

## العلاج المعرفي لتناذر ما بعد الصدمة

## - عرض حالة -

أ / لمياء جنادي

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الإجتماعية

جامعة سكيكدة

**Résumé:**

Toute expérience violente (maladie, deuil, viol, torture, violence physique et morale...) entraîne chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte des traumatismes psychiques et des blessures émotionnelles les plus graves et des conséquences qui peuvent se resurgir à un moment donné de la vie. Dans le cas d'un traumatisme, les victimes se sentent prisonnières de leur passé et vivent souvent les images d'horreur qu'elles ont vécues. Une prise en charge psychologique précoce et adéquate, même pour les cas les plus difficiles, peut aider les victimes de s'en sortir et reprendre le cours normal de leur vie. Atténuante ainsi l'impact du trauma. Dans cet article nous aborderons aussi bien l'approche théorique qui a guidé notre expérience et la stratégie d'expérimentation et de prise en charge cognitive qui ont apportés un soutien post-traumatique à la victime.

**الملخص:**

إن كل تجربة عنيفة (مرض، حداد، اغتصاب، تعذيب، عنف جسدي أو معنوي...) تخلف عند الطفل، المراهق و الراشد صدمات نفسية و جروح انفعالية الأكثر تأثيراً، بالإضافة إلى الآثار و النتائج التي يمكن أن تظهر من جديد في أي لحظة من حياة الفرد. في حالات الصدمة عادة ما تحسّ الضحايا بأنّها أسيرة الماضي، و غالباً ما تعيش صور الرعب و الهلع التي مرّت بها. و عليه فإنّ التكفل النفسي المبكر و المناسب، حتى مع الحالات الأكثر خطورة، يساعد الضحايا على استرجاع حالتهم السوية و الإستمرار بشكل طبيعي. كما يساهم في التخفيف من آثار الصدمة أيضاً. في هذا المقال سنتناول المقاربة النظرية الموجهة لتجربتنا و كذلك استراتيجيات العلاج المعرفي التي بإمكانها مساعدة الضحية.

لا يمثّل الإعتداء الجنسي على الفتيات المُراهقات فعلا عنيفا فقط، بل تعبيراً عن الإرادة في الهيمنة و السلطة الجنسية أيضاً، هذا الإعتداء المبني على الجنس يتسبّب في إحداث ألم و إيذاء جسدي، جنسي و نفسي للفتاة. فمن الناحية النفسية تعيش الضحية حدث الإعتداء الجنسي كتجربة عنيفة خاصّة مع تزامنها لفترة المراهقة المتميّزة بالنضج الفيزيولوجي ونمو القدرة الجنسية مع عدم النضج النفسي، أين تُصبح المُراهقة عرضة لإصابات حقيقية قد تبدأ باضطرابات بسيطة في صورة الذات، كالشعور بالسوخ، بالعار و الإحساس بالألم، إلى أن تصل إلى تظاهرات مرضية خطيرة تتظاهر في شكل إجهاد و حصر شديدين أو ما يسمّى بحالة الإجهاد ما بعد الصدمة *ESPT(Etat de Stress Post-traumatique)* والتي تعتبر كإجابة تكيفيّة لإسهامات المحيط و البيئة، فهي بذلك تكون كردّ فعل لحالة إستعجالية، تكيف أو قطيعة من الناحية البيولوجية و النفسية والسلوكية، من مظاهرها الرّعب الشديد، مشاعر عدم القدرة، الهشاشة و الجروحية *La vulnérabilité*، و بذلك تدخل الضحية في معاناة جسدية و أخرى نفسية كالإحساس بالخجل و الإهانة المرتبطة بالجرح النرجسي، كما تدخل في حالة من الصمت الذي توظّفه كميكانيزم دفاعي، لكنّ هذا الصمت يكون مرادفا للمعاناة في نفس الوقت. صمت قاتل في الوقت الذي يصبح فيه قول الحقيقة في حدّ ذاته عنفا.

فالضحية تنظر إلى ذاتها من خلال نظرة الآخرين لها و المكانة التي يولونها إيّاها، و تفتنّها بنفسها و حرصها على جسدها تتعزّز و تعتمد على تجاربها مع من يُفترض بهم تنشئتها التنشئة الأولى السليمة. و عليه فإنّ حالة الإجهاد التي تعاني منها ليست بالضرورة الموقف العنيف في حدّ ذاته لأنّ هذا الأخير قد لا يكون سببا مباشرا في الإجهاد، بل تقييمه هو الذي يسبّبه، و هذا التقييم يتجلّى في شكل أفكار. و لما كان نتاج الأفكار واحدة من الوظائف الأساسية للمخ، فنحن لا نتوقّف أبدا عن الحديث مع أنفسنا، و هذا الحوار الداخلي هو سبب المعاناة. فلقد بيّنت الكثير من الأبحاث في علم النفس المعرفي "مفهوم الأخطاء الشائعة" في التفكير و التي تسيطر على الأفراد المُجهّدين و أطلقوا عليها اسم "

المشوّهات المعرفية" و هي طرق غير مناسبة في التفكير تُشوّه الواقع و تقرأه بطريقة تجزيئية مشوّهة.

فضحية الإعتداء الجنسي التي تعاني من حالة إجهاد ما بعد الصدمة قد تكون حالتها ناتجة عن أخطاء تفكيرية كالتركيز على عنصر واحد من الموقف العنيف و هو الخوف من الفضيحة والعار مثلا، بالإضافة إلى مقارنة الجنس التي تُعتبر من التابوهات في الرصيد الثقافي العربي الجزائري، و بالتالي إهمال بقيّة العناصر، و في ذلك آلية نفسية مُسبّبة للكثير من الإجهاد. و في هذا الصدد درس عالم النفس الأمريكي *Ellis Albert* مختلف أساليب العلاج النفسي عند مرضاه و توصّل إلى خلاصة مفادها أنّ معظم الإنفعالات و حالات الإجهاد تتسبّب فيها معتقدات خاطئة يحملها الناس حول أنفسهم و حول الآخرين. كما تمتدّ جذور التفكير الغير منطقي إلى التعلّم المبكّر من الوالدين و من الثقافة بشكل عام، بالإضافة إلى أنّ التفكير و الإنفعال متصلين و غير منفصلين، و كما يقول **هاملت** "لا يوجد شيء جميل أو قبيح، بل تفكيرنا هو الذي يجعله كذلك". (1) فحسب مبادئ النظرية المعرفية عندما تتعرّض الفتاة للإعتداء تبدأ العوامل المعرفية على التوالي: إدراك - تفكير - تذكّر - تقدير - تفسير، يعقب هذه السيرورة أو يتزامن معها تأثيرات انفعالية كالشعور بالقلق، الخوف و الإكتئاب...، تأثيرات فيزيولوجية مثل تسارع نبضات القلب و عسر في التنفّس... و كذلك تأثيرات سلوكية متمثلة فيما تتخذه الضحية من سلوك اتجاه هذا الموقف.

و عليه إذا لم يتم الأخذ بعين الإعتبار التحليل المعرفي لأفكار الضحية و كيفية إدراكها و تقييمها لفعل الإعتداء و كذا طريقة تغلبها على هذه الأفكار فإنّ صدمتها ستنشدّ، و لهذا يعتبر العلاج المعرفي السلوكي في مثل هذه الحالات من أكثر العلاجات فاعلية، لأنّه يعمل على إعادة صياغة البنية المعرفية بالإضافة إلى تعديل الأفكار السلبية الخاطئة المرتبطة بالحدث الصدمي. إنّ هذه الإختلالات التي تتعلق بالتجربة الصدمية في شكل أعراض و صيغة معرفية مشوّهة تؤثر على الضحية وجدانيا و سلوكيا كشعورها بالخجل، التأنيب، عدم القدرة و التهديد بالخطر. فالعلاج المعرفي السلوكي يهدف إذن إلى إيجاد أفكار بديلة أكثر إيجابية و أكثر تكيفا. في هذا المقال سنوضح ما هو الإجهاد ما بعد الصدمة و كيف تفسّر المقاربة المعرفية هذا الإضطراب، بالإضافة إلى أهم الإستراتيجيات

العلاجية المعرفية من خلال عرض حالة ميدانية تعدّ بمثابة ضحية اعتداء جنسي من نوع زنا المحارم.

### ما المقصود بتناذر ما بعد الصدمة؟

يمثل العصاب الصدمي على المستوى الإكلينيكي جدولا سيميولوجيا مرتكزا على الصدمة، خاصة إذا تعلّق الأمر بتناذر التكرار الذي يظهر في شكل إعادة معايشة التجربة الصدمية بصورة مُقلّقة من جهة، و بتثبيت الشخصية في الصدمة من جهة أخرى، بمعنى آخر إتجاه مستمر نحو الحذر و كأنّ الحدث الصدمي سينتكرّر ثانية، بالإضافة إلى الإحساس بعدم الأمان و بالغرابة اتجاه المحيط و فقدان الإهتمام بالنشاطات، و لهذا نجد الفرد يواجه الصدمة بطريقة إدراكية جديدة سواء كانت تفكيرية أو هوائية حسب النظرية التحليلية. فعلى مستوى السببية المرضية تشكل الصدمة النواة الأساسية و السببية الوحيدة للعاطفة، إختلافا عن السببية المرضية النوروبولوجية أو إنقلاب العاطفة الذي يتحكّم في الوظائف العقلية الأخرى. و قد إعتبر *Freud.S* (2) العصاب الصدمي كنتيجة للصراعات المكبوتة من خلال ربطه بفرضية الصراعات الطفولية، و حتى ذلك الوقت بقي العصاب الصدمي مرتبطا بالصراعات الطفولية خاصة المتعلقة بالجنس، في حين انتقد كلّ *Ferenczi* و *Abraham* هذا المفهوم بدمج العصاب الصدمي في قلب بعض العصابات حيث وضعوا الصدمة في جوهر الإقتصادية اللبّيدية، كما ابتعدوا عن إسهام البعد الجنسي في حدوثها. أشار بعض الباحثين أيضا إلى نسبية الصدمة مقارنة مع حالات دفاعات الفرد المصدوم و تحدّثوا عن مفاهيم ميكرو- صدمة *Micro-trauma* ، صدمة تراكمية *Trauma cumulatif* ، صدمة - شاشة *Trauma-écran* و الصدمة الصامتة *Trauma silencieux* (3).

و ارتكزوا في ذلك على أنّ الغياب البسيط للألم في المراحل التي يكون الطفل بحاجة إليها بإمكانه أن يشكّل صدمة في حدّ ذاتها، لكننا إذا أخذنا بهذه المفاهيم فنستقع في الخلط بين مفهوم الصدمة من الناحية المرضية و مفهومه كنتاج لمواقف إحباطية فقط. و عليه تجدر الإشارة إلى أنّ هناك إختلافا بين مفهومي الإجهاد *Stress* و الصدمة *Trauma*: فالصدمة تتميز بحادث طارئ و غير متوقّع، هلع و عدم القدرة، فهي صورة حقيقية للموت، و التجربة الصدمية للموت تُدرّك حسب مقاربات مختلفة: كصورة لجسد غريب

الصورة الإرتباط مع تصورات أخرى في حالة غياب تصور الموت، أو ظهور اللامعنى *Le non-sens* حسب *Crocq.L* الذي يفسر حالة من اليأس و الجروحية و غياب المحيط الواقعي. (4)

في حين أنّ الإجهاد هو إجابة تكيفية لإسهامات المحيط مكونة من ردّ فعل الحذر أو التكيّف أو القطيعة من منظور بيولوجي نفسي سلوكي، هذه الإجابة تكون متكيفة عندما يكون الفرد المصدوم مزوّد بقدرات دفاعية كافية لمواجهة الوضعية المُجهدة، و تكون غير متكيفة بل و مرضية عندما تفشل دفاعات الفرد في مواجهة الوضعية المُجهدة.

نستطيع القول إذن أنّ مفهوم الإجهاد ما بعد الصدمة هو مرتبط بالمفهوم القديم للعصاب الصدمي التابع للوصف الأوروبي الكلاسيكي للأمراض، لكن هذا الوصف لم يُشير إلى بعض الأعراض الغير خاصّة كالعياء النفسي، الحصر، الإضطرابات البسيكوسوماتية و إضطرابات السلوك. فمن الناحية النظرية، إستبدال مفهوم العصاب الصدمي بالإجهاد ما بعد الصدمة لم يُعوّض إلاّ فرضية نفسية دينامية بفرضية بيولوجية فزيولوجية، بالإضافة إلى أنّ الإجهاد يخص ردود الفعل المباشرة و المؤقتة، و الأعراض الملاحظة فيما بعد ليست بإجهاد و لهذا كان مصطلح تناذر ما بعد الصدمة *Syndrome post-traumatique* هو الأكثر ملائمة لتحديد الآثار النفسية المزمنة الناتجة عن الصدمة.

و لتوضيح هذا المفهوم أكثر أشار كلّ من *Fortin* و *Bigras* إلى أنّ حالة الإجهاد هي نتاج عدم التوازن بين متطلبات وضعية العدوان و قدرات الفرد في مواجهة الوضعية المُجهدة. (5)

إذن فالإجهاد يمكن أن يتعلّق بحادث تفاعلي كعوامل خارجية مُجهدة (عوامل العدوان)، لكن هو أيضا ردّ فعل العضوية و النفسية على حدّ سواء و التي تحاول الإستجابة لآثار الضغوطات الخارجية ( ردّ فعل الإجهاد) في حين يعتبر كلّ من *Folkman* و *Lazarus* الإجهاد كتسوية بين الفرد و محيطه، أين تكون الوضعية المقيّمة من طرف الفرد هي المفجّرة لقدراته على المواجهة و التي بإمكانها أن تشكّل مصدر خطر و تهديد لأمنه. (6) و تبين الدراسات الحديثة أنّ الحساسية للإجهاد خاصّة بعد الصدمات تُفسّر على أساس نوروبيولوجي مُعتمدة في ذلك على الجهاز المناعي و الدفاعي للفرد ضدّ العدوان

الخارجي، بالإضافة إلى الخلايا الدموية التي تطوّر بالموازاة مع الجهاز العصبي المركزي ردّ فعل مستمر لمثل هذه الصدمات. إنّ هذه الدراسات تشير إلى أنّ حدّة و تكرار الحوادث المُجهدة يمكن أن تخلّف آثار التعوّد من طرف العضوية التي تستجيب بتناذرات الإجهاد ما بعد الصدمة، في حين أنّ الصدمة النفسية هي ناتجة عن حدث مفاجئ عادة ما يكون متكرراً يصيب الكمال الجسدي و النفسي للضحية، كما يكون غير متوقّع و عنيف. و قد إعتمدت الجمعية الأمريكية للطب العقلي في تصنيف الحدث الصدمي على ما يلي:

✓ الفرد يعيش أو يشهد لمرّة أو أكثر حوادث خاصّة بذاته و بالآخرين تشكّل تهديداً لأمنه و كماله الجسدي و النفسي.

✓ الفرد يحسّ بالخوف الشديد، الهلع و الرعب، و يشير هذا المحك إلى الجانب الذاتي للشخصية، حدّة و عنف الصدمة الناتجة عن مثل هذه التجارب يمكن أن تكون مرتبطة بمعطيات موضوعية (عنف، جروح جسدية و عدد الضحايا...) و بمعطيات ذاتية (الإحساس بالموت، عامل المفاجأة و الجروحية...)، أين تفشل الدفاعات النفسية، بالإضافة إلى أنّ الحدث الصدمي يتميّز بقطعية الإستمرارية الخاصّة بالوقت و الإحساس بالوجود، و هذا ما يُترجم على المستوى الإكلينيكي من خلال الصعوبة في تقدير المدّة الحقيقية للحدث الصدمي.

يشير *Lebigot* أنّ مصطلح حالة الإجهاد ما بعد الصدمة المستعمل في تشخيص الـ *DSM-IV*\* ليس هو الأفضل لوصف عرضية الصدمة النفسية. (7) ففي الإجهاد هناك ردّ فعل فيزيولوجي تكيفي، حيث يجنّد الفرد قدراته الدفاعية ضدّ القلق من أجل الحفاظ على جهازه النفسي، أمّا في الصدمة فإنّ الصورة الحقيقية للموت تعمل على كسر و تحطيم الجهاز النفسي. نستنتج إذن أنّ هذا الإنزلاق الدلالي في التسميات يأخذ بعين الإعتبار مفهوم الإدراك بعد الحدث الصدمي الذي يخلف أثرا صدميا عادة ما يكون مفقودا في هالة من الإجهاد *Halo de stress* و الذي يقوم بتقنيته. فبعد الحوادث الصدمية تصف الضحايا أثر الصدمة و المفاجأة و حالة الهلع في مواجهة هذه الحوادث، و أمام المواجهة الحقيقية للموت لا يملك الفرد تصوّرا نفسيا للموت الحقيقي، حيث لا يملك لا الكلمات و لا التصوّرات و لا حتى القدرة على التعبير عن الإثارات الخارجية و

الداخلية، و بهذا تتظاهر الصدمة في نفسية الضحية كجسد غريب لا تستطيع التخلّص منه لأنّ مجهودات التجنّب تكون مستمرة، وتناذر التكرار يظهر كمحاولة للتفريغ و التنفيس، أي إرتباط الصدمة بوجودانات القلق.

### المقاربة المعرفية لتناذر ما بعد الصدمة:

يرتكز النموذج المعرفي على معرفة بنية الخطر عند الفرد المصدوم، فإذا كان الفرد غير قادر على إعطاء دلالة و معنى للخطر في وضعية معيّنة، فإنّ بنيته المعرفية ستضطرب بتظاهر الأعراض العصبية - الإعاشية، ردود الفعل التجنّبية و أعراض إعادة معايشة الصدمة عن طريق تنشيط مفرط لشبكة المعلومات الخاصة بمؤشّرات الخطر. فبنية الخطر حسب نموذج *Foa* تعتبر قاعدة تطوّر حالات الإجهاد ما بعد الصدمة، تشتمل على شبكة معقّدة من الإتصالات أين يكون الهدف الأول هو إعداد الفرد لردّ فعل دفاعي أو تجنّبي أمام وضعية الخطر، كما تدمج في النظام العصبي و تكون شبكة مستقرّة تربط بين المثيرات المشتركة مع الحدث (الأماكن، الروائح و الإحساسات...)، و التفسيرات المشتركة مع هذه العوامل (جسدية و انفعالية)، بالإضافة إلى الإستجابات الفيزيولوجية و السلوكية. (8) و عليه فإنّ بنية الخوف الممثل لحالات الإجهاد ما بعد الصدمة تختلف عن الخوافات من ثلاث جوانب:

✓ الإستجابات تكون أكثر حدّة.

✓ البنية تكون أكثر تعقيدا و اكثر إمتدادا، كما تكون سهلة البلوغ.

✓ البنية ما بعد الصدمة تتكوّن من دلالات خطر و عدم الكفاءة.

يعتبر هذا النموذج هامّ جدّا لأنّه يسمح بإدراك السيرورات المعرفية و ربطها بأعراض ما بعد الصدمة، كما يوضّح للضحايا إدراك بنية الخوف الشخصي بالإضافة إلى أنّه يُدمج مفهوم التفسيرات المعرفية، الأمر الذي يساهم في إثرائها.

توجد كذلك العديد من الدراسات التي تركز في تفسيرها لحالات الإجهاد ما بعد الصدمة على الجانب المعرفي، كدراسة *Joseph* مثلا الذي يُرجع تكوين العامل المسؤول عن أعراض ما بعد الصدمة إلى تفسير الأسباب و النتائج الخاصة بالتجربة الصدمية من طرف الضحية. (10) فهو يعتبر أنّ الحدث الصدمي يتكوّن من مجموعة المثيرات الغير مفسّرة و الغير مفهومة من طرف الضحية، حيث تبقى التصورات الإيقونية *Les*

*représentations iconiques* للحدث مُخرّجة في الذاكرة المباشرة و تكون قاعدة إعادة المعيشة و الذكريات الدخيلة، ثمّ فيما بعد تُفسّر هذه التصورات من طرف الضحية نفسها. لقد حدّد الباحثون في هذا المجال نمطا تفسيريا خاصا بهذه المرحلة و المتمثل في الإسناد السببي للحدث، فالضحية تحاول دائما تفسير سبب الحدث، الأمر الذي يجعلها تتوقّع دائما حوادث أخرى، بمعنى آخر تكون في حالة من الترقّب و الحذر المستمرين، فتستجيب بأعراض إنفعالية و سلوكية كالخوف، الحزن، الخجل، التأنيب و الغضب الشديد.

هذه الميكانيزمات التفسيرية للحالة الإنفعالية تسبّب الإجهاد و تعمل على تفسيره بإدماج إستراتيجيات فعّالة كالبحت عن المساعدة الإجتماعية مثلا أو إستراتيجيات التجنّب المعرفي، العاطفي و السلوكي، بالإضافة إلى تثبيط معالجة المعلومة أو البحث عن معنى واضح المعالم للحدث الصدمي. و تجدر الإشارة إلى أنّ السياق الإجتماعي يؤثّر على نمط تفسير الفرد للحدث الصدمي بالإضافة إلى تأثيره على أنماط تسيير الإجهاد المختارة من طرف الضحية. فالمقاربة المعرفية إذن تعتبر نموذجا فعّالا في إستراتيجيات إعادة صياغة البنية المعرفية، حيث تُعطي أهمية كبيرة لتفسير تطوّر أعراض ما بعد الصدمة عند الضحية، كما تهتم بالعوامل الأساسية و الدور الهام للمساعدة الإجتماعية، كون عوامل النمو هي الأخرى تُدمج بهدف الفهم الجيّد لنمط الأفكار الأساسية المُفسّرة من طرف الضحية و نمطها الإختياري.

### عرض حالة ميدانية:

تبلغ الحالة (غ) 16 سنة من عمرها (ماي 1995)، هي البنت الكبرى بين أربعة إخوة (ذكرين و فتاتين)، مستواها التعليمي ثانية متوسط. تبدو الحالة واعية و ناضجة مقارنة مع سنّها و ربّما يرجع ذلك إلى التجارب الأليمة التي عاشتها. تقول الحالة (غ) أنّها كانت البنت المقربّة جدًا من والدها و أنّها كانت تحبّه كثيرا قبل الحدث. عائلتها تعاني من صراعات و مشاكل كبيرة، فالوسط الذي تنتمي إليه الحالة وسط مشبوه و منحرف، فالأب يتعاطى المخدرات و الأقرص المهلوسة، معاملته للأُم عنيفة و قاسية جدًا، حيث كان يضربها بشدّة و بشكل يومي. لدى الأب سوابق عدلية حيث دخل إلى السجن مرتّين، مكث في المرة الأولى سنتين و في الثانية سنة و نصف، و في كلّ مرّة يخرج فيها من السجن



يصبح أكثر عدوانية وأكثر عنفا مع زوجته و أولاده. يمارس الأب أيضا الدعارة في منزله و أمام مرأى أولاده و زوجته، هذه الأخيرة تعاني كثيرا من معاملة و سلوكات زوجها، فهي امرأة خاضعة.

تقول الحالة أنها تلوم الأم كثيرا بسبب خضوعها السلبي و عدم قدرتها على وضع حدّ لسلوكات الأب المنحرفة، و لكن في نفس الوقت تشفق عليها كونها مغلوب على أمرها. تربّت الحالة (غ) مع عمّتها التي تحبّها كثيرا، والتي علّمتها قيم الإحترام، الإعتماد على النفس و تحمّل المسؤوليات منذ الصغر، فهي المثل الأعلى بالنسبة لها على حدّ قولها، عكس عمّتها الثانية و جدّتها (من الأب) التي تعتبرهما سيّئتين بسبب موقفهما ضدّها و مساندة الأب الذي حاول الإعتداء عليها. تصف الحالة (غ) المحيط الأسري بأنّه رهيب و لا يُحتمل، يسوده جوّ من الصمت و اللامبالاة لما يحدث من انحلال أخلاقي، و بالرغم من أنّها كانت تعاني كثيرا و تشعر بالضيق و الحصر لما يجري إلّا أنّها لم تجد أحدا يفهم معاناتها، حتى أحوالها لم يكن بإمكانهم مساعدتها بسبب خوفهم الشديد من الأب. دخلت الحالة إلى مركز إعادة تربية الأحداث بقسنطينة في شهر نوفمبر 2010 بعد محاولة الأب الإعتداء عليها، و حوّلت من طرف قاضي الأحداث إلى المركز لأنّها في حالة خطر معنوي، و منذ دخولها إلى المركز و هي تعاني حالة من الإجهاد ما بعد الصدمة التي تُرجمت في شكل أعراض نفسية و جسدية ذات دلالة إكلينيكية هامّة.

### الحدث الصدمي:

أكتوبر 2010، الساعة الثالثة مساء، المكان البيت، كانت الحالة (غ) بمفردها في المنزل عندها فوجئت بسلوك الأب الذي تجرّد تماما من ثيابه و حاول الإعتداء عليها. تقول الحالة أنّها لم تستوعب ما حدث من شدّة المفاجأة، كما لم تصدق الأمر، لم يكن الأب في وعيه فقد كان متعاطيا في ذلك اليوم و حاول الإعتداء على ابنته بشدّة، إلّا أنّ هذه الأخير قاومته بقوة و ضربته على رأسه بعضا ثمّ هربت.

توجّهت إلى مركز الشرطة القريب من المنزل و قدّمت شكوى ضدّ والدها، كانت خائفة جدا، تبكي وترتجف، وهي مازالت لم تستوعب الأمر، حتى طريقة تصديها له لم تستوعبها جيّدا. تقول الحالة (غ) أنّها لم تكن المحاولة الأولى، فقد تعرّضت قبل ذلك إلى مجموعة من الإغراءات لكنّها في البداية لم تفهم مثل هذه الإغراءات، لأنّها كانت تظنّ أنّ

الأب يحبّها كثيرا و لذلك فهو يُجاملها بالكلام فقط، ثم بدأت تتطوّر بعد ذلك المحاولات من مجرد إغواءات كلامية إلى ملامسات، عندها أُخبرت الأم و الجدة و العمّة، لكن في كل مرة لا يصدّقها أحد. عندما وصلت الحالة إلى مركز الشرطة كانت في حالة من الخوف و الهلع الشديد، كانت تبكي بشدّة و تشعر بنوع من الدهشة. ألقت الشرطة القبض على الأب و بقي في السجن لمدة 6 أشهر، أمّا الحالة تمّ تحويلها إلى المركز بسبب موقف الجدة التي هدّتها بالقتل بذريعة جلب العار و الفضيحة.

تقول الحالة (غ) أنّها كانت بمفردها في مواجهة الخطر، و لم تكن أمّها بجانبها، أحسّت بالضياح و عدم القدرة على التنبؤ بما سيحدث لاحقا، كما كانت تشعر بأنّ حياتها ضاعت و لا أمل في مستقبلها، كانت تتأبها أيضا أحاسيس بالخجل و الإهانة فلم تكن قادرة على مواجهة الجيران و العائلة و الأصدقاء، خاصّة عندما تمّ إحالة القضية على العدالة. بعد الحدث أصبحت الحالة تعاني كثيرا من نوبات حزن شديد، قلق و عياء جسدي و نفسي، مشاعر التأنيب، كانت دائمة الشroud، تتجنب جميع الرجال و تشعر بالإشمئزاز منهم، تقول أنّ العالم خطير و غير آمن، تعيش أحلام و كوابيس تكرارية، بالإضافة إلى فقدانها الإهتمام بالنشاطات البسيطة.

لم يكن ردّ فعل الحالة على المستوى النفسي فقط، بل أيضا على المستوى الجسدي مثل شعورها بتشنّج الأعصاب خلف الرقبة، ضيق التنفس، آلام بالصدر و تسارع نبضات القلب. تضيف الحالة أنّها تشعر و كأنّها في حلم و تريد أن تستفيق منه، كما ترغب في العودة إلى مرحلة الطفولة المبكرة أين تجد حنان الأم الذي تفتقده كثيرا، بالإضافة إلى البحث عن الأمان لأنّ حياتها أصبحت مهدّدة.

### التشخيص:

أجرينا مع الحالة 6 مقابلات إكلينيكية بهدف تقييم أعراض ما بعد الصدمة، و كانت المحاور الأساسية للمقابلات كما يلي:

- إقامة العلاقة الودية مع الحالة و تشجيع جوّ من الثقة و التفهمّ و الإصغاء.
- معلومات مرتبطة بالحدث الصدمي و العوامل المفجّرة.
- معلومات مرتبطة بمستوى التوظيف النفسي للضحية بعد الحدث الصدمي.
- معلومات مرتبطة بعوامل ما قبل الصدمة.

• معلومات مرتبطة بعوامل المساعدة الإجتماعية.  
 • المقابلة الخاصة بالدافعية و الاستعداد للبرنامج العلاجي.  
 بالإضافة إلى المقابلات طبقنا سلم الـ *EMST* (\*\*) لقياس حدة و تكرار أعراض ما بعد الصدمة، و هو سلم مكون من 17 بنداً مرتكزا على المحكّات التشخيصية لاضطرابات الإجهاد ما بعد الصدمة في تصنيف الـ *DSM-IV*، حيث تُقيّم الضحية الأعراض على مستويين:

**تقييم تكرار الأعراض:** بالإعتماد على سلم *Likert* من درجة 0 (ليس على الإطلاق) إلى درجة 3 (خمس مرات أو أكثر في الأسبوع/تقريبا دائما).

**تقييم حدة الأعراض:** بالإعتماد أيضا على سلم *Likert* من درجة 0 (ليس مضطربا على الإطلاق) إلى درجة 4 (مضطرب بشدة).

و تدعيما للمقابلات الإكلينيكية و سلم الـ *EMST*، طبقنا كذلك شبكة الملاحظة الذاتية اليومية التي تركز على طلب من الضحية تسجيل أعراض ما بعد الصدمة في شكل رزنامة يومية، كوصف الوضعيات التي تثير سلوكيات تجنبية مثلا، عدد المشاهد التكرارية المرتبطة بالحدث، مدتها و مستوى المزاج، و ذلك بهدف تحديد دقيق و مفصل للعرضية بشكل يومي، و كان التشخيص كما يلي:

حسب محكّات الـ *DSM-IV* الحالة (غ) تعاني من تناذر ما بعد الصدمة الحاد لأنها تستجيب للمحكّات التالية:

**المحك (A): تعرّضت الحالة لحدث صدمي (محاولة الإعتداء الجنسي)، و الذي من خلاله كان كمالها الجسدي والنفسي مهدّدا، و ردّ فعلها تُرجم في شكل خوف حاد مع مشاعر عدم القدرة.**

**المحك (B): تتظاهر لدى الحالة (غ) الأعراض التالية:**

- 1 إخفاض الإنتباه نحو المحيط.
- 2 إحساس بالالواقعية (العالم الخارجي غريب، غير واقعي و خطير).
- 3 إحساس بالحذر المفرط، خاصة نحو جسدها، تراقب أفكارها و تحسّ كأنّها في حلم.

**المحك (C): توجد إعادة معايشة الحدث الصدمي:**

- 1 تكريات تكرارية و مستمرة في شكل ومضات *Flash-back* و صور مثيرة للقلق.

- 2 أحلام تكرارية صعبة.
- 3 -إحساس المتكرّر بأنّ الحدث سيعاود الحدوث من جديد أو سيتكرّر.
- 4 -ردود فعل جسدية عندما تتحدّث عن الحدث أو تتعرّض للمؤشّرات الخارجية المثيرة (كأن تأتي فتاة جديدة إلى المركز ضحية اعتداء جنسي).
- المحك(D): يوجد تجنّب مستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة:**

- 1 -مجهودات لتجنّب الأفكار و الأحاسيس المرتبطة بالصدمة.
- 2 -إختزال واضح للإهتمام بالنشاطات الهامة.
- 3 -إحساس بالقطيعة مع الآخرين و بالغرابة.
- 4 -إحساس بمستقبل مسدود.
- 5 -إختزال العواطف.
- المحك(E): حضور أعراض تترجم حالة من الحصر و فرط التنشيط العصبي-**  
**الإعاشي:**

- 1 -إضطرابات في النوم.
- 2 -يقظة مفرطة.
- 3 -صعوبة في التركيز.
- 4 -هجمات انفعالية من الغضب و البكاء الشديد.
- المحك(F): الإضطراب أثار معاناة نفسية دالّة إكلينيكية مع إصابة في العلاقات العائلية و اختزال العواطف.**

**المحك(G): إستمرّ الإضطراب أكثر من شهر و أقل من 3 أشهر (ذو طابع حاد).**

- بالنسبة للمحور -II- لا يوجد إضطراب في الشخصية.
- بالنسبة للمحور -IV- لا يوجد إضطراب نفسي-اجتماعي أو محيطي هام.
- نشير بالذكر أنّ تطوّر تناذر ما بعد الصدمة يكون كما يلي:

✓ ردود فعل حادّة للإجهاد الصدمي *Réaction aigue de stress traumatique* (أقل من 4 أسابيع).

✓ إجهاد ما بعد الصدمة *Stress post- traumatique* (أكثر من شهر).

✓ إجهاد ما بعد الصدمة الحادّ *Stress post- traumatique aigu* (أقل من 3 أشهر).

✓ إجهاد ما بعد الصدمة المزمن *Stress post traumatique chronique* (أكثر من 3 أشهر).

✓ إجهاد ما بعد الصدمة المؤخّر أو المؤجلّ *Stress post- traumatique différé* (يكون ظهوره بعد 6 أشهر أو حتى بعد عدّة سنوات).

### الفرضية المعرفية السلوكية:

إنّ ظهور الإضطراب عند الحالة (غ) كان ناتجا عن تشوّه معرفي تطوّر مع الوقت من خلال ميكانيزمات التعميم و الإشرط الإجرائي. فحسب نموذج *Barlow* (11) محاولة الإعتداء الجنسي التي عانتها الحالة سمحت بظهور خوف حادّ مع ردود فعل الإجهاد اتجاه وضعية تهديدية، مع إدراك مبالغ فيه لخطورة العالم الخارجي و عدم القدرة على التنبؤ و المراقبة و التحكم في تبعات الحدث. ومن خلال التحليل الوظيفي لأفكار الضحية نستنتج أنّ التعميم أدّى إلى إحساس الحالة بالهشاشية و الجروحية مع شعور بالضيق و الحصر الشديدين حتى خارج الظروف الخاصّة بالحدث، مثلما هو الشأن عند ذهابها إلى النوم، و تعميم الحدث على كلّ الرجال، فسيرورة الإشرط الإجرائي هي التي تفسّر ظهور الإضطرابات عند الحالة (غ). نلاحظ إنّه أهمية التفسير في بنية الخوف، فالصدمة تأتي بعكس المعتقدات المشتركة، لأنّ المخططات المعرفية (الشيئات) الموجودة سابقا هي:

- العالم آمن.
- بإمكاننا توقع الأحداث.
- لا شيء سيء سيحدث لنا.
- بإمكاننا تسيير الأحداث و التحكم فيها.

فالبنيات المعرفية القاعدية المكوّنة خلال تجاربنا تمثل نظام معتقداتنا الأساسية، و هي التي تتحكّم في نفس الوقت في طريقة رؤيتنا للعالم و التفاعل معه. فالفرد عندما يتعرّض لحدث معيّن يقوم بتقييمه وفقا لنظام المعتقدات الخاصّ به، و لهذا فإنّ الشيئات المعرفية المشوّهة عند الحالة (غ) كانت كالتالي:

✚ الإحساس بالهشاشية و الجروحية: بإمكانني أن أكون ضحية اعتداء جنسي في أيّ وقت.

✚ الإحساس بعدم الأمان: العالم خطير و المجتمع لا يرحم.

✚ عدم القدرة على التنبؤ: ليس بإمكانني تنبؤ الأحداث.

✚ عدم القدرة على المراقبة: لست قادرة على التحكّم في الأحداث و مراقبتها.

✚ مشاعر التائب: الخطأ خطئي، لو اتخذت موقفا سليما منذ البداية لما حدث لي ما قد حدث.

إذن نلاحظ أنّ الشيمات المعرفية تغيّرت بعد الحدث الصدمي، هذا الأخير كان سببا في تشويه البنية المعرفية كما سمح بظهور أفكار آلية سلبية لا تكتيكية (غير متكيفة).  
وضمن قائمة المشوّهات المعرفية العشرة كإقصاء الإيجابيات ، عبارة الوجوبيات، التضخيم و التقليل...فإنّ من بين السيرورات المعرفية المسؤولة عن ظهور الأفكار المشوّهة عند الحالة (غ) نذكر:

✚ **المغالاة في التعميم *Sur généralisation***: عمّمت الحالة الحدث الصدمي على سلوكاتها المستقبلية، و انطلاقا من حدث واحد خرجت بنتائج عامة كقولها: بإمكانني أن أكون ضحية إعتداء جنسي في أيّ وقت.

✚ **التجريد الإنتقائي *l' abstraction sélective***: لا تُدرِك الحالة إلّا الجانب السلبي للأحداث، كما تركّز على التفاصيل المزعجة و رؤية الأمور بسلبية تامّة، فهي تركّز فقط على الإنتقام و التبرّأ من الأب و عدم التفكير في مستقبلها، خاصّة و أنّها مازالت عذراء و جميلة.

✚ **الإستدلال الإنفعالي *le raisonnement émotionnel***: هو الإعتماد على الأحاسيس كأدلة عن الأمور التي حدثت كالشعور بفقدان الأمل و اليأس و الحزن الشديد، فالحالة تقول أنّ حياتها ضاعت و لا مستقبل لها.

✚ **قراءة أفكار الآخر *la lecture des pensées d' autrui***: تعتقد الحالة أنّ الناس يحتقرونها و ينظرون إليها نظرة دونية خالية من تقدير الذات، فهي تشعر بالخجل و الإهانة وأنّ الكلّ يتكلّم عنها.

هذه الطريقة المشوّهة في التفكير جعلت الحالة تدرك الحدث الصدمي بشكل سلبي و الذي تحدّدت من خلاله إستجابة الإجهاد ما بعد الصدمة.

### تطبيق البرنامج العلاجي المقترح:

إنّ البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي يستند على حقيقة مفادها أنّ الأفكار هي السبب في إنتاج السلوكات و الإنفعالات، و لهذا يعتبر هذا البرنامج مجموعة من المفاهيم و الأفكار النظرية التي تعتمد على التأثير المتبادل بين التفكير- الأحاسيس و السلوكات، يقابلها مجموعة من الإجراءات و التقنيات المعرفية و السلوكية، لتشكّل في مجموعها برنامجا منظما يهدف إلى تعديل الأفكار المشوّهة و الغير عقلانية و ما يسندها من أدلة من خلال استخدام تقنية الحوار السقراطي. أمّا الهدف العام من البرنامج العلاجي المقترح هو خفض حدّة و تكرار أعراض ما بعد الصدمة. و في هذا المقال لا يسعنا المجال لذكر كل الخطوات و التقنيات المستعملة في هذا البرنامج بالتفصيل، لكن سنشير إلى أهم مراحل و أهدافه بشكل عام. فبعد كلّ من مرحلة تقييم أعراض ما بعد الصدمة و مرحلة إقامة العلاقة العلاجية التي شرحنا من خلالها للضحية معنى الإجهاد ما بعد الصدمة، أهداف البرنامج و مدته، قمنا بعد ذلك بتوجيه الإهتمام إلى ثلاث استراتيجيات هامة و هي:

➤ العمل على التسيير الجيّد للإنفعالات و تقبّلها.

➤ العمل على تحديد الأفكار المشوّهة و بناء أفكار واقعية جديدة.

➤ التخفيف من شدّة الحصر عن طريق الإسترخاء.

#### 1- العمل على التسيير الجيّد للإنفعالات و تقبّلها:

في هذه المرحلة قمنا بتطبيق العديد من التمارين و التقنيات التي تهدف بشكل عام إلى:

- تسهيل الإحساس بالإنفعالات.

- تسهيل تحديد و تسمية الإنفعالات.

- تسهيل تقبّل الإنفعالات.

- تسهيل التعبير عن الإنفعالات.

فالهدف الرئيسي من هذه الإستراتيجيات هو العمل على الإدماج الإنفعالي للصدمة، الأمر الذي يسمح بخفض أعراض ما بعد الصدمة كانهزال القلق، الحصر، الغضب و الخجل.

و تحديد الإنفعالات هو الطريق الأساسي للوصول إلى المعرفيات المرتبطة بالصدمة، حيث تساعدنا هذه الإستراتيجيات على تسهيل احتكاك الضحية بانفعالاتها و الوعي بها و القدرة على تقبلها، و بالتالي الوصول إلى التفكير المعدل لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة. من بين التقنيات المستخدمة في هذه المرحلة نذكر:

- بطاقة الإنفعالات ذات الأبعاد الأربعة الأساسية (الأفكار، الأحاسيس الجسدية، الذاكرة و الإنتباه، السلوك أو الميل إلى الفعل).
- تمرين الملاحظة الذاتية بتسجيل الوضعيات، الأحاسيس الجسدية و تحديد درجة الإحساس بالسوء الناتج عن مثل هذه الإحساسات الجسدية.
- تقنية الزهرة العائبة *la fleur vicieuse* التي تركز على العلاقة بين الإنفعال و السلوك و التفكير.

## 2- العمل على تحديد الأفكار المشوّهة و بناء أفكار واقعية جديدة:

- في هذه المرحلة أيضا قمنا بتطبيق مجموعة من الإستراتيجيات التي تهدف إلى:
- تحديد الأفكار المرتبطة بدرجة السوء الناتجة عن الإنفعالات المقلقة.
  - اختبار الأفكار السلبية عن طريق التساؤلات السقراطية.
  - اعتماد تفسيرات جديدة أكثر واقعية من أجل خفض حدّة الإجهاد.
  - تحديد المعتقدات الأساسية اتجاه الذات، الآخرين و العالم الخارجي.
  - دراسة المعتقدات السلبية و استبدالها بمعتقدات إيجابية.

بما أنّ الأفكار هي عبارة عن تفسير للواقع، فمن المهم جدًا اعتبارها كفرضية تتطلب الإثبات، فالضحية لا بدّ أن تتساءل حول هذه التفسيرات و النتائج، و يشكّل الحوار السقراطي إستراتيجية اختيارية تسمح بتوجيه الضحية و بليونة إلى إعادة تقييم هذه التفسيرات من خلال مجموعة من التساؤلات. و قد وجّهنا الأسئلة السقراطية إلى أربعة أهداف رئيسية:

- إحتمال معاودة إنتاج الحدث الصدمي.
- طاقة الحدث الخطيرة المحتملة.
- قدرة الضحية على منع إعادة حدوث التجربة الصدمية.
- قدرة الضحية على تقبل نتائج الحدث و قدرتها على المواجهة.



و من بين التمارين المستعملة في هذه المرحلة نذكر:

- تمرين دائرة الإسنادات الفكرية (سبب الحدث، ردود الفعل أثناء الحدث، اتجاهات المحيط و أعراض ما بعد الصدمة).
- شبكة إعادة صياغة البنية المعرفية المشوّهة.
- شبكة صياغة الأفكار الواقعية مع التساؤلات السقراطية.

### 3- التخفيف من شدة الحصر عن طريق الإسترخاء.

قمنا بتطبيق هذه التقنية في مختلف مراحل البرنامج العلاجي، فهي تساعد الضحية على تخفيض أعراض فرط التنشيط العصبي- الإعاشي. و تمارين الإسترخاء تسمح للضحية بالشعور بالقدرة على مراقبة درجة الحصر والإحساس بفعاليتها و قدرتها الذاتية. و من بين التقنيات التي اعتمدها نذكر كلّ من استرخاء التنفس العميق، الإسترخاء العضلي و استراتيجيات ترفهية أخرى كتمارس الرياضة، الإستماع إلى الموسيقى، الكتابة و الرسم. في الأخير نشير بالذكر أنّ مدة البرنامج العلاجي دامت ستة أشهر من شهر جانفي إلى شهر جوان 2011.

### خلاصة:

إنّ محاولة الإعتداء الجنسي عند الحالة (غ) سبّبت تغييرا جذريا في معتقداتها و ساهمت في تشويه الشيمات المعرفية عندها في ثلاث نقاط رئيسية:

1 -قابلية التنبؤ.

2 -قابلية التحكم و المراقبة.

3 -التأنيب.

و قد سمح البرنامج العلاجي للحالة من خلال الإسترخاء و التسيير الجيّد للإنفعالات بخفض حدّة الإجهاد و الحصر و الوعي أكثر بانفعالاتها و تقبلها من جهة، و من خلال إعادة صياغة البنية المعرفية بتعديل أفكارها السلبية و الغير منكيّفة مع الواقع، من جهة أخرى. هذا ما أثبتته التقنيات المستخدمة في هذا البرنامج. في الأخير نقول أنّ حالة الإجهاد ما بعد الصدمة تعدّ اضطرابا هامًا، و النماذج المعرفية تسمح بعلاج خاص لهذا الإضطراب، خاصة إذا كان العلاج مبكرا.

نشير بالذكر أن دافعية الحالة (غ) و استعدادها للعلاج و رغبتها في التغيير ساهمت بشكل كبير في تحقيق البرنامج العلاجي لنتائج إيجابية.

الهوامش:

- 1- Ellis.A.1980, **theorie of counseling and psychotherapy**, Harper and Row, New york, P 67.
- 2- Freud.S.1967, **Essais de psychanalyse**, Nathan, Paris, P 17.
- 3- Barrois.C .1998, **Les névroses traumatiques : le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques**, 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, P 49.
- 4- Crocq.L. 2000, **Critique du concept d'état de stress post traumatique** ; dossier documentaire ; **Prise en charge psychologique des enfants traumatisés par la violence liée au traumatisme**, programme de coopération Algérie-UNESCO, P 40.
- 5- Anaut.M. 2003, **La résilience**, Nathan, Paris, P 17.
- 6- Ibid. P17.
- 7- Vaiva.G, Lebigot.F et al. 2005, **Psycho traumatismes : prise en charge et traitement**, Masson, Paris, P21.
- 8- Brillon.P, Ph.D. 1992, **Comment aider les victimes souffrant de stress post traumatique** ; guide à l'intention des thérapeutes, les éditions Quebecor, Canada, P 65.
- 9- Ibid. P 70.
- 10- Lopez.G et Sabourand-seguin. 1998, **Psychothérapie des victimes**, P 98.
- 11- Ibid. P 102.

\*DSM-IV- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي:-

(\*\*) L'Echelle Modifiée des Symptômes du TSPT ; Falsetti, Resnik, Resick et Kilpatrick, 1993.