



غرداية: 14/12/2021

مستخرج المجلس العلمي للكلية

وافق المجلس العلمي للكلية في جلسته المنعقدة بتاريخ: 2019/04/29، بعد اطلاعه على تقارير الخبراء على اعتماد مطبوعة الدروس التي تقدمت بها الدكتورة: أمال بن عبد الرحمان والمعنونة بـ " علم النفس الصدمة " لفائدة السنة أولى ماستر علم النفس عيادي.

رئيس المجلس العلمي

المجلس العلمي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
مصادق وينتقن
رئيس المجلس العلمي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية
قسم علم النفس

محاضرات في مادة علم النفس الصدمة

موجهة لفائدة طلبة السنة أولى ماستر
تخصص علم النفس العيادي

من اعداد الدكتور :
أمال بن عبد الرحمان

السنة الجامعية: 2018-2019

فهرس محتويات المطبوعة

تمهيد:

المحاضرة 1: المفاهيم النظرية حول الصدمة النفسية.

1- تعريف الصدمة النفسية.

2- النظريات المفسرة للصدمة النفسية.

2-1- الصدمة النفسية عند فرويد (وجهة النظر التحليلية).

2-2- وجهة النظر الاقتصادية:

المحاضرة 2: بيارمارتي و الصدمة النفسية.

3- الصدمة النفسية عند بيارمارتي :

3-1- الاكتئاب الأساسي.

3-2- التفكير العملي و الحياة العملية.

المحاضرة 3: و جهات نظر أخرى حول العوامل المسببة للصدمة النفسية.

4 - الصدمة النفسية عند علماء آخرون.

5- العوامل المسببة للاستجابة الصدمة.

6- مفهوم البعدية في تكوين الصدمة النفسية.

المحاضرة 4: تشخيص الصدمة النفسية.

7- المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الطفل، المراهق و الراشد:

7-1- الأعراض العيادية للصدمة النفسية:

7-2- تشخيص الصدمة النفسية.

8- المراحل المصاحبة للتطور اضطراب الصدمة النفسية.

المحاضرة 5: علاج الصدمة النفسية.

9- أساليب التعامل مع الصدمة النفسية.

9-1- علاج الصدمة النفسية.

9-2- علاج الصدمة النفسية بتقنية السيكوندينامية.

9-2- علاج الصدمة النفسية بتقنية المعرفية السلوكية. - الخاتمة.

المحاضرة 1: المفاهيم النظرية حول الصدمة النفسية.

تمهيد:

في الوقت الحالي أصبحت الصدمة النفسية محل اهتمام العديد من الباحثين، لما تركته من آثار سلبية على الفرد في كل الجوانب النفسية، الجسدية و حتى الاجتماعية، هذا راجع لكثرة الكوارث الطبيعية و التغيرات المفاجئة التي تطرأ دون توقعها و التحضير لها ، فتفاوتت الاستجابة للصدمة حسب الفوارق الفردية ، منهم من أصيب بأمراض عضوية سيكوسوماتية و الأخرى استجابة عقلية أو يدخل في حالة من الجنون والعته ، و منهم من تكيف إلى حد ما مع هذه الأوضاع الصدمية ، و تختلف شدة الاستجابة الصدمية باختلاف التفسيرات التي يعطيها الفرد، فما هو صدمي عند أحد الأفراد يكون عادي عند فرد آخر، هذا راجع للاختلاف في الأسلوب الدفاعي الذي يستعمله كل فرد لمواجهة الأحداث الصدمة ، و حل الصراعات النفسية، وطرق الخروج من هذه الحالة النفسية الحادة، التي قد تؤدي إلى اختلاف في التوازن النفسي و العقلي و من ثم التوازن الحيوي للأفراد.

1- تعريف الصدمة النفسية :

الصدمة النفسية تتبع كل ذكرى عنيفة من طرف جسم خارجي، منذ التعرض إلى هذا الاقتحام، واستمراره، يكون له دور فعال في حياة الفرد (C. Garland ,2001, p 23)

و في هذا الصدد بين بيار.جان (J. Pierre) في مذكرة الدكتوراه سنة 1889، عن تلقائية النفس "L'automatisme psychologique" و تعني أول صدمة نفسية : المرتبطة بمعاناة خاصة بأحداث عنيفة . هذه الصدمة النفسية تخرق فتحطم ، و كذلك تعتبر كجسم غريب و خارجي، يحدث اختلال التوازن في الشعور، فوحشية هذه الأحداث من صور و حقائق و إحساسات وخبرات عنيفة، يسميها " بيار.جان — "الأفكار الثابتة"، التي تكون من جهة مدركة و غامضة من جهة أخرى بالنسبة للشعور وتبرز تظاهرات نفسية حسية حركية بشكل آلي، لإرادي و غير متكيف كالهلاوس، الكوابيس، الارتجافات والاستجابات الإرادية، التي تستمر وتبقي متواصلة في الشعور ، حتى تتغير هذه التصورات و تمثيلات ،ويحدث تكيف داخل مخطط علاجي متبع .

(L. Crocq et all, 2007, p 7)

وتعرف الصدمة النفسية في معجم مصطلحات التحليل النفسي "لابلاننش و بونتاليس" على أنها : "حدث في حياة الشخص، يتحدد بشدته و بالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عن الاستجابة الملائمة حياله و بما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب و آثار دائمة مولدة للمرض ".

وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية ، بفيض من الاثار تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال، بالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الاثار و ارضائها نفسيا.

استعملت كلمة صدمة Trauma قديما: " في الطب و الجراحة وتعني الجرح في اليونانية وتشق من فعل ثقب، على جرح مع كسر، ومن مرادفاتها بالفرنسية Traumatisme المخصصة للحديث عن الآثار التي يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي على الشخص ". (جان. لابانش و ج.ب. بوتنليس، 2002، ص 300)

ويرى فرنكزي (Ferenczi): " أن الصدمة تتضمن انهيار الشعور بالذات و القدرة على المقاومة والسلوك و التفكير بهدف الدفاع عن النفس أو يضمحل الجهاز الذي يحافظ عليها، وتقل وظيفته إلى أقصى حد، حتى يفقد الشكل الأصلي له، فتأتي الصدمة النفسية لتزعزع ثقة الفرد في نفسه و في المحيط الخارجي، إذ كان الشخص قبل الحادث، يعتقد أن ذلك لن يحدث له بل فقط مع الآخرين، قد تكون الصدمة فيزيائية، نفسية أو فيزيائية نفسية معاً ، حيث يكون القلق هو النتيجة المباشرة لها و تتضمن الشعور بعدم القدرة على التكيف والاستجابة الدفاعية الواقعية ضد الضرر".

أما تير (Terra) فتميز الصدمة النفسية حسب معيارين أساسيين هما: الأحادية أو التعدد والفجائية أو التوقع، فهي تصنف الصدمة النفسية من النوع الأول: بالحوادث الفريدة و المفاجئة غير المتوقعة، وبالصدمة الفرويدية الكلاسيكية، وأما من الناحية الأعراض تصنف مع حالة الضغط ما بعد الصدمة (P.T.S.D) ، الذي يتميز بتكرار الذكريات ،خصوصا البصرية المتعلقة بالحادث ، الرتابة في السلوك ، مخاوف معينة تدفع لتجنب وتغيير النظرة اتجاه الآخرين، الحياة و المستقبل .

و الصدمات النفسية من النوع الثاني هي تلك التي تخضع لمعايير التوقع والتكرار ، يتقارب هذا النوع من صدمات أطفال ضحايا المعاملة السيئة ، و تتميز باستعمال ميكزمات دفاعية، كالرفض، الكبت، التماثل بالمعتدي و العدوانية الشديدة . (عبد الرحمان. سي موسي و رضوان. زقار، 2002 ، ص ص 73-76)

أما بوكانوفسكي (Bokanowsky) فقد انتهج نفس منهج فرويد للتمييز بين المصطلحات، فاقترح ثلاث ألفاظ يجب التمييز بينها:

أ- الصدمة النفسية: التي تشير إلى القصور الجنسي للصدمة (Trauma) ، خاصة إلى آثار قابلة لتمثيل ولإظهار ولترميز أثر التنظيم الهوامي الصدمي للفرد ، كما يظهر في العلاج التحليلي.

ب- صدمي: (Traumatique) يشير بشكل خاص إلى المظهر الاقتصادي لصدمة النفسية ،أي إلى عجز في وظيفة نظام صاد - للآثار .

ج- صدمة: (Trauma) التي توضح الفعل الايجابي و السلبي للصدمة النفسية على التنظيم النفسي ،إذ يمكن أن تحدث "إصابات مبكرة للأنا، تشكيل جروح ذات طابع نرجسي" تحدث هذه الصدمات إرباك و تدعيم الطرق الدفاعية السلبية ،كالإنكار، الانشطار، الإسقاط، المثلة و القدرة الكلية ،كما يمكن لها أن تنشط "مناطق نفسية ميتة" بسبب غياب التصورات و التمثيلات والتميز الناجمين عنها".

(T.BOKANOWSKI , 2002 ,p 745)

و قد صنف الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس DSM-V للرابطة الأمريكية للطب النفسي الصدمة النفسية ضمن اضطراب الضغوط التالية للصدمة (Post- traumatic stress disorder) تحت رقم [309-81] في DSM-V حيث ميزه عن اضطراب الضغوط الحاد.

يظهر في مجموعة من الاضطرابات التي استغرقت يومين كحد أدنى و أربعة أسابيع كحد أقصى، من وقوع الحادث ، تتميز أعراضه بعجز، ذعر شديد، الخوف، التبلد، قلة الوعي و الشعور بتعبير في الواقع و الذات.

ويتطلب تدخل استعجالي ، أما اضطراب ضغوط التالي للصدمة، يظهر في جملة من الأعراض تستمر إلى ثلاث أشهر إذا كان حاد (Acute) أما إذا كان مزمن تستمر إلى ثلاث أشهر فأكثر ، يعيش فيه الفرد الحدث الصادم باستمرار و تعاوده ذكريات الحادث وتفتح عليه من صور وأفكار و ادراكات حسية و أحلام مزعجة و تجنب دائم للمثيرات مرتبطة بصدمة تَبلد، و قد يتأخر ظهورها، إذا كانت بداية الأعراض بعد الحدث الصادم بستة أشهر على الأقل . (DSM -V ترجمة : أمينة. السماك و عادل. مصطفى، 2001، صص 229-232) وقد يستمر الاضطراب أكثر من ستة أشهر، مما يشير إلى ازمان المرض، هذا الذي يسميه المحللين النفسانيين بالعصاب الصدمي، الذي تظهر فيه الأعراض اثر صدمة انفعالية ترتبط عموما بوضعية أحس فيها الشخص، أن حياته مهددة بالخطر، و هو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق العارمة ، و قد تجره إلى حالة من الهياج و الذهول أو الخلط العقلي. ويتيح لنا تطور الأعراض الكشف عن نوع البنية النفسية، لأن الصدمة يكون لها دور مفجر لهذه البنية و يكون لها دور حاسم ، في تعرف على محتوى العارض نفسه على شكل: "معاودة الحادث الصدمي، وكوابيس تكرارية ، و اضطرابات في النوم "، الذي يبدو كأنه محاولة متكررة لاستيعاب الصدمة و تصريفها، ويصاحب هذا التثبيت على الصدمة صد لنشاط الشخص يتفاوت في درجة تعميمه.

(جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص335)

إذن فالصدمة النفسية ترتبط بكل حدث عنيف يعيشه الفرد، فلا يستطيع تحمله و لا تمكنه آلياته النفسية من مجاهدة هذا الحدث و التكيف معه، فيدخل في حالة من الاضطراب و اختلال التوازن الداخلي، الذي يعيق مصير الحياة .

2- النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

2-1- الصدمة النفسية عند فرويد (وجهة النظر التحليلية):

إن الصدمة النفسية من المفاهيم الفرويدية الأولى، التي ظهرت انطلاقا من دراسات فرويد حول المستيريا حيث أعطي للعامل الصدمي دوار أساسيا في انفجار البنية المستيرية . (حب الله. عدنان، 2006، ص 32) ويرى فرويد في هذا الإطار أن الصدمة هي جنسية أساسا و يجرى عمل الصدمة إلى عدة عناصر، يفترض دوما وجود حدثين على الأقل ، المشهد الأول: حيث يتعرض فيه الطفل إلى مشهد الغواية و إلى إغراء جنسي من قبل الراشد، دون أن يولد هذا الإغواء عنده أثارة جنسية، و بعد البلوغ يأتي المشهد الثاني : غالبا ما يكون عديم الأهمية ظاهريا كي يوقظ المشهد الأول، من خلال إحدى السمات المرتبطة بينها.

ذكرى المشهد الأول تطلق فيضا من الآثار الجنسية التي تطفي على دفاعات الأنا ، فتقوم الصدمة بتنشيط الذكرى المكبوتة سابقا و يصفها فرويد على أنها : " إيقاظ إثار داخلية، من خلال حدث خارجي ، يكون مجرد سبب مفجر". (جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص 301-302)

فالراشد العصبي خاصة المستيري، يتلقى بشكل سلمي و ليس صدمي، صدمة جنسية في طفولته و بفعل حدث له علاقة تركييبية بالحدث السابقة في مرحلة البلوغ ، تنشط الصدمة الذكرى المكبوتة سابقا وتحدث على إثرها زعزعة في المعالم الموضوعية ، حيث أن الفرد يعيش في حالة من السلبية وعدم النضج الجنسي و لا تبرز آثار الصدمة، إلا في الحادث الثاني ،الذي يطلق فيض من الاستثارة الجنسية ، التي تبعث خلل في آليات دفاع الأنا .

و قد أعطي فرويد أهمية كبيرة لمشهد الغواية الأبوية و دو الهوامات في نشأة المرض، فالعنصر الأساسي في النظرية التحليلية هو استبدال الخارج (الحقيقة الموضوعية) بالداخل (الواقع النفسي). و بقي بين فرضيتين هامتين الغواية الفعلية و الغواية الهوامية والنتائج ماثلة في كلتا الحالتين، لأن الغواية الأبوية تحافظ على قيمتها الصدمية، نتيجة حثها لإستثارات قوية . (C. Damiani, 1997, pp 88-89)

غير أن القيمة الصدمية ،لا تعطي إلى بشكل بعدي ،هذا ما سماه بزمن ثان الواقع بعد البلوغ ، حيث توجع جسور التداعي آثار الزمن الأول الذكرى ،التي أبعداها الكبت ،لأن أثر السلبية الجنسية في أزمة قبل جنسية ... وليست التجارب نفسها المعاشة صدمية ، ولكن انبعاثها كذكرى بعد البلوغ و النضج الجنسي هو إذ يصبح صدميا . (M-O. Godard, 2003, pp 25-26)

إذن فالنظرة الدينامية للصدمة ،توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة و كيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحادث الصدمي من عدم بل يوجد تنظيم نفسي و نرجسية و هوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع هيئة دفاعية و قدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة، التي يتلقاها الفرد من الواقع.

2-2- وجهة النظر الاقتصادية:

يعتبر فرويد الصدمة النفسية على أنها: "تجربة لغياب الإسعاف ضمن أجزاء الأنا، الذي يستوجب عليه مواجهة الآثارات (المترابكة) ذات الأصل الداخلي أو الخارجي، و التي تحتاج الساحة النفسية".

(S.Freud, 1973, p 80)

هذه التراكمات التي لا تطاق ،تفسر في التصور الاقتصادي على أنها انكسار واسع لصادات الآثارات (Pare- Excitations) ،المختصة أساسيا في حماية الفرد ،من الآثارات الآتية من العالم الخارجي ، و التي يمكن أن تدمره نتيجة لشدها . (جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص298)

فالانكسار يكون كإشارة إلى عدم قدرة الجهاز النفسي، على تصريف فيض الآثارات الكبير. ذلك أن إجماع هذه الكمية المعتبرة من الآثارات، هي مهمة مبدأ اللذة، و الذي بسبب عنف ومفاجئة الصدمة النفسية، يجد نفسية مباشرة خارج دائرة التأثير، و لا يقوم الفلق بمهمته كإشارة إنذار ،وبالتالي لا يتم اختيار العمليات الدفاعية المناسبة .

يشير فرويد إلى تشابه اللائحة ، العيادية للعصاب الصدمي، مع تلك المتعلقة بالمستريا، اللذين يتميزان بالمعاناة الذاتية الكبيرة والنشاط الدفاعي المفرط وسيطرة الطابع المرضي، الذي يهدف إلى تجنب الانهيار الاكتئابي، الذي لم يتمكن من أصابه بكل الوسائل ،إذ تفشل الاستراتيجيات المستيرية في احتواء فيض الاثارات، التي تبرز وتهدد تكامل الأنا، فيتم تفريغها في نشاطات متكررة، و مؤلمة كالكوابيس مثلاً، و أنه عند مواجهة الإنسان لوضعية خطيرة دون أن يكون مستعد لها، فإنه يدافع ضد الرعب بالقلق. (F. Brette, 1987, pp 11-12)

على اعتبار أن مبدأ اللذة يتطابق مع الاحتفاظ بثبات المستوى الطاقوي، حيث أنه يقوم بتخفيض الجذري للتوترات، إلى أدنى مستوى ممكن. يتجنب الانزعاج والحصول على اللذة. فتصريف الاقتصادي للصدمة كإصابة، مؤداها أن "الفيض المفرط للإثارة يخرج مبدأ اللذة مباشرة من دائرة التأثير مجبراً ، بذلك الجهاز النفسي على القيام بمهمة أكثر إلحاحاً، تتلخص في ربط الإثارات بشكل يسمح بتصريفها لاحقاً، ويرد تكرار الأحلام، حيث يعيش الشخص الحادث بزخمه و يجد نفسه من جديد في وضعية الصدمة ، وكأنه يرمي إلى السيطرة عليها. إن اضطراب التكرار الذي اعتبره فرويد كوسيلة دفاعية سابقة لمبدأ اللذة ، وهو عامل وحيد في تكوين الأحلام، ويكون واضح في مجمل الحالات العيادية، التي يري فيها فرويد هذا الاضطراب نشطاً، و أن مبدأ اللذة يشترط توفير بعض الشروط كي يتمكن من القيام بوظيفته ،وتأتي الصدمة كي تلغي هذه الشروط ،باعتبار أنها ليست مجرد اضطراب في الاقتصاد الليبيدي، بل تصل إلى مستوى أكثر جذرية ،كي تهدد تكامل الشخص.

(جان. لابانش ، و جـب. بونتاليس، 2002، ص303)

إن الرغبة المصدومين في وصف الحدث الصدمي بأدق تفصيله و العودة إليه باستمرار أثناء الجلسات التحليلية والمعاناة الواضحة التي يبدوها، نفس وضعية الحلم المكرر، وأنها محاولة ربط على نحو مجزأ لتوترات شديدة بغرض تصريفها. وتوحي الأحلام الصدمية كغيرها، نشاطات اللعب عند الطفل أو بعض التكرارات في النقلة عن تثبيت في الصدمة . و يبقى أن الإجراء الفعال الوحيد ضد التكرار: " هو تذكر الصدمات مقرونا بعمل الفهم و الإرضان النفسي ، ففهم الشخص لكل ما يتكرر على مستواه الداخلي ،كان عرضاً لأحلامه ووعيه بذلك .يساعد على إرضان الصراعات الداخلية ، ثم تجاوزها بناءً على إمكانية و إعداداته الدفاعية .

(PH. JEAMMET et all ,1980 , p 116)

لهذا الحدث الصدمي في حياة الفرد ، يتميز بعدم القدرة الظرفية أو الدائمة على الاستجابة بشكل متكيف، حيث أن لأهمية الحدث ومدة استمراره نفسياً ، لا ترجع فقط لخطورة الفعل المركب أو للهشاشة النفسية الداخلية للضحية، بل تتدخل فيها عوامل كثيرة و متشعبة، منها الخارجية أو الداخلية، المتعلقة بالبنية النفسية للفرد و تنظيمه النفسي. (C. Damiani, 1997, p169)

يعرف مارتي الاقتصاد السيكوسوماتي: " على أنه مجموعة الضوابط المعقدة التي تتم في كل وقت عند الشخص مهما كان عمره أو جنسه أو حالته الصحية ،وهذه الضوابط تعمل جاهدة للحفاظ على حالة التوازن المنسجم للفرد مع معطيات عالمه الداخلي ومع معطيات عالمه الخارجي ". (R. Debray , 1984, p145)

و يدرس الاقتصاد السيكوسوماتي العلاقة بين غرائز الحياة وغرائز الموت والوضعية الحالية لكل منها :إما تفرق نسي لأحدهما أو هيمنة وسيطرة الكلية للآخر أو حضور جزئي، مما يجعلنا نفهم وبالتدقيق و في أي وقت الحركات الوظيفية الخاصة بالتنظيم باختلاله وإعادة التنظيم كما يمكن التنبؤ بهذه الحركات أيضا.

(P.Marty,1976 ,p83)

إذن فالاستجابة النفسية للحدث الصدمي، تختلف حسب الأفراد باختلاف الخبرات النفسية ،سير الجهاز النفسي الذي يواجه حركة الطاقة النفسية بين طبقاته ، فالعجز الذي يجده الفرد خلال مجاهدة أو محاولاته لتخفيف التوتر، ينتهي بالفشل مما يضطر التكرار و الأحلام المفزعة و الهلاوس، كل هذا محاولة ،الارصان الحدث الصدمي من قبل الأنا.

الماضرة 2: بيارمارتي و الصدمة النفسية.

3 - الصدمة النفسية عند بيارمارتي :

وجهة النظر البسيكوسوماتية (P. Marty) يقول مارتي: " أن اختلال التنظيمات له نقطة انطلاق صدمية، تعمل على تعيين حركة ضد تطورية لا تتوقف إلا بإعادة التنظيم الكوصي". (P. Marty,1976 ,p 182)

تختلف وجهة النظر البسيكوسوماتية في تناول الصدمة عن وجهة نظر الطب الكلاسيكي ،التي تحصر الصدمات في تناول كل ما يأتي من الخارج ،و يكون ذو طابع صدمي ،أما عن وجهة النظر المارتية للصدمة ، فألها تتفق مع نظرة التحليل النفسي ، و هي المرجع الأساسي له ،حيث أن الصدمة تكمن في التأثير العاطفي على الفرد، يكون هذا التأثير ناتجا عن وضعية خارجية مطولة بعض الشيء أو عن حادث خارجي يأتي ليعاكس إما :

أ- تنظيم نقطة تطورية أثناء المرحلة .

ب- التنظيم الأكثر تطور في لحظة الصدمة.

وتصيب الصدمات أول ما تصيب التنظيمات العقلية ،في الحالة الأكثر تطورا التي تكون عليها بسبب التوجه ضد التطوري لاختلال التنظيمات، و بالتالي يمكن معرفة نوعية الصدمة ، من خلال اختلال التي تسببه وتندمج تقريبا معها ، وهنا يجب التذكير بمفهوم الصراع و التنظيم الوظيفي اللذان يمتزجان مع الصدمة لدرجة التعقيد.

فالصدمة لا تنحصر فقط في الصدمات الخارجية الظاهرة ،كالانفصال و الحداث و الحوادث المؤلمة ،بل تتعداها إلى الصدمات ذات المنشأ الداخلي ، أو تلك التي يعتبرها الفرد كصدمة بالنسبة له ، و التي لها قيمة معنوية لدى الأفراد اللذين يعيشونها ،حيث تختلف القدرة على مقاومة الصدمات وتحملها من فرد إلى آخر. حيث يقول مارتي :أن الأصل الخارجي للصدمة لا يأخذ في حد ذاته يمكن تقديرها موضوعيا، ففقدان شخص قريب، قد لا يكون صدميا" بالنسبة لفرد راشد -لا على التعيين- سواء يوم واحد، بينا لشخص آخر- على سبيل المثال-لا يكون ذلك الفقدان، أكثر صدميا بالنسبة له من الإحساس الذي يثيره مرور الغبار عبر أشعة الشمس. (P. Marty, 1976,p 102)

ومنه نستنتج أن وزن الصدمة يرتبط أساسا بعوامل التنظيم الداخلي الخاصة بالفرد، و بالتالي فإن مفهوم الصدمة يبقى مرتبطا وغير قابل للانفصال عن طبيعة البنية النفسية للفرد. (Ibid, 1976,p 103)

وعلى العموم فهما كانت طبيعة الصدمة فإنها ترجع إلى :

- مرحلة حياة الفرد أثناء الصدمة "مرحلة النمو" .
- التنظيم البنيوي الذي حققه الفرد في تلك اللحظة .
- التنظيم الوظيفي الأقصى المنجز .

فحدوث الصدمة فإن غرائز الحياة ،تترك المكان لمدة طويلة أو قصيرة ،حسب الحالات ، لغرائز الموت . (Ibid, pp 102-103)

أما عن الصدمات في بداية الحياة، فإنها ترتبط بعلاقة مباشرة مع نوعية علاقة الطفل بأمه ،الوظيفة الأمومة أو بطريقة غير مباشرة، ونعرف ذلك من خلال التظاهرات المرضية التسممية. (Toxiques) أو الوبائية (Infectieuses). (P. Marty, 1976 ,p 120)

كما يمكن معرفة الصدمة نظريا من خلال كمية اختلال التنظيم التي تنتجها و ليس من خلال نوعية الحدث أو الوظيفة التي سببت الصدمات . فالصدمة تنتج من العلاقة بين الاستثارة و الدفاع السيكوسوماتي الخاص بالفرد المصدوم. أما عياديا فيمكن معرفة الصدمات التي تؤدي إلى اختلال التنظيم من خلال :

- حساسية الأفراد المصدومين لنوع خاص من الحوادث أو الوضعيات ،وكذا مستوى الاستثارة لديهم على المستوي العقلي، حيث تزيد الاستثمارات، الرغبات، الدفاعات و الصراعات العميقة بواسطة هذه الحوادث
- ضعف التنظيمات العقلية و الجسمية .

أما فيها يخص الجانب السلوكي (خاصة في العصابات سيئة التعقلن وعصابات السلوك)،فتظهر الصدمة في فقدان الجاف للموضوع المفضل مثل: الأشخاص ،الصداقة ،المهنة العلاقات ...الخ. و التي يبقى الفرد يستثمرها و كأنها موجودة فعلا وحاضرة . كما تؤدي الصدمة العاطفية في بعض الأحيان إلى جروح نرجسية و هي أكثر صدمية من الجراح الفعلية ،بالنسبة لكثير من الحالات . (P. Marty, 1990 ,p 79)

أن الصدمات تصيب الحالة الأكثر تطورا في التنظيم العقلي و بالتالي يمكن معرفة نوعية ،التي هي في علاقة مباشرة مع اختلال التنظيم، الذي تسببه وتندمج معه . فإذا كان الجهاز النفسي غير ناضج و لا يقوم على تنظيم جيد للموقعة الأولى والثانية ،فإن الأثر المخل الناتج عن الصدمة ، يمس الجانب الجسدي و بالتالي ، يصاب الفرد بالمرض العضوي . (P. MARTY, 1976, p 102)

هذا الذي وضحه بيار مارتى من خلال الاكتئاب الأساسي و هو كالتالي:

3-1- الاكتئاب الأساسي: (La dépression essentielle)

يقول مارتى "أن الاكتئاب الأساسي يفسح المجال الواسع، أمام اختلال التنظيمات المتزايد للوظائف السوماتية ، فهو بالتالي طريقا نحو الموت". (P. Marty, 1980, p 77)

بالرغم من وجود جداول عيادية سيكوسوماتية، فإن مارتى يعتبر الاكتئاب الأساسي كعرض بعكس بقية أنواع الاكتئاب، التي تعتبر كتناذرات لأعراض عقلية و جسدية ، لهذا يعرف مارتى: " الاكتئاب الأساسي هو دون موضوع ، و دون اتهام للذات (Auto-accusation) ودون حتى التذنب الشعوري و يظهر فيها الإحساس بالدونية الشخصية و الجروح النرجسية تكون متوجهة في مجملها انتقائيا نحو الجانب السوماتي من الفرد، ويرتبط ذلك بفقر أولي (Précarité) في العمل العقلي " . (P. Marty, 1990, p 29)

وتتمثل الأعراض الاكتئابية الأساسية في النقص عموما كالتالي:

أ- انمحاء (Effacement) على كل المستويات الدينامية العقلية: الإزاحة، التكثيف ، الاستدخال ، الإسقاط ، التقمصات، الحياة الهوائية و الحلموية.

ب- لا نلاحظ في هذا الاكتئاب ما يسمى بالتعلق الليبيدي النكوصي الموجود، في بقية أشكال العصائية و الذهانية . و يشبه مارتى الاكتئاب الأساسي بالموت، حيث يقول بأنهما يتفكان في فقدان الليبيدي، الذي يحدث دون مقابل، لأن اختلال التنظيمات والانشطار يتجاوز الميدان العقلي إلى الجسد، بحيث يحدث فقدان في الطاقة الحيوية دون تعويض، فغريزة الموت تصبح هي السيد في مساحات الاكتئاب الأساسي ، الذي يعتبر من أسوء اللحظات التي يعيشها الأفراد . (P. Marty, 1990, pp 29-30)

يتكون الاكتئاب الأساسي عندما تعمل الأحداث الصدمية ،على اختلال التنظيم عدد من الوظائف النفسية ، التي لا تستطيع قدراتها الارصانية التحكم فيها .

غالبا ما يسبق هذه الحالة ، مرحلة من القلق المنتشرة (Angoisses diffuses) وهي إقلاق آلية بالمعنى الكلاسيكي عارمة، يمكن أن نسميها بالإقلاق الأساسية. لما يمكن أن تعبر عنه من كآبة عميقة لدى الفرد ،تسببها سيالة الحركية الغريزة غير المتحكم فيها ،لأنها غير قابلة للارصان (Men-Élabora blés) ويظهر أنها قابلة للتعبير بأشكال أخرى.

- يظهر الأنا العميق (Submergé) ضعفه الدفاعي نقص أو عدم كفاية نكوصاته، أخطائه التنظيمية، و اختلال تنظيمه.

- يصبح القلق هنا غير معبر عن إشارة إنذار، بل هو الإنذار في حد ذاته، ونظرا لأنه قلق آلي منتشر، فإنه ينتج حالة بدائية من عدم التحكم و الفيض.

- نسجل أيضا الانمحاء الوظيفي للتأمين الموقعتين الفرويدية :

فعلى مستوى الموقعية الثانية، يكون خزان الهو مغلق غير مفرغ ،حيث نبحث في هذه الحالات عن الرغبات و لا نجد سوى اهتمامات آلية ،كما يؤدي الأنا أدوار الربط والتوزيع والدفاع بصفة جد سيئة، ويظهر ما يسمى بفقدان صفات الأنا الأعلى، مما يؤدي إلى إخفاء الأحاسيس اللاشعورية بالذنب و هو يشكل العلامات الأساسية للاكتئاب الأساسي .

كما تغيب آليات التكثيف و الإزاحة ويظهر الفقر في التصورات أما على مستوى الموقعية الأولى، فإنه اللاشعور يستقبل، لكنه لا يرسل، أما ما قبل الشعور فيظهر فاقد القيمة الوظيفية من خلال انمحاء الوظائف

،التي كانت اعتياديا نشطة و التي تدل عليها الخسائر العقلية إلى جانب إلغاء لعلاقات الأصلية مع الآخرين ومع الذات ،وكذا فقدان الاهتمام بالماضي و المستقبل إلى جانب غياب الاتصال مع اللاشعور، الذي يمثل انقطاعا حقيقيا للفرد مع تاريخه الشخصي ، و هنا يفرض الأسلوب العلمي و الحالي طابعهما في كل يوم .

- كما تظهر مختلف الصور التوضيحية مثل: " الرمزية دون استعمال وذلك راجع إلى أن جزء كبير من معانيها السابقة ، أصبح غير مستعمل :

- كما يصبح الكلام مستعملا فقط لوصف الأحداث و التشهير بالعلاقات .

- أما بالنسبة للجنسية بالمفهوم العام ،فإنها تظهر مقصاة من الألفاظ ، و هنا يصبح القضيبي غير معبر

على الإحصاء.(P. Marty, 1980, pp 59-67)

كما يمكن أن يختفي الاكتئاب الأساسي بصفة تلقائية أو بواسطة التغيرات العلائقية الخارجية، التي تعمل على إعادة التنظيم لعدد من الوظائف بالعلاج ،و ذلك باسترجاع ليبيدي محتمل دائما، و عدم ترك المجال مفتوحا لإقامة انعكاس، من ظهور الانشطار الجسمي . (Ibid. p 86)

و أخيرا خلص (P. Marty) إلى أن الاكتئاب الأساسي، له دلالة تنبؤية تمكننا من تنبؤ بالمرض ،قبل حدوثه و حتى توفيق ميكانيزمات تطوره والوقاية منه و التصدي له : و يعتبر مهذا للحياة العلمية و يمتزج مع التفكير العلمي لدرجة يصعب فصلهما عياديا.

3-2- التفكير العملي و الحياة العملية :

يعتبر مفهوم العملي (L'opérateur) الذي يربط بين التفكير العملي والحياة العملية ،من المفاهيم الأساسية في الأعراض الاكتئابية ، و لا يكون الحكم على الاكتئاب إلا بوجود التفكير العملي والحياة العملية ، الأول يحدث اختلال التنظيم في الجهاز العقلي و تليه الثانية بعدما تختل التنظيمات الطبع والسلوك ،مما يدل على نقص أو فقدان التعابير الغريزية الخاصة بمذنب النظامين. (P. Marty, 1976, p 133)

يتميز التفكير العملي بالفقر الوظيفي في النشاطات الهوائية و الحلمية (Onirique) التي من المفروض أن تصرف التوترات التروية وتحمي الصحة الجسدية للأفراد ، و يؤدي هذا النوع من التفكير إلى اضطرابات جسدية موازية ، و من أهم صفاته هي :

1- التفكير العملي هو تفكير واعى وشعوري يتم دون روابط مع الحركة الهوائية (التصورية) ذات التقدير المقبول فهو تفكير يضاعف الفعل و يمثله كما يمكن أن يسبقه أو يتبعه وفقا لحقل زمني محدد، وتظهر بذلك علاقات الفرد مع الأفراد الاعتياديين أو الخاصين (كالطبيب المعالج) في شكل علاقة بيضاء .

2- لا تستعمل الميكانيزمات العقلية العصابية أو الذهانية في التفكير العملي، حيث يظهر عزل اللاشعور من نمط آخر ،غير النمط الهاجسي، لأنه لا يتم بفعل التباعد عن طريق الاستخدامات العقلية أو اللفظية للمادة النفسية.

3- يظهر التفكير العملي مجردا من القيمة الليبيدية ،فهو لا يسمح أبد بإخراج العدوانية ، و كما يظهر عاجزا عن تدعيم الدراماتية السادوا مازوخية، حيث يمكن اعتباره كنمطية ناتجة عن السياقات الثانوية

بسبب توجهه نحو الواقع الملموس وإشغاله بالمنطق و السببية و الاستمرارية ،إذن فهو تفكير مرتبط بالأشياء وليس بمفاهيم مجرد أو بمنتجات التصورات أو التعابير إلا رمزية . ويعبر التفكير العملي بذلك على الفقر في الربط ما بين الكلمات ، كما يدل على سياق استثمار بدائي . (P. Marty ,1990, pp 26- 27)

أما الحياة العملية المرتبطة بالاكتئاب الأساسي ،فتعتبر كمرحلة ذات وقت نسي و تنظيم هش غير مستقر خاصة أثناء اختلال تنظيم متزايد ، كما تكون منسوجة بحوادث جسمية. (P. Marty, 1980, p 94)

الحياة العملية كما يقول مارتي : تتميز بعدم وجود صلابة في الأنظمة النكوصية من نوع عصبي ، كما لا يوجد تحدر ليبيدي لتوظيفاته، إلا أنه تظهر الحالة العملية لفترات زمنية مختلفة حسب الأفراد ، و يكون تطورها باتجاه إعادة بناء عصابات الطبع السابق أو نحو الموت . (Ibid , 1980 ,p 100)

قد يحدث التفكير العملي على أية بنية عقلية ولمدة زمنية مختلفة و بالتالي فإن أي شخص يمكن أن يمر بالحياة العملية و الاكتئاب الأساسي الذي يمهّد اختلال التنظيم ،مهما كانت نوع البنية (ذهانية، عصابية..) إلا أنه يفرض نفسه على عصابات السلوك التي تفتقر خصوصا للنشاط الهوامي وللحياة الحلمية ،الذين يحميان الجسم من الاضطرابات الجسمية العميقة . (R. Debray, 1983, p 30)

المحاضرة 3: و جهات نظر أخرى حول العوامل المسببة للصدمة النفسية.

4 - الصدمة النفسية عند علماء آخرون :

بعد التـ _____ طرق إلى المفـ _____اهيم الأساسية لصدمة نتـ _____عرض
إلى وجهات نظر أخرى لعلماء فسرت الصدمة النفسية منها :

اهتم فرنكري (Ferenczi) بجملة الإصابات النرجسية الخطيرة التي تحدثها الصدمات الجنسية، فهي تعمل كمخدر و تلغي أي فرصة للاستجابة عند الأطفال و توقف أي نشاط نفسي ،لما لصددمات الجنسية من أهمية حقيقية في الطفولي الأولى فالصدمة الجنسية ذات المنشأ الخارجي لها عواقب مباشرة على الأنا و هي جزء من الواقع .

لا من سياق لاشعوري ،فالأمر يتعلق بإغراء جنسي حقيقي من الراشد لطفل يؤدي إلى انشطار الشخصية عند الضحايا وتتضمن عدم الإحساس بالذات و انهيار القدر على المقاومة ،والتفكير بهدف الدفاع عن النفس ، وتجعل الطفل يتماها بالمعتدي و يستدخل الشعور بالذنب .

و ركز فرنكري خلال الحرب العالمية الأولى 1919 على دراسة العصابات الصدمية التي نشأت عن عصابات الحرب لعنفها و فجائيتها وعجز الشخص عن الدفاع ضد الصدمة ،يسبب تهديد للحياة ،الصدمة المفاجئة وغير المتوقعة والساحقة تؤثر كفعل المخدر . (S. Ferenczi, 1978, p 143)

فالعواقب النرجسية لصدمة النفسية يؤدي حسب فرنكري إلى تضرر الأنا و جروح الذات النرجسية ، ويرجع ذلك إلى سحب الاستثمارات الموضوعية من الليبيدوا، أي فقدان القدرة على حب شخص آخر لأنه من حب الذات . (K. Chahraoui, 1997 ,p 179)

ويرى بابازيان (Papazion) أن لأثر الجراح لصدمة النفسية فيزيقي على العضوية ،حيث تكون قوتها أكبر من مقاومة الأنسجة ، و ينتج عن هذا الجرح أو تحطيم أو البشر الداخلي اختلال التوازن النفسي الداخلي

سواء كان راجع لقوة الصدمة أو لضعف نفسي للفرد ،و هو ما يسمى بالاستعداد ،حيث يستجيب الفرد بالذعر والفرع والهلع . (B. Papazian, 1992 ,p 297)

ويعرف (C.Barrois ,1988) الصدمة النفسية على أنها : "انقطاع مع العالم الخارجي واحتياح القلق لتدمير وتكسير الجهاز النفسي للفرد وانقطاع الإحساس.(M. Clercq ; F . Lebigot, 2001, p 16) وهناك العديد من الأعمال لباحثين كثر مثال برول(1994. Briole) (1999.Crocq) (1996.Bailly),(1997.Clercq) كتب و العديد من المؤلفات حول الصدمة النفسية والأسباب النفسية والعقلية أي الأعراض الاكلينيكية ..الخ. (Ibid , 2001, p 3)

كل بحث من أعمال هؤلاء الباحثين ،أضاف شيء جديد إلى مفهوم الصدمة النفسية ،حتى تتعرف على الأسباب الرئيسية التي تحدثها ويؤدي إلى تغيرات داخل شخصية الفرد و قد يكون هذا التغير جذري ظاهر للعيان .

5- العوامل المسببة للاستجابة الصدمة :

هناك العديد من الوضعيات التي تحدث صدمات نفسية عند الأفراد ،ولكن تأثيرها يختلف باختلاف لأشخاص ،أما الميزة الأساسية لها كما عرفها فرويد على أنها: " حالة من الضيق يكون فيها الأنا عاجزا عن التحكم وتصريف انبثاق الآثار ذات الأصل الداخلي أو الخارجي ". (S. Freud, 1975, p 61) وقد ركز فرويد على العامل الأساسي لصدمة النفسية المتمثل في فقدان الموضوع ،فاقترح من خلال ملاحظاته العيادية وبعض الأحداث الحياتية، نظرية جديدة للقلق ،حيث أن الأمر لم يعد يتعلق بالأغراء بل بغياب الموضوع واعتبر أن الأنا هو مكان القلق و ميزه عن قلق لآلي المعاش في وضعية خطر حقيقة و القلق كإشارة خطر المعاش عند تعرض لتهديد ما .

فالقلق الأولى هو الاستجابة العفوية للجسم ناتج عن وضعية صدمية معرفة كفيض الاثار كثرة وقوية جدا غير قابلة للتحكم ، أما القلق فهو إشارة إنذر للخطر ، و إعادة القلق السابق عند كل خطر فراق أو فقدان ، فالطفل و هو صغير و غير ناضج لا يفرق بين الغياب المؤقت لأمه أو الغياب الدائم لها .

(F. Brette, 1988, p 1263) ولكن بمجد إدراك الفرق ،يتتابه خوف شديد من فقدان لأم و يظهر ذلك في نوبات البكاء المتكررة عند غيابها يعيشها كخبر صدمية، ففقدان أي شيء محبوب وعزيز يحدث صدمة عند الفرد و لا يتقبل ذلك. وقد أجريت عدد من الدراسات في عوامل الخطر، تقدم لنا الأبحاث مع مواضيع في فهرسة وتصنيف والتحقق من إمكانية الإصابة بمختلف الإشارات ، و عند الاقتضاء الاضطراب.

ويرى (Bourguignan-2000) أن عوامل الخطر الاجتماعية في البحث وضع معالم صعوبات التكيفية ومظاهر القلق ،الكبت وتسلط ضد المجتمع ويتبعها تهديد خارجي ". (M .Anaut, 2005, p 25)

فكل عنف يتعرض له الفرد ، سواء كان عدوان نفسي (معنوي) أو جنسي أو جسدي أو التعرض إلى القتال واستعمال الأسلحة و/ أو إذا كان أسير في معسكر حربي ،وتعرض لتعذيب، الضرب و الحجر، يعتبر عامل من عوامل الخطر التي تؤدي إلى آثار صدمية، كذلك التعرض إلى الحوادث (حادث سيارة، قطار، غرق

سفينة، حوادث العمل التي قد تؤدي إلى إعاقات جزئية أو إلى أمراض مزمنة دائمة أو مصائب ونكبات بيئية أو نووية أو انفجارات، تحدث ألام نفسية تدل على أعراض الصدمة النفسية. (PH- D. Brillon paxale, 2004, p 24)

قد تسبب هذه الوضعيات القصوى وظروف المحيط أو البيئة التي تهدد بعنف أمن الجسدي والنفسي للفرد في أحداث صدمة نفسية تهر كيانه.

فأحداث الحرب مثلا والاعتداءات، الاغتصاب، الإرهاب، الكوارث التكنولوجية أو الطبيعية كالزلازل والفيضانات وغيرها، تميزت استجابة الصدمة الناتجة عن الكوارث الطبيعية بأن البيئة الحياتية أكدت تخفي أخطار مفاجئة، وغير منتظرة، هكذا فالأفراد لا تتعرض لتأثيرات العدوان البشري فقط، بل لهيجان قوى الطبيعة التي يتعرض لها المجتمع بأكمله وفي بعض الأحيان منطقة بأكملها. (L. Bailly, 1996, p 95)

وضع العديد من المعايير ترتبط بالأحداث الصدمة الناتجة عن الطبيعة، وجد بأنها تختلف بالتساوي مع الأحداث التي يعيشها الفرد، دون القدرة على لاقتصاد الانفعالي، و اتضح أن شكل وقوة العلاقة مع الآخرين يخفف من حدة الصدمة. (M. Clercq ; F. Lebigot, 2001 , p 73) .

وقد تسبب هذه العلاقات العائلية في حد ذاتها صدمات نفسية عندما يتعرض إلى عنف عائلي والاعتداء الجنسي (زينة المحارم) وعند بعض الحالات أخرى أحداث صدمية تظهر الأعراض التالية: (ذكريات تكرار، أحلام، سلوكيات التجنب، القلق، الحصر) والعاطفية (خوف، رعب، أحزن، أحاسيس مؤلمة، جروح) هذا الذي يرتبط بالصدمة الداخلية. (PH-D. Brillan Paxale, 2004, p 69)

إن الأعراض تختلف بين الأفراد تبعا لاختلاف أعمارهم وجنسهم وطبيعة الحدث الصادم وقوته، حسب إمكانياتهم النفسية لتكيف مع هذه الصدمة ، و قدرتهم على ارضائها نفسيا ، بمعنى أن الاستجابة الصدمة تخضع لمجموعة من العوامل الداخلية، التي تحدد نوع الاضطراب النفسي .

6- مفهوم البعدية في تكوين الصدمة النفسية :

ارتبط مفهوم البعدية لأول مرة مع الصدمة في مقال (Après-coup) فرويد "مشروع علم نفس علمي" سنة 1895 غير أن العلاقة بين المفهومين ظلت غامضة ولم تتضح إلا في كتاب "رجل الذئب" سنة 1918. ويرى فرويد أن الذكرى المكبوتة لا تتحول إلى صدمة، إلا بعد وقت مناسب في المرحلة المتأخرة من المراهقة وأن البعدية تقتضي توفر حادثين أساسيين: الأول مفاجئ و أولي و منسي يحمل أثرا، ولا يعرف الشخص مضامينه والثاني: مبتذل ومتأخر في مراحل النضج يعمل على تنشيط الحادث الأول ويثير دفاعات مرضية .

(عبد الرحمان، سي موسي و رضوان. رقان، 2002 ، ص78)

ويظهر كورني (Cournut) أهمية النضج الطبيعي قبل البلوغ وبعده يساعد الشخص على استعمال الوسائل الضرورية لارضان الصدمة النفسية الأولى و لا بد من وجود صدمة ثانية تعمل على ارضان الصدمة

الأولى تجنيسها وهو ما يؤدي للكبت و ظهور الأعراض وتفترض البعدية ذاكرة توظيف لا ذاكرة تسجيل ، هذه الذاكرة التي تعيد بناء الماضي الذي يعطيه الحاضر دلالة جديد و يعيد تفسيره باستمرار.(J , 1998 , p 33) .Cournut.

وقد تظهر الأعراض الصدمة أحيانا مباشر بعد وقوع الحادث ثاني ينشط الأول ، و تأخذ كل دلالتها من خلال البعدية التي تفجر الصدمة النفسية .(C. Damiani , 1997, p 115)

إن البعدية هي نتائج تراكم سابق لخبرات مؤلمة، تبقى راسخة في الذاكرة و مسجلة في اللا شعور ، و ترجع بمجرد التأثير بأحداث صادمة في فترات لاحقة . لأن ردة فعل الشخص إتجاه الحادث بـ " الخوف الشديد ، شعور بالعجز أو الرعب ، إعادة معايشة الحدث الصدمي و الخبرات السابق عن طريق ذكريات متكررة تجلب الشعور بالضيق وهي مرتبطة بصور حول الحادث الصدمي ، و أفكار أو إدراكات حول الحدث الصدمي أو أحلام متكررة متعلقة بالحدث الصدمي، و التي تجلب إحساس بالكضر، انطباع مفاجئ بعودة حدوث الحدث الصدمي، شعور شديد بالكضر عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تستدعي أو تتشابه مع خصائص الحدث الصدمي.

المحاضرة 4: تشخيص الصدمة النفسية.

7- المظاهر النفسية المرضية للصدمة عند الطفل، المراهق و الراشد:

7-1- الأعراض العيادية للصدمة النفسية:

أدخلت الجمعية الأمريكية للطب النفسي على هذا التصنيف اسم جديد للعصاب الصدمي هو اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض لصدمة ، أما اضطراب ما بعد الصدمة (Post traumatic stress disorder) اضطراب له مواصفاته وأعراضه المميزة ، وقد تم تصنيفه كفيته مرضية عام 1980 الجمعية الأمريكية لطب النفسي (A.P.A) حددت منظمة الصحة العالمية (OMS) 1994 هذه الفئة بصفة واضحة الأسباب بصفة خاصة، إذا تبين العلاقة بين الحدث والمرض السيكا تري ، و تدريجيا ثم إدراج الاستجابات الانفعالية للأفراد وبرز الجانب المعرفي لصدمة .(J. Cottraux, 2001, p 153)

تظهر عند لأفرد الأعراض النفسية الصدمة الذين خضعوا الأحداث صدمة قوية ، هذه الأعراض هي حقيقة المعاش الصدمي وهي تتميز عياديا بما يلي :

1- إعادة معايشة الحدث الصدمي بشدته في كل الأوقات وفي أي مكان ، تكرارات لاإرادية للخبرة الصدمة ، هذا التكلف التكراري مميز لمرض معين في أعرضه العصاب الوسواسي عند الأفراد ، وكذلك التكرار الآلي لحركة معينة عند الفصامي . في العصاب الصدمي تحدث الانبعاثات الأعراض التكرارية ، و تحدد الأشكال العيادية لصدمة التي تظهر في: الانبعاثات الهلوسية، ذكريات مؤلمة، اجترارت عقلية، يعيش الحدث كأنه جديد (تكرار معايشته) وكوايس متكررة.(L. Crocq et all, 2007, pp 37-38)

هذا الذي يجعل المصدوم في حالة ضيق نفسي شديدة ودائمة ومرتبط بالأشياء التي ترمز أو تشابه الأحداث الصدمية .

2- التجنب المستمر للمنبهات المرتبطة بالأحداث الصدمية ،وحتى الرموز والأفكار التي تذكره بها أو الحمول (التبلد) في الاستجابة العامة التي لم تكن موجودة من قبل.
يظهر التجنب في ثلاث أشكال على الأقل من ما يلي :

- بدل مجهود لتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالصدمة (يقظة الإحساس ضد الصدمات).
- العجز عن تذكر الجزء الهام من الصدمة، تراجع ملحوظ في الاهتمام بالأنشطة المعتادة، الشعور بالانفصال والنفور من الآخرين ،الانحسار في المجال العاطفي (عدم القدرة على الحب)، نظرة تشاؤمية للمستقبل.

(PH-D. Brillon Paxale , 2004, pp 35-36)

3- الأعراض دائمة من نشاطات مفرطة، و لم تكن موجودة من قبل الصدمة ،يجب أن يظهر على الأقل اثنان منها :

- صعوبات في النوم أو الاستغراق فيه ، التهيجات ونوبات الغضب، صعوبات التركيز، الاجترارات الزائدة إفراط النشاط، استجابات أو ردود فعل مبالغ فيها من الارتجافات، إفراط الاستجابة فسيولوجية أو الردود الفعل اللاإرادية للجسم عند ظهور رموز من رموز الحادث. (Ibid ,2004 ,p 37)
- استمرار الاضطراب على الأقل لمدة شهر أو ستة أشهر ، أما الشكل المتأخر والمزمن حدوث الصدمة وحسب دليل التشخيص والإحصائي الخامس DSM-V أن حملة الاضطرابات التي تستمر من شهر إلى ثلاثة أشهر من وقوع الحادث الصدمي هو ما يوصف بحالة الضغط ما بعد الصدمة (Post-traumatique stress disorder) يستعمل كدليل تشخيصي لصدمة نفسية.(DSM-IV, 1996 ,pp 209-213)

أما الأعراض النفسية الصدمية المزمنة تظهر كالتالي :

- في انبعاثات هلوسية، ظهور مشاعر لرغبة في العزلة و إزالة أثارات الهلوسية عند الفرد، أكثر هلوسية في الحس الصدمي أو العدواني عند رؤية أي مشهد طبيعي له علاقة بالحادث، فيصبح كشبح حقيقي ، أي الحساسية الشديدة لأي رمز من رموز الحادث الصدمي .
- التكرار القهري لأحداث الصدمة والعودة الحتمية للذكرى (اجترار فكري وعقلي للأحداث) هو سبب أو شرط يحدد شكل الانبعاثات الصدمية و تكرر بعض الأسئلة عند الفرد المصدوم : لماذا أنا ؟. لماذا حدث لي هذا ؟. خاصة إذا إرتبط بمشاعر الذنب، هذه الأسئلة تساعد في استيعاب الموافق. ويعيش أحداث الصدمة عدة مرات بشكل نشط ، حتى مع أشخاص آخرين ،في شكل أعراض تكرارية ،فجائية بالإضافة إلى تكرار الكوابيس والأحلام المرتبطة بالأحداث. (L. Crocq et al, 2007, pp 38-39)

إذّن عند عملية تشخيص اضطراب التالي لصدمة يجب التركيز على العناصر الأساسية في هذا الاضطراب، المتمثل في تناذر التكرار والتجنب و أعراض نوعية أخرى .

7-2- تشخيص الصدمة النفسية :

منذ 1980 وضعت الجمعية الأمريكية لطب النفسي DSM-V تشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة (post- traumatic stress disorder) (P.T.S.D) المترجم بالفرنسية تحت اسم حالة الضغط التالية لصدمة (ESPT) (d'état de stress post-traumatique) من أجل تحديد الأعراض النفسية المزمنة.

تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يطلب الإجابة على أربعة أنواع من المعايير العيادية:

- A- سبق له التعرض لخبرات ذات معاش صدمي .
- B- أعراض انبعاثية تحفز الذكريات (يكون تواجدها من 1 إلى 5 مرات).
- C- سيطرة التجنب واستجابات ضعيفة تدل على التبدل و الإنهاك (يكون حضورها من 3 إلى 7 مرات).
- D - أعراض تبين إفراط الحركة (إفراط في النشاط) الإرادية (تواجدها من 2 إلى 5 مرات). خاص بالمعيار B قوم بإسهاب الـ (P.T.S.D) فهو يتطابق كأعراض انبعاثية تلقائية ، تصيب من الذكريات المؤلمة (B1)
- B2- الكوابيس التكرارية .
- B3- المعاش والتصرف كأحداث جديد يعاد معاشها.
- B4- الإحساس بمعاملة شديدة وضيق.
- B5- يقوم بأفعال لإرادية ، يعيش الفرد حالة من الخبرات التي تحفز الذكريات الصدمية هذا الذي أعطي ثانياة بإسهاب وبالتعارض مع الأعراض الأخرى الانبعاثية المذكورة سابقا ويرافقها ضيق شديد وتنظيم لإرادي وكل المفاجآت التلقائية تعطي إجابات تحفز الخبرات الصدمة . ومن جهة أخرى أيضا ، المعيار (التجني أو الانفعالي) ، يتطابق كثيرا مع التغيرات التي تحدثها الصدمة على الشخصية. (L. Crocq et all, 2007, p 45)
- معايير التشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة و وفقا للدليل التشخيصي الخامس و الإحصاء النفسية للاضطرابات DSM-V:

A - تم مواجهة حادث صدمة نفسية، و هي:

1. المواجهة الأولى في أن يكون الشخص نفسه أو أشخاص آخرون مقربون منه على وشك

الموت أو تحت التهديد بالسلامة الجسدية (موضوعية) .

2. رد الفعل: الخوف الشديد، والعجز أو الرعب (ذاتي)

B - عودة معاشة الحدث المستمرة على شكل:

1. معاودة الذكريات المؤرقة والمزعجة (الصور، والأفكار والتصورات) و/ أو.

2. معاودة الأحلام المجهدة و/ أو.

3. التعامل أو الشعور كإن الحدث يتكرر.

C - التهرب الدائم من المحفزات المرتبطة بالصدمة أو تسطيح الاستجابة العامة لها. وذلك عند استيفاء ثلاثة من المعايير سبعة التالية:

1. التجنب المقصود للأفكار والمشاعر أو المحادثات المتعلقة بالصدمة.

2. التجنب المقصود للأنشطة والأماكن أو الأشخاص اللذين يثيرون الذكريات.

3. عدم المقدرة على تذكر جزء هام من الصدمة.

4. تضائل ملحوظ للاهتمام أو المشاركة في الأنشطة الهامة.

5. الإحساس بعدم الارتباط و القطيعة عن الآخرين.

6. محدودية التأثير العاطفي.

7. الإحساس بمحدودية المنظور.

D - الأعراض المستمرة لزيادة الإثارة. عند توفر اثنين من المعايير الخمسة التالية:

1. مصاعب في الاستسلام للنوم أو الأرق.

2. الهيجان أو نوبات الغضب.

3. مصاعب التركيز.

4. التحفز (اليقظة الشديدة).

5. الجفل (من يجفل) المبالغ.

E - اضطراب يستمر لفترة أطول من شهر واحد

F - اضطراب بسبب آلام مرضية سريرية كبيرة أو إختلال في المركز الاجتماعي أو المهني وما شابه

إذن عند تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ،يجب التعرف على المعايير الأساسية في التصنيف الطب النفسي الأمريكي ، و إسقاطها على الأعراض التي تتاب المصاب ، حتى تتمكن من الحكم عليه، وحتى نتعرف أكثر على الصدمة النفسية نتطرق إلى المراحل التي تمر بها حتى تصبح اضطراب مهيكّل، يدخل تحت اضطرابات الصدمة.

8- المراحل المصاحبة لتطور اضطراب الصدمة النفسية :

يمر اضطراب ما بعد الصدمة النفسية كغيره من الاضطرابات بعدة مراحل تشكل وتحدد وتميز نوعية الأعراض العيادية التشخيصية. و هي ثلاثة مراحل: مرحلة الصعق ، مرحلة الكمون و مرحلة الحداد ، و التي سنوضحها بكثير من التفصيل في مايلي:

8-1- المرحلة الأولى:(مرحلة الصعق)

وتتميز بنوعية من الاستجابة: بداية بالاستجابة اللاإرادية الفيزيولوجية ،تليها الاستجابة النفسية ، و هما يختلفان بالاختلاف الأفراد إلى استجابات (متكيفة أو غير متكيفة)،يرجع هذا الاختلاف إلى الفروق الفردية وقوة الصدمة النفسية التي يعتبرها كروك (L.Crocq) : " على أنها سياق يحدث داخل النفس أثرا ناتج عن حدث ذا الطاقة صدمية و ليس الحدث الذي يحرض هذا السياق فيسمي حدثا صدميا . (L. Crocq, 2001, p . 4)

8-1-1- ردود الفعل الفيزيولوجية اللاإرادية :

بمجرد ما يتلقى الفرد أنباء الحدث الصادم ،أو يعايشها كالتعرض إلى زلازل أو الفيضانات أو الأمراض المزمنة...الخ ،يحدث ردود فعل بيولوجية لإرادية ناتجة عن جهاز البراسمباي ، الذي يعطي إشارة إنذار تعرض لخطر مهدد للتوازن، ومحرض للتعبئة والدفاع ضد العدوان أو العنف الخارجي ،ومن هنا فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له أثاره الفيزيولوجية المعبئة (تحرير السكر في الدم ،ارتفاع ضغط الدم ،توجه الكتل الدموية من المحيط نحو الأعضاء المركزية ،زيادة ضربات القلب ..الخ التي تجعل الجسم في حالة تأهب لا إرادية .

(عبد الرحمان. سي موسي و زقار. رضوان ،2002، ص81)

هذا الاستنفار يؤدي إلى ارتفاع في نسبة الأسيتيل كولين في الدم و انخفاض في نسبة السيروتونين والدوبامين في الدماغ وتقص مادة النورايبينفرين يرتبط بعدم قدرة الشخص على الهروب أو التخلص من الصدمة التي تعرض لها ، هذا الذي يؤدي بدوره إلى إفراز مادة الدوبامين ،لأن الاستجابة الفعالة إزاء الصدمة غير ممكنة ،فالتعرض المتكرر للصدمة أو لذكرها يؤدي إلى التبلد أو التخدير العاطفي ،كحل حتمي للصدمة وهنا يفرز الدماغ مواد مخدرة طبيعية لها مفعول الأفيون (Opoid peptides) أن مصير اضطراب ما بعد الصدمة على نشاط إفرازات (الدوبامين و النورايبينفرين) و كذلك المواد المخدرة التي يفرزها الدماغ التي تحدث حالة من الانسحاب ، فالأشخاص الذين يعانون أكثر من سواهم ،هم الذين يسيطر لديهم الجهاز البراسمباوي لذلك فهم يتوصلون إلى تحقيق ترميز كافة الأنباء المؤلمة والمفاجئة بشكل صحيح ، و يستجيبون فزيولوجيا بشكل غير عادي للمنبهات تظهر في اضطرابات النوم والكوابيس الاجترارية الشديدة ونوبات غضب والعدوانية ، مما يشير إلى معالجة خاطئة وناقصة تعتمد على منبهات حسية بالدرجة الأولى وتؤدي إلى استجابة نفسية محضا.

(غسان. يعقوب ،1999، ص ص 78-79)

8-1-2- الاستجابة النفسية :

تحدث الصدمة أثار نفسية بالغة الأهمية، تتمثل في تركيز الانتباه وتعبئة الطاقة النفسية وتحيض على النشاط و العمل يرفع الشخص تحت الضغط من مستوى فطنة ونباهته و يزيح من فكره كل الأفكار والأحلام ،ويركز على اهتمامه وانتباهه حول الوضعية الراهنة . كما أن كل قدراته العقلية يتم توجيهها نحو تقييم الخطر وتقويمه لحصره والاستعانة بالذاكرة لمعرفة الأساليب الدفاعية لحله و ارضانه بصورة متكيفة، و من جهة ثانية، فإن الشخص يتخلى عن الكسل و التماطل في اتخاذ القرار، فترات في غاية النشاط وبحاجة إلى الفعل السريع والناجع فهو ينتقل للفعل و ينفذ. (عبد الرحمان. سي موسي و زقار. رضوان ،2002، ص82)

تعاش الصدمة كبحر قاسي وعنيف للمنبهات الحسية، فالانكسار الناتج عن الانفجار، يسبب اجتياحا حسيا مع الشعور بفقدان الحدود، ففي لحظة يتجمد (Se figer) الفضاء و الزمن، هذا الانطباع للتعبئة الزمنية والمكانية يضاف إلى فقدان الفضاء النفسي، إذ يصبح الشخص عاجز عن التفكير والسلوك بطريقة متكيفة لحماية ذاته بسبب صقع (Sidération)، وظائف الأنا حرمانه من الوظائف المعتادة فقد يصبح فريسة تهيج وذعر يتجلبان من خلال هروب مرعب ونشاط عصبي إعاشي (Neurov égetative) مفرط، إضافة إلى أن الروائح و الصخب يبقيان مثبتان في الذاكرة على شكل أثار حسية (trace sensorielles)، هذه الصور والانطباعات هي التي عادة ما تحتاج نوم الضحية، عند ما يأتي عنصر واقعي لتشطيتها أثناء اليقظة.

(C. Damiani, 1997, p 119)

وقد تدرج ردود الأفعال هذه ضمن أحد الاستجابتين ردود فعل الضغط التكيفية أو ردود فعل الضغط غير التكيفية (المتجاوزة) فالصدمة النفسية كما لها علاقة بالجانب الفيزيولوجي له علاقة بالضغط النفسي فهما لفظان متعارضان و لكن يشتركان حسب (L.Bailly,1996) في عديد معين من التأثيرات المرضية، وفي إمكانية ظهور الاضطرابات النفسية الجسدية. (R. Perron, 2000, p 12)

8-1-3- ردود فعل الضغط التكيفية :

في غضون زمن رد فعل الضغط، يحس الشخص أنه في حالة تركيز و توترات استثنائية ويعي خطورة وثقل العواقب و التوترات المرعبة التي يعيشها، حيث تصاحب حالة التعبئة الفيزيولوجية أعراض مضايقة كخفقان القلب وشحوب الوجه، التعرق، و الارتعاش والتقلصات هضمية عموما، فإن الضغط هو فرصة لصرف استثنائي للطاقة الفيزيائية والنفسية حتى تستفيد الاحتياطات الطاقوية، عند رد فعل الضغط التكيفي يحس الشخص بحالة من الإنهاك والارتياح والفرح. (عبد الرحمان. سي موسي و زقار، رضوان، 2002، ص 82)

فاستجابة الضغط هذه ضرورية، تكيفية، تدفع الشخص إلى التهيو والاستعداد لمواجهة الخطر، كما يعتبر (N. Prieto): " الضغط يدفع إلى تركيز الانتباه، وتجنيد الطاقة وتحريض الفعل، لاسيما من خلال حصر مسبق". (N. Prieto et all, 2002, p 41)

لأن أحاسيس الحصر والقلق تجعل المصاب يجند أحسن إمكانياته الجسدية والنفسية لتخلص من حالة الضغط هذه والوصل إلى الارتياح والابتهاج.

8-1-4- ردود فعل الضغط غير تكيفيه :

لما يكون الضغط حادا ودائما و متكررة لفترات قصيرة، فإن العضوية المنهكة لا تستطيع المواصلة وتجديد فعل الضغط التكيفي، لعدم اكتفاء الإمكانيات، الذي قد يؤدي إلى الموت، ولكن قبل هذه المرحلة القصوى، يظهر ردود فعل غير متكيفة (متجاوز، مرضية) التي تمر بأربعة عناصر هي:

رد فعل الصعق، رد الفعل التهيجي، ورد فعل الهروب المفزع واستجابة الفعل الآلي يحس رد الفعل الصعقي عدة مستويات تتمثل في الخدر العقلي والسكر والتبلد العاطفي والكف الإرادي والحركي ويترك الشخص خامل غير قادر على الإدراك ولتفكير بعيدا عن المعاناة الانفعالية.

أما رد الفعل التهيجي المنبعث من الاندفاع للفعل في الوقت الذي تكون فيه الحالة النفسية للشخص لا تسمح بارصان دفاعات التكيف مع الوضعية، والتي تظهر من خلال حركات غير متناسقة، (لا توازن بين الحركات و الألفاظ).

أما رد فعل الهروب المفزع يتضمن هروب منفرد أو ما يعيق حركة الهروب، في حين نجد رد الفعل الآلي شائع يولد حركات و سلوكات تبدو تكييفية (Praxique)، لكنها دون هدف واضح ومحدد، هدفها فقط جعل الشخص ينشغل بشيء ما و تكون بذلك مصدر قلق تتناسب هذه المرحلة مع ما يشير إليه DSM-V من مجموعة من الأعراض كالشعور بالتفكك مع، وغياب رد الفعل الانفعالي وانخفاض حقل الوعي و النسابة التفككية وعدم القدرة على تذكر بعض المشاهد الصدمية، إضافة إلى اللاشخصانية (dépersonnalisation) و الآنية (déréalisation).

(عبد الرحمان .سي موسي و زقار. رضون ،2002، ص ص 82-83)

وغالبا ما ينتهي باستجابة صدمية مزمنة، تظهر في شكل انبعاثات هلوسة أو انعزالية تغير مسار حياة الضحية، الاستجابة القهرية لذكري الصدمة، تكرار الكوابيس المزعجة، و اجترارات عقلية .
(L. Crocq et all, 2007, p 38)
أي توجهها نحو الاستجابة المرضية التي تحتاج إلى تكفل نفسي سريع، حتى يتخلص الضحية من الأعراض الجانبية للصدمة .

8-2- المرحلة الثانية : (مرحلة الكمون)

بعد الاستجابة النفسية المفاجئة لصدمة، تأتي مرحلة من الحيرة والقلق، و عدم التقبل للوضع الجديد والرفض و الإنكار و دخول في حالة من الصراع النفسي بين القبول والرفض. فيبحث فيها عن الموضوع الذي فقده و هي محاولة لاشعورية لإيجاد حل، وخلالها يتصرف وكان الموضوع المفقود موجود هذا الرفض، هدفه إبعاد ألم الفراق عنه، و لأنه لا يتحمل العيش في هذا الموضوع، يتخلل هذه المشاعر حالة من الغضب والعنف، ناتجة عن عجزه وعن استرجاعه والشعور بالظلم لفقدانه . (عبد الرحمان. سي موسي، و رضوان. زقار، 2002، ص96)

فالرفض هو أسلوب دفاعي يتخذ الشكل رفض اعتراف الشخص بواقعيه إدراك دو تأثر صدمي.

(جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص262)

ويأخذ ذلك زمن الكمون ثابت في كل تناذر صدمي نفسي ومتغير حسب الشخصيات .وتتراوح مدته من بضعة أيام و أحيانا ساعات إلى ستة أشهر أو أكثر، وقد تصل إلى سنة أو أكثر عند بعض الحالات) و هو الزمن الضروري للنفس أو العضوية حتى تضع جهازا دفاعيا جديد، بدلا عن ذلك الذي فوجئ وأغمر بآثارا قوية "ويتضمن إما استجابات انفعالية حادة أو "صمت عيادي "يحقق خلاله إعادة تنظيم تحقق دفاعا متأخرا بحثا عن توازن جديد يعوض الاختلال الأول. (L. Crocq, 1992, p 428)

و ظهور تناذر التكرار يقضي على أسلوب الرفض ، لأن الوقائع الحقيقية تفرض نفسها على الفرد .
فاضطراب التكرار كوسية دفاعية سابقة و لمبدأ اللذة ، الذي يعتبر كعامل وحيد محدد في تكوين الحلم ، و قد
ساهم هذا المفهوم في تطوير العصابات الصدمية ، و خاصة بما يتعلق بالأحلام ، بحيث يعيش الفرد الحادث بزخمه
و يجد نفسه من جديد في الوضعية الصدمية ، كأنه يرمي إلى السيطرة عليها ، فيستيقظ كثيرا ، ففي تأكيد
لإعادة في النوم برهان قوة الانطباع الذي أحدثته الصدمة : "فالتكرار هو تصريح ومحاولة تحكم في الوضعية
المكدره " . (S. Freud, 1981, p 50)

وهو ميكانيزم منظم يستجيب لحاجة داخلية ترمي إلى التخفيف من حدة التوترات عن طريق تفريغها
بكميات صغيرة ، قصد إحياء حالة ما قبل الصدمة (Pré-traumatique).

إذن فإن له وظيفة تفريغية و يأخذ إشكال مختلفة كالكوابيس و الأحلام المرعبة ، والحاجة القهرية
لذكرى الحادث ، مروراً بالذكريات المؤلمة التي تعيد إنتاج الحادث الصدمي ، بحيث يحتاج الشخص إلى إنتاج
عقلي متكرر من الخبرة غير المدججة عقليا و التي تعيد إنتاج الانفعال الأصلي. (C. Damiani, 1997, p 122)

حتى تتمكن من تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة ، لابد من ظهور اضطراب التكرار أن التشخيص يعيش
الحادث الصدمي بشدته من جديد ، و بتكرارات لإرادية متكلفة ، و اجترارات عقلية شبيهة بالأفكار القهرية
المجاسية عند العصاب الوسواسي و التكرار الآلي لحركات معينة عند الفصامي ، وأحلام فكوابيس متكررة.
(L . Corcq et all, 2007, p 38)

معايش الكوابيس المتكررة ، تساعد على ارضان الصدمة النفسية ، وتساهم في إيجاد حل لها ، ولها قيمة
نفسية تفريجية كبيرة، من خلال معالجة التوترات باستمرار.

فتناذر التكرار هو إشارة مميزة لإصابة معينة ، من خلال نكتشف الصدمة النفسية، تظهر أشكاله في الأحلام
والكوابيس ، أي احتياجات قهرية في استحضار لأحداث الصدمة بلا توقف، فصعق الخبرات و الذكريات
المؤلمة التي يعاد معاشتها من خلال الأحداث الصدمة ، قد يمكن بعض المصابين من تجاوز هذه الصدمة.

(M. de Clercq ; F. Lebigot, 2001, p 104)

و لكن عند أشخاص آخرين ، لا يتمكنون من ارضائها فيلجؤون إلى التجنب الذي ينتج عن جملة من
الميكانيزمات الدفاعية، التي يتم تنصيبها بهدف تحاشي تناذر التكرار ، الذي يظهر في بدل جهد كبير لتجنب
الأفكار المرتبطة بالصدمة ، و عدم القدرة على التركيز وتفادي النشاطات و عدم القدرة على تذكر جزء من
أحداث الصدمة وتقيّد العواطف كعدم القدرة على الإحساس بالحب و فقدان الواضح للاهتمام بالنشاطات
الهامة . (DSM-IV, 1996, p 211)

تجنب الأماكن والأشخاص والمواضيع التي لها علاقة مباشر بالصدمة ، يحدث نوع من الراحة والابتعاد عن
الآلام الصدمة ، أما ديمومة واستمرار هذا التجنب يدخل في الاستجابة المرضية ، حيث أن تكرار الإجراءات
التحفظية بلا هوادة إلى درجة ، أنها تفقد نجاعتها ، فتصبح لا تمنح حماية كافية ضد الصدمة ، و لا تفلح في إبعاد
القلق ، فالخوف مثلا يحمي من عودة المكبوت الذي يحاول باستمرار أن يطفوا على سطح الشعور.
(C.Damiani, 1997, pp 134-136)

ولكنه لا يقضي عليه. لذا فالتجنب حل مؤقت يساعد في إعادة تنظيم الجهاز النفسي و تحديد طاقة الأنا حتى يتمكن من تقبل الوضع الصدمي الجديد والتعايش معه.

8-3- المرحلة الثالث: (المرحلة الحداد النفسية)

بعد هذه المرحلة يدخل المصدر في حالة من الاكتئاب أو ما يسمى بمرحلة الانفصال الحقيقة عن الموضوع المفقود ، حسب لابلانش و بونتاليس: "أن هذه عملية نفسية داخلية تلي فقدان موضوع التعلق العاطفي وينجح الشخص تدريجيا من خلالها في الانفصال عن ذلك الموضوع ،أي أنه بعد الإفراط في استحضار الذكريات والتوقعات التي كان اليبدوا يربطها بالموضوع و يخضعها لتوظيف انفعالي ،يتم انفصال اليبدوا عنها بعد ذلك . (جان. لابلانش و ج.ب. بونتاليس ،2002، ص369)

مبحث الأعراض للاكتئاب توضح كثيرا في فحص المصدومين ،الانحراف يستمر أكثر وهي أول انفصال في الشهر الأول أو بعد 60% من الأحداث التي تقدم حالة كبيرة من الاكتئاب هذه المعاناة التي تدرك بالحواس. (M. de Clercq ; F. Lebigot, 2001, p 109)

هذه الحالة التي يقبل خلالها المصدوم تقدم جزء من شخصيته ،على أمل إعادة بناءها حول موضوع جديد ولا يستطيع أن يقف على نقاط ثابتة أو معالم واضحة ،و يصعب حياته طابع الكتابة و تتسم علاقة مع الآخرين بالسطحية و التصنع ،وقد لا يستطيع عقد علاقة جديد مع الآخرين بسبب الخوف اللا شعوري من فراق محتمل في أغلب الأحيان ،فالحداد في هذه المرحلة ،تشكل حالة اكتئابية حقيقة لرد فعل فقدان المواضيع المحبوب ،و قد تمس كل جوانب حياته .

فيظهر الاضطراب على الصعيد الجسمي لدى بعض الأفراد ، الأرق و اضطراب النوم ، و الأحلام المزعجة و أحيانا حتى الهلوس البصرية ،في يستجيب آخرون بالإفراط في النوم بهدف نسيان ما حدث ، وفقدان الحاد لشهية (anorexie)أو بالشراه (boulimie)، بالإضافة إلى الإهمالك والعزلة. أمام الصعيد الفكري، فغالبا ما يحدث بطء في الأفكار ،مع ضعف قدرات الانتباه و التركيز و تلف في الذكريات قصيرة المدى ، في حين أن المظاهر العاطفية ، تبرز من خلال المزاج المكتئب السوداوية التي تطبع الحياة النفسية ،إضافة إلى نوبات القلق والعدوانية الموجهة نحو الآخرين ، والحساسية المفرطة لكل ما علاقة بالحدث المأساوي.

(عبد الرحمان. سى موسى و رضوان. زقار ،2002، ص 96-98)

ويحدث الحداد بمجرد ما تنفصل العاطفة عن موضوع المفقود و تتجه نحو استثمارات أخرى جديدة ويعمل الخيال على توضيح أوجه متعددة للواقع ،ناتج عن نشاط نفسية داخلية طاغوي وظفت من جديد يسمح بعقد روابط اجتماعية و انجاز مشاريع جديدة ،واضعا في حسبانته إمكانية حدوث صدمات أو أزمات أخرى .

هذه العمليات العقلية تدفع الفرد إلى تقبل الواقع. و هكذا تختفي الأعراض الصدمة في الغالب ، مع الحالات العادية و لكن المصدومين الذين لديهم استعدادات مرضية ، يستجيبون بحالة من اضطرابات ما بعد الصدمة المزمنة ، فعندما يفرض حدث عنيف و خارجي نفسه بالقدر الكافي على التنظيم العقلي تتعطل كل الدفعات المجهزة ضد القلق المرهق للنفس ، والذي ينشأ عندئذ مصادر داخلية رغم كون الحدث المولد للحضر خارجيا ، يشكل القلق إذا توظف بشكل مفرط من الجهاز النفسي و يشكل حسب برتوان: " الخط الدفاعي الأخير لصادات الاثرات "، يرجع إلى التوظيف النرجسي المفرط للعضو المصاب. (M. Bertrand ,1996 ,p. 89)

مما قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية و اعاقية حادة، تالية لصدمة نفسية قوية و اضطرابات تفككيه حقيقية. فعمل الحداد يكون بعد أسابيع عدة عندما تختفي مظاهر الاضطراب يظهر الحداد كلياً، و ما يلعب دور في تحديد المدة الزمنية هو سمات في شخصية الفرد و قدرته على تقبل الواقع ليمثل تقبل الواقع و التأقلم معه نهاية مرحلة الحداد. تعود فيه الوظائف البيولوجية إلى عملها، فينتظم النوم، الطعام و الجنس، و يجد ما كان افتقده من ميول واهتمامات. لكن هذا لا ينفي أن بعض الندبات النفسية يمكن أن تبقى و هنا تتدخل حرية الفرد ومدى علاقته بالشخص و أهميته في حياته و بشكل عام يمكن تلخيص هذه المرحلة بأنها "التكيف مع واقع الفقد و تقبله". (هنادي، الشوا، 2012، ص ص 2-4)

المحاضرة 5: علاج الصدمة النفسية.

9- أساليب التعامل مع الصدمة النفسية:

9-1- علاج الصدمة النفسية:

هناك عدة طرق وتقنيات لعلاج الصدمة النفسية ، وكلها تهدف إلى تحقيق شفاء من الأعراض المرضية والوقاية:

9-1-1- علاج الصدمة النفسية بالأدوية النفسية:

يمكن أن تكون عدة أنواع من الأدوية المساعدة على تحسين أعراض اضطراب الصدمة النفسية:

1- مضادات الاكتئاب:

مصطلح الأدوية المضادة للاكتئاب تشير إلى الأدوية المستخدمة معظم مضادات الاكتئاب هي من قبيل الناقلات العصبية Serotonin و Noradrenalin نتائج البحوث الأساسية تشير إلى أن العديد من الأعراض

المرتبطة بالصدمة تُرجع ذلك إلى اضطراب في توازن هارمونات السيروتونين، و بأن مضادات الاكتئاب قادرة على التعويض عن هذا الخلل، مضادات الاكتئاب تؤثر على تحسن الحالة المزاجية والحد من المخاوف، فبعض مضادات الاكتئاب لها تأثير رافع و النشاط، فيما إن البعض الآخر محايد أو مخفض للنشاط، الأخيرة (أي ذو تأثير جانبي مخفض للنشاط) تستخدم أساسا عند الذين يعانون من عدم الهدوء الحراكي المفرط . يظهر تأثير العديد من هذه العقاقير بعد فترة من 1-6 أسابيع تبعا للعنصر الداخل في تركيبه . يمكن تقسيم مضادات الاكتئاب أساسا إلى فئتين رئيسيتين :

أ- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات: في الأيام الأولى من أبحاث فعالية المعالجة، النفسية الدوائية، للاضطرابات المرتبطة بالصدمة عند قدامى المحاربين عولجوا بعقاقير مختلفة من مجموعة مواد تسمى مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقات من قبيل Amitryptilin و Imipramin كلاهما يهجم على السيروتونين، ويؤدي إلى تحسن ملموس في جميع معالم أعراض المرض. فيما ان Desipramin لم يكن مقنعا .

ب- كابح إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائي:

ادوية Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية تمنع امتصاص السيروتونين في الخلايا العصبية، وتضمن تعويض النقص في السيروتونين ويعتبر هذا النوع من الادوية الخيار الأمثل لكلا علاج الحالات الحادة وكذلك العلاج على المدى الطويل لإضطراب ما بعد الصدمة

خلافًا لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، فهي مقبولة عموما، وليس لها أي آثار جانبية معينة على anticholinerg. فيما يتعلق بفعاليتها في معالجة الإضطرابات المرتبطة بما بعد الصدمة يوجد نتائج مقنعة لها عند دراسة مجاميع كبيرة من المتعالجين .ادوية SSRI يمكن أن تقلل من الذكريات المؤلمة (ذكريات الماضي)، وتفيد في معالجة سلوك التجنب، ولكن تقلل أيضا من افراط النشاط .هذا ويمكن أن يساعد عند عملية المعالجة في العلاج النفسي أو التمهيد له .وقد قدمت أدلة لفعالية Fluoxetine بمقدار (20-80 ملغ)، Paroxetine بمقدار (20-50 ملغ) Sertraline بمقدار (50-200 ملغ، جرعات متوسطة بين 100-150 ملغ، حيث خفضت الأعراض في الغالب بعد 2-4 أسابيع .في ألمانيا، يسمح فقط لمادة Paroxetine لعلاج مرضى اضطراب الصدمة النفسية.

بإمكان هذه الأدوية المساعدة في التغلب على أعراض الاكتئاب و القلق. كما يمكنها المساعدة على تحسين مشكلات النوم و التركيز. تمت الموافقة على مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRI) وأدوية سيرترالين (زولوفت) (وباروكسيتين (باكسيل) من جانب هيئة الغذاء و الدواء الأميركية (FDA) لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

2- الأدوية المضادة للقلق:

يمكن لهذه الأدوية أيضاً أن تحسن مشاعر القلق و الضغط النفسي لفترة قصيرة، بغرض تخفيف القلق الحاد والمشاكل المرتبطة بهذا القلق. وبما أنه من المحتمل إدمان هذه الأدوية، فلا يتم تناولها عادة على المدى الطويل ، "برازوسين". في حالة اشتغال الأعراض على الأرق أو الكوابيس المتكررة، فإن دواء يسمى برازوسين (مينيرس) قد يكون مفيداً. ورغم عدم موافقة هيئة الغذاء والدواء الأميركية على وجه التحديد على برازوسين لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، إلا أنه قد يقلل أو يمنع الكوابيس مع كثير من الناس المصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة. قد يترك آثار جانبية أو مشكلات تواجهها مع الأدوية. قد يحتاج إلى تجربة أكثر من دواء أو أدوية مركبة، أو قد يحتاج الطبيب إلى تعديل الجرعة أو الجدول الزمني للدواء قبل التوصل إلى الدواء المناسب لك. وبالتالي تؤثر إيجابياً على وظائف المخ للمريض، يمكن بعد تحليل الفحوصات السريرية تحديد أي من نظام العصبي الذي يستوجب التأثير (بالعقاقير) أكثر ليخفف الأعراض المرتبطة بالصدمة و لتنظم فسيولوجيا التوتر. ولأن أي من هذه الأدوية لا تعمل على رفع الأسباب، فإنها لا يمكن أن تحل محل علاج الصدمة النفسية، و لكن الأدوية هذه يمكن لها تساعد على الإستعداد للعلاجات النفسية و ان ترافقها. اختيار الدواء المعين تقوم على ماهية الشكاوى التي يعاني منها الشخص المصدوم أكثر. بل لم يتم التوصل بعد إلى نجاح مماثل للعلاج الدوائي النفسي، كما هو الحال في علاج الفصام. يرى المنتقدون مثل: "أولريش ساكسه": ان عملية وصف الدواء لمرضى الصدمة النفسية عاجزة عن معالجة الأزمات بذاتها فيما لا يمكن من جهة أخرى المجازفة بالنصح بالتوقف عن تناول الدواء بعد التعافي من الأزمة .

9-1-2 - العلاجات النفسية للصدمة النفسية :

- ونميز منها العلاجات النفسية التي تركز على استيعاب التجربة المرضية، بتحويلها إلى أحداث عفوية و تكون بداية عند ظهور أول أعراض التكرارية منذ عدة أسابيع إلى بعد عدة أشهر أو سنوات من الحدث. (J. Bergeret ; C. Dimiani et all, 2001, p 245)
- و يكون هذا العلاج من أجل تحقيق الأهداف التالية :
- طمأننة المريض، و توضيح الغموض في حالته، حتى تزيد نسبة تحمله و صبره على المعاناة ، ومساعدته على التخلص من مخاطر الاختيار العصبي .
 - حث المريض على تعبير عن المعاش أثناء الحدث الصدمي، سواء كان المرئي أو المحسوس، حتى يحدث التفريغ، يكون ذلك بالاستماع الجيد و اهتمامه بتجربة الضحية ، مما يؤدي إلى تقليص حدة المعاناة ، و فهم طبيعة الحدث و كيفية التعامل معه .
 - مساعدة الضحية على دمج هذه التجربة في حياته ، و العادة تقييم أوضاع حياته و الآخرين ، و تغيير بعض الأفكار المرضية غير الملائمة.
 - تعلم مهارات تكيفية كالاسترخاء ، و تقنيات التحكم في الظروف القصوى ، ومحاولة التحكم في الاستجابات الإرادية (الاعاشية) ، و تعلم استراتيجيات تسير العواطف ، كالقلق و التوترات .

- مساعدة الضحية لتغلب على خوفه و ذلك بالمواجهة و تقليل من التجنبات الضارة .
- مساعدته على التخلص من السلوكات غير تكيفية، كاستعمال المفرط للدواء أو تناول الكحول والمخدرات، و تدهور العلاقات الغيرية . (Ibid, 2001, p 248)
- و يوجد طريقة الدينامكية التي تحدث تغيير مضاد و تسمح بعبور الأحلام المزعجة إلى أحلام ذاتية بالتجسيد و التغير حتى تحلل كل الأحلام و المشاعر الذنب و النقص إلى تفاسير واقعية يتقبلها المنطق.

و تستعمل العلاجات السلوكية المعرفية : التي تركز على تغيير الأفكار السلبية بالأفكار ايجابية تتعلق بالحدث و يكون ذلك بتحليل المراحل الثلاث : السلوك ، الأفكار ، الانفعالات . هذا الذي يمكن المريض من تدقيق مراقبته لذاته و محاولة التحكم فيها .

(S-A. Sabouraud, 2002, p 110)

- و يأخذ المريض الأدوية أحيانا ، خاصة في حالة الاستجابة الصدمية المزمنة، فهي علاجات كيميائية لاضطرابات ما بعد الصدمة ، تقلل من الارتكاسات المفرطة ، و ردود الفعل اللاإرادية (الاعاشية) و سلوكات التجنبية ، التهيج و مضادة للقلق ، تخفف من الأرق . فقد يعطيه الطبيب مهدئات أو منومات أو مضادات الاكتئاب مثل الميبرومات (Méprobamate) و اسمه التجاري (Equanie) .

(F. DU Crocq ; G. Vaiva, 2001, p 291)

و من أنجع هذه العلاجات هي تقنية الديبرفن، (Débriefing) فهي تخفف من حدة المعاناة كثيرا، بحيث تأخذ مجموعة من الضحايا لهم نفس الميزة الصدمية (أي موضوع صدمي واحد جمعهم)، يسير هذه الجلسة الأخصائي النفسي و يترك الفرصة إلى كل مريض بالتحدث على ظروف الحادث و ما هي أحاسيسه أنذاك و كيف تُصرف؟ ، و في المقابل يسمع الاستجابة الأفراد الآخرين ، مما يجعله يستفيد من تجاربهم أيضا ، و يعرف بأنه ليس وحده في هذه التعقيدات .

العلاج المعرفي: يساعد هذا النوع من العلاج على التعرف على طرق التفكير "الأنماط المعرفية" التي تعيق تقدم حالتك على سبيل المثال، الطرق السلبية أو غير الدقيقة لإدراك المواقف العادية. بالنسبة لاضطراب كرب مابعد الصدمة، غالبًا ما يستخدم العلاج المعرفي مع العلاج التعرضي، يساعد هذا العلاج السلوكي على مواجهة ما يخيفك بأمان، و بالتالي يمكنك تعلم كيفية التكيف مع هذه المخاوف بشكل فعال. يستخدم أحد مناهج العلاج التعرضي برامج "الواقع الافتراضي" الذي يسمح بإعادة إدخال المكان الذي واجه فيه المصاب الصدمة.

9-2- علاج الصدمة النفسية بتقنية السيكو دينامية:

الاستراتيجيات السيكو دينامية للتدخل العلاجي في Posttraumatic : على الرغم من أن بعض العلماء والباحثين في ميدان علم الصدمات يبدون اتجاهها معارضا لجدوى استخدام العلاجات ذات التوجه النفسي الدينامي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، فإن إسهامات التحليل النفسي تاريخيا في علاج العصاب الصدمي تبدو واضحة و لا يمكن إغفالها لقد قدم عدد من علماء التحليل النفسي عدة مفاهيم كإنيكية تفيد في تنظيم العمل مع الحالات التي خبرت أحداثا صدمية، و منها المفاهيم التي قدمها (فرويد) عن الصدمة النفسية

، وحاجز المنبه و إجبار التكرار ، وكذلك ما قدمه (ليفتون) عن انطباع الموت والشعور بالذنب لدى الأشخاص الناجين من أحداث صدمية و(هيلجارد ونيومان) عن ردود فعل الذكرى السنوية للأحداث الصدمية ، و(هورويتز) عن دورة الإقحام، الإنكار و الضغط الزائد المتجمد ، و ما صاغه (لندي) عن غشاء الصدمة وعلى الرغم من القيمة النظرية التفسيرية لهذه المفاهيم، فإن قلة منها كانت موضع تطبيق للاستخدام الكلينيكي في علاج حالات اضطراب ما بعد الصدمة.

يحتاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Post traumatic stress disorder - PTSD) للتشخيص الدقيق و الحصول على طرق العلاج الفعالة بعد ظهور أعراض الاضطراب، يمكن أن يكون ضروريًا لتقليل الأعراض، وتحسين وظائف الجهاز النفسي. من خلال مساعدة المصاب على استعادة الشعور بالسيطرة على حياته. فالعلاج الأساسي هو العلاج النفسي، و لكن غالبًا ما يشمل الأدوية. يمكن أن يساعد في تحسين وتعليمك المهارات اللازمة لمعالجة الأعراض، و تعلّم طرق للتكيف في حال حدوث أي أعراض أخرى. كما يمكن أن يساعد العلاج النفسي والأدوية أيضًا إذا كنت تعاني من مشكلات أخرى متعلقة بتجربة صادمة، مثل الاكتئاب والقلق أو إساءة تناول الكحول أو العقاقير.

9-2- علاج الصدمة النفسية بتقنية المعرفة السلوكية: EMDR

إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) Eye Movement Desensitization and Reprocessing من العناصر الرئيسية لهذا العلاج هو ما يسمى ب "التحفيز الثنائي". يفهم منه التحفيز المكثف لكلا نصفي الدماغ من خلال حركات العين، النغمات أو لمس قصير. و يهدف إلى تحرير، ذكريات محظورة أو غير متكاملة كلياً، ليزود بها عملية العلاج. لقد تم تطوير هذه الطريقة من قبل "فرانسين شاپيرو"، التي لاحظت صدفة في أثناء التزه أنه من خلال الحركات السريعة للعين قد تضائل الخوف وأن الذكريات الصادمة لتشخيص سابق للسرطان قد تغيرت. وهكذا طورت طريقة للمعالجة للتزويد بالذكريات الصادمة بمساعدة التحفيز الثنائي. هكذا يمكن الحصول على صورة متكاملة سريعة وعميقة لمجريات حدث الصدمة عن طريق معلومات معالجة أكثر فعالية.

يجمع منهج إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة بين العلاج التعرضي، و بين سلسلة من حركات العين الموجهة التي تساعد على معالجة الذكريات الصادمة، وتغيير طريقة التفاعل مع هذه الذكريات. و يمكن لجميع هذه العلاجات المساعدة في السيطرة على الخوف الدائم بعد الحدث الصادم، بإمكان اختصاصي الرعاية الصحية مناقشة في نوع العلاج أو العلاجات المشتركة التي تلي احتياجات المصاب على أفضل نحو، و يمكنك تجربة العلاج النفسي الفردي أو العلاج النفسي الجماعي كوسيلة للتواصل مع الآخرين ممن لديهم تجارب مماثلة.

لإضافة إلى ذلك هناك أيضا بعض أساليب العلاج النفسي التي تم تكييفها خصيصا لعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة. تجدر الإشارة بشكل خاص آلية العلاج النفسي التخيلي Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie PITT، التي تم تطوير في ألمانيا من قبل "لويز ردمان"، و الذي يستخدم في المقام الأول لعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة. بالإضافة إلى طريقة العلاج النفسي الديناميكي للصدمة المتعددة من قبل "غوتفريد فيشر" وبيتر رايدسر"، و هي وسيلة تطبيقية أخرى في علاج هذا النوع من الاضطرابات. يتم تشكيل وسائل علاجية مختلفة من وسائل العلاج التخيلي، لتمكين الأشخاص المعنيين من تحقيق التكامل الحذر لخبرة الصدمة. هنا يمكن أن ينسحب الشخص إلى مكان آمن داخلي، عندما تكون العواطف التي تصاحب ذكريات الصدمة قوية جدا. كما أن طريقة علاج الصدمة التكاملية التي وضعتها "فيلي بوتولو" من جامعة ميونيخ هي تشكيلة من طرق العلاج المختلفة التي أثبتت أنها مفيدة للعلاج النفسي من اضطرابات ما بعد الصدمة. جميع أساليب المعالجة الحديثة تشترك في تجميع و تكامل عدة طرق في حد ذاتها.

وقد تم تطوير "برنامج العلاج النفسي العصبي" في معهد علم النفس في جامعة "غوتنغن" بألمانيا. حيث تم دمج وحدات مختلفة في برنامج العلاج استنادا إلى النتائج الأخيرة من علم الأعصاب، القائلة أن التفكك بين ذاكرة الصدمة الضمنية و الصريحة هو الأساس الرئيسي لإجهاد ما بعد الصدمة. يشتمل ذلك على فيلم لتثقيف المريض حول اضطرابات ما بعد الصدمة ، و تقنيات التدخل السلوكي المعرفي، طريقة علاج حساسية حركة العين و إعادة المعالجة مدعوم بالارتجاع البيولوجي، بالإضافة إلى توفير المعلومات الهادفة المرتبطة بالاضطرابات. من بين أهداف تطبيق الارتجاع البيولوجي في جلسات طريقة علاج حساسية حركة العين و إعادة المعالجة هو اخبار المتعالج بالعمليات الضمنية خلال التصدي للصدمة، من جهة، ولدراسة مدى التطابق بين مستوى الإجهاد والإثارة الفسيولوجية القابلة للقياس من جهة أخرى. كما تم توضيحه من قبل في تخفيض أعراض إجهاد ما بعد الصدمة.

علاج التعرض بالسرد هي واحدة من طرق العلاج المطبقة بعد صدمة مركبة أو متعددة من العنف المنظم. هناك حاليا أدلة تجريبية جيدة لفعالية علاج التعرض بالسرد في حالة الصدمة الواحدة أو المتعددة. كما يوصى دوليا بطريقة العلاج هذه.

الخلاصة :

أخذ مفهوم الصدمة النفسية مكانة رئيسية في نظرية التحليل النفسي و فقد ظهر في أول أعمال فرويد الذي عمد إلى تطويره وتعديله و سماه العصاب الصدمي، ناتج عن أحداث عنيفة ومفاجئة تهر كيان الجهاز النفسي وتجعله في حالة عدم اتزان ،بسبب عجزه عن ارضائها ،واستعمال الأساليب الدفاعية المناسبة لتصريف

أثارها ، وحل الصراعات النفسية التي تحدث جرح نفسي، قد يصعب استراحة ، في وقت قصير ويحتاج إلى إمكانيات كبيرة ، حتى يتم تجنب أثاره المؤلمة التي قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية حادة تعرف باضطرابات ما بعد الصدمة النفسية ، فمفهوم الصدمة النفسية الذي يعتبر كحدث خارجي مفاجئ يزلزل كيان ، يتضح بعمق من وجهة النظر التحليلية (الصدمة عند فرويد) و وجهة النظر الاقتصادي، عنده كذلك الصدمة النفسية عند "بيار مارتى" و علماء آخرون، و أما معرفة العوامل المسببة للاستجابات الصدمة ، و مفهوم البعدية في تكون الصدمة، أما الأعراض العيادية وتشخيصها يحددها بدقة ، أما مراحل تطور اضطرابات ما بعد الصدمة النفسية، بداية بمرحلة الصعق، السماع أو معايشة الحدث الصدمي ، ثانيا بمرحلة الكمون التي يحدث فيها إعادة هيكلة للجهاز النفسي إن أمكن، فإذا لا يتوجه إلى اضطرابات نفسية عقلية حاد ،تهايته بمرحلة الحداد النفسي التي تسمح بتوظيف عقلي مناسب لتجاوز آثار هذه الصدمة ، و يستعمل فيه الفرد أساليب دفاعية فعالة ، تحقق إعادة توازن نفسي محررة وقبل للواقع .

المراجع بالعربية

1. سي موسى. عبد الرحمان و زقار. رضوان: "الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق". الجزائر، جمعية علم النفس، 2002.
2. DSM IV ترجمة : أمينة السماك و عادل مصطفى، 2001،
3. يعقوب. غسان: "سيكولوجية الحروب و الكوارث ودور العلاج النفسي" اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة ، دهر الفارابي، بيروت، ط1، 1999.
4. حب الله. عدنان (2006): "الصدمة النفسية أشكالها العيادية و ابعادها الوجودية"، دار الفارابي، بيروت.
- 5.
6. هنادي الشوا: "الدليل العملي لرعاية ضحايا الصدمة النفسية"، 2012، العدد 12، ص ص 04-03-02-01

المعاجم والقواميس:

7. لا بلانش. حان و بونتاليس. ج- ب. " معجم مصطلحات التحليل النفسي". ترجمة حجازي مصطفى، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات، ط4، 2002.

المراجع باللغة الفرنسية:

8. Anaut. M : "Le résilience surmonter les traumatismes ", Armand colin sans la direction de jean louis pedinelli, 2005.
9. BAILLY. L : "les catastrophes et leurs conséquences psycho traumatiques chez l'enfant ", Paris , ESF collection la vie de l'enfant, 1998.
10. Bergert. J ; Dimiani. C: "Débriefing psychiques" ,Paris, Masson, 2001.

11. Bertrand. M : "Pour une clinique de la douleur psychique " , Paris, L' harmattan,1996.
12. Bokanowski. T : "Traumatismes , Traumatique, Trauma", dans revue française de psychanalyse ,3tome lxvi , 2002, p.745-757.
13. Breillon Paxale. PH-D. "Se relever d'un traumatisme " Quebecor, alourence A' Jean-François, 2004.
14. Brette. F : "Le traumatisme et ses théories", dans la revue française de psychanalyse traumatismes, tome5-6, 1988, p.12-13
15. Brette. F : "Pour introduire la question du traumatisme narcissique " ,Paris ,dans la revue soc psychanalyse, N°12 ,1987,P.11-12.
16. L. Bailly, 1996
17. Chahraoui. K : "Traumatisme psychique ,situation extrêmes et vulnérabilité", Paris, in dans annales médico-psychologiques,1997.
18. Clercq. M ;Lebigot. F: "Les traumatismes psychiques", Paris, Masson, 2001.
19. Cournut. J : "le sens de l'après- coup in psychologie" Alger , N°7 , 1998.p33-34
20. J. Cottraux, 2001
21. CROCQ. L : "Le traumatisme psychique dans la pensée psychiatrique francophone", Paris, In. les traumatismes psychiques de CHERQ. MET ; LEBIGOT.F et al collection médecine et psychothérapie, Masson ,2001, P.2-4.
22. Crocq. L : "Panorama des séquelles de traumatismes psychiques .Névrose traumatique, états de stress Post-traumatiques et autres séquelles", Paris , In Psychologie médicale ,1992.
23. Crocq. L, et all : " Traumatismes psychiques", Paris , En charge psychologique des victimes , Masson, 2007.
24. Damiani. C: "Les victimes violences publiques et crimes privées", Paris Bayard ,1997.
25. Damiani. C; Fradin.M-P : " Traumag", questionnaire d'évaluation du traumatisme, Paris, C.P.A ,2006.
26. Debray. R : "Abord psychosomatique de troubles somatiques", Paris, Revue psycho-franç , I29,1984.

27. Debray. R: "L'équilibre psychosomatique mentale chez les personnes somatique ", Paris , Dunod , 1983.
28. Diatkine. R : "L'après-coup du traumatisme", Paris, dans quinze études psychanalytiques sur le temps traumatisme et après-coup. GUILL-AUMINJ, Privat, 1982, P.91-102.
29. DSM IV,1996.
30. Du Crocq. F ; Vaiva. G : "Traitement psychopharmacologie de l'état de stress post-traumatique ", Paris, dans Declercq. M ; LEBIGOT. F : « les traumatismes psychiques » , Masson,2001,PP 291-292 .
31. Ferenczi. S : "Deux types de névroses de guerre " , Paris , Dans Psychanalyse 2 , traduit l'allemand au hongrois par Dupond et vilikerm , Patyot ,1978.
32. Freud. S : "Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort", Paris, dans l'essai de psychanalytique , Payot, 1981, P.9-10.
33. Freud. S : "Inhibition ,symptôme et angoisse " , paris, P.U.F,1973.
34. Freud. S : "Inhibition, Symptôme et angoisse", Paris, P.U.F, 5^{ème} éd, 1975.
35. Garland. C : "Comprendre le traumatisme", Un approche psychanalytique traduit de l'anglais par Marie. José l'ancelle ,ISBN, éditions hublot,2001.
36. Godard. M-O: "Rêvés et traumatismes ou la longue nuit des rexapés" Paris,1ère,2003.
37. Jeammet. PH ; Reynaud, M : "Psychologie médicale", Paris, Masson 1^{er} édition, 1980.
38. Marty. P : "L'Ordre psychosomatique les mouvements individuels de vie et de Mort ", Paris , Bayot, Tome41,1980.
39. Marty. P : "La psychosomatique de L' adulte" , Paris, que sais je, P.U.F,1990.
40. Marty. P : "Le mouvements individuels de vie et mort essai d'économie psychosomatiques" , Paris, Bayot ,1976.
41. Papazian. B : "Traumatisme psychique encas de catastrophe in psychiatrie de l'enfant", Paris, 1992.
42. Perron. R : "La notion de traumatisme de point de vue psychanalytique", Alger, dans la psychologie traumatismes réactions et prises en charge, SARP, N°8, 1999-2000,p p.9-16.

43. Prieto. N, et all : "Les troubles traumatiques précoces", paris, dans stress et trauma ,2002.
44. Sabouraud. S- A :"La chimiothérapie de l'état de stress post-traumatique",Paris, dans lapez. G ; SABOURAUD SEGUIN .A. psychothérapie des victimes, Dunod,2002.

الملحق رقم (4)

استبيان تقسيم الصدمة: Carole Damiani / Maria Pereira-Fradin: ترجمة الطالبة: من عبد الرحمن آمال

- ☐ تطبيق فردي:
☐ تطبيق جماعي:
☐ ضحية مباشرة في الحادث:
☐ شاهد:

- اللقب:
الاسم:
أنثى ☐ ذكر ☐
العمر:
تاريخ التطبيق:
مكان التطبيق:

- حادث فردي ☐ حادث جماعي ☐ طبيعة الحادث:
المكان: (مسكن، طريق عام، الخ...)
التاريخ:
المدة:

- جروح جسمية : ☐ لا ☐ نعم
هل استغثت من تدخل خلية الاستعجالات الطبية النفسية في مكان وقوع الحادث?
☐ لا ☐ نعم
ITT - انقطاع مؤقت عن العمل: ☐ لا ☐ نعم
عدد الأيام:
IPP - عجز دائم جزئي: ☐ لا ☐ نعم
نسبية:
- توقف عن العمل: ☐ لا ☐ نعم
المدة:

2- طبيعة الحادث: تبا للإجابة المقدمة، ضع علامة (x) في خانة أو أكثر فيما يلي:

- | | |
|---|--|
| ☐ كارثة طبيعية | ☐ التعرض للضرب وجروح متعددة |
| ☐ كارثة تكنولوجية | ☐ التعرض للضرب وجروح غير متعددة |
| ☐ كارثة جوية أو بحرية أو في سكة الحديد | ☐ محاولة القتل |
| ☐ حادث في طريق عام | ☐ اعتداء جنسي |
| ☐ اعتداء | ☐ اغتصاب |
| ☐ انفجار الغاز | ☐ ابتزاز الأموال |
| ☐ حادث منزلي | ☐ صراع مسلح |
| ☐ التعرض للاحتجاز أو كراهية | ☐ تعذيب |
| ☐ سرقة باستخدام السلاح | ☐ أخرى |

معلومات عامة حول الفترة السابقة للحادثة:

الحالة العائلية:

متزوج (ة) أو على علاقة ☐ مطلق(ة) أو منفصل (ة) ☐ عزوب (ة) ☐ أرمل (ة) ☐
عدد الأطفال (تحديد أعمارهم):

الحالة المهنية:

موظف: ☐ دوام كامل: ☐ دوام جزئي: ☐ بدون عمل: ☐
مالك أو مائكة في البيت: ☐ بطل(ة): ☐ عطلة لمومة: ☐
في تربية تكميلية: ☐ عطلة مرضية: ☐

الحالة الصحية:

هل لديك مشاكل صحية: ☐ لا ☐ نعم ☐ ماهي:
هل تابعت علاج طبي: ☐ لا ☐ نعم ☐ ماهي طبيعته:

التاريخ: ☐ العدة: ☐

هل عشت أحداث أخرى أثرت عليك بدرجة كبيرة؟

لا ☐ نعم ☐ طبيعتها:

تاريخها:

معلومات متعلقة بالفترة التي تلت الحادث:

هل خضعت للفحص من طرف أخصائي نفسي أو طبيب عقلي أو معالج نفسي؟

لا ☐ نعم ☐

متابعة علاج نفسي: ☐ لا ☐ نعم ☐ تحت أي شكل:

تاريخ أول جلسة:

عدد الجلسات (إلى يومنا هذا)

العلاج الطبي: ☐ لا ☐ نعم ☐ ماهو:

المدة:

شدة (حدة) أو تكرار الظاهرة			
3	2	1	0
قوي جدا	قوي	ضعيف	شبه منعدم

3 2 1 0		
□□□□	D1	منذ الحادث، هل أصبحت قلق ومتوتر؟
□□□□	D2	هل تتألمك أزمات أو نوبات قلق؟
□□□□	D3	هل تخاف العودة إلى أماكن لها علاقة بالحادث؟
□□□□	D4	هل تشعر بأنك في حالة عدم الأمان؟
□□□□	D5	هل تتجنب الأماكن والمواقف أو المشاهد (في التلفاز أو السينما) التي تجعلك تستحضر الحادث؟
	مجموع D	

3 2 1 0		منذ الحادث (فيما بعد الحادث): يستعرض الآن إلى ما تشعر به حاليا.	
E1	هل تشعر بأنك حذر أكثر من ذي قبل، متيقظ وسريع الاستجابة لأي سبب؟	□□□□	
E2	هل ترى بأنك حذر من ذي قبل؟	□□□□	
E3	هل تحس بأنك سريع الغضب أكثر من ذي قبل ؟	□□□□	
E4	هل لديك صعوبة في التحكم في نوباتك العصبية(الخ)، لديك ميل أكثر للهروب من وضعية غير محتملة ؟	□□□□	
E5	هل تحس أنك أكثر عدائية أو تخشى عدم القدرة على تحكم في عدوانية منذ الحادث؟	□□□□	
E6	هل لديك سلوكيات عدوانية، منذ الحادث ؟	□□□□	
مجموع E		-	

3 2 1 0		
□□□□	F1	هل عندما تعمد التفكير أو تكون في وضعية تذكرك بالحادث، يكون لديك ردات فعل جسدية مثل: توجع الرأس، غثيان، خفقان القلب، ارتعاشات، تعرق، صعوبة في التنفس؟
□□□□	F2	هل لاحظت تغيرات في وزنك؟
□□□□	F3	هل لاحظت تدهور في حالتك الجسدية العامة؟
□□□□	F4	منذ الحادث، هل لديك مشاكل صحية التي يكون سببها صعوبة التحديد؟
□□□□	F5	هل زاد استهلاكك بعض المواد كالقهوة، الدخان، الكحول، أدوية، أطعمة الخ
	مجموع F	

3 2 1 0		
□□□□	G1	هل لديك صعوبات في التركيز أكثر من ذي قبل؟
□□□□	G2	هل لديك صعوبات في الذاكرة أكثر من ذي قبل؟
□□□□	G3	هل لديك صعوبات في تذكر الحادث أو بعض العناصر في الحادث؟
	مجموع G	

شدة (حدة) أو تكرار الظاهرة				
3	2	1	0	
قوي جدا	قوي	ضعيف	شبه منعدم	

3 2 1 0

□□□□	H1	هل فقدت الاهتمام للأشياء التي كانت مهمة بالنسبة إليك قبل الحادث؟
□□□□	H2	هل فقدان الطاقة والحماس منذ الحادث؟
□□□□	H3	هل تشعر بالجهد الفكري والتعب أو الإنهاك؟
□□□□	H4	هل لديك مزاج حزين أو نوبت بكاء؟
□□□□	H5	هل لديك انطباع بأن الحياة ليست جديرة بالعيش وتراودك أفكار انتحارية؟
□□□□	H6	هل عانيت من صعوبات في علاقاتك العاطفية أو الجنسية؟
□□□□	H7	منذ الحادث، هل ترى أن مستقبلك قد تحطم؟
□□□□	H8	هل لديك رغبة العزلة ورفض أي علاقة؟
مجموع H		

3 2 1 0

□□□□	I1	هل صلت بتفكيرك بأنك مسئول عن سير الأحداث بهذه الطريقة وأنه بإمكانك التصرف بطريقة أخرى لتقادي بعض النتائج؟
□□□□	I2	هل تشعر بأنك مذنب فيما فكرت فيه أو فعلته أثناء الحادث وهذه المشاعر تبقى و بعضها تختفي؟
□□□□	I3	فيما حدث، هل تشعر بغضب عنيف أو كره؟
□□□□	I4	منذ الحادث، هل تشعر بأنك عديم القيمة؟
□□□□	I5	منذ الحادث هل تشعر بغضب عنيف أو كره؟
□□□□	I6	هل غيرت من وجهة نظرك للحياة ولنفسك وللآخرين؟
□□□□	I7	هل تعتقد بأنك لم تعد كما كنت عليه في السابق؟
مجموع I		

3 2 1 0

□□□□	J1	هل تواصل نشاطك الدراسي أو المهني؟
□□□□	J2	هل تحس بأن أداءك الدراسي أو المهني هو نفسه كما كان عليه في السابق؟
□□□□	J3	هل تستمر في الالتقاء بأصدقائك بنفس التكرار؟
□□□□	J4	هل قطعت علاقاتك بأقاربك (شريك، ابن، أباء) منذ الحادث؟
□□□□	J5	هل تشعر بأنك غير مفهوم من طرف الآخرين؟
□□□□	J6	هل تشعر بأنك منبوذ من ذرف الآخرين؟
□□□□	J7	هل وجدت منذ من طرف أقربائك؟
□□□□	J8	هل بحث أكثر على الرفقة أو حضور الآخرين؟
□□□□	J9	هل تمارس نشاطات في أوقات الفراغ أكثر من ذي قبل؟
□□□□	J10	هل تجد لذة أكثر من ذي قبل؟
□□□□	J11	هل تجد نفسك أقل تأثرا بالأحداث التي تمس محيطك؟
مجموع J		