



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
المركز الجامعي سي الحواس - بركة



معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة بيداغوجية في مادة

## علم النفس الصدمة

موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر تخصص علم النفس العيادي  
السداسي الثاني

إعداد : د. عبد الرحيم شادلي

السنة الدراسية: 2022 - 2023

## الفهرس

- 4..... مقدمة:
- 5..... المحاضرة الأولى. التعريف بالصدمة النفسية : تطور المفهوم.....
- 11..... المحاضرة الثانية : وجهات النظر المفسرة للصدمة النفسية
- 11..... 1. المدرسة الأنجلوسكسونية : .....
- 13..... 2. المدرسة الفرانكفونية : .....
- 16..... 3. وجهة النظر السلوكية - المعرفية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة : .....
- 16..... المحاضرة الثالثة : الضغط النفسي و الصدمة النفسية.....
- 16..... 1. الضغط النفسي : .....
- 17..... 2. الصدمة النفسية : .....
- 20..... المحاضرة الرابعة: الحادث الصدمي و الحادث المولد للصدمة.....
- 22..... المحاضرة الخامسة : الاضطرابات المرتبطة بالصدمة النفسية في الوصفيات العالمية.....
- 22..... 1. حسب الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) : .....
- 24..... 2. حسب التصنيف الدولي للأمراض (ICD10) و (ICD11): .....
- 25..... المحاضرة السادسة : التعبير العيادي للصدمة النفسية.....
- 25..... 1. نموذج المراحل الثلاث لكروك (Crocq): .....
- 27..... 2. أنواع المتلازمات الصدمية- النفسية حسب ( Plagnol ,2006 ) : .....
- 29..... 3. عواقب نفسية/اجتماعية للصدمة النفسية : .....
- المحاضرة السابعة : الصدمة النفسية في إطار سياقات الجروحية/الرجوعية (أو الجلد) و عوامل  
الخطر/الحماية.....
- 33.....
- 37..... المحاضرة الثامنة. أساليب التعامل مع الصدمة النفسية : العلاج و العلاجات.....
- 37..... 1. علاج الصدمة النفسية : .....

40	.....	2. مقاربات و تقنيات علاجية :
40	.....	2. 1 : العلاج السيكودينامي:
44	.....	2. 2: المقاربة النسقية والعلاج الأسري:
49	.....	2.3. العلاج السلوكي/ المعرفي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة :
52	.....	2.4. العلاج الدوائي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:
54	.....	2.5. تقنيات علاجية أخرى :
56	.....	خاتمة :
57	.....	قائمة المصادر والمراجع:

## مقدمة:

يعتبر موضوع الصدمة النفسية مفتاحيا في مجال فهم النفس البشرية و الاضطرابات التي تصاب بها. حيث يتمثل العامل الرئيسي المسبب للصدمة النفسية في التعرض لحادث صادم أو مولد لصدمة ،بالرغم من ذلك تختلف استجابات الأفراد المتعرضين له ،ففي حين يصاب بعضهم بصدمة نفسية و اضطرابات ما بعد صدمية ،يصاب البعض الآخر باضطرابات نفسية أخرى(فصام ،إكتئاب الخ ) ولا يصاب البعض بأي اضطرابات. من هنا تبرز أهمية فهم تأثيرات الحادث المولد للصدمة و آليات نشوء الصدمات النفسية و مظاهرها.

في هذا السياق تم إقتراح مادة علم النفس الصدمة في إطار برنامج التدريس للسداسي الثاني الخاص بطلبة سنة أولى علم النفس العيادي ،حيث تتمثل الأهداف العامة في تمكين الطالب من التعرف على مفهوم الصدمة النفسية و خلفيات نشوء الاضطرابات ما بعد الصدمية ،بالإضافة لتظاهراتها العيادية ،العلاج و العلاجات.

في إطار هذه الأهداف ،و بالاعتماد على أعمالنا السابقة حول موضوع الصدمة النفسية سنحاول توفير أرضية نظرية يركز عليها الطالب من أجل فهم الموضوع . وذلك من خلال تغطية المحاور الأساسية لبرنامج التدريس على شكل محاضرات.

## المحاضرة الأولى. التعريف بالصدمة النفسية : تطور المفهوم

إن تاريخ مفهوم الصدمة النفسية قديم، كما أن الكتابات التي تعالج تطور هذا المفهوم عديدة، ثرية، ومتنوعة، وسنحاول هنا إلقاء الضوء على أهم المراحل التاريخية وأهم الإسهامات العلمية التي ساعدت على تطوير فهم الصدمة النفسية ووصف التظاهرات المرتبطة بها.

ابتكر مصطلح الصدمة النفسية (traumatisme psychique) وتمت صياغته في علم النفس المرضي في نهاية القرن التاسع عشر من طرف الطبيب النفسي الألماني Herman Oppenheim (Haddadi, D., 2010, p.19)، وذلك في مؤلفه الأعصاب الصدمية سنة 1888، أين قام بتطوير مقال حول نفس الموضوع كتب (...) سنة 1884، وهكذا ابتكر (Oppenheim) في مؤلفه المتضمن 42 حالة من الأعصاب التي حدثت عقب التعرض لحوادث عمل أو حوادث مرور مصطلح الصدمة النفسية، وكان منحازا للطرح المرتبط بالمنشأ النفسي، لأن الهلع (effroi) هو الذي يحرض اضطراب نفسي أو عاطفي ( De Clercq, M., Lebigot, ) (F., 2001, P. 29)، أما على مستوى المخطط الإكلينيكي فقد وصف (Oppenheim) بعض الأعراض التي أصبحت عناصر خاصة بالأعصاب الصدمية: كوابيس أو اضطرابات النوم المتكررة، نوبات الحصر كاستجابة لكل ما يذكر بالحدث، تهيج وحساسية مفرطة للمنبهات الخارجية (Haddadi, D., 2010, P. 19).

أثار صدور المؤلف الأول لـ Oppenheim اعتراض Charcot الذي نفى استقلالية الأعراض المرتبطة بالعصاب الصدمي، و ربطها بالهستيريا بالنوراستينيا (...) وقد كانت سنة 1889 محطة هامة لإدخال مصطلح الصدمة النفسية للعالم العلمي، ففي جويلية ناقش (Pierre Janet) أطروحته للدكتوراه والآداب حول الآلية النفسية (l'automatisme psychologique)، حيث

عرض 21 حالة عصابية نتجت لدى أغلبهم بفعل صدمة نفسية (...) وعلى مستوى الأمراض حد  
Janet "تفكك الوعي" الذي يبدو سمة مميزة لهؤلاء المرضى المصدومين ( De clercq, M., )  
(Lebigot, F., 2001, P.30).

في شهر أوت من نفس السنة انعقد بباريس مؤتمر: علم النفس الفيزيولوجي والتنويم المغناطيسي  
أين قام Janet بمعارضة Bernheim: "فهل كل الحالات أم فقط المرضى هم من يمكن إخضاعهم  
للتنويم المغناطيسي"؟، وأين عرض كل من Burot و Bourru (...) حالتهم المسماة (Mme X)  
التي شفيت من عصابها من خلال إعادة معايشة ظرف حياتي تحت تأثير التنويم المغناطيسي (...)  
وقد جاء (Sigmund Freud) الذي كان مشغول البال بعلاجه اليومي لمريضته الأولى Emmy  
Von ليحضر هذه المؤتمرات، دون أن ينسى المرور على مدرسة Nancy لزيارة Bernheim  
منافس Charcot في مجال التنويم المغناطيسي، ليقوم Freud بمعالجة مريضته تلك من خلال  
إعادة معايشة الصدمة تحت تأثير التنويم المغناطيسي (...) كما قام بتكييف مصطلحات Jenet  
القائلة "بتفكك الوعي" وبالحدث الصدمي المتطفل الذي يتصرف من خلال "آثاره الذكورية" كجسم  
غريب لا يطاق حتى بعد مدة طويلة من التعرض له ( De clercq, M., Lebigot, F., 2001, )  
(p. 31).

وقد افترض فرويد (Freud) في المحور الأول أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية، وتنتج عن  
الإغواء، أي حادث إغواء طفل من طرف شخص راشد، وأشار إلى أن حدوث الصدمة يقتضي توفر  
أمرين: الأول هو حادث إغواء كائن غير ناضج، ويكون في وضعية سلبية ومن دون تهيؤ، أما  
الثاني فهو العامل المفجر أو البعدي (l'après-coup) الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله،

فهو الذي ينشط الآثار الذكورية المتعلقة بحادث الإغواء المبكر(سي موسى، وزقار، 2002،ص.

(63

بعد عدة سنوات تراجع فرويد عن فرضية الصدمة الجنسية التي هي أصل الهستيريا لصالح اصطلاح هوامي (De clerqc, M., Lebigot, F., 2001, P.31) .

ففي رسالة وجهها لـ Wilhem Fliess لم يعد يعتقد بالنوروتيكيا وإذن لم يعد يعتقد بالصدمة المرتبطة بالإغواء المبكر من طرف راشد، وقد سمح له هذا الحذف باستبدال واقعية الحدث بإمكانية كونه هواميا (Haddadi, D.,2010,P.21). ويرى (De clerqc,et lebigot,2001) أن Freud دقق أفكاره في "دراسات حول الهستيريا وهو مؤلف كتبه بالتعاون مع Joseph Breuer حيث طور فيه اصطلاحه حول الصدمة النفسية، حول الأثر الذكروي وحول مبدأ التنفيس (catharsis).

في القرن العشرين أعطت الصراعات المسلحة فرصة للأطباء النفسيين العسكريين لتعميق دراستهم الإكلينيكية حول الصدمة النفسية، حيث صاغ (Honigmann,1907) مصطلح "عصاب الحرب" بمناسبة الاضطرابات العصابية الملاحظة لدى الضباط الروسيين المشتركين في الصراع الروسي-الياباني سنة 1904.

. (Vila, G., porche, L.M., & Mouren-siméoui, M.C.,1999.P13)

وفي الحرب العالمية الأولى طرحت سريعا الفرضية الإمرضية القائلة بالرضة الدماغية ( Etiologie

commotionnelles) وعرض سريعا وبأشكال مختلفة تشخيص صدمة القصف : " Vent de

"l'obus" في فرنسا و "Granat explosion" في ألمانيا و "Shell shock" في انجلترا ،حيث

تم تكييف هذه التسمية الأخيرة بالتدرج و استعملت هنا وهناك.

(De clerq, M.,Lebigot, F.,2001, PP.33-34)

أثارت الحرب العالمية الثانية الاهتمام من جديد بهذه الاضطرابات، ففي إنجلترا تم وصف "ردود الفعل المؤجلة للمعركة " ( réactions de combat retardées ) التي تأتي بعد وقت كمون، كما كانت الاضطرابات النفسية- الصدمية متواترة وحاضرة في الولايات المتحدة الأمريكية، أين بذلت جهود هامة من أجل انتقاء المقاتلين وإقصاء الأشخاص المتميزين بضعف نفسي. (Vila, G.,

porche, L. M., &Mouren-siméoni, M. C., 1999, P. 14)

لفتت الحروب التي تخللت النصف الأول من القرن العشرين الانتباه من جديد إلى الأعصاب الصدمية وأحيت من جديد التناولات النظرية المرتبطة بها ،وتمكن التحليل النفسي بالتدرج من ربط تسميات الأعصاب النفسية بالحالات المستعصية الناتجة عن الحرب،حيث ربط كل من Hesnard في فرنسا، Adrian و Eder في بريطانيا العظمى، و Vogt في ألمانيا عصاب الحرب بتعقيدات ما قبل شعورية. أما (Abraham,1918) و (Ferenczi,1916-1918) وهما من تلاميذ Freud اللذين تم تعبئتهم في الجيش الألماني ،فقد ساهما في تطوير نظرية التحليل النفسي لأعصاب الحرب وذلك بفك رموز دلالات الأعراض الهستيرية، التي تنتصب كشواهد على أضرحة الذكريات المدفونة في الأعماق كما يقول (Ferenczi, 1916) ، كما ألح (Simmel,1918) من جهته على: "تغير الروح" أو "إنطمار الشخصية" (ensevelissement de la personnalité) والتي تعتبر كعرض أساسي يختص به المصاب بعصاب الحرب (De clerq, M.,lebigot. F., 2001,

PP. 32-35)



بالتوازي مع ذلك كان (Freud,1920) يركز تفكيره حول الرعب وحول كابوس التكرار، ليتوصل لتعريف " قهر التكرار" (compulsion de répétition) على أنه وسيلة دفاعية خارج مبدأ اللذة، والتمس وراء هذا القهر "غريزة الموت" ، وهي انجذاب للموت والعودة لحالة اللاحياة، كما أنها متوازية مع "الليبيدو" التي هي غريزة الحياة ،وهكذا عرض Freud نموذج تحليلي نفسي دينامي ونسبي للصدمة (De clerq, M., Lebigot, F., 2001, P.35).

وفي "ما وراء مبدأ اللذة" وضع Freud اصطلاحه الجديد، حيث عرفت الصدمة النفسية على أنها انكسار لصاد الإثارات -pare-excitation- يحرض على المستوى الاقتصادي اكتساح من طرف كميات كبيرة من الطاقة الغير مربوطة ، وهنا يعجز الجهاز النفسي بسبب غياب استعداده من خلال القلق، حيث أن إشارة القلق لم تعد تسمح لنا بحماية نفسه من الإنكسار الكمي، سواء كان من مصدر خارجي أو داخلي، وعلى المستوى الإكلينيكي يبقى الفرد مثبتا في الصدمة كما تشهد على ذلك تظاهرات التكرار: الكوابيس المتكررة، إجتراح عقلي وردود فعل الفزع، والتي تعيد الفرد بدون توقف للوضعية الصدمية الأساسية (Haddadi, D., 2010, P. 22).

وقد وضع فرويد(1939) بعد ذلك لمساته الأخيرة على نظريته حول الصدمة النفسية في كتابه: "موسى والتوحيد" (moise et le monothéisme)، ولنفسح المجال مباشرة لفرويد بنفسه ليشرح لنا نظريته تلك حيث يقول في مؤلفه هذا: "ندرس في المقام الأول الرضات، فزمنها جميعها ينحصر بين الطفولة الأولى وبين السنة الخامسة تقريبا (...). إن الأحداث المشار إليها تغرق بصورة عامة في عالم النسيان، وتغيب عن الذاكرة غيابا تام (...). وهذه الأحداث هي عبارة عن انطباعات ذات صفة جنسية أو عدوانية، وهي بالتأكيد كذلك جروح مبكرة يصاب بها الأنا (جروح نرجسية) (...). إن هذه النقاط الثلاث: الظهور المبكر إبان السنوات الخمس الأولى، النسيان،

والمضمون العدوانى- الجنسى وثيقة الترابط فيما بينها، فالرضات هي إما أحداث تتعلق بجسم الطفل وإما إدراكات حسية وبوجه خاص إدراكات حسية بصرية أو سمعية، وبالتالي فهي إما أحداث معاشة وإما انطباعات (...). إن للرضات نوعين من النتائج: نتائج موجبة ونتائج سالبة، فالنتائج الموجبة هي عبارة عن محاولات لإعادة استثمار الرضة، أي لإحياء ذكرى الحادث المنسى، أو بتعبير أدق لإعادة الصفة الواقعية إليه ولبث الحياة فيه من جديد (...). ونطلق على جملة هذه الجهود اسم "تثبيت الرضة" أو كذلك "آليات التكرار" (...). أما ردود الفعل السالبة فترمي إلى هدف مختلف كل الاختلاف، فالرضات المنسية تغيب عن الذاكرة نهائياً، ولا يعود شيء يتكرر، ونحن نطلق عليها اسم "ردود الفعل الدفاعية"، التي تجد ترجمتها في "تحاشيات" قد تتحول بدورها إلى ضروب من الكف والرهاب (...). وحاصل الكلام أنها لا تعدو أن تكون هي الأخرى، شأنها شأن ردود الفعل الموجبة: تثبيبات للرضات وإن تكن معكوسة الاتجاه". (فرويد، س.، 1982، ص ص. 104-107).

برز من جديد الاهتمام بالصدمات النفسية بعد الحرب الأمريكية في فيتنام (1964-1973) والتي مثلت حسب رأي (L. Crocq, 2001) صدمة معنوية للأمريكيين بسبب " انهيار حلم السلام الأمريكي". وفي ماي 1972 لاحظ الطبيب والمحلل النفسي (Shatan) الحضور والتواتر الكبير لمتلازمات ما بعد حرب الفيتنام (Post-Vietnam syndromes) حيث تنفجر هذه المتلازمات بعد وقت طويل جداً من الكمون (أشهر أو سنوات) وبعد العودة إلى الوطن، وتتضمن: إعادة المعيشة، كوابيس واجترار عقلي حول التضحيات التي بذلت من دون جدوى، انتفاضات، حالة إنذار، العدوانية، الانطباع بأن الشخص قد فقد شخصيته السابقة و تغيير صورة الشخصية، وحسب Shatan نجد هنا البروفيل الإكلينيكي والبنوي لعصاب الحرب القديم الذي وصفه Freud و Ferenczi وخاصة Simmel (مع "تغير الروح")، وهكذا قام (Shatan, 1973)

بتكوين فريق بحث من الأطباء النفسيين المهتمين، والذين كان أغلبهم من قدماء الفيتنام، وتمكن من اقتراح صيغة أولية لما أصبح فيما بعد - سنة 1980 - تشخيص PTSD في المراجعة الثالثة للنظام الوصفي الأمريكي DSM (De clerq, M, Lebigot, F., 2001,P.42) .

ومع الدليل التشخيص والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الثالثة (DSM-III) سنة 1980 قدم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، وعرضت معايير دقيقة وأكثر صلابة في الطبعة المراجعة (DSM-III-R) سنة 1987، وتم التأكيد على منشأ الصدمة النفسية المتمثل في حادث غير مألوف من شأنه أن يستثير حالة كرب (détresse) لدى أغلب المتعرضين له، كما تم التأكيد على ضرورة ربط أعراض التكرار، التجنب أو الانفصال وازدياد الإثارة العصبية. (Vila, G., porche, L.M., & Mouren-siméoni, M. C., 1999, PP.14-15) . ومن جهتها وصفت منظمة الصحة العالمية سنة 1992 في تصنيفها العالمي العاشر للأمراض (ICD 10) ثلاث وحدات أساسية خاصة بالاضطرابات ما بعد- الصدمية وهي: رد الفعل الحاد لعامل ضغط، حالة ضغط ما بعد الصدمة،التغير المزمن للشخصية عقب خبرة كارثية.

## المحاضرة الثانية : وجهات النظر المفسرة للصدمة النفسية

### 1. المدرسة الأنجلوسكسونية :

قام نظام DSM وهو نظام لا نظري باستبعاد فرضية "الأعصاب" واقترح مصطلح "الضغط" (Stress)، وانطلاقاً من سنوات الثمانينات (1980) شهد التراث السيكاتري الأمريكي ازدهارا في إنتاج المؤلفات حول موضوع اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية المرتبطة بحرب الفيتنام (Haddadi, D., 2010.P.26)

وقد سمح هذا التراث من الأعمال ومنذ سنوات الثمانينات بتجسيد الخبرة وتطوير التفكير السيكاتري الأمريكي حول الصدمة ، فقد قام المؤلفون الأمريكيون بتقويمات وتعديلات على مرحلتين حول تشخيص (PTSD) وذلك من خلال مراجعتين الأولى في الطبعة الثالثة المراجعة (DSM-III R) سنة 1987 ،والثانية في الطبعة الرابعة (DSM-IV) سنة 1994. ففي سنة 1987 قامت (DSM-III-R) بحذف التمييز "حاد - مزمن" ليبقى فقط التمييز "مبكر- متأخر" ، كما أضافت المعاشات الهلوسية (Flash-back)، ومعاشتها الظرفية التفككية (حسب معنى Janet) في المعيار (B) المتعلق بإعادة المعاشة، وضاعفت المعيار (C) (الخاص بانخفاض التنشيط) بتجنب المثيرات الخاصة، وقامت بتصنيفية جزئية لتناقض الأعراض في المعيار (D) بحذف المعيار المرتبط بشعور الذنب المتعلق بالبقاء على قيد الحياة (culpabilité du survivant) واضطرابات الذاكرة، وأضافت الاستثارة (irritabilité) وانفجارات الغضب ،كما عنونت هذه المعايير بـ (increased arousal) ،و بعد سبعة سنوات عام 1994 عملت (DSM-IV) على تقديم نقد توضيحي وذلك بتأكيدا في المعيار (A) (التعرض لحادث مولد للصدمة) على أن يكون الشخص قد عاشه في خوف، عجز أو ترويع ، مما يجعلها متصلة بمصطلح نسبية الصدمة المعرف من طرف Freud. كما أضافت للمعيار (B) المتعلق بإعادة المعاشة: عودة الفعالية النفسية الفيزيولوجية عند التعرض لإشارات مستحضرة (والتي كانت مرتبطة بالمعيار D)، وأضافت معيارا جديدا (F) مرتبط بمعاونة شخصية مهمة إكلينيكية، وباختلال في التوظيف الاجتماعي أو المهني، ومن بين محتويات المعيار (D) نجد دائما صعوبة التركيز، كما أضيف معيار جديد (E) يفرض أن تكون مدة الاضطرابات أكثر من شهر، حيث تم تعريف النوع "الحاد" إذا كانت المدة أقل من 3 أشهر، وهو متعارض مع النوع "المزمن" (ثلاث أشهر فأكثر)، وأخير تم تخصيص "البدء المتأخر" لكل وقت كمون يستغرق على الأقل 6 أشهر، وقد أضافت (DSM-IV) بجانب تشخيص PTSD

التشخيص الجديد لاضطراب الكرب الحاد. ( De clercq, M., Lebigot, F., 2001, )  
(PP.54- 55)

وقد تم ادخال تعديلات جديدة على مستوى (DSM5) ، تمثلت أساسا في حذف التفاعل الانفعالي مع الحادث في المعيار A لتشخيص PTSD، كما تم تدقيق هذا المعيار بجعل الحادث إما يعيش بشكل مباشر أو عن طريق المشاهدة الشخصية ، أو بشكل غير مباشر عبر المعرفة بوقوعه لأحد أفراد الاسرة أو الاصدقاء المقربين. كما تمت اضافة معايير لتشخيص PTSD للأطفال بعمر ست سنوات و الاقل سنا.

## 2. المدرسة الفرانكفونية :

في أوروبا كانت وجهات النظر وطرق العمل مختلفة عن نظيرتها في أمريكا وفي الدول الأنجلوسكسونية والمتحدثة باللغة الإنجليزية ، ويشير (Crocq,2001) إلى أن الوفاء للتقاليد الإكلينيكية الأوروبية والحاجة لنمط من التفكير يستجيب أكثر لمادة علم النفس المرضي دفعا بمؤلفين فرنسيين، بلجيكيين، سويسريين وهولنديين إلى شطب مصطلح (PTSD) وتطبيقاته النظرية ، والى النهوض بالمصطلح السيكوباتولوجي المتمثل في "الصدمة" المعارض للمصطلح البيو- فيزيولوجي المتمثل في "الضغط".

ومنذ بداية التسعينيات عمل مجموعة من الشباب وهم أطباء نفسيون عسكريون على رأسهم البروفيسور Lebigot و Briole على عرض إصطلاح مستوحى أساسا من التحليل النفسي اللاكاني، حيث تجاوز هؤلاء وجهة النظر الإقتصادية المرتبطة بالمخطط الفرويدي وأدمجوا وطوروا مقولات البروفيسور Crocq ومكتسبات Barroise بهدف بناء جسر بين التحليل النفسي والفينومينولوجيا أو الظاهرانية (Haddadi, D., 2010, P. 29).

وعلى مستوى إكلينيكي يشير (Crocq, 1998) إلى أهمية المرحلة "ما بعد الآنية" (Post-Immédiate) التي تقع زمنيا بعد المرحلة الآنية (Immédiate) المرتبطة بالضغط، وقبل المرحلة المتأخرة (Différé) المرتبطة بإستقرار عصاب صدمي، وتكمن أهمية هذه المرحلة في كونها جسرا يربط بين تلك المرحلتين، حيث أنها ستشهد إما خمودا وإنطفاء للضغط، وإما ستكون مرحلة كمون يلاحظ على مستواها أولى علامات إستقرار عصاب صدمي.

أما على مستوى الإراضية (Pathogénie) فلنفسح المجال لـ (Crocq) بنفسه ليشرح لنا وجهة نظره حيث يقول: "على مستوى المخطط الإراضى، فقد شجعنا منذ زمن بعيد (1965-1966) على تكييف وجهة نظر فينومينولوجية، لا تنظر إلى العصاب الصدمي على أنه ناتج عن عمل الميكانيزمات، بل على أنه بناء غير طبيعي للعالم، وذلك في إطار تشوش للزمانية، مطبوع بطابع الحضور الكلي للصدمة المرعبة، بديمومتها اللامتناهية المسقطة في المستقبل (أين يكون هناك انطباع بانسداد المستقبل وبتعليق الزمن)، وإعادة تنظيم الماضي بناءً على صورتها من خلال اختيارات مرتبطة بآثار ذكورية تفرض نفسها، ففي إطار هذا الإصطلاح اللاخطي للزمن نقوم بنقد فرضيات الاستعداد القبلي (prédisposition) والعصاب الكامن، والتي يستند بها وبسرعة كبيرة الاكلينيكيون والخبراء ضحايا "وهم الاستذكار" (L'illusion Rétrospective)، فصورة الماضي التي يعطيها لهم المريض ليست سوى انعكاس مزلل لطريقته في كونه "مصدوم" اليوم، مع انتقائها وإصطباغاتها الاستذكارية، في حين أنه في الحقيقة وحسب صيغة جد عسكرية معروضة من طرف (Lacan)، فالماضي يميل للزوال ولا يترك سوى رواسب لحقائق مؤجلة ، كما ننتقد أيضا الاصطلاح الساذج "البعديّة" (l'après - coup)، وكأنها حكاية الحسناء النائمة في الغابة ، في حين أن Freud بنفسه تكلم عن حدوث تعديل في المرحلة البعدية ومن وجهة النظر الفينومينولوجية (الظاهرية) هذه ينبغي أيضا إعادة صياغة مسألة المعنى (sens) وغياب المعنى

(non-sens) ،وبعد ذلك مسألة الميكانيزمات الإمبراضية ،فالصدمة ليست فقط تحطيم اكتساح وتفكك للوعي فهي أيضا إنكار لكل ما هو قيمة ومعنى ،وهي خاصة رؤية للعدم الغيبي والمخيف (Aperception du néant mystérieux et redouté) هذا العدم الذي نحن على يقين مطلق بأنه موجود حتما ،ولكننا لا نعلم عنه شيئا ونقضي كل حياتنا ونحن ننكره بتكلف ،إذن فصحيح جدا أن أي شيء ،أي كائن موجود هو كما يؤكد (Merleau Ponty, 1961) ليس فقط "شيئا ما" ولكنه "شيء ما وليس لا شيء" (De clerq, M., Lebigot, F.,2001, PP.56-57) .

في هذا السياق من التفكير انعطف الطبيب والمحلل النفسي (Barrois,1998) بدوره عن المخطط الاقتصادي الفرويدي، ليعتبر الصدمة على أنها: انقطاع للعلاقات مع العالم، مجابهة مع الاحتمال الغير متوقع المرتبط بالموت (impensable de la mort)، اكتساح من طرف قلق الفناء (angoisse de néantisation)، تحطيم لوحدة الفرد، وتعطيل للمعنى (...). ففي مواجهة انكشاف الموت الفعلي، يتجرد الشخص من الدال (signifiant) ،من التمثلات (représentation) وحتى البدائل المشككة من طرف الوعي أو الثقافة مثل الجثة وطقوس الدفن لا تستطيع شرح ولا التحكم في هذه المجابهة ،وفي هذه الحالة فأعراض العصاب الصدمي التي تحاول بدون جدوى بناء سد في وجه سياقات الإفناء (mortification) مثلا : التثبيط ،التفكك والانطواء على الذات، أو تسجيل المشهد الصدمي (مثلا: من خلال التكرارات) ليست أكثر من تأكيد لقوة الهلع واستمراريته كقدر لا مفر منه (De clerq. M, Libigot. F., 2001, P. 57).

من وجهة النظر هذه قامت هذه المدرسة بصياغة مفادها أن ما يحدث صدمة هو الالتقاء العيني مع الموت (réel de la mort) .

### 3. وجهة النظر السلوكية - المعرفية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة :

تتشكل التساؤلات التي يطرحها علم النفس الصدمة (La Psycho-traumatologie) بالنسبة للسلوكيين حسب اصطلاح التعلم: كيف يتم تعلم استجابة (الخوف وارتباطاته) إنطلاقا من خبرة واحدة (الحادث الصادم)؟ لماذا لا تنطفئ هذه الإستجابة (تطور واستمرار حالة ضغط ما بعد الصدمة)؟ كيف يمكننا تعديلها (العلاج)؟ و أيضا لماذا لا يتفاعل كل الأشخاص بنفس الطريقة أمام نفس الحادث؟ ولماذا "يتعلم" بعضهم الإستجابة ولا يتعلمها البعض الآخر (عوامل الجروحية والرجوعية)؟ وأمام نفس الأسئلة يشرك المعرفيون دور المخططات المعرفية: البنى، المعتقدات، لذكريات، التأويلات، التعريفات وعمليات الإنتباه (...). فتمثلات العالم والذات يتم الإخلال بها، ويحرك كل من الإنتباه والإدراك من أجل التعرف على علامات الخطر التي تؤدي لإرتجاج الدفاعات، وتكون هذه الأخيرة بدورها غير توافقية لأنها تطور إنطلاقا من معتقدات غير عقلانية، من تحريفات معرفية ومن تأويلات مغلوطة، ويعبر كل هذا عن نفسه من خلال أعراض ضغط ما بعد الصدمة (De clercq, M. Lebigot, F., 2001, PP. 253-254).

### المحاضرة الثالثة : الضغط النفسي و الصدمة النفسية

#### 1. الضغط النفسي :

المصطلح "ضغط - stress" هو مصطلح إنجليزي، صاغه هانز سيلبي (Hans Seley) سنة 1936 ليصف به استجابة الكائن الحي عندما يتواجد في وضعية اعتداء أو تهديد تخل بتوازنه، وبالتالي تسمح له هذه الاستجابة بتعبئة دفاعاته لمواجهة تلك الوضعية.



انطلاقاً من الدراسات حول الضغط البيولوجي لدى الفئران وصف ( Selye ,1936, Syndrome Général d'Adaptation ) (1962,1978) "المتلازمة العامة للتوافق" ( S.G.A التي تحتوي على ثلاث أطوار، ففي طور الإنذار (Phase d'alarme) تحدث تغييرات بيولوجية متميزة تعقب مباشرة التعرض لعامل ضغط، وفي أثناء طور المقاومة ( Phase de résistance) يصارع الكائن الحي ضد عامل الضغط، وتجدد آلياته الدفاعية لأقصى درجة ، ويستعين بما يحتويه مخزونه، ويأتي طور الإنهاك (Phase d'épuisement) عندما يتعرض الكائن الحي بطريقة ممتدة وطويلة لعامل الضغط، حيث لا يستطيع تجديد إمكانات طاقوية من أجل التعامل مع الوضعية التي يتواجد فيها، وحتى إشارات رد فعل الإنذار التي تتظاهر لا يتم تجديدها وهذا ما يؤدي إلى الموت. (Ionescu. S., 2006, P.87).

يبرز الفرق بين "الضغط العادي" و "الضغط المرضي" على مستوى فعالية أطوار التوافق، ففي حالة الضغط العادي تعمل الاستراتيجيات على تكييف استجابة توافقية، بينما في حالة الضغط المرضي يتم تجاوز القدرات التوافقية التي تصبح غير فعالة، وهذا ما يؤدي لظهور اضطرابات التوافق العابرة أو المزمنة. (Declercq,M., Lebigot, F., 2001. P. 14).

## 2. الصدمة النفسية :

يعرف (Sillamy,1999) الصدمة على أنها: "رضة عنيفة تؤدي الى تحريض اضطرابات جسدية ونفسية". ويشير ( De clercq ,et Lebigot, 2001 ) إلى أن مصطلح الصدمة منحدر من الكلمة اليونانية "TPaVUa" والتي تعني إصابة مع تصدع (Blessure avec effraction) كما يشير كل من (Vila,Porche ,et mouren-simeoni, 1999) إلى أن مصطلح الصدمة "traumatisme" ينتمي أساساً إلى الاصطلاح الجراحي ، أين يتم استعماله لوصف محصلة ما

ينتج داخل الكائن الحي بفعل التصدع الناجم عن تأثير عامل خارجي ،ومن أجل تفادي الخلط مع مصطلح الصدمة الجسمية أوصى Crocq باستعمال مصطلح "الصدمة النفسية" الذي يصف التظاهرات التي تنتج داخل الجانب النفسي للشخص عندما يتعرض لحادث مفاجئ وعنيف يهدد تكامله الجسمي و/أو النفسي.

من أجل التعمق أكثر في فهم الصدمة النفسية لنسترجع بعض المعطيات التي تعرضنا لها أثناء عرضنا لتطور مفهوم الصدمة النفسية، أين رأى Oppenheim أن الصدمة هي ذات منشأ نفسي لأن "الهلع" (effroi) هو الذي يحرض الاضطراب، كما تكلم Janet عن "تفكك الوعي" وعن بقاء ذكرى الصدمة النفسية في صورة بدائية ، و تكلم ( Freud,1920 ) في "ما وراء مبدأ اللذة " عن "اكتساح" عنيف داخل الجانب النفسي من طرف الصدمة بسبب عنف الحادث ومفاجأته لأننا الذي لم يكن مستعدا لتلقيه من خلال إشارة القلق ،حيث يشير ( De clercq,et Lebigot ) الى أن فرويد ميز تمييزا أساسيا في "ما وراء مبدأ اللذة" بين الخوف (la peur) وهو مرتبط فقط بموضوع الخطر، والقلق (l'angoisse) أين تكون إسهامات الخطر نفسه أهم من موضوع هذا الخطر، والهلع (effroi) وهو الحالة التي تحدث عندما نقع فجأة في وضعية خطيرة دون أن نكون مهيين لذلك ،ومن هذا المنطلق فقد أشارا أيضا إلى أن "الهلع" متناسب جدا مع حالة الرعب المرتبطة بالصدمة فهو يتجاوز الخوف، القلق والضغط لأنه يعبر عن "الالتقاء العيني مع الموت" réel de la mort. فعند مواجهة الشخص للخطر في حياته الخاصة (بالتعرض لكارثة طبيعية مثلا) قد يلتقي التقاء عينيا مع الموت، وفي هذه اللحظة بالذات ليس هناك أي ضغط أو قلق ،والشيء الوحيد الذي يعبر عنه في تلك اللحظة هو "الهلع" ،وذلك في مواجهة عدم التمكن من تمثل الموت. حيث يؤكد Lebigot أن تلك الصورة المرتبطة بعينية الموت : " لا تتصرف كذكرى، فهي تبقى عذراء (intacte) قريبة من تفاصيلها، وعندما تتظاهر في الوعي- في الكوابيس أو في حياة

اليقظة- فإنها تنتمي دائما للحاضر، وكأنها حدث يقع في الوقت الراهن" ( De clerq, M., )  
. (Lebigot, F., 2001, P.16).

كما يؤكد ( De clerq, et Lebigot ) أنه إذا كانت آثار الضغط تختفي بمجرد اختفاء تأثير العامل الضاغط، فصورة الصدمة تطبع داخل الجانب النفسي للشخص "تهديدا داخليا" يعمل على إنتاج تأثيرات آنية مباشرة ويؤثر أيضا في مراحل لاحقة ، فإذا كانت متلازمة التكرار الصدمية تترافق مثلها مثل الضغط بأعراض "توتر المجموع العصبي المستقل" ، فهي لا تتعلق مثل الضغط باستجابة توافقية أو غير توافقية في مواجهة تهديد خارجي، فالتهديد في حالة الصدمة النفسية داخلي وليس خارجي، وفي هذه الحالة يتعلق الأمر بـ "العيش دائما وباستمرار في مواجهة خطر داخلي مرتبط بالرعب".

انطلاقا من هنا يوضح لنا هذان الأخيران أن مواجهة حادث خطير قد تتخذ شكلين قريبين جدا من بعضهما ، ولكن تأثيراتهما الإكلينيكية مختلفة جذريا وهما:

- أ. المجابهة مع تهديد الموت (أو خطر الموت): والذي من شأنه أن يحرض ردود فعل للضغط وللقلق (أحيانا معتبرة جدا) ولكنه لا يحرض بالضرورة صدمة نفسية.
- ب. الالتقاء مع عينية الموت (réel de la mort): وهذا الالتقاء يتعلق في أغلب الأحيان بصدمة نفسية، يظهر تأثيرها على الشخص عبر مرحلتين أساسيتين: ترتبط الأولى بالالتقاء مع عينة الموت، الذي يكون مرفوقا بالهلع وليس بالقلق، وهذه المرحلة الأولى المرتبطة بالهلع قد تتبع فيما بعد بردود فعل القلق والضغط، أما الثانية فهي مرتبطة بقدوم متلازمة التكرار الصدمية، والتي يؤكد قدومها واقعية الصدمة النفسية المعاشة من طرف الشخص.

## المحاضرة الرابعة: الحادث الصدمي و الحادث المولد للصدمة

من أجل حدوث اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تشترط الـ DSM أن يكون الشخص قد تعرض لحادث صدمي، أي يكون قد خبر أو شهد أو واجه حادث تضمن الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو إصابة خطيرة أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين، وتعطي الـ DSM دورا محوريا لهذا الحادث في نشوء الاضطراب وتطوره، ويرى (De clerq,et Lebigot,2001) أنه في إطار هذا المنطق يجري كل شيء وكأن خطورة الحادث الكارثي هي أهم عنصر محدد لتطوير اضطرابات ما بعد صدمية، فهذا الدور يلعبه-حسب رأي DSM- الحادث بخصائصه الصدمية وليس المعاش الشخصي له، ولأن De clerq و Lebigot لا يتفقان مع هذه الفكرة، فقد وضحا لنا دور المعاش النفسي للحادث في تطوير الاضطرابات ما بعد الصدمية، وذلك في كتابهما "Les traumatismes psychiques" من خلال مثالين عياديين يمكن تلخيصهما كما يلي :

عرضا في المثال الأول حالة السيدة M، وهي أرملة تبلغ من العمر 74 سنة تعرضت في أحد الأيام بينما كانت تتنزه مع كلبها للسرقة، حيث فوجئت بفتى يسحب حقيبتها ويحاول أن يسرقها، لم تتردد السيدة M في التمسك بحقيبتها محاولة عدم إفلاتها لأنها "آخر هدية من زوجها قبل وفاته"، وأمام هذا الوضع استمر السارق بضربها على وجهها بعنف أكبر فأكبر، لينتهي بها المطاف إلى إفلات حقيبتها حيث أغمي عليها، واستعادت وعيها فيما بعد في المستشفى، أين طلب المتخصص بالصدمة الجسمية تصويرا بالأشعة السينية للججمة والدماغ، ولأن هذا التصوير لم يظهر شيئا، وأمام حالة الخدر التي كانت تعاني منها السيدة M التي لم تنطق بكلمة، وبقيت مذهولة تائهة، استدعى هذا المختص فريق وحدة الكوارث وأعلمهم بأنه لم يفهم ما المشكلة قائلا: "إنها لا تعاني من شيء إطلاقا، سوى بعض الكدمات!"، ليتم الاحتفاظ بها شكليا لليلة واحدة في المستشفى، وذلك

من أجل مساعدتها على التعبير من خلال الكلمات عن ما يحدث لها، أين كانت تردد في العديد من المرات: "أنا لا أفهم شيئاً، لقد قتلني، لقد رأيت نفسي ميتة"، وبالنظر لحالتها هذه تم استدعاء جارتها، وعرضت عليها -أي على السيدة M- مقابلات نفسية. وهكذا و بعد المقابلة الأولى لم تعد السيدة M، وبعد شهر اتصلت الجارة - مشغولة البال - لتبلغهم أن السيدة M لم تخرج من منزلها منذ ذلك الحين، كما أبلغتهم أنها طلبت من جمعية حماية الحيوان تلقيح كلبها قائلة "لا أريد أن يتسبب بموتي للمرة الثانية"، وهكذا بالرغم من خضوعها للتكفل، ومن تشخيص حالتها من طرف الجراح المختص في الصدمة الجسمية بأنها: "لا تعاني من أي مشكل" طورت السيدة M فيما بعد عصاب صدمي أساسي مع حالة اكتئاب.

أما في المثال الثاني فقد عرضا حالة السيد H البالغ من العمر 22 سنة، والذي تم إحضاره إلى مستشفى (Saint luc) في حالة خطيرة مصابا بالعديد من الطعنات ،التي تسبب له بها ثلاثة شبان هجموا عليه محاولين أن يسرقوا مفاتيح سيارته الرياضية، ولأن السيد H يملك حزاما أسودا في رياضة الكاراتيه، قرر ألا يسمح لهم بذلك وأن يدافع عن نفسه، حيث تمكن من إزاحة اثنين من خصومه، ولكنه تعرض لهجوم بالسكين من طرف الثالث تسبب له بإصابات. التقى المؤلفان بالسيد H صدفة عند قدومه إلى مصلحة الاستعجالات ،وقد لفت انتباههم عنف الحالة التي كان يعاني منها، وإلى نفس المستشفى تم إحضار أحد من اعتدوا عليه في سيارة إسعاف لأنه كان يعاني من عديد الكسور التي سببها له السيد H ،حيث تبادرت له الأسئلة التالية : "ما هي حالة الاثنين الآخرين؟" و "كيف لم أنتبه لقدم الشخص الثالث؟". ألحق فيما بعد السيد H بغرفة العمليات، ثم تمت إعادته إلى جناح العلاجات المكثفة، ليتم في اليوم الموالي استدعاء المؤلفين من طرف مسؤول هذا الجناح الذي كان متفاجئا بما حدث للسيد H قائلا: "لقد شهد الموت عن قرب، كانت تفصله عنه بعض السننيمترات، لقد أصاب السكين أحد الشرايين القريبة من القلب"، مع ذلك كان

السيد H هادنا جدا، كان يقول مازحا: "في المرة القادمة سأكون حذرا أكثر"، عرض عليه أن يتكلم عن ما عاشه وما حدث له، و قبل ذلك بسرور كبير، وبالرغم من أن الحادث الذي تعرض له السيد H شديد وخطير، لم يطور هذا الأخير لا حالة ضغط ما بعد الصدمة ولا عصاب صدمي، حيث أنه (حسب رأي المؤلفين) بعد استجابة الضغط الأساسية لم يلتقي مع عينية الموت، ففي إطار المقابلة لم يقل في أي لحظة أنه يفكر في الموت، في حين أن السيدة M التي لم تتعرض طبيا لخطر الموت واجهت لأقصى درجة عينية الموت، لتطور فيما بعد صدمة نفسية في شكل متلازمة التكرار الصدمية، واضطرابات رهابية وإكتئابية.

إذن فالأشخاص الذين يتعرضون لحادث من شأنه تحريض صدمة نفسية لا يعيشونه كلهم بطريقة صدمية، حيث يتفاعل بعضهم معه بطريقة توافقية من خلال استجابة ضغط بسيطة و عابرة، من هذا المنطلق يؤكد لنا المؤلفان: "تعتقد أن تسمية أي حادث، وضعية أو كارثة بـ "مولد للصدمة" (traumatogène) أنسب من تسميته بـ "الصدمي" (traumatique)، فليس الحادث هو الصدمي وإنما المعاش الشخصي للمتعرض له". ( De clerq, M., Lebigot, F., ) . (2001,P.20).

## المحاضرة الخامسة : الاضطرابات المرتبطة بالصدمة النفسية في الوصفيات العالمية

### 1. حسب الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) :

حسب DSM5 ( APA, 2013 ) تتضمن فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة أو بعوامل الضغط (الاجهاد) مجموعة الاضطرابات التي يعتبر التعرض لحادث صدمي أو ضاغط المعيار الأساسي لتشخيصها .

و يوجد تنوع كبير في أشكال المعاناة النفسية التي تأتي بعد التعرض لحادث صادم أو ضاغط ،ففي بعض الحالات يمكن أن تفهم الأعراض بشكل أفضل في إطار سياق القلق أو الخوف ، و مع ذلك فالعديد من الأشخاص الذين تعرضوا لحادث صادم أو ضاغط ،يعرضون نمطا أو مظهرا تكون فيه الاعراض الاكلينيكية الأكثر وضوحا من القلق و الخوف هي تلك الاعراض المرتبطة بفقدان المتعة و انخفاض المزاج ، و الأعراض التي تعبر عن الغضب ، و أعراض عدوانية أو تفارقية.

بسبب هذا التنوع في التعبير عن المعاناة الاكلينيكية التي تأتي بعد التعرض لحوادث مرتبطة بالكارثة أو صدمية ،فقد تم تجميع هذه الاضطرابات في فئة مستقلة هي فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة و الاجهاد ، و مع ذلك ليس من النادر أن يجمع الجدول العيادي بين أعراض مختلف هذه الاضطرابات (مع وجود أو عدم وجود أعراض القلق أو الخوف) وهذه الصورة العيادية غير المتجانسة معروفة منذ فترة طويلة في اضطرابات التأقلم .

تتمثل فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة و الاجهاد في (DSM5) في الاضطرابات التالية :

- اضطراب التعلق التفاعلي (Reactive Attachment Disorder)
- اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل ( Disinhibited Social Engagement Disorder)
- اضطراب الكرب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder(PTSD)
- اضطراب الكرب الحاد (Acute Stress Disorder)
- اضطرابات التأقلم (Adjustment Disorders)
- الاضطرابات المتعلقة بالصدمة و الاجهاد المحددة الاخرى

## (Other Specified Trauma– and Stressor–Related Disorders)

- الاضطرابات المتعلقة بالصدمة و الاجهاد غير المحددة

## (Unspecified Trauma– and Stressor–Related Disorder)

### 2. حسب التصنيف الدولي للأمراض (ICD10) و (ICD11):

يصدر هذا التصنيف الذي يدعى اختصارا بالفرنسية (CIM) و بالانجليزية (ICD) من طرف منظمة الصحة العالمية (OMS أو WHO). في وقتنا الحالي يتم استخدام الطبعة العاشرة من هذا التصنيف (ICD10) التي صدرت سنة 1992.

و قد وصفت منظمة الصحة العالمية (كما أشرنا في المحاضرة الأولى) في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض (ICD 10) عدة وحدات خاصة بالاضطرابات ما بعد- الصدمية ،وتجدر الإشارة الى أن هذا التصنيف يتواجد حاليا في طبعته الحادية عشر (ICD11) التي اعتمدت سنة 2018 ، و بالرغم من ذلك فهو لم يصدر بعد في شكل رسمي ،و لعل أهم التغييرات المرتبطة بالاضطرابات ما بعد الصدمية التي تم إجراؤها في الطبعة الحادية عشر هي إضافة اضطرابات جديدة كاضطراب ضغط ما بعد الصدمة المعقد ،و اضطراب الحداد المزمن ،كما لم يعد رد الفعل الحاد لعامل ضغط يعتبر اضطرابا عقليا ،و إنما رد فعل مرتبط بالعوامل التي تؤثر على الصحة و الحصول على خدمات صحية.

يتواجد التصنيف الدولي الحادي عشر للأمراض و لأول مرة كليا في شكل الكتروني ، و في انتظار دخوله مرحلة التطبيق رسميا ،ومرور الدول من التصنيف العاشر الى الحادي عشر في



السنوات القادمة التي قد تطول او تقصر ،يبقى التصنيف متاحا على موقع منظمة الصحة العالمية عبر الرابط التالي :

<https://icd.who.int/en>

## المحاضرة السادسة : التعبير العيادي للصدمة النفسية

### 1. نموذج المراحل الثلاث لكروك (Crocq):

رسم لنا Crocq الملامح الاكلينيكية التي يتخذها الاضطراب المرتبط بالصدمة النفسية بشكل كرونولوجي (أي تسلسل زمني) بثلاث ألوان يمكن تصورها و كأنها تتدرج من الأخضر إلى الأحمر ،حيث ميز على المستوى العيادي بين ثلاث مراحل لتطور الصدمة النفسية وهي : المرحلة الآنية (phase immediate) ،المرحلة بعد الآنية (phase post-immédiate) والمرحلة المتأخرة (phase différée) .

ولنفسح المجال لـ Crocq بنفسه ليشرح لنا ما الذي تتميز به كل مرحلة حيث يقول : " وحدها المرحلة الآنية ،أو "الاستجابة الانفعالية الآنية" (التي تستمر من بضعة ساعات إلى يوم) هي التي يمكن تسميتها بالضغط ،وهذا إذا أردنا إقامة مقارنة مع الوصف الأنجلو- سكسوني (حتى لو أن هذا الأخير مدد مدة حالة الضغط الحاد فيما بعد اليوم الأول إلى أربعة أسابيع)، و على المستوى العرضي فقد يتعلق الأمر بـ "ضغط متوافق" مثل فقط بأعراضه المصاحبة، والتي تكون في بعض الأحيان مضايقة (اصفرار، تعرق، تسارع خفقان القلب، انقباضات، توتر مرتبط بالحصر الخ) ،كما قد يتعلق الأمر أيضا بـ "ضغط مجاوز للحد" في أشكاله المتمثلة في: الذهول، الهيجان، الهروب في زعر والأفعال الآلية، وهذا الضغط المجاوز للحد يؤدي غالبا (ولكن ليس دائما لأننا رأينا ضغوطات مجاوزة للحد تتطور دون عواقب) إلى متلازمة صدمية - نفسية مزمنة، ولكن بعض

الضغوطات التي تبدو بأنها متوافقة يتبين فيما بعد بأنها كانت وبشكل خفي صدمية، لأنها تخفي خبرة معاشة مرتبطة بالتصدع وباللامعنى، وتؤدي فيما بعد إلى عصاب صدمي، إذن فليس هناك تناسب قطعي بين المتناقضين: ضغط متوافق كنفويض للضغط المجاوز للحد، وغياب العواقب كنفويض لحدوث العواقب (...). وتمتلك المرحلة الثانية وهي المرحلة بعد الآنية أهمية كبرى، فهي مرحلة التطور والمراقبة: فإما نلاحظ خموداً للضغط، أحياناً ليس بدون تفرغ انفعالي متأخر (نفسى) أو مرتبط بتوتر المجموع العصبى المستقل) وإما نلاحظ ظهور علامات استقرار عصاب صدمي مزمن، في مرحلته المتمثلة في الكمون، والتي مهما قلنا ليست هادئة تماماً حيث يمكن تمييز غبطة بالغة من طرف الشخص السعيد بكونه "متحرر من الخوف" ولكنه مذهول بما عاشه، أو تصرف انسحابي في إطار التردد المرتبط بالحصص الاكتئابي، بداية إعادة معاشات الحادث و بداية الاجترارات العقلية (...). وفيما يخص المرحلة الثالثة المرتبطة بالعواقب المتأخرة وحتى المزمدة فلا يمكن بأي حال من الأحوال تسميتها بالضغط، لأن جدولها العيادي يختلف عن نظيره المرتبط بالضغط، حتى لو كان جزء من أعراضها حسب إعادة المعاشات يتم على مستوى السجل المرتبط بأعراض توتر المجموع العصبى المستقل و يشبه التظاهرات الفيزيولوجية للضغط، ولأن الضغط لا يتناسب إلا مع رد الفعل الأولي للاعتداء، وبالنسبة لهذه المرحلة الثالثة يقترح الإكلينيكيون الفرانكفونيون مصطلح: "المتلازمة الصدمية - النفسية المتأخرة" ( Syndrome psycho-Traumatique différencié)، وهو مصطلح يغطي التشكيلة الكاملة لمجموعة الحالات الملاحظة على مستوى هذه المرحلة، ويغطي بصورة جيدة الأعراض الصدمية - النفسية العابرة (والتي تنطفئ في حوالي عدة أشهر) ومتلازمات مزمدة تستجيب للمعايير اللازمة من أجل تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب (DSM)، وأعضاء صدمية مؤكدة (مع تغير نمطي للشخصية) وحالات قريبة من الذهان لقوة الدرجة التي كانت عليها شدة وتشويش الخبرة الصدمية الأولية

المرتبطة بعدم الواقعية وتبدد الشخصية ،ومن أجل تلخيص الوضعية الفرانكفونية يمكن تشجيع

الاصطلاح المتمثل في المتلازمة الصدمية النفسية **Syndrome psycho Traumatique** "

(De Clercq, M., Lebigot, F., 2001, PP.5-6)

## 2. أنواع المتلازمات الصدمية- النفسية حسب ( Plagnol ,2006 ) :

يمكن تمييز أربع وضعيات عيادية لمجموعة المتلازمات الصدمية - النفسية حسب الطرح الذي

قدمه (Plagnol Araud) في كتاب « **Psychologie clinique et psychopathologie** »

كما يلي :

- المتلازمة الصدمية الحادة (Syndrome traumatique aigu): وتندرج تحت هذه

الوضعية مجموعة من المتلازمات: "اضطراب الكرب الحاد" في الـ DSM ، و"رد الفعل الحاد لعامل

ضغط" في CIM10، حيث تنفجر "أنيا" أو في الدقائق التي تلي الحادث - الغير مألوف الذي

يعرض الشخص مباشرة للموت- والذي يحرض الشعور بالخوف، بالعجز أو بالرعب ،وبالإمكان هنا

ملاحظة جميع التظاهرات المرتبطة بالحصر ولكن أبرزها هي ردود الفعل من النمط التفارقي ( أي

التحويل النفسي): ذهول، تبدد الشخصية، شبه - تشوش، شرود (Fugue)، نشاط آلي، فقدان

الذاكرة المرتبط بالنوبة الصدمية الخ، كما يمكن أيضا ملاحظة حالات الهلع ،أعراض إكتئابية أو

هوسية (كفرط نشاط ، هيجان)، اضطرابات السلوك، وأحيانا حالات هذيان حادة، ومن حيث المبدأ :

فرد الفعل هذا لا يدوم لأكثر من عدة أيام.

- المتلازمة الصدمية المزمنة (Syndrome traumatique persistant): وتصف هذه

الوضعية مجموعة من الوحدات الإكلينيكية : " العصاب الصدمي" في الوصف الكلاسيكي ،و

"اضطراب كرب ما بعد الصدمة " (PTSD) في الـ DSM و CIM ،وتتميز هذه المتلازمة بنواتها

الإكلينيكية النمطية، فبعد الصدمة الأولية ، و بعد تعرض الشخص لحادث غير مألوف أو لا يطاق ومعاناته من الضيق ،الرعب، والعجز، واحتمال إصابته بمتلازمة صدمية حادة، بعد هذا كله وبعد مدة قد تطول أو تقصر - من عدة أيام إلى العديد من السنوات - تستقر المتلازمة الصدمية المزمدة، وتتميز من خلال التكرار، ومن خلال عناصرها الإكلينيكية الأساسية المتمثلة في:

Ψ تكرر إعادة معايشة الحادث الصدمي: صور دخيلة تعيد تقريبا إحياء الوضعية الأصلية، أحلام، تذكرات إقحامية معاودة للحادث (Flash - Backs)، وحتى إدراكات هلوسية، ويكون كل هذا مصحوبا بإعادة معايشة مشاعر الضيق أو الرعب، ويكون التفكير مستقطبا هو الآخر من خلال الحدث حتى ولو كان فقدان الذاكرة ليس بالأمر النادر.

Ψ تجنب المثيرات المرتبطة بالحادث الصدمي : حيث أن المواجهة غير المتوقعة لهذه المثيرات تحيي وتجدد القلق وأعراض التكرار.

Ψ أعراض الحصر مع استثارة المجموع العصبي المستقل (فرط التيقظ ، أرق ، تهيج إلخ).

Ψ تعب (عياء) عام : وهن ، تضيق النشاطات ، اضطرابات التركيز والذاكرة، انفصال عن الآخرين أو تبعية نكوصية، شعور بالضياع، غياب المستقبل، الذنب ("متلازمة البقاء على قيد الحياة" - Syndrome du survivant) ، وتكتسح المتلازمة الصدمية المزمدة حياة الشخص ، بحيث تكون لها عواقب وخيمة على الشخصية : اضطرابات علائقية، انسحاب (إنطواء)، شعور بعدم التفهم ، وحتى بالعدائية، توهم المرض ، وحتى انتكاسات إكتئابية أو مرتبطة بالتبعية (كالحول و الإدمان).

- الإستجابة الصدمية (Réaction traumatique): من المتواتر أنه إذا عمل حدث ما على تحريض استجابة صدمية فالعنصر الذي يستدل به على ذلك هو: الاكتساح من طرف ذكرى الحادث، أحيانا مع إعادة معايشة إقحامية، فبعض الوضعيات النوعية من الاستجابات الصدمية (مثلا: الحداد المرضي) تقود إلى عزل المتلازمات ذات الخصوصية (الموصوفة على مستوى المتلازمة الصدمية الحادة أو المزمنة) وقد ميزت الـ DSM و CIM أيضا هذه الوضعيات النوعية : "اضطرابات التوافق"، و ذلك عندما تكون الأعراض منخفضة الشدة أو ليست متميزة، حيث تكون غالبا محدودة بعدة أشهر إذا اختفت الوضعية المحرصة.

- المركب الصدمي (Composante Traumatique):

قد تنفجر العديد من الاضطرابات النفسية مباشرة بعد التعرض لوضعيات صدمية، فالانتكاسة تحدث دائما في إطار حادث يتجاوز القدرات الدفاعية للشخص، وقد يكون المركب الصدمي في المخطط الأولي، كما هو معروف مثلا في بعض حالات الفوبيا، أو التحويل، وكما هو الحال وبالتعريف في "الاكتئاب الإستجابي" (Dépression réactionnelle) أو في "الذهان الاستجابي الوجداني" (Psychose réactionnelle Brève).

3. عواقب نفسية/اجتماعية للصدمة النفسية :

بالإضافة للعواقب السيكاترية السابقة الذكر، يتحدث كل من (De clerq,et Lebigot,2001) عن مجموعة من العواقب "النفسية- الاجتماعية" المحتملة للصدمة النفسية، حيث يتحدث Lebigot من جهته عن عواقب نفسية آنية تتمثل في:

(أ): التهديد الداخلي: (La menace interne): الناتج عن استقرار الصورة الصدمية في الجانب

النفسي الداخلي، حيث وبعد انتهاء الحادث يفقد الشخص شعوره بالأمان، وبسرعة يعبر المصدمون

عن أمرين -ينجم أحدهما عن الآخر- ويرافقانهم لمدة طويلة: الأول هو ما وصفه المؤلفون السابقون على أنه: "تهاية وهم الخلود" (*La fin de l'illusion d'immortalité*)، و الثاني هو الشعور المحزن بكونهم "لم/لن يعودوا مثلما كانوا عليه في السابق" (*n'être plus comme avant*) فهم يعيشون وكأنهم: "منحوا تأجيلا" (*En sursis*)، "ميتون بالفعل" (*Déjà mort*)، "أشباح" (*des Zombies*)، وقد تنشأ وبسرعة العديد من التظاهرات من مثل: نزع الاستثمار الموضوعي (*Désinvestissement objectif*)، وذب البقاء على قيد الحياة" (*Culpabilité du survivant*)، ويظهر هذا التهديد الداخلي قدراته على التحول فيما بعد إلى منهج للذهول وللتعلق بالصورة الصدمية.

(ب): "الخزي والهجر" (*La honte et l'abandon*): واللذان من شأنهما أن يتظاهرا مبكرا أيضا، حيث يمنع الشعور بالخزي أو بالعار الشخص العائد لمنزله/ لموطنه من الحديث مع محيطه عما أصابه وعما عاشه، وفي مقابل ذلك لا يمكن لمحيطه التكهن بما أصابه، وهي نقطة الانطلاق بالنسبة لسوء التفاهم مع الأقارب والانطواء العدوانى على الذات، كما أن مجموعة سلوكيات المصدومين تشير إلى أنهم يشعرون بأنهم حاملون لـ "وصمة" (*Souillure*) يريدون إخفاءها، وفي هذا السياق يسوق لنا Lebigot مثلا عن شخص يعاني من رهاب وسائل النقل العمومي والذي عبر عن ذلك بقوله: "أخاف أن تتقاطع نظراتي مع الراكب الجالس أو المقابل لي، وأن يرى في عيني كل ذلك الرعب المتواجد في داخلي"، أما بالنسبة لمشاعر الهجر فقد يبررها الواقع ما بعد الحدث في العديد من الوضعيات: جندي يفقد أعضاء فصيلته (فرقته)، شخص يعتدى عليه في شارع مهجور الخ، فهذه الخبرات المرتبطة بالضيق الفائق، والتخلي المطلق قد تعمل على استقرار مباشر لحالة خطيرة، كما أن ذكرى هذه الساعات الأولى تكون أحيانا منبعا للمعاناة النفسية أكثر من الحدث في حد ذاته.

(ج): الذنب (La culpabilité): والذي لا يكون دائما شعوريا، حيث يكون مرتبطا في مجمله أو في جزء منه بـ "الاجتياز الصدمي" (Franchissement traumatique)، أي اجتياز/اختراق حاجز الكبت الأصلي من طرف الصدمة، وأحيانا يؤدي هذا الذنب إلى الدخول في انهيار اكتابي يستقر غالبا بعد فترة وجيزة من قدوم متلازمة التكرار، أما في المرحلة الآتية فغالبا ما يكون نتيجة لفرط تقدير المعاناة الذي يحرضه المعالجون الذين يعملون على "إزالة الشعور بالذنب" (Déculpabilisation)، فهذه التدخلات لا تؤدي غالبا إلا لإسكات المريض، ولعدم بلوغه لهدفه. كما من شأنها أيضا الإضرار بالعلاجات اللاحقة وخاصة إذا كانت مصحوبة بـ "تدعيم إيجابي" من نوع: "آه، لا... ليس هنالك ما تلام عليه، بالعكس أنظر للشجاعة التي أثبتتها"، وقد ترتب غلطة من نفس النوع عندما يحاول المعالج "إزالة المبالغة" (Dédramatisation).

بالإضافة لذلك يتحدث De clercq من جهته عن عواقب نفسية اجتماعية على المدى البعيد من بينها:

✓ إختلال الوظيفة الجنسية (Dysfonction sexuelle)

✓ الغضب (Colère): والذي ينبغي تشجيعه لأنه يعتبر وسيلة للتعبير من طرف بعض

المصدومين تمكنهم من التفريغ النفسي والانفعالي ومن التحكم فيما بعد في ردود فعلهم وكبت

مشاعرهم، الاستخدام المفرط للكحول والمهدئات Abus d'alcool et de tranquillisant

يلجأ إليه العديد من المصدومين من أجل تهدئة قلقهم، كما قد يطلبون من معالجيهم مهدئات

لنفس السبب أو لمعالجة اضطرابات النوم ويرى De clercq أن هذا الاستخدام وهذا العلاج

يعيق التعبير عن المعاش الصدمي ووظيفته التنفيسية، كما أنه قد يرتبط بأولى خطوات

المريض نحو التبعية للأدوية النفسية أو للكحول.

✓ عدم التفهم وعدم أخذ مشاكل المصدوم على محمل الجد: حيث أن المحيط العائلي والزوج غالبا ما يحيطون المصدوم برعاية بالغة في البداية، ويعتقدون أن الأمور ستهدأ بسرعة، وبعد بضعة أسابيع لا يريدون التفكير بالأمر أكثر من ذلك، وفي هذه الفترة بالذات تتظاهر أعراض توتر المجموع العصبي المستقل المرتبطة بالحصص الرهابي، الاضطرابات الإكتئابية، تظاهرات التجنب والاكنتساح من طرف ذكرى الصدمة...، وكل هذا يستثير لدى الزوج والمحيط ليس فقط مشاعر عدم الفهم (لماذا لا يزال ذلك يؤثر عليه؟) بل شعورا بالسخط، وحتى رفض تام للتعامل مع مشكلة هي بالنسبة لهم "تم حلها"، وهذا التصرف من طرف العائلة من شأنه أن يجعل المصدوم يحس بأنه مرفوض ويفاقم عزلته العاطفية والاجتماعية.

✓ جعل المريض محورا للاهتمام (Position de malade désigné): وهذا التصرف معاكس لسابقه، حيث يحاط المصدوم بحماية مفرطة ورعاية فائقة مما يقوي التظاهرات الرهابية والتجنبية، ويعامل المصدوم على أنه ضحية البيئة الاجتماعية، ويتم إزالة أي عائق يعترضه، ويوضع في دور المريض، ويلعب معه كل من المحيط والزوج دورا أموميا، وتتكون سريعا الأعراض ما بعد الصدمية...وتصبح مزمنة.

✓ مشكلة التصرفات التي ينبغي التعامل بها مع المصدوم ( Problème de l'attitude à adopter face à la victime): فغالبا ما تكون معرفة الزوج والمحيط العائلي بالمشكلات ما بعد الصدمية قليلة أو منعدمة، كما أنهم لا يعلمون كيفية التعامل مع المصدوم: هل ينبغي التعامل معه بحزم ومساعدته على مجابهة أماكن الكارثة والظروف المحيطة بها من جديد؟ هل ينبغي التكفل به من أجل مساعدته على العودة لعمله في أسرع وقت؟ أم ينبغي تركه يرتاح ومنحه عطلة مرضية للعديد من الأسابيع، وحمائته في المنزل؟



✓ تواتر الانفصال والطلاق (Séparation et divorces fréquents): حيث أن تطوير اضطرابات ما بعد الصدمية، انعزال المصدوم، فقدانه لعمله، التجنب... كل هذا يؤثر على حياته الجنسية والعاطفية، وعلى نوعية العلاقات مع الزوج ومع الأطفال، ويقود في العديد من الوضعيات إلى الانفصال وحتى الطلاق، وبالتالي لتفاقم العزلة الاجتماعية للمصدوم.

## المحاضرة السابعة : الصدمة النفسية في إطار سياقات الجروحية/الرجوعية (أو الجلد)

### و عوامل الخطر/الحماية

تتم مناقشة إصابة الأفراد أو عدم إصابتهم بصددمات و باضطرابات ما بعد صدمية بعد تعرضهم للحادث في إطار مصطلحات أساسية وهي: الجروحية، الخطر وعوامل الخطر، الرجوعية(أو الجلد)، الحماية وعوامل الحماية، و قد قام كل من (Ionescu, S .,et Blanchet, A.,2006) في كتابهما المعنون « Psychologie clinique et psychopathologie » بتقديم شرح مفصل لهذه المفاهيم نحاول تلخيص أهم ما ورد فيه هنا كما يلي :

### ✓ الخطر والجروحية: (Risque et vulnérabilité):

- يعرف الخطر: على أنه احتمال قدوم "حادث" في خلال مرحلة معينة أو قبل عمر معين. وفي ضوء هذا التعريف فالمصطلح "حادث" يتعلق ببداية مرض أو اضطراب أو موت شخص.

- الجروحية / الهشاشة: بذلت الكثير من الجهود لتمييز هذا المصطلح عن مصطلح الخطر، ويدقق Ingram و Price (2001) في ثلاث صفات من أجل فهم جيد للجروحية/ للهشاشة وهي: أ/ كونها صفة مستقرة فطرية أو مكتسبة من خلال التعلم، ب/ أن الخصائص التي تجعل الشخص هشاً هي ذات طبيعة داخلية (Endogènes) مما يجعلها وبوضوح خصائص وراثية، كما أن

الجروحية (الهشاشة) تتكون من خصائص كامنة مما يجعلها صعبة الملاحظة، ج/ الجروحية: حسب العديد من النماذج السيكيوباتولوجية لا تعبر عن نفسها في غياب الضغط، فالجروحية البيولوجية في علم النفس المرضي لا تعبر عن نفسها ولا تتجسد في الاضطرابات العقلية إلا في ظل بعض الشروط المحيطة، وقد قام Ingram و Price بالتمييز بين الخطر والجروحية حسب المبدأ التالي: "يكون الشخص معرض للخطر لأنه يعيش في محيط ضاغط، ويتحول هذا الخطر إلى اضطراب إذا كان الشخص هشاً". شكك المؤلفان (أي Inoescu,et Blanchet) فيما قدمه هذان الأخيران ،حيث بدا لهما أن الجروحية تبدو أقل استقراراً مما توصف به من جهة، كما شككا من جهة أخرى في التفريق الذي يربط الجروحية بالفرد والخطر بالمحيط، فهناك عوامل خطر فردية وراثية ومكتسبة ،ليعتبر الجروحية بعد ذلك على أنها: "ميدان أضعفَ بفعل تأثير عوامل الخطر الراهنة والسابقة". وهناك العديد من عوامل الخطر التي تسمح باعتبار أن الشخص "معرض للخطر" من بينها: سلوكيات، عادات حياة يومية، محن وأخطار محيطية، وحتى خصائص فطرية أو وراثية.

✓ الرجوعية وعوامل الحماية: (la résilience et les facteurs de protection):

تعرف الرجوعية حسب المؤلفين (Inoescu,et Blanchet) على أنها :

Ψ "قدرة" على النمو الجيد على المستوى النفسي بالرغم من قدوم أحداث مخللة

بالتوازن، وبالرغم من شروط حياة صعبة، صدمات أحياناً قاسية. أو هي قدرة على

التوافق بسرعة بالرغم من التعاسة والمحن واسترجاع التوازن بعد وضعيات معينة.

Ψ "نتيجة" تتمثل في غياب الاضطرابات العقلية، أثناء وبعد وضعيات معروفة على أنه

من شأنها أن تولد مثل هذه الاضطرابات.

Ψ "سياق" تشترك فيه التفاعلات فرد محيط، وعوامل حماية (فردية، عائلية ومحيطية)

معدلة للخطر وللمحنة.

أما عامل الحماية فيعني: مساهمات الأفراد، المحيط، الوضعيات والأحداث والتي تعدل من احتمال التنبؤ بالمرض النفسي بالاستناد إلى حالة فرد معرض للخطر، فهي تمكنه من مقاومة الخطر.

وهناك ثلاثة مجالات تنتمي إليها عوامل الحماية - حسب **garmezy (1985)** - حيث أشار هذا الأخير إلى ثلاث متغيرات أساسية تعتبر كعوامل حماية بالنسبة للطفل وهي:

أ/ خصائص بيوسيكولوجية وسوسيو-عاطفية (مثلا صحة جيدة، هدوء، تقدير الذات، مستوى النمو).

ب/ خصائص الوالدين/ المحيط العائلي، والتفاعلات آباء-أبناء (التربية، الحماية...)

ج/ خصائص المحيط الاجتماعي (إمكانات متاحة، تكفل اجتماعي...)

ويرى (Ionescu et Blanchet) أن كلا من عوامل الخطر والحماية تنتمي لنفس المجالات (الفردية، العائلية والمحيطية)، وأن عوامل الخطر ليست معاكسا لعوامل الحماية، لأن العامل لا يكتسب صفة الحماية أو الخطر من حيث طبيعته بل من حيث شدته وكيفية تفاعله مع العوامل الأخرى، من هنا اقترحا أن يتم فهم عملية تدخل كل من عوامل الخطر والحماية ومساهمتهما في تعريض الأفراد لخطر الإصابة بصدمة وباضطرابات - أو حمايتهم من تلك الإصابة - في سياق تفاعلي، وفي ضوء المقاربة النسقية الأيكولوجية، وينطبق ذلك أيضا على كل من الجروحية و الرجوعية (أو الجلد) باعتبارها سياقات تحتوي على التفاعلات فرد-محيط.

والمنظور النسقي الأيكولوجي بمفاهيمه وفروضه يهتم بالتفاعل بين نسق الفرد أو الأسرة أو الجماعة وبين أنساق المجتمع الأكبر، حيث يرى (Ionescu, 2006) -في إطار حديثه عن تطبيقات المقاربة النسقية الأيكولوجية في علم النفس المرضي- أن الاكليينيين قد اهتموا منذ انطلاقتهم بتوجهين أساسيين وهما: "الفردانية" (Personnalisme) و"الموقفية" (Situationnisme)، حيث يركز الإكليينيين في الحالة الأولى على الفرد والعوامل الشخصية، بينما يوجه إهتمامه في الحالة الثانية إلى المحيط والعوامل الموقفية، وبالتالي أدى التركيب بين هتين النظرتين إلى قدوم التفاعلية (l'interactionnisme)، التي تسعى إلى دمج كل من إسهامات الفرد والموقف من خلال الاهتمام بعنصر ثالث وهو: التفاعل بينهما، ويدل ذلك حسب رأي (Ionescu) على المرور من الشروحات السببية الخطية وحيدة الاتجاه من نوع "سبب-نتيجة" إلى نموذج شرحي متعدد الأسباب وثنائي الاتجاه، ومن هذا المنظور تعتبر المقاربة النسقية الأيكولوجية حسب رأي (Ionescu et Blanchet) مقاربة دمجية، تفاعلية، ودينامية.

نلاحظ إذن أن المقاربة النسقية الأيكولوجية تسمح بالإحاطة بجميع العوامل (الفردية، العائلية والمحيطية) التي تتدخل في عملية إصابة الأفراد بصدمة وباضطرابات- أو مقاومتهم لها- بعد التعرض للحادث، كما تسمح تلك المقاربة أيضا بتناول تأثيرات تلك العوامل في سياق تفاعلي ودينامي، و يبدو أن منظورا كهذا يسمح من جهة بتعميق فهمنا لعملية إصابة الأفراد بصدمة أو مقاومتهم لها بعد التعرض للحادث، كما يسمح من جهة أخرى بتوضيح دور أهم العوامل المشاركة في تلك العملية، ووضع فرضيات حول العلاقات المتبادلة بينها.

## المحاضرة الثامنة. أساليب التعامل مع الصدمة النفسية : العلاج و العلاجات

ناقشنا في أعمال سابقة لنا (شادلي ،2017، 2022) مسألة علاج الصدمة النفسية من خلال عرضها في محورين رئيسيين ،يتعلق الأول بمسألة المبدأ الأساسي المعتمد في العلاج و المتمثل في الانطلاق من التفريغ الانفعالي وصولا للتنفيس و التعبير عن الصدمة باستعمال اللغة و الكلمة ،بينما يتعلق الثاني بعرض أهم المقاربات و التقنيات العلاجية.

### 1. علاج الصدمة النفسية :

كان فرويد وبروير - ومنذ صدور دراسات في الهستيريا- يعالجان المرضى تحت التنويم من خلال الطريقة التفريجية (Méthode cathartique) والتي تعني: "كل طريقة علاجية تهدف لإثارة نوبة انفعالية، لأن وضعية حرجة كهذه تعرض حلا للمشكلة التي تعرضها النوبة" ( Chemama, R., ) (1993 , P.41)،

وقد كان مصطلح "Catharsis" -الذي استوحاه فرويد وبروير من أرسطو- مصطلحا محوريا في اصطلاح أرسطو حول التراجيديا -أو المأساة- (Tragédie)، حيث تكمن وظيفة التراجيديا حسبه في تفريغ (تطهير) الميولات السلبية (الخوف، الشفقة الخ) من خلال تمثيلها، أين يشعر المتفرج بنوع من الإرتياح وتهدأ مشاعره حينما يضي الممثلون نوعا ما من المعنى على تلك الميولات السلبية والتعاسة غير المفهومة.

في هذا السياق لاحظ (Crocq,2001) أن إعادة معايشة الصدمة تكون مصحوبة بتظاهرات قلق شديد، أو حتى هيجان ونحيب، وسمى هذه الظواهر بـ "التفريغ" (l'Abréaction) أو "ردود الفعل المؤجلة لإعادة المعايشة الإنفعالية الحادة" ( Réactions différée de reviviscence ) (émotionnelles intense)، ورأى أن هذه الظواهر تؤدي للشعور بإرتياح عابر بعدما يحدث

التفريغ، وتجلب إعياء و سكونا، وراحة و هدوءا، ولكن لا يتعلق الأمر هنا إلا بارتياح وهدوء عابر، حيث تنشط إعادة معاشات جديدة وتعطي مجالا لتفريغات جديدة، ويقول Crocq: "ومع ذلك فالتفريغ (l'abréaction) المندمج في سياق علاجي قد يحدث الإرتياح والهدوء بصورة نهائية، وهذا ما يؤدي للشفاء، في هذا المعنى عرّف فرويد وبروير طريقتهما التنفيسية (...). فبالنسبة لفرويد ترتكز الطريقة التنفيسية من خلال التنويم أو من خلال أي وسيلة أخرى على إعادة معاشة الحدث الصادم مصحوبا بكل شحنته العاطفية، وربطه بالذات، ليجد المريض نفسه مرتاحا ومتخلصا من هذه العواطف المسببة للمرض، فهذا التفريغ الفعال أو المشبع يمكنه من إعادة تسجيل حادث كان حتى تلك اللحظة متطفلا في الكل المعقد للترابطات و التداعيات (...). إن التفريغ (l'Abréaction) أو إعادة المعاشة الانفعالية التي تنتج سواءا تلقائيا، أو تحرض من خلال منبه مستدعي، أو في نهاية المطاف من طرف المعالج ليست هي وحدها التي تحدث العلاج، حيث يتم لها ذلك إذا ما تم دمجها في سياق علاجي يمكن من التخلص من كل الشحنة العاطفية للصدمة، ويؤدي من خلال التعبير بالكلام (Verbalisation) عن الخبرة الصدمية إلى التحكم في الصدمة من خلال الكشف عن دلالتها الخاصة بالنسبة للشخص، ومن النادر أن يتمكن الشخص وحده أو من خلال الحوارات السطحية مع الأقارب من المرور من مرحلة التفريغ (l'Abréaction) ليصل إلى مرحلة التنفيس (Catharsis) ولذلك يلزمه محاور ماهر، يحثه على التعبير عن خبرته بطريقة حقيقية (Authentiquement) وصادقة (Sincèrement)، تتعدى مجرد السرد الإملائي البسيط (Au-delà du simple récit narratif)، وذلك من أجل أن يعي بدلالاتها الذاتية، وهذه المعالجة يمكن أن تقدم بطريقة فردية كما هو الحال في العلاج النفسي التكفلي أو التحليل النفسي، كما بإمكانها أن تثبت في مستوى أقل بناءا ولكنه مع ذلك فعال (أي في الوقاية أو التخفيف من العواقب المزمّنة) في حصص العلاج الجماعي أو الديبريفينغ (Débriefing) المنظم

تحت إشراف معالج والموجه لمجموعات صغيرة من الأفراد الذين عاشوا نفس الحادث الصادم، أين يستطيع كل واحد منهم التعبير حسب دوره، ولكن سواء كان العلاج فردياً أو في شكل حصص الديبيرفينغ الجماعي، لا يمتلك المعالج سلطة فرض دلالة خارجية للخبرة الصادمة على الشخص، فالدلالة التي سيكتشفها الشخص حينما يصرح (En s'énonçant) هي دلالة شخصية، تضرب جذورها في خبرته الفردية والحميمية، في ماضيه، تاريخه، هوماته، وفي كل شبكة دلالاته، ولا يقوم المعالج من خلال حضوره التعاطفي وأسئلته سوى بمساعدة الشخص على أن "يلد" (à accoucher) حقيقته الخاصة والذاتية حسب النموذج السقراطي" (De clercq, M., 2001, PP. 7-8).

يعكس مسار تفكير Crocq في مجمله مايلي: (1) ليس بإمكان التفريغ الإنفعالي الذي يحدث أثناء إعادة المعيشة أن يؤدي للشفاء، (2) يمكن لهذا التفريغ إذا ما تم دمجها في سياق علاجي أن يؤدي إلى تفريغ كل الشحنة العاطفية للصدمة، بالتالي إحداث هدوء وارتياح بشكل نهائي وهذا ما يساعد على بدأ الشفاء. (3) يحدث الشفاء من خلال تعبير الشخص بالكلام عما عاشه أثناء الصدمة، وهذا مايساعده على الكشف عن دلالة الصدمة، إعطائها معنى ودمجها في تاريخه الشخصي، هكذا يحدث الشفاء.

نلاحظ أن العلاج يهدف إذن إلى إعادة معيشة الصدمة بكل شحنتها العاطفية، حيث تتركس مجموعة من الجهود العلاجية (التنويم أو وسائل أخرى) من أجل تمكين المريض من استرجاع ذكرى الصدمة بكل شحنتها العاطفية ومواجهتها وهو في حالة تسمح له بذلك، وأعتقد أنه بالإمكان في هذه المرحلة دمج محتويات الصدمة المفككة (إحساسات، سلوكيات، صور الخ)، وبعد ذلك ينبغي جلب هذه المحتويات لساحة الوعي من أجل أن يحدث التنفيس، ولا يحدث ذلك إلا من خلال تعبير

المريض بالكلام عن خبرته الصدمية ،مما يساعد على انفجار العواطف المرتبطة بالصدمة والتعبير عن نكراها بالكلام في ساحة الوعي ،وتعتبر هذه المرحلة مهمة حيث تسمح بوعي المريض بمحتوى الصدمة وتمثلها ،بعد ذلك ينبغي أن يعطي المريض معنى للصدمة ويدمجها في تاريخه الشخصي .

يخبرنا Crocq أيضا بأن المعنى الذي يعطيه المريض للصدمة ينبغي أن يكون معنى "ذاتي" يكتشفه حينما يتحدث عن الصدمة ،لأن الدلالة التي يعطيها للخبرة الصدمية هي دلالة شخصية وينبغي أن يدركها في إطار خبرته الذاتية وتاريخه الشخصي ،حيث يرى Crocq أن المعالج لا يقوم من خلال حضوره التعاطفي وأسئلته سوى بمساعدة الشخص على أن "يلد" حقيقته الخاصة والذاتية حسب النموذج السقراطي ، أي أن يساعده على أن يولد معنى للخبرة الصدمية التي مر بها من داخله وحسب قناعته ، لا أن يفرض عليه مثل ذلك المعنى من الخارج. (شادلي ،2022، ص. 312).

## 2. مقاربات و تقنيات علاجية :

### 2. 1 : العلاج السيكودينامي:

يقول Lebigot (2001) : " نتحدث هنا عن العلاجات النفسية التي تركز على مصطلحات التحليل النفسي، مع العلم أن التحليل النفسي الخالص نادر بالنسبة للمرضى الذين يعانون من عصاب صدمي، وقد تم نشر بعض العلاجات في الولايات المتحدة من طرف Deitz (1986)، وLindy (1985-1986) ، وفي فرنسا من طرف Briole (1987) "

. (De Declercq, M., Lebigot, F. 2001, P. 245)



وفي إطار حديثه عن العلاجات السيكودينامية رأى Lebigot أنه عادة ما يدخل المصدوم في هذا النوع من العلاج بعدما يكون قد تلقى علاجات ما بعد آنية، حيث يتم اللجوء إليه حينما لا تمكن المقابلات المركزة على الحادث المصدوم من إعادة بناء الصدمة، وهنا يتعين عليه أن يعاود زيارة تاريخه وعالمه الهوامي، وأن يعبر بالكلمات عما يجعله مشدودا لهذه الخبرة المؤلمة والمذهلة، وتبدأ المعالجة عادة بمناسبة قدوم متلازمة التكرار (أي بعد عدة أسابيع، أشهر أو سنوات من قدوم الحادث)، وبالنسبة للنماذج التطبيقية للعلاج رأى Lebigot أن المقابلة تعتبر فترة مخصصة للحديث عن الحادث، وأيضا عن محتويات أخرى للحياة النفسية: إستدعاء الماضي القريب أو البعيد، المشاريع، التعبير عن المخاوف و الهوامات، الأحكام الأخلاقية إلخ، فالمرضى مدعو لقول الأشياء كما تتبادر لذهنه، وطريقة العمل هذه مستوحاة من مبدأ التداعي الحر الفرويدي، ولكنها قد تبتعد أحيانا عن هذا المبدأ في شكله الخالص، حيث يتم مثلا تجنب فترات الصمت الطويلة لأنها تؤدي -وخاصة في بدأ العلاج- لظهور مشاعر الهجر أو حتى المعاناة، وبالإضافة لذلك يمكن دمج النشاط الحلمي (l'activité onirique) في محتوى المقابلات، وهنا يكون المريض مدعوا للتعليق على كل عنصر من عناصر أحلامه، وخاصة ما تعلق منها بالتبديلات التي تتعرض لها كوابيس التكرار، أما عن دور المعالج فقد رأى Lebigot أنه عليه أن يكرس نفسه لتقديم التأويلات (إلا إن كان المريض بإمكانه القيام بذلك بنفسه)، كما عليه -أي المعالج- أن يكرس نفسه أيضا للتساؤل، لإلتقاط الجمل المهمة والكلمات الغامضة، ولتوفير أوقات للراحة والفكاهة، فالمعالج هنا حاضر جدًا، وضمنيا: حاضر بطريقة أخوية.

وعن أهداف العلاج يقول Lebigot: "بطريقة تخطيطية يمكننا القول أن العناصر التي تجعل العلاجات المبكرة غير كافية تنقسم إلى نوعين: فسواءا يبدي عنف الحادث للشخص أن الموانع

الأدببية عاجزة أو غير محددة في مواجهة الفضاء الكبير للعدم الذي يشل الجهاز النفسي، أو تكون وبشكل مسبق مسألة العلاقة بالأصول لم تبنى بشكل كافي، وهذا ينطبق أيضا على الموضوع المفقود، وتكون النرجسية عائقا يمنع الشخص من الانضمام كليا لخط الدال، وفي كلتا الحالتين ينبغي أن يعاد إحياء الدينامية الأدببية بطريقة تسمح بأن يحل قلق الخفاء محل قلق الفناء (أو العدم)، فالموت ينبغي أن يدخل من جديد في سجل فقدان لكي لا يمارس مجددا التأثير الساحر المرتبط بالنيرفانا" ( De clerq, M., Lebigot, F., 2001, P. ) . (248

وأخيرا أشار Lebigot إلى أنه وفي الحالات الشديدة لا يتم السعي للمقابلات، وأن التقنيات المتواترة في هذه الحالات هي وصف الأدوية والسعي لتقنيات جسدية ، كما أنه من المتواتر جدًا إجراء تدخلات في الواقع الخارجي.

في هذا السياق يقول Zucker (2001) : "لن نتمكن أبدا من التعرف على القيمة العلاجية للمداخلات في "الواقع الخارجي" إذا لم نسعى لذلك، ومن المدهش جدا ملاحظة درجة تغير جدول القلق و الإكتئاب المرتبط بحالة ضغط ما بعد الصدمة إنطلاقا من اللحظة التي يتواصل فيها المختص النفسي أو السيكاتري مع إحدى جهات الإختصاص مهما كان نوعها: الشرطة، القضاء، المحامي، التأمين، رب العمل إلخ، وهذا صحيح بالنسبة لكل الضحايا مهما كان نوع الإعتداء: حادث عمل، اعتداء جسدي، إغتصاب إلخ" ( De Clercq, M., Lebigot, F., ) .(2001, P.235

وبخصوص عناصر المعالجة رأى Zucker أنه ومن أجل الولوج للعالم النفسي للشخص من الضروري أن نسعى في البداية لإحداث تنفيس عن الحادث وعن الإنفعالات، وأن نوع الإنفعالات

التي حرضها الإعتداء (أو الحادث) ينبغي أن تحلل وتفكك في علاقتها مع تاريخ الشخص، وبذلك تأخذ الإنفعالات معناها وتصبح مدخلا من أجل بناء علاقة بين التأثير الصدمي والتاريخ الشخصي، ذلك أن الإعتداء الراهن يعيد تنشيط محتويات كانت مكبوتة أو منشطة، فالتعرض لإعتداء يؤدي أليا لتعرية التوظيف النفسي: ميكانيزمات الدفاع، نقاط الضعف، الثغرات ومسار النمو والتطور. وكذا يوقض الإعتداء الراهن ما كان منسيا، و "ماكان منسيا" لا يتم تذكره تلقائيا في شكل ذكريات لأنه يتظاهر في شكل أفعال (وإنفعال) ولهذا لا يكفي مجرد احتواء البكاء و/أو الصراخ، بل ينبغي تعلم مساءلتها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى رأى Zucker أن التأثير الصدمي قد لا يحرك شيئا آخر سوى نفسه، حيث لا يكون هنالك إعادة تنشيط وإحياء لمشكلات قديمة، وعادة ما يحدث ذلك لدى أشخاص يمتلكون توظيفا نفسيا سليما، ولا يمرون بأية خبرة خاصة أثناء تعرضهم للإعتداء (أو الحادث)، وفي كل الأحوال تمثل المداخلة العلاجية المبكرة مناسبة لبناء الغلاف المحتوي لكل من الإعتداء الراهن والماضي الصراعي، كما أنها تسمح بتفكيك البنى التي تبدأ بإحداث تغييرات داخل التوظيف النفسي.

بالإضافة لذلك رأى Zucker أن المصدوم إن لم يحظ برعاية ملائمة فسيواجه شعورا بالوحدة يزيد من معاناته، ويتضخم شعور الوحدة أكثر فأكثر إن كانت العلاقة مع جهات الإختصاص الخارجية مخيبة للآمال، وتستقر خيبة الأمل تلك حينما يفقد المصدوم الأمل في إصلاح ما يمكن إصلاحه، والإصلاح المنتظر ليس فقط ماديا بقدر ما هو رمزي لأنه مستثمر على أساس الاعتراف بالجرح الذي تلقاه الشخص، ولا يمكن لهذا الجرح أن يضمند (أو يفكر فيه) (panser/penser) إلا إذا كان العالم الخارجي يعترف به ويتقبل وجوده.

أمام هذه الحالة ناقش Zucker دور المعالج حيث رأى أن المعالج قد يحس بأن هناك شعور بالعجز، باللاعذالة وبالغضب يكبر بداخله شيئاً فشيئاً، وهنا لديه خيارين: سواء ابقى في أريكته يحاول أن يؤول، أن يحتوي، أي أن يقوم بعمله العلاجي على أحسن وجه، أو يقرر أن يربط هذا النوع من العمل بتدخلات في الواقع، ويرى Zucker أن الأمر لا يتعلق هنا بأن يقوم المعالج بعمله العلاجي بطريقة صحيحة بقدر ما يتعلق بمسألة أخلاقية، فهل لنا الحق (كمعالجين طبعا) أن نبقي خارج الواقع في حين يسمح لنا المكان الذي نحتله بأن نكون مسموعين؟ حيث يقول Zucker: "يمتلك العلاج النفسي بطريقة واضحة تأثيراً محتوياً، ومع ذلك يبدو انه حينما يتم إدخال الاعتراف بالمعاناة في الواقع يكون العلاج النفسي أكثر استقراراً" ( De clerq, M. , Lebigot, F. 2001, p.839 ).

## 2.2: المقاربة النسقية والعلاج الأسري:

يقول (Ionescu, 2006): "عرفت بعض عناصر المقاربة النسقية البيئية بفضل التقدم والشعبية التي حصلت عليها طرق العلاج الأسري، وقد قام كل من Ferbert و Beels (1969) بدراسة هذه الطرق وصنفاها حسب الدور الذي يتولاه العلاج إلى فئتين: تتمثل الأولى في "الموجهين" - أو المرشدين - ( directifs ) الذين يتدخلون بصورة نشطة ويسيروا اللقاءات العلاجية، وأهم ممثلي طريقة العمل هذه Virginia satin , Nathan Ackermann , Roland Charp , Salvador Menuhin , Murray Bowen , Norma Paul , robert mC Gregor ، أما الفئة الثانية فتتمثل في "المتفاعلين" ( réactif ) و الذين يسمحون بنشاط أكثر حرية و اقل تحكما ، وتنقسم هذه الفئة الى جزئين: (أ) "المحللون" (les analystes) مثل Whitaker ، Lyman Wynne ، Bosozormenyi, Alfred Friedman والذين يتصرفون بطريقة مشابهة لطريقة المحللين

النفسانيين التقليديين، (ب) "المطهرون" (les puristes) ويتمثلون خاصة في Don Jackson, Jay Haley, Gerad zuk الذين يحترمون بانتظام نظرية الأنساق، و يهتمون بالمعايير العائلية وعمليات التواصل. (Ionescu,S.,2006, p84) .

يوضح Ackermann (1958) وهو من الباحثين الأوائل في العلاج الأسري أن العلاج الأسري يعتبر أسلوباً تطبيقياً يستخدم مع حالات الاضطرابات النفسية و العاطفية ويقوم على تحقيق المقابلة مع الأسرة بأكملها في إطار تفاعلي و ديناميكي، و يستند هذا الأسلوب على مسلمة أساسية هي أن الأسرة كوحدة طبيعية وحيوية تتكون من مجموعة من الأفراد يشتركون في هوية واحدة و يتأثرون بها عن طريق عن تبادل العواطف circular exchange of emotions ،وبناء على هذا التصور فإن المشكلات تظهر عندما يحدث اعتراض لعملية تبادل المشاعر والعواطف بين أفراد الأسرة ،الأمر الذي يؤدي إلى تعرضهم إلى القلق و الضغوط و بالإضافة لذلك فإن الأحداث التي تعيق عملية الاتصال بين أفراد الأسرة ستؤدي إلى الاضطرابات الأسرية و عدم قدرة الأسرة على تأدية مهامها بفاعلية، ويتفق O'byrne و Masson مع التصور السابق للعلاج الأسري حيث يرون أن التدخل العلاجي يهدف إلى تغيير بعض الجوانب في نسق الأسرة التي تؤثر في قدرتها على تنظيم وإدارة شؤونها و تأدية مهامها كوحدة اجتماعية وكأفراد، وترتبط عمليات التدخل في العلاج الأسري بالعمل على تغيير منظومات التفاعل والاتصال داخل الأسرة ومساعدة أفراد الأسرة على تغيير أساليب وأنماط التفكير كأفراد وكمجموعة . (سليمان ، عبد المجيد ، و البحر ، 2005 ، ص.283).

في هذا السياق يقول Robin , noiro و Mauriac : " عديدة هي الأعمال التي أشارت إلى أهمية نوعية الدعم الاجتماعي في التنبؤ الوقائي وأيضاً التطوري لحالة ضغط ما بعد الصدمة ،

وبالرغم من ذلك فمن النادر وجود الأعمال التي تعتمد على التكفل العائلي بالضحايا المتواجدين في مثل تلك الوضعية عن طريق دمج الأقارب أثناء المتابعة .حتى لو لم يكونوا مشتركين بصورة مباشرة في الحادث الصدمي"(De clercq, M. Lebigot, F., 2001. P 267).

و في سياق حديثهم عن التكفل بالمصدومين و المقاربة النسقية العائلية والتدخل في حالة الأزمة رأى كل من ( robin , noirot ,et Mauriac ,2001) أنه بالرغم من صعوبة الإلمام بمختلف التطبيقات الناجمة عن تيار العلاجات العائلية النسقية في أمريكا وفي أوروبا فمن الواضح أن هذه المقاربة تحتوي على خصائص متفق عليها، من بينها الفكرة القائلة أن العلاقات داخل الأسرة أو الجماعة الاجتماعية - أي النسق - هي علاقات مترابطة ، وذلك يعني أن كل تغيير لدى إحدى أفراد النسق ينتج بالضرورة تغيرا لدى الأفراد الآخرين، وتعرض الأنظمة الإنسانية توازنا ديناميا حيث يمكن للتغيرات والتقلبات أن تعرض تكامل النظام للخطر، وتنشأ هذه التغيرات عن اختلالات تأتي من خارج النظام - أو النسق - ( بطالة ، كارثة ، اعتداء ....) أو من داخله ( حداد ، ولادة ، مراهقة ، مرض....)،وحيثما تواجه الأسرة أو أي نظام آخر تغيرات لدى احد أفرادها تكون هناك إمكانية حدوث أزمة حيث تتناسب الأزمة مع فترة من اللإستقرار حينما يكون التغيير على وشك الحدوث .

على المستوى التطبيقي ناقش (Mauriac, Robin,et noirot) بعض الأوجه التقنية والاصلاحية للتدخل العلاجي ، حيث رأوا أنه حين يجتمع أقارب المصدوم يكون الهدف الأول للمداخلة تعريف المشكلة بطريقة تسمح بأن يشعر كل فرد أنه معني بالأمر وبإمكانه التأثير في الوضعية ، وقد يستخدم المختصون هنا العديد من الطرائق ولكن عليهم أن يسمحوا أولا بتحصيل سرد للأحداث الراهنة والمشاعر المعاشة بطريقة تتعدى مجرد البحث عن التفرغ

إلى البحث عن تحصيل تقاسم للخبرة أين يعترف كل فرد أنه عاش الأمور بشكل مختلف ، من هنا ينبغي خلق سياق يتجاوز من خلاله الأفراد القصة المعاشة بشكل فردي إلى قصة جماعية يحتل فيها كل فرد - وخاصة المصدوم - مكانا خاصا ، بالإضافة لذلك ولأن المداخلة تهدف لمساعدة الأفراد على التقدم نحو الأمام وتفادي شعورهم باستمرارية الحادث، فعلى المعالجين أن يدللوا على أن الصدمة قد مضت ، أن يقدموا تعليمات أو خدمات ( مرافقة ، متابعة إكلينيكية ، وصف أدوية ) وأن يعطوا معلومات حول ردود الفعل الاعتيادية لدى المصدومين وأقاربهم ، وينبغي أن يوصف كل ذلك من أجل تمكين الأفراد من الشعور وبأسرع وقت ممكن بأنهم يتحكمون في الوضعية انطلاقا مما يمتلكون وما يقومون به.

من وجهة النظر هذه نرى بدورنا أنه بالإمكان أيضا دمج الأخصائي الاجتماعي في عملية التكفل بالمصدومين ، حيث يسعى هذا المختص بالاعتماد على المقاربة النسقية الى توسيع المداخلة العلاجية لتتجاوز الفرد و أسرته لأنساق أخرى أكبر ، وهكذا قد يدمج الأخصائي أو المعالج النفسي أفراد أسرة المصدوم في العلاج بهدف التحكم في عواقب الصدمة ، تفادي تعقيد حالة المصدوم ، وتحريك الموارد التي يمتلكها هو وأسرته لمواجهة حالته ،وبالإضافة لذلك يتدخل الأخصائي الاجتماعي على مستوى انساق أخرى للبيئة ( تتفاعل مع الفرد وأسرته ) كمؤسسات التأمين والضمان الاجتماعي ومؤسسات التشغيل ، القضاء الخ ، بل بإمكانه التدخل حتى على مستوى السياسات العامة والخدمات المتاحة للمصدومين وأسره في المجتمع من أجل التحسيس بوضعيتهم والتصدي مثلا للقوانين التي لا تستجيب لاحتياجاتهم ، وهذا مهم جدا - على الأقل من وجهة نظري - لأننا ( كنفسانيين طبعا ) قد نشغل على التوظيف النفسي لمصدوم من أجل إخراجه مثلا من اكتئاب ، ولكن مهمتنا تكون معقدة جدا إذا كان ذلك المصدوم عاطلا عن العمل ، ويحس بأنه " محتقر " في بلده ، ويدلل على ذلك

بالملفات التي قدمها للمؤسسات بدون جدوى ، نحس بأن حقوقه قد هضمت دون أن نتمكن من مساعدته للتحصل عليها فالعين بصيرة واليد قصيرة كما يقول المثل الشعبي ، ونلاحظ حينما نستجد بأفراد أسرته أنهم لا يمكنهم مساعدته لأنهم فقراء ، و قد يدفع له الضمان الاجتماعي ( إن تعرض لإصابة أثناء تعرضه للحادث) أجرا زهيدا لا يكفيه حتى لسد حاجياته الأساسية ، حيث يدفع له ذلك الأجر الزهيد بصفته " معاقا " ، وقد تسبب له هذه الصفة أثناء وقوفه في الطابور لتلقي أجره حرجا شديدا ، أين ينظر له الناس نظرة تشعره بأنه ( بسبب إعاقته) شخص " ناقص " و"مسكين " يؤدي عيون المارة ويرسم على وجوههم ملامح الحزن و الشفقة و أحيانا الاشمزاز ، مما يزيد معاناته ويعمقها. من جهة أخرى قد نعمل ايضا مع فتاة مصدومة لأنه تم الاعتداء عليها جنسيا ، ونحرز تقدما علاجيا هاما فتنخفض شدة الأعراض وتبدأ تلك الفتاة بمواجهة صدمتها وبالتحكم في المشاعر المرتبطة بها والناجمة عنها ، ونبدأ بملاحظة أنها تتحسن تدريجيا ، وتأتي جلسة المحاكمة لتواجه الفتاة من اعتدى عليها ، تتعرض لضغط شديد ، وقد يوحى لها المحامي أو القاضي أنها كانت السبب بطريقة أو بأخرى فيما حدث لها ، وتفهم هي ذلك الإيحاء بمعنى أنها قد قامت بإغراء من اعتدى عليها ، تتدهور حالتها ويزيد شعورها بالذنب أو بالعار ، ينخفض تقديرها لذاتها ، تحس أنها تستحق " ما حدث لها " ! وأنها ينبغي أن تدفع الثمن، وتأتينا بعد ذلك مكتئبة محملة بمشاعر الذنب ، لتصرح في المقابلة أنها تفكر في الانتحار ،وأنها تعتقد أن الانتحار هو الحل الوحيد الذي سيخلصها من معاناتها ، وتتعدد إذن المهمة العلاجية من جديد .

بإمكان الأخصائي الاجتماعي أن يتدخل في الحالة الأولى مثلا مع مؤسسات التشغيل والضمان الاجتماعي ليساعد ذلك المصدوم على تحصيل حقوقه ، وبإمكانه أن يتدخل مع الحالة الثانية على مستوى الجهات القضائية ليطلب مثلا تأجيل موعد المحاكمة ان رأى النفساني أن



الحالة النفسية لتلك الفتاة لا تسمح لها بالخضوع للمحاكمة حتى ولو بصفتها ضحية ، بل وبإمكان الأخصائي الاجتماعي أن يتدخل في التحسيس بالوضعية التي يعيشها المصدومون ، كأن يتدخل على مستوى وسائل الإعلام لشرح حالة المصدومين وتسهيل حصولهم على حقوقهم والمطالبة بقوانين. (شادلي ، 2022، ص ص. 317-318)

### 3.2. العلاج السلوكي/ المعرفي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة :

هناك على المستوى النظري فكرة أساسية مرتبطة بالتفسير السلوكي/المعرفي لطريقة إكتساب المخاوف، وحسب تلك الفكرة يمكن أن تكتسب المخاوف عموما من خلال إشراف كلاسيكي كما يمكنها أن تعود أيضا لأسباب معرفية.

بالنسبة لإكتساب المخاوف من خلال إشراف كلاسيكي يقول الحجار (1999): "تصدر هذه المخاوف عن حادثة وحيدة مفردة (تعلم في تجربة واحدة) ومثالنا على ذلك عصاب القتال، فالعسكري الذي شهد مذبحه مخيفة دارت حوله يصاب بقلق إشرافي بفعل المنبهات المخيفة التي أحاطت به، وإذا صدف ان ظهر موقف سببي مثل صوت مدفع رشاش أو شيء مما يماثله في الصوت، فإن هذا المنبه يحدث عنده إستجابة قلق بفعل الإشراف." (الحجار، 1999، ص. 30).

أما بالنسبة للمخاوف التي تعود لأسباب معرفية فيقول آرون بيك : "عندما يقول شخص أنني متوتر فهو يعني أنه يحس قلقا الآن وحالا، ولكن ماذا تراه يعني حين يقول إن لدي خوفا (أو أنا خائف) من العواصف الرعدية؟ إنه يشير إلى مجموعة من الظروف ليست قائمة حالا ولكن يمكن أن تقع في وقت ما في المستقبل، بهذا المعنى فإن الخوف يمثل "ميلا" إلى أن يدرك المرء مجموعة معينة من الأحوال بصفتها تهديدا، وأن تكون إستجابته إن تعرض لها هي إستجابة القلق." (بيك، آ.، 2000، ص. 151).

ينتج الخوف إذن من خلال إشارات كلاسيكي إذا ما تم تعلمه في إطار خبرة عاشها الشخص، و يعود الخوف لأسباب معرفية إذا كان الشخص يقدر احتمال تعرضه لخطر إذا ما تواجد في موقف معين حتى ولو لم يتعرض له، وفي هذا الصدد يقول بيك: " ليست المشكلات النفسية بالضرورة نتاج قوى خفية سرية مستغلقة ، فقد تنتج عن عمليات عادية مثل التعليم الخاطيء، والإستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة وعدم التمييز بين الخيال والواقع، كما ان التفكير قد يكون واهما لأنه مستمد من مقدمات منطقية خاطئة، والسلوك قد يكون إنهمازياً لأنه مبني على إتجاهات غير عقلانية." (بيك، آ. ، 2000، ص. 33).

على المستوى التقني هنالك العديد من التقنيات السلوكية-المعرفية التي تستخدم لعلاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، من أبرزها:

#### أ- الإغراق:

في هذه التقنية يتم تحريض القلق الشديد إما تخيلياً أو واقعياً كما يبدو من خلال تعريض المريض له (... ) ويسمي ستافل هذه التقنية "بالتفجير الداخلي Implosive" (الحجار، 1999، ص ص. 113-115). وتستخدم هذه التقنية في مجال اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عن طريق التعريض التخيلي للموقف الصادم حتى يفقد هذا الأخير قدرته على استثارة قلق شديد، فالهدف هنا هو إطفاء القلق من خلال التعرض لمنبهات في ظروف معينة.

يحدد (Keane ,1985) ثلاث مراحل في تطبيق الطريقة المذكورة: التدريب على الإسترخاء، التخيل السار، والتخيل المؤلم للحدث- الصدمة، فالتدريب على الإسترخاء أمر ضروري ومفيد خاصة عندما يتناول مختلف العضلات، وبعد أن يتوصل المريض إلى تحقيق الإسترخاء فإنه يشعر بالحرارة والراحة داخل جسمه وعندئذ يكون قادراً على تخيل مشهد جميل (المرحلة الثانية)، أما في

المرحلة الثالثة فإننا نركز على الحدث نفسه، وهنا يجب أن نقوم بوضع لائحة بالمشاهد والمنبهات المؤلمة التي يجب معالجتها (...) وفي نهاية كل جلسة يجب العودة إلى الإسترخاء. (يعقوب، 1999، ص ص. 137-138).

#### ب- إزالة التحسس المنهجي:

تقتضي هذه الطريقة بتعريض المريض للمنبه المؤلم ولكن بصورة تدريجية وليس دفعة واحدة كما هي الحال في الإغراق (يعقوب، 1999، ص. 139). وعلى المستوى الفيزيولوجي يتم تثبيط القلق المثار عند المريض بفعل الإستجابة المعاكسة الإسترخائية للعضل، ويكون ذلك بتعريض المريض إلى المنبه الإشرطي الذي بدوره يثير الإستجابة اللاتكيفية العصبية وهو في حالة إسترخاء تنفسي-عضلي، ويستغرق التعريض عادة عدة ثوان، ويتكرر ليحدث التناوب بين التعريض والإسترخاء حتى يتم إطفاء الإستجابة القلقية، فالمنبه الإشرطي بهذه الطريقة المتصاعدة يفقد قدرته على إثارة القلق، ويتم تجزئة الموقف المخيف إلى وحدات موقفية متصاعدة في إثارتها للخوف، ولا يتجاوز الفاصل بين موقف على السلم الهرمي وآخر في شدة الخوف أكثر من 10 % باعتبار أن شدة رأس الهرم الذي فيه ذروة الموقف المثير للخوف المراد إطفائه تقدر بـ 100 %، ومن ثم يتعامل المريض مع مواقف الخوف المجزأة بتناوب عملية التعرض والإسترخاء فلا ينتقل من موقف مدرج على هذا السلم الهرمي إلى آخر حتى تصبح شدة الخوف صفراً، ويتم تدريب إزالة التحسس المنهجي ورفع وحدات المواقف من قبل المريض والمعالج معاً، ومن ثم يدرب المعالج المريض على تطبيق هذه التقنية بجلسات علاجية، ويطلب إليه فيما بعد التدريب عليها بمفرده بعد أن يتقن تطبيقها (الحجار، 1999، ص ص. 81-82) .

يمكن تطبيق الإستعادة المعرفية لمعنى الحدث ضمن شرطين (Foy,1992): الشرط الأول يقتضي بتصحيح معنى السببية وتوزيع المسؤولية، فالمريض يعتقد بأنه هو المسؤول الوحيد عن كل ما حدث من آلام لسواه (أقرباء، أصدقاء)، وهنا يجب توزيع المسؤولية على الأشخاص المستببين بما حدث، ويمكن استخدام طريقة الإستعادة المعرفية جنبا إلى جنب مع الإغراق وبالتحديد بعد الإنتهاء من الجلسة، أما الشرط الثاني فيقتضي باستخدام الإستعادة المعرفية في جلسات العلاج الفردي، وبشكل مستقل بحيث ينكب المعالج على معالجة الأفكار الخاطئة عند المريض والمتعلقة بنظرته إلى نفسه وإلى العالم والمستقبل (يعقوب، 1999، ص ص. 138-139).

#### 4.2. العلاج الدوائي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

يشكل العلاج الدوائي (الطبي السيكاتري) عادة المرحلة الأولى في علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، حيث يستهدف هذا العلاج أساسا تخفيف أعراض الاضطراب، كما يساهم في بناء جسر يسمح بالمرور للعلاج النفسي.

وقد حاول الخبراء مقارنة ترتيب فعالية بعض الأدوية على بعض الأعراض، فالمثبطات الإنتقائية لإستعادة السيروتونين (ISRS (...)) وخاصة نيفازودون (Néfazodon) والفونلافاكسين (Venlafaxine) ينصح بها في المرتبة الأولى وذلك بالنسبة لأغلبية الأعراض الخاصة (...). أما مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات (Antidépresseurs tricycliques) فهي وحدها تستعمل في المرتبة الثانية (...). وفيما يتعلق بالأعراض التفككية لم يوحى الخبراء بأي دواء في المرتبة الأولى (أو ذو اهتمام أولي) في حين يفضلون في الخط الثاني: ISRS، نيفازودون، فونلافاكسين،

وثلاثية الحلقات (أو المركبات الثلاثية)، وأخيرا يفضل الترازودون (Trazodone) في المرتبة الأولى بالنسبة لإضطرابات النوم، ليأتي في المرتبة الثانية كل من: زوابيدوم (Zolpidem)، بينادريل (Benadryl) المركبات الثلاثية (Tricycliques) والبنزوديازيبين (Benzodiazépine) (De clercq, M., Lebigot, F., 2001, PP. 294–295).

قام كل من Du crocq و Vaiva (2001) بعرض مداخلتهما حول العلاج السيكوفارماكولوجي لحالة ضغط ما بعد الصدمة في كتاب "Les traumatismes psychiques"، حيث تم العمل على تلخيص نتائج مجموعة من الدراسات التي أجريت حول الفعالية المحتملة أو الممكنة للأدوية على أعراض حالة ضغط ما بعد الصدمة وذلك حسب أصنافها العلاجية كما هو موضح في الجدول الموالي :

الصنف العلاجي	المفعول المحتمل على الأعراض المستهدفة لحالة ضغط ما بعد الصدمة	المفعول الممكن على الأعراض المستهدفة لحالة ضغط ما بعد الصدمة	المفعول الممكن على الأعراض المرافقة لحالة ضغط ما بعد الصدمة
المثبطات الإنتقائية لإستعادة السيروتونين ISRS	المعيار C (انخفاض الإهتمام)	المعيار B و D .	- الغضب، العدوانية، الإندفاعية - سلوك انتحاري، اكتئاب، هلع/حصر - أفكار وسواسية، سوء استخدام العقاقير والتبعية
المضادات الأدرينالية Anti-adrénergique	المعيار B و D	المعيار C (الأعراض التفككية)	- الغضب، العدوانية - هلع/حصر

إكتئاب، هلع/ حصر	المعيار D (اضطرابات النوم)	المعيار B	مثبطات أكسدة أحادي الأمينات IMAO
إكتئاب، هلع/ حصر	المعيار D (اضطرابات النوم)	المعيار B	المركبات الثلاثية الحلقات Tricyclique
هلع/ حصر	المعيار B و D		البنزوديازيبين Benzodiazépines
عدوانية، إندفاعية	المعيار B و C	المعيار D	مضادات التشنج معدلات المزاج Anti- convulsant thymorégulateurs
سوء استخدام العقاقير والتبعية		المعيار B (التذكرات المركبة الإقحامية المعاودة للحدث-Flash back). المعيار C (إنخفاض الإهتمام émoussement)	المعاكسات الأفيونية Antagonistes opioides
أعراض ذهانية	المعيار D (فرط التيقظ)		مضادات الذهان Antipsychotiques

## 5.2. تقنيات علاجية أخرى :

بالإضافة للمقاربات و التقنيات المذكورة ، هنالك أيضا تقنية أخرى شهيرة وواسعة الإستخدام في

علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة إسمها: "خفض حساسية حركات العين والإعادة" يطلق عليها

اختصارا تقنية (EMDR) و هي اختصار لعبارة ( Eye movement desensitization and

(reprocessing) Francine ) شابيرو (shapiro).

ويقوم أساس خفض حساسية حركات العين وإعادة (EMDR) على الافتراضات حول تخزين ذكريات الصدمة في الدماغ، حيث تتم إزالة الانفصال المستثار من خلال الصدمة بين اللوزة وقرين أمون (تلفيف حسان البحر hippocampus) والدماغ، وتُعملُ (EMDR) التنبيه الثنائي Bilateral المتبادل لنصفي الدماغ من خلال حركات العين ومع التبوؤر المزدوج double focusing للانتباه، وهذا يعني أنه تتم استثارة نصفي الكرة الدماغية كليهما بالتبادل من خلال المتابعة البصرية لإصبع المعالج أو النقر على اليد اليمنى واليسرى للمريض، وفي أثناء ذلك يجب المريض على أسئلة حول المشاعر أو الخبرات فيما يتعلق بالموقف الصادم. (سموكر، م.، ريشكة، ك.، كوغل، ب. رضوان، وبركات ، 2010، ص.99).

وأخيرا يستخدم أيضا التنويم كتنقية لعلاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وفي هذا السياق يقول Smaga (2001) في إطار مداخلته حول التنويم لعلاج الضغط الحاد وضغط ما بعد الصدمة :  
" يمكن أن تستخدم الكثير من التقنيات التنويمية في علاج حالة ضغط ما بعد الصدمة، فالتنويم يمكن أن يستخدم كعلاج تكفلي من أجل السيطرة على القلق، وأيضا من أجل استرجاع الصدمة حينما لا يتمكن المريض من تذكر الحادث الصادم، كما قد يستخدم كتنقية لإحداث التفريغ و التنفيس، أو كتنقية دمجية (Technique intégrative) من أجل السماح بإندماج الجانب التفككي". (De clerq, M., Lebigot, F., 2001, p.282).

## خاتمة :

تعددت الآراء والأطروحات المفسرة لمنشأ الصدمة النفسية، لآليات تشكلها و إستمرارها ،عواقبها ،مظاهرها و طرق علاجها منذ بدايات صياغة المفهوم، كما اختلفت تلك الآراء حول دور الحادث الصدمي من حيث كونه العامل الرئيسي المسبب للصددمات و للإضطرابات النفسية .

حيث يعتبر هذا التعدد تنوعا يثري فهمنا للموضوع على المستوى النظري،و يعمق تناولنا للأعراض المرتبطة بالصددمات النفسية و الناجمة عنها في خلال عملنا مع الحالات على مستوى تطبيقي عيادي. من هذا المنظور ينبغي فهم تعدد و تنوع وجهات النظر.

و قد تم عبر هذه المطبوعة تجميع و مناقشة المعارف التي يفترض أن تسمح للطلاب باكتساب جهاز نظري متين يستعمله كمختص مستقبلي في علم النفس العيادي ،للتمكن من فهم الصدمات النفسية و أساليب التعامل معها.



## قائمة المصادر والمراجع:

1. بيك، آ. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية (عادل مصطفى، مترجم). بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
2. الحجار، محمد. (1999). الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي-السلوكي (ط. 1). بيروت: دار النفائس.
3. سليمان، حسين حسن، عبد المجيد، هشام سيد، والبحر، منى جمعة. (2005). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة (ط. 1). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
4. سموكر، م.، ريشكة، ك.، كوجل، ب.، رضوان، سامر، وبركات، مطاع. (2010). إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة: دليل معالجة الصدمة من النوع الأول (سامر جميل رضوان، مترجم). الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
5. سي موسي، عبد الرحمان، وزقار، رضوان. (2002). الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق: نظرة الاختبارات الإسقاطية (ط. 1). الجزائر: جمعية علم النفس الجزائر العاصمة.
6. شادلي، عبد الرحيم. (2017). انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف : دراسة حالات من منظور عيادي. أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
7. شادلي، عبد الرحيم. (2020، سبتمبر). تأثيرات بتر الأطراف كحدث صادم على التوظيف النفسي : دراسة إكلينيكية. المجلة الدولية للدراسات التربوية و النفسية ، 10، 161-174.

8. شادلي، عبد الرحيم. (2022). علاج الصدمة النفسية : بين التفريغ الانفعالي و التعبير بالكلمة. في آليات و ضوابط الممارسة النفسانية العيادية في الجزائر (ط. 1، ص ص. 307-322). الجزائر : ألفا للوثائق للنشر و التوزيع.

9. فرويد، س. (1986). موسى والتوحيد (جورج طرابيشي، مترجم). بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر.

10. مناني، نبيل، و شادلي، عبد الرحيم. (2016، جوان). الصدمة النفسية : تطور المفهوم ووجهات النظر المعاصرة . مجلة العلوم الانسانية، 44، 157-170 .

11. يعقوب، غسان. (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (ط. 1). بيروت: دار الفارابي.

12. Chemama, R. (1993). Dictionnaire de la psychanalyse.

Paris : France loisirs.

13. De clerq, M., & Lebigot, F. (2001). Les traumatismes psychiques. Paris : Masson.

14. Ionescu, S. (2006). 14 approches de la psychopathologie. France : Armand colin.

15. Ionescu, S., & Blanchet, A. (2006). Psychologie clinique et psychopathologie .Paris : Presses universitaires de France.

16. Samai- haddadi, D. (2010). Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques.

Alger : office des publications universitaires.

17. **Sillamy, N. (1999). Dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse.**
18. **Vila, G., Porche, L. M., & Mouren-siméoni, M. C. (1999). L'enfant victime d'agression : état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Masson.**