



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة وهران 2 محمد بن احمد
Université d'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطفونيا

شعبة: علم النفس العيادي
أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د.
تخصص علم النفس النمو والمرضي للطفل والمراهق بعنوان:

مساهمة ال EMDR في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة.
مقاربة علاجية للمراهقات المعنّفات أسرياً

إعداد الطالب: أسامة مجاهدي
تحت إشراف: أ.د بدرة معتصم_ميموني

أعضاء لجنة المناقشة:

الجامعة	الصفة	الرتبة	إسم الأستاذ
جامعة وهران 2	رئيسا	أستاذة التعليم العالي	سعاد رحاوي_كحلولة
جامعة وهران 2	مشرفا	أستاذة التعليم العالي	بدرة معتصم_ميموني
جامعة وهران 2	مناقشا	أستاذة التعليم العالي	لطيفة زروالي
جامعة وهران 2	مناقشا	أستاذة محاضرة -أ-	نادية سبع
جامعة تلمسان	مناقشا	أستاذة التعليم العالي	جويدة برحيل_بن عصمان
جامعة مستغانم	مناقشا	أستاذة التعليم العالي	كريمة علاق

السنة الجامعية: 2020-2021

الإهداء.

إلى والدي العزيزين أدام الله لهما الصحة والعافية
إلى جميع أفراد العائلة

إلى أساتذتي الأجلاء أهدي بعضاً من طيب غرسهم الكريم تقديراً لعطائهم
إلى جميع الأصدقاء والزملاء.

كلمة شكر.

الحمد لله والشكر لله الذي بتوفيقه أنجز هذا العمل، فأرجوا له القبول وللقائمين عليه. يطيب لي أن اتقدم بأسمى عبارات الشكر والثناء وعظيم التقدير إلى مؤطرتي البرفسور: "بدرة معتصم_ميموني" لقبولها الاشراف على هذا العمل المتواضع، والتي بدلت فيه جهدا صادقا مخلصا في تأطيره وتوجيهه فلها مني كل الشكر والامتنان، وأرجوا من الله أن يجزيها الجزاء الأوفى.

كما أتقدم بالشكر إلى السيدات أعضاء لجنة المناقشة، لقبولهن مناقشة هذا العمل بتصويبه وإثرائه من خلال تقييماتهن وملاحظاتهم.

كما أتوجه إلى أفراد الدراسة وأوليائهن الذين شاركوا في الدراسة من بدايتها إلى نهايتها. الشكر موصول للأساتذة والزملاء وكل من قدم لي يد الدعم والمساعدة.

ملخص الدراسة.

تهدف هذه الدراسة إلى تجربة فعالية إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال (EMDR) في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة ال (PTSD) لدى المراهقات اللاتي تعرضن لصدمة نفسية بسبب العنف الصادر من أحد أفراد العائلة، اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي ذي التصميم التجريبي المزدوج، وهو التصميم بين المجموعات (تجريبية - ضابطة)، وداخل المجموعات (قبلي - بعدي)، حسب مقياس "دافيدسون"، "Davidson" لقياس اضطراب ما بعد الصدمة. في مراحل عديدة من التتبع، وهتم بدراسة التغيرات التي تطرأ على المجموعتين بعد تلقي المجموعة التجريبية العلاج بال (EMDR) وانخفاض حدة اضطراب ما بعد الصدمة الذي يكون نتيجةً لتعرض المراهقات حالات الدراسة للسلوك العنيف من أحد أفراد الأسرة الذي بسببه حدثت لهن اضطرابات نفسية وآثار جسدية خلّفت لديهن أعراض نفسية تشخص باضطراب ما بعد الصدمة.

وتوصلت النتائج الحالية إلى أن العلاج بال (EMDR) يخفف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة كما أظهرت النتائج الايجابية لهذه الدراسة، لأنه يقوم بإعادة تنظيم المعالجة التكيفية للمعلومات التي أدخلت بشكل غير تكيفي أثناء تلقي الصدمة، وهذه المعالجة تسمح للفتاة المراهقة أن تستعيد عافيتها النفسية بشكل سريع نسبياً من أي علاج نفسي آخر.

وتنص نتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة الحالية إلى:

- أن تقنية الحركات المتناوبة ضمن العلاج بال (EMDR) لها فعالية في خفض التحسس الناتج عن الحوادث الصادمة لدى حالات الدراسة كما تقلل من الشعور بالانزعاج الذي يحدث عند تذكر الحادث الصادم.
- إن العلاج بال (EMDR) له فعالية كبيرة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من قبل احد أفراد العائلة.

- ساهم العلاج بال (EMDR) في خفض أعراض الاضطراب المتمثلة في الاسترجاع الذهني والتجنب والاستشارة الزائدة.
- حافظ أفراد المجموعة التجريبية على الاستقرار الايجابي بعد مدة ستة أشهر من العلاج ولم تحدث انتكاسة طوال تلك الفترة التتبعية مما يثبت مساهمة العلاج واستمرارية فعاليته في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.

- من خلال هذا العلاج يمكن مساعدة الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة وذلك من خلال كل ما تعكسه النتائج الايجابية للدراسة.

الكلمات المفتاحية: إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين، اضطراب ما بعد الصدمة، المراهقة المعتقة، العنف

الأسري

Résumer :

Cette étude vise à tester l'efficacité de l'(EMDR) dans l'atténuation de trouble de stress post-traumatique (ESPT) chez les adolescentes qui ont subi un traumatisme psychique (violence venant d'un membre de la famille), la présente étude s'est appuyée sur l'approche expérimentale à double conception expérimentale, qui est la conception entre groupes (expérimental - contrôle), et au sein de groupe (pré-dimensionnel), selon l'échelle (Davidson), qui mesure le degrés de (ESPT), à de nombreuses étapes de la traçabilité et des progrès du traitement au groupe expérimental. L'étude vise à rapporter les changements qui se produisent dans les deux groupes après que le groupe expérimental a reçu un traitement avec (EMDR), la diminution de la gravité du (ESPT). Ce trouble résulte du fait que des adolescentes sont exposées à un comportement violent de la part d'un membre de la famille.

Notre hypothèse principale est: la thérapie par (EMDR) va réduire la gravité des symptômes de l'ESPT, car elle réorganise le traitement adaptatif des informations qui ont été introduites de manière non adaptative lors de la réception du choc, et ce traitement permet à l'adolescente de se remettre relativement rapidement.

Les résultats de l'étude sont :

- La technique d'alternance des mouvements dans la thérapie (EMDR) est efficace pour réduire la sensibilité due aux accidents traumatiques dans les cas d'étude et réduit la sensation d'inconfort qui se produit lors de la mémorisation de l'accident traumatique.

- La thérapie (EMDR) est très efficace pour traiter le (ESPT) chez les adolescentes qui ont subi de la violence de la part d'un membre de la famille.

- La thérapie (EMDR) a réduit les symptômes de troubles mentaux, tels que la reviviscence, l'évitement et la surexcitation.

- Les membres du groupe expérimental ont maintenu une stabilité positive après une période de six mois après le traitement et il n'y a pas eu de rechute tout au long de cette période. Ce suivi prouve l'apport du traitement et la continuité de son efficacité dans le traitement du (ESPT).

- Grâce à ce traitement, il est possible d'aider les personnes atteintes du (ESPT)

Mots clés: EMDR, ESPT, adolescente battue, violence familiale.

Abstract :

This study aims to test the efficacy of (EMDR), in alleviating post-traumatic stress disorder (PTSD) in adolescent girls who have experienced psychological trauma due to violence from a family member. The current study relied on the experimental approach with dual experimental design, which is design between groups (experimental - control), And within groups (pre-dimensional), according to the (Davidson) scale, to measure (PTSD). À de nombreuses étapes de la traçabilité et des progrès de la fourniture du traitement au groupe expérimental, et intéressé à étudier les changements qui se produisent dans les deux groupes après que le groupe expérimental a reçu un traitement avec (EMDR)) The reduced severity of (PTSD) that is the result of adolescent girls being exposed to violent behavior by a family member due to which they have experienced mental disorders and physical effects that have had psychiatric symptoms diagnosed with (PTSD).

The conclusion of the results of the current study, as (EMDR) treatment comes to reduce the severity of (PTSD) as it appeared in the positive results of this study, because it reorganizes the adaptive treatment of information that has been introduced in an adaptive manner while receiving the shock, and this treatment allows the teenage girl To recover relatively quickly from any other psychiatric treatment.

The results of the current study state:

- The technique of alternating movements within (EMDR) psychotherapy is effective in reducing sensitivity due to traumatic accidents in study cases and reduces the feeling of discomfort that occurs when remembering the traumatic accident.

- (EMDR) psychotherapy is highly effective in treating (PTSD) in adolescent girls who have experienced violence by a family member.

- (EMDR) therapy reduced symptoms of mental disorder, such as restoration, avoidance, and over excitation.

- The members of the experimental group maintained positive stability after a period of six months of treatment and there was no relapse throughout this.

- The follow-up period, proves the contribution of the treatment and the continuity of its effectiveness in treating PTSD.

- Through this treatment, it is possible to help individuals with (PTSD) through all that is reflected in the positive results of the study.

Key words: EMDR, PTSD, battered teenager, family violence.

- فهرس المحتويات:

الرقم	قائمة المحتويات	الصفحة
*	أهداء.....	أ
*	كلمة شكر.....	ب
*	ملخص الدراسة.....	ج
*	فهرس المحتويات.....	د
*	فهرس الجداول.....	و
*	فهرس الأشكال.....	هـ
*	مقدمة.....	15
	الفصل الأول: مدخل الدراسة.....	17
	1- طرح الإشكالية.....	18
	2- فرضيات الدراسة.....	20
	3- أسباب اختيار الموضوع.....	21
	4 - أهداف وأهمية الدراسة.....	22
	5- صعوبات الدراسة.....	23
	6- المصطلحات الإجرائية.....	24
	7- حدود الدراسة.....	26
	8- منهج الدراسة.....	27
	الفصل الثاني: مرحلة المراهقة.....	29
	1-تعريف المراهقة.....	31
	3- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة.....	35
	4- النظريات والاتجاهات المفسرة لمرحلة المراهقة.....	40
	5- أنماط المراهقة.....	43
	6- حاجات الفرد في مرحلة المراهقة.....	46
	7- مشكلات مرحلة المراهقة.....	47
	8- المراهق المعنّف.....	49
	الفصل الثالث: العنف الأسري.....	52

53	1-تعريف العنف، الأسرة، العنف الأسري.
59	2-الاتجاهات النظرية المفسرة لظاهرة العنف: لماذا يلجأ الفرد للعنف؟
65	3-أنواع العنف.
69	4- الأسباب المؤدية إلى العنف الأسري.
76	5- آثار العنف.
80	6- طرق الوقاية والحد من سلوك العنف.
29	الفصل الرابع: اضطراب ما بعد الصدمة.
84	1-التطور التاريخي لمفهوم اضطراب ما بعد الصدمة.
86	2-مفاهيم متداخلة مع اضطراب ما بعد الصدمة.
90	2-النماذج النظرية في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة.
98	4-أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
104	5-اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال والمراهقين.
105	6-تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة.
111	7-التوصيات العلاجية لاضطراب ما بعد الصدمة.
113	8- الأعمال التي اهتمت بمساهمة الـ EMDR والعلاجات الأخرى في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.
115	الفصل الخامس: علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين الـ EMDR.
116	1- تاريخ ظهور وأصل اكتشاف الـ EMDR.
120	2- الأساس النظري للـ EMDR.
128	3-الافتراضات المتعلقة بطريقة عمل الـ EMDR.
133	4- المراحل الثمانية لبروتوكول الـ EMDR.
136	5-الأدوات المستخدمة في العلاج.
138	6- موانع وحالات الاستعمال بالنسبة لعلاج الـ EMDR.
142	7- إبطال التحسس وعادة المعالجة بحركة العين بين مؤيد ومعارض.
148	8- الـ EMDR علاج انتقائي تكاملي.
149	الفصل السادس: الإجراءات المنهجية.
151	التذكير بفرضيات الدراسة.

152	1- متغيرات البحث.....
152	2-مراحل الدراسة الاستطلاعية.....
154	3- التعريف بالمؤسسات والمصالح.....
161	4- التكوين في ال EMDR.....
164	5- مراحل الدراسة الأساسية.....
170	6- المنهج المستخدم في البحث.....
171	7- أدوات البحث.....
189	8- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....
190	الفصل السابع: نتائج الدراسة.....
191	1-1- عرض وتحليل النتائج الكيفية للدراسة.....
218	1-2- عرض وتحليل النتائج الكمية للدراسة.....
224	2- مناقشة النتائج.....
236	3- اسهامات علمية.....
237	قائمة المراجع.....

فهرس الجداول.

146	الجدول رقم 01: التوصيات العالمية لاستعمال علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين في التكفل النفسي بضحايا الصدمات النفسية.....
38	الجدول رقم 02: يمثل مختلف خصائص النمو قبل وفي مرحلة المراهقة.....
155	الجدول رقم 03: يوضح عدد وتوزيع طاقم المصلحة.....
166	الجدول رقم 04: يبين مواصفات أفراد العين الضابطة.....
166	الجدول رقم 05: يبين مواصفات أفراد العينة التجريبية.....
218	الجدول رقم 06 يبين مقياس "T" لدراسة الفروق بين متوسطات درجات سلم ال(SUD) لكل هدف معالج لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد التقييم الذاتي في بداية ونهاية تطبيق البرنامج العلاجي.....
219	الجدول رقم 07: يبين فروق بين متوسطات التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للمقياس في درجات تخفيف حدة اضطراب ما بعد الصدمة للمجموعة التجريبية.....
220	الجدول رقم 08: يبين فروق بين متوسطات التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي (بعد 3 أشهر) في درجات حدة اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية.....

- الجدول رقم 09: يبين فروق بين متوسطات التطبيق التبعي ثلاث أشهر والتطبيق التبعي بعد ستة أشهر في درجات حدة اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية. 221
- الجدول رقم 10: يوضح فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي (بعد الانتهاء من علاج المجموعة التجريبية). 222
- الجدول رقم 11: يوضح فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق التبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج). 223

فهرس الأشكال.

- الشكل رقم 01: مخطط توضيحي لعملية العلاج ومختلف مراحل تطبيق المقياس (مجريات الدراسة الأساسية) 29
- الشكل رقم 02: مخطط توضيحي لطريقة « Vittoz » 119
- الشكل رقم 03: مخطط توضيحي للهيكل التنظيمي لمصلحة الطب العقلي والنفسي. 157
- الشكل رقم 04: مخطط توضيحي للهيكل التنظيمي للقطب الاستشفائي (افينيون_مونتفاي) 159
- الشكل رقم 05: يوضح الهيكل التنظيمي لمقر جمعية سارب. 161

مقدمة: تلعب الأسرة دورا هاما وأساسيا في تكوين الأفراد فقد تُنشأ أفرادا أسوياء متشبعين بالحب والاحتواء وقد تُنشأ أفرادا

يعانون اضطرابات نفسية أو غيرها من المشاكل العقلية جراء سوء المعاملة داخل ذلك النسق والإطار الذي تكونه الأسرة، وتزداد خطورة ذلك التأثير في المراحل المبكرة من العمر خصوصا أثناء طور اكتساب النضج والانتقال إلى مرحلة عمرية تعتبر استمرارا لما سبقتها، لكن إذا عايش خبرة العنف والظلم الغير المبرر في نفس الإطار والذي يكون فيه المعتدي أحد أفرادها، فكل هذا يسبب له الرعب والضغط النفسي الذي يؤدي إلى تضاؤل مشاعر الأمن مما ينعكس على توافقه النفسي وتحصيله الدراسي والسلوك الاجتماعي بالإضافة إلى العلاقة مع الآخرين. وتختلف الاستجابات باختلاف الفرد نظرا للمرونة المكتسبة ولل فروق الفردية من جهة وشدة الصدمة النفسية للعنف المتعرض له ونوعيته من جهة أخرى، فبعض المراهقين لا يستطيعون تجاوزها وتصل بهم في بعض الحالات إلى اضطرابات معقدة تحجبهم عن العيش السليم، وتختلف هذه الاضطرابات على اختلاف الفروق الفردية فتكون إما الاكتئاب، الاضطرابات نفسجسدية... وأيضا اضطراب ما بعد الصدمة موضوع الدراسة، وكباقي الاضطرابات يأتي علم لنفس لإيجاد طرق وتقنيات علاجية لإعادة التوازن النفسي للفرد حيث يبرز في هذا المجال علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال (EMDR) الذي انتشر في المجتمع الغربي في الفترة الأخيرة.

ووفقا لعلم الأمراض النفسية ووفقا للمرضى ووفقا للمنهجيات المتبعة، من الواضح أن تطبيق هذا العلاج ينتج عنه تأثيرات إكلينيكية تفصل في فعاليته. فحسب "لديسلاس، Ladislav" (2010) يجد أن من الضروري أن يدوّن هذا العلاج الذي يبدو

فعالا أيضا في علاج العديد من الاضطرابات النفسية بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة. (Ladislav, 2010, p.10)

وتشمل هذه الأطروحة على مقدمة وكذا الفصول النظرية والأخرى التطبيقية، بينما تنقسم الفصول النظرية إلى أربعة فصول، الفصل الأول المعنون ب مدخل الدراسة الذي يقدم فيه طرح الإشكالية الأساسية والتساؤلات الفرعية المرتبطة بها، وكذا طرح الفرضيات، إضافة إلى توضيح أبرز الأسباب الدافعة لاختيار الموضوع، وتبيين الأهمية والأهداف المسطرة المرغوب الوصول إليها، والانتهاؤ بتحديد الظروف المكانية والحدود الزمنية والبشرية مع توضيح منهجية الدراسة والإجراءات المتعلقة بها.

ويتعلق الفصل الثاني بمتغير المراهقة حيث احتوى هذا الفصل على تعريفات متعلقة بفترة المراهقة ومراحلها حسب أغلب العلماء، ثم مظاهر النمو في مرحلة المراهقة، بالإضافة إلى النظريات والاتجاهات المفسرة لها، وأنماط المراهقة، ثم حاجات التي تتطلبها مرحلة المراهقة والمشكلات التي تواجه الفرد في مرحلة المراهقة والمراهق المعنف.

بينما خصّص الفصل الثالث إلى متغير مهم يعد السبب الرئيسي لقيامنا بهذه الدراسة ألا وهو العنف الاسري، فنذكر في هذا الفصل كل مايشمل تعريف العنف الأسري ثم الاتجاهات المفسرة لظاهرة العنف وانواعه والأسباب المؤدية له وما يخلفه من آثار سواء نفسية او جسدية على الضحية بينما نذكر في الأخير طرق الوقاية منه.

الفصل الرابع خصص لمتغير اضطراب ما بعد الصدمة أين نبين تطور تاريخ المصطلح وزمن تصنيفه كاضطراب، ونبرز أهم التعاريف المتعلقة به والمصطلحات المشابهة له لتوضيح الفروق بينها، ثم التطرق إلى النماذج النظرية المفسرة له، مع ذكر الأعراض المرتبطة بالتشخيص إضافة إلى الأعراض المتعلقة بمرحلة المراهقة، والانتهاه بالتوصيات العلاجية لاضطراب ما بعد الصدمة.

أما الفصل الخامس اشتمل على متغير العلاج النفسي إبطل التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين، تاريخ ظهوره وأصل اكتشافه والعقبات التي واجهها نحو الاعتراف به، كما يحتوي على التعريف به وسرد الأساس النظري والتعريف على المراحل الثمانية للبروتوكول العلاجي الذي يحتوي عليه مع ذكر أبرز الأدوات المستخدمة فيه، وذكر حالات دواعي وموانع استخدامه، بالإضافة إلى تبيان وجهات الرأي بين مؤيد ومعارض والتعليق عليها بصورة عامة، مع إبراز أهم الهيئات العالمية والرسمية التي تعترف بهذا العلاج، وتبيان التباين الذي يؤطره.

وتنقسم الفصول التطبيقية إلى فصلين أساسيين وهما كالآتي:

يتناول الفصل السادس الدراسة الاستطلاعية التي أجريت في مصلحة الأمراض النفسية والعقلية بالمستشفى الجامعي د.دمرجي تلمسان بالإضافة إلى مقر جمعية سارب (S.A.R.P) دالي إبراهيم الجزائر العاصمة والقطب الاستشفائي الخاص بالأمراض العقلية في فرنسا، ثم يتناول هذا الفصل شرح إجراءات الدراسة الأساسية مع عرض المنهجية التي قامت عليها الدراسة من حيث الخطوات المتبعة ووصف مجتمع البحث، وكذلك وصف الأدوات والمقاييس المستخدمة بما في ذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.

وقد خصص الفصل السابع لسرد النتائج المتعلقة بالدراسة وكذا تفسيرها على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة، وتُختم هذه الأطروحة بخاتمة وتوصيات اقتراحات، مع إدراج قائمة المراجع والملاحق.

مدخل الدراسة

- 1 طرح إشكالية الدراسة.
- 2 فرضية الدراسة.
- 3 أسباب اختيار الموضوع.
- 4 أهداف وأهمية الدراسة.
- 5 صعوبات الدراسة.
- 6 المصطلحات الإجرائية.
- 7 حدود الدراسة.
- 8 منهج الدراسة.

تمهيد: يُقدّم في هذا الفصل الدراسات طرح الإشكالية الأساسية والتساؤلات الفرعية المرتبطة بها، وكذا طرح الفرضيات، إضافة إلى توضيح أبرز الأسباب الدافعة لاختيار الموضوع، وتبيين الأهمية والأهداف المسطرة المرغوب الوصول إليها، والانتهاج بتحديد الظروف المكانية والحدود الزمنية والبشرية مع توضيح منهجية الدراسة والإجراءات المتعلقة بها.

1- طرح الإشكالية.

يتفق الباحثون على أن الصدمة النفسية تتمحور حول مواجهة حدث استثنائي وبصفة فجائية يشعر الفرد أنه في مواجهة تهديد حقيقي، مثل: الإصابات الجسدية الناتجة عن العنف والحوادث المفاجئة، الإبادة، الإيذاء، الخيانة، أو حتى في مشاهدة الآخرين يتلقون الأذى. في حين أن الأحداث الفجائية الضاغطة التي يمر بها الفرد تُحدث له اختلال في الروتين اليومي بدأً بتهديد حياته تهديدا حقيقيا ثم لتهدد تخطيط مسار مستقبله، فتظهر أعراض عديدة وتستمر إن لم يتلقى المصاب التكفل اللازم. وبعد فترة من مصاحبة الأعراض يكون الفرد غالبا في مواجهة مشكل خطير وواسع الانتشار يؤثر على مجرى الحياة من كل الجوانب ويعكر صفو الحياة والاستقرار النفسي ألا وهو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) الذي يمس جميع الفئات العمرية، إذ أن هذه الدراسة توجّه لإلقاء الضوء على فئة المراهقات اللاتي تعرضن إلى عنف لفظي وجسدي من أحد أفراد الأسرة، فالعديد من الدراسات الوطنية وغيرها أكدت أن العنف في الوسط الأسري يؤدي إلى تبعات وآثار غير محمودة لدى الضحايا، خصوصا إن كانت الضحية في سن يتطلب قدر كبير من العطف والاهتمام ليتمّ المرور إلى النضج بالشكل السوي. حيث أن أبرزت مجموعة الباحثات بالمركز الوطني للأبحاث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية (C.R.A.S.C) سنة (2006) أن النساء من مختلف الأعمار المتعرضات للعنف كان لديهن آثار جسدية متفاوتة الخطورة مترافقة مع اضطراب نفسي لا يخلوا من القلق.

(Moutassem-Mimouni B, 2008, p.79) ومن ناحية أخرى نجد أن العلماء ذهبوا إلى ضرورة إحاطة المرضى المتعرضين لصدمة نفسية ومضاعفاتها مثل اضطراب ما بعد الصدمة برعاية خاصة من جميع النواحي النفسية والعضوية والأسرية، في حين أنّ علم النفس يوفر العديد من الأساليب العلاجية التي يمكن الاعتماد عليها، وتسعى هذه الدراسة إلى استخدام علاج حديث يسمى ال (EMDR) ترجمةً لـ إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين، وهو علاج رائج في الدول الغربية في علاج هذا النوع من الاضطرابات، هذا إضافة إلى كونه علاج حديث قوبل بانتقادات كثيرة شأنه شأن أي تقنية أو علاج جديد ولهذا وجّهة هذه الدراسة للكشف عن إمكانية فعالية ونجاعة هذا العلاج في التخفيف من آثار ال (PTSD).

إن الـ (EMDR) إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين علاج تطور بشكل ثابت ونظرة ناشئة ومتجددة للعلاج النفسي، يكمل الطرق الأخرى الرئيسية للمعالجة النفسية بطريقة متينة وأكثر شمولية، ثم إن التركيز على أعراض المريض الحالية يمكن أن يعرف كصياغة معرفية سلوكية للمشكلة بينما التركيز على إعادة علاج الذكريات القديمة التي تسبب المشكلة يعتبر من تقاليد العلاج النفسي التحليلي. (Shapiro, 2002, p.30) حيث بين "د.وليد خالد" (2011) (إن الأهداف العامة للمعالجة بأنها تنجز أكثر التغيرات العلاجية عمقا وشمولية بينما تبقي المريض مستقرا في نظام اجتماعي متوازن). (وليد خالد، 2011، ص01) فمنذ اكتشاف الـ (EMDR) الذي استوحى تقنياته من عدة علاجات ونظريات نفسية وعصبية استنادا إلى التيار التكاملي الانتقائي الذي يضع كل السبل من أجل تكييف طرق وتقنيات والتبصر من نظريات رائجة من أجل الخروج بفكرة معدة حسب الاحتياج. (Tarquinio,c. & Tarquinio, P., 2015, p.31) انتشرت الدراسات حوله بصورة كثيفة لتبرز نتائج غير مسبوقه، حيث أن بعضها يؤكد على فعالية الـ (EMDR) في العلاج وتفوقها على بعض الأساليب والبعض الآخر أشار إلى أنها أقل فاعلية في التخفيف وعلاج اضطراب ما بعد الصدمة الاضطراب الذي زاد الاهتمام بدراسته بعد إلقاء الضوء عليه من قبل "فرانسيس شابيرو، F.Shapiro" التي تعتبر مؤسّسة ومطورة هذا العلاج.

يتجلى العنف في الوسط العائلي في مظاهر الإساءة المتمثلة في: (الإساءة البدنية، النفسية/العاطفية، الجنسية والاقتصادية). (جدوي زهية، 2017، ص.ص 46-47) والعنف الوالدي أو العائلي (أي نوع العنف الصادر من الوالدين أو أحد أفراد العائلة) المتمثل في السلوكات العنيفة الموجهة من الآباء أو أحد أفراد الأسرة نحو الأبناء أو الأفراد الآخرين لعوامل وأسباب متعددة، لكن بالنظر إلى النتائج والانعكاسات على الفرد المعنّف وعلى جميع أفراد الأسرة فإن لها تأثير جد سلبي وسام يدخل الأفراد المعنفين دون استثناء في دوامة مرضية جراء الصدمات التي يتلقونها. (Gustave-Nicolas Fisher, 2003, pp.116-122) بينما أدلت دراسة "سليمان مظهر" (2010) لظاهرة العنف في الجزائر أنه أحد الأسباب المهمة التي تساهم في تطوير عدة اضطرابات نفسية من بينها اضطراب ما بعد الصدمة، خصوصا في مرحلة المراهقة التي توصف على أنها مرحلة حاسمة في حياة الفرد. (سليمان مظهر، 2010، ص 122)

ومن ناحية أخرى قدمت الدراسات السابقة (Shapiro, 2002) (Gustave-Nicolas Fisher, 2003) (Moutassem-Mimouni B, 2008) (وليد خالد، 2011) (Tarquinio,c. & Tarquinio, P., 2015) (جدوي زهية، 2017) نتائج إيجابية في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، ولهذا تأتي الدراسة الحالية لتطرح مسألة مساهمة الـ (EMDR) في

التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة لدي المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من قبل أحد أفراد العائلة. ولتوضيح هذا الطرح جاءت الدراسة لتطرح التساؤلات على الشكل التالي:

● طرح التساؤل:

هل يساهم إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين الـ (EMDR) في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف الأسري؟

● التساؤلات الفرعية:

وبالنظر إلى طبيعة الاضطراب وأسباب نشوئه تأتي التساؤلات الفرعية على الشكل التالي:

(1)- هل لتقنية الحركات المتناوبة في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين فاعلية في خفض مستوى الانزعاج الذي يظهر على سلم الـ (SUD) لدى المراهقات اللاتي تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة ؟

(2)- هل علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين (EMDR) يساهم في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ؟

(3)- هل توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التبعي ثلاث أشهر ؟

(4)- هل توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق التبعي ثلاث أشهر والتطبيق التبعي ستة أشهر ؟

(5)- هل توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي (بعد الانتهاء من علاج أفراد المجموعة التجريبية) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية ؟

(6)- هل توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق التبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية ؟

2- فرضيات الدراسة.

● الفرضية الأساسية:

انطلاقاً من الإطار النظري والدراسات السابقة يظهر أنّ العنف الأسري الموجه على المراهقة يخلّف اضطرابات وخيمة منها الاضطراب موضوع الدراسة "اضطراب ما بعد الصدمة" الذي يتصف بأعراض أهمها التكرار الإرغامي للحادث الصادم وهذا يترتب عنه اضطرابات في النوم، التغذية، القلق، واضطراب الاتصال مع الغير. وقد يفيد العلاج بالـ (EMDR) في التخفيف أو اختفاء هذه الأعراض الناتجة عن هذا النوع من الصدمات وتبعاتها.

وإجابةً على التساؤلات المطروحة، وللتأكد من الفرضية السابقة وللحاجة المنهجية، فصلنا هذه الفرضية إلى متغيرات في الفرضيات التالية:

- (1) - تقنية الحركات المتناوبة في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين لها فاعلية في خفض مستوى الانزعاج الذي يظهر على سلم الـ (SUD) لدى المراهقات اللاتي تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة.
- (2) - إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين (EMDR) يساهم في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
- (3) - لا توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي ثلاث أشهر.
- (4) - لا توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق التتبعي ثلاث أشهر والتطبيق التتبعي ستة أشهر.
- (5) - توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي (بعد الانتهاء من علاج أفراد المجموعة التجريبية) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- (6) - توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق التتبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.

3- أسباب اختيار الموضوع.

الدوافع والأسباب من الإنجاز والبحث في هذا الموضوع كانت كالتالي:

- 2- مرحلة المراهقة مرحلة حرجة وحاسمة في تكوين فرد ناضج ويتمتع بتوافق مع نفسه وبيئته، ثم إن الكثير من فئة المراهقين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة لا يتلقون علاج مناسب ويعانون في صمت، لذا تسعى هذه الدراسة في الكشف عن إمكانية اعتماد علاج حديث موجه لهذا النوع من الاضطرابات.

3- إتقان علاج نفسي حديث، وكشف فعاليته بالتجريب، وللتأكد من مساهمته لمساعدة الأشخاص للتعافي.

4- الاستثمار والتدريب على البحث العلمي، وإثراءه بمختلف المعارف خصوصاً الحديثة منها والتي تلقت جدلاً واسعاً حول كفاءته من عدمه.

5- إثراء المكتبة الوطنية بالجانب الإكلينيكي الخاص بالعلاج النفسي الحديث.

4 - أهداف وأهمية الدراسة.

أ- زيادة إلى الأسباب الواضحة لتلخص أهداف الدراسة في النقاط التالية:

1- التعرف على مدى فعالية الـ (EMDR) في خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لفئة المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من قبل أحد أفراد العائلة .

2- فهم المراهقات وفهم معاناتهن إثر تعرضهن إلى العنف الجسدي الذي تطورت أعراضه النفسية إلى اضطراب ما بعد الصدمة وتأثيرها على كيانهن النفسي والاجتماعي.

3- محاولة تحسين حالة المراهقات عينة الدراسة من أعراض "التجنب، اضطراب الذاكرة، الاستشارة واليقظة الزائدة، اضطراب النوم...". ثم استخدام النتائج المتحصل عليها لمعرفة إمكانية تبني هذا العلاج لعينة أوسع.

4- إظهار وتعريف علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين الـ (EMDR) للمجتمع النفسي، من أساتذة وطلبة ونفسانيين.

5- الكشف عن مساهمة علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين الـ (EMDR) في مدى خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ومعرفة ان كان له فعالية في علاج فرط الاستشارة واستعادة الخبرة الصادمة وتجنب الخبرة الصادمة والأعراض الأخرى للاضطراب لدى حالات الدراسة.

6- التعرف على معانات التي تمر بها المراهقات ضحايا العنف الأسري والأسباب التي تجعلهن عرضة لمثل هذه السلوكات العنيفة بما في ذلك التعرف على الأساليب الممارسة على المراهقات المعنفات ومدى تأثرهن بتلك السلوكات.

ب - أهمية الدراسة تتلخص في:

● من الناحية النظرية:

1- ترتبط بالحصول على الكم اللازم من المعلومات حول متغيرات الدراسة، والاستفادة من معرفة جديدة.

2- ضرورة البحث في هذا المجال من أجل الكشف عن خطورة الظواهر المنتشرة التي تهدد الاستقرار النفسي للمراهقين وواحدة من الطرق التي ذكرت في دراسات سابقة أنها تساهم في العلاج.

3- إشهار الـ (EMDR) للمجتمع العلمي المهتم بالعلاجات النفسية وكذا الأشخاص المتعرضين للاضطرابات.

4- التعرف على الدراسات والبحوث الوطنية وغيرها التي درست موضوع العنف ضد المراهقات والنساء والآثار التي يتركها لديهن.

5- إثراء البحوث الإكلينيكية الوطنية.

● من الناحية التطبيقية:

1- ترتبط بالحصول على معلومات محلية عن اضطراب ما بعد الصدمة النفسية ومدى فعالية العلاج المتبنى.

2- الاستفادة من النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة، وإلقاء الضوء على خطورة اضطراب ما بعد الصدمة على الحالة النفسية والاستقرار النفسي للمراهقات من خلال سرد الدراسات السابقة والإطار النظري، وبعد ذلك في دراسة الحالات وتفسير نتائجها.

3- الإسهام في إضافة علاج جديد في الممارسة العيادية.

4- التعرف على معانات المراهقات والمُعاش النفسي لهن داخل الأسرة.

5- التحقق من مدى فاعلية العلاج النفسي الموجه للفئة المستهدفة.

5- صعوبات الدراسة.

● الصعوبات النظرية:

- تمثل الصعوبات النظرية في أن أغلب المراجع توفرت باللغات الأجنبية لذا تطلب ترجمة الكثير من الأجزاء من أجل صياغتها في كم المعلومات في الإطار النظري.

- كانت الصعوبة في ترجمة النصوص الأجنبية وفي إيجاد المعنى الدقيق والمرادف للكلمات والمصطلحات.

- لم تتوفر دراسات وطنية جادة التي تتطرق إلى نفس الموضوع أو التي تطرقت لموضوع العلاج بالـ (EMDR).

● الصعوبات التطبيقية:

- تمثل الصعوبات التطبيقية للدراسة في إبقاء المراهقات المتطوعات المستفيدات من الحصص العلاجية على التمسك بالعقد العلاجي، لأن العلاج قد يتطلب من (05 إلى 08) حصص علاجية وأكثر بالإضافة إلى القياس التبعي الذي يتمثل في الحضور لمدة أطول بعد أشهر من العلاج.
- يصعب نشر ثقافة العلاج النفسي لهذه الفئة من المراهقات المتطوعات وعائلاتهن المنتمية إلى مجتمع لم يتشرب بعد مفهوم العلاج النفسي، خصوصا أن العلاج يتضمن تقنيات تظهر لأول وهلة أنها غريبة.
- لقد استهلكت هذه الدراسة الكثير من النفقات والذي يفوق أضعاف ما تقدمه المنحة للطالب الجامعي.
- الجهد المبذول للترجمة وتقنين بروتوكول العلاج أبطأ التقدم في الدراسة لأنه أخذ قسط وافر من الوقت المخصص لإنجاز الدراسة.
- تتمثل الصعوبة المتعلقة بالوقت في وضع برنامج ثابت من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة، وذلك على حساب الحياة الشخصية وحذف الكثير من النشاطات اليومية.
- صعوبة برمجة أوقات الاستشارة لبعض الحالات المتمدرسة.

6- المصطلحات الإجرائية.

أ- اضطراب ما بعد الصدمة PTSD :

لقد تم تعريف اضطراب ما بعد الصدمة PostTraumatic Stress Disorder إجرائيا بـ: مصاحبة الأعراض والتي تضم اضطراب النوم مع أحلام والكوابيس متعلقة بالحدث الصادم، إحباط نفسي عميق إضافة إلى الحالة العاطفية السلبية التي ينتج عنها سلوك متوتر ونوبات الغضب والتهور، سحب الاستثمارات الاجتماعية، ظهور اليقظة الزائدة واضطرابات في الذاكرة إضافة إلى ومضات الذاكرة، إذ يأتي المراهق يحمل هذه الأعراض للعيادة النفسية بعد (06) أشهر أو أكثر من تعرضه للحدث الصادم المتعلق بالتعرض للعنف الذي سببه أحد أفراد العائلة.

وهذا التعريف الذي تعتمد الدراسة ويوافق تعريف الدليل التشخيصي للأمراض العقلية ال (DSM5)، والذي يتفق مع الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس دافيدسون (Davidson).

وتكون الأعراض على الشكل التالي: إعادة معايشة الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية عن الحدث الصادم يعبر عنها غالبا لدى الأطفال أثناء اللعب، ومضات الذاكرة (flashbacks)، أحلام مؤلمة متكررة مرتبطة بالحدث الصادم مع

اضطرابات في النوم، بالإضافة إلى التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance)، مشاكل في التركيز، ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم، بذل جهود لتجنب المحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، اضطراب في الذاكرة، الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة خصوصا عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم، الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال: الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار)، تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة إضافة إلى مشاعر النفور والانفصال عن الآخرين، عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية، على سبيل المثال: عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة)، سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يعبر عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء، التهور أو سلوك تدميري للذات. ويتم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة بعد استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى (06) أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث الصادم (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فوريا). (DSM-5, 2013, pp.350-360)

ب-إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال EMDR:

العلاج النفسي إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال Eye Movement Desensitization (EMDR) and Reprocessing هو علاج انتقائي تكاملي استوحى تقنياته من مختلف العلاجات كما أنه طور تقنياته الخاصة بناء على العلوم النفسية البيولوجية العصبية. حيث يجعل المراهقة المصابة باضطراب ما بعد الصدمة تستعيد مشاعر الخبرات الحادّة الصادم المتعلق بالعنف الأسري، لإزالة الحساسية المرتبطة بها والتمكن من إعادة معالجتها، ويحدث ذلك عبر ثمان مراحل ضمن البروتوكول العلاجي الذي يضم حركات العين والعديد من التقنيات الأخرى.

ت-مرحلة المراهقة:

لقد انتقت الدراسة الحالات التي تتراوح أعمارهن بين سن السادس عشر والعشرين، وتتميز هذه المرحلة بتغيرات فسيولوجية-جسدية، نفسية، اجتماعية وفكرية مختلفة عن باقي المراحل العمرية الأخرى، وتكون هذه التغيرات ذات أهمية كبيرة في تكوين الشخصية، هذه الفتيات في مرحلة حساسة نفسيا حين يُكُنّ بحاجة إلى عناية وحماية من العنف والقهر وهذا ما يخلف لديهنّ صدمات مدمرة لتطوّرنّ وتموّهنّ السليم، ما يجعلهنّ بحاجة إلى علاج نفسي.

ث-العنف الأسري:

هو أي سلوك يتسم بالقسوة صدر من أحد أفراد الأسرة ألحق أذا جسديا ونفسيا بصورة تهدد كيان الضحية المراهقة.

7- حدود الدراسة.

7-1 الحدود المكانية:

طَبِّقَ العلاج بالـ (EMDR) في مصلحة الأمراض النفسية بالمستشفى الجامعي د.دمرجي تلمسان، حيث استفادت المراهقات القاديات ضمن مناطق مختلفة من قطر الولاية والمناطق المجاورة لها من حصص علاجية لتحسين حالتهم النفسية، وطبقت المقابلات العلاجية في إطارها اللازم المتمثل في قاعة الفحص النفسي التي تمتاز بالهدوء والجو المناسب الذي يسمح بأكثر قدر من الراحة.

7-2 الحدود الزمنية:

تم بدأ جمع أكبر عدد من المعطيات والدراسات السابقة حول ما يتضمنه الموضوع في الجانب النظري في السنة الجامعية (2016-2017)، حيث أن البحث عن المعلومات لا ينتهي لإثراء الدراسة والكشف عن معطيات جديدة يمكن ضمها للدراسة. بينما إتقان الـ (EMDR) واستعماله كعلاج لخفض من حدة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) دام سنتين من التكوين على يد خبراء ومدرسين من الجمعية العالمية لعلاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين "EMDRIA" وذلك عبر إتمام مستويين، المستوى الأول والثاني للشروع في تقديم العلاج لحالات اضطراب ما بعد الصدمة.

ثم استمر تقديم العلاج حيث استفادت المراهقات من (8 إلى 11) حصة من التشخيص إلى العلاج والتأكد من تحسن حالتهم النفسية، ثم إجراء فحص ثلاث أشهر وفحص ستة أشهر بعد آخر حصة علاجية من أجل تقييم مساهمة وفعالية العلاج في تحسين حالة المريضات الخاضعات له والتأكد من عدم انتكاسهن. كما تمّ الشروع في تحليل النتائج ومناقشتها بعد الانتهاء من مخطط العلاج لكل الحالات.

7-3 مجموعة البحث: (الحدود البشرية)

شملت مجموعة البحث شريحة قوامها (16) مراهقة تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة، (08) كعينة تجريبية، (08) كعينة ضابطة) حيث عايشن نوع واحد من الأحداث الصدمية التي تضمنت التعرض إلى العنف الجسدي واللفظي من قبل أحد أفراد العائلة، وقد تم توجيههن من قبل نفسانيين عياديين وأطباء إلى مصلحة علم النفس للاستشارة العلاجية. الحالات تقطن في ولاية

تلمسان، وبعد توجيههن إلى المصلحة والتأكد من تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة تمّ أخذ موافقتهم وموافقة أهلهم للمشاركة في الدراسة بعد شرح الأهداف المسطرة.

8- منهج الدراسة.

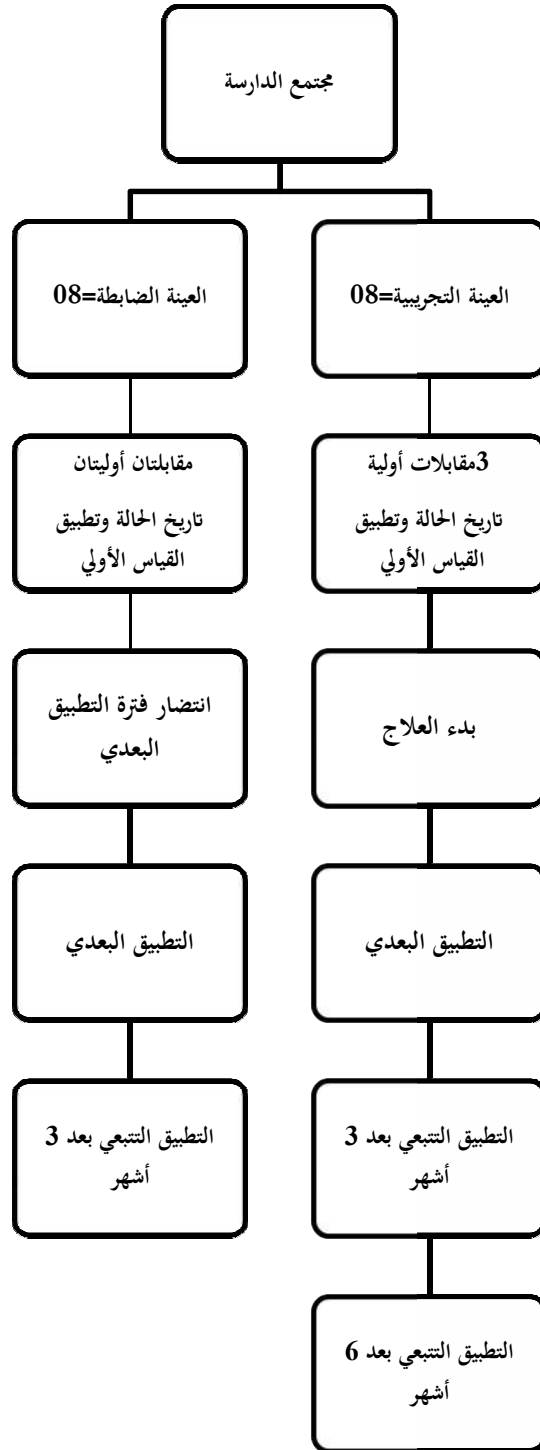
اعتمدت الدراسة الحالية على **المنهج التجريبي العيادي** ذي التصميم التجريبي المزدوج، وهو التصميم بين المجموعات (تجريبية - ضابطة)، وداخل المجموعات (قبلي - بعدي)، حيث يسمح هذا المنهج بدراسة الظاهرة وملاحظة التغيرات التي تطرأ على كلا المجموعتين من خلال دراسة معمقة ودقيقة تركز على استعمال أدوات علمية نوعية كمية وكيفية، منها الملاحظة العيادية وتطبيق المقاييس النفسية في فترات ولكلا المجموعتين، فيوضح خصائصها وحجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى القائمة عن طريق جمع المعلومات وتصنيفها وتنظيمها والتعبير عنها كما وكيفا مما يسهل فهم واستنتاج العلاقات بين الظاهرة المراد دراستها والمتغيرات التابعة الأخرى. ثم مقارنة التطورات والتغيرات الحاصلة بين مجموعتي البحث (التجريبية والضابطة) في مدى اختلاف القياسات في مقياس دافيدسون (Davidson) لقياس اضطراب ما بعد الصدمة في المراحل المحدد والمختلفة من تطبيقه سيرا مع تقديم العلاج للمجموعة التجريبية.

ويمكن التأكد بأن النتائج المتحصل عليها من الدراسة ذات صدق عال، ويمكن تفسيرها بطرق تحليلية وعقلية التي يتيحها كلا المنهجين للاستناد عليها في وصف الظاهرة المدروسة، والوصول إلى الروابط بين العلاج المقدم ومدى وجود تحسن لدى حالات الدراسة والتعافي من الاضطراب المستهدف بخلاف المجموعة الضابطة التي لا تخضع لمتغير العلاج فتظهر لنا المفارقات والاختلافات الحاصلة في نهاية المطاف لتتأكد من صحة الفعالية التي يقدمها العلاج لحالات الدراسة.

بعد الانتهاء من التدريب والتكوين في العلاج النفسي لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال (EMDR) على أيدي خبراء من الجمعية العالمية لهذا العلاج (EMDRIA) تمّ تقنين البروتوكول العلاجي إلى اللغة العربية (مجاهدي، ميموني، 2018، ص 219) لتطبيقه على المجموعة التجريبية المتحدثة باللغة العربية كلغة أولى، والتي شخّصت أنها تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن العنف الأسري.

بعد توجيه المرضى (المراهقات) إلى مصلحة علم النفس مكان تلقي العلاج أو حضورهن لطلب العلاج في ذات المكان يتم أخذ موافقتهم وموافقة ولي الأمر بالمشاركة في الدراسة وموافقتهم على استخدام النتائج لأغراض علمية مع إبقاء هوياتهم سرية. بينما في المقابلات الأولية يتم الاطلاع على تاريخ الحالة وتطبيق مقياس دافيدسون. بعد التأكد من أن العينة توافق الشروط

المستهدفة يبدأ تقديم العلاج للمجموعة التجريبية على أساس أنّ هؤلاء المراهقات هن أول من قدمن إلى المصلحة، كما يتم الطلب من العينة الضابطة انتظار فترة إلى استدعائهن لتطبيق المقياس تزامنا مع تطبيقه على العينة التجريبية. بعد الانتهاء من العلاج الذي يدوم فترة أقصاها (7) أسابيع بعد تطبيق الاختبار، والذي يثبت تعافيا عن طريق سلم الـ (SUD) الذي يظهر مرتفعا عند نسبة تتجه إلى أقصى السلم الذي يقدر بـ (10) درجات في بداية العلاج ثم يبدأ بالانخفاض تدريجيا إذا نجح العلاج نحو أدنى نسبة له التي تقدر بدرجة الـ (00)، وعند بلوغ أدنى نسبة تتوصل إليها المريضة والانتهاى من العلاج، يطبق مقياس دافيدسون (Davidson) للمجموعتين مرة ثانية وانتظار عودتهن للتقييم البعدي بعد مدة ثلاث أشهر من نهاية العلاج للمتابعة ودراسة الفروق مع العينة الضابطة، هكذا يمكن تحديد الفروق بين المجموعتين في بداية العلاج ونهايته. ثم زيادةً على هذا يتم تطبيق المقياس على العينة التجريبية بعد مدة (6) أشهر للتأكد من عدم حدوث الانتكاسة.



الشكل رقم 01 : مخطط توضيحي لعملية العلاج ومختلف مراحل تطبيق المقياس

خاتمة: جاء هذا الفصل لطرح الإشكالية الأساسية والتساؤلات الفرعية المرتبطة بها، وكذا طرح الفرضيات، إضافة إلى توضيح

أبرز الأسباب الدافعة لاختيار الموضوع، وتبيين الأهمية والأهداف المسطرة المرغوب الوصول إليها، ثم الانتهاء بتحديد الظروف

المكانية والحدود الزمنية والبشرية مع توضيح منهجية الدراسة والإجراءات المتعلقة بها.

الفصل الثاني: مرحلة المراهقة.

- 1- تعريف المراهقة.
- 2- مراحل المراهقة.
- 3- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة.
- 4- النظريات والاتجاهات المفسرة للمراهقة.
- 5- أنماط المراهقة.
- 6- حاجات المراهقة.
- 7- مشكلات المراهقة.
- 8- المراهق المعنف.

تمهيد: ويتعلق هذا الفصل بمتغير المراهقة حيث احتوى هذا الفصل على تعريفات متعلقة بفترة المراهقة ومراحلها حسب أغلب

العلماء، ثم مظاهر النمو في مرحلة المراهقة، بالإضافة إلى النظريات والاتجاهات المفسرة لها، وأنماط المراهقة، ثم حاجات التي

تتطلبها مرحلة المراهقة والمشكلات التي تواجه الفرد في مرحلة المراهقة.

1-تعريف المراهقة:

وتوضح "المنظمة العالمية للصحة، OMS" في (القطامي، 2011) أن فترة المراهقة هي فترة حياة لها احتياجات وحقوق

صحية وتنموية محددة. كما أنها ترمز أن الوقت قد حان لتطوير المعرفة والمهارات، وتعلم كيفية إدارة العواطف والعلاقات، والحصول

على الخصائص والقدرات التي ستكون مهمة للاستمتاع بسنوات المراهقة وتولي أدوار الكبار.

وهو الفرد الذي يمر بمرحلة من النمو تسمى مرحلة المراهقة التي تعتبر الممر الانتقالي من عالم الطفولة إلى عالم الشباب

والنضج، وقد قسمها الباحثون والمربون إلى ثلاث مراحل:

مرحلة المراهقة المبكرة: وتبدأ من السنة الثانية عشر من العمر وتدوم إلى الرابعة عشر من العمر.

مرحلة المراهقة المتوسطة: وتبدأ من السنة الخامسة عشر من العمر وتدوم إلى الثامنة عشر من العمر.

مرحلة المراهقة المتأخرة: وتبدأ من السنة التاسعة عشر من العمر وتدوم حتى نهاية العشرين من العمر.

• وفي بعض الحالات تمتد مظاهر المراهقة إلى أكثر من هذا العمر أو أقل من ذلك في حالات أخرى. بينما تقتصر

الدراسة الحالية على الإناث في فترة محددة من بين الفترات السابق ذكرها ألا وهي مرحلة المراهقة المتوسطة. ذلك حسب

(القطامي، 2011، ص 16)

يعرف مصطلح المراهقة كما يستخدم في علم النفس مرحلة الانتقال من الطفولة (مرحلة الإعداد لمرحلة المراهقة) إلى مرحلة

الرشد والنضج. فالمراهقة مرحلة تذهب لمرحلة الرشد، وتمتد في العقد الثاني من حياة الفرد من الثالثة عشر (13) إلى التاسعة عشر

(19) تقريبا أو قبل ذلك بعام أو عامين أو بعد ذلك بعام أو عامين (أي بين 11-21 سنة) ولذلك تعرف المراهقة أحيانا باسم

(the teen years) ويعرف المراهقون أحيانا باسم (teen agers).

ومن السهل تحديد بداية المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها، ويرجع ذلك إلى أن بداية المراهقة تحدد بالبلوغ الجنسي،

بينما تتحدد نهايتها بالوصول إلى النضج في مظاهر النمو المختلفة. (حامد عبد السلام زهران، 1986، ص 289)

و كما جاء في (ناتر، 2015، ص 224) إذ يعتبرها حالة من النمو تقع بين الطفولة والرجولة أو الأنوثة ولا يمكن تحديد فترة المراهقة بدقة، لأنها تعتمد على السرعة الضرورية في النمو الجسمي، فهي متفاوتة، وربما أن عملية النمو السيكولوجي غامضة فمن غير السهل أن تقرر هذه المرحلة من حياة الإنسان حتى يصبح النظام الغددي ناميا بصورة كلية، ومما لا ريب فيه أن هذا الاحتمال يجب أن ينتهي في بداية العشرينيات من العمر، والمراهق فترة تشمل الأفراد الذين هم بالعقد الثاني من الحياة.

ويعرفها "محمود" (1996) : بأنها مرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد وهي غير محددة تماما ويمكن أن نعتبرها مرحلة العقد الثاني من العمر، حيث تكون بين الثانية عشرة والحادية والعشرين من العمر فالبداية عادة بين الحادية عشر والسادسة عشر لدى الذكور، ومبكرة بعض الشيء عند الإناث (بعام أو عامين) وفي السنوات الأخيرة قلّ متوسط العمر الذي يبدأ عند البلوغ، ولعل السبب في ذلك هو تحسن التغذية والرعاية الصحية وارتفاع مستويات المعيشة. (محمود، 1996، ص47)

يعرفها "حمداوي" (2011) : تلك الفترة التي تمتد ما بين نهاية مرحلة الطفولة والوصول إلى النضج والرشد المؤدي إلى الرجولة أو الأنوثة في حالاته الطبيعية، ولهذه المرحلة مميزات وخصائص تجعلها مختلفة عن باقي مراحل العمر وتختلف طبيعتها من فرد لآخر. وفي الغالب ينضج علم النفس إلى مرحلة المراهقة باعتبارها مشكلة حادة في موقفين: أولهما أنها فترة أزمة توتر واضطراب تشبه العاصفة، والثانية فترة عادية في حياة الفرد. (حمداوي، 2011، ص.ص 7 - 34-37)

والمراهقة كمرحلة تشير إلى بداية التوجه إلى النضج النفسي، العقلي، الجسمي، والاجتماعي... وهي ظاهرة مختلفة عن البلوغ (مؤشر اكتمال نمو الأعضاء التناسلية) والتي تعتبر خاصية من خصائص مرحلة المراهقة. (Carole, 2010, p.294)

فتعتبر مرحلة المراهقة من المراحل المهمة التي لفتت انتباه العديد من الباحثين في مختلف المجالات خاصة الباحثين في المجالات النفسية، حيث تعتبر من بين المراحل الأكثر تأثيرا على الفرد لكونها بوابة الانتقال إلى عالم الرشد، كما نجد تعدد في تعريفات هذا المصطلح من باحث لآخر إذ يعرفها "ميلر" (Miler, 2000, p.24) : إنها تلك المرحلة الانتقالية ما بين الطفولة والرشد، ويعيش فيها المراهق في صراع دائم في أن يعتمد على أهله وان يستقل بذاته ويسعى دائما إلى تجريب قيم وأفكار وسلوكيات جديدة حتى يحدد هويته.

ويعرفها أيضا "نوربر سيلامي" (N.Sillamy, 1983, p.14) : على انها الفترة الصعبة التي تتميز بتغيرات جسدية وسيكولوجية، إذ تبدأ في حدود (12-13) سنة وتنتهي في حدود (18-20) سنة، وتتميز على المستوى النفسي بإعادة النشاط

الجنسي، ظهور تطلعات مهنية واجتماعية، الرغبة في الاستقلالية والحرية، تطور الحياة العاطفية، تطور الذكاء وتحدد الاتجاهات والمواقف الشخصية، والقدرة على استعمال التجريد.

ثم يرى "قاش، Gasch" في (صافة أمينة، 2016، ص 103) إن المراهقة والبلوغ شيان متميزان، حيث يرى أن المراهقة تبدأ من البلوغ لكن لا يمكن خلطهما معا، فالمراهقة ظاهرة نفسية اجتماعية أما البلوغ فهو ظاهرة بيولوجية نفسية، فالمراهقة ظاهرة خاصة بالإنسان، أما البلوغ فهو ظاهرة خاصة بالإنسان والحيوان.

ويرى "ميخائيل إبراهيم" (ميخائيل إبراهيم، 1998، ص 255) إن المراهقة هي مرحلة انتقال من طور الطفولة إلى مرحلة الشباب، وان هذه المرحلة تتسم بالتعقيدات الكثيرة التي تصاحب التحول والنمو، كما وتحدد فيها تغيرات عضوية وذهنية تصاحبها تغيرات نفسية ومزاجية، وهو يرى أيضا أن المراهقة فترة نمو جسدي وظاهرة اجتماعية، كما أنها فترة تحولات عميقة. وترى "جاكلين جاسيه" (Gassier, 2008, p.796) أن المراهقة حلقة ربط هامة تتحدد معالم الشخصية في سن الرشد تبعا لها.

وما يمكن استنتاجه من مختلف هذه التعريفات أن مرحلة المراهقة هي مرحلة حساسة في حياة الفرد تتدخل فيها عدة أبعاد نفسية واجتماعية وفيزيولوجية، لهذا تعتبر هذه المرحلة معقدة ومحاطة بالكثير من الغموض، وبمعناها العام هي المرحلة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بالرشد، ويكتمل فيها نمو الفرد من مختلف جوانبه بحيث يصبح ناضجا ومسئولا عن تصرفاته ومستقلا بذاته. وتختلف هذه المرحلة في جنس الذكور عن جنس الإناث، حيث تبدأ عند جنس الذكور منذ بداية ظهور الإفرازات المنوية ومع ظهور بعض الخصائص الجسدية، كما تعرف هذه المرحلة عند الإناث منذ بداية ظهور الدورة الشهرية ومع بعض الخصائص الجسمية التي تميز الإناث.

اختلفت آراء الباحثين والعلماء حول تحديد المراحل الزمنية المحددة لمرحلة المراهقة وفترتها، فبعضهم يرى انه لا يصح تقسيم هذه المرحلة إلى فترات زمنية أو إلى وحدات وذلك باعتبارها وحدة نمو متكاملة، إلا أن ما يميز هذه المرحلة هو التوجه نحو النضوج الجنسي الذي هو أساس كل المظاهر اللاحقة. (Marcelli & Braconnier, 2008, p.17)

ويقسم العديد من المؤلفين والكتاب المراهقة إلى ثلاث مراحل متميزة: المراهقة المبكرة، المراهقة المتأخرة، والمراهقة الوسطى.

(Arnett, 2006, p.9 ; Malone, 2016, para 4 ; Munsey, 2006, p.37 ; Tanner & Arnett, 2009, p.9)

وتحدد على هذا النحو: المراهقة المبكرة (10-14) سنة، المراهقة المتوسطة بين (15-17) سنة، والمراهقة المتأخرة (18-25) سنة، كل فترة تتوافق تغيرات خاصة: النمائية الجسدية والاجتماعية والعاطفية والمعرفية المتميزة التي تؤثر على الشخص طوال حياته. (Tanner & Arnett, 2009, p.11 ; Arnett, 2006, pp.111-123 ; Malone, 2016, para 5 ; ; Sturman Munsey, 2006, p.68 ; Edenberg & van Lith, 2011, pp.208-214 ; Purewal et al., 2017 & Moghaddam, 2011, pp.1704-1712)

ثم إن اغلب الباحثين اتفقوا على تحديد ثلاث مراحل أساسية لهذه المرحلة وذلك بناء على مجموعة من المميزات وخصائص النمو، (Lynn J & al., 2013, p.48) ويمكن تلخيص هذه المراحل فيما يلي:

أ- مرحلة المراهقة المبكرة:

تمتد هذه المرحلة خلال الفترة ما بين (11-12) سنة إلى (14) سنة، حيث يرى "رمضان القذافي" (2000) أنها تتميز بفترة من التقلبات العنيفة والحادة مصحوبة بتغيرات في مظاهر الجسم ووظائفه مما يؤدي إلى الشعور بعدم التوازن وظهور الصفات الجنسية الثانوية وضغوط الدوافع الجنسية التي لا يعرف المراهق كيفية كبحها أو السيطرة عليها، وعادة ما تظهر الاضطرابات الانفعالية على شكل ثورات مزاجية حادة مفاجئة وتقلب دوري بين الحزن والفرح وشعور بالضيق وعدم معرفة ما سيحدث له. (رمضان القذافي، 2000، ص 353)

ونتيجة لهذه التغيرات التي تطرأ في هذه المرحلة على جميع المستويات سواء الفيزيولوجي، الاجتماعي أو النفسي هذا ما يجعل المراهق يصل لاستقرار نوعي من التغيرات البيولوجية، ويتخلص من القيود المحيطة بذاته، كما يسعى المراهق في هذه المرحلة إلى الاستقلال ويرغب دائماً في التخلص من القيود وهذا ما يخلق له نوع من الصراعات مع المحيطين به خاصة مع محيطه الأسري.

ب- مرحلة المراهقة الوسطى:

تمتد هذه المرحلة خلال الفترة ما بين (13-14) سنة إلى (17-18) سنة، وحسب "حامد زهران" (حامد زهران، 1995، ص 73) فتعتبر هذه المرحلة قلب مراحل المراهقة، كما تتميز بالشعور بالهدوء والاتجاه إلى تقبل الحياة بكل ما فيها من اختلافات أو عدم الوضوح والقدرة على التوافق، كما يتميز المراهق بطاقة هائلة والقدرة على العمل وإقامة علاقات متبادلة مع الآخرين، ومن المميزات الخاصة بهذه المرحلة الشعور بالمسؤولية الاجتماعية، الميل إلى مساعدة الآخرين، الاهتمام بالجنس الآخر على شكل ميول وإقامة علاقات مع الآخرين، إضافة إلى وضوح الاتجاهات والميول لدى المراهق.

وتعتبر هذه المرحلة بالنسبة للباحثين الأكثر وضوحاً من حيث التغيرات الخاصة بالبلوغ، كما تتضح فيها كل المظاهر المميزة لمرحلة المراهقة.

ج- مرحلة المراهقة المتأخرة:

تمتد هذه المرحلة خلال الفترة ما بين (18 إلى 21) سنة، ويرى "حامد زهران" (1995) إن في هذه المرحلة يسعى المراهق إلى توحيد جهوده من أجل إقامة وحدة متألّفة من مجموع أجزائه، ومكونات شخصيته، ويتميز المراهق في هذه المرحلة بالقوة والشعور بالاستقلالية ووضوح هويته والالتزام بالمسؤولية. (حامد زهران، 1995، ص 73)

كما يطلق "رمضان القذافي" (2000) على هذه المرحلة بالشباب حيث يصبح المراهق في هذه المرحلة قادراً على اتخاذ القرارات الهامة والمستقبلية، حيث يحاول مع بداية هذه المرحلة أن ينظم تشتهه ومكونات شخصيته المبعثرة، ويتميز في هذه الفترة بالقوة والشعور بالاستقلال ووضوح الهوية، وبالالتزام بعد أن يكون قد استقر على مجموعة من الاختيارات المحددة. (رمضان القذافي، 2000، ص.ص 356-357)

وما يمكن استنتاجه في هذه المرحلة أنّها مرحلة استقرار وتكيف مع المجتمع وضبط النفس، كما يصبح البلوغ فيها مكتملاً لدى المراهق ويكون قد اكتسب فيها هويته ومكانه بين أفراد أسرته والمجتمع الذي ينتمي إليه مؤكداً هويته الشخصية.

3- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

يتميز المراهقون بمجموعة من المظاهر أثناء نموهم فيجعل مرحلة المراهقة تختلف عن بقية مراحل النمو الأخرى التي يمر بها الفرد ويمكن تلخيصها فيما يلي:

أ- النمو النفسي، المعرفي والعقلي:

حيث يشير "كفاني التيال" (1995) يذهب الكثير من الباحثين في تفسيرهم لمظاهر النمو النفسي للفرد في مرحلة المراهقة على التركيز على مصطلحين مهمين وهما الصورة الجسمية عند المراهق وتقديره لذاته، (كفاني التيال، 1995، ص 185) أن النمو عند "بياجي" يحدث وفق عوامل أهمها الموازنة، النضج البيولوجي، التمرين والمحيط. (معتمصم ميموني بدره، وميموني مصطفى، 2010، ص 85) إن جاذبية المراهق الاجتماعية تعتمد في جزء كبير على جاذبيته الجسمية، فالمراهق يهتم بأن تلفت هذه الجاذبية نظر أفراد الجنس الآخر بصفة خاصة ولذلك فإن المراهق في الوقت الذي يتأمل فيه جسمه ويريد أن يطمأن على مدى انطباق مفهوم الجسم لديه على مثال الجسم في الثقافة، فإنه ينظر أيضاً إلى أجسام الآخرين من نفس جنسه ويجري مقارنه بين جسمه

وأجسامهم، بينما تركز المراهقة الأثني اهتمامها على الوزن والرشاقة وتناسق الجسم وكل ما يبرز أنوثتها. وبالتالي كلما كان هناك اقتراب بين مفهوم الصورة الجسمية لدى المراهق مع مثال الجسم في الثقافة يتحدد مدى رضا المراهق عن صورته الجسمية مما يصبح هذا الأخير أحد العوامل الأساسية والايجابية في شخصيته والتي تعتبر عاملا مهما في بناء صحته النفسية والعكس صحيح.

أما فيما يخص مفهوم تقدير الذات فهو يتطور خلال هذه المرحلة في سياق العلاقات مع الرفاق على نحو كبير خاصة أولئك الذين هم من نفس الجنس، فمن وجهة نظر "جيلي جان" في (صافة أمينة، 2016، ص 121) فان تقدير الذات لدى الذكور يبدو مرتبطا بالمنافسة لتحقيق الانجازات الفردية، وبالعلاقات مع الآخرين لدى الإناث. وبالتالي في هذه المرحلة يبدأ المراهقون ذكورا كانوا أم إناثا بمقارنة أنفسهم وبنائهم الجسدي ومهاراتهم مع تلك التي عند الأفراد الآخرين من نفس جنسهم وخاصة الذين يُعجبون بهم.

كما تتسم مرحلة المراهقة بالتطور العقلي والفكري والنضج في القدرات العقلية والمعرفية لدى المراهق حيث ينمو هذا الأخير معرفيا من الجوانب التالية: الإدراك، التذكر، التفكير، التخيل، الميول. حيث يرى "مُحَمَّد زيدان" (مُحَمَّد زيدان، 1975، ص 108) إن نمو الذكاء عند المراهق هو القدرة العقلية المعرفية الفطرية العامة وينمو هذا الأخير نموا مضطربا إلى غاية الثانية عشر ثم يتغير قليلا في أوائل فترة المراهقة نظرا لحالة الاضطراب النفسي في مرحلة المراهقة، كما تظهر فروق فردية في مستوى الذكاء من فرد لآخر، أما الانتباه فتزداد مقدرة المراهق على الانتباه سواء في مدته أو مداه، ويصاحب قدرة المراهق على الانتباه نموا مقابلا على القدرة على التذكر والتعلم، كما يتجه خياله نحو الخيال المجرد المبني على الصور اللفظية ولعل ذلك يعود إلى أن عملية اكتساب اللغة تكاد تدخل في طورها النهائي من حيث إنها القلب الذي تصب فيه المعاني المجردة.

ب- النمو الانفعالي:

تتصف مرحلة المراهقة بغزارة وحدة الانفعالات التي لا يستطيع المراهق التحكم فيها والتي تظهر وتنعكس بشكل واضح في تصرفاته وسلوكياته، ومن أهم السمات التي يتميز بها المراهق في هذه المرحلة العنف، عدم الاستقرار، التقلبات المزاجية، القلق ومشاعر الذنب، الحساسية نحو الذات ونحو الآخرين، الغيرة، الغضب، الكآبة، الخوف، الاندفاعية، الخجل، الحب... ويمكن القول بأن السبب الرئيسي لزيادة حدة وشدة هذه الانفعالات على المراهق في هذه المرحلة يمكن إرجاعه إلى صعوبة التكيف لمتطلبات وضغوط هذه المرحلة الجديدة والتغيرات التي تحدث فيها سواءً كانت جسمية، فيزيولوجية، عقلية أو اجتماعية.

وأجريت دراسة على عينة من التلاميذ بمدينة (الرباط-المغرب) بغية قياس معدل سن اكتمال البلوغ وخلصت أن معظم الفتيات اللواتي أجري عليهن البحث يكون سن البلوغ هو ما بين (12 و 14) سنة، بينما معدل بلوغ الفتيان بين (13 و 14) سنة ونصف تقريبا. (أحمد زوي، 2011، ص 20)

ويوضح "ميخائيل إبراهيم" (ميخائيل إبراهيم، 1998، ص 117) إن السمة الأساسية للنمو الانفعالي في المراهقة هي الرغبة في العطف على الآخرين، وكسب عطفهم في الوقت نفسه، ولا شك إن عملية الأخذ والعطاء العاطفي هذه ضرورية لتأمين الاستقرار العاطفي في حياة المراهق كما يصبح التمييز بين عطاء العطف وأخذه صعبا عندما يتحقق النضج العاطفي.

ج- النمو الاجتماعي:

يتأثر النمو الاجتماعي للمراهق بطبيعة التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها المراهق، فكلما كانت بيئته ملائمة كلما ساعد ذلك في نمو علاقاته الاجتماعية على النحو السليم، ومن بين المظاهر الرئيسية والخصائص المميزة للنمو الاجتماعي في مرحلة المراهقة هي التآلف مع الآخرين أو النفور منهم، ومن بين مظاهر التآلف عند المراهق نجد الميل للجنس الآخر، الثقة وتأكيد الذات، الخضوع لجماعة الأصدقاء وإدراك العلاقات القائمة بينه وبين الآخرين.

ويرى "محمد زيدان" (1975) أنه يصبح المراهق في هذه المرحلة ميالا للاندماج داخل المجتمع حيث تتسع دائرة التنشئة الاجتماعية وخاصة مع انتقاله من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة المتوسطة، وفي هذا السن يكون السلوك الاجتماعي للمراهق عملية مستمرة مع تقدم العمر، حيث يكون مدى نجاح توافقه مع المواقف الاجتماعية الجديدة على خبراته السابقة، وعندما تكون البيئة الاجتماعية مناسبة لتوسيع دائرة المراهق يسعد هذا الأخير بمشاركته للآخرين، وعندما يكون العكس يسعى المراهق في هذه الحالة إلى أن يسلك سلوك النفور. (محمد زيدان، 1975، ص 108)

د- النمو الجسدي والجنسي:

تظهر هذه المرحلة اختلافات كبيرة بين الجنسين في نسب أبعاد الجسم بسبب الدور الذي يلعبه إفراز الهرمونات الجنسية في نمو العظام، حيث يلاحظ اتساع الكتفين عند الذكور نسبة إلى الفخذين بينما يزداد نمو الفخذين عند الإناث نسبة إلى الكتفين والخصر، وبطبيعة الحال فإن الأطراف عند الذكور تكون أكبر منها عند الإناث، كما أن الساقين لديهم أطول من بقية تركيب الجسم. (سليم، 2002، ص 37)

كما يعتبر "نوري الحافظ" (1981) النمو الفيزيولوجي في فترة المراهقة من أهم جوانب النمو في هذه المرحلة من خلال ما يظهر على المراهق من تغيرات نمائية بارزة وسريعة في الجسم من حيث الطول والوزن والعضلات، حيث يلاحظ ازدياد في الوزن بشكل سريع نتيجة لنمو العضلات والعظام، أي نمو الأبعاد الخارجية للمراهق بالإضافة إلى التغيير في ملامح الوجه وغيرها من الظواهر الجديدة التي تصاحب عملية النمو. (نوري الحافظ، 1981، ص 48) ويضيف إلى هذا "ميخائيل إبراهيم" (1998) إن لجسم المراهق وصفاته العضوية دورا كبيرا في تشكيل صورته عن نفسه وفكرته عن كيفية ظهوره في أعين الآخرين، كما يرى أن التغيرات التي تحدث بالجسم خلال المراهقة تعد مؤشرا لبدء المراهقة، إذ يكون المراهق قبل بدء تلك التغيرات طفلا وينقلب معها رجلا أو امرأة بمقدورها إنجاب الأولاد كما أن على المراهق أن يتكيف مع تغيرات أعضاء جسمه ويستجيب للنتائج والآثار التي تتركها تلك التغيرات، وبذلك يظهر المراهق بمظهر الراشد في بنيته وقامته ويواجه العديد من المطالب الجديدة ويتوقع له تبعاً لذلك أن يسلك كالراشدين بصرف النظر عن تمكنه من معرفة دوره الجديد أو قدرته على أدائه. (ميخائيل إبراهيم، 1998، ص 113)

إما فيما يخص مظاهر النمو الجنسي في هذه المرحلة فتتمو الغدد الجنسية وتصبح قادرة على أداء وظائفها التي تتمثل في المبيضين عند الإناث والتي تقوم بإفراز البويضات فيحدث الطمث فتحدث العادة الشهرية مع احتمال وجود تأخر وعسرهما أو غيابهما عند بعض الإناث والسبب يعود إلى اضطراب هرموني أو أزمة نفسية حادة، ويستطيع أن يختلف سن ظهور الطمث نتيجة الفروق الفردية. أما الغدد الجنسية عند الذكور فهي الخصيتين اللتان تقومان بإفراز الحيوانات المنوية والهرمونات الجنسية أين تظهر أول عملية للقذف. (فؤاد البهي السيد، 1977، ص 64) وبالتالي من المعالم الرئيسية التي يقاس عليها النضوج الجنسي في مرحلة المراهقة هي ظهور الحيوان المنوي المتميز بالحركة والخصوبة عند الذكور، وظهور الطمث عند الإناث.

ومما سبق ذكره يمكن تلخيص جميع مظاهر النمو في مرحلة المراهقة من خلال الجدول التالي الذي وضعه "فيرنونند هوتيات،

Fernand Hotyat" المقتبس من (عبد الكريم قريشي، 1999، ص 43):

جدول رقم (01) يمثل مختلف خصائص النمو قبل وفي مرحلة المراهقة:

المراحل	النمو الجسمي	الحياة الاجتماعية	السلوك العقلي الزمني	الحياة العاطفية الشخصية
10	- حركية نشطة ماعدا نشاطات القوة.	- الانجذاب نحو المجموعات/ جماعة اللعب وشلل اللهو.	- بلوغ الذكاء التمثيلي العملي المجسد.	- عمر ازدواجية الأخلاقية ثم ظهور الاهتمام بالخارج أكثر من الاهتمام بالأنأ.
14-13	- البلوغ يكون لدى	- تناقض الألعاب الطفولية	- سيطرة ردود الفعل المألوفة على المفاهيم المجردة.	- تأكيد الذات (اهتمام بالمظهر الشخصي).

<p>- الميول السلبية اتجاه الذات.</p> <p>- التناقض الوجداني اتجاه الأبوين: الرغبة في الاستقلالية والحاجة إلى الحنان.</p> <p>- الانجذاب نحو عالم الكبار.</p> <p>- نقص الارتياح الاجتماعي.</p> <p>- سيطرة مطردة للتعبير اللفظي.</p> <p>- تطور الأحكام الأخلاقية على مستوى الأوضاع المحسوسة.</p> <p>- الاهتمام بالآنا.</p> <p>- أحلام اليقظة.</p> <p>- يقظة الإحساس الفني والشعور بالطبيعة.</p> <p>- رغبة تزايد في الاستقلالية.</p> <p>- التوجه نحو المطلق في حكم الأخلاقي.</p> <p>- الانخراط في ثقافات مضادة.</p>	<p>المستوى المجسد (المحسوس).</p> <p>- التحليل الإدراكي أكثر دقة: المجال أوسع.</p> <p>- وصول صعب إلى المفاهيم العلمية والمزاوجة بين الرموز والتعاريف.</p> <p>- زيادة الفرق بين المستويات العقلية.</p> <p>- تنوع الاهتمامات والميول.</p> <p>- التطور نحو الذكاء المنطقي نموذجان:</p> <p>- مواجهة مباشرة للمجرد: الوصول إلى المجرد عن طريق الملموس.</p> <p>- الانتقاء الدقيق نحو وجهة النشاط الذهني والعملية.</p> <p>- اختيار أكثر لوسائل الثقافة (المطالعة).</p>	<p>للشلل أو للجماعات.</p> <p>- إسقاط جدي في عالم الكبار.</p> <p>- جماعات الأقران، والانتقال إلى عالم الكبار.</p> <p>- الحاجة التعويضية لإظهار الأنا.</p> <p>- التوجه الأول نحو الدراسة والمهنة.</p> <p>- الالتزام نحو المهنة أو وجهة دراسية.</p> <p>- فطام عائلي يظهر أكثر عند الطلبة.</p> <p>- مرحلة التوافق في الجنسية الغيرية تنتهي بتكوين الزوج.</p>	<p>الإناث قبل الذكور، العلامات:</p> <p>- نضج عام للصوت.</p> <p>- تباطؤ في ضربات القلب.</p> <p>- سرعة وتباطؤ في النمو في الوزن والطول.</p> <p>- أحيانا تظهر تجارب جنسية ذاتية خصوصا لدى الذكور.</p> <p>- تطور في الجانب النفسي الحركي بفضل طرق جديدة ومحاولات أكثر منهجية.</p> <p>- تطور نهائي نحو أقصى محطة للاستقرار النهائي.</p>	<p>17-15</p>
--	--	--	--	--------------

● **استنتاج عام حول الجدول:** ما يمكن استنتاجه في الأخير إن مرحلة المراهقة هي مرحلة تتميز بالنمو المتسارع مقارنة بالمراحل الأخرى، حيث يظهر النضج والنمو في جميع الجوانب والأبعاد الشخصية، كما يسير المراهق نحو التقدم النمائي ومستويات عالية من النضج الانفعالي والاجتماعي، وارتفاع القدرة على تحمل المسؤولية وتقييم الذات من خلال إدراك القدرات والإمكانات الذاتية والاستعدادات التي تتماشى مع الخبرات والتجارب الحياتية التي يتعرض لها سواء تجارب النجاح أو تجارب الفشل، إضافة إلى تطوير المهارات والقدرة على اتخاذ القرارات.

4- النظريات والاتجاهات المفسرة لمرحلة المراهقة:

تعددت النظريات والاتجاهات والمفاهيم العلمية المفسرة لمرحلة المراهقة باعتبارها مرحلة مهمة في حياة كل فرد، من بين هذه

الاتجاهات نجد ما يلي:

أ- الاتجاه البيولوجي:

يعتبر "ستانلي هول، Stanley Hall" أكبر مؤسسي هذا الاتجاه، على أن التغيرات السلوكية التي تحدث خلال مرحلة المراهقة تخضع لسلسلة من العوامل الفيزيولوجية التي تحدث نتيجة إفرازات الغدد. فوصفها "ستانلي" في (عادل الأشول، 1982، ص 419) على أنها: "فترة عواصف وتوتر شديد تكتنفها الأزمات النفسية وتسودها المعاناة والإحباط والصراع والقلق والمشكلات وصعوبات التوافق." وبالتالي حسب هذا الاتجاه فان هذه الفترة من التوتر والضغط النفسية هي نتيجة السرعة في التغيرات التي تحدث في هذه المرحلة والتي تعتبر على أنها ميلاد جديد يطرأ على شخصية المراهق والتي تحول شخصيته من شخصية طفل إلى شخصية جديدة ومختلفة عن شخصيته السابقة.

كما اهتم أصحاب هذا الاتجاه أيضا بدور العامل الوراثي في مرحلة المراهقة، وهذا ما أكد "ارنولد جيزل، A.Gisel" في (الميلادي، 2004، ص 65) حيث يرى أن الوراثة هي المسؤولة عن السلوك، وان البيئة لها دور في تعزيز عملية النمو أو عرقلتها، كما يعتبر أن النمو بصفة عامة محكوم بالجينات وهته الأخيرة هي التي تحدد خصائص الشخصية والتوجهات المستقبلية للفرد إضافة إلى محيطه وثقافة مجتمعه. ونضرة "جيزل" تركز على الجانب البيولوجي دون التطرق إلى الجوانب الأخرى، إذ يعتبر أن النضج أو النمو بصفة عامة محكوم بالجينات المكتسبة. (Dumas, 2005, p.309)

ب-الاتجاه التحليلي النفسي:

نجد في هذا الاتجاه عدة نظريات في علم النفس وعدة باحثين فسروا مرحلة المراهقة من الناحية النفسية أهمهم "اريكسون" في (سعيد حسن، 1999، ص 83) حيث اعتبر نظرية "اريكسون" من النظريات النفسية الديناميكية، حيث تقول أن الفرد في هذه المرحلة لم يعد طفلا ولم يصبح راشدا، وفيها يواجه المراهق مطالبا اجتماعية مختلفة وتغيرات أساسية في الدور لمواجهة تحديات الرشد. كما يرى ان البعد النفسي الاجتماعي الجديد الذي يظهر خلال المراهقة إما أن يكون ايجابيا إذا كان إحساسا بحوية الأنا، أو يكون سلبيا إذا كان إحساسا بتمميع الدور.

كما يرى "أريكسون" في (Alry, 2006, p.131) إن مرحلة المراهقة هي مرحلة طبيعية من النمو تتسم بالصراع من جهة وبتطور الأنا من جهة أخرى، فهو يرى انه في هذه المرحلة تتضح رؤية المراهق حول هويته الشخصية التي تتحقق من خلال تحطيه لصراعات ومشاكل هذه المرحلة وبذلك يكون قد استطاع تكوين هوية مستقرة وثابتة.

أما تفسير "فرويد، Freud" قبل أركسون للمراهقة هو إحياء بعض السيرورات الطفولية، تظهر مجددا بشكل مختلف كإعادة تحريك النزوات التي تسعى إلى التعبير عن نفسها وبالتالي يجد المراهق نفسه ملزما للجوء إلى ميكانيزمات دفاعية للحفاظ على هويته. (Bousslimi & Pineau, 2001, p.154)

للمراهقة من وجهة نظر تحليلية فهو يؤكد على أهمية البلوغ والدور الجنسي وبالتالي الجمع بين النزوات الجزئية في ظل النزوة التناسلية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يمكن التأكيد والتركيز أكثر على العوامل الأكثر نوعية ويمكن تلخيصها فيما يلي: الشهوة الجنسية، التغييرات النزوية في الجسم، الاكتئاب والحداد، المعدل الدفاعي، النرجسية، مثالية الأنا، ومشكلة الهوية والكيان الذاتي، حيث يرى "فرويد، Freud" انه على المراهقين الاعتماد على أنفسهم دون الوقوع فريسة لنزواتهم. (Bousslimi & Pineau, 2001, pp.15-16)

ثم تطرق "فرويد" في (Caroline, 2006, p.15) إلى أن أزمة المراهقة والتي يعتبرها كمؤشر لنهاية مرحلة الكمون وبدء مرحلة المراهقة التي تشهد تغيرات متزامنة نفسيا وجسميا قد تحدث اضطرابا في حياة المراهق العاطفية، وللتخفيف من هذا الاضطراب العابر يرى "فرويد" إن المراهق يحتاج إلى موضوع حب لاستثمار النزوات المعاد تنشيطها كالحب، التقدير، الاهتمامات الجنسية...

أما عن "آنا فرويد" في (رغد شريم، 2009، ص 44) فهي تنتهج فكرة عكس أفكار والدها حيث ترى أن مرحلة المراهقة هي مرحلة من الحياة التي تمثل تحديات أمام الفرد لا صلة لها بحياته السابقة، وتتضمن هذه التحديات ضغوطا جديدة على الأنا وتتطلب حولا تكيفيه لدى الفرد، وتؤكد أن هذه التحديات المفروضة على الأنا عالمية، فعندما يحدث البلوغ تنشّط الأعضاء التناسلية مما يؤدي إلى اختلال التوازن بين الهوى والانا والأنا الأعلى، وبالتالي يتحكم هذا الوضع الانفعالي في حياة الفرد، ولأن هذا التغيير يصعب تجنبه عندما يحدث النمو وبذلك فهي تعتقد أن المراهقة مرحلة يضطرب فيها النمو بالضرورة.

وتوضح "آنا فرويد" في (Jaouad Bouslimi & Claud Piard, 2002, p.33) في شرحها إلى كيف أن الأنا يلجا إلى استعمال حيل دفاعية في حل الصراع الداخلي بينه وبين الأنا الأعلى والهوى وظهور العقلنة (intellectualisme) في هذه المرحلة، ما هو إلا تعبير عن الدفاع ضد الرغبات الغريزية.

ج - الاتجاه المعرفي:

ونجد من بين رواد هذا الاتجاه "بياجي، Piaget" الذي اهتم بدراسة نمو أهم المفاهيم الأساسية عند المراهق، واعتبر مرحلة المراهقة مرحلة نمو التفكير المجرد لدى المراهق والقدرة على حل مشكلاته. وأشار "بياجي" في (Marcelli,1988, p.29) في نظريته المعرفية إلى أهمية العمليات الشكلية التي تتطور فيها البنيات نحو مجموعة اندماجية وهو ما يبدأ بعد سن (12) سنة بعد مرحلة العمليات الملموسة.

ويعتبر "بياجي" في (Adeline, 2005, p.25) أن مراحل نمو المراهق كالحلقات المتتابعة التي تضاف كل واحدة للتي تتبعها في سيرورة تكاملية هدفها الرقي بالشخصية، فالنمو حسبه هو عملية تكيف متواصلة من خلال إدماج العالم الخارجي من جهة وتكييف المعطيات والخصائص الشخصية المكتسبة سابقا مع معطيات العالم الخارجي ليكون في النهاية تكيف الخصائص الشخصية بناء على معطيات هذا العالم الخارجي. وبالتالي ما يمكن استنتاجه من كل ما سبق لنا ذكره، فإن مرحلة المراهقة حسب الاتجاه المعرفي هي مرحلة متميزة بظهور تغير في البنيات المعرفية التي ترتبط بالتغيرات التي تحدث في سن البلوغ.

د- الاتجاه الاجتماعي:

يعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن مظاهر مرحلة المراهقة لا تكون استجابة للتغيرات في مرحلة المراهقة نفسها وإنما تكون استجابة لظروف المجتمع الذي يعيش فيه المراهق، فدراسة العلاقة بين المراهق ومحيطه تعتبر من أولويات هذا الاتجاه، حيث يفسر "احمد الزغيبي" (أحمد الزغيبي، 2001، ص 327) سلوك المراهق على أساس الثقافة السائدة والتوقعات الاجتماعية ويفترض إن سلوك المراهق ناتج عن تعلم الأدوار، إذ تعتبر عملية التنشئة الاجتماعية عملية مسؤولة عن السلوك السوي لدى الفرد أو انحرافه، وكما يقوم الفرد بتقليد النماذج المكتسبة في الحياة خلال تفاعله الاجتماعي داخل محيطه، فحسب اعتقاده توجد استمرارية في سلوك الإنسان فتجعله ملتصقا بمكتسبات الطفولة فإذا كان الفرد عدواني في طفولته فقد يستمر سلوكه العدواني في المراحل التالية (مرحلة المراهقة والرشد) ما لم يتعرض لتغيير اجتماعي وتجارب أخرى تعتبر جديدة.

وكما يرى السوسولوجيون انه من علامات بداية مرحلة المراهقة الانضمام إلى جماعة الأقران، الميل للاستقلالية عن العائلة من خلال إيجاد وتنظيم علاقات خارجية. (Lorraine, 2003, p.124) ويضيف " اليسون دافيس، Allison Davis " في (René, 2007, p.339) إن المراهقة هي باب النضج والمؤشر على ذلك التحولات البيولوجية والنفسية فيستدل عليها من خلال ما يظهر على سلوك المراهق من مظاهر اجتماعية كالانتماء إلى جماعة الأصدقاء الأكبر سنا فكل هذا حسبه يكون دليل على بداية الانتقال الاجتماعي إلى حياة الراشدين والبدء في تكوين شخصية ناضجة كما يتصورها عن الراشدون.

إن تعدد هذه النظريات والاتجاهات المفسرة لمرحلة المراهقة لدليل على مستوى تعقد الظاهرة وتداخل مختلف مظاهرها وتشابكها، وتعدد العوامل المؤثرة فيها، فجميع هذه الاتجاهات والنظريات تتفق على أن هذه المرحلة تشكل مرحلة خاصة من مراحل نمو الفرد، وهي مرتبطة بالتغيرات العضوية والجسمية إلا أنها تختلف في تحديد وتقدير مدى تأثير هذه التغيرات الجسمية على السيرورة النفسية للمراهق وكيفية تطورها.

5- أنماط المراهقة:

تأخذ مرحلة المراهقة أشكالاً وأنماطاً متعددة يمكن استخلاص منها أربعة أشكال عامة والمتمثلة فيما يلي:

أ- المراهقة المتوافقة المتكيفة:

يرى "حامد عبد السلام" (حامد عبد السلام، 1999، ص 438) إن هذه المرحلة تتسم بالاعتدال والهدوء النسبي والميل إلى الاستقرار، والإشباع المتزن وتكامل الاتجاهات والالتزان العاطفي، والخلو من العنف والتوترات الانفعالية الحادة، والتوافق مع الوالدين والأسرة، والتوافق الاجتماعي والرضا عن النفس، وتوافر الخبرات في حياة المراهق، والاعتدال في الخيالات وأحلام اليقظة وعدم المعاناة من الشكوك الدينية.

كما يشير "الطواب سيد مُجَّد" (سيد مُجَّد، 1993، ص.ص 323-324) إلى مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى المراهقة

المتوافقة يمكن تلخيصها فيما يلي:

- المعاملة الأسرية المتفهمة التي تتسم بالحيوية واحترام رغبات المراهق.
- توفير الجو المناسب وحرية التصرف في الأمور الخاصة.
- توفير جو من الثقة والصراحة بين الوالدين والمراهق في مناقشة مشكلاته وشعوره بتقدير والديه والاعتزاز به.
- ارتفاع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بحيث توفر له مختلف الحاجيات المادية الضرورية.

- شغل وقت الفراغ بالمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والرياضية للسلامة الجسمية والصحة العامة.

- الميول العقلية الواسعة والقراءات المختلفة.

ب- المراهقة الانسحابية المنطوية:

حيث أوضح "حامد عبد السلام" (حامد عبد السلام، 1999، ص 439) أن أهم سمات هذا النمط للمراهقة هي الانطواء والاكنتاب والعزلة السلبية والخجل والشعور بالنقص، نقص المجالات الخارجية، والتفكير المتمركز حول الذات والثورة على تربية الوالدين، والاستغراق في أحلام اليقظة والإسراف في الجنسية الذاتية، والاتجاه نحو النزعة الدينية المتطرفة بحثا عن الراحة النفسية والخلص من مشاعر الذنب.

كما يحدد "حامد عبد السلام" في ذات السياق أن مجموعة من العوامل المؤثرة في هذا الشكل من أشكال المراهقة من بينها اضطراب الجو الأسري داخل أسرة المراهق، سوء النمط التربوي كالتسلط والحماية الزائدة، وجهل الأسرة وتوجيهها السيئ فيما يتعلق بوضع المراهق الخاص في الأسرة.

ج - المراهقة العدوانية المتمردة:

من المحتمل بالنسبة للسلوكيات المضادة للمجتمع والتي تحدث خلال مضمار النمو العادي أن تكون منفصلة وقصيرة المدى، وأن تكون ذات حدة متوسطة نسبيا. أما عندما تكون مثل هذه السلوكيات متطرفة فانه لا يمكن أن تخف حدتها خلال مضمار النمو، كما تؤثر على الأداء الوظيفي اليومي للفرد. وتترك العديد من الانطباعات الهامة لدى الآخرين كالأباء والمعلمين والأقران مثلا، وأنها غالبا ما تؤدي بالفرد أن يلجأ إلى طلب الرعاية الطبية النفسية. وبذلك تعد هذه السلوكيات المضادة للمجتمع انحرافا عن السلوك السوي له دلالاته ومغزاه، وأن مثل هؤلاء الأفراد الذين تصدر عنهم تلك السلوكيات ينتهي بهم الحال إلى العيادات النفسية أو إلى المحاكم. (آلان كازدين، 2003، ص 29)

يوضح "حامد عبد السلام" (حامد عبد السلام، 1999، ص 439) انه من ابرز سمات هذا النمط من المراهقة التمرد والثورة ضد الأسرة والمدرسة والسلطة عموما، والانحرافات الجنسية والعدوان على الإخوة والزملاء والعناد، وتحطيم أدوات المنزل، والإسراف الشديد في الإنفاق والتأخر الدراسي.

كما يشير أيضا إلى مجموعة من العوامل المؤثرة في هذا النوع من المراهقة من بينها التربية الصارمة والضاغطة والقاسية، وتركيز الأسرة على النواحي الدراسية فقط، الصحبة السيئة، سوء توجيه الوالدين للمراهق.

د- المراهقة المنحرفة:

من الجدير بالذكر أن المراهقين ينغمسون في أنماط سلوكية تدل على وجود اضطرابات سلوكية لديهم قد تتم إحالتها إلى إحدى عيادات الصحة النفسية حيث يتم التشخيص السيكاتري لهم، ويتم تصنيفهم في هذه الحالة على أنهم مضطربون سلوكياً، أو تتم إحالتهم إلى محاكم الأحداث ويتم بالتالي تصنيفهم في تلك الحالة على أنهم جانحون أو منحرفون. ومن ثم يحدث نوع من التداخل بين هذه التصنيفات لهؤلاء المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات حادة مضادة للمجتمع، وإن كان الجنوح (Délinquance) يعتمد بشكل أساسي على الإحالة الرسمية إلى المحكمة. (آلان كازدين، 2003، ص ص 26-27)

ويشير "نووي الحافظ" (1981) أن من سمات المراهقة المنحرفة العامة: السرقة، الهروب، التغيب عن المدرسة، الإهمال، الرغبة في إيذاء الآخرين ومخالفة قوانين السير. كما يشير إلى مجموعة من العوامل المؤثرة في المراهقة المنحرفة من بينها الخلافات والنزاعات الأسرية، التخلف الدراسي، المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتدني، وقد يقرن المراهق الجانح نفسه ويرتبط بأحداث آخرين متورطين بسوء السلوك. (نووي الحافظ، 1981، ص 274)

وإضافة إلى هذه العوامل نجد أسباب أخرى قد تساهم بدرجة كبيرة في انحراف المراهق كإعدام الرقابة الأسرية وضعفها، تأثير وسائل الاتصال المختلفة، مرور المراهق بأزمات عاطفية حادة أو صدمات نفسية وخبرات قاسية، تجاهل رغبات المراهق وعدم التفاوض معه، التفكك الأسري وتأثير بعض سلوكيات أفراد الأسرة المنحرفة على المراهق.

وبالتالي يمكن استنتاج أربعة أنماط أساسية للمراهقة وهي المراهقة المتكيفة التي يكون فيها المراهق هادئاً نسبياً ومستقر عاطفياً ويكاد يخلو من التوترات الانفعالية، كما تكون علاقته مع المحيطين به حسنة، إما المراهقة الانسحابية فيشعر فيها المراهق بالنقص وعدم التوافق الاجتماعي والتردد والعزلة والانطواء والسلبية، كما توجد المراهقة العدوانية المتمردة حيث يكون فيها المراهق ثائراً متمرداً على السلطة، عنيداً وعدوانياً، وفي الأخير نجد المراهقة المنحرفة والتي يتميز فيها المراهق بجميع السلوكيات الانحرافية كالسرقة، الاعتداء، الإدمان.

ومن المحتمل بالنسبة للأنماط الغير سوية من الأنماط المذكورة أعلاه وقد تكون ذات طابع حاد، متوسط أو خفيف فبحسب شدتها وتطرفها عن المألوف يمكن أن تمثل هذه السلوكيات تأثيراً على الأداء الوظيفي للمراهقة وتكهرب الجو في محيطها هذا ما يجعل وظيفة المربين من الأولياء أو المعلمين صعبة جداً مما يؤدي إلى تفاقم الوضع ويصبح في حالة حرجة مليئة بالصراعات بين أفرادها لتستمر إلى أن تخرج عن السيطرة.

6- حاجات الفرد في مرحلة المراهقة:

نتيجة التغيرات التي تحدث مع البلوغ في مرحلة المراهقة تحدث تغيرات في حاجات المراهقين والتي تعتبر ضرورية في حياتهم، حيث يمكن اعتبار مرحلة المراهقة من أكثر المراحل التي يحتاج فيها الفرد لأكثر عدد من الحاجات، إذ يعيش المراهق في هذه الفترة أزمة مراهقة أو أزمة هوية يكون فيها إشباع بعض الحاجات الرئيسية ضرورياً، ومن خلال التطرق إلى مختلف المراجع الخاصة بهذا العنصر نجد أن أغلب الباحثين في مجال علم النفس قاموا بتقسيم الحاجات إلى فئتين، الفئة الأولى هي مرتبطة بالحاجات الجسمية أو البيولوجية (الحاجة للأكل والشرب والجنس...) والفئة الثانية مرتبطة بالحاجات النفسية (الحاجة للحب والاستقلالية والاحترام والتقدير...)، ويمكن تلخيص هذه الحاجات بصفة عامة في النقاط التالية:

- الحاجة إلى تحقيق وتأكيد وتحسين الذات.

- الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار.

- الحاجة إلى الإشباع الجنسي.

- الحاجة إلى الأمن.

- الحاجة للتوافق وتكوين شخصية متميزة.

- الحاجة إلى النضج العقلي، الانفعالي والاجتماعي.

- الحاجة إلى التقدير والمكانة الاجتماعية.

- الحاجة إلى الانتماء والتقبل الاجتماعي.

- الحاجة إلى الاستقلال.

- الحاجة إلى الحب والقبول.

- الحاجة إلى القيم.

فحاجات المراهق ورغباته تتلاءم مع نضجه الجنسي، ولا شك أن حاجات المراهق الجسدية والاجتماعية والشخصية لا تختلف في طبيعتها عن حاجات الآخرين من ذوي الأعمار المختلفة غير أن شدة بعض هذه الحاجات تختلف عند المراهق عن مراحل حياته الأخرى.

كما أن تفهم حاجات المراهقين ومطالب نموهم يسهل طريقة التعامل معهم ويخفف من متاعبهم ويحل من مشكلاتهم، إضافة إلى هذا يجب إشباع حاجاتهم بالطرق السليمة والصحيحة ومواجهتها بالإرشاد والتوجيه وتقديم الخدمات المناسبة للمراهق سواء في البيت أو المدرسة أو المجتمع الذي ينتمي إليه بصفة عامة، فتوفير الظروف الملائمة له تؤدي إلى تحقيق النمو السليم لديه وتنمي قدراته وتحقق أعلى مستوى من التوافق لديه. ولذلك من حق المراهقين على أسرهم وعلى المجتمع الذي ينتمون إليه، وفي مساعدتهم على تجاوز هذه المرحلة الحرجة بطريقة سليمة وبأقل قدر ممكن من المشاكل والآثار التي تخلفها هذه المرحلة.

7- مشكلات مرحلة المراهقة:

نظرا للتغيرات التي تحدث في فترة المراهقة على مختلف المستويات (الجسمية، النفسية، العقلية، الانفعالية والسلوكية) تنتج عنها جملة من المشاكل التي تواجه المراهق، حيث ترى "سلامة" (1991) إن مرحلة المراهقة هي مرحلة المال والطموح والنمو الشخصي والاجتماعي، وتحقيق الهوية الذاتية، إلا أنها المرحلة التي يقل فيها الشعور بالرضا، ويظهر فيها القلق والاكتئاب، ويزداد معدل المشاغبة والجنوح وتظهر فيها محاولات الانتحار وتشهد بداية الإدمان والتدخين وغيرها. (سلامة، 1991، ص 151)

كما يرى "عبد الرحمن" (1994) إن السلوك المضاد للمجتمع يكون الأكثر شيوعا في منتصف مرحلة المراهقة، ويأخذ شكل الهروب والتأخر خارج المنزل وتدمير الأشياء وسرقة أشياء نافهة في البداية ثم تتحول بعد ذلك إلى سرقة أشياء قيمة، والكذب والتخريب المعتمد لممتلكات الغير والاعتداء الجسماني والاعتصاب الجنسي، كما يشير إلى أن الأنماط الأكثر شيوعا في هذه المرحلة هي العدا، العدوان وعدم الصبر. (عبد الرحمن، 1994، ص 135)

ويضيف إلى هذا "دسوقي" (1989) أن الغضب من الأنماط الشائعة لدى المراهقين، فيغضب المراهق عندما يوجه له الانتقاد أو التوبيخ أو التأنيب أو يوجه له النصح، ويغضب إذا لم تسير الأمور حسب رغبته الشخصية. (دسوقي، 1989، ص 127) فحسب "كمال احمد" (1976) فهو يعتبر حياة المراهق النفسية مسرحا للانفعالات العنيفة والثائرة والتي تجعله مهيبا للوسواس والأوهام وقد تكون السبب لما نراه من تقلب وعدم استقرار، إلى جانب هذا الاضطراب نجد الحيرة بادية على تفكيره وشعوره وأعماله فقد يتعرض في بعض الظروف إلى حالات من اليأس والألام النفسية نتيجة لما يلاقه من إحباط بسبب تقاليد المجتمع التي تحول دون تحقيقه لأمنيته. (كمال أحمد، 1976، ص 245)

كما تواجه المراهق خلال هذه الفترة مجموعة من المشاكل على مستوى الأسرة والعلاقات الأسرية، حيث يرى معظم علماء علم النفس إن المراهق يعيش في صراع دائم مع أفراد أسرته خصوصا الوالدين، حيث يتمرد على جميع أوامرهم ويعترض عليها،

إضافة إلى وجود بعض المشاكل الأسرية التي قد تؤثر على المراهق بصفة عامة وعلى سلوكه بصفة خاصة، حيث يلخصها "حامد عبد السلام" (1998) في الانفصال، أو الطلاق بين الوالدين أو موت أحد الوالدين، الشعور بالبعد عن الوالدين في الميول أو عدم القدرة على مناقشة الموضوعات الشخصية. (حامد عبد السلام، 1998، ص 295)

كما يرى "مصطفى فهمي" (2002) إن المراهقين الذين يعيشون في بيوت مفككة يعانون من المشكلات العاطفية والسلوكية والصحية والاجتماعية أكثر من اللذين يعيشون في بيوت عادية، (مصطفى فهمي، 2002، ص 270) وهذا ما تشير إليه أيضا "خولة عبد الله" (2004) حيث ترى إن الحياة الأسرية تلعب دورا كبيرا في حياة المراهق واتزانها، فهي تعتبر البيت الذي يسوده العطف والحب والهدوء والثبات يجعل المراهق يشعر بالهدوء والثقة في النفس، عكس الجو المنزلي المشحون بالنزاعات واضطراب العلاقات بين أفرادها، هذا الأخير يخلق مراهق مضطرب في سلوكه وغير قادر على التكيف. (خولة عبد الله، 2004، ص 60)

إضافة إلى هذا قد يتعرض المراهق لمشاكل جنسية حيث يرى (سعد جلال، ص 247) أن النضج الجنسي يفتح أمام المراهق عالما جديدا فيه لذة واثبات للرجولة أو الأنوثة غير أن هذا العالم يحيط به الغموض بسبب وجود القيود الاجتماعية والخلقية والاقتصادية التي تحول بينه وبين دخول هذا العالم بطريق طبيعي يتمثل في الزواج. إذ يرى "مصطفى فهمي" (2000) إن المراهق في هذا السن يشعر انه قد اكتمل من الناحية الجنسية وانه يريد التعبير عن تلك الدوافع الجامحة الا انه يصطدم بالواقع وهنا تزداد حدة التوتر الانفعالي. (مصطفى فهمي، 2000، ص 215)

كما يمكننا التحدث عن نوع آخر من المشاكل وهي المشكلات الدراسية والمدرسية ولخصها "مصطفى فهمي" في (مصطفى فهمي، 2000، ص 258) في النقاط التالية:

- اختيار المدرسة الملائمة.
- إنماء عادات دراسية صالحة.
- المناهج الدراسية.
- النشاط الاجتماعي المدرسي.
- علاقة المدرس بطلابه.

مما لا شك فيه أن المشاكل التي يتعرض لها المراهق كثيرة وتتراوح ما بين تلك الاجتماعية والعلائقية، الانفعالية والعاطفية، الجنسية والمدرسية... كل هذه الجوانب قد تترايط أحياناً وتتطلب معالجة شاملة تحيط بالمراهق من نواحٍ عدة. فلا يمكن معالجة جانب من دون باقي المشاكل التي يواجهها المراهق مع الإشارة إلى أنه غالباً ما يكون وضع المراهق أكثر حساسية، حتى أنه قد يواجه مشكلة الإهمال أحياناً من المحيطين به على الرغم من دقة وحساسية المرحلة التي يمر بها، كما أن هذه المشاكل تتفرع وتتعدد حسب البيئة والجو النفسي الذي ينتمي إليه المراهق وحتى يتمكن من تجاوز هذه المشاكل على الأسرة وخاصة الوالدين احتضانه بحب واستخدام لغة الحوار والتفهم أثناء التواصل معه.

8- المراهق المعتف:

إن الفضاء الذي يعيش فيه المراهق هو بيت العائلة حيث تعتبر أغلب العائلات الجزائرية عائلات مكتظة الأفراد أي مجموعة من الأفراد يعيشون مع بعضهم البعض داخل بيت واحد، مشكلين أسرة واحدة يشرف عليها فرد واحد وهو الأكبر. هذا النظام العائلي يركز كلياً على السلطة التي يفرضها الأب في الأغلب. (صندلي ريمة، 2012، ص 100)

فالمراهق الجزائري سواء كان ذكراً أو أنثى يعيش مرحلة صعبة كأغلب المراهقين في العالم، خصوصاً إذا كانت الظروف المحيطة به صعبة سواء كان من الجانب الاقتصادي أو الاجتماعي أو الثقافي أو السياسي...

وتعرض المراهقين إلى العنف في وقت مبكر، يجعلهم يفقدون الشعور بالأمن والاحتواء خصوصاً إذا كان الذي عرضهم للعنف واحد من أفراد العائلة، فيخلق لديهم شعور متناقض بين الحصانة والتعرض للضرر.

قد يتغلب الشعور بالقدرة الكلية على المراهق الصغير في الحكم بشأن الخطر الفعلي الموجود في بيئته. وفي نفس الوقت، المراهقون يظلون عرضة للمفاهيم المثالية، وذلك عندما يكون المراهقون الصغار عرضة لأحداث غير عادية مثل العنف والضرب الوالدي أو من أحد أفراد الأسرة الآخرين أو الهجوم الإرهابي، بيد أن المراهقون الأكبر سناً أكثر قدرة على فصل الشخصية والمخاوف من الخطر على أنفسهم من الأحداث العنيفة التي تسبب ضرر لهم وللآخرين. (Eliza & al., 2012, p.45)

هذا النوع من المراهقين غالباً ما نلاحظ أنه تعرض إلى الحرمان الأمومي في مرحلة أبكر، حيث الأم موجود لكن لا تبالي بطفلها أو تقسوا عليه، الحرمان الأمومي هو نقص العناية والتفاعل الوجداني بين الطفل وأمه أو بديلها. (معتصم_ميموني بدر، 2005،

ص.ص 167-168)

هذا ما يجعل المراهق الذي يعيش أزمة الهوية في مرحلتها العادية يعيشها كأزمة حقيقية يواجهها إضافة إلى مواجهة العنف الموجه نحوه، وأزمة الهوية كوجه من أوجه أزمة المراهقة تتمظهر بصعوبة تحديد دور واضح وإيجاد هوية جنسية واضحة، وتظهر أزمة المراهقة بصفة عامة بصورة مفاجئة وعنيفة في أغلب الحالات إذ يريد المراهق من خلالها إظهار تميزه في محاولة جلب الانتباه من خلال عاداته في ارتداء الثياب أو طريقة الحديث وسلوكه بصفة عامة. (Sahuc, 2006, p.45)

الردود الملاحظة على المراهق من سن (18/12) فأكثر هي أشبه الردود الملاحظة على الكبار وتشمل الأفكار الاقترامية، وفرط التحسس، الذهول العاطفي، والكوابيس، واضطرابات النوم، والتجنب. ; (Realmuto, & al., 1992, pp.589-599 ; Weisenberg & al., 1993, p.61)

بينما المراهقون المعرضون لخطر متزايد يتمثل في وجود مشاكل تتواجد داخل بيئتهم المحيطة مثل مشاكل مع تعاطي المخدرات والاكنتاب فغالبا ما ترتبط الصدمة مع مشاعر الإذلال، اللوم الذاتي، الشعور بالعار والشعور بالذنب، التي تصدر عن الإحساس بالعجز ويؤدي إلى الشعور بالغرابة والتجنب، (Van der Kolk B & McFarlane, 1996, pp.3-23) المراهق قد يستوعب العالم باعتباره أكثر خطورة ويعمم هذا الاستنتاج على أغلب أحواله الشخصية.

ثم إن جهود الوقاية من المشكلات السلوكية المترتبة عن هذه المظاهر التي تركز على السلوكيات المتغيرة أغلبها تكون ناجحة عندما تركز تلك الجهود على التأثيرات القابلة للتعديل، حيث لا ننسى التأكيد على الجانب البيولوجي والبدني النشط والشديد التغيير في هذه المرحلة. (Marte, 2008, p.07) وقد أبدى بعض الخبراء المتميزين في مجال الصحة العقلية للأطفال والمراهقين أن التعرض للعنف أو الصدمات الشديدة المتعلقة بالتعرض للأذى الجسدي والنفسي قد يكون سببا مهما موجها إلى اضطراب ما بعد الصدمة، وهذا النوع من اضطرابات القلق لا يختلف عن الاضطرابات العاطفية الأخرى التي تتعلق بتجارب مؤلمة. (Spencer & al., 2005, p.05)

وفي إطار التكفل بالأطفال والمراهقين الذين كانوا عرضة إلى العنف من قبل أحد أفراد الأسرة وداخل العائلة قيمت دراسة كل من "جاريو، روك وغوميز، J، Jarero, I., Roque-Lpez, S., & Gomez, J" (2013) مقارنة متعددة الجوانب لمعالجة الصدمات على أساس الطور ل (34) طفلاً كانوا ضحايا صدمات شديدة (الاغتصاب، الإساءة الجنسية، العنف الجسدي والعاطفي، الإهمال، الهجر). وقد حضر أطفال معسكر استشفاء نفسي سكني دام أسبوعاً، والذي قدم خبرات بناء الموارد، وإزالة حساسية حركة العين وإعادة معالجة بروتوكول المعالجة الجماعي المتكامل (emdr-igtp)، وتدخل (EMDR) واحد بواحد من

أجل حل الذكريات المؤلمة. تم توفير جلسات (EMDR) الفردية لـ (26) طفلاً الذين لا يزال لديهم بعض الشدة حول الذاكرة المستهدفة بعد (emdr-igtp). وأظهرت النتائج تحسناً كبيراً لجميع المشاركين حول تفاعل الطفل مع مقياس الأحداث الصدمة (crtes) ومقابلة تصنيف (ptsd) القصير، مع الحفاظ على نتائج العلاج عند المتابعة. وخلصت الدراسة إلى أن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث لتقييم (emdr-igtp) وتأثير تدخل (emdr) كجزء من نهج متعدد الوسائط مع الأطفال الذين عانوا من الصدمات الشخصية شديدة. (Jarero, I., Roque-Lpez, S., & Gomez, J., 2013, p.p 17-28)

ولابد أن توفر الأسرة فضاءً إيجابياً للمناقشة والحوار والنقد والتفاوض حول مشاكل المراهق الحقيقية، بالإصنات والتفهم، واقتراح الحلول الناجعة لها، دون إقصاء أو تمهيش أو ازدراء أو سخرية أو تعريضهم إلى العنف، مهما كانت رغبات المراهق وطلباته واقعية أو خيالية أو وهمية. (جميل حمداوي، 2015، ص 75)

خاتمة: جاء هذا الفصل بمتغير المراهقة حيث احتوى هذا الفصل على تعريفات متعلقة بفترة المراهقة ومراحلها حسب أغلب العلماء، ثم مظاهر النمو في مرحلة المراهقة، بالإضافة إلى النظريات والاتجاهات المفسرة لها، وأنماط المراهقة، ثم حاجات التي تتطلبها مرحلة المراهقة والمشكلات التي تواجه الفرد في مرحلة المراهقة.

الفصل الثالث: العنف الأسري.

- 1-تعريف العنف، الأسرة، العنف الأسري.
- 2-الاتجاهات النظرية المفسرة لظاهرة العنف.
- 3-أنواع العنف.
- 4-الأسباب المؤدية إلى العنف الأسري.
- 5-آثار العنف.
- 6-طرق الوقاية والحد من سلوك العنف.

تمهيد: تعتبر ظاهرة العنف قديمة قدم الوجود الإنساني، فالعنف من الظواهر الاجتماعية الخطيرة التي تمارس على الأفراد سواءً داخل الأسرة أو خارجها، وسواءً تسلط الفرد على الآخر أو طبقة مجتمعية على طبقة أخرى، (محمود سعيد الخولي، 2006، ص 19) وأصبح العنف شكلا بارزا داخل المجتمعات سواءً الجزائري أو غيره وخصوصا العنف الأسري الذي يهدد كيان الأسرة والمجتمع ككل، فهو يكسر العلاقة الصحية بين أفراد الأسرة ويتسبب في نفور بين أعضائها. وكما يبين علماء التاريخ والاجتماع أن العنف ظاهرة اجتماعية عالمية تحدث بين البشر منذ فجر التاريخ، إذ يستحيل ذكر أي فترة تاريخية أو بقعة جغرافية خالية من العنف.

(Madhar & Achaibou, 2004, pp.12-13)

1- تعريف العنف، الأسرة، العنف الأسري.

1-1 تعريف العنف:

يعرف العنف من وجهة منظمة الصحة العالمية بأنه: "الاستعمال المفرط للقوة الفيزيائية، المادية أو القدرة سواءً بالتهديد أو استعمال مادي حقيقي ضد الذات أو ضد شخص آخر أو مجموعة ضد مجموعة أخرى، بحيث يؤدي إلى حدوث إصابة أو موت أو إصابة نفسية، ويشمل أشكال العنف أو الضرر أو الإساءة البدنية، العقلية، الإهمال أو المعاملة المنطوية على إهمال أو إساءة المعاملة أو الاستغلال. (O.M.S, 2013, para 01)

كما يعني أيضا "الاعتصاب واللاعقل والتدخل في حريات الآخرين" (Petit Larousse, 2001, p.1068)

هو فعل مقصود غير عرضي صادر من قبل أحد أفراد الأسر القائمة على رعاية وتنشئة الفرد والقيام بإيذائه وإلحاق الضرر به، ويختلف من ثقافة إلى ثقافة أخرى ومن مجتمع إلى مجتمع آخر فالذي يصنف عنيفا في إحداها لا يعد كذلك في منطقة أخرى إلا أنه من خلال البحث وجد أن غالبية العاملين في هذا المضمار متفقين على الإطار العام لما يعتبر عنيفا، ومن هنا يمكن تصنيف العنف الموجه نحو الأطفال والمراهقين بصفة خاصة في أشكال أغلبها تضم العنف البدني، العنف النفسي، العنف الاجتماعي، والعنف الاقتصادي، والعنف الجنسي، وغالبا ما يتشارك نوعان أو أكثر تجاه نفس الضحية. (رشاد، 2009، ص 351)

تعرفه "معتصم_ميموني" وآخرون (2009) أنه: "فعل عدواني يمارس بصورة قاسية على الأفراد الأقل قوة مثل العنف الممارس

على الأطفال وأيضا النساء". (Moutassem-Mimouni et al. 2009)

ويعرفه "أحمد عبد الخالق" (1993) أنه سلوك غير سوي يترك في كثير من الأحيان آثارا مؤلمة على الأفراد يصعب علاجها، ومن ثم فإنه يضر بأمن الأفراد وأمان المجتمع، ومن أكثر النظريات شيوعا في تفسير العنف الأسري النظرية التي تفترض أن الأشخاص يتعلمون العنف بنفس الطريقة التي يتعلمون بها أنماط السلوك الأخرى، وأن عملية التعلم هذه تبدأ بالأسرة، فبعض الآباء يشجعون أبنائهم على التصرف بعنف مع الآخرين في بعض المواقف، ويطالبونهم بالألا يكونوا ضحايا العنف. وهذا واضح في بيئتنا ومجتمعنا، عندما يجد الطفل أن الوسيلة الوحيدة التي يحل بها والده مشاكله مع الزوجة أو الجيران هي العنف، فإنه يلجأ إلى تقليد ذلك. (أحمد عبد الخالق، 1993، ص 3)

ويعرف العنف أنه تسلط متزايد يفرض من خلاله الشخص المتسلط ضبطه للآخر مستخدما وسائل وطرق ضغط متنوعة تجعل الضحية في حالة دونية وتجبره على تبني حالة ضعف مفروضة. (Thibault & al, 2003, p.03)

هو الإيذاء الجسدي أو اللفظي النفسي، بالفعل أو الكلمة في الحقل التصادمي مع الآخر وهو سلوك متبادل يبدأه الفاعل ويواجه القابل وهو واقعة اجتماعية تاريخية ينتجها الفاعل الفردي مثلما ينتجها الفاعل الجماعي. (خليل احمد خليل، 1984، ص 183)

إنه مجموع من السلوكات تهدف إلى إلحاق الأذى بالنفس أو بالآخر، ويأتي بشكلين إما بدني مثل الضرب أو التسبب بالأذى الجسدي، أو تدمير الأشياء، وقد يكون أيضا بشكل لفظي مثل التهديد، وهو بكل الأحوال يؤدي بشكل من الأشكال إلى إلحاق الأذى. (عصام عبد اللطيف، 2001، ص 97)

ويؤكد "بارجوري، Bergeret" (2014) أنه يجب التفرقة بين العنف الناجم عن الدفاع أو محاولة الإنقاذ هدفه العيش، والعنف الموجه للآخر بغية التسبب بالأذى. (Bergeret, 2014, p.231).

بينما ميّز "بارجوري، Bergeret" (2000) بين العنف الذي يحمل فكرة التي تحمل على الفعل العنيف، والعنف الذي يريد الشخص من ورائه إصابة الآخر بهدف إحداث خسائر أو ضرر للآخر. (Bergeret, 2000, p.14 ; Balier, 2013, p.236)

حيث يمكن أن ينظر إليه من زوايا كثيرة ومختلفة، فعدد التعريفات الخاصة بالعنف كبير وتهدف كلها إلى تعريف ظاهرة بما يخدم المجال، وبالتالي نجد انه من الصعب تقديم تعريف موحد للعنف، فعلماء السياسة يعرفونه بطريقة مختلفة عن علماء النفس وعلماء الاجتماع، وهؤلاء بدورهم يختلفون في تعريفهم له عن علماء القانون. (حلمي المليجي، 2000، ص 25)

1-2 الأسرة:

يلجأ "سيد منصور والشريبي" (2000) إلى الاستدلال بالمعنى اللغوي في تعريفه لمصطلح الأسرة فعرّفها بأنها: "كلمة مشتقة من الأسر والأسر يعني القيد، ويقال أسر أسرا أسيرا أي قيده، وأسره وأخذه أسيرا، ويعني أيضا من الناحية اللغوية أسرة الرجل بمعنى عشيرته، ورهطه لأنه يتقوى بهم، والأسر بمعنى عشيرة الرجل وأهله بيته. (عبد المجيد سيد منصور، و زكرياء أحمد الشريبي، 2000، ص 15)

وتعتبر أهمية الأسرة تكمن بأنها أهم مصادر إشباع الحاجات النفسية، الاجتماعية، التربوية، الاقتصادية والثقافية فهي أهم عوامل تنشئة الطفل. (خليل عبد الرحمن المعايطه، 2007، ص 72 ; مراد زعيبي، 2002، ص 64)

وقد أشار "بوطبال ومعوشة" (2013) في (زاوي، و بودالي، 2013، ص174) أن الأسرة تعتبر اللبنة الأساسية في بناء أي مجتمع، إذ ينمو لديه خلالها شخصيته وسلوكاته، وتعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو النفسي لدى الفرد وذلك خلال تأثيرها على كل المراحل اللاحقة من حياته، وإذا كان هذا البناء سليما يمكن للفرد أن يتوافق مع المتطلبات المستقبلية للحياة الاجتماعية. ولعل ما يعوق البناء النفسي للطفل هو العنف الأسري الذي يهدد توازنه سواء كان جسديا أو نفسيا. فأى خلل على هذا المستوى سينعكس على مجمل الجوانب النفسية والانفعالية والعقلية والاجتماعية للطفل.

1-3 العنف الأسري:

العنف الأسري هو عنف قديم قدم الإنسانية لكن تشدد التربوي وتسلط الأسرة وانغلاقها جعله مسألة شخصية وخاصة ومسكوت عليها كما أشارت إليه جماعة البحث التابعة لمركز البحث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية، (Moutassem-Mimouni et al, 2009) لكنه أصبح مصرح به أكثر من الماضي القريب ومازال محاطا بصمت الضحية وضغط الأسرة.

وتتعدد أساليبه وأشكاله داخل النسق الأسري حيث يأخذ صورا مختلفة على مستوى السلوك والأفعال أو على مستوى الأفراد. فقد يتضمن شكل العنف الأسري (عنف الكلام، الأفعال والسلوك، المعنوي) وقد يظهر عنف السب والشتم والصراخ والشكوى اللادعة المستمرة أمام الآخرين، بينما قد يظهر عنف السلوك في تمزيق الملابس أو التشاجر بالأيدي أو تحطيم الأثاث والضرب بالعصا أو اليد أو بعض الآلات الحادة أو الأحذية أو مستلزمات الطعام، وقد يكون العنف من اتجاه وطرف واحد أو

متعدد، فكلا الطرفين يمكن أن يتبادلا العدوان أو قد يكون العنف الأسري جماعيا في حالة استقطاب كل طرف عددا من أفراد الأسرة.

ويتعدى أشكال العنف على مستوى الأفراد فقد يأخذ العنف الأسري شكل الإساءة للطفل، الأزواج، لكبار السن، وقد يمتد ليشمل الإساءة للأخوة أو الوالدين. (كمال عويسي، 2013، ص.ص 97-98)

ويعرفه "الريميح" (2013) بأنه: "هو أي فعل من أفعال الاعتداء المادي أو المعنوي أو الجسدي الذي صدر من الوالدين أو أحدهما تجاه واحد أو أكثر من الأبناء وتتضمن مجموع من الأفعال:

- الضرب الخفيف أو التهديد بالضرب.

- الحرمان من الضروريات.

- الضرب الذي تكون نهايته كسور أو جروح.

- كبح الحرية.

- الإجبار بالقوة واللوم المستمر.

- الإهمال الشديد.

- القهر النفسي والضغط.

- الطرد من المنزل. (يوسف الريميح، 2013، ص 14)

العنف الأسري يعتبر أي سلوك موجه للآخر بقصد أو بدون قصد ويتسم بالقسوة ويصدر من أحد أفراد العائلة وينتج عنه آثار سلبية سواء كانت نفسية، اجتماعية، بدنية أو انفعالية. (سلوى عبد السلام، و منال عبد المنعم، 2017، ص 259 ; مُجَد حسن الشناوي، 2001، ص 207)

العنف الأسري أو العنف المنزلي يتمثل في السلوك القهري العنيف المؤذي للضحية، وقد يمارس على الزوجة، الإخوة، الأبناء أو الأقارب، وهذا يتطلب حمايتهم من قبل القانون والسلطة الرسمية، ولكون العنف الأسري يقع داخل حدود المنزل في اغلب الأوقات ولا يطلع عليه الأفراد الآخرون خارجه للإبلاغ أو الحماية، ويحدث ذلك إلا إذا كان فيه شكوى من قبل الضحية أو المعتدى عليه لدى الجهات الرسمية (لكن قلما يكون ذلك في مجتمعاتنا)، لذلك لا تعلم به المؤسسات الأمنية إلا إذا قُدِّمت

شكوى ضد المعتدي، فهو غالبا يكون سلوك عنيف غير معلن بسبب تستره خلف جدران المنزل. (عمر معن خليل، 1994، ص230 ; أحمد السكري، 2011، ص 198)

العنف الأسري سلوك يصدر عن احد أفراد الأسرة بشكل مباشر أو غير مباشر بقصد إلحاق الأذى الجسدي أو النفسي بأحد أفراد الأسرة ذكرا أم أنثى، بصورة غير مشروعة وغير مطابقة للقانون. (الزعيبي، 2009، ص239 ; علاء الدين كفاني، 2008، ص.ص 10-11 ; Wallace, 2002, p.31)

يعتبر العنف الأسري في حصيلة مرتفعة ويسبب هذا النوع من العنف مشاكل معقدة في النسق الأسري وفي الغالب الفرد المعتنف الضحية يكون بمثابة كبش الفداء داخل العائلة، هذا الأمر الذي يزيد الطين بله ويجعل الأمور تتفاقم لدى الضحية مما يخلق له شعورا بالدونية والإحباط المستمر دون وسيلة للخروج والبقاء عالقا ضمن هذا النسق. (Kédia, M. & Sabouraud, Seguin et al, 2013, p.17)

1-4 العنف ضد المرأة:

ولا يزال العنف ضد المرأة في الجزائر محل بحث فقد أجرى الفريق التابع للمعهد الوطني للصحة العمومية بحثا شمل كافة الوطن وبمبادرة من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وبالتعاون مع وزارة الداخلية، وزارة الشباب والرياضة، وزارة التضامن الوطني إضافة إلى الحركة الجمعوية وخلصت الدراسة أن العنف ضد المرأة متزايد بشكل مستمر حيث وجب التنبيه لهذه الظاهرة ونشر التوعية اللازمة للضحايا مع التوجيه للمراكز المناسبة لتلقي التكفل اللازم. (INSP, Alger 2005, p.05)

مفهوم العنف ضد المرأة هنا يشمل كل السلوكات العدوانية والعنف المرتبطة بالقسوة الموجهة نحو المرأة سواء كانت هذه المرأة (أما، أختا، زوجة، ابنة أو إحدى القريبات) وتعريف "ليلي عبد الوهاب" (2000) للعنف ضد المرأة يشمل كل سلوك أو فعل موجه نحو المرأة بصفة خاصة سواء كانت زوجة أو أم أو أخت أو ابنة، ويتم بالتمييز والاضطهاد والعدوانية المطبقة من مصدر القوة في النسق الأسري وعلاقة القوة الغير المتكافئة القوي والضعيف نتيجة لسيطرته على الآليات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. (ليلي عبد الوهاب، 2000، ص 130)

يصرح تقرير الأمين العام لمنظمة الصحة العالمية (O.M.S) في (معتصم_ميموني وآخرون، 2008، ص 11) أن "العنف ضد النساء يشكل انتهاكا لحقوق الإنسان، يتجذر في علاقات السلطة التقليدية اللامتكافئة بين الرجال والنساء، وكذا التمييز ضد النساء الموجود في الفضاء العام وكذلك الخاص"

فشبكة (بلسم، Balsam) (2012) الشبكة الوطنية لمراكز الإنصات للنساء ضحايا العنف كونت شبكة للاستماع إلى ضحايا العنف من الأطفال والنساء على وجه العموم من أجل إظهارها للعيان ومحاربتها بتبادل الأفكار والمعارف ونشرها. فحسبها إن النساء تعاني من الاضطهاد في مختلف دول العالم وهذا الاضطهاد في تزايد مستمر في الأعوام الأخيرة، بينما تذكر ذات الشبكة الوطنية بأننا نعيش في مجتمع ذو السلطة الأبوية حيث يحتل الرجل الموقف المهيمن خصوصا بتبني طرق دينية متشددة لم تفهم لتمارس بطرق خاطئة على النساء، ففي تقريره الثالث المنشور سنة (2012) الذي يحتوي على إحصائيات حول العنف ضد المرأة والتي شملت مختلف مناطق الوطن الذي يستمد معلوماته من الاستماع إلى الضحايا أنفسهن*، حيث تكون الضحايا إما زوجات أو فتيات عازبات داخل أسرهن أو مخطوبات وكان المعتدي إما فردا من العائلة أو غيره، وخلف ذلك العنف آثارا متنوعة على الجسم والنفس.

ويتفق الشبكة أن العنف تجاه النساء يتمثل في أي سلوك عنيف موجه للمرأة سواء كانت ابنة، أخت أو زوجة أي على أساس أنها من الجنس الأنثوي، وذلك لسيطرة النظام الأبوي وإبقاء السلطة الذكورية، ويترتب عن ذلك الفعل أذى نفسي وبدني.

(Balsam, 2012, p.p 04-62)

وأجرت مجموعة الباحثات على مستوى المركز الوطني للأبحاث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية (CRASC) في سنة (2006)، و بمساهمة من (UNIFEM) دراسة خلصت بتوصيات أهمها: أن التكفل بالمرأة المعنفة يتطلب تعاونا وتنسيقا بين قطاعات عدة بالإضافة إلى تلقي الدعم من الدولة وهدفها وضع مقاربة للظاهرة من أجل ترقية وتطوير وسبل الوقاية والمكافحة لهذا المشكل الذي يمس الصحة العمومية بشكل متوسع وخطير، والذي تتعدى آثاره راحة النساء الضحايا صحتهم العقلية والجسدية بل إلى أسرهن والمجتمع ككل. (معتصم_ميموني وآخرون، 2008، ص 10)

وذكرت "البرفسور فاييزة سع" (2008) في (معتصم_ميموني وآخرون، 2008، ص 25) "أن العنف ضد النساء والفتيات يعتبر في هذا الوقت مسألة تتعلق بالصحة وبحقوق الإنسان. وفي أي لحظة من مرحلة طفولتهن أو في مراهقتهن أو في سنّ الرشد أو خلال الشيخوخة، يمكن أن يتلقين معاملة سيئة ذات طبيعة جسدية كانت أو نفسية أو كلاهما معا. إنهن ينتقلن من سلطة الأب، الأخ، ابن العم، الجار إلى سلطة الزوج، الختن أو الصهر". وتلخص (Khodja, S., 2002, p.101) واقع تحول المجتمع

* هذا ما يتيح نشر المعرفة بالقوانين التي تحمي حقوقهن وأطفالهن من التعرض للعنف وطرق اللجوء إلى الحماية من قبل الهيئات الوصية

الجزائري بذكرها أنه: " مجتمع تقليدي في تحول مؤلم نحو الحداثة، يصعب عليه قبول شخص مستقل وحر في اختياراته الفردية، خصوصا إذا تعلق الأمر بالمرأة."

2- الاتجاهات النظرية المفسرة لظاهرة العنف: لماذا يلجأ الفرد للعنف؟

في هذا العنصر تُعرض أهم الاتجاهات النظرية المختلفة التي تناولت إشكالية العنف، وحتما هي تختلف باختلاف توجه وطبيعة القائمين على دراسة هذا السلوك من مختلف النظريات والتيارات التي تبناها.

1-2 النظرية الفزيولوجية:

يعتقد أنصار هذه النظرية أن السمات أو الملكات المختلفة للفرد وشخصيته يقع مركزها في منطقة من الدماغ ومنها ملكة التدمير.

إن الأبحاث في التفسير الفزيولوجي للعنف وضعت أساسا تشريحيًا له، ومعرفة الأماكن المخصصة بهذا السلوك في الدماغ، وكذلك الكشف عن العلاقة بين بعض النواقل العصبية والهرمونات التي تفرزها الغدد خاصة الهرمونات الجنسية وعلاقتها بالسلوك العنيف.

فقد أشار "محمود سعيد الخولي" (2008) أن "هيس، Hess" (1932) ذكر أن هناك مناطق في الدماغ ذات علاقة وطيدة ومباشرة بحدوث السلوك العنيف عند الحيوان وكذا الإنسان، ويلاحظ بعد تنبيه هذه المناطق يظهر السلوك العدواني والениف، بينما "كليفر وبوسي، Kluver & Busy" (1937) يذكر أن حذف بعض مناطق الدماغ لدى القرود يؤدي إلى انخفاض شديد في السلوك العدواني، مما أكد الموقف لاستخدام العمليات الجراحية المخية في علاج الأفراد ذوي الدرجات العالية من السلوك العنيف والعدواني. (محمود سعيد الخولي، 2008، ص 104)

ويشير "جولمان، Goleman" (2000) إلى أن هناك مراكز مختلفة من الدماغ أين يشير الجهاز الطرفي بتحكمه في العواطف ويقع في وسط الطبقات الثلاث الأساسية للمخ البشري، حيث توجد في وسطه اللوزة الدماغية التي تعتبر العقل الوجداني للكائنات البشرية، فهي تستقبل وترسل كل الرسائل الوجدانية وهذا لا يعني أنها تعمل منفصلة عن باقي الدماغ، بل هي مرتبطة أيضا بالقشرة المخية. (Goleman, 2000, pp.32-33) بينما يعد الحصين واللوزة الدماغية الأجزاء الرئيسية للمخ البدائي، ومع التطور ظهرت القشرة الدماغية الجديدة التي تعد العقل المفكر والأهم بين الأجزاء الأخرى.

وأشار "مأمون مبيض" (2003) بأن بعض الدراسات التي أجريت على الأشخاص المصابين بعطل عصبي في اللوزة الدماغية والقشرة الجديدة قد أصبحت قراراتهم التي يتخذونها كلها خاطئة وحتى في أبسط الأمور مثل اتخاذ قرار بشيء ما أو عدم شراءه، ومنه إن الدماغ لن يكون قادرا على العمل بشكل فعال إذا انفصل أحد أجزائه عن العمل بسبب عطب أو خلل في البنية التكوينية، فالدماغ البشري هو تركيب بين المشاعر والمنطق معا. (مأمون مبيض، 2003، ص 32)

فالمريض الذي تصاب لديه اللوزة الدماغية ويحصل فيها أذى أو عطل تصبح غير قادرة على تفسير أحداث الحياة على البعد العاطفي والمشاعر التي هي مسعولة عنه، وتبقى خاملة بلا انفعالات أو تفاعل، ويصبح المصاب قليل الاهتمام بالناس والآخرين، ويصبح عنده ما يسمى بالعمى العاطفي، فكل معلومة قادمة إلى الدماغ من الحواس المختلفة تمر أولا عبر اللوزة الدماغية أين يتم فحصها بشكل جد سريع لمعرفة ما هي المعلومات المهمة من الغير المهمة لهذا الكائن صاحب الدماغ، بينما تكون هذه المعلومات تحمل لصاحبها مجموع المشاعر وعواطف السعادة والفرح والإثارة أو الحزن أو الغضب، وتفرز كل هذه المعلومات قبل أن تصل إلى القشرة الجديدة المسئولة عن تحليل المعلومات وفهمها. (محمد سعيد الخولي، 2008، ص 105)

إن تحليل نتائج هذه النظرية بصفة عامة تقوم على أساس ربط السلوك العدواني بالوظائف المخية، كمركز أساسي ولها علاقة بالسلوك العدواني والعنف، فالعامل الوراثي المتناقل من جيل إلى جيل هو العنصر الأساسي في التفسير، (Vasta, Haith & Miller, 1995, p.60) فمشكلة العدوان ما هي إلا سلوك وراثي ينتقل عن طريق الوراثة وينمو في نطاقه في آن واحد وهو السلوك المضاد للمجتمع. (كاظم وليم آغا، 1981، ص 237)

2-2 النظريات النفسية:

● نظرية الإحباط والعدوان:

ترى هذه النظرية أن سبب العنف يعزي إلى حالة الإحباط التي يعاني منها الشخص فالعنف نتيجة طبيعية للإحباط، وان كل عنف يسبقه دائما مواقف إحباطية من جراء الشعور بالقهر الاجتماعي وهذا الشعور يؤدي إلى أحد الأمرين إما الانزواء والاعتزاب عن المجتمع وهجره وإما إلى التمرد والعنف بل وحتى التطرف في ممارسة القسوة التي قد تصل إلى درجة القتل في أبشع صورة رغبة في الانتقام والثأر من هذا الواقع النفسي الذي لا يرحم. (سلوى عبد السلام، ومنال عبد النعيم، 2017، ص 276)

إن الفكر المعاصر والأبحاث الاجتماعية تتجه نحو دراسة العوامل التي تجعل الأشخاص مستعدين للتعامل بعدوانية، وترتكز هذه النظرية على الظواهر الاجتماعية وتأثيرها على المجتمع باعتباره مصدرا للأحداث ولمختلف الظواهر بما في ذلك العنف، ومن

بين علماء الاجتماع الذين اشتهروا في هذا المجال هم "دولارد، نيل ميلرو، روبرت سيزر" وانصب الاهتمام على الجوانب الاجتماعية للسلوك الإنساني، بينما يكون الإحباط والعدوان كسلوك للاستجابة.

● نظرية التحليل النفسي:

مؤسس نظرية التحليل النفسي "فرويد" كان متأثراً بأفكار "داروين" حيث تقول نظريته أن السلوك الإنساني إلى أن الفرد تقوده الغرائز والدوافع الدفينة الفطرية. (خليل ميخائيل معوض، 1999، ص 356؛ سلوى عبد السلام، ومنال عبد النعيم، 2017، ص 276) حيث أن الاندفاعية الطاقوية هي بمثابة القوى المحركة. (الوناس مُجَّد، 2008، ص 55)

وفي التمييز بين النزوة والغريزة تقول "سلاطنة رشيدة" (2012) أن الغريزة فطرية تحدف إلى تحقيق الهدف بطريقة مباشرة، أما النزوات فيتحكم فيها الأنا الذي يكون الوسيط بين العنصرين الآخرين للجهاز النفسي الهو والأنا الأعلى. والليبيدو هو مصدر الطاقة المحركة للإنسان، حيث يعتبر عدم القدر على الإشباع مصدراً لتوليد التوتر الذي يتمظهر في السلوكيات العدوانية، فالعدوانية هي شكل من أشكال الحرمان المفروضة على الفرد باحتكاكه بالواقع. (سلاطنة رشيدة، 2012، ص 32)

وهذه الطاقة العدوانية توجه إما على الداخل أو الخارج نحو الآخرين فحينما يفشل الدافع العدواني الموجه نحو موضوعات من العالم الخارجي يتحول إلى دافع عدواني موجه نحو الذات فيتظهر في المرض النفس-جسدي أو الأمراض النفسية والانتحار. (سامر جميل رضوان، 2009، ص 297)

وانتهى "فرويد" إلى أن غريزة التدمير تجعل الفرد يقاوم من أجل البقاء فيسلك السلوك الذي يتطلبه الوضع من أجل الحفاظ على كيانه، والعدوان سلوك ينشأ منذ الولادة ينبع من غريزة الموت، والوظيفة الأساسية لغريزة الموت هي التدمير والعودة بالفرد إلى حالة من اللا-حياة، والفعل العنيف الظاهر للعيان ما هو إلا مظهر خارجي لهذه الغرائز، كما يعتبر أن العدوان خاصية مغروسة في الفرد منذ المنشأ، بينما وضح "فرويد" أن هذه الغرائز التي تشكل الفعل العدواني والسلوك العنيف تجاه الخارج بصفتها سلوك سادي. ويمكن أن نستفيد منها لخدمة الحياة أو يمكنها أن تخدم الموت على حد سواء بينما يكون المجتمع مساعداً في تسييرها وضبطها، ويكون هذا بتوجيه هذه القوة بصفة مدروسة دون أن تتحول إلى مازوشية. (بلقاسم سلاطنة، وسامية حمدي، 2008، ص.ص 30-35)

● الشخصية المضادة للمجتمع:

إن معظم العلماء الدارسين لسلوك العنف والعدوانية يطرحون استفسارا محددًا في دراساتهم ألا وهو: "هل سلوك العنف والعدوان يحدد بدافع فطري لدى الإنسان؟" وانطلاقًا من وجود خلل أو اضطرابات نفسية في التفسير الأساسي لهذه النظرية. وكذلك التأكيد على أن هناك بعض أنماط الشخصية التي تتصف بالعدوانية وممارسة العنف بصفة غالبية على سلوكياتهم، وهم يمارسون العدوانية ضد الآخرين بالخصوص وقد تمس أطفالهم أو زوجاتهم أو أخوتهم أو أقاربهم الذين يقطنون معهم في نفس المنزل أو خارجه، ومن أكثر الشخصيات المتصفة بهذا النمط من السلوكيات هم الأشخاص ذوي الشخصيات السيكوباتية أو الشخصية المضادة للمجتمع. (علي حيدر، 2003، فقرة 3)

ثم أن هذه النظرية تؤكد أن السلوك العنيف هو محدد من خلال الصراعات النفسية الداخلية المستقلة عن العوامل المحيطة بالبيئة الحالية، ففي بداية جعلت تقييم السمات الخاصة بالشخصية السيكوباتية، ومن بين هذه السمات ما يلي: الكذب، والتحايل وعدم تحمل المسؤولية.

واستخدم "Hare" (1996) في (مينة أوباجي، 2017، ص 26) لوصف هذا الاضطراب في الشخصية والتي (Psychopathie) كلمة سيكوباتية يتميز بعدم الإحساس بالآخر أو معاناته، غياب الشعور بالذنب، عدم القدرة على الحفاظ على استمرارية العلاقات مع الآخرين. وهذه السمات تساعد على فهم الدوافع التي تتدخل في السلوكيات العنيفة بينما يركز الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية على مصطلح الشخصية المضادة للمجتمع. (Corval, 2009, p.22)

● نظرية التعلق:

إن الفرضية الأساسية لهذه النظرية هي أن النسق الأسري يقوم على أساس علاقات فيما بين أفراد الأسرة، وقد تكون تلك العلاقات سلبية وسيئة في التعامل بين أفراد البيت الواحد في الغالب تكون بين الوالدين أو بين الوالدين وأطفالهم ولها ارتباط وثيق بتعرض الطفل للإساءة والإيذاء من طرف الوالدين أو من أحدهما، وأحيانًا من طرف أحد الأقرباء أو المحيطين به، وتقوم هذه النظرية على فكرة أن الطفل لديه الاستعداد للاتصال بالآخرين، والقدرة على تكوين رباط عاطفي معهم، هذا الاستعداد حينما يتم تقويته من خلال التفاعل بين الأم والأب والطفل فان العلاقات تنشأ بصورة سوية وخالية من السلوكيات العنيفة، وحينما تكون العلاقات عكس ذلك غير مشبعة العطف والحنان الوالدي والارتباط العاطفي في المراحل المبكرة للأبناء فإنها تصبح متبوعة بكم هائل من الشحنات السالبة وتكبر الفجوة بين الوالدين والطفل والتي تكون مصدر رئيسي لحصول العنف. (الزهراني، 2003،

ص.ص 99-102)

2-3 النظرية الاجتماعية:

النظرية الاجتماعية رائدة في تفسير ظاهرة العنف وتنقسم إلى عدة نظريات سندكر بعضها:

• البنائية الوظيفية:

أنصار هذا الاتجاه يؤكدون على أن العنف ناتج عن ظروف اقتصادية اجتماعية تتمثل في الأوضاع العائلية وظروف العمل وضغوطه وحالات البطالة بأشكالها المختلفة، والخلافات الأسرية، والتفكك الأسري بنوعيه العمدي وغير العمدي، وأيضاً الفقر وتدني الدخل، مع كثرة عدد أفراد الأسرة مما يتسبب في تغذية غير مناسبة وسكن غير مناسب وتعليم غير كاف وعدم العناية الصحية. (سلوى عبد السلام، منال عبد المنعم، 2017، ص 274)

• التعلم الاجتماعي: أو (الغرس الثقافي).

إن أكثر النظريات شيوعاً هي أن الأشخاص يتعلمون العنف بنفس الطريقة التي يتعلمون بها أنماط السلوك الأخرى، وعملية التعلم تتم داخل نسق أسري وثقافته المسيطرة.

فبعض الآباء يشجعون أبنائهم على ممارسة سلوك العنف مع الآخرين في المواقف التي يرغبون أن يثبتوا بها دواتهم، ويطالبونهم بالأداء الضحية للعنف في أي موقف آخر. والبعض الآخر ينظر للعنف وكأنه الطريقة الوحيدة للحصول على ما يريد بل أن بعض الآباء يشجعون الأبناء على التصرف بعنف عند المواقف المحتم استعمال العنف فيها. (سلوى عبد السلام، منال عبد المنعم، 2017، ص 275)

ويتعدى التعلم من الأفراد الذين يحتك بهم مباشرة إلى التعلم من وسائل الإعلام مثل التلفاز ومشاهدة الأفلام العنيفة... فقد أصبح التلفاز أحد المصادر الأكثر تحفيزاً للعنف بدءاً بغرس التصورات عن الواقع الاجتماعي والذي يعرف بأنه صورة لما هو موجود بالفعل ولما يعتبرونه صحيحاً، والكيفية التي ترتبط (تُجْبِكُ) بها الأشياء. (محمود سعيد الخولي، 2008، ص 108)

وأكد "تارد، G.Tarde" في (أحسن مبارك، 1998، ص 92) أن اكتساب السلوك المنحرف ناتج عن المحاكات والتقليد ذلك أن الفرد يتعلم الأنماط السلوكية الإجرامية من خلال عملية التقليد التي لا تختلف طبيعتها عن تعلم أي مهنة أو حرفة يتعلمها الإنسان من خلال بحثه عن كونه منتجا ومن خلال اختلاطه بالآخرين وتقليدهم، وهذه العملية تتم بشكل غير آلي لأنها عملية

نفسية اجتماعية، فلا بد من وجود مثال أو قدوة لأي نمط من أنماط السلوك الاجتماعي يسعى الفرد لتقليده فالجرم يجد مثالا أو نمطا في مجرم آخر.

● نظرية الفقر والحرمان:

هذه النظرية تعد الفقر هو أحد أشكال التجريد من القوة ومن ثم القدرة على التأثير في المعادلة الاجتماعية بحيث يؤدي مثل هذا العجز في امتلاك القوة إلى جعل السياقات الفقيرة هي سياقات التوتر ومن ثم سياقات العنف والجريمة. (سلوى عبد السلام، منال عبد المنعم، 2017، ص 275)

والضغوطات الاقتصادية خاصة تلك التي تعاني منها الأسرة يجعل من الصعب عليها تسيير الحياة اليومية لها مما قد ينعكس سلبا على أسلوب تعامل الوالدين مع الأطفال وقد يدفعهم هذا الضغط لممارسة العنف تجاههم تنفيذا للمعانات، ومن هذه الضغوطات الاقتصادية نذكر البطالة وعدم القدرة على توفير حاجيات المنزل الضرورية وحتى حاجيات الأطفال الأساسية. (مسعودي، وقدوح، 2019، ص 150)

2-4 النظرية النفس-اجتماعية:

لقد تعددت المراحل الاجتماعية في دراستها وتفسيرها لسلوك العنف مرتكزة على العوامل الاجتماعية التي تكمل بعضها البعض محاولة في كل ذلك إلقاء الضوء على جوانب متعددة، (موزاي فيصل، 2010، ص 32) منها الجوانب التالية:

- العمليات التي تؤدي إلى انحراف الأشخاص بحيث يتصرفون بعنف في الموقف الاجتماعية ونسق القيم الذي يحكمهم.
- أسباب ظهور سلوك العنف داخل المجتمع ومظاهره.
- وسائل الضبط الاجتماعي المستخدمة لاحتواء أو عقاب من يخرج عن القواعد والمعايير التي اتفق عليه. (مُجد شريف، 2006، ص 44)

فالعنف يكون وسيلة لتحقيق غاية معينة أو هدف معين بعد نفاذ كل السبل والمحاولات الأخرى، ويكون الفرد مشحونا ومدفوعا بمؤثرات نفسية واجتماعية مسبقة، تجعله يلجأ إلى أسلوب العنف لتحقيق مطالبه التي يريدتها، إذن هو السلاح الأخير لإعادة الاعتبار له من خلال التصدي للعوامل التي يعتبرها مسئولة عن إعاقته وتوقيف مصالحه، وتربط هذه الظاهرة عموما بالعدوانية كسلوك تبعا للظروف التاريخية للمجتمع من ناحية، وحالة الفرد ومواقفه من ناحية أخرى، والعدوانية هي مظهر كامل

من مظاهر العنف لا يمكن التنبؤ بها أو معرفة الشخص الذي سيسلك هذا السلوك. (مصطفى حجازي، 1980، ص.ص 189-190)

إن هذه النظرية ركزت على الدوافع النفسية والاجتماعية وفسرتها على أنها عدوانية نشطة توجه إلى الآخر بشكل قاس وتنمو في الداخل لتتجسد وتخرج على شاكلة سلوك عنيف ينفجر عن طريق الدوافع النفسية والاجتماعية ويكون المجتمع وعاء لها.

2-5 النظرية الاجتماعية المعرفية:

أصحاب هذه النظرية يقولون أن العنف أو السلوك العنيف بصفة عامة هو نتاج لمجموعة من العمليات المعرفية حيث يكون الفرد لحظة مواجهة للسلوك العنيف، مضطر لتطوير سلوك أعنف منه في حالات الشعور بالخطر والتهديد.

وفي هذا الصدد اختيرت عينة من الأطفال العدوانيين في دراسة لـ "Dodge" (1986) فتوصلت الدراسة إلى تحديد نموذج لتفسير المرور للفعل العنيف لديهم ووجد أنه يمر عبر أربع مراحل وهي كالآتي:

- فك الرموز.

- ترجمة المعلومات.

- البحث وحرية الاجابة على التساؤلات.

- تبني السلوك اللازم كوضعية للتكيف. (Dodge, 1986, p.51)

إن هذا النموذج يعد أن العنف لع علاقة وطيدة بين ما يترجمه الفرد والمعنى الذي يعطيه للسلوك العنيف.

3- أنواع العنف.

هناك عدة أنواع للعنف أهمها وأبرزها العنف الجسدي، العنف المعنوي واللفظي والعنف الرمزي الذي يشمل مختلف فضاءات الأسرة. (معتمد ميموني وآخرون، 2008، ص 18)

وأشارت البرفسور بن غبريط (2008) في (Moutasim_Mimouni & Al, 2008, p.60) في بحث مس عينة من النساء المعنفات بالجزائر فحاول أعضائه سبر الواقع المعاش لهن، فوجدت الباحثات أن أكثر من نصف النساء المبحوثات عانين وتعرضن لشكل من أشكال العنف، سواء كان بدنيا أو لفظيا أو معنويا أي (7423) من بين إجمالي المبحوثات الذي بلغ عددهن (13755) مبحوثة أو 53,96% من المجموع، وأنواع العنف التي صرحت بها النساء المبحوثات هي كالتالي:

• (824) امرأة ضحية لعنف بدني أي بنسبة 11,10%.

• (3.484) امرأة ضحية لعنف لفظي أي بنسبة 46,93%.

• (3.115) امرأة ضحية لعنف معنوي أو نفسي أي بنسبة 41,96%.

ويلاحظ من خلال الإجابات أن العنف اللفظي والمعنوي هما الأكثر تكرارا، ويأتي بعدهما في المركز الثالث العنف البدني، بمعدل مهم نسبيا (11,10%).

3-1 العنف الجسدي:

هو نمط من السلوك الذي يتجلى في إحداث إصابات غير عرضية بالفرد، والتي قد تكون بقصد المبالغة في التأديب أو العقاب الجسدي الغير مناسب لعمر الطفل أو المراهق، ويمكن أن تكون الإصابة خطيرة إذا كانت تستوجب علاجاً أو تدخلاً طبياً أو أنها بصفة متكررة ومستمرة ويعتبر الفحص الطبي حاسماً في كثير من الحالات لتمييز الإصابات العرضية غير المتعمدة عن تلك الإصابات المتعمدة كما يعرف على أنه إهمال بدني متعمد بإمساك الدواء أو الطعام أو توجيه أذى مادي كالضرب أو الكدمات أو التحرشات الجنسية أو الحرق. (الجولاني، 2007، ص 37)

يعرفها "كيمب وزملاؤه، Kimp & al. (1962) بأنها الحالة العيادية التي تتمثل في التسبب بإصابة عمدية للآخر عن طريق هجوم جسدي ناتج عن العدوان. (Kimp & al., 1962, p.181)

ويعني كل أنواع الضرب الشديد والمبرح، هذا النوع من العنف يكون ظاهرياً أي مادياً مباشراً على جسد الضحية يتحمله شخص ما أو أشخاص من طرف شخص آخر أو منظمة ويكون باستخدام وسائل: البطش باليد، الحرق بالنار أو الكهرباء، الركل بالرجل والضرب بالوسائل حديدية... الخ، هذا العنف يترك آثاراً جسدية ونفسية على الضحية، وممارسة العنف الجسدي على شخص قد يؤدي حتى إلى القتل. (موزاي فيصل، 2010، ص 34)

ويعتد العنف البدني أكثر أنواع العنف الأسري شيوعاً، وذلك لعدم إمكانية اكتشافه وملاحظته، ونظراً لما يتركه من آثار على الجسد. ويضم هذا النوع من العنف عدة طرق ممارسة منها الضرب باليد أو بأداة حادة محاولة الخنق أو الخنق إضافة إلى الدفع أو العض والمسلك بقوة وعنق، أيضاً شد الشعر والبصق وغيرها الكثير... وهذه الأشكال تنجم عنها جميعها آثار صحية ضارة قد تجر مرحلة الخطر وفي أحيان إلى الموت إذا ما تفاقم الوضع، لذا فإن العنف الجسدي من الممكن ملاحظته وإثباته قانونياً وجنائياً. (كمال عويسي، 2013، ص 93)

وقد قسم العنف الجسدي إلى مستويات ثلاثة بحيث يكون المستوى الأول هو العنف الشديد ويتمثل في إحداث الضرر البدني الذي يصل إلى الجرح والحرق والكسر في العظام في أجزاء الجسم وهو ما نجد في مجتمعاتنا بصورة مستمرة، أما المستوى الثاني وتقل فيه درجة العنف على المستوى الأول وحجم الأضرار يكون نسي ولا يتميز بالاستمرارية أما المستوى الثالث فيشمل العنف البسيط ويحدث بصورة عرضية وحجم الضرر فيه يكون ضعيف كالضرب باليد أو القرص أو الركل (الشهري علوان صالح، 2011، ص 21) وقد يؤدي هذا العنف الجسدي إلى آثار اجتماعية و نفسية من بينها:

- ضعف المهارات الاجتماعية وعجز الطفل والمراهق إنشاء صداقات مع أقرانه.
- تدهور الثقة في الآخرين أو خضوعه المطلق للشخصيات المتنمرة أو التي تمثل سلطة لديه.
- ظهور الاضطرابات العاطفية، الكتابة والإحباط وضعف الثقة في النفس والإحباط.
- التشرد والإجرام والبطالة.
- ضعف المهارات المعرفية وضعف التحصيل الدراسي.
- الميل لحل المشاكل مع الآخرين بالعنف والعدوانية.
- الخوف والذل والعجز عن التعبير والإفصاح عن مشاعرهم.
- حين يكبر هذا الطفل، تزيد احتمالية تماهيه واعتدائه الجسدي على أطفاله. (الجولاني، 2007، ص.ص 42-43)

3-2 العنف المعنوي:

للهولة الأولى يعتقد البعض أن العنف الجسدي متفاقم في الوسط الريفي أكثر من الوسط الحضري إلا أنه لا يوجد أي فرق بين الوسط الحضري والوسط الريفي في ما يتعلق بأعمال العنف الجسدي وهذا ما أكدته البروفسور معتصم ميموني بدرة في بحثها ضمن مجموعة بحث من خلال ال (C.R.A.S.C). (معتصم ميموني وآخرون، 2008، ص 109)

هو تعرض الفرد من قبل والدين أو أحد أفراد العائلة الآخرين للإيذاء النفسي والمتمثل في الإهانة، السخرية، الشتم، التحقير، الاستهزاء أو التقليل من شأنه والخط من قيمته وعدم منحه العاطفة والحنان اللازمين. (كمال عويسي، 2013، ص74)

وهو أيضا أي فعل مؤذ للنفسية وللعواطف بدون أن تكون له آثار جسدية، لكنه يترك آلام في نفس الضحية وقد تكون أكثر إيلاما وأثرا خاصة في حال استمراريتها، ويحطم شخصية الطفل والمراهق ويزعزع ثقتهم في النفس حتى يكون في المستقبل كما

يتجسد في عدة مؤشرات من بينها: الشتم، الإهمال، عدم تقدير الذات، التحقير، النعت بألفاظ بذيمة الإحراج خاصة أمام الآخرين، سوء الظن، التخويف. (نهي عدلان قحطان، 2009، ص 04)

هذا النوع من العنف يكون بالسلوك أو باللسان، والذي يحدث أثرا عميقا في نفسه الفرد دون استعمال أداة وهو عبارة عن تجريح بالسلوك أو بالكلام بالسبب أو الشتم العمدي، هذا النوع من العنف يكون ضحيته خاصة الشخص الخجول والطفل ويسمى العنف المعنوي وكذا بالصد الكلامي (Chesnais, 1994, p.12) ولا يمكن التعرف عليه مباشرة لأنه لا يترك أثارا ظاهرة.

العنف المعنوي يعتبر من أشد الأنواع قهرا وخطرا على صحة وسوية الحياة الأسرية ككل، لأنه يؤثر سلبا على الصحة النفسية لكل أفراد الأسرة، وخاصة إن كانت الألفاظ المستخدمة بذيمة وتسيء إلى فرد معين وشخصيته وتحز تقديره لذاته، ويتمثل العنف المعنوي في السب والشتم واستخدام ألفاظ نابية، وعبارات التهديد، وعبارات تحط من الكرامة الإنسانية وتقصدها بالإهانة، إلا أن العنف اللفظي لا يعاقب عليه القانون، لأن من الصعب قياسه وإثباته. والعنف النفسي يسلط على الفرد بهدف إيذائه معنويا، أما فيما يخص العنف النفسي نحو الطفل فيتمثل في الإهمال في الرعاية الصحية أو التعليم أو تقديم العاطفة والحماية بالإضافة للتشدد وفرض الأوامر. (كمال عويسي، 2013، ص94)

3-3 العنف الرمزي :

هذا النوع من العنف لا يمكن التعرف عليه بسهولة، فيعرفه "بورديو" في (كمال عويسي، 2013، ص.ص 12-13) بأنه: "النوع الذي يمارسه أفراد ضائعون داخل النسق المسيطر عليهم، وهو ما يسمى بالعنف الرمزي، من خلال هذا التعريف نلاحظ أن العنف الرمزي تستخدمه الدولة على جماعة ما، ويواصل بورديو قوله " أن للعنف الرمزي الخاص بالثقة الواجب الوفاء والاعتراف بالشفقة وكل فضيلة جديرة بأخلاق الإنسان تفرض نفسها كأسلوب للسيطرة الأكثر اقتصاديا لأنه الأكثر تماشيا مع الاقتصاد النفسي.

إذن فالعنف الرمزي لا يستعمل فيه وسائل وهو شبيه بالعنف المعنوي لأنه يترك آثار نفسية.

ويعتبر الإهمال من أشكال العنف الرمزي، وإهمال الأولاد له عدة مظاهر وهي (الإهمال الجسدي، الإهمال العاطفي والإهمال التربوي) ويعد الإهمال المبالغ فيه تعبيرا عن إخفاق الوالدين في العملية التربوية وتأمين الحاجات الأساسية للأولاد. (مُجد عزت،

2012، ص 77)

وقد ينتج عن هذا العنف عدة مظاهر سلوكية على الضحية مثل:

- اضطرابات في عادات الفرد كالهز والعض.
- رغبته في تحطيم نفسه وحتى عدوانيته الموجهة نحو الآخرين.
- تعطيل طاقات الإبداع والابتكار لدى الطفل والمراهق.
- عدم القدرة على تحمل المسؤولية بسبب النفسية المنهزمة والشعور بالضعف.
- ردود أفعال هستيرية وقلقة وأيضا الفوبيا بأنواعها وهواجس التفكير. (الجولاني، 2007، ص53)

كخلاصة: فالمؤسسة النفسية والاجتماعية الأولى للطفل هي الأسرة ففيها تنمو شخصيته ويمارس أول أنواع التفاعل الاجتماعي في إطار التنشئة الوالدية اللذان يؤثران عليه بأساليبهما في التربية والمعاملة بصفة عامة، فإذا كانت هذه المعاملة والسلوكيات تتسم بالقسوة والعدوان الموجه لأفراد البيت الواحد فحتما ستعكس سلبا على مدى نموه وتشكيل شخصيته. (علي إسماعيل عبد الرحمن، 2005، ص 23)

وبالرجوع إلى طبيعة هذه المرحلة العمرية في سن المراهقة التي تعد مرحلة حاسمة تمر بتغيرات عديدة نفسية وسلوكية مما يؤثر على الأفكار والقرارات التي ينتهجونها، ويجعلهم بدون أدنى شك في مجال تصادم مع أسرهم ربما تطور إلى عنف وتعنيف يكون المراهق هو الضحية دائما. وكما ذكر أن مرحلة المراهقة مرحلة حرجة وملينة بالتغيرات والتطورات والتقلبات فالمراهق بحاجة إلى من يرشده ويوجهه نحو الأصلاح الذي يتناسب مع قيم وأفكار المجتمع الذي يعيش فيه. (جميل صليبا، 1982، ص 122)

4- الأسباب المؤدية إلى العنف الأسري: من الحدث العنيف إلى اضطراب ما بعد الصدمة.

لقد تناول علم النفس الاجتماعي مجموعة من الظواهر التي تساهم في ظهور العنف وأسبابها المتعددة وهي كالآتي:

1-4 الإجماع والعنف:

لقد قام "Tarde" في (سلاطنة رشيدة، 2012، ص 28) بدراسة أسباب التوجه إلى العمل الإجرامي والجريمة وقد رأى أن الفرد الذي يسلك أي سلوك حسب العادات والتقاليد الخاصة بالمحيط الذي ينتمي إليه، بعبارة أخرى الفرد ابن بيئته أي يقلد باقي أعضاء الجماعة التي ينتمي إليها، وانطلاقا من هذه الرؤية للنسق التقليدي اهتم "Tarde" بدراسة المجرمين وذلك بتحليل شخصيتهم قصد الوصول إلى الصفات المشتركة بينهم والتي كانت أن معظم أفراد هذه الفئة يشتركون في نوعية الوشم على أجسادهم وأيضا طريقة تجمعهم.

4-2 الانحراف والعنف:

توصل "Hirschi" في (Fischer & al., 2003, p.26) إلى أن علاقة الانحراف والعنف علاقة وطيدة، ففي دراسته هذه الظاهرة وجد أنها ليست طابعا خاصا بالأحياء الفقيرة وإنما هي مرتبطة بنوعية العلاقات الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، وقام الباحث بوضع نظرية خاصة يخصص فيها أربع نقاط أساسية وهي:

- المشاركة الانفعالية للنشاطات الاجتماعية.
 - درجة ارتباط الطفل والمراهق بالعائلة والوالدين على وجه الخصوص والبيئة المحيطة به على وجه العموم.
 - التقبل والشعور بالانتماء.
 - الاعتقاد بمصادقية القواعد الأخلاقية للمحيط والجماعية.
- اذن حسب هذه النظرية فإن العنف هو ظاهرة اجتماعية يُكتسب عن طريق التعلم ضمن البيئة وداخل الجماعة التي يعيش فيها الفرد.

إن الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى ظاهرة العنف على الطفل كثيرة ومتباينة، حيث أنها تختلف من طفل لآخر فالسلوك الإنساني بشكل عام سواء كان مقبولا أو لا، فهو عبارة عن نتاج تفاعل الإنسان مع بيئته المحيطة به التي يعيش فيها ويتفاعل مع أفرادها، كما أن هذه الأسباب تتنوع مصادر مثيراتها وتفاوت الآثار الناجمة عنه، باختلاف العنف الموجه على الطفل "الأبعاد والعلاج" المقاربات العلمية للظاهرة فمنهم من يرجعها إلى أسباب نفسية سيكولوجية في حين يرجعها البعض إلى العوامل الإدراكية المسؤولة عن العنف، وبناء على ما سبق يمكن رصد أهم العوامل المؤدية إلى تنامي ظاهرة العنف تجاه الأطفال والتي من بينها:

4-3 الأسباب الشخصية والنفسية:

في مجال العلوم الإنسانية العلم والعمل بمفهوم الفروق الفردية أمر بديهي، فلكل فرد قدرات عقلية ونفسية مختلفة عن الآخرين. هذه العوامل المتعلقة باختلاف الأفراد، لديها مصادر متعدد خصوصا لدى الأشخاص ذوي السلوكات العنيفة ومنها المشاعر المتمثلة في الإحباط وضعف الثقة بالنفس، ومختلف الاضطرابات النفسية، المزاجية، الانطوائية وعدم القدرة على مواجهة المشكلات اليومية والعجز عن إقامة علاقات صحية. (فهد الطيار، 2004، ص 17) وعدم التحكم في المشاعر وسرعة الانفعال والتصرف بغضب في أغلب المواقف. بينما تعاطي أحد الوالدين للخمر والمشكرات التي تعيب عمل العقل يتسبب في المشاجرات العنيفة والضرب الهمجي نتيجة لتأثيرات المواد المخدرة والمعينة للعقل. (الدويبي، 2004، ص 24)

فهناك من يغضب لأبسط الأسباب أو يصاب بالإحباط وقد يبالغ في ردة فعله. بينما أشخاص آخرون لديهم من القدرات العقلية والنفسية كافية للتحكم في تصرفاتهم والانفعالات وتدبر الحلول اللازمة في وقتها دون الإصابة بالانفعال والاضطراب الذي يفقدهم التحكم في تصرفاته، كما أن مستوى ردت الفعل تختلف من شخص إلى آخر ومن موقف لآخر. فنجد في الحالات العدوانية الموجهة نحو الآخر حسب ما أشار "منير كرادشة" (2009) تعود أسبابها إلى نفسية الجاني التي يمكن أن نلخصها في أن الشخص العنيف مع يتسم بكثرة الشك والغيرة وافتقاره لمهارات حل المشاكل ويتصف بسرعة الانفعال، ويكون غير واضح وتقليدي في مجمل اتجاهاته نحو دوره في السلطة كأب أو إخوة. (منير كرادشة، 2009، ص 103) كما تشير "سنة الخولي" (1993) إلى أن الرجل يعاني من صراع الدور الذي يخلق لديه تشوش ما بين الدور التقليدي والدور المعاصر حيث أصبح مفهوم الرجل الحقيقي غامضا أكثر من ذي قبل وأصبح على الرجل أن يواجه في نفس الوقت متطلبات الرجولة المعاصرة والتقليدية معا في ضل المجتمع المعاصر الذي يغلب عليه طابع المنافسة والتصنيع والحضرية من جهة ومن جهة أخرى الحنين إلى الماضي وصورة الرجل القوي الذي يتحكم من زمام الأمور. (سنة الخولي، 1993، ص 110)

4-4 الأسباب الاجتماعية:

إن نقص الوعي الاجتماعي بحقوق الإنسان ومتطلبات العيش الكريم، ونقص الوعي وبخطورة الممارسات العائلية العنيفة في إطار البيت وعلى الجو العائلي ودور الأسرة في التنشئة الاجتماعية، يجعل العنف مظهرا أسريا مبررا دون تأنيب للضمير. (الدوبي، 2004، ص 24)

إن صراع الأدوار ينشأ من اختلاف التوقعات في ما يخص الأدوار بين الرجل والمرأة والأولاد المراهقين الذين يتبنون تصرفات من خلال مرجعية ثقافية تحمل في طياتها قيم معاصرة وقيم تقليدية متعارضة فيما بينها. (سنة الخولي، 1983، ص 97) وهذا العنصر يزيد مع الثقافة المجتمعية أكبر من درجة ثقافة الأسرة بالرغم من أنها محيطة به، إذ تختلف درجة التأثير على الدافع باختلاف درجة انخفاض الثقافة في المجتمع فالمجتمعات ذات الثقافة المنخفضة تجعل الفرد أقل تأثرا بها وهذه العلاقة طردية مع المجتمعات الراقية والمتحضرة. (عبد المحسن بن عمار، 2006، ص 14) كما يجب أن لا ننسى العامل الاجتماعي الآخر الذي يزيد من احتمال لجوء الأب لممارسة العنف على أسرته، ألا وهو الانعزال الاجتماعي الذي يحرم الفرد من الامتيازات الاجتماعية والمساندة التي يحتاجها كل فرد ومسايرة الأوضاع والتغيرات التي تطرأ، هذا ما يوقعه في صراع مع أبنائه الذين يعتبرون من جيل الجديد ويتوقون للمضي إلى المستقبل ويحبون التغيير ومن أجل حل الصراع هنا قد يلجأ الأب بحكم سيادته وسيطرته على الأسرة إلى تقييد

الحريات، مما يخلق عامل الغضب في النسق الأسري ويجعل باقي الأفراد في داخل الصراع مع الأب الذي قد يلجأ إلى ممارسة العنف ضدهم كتعبير منه انه هو السلطة المطلقة للبيت. (Fisher, 2003, p.120) ومن العوامل الأخرى التي تؤدي إلى السلوك العنيف اتجاه الطفل أو المراهق وسبب العدوانية الموجهة لهم هو أسلوب التنشئة الاجتماعية المنتهج من قبل الأسرة في الضبط والعقاب والتوجيه، فالشدة في عملية التنشئة والعقاب الصارم الذي يقع من طرف الوالدين أو أحدهما على الأطفال أو المراهقين قد يجرحهم على القيام برد فعل اتجاه الجاني أو الشخص الصارم أو يعبر عنه بالهروب من المنزل، والتعامل مع كل من يقابلونهم بعنف وغضب ردا على سوء المعاملة التي تلقونها، وقد يقودهم أيضا إلى أفعال الإجرام، السرقة وتخريب الممتلكات أو ربما تطوير موقف معادي ومعارض اتجاه الوالدين وأفراد العائلة أو حتى المجتمع بأكمله من أجل تفريغ طاقة الغضب المكبوت الذي يحمله. (أنس عباس غزوان، 2015، ص 2165)

ويجب التنبيه إلى أن القهر الاجتماعي الممارس على الأبناء والذي قد يطبق عليهم كالحرمان، الازدراء، السخرية والاستهزاء وغيرها من أنواع العنف الرمزي والنفسي قد تكون من أبرز عوامل العنف على الأطفال والمراهقين بشكل خاص إذا مورست آليات القهر الاجتماعي من قبل أفراد العائلة، والتي ستؤدي به حتما إلى ميلهم للانتقام والعدوانية والعنف الذي يغذيه الحقد والكراهية واستخدام القوة النابع من المعاملة السيئة لأفراد العائلة، ويأخذ هذا البعد من القهر الاجتماعي صورا متعددة كعدم المساواة والعدل بين الأبناء والأقران وسلب الحقوق وعدم إتاحة الفرصة للتعبير ولعل هذه العوامل الاجتماعية قد تكون مفجرا لظاهرة العنف لدى أغلب الأفراد. (مجد عزت، 2012، ص.ص 78-79)

بينما وجود نوع من الصراع بين الأجيال داخل الأسرة في البيت الواحد، إذ يحتفظ الأولياء القيم التقليدية التي عاشوا بها وبخلاف ذلك يود الأبناء العيش حسب العصر وتبني قيم متحررة التي تجعلهم يميلون للتمرد ورفض أفكار تربية الأولياء القديمة في نضرمهم الأمر الذي يؤدي إلى تطور الخلاف الذي ينجم عنه ممارسات عنيفة كرد فعل من الآباء ضد الأبناء لجعلهم يرضخون لسلطتهم داخل بيتهم. (الدويبي، 2004، ص 24)

ونذكر بعض من المؤشرات الاجتماعية التي تساهم في تنامي ظاهرة العنف على الطفل والمراهق في النقاط التالية:

- الشجارات بين الوالدين علنية والتي تحدث أمام الطفل فيسمع ويرى ما يصدمه ولا يستوعبه ما يشكل لديه كبت لا يستطيع تجاوزه في تلك المرحلة الحرجة.

- تأثير عصر العولمة بشكل ظاهر ومفرط على العلاقات الاجتماعية التي تربط بين أفراد الأسرة الواحدة وتتجلى إما في ضعف السلطة الأبوية أو هيمنة الأب القائد للعملية التربوية ويصبح الأبناء في نسب عالية من عرضة التمرد عليهم.

- التفكك الأسري عامل قوي في انتشار هذه الظاهرة، فغياب دور الآباء والأمهات في تربية ورعاية أولادهم تربية تتفق عليها المعايير والقيم المجتمعية. (قرادي مُجَّد، 2012، ص 141)

فطريقة التنشئة والتربية القائمة على القسوة والعنف تكون السبب الرئيسي في سلوك العنف وممارسته على الأطفال والعائلة والمجتمع، باستثناء حالا ناضجة تود التغيير وأن تربي أطفالها على عكس تربيتها التقليدية التي تلقتها أثناء نشوئها، حتى لا يجعلوا الأولاد عرضة لما عانوه من جراء التربية التقليدية. فالعادات مكتسبة من خلال التعلم، والعنف ينمو مع الإنسان حتى يصبح مع الوقت مرض نفسي وانحراف في السلوك يصعب التخلص منه، ويكون سببا في حدوث حالات الاكتئاب، والانتحار، وتدهور القدرات الذهنية، وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية صحية، والتعامل مع المجتمع، إضافة إلى ضعف الثقة بالنفس. (مُجَّد حسين، 2012، ص 11)

ففي بحث تبعية أجري خلال (12 شهرا) أجري في الـ (C.R.A.S.C) خلصت نتائجه بعد سؤال المبحوثات (أمهات) إلى أن السلوك داخل الأسرة نحو الأبناء يكون غالبا بالضرب في عملية تأديب أولادهم، و يمثلن نسبة 52,5% منهن، والثالث (3/1) منهن استعملن غالبا أو دائما لهذا النوع من العقاب. 42,3% صرحن بعدم فعل ذلك أبدا. و 66,5% لم يستعملن في العقاب أية أداة، في حين أن حوالي ثلثهن استعملن نعلا أو قضيبا لمعاينة الأولاد مرة أو مرتين و دائما. 27,3% الصفع أو ضرب شخص بالغ أكدته 5% من المبحوثات أي (53) امرأة. وكثيرات منهن 11,9% صرحن بشتم أو سب أو ضرب من قبل الأزواج أو الخطيب أو الصديق بمعدل مرتين على الأقل، وقد يحدث ذلك غالبا أو دائما. (معتصم_ميموني وآخرون، 2008، ص.ص 78-79)

4-5 الأسباب الاقتصادية:

الوضع الاقتصادي الصعب للمُنْفِق يجعله أمرا تترتب عليه عدم مقدرة الأسرة ونقص إمكانياتها في توفير الحاجات الضرورية لأفرادها، فينشأ صراع بين الزوجين لعدم توفير الاحتياجات المنزلية الضرورية للعيش الكريم، وقد يتفاقم الوضع ويتطور الصراع إلى الشجار والعنف البدني، وقد ينتشر ذلك العنف ليشمل الأبناء ويصبح ضحية ذلك الشجار. (الدويبي، 2004، ص 24)

إن المستوى المعيشي المتدني للأزواج يؤثر على العلاقات بين أفراد البيت الواحد ففي حالات نقص في تلبية الحاجات المعيشية الأساسية، فتسبب هذه الحالات ضغوطات تولد الشعور بالعجز وقلة الكفاءة وتشوه الصورة الرمزية للرجل المنفق، ولاسيما نظرة زوجته بحكم أنه المسئول على تلبية متطلبات الأسرة فغالبا ما يكون دخل الزوج جزءا مهما بالنسبة للزوجة ومعتقداتها عن زوجها وانعدام القدرة على الكسب نتيجة لعواقب تعرض لها يجنب جزءا من هذه الصورة. (حسن محمود، 1969، ص 226)

عندما الأب يفتقر للمال يفقد صورة الحامي ويقفل من شأنه ويصبح أدنى مكانة في أسرته ومحيطه، ولكن أمام زوجته وأولاده خصوصا هو مجبر على تلبية الكثير من الاحتياجات التي لا تتحقق إلا بالمال، لهذا يصبح يفرغ غضبه واستياءه على أفراد بيته الذي يعبر عليه بكل الممارسات العنيفة المتاحة له. (مصطفى حجازي، ص 202)

وكذلك من جانب آخر هناك الانعزال الاجتماعي للأب وعامل الضغط الناتج عن تغيرات وضع العمل ونقص المدخول وانشغالات أخرى متزايدة تزيد من حدة الصراعات العائلية ويجعل الأولياء يصبون غضبهم على الأبناء الذين يطلبون حاجياتهم الضرورية دون إدراك الوضع الاقتصادي المتدني للعائلة. (Fisher, 2003, p.120)

ويجب الإحاطة بفكرة أن السلوكيات العدوانية والعنف يتفشى في الأحياء الفقيرة أكثر منه من الأحياء الغنية، فافتقار الأفراد إلى التعليم، الصحة والسكن اللائق من معدات وتوفر الكهرباء وسواء كان في المناطق الحضرية والمناطق الريفية، وتمثل التيارات الغاضبة أحد أسباب رد الفعل النفسي لوضعه الضعيف اقتصاديا حيث لا يلبث أن يجد قوت عيشه أو وظيفة بعد إتمام دراسته. (الزميعي علي، 1995، ص 112؛ رشا علي عبد العزيز، وزينب زين العايش، 2009، ص 104) فالفرد الذي لا يمكن أن يوفر لنفسه المواد الغذائية ويعيش في منطقة لا تتوفر على مياه للشرب وخدمات الصرف الصحي ويشعر بعدم المساوات بينه وبين سكان الوطن الواحد قد ينفجر من الضغط ويلجأ إلى الجريمة كردة فعل حول الأوضاع التي يعيشها. (محمود عرابي، 2007، ص 19) وأغلب الدراسات تبرز أن نسب القتل والعنف الموجه للآخرين بالتسبب بالأذى لهم إما للحصول على المال أو شيء ما فالمادة أصبحت معنى لا غنى له في الثقافة المجتمعية فطغيان النزعة للمادة بهذه الصورة المخيفة على القيم الأخرى لدى المجتمع بسبب انشغال التفكير في كيفية الحصول على أكبر قدر من المال وجمعه على حساب الآخرين. (مختار رحاب، 2010، ص 212)

4-6 الأسباب الثقافية:

إن سلوكيات العنف اتجاه النساء ليست بالظاهرة الجديدة، فمن هي حتما ترجع إلى أزمنة غابرة من أجل الصراع على السلطة، الحاجة إلى إثبات التفوق... وتطور المجتمعات تدريجيا ولما كان النظام الأبوي مهددا، تنامت الضغوط على النساء : مراقبة السلوكيات، فرض الخضوع إلى غاية العشرينيات من القرن الحالي، وكانت أعمال العنف تشكل جزءا من قدسية الحياة العائلية الخاصة والحميمية، ولم يكن ذلك محضورا في ثقافة الناس ولم يتلقى انتقادات علنية من قبل المحيط القريب أو حتى الأوساط القانونية. وهكذا كان النظام القضائي لا يحاسب على الجرائم المسماة "انفعالية" أو ب جرائم "الشرف" في قتل الزوجة الخائنة، أو لمن يقتل ابنته أو أخته بحجة المساس بالعرض العائلي. والجاني في الغالب لا يتعرض إلا لعقوبة قصيرة المدى أو لأي عقوبة. (معتصم_ميموني وآخرون، 2008، ص 99)

وفي كثير من البلدان (جريمة الشرف) مازالت قائمة إلى يومنا هذا، ففي المجتمعات المتشددة التي تتبنى الدين وفي المجتمعات العربية المسلمة وفي بعض الأصقاع تعد (جريمة الشرف) أمرا لا بد منه للتبرؤ من الذمة. (Moutassem-Mimouni, B, 1999, p. 102)

إن الثقافة تحدد ألوان المجتمع وفي مجتمعاتنا العربية لدينا ثقافة تضري في جذور التاريخ وهي متصلة بالأعراف والتقاليد التي نشأ عليها أجدادنا ولا تعكس سلوك التدين الذي ننضم إليه. (نصيرة أبحري، 2015، ص.ص 109-110) فثقافتنا العربية في شكلها التقليدي تنشئ الأفراد حسب ما تعارف عليه المجتمع فالرجل هو مصدر القوة ويتبنى ذلك ليصبح متسلطا وله سلطة على باقي أفراد الأسرة، بينما يتقبل الأفراد الآخرين هذا الدور بالخنوع والخضوع دون معارضة منهم، وهذا يمثل امتصاص للبعد السياسي والاجتماعي بين المحكوم والحاكم بتوليه كفرد واحد مسألة السلطة. (مريم سليم، 2004، ص 41) يعتبر الإعلام أحد الأجهزة التي لها تأثير واسع على شريحة كبيرة من الأفراد في كل العالم، فهو بمثابة عنصر لغسل الأدمغة ومؤسسة من مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي يستمد منها الفرد مبادئه وقيمه وتوجهاته وأساسيات سلوكياته الاجتماعية، ليحكم عملية التكيف داخل المجتمع، وقد ازداد تأثير تطور التكنولوجيات في هذا القرن على مختلف الأفراد، وضمن هذا المساق تكون وسائل الإعلام كونها تمثل إحدى أبرز العوامل الخارجية المرتبطة بانتشار ظاهرة العنف باحتوائها مشاهد وبرامج تؤثر بشكل مباشر على سلوكيات المشاهدين داخل الأسرة والمجتمع، فينعكس ذلك سلبا على تكوين الفرد الهادئ الخالي من سلوكيات العنف. كما أن لوسائل الإعلام البصرية بشكل خاص تأثير كبير على المفاهيم والمعارف، كما أن المبالغة في مشاهدة المواد التي تعرض مشاهد دامية وأحداث فيها القسوة

والشجارات العنيفة تؤدي إلى تقبل سلوك العنف كجزء من التعبير عن الانفعال وكجزء من حياة الطبيعية. (آل سعود منيرة، 2005، ص.ص 84-85)

5- آثار العنف.

إن ممارسات العنف تخلف مشكلات مختلفة ومتعددة الصور، فيترك آثاره على الجوانب البدنية للضحية من عاهات وكدمات أو كسور على مستوى الجسم، وجروح نفسية وعاطفية عميقة التي تؤثر بدورها على الحالة العقلية للضحية. منذ التسعينات، اشتدّ النقاش حول موضوع أن العنف ينتقل عبر الأجيال بفعل أنه يغرس أثناء الطفولة، ففي دراسة حول الأطفال بدون نسب للبرفسورة "معتصم ميموني" (2001) في (Moutassem-Mimouni, B., 2001, p.35)، الذين تمت تربيتهم في المؤسسة، والذين تعرضوا لقصور عاطفي، اجتماعي، ورمزي، تبين بأن هؤلاء الأطفال من الضحايا لا يستطيعون التخلص من مشكلاتهم ويغرقون إما في العنف، أو في الاكتئاب، أو نقد الذات، وأحياناً في عدة أمراض عقلية أو جسدية- نفسية.

وسنجدل هذا في النقاط التالية:

5-1 الآثار البدنية:

إن العقوبات الجسدية القاسية والضرب المبرح يترك آثاراً على جسم الضحية (بجي مُجد نبهان، 2008، ص 35) وتعد الآثار الجسدية من بين الأنواع الأكثر وضوحاً فتظهر على شكل كدمات أو جروح أو كسور على مستوى العظام وتكون خطورته على حسب شدة العنف الملقى على الضحية والأداة المستعملة. (طه عبد العظيم، 2005، ص 47) ومن بين تلك الآثار نذكر ما يلي:

الضرب والجرح يسبب عاهات جسمية متفاوتة الخطورة. (أمل بوعيشة، و فريدة بوسنان، 2015، ص 19)

- يظهر على هيئة كدمات أو تجمعات دموية أو حروق وخدوش أو جروح في أماكن مختلفة من الجسم أو إصابات الجهاز العصبي المركزي.

- كسور في العظام بأنواعها المختلفة. (علي إسماعيل عبد الرحمان، 2005، ص 24)

- الجروح والعاهات التي تتطلب العناية الطبية وقد يصل الأمل إلى القتل. (عباس أبو شامة، مُجد الأمين البشري، 2005، ص 57 ؛ ربيعة رضوان، 2017، ص 217 ؛ عوادة أمل، 1998، ص 15)

ويتعداه الأمر إلى التسبب في الشلل إن كانت الإصابة موجهة إلى العناصر الحساسة من الجهاز العصبي مثل الدماغ أو العمود الفقري. أو بتر الأطراف بالأدوات الحادة أو الحرق بالنار أو الماء المغلي أو الأدوات الساخنة التي تشوي الجلد. وأيضاً يمكن إصابة العين بأضرار وخيمة أو تشوهات ما يجد من وضيقة الرؤية وغيرها الكثير من الأضرار التي تصيب الجسم بشكل عام مما يعيق عملية العيش الطبيعي وتصبح مأساة ترافق الضحية طول العمر.

5-2 الآثار النفسية:

إن المراهقين يمرون بمرحلة حرجة من النمو فهم شديدي الملاحظة لما يحصل حولهم وخصوصاً ضمن العائلة وفي علاقاتهم مع الإخوة والوالدين، وإن كان ضحية للعنف أو لاحظ أحد أفراد العائلة يتعرض للعنف فهذا يتأثر سلباً على حالته النفسية التي هي أصلاً في مرحلة حرجة فيظهر عليه الاضطراب في سلوكه وفي قدراته العقلية ويتغير مزاجه مثلما أكد "محمود حسن" (1969) بأن الحالة المضطربة للعائلة تؤدي إلى اضطراب النمو الانفعالي والعقلي للأطفال ويتبعهم إلى سن المراهقة. (حسن محمود، 1969، ص.ص 307-308)

وعلى العموم تعد الممارسات العدوانية والعنيفة على الأطفال والمراهقين مصدر لإحداث اضطرابات القلق بمختلف أنواعها حسب شخصية الضحية، فهناك من تظهر عليه أعراض حالة الإجهاد الحاد كحالة من الاستجابة الفورية ومنهم من تظهر لديه أعراض اضطراب ما بعد الصدمة كحالة من الاستجابة المزمنة لضربة الموقف العنيف الذي يسبب صدمة نفسية وانفعالية تجرح مكنونات الضحية. (Fischer, 2003, p.176)

وينجم عن تعابير الاستحقار، الاستهزاء أو التوبيخ إحساس وشعور بالذنب لعدم تمكنه من القيام بأي عمل تدخلي، ثم يتحول إلى سلوك آخر مثل الخوف والقلق هذا ما يسبب عذاباً نفسياً يؤثر على حالته العلائقية والبدنية. (رجاء مكي، وسامي عجم، 2008، ص 98)

وتظهر على الأطفال المعنفين المظاهر التي نجلها في النقاط التالية:

- الكوابيس والقلق والاكتئاب والخوف والغضب.
- الرهاب خاصة الخوف من الظلام وصعوبة التنفس والصداع النصفي.
- السلبية والعناد إضافة إلى الشعور بالذنب. (كمال عويسي، 2012، ص 78)
- فقدان الثقة بالذات وانعدام المسؤولية.

- تعطيل طاقات العمل والتفكير الإبداعي. (يحي محمد نبهان، 2008، ص 37)
- اضطرابات النوم. (Fischer & al., 2003, p.122)
- سوء التوافق النفسي.
- تأثير العلاقات والعزلة الاجتماعية.
- شعور شديد بالكدر والضيق النفسي والانفعالي والاكتئاب.
- الشعور بالعجز والعار والغضب.
- تغير أنماط السلوك وعدم القدرة على تنظيم الانفعالات. (طه عبد العظيم، 2008، ص.ص 29-31)
- الإحباط والشعور بالفشل والعدوانية. (عز الدين جميل عطيه، 2003، ص 172)
- الشعور بالذنب، الإحساس بعدم الأمان.
- فقدان الأمل والإحساس بالعجز. (لميس ناصر، 2006، الفقرة 2؛ عبد الرزاق باللموشي، وأحمد جلول، 2017، ص

(137)

- التوتر الدائم والشعور بالخوف وعدم الأمان. (رشاد علي عبد العزيز، وزينب زين العايش، 2009، ص 133)
- معاودة إحياء الأحداث العنيفة في ذهن الضحية والتي تسبب انزعاجا وضيقا نفسيا يعيق العيش الطبيعي. (Barois,

Moutassem-Mimouni, 2018)

3-5 الآثار الاجتماعية:

لقد قام "سليمان مظهر" في (سلاطنة رشيدة، 2012، ص 48) بتحليل نفسي اجتماعي لظاهرة العنف في المجتمع الجزائري بعد ما قام بالاطلاع على مجموع المعطيات وملاحظة أهم المراحل التي مر بها هذا المجتمع بعد الاستقلال إلى اليوم، حيث أسفرت دراسته عن أن العنف في الجزائر قائم في تلك المراحل كلها ولديه أنواع وأشكال مختلفة وقد سير ونظم الحياة المجتمعية منذ القدم هذا لا يستثني أن العنف لم يؤثر على الأفراد وعلاقاتهم فيما بينهم والآخرين، إلا أنه لم يكن مصدرا للدراسة إلا في العشرية الأخيرة التي أثارت الرعب لدى كافة الأفراد.

- والأطفال والمراهقين الذين تعرضوا أو ما يزالون يعانون من العنف بمختلف الأشكال يحدث في الغالب تأثيرا واضحا على النمو والنضج النفسي لدى تلك الفئة، فالتأثيرات الغير المرغوبة عند هؤلاء الأطفال والمراهقين تعيق نموهم وارتقائهم في مراحل النمو بالشكل الطبيعي فتنتج لديهم مشاعر الانسحاب والعزلة والخوف من الذهاب إلى المنزل والشعور بالعار من الانتماء له.
- تكثر ظاهرة التشرد في أواسط الأطفال والمراهقين ضحايا العنف الأسري.
 - الشعور بالعار والعجز لانتمائه إلى أسرة فيها أفراد عدوانيين ويطبقون عليه العنف. (طه عبد العظيم، 2008، ص 31)
 - صعوبة مواجهة المجتمع واللجوء إلى الانحراف والإجرام.
 - إدمان المخدرات والتسول. (مُجَّد على سلامة، 2007، ص.ص 105-106؛ جليل وديع شكور، 1997، ص 47)
 - ويحدث احتمال قوي أن هؤلاء المعنفين سيسلكون نفس النهج في التعامل مع من هم دون منهم، وهذا السلوك يتناقل عبر الأجيال. (مصمودي زين الدين، وشرقي مُجَّد، 2003، ص 128)
 - غياب روح المبادرة وانخفاض الاستقلالية وعدم تقبل الأفكار الجديدة إضافة إلى غياب الانخراط في النشاطات المتبادلة.
- (مجدي مُجَّد، 2013، ص 212)

5-4 الآثار على النتائج الدراسية:

إن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة وسوء المعاملة المتمثل في أشكال العنف المختلفة تظهر عليهم اضطرابات معرفية ترتبط باضطرابات النمو وتأخره وغيوب في اللغة المنطوقة والمكتوبة، وعادة ما يصعب عليهم التعبير عن المشاعر التي تخالجهم هذا سببه الكبت وتقييد الحرية داخل النسق الذي يعيشون فيه المتمركز على العنف والقهر في التعامل هنا بتأثر الذكاء اللفظي وينخفض مستواهم في المواد الدراسية التي تحتاج استخدام القدرات العقلية. (كمال عويسي، 2012، ص 79)

ويؤثر العنف أيضا على التلميذ الذي يكون ضحية للسلوكات العدائية ويكون جلي للمعلم والأستاذ في غرفة الصف أن التلميذ يكون غائبا تماما من الحصص رغم حضوره البدني فيلاحظ عليه عدم القدرة على الانتباه وارتفاع مستوى النشاط الحركي وانخفاض التحصيل الأكاديمي. (علي إسماعيل، 2005، ص.ص 55-60)

ويلاحظ التأثير المباشر للنتائج الدراسية لدى الأطفال والمراهقين المتدربين الذين تعرضوا لعنف وعدوانية سببت لهم صدمة نفسية، ما يسبب لهم الدخول في حالات اكتئاب أو قلق وقد يتعداه الأمر إلى تطور الوضع إلى اضطراب ما بعد الصدمة مما قد ينجم عنه صعوبات في التعلم والتركيز وتشويش للذهن أثناء الحصص أو أثناء المراجعة، وهذا ينبىء بالصعوبات التي سيواجهها

الأطفال بمرحلة المراهقة كالانفصال المدرسي على وجه الخصوص الذي يعتبر سيرورة تطويرية وتدرجية يمكن أن تظهر منذ مرحلة التمدرس الأولى في المدرسة الابتدائية. (بمينة أوباجي، 2017، ص 70)

وعرف "D.Leclercq, T.Lambilotte & al" (2000) في (بمينة أوباجي، 2017، ص.ص 70-71) الانفصال المدرسي على أنه: "سيرورة مألها لتدرجي هو عدم الاهتمام نحو الدراسة، وهو ناتج عن التراكمات المحصلة من العوامل الداخلية في المدرسة مثل التعرض للتممر أو الضرب من قبل الأستاذ أو الأقران، أو الخارجية مثل الأسرة أو المحيط الخارجي.

كما أن العنف يؤثر سلبا أيضا على الأطفال والمراهقين الضحايا، فينخفض تقديرهم لذاتهم وقد ربط في العديد من الدراسات تقدير الذات بالانفصال المدرسي، حيث اعتبر أن تقدير الذات عامل مؤثر على توافق المراهق مع ذاته ومع محيطه الذي يضم النظام المدرسي، فالتعرض للعنف يمكن أن ينجم عنه اضطراب خطير على سيرورة الحياة الطبيعية للفرد ألا وهو اضطراب ما بعد الصدمة، مرتبط ارتباطا وثيقا بالفرد المعرض للعنف، فيفقد المتمدس مهاراته وقدراته الدراسية، ويلاحظ على التلاميذ ضعف في عملية القراءة من الكتاب، وهذا تأثير غير مباشر لكنه ناتج عن العنف بنسبة كبيرة. (بمينة أوباجي، 2017، ص72)

6 - طرق الوقاية والحد من سلوك العنف.

من أجل القيام بهذه الخطوة يجب إدماج كافة القطاعات والقوى الاقتصادية والسياسية لجني الثمار المرغوبة ووجب على هيئات ومؤسسات التنشئة الاجتماعية أن تكثف جهودها لذلك، ووجب التأكيد على التعليم المبكر بالسلوكات الاجتماعية والانفعالية والجسدية وكذا تشجيع النمو المعرفي داخل محيط الأسرة لبناء الطفولة السوية. (آن لورانس، 2007، ص 74) وللتقليل الفعال من هذا المشكل الذي تفاقم في العالم ومجتمعاتنا العربية بصورة خاصة ووجب مساندة الأسرة اجتماعيا للتحسين من مهارات الوالدين في الطرق والكيفية المتبناة في التربية وتنشئة الأبناء، وذلك بتقديم معلومات حول مخاطر العنف والطرق المثلى لتربية جيل صالح، كما يعد التوجيه والتدعيم محسنا جيدا لقدرة الوالدين الممارسين العنف على الأولاد وذلك للتحكم في العصبية لديهم، ويعتبر تقديم المساعدات المادية أساسا مهما لهذه الأسر التي تحتاج للعون المادي، وتقديم المعلومات عن الطرق والاستراتيجيات المناسبة والمرنة لفك الصراع الزوجي والصراع في تنشئة الأطفال ويتم التكفل وتقديم العلاج النفسي المناسب للمعتدي ممارس العنف والضحية لحد سواء. (يخلف رفيقة، 2009، ص07)

وتقديم مجموعة من الجهود الإنسانية المختلفة المتمثلة في الخدمة الاجتماعية التي تقدم بطرق علمية مدروسة ومنظمة وبممارستها الأخصائيون الاجتماعيون لإعداد الأفراد إعدادا علميا بغرض تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية على حد سواء وكذا الخدمات

الإيمائية بما يلي احتياجات الأفراد في الجماعية والمجتمع، ويحدث هذا من خلال المؤسسات الاجتماعية التي تمارس من خلالها الخدمة الاجتماعية تجاه أفراد المجتمع، والمطالبة بزيادة عدد مكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية. (عائض بن سعد الشهراني، 2009، ص20 ؛ عبير الحربي، 2011، ص02)

وسنوضح في النقاط التالية أهم الخطوات والتدابير التي تساعد في الوقاية والحد من العنف الأسري والتخلص من السلوكات العنيفة داخلها:

فرض العقوبة وتطبيق الشرع والقانون بصورة صارمة. (رشاد عبد العزيز، وزينب زين العايش، 2009، ص134)

- نشر الوعي في المجتمع ككل والتعريف بظاهرة العنف الأسري والدوافع وسبل التعامل مع المعتدي وكيفية تحكم الفرد بالتصرفات العنيفة وتجنب المواقف التي تؤدي له بالطرق السلمية.
- تخفيف الضغوطات التي تقع على الأسرة والأفراد وخصوصا تلك التي تكون سببا في وتفاقم الخلافات الأسرية.
- العمل على تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة بما في ذلك كل أفرادها بتوفير مناصب عمل للقضاء على الفقر.
- توفير الرعاية الصحية بمختلف أشكالها.
- تعليم الأطفال حقوقهم وطرق اللجوء إلى الحماية إذا ما تعرض أحدهم للعنف الأسري، وهذا لا يقف عند الأطفال فقط بل يتعداه إلى كل الأفراد.
- ضرورة المشاركة في الحصص النفسية والاجتماعية للأسر التي تفتش فيها العنف.
- الإرشاد والمواظب الدينية لديها فعالية كبيرة في نشر الوعي وتعليم الطرق الصحيحة للمعاملة بين أفراد المجتمع الواحد وداخل الأسرة.
- تصحيح العادات والتقاليد والفهم الخاطئ للدين من خلال التركيز على رسالة الأنبياء وسرد قصصهم وكيف تعاملوا مع أسرهم ومجتمعاتهم.
- التأكيد على ضرورة التقليل من استخدام العقاب البدني للأطفال ومحاولة الوصول إلى طرق عقاب خالية من العنف.
- منع الأطفال من مشاهدة المقاطع وبرامج العنف المعروضة على شاشة التلفاز في الرسوم المتحركة أو غيرها من البرامج من ألعاب الكرتونية وأفلام.

- تثقيف الوالدين وتقديم الاستشارات لهم فيما يخص الأساليب الحديثة في التربية مثل أساليب التشجيع والتحفيز وكذا أسلوب الحساب والعقاب الخالية من العنف.

- التأكيد على أن يحل الوالدين مشاكلهم فيما بينهم بعيدا عن الأطفال، وعدم استخدام الألفاظ البذيئة.

- استخدام أساليب تربية للأطفال التي تعلمهم التحكم في الغضب والانفعال، مثل لعب الأدوار الذي ينفس فيها الطفل عن نفسه ويمارس ردود أفعاله بطريقة سلمية.

- توفير الإشباع العاطفي.

- ضرورة قيام أفراد الأسرة بأدوارهم الطبيعية بالشكل المطلوب وبطرق سلمية. (رميشي ربيعة، 2012، ص.ص 06-07)

- ويعتبر الأخصائي الاجتماعي وسيطا أسريا كفتنا لخبرته وفهمه المتكامل والشامل لمثل هذه المظاهر الأسرية ومعالجة حالات العنف الأسري من خلال استهداف كافة أفراد الأسرة الواحدة. (جمال حواوسة، 2019، ص 307 ؛ Flynn, 2005, p.418)

- تقديم العلاج النفسي اللازم لتغيير الأفكار المكتسبة حول السلوكيات العنيفة. (يوسف عبد الوهاب، 2001، ص 17) وفي الأخير لا بد من التذكر أن البشر لم يتمكنوا من عزل العنف من سلوكهم فلا يزال العنف يسبب آثارا متفاوتة الخطورة على الضحايا فوجب تقديم التكفل اللازم بالعديد من العلاجات النفسية من مختلف النظريات والتوجهات أثبتت فعاليتها في علاج الصدمات النفسية وكذا التبعات المترتبة عنها، وهذه العلاجات منها ما يطبق بشكل فردي ومنها ما يطبق بشكل جماعي مع العائلة أو مع الجماعات المتجانسة، ومنها العلاجات المعرفية السلوكية والعلاج النسقي الأسري والعلاج الجماعي والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين وغيرها الكثير. (Roland Coutanceau et Carole Damiani, 2018, pp 185-186)

خاتمة: جاء هذا الفصل لتبيان ظاهرة العنف أشكاله داخل المجتمعات سواءً الجزائري أو غيره وخصوصا العنف الأسري الذي يهدد كيان الأسرة والمجتمع ككل، حيث حوى هذا الفصل على تعريف العنف، الأسرة، العنف الأسري، ثم تبيان الاتجاهات النظرية المفسرة لظاهرة العنف وأنواع العنف والأسباب المؤدية إلى العنف الأسري والآثار المترتبة عن العنف وطرق الوقاية والحد من السلوك العنف.

الفصل الرابع: اضطراب ما بعد الصدمة.

- 1- تاريخ وتطور مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة النفسية.
- 2- مفاهيم متداخلة مع اضطراب ما بعد الصدمة.
- 3- النماذج المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة.
- 4- أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
- 5- اضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل والمراهق.
- 6- تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة.
- 7- التوصيات العلاجية لاضطراب ما بعد الصدمة.
- 8- الأعمال التي اهتمت بمساهمة الـ EMDR والعلاجات الأخرى في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.

تمهيد: يتناول هذا الفصل مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة فيشمل تطور تاريخ المصطلح وزمن تصنيفه كاضطراب، وإبراز أهم التعاريف المتعلقة به والمصطلحات المشابهة له لتوضيح الفروق بينها، ثم التطرق إلى النماذج النظرية المفسرة له، مع ذكر الأعراض المرتبطة بالتشخيص إضافة إلى الأعراض المتعلقة بمرحلة المراهقة، والانتهاه بالتوصيات العلاجية لهذا الاضطراب.

1-التطور التاريخي لمفهوم اضطراب ما بعد الصدمة.

تاريخ الصدمة النفسية قديم قدم الإنسان فهو المنشأ المحوري والرئيسي لاضطراب ما بعد الصدمة، فهو مرتبط بتاريخ العنف والقلق، ونجد أن أول من تحدث عنها هو "هيرودوتس*" عندما وصف حالة المحارب الإثني الذي أصيب بالعمى. (De-Clerque & Lebgot, 2001, p.23)

بيد أنّ للحضارة العربية مساهمة في تطور هذا المفهوم، وعلى سبيل المثال تجربة ابن سينا التي لا يمكن تجاهلها كأول دراسة تجريبية على الصدمة وانعكاساته النفسية-الجسدية فقد أعقل حملا وذئبا متباعدين في غرفة بحيث لا يطانوا أحدهما الآخر فكانت النتيجة هزول الحمل ثم موته مع العلم أنه تمّ تقديم كمية الطعام الطبيعية للحيوانين. (النايلسي، 1991، ص 130) ويفسر هذا أن أحاسيس الرعب والخوف المتمثلة في الصدمة النفسية المتكررة لدى الحمل، هذا ناتج بالعيش مع الذئب المفترس والعدو اللدود في نفس الغرفة، أي أنه كان يرتقب ويترقّب موته في كل لحظه.

وفي مرحلة قديمة أشار أبو قراط إلى الأحلام الصدمية في كتابه: دراسات حول الرؤيا، حيث قدّم وصفا لبعض الأحلام المتعلقة بالحروب الدينية الصليبية: كأحلام شارل السادس سنة (1572)، لكن التناول الفعلي لمفهوم الصدمة النفسية كان بداية بـ"بينال، Pinel" (1880/1798) الذي قام بوصف إكلينيكي لعدد من الحالات التي تعاني من أعراض نفسية ظهرت بعد تلقي صدمة انفعالية مرتبطة بالحرب وهو يُفهرسها كالآتي:

أ- صف العصابات.

ب- صف البلاهة والنقص.

ج - الهوس والسوداوية. (De-Clerque & Lebgot, 2001, p 27)

ثم أنت أبحاث "أوبنهايم، H.Oppenheim" (1884) الذي أدخل مصطلح العصاب الصدمي في قاموس علم النفس المرضي، (Petot, 2008, p.165) حين أظهر وصفه لمفحوصيه أنهم يعانون من نوبات استجابة لكل ما يذكرهم بالحادثة المرتبط

* يرجع إلى أكثر من 400 سنة قبل الميلاد.

بسكك الحديد والذو اسماء "خواف القطار، Sidédromophobie" (Crocq, 2007, p 07) والذو ىتوافق ولحد متطابق بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة المصنف حاليا، ووافقه فى تلك الفترة معظم الباحثين النفسانيين (باستثناء الأطباء النفسين العسكريين). (Herbert & Fridman, 2018, p.1)

ثم وصف "كريبلىن، Kreplin" (1900) عصاب الهلع الذو يشبه كثيرا العصاب الصدمى ثم تلتها كتابات "فرويد، Freud" (1908) الذو أرجع مصطلح العصاب الصدمى إلى منشأ جنسى لىبىدى يعود إلى مرحلة الطفولة ولكنه عاد وربط حدوث الصدمة النفسية بكثافة وثقل الطاقة النفسية الحاصلة التى لا يمكن تجاوزها عن طريق جهاز الصد. (Barrois 1988, p.122) وإلى جانب مساهمة "فرزى وأبراهام، Ferencz & Abraham" أن الأشخاص ذوى الميول النرجسية أكثر استعدادا للإصابة بهذا العصاب (Damiani.C 1997, p.15) ولاحقا أخذ مصطلح عصاب الحرب الذو قدمه "هونىغان، Honigman" (1908) على منحنى تحليلى وأدمجت السيورة النفسية وأعطت الصدمة دورها المنشئ للمرض العقلى، بعدها قام "سيلي، Selye" (1945/1939) بتطوير النظرية العامة حول الضغط النفسى. (Jean-Michel, 2013, p.51)

لكن أثناء الحرب العالمية الأولى وفى النصف الأول من القرن العشرين تطورت إكلينيكية العصاب الصدمى وذلك بين سنة (1918/1914)، فساهم "فريزى وزميله ويلسون، Frazier & Wilson" بأعمالهما باكتشاف أهمية الأدرينالين فى زيادة نسبة التيقظ أثناء المعارك، عندها أدخل بعض الأطباء النفسين العسكريين مصطلح "عصاب الحرب" بعد اكتشاف أن العديد من المحاربين القدماء لا يزالون يعانون من الأعراض الشديدة المرتبطة بالإجهاد بعد فترة طويلة من عودتهم من الحرب فى حين أن العديد من الآخرين طوروا ردود فعل الإجهاد المتأخر. (McNally, 2003, pp.229-252)

إن الحروب التى سبقت حرب فيتنام والتى تلتها كان لها آثار سيكولوجية ظهرت عند قدماء المحاربين الأمريكين، والتى بفضلها خلق الوعى الاجتماعى والعلمى بهذه الحالات، بالإضافة إلى الحركة النسوية ساهمت هى الأخرى بالاعتراف بالمعدلات المرتفعة للاعتداءات الجنسية عند النساء فى أمريكا، هذا الوعى شرع تحويل البحث فى ميدان الآثار البعيدة للصدمة النفسية، إذ تتمثل الفائدة الاجتماعية والتجريبية منها فى دعم الاعتراف بتشخيصها وإدخالها ضمن الـ (DSM3) فى (1980)، كما أدرج يعقوب (1999) أن أول تسمية لاضطراب ما بعد الصدمة ظهرت فى عام (1980) عندما أضافت جمعية الطب النفسى الأمريكية هذا المصطلح للدلالة على اضطراب نفسى يتلو حدوث الصدمة، (يعقوب، 1999، ص 38) وبعد سبع سنوات عادت الجمعية الأمريكية للطب النفسى فى نسختها المنقحة وأدخلت بعض التعديلات على مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة

وكان أهم هذه التعديلات هو التركيز بصورة أكبر على أعراض التجنب وإعادة إحياء الحادث الصدمي وإضافة اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال والمراهقين. (Jean-Michel, 2013, p.51)

بعد معرفة أن "أوبنهايم، Oppenheim" له الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب أتى "شاركو، Charcot" وعارض افتراضات "أوبنهايم" حول الأسباب النفسية للصدمة وطرح إشكالية: [هل أن أعراض ما بعد الصدمة تعود إلى الشخصية الأساسية واضطراباتها المتفجرة بمناسبة الصدمة؟ أم أن هذه الأعراض هي نتيجة فعلية للصدمة؟] (النايلسي، 1991، ص 130) وأنه نوع من اضطراب القلق الشديد الذي يحدث كنتيجة لتجربة تعاني من الصدمة مع مواجهة مع أفكار الموت. (Yellin & Grosswald, 2011, p.142)

ويتفق تصنيف التصنيف الدولي للأمراض (F43.1) (ICD10) باتخاذ تسمية اضطراب ما بعد الصدمة كمصطلح ترجمة ل Post Traumatic Stress Disorder واختصار ل PTSD (Josse, 2007, p.15) هذا الاتفاق يكون مع الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للأمراض العقلية (DSM5) سنة (2013) والذي هو آخر تحديث لهذه السلسلة.

بهذه التساؤلات الجوهرية بدأ يتزايد الاهتمام بدراسة الضغوط والصدمات النفسية، وذلك بسبب ارتفاع إحصاء ضغوط الحياة التي يتعرض لها الإنسان وبخاصة منذ بداية القرن العشرين الذي شهد في نصفه الأول فقط حربين عالميتين طاحنتين ومئات الحروب الصغيرة الأخرى، بعد هذا أثرت الدراسات المتزايدة حول هذا الموضوع وتعددت لتضيف في كل مرحلة تعديلات جديدة لوصف هذا الاضطراب، وهذا نتيجة لتفاهم لما نعرفه حتى الآن عبر الدراسات التي تشمل الأحداث المساوية.

2- مفاهيم متداخلة مع اضطراب ما بعد الصدمة.

أشار "الحواجري" (2003) إلى أن علم الصدمة النفسية ظهر في العقد الأخير فقط وهو يعني دراسة علمية تطبيقية للآثار النفسية والاجتماعية المباشرة طويلة وقصيرة المدى للأحداث الشديدة الضاغطة وكذلك العوامل والمجالات المؤثرة فيها والمرتبطة بها ومن أمثلة هذه المجالات العنف داخل الأسرة، الاغتصاب، الحروب، الكوارث، الحوادث والجرائم. (الحواجري، 2003، ص 81)

1-2 الحدث الصدمي:

وصف "المبيرييه وزملاؤه، Lemperier.T et all (2006) الحدث الصدمي على أنه: "وضعية أو حدث ضاغط لمدة قصيرة أو طويلة استثنائية، لمهدد كارثي والذي يثير عارضا لظاهرة الضيق عند أغلبية الأفراد". (Lemperier.T & Felin, 2003, p.178)

ويعرفه "فيديدا، Fedida" (1974) إن الأحداث الصدمية قادرة على إحداث تقلبات في الحياة العاطفية واضطرابات سيكولوجية وسوماتية، في هذه الحالة يمكن أن يكون مشهداً أو حدثاً محمداً على سبيل المثال: المشهد الجنسي للوالدين، موت احد الأقارب... إن الحدث الواقعي يحتفظ به الفرد في ذاكرته ويأخذ معنى حسب الطريقة التي يستثمرها. (Fedida.P, 1974, p.124)

وأدرج "الخطيب" (2007) أنه تحدث الاستجابة للضغط عندما يتعرض الفرد إلى حادث صدمي مضيق أو مؤلم وقد تكون الاستجابة للضغط الصدمة فورية أو مؤجلة. (الخطيب، 2007، ص 1055)

ويشير "ايرزانو وزملاؤه، Ursano & al" (1994) في "الحواجري" (2003) إلى أن الأحداث الصدمية أحداث خطيرة ومربكة ومفاجئة، وتتسم بقوتها الشديدة والمتطرفة، وتسبب الخوف، القلق، الانسحاب والتجنب، وتكون غير متوقعة وغير متكررة، وتختلف في ديمومتها من حادة إلى مزمنة. ويمكن أن تؤثر في الشخص الواحد كحادث سيارة أو جريمة من جرائم العنف، وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلزال أو الإعصار. (الحواجري، 2003، ص 12)

وعرفه "شميد، Semid" (2003) وزملاؤه أنه حدث خارج عن المألوف ويتجاوز قدرات تحمل الفرد، هذا الحدث يتصف بالرعب ويتضمن مواجهة فاشلة مع الموت المحتّم. (Semid & al, 2003, pp.3-7)

من هذا يمكننا القول أن الحدث الصدمي هو حدث يكسر الروتين اليومي بفجاءته الغير متوقعة والذي يثير عند الفرد أو الجماعة الرعب والخوف إضافة إلى الضيق والشدة، ويمكن أن يمثل مواجهة حقيقية مع الموت. هذا ما يمكن أن يسمح بحضور تطور أعراض صدمية في وضعيات أين لا يكون الموت حاضراً لكن وجوده ضمني.

2-2 الصدمة النفسية:

التعريف اللغوي: نذكر التعريف اللغوي لمصطلح الصدمة لأنه يرتبط بفهم كل المفاهيم المتداخلة.

ذكر "ابن منظور" (1980) التعريف التالي: (صدم، الصدم: ضرب الشيء الصلب بشيء مثله، وصدمه صدماً: ضربه بجسده، وصادمه فتصادما واصطدما، وصدمه يصدمه صدماً، وصدمه أمر: أي أصابهم. والتصادم: التزاحم. والرجلان يعدوان فيتصادمان أي يصدمن هذا ذاك وذاك هذا، والجيشان يتصادمان. قال الأزهري: والسفيتان في البحر تتصادمان وتصطدمان إذا ضرب بعضهما بعضاً، والفرسان يتصادمان أيضاً. وفي الحديث: "الصبر عند الصدمة الأولى" أي عند فورة المصيبة وحموتها.) (ابن منظور، 1983، ص 2420)

وفي الواقع أن (الصدمة) هي كلمة ذات أصل يوناني استعملت قديما في الطب والجراحة وتدل كلمة (Traumatos) على جراحة ليدل على حدوث فعل عنيف على الجسم، وبالفرنسية (traumatisme) كلمة مخصصة للتعبير عن الأثر الذي يسببه جرح ناتج عن عنف خارجي. (خبريك، 2008) وكلمة (trauma) تعني التسبب في جرح أو إصابة، التي غالبا ما تنشأ عبر التعرض للحوادث الفردية والجماعية كالحروب والكوارث والتي تعرف مختصرا بحالة اضطراب ما بعد الصدمة. (الشريبي، 2007، ص 288)

التعريف الاصطلاحي: الصدمة في ميدان علم النفس يستعمل للدلالة على ظاهرة اختراق وكسر للنفس عند تلقي مؤثرات قوية وعنيفة. فالصدمة النفسية تعبر عن حوادث شديدة ومؤذية ومهددة لحياة الفرد، بحيث تتطلب مجهودا غير عادي لمواجهتها وللتكيف مع الوضع الحاصل. (Meichenbaum, 1994, p.32)

2-3 حالة الإجهاد الحاد (اضطراب الضغط الحاد):

يتعلق الأمر باضطراب حصري قدمه الـ CIM & DSM وانه يغطي مجموعة الأعراض السيكولوجية التي تظهر كاستجابات فورية لحدث صدمي، يتميز بردة فعل تمثل الرعب والخوف والإحساس الحاد بتهديد الموت. (Kedia. M et all, 2008, p.23)

صيغت هذه الفئة التشخيصية لفرز الأفراد الذين من المحتمل أن يتطور لديهم اضطراب ما بعد الصدمة. إن التعرض الغير المباشر لأحداث العنف والاعتداءات يمكن أن يشكل موقف أو خبرة صادمة أو أزمة انفعالية، ولهذا السبب عند تعرض الأطفال والمراهقين للعدوان أو الكوارث حتى ولو كان من خلال التقارير العلمية، ويمكن أن ينتج عنه علامات أو أعراض الضيق أو الكدر الانفعالي. (أبو حلاوة، 2008) وإن حالة الإجهاد الحاد لا يجب أن تتجاوز أربعة أشهر وإلا تحول التعريف إلى حالة اضطراب ما بعد الصدمة حسب "لوبياز وآخرون، Lopez.G & all, 2005, p.20)

2-4 العصاب الصدمي:

يدل تعبير العصاب الصدمي منذ بداية القرن التاسع عشر على مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تتميز على العموم بأعراض التكرار مع الكوابيس والرعب أثناء الليل التي تبرز بعد زمن كمون معين اثر صدمة عاطفية قوية جدا. (براكونيه، 1997، ص 1094)

يعرفه "كروك، Crocq" (1992) بأنه حالة عصابية منضمة ودائمة غير محددة، تتأثر أو تظهر بعد التعرض لصدمة نفسية، أين يحس الفرد من خلالها أن حياته مهددة. وعليه إن العصاب الصدمي هو صدمة نفسية محددة تتجاوز الدفاعات النفسية للفرد. (Crocq.L 1992, p.121)

2-5 اضطراب ما بعد الصدمة:

رمز (PTSD) هي اختصار لعبارة (Post traumatic stress disorder) ولقد تُرجم إلى العربية تحت اسم "اضطراب ما بعد الصدمة" أو "اضطراب كرب ما بعد الصدمة" وكتشخيص نفسي تم تقديمه رسميًا في الدليل التشخيصي الثالث (DSM3) في عام (1980) من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي في العقدين الماضيين، وكان هناك وعي متزايد من الانتشار والمظاهر السريرية من هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين. (John M & al., 2001, p.20)

وأدرج "بيرسون، Parson" (1985) أن هذا المصطلح سمي بأسماء متعددة، ولأنه ارتبط بالحرب الفيتنامية وأنا نجد في بعض الكتابات تسمية:

- (متلازمة حرب الفيتنام، Post Vietnam Syndrom)
 - (الحالات الصدمية ما بعد الفيتنام، Post Vietnam Traumatic States)
 - (متلازمة المعسكرات، Concentration Camps Syndrom)
 - (متلازمة ما بعد معسكرات الأسر، Post Concentration Camps Syndrom)
 - (متلازمة استجابة ضغط ما بعد الكرب، Camps Syndrom Stress Response) (Parson,1985)
- ثم استقر في التصنيفات الطبية النفسية بصورته الأخير "اضطراب ما بعد الصدمة، PTSD" ولقد أدرج "قاسم" (2012) أن المصطلح ترجم إلى العربية بصياغات مختلفة، فمنهم من استخدم اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة، الكرب الرضخي، اضطراب الإجهاد ما بعد الشدة، اضطراب التوتر اللاحق للصدمة. (قاسم، 2012، ص 12)
- وتضم الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM 5) **309.81 (FA 43.10)** اضطراب ما بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder) تحت تصنيف اضطرابات مبروطة بصدمات أو إلى أسباب القلق وتعرفه بأنه: "الأعراض التي تتبّع التعرض لضغط صدمي شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يتضمن تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير أو أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، الجرح أو أي تهديد لجسد الشخص

نفسه أو لشخص آخر أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو إيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح أو الإيذاء لفرد من أفراد الأسرة أو أي قريب عزيز، حيث تستمر الأعراض مدة ستة أشهر أو أكثر". (Mini DSM-5, 2016, p.133)

حيث تتفق منظمة الصحة العالمية (WHO) مع الدليل التشخيصي العاشر (ICD-10) بأنها استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط شديد، أو بعد صدمة تهديدية أو كارثية، تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً، من قبيل كارثة من صنع إنسان، أو معركة أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة أحد يتعرض للعنف أو الموت، أو أن يكون أفراد ضحية تعذيب أو إرهاب، أو اغتصاب، أو جريمة أخرى. (قاسم، 2012، ص 82)

يعرفه "سيلامي، Sillamy" (1999) على أنه: "حالة من الضغط متولدة عن حدث انفعالي عنيف يكون عدوان نفسي، حالات خطيرة، أو كارثة طبيعية، أين يعيد الفرد المصدوم من خلاله معايشة الحدث الصدمي على شكل: كوابيس وصور متكررة، ويكون في حالة تأهب وإنذار، كما تظهر أحيانا مشاعر الذنب والإحساس باقتراب الموت". (Sillamy.N, 1999, p.205)

كما يعرف أيضا على أنه اضطراب حصري حسب التصنيفات الحديثة ويضم مجموعة من الأعراض النفسية، ويتميز باستجابة حصرية كالرعب، إحساس بتهديد الموت، حالة من الذهول أو الهيجان، حضور أو عدم حضور حالة من التفكك. (Kedia & Sabouraud, 2008, p.23)

ويمكن التلخيص بتعريف عام حول اضطراب ما بعد الصدمة بوصفه أنه عبارة عن أزمة تنتج عن التعرض لحادث صادم وتتميز بأن الفرد يعاود الشعور بأنه يعيش الخبرة الصادمة ويتجنب ما يذكره بها، ويرتفع تحدر عواطفه ويزداد توتره وتيقظه وردود فعله الحادة تجاه الأحداث الضاغطة، أما الخبرة الصادمة نفسيا فهي أحداث مفاجئة وغير متوقعة وتكون خارج حدود الخبرة الإنسانية العادية بحيث تهدد أو تدمر صحة الفرد أو حياته، ويستجيب لها بالخوف الشديد والعجز أو الرعب. إضافة إلى ظهور صعوبة في النوم، قلة التركيز، الغضب الزائد، المبالغة في الارتجاف، اليقظة المفرطة، وتكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة. (B.Dorayel & C-Louzoum, 1997, p.134)

3-النماذج النظرية في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة.

تعددت وجهات النظر حول تفسير اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لمختلف النظريات ونضرا للعلاج المتبنى في الدراسة ال (EMDR) القائم على التيار الانتقائي التكاملية الذي يكتل بين العديد من النظريات وجب ذكرها بإيجاز كالآتي:

1-3 المدرسة التحليلية:

لقد عرّج "فرويد" قبل وفاته في نظرية التحليل النفسي بهذا الاضطراب (عصاب الحرب أو كما سماه فرويد العصاب الراهن) الذي يعد بمثابة شذوذ يعتري قاعدة النظرية التحليلية، وتفسيرها للصدمة النفسية الذي كان قائماً والتي تقترح فيه وضعاً مزدوجاً: نظرية الإغواء والنظرية العامة للصدمة. ففي الحالة الأولى يبحث عن السبب في تاريخ الفرد، أما الثانية فأصل الأعراض هو الصدمة في حد ذاتها. لكن يعد هذا العصاب اللانمطي غير قابل للشفاء بالعلاج التحليلي الذي يركز جهوده على عقد الطفولة.

(Lopez & Sabouraud-Seguin, 2002, p.13)

وبعد أن طور هذا الأخير مراحل النمو الجنسي والميتاسيكولوجيا ونظرية الليبيدو، اتضح له أن الصدمة النفسية على علاقة بقوة النزوات الجنسية وكفاح الأنا ضدها، فكل الصراعات والصددمات راجعة إلى هوامات لاشعورية وواقع نفسي داخلي، مما أدى به إلى تعديل طرحه، ودفع مشكل عصاب الصدمة إلى أن يوجه انتباهه إلى التصور الاقتصادي للصدمة، (سي موسى، 2002، ص 66) فعرفها في محورها الثاني على أنها: غياب النجد في أجزاء الأنا، التي ينبغي أن تواجه تراكم الآثار التي لا تطاق، سواءً كانت بمصدر داخلي أم خارجي، ويؤكد "فرويد" بهذا الصدد أن الصدمة طاقوية واقتصادية بحثة، ثم يعود في عام (1926) بعد تطوير نظرية القلق وأدخل مفهومي القلق الآلي والقلق كإنذار بالخطر، حيث يحاول الأنا تجنب القلق الآلي، والذي يثير الوضعية الصدمية بسبب عجزه عن التحكم في الإثارة من خلال إطلاق قلق الإشارة الذي ينشأ من القلق الآلي، ويعمل كإنذار يهدف لإيقاظ الدفاعات من أجل مواجهة الآثار الداخلية والخارجية. (سي موسى، 2002، ص 69)

وفي مقالة كتبها "فرنزي، Ferenczi" بعنوان: "التباس في التخاطب بين الراشد والطفل" في (حب الله، 2006، ص 61) وفي أثناء تطوير نظرية الإغواء التي تخلى عنها "فرويد" حيث يقول: "أن الصدمة النفسية التي يتلقاها الطفل عن طريق العنف والإغواء الحسي، ينتج عنها ميكانيزم التقمص بالمعتدي، والتقمص والإدماج هما الميكانيزمان اللذان يحلان محل الموقف الدفاعي الذي يجب أن يعتمده الطفل في حالة الاعتداء عليه، فالصدمة بالنسبة إليه لا ترتبط فقط بنتائج الهوامات الإغرائية والإخصائية لكن تجد أصلها في المصير الليبيدي المرتبط بالفعل العنيف لإثارة جنسية غير ناضجة، (Kedia.M et All, 2008, p.17) والتي تأخذ قيمة اغتصاب النفس ونتيجة لهذا نجد إنصعاق للأنا وتوقف للنمو. (Bokanowski.T, 2002 , p.748)

ويرى "فينيكوت، Winnicott" (1965) في (Bokanowski.T, 2002, p.751) أن الصدمة النفسية هي اقتحام مفاجئ وغير متوقع لحادث يؤدي بالطفل إلى الإحساس بكره استجابي، فالصدمة لها علاقة مع فشل التبعية وهي ما يعرفل سيرورة المثلثة، لأن الموضوع لم ينجح في وظيفته.

أما المحل النفسي "جاك لاكان، J.Lacan" يصف الصدمة بأنها لقاء سيء مع الواقع الصدمي وهي ثلاث مستويات:

1-الواقع: الذي يمثل الحادث الصدمي.

2- الجانب الرمزي: الذي يربط بين الأبعاد الأخرى عبر اللغة، وهذا ما يعجز عنه المصدوم.

3- الجانب الخيالي: والذي يمثل مصير الصدمة في الخيال. (Chabee.S, 2005, p.78)

أما من وجهة نظر بيسيكوسوماتيك التحليلي يرى "بيار مارتي، P.Marty" أن الصدمة تحصل في أغلب الأحيان قبل نهاية النمو، وهي ظاهرة ذات طبيعة وجدانية تمس التنظيمية العقلية بالدرجة الأولى، وبغياب الهوامات والأحلام التي تلعب دور صمام الأمان في الحياة النفسية. ونوعية الاستثمار النرجسي هو ما يحدد وجود الصدمة من عدمها، وحدوث الصدمة يقترن بعدم القدرة على التفريق بين الداخل والخارج أو عدمها، وحدوث الصدمة يقترن بعدم القدرة على التفريق بين الداخل والخارج أو عدم التمييز بين الأنا واللا أنا. (Panoccio, 2002, p.55)

إن النقد الموجه للنظرية التحليلية وتفسيرها للاضطراب على أساس الرمزية (العرض كتعبير رمزي عن صراع لاشعوري) هو خطر نسيان الجانب الفسيولوجي وعضوية الاضطرابات. عند اكتشاف صراعات ومشاكل نفسية يجب أن لا ينسى الفاحص والمعالج حقيقة الألم والإصابة العضوية. لذا يجب توسيع نظرة متعددة التخصصات للمرض النفسي بصفة عامة وتأثيراته على الجسد، ولا ننسى أهمية الدراسات النور-نفسية-فسيولوجية والدراسات الحديثة في علم النفس-العصبي-المناعي التي تأتي بنتائج أبحاث لا يستهان بها. (معتصم ميموني، 2005، ص 119)

3-2 النماذج السلوكية:

إن النماذج السلوكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة يقدمها هذا التيار إلى المکانيزمات الأساسية للتعلم، ومنها نجد الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي الذان يظهران في عمل "مونيه، Mounier" (1960) حيث أن مفهوم السلوك لحالة الضغط ما بعد الصدمة يعتبر كمركز لتطوير استجابة الصدمة، وهي وضعية تثير رد فعل وجداني وقلق واضطراب على ثلاث مستويات: (المستوى السلوكي، المستوى الفيزيولوجي، المستوى المعرفي).

وهذه الوضعية تحتوي على عدة متغيرات لنوع الحادث الصادم، مكانه، طريقة حدوثه. وعندما تجمع هذه الأخيرة كلها يكون الحادث الصادم على شكل اشتراط كلاسيكي، أي كل مثير يعطي استجابة، ويأخذ "سكينر، Sckiner" بعين الاعتبار التعميم في الاشتراط الكلاسيكي.

ويركز المعنى الآخر للاضطراب على السمات وشدة الضغط الذي كَوّن الصدمة، والذي يكون كافيا لخلق استجابة على حساب النماذج المتعلقة بـ (الاشتراط الكلاسيكي - الاشتراط الإجرائي)، إضافة إلى متغيرات أخرى تلعب دور كبير في استمرار

الاضطراب ونجد منها المتغيرات البيولوجية. (Lopez.G & Sabouraud-Seguin, 2002, p.93)

ويرجع النموذج السلوكي إلى النماذج المنحدرة من نظريات التعلم والاشتراط كما وضحنا سابقا، وأنه يستوحي كذلك من النماذج المطبقة لدراسة معالجة المعلومة، أي دراسة سيرورة التفكير تظم إدراك أحداث المحيط، ويشبه تطور الأعراض باكتساب الاستجابات النفسية والسلوكية للخوف على أساس الاشتراط الكلاسيكي، وتعمل المنبهات المتعلقة بالحروب والمعارك على أنها منبهات منفرة تستدعي بشكل انعكاسي استجابات شديدة وتلقائية من الضيق تكون اشتراطية تحدث الاضطراب لدى الأفراد الذين تعرضوا لتلك الأحداث الصدمية. ومن هذا المنظور، يعتبر الخوف استجابة متعلمة مثل مناظر معينة أو بالاشتراط الكلاسيكي لـ "إيفان بافلوف، E. Pavlov" ومن خلال التعلم الترابطي أو الفاعل لـ "سكينر، Sckiner" قد تكتسب وتسجل بعض العلامات والأصوات أو الروائح أو الأشياء أو الأشخاص وغير ذلك من المنبهات مما قد يذكّر الشخص بالخبرة الصدمية قدرة على استدعاء الخوف الشديد، مما يجعله يتجنب الموقف أو يعيد معاشته ذهنيا.

وعلى أساس هذا الافتراض أجريت دراسات متعددة، من بينها دراسة "كين وزملاؤه، Keane & all" (1985) في الحوادث الصادم يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبئه طبيعي غير مشروط. (Weiten, 2004, p.24) فوفقا لهذه الدراسة المنهج الاشتراطي في اضطراب ما بعد الصدمة فإن الاشتراط الكلاسيكي في زمن

وتوجد نماذج تفسر اضطراب ما بعد الصدمة أهمها نموذج "مور، Mowrer" (1960) ونموذج "فوي، Foy" (1992):

أ - نموذج "مور، Mowrer" (1960): الذي يرى أن الصدمة هي وضعية رعب التي تثير ردات فعل انفعالية مقلقة على ثلاث مستويات: حركية، فزيولوجية، معرفية. وهذا ما يفسر تطور وثبات اضطراب ما بعد الصدمة في هذه الوضعية. حيث أن العديد من المثيرات تكون مرتبطة بالحدث الصدمي حسب نموذج الاشتراط الكلاسيكي وستثار مرة أخرى نفس الاستجابات الحصرية التي أحدثتها الصدمة الأولى، أما الاشتراط الفاعل فيسمح بتعيين تعميم وديمومة الاضطراب.

ب - نموذج "فوي، Foy" (1992): بالنسبة له مميزات وحدة العامل الضاغظ كفاية وضرورية من أجل الحصول على ردات فعل حسب نموذج الاشتراط الكلاسيكي، والفاعل، لكن المتغيرات الوسيطة البيولوجية، السيكلوجية والاجتماعية هي المسؤولة عن تأزم الاضطراب التالي للصدمة. (Lopez.G & Sabouraud-Seguin, 2002, p.15) فمن هذه المقاربة، الصدمة هي المثير

الذي ينشئ ردة فعل عادية من القلق، عن طريق تعميم لسيرورة التعلم، سلسلة من المثيرات اللاحقة والحيادية ستصبح مولدة للمرض (ملابس الجاني، جسم المعتدي، المكان، الزمان، حالة الطقس،...) وتصبح خارج الوضعية البدائية المثيرة لردود الأفعال القلقة، مما يجعل التجنب أسلوب عيش وهذا يدل على أن اضطراب ما بعد الصدمة يمر إلى وحالة التثبيت.

ويدقق "إيزينك، Eysenck" (2000) تعليقا على هذا النموذج، بأنه لا يزودنا بتفصيلات دقيقة عما يحدث، عن أنه لا يقول لنا لماذا يصاب بعض الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم للحادث صدمي، فيما لا يصاب به آخرون تعرضوا لنفسه الحادث. (Eysenck, 2000, p.100)

3-3 النماذج المعرفية:

هذه النظرية تركز على الإدراك والمعنى الذي يعطيه الفرد عن الحدث الصادم، والذي يتوقف على نظرة الشخص إلى ذاته وعالمه، وكيف تظهر لديه عوارض عدم التحمل الذهني، فالصدمة تؤدي إلى زعزعة البيانات الشخصية للضحية. ويقوم هذا التوجه على افتراض أن الاضطرابات النفسية تنتج عن أفكار غير عقلانية وخاطئة بخصوص الذات وأحداث الحياة التي يعيشها الفرد، وعليه وضع العالم "فوا، FOA" (1989) وزملاؤه في (Spencer, 2005, p.09) نظرية معرفية لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة مفادها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية بخصوص مفهوم الأمان، فالمرأة التي تعرضت لحادث اغتصاب لا تشعر بالراحة والأمان أثناء تواجد أي رجل غريب في الجوار أو تقابله فيما بعد مما يقود هذا إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى، وبالتالي تمر هذه الضحية بخبرة نقص في القدرة على التنبؤ وضعف السيطرة على حياتها مما يسبب معاشتها لمستويات عالية من القلق، الذاكرة تقوم باستعادة الأحداث بطريقة واضحة أو مشوهة تظهر في الكوابيس، بينما قد يعاني البعض من فقدان الذاكرة حيث لا يمكن الوصول إلى معلومات مهمة عن الحادث الصادم رغم أن جهاز الذاكرة سليم.

ويرى "ميلر، Miller" (1995) في (قاسم صالح، 1997، ص 41) أن الفرد يدرك الحدث الصادم على انه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي. فلا يعرف كيف يتعامل معها، فتشكل له تهديدا ينجم عنه اضطراب في السلوك. وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات (Information-Process) ترجع في الواقع إلى "كيللي، Kelly" (1955) الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة في وقته بخصوص القلق والخوف والتهديد. (قاسم صالح، 1997، صص 41-42)

وقدم "لازاروس، Lazarus.A" (1981) في (بغيجة، 2005) نموذجا يذكر فيه أن الاضطراب يحدث نتيجة التفاعل الديناميكي بين الفرد والمحيط لهذا تختلف عن النظريات الأخرى القائلة أن مصدر الضغط هو المحيط وأيضا أن الضغط لا يتوقف

على المثير الخارجي بقدر ما يتوقف على المعاني والتفسيرات التي يقدمها الفرد لهذه المواقف من الناحية المرتبطة بالتقييم المعرفي، أي أنها مرتبطة بمجموع الأفكار والخبرات التي يكونها الفرد في المكان الذي يعيش فيه. (بغيجة إلياس، 2005، ص 65)

وذكر "بارلو، Barlo" (2002) أن كلا من "كريمويرس وياتسون" اقترحوا نموذجًا للمعالجة المعرفية لردود فعل الصدمة، التي تتضمن حلقة من ردود الفعل التي تتضمن الإقحام، والتجنب، ومستوى الأعراض، وكما في النماذج المعرفية الأخرى، فإن نموذج "كريمير" وزملائه ينظر إلى العمليات الناجحة أو تكامل الصدمة للتعافي الناجح، ويرى هذا النموذج ميكانيزمات العمليات المعرفية متضمنة في التعافي عبر الوقت، كما تحدث في مراحل خمس، هي:

1- التعرض الموضوعي: والعامل الرئيسي هنا هو خطورة مصدر الضغط الذي يؤدي إلى الصدمة.

2- شبكة المعلومات: والتي تحدد أساسًا بالإدراك الذاتي والمعنى المرتبط بالخبرة.

3- الاقتحام: في هذه الأثناء شبكة الذاكرة تنشط لمعالجة وتحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة.

4- التجنب: وتتصف باستخدام الهروب والتجنب كخطط مواجهة في الاستجابة للاقتحام.

5- النتيجة: يتحقق فيها التعافي من خلال شبكة معالجة الحلول.

وبالرغم من أن التوجه المعرفي قدم بعض التغييرات المعرفية المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة إلا أنه أغفل جوانب أخرى كذلك المتعلقة مثلًا في العوامل الوراثية أو الفروق التي تجعل بعض الأفراد أكثر تأثرًا من غيرهم في الإصابة بهذا الاضطراب. (قاسم صالح، 1997)

يقدم النموذج المعرفي وصفًا معقولًا لبعض المتغيرات المعرفية المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة، إلا أنه يترك أمورًا خارج حساباته، فهي ركزت على الحادث الصادم وأغفلت الحديث عن عوامل أخرى.

3-4 النموذج البيوكيميائي:

يركز هذا التوجه النظري على العوامل البيو-كيميائية وأورد "بارلو" (2002) بأن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة تنجم عن التغييرات في نشاط الناقلات العصبية حيث افترض العديد من المنظرين أن التعرض لحادث صدمي يؤدي إلى إصابة الغدة الكظرية وتحميدًا في مستوى إفراز النورأدرينالين والدوبامين، وأن أعراض فقدان الذاكرة الحادة، والاستجابات الانتفاضية الشديدة والثورات العدوانية يعتقد أنها ترتبط بالنشاط الزائد للإثارة الأدرينالية، وللمثيرات المرتبطة بالصدمة، والتي يتبعها استهلاك الكيماويات الحيوية للمخ والنقص في مستوى الدوبامين والكورتيزول. واقترح "كولب" نموذجًا آخر للأعراض المرضية الجسمية

لاضطراب الضغوط التالية للصدمة فركز هو و"ماك جوف" على تأثير التعرض للعوامل المسببة للضغوط على الجهاز العصبي المركزي، فالتنبهات الحادة التي يختبرها الفرد في الأحداث الصادمة قد تسبب تدميرًا أو تغيير المسار العصبي. وتؤيد بحوث حديثة فكرة الصدمة التي تؤدي إلى تغير في نظام المخ العصبي الكيماوي، وهناك بحوث أخرى تشير إلى أن نبضات القلب تزداد فيرتفع ضغط الدم ليؤثر على ضيفة الدماغ. (Spencer, 2005, p.281)

ويضيف "آيزنك" في (قاسم حسين صالح، 2012، ص 87) أن التوجه الحياتي لتفشي اضطراب ما بعد الصدمة لا يمكنه أن يأخذ بعين الاعتبار بمعزل عن الفروق الفردية في حساسية الأفراد أو قابليتهم نحو الإصابة. وعلى الرغم من أن مثل هذه النماذج البيوكيميائية مثيرة للفضول، إلا أنه يجب أن نذكر أنها أولية بطبيعتها، وترك الكثير من الغموض في اضطراب الضغوط التالية للصدمة غير مفسر، فعلى سبيل المثال لم تعالج البداية المتأخرة لاضطراب الضغوط، وتأثير المتغيرات الوسيطة، والفروق الفردية في الاستجابة. هذا ما نصح به "آيزنك" (2000) بالتوسع أكثر أخذًا بعين الاعتبار المتغيرات السابقة. (Eysenck, 2000, p.22)

3-5 النموذج النفسي الفسيولوجي:

يعتبر العالم الفسيولوجي "والتر كانون، Walter Canon" (1935) من الأوائل الذين استخدموا عبارة ضغط للتعبير عن حالة الطوارئ أو رد فعل عسكري لأنه ارتبط بفعل المواجهة، ويربط اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تغيرات كيميائية وفسيولوجية في وظيفته، فالصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض غدد وأجهزة الجسم في بعض الأحيان، حيث تتمظهر في الجسم التغيرات التالية:

-ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين في الدم.

-ارتفاع نسبة الأدرينالين وانخفاض نسبة النورادرينالين.

-انخفاض نسبة السروتونين والدوبامين في الدماغ.

وقد أعطى "كانون، Canon" اهتمامًا بالغًا لدور الجهاز العصبي السيمبتاوي كأحد أقسام الجهاز العصبي الذاتي لدوره الهام

في تحيئة الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة ولتمكينه من الاحتفاظ بالتوازن. (علي عسكر، 2000)

إنّ مصير اضطراب ما بعد الصدمة يتوقف على نشاط الإفرازات المذكورة وكذلك على المواد المخدرة التي يفرزها الدماغ، ويبدو أن الدماغ يقوم بهذه الوظيفة عندما يتعرض الشخص للصدمة وبعد أن تمر الصدمة تحدث حالة شبيهة بالانسحاب والذي نلاحظه في عوارض الانقطاع الفجائي لمعاطي المخدرات. (يعقوب، 1999)

حيث قدم "هانز سيلبي، Hans Selye" سنة (1977) نموذج يقول فيه أن الضغط ينشأ من عدم قدرة الفرد في مواجهة الأحداث الضاغطة وأسلوب تكيفه (فيزيولوجيا-نفسيا) مع الأحداث. (عثمان يخلف، 2001) وقد أطلق على الأعراض العضوية التي تظهر اسم (زملة تناذر أعراض التكيف العام/ General Adaptation Syndrome) (مُجد قاسم، 2001) وتحدث من خلال ثلاث مراحل:

- الإنذار (Alarme) استعداد الجسم لتلقي أو مواجهة الخطر.
 - المقاومة (Resistance) محاولة الضحية الحفاظ على التوازن ومقومة مصدر التهديد. (عبد المعطي، 2003)
 - الإنهاك (Exhaustion) تحدث بعد أن يستنفذ الضحية قواه ويصبح جسمه عاجزا على مواجهة الضغط، وتنهار الدفاعات الهرمونية وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم وتصاب الكثير من الأجهزة بالخلل. (مُجد قاسم، 2001)
- إن ضعف التعود على المنبهات، والحد من الاستجابة للقدرات ذات الصلة بالأحداث، والتغيرات المتعددة في نظام النقل العصبي، بما في ذلك التغيرات الحاصلة في الغدد الصماء المتعددة مثل تغيير وظيفة محور الغدة النخامية والكظرية. ويحدث عجز في سيورة وظائف الذاكرة لعدم المقدرة على الترميز، وانخفاض النشاط النفسي المناعي، بالإضافة إلى الاضطرابات في تخطيط كهربية الدماغ. (Spencer Eth, 2005)

باختصار، أثناء حدث صادم، يبدأ شلال فيسيولوجي في الحركة لتوفير الطاقة للهيئة لمواجهة التهديد. بالإضافة إلى ذلك، فإن هرمونات التوتر المفرج عنها تزيد من مستوى الاهتمام بالإضافة إلى عملية الحفظ. يصبح من الصعب أو المستحيل نسيان هذا الحدث. على الرغم من أن الذاكرة تبدو حديثة جدًا لذاكرتنا، إلا أن الحقيقة تبقى أن بعض التفاصيل يمكن أن تفلت من أيدينا تمامًا لذا يمكننا أن نقول إنها ذاكرة واضحة جدا مع بعض الثغرات. (MARIN, M.F, & al., 2009, pp.167-188)

3-6 النموذج الفينومولوجي:

ومثلوها هم "Berois, Croq, Lebigot" حيث يتعد عن وجهة نظر الجمعية الأمريكية للطب العقلي APA، فهي تعتبر على سبيل المثال أن إجهاد ما بعد الصدمة لا يأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات الأخرى مثل: الاضطرابات الجسمية

والذهانية... التي يمكن أن تظهر بعد حوادث مولدة للصدمة، وكذلك تبعد عن المقاربة النظرية للـ (DSM) الذي لا يأخذ بعين الاعتبار كل مقاربة سايكوديناميكية للتوظيف العقلي، كما تبعد في تعريفها للصدمة النفسية عن التيار التحليلي، وتأخذ اتجاه فينومولوجيا حيث تعتبر الصدمة كالتقاء مع حقيقة الموت الذي لا يمكننا تمثيله، ولا يقف الأمر عند هذا الحد حيث أن الصدمة سوف يكون لها آثار على معنى الحياة عند الفرد، في هذه النظرة يجب إعادة استدخال قضية المعنى واللامعنى ومنها الميكانيزمات المولدة للمرض التي من خلالها وحسب "كروك، Croq" الصدمة ليست فقط اختراق واجتياح وانحلال اللاشعور، إنها كذلك إنكار لكل قيمة ومعنى بالخصوص إدراك متميز للفراغ الغامض والمفزع، هذا الفراغ الذي نعلم جميعا ومتأكدين أنه موجود لكننا لا نعرف عنه أي شيء. (Bouatta.C, 2007, pp.47-48)

4- أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

إن لإضطراب ما بعد الصدمة علامات وأعراض معينة وقد تم تقسيمها إلى أعراض أولية وأعراض ثانوية، وتجدر الإشارة إلى أن هناك تداخل كبير بين الأعراض الأولية (Primary) التي تشكل الأساس الذي يشخص عليه هذا الاضطراب، والأعراض الثانوية (Secondary) التي هي الملامح المرتبطة بالاضطراب وتشير إلى تجمعات الأعراض التي توجد عادة بشكل شائع مع الاضطراب.

1-4 الأعراض الفورية:

1-1-4 الأعراض السيكاتيرية:

أ- الحالات الحصرية: وتتضمن ثلاث 03 انعكاسات.

(1) الضغط المتجاوز: الذي يتسم بثلاثة 03 أنواع من ردات الفعل:

- هيجان غير منظم وحاد، هذيان، صراخ الذي يزيد من حدة تدهور القدرات العقلية.
 - تثبيط نفس-حركي مع اصفرار في بعض الأحيان، اضطرابات كبيرة للانتباه، الذاكرة والتركيز.
 - حالات تحولية للدفاع ضد القلق تتمثل في: "شلل، اضطرابات حسية، فقدان الصوت، استحالة الوقوف..."، كما يمكن أن نلاحظ كذلك تظاهرات نفس جسدية حادة مثل: "قرحة المعدة، سكر، نوبات ربو، تظاهرات جلدية.
- (2) اضطرابات على مستوى الشعور: إنها نادرة ولكنها تستلزم استعجالا في التكفل الطبي الاستشفائي، وتتمثل في: "حالات اختلاط في الشعور، اختلاط في الأحلام".

3) الذهانات الهديانية الحادة: وتظهر على شكل: "شك، تساؤلات حول نية الأفراد والأقرباء أو غيرهم، الارتباك"، بينما يأخذ الهديان بضعة أيام ليتطور، بعد ذلك يأخذ مظهر بارانويا حادة واضطهادية تفسيرية. (De Clerqu.M & Lebigot.F, 2001, p.96)

ب- التناذر السيكو صدمي المبكر: يكون القلق حاضرا حول اصطدام الصورة التدميرية، تناذر التكرار يغزو شعور الفرد، يمكن أن لا يخرج الفرد من الرعب لوقت الصدمة، ويتمدد لساعات، إلى أيام في بعض الأحيان. (Crocq, 1999, p.62)

الناجي من الحادث يكون في حالة بلادة، انصعاق يظهر وكأنه مذهول بالمشهد الذي حضره. مقارنة بالعالم الخارجي يكون مرتبط ومتقطع، وفشله يصله وكأنه من خلال مصفاة أو يكون غائبا تماما، الحقيقة الوحيدة هي واقع في الحدث الذي أمامه وأحيانا كل نشاط تفكير لا يكون مشكل لكن مسيطر عليه من طرف الإحساس باختلاف الآنية والتجريح من الواقعية (Dépersonnalisation, déréalisation). (De Clerqu.M & Lebigot.F, 2001, p.96)

ج- الاضطرابات الانفعالية: إن الصدمة النفسية تؤدي عموما وتدرجيا إلى ظهور حالة مزاجية اكتئابية ولكن هذه الحالة الأخيرة لا تكون فورية إلا إذا أدى الحدث الصدمي إلى فقدان موضوعية أو نرجسية: فقدان أقارب، الصحة (جروح، إصابات، مرض)، أزمة شرف، فقدان على المستوى المثالي. (Lebegot, 1996) وفي بعض الحالات الاستثنائية هناك فترة هوسية أو اكتئابية تحدث في بعض الفترات وتستلزم علاجات استعجالية.

وتظهر علامات نوبات الغضب والتهيج الشديد، بعد التعرض للتعذيب أو معايشة الحروب، فالعدوانية والعصبية والغضب يشتد عندما يشعر الضحية بحياة الأمل والإحباط والذل أو الاستغلال. وحسب "ويلتمر، Wiltmer" (1982) فإن الاحتياج الزائد قد يتوافق بسلوك عنيف غير متوقع، وهذا الأمر شائع عند ضحايا التعذيب. (Wiltmer, 1982)

بينما تكون استجابة الخوف الفجائي مرتبطة بالاستئارة الفزيولوجية نتيجة الخلل الحاصل في وظيفة النظام الهرموني الذي يتحكم به الجهاز العصبي. (Van der Kolk, 1989, p.12)

4-1-2 الأعراض السيكلولوجية الفورية:

أ- تهديد داخلي: عند الخروج من الحدث، لا يشعر الفرد بالأمان في أي مكان، يرى الموت في كل مكان، البعض يختبئ في بيته الأبواب مغلقة، يتصد الضجيج ولا يخرج من بيته بسرعة.

ب- يمكن للمفحوصين أن يعبروا عن شعورهم مرافقان طوال الوقت:

- نهاية توهم الخلود: حيث أن الموت ليس له تمثيل في اللاشعور.

- إحساس مولد للاكتئاب (dépressogène): الذي يصحب الألم السيكولوجي، ويظهر مع سحب الاستثمار.

ج - الإحساس بالتخلي والترك: أثناء دخول صورة الصدمة إلى الجهاز النفسي تكون قد دفعت كل التمثلات السابقة وملاحظة

غياب اللغة، واستخلاص الفرد من ذلك أنه تمّ التخلي عنه من طرف المجتمع، وتظهر بصمات هذه التجربة وتدوم طالما أن كل حلقة لها تكرر الحدث وتحبي معاشة التخلي والترك ثم تتحول دون علم منه إلى رغبة في أن يتم التخلي عنه، وهذا يتجسد في اضطراب سمات خطيرة وتهميش اجتماعي كامل.

د- الإحساس بالذنب ولوم النفس: هذا الإحساس موجود ويُدعم مع تكرار مظاهر الصدمة، انه غير مفهوم، الضحايا يحتفظون

بهذا الإحساس أو يكتبونه أو يسقطونه في افتراض له علاقة مع الحدث مثل: "الإحساس بعدم فعل أي شيء لمساعدة الجرحى، التحمل الذاتي لمسؤولية ما حدث".

إن العرض الأساسي هو تأنيب الضحية لنفسه ففي الجرائم التي يقع فيها الضحية أو الاعتداءات مثل الضرب أو

الاعتصاب، يبقى الضحية حائرا كيف لم يقاوم بشكل أفضل. (يعقوب غسان، 1999)

هـ - الاستجابة الفسيولوجية: ان الضحية تصبح تعاني من التشنج العضلي وخفقان القلب والضغط الدموي ويزيد ذلك بالأخص

في حالة الانفعال، وهم الاعراض الفسيولوجية تتمثل في اضطرابات النوم وظهور الأرق، اضطرابات في الذاكرة وصعوبة التركيز.

(يعقوب غسان، 1999)

4-2 فترة الكمون:

هي ديمومة لتفانم الاضطرابات المبكرة، فترة الكمون أو الفترة بعد الفورية متكونة من تظاهرات صغرى، حصر مطلق، قلق،

وتتمثل بالخصوص في: "اضطرابات الطبع (سرعة الغضب، الانطواء على الذات...)"، ويستلزم مراقبة لمآل هؤلاء الأفراد، هذه

الفترة تتسم بالاستقرار الانفعالي وتسمح بالعلاج إن لم يتلقى الضحية جلسات التطهير النفسي. (Lebigot.F, 2006, p.24)

تدوم هذه الفترة من بضع ساعات إلى بضع أيام، وحسب "كروك، Croq" في (Lebegot, 2006, p.25) يتراوح بين

(10) أيام إلى سنة، وفي الإكلينيكية الكلاسيكية هذه الفترة تكون صامتة أي أن الضحية تجرد من الأعراض، وبينت الأبحاث

ظهور بعض الأعراض، فبعضها موصوفة في العصاب الصدمي ويمكن أن تظهر في هذه الفترة بقوة. (Lebegot, 2006, p.25)

وباستثناء تناذر التكرار، قلق، اكتئاب، اضطرابات الطبع، أمراض سيكوسوماتية، وتنتهي فترة الكمون بظهور تناذر التكرار بمناسبة

مماثلة لنتائج الحدث الصدمي أو مرتبطة به بأي طريقة مثل تاريخ عيد الميلاد، حصة في التلفاز...، وهنا يدخل الفرد فعلا في الاضطراب. وتظهر كذلك تغيرات السلوك والطبع للضحية التي تنسحب من الحياة الاجتماعية بصورة ملحوظة. (Chorfi M.S

& Mezhoud.N, 2005, p.41)

3-4 الأعراض على المدى الطويل:

يبدأ اضطراب ما بعد الصدمة عندما يأخذ إنكار الصورة الصدمية في نهايته، فتبقى العديد من الأعراض وتصاحب الضحية لمدة أطول.

1-3-4 تناذر التكرار:

تتكون من عودة المشهد الصدمي، إما في الليل على شكل كوابيس وإما في النهار على شكل انبعاث أو إعادة المعيشة (RÉVIVISCENCE)، يعاود الفرد معيشة الحدث كما لو أنه يعيشه الآن وبالتدقيق (تدقيقات أدركها أثناء الحدث) وفي الوقت الحاضر أنه يعيشها من جديد، إذا كان كابوسا: "يستيقظ بقفزة، يعرق ويكون فريسة للقلق في حدّه الأقصى، ويأخذ في بعض الأحيان وقتا لإيجاد الوضعية الراهنة أثناء الإنبعاثات النهارية، وبما أنه في حالة يقظة، يعيش الفرد عموما في نفس واقع الحدث والحقيقة التي يجد فيها نفسه.

الظواهر التكرارية تبقى وفيّة للمشهد الأول، الأمر الذي يدهش المفحوصين الذين يعاودون معيشة المشهد الأولي لأكثر من نصف قرن في فترة صغرهم. أحيانا تكون الكوابيس بالخصوص قادرة على التطور الذي يعد علامة جيدة، إن التناذر التكراري للحدث الأولي هو علامة لمرض العصاب الصدمي، بمعنى أننا لا نجد في أية إصابة أخرى أنه ضروري لوضع التشخيص الفارقي.

(Lebigot.F, 2006, p.26-27)

وظاهرة الصور الرجعية أو ومضات الذاكرة (Flash back) التي تستغرق فقط بضع دقائق لكنها تستمر في الظهور لمدة طويلة، وهذا ما يجعله أحيانا في حالة غريبة من الانغماس في التفكير إذ لا يمكنه الفصل بين الواقع والخيال بسبب هذه الحالة.

2-3-4 تناذرات أخرى:

أ-الحصر: الحصر والقلق عادة ما يكونان في مقدمة الجدول العيادي، تجذ قلق عميق (حصر عام)، أزمتا قلق حادة، كل أنواع الفوبيا وخاصة ذات العلاقة بالحدث الصدمي، وهذا لا يعيق أن تكون وضعيات أخرى مولّدة للخوف. إلى غاية ال (Panaphobie)، يخاف الفرد من العالم الخارجي ويبقى محبوسا في بيته، الأبواب مغلقة، يرشح القلق هنا بقوة عن الاكتئاب،

اضطرابات الطبع والسلوك، التظاهرات النفس جسدية، كما أن تكون الأصل في الشكوى الجسدية بالخصوص الآلام. هذه النقطة جد مقلقة عندما يكون الضحية مصاب بجروح خطيرة جسمية متبوعة في بعض الأحيان بالعديد من العمليات الجراحية، والصدمة المتكررة تعاود تنشيط القلق وتحدث هنا عن طريق الآلام.

ب-الاكتئاب: دائما حاضر في الصدمة النفسية، ويسبق عادة ظهور تناذر التكرار، يتراوح من الحزن البسيط إلى فقدان المرح والنشاط أي الميلانكولي الهذيانية، مميزة من خلال هذيان الاضطهاد بمكانيزم تفسيري بين الحدين المذكورين، الاكتئاب في شكله الكلاسيكي: حزن واضطراب في المزاج، تثبيط نفسي وسيكو-حركي، الإحساس بالتعب الجسمي والنفسي خصوصا في الصباح، فقدان الإرادة في التركيز والانتباه مع صعوبة الاسترجاع "اضطراب في الذاكرة".

ويرى "باك، Beck" في (طه عبد العظيم، 2008) أن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية وتغيرات وجدانية أو دافعية إنما تترتب عن نمط التفكير السلبي والتشويه المعرفي المميز للمكتئبين.

ج-اضطرابات الطبع: إنما مثابة ومتغيرة في شكلها وحدتها: الانطواء على الذات، سرعة الغضب، مصحوبة بإحساس غامض ومبهم، عدوانية لا يشعر بها الفرد، العنف العائلة، اضطرابات الطبع يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات السلوك أو المرور إلى الفعل.

(Lebigot.F, 2006, p.28)

د-اضطرابات السلوك: وتتمثل في.

- الإدمان على الكحول والمخدرات: تأخذ مظهر الاستقرار في الإدمان على الكحول الذي سيؤدي ببعض الضحايا إلى التشرد، والتسكع، واستعمال الكحول في أول نظرة له قيمة مقاومة للقلق، وأكثر تعمقا الكحول هو معادل سام لحليب الأم يؤدي إلى نكوص يضع الفرد في اتفاق مع الصدمة الأصل. (Lebigot.F, 2006, p.29)

- الاضطرابات الجنسية: فبعد الاغتصاب يُسجل انخفاض في الليبيدو، إصابة بالعجز في 60% من الحالات، وزهد في الحياة الجنسية العامة أكثر من 25%. (Lebigot.F, 2006, p.29)

- المرور إلى الفعل: (Passage à l'acte) في هذه النقطة يمكن أن تظهر اضطرابات السلوك العدوانية، الاكتئابية أو الانتحار وهو الشكل الأساسي للصد الذي عادة ما يأخذ شكل انتحار تعديبي "Suicide Ordalique". (Lebigot.F, 2006,

p.29)

هـ-الاضطرابات الذهانية: في بعض الأحيان يكون مثال الصدمة النفسية إلى ذهان فصامي أو إلى اضطراب البرانويا عند أفراد البنى الذهانية، ولا يظهر الهذيان بصورة فورية ويأخذ مظهرها اضطهاديا في فصام برانويدي (Schizophrenie parranoide) (De Clerqu.M,Lebigot.F, 2001, p.127) بينما تكون الروابط قوية بين الصدمة النفسية والفصام أو الذهان بشكل عام (Andrew Moskowitz & al, 2018)

ز-تعاطي الكحول والمخدرات: تشير أبحاث "Lacaussier" (1980) في (يعقوب غسان، 1999، ص54) إلى وجود ارتباط قوي بين اضطراب ما بعد الصدمة وتعاطي المخدرات والكحول إضافة إلى زيادة في استهلاك السجائر والمهدئات العصبية والمنومات. إن بعض الضحايا يتناولون هذه المواد بحثا على التخفيف وتهدئة النفس، لكن المعروف عنها أن مفعولها لا يستمر ولهذا يرتفع منسوب الاستهلاك في الكمية هذا ما يسبب انزلاق الفرد إلى الإدمان حتى تتفاقم وضعيته وتسوء حالته وتصبح المشكلة أكثر تعقيدا.

4-3-3-الأعراض على المستوى الشخصي والأسري والاجتماعي: هذه الأعراض قد تنشأ في أي فترة، فمن الجانب الأسري والاجتماعي تظهر انعكاسات الصدمة في عدة أشكال تمس الجانبين الأسري والاجتماعي وتؤدي إلى فقدان وغياب الدعم الأسري والاجتماعي. ففي أغلب الحالات لا يعي المحيط الأسري وحتى المجتمع من المقربين ولا الأصدقاء خطورة الوضع الصدمي الذي تعاني منه الحالة، فنجد مثلا فشلا في التكيف وغياب للسند الضروري الذي يخرج الضحية من دائرتها الصدمية، وبهذا تعيق آثار الصدمة الوظائف الاجتماعية للمريض فيتخلى عن دوره الأسري والاجتماعي باحثا عن حلول لسد الثغرة.

بالنسبة للأسرة تقدم في البداية الدعم للضحية الذي يحتفي في كثير من الأحيان ويؤدي بالضحية للإحساس بأنه مرفوض وهذا ما يؤدي إلى تأزم حالة العزل العاطفي والوجداني والاجتماعي له، كما يمكن أن تتبنى الأسرة سلوك الأم في الحماية المفرطة للضحية وهذا ما يؤكد ويدعم الظواهر المرضية الفوية والتجنبية.

ويتمظهر سلوك سحب الاستثمار تدريجيا من العالم الخارجي والفتور الانفعالي كصفة رئيسية لاضطراب ما بعد الصدمة، فهو الوسيلة التي يلجأ إليها الضحية للسيطرة على الاضطراب فينقص اهتمامه بالأنشطة المهمة ويكون لديه ضيق في الوجدان ومشاعر الانفصال والنفور والنسيان لأسباب نفسية، بالإضافة إلى انحسار في مجال الحياة العاطفية والجنسية بحيث يصبح المريض لا يشعر بأي رغبة أو قدرة على المشاركة الوجدانية والحب هذا على حسب تأكيدات "ويلتمر، Wiltmer" (1982) في (غسان يعقوب،

(1999، ص 55)

5- اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال والمراهقين.

من خلال دراسات "فرويد وميلاني كلاين، M.klien & S.Freud" وغيرها من التحليليين وبعض الباحثين المعاصرين، تبين أن الطفل وخلال تطوره يتعرض للصدمة سواء الضرورية لنضجه (صدمة الانفصال، صدمة الإخفاء..) أو غيرها من الصدمات. (Bailly.L, 2006, p.44)

وبالنسبة للمراهق حسب "فرويد، S.Freud" تحدث الصدمة عندما يفشل في تحمل صدمة البلوغ، فهذا يعني فشل في سيورة المراهق، ويظهر هذا الفشل من خلال تكرار في الصدمة على شكل رغبة في التشاجر، منبع الفعل العنيف عند المراهق، فالعنف بالنسبة له هم طريقة للاحتمال من الإصابة الصدمية والتي كان المراهق ضحية لها، لأنه لم يتمكن من إرضان المشاهد الصدمي في الطفولة. (Marty.F, 2002, pp.47-54)

وفي الجدول العيادي لاضطراب ما بعد الصدمة عند الطفل والمراهق، لا يختلف كثيرا عن تناذر الراشد، سواءً على مستوى رد الفعل الفوري أو ما بعد الفوري، غير أن "Terr" (1991) في (Bailly, 1996, p.40) حاولت أن تدرس الفروقات بين الأطفال والراشدين فيما يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة، فتوصلت إلى النتائج التالية:

- إن الأطفال لا يعانون من مشاكل فقدان الذاكرة والنسيان بسبب الصدمة.
- الأطفال لا يعانون من التبدل العاطفي الذي نلاحظه عند الراشدين.
- الأطفال لا يعانون من الومضات الدخيلة (Flach back)، أي أنهم لا يتوقفون فجأة في مسيرة تفكيرهم وسلوكهم ليعيشوا لحظات مؤلمة ومفاجئة تردهم إلى الصدمة.
- أداء الأطفال الدراسي يتأثر بالصدمة، بينما يضطرب مجال العمل والإنتاج عند الراشدين.
- الأطفال يعيشون الصدمة من خلال اللعب المتكرر وهذه صفة خاصة بهم.
- رجاء الأطفال بالمستقبل يصبح محدوداً وقصير المدى. (Bailly, 1996, p.40) .

وقام "ديريغروف، Dyregrov" سنة (2003) في (Dyregrov, 2003, p.96) بإضافة بعض الأعراض الخاصة باستجابة الأطفال للأحداث ومنها : زيادة سلوك التعلق بالوالدين والأخوة أو ظهور أعراض قلق الانفصال وفقدان للمهارات المكتسبة حديثاً من خلال عملية التطور وخصوصاً عند الأطفال الأصغر سناً والخوف الدائم من تكرار الحدث الصادم، وأخيراً الشعور بالذنب من الحدث الذي تعرضوا له وهذا يظهر بشكل أوضح عند الأطفال الأكبر سناً والمراهقين.

بينما أظهرت دراسة بقيادة "مورغان، سكورفيلد، وليامز، لويس وجاسبر، Morgan, Scourfield, Williams, Jaspers et Lewis" (2003) في (Chemtob, & al 2002, p.24) في ابتدائية (إبرفان، Aberfan) فبعد (33) عاما لمتابعة الناجين من انهيار منجم الفحم الذي تسبب في دفن قسم كبير من مدرسة ابتدائية (إبرفان، Aberfan) في ويلز-المملكة المتحدة، حين قُتل (116) طفلاً، ووجدوا أن حوالي 29٪ من الناجين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. وخلصت نتائج دراسة "شيمتوب وناكاشيما وكارلسون، Chemtob, Nakashima et Carlson" (2002) في (Morgan & al 2003) في دراسة كشفية أن العديد من الأطفال المصابين بصدمات نفسية ما زالوا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بعد ثلاث سنوات ونصف من إعصار (إينكي، Inki) الذي خلف خسائر بشرية ومادية كبيرة. وأكد "فرنانديز، Fernandez" (2007) أيضاً أن اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال يستمر في غياب العلاج. (Fernandez, 2007)

وفي سن التمدرس: يؤثر الاضطراب في الأغلب سلباً على تحصيله الدراسي ويلاحظ حسب "ماكسود، Macksoud" سنة (1993) يعطي تصوراً لتصنيف اضطراب ما بعد الصدمة للأطفال حيث أنها وجدت على المستوى المعرفي أن الأطفال في هذه - المرحلة (6-12) سنة "مرحلة التمدرس"، يواجهون صعوبات في التركيز، وبالتالي فإن تحصيلهم المدرسي يتأثر بشكل كبير، حيث تعزو سبب ذلك إلى أن الذكريات المتعلقة بالتجربة الصادمة والمزاج المكتئب الذي يعيشه الطفل يؤثران على العمليات العقلية، وبالتالي فإن اضطرابات التعلم قد تظهر بوضوح في هذه المرحلة أما على المستوى السلوكي فنجد أطفال هذه المرحلة سلبين وغير تلقائيين ومن الممكن أن يصبحوا أكثر قسوة وعنف من السابق، وقد يترك ذلك أثراً واضحاً على علاقاتهم بأقرانهم وأصدقائهم مما قد يدفعهم بالنهاية إلى نوع من العزلة الاجتماعية كذلك فالأطفال يكونون عرضة بشكل جزئي إلى تطوير أعراض نفسجسمية كالصداع وآلام المعدة وغيرها. (Macksoud & al, 1996, p.627)

6-تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة.

لقد قدم الدليل التشخيصي الثالث والرابع للأمراض العقلية أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ثم في (2013) قدم الدليل في نسخته الخامسة الحديثة (DSM 5) والتي تضمنه إلى خانة الاضطرابات متعلقة بالصدمات أو بعوامل القلق. اضطراب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder (كرب/ضغط) 309.81 (F 43.10) وتطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين، والأطفال الأكبر من (6) سنوات.

أ - التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

- 1- التعرض مباشرة لحدث أو حوادث صادمة.
 - 2- المشاهدة الشخصية، لحدث أو حوادث عند حدوثها للآخرين.
 - 3- المعرفة بوقوع الحدث أو الحوادث الصادمة لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا.
 - 4- التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال)
- ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار الرابع إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية والتلفزيون والأفلام أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

ب - وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

- 1- الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.
- ملاحظة: في الأطفال الأكبر سنا من (6) سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.
- 2- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
- ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.
- 3- ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال : ومضات الذاكرة، flashbacks) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر، (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).
- ملاحظة: في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.
- 4- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.
 - 5- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

ج - تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:

- 1- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
- 2- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، والأحداث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، الأفكار أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

د - التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

- 1- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).
- 2- المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات "أنا سيئ"، الآخر "العالم خطير بشكل لا يمكنني الوثوق بأحد".

3- المدركات الثابتة، والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه/نفسها أو غيرها.

4- الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار).

5- تضاءل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.

6- مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.

7- عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).

هـ - تغييرات ملحوظة في الاستتارة وردة الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1- سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يعبر عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

2- التهور أو سلوك تدميري للذات.

3- التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).

4- استجابة عند الجفل مبالغ بها.

5- مشاكل في التركيز.

6- اضطراب النوم (على سبيل المثال: صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائما أو النوم المتوتر).

ف - مدة الاضطراب معايير (أ.ب.ج.د.هـ) أكثر من شهر واحد.

خ - يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

و - لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

ويجب تحديد ما إذا كان هناك:

أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فردا على الشدائد يختبر الفرد أعراضا مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

1- تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقبا خارجيا، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال: الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

2- تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل: النساقوة بسبب مادة أو أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال: نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

يجب تحديد ما إذا كان هناك:

تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى (6) أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فوريا).

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة للأطفال بعمر ست سنوات والأصغر سنا تظهر في:

أ - التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

1- التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2- المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

ملاحظة: المشاهدة لا تتضمن الأحداث المشاهدة فقط عبر الوسائط الالكترونية، التلفاز، الأفلام، الصور.

3- المعرفة بوقوع الحدث الصادم للوالدين أو للشخصيات المقدمة للرعاية.

ب - وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

1- الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: الذكريات العفوية والاقترامية قد لا تبدو مؤلمة وقد يُعبر عنها بإعادة التمثيل عند اللعب.

2- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: قد لا يتمكن من التأكد أن المحتوى المخيف له علاقة بالحدث الصادم.

3- ردود فعل تفارقية حيث يشعر الطفل أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل

متواصل حيث يكون التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل الوعي بالمحيط) قد تحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4- الإحباط النفسي الشديد لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث

الصادم.

5- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

ج - واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية، والذي يمثل اما تجنباً ثابتاً للمحرضات المرتبطة بالحدث الصادم، أو التغيرات السلبية

في المدركات والمزاج المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث، أو تفاقمت بعده، ويجب أن تتواجد المظاهر التالية:

*تجنب ثابت للمحرض.

1- تجنب أو جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو عوامل التذكير الفيزيائي للجسم والذي يثير الذاكرة حول الحدث الصادم.

2- تجنب أو جهود لتجنب الناس، الأحاديث والمواقف الشخصية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.

* التعديلات السلبية في المدركات.

3- التوتر المتزايد الكبير للحالة العاطفية السلبية (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب أو بالعار، التشوش الذهني).

4- تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة متضمنا تقييد اللعب.

5- سلوك الانسحاب الاجتماعي.

6- الانخفاض المستمر في التعبير عن المشاعر الإيجابية.

د - تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1- سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

2- التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).

3- استجابة عند الجفل مبالغ بها.

4- مشاكل في التركيز.

5- اضطراب النوم (على سبيل المثال: صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائما، أو النوم المتوتر).

هـ - مدة الاضطراب أكثر من شهر واحد.

ف - يسبب الاضطراب إحباطا وضعفا في العلاقات مع الوالدين، الأشقاء، الأقران أو مقدمي الرعاية الآخرين.

و - لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل: الأدوية والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حيث يجب تحديد ما إذا كان يرتبط:

مع أعراض تفارقية: التي تفي بمعايير اضطراب ما بعد الصدمة، وبالإضافة يختبر الفرد أعراضا مستمرة أو متكررة تشمل:

1- تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان مراقبا، للجسم أو العمليات العقلية

(على سبيل المثال: الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بحس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

2- تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال: يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي،

شبيه بالحلم، بعيد أو مشوه).

ملاحظة: لإستخدام هذا النمط الفرعي، يجب أن لا تعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل: النساعة بسبب مادة أو سلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال: نوبات الصرع الجزئية المعقدة).
ويجب تحديد ما إذا كان:

تعبير بعض الأعراض إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى (6) أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً). (DSM5, 2013, pp.350-360)

7-التوصيات العلاجية لاضطراب ما بعد الصدمة.

إن علاج اضطراب ما بعد الصدمة يكون في كثير من الأحيان علاجاً دوائياً وعلاجاً نفسياً مشتركاً. (Lebigot, 2005)

1-7 العلاجات النفسية الغير الدوائية:

تركز العديد من الطرق العلاجية التي تم تطويرها حديثاً لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة بشكل أساسي على إعادة مواجهة الحدث الصادم أو تضمين عنصر يركز على الصدمات قد يكون التركيز على الذكريات المؤلمة ضاراً بالأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، على الرغم من أن هذا العلاج يمكن أن يكون مفيداً جداً في بعض الأحيان نظراً لشروط المتطلبات المسبقة تختلف العلاجات التي تركز على الصدمات في تركيزها على إعادة تجربة الأحداث المؤلمة وموقفها من الحاجة إلى إعادة تجربة مثل هذه الذكريات المسببة للاحتيال تحاول هذه المقالة أن تثبت أنه على الرغم من أن الباحثين يلقون الكثير من الثناء عليها، إلا أن العلاجات المركزة على الصدمة الشديدة لها قيود أكثر مما تصوره مؤيدوها المتحمسين. (Louise Gaston, 2015)

إنّ العديد من العلاجات النفسية المنبثقة من مختلف النظريات والتوجهات أثبتت فعاليتها في علاج الصدمات النفسية وكذا التبعات المترتبة عنها، وهذه العلاجات منها ما يطبق بشكل فردي ومنها ما يطبق بشكل جماعي مع العائلة أو مع الجماعات المتجانسة، ومنها العلاجات المعرفية السلوكية والعلاج النسقي الأسري والعلاج الجماعي والعلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين وغيرها الكثير. (Roland et Carole, 2018, pp.185-186)

العلاج المعرفي السلوكي ال (TCC): الذي يركز على تصحيح الأنماط الحادة والمؤلمة في سلوك المريض وأفكاره بتعليمه تقنيات وأساليب علاجية بالإضافة إلى فحص عملياته العقلية ومواجهتها (Young.B & Blake.D, 1999) ولعلاج اضطراب ما بعد الصدمة باختصار يوفر التثقيف النفسي للمرضى والمعلومات حول الصيغة السلوكية المعرفية لل (PTSD) فإنه يسهّل فهم المريض للعلاج الذي سيتلقاه، وهو ضروري لاتخاذ قرارات مستنيرة، ويساعد على تكوين فهم مشترك لل (PTSD)

وأيضًا على بناء علاقة تعاونية ايجابية (معالج-مريض)، وسوف تعتمد على المنطق المقنع والعلاقة التعاونية لمساعدة المريض. (Claudia & Carolyn, 2007) وقد ساهم ومازال يساهم "أرون باك، Beck Eron" في تحسين وتطوير هذا العلاج الذي يعتبر رائج في هذا الوقت. (شعبان، 2008) وهناك عدد من المبادئ من نظريات التعلم والنظريات المعرفية هي الأساس لممارسة العلاجات المعرفية السلوكية. (Inserm, 2004)

أ- **إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال (EMDR):** يعتبر من العلاجات الحديثة حيث يركز على استرجاع التفكير في الأحداث الصادمة ليتم علاجها وفق ثمان مراحل أساسية، وقد قدمته "فرانسين شابيرو" سنة (1988) وطورته ومازالت تطوره حتى سنة وفاتها (2019) وقد تبع خطاها في ذلك العديد من الباحثين حول العالم. (Phil_Mollon, 2006) بتصرف.

ب- **العلاج الاجتماعي والأسري ال (TFS):** فيشجع المتعرضين للحوادث الصدمة لتبادل تجاربهم واستجاباتهم المختلفة لها مع الآخرين، وتلقي الدعم من أعضاء العائلة والمقربين حيث يساهم هذا ايجابيا في تحسن الحالة النفسية للضحية. (Young.B & Blake.D, 1999)

ت- **العلاج السلوكي بالاسترخاء:** أسلوب الاسترخاء العضلي من الأساليب العلاجية القديمة -الحديثة، فهو ليس بالظاهرة الجديدة، كما أن استخدام (اليوغا، YOGA) كان شائعا علاج لعدة قرون. (Dominiques Sarvant, 2011) ويعتبر "جاكسون" من طور هذا النوع العلاج.

2-7 العلاجات الدوائية:

تهدف إلى تخفيف الأعراض لكي يتيح للمريض المشاركة بفعالية أكبر في العلاج النفسي. (APA, 2000) فالعلاج الدوائي في الأغلب لا يمكن الاعتماد عليه في تعديل صورة الحدث وتغيير المعارف المرتبطة به، انه يعمل على تثبيط عمل الدماغ للحؤول عن استثرات وتقلبات هرمونية.

الاستعمال الدوائي كان موضوع العديد من الدراسات التي تؤكد فعاليتها والتسامح في استعمالها، وهي حاليا أول مستخدم في علم الصيدلة لعلاج ال (PTSD) وكان "فليوكسيتين، Fluoxétine" أول دراسة تمت دراستها والنتائج التي تشهد على فعاليتها، أي خارج أي نشاط مضاد للاكتئاب لأنه اشتهر كمضاد للاكتئاب، ثم تم تكرار عدة أعمال للتحقق من فعالية (Sertraline & Paroxetine) وقد حصلنا في العديد من البلدان على مؤشر رسمي في علاج ال (PTSD) وكانت هذه

التراخيص التسويقية مدعومة بالدراسات القوية والمتعددة، وقد أظهرت (نفازودون والترازودون nefazodone & trazodone) فعالية مثيرة للاهتمام ولكن استخدامها لا يزال قليل حول العالم. (Ducrocq.F, 2006)

8-الأعمال التي درست مساهمت ال EMDR والعلاجات الأخرى في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.

ولتوسيع النقاط المتعلقة بالعلاجات السابق ذكرها التي أشار إليها الباحثون على أن لها فعل إيجابي تجاه علاج اضطراب ما بعد الصدمة نعرض بعض الدراسات التي تؤيد الممارسات الإيجابية التي تقدمها.

هدفت دراسة "أكارتور، Acartur" (2015) إلى الكشف عن فعالية (EMDR) في إنقاص أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب عند اللاجئيين السوريين. وتكونت عينة البحث من (29) راشد من اللاجئيين السوريين يحمل أعراض (PTSD) خضعوا للدراسة، بحيث (15) شخص خضعوا للعلاج بال (EMDR) و(14) شخص كعينة ضابطة. تم استخدام مقياس تأثير الأحداث المنقح، مقياس باك للاكتئاب. أظهرت النتائج انخفاض في الأعراض التالية للصدمة عند مجموعة ال (EMDR) مقارنة بالعينة الضابطة. كما أن مجموعة ال (EMDR) أظهرت انخفاض في نتائج الاكتئاب بعد العلاج مقارنة بالعينة الضابطة. (Acartur, 2015, p.02)

هدفت دراسة "كراتزيا وزملاؤه، Karatzias & Al" (2011) إلى المقارنة بين ال (EMDR) والتقنيات الانفعالية الحرة (Emotional Freedom Techniques) عند (PTSD). وشارك في الدراسة (46) شخص إناث وذكور، (23) خضعوا لل (EMDR) و(23) إلى (EFT). كلا العينتين خضعوا للمقياس القبلي والبعدي. أظهرت النتائج بأن كلا التدخلين لهما نفس الفعالية العلاجية. (Karatzias & al, 2011, p.26)

هدفت دراسة "تاركينيو وزملاؤه، Tarquinio & Al" (2012) إلى تحديد فعالية (EMDR) في إنقاص أعراض (PTSD)، القلق، الاكتئاب لدى (36) امرأة شاركت في الدراسة، حيث أن (12) خضعوا للعلاج بـ (EMDR) و(12) يتلقون علاج نفسي انتقائي (electicpsychotherapy)، و (12) امرأة أخرى كعينة ضابطة لا تتلقى أي علاج. وأظهرت النتائج أن النساء اللاتي تلقين العلاج بال (EMDR) أظهرن تناقص في أعراض (PTSD) وانخفاض القلق وتعديل المزاج المكتتب مقارنة بالعلاج النفسي الانتقائي، وهذا يظهر أن الانتقائية المتبعة في ال (EMDR) لها تأثير إيجابي أكبر من الانتقائية العلاجية. بينما كلا المقاربتين العلاجيتين أظهرتا تناقص في (PTSD)، الاكتئاب والقلق بعد العلاج مقارنة بالعينة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج. (Tarquinio, c. & al, 2012, pp.1-13)

ثم قارنت دراسة "ماركوس ورفقائه، Marcus & Al (1997) بين العلاج بال (EMDR) وعلاجات أخرى (العلاج السلوكي المعرفي/العلاج الجمعي/العلاج الكيميائي بمضادات الاكتئاب)، وجرى تقييم النتائج بعد العلاج وبعد 03 أشهر من العلاج لمعرفة استقرار حالة المرضى، وقد تم تطبيق كل هذه العلاجات على الأشخاص الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في مجموعات كل مجموعة تتلقى نوع واحد من العلاج، وبقيت نتائج المجموعة التي تم علاجها بتقنية ال (EMDR) ثابتة لمدة (03) أشهر بعد العلاج وفي تقييم تبقي بعد (15) شهر مع تحسن في الأعراض بنسبة 84 %، بحيث تفوق كل من العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والعلاج بتقنية ال (EMDR) على العلاج الجمعي والعلاج الكيميائي. (Marcus.S & al, 1997, pp.307-315)

وهدف دراسة "روس وآخرون، Roos & al (2011) إلى مقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وال (EMDR) في علاج اضطراب ما بعد الصدمة بالإضافة إلى مشاكل نفسية أخرى. شملت العينة (52) طفل بمتوسط العمر بين (4 و 18) سنة، حيث أن (26) طفل خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي و(26) الأخرى إلى (EMDR). كل الأطفال تلقوا (04) حصص فردية من العلاج خلال (04 إلى 08) أسابيع بالتوازي مع (04) حصص للمرافقة الوالدية، رافق الدراسة القياس القبلي والبعدي من خلال تطبيق مجموعة من المقاييس لاضطراب ما بعد الصدمة، الاكتئاب، القلق والمشاكل السلوكية. أظهرت النتائج أن كلا المقاربتين العلاجيتين أدت لإنقاص الأعراض وهذا ما ظهر في كل المقاييس. في حين أن العلاج بال (EMDR) يتطلب فترة وجيزة من أجل الوصول إلى نتائج مرضية. (Roos & al, 2011, p.15)

ملاحظة: قبل العلاج يجب تزويد الوالدين أو الوصي وكذلك الضحية بالثقيف النفسي حول الحالة المرضية وإطلاعهم بالمخطط العلاجي المتبع ومبرراته وفتح باب المناقشة معهم بدل إعطاء محاضرة هذا يعطي للمراهق تجربة ممتعة ومفيدة تساعده لتطوير علاقته الإيجابية مع العلاج خصوصا إذا امتزجت هذه الحصص الأولية بفترات من التدريب على الاسترخاء لدفع الحالة إلى الاستقرار من أجل ضمان نتائج أفضل للتكفل العلاجي. (Foa.B & al, 2009)

خاتمة: تناول هذا الفصل مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة فيشمل تطور تاريخ المصطلح وزمن تصنيفه كاضطراب، وإبراز أهم التعاريف المتعلقة به والمصطلحات المشابهة له لتوضيح الفروق بينها، ثم التطرق إلى النماذج النظرية المفسرة له، مع ذكر الأعراض المرتبطة بالتشخيص إضافة إلى الأعراض المتعلقة بمرحلة المراهقة، والانتهاه بالتوصيات العلاجية لهذا الاضطراب.

الفصل الخامس: علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال

.EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

1- تاريخ ظهور وأصل اكتشاف ال EMDR : (من الصدفة إلى الاعتراف)

2- الأساس النظري لل EMDR.

3- الافتراضات المتعلقة بعمل ال EMDR.

4- المراحل الثمانية لبروتوكول ال EMDR.

5- الأدوات المستخدمة في العلاج بال EMDR.

6- دواعي موانع استخدام ال EMDR.

7- ال EMDR بين مؤيد ومعارض.

7-1 الانتقادات الموجهة ال EMDR.

7-2 الهيئات العالمية والرسمية التي تعترف بال EMDR .

8- ال EMDR علاج انتقائي تكاملي.

تمهيد: يسرد هذا الفصل تاريخ ظهوره وأصل اكتشاف الـ EMDR والعقبات التي واجهها نحو الاعتراف به، كما يحتوي على التعريف به وسرد الأساس النظري والتعريج على المراحل الثمانية للبروتوكول العلاجي الذي يحتوي عليه مع ذكر أبرز الأدوات المستخدمة فيه، وذكر حالات دواعي وموانع استخدامه، بالإضافة إلى تبيان وجهات الرأي بين مؤيد ومعارض والتعليق عليها بصورة عامة، مع إبراز أهم الهيئات العالمية والرسمية التي تعترف بهذا العلاج، وتبيان التيار الذي يؤطره.

1- تاريخ ظهور وأصل اكتشاف الـ EMDR : من الصدفة إلى الاعتراف.

لقد تم اكتشاف هذا العلاج النفسي القائم على حركات العين من قبل "فرانسيس شاييرو، Francine Shapiro" (18 فيفري 1948 / 16 جوان 2019)، وعن طريق الصدفة* سنة (1987) بينما لا يزال مبدأه غير قابل للتفسير والذي يشبه إلى حد كبير الأساطير، حيث أن "شاييرو، Shapiro" لم تكن تخطط لمستقبلها أن تصبح معالجة نفسانية أو باحثة في معهد البحوث العقلية في "بالو ألتو، Palo Alto". (Tarquinio, C., 2016) هذا الاكتشاف العشوائي ساق للبشرية فائدة غير متوقعة. (Tarquinio, C., & Tarquinio, P., 2015, p.21)

بالعودة إلى أصل اكتشاف هذا العلاج الذي قد علمنا أنه حدث محض الصدفة من قبل "فرانسيس شاييرو، Francine Shapiro"، ففي سنة (1987) وعندما كانت تقضي وقتها بالسير في المنتزه الرئيسي لمدينة نيويورك (Central Park) مشغولة بمومومها المتعلقة بصدمة معرفتها أنها مصابة بالسرطان، بعد أن بدأت الاهتمام والتعرف على اضطراب ما بعد الصدمة، بعدما كان الخبر عنيفا على مشاعرها وجعل أفكارها سلبية، وفي هذا الوقت وبينما تابعت بعينها تحرك الأوراق التي تحتز هنا وهناك بفعل الرياح الخفيفة لاحظت تلاشي الشحنة الانفعالية السلبية وأصبحت أقل كثافة، وأدركت أن تذكر صدمتها لم يعد يسبب لها الضيق أثناء استحضارها وكانت تبدو عادية، فخطر ببالها أن حركة العين هي سر ذلك التغيير. (Kedia, & al., 2012, p.239)

ثم بعد اقتراحها هذه الفرضية على زملائها وبعض المتطوعين، قامت بإخضاعهم لنفس الوضعية التي عايشتها للتأكد من افتراضها، حيث طلبت من كل متطوع أن يستحضر في ذهنه ذكرى صادمة حدثت معه في الماضي ولا تزال تسبب له الضيق والانزعاج، ولكن ليس بالضرورة أن تكون تلك الذكرى مرضية (Pathological Memory)، وفي نفس الوقت يتابع بعينه

* إن مصطلح الصدفة هنا يعبر عن الموهبة في العثور أو اكتشاف فائدة غير متوقعة في العلم وبطريقة غير إرادية، وبالتالي لا يمكن أن نصف الصدفة هنا بالاكتشاف العشوائي.

حركات تقوم بها بإصبع يدها التي تلوح بها أمامه وتحركها ذهابا وإيابا من اليمين إلى الشمال، ولقد حصلت على نتائج مُرضية حسب وصفها بأنه خفت حدة الضيق الانفعالي الذي كان يراود هؤلاء المتطوعين. (Shapiro, 2001, p.31)

وبعد ستة أشهر بلغ عدد المتطوعين (70) متطوعا من الذين طبقت عليهم هذه التجربة، وجريت أشكالا مختلفة من حركات العين بمختلف الاتجاهات (أفقيا، عموديا، شمال ويمين، بحركات سريعة وبطيئة، وكذلك بالمجال الواسع والضيق... وغيرها) وملاحظة جميع التغيرات لكل فئة من الحركات، (Crocq, 2015 , p.158) وبعد ذلك أرادت شايبرو أن تختبر فعالية طريقتها الجديدة على الذكريات المتعلقة بالصددمات النفسية القوية، فطبقت طريقة إبطال التحسس بحركات العين EMD وهذا اختصارا للعبارة (Eye Movement Desensitization) سنة (1987) على أحد محاربي الفيتنام القدامى الذي كان اسمه (Doug)، الذي كان مستشار في البرنامج المحلي لقدامى المحاربين وكان شخصا ناجحا، إلا أنه كانت تراوده ذكريات مروعة من فترة تجنيده في (1960) حيث كان جنديا من المشاة، وفي إحدى أيام الحرب بينما كانوا يفرغون الضحايا من طائرة الإنقاذ، جاءه خبر القبض على إحدى المجموعات. طلبت "شايبرو، Shapiro" أثناء الجلسة العلاجية أن يسترجع في ذهنه تلك الذكريات بينما يتابع حركة إصبع يدها بعينه، وبعد سلسلتين أو ثلاث من تحريك العين صرّح المتطوع (Doug) أن المشهد قد تغير عند استرجاعه، فالجزء المتعلق بالأصوات قد تلاشى، وأصبح ما يراه تجاه تلك الذكرى هو صورة زميله وهو يحرك فهمه دون أن يصدر أي صوت.

وبعد عدة تطبيقات من حركة العين، أخبرها أن المشهد صار يشبه رقاقة دهان "اللوحة مرسومة" موضوعة تحت الماء (A)* (paint chip under water) وأنه صار يشعر بالهدوء، حيث قال: "أخيرا يمكنني أن أقول أن الحرب انتهت ويمكن للجميع أن يعودوا إلى الديار..." بعد ذلك طلبت منه "شايبرو، Shapiro" أن يفكر في الفيتنام، وبدلا من أن تظهر صورة الأجساد الميتة ظهرت في ذهنه ذكرى أول مرة يطير فيها إلى الفيتنام حين شعر أنه على جنة فوق الأرض، وكانت هذه المرة الأولى منذ (20) سنة منذ توقف عن تذكرها كأنها جنة.

بعد مدة ستة أشهر عاد المتطوع (Doug)، وأكد استمرار التأثيرات الإيجابية، وان الصورة المربكة (Disturbing image) لم تعد تظهر منذ حصة العلاج، وانه عندما يبحث في ذهنه على تلك الذكرى الصدمية فإنها تبدو مثل رقاقة مدهونة موضوعة تحت الماء، ولم يعد يشعر بأي ضيق (Distress) عندما يستحضر تلك الذكرى. (Shapiro, 2006, p.20)

* (رقاقة دهان موضوعة تحت الماء) عبارة تعني في المجتمع الأمريكي أن الأحداث بعيدة عن إحداث اضطرابات أو مشاعر سلبية..

بهذه النتائج المشجعة أدركت "شابيرو، Shapiro" أنه يمكن لتقنياتها أن تصل إلى الذكريات الصدمية لمعالجتها، وقررت إجراء أول تجربة مضبوطة وذلك بإخضاعها لشروط علمية صارمة.

تلك الدراسة المضبوطة الصارمة نُشرت سنة (1989) طبقت على (22) فردا يعانون من ذكريات متعلقة بصدمات نفسية مختلفة، حيث كان عدد المشاركين (22) فردا، تتراوح أعمارهم بين (11 و 53) سنة، وقد تلقوا علاجات سابقة استغرقتهم مدة بين شهرين إلى (25) سنة، وهم يعانون من ذكريات صدمية منذ سنة واحدة إلى (47) سنة، قسم المشاركون عشوائيا إلى مجموعتين، وتلقوا جلسة واحدة إما بال (EMD) أو جلسة تحكم كاذب (Placebo control) حيث تطلب من المجموعتين التركيز على تلك الذكريات المربكة ووصفها بالتفصيل، كان عدد مرات مقاطعة المجموعتين متساويا، حيث تطرح على المجموعتين نفس الأسئلة بهدف مراقبة تأثيرات الخضوع للتجربة. (Shapiro,2001, p.33)

وقد تمّ قياس ثلاث متغيرات متعلقة بالصدمة وهي مستوى الارتباك الانفعالي وصدق اعتقاد الفرد حول نفسه على اثر الحدث الصدمي وتعافي الفرد من العلامات السلوكية الأولية لإضطراب ما بعد الصدمة (الكوايس، الصور الاقتحامية، الأفكار الاجترارية)، وقد استخدم سلم وحدات الارتباك الذاتي (SUD) وهو سلم من ابتكار العالم "J.Wolpe" الذي كان يستعمله في علاج إزالة الحساسية المنتظمة (Systematic Desensitization)، وهو سلم لتقييم المنتفع لمستوى الارتباك الذي يشعر به بين (00 و 10) إذ أن الرقم (00) يعني غياب الارتباك والرقم (10) أقصى مستوى من الارتباك، فلاحظت قبل العلاج أن للمجموعتين نفس مستوى الارتباك وبعد العلاج انخفض الارتباك لدى المجموعة التي تلقت ال (EMD) أي إبطال التحسس بحركة العين في نسخته الأولية.

بينما دراسة المتغير الثاني صدق الاعتقادات لدى الأفراد في مستوى تغيره نحو الايجابية استخدمت سلم صدق الاعتقادات (Validity Of Cognition Scale) ال (VOC) الذي طوره "شابيرو، Shapiro" وهو سلم دلالي تفاضلي (Semantic Differential Scale)، فبعد تحديد الاعتقاد السلبي قامت بمساعدة المنتفع على تحديد اعتقادات ايجابية بما يفضل بدل تلك الاعتقادات السلبية، ثم طلبت التركيز على الاعتقادات الايجابية وسألتهم "إلى أي مدى تشعر بأن هذا الشعور صحيح؟" ويحتوي سلم ال (VOC) على (07) درجات تبدأ من رقم (01) الذي يعني أن ذلك الشعور خاطئ تماما و(07) يكون صحيح تماما، وهذا التقييم يكون مثل التقييم السابق يعتمد على شعور الفرد.

والمتميز الأخير في هذه الدراسة هو الارتياح من الأعراض الكبرى لاضطراب ما بعد الصدمة (الكوابيس، الصور الاقتحامية،

الأفكار الاجترارية)، فبعد تلقي العلاج بالـ (EMD) خفت حدتها تماما. (Kaslow, & al., 2010, p.210)

ورغم أن الدراسات كانت مثيرة للاهتمام إلا أنها لم تحض بالقدر الكافي من البحث، فتابعت "شابيرو، Shapiro" تجاربها وفي

سنة (1991) قدمت إضافة مهمة وهي إعادة المعالجة (Reprocessing)، حيث عززت هذا العلاج لتؤكد على الجانب المعرفي

فيه، وعلى العنصر العلاجي، وهي عناصر مركزية في الـ (EMDR). (Freedman, 2007, p.175)

عرضت "شابيرو، Shapiro" هذه الطريقة العلاجية على العالم "J.Wolpe" وتأكد من فعالية هذه التقنية وأجرى تجربة

على امرأة تعرضت إلى حادث اغتصاب وتعاني من اضطراب ما بعد الصدمة جراء ذلك، حيث توصل إلى نتائج مُرضية وكانت

دراساته من أوائل الدراسات المنشورة عن هذه الطريقة وتم ذلك في سنة (1991). (فيصل الزراد، 2005، ص 317)

وبعد هذا النجاح الباهر في النتائج ودعمه من قبل علماء آخرين بدأ هذا العلاج في أخذ أبعاد تجاه الشهرة والانتشار،

حيث تم نشر أكثر من (100) دراسة حول حالات تلقوه إلى غاية سنة (2007)، كما نشرت أكثر من (20) دراسة أخرى

حول الـ (EMDR) والـ (PTSD) فقط، وهذا ما جعل مقارنة الـ (EMDR) تتفوق على المقاربات العلاجية الأخرى التي

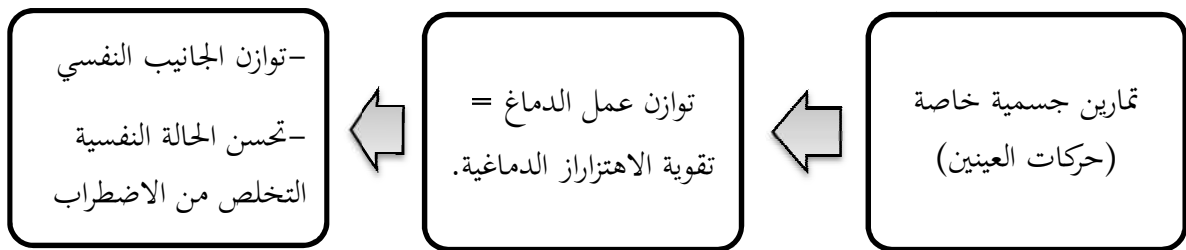
تعتمد على العقاقير. ويمكننا القول انه بفضل هذا العلاج تعرف العلماء أكثر على اضطراب ما بعد الصدمة، فمنذ أن أدخل هذا

المصطلح الدليل التشخيصي الثالث (DSM3) إلى غاية (1992) نشرت (06) دراسات تضم علاج نفسي لاضطراب ما بعد

الصدمة. لكن يجب علينا التذكير بأن "شابيرو، Shapiro" لم تكن أول من اكتشف الدور الهام لحركات العينان، ففي مطلع

القرن العشرين قام العالم والطبيب السويسري "Vittoz Roger" بدراسات حول تلك الحركات واكتشاف القدرة الطبيعية للشفاء

التي يتمتع بها الدماغ واستعادة عافيته عن طريق الاهتزازات الدماغية. (Tarquinio, C., 2007, p.111)



شكل رقم 02 مخطط توضيحي لطريقة «Vittoz» (عتيق نبيلة، 2013، ص 63)

وقد تبعة العالم "أنتروباس وزملاؤه Antrobus & al" في الستينيات بدراسة نشاط العينين، وأثبتوا في تجاربهم النسقية (Systematic experiments) أن الحركات التلقائية للعينين ترتبط بتغيرات الانفعالات والأفكار غير السارة*، وإيقاف هذه الأفكار الغير السارة المسببة للقلق يمكن أن يحدث باستعمال حركات العينين مدة (1 / 5 ثواني). (Kaslow.F., & Al, 2002, p.55)

2- الأساس النظري للـ EMDR.

النموذج التفسيري: يستند الأساس النظري للـ (EMDR) على النموذج التفسيري الأساسي الذي يسمى بـ(نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات، Adaptive Information Processing)

نحن نعلم أن "فرانسيس شابيرو، Francine Shapiro" هي من طور إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين ترجمةً لـ (EMDR)، الطريقة التي وجهة لمعالجة الصدمات النفسية بصفة خاصة وفي فترة لاحقة لعلاج الاضطرابات أخرى، والتي أصبحت فعاليته معترف بها في أغلب الدول في الوقت الحاضر، وتقوم على فرضية النموذج النظري (Adaptive Information Processing AIP) أي المعالجة التكيفية للمعلومات.

ويتم شرح ذلك من خلال عرض جزء من الوظائف الرئيسية المكتشفة في علم النفس العصبي البيولوجي (Psychoneurobiological). لقد فصلت "شابيرو، Shapiro" النموذج الذي يشرح عمل العلاج النفسي إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين أو الـ (EMDR) عن طريق النموذج الفطري لمعالجة المعلومات التكيفي (Adaptive Information Processing) حيث يستوعب المتغير تجارب جديدة ويخزنها آليا في شبكات الذاكرة الحالية، بأسلوب علاجي يخضع لطريقة فطرية، ترتبط هذه الشبكات بالأفكار والصور والمشاعر والأحاسيس المرتبطة بالتجارب. ووفقاً لنموذج (AIP)، تنشأ الأمراض عندما تتم معالجة المعلومات الجديدة بشكل غير كافٍ ثم تخزينها في وضع غير مؤهل في شبكات الذاكرة، إلى جانب الأفكار والمشاعر والعواطف المشوهة المرتبطة بها. وهكذا فإن التحفيز الخارجي يمكن أن يؤدي إلى ظهور الأحاسيس والصور من الحدث الصادم حتى يعيد الشخص تجربة المشاعر أو الإحساس الجسدي الماضي، بشرط إذا ظلت هذه الذكريات غير معالجة، وتصبح بذلك أساساً لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وعلى العكس يفترض نموذج (AIP) أن معالجة الذكريات تتم

* في الحقيقة يُعلم إن كانت "فرانسيس شابيرو" على اطلاع بهذه الدراسات لكن العلاج الحالي المطور من الـ (EMDR) لاقى اهتماماً بالغاً من قبل الباحثين لكفاءته والدراسات الأجنبية المنجزة التي تحفز باستخدامه كعلاج للصدمات النفسية وتبعاتها وفي المدة الأخيرة للعديد من الاضطرابات مثل الاكتئاب والفوبيا...

بشكل مناسب، فيمكن القضاء على الأعراض ودمجها. فاقترح "شايبرو، Shapiro" أن الـ (EMDR) يمكن أن يساعد في معالجة الذكريات الصادمة، وأن أشكال مختلفة من التحفيز الثنائي مثل (EM's) من شأنه تسهيل هذه المعالجة.

(Maxfield & Shapiro, 2002, pp.23-41)

وقد نشرت "شايبرو، Shapiro" سنة (1955) كتيباً بـ (40) صفحة يصف هذه الطريقة العلاجية كما صورتها في ذلك الوقت. (Vaiva.G, Lebigot.F & al., 2005, p.62)

النموذج نفسه أكثر مجازية من الدعم النظري الحقيقي، ونموذج المعالجة التكميلية للمعلومات (AIP) هو الفرضية الأساسية لعلاج الـ (EMDR)، وتمّ تطويره من الملاحظات السريرية لشرح سرعة النتائج التي تم الحصول عليها بعد التجارب الأولية، ويستند إلى فكرة أن الجسم لديه قابلية للشفاء حتى نقطة معينة، والقدرة على تجديد وشفاء نفسه، على سبيل المثال: "عملية شفاء والتئام الجروح البدنية".

فعندما يكون الفرد أمام خطر أو انفعال (اعتداء فيزيقي أو نفسي) يستجيب الجسم بنفس الطريقة البيوكيميائية: من ارتفاع وتيرة دقات القلب والضغط الدموي إفراز هرموني (الكورتيزون والأدرنالين). هذا الضغط يثير عاصفة هرمونية تحذر وتحضر الجسم إلى الاستجابة للخطر. (معتصم_ميموني، 2005، ص 116)

وفي حالة حدوث صدمة عنيفة يتم النظر في الموازنة لمهارات الذاكرة، لاسيما عندما يواجه الفرد أحداث سلبية وصادمة. لذلك سيكون لنفسيته القدرة على الاستقلاب (Métabolise) لغالبية التجارب الصادمة.

ويحدث أن يواجه الشخص تجارب قوية لا يمكنه تخطيطها فلا يعمل هذا النظام بشكل صحيح، والمعلومات ستبقى معلقة، وتبقى تؤثر على الأفكار والعواطف والأحاسيس، من خلال شبكات الذاكرة المختلة.

في الواقع والمعروف أن الأفراد يمكن أن يعيشون أحداث سلبية في حياتهم ومع الوقت رأى البعض أن عبئهم العاطفي ينقص ويختفي في بعض الأحيان.

في هذه الحالة يمكن عندئذ استحضاره الذكريات دون التعرض لخطر غمرها في المستوى العاطفي وإعادة إحياء نفس الشدة العاطفية المتعلقة بالحدث. ومن ناحية أخرى حتى بعد الكثير من سنوات، وبمجرد إعادة التفكير فيها ينجرّف من خلال تدفق عواطف التنشيط العاطفي المرافق للحدث كأنه يحدث فعلاً ومجدداً. هذا بخلاف ذلك للاعتقاد الشائع الذي يشير إلى مرور

الوقت فقط هو السر في العلاج، وهذا قول مغلوط. فهناك شيء آخر يحدث في أدمغتنا والذي بطريقة ما سوف يقوم بمعالجة أكثر ملائمة للمعلومات. هذا النموذج يُعتبر معظم الأمراض مثل عواقب التجارب الصادمة التي عاشها الأفراد منذ سنوات.

فالإدراك وسلوكيات الأفراد لها علاقة بتراكم التجارب الصادمة (بالمعنى الواسع للمصطلح). وبالتالي يفسر علم النفس المرضي أنه سينتج عن معالجة غير ناجحة لصدمة الماضي ويكون الاستقلاب سيئاً، وسيستمر وجودها في شبكات الذاكرة، ومن ثم فإن محفزات الحاضر ستعيد تنشيط ذكريات الماضي، مما يدفع الفرد إلى العمل والتفكير وفقاً لهذه التجارب الصدمية المبكرة، والطبيعة المختلفة لذكريات الأحداث المؤلمة التي يمكن أن تغزو سلوك الفرد الحالي. (Shapiro.F, 1995, p.62)

فالـ (EMDR) يسمح بالعودة إلى نقش حسي ونفسي عاطل، وهو تمثيل إدراكي دلالي كان ينبغي أن يكون. فهو يسمح على وجه الخصوص بحل مشكلة اختلال تسجيل يكون غير قادر على أن يصبح معلومة في الذاكرة الدلالية. بهذا المعنى فإن نموذج (AIP) الذي يريد أن تكون جميع المنبهات الجديدة مناسبة لشبكة ذاكرة معقدة.

ورغم ذلك فإن مصطلح معالجة المعلومات التكوينية (AIP) ليس دقيقاً من الناحية النفسية لكننا سنحتفظ به مع ذلك. ينتج عن معالجة التكوينية للمعلومات ثلاث فوائد وهي التعلم التخلص من الضيق الانفعالي والجسدي، وتمكّن الفرد من الاستجابة الوظيفية وهنا نقول أن المعلومات الصدمية قد وصلت إلى حل تكميلي.

وباختصار شديد، هذا النموذج يسمح للذكريات الصادمة الغير المتموضعة في مراكزها الطبيعية الاعتيادية بسبب الصدمة، إلى التحول إليها (تلك المراكز، ويُعنى بها الحصين واللوزة الدماغية)، (كرستين، 2002، ص.ص 104-145) ذلك بعد استحضارها وإعادة معالجتها بحركة العين أو بالمجموعات المتناوبة الأخرى.

مصطلحات أساسية: سنى أن "شاپيرو، Shapiro" استخدمت مصطلحات تابعة لنظريات سابقة*، وهذا ما يؤكد تبنيتها للتيار التكاملي الانتقائي. ولكن استخدمت تلك المصطلحات لتعبّر عن دلالات تختلف عن ما استعملتها النظريات السابقة.

1- النفس "Psyché" و الأنا "Moi":

النفس هي كل المعلومات والأحاسيس التي يمكن للفرد استيعابها، الأنا هو مدى احتكاك الفرد بتلك الأحاسيس.

* أن بعض المصطلحات المستخدمة في تفسير نظام معالجة المعلومات التكميلي توحى أنها منتقاة من مصطلحات لنظريات أخرى ولكن في الأغلب لها معاني مختلفة في كثير من الأحيان.

في علم النفس تتضمن كلمة "النفس" جميع الظواهر التي تشكل الفردنة (individualité)، بالنسبة "ليونغ" (1963) فإنها ترتبط بالروح والعقل ومع كل من الوعي واللاوعي، وهي تشبه نماذج "فرويد" (1900)، وفي وقت لاحق ميز "الأنا" سنة (1923) في الطوبيقية الثانية، كجزء يختلف عن اثنين آخرين، أحدهما "الهو" خزان النزوات، والآخر "الأنا الأعلى" الهيكل الأخلاقي للجهاز النفسي. عندما تحدث الصدمة النفسية ويفشل التمثيل الحسي في "الأنا" عند تهديد وشيك يؤثر على السلامة الجسدية أو النرجسية.

وتوجد هذه الكلمتان النفس "Psyché" والأنا "Moi" في ال (EMDR)، (Shapiro.F, 1995, p.102) وبالتالي فإننا نتحدث عن تأثير الصدمات النفسية على النفس أو حالات الأنا، أو حالات الانفصال للأنا، وبالمقابل لا النفس ولا الأنا تم دراستهم رسمياً من قبل التحليليين أصحاب المصدر الأولي للمصطلحين إلى يومنا الراهن الذي يعتمد على البراهين، ومع ذلك إذا أردنا فهم كيف يعمل نظام ال (EMDR) فيجب القيام بتلك الدراسات. إذن النفس هي مكان كل بصمات الذاكرة دون استثناء، والأنا ينفذ العمليات المتعلقة بالتمثيل الدلالي. وجميع التجارب يتم تسجيلها في المنطقة الحسية من الدماغ المتعلقة بها. يجربنا "إريك كاندل، Eric Kandel" (2007) أنه في الواقع لدينا سبب للاعتقاد بأن الذاكرة طويلة الأجل مخزنة في القشرة المخية، وعلاوة على ذلك يتم تخزينه في نفس المنطقة من القشرة الدماغية المجهزة أصلاً لتخزين المعلومات، وبعبارة أخرى يتم تخزين الذكريات البصرية في أجزاء مختلفة من القشرة البصرية، ويتم تخزين ذكريات التجارب الملموسة في القشرة الحسية الجسدية... ويفترض "روكس" (ROQUES.J, 2015) أن هذا هو النقش والتسجيل الأولي للبصمة المتصلة بالإدراك.

النفس هو المصطلح العام لجميع السجلات التي يتم إجراؤها خلال حياة الفرد. وكل ما ينتمي إلى النفس لا ينتمي إلى الأنا وينطبق هذا بشكل خاص على تسجيل الحالات التي تهدد السلامة الجسدية أو النرجسية، ولا يمكن لـ "الأنا" أن يدرج في داخله أي تمثيل يعرضها للخطر.

الأنا يضع تمثيل للدلالات السيمانطيقية (Sémantique)، بدءاً من أول الحواس وهو الشعور بالذات. وكل ما يعيشه "الأنا" هو ذاتي الاستطرد (autonoétique)، أي أن يكون مصحوباً بالإحساس الأصلي للأداء أو التصور، لقد افترض "روكس" (ROQUES.J, 2015) أن الشكل الأول للذاكرة هو النموذج الميكانيكي لنقش البصمة، وهذا النوع من الذاكرة يعمل فقط في اللقاء مع مفترس-فريسة أو في لقاء مع شريك جنسي.

لا يمكن محو الذاكرة الحسية بمجرد حفظها يكفي أن يتم استدعاؤها أثناء حدث خارجي لإدراك آخر أو داخلي بارتباط فكري، بحيث يكون في كل مرة نقلة أو استدعاء مكرر لحالة الحادث الأولي، مما تسبب في هذا الموضوع لحماية نفسه على الفور، كما لو كان يعيد الوضع في الوقت الراهن.

ويسرد "روكس" (ROQUES.J, 2015) في حصص العلاج مع الفتاة "مينا، Mina"، أن الصورة المرعبة للمعتدي التي دخلت دماغ الفتاة "مينا، Mina" منذ سن السادسة ما تزال موجودة. إنها تشعر بيديه الكبيرة على جسدها، كما حدث في اليوم الأول، والاستنتاج المنطقي الذي تصرح به هو: "لم أكن أعرف كيف أحمي نفسي إنها غلطتي".

وفي حادث السيارة، الشاحنة الحمراء التي لم تضع علامة التوقف على المحطة والتي سوف تدهس "أنطوان، Antoine" حيا داخل سيارته وهو يقود. الاستنتاج المنطقي الذي تصرح به هو: "سأموت"، وهذا معناه نقش حسي محفور في النفس، الإدراك السلبي المصاحب في "الأنا". (Roques, 2015)

2- الدماغ المعرفي والعاطفي:

1-2 الدماغ المعرفي: إن نقش "المحتويات، Contenus" ينتمي إلى النفس ويتم تخزين بالصمة في الذاكرة في نفس المنطقة من القشرة الدماغية التي عاجلت المعلومات في البداية، كما أشار سابقا العالم الأمريكي الشهير "إريك كاندل، Eric Kandel" المتخصص في العلوم العصبية والمعرفية، وكما يتم تسجيل الصور لدينا، منها البصرية والشمية واللمسية والسمعية والذوقية، والتي تتعلق مثلا بفئة الحيوانات مثل (القطط) هناك وكذلك الربط مع كلمة "قط" مسموعة ومكتوبة طوال وجودنا.

يتم تخزين تمثيل المحتويات المتعلقة بجميع هذه التجارب، ويفترض أنه يحدث في القشرة قبل الجبهية (Cortex Préfrontal) (CPF) مع الأخذ بعين الاعتبار الفصل بين النقش والتمثيل الدلالي، يمكننا القول أنها كلها تشكل شبكة ذاكرة خاصة بمفهوم هذا الحيوان لدينا، وهي عبارة عن شبكة مكونة من خبرات متعلقة بهذا النقش، أي التجارب العاطفية الإيجابية المرتبطة بتلك الحواس.

وفي الواقع، لا يمكن للدماغ المعرفي أن يستغني عن العواطف، لاسيما تلك المتعلقة بالرفاهية من أجل حدوث المعنى، مثل كلمة القط على سبيل المثال، أن يكون الفرد قادراً على التسجيل والتعرف عليه من خلال العمليات الذهنية، ومن الضروري أن يرافق ذلك حياة الفرد بشكل إيجابي بما فيه الكفاية بحيث لا يتم رفضه من قبل "الأنا".

وبالتالي فإن كلمة (القط) ليست مجرد مجموعة من الأصوات أو علامات مكتوبة. فعلى سبيل المثال بالنسبة للغة العربية الحروف (ق، ط) تتألف من صَوْتَيْنِ صَوْتِيَيْنِ: إنه حيوان بيت الجدة الذي كان يداعبه في صغره، هو الذي قد عضه في الماضي، وكانت أمه تقول له: "أنت ترى، إنه قط يمكنك مداعبته، انه لطيف".

والمرابي في رياض الأطفال الذي يُظهر صورة للحيوان معين مع ذكر الاسم... هي المرادفات التي ينتمي إليها مفهوم القطط في جميع وقائع اجتماع الكلمة والحيوان طوال الحياة، بما في ذلك بالطبع ترجمتها إلى اللغات التي تعلمناها.

التجارب العاطفية التي مرت بهذا الجسد عبارة عن شبكة كبيرة من الذكريات المترابطة، تتكون من عدد لا يحصى متطابق ومختلف في بعض الأحيان عندما تم إضافة اجتماع جديد إلى المحتوى الموجود بالفعل توج بمفهوم "القط" بالنسبة لكل واحد منا، فإن كل كلمة هي قصة في حياتنا، وعائلتنا، والناس الذين أعطوها لنا والمواقف التي عشناها. إن كلمة "قط" وصورة "القط" مخزنتين حسيًا، لكنّها تربط قصة حياة مع شبكة من الذكريات، مما يعطيها معنى الكلمات والصور مترابطة.

وأظهرت دراسات الأستاذ "ستانيسلاس ديان، Stanislas Dehaene" (2012) في (Roques, 2015) في كلية العلوم بفرنسا، أن منطقة الدماغ المخصصة للتعرف على الوجوه والتعرف على الإدراك الحسي هي نفسها من يعمل للتعرف على الكلمات وترتبط الكلمات والصور بدلالاتها بنفس الطريقة التي ترتبط بها مناطق بروكا وفيرنيك (Broca et Wernicke) بفضل الحزمة المقوسة. (Roques, 2015)

وبالتالي ، فإن كلمة "قط" تأخذ معنى بمجرد سماعنا أو اعتبارنا لهذا الحيوان، لأنه يفتح تلقائياً كل شبكات الذكريات المرتبطة به ويتكون كل التمثيل الدلالي في ذاكرتنا بنفس الطريقة. (Tulving, 1972, pp.381-402)

ونجد أن الذاكرة التمثيلية الدلالية هي التي تسمح لنا من بين أمور أخرى التعرف على الوجوه، للتعرف على الأشياء، الذاكرة العرضية التي تجمع ذكرياتنا زمنياً والعديد من الأشياء الأخرى التي تتعلق بفئة فرعية معينة: التجارة، العائلة، الحيوانات...إلخ.

2-2 الدماغ العاطفي: إن تصور الدماغ كمجموعة بسيطة من البيانات يعتبر خطأ، الدماغ ليس جهاز كمبيوتر وعلى الرغم من أن تشغيله هو منطق مطلق وهو منطق نفسي فإنه يحدث للسيطرة على السلوك غير عقلائي تماماً، إذا اعتمدنا على معيار اجتماعي والأحكام التي يولدها.

- كيف يكون هذا ممكن؟

تاريخ التطور الحسي ليس ببساطة فقط في الحواس الخمس، لكن هو مرتبط بالحياة، وهذا يعني ارتباطات التعلق اللازمة لتقدير البيئة بشكل إيجابي، والتي كانت منسوجة من الصغر وهو متصل بالمتعة والاستياء.

ولتبسيط الأمور سنشرح من الدماغ العاطفي فقط اثنين من الهياكل المترابطة التي تنتمي إلى الجهاز الحوفي، وهما اللوزة الدماغية (Amygdale) وحصان البحر أو الحصين (Hippocampes) فترتبط اللوزة الدماغية بالعواطف (الخوف، بمعنى الأمان والسرور من خلال روابطها مع المخطط والنواة المتكئة على التوالي). أما بالنسبة للحصين فإنه يتدخل في الذاكرة التعريفية والعلائقية والتعلم وأيضاً، ذلك بسبب طبقة رئيسية من الخلايا العصبية الهرمية فإنه يشفر الأماكن وينسج مفهوم الزمن.

(Squire, 1992, p.15 ; Squire et Kandel, 2005, p.76)

وأُكتشِف بالصدفة وجود مستقبلات معينة داخلها تسمح بإجراء عملية إرتباطية متعلقة بتعزيز طويل الأمد (Hebb, 1949, p.19) وبالتالي يمكن أن تولد مفاهيم جديدة لأن هذه النتائج من التوفيق بين عناصر مختلفة، فإن التعلم والحفظ هما على نحو ما ثمة قدرة العقل على الارتباط وتشكيل نوع من التواصل العقلي الدائم بين فكرتين أو اثنين من المحفزات.

ويكون دور الحصين في السماح بحفظ الأحداث الأخيرة وتصورها، فالحصين يمنع تصاعد ذكريات جديدة كما يتضح من عمل "بريندا ميلنر، Brenda Milner" (1968) في (Roques, 2015, p.53) والتي أظهرت في دراساتها أن الحصين ليس منطقة تخزين دائمة للذاكرة طويلة الأجل، لكن هذا التركيب العقلي الذي تتلاقى فيه محتويات المعلومات الحسية المختلفة، ضروري لتشكيل هذه الذاكرة. كما يجب أن نتذكر أن النضج الدماغى يتم تدريجياً على مر الزمن عند الأطفال، فاللوزة الدماغية يكتمل نموها قبل الحصين والقشرة القبل الدماغية (CPF)، إن دور دعم الوالدين أمر أساسي لأنه يمكن أن يولّد إحساساً أساسياً بالأمن والمتعة العلائقية أو العكس، حتى قبل أن يكون تمثيل البيئة ممكناً أو متصوراً من الناحية النظرية، إن فكرة شبكة الذاكرة تجعل من الممكن فهم كيف يتم النسيان خلال فترة الرضاعة وكيف يكون ساماً بشكل فعال إن لم يتم بطريقة جيدة.

وظيفة اللوزة هي وظيفة الحماية فهي بمثابة المنذر بالإشارة إلى "الخطر" لإنشاء رد فعل البقاء على قيد الحياة، فهو أمر بالغ الأهمية لجميع الكائنات الحية والذي يأتي قبل أي اعتبار آخر، ولا سيما الحفظ المعرفي للأحداث في حالة الخطر، فإن وظيفة الحصين قصيرة الدارة (court-circuitée).

وعادة ينقل الحصين محتويات الذاكرة مع مرور الوقت إلى (CPF)، (Bontempi, 1999, 2011) ولكن لهذا يجب أن يكون الكائن الحي في حالة عدم انتظام استناداً إلى عمل "جوزيف ليدوكس، Joseph Ledoux" (2005) حول "دائرة

الخوف"، ويمكننا القول أن الحصين عندما تكون الحياة أو الصورة الذاتية مهددة، يرتبط بالتأكيد بالحدث كما هو الحال دائما عن طريق الحس، ولكن لا يمكن إلا أن تسجل الحقائق بشكل سلمي دون أن تكون قادرة على معالجتها، وهذا يعني تصنيفها كحقائق في ذكرى التمثيل الدلالي ولا سيما في (CPF) تجعل الإدراك الممكن الوحيد هو سلمي وينتج فقط من الإحالة اللوزية (la saisine amygdalienne).

يمكننا القول أن نظرية الصدمة النفسية في أعقاب الصدمات النفسية أنها ناتجة عن عدم قدرة الشخص المصدوم لتمرير المعلومات في الذاكرة الدلالية المختصة بإدراك الخطر وحفظها ثم هضمها، فمن الضروري أن تمر بالمرحلة التلقائية في الجهاز السمبتاوي وهي مهمة في استرجاع الأحداث التي تتحول على الفور للمنطقة الودية السمعية (phase orthosympathique)، وقف فجأة كل ما هو ممكن معالجة المحتوى بالمعلومات.

وللتلخيص يمكننا القول أن أي استرخاء يشعر به الفرد سيعيد الذاكرة المؤلمة التي تضع الشخص على الفور في حالة تأهب (ذكريات الماضي والكوابيس) وتنتج اللوزة المخية شعورًا شديدًا بالتهديد ليتم مقاطعة المعالجة التكاملية للمعلومات. (Roques, 2004)

3-الذاكرة:

3-1 الذاكرة الاستطارية: (العرضية) (La mémoire épisodique) هي ذاكرة التي تسجل وتربط كل التجارب المعاشة في لحظة محددة، وذلك بربط كل حدث بسياقه، وتساهم في تذكر المعلومات وتسمح بتذكر الأحداث المرتبطة بالتاريخ الشخصي للفرد وكذا تاريخه العائلي أو الاجتماعي (أحداث نوعية)، هنا يتعلق الأمر بذاكرة حديثة، تسمح له بأن يستدعي أي ذكريات يكون متأكد أنها حدثت فعلا في وقت ماض، هي بمثابة قاعدة للمعطيات وتمثل معرفة العالم.

3-2 الذاكرة الدلالية: (La mémoire sémantique) والتي يمكن اعتبارها كخلاصة حلقات عديدة. إنها تسمح بتوضيح الخطوط المشتركة بين حلقات متنوعة، وهي منفصلة عن سياقه، بتعبير آخر هي تضم كل معارف الفرد دون مرجعية زمكانية وتعني المعرفة والكفاءات الفردية، فهي ذاكرة تعليمية تختص بالمعلومات حيث أن استحضارها لا علاقة له بالتاريخ الشخصي للفرد. إذ تعمل هذه الذاكرة أيضا على تسيير دلالات الكلمة مثل المعلومات التي تصل إلى الوعي عبر القنوات الحسية. (Gil, R., 2018, pp.182-183)

3- الافتراضات المتعلقة بطريقة عمل EMDR.

تعددت العناصر في تفسير ال(EMDR)، والتي اتفق عليها أغلب العلماء، والتي أكدت "شاييرو، Shapiro" على تبنيها وإدراجها، كما تستند الفرضيات على دور استجابة توجيهية، وفقاً لثلاثة نماذج مختلفة لتصور العلاج: المعرفة الإدراكية، البيولوجيا العصبية، السلوكية.

وأول تلك الفرضيات هي أنه يتم تخزين الصدمات في شبكات من الذكريات المختلفة وسيكون هناك معالجة تكيفية للمعلومات (AIP) التي تتوافق مع الأداء الطبيعي للدماغ في نقله المعلومات من الحصين إلى (cortex prés frontal). وعلاوة على ذلك كما بنيت (EMDR) حول حركات العين، لاحظ الباحثون عدة طرق معروفة تقوم بنفس الوظيفة لكنها تلقائية وليست علاجية، وعلى سبيل الذكر: في مرحلة النوم العميق يلاحظ حركة سريعة لعينين (REM)، تحدث تغييرات محددة في حالة الدماغ بسبب تكرار إعادة توجيه التركيز المتزايد وتدعيم الحركات الضعيفة المماثلة لحالة النوم (REM). (Stickgold, 2002)

وتحدث الاستجابة توجيهية (OR)، لتسبب في تحديد الاهتمام في اتجاه حافز جديد يكون الانتباه موجه نحوه. (Armstrong & Vaughan, 1994 ; Lipke, 1992, 2000 ; MacCulloch & Feldman, 1996)

فيمكن أن يؤدي الاهتمام المركز وحركات العين المتناوبة (أو أنواع التحفيز الأخرى) إلى تنشيط خاص للأنظمة الحوفية "الجهاز اللمبي" والقشرة الدماغية. حيث يوجد لدى الفرد نضام فيزيولوجي لمعالجة المعلومات، تتم من خلاله معالجة الخبرات والمعلومات الجديدة بصورة طبيعية وهذا ما يقود الفرد إلى حالة تكيفية، فهو نظام فطري يعمل على تحويل المعلومات (المدخلات) المركبة (Disturbing Inputs) نحو الانحراف التكيفي والاندماج النفسي السليم. (Shapiro.F, 2001)

مثل نعمة ميل طبيعي نحو الصحة والتعافي للبدن، كذلك الذهن لديه ميل طبيعي للراحة (Wellbeing)، والصحة النفسية/العقلية (Rubin.A, 1998, p.261)، وهذا ما أطلقت عليه "شاييرو، Shapiro" اسم التعافي النفسي (Psychological Self-healing) وهو يعد مفهوم فطري في نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات (AIP)، وهو مستوحى من فكرة التعافي لدى الجسد بعد التعرض لإصابة جسدية، فمثلاً عندما يحدث جرح على الجلد يقوم الجسم تلقائياً بشفاؤه في عملية فطرية طبيعية. وبوجود عائق يمنع التعافي فإن الجرح يزداد سوءاً ويسبب الألم المستمر حتى يُزال المانع أو الحاجز ويستأنف التعافي من جديد.

ويبدو أن هناك سلسلة من الأحداث المشابهة في السيورة الذهنية (Mental Process) إذ أن معالجة المعلومات تميل طبيعياً للتحرك نحو الصحة النفسية، فإذا تعطل النظام أو اختل توازنه اثر صدمة نفسية فتظهر استجابات غير تكيفية، لكن إن تم استبعاد ذلك العطل في النظام فإن المعالجة تستأنف عملها وتتم بطريقة فطرية، ويمكن للمعلومات أن تصل إلى حل تكيفي، ويحدث إدماج وظيفي وهنا يمكننا أن نشبه ذلك بمضم المعلومات في النظرية المعرفية. (Metabolizing, Degesting) (Shapiro.F, 2001, p.55)

خلال إحدى مراحل النمو الحرجة، يتسبب التعرض إلى صدمة أو إلى ضغوط مستمرة في تعطل (Blockage) النظام (Leeds, A.M, 2009, p.20) وبالتالي فإن المعلومات المرتبطة بالخبرة الصدمية أو الخبرة المسببة للارتباك (Disturbing experience) يتم تخزينها بطريقة غير وظيفية وتظل على شكلها الأصلي دون معالجتها، وهذا ما يخلق لاحقاً ردود غير وظيفية (Dysfunctional Reactions) لدى الفرد على إثر تعرضه لمثيرات حالية لها علاقة بالخبرة الصدمية. (Foa.EB, & al, 2009, p.52) عندما يقودنا الحاضر إلى شبكة الذاكرة فإن مظهرات الذكريات القديمة الغير المهضومة تعود من جديد (Crocq.l, 2007, p.160) فال(EMDR) يعمل على تنشيط النظام (AIP) بعد أن كان معطلا بسبب الصدمة، ليستعيد نشاطه ويقوم بمعالجة تلك المعلومات الصدمية المخزنة بطريقة غير تكيفية.

التحفيز المزدوج أو الحركات المتناوبة تقوم بمعالجة نصف كروية للمعلومات، وتؤدي إلى حالة فسيولوجية لتنشط نظام معالجة المعلومات. (Christman & Garvey, 2000, p.27) .

تعتبر شبكات الذاكرة (Memory networks) العنصر الحيوي لهذا النموذج وتمثل أساس الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي يقوم بها الفرد في الوقت الحالي" وشبكات الذاكرة عبارة عن نضام مترابط من المعلومات ونستطيع أن نشبهها بشبكة من القنوات التي يتم على مستواها تخزين الذكريات والأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسدية المترابطة ببعضها البعض، تنتظم شبكة الذكريات بالأحداث الأقدم، ولذلك تتأثر السلوكيات الخبرات الحالية بالسلوكيات والخبرات الماضية. (Shapiro.F, 2001) بالنسبة إلى "ليبيكي، Lipke" (2000)، يتم إنجاز المعالجة الإدراكية للمعلومات عن طريق إعداد الاستجابة التوجيهية (OR)، حيث تكون نقطة الاهتمام التي تثيرها حركات العين أو الأنشطة الأخرى غير متوازنة في الشبكة الترابطية للصدمة بين الهمسفيرين حتى يمكن أن يحدث التعلم. ويشير "ناتانسون، Nathanson" (1996) إلى أن هذا التفاعل الموجه يقاطع الارتباطات السابقة التي تتعلق بالمواد العاطفية السلبية ويسمح بدمج المعلومات الجديدة.

يعمل الجهاز العصبي اللاإرادي في وضعين متعارضين هما وضع الجهد ووضع الاسترخاء وهذا يوافق مصطلح (Orthosympathetic)، تنشط وضعية الجهد في الظروف الحازمة والجهاز الباراسمباتي يعمل لاحداث حالة الاسترخاء، والراحة. الاستجابة الاشرطاطيه غير الاعتيادية ناجمة عن استجابة للاسترخاء أو حالة الراحة. (Wilson et al., 1996, pp.219-229)

نظام الجهاز العصبي الودي (في الجهاز السمبتاوي) هو المسئول بإفراز وإضافة النواقل العصبية في الجسم مثل الكورتيزول والأستيلكولين... وفي أثناء شعور الفرد المصدوم بالاسترخاء يحدث عدم التأقلم للحالة المعاشة المتمثلة في الشعور بالتهديد ويطلق هذا الجهاز ردود فعل دفاعية. هذا الافتراض مستنتج من أعمال "يوري بيرغمان" سنة (2010). (Bergman, 2010, p.17) فنتائج الدراسات التجريبية والسريية فيما يخص عمل الدماغ بإدخال نموذج تشغيل البيانات الفزيولوجي العصبي ليشرح طريقة عمله "باور، Bower" (1981) و "لانغ، Lang" (1979) في (وليد خالد عبد الحميد، 2011، ص 32) فقد استنتجت تلك الدراسات سواء المتعلقة مباشرة بهذا النموذج أو ممن كانت تفسر عمل الدماغ النقاط التالية ليسهل فهمه:

1- الأحداث ترتبط بالتجارب والذكريات الأولية والتي خزنت في قرن أمون أو حصان البحر (Hippocampus) أو بتراكيب الدماغ الحوفية (Limbic) كذكريات استطرادية وإذا ما حدثت أحداث عاطفية، يربط التركيب اللوزي أو اللوزة الدماغية (Amugdal) الذاكرة الاستطرادية بهذه العواطف.

2- عندما يحدث التذكر، فهذا يؤدي إلى إعادة الصور والعواطف والأحاسيس الجسمية والاعتقادات والسلوك.

3- بمرور الوقت وفي أثناء النوم وخلال مرحلة حركة العين السريعة للنوم (REM) يتم انتزاع هذه الذكريات الاستطرادية لتنتقل وتتكامل مع الذكريات سيمانطيقية (Semantic) في اللحاء الجديد (Neocortex)، ويتم التعلم كعمرفة عامة من الحالات المعينة لكن تنسى الأحداث الفعلية. (الدراسات أظهرت بأن النوم يلعب دورا حساسا في عملية تعزيز الذاكرة، ويبدو أن النوم في مرحلة حركة العين السريعة هو الأكثر أهمية لتقوية الذكريات في قرن أمون (Hippocampus) بينما مرحلة حركة العين السريعة أكثر أهمية لذكريات اللحاء الجديد (Neocortex).

4- عندما يكمل نقل ذاكرة قرن أمون (Hippocampus) تصبح ملغية ومسار الذاكرة ووصلاته والعواطف المرتبطة بها يمكن أن ينسيا بما يحجر فضاءً للذكريات الاستطرادية المستقبلية.

5- من حين لآخر، يتم انتزاع ونقل وتكامل الذكريات الاستطردادية إلى الذكريات السيمانطيقية تكون بطريقة ناقصة أو فاشلة بما يؤدي إلى استمرار عيش إعادة الأحداث.

6- إذا كانت الأحداث المؤلمة تؤدي إلى مواصلة صيانة الذكريات الاستطردادية فستؤثر عليها كقوى على نحو غير ملائم وتؤثر على شكل المعلومات المحمل، بما يؤدي إلى الاضطراب ما بعد الصدمة.

7- قد الدراسات أظهرت بأن تكرار حركة العين في التحفيز الثنائي تجبر الشخص بأن يوجه انتباهه بصورة مكررة لتنشيط كلا الهمسفيرين بالتناوب السريع، فينتج عنها نوبات وتشكيل عصبي (Neuromodulation) مشابه لتلك التي تنتج أثناء مرحلة النوم التي تحدث فيها حركة العين السريعة (REM) وبالتالي تسهل التكامل اللحائي للذكريات الاستطردادية المؤلمة في الدماغ*.

الطرق الأخرى للتحفيز على الجانبين مثل النقر الثنائي على الأكتاف، الركب، أو الفخذ، أو الأنغام السمعية على الجانبين قد يبدأ ممر مختلف في التكامل لمعالجة الذكريات لكن في النهاية الذكريات الاستطردادية ستخزن كذكريات سيمانطيقية. (وليد خالد عبد الحميد، 2011، ص 2)

● تعليق على الفرضيات:

ومن خلال ما سبق شرحة عن الدراسات والتفسيرات حول عمل الدماغ والمناطق المسؤولة أثناء حدوث الصدمة، يمكن أن نتطرق إلى مناقشة نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات، الذي يمثل العنصر الأساسي للأساس النظري لهذا العلاج الـ (EMDR) فالمعالجة التكيفية للمعلومات هو افتراض حول الطرق التي يمكن أن يستعملها الدماغ لمعالجة المعلومات المتعلقة بالخبرات والوصول إلى حل تكيفي، مما يساهم في ترسيخ معنى الكفاءة (Worth)، الراحة (Wellbeing) والفعالية (Effectiveness) لدى الفرد.

ونموذج (AIP) تفسيره قائم على نموذج عصبي فزيولوجي في طبيعته، ولذلك نجد أن "شابيرو، Shapiro" استعانت بمصطلحات معالجة المعلومات العصبية الفزيولوجية (Neurophysiological information Processing) التي أدخلها العالم "باور، Bower" (1981) والعالم "لانغ، Lang" (1979) وكذا مفاهيم علم النفس الفزيولوجي مثل الشبكة العصبية الفزيولوجية أو الشبكات العصبية (Neuronetworks). (Shapiro, 2001, p.17) وقد رأت أن استعمال مصطلحات ليس لديها مرجعية أو دلالة عصبية فزيولوجية محددة ودقيقة هو أمر هام لتأكيد فكرة فعالية الأمدر لا تقوم على صدق وصحة النموذج الفزيولوجي المقدم، لأن الدماغ يجد ذاته لم تسير أغواره بشكل دقيق لحد الآن. (Shapiro, 2001, p.24) كما وافقت

*بمعنى آخر: إن الحركات المتناوبة تُحدث اضطراباً طفيفاً في نشاط كلا همسفيري الدماغ مما يعطل عمل الذاكرة العاملة المسؤولة عن مراقبة المعلومات الموجهة إلى الذاكرة طويلة المدى، بهذه العملية يُسمح بمرور الذكريات الصدمة المعالجة إلى سجلها الطبيعي.

"شاييرو، Shapiro" على أن نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات المفسّر لطريقة الأمدر لا يتمتع بالقدر الكافي من الصدق، وهذا كونه قائم على معلومات فزيولوجية عصبية مرتبطة بالدماغ غير كافية وغير دقيقة بالمستوى المطلوب، إلا أن هذا النموذج لا يتناقض مع ما توصل إليه العلم إلى حد الآن حول فزيولوجية الدماغ، إذ أن البحث في مجال فزيولوجية الدماغ مازال ضعيفا، والنتائج المتوصل إليها غير أكيدة وغير كافية وعليه فإن فعالية الـ (EMDR) لا تتوقف على صحة النموذج المفسر، لأن نتائج الدراسات تدعم نجاعته.

وقد كررت "شاييرو، Shapiro" هذه الفكرة وأكدت عليها في قولها: "قدمت نموذجا نظريا لتفسير التأثيرات العيادية للـ (EMDR) وليس لإثبات آلية خاصة" وهذا ما يجعلنا نستنتج من تصريحها أن النموذج يبقى مجرد فرضية، إلا أنه قابل للتغيير القائم على الملاحظات المخبرية والعيادية. (Shapiro, 2001, p.154)

وقد استوتحت "شاييرو، Shapiro" نموذجا من العالمين "بافلوف وهورويتز". فالعالم "إيفان بافلوف، Ivan Pavlov" هو الذي يسلّم في أعماله بأنه يوجد في الدماغ توازن بين الكف والإثارة، وهذا التوازن هو المسئول على العمل العادي للدماغ، فان تسبب شيء ما في اختلال هذا التوازن ينتج عنه أعراض مرضية وعصبية (Neural Pathology)، ثم العالم "هورويتز، Horowitz" يرى حسب نمودجه أن الأعراض الصدمية تمثل رد فعل إزاء عدد ضخم من المعطيات التي تكونها الخبرة الصدمية. كما إنها استوتحت العديد من المصطلحات في وضعها لهذا النموذج وتفسيره مثل مصطلح الاستقلاب المستوحي من النظرية المعرفية ومصطلحي النفس والأنا المأخوذين من النظرية التحليلية لكن بنصرة مختلفة.

وكما أشار "روكس، Roques" (2015) إلى أنه اجتمعت لدينا المقدرة على دعم الافتراضات المتعلقة بآلية عمل حركات العين، وربما غيرها من بديل الحواس الثنائي تطبيقها خلال (EMDR) أو ما يسمى بالتحفيز الانتباه المزدوج (SBA). (Andrade, Kavanagh & Baddeley, 1997, p.36)

بينما يعتقد "ارمسترونغ وفوغان، Armstrong & Vaughan" (1994) "فيلدمان وماكولوش، MacCulloch & Feldman" (1996) أن التعلم يحدث بسبب اندلاع رد فعل التوجه (OR)، مقاطعة سلوكيات الهروب أو التهرب. وبالنسبة لـ "ستيكنغولد، Stickgold" (2002) يؤكد أن التحفيز الثنائي المتناوب يجبر المريض على تغيير اهتمامه باستمرار ليسبب الآليات العصبية الحيوية مشابهة لحالة (REM) التي تسهل تفعيل ذكريات العرضية وإدماجها في الذاكرة الدلالية للقشرة الدماغية، ويدعم "كريستمان وغارفي، Christman et Garvey" (2000) هذه النظرية، في الواقع تنتج حركات العينين اليسرى واليمنى معا تأثير

مفيد لمهام استعادة الذاكرة العرضية ولكن غير الدلالية. إنها تعزز تماما فرضية (psychoneurological) الواردة أعلاه فيما يتعلق بسد الصدمات النفسية، (Bontempi et al., 1999, p.2011) والتي ظهرت على تجارب الفئران نقل المعلومات من قرن آمون إلى المناطق القشرية الأمامية.

ومن كل ما سبق يمكن القول أن هناك نوع واحد فقط من العلاج النفسي الذي يخضع لقوانين الدماغ في تفسيره وفرضياته.

4- المراحل الثمانية لبروتوكول ال EMDR.

إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين ال (EMDR) علاج يركز على الصور المؤلمة والإدراك السلبي والردود العاطفية المرتبطة بهما والمتعلقة بالأحداث الصادمة، هدفه هو إبطال إحساس الفرد تجاه تلك الردود العاطفية، بالإضافة إلى إعادة المعالجة بطريقة صحيحة وأكثر إيجابية للمدركات والعواطف المرتبطة بالصورة المؤلمة. هذا مصحوب بالتحفيز على الجانبين وأغلبه يكون عادة في شكل حركات العين، والذي روجع على نطاق واسع في ملائمة من قبل (MacCulloch, 1999) وأيضا من قبل "ماكسفيلد وهير، (Maxfield.L & Hyper.L, 2002, p.58). (2002) "

المرحلة الأولى: ملخص تاريخ الحالة وبرمجة العلاج.

في المرحلة الأولى من العلاج يتبع المعالج الطريقة المعتادة في المقابلة الإكلينيكية من أجل جمع معلومات حول المنتفع ولتوطيد العلاقة العلاجية، واستلام قبول بدأ عملية العلاج، ويمكن التطرق إلى المقابلة الحرة أو النصف الموجهة في جمع المعلومات الضرورية من تاريخ الحالة وموضوع المشكلة واستعراضها مع المنتفع وكذا السلوك والمخاوف التي جعلته يطلب المساعدة. (مجاهدي، ميموني، 2018، ص 205)

ويجب على المعالج أن يضع خطة بأهداف محددة ليتمكن من علاج الأحداث متفرّدة، ويشرح طريقة العلاج آخذاً بعين الاعتبار السن والخلفية الثقافية وقدرة المنتفع للفهم من أجل التقيد بإتباع الحصة. (Freedman & Power, 2007, p95) بينما تكون هذه المرحلة فرصة للإفصاح والتخفيف عن الضيق المتشكل عبر المشاكل التي عايشها المنتفع. (Schiraldi.GR, 2009, p212)

المرحلة الثانية: التحضير.

في هذه المرحلة يشرح المعالج بالتفصيل (EMDR) للمريض حول آليته وكيفية عمله على الصدمة، هذا ضمن الثقافة النفسية التي يقدمها المعالج للمنتفع. وينظم المعالج في بدء هذه المرحلة طريقة جلوسه على الكرسي متقابلا مع المنتفع على شاكلة

مرور سفينتين باتجاهين متعاكسين، ويترك للمنتفع اختيار إحدى التقنيات المتناوبة والنوع الذي يفضله من بين: (تقنية حركة العينين، الصوت، التثبيت على الركب) فكلها حركات متناوبة [SBA]، هذه التقنيات المختلفة لها نفس آلية العمل لكن اختيار المنتفع يعبر عن أريحيته لإحداها، وهذا لا يمنع التحوُّل إلى تقنية أخرى في وسط العلاج. (مجاهدي، ميموني، 2018، ص 216) وكما يتم خلق المكان الآمن عن طريق مراحل محدد في البرتوكول، وذلك ليلجأ إليه المنتفع ذهنياً للشعور بالارتياح أثناء مروره بخبرات مزعجة أو ان تبادرت له أفكار مقلقة بعد الحصص. (Freedman & Power, 2007, p.95)

المرحلة الثالثة: التقييم

بعد معرفة تاريخ المنتفع في المرحلة الأولى على المعالج تحديد أي الإشكاليات يود المنتفع علاجها أولاً ليتم وضع تقييم شامل حولها، فعليه تحديد الأحداث المفجرة الحالية التي تذكّر المنتفع بالتجارب المراد علاج المشاعر السلبية المرتبط بها، ثم ينتقل المعالج إلى تحديد الموقف والصورة اللذان يمثلان الوقت الأكثر صعوبة بعد معرفة ذلك يكشف المعالج مع المنتفع الإدراك السلبي الذي يصف به نفسه أثناء تذكر الموقف والصورة المزعجة ويفكر بدلا من ذلك بالإدراك الايجابي الذي يود أن يشعر به تجاه الموقف والصورة المزعجة وصولاً إلى تقييم صحة الإدراك ال (VOC) في سلم من (1 إلى 7) ويليه معرفة نوع العواطف وتقييم مدى ال (SUD) في سلم من (0 إلى 10)، وتنتهي هذه المرحلة بتحديد موقع الإحساس الجسدي الذي يترافق بشدة أو ضغط. (Shapiro, 2015, p.224)

المرحلة الرابعة: إبطال التحسس.

هنا وبالتحديد يبدأ إبطال التحسس وفي هذه المرحلة يبدأ العلاج من أقدم الأحداث أي من المنبع إلى أحدثها. وتهدف إلى إبطال التحسس وإعادة معالجة مجموع الذكريات المخزنة بشكل غير تكييفي، (Luber,M, 2010, p.78) فبعد مناقشتها مع المعالج أو مناقشة الانفعالات المصاحبة لها يتم الطلب من المنتفع أن يتتبع مجموع الحركات المتتابعة (SBA) وقد تكون إما بتتبع حركة الأصبع بالعين أو الحركات الأخرى المتناوبة ليتم إعادة معالجتها في نضام الذاكرة. (Leeds.AM, 2009, p.143) ويتم التحقق من نجاح العملية بمعاودة قياس ال (SUD) فعندما يصل إلى ال (00 أو ال 01 الايكولوجي) تكون العملية قد نجحت ويتم الانتقال إلى المراحل الموالية من العلاج.

المرحلة الخامسة: التثبيت.

في هذه المرحلة يُعرض على المنتفع الاعتقادات الايجابية والذكريات المنبع والموقف ليُعلم مدى تغير مقياس ال (VOC)، فيتم تثبيت وترسيخ الاعتقادات الايجابية بعد تقويتها، بينما يكون الاعتقاد الايجابي هو المرغوب والمختار من قبل المنتفع ويصدق. ويتم الانتهاء من هذه المرحلة ببلوغ أقصى درجة في سلم ال (VOC) إما إلى ال (7 أو ال 6 الايكولوجي). (Schiraldi.GR, 2009, p.213)

المرحلة السادسة: الفحص الجسدي.

يقوم المعالج في هذه المرحلة بتفحص إحساس المنتفع تجاه جسده وأي تضاييق أو شد في بدنه ويحثه على التركيز على الحدث الساري علاجه وعلى الاعتقادات الايجابية ويقوم أيضا بفحص بدنه كاملا من الرأس إلى القدمين، ثم يقوم بإخبار المعالج إن كان يشعر بشيء من ذلك في جسمه.

إذا كان إحساسا مذكورا نحو جسم المنتفع (فيطلب منه التركيز على المنطقة) ثم يقوم المعالج بمجموعة من الحركات المتناوبة قصد التخفيف من ذلك. وإذا استمر المنتفع بالتصريح بعدم الراحة، تُكمل مجموع الحركات حتى يخفني ذلك الإحساس. (مجاهدي، ميموني، 2018، ص 218)

المرحلة السابعة: اختتام الحصة.

تكون الإجراءات الخاصة باختتام الحصة التي تم فيها العلاج بالوصول إلى (00=SUD) و (07=VOC) والفحص جسدي حسن حسب تصريح المنتفع، بإتباع النقاط التالية:

- يُعلم المريض أنه وقت التوقف.
- يقوم بتشجيعه "لقد قمت بعمل رائع اليوم، صف لي إحساسك؟"
- يجعل المنتفع يصف أو يجيب عن الأسئلة " ما رأيك بحصة اليوم؟ هل هناك مرحلة ايجابية بإمكانها التعبير عما تعلمت اليوم أو اكتسبت كفكرة؟ يمكنك أن تصف لي ما الذي اكتسبته أو رجته في هذه الحصة؟"
- لائحة يوميات: يُطلب من المريض أن يكتب في يومياته وأن ينشأ لائحة فيها بكل ما يخطر على باله طوال الأسبوع: (أفكار، أحلام أو ذكريات...) كي يتم استعمالها كنقاط انطلاق محتملة في الحصة التالية. ويقول: " العمل الذي أنجزناه اليوم من الممكن له أن يستكمل بعد الحصة، حدس، أفكار، أحلام أو ذكريات، وإذا حدث معك هذا لاحظ بمذا تشعر. وقم بكتابة ماذا تحس، ماذا ترى، بماذا تفكر، والظروف التي جعلت هذا يحدث " [وقفة] "يمكننا العمل على هذه المادة في المرة المقبلة، ولا

تنس أنه بإمكانك استعمال المكان الآمن، وإذا دعت الضرورة بإمكانك الاتصال بي." لائحة يوميات: يُطلب من المنتفع أن يكتب في يومياته وأن ينشأ لائحة فيها بكل ما يخطر على باله طوال الأسبوع: أفكار وأحلام أو ذكريات، كي يتم استعمالها كنقاط انطلاق محتملة في الحصة التالية. " العمل الذي أنجزناه اليوم من الممكن له أن يستكمل بعد الحصة وجود حلس، أفكار، أحلام أو ذكريات، وإذا حدث معك هذا لاحظ ما الذي يحدث. وقم بكتابة ماذا تحس، ماذا ترى، بماذا تفكر، والظروف التي جعلت هذا يحدث " [وقفة] "يمكننا العمل على هذه المادة في المرة المقبلة، لا تنس انه بإمكانك استعمال المكان الآمن، وإذا دعت الضرورة بإمكانك الاتصال بي." (مجاهدي، ميموني، 2018، ص 219)

المرحلة الثامنة: إعادة التقييم.

إن هذه المرحلة تكون في الحصة الموالية وبها تتم مراجعة ما تم الوصول إليه فيعيد تفحصه. يقوم المعالج في بداية الحصة الموالية من العلاج بإعادة التقييم بإتباع النقاط التالية:

- التنبؤ بحسن سير الحصة السابقة.
- فحص التغييرات التي طرأت على المنتفع من خلال حصة العلاج السابقة.
- فحص تطورات حالة العميل والتحسينات على السيرورات، وطرح بعض الأسئلة من أجل التحقق من حالة المنتفع بعد مغادرته مكتب المعالج إلى الوقت الذي عاد إليه مجددا. (مجاهدي، ميموني، 2018، ص 219)

5-الأدوات المستخدمة في العلاج.

تتدخل عدة مكونات في العلاج النفسي لل (EMDR) من بينها ما يلي:

5-1 التحفيز الثنائي أو الحركات المتناوبة SBA:

هو العنصر الأساسي للعلاج والذي تم استخلاصه من تجربة* "فرانسين شابيرو، F.Shapiro" حيث ما زال يثير اهتمام الأطباء والباحثين. في حين تم تقديم العديد من الافتراضات النظرية لشرح آثاره بينما لا تزال الآليات الأساسية قيد الدراسة. (Elofsson et al, 2008, pp.622-634 ; Sack et al, 2008, pp.239-246 ; Wilson et al, 1996, pp.219-229)

* أي تجربة "فرانسين شابيرو، F.Shapiro" في المتنزه أثناء متابعة الأوراق التي تهبها الرياح.

هذا موازي لما يحدث أثناء مراحل النوم (حركة العين السريعة، REM) Rapid Eyes Movement التي تم اكتشافها في وقت مبكر جدا وقبل اكتشاف وتطوير هذا العلاج الذي بدوره فتح الطريق إلى بحوث جديدة ضمن نفس السياق.

5-2 المقاييس الأساسية في جلسة العلاج النفسي وفق ال EMDR:

المقياس ال (Validity Of Cognitive (VOC) الذي يتمثل بقياس صدق الإدراك الإيجابي من (1 إلى 7). المرقم من (1 تدرجا إلى 7) المعبر عن صحة الإدراك الايجابي، (مرسلينا شعبان، 2017، ص 4) لتكون الدرجة (1) تساوي الإجابة الكاذبة أو البعيدة تماما، و (7) يساوي صحيح تماما أو الممثلة للشعور أو الادراك الايجابي.

هذا المقياس فردي لقياس المعتقدات طورته "شايبرو، Shapiro" (1989) وهو مقياس تفاضلي دلالي والذي لديه صلاحية وموثوقية، وقد تم استخدام ال (VOC) نفسها بنجاح في عدد من دراسات الصدمة. (Emmerson & Neely, 1988, p.267) بما أن الأطفال والمراهقين يميلون إلى صعوبة في إصدار بيانات مناسبة، فقد قامت باختيار العديد من العبارات التي تمثل معتقدات مشتركة تتعلق بالصددمات النفسية والشفاء أو رسومات تساعد الأطفال من إختيار درجة شعورهم. (Shapiro.F, 2015, p.144)

المقياس ال (The Subjective Units of Disturbance Scale (SUDS): مقياس شدة الأثر المزعج من (0 إلى 10). أما درجة (00) الممثلة لعدم الاضطراب، ودرجة (10) الممثلة لشدة الانزعاج أو الاضطراب الذي يمكن أن يسير شدة الأثر النفسي بسهولة لدى المنتفع. (مرسلينا شعبان، 2017، ص 4)

وهو مزيج من مقياسين وقد تم تطوير من قبل "وولب، Wolpe" (1958)، على الرغم من أن إصدار ال (EMDR) يستخدم فقط سلم (0-10) (بدلا من 100 الأصلي الذي أصدره وولب). وقد وثق هذا الإجراء المستخدم على نطاق واسع الصحة والموثوقية وارتباطات مع العديد من المؤشرات الفسيولوجية للضيق. (Shapiro.F, 2015, p.144)

5-3 مسح الجسد - Scanner corporel:

من المهم أن تعطي النتيجة التي تعكس كيف يمكن للشخص أن "يشعر" وليس كما "يعتقد" حول نفسه، وأيضا خلال مرحلة التقييم يطلب من المنتفع أن يحدد المشاعر السلبية كالخوف والغضب والأحاسيس الجسدية من مثل:
-ضيق في المعدة.

-وبرودة اليدين. (مرسلينا شعبان، 2017، ص 4)

-شدة على الصدر أو على الرقبة أو الرأس.

5-4 عملية التنفس:

تكون هناك عملية شهيق وزفير بعد كل سلسلة من الحركات المتناوبة من أجل الاسترخاء بعد التركيز تجاه الأحداث السلبية أو الايجابية حسب مرحلة العلاج، ويقوم المعالج بتدريب المنتفع على الاسترخاء وعملية التنفس الصحيح.

5-5 الإطار اللازم:

يلزم توفير غرفة هادئة تخلو من الضوضاء كما أنها تحتوي على ظروف ميثافيزيقية من الإضاءة والحجم اللازم لبدا عملية العلاج كما يحدث في أغلب العلاجات النفسانية، بالإضافة إلى توفر كرسيين في حالة العلاج الفردي واحد للمعالج وآخر للمنتفع، للتمكن من الجلوس بالوضعية اللازمة للمشاهدة لمرور سفينتين من أجل استخدام أفضل للحركات المتناوبة مثل حركة العينين ويساعد على خلق رابط الثقة من أجل جمع المعلومات اللازمة لعملية علاج ناجحة. (Marilyn Luber, 2009, p.05)

5-6 بروتوكول معين لكل نوع من الاضطرابات:

في التطور الحاصل لل (EMDR) جعل مناصرو هذا العلاج في انشاء بروتوكولات خاصة لكل فئة من الاضطرابات مستوحات أو معدلة من البروتوكول الأصلي، مثلاً هناك بروتوكول خاص بمرضى الاكتئاب وآخر للفوبيا، وأيضاً للحالات الاستعجالية... وغيرها. (Liz Royle & Catherine Kerr, 2010, p.173)

6- موانع وحالات استعمال ال EMDR.

أ- الحالات الموصى بها للعلاج:

من خلال تطوير علاج ال (EMDR) والتأكد من نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات الذي يقوم على أساس عصبي بيولوجي من اجل علاج ما تسببت به الأحداث الحياتية السلبية بما فيها الصدمات النفسية، (Logie, 2014) وهذا ما نصت عليه جمعية الطب الأمريكية سنة (2013) بتأكيدهما على أن الاضطرابات الشديدة هي أغلبها ناتجة من الأحداث الحياتية السلبية والخبرات الصادمة، (APA, 2013) حيث يكون هذا العلاج مقترحاً للحالات التالية:

• اضطرابات القلق (Trouble anxieux) مثل:

-أنواع الفوبيا (les phobies). (Jongh et al, 2002).

-اضطراب القلق المعتم. (Gauvreau et Bouchard, 2008, pp.26-40)

- اضطراب الملح. (Fernandez et Faretta, 2007, p.06)
- اضطراب الوسواس القهري. (Marr, 2012, p.06)
- الاضطرابات المزاجية (Des troubles de l'humeur) مثل:
- اضطراب أحادي القطب (Unipolaire) عند المراهقين، (Bea et al, 2008, p.05) وعند الراشدين. (Hofmann al, 2014, p.08)
- اضطراب ثنائي القطب (Bipolaire) عند الراشد. (Oh et Kim, 2014, p.11)
- أنواع من الاضطرابات الذهانية (Troubles psychotiques). (Cros et al, 2014, p.56)
- اضطراب الشخصية لدى البنية الحدودية (Trouble de la personnalité).
- الفصام. (Brown et Shapiro, 2006, p.403-420)
- إضطرابات الشخصية. (Lazarove et fine, 1996, p.09)
- الأمراض المعقدة للشخصية. (Fensterheim, 1996, pp.27-38)
- حالات الإدمان (les addictions) المتعلقة بالمخدرات، (Hase et al, 2008, p.03) والغير المتعلقة بالمخدرات، (Henry, 1996, p.12) وحالات الإدمان على الجنس. (Cox et Howard, 2007, pp.66-79)
- الاضطرابات الجسدية والنفس-جسدية (Somatique et psychosomatique) مثل:
- الآلام والآلام المزمنة (Douleurs et Douleurs chroniques). (Mazolla et al, 2009, p.03)
- اضطراب رهاب خلل البنية الجسدية (La dysmorphophobie). (Brown et al, 1997, p.25)
- بعض أمراض الجلد (Certaines dermatoses). (Gutpa et Gupta, 2002, p.06)
- بعض الاضطرابات الجنسية. (Leiblum et Wiegel, 2002, p.20)
- حالات الحداد. (Solomon et Rando, 2007, p.110)
- اضطرابات الأداء (Troubles de la performance). (Foster et Lendl, 1995, p.10)
- الصدمات النفسية الحديثة. (Natha et Daiches, 2014, p.08)
- الاضطرابات الناجمة عن الصدمات بما فيها اضطراب ما بعد الصدمة. (Shapiro, 2001, p.21)

بينما لا تزال اللائحة تستوعب أكثر من ذلك ولا تتوقف عند هذا الحد.

وهذه الطريقة لها فعالية في ترسيخ وتعزيز أحداث ايجابية عن طريق سيناريو المستقبل، (Keller et al, 2014, p.113)

هذا بإدماج بعض تقنيات علم النفس الايجابي، وهذه الطريقة موصى بها للأطفال والمراهقين وكذا الراشدين، (Tinker et

Wilson, 1999, p.55) هذا من جانب ومن جانب آخر يمكن تطبيقها على الأفراد والأزواج وكذا المجموعات. (Zaghroyt-

hodali et al, 2008, p.106)

في وقت مضى قريب من الآن تم استخدام ال (EMDR) لعلاج مجموعة متنوعة من الصعوبات والاضطرابات النفسية كما

أنّ فعالية ال (EMDR) مستقلة عن صحة النموذج النظري الأساسي (AIP)، الذي يتطور مع تقدم المعرفة حول عمل الدماغ

البشري، مما يشير إلى أن القوة العلاجية لل (EMDR) غير محدودة نسبياً، بينما في الواقع قوتها التوضيحية محدودة. (Bériault

& Serge Larivée, 2005, p.385)

ب- الحالات الممنوع من العلاج:

أفاد (مارتين تبول، Martin TEBOUL) سنة (2015) إلى أنه لا توجد موانع لاستعمال ال (EMDR) حتى في

حالات الصدمات المعقدة، أو حتى اضطرابات الشخصية العميقة، من الممكن تقديم هذا العلاج لكل الفئات، لكن الشيء المهم

هو أن يكون المعالج مدرب بشكل جيد للتعامل مع الأحداث المحتملة أثناء جلسات العلاج، لكن في المقابل يجب أخذ الحيطة

من بعض المعطيات.

ويمكن أن يحدث أن يبدأ المريض في الانفصال مع الترابط الفكري والانفعالي مع الموضوع المستهدف، أو أن يشعر أنه في

مكانين مختلفين في نفس الوقت أو في عالم آخر. يجب أن يكون المريض قادراً على التفاعل بشكل مناسب مع مجرى الحصة وهذا

يعتمد على كفاءة المعالج. ويجري حالياً الكثير من العمل التجريبي على استخدام ال (EMDR) للأشخاص الذين يعانون من

الذهان. (Martin Teboul, 2015, p.131)

من الناحية الطبية:

- للأشخاص الذين يعانون من الصرع: من الضروري استشارة طبيب الأعصاب قبل تقديم العلاج. في حالة أنه لا يعرف علاج ال

(EMDR) سيكون من الأفضل أن يُطلب منه التحدث إلى المعالج حتى يفسّر إجراءات مجموع الحركات المتناوبة مثل حركات

العين وغيرها.

- بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مشاكل قلبية خطيرة أو حديثة: يعتبر أخذ الرأي الطبي ضروريًا أيضًا بسبب إمكانية التنشيط العاطفي القوي خلال الجلسات.

- بالنسبة للنساء الحوامل: بشكل عام لا يوجد إجماع بين الخبراء حول هذا الموضوع. حيث تجنب جلسات الـ (EMDR) خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. وكذلك تجنب إعطاء جلسات الـ (EMDR) للنساء اللواتي لديهن تاريخ صعب مع الحمل. ومع ذلك إذا كانت امرأة حامل تستشير بسبب الإجهاد اللاحق للصدمة مع أعراض حادة للغاية، فإن الفوائد المتوقعة لجلسة أو أكثر قد تكون أكبر من "المخاطر" التي تنطوي عليها، ويجب تقييم الوضع لكل حالة قبل العلاج لتفادي المخاطر المحتملة.

- حالات التسمم التي تحمل اضطراب متعلق باستعمال المخدرات والمنشطات النفسية.

- عدم تعاطي كميات مثبطة بدرجة كبيرة من المهدئات النفسية الموصوفة.

- حالات لها أمراض جسدية استشفائية خطيرة أو لها تنبؤات لتفاقم اضطرابات سيكوسوماتية خطيرة.

- تمنع الحركات الثنائية في حالة ضعف في الإبصار أو ألم في العينين بينما يسمح باستخدام الطرق الأخرى من الحركات المتناوبة.

(Martin Teboul, 2015, p.132)

من الناحية النفسية:

يمكن أن يكون علاج الـ (EMDR) تدخلاً طارئاً مفيداً بشكل خاص. ومن ناحية أخرى إنه ليس بالفعل تدخل خاص بالطوارئ أو في حالات عدم الاستقرار. وهكذا يجب على الأشخاص الذين يمرون بأزمة ذهانية حادة أن يتلقوا العلاج الطبي المناسب أولاً. وأيضاً الحالات بعد محاولة الانتحار في معظم الأحيان بسبب خطر زعزعة الاستقرار.

بالإضافة إلى الأشخاص الذين يعانون من صدمات نفسية مستمرة وأيضاً أثناء فترات العلاج فهو ليس مؤشراً مثاليًا لعلاج الـ (EMDR). على سبيل المثال: قد تتلقى ضحية إساءة معاملة الزوج علاجاً بالـ (EMDR)، ولكن من غير المرجح أن يركز التدخل على إعادة معالجة الصدمة المتعلقة بالتجاوزات السابقة لأنها تتكرر طوال الوقت. يقال أن نفس الشيء ينطبق على أي علاج يستهدف أعراض ما بعد الصدمة. (العلاج يمكن أن يكون فقط في مرحلة ما بعد الصدمة). (Didier Havé, 2016)

يحمل المريض أنواع محددة من انفصام الشخصية، (Paulsen, 1995, pp.32-44) تحضير محدد للمرضى اللذين يعانون من اضطرابات تضم انفصام الشخصية، ولتحقيق غاية العلاج والوصول إلى أفضل النتائج المستهدفة وجب تعديل انتباه مضاعف، وذلك يسمح لتوفير متطلبات الوصول إلى الذكريات المستهدفة للعلاج.

- حالات لها نسبة عالية متوقعة من محاولات الانتحار، أو المرور إلى الفعل العدواني تجاه الذات أو الآخر.

- حالات لها سلوك إيذاء الذات بأدوات حادة.

- اضطرابات عصبية ومعرفية. (Shapiro, 2015, p.127)

من ناحية المعالج:

- يلزم التأكد من احتياطات الاستعمال قبل بدأ العلاج ويتعلق الأمر بالنقاط التالية:

- التأكد من إتمام التكوين في العلاج، والتحكم من استعمال البروتوكول المخصص للاضطراب المرجو علاجه.

- عدم المقدرة على صنع علاقة علاجية "معالج-مريض". (Dworkin, 2005)

- عدم التأكد من أن المريض لديه منابع محددة قبل بدأ عملية العلاج. (Shapiro, 2012)

- التثبت من تحديد وإدارة المريض للوصول إلى الفوائد الثانوية المحتملة.

• من ناحية أخرى، إنه لمن الواجب البقاء أكثر حذرا بشأن الصدمات المعقدة، وخاصة عندما تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة

وقد أثرت تأثيرا عميقا في التطور النفسي للشخص. لأن هذا النوع من الصدمات له تداعيات على عدة مستويات، تؤثر على

الشخصية، وطرائق التعلق، وغيرها من السلوكيات المكتسبة. (Alain Brunet, 2015)

7- إبطال التحسس وعادة المعالجة بحركة العين بين مؤيد ومعارض.

1-7 الانتقادات الموجهة الـ EMDR.

أ- الانتقادات الموجهة للباحثة ولتقنياتها بصفة عامة:

لقد وُلدت هذه الإستراتيجية الكثير من ردود الفعل، كما يتضح من أدبيات كبيرة العديد من مصادر الارتباك، والبيانات

التي تم الإبلاغ عنها بشكل خاطئ وتفسيرها الخاطئ، (Perkins & Rouanzoin, 2002, p.265) ويرى البعض أنها مقاومة

للجدة كما يحرص آخرون على حبس الممارسات العلمية الزائفة التي تميزت في فترة تطور ونشر النتائج الأولى للـ (EMDR).

(Herbert et al.,2000, p.20)

ولا تزال هذه المناقشات الكثيرة حول الـ (EMDR) منذ اكتشافها ومدة تطويرها إلى اليوم حول نتائج الدراسات وطريقة

الاستخدام والوسائل المستعملة ونموذجها النظري، الانتقادات الموجهة لـ "شايبرو، Shapiro" ومناصريها منصبة بشكل متشعب

لا سيما فيما يتعلق بدور حركات العين (Ems) كعنصر نشط من العلاج. (Larivée, 2004, pp.1-14)

وفي ترجمة مقال "رومانا داوسن، Roamana Dawsen" من "طرف أحمد سامر جميل رضوان" (2018) بعنوان ال (EMDR) خداع للمتقدمين، وصل الأمر إلى اتهام "فرانسيس شابيرو، F.Shapiro" بشراء شهادة الدكتوراه بمبلغ (10.000) دولار وذلك لمنح السيرة الذاتية الخاصة بحاملها مظهر المصادقية الأكاديمية، هذا بالإضافة إلى عدة انتقادات موجهة لـ "فرانسيس شابيرو" من بيع الشهادات للمتقدمين وغيرها.

كما أضافت "رومانا داوسن، Roamana Dawsen" أن المعايير المطلوبة من جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) تتطلب ببساطة أن تثبت دراستان أن الطريقة أكثر فعالية من عدم المعالجة على الإطلاق، الأمر الذي يوجه الانتقاص إلى جمعية الطب النفسي الأمريكية أيضا في طريقة انتقائها العلاجات الموجهة إلى المرضى. (سامر جميل رضوان، 2018، ص ص 03-05) كما شارك "روجر بيتمان Roger Pitman"، أستاذ الطب النفسي في كلية الطب بجامعة هارفرد، والذي يعد هو وزملاؤه من أبرز الباحثين في مجال اضطراب ما بعد الصدمة في ورش عمل ال (EMDR) ثم علقوا على تجربة "شابيرو، Shapiro" التي تقول فيها أن بضعة أوصاف خطية بسيطة كانت لتعلم الطريقة. وعندما قام علماء النفس بتنفيذ التعليمات المكتوبة لعام (1989) ولم يعثروا على فرق بين ال (EMDR) وتلك التي لا تعتمد على حركات العين، تم توجيههم إلى ضرورة التدريب حتى إتمام المستوى الأول والثاني قبل استخدام العلاج.

بعد ذلك قام "بيتمان وزملاؤه" بالتدريب على كلا المستويين الأول والثاني اللازمين، وقارنوا نتائج العلاج في دراستهم لمجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة التي لا تتلقى العلاج، حيث أسفرت عن نتائج متساوية في القياس البعدي لكلا المجموعتين. (أحمد سامر جميل رضوان، 2018، ص ص 4-6)

ولكن في مقال آخر للدكتور "وليد خالد عبد الحميد" (2018) يعتبر كرد على ما جاء به "أحمد سامر جميل رضوان" (2018) وترجمته لمقال "رومانا داوسن، Roamana Dawsen" حيث أنه قد أخطأ في ترجمة مصطلح تسمية العلاج "خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة" لكن في الواقع تكون الترجمة الصحيحة "إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين"، وأن "فرانسيس شابيرو، F.Shapiro" لم تشغل كمدرسة كما ذكر في المقال بالإضافة إلى عدة افتراءات من أجل الإطاحة بهذا العلاج.

ومن ناحية أخرى أطلق الباحث النفسي الأمريكي "مايكل لامبرت، Michael J. Lambert" على ال (EMDR) تسمية (الطقوس الخرافية)، ويحذر في إحدى دراساته من أن نسبة تبلغ 81% من الذين يعانون من اضطرابات النوم يظهرون

تحسنا عن طريق تناول حبوب السكر (العلاج الوهمي، Placebo) ويقول استنادا إلى عدم إثبات الأساس العلمي، فإن النجاحات المزعومة يمكن أن تتم نتيجة لتأثير يشبه تأثير الدواء الوهمي، وهو ما لم يتم التحقق منه في دراساتهم الخاصة بالإضافة إلى ذلك، فإن التحليل الموضوعي للاضطرابات النفسية هو جزء مهم جدا من التقييم السريري، ولكن لم يتم تضمين أي قيم مرجعية تشخيصية في الدراسات التي تدعم ال (EMDR). (وليد خالد عبد الحميد، 2018، ص.ص 10-1)

ب- الانتقادات الموجهة حول حركة العين:

هناك جدل واسع ومستمر حول ما إذا كانت الآليات الأساسية في ال (EMDR) تختلف اختلافاً جوهرياً عن تلك التي تعمل في العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعرض.

كما يجدر التذكير أن هذه الطريقة اخترقت مسارها التطوري ابتداء من اكتشاف التخفيف الحاصل بعد التحريك المتناوب للعين الذي يفعل المعالجة التكييفية للمعلومات، مثل ما يحدث في الحركة السريعة للعين (REM) في الحلم أثناء النوم. (Shapiro, 2001, p.30)

تعدد الأدلة عن دور مرحلة الحلم أثناء النوم يتمثل في إدماج وهضم الأحداث التي عاشها الفرد في يومه، ولاحظت الدراسات أنه عند ظهور الذكريات المؤلمة في الأحلام فإن حركات العين السريعة تخلق نوعاً من الانسراح، الذي يسمح بالمعالجة الانفعالية لتلك الخبرات، وهنا برز افتراض "شاييرو، Shapiro" بأن حركات العين المفتعلة أثناء العلاج تقضي على الضيق الانفعالي. (Crocq & Dalligand, 2007, p.62)

بينما تمكنت الدراسات العصبية البيولوجية من وضع الارتباط المفترض من "فرانسين شاييرو، F.Shapiro" حول حركات العين في العلاج وحركة العين السريعة في مرحلة النوم، فهي المسؤولة عن نقل الذكريات اليومية إلى القشرة الجديدة عبر مراحل كما سبق ذكره في شرح النموذج النظري. (Mollon P, 2005, pp.59-62)

بينما لم يجد البعض الآخر اختلافات واضحة في النتيجة التي تقارن بين (EMDR) مع أو بدون (EMs) وتشير بعض الدراسات إلى مساهمة فريدة من (EMs) إلى العلاج الناجح (Andrade et al., 1997, p.36) والأشكال الأخرى من الحركات المتناوبة مثل التريبتات اللمسية الثنائية أو النغمات السمعية، هي أيضاً طرق فعالة لتقليل حدة الصدمة كما أثبتت الدراسات. (Van den Hout et al., 2011, p.p. 1489-1503; AD de Jongh et al., 2013, p.58)

فوجهت استفسارات عديدة لهذا النموذج الذي يركز في تفسير فعاليته على الـ (REM) لأنه لا يفسر المثبرات الحسية الأخرى، بينما كانت تصريحات "شابيرو، Shapiro" أن حركة العين هي العنصر الأساسي.

وأجابت "شابيرو، Shapiro" على هذه الانتقادات المتعلقة بحركة العين أنها حاولت بما شرح الدور الجلي لحركات العين في تحقيق تأثيرات علاجية، وهذا لا يمنع أن المثبرات الأخرى لها فعالية متماثلة معها. (Shapiro, 2001, p.33)

المقارنة المباشرة بين نتائج هذه الدراسات المبكرة غير ممكنة لأنها تختلف كثيرا عن التصميم والعينات ومقاييس النتائج. لذلك يجادل بعض المؤلفين بأن ادعاءات عدم وجود تأثير كبير من (EMs) على نتائج العلاج لا مبرر له. (Jeffries and Davis, 2013)

إن إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين الـ (EMDR) هو علاج نفسي مبتكر قائم على الأدلة وفعال للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). كما هو الحال مع العلاجات النفسية الأخرى، تتعارض فعالية (EMDR) مع معرفة محدودة بألية عملها الأساسية. مع استخدامه الزمني القصير كخيار علاجي، لم يكن (EMDR) دون جدل، ولا سيما فيما يتعلق بدور التحفيز الثنائي كعنصر نشط في العلاج. إن الانتشار المرتفع للـ (EMDR) في الممارسة السريرية والزيادة الدراماتيكية في أبحاث (EMDR) في السنوات الأخيرة، مع أكثر من (26) تجربة معشاة ذات شواهد نُشرت حتى الآن وتسلب الضوء على الحاجة إلى فهم أفضل لألية عملها.

وأخيرا يجب الإشارة إلى أن القواعد النظرية لا تزال ضعيفة في الوقت الراهن أن العلاج يعمل وله نتائج مرضية، لكن لا يُعرف حقا كيف يجب علينا التقدم في المجال العلمي من أجل إعطاء المصداقية العلمية لهذه الطريقة ذات النتائج الإيجابية الظاهرة. (Alain Brunet, 2015, p.01)

واستناداً إلى العديد من الدراسات، أظهرت "فرانسيس شابيرو، Francine Shapiro" أيضاً أن عملية التنويم المغناطيسي لم تفسر طرق عمله "امبريقيا، Empirique" مع أنه لا يزال يؤتي ثماره في الميدان العلاجي، آثار الـ (EMDR) قد أظهر البحث الأساسي الذي أجرته "ستيفان أوبيرت خلفه، Stéphanie Aubert-Khalifa" وزملاؤها سنة (2008) في فرنسا-مارسيليا من دون التقليل من قيمة النظريات الأخرى التي تذكر، أن الأهمية التفسيرية للعمل لتطوير النموذج المطروح لطريقة عمل الـ (EMDR). (Aubert-Khalifa, Roques, Blin, 2008, pp.51-56)

7-2 الهيئات والأشخاص الذين يعترفون ويوصون باستخدام علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين.

أوائل التسعينيات وفي بداية انتشار الأبحاث في الـ (EMDR) والخوض في الكثير من الجدالات، وبدأ بالتطور كعلاج متكامل. واستفاد في مراحله الأولى من دعم "جوزيف وولب، Joseph Wolpe" (Wolpe & Abrams, 1991, p.81) الذي كان يقوم باستخدام علاج إزالة التحسس المنتظم الذي قام بتطويره والذي يتكون من عدة تقنيات المرتبطة بالاسترخاء والحركات، ونشر العديد من الدراسات التي تقدم الاستنتاجات الإيجابية حوله (Marquis, 1991) وأشار بوضوح إلى أن هذا العلاج شكل واعد من العلاج النفسي.

وبفضل الأدلة التجريبية المتنامية، تم تنظيم وتنمية التدريب على العلاج النفسي للـ (EMDR) تدريجياً في الولايات المتحدة وأوروبا وأستراليا وأمريكا الوسطى وأمريكا الجنوبية وفي الفترة الأخيرة في بعض البلدان العربية مثل لبنان، المغرب، الجزائر وفلسطين. منذ أكثر من عشرين عاماً حتى الآن، تم الاعتراف بالمعالجة النفسية للـ (EMDR) من قبل العديد من الهيئات المرتبطة بالصحة النفسية العالمية وكذلك من قبل المنظمات المهنية كعلاج فعال في التكفل بالصدمة النفسية وتبعاتها.

كما اعترفت العديد من الهيئات العالمية والعلماء في مجال العلاج النفسي بأهمية إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين كعلاج نفسي موحه للتكفل بالاضطرابات النفسية المختلفة.

الجدول رقم: (02) التوصيات العالمية لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين في التكفل النفسي بضحايا الصدمات النفسية.

ملاحظة	المؤسسات والأفراد
وفقاً لتقرير فريق العمل المعين من قبل الوحدة السريرية التابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس، أصدرت بيان بأن الأساليب الوحيدة التي تعترف بها تجريبياً وله قيمة في علاج ضحايا اضطرابات ما بعد الصدمة منها الـ (EMDR) والعلاج بالتعرض. (Chambless et al, 1998, p.51)	"شامبلس وآخرو، Chambless et al" (1998)
توصي الجمعية الدولية للصدمة النفسية بالـ (EMDR) كعلاج فعال للمتلازمة اضطراب ما بعد الصدمة. (Chemtob et al. , 2000, p.102)	"شيمتوب وآخرون، Chemtob et al" (2000)
في إرشادات الممارسة الموصى بها للجمعية الدولية لدراسة للصدمة النفسية في دراسات الصدمات النفسية يستشهدون بالـ (EMDR) كعلاج فعال لمتلازمة اضطراب ما بعد الصدمة. (Foa et al, 2009)	"فوا وآخرون، Foa et al" (2009)
يثبت الحصول على أفضل النتائج من خلال استخدام الـ (EMDR) والعلاج بالتعرض والتلقيح من التوتر.	"قسم الصحة بالملكة المتحدة، United Kingdom Department of Health" (2001)

ال (EMDR) هو واحد من الأساليب الثلاث الموصى بها لمعالجة ضحايا الأعمال الإرهابية.	"بليتش وآخرون،" (2002) "Bleich et al"
يعتبر ال (EMDR) وال (CBT) من خلال هذه دراساتهم التجريبية كعلاجين لضحايا الصدمات النفسية.	"فريق دعم كفاءة الموارد السريرية في دائرة الصحة والسلامة العامة في أيرلندا الشمالية، Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health Social Services and Public Safety." (2003)
تعتبر ال (EMDR) وال (CBT) هما العلاجين المختارين لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة.	"الجنة الألمانية الوطنية للإرشاد والتوجيه للرعاية الصحية والعقلية، Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care" (2003)
ينصح العلاج النفسي بال (EMDR) وال (CBT) في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.	"سجوبلوم وآخرون،" (2003) "Sjöblom et al"
من بين ثلاثة أشكال من العلاج النفسي المدروسة، تعتبر من أهم العلاجات الموجهة لضحايا الصدمة النفسية.	"المعهد الوطني الفرنسي للصحة والأبحاث الطبية، INSERM" (2004)
يتم تقييم العلاج ال (EMDR) بأنها فعالة مثل ال (CBT) في علاج الإجهاد اللاحق أو المزمن المتعلق بالصدمة النفسية.	"الجمعية الأمريكية للطب النفسي، American Psychiatric Association" (2004)
ال (EMDR) هو أحد العلاجات الأربعة التي دُرست وأظهرت أعلى درجة من الفعالية ويوصى بها لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة.	"وزارة شؤون المحاربين القدامى ووزارة الدفاع، Department of Veterans Affairs et Department of Defense" (2004)
الموقع برعاية "المعهد الوطني للصحة العقلية، NIMH" ويحتوي على قائمة من ثلاث علاجات نفسية موجهة لاضطراب ما بعد الصدمة وال (EMDR) هو أحدها.	"موقع مستشار العلاج، Therapy Advisor" (2004)
أصدرت تقرير عن العلاجات القائمة على الأدلة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة، وأوصت الأطباء والممارسين في الخدمة الصحية الوطنية في المملكة المتحدة بالتكوين وممارسة ال (EMDR).	"المعهد الوطني السريري المتميز، National Institute for Clinical Excellence " (UK – 2005)
توصي الهيئة العليا للصحة بفرنسا باستخدام ال (EMDR) وال (CBT) مند (2007) في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.	"الهيئة العليا للصحة، La Haute Autorité de la Santé (HAS)" (2007)
مع ال (CBT)، ينظر إلى ال (EMDR) باعتباره العلاج النفسي المفضل لعلاج الأحداث صدمية. "هذه التقنيات تساعد الأشخاص على تقليل ذكريات الأحداث المؤلمة وغير المرغوب فيها والمتكررة.	"منظمة الصحة العالمية، Organisation mondiale de la santé" (6 AOÛT 2013) GENÈVE

- التعليق على الجدول: وينطبق نفس الشيء على الجمعية الدولية لدراسات إجهاد الصدمة (ISTSS) (Société) (internationale d'études du stress traumatique) وأيضاً كما ذكر العالم "فوا، FOA" في توصياته (Foa et al., 2009)، وفي عام (2013) اعتبرت منظمة الصحة العالمية (OMS) ال (EMDR) وال (CBT) كعلاجين للتكفل بعواقب الأحداث الصدمية. وصرح "سيريل تاركينيو وباسكال تاركينيو" (2015) بقولهما: (وهذا الاعتراف في الميدان يستحق التأكيد عليه سواء لأننا نحبها أم لا، لأن هناك شيء مقنع بما فيه الكفاية في نهج ال (EMDR)، هذا لتوحيد المتخصصين في الصدمة على المستوى العالمي وللتوصية به كعلاج). (Cyril Tarquinio & Pascale Tarquinio, 2015, pp.40-42).

8- ال EMDR علاج انتقائي تكاملي.

من الواضح والجلي أن ال (EMDR) هو علاج يتبع توجه تيار تكاملي انتقائي « éclectiques - intégratives » وهذا رأي المساهمين وما تتفق عليه "فرانسين شابرو، Shapiro.F" ولكن بتحفظ. زيادة على أنه علاج طور طريقه الخاصة ونموذجه الخاص.

فهذا التيار يسمح بتعدد الرؤى (Pluraliste) بالاستعانة بعامة الأساليب العلاجية المختلفة (Modalités) لمساعدة المنتفعين بطريقة معدة حسب الاحتياج وجني النتائج في أسرع وقت، بالتركيز على بؤرة اهتمام المنتفع. كما أنه يجعل المعالج يوسع نظريته ويطلع على العلاجات والنظريات الأخرى ولا يبقى محصوراً على واحدة أو القليل منها، كي لا يتعصب لها ويحافظ على النظرة الموضوعية التي يتطلبها ميدان علم النفس الإكلينيكي. (إشراق عبد الولي فارح العوري، 2017، ص.ص 204-206) هذا لا يعني أن ال (EMDR) علاج منقول من مختلف العلاجات والنظريات الأخرى، بل أنه طور طريقه الخاصة إضافة إلى نموذجه الخاص في تفسير آليته في العلاج.

وإذا أردنا إن نضع حدوداً لكليهما، يجب أن نذكر أن التيار الانتقائي ما هو إلا فرع من التيار التكاملي. حيث برز هذا النوع في ثمانينيات القرن العشرين، ليسعى للوصول إلى توليفة من مختلف النظم النظرية. (Jaqck Rock, 2015, p.30)

فيمكننا رؤية الأبعاد الانتقائية من مختلف النظريات التي دعمت نظرية "شاپيرو، Shapiro" في إنجاز عملها، فمثلاً التحليل النفسي الذي يستخدم التداعيات الحرة من أجل ترك العميل يعبر عن خواجهه للتوصل إلى البؤرة المسببة للاضطراب، وهذه العملية نفسها تكون أساس الحوار العلاجي بين المعالج والمنتفع من أجل الوصول إلى تحديد جميع الجوانب التي تتعلق بماضي وتاريخ المنتفع بصورة أكثر شمولاً.

وهناك العديد من أوجه التشابه مع التنويم المغناطيسي حين يكون على المعالج حث المنتفع بالطفو نحو الماضي واستخدام الحواس كجسر من أجل الوصول إلى أحداث أعمق متأصلة في ذهنه وتؤثر على نوعية عيشه، فيسمح الـ (EMDR) والتنويم المغناطيسي إلى المرور إلى مستويات كانت مجتمعة للمنتفع بحد ذاته وإدراكها ويمكنه التلامس مع عالمه الداخلي الذي أصبح بعيدا عن إدراكه كما في الواقع والحاضر، ويمثل الـ (EMDR) مساعدا فعالا في حث الشفاء الذاتي أو التلقائي للجروح النفسية كظاهرة طبيعية والتي تعتبر نعمة يتمتع بها كل كائن. (Ginger S, 2010, p.23) مع إضافة تمارين الاسترخاء، إن العلاج الجشتالتي مقارنة امبريقية تركز على الوعي الحاضر وعلى نوعية الاتصال القائم بين الفرد وبيئته. (ترول، 2007، ص 607) واستمدت "شابيرو، Shapiro" من النظرية الجشتالتي بعض الأفكار المتعلقة بالإدراك المتنامي لتأثير المشاعر التي يشعر بها المنتفع أثناء الحصة العلاجية ونوعية أدائه، (كازدين، 2000، ص 162) فهي تحكم تصرفاته وتكوّن ذاته، فعند قيام المعالج بالتحري عن الاعتقادات السلبية وبدليها من الاعتقادات الايجابية المرغوبة من العميل يكون قد استخدم إحدى تقنيات الجشتالتي، ويحدث ذلك في زمن هنا والآن "الحاضر" وهو ما يركز عليه هذا العلاج فالماضي والمستقبل يشكّلان جانبا من الخبرة الحاضرة المعيشة، حيث تعدت "شابيرو، Shapiro" ذلك وأدرجت مختلف الأزمنة التي تؤثر في التفكير من أجل سبر الماضي ومعرفة الحاضر والتطلع للمستقبل في أحسن شعور، إضافة إلى تحسين الشعور البدني والشعور بالارتياح. (Ginger S, 2010, p.23)

ومثلما يحدث في العلاجات المعرفية السلوكية يقوم الـ (EMDR) بإجراءات تقييم دوري لمدى الانزعاج ومدى التخفيف الحاصل بعد التعرض لخطوات العلاج فسلم الـ (SUD) والـ (VOC) سلّمان مستوحيان من أعمال العالم "وولب، Wolp" الذي قدم هذا النوع من التقييم للمدرسة المعرفية السلوكية. (Ginger S, 2010, p.24) بالإضافة أيضا إلى ضم "شابيرو، Shapiro" بعض تقنيات العلاج بالتعرض وإعادة الهيكلة المستوحى من العلاجات المعرفية السلوكية ويستعملها من خلال معالجة المعلومات العاطفية المرتبطة بالأفكار السلبية، وهناك أيضا انتقائية تضم تقنيات علم النفس الايجابي التي يستخدمها في مرحلة السيناريو المستقبلي في المرحلة الثامنة والموقع الآمن في المرحلة الثانية.

كما يجدر الإشارة إلى أن بروتوكول الـ (EMDR) مع تقنياته الخاصة بإعادة معالجة المعلومات تتناسب تماما مع مجموعة متنوعة من الطرق والتقنيات الأخرى إلا أن الـ (EMDR) يضيف البعد الفزيولوجي العصبي. (Ginger S, 2010, p.24)

خاتمة: جاء هذا الفصل لشرح علاج الـ EMDR وإعطاء نبذة تاريخية حوله بالإضافة إلى تبيان أهم الهيئات والشخصيات التي تجيز استخدامه مع سرد مفصل للمراحل الثمانية التي ينبغي للمعالج المرور بها لاتمام عملية العلاج.

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية.

منهجية البحث وإجراءاته

● التذكير بالفرضيات.

- 1- متغيرات البحث.
- 2- مراحل الدراسة الاستطلاعية.
- 3- التعريف بالمؤسسات والمصالح.
- 4- التكوين في ال EMDR.
- 5- مراحل الدراسة الأساسية.
- 6- المنهج المستخدم في البحث.
- 7- أدوات البحث.
- 8- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

تمهيد: هذا الفصل يتناول الإجراءات المنهجية التي أُتُبعت في إنجاز الدراسة، وذلك بدءاً من الدراسة الاستطلاعية التي حدثت في مصلحة الأمراض النفسية والعقلية بالمستشفى الجامعي د.دمرجي تلمسان بالإضافة إلى مقر جمعية سارب (S.A.R.P) دالي إبراهيم الجزائر العاصمة والقطب الاستشفائي الخاص بالأمراض العقلية في أفينيون-فرنسا، ثم يتناول هذا الفصل شرح إجراءات للدراسة الأساسية مع عرض المنهجية التي قامت عليها الدراسة من حيث الخطوات المتبعة ووصف مجتمع البحث، وكذلك وصف الأدوات والمقاييس بما في ذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة.

التذكير بفرضيات الدراسة.

الفرضية الأساسية:

إنّ العنف الأسري الممارس على المراهقة يخلق اضطرابات وخيمة منها "اضطراب ما بعد الصدمة" موضوع دراستنا الذي يتصف بأعراض أهمها إعادة معايشة لحادث الصادم بصورة تكرارية وهذا يترتب عنه اضطرابات في النوم، الغذاء، القلق، واضطراب الاتصال مع الغير. قد يفيد العلاج بال (EMDR) في التخفيف أو اختفاء هذه الأعراض الناتجة عن هذا النوع من الصدمات وتبعاتها.

وللتأكد من هذه الفرضية وللحاجة المنهجية فصلنا هذه الفرضية إلى متغيرات في الفرضيات فرعية على الشكل التالي:

الفرضيات الفرعية:

وللتأكد من هذه الفرضية وللحاجة المنهجية فصلنا هذه الفرضية إلى متغيرات في الفرضيات التالية:

- (1)- تقنية الحركات المتناوبة في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين لها فاعلية في خفض مستوى الانزعاج الذي يظهر على سلم ال (SUD) لدى المراهقات اللاتي تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة.
- (2)- إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين (EMDR) يساهم في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
- (3)- لا توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التبعي ثلاث أشهر.
- (4)- لا توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق التبعي ثلاث أشهر والتطبيق التبعي ستة أشهر.

(5) - توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي (بعد الانتهاء من علاج أفراد المجموعة التجريبية) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.

(6) - توجد فروق في درجات مقياس دافيدسون (Davidson) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق التتبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.

1- متغيرات البحث.

المتغير المستقل: يتمثل المتغير المستقل في البرنامج العلاجي المقدم للمرضى وهو العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال (EMDR).

المتغير التابع: يتمثل المتغير التابع في اضطراب ما بعد الصدمة ويكون ذلك في دراسة مدى فعالية إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال (EMDR) في علاج اضطراب ما بعد الصدمة ال (PTSD) لدى المراهقات المتقدمات للعلاج.

2- مراحل الدراسة الاستطلاعية.

الدراسة الاستطلاعية تعتبر من بين أهم خطوات البحث العلمي الواضح الخطوات والدقيق، فهي عبارة عن تجربة أولية يقوم بها الباحث تسمح بتشكيل الأفكار الأساسية والفرعية، والتعرف أكثر على ميدان البحث والعينة من حيث الحجم والشكل ومدى توفر الإمكانيات اللازمة لتطبيق الأدوات المناسبة مع إمكانية إعادة صياغتها وتعديلها لتلائم العينة المستهدفة. فالدراسة الاستطلاعية تعد الخطوة المهمة الواجب توفرها في جميع البحوث والدراسات النفسانية وتلخص أهدافها على النحو التالي:

كان الهدف العام من القيام بالدراسة الاستطلاعية في بحثنا هذا هو الحصول على المعلومات المساعدة في توضيح معالم الظاهرة المدروسة لتحديد منهج الدراسة، ثم الكشف عن مدى قدرتنا على تقديم البرنامج العلاجي وأخذ القياسات في ظروف مناسبة لأهداف البحث.

● إجراء الدراسة الاستطلاعية:

وكان الهدف الأول من الدراسة الاستطلاعية التي أجريت بدأً بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية، هو التأكد من توفر المجموعة المقصودة من البحث (مراهقات تعرضن للعنف الأسري وتعانين من اضطراب ما بعد الصدمة حسب تشخيص أحد

المختصين في المجال النفسي "نفسانيين عياديين، أطباء نفسانيين" وضمن صورة تسمح بتحقيق أهداف الدراسة الأساسية. فبين أن هناك شريحة من العينة المطلوبة تتردد على المصلحة، فتأكدت الفكرة لبدأ الدراسة الأساسية وتوظيف مجموعة البحث النهائية. والهدف الثاني هو تقديم العلاج لعينة أولية تم توظيفها بعد الزيارات المختلفة إلى مركز حماية البنات وفي مختلف مصالح المستشفى والتي قمنا فيها بتعريف علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال (EMDR) للطاغم الطبي من نفسانيين وأطباء وممرضين إضافة إلى التعريف بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي تظهر على الحالات المتعرضين للعنف بمختلف أنواعه، من أجل وضع خطة واضحة لمجموعة أكبر (عينة الدراسة الأساسية).

بالإضافة إلى الدراسة الاستطلاعية التي أجريت في جمعية سارب (S.A.R.P) التي كان الهدف منها مقابلة النفسانيين العياديين المتهنين مجال الصدمات النفسية وأساليب التكفل بالضحايا والحالات التي تعاني الصدمات النفسية وتبعاتها، ورافقه التسجيل في التكوين الخاص بالعلاج النفسي ال (EMDR) الذي تُقدمه الجمعية الفرنسية للأمد (EMDR France) والذي يجري داخل مقر جمعية سارب (S.A.R.P) دالي إبراهيم الجزائر العاصمة.

ثم البدء في التكوين والتدريب على (EMDR) والذي يدوم سنتين من التكوين بمستويين اثنين، من اجل تلقي الشهادة وإجازة الممارسة في ذات العلاج، هذا ما يؤهل لتطبيقه بشكل محترف.

تم وضع دراسة من أجل تكييف البروتوكول الخاص بالعلاج ونشره ك مقال في المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية في برلين، وقد تكون من ترجمة للبروتوكول العلاجي وعرضه على مجموعة من المحكمين المختصين في ذات العلاج (EMDR) ثم تطبيقه مجموع حالات تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة في مجموعتين (تجريبية وضابطة)، حيث خلصت الدراسة إلى أن البروتوكول المترجم إلى اللغة العربية في نفس كفاءة البروتوكول الأصلي في تقديمه للعملية العلاجية.

وتمثل الهدف الثالث في إقامة مدة شهر للتربص في القطب الاستشفائي في فرنسا والخاص بالتكفل بالأمراض النفسية والعقلية في منطقة (أفينيون، Avignon) وذلك بالتعرف على مصلحة علم النفس الصدمي للإطلاع على وسائل التشخيص وطرق التكفل المستخدمة، وكذا التركيز على جمع المعلومات المتعلقة باضطراب ما بعد الصدمة في مظاهره وأعراضه، إضافة إلى المشاركة في العملية العلاجية من أجل حصد أكبر قدر من المعلومات حول الصدمة كعلم نظريةً وتطبيقاً.

● مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية:

تتوفر في عينة الدراسة المعايير التالية:

- واجهوا صدمة نفسية عنيفة.
 - الموافقة على إدراج النتائج في البحث.
 - مقيمين في الجزائر ولا يحتاج إلى مترجم للتحدث وفهم اللغة العربية.
 - ليس لديهم اضطرابات عقلية.
 - ليس لديهم استخدامات للعقاقير النفسية ولا يتعاطون الكحول.
 - ليس لديهم موانع مع ال (EMDR) (الحالة الصحية الضعيفة، الاضطرابات العصبية والعقلية، اضطرابات و / أو ألم في العين...).
- وقد قدم لهم العلاج بال (EMDR) وجرى تطبيق المقياس في عدة مراحل لتقييم درجة شدة الاضطراب قبل وبعد العلاج. هذه الدراسة أمكنتنا من التحقق من أن البروتوكول المترجم إلى العربية ذو كفاءة في تبليغ المعلومة المراد توصيلها إلى فئة المرضى المتحدثين باللغة العربية. (مجاهدي، ميموني، 2018، ص.ص 219-224)، لهذا سنستفيد من البروتوكول المترجم إلى العربية في الدراسة الأساسية.

وإذا أردنا وضع أهداف الدراسة الاستطلاعية في نقاط سترد على الشكل التالي:

- تحديد عينة البحث بدقة أكبر.
- التكوين والتدريب في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين من طرف خبراء ومدربين لذات العلاج.
- تجربة أدوات القياس والتأكد من مدى صلاحيتها للدراسة الأساسية.
- تقديم العلاج لعينة أولية من أجل تجربة أولية للعلاج وجني نتائج تفيد في تحديد دقيق للقيام بالدراسة الأساسية.
- التمكن من معرفة الصعوبات التي ستواجهنا والتخطيط لتفاديها أو إيجاد حلول لها بعد مصادفتها في الدراسة الاستطلاعية.
- وضع البرنامج العلاجي في إطاره الزمني والمكاني حسب ما يناسب عينة الدراسة.
- هذا ما يسمح بالتحضير للدراسة الأساسية بوجه أكثر دقة وأكثر ملائمة للظروف المكانية والزمنية ولعينة البحث.

3- التعريف بالمؤسسات والمصالح.

3-1 مصلحة الطب النفسي والعقلي بالمستشفى الجامعي د. تيجاني دمرجي تلمسان:

بدأ بناء مستشفى تلمسان المدني في عام (1947) واكتمل في عام (1954) (أي في حقبة الاستعمار).

في عام (1986) تم تشييده كمركز مستشفى جامعي بموجب المرسوم التنفيذي رقم: (86.306) المؤرخ في: (16 ديسمبر 1986). ويأخذ اسم الطبيب "تيجاني دمرجي، TIDJANI DAMERDJI"، الطبيب شهيد الثورة الجزائرية الذي سقط في مجال الشرف في (17 أبريل 1957).

تبلغ سعة مستشفى الدكتور تيدجاني دمرجي في تلمسان (646) سريراً ويغطي كثافة سكانية تبلغ (1.5) مليون نسمة. كما يحوي المركز الإستشفائي الجامعي على مختلف المصالح الاستشفائية في مختلف التخصصات الطبية والتي تضم (44) قسم ومختبر متخصص. <http://www.chu-tlemcen.dz/>

إن مصلحة الطب النفسي والعقلي واحدة من مصالح المركز الإستشفائي الجامعي د. دمرجي الذي يقع في قلب مدينة تلمسان وتنتشر ملاحظه في مختلف أحياء المدينة.

إن مصلحة الطب النفسي والعقلي هي مصلحة تقوم بالتكفل بالحالات النفسية والعقلية.

الجدول رقم (03): يوضح عدد وتوزيع طاقم المصلحة.

طاقم المصلحة.			
ملاحظة	مكان النشاط	العدد	نوع الوظيفة
تقوم بتنظيم المواعيد وتسجيل جميع النشاطات.	مكتب في كل قسم.	6	سكرتاريا
دورهم تقديم الاستشارات في كل المصلحة كل حسب الجهة المكلف بها في البرنامج.	كامل المصلحة.	22	نفساني عيادي
تقديم النشاطات الذهنية والترفيهية للمرضى.	مكتب خاص.	3	معالج مهني
دورهم تقديم الاستشارات في كل المصلحة كل حسب الجهة المكلف بها في البرنامج.	كامل المصلحة.	8	طبيب نفساني
	كامل المصلحة.	12	طبيب مقيم
تقديم الرعاية الصحية والإرشاد وتوفير احتياجات المرضى والإشراف عليهم.	قسم الذكور والإناث والاستعجالات.	16	ممرض
تقديم الفحص الطبي.	مكتب في الطابق السفلي.	3	طبيب عام
يعملون وفق برنامج المداومات.	كل المصلحة.	22	عامل مهني

• كما يضم كل تخصص من التخصصات الثلاث (تمريض، طب، علم نفس) منسق من اجل خلق فضاء التواصل مع

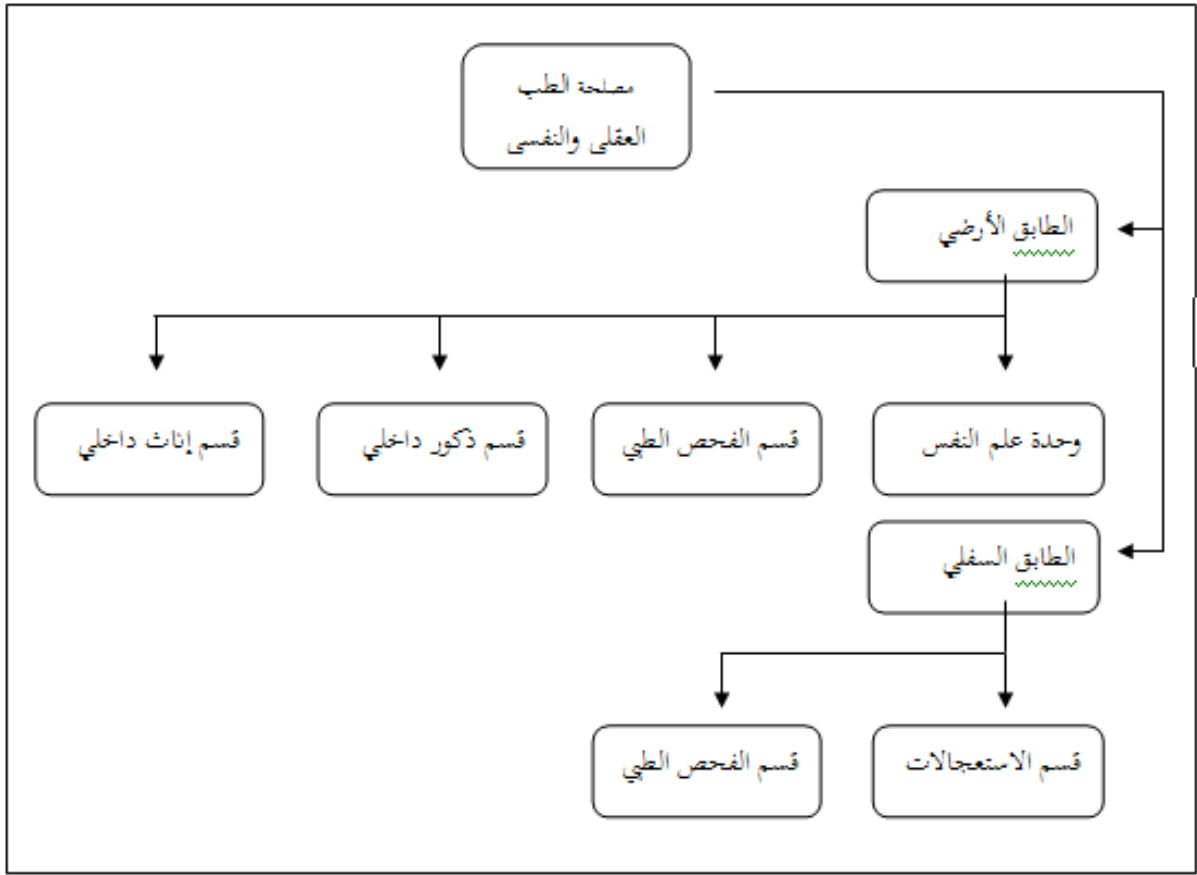
الإدارة والعمال، بالإضافة إلى رئيس المصلحة.

القاعات وغرف العلاج:

تحتوي المصلحة على طابقين أرضي وآخر تحتي، يحتوي الطابق التحتي على قسمين قسم للاستعجالات وقسم للفحص اليومي.

يجوي الطابق التحتي قسم الاستعجالات المتكون من مكتبين للفحص والعلاج الاستعجالي يتعاقب عليهما الأطباء النفسانيين والمقيمين وكذا بتواجد المرضين على مدار الوقت من أجل التحكم في مسار العمل العلاجي وضبط المريض المتهيج إن لزم الأمر. والقسم الثاني للاستشارات اليومية التي يقدمها الأطباء النفسانيين في المكاتب الخمس ويجوي أيضا على مكتب السكرتارية التي تنضم أمور الاستشارة، وغرفة للفحص الطبي التي يتعاقب عليها الأطباء العامون وغرفة كبيرة للصيدلية التي تحوي على الأدوية التي تقدم إلى المرضى المقيمين أو بعض المرضى المحتاجين.

بينما يجوي الطابق الأرضي على أربع أقسام قسم لوحدة علم النفس التي تضم (3) مكاتب للاستشارة النفسانية والتي بدورها يتعاقب عليها النفسانيين حسب البرنامج وحسب المواعيد التي تنضم من قبل السكرتارية بالإضافة إلى مكتب للطبيب النفسي. قسم خاص لمصلحة الطب النفسي وتحوي على سبعة مكاتب فحص واحد للنفسانيين وواحد لرئيس المصلحة وأربع لباقي الأطباء لكن يمكن استخدام أي مكتب من المكاتب من أي فرد من الطاقم، في حين يبقى مكتب مخصص للسكرتارية. قسمان داخليان واحد لإقامة الذكور وواحد للإناث، فيحوي قسم الذكور على (12) غرفة بطاقة استيعاب ل (24) مريض وتخصص إحداها إلى غرفة العزل (Chambre d'isolement) للمريض المحتاج وغرفة كبيرة للإطعام وضع فيها تلفاز للترفيه وتوجد غرفة الاسترخاء للطاقم الطبي وغرفة علاج يتعاقب عليها النفسانيون والأطباء حسب الحاجة، إضافة إلى دش ومراحيض، هذا إلى جانب فسحة خارجية تحوي على ألعاب وفضاء أخضر للاسترخاء أو النشاط. ويجوي قسم الإناث على (7) سبع غرف بطاقة استيعاب ل (15) مريضة وغرفة فحص يتعاقب عليها النفسانيون والأطباء وغرفة للمعالجين الفنيين لممارسة النشاطات الذهنية والترفيهية وغرفة للعلاج بالكهرباء وغرفة لاسترخاء الطاقم وغرفة للإطعام وحمام ومراحيض وأيضا فسحة خارجية لتلقي ضوء الشمس والمشى.



الشكل رقم (03): مخطط توضيحي للهيكل التنظيمي لمصلحة الطب العقلي والنفسي. (إعداد الطالب)

2-3 القطب الاستشفائي للأمراض العقلية أفينيون C.H.Avignon:

هو قطب استشفائي خاص بالتكفل بالأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية لكل الشرائح في منطقة الجنوب الفرنسي

"فوكلوز، Vaucluse" ويغطي مساحة (600000) نسمة، ويحتوي على عدة أقسام ومراكز وكذا مصالح تعمل كلها في المجال

النفسي والتي تنقسم بدورها إلى وحدات متخصصة، تتوزع على كامل المنطقة.

- المراكز الطبية النفسية: (14) مركز (وحدات الأمراض المستعصية، وحدات علاج مقيدة للأفراد الخطيرين، وحدات الاستشارة

العصبية والمعرفية، وحدات تعديل العمليات العصبية، وحدات علم النفس الضحايا والطب النفسي الشرعي، وحدة علم النفس

الصدمي، وحدة والدين طفل، فرقة جهوية لتشخيص طيف التوحد ومنصة تقنية مكيفة لمختلف الاستدعاءات...)

- المراكز الاستعجالية اليومية: (343) سرير.

- مصالح التكفل الكامل: (444) سرير و (2250) عامل من بينهم (125) طبيب و (20) نفساني، تحوي مراكز ومنشآت

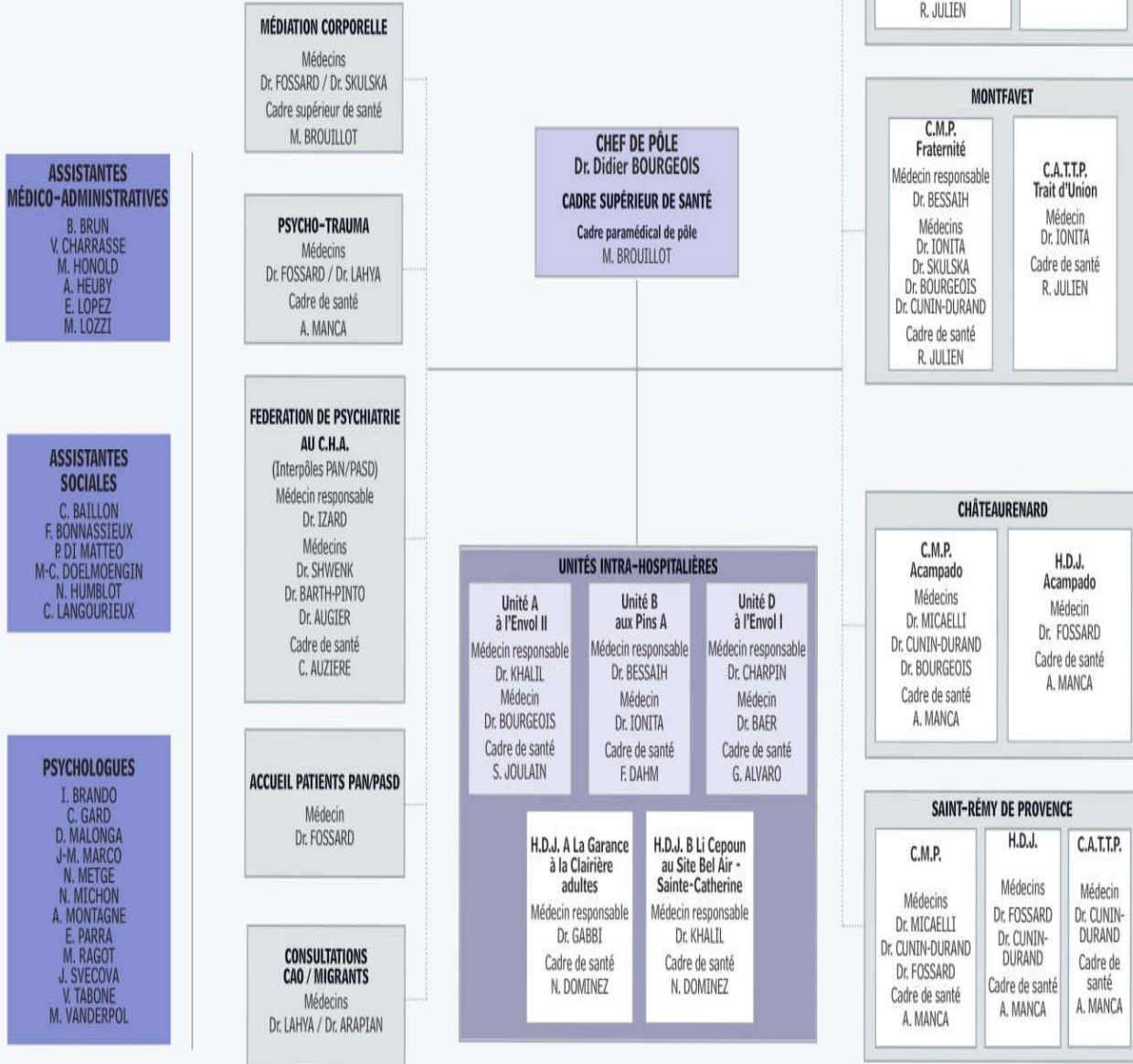
لاستقبال المرضى ومراكز الإيواء مع مكاتب للتوجيه، العديد من وسائل النقل من حافلات وسيارات إسعاف وسيارات للتنزهات،

وكذا توفر بطاقات للنقل العمومي لمنعدي الدخل وأصحاب الدخل المحدود من المرضى والمشردين الذين يتابعون حصص العلاج بذات القطب، ووحدة التكفل المتنقلة).

- مراكز النشاطات العلاجية: (من بينها (7) ورشات للعلاج بالوساطة الخلاقية (Therapie a Mediation Créatife) أو ما يشبهه إلى حد ما العلاج بالفن وتتضمن الرسم والنحت، المسرح، التصوير الفوتوغرافي، الإنشاد والعزف، فن تقطيع الكتب، الرقص وإعادة إحياء الأشياء بالفن. والتوجيه إلى ورشات الطبخ، والخياطة، وأيضا حصص للتدريب الرياضي مثل التنس والتايشي وكرة السلة وكرة الطاولة... وأيضا تنظيم ورشات للألعاب الذهنية مع المرضى المقيمين).

بينما تركز الجهد حول وحدة علم النفس الصدمي لإثراء المعارف حول الصدمة النفسية والاضطرابات المصاحبة لها وطرق التكفل التي تقدم بذات القطب لهذا النوع من المرضى، حيث تضم (3) أطباء نفسانيين و(3) نفسانيين عياديين و(6) ممرضين ومساعدتين اجتماعيتين مع طاقم إداري مخصص لكافة المصلحة بوحداتها المختلفة، كما أن وحدة علم النفس الصدمي تشكل فرقة التدخل الاستعجالي الطب-نفسى أثناء الحوادث والكوارث.

ORGANIGRAMME PÔLE AVIGNON SUD DURANCE



الشكل رقم (04): مخطط توضيحي للهيكل التنظيمي للقطب الاستشفائي (افينيون_مونتفافي)

3-3 مركز جمعية سارب S.A.R.P الجزائر العاصمة دالي إبراهيم:

الجمعية الجزائرية للبحث النفسي (S.A.R.P) هي إحدى الجمعيات العلمية في الجزائر والمعتمدة في العاصمة منذ سنة (1989)، وتضم عدد من النفسانيين العياديين والمعالجين والأطباء النفسانيين وكذا أساتذة وباحثين في علم النفس، ويستقر مقرها في الجزائر العاصمة في (27) شارع بولودروم بدالي إبراهيم (27 rue du Boulodrome DellyIbrahim) تقوم بمهام متعددة من بينها:

- تقديم العلاج النفسي والتدخل الوقائي والمساعدة النفسانية.
 - تطوير البحث العلمي في مجالات علم النفس والتربية والأرطفونيا.
 - تقديم التدريب والتكوين في العلوم النفسية لتحسين مستوى النفسانيين عبر الوطن.
 - التكوين في العلاجات النفسانية من طرف هيئات علمية داخل مقر الجمعية.
 - تقنين مقاييس واختبارات نفسية ومشاركتها ضمن دورات تكوينية أو عن طريق البيع المباشر.
 - تنظيم ملتقيات وندوات وطنية ودولية.
 - جمع الكتب في مكتبة المقر بالجمعية لمشاركتها مع المنخرطين.
 - إصدار مجلة سنوية (Psychologie) وهي ضمن الأرضية الوطنية للمجلات المحكمة (ASJP) ولها عدد خاص بالصدمة النفسية نشر سنة (1999-2000) وقد كان في عددها الثامن (08).
- وتتكون الجمعية بذاتها إلى عدة مراكز تابعة تتولى كل منها مهام متعددة ومختلفة، نذكر من بينها المراكز الثلاث المتأسسة منذ نشأة الجمعية:

- مركز الوقاية والتكفل النفسي:

هو جزء من مقر الجمعية الكائن بدالي إبراهيم، ويشغل مهاما تتمثل في التكفل بالأفراد الذين يعانون والمصابين باضطرابات نفسية وكذا الوقاية منها، بالإضافة إلى تأطير والإشراف على النفسانيين بصفة دائمة.

- مركز المساعدة النفسية:

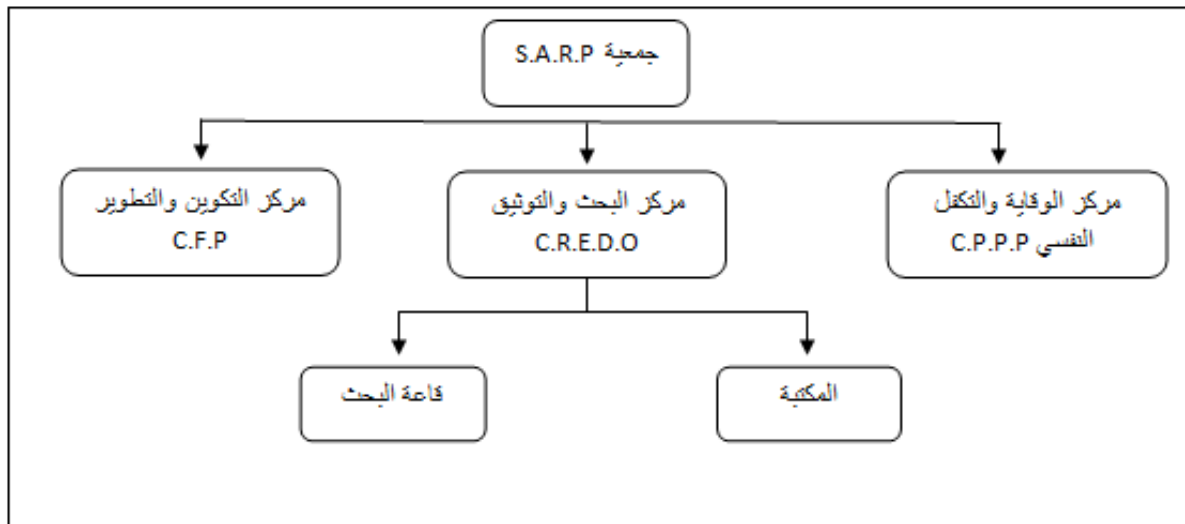
مقره دائرة سيدي موسى بالعاصمة، وقد بدأ نشاطه في سنة (2000)، وتتركز مهامه في التكفل النفسي، الاجتماعي والقانوني بضحايا العنف الإرهابي.

بينما موظفو المركز ينقسمون إلى نفسانيين معالجين وعياديين، مساعدين اجتماعيين، متخرجة قانون، سكرتيرة وحارسين. وأصبح المركز يفتح بشراكاته مع المحيط المحلي من معلمين وأساتذة من مختلف المؤسسات (مدارس ابتدائية، متوسطات، ثانويات ومركز التكوين المهني) بهدف توعية المسؤولين عن الأطفال والمراهقين عن تطورهم ونموهم النفسي والذهني بالإضافة إلى مختلف المشاكل والأزمات لكل مرحلة للفهم والمساعدة بفعالية أكبر أثناء ممارستهم لوظائفهم التربوية والمهنية. ويكون هذا بتنظيم أيام تحسيسية وتوعوية داخل المؤسسات المذكورة.

- مركز قورصو:

أسس هذا المركز خصيصا لمنكوبي وضحايا زلزال بومرداس ومقره دائرة قورصو، كان هدفه التكفل النفسي بالضحايا وقد قدم خدماته بين سنة (2003) إلى سنة (2006).

ويكون هيكل الجمعية كالشكل الآتي:



شكل رقم (05): يوضح الهيكل التنظيمي لمقر الجمعية. (نبيلة عتيق، 2013، ص 110)

4- التكوين في ال EMDR.

لقد بدأ التكوين في العلاج النفسي بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين في الجزائر بعد تعرف الطاقم العلاجي في زلزال بومرداس على هذا العلاج الجديد فقد استفاد اثنين من الأطباء النفسانيين من تكوين مجاني بدأ من سنة (2004) إلى سنة (2005) وتمكنا من الحصول على شهادة تسريح للممارسة في هذا العلاج سنة (2006) وكان التكوين بفرنسا في الجمعية

الفرنسية لهذا العلاج (EMDR France) وهي الجمعية الأولى التي بدأت بتقديم التكوين في الـ (EMDR) بالشراكة مع هيئات خارجية وتلتها بعد ذلك جمعيات أخرى تابعة لها.

وبعد دخول هذا العلاج إلى الجزائر لاقا استحسانا لدى المعالجين الجدد، لذا بدأ التكوين داخل الجزائر عن طريق الجمعية الفرنسية (EMDR France) في مقر جمعية سارب (S.A.R.P) المتمركزة بدالي إبراهيم وأيضاً في مناطق أخرى من القطر الوطني بالتنسيق مع جمعية سارب (S.A.R.P)، ويكون هذا التكوين مقسماً إلى قسمين أساسيين من أجل الحصول على شهادة الممارسة بينما تتخلله المرافقة الدائمة من قبل هيئة المكونين التي تضم مكون محاضر لكل مستوى ومكونين مسهلين لاكتساب المادة العلمية التي تحول إلى تطبيق من خلال الممارسات أثناء التكوين، ويولي كل مستوى مراقبة من قبل مكونين مراقبين يخضع لها كل مرشح يكون عليه تقديم دراسة حالة مفصلة عن طريقة العلاج والأساليب المستعملة وأيضاً يقوم بتقديم فيديو لتبان مدى إتباعه الطرق الصحيحة للبروتوكول. وسنذكر النقاط الأساسية لكل مستوى من المستويين.

المستوى الأول: بعد قبول الترشح من قبل لجنة انتقاء المرشحين للتكوين والذين يكون عليهم إتمام ثلاث سنوات من الممارسة العيادية، ثم دفع رسوم التسجيل تبعاً في كل مستوى ومراقبة أعمال منجزة.

فبرنامج المستوى الأول من التكوين يحتوي على معطيات ومعلومات وممارسات يجب على المرشح أن يتعلمها ويتقنها من أجل المرور إلى المستوى الثاني من العلاج، وتبلغ مدة التكوين فيه (30) ساعة فتكون كالاتي:

كما علمنا من الإطار النظري أن هذا العلاج كان موجه بصورة مركزة إلى الاضطرابات الناشئة عن أحداث صدمية فلذا يبدأ التكوين بمعلومات عن كيفية حدوث الصدمة ومعطيات عن علم النفس الصدمي.

ويولي هذا التقديم سرد لتاريخ نشأة علاج الـ (EMDR) وكيف تطور ليصبح على شكله الحالي وما هي المؤسسات التي تعترف به كعلاج.

شرح وتفسير النموذج الذي يقوم عليه العلاج ألا وهو نموذج المعالجة التكوينية للمعلومات (A.I.P) والذي سبق ذكره في الجانب النظري الخاص بالعلاج.

يلي هذا المرور إلى تعلم المراحل السبعة الأولى من العلاج وممارسة تطبيقات كل مرحلة على حدة وذلك في الخطوات التالية:

- المرحلة الأولى والتي هي تاريخ الحالة ووضع خطة استهداف.

- مرحلة التحضير وهي المرحلة الثانية.

- ويليهما الممارسة التي تكون بتطبيق البروتوكول الخاص بالمرحلتين السابقتين (الأولى والثانية) بمرافقة المكونين المساعدين.
 - المرحلة الثالثة، يتم تعلم عملية ومنهجية البروتوكول في التقييم.
 - المرحلة الرابعة، مرحلة إبطال التحسس أو إزالة الحساسية للحدث المستهدف.
 - ويليهما الممارسة التي تكون بتطبيق البروتوكول الخاص بالمرحلتين السابقتين (الثالثة والرابعة) بمرافقة المكونين المساعدين.
 - المرحلة الخامسة وهي مرحلة تثبيت الاعتقادات الايجابية.
 - المرحلة السادسة التي تكون عبارة عن المسح الجسدي للمريض.
 - الاختتام في المرحلة السابعة وطرقه لغلق الحصص المكتملة والغير المكتملة منها.
 - ويليهما الممارسة التي تكون بتطبيق البروتوكول الخاص بالمرحل الثلاث السابقة (الخامسة، السادسة والسابعة) بمرافقة المكونين المساعدين.
 - المرحلة الثامنة إعادة التقييم للحصص الموالية وسيناريو المستقبل.
 - ويليهما الممارسة التي تكون بتطبيق البروتوكول الخاص بالمرحلة (الثامنة) بمرافقة المكونين المساعدين.
- ← ويتكون كل تمرين لتطبيق المراحل وممارسة البروتوكول من ثلاث مرشحين يقوم اثنان بدور المعالج والعميل ويكون على الثالث دور المراقب ليدون كل العميلة ليأتي المكون المساعد ليرى مدى إتباع المرشحين للبروتوكول، ثم يغير المرشحون الأدوار...
- وبعد الانتهاء من اكتساب المعارف والتقنيات في هذا المستوى يقوم كل مرشح بتطبيق العلاج على حالات في إطار مكان عمله ليعود بها ليلاحظها المراقب المشرف في بروتوكول مكتوب وفيديو مسجل وأكثر من (10) استشارات لثلاث حالات على الأقل، حين يقدم المشرف تعليقاته ونصائحه حول هذا التطبيق الذي يكون في حصتين متفرقتين تبلغ كل واحدة منهما (08) ثمان ساعات من الإشراف والمراقبة.
- المستوى الثاني:** بعد الحصول على الموافقة بتخطي المستوى الأول من التكوين ينضم المرشح إلى مجموعة المستوى الثاني الذي يكون برنامجه مكتملا للمستوى الأول، ويحتوي هو أيضا على معطيات ومعلومات وممارسات تساعد المرشح على الاستمرار في العمليات العلاجية المعقدة والتي تظهر فيها صعوبات علاجية، وتبلغ مدة التكوين فيها (25) ساعة فتكون كالآتي:
- إعادة التذكير بالبروتوكول بمراحله الثمانية.
 - طرق استعمال البروتوكول مع الصدمات المعقدة.

- ويليهها ممارسة هذه المكتسبات بمرافقة المكونين المساعدين.
- كيفية استئناف حصة غير مكتملة بدأ من المرحلة الثالثة المصغرة.
- تقنيات مساعدة أثناء حدوث إعاقة تحجب استمرارية العلاج.
- ويليهها ممارسة هذه المكتسبات بمرافقة المكونين المساعدين.
- إعادة التركيز على المرحلة الثامنة "إعادة التقييم" وسيناريو المستقبل.
- طرق استعمال البروتوكول مع بعض الحالات والاضطرابات (الحداد، الفوبيا، الأطفال..).
- ويليهها ممارسة هذه المكتسبات بمرافقة المكونين المساعدين، مع تخصيص لكل البروتوكول بمراحله الثمان والمكتسبات المساعدة على تخطي المعوقات.

← وفي هذا المستوى يكون أيضا على المرشحين إتباع نفس طرق التعلم السابقة أي يتكون كل تمرين من ثلاث مرشحين يقوم اثنان بدور المعالج والعميل ويكون على الثالث دور المراقب ليدون كل العميلة ليأتي المكون المساعد ليرى مدى إتباع المرشحين للبروتوكول، ثم يغير المرشحوں الأدوار...

وبعد الانتهاء من المستوى الثاني يقوم كل مرشح بتطبيق العلاج على حالات أكثر في إطار مكان عمله ليعود بما ليلاحظها المراقب المشرف في بروتوكول مكتوب وفيديو مسجل وأكثر من (25) استشارات لتسعة (09) حالات على الأقل، حين يقدم المشرف تعليقاته ونصائحه حول هذا التطبيق الذي يكون في حصتين أخريين متفرقتين تبلغ كل واحدة منهما (08) ثمان ساعات من الإشراف والمراقبة.

← بعد المرور من المستوى الثاني يتبقى على المرشح أن يقدم حالة مفصلة بدقة في حصة منفصلة تدوم أربع (04) ساعات تجعله يكسب التسريح اللازم بعد تقديمها على الصورة الصحيحة وذلك للحصول على شهادة الممارسة العلاجية لإبطال التحسس

وإعادة المعالجة بحركات العين التي تقدم من الجمعية الفرنسية (IF-EMDR). <https://www.emdr-france.org/>

5- مراحل الدراسة الأساسية.

أ- مجتمع الدراسة:

لقد قامت الدراسة على مجموعة بحث مقسمة إلى قسمين (مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية) وتكونت من مجموع المراهقات اللاتي تعرضن إلى العنف الأسري وتعانين من اضطراب ما بعد الصدمة.

فبعد قيامنا بالدراسة الاستطلاعية وحث العاملين في الإطار الصحي من نفسانيين وأطباء وممرضين بتوجيه المراهقات اللاتي تعرضن إلى العنف الأسري دون تعريف العلاج (فقط توجيههن إلى مصلحة علم النفس مكان تلقي العلاج) أو حضورهن بتوجيه آخر خارجي لطلب العلاج في ذات المكان.

فبعد قدوم الحالات يتم أخذ موافقتهم وموافقة ولي الأمر بالمشاركة في الدراسة وموافقتهم على استخدام النتائج لأغراض علمية مع إبقاء هوياتهن سرية.

بينما كان عدد المراهقات (16) مراهقة في كامل مجموعة البحث مقسمات على مجموعتين، مجموعة تجريبية مكونة من (08) حالات ومجموعة ضابطة مكونة من (08) حالات.

● مواصفات عينة الدراسة الأساسية:

حيث تتوفر فيهن المعايير التالية:

- عمرهن بين (16 و20) سنة.
- تعرضن للعنف من طرف أحد أفراد الأسرة.
- التأكد من أن التشخيص يكون اضطراب ما بعد الصدمة حسب DSM5.
- تأكيد موافقتهم على إنهاء عملية العلاج والتقييم التي ستدوم مدتها أكثر من ستة أشهر.
- الموافقة على إدراج النتائج في البحث مع الحفاظ على سرية الهويات.
- مقيمات في ولاية تلمسان ولا تحتجن إلى مترجم للتحدث وفهم اللغة العربية.
- الموافقة على إنهاء المسار العلاجي والتقييمي.
- لا تكون أم عازبة، وأن تكون غير متزوجة.
- تقطن مع عائلتها في بيت واحد.
- عدم تعرضهن للعنف طول المسار العلاجي وحتى نهاية التطبيق التبعي للمقياس.
- ليس لديهن اضطرابات عقلية.
- لا تستخدم عقاقير نفسية أو مخدرات.

- ليس لديهم موانع استعمال الـ (EMDR) (الحالة الصحية الضعيفة، الاضطرابات العصبية والعقلية، اضطرابات و / أو ألم في العين...).

جدول رقم (04): يبين مواصفات أفراد العين الضابطة.

المتغيرات	الملاحظة
طبيعة الصدمة	نتيجة عن حادث (حوادث) صدمي مرتبط بالعنف الأسري.
سن العملية	2: 16 / 2: 17 / 1: 18: 1: 19: 2: 20
المستوى الدراسي	1: ابتدائي / 3: إكمالي / 3: ثانوي / 1: جامعية
الفئة المهنية الاجتماعية	3: مكثات في المنزل / 3: طالبات / 1: منطفة في منزل / 1: عاملة في ورشة.
الوقت بين الصدمة وطلب العلاج	2: سنتين / 3: بين سنة وسنة ونصف / 1: ثمان و 11 شهرا / 2: ستة أشهر
وقت العملية العلاجية بالـ (EMDR)	معدل زمن الحصص العلاجية: من (45-70) دقيقة للحصة الواحدة/ معدل عدد الحصص: من (5 إلى 8) حصص.
نوع العنف	عنف أسري
الآثار المترتبة	آثار نفسية وجسمية
المعتدي	1: الأب / 2: الأخ / 1: الجد / 2: الأم / 1: زوجة الأب / 1: الأخت والأم.
مواقبت تطبيق المقياس	فحص قبل العلاج وفحص بعدي أولي بعد العلاج مباشرة / ثم بعد 3 أشهر / ثم بعد 6 أشهر.

جدول رقم (05): يبين مواصفات أفراد العينة التجريبية.

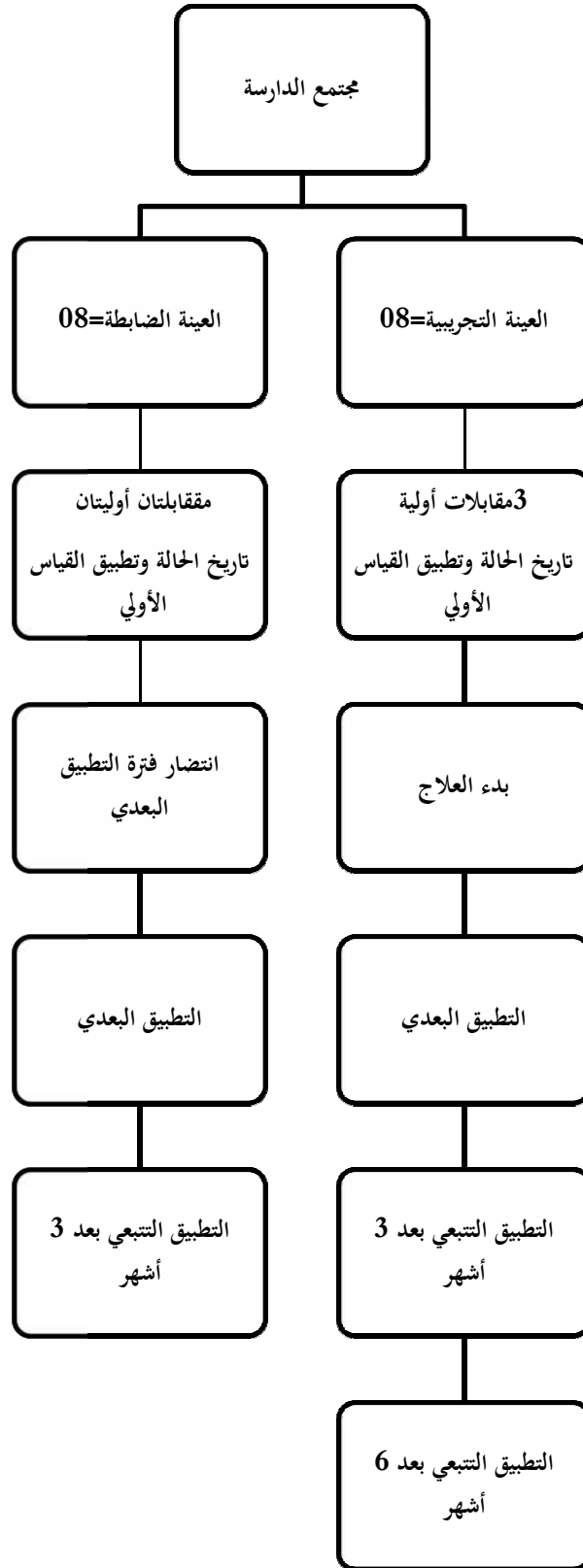
المتغيرات	الملاحظة
طبيعة الصدمة	نتيجة عن حادث (حوادث) صدمي مرتبط بالعنف الأسري.
سن العملية	1: 16 / 2: 17 / 3: 18: 2: 20
المستوى الدراسي	2: ابتدائي / 3: إكمالي / 2: ثانوي / 1: تكوين مهني (مستوى 1 ثانوي).

الفئة المهنية الاجتماعية	1: مأكثة في المنزل/ 4: طالبات/ 1: موظفة متاجر/ 1: عاملة في ورشة/ 1: ناشطة في جمعية.
الوقت بين الصدمة وطلب العلاج	1: سنتين/ 2: بين سنة وسنة ونصف/ 3: ثمان و 11 شهرا/ 2: ستة أشهر.
وقت العملية العلاجية بالـ EMDR	لم تتلقى هذه الفئة حصص علاجية، بل شاركت في حصص جمع المعلومات.
نوع العنف	عنف أسري
الآثار المترتبة	آثار نفسية وجسدية
المعتدي	2: الأب/ 2: الأخ/ 1: الأم/ 1: ابن العم/ 1: الأب والأم/ 1: 2 من الإخوة.
مواقيت التطبيق	فحص قبل العلاج وفحص بعدي أولي بعد علاج منح تجريبية مباشرة/ ثم بعد 3 أشهر.

● إجراءات الدراسة الأساسية:

- أولا يتم تقديم مقابلات أولية للمجموعة ككل ليتم الاطلاع على تاريخ الحالة وجمع أكبر قدر من المعلومات عن طريق شبكة الملاحظة ويتم ذلك دون صيغة علاجية وتعتبر هذه الخطوة مهمة من عدة نواحي:
 - التأكيد أن هذه الدراسة لا تسجل أسماء الحالات وتكون سرية.
 - الاتفاق وتبيان على القواعد الأساسية للدراسة.
 - شرح كيف تتم الدراسة والعلاج وتعيين العينة التجريبية والضابطة عن طريق الاختيار العشوائي (حسب الزمن المسجل لطلب العلاج).
 - ملاءمة شبكة الملاحظة.
 - لتحديد طبيعة العنف وأيضا ما إن كانت الفتاة قد تعرضت للعنف حقا من أحد أفراد العائلة ومن هو بالتحديد.
 - ما هي قصة الأحداث العنيفة وكيف تحولت إلى العنف.
 - هل تتوفر لدى الحالة أعراض ظاهرة من اضطراب ما بعد الصدمة كتشخيص أولي وما هي الأعراض الأكثر شدة.
 - التأكد من أن الأعراض تشخص على أنها اضطراب ما بعد الصدمة أو نفيها حسب DSM5.
 - تبيان المسائل المتعلقة بالقانون وحماية الأفراد.

- فرز ما إن كانت الحالة توافق شروط الدراسة أم لا.
- ويتم أيضا تطبيق مقياس "دافدسون، Davidson" في ثان أو ثالث حصة لقياس شدة اضطراب ما بعد الصدمة. وبعد التأكد من أن الحالات توافق الشروط المستهدفة يبدأ تقديم العلاج للمجموعة التجريبية على أساس أنّ هؤلاء المراهقات هن أول من قدمن إلى المصلحة، ويقدم العلاج يومين في الأسبوع على أساس حضور أربع (04) حالات في كل يوم أي (08) ثمان حصص في الأسبوع، كما يتم الطلب من العينة الضابطة وجعلها تنتظر وقت استدعائهن لتطبيق المقياس تزامنا مع تطبيقه على العينة التجريبية، هذا لا يعتبر تركهن للمعانات بل أن طاقة المعالج لا تستوعب هذا الكم من الحالات وقد تم شرح الموقف بهذه الطريقة لتجنب إعاقة العلاقة العلاجية. بعد الانتهاء من العلاج الذي يدوم فترة أقصاها (7) أسابيع بعد التطبيق القبلي للاختبار، وبعد التأكد من أن سلم ال (SUD) الذي يثبت التعافي من الاضطراب أثناء العلاج، والذي يظهر مرتفعا عند نسبة تنجه إلى أقصاه والذي يقدر بـ (10/10) في بداية العلاج ثم يبدأ بالانخفاض تدريجيا بعد نجاح العلاج نحو أدنى نسبة له التي تقدر بالـ (10/00) أو نسبة الواحد (01) الايكولوجي، وعند بلوغ أدنى نسبة تتوصل إليها المريضة يطبق المقياس للمجموعتين مرة ثانية في تطبيق بعدي وانتظار عودتهن للتقييم التبعي بعد مدة ثلاث أشهر من نهاية العلاج للمتابعة ودراسة الفروق مع العينة الضابطة، في هذه المرحلة يتم تقديم العلاج للعينة الضابطة بعد هذا القياس كما كان مخططا له وكما جرى العقد الأولي. هكذا وبعد جرد النتائج يمكن تحديد الفروق بين المجموعتين في بداية العلاج ونهايته. ثم زيادةً على هذا يتم تطبيق تبعي للمقياس على العينة التجريبية بعد مدة ستة (6) أشهر للتأكد من عدم حدوث الانتكاسة للعينة التجريبية.



الشكل رقم (01): يوضح مجريات الدراسة الأساسية.

6- المنهج المستخدم في البحث.

يعرف "منسي" (2003) منهج البحث على أنه: "خطوات تطبيق الإطار الفكري الذي يسلكه الباحث والطرق المدروسة التي تقتضي جمع البيانات واختبارها بأسلوب منظم." (منسي، 2003، ص 201)

فأهمية البحث تبرز باتخاذ إجراءات محددة بمنهج البحث العلمي المحدد، والمنهج العلمي في جميع خطواته يشمل قواعد يتم وضعها من قبل الباحث من أجل دراسة الإشكاليات المطروحة والمراد الكشف عن الحقيقة العلمية مع كل الأدلة الممكن توفرها وملاحظتها لتأكيد صدق النتائج المتوصل إليها. فباتباع المنهج تتوضح الخصائص والحجم ودرجة ارتباط جميع الظواهر المراد دراستها والقائمة عن طريق جمع المعلومات وتصنيفها وتنظيمها والتعبير عنها كما وكيفا مما يسهل فهم العلاقات بين الظاهرة المراد دراستها ومتغيرات الدراسة الأخرى التابعة، لنفي الشكوك المتعلقة بالحكم العشوائي. (Imer Lakatos, 1989, p.p 193-195)

اعتمدت الدراسة الحالية على **المنهج التجريبي الكلينيكي** ذي التصميم التجريبي المزدوج، وهو التصميم بين المجموعات (تجريبية - ضابطة)، وداخل المجموعات (قبلي - بعدي)، حيث يسمح هذا المنهج بدراسة الظاهرة وملاحظة التغيرات التي تطرأ على كلا المجموعتين من خلال دراسة معمقة ودقيقة تركز على استعمال أدوات علمية نوعية كيفية وكمية، منها الملاحظة العيادية وتطبيق المقاييس النفسية في فترات ولكلا المجموعتين، فيوضح خصائصها وحجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى القائمة عن طريق جمع المعلومات وتصنيفها وتنظيمها والتعبير عنها كما وكيفا مما يسهل فهم واستنتاج العلاقات بين الظاهرة المراد دراستها والمتغيرات التابعة الأخرى. ثم مقارنة التطورات والتغيرات الحاصلة بين مجموعتي البحث (التجريبية والضابطة) في مدى اختلاف القياسات في مقياس "دافيدسون، Davidson" لقياس اضطراب ما بعد الصدمة في المراحل المحدد والمختلفة من تطبيقه سيرا مع تقديم العلاج للمجموعة التجريبية.

ويمكن التأكد بأن النتائج المتحصل عليها من الدراسة ذات صدق عال، ويمكن تفسيرها بطرق تحليلية وعقلية التي يتيحها كلا المنهجين للاستناد عليها في وصف الظاهرة المدروسة، والوصول إلى الروابط بين العلاج المقدم ومدى وجود تحسن لدى حالات الدراسة والتعافي من الاضطراب المستهدف بخلاف المجموعة الضابطة التي لا تخضع لمتغير العلاج فتظهر لنا المفارقات والاختلافات الحاصلة في نهاية المطاف لتؤكد من صحة الفعالية التي يقدمها العلاج لحالات الدراسة.

بعد الانتهاء من التدريب والتكوين في العلاج النفسي لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال (EMDR) على أيدي خبراء من الجمعية العالمية لهذا العلاج (EMDRIA) تمّ تقنين البروتوكول العلاجي إلى اللغة العربية (مجاهدي، ميموني، 2018، ص 219) لتطبيقه على المجموعة التجريبية المتحدثة باللغة العربية كلغة أولى، والتي شخّصت أنها تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن العنف الأسري.

بعد توجيه المرضى (المراهقات) إلى مصلحة علم النفس مكان تلقي العلاج أو حضورهن لطلب العلاج في ذات المكان يتم أخذ موافقتهم وموافقة ولي الأمر بالمشاركة في الدراسة وموافقتهم على استخدام النتائج لأغراض علمية مع إبقاء هوياتهم سرية. بينما في المقابلات الأولية يتم الاطلاع على تاريخ الحالة وتطبيق مقياس دافيدسون. بعد التأكد من أن العينة توافق الشروط المستهدفة يبدأ تقديم العلاج للمجموعة التجريبية على أساس أنّ هؤلاء المراهقات هن أول من قدمن إلى المصلحة، كما يتم الطلب من العينة الضابطة انتظار فترة إلى استدعائهن لتطبيق المقياس تزامنا مع تطبيقه على العينة التجريبية. بعد الانتهاء من العلاج الذي يدوم فترة أقصاها (7) أسابيع بعد تطبيق الاختبار، والذي يتبث تعافيا عن طريق سلم ال (SUD) الذي يظهر مرتفعا عند نسبة تتجه إلى أقصى السلم الذي يقدر بـ (10) درجات في بداية العلاج ثم يبدأ بالانخفاض تدريجيا إذا نجح العلاج نحو أدنى نسبة له التي تقدر بدرجة ال (00)، وعند بلوغ أدنى نسبة تتوصل إليها المريضة والانتهاء من العلاج، يطبق مقياس "دافيدسون، Davidson" للمجموعتين مرة ثانية وانتظار عودتهن للتقييم البعدي بعد مدة ثلاث أشهر من نهاية العلاج للمتابعة ودراسة الفروق مع العينة الضابطة، هكذا يمكن تحديد الفروق بين المجموعتين في بداية العلاج ونهايته. ثم زيادةً على هذا يتم تطبيق المقياس على العينة التجريبية بعد مدة (6) أشهر للتأكد من عدم حدوث الانتكاسة.

7- أدوات البحث.

أ- شبكة الملاحظة:

هي أداة مساعدة لتدوين ملاحظات المختص تجاه العميل، تصمم بعد الاطلاع على الخلفية النظرية للاضطراب

ومسبباته. (Albert Ciccone, 2012, p.56)

ب- المقابلة العيادية:

إن طبيعة فروض موضوع الدراسة وأهدافها جعلت المقابلة العيادية أداة واجب وضروري استخدامها بصفة أساسية، ويتم

استخدامها في المقابلات الأولية لجمع المعلومات وتمثيل شبكة الملاحظة وأثناء تطبيق المقياس وفي حصص العلاج.

وتعرفها "كوليت شيلاند، Colette Chiland" بأنها نسق علائقي يجمع بين فردين يكون أحدهما المعالج والآخر يكون المنتفع يشترط فيها الأمانة والموضوعية، وتجري عبر تمرير أسئلة وتلقي أجوبة تمكن المعالج من فهم ومساعدة المنتفع لحل مشاكله وعلاجها، ويكون ذلك عن طريق حوار ديناميكي محدد بالزمان والمكان. (Chiland, 2013, p.22)

ج- مقياس دافيدسون لاضطراب ما بعد الصدمة:

هو أداة تقييمية صممت من طرف "جوناتان دافيدسون، Jonathan R.T Davidson" وزملاؤه سنة (1997) في طبعة أصلية كانت باللغة الإنجليزية (Davidson Trauma Scale) انطلاقاً من مختلف التجارب الصدمية. هدفه قياس تأثير الخبرات الصدمية من حيث تشخيص درجة مدى استرجاعها أو تجنبها أو درجة استئثارها، ترجمه وقتنه د. عبد العزيز ثابت على البيئة العربية. يتكون من (17) بند، يقيس كل بند جانب من جوانب أثر الخبرات الصادمة. الخصائص السيكومترية للمقياس:

لمقياس دافيدسون (17) بند، يقيس كل بند جانب من جوانب أثر الخبرات الصادمة لدى الفرد، له ثلاثة أبعاد

رئيسية وهي استعادة الخبرات الصادمة، تجنب الخبرات الصادمة وفرط الاستئثار، وتوزع هذه البنود كما يلي:

البعد	رقم البند	المجموع
استعادة الخبرة الصادمة	17-4-3-2-1	05
تجنب الخبرة الصادمة	11-10-9-8-7-6-5	07
فرط الاستئثار	16-15-14-13-12	05

مفتاح تصحيح المقياس:

تكون الدرجة الكلية في المقياس مكونة من مجموع درجات الاختيارات المتحصل عليها من الإجابة على البنود وهي كالتالي:

التقييم	التنقيط
أبدا	0
نادرا	1
أحيانا	2
غالبا	3
دائما	4

ويتم تقييم درجة شدة اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن الخبرة الصادمة حسب الفئات التالية:

الفئات حسب الدرجات	الدرجة
أقل من 17	درجة ضعيفة

من 18 إلى 34	درجة متوسطة
من 35 إلى 68	درجة كبيرة (شديدة)

ثبات وصدق المقياس :

لقد تناولت العديد من الدراسات مسألة ثبات وصدق المقياس والذي يكون على النحو التالي:

الثبات:

ثبات الاتساق الداخلي:

تم استخدام الأساليب الإحصائية ومعامل ألف كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي من خلال دراسة تناولت (241) حالة تم انتقاؤهم من ضحايا الاغتصاب وضحايا إعصار اندرو وخلصت نتائج معامل ألفا كرونباخ إلى (0.99).

ولقد استخدم معامل ألفا كرونباخ أيضا لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة أخرى مقارنة تناولت (215) من سائقي سيارات الإسعاف وموظفين عاملين في قطاع غزة حيث خلص معامل ألفا كرونباخ إلى (0.78) وبلغت التجزئة النصفية (0.61). (أبو ليله وثابت وآخرون، 2005)

الصدق:

لقد تم دراسة مصداقية المقياس بدراسة مقارنة مع مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن المواقف الصدمية، وذلك بأخذ مجموعة أفراد مكونة من (120) شخص كانوا ضحية للاغتصاب ودراسة ضحايا إعصار أندرو وكذلك المحاربين القدامى وكانت النتيجة بأن (67) من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم كحالة اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، حيث كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليهم أعراض ضغط ما بعد الصدمة النفسية وهو (62) شخص، (ت، ت) تشير إلى ال (9.37) وقيمة الدلالة الإحصائية تشير إلى (0.0001).

ثبات إعادة تطبيق المقياس:

لقد تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال دراسة مجموعة من الأشخاص دراسة إكلينيكية في عدة مراكز وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكانت قيمة معامل الارتباط تشير إلى ال (0.86) وقيمة الدلالة الإحصائية تشير إلى (0.001). (Davidson,1995)

وفي دراسة لـ "أبو ليله وثابت" (2005) تم تطبيق المقياس على عينة من سائقي الإسعاف وكانت العينة مكونة من (20) سائق وتم إعادة الاختيار بعد أسبوعين وحيث خلصت بمعامل ارتباط بـ (0.86) وقيمة الدلالة الإحصائية بـ (0.001). (عبد العزيز ثابت، 2018)

د- مقياس الوحدة الذاتية للانزعاج SUD:

هو مقياس يستعمله المعالج أثناء العلاج بصفة مستمرة فيطلب من المنتفع تقييم ذاتي لمستوى الانزعاج الذي يشعر به في الحاضر، ويحتوي السلم على (11) درجة أي من (00 إلى 10) بحيث أن رقم (10) يرمز إلى أعلى مستوى من الانزعاج ورقم الـ (00) يدل على أن الانزعاج اختفى وغير موجود، وهكذا يمكن للمعالج تحديد ما إن كان العميل يشعر بالارتياح، وأنه لا بد من الانتقال إلى المراحل الموالية من العلاج. وهذا المقياس كان من ابتكار العالم "وولب، Wolpe" سنة (1958) واستعملته "شايبرو، Shapiro" في شكله الأول، إلا أنها عدلت فيه قليلا خصوصا في العبارات المقدمة للمريض للوصول إلى تقييم وأعطته نسبة أكبر من الاهتمام في قياس نسبة الانزعاج الحاضرة للعميل. (Wolpe.J, 1969)

هـ- بروتوكول علاج إبطال التحسس وعادة المعالجة بحركة العين الـ EMDR:

إن علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين الـ (EMDR) علاج يضم ثمان مراحل لاكتمال العلاج، بينما يجب على المعالج إتباع تلك الخطوات حسب ما ورد في البروتوكول وفيما يلي تلخيص لتلك المراحل:

المرحلة الأولى: ملخص تاريخ الحالة وبرمجة العلاج.

في المرحلة الأولى من العلاج يتبع المعالج الطريقة المعتادة في المقابلة الإكلينيكية من أجل جمع معلومات حول المنتفع ولتوطيد العلاقة العلاجية، واستلام القبول لبدء عملية العلاج، ويمكن التطرق إلى المقابلة الحرة أو النصف الموجهة في جمع المعلومات الضرورية من تاريخ الحالة وموضوع المشكلة واستعراضها مع المنتفع وكذا السلوك والمخاوف التي جعلته يطلب المساعدة. ويجب على المعالج أن يضع خطة بأهداف محددة حتى يتمكن من علاجها واحدة واحدة، ويشرح طريقة العلاج آخذاً بعين الاعتبار السن والخلفية الثقافية وقدرة المنتفع على الفهم من أجل التقيد بإتباع الحصة. فيقول المعالج: "سنستخدم اليوم طريقة تعتمد على تحريك حلقة العين. مطلوب منك أن تقول لي ما يخطر ببالك من الخبرات وما يأتي على عقلك من أفكار، ويمكن من خلال هذه العملية أن تتغير بعض الأمور أو قد لا تتغير، وكل ما هو مطلوب منك أن تقول لي ما الذي يحدث"

- الحدث القديم، تحديد الحدث أو الذكريات المنبع: يحدد المعالج منبع الذكريات المتعلقة بالإشكالية الحالية المراد علاجها التي تمثل المخاوف وبواعث القلق للبدء بها في عملية إبطال التحسس. ثم المرور إلى الذكريات الأقدم فالأقدم، لوضع أفضل خطة تستهدف الذكريات المقلقة واحدة تل والأخرى.

1- المقاربة بالأسئلة المباشرة:

- أحداث الماضي: يقول المعالج: "في الماضي، هل كان لديك نفس الشعور الذي يطابق هذا التفكير السلبي؟.....(يكرر المعالج الاعتقادات السلبية)..... [نعم أم لا] إن نعم نواصل العملية والتوغل للماضي. إن لا يقوم بتتبع الذكريات المنبع:

"متى صادفت لأول مرة هذا التفكير السلبي؟" (استكشاف موضوعات متعلقة بالمشكلة الأصل).....

- ونستعمل التقنيتين الطفو نحو الماضي "Floatback" أو جسر الانفعالات "Pont d'affects" التي يتم تطبيقها فقط في حالة لم ينفع أسلوب الأسئلة المباشرة في تحديد الحدث المنبع:

ملاحظة: هذه الاستراتيجيات يمكن أن تستخرج انفعالات جديدة أو إحساسات جسدية أكثر أهمية، والتي لم يتمكن المنتفع من الشعور بها في بداية المرحلة الأولى (السوابق المرضية وتاريخ الحالة).

2- الطفو نحو الماضي Floatback:

- يجب على المعالج في هذه التقنية استعمال الحدث الأكثر قدما الذي صرّح به المنتفع وتحديدته والبدء كآلاتي: "أنا أدعوك للتفكير مجددا في هذا الحدث.....(يكرر الحدث الأكثر قدما الذي صرّح به المنتفع) وهذه مشاعرك السلبيية.....(يكرر مشاعر المنتفع السلبيية التي صرّح بها في بدأ الحصّة)، ولاحظ الإحساسات التي أحدثتها تذكرها [وقفه] وترك بكل بساطة نفسك تطفو إلى الخلف نحو الماضي، نحو ماضيك، لا تبحث عن الأشياء المشابهة، أترك ببساطة نفسك تسبح أو تطفو إلى الماضي [وقفه] وقل لي ما هي الوضعية التي تأتي إلى ذهنك وصف لي تجاربك الماضية المشابهة لها.....ما الذي يتبادر إلى ذهنك؟".

- إذا كان لا بد من اكتشاف مصطلحات مساعدة.

"هل هناك أحداث حدثت في عائلتك، والتي يمكن أن تكون لها علاقة بالاعتقادات السلبيية؟"

إذا كان دائما مستحيل أن يُحدّد أحداث الطفولة، فيلجأ باستعمال الاحتمالية الثالثة [جسر العواطف]

3- جسر العواطف Pont d'affects :

يستعمل الذكريات الأقدم التي صرح بها العميل في الاحتمالية الثانية [الطفو نحو الماضي]

يقول المعالج: "ركز على الأحداث والمشاعر والأحاسيس في جسمك وأترك ذهنك يفحص الماضي، وفي أول مرة تتذكر الشعور

بهذه الأحاسيس [وقفه] ما الذي يأتيك الآن؟"

- إذا كان لا بد من اكتشاف مصطلحات مساعدة:

"هل هناك أحداث حدثت في عائلتك، والتي يمكن أن تكون لها علاقة بالاعتقادات السلبية؟"

عندما يحدد الحدث المنبع أو المشكل الأساسي وجب على المعالج أن يكمل المرحلة الأولى بإتباعه البرتوكول.

ملاحظة: ما يميز الـ (EMDR) عن غيره من العلاجات أن المنتفع غير مطالب بالحديث عن تفاصيل الحدث التي قد تسبب له آلام مضاعفة، فالحدث لا يهم بقدر ما تم الانفعالات والأحاسيس التي يشعر بها في جسمه.

المرحلة الثانية: التحضير.

يشرح المعالج بالتفصيل الـ (EMDR) للمريض حول آليته وكيفية عمله على الصدمة، هذا يدخل ضمن الثقافة النفسية التي يقدمها المعالج للمنتفع. وينظم المعالج في بدء هذه المرحلة طريقة جلوسه على الكرسي متقابلاً مع المنتفع على شاكلة مرور سفينتين باتجاهين متعاكسين، ويترك للمنتفع اختيار إحدى التقنيات والنوع الذي يفضله: (تقنية حركة العينين، تقنية الصوت المتناوب، التثبيت على الركب) فكلها حركات متناوبة [Sba]، هذه التقنيات المختلفة لها نفس آلية العمل لكن اختيار المنتفع يعبر عن أريحيته لإحداها، وهذا لا يمنع التحوُّل إلى تقنية أخرى في وسط العملية العلاجية.

تعليمات المعالج للمنتفع: "سأفحص في كثير من الأحيان بالسؤال عن ما تشعر به [وقفه] أنا بحاجة إلى أن أسمع لك بأكبر قدر من الوضوح [وقفه] في بعض الأحيان سوف تتغير الأمور، وأحياناً لا [وقفه] فهي ليست المعيار في هذه العملية [وقفه] أعطني ببساطة ودقة ما تشعر به قدر الإمكان وكل ما يحدث دون الحكم ما إذا كان ينبغي أن يحدث أو لا [وقفه] وأترك الأفكار تأتي لذهنك دون جهد"

استعمال الاستعارة: يقول المعالج: "في حالات معينة خلال العلاج قد يساعدنا أن نبنى مسافة بينك وبين التجربة المؤلمة [وقفه] هنا يمكنك استعمال التخيل؟ على سبيل المثال: تخيل أنك تسافر في القطار أو في سيارة وتنظر إلى المناظر الطبيعية، أو أن تنظر

إلى الحدث وكأنه يعرض على شاشته سينمائيه أو شاشته تلفزيون أو على حائط من زجاج. أي من هذه العبارات الهادفة (استعارة) تناسبك؟"

تذكير إشارة التوقف والمكان الآمن: يشرح المعالج تعليمات محددة حول الإشارة باليد للتوقف، وكذا تفحص ما يشعر به المنتفع وما يأتي من بقايا الحدث المستهدف في العملية العلاجية.

يقول المعالج: "تذكر أنه في أي وقت أردت يمكننا التوقف [وقفه] لهذا وببساطة يمكنك أن ترفع يدك (هكذا، إشارة للتوقف)" ويذكر أيضا أنه من الضروري بناء المكان الآمن بإتباع الخطوة القادمة. ومن جهة أخرى يمكن استخدام مؤثر آخر يمكن أن يكون مناسب بالنسبة للمنتفع (على سبيل المثال: الهدوء، السيطرة)

بناء وتطوير وتعزيز المكان الآمن: بناء المكان الآمن مع المنتفع بتقنيات التصور والتخيل والذي يمكن العودة إليه خلال المعالجة في حال شعر المريض بعدم السيطرة على الذكريات المحزنة، وفي هذا الجزء من المرحلة الثانية يمكن أن يتبع المعالج الخطوات العشر التالية من اجل إتمام المهمة بالشكل الموصى به في البروتوكول.

1- **إيجاد الصورة:** يقول المعالج: "أود منك أن تفكر في مكان تعرفه أو مكان من نسج خيالك [وقفه] أين يمكنك التواجد وحدك وتشعر بالهدوء والأمن. حيث يمكن أن يكون هذا المكان على سبيل المثال لا الحصر الشاطئ أو بالجلوس على قمة جبل [وقفه] أين سيكون هذا المكان؟ " هنا يترك المعالج فترة من الزمن للمنتفع ليتمكن من التركيز والعيش ذهنيا في المكان الذي سيختاره، حيث يترك المعالج الاختيار مفتوحا للمفحوص أن يغمض عينيه لمساعدته في تذكر أو تخيل هذا المكان الآمن،.....

2- **العواطف والمشاعر:** يدون ما يصفه المنتفع مرورا بالحواس الخمسة، "عندما تفكر في هذا المكان الآمن والهادئ، سجل ما تسمع وتشعر به من أحاسيس مريحة" [وقفه] "ماذا لاحظت؟".....

3- **التعزيز:** "ركز على هذا المكان الآمن، الهادئ، المناظر، الأصوات، الروائح والأحاسيس التي راودتك وفي جسمك [وقفه] قل لي ماذا لاحظت؟".....

4- **التثبيت بال SBA:** "دع الصورة تأتي لهذا المكان الآمن والهادئ [وقفه] وركز على هذا الشعور الجيد في جسمك واسمح لنفسك بالتمتع بها [وقفه] الآن يمكنك التركيز على تلك المشاعر وتابع هذه الحركات بعينيك (يقوم المعالج بمجموعة حركات

للمنتفع بعدد يكون من [SBA 6-4] ذهاب وإياب) بعد إتقانها يطلب المعالج من المفحوص أن يأخذ نفسا عميقا (شهيق وزفير) ويسأله "كيف تشعر الآن؟"

- إذا كان إيجابيا: يطلب المعالج: "ركز على هذا" وتكرار [SBA 6-4] "ما هو شعورك الآن؟"

(إذا لم تصبح أكثر إيجابية، فيحاول دون استعمال التحفيز الثنائي)

- إذا كان سلبيا: يتم تحديد مع المريض مكان آخر يشعر فيه بالهدوء أو استخدام مكان آخر يكون فيه بكامل الوعي، أو ممارسة التمارين المساعدة على الاسترخاء قبل معاودة تمرين التثبيت بالـ (SBA).

5- الكلمة المفتاح: بمساعدة من المعالج، على المنتفع أن يحدد كلمة أو جملة تصف المكان الآمن لتكون بمثابة رابط نحو تذكره. (أي عندما تُذكر الكلمة أو الجملة تكون مفتاح يقود تفكير المنتفع إلى العودة نحو المكان الآمن فكريا) "في نضرك هل هناك كلمة أو جملة تطابق تماما وتمثل هذا المكان الآمن والهادئ؟"

بعد تحديد المفتاح وان كان بمساعدة المعالج ينتقل المعالج بالقول:

"فكر في.....(ذكر المفتاح) تم لاحظ الأحاسيس الممتعة وشعورك عندما تفكر في كلمة.....(ذكر المفتاح) "الآن ركز على موقع الأحاسيس والكلمة.....(ذكر المفتاح) وتتبع الحركات بعينيك" [4-6 مجموعات من SBA] شهيق ثم زفير. "ما هو شعورك الآن؟"

6- الإعادة الذاتية: "الآن، أود منك أن تعيد هذا التمرين وحدك وأن تترك تلك الكلمات تعود إلى ذهنك مجددا [وقفة] وسجل إذا كان هنا تغيير ايجابي في إحساساتك. (إذا نعم يتم التثبيت والتدعيم بـ [SBA 6-4])

7- الإعادة مع تذكر مشكل مزعج: "الآن، أود منك تذكّر فكرة تزعجك قليلا وتثير قلقك بصفة ضئيلة وتكون حديثة وتذكر الأحاسيس التي تصاحبها [وقفة]، سجل التغييرات التي تحدث في جسمك عندما تتذكر هذه الكلمات أو الجملة [وقفة] وسجل إذا كان هنا تغيير ايجابي في إحساساتك..... (إذا كان تغيير ايجابي يتم التثبيت والتدعيم بـ [SBA 6-4])

8- الإعادة الذاتية مع تذكر مشكل مزعج: "الآن، أنا أطلب منك أن تعيد هذا التمرين وحدك مرة أخرى وذلك بالتفكير في مشكل أو فكرة مزعجة أخرى مثيرة للقلق بصفة ضئيلة، وخفيفة وتكون حديثة [وقفة] لاحظ مرة أخرى التغييرات التي تحدث في جسمك عندما كنت تفكر في هذه الكلمة أو الجملة "

(إذا كان تغيير ايجابي يتم التثبيت والتدعيم بـ [SBA 6-4])

9- التأكيد والتعزيز: " أغمض عينيك، وركز على العواطف وقم بعملية التزيت أو الفراشة وحملك بصورة بطيئة [4-6 مجموعات بصفة بطيئة] [وقفة] وأود أيضا أن أطلب منك التعزيز في المنزل بهذه الطريقة كل التغييرات الإيجابية التي تحصل باستخدام الموقع الآمن".

10- الممارسة المستقلة: يقول المعالج: "أود منك أن تجري هذا التمرين عدة مرات، قبل الاستشارة المقبلة، خصوصا حين تشعر بأنك متضايق أو لديك إنزعاج، اكتب في اليوميات الخاصة أي حدث يكون حدث يفجر أو يثير انزعاجك قد تكون صورة أو إدراك أو المشاعر التي تصاحبه، وسوف نناقش كل هذا في الحصة المقبلة".

+ سيناريو المستقبل: "عندما تفكر في الصعوبات التي حدثت لك سابقا والتي وصفتها لي، كيف تريد أن تصبح في المستقبل وأثناء وضع مماثل؟

+ المكان الآمن: أطلب منك الآن أن تعود إلى المكان الآمن وتترك هذه الكلمة تعود.....(يكرر المعالج الكلمة المفتاح)، قل لي ماذا لاحظت؟".....

يعزز المعالج لفظيا دون مجموعة (SBA)، كي يتمكن المنتفع من التفكير في المشاعر الإيجابية المرتبطة بالمكان الآمن.

المرحلة الثالثة: التقييم

بعد تحديد تاريخ المنتفع على المعالج التأكد أي الإشكاليات يود المنتفع علاجها أولا.

"قل لي على أي قضية (إشكالية / مخاوف / بواعث القلق) ترغب في العمل عليها اليوم؟".....

+ الحدث المفجر الحالي: دائما ما تأتي ظروف في الحاضر لتفجر أحداث الماضي.

"حدد لي أي الحالات التي تواجهك فيها هذه المشكلة وتشعرك بالقلق؟".....

+ الموقف: "اليوم قررنا أن نعمل على هذا الحدث الذي يمثل بداية المشاكل الخاصة بك.....(يكرر الحدث المنبع)

"ما هو الوضع (الموقف / المشهد) الأكثر إثارة للقلق والإزعاج في هذه القضية؟".....

+ الصورة: " داخل هذا المشهد ما هي الصورة التي تتبادر إلى ذهنك وتمثل الوقت (الجزء) الأكثر صعوبة عندما تتذكر هذا

الموقف؟".....

في حالة غياب الصورة فقط يقول المعالج: "عندما تفكر في هذا الوضع، الآن ما الذي يتبادر إلى ذهنك؟"

+الاعتقاد / الإدراك السلبي: " عندما تنظر إلى هذه الصورة، ما هي الكلمات التي تتبادر إلى ذهنك وتجعلك تقول شيئاً سلبياً عنك والتي يتردد صداها الحقيقي عليك الآن؟ " (بمكم للمعالج حثُ المنتفع لبدأ كلامه بأن).....

إذا كانت الاعتقادات السلبية غير مطابقة: " ما هو الاعتقاد الذي تقترحه عن نفسك ويتماشى مع " (يكرر المعالج المشاعر التي تمثل الاعتقادات السلبية التي ذكرها المنتفع) أو يقول: "ماذا تقول عن نفسك عند التفكير في " (ويكرر المعالج المشاعر التي تمثل الاعتقادات السلبية التي ذكرها المنتفع).....

"من المفيد أحيانا أن تعرف ما هي الفكرة السلبية التي يمكن أن تقولها عن نفسك عندما تفكر في هذا الحدث؟ "

+ الاعتقاد / الإدراك الإيجابي: ويكون بديلة للاعتقادات السلبية. "بدلاً من (نقلاً عن الاعتقادات السلبية)، عند النظر في هذه الصورة والموقف، ماذا تود أن تكون بدلاً من ذلك؟".....

+VOC: صحة الإدراك Validity Of Cognition " عندما تفكر في الصورة والموقف، كيف تشعر أن عبارة (يكرر الاعتقاد الإيجابي) تنطبق عليك الآن عند التفكير بالمشهد [وقفة] وعلى مقياس من 1 إلى 7، حين 1 يكون أدنى مستوى (غير صحيح تماماً) و 7 أعلى مستوى (صحيح كلياً)، ما هي القيمة التي تعطيها لنفسك؟ " غير صحيح تماماً 1 2 3 4 5 6 7 صحيح كلياً.

+العواطف: " عند التفكير في الصورة والموقف وعبارة (يكرر الاعتقادات السلبية)، ما هو الشعور الذي يتبادر لك الآن؟".....

+SUD: "وحدة قياس الشدة، Subjective Unit of Distress" يقول المعالج: " الآن بعد تذكر الصورة والموقف، قيم نفسك على مقياس من 0 إلى 10، حين يكون 0 يعني غياب المضايقة (لا يضايقك) و 10 أعلى مستوى من المضايقة والانزعاج الذي يمكنك أن تتخيله. أين يمكن أن تقيم الاضطراب الذي تشعر به الآن؟ "

غياب الاضطراب / محايد 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 أعلى مستوى من الاضطراب

+تحديد موقع الإحساس الجسدي: "الآن وبعد التفكير في الصورة والموقف، هل تحس في أي مكان من جسمك بأي عطب أو عدم الانسجام (الراحة)؟"

بداية إبطال التحسس

المرحلة الرابعة: إبطال التحسس. في هذه المرحلة يبدأ العلاج من أقدم الأحداث أي من المنبع إلى أحدثها.

"أريد منك أن تترك المشهد يعود لذهنك.....(يصف الصورة والعبارة ثم يكرر الإدراك السلبي) وهذه الأحاسيس في جسمك..... (ويتأكد المعالج أن المنتفع في حالة تواصل تامة مع الإحساس ثم يقول) والآن واصل تتبع مجموعة الحركات" (بما يناسب المنتفع من تقنيات حسب ما ورد في المرحلة الثانية) في البداية يبدأ المعالج بسرعة بطيئة نسبياً ثم يتدرج في السرعة مراعيًا قدرة العميل وراحته.

أ. يقوم بالحركة في سرعات متفاوتة من إمكانيات المنتفع، [24 من الحركات ذهاب وإياب] ويبدأ بتشجيعه بعد ال [12الاولى] "واصل (استمر)...هكذا...هذا جيد." يواصل مع وتيرة المنتفع، مع إلزامية البقطة للغة الجسد والإيماءات الغير كلامية.

// على المعالج الحذر من:

- إن حدث سوء استجابة من المنتفع غير متوقعة فعليه مساندته. "لا تقلق هذا نابع من ذكريات الماضي فقط، سجله بكل بساطة" يمكن للمعالج أن يستعمل استعارات مثل القطار أو ما إلى ذلك.
- إن حدث عائق في العملية وإن قام بمجموعتين من الحركات ولم يحدث تغيير عليه بالمباعدة بين مجموعات الحركات أكثر من السابقة/ تغيير من نوعية الحركات سرعةً واتجاهًا/ أن يركز على أحاسيس واستجابات الجسم (التغيرات التي يحددها المريض)/ العودة إلى المنبع/ يصنع جسر عواطف انطلاقًا من العائق المقلق.
- ب. بعد كل مجموعة من الحركات يقول المعالج: "استرح ويمكنك أخذ تنفس عميق" (شهيق وزفير)
- هـ. يقوم ب [وقفه] ثم يقول: "كيف تشعر الآن". أو "ما ذا لاحظت الآن".....
- د. بعد إجابة المريض يقول مجددًا: "واصل هكذا...جيد...سجل هذا" (ولا يدلي بأي تعليق، شرح، كلام، أو إعادة كلام المنتفع) مع القيام بمجموعة الحركات.

ر. يواصل مجموعة الحركات بهذه الطريقة حتى يعطي المنتفع مرتين أو أكثر إجابات إيجابية أو محايدة (هذا يسمى نهاية القناة) ثم يرجع إلى **الحادث المفجر الرئيسي** ويقول: "عندما نعود إلى الحادث أو المشكل الرئيسي ماذا يأتيك الآن من مشاعر؟".....

ف. كيف ما كانت إجابة المنتفع يقول المعالج: "سجل هذا" والقيام بمجموعة الحركات ثم يقول: "ماذا عن الآن؟"

ج. إن كانت إجابة المفحوص تشير إلى أن هناك دائما أشياء للمعالجة: يقول: "واصل مع هذا." (لتتبع السيرورة)

يقوم بمجموعة من الحركات أخرى للقناة الجديدة بدأً من المنبع أو المشكل الرئيسي الجديد.

من المرجح أن يرجع المعالج إلى الحادث الأول (المشكل الرئيسي) في كثير من المرات قبل أن تفرغ جميع القنوات: هنا يذهب إلى النقطة (ر.) والمتابعة من بداية إلى نهاية القناة.

هـ. إذا لم يتبقى ما يعالج: يقوم بإضافة مجموعة من الحركات مصحوبة بقوله: "بماذا تشعر الآن؟" إذا تواجد أو ظهر مشكل جديد للعلاج يرجع المعالج إلى النقطة (ر.) والمتابعة من بداية إلى نهاية القناة الجديدة.

ي. إذا لم يتبقى ما يعالج وكان المنتفع يعطي دائما استجابات محايدة أو إيجابية: يمر إلى فحص السلم ال (SUD) "إذا ركزت على الحدث المنبع من جديد وتحدد على سلم من (0) إلى (10) في حين تعني (0) غياب الانفعال و (10) أعلى مستوى من الانفعال يمكن تخيله، كم تحدد الدرجة التي تشعر بها على هذا السلم؟"

- إذا كان ال (SUD) = (00) يقوم مجدداً بمجموعة من الحركات ثم ينتقل إلى المرحلة الخامسة، إذا لم يتبقى أحداث أو مشاعر عالقة للمعالجة (هنا نهاية مرحلة إبطال الحساسية).

- إذا كان ال (SUD) = (00) يقوم المعالج بسؤال المنتفع "ما الذي يجعل تقييمك لا يزال عند الرقم .. ؟" يقوم مجدداً بمجموعة من الحركات ثم ينتقل المرحلة (ج.).

إذا لم يكن هناك تحسن: يقول للمنتفع: "أين تشعر بهذا الرقم .. في جسدك؟" ثم يقوم بمجموعة من الحركات إذا كان هناك تحسن يعود إلى المرحلة (ج.).

إذا لم يكن دائما من تحسن: يكون لدينا احتمالين.

- يرى إن كان ايكولوجيا.

- وإما البحث عن الاعتقادات المحبوسة أو العالقة: " ما الذي يعيقك من الوصول إلى (00) " أو يمكن استعمال الطفو إلى الماضي أو جسر العواطف من أجل اكتشاف منبع أو مشاكل منبع أخرى عالقة ومتخفية في ذهن المنتفع."

ملاحظة: "عندما يكون هنالك عاصفة أحاسيس "التنفيس الانفعالي، ABREACTION" يفضل جداً تشجيع المنتفع والقول له " هذا جيد، هذه أمور قديمه تخرج أحيانا لترجع للاختفاء مجددا [وقفة]، أنظر إلى ما نحن بصدد علاجه فقط". (يمكن استعمال استعارة القطار أو الحافلة) " انظر بتمعن وكأنك في حافلة أو في قطار وهذه الصور تمضي من محطة إلى أخرى " أو " أحيانا عندما ندخل النفق يجب أن نستمر حتى نخرج ونصل إلى المحطة القادمة ".

هذا ما يساعد المنتفع لإدراك أن المشاعر تحدث تغيرات في الأحاسيس والجسم وتجعله يشعر بالضيق والانفعال.

المرحلة الخامسة: التثبيت. في هذه المرحلة يُعرض على المنتفع الاعتقادات الايجابية والذكريات المنبع والموقف:

1-ملاحظة الاعتقاد الايجابي: "عندما تفكر في المشكل الأساسي، [وقفة] وأدرك أنك قلت أنك تود أن تكون (يكرر الاعتقاد الايجابي) هل هذه الكلمات تطابق دائما إحساسك أو أن هنا كلمات أخرى جديدة تتوافق بطريقة أفضل وتفضلها الآن؟" بعد التأكد من الاعتقاد الايجابي يستمر المعالج إلى اختبار ال (VOC).

2-اختبار VOC: " فكر في الذكريات المنبع والمشكل الأساسي وهذه الكلمات(يكرر الاعتقاد الايجابي) واجمعهم مع بعض. وفي سلم من 1 إلى 7 حيث 1 تعني لا توافق إطلاقا و 7 تعني توافق تماما، قل لي إلى أي نقطة أو رقم تُشعرك هذه الكلمات بالأمن وأنها صحيحة بالنسبة لك الآن".

1 2 3 4 5 6 7

3-قراءة الاعتقاد الايجابي والمنبع أو المشكل الرئيسي على مسمع المنتفع ويضيف مجموعة من الحركات:

" فكر في المشكل الرئيسي وركز عليه في ذهنك مع هذه الكلمات (يكرر الاعتقادات الايجابية) فكر بهم في نفس الوقت". يقوم بمجموعة من الحركات ثم يفحص ال VOC "كيف هو حالها الآن؟"

4-التثبيت إلى أن يصل ال VOC إلى 7:

يفحص ال VOC بعد كل مجموعة من الحركات حتى تصبح الاعتقادات الايجابية مثبتة بصورة تامة (ال VOC = 7)

5-إن كان المنتفع يعطي ال VOC = 6 أو اقل هذا يمكن أن يظهر عدة احتمالات:

- يفحص إن كان هناك اعتقادات محبوسة/عالقة "ما الذي يمسخها للصعود أكثر؟" ويكرر مجموعة الحركات حتى يصل ال VOC إلى 7 أو الدرجة القصوى التي يمكن الوصول إليها، ثم إضافة مجموعة أخيرة.

- يختبر إن كانت الإجابة ايكولوجية.
- يتأكد إذا كان بالإمكان تطوير كفاءات جديدة.
- يتأكد من ضرورة إنشاء خطة استهداف جديدة من أجل علاج مشكلات إضافية.

المرحلة السادسة: الفحص الجسدي.

- في هذه المرحلة يقوم المعالج بتفحص شعور المنتفع تجاه جسده وأي تضاييق أو انزعاج أو شد في مناطق من جسمه. أغمض عينيك، ركز على الحدث وعلى الكلمات.....(يكرر الاعتقادات الايجابية) وتخيل جسمك كاملا وكأن ماسحا ضوئيا يفحصه من الرأس إلى القدمين [وقفة] أخبرني إن كنت تشعر بشيء في جسمك؟
- إذا كان إحساسا مذكورا نحو جسم المنتفع (فيطلب منه التركيز على المنطقة) ثم يقوم المعالج بمجموعة من الحركات. "ركز على هذا الإحساس وتتبع هذه الحركات."
 - إذا كان يصح بعدم الراحة، يكمل مجموع الحركات حتى يختفي ذلك الإحساس.

المرحلة السابعة: اختتام الحصة.

أ- الإجراءات الخاصة بالحصة المنجزة: VOC=07/SUD=00 /فحص جسدي حسن.

- يعلم المريض أنه وقت التوقف.
- يقوم بتشجيعه "لقد قمت بعمل رائع اليوم، صف لي إحساسك؟"
- يجعل المنتفع يصف أو يجيب عن الأسئلة " ما رأيك بحصة اليوم؟ هل هناك مرحلة ايجابية بإمكانها التعبير عما تعلمت اليوم أو اكتسبت كفكرة؟ يمكنك أن تصف لي ما الذي اكتسبته أو ربحته في هذه الحصة؟"
- لائحة يوميات: يطلب من المريض أن يكتب في يومياته وأن ينشأ لائحة فيها بكل ما يخطر على باله أو يقتحم تفكيره طوال الأسبوع (أفكار، أحلام أو ذكريات...) كي يتم استعمالها كنقاط انطلاق محتملة في الحصة التالية. " العمل الذي أنجزناه اليوم من الممكن له أن يستكمل بعد الحصة، ان كان لديك حلس، أفكار، أحلام أو ذكريات تود الحديث عنها، وإذا حدث معك هذا لاحظ ما الذي يحدث. وقم بتدوين ماذا تحس، ماذا ترى، بماذا تفكر، والظروف التي جعلت هذا يحدث " [وقفة]
- "يمكننا العمل على هذه المادة في المرة المقبلة، لا تنس انه بإمكانك استعمال المكان الآمن، وإذا دعت الضرورة بإمكانك الاتصال بي."

ب- الإجراءات الخاصة بالحصّة الغير المكتملة: VOC>07/SUD<00 / ولم يتحصل على فحص جسدي حسن.

- يطلب المعالج موافقة المنتفع على التوقف وشرح السبب: " لقد شارفنا على نهاية وقت الحصّة ويجب علينا التوقف، هل تحس بأنك قادر على التوقف الآن؟"

● لا يقوم بفحص (VOC أو SUD) ولا الفحص الجسدي.

1- منتفع بحاجة إلى موازنة وتهدئة:

-عندما يكون المنتفع في حالة أزمة يشرح المعالج أنه بإمكان العلاج أن يستكمل بعد الحصّة.

-يقول للمنتفع أنه في الخدمة.

-يستعمل الاستراتيجيات التالية ويطلب منه تطبيقها بين الحصص:

* المكان الآمن.

* تمارين الاسترخاء مثل الاسترخاء التدريجي أو تمرين التنفس.

* المحتوى.

2- منتفع متوازن:

● تشجيع الجهود المبدولة "لقد قمت بعمل رائع [وقفّة] ما هو إحساسك؟"

● الاستجواب للتطهير: يستعمل المعالج حكمه وتجربته الإكلينيكية في استجواب المنتفع مع التأكد على أهمية عدم التفكير

في السلبيات (إمكانية فتح قنوات سلبية) "هل هناك عبارة تعلمتها أو اكتسبتها من حصّة اليوم؟"

● لائحة يوميات: يطلب من المريض أن يكتب في يومياته وأن ينشأ لائحة فيها بكل ما يخطر على باله أو يقتحم

تفكيره طوال الأسبوع (أفكار، أحلام أو ذكريات...) كي يتم استعمالها كنقاط انطلاق محتملة في الحصّة التالية. " العمل الذي

أنجزناه اليوم من الممكن له أن يستكمل بعد الحصّة، ان كان لديك حدس، أفكار، أحلام أو ذكريات تود الحديث عنها، وإذا

حدث معك هذا لاحظ ما الذي يحدث. وقم بتدوين ماذا تحس، ماذا ترى، بماذا تفكر، والظروف التي جعلت هذا يحدث "

[وقفّة] "يمكننا العمل على هذه المادة في المرة المقبلة، لا تنس انه بإمكانك استعمال المكان الآمن، وإذا دعت الضرورة بإمكانك

الاتصال بي."

المرحلة الثامنة: إعادة التقييم.

بعد الانتهاء من المرحلة السابعة في الحصة السابقة، تكون هذه المرحلة في الحصة الموالية وبها تتم مراجعة ما تم الوصول إليه فيعاد

تفحصه. يقوم المعالج في بداية الحصة الثانية من العلاج إعادة تقييمها بإتباع النقاط التالية:

- التنبؤ بحسن سير الحصة السابقة.
- فحص التغيرات التي طرأت على المنتفع من خلال حصة العلاج السابقة.
- فحص تطورات العميل والتحسينات على السيرورات.

في هذه النقاط السابقة يمكن استعمال الأسئلة التالية:

"ماذا لاحظت بعد نهاية الحصة الماضية؟".....

"هل هناك أفكار أو إدراك جديد؟".....

"هل عادت إليك ذكريات متعلقة حول عملنا الحصة السابقة؟".....

"هل أتت أحلام؟".....

"هل حدثت تغييرات لسلوكك؟ كيف استجبت لذلك؟".....

- إعادة تقييم المنبع أو المشكل الرئيسي.

التعرف على المعلومات التي يمكن أن تعالج بالتفصيل أثناء أو بعد الحصة.

- مواصلة العلاج أو الانتقال إلى موقف آخر.

- عندما تكون الحصة غير مكتملة يعود إلى المرحلة الثالثة المصغرة، ويكون ذلك كالاتي:

يبدأ المعالج من المنبع أو المشكل الرئيسي:

"حين ما تفكر في المنبع أو المشكل الرئيسي الذي كنا في صدد علاجه في الحصة الماضية، ماذا يحضرك الآن عنه؟"

+الإدراك السلبي: "عندما تنظر إلى هذه الصورة، ما هي الكلمات التي تتبادر إلى ذهنك وتجعلك تقول شيئاً سلبياً عنك والتي

يتردد صداها الحقيقي عليك الآن؟" (يمكن للمعالج حث المنتفع لبدأ كلامه بأنا)

+العواطف: "عند التفكير في الصورة والموقف وعبارة.....(يكثّر الاعتقادات السلبي) هل ما يزال.....شعورك

هو الشعور الذي يتبادر لك الآن مثل الحصة الماضية أو تغير إلى شعور آخر؟".....

SUD+: "على مقياس من (0 إلى 10)، حين أن (0) يعني غياب المضايقة (لا يضايقك) و (10) أعلى مستوى من المضايقة

الذي يمكنك أن تتخيله، وبماذا يمكن أن تقيم الاضطراب الذي تشعر به الآن؟"

غياب الاضطراب / محاييد 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 أعلى مستوى للاضطراب

+تحديد موقع الإحساس الجسدي: "في أي مكان من جسمك تحس بأي عطب أو عدم الانسجام (الراحة)؟".

وبعد ذلك يواصل المعالج المراحل المتبقية من المرحلة الرابعة إلى المرحلة الختامية السابعة، وهذا يخضع لنقطة بداية من ماذا سجل

المعالج كمعلومات من إعادة التقييم مع عدم إعادة الاعتقادات السلبية للبداية.

ثم يعيد المعالج تقييم الحصة المكتملة؟

• إذا كان SUD دائما 00: "هل تتذكر الذكريات التي عالجتها في الحصة السابقة والوقت الذي تمثل لك انه

الأصعب؟ أغلق عينيك للتركيز عليها [وقفة] وقل لي إن كان ال (SUD) دائما في ال (00) عندما تستذكر هذه الأحداث".

-إذا لا: يبدأ في علاجه كأنه ضمن حصة غير مكتملة، فينتقل إلى المرحلة الثالثة المصغرة ثم إلى المرحلة الرابعة إلى غاية المرحلة

السابعة الختامية.

-إذا نعم: يفحص إذا كان ال (VOC) دائما (07): "هل الاعتقادات الايجابية هي دائما صحيحة ودائما على السلم

في 7 عندما تفكر فيها حاليا؟"

-إذا لا: يحاول المعالج إكمال المرحلة الخامسة (التثبيت)، وإذا عبر المفحوص عن منبع جديد يجب على المعالج إن يبدأ من المرحلة

الثالثة المصغرة والاستمرار من المرحلة الرابعة انتقالا إلى المراحل الموالية.

-إذا نعم: يفحص المسح الجسدي إذا كان دائما حسن:

"خذ وقتك للشعور التام بجسمك عند التفكير في الاعتقادات الايجابية؟" ويكرر الاعتقادات الايجابية على مسمع المنتفع.....

عندما تكون كل الإجابات ايجابية حول مسح الجسم يتحتم على المعالج أن يستمر في علاج الأهداف القادمة اذا توفرت.

وإذا كان المنتفع يعبر عن مشاعره سلبا يكرر مجموعة الحركات (SBA)، إذا كان هناك مادة جديدة للتشريح والفحص في هذه

الفترة يعاود المعالج تكرار المرحلة الثالثة المصغرة ثم ينتقل إلى المراحل الموالية.

السيناريو المستقبلي: (في العمل لكل حدث مفجر سيناريو مستقبلي)

في آخر العلاج يقوم المعالج بتقديم نحو السيناريو المستقبلي الذي يكون من نسج خيال العميل والذي يشعر به بشدة ويمثل له الأمل، فيكون كالأتي: " لقد قمنا بالعمل على أحداث الماضي التي لها علاقة مع الإشكالية وذكريات الماضي التي تفجر الاضطراب والانزعاج في ذهنك، اليوم سنعمل على استجاباتك المستقبلية في ظروف مماثلة ". (السيناريو المستقبلي يكون مستوحى من الحوادث المفجرة الحالية)

للوصول إلى نتائج مرغوبة يتبع المعالج المراحل الآتية:

1- ابتكار واختيار موقف مستقبلي واعتقاد ايجابي مرتبط به: "أود منك أن تتخيل موقف مستقبلي وفكرة ايجابية ترتبط به [وقفة] تود أن تستجيب بها في المستقبل في حدث مماثل.".....

2- مشاهدة الفيلم: "عندما تفكر في هذه الفكرة الايجابية، أنضر إلى الموقف المستقبلي الذي اخترته وكانت ردة فعلك ايجابية اتجاهه، الآن شاهد الفيلم من البداية حتى النهاية [وقفة] الآن ماذا لاحظت؟".....
-ايجابي: تعزيز مجموعة الحركات مادام العميل يعطي استجابات ايجابية.

-حيادي: يطلب من العميل أن يحدد ويوضح ما الذي يتخيله ويساعده على تطوير إجابة ايجابية. ثم يعززها بمجموع الحركات.
-سليبي: المعالج النفساني يقيم التالي:

* هل هناك احتمالية لعلاج حدث ماضي؟ فيعالج الحدث المفجر قبل البدء.

* إذا كان هناك احتمالية وجوب تطوير مهارات: سجلها إذا كان لا بد منها. (مثال: الثقة في النفس)

* إذا كان هناك اضطراب هامشي، أو شك خفيف: فيركز على النقط التي تصدر هذه الاستشارة وبدأ القيام بمجموع الحركات إلى أن يختفي القلق ثم إعادة السيناريو المستقبلي.

* إذا كانت هناك استشارة سلبية: يستهدف ويعالج الاضطراب الحالي باستعمال البرتوكول العادي CP،CN، انفعالات، مسح جسدي، ثم البدء في سيناريو المستقبل.

3- تثبيت الاعتقادات الايجابية: (من التجارب الحديثة/ الحدث المفجر) إلى (VOC) = (07): "فكر في اعتقادك الايجابي والى المنبع أو المشكل الرئيسي، في سلم من (1) الى (7) تحسها كأنها حقيقية إلى أي مستوى من السلم." يتم تثبيت الـ (VOC) إلى (7) عن طريق مجموع الحركات.

//صنع أفكار التحدي:

1- صنع وتخييل موقف الذي يكون على المفحوص أن يحله أو أن يتعامل معه: "أود منك أن تتخييل تحدي الذي يمكن أن تصادفه في هذه الحالة".

2- مشاهدة الفلم: "شاهد هذا الفلم إلى النهاية، ثم تخيل نفسك تتصرف بطريقة ايجابية تتكيف مع هذه الحالة، ماذا تشعر أو ماذا لاحظت؟"

ويقوم المعالج بنفس المراحل الأخيرة في الاستجابات السابقة إن كانت سلبية أو محايدة كما في الايجابية.

وهنا يقوم المعالج بتثبيت الاعتقادات الايجابية مرة أخيرة. (مجاهدي، ميموني، 2018، ص.ص 210-219)

8- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

لوصول إلى الأهداف المرجوة من الدراسة الحالية وللتحقق من مساهمة علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة. اعتمدت الدراسة على تحليل البيانات إحصائيا بالاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ال (SPSS) وعلى مقياس (ت، T) لدراسة الفروق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) المرتبطتين، وعلى قانون ألفا كرونباخ، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، بالإضافة إلى حساب النسب المئوية بعد إيجاد النتائج النهائية.

خلاصة: لقد جاء هذا الفصل لتوضيح جميع الإجراءات المنهجية المتبعة في انجاز هذه الدراسة ككل والطرق المنتهجة للوصول إلى النتائج المراد الحصول عليها، فتمّ التذكير بالفرضيات ومتغيرات البحث، وسرد كل من مراحل الدراستين الاستطلاعية والأساسية، بالإضافة إلى التعريف بالمؤسسات والمصالح ومراحل التكوين في ال (EMDR) مع وصف أدوات البحث وذكر الأساليب الإحصائية التي استخدمت في الدراسة للحصول على النتائج المرجو كشفها عرضها وتفسيرها في الخطوة المقبلة والنهائية من الدراسة.

الفصل السابع: نتائج الدراسة.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة (الكمية والكيفية).

2- مناقشة وتفسير النتائج مجتمعة.

3- اسهامات علمية.

تمهيد: يتناول هذا الفصل عرض ومناقشة نتائج الدراسة بطريقة مفصلة، وذلك من خلال البدء بعرض النتائج التي أسفرت عنها الدراسة ثم تقديم تفسير لها ومناقشتها في ضل الدراسات السابقة والبحوث المرتبطة بمتغيرات الدراسة والإطار النظري ومستوى الدلالة الإحصائية.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1-1) عرض وتحليل النتائج الكيفية للدراسة:

1- تقديم التقرير العلاجي الحالة الأولى: حولة*، (16) سنة، عزباء، تتسم بمظهر نظيف وهندام متناسق، طويلة ونحيفة، وهي فتاة بيضاء البشرة، نشيطة وكثيرة الحديث.

الحالة تسكن بولاية تلمسان وهي البنت الوسطى ضمن خمس بنات، الأم مائكة بالبيت لكن تعمل أحيانا عندما يتوفر الطلب كخياطة للأفرشة "للحوف". ويعمل الأب كحارس ليلي في إحدى مؤسسات البناء، وراتب الأب لا يكفي لسد كل نفقات العائلة، خصوصا وأن الأختين الأكبر مخطوبتان وتجهزان مستلزمات فرجهما، بينما تعمل الأخت الكبرى في معمل لصنع الحلويات، وباقي الأخوات لا تعملن.

الدافع الاستشاري: جاءت الحالة لطلب المساعدة النفسانية لأنها تعاني من الأرق الليلي، لكن لاحقا ظهر أنه عرض من أعراض مشكلتها مع الأب. مشكلة الحالة أنها عانت من تصرفات الأب الذي يمتلك سلوكا عنيفا والذي يمضي اليوم بالصراخ الدائم، والذي تصفه الأم أنه متشدد ولا يقبل النقاش وأنه يعطي أوامر كثير لا تتجرأ على عصيانها. كما أنه يعامل أفراد العائلة بما فيها الأم بازدراء وتوجيه ألفاظ قاسية وجارحة، خصوصا لحالة الدراسة حيث كان يمنعها من الذهاب إلى أغلب المناسبات ويضربها إذا اشتكت من ذلك أو لأي سبب يجده مناسبا، في يوم من الأيام خرجت الحالة دون علم الأب إلى عرس إحدى جاراتهم، فبعد علم الأب انحال عليها في ثورة من الغضب بالضرب المبرح مما انتهى بها الأمر إلى الاستعجال الطبية إثر جرح في الرأس مما أفقدها الوعي وترك كدمات متعددة في الجسم جراء ضربها بعمود الكنيسة الذي انكسر على ظهرها، ثم أخذ في تعنيف الأم التي سمحت لها بالذهاب. أحست الحالة أثناء الحادث الذي تصفه بالمرعب أنها ستموت لا محالة وأن الأب سيقتلها لأنه كان يهددها باستمرار بأنه سيفعل ذلك، كما قالت الحالة أن تلك الليلة كانت بمثابة قيامة وقعت عليهم في المنزل "تحتسب القيام جات هذيك الليلة..."

* يتم الإشارة إلى الحالات بأسماء مزيفة لتفادي ذكر أسمائهن الحقيقية ولتفادي تسميتهن بالأرقام.

لكن بعد تلك الحادثة أحس الأب بالذنب حسب ما ذكرت الأم وأن الأمر لم يكن يستحق كل ذلك، بعد أن تكلم معه أحد الجيران الذي نقل الحالة إلى المستشفى وأخبره بأنها ليست طريقة للتعامل مع البنات وأن أخبار العائلة تتناقل بسبب الصوت المرتفع في كل يوم، هذا ما ساعد في التخفيف من السلوك العنيف للأب الذي لم يعد لضرب الحالة طوال فترة الدراسة. وبعد فترة من العلاج النفسي، تحدثت الأم مع الأب وأخبرته أن البنت تعاني من مشاكل نفسية وهي تعالج لدى المختص النفسي، حيث لم يظهر أي معارضة لذلك.

الحالة متوقفة عن الدراسة منذ السنة الثانية إكمالي، لكنها دائما ما تود الالتحاق بتكوين معين حسب ما قالت: "باغية نتعلم أي حاجة ولا ندير كما ختي ونخدم..." أو أن تواصل الدراسة بالمراسلة. خلال المقابلات الأولية ظهر سلوكها على أنها نشيطة حيث أنها تحرك يديها وجسمها أثناء الحديث وتحب الضحك وإلقاء النكت، لكن عند الدخول إلى صلب موضوع الاستشارة والواقع المعاش في المنزل والتطرق إلى الحادثة التي تعرضت فيها إلى العنف المعنوي والجسدي من قبل الأب تهمر دموعها وتبدأ بالبكاء ويحتفي كل ذلك النشاط والضحك. ولوحظ أن الحالة تكبت التحدث عن الحادثة لأنها تعتبر ذلك شيئا مخز لا يجب التحدث عنه ولا تريد أن تتذكره إلا أنها لم تعد تطبق هذا الوضع، وقد بدأت بالتحدث بعد إصرار وتوضيح من المعالج النفسي أن هذا الأمر في صالحها لعلاج الحالة التي هي فيها ولنفاذي اضطرابات أخرى، الحالة ليست في علاقة جيدة مع الأب ولا تستجيب لطلباته، ولم تعد تطبق البقاء في ذلك البيت فهي دوما ما تود الذهاب إلى بيت الحالة. كما لاحظت الأم أن الحالة تعاني من شرود ذهني وسلوك عدواني في بعض الأحيان. الحالة قدمت لطلب العلاج بتوجيه من زوجة العم التي أخذت ابنتها للنفساني والتي تعاني من مشاكل مشابهة، ونصحتها أن المختص النفسي يمكن أن يساعد في تخطي الحالة النفسية التي تمر بها البنت.

نتائج الفحص: بعد حضور الحالة إلى المقابلة تم التعرف عليها وأخذ المعلومات الأولية حول تاريخ الحالة ومعرفة إن كانت تتلاءم مع أهداف الدراسة، ثم القيام بشرح الهدف من الدراسة والاتفاق على العقد العلاجي بعد التأكد من التشخيص ثم برمجة حصص العلاج وتطبيق مقياس دافسون الذي ظهرت درجاته بنسبة مرتفعة في هذه المرحلة حيث كانت (18) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(25) لعرض التجنب و(18) لعرض فرط الاستثارة و(61) للمقياس ككل بعد جمع نتائج كل الأعراض، حيث ترمز هذه النتائج إلى أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة مرتفعة تشمل كل الأعراض.

وبعد المقابلات الثلاثة الأولى لوحظت أن أعراض عديدة ومختلفة الشدة تظهر على الحالة جراء كونها ضحية عنف الأب وسوء معاملته الذي أدى بها إلى الاستجابات الاستشفائية وكونها عرضة للموت، وتتمثل مجملها في:

- أعراض حسّ حركية: ظهور رجفان لليدين والرجلين عند بدأ الحديث عن الأب أو الحادثة.
- اضطراب النوم في عدم المقدرة على الدخول إلى النوم وكوابيس متعلقة بضرب الأب وصراخه في الأسابيع الأولى التي تلت الحادث والآن كوابيس مختلفة تتمثل في التعرض للأذى أو التعرض للمتاعب والمشاكل، حالة عاطفية سلبية التي ينتج عنها سلوك متوتر وعنف موجه.
- وفي بعض الأحيان نوبات من الغضب والصراخ، آلام جسدية وصداع في الرأس أغلب الأوقات.
- سحب الاستثمارات الاجتماعية خصوصاً مع الأب.
- اليقظة الزائدة والجفل المبالغ فيه خصوصاً بتواجدها في المنزل ويختفي ذلك في الأماكن الأخرى مع تجنب مواجهة الأب قدر الإمكان حتى وفي هذه الفترة التي لم يعد يتعرض لضربها فقالت: "كسي نسمع رجليه بلي راه داخل للدار نمشي للسطح ولا للبيت ونبلع على روحي"، شروود ذهن ومشاهدة التلفاز في أغلب الأوقات وفي ساعات متأخرة من الليل وتجنب مشاهدة أفلام ومسلسلات الأكشن والدراما (Action-Drama).
- ومضات الذاكرة متمثلة في الحادث الصادم في الأسابيع الأولى ثم تحولت إلى ومضات حول الكلمات الجارحة التي تلتها هي وأخواتها من قبل الأب خصوصاً إذا شاهدت مواقف مشابهة على التلفاز أو عند سماع شكوى الناس من الظلم، عدم الاستمتاع بالحياة والشعور بالسوء ولم تعد تشعر بالسعادة حتى مع الأشخاص الذين كانت تحبهم.
- وصف عام للعملية العلاجية:** الهدف من العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين هو التخفيف وإزالة كل الأعراض المذكورة.
- بعد التعرف على تاريخ الحالة والخبرات الصادمة والأعراض التي تعيق تأقلمها وشعورها بالطمأنينة النفسية، وبعد القيام بوضع خطة علاجية بأهداف محددة تضم المصادر الصدمية المراد علاجها والتي عايشتها الحالة ومعرفة التصورات حول كل خبرة، تمّ سؤال الحالة عن أي الأحداث تود علاجها أولاً، فاخترت البدء بعلاج التجارب التي كانت فيها ضحية للعنف الصادر من الأب، وقد كان هذا الحدث في طفولتها حين قامت بالبكاء والصراخ عندما لم يرد الأب أخذها معه لخارج البيت فقام بضربها بسبب صراخها ويعتبر هذا هو الاستهداف الثاني، وقد كان الاستهداف الثالث متعلق بحادثة ضربها والتسبب لها بجروح وكدمات الأمر الذي قادها للمستشفى... فكان السجل المعرفي المرتبط بالحادثتين يحمل نفس التصورات ونفس الأحاسيس، وجاء الاعتقاد السلبي، في قولها: "سأموت" (ماشى نموت)، ونقيضه من الاعتقاد الإيجابي، قولها: "أنا على قيد الحياة" (راني حية الحمد لله).

وكانت الأحاسيس الجسمية تشمل صداع في الرأس وشد في الرقبة، وتعب عام تعاني منه منذ فترة. بينما فضلت اختيار الموقع الآمن على شاطئ البحر أثناء الغروب... وكان المفتاح هو كلمة: "الراحة". حيث كان الاستهداف الأول متعلق بعقاب المعلم وتسببه بالإحراج للحالة في سن صغيرة أمام كل التلاميذ الذين قاموا بالسخرية منها.

تم الشروع في إتباع باقي خطوات البروتوكول العلاجي للاستهداف الثاني، ومع بداية علاج الأهداف قيّم سلم ال (SUD) عند قياسه في أقصى درجاته (10)، ثم بعد التركيز على الحدث الذي يسبب الانزعاج وجعل الحالة تتبع الحركات المتناوبة ثم الإفصاح عن التغيرات التي تحدث ثم الاستمرار على حسب البروتوكول العلاجي، حيث بدأ ينخفض تقييم شدة الانزعاج على سلم ال (SUD) تدريجياً، فأصبح في نهاية الحصة الأولى إلى (07) بعدما كان في ال (10) حيث كانت تحتاج إلى التهدئة لأن مسار الحصة العلاجية استلزم استحضار تلك التجربة المؤلمة، لذا توجب نصح الحالة بالقيام بعملية الاسترخاء واستحضار الموقع الآمن في نفس الوقت وذلك لتخفيف القلق والتوتر الناتج عن تذكر كل تلك الأحداث، وفي الحصة الثانية صرّحت أن استخدام الموقع الآمن زاد من مستوى هدوئها في المنزل وأن العلاج بدأ يعطي ثماره، وفي نهاية نفس الحصة كان سلم ال (SUD) في ال (00).

بعد نهاية علاج الاستهداف الثاني شرع علاج الاستهداف الثالث في الحصة العلاجية الثالثة فكان تقييم سلم ال (SUD) في ال (09) ساعد العلاج في انخفاض مستوى الانزعاج المرتبط بالحادثة الصادم في ثلاث حصص من العلاج هذا بالنسبة للهدف الثالث المتمثل في الحادث المتعلق بضرب الأب، فالحصة الأولى كان تقييم ال (SUD) (09) فأصبح (08) في نهايتها ثم (05) في الحصة الثانية إلى (03) بعد أن حدث تجمد للأفكار وبعد (5) مجموعات متناوبة من حركات العين فالحالة لم تتمكن من تجاوز ذلك لأن من المفترض يكون الأب مصدر أمان وحماية... وبتغيير مسار الحركات المتناوبة من أفقية (—) إلى عمودية مائلة (/) تمكنت الحالة من تخطي هذه المسألة وأصبحت تقول: "أنه من الممكن أن يكون الأب هكذا لأنه يتعرض للكثير من الضغط وربما سيتمكن من العودة إلى الطبيعة الطيبة". وفي الحصة الثالثة في علاج الهدف الثالث أصبح مقياس ال (SUD) منعماً (00)، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في نهاية الحصة الخامسة إلى تقييم الاعتقادات الإيجابية على سلم ال (VOC) فتغير من (02 إلى 07) بعد أربع مجموعات من الحركات المتناوبة، هذا بالنسبة للاستهداف الثاني والثالث اللذان يشتركان في نفس السجل المعرفي.

أما بالنسبة للاستهداف الأول المتعلق بعقاب المعلم وتسبب الإحراج للحالة في سن صغيرة أمام كل التلاميذ الذين قاموا بالسخرية منها، كان السجل المعرفي المرتبط بهذه الحادثة في قولها: "أنا فاشلة" إشارة إلى الاعتقاد السلبي وكان نقيضه من الاعتقاد الايجابي، قولها: "أنا ناجحة". وكانت الأحاسيس الجسمية تشمل صداع في الرأس بعد أن اختفى الشد في الرقبة والتعب بعد علاج الهدفين السابقين، بينما فضلت اختارت الموقع الآمن السابق على شاطئ البحر أثناء الغروب... ونفس المفتاح في كلمة: "الراحة".

بدأ في علاج الاستهداف الأول في الحصة العلاجية الخامسة فكان تقييم سلم الـ (SUD) في الـ (10) واستمر بالانخفاض في الحصة العلاجية فأصبح (08) في نهايتها ثم (05) في الحصة الموالية ثم إلى (03) ثم إلى الـ (00) لقد ساعد علاج الهدفين السابقين في علاج هذا الهدف وإعادة إدخال المعلومات الغير التكوينية إلى الذاكرة إلى مسارها الطبيعي، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في نهاية الحصة السابعة إلى تقييم الاعتقادات الايجابية على سلم الـ (VOC) فتغير من (03) إلى (07) بعد أربع مجموعات من الحركات المتناوبة.

وصرحت الحالة في الحصة الثامنة من العلاج أنها لا تشعر بالانزعاج عند تذكر تلك الحوادث الصادمة المرتبط بالمعاملة العنيفة للأب والفترة التي قضتها في الاستعجالات أو عقاب المعلم وسخرية زملاء، وأنها تقول أن الأب أخطأ في حقها وهي تسامحه، لكن لن تدع ذلك يحدث مجدداً، وأيضاً قررت بأن تلتحق بالتكوين المهني والمشاركة في المسرح...

وبالانتهاء من التحقق من علاج كافة الأهداف أعيد تطبيق مقياس دافدسون فكان ناتج مجمل المقياس (03)، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(02) لعرض التجنب و(00) لعرض فرط الاستثارة، مما يعني أن الأعراض اختفت كلياً. ثم تم إخبار الحالة بالعودة لإجراء قياس تتبعي أول فكانت النتائج (03) لمجمل المقياس، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(02) لعرض التجنب و(00) لعرض فرط الاستثارة فلم تتغير الأعراض وكانت الحالة بغاية الهدوء والاتزان وذكرت أنها غالباً ما تمارس الاسترخاء باستخدام الموقع الآمن. ثم ترجع الحالة لقياس تتبعي أخير بعد ستة أشهر ولتقصي عدم حدوث الانتكاسة فكانت نتائج المقياس (03) لمجمل المقياس، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(02) لعرض التجنب و(00) لعرض فرط الاستثارة الزائدة بهذا تؤكد العلاج التام لاضطراب ما بعد الصدمة الذي كانت تعاني منه الحالة جراء كونها ضحية سوء المعاملة ولللعنف.

تقديم التقرير العلاجي الحالة الثانية: صباح، السن 16 سنة، الحالة الاجتماعية: عزباء، متوسطة الطول، الهدام متوسط وهي فتاة بيضاء البشرة...

الحالة من سكان ولاية تلمسان، تسكن في منزل العائلة المتكونة من الجدة والوالدين وثلاث بنات وولدين، هي البنت الرابعة في ترتيب المواليد بعد ولدين وبنت، جاءت الحالة للاستشارة مع الأم الماكثة بالبيت التي تصف الأب على أنه يهمل واجباته الأسرية ووصفت الأخ الذي يوصف سلوكه بالعدواني على أنه متشدد ويفرض أفكاره على كل العائلة.

الدافع الاستشاري: الحالة متوقفة عن الدراسة منذ السنة الرابعة من التعليم الاكمامي، كان يصفها الأساتذة على أن سلوكها مقبول، لكنها كررت السنة الرابعة مرتين لهذا اضطرت للتوقف عن الدراسة، الحالة نادمة على تفریطها بالدراسة لكن لم تصرح بإعادة التسجيل أو بإكمال المسار الدراسي أو التكوين... الحالة أصبحت مدمنة مواقع التواصل الاجتماعي فهي لا تنفك عن هاتفها الذكي، الحالة قدمت لطلب العلاج بتوجيه من الطبيب الذي زارته عدة مرات لعلاج ألم البطن الغير المبرر، والذي أخبر العائلة أن هذا ناتج عن حالة نفسية لذا لجأت العائلة لمصلحة علم النفس بعد توجيه من الطبيب.

اتضح أن الحالة كانت ضحية لسلوك الأخ العدواني الموجه لها، بعد ما أخبره أحد أصدقائه أن أخته تقوم بمواعدة فتى بالسر، هنا ثار جنون الأخ المتشدد فذهب إلى المنزل وبدأ بالصراخ في وجهها ووجه أمه (أخبرها أن هذه ليست تربية) وبدأ بتهديدها دون ذكر السبب ثم بدأ بضربها بكرسي مصنوع من الخشب، حاولت الأم وأخواتها إيقافه وسؤاله عن السبب لكن لم يستطيعوا حتى جاء الأب مسرعاً الذي كان أمام المنزل بسبب سماع الصراخ... وأصبحت الحالة بالرعاف وبكدمات في الوجه والظهر والساقين، بعد تلك الحادثة أصبحت الحالة تهاب رؤية الأخ وتتفادى الجلوس أمامه في غرفة واحدة، وقبل الحادثة كان الأخ الأكبر يقوم بتوبيخها على أنفه الأسباب وأيضاً كل فرد في العائلة حتى الجدة لم تسلم منه، كما كان يجد من حرية أفراد العائلة وكذا تعنيفهم لفظياً، وبعد تلك الحادثة لم يتعرض لها جسدياً ولم يعد يكلمها مباشرة بل يوجه الأوامر من خلال الأم. واستمر ذلك حتى بعد الانتهاء من الدراسة في المرحلة التتبعية الثانية.

نتائج الفحص: بعد حضور الحالة إلى المقابلة تم التعرف عليها والتعرف على سبب الإحالة وأخذ المعلومات الأولية حول تاريخ الحالة ومعرفة إن كانت تتلاءم مع الدراسة، ثم شرح الهدف من الدراسة والاتفاق على العقد العلاجي ثم برجمة حصص العلاج وتطبيق مقياس دافسون الذي ظهرت درجاته بنسبة مرتفعة في هذه المرحلة من القياس حيث كانت (16) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(20) لعرض التجنب و(17) لعرض فرط الاستشارة و(53) للمقياس ككل بعد جمع نتائج كل الأعراض، وترمز هذه النتائج إلى أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة مرتفعة في كل الأعراض.

بعد المقابلتين الأولتين لوحظ على الحالة عدة أعراض مختلفة الشدة أغلبها تشكلت من جراء الصدمات المتكررة وسوء

المعاملة التي تلقفتها في الوسط العائلي وأكثرها شدة وتأثيرا تلك التي أحدثها ضرب الأخ، وتمثل مجملها في:

- كوابيس متكررة ومتعلقة بالتعرض للضرب أو كوابيس مختلطة غير مفهومة ومرعبة.
- إحباط نفسي عميق إضافة إلى الحالة العاطفية السلبية التي ينتج عنها سلوك متوتر وفي بعض الأحيان نوبات من الغضب، كما أنها أصبحت لا تشعر بالسعادة، ولوحظ كذلك تغير مفاجئ غير مبرر في المزاج وصعوبة في القيام من السرير بعد الاستيقاظ والرغبة في الاستلقاء طوال الوقت.
- سحب الاستثمارات الاجتماعية والانطواء على الهاتف طول الوقت.
- الجفل عند سماع صراخ مع تجنب الأخ قدر الإمكان مع أنه ضربها مرة واحدة لكنها كانت كفيلة بتسبب الأذى.
- اضطراب الذاكرة يتمثل في مشكل النسيان.

وصف عام للعملية العلاجية: الهدف من العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين هو التخفيف وإزالة كل

الأعراض المذكورة.

بعد التعرف على تاريخ الحالة والبحث عن كل الخبرات الصادمة حيث أن أكثرها شدة كان حادثة السلوك العنيف الذي سببه الأخ المتشدد والذي سطر كهدف رابع للعملية العلاجية والمرغوب الأول للعلاج من قبل الحالة، فوضعت خطة علاجية تتمحور على ذلك الحادث الذي يمثل أكبر الأوقات رعبا بينما كان الاعتقاد السلبي: "أنا المسئولة" حيث ألصقت الذنب بنفسها وأصبحت تلوم ذاتها وتلقي المسؤولية كاملة على عاتقها، وبدلا من ذلك كان الاعتقاد الايجابي: "الأمر لم يكن مسؤوليتي" (هاد الشبي مشي مسؤوليتي). الأحاسيس الجسمية: ضيق في الصدر. الموقع الآمن: على الشاطئ حين يكون هادئ في الصباح الباكر والشمس والهواء النقي. المفتاح: "الهدوء".

لقد تطلب تثبيت الموقع الآمن واستخدام المفتاح كل زمن الحصص العلاجية الأولى بالإضافة إلى التدريب على عملية الاسترخاء باستعمال الموقع الآمن، ثم الشروع في مرحلة التقييم ومرحلة إبطال التحسس، ومع بداية علاج هذا الهدف كان سلم ال (SUD) عند قياسه مرتفعا في أعلى درجة (10)، ثم بعد التركيز على الحادثة التي تسببت في الانزعاج وجعل الحالة تتبع الحركات المتناوبة مع الإفصاح عن التغيرات التي تحدث، وبالاستمرار في تتبع خطوات البروتوكول العلاجي لوحظ أن التقييم المعطى لشدة الانزعاج على سلم ال (SUD) تنخفض تدريجيا عبر الحصص في الحصص العلاجية الثانية انخفض إلى (07) وبعد العمل على

الحدث مجددا في الحصة الثالثة انخفض إلى (02) ثم إلى الـ (00)، وبطبيعة العلاج التكاملية تم العمل على تقنية الاسترخاء لتحسين المزاج والتخلص من التوتر، وتقديم نصائح للتقليل من استعمال الهاتف تدريجيا، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في نهاية الحصة الثالثة إلى تقييم الاعتقادات الايجابية على سلم الـ (VOC) فتغير من (03) إلى (4) بعد خمس مجموعات من الحركات المتناوبة، وبالتركيز على عملية الاسترخاء ثم معاودة الحركات المتناوبة تغير التقييم الذاتي للاعتقادات الايجابية إلى (7).

بعد نهاية علاج الاستهداف الرابع، شُرع في علاج الاستهداف الثالث في الحصة العلاجية الثالثة، فكان تقييم سلم الـ (SUD) في الـ (09) وساعد العلاج في انخفاض مستوى الانزعاج المرتبط بالحادثة الصادم في ثلاث حصص من العلاج هذا بالنسبة للهدف الثالث المتمثل في الحادث المتعلق بالعنف الموجه من قبل الأخ الأكبر، فالحصة الأولى كان تقييم الـ (SUD) (09) فأصبح (08) في نهايتها ثم (05) في الحصة الثانية إلى (03) بعد أن حدثت إعاقاة للأفكار وبعد (5) مجموعات متناوبة من حركات العين، فالحالة لم تتمكن من تجاوز ذلك لأن من المفترض يكون الأب مصدر أمان وحماية... وبتغيير مسار الحركات المتناوبة من أفقية (—) إلى عمودية مائلة (/) تمكنت الحالة من تحطّي هذه المسألة وأصبحت تقول: "أنه من الممكن أن يكون الأب هكذا لأنه يتعرض للكثير من الضغط وربما سيتمكن من العودة إلى الطبيعة الطيبة". وفي الحصة الثالثة في علاج الهدف الثالث أصبح مقياس الـ SUD معدما، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في نهاية الحصة الخامسة إلى تقييم الاعتقادات الايجابية على سلم الـ VOC فتغير من (02) إلى (07) بعد أربع مجموعات من الحركات المتناوبة، هذا بالنسبة للاستهداف الثاني والثالث اللذان يشتركان في نفس السجل المعرفي.

وصرحت الحالة في الحصة العلاجية السادسة أنها بدأت تقلل من استخدام الهاتف وقد اختفى الانزعاج الحاصل بعد تذكر الأحداث المرحجة والحوادث الصادمة المتعلقة بالمعاملة العنيفة تجاهها، بل أنها بدأت التحدث مع أخيها، وصرحت الأم أن حالت ابنتها تغيرت وأصبحت تتحدث في المنزل وتلعب مع أختها الصغرى...

وبالانتهاء من التحقق من علاج كافة الأهداف أعيد تطبيق مقياس دافدسون فكان ناتج مجمل المقياس (03)، (00) لمرض إعادة معايشة الصدمة و(01) لمرض التجنب و(02) لمرض فرط الاستثارة، مما يعني أن الأعراض اختفت كليا. ثم تم إخبار الحالة بالعودة لإجراء قياس تتبعي أول فكانت النتائج (01) لمجمل المقياس، (00) لمرض إعادة معايشة الصدمة و(12) لمرض التجنب و(00) لمرض فرط الاستثارة فلم تتغير الأعراض وكانت الحالة بغاية الهدوء والاتزان كما ظهر ان الأم راضية تماما

عن حالة ابنتها، وذكرت الحالة أنها أصبحت تشعر بالسعادة عند اللعب مع أختها الصغيرة، ثم رجعت الحالة لقياس تتبعي أخير بعد ستة أشهر ولتقصي عدم حدوث الانتكاسة فكانت نتائج المقياس (01) لمجمل المقياس، (00) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(01) لعرض التجنب و(00) لعرض فرط الاستثارة الزائدة بهذا تؤكد العلاج التام لاضطراب ما بعد الصدمة بما فيه أعراضه المختلفة التي عانت منها الحالة جراء كونها ضحية سوء المعاملة وللعنف.

تقديم التقرير العلاجي الحالة الثالثة: نعيمة، (16) سنة، الحالة الاجتماعية: عزباء، متوسطة الطول ذات مظهر والهندام

نظيف وجيد وهي فتاة ذكية وجميلة لكن يظهر على وجهها تعابير الحزن...

الحالة تسكن هي وأخويها في منزل الجدة من ناحية الأم بولاية تلمسان، كما يعيش معهم الجد والحالة المتزوجة هي وزوجها وولديها الاثنان، تعني الجدة بكل العائلة وتشعر الحالة بأنها بخير داخل هذا النسق، الوالدين مطلقين، الأم متزوجة وتسكن في فرنسا (الخارج) والأب متزوج ويسكن في نفس المدينة، الاتصال بالوالدين يكون مع الأم عبر الهاتف وهي ترغب في جلب الأطفال إليها إلى فرنسا لكن الأب يرفض، الاتصال مع الأب يكون بالذهاب عنده في العطل، الأب مدمن للكحول ولا يقدم اهتمام بالغ لأولاده ماعدا الابن الأكبر.

الدافع الاستشاري: الحالة متمدرسة في السنة الثانية ثانوي، يوصف سلوكها على أنها مهذبة وهادئة من قبل طاقم المؤسسة

حسب أقوال الجدة لكن تصفها الجدة والحالة اللتان يرافقانها للاستشارة أن للحالة سلوك منطوي في المنزل ومكتئبة في أغلب الأحيان. الحالة قدمت لطلب العلاج بتوجيه من الجدة التي لاحظت عليها الاكتئاب والانطواء مع البكاء والشروود المستمر.

يرجع هذا إلى المعاملة والسلوك العنيف من قبل الأخ الأكبر الموجه لها، فيقوم الأخ الأكبر بتوبيخها على أتفه الأسباب والحد من حريتها وكذا تعنيفها لفظيا وجسديا، حتى وصل في بعض المرات إلى القسوة المبالغة والسلوك الجسدي العنيف الذي أدى إلى الجرح في الرأس وكسر اليد، هذا ما أدى بتدخل الجدة في الأمر وتهديده في مركز الشرطة. وبعد هذه الحادثة لم يعد هذا الأخ الأكبر إلى ضرب الحالة قبل مدة طويلة من قدومها إلى مصلحة علم النفس بالمستشفى واستمر ذلك حتى بعد الانتهاء من الدراسة في المرحلة التتبعية الثانية.

نتائج الفحص: بعد حضور الحالة إلى المقابلة تم التعرف عليها وأخذ المعلومات الأولية حول تاريخ الحالة ومعرفة إن كانت

تتلاءم مع الدراسة، ثم شرح الهدف من الدراسة والاتفاق على العقد العلاجي ثم برمجة حصص العلاج وتطبيق مقياس دافدسون الذي ظهرت درجاته بنسبة مرتفعة في هذه المرحلة حيث كانت (17) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(23) لعرض التجنب

و(18) لعرض فرط الاستثارة و(58) للمقياس ككل بعد جمع كل نتائج الأعراض، حيث ترمز هذه النتائج إلى أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة مرتفعة في كل الأعراض.

بعد المقابلات الثلاثة الأولى لوحظ أن أعراض عديدة ومختلفة الشدة تظهر على الحالة من جراء صدمة العنف الذي تلقته من قبل الأخ الأكبر، وتمثل مجملها في:

- اضطراب النوم في عدم المقدرة على الدخول إلى النوم وكوابيس متعلقة بالمعاملة السيئة للأخ الأكبر.
- إحباط نفسي عميق إضافة إلى الحالة العاطفية السلبية التي ينتج عنها سلوك متوتر وفي بعض الأحيان نوبات من الغضب.

- سحب الاستثمارات الاجتماعية والانطواء في غرفتها أو السطح للبكاء منفردة.
- اليقظة الزائدة والجفل المبالغ فيه عند رؤية الأخ مع تجنبه قدر الإمكان حتى وفي هذه الفترة التي لم يعد يتعرض لضربها.
- مشاكل في التركيز داخل القسم وكذا اضطرابات في الذاكرة التي تعيق النشاط الدراسي في الحفظ ونسيان الدروس مما أدى إلى انخفاض تحصيلها الأكاديمي، إضافة إلى ومضات الذاكرة التي تتعلق بمعاناتها الناتجة عن كونها ضحية العنف.

وصف عام للعملية العلاجية: الهدف من العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين هو التخفيف وإزالة كل الأعراض المذكورة.

بعد التعرف على تاريخ الحالة والخبرات الصادمة والأعراض التي تشكل عرقلة كبيرة نحو التأقلم والشعور بالراحة النفسية، تم وضع خطة علاجية بأهداف محددة تضم المصادر الصدمية المراد علاجها والتي عايشتها الحالة ومعرفة تصورات الحالة حول كل خبرة، فوضعت ثلاث أهداف رئيسية كانت في مركز تجاربها الصدمية، الهدف الأول حول انفصال الوالدين وسفر الأم، الهدف الثاني والثالث كانا حول كونها ضحية للعنف الموجه من قبل الأخ، فضّلت الحالة البدء في علاج الهدف الثاني وكان الاعتقاد السلبي: "أنا مظلومة" الاعتقاد الايجابي: "أنا قوية". الأحاسيس الجسمية: ألم في اليد والشعور بالشد في كل من الرقبة والرأس. الموقع الآمن: "على سفح جبل في الليل وأنظر إلى أنوار المدينة المتلألئة... المفتاح: "الهدوء".

لقد تم الشروع في علاج الأهداف كلا على حدة، ومع بداية علاج الأهداف يكون سلم ال (SUD) عند قياسه مرتفعا وفي حالتنا دوما ما كان يساوي أو يقترب من أعلى درجة (10)، ثم بعد التركيز على الحدث الذي يسبب الانزعاج وجعل الحالة تتبّع الحركات المتناوبة ثم الإفصاح عن التغيرات التي تحدث ثم الاستمرار على حسب البروتوكول العلاجي، حيث ينخفض تقييم شدة

الانزعاج على سلم ال (SUD) تدريجياً عبر الحصص في الحصة الأولى والثانية انخفض إلى (08) وبعد العمل على الحدث مجدداً في الحصة الثالثة انخفض إلى (05) ثم إلى (01) ثم أصبح منعماً أي (00) هذا لا يستثنى أن هذا التقييم الذاتي لم يرتفع في بعض المرات أثناء الحصص ثم يرجع لينخفض بعد فك الانسداد الحاصل في سيرورة معالجة المعلومات، وبطبيعة العلاج التكاملية تم العمل على تقنية الاسترخاء لتحسين المزاج والتخلص من التوتر، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في نهاية الحصة الثالثة إلى تقييم الاعتقادات الايجابية على سلم ال (VOC) فتغير من (03) إلى بعد أربع مجموعات من الحركات المتناوبة. وبعد الانتهاء من علاج هذا الهدف استمرت الحصص لإتمام علاج الهدف الثاني والهدف الأول على التوالي في أربع حصص.

وصرحت الحالة في الحصة الأخيرة من العلاج أنها لا تشعر أبداً من الانزعاج بتذكر سفر الأم والحوادث الصادمة ومعاملة أخيها الأكبر العنيفة لها بل أنها تشعر بالحصص على أخيها لأنه أصبح عنيفاً جراء الواقع الذي يعيشون فيه، كما أنها بدأت تتحسن في أدائها المدرسي وكذلك الرغبة في الدراسة، وأصبحت تود تكوين صداقات والتقرب أكثر من الأب...

وبالانتهاء من التحقق من علاج كافة الأهداف أعيد تطبيق مقياس دافدسون فكان ناتج مجمل المقياس (05)، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(03) لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستثارة، مما يعني أن الأعراض اختفت. ثم القياس التبعي الأول كانت النتائج (01) لمجمل المقياس، (00) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(00) لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستثارة، فأظهر هذا القياس أن الأعراض استمرت في الانخفاض، وفي القياس التبعي الأخير بعد ستة أشهر ولتقصي عدم حدوث الانتكاسة فكانت نتائج المقياس (01) لمجمل المقياس، (00) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(00) لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستثارة الزائدة بهذا تأكيد العلاج التام لاضطراب ما بعد الصدمة الذي تعاني منه الحالة.

تقديم التقرير العلاجي الحالة الرابعة: حنان، (17) سنة، عزباء. وهي البنت الثانية التي أتت على إثرها الطلاق... هي فتاة متوسطة الطول بمندام جيد، سمراء البشرة عينين بنيتين، لقد تحاشت الحديث عن الأحداث الصادمة مقاومة لها في بدء أول الاستشارات لكن بعد توثق العلاقة العاجية وشعور الحالة بالأمن استطاعت أن تتخلص من المقاومة والخجل في آخر المقابلة، لكن أحياناً ما كانت تعود إلى هذا الميكانيزم ثم تتخلص منه بعد تذكيرها بأنها في أمان وأن العقد العلاجي يؤكد على سرية المعلومات.

الحالة تسكن بولاية تلمسان في منزل الجد في حي شعبي هي مع الأم والأخت الكبرى، الأم والأب مطلقين منذ ولادتها، الأم لا تعمل، تقول الأم أنها أصبحت عدوانية ولا تطبق الوضعية التي تعيشها وأن ليس لها الطاقة الكافية للعمل، الاتصال بالأب

يكون في الغالب في المناسبات ويبحث نفقات لكن قليلة لا تلي احتياجات البننتين، لكن يساهم الجدين في تغطية نفقات الحفيدتين وأمهما.

وصفت الحالة "حنان" أن الأم عنيفة السلوك وتثور غضبا لأنفه الأسباب مع أنها تتصف بالعنف اللفضي والكلام الجارح.

الدافع الاستشاري: الحالة متمدرسة في السنة الثانية ثانوي، يوصف سلوكها من قبل الأساتذة على أنها كتومة وغير متداخلة مع الأقران ولا تقوم لا بالمشاركة ولا بتقدم بالأعمال المطلوبة، وكثيرة السرحان أثناء الحصص، ويبدو أن هذا السلوك يكون أيضا في المنزل حيث تصفها أمها على أنها عنيدة ولا تقوم بالواجبات الموكلة إليها. الحالة قدمت للعلاج بنصيحة من أستاذ الرياضة الذي استدعى الأم عقب شجار بينها وبين زميلة لها في نفس القسم أثناء حصة الرياضة، والذي أخبر الأم أن عليها رؤية نفساني عيادي من أجل فحص حالتها النفسية وتقديم المساعدة اللازمة لأنها دائمة الشجار مع الزميلات ولا تنفذ تعليمات الأستاذ، فوجهت الحالة إلى مصلحة علم النفس لتلقي الدعم والعلاج.

بعد حضور الحالة إلى المقابلة تم التعرف عليها وأخذ المعلومات الأولية حول تاريخ الحالة حين استمرت طوال مقابلتين في التحدث عن أمور عامة وتحاشي التحدث في الأحداث الصعبة من حياتها، وتوقفت هذه المقاومة في بداية الحصة الثالثة حين بدأت بالبكاء ثم قالت أنها لا تطيق معاملة والدتها لها، ثم قالت أنها تعرضت للضرب بشدة كبيرة من قبل الأم في أحد الأيام منذ سنة مضت بعد أن كانت تهددها مرارا وتكرارا، حيث سببت لها كدمات على الوجه والظهر وأحست أنها ستقتلها لذا هربت من البيت وكان الوقت ليلا....

يرجع هذا إلى المعاملة والسلوك العنيف الموجه للبننتين وبصفة أخص لحالة الدراسة من قبل الأم إلى أن الأب كان يريد أطفالا ذكورا حيث أن ولادة الأنثى لم تكن مرغوبة خصوصا الولادة الثانية التي كانت سببا في الطلاق، كانت الأم دائما ما تقوم بتوبيخها على أتفه الأسباب واحتقارها، والحد من حريتها وكذا تعنيفها لفظيا وجسديا، مع تقليل الاهتمام بها إلا في ما يتعلق الأمر بتوجيه الأوامر. الحالة تلقي اللوم على الأب في أنه سبب هذه المعانات وأنه لا يهتم بهم، ولم تفهم لماذا تكون أمها عدوانية تجاهها بينما تكون لطيفة مع الناس والآخرين. وبعد الحادثة التي هربت فيها حالة الدراسة من المنزل عاتب الجدان الأم فلم تعد إلى ضربها مجددا، ولكن استمرت في توبيخها. وكانت الحالة تتحاشى الأم أو الحديث معها إلا في الأمور الضرورية وكان يحدث هذا منذ أكثر من سنة.

تم تقديم نصائح تربوية للأم التي بدورها تلقت استشارتين من رغبتها الذاتية، وفي ذات المصلحة، هذا ما حسن سلوكها العنيف إذ لم ترجع إلى العنف الدائم وبدون سبب، ولوحظ هذا السلوك إلى نهاية المرحلة التتبعية الثانية.

نتائج الفحص: قد سُرح الهدف من الدراسة وتم الاتفاق على العقد العلاجي، ثم برمجة حصص العلاج وتطبيق مقياس دافيدسون الذي ظهرت درجاته بنسبة مرتفعة في هذه المرحلة، حيث كانت (15) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(27) لعرض التجنب و(16) لعرض فرط الاستثارة و(58) للمقياس ككل بعد جمع نتائج كل الأعراض، حيث ترمز هذه النتائج إلى أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة مرتفعة في كل الأعراض.

بعد المقابلات الثلاثة الأولى شخص اضطراب ما بعد الصدمة كما أكده مقياس دافيدسون، ولوحظت أن أعراضه نشأت

بعد بالحادث الصادم، وهي كالتالي:

- إحباط نفسي وهبوط الطاقة النفسية.
- الحالة العاطفية السلبية وتشاؤم من المستقبل.
- نوبات من الغضب وفي بعض الأحيان تصرفات وسلوكيات عدوانية.
- سحب الاستثمارات الاجتماعية خصوصا من أفراد العائلة.
- اليقظة الزائدة والجفل المبالغ فيه عند أي صوت مفاجئ.
- مشاكل في الهضم وضيق في الصدر.
- اضطرابات في الذاكرة وتمثل في ومضات الذاكرة والنسيان، مع صعوبة الفهم نتيجة لقلة التركيز والذي يؤثر سلبا على تحصيلها المدرسي إذ أصبحت تكرر السنوات الأكاديمية بسبب تدني درجاتها هذا ما زاد من تدني تقديرها لذاتها لأنها كانت تحلم بأن تصبح طبيبة (الحلم الذي لم تعد تراه واقعا).

وصف عام للعملية العلاجية: الهدف من العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين هو التخفيف وإزالة كل

الأعراض المذكورة.

بعد التعرف على تاريخ الحالة والخبرات الصادمة والأعراض المعيقة لتأقلمها، وُضعت الخطة العلاجية باستهداف معاشها مع

الأم وأفكارها حول الأب، مع التركيز على الحادثة التي كانت ضحية لعنف الأم ولم يكن لها ملجأ سوى الهروب إلى الشارع، هذه

الحادثة التي اختارتها الحالة كاستهداف تود علاجه أولا من بين ثلاث أهداف رئيسية كلها متعلقة بتجارب صدمية مع الأم، فكان

الاعتقاد السلبي: "لا أستحق التقدير" والاعتقاد الإيجابي: "لدي قيمة كبيرة" أما الأحاسيس الجسمية: ضيق في الصدر وكرة في المعدة. الموقع الآمن: داخل بستان مليء بالورود والعشب الأخضر وتوجد حيوانات أين يكون الجو لطيفا والهواء منعشا، المفتاح: "الراحة".

تم تقديم تقنية الاسترخاء التي يتضمنها البرتوكول العلاجي للـ (EMDR) من أجل تخفيف التوتر وللتمكن من متابعة الحصص العلاجية، ومع بداية العلاج كان سلم الـ (SUD) في أكبر درجة (10) عند قياسه في أول مرة، ثم بعد الحركات المتناوبة وسرد كل ما يخطر على بال الحالة ثم الإفصاح عن التغيرات التي تحدث في كل مرة، ثم الاستمرار إلى أن انخفض تقييم شدة الانزعاج على سلم الـ (SUD) تدريجيا عبر الحصص إلى الـ (00) حيث أنه وفي الحصة الأولى انخفض إلى الـ (09) والثانية انخفض إلى (05) وتوقف في هذا التقييم (لأنها لم تفهم لماذا يحدث لها هذا وأنه لم يكن لها أي دخل في حدوثه وأنه يتعلق بالقدر) ومع هذه المشاعر المنفجرة التي لم تتحملها الحالة لجئ إلى تطبيق "تقنية الاسفنجة ضمن البرتوكول العلاجي" من أجل تدارك كل المشاعر السلبية وأفكار لوم الذات، هذا ما يساعد في تفرغ دون اكتساب معرفة سلبية، ثم اللجوء إلى تقنية الحياكة المعرفية مع الجدال السقراطي الذي يساعد الحالة على نسج كل الأفكار لتدرك الارتباط بينها للتخلص من المشاعر السلبية. وبعد العمل على الحدث مجددا في الحصة العلاجية الثالثة انخفض إلى (02) ثم إلى (01) الذي ضل في هذا التقييم حيث أُعتبر إيكولوجيا لأنها تعتبر أن الوالدين يقومان بدعم أبنائهم وأن أمها من المستبعد أن تحسن سلوكها، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم تم الشروع في بداية الحصة الرابعة إلى إعادة تقييم الاعتقادات الإيجابية على سلم الـ (VOC) فتغير تقييمها إلى (05) قبل الحركات المتناوبة بعد ماصحة أنه في الـ (02) في بداية العلاج، وبعد عدة مجموعات من الحركات المتناوبة أصبح التقييم إلى (07).

وصرحت الحالة في الحصة الخامسة من العلاج أنها لا تشعر أبدا من الانزعاج بتذكر الحادث الصادمة ومعاملة الأم العنيفة لها وأنها أصبحت ذكرى من الماضي، والآن يجب أن تستعد للمستقبل وتجتهد في دراستها من أجل تحقيق كل أهدافها، كما أنها أصبحت تركز على إنجاز الدروس وبدأت تحب الدراسة أكثر. ومن جانب آخر تشعر بالحزن على أمها لأنها هي أيضا تلقت معاملة سيئة من الأب وهجرانه لها.

وبالانتهاء من التحقق من علاج كافة الأهداف أعيد تطبيق مقياس دافسون فكان ناتج مجمل المقياس (03)، (02) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(00) لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستثارة، مما يعني أن الأعراض اختفت كليا. ثم تم إخبار الحالة بالعودة لإجراء قياس تتبعي أول فكانت النتائج (02) لمجمل المقياس، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(00)

لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستثارة فلم استقر انخفاض الأعراض وكانت الحالة تشعر بالراحة والثقة بالنفس حيث قالت: "درك وليت بنادم جديد"، ثم وبحسب العقد العلاجي للدراسة ترجع الحالة لقياس تتبعي أخير بعد ستة أشهر لتقصي عدم حدوث الانتكاسة فكانت نتائج المقياس (02) لمجمل المقياس، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(00) لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستثارة الزائدة بهذا تؤكد العلاج التام لاضطراب ما بعد الصدمة الذي تعاني منه الحالة جراء كونها ضحية للعنف وسوء المعاملة من قبل الأم.

تقديم التقرير العلاجي الحالة الخامسة: آسية، 18 سنة، عزباء، متوسطة الطول بيضاء البشرة، جسم نحيف، تضع الحجاب، الهدام نظيف.

الحالة تسكن مع عائلتها بولاية تلمسان، في منزل الجد من ناحية الأب، قامت العائلة بالانتقال إلى منزل الجد من أجل الاعتناء به فحالته الصحية العقلية لا تسمح له بالاستقلالية التامة، خصوصا وأنه يعاني من مرض الزهايمر في مرحلته المتوسطة، وكان هذا الانتقال منذ أكثر من سنتين، الحالة كانت لها علاقة جيدة مع أفراد أسرتها التي تتكون من الأب والأم وإخوتها الثلاثة. إلى أن قام الجد المريض (في حالة وحيدة لم تتكرر) بضرب الحالة التي كانت تبلغ من العمر (16) سنة بعكازه مرارة عديدة حتى سقطت على الأرض حين استمر بضربها لكنها لم تصرخ إلى أن أغمي عليها حتى صعدت الأخت الصغرى فأخبرت الأم بسرعة لتقوم هذه الأخيرة بحملها إلى السرير والاتصال بالأب لأخذها إلى المستشفى، لم تكن هناك أضرار جسدية خطيرة سوى بعض الكدمات لكن الضرر النفسي كان عميقا، فهي لم تتكلم ولم تأكل إلا بعد مرور (3) أيام من الحادثة، إذ توجب على العائلة إرجاعها إلى المستشفى في اليوم الثاني من أجل التغذية الدوائية.

الدافع الاستشاري: الحالة متمدرسة في السنة الثالثة ثانوي، أتت لمصلحة علم النفس في المستشفى الجامعي لطلب حصص نفسانية، بعد محاضرة ألقاها مختص نفسي للتلاميذ المدرسة المقبلين على شهادة البكالوريا وإلقاء الضوء على أهمية الجانب النفسي والدعم النفسي في النجاح بالشهادة. آسية متفوقة في الدراسة، وتمتاز بسلوك مهذب، لكن في الفترة الأخيرة أصبحت تعاني من التوتر وقلة التركيز والنسيان فأصبحت تخشى على تحصيلها الدراسي، وتصفها الأم على أنها منظوية على كتبها وأمور الدراسة في المنزل حتى يصل بها الأمر بعض أحيانا إلى الخلود إلى النوم بدون تناول شيء عقب الرجوع إلى المنزل.

نتائج الفحص: كان حضور الحالة إلى الاستشارة بطلبها الشخصي، فهي من أخبرت الأم أنها تود الاستشارة من أجل النجاح في البكالوريا، لقد تم التعرف على الحالة في المقابلتين الأولتين وأخذ المعلومات الأولية من تاريخ الحالة ومعرفة إن كانت

تتلاءم مع الدراسة، ثم شرح الهدف من الدراسة والاتفاق على العقد العلاجي بعد افتراض أن مشكلة النسيان والتوتر قد تكون ناتجة عن الحادثة الصادمة، تبعها برمجة حصص العلاج وتطبيق مقياس دافدسون الذي ظهرت درجاته بنسبة مرتفعة في هذه المرحلة حيث كانت (18) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(21) لعرض التجنب و(15) لعرض فرط الاستثارة و(49) للمقياس ككل بعد جمع نتائج كل الأعراض، حيث ترمز هذه النتائج إلى أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة مرتفعة نسبيا في كل الأعراض.

بعد المقابلتان الأولتين أتضح أن الحالة تعاني من ضغط نفسي من جراء الحادثة مع الجدل التي كانت سبب في تفجير عدة أعراض بعضها لوحظ على الحالة وبعضها اختفى وبعضها تطور من جراء الصدمة، وتمثل مجملها في:

- اضطرابات النوم تظهر في الكوابيس متعلقة بالحادثة كانت في الشهور الأولى ثم تحولت إلى كوابيس مختلطة ومتعلقة بالتعرض للأذى لكن هذه الكوابيس ليست يومية.
- ومضات الذاكرة التي تتعلق بمعاناتها الناتجة عن كونها ضحية العنف من قبل الجدل المريض.
- حالة عاطفية سلبية وأفكار متشائمة.
- سلوك متوتر يتمثل في قضم الأظافر والتعرق.
- الانطواء على الدراسة وسحب الاستثمارات الاجتماعية ولا تتحدث كثيرا مع العائلة إلا الأم.
- اليقظة الزائدة والجفل المبالغ فيه عند سماع ضجة أو صوت مرتفع.
- في الآونة الأخيرة أصبحت تعاني من مشاكل في التركيز داخل القسم وكذا النسيان وهذا ما زاد من مخاوفها تجاه التحصيل والنجاح الدراسي.

وصف عام للعملية العلاجية: الهدف من العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين هو التخفيف وإزالة كل الأعراض المذكورة.

بعد التعرف على تاريخ الحالة وتحديد الخبرة الصادمة التي أدت بتفجير الأعراض التي تعيق تأقلمها، تم وضع خطة علاجية بأهداف محددة تضم المصادر الصدمية المراد علاجها والتي عايشتها الحالة بعد معرفة كافة تصورات الحالة حول كل خبرة، بدأ العلاج بالهدف الثاني حيث كان الاعتقاد السلبي: "أنا السبب" (أنا السبب). الاعتقاد الإيجابي: "لست السبب" (السبب مشي

فيًا). الأحاسيس الجسمية: "تعب". الموقع الآمن: في حديقة بها أشجار عالية وكراسي للمطالعة الجو جميل والأشجار تحجب أشعة الشمس الهواء نقي ويعم الهدوء. المفتاح: "النجاح".

ثم الشروع في علاج الأهداف كلا على حدة، وفضلت الحالة بدأ العلاج بالهدف الثاني المتعلق بعدم مساندة العائلة لها ثم الانتقال إلى الهدف الأول حول حادثة ضرب الجد، وظهر سلم الـ (SUD) عند قياسه مرتفعا إلى نسبة (09)، ثم بعد التركيز على تفاصيل الحدث وجعل الحالة تتذكر الانفعالات المرافقة له مع تتبّع الحركات المتناوبة ثم الإفصاح عن التغيرات التي تحدث ثم الاستمرار في خطوات البروتوكول العلاجي، ولوحظ انخفاض تقييم شدة الانزعاج على سلم الـ (SUD) تدريجيا عبر الحصص في الحصة الأولى انخفض إلى (06) لكن في الحصة الثانية إرتفع تقييمه إلى الـ (08) وبعد العمل على الحدث مجددا وتغيير نمط الحركات المتناوبة استمر في الانخفاض مجددا وفي الحصة الثالثة انخفض إلى (05) ثم في الحصة الرابعة إلى الـ (02) بعد ما حدثت عرقلة في بداية الحصة وأصبحت تلوم الأب لأنه السبب في انتقالهم إلى منزل الجد وأن الجد مريض ليس له المقدرة على التفكير وتم استخدام تقنية الاسترخاء للتخفيف من التوتر الحاصل ثم تغيير نمط الحركات المتناوبة مجددا لذا انخفض إلى الـ (02) في نهاية الحصة، وفي الحصة الخامسة بدأ التقييم من الـ (01) ثم أصبح منعدما أي (00) بعد ثلاث مجموعات من الحركات المتناوبة، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في نهاية الحصة الخامسة، بدأ تثبيت تقييم الاعتقادات الايجابية على سلم الـ (VOC) فتغير من (01) إلى (07) بعد أربع مجموعات من الحركات المتناوبة.

وصرحت الحالة في الحصة السابعة من العلاج أنها لا تشعر بالانزعاج عند تذكر الحادث الصادمة وكل المعاش المرافق له، ولم تعد تلقي اللوم على الأب كما أنها لا تلوم الجد لأنه مريض ولم يكن يدري ماذا يفعل وأنها ستصبح أكثر لطفًا وحذرًا في التعامل معه ومع الحالات المشابهة لحالته، كما أنها بدأت تشعر بأن تركيزها وذاكرتها تحسنا وأن ثقتها بالنجاح والتفوق أصبحتا أكبر، مع أنها رسمت خطة تحوي برنامج المذاكرة وخطة للاندماج الاجتماعي.

وبالانتهاء من التحقق من علاج كافة الأهداف أعيد تطبيق مقياس دافدسون فكان ناتج مجمل المقياس (04)، (02) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(00) لعرض التجنب و(02) لعرض فرط الاستثارة، مما يعني أن الأعراض اختفت كليًا. ثم تم إخبار الحالة بالعودة لإجراء قياس تتبعي أول فكانت النتائج (04) لمجمل المقياس، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(01) لعرض التجنب و(02) لعرض فرط الاستثارة فلم تتغير الأعراض واستمرت في استقرارها، ثم ترجع الحالة لقياس تتبعي أخير بعد ستة أشهر ولتقصي عدم حدوث الانتكاسة فكانت نتائج المقياس (04) لمجمل المقياس، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة

و(01) لعرض التجنب و(02) لعرض فرط الاستثارة الزائدة، وكانت الحالة بغاية الهدوء والاتزان وذكرت أنها لا تزال تمارس الاسترخاء مع استخدام الموقع الآمن، بهذا تؤكد العلاج التام لاضطراب ما بعد الصدمة الذي تعاني منه الحالة جراء كونها ضحية سوء المعاملة والعنف الغير مقصود.

تقديم التقرير العلاجي الحالة السادسة: أمينة، (19) سنة، عزباء، المظهر: نحيفة ومتوسطة الطول، الهندام متوسط، سمراء البشرة.

الحالة تسكن بولاية تلمسان، تتكون العائلة من أب وزوجة الأب وأخوين أصغر سنا من الأم التي توفيت أثناء الولادة، وأختين وأخ من زوجة الأب، الحالة متوقفة عن الدراسة منذ السنة الرابعة إكمالي، لأنها اضطرت للعمل لإعالة نفسها وأخويها، حيث يسكنون في بيت قصديري مكون من غرفتين، بينما الحالة الاقتصادية جد متدنية، فاضطرت الحالة للعمل بعد (3) سنوات من زواج الأب في ورشة لصنع الديكورات المنزلية من أجل الاعتناء بأخويها فالأب لا يستطيع توفير كافة احتياجات الأسرة، بينما تقوم زوجة الأب بالسيطرة على المصروف بينما تحبس عن أطفال الزوجة الأولى العيش الكريم الذي تحاول حالة الدراسة توفيره لإخوتها، مع أنها تنبذ معاملة زوجة الأب القاسية والعنيفة، تصف الحالة أن زوجة الأب تذهب للمشعوذين ودائما ما تتصرف بتصرفات مريبة ومثيرة للشك، لم يؤخذ هذا الحديث كمركز للاستشارات بل تم التركيز على المواقف والأحداث الصادمة.

الدافع الاستشاري: عانت حالة الدراسة منذ زواج الأب من مشاكل مع الزوجة الجديدة بينما لم يكن يعرف الأب عن المشاكل التي تحدث بينهما، بينما كانت الزوجة تضرب البنت وتعاملها بقسوة معنوية وبدنية، إلا أن أصبحت البنت تدافع عن نفسها ولا تمتثل لأوامرها فاضطرت زوجة الأب إلى تكبيل الحالة هي وأحد إخوتها وكيها بملقعة ساخنة وعند محاولتها التخلص من القيد، أصيبت الحالة بكلي على الوجه ثم واصلت زوجة الأب ضرب الحالة بقسوة هي وأخوها، وقد ترك الكلي ندوبا وآثار جسدية دائمة لأنها لم تعالج طوال الستين، بعد عودة الأب لم تستطع الحالة كبت الظلم وأخبراه كل ما حدث بينما زوجة الأب تقول أنهما من بدأ ولم تتمكن من الدفاع عن نفسها إلا بتلك الطريقة القاسية، ضنت الحالة أنها ستموت بعد كل هذا التعذيب هذا ما جعلها لا تزال تتذكر تلك الحادثة بكل تفاصيلها الدقيقة.

بعد تلك الحادثة خف الصراع مع زوجة الأب إلا أنها كانت تعامل الحالة بازدراء وتعنفها نفسيا، لذا كانت الحالة تضطر إلى المكوث مطولا في العمل كي تتجنب الاحتكاك مع زوجة الأب، وطوال ما يقارب السنة والنصف لم تتعرض لأذيتها بدنيا واستمر ذلك حتى مدة الانتهاء من الدراسة التي كانت فيها الحالة في احتكاك مع الفحص والعلاج.

نتائج الفحص: قدمت الحالة للعلاج بمفردها بعد نصح إحدى صديقاتها في الورشة التي كانت تتردد على المختص النفسي، فتم التعرف على الحالة بعد حضورها إلى المقابلة وأخذ المعلومات اللازمة حول تاريخ الحالة ومعرفة إن كانت تتلاءم مع الدراسة الحالية، ثم تم شرح الهدف من الدراسة والاتفاق على العقد العلاجي ووضع برنامج لحصص العلاج خلال فترة محددة وتطبيق مقياس دافسون الذي ظهرت درجاته بنسبة مرتفعة في هذه المرحلة حيث كانت (12) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(19) لعرض التجنب و(19) لعرض فرط الاستثارة و(50) للمقياس ككل بعد جمع نتائج كل الأعراض، حيث ترمز هذه النتائج إلى أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة مرتفعة في كل الأعراض.

بعد المقابلات الثلاثة الاستكشافية الأولى لوحظت أعراض عديدة ومختلفة الشدة تظهر على الحالة بسبب الحادثة الصدمية التي لم تغادر ذهنها طوال السنتين الماضيتين والمتعلقة بالتعرض للتقييد والضرب بالإضافة للكلي من قبل زوجة الأب، وتتمثل بمجمل الأعراض في:

- اضطراب النوم الذي يتمثل في عدم المقدرة على الدخول إلى النوم رغم التعب من جراء العمل، وكوابيس مختلطة هذا ما يزيد من خوفها للدخول في النوم.
- إحباط وتعب نفسي عميق إضافة إلى سلوك متوتر وخوف.
- الانطواء لكن يحدث في المنزل حتى أنها لا تقوى على مجالسة الأطفال في الأيام التي لا تعمل فيها.
- اليقظة الزائدة.
- مشاكل في التركيز والتذكر مع ومضات الذاكرة تحمل صوراً من العنف الذي تلقته هي وأخويها.

وصف عام للعملية العلاجية: الهدف من العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين هو التخفيف وإزالة كل الأعراض المذكورة.

بعد جمع كافة المعلومات اللازمة عن الحالة والخبرات الصادمة التي مرت بها، تم وضع خطة علاجية بأهداف محددة للتركيز عليها من أجل العلاج وتضم المصادر الصدمية التي تم سببها من خلال الحصص الأولى المخصصة لتاريخ الحالة، وكانت الأهداف على الشكل التالي: الهدف الأول: حول ذاكرة وفاة الأم والألم الذي سببه فراقها، الهدف الثاني والثالث حول ضرب زوجة الأب والمعاملة السيئة التي تلقاها هي وإخوتها والكلمات الجارحة "عنف جسدي ونفسي"، والهدف الرابع حول عدم دعم الأب لأطفاله وعدم تصديقهم عندما تكذب زوجة الأب بخصوص ضربها لهم أو أي موقف آخر.

وفضلت الحالة البدء في علاج الهدف الثاني المتعلق بمحادثة الضرب والكي الذي سببته زوجة الأب، بينما كان الاعتقاد السلبي: "أنا غبية، أنا السبب"، [وتضيف: هي اللي خلّاتني نطيح في كل هذ الشي، أنا سباب روعي]* (أنا حم...، أنا سباب روعي) الاعتقاد الايجابي: "أنا ذكية"، لست المذنبه" (أنا ذكية، السبة مشي فيا). الأحاسيس الجسمية: حرقة في الكتف والوجه، مع شعور بالشد في الرقبة. الموقع الآمن: حديقة مليئة بالأشجار والزهور في فصل الربيع وصوت العصافير حين يكون الجو منعش والشمس ساطعة. المفتاح: "جنة".

بدأ الشروع في علاج الأهداف كلا على حدة، ومع بداية علاج الأهداف كان سلم ال (SUD) عند قياسه مرتفعاً إلى ال (10) في الهدف الأول، ثم بعد التركيز على الحدث الذي يسبب الانزعاج وجعل الحالة تتبّع الحركات المتناوبة ثم الإفصاح عن التغيرات التي تحدث ثم الاستمرار على حسب البروتوكول العلاجي، حيث بدأ ينخفض تقييم شدة الانزعاج على سلم ال (SUD) تدريجياً عبر الحصص في الحصّة الثانية انخفض إلى (08) وبعد العمل على الحدث مجدداً في الحصّة الثالثة انخفض إلى (04) ثم إلى (01) لكن قبل الوصول إلى هذه القيمة أصيبت الحالة بحالة من البكاء المستيري استمر (03) دقائق متواصلة دون قول أي شيء إلى أن قالت: "درك نقدر نريح" (الآن يمكنني أن أستريح) وبتوجيه السؤال حول ماذا كانت تقصد بذلك؟ قالت: "أنا تشعر بالراحة وأنا تمكنت من علاج ما كان يعيقها"، ثم أصبح منعماً أي (00) في الحصّة الرابعة بعد أن صرحت في بداية الحصّة أنها تشعر بارتياح كبير بعد الحصّة العلاجية الثالثة، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في الحصّة الخامسة إلى تقييم الاعتقادات الايجابية على سلم ال (VOC) فتغير من (01) إلى (07) بعد ستة مجموعات من الحركات المتناوبة.

بعد الانتهاء من تخفيف الانزعاج الحاصل عند تذكر الحادث الصادم المتعلق بالهدف الأول تم متابعة العلاج في خمس حصص أخرى لعلاج الأهداف الثلاثة المتبقية إلى أن اختفى الانزعاج الحاصل عند إعادة تذكر الأحداث المرتبطة بها. وصرحت الحالة في الحصّة الأخيرة المتعلقة بإعادة التقييم للهدف الرابع والأخير، أنها تشعر بتحسّن كبير وقد وضعت الأحمال التي كانت تحملها طوال ذلك الوقت مما أتاح لها ان تفكر بأريحية خالية من التوتر، وكذلك أشارت أنها لم تعد ترى الكوابيس وأنها لا تشعر من الانزعاج بعد تذكر الحوادث الصادمة ومعاملة زوجة الأب العنيفة وتلك المواقف والسلوكات الظالمة التي تعرضت لها. وبالتحقق من علاج كافة الأهداف الأربعة أعيد تطبيق مقياس دافدسون في الحصّة الأخيرة من العلاج لتقصي مدى تغير شدة الأعراض فكان ناتج مجمل المقياس قي المقياس البعدي (03)، (02) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(01) لعرض التجنب

* أي أن غباءها كما وصفت نفسها هو من أوقعها في هذه الأزمات والمشاكل.

و(00) لعرض فرط الاستثارة، مما يعني أن الأعراض انخفضت بدرجة مرغوبة تشير إلى تلاشي الأعراض. ثم تم إجراء قياس تتبعي أول بعد ثلاثة أشهر لملاحظة إن كانت هناك تغييرات وانتكاسة أو يستمر استقرار الأعراض لمدة أطول فكانت النتائج (03) لمجمل المقياس، (02) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(02) لعرض التجنب و(00) لعرض فرط الاستثارة فيلاحظ استمرار الاستقرار الحاصل بعد العلاج، بينما صرحت الحالة بعد كل حصة تتبعية أنها تشعر بالنشاط والسعادة وأنها تعطي نصائح لإخوتها لتفادي مواقف مماثلة، ثم يأتي القياس التبعي الأخير بعد ستة أشهر ولتقصي عدم حدوث الانتكاسة فكانت نتائج المقياس (03) لمجمل المقياس، (02) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(01) لعرض التجنب و(00) لعرض فرط الاستثارة الزائدة بهذا تؤكد العلاج التام لاضطراب ما بعد الصدمة الذي تعاني منه الحالة جراء كونها ضحية سوء المعاملة وللعنف.

تقديم التقرير العلاجي الحالة السابعة: ياسمين، (20) سنة، عزباء، المظهر: متوسطة الطول، الهندام نظيف وجيد، سمراء

البشرة، تدرس في السنة الجامعية الثانية.

الحالة تسكن بولاية تلمسان، من عائلة متوسطة الدخل تتكون من الأب والأم وأربع أخوات وترتيب الحالة يكون الثالث بينهن، يتكفل الأب بنفقات العائلة، الحالة ليست على وفاق مع الأخت الأكبر (المولودة الثانية التي تعاني من تأخر عقلي) وكذلك الأم، حيث تقوم الحالة بمشاجرة الأخت على الدوام، الأخت لديها تأخر عقلي وهي عدوانية وتسبب في كثير من الأحيان بالأذى للحالة خصوصا في غياب الوالدين اللذان يقومان بضبط الأمور، لكن الأم هي أيضا تقوم بتعنيف الحالة جسديا خصوصا أثناء مشاجرة الحالة لأختها، لأنهم يقولون أن الأخت المريضة لا تعرف ماذا تفعل ولا يجب ضربها...

الدافع الاستشاري: الحالة طالبة في السنة الجامعية الثانية، قدمت لطلب المساعدة النفسانية بمفردها، وما جعلها تقوم بذلك

هو لأنها تدرس إحدى التخصصات العلوم الإنسانية والاجتماعية وتدرک أنه يمكن أن تتخطى مجموع المشاكل التي تمر بها إذا لجأت للمساعدة المختصة.

تعاني الحالة من مشاكل من المعاملة الجسدية والنفسية العنيفة داخل منزل العائلة وتأني هذه المعاملة القاسية من قبل الأم والأخت، فالحالة لا ترى أنها تعامل بطريقة جيدة داخل المنزل خصوصا وأنها تعرضت للضرب من قبل الأخت وحين أرادت الدفاع عن نفسها قامت الأم برميها بمقص الذي أدى بجرح متوسط في الرقبة والوجه (الوجنة اليسرى) مما أدى بها إلى الإغماء ونقلها على جناح السرعة إلى المستشفى لم تكن الجراح خطيرة، تم تقطيب الجرح ووصف الأدوية المناسبة لها، الحالة أصيبت بالهلع من تلك الحادثة. الأم لم تقم بالاعتذار للحالة بعد خروجها من المستشفى، هذا ما زاد من تفاقم الوضع النفسي للحالة، لذا

أصبحت تفضل البقاء في الإقامة الجامعية وخلق حجج للتقليل من الذهاب إلى المنزل، هذا ما جعلها تتفادى المعاملة القاسية التي تتلقاها بالمنزل.

نتائج الفحص: بعد حضور الحالة إلى المقابلة والتعرف عليها ثم أخذ المعلومات الأولية اللازمة التي تصف تاريخ الحالة لمعرفة تلاؤمها مع هدف الدراسة، ثم تقديم شرح واف عن الهدف من الدراسة والاتفاق على العقد العلاجي ثم برمجة حصص العلاج وتطبيق مقياس دافدسون الذي ظهرت درجاته بنسبة مرتفعة في هذه المرحلة حيث كانت (14) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(22) لعرض التجنب و(18) لعرض فرط الاستثارة و(54) للمقياس ككل بعد جمع نتائج كل الأعراض، حيث ترمز هذه النتائج إلى أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة مرتفعة في كل الأعراض.

أقيمت ثلاث مقابلات أولية للتعرف على الحالة وتطبيق المقياس وتشخيص الأعراض ف لوحظ أن الحالة تعاني من أعراض عديدة ومختلفة الشدة ترتبط كلها بالصددمات العائلية والتي تكون في غالب سياق حديثها، وتمثل مجمل تلك الأعراض في:

- اضطراب النوم في عدم المقدرة على الدخول إلى النوم وكوابيس متعلقة بالعائلة.
- إحباط نفسي عميق إضافة إلى الحالة العاطفية السلبية التي ينتج عنها سلوك متوتر نوبات من الغضب إذ تتشاجر أحيانا مع رفيقائها في الإقامة أو الدراسة وأنها تعتقد أنهن لا يفهمنها.
- سحب الاستثمارات الاجتماعية خصوصا من أفراد العائلة أو أي أحد يسيء معاملتها دون استثناء.
- اليقظة الزائدة والمبالغ فيها، مؤخرا بدأت تظهر مشاكل في التركيز والتذكر مع دوخة، بينما اختفت ومضات الذاكرة التي تتعلق بمعاناتها الناتجة عن كونها ضحية العنف بعد (10) أشهر من الحادثة، لكنها تعيد معايشة الحدث بأدق تفاصيله كلما ذكرها احد بالعائلة.

وصف عام للعملية العلاجية: الهدف من العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين هو التخفيف وإزالة كل الأعراض المذكورة.

بعد التعرف على تاريخ الحالة والخبرات الصادمة التي تعرضت لها والأعراض التي تعيق تأقلمها وطمأنتها وذلك في المقابلات الثلاث الأولى ثم وضع خطة علاجية بأهداف محددة تضم المصادر الصدمية المراد علاجها والتي عايشتها الحالة، واللجوء إلى معرفة تصورات الحالة حول كل خبرة وتسطير أربعة أهداف رئيسية لبلوغ الهدف من العملية العلاجية، فكانت الأهداف على النحو التالي الهدف الأول حول العبارات الجارحة الصادرة من الأخت، والهدف الثاني والثالث حول حادثة ضرب الأم والأخت معا،

والهدف الرابع كونها الفرد الأقل تفضيلاً في العائلة، فضلت الحالة البدء في علاج الهدف الثالث وكان الاعتقاد السلبي: "أنا ضحية". الاعتقاد الإيجابي: "أنا ناجية". الأحاسيس الجسمية: حكة في الرقبة موضع الجرح، صداع في الرأس. الموقع الآمن: في جزيرة مليئة بالأشجار والطيور الملونة تكون أشعة الشمس والهواء نقي ومنعش. المفتاح: "الراحة". ثم الشروع في علاج الأهداف كلا على حدة، ومع بداية علاج الأهداف وقياس سلم ال (SUD) بدأ مرتفعاً إلى ال (10)، ثم بعد التركيز على الحدث الذي يسبب الانزعاج وجعل الحالة تتبع الحركات المتناوبة والإفصاح عن التغييرات التي تحدث بعد كل مجموع حركات متناوبة ثم الاستمرار على حسب البروتوكول العلاجي وحسب الحالة النفسية والذهنية للحالة، بهذا بدأ ينخفض تقييم شدة الانزعاج على سلم ال (SUD) تدريجياً عبر الحصص إذ ظهر في الحصة العلاجية الأولى في ال (09) لينخفض إلى ال (07) والثانية ينخفض إلى ال (06) وبعد العمل على الحدث مجدداً في الحصة الثالثة انخفض إلى ال (05) ثم إلى ال (01) ثم أصبح منعماً أي ال (00) هذا لا يستثنى أن هذا التقييم الذاتي لم يرتفع في بعض المرات أثناء الحصص ثم يرجع لينخفض بعد فك الانسداد الحاصل في سيرورة معالجة المعلومات الصادمة، وبطبيعة العلاج التكاملية تم العمل على تقنية الاسترخاء لتحسين المزاج والتخلص من التوتر، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في نهاية الحصة الثالثة إلى تقييم الاعتقادات الإيجابية على سلم ال (VOC) فتغير من ال (03) إلى ال (07) بعد ست مجموعات من الحركات المتناوبة، ليتم علاج باقي الأهداف.

وصرحت الحالة في الحصة الثامنة من العلاج أنها لا تشعر أبداً من الانزعاج بتذكر الحادث الصادمة ومعاملة أختها وأمها العنيفة لها بل أنها تشعر بالحزن على أختها المريضة وتشعر بالأسف على أمها لأنها لم تحسن معاملتها وأنها الجامعية الوحيدة في العائلة وأنه يمكن أن تصبح مصدر الفخر الوحيد للعائلة، كما أنها أعطت وعداً أنها ستصبح من المتفوقين في الدراسة الجامعية لتحقيق حلمها بأن تصبح أفضل مختصة في المنطقة، كما أنها أدركت أن الخطأ تقع من الناس والأصدقاء لذا علمت أنه لا يمكن التخلي عن الناس من أجل خطأ واحد أو سوء فهم بسيط.

وبالانتهاء من التحقق من علاج كافة الأهداف أعيد تطبيق مقياس دافسون فكان ناتج مجمل المقياس ال (04)، ال (02) لعرض إعادة معايشة الصدمة و ال (01) لعرض التجنب و ال (01) لعرض فرط الاستثارة، مما يعني أن الأعراض اختفت كلياً. ثم تم إخبار الحالة بالعودة لإجراء قياس تباعي أول فكانت النتائج ال (04) لمجمل المقياس، ال (02) لعرض إعادة معايشة الصدمة و ال (01) لعرض التجنب و ال (01) لعرض فرط الاستثارة فلم تتغير الأعراض وكانت الحالة بغاية الهدوء والاتزان وذكرت أنها لا تزال تمارس الاسترخاء مع استخدام الموقع الآمن، ثم ترجع الحالة لقياس تباعي أخير بعد ستة أشهر ولتقصي عدم حدوث الانتكاسة فكانت

نتائج المقياس (04) لمجمل المقياس، (02) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(01) لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستتارة الزائدة بهذا تأكد العلاج التام لإضطراب ما بعد الصدمة الذي تعاني منه الحالة جراء كونها ضحية سوء المعاملة وللتعنف.

تقديم التقرير العلاجي الحالة الثامنة: رتيبة، (20) سنة، عزباء، المظهر: قصيرة الطول، سمراء البشرة، هدام متوسط، الثالثة

ثانوي...

الحالة تسكن بولاية تلمسان، في منزل الأم، الحالة لها أخ وأخت من أب آخر مغترب، الأم مدمنة على الكحول وتعاطي المخدرات والأخ الأصغر يعاني من الربو.

الدافع الاستشاري: الحالة متوقفة عن الدراسة، وفي الوقت الذي أجريت فيه الدراسة لم تكن تمارس أي نشاط، أحييت

الحالة للاستشارة النفسانية من قبل الطبيب المختص في أمراض الجلد بعد ذهابها للعلاج في ذات المستشفى ولاحظ عليها عدة حروق وندوب في مختلف الجسم وبقدومها إلى المصلحة تم تبين أهمية الاستشارات النفسانية لحالتها، تظهر الحالة متماسكة وبتعابير قوية وذلك في أول وهلة لكن عند التطرق لسبب حدوث تلك الندوب بدأت بالبكاء دون أن تتفوه بأي شيء، إلى أن قالت: (باغي نقولك واش هذا! هذي تما اللي داير فيا المنكر...).

كانت الحالة ضحية لعنف الأم المدمنة على الكحول والتي تعاطي المخدرات وذات السلوك العنيف، فتقول الحالة أنها لم تشعر بحنان الأم ولا الأب المتوفى، كما أن الأم تصبح أكثر عنفا عند تعاطي الكحول أو عند افتقادها للمخدرات، ولكن منذ أكثر من سنتين أصبحت الأم أكثر عدائية فتقوم بالصراخ في وجهها دون سبب وتعنفها نفسيا وجسديا، حيث كانت تحرقها بأعقاب السجائر في الوقت الذي تغلق لها فمها بداعي أنها لا تحتمل الصراخ، ثم تحبسها أغلب الأيام في المنزل ولا تسمح لها بالخروج لتبقى بدون فسحة أو متنفس وأحيانا بدون غذاء كاف، عانت الحالة كل هذا وتحملته مدة من الزمن إلى أن أصبحت الحالة تظهر تمردا على قوانين الأم وبدأت بمخالفتها، فزادت قسوة الأم على الحالة نسبة أكبر عن المعتاد، وفي ما يزيد عن السنتين مضت حدثت حادثة أشعلت فتيل القسوة بينهما، واحتدم الصراع بأخذت الحالة النقود من الأم دون إذنها (النقود التي كانت مبرمجة لشراء المخدرات [حسب أقوال الحالة]) فقامت الأم بضرب الحالة ضربا مبرحا وقامت بنتف شعرها وجرحها خارجا أمام الجيران وسبها بمختلف أنواع السباب، ولم تستطع الدفاع عن نفسها وتركتها خارجا فأضمت الليلة في منزل إحدى الجارات. هذه الحادثة التي جعلت الحالة تبكي طوال الليل وتذكر تلك الأحداث طوال الوقت وتشعر بالعار لأنها تنتمي إلى تلك العائلة.

نتائج الفحص: بعد حضور الحالة إلى المقابلة تم التعرف عليها وأخذ المعلومات الأولية حول تاريخ الحالة ومعرفة إن كانت تتلاءم مع الدراسة، لم تكن الحالة مؤهلة للدراسة بسبب تواجد مصدر التهديد الدائم المتمثل في الأم وهذا في المقابلة الأولى، لكن صرحت الحالة في المقابلة الثانية التي جرت بعد شهر من المقابلة الأولى أنه تم توقيف الأم بتهمة حيازة المخدرات التهمة التي تحبس صاحبها طويلاً في السجن. ثم تم شرح الهدف من الدراسة والاتفاق على العقد العلاجي وبرمجة الحصص وتطبيق مقياس دافدسون الذي ظهرت درجاته بنسبة مرتفعة في هذه المرحلة حيث كانت (19) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(23) لعرض التجنب و(19) لعرض فرط الاستثارة و(61) للمقياس ككل بعد جمع نتائج كل الأعراض، حيث ترمز هذه النتائج إلى أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة مرتفعة في كل الأعراض.

بعد استقبال الحالة في ثلاث مقابلات لتقصي ما مرت به من صدمات وتشخيص مختلف الأعراض، تم ملاحظة أعراض مختلفة الشدة تشير إلى اضطراب ما بعد الصدمة، وتتمثل في:

- اضطرابات النوم كوابيس، نومشة، وعدم المقدرة على الدخول إلى النوم لتلجأ إلى المهدئات.
- شعور بالذنب.
- إحباط نفسي عميق إضافة إلى الحالة العاطفية والأفكار السلبية.
- سلوك متوتر واضطرابات في التصرف والتحكم فيشمل نوبات من الغضب والسلوك العدواني إما اتجاه أختها أو مع الأم أو الأفراد الذين تدخل معه في صراع.
- إضافة إلى اليقظة الزائدة، ولا تزال ومضات الذاكرة تبتاح يقظتها والتي تتعلق بمعاناتها الناتجة عن كونها ضحية العنف لتخطفها فتجد نفسها منغمسة في إعادة معايشتها مجدداً في كل مرة.

وصف عام للعملية العلاجية: الهدف من العلاج بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين هو التخفيف وإزالة كل الأعراض المذكورة.

بعد التعرف على تاريخ الحالة والخبرات الصادمة ثم وضع خطة علاجية بأهداف تضم المصادر الصدمية المراد علاجها والتي عايشتها الحالة والتي كانت كلها متعلقة بخبرات عايشتها مع الأم، وفضلت الحالة البدء في علاج الحدث الذي تعرضت فيه للضرب من قبل الأم أمام الجريان وكانت الاستجابة في مقابلات العلاج الخاصة بالـ (EMDR) كالتالي: الاعتقاد السلبي: "ليس لدي قيمة". (مانسوا والو) الاعتقاد الإيجابي: "قيمتي كبيرة". (نسوا بزاف). الأحاسيس الجسمية: وخز في الظهر (الكليتين)، وإرهاق

عام. الموقع الآمن: في الغابة ويمر نهر له ماء نقي وأغسطس رجلي في الماء، (وللوصول إلى هذه النتيجة من تحديد الموقع الآمن قامت الحالة بتغييره مرتين لأنها رأت أن الموقعين السابقين لا يمثلان المكان الآمن الذي ترغب به). المفتاح: "الغابة". (اختارت هذا المفتاح من بين عدة كلمات).

بدأ العلاج بالهدف الاول المتعلق بعقاب الأم المفرط والعنيف، ثم علاج الهدف الثاني المتعلق بعلاقة الحالة مع الأم، ومع بداية العلاج كان سلم ال (SUD) عند قياسه مرتفعا حيث بلغ درجة ال (09)، ثم بعد التركيز على الحدث الذي يسبب الانزعاج وجعل الحالة تتذكر تفاصيل الحادثة وتتبع أثناء ذلك الحركات المتناوبة ثم الإفصاح عن التغيرات التي تحدث بعد كل مجموع حركات ثم الاستمرار كما ينص البروتوكول العلاجي، التقييم لم ينخفض كثيرا في الحصة الأولى والثانية فأصبح (08) بعد أن حصل إنسداد في الذكريات خصوصا عند حديثها عن هروبها من المنزل، وبعد العمل على الحدث مجددا في الحصة الثالثة انخفض إلى (05) بعد ان قالت: (فاع الناس عندها المشاكل، الله غالب ما ديرة هكذا، يبالي حتى هي خاصها تجي لعندكم...) ثم إلى (01) ثم أصبح منعما أي (00)، وبالانتهاء إلى انخفاض تقييم هذا السلم ثم الشروع في نهاية الحصة الثالثة إلى تقييم الاعتقادات الايجابية على سلم ال (VOC) فتغير من (03) إلى (07) بعد أربع مجموعات من الحركات المتناوبة. وصرحت الحالة في الحصة العلاجية الخامسة أنها لا تشعر بالانزعاج عند تذكيرها بالحادثة الصادم ومعاملة أمها العنيفة لها.

وبالانتهاء من التحقق من علاج كافة الأهداف أعيد تطبيق مقياس دافدسون فكان ناتج مجمل المقياس (02)، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(00) لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستثارة، مما يعني أن الأعراض اختفت كلياً. ثم تم إخبار الحالة بالعودة لإجراء قياس تباعي أول فكانت النتائج (01) لمجمل المقياس، (00) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(00) لعرض التجنب و(01) لعرض فرط الاستثارة فلم تتغير الأعراض وكانت الحالة بغاية الهدوء والاتزان وذكرت أنها لا تزال تمارس الاسترخاء مع استخدام الموقع الآمن، ثم ترجع الحالة لقياس تباعي أخير بعد ستة أشهر ولتقصي عدم حدوث الانتكاسة فكانت نتائج المقياس (02) لمجمل المقياس، (01) لعرض إعادة معايشة الصدمة و(01) لعرض التجنب و(00) لعرض فرط الاستثارة الزائدة بهذا تؤكد العلاج التام لإضطراب ما بعد الصدمة الذي تعاني منه الحالة جراء كونها ضحية سوء المعاملة وللعنف.

● ملخص مقارنة بين حالات الدراسة:

لقد كانت حالات الدراسة كلها من الفتيات في مرحلة المراهقة المتأخرة، والتي مرت بأحداث صادمة داخل الأسرة، وتلقت من أحد أفراد العائلة السلوك العنيف وقد كان الأخ/الأخت أو الأب أو الأم/زوجة الأب أو الجد، وفي مجمل الأحيان صدر هذا

العنف مختلطاً بين (العنف البدني، العنف اللفظي والعنف النفسي) مما جعل حالات الدراسة تمر بأزمات نفسية أدت بها إلى اضطراب ما بعد الصدمة.

أتت حالات الدراسة إما مصحوبة بأحد الأولياء أو لوحدها* للاستشارة النفسانية بتوجيه من أحد المختصين الصحيين أو أحد الأقرباء، وتأتي بشكاوة ترتبط بحالتها الحاضرة إذ لم تكن تعلم أن الأحداث الماضية هي ما سبب لها الاضطراب، بينها لا تعلم أن التشخيص المرافق لحالتها هو اضطراب ما بعد الصدمة.

أبدى بعض الأولياء عدم الارتياح من مقابلة النفساني وبعض الآخر أبدى تخوفاً من العلاج لكن ببدء المقابلات وعند تقديم الثقافة النفسانية وشرح الهدف من الدراسة والعملية العلاجية كانت الحالات تطلب الاستمرار في منوال الحصص العلاجية.

كما كان هناك حالات تغيب عن موعد الحصة فكان يتم الاتصال لمعرفة أسباب التأخير ولتحديد موعد آخر، حرصاً لتمام العملية العلاجية، والتي كانت تستمر من خمس (05) حصص إلى ثمان (08) حصص لإنهاء علاج جميع الأهداف مروراً بالمراحل الثمانية، بينما مرة عملية اختيار الموقع الآمن بصعوبة متوسطة لأن أغلب الحالات لم تكن تشعر بالارتياح وتشعر بالقلق، فأدت عملية الاسترخاء إلى نتائج حسنة لمساعدة الحالات على الشعور بالأمن والتفكير في الموقع الآمن وتسميته بكلمة مفتاحية. وبعد الشروع في إبطال التحسس كثيراً ما كان يحدث إنسداد في تدفق الذكريات وتصريح الحالة عن خولجها التي تجعلها في حالة توقف من سرد المزيد عن الموضوع، هذا ما كان يتطلب الاستعانة بتقنيات مختلفة ضمن البروتوكول العلاجي لفك "الكف" أو الانسداد الحاصل، وعند ملاحظة انخفاض سلم ال (SUD) ثم ارتفاع سلم ال (VOC) وتحسن الفحص الجسدي، كان يتم نسج سيناريو مستقبلي يربط "المفجرات الحالية، Déclancheurs Actuel"* وهذا السيناريو عبارة عن رؤية مستقبلية من نسج الخيال بطريقة إيجابية للمستقبل عندما تعايش نفس الأحداث والمشاهد المفجرة، وهذا ما يساعد حالات الدراسة لتخطي المعوقات المماثلة.

علاج اضطراب ما بعد الصدمة لهذه الحالات التي طابقت شروط الدراسة كان ناجحاً وهذا ما بينته المقابلات من خلال تصريح الحالات وأيضاً نتائج المقياس في مختلف أطواره (تطبيقاته)، لم يكن هناك اختلاف كبير بين الحالات فمنهن من أبدت مقاومة أكثر والأخريات تغيبن عن حصة أو حصتين وأيضاً من منهن من غيرت الموقع الآمن عدة مرات لكن كل هذا لم يؤثر على

* الحالات التي تم إستقبالها من دون ولي كانت ذات ال (20) سنة من العمر.

* أي الأمور الحالية التي تحدث في الحاضر وتذكر الحالة بالتجارب الصادمة التي عاشتها سابقاً.

العملية العلاجية حسب ما بينت النتائج. وكان يُنظر أيضا للحالة الاجتماعية والاقتصادية للحالات والفروقات الفردية فكل حالة كانت مختلفة عن الأخرى بتاريخها منطقة نشوئها والأفكار السائدة في محيطها ومستوى فهمها للبروتوكول الأمر الذي أخذ بعين الاعتبار من أجل تواصل أحسن لإنجاح علاقة معالج-حالة.

1-2- عرض وتحليل النتائج الكمية للدراسة:

1) عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى الخاصة بدراسة فروق بين متوسطات درجات سلم ال(SUD) لأفراد المجموعة

التجريبية:

الفرضية الأولى: تقنية الحركات المتناوبة في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين لها فاعلية في خفض مستوى الانزعاج الذي يظهر على سلم ال(SUD) لدى المراهقات اللاتي تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة.

للتحقق من صحة الفرضية إحصائيا اعتمدت الدراسة على اختبار "T" لدراسة الفروق بين متوسطات درجات سلم ال(SUD) لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد التقييم الذاتي أثناء تطبيق البرنامج العلاجي عن طريق البرنامج الإحصائي ال(SPSS (23) كما هو موضح في الجدول رقم (05).

الجدول رقم (06) يبين نتائج مقياس "T" لدراسة الفروق بين متوسطات درجات سلم ال(SUD) لكل هدف معالج لأفراد المجموعة التجريبية:

المقياس	التطبيق	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة اختبار ت	مستوى الدلالة	القرار
مقياس (SUD)	القبلي	8	9.17	0.34	7	49.28	0.01	دال
مقياس (SUD)	البعدي		0.27	0.29				

من خلال الجدول رقم (06) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المقياس القبلي والمقياس البعدي لسلم ال(SUD) الذي يقيس مستوى شعور الحالات بالضيق والانزعاج عند تذكر الحوادث الصادم والذي يمثل السبب المفجر والرئيسي في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة، في حين بلغ المتوسط الحسابي للمقياس القبلي في بداية العلاج ناتج (9.17) بانحراف معياري بلغ (0.34)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمقياس البعدي في نهاية العلاج الذي بلغ (0.27) بانحراف معياري بلغ (0.29)، حيث بلغت قيمة اختبار ت "T" (49,28) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يدل على وجود فروق

دالة إحصائية بين متوسطات درجات سلم ال(SUD) لأفراد المجموعة التجريبية لتقييمهم الذاتي مما يعني وجود أثر إيجابي لتقنية الحركات المتناوبة في البرنامج العلاجي بال (EMDR) في خفض حدة الانزعاج المرافق لاضطراب ما بعد الصدمة ال (PTSD) لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من أحد أفراد العائلة.

كما أثبتت تقنية الحركات المتناوبة في البرنامج العلاجي بال (EMDR) فعاليتها في خفض التحسس المتعلق بالأهداف المخطط علاجها في العلاقة العلاجية والمتفق عليها بين المعالج والحالة والتي تفاوتت بين هدفين إلى أربع أهداف لكل حالة. ومن خلال النتائج المتوصل إليها في هذه الخطوة من الدراسة يتضح جليا أن الحالات الدراسة يشعرون بتحسن تجاه الأحداث الصادمة المتمثلة في الأهداف المعالجة عند استدعائها ذهنيا وتذكرها، فهذا يوضح تحرر المجموعة التجريبية من الأعراض الفسيولوجية، النفسية، المعرفية والسلوكية الظاهرة عليهن أثناء الحصة، الأمر الذي يعني أن الفرضية تحققت وهي مقبولة.

(2) عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

الفرضية الثانية: إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال(EMDR) يساهم في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

للتحقق من صحة الفرضية إحصائيا اعتمدت الدراسة على اختبار ت "T" لدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس دافيدسون (Davidson) لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي بال (EMDR) عن طريق البرنامج الإحصائي ال (SPSS 23) وكما هو موضح في الجدول رقم (06).

الجدول رقم (07): يبين فروق بين متوسطات التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للمقياس في درجات تخفيف حدة اضطراب ما بعد الصدمة للمجموعة التجريبية.

المقياس	التطبيق	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة اختبار ت	مستوى الدلالة	القرار
مقياس (SUD)	القبلي	8	55.5	4.690	7	29.330	0,01	دال
	البعدي		3,38	0,916				

من خلال الجدول رقم (07) يلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للمقياس في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة ولصالح التطبيق البعدي، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمقياس القبلي في بداية العلاج ناتج

(55.50) بانحراف معياري بلغ (4.69)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للقياس البعدي في نهاية العلاج الذي بلغ (3,38) بانحراف معياري بلغ (0,916)، حيث بلغت قيمة اختبار ت "T" (29.33) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي بال (EMDR)، مما يعني تأكيد وجود أثر إيجابي للبرنامج العلاجي بال (EMDR) في خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة ال (PTSD) لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من أحد أفراد العائلة، وبالتالي تُقبل الفرضية التي تنص على تأثير البرنامج العلاجي باستخدام ال(EMDR) في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة.

3) عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التبعي بعد ثلاث أشهر.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق في درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التبعي بعد ثلاث أشهر.

للتحقق من صحة الفرضية إحصائياً اعتمدت الدراسة على اختبار ت "T" لدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وفي التطبيق التبعي بعد ثلاث أشهر من تقديم البرنامج العلاجي بال (EMDR) وكان ذلك عن طريق البرنامج الإحصائي ال (SPSS 23) وكما هو موضح في الجدول رقم (07).

الجدول رقم (08): يبين فروق بين متوسطات التطبيق البعدي والتطبيق التبعي بعد ثلاث أشهر في درجات حدة اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية.

المقياس	التطبيق	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة اختبار ت	مستوى الدلالة	القرار
مقياس دافيدسون	بعدي	8	3.38	0.916	7	2.00	0.05	غير دالة
	تبعي 1		2.38	1.302				

من خلال الجدول رقم (08) يلاحظ عدم وجود فروق إحصائية بين التطبيق البعدي والتطبيق التبعي الأول بعد ثلاث أشهر في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة كما يظهره المقياس، حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي ناتج (3.38) بانحراف معياري بلغ (0,916)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للقياس التبعي بعد ثلاث أشهر وذلك بالانتهاء من العلاج والذي بلغ (2.38)

بانحراف معياري بلغ (1.302)، حيث بلغت قيمة اختبار ت "T" (2.00) وهي قيمة ليست دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) وهذا يرمز لعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التبعي بعد ثلاثة أشهر للبرنامج العلاجي بال (EMDR)، مما يعني أن البرنامج العلاجي بال (EMDR) له أثر إيجابي بعيد المدى حتى بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج، واستقرار حالة المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من أحد أفراد العائلة، وهذا يعتبر تأكيداً للفرضية الثالثة. وبالتالي نقبل الفرضية التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التبعي بعد ثلاث أشهر.

4) عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية للتطبيق التبعي ثلاث أشهر والتطبيق التبعي ستة أشهر:

الفرضية الرابعة : لا توجد فروق في درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق التبعي ثلاث أشهر والتطبيق التبعي ستة أشهر.

للتحقق من صحة الفرضية إحصائياً اعتمدت الدراسة على اختبار "T" لدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية في التطبيق التبعي الأول بعد ثلاث أشهر والتطبيق التبعي الثاني بعد ستة أشهر وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي ال (SPSS 23) وكما هو موضح في الجدول رقم (08).

الجدول رقم (09): يبين فروق بين متوسطات التطبيق التبعي ثلاث أشهر والتطبيق التبعي بعد ستة أشهر في درجات حدة اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية.

المقياس	التطبيق	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة اختبارات	مستوى الدلالة	القرار
مقياس دافيدسون	تبعي 1	8	2.38	1.302	7	0.00	0.01	غير دال
	تبعي 2		2.38	1.302				

من خلال الجدول رقم (09) يلاحظ عدم وجود فروق إحصائية بين التطبيق البعدي بعد ثلاث أشهر والتطبيق التبعي بعد ستة أشهر للمقياس في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمقياس التبعي لثلاث أشهر بعد العلاج ناتج (2.38) بانحراف معياري بلغ (1.302)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمقياس التبعي بعد ستة أشهر من الانتهاء من العلاج الذي بلغ (2.38) بانحراف معياري بلغ (1.302)، حيث بلغت قيمة اختبار "ت"، "T" (0.00) وهي قيمة ليست دالة إحصائياً

عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يشير على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون"، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية بعد ثلاث أشهر في التطبيق التبعي الأول وستة أشهر في التطبيق التبعي الثاني، وبالتالي تقبل هذه الفرضية مما يعني أن البرنامج العلاجي بالـ (EMDR) له أثر إيجابي بعيد المدى حتى بعد مدة ستة أشهر من الانتهاء من العلاج، وثبات الاستقرار في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الـ (PTSD) لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من أحد أفراد العائلة، ويُفهم منها أيضا عدم حدوث الانتكاسة لأفراد المجموعة التجريبية.

من خلال النتائج المتحصل عليها في التطبيقين التبعي الأول بعد ثلاث أشهر والتبعي الثاني بعد ستة أشهر يتضح أن الـ (EMDR) له فعالية في خفض وعلاج اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المتعلقة به المتمثلة في إعادة المعيشة وعرض التجنب وعرض الاستثارة الزائدة، إضافة إلى استقرار هذه الحالة. حيث يمكن لأفراد المجموعة التجريبية الشعور بالتححرر من الأعراض الفزيولوجية، المعرفية، النفسية والسلوكية المرتبطة بالاضطراب لفترة مستمرة تدوم ستة أشهر بعد الانتهاء من العلاج الأمر الذي يجعل الدراسة تتأكد من تحقيق الفرضية الرابعة.

(5) توجد فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي (بعد الانتهاء من علاج المجموعة التجريبية) ولصالح المجموعة التجريبية.

الفرضية الخامسة: توجد فروق في درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي (بعد الانتهاء من علاج أفراد المجموعة التجريبية) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.

للتحقق من صحة الفرضية إحصائيا اعتمدت الدراسة على اختبار "ت، T" لدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي بالـ (EMDR) للمجموعة التجريبية، عن طريق البرنامج الإحصائي الـ (SPSS 23) وكما هو موضح في الجدول رقم (09).

الجدول رقم (10): يوضح فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.

المقياس	التطبيق	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة اختبار ت	مستوى الدلالة	القرار
مقياس دافيدسون	ب تجريبية	08	3.38	0.916	07	49.529-	0.01	دال
	ب ضابطة		57.50	3,117				

من خلال الجدول رقم (10) يلاحظ وجود فروق دالة إحصائية في التطبيق البعدي للمقياس في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية بعد العلاج ناتج (3.38) بانحراف معياري بلغ (0.916)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة بعد الانتهاء من العلاج الذي بلغ (57.50) بانحراف معياري بلغ (3.117)، حيث بلغت قيمة اختبار "T" (-49.529) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يجعل الفرضية مقبولة، وبصياغة أخرى يعني أن الحالات في المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج بال (EMDR) استفادت إيجابيا من البرنامج، بينما الحالات في المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج لم تتغير لديها الأعراض المرافقة للاضطراب، لذا نستنتج أن حدة اضطراب ما بعد الصدمة ال (PTSD) ينخفض بتلقي العلاج بال (EMDR) لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من أحد أفراد العائلة، وهذا يعتبر تأكيداً للفرضية الخامسة.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها من المقياس في التطبيق البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة يتضح أن للبرنامج العلاجي بال (EMDR) له فعالية في خفض وعلاج اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المتعلقة به المتمثلة في استعادة الخبرات الصادمة وعرض التجنب وعرض الاستثارة الزائدة. حيث يمكن لأفراد المجموعة التجريبية الشعور بالتححرر من الأعراض الفيزيولوجية، المعرفية، النفسية والسلوكية المرتبطة بالاضطراب بعد الانتهاء من العلاج الأمر الذي يجعل الدراسة تتأكد من تحقيق الفرضية الخامسة.

(6) توجد فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق التبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج) ولصالح المجموعة التجريبية:

الفرضية السادسة : توجد فروق في درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق التبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية. للتحقق من صحة الفرضية إحصائياً اعتمدت الدراسة على اختبار "T" لدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لأفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق التبعي للمقياس عن طريق البرنامج الإحصائي ال (SPSS 23) وكما هو موضح في الجدول رقم (10).

الجدول رقم (11): يوضح فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق التبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج).

المقياس	التطبيق	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة	القرار
مقياس دافدسون	تجريبية	8	2.38	1.302	7	56.430-	0.01	دال
	ضابطة		55.88	2.997				

من خلال الجدول رقم (11) يلاحظ وجود فروق دالة إحصائية في التطبيق البعدي للمقياس في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية في التطبيق التبعي بعد ثلاث أشهر نتائجاً يقدر بـ (2.38) وبانحراف معياري (1.302)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة في التطبيق التبعي بعد ثلاث أشهر والذي بلغ (55.88) بانحراف معياري مقداره (2.997)، حيث بلغت قيمة اختبار "T" (-56.43) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق التبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج) ولصالح المجموعة التجريبية، مما يعني أن الحالات في المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج بالـ (EMDR) استفادت إيجابياً من البرنامج، بينما الحالات في المجموعة الضابطة التي لم تتلقى العلاج إستمرت لديها الأعراض المرافقة للاضطراب ولم تتحسن، لذا نستنتج أن حدة اضطراب ما بعد الصدمة الـ (PTSD) ينخفض بتلقي العلاج بالـ (EMDR) لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من أحد أفراد العائلة، وهذا يعتبر تأكيداً للفرضية السادسة.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها من المقياس في التطبيق التبعي بعد ثلاث أشهر من العلاج للمجموعتين التجريبية والضابطة يتضح أن البرنامج العلاجي بالـ (EMDR) له فعالية في خفض وعلاج اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المتعلقة به المتمثلة في عرض استعادة الخبرة الصادمة وعرض التجنب وعرض الاستثارة الزائدة. إضافة إلى استقرار حالة أفراد المجموعة التجريبية واستمرار ظهور الأعراض لأفراد المجموعة الضابطة كل مدة الدراسة. بينما يمكن لأفراد المجموعة التجريبية الشعور بالتححرر من الأعراض الفيزيولوجية، المعرفية، النفسية والسلوكية المرتبطة بالاضطراب لفترة أطول بعد الانتهاء من العلاج الأمر الذي يجعل الدراسة تتأكد من صحّة الفرضية السادسة.

2- مناقشة النتائج:

تتم هذه الدراسة بقياس الفروق بين القياسات المختلفة للمجموعة التجريبية، وبين فروق القياس للمجموعتين "التجريبية والضابطة" في مراحل عديدة من التتبع وتتم بدراسة التغيرات التي تطرأ على المجموعتين بعد تلقي المجموعة التجريبية العلاج بالـ

(EMDR) وانخفاض حدة اضطراب ما بعد الصدمة الذي يكون نتيجةً لتعرض المراهقات حالات الدراسة للسلوك العنيف من أحد أفراد الأسرة الذي تسبب لهن في اضطرابات نفسية وآثار جسدية خلّفت لديهن أعراض نفسية تشخص باضطراب ما بعد الصدمة، وستوضح النتائج المتوصل إليها في مناقشات وتفسيرات على ضوء الفرضيات والإطار النظري كالتالي:

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى: الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات سلم الـ (SUD) لأفراد المجموعة

التجريبية:

الفرضية الأولى: تقنية الحركات المتناوبة في علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين لها فاعلية في خفض مستوى الانزعاج الذي يظهر على سلم الـ (SUD) لدى المراهقات اللاتي تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة.

قد تبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموضحة في الجدول رقم (06) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين بداية العلاج ونهاية العلاج ولصالح نهاية العلاج على مقياس الـ (SUD)، إذ يلاحظ انخفاض قيمة المتوسط الحسابي في نهاية البرنامج العلاجي مقارنة بقيمة المتوسط الحسابي في بداية العلاج لأفراد المجموعة التجريبية المتمثلة في المراهقات اللاتي تعرضن للعنف الأسري من قبل أحد أفراد العائلة وأحدث لديهن اضطراب ما بعد الصدمة ثم تلقين العلاج بالـ (EMDR)، وتدل النتائج على انخفاض مستوى الانزعاج والشعور بالضيق عند تذكر الأحداث الصادمة التي أدت إلى الاضطراب لدى المجموعة التجريبية.

ويرجع ذلك أيضا إلى المرور بمراحل العلاج كما ينص البرتوكول فتمتاز المرحلة الأولى بالسرمد ما يساعد الحالة في التفرغ والتخفيف من وطأة الكتمان وعدم تشاطر المشاعر مع الآخرين، ثم اعتمدت المرحلة الثانية من العلاج على التثقيف النفسي الخاص بالاضطراب وطبيعته والعلاج المقدم وكيفية عمله على الصدمات، هذا ساعد أفراد المجموعة التجريبية في تقبل أن الأفكار المرافقة للتجارب الصادمة يمكن تعديلها وجعلها أقل تأثيرا على الحالة النفسية عند تذكرها، بينما لعب تعزيز وتطوير المكان الآمن دورا هاما في خلق مساحة من الراحة الفكرية التي تحتاجها الحالات من أجل التغلب على مشاعر الاجتياح والقلق المرافقة للأحداث الصادمة. ثم المرحلة الثالثة للقياس، والرابعة التي تعتمد على إبطال التحسس المعتمد على الحركات المتناوبة والشعور أثناء العلاج أن شدة تلك المشاعر تزول تدريجيا بعد كل حركة متناوبة حتى تتلاشى بعد أن تدخل كل المعلومات في مسارها التكيفي إضافة إلى المرحلة الخامسة التي تثبت الاعتقادات والمشاعر الايجابية التي ترغب الفتاة بالاحتفاظ بها والانتقال إلى مرحلة الفحص

الجسدي للتخلص من كل ضيق أو شدة جسدية كانت ترافق الاضطراب، كل هذا شأنه في التخفيف ومعالجة الاضطراب وعدم الشعور بأعراضه مجدداً.

حيث ترجع التغييرات الحاصلة لدى أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الانزعاج الصادر عند تذكر الأحداث التي أدت إلى الصدمة إلى أن المعلومات المخزنة بطريقة غير تكيفية قد أعيد تخزينها في سيرورة الذاكرة وأعيد معالجتها وهذا يوافق اقتراح "شايبرو، Shapiro" أن ال (EMDR) يساعد في معالجة الذكريات الصادمة، وأن أشكال مختلفة من التحفيز الثنائي مثل (EMs) من شأنه تسهيل هذه المعالجة. (Maxfield & Shapiro, 2002, pp.23-41) وهذا ما أثبتته النتائج المتحصل عليها والتي تظهر من خلال الجدول (06).

ولابد من التذكير أن الأمر الأكثر إرهاقاً لحالات الدراسة خاصة والمرضى عامة هو تذكر الحادث الصادم الذي يؤدي إلى ظهور الأعراض الاقترامية مثل إعادة المعيشة ومضات الذاكرة والكوابيس..

ويرجع ذلك بصفة أدق إلى تنظيم عملية المعالجة التكيفية للمعلومات التي ينتج عنها ثلاث فوائد وهي التعلم الجديد والتخلص من الضيق الانفعالي والجسدي، والذي يمكن الفرد من الاستجابة الوظيفية وهنا نقول أن المعلومات الصدمية قد وصلت إلى حل تكيفي، الذي يسمح للذكريات الصادمة الغير المتموضعة في مراكزها الطبيعية الاعتيادية* بسبب الصدمة إلى التحول إليها لتصبح متموضعة في صورتها الطبيعية، ذلك بعد استحضارها وإعادة معالجتها بحركة العين أو بمجموع الحركات المتناوبة الأخرى. هذا ما أدى بأفراد المجموعة التجريبية بأن يصرحون إلى أن ال (SUD) قد انخفض إلى مستوى أقل بالتقدم في العلاج إلى أن أصبح في أدنى مستوياته عند نهاية علاج كل هدف على حدة، وهذا ناتج عن تقليص الصور الصادمة للذكريات عند استعادة تذكرها وبغير ذلك النضرة المتدنية للذات إلى نضرة حسنة وإيجابية بالإضافة إلى التخفيف من الاضطراب والضيق الجسدي المرافق للاضطراب.

وهذا ما يتفق مع ما أشارت إليه (ناجي بسمينة، 2015، ص 3) أنه بفضل العلاج بال (EMDR) ظهر تحسن ملحوظ في شدة الصدمة النفسية للحالتين المدروستين كما بينه سلم ال (SUD)، مما يوضح التخلص من آثار الحادث الصادم ومعالجة الأهداف المرجوة.

* ونعني بتلك المراكز الطبيعية: (الحصين واللوزة الدماغية).

وتتفق أيضا مع دراسة أخرى "التاركينيو وزملاؤه، C.Tarquinio & al" سنة (2012) في علاج خمس حالات من العنف الزوجي بالـ (EMDR)، حيث أظهر سلم الـ (SUD) من ضمن عدة مقاييس أن الحالات الخمس انخفض لديهن مستوى سلم الـ (SUD) لكافة الأهداف وتحسنت حالتهم بانخفاض أعراض الصدمة.

ويلزم التذكير أن الذكريات المستهدفة لدى حالات المجموعة التجريبية عولجت كلا على حدة، لذلك كان على الحالات التردد إلى حصص العلاج، وبين تلك الحصص تقدم لهن واجبات للمنزل من بينها ممارسة الاسترخاء باستعمال الموقع الآمن الذي يفضله يساهم في التخفيف من شدة الضغط والقلق إذا حدثا، بالإضافة إلى تدوين أي أمر قد يطرأ عليهن في الفترة بين الحصص هذا ما يجعل الحالة تغير وتنمي نوعية التفكير مع الاستمرار في تلقي العلاج الذي أدى بالحالة إلى التفاؤل بفضل نتائجه الايجابية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية: الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson"

لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي:

والتي تنص على ما يلي: إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين (EMDR) يساهم في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

قد تبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموضحة في الجدول رقم (07) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين بداية العلاج ونهاية العلاج ولصالح نهاية العلاج، إذ يلاحظ انخفاض قيمة المتوسط الحسابي في نهاية البرنامج العلاجي مقارنة بقيمة المتوسط الحسابي في بداية العلاج لأفراد المجموعة التجريبية المتمثلة في المراهقات اللاتي تعرضن للعنف الأسري من قبل أحد أفراد العائلة وأحدث لديهن اضطراب ما بعد الصدمة، إلى أن تلقين العلاج بالـ (EMDR)، وتدل النتائج على انخفاض مستوى أعراض الاضطراب التي تتمثل في استرجاع الأحداث الصادمة والتجنب وفرط الاستثارة.

ويرجع ذلك إلى أنه وبحدوث الصدمات يتم تخزين المعلومات المرتبط بها في شبكات من الذكريات المختلفة غير التكيفية والعلاج بالـ (EMDR)، وقد تحدث هناك معالجة تكييفية للمعلومات (AIP) التي تتوافق مع الأداء الطبيعي للدماغ في نقله المعلومات من الحصين إلى (CPF cortex prés frontal) بعد المرور عبر مراحل البرتوكول العلاجي بما في ذلك حركات العينين.

حيث تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية في محور جوهري ألا وهو أن العلاج بالـ (EMDR) له فعالية ايجابية في علاج والتخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة مثل دراسة لـ "شكالي" (2006) في (عتيق نبيلة، 2013، ص.ص 140-143) و دراسة "كارليتو وزملاؤه، Carletto & Al (2016) التي تؤكد نتائجها الايجابية بالرغم من أنها طبقت على ثقافات ومجتمعات وفئات عمرية مختلفة، حيث أنه لم توجد أي دراسة رسيينة قامت في البحث في هذا المجال وفي البيئة الجزائرية.

وقد أشارت نتائج التحليل الإحصائي للنتائج الخام إلى أن البرنامج العلاجي المقدم له فعالية في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، فيرجع انخفاض عرض الاسترجاع الذهني للأحداث الصادمة بما يشمل: إعادة المعاشية، الكوابيس، الذكريات المؤلمة المتطفلة، ومضات الذاكرة ومن جانب آخر عرض النسوة التفارقية وفقدان الذاكرة المؤقت. وعرض التجنب بما يشمل: الإحباط الشديد، بذل مجهود لتجنب تذكر المحفزات المرتبطة بالحادث الصادم، تجنب التحدث في الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحادث الصادم، وبذل جهود لتجنب التصادم والتقاء عوامل التذكر الخارجية "الناس، الأماكن والأحداث...". وتضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة وعدم الاندماج في النشاط مع الآخرين. وكذلك في ما يخص عرض فرط الاستثارة الذي يظهر في ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض للمنبهات الداخلية أو الخارجية، بروز المعتقدات السلبية والمبالغة بها والتوقعات السلبية والإدلاء بها بصورة عصبية، لوم الذات، حالة عاطفية سلبية، سلوك متوتر ونوبات الغضب، اليقظة الزائدة والمبالغ فيها، استجابة عند الجفل مبالغ بها. ويرجع كل ذلك إلى أنها نتيجة إدخال فاشل للمعلومات فأصبحت غير تكيفية (الانفعالات) إلى أن أعيد إدخالها عن طريق العلاج فانخفضت شدة تلك الأعراض لدى المجموعة التجريبية فأصبحت الحالات تشعر بزوال الشدة والارتياح نتيجة لتعديل استدخال تلك المعلومات بطريقة تكيفية عن طريق نضام المعالجة التكيفية للمعلومات (AIP) الذي ينشأ بتطبيق الحركات المتناوبة أثناء العلاج على المجموعة التجريبية (التطورات الايجابية)، فيدل هذا على أن العلاج بالـ (EMDR) له فعالية ايجابية في تخفيف جميع أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة.

ومن هذا المنطلق ومع اتفاق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة المذكورة أعلاه في فعالية علاج الـ (EMDR) في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من قبل احد أفراد العائلة، فأصبح بمقدورهن تذكر الأحداث السابقة دون أن ترافق التحسس السلبي المرتبط للأحداث الصادمة الذي هو أساس الاضطراب.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة: الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson"

لأفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي بعد ثلاث أشهر:

والتي تنص على ما يلي: لا توجد فروق في درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي ثلاث أشهر.

قد تبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموضحة في الجدول رقم (08) أنه لا توجد فروق إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في درجات المقياس بين التطبيق البعدي لحماية العلاج وفي التطبيق التتبعي لمقياس دافيدسون، إذ يلاحظ تساوي قيمة المتوسط الحسابي في نهاية البرنامج العلاجي مقارنة بقيمة المتوسط الحسابي بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج لأفراد المجموعة التجريبية المتمثلة في المراهقات اللاتي تعرضن للعنف الأسري من قبل أحد أفراد العائلة، وتدل النتائج على استمرار انخفاض مستوى أعراض الاضطراب التي تتمثل في استرجاع الأحداث الصادمة والتجنب وفرط الاستثارة.

بعد الانتهاء من العملية العلاجية باستهداف جميع الأهداف المرتبطة بالأحداث الصادمة تم إعادة تطبيق المقياس في قياس بعدي لملاحظة الاختلاف الحاصل لدى المجموعة التجريبية في نسبة ومدى تغير شدة أعراض الاضطراب وقد لوحظ أنها انخفضت بصورة كبيرة تتيح القول أن الاضطراب قد عولج، لكن يبقى السؤال هل سيستمر هذا الانخفاض دون حدوث انتكاسة لدى هذه المجموعة؟ ولذلك بمرج تطبيق تتبعي بعد ثلاثة أشهر من أجل تفصي هذه المسألة.

وقد لوحظ استمرار في استقرار وثبات درجات المقياس التي تعبر بدورها إلى استقرار الانخفاض الحاصل في حدة أعراض الاضطراب، ويرجع إلى أن المعلومات المعالجة قد أدخلت بشكل تكيفي في نظام معالجتها التكيفي ضمن المراكز المناسبة في الذاكرة المخصصة لها، فبعد التركيز أثناء حصص العلاج على الأهداف المتمثلة في مشاهد متصلة بالحادث الصادم وتلقي تلك الهجمات العنيفة كان له أثر إيجابي في إبطال التحسس المرتبط بها والمرتبطة بتذكرها وأدى إلى تلاشي الانفعالات السلبية والمشاعر المروعة التي تجعل من الحدث الصادم أكثر رعباً عند تذكره قسراً أو طوعاً، وهذا ما يظهر في الجدول رقم (08) هذا ما يؤدي إلى استمرار انخفاض أعراض الاضطراب لأن تلك الصور والمشاهد قد تم معالجتها ولم تعد تسبب أي تحسس أو أي اضطراب.

ويفسر هذا الاستقرار في درجات أبعاد المقياس والأعراض المرتبة بما مثل عرض الاسترجاع الذهني للأحداث الصادمة بما يشمل: إعادة المعيشة، الكوابيس، الذكريات المؤلمة المتطفلة، ومضات الذاكرة ومن جانب آخر عرض النسوة التفارقية وفقدان الذاكرة المؤقت. وعرض التجنب بما يشمل: الإحباط الشديد، بذل مجهود لتجنب تذكر المحفزات المرتبطة بالحادث الصادم، تجنب

التحدث في الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحادث الصادم، وبذل جهود لتجنب التصادم والتقاء عوامل التذكر الخارجية "الناس، الأماكن والأحداث.." وتضاءل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة وعدم الاندماج في النشاط مع الآخرين. وكذلك عرض فرط الاستثارة التي تظهر في ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض للمنبهات الداخلية أو الخارجية، بروز المعتقدات السلبية والمبالغة بها والتوقعات السلبية والإدلاء بها بصورة عصبية، لوم الذات، حالة عاطفية سلبية، سلوك متوتر ونوبات الغضب، اليقظة الزائدة والمبالغ فيها، استجابة عند الجفيل مبالغ بها فيرجع إلا أن أفراد المجموعة التجريبية قد تركزن العواطف المعاشة في السابق بعد فهمها وهضمها من قبل الذاكرة فمن شأنها أن تؤدي إلى تأسيس وعي جديد وسلوكات تكيفية وصحية في الحاضر والمستقبل أثناء الاحتكاك مع مختلف تفاعلات الحياة.

ويرجع هذا الاستقرار أيضا إلى استخدام الموقع الآمن الذي يطور ويثبت في المرحلة الثانية من البروتوكول العلاجي ويُصح باستخدامه باستمرار خصوصا في أوقات التوتر أو الضيق الذي تمر بها الفتاة هذا ما سمح لها بالاستمرار في الحفاظ على مستوى الاستقرار النفسي ومستوى انخفاض أعراض الاضطراب، فالمساحة الإيجابية التي يوفرها استخدام الموقع الآمن بكل ما تحمله من أفكار الراحة والاسترخاء تعمل على الحفاظ على هدوء الحالة وعدم جرها إلى متاهة التوتر والضغط النفسي مما يجعل أفراد المجموعة التجريبية يحافظون على استقرار الحالة النفسية، بل يتعداه إلى خلق مساحة قوة تجعلهم يطورون أفكار الثقة بالنفس هذا بفضل تثبيت الاعتقاد الإيجابي في المرحلة الخامسة بعد إزالة الاعتقاد السلبي المرتبط بالمشهد الخاص بالحادث الصادم بعد إبطال التحسس في المرحلة الرابعة. إلى أنه تكون المرحلة السابعة التي تعد مرحلة الاختتام مرحلة جد مهمة إذ يكون على المعالج التأكد من حالة الهدوء والاستقرار التي يترك بها الحالة في آخر الحصص للمحافظة على المشاعر الإيجابية والأفكار المكتسبة أثناء الحصص العلاجية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة: الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson"

لأفراد المجموعة التجريبية في التطبيق التبعي الأول (ثلاث أشهر بعد البرنامج العلاجي) وفي التطبيق التبعي الثاني (سنة أشهر بعد البرنامج العلاجي):

والتي تنص على ما يلي: "لا توجد فروق في درجات اضطراب ما بعد الصدمة بين التطبيق التبعي الأول (ثلاث أشهر بعد البرنامج العلاجي) وفي التطبيق التبعي الثاني (سنة أشهر بعد البرنامج العلاجي) لدى المجموعة التجريبية."

والتي تنص على ما يلي: لا توجد فروق في درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق التبعي ثلاث أشهر والتطبيق التبعي ستة أشهر.

قد تبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموضحة في الجدول رقم (09) أنه لا توجد فروق إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق التتبعي الأول (ثلاث أشهر بعد البرنامج العلاجي) وفي التطبيق التتبعي الثاني (سنة أشهر بعد البرنامج العلاجي) على مقياس دافيدسون، إذ يلاحظ استمرار انخفاض قيمة المتوسط الحسابي كما ظهرت في نهاية البرنامج العلاجي لدى أفراد المجموعة التجريبية المتمثلة في المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من قبل أحد أفراد العائلة وأصبحن تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة، وتدلل النتائج على استمرار انخفاض مستوى أعراض الاضطراب واستقرارها والتي تتمثل في استرجاع الأحداث الصادمة والتجنب وفرط الاستثارة.

بعد القيام بالتطبيق التتبعي لثلاثة أشهر بعد الانتهاء من العلاج يبقى تطبيق المقياس في قياس تتبعي ثان بعد ستة أشهر من الانتهاء من العلاج للتأكد النهائي من عد الانتكاس عند أفراد المجموعة التجريبية والتأكد من فعالية العلاج لدى هذه الفئة المتقدمة للعلاج بال (EMDR) ف لوحظ ثبات واستمرار في استقرار درجات المقياس مقارنة بالمقياس التتبعي الأول بعد ثلاث اشعر وبالتالي تساويها مقارنة بالمقياس التتبعي الثاني أي أن حدة أعراض الاضطراب لاتزال منخفضة ومستقرة بعد ستة أشهر من الانتهاء من العلاج، ويرجع ذلك إلى نجاح معالجة المعلومات فقد تمركزت في شكلها التكيفي والطبيعي في نظام الذاكرة داخل المراكز المناسبة.

ويرجع هذا الاستقرار الحاصل في حالة المجموعة التجريبية إلى نجاح علاج الأهداف المتمثلة في المشاهد متصلة بالحوادث الصادم والمرتبطة بتلك الهجمات والسلوكيات العنيفة وكان له أثر إيجابي ذو أثر طويل المدى في إبطال التحسس المرتبط بها والمرتبطة بتذكرها وأدى إلى تلاشي مستمر في الانفعالات السلبية والمشاعر المروعة، ويظهر جليا في الجدول رقم (08) أن أعراض الاضطراب لا تزال تحافظ على انخفاضها الصادر عن تلاشي الصور والمشاهد الصادمة التي قد تم معالجتها ولم تعد تسبب أي تحسس أو أي اضطراب.

ويفسر الاستقرار في درجات أبعاد المقياس وجميع الأعراض المرتبطة بها كعرض الاسترجاع الذهني للأحداث الصادمة بما يشمل: إعادة المعيشة، الكوابيس، الذكريات المؤلمة المتطفلة، ومضات الذاكرة ومن جانب آخر عرض المساواة التفارقية وفقدان الذاكرة المؤقت. وعرض التجنب بما يشمل: الإحباط الشديد، بذل مجهود لتجنب تذكر المحفزات المرتبطة بالحوادث الصادم، تجنب التحدث في الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحادث الصادم، وبذل جهود لتجنب التصادم والتقاء عوامل التذكر الخارجية "الناس، الأماكن والأحداث.." وتضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة وعدم

الاندماج في النشاط مع الآخرين. وكذلك عرض فرط الاستثارة التي تظهر في ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض للمنبهات الداخلية أو الخارجية، بروز المعتقدات السلبية والمبالغة بها والتوقعات السلبية والإدلاء بها بصورة عصبية، لوم الذات، حالة عاطفية سلبية، سلوك متوتر ونوبات الغضب، اليقظة الزائدة والمبالغ فيها، استجابة عند الجفل مبالغ بها فيرجع هذا الاستقرار في أعراض الاضطراب إلى أن أفراد المجموعة التجريبية قد تغلبن على العواطف المعاشة في السابق بعد فهمها وهضمها من قبل الذاكرة بمساهمة العلاج المقدم فمن شأنها أن تؤدي إلى تأسيس وعي جديد وسلوكات تكيفية وصحية في الحاضر والمستقبل أثناء الاحتكاك مع مختلف تفاعلات الحياة.

وقد ساهم استخدام الموقع الآمن المنصوح باستعماله أثناء الشعور بالتوتر أو الضيق الذي تمر بها المراهقة والذي يطور ويثبت في المرحلة الثانية من البرتوكول العلاجي على استمرارية الحفاظ على مستوى الاستقرار النفسي ومستوى انخفاض أعراض الاضطراب، فالمساحة الإيجابية التي يوفرها استخدام الموقع الآمن بكل ما يحمله من أفكار الراحة والاسترخاء تعمل على الحفاظ على حالة الهدوء ومنع جرها إلى متاهة التوتر والضغط النفسي مما يجعلهن يحافظن على استقرار الحالة النفسية، بل يتعداه إلى خلق مساحة قوة تجعلهن يطورن أفكار الثقة بالنفس هذا بفضل تثبيت الاعتقاد الإيجابي في المرحلة الخامسة بعد إزالة الاعتقاد السلبي المرتبط بالمشهد الخاص بالحادث الصادم وإبطال التحسس في المرحلة الرابعة.

تم تأتي المرحلة الاختتمية لتجعل الفتاة هادئة وبحالة نفسية مستقرة في نهاية الحصة العلاجية للمحافظة على المشاعر الإيجابية والأفكار المكتسبة أثناء الحصة العلاجية والاعتماد عليها بعد الرجوع للمنزل لتفادي الانتكاسة وتستمر مشاعر الراحة والالتزان الحالي من مشاعر التحسس والانزعاج.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة: الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson"

بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

والتي تنص على ما يلي: توجد فروق في درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي (بعد الانتهاء من علاج أفراد المجموعة التجريبية) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.

قد تبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموضحة في الجدول رقم (10) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق على الثاني لمقياس دافيدسون بعد نهاية العلاج للمجموعة التجريبية، إذ يلاحظ انخفاض قيمة المتوسط الحسابي لدى المجموعة التجريبية في نهاية البرنامج العلاجي مقارنة بقيمة

المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة في نفس التطبيق، إذ كلا المجموعتين تتمثل في المراهقات اللاتي تعرضن للعنف الأسري من قبل أحد أفراد العائلة وأحدث لديهن اضطراب ما بعد الصدمة إلى أن المجموعة التجريبية تلقت العلاج بالـ (EMDR) والمجموعة الضابطة لم تتلقى أي نوع من العلاج، وتدل النتائج على انخفاض مستوى أعراض الاضطراب التي تتمثل في استرجاع الأحداث الصادمة والتجنب وفرط الاستثارة لدى المجموعة التجريبية بينما لم تتغير تلك الأعراض لدى المجموعة الضابطة.

فمن خلال هذه المقارنة بين نتائج أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي للمقياس، لوحظ انخفاض كبير في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية بينما لم يطرأ أي تغيير على أفراد المجموعة الضابطة، وهذا ما يعكس مدى فعالية التعرض للعلاج بالـ (EMDR) من عدمه وأظهرت النتائج أن هذا العلاج يساهم في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقات اللاتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن التعرض للعنف من قبل أحد أفراد العائلة. وما يتبين أيضا من خلال النتيجة المتحصل عليها في دراسة هذه الفرضية أن شدة الاضطراب مختلفة بين التطبيق القبلي للمقياس والتطبيق البعدي للمقياس لدى المجموعة التجريبية بينما لا تزال شدة الاضطراب ثابتة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة، وهذا يرجع تفسيره أن العلاج قد أصلح العطب الحاصل في نظام معالجة المعلومات لدى أفراد المجموعة التجريبية وقد أصبحت المعلومات المتعلقة بالحدث الصادم متمركزة في مراكزها الطبيعية في نظام الذاكرة بعد تلقي العلاج بالـ (EMDR) وتمكنت المراهقات أفراد المجموعة التجريبية من التخلص من التحسس المرتبط بالأحداث الصادمة فلم يعد يمثل تذكرها أي اضطراب أو شدة وهذا يثبت الفعالية الايجابية التي يقدمها العلاج لدى حالات الدراسة.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة: الخاصة بدراسة الفروق بين متوسطات درجات مقياس "دافيدسون، Davidson"

بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق التبعي للمقياس بعد ثلاث أشهر من الانتهاء البرنامج

العلاجي:

والتي تنص على ما يلي: توجد فروق في درجات مقياس "دافيدسون، Davidson" بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة

الضابطة في التطبيق التبعي (بعد ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج) ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.

قد تبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموضحة في الجدول رقم (11) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين

متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس دافيدسون بعد ثلاث أشهر من نهاية العلاج للمجموعة

التجريبية، إذ يلاحظ استمرار انخفاض قيمة المتوسط الحسابي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بقيمة المتوسط الحسابي للمجموعة

الضابطة في نفس التطبيق، إذ كلا المجموعتين تتمثل في المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من قبل أحد أفراد العائلة الذي أدى بهن إلى اضطراب ما بعد الصدمة، إلى أن المجموعة التجريبية تلقت العلاج بالـ (EMDR) والمجموعة الضابطة لم تتلقى أي نوع من العلاج، وتدل النتائج على استمرار انخفاض مستوى أعراض الاضطراب التي تتمثل في استرجاع الأحداث الصادمة والتجنب وفرط الاستثارة لدى المجموعة التجريبية واستقرارها بينما لم تتغير تلك الأعراض لدى المجموعة الضابطة.

كان لا بد أن يكون هناك تطبيق تتبعي للمقياس لمعرفة الفرق الحاصل في المجموعتين بعد مدة ثلاث أشهر من الانتهاء من العلاج للمجموعة التجريبية فمن خلال هذه المقارنة بين نتائج أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق التبعي للمقياس، لوحظ ثبات الانخفاض الحاصل في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية بينما لم يطرأ أي تغيير على أفراد المجموعة الضابطة وبقي مستوى الاضطراب مرتفعا فهذا يعود إلى عدم تلقيهم أي نوع من العلاج المتخصص، ومن جهة أخرى تعكس هذه النتيجة مدى فعالية التعرض للعلاج بالـ (EMDR) من عدمه كما أن النتائج المتحصل عليها والفائدة المستهدفة دامت نتائجها لمدة بعد العلاج وهذا ما يثبت نجاعة العلاج واستمرار أثاره الايجابية لدى المراهقات اللاتي تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن التعرض للعنف من قبل أحد أفراد العائلة.

ويتبين من خلال النتيجة المتحصل عليها في دراسة هذه الفرضية أن شدة الاضطراب مختلفة بين التطبيق القبلي للمقياس والتطبيق البعدي للمقياس لدى المجموعة التجريبية بينما لا تزال شدة الاضطراب ثابتة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة، وهذا يرجع تفسيره أن العلاج قد أصلح العطب الحاصل في نظام معالجة المعلومات لدى أفراد المجموعة التجريبية وقد أصبحت المعلومات المتعلقة بالحادثة الصادم متمركزة في مراكزها الطبيعية في نظام الذاكرة بعد تلقي العلاج بالـ (EMDR) وتمكنت المراهقات أفراد المجموعة التجريبية من التخلص من التحسس المرتبط بالأحداث الصادمة لمدة أكبر بعد الانتهاء من العلاج فلم يعد يمثل تذكرها أي اضطراب أو شدة وهذا يثبت الفعالية الايجابية التي يقدمها العلاج لدى حالات الدراسة واحتمالية الانتكاسة تبقى ضعيفة كما لوحظ بعد مدة دامت ستة أشهر بعد تلقي العلاج.

ملخص نتائج الدراسة:

نستنتج من خلال النتائج المتعدد للدراسة الحالية إلى أن الفتاة المراهقة تمر بفترات تحولية في حياتها زيادة إلى التغيرات الفسيولوجية والعقلية الحاصلة في هذه المرحلة مروراً إلى مرحلة الرشد وأنها تصبح أكثر حساسية إذا صادفتها أزمات خصوصاً داخل النسق الأسري، هذا الأمر ترافق بسلوك العنف من قبل أحد أفراد العائلة فأحدث لهن صدمات أدت إلى اضطراب ما بعد

الصدمة (لكل من حالة خولة، صباح، نعيمة، حنان، آسية، أمينة، ياسمين و رتيبة) الذي يضم مجموع أعراض تتمثل في الاسترجاع الذهني للأحداث الصادمة بما يشمل: إعادة المعيشة، الكوابيس، الذكريات المؤلمة المتطفلة، ومضات الذاكرة ومن جانب آخر عرض النسوة التفارقية وفقدان الذاكرة المؤقت. وعرض التجنب بما يشمل: الإحباط الشديد، بذل مجهود لتجنب تذكر المحفزات المرتبطة بالحادثة الصادم، تجنب التحدث في الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحادث الصادم، وبذل جهود لتجنب التصادم والتقاء عوامل التذكر الخارجية "الناس، الأماكن والأحداث.." وتضاءل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة وعدم الاندماج في النشاط مع الآخرين. وكذلك عرض فرط الاستثارة التي تظهر في ردود الفعل الفزيولوجية عند التعرض للمنبهات الداخلية أو الخارجية، بروز المعتقدات السلبية والمبالغة بها والتوقعات السلبية والإدلاء بها بصورة عصبية، لوم الذات، حالة عاطفية سلبية، سلوك متوتر ونوبات الغضب، اليقظة الزائدة والمبالغ فيها، استجابة عند الجفل مبالغ بها. وهذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية إذ يأتي العلاج بال (EMDR) للتخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة كما ظهر في النتائج الايجابية لهذه الدراسة، لأنه يقوم بإعادة تنظيم المعالجة التكيفية للمعلومات التي أدخلت بشكل غير تكيفي أثناء تلقي الصدمة، وهذه المعالجة تسمح للفتاة المراهقة أن تستعيد عافيتها النفسية بشكل سريع نسبيا من أي علاج نفساني آخر.

وتنص نتائج الدراسة الحالية إلى:

- إن تقنية الحركات المتناوبة ضمن العلاج بال (EMDR) لها فعالية في خفض التحسس الناتج عن الحوادث الصادمة لدى حالات الدراسة كما تقلل من الشعور بالانزعاج الذي يحدث عند تذكر الحادث الصادم.
- إن العلاج بال (EMDR) له فعالية كبيرة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف من قبل احد أفراد العائلة.
- ساهم العلاج بال (EMDR) في خفض أعراض الاضطراب المتمثلة في الاسترجاع الذهني والتجنب والاستثارة الزائدة.
- حافظ أفراد المجموعة التجريبية على الاستقرار الايجابي بعد مدة ستة أشهر من العلاج ولم تحدث انتكاسة طوال تلك الفترة التتبعية مما يثبت مساهمة العلاج واستمرارية فعاليته في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.
- من خلال هذا العلاج يمكن مساعدة الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة وذلك من خلال كل ما تعكسه النتائج الايجابية للدراسة.

3- اسهامات علمية :

- بناء على النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة الحالية تكونت جملة التوصيات والاقتراحات كالآتي:
- الاهتمام بتكوين وتأهيل الممارسين النفسانيين في مختلف برامج التدخلات العلاجية النفسانية وذلك من خلال التكوين المستمر وفتح الفرص لهم من أجل التخصص في مجال العلاج النفسي في الجزائر.
 - أهمية تعاقد الجامعة مع مؤسسات التكوين والتي توفر الممارسة التطبيقية للطلبة في العلاجات النفسية المختلفة.
 - نظرا للأعداد المرتفعة لضحايا العنف، يجب تأهيل المختصين والعاملين في قطاع الصحة في مجال الصدمات النفسية وتبعاتها، وذلك من اجل تكفل أحسن.
 - ضرورة التكفل بالأفراد المصابين بمختلف الاضطرابات النفسية خصوصا اضطراب ما بعد الصدمة، بل نشر الوعي على نطاق واسع حول خطورة العنف على الجانب النفسي والعضوي.
 - إجراء المزيد من الدراسات والبحوث الميدانية الرسيينة عن اضطراب ما بعد الصدمة خصوصا لدى الفئات المهشة.
 - إلقاء الضوء على ظاهرة العنف الأسري وما تسببه من آثار سلبية والتي تزيد الوضع سوءا داخل النسق الأسري.
 - ضرورة النشاط الجمعي للجمعيات الخيرية لبناء روح التكافل الأسري والاجتماعي، وبث الوعي داخل الأسر واكتشاف محاولات التسبب في العنف للوقاية من جميع أشكاله قبل أن يحدث.
 - بث برامج تلفزيونية تثقيفية حول حقوق الأطفال والمراهقين وأساليب التعامل معهم.
 - ضرورة إشراك أولياء الأمر في البرامج العلاجية أو البرامج التثقيفية والتربوية الخاصة بفئة الأطفال والمراهقين.
 - إقامة أيام تحسيسية حول ضرورة حسن التعامل مع الأطفال والمراهقين وإبراز الطرق السلمية والفعالة في التربية.
 - إجراء المزيد من البحوث التي تدرُس الأسر الجزائرية وسلوك العنف وتدرُس نفسيات الأفراد المعنفين من أجل إيجاد سبل الوقاية والعلاج المناسب مع محيطهم.
 - إلقاء الضوء على الأسباب المؤدية للعنف وإقامة دراسات رسيينة حول الموضوع وطرق الحد منه، ثم إرسال تقارير مفصلة إلى الهيئات المعنية للحد من هذه الظاهرة بالطرق العلمية التي توصل إليها الباحثون.
 - إدراج مواد تعليمية في المنهاج التربوي تظم كل من وسائل التبليغ عن سلوك العنف وطرق التعامل مع المعتدي، والتدريب عليها.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية.

أبحري، نصيرة. (2015). انعكاسات العنف الزوجي على النمو النفسي والاجتماعي للطفل. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر2، الجزائر.

ابن منظور. (1983). معجم لسان العرب. بيروت: دار لسان العرب.

أبو حلاوة، مُجد السعيد. (2008). اضطراب الضغط الحاد، كلية التربية جامعة الاسكندرية، موقع أطفال الخليج مركز دراسات

وبحوث. تم إسترجاعه يوم: 2016/12/02 على الرابط: www.gulfkids.com

أبو شامة، عباس عبد الحمود ؛ و البشري، مُجد الأمين. (2005). العنف الأسري في ظل العولمة. الرياض: مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية.

الأشول، عادل عز الدين. (1982). علم النفس النمو. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

آغا، كاظم وليم. (1981). علم النفس الفيزيولوجي. بيروت: منشورات آفاق. ط (1).

آل سعود، منيرة. (2005). إيذاء الأطفال أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين له. السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مكتبة الملك فهد الوطنية الرياض.

أوباجي، يمينة. (2017). مساهمة في دراسة السلوكيات العنيفة عند المراهق في الوسط المدرسي: الأسباب والاستراتيجيات الوقائية والعلاجية. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة، الجزائر.

أوزي، أحمد. (2011). المراهق والعلاقات المدرسية. الدار البيضاء، المغرب: مطبعة النجاح الجديدة. ط (3).

باشا، حسن شمسي. (2002). كيف تربي أبناءك في هذا الزمان. دمشق: دار القلم. ط (2).

براكونيه، أ. (1997). موسوعة علم النفس. (ترجمة دورون، روبروف) بيروت: عويدات للنشر والطباعة. الجزء (3)، ط (1).

بغيجة، إلياس. (2006-2005). إستراتيجية التعامل مع الضغوط النفسية "الكويين" وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدي المعاقين حركيا. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر.

بلموشي، عبد الرزاق ؛ و جلال، أحمد. (2017). التفسير النفسي والبيولوجي لظاهرة العنف في المجتمع. مجلة الجامع في

الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد (06)، الجزائر.

بن يونس، مُجَّد محمود. (2005). مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة المصابين في الجامعة الأردنية. *مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية*. المجلد (32)، العدد (3).

بوطبال، سعد الدين ؛ و معوش، عبد الحفيظ. (2013). العنف الأسري الموجه ضد الطفل. *الملتقى الوطني الثاني حول: الاتصال وجودة الحياة الأسرية*، أيام 10/09 أبريل 2013، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

بوعيشة، أمال ؛ و بوسنان، فريدة. (2015). التصورات الاجتماعية للعنف الزوجي مظاهر سلبية وتطلعات ايجابية. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، العدد (21)، ورقلة، الجزائر.

ترول، تيموثي.ج. (2007). *علم النفس الإكلينيكي*. (ترجمة شاكر طعيمة داود، فوزي ؛ و زين الدين حنان لطفي) عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع. ط(1). (نشر العمل الأصلي عام 2005).

ثابت، عبد العزيز. (2006). الصدمة النفسية الناجمة عن انتفاضة الأقصى. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، العدد (12).

ثابت، عبدالعزيز؛ أبو طواحنية، احمد؛ والسراج، إياد. (د.ت). تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية في قطاع غزة. غزة: بحث منشور في برنامج غزة للصحة النفسية.

ثابت، عبد العزيز. (2006). الصدمة النفسية الناجمة عن انتفاضة الأقصى. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*. العدد (12).

ثائر، أحمد غباري ؛ و خالد مُجَّد أبو شعيرة. (2015). سيكولوجية النمو الإنساني بين الطفولة والمراهقة. عمان، الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع. ط (1).

جدوي، زهية. (2017). أسلوبي التنشئة الاجتماعية العنف والحوار في الأسرة وعلاقتها بتشكيل الهوية الاجتماعية للمراهق. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة وهران2، الجزائر.

جلال، سعد. (ب.س). *الطفولة والمراهقة*. مصر: دار الفكر العربي. ط (2).

جميل حمداوي، (2015) المراهقة خصائصها ومشاكلها وحلولها، الألوكة. تم استرجاعه يوم: 2018/11/12 على الرابط:

- الجلولاني. (2007). العنف الأسري وعلاقته باضطراب النطق والكلام دراسة ميدانية مقارنة على عينه من الأطفال المضطربين كلاميا والأطفال العاديين في المرحلة التعليم الأساسي بمدارس محافظة القنيطرة. الإجازة في التربية الحديثة، قسم المناهج، كلية التربية، جامعة دمشق، سورية.
- الحافظ، نووي. (1981). المراهقة دراسة سيكولوجية. بيروت: المؤسسة العربية.
- حب الله، عدنان. (2006). الصدمة النفسية أبعادها الوجدانية وأشكالها العيادية. بيروت: دار الفرابي.
- حجازي، مصطفى. (1980). التخلف الاجتماعي مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور. لبنان: معهد الأنبار العربي.
- حجازي، مصطفى. (2001). التخلف الاجتماعي: مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور. الدار البيضاء، المغرب المركز الثقافي العربي.
- الحري، عبير بنت سعد بن مطلق. (2011). تصوير مقترح لتفعيل دور الخدمة الاجتماعية في التخفيف من المشكلات الاجتماعية الناتجة عن العنف الأسري. رسالة ماجستير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، السعودية.
- حسين صالح، قاسم. (2012). اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، شبكة العلوم النفسية العربية، الدليل العلمي لرعاية ضحايا الصدمة النفسية، اضطرابات الشدة التالية للصدمة من منظور عربي. العدد (2).
- حسين، طه عبد العظيم. (2008). إساءة معاملة الأطفال النظرية والعلاج. عمان، الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- حسين، محمد. (2012). أسباب العنف الأسري ودوافعه. مؤتمر العنف الأسري من منظور إسلامي قانوني. دار الإفتاء الفلسطينية، فلسطين.
- حمداوي، جميل. (2011). المراهقة خصائصها مشاكلها وحلولها. المغرب: شبكة الألوكة. دون طبعة.
- حمود، عبد الرحمان. (1996). الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج. مصر: بدون طبعة.
- الحواجري، أحمد محمد. (2003). الصدمة النفسية. غزة: دائرة التربية والتعليم وكالة الغوث.
- الحواجري، احمد. (2003). مدى فاعلية برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة غزة الإسلامية.
- حواوسة، جمال. (2019). دور الخدمة الاجتماعية في الحد من المشكلات الأسرية: العنف الأسري نموذجاً. مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، العدد (9)، وهران02، الجزائر.

- خالد، عبد الحميد. (2011). سيكولوجية النفس العربية النائرة: إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين علاج جديد لاضطراب الكوارث القديمة والمعاصرة. *المجلة العربية للطب النفسي*. تصدر عن جامعة لندن. العدد (31).
- الخطيب، مُجد. (2007). تقييم عوامل الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة. سلسلة الدراسات الإنسانية. *مجلة الجامعة غزة الإسلامية*. المجلد (15)، العدد (2).
- خليل، أحمد خليل. (1984). *المفاهيم الأساسية في علم الاجتماع*. لبنان: دار الحداثة. ط (1)
- الخولي، سناء. (1983). *الزواج والعلاقات الأسرية*. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- الخولي، سناء. (1993). *التغيير الاجتماعي والتحديث*. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية.
- الخولي، محمود سعيد. (2006). *العنف في مواقف الحياة اليومية، نطاقات وتفاعلات*. بيروت: دار ومكتبة الإسراء.
- الخولي، محمود سعيد. (2008). *العنف المدرسي والأسباب وسبل المواجهة*. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية ط (1).
- خير الزراد، فيصل مُجد. (2005). *العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض*. لبنان: دار العلم للملايين. ط (1).
- خيربك، رشا. (2008). *الصددمات النفسية لدى العراقيين بعد الحرب (اضطراب ما بعد الصدمة) دراسة ميدانية على العراقيين في دمشق*. رسالة ماجستير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
- دسوقي، كمال. (1989). *النمو التربوي للطفل والمراهق، دروس لعلم النفس الارتقائي*. لبنان: دار النهضة.
- الدويبي، عبد السلام بشير. (2004). *العنف العائلي: الأبعاد السلبية والإجراءات الوقائية والعلاجية*. ليبيا: مركز عفت الهندي للإرشاد الإلكتروني.
- رحاب، مختار. (2010). *العوامل السوسيوثقافية لظاهرة العنف لدى الشباب الجامعي، حالة الإقامات الجامعية بقسنطينة، دراسة سوسيو أنثروبولوجية*. أطروحة دكتوراه غير منشورة، في علم الاجتماع، جامعة قسنطينة، الجزائر.
- رشاد، علي عبد العزيز موسى ؛ و العايش، زينب بنت مُجد زين. (2009). *سيكولوجية العنف ضد الأطفال*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- رشاد، علي عبد العزيز موسى ؛ و زين العايش زينب بنت مُجد. (2009). *سيكولوجية العنف ضد الأطفال*. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع. ط (1).

رضوان، ربيعة. (2017). أنماط العنف ضد المرأة وسبل الحماية القانونية. مجلة المنار للبحوث والدراسات القانونية والسياسية، العدد (1)، ورقلة، الجزائر.

الرميح، يوسف أحمد. (2013). العنف الأسري ضد الأطفال (دراسة ميدانية في محافظة عنيزة-القصيم). كلية الآداب، مجلة البحوث الامنية، جامعة الملك سعود. العدد (54).

رميشي، ربيعة. (2012). إشكالية العنف الأسري في المجتمع الجزائري. مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة تيزي وزو، الجزائر.

رومانا داوتس، ترجمة سامر جميل رضوان، (2018)، خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) خداع للمتقدمين، شبكة العلوم النفسية العربية، (دراسات ومقالات عربية). تم استرجاعه يوم:

<http://arabpsynet.com/Documents/DocRudwanEMDR.pdf>

زاوي، عبد الحق ؛ و بودالي، حميدة. (2013). العلاقة بين العنف الأسري والبناء النفسي لدى الأطفال المعنفين. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.

زعمي، مراد. (2002). مؤسسات التنشئة الاجتماعية. عنابة، الجزائر: منشورات جامعة باجي مختار.

الزغبي، احمد مجّد. (2001). علم النفس النمو والطفولة والمراهقة. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.

الزغبي، أحمد مجّد. (2009). العنف الأسري وآثاره على شخصية الآباء والأبناء. مجلة التربية. العدد (23) المجلد (3).

الزميعي، علي (1995). رؤية في الآفاق المستقبلية لتجديد الفكر الإسلامي. ندوة الفكر الإسلامي المعاصر بين الهدم والبناء.

زهران، حامد عبد السلام. (1986). علم النفس النمو "الطفولة والمراهقة". مصر: دار المعارف. ط (2)

زهران، حامد عبد السلام. (1995). علم النفس النمو والمراهقة. الإسكندرية: عالم المكتبة. ط (5).

زهران، حامد عبد السلام. (1999). علم النفس النمو والطفولة والمراهقة. مصر: عالم الكتب. ط (3).

الزهراني، سعد سعيد. (2003). ظاهرة إيذاء الأطفال في المجتمع السعودي. المملكة العربية السعودية: مركز مكافحة الجريمة.

سامر، جميل رضوان. (2009). الصحة النفسية. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. ط (3).

سامر، جميل رضوان. (2018). خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) خداع للمتقدمين. مجلة العلوم النفسية العربية لبنان. عدد: دراسات ومقالات عربية.

السكري، أحمد شفيق. (2011). قاموس الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ج (13).

- سلاطنة، بلقاسم ؛ و حمدي، سامية. (2008). **الفقر والعنف في المجتمع الجزائري**. بسكرة: دار الفخر للنشر والتوزيع.
- سلاطنة، رشيدة. (2012). **أساليب العنف الأسري وتأثيره على تكوين الهوية الاجتماعية عند المراهق: دراسة ميدانية في مراكز إعادة التربية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 2.**
- سلامة، ممدوحة مُجّد. (1991). **الإرشاد النفسي منظور إنمائي**. مصر: مطبوعات الزقازيق.
- سليم، مريم. (2004). **المرأة العربية بين ثقل الواقع وتطلعات التحرر**. مركز دراسات الوحدة العربية. ط (2).
- سي موسى، عوزقار. (2002). **الصدمة النفسية والحداد عند الطفل والمراهق**. الجزائر: مجلة جمعية علم النفس للجزائر العاصمة
- دالي ابراهيم.**
- سيد منصور، عبد المجيد ؛ و الشريبي، زكرياء أحمد. (2000). **الأسرة على مشارف القرن 21 الأدوار-المرض النفسي-المسؤوليات**. القاهرة: دار الفكر العربي. " (1)
- شحيمة، مُجّد أيوب. (1994). **دور علم النفس في الحياة المدرسية**. بيروت: دار الفكر اللبناني.
- شريبي، لطفي. (2007). **معجم مصطلحات الطب النفسي**. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية، سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة، مؤسسة الكوت.
- شعبان، أمّجّد فضل. (2008). **العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات**. غريان-ليبيا: دار الجامعة للنشر والتوزيع والطباعة.
- شكور، جليل وديع. (1997). **العنف والجريمة**. لبنان: دار العربية للعلوم. ط (1).
- الشناوي، مُجّد حسن وآخرون. (2001). **التنشئة الاجتماعية للطفل**. عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الشهراني، عائض بن سعد. (2008). **الخدمة الاجتماعية وظاهرة العنف الأسري**. مداخلة مقدمة في مؤتمر الأسرة والتغيرات المعاصرة، الجمعية السعودية لعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، أيام 10-12 ماي 2008.
- الشهري، علوان صالح. (2011). **العلاقة بين إساءة المعاملة الوالدية وتحصيل طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة تبوك**. رسالة ماجستير منشورة، عمان، الأردن: مكتبة جامعة مؤتة، علم النفس.
- صافية، أمينة. (2015-2016). **أثار استعمال التكنولوجيا الحديثة على أفراد الأسرة الجزائرية**. أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2.

- صالح، قاسم حسين. (1997). الشخصية بين التنضير والقياس. صنعاء: مكتب الجيل الجديد.
- صليبا، جميل. (1982). المعجم الفلسفي. بيروت: دار الكتاب اللبناني.
- صندلي، ريمة. (2011-2012). الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامع فرحات عباس، سطيف.
- طالب، أحسن مبارك. (1998). الجريمة والعقوبة والمؤسسات الإصلاحية. الرياض: دار الزهراء.
- الطواب، سيد مُجَّد. (1993). سيكولوجية النمو الإنساني. القاهرة: المكتبة الأنجلو مصرية. ط (1).
- الطيّار، فهد. (2004). العوامل الاجتماعية المؤدية للعنف لدى طلاب المرحلة الثانوية، دراسة ميدانية لمدارس شرق الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، الرياض، السعودية.
- عبد الخالق، أحمد مُجَّد. (1993). أصول الصحة النفسية. الإسكندرية: دار المعارف.
- عبد الرحمن، علي إسماعيل. (2005). العنف الأسري الأسباب والعلاج. المكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد السلام، سلوى عبد الغني ؛ و عبد المنعم، منال مُجَّد طه. (2017). فعالية برنامج إرشادي للأطفال المعرضين لخطر العنف الأسري في المجتمع السعودي في خفض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. مجلة العلوم التربوية، جامعة حائل، المملكة العربية السعودية. رقم 0150128.
- عبد العزيز، مقاييس-نفسية-عربية. تم استرجاعه يوم: 2018/10/21 على الرابط:
<https://amthabetnet.wordpress.com>
- عبد اللطيف، عصام. (2001). سيكولوجية العدوان وترويضها. القاهرة: دار غريب. دون طبعة.
- عبد الله، مُجَّد قاسم. (2003). مدخل إلى الصحة النفسية. الأردن: دار الفكر العربي. ط (2).
- عبد الوهاب، ليلي. (2000). العنف الأسري (الجريمة والعنف ضد المرأة). بيروت، لبنان: دار المدى للثقافة والنشر.
- عتيق، نبيلة. (2013). واقع علاج الضغوط ما بعد للصدمة بتقنية إزالة الحساسية وإعادة العلاج بحركات العين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف.
- عراي، محمود. (2007). العشوائيات في المجتمع العربي، ماهيتها وتداعياتها الاجتماعية. القاهرة: الدار الثقافية للنشر. ط (1).

عربي، مُجد عزت. (2012). العنف الأسري الموجه نحو الأبناء وعلاقته بالوحدة النفسية، دراسة ميدانية على عينة من طلبة الصف الأول ثانوي بمحافظة ريف دمشق. *مجلة جامعة دمشق*، مجلد (28)، العدد (1).

عسكر، علي. (2000). *ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها*. الكويت: دار الكتاب الجديدة. ط(2).

عطيه، عز الدين جميل. (2003). *الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف*. القاهرة: عالم الكتب نشر توزيع طباعة. ط (1).

علي إسماعيل عبد الرحمان، (2005)، *العنف الأسري الأسباب والعلاج*، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر. تم استرجاعه يوم:

2019/05/18 على الرابط: <https://www.politics-dz.com/community/threads/alynf-al-sri-al-sbab-u-alylag-pdf.6934/>

علي حيدر، (2003)، *فسيولوجية العنف على وظائف الأعضاء*، تم استرجاعه يوم: 2019/02/14 على الرابط:

<http://www.annabaa.org/nba67-68/fisologio.htm>

علي سلامة، مُجد. (2007). *محكمة الأسرة ودورها في المجتمع*. الإسكندرية: دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

عوادة، أمل. (1998). *العنف ضد الزوجة في المجتمع الأردني*. رسالة ماجستير منشورة، عمان، الأردن: الجامعة الأردنية.

عويسي، كمال. (2012). *العنف الموجه على الطفل "الأبعاد والعلاج"*. *مجلة العلوم القانونية والاجتماعية*، العدد (9)، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر.

غريب، يعقوب. (1999). *اضطراب الضغط ما بعد الصدمة*. لبنان: دار الفرابي. ط (1).

غزوان، أنس عباس. (2015). *العنف الأسري ضد الأطفال وانعكاساته على الشخصية*، دراسة اجتماعية ميدانية في مدينة الحلة.

مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية العراق ، مجلد (23)، العدد (4).

فاتن، مُجد شريف. (2006). *أنتربولوجيا الأسرة والقرباة*. بيروت: مطبعة الانتصار.

فارع العوري، إشراق عبد الولي. (2017). *العلاج الانتقائي والتكاملي: اتجاهان متجددان في العلاج النفسي*. *مجلة الدراسات*

العالية-جامعة النيلين مصر. عدد خاص بالمؤتمر التاسع للدراسات العليا المنعقد بتاريخ (10_09/12/2017).

فهيمي، مصطفى. (2000). *سيكولوجية الطفولة والمراهقة*. مصر: دار مصر للطباعة.

قحطان، نهي عدلان. (2009). العنف الأسري بين الإعلانات الدولية والشرعية الإسلامية. الشارقة، الإمارات العربية المتحدة: منظمة المؤتمر الإسلامي، مجتمع الفقه الإسلامي الدولي.

القذافي، رمضان مُجَّد. (2000). علم النفس الطفولة والمراهقة. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

قرادي، مُجَّد. (2012). تنامي ظاهرة العنف والسلوك العدواني في الأوساط المدرسية. مجلة دراسات، تصدر عن جامعة عمار ثليجي، الأغواط، الجزائر العدد (21).

القطامي، نايفة ؛ و برهوم، مُجَّد. (2011). طرق دراسة الطفل. عمان الأردن/رام الله فلسطين: دار الشروق للنشر والتوزيع. ط(1).

كازدين، آلان. (2000). الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين. (ترجمة عادل، حسن عبد الله مُجَّد). القاهرة: دار الرشاد. ط (1)

كازدين، آلان. (2003). الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين. (ترجمة عادل، حسن عبد الله مُجَّد). القاهرة: دار الرشاد. ط (2).

كتابي، مُجَّد عزت عربي. (2012). العنف الأسري الموجه نحو الأبناء وعلاقته بالوحدة النفسية، دراسة ميدانية على عينة من طلبة الصف الأول الثانوي بمحافظة ريف دمشق. مجلة جامعة دمشق، سوريا، مجلد (28). العدد الأول.

كرادشة، منير. (2009). العنف الأسري سوسولوجية الرجل العنيف والمرأة المعنفة. الأردن: عالم الكتب الحديثة. ط (1).

كفاني، علاء الدين. (2008). دور الإرشاد الأسري في مناهضة العنف ضد الأطفال، مجلة خطوة، تصدر عن جامعة القاهرة، مصر. العدد (27).

كمال، أحمد. (1976). المدرسة والمجتمع. القاهرة: المكتبة الانجلو مصرية.

لابلانن وبونتاليس. (2002). معجم مصطلحات التحليل النفسي. (ترجمة حجازي، مصطفى). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. ط (4) (العمل الأصلي نشر في عام 1997).

لميس ناصر، (2006)، العنف ضد النساء والاطفال تم استرجاعه يوم: 2019/03/19 على الرابط:

www.lahainline.com

لورانس، آن. (2007). مبادئ حماية الأطفال. (ترجمة علي، أحمد إصلاح). القاهرة: مجموعة النيل العربية.

مبيض، مأمون. (2003). الذكاء العاطفي والصحة العاطفية. القاهرة: المكتب الإسلامي.

مجاهدي أسامة، معتصم_ميموني بدره. (2018). تكييف بروتوكول لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين الموجهة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية. العدد الثالث. المركز الديمقراطي العربي. برلين: ألمانيا، عدد 03. تم استرجاعه يوم: 2018/12/10 على الرابط:

<https://democraticac.de/?p=57171>

مجدي، مُجَدِّد. (2013). السلطة الوالدية وعلاقتها بالعنف لدى المراهق في المؤسسات التعليمية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (10)، جامعة ورقلة، الجزائر.

محمود، حسن. (1969). الأسرة ومشكلاتها. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

محمود، عبد الرحمن. (1994). الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم. مجلة الدراسات النفسية، المجلد (4)، العدد (3).

مرسيليا شعبان حسن، (2017)، حركة العينين السريعة والمتابعة وإعادة المعالجة في الاضطرابات التالية للصدمة، مجلة العلوم النفسية العربية (المستجدات العربية في العلوم وطب النفس)، عدد (15): مقالات الرؤية من منظور مختلف، لبنان. تم استرجاعه يوم: 2018/12/10 على الرابط: <http://arabpsynet.com/Documents/DocMarcelinaEMDR.pdf>

مسعودي، مو الخير ؛ و قدوح، نور الهدى. (2019). الضغوطات اليومية وعلاقتها بالعنف الممارس على الطفل من قبل الأم، دراسة ميدانية لمجموعة من الحالات بولاية البليدة-الجزائر. الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاجتماعية. العدد (21).

مصمودي، زين الدين ؛ و شرقي، مُجَدِّد الصغير. (2003). موضوعات في علم النفس الاجتماعي. قسنطينة: مطبعة جامعة منتوري.

مظهر، سليمان. (2010). نظرية المواجهة النفسية الاجتماعية، مصدر المجاهدة. الجزائر: منشورات تالة.

المعاينة، خليل عبد الرحمن. (2007). علم النفس الاجتماعي. عمان، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع. ط (2).

معتصم_ميموني، بدره ؛ و ميموني، مصطفى. (2010). سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

معتصم-ميموني، بدرة. (2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

معتصم-ميموني، بدرة ؛ بن غبريط-رمعون، نورية ؛ و سبع، فاطمة الزهراء. (2008). العنف ضدّ النساء في الجزائر تحليل نتائج التحقيق الوطني حول انتشار الظاهرة، (ترجمة سبع، رابح ؛ وزاني، مُجّد ؛ مرحوم، سيدي، فريد ؛ و مُجّدي مُجّد). منشورات مركز البحث في الأنثروبولوجية الاجتماعية و الثقافية، الجزائر.

معن خليل، عمر. (1994). علم الاجتماع الأسرة. جامعة اليرموك: دار الشروق.

معوض، خليل ميخائيل. (1999). علم النفس الاجتماعي. الإسكندرية: دار الفكر العربي الأرابطة. ط (2).

مكي، رجاء ؛ و عجم، سامي. (2008). إشكالية العنف: "العنف المشروع والعنف المدان. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

المليحي، حلمي. (2000). علم النفس الإكلينيكي. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية. ط (1).

منسي، محمود عبد الحليم. (2003). مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية. مصر: دار المعرفة.

موزاي، فيصل. (2010). العنف الأسري وانحراف الأحداث: دراسة ميدانية لمركز رعاية الأحداث بالأبيار المخصص للذكور من (08 إلى 14 سنة) رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بوزريعة، الجزائر.

موقع الجمعية العالمية لابطال التحسس واعادة المعالجة بحركة العين. تم إسترجاعه يوم: 2020/02/16 على الرابط:

<https://www.emdria.org/>

موقع القطب الاستشفائي أفينيون-فرنسا، تم استرجاعه يوم: 2020/02/16 على الرابط: [https://www.ch-](https://www.ch-montfavet.fr/)

[montfavet.fr/](https://www.ch-montfavet.fr/)

موقع المستشفى الجامعي تلمسان د. تيجاني دمرجي. تم استرجاعه يوم: 2020/02/16 على الرابط: [http://www.chu-](http://www.chu-tlemcen.dz/)

[tlemcen.dz/](http://www.chu-tlemcen.dz/)

موقع المؤسسة الفرنسية للتكوين والعلاج بابطال التحسس واعادة المعالجة بحركة العين. تم استرجاعه يوم: 2020/02/16 على

الرابط: <https://www.emdr-france.org/>

موقع جمعية سارب. تم استرجاعه يوم: 2019/08/08 على الرابط: <https://www.sarpsy.com/>

ميخائيل، ابراهيم اسعد. (1998). مشكلات الطفولة والمراهقة. بيروت: دار الجيل. ط (2).

الميلادي، عبد المنعم. (2004). الصحة النفسية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية للنشر والتوزيع.

- النابلسي، أحمد مُجَّد. (1991). الصدمة النفسية علم النفس الحروب والكوارث. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية. ط(5).
- ناجي، يسمينة. (2015). مساهمة تقنية ال EMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية. مذكرة ماستر غير منشورة، جامعة مُجَّد خيضر بسكرة.
- نبهان، يحي مُجَّد. (2008). الأسباب التربوية الخاطئة وأثرها في تنشئة الطفل. عمان، الأردن: دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع. الطبعة العربية.
- وليد خالد عبد الحميد، (2011)، إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين (EMDR) علاج جديد لإضطرابات الكوارث القديمة والمعاصرة، المجلة العربية للطب النفسي، عدد: سيكولوجية النفس العربية الثائرة. تم استرجاعه يوم: 2018/12/10 على الرابط: <http://arabpsynet.com/apn.journal/apnJ31/OPapnJ31Abdelhamid.pdf>
- وليد خالد عبد الحميد، (2018)، رد على مقال: خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة، مجلة العلوم النفسية العربية، عدد: دراسات ومقالات عربية، لبنان. تم استرجاعه يوم: 2018/12/10 على الرابط: <http://arabpsynet.com/Documents/DocAbdelhamidEMDR.pdf>
- الوناس، مُجَّد. (2008). العنف والعنف في الوسط الرياضي، تحليل نفسي اجتماعي لأحد مظاهر العنف في الجزائر. رسالة الماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر2.
- يخلف، رفيقة. (2009). آثار العنف الأسري على تنشئة الطفل. مجلة العلوم الاجتماعية، الشلف.
- يخلف، عثمان. (2001). علم النفس الصحة النفسية والسلوكية للصحة. لدوحة: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
- يونس، مُجَّد محمود. (2005). مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة في الجامعة الأردنية. مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية. المجلد (22) العدد (3).

- Ad de Jongh, Robert Ernst, Lisa Marques & Hellen Hornsveld, (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, New York. Vue le : 01/11/2018 sur le lien : https://www.researchgate.net/publication/253334426_The_impact_of_eye_movements_and_tones_on_disturbing_memories_involving_PTSD_and_other_mental_disorders
- Alain Brunet,. (2015). Y a-t-il des contre-indications à l'EMDR? Vue le : 21/03/2018 sur le lien : <https://www.la-croix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/Y-a-t-il-des-contre-indications-a-l-EMDR-2015-06-01-1318434>
- Albert Ciccone, (2012) La pratique de l'observation. Vue le : 08/11/2019 sur le lien : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2012-1-page-55.htm>
- American Psychiatric Association DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux . (2013). Elsevier masson. France.
- American Psychiatric Association DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux « Mini DSM5 » (2016). Elsevier masson. France.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington (VA):American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- American Psychiatric Association. (2013). *The diagnostic and statistical manual for mental disorder*. (5th ed), DSM5, washington DC: American psychiatric Association Press.
- American Psychiatry Association (APA).(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. (4Ed). Text Revision, Published by the (APA), Washington, D.C.
- Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood in Europe: a response to Bynner. Journal of Youth Studies. Vue le : 01/05/2018 sur le lien : <http://refhub.elsevier.com/B978-0-12-812962-3.00004-6/rf0010>
- Bailly, L. (1996). *Les Catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. Paris: ESF.
- Bailly, L. (2006). *Traumatisme psychique chez le jeune enfant et théories sociales infantiles*. Paris.
- Balier, C. (2013). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: P.U.F. (4 eme tirage).
- Balsam. (2012). Réseau national des centres d'écoute, des femmes victimes de violence en algérie les violences contre les femmes en Algérie. **Balsan QUATRIÈME RAPPORT.**

- Barrois, C. (1988). *Les névroses traumatiques, le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*. Paris: Bordas.
- Bea, H., Kim, D., & Park, Y.C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression » *Psychiatry Investigation*. pp.5/ 60-65.
- Bea, H., Kim, D., & Park, Y.C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression » *Psychiatry Investigation*.
- Bergeret, J. (2014). *Violence fondamentale*. Paris: Dunod. (4eme éd).
- Bergmann, U. "Further thoughts on the neurobiology of EMDR. The role of the cerebellum in accelerated information processing". *Traumatology*. Available. Vue le : 14/01/2019 sur le lien : <http://www.fsu.edu/> – 2000.
- Bériault M., Serge Larivée. (2005). Guérir avec l'EMDR : Évidences et controverses, *Revue de psychoéducation* Volume 34, numéro 2. Vue le : 08/08/2018 sur le lien : https://www.researchgate.net/publication/317664883_Guerir_avec_l'EMDR_Evidences_et_controverses
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I., & Shalev, A. (2002). *A Position Paper of the National Council for Mental Health: Guidelines for the Assessment and Professional Intervention with Terror Victims in the Hospital and in the Community*. Jerusalem, Phalastine.
- Bontempi, B., & Lesburgères, E. (2011). *Comment l'hippocampe parvient-il à orchestrer de façon adéquate le stockage de nos souvenirs au niveau cortical après un apprentissage*. Bordeaux: Neurocampus.
- Bontempi, B., Laurent-Demir, C., Destrade, C., & Jaffard, R. (1999). Laboratoire de neurosciences cognitives – unité mixte CNRS/université de Bordeaux I, à Talence. "Time-dependent reorganization of brain circuitry underlying long-term memory storage". *Nature*, vol (400).
- Bouatta, C. (2007). *Les traumatismes collectifs en Algérie*. Alg: Casbah.
- Bouslimi, J., Piard, C.(2002). *Psychopédagogie des adolescents en pratiques sportives: adolescence, sport et culture*. Paris: édition l'Harmattan.
- Bouslimi, J.,& Pineau, J-C. (2001). *Adolescentes en pratiques sportives: Adolescents, sport et culture*. Paris: Editions l'Harmattan.
- Brown K.W., McGoldrick, T., & Buchanan, R. (1997). Body dysmorphic disorder: seven cases treated with Eye movement desensitization and reprocessing. *Behavioural and cognitive psychotherapy*.
- C. Tarquinio, M.J.Brennstuhl, J.A.Rydberg, A.Schmitt, F.Mouda, M.Lourel&P.Tarquinio. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of

victims of domestic violence : A pilot study. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*
Vue le : 15/01/2018 sur le lien : <http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.006>.

Ceren Acarturk, Emse Konuk, Mustafa Cetinkaya, Ibrahim Senay, MaritSijibrandji, Pin Cuijpers & Tamer Aker. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of pilot randomized controlled trial. *European Journal of psychotraumatology*, vol 06. Vue le : 27/09/2019 sur le lien : <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.27414>.

Chabee-Simper, S. (2005). *Réanimation et reconstruction psychiques post traumatiques à long terme*. France: Elsevier Masson.

Chemtob, C., Tolin, D., Van der Kolk, B. A., & Pitman, R. (2000). *Eye movementdesensitization and reprocessing*. New York: Guilford Press.

Chesnais, J-C. (1994). *Histoire de la violence*. Paris: Edition de laffont.

Chiland, C.(2013). *L'entretien clinique*. France: Cadrage PUF.

Corval, PH. (2009). *Violences,psychopathie etsocio-culture*.Paris:L'harmattan.

Coutanceau, R., & Damiani, C. (2018). *Victimologie évaluation, traitement, résilience*. France: DUNOD.

CREST. (2003). *The Management of Posttraumatic Stress Disorder in Adults*. In Belfast, Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of HealthSocial Services and Public Safety.

Crocq ,L. (1999). *Les Traumatismes psychique de guerre*.Paris, France: Jacob.

Crocq, L. & Dalligand, L., (2007). *Traumatismes psychiques*. Belgique: Elsevier Masson.

Crocq, L. (1992). **Le syndrome de répétition dans les névroses traumatiques, ses variation clinique et sa signification**. Paris: perspectives psychiatriques.

Crocq, L. (2007). *Traumatisme psychique, prise en charge des victimes*.Pris: Elsevier Masson.

Crocq. L (2007). **Traumatisme psychique, prise en charge des victimes**.Paris: Elsevier Masson.

Damianic, C. (1997). *Les victime des violence publique et crimes privés Bayard*. Paris.

Davidson, J. R.T., Book, S.W. & Colket, J.T. (1995). *Davidson Self-Rating PTSD Scale*. Available from Multi-Health Systems, Inc., 908 Niagara Falls Boulevard, North Tonawanda, NY 14120.

De Clercq, M., & Lebigot, F. (2001). **Les traumatismes psychiques**. Paris: Elservier Masson.

Didier Havé, 2016, Thérapie EMDR Contre-indications et précautions, Vue le : 04/11/2017 sur le lien : <https://www.psyemdrmontreal.com/therapie-emdr/contre-indications/>

Dodge. (1986). *Social cognition and children's aggressive behaviour*. Child Development, Washington, DC.

Dominiques, S. (2011). *LA relaxation Nouvelles approches, nouvelles pratiques*. (2ed). Paris: ELSEVIER MASSON.

Dorayel, B. & Louzoum, C. (1997). *Le traumatisme dans le psychisme et la culture*. ERES.

Dumas, J. (2005). *Psychologie de l'enfant et de l'adolescent*. (2em Ed). France: Elsevier Masson.

Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Health Care. (2003). *Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders*. Utrecht, Netherlands: Quality institute health care CBO/Trimbos Intitute.

Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Health Care. (2003). *Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders*. Utrecht, Netherlands: Quality institute health care CBO/Trimbos Intitute.

Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative*. New york: Brunner-Routledge.

Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). *Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents*. USA: Death Studies.

Edmond, T. & Wambach, k. (2004). *The effectiveness of EMDR and eclectic Therapy* . Res social work prac. New York.

Edenberg, N., & van Lith, H. A. (2011). The Influence of animals on the development of children. The Veterinary Journal. Vue le : 15/06/2019 sur le lien : https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=The%20Influence%20of%20animals%20on%20the%20development%20of%20children&author=N.%20Edenberg&publication_year=2011&pages=208-214

Eysenck, M.W. (2000). **Psychology. A student's Handbook**. UK: Psychology Press Ltd, Publishers.

Fediad, P. (1974). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Canada: Larousse.

Fedida, P. (1974). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Canada: Larousse.

Fischer, G-N & al (2003). *Psychologie des violences sociales*. Paris: DUNOD.

Fischer, G-N & al (2003). *Psychologie des violences sociales*. Paris: DUNOD.

Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the international society for traumatic stress studies*. New York: Guilford Press.

- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the international society for traumatic stress studies*. New York: Guilford Press.
- Freedman C, Power MJ,. (2007). Handbook of evidence-based psychotherapies : A guide for research and practice, UK. John Wiley & sons. Vue le : 08/11/2019 sur le lien :<http://books.google.fr/books?id=gslg25mz7emc&pg=100&dq=emdr&lr=&cd=65#v=onepage&q=emdr&f=false>
- Freedman S. A., Brandes D., Peri T., Shalev A,. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *Br. J. Psychiatry*. Vue le : 02/10/2019 sur le lien : 10.1192/bjp.174.4.353 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Gassier, J., & De sait-sauveur, C. (2008). *Le guide de la puéricultrice*. (3em éd). Paris: Elsevier Masson.
- Gassier, J., & De sait-sauveur, C. (2008). *Le guide de la puéricultrice*. (3em éd). Paris: Elsevier Masson.
- Gaston, L. (2015). *Limitation of trauma-Focused Therapies for Treating PTSD : A Perepective*. Canada: Traumatus.
- Gaston, L. (2015). *Limitation of trauma-Focused Therapies for Treating PTSD : A Perepective*. Canada: Traumatus.
- Gil, R, (2018) *Neuropsychologie*, France, Masson, 7 eme ed. Goleman, D. (2000). *Working with emotional intelligence children*. London: Quekland study.
- Hebb, D.O. (1949). *The organization of Behaviors : A Neuropsychological Theory*. New York: Wiley.
- Herbert A. Fridman,. (2018). Allies of the republic of vietnam. Vue le : 02/04/2019 sur le lien : <http://www.psywarrior.com/AlliesRepublicVietnam.html>
- Imer, Lakatos. (1989). *The methodology of scientific research programmes, Philosophical Papers*. New York: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. (Vol 1), In C.
- Imer, Lakatos. (1989). *The methodology of scientific research programmes, Philosophical Papers*. New York: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. (Vol 1), In C.
- INSERM. (2004). *Psychotherapy: An evaluation of three approaches*. Paris: FrenchNational Institute of Health and Medical Research.
- INSERM. (2004). *Psychotherapie Trois approches évaluées*. Paris.
- INSP. (2015). *Enquête nationale sur les violences à l'égard des femmes, Alger 2003*. INSP.
- Jeffries, F. W., and Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? a

review. *Behav. Cogn. Psychother.* Vue le : 15/01/2019 sur le lien : <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/what-is-the-role-of-eye-movements-in-eye-movement-desensitization-and-reprocessing-emdr-for-posttraumatic-stress-disorder-ptsd-a-review/FE59D225F6CFB9AA90C24965F694BEEF>

John, M., Oldham, M.D., Michelle, B., Riba, M.D. (2001). PTSD in Children and Adolescents. *Review of Psychiatry Series*. London, England, vol (20). pp.150-168.

John, M., Oldham, M.D., Michelle, B., Riba, M.D. (2001). PTSD in Children and Adolescents. *Review of Psychiatry Series*. London, England, vol (20).

Josse, E. (2007). Le pouvoir des histoires thérapeutiques. L'hypnose éricksonienne dans le traitement des traumatismes psychiques. Paris: La Méridienne.

Kaslow, F., Nurse, A., & Thompson, P. (2002). *EMDR in conjunction with family systems therapy*. New York Press.

Kedia, M., & Sabouraud-Seguin, A. (2008). *Psycho traumatologie*. Paris: Dunod.

Kédia, M., Aurore, S-S., & al. (2013). *L'Aide-mémoire de psycho-traumatologie « Fondements, types, prise en charge »*. France: DUNOD. (2 éd).

Kedia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., Saillot, I., & Brown, D.(2012). *Dissociation et mémoire traumatique*. Dunod.

Kemp, CH., Silverman, F., Stecl, B., Droegemullar, W., & Siver, H. (1962). *The battered child syndrom*. These of Doctorat Faculty of medicine, CAIRO University.

Khodja, S., (2002). *Nous les Algériennes. La grande solitude*. Alger: Casbah Editions.

Ladislas, K. (2010). *Préconisation du courtage de connaissance sur la pertinence de l'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) dans le traitement des névroses post-traumatiques*. Thèse de doctorat non pub. Université claudes bernard – Lyon 1, France.

Lantheaume, S. (2017). *Use of EMDR therapy in the treatment of PTSD after breast cancer*. France: Elsevier Masson.

Lebigot, F. (2005). Le *traumatisme psychique, Clinique et prise en charge*. Paris: DUNOD.

Lee, C., & others, (2002). Traitment of post traumatic stress disorder, a comparaison of stress inoculation training with prolonged exposure and EMDR.

Leeds AM., (2009). A guide to standard EMDR protocols for clinicians, supervisors and consultants. New yourk, springer publishing company. Vue le : 14/12/2019 sur le lien : <http://books.google.com/books?id=cpyheEAdkipc&printsec=frontcover&dq=emdr&lr=&cd=23#v=onepage&q&f=false>

Leeds, A.M. (2009). *A guide to the standard EMDR protocol for clinicians, supervisoers, and consultants*. New Yourk, NY: Springer.

- Lemperiere, T., & Felin, A. (2003). *Psychiatrie de l'adulte*. (2^{ème} ed). Paris: Masson.
- Lipke, H. (1992). *Manual for the teaching of Shapiro's EMDR in the treatment of combat-related PTSD*. Pacific Grove, Canada: EMDR Institute.
- Lopez, G. & Sabouraud-Seguin, A. (2002) . *Psychothérapie des victimes*. Paris: Dunod.
- Lorraine, M., & Leahey, M. (2003). *L'infirmière et la famille, guide d'évaluation et d'intervention*. (traduit par Lyne, Campagna). Bruxelles: De Boeck supérieur.
- Luber M, (2010), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) : Scripted protocols, special populations, New York, Springer Publishing Company. Vue le : 18/11/2019 sur le lien : <http://books.google.com/books?id=suhd74hvlc4aprintsec=frontcover&dq=emdr&hl=fr&cd=7#v=onepage&q&f=false>
- Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols*. New York: springer publishing company.
- Lynn J. Piper, Clarissa M. Uttley (2019) Adolescents and Pets, Elsevier Inc. Vue le : 08/11/2019 sur le lien : <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-812962-3.00004-6>
- Macksoud, M., & Aber, L . J. (1996)The experience and psychological development of children in Lebanon. *Child Development Journal*. Lebanon.
- Malone, P. A. (2016). Counseling adolescents through loss, grief, and trauma. New York: Routledge. Vue le : 08/11/2019 sur le lien : <http://refhub.elsevier.com/B978-0-12-812962-3.00004-6/rf0195>
- Manço, A.(2006). *Processus identitaires et intégration : approche psychologique des jeunes issus de l'immigration*. Paris: Editions l'Harmattan.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1988). *Adolescent et psychopathologie*,(7^{ème} éd). Paris France: ELSERVIER Masson.
- Marcus, S., & others. (1997). *Controlled study of traitement of ptsd using EMDR*. HMO setting psychotherapie.
- Marin, M.F., Schramek, T. E., Maheu, F.S., & Lupien, S.J. (2009). *Stress, emotion and memory: The good, the bad and the intriguing*. Germany.
- Marte, R.M. (2008). *Adolescent Problem Behaviors Delinquency, Aggression, and Drug Use*. New York: LFB Scholarly Publishing LLC.
- Martin TEBOUL, 2015, Y a-t-il des contre-indications à l'EMDR ?. Vue le : 07/11/2019 sur le lien : <https://www.la-croix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/Y-a-t-il-des-contre-indications-a-l-EMDR-2015-06-01-1318434>

- Marty, F. (2002). *Figures et traitement du traumatisme*. Paris: Dunod.
- Marty, F. (2008). *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*. Paris: Dunod.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/Practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Canada: Institute Press.
- Mollon, Ph. (2006). *EMDR and energy therapies: psychoanalytic perspectives*. London: KARNAK.
- Moutassem-Mimouni, B., (1999). *Devenir psychologique et...des enfants abandonnés à la naissance en Algérie*. Thèse de doctorat d'Etat, Oran.
- Moutassem-Mimouni, B., (2001). *La résilience des enfants abandonnés en Algérie. In la résilience. Le réalisme de l'espérance*. Toulouse: Erès.
- Moutassem-Mimouni, B., (coordinatrice) Benghabrit-Remaoun, N., & Sebaa FZ. (2009). *Les violences à l'égard des femmes en Algérie*. MDCCF/CRASC.
- Moutassem-Mimouni, B., (coordinatrice) Benghabrit-Remaoun, N., & Sebaa FZ. (2009). *Les violences à l'égard des femmes en Algérie*. MDCCF/CRASC.
- Munsey, C. (2006). Emerging adults: the in-between age. Monitor. Vue le : 16/10/2019 sur le lien : <http://refhub.elsevier.com/B978-0-12-812962-3.00004-6/rf0220>
- Nathanson, D. L. (1996). *Knowing feeling: Affect, script, and psychotherapy*. New York: Norton.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic Stress Disorder (PTSD):The Management of Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Londres:NICE Guidelines.
- Nicoll, R.A. (2003). *Expression mechanisms underlying long-term potentiation" in Long term Potentiation*. Oxford University Press.
- OMS, Violence (2013). La violence. Vue le : 08/01/2020 sur le lien : <https://www.who.int/topics/violence/fr/>
- Parson, E. (1985). *Ethnicity and traumatic stress: the intersecting point in psychotherapy*. New York, HB: Brunner et Mazel.
- PETIT LAROUSSE. (2001). *Dictionnaire de francais*. Paris: Librairie Larousse.
- Petot, D. (2008). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. (2ed). Paris: Dunod.
- Realmuto, G.M., Masten, A., Carole, L.F., & al. (1992). *Adolescent survivors of massive childhood trauma in Cambodia: life events and current symptomstrauma Stress*. New York: Guilford Press.

- Rock, J. (2012). *Découvrir l'EMDR*. Paris: Inter Editions.
- Roques, J. (2004). *EMDR Une révolution thérapeutique*. La méridienne Desclée De Brouwer
- Roques, J. (2015). *Essai d'anatomie psychique basé sur les neurosciences. (Tome 1) de Psychoneurobiologie – Fondement et prolongements de l'EMDR*. BoD.
- Rousseau, a., El Khoury-Malhame, M. b., Reynaud, E.a., Zendjidjian, X.c., Samuelian, J.C.C., & Khalifa, S.a., (2018). Neurobiological correlates of EMDR therapy effect in PTSD. *European Journal of trauma & Dissociation*. Elsevier Masson. France.
- Roussillon, R. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris: Elsevier Masson.
- Royle, L., & Kerr, K. (2010). *Integrating EMDR Into Your Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Sack, M., Hofmann, A., Wizelman, L., & Lempa, W. (2008). *Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), pp.239-246.
- Sahuc, C.(2006). *Comprendre son enfant*. France: édition Studyrama.
- Sahuc. C. (2006). *L'adolescent et la violence..* Paris: De éclairages (Levallois-Perret), Studyrama. (vol 904)
- Schiraldi Gr, (2009) *The post-Traumatic Stress Disorder sourcebook : A guide to healing, recovery and growth*, USA, Library of congress catalogingin-publication Data, 2Ed. Vue le : 13/12/2016 sur le lien : http://books.google.fr/books?id=ixokks49_1cc&pg=pa213&dq=emdr&ed=10#v=onepage&q=emdr&f=false
- Semid, A., & al. (2003). *Pratique de soins et psychotraumat*. UNICEF. ISBN N 996 1-95-36-7-3
- Serge Ginger (2010) *L'EMDR, une approche intégrative*, *International Journal of Psychotherapy (IJP)*, Volume 12, N° 2. Vue le : 11/09/2019 sur le lien : <http://www.sergeginger.net/37.html?fbclid=IwAR1wbGcvjqzfdxtbLvosz4Ol4pKWWpPyIk3dbT1T0qo2hPFN5XZkgxT4fc>
- Servan-Schreiber, D. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing: Is psychiatry missing the point. *Psychiatric Times*.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété, la dépression sans médicaments, ni psychanalyse*. Lafont.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété, la dépression sans médicaments, ni psychanalyse*. Lafont.

SGM (en) Jerry Yellin, Dr. Sarina J. Grosswald,. (2011). The Resilient Warrior, TotalRecall Publications. Vue le : 08/11/2019 sur le lien : archive.wikiwix.com/cache/?url=https%3A%2F%2F

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles: Protocols and Procedures*. (1st ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). *EMDR As an integrative psychotherapy approach experts of diverse orientations*. American psychological association. Washington. DC.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Basic Principles, Protocols, and Procédures*. New York: Guilford Press. (Second Edition)

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: The Guilford Press. (2nded)

Shapiro, F. (2002). *EMDR is an integrative psychotherapy approach, Experts of Orientations Explore the Paradigm Prism*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shapiro, F. (2002). *EMDR Treatment: overview and integration*. In Shapiro, F.(Ed.) *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach*. American.

Shapiro, F. (2012). *Getting past your past-Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. New York: Rodale.

Shapiro, F.(1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Basic Principles, Protocols, and Procédures*. New York:Guilford Press.

Siebert, C. (2001). *Etapas de la vie et grandes fonctions*. (vol 10). Paris: Elsevier Masson.

Sillamy, N. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Paris:Bordas.

Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris: Ed LAROUSSE France et loisirs.

Sjöblom, P.O., Andréewitch, S., Bejerot, S., Mörtberg, E., Brinck, U., Ruck, C., &Körlin, D. (2003). *Regional Treatment Recommendation for Anxiety Disorders*. Stockholm:Medical Program Committee/Stockholm City Council, Sweden.

Solomon, R.M., & Rando, T.A. (2007). Utilisation of EMDR in the treatment of grief and mourning . *Journal of EMDR practice and reacerch*.

Spencer Eth, M.D. John M. Oldham, M.D.Michelle B. Riba, M.D., M.S. (2005) PTSD in Children andAdolescents. *London, England: Review of Psychiatry Series*.

Spencer; E.TH. (2005). PTSD in Children and Adolescents. *Review of psychiatry*. Vol: 20.

Squire, L.R. (1992). Memory and the hippocampus: A synthesis from findings with rats, monkeys, and humans. *Psychological Review*.

- Squire, L.R., & Kandel, E.R. (2005). *La mémoire, de l'esprit aux molécules*. Champs–Flammarion.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*.
- Sturman, D. A., & Moghaddam, B. (2011). The neurobiology of adolescence: changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(8). Vue le : 08/10/2019 sur le lien : <http://refhub.elsevier.com/B978-0-12-812962-3.00004-6/rf0285>
- Tanner, J. L., & Arnett, J. J. (2009). The emergence of ‘emerging adulthood’: the new life stage between adolescence and adulthood. In *Handbook of youth and young adulthood: New perspectives and agendas*. New York: Routledge. Vue le : 06/09/2019 sur le lien : <http://refhub.elsevier.com/B978-0-12-812962-3.00004-6/rf0290>
- Tarquinia , C., & Tarquinia, P. (2015). *L'EMDR Préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Paris: Elsevier Masson SAS.
- Tarquinio, C. (2007). *La thérapie EMDR dans la prise en charge du traumatisme psychique*. France: Stress et trauma.
- Tarquinio, C. (2016). *Les nouvelles psychothérapie Hypnose EMDR méditation réalité virtuelle*. Paris: Elsevier Masson,
- Thibault, S., & al. (2003). *Rapport d'activités*. Québec.
- Tinker, R.H., Wilson, S.A. (1999). *Through the eyes of child: EMDR with children*. New York: Norton.
- Trauma and greif. Available from. Vue le : 19/02/2019 sur le lien : https://www.researchgate.net/publication/256556034_trauma_and_greif
- Tulving, E., Donaldson, W. (1972). *Episodic and semantic memory. In Organization of Memory*. New York: Academic Press.
- United Kingdom Department of Health (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling Evidence Based Clinical Practice Guideline*, Londres. Vue le : 08/11/2019 sur le lien : www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/
- Vaiva, G., Lebigot, F., & Goudemand, M. (2005). *Psychotraumatismes prise en charge et traitements*. France: Elsevier Masson.
- Van den Hout MA1, Engelhard IM, Rijkeboer MM, Koekebakker J, Hornsveld H, Leer A, Toffolo MB, Akse N. (2010). EMDR: eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. Vue le : 16/04/2019 sur le lien : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21147478>

- Van den Hout, M.A. , Engelhard, I.M. , Beetsma, D. , Slofstra, C. , Hornsveld, H. , Houtveen, J. , & Leer, A. (2011). EMDR and mindfulness: Eye movements and attentional breathing tax working memory and reduce vividness and emotionality of aversive ideation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vue le : 04/05/2018 sur le lien : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.03.004>
- Van der Kolk, B., & McFarlane, A. (1996). *The black hole of trauma*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat trauma: Revictimization, attachment and “masochism”. *The Psychiatric Clinics of North America*.
- Vanek Dreyfus, A. (2005). *La crise d'adolescence*. Paris: Studyrama.
- Vasta, R., Haith, M., & Miller, S. (1995). *Child psychology, the modern science*. New York: Wiley.
- Weisenberg, M., Schwartzwald, J., Waysman, M., & al., (1993). *Coping of school-age children in the sealed room during the scud missile bombardment and postwar stress reactions*. *Consult Clin Psychol*.
- Weisenberg, M., Schwartzwald, J., Waysman, M., & al., (1993). Coping of school-age children in the sealed room during the scud missile bombardment and postwar stress reactions. *Consult Clin Psychol*.
- Weiten, W. (2004). *Psychology. Themes and Variations*. Brooks Cole Publishing Company.
- Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3).
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.
- Young, B.H., & Blake, D. (1999). *Group Treatment of PTSD*. (www.A:/New Folder. Group Treatment for PTSD.htm)
- Zayfert, C., & Becker, C.B., (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: THE GUILFORD PRESS.

الملاحق:

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
264	مقياس دافدسون.	1
266	العقد العلاجي . (المشاركة في الدراسة).	2
267	شبكة الملاحظة.	4
277	شهادة المعالج النفسي بالEMDR .	5

الملحق رقم (01)

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون (PTSD Scale)

ترجمة وتقنين د.عبد العزيز ثابت

الاسم: العمر: الجنس: (ذكر... / أنثى...)

العنوان:

عزيزي/عزيزتي الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية، كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة، من فضلك أجب على كل الأسئلة، علما بأن الاجابات تأخذ أحد الاحتمالات التالية:
0=أبدا، 1=نادرا، 2=أحيانا، 3=غالبا، 4=دائما.

4	3	2	1	0		
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	الخبرة الصادمة	الرقم
					هل تتخيل صور، ذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟	1
					هل تحلم أحلاما مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟	2
					هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟	3
					هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟	4
					هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟	5
					هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	6
					هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)؟	7
					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	8
					هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟	9
					هل فقدت الشعور بالحزن والحب (أنك متبلد الاحساس)؟	10
					هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل والزواج، وإنجاب الأطفال؟	11
					هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟	12
					هل تعاني من نوبات من التوتر والغضب؟	13

					هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	14
					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصله معاك على الآخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك؟	15
					هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ؟	16
					هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟	17

الملحق رقم (2)

استمارة التعاقد العلاجي.

(بإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين ال EMDR)

وفقا لما تم الاطلاع عليه وبعد التعريف بالبرنامج العلاجي الذي سوف يقدم، اتفق الطرفان الموقعان أدناه على أن يلتزم المعالج والمتفعة ووليها بعد الموافقة للمشاركة في هذه الدراسة أن تسجيل الجلسة العلاجية تسجيلا كتابيا وسمعيًا وبصريًا من أجل تسهيل العملية العلاجية وإتمام الدراسة، والتي لا تستخدم خارج نطاق قاعة العلاج النفسي، ولن يطلع عليها أي فرد كان، وبحرصان على تنفيذ النقاط التالية:

1. الحرص على حضور الجلسات العلاجية في مواعيدها.
 2. إخطار المعالج بأي قرار أو تأخر فيما يخص الجلسات العلاجية.
 3. الالتزام بمخصص العلاج حتى نهايتها.
 4. الالتزام بالاستمرارية والمتابعة حتى انتهاء التطبيق التبعي الثاني.
 5. الحرص على ممارسة التمارين المنزلية.
 6. الاحترام المتبادل من الطرفين.
 7. التسجيلات أثناء الجلسة العلاجية تستخدم لأغراض علمية في إطار السرية المهنية.
- وأي إخلال بأحدى النقاط الموضحة سابقا في هذا التعاقد العلاجي سيؤثر على العملية العلاجية ونتائج الدراسة وكذا تحقيق الهدف من العلاج.

تاريخ الاقرار:

امضاء ممثل العائلة:

امضاء المعالج:

الملحق رقم (03)

شبكة الملاحظة:

تاريخ المقابلة:

المحور الأول: البيانات الأولية:

/معلومات حول الحالة:

- الاسم و اللقب:.....
- تاريخ الميلاد:
- الجنس:
- المستوى الدراسي:
- مقر السكن:
- روابط الاتصال:
- عدد الأخوة:
- الرتبة بين الإخوة:
- الحالة الاجتماعية:
- الوالدين على قيد الحياة:
- الوالدين مرتبطين:
- من المسؤول في العائلة؟.....
- المستوى الاقتصادي:
- تاريخ الحدث الصدمي:
- سوابق مرضية عائلية:
- سوابق مرضية شخصية:
- تعاطي أدوية أو كحول:
- الفحص العام: الوزن.....كغ الطول..... سم.
- العلاج المقدم:
- العلاج الدوائي:.....العلاج النفسي السابق:.....
- أحداث النمو:
- ما هو دافعك للاستشارة؟.....
- من وجهك للنفساني؟.....
- هل جئت بنفسك؟ من رافلك؟

/وصف الحالة:

* الشكل و المظهر:

.....
.....
.....

* الدراسة النفسية:

- وضعية اللغة والتواصل:.....
- وضعية التغذية:
- وضعية النوم:.....
- وضعية الحركة:.....
- وضعية سلوكية فردية:.....
- وضعية اجتماعية:.....
- وضعية المزاج:.....
- وضعية الذاكرة و الانتباه:.....
- وضعية النوم:.....
- هل تستيقظين...

-صورة من الحدث مسجلة في ذهنك

- هل تشعرين أنك مازلت في ذلك الحدث؟.....
- هل تحسّين بالغموض
- الوضعية السيكوسوماتية:.....

*المشكلات السلوكية:

- نوبات الغضب:.....
- عدوان تشاجر:.....
- النمط السائد في الشخصية:.....
- الناحية الانفعالية:.....

/السوابق:

*السوابق الشخصية:

- هل سبق لكِ وأن أصبت بمرض نفسي أو عضوي؟.....
- هل سبق لكِ وأن دخلت مستشفى الأمراض العقلية وأخضعت لعلاج نفسي؟.....
- هل سبق لكِ وأن تناولت أدوية وعقاقير نفسية؟.....

*السوابق العائلية:

- هل هناك من أحد أفراد عائلتك مصاب بمرض نفسي أو عقلي؟.....
- هل يبق لكِ وأن خضع أحد من أفراد عائلتك إلى الاستشفاء في مصلحة عقلية؟.....

المحور الثاني: البيانات المتعلقة بأشكال العنف (تاريخ الحالة)

- هل يمكنك الحديث قليلا عن السبب الذي جاء بك للاستشارة النفسية؟
- تحدثني عن هوية المعتدي؟
- تحدثني عن بداية العنف؟
- ما نوع العنف الذي تعرضت له؟
- كيف حدث؟
- كان هناك انذار أم فجأة؟
- أين؟
- بأي وسيلة؟
- في رأيك ما هو سبب تعرضك للعنف؟
- هل كانت هناك اعتداءات أخرى؟
- ما هي طبيعتها؟
- هل كان هناك من يشاهد؟
- هل هي اعتداءات متكررة؟
- من 00 إلى 10 كيف تصفين شدة وقوة تلك الاعتداءات؟
- ما هي الأضرار التي لحقت بك جراء الاعتداء؟
- هل سبق وأن أخذت للاستعجالات بسبب الجروح التي حدثت لك؟
- كيف تفكرين تجاه..... (المعتدي) وماهي مشاعرك تجاهه؟
- هل هي دائما هكذا أم متغيرة؟
- هل سبق وقدمتم شكوى ضده؟ لمن..... إن لا لماذا؟
- بهذا شعرت أثناء تعرضك للعنف؟
- ما هي الانفعالات التي راودتك تلك اللحظات وبعدها؟
- هل..... (المعتدي) يعنف الآخرين أيضا؟

المحور الثالث: المتعلق بالعلاقات داخل الأسرة:

- التاريخ الأسري والعلاقات الاجتماعية:

- كيف هي علاقتك مع والديك؟
 - كيف هي علاقتك مع إخوتك؟
 - هل تتحدثين عن همومك مع أفراد أسرتك؟
 - هل تتحصلين على مصروف؟
 - ما هي عاطفتك اتجاه أفراد أسرتك ووالديك؟
 - هل تجبين البقاء في المنزل؟
 - هل تشعرين بالحنين إلى المنزل عند الغياب؟
- المحور الرابع: المتعلق بالآثار الناتجة عن التعرض للعنف.**

/الآثار النفسية.

- هل تشعرين بالقلق؟
- هل يتتابك الضيق والكدر؟
- هل تشعرين بالاضطهاد وأنت مظلومة؟
- هل تتتابك أحلام مزعجة وكوابيس بسبب ما تعرضت له؟
- هل يصعب عليك الدخول في النوم؟
- هل تشعرين بالخوف؟
- هل تشعرين بعدم الثقة؟
- هل تشعرين بالملل؟
- هل تشعرين بالتعاسة؟
- هل لديك مشاكل في الذاكرة والتذكر؟
- هل تراودك صور عن الأحداث التي مررت بها؟ ما مذا تكرارها؟
- كيف؟ بمذا تشعرين أثناءها؟
- هل تتغير هذه الصور؟
- هل تعانين من الشرود والسرطان؟
- هل لديك القدرة على مواجهة المواقف الضاغطة؟

/الآثار الاجتماعية:





- لديك صديقات؟
- هل تشعرين بالوحدة رغم تواجدك مع أفراد عائلتك؟
- تعجزين عن اتخاذ القرارات؟
- كيف يعاملك أفراد أسرتك منذ تعرضك للعنف؟
- هل يتجنبك الأفراد المحيطين بك؟
- هل تتجنبين الذهاب خارجا؟
- هل تخفين الآثار الجسدية كي لا يراها الآخرون؟
- هل تفتقدين الحماية والمساندة من مؤسسات المجتمع؟

- هل فكرت بالهروب من المنزل بسبب معاناتك من العنف؟.....
- هل ترين أن العادات والتقاليد لا تنصفك؟.....
- هل تتجنبين التواصل مع(المعتدي).....
- كيف يكون سلوكك أثناء مقابلة(المعتدي).....


الملحق رقم 04


شهادة التكوين في بآطال التحسس واعادة المعالجة بحركة العين ال EMDR.

شهادة المستوى الأول:

 <p>Association EMDR Algérie</p>	 <p>Association pour l'Aide, la Recherche et le Perfectionnement en Psychologie SARPP</p>
<h3>Attestation</h3>	
Alger, le 07 Janvier 2018	
<p>Je soussigné, Pr Mohamed CHAKALI, Président de l'Association EMDR Algérie atteste que</p> <p>Mlle/ Mlle/ Mr <u>Medjahdi Oussama</u> a participé à la formation</p> <p>du Niveau 1 d'EMDR qui s'est déroulée du 09 au 12 mars 2017 à Alger et qui a été assurée par</p> <p>Mme IRACANE Martine.</p>	
<p>La formatrice EMDR Europe Martine IRACANE</p> 	<p>Le Président de l'EMDR Algérie Mohamed CHAKALI</p> 
<p>Association Algérie pour le Stratégie de l'Intégrer et des Travaux de la Santé pour le 2000-946 Adresse : 27, Rue du Fondoukoune - El-Hadjoum 16029 Alger / Tél: 666 923 24 / Fax: 621 24 14 25</p>	

شهادة المستوى الثاني:

Association EMDR Algérie 

Association pour l'Avanc. la Recherche et le Perfectionnement en Psychologie 

Alger, le 07 Janvier 2018

Attestation


Je soussigné, Pr Mohamed CHAKALI, Président de l'Association EMDR Algérie atteste que

Mlle/ Mme/ Mr Medjahdi Ousama a participé à la formation



du Niveau II d'EMDR qui s'est déroulée du 05 au 07 janvier 2018 à Alger et qui a été assurée

par Mme IRACANE MARINE.

La formatrice EMDR Europe
Martine IRACANE



Le Président d'EMDR Algérie
Mohamed CHAKALI

Association Algérie pour l'Avancée de la Recherche et le Perfectionnement en Psychologie P.S. 1996
Adresse : 27, Rue du Hachemone - Dely Ibrahim (A33) Alger / Tel: 024 24 14 43 Fax: 024 24 14 25