل فيما يتعلق بالإدمان على الآخرين. في بعض المواقف، يؤدي الانتقال من القلق إلى الألم، ثم الانتقال من الألم إلى قلق كارثي. فالصدمة هي شعور الفرد بقطع في استمرارية وجوده، بحيث يتم تنظيم دفاعاته البدائية بطريقة تعمل على حماية ضد تكرار هذا الحدث. يُظهر وينيكوت (1970) أن *الذات الزائفة faux self* تنتج أساسًا عن علاقة أبوية سيئة، وعلى وجه الخصوص علاقة سيئة مع أم سيئة (شديدة الحماية أو بعيدة جدًا..) فتتقى قدرة الطفل على بناء نفس مزيفة. في ظل هذه الظروف، تُعرّف الذات الزائفة على أنها صدف، وهي صدف تجعل من الممكن حماية الذات الحقيقية وتمويهها من أجل الحفاظ عليها من العيوب البيئية. بمعنى آخر، تسمح الذات الزائفة بإخفاء الذات الحقيقية، بينما تسمح لها بمواصلة وجودها. شخصية الذات الزائفة، والشخصية "كأنا"، والشخصية تسمح بإخفاء الهوية الحقيقية تحت ذرائع. الهدف هو حماية النفس من احتمال عودة الصدمة.

9/ "كروك لويس" Crocq Louis

يصف (1999) الصدمة بمجموعة من العوامل ذات خصائص معينة: التهديد بالموت، والإصابة، والمعاناة، والتعذيب، والشاهد على موت الآخر (الذي يسميه المشهد).

10/ جانيت Janet

بالنسبة لـ جانيت (1889) للفرد ميل معين نحو الانزعاج من عواطفه و/ أو الأحداث. لكي يتم اعتبار الحدث مهمًا، يجب أن يكون له خصائص معينة مثل المفاجأة والعنف والتهديد. وفوق كل شيء،

تصر على وجوب تجربة الحدث بطريقة مؤلمة. هكذا لن يكون لأحداث معينة نفس الانعكاسات على الأفراد. (Landa & Gimenez, 2009)

طبقت "جانيت" مفاهيم التفكك والتفكك النفسي لتعيين بعض التجارب العاطفية. و أن الأشخاص المصابين بصدمات نفسية يمنعون جزءاً من الواقع وتجربتهم للتغلب على صدماتهم. ومع ذلك، يبدو أن هذه التجربة تظهر في حالة من التنويم المغناطيسي، أثناء النوم أو حتى في الوعي كأفكار ثابتة.

11/ "هيلين دويتش" Helene Deutsch

أو الشخصية التمثيلية. إن الشخصية "كأنما" ليست سوى حماية للذات من تجربة صادمة من الفراغ والنقص. الشخصيات "كأنما" تقع بعد الصدمة. يكمن سبب هذه الصدمة في العلاقة بين الأم والطفل: لم يتمكن الطفل من بناء حياة خاصة به بسبب الوجود الكلي للأم. كان "كأنما" هي الوسيلة الوحيدة المتاحة لمواصلة العيش في وهم الحياة الطبيعية. يتميز هذا النوع من الشخصية بتجربة مؤلمة تم تجنبها من أجل تجنب القلق. تأتي الشخصية "كأنما" لمحاربة النقص، والتفكك. تتكون الصورة الاكلينيكية للناس "كأنما" من الانطباع بالفراغ، والتجربة المؤلمة، وجانب سيكوباتي، واهتمام خاص للغاية لتجنب عودة الصدمة، والإبداع، والشعور بعيش مكافأة الحياة، ومقاومة التحويل المضاد. (Deutsch, 1978; McFarland Solomon, 2006)

جدول 1: ملخص لأهم الرواد في علم النفس الصدمة

رواد	ما قاموا به
فرويد	<p>للصدمة مكانة مهمة لأنها بالأساس جنسية. (1895 ؛ 1895) الصدمة هي أحد أسباب الهستيريا. القمع كأحد الحلول، يستخدم للدفاع ضدها (1905، 1915) الاختلاف الجنسي ومركب الخشاء، وعقدة أوديب يمكن أن تكون لحظات مؤلمة بشكل خاص للأطفال. (1918) نظرية الإغواء لصالح الخيال والتثبيت. (1920) ربط الصدمة بمعارضات الجهاز النفسي. بحيث يصاب الفرد بالشلل التام بسبب الخوف من أصل خارجي أو داخلي. الصدمة تنتج العصاب (أو إجهاد ما بعد الصدمة) والمعتمد إكراه التكرار وفقدان الشيء. الصدمة عندما يواجه الفرد إثارة مفرطة تتجاوز القدرة على التأقلم وتصبح اقتحامًا حقيقيًا يؤدي إلى معاناة نفسية حقيقية. هذا الاقتحام الناجم بمثابة السمة المميزة للصدمة. (1926) الصدمة دلالة على أن الأنا تتعرض للهجوم من الداخل والخارج. مفهوم مطور لنظريته عن القلق. (1939) تضاعف الصدمة تسبب الجروح النرجسية.</p>
يونغ	<p>(1964) مفهوم الشخصية لوصف تكيف الذات مع المطالب المجتمعية المختلفة الشخصية هي شكل من أشكال وهم الشخصية. مثال: الأقنعة المستخدمة خلال المهرجانات والعروض المسرحية. تمثل هذه الأقنعة الهوية الفردية الزائفة و[الهوية الاجتماعية] الأدوار التي يلعبها كل فرد في المجتمع. الشخصية هي التي يندمج فيها الفرد ليتوافق مع التوقعات الاجتماعية. يمكن أن تسبب الشخصية في أن يصبح الفرد شخصية ويفقد هويته الحقيقية. بالمقابل تظل الشخصية وسيلة للتكيف مع المجتمع. يتعلق الأمر في الغالب بحماية النفس من التهديدات الخارجية عن طريق إخفاء الشخصية الحقيقية.</p>
هيلين دويتش Helene Deutsch	<p>الشخصية التمثيلية "كأنما". "كأنما" ليست سوى حماية للذات من تجربة صادمة من الفراغ والنقص. الشخصيات "كأنما" تقع بعد الصدمة. يكمن سبب هذه الصدمة في العلاقة بين الأم والطفل: لم يتمكن الطفل من بناء حياة خاصة به بسبب الوجود الكلي للأم. "كأنما" الوسيلة الوحيدة المتاحة لمواصلة العيش في وهم الحياة الطبيعية. تأتي لمحاربة نقص، تفكك. تتكون الصورة العيادية "كأنما" من انطباع بالفراغ، وتجربة مؤلمة، وجانب سيكوباتي، واهتمام خاص للغاية لتجنب عودة الصدمة، والإبداع، والشعور بالعيش مكافأة الحياة ومقاومة التحويل المضاد.</p>
Sándor Ferenczi فيرينزي	<p>ليست فقط من أصل جنسي. في الوقت نفسه، ليست صدمة ولا قمعًا ولا خيالًا. (1933) الصدمة غير متوقعة. "ارتجاج عقلي" يدمر القدرة على المقاومة، والتصرف والتفكير.</p>

<p>تنشأ من الأحداث المبكرة التي تعرض للخطر نرجسية الفرد. الصدمة تؤدي إلى الذهول الذهني، وتعطيل التنظيم الداخلي للفرد. طلبات الأطفال للحنان وكذلك إنكار الكبار للمعاناة النفسية للطفل بسبب مواجهة الكبار. تحدث الصدمة بين عواطف الكبار والحاجة إلى الحنان والحب والحقيقة لدى الطفل. عدم قدرة على التواصل: لا يستطيع الشخص الذي عانى من الصدمة أن يثق. شكل من الفراغ الذي يحاول بشتى الوسائل أن يملأه. تفحص النفس الصدمة وتحاول إصلاحها لحماية الفرد من عودتها. المصدوم أسير عودة الصدمة بسبب الهلوسة. يعيش "الارتجاج العقلي" بدوره يمكن أن تؤدي إلى الصدمة. من الصدمة المتصورة تأتي عدم القدرة على التصرف والتفكير والدفاع عن النفس. التقمص مع المعتدي: آلية خيالية يقدم فيها الفرد معتديه إلى نفسه من أجل السيطرة عليه. يرتبط بالإغراء. شلل الفكر انشطار الأنا تقسيم الأنا إلى التعايش داخل الأنا بين موقفين نفسيين متعارضين: الانشطار بالنسبة لـ فرويد لا يتعلق فقط بمركب الخشاء. الانشطار من جهة يأخذ الواقع في الاعتبار، ومن جهة أخرى ينكر هذه الحقيقة نفسها. يتعايش الموقفان جنباً إلى جنب دون التأثير على بعضهما البعض.</p>	
<p>(1983) الإجهاد مجموعة من الوسائل الفسيولوجية (لم يتطرق إلى الجانب النفسي) التي ينفذها الشخص من أجل التكيف مع حدث ما. ثلاث مراحل: رد فعل الإنذار: يتفاعل الجسم مع الحدث المجهد. الشعور بالصدمة (تأثير المفاجأة) والصدمة المضادة (الدفاع). مرحلة المقاومة: يبدأ الجسم في التكيف مع الإجهاد. مرحلة الإرهاق: لا يستطيع الجسم التعامل مع الإجهاد. يمكن أن تؤدي إلى الموت.</p>	<p>سيلبي H. Selye</p>
<p>(1924) صدمة الميلاد، يميزها عن تلك الناتجة عن الولادة كل ولادة جديدة هي مرادف للخسارة. فبمجرد أن يولد الطفل يفقد أمه.</p>	<p>أوتورانك Otto Rank</p>
<p>الهوية غير الحقيقية أو الزائفة. (1974) الصدمة تمثل الفشل فيما يتعلق بالإدمان على الآخرين. الصدمة: الانتقال من القلق إلى الألم. ثم الانتقال من الألم إلى قلق كارثي. وهي الشعور بقطع في استمرارية الوجود. يتم تنظيم الدفاعات البدائية بطريقة تعمل على الحماية ضد التعارض. (1970) تنتج الذات الزائفة أساساً عن علاقة أبوية سيئة؛ يكفي أن تكون الأم شديدة الحماية أو بعيدة جداً عن قدرة الطفل على بناء نفس مزيفة. الذات الزائفة صدفية. تجعل من الممكن حماية الذات الحقيقية وتمويهها من أجل الحفاظ عليها من</p>	<p>دونالد وينيكوت</p>

<p>العيوب البيئية. وتسمح الذات الزائفة بإخفاء الذات الحقيقية بالمقابل تسمح لها بمواصلة وجودها. الشخصية التمثيلية أو "كأن" تسمح بإخفاء الهوية الحقيقية تحت ذرائع. يهدف حماية الذات من احتمال عودة الصدمة.</p>	
<p>(1999) الصدمة مجموعة من العوامل ذات خصائص معينة: التهديد بالموت، الإصابة، المعاناة، التعذيب، الشاهد على موت الآخر. يسميها بالمشهد.</p>	<p>كروك L Crocq</p>
<p>(1889) أن الفرد لديه ميل معين للانزعاج من عواطفه و / أو الأحداث. الحدث مهم كونه له خصائص معينة مثل المفاجأة والعنف والتهديد. ضرورة الاستجابة للحدث بطريقة مؤلمة. مفاهيم التفكك والتفكك النفسي لتعيين تجارب عاطفية معينة. الأشخاص المصابين بصدمات نفسية يمنعون جزءاً من الواقع للتغلب على صدماتهم. هذه التجربة تطفو على السطح في حالة غياب الرقابة، أو حتى في الوعي كأفكار ثابتة. طريقة علاجية ممنهجة، والتي تجعل من الممكن تكييف العلاج بشكل أفضل مع المراحل المختلفة من الإجهاد اللاحق للصدمة.</p>	<p>بيار جاني</p>
<p>طبيبة سيكاترية أمريكية. تميز بين النوع الأول من الصدمات (حدث واحد: هجمات، كوارث طبيعية) و النوع الثاني (حدوث أحداث متكررة (اغتصاب، تحرش)). أربع فئات من الأعراض الشائعة لهذين النوعين من الصدمات: الذكريات المتطفلة، والتكرار السلوكي، والرهاب المحدد، وتغيير الموقف.</p>	<p>ليونورتار Lenore Terr</p>
<p>(1996) أن الصدمة هي أولاً وقبل كل شيء تجربة "عدم مساعدة الأنا". ليست طبيعة الحدث بل تأثيره هو الذي يسبب الصدمة. لذلك لا يتساوى الجميع مع نفس الحدث الصدمي.</p>	<p>كلود جانين</p>

كانت الصدمة دائما ترجع إلى عيادية الهيستيريا، وبالتحديد إلى ارتفاع شدة التنبيه الجنسي غير المكتمل في نفسية الطفل. من ناحية هذا البعد، العلاقات بين الإغراء وفشل الترميز تبقى في المقام الأول. بالنسبة لـ فرويد (1920) ليس الحدث في حد ذاته المسبب للصدمة، إنما عدم القدرة على استدخاله في الباطن. من الناحية الاقتصادية ترتبط الصدمة مباشرة بتنبيه مفرط غير قابل للمعالجة. ويفترض ذلك أيضا باحثين آخرين (Marty, 1990)

أصل الصدمة الداخلي والخارجي الذي تشير إليه "أنا فرويد" (A Freud, 1976). الأول قد ينشأ من عنف الحدث نفسه. مثلا نقص الأوكسجين عند الولادة قد يضاف عليه سوء المعاملة للرضيع. عند تعريف فرويد للصدمة أهمل الجانب الخارجي (العنف الخارجي) وأسندها فقط إلى الأصل الجنسي الداخلي. فكل عامل معزول قد يصبح فعلا صدميا منذ أن يصبح شديد وعنيف. وكل العوامل ولو كانت صغيرة فإن اجتمعت بلغت بقوتها جدار الدفاع النفسي والعقلي للأنا لدى الفرد. (Crocq, 1985)

فضلا عن ذلك يشير باحثون آخرون إلى حجم الضغط المتعرض له في كل فترة عمرية مقابل عتبة التحمل لدى كل فرد، التي من شأنها قد تضمحل أمام قوة تراكمات الضغوط، وتفقد انسجام وتوافق الأنا. (Diwo, 1997 ; Guedeney, 1998)

السؤال الذي يطرح نفسه: ما هي المحددات والسياقات الراهنة التي تقحم الفرد في الوضعية الصدمية، أو معاش القلق النفسي. (Cyrułnik, 2003).

الدرس الخامس: الآثار الجسمية و النفسية للصدمة لدى الطفل والمراهق

تمهيد

يمكن أن تؤدي الصدمة إلى اضطراب عصابي أو ذهاني، من شأنها تسبب قلقا كبيرا نتيجة للعجز وعدم القدرة على التكيف. (Ciccone & Ferrant, 2009, p. 26) ومن آثارها المختلفة: الدهشة، والانقسام، والتفتت، والإنكار، والتخدير،... (Chabrol, 2005; Freud, 1938) أما الآثار النفسية الرئيسية نجد تركيز الانتباه على الموقف المهْدِّ الذي يدفع بالاهتمامات الأخرى بعيدًا عن الوعي، ويحشد القدرات المعرفية، ويسرّع اتخاذ القرار والعمل، نتيجة الاستجابة للضغط بشعور غامض بالإرهاق والراحة.

إنّ معاناة الصدمة أكثر ديمومة من الضغط. يؤكد سيلبي (1983) على الطبيعة الفسيولوجية للضغط. فيحدث دون تدخل من الإرادة حتى لو كان الفاعل مدرِّكًا للتهديد أو العدوان، ومدرِّكًا لرد فعله وكذلك للتغيرات الفسيولوجية والنفسية التي يسببها. من معاناة الصدمة في روايات الأشخاص الذين تعرّضوا لها، نجد شكلاً من أشكال الانشطار الذاتي. حيث يعبر البعض بأنهم شعروا وكأنهم يشاهدون المشهد، وكأنهم خارج أجسادهم. بمعنى آخر، يتمكن الأشخاص من الانسحاب من المشهد الصادم والعودة إلى أنفسهم عندما ينتهي هذا المشهد يعود كل شيء إلى "طبيعته"، كل شيء يحدث كما لو كانوا يشاهدون المشهد من الخارج. ويوجد نوع من الغربة عن الواقع في المشهد، حيث يكون لديهم انطباع بأنهم في حلم. يبدو الأمر أثناء الصدمة كما لو أنه حدث، يشبه الحلم. على العموم تصنف الآثار الصدمية وأنواعها من خلال تصنيفات مختلفة (العمر وغيره).

1/ ردود الأفعال البسيطة والخطيرة

يوضح فرويد (1905، 1915) أن اكتشاف الاختلاف الجنسي ومركب الخصاء وعقدة أوديب يمكن أن تكون لحظات مؤلمة بشكل خاص للأطفال. ردود فعل أولى بعد الحدث الصدمي التي تصدر عن الشخص الذي عاش الحدث الصدمي (المصدوم). مثل:

ردود فعل نفسية أولية كالصراخ، البكاء أو السكوت و فقدان الوعي و الانعزال.

ردود فعل متوسطة تحدث بعد مرور فترة عن الحادث: فقدان الشهية، الشراهة، عدم الاستجابة بطريقة ملائمة للمواقف المفرحة أو المحزنة. وقد يلاحظ على هذا الشخص في هذه المرحلة أنه يمارس حياته بشكل عادي لكن في الباطن فهو يفرضها على نفسه.

يعاني الفرد المصدوم من فرط الإحساس و الشك، و للخروج من أزمته لا بد من اتخاذ قرارات مهمة جدا. لأن الصدمة لن تشغل فكر المصدوم فحسب بل تمز شخصيته أيضا، فقد تجعله يواجه الأحداث التافهة باستجابات هائلة، والأحداث الكبيرة باستجابات غير كافية. و توجد ردود الأفعال البسيطة و الخطيرة.

1.1/ ردود الأفعال البسيطة

الاستنفار: هي تزامن الحدث الصدمي مباشرة (حركات، نشاط ذاكرة، بكاء، صراخ) و هذه الحركات البسيطة تساعد على التنبؤ بالآثار اللاحقة من أمثلتها:

الجمود و التوتر، نشاطات غير ملائمة، الشعور بأن الشخص أصبح غير فعال، أفكار دخيلة و قهرية تدخل عليه، السلوك التجنبي، تغير ملحوظ على مستوى اللغة أو القلق و المشاعر العدوانية، الكراهية والمسافهة، تعاطي الكحول، أفكار انتحارية، كوابيس ليلية، الاستثارة لأي منبه كان أو فرط الهيجان.

2.1/ ردود الأفعال الخطيرة (تأتي بعد ردود الأفعال البسيطة و هي متنوعة حيث نجد):

3.1/ ردود الأفعال الانفعالية: ردود فعل القلق أيضا ناتجة عن ردود فعل الصدمة بالرغم من أنها يمكن

أن نجدها منفصلة عن الصدمة. و بالتالي يمكن مراقبتها من حيث ظهور أشكالها و الأعراض المصاحبة لها.

4.1/ ردود الأفعال المرضية (المتأخرة)

تم وصف الصدمة النفسية لأول مرة في مفهوم "العصاب الصدمي" بواسطة أوبنهايم (1888)، واستخدمه أطباء مثل "بينال" Pinel، وارتبط في فترة فرويد مع العصاب الصدمي. لكن في التسعينيات تم فصل مصطلح الصدمة عنه. (Guy Briole et al.1994)، وأصبح أكثر استخداماً من خلال مصطلح اللواحق الصدمية (ptsd, tspt) سيما مع "كروك" (1984، 1999). أو بالأحرى ارتبط مع ما يسمى بالضغط النفسي اللاحقة. (مختلف عن الضغط لدى "سيلبي").

زمن ظهور الردود الفعلية المرضية ليست في زمن ظهور الصدمة وإنما في زمن لاحق للصدمة. فبعد مرور وقت معين يلاحظ هيمنة ردود فعل سلوكية مرضية، وقد تتطور إلى أمراض جسمية. من بين هذه الأمراض المتأخرة عبر الزمن نجد: الأمراض الغدية، اضطرابات المناعة، الهرم المبكر، سرطانات، أمراض سيكوسوماتية. وقد تطول أو تقصر عبر الزمن، ولا يجب مزجها أو خلطها مع ردود الأفعال الناتجة عن الضغط والإرهاق النفسي التي يسببها الحادث، فمظاهر الصدمة تستقر مع الوقت بعد فترة من الكمون والتي تختلف من شخص لآخر، هاته الفترة تبدو هادئة ظاهرياً لكن الملاحظة الدقيقة تظهر تلك الأعراض المتنوعة (ردود أفعال خطيرة) التي من الممكن إحداث تغيير مميز للشخصية، نسميها آثار الصدمة.

ملاحظة: تحتفظ بعض البلدان باسم العصاب الصدمي بدلاً من اعتماد اسم اضطراب ما بعد الصدمة. يفسر ذلك حقيقة أن هذا النوع من العصاب موجود فقط في الأشخاص المصابين بالعُصاب وأنه ينشط آليات الدفاع النموذجية لهذا النوع من الأشخاص. أو ما يطلق عليهم فرويد أيضاً اسم العصاب الفعلي. يختلف هذا النوع من العصاب عن الاضطرابات النفسية التي تنتج عن إعادة تفعيل الصراع الجنسي الطفولي. ومع ذلك، يجب على المرء أن يميز بين *الحادث الصادم وما يفعله الموضوع بصورة ذلك الحادث*. مسار العصاب الصدمي مرتبط بالقانون والخصاء. بحيث سيتصرف الشخص المصاب بصدمة نفسية كعصاب، وسيستخدم نفس استراتيجيات الدفاع ونفس المقاومات.

(Lebigot, 2016, pp. 53-54)

2/ الأعراض تبعا للمراحل العمرية (الطفل والمراهق)

- الطفل > 6 سنوات: أول علامة من علامات الصدمة الكوابيس، التعلّق، التبول و الخوف من الظلام... إلخ.

- من 2- 12 سنة: انسحاب كبير، سلوكيات انفصالية، عدم القابلية للفت الانتباه، نكوص أو سلوكيات نكوصية، اضطرابات في النوم، كوابيس، مخاوف عقلانية، هيجان، رفض الذهاب إلى المدرسة ويشتهي من آلام عضوية، معاناة تدرسية، اكتئاب، قلق شعور بالذنب، القيام بالتفاهات.

- من 12-17 سنة: تبدو مشاعر متشابهة مع مشاعر الراشدين، ذكريات، كوابيس، انعدام الانفعال، التجنب، اكتئاب، تعاطي المخدرات، الافكار الانتحارية، اضطراب الحواس، اضطرابات التغذية، الانسحاب و الانعزال، التجنب المدرسي، اضطرابات النوم، مشاعر الذنب المفرطة، مشاعر الانتقام.
(نقص الدعم العائلي والاجتماعي يخفف من الشفاء من تبعات الصدمة). (بّهتان، 2021)

ملاحظة: المراهقون أكثر عرضة للصدمة من الفئات العمرية الأخرى (الأطفال و الراشدين) لأن المراهقة في حد ذاتها أزمة و الفرد في هذه المرحلة مازال يتذكر ذكريات الطفولة، فالأزمات و التجارب الحياتية تجعل من الراشد يعرف كيف يتعامل مع الصدمات، أما عند المراهق يتأثر بسبب نقص التجارب (عدم النضج). وفي حالات العنف الشديدة (كوارث طبيعية، أو تدخل فيها الانسان: قتل، اغتصاب، تشويه،...) يكون الطفل و المراهق سواء في تبعات الصدمة.

الدرس السادس: اضطرابات الصدمة حسب المعايير الدولية

يعطي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية اسم حالة إجهاد ما بعد الصدمة (الاسم الجديد لعصاب الصدمة) للأشخاص الذين تستمر أعراضهم المرتبطة بالصدمة لأكثر من (3) أشهر. (Lebigot, 2016, p. 49) حيث أصبحت تتجلى الصدمة النفسية في اضطراب ما بعد الصدمة، والاضطرابات السلوكية، واضطرابات القلق، والانفصال، وما إلى ذلك.

يشير اضطراب ما بعد الصدمة إلى اضطراب القلق بعد تجربة مؤلمة متصورة. (Chemtob & Bauer, 1990)، لذلك فهو رد فعل نفسي يتبع الموقف الذي تأثر فيه الفرد جسدياً أو نفسياً.

1/ معايير اضطرابات الصدمة حسب CIM-10

يُعرّف الإصدار العاشر لمنظمة الصحة العالمية من التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10, 1993, p. 197) الإجهاد الناجم عن الصدمة بأنه استجابة متأخرة أو مطولة لموقف أو حدث مرهق (قصير أو طويل الأمد)، مهدد بشكل استثنائي أو كارثي والذي من شأنه أن يسبب أعراض ضائقة واضحة في معظم الأفراد. العوامل المؤهلة، مثل سمات شخصية معينة (القهري والوهن...) أو تاريخ من النوع العصابي، قد تفضل ظهور المتلازمة أو تزيد من سوء مسارها؛ ومع ذلك، فإن هذه العوامل ليست ضرورية أو كافية لتفسير حدوث المتلازمة. تشمل الأعراض النموذجية إعادة إحياء الحدث الصادم بشكل متكرر في الذكريات الطفولية (ذكريات الماضي) أو الأحلام أو الكوابيس. تحدث في سياق دائم من "التخدير النفسي" والحدة العاطفية، والانفصال عن الآخرين، وعدم الحساسية تجاه البيئة، وانعدام التلذذ وتجنب الأنشطة أو المواقف التي قد توقظ ذاكرة المفحوص. عادة ما تكون هذه الأعراض مصحوبة بالاستيقاظ اللاإرادي، مع اليقظة المفرطة واليقظة والأرق، وغالباً ما ترتبط بالقلق والاكتئاب أو التفكير في الانتحار. يمكن أن تختلف الفترة بين بداية الصدمة والاضطراب من بضعة أسابيع إلى بضعة أشهر. فالتطور متقلب، ولكنه يتجه نحو التعافي في معظم الحالات. في بعض الحالات، يمكن أن يكون الاضطراب مزمنًا، ويستمر لسنوات عديدة، ويؤدي إلى تغيير دائم في الشخصية.

2/ معايير اضطرابات الصدمة حسب DSM-5

يحدد DSM-5 معايير الاضطراب اللحق للصدمة التالية: (APA, 2016, pp. 133-136)

1.2/التعرض للموت أو للإصابة الخطيرة أو للعنف الجنسي الفعلي أو المحتمل، بـ:

أ. معايشة الحدث الصادم مباشرة.

ب. شاهد شخصيًا الحدث الذي مر به الآخرون.

ج. الحدث الصادم تعرّض له أحد أفراد الأسرة المقربين أو صديق مقرب.

ملاحظة: في حالة وفاة أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو خطر الوفاة، يجب أن يكون الحدث عنيفًا أو عرضيًا.

د. تجربة التعرض المتكرر أو الشديد لتفاصيل مؤلمة للحدث الصادم (على سبيل المثال، أول

المستجيبين أو الشرطة).

ملاحظة: لا ينطبق المعيار A4 على التعرض من خلال الوسائط الإلكترونية أو التلفزيون أو الأفلام أو الصور، ما لم يكن

هذا العرض مرتبطًا بالعمل.

2.2/وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض الداخلة المرتبطة بالحدث الصادم، والذي بدأ بعد الأخير:

أ. الذكريات المؤلمة المتكررة، واللاإرادية، والساحقة للحدث الصادم. (لدى الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن

6 سنوات، قد يكون اللعب متكررًا يتم فيه التعبير عن موضوعات أو جوانب الحدث الصادم).

ب. الأحلام المتكررة المؤلمة التي يرتبط فيها المحتوى و / أو التأثير بالحدث الصادم. (لدى الأطفال، قد تكون

هذه أحلامًا مخيفة بدون محتوى يمكن التعرف عليه).

ج. ردود الفعل الانفصالية (ذكريات الماضي، على سبيل المثال) التي يشعر فيها الفرد أو يتصرف كما لو

أن الحدث الصادم يحدث مرة أخرى. (يمكن أن تحدث ردود الفعل هذه في سلسلة متصلة، وأكثرها تطرفاً هو

الفقدان الكامل للوعي بالبيئة الحالية). (لدى الأطفال، يمكن أن تحدث إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب).

د. ضائقة نفسية شديدة أو مطوّلة عند التعرّض لمؤشرات داخلية أو خارجية تثير أو تشبه بعض

جوانب الحدث الصادم.

هـ . ردود فعل فسيولوجية ملحوظة للإشارات الداخلية أو الخارجية التي تستحضر أو تشبه جانبًا من جوانب الحدث الصادم.

3.2/استمرار تجنب المحفزات المرتبطة بالحدث الصادم الذي بدأ بعد الحدث الأخير، كما يتضح من أحد أو كلا الأمرين التاليين :

أ. التجنب أو الجهود المبذولة لتجنب إحباط الذكريات أو الأفكار أو المشاعر حول الحدث الصادم أو المرتبطة به ارتباطاً وثيقاً.

ب. التجنب أو الجهود المبذولة لتجنب التذكيرات الخارجية (الأشخاص والأماكن والمحادثات والأنشطة والأشياء والمواقف) التي تثير الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المؤلمة حول الحدث الصادم أو المرتبطة به ارتباطاً وثيقاً.

4.2/التغيرات المعرفية والمزاجية السلبية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تزداد سوءاً بعد الحدث الأخير، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) من المظاهر التالية:

أ. عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الحدث الصادم (عادة بسبب فقدان الذاكرة الفصامي وليس عوامل أخرى مثل إصابة الرأس أو الكحول أو المخدرات).

ب. المعتقدات أو التوقعات السلبية المستمرة أو المبالغ فيها عن النفس أو الآخرين أو العالم (على سبيل المثال، "أنا سيء"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطير تماماً"، "نظامي العصبي بالكامل قد خرب"

ج. الإدراك المستمر والمشوه حول سبب أو عواقب الحدث الصادم الذي يدفع الفرد إلى لوم نفسه أو الآخرين.

د. استمرار الحالة العاطفية السلبية (مثلاً: الخوف أو الرعب أو الغضب أو الذنب أو العار).

هـ. انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المشاركة في أنشطة ذات مغزى.

و. الشعور بالانفصال أو القطيعة عن الآخرين.

ز. . عدم القدرة المستمرة على الشعور بالعواطف الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة أو الرضا أو مشاعر الحب).

5.2/التغيرات الملحوظة في التنشيط والاستجابة المرتبطة بالحدث الصادم، الذي بدأ أو ساء بعد الأخير، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) من المظاهر التالية:

أ. السلوك العصبي ونوبات الغضب (مع قليل من الاستفزاز أو بدون استفزاز) عادة في شكل عدوان لفظي أو جسدي تجاه الأشخاص أو الأشياء.

ب. السلوك الطائش أو المدمر للذات.

ج. . فرط اليقظة.

د. . استجابة مبالغ فيها.

هـ. مشاكل التركيز.

و. اضطرابات النوم (مثل: صعوبة النوم أو الاستمرار في النوم أو النوم المضطرب).

مدة الاضطراب: المعايير ب، ج د، هـ تزيد عن شهر. يؤدي الاضطراب إلى معاناة كبيرة عيادياً، أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة. لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لأي مادة (مثل المخدرات والكحول) أو أي حالة طبية أخرى.

محددات: مع أعراض فصامية. تستوفي الأعراض معايير اضطراب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، استجابةً للتوتر، يعاني الشخص من أعراض مستمرة ومتكررة مثل ما يلي:

- تبيد الشخصية: التجارب المستمرة أو المتكررة للشعور بالانفصال، وكونك مراقباً خارجياً

للعمليات العقلية أو الجسدية (على سبيل المثال، الشعور بالوجود في حلم؛ الشعور بعدم واقعية

المرء أو جسده، أو أن الوقت يمر ببطء).

- الاغتراب عن الواقع: التجارب المستمرة أو المتكررة لعدم واقعية البيئة (مثلاً، يتم تجربة البيئة

المباشرة على أنها غير واقعية أو تشبه الحلم أو بعيدة أو مشوهة).

ملاحظة: لاستخدام هذا النوع الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض الانفصامية إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل التسمم الكحولي) أو إلى حالة طبية أخرى (مثل النوبات الجزئية). ويتم استخدام هذا المحدد إذا لم يتم استيفاء جميع معايير التشخيص حتى 6 أشهر بعد الحدث (على الرغم من أن ظهور بعض الأعراض والتعبير عنها قد يكون فوريًا).

جدول 2: ملخص لوصف اضطراب ما بعد الصدمة. (بّهتان، 2021)

CIM-10	DSM-V	DSM-IV(1994)	DSM-III	DSM-II	DSM-I (1952)
اضطراب ما بعد الصدمة: يختلف عن الأمراض (رد الفعل: عصبي أو نفسي الشيء عن الصدمة.	يميز بين الإجهاد والصدمة. بسبب الاغتصاب. والتهديد بالاغتصاب والصدمات، لأنه ينطوي على تهديد الشخص بالقتل. فالضحية تتعرض لاعتداء على سلامتها الجسدية وتواجه الموت. الإجهاد الأصلي لاضطراب ما بعد الصدمة مرتبط بمعدل إجهاد مرتفع للغاية. يمكن أن يتخذ هذا الضغط أشكالًا مختلفة: الطلاق، والانفصال، وال فشل المدرسي، والكوارث الطبيعية، والموت... الخ. فما مدى الإجهاد الذي يمثله الفشل في الامتحان. أو وفاة أحد أفراد الأسرة، أو عندما يرى الفرد جسدًا مشوهًا، أو أعزاء يمكن أن يعانون. أيضًا شكل من أشكال اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة للتواصل المباشر مع الضحية.	سيطرة مشاعر الغضب أو الخزي. غياب بعض المشاعر. ولا يعني أنها غير موجودة، على سبيل المثال في شكل الإنكار. تعتبر الضحايا المباشرين فقط هم من يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة الحاد أو المزمن.	يتعامل جيدًا مع الصدمات، لكن يبدو أن الصدمة لا تختلف كثيرًا عن الإجهاد. ينص المعيار (أ) على أن الشخص قد واجه حدثًا صادمًا تواجدت فيه عناصر مختلفة: حدث أدى إلى الوفاة أو الإصابة أو شكل تهديدًا لسلامة الشخص الجسدية ورد فعل الخوف والشعور بالعجز. الخوف، لكنه لا يتعلق بلقاء الحقيقي. تم الحفاظ على هذا المعيار في الإصدارين (III-R و IV (1987)). ومع ذلك، يبدو أن هذه النماذج الجديدة تأخذ خطوة إلى الوراء حيث تظهر الدراسات غياب بعض المشاعر مثل الخوف والعجز أو حتى الرعب.	يعرض ملاحظات سريرية فقط. لا يستخدم الوصمات البيولوجية لأعراض التشخيص. ظهر في خضم حرب فيتنام. حذف جميع مصطلحات التحليل النفسي. واستبدل فكرة رد فعل الإجهاد الكبير بـ "رد فعل التكيف مع حياة البالغين". عندما يتعلق الأمر بالحرب وضغوط القتال، يتحدث الدليل عن خوف من القتال لا يدوم بمرور الوقت. إذا استمر الاضطراب، فهذه حالة أخرى. لا يشير إلى الصدمة النفسية التي قد تكون أي شيء آخر غير الإجهاد.	أسباب الاضطرابات المختلفة تتطور إلى اضطرابات مزمنة. تقسم إلى خمسة معايير. كما تضيف الإصدارات الأخيرة معيارين إضافيين يتوافقان مع اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD): المعيار A يتعلق بشكل أكثر تحديدًا بالإجهاد الأولي ("الإجهاد السببي"). عبارة عن "ردة فعل الإجهاد الكبير". هنا، يوصف الإجهاد بأنه رد فعل على الموقف الذي يضطر فيه الفرد مواجهة صعوبات جسدية أو عاطفية شديدة (حالة الحرب، والكوارث الطبيعية، والحريق، والانفجار، وما إلى ذلك).

المصدر (Lebigot, 2016, pp. 51-53)

جدول 3: اضطرابات DSM-V (2016) مقابل CIM (2015)

CIM-10 (2015)	DSM 5 (2016)
F70-79 تأخر عقلي	اضطرابات عصبونمائية
F80-F89 اضطرابات النمو السيكلوجية	
F90-F98 اضطرابات السلوك الانفعالية الظاهرة عادة أثناء الطفولة والمراهقة	
F00-F09 اضطرابات عقلية عضوية بما فيها العرضية	اضطراب طيف الفصام
F20-F29 فصام، واضطراب زوري واضطرابات هذيانية	واضطرابات ذهانية أخرى
F00-F09 اضطرابات عقلية عضوية بما فيها العرضية	اضطرابات ثنائية القطب
F30-F39 اضطرابات المزاج	واضطرابات مصاحبة
F00-F09 اضطرابات عقلية عضوية بما فيها العرضية	اضطرابات اكتئابية
F30-F39 اضطرابات المزاج	
F00-F09 اضطرابات عقلية عضوية بما فيها العرضية	اضطرابات القلق
F40-F48 اضطرابات عصبية واضطرابات مرتبطة بعوامل الضغط واضطرابات سوماتية الشكل	
F90-F98 اضطرابات السلوك واضطرابات انفعالية تظهر عادة خلال الطفولة والمراهقة	
F00-F09 اضطرابات عقلية عضوية بما فيها العرضية	اضطرابات وسواسية قهرية
F40-F48 اضطرابات عصبية واضطرابات مرتبطة بعوامل الضغط واضطرابات سوماتية الشكل	وواضحة
F60-F69 اضطرابات الشخصية والسلوك لدى الراشد	
F40-F48 اضطرابات عصبية واضطرابات مرتبطة بعوامل الضغط واضطرابات سوماتية الشكل	اضطرابات متعلقة بالصددمات أو
F90-F98 اضطرابات السلوك واضطرابات انفعالية تظهر عادة خلال الطفولة والمراهقة	بعوامل ضغطية
F40-F48 اضطرابات عصبية واضطرابات مرتبطة بعوامل الضغط واضطرابات سوماتية الشكل	اضطرابات تفككية
F40-F48 اضطرابات عصبية واضطرابات مرتبطة بعوامل الضغط واضطرابات سوماتية الشكل	أعراض واضطرابات سوماتية
F50-F59 تناذرات سلوكية مرتبطة باضطرابات فيزيولوجية وبمعامل عضوية	مصاحبة
F60-F69 اضطرابات الشخصية والسلوك لدى الراشد	
F50-F59 تناذرات سلوكية مرتبطة باضطرابات فيزيولوجية وبمعامل عضوية	اضطرابات السلوكيات الغذائية
F90-F98 اضطرابات السلوك واضطرابات انفعالية تظهر عادة خلال الطفولة والمراهقة	
F90-F98 اضطرابات السلوك واضطرابات انفعالية تظهر عادة خلال الطفولة والمراهقة	اضطراب العزل
F50-F59 تناذرات سلوكية مرتبطة باضطرابات فيزيولوجية وبمعامل عضوية	اضطرابات النوم
F50-F59 تناذرات سلوكية مرتبطة باضطرابات فيزيولوجية وبمعامل عضوية	اضطراب وظيفي جنسي
F60-F69 اضطرابات الشخصية والسلوك لدى الراشد	اضطرابات النشوة متعلقة بالنوع
F60-F69 اضطرابات الشخصية والسلوك لدى الراشد	اضطرابات رقابة الزوات والسلوك
F90-F98 اضطرابات السلوك واضطرابات انفعالية تظهر عادة خلال الطفولة والمراهقة	
F10-F19 اضطرابات عليية وسلوكية مرتبطة باستخدام مواد دوائية نفسية	اضطرابات مرتبطة بالمواد
F60-F69 اضطرابات الشخصية والسلوك لدى الراشد	
F00-F09 اضطرابات عقلية عضوية بما فيها العرضية	اضطرابات عصبومعرفية
F00-F09 اضطرابات عقلية عضوية بما فيها العرضية	اضطرابات الشخصية
F60-F69 اضطرابات الشخصية والسلوك لدى الراشد	
F60-F69 اضطرابات الشخصية والسلوك لدى الراشد	اضطرابات الحب
F00-F09 اضطرابات عقلية عضوية بما فيها العرضية	اضطرابات عقلية أخرى
F99-F99 اضطراب عقلي، ومن غير تدقيق	

الدرس السابع: اضطراب الإجهاد الحاد

يعرف الدليل الامريكي اضطراب الإجهاد الحاد على النحو التالي (APA, 2016, pp. 138-140):

1/ التعرض للموت أو الإصابة الخطيرة أو العنف الجنسي، الفعلي أو المحتمل، بإحدى الطرق (أو أكثر) من الطرق التالية:

أ. معايشة الحدث الصادم مباشرة.

ب. شاهد شخصيًا الحدث الذي مر به الآخرون.

ج. عرف أن الحدث الصادم تعرض له أحد أفراد الأسرة المقربين، أو صديق مقرب.

ملاحظات:

- في حالة وفاة أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو خطر الوفاة، يجب أن يكون الحدث عنيفًا أو عرضيًا.

. تجربة التعرض المتكرر أو الشديد لتفاصيل مؤلمة للحدث الصادم (على سبيل المثال، أول المستجيبين أو الشرطة).

- لا ينطبق المعيار A4 على التعرض من خلال الوسائط الإلكترونية أو التلفزيون أو الأفلام أو الصور، ما لم يكن هذا العرض مرتبطًا بالعمل.

-وجود 9 (أو أكثر) من الأعراض التالية، من أي من الفئات الخمس للتطفل، والمزاج السلبي، والانفصال، والتجنب، والمستوى العالي من التنشيط، والتي بدأت أو استمرت بشكل أسوأ بعد وقوع حدث صادم.

1/ أعراض الاقتحام

أ. الذكريات المؤلمة المتكررة، واللاإرادية، والساحقة للحدث الصادم. (لدى الأطفال، قد يكون اللعب

المتكرر الذي يتم فيه التعبير عن موضوعات أو جوانب الحدث الصادم).

ب. الأحلام المتكررة المؤلمة التي يرتبط فيها السياق و / أو التأثير بالحدث الصادم. (لدى الأطفال، قد تكون

هذه أحلامًا مخيفة بدون محتوى يمكن التعرف عليه).

ج. . ردود الفعل الانفصالية (مثل ذكريات الماضي) التي يشعر فيها الفرد أو يتصرف كما لو أن الحدث

الصادم يتكرر مرة أخرى. (يمكن أن تحدث ردود الفعل هذه في سلسلة متصلة، وأكثرها تطرفاً هو

الفقدان الكامل للوعي بالبيئة الحالية). (لدى الأطفال، يمكن أن تحدث إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب).

د. ضائقة نفسية شديدة أو مطولة أو ردود فعل فسيولوجية ملحوظة استجابة لإشارات داخلية أو خارجية ترمز أو تشبه جانبًا من جوانب الحدث الصادم.

2/مزاج سلبي

- أ. عدم القدرة المستمرة على الشعور بالعواطف الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة أو الرضا أو مشاعر الحب). (أعراض الفصام)
- ب. تغيير الإحساس بواقع محيط المرء أو ذاته (على سبيل المثال، رؤية الذات من منظور شخص آخر، أن تكون في حالة ذهول، أو تباطؤ في الوقت).
- ج. عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الحدث الصادم (عادة بسبب فقدان الذاكرة الفصامي وليس عوامل أخرى مثل إصابة الرأس أو الكحول أو المخدرات).

3/أعراض التجنب

- أ. الجهود المبذولة لتجنب إحباط الذكريات أو الأفكار أو المشاعر حول الحدث الصادم أو المرتبطة به ارتباطًا وثيقًا.
- ب. الجهود المبذولة لتجنب التذكيرات الخارجية (الأشخاص والأماكن والمحادثات والأنشطة والأشياء والمواقف) التي تثير الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المؤلمة حول الحدث الصادم أو المرتبطة به ارتباطًا وثيقًا.

4/أعراض التنشيط

- أ. اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة النوم أو الاستمرار في النوم أو النوم المضطرب)
- ب. السلوك العصبي ونوبات الغضب (مع قليل من الاستفزاز أو بدونه)، وعادة ما يتم التعبير عنها على أنها عدوان لفظي أو جسدي تجاه الأشخاص أو الأشياء.
- ج. فرط اليقظة.
- د. مشاكل التركيز.

هـ . جفل استجابة مبالغ فيها

5/مدة الاضطراب (أعراض المعيار ب) من 3 أيام إلى شهر واحد بعد التعرض للصدمة.

ملاحظة: عادة ما تبدأ الأعراض مباشرة بعد الصدمة، ولكن استمرارها لمدة 3 أيام على الأقل وحتى شهر ضروري لتلبية معايير الاضطراب. يؤدي الاضطراب إلى معاناة كبيرة سريريًا أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة

- لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال، المخدرات أو الكحول) أو إلى أي حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، إصابة دماغية رضوية طفيفة) ولا يمكن تفسيره بشكل أفضل باضطراب ذهاني.
- من أعراض الصدمة متلازمة التكرار، والذكريات، والتجنب، والتثبيط، وفرط النشاط، والكوابيس، والعدوانية، إلخ.

6/ الصدمة والشعور بالذنب والعار والندم

الشعور بالذنب شعور بارتكاب فعل سيء، وهو شكل من أشكال التعبير عن الصدمة وطريقة لمكافحتها. من خلال الاعتقاد بأنه يتحمل مسؤولية الحدث، يحاول الفرد إبعاد الانطباع بأنه قد تعرض للضرب وفقد قدرته النرجسية المطلقة. (Godard, 2003)

مرتبط بالندم كل سلوك وراءه ارتكاب خطأ (Lucchesi, 1999)، والعار، والإذلال بسبب الصدمة، فيشعر الفرد بالإهانة لأنه فقد أو هامه بالقدرة النرجسية المطلقة. فقد رأى الموت عن قرب.

7/ ذاكرة صدمية

تظهر الذاكرة المؤلمة على أنها انفصال في تمثيل الحدث، وفي العاطفة المرتبطة به (فقدان الذاكرة أو فرط الذاكرة). يمكن أن يكون مصحوبًا بشكل من أشكال تبدد الشخصية أو الاغتراب عن الواقع (هذا مجرد حلم) أو حتى شعور بالاضطهاد. (Smith, 2016, p. 11)

اضطراب ما بعد الصدمة يزعج الأداء النفسي للأفراد من خلال إعاقة قدرتهم على التأقلم. في هذه الحالة، يبدو أن الحدث الصادم يظل على مستوى الوعي. يبدو الأمر كما لو أن الأفراد كانوا يسترجعون التجربة الصادمة كما لو كانت جارية. (Rothschild, 2008, p. 12)

لماذا تصبح الذاكرة صدمية؟ لأنّ التكرار، سواء في الأحلام أو في الواقع، مرتبط بالدوافع (محركات الحياة والموت). وهناك أسباب مختلفة (محاولة الإتقان -عكس الأدوار السلبية تجاه النشاط- وإعادة كتابة التاريخ، ومحاولة الحماية من الإجهاد، ومحاولة العودة في الوقت المناسب).

الدرس الثامن: أشكال عيادية أخرى

ترجع الصدمة إلى مفهوم الجرح عند تمزق الانسجة بفعل صدمة الجسم. فالصدمة النفسية العنيفة تهز النفس و محتوياتها لتترك فيها ثغرة عقلية، و تضطرب فيها ميكانيزمات الدفاع بالرغم من انعدام الفعل الصدمي. كل هذه التعقيدات تحدث في الصدمة النفسية.

1/الصدمة النفسية من طبيعة معقدة

تكون الصدمة على أشكال متعدّدة، لأنّها تدخل الضحية في بعد يتميز باللاعقلانية الذاتية الوجودية والتهيه. عندما يكون الفرد خاضعا للتهديد فإنه في سياق صدمي مباشر. بمعنى مهّد لوجوده قبل أن يكون شاهدا مباشرا على موت عزيز أو أحد، هذا الموضوع له دلالاته بالنسبة للمصدوم. إنها دلالة ترجع إلى مفهوم التقمص مع الضحية، و مع روابط حقيقية و ذاتية بين الأشخاص مثل أن تكون روابط عائلية حميمية، مهنية (معاش مشترك، علاقة خاصة).

2/ التهديد

هو تهديد بالموت، بالعدم، بالتهديم الكلي أو الجزئي. فمواجهة الذات للموت يمكن أن يحدث في لحظة ضئيلة جدا إتلاف لحدود النفس و يترك فيها أثارا لا تمحى.

يمكن أن يكون التهديد من أصل إنساني و طبيعي و بيولوجي. أو بالأحرى من أصل إنساني، هذا التهديد يمكن أن يكون حقيقيا أو موضوعيا، أو يمكن أن يكون ذاتيا. و بالتالي سيكون و قويا أو متكررا أو غير محدود. فالتنبه المفرط يستدعي الخوف، الموت، الرعب، الرهبة ... كلها توظف المخاوف الوراثية (الخبرات الصدمية السابقة). (Mannoni, 1988)

1/سياق الموت

يكون الموت مفاجئا و غير متنبئا به و دون سابق إنذار. يمكن القول بأنّ للموت أنواع يواجهها

الفرد:

موت الذات، موت الآخر أو الآخرين، رؤية الميت أو الجثة التي تصدم... إنها رمزية التعرف على المصدوم ودرجة إرغابها له بالرغم من أنه لا يمكنه تمثيل الموت.

يفترض بأن الموت هو المسبب الأكبر للصدمة. لأن ظهورها المفاجئ و القاسي هو الذي يحدث رعبا وتجميدا للضحية. (Dahn,1995)

الصدمة حينها تخرج الضحية من سجل ذو طابع إنساني، و تقطع علاقته مع الآخر. فمن المستحيل قتل الميت ثانية، هذه الاستحالة تشكل عائقا للواقع، فهو عائق لا يمكن تجاوزه لأنه يضع حدا للكلام. في مواجهة الحدث الصدمي الضحية تفقد مراقبة حياتها أو التحكم فيها و قد ترجع الأمر إلى الصدفة أو إلى الآخر (المكتوب، القدر....)

تجلب الصدمة عدم القدرة و العجز إلى معاش الضحية فضلا عن الضغط النسبي. إنها تفقد استقرار الاعتقادات القاعدية (الأساس) للضحية فيصبح هذا المعاش غير مفهوم، و مهم و دون دلالة بالنسبة للضحية. الهدوء التام أو الصرخات هي غالبا و سائل التعبيرات أثناء الصدمات. إنها تفقد الكلمات، يمكنها إنهاك كل طاقاتها النفسية العالية و الاجتماعية العلائقية، فتجد نفسها لوحدتها مع الصدمة دون حارس، بل في وجود الخوف المخفي.

تطبع الصدمة في نفسية الضحية انهيارات دخيلة في البيئة النفسية الداخلية فتنتج تثبيتا صدميا، هذا التثبيت يولد حينها توقف الزمن بالنسبة للضحية، في هذه اللحظة لا يعيش أبدا بنفس الإيقاع : الماضي و الحاضر و المستقبل، و لا يعني له شيئا، و تصبح اللحظة الصدمية هي الوحيدة التي تعني كمرجع. و لو أن البعد منها لا يعني شيئا سوى المعاناة و عدم الفهم. (Crocq, 1999)

-التغلب على القمع: لمّ شمل الشيء المفقود، مصدر كرب و فناء و متعة ممنوعة. يأخذ الاكتئاب شكل الحداد.

-نقص اللغة: التي تستبعد الفرد من العالم الناطق. يمكن أن تكون هذه الحالة مصدرا للضييق والعار والهجر والذنب. فصورة الموت تنتج ما يسمى بـ "الصدع النرجسي" ، فضلا عن نهاية وهم الخلود. (Lebigot,

2016, p. 68)

الدرس التاسع: العوامل النفسية الرئيسية التي تزيد من حدة الصدمة وأثارها

يمكن أن تحدث الصدمات بسبب: الكوارث الطبيعية (الزلازل والفيضانات وموجات المد والجزر، وما إلى ذلك)، والحوادث التي تعقب الخطأ (الحرائق، والانفجارات، وحوادث النقل، والحوادث في العمل، وما إلى ذلك) وأعمال العنف (الهجمات، عدوان، حرب، إلخ)، والاعتداء الجسدي (اغتصاب، عنف جسدي، لمس، سوء معاملة، تعذيب، التحرش والسيطرة والابتزاز العاطفي).

الانتباه على الموقف المهيد الذي يدفع الاهتمامات الأخرى بعيداً عن الوعي، ويحشد القدرات المعرفية ويشجع اتخاذ القرار والعمل. تنتهي الاستجابة للضغط بشعور غامض بالإرهاق وشعور بالراحة.

1/ على مستوى الشخصية (comme-si ; as if, persona) (Cf. § IV.3)

2/ عيادية الردود العصبية

وضع "كروك لويس" (1974) Crocq L نموذجاً لرصد الأشخاص المصابين بصدمة نفسية والذي لا يزال سارياً حتى اليوم.

1.2. متلازمة التكرار

فصلت متلازمة التكرار عن المتلازمات الأخرى المرتبطة بها. بقيت (متلازمة التكرار) منفصلة لأنها علامة محددة للإجهاد، وتكرار النتائج المختلفة للحدث. الأعراض الأخرى كلها موجودة بشكل أو بآخر. لذلك لا يبدو أنه توجد بالفعل عيادية مشتركة. (Lebigot, 2016, p. 58)

يتمثل الدور الرئيسي لظهور متلازمة التكرار في تذكر الحدث الذي يعاني منه المصدوم. يمكن أن تنشأ هذه المتلازمة بأشكال مختلفة وتتبع ظروفًا مختلفة (كتب، وثائقية، وحوارات، ومعلومات، وفكر، ...).

(Lebigot, 2016, p. 55)

2.2. العصاب المتكرر

له أعراض مختلفة: تكون لدى بعض الأفراد شدة منخفضة، ومتلازمات تكرار متباعدة والتي تلتئم تلقائيًا. هذا هو الحال لدى بعض المحاربين الذين يعانون من كوابيس في الأسابيع أو السنوات التي أعقبت عودتهم من الحرب. إنه ليس عصابًا صدميًا لأنَّ أعراض العصاب غائبة. (Lebigot, 2016, p. 59)

3.2. كوابيس تحيي الفعل الصدمي

أحلام سيئة تعيد إنتاج الحدث الأصلي للعصاب. لديها خصائص إحياء الحدث كما كان يُنظر إليه ويرافقه الاقتناع بأن الحدث الصدمي يحدث فعلاً. أي استعادة المشهد الصدمي وفي الواقع غير موجود.

3/ أعراض أخرى

1.3. القلق

تبدد الشخصية، الاغتراب عن الواقع، الرهاب، نوبة القلق، نوبة الهلع، القلق العام... إلخ. يرتبط الألم مباشرة بالحدث ومعايشة الموت. إنه متكرر وينتج عنه صعوبة في النوم بسبب الكوابيس. هذا القلق عبارة عن سمة مميزة للغاية. يأخذ ظهور رد فعل مروع. يشير الرهاب إلى "نهاية وهم الخلود". (Lebigot, 2016, p. 61)

2.3. الاكتئاب

بالنسبة لـ "فيديدا" (Fedida 1976)، الاكتئاب هو محاكاة للموت: فالفرد يتظاهر بأنه ميت من أجل حماية نفسه من هذا الأخير. وبالتالي، يمكن أن يأخذ اكتئاب ما بعد الصدمة جوانب حزينة وعدوانية ومرضية وانتحارية. هذا النوع من الاكتئاب يضع الفرد في شكل من أشكال الفراغ. (Duchet, 2018, p. 171)

يمكن انتقال الاكتئاب من الحزن إلى هذيان الكآبة، وقد يكون أكثر أو أقل حدة، وقد يلجأ المصدوم إلى استخدام مضادات الاكتئاب (كدعائم حقيقية) كونها تؤثر على الحالة المزاجية والسلوك. (Lebigot, 2016, p. 63)

3.3/ اضطرابات السلوك

- **التهيج والعدوانية والانسحاب إلى الذات:** يلاحظ بعض المرضى تغيراً في سلوكهم مع بعضهم البعض بينما لا يلاحظ الآخرون ذلك. يحاول معظمهم تجنب التصرفات التي تُشعر بالإهانة. (فقد تؤدي هذه المشاكل إلى الانفصال بين الزوجين). (Lebigot, 2016, p. 63)

- **السلوك الانتحاري⁵:** شائع جداً ويبدو متناقضاً. في الواقع يبدو من غير المنطقي عندما ينجو المرء من الموت، أن يسعى إليه. في الواقع، لا يتعلق الأمر بإلقاء نظرة خاطفة على الفراغ، نرى أنها يمكن أن تكون أيضاً شكلاً من أشكال الهروب: يريد الأشخاص الانتحار من أجل الهروب من تجربتهم.

فيما يخص عدد حالات الانتحار بعد الصدمة من الصعب تقديرها. (Pollock et al., 1990, cités par) (Lebigot, 2016, p. 68)

- **السلوك الإدماني:** إدمان الكحول، المخدرات (المهدئات، المؤثرات العقلية أو غيرها من المنتجات السامة).

- **اضطرابات الأكل:** يبدو أن الأشخاص الذين يعانون من الإدمان يدفعون إلى الموت. (Lebigot, 2016, p. 64) هذه التبعيات المختلفة ينظر من خلالها إلى آخرين على أنهم مسؤولون عن الانهيار.

4.3/ المرور إلى الفعل

يفرض الأفراد حاجة للعنف على أنفسهم و/ أو على الآخرين. يدرك بعضهم أن موقفاً ما يمكن أن يقودهم إلى ارتكاب ما لا يمكن إصلاحه. (Lebigot, 2016, p. 65)

5.3/ شكاوى جسدية

الشكاوى الجسدية تعبير عن عدم الراحة، لكنها نادراً ما تأخذ شكل توهم المرض. هذه الشكاوى لها بُعد واضح من اكتئاب القلق. (Lebigot, 2016, p. 65)

⁵ بفعل الاكتئاب الشديد. مختلف عن الاكتئاب الأسامي الذي عبر عنه "مارتي" بالضرورة مثله مثل وجود العصاب.

6.3/ الأمراض النفسوجسدية

يمكن أن تكون خفيفة أو أكثر خطورة. غالبًا ما تكون هذه أمراض الجلد أو الجهاز المناعي (السكري، ارتفاع ضغط الدم، الغدة الدرقية) التي تظهر فجأة وتكون مقاومة للعلاجات المختلفة. تشير هذه الأمراض إلى الشعور بالإهانة والتجريد من الإنسانية الذي يشعر به بعض المصابين بالصدمة النفسية. (Lebigot, 2016, p. 66)

4/ أشكال اكلينيكية

لكي تكون قادرًا على إجراء تشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة، يلاحظ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أنه من الضروري وجود على الأقل عنصر واحد من عناصر المعيار B (الاقتراب من متلازمة التكرار). ومع ذلك، لا ينبغي إهمال آلية الإنكار. فضلًا عن مظهر الكوابيس الذي يتم إثباته من خلال شهادات المرضى أنفسهم أو الأقارب. بالرغم من ذلك، قد لا تكون هذه الكوابيس مصدر هذه الصورة. (Lebigot, 2016, p. 66)

من الأشكال الإكلينيكية نجد متلازمة "تارجولا" (1950) Targowla، لوحظت متلازمة "تارجولا" في ضحايا الترحيل. من خلالها يهيمن على الصورة العيادية إلى حد كبير الوهن البدني والعقلي. يصاحب هذه المتلازمة شعور بالعجز، وعدم القدرة على التصرف (*aboulie*)، والشعور بالعزلة التي يمكن أن تؤدي إلى الانتحار. تكون المعاناة أسوأ عندما تصبح البيئة معادية. بحيث يصبح لدى الفرد إحساس عميق بالظلم يمنع أي تحمل للمسؤولية. (Lebigot, 2016, p. 68)

5/ بنية الشخصية والصدمة

حالة آثار الصدمة تهدد بنية الشخصية والطقوس والقيم الاجتماعية. إنّ الحفاظ على التوازن النفسي للشخصية، والوقاية من التنبهات الآتية من الخارج من وظيفة البنية الواقية. الجدول أسفله يوضّح البنية الذهانية وخصائصها التي من الممكن أن تحدثها الصدمة النفسية.

جدول4: الفروق بين الاضطرابات الكبرى في الشخصية

حالات حدية	ذهان	عصاب	--
اكتئاب، تفعيل شبهة مرضية حالات ذهانية حادة	لاواقعية، غرابة اللابراغماتية توحد، هذيان	هستيريا، وسواس، فوبيا	الأعراض
فقدان الموضوع تبعية، تطفل فراغ، وحدة	انشطار، تعدم انفجار، تدمير التحام، لاشخصانية	خصاء مع تأنيب الضمير	القلق
اكتئاب طفلي تبعية، ازدواجية عياء نفسي، نرجسية	أمومة ثنائية	جيني، إغوائي	العلاقة مع الموضوع
قطاع تكيفي قطاع	منشطر مجزأ	مؤحد	الأنا
انشطار، انكار نكوص، تقمص اسقاط، مراوغة	انشطار، انقلاب انكار، تقمص اسقاطي اللااستثمارية	كبت، إلغاء، إزاحة، عزل	ميكانيزم دفاعي
هوام الأنا/مثالية الأنا	الأنا/الهو	أوديبي: نزوة/منع الأنا/الأنا الأعلى	صراع

المصدر: ترجمة، بهتان (Rannou-Dubas & Gohier, 2002)

الدرس العاشر: استراتيجيات مواجهة *Coping* الصدمة النفسية

1. تعريف استراتيجيات المواجهة

نؤكد على أنّ كلمة مواجهة مشتقة من فعل واجه، يواجه. وأصلها من اللغة الانجليزية *To cope*. من الناحية الاصطلاحية هي دفاعات شعورية (مختلفة عن ميكانزمات الدفاع)، وهي مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى ضبط أو تقليل أو تحمل مطالب داخلية و / أو خارجية محددة، والتي يمر بها الموضوع على أنها تهديد أو استنفاد أو تجاوز لموارده.

يرى بعض الباحثين (Paulhan & Bourgeois, 1985) أنّها تلّخص في الغالب في بعدين أساسيين: التركيز على المشكل، و/أو التركيز على الانفعالات. هذين البعدين يواجه من خلالهما الفرد الأحداث الصدمية بصفة منفردة أو مجتمعة. يتمايزان عن بعضهما البعض فيما يخص أفضلية العلاج لدى المصدوم أو المضغوط، لكنّ التمييز هذا يأتي من خلال مدى ظرفية ووقتيّة وديمومة واستمرارية استخدامهما. مثل: البحث عن السند الاجتماعي، قمع الانفعالات، التركيز على المشكل،... الخ.

1.1/ كوبينغ مركز على المشكل

تدل هذه الإستراتيجية على عدم التخلص من وهم الحادث الصدمي أو الضغطي. فقد تزيد من الإجهاد. هذه الإستراتيجية مؤثرة على الصراع، تحتضن القلق عن طريق إزالة المشكل. قد تسمح هذه الاستراتيجية للفرد القيام بوظائفه، أو العكس يمكن أن تعزّز الوضعية الإجهادية.

2.1/ كوبينغ مركز على الإنفعال

الإستراتيجية هذه تدل على الإلغاء، والاختزال أو السماح للاضطرابات الفيزيولوجية المتعلقة بظهور الإجهاد. هذه الإستراتيجية مؤثرة فقط على عرض الإجهاد وليس على الصراع نفسه، تحتضن القلق عن طريق تعديل الانفعال. ميّز "لازاروس" (1982) Lazarus وآخرون نوعان من التعديل.

قد تسمح هذه الاستراتيجية للفرد القيام بوظائفه، بالرغم من الوضعية الإجهادية. يمكنها إلغاء الإضطرابات الانفعالية مع فرض التجنب السلوكي. (Folkman, Lazarus, 1982, 1984) وهي الاستراتيجية الأكثر استعمالاً، ويمكن أن تتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي (نشاطات رياضية، ألعاب، استرخاء، تسلية) والتي من شأنها تسمح للفرد بتفريغ الشحنة العاطفية، ومن ثم يحس بالراحة، ولو بصفة مؤقتة كونها تحول دون الإنتباه والتركيز على مصدر الإجهاد. فالتجنب قليل الانفعالية والإنجاز. تتوقف فعالية النشاطات المعرفية على تخفيف التوتر الإنفعالي و درجة الإجهاد. إذ أنه من الصعب تحول النشاط نحو التحدي عندما يتعلق الأمر بالوضعية ذات الإجهاد العالي، مثل: الوضعية التي تهدد حياة الفرد، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الاستراتيجيات (Dantcher, 1989, p. 30) عن مواجهة تلك الوضعية. وأهم الإستراتيجيات المركزة على الإنفعال:

- أ. البحث عن معنى الحياة: (الجانب الديني، تذكر الإهتمامات، القيم و المعقدات...).
- ب. أخذ مسافة انفعالية: ملاحظة ما حدث من بعيد و تهدئة المزاج.
- ج. مقارنة أشخاص آخرين في نفس الوضعية: فيما نجحوا فيه وبالأخص في كل ما يماثلهم.
- د. التعبير عن الأحاسيس المسرة
- هـ. الملاحظة للتعرف أكثر
- و. التدريب على الإسترخاء
- ز. الحادث المثير: حياد، أو انفعال
- ح. انفعالات إيجابية: (إقحام الأنا) للرفع من تقدير الذات (الشهامة "الأنفة"، والعاطفة المتبادلة والحب).
- ط. انفعالات سلبية: تحطيم تقدير الذات (الغضب)، مهاجمة الذات (الخوف والقلق)، وفقدان الذات (الحزن).

2/ مواجهة الصدمة

يظل الجانب الحسي والتفكيري للواقع النفسي غير منفصلين. لذلك فإن الترتيب الجديد يحترم ثوابت التحليل النفسي (الحياد الايجابي، والامتناع، والاستخدام الحصري للكلام، وتفسير التحويل) فضلاً عن الكشف عن مبادئ معينة. (Anzieu, 2007, p. 126135).

أ/ مبدأ التطور: تكون المرونة في الإيقاع والمدة والطريقة (عبر الهاتف على سبيل المثال) أو قد تكون جداول الجلسات ضرورية لتحقيق انتظام حقيقي.

ب/ مبدأ عدم تكرار العامل المرضي: كل متغير مكرر لوضعية مرضية يتم تعليقه، والذي بدونه قد يكون الوضع التحليلي جزءاً من سياق صدمة تراكمية غير قابلة للتحليل.

ج/ المحلل النفسي، مساعد لاحتياجات الأنا المريضة (حرمان أو معاناة).

د/ تحديد احتياجات الأنا التي تتجلى من خلال رغبات الأصل الغريزي

هـ/ قبول تقديم أو إيداع مواضيع-علامات

و/ تأكيد الوضوح النفسي

ز/ البحث عن ما يتكرر

ح/ التفسير التراكمي: "[...] أي صدمة تستدعي تفسيراً تراكمياً. (Anzieu, 2007, p. 131)

الفراغ وغياب التمثيل الذاتي والترميز وآليات الدفاع الجذرية المستخدمة (الانشطار، والتقمص الإسقاطي، على سبيل المثال) تتطلب أن يتم استدعاء التفسيرات.

ط/ الاستخدام الجيد للمواجهة: يعتمد وضع المريض (مستلقٍ، وجهاً لوجه، ونادراً ما يكون عبر الهاتف أو أمام الباب) على عيوب الاتصال الأولية. تعد المواجهة ضرورية، ومع ذلك، عندما يتم إحباط التعلق في وقت مبكر، وعندما لا يكون لدى المريض ما يكفي من الأمان النرجسي. غالباً ما يحتاج المريض إلى فهم

محلّله بصفة شاملة (بالنظر إليه، والسماع له)، لاستعادة المرآة الأولى، ولاستدخال العلاقة محتوى-
الحاوية.

ي/ تجسيد الساحة الوسائطية: من المناسب استثمار مساحة وسيطة (الممر، غرفة الانتظار) كرابط
نفسى للوسط. بحيث تنتهي الجلسة عندما يغادر المريض المبنى كليا (وليس القاعة).

ك/ التفسير بضمير المتكلم: من الضروري في بعض الأحيان التحدث بضمير المتكلم عندما يتم التعرف
على المفحوصين بشكل خاطئ أو عدم أهليتهم. في هذه اللحظات التي يجب أن تظل استثنائية، يتحدث
المحلل النفسي كمحلل نفسي وكرجل أو امرأة (لا يتطرق إلى سيرته الذاتية). وبالنسبة لأسئلة المريض
حول الحياة النفسية لمعالجه ليست إلا مقاومات نرجسية.

ل/ الانتباه إلى الهجمات ضد تقدم العلاج: العلاج النفسي، على الرغم من تقدمه، يمكن أن يخيب أمل
المريض. قد يدمر ما يمكن أن يكون جيداً. يجب رصد هذا التفاعل العلاجي السلبي وتفسيره على أنه
محاولة لجعل المحلل النفسي يشعر بخيبة أمل. (Calamote, 2014, pp. 157-163)

أو كما نصفه نحن بحالة "المفحوص الشاذ نرجسيا".⁶

⁶ من خصائص الشاذ سلوكيا (المنحرف النرجسي)، يرى الآخر أضعف منه بكثير. أي يعتبر المعرفة إلى جانبه وليس إلى الشخص الذي قدّم إليه الطلب. بل أكثر من ذلك،
قد يتعدى الأمر إلى وضعية متناقضة مع المعرفة. بمعنى وجود إمكانية التعارض مع معارف الآخر. لا يطلب المقابلة بهدف العلاج من الشذوذ، بل لتعريف معاناته. (بّهتان،
2019)

الدرس الحادي عشر: "ميكانيزمات" الدفاع النفسية

تمهيد

إنَّ أصل الدِّفاع ليس مرضي بل إنَّه مرتبط بالصِّحة و بالسوية و يدل على التوافق النفسي كما ذِكر، إلاَّ أنَّ المرض واللاسوية سببهما يكمن في نقاط كما حددها "بيرجوري" (Bergeret, 2003) : يحدث المرض عندما تكون الدِّفاعات اعتيادية و غير فعّالة وقاسية و غير متوافقة مع الواقع الداخلي و الخارجي للفرد ومن نوع واحد. أو بالأحرى، التركيز على ميكانيزم واحد يعني المرض النفسي، وسوء التوافق.

الميكانيزمات (الحيل) الدِّفاعية سلوكات لاشعورية تهدف إلى تخفيف حدّة الصراع، والتوتر النفسي، والقلق التي تنشأ من استمرار حالة الإحباط بسبب عدم إشباع الرغبات.

توجد عدة ميكانيزمات نفسية لا شعورية أساسية. أو كما ذكرها فرويد. كلّها تنبثق عن الكبت⁷ (باعتباره أبو الميكانيزمات الدِّفاعية): النكوص، الاسقاط؛ التكوين العكسي، التسامي، الانكار؛ التبرير، التعويض، النقل، التقمص.

في سياق موضوع الصدمة النفسية، يمكن التطرّق إلى ميكانيزم ما يسمى "ستوكهولم": تقمص هوية المعتدي. بالنسبة للطفل، سلوك التقمص متطور ومفيد لنمو وتطور الشخصية.

عندما يتعلّق الأمر بالفرد ضحية التهديد يتقمص مع المعتدي (Laplanche and Pontalis، 1967):

من خلال استئناف العدوان، من خلال محاكاة المعتدي، من خلال تبني رموز معينة للقوة.

⁷ يلجأ إليها الفرد للتخفيف مما المعاناة النفسية. يستنفذ الكبت قدرا كبيرا من طاقة الفرد المتاحة. بالنسبة لفرويد الكبت آلية لا شعورية وهو من أول وأهم وسائل الأنا في الدفاع والأفكار والصراعات والذكريات المثيرة للقلق من حيز الشعور والادراك. وحينما يتم الكبت فإنّ المادة المعزولة لا تدخل نطاق الشعور على الرغم من انها تؤثر في السلوك وتعد بعض انماط فقدان الذاكرة دليلا على وجود الكبت.

مثلا، النسيان لدى الطالب خلال الامتحان، هي احدى علامات الكبت، ويرى فرويد ان عملية نسيان الاسماء والمعلومات ونسيان الافراد والاماكن المثيرة للقلق(كنسيان اسم المحب المنافس مثلا) يعزى هذا كله الى الكبت، وحتى الاحلام ما هي إلا مكبوتات تمثل رغبات لا شعورية مثيرة للقلق.

إنّ التقمص بـ "المُعدي" يجمع بين التقمص والتخارج والإسقاط، والانقلاب إلى النقيض. لاحظت "آنا فرويد" (1936) تراكم عدة آليات: التقديم، الإسقاط، الإنعكاس النقيض. (Ionescu & al., 2003, p. 125)

مثال: اعتداء الصهاينة على العرب. في إحدى جنباته سلوكات تعبر عن تقمص لشخصية المعتدي (النازيين). يسمى التقمص بالمعتدي. فالتقمص "وسيلة للتخفيف من الخوف أو القلق.

1/ تصنيف ميكانيزمات الدفاع

وجمّعتها أحد المحللين المحدثين؛ "كاترين شاير" (1983) Chabert C في أربع فئات مختلفة.

- (1) الجمود: الحيلة اللفظية، التردد، الانتقاد، الرفض، الإلغاء، العزلة.
- (2) القدرة: تعليق شخصي، إشارات إلى عدم الكفاءة، زمن انتقال قصير، قمع، انحدار، إثارة جنسية.
- (3) التثبيط: استجابة غامضة، تقييد الإنتاج، التجنب، إزاحة القلق، الإسقاط، الكبت.
- (4) العمليات البدائية (الأولية): الإحجام، سرعة الاستجابات، الإسقاط، التحديد الإسقاطي، الإنكار، الانشطار، السياق الجزأ.

وجمع بعض الباحثين الدفاعات في سبع مستويات من مستوى بدائي إلى مستوى ناضج.

جدول 5: مستويات الدفاعات في الحالات الصدمية

الترتيب	مستوى الدفاع	الدفاعات
السابع (7)	دفاعات ناضجة (مستوى عالٍ من التكيف)	الانتماء، الإيثار، الترقب، الفكاهة، الحزم، الملاحظة الذاتية، التسامي، القمع
السادس (6)	الوسواس الدفاعي	العزلة، والتفكير، والبراغماتية
الخامس (5)	الدفاعات العصبية	- قمع، تفكك - تشكيل تفاعلي، إزاحة
الرابع (4)	الدفاعات عن طريق تشويه بسيط للصورة (نرجسي)	القدرة الكلية، المثالية، تخفيض قيمة العملة
الثالث (3)	التنصل من الدفاعات	الإنكار، الإسقاط، التبرير (يقع الخيال عند هذا المستوى)
الثاني (2)	الدفاعات عن طريق تشويه الصورة الرئيسي (الحد الفاصل)	تقسيم صور الآخر، وتقسيم الصور الذاتية، وتحديد الإسقاط
الأول (1)	دفاعات العمل، مستوى منخفض،	تصرف تكيف، عدوان سلبي، شكوى - رفض مساعدة (توهم المرض)

المصدر: ترجمة بهتان، 2020؛ "لينجياردي (1999) Lingiardi

2/ مميزات ميكانيزمات الدفاع

تتميز الحيل الدفاعية بما يلي:

- تعمل لا شعوريا بحيث لا يتفطن الفرد اليها

- خروج المكبوت في شكل رمزي، بمعنى تزور وتحرف الواقع المعاش لدى الفرد.

حسب "لابلانشر وبونطاليس" (1973) Pontalis & Laplanche توجد أنواع مختلفة من العمليات التي

تتحدد من خلالها ميكانيزمات الدفاع.⁸

⁸ يرجع الباحثان الصدمة النفسية إلى أحد مسببات العصاب. بحيث يعرفان أسباب الأخير من خلال الجمع بين التثبيت في الليبيدو (تجارب طفلية والتكئة بين الجنسي) والتجربة الصدمية.

الدرس الثاني عشر: العلاج الاستعجالي

تمهيد

يمكن أن يساعد علم النفس في تقليل أعراض الصدمة من خلال تعزيز راحة الفرد. لهذا، كونه يركز على الجوانب الإيجابية لعمل الإنسان. تتطلب هذه المهارات شروطاً معينة ومناخاً شخصياً ليتم الوفاء به. يتم ضمان هذا المناخ بشكل خاص من خلال الأسرة والبيئة الاجتماعية. بالنسبة لروجرز (1970) Rogers، يتميز البشر بمهارات التنظيم الذاتي وتقرير المصير والموارد النفسية. من الناحية العلاجية الناس لديهم القدرة على تغيير مواقفهم وطرائق سلوكهم. (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020; Tarquinio & Montel, 2014) تتعدّد أساليب التعامل مع الصدمة النفسية بتعدّد المقاربات العلاجية. على سبيل المثال لا الحصر يعتمد علاج الصدمة على علاج نفسي قصير ومركّز لفترة طويلة. (Lebigot, 2005, pp. 170-171)

يشير العلاج النفسي عموماً إلى الرعاية أو المرافقة من قبل شخص معالج، لشخص أو أكثر من الأشخاص يعانون من مشاكل نفسية. يطبق على شخص يعاني من اضطراب عقلي أو سلوكي أو أي مشكلة أخرى تسبب معاناة نفسية. الهدف منه هو تعزيز التغييرات في الأداء الإدراكي أو العاطفي أو السلوكي، وفي الشخصية. (Chambon & Michel, 2019; Rogers, 1945)

بالنسبة لعلاج الصدمات يستفيد من العديد من طرائق التكفل: العلاج المعرفي السلوكي، أو بإزالة الحساسية من خلال حركة العينين وإعادة المعالجة (EMDR)... تتميز هذه الطرائق المختلفة بالسرعة وسهولة الإعداد. على الرغم من بعض الإخفاقات. بالمقابل يظل العلاج المعرفي السلوكي الطريقة الأكثر استخداماً في علاج الصدمات. (Lebigot, 2016, p. 93)

يعتمد العلاج على علاج نفسي قصير ومركّز لفترة طويلة أو أكثر. (Lebigot, 2005, pp. 170-171) ويأخذ شكل استخلاص معلومات فردية أو جماعية يتبعها مقابلة عيادية يروي فيها المفحوص تجربته قبل الحدث الصادم وبعده.

1/ علاجات نفسية استعجالية

توجد طرائق تعمل على الفرد وعلى علاقته بالصورة المؤلمة. وتسعى إلى سحب الاستثمار من الصورة المؤلمة. لا تؤدي هذه الأساليب إلى علاج حقيقي، ولكن يبدو أنه عندما يحدث ذلك يكون بجودة أفضل من العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج بتحريك العينين⁹ (EMDR). وتجدر الإشارة أيضاً إلى ممارسة العلاج النفسي الداعم الذي يتميز بأنه لا يعتمد على أسلوب محدد. ويتم العلاج النفسي الديناميكي على عدة مراحل:

أ. مرحلة اللقاء بين المفحوص والمعالج (جلسة إحاطة).

تتكون المعالجة الفعلية من متابعة الحدث بالتفصيل. في كل مرة سيتم تحليل طبيعة الحقائق، فك تشفير العواطف والأفكار. سيتم ذلك استخلاص المعلومات من بدء الحديث. يسمح للمعالج بالنظر في الصعوبات التي قد تنشأ أثناء العلاج مع لفت الانتباه إلى المتضررين أكثر من خلال الحصول على مزيد من الدعم اليقظ.

يتبع الاستخلاص الأول استئناف بعد بضعة أيام. هذا لإضافة التعليقات. يجب أن يفهم المفحوص أن المعالج لا يهتم فقط بالحدث الذي عانى منه. (Lebigot, 2016, p. 94)

ب. مرحلة حرية التعبير

يجب أن يترك المعالج المفحوص يتكلم. تكمن الصعوبة في حقيقة أن المفحوص يجب أن يشعر أن فكر المعالج يرافقه. يتعلق هذا بطرح الأسئلة أو إعادة الصياغة أو التعليق أو تقديم الاقتراحات. (Lebigot, 2016, p. 96)

على المعالج محاولة فهم ما الذي دفع مريضه إلى استشارته. يجب أن يكون لدى المفحوص الوقت لشرح طلبه. يجب أن يتعامل المعالج مع التفاصيل التي يريد المفحوص إعطائها له. لكن في النهاية، سيتعين على المفحوص التعامل مع أعراضه.

⁹ سنأتي عليها بالتفصيل لاحقاً.

الهدف من العلاجات النفسية الديناميكية هو تحويل سحر الصدمة إلى سحر يربط المفحوص وتاريخه المعاد كتابته. تتم إعادة الكتابة هذه أولاً حول الصدمة ثم تفتح على أجزاء أخرى من تاريخ الموضوع. من الضروري ملاحظة أن الخطأ، حتى الخطأ الأوديبي، يحتل مكانة خاصة في حسابات المصابين بالصدمة. (Lebigot, 2016, p. 98)

ج. الرعاية الاستعجالية

إنّ الرعاية الفورية للمصابين نفسياً تجعل من الممكن استعادة القدرات العملية المختلفة للمعرضين لحدث عنيف. يعتمد العلاج على الاصغاء وجلب الراحة، فضلاً عن المهدئات للمساعدة على النوم. (Lebigot, 2016, p. 101)

تهدف خلايا المساعدة المختلفة إلى التدخل في أقرب وقت ممكن بعد الحدث لتوفير رعاية بسيطة وتقديم الدعم. وجود المختصين النفسيين في عين الأزمة يثبت للمصابين أنهم مروا بشيء خطير وأن المجتمع يجب أن يمنحهم الفرصة للتخفيف من أمراضهم. (Lebigot, 2016, p. 102)

يتعلق الأمر بتخفيف المعاناة العقلية. في هذا الإطار يجب أن يكون المتدخل النفسي قادراً على تقديم إجابة للقلق مهما كان شكله. يجب أن يخفف ويحد من التأثير من المعاناة. (Lebigot, 2016, p. 106)

التقرب من المفحوصين من خلال الأسئلة المختلفة التي يتم طرحها عليهم، تتكيف مع الموقف والسياق. بحيث يتلقى الأشخاص الذين يعانون من الإجهاد معلومات عن الأعراض المختلفة التي قد تحدث لهم، وأين يمكنهم تلقي المساعدة. ويحق للذين يعانون من حالة توتر وقلق حضوراً مطمئناً يسمح لهم بترتيب كلماتهم. ليتم إخراجهم من الدهول ومن صمتهم. بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض عقلي يتم نقلهم إلى المستشفى. على العموم، كلما ارتفع عدد الأشخاص، كان اكتشاف القلق سهلاً.

2/ التكفل الاستعجالي¹⁰ *Débriefing*

يتعلق العلاج الاستعجالي بشرح ما حدث للمعرضين لحادث (صدمي). هذا ما يسمح لهم بوضع مشاعرهم في كلمات. وقد يأخذ العلاج النفسي شكل "تكفل استعجالي" فردي أو جماعي متبوعًا بمقابلة سريرية يسرد فيها المفحوص تجربته قبل الحدث الصادم وبعده. وتتمثل خطواته فيما يلي:

3/ تحصيل المعلومات

تتعلق بمجموعة من الإجراءات المتتالية للتكفل بالمصدوم:

أ. استخلاص معلومات من المفحوص: التعرف على معلومات من المفحوص من مبادئ العلاج النفسي. يسمح هذا بوضع المشاعر في كلمات (Ponseti-Gaillochon & al., 2009; Szepielak, 2010). والهدف من تحصيل المعلومات هو إدراك الصدمة وآثارها.

ب. الإصغاء: هو إجراء أساسي من العلاج. يتمثل في التعرف بالتدقيق عما يرويه المفحوص من تفاصيل عن تجربته المؤلمة. إنّه يحاول فهم الأمر ومعرفة ما حدث له. ولكي تكون الذكريات دقيقة قدر الإمكان، يجب أن يتم استخلاص المعلومات في أسرع وقت ممكن بعد الصدمة.

يشرح المعالج ما حدث. مع الحرص على السريّة والتداعي الحر. بهدف تجميع الحدث في تسلسله الزمني. يُطلب من المفحوص بشكل خاص أن يصف الأحاسيس المختلفة التي شعر بها قبل وأثناء وبعد المأساة. (سرد الحقائق فقط).

ج. التعبير الانفعالي: الأمر متعلق بمشاركة التمثّلات المختلفة للحدث. فهم تجربته والأفكار المرتبطة بمشاركة عواطفه، ضروري بالنسبة للمفحوص. مهم أن يشعر الآخرون بما يشعر به. لا بد من التركيز

¹⁰ لقد تم مقابلة التكفل الاستعجالي مع الاستعجالات الطبية. في الثقافة العربية، وفي حالة الجنائز، يستلزم الوقوف مع الفاقدين ثلاثة أيام الأولى. فترة المساندة هذه جزء من التكفل الاستعجالي. عملية المساندة في الطرف الاستعجالي تمتص عنف الصدمة لدى الفاقدين.

على الاضطرابات الجسدية و/أو النفسية لكشف الأعراض. مع توليف المشاعر المختلفة ومقارنتها بأحداث أخرى مماثلة. يقوم المعالج بإعلام المفحوص بمدى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة.

مثال: السيدة "ج" 36 سنة متزوجة ولديها طفل واحد. السيدة "ج" منزعجة جدا: فقدت ذاكرتها وتعاني من اضطراب سلوكي. تقول إنها تعرّضت للاغتصاب في سن الثامنة من قبل أحد أفراد عائلتها. فجأة، تجد صعوبة في إقامة ارتباط آمن مع الآخرين. يركز العلاج النفسي للسيدة "ج" على استحضار بعض الذكريات الخاصة بالاغتصاب. ومع ذلك يحدث أن تكون غير متأكدة مما تقوله، هل حقيقي أم لا. غالبًا ما تحدث لها هلوسات عندما ترى مهاجمها الذي توفي مؤخرًا. تقول إنها وجدت صعوبة في الوثوق برجل مرة أخرى، وأن زوجها كان صبورًا جدًا. بعد ولادتها الأولى رفضت الطفل أولاً، وكانت تخشى أن تلمسه وتؤذيته. كانت تغضب بسهولة وتبكي على لا شيء. بفضل العلاج النفسي، تشعر السيدة "ج" بتحسن وهي قادرة على رعاية طفلها. وتقبلت حملها الثاني بالترحيب.

مثال: السيدة "ح" تبلغ من العمر 39 عاماً كاتبة ولديها أربعة أطفال. كانت ضحية احتجاز رهائن في أحد البنوك مع عشرة أشخاص آخرين، من بينهم طفلين. واستغرقت عملية الاحتجاز قرابة ثلاث ساعات. ولم تقع اصابات بين الرهائن وموظفي البنك. تمكنت الشرطة من إيقاف اللصوص. شاركت في سرد معلومات حول حادث الرهن مع الرهائن الآخرين. عندما جاء دورها، قالت السيدة "ح" بإيها كانت تخشى الموت في هجوم من قبل الشرطة. تصرّح بأنها عانت من شكل من أشكال متلازمة "ستوكهولم"¹¹. تخبرنا على وجه الخصوص أنّها فهمت ما شعروا به، حتى إنّها كانت تتعاطف معهم بشكل حقيقي. في نفس الوقت كانت خائفة، وفي تناقض حقيقي. ويقول آخرون إنهم شعروا أيضًا بالارتباط مع خاطفيهم، ويتشاركون أيضًا شعورًا متناقضًا بين الخوف وهوية الذات.

¹¹ التقمص بالمعتدي.

4/ إنشاء وحدات الأزمات

يتم إعداد خلايا الأزمات فور وقوع الحدث. تهدف إلى تقييم حجم الموقف من أجل الاستجابة بشكل مناسب. كما أنها تجعل من الممكن تقديم دعم الأفراد المعنيين. وحدة الأزمات معنية بشكل رئيسي بالإغاثة، وتقديم المساعدة للمصابين بجروح خطيرة ونقلهم إلى المستشفيات القريبة. يتم علاج الأقل خطورة في الموقع ويتم تحويلهم إلى الطبيب أو المهنيين المحترفين (مختصين نفسانيين والأطباء النفسيين).

أ/ المبادئ العامة تنص على إنشاء خلايا الأزمات مباشرة بعد الحدث. بهدف تقييم حجم الموقف

للاستجابة بشكل مناسب، وتجعل من الممكن تقديم دعم للضحايا. (Romano, 2013)

ب/ طرائق التدخل يمكن أن تكون إدارة الأزمات أثناء حدث صادم أمرًا صعبًا، لأنها تواجه الفرد بنقص الأشخاص وفقدان وسائل (محامل...). تتطلب الاستجابة بالقدرة على تنظيم الجهود التعاونية المتعددة من مختلف المؤسسات. وقبل كل شيء، يتعلق الأمر بوضع جميع الوسائل المتاحة للتعامل مع الصدمة للتغلب عليها. وهذا من خلال تحديد وحدة الأزمات: "من يفعل ماذا"، وتنظيم الزمان والمكان، وتعيين المهام المختلفة للمستجيبين. يسمح هذا بالتركيز بشكل أفضل وتوفير الوقت.

مثال: يبلغ السيد "س" من العمر 25 عامًا، ويعمل في حرس السواحل. أعزب. في يوم عاصف، تلقى مكالمات استغاثة واضطر إلى تنظيم إنقاذ القوارب المعرضة للخطر. يوجد العديد من الأرواح على المحك. وبسرعة، تم إنشاء وحدة أزمات: قام بإعطاء وتنظيم الأدوار على كل شخص. أخذ «س» الأمور بين يديه وأظهر بأنه قائدًا جيدًا. بمجرد أن تم إنقاذ جميع البحارة، رافقهم وزملاؤه إلى مركز المساعدة (دعم ومساندة).

الدرس الثالث عشر: علاجات سلوكية معرفية (CBT)

تمهيد

العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مجموعة من العلاجات القائمة على التعلم والتكيف. وتتضمن تعديل الأنماط الداخلية المختلفة لتفعيل الاستجابة المطلوبة. يتعلق الأمر بتدريب الشخص من خلال تدريبات عملية. (Bouvet, 2020)

وتأخذ العلاجات السلوكية المعرفية أشكالاً متعدّدة بحسب الإصابات والمعاناة والاضطراب، فضلاً عن تدخلات المعالج. بل وتختلف باختلاف التقنيات.

1/ التربية النفسية

يتكون هذا العلاج من تعليم المفحوص معرفة أعماله الداخلية حتى يكون أكثر استقلالية. تشرح له أن رد فعله طبيعي تمامًا حتى يتمكن من تبرئة نفسه من الذنب. يجب على المعالج أن يجعل المفحوص يفهم أنه ليس بمفرده، وأنه سيتم الاعتناء به.

2/ التعرّض

تشير هذه التقنية إلى حقيقة مواجهة الموقف الصادم، بهدف فصل الارتباط بين المنبهات التي أصبحت خطيرة، وذكريات الصدمة. هذا لمساعدة المفحوص على تقليل قلقه. كلما واجه المفحوص الموقف، كلما قل قلقه وزاد تغيير سلوكه.

3/ إعادة البناء المعرفي

إنه يجعل من الممكن إعادة تقييم درجة التهديد، بهدف أن يكون المفحوص قادرًا على قبول مفهوم التعرّض لحدث مشابه مرة أخرى. وبالتالي، فإن الصدمة تقود الموضوع إلى التشكيك في التهديدات المختلفة التي يشكلها الآخر وبيئته. النقطة المهمة هنا هي أن يكون قادرًا على تقييم درجة التهديد بشكل واقعي.

4/تسيير العواطف

عبارة عن مجموعة من التقنيات التي تعتمد على الاسترخاء والتنفس وتقدير الذات.

5/التنويم المغناطيسي

يسمح التنويم المغناطيسي لبعض الأفراد باستعادة الأحداث الصادمة دون الشعور بالعواطف السلبية المرتبطة بهذا الحدث. (Erickson & Cooper, 1954)

مثال الحالة "م" عمره 35 سنة. هو حارس سجن. لم يختر هذه المهنة حقًا. لم يكن لديه الكثير من الخيارات. كان يفضل أن يكون مدرسًا لكنه لم يكن لديه المستوى المطلوب. الحالة "م" يدرك جيدًا أنه يعمل مع أشخاص خطرين، لكنه لا يسأل نفسه. طوال المقابلة، يأخذ الحالة "م" وقفات كثيرة لاحتواء عواطفه. يذكره المعالج بأنه آمن، ولن يحكم عليه أحد. الحالة "م" لديه بعض مفاهيم الدفاع عن النفس كونه يمارس الرياضة. ذات يوم هاجمه عدة نزلاء سابقين، ولم يكن قادرًا على فعل أي شيء. منذ هذا الهجوم، لم يعد بإمكانه النوم، فهو دائمًا في حالة تأهب. في البداية، وصف له المعالج جلسات استرخاء. الحالة "م" لديه مشاعر مختلطة بين الخزي والشعور بالذنب.

يركز الجانب المعرفي على أنماط التفكير. بحيث لا بد على الحالة "م" أن يفرز أفكاره غير المنطقية. أنا لست بأمان" إلى "أنا الآن بأمان"، "أنا أقل من لا شيء" سوف تصبح "أنا شخص جيد" و "لقد فعلت الشيء الصحيح".

يتمثل الجانب السلوكي في جعل الحالة "م" يتعامل مع مخاوفه شيئًا فشيئًا، بطريقة خيالية ثم حقيقية.¹² سيسمح له ذلك بإعادة تعلم كيفية تسيير المواقف بشكل أفضل. يتم أخذ الجانب العاطفي أيضًا في الاعتبار حيث يتعين على الحالة "م" إعادة تعلم كيفية التعامل مع عواطفه.

¹² In vivo & en imagination.

الدرس الرابع عشر: إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بواسطة حركات العينين (EMDR¹³)

تمهيد

تعتمد طريقة العلاج بواسطة الـ EMDR على تنشيط عملية المعالجة العصبية العاطفية الطبيعية التي فشلت في التنشيط بعد التعرض لحدث صادم. تم تقديم هذه التقنية بواسطة عالمة نفس أمريكية فرانسيس شاييرو (Francine Shapiro) (2005) أحد أعضاء مدرسة "بالو ألتو". وجدت أن أفكارها السلبية اختفت بحركة في عينيها. تعتبر طريقة حديثة إلى حد ما في العلاج النفسي، بحيث تعتمد على حركات العينين فضلاً عن التحفيز اللمسي والسمعي. قبل أي علاج، يجري الممارس مقابلات من أجل إقامة علاقة ثقة، وكذلك تحديد الصدمات المختلفة. يتعلق الأمر باستخدام حركة العينين لتحديث العقل، وإزالة الحساسية، وإعادة معالجة المعلومات السلبية. (Roques, 2007; Tarquinio & Tarquinio, 2011, Lopez, 2016)

هي تقنية لا تتوقف فقط على تحريك العينين. بل إنها علاجية تستخدم ثمان (8) مراحل عمل، بهدف وضع بروتوكول عمل. شريطة أن يكون للمختص تكويناً نوعياً يسمح له بتقديم المساعدة للآخرين.

وفقاً لهذه الطريقة، فإن المشاعر السلبية والمؤلة المختلفة والمرتبطة بالصدمة يتم تجميدها بواسطة الدماغ (العاطفي). لذلك يجب علينا تحريرها وإعادة معالجتها بطريقة إيجابية للتغلب على الصدمة. تجمع هذه التقنية بين العلاجات المختلفة: العلاج المعرفي السلوكي، أو العلاج التحليلي النفسي، أو حتى التنويم المغناطيسي.

1. الوسائل: الاختبارات الممكن استخدامها

بحسب الحالات المعالجة، في تقنية EMDR يلجأ المعالج إلى استخدام اختبارات. أحياناً لتحديد مستوى لوائح الصدمة للشخص، أو بهدف تحديد ما إذا كانت المعاناة وصلت إلى الحدّية. لتثبيت الأفكار كونها

¹³ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (*Désensibilisation Et Retraitement Par Les Mouvements Oculaires*)

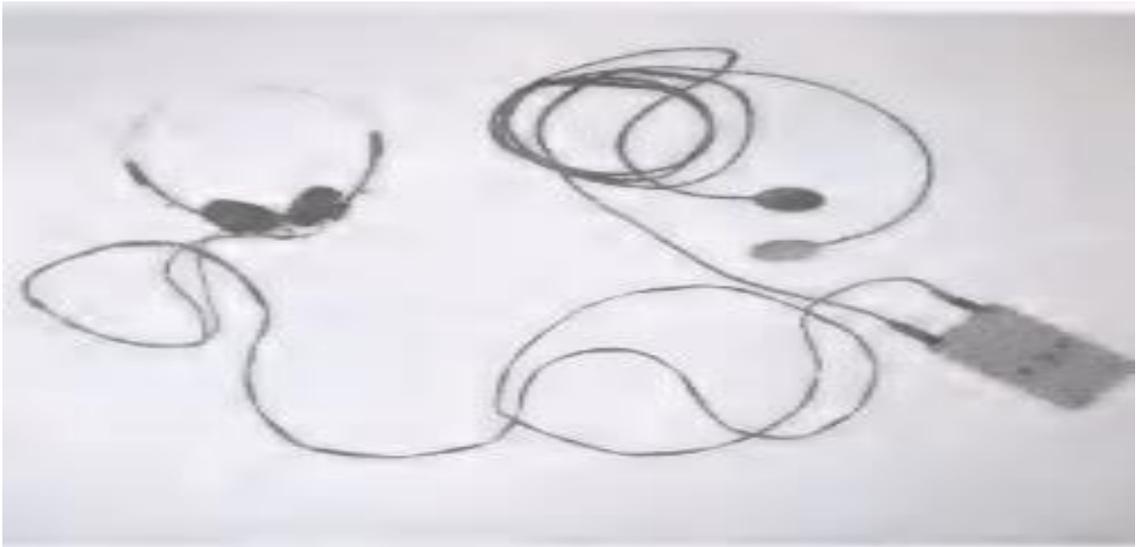
متعدّدة يمكن استخدام في الحالة الأولى "سَلْم تأثير الأحداث" (IES)¹⁴: يحتوي على 15 سؤال تبحث في معرفة ما إذا كان الشخص يعاني من لواحق صدمية (PTSD)، وفي الحالة الثانية سَلْم التفكك في الشخصية EED¹⁵ (يحتوي على 28 سؤال) يسمح باكتشاف ما إذا كان الشخص يعاني من حالة تفكك في الشخصية.

2. التقنية

"التنبيه ثنائي القطب المتناوب" (SBA) يكون في الغالب بصري. يتموضع أمام المفحوص على مسافة تسمح لأعين المفحوص بملاحظة أصابع الفاحص. بحيث يحرك أصابعه يميناً وشمالاً والعكس. على المفحوص اتباع حركة الأصابع.

يمكن لطريقة "التنبيه ثنائي القطب المتناوب" أن تكون سمعية أو حسية. بحيث يُسمع الفاحص بالأيدي أصواتاً متناوبة بالقرب من أذني المفحوص، أو بالضرب على الركبتين...الخ. يستعان بأجهزة تسمح بتنبيه حركات العينين لدى المفحوص، أو بتنبيه الأذنين من خلال سماع صوت رنات متناوبة.، فضلاً عن "ديود" ضوئية، وسماعات وأجهزة مولدة للاهتزازات.

رسم توضيحي 1: سماعات وأجهزة مولدة للاهتزازات (Roques, 2011, p. 49)



¹⁴ IES : l'Echelle d'Impact d'Evènement d'Horwitz (1979)

¹⁵ EED : l'Echelle d'Expérience Dissociative de Bernstein Eve & Putnam Frank W (1986).

3/خطوات الطريقة

تتمثل المراحل الأولى من العلاج في التحدّث إلى المفحوص. يحاول المعالج أن يفهم قصته. قبل كل شيء، يتعلق الأمر بتقييم الاضطرابات المختلفة بشكل صحيح. خلال جلسة الEMDR، يستهدف المفحوص الذاكرة المؤلمة وكذلك الصور والعواطف السلبية المختلفة المرتبطة بها. ثم يقوم بحركات العينين ويتلقى المنبهات اللمسية والسمعية. يثير الأحاسيس المختلفة، يجب أن يشعر في داخله أن حالته تتغير من الداخل حتى تختفي المشاعر السلبية تمامًا. (Marx, 2013)

1.3/التواصل (للتشخيص والتقييم-التاريخ-): هذه الخطوة الأولى مخصصة لقصة المفحوص. المعالج

يستمع ويطرح الأسئلة. يتحقق ليرى ما إذا كانت اضطراباته متوافقة مع علاج الEMDR. يشرح المفحوص في بدايات التكفل أسباب مجيئه، ويستنبط الفاحص الخطوات العريضة لتاريخه الشخصي. يحدّد أهم عوامل التنظيم. يقوم بالتشخيص مع الحرص على قدرة المفحوص على تحمل الانفعالات التي تظهر خلال العلاج بواسطة الطريقة.

2.3/شرح البروتوكول (تحضير المفحوص و تحضير الجوانب الايجابية): يقوم المعالج بنقل الوسائل

المختلفة التي يجب وضعها للتعامل مع المشاعر السلبية المختلفة. يجب أن يتعلّم المفحوص إتقان تقنيات الاسترخاء، كما يجب أن يلاحظ الأحداث المختلفة التي أثارت المشاعر السلبية. لهذا، يجب عليه أولاً بناء مكان آمن (حقيقي أو خيالي)، والتركيز على جميع الأحاسيس المرتبطة به: الصورة، الصوت، الرائحة.

يحضّر الفاحص من خلال اعطائه معلومات كافية حول نفسه، ومساره، وطريقة EMDR وسياق الأداء الزمني والمالي. حتى يتمكن المفحوص من اتخاذ القرار. يفترض على الفاحص التمكن من تطبيق طرائق الاسترخاء عند الحاجة. سيما تطبيقها في حالة ظهور انفعالات شديدة وغير مرغوبة أثناء العلاج.

3.3/التقييم: يقود المفحوص للتركيز على ذكرياته. يجب أن يشير إلى مستوى محنته عند ذكر أحداث أكثر

أو أقل أهمية في حياته. يتم اختيار الهدف (بروتوكول EMDR) بعد تعداد الصدمات الواجب علاجها، ثم يوجه المعالج مفحوصه إلى مخطط علاج.

يستلزم على المفحوص الاسترخاء ليتمكن من تحمل قلق شديد محتمل ما بين الجلسات العلاجية. فضلاً عن التأثير السلبي لنجاح العملية العلاجية. يستحسن عرض هذه طريقة العلاج على من يعيش في وسط خطير. أولاً الخروج منه قبل مباشرة تطبيق العلاج بواسطة عزل الحساسية والمتعلقة بالصدمة التي خضع لها. بعد التأكيد مع المفحوص على نوع الصدمة التي يود معالجتها، يقوم الفاحص بوضوح مخطط العلاج المنوط.

4.3/إزالة الحساسية: يتعلق الأمر بجعل المشاعر السلبية تختفي. يجب على المفحوص إعادة الذاكرة المؤلمة والأحاسيس المرتبطة بها. بمجرد القيام بذلك، يبدأ المعالج في التحفيز. يطلب الفاحص من المفحوص اعتبار كل من الصورة الحسية التي يحتفظ بها من الحادث، والفكرة السلبية عن نفسه جراء هذا الحادث، والاحساس العام المحدث للخلل على مستوى الجسم. ثم يطلب منه، من خلال العينين، اتباع حركة الأصابع أو شيء آخر يمسك به الفاحص ويحركه، ويطلب منه التعبير عما يلاحظه في هذا التمرين. يمكن للفاحص استخدام، بدل حركة العينين، تنبيه حسي أو سمعي. بعد تكرار التنبيه لمرات يوقف الفاحص التنبيه ويطلب من المفحوص الحديث عمّا حدث له. ثم يعيد الحركات حتى ينحدر الاضطراب إلى الصفر.

5.3/إعادة معالجة الصدمة: بعد عزل الحساسية للهدف المنشود، يسهر الفاحص على مراقبة أحكام المفحوص الايجابية على ذاته. يعزّز إلى الحد الأقصى استخدام حركة العينين أو أي نوع آخر من التنبيه الثنائي القطب والمتناوب. يجب أن يربط المفحوص بين التفكير الإيجابي والتجربة الصادمة: "أنا بأمان"، "لم أعد أخطربأي شيء".

6.3/الماسح الضوئي (تصوير الجسم): للكشف عن المظاهر المتبقية للذاكرة المؤلمة. ومع مرور الوقت، لن يعد الجمع بين التذكر والتفكير الإيجابي يصاحبه الألم. يفحص الفاحص ما إذا كان الجمع بين الفكرة الايجابية والصورة الابتدائية لا تحدث اضطراباً لدى المفحوص. عندها يقوم بإجراء ما يسمى في EMDR بـ **التصوير الجسمي (جمع الصورة الابتدائية والفكرة الايجابية)**، يطلب من المفحوص التفكير في الجسم ككل

من القدمين إلى الرأس. وهذا للتأكد من أن العملية لم تحدث له اضطراباً أو اهتزازاً. فيستمر الفاحص في عزل الحساسية إلى غاية انعدام الاضطرابات، إلى أن تصل حالة الاسترخاء التام. فقد يحصل حدوث حساسية في أحد أعضاء الجسم كعلامة عن ذكرى صدمية يفترض علاجها بنفس الكيفية.

7.3/نهاية الجلسة: لا يتم إنهاء الجلسة العلاجية إلا إذا تم التأكيد على أنّ المفحوص في حالة انفعالية ثابتة ومستقرة للغاية. في الغالب تختتم الحصة بتفريغ انفعالي استعجالي *Débriefing* وبتعزيز راحة المفحوص من خلال الاسترخاء، في حالة الحاجة إلى ذلك. كما يمكن طلب الفاحص في حالة ظهور أي نوع من التغيرات السلبية أو الايجابية على مستوى التفكير، والأحلام. يقوم المعالج بفحص الحالة العاطفية للمفحوص ويساعده على ممارسة تقنيات ضبط النفس.

مثال: السيد "ب" يبلغ من العمر خمسة وثلاثين عاماً. عالم كمبيوتر، متزوج ولديه ثلاثة أطفال صغار. ذات مساء، في طريقه إلى المنزل، وجد نفسه وجهاً لوجه مع اللصوص. لحسن الحظ، أطفاله وزوجته ليسوا في المنزل، ذهبوا لقضاء المساء مع أبناء عمومتهم من الأم. حاول السيد "ب" الهروب لكن اللصوص تمكنوا من اللحاق به. قاموا بضربه بعنف. إنه يشعر وكأنه في فيلم: يرى نفسه يركض هرباً من اللصوص، ويраهم يقتربون. أحد اللصوص يضع مسدساً في صدغه، يشعر أنه سيموت. ومع ذلك، فإن اللص لا يطلق النار. دون تفكير يقوم السيد "ب" بالركض بأسرع ما يمكن، يسقط عدة مرات ويتمكن من الهرب. الدم يسيل على وجهه من غير أن يشعر بذلك. عندما وصلت الشرطة، لجأ إلى مزرعة مهجورة. وجد منزله قد نُهب. فرّ اللصوص دون أخذ أي شيء.

منذ ذلك الحين، يواجه السيد "ب" صعوبة في التركيز ولم يعد قادراً على التواصل مع الآخرين. إنه يشبه الصدف، يعزل نفسه، يشعر بالذنب والخجل. بدأ علاج الـ EMDR بناءً على نصيحة طبيبه. يبدأ بسرد تجربته. سرعان ما أصبحت الأحاسيس غامرة، توقف السيد "ب" عن الكلام. تتيح له حركة العين اليمنى واليسرى المتناوبة المرتبطة بالتحفيز اللمسي أن يهدأ. تتم إزالة حساسية الحدث على عدة مراحل: من "سأ موت" إلى "سأخرج من المأزق" و "أنا لست ميتاً، أنا الآن بأمان". الشعور بالذنب واحترام الذات، سوف ينتقل من "أنا مجرد مخنث" إلى "لقد فعلت الشيء الصحيح". كما كان عليه أن يواجه معنى "لماذا أنا؟ هنا المعالج عجز قليلاً لأنه لا توجد إجابة ممكنة، فاستمر العلاج.

بفضل علاج الEMDR ، تمكن السيد " ب " من التعامل مع سوء الفهم. إنّه الآن قادر على رؤية هذا الحدث بطريقة أكثر إيجابية كدرس يجب تعلمه بين كيفية حماية نفسه، والعلاقات الإنسانية.

8.3/تقنية اعتقال التفكير (إعادة التقييم)

كل حصة تبدأ بتساؤلات حول ما حدث منذ الحصة الأخيرة. الجريدة اليومية تعمل على مراقبة تطور المشاعر و الأحاسيس، بهدف مراجعة واستحسان الطريقة العلاجية. يطلب الفاحص من المفحوص إعادة التفكير في الهدف الأخير وتقييم مستوى الاضطراب الذي أحدثته الفكرة. مع الأخذ بعين الاعتبار إن وجدت فكرة أو أفكار أخرى بين الحصتين العلاجيتين (ناذرا ما يحدث هذا). ينهي المعالج الهدف الأخير قبل مباشرة هدفاً آخر. (Roques, 2011, p. 42-46)

يجب على الفرد أولاً عزل نفسه في مكان بعيد عن الازعاج. سيبدأ بعد ذلك في اجترار ما يدور في ذهنه. يركز على هذه الفكرة ولا يتجنبها لمدة دقيقة على الأقل. عندما يكون القلق شديداً جداً، سيصرخ الفرد (مثلا يقول: "توقف"، أو أي كلمة أخرى تشير إلى أن الأمر قد انتهى). يجب على الفرد أن يدرك أن التفكير الطفيلي يتوقف. يجب عليه أيضاً الخروج من الغرفة التي عزل فيها نفسه. عليه أن يكرّر هذا التمرين عدة مرات: أدخل الغرفة، وأعد صياغة الأفكار المتطفلة، وقل: "توقف" ثم أخرج. بمرور الوقت، سيتمكن الفرد من إيقاف التفكير المتطفّل دون قول أي شيء. بعد فترة، سيكون من الممكن له أن يتوقف عن أفكاره الطفيلية المحاطة به دون الحاجة إلى عزل نفسه. لا تقضي هذه التقنية على الأفكار الوسواسية تماماً، ولكنها تقلّل من مدتها وتطفلها على الحياة اليومية. (Anonyme, 2020)

مثال : تعرضت السيدة "ع"، 35 سنة، لمضايقات في العمل. كان عليها أن تتحرك. ينصحها المعالج بعزل نفسها في مكان ما والتفكير في تجربتها. في البداية، صرخت بسرعة "توقف" وتترك الغرفة لأن المشاعر عنيفة للغاية. لم تتمكن من التهدئة إلا بعد حوالي عشر محاولات. سيستغرق الأمر الكثير من المحاولات حتى تتوقف عن التفكير في الهوس.

الدرس الخامس عشر: عمل الحداد *T. de deuil*

1/ مفهومه

اشتقت الكلمة الفرنسية Deuil من الكلمة اللاتينية *Dolère*، حيث تعني هذه الأخيرة الألم والمعاناة. إنها الحالة النفسية المؤلمة التي يجد الشخص فيها نفسه عندما يفقد شخصا عزيزا عليه. فرويد يرى أن الحداد هو رد فعل نتيجة فقدان شخص عزيز أو شيء مجرد في محله، كالوطن، أو الحرية، أو موضوع مثالي ما. ويتضمن سحب التوظيف الليبيدي من الموضوع المفقود، وذلك في كل الوضعيات التي يتم فيها توظيف معتبر مع هذا الأخير. ويتم ذلك من خلال صرف كبير للوقت والطاقة، وفي خضم ذلك يستمر وجود الموضوع المفقود على المستوى النفسي، ذلك أن كل الذكريات والطموحات التي كان الليبيدو مرتبطا بها يعاد استثمارها من جديد ثم يتم الانفصال عنها فيما بعد. هذا العمل النفسي الشاق الذي يباشره الشخص بهدف الانفصال، يجعل الأنا ممتصا ويعاني من كف كبير، يفقده الإهتمام بالواقع مما يدل على أن الشخص يتفرغ كليا لحداد. (فرويد، في.....).

يعرف "معجم مصطلحات التحليل النفسي" عمل الحداد على أنه: "عملية نفسية داخلية تلي فقدان موضوع التعلق العاطفي، وينجح الشخص تدريجيا من خلالها في الانفصال عن ذلك الموضوع" (Laplanche & Pontalis, 1967). إنه عمل شاق يقوم به الشخص عقب فقدانه لشيء مادي أو معنوي عزيز، حيث لا يتم مباشرة هذا العمل ما لم يتقبل الشخص هذا الواقع ويعترف به.

الحداد كمصطلح نهائي للوجود، وهو توقف لا رجعة فيه عن الوعي والقدرة على الارتباط.. إنَّ الموت صادم، ومزعز، ولا يمكن تصوره بشكل أساسي (Jankélévitch, 1977). خلال فترة الحداد، يقبله الناجون بشكل عام بالقول لأنفسهم: أنه يجب أن يأتي عاجلاً أم آجلاً لأنه جزء من ترتيب الأشياء والحالة الإنسانية.

2/مراحله

ميّز العديد من الباحثين من بينهم "هانيس، وبولي" Bowly عدة مراحل أساسية في عمل الحداد والإنفصال التدريجي عن موضوع التعلق العاطفي.

1.2/مرحلة الدهشة (*Sidération*): تبدأ هذه المرحلة بمجرد سماع خبر فقدان شخص عزيز،

وهي انطباع يشعر فيه الفرد بحالة من الإضطراب تكون مصحوبة بكف ونكوص سريعين.

2.2/مرحلة الإنهيار (*Désorganisation*): تعتبر هذه المرحلة بمثابة انهيار عام للشخصية

حسب "بولي"، Bowlby تتميز بفقدان الأمل في إيجاد الشخص المفقود. إنها مرحلة الإنفصال الحقيقية.

وتتميز بمحاولة لا شعورية لإيجاد الموضوع المفقود، وخلالها يتصرف الشخص كما لو كان الموضوع

المفقود حاضرا. وغالبا ما تستمر هذه المرحلة شهرين متتابعين. (Dumesnil et al, 1980)

3.2/مرحلة الإكتئاب (*Dépression*): يعتبر ذرف الدموع في هذه المرحلة مؤشرا إيجابيا في عمل

الحداد. الحداد في هذه المرحلة، يشكل حالة اكتئابية حقيقية لرد فعل الفقدان. تظهر المعاناة على

الصعيد الجسدي لدى بعض الأفراد، من خلال الأرق واضطراب النوم، والأحلام المزعجة، وأحيانا حتى

الهلاوس البصرية. في حين الآخرون إلى الإفراط في النوم بهدف نسيان ما حدث، كما قد يفقد الحاد شهيته

فيصاب بـ"فقدان الشهية Anorexie" وأحيانا بالشراهة، Aboulimie إضافة إلى الإنهاك والعزلة.

أما على الصعيد الفكري، فغالبا ما يسود تباطؤ الأفكار، مع ضعف قدرات الإنتباه والتركيز، وتلف

في الذاكرة قصيرة المدى. في حين نجد التظاهرات على الصعيد العاطفي تظهر من خلال المزاج المكتئب

والسودوي الذي يطبع الحياة النفسية، إضافة إلى نوبات القلق والعدوانية الموجهة نحو الآخرين،

والحساسية المفرطة لكل ما له علاقة بالحدث المأسوي. هذه الأعراض ليست ثابتة عند كل فرد، وقلّما

يظهر الجدول العيادي في طابعة النموذجي. (Bacque, 1997)

4.2/مرحلة التقبل:(Acceptance) : بالنسبة لـ "رونو" (2005، في سي موسي، زقار، 2015)

Renault يدخل الحاد في هذه المرحلة عند إعادة استثمار الواقع، ومحاولة التكيف مع الظروف الجديدة، يخرج الحاد رويدا رويدا من حالة الكف. (سي موسي، زقار. 2015. ص ص:61-68)

التعلق والانفصال العاطفي غالبًا ما يرتبطان بتقلبات المرحلة النهائية، يمكن أن تكون أقل وحشية

وضررًا لعملية الحداد على الأحياء. (Bacquè, 2020, p. 5-9)

3/تفسير الحداد واللحاق الصدمية

تعايش الصدمة النفسية مع الحداد، هو ما تسميه "ماري فريديريك باكيه": الحداد بعد الصدمة.

بسبب الحزن اللاحق للصدمة، تكون أعراض الحزن ومتلازمة الصدمة تراكمية. تؤدي الأعراض المؤلمة إلى تعقيد أو إبطاء أو حتى ربّما منع عمل الحداد. إن تجنب المشهد الصادم بشكل خاص، وهو مؤلم للغاية، يتعارض مع عمل الحداد والذاكرة.

إنّ عملية الحزن تعوقها الدهشة الكامنة في الرعب والألم من الفناء. كما يمكن للشعور بالذنب من البقاء على قيد الحياة أن يعيق التكلّم، وبالتالي قد تخفي الأعراض الاكتئابية التأثيرات الاكتئابية. (Bacquè, 2011. Cité par Bacquè, 2020)

يهدف الحداد إلى إعادة الاستثمار في "مواضيع أخرى" بهدف ملء الفراغ. (Lebigot, 2011, cité par Bacquè, 2020) لذلك قد يكون هناك تعارض محتمل بين تجنب المشهد الصادم وتمثيله، وبين استحضار تموضع الحداد. يفترض القدرة على الاقتراب من موت نفسك، وموت الآخر دون الكثير من القلق أو تفيض بالتأثيرات الاكتئابية. فاستحضار الصورة المؤلمة للعدم يشير إلى الحداد. وهذا الأخير أيضا يشير استحضار صورة العدم. ويتطور الشعور بالذنب بسرعة حتى يختفي، بحيث لا يستطيع الناجي الحزين التخلي عنه وتطويره. في هذه الحالة، من الضروري عمل (إعادة) توضيح الموقف الاكتئابي، والحداد والشعور بالذنب، الأمر الذي يتطلب عملاً "عميقًا" نادرًا ما يكون الشخص مستعدًا له. (Damiani, 2008)

يشهد الذنب المتكرر على التعرف على الموتى الذي يلعب دورًا في عملية الحداد. وفي حالة الصدمة الناتجة عن فقدان عزيز جراء اعتداء بشري، قد يحدث التماهي مع المعتدي و مع المفقود. يصبح الأشخاص مدعوين إلى وضع أنفسهم فيما بين الموتى والمعتدين عليهم حتى يتمكنوا من تحرير أنفسهم منه (المفقود). فتحديد الكآبة، أو دمج الموضوع سيشكل المرحلة الأولى من أي حداد. (Florence, 2005)

يسبب عدم القدرة على التفكير في الصراع المتعلق بالمفقود والمعتدي (الجاني والمجنى عليه) في عدم تجاوز الصدمة، وبالتالي إعاقة عمل الحداد. (Ferenczi, 1932, p. 36)

إذا كان موقف القرباة (والجوار)، وهوية الضحية تحمي هؤلاء الأشخاص الأكثر هشاشة من الانهيار، لأنه يوفر دعمًا مهمًا. ما يمكن أن ينصح به في عمل الحداد، وما يقترحه أغلب الباحثين، هو العمل أولاً على العناصر المؤلمة التي تعيق عمل التذكر الضروري، وبناءً عليه سيتمكن للموضوع دون قلق كبير، والمحافظة على التمثيلات والتأثيرات المجمعة لموت الآخرين وموت الشخص.

الدرس السادس عشر: اختبارات ومقاييس الصدمة النفسية

بالنسبة لهذه الاختبارات والمقاييس النفسية بخصوص الصدمة النفسية وما تهلّفه من آثار، هي من ترجمة الباحث لم تعرض بعد على تقييم خصائصها السيكومترية. لقد جمعها على سبيل المثال لا الحصر، ويمكن ذكر: سلم تقييم إعادة التكيف الاجتماعي، قائمة فحص ما بعد الصدمة، سلم تأثير الأحداث الصادمة، مؤشر الاستجابة لما بعد الصدمة في مرحلة الطفولة، جرد الضائقة صدمة ما قبل الولادة، استبيان تجارب الانشطار صدمة ما قبل الولادة، شاشة تقييم القلق المرتبط باضطرابات الانفعال لدى الطفل، مقياس الإجهاد المدرك، مقياس النمو المرتبط بالإجهاد، عزل الحساسية بحركة العينين،... الخ.

توجد اختبارات مختلفة لاختبار وقياس الصدمة وتأثيرها على الأفراد، نذكر بعضاً منها:

1/ سلم تقييم إعادة التكيف الاجتماعي (Social Readjustment Rating Scale SRRS)

هذا المقياس يجعل من الممكن تقييم مستوى الإجهاد الذي من المحتمل أن يمر به المرء وفقاً لأحداث حياته. (Holmes & Rahe, 1967; Paulhan & Bourgeois, 1985, pp. 115-116)

2/ قائمة فحص ما بعد الصدمة (Posttraumatic Check List Scale PCLS)

يقوم هذا المقياس بتقييم الاضطرابات المختلفة التي تحدث بعد الصدمة وفقاً لثلاثة جوانب: التكرار والتجنب وفرط النشاط العصبي (مثل اليقظة المفرطة). يتم استخدامه بشكل أساسي للكشف عن حالات الإجهاد اللاحق للصدمة. (Yao et al., 2003, p. 238)

3/ سلم تأثير الأحداث الصادمة (Impact of Event Scale IES)

يقيس هذا المقياس عواقب حدث مرهق وفقاً لثلاثة أبعاد: التدخلات (العناصر 1، 2، 3، 6، 9، 14، 16، 20)؛ التجنب (البنود 5، 7، 8، 11، 12، 13، 17، 22) وفرط التنشيط (البنود 4، 10، 15، 18، 19، 21). (Brunet, St-Hilaire, Jehel, & King, 2003, p. 59; Lopez, 2016)

4/ مؤشر الاستجابة لما بعد الصدمة في مرحلة الطفولة (– Child Post-Traumatic Stress (Reaction Index CPTS-RI

الغرض من هذا المقياس هو تقدير مختلف أعراض ما بعد الصدمة لدى الأطفال. (Olliac et al., 2014)

5/ جرد الضائقة صدمة ما قبل الولادة (Peritraumatic Distress Inventory PDI)

يشير هذا الجرد إلى خطر الإصابة باضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة بناءً على عنصرين: المشاعر

المزعجة وإدراك التهديد. لاحظ المؤلفون أن الدرجة 15 تشير إلى ضائقة كبيرة. (Brunet, 2021, p. 5;

Jehel, Brunet, Paterniti, & Guelfi, 2005)

6/ استبيان تجارب الانشطار صدمة ما قبل الولادة (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire PDEQ)

يتعلق الأمر بفهم تجربة الضحية في وقت الحدث. وغالبًا ما يكون مرتبطًا بمخزون الاستغاثة

الصفاقية (PDI). الغرض من هذا الاستبيان هو قياس تجارب الانفصال التي تحدث في وقت الصدمة

وبعدها ببضع ساعات. يوضح المؤلفون أن الأشخاص الذين يعانون من تفكك قوي لديهم مخاطر أعلى

للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة. (Birmes, Brunet, & Benoit, 2014; Brunet, 2021, p. 4)

7/ شاشة تقييم القلق المرتبط باضطرابات الانفعال لدى الطفل: SCARED-R-51 (Screen for (Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised-51

تقيّم هذه الأداة أنواعًا مختلفة¹⁶ من القلق بناءً على تصنيف DSM-IV. (Martin & Gosselin, 2011;

Muris, Dreessen, Bögels, Wecks, & Van Melik, 2004)

- اضطراب الهلع: TP (البنود 1، 9، 14، 27، 35، 42، 45)؛

- اضطراب القلق العام: TAG (البنود 8، 17، 29، 30، 36، 41، 43)؛

- فوبيا اجتماعية: PS (العناصر 4، 11، 34، 39)؛

¹⁶ TP = trouble panique. TAG = trouble d'anxiété généralisé. PS = phobie sociale. TAS = trouble d'anxiété de séparation. TOC = trouble obsessionnel compulsif. TPST = trouble de stress post-traumatique. PSA = Phobie des animaux. PSM = Phobie des soins médicaux. PSS = Phobie de type situationnel. PSC = Phobie scolaire.

- اضطراب قلق الانفصال: TAS (البندود 7، 10، 15، 24، 32، 37، 38) ؛
- اضطراب الوسواس القهري: TOC (البندود 6، 20، 22، 40، 47) ؛
- اضطراب ما بعد الصدمة: PTSD (البندود 21، 31، 33، 49)؛
- فوبيا مدرسية: PSC (العناصر 3، 13، 25، 44)؛
- فوبيا الحيوانات: PSA (البندود 18 و 28 و 50)؛
- فوبيا من طبيعة موقفيه: PSS (العناصر 2، 19، 23، 46، 48)؛
- فوبيا العلاجات الطبية: PSM (العناصر 5، 12، 16، 26، 51)

8/ مقياس الإجهاد المدرك (Perceived Stress Scale PSS)

يستخدم هذا المقياس لتقييم الإجهاد المتصور. الأمر متروك للفرد لتقييم قدرته على السيطرة على الموقف. (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)

9/ مقياس النمو المرتبط بالإجهاد (Stress-Related Growth Scale SRGS)

تمت صياغة هذا المقياس ليأخذ في الاعتبار النتائج الإيجابية والسلبية للصدمة. (McDonald, 2019, pp. 75-77, traduction par l'auteur; Park, Cohen, & Murch, 1996)

10/ عزل الحساسية بحركة العينين (K EMDR (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)

ترتكز هذه الطريقة العلاجية على سياق العلاج العصبو-انفعالي الطبيعي، والذي لم ينشط بسبب التعرض لحدث صدمي. (Lopez, 2016)

ملاحظة: لمزيد من التفاصيل حول هذه الطريقة، أنظر إلى محور العلاج بطريقة EMDR.

قائمة المراجع

- بّهتان عبد القادر. (2019). *المقابلة العيادية. محاضرات مقدمة لطلبة ماستر مدرسي. جامعة قلمة. (غير منشورة)*
- بّهتان عبد القادر. (2007). *لواحق الصدمة: دراسة عيادية لحالات صدمية. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة الجزائر*
- بّهتان عبد القادر. (2021). *الصدمة النفسية: تنظير لمفاهيمها واضطراباتها. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 37(1)، ص 56-76. (ISSN: 2602-7283)*
- سي موسي عبد الرحمان، زقار رضوان. (2015). *العنف الإرهابي ضد الطفولة والمراهقة: علامات الصدمة والحداد في الإختبارات الإسقاطية. ديوان المطبوعات الجامعية.*
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5. Critères diagnostiques* (M.-A. Crocq & J. D. Guelfi, Trans.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Anonyme. (2020). *Connaissez-vous la technique de l'arrêt de la pensée ? From <https://nospensees.fr/connaissez-vous-la-technique-de-larret-de-la-pensee/>*
- Bacquè M-F. (2020). *Morts traumatiques, deuils traumatiques : Éditorial. Études sur la mort Thanatologie, n° 154, pp : 5-9.*
- Barrois C. (1988). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.
- Bertrand R. (1990). *De la logique à la politique. Hermès, n°1*
- Birmes, P., Brunet, A., & Benoit, M. (2014). *Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. European Psychiatry, 226, 1-7.*
- Bloch, H. (1997). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.
- Brunet, A. (2021). *Trousse de triage rapide. from <http://www.info-trauma.org/flash/media-f/troussePsychotraumatique.pdf>*
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). *Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. Canadian Journal of Psychiatry, 48, 56-61.*
- Calamote, E. (2014). *L'expérience traumatique: clinique des violences sexuelles. Dunod. Chabert, C. (1983). Le Rorschach en clinique adulte. Paris: Dunod.*
- Chabrol, H. (2005). *Les mécanismes de défenses. Recherche en Soins Infirmiers, 3(82), 31-42.*
- Chemtob, C. M., & Bauer, G. (1990). *Post-traumatic stress disorder: SPecial Vietnam Veterans Military Medecine.*
- Church, D. (2015). *Le traumatisme psychologique. Fulton: Energy Psychology Press.*
- Ciccone, A., & Ferrant, A. (2009). *Honte, Culpabilité et Traumatisme. Paris: Dunod.*
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *A Global Measure of Perceived Stress. Journal of Health and Social Behavior, 24(4), 385-396.*
- Crocq, L. (1985). *Événement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre. In J. Guyotat & P. Férida (Eds.), Événement et psychopathologie (pp. 111-120). Villeurbanne: SIMEP.*
- Crocq, L. (1999). *Le trauma et ses mythes. Psychologie Médicale, 25(10).*
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques. Paris: Masson.*
- Cyrułnik, B. (2003). *Résilience et relation d'aide. Perspective Soignante(17).*
- Dahn, A.-F. (1995). *La mort dans les yeux ou la rencontre du réel dans la névrose traumatique. Le Bulletin Freudien(25), 55-62.*
- Damiani C. (2008). *La haine et le trauma ou felix culpa. Revue Francophone du Stress et du Trauma. 8 (2). 94-101.*
- Dantcher N. (1989). *Stratégie de coping et pattern « A » cronanogène. Revue de Médecine psychosomatique. 17/18*
- Deutsch, H. (1978). *Les personnalités « comme si » Identification. L'autre c'est moi (pp. 237-253). Vienne: Tchou.*

- Diwo, R. (1997). *Événements de vie, mentalisation, somatisation et tentatives de suicide : Approche comparée à l'adolescence* (thèse de doctorat). Université Nancy 2, Nancy.
- Duchet, C. (2018). *Clinique du traumatisme: du collectif au singulier, les trois temps du soin*. Dunod.
- Erickson, M., & Cooper, F. (1954). *Time Distortion in Hypnosis : An Experimental and Clinical Investigation*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Florence, J. (2005). *L'identification dans la théorie freudienne* (3 éd.). Facultés Universitaires St-Louis.
- Ferenczi, S., & Korff-Sausse, S. (1932). *Le traumatisme*. Ed. Payot & Rivages, p. 35-36.
- Ferenczi, S. (1933). *Psychanalyse. Œuvres complètes*. Paris: Payot.
- Freud, A. (1976). *L'enfant dans la psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris: Champs Classiques.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1938). *Le clivage du moi dans le processus de défense*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris: Payot.
- Guédenev, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry, 13*, 83-89.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.
- Ionescu, S., Jacquet, M., & LHote, C. (2003). *Les mécanismes de défense: théorie et clinique* (3ème éd.). Paris: Nathan.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: CNRS.
- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). [Validations française de l'inventaire de détresse péritraumatique].
- Jung, C. G. (1964). *Dialectique du moi et de l'inconscient*. Paris: Gallimard.
- Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2020). *Psychotraumatologie*. Paris: Dunod.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris: Seuil.
- Landa, H., & Gimenez, G. (2009). Le trauma et l'émotion : apports de la théorie jenetienne et perspectives nouvelles. *L'Évolution Psychiatrique, 74*(4), 1-14.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1973). The language of psycho-analysis. <http://www.cppef.ca/wp-content/uploads/2014/04/SEMINAR-IV-TRAUMA.pdf>
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris: Dunod.
- Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma, 9*(4), 201-204.
- Lebigot, F. (2016). *Traiter les traumatismes psychiques* (3^{ème} éd.). Paris, Dunod.
- Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). Defense mechanisms and personality disorders *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(4), 224-228.
- Lopez, G. (2016). *Traiter les psychotraumatismes*. Paris: Dunod.
- Mannoni, P. (1988). *La peur*. Paris: PUF.
- Martin, A., & Gosselin, P. (2011). SCARED-R-51. from [www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/French%20Screen%20for%20Child%20Anxiety%20Related%20Disorders%20\(SCARED\).pdf](http://www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/French%20Screen%20for%20Child%20Anxiety%20Related%20Disorders%20(SCARED).pdf)
- Marty, P. (1990). Psychosomatique et psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse, LIV*(3), 615-624.
- Marx, C. (2013). *L'EMDR*. Paris: Eyrolles.
- McDonald, S. (2019). *Exploring the Relationship Between Stress-Related Growth and Basic Psychological Needs Following Athletic Injuries*. Western Washington University, Washington.
- McFarland Solomon, H. (2006). La personnalité as if : la création du self face au vide. *Cahiers Jungiens de Psychanalyse, 3*(119-120), 51-71.

- Muris, P., Dreessen, L., Bögels, S., Wecks, M., & Van Melik, M. (2004). A questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 45, 813-820.
- Olliac, B., Birmes, P., Bull, E., Allenou, C., Brunet, A., Claudet, I.,... Raynaud, J.-P. (2014). Validation of the French Version of the Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: Psychometric Properties in French Speaking School-Aged Children. *PLoS ONE*, 9(12), 1-17.
- OMS. (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10)*. Paris: Masson.
- Park, C., Cohen, L., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1985). *Stress et coping les stratégies d'ajustements à l'adversité*. Paris: PUF.
- Perron, R. (2000). *Le traumatisme au psychodrame : du pire au meilleur*. Paris: PUF.
- Pireyre, E. W. (2015). *Clinique de l'image du corps: du vécu au concept (2ème édit.)*. Dunod.
- Rank, O. (1924). *Le Traumatisme de la naissance. Influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective*. Paris: Payot.
- Roques, J. (2011). *Découvrir l'EMDR: bouger les yeux pour guérir (2ème édit.)*. GGP Média GmbH.
- Rogers, C. R. (1970). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Rothschild, B. (2008). *Le corps se souvient : mémoire somatique et traitement du trauma (F. Ducène, Trans.)*. Bruxelles: De Boeck.
- Selye, H. (1983). The stress concept: past, present and future. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress Research Issues for the Eighties* (pp. 1-20). New York: Wiley.
- Smith, J. (2016). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod.
- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes. Histoire, concepts et applications*. Paris: Dunod.
- Tarquinio, C. & Tarquinio, P. (2015). *L'EMDR : préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Paris: Masson.
- Terr, L. (1991). Childhood Traumas : An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*(11), 7-39.
- Yao, S.-N., Cottraux, J., Note, I., De Mey-Guillard, C., Mollard, E., & Ventureyra, V. (2003). Évaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *L'Encéphale*, 29(3), 232-238.

ملحق

1/ عرض التكوين

عنوان الماستر: علم النفس العيادي

السداسي: الثاني

اسم الوحدة: وحدة التعليمية الأساسية

اسم المادة: علم النفس الصدمة

الرصيد: 05؛ المعامل: 02

أهداف التعليم: (ذكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة، في ثلاثة أسطر على الأكثر)

يكمن 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. المعارف المسبقة المطلوبة: (وصف تفصيلي للمعرف المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم، سطرين على الأكثر).

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

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

❖ تعاريف الصدمة النفسية.

❖ نظريات تفسير الصدمة النفسية.

❖ المظاهر النفسية المرضية للصدمة

- لدى الطفل.

- لدى المراهق

- لدى الراشد

❖ الاضطرابات المصاحبة للصدمة.

❖ أساليب التعامل مع الصدمة النفسية.

- العلاجات السيكودينامية

- العلاجات المعرفية

- السلوكية

- EMDR

2/ خطة الدرس - Syllabus

وحدة التعليم :... أساسي..... المادة :... علم النفس الصدمة.....
 الميدان / الشعبة :... علم النفس (ماستر 1 عيادي).....
 السداسي :... II السنة الجامعية :... 2020-2021.....
 الرصيد :... 5..... المعامل :... 2.....
 الحجم الساعي الأسبوعي الكلي :... 1.30 سا.....
 محاضرات (عدد الساعات في الأسبوع) :... 1.30 سا.....
 الأعمال الموجهة (عدد الساعات في الأسبوع) :.....
 الأعمال التطبيقية (عدد الساعات في الأسبوع) :.....
 لغة التدريس :... العربية + مصطلحات باللغات الأجنبية.....
 الأستاذ المسؤول على المادة :... عبد القادر بهتان..... الرتبة :... MCA.....
 طريقة التدريس :... حضوريا وبعديا.....
 البريد الإلكتروني :... behtane.abdelkader@univ-guelma.dz.....
 أوقات الإستشارة البيداغوجية :... الإثنين 10,00-12,00.....

الأهداف : 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.

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| برنامج مقياس علم النفس الصدمة (محاضرات) | - | الاضطرابات المصاحبة للصدمة. |
| تعريف الصدمة النفسية. | - | أساليب التعامل مع الصدمة النفسية. |
| - نظريات تفسير الصدمة النفسية. | - | العلاجات السيكودينامية |
| - المظاهر النفسية المرضية للصدمة: | - | العلاجات المعرفية السلوكية |
| - عند الطفل. | - | EMDR |
| - عند الراشد | | |

التقييم : مراقبة المعارف والترجيحات :

الترجيح	المراقبة
%60	الامتحان النهائي .. الأعمال الموجهة
%20	الحضور والمشاركة .. الأعمال التطبيقية
%20	الامتحانات الفجائية .. مشاريع الدروس البحوث .. الفروض المنزلية أخرى
%100	المجموع

المراجع البيبليوغرافية : (أنظر قائمة المراجع)

التوقيع/ د. ب/ ع

التاريخ

أجب على مايلي؟

1. لخص النظريات الفرويدية حول الصدمة النفسية؟ (3ن)
 2. ما هو العصاب الصدمي؟ ما هي أعراضه؟ (3ن)
 3. ماذا تعني الصدمة من وجهة نظر كل من المقاربة التحليلية النفسية، والنسقية، والمعرفية؟ (3ن)
 4. دراسة حالة: حالة رجل يبلغ من العمر 35 سنة. متزوج، وله بنت من الزوجة الأولى ذات خمس سنوات. وطفل من الزوجة الثانية يبلغ من العمر سنتين. عمل ميكانيكي للسيارات. له إعاقة في الجسم بسبب حادث سيارة، سبب له صدمة دماغية في الفص الدماغي الصدغي الأيسر، وكسر في الفك الأيمن، واليد اليمنى، ونزيف في الجذع الدماغي الأيمن، وعدم القدرة على تحريك الجانب الأيسر. مكث في الانعاش مدة طويلة. حالياً يعاني من اضطرابات في اللغة. له رغبة تغيير النشاط المهني. يتابع تكويننا في مجال المطاعم.
- الاستذكار: يسكن في مدينة ساحلية. طفل وحيد. يستذكر طفولة عادية. لو لم يكن يعاني من السمنة. حيث لاقى نوعاً من التهميش وعدم التقدير. بالمقابل كان يجتهد في العمل المدرسي.
- فيما يخص الوالدين: يرى أمه مثقفة بصفتها معلّمة. وأباه كهربائي. المعاش العائلي بالنسبة إلى الحالة يصفه بالعادي والروتيني، سيما انعدام اهتمامات خارجة عن النسق العائلي.
- كانت لديه رغبات نحو الموسيقى، والسيارات. في سن التاسعة عشرة اختار تكويننا في إصلاح السيارات، بعدما رفض إعادة اجتياز البكالوريا. لأنه كان يريد تغيير نمط حياته نحو الحياة العملية دون الدخول في دراسات لا يدري إلى أين ستنتهي به.

في سن الثلاثين وقع له حادث مرور أثناء القيادة، بسبب الإفراط في السرعة، والنتيجة هي المكوث في الإنعاش لمدة ثلاث أسابيع.

بعد خروجه كان يعاني من اضطراب في الكلام والنطق، والتوازن، ونسيان جزئي بحوثيات الحادث. استمر بعد ذلك في العلاج النورولوجي، وإعادة التأهيل الوظيفي، والأرطفوني، والنفساني بهدف العلاج السلوكي والاسترخاء (مرتين في الأسبوع) جراء وضعية الإعاقات وكذا أعراض القلق التي يعاني منها. وجد نفسه في حالة تيه بسبب الشعور بعدم فهم وضعيته الجديدة من قبل المحيطين به. سيما بسبب الاضرابات النطقية، ووضعية الإعاقة. وهو الأمر الذي كان يزيد من قلقه. كان يلقي الدعم من والديه وزوجته، الأمر الذي قد طور النطق لديه.

ملاحظات حول الحالة: خلال المقابلة، لم تكن الاضطرابات اللغوية والنطقية واضحة. يعبر بكيفية عادية جدا. كان يعاني فقط من اضطرابات على مستوى الذاكرة الحالية. وحسبه وجد صعوبة في التكوين الثاني (المطاعم). على العموم، وجدت الحالة كيفية استرجاع حالة التوازن النفسي بعد الصدمة. يقر بأن الحادث سبب له تغيرا كبيرا في شخصيته. قبل الحادث، يستذكر صورة انخفاض تقدير الذات، والشعور بالوحدة، والانحراف، والغضب (يصفه بأنه كذلك منذ الولادة)، والاندفاع سيما أمام وضعيات الفشل.

بعد الحادث، يرى صورة إيجابية عن الذات، واسترجاع اهتمام المحيطين به، (خصوصا الزيارات التي تلقاها وهو في المستشفى): "اكتشفت مؤخرا بأن العديد من الأشخاص يحبونني". لقد فهم بأن الحادث جعله يكتشف أخطاءه، وتوقيف اندفاعاته الخطيرة.

يبدو بأن هذه الصدمة كانت عبارة عن عامل لانطلاق جديدة (المقاومية). وعلى حدّ قوله: "لحسن الحظ كان الحادث". وهو موضوع قد يدعو للدهشة.

خلال المقابلة، يصحّح بأنه: "بحاجة لأن يكون معروفا، ومحبوفا، وإيجاد ما فاته قبل الحادث، سيما إيجاد قاعدة صحيحة لتكون كمرأة لتظهر له صورته في أحسن حال".

كيف تبدو صدمة الحالة من خلال التركيز على معاشه، وخطابه على المستويين الظاهري والباطني معتمداً على التفسيرات التحليلية؟

5. لخص النظريات الفرويدية حول الصدمة النفسية؟

مسألة الصدمة موجودة في أغلب الأعمال التحليلية الفرويدية، لقد شكّل نظريته حول أربعة محاور:

- سبب الصدمة: قد يرجع إلى الإغراء الجنسي المبكر.
- الحادث الصدمي: لا يمكن أن تكون له قيمة صدمية إلا بعد خروج المكبوت.
- من وجهة نظر اقتصادية¹⁷: عدم قدرة الأنا على صرف التنبهات هو الذي يحدّد الصدمة من خلال آثارها (القلق).
- من وجهة نظر نرجسية: فقدان الموضوع والحالة النفسية اللاحقة (الحرجة) تمثل الصدمة النموذجية.

6. ما هو العصاب الصدمي؟ ما هي أعراضه؟ (3ن)

هو مرض يتسبب في اضطرابات الشخصية، من خلال إعادة تكرار معايشة آثار الحادث الصدمي. ويوجد نتيجة صدمة فيزيقية، ويشمل عدة أعراض:

- أعراض نوعية للصدمة: مثل الإنفعالات الزائدة، والدهشة، والكوابيس المتكررة، والاجترارات.
- أعراض غير نوعية للصدمة: مثل الاضطرابات الوظيفية، والاكتئاب والفوبيات.
- إعادة تنظيم الشخصية: مثل النكوص نحو ميولات سلبية، والبحث عن إصلاح الضرر الناتج، والبحث عن الأمان، والإصابة الجسمية.

7. ماذا تعني الصدمة من وجهة نظر كل من مقارنة التحليل النفسي، والنسقية، والمعرفية؟ (3ن)

¹⁷ يعجز الجهاز النفسي عن استيعاب المثبرات بشكل ثابت، وينتج عنه صرف طاقة نفسية كبيرة وانهيار الدفاعات، فضلاً عن استعدادات قاعدية وتثبيتات في المراحل الأولى قلق الخفاء الذي هو أصل كل قلق، وبهتاً لمعايشة الصدمة).

- المقاربة المعرفية: تدخل في سجل المعرفة ومعالجة المعلومة، في هذا الإطار تعبر الصدمة عن اضطراب النسق المعرفي.

- المقاربة النسقية: كل نسق حي له وظيفتين (التكيف والتحول). حدوث خلل في إحدى الوظيفتين يؤدي إلى اللاتوازن النفسي، وبالتالي فقدان المعنى. الأزمة هنا تعني حوث فشل في التكيف مع ما بعد الحادث الصدمي. فالمقاربة النسقية تعبر عن سجل تفاعل عناصر النسق بحيث يكون الفرد جزءا منه. والصدمة في هذا الشأن تثير فشل في التوازن النفسي. وغالبا يطرح المصدوم تساؤلا من قبيل: لماذا أنا؟ ما هو مصيري؟ أي الانتقال من سؤال لماذا إلى ماهية الغد.

- المقاربة التحليلية: تعرّف الصدمة في سياق المعرفة اللاشعورية، من خلال جانبين: الظاهر: بمعنى ما يرى من آثار أو خروج المكبوت. والمخفي أو الباطن: لا يظهر أي شيء من الآثار (كبت). فهي كل تجاوز لدفاعات الأنا بحيث تكون الاستجابة غير متناسبة. أو بالأحرى كل تجاوز لجدار الحماية من التنبيهات العالية (*pare-excitation*).

التشابه بين المقاربات: كل المقاربات ترى الصدمة النفسية عبارة عن فشل في حياة الفرد، وأثارها عبارة عن انهيار على مختلف الأصعدة.

8. دراسة حالة

مناقشة: يتطلب الأمر الأخذ بعين الاعتبار مستويين من الخطاب: مستوى المضمون الظاهر، ومستوى المحتوى الباطن.

المستوى الظاهري: نعتقد بأنّ الحالة على الصعيد الاجتماعي والطبي، والمهني، والنفسي نجح في حل آثار الصدمة، فضلا عن مختلف سياقات التكيف التي استفاد منها.

على مستوى الخطاب، وضعية إيجابية بسبب المهنة الجديدة، وأفاق فتح مطعم خاص به. فضلا عن المكتسبات النفسية المتمثلة في إعادة الشعور بالذات، بعدما كانت ربّما غائبة قبل الحادث.

لكننا نتساءل عن هذا النجاح في مواجهة الصدمة بكل ما تحمل من معنى، ونقابلهما بالنظرية التحليلية النفسية فيما يتعلّق بالصدمة، خصوصا، ما بعد المكبوت للصدمة المبكرة، بالنسبة للحالة لم يستطع حلّها. لأنّه لم يتحدّث كثيرا عن طفولته وتفصيلها. لأنّ العناصر المحصلة تبدو ضعيفة، وغير فعّالة للحديث عن صدمة الطفولة.

المستوى الباطني: يبدو الجدول الإكلينيكي يهيمن عليه القلق النرجسي. من خلال خطابه (صورة الذات، المرأة، القاعدة الصحيحة)، ينبئ باضطراب نرجسي مبكر سببه النظرة السلبية لصورة الأم (في المرأة). الشعور بعدم تقدير الذات، والشراهة (السمنة)، واندفاعاته ومروره إلى الفعل، في فترة الطفولة، قد تدل على آثار هشاشة جدار التنبيه (*pare-excitation*)، الأمر الذي سبب له زيادة التنبيه، (البحث عن حماية من التنبيه لدى صورة الأم – أنا أعلى- ربّما لتوقيف الزيف النرجسي)، ولم يساعده على التحرّر منها. تظهر لنا عدوانية قد تكون ناتجة عن إحباط طفولي نابع عن غياب الأم.

أما عن الدفّاعات النفسية أثناء الطفولة نجد التعويضات، وسلوكات الخطورة (السرعة)، والتقمصات الالتحامية مع الأتراب، كلّها ساهمت في وقوع الحادث. (سرعة الغضب، والشعور بالندم بعدها) هي عدوانية لا يمكنه التعبير كلّيا عنها بسبب ظهور تأنيب الضمير بعدها مباشرة. وكأنه مانع لتعزيز الشعور بالغضب.

الحالة يبارك الحادث على أنّه عمل على تغيّر إيجابي في شخصيته. في هذا الإطار، يرى فرويد بأنّ الصدمة قد تعمل كحماية للتنبيهات القوية، وتصبح مفيدة. ويبدو مطابقا للحالة. أي أنّ صدمة الحالة تعتبر كمنظّم، لإعادة إدماجه نابغة أيضا من وسائل الحماية والدعم التأهيلي والنفسي التي عايشها المفحوص. وهي وضعية البحث عن مثالية الأنا، لأنّه شعر بولادة جديدة بعد الحادث.

خاتمة: تاريخ الحالة قد يؤكّد نظرية فرويد فيما يخص إعادة المكبوت للصدمة الطفولية. تباعا لذلك، كان الحادث(الحالي) له معنى الحماية من التنبهات القوية. بقدر ما عانت الحالة من آثار الصدمة، بالقدر الذي شعر بمنافع ما بعد الصدمة كوقاية أيضا من هذه التنبهات (إعادة تقدير نرجسي، تعزيز جهاز الحماية التنبهية، خفض قهر المرور إلى الفعل).

يمكن وضع فرضية ثانية حول حدوث صدمة ثانية جديدة لتنظيم الأولى. أو بالأحرى الصدمة الأولى كانت رمزية سببت في إعادة تنظيم الشخصية (الإصابة الجسمية كانت دافعا في البحث عن الأمان بسبب الإصابة الجسمية)، فقط لم تفعل بآثار سلبية، وبالتالي يمكن القول بأنّ الصدمة الثانية لن ترق لأن تكون منظّمة.

4. سلالم واختبارات

أ/ سلم تقييم إعادة التكيف الاجتماعي: Échelle d'évaluation du réajustement social

التعليمة: مهما يكن الضغط إيجابيا أو سلبيا، يمكن أن يؤثر عليك. ندعوك لتقييم مستوى الضغط

بالسلم التالي:

السطر	الحادث	القيمة
1	وفاة الزوج	100
2	الطلاق	73
3	الانفصال الزوجي	65
4	فترة السجن	63
5	وفاة قريب	63
6	الإصابة الشخصية أو المرض	53
7	زواج	50
8	تسريح (فصل)	47
9	المصالحة الزوجية	45
10	التقاعد	45
11	تغير في صحة أحد أفراد الأسرة	44
12	حمل	40
13	صعوبات جنسية	39
14	وصول عضو جديد في العائلة	39
15	التأهيل المهني	39
16	التغيير في الوضع المالي	38
17	وفاة صديق مقرب	37
18	تغيير الوظيفة المهنية	36
19	تعديل عدد المشاهد الغسلية	35
20	رهن عقاري كبير	31
21	مصادرة الأملاك المرهونة أو المقترضة	30
22	تغيير مسؤولية الوظيفة	29
23	هجر الابن أو البنت للمنزل	29
24	صعوبات مع أصدقه	29
25	نجاح مهني متميز	28
26	مباشرة الزوجة العمل خارج البيت	26
27	التجارة أو توقف الدراسة	26

28	تغيير في ظروف المعيشة	25
29	تغيير في العادات الشخصية	24
30	صعوبات مع المسؤول	23
31	تغيير في ساعات العمل أو في ظروف العمل	20
32	تغيير الإقامة	20
33	تغيير المدرسة	20
34	التغيير في أوقات الترفيه	19
35	تغيير في الأنشطة الدينية	19
36	تغيير في الأنشطة الاجتماعية	18
37	قرض عقاري أو قرض أصغر	17
38	تغيير في عادات النوم	16
39	تغيير في عدد مرات لم شمل الأسرة	15
40	تغيير في عادات الأكل	15
41	العطل	13
42	عيد	12
43	المخالفات صغيرة بالنسبة للقانون	11

التقييم: النتيجة < 300: احتمال معايشة اضطراب مرتفع.

>100 النتيجة >300: مرتفع ممكن يؤثر على الصحة

أقل من 100: الأخطار غير دالة.

ب/ قائمة فحص ما بعد الصدمة (Posttraumatic Check List Scale PCLS ; Échelle de l'état de

(Stress Post Traumatique

التعليمية: لديك قائمة مشاكل وأعراض متكررة تبعا لمرحلة ضغطية. يرجى قراءة كل بند بعناية وأشر بقلم حول الرقم المناسب للإشارة إلى أي درجة كنت مرتبكا بسبب هذا الحادث خلال الشهر الماضي.

وصف الحادث الضغطي في جملة:

تاريخ الحادث:

الرقم	البنود	أبدا	قليلا	أحيانا	دائما	غالبا
1	أضطرب بسبب الذكريات أو الأفكار أو الصور المتعلقة بالحادث	1	2	3	4	5
2	أضطرب من تكرار الأحلام المرتبطة بهذا الحادث	1	2	3	4	5
3	فجأة أشعر أن الحادث سيحدث مرة أخرى	1	2	3	4	5
4	الشعور بالضيق الشديد عندما يذكرك شيء ما بالحادث	1	2	3	4	5
5	وجود ردود فعل جسدية (مثل تسارع ضربات القلب، وصعوبة التنفس ، والتعرق) عندما يذكرك شيء ما بالحادث.	1	2	3	4	5
6	تتجنب التفكير أو الحديث عن الحادث أو تتجنب المشاعر المرتبطة به	1	2	3	4	5
7	تجنب الأنشطة أو المواقف لأنها تذكرك بالحادث	1	2	3	4	5
8	لديك صعوبة في تذكر أجزاء مهمة من الحادث	1	2	3	4	5
9	فقدان الاهتمام بالأنشطة التي عادة ما تمنحك المتعة	1	2	3	4	5
10	الشعور بالبعد أو الانقطاع عن الأشخاص الآخرين	1	2	3	4	5
11	الشعور بالتخدير الانفعالي، أو عدم القدرة على الشعور بالحب تجاه المقربين منك	1	2	3	4	5
12	الشعور بطريقة أو بأخرى بانسداد المستقبل	1	2	3	4	5
13	تواجه صعوبة في النوم أو الاستمرار في النوم	1	2	3	4	5
14	الشعور بالنرفزة أو بنوبات الغضب	1	2	3	4	5
15	تواجه صعوبة في التركيز	1	2	3	4	5
16	أن تكون في حالة استعجالية، ودفاعية. أو على أهبة الاستعداد	1	2	3	4	5
17	الشعور بالتنبيه أو الذهول بسهولة	1	2	3	4	5
المجموع:						

التقييم: جمع ما تم تحصيله من أعراض خلال الشهر الماضي.

ج/ سلم تأثير الأحداث الصادمة (Impact of Event Scale IES ; Échelle révisée d'impact d'événement)

(traumatisant)

التعليمية: لديك قائمة صعوبات قد يعيشها الأفراد بسبب حدث صدمي. يرجى قراءة البنود وأشر إلى أي حد كنت مرتبكا

من هذه الصعوبات خلال السبع (7) أيام:

الرقم	البنود	أبدا	قليلا	متوسطا	نوعا ما	بشدة
1	كلما أتذكر الحادث، أحيا مشاعري تجاهه	0	1	2	3	4
2	كنت استيقظ ليلا	0	1	2	3	4
3	العديد من الأشياء جعلتني أفكر في الأمر	0	1	2	3	4
4	شعرت بالضيق والغضب	0	1	2	3	4
5	عندما فكرت في الحادث أو تذكرته، تجنبنا الانزعاج	0	1	2	3	4
6	دون الرغبة في شيء، فكرت في الحادث	0	1	2	3	4
7	شعرت أن الحادث لم يحدث أبداً أو لم يكن حقيقياً	0	1	2	3	4
8	بقيت بعيداً عما يجعلني أفكر في الحادث	0	1	2	3	4
9	ظهرت صور الحادث في ذهني	0	1	2	3	4
10	كنت سريع التوتر والهيجان	0	1	2	3	4
11	كنت أحاول عدم التفكير في الحادث	0	1	2	3	4
12	أعلم أنه لا يزال لدي الكثير من المشاعر حول الحادث، لكنني لم أواجهها	0	1	2	3	4
13	كانت مشاعري جامدة تجاه الحادث	0	1	2	3	4
14	شعرت وتفاعلت كما لو كنت لا أزال أعيش الحادث	0	1	2	3	4
15	كان لدي صعوبة في النوم	0	1	2	3	4
16	شعرت بموجات من المشاعر الشديدة حول الحادث	0	1	2	3	4
17	حاولت حذفه من ذاكرتي	0	1	2	3	4
18	كانت لدي صعوبة في التركيز	0	1	2	3	4
19	ما ذكرني بالحادث تسبب لي في ردود فعل جسدية (مثل التعرق أو صعوبة التنفس أو الغثيان أو الخفقان)	0	1	2	3	4
20	حلمت بالحادث	0	1	2	3	4
21	كنت في حالة تأهب وحذر	0	1	2	3	4
22	حاولت ألا أتحدث عن الحادث	0	1	2	3	4
المجموع:						

التقييم: المجموع الاجمالي بدرجة قصوى 45.

د / مؤشّر الاستجابة لما بعد الصدمة في مرحلة الطفولة (Child Post-Traumatic Stress – Reaction Index)

(CPTS-RI ; Index de réaction au Stress Post-Traumatique de l'enfant

التعليمة: هل عشت أو شاهدت شيئاً أحدث لك خوفاً شديداً، وانزعاجاً، مثل حادث مرور، شجار، مرض خطير، فراق؟

إذا كان : نعم. صفه:

ثم أجب على الأسئلة التالية. إذا كان لا، لا داعي للإجابة.

الرقم	البنود	أبداً	تقريباً أبداً	أحياناً نا	دائماً	غالباً با
1	هل ما حدث لك يقلق معظم الأطفال في عمرك كثيراً؟	0	1	2	3	4
2	هل أنت خائف، من تقلب المزاج أو القلق عندما تفكر فيما حدث لك؟	0	1	2	3	4
3	هل ترى صوراً في ذهنك لما حدث لك، أم تسمع أصواتاً تذكرك بما حدث لك؟	0	1	2	3	4
4	هل تفكر فيما حدث لك حتى لو كنت لا تريد التفكير فيه؟	0	1	2	3	4
5	هل تراودك أحلام جيدة أو كوابيس حول ما حدث لك، أو هل لديك أنواع أخرى من الكوابيس؟	0	1	2	3	4
6	في بعض الأحيان، هل هناك أشياء تجعلك تعتقد أنه لا يزال من الممكن حدوثها؟	0	1	2	3	4
7	هل تستمتع كثيراً بالأشياء التي أحببتها قبل الحدث ، مثل اللعب مع أصدقائك أو ممارسة الرياضة أو الذهاب إلى المدرسة؟	0	1	2	3	4
8	هل تشعر بالوحدة في بداخلك، لأنك تشعر أنه لا أحد يفهم ما حدث لك؟	0	1	2	3	4
9	هل أنت خائف جداً، أو قلق جداً، أو حزين جداً لدرجة أنك لا تريد حقاً معرفة ما تشعر به؟	0	1	2	3	4
10	هل كنت خائفاً جداً، أو شعرت بالقلق الشديد، أو شعرت بالحزن الشديد لدرجة أنك لا تستطيع حتى التحدث أو البكاء؟	0	1	2	3	4
11	هل تندهش بسهولة أكثر، أو تشعر بالقلق أو التوتر أكثر مما كنت عليه قبل الحادث؟	0	1	2	3	4
12	هل تنام جيداً؟	0	1	2	3	4
13	هل تشعر بالذنب لأنك لم تفعل شيئاً تريد القيام به؟ (على سبيل المثال: توقيف حدثاً كان سائراً، مساعدة شخصاً...)، أو ، هل تشعر بالذنب لأنك فعلت شيئاً لم ترغب في القيام به (على سبيل المثال: القيام بشيء لم يكن خاطئاً بالنسبة لك ، لكنه كان خاطئاً أو خطيراً	0	1	2	3	4

					بالنسبة للآخرين)	
4	3	2	1	0	هل تجد صعوبة في تذكر الأشياء التي تعلمتها في المدرسة أو في المنزل لأنك تشعر بالسوء الشديد؟	14
4	3	2	1	0	هل تنتبه وتركز بسهولة مثلما كنت قبل الحادث؟	15
4	3	2	1	0	هل تريد الابتعاد عن الأشياء التي تذكرك بما حدث لك؟	16
4	3	2	1	0	هل تشعر بالتوتر أو القلق عندما تجعلك الأشياء تفكر في الحادث؟	17
4	3	2	1	0	منذ الحادث، هل تقوم بأشياء توقفت عن فعلها من قبل؟ على سبيل المثال: هل ترغب في وجود شخص بالقرب منك دائمًا، أو عدم الرغبة في النوم بمفردك، أو قضم أظافرك؟	18
4	3	2	1	0	هل تعاني من آلام في المعدة، أو صداع، أو ألم في أي مكان آخر أكثر مما حدث لك من قبل؟	19
4	3	2	1	0	هل تجد صعوبة في منع نفسك من القيام بأشياء لم تكن تفعلها من قبل؟ على سبيل المثال: شجار، أو عصيان، أو ركوب دراجتك أو القيام بأشياء خطيرة، أو الشتائم، أو عدم الالتفات عند عبور الشارع، أو عدم الانتباه عند اللعب؟	20
						المجموع:

التقييم: المجموع يتراوح ما بين 0 و 80.

0- خطير نوعا ما

1- 11-24: طفيف

2- 25-39: متوسط

3- 40-59: شديد

4- 60-80: شديد جدا

هـ/ جرد الضائقة صدمة ما قبل الولادة

(Inventaire de détresse péritraumatique ; Peritraumatic Distress Inventory PDI)

التعليمة: أشر على الرقم الذي يصف بصفة جيّدة تجربتك التي عشتها خلال الحدث الصدمي وخلال الدقائق والساعات التي تلت الحدث. إن لم تطبق البنود على تجربتك، أشر على "ليس على الاطلاق"

الرقم	البنود	ليس صحيحا على الاطلاق	صحيح نوعا ما	صحيح	صحيح جدا	في غاية الصّحة
1	شعرت بأنني غير قادر على فعل أي شيء	0	1	2	3	4
2	شعرت بالحزن والأسى	0	1	2	3	4
3	شعرت بالإحباط والغضب لأنني لم أستطع فعل أي شيء أكثر من ذلك	0	1	2	3	4
4	أخشى على سلامتي الشخصية	0	1	2	3	4
5	شعرت بالذنب	0	1	2	3	4
6	شعرت بالخل من انفعالاتي	0	1	2	3	4
7	كنت قلقا على سلامة الآخرين	0	1	2	3	4
8	شعرت وكأنني سأفقد السيطرة على مشاعري	0	1	2	3	4
9	رغبت في الذهاب إلى دورة المياه	0	1	2	3	4
10	شعرت بالرعب مما رأيته	0	1	2	3	4
11	انتابني العرق، والرعدة وخفقان القلب	0	1	2	3	4
12	كنت على وشك الإغماء	0	1	2	3	4
13	ظننت أنني سأموت	0	1	2	3	4
	المجموع:					

التقييم: تدل النتيجة (15) على ضغط شديد.

و. استبيان تجارب الانشطار صدمة ما قبل الولادة

Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique ;)

(Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire PDEQ

التعليمة: أشر من فضلك على البدائل الموافقة للبنود الملائمة باختيار الرقم الملائم والذي يعكس شعورك بالراحة خلال أو بعد الحادث مباشرة. إذا لم يوجد ما يلائمك، أشر على "ليس صحيحا على الإطلاق".

الرقم	البنود	ليس صحيحا على الإطلاق	صحيح نوعا ما	صحيح	صحيح جدا	في منتهى الصحة
1	كانت هناك أوقات فقدت فيها مسار ما يجري - كنت منفصلاً تماماً أو شعرت بطريقة ما أنني لست جزءاً مما كان يحدث.	1	2	3	4	5
2	وجدت نفسي أقدم على أشياء دون تفكير، وبدأت في القيام بأشياء (أدركتها لاحقاً) لم أكن قد قررت فعلها	1	2	3	4	5
3	لقد تغير إدراكي للوقت، فأصبحت الأشياء وكأنها تحدث ببطء	1	2	3	4	5
4	ما كان يحدث بدا لي غير واقعي، وكأنني في حلم، أو في السينما ألعب دوراً	1	2	3	4	5
5	كأنني كنت متفرجاً لما كان يحدث لي، كما لو أطفو فوق المشهد وأراقبه من الخارج	1	2	3	4	5
6	كانت هناك أوقات كان فيها تصوري لجسدي مشوهاً أو متغيراً. شعرت بالانفصال عن جسدي، أي وكأنه أكبر أو أصغر من المعتاد	1	2	3	4	5
7	شعرت بأن الأشياء التي حدثت لأشخاص آخرين حدثت لي أيضاً، على سبيل المثال شعرت بأنني في خطر وفي حقيقة الأمر لم أكن كذلك.	1	2	3	4	5
8	لقد فوجئت بحدوث عدة أشياء دون أن أدرك ذلك، أشياء كنت معتاداً على ملاحظتها	1	2	3	4	5
9	كنت في حيرة من أمري، أي أنني في بعض الأحيان كنت أجد صعوبة في فهم ما كان يحدث بالفعل	1	2	3	4	5
10	كنت في حيرة من أمري، أي أنني في بعض الأحيان لم أكن متأكداً من المكان أو الزمن الذي أتواجد به	1	2	3	4	5
	المجموع					

ز/ مقياس الإجهاد المدرك

(Échelle de stress perçu ; Perceived Stress Scale PSS)

التعليمية: أجب بعفوية بالتأشير إشارة واحدة على كل سؤال تراه قريبا من واقعك.

الرقم	خلا الشهر الماضي؛	أبدا	ناذرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل أزعجك حدث غير متوقع؟	1	2	3	4	5
2	هل وجدت صعوبة في التحكم في الأشياء المهمة في حياتك؟	1	2	3	4	5
3	هل شعرت بالغضب والتوتر؟	1	2	3	4	5
4	هل نجحت في التعامل مع المشاكل والمضايقات اليومية الصغيرة؟	5	4	3	2	1
5	هل شعرت أنك تتأقلم بشكل فعال مع التغييرات المهمة التي كانت تحدث في حياتك؟	5	4	3	2	1
6	هل شعرت بالثقة في قدرتك على تحمل مشاكلك الشخصية؟	5	4	3	2	1
7	هل شعرت أن الأمور تسير بالطريقة التي تريدها؟	5	4	3	2	1
8	هل تعتقد أنك لا تستطيع التعامل مع كل الأشياء التي كان عليك القيام بها؟	1	2	3	4	5
9	هل تمكنت من التحكم في توترك؟	5	4	3	2	1
10	هل شعرت أنك كنت مسيطر على الأمور؟	5	4	3	2	1
11	هل شعرت بالغضب لأن الأحداث كانت خارجة عن إرادتك؟	1	2	3	4	5
12	هل تفاجأت بالتفكير في الأشياء التي كنت مضطرا لإنجازها؟	1	2	3	4	5
13	هل كنت قادرا على مر اقبه طريقة قضاء وقتك؟	5	4	3	2	1
14	هل وجدت أن الصعوبات تتراكم لدرجة أنك لا تستطيع السيطرة عليها؟	1	2	3	4	5
المجموع						

التقييم: بالاعتماد على مجموع درجات البنود.

المجموع > 21: يستطيع الفرد تسيير الضغط المعاش ويمكنه التكيف.

21 < **المجموع < 26:** الشعور بالعجز أمام بعض المواقف المسببة في انفعالات شديدة.

المجموع < 27: لا يستطيع الفرد تسيير الضغط ولا يصل إلى التكيف.

ح/ مقياس النمو المرتبط بالإجهاد

(Stress-Related Growth Scale SRGS ; Échelle de développement lié au stress)

التعلّمة: بسبب الجرح الخطير الذي تعرّضت إليه في ممارسة الرياضة خلال الخمس سنوات الماضية، أشر على الأعضاء السفلية باعتبارها الأخطر، وأجب على الأسئلة المتبقية مع الحفاظ على الجرح في الذاكرة.

الرقم	البند	أبداً	قليلاً	كثيراً
1	طورت علاقات جديدة مع أشخاص مفيدين	0	1	2
2	اكتسبت معرفة جديدة عن العالم	0	1	2
3	علمت أنني أقوى مما كنت أعتقد	0	1	2
4	أصبحت أكثر تسامحاً مع الآخرين	0	1	2
5	أدركت أن لدي الكثير لأقدمه للآخرين	0	1	2
6	تعلمت احترام مشاعر ومعتقدات الآخرين	0	1	2
7	تعلمت أن أكون ألطف مع الآخرين	0	1	2
8	أعدت التفكير فيما أريده في حياتي	0	1	2
9	تعلمت أنني أريد تحقيق المزيد في حياتي	0	1	2
10	أصبحت حياتي الآن أكثر معنى ورضاً	0	1	2
11	تعلمت رؤية الأشياء بطريقة أكثر إيجابية	0	1	2
12	تعلمت طرق أفضل للتعبير عن مشاعري	0	1	2
13	تعلمت أن هناك سبباً لكل شيء	0	1	2
14	طورت إيماني بالله	0	1	2
15	تعلمت ألا أدع المتاعب تزعجني كما اعتدت	0	1	2
16	تعلمت أن أتحمّل المزيد من المسؤولية	0	1	2
17	تعلمت أن أعيش اليوم، لأننا لا نعرف أبداً ماذا سيحدث غداً	0	1	2
18	لم أعد أخذ معظم الأشياء كأمر مسلم به	0	1	2
19	زادت ثقتي بالله	0	1	2
20	أشعر بحرية أكبر في اتخاذ قراراتي	0	1	2
21	تعلمت أن لدي شخصاً ذا قيمة لتعليم الآخرين عن الحياة	0	1	2
22	فهمت أنّ الله مغيّر الأمور كلّها	0	1	2
23	تعلمت أن أقدر قوة الآخرين الذين عانوا في حياتهم	0	1	2
24	تعلمت ألا "أفزع" عندما يحدث شيء سيء	0	1	2
25	تعلمت أن أفكر أكثر في عواقب أفعالي	0	1	2
26	تعلمت أن أكون أقل غضباً	0	1	2
27	تعلمت أن أكون شخصاً أكثر تفاعلاً	0	1	2
28	تعلمت مباشرة الحياة بهدوء أكبر	0	1	2

2	1	0	تعلمت أن أكون أنا، ولا أحاول أن أكون كما يريد الآخرون	29
2	1	0	تعلمت أن أتقبل نفسي بعيداً عن الكمال	30
2	1	0	تعلمت أن أخذ الحياة بجدية أكبر	31
2	1	0	تعلمت حل المشاكل وعدم الاستسلام	32
2	1	0	تعلمت أن أجد معنى أكبر في الحياة	33
2	1	0	غيرت أهداف حياتي للأفضل	34
2	1	0	تعلمت التواصل ومساعدة الآخرين	35
2	1	0	تعلمت أن أكون شخصاً أكثر ثقة	36
2	1	0	تعلمت ألا أثق في صحي الجسدية	37
2	1	0	تعلمت الإصغاء بعناية أكبر عندما يتحدث الآخرون معي	38
2	1	0	تعلمت أن أكون أكثر انفتاحاً على المعلومات والأفكار الجديدة	39
2	1	0	أفهم الآن بشكل أفضل لماذا قام والداي بأشياء معينة	40
2	1	0	تعلمت أن أتواصل بصدق أكثر مع الآخرين	41
2	1	0	تعلمت بشكل أفضل إدارة عدم الثقة	42
2	1	0	تعلمت بأنني أريد ترك أثر في الحياة	43
2	1	0	اعتقد بأنه من المعقول طلب المساعدة من الآخرين	44
2	1	0	تعلمت أن معظم ما أغضبني كانت أشياء صغيرة لا تستحق الانزعاج منها.	45
2	1	0	تعلمت الدفاع عن حقوقي الشخصية	46
2	1	0	أصبحت العلاقة السابقة مع شخص آخر ذات معنى أكبر	47
2	1	0	أصبحت أكثر قدرة على رؤية والدي كأشخاص، وليس فقط كأباء	48
2	1	0	تعلمت أنه يوجد أشخاص مهتمون بي أكثر مما كنت أعتقد	49
2	1	0	طورت إحساساً أقوى بالانتماء، وأن أكون جزءاً من الجماعة	50
			المجموع:	

التقييم: الدرجات من 0 إلى 100 (الدرجة القصوى).

ط/ جرد النمو الاجهاد اللاحق للصدمة

Inventaire de développement posttraumatique ; Posttraumatic Growth Inventory PTGI-

التعليمية: نسألُك عن التغيرات المحتملة... حدّد الحدث، (مثلا المرض، الحداد، حادث....) الذي حدث لك، واستدام في ذهنك حتى الآن.

الرقم	بنود	ليس على الاطلاق	قليلًا جدا	قليلًا	كثيرًا	كثيرًا جدا	على العموم
1	لقد غيرت أولوياتي في الحياة	0	1	2	3	4	5
2	أنا أقدر حياتي أكثر لقيمتها الحقيقية	0	1	2	3	4	5
3	أصبحت مهتمًا بأشياء جديدة	0	1	2	3	4	5
4	اكتسبت المزيد من الثقة بالنفس	0	1	2	3	4	5
5	لقد طورت إيماني	0	1	2	3	4	5
6	أدرك جيدًا بأنني أستطيع الاعتماد على الآخرين في المواقف الصعبة	0	1	2	3	4	5
7	أعطيت اتجاهًا جديدًا لحياتي	0	1	2	3	4	5
8	أشعر أنني أقرب إلى الآخرين	0	1	2	3	4	5
9	أنا أكثر ميلًا للتعبير عن مشاعري	0	1	2	3	4	5
10	أستطيع التعامل مع المواقف الصعبة	0	1	2	3	4	5
11	أصنع الأفضل في حياتي	0	1	2	3	4	5
12	أقبل الأمور كيفما حدثت بطريقة أحسن	0	1	2	3	4	5
13	أنا أقدر أكثر كل يوم في حياتي	0	1	2	3	4	5
14	نشأت فرص جديدة لم تكن لتظهر	0	1	2	3	4	5
15	لدي تعاطف أكبر مع الآخرين	0	1	2	3	4	5
16	أستثمر أكثر في علاقاتي مع الآخرين	0	1	2	3	4	5
17	أحاول جاهدًا تغيير الأشياء التي يجب تغييرها	0	1	2	3	4	5
18	لدي إيمان ديني قوي	0	1	2	3	4	5
19	اكتشفت بأنني أقوى مما كنت أعتقد	0	1	2	3	4	5
20	لقد فهمت حقًا كيف يمكن أن يكون الناس عظماء	0	1	2	3	4	5
21	أقبل بشكل أفضل حقيقة الحاجة إلى الآخرين	0	1	2	3	4	5
المجموع:							

التقييم: للسلم (5) عوامل:

العامل 1: العلاقة مع الآخرين (البنود: 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21).

العامل 2: امكانيات جديدة (البنود: 3, 7, 11, 14, 17).

العامل 3: القوة الشخصية (البنود: 4, 10, 12, 19).

العامل 4: التغير الروحي (البنود: 5, 8).

العامل 5: حب الحياة (البنود: 1, 2, 13).

1. وفاة الزوج
2. الطلاق
3. الانفصال الزوجي
4. فترة السجن
5. وفاة قريب
6. الإصابة الشخصية أو المرض
7. زواج
8. تسريح (فصل)
9. المصالحة الزوجية
10. التقاعد
11. تغيير في صحة أحد أفراد الأسرة
12. حمل
13. صعوبات جنسية
14. وصول عضو جديد في العائلة
15. التأهيل المهني
16. التغيير في الوضع المالي
17. وفاة صديق مقرب
18. تغيير الوظيفة المهنية
19. تعديل عدد المشاهد الغسلية
20. رهن عقاري كبير
21. مصادرة الأملاك المرهونة أو المقترضة
22. تغيير مسؤولية الوظيفة
23. هجر الابن أو البنت للمنزل
24. صعوبات مع أصدقاره
25. نجاح مهني متميز
26. مباشرة الزوجة العمل خارج البيت
27. التجارة أو توقف الدراسة
28. تغيير في ظروف المعيشة
29. تغيير في العادات الشخصية
30. صعوبات مع المسؤول
31. تغيير في ساعات العمل أو في ظروف العمل
32. تغيير الإقامة
33. تغيير المدرسة
34. التغيير في أوقات الترفيه

35. تغيير في الأنشطة الدينية
36. تغيير في الأنشطة الاجتماعية
37. قرض عقاري أو قرض أصغر
38. تغيير في عادات النوم
39. تغيير في عدد مرات لم شمل الأسرة
40. تغيير في عادات الأكل
41. العطل
42. عيد
43. مخالفات صغيرة بالنسبة للقانون